



承保范围说明书

您作为Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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

2027年1月1日 - 2027年12月31日

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) (Medi-Medi Plan) 会员手册

H2819_26_142A_C_CS Approved 08272026

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。



2027年1月1日 - 2027年12月31日

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) 为您提供的健康和药物承保

《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2027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障碍）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 Medicare + Medi-Cal Plan。

本文件免费提供阿拉伯语、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、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，例如大字版、盲文版和/或音频版，请致电客户服务部：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。此电话为免费专线。

- 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件。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

语言协助服务及辅助工具与服务提供通知

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.

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。



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

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。



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।

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
도와움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413
(TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로
제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫໍ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
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.

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。



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

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。



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.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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.

其他语言

您可以免费获取本《会员手册》和其他计划资料的其他语言版本。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan通过合格的翻译人员提供书面翻译。致电 1-800-452-4413 (TTY 711)。此电话为免费专线。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协助服务的更多信息。

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号大字版、音频格式和无障碍电子格式（数据CD）。致电1-800-452-4413 (TTY 711)。此电话为免费专线。

语言协助服务

Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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。我们不鼓励让家人朋友（尤其是未成年人）担任口译员，紧急情况除外。语言协助服务（包括口译员服务）免费提供。口译员服务每周7天，每天24小时提供。如需以您的语言提供的帮助，或获取本手册的其他语言版本，请致电1-800-452-4413（TTY：711）。此电话为免费专线。

免责声明

- ❖ 福利和/或共付额可能于2028年1月1日变更。
- ❖ 所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；以及慢性肺病。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。
- ❖ 我们的承保药物、药房网络和/或提供者网络可能随时发生变更。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。
- ❖ 本计划有责任为您协调您的Medi-Cal（Medicaid）福利。
- ❖ Blue Shield of California是与Medicare和加州Medicaid计划签有合同的HMO D-SNP计划。能否参保Blue Shield of California取决于合同的续签情况。
- ❖ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保是符合资格的健康保险，称为“最低基本承保”。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（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 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。



第1章：会员入门指引

简介

本章包含有关Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan以及您计划会员资格的信息。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。本章也会说明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.....	12
B. 有关Medicare和Medi-Cal的信息.....	12
B1. Medicare.....	12
B2. Medi-Cal.....	12
C. 本计划的优势.....	13
D. 本计划的服务区域.....	13
E. 成为本计划会员需具备的资格.....	14
F. 当您首次加入我们的健康计划时会发生什么情况.....	14
G. 您的护理团队和护理计划.....	15
G1. 护理团队.....	15
G2. 护理计划.....	15
H. 重要费用摘要.....	16
H1. Medicare处方药付款金额.....	16
I. 本《会员手册》.....	16
J. 我们向您提供的其他重要信息.....	16
J1. 您的会员卡.....	16
J2. 提供者与药房目录.....	17
J3. 承保药物清单.....	18

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。



J4. 福利说明..... 19

K. 让您的会员资格记录保持在最新状态..... 19

K1. 个人健康信息（PHI）隐私..... 19

A. 欢迎加入本计划

本计划为有资格参保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提供者。我们也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，为您提供您需要的护理。

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岁的人士，
- 部分未满65岁但有特定残障的人士，以及
- 患有终末期肾病（肾衰竭）的人士。

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）的费用以及医疗费用。该计划承保Medicare不承保的额外服务和药物。

由各州决定：

- 收入和资源的范畴，
- 谁符合资格，
- 哪些服务属于承保范围，以及
- 服务费用。

各州可以决定如何运营各自的计划，前提是他们遵守联邦规定。

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服务资格也不会受到影响。

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。



C. 本计划的优势

您现在将通过本计划获得所有属于承保范围的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。您的护理团队可能包括您自己、您的照顾者、医生、护士、咨询师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自行主导您的护理。
- 您的护理团队和护理协调员与您合作制定旨在满足**您**健康需求的护理计划。护理团队帮助协调您需要的服务。例如，这表示您的护理团队会确保：
 - 您的医生了解您服用的所有药物，以便确保您在服用正确的药物，并且能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 Medicare + Medi-Cal Plan的新会员：大多数情况下，您将在提交Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保请求后次月的第1天成为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保人，以享受Medicare福利。您仍可享受您之前Medi-Cal健康计划提供的Medi-Cal服务最长两个月时间。之后，您将通过Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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。请参考本《会员手册》第8章，详细了解搬离服务区域的影响。

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. 成为本计划会员需具备的资格

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（被监禁者即使实际所处位置位于服务区域内也不被视为居住在服务区域），并且
- 参保时已年满21岁，并且
- 同时拥有Medicare A部分和Medicare B部分，并且
- 是美国公民或国民，或符合资格的非公民，并且
- 目前有资格获得Medi-Cal。
- 如果您失去Medi-Cal资格，但预计可在六个月内重新获得资格，我们将继续提供Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保的所有Medicare福利。当您的Medi-Cal承保终止时，我们将不会支付您Medi-Cal福利的费用。这也表示，在您失去Medi-Cal承保的几个月期间，您的共付额、保费和自付额等自付费用将会增加。要了解更多信息并获取Medi-Cal资格续期方面的帮助，请致电1-844-378-4181（TTY：711）联系Blue Shield双重资格保留团队，工作时间为周一至周五上午8点至下午5点。

我们将协助您重新获得Medi-Cal资格。如果您的Medi-Cal资格在仍通过我们获得Medicare承保期间恢复，我们将重新开始支付您Medi-Cal福利的费用，并且您将继续参保本计划。如果您无法在6个月内重新获得Medi-Cal资格，我们将让您自Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan退保。如果您在退保后重新获得Medi-Cal资格，您需要联系我们以重新参加该计划。

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情况

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、电话通话或邮寄信函的方式来完成HRA。我们每年都会与您联系，了解您的任何需求是否发生了变化。

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，前提是以下所有条件均得到满足：

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。



- 您、您的代表或您的提供者要求我们让您继续使用您当前的提供者。
- 我们查实您与初级保健提供者或专科护理提供者之间存在既有医患关系，部分情况除外。当我们提到“既有医患关系”时，是指在您首次参保本计划之日前的12个月内，您至少在网络外提供者处接受过一次非急诊看诊。
 - 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既有医患关系。
 - 我们会在30天内对您的请求做出回复。您可以要求我们更快做出决定，而我们必须在15天内做出回复。您可以通过拨打以下电话提出此请求：1-800-452-4413（TTY：711）。如果您面临受到伤害的风险，则我们必须在三天时间内做出回复。
 - 当您提出请求时，您或您的提供者必须出示显示既有医患关系的书面记录并同意某些条款。

注意：您可以针对耐用医疗器材（DME）提供者提出此请求，要求保留至少90天，直到我们授权新的DME租赁并让网络内提供者交付租赁器材为止。尽管您不能针对运输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运输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 Medicare + Medi-Cal 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初级保健提供者的医疗小组。网络内提供者是与健康计划合作的提供者。医疗小组或独立医师协会（IPA）是根据加州法律成立的组织，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。医疗小组或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。护理团队可能包括您的医生、专家、护理协调员或您选择的其他健康专业人员。

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。该人员也会为您转介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，帮助协调您的护理。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

您的护理团队会与您一起制定护理计划。护理计划会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：

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。



- 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。他们也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会与您一起更新您的护理计划一次。

H. 重要费用摘要

您的费用可能包括：

- Medicare处方药付款计划金额（第H1节）

在某些情况下，您的计划保费可能会更低。

H1. Medicare处方药付款金额

如果您参加Medicare处方药付款计划，您将收到本计划开立的药物账单（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章会进一步说明Medicare处方药付款计划。如果您对此付款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上诉。

I. 本《会员手册》

本《会员手册》属于我们与您签订之合同的一部分。这表示，我们必须遵守本文件中的所有规则。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》也在我们的网站提供，网址位于页面底部。

合同的有效期为2027年1月1日至2027年12月31日期间您参保本计划的月份。

J. 我们向您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》、《承保药物清单》（也称为《药物清单》或《处方药一览表》）的信息。

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：

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。



		Member ID: <Cardholder ID#> Medi-Cal ID: <Medi-Cal ID#>
Member Name: <Member Name Line 1> <Member Name Line 2> Care Coordinator Phone: <CC Phone>		
PCP: <Provider Name> PCP Phone: <PCP Phone> <Medical Group Name>	RxBIN: 026696 RxPCN: 779993322	
MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0		
		H2819-001

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.

Customer Service: (800) 555-5555 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk: (800) 555-5555
NurseHelp 24/7: (800) 555-5555
Transportation: (800) 555-5555

Website: blueshieldca.com/medicare

Send Medical Claims to: Blue Shield of California
 PO Box 272640, Chico, CA 95927-2640

Send Rx Claims to: Claims Processing
 1606 Ave. Ponce De Leon, San Juan, PR 00909-4830

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。请妥善保管这些卡片，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，或参加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。
- 家庭支持服务（IHSS）
- 多目的长者服务计划（MSSP）
- 县政府行为健康服务

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》也在页面底部列出的网址提供。

《提供者和药房目录》列出了身为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan会员时您可以求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）以及支持服务提供者（例如成人日间医疗保健和家庭健康提供者）。该目录列出了您可以获取处方药的药房。该目录也提供有关以下内容的一些信息：

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。

- 何时需要转诊以前往其他提供者、专家或设施处就诊，以及
- 如何选择医生，以及
- 如何更换医生，以及
- 如何查找您所在区域和/或医疗小组/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
- 关于如何获得送药上门、居家输液或长期护理药房的信息。

网络内提供者的定义

- 我们的网络内提供者包括：
 - 您身为本计划会员时可以使用的医生、护士和其他医疗保健专业人员；
 - 诊所、医院、护理设施以及在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）供应商以及其他提供您通过Medicare或Medi-Cal获得的用品和服务的个人和机构。

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》查询您想要使用的网络内药房。
- 除紧急情况外，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

本计划有一份《承保药物清单》。我们将其简称为《药物清单》。其中说明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帮助下挑选。《药物清单》必须符合Medicare的要求。已根据Medicare药物价格谈判计划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节所述遭到移除和替换。Medicare已批准Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的《药物清单》。

《药物清单》也会说明任何药物是否有任何规则或限制，例如您可以获得之数量的限制。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第5章。

每年我们都会向您发送有关如何获取《药物清单》的信息，但某些变更可能会在一年当中发生。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。

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。



J4. 福利说明

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

EOB会列出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，以及我们为您的每种Medicare D部分药物支付的总金额。此EOB不是账单。EOB会提供有关您服用之药物的更多信息。本《会员手册》第6章会提供有关EOB及其如何帮助您追踪药物承保的更多信息。

您也可以索取EOB。要获取副本，请拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。

K. 让您的会员资格记录保持在最新状态

当您的信息发生变化时，请告诉我们，从而使您的会员资格记录保持在最新状态。

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资格记录了解哪些服务和药物属于承保范围以及您的费用分摊金额。因此，请务必帮助我们将您的信息保持在最新状态。

请立即告诉我们以下信息：

- 您姓名、地址或电话号码发生变化；
- 任何其他健康保险承保发生变化，例如您雇主、您配偶的雇主或您同居伴侣的雇主提供的保险或工伤赔偿发生变化；
- 任何责任理赔，例如因车祸而产生的理赔；
- 入住护理设施或医院；
- 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，但我们建议您告诉我们。）

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

您会员资格记录中的信息可能包括个人健康信息（PHI）。联邦和州法律要求我们对您的PHI保密。我们会保护您的PHI。有关我们如何保护您PHI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 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。



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医疗保健福利的问题。您也可以利用本章获取有关如何联系您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.....	22
B. 您的护理协调员.....	24
C. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）.....	26
D. 护士咨询专线.....	27
E. 行为健康危机专线.....	28
F. 质量改进组织（QIO）.....	29
G. Medicare.....	30
H. Medi-Cal.....	32
I. Medi-Cal管理式护理和心理健康监察员办公室.....	33
J. 县政府社会服务.....	34
K. 县政府行为健康服务部.....	35
L. 加州管理式医疗保健部.....	36
M. Health Consumer Alliance（HCA）.....	37
N. 帮助民众支付药物费用的计划.....	37
N1. Medicare提供的额外帮助.....	37
N2. AIDS药物补助计划（ADAP）.....	38
N3. Medicare处方药付款计划.....	38
O. 社会保障局.....	38

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。



P. 铁路退休委员会（RRB）	39
Q. Medicare Medi-Cal监察员计划	39
R. Medi-Cal牙科计划	40

A. 客户服务部

联系类型

致电	1-800-452-4413。此电话为免费专线。 服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。
TTY	711。此电话为免费专线。 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。
写信	Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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
- 有关您医疗保健的承保决定
 - 有关您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。
 - 如果您对有关您医疗保健的承保决定有疑问，请致电联系我们。
 - 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。
- 有关您医疗保健的上诉
 - 上诉是指要求我们审查我们对您的承保所作的决定，以及在您认为我们所作的决定有误或您不同意该决定时要求我们更改决定的正式方式。

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。
- 有关您医疗保健的投诉
 - 您可以针对我们或任何提供者（包括非网络内或网络内提供者）提出投诉。网络内提供者是指与本计划合作的提供者。您也可以就您获得之护理的质量向我们或质量改进组织（QIO）提出投诉（请参考**第F节**）。
 - 您可以致电联系我们阐明您的投诉，电话1-800-452-4413（TTY：711）。
 - 如果您的投诉涉及有关您医疗保健的承保决定，您可以提出上诉（请参考以上章节）。
 - 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监察员计划提出针对本计划的投诉。
 - 要了解有关就您所接受之医疗保健提出投诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第9章**。
- 有关您药物的承保决定
 - 有关您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。您也可以致电Medi-Cal Rx客户服务中心，电话：1-800-977-2273。
 - 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上诉的更多信息，请参考本《会员手册》**第9章**。
- 有关您药物的投诉
 - 您可以针对我们或任何药房提出投诉。这包括有关您药物的投诉。

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。



- 如果您的投诉涉及有关您药物的承保决定，您可以提出上诉。（请参考以上章节。）
- 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出投诉的更多信息，请参考本《会员手册》第9章。
- 您已支付之医疗保健或药物的费用
 - 有关如何要求我们为您退款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，但我们拒绝您请求的任何部分，您可以对我们的决定提出上诉。请参考本《会员手册》第9章。

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，并将担任您的主要联系人。参保后，护理协调员将致电联系您，以便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，从而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或更改您的护理协调员。

联系类型

致电	1-888-548-5765。此电话为免费专线。 周一至周五，上午8:00至下午6:00提供服务。 您可以免费获得本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音频版，请致电客户服务部。 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。
TTY	711。此电话为免费专线。 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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

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。



联系您的护理协调员以获取以下帮助：

- 有关您医疗保健的问题
- 有关获得行为健康（心理健康和药物使用障碍）服务的问题
- 有关牙科福利的问题
- 有关前往医疗预约地点之运输服务的问题
- 有关长期服务与支持（LTSS），包括基于社区的成人服务（CBAS）和护理设施（NF）的问题

您也许可以获得以下服务：

- 基于社区的成人服务（CBAS）
- 专业护理
- 物理疗法
- 职业疗法
- 语言疗法
- 医疗社会服务
- 家庭医疗保健
- 通过您所在县的社会服务机构提供的家庭支持服务（IHSS）
- 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而定，您还可能可以通过Blue Shield Medicare + 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，他们可以为您提供转介，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（住家改造）
- 住房过渡指引服务
- 住房押金
- 住房租赁和维持服务
- 支持性膳食或根据医疗需求定制的膳食
- 个人护理和家务服务

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。



- 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
- 戒瘾中心

C. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）

州健康保险援助计划（SHIP）是每个州都有的政府计划，并且配置经过培训的顾问，提供免费帮助、信息，并回答您关于Medicare的问题。在加州，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该如何处理您的问题。HICAP在每个县都配备了经过培训的顾问，并且服务免费提供。

HICAP是一个独立的州计划（与任何保险公司或健康计划均没有关联），该计划从联邦政府获得资金，为享有Medicare的人士提供免费的当地健康保险咨询服务。

联系类型

致电	1-800-434-0222 周一至周五，上午9:00至下午4:00提供服务
TTY	711 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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至新计划的问题并帮助您：
 - 了解您的权利，
 - 了解您的计划选择，

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。



- 回答有关转换计划的问题，
- 针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。

D. 护士咨询专线

Blue Shield of California护士咨询专线由注册护士提供支持，每周7天、每天24小时均可回答问题。护士可以通过电话回答一般健康问题，也可指引您获取其他资源，使您能获取更多信息。通过护士咨询专线，会员可以要求通过电子邮件接收谈话摘要（其中包括所有信息和链接），以便日后参考。您可以拨打护士咨询专线，咨询有关您健康或医疗保健的问题。

联系类型	
致电	1-877-304-0504。此电话为免费专线。 每周7天，每天24小时均提供服务。 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。
TTY	711。此电话为免费专线。 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周7天，每天24小时均提供服务。

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. 行为健康危机专线

全天24小时电话专线，为遭遇心理健康或药物使用危机的个人提供即时支持。经过培训的咨询师可以评估情况、提供危机干预、将来电者转介至适当的服务，并在需要时帮助协调紧急协助。

联系类型

致电	洛杉矶县资源和危机专线 1-800-854-7771。此电话为免费专线。 每周7天，每天24小时提供服务 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。 圣地亚哥县资源和危机专线 1-800-724-7240。此电话为免费专线。 每周7天，每天24小时提供服务 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。
TTY	711。此电话为免费专线。 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周7天，每天24小时提供服务

联系行为健康危机专线寻求以下帮助：

- 有关行为健康和药物滥用服务的问题

有关您所在县专科心理健康服务的问题，请参考**第K节**。

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。



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是一家独立组织。与本计划没有关联。

联系类型

致电	1-877-588-1123
TTY	711 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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	commencehealthqio.cms.gov

联系Commence Health寻求以下帮助：

- 有关您医疗保健权利的问题
- 在您出现以下情况时针对您所获得的护理提出投诉：
 - 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**
 - 认为您的家庭医疗保健、专业护理设施护理或综合门诊康复设施（CORF）服务过早结束。

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。



G. Medicare

Medicare是专为年满65岁，或某些未满65岁但有残障或终末期肾病（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和Medicaid服务中心（CMS）。此机构与Medicare Advantage组织签约，包括本计划。

联系类型

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打本号码无需付费，每周7天、每天24小时均提供服务。
TTY	1-877-486-2048。此电话为免费专线。 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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	写信给Medicare，地址：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。



联系类型

网站

www.medicare.gov

- 获取有关您所在区域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“保健”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、家庭健康机构、透析设施、临终关怀中心、住院康复设施以及长期护理医院所提供之护理质量的信息。
- 查找实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 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。



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、残障人士、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。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。

联系类型

致电	1 - 800 - 430 - 4263 周一至周五，上午8点至下午6点提供服务
TTY	1 - 800 - 430 - 7077 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。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 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。



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具有医疗必要性的所有承保服务。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、建议和选项，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，以解决医疗保健服务获取管道方面的问题。他们与本计划、任何保险公司或健康计划均没有关联。他们的服务免费提供。

联系类型

致电	1 - 888 - 452 - 8609 周一至周五，上午8点至下午5点提供服务
TTY	1 - 800 - 430 - 7077 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。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	MMCOmbudsmanOffice@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 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。



J. 县政府社会服务

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，该服务会帮助支付为您提供之服务的费用，以便您可以安全地留在自己的家中。服务类型可能包括帮助准备膳食、洗澡、穿衣、洗衣、购物或运输。

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。

联系类型

致电	1-866-613-3777 此电话为免费专线。 洛杉矶县公共社会服务部 设有一个单一客户服务中心（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。
TTY	1-877-735-2929 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。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
致电	1-866-262-9881 此电话为免费专线。 圣地亚哥县卫生与公共服务部 服务代表的工作时间为周一至周五上午8:00至下午5:00。 自助服务专线每周7天、每天24小时均提供服务。 来电者需要输入自己的社会保障号（SSN）才能使用该系统。
TTY	1-619-589-4459 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。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 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。



K. 县政府行为健康服务部

如果您符合标准，您可以通过县政府获得Medi-Cal专科心理健康服务和药物使用障碍服务。

致电	洛杉矶县 1-800-854-7771。此电话为免费专线。 每周7天，每天24小时均提供服务。 我们为不会说英语的会员提供免费口译员服务。 圣地亚哥县 1-888-724-7240。此电话为免费专线。 每周7天，每天24小时提供服务
TTY	711。此电话为免费专线。 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 每周7天，每天24小时均提供服务。

联系县政府行为健康机构寻求以下帮助：

- 有关县政府提供之专科心理健康服务的问题
- 有关县政府提供之药物使用障碍服务的问题
- 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
 - 成人住宿治疗
 - 危机住宿治疗

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。



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。

联系类型

致电	1-888-466-2219 DMHC服务代表的工作时间为周一至周五，上午8点至下午6点。
TDD	1-877-688-9891 这是供有听力或语言问题的人士使用的号码。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。
写信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
传真	916-255-5241
网站	www.dmhc.ca.gov

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。



M. Health Consumer Alliance (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA) 是一个全州性合作组织，提供免费的在线、电话或面对面法律援助，为在获得或维持健康保险方面遇到困难的加州居民提供帮助，并解决他们健康计划的相关问题。要详细了解HCA或获取可能提供的援助，请致电1-888-804-3536或访问

www.healthconsumer.org/

N. 帮助民众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协助，如下所述。

N1. Medicare提供的额外帮助

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“额外帮助”，以支付您的药物计划费用。您无需采取任何行动即可获得此“额外帮助”。

联系类型

致电	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 拨打本号码无需付费，每周7天、每天24小时均提供服务。
TTY	1-877-486-2048 此电话为免费专线。 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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药支付的金额不正确，本计划有一套流程，可帮助您取得正确共付额金额的相关证明。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高，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帮助并尽可能降低您处方药共付额的最佳可用证明。不保证一定能降低处方药共付额。
- 当我们获得显示正确共付额级别的证明时，我们将更新我们的系统，以便您在下一次领取处方药时能够支付正确的共付额。如果您溢付共付额，我们会通过支票或未来共付额抵扣的形式为您退款。如果药房没有向您收取共付额，并且您对药房有待缴款项，我们可能会直接付款给药房。如果州政府已代表您付款，我们可能会直接付款给州政府。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。

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。



N2. 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加州ADAP获得处方药费用分摊补助。注意：这类人士必须符合特定标准，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补助。如需关于资格标准、承保药物或如何参保该计划的信息，您可以致电1-844-421-7050联系加州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。

N3. Medicare处方药付款计划

Medicare处方药付款计划是一个配合您当前药物承保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），以此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。**该付款选项可能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，您无需采取任何行动即可继续使用此选项。**对于符合资格的人士，无论您的收入水平如何，Medicare提供的“额外帮助”以及您的SPAP和ADAP提供的补助比参加此付款选项更有利，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。

0. 社会保障局

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。

致电	1-800-772-1213 拨打本号码不需付费。 工作时间为周一至周五，上午8点至晚上7点。 您每天24小时均可利用其自动电话服务听取语音信息并处理部分业务。
TTY	1-800-325-0778 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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 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。



P. 铁路退休委员会（RRB）

RRB是独立的联邦机构，负责管理美国铁路工作人员及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所获取之福利的问题，请联系该机构。

致电	1-877-772-5772 拨打本号码不需付费。 按“0”可与RRB服务代表交谈，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自动帮助专线，每天24小时均可听取语音信息，含周末和节假日。
TTY	1-312-751-4701 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。您必须有特殊电话设备才能拨打此号码。 本号码不是免费号码。
网站	www.rrb.gov

Q. Medicare Medi-Cal监察员计划

Medicare Medi-Cal监察员计划为难以获得或保留健康保险的人士提供免费协助，并帮助解决他们的健康计划问题。

可帮助您解决以下各方面的问题：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康计划
- 获得医疗服务
- 针对被拒绝的服务、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、上诉和听证会相关事宜。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 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。



R. 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：

- 初始检查、X光、洁牙、封填剂和氟化物治疗；
- 修复和牙冠；
- 根管治疗；以及
- 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（FFS）计划和牙科管理式护理（Dental MC）计划获得。

致电	1-800-322-6384 此电话为免费专线。 Medi-Cal牙科FFS计划服务代表可于周一至周五，上午8点至下午5点为您提供协助。
TTY	1-800-735-2922 此号码专为有听力或语言障碍的人士而设立。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点至下午6点。此电话为免费专线。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 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。



第3章：使用本计划承保获取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，以便您能通过本计划获得医疗保健和其他承保服务。本章也提供有关您护理协调员的信息、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）处获得护理、如果您因为我们承保的服务而直接收到账单该怎么办，以及有关拥有耐用医疗器材（DME）的规则。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	43
B. 有关获得本计划承保服务的规定	43
C. 您的护理协调员	44
C1. 什么是护理协调员	44
C2. 如何联系您的护理协调员	45
C3. 如何更换您的护理协调员	45
D. 由提供者提供的护理	45
D1. 由初级保健提供者（PCP）提供的护理	45
D2. 专家和其他网络内提供者提供的护理	47
D3. 当提供者离开本计划时	48
D4. 网络外提供者	48
E. 长期服务与支持（LTSS）	49
F. 行为健康（心理健康和药物使用障碍）服务	50
F1. 本计划之外提供的Medi-Cal行为健康服务	50
G. 运输服务	53
G1. 非紧急医疗运输	53
G2. 非医疗运输	54
H. 医疗紧急情况下、紧急需要时或灾难期间的承保服务	55

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。



H1. 医疗紧急情况下的护理	55
H2. 急需护理	56
H3. 灾难期间的护理	57
I. 如果您直接收到关于承保服务的账单该怎么办	57
I1. 如果本计划不承保服务该怎么办	57
J. 临床研究中医疗保健服务的承保	58
J1. 临床研究的定义	58
J2. 您参加临床研究期间的服务费用付款	58
J3. 有关临床研究的更多信息	58
K. 宗教非医疗保健机构的医疗保健服务如何获得承保	59
K1. 宗教非医疗保健机构的定义	59
K2. 宗教非医疗保健机构提供的护理	59
L. 耐用医疗设备（DME）	59
L1. 身为本计划会员获得DME	59
L2. 转至Original Medicare后的DME所有权	60
L3. 本计划会员的氧气设备福利	60
L4. 转至Original Medicare或其他Medicare Advantage（MA）计划后的氧气设备	61

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、处方和非处方药物、器材和其他服务。**承保服务**是指由本计划支付费用的任何此类服务。关于属于承保范围的医疗保健、行为健康和LTSS，请参考本《会员手册》第4章。关于处方和非处方药物承保服务，请参考本《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且获得州政府许可的人。提供者也包括医院、家庭健康机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗器材以及某些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。网络内提供者会向我们直接收取他们为您提供护理的费用。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、行为健康服务和许多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**。具有医疗必要性是指为诊断和治疗您的医疗病况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、不适或伤势来减轻剧烈疼痛。
- 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。身为计划会员，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**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PCP的提供者或使用本计划网络内的其他提供者。这称为**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与医疗小组相关联。您选择您的PCP时，同时也在选择与其关联的医疗小组。这表示，您的PCP会将您转诊至与其医疗小组相关联的专家和服务处。医疗小组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PCP的转诊即可获得急诊护理或急需护理、使用女性健康提供者或**第D1节**中列出的任何其他服务。

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。



- **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，我们不会承保由未与本健康计划合作的提供者提供的护理。这表示，您必须向该提供者支付您所获得之服务的全额费用。下方列出不适用该规定的一些情况：
 - 如果您需要网络外提供者提供的急诊或急需护理（如需更多信息，请参考**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，并为您承保该护理，**或者**免费向您提供。有关获得使用网络外提供者的批准的信息，请参考**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提供服务或联系不上时，如果您需要肾透析服务，您可以从网络外提供者处获得护理。
 - 如果您是本计划的新会员，您可以要求继续使用您目前的提供者。除某些例外情况外，如果我们能确定您与提供者存在既有医患关系，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取得联系，以帮助您查找与您PCP的医疗小组相关联的网络内提供者。12个月后，如果您继续使用不在我们网络内且与您PCP的医疗小组没有关联的提供者，我们将不再承保您的护理。

其他健康保险：因为Medi-Cal是最后付款方，所以当您的主要健康保险提供相同服务时，您必须先使用所有其他健康保险，然后再使用Medi-Cal。这表示，在大多数情况下，Medi-Cal将作为位列Medicare之后的第二付款方，承担Medicare或其他健康保险未支付之获得允许的费用，最高支付至Medi-Cal费率。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的新会员：大多数情况下，您将在提交Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保请求后次月的第1天成为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保人，以享受Medicare福利。您仍可享受您之前Medi-Cal健康计划提供的Medi-Cal服务最长两个月时间。之后，您将通过Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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。

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，并将担任您的主要联系人和信息来源。参保后，护理协调员将致电联系您，向您介绍自己并帮助您完成健康风险评估，从而确定您的医疗保健需求。

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。



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。您开始与护理协调员合作后，您也可以拨打他们的直拨电话与其取得联系。

C3. 如何更换您的护理协调员

如要请求更换护理协调员，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与医疗小组相关联。您选择您的PCP时，同时也在选择与其关联的医疗小组。

