



承保內容證明

您作為以下會員的Medicare健康福利和服務以及處方藥承保範圍：

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

洛杉磯縣和聖地牙哥縣

2027年1月1日 – 2027年12月31日

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) , Medi-Medi Plan會員手冊

H2819_26_142A_C_CT Approved 08272026

OMB Approval 0938-1444 (到期日：5/31/2029)



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

2027年1月1日 - 2027年12月31日

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)為您提供的健康與藥物承保

《會員手冊》簡介

這本也稱作《承保內容證明》的《會員手冊》，將詳細說明自即日起至2027年12月31日期間，我們的計劃為您提供的承保項目。手冊中會說明醫療保健服務、行為健康（心理健康與物質使用障礙）服務、藥物承保以及長期服務與支援。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》第12章之中。

這是一份重要的法律文件。請將其存放在安全的地方。

當本《會員手冊》中提到「我們」、「我方」、「我們的」或「我們的計劃」時，皆指Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。

本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文、他加祿文和越南文版本。

您可致電客戶服務部免費索取本文件的其他格式版本，例如大字版、盲文版及/或語音版，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話。

- 您可提出長期申請，要求現在與將來都收到本文件英文以外之其他語言或替代格式的版。要提出申請，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。您的首選語言和格式將被存檔保留以供將來通訊之用。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。

語言協助服務和輔助工具與服務提供通知

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

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



الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ 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.

ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

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

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



مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi))

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

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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

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.

其他語言

您可免費取得其他語言版本的本《會員手冊》及其他計劃資料。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提供合格翻譯人員的書面翻譯。請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免費電話。請詳閱本《會員手冊》，瞭解醫療保健語言協助服務（如口譯員和筆譯服務）的更多詳情。

其他格式

您可及時取得本資訊的其他格式版本，例如盲文版、20號大字版、語音格式和無障礙電子格式（資料光碟），而無需付費。請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免費電話。

語言協助服務

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan全天候24小時免費為您提供合格口譯員的口譯服務，以及手語服務。您不需要請家人或朋友擔任您的口譯員。除非是緊急情況，否則我們不鼓勵使用家人或朋友（尤其是未成年人）擔任口譯員。免費提供語言協助服務，包括口譯員服務。每週7天，每天24小時全天候提供口譯員服務。如需以您的語言取得協助，或獲取本手冊的其他

語言版本，請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。這是免費電話。

免責聲明

- ❖ 福利及/或共付額可能於2028年1月1日變更。
- ❖ 所提到的食品與農產品福利是「針對慢性病患者的特別補充福利」(Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI)。但並非計劃的所有會員都符合資格。資格取決於是否符合「慢性病參保者」的定義。符合資格的慢性病症包括但不限於：心血管疾病；慢性心臟衰竭；糖尿病；過重、肥胖症和代謝症候群；以及慢性肺部疾病。請參閱計劃的《會員手冊》，以瞭解合資格慢性病症的完整清單與資格要求。
- ❖ 我們的承保藥物、藥房網絡，及/或醫療網可能會隨時變更。您將至少在30天前收到會對您造成影響之任何變更的通知。
- ❖ 我們的計劃有責任協調您的Medi-Cal (Medicaid)各項福利。
- ❖ Blue Shield of California是HMO D-SNP計劃，與Medicare及加州Medicaid計劃簽有合約。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。
- ❖ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提供的承保是稱為「最低基本承保」的合資格健康承保。它滿足病人保護與平價醫療法案(Affordable Care Act, ACA)的個人分攤責任規定。請瀏覽國稅局(Internal Revenue Service, IRS)網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，以瞭解更多有關個人分攤責任規定的資訊。
- ❖ Amazon Pharmacy不隸屬於Blue Shield of California，而是與Blue Shield簽訂合約，向Blue Shield會員提供處方藥送貨到府服務。

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



第1章：會員入門指南

簡介

本章包含有關Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的資訊，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan是一項健康計劃，承保您的所有Medicare服務並協調您的所有Medicare與Medi-Cal服務以及您的計劃會員資格。本章也會說明將發生的情況，以及我們會提供的其他資訊。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 歡迎加入我們的計劃.....	12
B. 有關Medicare和Medi-Cal的資訊.....	12
B1. Medicare	12
B2. Medi-Cal.....	12
C. 我們計劃的優點	13
D. 我們計劃的服務區域.....	13
E. 成為計劃會員需具備的資格.....	14
F. 您第一次加入我們的健康計劃時可預期的事項.....	14
G. 您的護理團隊與護理計劃	15
G1. 護理團隊.....	15
G2. 護理計劃.....	16
H. 重要費用摘要	16
H1. Medicare處方藥付款金額.....	16
I. 本《會員手冊》	16
J. 我們向您提供的其他重要資訊.....	17
J1. 您的會員識別卡.....	17
J2. 《醫療服務提供者與藥房目錄》	18
J3. 《承保藥物清單》	19

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



J4. 《福利說明》	19
K. 隨時更新您的會員資格記錄.....	19
K1. 個人健康資訊(Personal Health Information, PHI)的隱私.....	20

A. 歡迎加入我們的計劃

我們的計劃為符合Medicare與Medi-Cal計劃條件的人士提供這兩個計劃的服務。我們的計劃包括醫生、醫院、藥房、長期服務與支援的醫療服務提供者、行為健康醫療服務提供者及其他醫療服務提供者。我們還有護理協調員與護理團隊來協助您管理自己的醫療服務提供者及服務。大家會一起合作，提供您需要的護理。

B. 有關Medicare和Medi-Cal的資訊

B1. Medicare

Medicare是針對以下對象提供的聯邦醫療保險計劃：

- 年滿65歲的民眾，
- 未滿65歲，但有某些殘障的民眾，以及
- 患有末期腎臟病（腎衰竭）的民眾。

B2. Medi-Cal

Medi-Cal是加州的Medicaid計劃的名稱。Medi-Cal由加州營運並由州政府與聯邦政府支付費用。Medi-Cal會幫助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支援(Long-Term Services and Supports, LTSS)的費用以及醫療費用。該計劃承保Medicare不承保的額外服務與藥物。

每個州會自行決定：

- 收入與資源的範疇，
- 誰符合條件，
- 承保哪些服務，以及
- 服務的費用。

各州只要遵循聯邦政府規則就可以決定如何營運其計劃。

Medicare與加州政府已核准我們的計劃。您可以透過我們的計劃獲得Medicare與Medi-Cal服務，前提是：

- 我們選擇提供此計劃，並且
- Medicare與加州政府允許我們繼續提供此計劃。

即使將來我們的計劃不再繼續提供，您取得Medicare和Medi-Cal服務的資格也不會受到影響。

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



C. 我們計劃的優點

您現在將透過我們的計劃獲得所有屬於承保範圍的Medicare與Medi-Cal服務，包括藥物。**您無需支付額外費用即可加入此健康計劃。**

我們幫助協調您的Medicare與Medi-Cal福利，為您發揮更大效益。一些優點包括：

- 您可以透過我們的計劃滿足您的**大部分**醫療保健需求。
- 您有一個由您協助組成的護理團隊。您的護理團隊可包括您自己、您的看護人、醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員。
- 您可以取得護理協調員的服務。此人將與您、我們的計劃以及您的護理團隊一起制定一份護理計劃。
- 您可以在護理團隊與護理協調員的幫助下主導自己的護理。
- 您的護理團隊與護理協調員會與您一同制定一份旨在滿足**您**健康需求的護理計劃。護理團隊會幫助協調您需要的服務。例如，這表示您的護理團隊會確保：
 - 您的醫生瞭解您服用/使用的所有藥物，以便他們可以確保您服用/使用正確的藥物，並可以減少您可能因藥物而產生的任何副作用。
 - 您的檢驗結果將酌情告知您的所有醫生與其他醫療服務提供者。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的新會員：在大多數情況下，您將在申請參保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan後的次月第一天，成為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan參保者，開始獲得Medicare福利。您仍可從之前的Medi-Cal健康計劃獲得最多兩個月的Medi-Cal服務。之後，您將透過Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan獲得Medi-Cal服務。您的Medi-Cal承保將不會出現缺口。如果您有任何疑問，請撥打頁面底部的電話號碼與我們聯絡。

D. 我們計劃的服務區域

我們的服務區域包括加州以下各縣：洛杉磯縣與聖地牙哥縣

只有居住在我們服務區域的民眾才能加入我們的計劃。

如果您搬出我們的服務區域，您將無法繼續保留我們的計劃。請參閱本《會員手冊》第8章，以瞭解更多有關搬離我們服務區域之影響的資訊。

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



E. 成為計劃會員需具備的資格

只要符合下列條件，您便可參保我們的計劃：

- 居住在我們的服務區域（坐牢服刑人士即使坐牢地點在我們的服務區域內也不被視為居住在我們的服務區域），以及
- 參保時已年滿21歲，以及
- 同時擁有Medicare A部份與Medicare B部份，以及
- 是美國公民或國民，或符合資格的非公民，以及
- 目前符合Medi-Cal的資格。
- 如果您失去Medi-Cal的資格，但有望在六個月內重新獲得資格，我們將繼續提供Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保的所有Medicare福利。當您的Medi-Cal承保終止時，我們不會給付您的Medi-Cal福利。這也表示，您在失去Medi-Cal承保的月份中，您的共付額、保費和自付額等自付費用將變高。欲瞭解更多資訊並獲得Medi-Cal資格續期方面的幫助，請於週一至週五上午8時至下午5時聯絡Blue Shield雙重資格保留團隊，電話：1-844-378-4181（聽障和語障專線(TTY)：711）。

我們會協助您重新獲得您的Medi-Cal資格。如果您的Medi-Cal資格在您仍參保我們的計劃獲得Medicare承保期間恢復，我們將重新開始給付您的Medi-Cal福利，並且您將維持在我們計劃的參保狀態。如果您無法在6個月內重新獲得Medi-Cal，我們會將您從Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan退保。如果您在被退保後重新獲得Medi-Cal資格，您需要聯絡我們才能重新參保計劃。

請致電客戶服務部，以瞭解更多資訊。

F. 您第一次加入我們的健康計劃時可預期的事項

在您首次加入我們的計劃時，您將在參保生效日期前後90天內進行健康風險評估(Health Risk Assessment, HRA)。

我們必須為您完成HRA。HRA是制定您護理計劃的基礎。HRA包括一系列問題，用於確定您的醫療、行為健康與機能需求。

我們會聯絡您，請您完成HRA。我們可能會透過親自拜訪、電話或郵件來完成HRA。我們每年都會聯絡您，確認您的需求是否已發生任何變化。

我們將向您寄送更多有關此HRA的資訊。

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



如果您是我們計劃的新會員，即使您現在使用的醫生不在我們的網絡中，您也仍可以在一段時間內繼續使用這些醫生。我們稱此為「持續護理」。如果這些醫生不在我們的網絡中，您可以保留參保當時的醫療服務提供者與服務授權最多12個月，但前提是必須符合以下所有條件：

- 您、您的代表或您的醫療服務提供者要求我們讓您繼續使用目前的醫療服務提供者。
- 我們確定您與基本保健服務提供者或專業護理醫療服務提供者之間已存在既有關係，但有一些例外情況。我們所謂的「既有關係」，是指您在首次參保我們的計劃之日前的12個月內，您至少因為非急診原因向網絡外服務提供者求診過一次。
 - 我們會審查您可用的健康資訊或您向我們提供的資訊以確認既有關係。
 - 我們會在30天內對您的申請作出回覆。您可以要求我們作出更快速的決定，此時，我們必須在15天內作出回覆。您可以致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）提出此申請。如果您面臨受到傷害的風險，則我們必須在三天內作出回覆。
 - 當您提出申請時，您或您的醫療服務提供者必須出示既有關係的書面文件並同意某些特定條款。

附註：您可以針對提供耐用醫療設備(Durable Medical Equipment, DME)的醫療服務提供者提出該申請，要求保留至少90天，直到我們授權新的DME租賃並讓網絡醫療服務提供者交付租賃設備為止。儘管您不能針對交通服務提供者或其他輔助醫療服務提供者提出申請，但您可以針對我們計劃不包含的交通服務或其他輔助服務提出申請。

持續護理期結束後，除非我們與您的網絡外醫生達成協議，否則您將需要使用Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan網絡內隸屬於您基本保健服務提供者之醫療團體的醫生及其他醫療服務提供者。網絡醫療服務提供者是與健康計劃合作的醫療服務提供者。醫療團體或獨立醫師協會(Independent Physician Association, IPA)是根據加州法律成立的組織，與健康計劃簽約，向健康計劃參保者提供或安排提供醫療保健服務。醫療團體或IPA是由基本保健醫生和專科醫生組成的團體，旨在為您協調式醫療保健服務。請參閱本《會員手冊》第3章，以瞭解更多有關取得護理的資訊。

G. 您的護理團隊與護理計劃

G1. 護理團隊

護理團隊可以協助您持續獲得所需的護理。護理團隊可能包括您的醫生、護理協調員、您的專科醫生或您選擇的其他健康專業人員。

護理協調員是經過訓練，可以協助您管理所需護理的人員。當您參保我們的計劃時，您會獲得一名護理協調員。此人還會為您轉介我們的計劃可能不提供的其他社區資源，並將與您的護理團隊合作，幫助協調您的護理。請撥打本頁底部的電話號碼聯絡我們，以瞭解更多有關您護理協調員與護理團隊的資訊。

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



G2. 護理計劃

您的護理團隊會與您一起制定護理計劃。護理計劃會向您和您的醫生說明您需要哪些服務以及如何獲得這些服務。護理計劃包括您的醫療、行為健康以及LTSS或其他服務。

您的護理計劃包括：

- 您的醫療保健目標，以及
- 獲得您所需服務的時間表。

在完成您的HRA後，您的護理團隊會與您會面。他們會詢問您需要的服務。他們也會告訴您建議您獲得的服務。您的護理計劃根據您的需求與目標而制定。您的護理團隊至少每年會與您一起更新您的護理計劃一次。

H. 重要費用摘要

您的費用可能包括以下各項：

- Medicare處方藥付款計劃金額（H1節）

在某些情況下，您的計劃保費可能會較少。

H1. Medicare處方藥付款金額

如果您參加Medicare處方藥付款計劃，您會收到本計劃寄來的藥物帳單（而不是付款給藥房）。您的每月帳單的計算方式是您取得之任何處方藥的應付金額加上您上個月的餘額，再除以當年剩餘的月數。

第2章會進一步說明Medicare處方藥付款計劃。如果您不同意此付款選項中向您收取的金額，您可以按照第9章中的步驟提出投訴或上訴。

I. 本《會員手冊》

本《會員手冊》是我們與您所簽訂合約內容的一部分。這表示，我們必須遵循這份文件中的所有規則。如果您認為我們的行為違反了這些規則，可以對我們的決定提出上訴。若想查詢有關上訴的資訊，請參閱《會員手冊》第9章或請致電：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。

您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部索取《會員手冊》。您也可以在我们的網站上參閱《會員手冊》，網址列於本頁面底部。

本合約的有效期間為2027年1月1日至2027年12月31日期間您參保我們計劃的月份。

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



J. 我們向您提供的其他重要資訊

我們向您提供的其他重要資訊包括您的會員識別卡以及如何查閱《醫療服務提供者與藥房目錄》、《承保藥物清單》（也稱為《藥物清單》或《保險內處方集》）等資訊。

J1. 您的會員識別卡

根據我們計劃的規定，您擁有一張提供Medicare與Medi-Cal服務（包括長期服務與支援(LTSS)、某些行為健康服務、處方藥）的會員卡。當您獲得任何服務或取得處方藥時，請出示此卡。以下是會員識別卡的樣本：

		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>		 RxBIN: 026696 RxPCN: 779993322	
PCP: <Provider Name> PCP Phone: <PCP Phone> <Medical Group Name>			
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

如果您的會員識別卡損壞、遺失或遭竊，請立即撥打本網頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。我們會立即寄一張新卡給您。

只要您是我們計劃的會員，您不需要使用您的紅、白、藍Medicare卡或您的Medi-Cal卡即可獲得大部分服務。請將這些卡片妥善保存，以備日後需要。如果您出示您的Medicare卡而不是會員識別卡，醫療服務提供者可能會向Medicare收取費用，而不是向我們的計劃收費，您可能因此會收到帳單。如果您需要醫院服務、臨終關懷服務或參加Medicare核准的臨床研究（也稱為臨床試驗），此時就可能要求您出示您的Medicare卡。請參閱本《會員手冊》第7章，以瞭解在您收到醫療服務提供者的帳單時該怎么做。

請記得，您需要Medi-Cal卡或福利識別卡(Benefits Identification Card, BIC)才能獲得以下服務：

- 僅透過Medi-Cal Rx承保的處方藥
- 僅透過Medi-Cal牙科計劃承保的牙科服務
- 居家支援性服務(In-Home Supportive Service, IHSS)
- 多元化長者服務計劃(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)
- 縣立行為健康服務

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

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



J2. 《醫療服務提供者與藥房目錄》

《醫療服務提供者與藥房目錄》詳列我們計劃網絡中的醫療服務提供者與藥房。當您是我們計劃的會員時，您必須使用網絡醫療服務提供者才能獲得承保服務。

您可以撥打本網頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取《醫療服務提供者與藥房目錄》（電子版或印刷版）。我們會在三個工作日內將您索取的印刷版《醫療服務提供者與藥房目錄》郵寄給您。

您也可以在我们的網站上參閱《醫療服務提供者與藥房目錄》，網址列於本頁面底部。

《醫療服務提供者與藥房目錄》會列出您身為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員可以求診的醫療保健專業人員（例如醫生、專科護理師與心理學家）、機構（例如醫院或診所），以及支援服務提供者（例如成人日間健康與居家健康服務提供者）。這本目錄會列出您可以用來取得處方藥的藥房。這本目錄也會提供有關以下內容的一些資訊：

- 何時需要轉診，才可以向其他醫療服務提供者、專科醫生或機構求診，以及
- 如何選擇醫生，以及
- 如何更換醫生，以及
- 如何查找您所在區域的醫生、專科醫生、藥房或機構及/或醫療團體/PA，以及
- 如何獲得長期服務與支援(LTSS)、居家支援性服務(IHSS)或多元化長者服務計劃(MSSP)，以及
- 有關如何獲得送貨到府服務、居家輸液或長期護理藥房服務的資訊。

網絡醫療服務提供者的定義

- 我們的網絡醫療服務提供者包括：
 - 我們計劃的會員可使用的醫生、護士與其他醫療保健專業人員；
 - 診所、醫院、護理機構以及提供我們計劃中健康服務的其他場所；以及，
 - LTSS、行為健康服務、居家健康機構、耐用醫療設備(DME)供應商，以及提供您透過Medicare或Medi-Cal獲得之用品與服務的其他各方。

網絡醫療服務提供者同意接受我們承保服務計劃的付款作為全額付款。

合約藥房的定義

- 合約藥房是同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥房。您可以使用《醫療服務提供者與藥房目錄》查找您希望使用的合約藥房。

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

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



- 除了急診情況外，如果您希望我們的計劃能協助您支付處方藥的費用，就必須在我們的合約藥房配取處方藥。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以瞭解更多資訊。客戶服務部及我們的網站都為您提供有關我們合約藥房與網絡醫療服務提供者變更的最新資訊。

J3. 《承保藥物清單》

本計劃有一份《承保藥物清單》，簡稱為《藥物清單》。這份清單詳列我們的計劃承保的藥物。此清單上的藥物由我們的計劃在醫生和藥劑師的協助下挑選。《藥物清單》必須符合Medicare的要求。您的《藥物清單》中將包括價格經過Medicare藥物價格協商計劃議定的藥物，除非該藥物已按照**第5章E節**中所述被移除或更換。Medicare已核准Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的《藥物清單》。

《藥物清單》也會讓您知道任何藥物是否有任何規則或限制，例如您可以獲得之數量的限制。請參閱本《會員手冊》**第5章**，以瞭解更多資訊。

每年我們都會向您寄送有關如何查閱《藥物清單》的資訊，但一年當中可能會發生一些變更。要索取有關承保藥物的最新資訊，請致電客戶服務部或瀏覽我們的網站，網址列於頁面底部。

J4. 《福利說明》

在您使用Medicare D部份藥物福利時，我們會寄送一份摘要給您，協助您瞭解並追蹤您Medicare D部份藥物的付款情形。這份摘要稱為《福利說明》(Explanation of Benefits, EOB)。

EOB會列出一個月當中您或代表您的其他人在Medicare D部份藥物上所花費的總金額，以及我們為您的各個Medicare D部份藥物已支付的總金額。EOB不是帳單。EOB會提供更多有關您所服用之藥物的資訊。本《會員手冊》**第6章**中會提供更多有關EOB及EOB如何協助您追蹤您藥物承保的資訊。

您也可以索取一份EOB。要索取副本，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

K. 隨時更新您的會員資格記錄

當您的資訊發生變更時，您可以通知我們，以便讓您的會員資格記錄維持在最新狀態。

我們需要這些資訊來確保我們的記錄中包含您的正確資訊。我們計劃網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者會使用您的會員資格記錄瞭解哪些服務和藥物屬於承保範圍以及您的費用分攤金額。因此，協助我們取得您的最新資訊非常重要。

請立即告訴我們以下資訊：

- 您的姓名、地址或電話號碼發生的變更；
- 任何其他醫療保險承保（例如您的雇主、您配偶的雇主或您同居伴侶的雇主提供之承保或工傷賠償）發生的變更；

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

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



- 任何責任索賠，例如因為車禍導致的索賠；
- 入住護理機構或醫院；
- 醫院或急診室提供的護理；
- 您的看護人（或對您負責的任何人）發生的變更；以及，
- 您參加臨床調查研究。（**附註：**您並非必須告訴我們您想要參加的臨床調查研究，但我們建議您告訴我們。）

如果任何資訊發生變更，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

K1. 個人健康資訊(Personal Health Information, PHI)的隱私

您會員資格記錄中的資訊可能包括個人健康資訊(PHI)。聯邦法律與州法律都要求我們對您的PHI保密。我們會保護您的PHI。如需更多有關我們如何保護您PHI的詳情，請參閱本《會員手冊》第8章。