PCP的定义以及PCP会为您做什么

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家。您可以选择一位专家担任您的PCP，前提是该专家同意提供PCP通常提供的所有服务。要请求让您的专家担任您的PCP，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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））也可以担任您的PCP。您的PCP将为您提供例行或基本护理。您的PCP也负责协调您需要的其他承保服务。这些承保服务包括：

- X光
- 化验
- 疗法
- 专家提供的护理
- 住院
- 后续护理

本计划的PCP与特定医疗小组相关联。医疗小组或独立医师协会（IPA）是根据加州法律而成立的组织，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PCP时，同时也在选择相关联的医疗小组。这表示，您的PCP会将您转诊至与其医疗小组相关联的专家和服务处。

在大部分情况下，您必须先向您的PCP求诊以取得转诊，之后才能向其他医疗保健提供者或专家求诊。转诊得到您PCP医疗小组的批准后，您就可以与专家或其他提供者预约，以接受您所需要的治疗。您的治疗或服务完成后，专家会通知您的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，或者在某些情况下得到您PCP关联医疗小组的批准，之后您才能接受某些服务。这类事先批准称为“预先授权”。

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。



您可以选择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，查找您希望使用的医生。（索引按医生姓氏的字母顺序排列。）；或
- 访问我们的网站：blueshieldca.com/find-a-doctor并搜索您希望使用的PCP；或
- 致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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）。

要了解您希望使用的医疗保健提供者是否提供服务或是否接受新患者，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）。如果您希望使用特定的专家或医院，请了解他们是否与您PCP的医疗小组相关联。您可以查看《提供者与药房目录》，或询问客户服务部，了解您希望使用的PCP是否可将您转诊至该专家或是否使用该医院。

您可以选择更换您的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查找一个新PCP。

您可以按照上文“您可以选择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）。

您提出更换请求后，新的PCP以及与其相关联的医疗小组将在您请求更换PCP后次月的第一天进行分配。

您PCP的姓名/名称和诊所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与医疗小组相关联。如果您更换PCP，您也可能会更换医疗小组。当您要求更换时，请告知客户服务部您是否使用专家或者是否在获取必须由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。

无需您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或本计划的事先批准即可获得下列服务：

- 网络内提供者或网络外提供者提供的急诊服务
- 需要立即就医（但非急诊）的急需承保服务，前提是您暂时位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。急需服务的示例包括不可预见的医疗疾病和伤害或现有病况的意外复发。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看诊（例如年度检查）不被视为急需服务。

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。



- 您在本计划服务区域之外时从Medicare认证透析设施获得的肾透析服务。如果您在离开服务区域之前致电客户服务部，我们可以帮助您在服务区域外时获得透析服务。
- 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。
- 例行女性医疗保健和计划生育服务。其中包括乳房检查、筛查性乳房X光检查（乳房X光）、宫颈涂片检查和盆腔检查，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. 专家和其他网络内提供者提供的护理

专家是针对特定疾病或身体部位提供医疗保健服务的医生。专家有很多种，例如：

- 为癌症患者提供护理的肿瘤科医生。
- 为有心脏问题的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的骨科医生。

当您需要您的PCP无法提供的专科护理或其他服务时，PCP会为您转诊。转诊得到您PCP医疗小组的批准后，您就可以与专家或其他提供者预约，以接受您所需要的治疗。您的治疗或服务完成后，专家会通知您的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，之后您才能接受某些服务。这类事先批准称为“预先授权”。例如，所有非急诊住院都需要预先授权。在某些情况下，与您PCP相关联的医疗小组（而非本计划）可能可以对您的服务进行授权。

如果您对该由谁负责为服务提交和批准预先授权有任何疑问，请联系与您PCP相关联的医疗小组。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。对于以下任何病况，我们必须为您提供将您转至合格专家的长期转诊：

- 慢性（持续）病况；
- 危及生命的心理或身体疾病；
- 退行性疾病或残障；
- 任何其他严重或复杂到需要专家治疗的病况或疾病。

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。



如果您没有获得必要的书面转诊，则账单可能无法获得支付。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. 当提供者离开本计划时

您使用的网络内提供者可能会离开本计划。如果您的提供者离开本计划，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。

- 如果您的提供者要离开本计划，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离开本计划，并且您在过去三年内曾向该提供者求诊，我们则会通知您。
 - 如果您的任何其他提供者离开本计划，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曾向他们求诊，我们则会通知您。
- 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，您有权要求继续从我们网络内的其他提供者处接受具有医疗必要性的治疗。我们将与您合作，以便您能继续获得护理。
- 我们会向您提供以下信息：可用参保期以及您可能享有的更换计划的选项。
- 如果我们找不到您可以使用的合格网络内专家，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家为您提供护理。
- 如果您发现您的提供者要离开本计划，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来替换您之前的提供者，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。（请参考**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请求。除非您要接受的是急诊或急需服务，否则您必须获得本计划或与您PCP相关联之医疗小组的授权，之后才能寻求网络外提供者的护理。此外，如果ESRD会员前往计划服务区域以外的地方，或者提供者暂时无法提供服务或联系不上，并且会员无法获得签约ESRD提供者的服务，则计划必须承保透析服务。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。



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

- 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，避免住院或住进专业护理设施。您可以通过本计划获得某些LTSS，包括专业护理设施护理、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包括基于社区的成人服务（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：

- 基于社区的成人服务（CBAS）
- 专业护理
- 物理疗法
- 职业疗法
- 语言疗法
- 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，他们可以为您提供转介，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（住家改造）
- 住房过渡指引服务
- 住房押金

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。



- 住房租赁和维持服务
- 支持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
- 住院后短期住房
- 戒瘾中心

F. 行为健康（心理健康和药物使用障碍）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专科心理健康或县政府药物使用障碍服务，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（LACDPH）以及圣地亚哥县政府行为健康服务获得这些服务。

F1. 本计划之外提供的Medi-Cal行为健康服务

如果您符合获得专科心理健康服务的标准，您可以通过县政府心理健康计划（MHP）获得Medi-Cal专科心理健康服务。由洛杉矶县心理健康局（LACDMH）和洛杉矶县公共卫生部（LACDPH）以及圣地亚哥县政府行为健康服务提供的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
- 成人住宿治疗服务
- 危机住宿治疗服务
- 精神健康设施服务
- 精神病住院服务

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。



- 目标个案管理
- 涉及司法的重新融入
- 积极社区治疗（ACT）
- 法医积极社区治疗（FACT）
- 针对首次发作精神失常（FEP）的协调式专科护理（CSC）
- 会所服务
- 增强型社区健康工作者（CHW）服务
- 支持性就业
- 治疗行为服务
- 治疗寄养
- 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）以及圣地亚哥县政府行为健康服务提供的药物Medi-Cal（DMC）服务包括：

- 密集门诊治疗服务
- 围产期住宿药物使用障碍治疗
- 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）
- 同伴支持服务

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）以及圣地亚哥县政府行为健康服务获得Medi-Cal组织之药物交付系统（DMC-ODS）服务。DMC-ODS服务包括：

- 门诊治疗服务
- 密集门诊治疗服务
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）

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。



- 住宿治疗服务
- 戒断管理服务
- 麻醉治疗计划
- 恢复服务
- 护理协调
- 早期干预服务（适用于21岁以下的会员）
- 早期、定期筛查、诊断和治疗（适用于21岁以下的会员）
- 住院治疗服务

除了上方列出的服务以外，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

您可以获得范围广泛的一系列服务。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“没有错误的获取方式”。您可以通过以下联系方式寻求获取服务方面的协助：

- 县政府危机和转诊专线（电话号码和工作时间见本手册**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（TTY：711），工作时间：每周7天，每天24小时）
- 圣地亚哥县行为健康服务——药物使用障碍服务（请致电888-724-7240（TTY：711），工作时间：每周7天，每天24小时）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan行为健康专线（电话号码和工作时间见本手册**第2章第D节**）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）

确定具有医疗必要性之服务的流程

医疗必要性由获得适当许可的提供者确定。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan和县政府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 Medicare + Medi-Cal Plan与县政府之间的转诊流程

如果您正在接受Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府其中一方提供的服务，您可以根据您的需求被转诊至另一方。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府可以通过致电

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。



接收转诊的实体来为您转诊。此外，转诊表格将由发起转诊的提供者填写，并发送给接收转诊的实体。

问题解决流程

如果您与县政府或Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan之间存在争议，您将继续接受具有医疗必要性的行为医疗保健服务，包括处方药，直到争议解决为止。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan已和县政府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。您也可以使用Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府的上诉流程，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. 运输服务

G1. 非紧急医疗运输

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（NEMT）。可能可以为所有Medi-Cal承保服务（例如医疗、牙科、心理健康、药物使用和药房预约）提供NEMT。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，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运输服务供应商Call The Car将决定满足您需求的最佳运输类型。如果您需要NEMT，他们会开立该服务的医嘱，具体做法是填写表格并提交给Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan以获得批准。根据您的医疗需求，您可能可以获得最长12个月的批准。您的PCP会根据需要或在您的处方到期时重新评估您对NEMT的需求，并可再次批准最长12个月的NEMT。

NEMT包括救护车、担架车、轮椅车或空中运输服务。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan可在您需要接送前往预约地点时提供能满足您医疗需求之费用最低的承保运输方式和最适合的NEMT。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 Medicare + Medi-Cal Plan不会支付救护车费用。只有在您因医疗病况而无法使用任何形式的地面运输服务的情况下，您才有权使用空中运输服务。

只有在以下情况时才能使用NEMT：

- 您的PCP通过书面授权确定您因身体状况或医疗病况而需要此服务，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。

如欲要求您的医生为非紧急**例行预约**而开立的医疗运输服务医嘱，请致电Call the Car，电话（877）433-2178（TTY：711），工作时间：每周7天，每天24小时。可使用CTC Go移动应用来安排、更改、追踪和取消轮椅预订。CTC Go移动应用不能用于轮椅运输，您必须致电进行预订。非紧急例行预约预订必须在您预约日期前至少提前24小时安排。对于**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。

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。



医疗运输限制

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保费用最低的医疗运输，让您可前往离家最近且可以预约得到的提供者处就诊，以满足您的医疗需求。如果Medicare或Medi-Cal不承保医疗运输，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 Medicare + Medi-Cal Plan则会帮助您安排您的运输服务。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 Medicare + Medi-Cal Plan网络或服务区域之外的运输不属于承保范围。

G2. 非医疗运输

非医疗运输（NMT）福利包括往返于您预约地点以获取您提供者授权的服务。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提供者授权的服务，或
- 领取处方药和医疗用品。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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提供者授权的服务。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan使用Call the Car安排NMT。我们承保能满足您需求之费用最低的NMT类型。

有时，您可以报销您安排之私家车接送的费用。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan必须在您获取接送服务**之前**批准，并且您必须告诉我们您为什么不能以其他方式（例如乘坐公交车）前往。您可以通过致电、发送电子邮件或当面告知的方式告诉我们。**您无法因自己开车而获得报销。**

如果希望我们对里程进行报销，则需要提供以下所有资料：

- 司机的驾照。
- 司机的车辆注册文件。
- 司机的汽车保险证明。

如欲要求接送服务以接受获得授权的服务，请在预约时间前至少提前二十四（24）小时致电Call the Car，电话1-877-433-2178（TTY：711）。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要求非医疗运输。

非医疗运输的限制

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提供费用最低的NMT，可满足您前往离家最近且可以预约之提供者处求诊的需求。**您自行驾车的费用不予报销。**

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。



在以下情况下，NMT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。
- 该服务不属于Medicare或Medi-Cal的承保范围。

H. 医疗紧急情况下、紧急需要时或灾难期间的承保服务

H1. 医疗紧急情况下的护理

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**
- 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。

如果您有医疗紧急情况：

- **请尽快寻求帮助。**请拨打911或使用最近的急诊室或医院。如有需要，请致电联系救护车。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，从任何拥有适当州政府许可的提供者处获得承保急诊医疗护理，即使他们不在我们的网络内也是如此。
- **请尽快将您的急诊情况告知本计划。**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。但是，即使您未及时告知我们，您也无需为急诊服务支付费用。请致电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。

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。



医疗紧急情况下的承保服务

在下列情况下，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保在美国及其领土以外地区的急诊和紧急护理服务，不设合计年度限额。如需了解更多信息，请参考本文件**第4章第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，则本计划会承保救护车服务。我们也承保紧急情况期间的医疗服务。要了解更多信息，请参考本《会员手册》**第4章**中的福利表。

您的病况何时稳定以及医疗紧急情况何时结束需要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情况好转，他们会继续为您提供治疗并联系我们制定计划。

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

在非紧急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方面的紧急情况。您可能会去寻求急诊护理，但医生却表示您的情况并非真正的紧急情况。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，在医生确认您的情况并非紧急情况后，我们只会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

急需护理是指您在并非处于紧急情况但需要立即接受护理的情况下所获得的护理。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受伤。

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，无法或不能合理前往网络内提供者处，我们会为您从网络外提供者处获得的急需护理提供承保。

如需与您医生团体关联之紧急护理中心的最新名单，请联系您的PCP。您也可以在以下网站上搜索您所在区域的紧急护理中心：blueshieldca.com/find-a-doctor。

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。



本计划服务区域外的急需护理

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，本计划会承保您从任何提供者处获得的急需护理。不过，具有医疗必要性的例行提供者看诊（例如年度健康检查）不被视为急需护理，即使您当时身处本计划服务区域外，或本计划网络暂时不可用也是如此。

在下列情况下，本计划会承保全球急诊和急需护理，或在美国及其领土以外地区的急诊和急需护理，不设合计年度限额。要了解更多信息，请参考**第4章第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时需要紧急护理，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，每周七天、每天24小时均提供服务。发生紧急情况时，请直接前往最近的医院。您也应该拨打会员卡背面的客户服务部电话号码。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。如果您安排非现金服务，您需要承担通常的自付费用，例如不属于承保范围的费用和共付额。如果您未安排非现金服务，您需要支付您医疗护理账单的全部费用并提交报销请求。

H3. 灾难期间的护理

如果加州州长、美国卫生与公共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，您仍然有权接受本计划提供的护理。

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费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该怎么办

如果您支付了承保服务的费用，**或者**如果您支付的费用超过了承保服务的计划费用分摊，**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。

您不应该自行支付账单费用。如果您自行支付，我们可能无法为您退款。

I1. 如果本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。



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。您也有权以书面方式提出这项要求。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**会说明如果您希望我们承保某项医疗服务或用品该怎么做。其中也会说明该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。

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加。当您参加临床研究时，您可以继续参保本计划，并继续通过本计划获得其余护理（与研究无关的护理）。

如果您想参加Medicare批准的任何临床研究，您**无需**告诉我们，也无需获得我们的批准，但我们建议您告诉我们或您的初级保健提供者。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，包括需要证据发展承保（NCD-CED）和研究性设备豁免（IDE）研究的某些福利。这些福利也可能需要预先授权并遵守其他计划规定。

如果您计划参加由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的服务费用付款

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护理相关的例行费用。您加入Medicare批准的临床研究后，您将获得与研究相关的大部分服务和用品的承保。其中包括：

- 即使您未参加研究Medicare也会支付之住院期间的食宿费用
- 与研究相关的手术或其他医疗程序
- 针对新护理的任何副作用和并发症而提供的治疗

如果您参加的研究**尚未**获得Medicare批准，您则需支付与参加该研究相关的任何费用。

J3. 有关临床研究的更多信息

您可以查看Medicare网站（www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies）上的“Medicare & Clinical Research Studies”（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）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。

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。



K. 宗教非医疗保健机构的医疗保健服务如何获得承保

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您通常在医院或专业护理设施所获得之护理的场所。如果在医院或专业护理设施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。

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，表明您反接受“非法内”医学治疗。

- “非法内”医学治疗是指任何联邦、州或地方法律都**未要求**的任何**自愿**护理或治疗。
- “法内”医学治疗是指联邦、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：

- 提供护理的设施必须经过Medicare认证。
- 本计划只承保护理的非宗教部分。
- 如果您从该机构获得在某个设施提供的服务：
 - 您必须患有允许您获得住院医院护理或专业护理设施护理承保服务的医疗病况。
 - 在您入住该设施之前，您必须获得我们的批准，否则您的住院**不会**获得承保。

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. 身为本计划会员获得DME

DME包括提供者嘱咐使用的某些具有医疗必要性的用品，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承保在家内和家外使用的设备（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器材。Medi-Cal承保在家中和社区都需要的一些DME。身为该DSNP的会员，会员有权根据Medicare和Medi-Cal标准获得DME的全部承保。

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。



您对一些DME用品享有所有权，例如假肢。

而其他类型的DME则必须租赁。身为本计划的会员，您通常**不会**获得所租用DME用品的所有权，无论您租用多久均是如此。

在一些有限的情况下，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最长达12个月，该器材也**不会**归您所有。

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个月后获得该器材的所有权。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。

身为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的会员，只要承保的DME具有医疗必要性并获得您医生的批准，您就无需为其付费。无论您在身为本计划会员期间为租用的DME用品支付了多少次共付额，通常都不会获得该用品的所有权，即使您在加入本计划之前已根据Original Medicare规定为该DME用品连续支付了最多12次费用也是如此。在某些有限的情况下，我们会将DME用品的所有权转让给您。请致电客户服务部了解更多信息。

注意：您可以在第12章中找到Original Medicare和MA计划的定义。您也可以可以在《2026年Medicare与您》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。

如果您不再享有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**
- 您退出本计划并通过Original Medicare计划或MA计划以外的任何健康计划获得Medicare福利。

如果您在参加本计划之前通过Original Medicare或MA计划支付DME用品的费用，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用品的所有权。
- 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，我们会承保：

- 氧气设备的租赁

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。



- 氧气和含氧成分的输送
- 用于输送氧气和含氧气成分的管路和相关配件
- 氧气设备的维护和修理

当氧气设备对您不再具有医疗必要性或当您退出本计划时，氧气设备必须归还。

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

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方列出的耗材和服务。如果您仍然参保Medicare和Medi-Cal，Medicare和Medi-Cal会承保这些费用。

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：

- 氧气设备、耗材和服务额外24个月
- 氧气设备和耗材（在具有医疗必要性的情况下）最长五年

如果在**五年期限结束时**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。
- 新的五年期开始。
- 您需要从供应商处租用36个月。
- 然后，您的供应商会提供氧气设备、耗材和服务额外24个月。
- 只要氧气设备具有医疗必要性，每五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承保的内容。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 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。



第4章：福利表

简介

本章会向您介绍本计划承保的服务、对这些服务设定的任何限制或限额，以及您要为每项服务支付的费用。本章也会介绍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 Medicare + Medi-Cal Plan的新会员：大多数情况下，您将在提交Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保请求后次月的第1天成为Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan参保人，以享受Medicare福利。您仍可享受您之前Medi-Cal健康计划提供的Medi-Cal服务额外一个月时间。之后，您将通过Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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，请致电1-800-452-4413（TTY：711）联系我们。

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。**

目录

A. 您的承保服务和您的自付费用	64
B. 禁止提供者向您收取服务费用的规定	64
C. 关于本计划的福利表	64
D. 本计划的福利表	70
F. 社区支持	130
G. 本计划之外承保的福利	133
G1. 加州社区过渡（CCT）	133
G2. Medi-Cal牙科计划	134
G3. 家庭支持服务（IHSS）	134
G4. 1915（c）基于家庭和社区的服务（HCBS）豁免计划辅助生活豁免计划（ALW）	134
G5. 本计划之外提供的县政府行为健康服务（心理健康和药物使用障碍服务）	137
H. 本计划、Medicare或Medi-Cal不承保的福利	140



A. 您的承保服务和您的自付费用

本章会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。您也可以了解不承保的服务。有关药物福利的信息，请参考本《会员手册》第5章。本章也会说明某些服务的限制。

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（TTY：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承保服务的费用。我们会直接向我们的提供者付款，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。如果您收到账单，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

福利表会告诉您本计划支付哪些服务的费用，以及您需要为每项服务支付多少自付费用。（药物承保信息请参考第5章。）承保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。只要符合以下所述的要求，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、行为健康和药物使用服务、长期服务与支持、用品、器材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、诊断或治疗医疗病况或维持当前健康状况所需的服务、用品或药物。其中包括可避免您住院或住进护理设施的护理。并且服务、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障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的治疗疗程获得事先批准，即使该治疗疗程所涉及的服务是在网络外提供者处开始的也是如此。

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。



- 您从网络内提供者处获取护理。网络内提供者是与我们合作的提供者。大多数情况下，您从网络外提供者处获取的护理不会获得承保，急诊或急需护理，或者本计划或网络内提供者为您转诊的情况除外。这表示，对于您获得的网络外服务，您可能需要向提供者支付全额费用。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，才能使用并非您PCP的提供者，或使用本计划网络中的其他提供者。这称为转诊。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PA的承保服务。
- 如果本计划批准了某个治疗疗程的PA请求，该批准就必须依据承保标准、您的病史以及提供治疗之提供者的建议，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。
- 和所有Medicare健康计划一样，我们会承保Original Medicare承保的所有项目。（要详细了解Original Medicare的承保和费用，请参考您的《2027年Medicare与您》手册。您可访问网站www.Medicare.gov，或致电1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）索取。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。）
- 如果Medicare在2027年期间添加任何新服务的承保，Medicare或本计划会承保相关服务。
- 如果您在被视为持续符合资格的6个月期间失去您的Medi-Cal，我们将继续提供Medicare Advantage计划承保的所有Medicare福利。但是，您的Medi-Cal承保可能会早于您通过我们获得的Medicare承保终止。当您的Medi-Cal承保终止时，我们将不会支付您Medi-Cal福利的费用。这也表示，在您失去Medi-Cal承保的几个月期间，您的共付额、保费和自付额等自付费用将会增加。要了解更多信息并获取Medi-Cal资格续期方面的帮助，请致电（844）378-4181（TTY：711）联系Blue Shield双重资格保留团队，工作时间为周一至周五上午8点至下午5点
- 我们将协助您重新获得Medi-Cal资格。如果您的Medi-Cal资格在仍通过我们获得Medicare承保期间恢复，我们将重新开始支付您Medi-Cal福利的费用，并且您将重新参保本计划。如果您在我们让您退出Medicare承保后恢复Medi-Cal资格，您需要联系我们以重新参保该计划。

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。



针对患有特定慢性病况之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，您可能有资格获得食品和农产品福利。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，并至少患有本计划认定的某一种合格慢性病况：

- 慢性酒精使用障碍和其他药物使用障碍（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
- 心血管疾病：
 - 心律失常
 - 冠状动脉疾病
 - 周边血管疾病
 - 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

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。



- 肠易激综合征
- 炎症性肠病
- 慢性肾病（CKD）：
 - 需要透析的CKD/终末期肾病（ESRD）
 - 不需要透析的CKD
- 严重血液系统疾病：
 - 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（不包括镰状细胞特征）
 - 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
 - 肺动脉高压
 - 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）
 - 饮食障碍
 - 焦虑症
- 神经功能障碍：

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。



- 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
- 多发性神经病变
- 纤维肌痛
- 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：
 - 阿茨海默症
 - 智力障碍和发育障碍
 - 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病况，包括：
 - 脊髓损伤
 - 瘫痪
 - 肢体丧失
 - 中风
 - 关节炎
- 损害视觉、听觉（耳聋）、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病况

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。



- 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之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。
 - 一旦您被视为符合资格，请参考随Flex Card一起邮寄给您的《会员指南》。Flex Card是一张消费卡，卡中预存了符合资格的津贴，可帮助支付承保福利的费用。您的《会员指南》将说明预存到Flex Card中的可用津贴，以及可在何处找到有关您承保福利和如何管理账户的额外详情。
 - 有关此福利的更多信息，请致电1-877-429-3245 [TTY: 711]，服务时间为周一至周五，上午8点至晚上8点（太平洋时间）。您也可以在线访问bscalflexbenefits.com了解更多详情。
- 有关更多详情，请参考下方福利表中的“慢性病患者特别补充福利”一行。
 - 请联系我们，了解您具体可能有资格获得哪些福利。

所有预防性服务都免费提供。这个苹果图标  在福利表中表示预防性服务。

D. 本计划的福利表

	承保服务	您支付的费用
	HIV筛查 我们为符合以下情况的人员支付每12个月一次HIV筛查性检查的费用： ● 要求进行HIV筛查性测试，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。 我们也会支付您提供者建议之额外HIV筛查的费用。	\$0
	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（例如具有医疗必要性的胰岛素泵）施用的胰岛素 ● 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）的抗阿茨海默症药物Leqembi®（仿制药名为lecanemab）。除药物费用外，您在治疗前和/或治疗期间可能还需要接受额外扫描和检测。请咨询您的医生，了解您的治疗可能需要哪些扫描和检测。 ● 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。您在进行属于承保范围的移植时必须已参保A部分，在获取免疫抑制药物时必须已参保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 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。



承保服务	您支付的费用
Medicare B部分药物（续） ● 注射的抗骨质疏松症药物。如果您在家不宜出门，有经医生证明与停经后骨质疏松症相关的骨折，并且不能自行施用药物，我们会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（可能是您患者本人）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），Medicare则会为您提供承保。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。 ● 口服抗恶心药物：如果口服抗恶心药物是在化疗前、化疗时或化疗后48小时内施用，或作为静脉注射抗恶心药物的完全治疗替代品使用，Medicare则会承保您作为抗癌化疗方案一部分而使用的口服抗恶心药物。 ● Medicare B部分承保的某些口服终末期肾病（ESRD）药物 ● ESRD付款系统承保的拟钙剂和磷结合剂类药物，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 ● 促红细胞生成素类药剂：如果您患有ESRD或需要注射促红细胞生成素（如Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp®、Darbepoetin Alfa®、Mircera®或Methoxy polyethylene glycol-epotin beta）来治疗与某些其他病况相关的贫血，Medicare则会承保注射用促红血球生成素 ● 原发性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（静脉注射和管饲） 此福利的后续内容见下页	

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。



	承保服务	您支付的费用
	Medicare B部分药物（续） 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章会介绍我们的药物福利。其中会说明您要获得处方药承保必须遵守的规则。 本《会员手册》第6章会介绍您为本计划提供的药物支付的费用。 <i>可能需要预先授权，由您的提供者负责。</i>	
	Medicare糖尿病预防计划（MDPP） 本计划为符合资格的人支付MDPP服务的费用。MDPP旨在帮助您增加健康行为。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
	阿片类药物治疗计划（OTP）服务 本计划通过OTP支付以下阿片类药物使用障碍（OUD）治疗服务的费用： • 接收活动 • 定期评估 • FDA批准的药物，以及（如适用）管理和为您提供这些药物 • 药物使用咨询 • 个人和团体疗法 • 测试您体内的药物或化学物质（毒理学测试） <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

	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立了丙型肝炎筛查，并且您符合以下任一条件，我们则会承保丙型肝炎筛查： • 您因使用或曾使用非法注射药物而处于高风险。 • 您在1992年之前输过血。 • 您于1945-1965年间出生。 如果您于1945-1965年间出生，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，您一直在使用非法注射药物），我们则会承保年度筛查。	\$0
	部分住院服务和密集门诊服务 部分住院是一种积极精神治疗的结构化计划，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、持照婚姻与家庭治疗师（LMFT）或持照专业咨询师诊所获得的护理。它可以帮助您避免住院。 密集门诊服务是一种积极行为（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乡村卫生诊所提供，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，但低于部分住院护理。 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护理。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0
	导乐服务 我们为孕妇支付产前和产后九次导乐陪护以及临产和分娩支持的费用。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 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。



承保服务	您支付的费用
 低剂量计算机断层成像（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定，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，本计划将根据您医生或其他合格提供者的书面医嘱支付每年另一次筛查的费用。如果提供者选择提供肺癌筛查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
额外远程医疗服务* Teladoc Health通过电话或视频提供医生咨询，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应用程序请求就诊。如果您有疑问，可以致电 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 联系 Teladoc Health，全年365天、每周7天、每天24小时均提供服务。 *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 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。

承保服务	您支付的费用
非处方（OTC）用品* 福利包括： • 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）。 • 此福利承保阿司匹林、维生素、感冒和咳嗽药物以及绷带等健康相关用途的OTC用品。 • 此福利不承保非健康相关用途的OTC用品。 • 您可以通过《OTC用品目录》或在签约零售地点购买符合资格的OTC用品。 • 此津贴不能与您每年\$1,500的非Medicare承保听力服务津贴合并使用。 • 此福利于每季度第一天（1月1日、4月1日、7月1日和10月1日）生效，任何未使用的津贴均不能从一个季度结转至下一个季度。 • 一旦您用完季度津贴，在下一个季度开始之前，您购买任何物品的全部费用都需要自行承担。 您将收到随Flex Card一起邮寄给您的会员指南。Flex Card是一张消费卡，卡中预存了符合资格的津贴，可帮助支付承保福利的费用。您的会员指南将说明预存到Flex Card中的可用津贴，以及可在何处找到有关您承保福利和如何管理账户的额外详情。 此福利的后续内容见下页	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
非处方（OTC）用品*（续） 您可以通过以下方式购买符合资格的OTC用品： - 通过《OTC用品目录》—— - 致电——拨打1-877-429-3245（TTY：711），工作时间：周一至周五，上午8点至晚上8点（太平洋时间）。 - 在线——访问bscaflexbenefits.com。 - 通过移动应用程序——在您的应用商店中搜索“myTotal Benefits”并下载该应用程序。 请参考OTC用品目录，查看符合资格之OTC用品的清单、订购说明和限制。通过目录订购时无需使用Flex Card，因为您的余额已预存到您的账户中。订购的用品将免费递送给您。请耐心等待约5-7个工作日，以便用品送达。如果您使用邮政信箱作为送货地址，请预留约7-10个工作日的送货时间。 - 亲自购买——携带您的Flex Card前往任何签约零售地点。 要查找签约零售地点，请在线上或通过移动应用程序登录您的账户，然后在“Find Stores”（查找商店）下搜索。在店内购物时，如果您想在结账前确定某件OTC用品是否获得批准，请使用移动应用程序扫描产品条形码，以立即查看其是否符合资格。否则，在收银台扫描商品时，系统将自动确定产品是否符合资格。 如有问题，请致电1-877-429-3245（TTY：711），工作时间：周一至周五，上午8点至晚上8点（太平洋时间）。 *服务不计入计划的自付费用上限。	
 肥胖症筛查和减重疗法 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。您必须在初级保健场所获取咨询服务。这样一来，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

承保服务		您支付的费用
	肺部康复服务 我们会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COPD的医生或提供者为您进行肺部康复转诊。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0
	腹主动脉瘤筛查 我们为风险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得您医生、医生助理（PA）、执业护士（NP）或临床护理专家（CNS）转诊，本计划才会承保此筛查。	\$0
	宫颈癌或阴道癌筛查 我们会支付下列服务的费用： • 所有女性：每24个月一次子宫颈涂片检查和盆腔检查 • 宫颈癌或阴道癌高风险女性：每12个月一次宫颈涂片检查 • 过去三年内宫颈涂片检查结果异常且处于育龄期的女性：每12个月一次宫颈涂片检查 • 30-65岁女性：每五年一次人乳头状瘤病毒（HPV）检测或宫颈涂片检查加HPV检测	\$0

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。

承保服务	您支付的费用
姑息护理 本计划承保姑息护理。姑息护理是为患有严重疾病的人提供的。它提供以患者和家人为中心的护理，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六个月或更短时间的人提供。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，其中包括所有获得授权的姑息护理和治疗，包括心理健康和医疗社会服务 • 您的指定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，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
 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。 我们每24个月支付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

承保服务	您支付的费用
护理设施护理 护理设施（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（如具有医疗必要性，则单人病房） • 膳食，包括特殊饮食 • 护理服务 • 物理疗法、职业疗法和语言疗法 • 呼吸疗法 • 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。） • 血液，包括储存与输血 • 通常由护理设施提供的医疗和手术用品 • 通常由护理设施进行的化验 • 通常由护理设施提供的X光和其他放射科服务 • 用具的使用，例如通常由护理设施提供的轮椅 • 医生/从业者服务 • 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 • 足病服务 您通常需要通过网络内设施获取护理。不过，您也许可以从我们网络外的设施获取护理。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设施或持续护理退休社区（前体是其提供护理设施护理）。 • 您出院时您的配偶或同居伴侣所居住的护理设施。	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
 “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： - 对您健康状况的审查， - 有关您需要之预防性服务（包括筛查和注射（或疫苗））的教育和咨询，以及 - 转诊以接受其他护理（如果您需要）。 注意：我们只承保您在获取Medicare B部分后最初12个月内接受的“欢迎参保Medicare” 预防性就诊。预约时，请告诉医生诊所您想预约“欢迎参保Medicare” 预防性就诊。	\$0
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、疗法（包括职业、物理和语言）、个人护理、家庭/照顾者培训和支持、营养服务、运输和其他服务。如果您符合资格标准，我们将支付CBAS的费用。如需CBAS资格方面的帮助，请致电1-888-548-5765联系您的Blue Shield护理协调员，服务时间为周一至周五上午8:00至下午6:00。此电话为免费专线。 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

承保服务	您支付的费用
急需护理 急需护理是指为治疗下列情况而提供的护理： • 立即需要医学护理的非紧急情况，或 • 未预见的疾病，或 • 受伤，或 • 立即需要护理的病况。 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前往网络内提供者处，导致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，且针对并非医疗紧急情况之不可预见的病况立即需要获取具有医疗必要性的服务时），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急需服务，您没有合计年度限额，这类护理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 全球紧急承保的共同保险为20%（如果您在一天内因相同病况入院，则可免除此共同保险）。



承保服务	您支付的费用
急诊护理 急诊护理是指以下服务： • 由接受过急诊服务培训的提供者提供， • 评估或治疗医疗紧急情况所必需。 医疗紧急情况是指迅速恶化的疾病、伤害、剧痛或医疗病况。该病况非常严重，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带来严重风险；或 • 身体机能的严重损害；或 • 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，您没有合计年度限额。 *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，并在紧急情况稳定后需要住院护理，则必须获得计划对住院的批准。 全球承保的共同保险为20%（如果您在一天内因相同病况入院，则可免除此共同保险）。

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。



承保服务	您支付的费用
脊椎按摩服务 我们会支付下列服务的费用： - 通过脊柱调整来恢复正确对位 <i>可能需要转诊，由您的提供者负责。</i> 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（仅限脊椎按摩） 非Medicare承保服务通过American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 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，或要查找ASH Plans签约提供者，您可以致电ASH Plans：（800）678-9133 [TTY：711]；4月1日至9月30日的服务时间为周一至周五，太平洋时间上午5点至晚上8点；10月1日至3月31日的服务时间为周日至周六，太平洋时间上午8点至晚上8点。您也可以致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部，或前往 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12次就诊。）

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、药房或计划生育诊所。 我们会支付下列服务的费用： • 计划生育检查和医学治疗 • 计划生育化验和诊断检测 • 计划生育方法（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AIDS及其他HIV相关病况的咨询和检测 • 绝育（您必须年满21岁才能选择这种计划生育方法。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 我们也支付其他一些计划生育服务的费用。但是，您必须使用我们提供者网络内的提供者来获取以下服务： • 不孕症相关医疗病况的治疗（该服务不包括通过人工受孕） • AIDS和其他HIV相关病况的治疗 • 遗传检测	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
家庭健康机构护理 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家庭健康机构提供，之后您才能获得家庭健康服务。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。 我们会为以下服务付费，也可能会为并未于此处列出的其他服务付费： • 非全职或间歇性专业护理和家庭健康援助服务（您的专业护理和家庭健康援助服务合计每天必须少于八小时，并且每周必须少于35小时，才会属于家庭医疗保健福利的承保范围。） • 物理疗法、职业疗法和语言疗法 • 医疗和社会服务 • 医疗器材和用品 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	每次承保家庭健康就诊的费用为\$0。
假肢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。其中包括但不限于： • 假肢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，包括喂食套件、输液泵、管路和适配器、营养液以及自行施用用品 • 起搏器 • 支架 • 假肢鞋 • 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、受伤或先天缺陷而移除或受损之外部面部身体部位的假体 • 失禁用乳膏和尿布 <i>此福利的后续内容见下页</i>	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
假肢和矫形装置及相关用品（续） 我们会支付与假肢和矫形装置相关之某些用品的费用。我们也会支付修理或替换假肢和矫形装置的费用。 我们提供白内障移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，由您的提供者负责。</i>	
监督型运动疗法（SET） 我们会为有症状性周边动脉疾病（PAD）并由负责PAD治疗的医生进行PAD转诊的会员支付SET的费用。 本计划会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） • 一段时间内额外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治疗性运动训练计划，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运动疗法培训的合格人员提供，以确保效益大于危害 • 由医生、医生助理（PA）或执业护士（NP）/临床护理专家（CNS）直接监督，以上人员必须受过基本和进阶生命支持术的培训 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。

承保服务	您支付的费用
 健康与保健教育计划*（续） 请致电1-877-304-0504（TTY：711），服务时间为每周7天，每天24小时。 SilverSneakers 您享有SilverSneakers提供的健身福利，包括： • 覆盖全国的签约健身房和社区地点网络，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 • 通过SilverSneakers LIVE™提供的在线直播课程和研讨会，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、保健与运动内容视频，每周7天、每天24小时均可使用 • 通过SilverSneakers GO™移动应用查看健身计划、活动跟踪数据及会员编号，每周7天、每天24小时均可使用 • 通过SilverSneakers社区，以现场及虚拟方式提供社交互动和保健支持 要开始使用此福利，请访问silversneakers.com查找您的SilverSneakers编号、健身地点和课程。如果您对您的福利还有其他疑问，请致电1-888-423-4632 [TTY: 711]，服务时间为周一至周五，上午5点至下午5点（太平洋时间）。 当您前往您选择的签约健身地点时，工作人员会使用您的SilverSneakers编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。 为希望在家开始锻炼或因受伤、疾病或不宜外出而无法前往签约健身地点的会员提供之居家健身套装。 <i>此福利的后续内容见下页</i>	\$0

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。



	承保服务	您支付的费用
	健康与保健教育计划*（续） 会员每年可以选择一套健身套装，每套均包括一份快速入门指南。可选的健身套装包括： • 步行——包括一个计步器。 • 塑身——包括一个健身球。 • 力量训练——包括一条阻力带。 • 瑜伽——包括一条瑜伽带。 在开始锻炼计划之前，请务必先咨询您的医生。 *服务不计入计划的自付费用上限。	
	结直肠癌筛查 我们会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。对于非高风险患者，每120个月（十年）承保一次筛查的费用；对于非结直肠癌高风险患者，承保上一次柔性乙状结肠镜检查48个月后一次筛查的费用；对于高风险患者，承保上一次结肠镜检查后每24个月一次筛查的费用。 • 对于年满45岁且非结直肠癌高风险患者，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。非高风险患者在接受结筛查性肠镜检查后每120个月一次。高风险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。 • 年满45岁患者的筛查性粪便潜血检查。每12个月一次。 • 不符合高风险标准之45至85岁患者的多靶点粪便DNA检测。每三年一次。 此福利的后续内容见下页	\$0

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。



	承保服务	您支付的费用
	结直肠癌筛查（续） - 不符合高风险标准之45至85岁患者的血液生物标志物检测。每三年一次。 - 结直肠癌筛查检测包括在Medicare承保的非侵入性粪便结直肠癌筛查检测结果呈阳性之后的一次后续筛查性结肠镜检查。 - 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），以及与该筛查性检测相关、因该筛查性检测而进行并在同一次临床就诊中执行的其他程序。 可能需要转诊，由您的提供者负责。	
	戒烟 对于符合以下标准的人士，门诊和住院期间的戒烟咨询均属于承保范围： - 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认可之从业者提供的咨询 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密集疗程，每年最多八次）。	\$0
	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，我们会支付前190天的费用。之后，当地的县政府心理健康机构会支付具有医疗必要性之住院精神科服务的费用。190天以后之护理的授权会与当地县政府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住院心理健康服务。 - 如果您年满65岁，我们会为您在心理疾病研究所（IMD）获得的服务付费。 可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。	\$0

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。

	承保服务	您支付的费用
	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）或初级保健场所的从业者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
	救护车服务 无论是紧急情况或非紧急情况，属于承保范围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。 您的病况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（非紧急）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。您的病况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，由您的提供者负责。</i>	\$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； ● 器材，例如输液泵；以及 ● 耗材，例如管子或导管。 本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治疗提供者提供之居家输液疗法和居家输液药物的监控服务。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	对于每次属于承保范围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 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。

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的病情符合末期预后，则您有权选择临终关怀。这表示您患有终末疾病并且预期寿命不超过六个月。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的服务区域内找到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： ● 治疗症状和止痛的药物 ● 短期喘息护理 ● 家庭护理 当您入住临终关怀机构时，您有权继续参保本计划。 对于临终关怀服务，以及Medicare A部分或B部分承保、与末期预后相关且由Medicare付费的服务： ● 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之任何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开立账单。 对于本计划承保但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，我们都会提供承保。您无需为这些服务支付任何费用。 对于本计划的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。 此福利的后续内容见下页	参加经Medicare认证的临终关怀计划时，您的临终关怀服务以及与末期预后相关之A部分和B部分服务的费用会由Original Medicare（而非Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan）支付。 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 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。



承保服务	您支付的费用
临终关怀（续） 注意：如果您患有严重疾病，您可能有资格获得姑息护理，其提供基于团队之以患者和家人为中心的护理，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。详情请参考下方“姑息护理”部分。 注意：如果您需要非临终关怀护理，请致电联系您的护理协调员和/或客户服务部以安排服务。非临终关怀护理是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之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>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	

承保服务	您支付的费用
慢性病患者特别补充福利 食品和农产品* 如果您被视为符合资格，本计划包括为患有某些慢性病况的会员提供的食品和农产品福利。福利包括： ● 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。 ● 您可以从当地签约零售商处购买符合资格的食品和农产品，以帮助您保持健康饮食并满足您的营养需求。 ● 此津贴不能与您每年\$1,500的非Medicare承保听力服务津贴合并使用。 ● 此福利于每季度第一天（1月1日、4月1日、7月1日和10月1日）生效，任何未使用的津贴均不能从一个季度结转至下一个季度。 ● 一旦您用完季度津贴，在下一个季度开始之前，您购买任何物品的全部费用都需要自行承担。 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况： ● 慢性酒精使用障碍和其他药物使用障碍（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 ● 心血管疾病： ○ 心律失常 ○ 冠状动脉疾病 ○ 周边血管疾病 ○ 心瓣膜疾病 此福利的后续内容见下页	

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。



承保服务	您支付的费用
慢性病患者特别补充福利（续） • 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）： ○ 需要透析的CKD/终末期肾病（ESRD） ○ 不需要透析的CKD • 严重血液系统疾病： ○ 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（不包括镰状细胞特征） ○ 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 ○ 肺动脉高压 ○ 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 此福利的后续内容见下页	

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。



承保服务	您支付的费用
慢性病患者特别补充福利（续） ○ 创伤后应激障碍（PTSD） ○ 饮食障碍 ○ 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 ○ 多发性神经病变 ○ 纤维肌痛 ○ 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： ○ 阿茨海默症 ○ 智力障碍和发育障碍 ○ 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病况，包括： ○ 脊髓损伤 ○ 瘫痪 ○ 肢体丧失 ○ 中风 ○ 关节炎 ● 损害视觉、听觉（耳聋）、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病况 此福利的后续内容见下页	

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。



承保服务	您支付的费用
慢性病患者特别补充福利（续） 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。 您将收到随Flex Card一起邮寄给您的会员指南。Flex Card是一张消费卡，卡中预存了符合资格的津贴，可帮助支付承保福利的费用。您的会员指南将说明预存到Flex Card中的可用津贴，以及可在何处找到有关您承保福利和如何管理账户的额外详情。 有关此福利的更多信息，请致电1-877-429-3245 [TTY: 711]，服务时间为周一至周五，上午8点至晚上8点（太平洋时间）。您也可以在线访问bscaflexbenefits.com了解更多详情。 *服务不计入计划的自付费用上限。	
门诊康复服务 我们支付物理疗法、职业疗法和语言疗法的费用。 您可以从医院门诊部、独立治疗师诊所、综合门诊康复设施（CORF）以及其他设施获得门诊康复服务。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0
门诊手术 我们会支付医院门诊设施和门诊手术中心之门诊手术和服务的费用。 注意：如果您在医院设施接受手术，应向提供者确认您会是住院病人还是门诊病人。除非提供者书面开立将您作为住院病人收治入院的医嘱，否则您属于门诊病人。即使您在医院过夜，仍可能被视为门诊病人。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</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。

承保服务	您支付的费用
门诊心理健康护理 我们支付由以下提供者提供之心理健康服务的费用： ● 获得州政府许可的精神科医生或医生 ● 临床心理医生 ● 临床社会工作者（CSW） ● 临床护理专家（CNS） ● 持照专业咨询师（LPC） ● 持照婚姻与家庭治疗师（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 我们会为以下服务付费，也可能会为并未于此处列出的其他 服务付费： ● 诊所服务 ● 日间治疗 ● 社会心理康复服务 ● 部分住院或密集门诊计划 ● 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 ● 门诊化验、药物、用品和补充剂 ● 精神科咨询 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

承保服务	您支付的费用
门诊药物使用障碍服务 我们会为以下服务付费，也可能会为并未于此处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 • 住宿戒瘾计划的亚急性期戒毒 • 密集门诊治疗中心的酒精和/或药物服务 • 缓释Naltrexone (vivitrol) 治疗 可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。	每次个人或团体疗法就诊的费用为\$0。
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的具有医疗必要性之服务的费用，例如： • 在急诊科或门诊诊所提供的服务，例如门诊手术或观察服务 • 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光和其他放射科服务 • 医疗用品，例如固定夹板和石膏 • 某些您无法自行使用的药物和生物制剂 可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
门诊医院观察 我们会为门诊医院观察服务支付费用。该服务的目的是确定您是否需要住院，或者是否可以出院。 该服务必须符合Medicare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得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测医嘱）提供时，才属于承保范围。 注意：除非提供者已书面开立将您作为住院病人收治入院的医嘱，否则您属于门诊病人。即使您在医院过夜，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，请咨询医院工作人员。 请参考Medicare信息表《<i>Medicare医院福利</i>》了解更多信息，该信息表可在Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf获取 <i>可能需要转诊，由您的提供者负责。</i>	\$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具有医疗必要性之服务的费用： • X光 • 放射（镭和同位素）疗法，包括技师材料和用品 • 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 • 诊断性非实验室检测，如CT扫描、MRI、EKG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立这些检查的医嘱 • 其他门诊诊断检测 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



	承保服务	您支付的费用
	免疫接种 我们会支付下列服务的费用： - 肺炎疫苗 - 流感疫苗注射（每个秋冬流感季一次，具有医疗必要性时可额外注射流感疫苗） - 乙型肝炎疫苗（如果您从未完成全系列乙型肝炎疫苗接种、不知道自己的疫苗接种史，或者存在任何其他导致您感染乙型肝炎的风险较高或处于中等风险的病况） - 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部分承保规则） 我们支付符合Medicare D部分承保规则之其他疫苗的费用。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第6章。 我们也支付免疫实践咨询委员会（ACIP）建议之所有成人疫苗的费用。	\$0
	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。 我们承保以下用品： - 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 - 语音发声装置 此福利的后续内容见下页。	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
耐用医疗器材（DME）和相关用品（续） • 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 • 透析护理器材 可能会承保其他用品。 我们支付Medicare和Medi-Cal通常支付的所有具有医疗必要性之DME的费用。如果您所在区域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。 <i>可能需要预先授权，由您的提供者负责。</i>	
 年度保健就诊 您可以获得一次年度健康检查。其目的是根据您当前的风险因素制定或更新预防计划。我们每12个月支付一次此项检查的费用。 注意：您不得在进行“欢迎参保Medicare”就诊后12个月内进行第一次年度保健就诊。不过，在参保B部分12个月后，您无需先进行“欢迎参保Medicare”就诊，即可进行年度保健就诊。	\$0
年度体检* 除了您的年度保健就诊之外，您还可以每12个月接受一次属于承保范围的例行体检。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，并提供其他可能适当的服务、转诊和建议。 *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 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。



	承保服务	您支付的费用
	前列腺癌筛查性检查 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
	乳腺癌筛查（乳房X光检查） 我们会支付下列服务的费用： • 35至39岁一次基线乳房X光检查 • 40岁及以上女性每12个月一次乳房X光检查 • 每24个月一次临床乳房检查	\$0
	肾脏疾病服务和用品 我们会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。您必须患有第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病教育服务。 • 门诊透析治疗，包括本《会员手册》第3章中所述之您暂时离开服务区域时，或者在您的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殊护理） • 自行透析培训，包括对您和帮助您在家进行透析治疗之任何人的培训 • 居家透析器材和用品 • 某些家庭支持服务，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、提供紧急情况协助，以及检查您的透析器材和供水。 Medicare B部分会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>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
 视力保健 我们会支付下列服务的费用： • 每年一次例行眼睛检查，以及 • 每两年最高\$100的眼镜（镜框和镜片）或最高\$100的隐形眼镜 我们会支付诊断和治疗眼睛疾病和伤害之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，我们会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岁的西班牙语裔美国人 对于糖尿病患者，我们会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（医生植入人工晶状体）后，我们会支付一副眼镜或隐形眼镜的费用。 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获取一副眼镜。即使您在第一次手术后没有获取眼镜，第二次手术后也不能获取两副眼镜。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



承保服务		您支付的费用
视力保健，非Medicare承保（从网络内提供者处获得）* 承保服务包括： • 例行眼睛检查，包括屈光检查和眼镜镜片处方。 如果提供者建议额外程序，您需负责支付额外费用。隐形眼镜检查需支付额外费用。您需负责支付额外费用。 • 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、带线三焦点和柱状透镜。如果您选择未列出的其他镜片或附加镜片处理，即使总费用仍在津贴范围内，您也需自行承担额外费用。 无需预先授权（提前批准）。请使用《视力服务目录》或访问 blueshieldca.com/find-a-doctor 查找签约Vision Service Plan (VSP)（Blue Shield视力计划管理者）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2年能以\$0购买眼镜镜框（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2年能以\$0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）。从非签约提供者处获得的服务不属于承保范围。如果服务和材料价格超过\$500，您需负责支付差价。

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。



承保服务	您支付的费用
送餐上门* 从医院或专业护理设施出院后，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 Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部（电话号码请参考本文件封底）。 *服务不计入计划的自付费用上限。	对于每次属于承保范围的送餐上门服务，费用为\$0。
 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（包括空腹葡萄糖测试）： • 高血压 • 胆固醇和甘油三酯水平异常（血脂异常）的历史 • 肥胖症 • 高血糖（葡萄糖）病史 在其他某些情况下（例如您超重并且有糖尿病家族史），检测可能会获得承保。 您可能有资格在您最近进行的糖尿病筛查检测之日后每12个月接受最多两次糖尿病筛查。	\$0

	承保服务	您支付的费用
	糖尿病自我管理培训、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： ○ 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（不包括此类鞋具随附的非定制可拆卸鞋垫） • 某些情况下，我们会支付帮助您管理糖尿病之培训的费用。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”）。连续血糖监测仪和用品（即传感器/接收器）需要预先授权。 <i>可能需要预先授权，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
听力服务 我们为您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医学治疗。如果您从医生、听力学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。 听力服务（非Medicare承保）* 除Medicare和Medi-Cal承保的听力服务外，本计划还包括其他听力服务。福利包括： ● 您每年可获得\$1,500的津贴，可用于Medicare不承保的下列听力服务： ○ 一次例行（非Medicare承保）听力检查 ○ 最多两副助听器（双耳合计） ○ 最多两次助听器验配和评估 ● 您可以在您选择的助听器提供者处获得这些服务。 ● 此津贴不能与您每季度\$240的食品和农产品（如果符合资格条件）及非处方（OTC）用品津贴合并使用。 ● 此福利于每年第一天生效，任何未使用的津贴均不能结转至下一年。 您将收到随Flex Card一起邮寄给您的会员指南。Flex Card是一张消费卡，卡中预存了符合资格的津贴，可帮助支付承保福利的费用。您的会员指南将说明预存到Flex Card中的可用津贴，以及可在何处找到有关您承保福利和如何管理账户的额外详情。 此福利的后续内容见下页	\$0

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。



	承保服务	您支付的费用
	听力服务（续） 有关此福利的更多信息，请致电1-877-429-3245 [TTY: 711]，服务时间为周一至周五，上午8点至晚上8点（太平洋时间）。您也可以在线访问bscaflexbenefits.com了解更多详情。 *服务不计入计划的自付费用上限。 除本节所述之Medicare不承保的听力服务外，我们也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接受的六次培训、调整和验配 • 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评估后服务	
	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因。	\$0
	心血管（心脏）疾病风险降低就诊（心脏病治疗） 如果您前往您的初级保健提供者（PCP）处就诊以帮助降低您患上心脏病的风险，我们每年支付您一次就诊的费用，如果具有医疗必要性，则支付多次就诊的费用。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

承保服务		您支付的费用
	心血管（心脏）疾病筛查检测 我们每五年（60个月）支付一次检查心血管疾病之血液检测的费用。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
	心脏康复服务 我们支付锻炼、教育和咨询等心脏康复服务的费用。会员必须满足特定条件并有医生的转诊。 如果您至少患有以下一种病况，我们则会承保这些综合计划： ● 过去12个月内发生的心脏病发作 ● 冠状动脉旁路手术 ● 稳定型心绞痛（胸痛） ● 心脏瓣膜修复或置换 ● 冠状动脉血管成形术（用于疏通阻塞动脉的医疗程序）或冠状动脉支架置入术（用于保持动脉畅通的程序） ● 心脏移植或心肺联合移植 ● 稳定型慢性心力衰竭 承保限制： 您最多可以接受36次心脏康复治疗。您每天可以接受两次治疗（每次持续一小时），该计划最长可持续36周。如果您符合资格，您可能还可以再接受36次治疗，这些治疗可以分散在更长的时间内进行。 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



	承保服务	您支付的费用
	性传播感染（STI）筛查和咨询 我们会支付衣原体、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。这些检测必须由初级保健提供者开立医嘱。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而提供的这类咨询的费用。咨询服务必须在初级保健场所进行，例如医生诊所。	\$0
	牙科服务 我们支付某些牙科服务的费用，包括但不限于口腔评估、3D牙科X光、牙冠和假牙。我们不承保的服务可通过Medi-Cal牙科计划提供，如下方第G2节中所述。 如果某些牙科服务是当事人主要医疗病况特定治疗方案中不可或缺的一部分，我们会支付这些服务的费用。示例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。 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，相信他们会确定适合您的护理。福利限制、预先授权和/或转诊可能适用于某些牙科服务。 某些牙科服务通过Medi-Cal牙科计划提供。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： 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 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。



承保服务	您支付的费用
牙科服务（续） ● 初始检查、X光、洁牙和氟化物治疗 ● 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牙科计划提供之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，请联系客户服务专线1-800-322-6384（听障和语障用户请拨打1-800-735-2922）。此电话为免费专线。Medi-Cal牙科计划代表可于周一至周五上午8:00至下午5:00为您提供协助。您也可以访问下列网站了解更多信息：smilecalifornia.org/。	
医生/提供者服务，包括医生诊所就诊 我们会支付下列服务的费用： ● 在以下场所提供之具有医疗必要性的医疗保健或手术服务： ○ 医生诊所 ○ 经认证的门诊手术中心 ○ 医院门诊部 ○ 任何其他地点 ● 专家咨询、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诊病况（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就诊或远程医疗就诊的方式获取这些服务。如果您选择通过远程医疗就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。 此福利的后续内容见下页	\$0

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。



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） ○ 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肾透析中心、肾透析设施或在家中为居家透析会员进行的每月终末期肾病（ESRD）相关看诊远程医疗服务 ● 用于诊断、评估或治疗中风症状的远程医疗服务 ● 无论所处位置，为有药物使用障碍或并发心理健康障碍的会员提供的远程医疗服务 ● 用于诊断、评估和治疗心理健康障碍的远程医疗服务；由乡村卫生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五至十分钟的虚拟查问（例如，通过电话或视频聊天）： ○ 您不是新患者并且 ○ 查问与过去七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之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 ○ 评估与过去七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之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） ● 手术前由其他网络内提供者提供的第二意见 <i>可能需要转诊，由您的提供者负责。</i>	

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。



	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人。也适用于肾移植后您的医生为您转诊的情况。 在您通过Medicare接受医学营养疗法服务的第一年，我们会支付三小时的一对一咨询服务的费用。如果具有医疗必要性，我们可能会批准额外服务。 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、治疗或诊断发生改变，您也许能在医生转诊的情况下接受更多时数的治疗。如果您在下一个日历年需要治疗，则医生必须每年开立这些服务的处方并为转诊续期。如果具有医疗必要性，我们可能会批准额外服务。	\$0
	抑郁症筛查 我们每年支付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
	用于HIV预防的暴露前预防（PrEP） 如果您没有HIV，但您的医生或其他医疗保健从业者判定您感染HIV的风险较高，我们则会承保暴露前预防（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，包括注射药物的费用（如适用）。 • 每12个月最多八次个人咨询（包括HIV风险评估、降低HIV风险和服药依从性）。 • 每12个月最多八次HIV筛查。 • 一次性的乙型肝炎病毒筛查。	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
运输：非紧急医疗运输 这项福利允许为本计划和Medicare承保的服务提供医疗运输服务。其中可能包括：救护车、担架车、轮椅车医疗运输服务，并与辅助客运系统协调。 针对非紧急医疗运输和非医疗运输，您每年可使用合计24次前往计划批准之健康相关地点的单程行程。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。 如符合以下情况，则可获得运输服务的授权： • 您的提供者确认您的医疗和/或身体状况不允许您乘坐公交车、乘用车、出租车或其他形式的公共或私人交通工具出行，并且 • 根据服务的不同，可能需要预先授权 运输服务的安排由Call The Car来处理。会员必须致电1-855-200-7544 [TTY: 711]联系Call The Car，每周七天、每天24小时均提供服务。可使用CTC Go移动应用来安排、更改、追踪和取消路边到路边接送、门到门接送以及轮椅预订。CTC Go移动应用不能用于轮床运输，您必须致电进行预订。运输服务必须至少提前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，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
运输：非医疗运输 针对非紧急医疗运输和非医疗运输，您每年可使用合计24次前往计划批准之健康相关地点的单程行程。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。 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，而需要运输服务，包括前往牙科预约地点和领取药物。由Medi-Cal和Medicare两者承保之服务的运输服务属于承保范围。 运输安排由Call the Car负责。请致电1-855-200-7544 [TTY: 711]联系Call The Car，每周七天、每天24小时均提供服务。运输服务必须至少提前24小时安排。Call the Car提供了一款移动应用程序（CTC-Go），Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan会员可以使用该应用程序来协调医疗保健运输服务。CTC-Go让您能查看即将到来或过去的预订、评价您的行程、追踪您的司机、取消现有预订以及安排新的预订。CTC-Go可在iOS和Android提供。请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。 <i>可能需要预先授权，由您的提供者负责。</i>	\$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。 如果您有慢性腰痛，我们还会支付90天内最多12次针灸就诊的费用，慢性腰痛的定义为： • 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没有关联）； • 与手术没有关联； • 与怀孕没有关联。 此外，如果您的慢性腰痛有所改善，我们会支付额外八次针灸的费用。您每年接受的慢性腰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： 医生可根据适用的州政府规定提供针灸服务。 医生助理（PA）、执业护士（NP）/临床护理专家（CNS）和辅助人员如果符合所有适用的州政府规定，并拥有下列资质，则可以提供针灸服务： • 由针灸与东方医学认证委员会（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， • 持有美国某个州、领土或自由邦（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 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。