第2章：重要的電話號碼與資源

簡介

本章為您提供重要資源的聯絡資訊，這些資源可回答對於我們的計劃與您的醫療保健福利的疑問。您也可以透過本章瞭解該如何聯絡您的護理協調員及其他可以代表您進行溝通的人員。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 客戶服務部.....	23
B. 您的護理協調員	26
C. 醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	28
D. 護士諮詢專線	29
E. 行為健康危機專線.....	30
F. 品質改善組織(QIO).....	31
G. Medicare	32
H. Medi-Cal.....	34
I. Medi-Cal管理式護理與心理健康投訴專員辦事處	35
J. 縣立社會服務	36
K. 縣立行為健康服務機構	38
L. 加州醫療保健管理部.....	39
M. 健康消費者聯盟(Health Consumer Alliance, HCA).....	40
N. 協助民眾支付藥物費用的計劃.....	40
N1. Medicare的「額外協助」	40
N2. AIDS藥物補助計劃(AIDS Drug Assistance Program, ADAP).....	41
N3. Medicare處方藥付款計劃.....	41
O. 社會安全局.....	42
P. 鐵路職工退休委員會(Railroad Retirement Board, RRB)	43

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

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



Q. Medicare Medi-Cal投訴專員計劃.....	44
R. Medi-Cal牙科計劃.....	45



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

A. 客戶服務部

聯絡類型

致電	1-800-452-4413。這是免費電話。 服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線 (TTY)	711。這是免費電話。 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。
致函	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

請聯絡客戶服務部以取得以下協助：

- 關於計劃的疑問
- 關於索賠或帳單的疑問
- 關於您醫療保健的承保決定
 - 針對您醫療保健的承保決定是基於以下事項所作出的決定：
 - 您的福利與承保服務或
 - 我們為您的健康服務所支付的金額
 - 如果您對您醫療保健的承保決定有任何疑問，請致電聯絡我們。
 - 要瞭解更多有關承保決定的資訊，請參閱本《會員手冊》第9章。
- 針對您的醫療保健提出的上訴
 - 上訴是指正式要求我們審查之前對您的承保所作的決定，並要求我們改變您認為我們作錯的決定。

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



- 要瞭解更多有關提出上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》**第9章**或聯絡客戶服務部。
- 針對您的醫療保健提出的投訴
 - 您可以對我們或任何醫療服務提供者（包括非網絡或網絡醫療服務提供者）提出投訴。網絡醫療服務提供者是與我們的計劃合作的醫療服務提供者。您也可以針對您接受之護理的品質向我們或品質改善組織(Quality Improvement Organization, QIO)提出投訴（請參閱**第F節**）。
 - 您可以致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）聯絡我們並說明您的投訴內容。
 - 如果您的投訴是關於您醫療保健的承保決定，您可以提出上訴（請參閱上述章節）。
 - 您可以向Medicare寄送針對我們計劃的投訴。您可以使用網站 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 上提供的線上表格。或者您可以撥打1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)尋求協助。
 - 您可以針對我們的計劃致電1-855-501-3077向Medicare Medi-Cal投訴專員計劃提出投訴。
 - 要瞭解更多有關醫療保健投訴的資訊，請參閱本《會員手冊》**第9章**。
- 關於您藥物的承保決定
 - 對您的藥物所作的承保決定是基於以下各項：
 - 您的福利與承保藥物**或**
 - 我們為您的藥物支付的金額。
 - 非處方(Over-the-Counter, OTC)藥物與某些維他命等非Medicare承保的藥物可能由Medi-Cal Rx提供承保。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。您也可以致電Medi-Cal Rx客戶服務中心：1-800-977-2273。
 - 如需更多有關藥物承保決定的詳情，請參閱本《會員手冊》**第9章**。
- 針對您的藥物提出的上訴
 - 上訴是要求我們變更承保決定的一種方式。
 - 如需更多有關針對您的藥物提出上訴的詳情，請參閱本《會員手冊》**第9章**。
- 針對您的藥物提出的投訴
 - 您可以針對我們或任何藥房提出投訴。這包括對針對您的藥物提出的投訴。

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



- 如果您的投訴是關於您藥物的承保決定，您可以提出上訴。（請參閱上述章節。）
- 您可以向Medicare寄送針對我們計劃的投訴。您可以使用網站 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 上提供的線上表格。或者您可以撥打 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)尋求協助。
- 如需更多有關針對您的藥物提出投訴的詳情，請參閱本《會員手冊》第9章。
- 您已支付費用之醫療保健或藥物的付款
 - 如需更多有關如何要求我們向您退款或支付您收到之帳單的詳情，請參閱本《會員手冊》第7章。
 - 如果您要求我們支付帳單，但我們拒絕您申請的任何部分，您可以對我們的決定提出上訴。請參閱本《會員手冊》第9章。

B. 您的護理協調員

護理協調員是經過專門訓練的人員，可協助您取得您的Medicare和Medi-Cal福利和服務。您的護理協調員將成為您護理團隊的一員，他/她將擔任您的主要聯絡人。在您完成參保後，護理協調員將透過電話聯絡您，以便完成您的「健康風險評估」及「個人護理計劃」。這些工具供您的護理協調員使用，從而幫助識別和滿足您的個人化醫療保健需求。您可以撥打以下號碼聯絡或變更您的護理協調員。

聯絡類型

致電	1-888-548-5765。這是免費電話。 服務時間為週一至週五，上午8:00至下午6:00。 您可致電客戶服務部，免費索取該文件的其他格式版本，例如大字版、盲文版及/或語音版。 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線 (TTY)	711。這是免費電話。 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 服務時間為週一至週五，上午8:00至下午6:00。
致函	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

請聯絡您的護理協調員以取得以下協助：

- 關於您醫療保健的疑問
- 關於取得行為健康（心理健康及物質使用障礙）服務的疑問
- 關於牙科福利的疑問
- 關於前往醫療約診地點之交通服務的疑問
- 關於長期服務與支援(LTSS)（包括成人社區服務(Community-Based Adult Services, CBAS)和護理機構(Nursing Facility, NF)）的疑問

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



您也許可以獲得以下服務：

- 成人社區服務(CBAS)
- 專業護理
- 物理治療
- 職業治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 居家醫療保健
- 居家支援性服務(IHSS)（透過您的縣立社會服務機構提供）
- 有時，您可以獲得日常醫療保健與生活需求方面的幫助。

根據您居住的縣與您的資格，您也可以透過Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan獲得額外的社區支援。如果您的醫療服務提供者認為您有資格獲得社區支援，他們可以為您提供轉介，或者您也可以聯絡客戶服務或您的護理協調員以瞭解更多資訊。您也許可以獲得以下服務：

- 環境無障礙改造（住家改造）
- 住房過渡指引服務
- 住房押金
- 住房租賃與維持服務
- 支援性餐食或醫療客製餐
- 個人護理與家務服務
- 療養護理（醫療喘息）
- 為看護人提供的喘息服務
- 住院後短期住房，或
- 戒癮中心

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



C. 醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

州政府健康保險援助計劃(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)是每一個州都設有的政府計劃，配備受過訓練的諮詢人員，可提供免費協助、資訊並解答您的Medicare疑問。在加州，SHIP稱為醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)。HICAP諮詢人員可以解答您的疑問並幫助您瞭解處理您問題的辦法。HICAP在每一個縣都有受過訓練的諮詢人員，並且可免費提供服務。

HICAP是獨立的州政府計劃（與任何保險公司或健康計劃均沒有關聯），營運資金來自聯邦政府，向參保Medicare的會員免費提供當地醫療保險諮詢。

聯絡類型

致電	1-800-434-0222 服務時間為週一至週五，上午9:00至下午4:00
聽障和語障專線(TTY)	711 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
網站	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

請聯絡HICAP以尋求以下協助：

- 關於Medicare的疑問
- HICAP諮詢人員可以解答您關於變更至新計劃的疑問並協助您：
 - 瞭解您的權利，
 - 瞭解您的計劃選擇，
 - 解答與轉換計劃相關的疑問，
 - 針對您的醫療保健或治療提出投訴，以及
 - 協助處理帳單或索賠問題。

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



D. 護士諮詢專線

Blue Shield of California護士諮詢專線由註冊護士提供支援，每週七天，每天24小時皆可回答問題。護士會在電話中回答一般的健康問題，並可指引您取得額外資源，讓您能瞭解更多資訊。透過護士諮詢專線，會員也能請求透過電子郵件將內容包括各種資訊與方便參考的連結等對話摘要寄給他們。您可以撥打護士諮詢專線詢問關於您健康或醫療保健的問題。

聯絡類型

致電	1-877-304-0504。這是免費電話。 每週7天，每天24小時皆提供服務。 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線 (TTY)	711。這是免費電話。 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週7天，每天24小時皆提供服務。

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



E. 行為健康危機專線

24小時電話專線，可為面臨心理健康或物質使用危機的個人提供立即支援。受過訓練的諮詢人員可評估情況、提供危機介入、讓來電者與適當的服務取得聯繫，並在需要時協調緊急協助。

聯絡類型

致電	洛杉磯縣資源與危機專線 1-800-854-7771。這是免費電話。 每週7天，每天24小時皆提供服務 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。 聖地牙哥縣資源與危機專線 1-800-724-7240。這是免費電話。 每週7天，每天24小時皆提供服務 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線 (TTY)	711。這是免費電話。 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週7天，每天24小時皆提供服務

聯絡行為健康危機專線以尋求以下協助：

- 關於取得行為健康與物質濫用戒除服務的疑問

有關取得您縣立精神健康專科服務的疑問，請參閱**第K節**。

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



F. 品質改善組織(QIO)

加州有一個稱為「Commence Health」的組織。這是一個由醫生與其他醫療保健專業人員組成的團體，旨在幫助改善Medicare參保者取得之護理的品質。Commence Health是獨立組織。與本計劃沒有關聯。

聯絡類型

致電	1-877-588-1123
聽障和語障專線 (TTY)	711 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	commencehealthqio.cms.gov

聯絡Commence Health以尋求以下協助：

- 關於您醫療保健權利的疑問
- 針對您獲得的護理提出投訴，相關問題如下所述：
 - 有護理品質方面的問題，例如獲得的藥物有誤、不必要的檢查或程序，或誤診。
 - 認為您的住院過早結束，**或者**
 - 認為您的居家醫療保健、專業護理機構護理或綜合門診復健機構(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)服務過早結束。

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



G. Medicare

Medicare是為年滿65歲，或未滿65歲且身體殘障或患有末期腎臟病（需要透析或腎臟移植的永久腎衰竭）之人士提供的聯邦政府醫療保險計劃。

負責Medicare的聯邦機構是聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)。此機構與Medicare Advantage組織簽約，包括本計劃。

聯絡類型

致電	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 這是免費電話，每週7天，每天24小時皆提供服務。
聽障和語障專線 (TTY)	1-877-486-2048。這是免費電話。 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
即時聊天	在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 即時聊天
致函	寫信至Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

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



聯絡類型

網站

www.medicare.gov

- 獲取您所在區域的Medicare健康計劃和藥物計劃相關資訊，包括計劃費用以及所提供的服務。
- 查找參與Medicare的醫生或其他醫療保健服務提供者及供應商。
- 瞭解Medicare承保項目，包括預防性服務（例如篩檢、預防針或疫苗以及年度「保健」就診）。
- 取得Medicare上訴資訊和表格。
- 獲取計劃、看護中心、醫院、醫生、居家醫療機構、透析機構、臨終關懷中心、住院復健機構和長期護理醫院護理品質的資訊。
- 尋找實用網站和電話號碼。

要向Medicare提交投訴，請前往www.medicare.gov/my/medicare-complaint。

Medicare非常重視您的投訴，並將利用這類資訊幫助改善Medicare計劃的品質。

H. Medi-Cal

Medi-Cal是加州的Medicaid計劃。這是一項公共醫療保險計劃，針對低收入個人提供所需的醫療保健服務，低收入人士包括有兒童的家庭、老年人、殘障人士，寄養兒童與青少年以及孕婦。Medi-Cal的資金來自州政府與聯邦政府。

Medi-Cal福利包括醫療、牙科、行為健康以及長期服務與支援。

您已參保Medicare和Medi-Cal。如果您對自己的Medi-Cal福利有疑問，請致電聯絡您的計劃護理協調員。如果您有任何關於Medi-Cal計劃參保的疑問，請致電聯絡醫療保健方案處。

聯絡類型

致電	1-800-430-4263 服務時間為週一至週五，上午8時至下午6時。
聽障和語障專線 (TTY)	1-800-430-7077 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
網站	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

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



I. Medi-Cal管理式護理與心理健康投訴專員辦事處

投訴專員辦事處以中立的立場協助解決問題，以確保我們的會員獲得所有具醫療必要性的承保服務。他們會聆聽、回答您的問題、分析您的情況、解釋政策和程序、提供資訊、建議與選項，並提出適當的轉診建議。他們有責任針對取得醫療保健方面的問題找出公平的解決辦法。他們與我們的計劃或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。他們的服務免費提供。

聯絡類型

致電	1-888-452-8609 服務時間為週一至週五，上午8時至下午5時。
聽障和語障專線 (TTY)	1-800-430-7077 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
電子郵件	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
網站	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

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



J. 縣立社會服務

如果您需要居家支援性服務(IHSS)、更新Medi-Cal資訊、Medi-Cal資格與續保福利等方面的協助，請聯絡您當地的洛杉磯縣或聖地牙哥縣社會服務機構。

請聯絡您的縣立社會服務機構申請居家支援性服務，這項服務會協助支付為您提供之服務的費用，以便您可以安全地留在自己的家中。服務類型可能包括協助準備餐食、沐浴、穿衣、洗衣、購物或交通。

如果對您的Medi-Cal資格有任何疑問，請聯絡您所在地的縣立社會服務機構。

聯絡類型

致電	1-866-613-3777。這是免費電話。 洛杉磯縣公共社會服務部 設有一個單一客戶服務中心(Customer Service Center, CSC)，為33個地區辦公室提供服務。辦公時間為週一至週五，上午7:30至下午6:30，假日除外。
聽障和語障專線 (TTY)	1-877-735-2929 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
網站	https://dpss.lacounty.gov
致電	1-866-262-9881。這是免費電話。 聖地牙哥縣衛生及公共服務部 服務代表的辦公時間為週一至週五，上午8:00至下午5:00。 Access Self-Service（資源自助服務）專線每週7天，每天24小時皆提供服務。 會員需要輸入他們的社會安全號碼(Social Security Number, SSN)才能使用該系統。

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



聯絡類型

聽障和語障專線 (TTY)	1-619-589-4459 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
網站	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

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



K. 縣立行為健康服務機構

如果您符合取得服務的標準，便可以透過縣政府獲得Medi-Cal精神健康專科服務與物質使用障礙服務。

致電	洛杉磯縣 1-800-854-7771。這是免費電話。 每週7天，每天24小時皆提供服務。 我們為不會說英語的人提供免費口譯員服務。 聖地牙哥縣 1-888-724-7240。這是免費電話。 每週7天，每天24小時皆提供服務
聽障和語障專線(TTY)	711。這是免費電話。 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 每週7天，每天24小時皆提供服務。

聯絡縣立行為健康危機機構以尋求以下協助：

- 關於縣政府提供之精神健康專科服務的疑問
- 關於縣政府提供之物質使用障礙服務的疑問
- 精神健康專科服務包括但不限於：
 - 門診心理健康服務
 - 日間治療
 - 危機介入與穩定
 - 目標個案管理
 - 成人住宿治療
 - 危機住宿治療

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



L. 加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部(Department of Managed Health Care, DMHC)負責管理健康計劃。DMHC幫助中心可以幫助您處理關於Medi-Cal服務的上訴和投訴。

聯絡類型

致電	1-888-466-2219 DMHC服務代表的辦公時間為週一至週五，上午8時至下午6時。
TDD	1-877-688-9891 這是供有聽力或語言問題的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
致函	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	916-255-5241
網站	www.dmhc.ca.gov

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



M. 健康消費者聯盟(Health Consumer Alliance, HCA)

健康消費者聯盟(HCA)是全州範圍內的合作夥伴，透過線上、電話或面對面方式提供免費的法律協助，為難以獲得或維持健康保險的加州居民提供幫助，並解決他們在健康計劃方面的問題。

要瞭解關於HCA的更多資訊或獲得可能提供的協助，請致電1-888-804-3536或瀏覽

www.healthconsumer.org/

N. 協助民眾支付藥物費用的計劃

Medicare網站(www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)提供關於降低藥物費用方法的資訊。低收入民眾也可以從其他計劃獲得協助，詳情如下。

N1. Medicare的「額外協助」

由於您符合Medi-Cal的資格，因此您可獲得Medicare的「額外協助」來支付您藥物計劃的費用。您無需採取任何行動便可獲取此項「額外協助」。

聯絡類型

致電	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 這是免費電話，每週7天，每天24小時皆提供服務。
聽障和語障專線(TTY)	1-877-486-2048。這是免費電話。 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.medicare.gov

如果您認為您在藥房為您的處方藥支付的金額不正確，我們的計劃有流程可協助您取得正確共付額金額的證明。如果您已有正確金額的證明，我們可以協助您將此證明提供給我們。

- 您可以致電客戶服務部，告訴對方您認為您支付的處方藥費用過高並提供您的Medi-Cal資訊。Medi-Cal資格是更新您「額外協助」並使處方藥共付額降低（如可能）的最佳證明。不保證可降低處方藥共付額。
- 我們收到顯示正確共付額級別的證明時就會更新系統資訊，讓您在下次取得處方藥時就可支付正確的共付額。如果您溢付了共付額，我們會以支票或共付額扣抵額的形式將款項退還給您。如果藥房沒有向您收取共付額，因此您對他們有應付款項，此時我們可能會直接向藥房付款。如果州政府代表您付款，我們可能會直接向州政府付款。如果您有任何疑問，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

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

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



N2. AIDS藥物補助計劃(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP協助有人類免疫缺乏病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV)/後天免疫缺乏症候群(Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)，且符合ADAP資格的民眾取得可挽救生命的HIV藥物。同時列於ADAP保險內處方集中的Medicare D部份藥物有資格透過加州ADAP取得處方藥費用分攤補助。附註：如欲符合您所在州的ADAP資格，您必須符合特定標準，包括該州居住證明與HIV狀態、

（州政府定義的）低收入資格，以及處於沒有保險/保險不足的狀態。如果您變更計劃，請通知您當地的ADAP參保工作人員，以便您可以繼續取得協助。如需有關資格標準、承保藥物或如何參保本計劃的資訊，請致電1-844-421-7050聯絡加州ADAP，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午5時；或瀏覽網站：https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

N3. Medicare處方藥付款計劃

Medicare處方藥付款計劃是一種付款選項，適用於您目前的藥物承保，方法是將藥物的自付費用平均分攤在整個日曆年間（1月至12月），可協助您管理計劃承保藥物的自付費用。任何擁有Medicare藥物計劃或含藥物承保之Medicare健康計劃（例如含藥物承保之Medicare Advantage Plan）的會員，都可以使用此付款選項。**這種付款選項可協助您管理您的開支，但並不會為您節省或降低藥物費用。如果您參加Medicare處方藥付款計劃並留在同一個計劃中，您無需採取任何行動即可使用此選項。**Medicare提供的「額外協助」以及州政府藥物補助計劃(State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)和ADAP對於符合資格者提供的協助，無論哪種收入級別都優於此付款選項。此外，所有含藥物承保的計劃都必須提供此付款選項。要瞭解有關此付款選項的更多資訊，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部或瀏覽www.medicare.gov。

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

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

O. 社會安全局

社會安全局負責判定Medicare資格並處理Medicare參保事宜。

如果您搬家或變更郵寄地址，請務必通知社會安全局。

致電	1-800-772-1213 這是免費電話。 服務時間為週一至週五，上午8時至晚上7時。 您每天24小時皆可使用他們的自動電話服務，取得錄音版資訊並處理某些事項。
聽障和語障專線 (TTY)	1-800-325-0778 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.ssa.gov

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



P. 鐵路職工退休委員會(Railroad Retirement Board, RRB)

RRB是獨立的聯邦機構，負責管理全國鐵路職工及其家人的綜合福利計劃。如果您透過RRB取得Medicare，請在您搬家或變更郵寄地址時通知他們。如有關於RRB所提供之福利的疑問，請聯絡此機構。

致電	1-877-772-5772 這是免費電話。 您可於週一、週二、週四和週五上午9時至下午3:30以及週三上午9時至中午12時撥打此電話；按「0」即可與RRB服務代表通話。 按「1」即可接通RRB自動幫助專線並取得錄音版資訊，服務時間為全天候24小時，包括週末和假日。
聽障和語障專線(TTY)	1-312-751-4701 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。 這不是免費電話。
網站	www.rrb.gov

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



Q. Medicare Medi-Cal投訴專員計劃

Medicare Medi-Cal投訴專員計劃為難以獲得或維持健康保險的民眾提供免費協助，並解決他們在健康計劃方面的問題。

如果您有以下方面的問題：

- Medi-Cal
- Medicare
- 您的健康計劃
- 取得醫療服務
- 針對遭拒的服務、藥物、耐用醫療設備(DME)、心理健康服務等提出上訴。
- 醫療帳單
- IHSS（居家支援性服務）

Medicare Medi-Cal投訴專員計劃會協助處理投訴、上訴和聽證會。投訴專員計劃的電話號碼是1-855-501-3077。



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

R. Medi-Cal牙科計劃

某些牙科服務可透過Medi-Cal牙科計劃取得；包括但不限於以下服務：

- 初始檢查、X光造影、洗牙、密封劑與含氟治療；
- 補牙與牙冠；
- 根管治療；以及
- 部分及全口義齒、調整、修復與假牙重襯

牙科福利可透過Medi-Cal牙科按服務收費(Fee-for-Service, FFS)和牙科管理式護理(Dental MC)取得。

致電	1-800-322-6384 這是免費電話。 Medi-Cal牙科FFS服務代表的服務時間為週一至週五，上午8時至下午5時。
聽障和語障專線 (TTY)	1-800-735-2922 這是供有聽力或語言障礙的人士使用的號碼。您必須有特殊電話設備才能撥打這個號碼。
網站	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

如果不使用「Medi-Cal牙科按服務收費計劃」，您可以透過牙科管理式護理計劃取得牙科福利。洛杉磯縣提供牙科管理式護理計劃。如果您想瞭解更多有關牙科計劃的資訊，或想要更換牙科計劃，請聯絡醫療保健方案處，電話1-800-430-4263（聽障和語障人士可致電1-800-430-7077），辦公時間為週一至週五，上午8時至下午6時。這是免費電話。以下網站也可找到牙科管理式護理計劃的聯絡方式：www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx。

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



第3章：使用我們計劃的承保取得您的醫療保健與其他承保服務

簡介

本章包含您在透過我們的計劃取得醫療保健與其他承保服務時需要瞭解的特定條款及規則。本章也會說明護理協調員的相關資訊、如何在某些特殊情況下從不同類型的醫療服務提供者處取得護理（包括網絡外服務提供者或藥房）、如果您因我們承保的服務而直接收到帳單該怎麼做，以及擁有耐用醫療設備(DME)的規則。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 有關服務與醫療服務提供者的資訊.....	48
B. 有關取得我們計劃承保之服務的規則.....	48
C. 您的護理協調員	50
C1. 什麼是護理協調員	50
C2. 如何聯絡您的護理協調員	50
C3. 如何更換您的護理協調員	50
D. 醫療服務提供者提供的護理.....	50
D1. 基本保健服務提供者(PCP)提供的護理.....	50
D2. 專科醫生與其他網絡醫療服務提供者提供的護理	52
D3. 當醫療服務提供者退出我們的計劃時.....	53
D4. 網絡外服務提供者	54
E. 長期服務與支援(LTSS).....	54
F. 行為健康（心理健康與物質使用障礙）服務.....	55
F1. 在我們計劃之外提供的Medi-Cal行為健康服務	56
G. 交通服務	58
G1. 非急診醫療運輸	58
G2. 非醫療運輸.....	59

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



H. 在緊急醫療情況、緊急需求時或在災難期間的承保服務.....	60
H1. 緊急醫療情況下的護理	60
H2. 緊急需求護理	62
H3. 災難期間的護理	62
I. 如果您直接收到承保服務的帳單該如何處理	63
I1. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做	63
J. 臨床調查研究中的醫療保健服務承保.....	63
J1. 臨床調查研究的定義	63
J2. 您參加臨床調查研究時的服務付款	64
J3. 關於臨床調查研究的更多資訊.....	64
K. 宗教性非醫療性質醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務	64
K1. 宗教性非醫療性質醫療保健機構的定義.....	64
K2. 宗教性非醫療性質醫療保健機構提供的護理	64
L. 耐用醫療設備(DME).....	65
L1. 身為本計劃會員獲得DME	65
L2. 您轉換至Original Medicare時的DME所有權.....	66
L3. 身為本計劃會員時的氧氣設備福利.....	66
L4. 當您轉換至Original Medicare或另一個Medicare Advantage(MA)計劃時的氧氣設備.....	67

A. 有關服務與醫療服務提供者的資訊

服務包括醫療保健、長期服務與支援(LTSS)、用品、行為健康服務、處方藥與非處方藥、設備及其他服務。**承保服務**是指我們的計劃支付費用的任何這些服務。屬於承保範圍的醫療保健、行為健康與LTSS詳列於《會員手冊》第4章中。您的處方藥和非處方藥承保服務詳列於本《會員手冊》第5章中。

醫療服務提供者是指醫生、護士和其他為您提供服務和護理並取得州政府執照的人士。醫療服務提供者也包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備與某些LTSS的地點。

網絡醫療服務提供者是與我們的計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的付款作為全額付款。網絡醫療服務提供者會直接向我們開立為您提供之護理的帳單。當您使用網絡醫療服務提供者時，您通常無需為承保服務支付任何費用。

B. 有關取得我們計劃承保之服務的規則

我們的計劃承保Medicare承保的所有服務，以及大部分Medi-Cal服務。其中包括某些行為健康與LTSS。

當您遵循我們的規則時，我們的計劃通常會支付您接受之醫療保健服務、行為健康服務及許多LTSS的費用。要獲得我們計劃的承保：

- 您獲得的護理必須列於本《會員手冊》第4章的「醫療福利表」中。
- 護理必須具有**醫療必要性**。醫療必要性是指診斷和治療您的醫療病症合理且必要的服務。病人需要具有醫療必要性的護理來防止患上重病或造成殘障，或要透過治療疾病、不適或受傷來減輕劇烈疼痛。
- 對於醫療服務，您必須有一位**網絡基本保健服務提供者(Primary Care Provider, PCP)**為您提供護理並進行監督。身為計劃會員，您必須選擇一個網絡醫療服務提供者擔任您的PCP（請前往D1節，以瞭解更多資訊）。
 - 如果您要使用不是您PCP的醫療服務提供者，或使用我們計劃網絡中的其他醫療服務提供者，在大多數情況下，您必須先獲得我們計劃的核准，之後才能使用。這稱為**轉診**。如果您沒有獲得我們的核准，我們可能不會承保相關服務。
 - 我們計劃的PCP隸屬於醫療團體。當您在選擇PCP時，您也在選擇所隸屬的醫療團體。這表示，您的PCP會將您轉診給也隸屬於其醫療團體的專科醫生與服務。醫療團體是由基本保健醫生與專科醫生組成的協會，旨在為您提供協調式醫療保健服務。

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

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



- 您不需要您PCP的轉診即可取得急救護理或緊急需求護理，使用女性醫療服務提供者或**第D1節**中列出的任何其他服務。
- **您必須從網絡醫療服務提供者處取得您的護理**（請參閱本章**第D節**，以瞭解更多資訊）。通常，我們不會承保由未與我們健康計劃合作之醫療服務提供者提供的護理。這表示，您必須針對您接受的服務向醫療服務提供者支付全額費用。以下是這項規則不適用的一些情況：
 - 如果您需要網絡外服務提供者提供的急救護理或緊急需求護理（請前往**第H節**，以瞭解更多資訊）。
 - 如果您需要我們計劃承保的護理，但我們的網絡醫療服務提供者無法為您提供該護理，您可接受網絡外服務提供者提供的此項護理。需要獲得授權，並且應在尋求護理之前獲得計劃授權。在這種情況下，我們會將此項護理視為由網絡醫療服務提供者提供一樣來承保，**即您無需付費**。如需查詢有關獲得核准而使用網絡外服務提供者的資訊，請參閱**第D4節**。
 - 如果您短時間內在我們計劃的服務區域外或您的醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法聯繫上，而您需要腎臟透析服務，您可以向網絡外服務提供者取得護理。
 - 如果您是我們計劃的新會員，您可以要求繼續使用您目前的醫療服務提供者。如果我們確定您與該醫療服務提供者之間存在既有關係，則我們必須核准此項申請，但有一些例外情況。請參閱本《會員手冊》**第1章**。如果我們核准您的申請，您可以繼續使用您現在使用的醫療服務提供者，最長可達12個月。在此期間，您的護理協調員將與您聯絡，協助您在我們的網絡中尋找隸屬於您PCP醫療團體的醫療服務提供者。12個月後，如果您繼續使用不在我們網絡而且也不隸屬於您PCP醫療團體的醫療服務提供者，我們將不再承保此項護理。

其他健康保險：您在使用Medi-Cal之前，如果您的主要健康保險能提供同一項服務，則必須使用所有其他健康保險，因為Medi-Cal是最後付款方。也就是說，在大多數情況下，Medi-Cal是次於Medicare的付款方，承保Medicare或其他健康保險所不支付的允許費用，上限為Medi-Cal的費率。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的新會員：在大多數情況下，您將在申請參保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan後的次月第一天，完成參保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan以開始獲得Medicare福利。您仍可從之前的Medi-Cal健康計劃獲得最多兩個月的Medi-Cal服務。之後，您將透過Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan獲得Medi-Cal服務。您的Medi-Cal承保將不會出現缺口。如果您有任何疑問，請撥打頁面底部的電話號碼。

C. 您的護理協調員

C1. 什麼是護理協調員

護理協調員是經過專門訓練的人員，可協助您取得Medicare和Medi-Cal的福利和服務。您的護理協調員將成為您護理團隊的一員，他/她將擔任您的主要聯絡人與資訊來源。參保後，護理協調員會打電話向您自我介紹，並幫助您完成「健康風險評估」以確定您的醫療保健需求。

C2. 如何聯絡您的護理協調員

您可於週一至週五上午8:00至下午6:00，撥打1-888-548-5765聯絡您的護理協調員。一旦您開始與護理協調員合作，就可以撥打他們的直撥專線與他們聯絡。

C3. 如何更換您的護理協調員

要申請更換您的護理協調員，您可於週一至週五上午8:00至下午6:00撥打1-888-548-5765。

D. 醫療服務提供者提供的護理

D1. 基本保健服務提供者(PCP)提供的護理

您必須選擇一位PCP來提供並管理您的護理。我們計劃的PCP隸屬於醫療團體。當您在選擇PCP時，您也在選擇所隸屬的醫療團體。

PCP的定義以及PCP會為您做什麼

PCP是符合州政府的規定並接受過訓練，可向您提供基本醫療護理的醫師。PCP可以是家庭醫生、全科醫生或內科醫生、婦產科醫生以及應要求指定的專科醫生。若專科醫生願意為您提供一般PCP提供的所有服務，您也可以選擇專科醫生擔任您的PCP。要申請讓您的專科醫生擔任您的PCP，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）。診所，例如聯邦核准的健康中心(Federally Qualified Health Center, FQHC)也可以擔任您的PCP。您的例行或基本護理會由您的PCP提供。您的PCP也會協調您需要的其他承保服務。這些承保服務包括：

- X光造影
- 實驗室檢驗
- 治療
- 專科醫生提供的護理
- 住院
- 追蹤護理

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



我們計劃的PCP隸屬於特定的醫療團體。醫療團體或獨立醫師協會(IPA)是根據加州法律規定成立的組織，與健康計劃簽約，向健康計劃參保者提供或安排提供醫療保健服務。當您在選擇PCP時，您也在選擇所隸屬的醫療團體。這表示，您的PCP會將您轉診給也隸屬於其醫療團體的專科醫生與服務。

大部分情況下，您必須先向您的PCP求診以取得轉診，之後才能向任何其他醫療保健服務提供者或專科醫生求診。只要轉診獲得您PCP醫療團體的核准，您就可以與專科醫生或其他醫療服務提供者預約，接受您需要的治療。專科醫生會在您完成治療或接受完服務時通知您的PCP，讓PCP繼續管理您的護理。為了讓您取得特定服務，您的PCP需要事先取得本計劃核准（或在某些情況下，取得PCP隸屬醫療團體的核准）。這種事先核准稱為「預先授權」。

您的PCP選擇

您必須在成為本計劃會員後選擇一位計劃醫療服務提供者擔任您的PCP。

選擇PCP的方法有：

- 使用您的《醫療服務提供者與藥房目錄》。查閱目錄後面的「基本保健醫生」索引，查找您想要的醫生。（索引按醫生姓氏的字母順序排列）；或
- 前往我們的網站blueshieldca.com/find-a-doctor搜尋您想要的PCP；或
- 致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部尋求協助（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）。

要瞭解您想要的醫療保健服務提供者是否提供服務或是否接受新病人，請參閱我們網站上提供的《醫療服務提供者與藥房目錄》，或致電客戶服務部（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）。如果您想使用特定的專科醫生或醫院，請確認他們是否隸屬於您PCP的醫療團體。您可查看《醫療服務提供者與藥房目錄》，或要求客戶服務部確認您想要的PCP是否可以將您轉診給該專科醫生或是否使用該醫院。

如何變更您的PCP

您可以因任何原因隨時變更您的PCP。此外，您的PCP也可能離開我們計劃的網絡。如果您的PCP離開我們的網絡，我們可以幫助您在我們的網絡中找到新的PCP。

您可遵循前文「您的PCP選擇」的步驟來變更您的PCP。請務必致電客戶服務部，讓他們知道您想變更您的PCP（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）。

您的變更申請一旦提出，新PCP與其隸屬醫療團體的指定將於您申請變更PCP後次月的第一天生效。

您PCP的姓名/名稱與診所電話號碼列印在您的會員卡上。如果您變更PCP，您會收到新的會員卡。

我們計劃的PCP隸屬於醫療團體。如果您變更PCP，您也可能就變更了醫療團體。當您要求變更時，請告訴客戶服務部您是否使用專科醫生或取得必須有PCP核准的其他承保服務。當您變更PCP時，客戶服務部可幫助您繼續取得專業護理及其他服務。

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

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



無需PCP核准即可獲得的服務

在大多數情況下，您需要獲得PCP的核准才能向其他醫療服務提供者求診。這種核准稱為**轉診**。您可以在沒有先獲得PCP或我們計劃核准的情況下獲得以下所列的服務：

- 由網絡醫療服務提供者或網絡外服務提供者提供的急診服務
- 需要立即就醫（但不是急診）的緊急需求承保服務，包括：因為您暫時在我們計劃的服務區域外，或根據您當時的時間、地點與情況，您無法以合理的方式從網絡醫療服務提供者處獲得此服務。緊急需求服務的範例包括不可預見的疾病或受傷，或現有病症意外發作。即使您在我們計劃的服務區域外或我們的網絡暫時無法提供服務，具有醫療必要性的例行醫療服務提供者看診（如年度健康檢查）不被視為緊急需求服務。
- 當您在計劃的服務區域外時，可在經Medicare認證的透析機構獲得腎臟透析服務。如果您在離開服務區域前先致電會員服務部，我們可協助您在服務區域外取得透析服務。
- 流感預防針及COVID-19疫苗，以及B型肝炎疫苗與肺炎疫苗等，但需由網絡醫療服務提供者提供。
- 例行女性醫療保健與家庭生育計劃服務。其中包括乳房檢查、篩檢性乳房X光檢查、子宮頸抹片檢查與骨盆檢查，但需由網絡醫療服務提供者提供。

此外，如果您是美國印第安人會員，您可以在您選擇的印第安醫療保健服務提供者處取得承保服務，而無需網絡PCP轉診或預先授權。

D2. 專科醫生與其他網絡醫療服務提供者提供的護理

專科醫生是針對特定疾病或身體部位提供醫療保健的醫生。專科醫生可分為許多科別，例如：

- 照顧癌症病人的腫瘤科醫生。
- 照顧有心臟問題病人的心臟科醫師。
- 照顧有骨骼、關節或肌肉問題病人的骨科醫生。

當您需要PCP無法提供的專業護理或額外服務時，PCP會為您提供轉診。只要轉診獲得您PCP醫療團體的核准，您就可以與專科醫生或其他醫療服務提供者預約，接受您需要的治療。專科醫生會在您完成治療或接受完服務時通知您的PCP，讓PCP繼續管理您的護理。

您在接受某些服務前，您的PCP必須事先取得我們計劃的核准。這種事先核准稱為「預先授權」。例如：所有非急診住院都必須取得預先授權。在某些情況下，您PCP隸屬的醫療團體（而不是我們的計劃）也許可以授權您的服務。

如果您對於負責提交的人員和核准服務的預先授權有任何疑問，請聯絡您PCP隸屬的醫療團體。您也可以致電客戶服務部。如需更多有關哪些服務需要預先授權的資訊，請參閱**第4章第D節**的「福利表」。

書面轉診可以針對一次就診，如果您需要持續的服務，也可以是針對多次就診的長期轉診。針對以下任何情況，我們都必須為您提供前往專科醫生處的長期轉診：

- 慢性（持續性）病症；
- 危及生命的心理或身體疾病；
- 退化性疾病或殘障；
- 嚴重或複雜到需要專科醫生治療的任何其他病症或疾病。

如果您在需要書面轉診時卻沒有取得，則我們可能無法支付相關帳單費用。如需瞭解更多資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

D3. 當醫療服務提供者退出我們的計劃時

您使用的網絡醫療服務提供者可能會退出我們的計劃。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有以下權利與保障，摘要如下：

即使我們的醫療服務提供者網絡在一年中發生變化，我們也必須讓您繼續使用合格醫療服務提供者，不得有間斷。

- 我們會向您通知您的醫療服務提供者將退出我們的計劃，讓您有時間重新選擇醫療服務提供者。
 - 如果您的基本保健或行為健康醫療服務提供者退出我們的計劃，且您在過去三年內曾向該醫療服務提供者求診，我們將會通知您。
 - 如果您的其他任何醫療服務提供者退出我們的計劃，且您被指定給此醫療服務提供者、您目前在接受他們的服務或在過去三個月內曾向他們求診，我們將會通知您。
- 我們將幫助您選擇一位新的合格網絡內醫療服務提供者，以繼續管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受當前醫療服務提供者提供的醫學治療或療法，您有權要求從我們網絡中的另一位醫療服務提供者處繼續接受具有醫療必要性的治療或療法。我們將與您合作，讓您可以繼續獲得護理。
- 我們會向您提供可使用的參保期和變更計劃時您享有的選項等資訊。

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



- 如果我們找不到您可以使用的合格網絡專科醫生，且網絡內醫療服務提供者或福利無法使用或無法滿足您的醫療需求時，我們必須安排網絡外專科醫生為您提供護理。
- 如果您發現您的一位醫療服務提供者要退出我們的計劃，請聯絡我們。我們可以幫助您選擇新的醫療服務提供者來管理您的護理。
- 如果您認為我們並未以合格醫療服務提供者來取代您之前的醫療服務提供者，或我們未善盡管理您護理的責任，您有權向品質改善組織(QIO)提出護理品質投訴、護理品質申訴或兩者。（請參閱第9章以瞭解更多資訊。）

D4. 網絡外服務提供者

如果您需要Medicare及/或Medi-Cal規定我們計劃必須承保的醫療護理，而我們的網絡醫療服務提供者無法為您提供此護理，您可以從網絡外服務提供者處取得此護理。您的PCP負責提交網絡外服務預先授權申請。您必須先取得我們計劃或您PCP隸屬醫療團體的授權，才能從網絡外服務提供者處取得護理，除非您正在接受急診服務或緊急需求服務。此外，計劃必須承保末期腎臟病(End Stage Renal Disease, ESRD)會員在暫時離開計劃服務區域，或在醫療服務提供者暫時無法提供服務或無法聯繫上，且無法使用合約ESRD醫療服務提供者時所需的透析服務。在此情況下，您支付的費用將和您從網絡醫療服務提供者處取得該護理時所支付的費用相同。

如果您使用網絡外服務提供者，則該醫療服務提供者必須接受Medicare及/或Medi-Cal。

- 我們無法向不符合參加Medicare及/或Medi-Cal條件的醫療服務提供者付款。
- 如果您使用的醫療服務提供者不符合參加Medicare的條件，則您必須為您接受的服務支付全額費用。
- 如果醫療服務提供者不符合參加Medicare的條件，則該醫療服務提供者必須告訴您。

E. 長期服務與支援(LTSS)

LTSS可以協助您留在家中，避免住院或住進專業護理機構。透過我們的計劃，您可獲得某些LTSS，包括專業護理機構的護理、成人社區服務(CBAS)與社區支援。LTSS的另一個類型是居家支援性服務計劃，可透過您所在地的縣立社會服務機構獲得。LTSS適合需要協助進行例行日常活動（例如沐浴、穿衣、準備餐食和服用/使用藥物）的會員。如果您需要協助才能繼續獨立生活，請致電您的護理協調員或客戶服務部尋求轉診。

LTSS包括成人社區服務(CBAS)、居家支援性服務(IHSS)、多元化長者服務計劃(MSSP)以及長期護理/看護服務。

有時，您可以獲得日常醫療保健與生活需求方面的幫助。

您也許可以獲得以下服務：

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



- 成人社區服務(CBAS)
- 專業護理
- 物理治療
- 職業治療
- 言語治療
- 醫療社會服務
- 居家醫療保健

根據您居住的縣與您的資格，您也可以透過Blue Shield Promise Medi-Cal Plan獲得額外的社區支援。如果您的醫療服務提供者認為您有資格獲得社區支援，他們可以為您提供轉介，或者您也可以聯絡客戶服務或您的護理協調員以瞭解更多資訊。您也許可以獲得以下服務：

- 環境無障礙改造（住家改造）
- 住房過渡指引服務
- 住房押金
- 住房租賃與維持服務
- 支援性餐食或醫療客製餐
- 個人護理與家務服務
- 療養護理（醫療喘息）
- 為看護人提供的喘息服務
- 住院後短期住房
- 戒癮中心

F. 行為健康（心理健康與物質使用障礙）服務

您有權獲得具有醫療必要性且Medicare和Medi-Cal承保的行為健康服務。我們提供Medicare與Medi-Cal管理式護理承保的行為健康服務。我們的計劃不提供Medi-Cal精神健康專科服務或縣立物質使用障礙服務，但您可以透過洛杉磯縣心理健康服務部(Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH)和洛杉磯縣公共衛生部(Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務部獲得這些服務。

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



F1. 在我們計劃之外提供的Medi-Cal行為健康服務

如果您符合獲得精神健康專科服務的標準，可以透過縣立心理健康計劃(Mental Health Plan, MHP)獲得Medi-Cal精神健康專科服務。由洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)、洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務部提供的Medi-Cal精神健康專科服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
- 日間治療加強服務
- 日間復健
- 危機介入服務
- 危機穩定服務
- 成人住宿治療服務
- 危機住宿治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院病人醫院服務
- 目標個案管理
- 涉及司法的重新融入
- 積極型社區治療(Assertive Community Treatment, ACT)
- 法醫積極型社區治療(Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- 首次發作精神症(First Episode Psychosis, FEP)協調式專業護理(Coordinated Specialty Care, CSC)
- 會所服務
- 強化型社區健康工作者(Community Health Worker, CHW)服務
- 支援型就業
- 治療式行為服務
- 治療式寄養

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



- 加強護理協調
- 加強居家服務

由洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)、洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)以及聖地牙哥縣行為健康服務部提供的藥物Medi-Cal(Drug Medi-Cal, DMC)服務包括：

- 加強門診治療服務
- 圍產期住宿物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉治療計劃
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 同儕支援服務

只要您符合接受服務的標準，就可以透過洛杉磯縣心理健康服務部(LACDMH)、洛杉磯縣公共衛生部(LACDPH)和聖地牙哥縣行為健康服務部獲得Medi-Cal安排之藥物交付系統(Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)服務。DMC-ODS服務包括：

- 門診治療服務
- 加強門診治療服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 住宿治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計劃
- 復健服務
- 護理協調
- 早期介入服務（適用於未滿21歲的會員）
- 提早定期篩檢、診斷和治療（適用於未滿21歲的會員）
- 住院治療服務