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，如我们的规定所要求。 承保服务通过American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 签约提供者提供。如需更多信息，或要查找ASH Plans签约提供者，您可以致电ASH Plans: (800) 678-9133 [TTY: 711]；4月1日至9月30日的服务时间为周一至周五，太平洋时间上午5点至晚上8点；10月1日至3月31日的服务时间为周日至周六，太平洋时间上午8点至晚上8点。您也可以致电Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部，或前往 blueshieldca.com/find-a-doctor，查找ASH Plans签约提供者。	
住院：非承保住院期间在医院或专业护理设施（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设施接受的服务支付费用。要了解更多信息，请联系客户服务部。 我们会为以下服务付费，也可能会为并未于此处列出的其他服务付费： • 医生服务 • 诊断检测，如化验 • X光、镭和同位素疗法，包括技师材料和服务 • 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 • 假肢和矫形装置（牙科除外），包括此类装置的替换或修理。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 » 无法运作或功能失调之人体内部器官的功能。 此福利的后续内容见下页	\$0

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。



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设施（SNF）接受的承保服务（续） - 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、遗失或您病况变化所需进行的调整、维修和替换 - 物理疗法、语言疗法和职业疗法 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	
住院医院护理 我们支付以下服务以及此处未列出的其他具有医疗必要性之服务的费用： - 双人病房（如具有医疗必要性，则单人病房） - 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光和其他放射科服务 - 所需的手术和医疗用品 - 用具，例如轮椅 - 手术与恢复室服务 - 物理、职能和语言疗法 - 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 紧急情况稳定后，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 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。



承保服务	您支付的费用
住院医院护理（续） 如果您需要移植，Medicare批准的移植中心会审查您的个案并决定您是否是移植候选人。移植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您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住宿和旅行的费用。 ● 血液，包括储存与输血。全血和浓缩红细胞的承保仅从您所需的第四品脱血液开始。对于您在一个日历年内获得的前三品脱血液，您必须自行支付费用，或者由您本人或他人捐献血液。所有其他血液成分均从第一品脱开始承保。 ● 医生服务 注意：您的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”。如果您不确定自己是住院病人还是门诊病人，请询问医院工作人员。 请参考Medicare信息表<i>Medicare Hospital Benefits</i>（《Medicare医院福利》）了解更多信息，该信息表可在Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf获取，或致电1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。	

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。



承保服务	您支付的费用
专业护理设施（SNF）护理 如欲了解专业护理设施护理的定义，请参考第12章。 我们会为以下服务付费，也可能会为并未于此处列出的其他服务付费： • 双人病房（如具有医疗必要性，单人病房） • 膳食，包括特殊饮食 • 专业护理服务 • 物理疗法、职业疗法和语言疗法 • 您根据您的护理计划获得的药物，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提供的医疗和手术用品 • SNF进行的化验 • 护理设施提供的X光和其他放射科服务 • 用具，例如通常由护理设施提供的轮椅 • 医生/提供者服务 您通常需从网络内设施获取SNF护理。在某些情况下，您可以从不属于我们网络内的设施获取护理。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设施或持续护理退休社区（只要其提供护理设施护理） • 您出院时您的配偶或同居伴侣所居住的护理设施 <i>可能需要预先授权和/或转诊，由您的提供者负责。</i>	\$0

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。



承保服务	您支付的费用
足病服务 我们会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之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： - 切除或移除鸡眼和老茧 - 趾甲修剪、剪切、剪除或清创 *服务不计入计划的自付费用上限。 <i>可能需要转诊，由您的提供者负责</i>	\$0

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具体牙科程序，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六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（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。

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。



您可以通过联系牙科计划管理者（DPA）客户服务部获取最新版的ADA代码清单，电话
1-866-247-2486 [TTY: 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
口腔检查			
D0140	局部口腔评估 - 针对问题	\$0	每个日历年1次
其他诊断性牙科服务			
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）
D0364	有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT采集和解读	\$0	每个日历年1次（D0364、D0365、D0366或D0367）
D0365	视野范围包含整个下颌牙弓的锥形束CT采集和解读	\$0	每个日历年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
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采集和解读	\$0	每个日历年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0367	视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT采集和解读	\$0	每个日历年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0368	TMJ系列（包括两次或以上曝光）的锥形束CT采集和解读	\$0	每个日历年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0380	有限视野（小于一个完整颌骨）的锥形束CT影像采集	\$0	包含在已完成服务的费用中
D0381	视野范围包含整个下颌牙弓的锥形束CT影像采集	\$0	包含在已完成服务的费用中

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。



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
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影像采集	\$0	包含在已完成服务的费用中
D0383	视野范围包含上下颌（包括或不包括颅骨）的锥形束CT影像采集	\$0	包含在已完成服务的费用中
修复服务			
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）
D4263	骨替代移植物——保留天然牙——象限中的第一个位置	\$0	每颗牙齿每3个日历年1次
D4264	骨替代移植物——保留天然牙——象限中的每个额外位置	\$0	每颗牙齿每3个日历年1次
D4266	引导组织再生，天然牙——可吸收屏障，每个部位	\$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，每个部位	\$0	每3个日历年每颗牙齿1次（D4266或D4267）

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。



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
口腔修复术，活动式			
D5221	即装上排局部假牙 - 树脂基托（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5222	即装下排局部假牙 - 树脂基托（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（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（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5224	即装下排局部假牙——有树脂假牙基托的铸造金属框架（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5225	上排局部假牙 - 弹性基托（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5226	下排局部假牙 - 弹性基托（含固位/扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5227	即装上排局部假牙 - 弹性基托（含任何扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5228	即装下排局部假牙 - 弹性基托（含任何扣合材料、支托和牙齿）	\$0	每5个日历年1次（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1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1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）

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。



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
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）
口腔修复术，固定式			
D6240	桥体——陶瓷熔附高贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
D6242	桥体——陶瓷熔附贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
D6250	桥体——树脂与高贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
D6252	桥体——树脂与贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
D6750	固定器牙冠——陶瓷熔附高贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
D6752	固定器牙冠——陶瓷熔附贵金属	\$0	每5个日历年每颗牙齿1次
口腔和颌面手术			
D7953	用于齿槽嵴保存的骨替代移植术 - 每个部位	\$0	每个部位终身1次 如果在植入种植体或拔牙时提供，则D7953属于福利范围
辅助一般服务			
D9211	区域阻滞麻醉	\$0	不单独支付费用。包含在已完成服务的费用中
D9212	三叉神经分支阻滞麻醉	\$0	不单独支付费用。包含在已完成服务的费用中
D9215	与手术或外科手术结合使用的局部麻醉	\$0	不单独支付费用。包含在已完成服务的费用中

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。



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（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。如果您对本牙科部分的信息有任何疑问、需要协助或遇到任何问题，可以致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，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，您需负责直接向牙医支付牙医开立账单的全额费用。

注意：网络内牙医的状态可能会发生变化。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。如需获取您所在区域的网络内牙医名单，可以致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，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。

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初级保健牙医（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，您便可获取属于承保范围的牙科护理服务。如欲预约，只需致电您PCD的诊所并表明您是Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan会员。除非已请求具体时间，否则应在四个星期内安排初始预约。有关预约提供情况以及牙医无障碍服务的问询，请致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，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处获取承保服务，但由DPA以书面形式预先授权之专家提供的服务除外。任何其他治疗都不属于Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保范围。

您必须就所有牙科护理需求（包括咨询计划专家）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家求诊。必须获取计划对此类转诊的授权。

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。



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。

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

如果您需要更多帮助以获取有关治疗计划的信息，可以致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，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。

选择初级保健牙医

在参保时，您必须选择网络内牙医担任您的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。如欲更改分配给您的网络内牙医，您可以致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，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日之前提出请求，以便更改能在下个月的第一天生效。

如果您的牙医不再与Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA签订合同

如果您选择的网络内牙医因为无法履行合同或违反合同规定而无法继续与DPA签订合同，或者如果DPA已终止合同，DPA则会在牙医的有效终止日期前至少30个日历日通知您，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）。

急诊牙科护理

本计划不给付急诊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/或治疗计划判定，您可以请求获取第二意见。DPA也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请求将得到加急处理（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程序和时限的协助或额外信息，请致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA客户服务部，

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。



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，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定，则可向Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提出上诉。如需了解更多信息，请参考下方的“*申诉和上诉流程*”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，本计划则会提供福利，而不考虑其他保单或计划的承保范围。否则，由专家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。确定哪个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。

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补偿，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。

申诉和上诉流程

我们对您的承诺不仅是确保护理的质量，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服务代表为您展现的礼貌态度。如果您对资格、针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 Medicare + Medi-Cal 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*）。如有疑问，请致电**1-866-247-2486 [TTY: 711]**联系DPA，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 Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部（电话号码请参考本文件封底）。

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。



牙科HMO计划的一般排除项目

- 牙科福利程序表中未明确列出的任何程序。
- 根据网络内牙医的专业意见，具有以下情况的任何程序：
 - 根据单颗或多颗牙齿和/或周围结构的状况，对成功结果及合理寿命的预后较差，或
 - 与公认的牙科标准不一致。
- 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。
- 丢失或被盗的器具，例如全口或局部假牙和牙冠。
- 目的是改变垂直尺寸，或诊断或治疗颞下颌关节（TMJ）异常病况而提供的程序、器具或修复，牙科福利程序表列出的情况除外。
- 用于活动式器具的珍贵金属、用于全口假牙的金属或永久软基托、陶瓷假牙、用于活动式局部假牙或固定式局部假牙（上盖式假牙、种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。
- 种植体支持的牙科器具和附件、种植体植入、维护、移除以及与种植体相关的所有其他服务。
- 针对非承保福利的咨询。
- 从指定的网络内牙医或经预先授权的牙科专家以外的任何牙科诊所获得的牙科服务。
- 入住、使用或住在医院、门诊手术中心、扩展护理设施，或其他类似护理设施的所有相关费用。
- 处方药。
- 在会员获得Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan资格之前开始之与任何牙科程序相关的牙科费用。示例包括：为牙冠而准备的牙齿，以及已取印模的全口或局部假牙。
- 肌功能和副功能器具和/或疗法。

F. 社区支持

您可以根据您的个性化护理计划获得支持。社区支持是具有医疗適切性和成本效益的替代服务或场所，用于取代Medi-Cal州政府计划所承保的服务或场所。会员可自行选择这些服务。如果您符合资格，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。

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。



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，为您或您的照顾者提供的帮助，或淋浴扶手和坡道。社区支持是指Blue Shield Promise Health Plan向符合资格的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：

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。



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便无法留在家中的会员提供的个人护理服务，例如做饭、买菜和金钱管理等。
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。
环境无障碍适应（住家改造）	对住家进行的物理改造，以确保个人的健康、福祉和安全，并使原本需要入住护理机构的会员能够留在自己家中。
恢复护理（医疗暂息）	短期住宿护理，面向不再需要住院但仍需要自受伤或疾病康复的患者，包括在不稳定的生活环境中可能恶化的心理健康病况。
戒瘾中心	安全的支持性场所，以帮助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居住状况不稳定的人，以免他们被送往急诊科或拘留所。
面向Medi-Cal会员照顾者的喘息服务	为需要间歇性临时监督的Medi-Cal会员之照顾者提供的短期、非医疗性服务，以减轻其照顾责任。
日间康复计划	这有助于身处非护理设施环境中的Medi-Cal会员培养成功在居家环境中生活所需的自助、社交和适应技能。
社区过渡服务/从护理设施向居家过渡	这可帮助会员在社区内生活，避免入住护理机构。
哮喘缓解措施	对个人的家庭环境进行物理改造，以确保健康、福祉和安全，或者在急性哮喘发作可能导致住院或寻求急诊服务的情况下，维持其居家生活能力。
医疗定制膳食/医疗辅助食品	为会员（尤其是患有慢性病况的会员）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。
住房过渡指引服务	会员可获得寻找住房方面的帮助。
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。
住院后短期住房	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住宿设施后能立即继续康复。

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。



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（TTY：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：1-800-605-2556 / 圣地亚哥：1-855-699-5557
- 请致电1-800-430-4263（TTY 800-430-7077）联系Health Care Options（HCO）
- 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>

G. 本计划之外承保的福利

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（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，以协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会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

提供者会向我们收取您服务的费用。本计划会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。

在您获得CCT过渡协调服务期间，我们会支付**第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。您将继续通过本计划获得正常药物福利。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。

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。



G2. Medi-Cal牙科计划

某些牙科服务通过Medi-Cal牙科计划提供。

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：

- 初始检查、X光、洁牙、封填剂和氟化物治疗
- 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牙科计划提供之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，请联系客户服务专线1-800-322-6384（听障和语障用户请拨打1-800-735-2922）。此电话为免费专线。Medi-Cal牙科计划服务代表可于周一至周五上午8点至下午5点为您提供协助。您也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计划（牙科MCP）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点至下午6点。此电话为免费专线。您也可在此查看DMC联系信息：

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

www.hpsm.org/dental

有关详细信息，请参考**第D节**中的福利表。

G3. 家庭支持服务（IHSS）

- IHSS计划将帮助支付向您提供之服务的费用，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设施）的替代方案。
- 如要接受服务，需要进行评估，以根据每位参加者的需求确定可以授权哪些类型的服务。可通过IHSS授权的服务类型包括房屋清洁、备餐、洗衣、买菜、个人护理服务（如肠道和膀胱护理、洗澡、梳洗和辅助医疗服务）、医疗预约陪同以及对精神障碍人士的保护性监督。
- 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。您也可以联系洛杉矶IHSS办公室1-888-944-4477和圣地亚哥IHSS办公室1-800-339-4661进行申请。

G4. 1915（c）基于家庭和社区的服务（HCBS）豁免计划辅助生活豁免计划（ALW）

- 辅助生活豁免计划（ALW）为符合Medi-Cal资格的受益人提供居住在辅助生活环境中的选择，作为长期安置在护理设施的替代方案。ALW的目标是协助受益

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。



人从护理设施过渡回住家般的环境和社区环境，或防止急需安置在护理设施的受益人入住专业护理设施。

- 加入ALW的会员可以继续维持ALW身份，同时也可以获得本计划提供的福利。本计划与您的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、康特拉科斯塔、弗雷斯诺、克恩、洛杉矶、橙县、里弗赛德、萨克拉门托、圣贝纳迪诺、圣地亚哥、旧金山、圣华金、圣马特奥、圣克拉拉和索诺玛。
- 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计划护理的当地机构：dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

针对有发育障碍之加州人的HCBS豁免计划（HCBS-DD）

针对发育障碍人士的加州自决计划（SDP）豁免计划

- 有两项1915（c）豁免计划，即HCBS-DD豁免计划和SDP豁免计划，为被诊断出有在个人18岁生日之前开始且预计将无限期持续下去之发育障碍的人提供服务。两项豁免计划都是资助某些服务的一种方式，这些服务使发育障碍人士能住在家里或社区，而不是住在持照健康设施。这些服务的费用由联邦政府的Medicaid计划和加州共同资助。您的护理协调员可以帮助您联系DD豁免计划服务。

基于家庭和社区的替代方案（HCBA）豁免计划

- HCBA豁免计划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。该团队协调豁免计划和州政府计划服务（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。护理管理和豁免计划服务在参与者的社区型住所提供。该住所可以是私人拥有的住所，可以通过租户租赁安排而获得的住所，也可以是参与者家人的住所。
- 加入HCBA豁免计划的会员可以继续维持HCBA豁免计划身份，同时也可以获得本计划提供的福利。本计划与您的HCBA豁免计划机构合作，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会是您当地的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)。请致电1-800-251-6764联系Partners in Care；请致电1-800-852-9887联系Access TLC

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。



- San Ysidro Health是圣地亚哥县当地的HCBA机构。请致电San Ysidro Health，电话1-833-503-5910，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（MCWP）为HIV感染者提供综合个案管理和直接护理服务，作为护理设施护理或住院的替代方案。个案管理是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组成。个案经理与参与者和初级保健提供者、家人、照顾者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）为本来可能需要机构服务的HIV感染者提供基于家庭和社区的服务；（2）协助参与者进行HIV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豁免计划的会员可以继续维持MCWP豁免计划身份，同时也可以获得本计划提供的福利。本计划与您的MCWP豁免计划机构合作，协调您获得的服务。
- 您的护理协调员可以帮助您申请MCWP。AIDS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，以协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合计总费用必须低于在专业护理设施接受护理的费用。
- 由健康和社会服务专业人员组成的团队会为每位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，该团队会与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
 - 小型住家维修/维护
 - 补充性家务、个人护理和保护性监督服务

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。



- 暂息服务
- 运输服务
- 咨询和治疗服务
- 膳食服务
- 沟通服务。
- 加入MSSP豁免计划的会员可以继续维持MSSP豁免计划身份，同时也可以获得本计划提供的福利。本计划与您的MSSP提供者合作，协调您获得的服务。
- 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Find Services in My County（查找我所在县的服务）页面上选择您所在的县，以查找您所在区域的MSSP提供者：
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty。

G5. 本计划之外提供的县政府行为健康服务（心理健康和药物使用障碍服务）

您可以获得Medicare和Medi-Cal承保之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专业心理健康或县政府药物使用障碍服务，但您可以通过县政府行为健康机构获得这些服务。

如果您符合获得专科心理健康服务的标准，您可以通过县政府心理健康计划（MHP）获得Medi-Cal专科心理健康服务。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
- 成人住宿治疗服务
- 危机住宿治疗服务
- 精神健康设施服务
- 精神病住院服务
- 目标个案管理

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。



- 治疗行为服务
- 治疗寄养
- 重症监护协调
- 密集居家服务
- 涉及司法的重新融入
- 积极社区治疗（ACT）
- 法医积极社区治疗（FACT）
- 针对首次发作精神失常（FEP）的协调式专科护理（CSC）
- 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药物Medi-Cal（DMC）服务。

- 密集门诊治疗服务
- 围产期住宿药物使用障碍治疗
- 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）
- 早期干预服务（适用于21岁以下的会员）
- 早期、定期筛查、诊断和治疗（适用于21岁以下的会员）

Drug Medi-Cal Organized Delivery System（DMC-ODS）服务包括：

- 门诊治疗服务
- 密集门诊治疗服务
- 成瘾药物治疗（也称为药物辅助治疗）
- 住宿治疗服务
- 戒断管理服务

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。



- 麻醉治疗计划
- 恢复服务
- 护理协调
- 早期干预服务（适用于21岁以下的会员）
- 早期、定期筛查、诊断和治疗（适用于21岁以下的会员）
- 住院治疗服务

除了上方列出的服务以外，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

您可以获得范围广泛的一系列服务。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“没有错误的获取方式”。您可以通过以下联系方式寻求获取服务方面的协助：

- 县政府危机和转诊专线（电话号码和工作时间见本《会员手册》第2章第K节）
- 洛杉矶县公共卫生局药物滥用预防和控制部门（请致电1-888-742-7900（TTY：711），每周7天、每天24小时提供服务）
- 圣地亚哥县行为健康服务部药物使用障碍服务（请致电1-888-724-7240（TTY：711），每周7天、每天24小时提供服务）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan行为健康专线（电话号码和工作时间见本《会员手册》第2章第D节）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部（电话号码和工作时间印于本页底部）

确定具有医疗必要性之服务的流程

医疗必要性由获得适当许可的提供者确定。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan和县政府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 Medicare + Medi-Cal Plan与县政府之间的转诊流程

如果您正在接受Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府其中一方提供的服务，您可以根据您的需求被转诊至另一方。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府可以通过致电接收转诊的实体来为您转诊。此外，转诊表格将由发起转诊的提供者填写，并发送给接收转诊的实体。

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。



问题解决流程

如果您与县政府或Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan之间存在争议，您将继续接受具有医疗必要性的行为医疗保健服务，包括处方药，直到争议解决为止。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan已和县政府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。您也可以使用Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或县政府的上诉流程，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。

H. 本计划、Medicare或Medi-Cal不承保的福利

本节会向您介绍本计划排除的福利。“排除”是指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用品，以及我们仅在某些情况下排除的一些服务和用品。

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。即使您在急诊护理设施接受这些服务，本计划也不会支付这些服务的费用。如果您认为本计划应该支付未承保之服务的费用，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规定之外，本计划不承保以下用品和服务：

- 根据Medicare和Medi-Cal的规定，被视为“不合理不具有医疗必要性”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、用品和药物，除非Medicare、Medicare批准的临床研究或本计划提供承保。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。实验性治疗和用品指不被医学界普遍接受的治疗和用品。
- 病态肥胖手术治疗，除非具有医疗必要性且Medicare支付费用
- 医院的单人病房，但具有医疗必要性时不在此限
- 私人值班护士
- 您在医院或护理设施病房内的个人用品，例如电话或电视
- 您家中的全职护理
- 您的近亲家属或家庭成员收取的费用
- 送餐上门，第D节福利表中的送餐上门部分所述情况除外
- 选择性或自愿性强化程序或服务（包括减重、毛发生长、性能力、运动表现、整容目的、抗老化和心智能力），但具有医疗必要性时不在此限。

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。



- 美容手术或其他整容程序，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需要。不过，我们会支付乳房切除术后乳房重建的费用以及治疗另一侧乳房以使其匹配的费用
- 脊椎按摩治疗，但符合承保指南的脊柱手法治疗除外，**第D节**福利表中的脊椎按摩服务（非Medicare承保）部分所述情况除外
- 例行足部护理，**第D节**福利表足病服务中所述情况除外
- 矫正鞋，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（使用自然或替代治疗）
- 在退伍军人事务部（VA）设施中为退伍军人提供的服务。不过，当退伍军人在VA医院接受急诊服务并且VA的费用分摊超过本计划规定的费用分摊时，我们会向退伍军人报销差额。您仍然需要承担您的费用分摊金额。

第5章：获取门诊药物

简介

本章会解释获取门诊药物的规则。这些是您的提供者为您开立医嘱的药物，您可以从药房或通过送药上门服务获得。这些药物包括Medicare D部分和Medi-Cal承保的药物。本《会员手册》第6章会说明您需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。

我们也承保以下药物，尽管本章未讨论：

- **Medicare A部分承保的药物。**这些药物通常包括您在医院或护理设施期间向您提供的药物。
- **Medicare B部分承保的药物。**其中包括一些化疗药物、接受医生或其他提供者诊所看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。要了解有关哪些Medicare B部分药物属于承保范围的更多信息，请参考本《会员手册》第4章的福利表。
- 除了本计划的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F3节“参加Medicare认证的临终关怀计划”。

本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。

您必须让提供者（医生、牙医或其他处方医生）为您开立处方，该处方必须根据适用的州法律规定处于有效状态。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提供者。

您的处方医生不得出现在Medicare的排除或除外名单或任何类似的Medi-Cal名单上。

您通常必须使用网络内药房来配取您的处方药。（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来配取您的处方药。

您的处方药物必须在本计划的《承保药物清单》中。我们将其简称为《药物清单》。（请参考本章第B节。）

- 如果您的药物不在《药物清单》上，我们也许可以为您提供例外处理，从而为其提供承保。
- 请参考第9章了解如何要求进行例外处理。
- 另请注意，您的处方药物承保请求将同时根据Medicare和Medi-Cal标准获得评估。

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。



您的药物必须用于医学上公认的适应症。这表示，该药物的使用已获得食品药品监督管理局（FDA）的批准或得到某些医学参考资料的支持。您的处方医生也许能够帮助确定医学参考资料，以支持处方药物的使用请求。用于治疗FDA或参考书不支持之病况的药物被称为“标签外”适应症。用于“标签外”适应症的药物不是医学上公认的适应症，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先根据特定标准批准，之后我们才能为其提供承保。（请参考本章第C节。）

目录

A. 配取您的处方药	145
A1. 在网络内药房配取您的处方药	145
A2. 配取您的处方药时使用您的会员卡	145
A3. 如果您更换您的网络内药房该怎么办	145
A4. 如果您的药房退出网络该怎么办	145
A5. 使用专业药房	145
A6. 使用送药上门服务获取您的药物	146
A7. 获得长期药物供应	147
A8. 使用不在本计划网络内的药房	148
A9. 为您退还处方药的费用	148
B. 本计划的《药物清单》	148
B1. 我们《药物清单》上的药物	148
B2. 如何在我们的《药物清单》上查找药物	149
B3. 不在我们的《药物清单》上的药物	150
B4. 《药物清单》费用分摊层级	151
C. 某些药物的限制	151
D. 您的药物可能不受承保的原因	152
D1. 获得临时供应	153

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。



D2. 要求提供临时供应	154
D3. 要求进行例外处理。	154
E. 您药物的承保发生的变化	154
F. 特殊个案中的药物承保	156
F1. 入住医院或专业护理设施接受本计划承保的住院	156
F2. 入住长期护理设施	156
F3. 加入Medicare认证的临终关怀计划	157
G. 药物安全和药物管理计划	157
G1. 帮助您安全使用药物的计划	157
G2. 帮助您管理药物的计划	157
G3. 帮助会员安全使用阿片类药物的药物管理计划（DMP）	158



A. 配取您的处方药

A1. 在网络内药房配取您的处方药

在大多数情况下，只有您在我们的任何网络内药房配药时，我们才会支付处方药的费用。网络内药房是同意为本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. 配取您的处方药时使用您的会员卡

如需配取处方药，请在您的网络内药房出示您的会员卡。网络内药房会针对您承保药物的费用中我们的费用分摊向我们收取费用。当您领取您的处方药时，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。

如果您在配取处方药时没有携带会员卡或BIC，请要求药房致电联系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药物的全部费用。然后您可以要求我们为您报销我们分摊的部分。**如果您无法支付药物费用，请立即联系客户服务部。**我们将竭尽全力提供帮助。

- 如果您想要求我们为您退款，请参考本《会员手册》**第7章**。
- 如果您在配取处方药方面需要帮助，请联系客户服务部或您的护理协调员。

A3. 如果您更换您的网络内药房该怎么办

如果您更换药房并需要处方续配，您可以要求提供者开立新处方，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）。

如果您在更换网络内药房方面需要帮助，请联系客户服务部或您的护理协调员。

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本计划网络，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或您的护理协调员。

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：

- 供应居家输液治疗药物的药房。
- 为长期护理设施（例如护理设施）的居民提供药物的药房。

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。



- 通常，长期护理设施都有自己的药房。如果您住在长期护理设施，我们会确保您可以在该设施的药房获得所需的药物。
- 如果您长期护理设施的药房不在我们的网络内，或者您在长期护理设施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（IHCP）的药房取药，前提是该提供者设有注册零售药房。即使您不是美国印第安人或阿拉斯加原住民，如果您被分配到该诊所或遇到紧急情况，您也可以到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或您的护理协调员。

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之用于治疗慢性或长期医疗病况的药物。对于**无法**通过本计划的送药上门服务获得的药物，我们的《药物清单》中标有NDS符号。

本计划的送药上门服务允许您订购最多100天供应的第1至4层级承保药物。100天供应的共付额与1个月供应的共付额相同。

通过邮寄配取处方药

要获得有关通过送药上门服务配取处方药的信息，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，您的处方药将不会获得承保。

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1-856-208-4665联系Amazon Pharmacy的Blue Shield专属客户关怀团队，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 Medicare + Medi-Cal 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送达之前，您不会没有药物。这可能涉及联系您的医生，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。

如果从送药上门提供者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所造成的，Amazon Pharmacy客户关怀团队可以协调替换订单。

送药上门流程

对于从您那里获得的新处方、直接从您提供者的诊所获得的新处方，以及您送药上门处方的续配次数，送药上门服务制定了不同的程序。

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。



1. 药房从您那里获得的新处方

对于从您那里获得的新处方，药房会自动配药并将新处方药递送给您。

2. 药房从您提供者的诊所获得的新处方

药房会在从医疗保健提供者处获得处方后与您取得联系，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（包括规格、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，让他们知道该如何处理新处方并防止运送延误。

3. 送药上门处方的续配次数

如需配药，您可以选择注册自动续配计划。根据该计划规定，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取得联系，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，您可以取消排定的续配。
- 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1-856-208-4665联系Amazon Pharmacy，每周7天、每天24小时服务。听障和语障用户请拨打711。

请让药房知道与您取得联系的最佳方式，以便他们在发货前与您取得联系以确认您的订单。请确保您的Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的联系信息始终保持更新状态。如果您需要更新电话号码或地址，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部（电话号码列于本页底部）。

A7. 获得长期药物供应

您可以获得本计划《药物清单》上维持药的长期供应。维持药是您定期服用之用于治疗慢性或长期医疗病况的药物。

一些网络内药房允许您获得维持药的长期供应。100天供应的共付额与1个月供应的共付额相同。

《提供者与药房目录》会向您说明哪些药房可以为您提供维持药的长期供应。您也可以致电联系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 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。



A8. 使用不在本计划网络内的药房

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，身为本计划的会员，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之处方药的费用：

- 在我们的服务区域内，由于合理行车距离内没有提供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在符合资格的网络内零售或邮购服务药房没有常规备货（这类药物包括孤儿药、高价和特殊药物或其他专科药物）。
- 在您医生的诊所注射之不属于Medicare B部分承保范围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。
- 在网络外药房配取的处方药仅限承保药物的30天供应。

A9. 为您退还处方药的费用

如果您必须使用网络外药房，当您获得您的处方药时，您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退还我们的费用分摊。

如果您支付了Medi-Cal Rx可能承保之处方药的全部费用，则在Medi-Cal Rx支付处方药费用后，您可能可以获得药房报销。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为您退款。更多信息请参考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. 本计划的《药物清单》

我们有一份《承保药物清单》。我们将其简称为《药物清单》。

我们在医生和药房团队的帮助下选出《药物清单》上的药物。《药物清单》也会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属于本计划的承保范围。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

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。



更多信息。您也可以致电Medi-Cal Rx客户服务中心，电话：1-800-977-2273。通过Medi-Cal Rx获取处方药时，请携带您的Medi-Cal受益人身份卡（BIC）。

我们的《药物清单》包括品牌药、仿制药和生物制品（可能包括生物相似药）。

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，可能指的是药物或生物制品。

仿制药具有与品牌药相同的活性成分。生物制品有被称为生物相似药的替代品。一般来说，仿制药和生物相似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相似药替代品。有些生物相似药是可互换的生物相似药，根据州法律规定，可以在药房取代原研生物制品而无需开立新处方，就像仿制药可以取代品牌药一样。

有关《药物清单》上可能列出之药物类型的定义，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們的《药物清单》上，您可以：

- 访问本计划的网站：blueshieldca.com/medformulary2027。我们网站上的《药物清单》始终是最新的。
- 致电您的护理协调员或客户服务部，了解某种药物是否在我們的《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“Real Time Benefit Tool”（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况的替代药物。您也可以致电您的护理协调员或客户服务部。通过此工具，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况的替代药物。
- 如何使用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，然后点击“Benefits”（福利）下的Pharmacy（药房）。
 - 在“Price check my Rx”（核查我处方药的价格）下，点击“Check current prescriptions”（核查当前的处方药）。

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。



B3. 不在我们的《药物清单》上的药物

我们并不承保所有药物。

- 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。

本计划不支付本节中描述的药物种类。这些药物被称为**排除药物**。如果您获得处方排除药物，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. 本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。本计划免费承保Medicare A部分或Medicare B部分承保的药物，但这些药物不被视为您门诊药物福利的一部分。
2. 本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，证明其可以作为您病况的治疗方法。您的医生或其他提供者可能会开立某种药物的处方来治疗您的病况，即使该药物未被批准用于治疗该疾病。这称为“标签外使用”。本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毛发生长的药物
- 处方维生素和矿物质产品，产前维生素和氟化物*制剂除外
- 用于治疗性功能障碍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*
- 由下列这类公司生产的门诊药物：该公司规定您必须仅由该公司提供测试或服务

*某些产品可能属于Medi-Cal的承保范围。请访问Medi-Cal Rx网站 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 了解更多信息。

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。



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OTC药物）。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——包括仿制药和生物相似药。
- 费用分摊第3层级：首选品牌药——包括首选品牌药、生物相似药和一些仿制药。
- 费用分摊第4层级：非首选药物 - 包括非首选品牌药、生物相似药和一些仿制药。
- 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、费用非常高的品牌药、生物相似药和仿制药。

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》上查找。

本《会员手册》第6章会介绍您需为每个层级的药物支付的金额。

C. 某些药物的限制

特殊规则会限制本计划承保特定药物的方式及时间。一般来说，我们的规则鼓励您获取适合您医疗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，我们希望您的提供者会开立费用较低之药物的处方。

请注意，有时某种药物可能会出现在我们的《药物清单》中不止一次。这是因为相同的药物可能会根据您提供者开立处方之药物的规格、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，这通常表示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步骤的情况下使用该药物。

要了解有关要求进行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相似药可用时，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相似药的疗效与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相似药版本可供选择，我们的网络内药房将为您提供仿制药或可互换的生物相似药版本。

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。



- 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的生物相似药对您不起作用的医学原因，我们则会承保品牌药。
- 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相似药的共付额。

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本计划的核准，之后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适当使用某些药物。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/medformulary2027，了解有关预先授权的更多信息。

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之费用较低的药物。例如，如果药物A和药物B治疗相同的医疗病况，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**，我们则会承保药物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/medformulary2027，了解有关逐步疗法的更多信息。

4. 数量限制

对于某些药物，我们会限制您可以获得的药物的数量。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取处方药时可以获得的药物数量。

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/medformulary2027。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获得承保。例如：

- 本计划不承保您想要服用的药物。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。

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。



- 虽然本计划承保该药物，但承保有特殊规则或限制。如上一节所述，本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进行例外处理。
- 该药物属于承保范围，但所属费用分摊层级使您的费用高于您认为应支付的金额。

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，我们可以为您提供药物的临时供应。这让您有时间与您的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。

要获得药物的临时供应，您必须满足以下两条规则：

1. 您正在服用的药物：

- 不再列于我们的《药物清单》上**或**
- 从未出现在我们的《药物清单》上**或**
- 现在以某种方式受到限制。

2. 您必须处于以下情况之一：

- 去年您就加入了本计划。
 - 我们会在**日历年的前90天期间**为您承保药物的临时供应。
 - 此临时供应最长持续30天。
 - 如果为您开立的处方天数较少，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取处方药。
 - 长期护理药房可能会一次为您提供少量药物，以防止浪费。

您是本计划的新会员。

- 我们会在**您加入本计划的前90天期间**为您提供药物的临时供应。
- 此临时供应最长持续30天。
- 如果为您开立的处方天数较少，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取处方药。
- 长期护理药房可能会一次为您提供少量药物，以防止浪费。

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。



您加入本计划已超过90天，居住在长期护理设施，并且需要立即药物供应。

- 我们会承保一次31天的供应，或更少天数（如果为您开立的处方天数较少的话）。这是对上述临时供应的补充。

D2. 要求提供临时供应

如欲要求我们提供某种药物的临时供应，请致电客户服务部。

当您获得药物的临时供应时，请尽快与您的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。

本计划可能承保适合您的不同药物。致电客户服务部索取我们提供承保、治疗相同医疗病况之药物的清单。此清单可帮助您的提供者寻找适合您的承保药物。

或

- 要求进行例外处理。

您和您的提供者可以要求我们进行例外处理。例如：您可以要求我们承保不在我们《药物清单》上的药物，或者要求我们无限制地承保该药物。如果您的提供者表示您有充分的医疗理由可要求进行例外处理，他们可以帮助您提出要求。

D3. 要求进行例外处理。

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要求进行例外处理。

- 我们会告诉您，明年您药物的承保会发生的任何变化。要求我们进行例外处理并按照您希望的方式在明年承保该药物。
- 我们会在收到您的例外处理请求（或您处方医生的支持声明）后72小时内对您的请求做出回复。
- 如果我们批准您的请求，我们会在变更生效之前授权承保该药物。

要了解有关要求进行例外处理的更多信息，请参考本《会员手册》第9章。

如果您需要帮助要求进行例外处理，请联系客户服务部或您的护理协调员。

E. 您药物的承保发生的变化

药物承保的大部分变化发生在1月1日，但我们可能会在一年中的任何时候添加或移除《药物清单》上的药物。我们也可能会更改有关药物的规则。例如，我们可能会：

- 决定某种药物是否需要预先授权（在您获得药物之前获得我们的许可）。

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。



- 增加或更改您可以获得的药物的数量（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）。
- 将原研生物制品替换为该生物制品的可互换生物相似药版本。

在更改计划的《药物清单》之前，我们必须遵循Medicare的要求。关于这些药物规则的更多信息，请参考**第C节**。

如果您正在服用年初时我们承保的某种药物，那么在当年剩余时间里，我们通常不会移除或更改该药物的承保，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
- 某种药物退市。

如果您正在服用之药物的承保发生变化，会发生什么情况？

要获取有关我们《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/medformulary2027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》。

当前计划年度期间我们可能对《药物清单》所做出之会影响您的变更

《药物清单》的某些变更会立即执行。例如：

新的仿制药上市。有时，上市的新仿制药或生物相似药与现在《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，我们可能会移除品牌药并增加新的仿制药，但新药的费用将保持不变或更低。增加新的仿制药时，我们也可能决定在清单中保留品牌药，但更改其承保规则或限制。

- 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，我们便会向您发送相关信息。
- 您或您的提供者可以针对这些更改要求进行“例外处理”。我们会向您发送通知，其中会包含您要求进行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，请参考本手册**第9章**。

移除不安全药物和其他已退市药物。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，我们会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。

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。



我们可能会做出其他影响您服用之药物的变更。我们将提前通知您对我们的《药物清单》所做出的这类其他变更。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，我们会：

- 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要求进行例外处理，以继续承保您一直服用的药物或药物版本。要了解有关要求进行例外处理的更多信息，请参考本《会员手册》第9章。

对《药物清单》所做出之在本计划年度期间不会对您产生影响的变更

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。对于此类变更，如果您正在服用年初时我们承保的某种药物，那么在当年剩余时间里，我们通常不会移除或更改对该药物的承保。

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（上一节所述的变更除外），在明年的1月1日之前，这些变更不会影响您的使用。

在当前年度期间，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》（将于开放参保期提供），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. 入住医院或专业护理设施接受本计划承保的住院

如果您入住医院或专业护理设施接受本计划承保的住院，我们通常会承保您住院期间的药物费用。您不需支付共付额。一旦您离开医院或专业护理设施，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需支付之费用的更多信息，请参考本《会员手册》第6章。

F2. 入住长期护理设施

通常，长期护理设施（例如护理设施）拥有自己的药房或为其所有居民提供药物的药房。如果您居住在长期护理设施中，您可以通过该设施的药房获取药物（前提是该药房属于我们的网络）。

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。



请查看您的《提供者与药房目录》，了解您长期护理设施的药房是否属于我们网络的一部分。如果不属于我们的网络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和本计划的承保范围。

- 您可能加入了Medicare临终关怀计划，但需要某些您临终关怀计划不承保的药物（例如止痛药、抗恶心药物、泻药或抗焦虑药物），因为这些药物与您的末期预后和病况无关。在这种情况下，本计划必须从处方医生或您的临终关怀服务提供者处获得通知，说明该药物与您的末期预后和病况无关，之后我们才能承保该药物。
- 为了防止您在获取本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取处方药之前收到通知，说明该药物与您的末期预后和病况无关。

如果您退出临终关怀计划，本计划会承保您的所有药物。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，了解本计划承保的药物。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

每次您配取处方药时，我们都会寻找可能存在的问题。例如药物错误或药物出现下列情况：

- 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
- 如果您同时服用某些药物，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的方式可能存在问题，我们会与您的提供者合作纠正问题。

G2. 帮助您管理药物的计划

本计划设有一个计划，可帮助具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。该计划自愿参加且免费提供。该计划可帮助您和您的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会对您的所有药物进行全面审查，并与您讨论：

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。



- 如何从您服用的药物中获得最大益处
- 您的任何疑虑，例如药物费用和药物反应
- 如何以最好的方式服药
- 您对方药和非处方药持有的任何疑问或问题

然后，他们会为您提供：

- 本次讨论的书面摘要。该摘要包含一个药物行动计划，会建议您可以采取哪些措施来充分利用您的药物。
- 个人药物清单，其中包括您服用的所有药物、用量以及服用时间和原因。
- 有关安全处置受控物质之处方药的信息。

建议您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。
- 在前往医院或急诊室时随身携带药物清单。

对符合资格的会员来说，MTM计划自愿参加且免费提供。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，我们会让您退出计划。

如果您对这些计划有疑问，请联系客户服务部或您的护理协调员。

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，或者您最近服用阿片类药物过量，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适当且具有医疗必要性。如果我们在与您的处方医生交谈后确定您对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：

- 要求您从特定药房获取所有处方阿片类药物和苯二氮卓类药物
- 要求您从特定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
- 限制我们为您承保之阿片类药物或苯二氮卓类药物的数量

如果本计划限制您获取这些药物的方式或数量，我们会提前向您发送一封信函。该信函会告诉我们是否会针对您限制对这些药物的承保，或者是否会要求您仅从特定的提供者或药房获取这些药物的处方。

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。



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，我们会向您发送另一封信函以确认这些限制。

如果您认为我们犯了错，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，我们会审查您的个案并做出新的决定。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，我们会自动将您的个案发送给独立审查组织（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：
- 有某些医疗病况，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
- 住在长期护理设施中。

第6章：您需为Medicare和Medi-Cal药物支付的费用

简介

本章会介绍您需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承保的药物和用品。

由于您有资格获得Medi-Cal，您可以从Medicare获得额外帮助，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”），该插页会向您说明有关您药物承保的信息。如果您没有这张插页，请致电客户服务部索取“LIS附约”。

额外帮助是一项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。额外帮助也称为“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》。它会向您说明：
 - 我们会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《药物清单》的副本，请致电客户服务部。您还可以在我们的网站blueshieldca.com/medformulary2027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属于Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保范围。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。您也可以致电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受益人身份卡（BIC）。

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。



- 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。也会说明本计划不承保哪些类型的药物。
 - 当您使用计划的“Real Time Benefit Tool”（实时福利工具）查找药物承保（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。您可以致电联系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。
 - 《提供者与药房目录》会列出我们的网络内药房。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。



目录

A. 福利说明（EOB）	162
B. 如何追踪您的药物费用	163
B1. 如果您发现此摘要有错误该怎么办？	164
B2. 如果可能存在欺诈行为该怎么办？	164
C. Medicare D部分药物的药物付款阶段。	165
D. 第1阶段：初始承保阶段	165
D1. 您的药房选择	166
D2. 获得药物的长期供应	166
D3. 您支付的费用	166
D4. 初始承保阶段结束	168
E. 第2阶段：灾难承保阶段	169
F. 如果您的医生开立的处方少于一整月的供应，您的药物费用	169
G. 您需为D部分疫苗支付的费用	169
G1. 接种疫苗之前您需要了解什么	170
G2. 您需为Medicare D部分承保的疫苗支付的费用	170

A. 福利说明（EOB）

本计划会追踪您的药物费用和您在药房获得处方药时支付的费用。我们追踪两种类型的费用：

- 您的**自付费用**。这是您或代表您的其他人为您的处方药支付的金额。其中包括您在获得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提供的额外帮助、雇主或工会健康计划、印第安人健康服务、AIDS药物补助计划、慈善机构和大多数州政府药物援助计划（SPAP）为您支付的任何药物费用。
- 您的**药物总费用**。这是为您的D部分承保药物支付的所有款项的总额。其中包括本计划支付的费用，以及其他计划或组织为您的D部分承保药物支付的费用。

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。



当您通过本计划获得药物时，我们会向您发送一份名为**福利说明 (EOB)**的摘要。我们将其简称为EOB。EOB不是账单。EOB会提供有关您服用之药物的更多信息，例如价格上涨以及提供之费用分摊较低的其他药物。您可以与您的处方医生讨论这些费用较低的选项。EOB包括：

- **当月的信息。**该摘要会说明您上个月获取了哪些药物。它会显示药物总费用、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。**这会显示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（按每份药物数量相同的处方理赔计算）。
- **费用更低的替代药物。**在适用的情况下，针对每种处方药费用分摊较低之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会计入您的自付费用总额。
- 您从药房获得的大部分药物均属于本计划的承保范围。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。您也可致电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受益人身份卡（BIC）。
- 要了解本计划承保哪些药物，请参考我们的《**药物清单**》。

B. 如何追踪您的药物费用

为了追踪您的药物费用和您支付的款项，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。

每次配取处方药时出示您的会员卡。这有助于我们了解您配取的处方药以及您支付的费用。

2. 确保我们拥有我们需要的信息。

您可以要求我们为您退还我们针对药物的费用分摊。向我们提供您所付款之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示例：

- 当您在网络内药房以特价购买承保药物或使用不属于本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。

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。



- 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退还我们针对药物之费用分摊的更多信息，请参考本《会员手册》第7章。

3. 向我们发送有关其他人代您支付之款项的信息。

某些其他人和组织的付款也会计入您的自付费用。例如：州政府药物援助计划、AIDS药物补助计划（ADAP）、印第安人健康服务，以及大多数慈善机构支付的费用都会计入您的自付费用。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，本计划将支付您当年剩余时间内Medicare D部分药物的所有费用。

4. 查看我们发送给您的EOB。

当您通过邮件收到EOB时，请确保其完整且正确。

- 您认识每家药房的名字吗？请检查日期。那天您是否获取了药物吗？
- 您是否获取了所列的药物？这些药物是否与您收据上列出的药物相符？这些药物是否与您医生开立的处方相符？

B1. 如果您发现此摘要有错误该怎么办？

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 Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部联系我们。您也可以在我们的网站上找到许多问题的答案：
blueshield.com/medicare。

B2. 如果可能存在欺诈行为该怎么办？

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 Medicare + Medi-Cal 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。请保留这些EOB。它们是您药物费用的重要记录。

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。



C. Medicare D部分药物的药物付款阶段。

根据本计划规定，您的Medicare D部分药物承保有两个付款阶段。您需要为每个处方药支付多少费用取决于您获得之额外帮助的级别以及您配取或续配处方药时处于哪个阶段。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，我们会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。 您配取当年的第一次处方药时，便开始进入本阶段。	在此阶段，我们会支付您截至2027年12月31日的所有药物费用。 您支付了一定数额的自付费用后，便开始进入本阶段。

D. 第1阶段：初始承保阶段

在初始承保阶段，我们会支付您承保药物的费用分摊，您则支付您的分摊额。您的分摊额称为共付额。共付额的金额取决于该药物所处的费用分摊层级，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级别。本计划《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——包括仿制药和生物相似药。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、生物相似药和一些仿制药。根据您的收入，共付额在\$0至\$14.40之间。
- 费用分摊第4层级：非首选药物 - 包括非首选品牌药、生物相似药和一些仿制药。根据您的收入，共付额在\$0至\$14.40之间。
- 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、费用非常高的品牌药、生物相似药和仿制药。根据您的收入，共付额在\$0至\$14.40之间。

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。



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

- 提供首选费用分摊的网络内零售药房。在提供首选费用分摊的药房，费用可能更低。
- 网络外药房。在有限的情况下，我们会承保在网络外药房配取的处方药。如需了解我们何时会这样做，请参考本《会员手册》第5章。
- 本计划的送药上门药房。

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，您可以在配取处方药时获得长期供应（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章或本计划的《提供者与药房目录》。

D3. 您支付的费用

在初始承保阶段，您每次配取处方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，您需支付较低的价格。

请联系客户服务部，了解任何承保药物的共付额。



当您从以下渠道获得一个月承保药物的供应时，您的费用分摊：

	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	一个月或最多30天的供应	最多31天的供应	最多30天的供应。仅限于在某些情况下承保。如需了解详情，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)	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	第3层级的药物不提供送药上门服务。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。
费用分摊第4层级 (非首选药物)	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	第4层级的药物不提供送药上门服务。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。
费用分摊第5层级 (专科层级药物)	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。

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。



当您从以下渠道获得承保药物的长期供应时，您的费用分摊：

	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	长期或最多100天的供应
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
费用分摊第3层级 (首选品牌药)	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。
费用分摊第4层级 (非首选药物)	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。	根据会员获得之额外帮助的级别，共付额为\$0、\$5.00或\$14.40。
费用分摊第5层级 (专科层级药物)	第5层级的药物不提供长期供应。	第5层级的药物不提供长期供应。

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《提供者与药房目录》。

D4. 初始承保阶段结束

当您的自付费用总额达到\$2,400时，初始承保阶段即结束。届时，灾难承保阶段开始。我们会承保您从那时起到年底的全部药物费用。

您的EOB可以帮助您追踪您在这一年期间已为药物支付的费用。如果您达到了\$2,400的限额，我们会通知您。许多人一年内都达不到这一限额。

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。



E. 第2阶段：灾难承保阶段

当您的药物达到\$2,400的自付费用上限时，灾难承保阶段开始。您会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。

F. 如果您的医生开立的处方少于一整月的供应，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。不过，您的医生可能开立少于一个月供应的药物。

- 有时您可能希望要求医生开立少于一个月供应的药物（例如：当您第一次试用某种药物时）。
- 如果您的医生同意，您则无需支付特定药物一整月供应的费用。

当您获得的药物供应少于一个月时，您支付的金额将根据您获得之药物的天数而定。我们会计算您每天为药物支付的金额（“每日费用分摊率”），并将其与您获得之药物的天数相乘。

- 以下举例说明：假设您的药物一整月供应（30天供应）的共付额为\$1.35。这表示您每天支付的药物费用少于\$0.05。如果您获得七天的药物供应，则每天的付款金额将少于\$0.05，用此数字乘以七天，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供应的费用之前确保药物对您有效。
- 您也可以要求您的提供者开立少于一个月供应的药物，以帮助您：
 - 更好地计划何时续配药物
 - 协调与其他药物的续配时间，以便减少您前往药房的次数

G. 您需为D部分疫苗支付的费用

关于您需为疫苗支付之费用的重要信息：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。本计划会承保大多数成人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，了解有关具体疫苗之承保和费用分摊的详细信息。

我们的Medicare D部分疫苗承保分为两部分：

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。

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。



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。

- 我们可以告诉您本计划承保您疫苗的方式并说明您的费用分摊。
- 我们可以告诉您该如何通过使用网络内药房和提供者来降低费用。网络内药房和提供者同意与本计划合作。网络内提供者与我们合作，确保您无需支付Medicare D部分疫苗的预付费用。

G2. 您需为Medicare D部分承保的疫苗支付的费用

您需支付之疫苗的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。您可以在本计划的《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）**的组织向成年人建议该疫苗，您则无需支付任何费用。

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. 您在医生诊所获得Medicare D部分疫苗，然后医生给您完成注射。

- 您需向医生支付疫苗的共付额。
- 本计划会支付为您注射疫苗的费用。
- 在这种情况下，医生诊所应该致电本计划，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，然后将其带到医生诊所注射。

- 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。
- 本计划会支付为您注射疫苗的费用。

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。



第7章：要求我们为您收到之承保服务或药物的账单支付我们的分摊额

简介

本章会向您说明该如何以及何时向我们发送账单以要求付款。也会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. 要求我们支付您服务或药物的费用.....	172
B. 向我们发送付款请求.....	175
C. 承保决定.....	176
D. 上诉.....	176

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。



A. 要求我们支付您服务或药物的费用

在您获得承保服务和药物后，我们的网络内提供者必须向计划收取费用。网络内提供者是与健康计划合作的提供者。

我们不允许Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的提供者向您收取这些服务或药物的费用。我们会直接向我们的提供者付款，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。

- 如果我们承保相关服务或药物，我们会直接向提供者付款。
- 如果我们承保相关服务或药物，并且您的付款金额已经超过您的费用分摊，则您有权要求获得退款。
 - 如果您支付了Medicare承保服务的费用，我们会为您退款。
- 如果您支付了已接受之Medi-Cal服务的费用，并且满足以下所有条件，您可能有权获得报销（退款）：
 - 您获得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 Medicare + Medi-Cal Plan未承保的服务为您提供报销。
 - 您在成为符合资格的Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan会员后获得承保服务。
 - 您在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，例如提供者提供的明细收据。
 - 您从Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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），您需要出示提供者提供的证明，显示承保服务具有医疗必要性。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan将在一封名为“行动通知”的信函中告知您是否会为您提供报销。如果您满足上述所有条件，则Medi-Cal注册提供者应向您全额退还您支付的金额。如果提供者拒绝向您退款，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan则会向您全额退款。我们会在收到理赔后45个工作日内为您提供报销。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 Medicare + Medi-Cal Plan会为您退款，但最多只能支付FFS Medi-Cal会支付的金额。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan会为您退还针对

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。



以下服务的全额自付费用：急诊服务、计划生育服务，或Medi-Cal允许未经预先批准即可由网络外提供者提供的其他服务。如果您未满足上述条件之一，我们则不会为您退款。

- 如果出现以下情况，我们则不会为您退款：
 - 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 Medicare + Medi-Cal 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。
- 如果我们不承保相关服务或药物，我们会告诉您。

如有任何问题，请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之付款请求的信息，您也可以致电。

您可以要求我们退款或支付您收到之账单的示例情况包括：

1. 当您从网络外提供者处获得急诊或急需的医疗保健时

请要求提供者向我们开立账单。

- 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的费用分摊。请将账单和您所付款项的证明发送给我们。
- 您可能会收到提供者的账单，要求您支付您认为不需支付的款项。请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，我们会直接向其付款。
 - 如果您为Medicare服务支付的金额已经超过您的费用分摊，我们会确定您需支付多少费用并向您退还我们的费用分摊。

2. 当网络内提供者向您发送账单时

网络内提供者必须始终向我们开立账单。当您获得任何服务或处方药时，请务必出示您的会员卡；不过，有时网络内提供者会犯错，并要求您支付服务费用或支付超过您费用分摊的金额。**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。

- 身为计划会员，您只需在获得我们承保的服务时支付共付额。我们不允许提供者向您收取超过此金额的费用。即使我们向提供者支付的费用低于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。
- 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。我们会直接联系提供者并解决问题。

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。



- 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。我们会退还您为您的承保服务所支付的费用，或退还您支付的金额与您根据本计划规定需支付之金额间的差额。

3. 如果您通过回溯方式参保本计划

有时，您可以通过回溯方式参保本计划。（这表示您参保的第一天已经过去了，甚至可能是去年的事。）

- 如果您通过回溯方式参保，并且您在参保日期之后支付了账单，您可以要求我们为您退款。
- 请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取处方药时

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，我们才会承保在网络外药房配取的处方药。当您要求我们为您退还我们的费用分摊时，请向我们发送您收据的副本。
- 请参考本《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，您可以要求药房致电联系我们或查找您的计划参保信息。

- 如果药房无法立即获取信息，您可能需要自行支付处方药的全额费用或携带会员卡返回药房。
- 当您要求我们为您退还我们的费用分摊时，请向我们发送您收据的副本。
- 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部分不承保之处方药的全额费用时

您可能需要支付处方药的全额费用，因为该药物不属于承保范围。

- 该药物可能不在我们网站的《承保药物清单》（《药物清单》）上，或者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。



- 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）。
- 如果您和您的医生或其他处方医生认为您立即（在24小时内）需要该药物，您可以要求快速承保决定（请参考本《会员手册》第9章）。
- 当您要求我们为您退款时，请向我们发送您收据的副本。在某些情况下，我们可能需要从您的医生或其他处方医生处获取更多信息，才能为您退还我们针对药物的费用分摊。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，我们会对其进行审查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，我们会支付我们的费用分摊。

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服务完成之任何付款的证明发送给我们。付款证明可以是您所开立之支票的副本或提供者提供的收据。**建议您复印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。您必须在获得服务、用品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、用品或药物之日起三年内向我们提交您D部分处方药的理赔。

为了确保您向我们提供我们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取该表格。

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 Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

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 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。



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。这表示我们会决定本计划是否承保您的服务、用品或药物。我们也会决定您必须支付的金额（如有）。

- 如果我们需要您提供更多信息，我们会通知您。
- 如果我们决定本计划承保该服务、用品或药物，并且您遵守了获得该服务、用品或药物的所有规则，则我们会支付我们的费用分摊。如果您已经支付了服务或药物的费用，我们会针对我们的费用分摊邮寄一张支票给您。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，我们会直接向提供者付款。

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针对服务或药物的费用分摊，我们会向您发送一封信函并说明原因。该信函也会解释您提出上诉的权利。
- 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付款请求的决定有误，您可以要求我们更改我们的决定。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。

正式的上诉流程有详细的程序和截止日期。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，请参考第F节。
- 要就药物退款提出上诉，请参考第G节。

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。



第8章：您的权利和责任

简介

本章包括您身为本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. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息.....	180
B. 我们有责任让您及时获得承保服务和药物.....	188
C. 我们保护您受保护健康信息（PHI）的责任.....	189
C1. 我们保护您PHI的方式.....	189
C2. 您查看您医疗记录的权利.....	190
D. 我们向您提供信息的责任.....	190
E. 网络内提供者不能直接向您收费.....	191
F. 您退出本计划的权利.....	191
G. 您有权做出有关您医疗保健的决定.....	192
G1. 您有权了解自己的治疗选择并做出决定.....	192
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.....	192
G3. 如果您的指示未得到遵守，该怎么办.....	193
H. 您有权提出投诉并要求我们重新考虑我们的决定.....	193
H1. 如何应对不公平待遇或获取有关您权利的更多信息.....	193
I. 您身为计划会员的责任.....	194

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。



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
 - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ,

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。



լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար։ Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ։ Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք։

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին։ Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար։
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով։ Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով։
 - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում։ Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն։
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը՝ ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար։ Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին։

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով։ TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով։
- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով։ TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711։
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով։ TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով։

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。



A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريية وغير السريية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- الحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
 - يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
 - يمكنك الآن ومستقبلًا التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
 - مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
 - وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

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 Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。

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。



- 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 Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal 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。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856。
 - 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因為語言方面的問題或因為殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電711。

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。



- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات بالینی و غیربالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیارات قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگی‌کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
 - طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Woodland Hills، P.O. Box 927، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.
 - شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
 - خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شما را برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-42274) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងងាយស្រួលប្រើប្រាស់ រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

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。

និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។

យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រេអូល តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។
ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។
 - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
 - សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។
ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 모든 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

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。



- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
 - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.