除了上方列出的服務外，如果您符合標準，也可能可以獲得自願住院解毒服務。

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



行為健康服務的可用性

您可以獲得範圍廣泛的一系列服務。您可以自行轉診至合約醫療服務提供者處，也可以由您的PCP與家人等提出轉診。取得服務時「不會走錯門」。您可以聯絡以下機構尋求協助，以取得服務：

- 縣政府危機和轉診專線（請參閱本手冊**第2章第K節**，以查詢電話號碼與服務時間）
- 洛杉磯縣公共衛生部物質濫用預防與控制（請致電888-742-7900，聽障和語障專線(TTY)：711，每週7天，每天24小時皆提供服務）
- 聖地牙哥縣行為健康服務部物質使用障礙服務（請致電888-724-7240，聽障和語障專線(TTY)：711，每週7天，每天24小時皆提供服務）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan行為健康專線（請參閱本手冊**第2章第D節**，以查詢電話號碼與服務時間）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）

判定具有醫療必要性之服務的流程

具有醫療必要性與否由具有適當執照的醫療服務提供者判定。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan和縣政府皆使用醫療必要性標準，此標準由行為健康專家與其他利益相關者制定，並且符合監管要求。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan與縣政府之間的轉診流程

如果您正在接受Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府其中一方的服務，可以根據您的需求將您轉診至另一方。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府可以致電接受轉診的實體來為您進行轉診。此外，提出轉診的醫療服務提供者將填寫轉診表格，並將表格寄給接受轉診的實體。

問題解決程序

如果您與縣政府或Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan之間出現爭議，您仍將繼續接受具有醫療必要性的行為健康護理（包括處方藥），直到爭議解決為止。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan已與縣政府合作制定及時的解決程序，並且不會對您需要獲得的服務造成不利影響。您也可以使用Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府的上訴程序，具體取決於與您發生爭議的實體。如需上訴程序的相關資訊，請參閱《會員手冊》**第9章**。

G. 交通服務

G1. 非急診醫療運輸

如果您有讓您無法搭乘私家車、公車或計程車前去看診的醫療需求，您便有權獲得非急診醫療運輸(Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)服務。可能可以為所有Medi-Cal承保服務提供NEMT。例如：醫療、牙科、心理健康、物質使用障礙約診及藥房取藥。如果您在使用完我們提

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

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



供的48次單程接送服務後仍需要非急診醫療運輸，您可以諮詢您的醫療服務提供者以要求額外的接送服務。您的醫療服務提供者或我們的交通供應商Call The Car將決定最適合您需求的交通類型。如果您需要NEMT，他們會開立醫囑，具體方式為填寫表格開單並將表格提交給Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan。視您的醫療需求而定，您也許能取得最長12個月的核准。您的PCP將根據需要或在您的醫囑到期時，重新評估您對NEMT的需求，並可能會重新核准最多12個月的NEMT。

NEMT指的是救護車、擔架廂型車、輪椅車或空中交通工具。如果您赴診時需要接送，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan允許您取得符合您醫療需求且費用最低的承保交通模式及最適當的NEMT。例如：如果您的身體和醫療狀況允許用輪椅車載運，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan就不會支付救護車的費用。只有當您的醫療病症不允許任何形式的地面交通時，您才有權獲得空中交通服務。

下列情況下必須使用NEMT：

- 由於您無法使用公車、計程車、私家車或箱型車赴診，因此由您的PCP出具書面授權，判定您因身體或醫療狀況而需要此服務。
- 您因為身體或精神殘障而需要司機協助您離開與回到住處、上下車或進出治療地點。

要申請醫生針對非緊急的**例行約診**所要求的醫療交通，請致電Call The Car，電話：(877) 433-2178（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週7天，每天24小時。CTC Go行動應用程式可用於安排、編輯、追蹤與取消輪椅預約。CTC Go行動應用程式無法用於輪床運輸，您必須致電進行預約。非緊急的例行約診預約必須在約診前24小時提出。如需**約診**，請儘快致電。致電時請準備好您的會員識別卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

醫療交通限制

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保費用最低的醫療交通，讓您能前往離家最近且可預約得到的醫療服務提供者處就診，以滿足您的醫療需求。如果Medicare或Medi-Cal不承保醫療交通服務，則不會提供該服務。如果約診類型屬於Medi-Cal的承保範圍而不會透過健康計劃提供，則Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會協助您安排交通服務。本手冊**第4章**列出了承保服務的清單。除非預先授權，否則恕不承保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan網絡外或服務區域外的交通服務。

G2. 非醫療運輸

非醫療運輸(Non-Medical Transportation, NMT)福利包括往返您的約診地點以接受經您醫療服務提供者授權之服務的交通。如果您有以下情況，您可以免費獲得接送服務：

- 往返約診地點以接受經您醫療服務提供者授權的服務；或
- 領取處方藥與醫療用品。

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



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan允許您搭乘私家車、計程車、公車或其他公共/私人交通工具赴診，以接受經您醫療服務提供者授權的服務。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan使用Call The Car安排NMT。我們承保符合您需求之費用最低的NMT類型。

有時，對於您安排的私家車的行程，您可以獲得補償。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan必須在您獲得接送服務之前核准此服務，且您必須告訴我們您為何不能使用其他交通工具（例如乘坐公車）。您可以透過致電、寄電子郵件或親自告知的方式告訴我們。**您無法因自行駕車而獲得補償。**

里程補償必須滿足以下所有條件：

- 駕駛人的駕照。
- 駕駛人的車輛登記證。
- 駕駛人的車輛保險證明。

要要求為已核准的服務提供接送，請在您約診前至少提前二十四(24)小時致電Call the Car，電話1-877-433-2178（聽障和語障專線(TTY)：711）。對於**緊急約診**，請儘早致電安排。致電時請準備好您的會員識別卡。如果您需要更多資訊，也可以致電。

附註：美國印地安人可聯絡當地的印第安健康診所，以要求非醫療運輸服務。

非醫療運輸的限制

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提供費用最低的NMT，讓您能前往離家最近且可預約得到的醫療服務提供者處就診，以滿足您的需求。**您無法因自行駕車而直接獲得補償。**

下列情況不適用NMT：

需要救護車、擔架廂型車、輪椅車或其他形式的非急診醫療運輸前往接受服務。

- 您因為身體狀況或醫療病症需要司機協助您離開與回到住處、上下車或進出治療地點。
- 您必須以輪椅代步且必須由司機協助才能上下車。
- 此服務不屬於Medicare或Medi-Cal的承保範圍。

H. 在緊急醫療情況、緊急需求時或在災難期間的承保服務

H1. 緊急醫療情況下的護理

緊急醫療情況是指出現具有身體不適、劇痛、重傷或醫療病症迅速惡化等症狀的醫療病症。病症嚴重的程度是指您或具有一般健康與醫學知識的任何人可預期，如果不立即進行醫療處置，則會出現以下情況：

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



- 對您或您未出生的嬰兒的生命構成嚴重威脅；或
- 身體機能喪失或嚴重受損；或
- 任何身體器官或部位嚴重失能；或
- 如果是臨產孕婦，則是發生下列情況時：
 - 沒有足夠時間能在分娩前安全地將您轉送到另一間醫院。
 - 轉送過程可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全構成威脅。

如果您有緊急醫療情況：

- **請儘快獲得幫助。**請致電911或使用最近的急診室或醫院。如果您有需要，請打電話要求救護車。您**無需**PCP的核准或轉診。您不需要使用網絡醫療服務提供者。無論您在美國或美國領土或世界各地的任何地方，只要您需要，都可以接受任何持有適當州政府執照之醫療服務提供者提供的承保急診醫療護理，即使該醫療服務提供者不在我們的網絡中也是如此。
- **請儘快將您的緊急情況告訴我們的計劃。**我們需要針對您的急救護理進行後續追蹤。您或其他人通常應該在48小時內致電告訴我們您接受了急救護理。不過，如果您延遲告訴我們，您也無需支付急診服務的費用。您可以致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。

緊急醫療情況下的承保服務

在以下情況下，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保美國及其領土以外的全球急救與緊急護理服務，且沒有合計年度限額。請參閱本手冊**第4章第D節**的「醫療福利表」，以瞭解更多資訊。

如果以救護車服務以外方式前往急診室可能會危害您的健康，則本計劃會承保救護車服務。我們也承保緊急情況期間的醫療服務。要瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第4章**中的「福利表」。

為您提供急救護理的醫療服務提供者會決定您的病情何時穩定以及醫療緊急情況何時結束。如果您需要追蹤護理以改善情況，他們會繼續為您提供治療，並聯絡我們以便制定計劃。

我們的計劃會承保您的追蹤護理。如果您是由網絡外服務提供者提供的急救護理，我們將試著讓網絡醫療服務提供者儘快接管您的護理。

如果不是緊急情況卻使用急救護理

有時很難判斷您是否有醫療或行為健康緊急情況。您可能會前去尋求急救護理，但醫生卻表示您的情況並不是真正的緊急情況。只要您合理地認為您的健康受到嚴重威脅，我們就會承保您的護理。

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



不過，在醫生確認您的情況不是緊急情況後，我們僅會在以下情況下承保您的額外護理：

- 您使用網絡醫療服務提供者**或**
- 您獲得的額外護理被視為「緊急需求護理」，且您遵循了取得此護理適用的規則。請參閱下一節。

H2. 緊急需求護理

緊急需求護理是指您在處於並非緊急情況但需要立即護理的情況下所接受的護理。例如：您的既有病症或不可預見的疾病或傷害可能突然發作。

在我們計劃服務區域內的緊急需求護理

我們僅會在以下情況下承保緊急需求護理：

- 您可以從網絡醫療服務提供者獲得此護理，**並且**

您遵循本章中所述的規則。

如果基於您的時間、地點或情況而不可能前往網絡醫療服務提供者處或前往網絡醫療服務提供者處不合理，我們會承保您從網絡外服務提供者獲得的緊急需求護理。

如需索取隸屬於您醫師團體之緊急護理中心的最新名單，請聯絡您的PCP。您也可以前往 blueshieldca.com/find-a-doctor 搜尋您所在區域的緊急護理中心。

我們計劃服務區域之外的緊急需求護理

當您在我們計劃的服務區域外時，您可能無法獲得網絡醫療服務提供者提供的護理。在該情況下，我們的計劃會承保您從任何醫療服務提供者處取得的緊急需求護理。不過，即使您在我們計劃的服務區域外或我們的網絡暫時無法提供服務，具有醫療必要性的例行醫療服務提供者看診（如年度健康檢查）也不被視為緊急需求護理。

在以下情況下，我們的計劃會承保全球急救和緊急需求護理，或美國及其領土以外的急救或緊急需求護理，且沒有合計年度限額。要瞭解更多資訊，請參閱第4章第D節中「醫療福利表」中的「急救護理」和「緊急需求護理」。

如果您在美國及其領土以外地方時需要緊急護理，您每週七天，每天24小時皆可撥打免費電話(800) 810-2583或對方付費電話(804) 673-1177聯絡Blue Shield Global Core服務中心。有緊急情況時，請直接前往最近的醫院。您也應撥打會員識別卡背面的客戶服務部電話號碼。如需住院護理時，可利用本服務聯絡Blue Shield Global Core服務中心安排無現金服務。如果您安排無現金服務，您需負責支付通常應付的自付費用，例如不屬於承保範圍的收費與共付額。如果您未安排無現金服務，您將必須支付全部醫療費用並提交補償申請。

H3. 災難期間的護理

如果加州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣布您所在地理區域進入災難或緊急狀態，您仍有權獲得我們計劃提供的護理。

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



請瀏覽我們的網站，瞭解有關如何在宣布進入災難狀態期間獲得所需護理的資訊：
blueshieldca.com/emergencypolicy。

在宣布進入災難狀態期間，如果您無法使用網絡醫療服務提供者，您可以接受網絡外服務提供者的護理且以網絡內的費用分攤費率付費。如果您在宣布進入災難狀態期間無法使用網絡藥房，您可以在網絡外藥房配藥。請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解更多資訊。

I. 如果您直接收到承保服務的帳單該如何處理

如果您支付承保服務的費用或如果您為承保服務支付的金額超出了計劃的費用分攤金額，或如果您收到承保醫療服務全部費用的帳單，請參閱《會員手冊》第7章，以瞭解該怎麼做。

您的帳單不應由您自行支付。如果您自行支付，我們可能無法退款給您。

II. 如果我們的計劃不承保服務該怎麼做

我們的計劃承保所有以下服務：

- 被判定為具有醫療必要性，以及
- 是我們計劃「福利表」中列出的服務（請參閱本《會員手冊》的第4章），以及
- 您在遵循計劃規則的情況下所獲得的服務。

如果您接受的服務並非我們計劃承保的服務，除非是我們計劃之外的其他Medi-Cal計劃所承保的服務，否則您便要自行支付全額費用。

如果您想知道我們是否支付任何醫療服務或護理的費用，您有權詢問我們。您也有權以書面形式提出要求。如果我們表示我們不會支付您服務的費用，您有權對我們的決定提出上訴。

本《會員手冊》第9章說明在您希望我們承保某醫療服務或用品時該怎麼做。也會告訴您該如何對我們的承保決定提出上訴。請致電客戶服務部以瞭解更多有關您上訴權利的資訊。

我們會為某些服務支付費用，最高至特定上限。如果超出上限，您需要支付全額費用才能獲得更多此類服務。請參閱第4章，以瞭解具體福利上限。請致電客戶服務部，瞭解福利上限以及您已使用的福利金額。

J. 臨床調查研究中的醫療保健服務承保

J1. 臨床調查研究的定義

臨床調查研究（也稱為臨床試驗）是醫生測試新型醫療保健或藥物的一種方式。Medicare核准的臨床調查研究通常要求志願者參與研究。參加臨床調查研究期間，您可繼續參保本計劃並持續透過本計劃取得其餘的護理（與研究無關的護理）。

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



如果您想參加Medicare核准的任何臨床調查研究，您**無需**告訴我們或取得我們的核准，但我們建議您告訴我們或告訴您的基本保健服務提供者。基於此項研究而為您提供護理的醫療服務提供者**無需**是網絡醫療服務提供者。這不適用於需要臨床試驗或註冊以評估福利的承保福利，包括需要證據發展承保(Coverage with Evidence Development, NCD-CED)和研究裝置豁免(Investigational Device Exemption, IDE)研究的特定福利。這些福利也可能受預先授權和其他計劃規則的約束。

如果您計劃參加由Original Medicare為其參保者提供承保的臨床調查研究，我們希望您或您的護理協調員聯絡客戶服務部，讓我們知道您將參加臨床試驗。

J2. 您參加臨床調查研究時的服務付款

如果您自願參加Medicare核准的臨床調查研究，您**無需**為此研究承保的服務支付任何費用。Medicare會支付研究承保之服務的費用以及與您護理相關的例行費用。一旦您加入Medicare核准的臨床調查研究，您將獲得屬於此研究一部分之大多數服務與用品的承保。其中包括：

- 即使您未參加研究，Medicare也會支付的住院膳宿費用
- 屬於此研究調查一部分的手術或其他醫療程序
- 新護理任何副作用與併發症的治療。

如果您參加了Medicare**尚未**核准的研究，您必須支付參加此研究的任何費用。

J3. 關於臨床調查研究的更多資訊

您可以閱讀Medicare網站上的「Medicare & Clinical Research Studies」（Medicare與臨床調查研究），瞭解有關加入臨床調查研究的更多資訊(www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)。您也可以致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

K. 宗教性非醫療性質醫療保健機構如何承保您的醫療保健服務

K1. 宗教性非醫療性質醫療保健機構的定義

宗教性非醫療性質醫療保健機構是指提供通常在醫院或專業護理機構可獲得之護理的場所。如果在醫院或專業護理機構接受護理有違您的宗教信仰，我們會承保在宗教性非醫療性質醫療保健機構提供的護理。

本福利只適用Medicare A部份住院服務（非醫療性質醫療保健服務）。

K2. 宗教性非醫療性質醫療保健機構提供的護理

要接受宗教性非醫療性質醫療保健機構提供的護理，您必須簽署一份法律文件，聲明您反對接受「非法內」醫學治療。

- 「非法內」醫學治療是指**自願性**且聯邦、州或當地法律**未強制規定**的任何護理或治療。

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



- 「法內」醫學治療是指**非自願性**且聯邦、州或當地法律**強制規定**的任何護理或治療。

要獲得我們計劃的承保，您從宗教性非醫療性質醫療保健機構取得的護理必須符合下列條件：

- 提供護理的機構必須經Medicare認證。
- 本計劃僅承保護理的非宗教方面。
- 如果此機構是在一個設施中為您提供服務，則有下列條件：
 - 您必須患有會讓您取得住院護理或專業護理機構護理承保服務的病症。
 - 您入住該設施之前，必須先取得我們的核准，否則您的住院將**不會**獲得承保。

每次住院的承保天數沒有限制。要瞭解更多資訊，請參閱**第4章第D節**的「福利表」。

L. 耐用醫療設備(DME)

L1. 身為本計劃會員獲得DME

DME包括由醫療服務提供者開立醫囑之某些具有醫療必要性的用品，例如輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、由醫療服務提供者開立醫囑之在家使用的病床、靜脈(IV)輸液幫浦、語音生成裝置、氧氣設備與用品、噴霧器與助行器。

Medi-Cal會承保在家內外使用的用品（例如：Medi-Cal會承保在社區使用的助行裝置）。Medicare是符合雙重資格之個人的主要付款方，他們將DME承保範圍限定為需要在家中使用的設備。Medi-Cal會承保在家中和社區中使用所需的一些DME。身為符合雙重資格特殊需求計劃(Dual Eligible Special Needs Plan, DSNP)的會員，您有權根據Medicare和Medi-Cal標準獲得全範圍的DME承保。

您會獲得某些DME用品的所有權，例如義肢。

其他類型的DME，您則必須租用。身為我們計劃的會員，您通常**不會**獲得所租用之DME的所有權，無論您租用多久均是如此。

但在某些有限的情況下，我們會將DME用品的所有權轉讓給您。請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以瞭解更多資訊。

即使您在加入我們的計劃之前就在Medicare承保下連續使用DME長達12個月，您也**不會**取得此設備的所有權。

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



L2. 您轉換至Original Medicare時的DME所有權

在Original Medicare計劃中，租用某些類型DME的人士可在13個月後獲得DME的所有權。在Medicare Advantage(MA)計劃中，計劃可能會規定在獲得DME所有權之前必須先租用的月數。

身為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的會員，只要該承保DME具有醫療必要性並且經您的醫生核准，您就無需支付費用。您通常不會取得您租用之DME用品的所有權，無論您以計劃會員身份為該用品支付了多少次共付額，即使您在加入本計劃之前根據Original Medicare的規定已連續支付最多12次DME用品的費用也是如此。在某些有限的情況下，我們會將DME用品的所有權轉讓給您。請致電客戶服務部，以瞭解更多資訊。

附註：您可以在第12章中找到Original Medicare與MA計劃的定義。您也可以可以在《2026年Medicare與你》手冊中找到更多有關這些計劃的資訊。如果您沒有這本手冊，您可每週7天，每天24小時透過Medicare網站(www.medicare.gov/medicare-and-you)或致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)索取。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

如果您不再享有Medi-Cal，您必須在Original Medicare下連續支付13個月的款項，或者您必須按照MA計劃設定的連續付款次數支付款項才能獲得DME用品的所有權，前提是：

- 在您參保我們的計劃時，您並未獲得該DME用品的所有權，且
- 您退出我們的計劃並透過Original Medicare計劃或MA計劃以外的任何健康計劃獲得您的Medicare福利。

如果您在加入我們的計劃之前根據Original Medicare或MA計劃支付了DME用品的費用，則這些Original Medicare或MA計劃付款不會計入您退出我們的計劃後需要支付的款項。

- 您必須在Original Medicare下連續支付13次新付款，或按照MA計劃設定之連續支付新付款的次數後才能獲得DME用品的所有權。
- 即使當您重新加入Original Medicare或MA計劃時也不例外。

L3. 身為本計劃會員時的氧氣設備福利

如果您有資格獲得Medicare承保的氧氣設備，我們會承保：

- 氧氣設備租賃
- 氧氣與含氧成分輸送
- 用於輸送氧氣與含氧成分的管線與相關配件
- 氧氣設備的維護與修理

當氧氣設備對您而言不再具有醫療必要性或您退出我們的計劃時，您必須歸還氧氣設備。

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



L4. 當您轉換至Original Medicare或另一個Medicare Advantage(MA)計劃時的氧氣設備

當氧氣設備具有醫療必要性，且您退出我們的計劃並轉換至Original Medicare時，您可以從供應商處租用該設備36個月。您每月的租金包括氧氣設備以及上列用品與服務。如果您仍參保Medicare和Medi-Cal，則Medicare和Medi-Cal會支付這些款項。

如果在您租用氧氣設備36個月後氧氣設備具有醫療必要性，您的供應商必須提供：

- 額外24個月的氧氣設備、用品與服務
- 最多五年的氧氣設備與用品（如果具有醫療必要性）

如果五年期結束時氧氣設備仍然具有醫療必要性：

- 您的供應商不再需要提供設備，您可以選擇從任何供應商處獲取替換設備。
- 此時新的五年期就會開始。
- 您可從一個供應商處租用設備36個月。
- 然後，您的供應商會提供額外24個月的氧氣設備、用品與服務。
- 只要氧氣設備具有醫療必要性，每五年一個新的週期就會開始。

當氧氣設備具有醫療必要性，且您退出我們的計劃並轉換至另一個MA計劃時，此計劃將至少承保Original Medicare承保的內容。您可以詢問新的MA計劃他們會承保哪些氧氣設備與用品以及您的費用是多少。

第4章：福利表

簡介

本章會向您說明我們的計劃承保的服務，適用這些服務的任何限制或限額，以及您需為每項服務支付的費用，也會說明我們的計劃不承保的福利。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的新會員：在大多數情況下，您將在申請參保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan後的次月第一天，成為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan參保者，開始獲得Medicare福利。您仍可從之前的Medi-Cal健康計劃獲得額外一個月的Medi-Cal服務。之後，您將透過Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan獲得Medi-Cal服務。您的Medi-Cal承保將不會出現缺口。如果您有任何疑問，請致電聯絡我們：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

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



目錄

A. 您的承保服務和您的自付費用.....	70
B. 禁止醫療服務提供者向您收取服務費用的規定.....	70
C. 關於我們計劃的「福利表」.....	70
D. 我們計劃的「福利表」.....	76
F. 社區支援.....	141
G. 在我們計劃之外承保的福利.....	143
G1. 加州社區過渡(California Community Transition, CCT).....	143
G2. Medi-Cal牙科計劃.....	144
G3. 居家支援性服務(IHSS).....	144
G4. 1915(c)居家型和社區型服務(Home and Community Based Services, HCBS)豁免計劃 輔 助生活豁免計劃(Assisted Living Waiver, ALW).....	145
G5. 我們計劃外提供的縣立行為健康服務（心理健康和物質使用障礙服務）.....	147
H. 不屬於我們的計劃、Medicare或Medi-Cal承保範圍的福利.....	150



A. 您的承保服務和您的自付費用

本章會向您介紹我們的計劃承保的服務以及您需為每項服務支付的費用。您也會瞭解不屬於承保範圍的服務。有關藥物福利的資訊列於本《會員手冊》的**第5章**中。本章也會說明針對某些服務的限制。

對於某些服務，您必須支付稱為共付額的自付費用。這是您每次獲得此類服務時必須支付的固定金額（例如：\$5）。您需在取得此類醫療服務時支付共付額。

因為您獲得Medi-Cal的補助，所以只要您遵循我們計劃的規則，您就無需為承保服務支付任何費用。請參閱本《會員手冊》**第3章**，以瞭解有關我們計劃規則的詳情。

如果您需要協助以瞭解哪些服務屬於承保範圍，請致電聯絡您的護理協調員及/或客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

B. 禁止醫療服務提供者向您收取服務費用的規定

我們不允許我們的醫療服務提供者向您收取網絡內承保服務的費用。我們會直接向我們的醫療服務提供者付款，並為您提供保護，讓您不必支付任何費用。即使我們向醫療服務提供者支付的費用低於醫療服務提供者針對服務收取的費用，也是如此。

您永遠不該收到醫療服務提供者針對承保服務開立的帳單。如果您收到帳單，請參閱本《會員手冊》**第7章**或致電客戶服務部。

C. 關於我們計劃的「福利表」

「福利表」會說明我們計劃支付費用的服務，以及您需為每項服務支付的自付費用。（藥物承保的說明在**第5章**中。）「福利表」按字母順序列出承保服務並逐一提供說明。

在滿足以下規定時，我們會承保「福利表」中列出之服務的費用。只要您符合下列規定，您就不需為「福利表」中列出的服務支付任何費用。

- 我們根據Medicare和Medi-Cal制定的規則，提供屬於承保範圍的Medicare和Medi-Cal承保服務。
- 這些服務（包括醫療護理、行為健康和物質使用障礙服務、長期服務與支援、用品、設備、藥物）都必須具有「醫療必要性」。醫療必要性是指為了預防、診斷或治療醫療病症或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。其中包括讓您免於住院或住進護理機構的護理。也表示服務、用品或藥物都符合公認的醫療執業標準。當保護生命、預防重大疾病或重大殘障或減輕劇烈疼痛有其合理性與必要性時，服務就具有醫療必要性。

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

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



- 對於新參保者，在最初90天內，我們不得要求您針對任何進行中的療程事先取得核准，即使療程是始於網絡外服務提供者提供的服務也是如此。
- 您需從網絡醫療服務提供者獲得您的護理。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。在大多數情況下，除非是急診或緊急需求護理，或除非我們的計劃或網絡醫療服務提供者已為您提供轉診，否則您從網絡外服務提供者獲得的護理將不會獲得承保。這表示，您可能需要向醫療服務提供者全額支付您所接受之網絡外服務的費用。本《會員手冊》第3章提供了更多有關使用網絡內外醫療服務提供者的資訊。
- 您會獲得基本保健服務提供者(PCP)或護理團隊，他們會為您提供和管理護理。在大多數情況下，如果您要使用不是您PCP的醫療服務提供者，或使用我們計劃網絡中的其他醫療服務提供者，您必須先獲得PCP核准，之後才能使用。這稱為轉診。本《會員手冊》第3章提供了更多有關取得轉診以及何時不需要轉診的資訊。
- 只有當您的醫生或其他網絡醫療服務提供者先獲得我們的核准時，我們才會承保「福利表」中列出的某些服務。這稱為「預先授權」(Prior Authorization, PA)。我們在「福利表」中以斜體字表示需要PA的承保服務。
- 如果我們的計劃提供對療程PA申請的核准，該核准必須基於承保標準、您的病史以及提供治療之醫療服務提供者的建議，在醫療上合理且必要的期間內有效，以避免護理中斷。
- 和所有Medicare健康計劃一樣，我們會承保Original Medicare承保的所有內容。
(要瞭解有關Original Medicare承保範圍和費用的更多資訊，請瀏覽您的《2027年Medicare與你》手冊。您可以在網站www.Medicare.gov上線上瀏覽，或致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)索取一份手冊。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。)
- 如果Medicare在2027年期間增加任何新服務的承保，Medicare或我們的計劃都會承保這些服務。
- 如果您在視為持續擁符合資格的6個月期間失去Medi-Cal，我們將繼續提供Medicare Advantage Plan承保的所有Medicare福利。不過，您的Medi-Cal承保可能會比我們為您提供的Medicare承保更快終止。當您的Medi-Cal承保終止時，我們不會給付您的Medi-Cal福利。這也表示，您在失去Medi-Cal承保的月份中，您的共付額、保費和自付額等自付費用將變高。欲瞭解更多資訊並獲得Medi-Cal資格續期方面的幫助，請於週一至週五上午8時至下午5時聯絡Blue Shield雙重資格保留團隊，電話：(844) 378-4181（聽障和語障專線(TTY)：711）。
- 我們會協助您重新獲得您的Medi-Cal資格。如果您的Medi-Cal資格在您仍參保我們的計劃獲得Medicare承保期間恢復，我們將重新開始給付您的Medi-Cal福利，並且您將維持在我們計劃的參保狀態。如果您在我們將您自我們的Medicare承保退保後重新獲得Medi-Cal資格，您需要聯絡我們才能重新參保計劃。

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



為患有特定慢性病症的會員提供的重要福利資訊。

如果您有下列任何慢性病症並且符合特定醫療標準，您可能符合獲得食品與農產品福利的資格。食品與農產品福利是「針對慢性病患者的特別補充福利」(SSBCI)。但並非計劃的所有會員都符合資格。資格取決於符合「慢性病參保者」的定義以及本計劃下列慢性病症中的至少其中一種病症：

- 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙(Substance Use Disorder, SUD)
- 自體免疫疾病：
 - 結節性多發動脈炎
 - 風濕性多發性肌痛症
 - 多發性肌炎
 - 皮炎
 - 類風濕性關節炎
 - 全身性紅斑狼瘡
 - 乾癬性關節炎
 - 硬皮病
- 癌症
- 心血管疾病：
 - 心律不整
 - 冠狀動脈疾病
 - 周圍血管疾病
 - 瓣膜性心臟病
- 慢性心臟衰竭
- 失智症
- 糖尿病
- 過重、肥胖症與代謝症候群
- 慢性胃腸道疾病：
 - 慢性肝臟疾病
 - 非酒精脂肪肝疾病(Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)
 - B型肝炎
 - C型肝炎

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



- 胰腺炎
- 大腸激躁症
- 發炎性腸道疾病
- 慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD)：
 - 需要透析的CKD/末期腎臟病(ESRD)
 - 不需要透析的CKD
- 嚴重血液疾病：
 - 再生不良性貧血
 - 血友病
 - 免疫性血小板低下紫斑症
 - 骨髓造血細胞分化不良症候群
 - 鎌狀細胞疾病（不包括鎌狀細胞性狀）
 - 慢性靜脈血栓栓塞性疾病
- HIV/AIDS
- 慢性肺部疾病：
 - 哮喘、慢性支氣管炎
 - 囊狀纖維化
 - 肺氣腫
 - 肺纖維化
 - 肺動脈高壓
 - 慢性阻塞性肺病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- 慢性及失能心理健康病症：
 - 躁鬱症
 - 重度憂鬱症
 - 偏執性障礙
 - 思覺失調症
 - 精神分裂感情型障礙
 - 創傷後壓力症候群(Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)
 - 飲食失調
 - 焦慮症

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

- 神經系統疾病：
 - 肌萎縮側索硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)
 - 癲癇症
 - 廣泛性癱瘓（即半身癱瘓、四肢癱瘓、下肢癱瘓、單肢癱瘓）
 - 亨廷頓舞蹈症
 - 多發性硬化症
 - 帕金森氏症
 - 多發性神經病變
 - 纖維肌痛症
 - 慢性疲勞症候群
 - 脊髓損傷
 - 脊椎狹窄
 - 與中風相關的神經功能缺損
- 中風
- 器官移植後護理
- 免疫缺乏和免疫抑制疾病
- 與認知障礙相關的病症：
 - 阿茲海默症
 - 智力障礙和發育障礙
 - 創傷性腦損傷
 - 與認知障礙相關的傷殘性心理疾病
 - 輕微認知障礙
- 與功能性健康問題相關且需要類似服務的病症，包括以下各項：
 - 脊髓損傷
 - 癱瘓
 - 肢體喪失
 - 中風
 - 關節炎
- 損害視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性病症
- 需要持續治療服務的病症，以便個人維持或保持機能

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



- 本計劃將透過使用您醫生提供的資訊，或是聯絡您的醫生以索取其對您符合資格慢性病症的簽名聲明，來確認您是否有資格享有食品與農產品福利。
 - 一旦您被核定符合資格，請參閱連同您的Flex卡一起郵寄給您的《會員指南》。Flex卡是一張預存了合格津貼的消費卡，可協助支付承保福利費用。您的《會員指南》會說明預存到您Flex卡的可用津貼，該在何處查找有關您承保福利的額外詳情以及如何管理您的帳戶。
 - 如需有關此福利的更多資訊，請致電1-877-429-3245 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午8時至晚上8時。您也可以上網瀏覽 bscaflebenefits.com，以瞭解更多詳情。
- 如需更多詳情，請瀏覽下方「福利表」中的「針對慢性病患者的特別補充福利」。
 - 請與我們聯絡，確切瞭解您可能有的資格獲得哪些福利。

所有預防性服務均免費提供。這個蘋果圖示  顯示「福利表」中的預防性服務。

D. 我們計劃的「福利表」

	承保服務	您需支付的費用
	「歡迎加入Medicare」預防性門診 我們承保一次「歡迎加入Medicare」預防性門診。此次門診包括： • 檢查您的健康狀況， • 關於您需要之預防性服務（包括篩檢和預防針（或疫苗））的教育和諮詢，以及 • 針對其他護理的轉診（如果您需要）。 附註：我們只在您獲得Medicare B部份後最初12個月期間承保「歡迎加入Medicare」預防性門診。預約時，請告訴您醫生的診所您想預約「歡迎加入Medicare」預防性門診。	\$0
	C型肝炎病毒感染篩檢 如果您的基本保健醫生或其他符合資格的醫療保健服務提供者開立C型肝炎篩檢醫囑且您符合以下條件之一，我們便會承保一次C型肝炎篩檢： • 您處於高風險，因為您注射或曾注射違禁藥物。 • 您在1992年以前接受過輸血。 • 您出生於1945至1965年之間。 如果您出生於1945至1965年之間但不被視為高風險族群，我們會支付一次篩檢費用。如果您屬於高風險族群（例如：自您上一次C型肝炎篩檢結果顯示為陰性後，您一直在注射違禁藥物），我們會承保年度篩檢。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
 HIV篩檢 我們每12個月為以下人士支付一次HIV篩檢檢查的費用： • 要求進行HIV篩檢檢測的人士，或 • HIV感染風險升高的人士。 如果您懷孕，我們會在您懷孕期間支付最多三次HIV篩檢的費用。 當您醫療服務提供者建議時，我們也會支付額外HIV篩檢的費用。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
Medicare B部份藥物 這些藥物由Medicare B部份承保。我們的計劃會支付以下藥物的費用： • 您通常不會自己施打，而是由醫生、醫院門診或門診手術中心服務時注射或輸液的藥物 • 透過耐用醫療設備（例如具有醫療必要性的胰島素幫浦）提供的胰島素 • 您使用我們的計劃已授權之耐用醫療設備（例如噴霧器）服用/使用的其他藥物 • 經靜脈注射(IV)的阿茲海默症藥物Leqembi®（學名藥Lecanemab）除了藥物費用外，您在治療前及/或治療期間可能需要額外的掃描和測試。請與您的醫生討論，作為治療的一部分，您可能需要接受哪些掃描和測試。 • 您如果患有血友病而為自己注射的凝血因子 • 移植/免疫抑制藥物：如果Medicare已支付您的器官移植費用，Medicare會承保移植藥物治療。您在接受承保移植時必須擁有A部份，並且您在獲取免疫抑制藥物時必須擁有B部份。如果B部份不承保免疫抑制藥物，則Medicare D部份將提供承保 • 注射用的骨質疏鬆藥物。我們會支付這些藥物的費用（如果您無法出門、您有醫生證明與更年期後骨質疏鬆相關的骨折，且不能自行注射藥物） • 某些抗原：如果醫生準備好抗原，並由受到適當指導的人（可以是您，即病人）在適當的監督下使用抗原，Medicare會承保這些抗原 • 特定口服抗癌藥物：如果您透過口服方式服用的某些口服癌症藥物以注射劑形式提供，或該藥物是前體藥物（一種口服藥物，會在攝取後分解成出現在注射藥物中的相同活性成分），Medicare會承保您透過口服方式服用的口服癌症藥物。當有新的口服癌症藥物上市時，B部份可能會承保這些藥物。如果B部份不提供承保，則D部份會提供承保 <i>此福利說明下頁繼續</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
Medicare B部份藥物（續） • 口服抗噁心藥物：Medicare會承保您作為抗癌化療方案一部分而使用的口服抗噁心藥物，前提是這些藥物在化療前、化療時或化療後48小時內使用，或是作為靜脈抗噁心藥物的全方位治療替代方案使用。 • Medicare B部份承保的某些口服末期腎臟病(ESRD)藥物 • ESRD付款系統下的擬鈣劑與磷結合劑藥物，包括靜脈藥物Parsabiv[®]與口服藥物Sensipar • 特定居家透析藥物，包括肝素、肝素解毒劑（當具有醫療必要性時）以及局部麻醉劑 • 紅血球生成刺激劑：如果您有ESRD或需要該藥物來治療與特定其他病症相關的貧血（例如Epogen[®]、Procrit[®]、Epoetin Alfa、Aranesp[®]、Darbepoetin Alfa[®]、Mircera[®]或Methoxy polyethylene glycol-epotin beta），則Medicare會承保紅血球生成刺激劑注射劑 • 原發性免疫缺陷疾病居家治療用的免疫球蛋白靜脈(IV)注射劑 • 腸外與腸內營養（IV與管灌飲食） 我們的Medicare B部份也承保一些疫苗，而我們的Medicare D部份藥物福利承保大多數成人疫苗。 本《會員手冊》第5章會說明我們的藥物福利。該章節會說明您獲得處方藥承保必須遵循的規則。 本《會員手冊》第6章會說明您需為透過我們計劃取得的藥物支付的費用。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	



承保服務	您需支付的費用
 Medicare糖尿病預防計劃(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) 對於符合條件的會員，我們的計劃會支付MDPP服務的費用。MDPP旨在協助您增加健康行為。該計劃提供以下方面的實用訓練： • 長期飲食改變，以及 • 增加體能活動，以及 • 保持減重與健康生活方式的方法。	\$0
 子宮頸癌與陰道癌篩檢 我們會支付以下服務的費用： • 對於所有女性：每24個月一次子宮頸抹片檢查與骨盆檢查 • 對於屬於子宮頸癌或陰道癌高風險族群的女性：每12個月一次子宮頸抹片檢查 • 對於過去三年內子宮頸抹片檢查結果異常且處於生育年齡的女性：每12個月一次子宮頸抹片檢查 • 對於30至65歲女性：每五年一次人乳頭狀瘤病毒 (Human Papillomavirus, HPV)檢查，或子宮頸抹片檢查外加HPV檢查	\$0
 心血管疾病篩檢檢查 我們會每五年（60個月）支付一次檢查心血管疾病之血液檢測的費用。這些血液檢測也可以檢查由於心臟病高風險而導致的缺陷。	\$0

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

承保服務	您需支付的費用
心臟復健服務 我們會支付運動、教育與諮詢等心臟復健服務的費用。會員必須滿足特定條件並擁有醫生轉診。 如果您有至少以下一種病症，我們會承保這些綜合計劃： • 過去12個月內心臟病發作 • 冠狀動脈繞道手術 • 穩定的心絞痛（胸痛） • 心臟瓣膜修復或更換 • 冠狀動脈血管成形術（用於打開阻塞動脈的醫療程序）或冠狀動脈支架植入術（用於保持動脈暢通的程序） • 心臟或心肺移植 • 穩定的慢性心臟衰竭 承保限制： 您可以獲得最多36次心臟復健治療。您每天可以接受兩次治療（每次治療持續一小時），且計劃可以持續長達36週。如果您符合資格，您也許能夠接受額外36次治療，這些治療可分佈在更長的時間內進行。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
牙科服務 我們支付某些牙科服務的費用，包括但不限於口腔評估、3D牙科X光造影、牙冠和義齒。我們不承保的項目可透過Medi-Cal牙科計劃取得，詳情請見以下第G2節。 當某些牙科服務屬於會員主要醫療病症的特定治療時，我們會支付此服務的費用。例如：頷骨骨折或受傷後的重建、為準備涉及頷骨之癌症的放射治療而拔牙，或器官移植前的口腔檢查等。 此外，我們會承保一些綜合牙科服務*。牙科福利程序表（位於本章中「福利表」後）會顯示本福利承保的特定牙科程序。列出的程序若由網絡內持照牙醫提供，並且依據醫學上公認的牙科執業標準判定屬於必要與慣例服務時，即屬於承保福利。有關如何取得承保服務的資訊列於「牙科福利程序表」之後。 並非所有承保服務都適合每個人。您應該信賴您的網絡牙醫，相信他們會確定適合您的護理。特定牙科服務可能適用福利限制、預先授權及/或轉診。 某些牙科服務可透過Medi-Cal牙科計劃獲得。如需瞭解更多資訊，請瀏覽SmileCalifornia.org網站。Medi-Cal牙科計劃包括但不限於以下服務： • 初始檢查、X光造影、洗牙、密封劑與含氟治療 • 補牙與牙冠 • 根管治療 • 部分及全口義齒、調整、修復與假牙重襯 如需瞭解更多有關Medi-Cal牙科計劃提供之牙科福利的資訊，或需要尋找可接受Medi-Cal之牙醫方面的幫助，請撥打客戶服務專線：1-800-322-6384（聽障和語障人士可致電1-800-735-2922）。這是免費電話。Medi-Cal牙科計劃服務代表可在週一至週五上午8:00至下午5:00為您提供協助。您也可以瀏覽網站smilecalifornia.org/，以瞭解更多資訊。	Medicare承保的牙科服務費用為\$0。

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



承保服務	您需支付的費用
 用於HIV預防的暴露前預防性投藥(PrEP) 如果您沒有HIV，但您的醫生或其他醫療保健執業人員認為您感染HIV的風險較高，我們會承保暴露前預防性投藥(PrEP)和相關服務。 如果您符合資格，則承保服務包括： • FDA核准的口服或注射劑PrEP藥物，包括注射藥物的費用（如適用）。 • 每12個月提供最多八次個人諮詢服務（包括HIV風險評估、HIV風險降低和服藥依從性）。 • 每12個月最多八次HIV篩檢。 • 一次B型肝炎病毒篩檢。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
交通：非急診醫療運輸 此福利為由我們的計劃和Medicare承保的服務提供醫療交通服務，可包括：救護車、擔架廂型車、輪椅車醫療交通服務，以及與專車進行協調。 對於非急診醫療運輸和非醫療運輸，您每年最多可使用合計24次單程接送服務，以前往計劃核准之與健康相關的地點。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的24次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。 在以下情況下我們核准這些交通方式： • 您的醫療服務提供者判定您的醫療病症及/或身體狀況不允許您乘坐公車、私家車、計程車或其他形式的大眾或私人交通工具出行，並且 • 根據服務的不同，可能需要預先授權 交通服務安排由Call The Car負責。會員必須致電Call the Car：1-855-200-7544 [聽障和語障專線(TTY)：711]，每週七天，每天24小時皆提供服務。CTC Go行動應用程式可用於安排、編輯、追蹤及取消路邊到路邊接送、門到門接送與輪椅預約。CTC Go行動應用程式無法用於輪床運輸，您必須致電進行預約。交通服務必須至少在二十四(24)小時前預約。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
交通：非醫療運輸 對於非急診醫療運輸和非醫療運輸，您每年最多可使用合計24次單程接送服務，以前往計劃核准之與健康相關的地點。每趟行程不得超過70英里。 在用完您的24次單程接送服務後，Medi-Cal會承保前往核准地點的接送服務，次數不限。 此項福利允許乘坐私家車、計程車或其他形式的大眾/私人交通工具前往醫療服務地點。 使用交通服務是為了獲得Medi-Cal承保之所需的醫療護理而具有必要性，包括前往牙科預約地點和領取藥物。為Medi-Cal和Medicare兩者承保之服務提供的交通服務屬於承保範圍。 交通服務安排由Call the Car負責。請致電Call the Car：1-855-200-7544 [聽障和語障專線(TTY)：711]，每週七天，每天24小時皆提供服務。交通服務必須至少在二十四(24)小時前預約。Call The Car提供一款行動應用程式(CTC-Go)，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員可以用來協調醫療保健交通事宜。CTC-Go可讓您查看即將到來的預訂或過去的預訂、評價您的行程、追蹤您的司機、取消現有預訂以及安排新的預訂。CTC-Go可在iOS和Android上使用。請在您的應用程式商店中搜尋「CTC'Go」並下載應用程式。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。 可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0
 年度保健就診 您可以獲得年度身體檢查。這是根據您目前的風險因素制定或更新預防計劃。我們每12個月為此項就診支付一次費用。 附註：您的第一次年度保健就診不能在您的「歡迎加入 Medicare」就診後12個月內進行。不過，在您擁有B部份12個月後，就不需要先進行「歡迎加入 Medicare」就診也能進行年度保健就診。	\$0