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。



- 我们的计划还可以为您提供其他语言的材料，除了英语，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、汉语、传统汉语、简化汉语、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、塔加洛语和越南语，以及在这些格式中，如大号字体、盲文和音频格式。要获取材料，请在以下任一替代格式中，致电客户服务中心或写信至Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
 - 您可以请求向您发送此文件，语言为除英语外的其他语言，或在替代格式中。为此，请致电客户服务中心或写信至Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。
 - 客户服务中心的员工会保存您的偏好，以便将来您能获得所需语言及格式的信息。若要更改偏好，请致电客户服务中心或写信至Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

如果您在获取信息时遇到问题，或我们的计划因语言或残疾给您带来困难，您可以通过以下方式提出投诉：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY用户应拨打1-877-486-2048。
- 公民权利管理局 Medi-Cal: 916-440-7370。TTY用户应拨打711。
- 美国卫生与公众服务部，公民权利管理局: 1-800-368-1019。TTY用户应拨打1-800-537-7697。

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluso a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete sin costo disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos,

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。



llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

- Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format

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。



ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

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。



- Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

B. 我们有责任让您及时获得承保服务和药物

身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）。网络内提供者是与我们合作的提供者。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担任PCP以及如何选择PCP的更多信息。
 - 请致电联系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在接受新患者的更多信息。
- 您有权在无需转诊的情况下向女性健康专家求诊。转诊是指您的PCP批准您使用并非您PCP的提供者。
- 您有权在合理的时间从网络内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获得服务，我们必须支付网络外护理的费用。
- 您有权在无需预先授权（PA）的情况下获得急诊服务或急需的护理。
- 您有权在我们的任何网络内药房获取您的处方药，而不会遇到长时间延误。
- 您有权知道何时可以使用网络外提供者。要了解网络外提供者的信息，请参考本《会员手册》第3章。
- 当您首次加入本计划时，如果满足某些条件，您有权将当前的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为自己做出医疗保健决定。

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。



本《会员手册》第9章会说明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。也会说明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. 我们保护您受保护健康信息（PHI）的责任

我们根据联邦和州法律的要求保护您的PHI。

您的PHI包括您在参保本计划时向我们提供的个人信息。也包括您的医疗记录和其他医疗和健康信息。

当涉及您的信息时，您有权控制您PHI的使用方式。我们会向您提供书面通知，告知您这些权利并解释我们会如何保护您PHI的隐私。该通知称为“隐私实践通知”。

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 Medicare + Medi-Cal 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或电子邮件地址，或将信息通过备用指定电话号码传达。如果没有指定，则会使用会员姓名将通信发送至存档的地址或将信息通过存档的电话号码传达。未经接受护理之会员的书面授权，Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 Medicare + Medi-Cal Plan将满足以所请求的形式和格式（如果可以按所请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之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“隐私实践通知”的副本或请求将机密通信要求添加到您的档案中，您可以完成下列任意一项：

1. 访问blueshieldca.com并点击主页底部的Privacy（隐私）链接。您可以在那里找到“隐私实践通知”和“保密通信请求”表格。
2. 拨打Blue Shield会员卡上的客户服务电话。
3. 致电Blue Shield of California隐私办公室的免费电话：1-888-266-8080。听障和语障用户请拨打711。
4. 发送电子邮件给我们：privacy@blueshieldca.com

C1. 我们保护您PHI的方式

我们会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（或者获得合法授权可代您做出决定的人）可以提供书面许可。

有时我们不需要先获得您的书面许可。这些例外情况是法律允许或要求的：

- 我们必须向检查本计划护理质量的政府机构提供PHI。

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。



- 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，则他们是根据联邦法律规定而这样做。

C2. 您查看您医疗记录的权利

- 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. 我们向您提供信息的信息

身为本计划的会员，您有权从我们这里获取有关本计划、我们的网络内提供者以及您承保服务的信息。

如果您不讲英语，我们可以提供口译员服务来回答您有关本计划的问题。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。各种材料也可以提供阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、简体中文、繁体中文、波斯语、印地语、苗语、日语、韩语、老挝语、勉语、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。我们也可以为您提供大字版、盲文版或音频版的信息。我们根据要求必须以无障碍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
- 本计划，包括：
 - 财务信息
 - 计划会员是如何评价我们的
 - 会员提出之上诉的数量
 - 如何退出本计划
- 我们的网络内提供者和网络内药房，包括：

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。



- 如何选择或更改初级保健提供者
- 我们网络内提供者和药房的资质
- 我们如何向我们网络内的提供者付款
- 承保服务和药物，包括：
 - 本计划承保的服务（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）
 - 您承保和药物的限制
 - 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不属于承保范围以及您可以采取哪些行动来应对（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某些服务和药物不属于承保范围
 - 改变我们做出的决定
 - 支付您收到的账单

E. 网络内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的费用时该怎么办，请参考本《会员手册》第7章。

F. 您退出本计划的权利

如果您不愿意，没有人可以让您留在本计划。

- 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：
 - 了解您何时可以加入新的MA或药物福利计划的更多信息。
 - 了解如果退出本计划您该如何获得您Medi-Cal福利的信息。

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。



G. 您有权做出有关您医疗保健的决定

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选项。
- **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。
- **获得第二意见。** 您有权在决定接受某种治疗之前咨询另一位医生。
- **拒绝。** 您有权拒绝任何治疗。这包括离开医院或其他医疗设施的权利，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，我们不会让您退出本计划。但是，如果您拒绝治疗或停止服药，您需要对发生在您身上的情况承担全部责任。
- **要求我们解释提供者拒绝提供护理的原因。** 如果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章会说明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

有时人们无法自行做出医疗保健决定。在这种情况下发生之前，您可以：

- 填写一份书面表格，**让某人在您无法自行做出决定时有权为您做出医疗保健决定。**
- 如果您无法自行做出决定，**请向您的医生提供书面指示**，说明该如何处理您的医疗保健事宜，包括您不希望接受的护理。

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。

您并非必须设立预先指示，但您可以设立。如果您想使用预先指示，请采取以下行动：

- **获取表格。** 您可以从您的医生、律师、社会工作者或某些办公用品商店获取表格。药房和提供者诊所通常有这些表格。您可以在线找到免费表格并下载表格。
- **填写表格并签名。** 该表格是一份法律文件。请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。

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。



- **将表格副本提供给需要了解的人。**向您的医生提供一份表格副本。您也应该向您指定之、在您无法做决定时代您做出决定的人提供一份副本。建议您将副本提供给关系亲密的朋友或家人。在家保留一份副本。
- 如果您将要住院并且您有已签名的预先指示，**请将其副本带到医院。**
 - 医院会询问您是否有已签名的预先指示表格以及您是否随身携带。
 - 如果您没有已签名的预先指示表格，医院有表格并会询问您是否希望签署。

您有权：

- 将您的预先指示加入您的医疗记录中。
- 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 Medicare + Medi-Cal Plan将在相关州法律变更后的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. 如果您的指示未得到遵守，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指示，您可以向Commence Health（加州质量改进组织）投诉，电话为（877）588-1123（TTY：711），或者写信至：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章会说明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之上诉和投诉的信息。请致电客户服务部获取此信息。

H1. 如何应对不公平待遇或获取有关您权利的更多信息

如果您认为我们以不公平的方式对待您，并且相关行为不是基于本《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（TTY：711）。有关HICAP的更多详细信息，请参考第2章第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。

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，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。（您也可以阅读或下载“Medicare Rights & Protections”（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. 您身为计划会员的责任

身为计划会员，您有责任采取以下行动。如果您有任何疑问，致电客户服务部。

- **阅读本《会员手册》**，了解本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。有关您下列项目的详细信息：
 - 承保服务，请参考本《会员手册》**第3章和第4章**。这些章节向您说明会承保哪些内容、不承保哪些内容、需要遵循哪些规则以及您需要支付多少费用。
 - 承保药物，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**。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**，您是本计划的会员。当您获得服务或药物时，请出示您的会员卡。
- **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之有关您和您健康的信息。尽可能多地了解您的健康问题。遵循您和您的提供者同意的治疗计划和指示。
 - 确保您的医生和其他提供者了解您服用的所有药物。其中包括药物、非处方药物、维生素和补充剂。
 - 有任何问题都要提出。您的医生和其他提供者必须以您可以理解的方式解释相关内容。如果您提出问题但不理解相关回答，要再问一次。
- **与您的护理协调员合作**，包括完成年度健康风险评估。
- **体谅他人**。我们希望所有计划会员都尊重他人的权利。我们也希望您在医生诊所、医院和其他提供者诊所中尊重待人。
- **支付您需缴纳的费用**。身为计划会员，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 Medicare + Medi-Cal Plan会员来说，Medi-Cal会支付您的Medicare A部分保费和Medicare B部分保费。

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。



- 对于本计划承保的一些药物，当您获得药物时，您必须支付您的费用分摊。这将是共付额（一笔固定金额）。第6章说明您必须为您的药物支付的费用。
- 如果您获得本计划不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，要告诉我们。如果您打算搬家，请立即告诉我们。您可以致电联系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，您便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章会告诉您我们的服务区域。
 - 我们可以帮助您确定您是否会搬出我们的服务区域。在特殊参保期期间，您可以转换到Original Medicare或在新地点参保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提供任何计划。
 - 当您搬家时，要告诉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》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，要告诉我们。
- 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。



第9章：如果您有问题或要投诉（承保决定、上诉、投诉）该怎么办

简介

本章包含有关您权利的信息。请阅读本章，了解出现以下情况时该怎么做：

- 您对本计划有问题或想要投诉。
- 您需要某项服务、用品或药物，但本计划表示不会支付费用。
- 您不同意本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（其中包括基于社区的成人服务（CBAS）和护理设施（NF）服务）有问题或想要投诉。

本章分为不同小节，以帮助您轻松查找所需内容。**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提供者判定作为您护理计划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。**如果您对自己的护理有问题，您可以致电Medicare Medi-Cal监察员计划求助，电话1-855-501-3077。**本章会介绍针对不同问题和投诉的不同选项，但您可以随时致电监察员计划来寻求指引，帮助您解决问题。如需解决您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 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。



目录

A. 如果您有问题或疑虑该怎么办.....	199
A1. 关于法律条款.....	199
B. 在何处获取帮助.....	199
B1. 如需更多信息和帮助.....	199
C. 了解本计划中的Medicare和Medi-Cal投诉和上诉流程.....	200
D. 有关您福利的问题.....	201
E. 承保决定和上诉.....	201
E1. 承保决定.....	201
E2. 上诉.....	201
E3. 承保决定和上诉相关帮助.....	202
E4. 本章哪一节可以帮助您.....	203
F. 医疗护理.....	203
F1. 使用本节.....	203
F2. 要求做出承保决定.....	204
F3. 提出1级上诉.....	206
F4. 提出2级上诉.....	209
F5. 付款问题.....	214
G. Medicare D部分药物.....	215
G1. Medicare D部分承保决定和上诉.....	215
G2. Medicare D部分例外处理.....	216
G3. 例外处理重要注意事项.....	218
G4. 要求做出承保决定，包括例外处理.....	218
G5. 提出1级上诉.....	221

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。



G6. 提出2级上诉.....	222
H. 要求我们承保更长的住院时间.....	224
H1. 了解您的Medicare福利.....	224
H2. 提出1级上诉.....	225
H3. 提出2级上诉.....	227
I. 要求我们继续承保某些医疗服务.....	228
I1. 在您的承保结束前提前通知.....	228
I2. 提出1级上诉.....	228
I3. 提出2级上诉.....	230
J. 将您的上诉提升至2级以上.....	230
J1. 针对Medicare服务和用品的后续步骤.....	230
J2. 额外Medi-Cal上诉.....	232
J3. 针对Medicare D部分药物请求的3、4和5级上诉.....	232
K. 如何提出投诉.....	233
K1. 投诉涉及什么类型的问题.....	233
K2. 内部投诉.....	235
K3. 外部投诉.....	236

A. 如果您有问题或疑虑该怎么办

本章会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。使用一种流程进行**承保决定和上诉**，使用另一种流程进行**投诉**（也称为申诉）。

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截止日期有一些法律术语。很多此类术语可能难以理解，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。我们会尽可能少地使用缩写。

例如，我们会说：

- “提出投诉”而不是“提出申诉”
- “承保决定”而不是“组织决定”、“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楚地沟通，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则更是如此。有时候您可能是缺乏所需的信息，不知道接下来该怎么做。

本计划提供的帮助

您可以致电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。此电话免费，可帮助处理问题或解答疑问。

健康保险咨询和宣传计划提供的帮助

您可以致电1-800-434-0222联系健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。您也可以访问他们的网站：<https://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/>。HICAP顾问可以回答您的问题并帮助您了解该如何处理您的问题。HICAP与我们或任何保险公司或健康计划均没有关联。HICAP在每个县都配备了经过培训的顾问，并且服务免费提供。HICAP的电话号码是1-800-434-0222。

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 Medi-Cal监察员计划提供的帮助

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均没有关联。他们的电话号码是1-855-501-3077，他们的网站是www.healthconsumer.org。

Medicare提供的帮助和信息

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）。

加州卫生保健服务部提供的帮助。

加州卫生保健服务部（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点至下午5点拨打1-888-452-8609致电联系监察员。

加州管理式医疗保健部提供的帮助

请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会帮助民众就Medi-Cal服务或账单问题提出上诉。电话号码是1-888-466-2219。失聪、有听力困难或语言障碍的人士可以使用免费的TDD号码1-877-688-9891。您也可以访问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。如果您要对您的健康计划提出申诉，您应该先致电**1-800-452-4413（TTY：711）**联系您的健康计划，并使用您健康计划的申诉流程，之后再联系保健部。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可以使用的任何补救措施。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，您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。保健部也设有免费电话号码（**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。

C. 了解本计划中的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“整合式流程”，因为它结合或整合了Medicare和Medi-Cal的流程。

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。



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。**第F4节**会解释这些情况。

D. 有关您福利的问题

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。 我的问题与福利或承保有关。 请参考 第E节 “承保决定和上诉”。	否。 我的问题与福利或承保无关。 请参考 第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处理的是与您的医疗护理（服务、用品和B部分药物，包括付款）福利及承保相关的问题。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。您可以使用承保决定和上诉流程处理某个项目是否属于承保范围和承保方式等问题。

E1. 承保决定

承保决定是指我们所做出之有关您福利和承保的决定，或有关我们为您的医疗服务或药物支付之金额的决定。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您需要的医疗护理。**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

如果我们做出承保决定，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之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，以检查我们是否适当遵守了所有规则。您的上诉会由做出原不利决定以外的其他审查员进行处理。

在大多数情况下，您必须从1级开始上诉。如果您的健康问题十分紧急或者会对您的健康构成立即和严重的威胁，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要求进行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服务或用品的承保有关，该信函会告诉您该如何自行提出2级上诉。有关2级上诉的更多信息，请参考**第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

您可以向以下任一单位寻求帮助：

- **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。
- **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会帮助民众就Medi-Cal服务或账单问题提出上诉。电话号码是1-888-466-2219。失聪、有听力困难或语言障碍的人士可以使用免费的TDD号码1-877-688-9891。您也可以访问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政府组织健康系统（COHS）中的人士：Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health、Central California Alliance for Health和CalOptima。联邦政府负责监管Medicare计划，医疗保健服务部负责监管COHS计划。
- **您的医生或其他提供者**。您的医生或其他提供者可以代表您要求做出承保决定或提出上诉。
- **朋友或家人**。您可指定其他人担任您的“代表”，并为您要求做出承保决定或提出上诉。
- **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。
 - 您可致电联系您自己的律师，或从您当地律师公会或其他转介服务获取律师姓名。如果您符合资格，一些法律团体会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 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。



如果您希望律师或其他人担任您的代表，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联系客户服务部，索取“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。您必须向我们提供一份已签名的表格。

E4. 本章哪一节可以帮助您

有四种情况涉及承保决定和上诉。每种情况都有不同的规则和截止日期。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：家庭医疗保健、专业护理设施护理和综合门诊康复设施（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联系客户服务部。您也可以从政府组织（例如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

本节会说明如果您获取医疗护理承保或希望我们退还针对您的护理我们的费用分摊时遇到问题该怎么办如需有关要求更长住院时间的信息，请参考**第H节**。

本节会介绍本《会员手册》**第4章**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

本节会介绍在以下任何情况下您可以采取的行动：

1. 您认为我们会承保您需要的医疗护理，但您并未获得。

您可以采取的行动：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，而您认为我们应该批准。

您可以采取的行动：您可以对我们的决定提出上诉。请参考**第F3节**。

3. 您获得了您认为我们会承保的医疗护理，但我们并不支付费用。

您可以采取的行动：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会承保的医疗护理并支付了费用，同时您希望我们退还您的费用。

您可以采取的行动：您可以要求我们为您退款。请参考**第F5节**。

5. 我们缩减或停止对您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。

您可以采取的行动：您可以对我们缩减或停止医疗护理的决定提出上诉。请参考**第F4节**。

- 如果承保是针对医院护理、家庭医疗保健、专业护理设施护理或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。
- 对于涉及缩减或停止对您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。

您可以采取的行动：您可以提出投诉。请参考**第K2节**。

F2. 要求做出承保决定

当承保决定涉及您的医疗护理时，称为**整合式组织决定**。

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：

- 致电：1-800-452-4413，TTY：711。
- 传真：877-251-6671。
- 写信：

Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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”截止日期，否则都会使用“标准”截止日期。标准承保决定表示我们会在下列时限内回复您：

- 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五个工作日。

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。

- 五个工作日，且不晚于我们收到您关于**所有其他医疗服务或用品**的请求后的**14个**日历日。
- 我们收到您关于**Medicare B部分药物**的请求后的**72小时**。

对于**医疗用品或服务**，如果我们要求更多时间，或如果我们可能需要有利于您的更多信息（例如网络外提供者提供的医疗记录），我们最多可以有**14个日历日**的时间。如果我们额外几天来做出决定，我们会以书面形式通知您。**如果您的请求涉及Medicare B部分药物，我们则不能延长处理时间。**

如果您认为我们**不应该**再增加天数，您可以针对我们增加天数的决定提出“快速投诉”。您提出快速投诉时，我们会在24小时内对您的投诉做出回复。投诉流程与承保决定和上诉流程不同。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

“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回应时，请要求我们做出“快速承保决定”。快速承保决定表示我们会在下列时限内回复您：

- 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**。

对于**医疗物品或服务**，如果我们发现缺少可能对您有利的信息（例如网络外提供者的医疗记录），或者您需要时间向我们提供审查所需的信息，我们最多可以再**延长14个日历日**。如果我们额外几天来做出决定，我们会以书面形式通知您。**如果您的请求是针对Medicare B部分药物，我们则不能延长处理时间。**

如果您认为我们**不应该**再增加天数来做出承保决定，您可以针对我们增加天数的决定提出“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**。我们做出决定后会立即致电通知您。

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/或服务提供承保。您不能要求就您已获得之用品或服务的付款做出快速承保决定。
- 使用“标准”截止日期**可能会严重危害您的健康**或损害您的身体机能。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要，我们则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，我们会决定您是否能获得快速承保决定。

- 如果我们判定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截止日期。信中会告诉您：

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。



- 如果您的医生要求，我们会自动为您提供快速承保决定。
- 您该如何就我们为您进行标准承保决定（而非快速承保决定）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，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，您将继续进行上诉流程的第1级（请参考**第F3节**）。

在有限的情况下，我们可能会驳回您要求做出承保决定的请求，这表示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。

如果我们驳回您的承保决定请求，我们会向您发送通知，解释请求被驳回的原因以及该如何要求对驳回决定进行审查。此审查称为上诉。上诉将在下一节中讨论。

F3. 提出1级上诉

要针对被拒绝的服务或用品提出上诉，或继续获得您已经在接受的服务或使用的物品，您、您的医生或您的授权代表必须联系我们。请致电联系我们，电话1-800-452-4413（TTY：711）。

以书面形式或致电联系我们**要求进行标准上诉或快速上诉**，电话1-800-452-4413（TTY：711）。

- 如果您的医生或其他提供者要求您在上诉期间继续获得已经在获得的服务或用品，您可能需要指定他们担任您的代表行事。
- 如果您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：
 - 我们会驳回您的请求，并且
 - 向您寄送一份书面通知，解释您有权要求IRO审查我们驳回您上诉的决定。
- 您必须在我们告知您决定的信函之日起65个日历日内提出上诉。

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。



- 如果您错过此截止日期但您有正当理由，我们可让您有更多时间提出上诉。正当理由的示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关截止日期的错误信息。当您提出上诉时，请解释上诉延迟的原因。
- 您有权向我们索取有关您上诉之信息的副本。您和您的医生也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，请要求进行快速上诉。

“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进行快速上诉。

如果您的医生告诉我们您的健康状况需要，我们会自动为您进行快速上诉。如果您在没有医生支持的情况下提出要求，我们会决定您是否可进行快速上诉。

- 如果我们判定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截止日期。信中会告诉您：
 - 如果您的医生要求，我们会自动为您进行快速上诉。
 - 如何对我们为您进行标准上诉（而非快速上诉）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将停止或缩减您已经获得的服务或用品，您可能可以在上诉期间继续获得这些服务或用品。

- 如果我们决定更改或停止您获得之服务或用品的承保，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十个日历日内或在该行动的预期生效日期（以较晚者为准）之前要求进行1级上诉，我们会继续承保该服务或用品。
 - 如果您在此截止日期前提出要求，在您的1级上诉待决期间，您将获得该服务或用品，没有任何变化。
 - 您也会获得（与您上诉无关的）所有其他服务或用品，没有任何变化。
 - 如果您未在这些日期之前提出上诉，则在您等待上诉决定期间，您的服务或用品不会继续提供。

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。



我们会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。
- 我们会查看我们之前**拒绝**您的请求时是否遵循了所有规则。
- 如有需要，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。

快速上诉存在截止日期。

- 当我们使用快速截止日期时，我们必须在**收到您上诉后的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**。如果我们拒绝快速上诉，我们会向您、您的医生、处方医生或代表口头确认该拒绝决定。
 - 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会对其进行审查。IRO收到您的上诉后，会以书面形式通知您。我们会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政府提交2级 - 州听证会。在加州，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同意**，我们必须在收到您上诉后的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。

标准上诉存在截止日期。

- 当我们使用标准截止日期时，我们必须在收到您对未获得之服务的承保提出上诉后的**30个日历日内**回复您。
- 如果您请求的是您未获得的Medicare B部分药物，我们会在收到您上诉后的**七个日历日内**回复您，如果您的健康状况需要则更早。
 - 如果我们未于截止日期前回复您，我们必须将您的请求发送至上诉流程的第2级。然后，IRO会对其进行审查。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政府提交2级 - 州听证会。在加州，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同意，我们必须在收到您的上诉请求之日起30个日历日内，或者根据您的健康状况所需尽快，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七个日历日内（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。



如果我们对您的部分或全部请求表示**拒绝**，您还有**额外上诉权利**：

- 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，该信函会告诉您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，该信函会告诉您该如何自行提出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**，我们会向您寄送一封信函。该信函会告诉您Medicare、Medi-Cal或者两个计划通常是否会承保该服务或用品。

- 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，您可以自行提交2级上诉。该信函会告诉您该如何行动。我们也会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，您也可以向州政府要求举行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，则您上诉涉及之服务、用品或药物的福利也可能在2级上诉期间继续提供。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，则在与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十个日历日内提交2级上诉，您将享受该服务的福利。

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**。

- 该组织与我们没有任何关联，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”）发送给该组织。您有权免费获得您个案档案的副本。

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。



- 您有权向IRO提供额外信息，以支持您的上诉。
- IRO的审查员会仔细查看与您的上诉相关的所有信息。

如果您在1级上诉时已获得快速上诉资格，在2级上诉时也会获得快速上诉资格。

- 如果您在1级上诉时已获得快速上诉资格，在2级上诉时会自动获得快速上诉资格。IRO必须在收到您上诉的**72小时内**对您的2级上诉做出回复。

如果您在1级上诉时获得的是标准上诉的资格，在2级上诉时也会获得标准上诉的资格。

- 如果您在1级上诉时获得的是标准上诉的资格，在2级上诉时会自动获得标准上诉的资格。
- 如果您的请求是针对医疗用品或服务，IRO必须在收到您上诉的**30个日历日内**对您的2级上诉做出回复。
- 如果您的请求是针对Medicare B部分药物，IRO必须在收到您上诉的**七个日历日内**对您的2级上诉做出回复。

如果IRO以书面形式给您回复并解释理由。

- **如果IRO对医疗用品或服务的一部分或全部请求表示同意，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**之决定的**五个工作日内**提供服务，或者
 - 在我们收到IRO对**加急请求**之决定的**72小时内**提供服务。
- **如果IRO对Medicare B部分药物的一部分或全部请求表示同意，我们必须授权或提供具有争议的Medicare B部分药物：**
 - 在我们收到IRO对**标准请求**之决定的**72小时内**，或者
 - 在我们收到IRO对**加急请求**之决定的**24小时内**。
- **如果IRO对您的部分或全部上诉表示拒绝，则表示他们同意我们不应批准您医疗护理承保的请求（或部分请求）。这称为“维持决定”或“否决上诉”。**
 - 如果您的个案符合规定，您需选择是否想继续上诉。
 - 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该如何行动的详情。

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。



- 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）。提出投诉后，DMHC会审查我们的决定。DMHC会自行调查您的投诉或决定该个案是否符合IMR的资格。IMR可能适用于任何具有医疗性质、由Medi-Cal承保的服务或用品。IMR是由不属于本计划或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。

如果本计划采取以下行动，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，因为本计划确定其不具有医疗必要性。
- 不承保针对严重医疗病况的实验性或研究性Medi-Cal治疗。
- 对手术服务或程序在本质上属于美容还是重建提出争议。
- 不为您已经获得的急诊或紧急Medi-Cal服务支付费用。
- 对于标准上诉，未于30个日历日内解决您对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，未于72小时或更短时间内解决您的上诉。

在大多数情况下，您必须在请求进行IMR之前向我们提出上诉。有关我们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提交IMR申请/投诉表。

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DMHC要求进行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。

您可以请求进行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。

如果您的问题十分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，而无需先使用我们的上诉流程。

您必须在我们向您发送有关您上诉之书面决定后的**六个月内申请IMR**。如果有正当理由（例如您因为有某种医疗病况而无法在六个月内要求进行IMR，或者您未被充分告知IMR的流程），DMHC可能会接受您在六个月后的申请。

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。



要提出投诉或要求进行IMR：

- 请填写IMR/投诉表，网址为：
www.dmhca.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打1-877-688-9891。
- 如有，请附上有关我们拒绝之服务或用品的信函或其他文件的副本。这可以使IMR流程加快。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.dmhca.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打1-877-688-9891。
- 向DMHC在线提交IMR/投诉表和任何附件：www.dmhca.ca.gov/FileaComplaint。

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：916-255-5241

DMHC会在七天内审查您的申请，并向您寄送一封确认已收到申请的信函。如果DMHC判定该个案符合IMR资格，则将在收到全部所需文件后45天内做出IMR决定。

如果您的个案属于紧急情况，并且您符合申请IMR的资格，则通常会在收到全部所需文件后的七天内做出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处收到所需的全部医疗记录，IMR可能需要更长时间。如果您使用的医生不在您健康计划的网络内，请务必从该医生处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。您的投诉应在提交填妥的申请后30个日历日内得到解决。如果您的投诉属于紧急情况，我们会尽快解决。

（2）州听证会

您可以要求针对Medi-Cal承保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获得的服务或用品付费，并且我们拒绝了您的1级上诉，您有权要求举行州听证会。

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。



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，**您提交请求的时间会更少。**请阅读第272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。