承保服務	您需支付的費用
年度體檢* 除年度保健就診外，您也可以獲得每12個月接受一次例行體檢的承保。這次就診包括對您的病史與家族病史進行的全面審視、從頭到腳的詳細評估以及可能合適的服務、轉診與建議。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	\$0
成人社區服務(CBAS) CBAS是一項機構型門診服務計劃，民眾可以按照時間表參加。該服務提供專業護理、社會服務、治療（包括職業治療、身體治療與言語治療）、個人護理、家人/看護人員訓練與支援、營養服務、交通及其他服務。如果您符合資格標準，我們將支付CBAS的費用。要獲得CBAS資格方面的幫助，請在週一至週五上午8:00至下午6:00，致電聯絡您的Blue Shield護理協調員：1-888-548-5765。這是免費電話。 附註：如果沒有可用的CBAS機構，我們可以單獨提供這些服務。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
住院：非承保住院期間在醫院或專業護理機構(Skilled Nursing Facility, SNF)提供的承保服務 如果您已使用所有住院福利，或者此次住院不合理且不具有醫療必要性，則我們不會支付您的住院費用。 不過，即使在某些住院護理不屬於承保範圍的情況下，我們還是可能會支付您在醫院或護理機構期間所接受之服務的費用。要瞭解更多詳情，請聯絡客戶服務部。 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • 醫生服務 • 診斷檢測（如實驗室檢測） • X光造影、鐳與同位素治療，包括技師材料與服務 • 手術敷料 • 骨折與脫臼時使用的固定夾板、石膏與其他裝置 • 除牙科之外的義肢與矯正裝置，包括此類裝置的更換或維修。這類裝置可全部或部分替代： ○ 身體內部器官（包括鄰近組織），或 ○ 失能或機能異常之身體內部器官的機能。 • 腿部、手臂、背部與頸部支架、托架以及人造腿、手臂及眼睛。這包括因破損、磨損、遺失或您病症改變而需要的調整、維修與更換 • 物理治療、言語治療與職業治療 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

承保服務	您需支付的費用
住院護理 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • 雙人病房（具有醫療必要性時，則為單人病房） • 餐食，包括特殊飲食 • 定期護理服務 • 特殊護理病房的費用（例如加強護理或冠心病護理病房） • 藥物與用藥 • 實驗室檢測 • X光造影與其他放射科服務 • 所需的手術與醫療用品 • 器具，例如輪椅 • 手術室與恢復室服務 • 物理治療、職業治療和言語治療 • 住院物質濫用戒除服務 • 在某些情況下，以下類型的移植：角膜、腎臟、腎臟/胰臟、心臟、肝臟、肺臟、心/肺、骨髓、幹細胞與腸道/多臟器。 如果您需要移植，Medicare核准的移植中心將審查您的個案並決定您是否適合接受移植。移植醫療服務提供者可位於當地或位於服務區域外。如果當地移植醫療服務提供者願意接受Medicare費率，則您可以在本地或社區護理模式之外獲得移植服務。如果我們的計劃在我們社區的護理模式之外提供移植服務，並且您選擇在那裡接受移植，我們會為您與另一位人士安排或支付住宿費用及旅費。 • 血液，包括儲存與輸血。全血和包裝紅血球的承保限從您需要的第四品脫血液開始。您必須支付您在日曆年度內取得之前三品脫血液的費用，或使用您自己或其他人捐贈的血液。所有其他血液成分都從第一品脫開始承保。 此福利說明下頁繼續	\$0 當您的緊急情況穩定後，您必須獲得我們計劃的核准才能在網絡外醫院接受住院護理。

承保服務	您需支付的費用
住院護理（續） 醫師服務 附註：您的醫療服務提供者必須開立書面醫囑讓您正式住院，之後您才算是住院病人。即使您在醫院過夜，也仍可能被視為「門診病人」。如果您不確定自己是住院病人還是門診病人，請詢問醫院工作人員。 請瀏覽Medicare資訊表<i>Medicare Hospital Benefits</i>（《Medicare醫院福利》），網址Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf，或請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)取得更多資訊。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。	
 免疫接種 我們會支付以下服務的費用： - 肺炎疫苗 - 流感/流行性感冒預防針，每次秋冬流感/流行性感冒季節一次，如果具有醫療必要性，還可再加打流感/流行性感冒疫苗 - 如果您從未接種過完整系列的B型肝炎疫苗，不知道您的疫苗接種歷史，或者您有任何其他病症會讓您成為B型肝炎的中、高風險族群 - COVID-19疫苗 - 人乳頭狀瘤病毒(HPV)疫苗 - 其他疫苗（如果您有風險且疫苗符合Medicare B部份承保規則） 我們會支付符合Medicare D部份承保規則之其他疫苗的費用。請參閱本《會員手冊》第6章，以瞭解更多詳情。 我們也會根據免疫接種諮詢委員會(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)的建議支付所有成人疫苗的費用。	\$0

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



	承保服務	您需支付的費用
	戒煙 對於符合以下標準的人士，門診和住院期間的戒煙諮詢均屬於承保範圍： • 使用煙草，無論是否顯示與煙草相關疾病的徵兆或症狀。 • 在諮詢過程中有行為能力並保持清醒 • 由符合資格的醫師或其他經Medicare認可之醫療執業人員提供的醫療服務提供者諮詢 我們會每年承保兩次戒煙嘗試（每次嘗試可能包括最多四次中級或加強療程，每年最多八次）。	\$0
	足科服務 我們會支付以下服務的費用： • 足部傷害與疾病（例如槌狀趾或足跟骨刺）的診斷與醫療或手術治療 • 為患有糖尿病等影響腿部之疾病的會員提供的例行足部護理 • 例行（非Medicare承保）足部護理*會承保： ○ 切除或移除雞眼與老繭 ○ 趾甲修剪、剪切、剪除或清創 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。 可能需要轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0
	乳癌篩檢（乳房X光檢查） 我們會支付以下服務的費用： • 35至39歲之間一次基線乳房X光檢查 • 年滿40歲的女性每12個月一次篩檢性乳房X光檢查 • 每24個月一次臨床乳房檢查	\$0

承保服務	您需支付的費用
 使用低劑量電腦斷層掃描(low dose computed tomography, LDCT)進行的肺癌篩檢 如果您符合以下條件，我們的計劃會每12個月支付一次肺癌篩檢的費用： • 年齡介於50-77歲之間，並且 • 諮詢您的醫生或其他合格醫療服務提供者並共同作出決定，並且 • 每天至少吸一包煙已有20年歷史，但沒有肺癌跡象或症狀，或現在有抽煙的習慣或已在過去15年內戒煙 第一次篩檢後，我們的計劃會根據您醫生或其他合格醫療服務提供者的書面醫囑支付每年另一次篩檢的費用。對於肺癌篩檢，如果醫療服務提供者選擇提供肺癌篩檢諮詢和共同決策看診，此次看診必須符合此類看診的Medicare標準。	\$0
居家健康機構護理 在您獲得居家健康服務之前，醫生必須告訴我們您需要這些服務，並且這些服務必須由居家健康機構提供。您必須屬於無法出門的狀態，即表示您需要付出很大的努力才能外出。 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • 非全職或間歇性的專業護理和居家健康助理服務（要獲得居家醫療保健福利的承保，您的專業護理和居家健康助理服務總時數合計必須每天低於八小時，每週低於35小時。） • 物理治療、職業治療與言語治療 • 醫療與社會服務 • 醫療設備與用品 可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	每次承保居家健康訪視的費用為\$0。

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



承保服務	您需支付的費用
居家輸液治療 我們的計劃會支付居家輸液治療的費用，其定義為在家中將藥物或生物物質注入靜脈或在皮下施用。施行居家輸液需要以下用品： • 藥物或生物物質，例如抗病毒藥物或免疫球蛋白； • 設備，例如幫浦；以及 • 用品，例如管子或導管。 我們的計劃會承保居家輸液服務，其中包括但不限於： • 根據您的護理計劃提供的專業服務，包括護理服務； • 會員訓練與教育尚不包含在DME福利中； • 遠距監控；以及 • 由符合資格的居家輸液治療供應商提供之居家輸液治療與居家輸液藥物的監控服務。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	每次承保居家輸液治療訪視的共付額為\$0。
 性傳播感染(STI)篩檢與諮詢 我們會承保披衣菌、淋病、梅毒與B型肝炎的篩檢費用。孕婦及部分STI感染風險較高的民眾享有這些篩檢的承保。基本保健服務提供者必須開立檢測的醫囑。我們會每12個月承保這類測試一次，懷孕期間則在特定時間提供承保。 我們也會為有性生活且STI感染風險較高的成人每年最多兩次的面對面、高強度行為諮詢服務付費。每次服務時間可能是20至30分鐘。只有當基本保健服務提供者提供這些諮詢服務時，我們才會支付作為預防性服務而提供之這些資訊服務的費用。服務必須在基本保健場所進行，例如醫生的診所。	\$0

承保服務	您需支付的費用
 肥胖症篩檢與體重控制治療 如果您的身體質量指數達到30或更高，我們會為幫助您減重的諮詢付費。您必須在基本保健場所中接受諮詢。如此就可以使用完整的預防計劃來管理肥胖症。請詢問您的基本保健服務提供者以瞭解詳細資訊。	\$0
肺部復健服務 我們會為患有中度至極重度慢性阻塞性肺病(COPD)的會員支付肺部復健計劃的費用。您必須有由治療COPD的醫生或醫療服務提供者提供的肺部復健服務轉診。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
門診心理健康護理 我們會支付以下人員或機構提供之心理健康服務的費用： • 持有州政府執照的精神科醫生或醫生 • 臨床心理學家 • 臨床社工(Clinical Social Worker, CSW) • 臨床護理專家(CNS) • 持照專業諮商師(Licensed Professional Counselor, LPC) • 持照婚姻與家庭治療師(Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • 專科護理師(NP) • 醫師助理(PA) • 適用州法律允許之任何其他符合Medicare資格的心理健 康護理專業人員 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務 付費： • 診所服務 • 日間治療 • 心理社會復健服務 • 部分住院或加強門診計劃 • 個人與團體心理健康評估與治療 • 臨床表現顯示應評估心理健康結果時進行的心理測驗 • 為了監測藥物治療的門診服務 • 門診化驗、藥物、用品和補充劑 • 精神科諮詢 可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的 責任。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
門診手術 我們會為在醫院門診機構與門診手術中心提供的門診手術及服務付費。 附註：如果您要在醫院機構接受手術，您應向醫療服務提供者確認您將是住院病人還是門診病人。除非醫療服務提供者已開立書面醫囑要求您住院，否則您便是門診病人。即使您在醫院過夜，也仍可能被視為門診病人。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	門診手術中心或門診醫院機構每次就診費用為\$0。
門診物質使用障礙服務 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • 酒精濫用篩檢與諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格的臨床醫生提供之團體或個人諮詢 • 住宿戒癮計劃中的亞急性戒毒 • 加強門診治療中心的酒精及/或藥物戒癮服務 • 緩釋Naltrexone (vivitrol)治療 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	每次個人或團體治療就診費用為\$0
門診復健服務 我們會支付物理治療、職業治療與言語治療的費用。 您可以從醫院門診部、獨立治療師診所、綜合門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)及其他機構獲得門診復健服務。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
門診診斷檢測以及治療服務和用品 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • X光造影 • 放射線（鐳與同位素）療法，包括技師材料與用品 • 手術用品，例如敷料 • 骨折與脫臼時使用的固定夾板、石膏與其他裝置 • 實驗室檢測 • 血液，包括儲存與輸血 • 您的醫生或其他醫療保健服務提供者為了治療醫療病症所開立醫囑的診斷性非實驗室檢測，例如：電腦斷層掃描(Computed Tomography, CT)、核磁共振造影(Magnetic Resonance Imaging, MRI)、心電圖(Electrocardiogram, EKG)、正電子斷層掃描(Positron Emission Tomography, PET)。 • 其他門診診斷檢測 可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
門診醫院服務 我們會為您因診斷或治療疾病或傷害而在醫院門診部接受之具有醫療必要性的服務付費，例如： • 在急診部門或門診診所接受的服務，例如門診手術或觀察服務 • 醫院收費的化驗與診斷檢測 • 心理健康護理，包括部分住院計劃的護理，前提是醫生證明沒有此護理就需要住院治療 • 醫院收費的X光造影與其他放射科服務 • 醫療用品，例如固定夾板與石膏 • 您無法自行施打的某些藥物和生物製劑 可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0
門診醫院觀察 我們會支付門診醫院觀察服務的費用。該服務的目的是判定您是否需要住院，或是否可以出院。 這些服務必須符合Medicare標準並且需被視為是合理且必要的服務。觀察服務僅在依據醫師的醫囑，或依根據州法及醫院工作人員章程取得授權之其他人員的醫囑（此授權涵蓋核准住院或開立門診檢測醫囑）提供時，才屬於承保範圍。 附註：除非醫療服務提供者已開立書面醫囑要求您住院，否則您便是門診病人。即使您在醫院過夜，也仍可能被視為門診病人。如果您不確定自己是否是門診病人，請詢問醫院工作人員。 請瀏覽Medicare資訊表<i>Medicare Hospital Benefits</i>（《Medicare 醫院福利》），網址Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf取得更多資訊 可能需要轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
非Medicare承保的視力保健（從網絡醫療服務提供者處獲取）* 承保服務包括： • 例行眼睛檢查，包括屈光檢查與眼鏡鏡片處方。 如果醫療服務提供者建議額外程序，您需負責支付該額外費用。隱形眼鏡檢查需支付額外費用。您需負責支付該額外費用。 • 鏡框。 • 眼鏡鏡片或隱形眼鏡。如果您選擇眼鏡鏡片，您可以選擇單焦點、帶分界線雙焦點、帶分界線三焦點和透鏡式鏡片。如果您選擇未列出的其他鏡片或附加鏡片處理，即使總費用仍在津貼範圍內，您也需支付額外費用。 無需預先授權（事先核准）。請使用《視力服務目錄》或前往此網址blueshieldca.com/find-a-doctor查找參與視力服務計劃(Vision Service Plan, VSP)（Blue Shield視力服務計劃管理者）網絡的醫療服務提供者。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	如果您使用網絡醫療服務提供者，您為每年一次的檢查支付的費用為\$0。 如果您使用網絡醫療服務提供者，您為每2年取得一次的鏡框（最高零售價上限為\$500）支付的費用為\$0。如果您選擇的鏡框價格超過\$500，您需負責支付差價。 當您使用網絡醫療服務提供者時，您為每2年取得的一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及材料最高價格上限為\$500）支付的費用為\$0。從非參與計劃的醫療服務提供者處取得的服務不屬於承保範圍。如果服務及材料費用超過\$500，您需負責支付差價。

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

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



承保服務	您需支付的費用
非處方(OTC)用品* 福利包括： • 您每季可享有合計\$240的津貼，可用於購買符合條件的OTC用品以及食品與農產品（若符合資格條件）。 • 此福利承保與健康相關的OTC用品，例如阿斯匹靈、維他命、感冒藥與咳嗽藥，以及繃帶。 • 此福利不承保與健康無關用途的OTC用品。 • 您可以透過《OTC用品目錄》或在參與計劃的零售地點購買符合條件的OTC用品。 • 此津貼不能與您每年\$1,500的非Medicare承保聽力服務津貼合併使用。 • 此福利於每個季度的第一天（1月1日、4月1日、7月1日和10月1日）生效，任何未使用的津貼無法按季遞延。 • 一旦您用完您的季度津貼，您將負責支付您所購買之用品的所有費用，直到下個季度開始為止。 您將收到連同您的Flex卡一併郵寄給您的《會員指南》。Flex卡是一張預存了合格津貼的消費卡，可協助支付承保福利費用。您的《會員指南》會說明預存到您Flex卡的可用津貼，該在何處查找有關您承保福利的額外詳情以及如何管理您的帳戶。 您可以購買符合條件的OTC用品： • 在《OTC用品目錄》中 - ◦ 致電 - 致電1-877-429-3245 [聽障和語障專線 (TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午8時至晚上8時。 ◦ 線上 - 上網bscaflexbenefits.com。 ◦ 透過行動應用程式 - 在您的應用程式商店中搜尋「myTotal Benefits」並下載該應用程式。 請參閱《OTC用品目錄》，查看合條件之OTC用品的清單，並瞭解訂購說明和限制。由於您的餘額已預存到您的帳戶，因此透過目錄進行訂購時無需使用您的Flex卡。訂購用品不另收運送費。請等待大約5至7個工作日的遞送時間。如果您使用郵政信箱作為寄送地址，請等待大約7至10個工作日。 此福利說明下頁繼續	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
非處方(OTC)用品* (續) 親自購買 - 帶著您的Flex卡前往任何參與計劃的零售地點。 要尋找參與計劃的零售地點，請在線上登入您的帳戶或登入手機應用程式，然後在「Find Stores」（尋找商店）下進行搜尋。當您在商店購物時，若您想在結帳前確認一項OTC用品是否符合資格，請在行動應用程式中掃描產品條碼以立即查詢資格。否則，在結帳時掃描也可自動確認資格。 如果您有任何疑問，請致電1-877-429-3245 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午8時至晚上8時。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	
 前列腺癌篩檢檢查 對於年滿50歲的男性，我們會每12個月支付一次以下服務的費用： - 直腸指診 - 前列腺特异性抗原(Prostate Specific Antigen, PSA)測試	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
急救護理 急救護理是指以下服務： • 由接受過急診服務訓練的醫療服務提供者提供， • 是治療緊急醫療情況所需。 緊急醫療情況是指疾病、傷害、劇痛或迅速惡化的醫療病症。該病症非常嚴重，如果不立即就醫，任何具有一般健康和醫學知識的人都可能預料到會導致以下後果： • 對您或您腹中胎兒的健康構成嚴重威脅；或 • 嚴重損害身體機能；或 • 任何身體器官嚴重失能；或 • 失去肢體或肢體機能喪失。 • 如果是臨產孕婦，則是發生下列情況時： ○ 沒有足夠時間能在分娩前安全地將您轉送到另一間醫院。 ○ 轉送過程可能會對您或您腹中胎兒的健康或安全構成威脅。 全球承保* 您每年在美國及其領土以外接受的急救護理或緊急需求服務沒有合計年度限額。 *美國及其領土以外的服務不適用於本計劃的最高自付上限。	\$0 如果您在網絡外醫院接受急救護理，並在緊急情況穩定後需要住院護理，您必須獲得計劃針對住院的核准。 全球承保共同保險金20%（如果一天內因為同一病症住院，則可免除共同保險金）。



承保服務	您需支付的費用
耐用醫療設備(DME)與相關用品 請參閱本《會員手冊》第12章，以瞭解「耐用醫療設備(DME)」的定義。 我們會承保以下項目： • 輪椅，包括電動輪椅 • 拐杖 • 電動床墊系統 • 床墊適用的乾式壓力墊 • 糖尿病用品 • 由醫療服務提供者開立醫囑在家使用的病床 • 靜脈(IV)輸液幫浦與輸液桿 • 語音生成裝置 • 氧氣設備與用品 • 噴霧器 • 助行器 • 標準弧形手柄或四腳叉手杖與替換用品 • 頸椎牽引（門懸式） • 骨刺激器 • 透析護理設備 也可能承保其他用品。 我們會支付Medicare與Medi-Cal通常支付的所有具有醫療必要性之DME的費用。如果您所在區域的供應商不銷售某一品牌或製造商的產品，您可以詢問他們是否可以為您特別訂購。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0



承保服務	您需支付的費用
 降低心血管疾病風險就診（心臟病治療） 如果您前往您基本保健服務提供者(PCP)處就診以幫助降低您患心臟病的風險，我們每年會支付您一次就診的費用，如果具有醫療必要性，則支付多次就診的費用。在就診期間，您的醫生可能： • 建議使用阿斯匹靈、 • 檢查您的血壓，及/或 • 提供建議以確保您有良好的飲食習慣。	\$0
哮喘預防性服務 哮喘控管不良的人士可以接受哮喘教育與居家環境評估，以找出家中常見的觸發誘因。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
家庭生育計劃服務 法律允許您選擇任何醫療服務提供者（無論是網絡醫療服務提供者還是網絡外服務提供者）來提供某些家庭生育計劃服務。這是指任何醫生、診所、醫院、藥房或家庭生育計劃辦公室。 我們會支付以下服務的費用： • 家庭生育計劃檢查與醫學治療 • 家庭生育計劃實驗室與診斷檢測 • 家庭生育計劃方法（子宮內避孕器(Intrauterine Contraceptive/Intrauterine Device, IUC/IUD)、植入劑、注射劑、避孕藥、避孕貼或避孕環） • 需要處方的家庭生育計劃用品（保險套、避孕海綿、避孕泡沫、避孕軟膜、避孕隔膜、子宮帽） • 有限的生育服務，例如有關生育意識技巧的諮詢與教育、及/或孕前健康諮詢、檢測與性傳播感染(Sexually Transmitted Infections, STI)治療 • HIV與AIDS以及其他與HIV相關病症的諮詢與檢測 • 永久性避孕（您必須年滿21歲才能選擇這種家庭生育計劃方法。您必須在手術日期前30天至180天之間簽署聯邦絕育同意書。） • 遺傳諮詢 我們也會支付一些其他家庭生育計劃服務的費用。不過，您必須使用我們醫療網中的醫療服務提供者來提供以下服務： • 不孕症病症治療（此服務不包括人工受孕。） • AIDS與其他HIV相關病症的治療 • 遺傳檢測	\$0



承保服務	您需支付的費用
脊椎矯正服務 我們會支付以下服務的費用： • 脊椎調整以矯正錯位 <i>可能需要轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i> 脊椎矯正服務（非Medicare承保）* 承保服務包括： • 初始檢查和後續檢查 • 脊椎矯正調整 • 輔助性治療 • X光造影（僅限脊椎矯正） 非Medicare承保服務由American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)參與計劃的醫療服務提供者提供。承保服務必須由ASH Plans判定為具有醫療必要性。如需更多資訊，或欲查找ASH Plans參與計劃的醫療服務提供者，請致電ASH Plans，電話：(800) 678-9133 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為4月1日至9月30日，週一至週五，太平洋時間上午5時至晚上8時；10月1日至3月31日，週日至週六，太平洋時間上午8時至晚上8時。您也可以致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部，或瀏覽blueshieldca.com/find-a-doctor，查找ASH Plans參與計劃的醫療服務提供者。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	\$0 \$0（非Medicare承保服務的承保限每年最多12次就診。）