您可以通过以下方式要求举行州听证会：

- 访问www.cdss.ca.gov在线申请。
- 致电：拨打1-800-743-8525。此号码可能十分繁忙。您可能会收到信息，让您晚些时候再拨打。如果您有语言或听力障碍，请拨打TTY/TDD 1-800-952-8349。
- 写信：请填写州听证会表格或写信。通过邮寄或传真发送至：
- 邮寄：California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 传真：916-309-3487，或免费号码1-833-281-0903
- 您可以填写行动通知背面的“州听证会请求”。请务必包括您的姓名、地址、电话号码、社会保障号和/或CIN号码，以及您希望举行州听证会的原因。如果有他人协助您要求举行州听证会，请在表格或信函上加上他们的姓名、地址和电话号码。如果您需要口译员，请告诉州听证会部门您说什么语言。您无需为口译员付费。州听证会部门会为您安排。如果您是残障人士，州听证会部门可以免费为您提供特殊便利安排，以帮助您参加听证会。请提供关于您的残障和所需便利安排的信息。
- 对于2级上诉，您可以要求QIO再次审查他们针对您的1级上诉所做出的决定。请致电1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]联系他们。
- 您必须在QIO对您的1级上诉表示**拒绝**当天后的**60个日历日内**要求进行此审查。您**只有在**护理承保结束当天后仍继续住院时才可以要求进行此审查。
- QIO审查员会：
 - 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个日历日内，告诉您他们对您2级上诉的决定。
- 如果QIO对您的上诉表示**同意**：
 - 我们必须退还自QIO驳回您的1级上诉之日起次日中午以来我们的医院护理费用分摊。
 - 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供属于承保范围的住院医院服务。

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。



- 如果QIO对您的上诉表示**拒绝**：
 - 他们同意关于您1级上诉的决定，并且不会更改决定。
 - 他们会给您寄送一封信函，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。
- 您也可以向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F4节**，了解该如何向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医疗用品或服务的一部分或全部请求表示**同意**，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**，则表示他们同意我们不应批准您针对医疗护理承保的请求（或部分请求）。这称为“维持决定”或“否决上诉”。

如果IRO或州听证会对您全部或部分请求的决定为**拒绝**，您还有额外上诉权利。

如果您向**IRO**提出2级上诉，则只有当您希望获得之服务或用品的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额外上诉权利。**

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级之后您上诉权利的更多信息。

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收费，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共付额：第3层级：首选品牌药物，第4层级：非首选药物，以及第5层级：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。我们会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，则可以从本计划获得退款。

如需了解更多信息，请参考本《会员手册》**第7章**。该章会介绍您何时可能需要要求我们为您退款或支付您从提供者处收到之账单的情况。也会说明您该如何寄送要求我们付款的书面资料。

如果您要求退款，您就是在要求做出承保决定。我们将检查您付款的服务或用品是否属于承保范围，以及您是否遵守了使用承保的所有规则。

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。



- 如果您付款的服务或用品属于承保范围并且您遵守了所有规则，我们会在收到您请求后的30个日历日内，但最迟不超过60个日历日向您发送我们针对服务或用品的费用分摊。
- 如果您尚未支付服务或用品的费用，我们会直接将款项发送给提供者。（如果我们发送款项，即表示我们对您的承保决定请求表示**同意**。）
- 如果该服务或用品不属于承保范围，或者您没有遵守所有规则，我们会向您寄送一封信函，告诉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。当您按照这些说明行动时，请注意：

- 如果您提出退款上诉，我们必须在收到您上诉后的30个日历日内回复您。

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个日历日内将款项发送给您或提供者。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**同意**，我们必须在60个日历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**，即表示他们同意我们不应批准您的请求。这称为“维持决定”或“否决上诉”。您将收到一封信函，其中会说明您可能拥有的额外上诉权利。有关额外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。

G. Medicare D部分药物

身为本计划会员，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部分不承保的药物可能属于Medi-Cal的承保范围。**本节仅适用于Medicare D部分药物上诉**。我们会在本节的剩余部分使用“药物”一词，而不是每次都使用“Medicare D部分药物”一词。对于仅由Medi-Cal承保的药物，请遵循**第E节**中的流程。

药物必须用于医学上公认的适应症才属于承保范围。这表示，该药物已获得食品药品监督管理局（FDA）的批准或得到某些医学参考资料的支持。如需了解医学上公认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部分药物做出承保决定的示例：

- 您要求我们做出例外处理，包括要求我们：

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。



- 承保不在本计划《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（例如您可以获得之数量的限制）
- 您询问我们是否为您承保某种药物（例如：当您的药物列于本计划的《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，药房会为您提供书面通知，说明如何与我们联系要求做出承保决定。

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。本节会介绍该如何要求做出承保决定和提出上诉。使用下方的图表帮助您。

您属于下列哪种情况？			
您需要未列于我们《药物清单》上的药物，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》上的药物，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）。	您想要求我们退还您已获取并付款之药物的费用。	我们告诉过您，我们不会按照您希望的方式承保药物或支付药物费用。
您可以要求我们做出 例外处理 。（这是承保决定的一种类型。）	您可以要求我们做出 承保决定 。	您可以要求我们为 您退款 。（这是承保决定的一种类型。）	您可以 提出上诉 。（这表示您要求我们重新考虑。）
从 第G2节 开始，然后参考 第G3和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，您可以要求我们做出“例外处理”。如果我们驳回您针对例外处理的请求，您可以对我们的决定提出上诉。

要求做出例外处理时，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。

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做出“处方药一览表例外处理”。

要求为承保非首选药物支付较低的价格有时称为要求做出“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出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

- 如果我们同意做出例外处理并承保不在我们《药物清单》上的药物，您需支付适用于以下层级药物的共付额：第4层级：非首选药物层级。
- 对于所需的药物共付额，您不能获得例外处理。

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。
 - 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。
- 如果我们同意为您做出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费用分摊层级之一。一般来说，费用分摊层级越低，您必需支付的共付额金额就越低。

- 我们的《药物清单》通常包含不止一种用于治疗特定病况的药物。这些药物被称为“替代”药物。
- 如果适合您医疗病况之替代药物的费用分摊层级低于您所服用之药物的费用分摊层级，您可以要求我们按照替代药物的费用分摊金额进行承保。这会使您的药物共付额降低。

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。



- 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况之生物制品替代品的最低层级费用分摊金额进行承保。
- 如果您服用的药物是品牌药，您可以要求我们按照适合您病况之品牌药替代品最低层级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况之品牌或仿制药替代品最低层级费用分摊金额进行承保。
- 您不能要求我们变更第5层级：专科层级药物中任何药物的费用分摊层级。
- 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. 例外处理重要注意事项

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，向我们说明要求做出例外处理的医疗理由。为能更快做出决定，您要求做出例外处理时，请包括医生或其他处方医生出具的这类医疗信息。

我们的《药物清单》通常包含不止一种用于治疗特定病况的药物。这些药物被称为“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**批准您的例外处理请求。如果您要求我们做出层级例外处理，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**批准您的例外处理请求。

我们可以对您的请求表示同意或拒绝。

- 如果我们对您的例外处理请求表示**同意**，则例外处理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，并且该药物能持续安全有效地治疗您的病况，上述规则即维持不变。
- 如果我们对您的例外处理请求表示**拒绝**，您可以提出上诉。请参考**第G5节**，了解有关在我们表示**拒绝**时提出上诉的信息。

下一节会说明您该如何要求做出承保决定，包括例外处理。

G4. 要求做出承保决定，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（TTY：711）、写信或发传真给我们。您、您的代表或医生（或其他处方医生）都可以提出要求。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做出承保决定。您也能请律师代表您行事。
- 请参考**第E3节**，了解该如何指定某人担任您的代表。

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。

- 您无需向您的医生或其他处方医生提供书面许可即可让其代表您要求做出承保决定。
- 如果您想要求我们针对药物为您退款，请参考本《会员手册》第7章。
- 如果您要求做出例外处理，请向我们提供“支持声明”。支持声明包括您的医生或其他处方医生针对例外处理请求的医疗理由。
- 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。他们也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处理。

如果您的健康状况需要，请要求我们做出“快速承保决定”。

除非我们同意使用“快速截止日期”，否则我们将使用“标准截止日期”。

- **标准承保决定**是指我们会在收到您医生声明后的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。如果您要求我们退还您已购买之药物的费用，您不能获得快速承保决定。
- 如果我们使用标准截止日期，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做出快速承保决定，我们会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做出快速承保决定，我们会决定您是否可获得快速承保决定。
- 如果我们认为您的健康状况不符合获得快速承保决定的要求，我们会改用标准截止日期。

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。



- 我们会向您寄送一封信函，告诉您我们会使用标准截止日期。这封信函也会告诉您该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**。

快速承保决定的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期，我们必须在收到您请求后的24小时内回复您。如果您要求做出例外处理，我们会在收到您医生支持声明后的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。
- 如果我们未能在截止日期前完成，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**同意**，我们会在收到您的请求或您医生支持声明后的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。这封信函也会告诉您该如何提出上诉。

关于您未获取之药物的标准承保决定的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期，我们必须在收到您请求后的72小时内回复您。如果您要求进行例外处理，我们会在收到您医生支持声明后的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。
- 如果我们未能在截止日期前完成，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**同意**，我们会在收到您的请求或您医生针对例外处理之支持声明后的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。这封信函也会告诉您该如何提出上诉。

关于您已购买之药物的标准承保决定的截止日期

- 我们必须在收到您请求后的14个日历日内回复您。
- 如果我们未能在截止日期前完成，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**同意**，我们会在14个日历日内为您退款。
- 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并说明理由。这封信函也会告诉您该如何提出上诉。

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。



G5. 提出1级上诉

向本计划提出与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（TTY：711）、写信或发传真给我们。您、您的代表或医生（或其他处方医生）都可以提出要求。请提供您的姓名、联系信息以及有关您上诉的信息。
- 您必须在我们告知您决定的信函之日起**65个日历日内**提出上诉。
- 如果您错过此截止日期但您有正当理由，我们可让您有更多时间提出上诉。正当理由的示例包括您患有严重疾病或我们向您提供了有关截止日期的错误信息。当您提出上诉时，请解释上诉延迟的原因。
- 您有权向我们索取有关您上诉之信息的副本。您和您的医生也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，要求进行快速上诉。

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之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。

我们会考虑您的上诉并回复您。

- 我们会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级快速上诉的截止日期

- 如果我们使用快速截止日期，我们必须在收到您上诉后的**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会对其进行审查。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 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。

- 如果我们对您的部分或全部请求表示**同意**，我们必须在收到您上诉后的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，解释原因并告诉您该如何提出上诉。

1级标准上诉的截止日期

- 如果我们使用标准截止日期，我们必须在收到您对尚未获得的药物提出之上诉后的**七个日历日内**回复您。
- 如果您没有获得该药物并且您的健康状况需要，我们会尽快告知您我们的决定。如果您认为您的健康状况需要，请要求进行快速上诉。

如果我们未在七个日历日内告知您决定，我们必须将您的请求发送至上诉流程的2级。然后，IRO会对其进行审查。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**同意**：

- 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**我们收到您上诉后的**七个日历日**。
- 我们必须在收到您上诉后的**30个日历日内**向您**支付**您购买之药物的**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，解释原因并告诉您该如何提出上诉。
- 我们必须在收到您上诉后的**14个日历日内**向您提供关于退还您购买之药物费用的回复。
 - 如果我们未于14个日历日内告知您决定，我们必须将您的请求发送至上诉流程的2级。然后，IRO会对其进行审查。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**同意**，我们必须在收到您请求后的30个日历日内向您付款。
- 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，解释原因并告诉您该如何提出上诉。

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。该组织会决定我们是否应该改变我们的决定。

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。



“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**以书面形式**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**该如何向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、您必须遵循哪些截止日期，以及该如何联系该组织。
- 当您向IRO提出上诉时，我们会将所掌握之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**”。**您有权免费获得您个案档案的副本**。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。

IRO会审查您的Medicare D部分2级上诉并为您提供书面回复。有关IRO的更多信息，请参考**第F4节**。

2级快速上诉的截止日期

如果您的健康状况需要，请向IRO要求进行快速上诉。

- 如果他们同意进行快速上诉，他们必须在收到您上诉请求后的**72小时内**回复您。
- 如果他们对您的部分或全部请求表示**同意**，我们必须在收到IRO决定后的**24小时内**提供获得批准的药物承保。

2级标准上诉的截止日期

如果您在进行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之上诉后的**七个日历日内**。
- 在收到您退还您所购买的药物之上诉后的**14个日历日内**。

如果IRO对您的部分或全部请求表示**同意**：

- 我们必须在收到IRO的决定后的**72小时内**提供获得批准的药物承保。
- 我们必须在收到IRO的决定后的30个日历日内退还您购买之药物的费用。
- 如果IRO对您的上诉表示**拒绝**，即表示他们同意我们不批准您请求的决定。这称为“**维持决定**”或“**否决上诉**”。

如果IRO对您的2级上诉表示**拒绝**，并且您要求之药物承保的价值满足最低价值要求，您有权提出3级上诉。如果您要求之药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

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。



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级上诉所需的最低价值。

如果您请求的价值满足要求，您需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，您需：
 - 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或律师裁决员负责处理3级上诉。有关3级、4级和5级上诉的信息，请参考**第J节**。

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疾病或伤害所需的全部承保医院服务。有关本计划医院承保的更多信息，请参考本《会员手册》**第4章**。

在您的承保住院期间，您的医生和医院工作人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。本节会说明您该如何提出要求。

尽管有此**第H节**中讨论的上诉，但您也可以向DMHC提出投诉并要求DMHC进行独立医疗审查以继续接受您的住院治疗。请参考**第F4节**，了解该如何向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. 了解您的Medicare福利

在您入院后的两天内，医院的某人（例如护士或个案工作者）会为您提供称为“An Important Message from Medicare about Your Rights”（Medicare关于您权利的重要通知）。每一位参保Medicare的民众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联系客户服务部。您也可以致电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。

- 请仔细阅读**该通知**，如果您不理解，请提出问题。该通知会说明您身为住院患者所享有的权利，包括：

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。



- 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、谁会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。
- 知道该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，可提出上诉。
- **在该通知上签名**，表明您已收到并了解您的权利。
 - 您或代表您行事的人可以在该通知上签名。
 - 在该通知上签名**仅**表明您已了解有关您权利的信息。签名**并不**表示您同意您的医生或医院工作人员可能告诉您的出院日期。
- **保留已签名通知的副本**，以便在需要时获得信息。

如果您在比离开医院前两天更早之前就在该通知上签名，您将在出院前获得另一份副本。

您可以通过以下方式提前查看通知副本：

- 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-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出1级上诉

如欲要求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由医生和其他医疗保健专业人员组成，其费用由联邦政府支付。这些专家会检查并帮助提高享有Medicare之民众的护理质量。该组织不属于本计划。

在加州，QIO是Commence Health。您可以致电（877）588-1123 [TTY：（855）887-6668]联系他们。“An Important Message from Medicare about Your Rights”（Medicare关于您权利的重要通知）**和第2章**中也提供了联系信息。

请在您离开医院之前，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，同时等待QIO对您的上诉做出决定。

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。



- **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，所以如果质量改进组织不受理您希望继续住院的请求，或者您认为您的情况紧急，对您的健康构成立即和严重的威胁，或者您感到剧烈疼痛，您也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**，了解该如何提出投诉并要求DMHC进行独立医疗审查。

如果您需要帮助，请提出要求。如果您在任何时候有疑问或需要帮助：

- 请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。
- 请拨打1-800-434-0222联系健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。

要求进行快速审查。迅速采取行动并联系QIO，要求快速审查您的出院情况。

“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的审查员会询问您或您的代表您为什么认为承保应在计划出院日期后继续提供。您不需要写一份声明，但您可以写。
- 审查员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查医院和本计划向他们提供的信息。
- 在审查员将您的上诉告诉本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。这封信函也会说明为什么您的医生、医院和我们认为出院日期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。（听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。）您也可以在线参考通知范例：www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

在获得所需之所有信息后的一整天内，QIO会针对您的上诉做出回复。

如果QIO对您的上诉表示**同意**：

- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供属于承保范围的住院医院服务。

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。



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适当的。
- 在QIO回复您上诉后的次日中午，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级上诉所做出的决定。请致电1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]联系他们。

您必须在QIO对您的1级上诉表示**拒绝**当天后的**60个日历日内**要求进行此审查。您**只有在**护理承保结束当天后仍继续住院时才可以要求进行此审查。

QIO审查员会：

- 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个日历日内，告诉您他们对您2级上诉的决定。

如果QIO对您的上诉表示**同意**：

- 我们必须退还自QIO驳回您的1级上诉之日起次日中午以来我们的医院护理费用分摊。
- 只要服务具有医疗必要性，我们就会为您提供属于承保范围的住院医院服务。

如果QIO对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们同意关于您1级上诉的决定，并且不会更改决定。
- 他们会给您寄送一封信函，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。
- 您也可以向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F4节**，了解该如何向DMHC提出投诉并要求其进行独立医疗审查。

ALJ或律师裁决员负责处理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
- 在专业护理设施提供的专业护理，以及
- 在Medicare批准的CORF提供的门诊康复护理。这通常表示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终止您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节会说明您该如何要求上诉。

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将停止承保您护理的日期以及该如何对我们的决定提出上诉。

您或您的代表应在通知上签名以表明您已收到该通知。在该通知上签名仅表明您已获得相关信息。签名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终止您的护理承保，您可以对我们的决定提出上诉。本节会向您介绍1级上诉流程以及该怎么做。

- **遵守截止日期规定。**截止日期十分重要。了解并遵循您必须采取行动的相关截止日期。本计划也必须遵守截止日期。如果您认为我们并未遵守截止日期规定，您可以提出投诉。有关投诉的更多信息，请参考第K节。
- **如果您需要帮助，请提出要求。**如果您在任何时候有疑问或需要帮助：
 - 请拨打页面底部的电话号码致电客户服务部。
 - 请致电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。

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。

- 请他们审查您的上诉并决定是否更改本计划的决定。
- **迅速采取行动并请求进行“快速上诉”。**询问QIO我们终止您医疗服务的承保在医学上是否适当。

您联系此组织的截止日期。

- 您必须在我们向您寄送的“Medicare非承保范围通知”生效日期前一天中午之前联系QIO开始上诉。
- 如果质量改进组织不受理您希望我们继续承保您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立即和严重的威胁，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**，了解该如何向DMHC提出投诉并要求其进行独立医疗审查。

该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的审查员会询问您或您的代表您为什么认为承保应继续提供。您不需要写一份声明，但您可以写。
- 审查员会查看您的医疗信息，与您的医生交谈，并审查本计划向他们提供的信息。
- 本计划也会向您寄送书面通知，解释我们终止服务承保的原因。您会在审查员通知我们您的上诉之日结束之前收到通知。

该通知说明的法律术语是“**非承保范围详细说明**”。

- 审查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**同意**：

- 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终止。
- 我们会在通知所列日期停止为此护理支付我们的费用分摊。

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。

- 如果您决定在承保终止后继续接受家庭医疗保健、专业护理设施护理或CORF服务，您需要自行支付此护理的全部费用
- 您需决定是否要继续接受这些服务并提出2级上诉。

I3. 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级上诉所做出的决定。您可以致电（877）588-1123 [TTY: (855) 887-6668]联系他们。

您必须在QIO对您的1级上诉表示**拒绝**当天后的**60个日历日内**要求进行此审查。您**只有在**护理承保终止当天后仍继续获取护理时才可以要求进行此审查。

QIO审查员会：

- 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个日历日内，告诉您他们对您2级上诉的决定。

如果QIO对您的上诉表示**同意**：

- 对于从我们表明您的承保将终止的日期起您已接受的护理，我们会向您退还我们针对您护理的费用分摊。
- 只要该护理具有医疗必要性，我们会提供护理承保。

如果QIO对您的上诉表示**拒绝**：

- 他们同意我们终止您护理的决定并且不会改变此决定。
- 他们会给您寄送一封信函，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**，了解该如何要求DMHC进行独立医疗审查。作为3级上诉的补充或替代，您可以向DMHC提出投诉并要求进行独立医疗审查。

ALJ或律师裁决员负责处理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. 针对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，您可能有权提出额外级别的上诉。

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。



如果您上诉之Medicare服务或用品的价值未达到特定的最低金额，您将无法进一步上诉。如果价值足够高，您可以继续上诉流程。您从IRO收到之有关2级上诉的信函会说明该联系谁以及如何要求进行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**同意**，我们有权对有利于您的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4级上诉做出决定后再授权或提供具有争议的服务。
- 如果我们决定**不对**该决定提出**上诉**，我们必须在收到ALJ或律师裁决员决定后的60个日历日内为您授权或提供服务。
 - 如果ALJ或律师裁决员对您的上诉表示**拒绝**，上诉流程可能并未结束。
- 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该如何进行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**同意**或拒绝我们审查对您有利之3级上诉决定的请求，我们有权提出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个日历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，上诉流程可能并未结束。

- 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**驳回您上诉的决定，您也可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知会说明您是否可以继续提出5级上诉以及该怎么做。

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**同意**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。

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。



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会告诉您如果您想继续上诉流程该怎么做。

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，您可以要求举行重新听证会和/或寻求司法审查。要要求举行重新听证会，请将书面请求（信函）邮寄至：The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814。此信函必须在您收到决定后的30天内寄出。如果您有合理的理由导致逾期，此截止日期最多可延长180天。在您的重新听证会请求中，请注明您收到决定的日期以及应批准举行重新听证会的原因。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纳入以及它将如何改变决定。您可以联系法律服务机构寻求协助。如欲要求进行司法审查，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条规定）。向您的决定中指定的县高等法院提交请愿书。您可以提交此请愿书而不要求举行重新听证会。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其他费用。如果举行了重新听证会，但您不同意重新听证会的决定，您可以寻求司法审查，但不能要求再次举行重新听证会。

J3. 针对Medicare D部分药物请求的3、4和5级上诉

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。

如果您所上诉之药物的价值达到特定金额，您也许可以继续进行额外级别的上诉。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才能要求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**同意**：

- 上诉流程即会结束。
- 我们必须在72小时（加急上诉则为24小时）内授权或提供获得批准的药物承保，或在收到决定后不迟于30个日历日内付款。

如果ALJ或律师裁决员对您的上诉表示**拒绝**，上诉流程可能并未结束。

- 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该如何进行4级上诉。

4级上诉

委员会将审查您的上诉并回复您。委员会隶属于联邦政府。

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。



如果委员会对您的上诉表示**同意**：

- 上诉流程即会结束。
- 我们必须在72小时（加急上诉则为24小时）内授权或提供获得批准的药物承保，或在收到决定后不迟于30个日历日内付款。

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，上诉流程可能并未结束。

- 如果您决定**接受**驳回您上诉的决定，上诉流程即会结束。
- 如果您决定**不接受**驳回您上诉的决定，您也可以继续进入下一级别的审查流程。您收到的通知会说明您是否可以继续提出5级上诉以及该怎么做。

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**同意或拒绝**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. 投诉涉及什么问题

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。以下示例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与您有关的机密信息。
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态度粗鲁或不尊重。 • 我们的工作人员对您不好。 • 您认为您被排除在本计划之外。

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。

投诉	示例
无障碍和语言协助	- 您无法亲自在医生或提供者诊所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安排。
等待时间	- 您很难预约或者等待时间过长。 - 医生、药剂师或其他健康专业人士、客户服务部或其他计划工作人员让您等待太久。
清洁卫生	您认为诊所、医院或医生诊所不干净。
我们向您提供的信息	- 您认为我们未能向您提供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	- 您认为我们没有在截止日期前做出承保决定或对您的上诉做出回复。 - 您认为，在获得对您有利的承保或上诉决定后，我们没有在截止日期前批准或向您提供服务或为您退还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。内部投诉会提交给本计划并由本计划进行审查。外部投诉会提交给不属于本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（TTY：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”。

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。



K2. 内部投诉

要进行内部投诉，请致电客户服务部：1-800-452-4413（TTY：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之问题后的**60个日历日内**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。如果您以书面形式投诉，我们会以书面形式回复该投诉。
- 以下是运作方式：
 - 第1步：提出申诉
 - 要开始该流程，请在事件发生后的60个日历日内致电客户服务部服务代表，并要求提出申诉。您也可以在事件发生后的60个日历日内以书面形式提出申诉，请将其发送至：

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856

- 传真：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 Medicare + Medi-Cal Plan上诉与申诉表。我们会在5个日历日内向您发送一封信函，告诉您我们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个日历日内解决问题。
- 如果您要求“加急申诉”或“快速决定”或“快速上诉”，请写信至上述步骤1中列出的地址提出上诉/申诉，或致电1-800-452-4413（TTY：711）联系客户服务部。对于“加急申诉”或“快速决定”或“快速上诉”，我们必须在收到您以书面形式或致电方式提出的上诉/申诉后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。如果您因为我们决定不让您获得“快速决定”或不让您进行“快速上诉”而要求进行“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获得了在您要求做出“快速初始决定”或进行“快速上诉”时没有的额外信息。医疗主任将审查您的请求并决定我们原本的决定是否合适。我们会在您提出“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，但不得晚于收到您投诉后的30个日历日。

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。



● 第2步：申诉听证会

- 如果您对与护理质量问题相关之申诉的解决方式感到不满，您可以向Blue Shield Medicare上诉与申诉部提出书面请求，要求举行申诉听证会。在您提出书面请求后的31个日历日内，我们会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以及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的方式参加听证会。听证会后，我们会向您发送最终决议函。如果您对不包括护理质量之申诉（例如等待时间、态度不尊重、客户服务或清洁卫生）的解决方式感到不满，您可以联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部，请求进行额外审查。

“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，我们就会快速回复。

- 我们会在30个日历日内对大多数投诉做出回复。如果我们因需要更多信息而未在30个日历日内做出决定，我们会以书面形式通知您。我们也会提供状态更新和预计做出回复的时间。
- 如果您是因为我们拒绝您请求获得“快速承保决定”或拒绝您请求进行“快速上诉”而提出投诉，我们会自动让您进行“快速投诉”并在24小时内对您的投诉做出回复。
- 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，我们会自动让您进行“快速投诉”，并在24小时内对您的投诉做出回复。

如果我们不同意您的部分或全部投诉，我们会告诉您并说明理由。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。可在以下网站获取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 Medicare + Medi-Cal Plan提出投诉。

Medicare非常重视您的投诉，并会使用这些信息帮助改善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）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。此电话为免费专线。

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。



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。听障和语障用户请拨打711。请于周一至周五上午8点至下午5点之间致电。

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，要求协助您处理对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个日历日后仍未解决您的投诉，您可以向DMHC提出投诉。不过，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立即和严重威胁的投诉、您感到剧烈疼痛、您不同意本计划对您投诉的决定，或者如果本计划在30个日历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。失聪、有听力困难或语言障碍的人士可以使用免费的TTY号码1-877-688-9891。此电话为免费专线。
- 访问管理式医疗保健部的网站（www.dmhc.ca.gov）。

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（HHS）OCR投诉。例如：您可以就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。

您也可以联系当地的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：1-800-368-1019
传真：202-619-3818
TTY：1-800-537-7697
电子邮件：ocrmail@hhs.gov

您可能也享有《美国残障人士法案》（ADA）和2008年修正案（P.L. 110-325）规定的权利。您可以联系Medi-Cal监察员计划寻求协助。电话号码是1-888-452-8609。

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。



QIO

如果您的投诉与护理质量有关，您有两种选择：

- 您可以直接向QIO提出关于护理质量的投诉。
- 您可以向QIO和本计划提出投诉。如果您向QIO提出投诉，我们会与他们一起解决您的投诉。

QIO是一个由执业医生和其他医疗保健专家组成的团体，由联邦政府支付费用，负责检查和改善为Medicare患者提供的护理。要详细了解QIO，请参考**第H2节**或参考本《会员手册》**第2章**。

在加州，QIO称为Commence Health。Commence Health的电话号码是1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]。

第10章：终止您在本计划的会员资格

简介

本章会介绍您该如何终止在本计划的会员资格以及您退出本计划后的健康保险选项。如果您退出本计划，只要您符合资格，您仍将参保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 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。



目录

A. 您何时可以终止在本计划的会员资格	241
B. 如何终止本计划的会员资格	242
C. 如何分别获得Medicare和Medi-Cal服务	242
C1. 您的Medicare服务	242
C2. 您的Medi-Cal服务	246
D. 在您于本计划的会员资格终止前您的医疗用品、服务和药物	246
E. 您在本计划的会员资格终止时的其他情况	247
F. 禁止因任何与健康相关的原因要求您退出本计划的规则	248
G. 如果我们终止您在本计划的会员资格，您有权提出投诉	248
H. 如何获取有关终止您计划会员资格的更多信息	248



A. 您何时可以终止在本计划的会员资格

大多数享有Medicare的民众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，因此您享有一些选择，可以在一年中任何一个月终止您在本计划的会员资格。

此外，您每年还可以在以下期间终止您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日终止，新计划的会员资格将于1月1日生效。
- **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部分的当月持续至有权参保之第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一个月的第一天开始。

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**
- 如果您最近搬入或刚刚搬出护理设施或长期护理医院，或目前正在护理设施或长期护理医院接受护理。