承保服務	您需支付的費用
送餐到府* 在您從住院醫院或專業護理機構出院後，我們會承保： • 每次出院後22份正餐與10份點心 • 正餐和點心將根據需要分為最多兩次配送 • 承保僅限於每年兩次出院 如需瞭解更多資訊，請致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員服務部（電話號碼列印在本文件封底）。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	每次承保送餐到府的費用為\$0。
 酒精濫用篩檢與諮詢 我們為濫用酒精但不依賴酒精的成年人支付一次酒精濫用篩檢(SABIRT)的費用。包括孕婦在內。 如果您的酒精濫用篩檢結果呈陽性，您每年可以與合格基本保健服務提供者(PCP)或醫療執業人員在基本保健場所中進行最多四次面對面的簡短諮詢（前提是您必須在諮詢過程中能夠保持清醒）。	\$0



承保服務	您需支付的費用
針灸 我們會在任何一個日曆月內最多支付兩次門診針灸服務的費用；如果具醫療必要性，則可以支付更多次服務的費用。 如果您患有慢性腰痛，我們還會支付90天內最多12次針灸就診的費用。慢性腰痛的定義如下： • 持續12週或更長時間； • 沒有特異性（找不到全身性原因，例如與轉移、發炎或傳染病無關）； • 與手術無關； • 與懷孕無關。 此外，如果您的慢性腰痛有所改善，我們還會額外支付八次針灸的費用。您每年接受的慢性腰痛針灸治療次數不得超過20次。 如果您沒有好轉或病情惡化，則必須停止針灸治療。 對於醫療服務提供者的要求： 醫師可以按照適用的州政府要求提供針灸服務。 醫師助理(PA)、專科護理師(NP)/臨床護理專家(CNS)和輔助人員，如果符合所有適用的州政府要求並且具有以下資格即可提供針灸服務： • 擁有由針灸與東方醫學認證委員會(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM)認可之學校所授予的針灸或東方醫學碩士或博士學位；以及 • 可在美國的州、領土或自由邦（即波多黎各）或哥倫比亞特區提供針灸服務之目前有效且完整、不受限制的針灸執業執照。 提供針灸服務的輔助人員必須依照我們的規定，接受醫師、PA或NP/CNS適當級別的監督。 此福利說明下頁繼續	\$0



承保服務	您需支付的費用
針灸（續） 承保服務透過American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans)參與計劃的醫療服務提供者提供。如需更多資訊，或欲查找ASH Plans參與計劃的醫療服務提供者，請致電ASH Plans，電話：(800) 678-9133 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為4月1日至9月30日，週一至週五，太平洋時間上午5時至晚上8時；10月1日至3月31日，週日至週六，太平洋時間上午8時至晚上8時。您也可以致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部，或瀏覽blueshieldca.com/find-a-doctor，查找ASH Plans參與計劃的醫療服務提供者。	

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



承保服務	您需支付的費用
針對慢性病患者的特別補充福利 食品與農產品* 如果您被核定為符合資格，本計劃包括為患有特定慢性病症的會員提供之食品與農產品福利。福利包括： ● 您每季可享有合計\$240的津貼，可用於購買健康且營養的食品與農產品（若符合資格條件），以及非處方(OTC)用品。 ● 您可以向當地參與計劃的零售商購買符合資格的食品與農產品，幫助您維持健康飲食並支持您的營養需求。 ● 此津貼不能與您每年\$1,500的非Medicare承保聽力服務津貼合併使用。 ● 此福利於每個季度的第一天（1月1日、4月1日、7月1日和10月1日）生效，任何未使用的津貼無法按季遞延。 ● 一旦您用完您的季度津貼，您將負責支付您所購買之用品的所有費用，直到下個季度開始為止。 此福利的資格要求（並非所有會員都符合資格）是您必須患有至少以下一種慢性病症： ● 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙(Substance Use Disorder, SUD) ● 自體免疫疾病： ○ 結節性多發動脈炎 ○ 風濕性多發性肌痛症 ○ 多發性肌炎 ○ 皮膚炎 ○ 類風濕性關節炎 ○ 全身性紅斑狼瘡 ○ 乾癬性關節炎 ○ 硬皮病 ● 癌症 ● 心血管疾病： ○ 心律不整 ○ 冠狀動脈疾病 ○ 周圍血管疾病 ○ 瓣膜性心臟病 此福利說明下頁繼續	

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



承保服務	您需支付的費用
針對慢性病患者的特別補充福利（續） • 慢性心臟衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 過重、肥胖症與代謝症候群 • 慢性胃腸道疾病： ○ 慢性肝臟疾病 ○ 非酒精脂肪肝疾病(Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) ○ B型肝炎 ○ C型肝炎 ○ 胰腺炎 ○ 大腸激躁症 ○ 發炎性腸道疾病 • 慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease, CKD)： ○ 需要透析的CKD/末期腎臟病(ESRD) ○ 不需要透析的CKD • 嚴重血液疾病： ○ 再生不良性貧血 ○ 血友病 ○ 免疫性血小板低下紫斑症 ○ 骨髓造血細胞分化不良症候群 ○ 鎌狀細胞疾病（不包括鎌狀細胞性狀） ○ 慢性靜脈血栓性阻塞性疾病 • HIV/AIDS • 慢性肺部疾病： ○ 哮喘、慢性支氣管炎 ○ 囊狀纖維化 ○ 肺氣腫 ○ 肺纖維化 ○ 肺動脈高壓 ○ 慢性阻塞性肺病(COPD) <i>此福利說明下頁繼續</i>	



承保服務	您需支付的費用
針對慢性病患者的特別補充福利（續） ● 慢性及失能心理健康病症： ○ 躁鬱症 ○ 重度憂鬱症 ○ 偏執性障礙 ○ 思覺失調症 ○ 精神分裂感情型障礙 ○ 創傷後壓力症候群(Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) ○ 飲食失調 ○ 焦慮症 ● 神經系統疾病： ○ 肌萎縮側索硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) ○ 癲癇症 ○ 廣泛性癱瘓（即半身癱瘓、四肢癱瘓、下肢癱瘓、單肢癱瘓） ○ 亨廷頓舞蹈症 ○ 多發性硬化症 ○ 帕金森氏症 ○ 多發性神經病變 ○ 纖維肌痛症 ○ 慢性疲勞症候群 ○ 脊髓損傷 ○ 脊椎狹窄 ○ 與中風相關的神經功能缺損 ● 中風 ● 器官移植後護理 ● 免疫缺乏和免疫抑制疾病 ● 與認知障礙相關的病症： ○ 阿茲海默症 ○ 智力障礙和發育障礙 ○ 創傷性腦損傷 ○ 與認知障礙相關的傷殘性心理疾病 ○ 輕微認知障礙 <i>此福利說明下頁繼續</i>	



承保服務	您需支付的費用
針對慢性病患者的特別補充福利（續） - 與功能性健康問題相關且需要類似服務的病症，包括以下各項： - 脊髓損傷 - 癱瘓 - 肢體喪失 - 中風 - 關節炎 - 損害視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性病症 - 需要持續治療服務的病症，以便個人維持或保持機能 本計劃將透過使用您的醫生所提供的資訊，或是聯絡您的醫生以便索取其對您的合資格慢性病症的簽署聲明，來確認您是否享有食品與農產品福利。 您將收到連同您的Flex卡一併郵寄給您的《會員指南》。Flex卡是一張預存了合格津貼的消費卡，可協助支付承保福利費用。您的《會員指南》會說明預存到您Flex卡的可用津貼，該在何處查找有關您承保福利的額外詳情以及如何管理您的帳戶。 如需有關此福利的更多資訊，請致電1-877-429-3245 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午8時至晚上8時。您也可以上網瀏覽bscaflexbenefits.com，以瞭解更多詳情。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	
 骨質密度測量 我們為符合資格的會員（通常是有骨質流失風險或骨質疏鬆風險的人）支付某些程序的費用。這些程序可識別骨質密度、發現骨質流失或查明骨骼品質。 我們每24個月為此類服務支付一次費用，如果具有醫療必要性，則可以增加次數。我們還支付醫生檢視結果及提供意見的費用。	\$0

[illegible]

承保服務	您需支付的費用
 健康與保健教育計劃*（續） SilverSneakers 您的承保項目包括SilverSneakers提供的健身福利，其中包括： • 由參與計劃的健身房及社區地點組成的全國網絡，並且在特定地點提供團體健身課程和設施，您可按自己的喜好在多個地點報名加入。 • SilverSneakers LIVE™提供線上課程和座談會，每週7天，每天早晚、中午全天候供您使用 • SilverSneakers On-Demand™提供隨選線上健身、保健和運動課程影片，每週7天，每天24小時供您使用 • 行動應用程式透過SilverSneakersGO™，每週7天，每天24小時為您提供健身計劃、活動追蹤和您的會員識別號碼 • SilverSneakers Community可讓您與社區建立連結並取得現場及線上保健支援 請在silversneakers.com查找您的SilverSneakers識別號碼、健身地點和課程，開始享受這項福利。如果您對您的福利有其他疑問，請致電1-888-423-4632 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午5時至下午5時。 當您前往您選擇之參與計劃的健身地點時，工作人員會使用您的SilverSneakers識別號碼將您在他們的系統中進行註冊。您也可要求參觀該健身地點，以瞭解所提供的設施及教室位置。 對於希望在家中開始運動或因受傷、生病或無法出門而無法前往參與計劃之健身地點的會員，我們提供居家健身套件。 會員每年可以選擇一個套件，每個套件包括快速開始指南。可提供的健身套件包括： • 步行 - 包括一個計步器。 • 塑形訓練 - 包括一個健身球。 • 力量訓練 - 包括一個彈力帶。 • 瑜珈 - 包括一個瑜珈帶。 在開始運動計劃之前，請務必先諮詢您的醫生。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
專業護理機構(SNF)護理 請參閱第12章，查詢專業護理機構護理的定義。 我們會為以下服務付費，也許也會為下方未列出的其他服務付費： • 雙人房，或單人房（如果具有醫療必要性） • 餐食，包括特殊飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療與言語治療 • 作為您護理計劃一部分提供的藥物，包括體內天然存在的物質，例如凝血因子 • 血液，包括儲存與輸血 • 由SNF提供的醫療和手術用品 • SNF進行的實驗室檢測 • 由護理機構提供的X光造影與其他放射科服務 • 器具，例如通常由護理機構提供的輪椅 • 醫師/醫療服務提供者服務 您通常需從網絡機構獲得SNF護理。在特定情況下，您也許可以從不在我們網絡內的機構獲得護理。如果以下機構接受我們計劃的付款金額，您可以接受這些機構的護理： • 您在住院前居住的護理機構或持續護理退休社區（前提是其提供護理機構護理） • 您出院時您的配偶或同居伴侶居住的護理機構 可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0

承保服務	您需支付的費用
救護車服務 承保的救護車服務，無論是急診或非急診情況，包括地面和空中（飛機和直升機）。救護車將載您前往距離最近且可為您提供護理的場所。 您的病症必須十分嚴重，以至於以其他方式前往醫療地點都可能會對您的健康或生命造成威脅。 針對其他情況（非緊急）的救護車服務則必須獲得我們的核准。如果是非急診情況，我們可能會支付救護車的費用。您的病症必須十分嚴重，以至於以其他方式前往醫療地點都可能會對您的生命或健康造成威脅。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
部分住院服務與加強門診服務 部分住院治療是一種積極精神治療的結構化計劃，作為醫院門診服務提供或由社區心理健康中心提供，其強度高於您在醫生、治療師、持照婚姻與家庭治療師(LMFT)或持照專業諮詢師診所接受的護理。這種治療可讓您不必住院。 加強門診服務是一種積極行為（心理）健康治療的結構式計劃，透過醫院門診服務、社區心理健康中心、聯邦核准的健康中心或鄉村健康診所提供，其強度高於您在醫生、治療師、LMFT或持照專業諮詢師診所接受的護理，但低於部分住院護理。 附註：因為我們網絡內沒有社區心理健康中心，所以我們只按醫院門診服務來承保部分住院。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
陪產員服務 對於孕婦，我們會為產前和產後期間九次陪產員探訪及臨產與分娩期間提供的支援支付費用。還可能額外提供最多九次的產後服務。	\$0

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



	承保服務	您需支付的費用
	結腸直腸癌篩檢 我們會支付以下服務的費用： - 結腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制；非高風險病人為每120個月（10年）一次；或，非結腸直腸癌高風險病人在前次軟式乙狀結腸鏡檢查後為48個月一次，高風險病人在前次篩檢性結腸鏡檢查後為每24個月一次。 - 對於年滿45歲且並非結腸直腸癌高風險的病人，如果離前次電腦斷層結腸造影檢查的月份至少已過至少59個月，或離前次軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查的月份已過47個月，則可獲得電腦斷層結腸造影檢查的承保。對於結腸直腸癌的高風險病人，在離前次篩檢性電腦斷層結腸造影檢查或前次篩檢性結腸鏡檢查月份之後已過至少23個月，則可獲得電腦斷層結腸造影檢查的付款。 - 年滿45歲的病人適用之軟式乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險病人，在接受篩檢性結腸鏡檢查後為每120個月一次。對於高風險病人，在前次軟式乙狀結腸鏡檢查或電腦斷層結腸造影檢查後為每48個月一次。 - 年滿45歲的病人適用之篩檢性糞便潛血檢查。每12個月一次。 - 對於45歲至85歲且不符合高風險標準的病人提供多目標糞便DNA檢查。每三年一次。 - 對於45歲至85歲且不符合高風險標準的病人提供血液生物標誌物測試。每三年一次。 - 結腸直腸癌篩檢檢查包括一個後續篩檢性結腸鏡檢查。這是在Medicare承保的非侵入性糞便結腸直腸癌篩檢檢查結果呈陽性後所提供的檢查。 - 結腸直腸癌篩檢檢查包括預先排定的篩檢性軟式乙狀結腸鏡檢查或篩檢性結腸鏡檢查（涉及移除組織或其他物質），以及與該篩檢性檢查相關、因該篩檢性檢查而進行並在同一次臨床就診中執行的其他程序。 可能需要轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
腎臟疾病服務與用品 我們會支付以下服務的費用： - 旨在教授腎臟護理知識並幫助您作出適當護理決定的腎臟疾病教育服務。您必須患有第四期慢性腎臟病，並且您的醫生必須為您轉診。我們承保最多六次腎臟疾病教育服務。 - 門診透析治療，包括如《會員手冊》第3章中所述您暫時離開服務區域，或透析服務的醫療服務提供者暫時無法提供服務或您無法使用服務的情況下所接受的透析治療。 - 住院洗腎治療（如果您爲了接受特殊護理而住院） - 自行透析訓練（包括爲您及協助您在家進行透析治療的任何人提供的訓練） - 家庭透析設備與用品 - 某些居家支援性服務（例如：必要時由受過訓練的透析工作者查看您居家透析的情況、在遇到緊急情況時提供協助，以及檢查您的透析設備與供水）。 Medicare B部份會支付某些透析藥物的費用。請參閱此表中的「Medicare B部份藥物」，以瞭解詳情。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0



承保服務	您需支付的費用
 視力保健 我們會支付以下服務的費用： • 每年一次的例行眼睛檢查，以及 • 每兩年一次的眼鏡（鏡框和鏡片）最多\$100，或隱形眼鏡最多\$100。 我們會支付診斷和治療眼睛疾病和傷害之門診醫生服務的費用。例如：治療老年性黃斑部病變。 對於青光眼高風險人士，我們會支付每年一次青光眼篩檢的費用。青光眼高風險人士包括： • 有青光眼家族病史者 • 罹患糖尿病者 • 年滿50歲的非裔美國人 • 年滿65歲的西班牙語裔美國人 對於糖尿病病人，我們會每年支付一次糖尿病視網膜病變篩檢的費用。 每次白內障手術後，當醫生植入人工水晶體時，我們會支付一副眼鏡或隱形眼鏡的費用。 如果您接受兩次單獨的白內障手術，您必須在每次手術後配一副眼鏡。即使您在第一次手術後未配眼鏡，第二次手術後也不可一次配兩副眼鏡。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
義肢與矯正裝置及相關用品 義肢替換全部或部分身體部位或機能。包括但不限於： • 義肢與矯正裝置使用的測試、裝配或訓練 • 與結腸造口護理相關的結腸造口袋與用品 • 腸內與腸外營養，包括餵食用品組件、輸液幫浦、管子和適配器、溶液以及自行注射劑 • 心律調節器 • 支架 • 義肢鞋 • 人造手臂與人造腿 • 乳房假體（包括乳房切除術後的外科胸衣） • 替換全部或部分因疾病、受傷或先天缺陷而被移除或受損之外部面部身體部位的義肢 • 失禁乳膏與尿布 我們會為與義肢及矯正裝置相關的部分用品付費。我們也會為義肢及矯正裝置的修理或更換付費。 我們會在白內障移除或白內障手術後提供部分承保。有關詳細資訊，請參閱本表後面的「視力保健」。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
 腹主動脈瘤篩檢 我們會為風險族群支付一次性超音波篩檢費用。我們的計劃只有在您有特定風險因素且您取得醫師、醫師助理(Physician Assistant, PA)、專科護理師(Nurse Practitioner, NP)或臨床護理專家(Clinical Nurse Specialist, CNS)轉診時，才會承保這項篩檢。	\$0

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

承保服務	您需支付的費用
監督型運動治療(Supervised Exercise Therapy, SET) 我們會為患有症狀性週邊動脈疾病(Peripheral Artery Disease, PAD)的會員支付SET的費用，前提是這些會員由負責PAD治療的醫師提供PAD轉診。 我們的計劃會為下列服務支付費用： • 12週期間最多36次服務（需滿足所有SET要求） • 一段時間內額外36次服務（如果醫療保健服務提供者認為具有醫療必要性） SET計劃必須： • 為30至60分鐘的PAD治療性運動訓練計劃，適用於因血流不暢而腿部抽筋（跛行）的會員 • 在醫院門診場所或醫師診所進行 • 由接受過PAD運動療法訓練的合格人員提供，以確保益處大於傷害 • 由受過基本及進階生命支援技能訓練之醫師、醫師助理(PA)或專科護理師(NP)/臨床護理專家(CNS)直接監督 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0
精神病醫院的住院服務 我們會支付需要住院的心理健康護理服務。 • 如果您需要獨立精神病醫院的住院服務，我們會支付前190天的費用。之後，當地的縣立心理健康機構會支付具有醫療必要性之住院精神科服務的費用。超過190天之護理的授權由當地縣立心理健康機構協調。 ○ 190天限制不適用於在綜合醫院的精神科病房中提供之住院心理健康服務。 • 如果您年滿65歲，我們會支付您在心理疾病機構(Institute for Mental Diseases, IMD)接受之服務的費用。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0



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

承保服務	您需支付的費用
緩和療護 緩和療護屬於本計劃的承保範圍。緩和療護是針對患有嚴重疾病的患者提供的護理。緩和療護提供以病人及家人為中心的護理，透過預期、預防與治療病痛來改善生活品質。緩和療護不是臨終關懷，因此您不必符合六個月或更短預期壽命的條件即可獲得此項療護。緩和療護與治療/常規護理同時提供。 緩和療護包括以下項目： • 事前護理規劃 • 緩和療護評估與諮詢 • 護理計劃，包括所有獲得授權的緩和療護與治療護理（包括心理健康與醫療社會服務） • 由您的指定護理團隊提供的服務 • 護理協調 • 疼痛及症狀管理 如果您超過21歲，您可能不能同時接受臨終關懷和緩和療護。如果您正在接受緩和療護並符合接受臨終關懷的資格，您可隨時要求轉至臨終關懷。	\$0



承保服務	您需支付的費用
鴉片類藥物治療方案(Opioid Treatment Program, OTP)服務 我們的計劃透過OTP支付治療鴉片類藥物使用障礙(Opioid Use Disorder, OUD)之服務的費用，其中包括以下服務： • 接收活動 • 定期評估 • 美國食品與藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)核准的藥物，以及管理和為您提供這些藥物（如適用） • 物質使用諮詢 • 個人和團體治療 • 測試您體內的藥物或化學物質（毒理學檢測） <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

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



	承保服務	您需支付的費用
	糖尿病自我管理訓練、服務與用品 對於所有糖尿病患者（無論是否使用胰島素），我們都承保下列服務： • 監測血糖的用品，包括以下用品： ○ 血糖監測儀 ○ 血糖試紙 ○ 採血針裝置與採血針 ○ 用於檢查試紙與監測儀準確性的血糖控制溶液 • 對於有嚴重糖尿病足部疾病的糖尿病患者： ○ 一雙治療型客製鞋（包括鞋墊），包括試配，以及每個日曆年額外兩雙鞋墊，或 ○ 每年一雙加深鞋，包括試配和三雙鞋墊（不包括此類鞋具附帶的非客製可拆卸鞋墊） • 在某些情況下，我們會支付訓練費用以協助您管理糖尿病。要瞭解更多詳情，請聯絡客戶服務部。 糖尿病試紙與血糖監測儀的首選製造商是Abbott。FreeStyle®（Abbott製造）試紙與血糖監測儀無需由您的醫生向計劃事先取得核准（有時稱為「預先授權」）。由所有其他製造商生產的試紙與血糖監測儀則必須由您的醫生向計劃事先取得核准（「有時稱為「預先授權」）。連續血糖監測儀和用品（即感測器/接收器）需要預先授權。 <i>可能需要預先授權，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	\$0

承保服務		您需支付的費用
	糖尿病篩檢 如果您有以下任何風險因素，我們會支付此項篩檢的費用（包括空腹血糖檢查）： • 高血壓 • 膽固醇及三酸甘油酯濃度異常（血脂異常）病史 • 肥胖症 • 高血糖（葡萄糖）病史	\$0
	在其他一些情況下（例如您過重並且有糖尿病家族病史），測試可能會獲得承保。 自您最近一次糖尿病篩檢測試之日起，您可能資格每12個月進行最多兩次糖尿病篩檢。	\$0