您的会员资格将于我们收到您退出本计划之请求当月的最后一天终止。例如：如果我们于1月18日收到您的请求，则您通过本计划获得的承保将于1月31日终止。如果您参保其他计划，您的新承保从下个月的第一天开始（本示例中为2月1日）。

如果您退出本计划，可以获得与您有关的以下信息：

- **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。也列出了TTY用户的号码。
- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- 加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），电话号码为1-800-434-0222，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区域的当地HICAP办公室，请访问www.aging.ca.gov/HICAP。Health Care Options，电话号码为1-844-580-7272，服务时间为周一至周五，上午8点至下午6点。听障和语障用户请拨打1-800-430-7077。

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。



- Medi-Cal管理式护理监察员，电话号码为1-888-452-8609，服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点，或发送电子邮件至MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

注意：如果您参加了药物管理计划（DMP），您可能无法变更计划。有关药物管理计划的信息，请参考本《会员手册》第5章。

B. 如何终止本计划的会员资格

如果您决定终止您的会员资格，您可以参保另一个Medicare计划或转换到Original Medicare，这样便可以终止您的会员资格。不过，如果您想从本计划转换到Original Medicare，并且尚未选择单独的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请求。如果您需要有关该如何行动的更多信息，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）。听障和语障用户（有听力或语言困难的人士）请拨打1-877-486-2048。当您拨打1-800-MEDICARE时，您还可以参保其他Medicare健康或药物计划。有关在退出本计划后获得Medicare服务的更多信息，请参考第295页上的图表。
- 拨打1-844-580-7272联系Health Care Options，服务时间为周一至周五，上午8点至下午6点。听障和语障用户请拨打1-800-430-7077。
- 下方的**第C节**包括您可以采取之参保其他计划的步骤，参保其他计划也将终止您在本计划的会员资格。

C. 如何分别获得Medicare和Medi-Cal服务

如果您选择退出本计划，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**第A节**中描述的其他时间，您还有下列额外选项。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。

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。



1. 您可以换成：

Medicare Medi-Cal计划（Medi-Medi Plan）是Medicare Advantage计划的一种类型。适用于同时享有Medicare和Medi-Cal的民众，并将Medicare和Medi-Cal福利合并到一个计划中。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是加州整合式双重资格特殊需求计划（D-SNP）的名称。

可按下述说明行动：

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），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区域的当地HICAP办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。

或

参保新的Medi-Medi Plan。

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计划将发生变化，以匹配您的Medi-Medi Plan。

2. 您可以换成： 包含独立Medicare药物计划的Original Medicare，以及Medi-Cal计划。	可按下述说明行动： 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），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区域的当地HICAP办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 参保新的Medicare药物计划。 当您的Original Medicare承保开始时，您将自动从本计划退保。 除非您选择不同的计划，否则您将继续参保您的Medi-Cal计划。
--	--



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，您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区域的当地HICAP办公室，请访问www.aging.ca.gov/HICAP/。	可按下述说明行动： 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），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区域的当地HICAP办公室，请访问www.aging.ca.gov/HICAP/。 当您的Original Medicare承保开始时，您将自动从本计划退保。 除非您选择不同的计划，否则您将继续参保您的Medi-Cal计划。
---	--

4. 您可以换成： 任何Medicare健康计划，可在一年中的某些时候（包括开放参保期和Medicare Advantage开放参保期或第A节描述的其他情况）更换。	可按下述说明行动： 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），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区域的当地HICAP办公室，请访问 www.aging.ca.gov/HICAP/。 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。
---	---

C2. 您的Medi-Cal服务

如有关于在您退出本计划后该如何获取您Medi-Cal服务的问题，请拨打1-844-580-7272联系 Health Care Options，服务时间为周一至周五，上午8点至下午6点。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。

D. 在您于本计划的会员资格终止前您的医疗用品、服务和药物

如果您退出本计划，您的会员资格可能需要一段时间才会终止，新的Medicare和Medi-Cal承保才会开始。在此期间，您可以继续通过本计划获得药物和医疗保健服务，直到您的新计划开始。

- 请使用我们的网络内提供者接受医疗护理。
- 情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）来配取处方药。

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。



- 如果您在您于Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的会员资格终止当天住院，本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，我们也仍会继续承保您的住院费用。

E. 您在本计划的会员资格终止时的其他情况

在下列情况下，我们必须终止您在本计划的会员资格：

- 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的资格。本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的资格，您可以暂时继续享受本计划的Medicare福利，请参考下方有关视同期间的信息。
 - 参保Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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求状态后的6个月内重新获得Medi-Cal（Medicaid）资格。在您仍参保本计划但没有Medi-Cal承保的6个月期间，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。
 - 我们会扩展机会，让会员能转换到我们的其中一种非HMO D-SNP计划。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受益人提供特殊参保期（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）资格或接受转换到非HMO D-SNP计划的机会，您将以非自愿地的方式从Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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。
 - 如果您搬家或长途旅行，请致电客户服务部，了解您搬家或旅行的目的地是否在本计划的服务区域内。
- 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。
- 您不是美国公民或国民，也不是符合资格的非公民。
 - 您必须是美国公民或国民，或符合资格的非公民，才能成为本计划的会员。

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。



- 如果您因此没有资格继续保留会员身份，Medicare和Medicaid服务中心（CMS）会通知我们。
- 如果您不符合此要求，我们必须让您退保。

如果您失去Medi-Cal资格，但预计可在6个月内恢复资格，我们将继续提供Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保的所有Medicare福利。当您的Medi-Cal承保终止时，我们将不会支付您Medi-Cal福利的费用。这也表示，在您失去Medi-Cal承保的几个月期间，您的共付额、保费和自付额等自付费用将会增加。要了解更多信息并获取Medi-Cal资格续期方面的帮助，请致电（844）378-4181（TTY：711）联系Blue Shield双重资格保留团队，服务时间为周一至周五，上午8点至下午5点。

我们将协助您恢复您的Medi-Cal资格和Medi-Cal福利。如果您的Medi-Cal资格在仍通过我们获得Medicare承保期间恢复，我们将重新开始支付您Medi-Cal福利的费用，并且您将续参保本计划。如果您无法在6个月内重新获得Medi-Cal资格，我们将让您自Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan退保。如果您在退保后重新获得Medi-Cal资格，您需要联系我们以重新参加该计划。

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而让您退出本计划：

- 您参保本计划时蓄意提供不正确的信息，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的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本计划的规则

我们不能以与您健康相关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的理由而要求您退出本计划，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. 如果我们终止您在本计划的会员资格，您有权提出投诉

如果我们终止您在本计划的会员资格，我们必须以书面形式告诉您终止您会员资格的理由。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. 如何获取有关终止您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您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 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。



第11章：法律通知

简介

本章包含适用于您在本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	250
B. 联邦禁止歧视通知	250
C. Medi-Cal禁止歧视通知	251
D. 关于Medicare作为第二付款方和Medi-Cal作为最后付款方的通知	252
E. 关于Medi-Cal遗产追讨的通知	252
F. 《会员手册》的管理	253
G. 会员合作	253
H. 转让	253
I. 雇主责任	253
J. 政府机构责任	253
K. 美国退伍军人事务部	253
L. 超额付款追讨	253
M. 当第三方造成您的伤害时	253
N. 关于参与健康信息交换的通知	254
O. 报告诈欺、浪费和滥用	255

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、心理或身体残障、健康状况、理赔经历、病史、遗传信息、可保性证据或服务区域内的地理位置进行歧视。所有提供Medicare Advantage计划的组织（例如本计划）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《康复法案》、1975年《年龄歧视法案》、《美国残障人士法案》、《平价医疗法案》第1557节、所有其他适用于获得联邦资金之组织的法律，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有关于歧视或不公平对待的疑虑：

- 请拨打1-800-368-1019联系卫生与公共服务部民权办公室。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。您也可以访问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。听障和语障用户请拨打711（电信中转服务）。如果您认为自己受到歧视并希望提出歧视申诉，请使用以下方式取得联系：
 - 发送电子邮件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
 - 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计划的歧视有关，您也可以通过致电、写信或电子方式向医疗保健服务部民权办公室提出投诉：
- 致电：请拨打916-440-7370。如果您有听力或语言障碍，请拨打711（电信中转服务）。
- 写信：填写投诉表或寄信至：

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。



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
- 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方面的帮助，请致电联系客户服务部。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帮助。

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、心理或身体残障、健康状况、理赔经历、病史、遗传信息、可保性证据或服务区域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、婚姻状况或医疗病况而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

如果您想了解更多信息或有关于歧视或不公平对待的疑虑：

- 请致电916-440-7370联系医疗保健服务部民权办公室。听障和语障用户请拨打711（电信中转服务）。如果您认为自己受到歧视并希望提出歧视申诉，请使用以下方式取得联系：
- 发送电子邮件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
- 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计划的歧视有关，您也可以通过致电、写信或电子方式向医疗保健服务部民权办公室提出投诉：

- 致电：请拨打916-440-7370。如果您有听力或语言障碍，请拨打711（电信中转服务）。

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。



○ 写信：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方面的帮助，请致电联系客户服务部。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帮助。

D. 关于Medicare作为第二付款方和Medi-Cal作为最后付款方的通知

有时，其他某方必须先为我们向您提供的服务付费。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付款。

我们有权利和责任收取Medicare不是第一付款方时Medicare承保服务的费用。

我们遵守州和联邦法律规定，也遵守与第三方向会员提供医疗保健服务的法律责任相关之法规的规定。我们会采取一切合理措施，确保Medi-Cal是最后付款方。

因为Medi-Cal是最后付款方，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。这表示，在大多数情况下，Medi-Cal将作为位列Medicare OHC之后的第二付款方，承担本计划或其他OHC未支付之允许的费用，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补偿，用于偿还在其55岁生日当天或之后获得的Medi-Cal福利。补偿包括护理设施服务、基于家庭和社区的服务以及会员在护理设施住院或接受基于家庭和社区的服务时获取之相关医院和处方药服务的按服务收费和管理式护理保费/按人头付费款项。补偿不得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。

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。



F. 《会员手册》的管理

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。

G. 会员合作

您必须填写我们在正常业务过程中要求，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、留置权表格以及任何其他文件。

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、应付款项理赔、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. 政府机构责任

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. 美国退伍军人事务部

对于法律要求退伍军人事务部提供之关于病况的任何服务，我们不会向退伍军人事务部付款，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部处追讨服务的价值。

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、报销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

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。



（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。

这项要求赔偿、报销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金额，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（“追讨金额”），无论您是否已通过追讨“完全恢复”。这项要求赔偿、报销或其他可用补救措施的权利系针对因此类受伤或疾病而给付的福利所应得到之总追讨金额中的相应部分，根据《加州民法典》第3040条进行计算。

您根据规定必须采取以下行动：

1. 如果因涉嫌造成伤害或疾病的作为或不作为而对第三方提出任何实际或潜在的索赔或法律诉讼，请以书面形式通知Blue Shield。如果已经提出索赔或法律诉讼，则必须在提出之日起30天内发出通知。
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赔偿、报销或其他可用补救措施的权利；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，以书面形式同意通过使用任何追讨金额向Blue Shield报销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索赔的信息请求，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（“HIE”），将其会员的健康信息提供给Manifest MedEx，供其获得授权的医疗保健提供者访问。Manifest MedEx是独立非营利组织，负责维护全州范围的电子患者记录数据库，其中包括由医生、医疗保健设施、医疗保健服务计划以及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、优质的护理。

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，使其无法快速访问与您有关

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。



的重要医疗保健信息，但会员的健康保险或健康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。

不希望Manifest MedEx中显示其医疗保健信息的会员应在

<https://www.manifestmedex.org/opt-out>填写在线表格，或致电Manifest MedEx，电话1-888-510-7142，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。听力障碍人士请拨TTY：711。

0. 报告诈欺、浪费和滥用

什么是欺诈、浪费和滥用（FWA）？

- **欺诈**是指有意的虚假陈述，可能会使医疗保健计划产生未经授权的费用。
- **浪费**是指在没有正当需求的情况下不当使用医疗保健资金或资源。
- **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医疗保健计划产生不必要的费用。

保护您自己和您的福利

- 切勿将您的社会保障号、Medicare编号、健康计划编号或银行信息透露给您不认识的人。
- 不要同意接受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。

警惕遗传检测欺诈

骗子会在当地的健康博览会、老年住房设施、社区中心、家庭健康机构和其他值得信赖的地点接近毫无戒心的参保人，以进行遗传检测欺诈。他们谎称Medicare会支付检测费用，所以您只需提供口腔拭子、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健康计划或Medicare的编号，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。他们也获得了您的个人遗传信息。

如欲报告可疑的欺诈、浪费和滥用行为，请联系：

- **Blue Shield of California的Medicare欺诈热线：1-855-331-4894（TTY：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（听障和语障用户请拨打1-877-486-2048）。

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。



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。

AIDS药物补助计划（ADAP）：帮助符合资格的HIV/AIDS患者获得挽救生命之HIV药物的计划。

Medicaid（或医疗援助）：由联邦政府和州政府运营的计划，旨在帮助收入和资源有限的民众支付长期服务与支持以及医疗费用。Medi-Cal是加州的Medicaid计划。

Medi-Cal：这是加州Medicaid计划的名称。Medi-Cal由州政府管理，并由州政府和联邦政府支付费用。

- 它帮助收入和资源有限的民众支付长期服务与支持以及医疗费用。
- 它承保额外服务以及Medicare不承保的一些药物。
- Medicaid计划因州而异，但只要您符合Medicare和Medicaid两者资格，大多数医疗保健的费用都属于承保范围。

Medi-Cal计划：仅承保Medi-Cal福利（例如长期服务与支持、医疗器材和运输）的计划。Medicare福利是分开的。

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向这些公司付款以承保您的Medicare福利。

Medicare A部分：承保大多数具有医疗必要性的医院护理、专业护理设施护理、家庭健康护理和临终关怀的Medicare计划。

Medicare B部分：承保治疗疾病或病况所需之具有医疗必要性的服务（例如实验室检测、手术和医生看诊）和用品（例如轮椅和助行器）的Medicare计划。Medicare B部分也承保许多预防和筛查服务。

Medicare C部分：Medicare计划，也称为“Medicare Advantage”或“MA”，让私营健康保险公司通过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不承保的一些用品。本计划包括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。

Medicare：适用年满65岁、部分未满65岁但有特定残障的人士，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患者）的联邦政府健康保险计划。拥有Medicare的人可以通过Original Medicare或管理式护理计划（请参考“健康计划”）获得Medicare健康保险。

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”。

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承保服务：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和Medicaid服务中心（CMS）：负责Medicare的联邦机构。本《会员手册》第2章会说明该如何联系CMS。

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糖尿病预防计划（MDPP）：结构化的健康行为改变计划，提供改变长期饮食、增加体能活动以及策略方面的培训，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。

Medi-Medi Plan：Medi-Medi Plan是Medicare Advantage计划的一种。适用于同时享有Medicare和Medi-Cal的民众，并将Medicare和Medi-Cal福利合并到一个计划中。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。

Original Medicare（传统Medicare或按服务收费Medicare）：Original Medicare由政府提供。根据Original Medicare规定，必须按国会规定的金额支付医生、医院和其他医疗保健提供者以获取服务的承保。

- 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有两个部分：Medicare A部分（医院保险）和Medicare B部分（医疗保险）。
- Original Medicare在美国各地均有提供。
- 如果您不想加入本计划，您可以选择Original Medicare

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有残障、失明或年满65岁之人士的福利。SSI福利与社会保障福利不同。

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。如果您收到任何不理解的账单，请致电客户服务部。

身为计划会员，您只需在获得我们承保的服务时支付本计划的费用分摊金额。我们不允许提供者向您收取超过此金额的费用。

长期服务与支持（LTSS）：长期服务与支持有助于改善长期医疗病况。大多数这类服务可以帮助您留在家里，这样您就不必前往护理设施或医院。本计划承保的LTSS包括基于社区的成人服务（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Medi-Cal LTSS在本计划之外提供的。

差额账单：提供者向患者收取其全额账单费用与患者健康计划所支付金额之间差额的做法。

承保服务：我们使用这个通用术语来表示本计划承保的所有医疗保健、长期服务与支持、用品、处方和非处方药物、器材以及其他服务。

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。



承保决定：关于我们会承保哪些福利的决定。其中包括有关承保药物和服务或我们为您的健康服务支付之金额的决定。本《会员手册》第9章会说明该如何要求我们做出承保决定。

承保药物：我们使用这个术语来表示所有属于本计划承保范围的处方和非处方（OTC）药物。

《承保药物清单》（《药物清单》）：我们承保之处方和非处方（OTC）药物的清单。我们会在医生和药剂师的帮助下选择此清单上的药物。《药物清单》会告诉您获取药物时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”。

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。他们会确保您获得保持健康所需的护理。

- 他们也可能与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。

初始承保阶段：您的Medicare D部分药物费用总额达到\$2,400之前的阶段。其中包括您支付的金额、本计划代表您支付的金额以及低收入补贴。您配取当年的第一次处方药时，便开始进入此阶段。在此阶段，我们会支付您的部分药物费用，您则支付自己的分摊额。

低收入补贴（LIS）：请参考“额外帮助”。

独立审查组织（IRO）：Medicare聘请的独立组织，负责审查2级上诉。该组织与我们没有关联，也不是政府机构。该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负责监督其工作。正式名称是**独立审查实体**。

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用品和药物）有关，您可以向加州管理式医疗保健部要求进行IMR。IMR是由不属于本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，我们必须为您提供您要求的服务或治疗。您无需为IMR支付任何费用。

额外帮助：该Medicare计划帮助收入和资源有限的民众降低Medicare D部分药物费用，例如保费、自付额和共付额。额外帮助也称为“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。仿制药通常更便宜，并且与品牌药一样有效。

非处方（OTC）药物：非处方药物是指无需医疗保健专业人员的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”。

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。



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”。

费用分摊：当您获得某些服务或药物时，您必须支付的金额。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费用分摊层级之一。一般来说，费用分摊层级越高，您支付的药物费用就越高。

分摊费用：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。

服务区域：如果健康计划以居住地做为会员资格的限制依据，这就是该计划可接受会员的地理区域。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参保本计划。

个性化护理计划（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。

共付额：每次获得某些服务或药物时，您需支付之作为您费用分摊的固定金额。例如：您可能为服务或药物支付\$2或\$5。

管理式医疗保健部（DMHC）：加州负责监管大多数健康计划的州政府部门。DMHC会帮助民众处理Medi-Cal服务的上诉和投诉事宜。DMHC也会进行独立医疗审查（IMR）。

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”。

护理协调员：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。

会员（本计划的会员，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和Medicaid服务中心（CMS）确认且享有Medicare和Medi-Cal的人士。

《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约，会解释您的承保范围、我们必须采取的行动、您的权利以及您身为本计划的会员必须采取的行动。

急需护理：针对并非急诊但需要立即就医之不可预见的疾病、受伤或病况而为您提供的护理。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，亦即不能前往网络内提供者处时（例如：当您在计划的服务区域以外，且针对不可预见之非医疗紧急情况的情况而立即需要获取具有医疗必要性的服务时），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 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。



基于社区的成人服务（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、职业和语言疗法、个人护理、家人/照顾者培训和支持、营养服务、运输以及其他服务。

急诊护理：由接受过提供急诊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。

家庭健康助理：提供不需要持照护士或治疗师技能之服务的人员，例如帮助进行个人护理（如洗澡、上厕所、穿衣或按医嘱规定运动等）。家庭健康助理没有护理执照，也不提供治疗。

家庭支持服务（IHSS）：IHSS计划将帮助支付向您提供之服务的费用，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是家外护理（例如养老院或寄宿护理设施）的替代方案。如要接受服务，需要进行评估，以根据每位参加者的需求确定可以授权哪些类型的服务。可通过IHSS授权的服务类型包括房屋清洁、备餐、洗衣、买菜、个人护理服务（如肠道和膀胱护理、洗澡、梳洗和辅助医疗服务）、医疗预约陪同以及对精神障碍人士的保护性监督。县政府社会服务机构负责管理IHSS。

假肢和矫形器：您的医生或其他医疗保健提供者为您开立医嘱的医疗器材，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。

监察员：您所在州代表您维护权益的办公室。如果您有问题或想要投诉，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提供。您可以在本《会员手册》第2章和第9章中找到更多信息。

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之信息和咨询的计划。本《会员手册》第2章会说明该如何联系HICAP。

健康风险评估（HRA）：对您的病史和当前状况进行的审查。用于了解您的健康状况以及未来可能发生的变化。

健康计划：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提供者和服务的护理协调员。他们一同合作，以提供您需要的护理。

紧急情况：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之医疗症状的医疗紧急情况。医疗症状可能是疾病、受伤、剧痛或迅速恶化的医疗病况。

具有医疗必要性：指预防、诊断或治疗医疗病况或维持当前健康状况所需的服务、用品或药物。其中包括可避免您住院或住进护理设施的护理。并且服务、用品或药物必须符合公认的医疗执业标准。

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。



康复服务：您获得之可帮助您从疾病、事故或重大手术中康复的治疗。这些服务包括住院康复护理、物理疗法（门诊）、言语和语言疗法以及职业疗法。如需了解有关康复服务的更多信息，请参考本《会员手册》第4章。

可互换生物相似药：一种可在药房替代而无需开立新处方的生物相似药，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。

客户服务部：本计划的内部部门，负责回答您有关会员资格、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。

跨学科护理团队（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。您的护理团队也会帮助您制定护理计划。

例外处理：获得通常不承保之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。

临终关怀：旨在帮助末期预后患者舒适生活的护理和支持计划。末期预后是指一个人已被医学证明患有绝症，即预期寿命为六个月或更短。

- 患有末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照顾者团队会为您提供全人护理，包括身体、情绪、社会和精神需求。
- 我们根据规定必须向您提供您所在地理区域之临终关怀服务提供者的名单。

每日费用分摊费率：当医生为您的特定药物开立少于一整个月供应的处方并且您依规定必须支付共付额时，可能适用的费率。每日费用分摊费率是将共付额除以一个月供应的天数后得到的费率。

以下举例说明：假设您的药物一整月供应（30天供应）的共付额为\$1.35。这表示您每天支付的药物费用少于\$0.05。如果您获得七天的药物供应，则每天的付款金额将少于\$0.05，用此数字乘以七天，总付款额将少于\$0.35。

门诊手术中心：为不需要医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设施。

敏感服务：与心理或行为健康、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、药物使用障碍、性别肯定护理以及亲密伴侣暴力相关的服务。

耐用医疗器材（DME）：您的医生要求您在家中使用的某些用品。这类用品的示例包括轮椅、拐杖、电动床垫系统、糖尿病用品、提供者开立医嘱之在家使用的病床、静脉输液泵、发声器、氧气设备与用品、雾化器和助行器。

排除的服务：本健康计划不承保的服务。

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。



品牌药：由最初生产药物的公司生产和销售的药物。品牌药的有效成份与仿制药版本相同。仿制药通常由其他药物公司生产和销售，并且通常必须等到品牌药的专利终止后才可提供。

日常生活活动（ADL）：人们在日常生活中所做的事情，例如进食、上厕所、穿衣服、洗澡或刷牙。

上诉：如果您认为我们犯了错，您可以通过这种方式对我们的行动提出质疑。您可以通过提出上诉来要求我们更改承保决定。本《会员手册》第9章会解释上诉相关内容，包括如何提出上诉。

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。包括对您的护理质量或您健康计划提供之服务质量的投诉。

生物相似药：与原研生物制品非常相似但不完全相同的生物药物。生物相似药与原研生物制品一样安全有效。有些生物相似药可以在药房取代原研生物制品，而无需开立新处方。（见“可互换生物相似药”。）

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相似药。（另见“原研生物制品”和“生物相似药”。）

实时福利工具：门户网站或电脑应用程序，参保人可以在其中查找完整、准确、及时、临床上适当、参保人特定的承保药物和福利信息。其中包括费用分摊金额、可用于治疗相同健康病况的替代药物，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）。

受保护的健康信息（也称为个人健康信息）（PHI）：有关您和您健康的信息，例如您的姓名、地址、社会保障号、医生看诊和病史。请参考我们的隐私实践通知，了解有关我们如何保护、使用和披露您PHI以及您关于您PHI权利的更多信息。

数量限制：您可以获取之药物数量的限制。我们可能会限制每份处方承保之药物的数量。

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。本计划是D-SNP。

送药上门计划：某些计划可能会提供送药上门计划，让您可以将最多三个月的承保处方药直接递送到您家中。这可能是配取您定期服用之处方药经济有效且方便的方式。

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政府许可的人。提供者也包括医院、家庭健康机构、诊所和其他为您提供医疗保健服务、行为健康服务、医疗器材以及某些LTSS的场所。

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、我们网络内提供者或我们网络内药房的任何疑虑。“提出投诉”的正式名称是“提出申诉”。

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。



退保：终止您在本计划会员资格的流程。退保可能出于自愿（您自己选择）或非自愿（不是您自己选择）。

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。我们已安排这些提供者向您提供承保服务。网络内提供者会向我们直接收取他们为您提供护理的费用。使用网络内提供者时，您通常无需为承保服务付费。“提供者”是我们对医生、护士以及其他为您提供服务和护理之人员的统称。该术语也包括医院、家庭健康机构、诊所以及其他为您提供医疗保健服务、医疗器材以及长期服务与支持的场所。

网络内药房：同意为本计划会员配取处方药的药房（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网络内药房之一配药时的处方药。

网络外提供者或网络外设施：并非由本计划雇用、拥有或运营且未签订向本计划会员提供承保服务之合同的提供者或设施。本《会员手册》第3章会解释网络外提供者或设施。

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，否则本计划不承保您从网络外药房获取的大多数药物。

文化能力培训：该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。

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、感受以及与其他人互动。这是一个包罗万象的术语，指的是心理健康和药物使用障碍服务。

行政法官：行政法官（ALJ）是审理和裁决涉及政府机构之案件的法官。是审查3级上诉的法官。

养老院或护理设施：为无法在家接受护理但不需要住院的人提供护理的设施。

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（OTC）药物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。

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。

药物治疗管理（MTM）：旨在满足复杂健康需求的Medicare D部分计划，向符合特定要求或参加药物管理计划的人士提供。MTM服务通常包括与药剂师或医疗保健提供者进行讨论以审查药物。如需了解更多信息，请参考本《会员手册》第5章。

医疗保健服务部（DHCS）：加州负责管理Medicaid计划（称为Medi-Cal）的州政府部门。

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涂片检查、流感疫苗和乳房X光检查）。

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。



预先授权（PA）：您必须先获得我们的批准，之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，本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获得我们的PA时，本计划才会承保某些网络医疗服务。

- 需要本计划PA的承保服务已在本《会员手册》第4章中标记。

仅当您获得我们的PA时，本计划才承保某些药物。

- 需要本计划PA的承保药物已在《承保药物清单》中标记，相关规则发布在我们的网站上。

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相似药时的对照。也称为参考产品。

灾难承保阶段：Medicare D部分药物福利的阶段。在此阶段，本计划会支付您D部分药物的所有费用，直至年底。当您（或代表您的其他合格方）在这一年中为D部分承保药物支付\$2,400时，您便开始进入此阶段。您无需支付任何费用。

整合式D-SNP：一种双重资格特殊需求计划，在单一健康计划或关联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。

质量改进组织（QIO）：由医生和其他医疗保健专家组成的团队，帮助提高Medicare参保人获得之护理的质量。联邦政府向QIO支付费用，用于检查和改善为患者提供的护理。有关QIO的信息，请参考本《会员手册》第2章。

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获得的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要求的服务。

逐步疗法：该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。

住院：当您正式入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。

专家：治疗特定类型医疗保健问题的医生。例如：骨科外科医生负责治疗骨折；过敏科医生负责治疗过敏症；心脏科医生负责治疗心脏问题。在大多数情况下，会员需要其PCP的转诊才能向专家求诊。

专业护理设施（SNF）：拥有人员和器材的护理设施，可提供专业护理，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。

专业护理设施（SNF）护理：在专业护理设施持续每日提供的专业护理和康复服务。专业护理设施护理的示例包括注册护士或医生可以提供的物理疗法或静脉（IV）注射。

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 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。



转诊：转诊是指您的初级保健提供者（PCP）或我们批准使用您PCP以外的提供者。如果您没有先获得批准，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。

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。

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设施。提供多种服务，包括物理疗法、社会或心理服务、呼吸疗法、职业疗法、语言疗法，以及住家环境评估服务。

综合性的老年照护计划（PACE）：为年满55岁且需要更高级别居家护理的人士承保Medicare和Medicaid福利的计划。

组织决定：当我们或我们的提供者之一决定是否承保服务或您需为承保服务支付多少费用时，本计划即在做出组织决定。组织决定称为“承保决定”。本《会员手册》**第9章**会解释承保决定。

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。



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部

类型

详细信息

致电	1-800-452-4413 拨打本号码不需付费。服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。您可以免费获得本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音频版，请致电客户服务部。 客户服务部也为非英语使用者免费提供口译员服务。
TTY	711 本号码需使用特殊电话器材，并且仅供有听力或语言障碍的人士使用。 拨打本号码不需付费。服务时间为每周七天，太平洋时间上午8:00至晚上8:00。
传真	877-251-6671
写信	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
网站	blueshieldca.com/medicare

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¹不必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