承保服務	您需支付的費用
臨終關懷 如果您的醫療服務提供者與臨終關懷醫療主任判定您的病情符合末期預後，您有權選擇臨終關懷服務。這表示，您患有絕症並且您的生命預計只剩6個月或更少時間。您可以從經Medicare認證的任何臨終關懷計劃獲取護理。我們的計劃必須協助您在計劃服務區域中找到經Medicare認證的臨終關懷計劃，包括我們擁有、控制或有財務利益的計劃。您的臨終關懷醫生可以是網絡醫療服務提供者，也可以是網絡外服務提供者。 承保服務包括： • 用於治療症狀和疼痛的藥物 • 短期喘息護理 • 居家護理 當您入住臨終關懷機構時，您有權繼續參保我們的計劃。 對於臨終關懷服務，以及屬於Medicare A部份或Medicare B部份承保範圍、與末期預後相關且向Medicare開立帳單的服務： • Original Medicare（而不是本計劃）將支付臨終關懷服務提供者對提供的臨終關懷服務及與您絕症相關之任何A部份或B部份服務的費用。在參加臨終關懷計劃期間所使用的臨終關懷服務提供者會向Original Medicare收取Original Medicare需支付的費用。 我們的計劃承保但Medicare A部份或Medicare B部份不承保的服務： • 我們的計劃會承保Medicare A部份或Medicare B部份不承保的服務。無論這些服務是否與您的末期預後相關，我們都會承保這些服務。您無需為這些服務支付任何費用。 <i>此福利說明下頁繼續</i>	參加經Medicare認證的臨終關懷計劃時，您的臨終關懷服務及與您的末期預後相關之A部份和B部份服務會由Original Medicare支付費用，而不是由Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan支付費用。 臨終關懷諮詢服務（限一次）費用為\$0



承保服務	您需支付的費用
臨終關懷（續） 對於我們計劃的Medicare D部份福利可能承保的藥物： 藥物絕對不會同時屬於臨終關懷與我們計劃的承保範圍。如需瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》第5章。 附註：如果您患有嚴重疾病，可能符合條件接受緩和療護。緩和療護以團隊為基礎，提供以病人與家人為中心的護理，以改善您的生活品質。您可以同時接受緩和療護及治療/常規護理。請參閱以下「緩和療護」部份，以瞭解更多資訊。 附註：如果您需要並非臨終關懷的護理，請致電聯絡您的護理協調員及/或客戶服務部以安排服務。並非臨終關懷的護理是與末期預後無關的護理。 對於患有末期疾病但尚未選擇臨終關懷福利的會員，我們的計劃會承保臨終關懷諮詢服務（限一次）。 <i>可能需要預先授權及/或轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	



承保服務	您需支付的費用
醫師/醫療服務提供者服務，包括醫生診所就診 我們會支付以下服務的費用： - 在以下場所提供之具有醫療必要性的醫療保健或手術服務： - 醫師的診所 - 經認證的門診手術中心 - 醫院門診部 - 任何其他地點 - 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 - 由您的基本保健服務提供者進行的基本聽力與平衡檢查（如果您的醫生開立醫囑）以查明您是否需要治療 - 某些遠距醫療服務，包括治療感冒與流感症狀、過敏、支氣管炎、呼吸道感染、鼻竇問題、紅疹、眼部感染、偏頭痛等非急診病症的醫師服務。 - 您可以選擇透過現場就診或遠距醫療的方式來取得這些服務。如果您選擇透過遠距醫療的方式取得其中一項服務，您必須使用提供遠距醫療服務的網絡醫療服務提供者。 - 請參閱「福利表」中的「其他遠距醫療服務」一節，以瞭解更多資訊。 - 在醫院附設或急重症醫院附設的腎臟透析中心、腎臟透析機構或在家中為居家透析會員提供之每月末期腎臟病(ESRD)相關就診的遠距醫療服務 - 用於診斷、評估或治療中風症狀的遠距醫療服務 - 為有物質適用障礙或併發心理健康障礙的會員提供之遠距醫療服務，無論您位於何處 - 用於診斷、評估和治療心理健康障礙的遠距醫療服務；由鄉村健康診所和聯邦核准的健康中心提供的遠距醫療服務。 <i>此福利說明下頁繼續</i>	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
醫師/醫療服務提供者服務，包括醫生診所就診（續） • 如果有以下情況，則會與您的醫生進行五至十分鐘的線上查問（例如：透過電話或視訊對話）： ○ 您不是新病人並且 ○ 該項查問與過去七天內的診所就診無關，並且 ○ 該項查問不會造成要在24小時內或最快預約得到的時間前往診所就診 • 如果有以下情況，則會由您的醫生在24小時內對您寄給醫生的影片及/或圖像作出評估並進行說明與後續追蹤： ○ 您不是新病人並且 ○ 該項評估與過去七天內的診所就診無關，並且 ○ 該項評估不會造成要在24小時內或最快預約得到的時間前往診所看診 • 您的醫生透過電話、網路或電子健康記錄進行的諮詢（如果您不是新病人） • 手術前由另一個網絡醫療服務提供者提供的第二專家意見 <i>可能需要轉診，並且是您醫療服務提供者的責任。</i>	
 醫學營養療法 這項福利適用於患有糖尿病或腎臟疾病且無需透析的患者。這項福利也適用於腎臟移植後，由您醫生安排轉診的情況。 在您根據Medicare規定獲得醫學營養療法服務的第一年期間，我們會支付三小時一對一諮詢服務的費用。如果具有醫療必要性，我們可能會核准額外服務。 之後，我們會每年支付兩小時一對一諮詢服務的費用。如果您的病症、治療或診斷發生變化，您可能可以透過醫生轉診而接受更多時數的治療。如果您在下一個日曆年度需要治療，醫生必須開立這些服務的處方並每年更新轉診。如果具有醫療必要性，我們可能會核准額外服務。	\$0

承保服務	您需支付的費用
額外遠距醫療服務* Teladoc Health透過電話或視訊提供醫師諮詢，全年365天，每週7天，每天24小時皆提供服務。Teladoc Health醫師可診斷和治療基本醫療病症，也能開立特定藥物的處方。Teladoc Health是補充服務，並非用於取代您基本保健服務提供者的護理。請登入blueshieldca.com/teladochealth或Blue Shield of California應用程式以申請就診。如果您有疑問，您可致電Teladoc Health，電話1-800-Teladoc(1-800-835-2362) [聽障和語障專線(TTY)：711]，全年365天，每週7天，每天24小時皆提供服務。 *服務不適用於本計劃的最高自付上限。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
護理機構護理 護理機構(NF)是為無法在家中獲得護理但不需要住院的人提供護理的場所。 我們付費的服務包括但不限於以下項目： • 雙人病房（具有醫療必要性時，則為單人病房） • 餐食，包括特殊飲食 • 護理服務 • 物理治療、職業治療與言語治療 • 呼吸療法 • 作為您護理計劃的一部分提供的藥物。（其中包括體內天然存在的物質，例如凝血因子。） • 血液，包括儲存與輸血 • 通常由護理機構提供的醫療與手術用品 • 通常由護理機構進行的實驗室檢測 • 通常由護理機構提供的X光造影和其他放射科服務 • 器具的使用，例如通常由護理機構提供的輪椅 • 醫師/醫療執業人員服務 • 耐用醫療設備 • 牙科服務，包括義齒 • 視力福利 • 聽力檢查 • 脊椎矯正護理 • 足科服務 您通常需從網絡機構獲得護理。不過，您也許可以從不在我們網絡內的機構獲得護理。如果以下機構接受我們計劃的付款金額，您可以接受這些機構的護理： • 您在住院前居住的護理機構或持續護理退休社區（前提是其提供護理機構護理）。 • 您出院時您配偶或同居伴侶居住的護理機構。	\$0

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



承保服務	您需支付的費用
聽力服務 我們會支付您醫療服務提供者提供之聽力與平衡測試的費用。這些測試可確認您是否需要醫學治療。當您從醫師、聽力學家或其他合格醫療服務提供者處接受這些服務時，這些服務便屬於門診護理的承保範圍。 聽力服務（非Medicare承保）* 本計劃包括Medicare與Medi-Cal承保之服務以外的聽力服務。福利包括： • 您每年可獲得\$1,500的津貼，可用於以下非Medicare承保的聽力服務： ○ 一次例行（非Medicare承保）聽力檢查 ○ 最多兩個助聽器（適用於雙耳合計） ○ 最多兩次助聽器適配與評估 • 您可以從所選擇的助聽器醫療服務提供者處取得這些服務。 • 此津貼不能與您每季度\$240的食品與農產品（如果符合資格條件）和非處方(OTC)用品合併使用。 • 此福利於每年的第一天生效，且任何未使用的津貼均無法按年遞延。 您將收到連同您的Flex卡一併郵寄給您的《會員指南》。Flex卡是一張預存了合格津貼的消費卡，可協助支付承保福利費用。您的《會員指南》會說明預存到您Flex卡的可用津貼，該在何處查找有關您承保福利的額外詳情以及如何管理您的帳戶。 如需有關此福利的更多資訊，請致電1-877-429-3245 [聽障和語障專線(TTY)：711]，服務時間為週一至週五，太平洋時間上午8時至晚上8時。您也可以上網瀏覽bscaflexbenefits.com，以瞭解更多詳情。 *服務不適用於本計劃的自付上限。 此福利說明下頁繼續	\$0

承保服務	您需支付的費用
聽力服務（續） 除了本節所述之非Medicare承保的聽力服務外，當醫師或其他合格醫療服務提供者開立處方時，我們也會支付助聽器的費用，包括： • 模具、用品與嵌入物 • 維修服務 • 第一次提供的一組電池 • 取得助聽器後，在同一供應商處接受的六次訓練、調整與驗配 • 助聽器試用期租賃 • 輔助聽力裝置、外戴骨傳導聽力裝置 • 助聽器相關聽力科和評估後服務	

E. 承保牙科福利程序表

牙科福利程序表

牙科福利是本計劃全體會員均可享有的福利，且包括一些綜合牙科程序。

以下「**牙科福利程序表**」列出本計劃承保的特定牙科程序，您無需支付任何費用。列出的服務若由網絡內持照牙醫提供，並且依據醫學上公認的牙科執業標準判定屬於必要和慣例服務時，即屬於承保福利。

重要資訊：請注意，未列出的程序不屬於承保範圍。

重要資訊：部分牙科服務在任何情況下都不屬於承保範圍（也稱為除外項目），且部分牙科服務只有在特定情況下才屬於承保範圍（也稱為限制項目）。請參閱以下「**牙科福利程序表**」中的「一般限制項目」一欄與「**牙科福利程序表**」之後所列的「一般除外項目」，以瞭解更多資訊。

重要資訊：以下「**牙科福利程序表**」「一般限制項目」一欄中列出的任何頻率限制，如未指定是每計劃年度還是終身頻率限制，則以最後一次服務日期為依據。例如：每6個月限一次，是指您可以從上次接受所列服務之日起每六個月接受一次相同服務。因此，如果您在1月1日接受第一次服務，您將於7月1日再次符合資格，可接受相同服務。如果您在7月1日接受第一次服務，您將於下一計劃年度的1月1日再次符合資格，可接受相同服務。當未列出頻率限制的服務依據醫學上公認的牙科執業標準判定屬於必要和慣例服務時，則無限制。

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

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



服務根據最新牙科專有名詞與美國牙醫學會(American Dental Association, ADA)程序代碼一併列出。聯邦法律規定必須使用ADA代碼通報牙科程序。ADA可能會隨時修改程序代碼。因此，本計劃可根據法律規定修改本代碼清單。您可聯絡牙科計劃管理者(Dental Plan Administrator, DPA)客戶服務部以取得最新的ADA代碼清單，電話：1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

ADA代碼	您承保服務的ADA代碼說明	您必須支付的費用	一般限制項目
口腔檢查			
D0140	局部口腔評估 - 針對問題	\$0	每日曆年1次
其他診斷性牙科服務			
D0190	病人篩檢	\$0	每日曆年1次（D0190或D0191）
D0191	病人評估	\$0	每日曆年1次（D0190或D0191）
D0364	錐狀射束CT拍攝與判讀，局部視野（小於一個完整顎骨）	\$0	每日曆年1次（D0364、D0365、D0366或D0367）
D0365	錐狀射束CT拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（下顎骨）	\$0	每日曆年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0366	錐狀射束CT拍攝與判讀，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顱骨）	\$0	每日曆年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0367	錐狀射束CT拍攝與判讀，雙顎骨視野（含或不含顱骨）	\$0	每日曆年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0368	錐狀射束CT拍攝與判讀，顳顎關節(Temporomandibular Joint, TMJ)系列，包括兩次或以上曝光	\$0	每日曆年1次（D0364、D0365、D0366、D0367或D0368）
D0380	錐狀射束CT影像拍攝，局部視野（小於一個完整顎骨）	\$0	包含在完成服務的費用內
D0381	錐狀射束CT影像拍攝，一個完整牙弓視野（下顎骨）	\$0	包含在完成服務的費用內
D0382	錐狀射束CT影像拍攝，一個完整牙弓視野（上顎骨，含或不含顱骨）	\$0	包含在完成服務的費用內
D0383	錐狀射束CT影像拍攝，雙顎骨視野（含或不含顱骨）	\$0	包含在完成服務的費用內

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

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

ADA代碼	您承保服務的ADA代碼說明	您必須支付的費用	一般限制項目
修復服務			
D2720	牙冠 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每曆年2次
D2722	牙冠 - 樹脂與貴金屬	\$0	每曆年2次
D2750	牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每曆年2次
D2752	牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每曆年2次
D2790	牙冠 - 全冠，鑄造高貴金屬	\$0	每曆年2次
D2792	牙冠，全冠，鑄造貴金屬	\$0	每曆年2次
牙周病			
D4240	牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 四顆或以上連續牙齒或相連齒間，每象限	\$0	每3個日曆年每個象限1次（D4240或D4241）
D4241	牙齦翻瓣術，含牙根整平 - 一至三顆連續牙齒或相連齒間，每象限	\$0	每3個日曆年每個象限1次（D4240或D4241）
D4263	骨置換移植術 - 保留原生牙齒 - 象限內第一個部位	\$0	每3個日曆年每顆牙1次
D4264	骨置換移植術 - 保留原生牙齒 - 象限內每個額外部位	\$0	每3個日曆年每顆牙1次
D4266	引導組織再生，原生牙齒 - 可吸收的屏障，每個部位	\$0	每3個日曆年每顆牙1次（D4266或D4267）
D4267	引導組織再生，原生牙齒 - 非可吸收的屏障，每個部位	\$0	每3個日曆年每顆牙1次（D4266或D4267）
義齒（活動式）			
D5221	即裝上顎局部義齒 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5222	即裝下顎局部義齒 - 樹脂基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5223	即裝上顎局部義齒 - 有樹脂義齒基托的鑄造金屬框架（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5224	即裝下顎局部義齒 - 有樹脂義齒基托的鑄造金屬框架（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5225	上顎局部義齒 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5226	下顎局部義齒 - 彈性基托（含固位/牙鉤材料、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5227	即裝上顎局部義齒 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5221、D5223、D5225或D5227）
D5228	即裝下顎局部義齒 - 彈性基托（含任何牙鉤、牙靠和牙齒）	\$0	每5個日曆年1次（D5222、D5224、D5226或D5228）
D5670	置換鑄造金屬框架上的所有牙齒與壓克力材料（上顎）	\$0	每6個月1次

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



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

ADA代碼	您承保服務的ADA代碼說明	您必須支付的費用	一般限制項目
D5671	置換鑄造金屬框架上的所有牙齒與壓克力材料（下顎）	\$0	每6個月1次
D5710	上顎義齒全排換底	\$0	每曆年1次（初次置入後6個月內不承保）
D5711	下顎義齒全排換底	\$0	每曆年1次（初次置入後6個月內不承保）
D5720	上顎局部義齒換底	\$0	每曆年1次（初次置入後6個月內不承保）
D5721	下顎局部義齒換底	\$0	每曆年1次（初次置入後6個月內不承保）
義齒（固定式）			
D6240	橋體 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
D6242	橋體 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
D6250	橋體 - 樹脂與高貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
D6252	橋體 - 樹脂與貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
D6750	固定器牙冠 - 陶瓷融合高貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
D6752	固定器牙冠 - 陶瓷融合貴金屬	\$0	每5曆年每顆牙1次
口腔和顎面外科手術			
D7953	齒槽脊保存之骨置換移植術 - 每個部位	\$0	每個部位終身1次 D7953是在提供植牙或移除牙齒時的一項福利
輔助性一般服務			
D9211	區域阻斷麻醉	\$0	不可單獨支付。包含在完成服務的費用內
D9212	三叉神經阻斷麻醉	\$0	不可單獨支付。包含在完成服務的費用內
D9215	配合手術或外科程序的局部麻醉	\$0	不可單獨支付。包含在完成服務的費用內

附註：列出的會員費用分攤僅適用於您自網絡牙醫取得牙科服務的情形。

附註：因為Blue Shield每年與Medicare簽約，所以下個年度未必會提供這些牙科護理福利。

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

取得牙科護理

簡介

Blue Shield of California的牙科計劃由合約牙科計劃管理者(DPA)負責管理，該實體與Blue Shield of California簽約，透過合約牙醫網絡來管理牙科服務的提供。如果您對本牙科部分的資訊有任何疑問，您需要協助或有任何問題，可以聯絡DPA客戶服務部，電話：**1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]**，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

取得牙科服務之前

您需負責確保您選擇的牙醫是網絡牙醫。

此僅限網絡內的牙科計劃不會向網絡外牙醫給付福利。從網絡外牙醫處取得的服務不屬於承保範圍。您從網絡外牙醫處取得服務時，需負責直接向該牙醫支付牙醫帳單的全額金額。

附註：網絡牙醫的狀態可能會發生變更。您有義務確認您的牙醫目前是否是網絡牙醫，因為合約牙醫清單可能會發生變更。如需您所在區域網絡牙醫的清單，請聯絡DPA客戶服務部，電話：**1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]**，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

向您的牙醫求診

您參保後不久便會收到DPA寄給您的會員資料袋，其中會告訴您福利生效日期以及您網絡牙醫或基本保健牙醫(Primary Care Dentist, PCD)的地址與電話號碼。在您會員資料袋所列的生效日期之後，您就能取得承保牙科護理服務。要進行預約，只需致電您PCD的診所，表明您是Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員即可。除非有要求特定的時間，否則應於最初四週內進行首次約診。要詢問是否可預約看診及是否有牙醫可看診，請聯絡DPA客戶服務部，電話：**1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]**，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

附註：每位會員都必須從指定的PCD處取得承保服務，由DPA書面事先授權之專科醫生提供的服務除外。任何其他治療都不屬於Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保範圍。

無論您有任何牙科護理需求（包括向計劃專科醫生諮詢），都必須聯絡PCD。PCD負責提供一般牙科護理服務，並且會協調或安排針對其他必要計劃專科醫生的轉診。計劃必須授權此類轉診。

會員共付額

您開始治療前，您的牙醫會設計符合您個人需求的治療計劃。最好能在開始治療前先與您的牙醫討論您的治療計劃與財務責任。

承保牙科服務會由網絡牙醫免費為您提供。如果您選擇向網絡外牙醫求診，則不會提供福利，並且您需負責直接向該牙醫支付牙醫帳單的全額金額。

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

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



如果您需要額外協助以取得關於治療計劃的資訊，請聯絡DPA客戶服務部，電話：1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

基本保健牙醫選擇

您參保時，必須選擇一位網絡牙醫擔任您的PCD。如果您沒有選擇網絡牙醫，或選擇的網絡牙醫變得無法提供服務，則DPA會要求您選擇另一位網絡牙醫，或為您指派其他網絡牙醫。您可以變更指定給您的網絡牙醫，請聯絡DPA客戶服務部，電話：1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。為確保您的網絡牙醫會收到通知且DPA資格清單正確無誤，變更網絡牙醫的申請必須在每月21號前提出，才能在次月1號生效。

如果您的牙醫不再與Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA簽約

如果您選擇的網絡牙醫因為無法履約或違約而無法繼續與DPA簽約，或如果DPA已終止合約，則DPA至少會在該牙醫終止日期生效起30個曆日前通知您，讓您可選擇另一位網絡牙醫。

如果DPA通知您因為這個理由而必須選擇另一位網絡牙醫，則X光造影及其他記錄的複製與移轉費用將可豁免。此外，即將終止合約的網絡牙醫將完成(a)已取得最終牙模之局部或全口義齒的作業，以及(b)每顆已開始牙科作業之牙齒的全部作業（例如：針對已準備好的牙齒交付牙冠）。

急診牙科護理

本計劃不會支付急診牙科護理服務的福利。

取得牙科護理的第二專家意見

如果您不同意您網絡牙醫所作的診斷及/或治療計劃判定或有這方面的疑問，您可要求取得第二專家意見。DPA也可能會要求您取得第二專家意見，確認牙科治療或福利適用的必要性與適當性。

第二專家意見將由持照牙醫依您病症的性質適當及時提供。涉及迫在眉睫和嚴重的健康威脅之個案的申請將獲得特急處理(只要可能，便會在收到申請後72小時內核准或拒絕授權)。如需有關取得第二專家意見授權在程序和時間範圍方面的協助或其他資訊，請致電DPA客戶服務部，電話：1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。

除非獲得DPA的授權，否則只能由另一位網絡牙醫的診所提供第二專家意見。若沒有具備相應資質的網絡牙醫可提供第二專家意見，DPA將授權由網絡外服務提供者提供。DPA只會支付其已核准或授權之第二專家意見的費用。若DPA決定不核准第二專家意見，便會寄書面通知給您。如果您不同意此判定，您可向Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提出上訴。請參閱下方「[申訴與上訴流程](#)」一節，以瞭解更多詳情。

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

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



福利協調

本計劃提供福利時不會考量任何其他團體保險保單或任何其他團體健康福利計劃的承保，但前提是此其他保單或計劃承保牙科護理以外的服務或費用。此外，按本計劃規定由專科醫生或網絡外牙醫提供的福利會與這類其他團體牙科保險保單或任何團體牙科福利計劃協調。將依據合約所訂規則判定哪一個保單或計劃為主要保險。

如果本計劃是次要保險，將支付以下金額中的較低金額：

- 如果沒有任何其他牙科福利承保時，本計劃原本要支付的金額，或
- 會員依主要牙科福利計劃規定應支付的自付費用金額，前提是相關福利屬於本計劃的承保範圍。

會員必須向DPA提供，且DPA可向任何保險公司或其他組織公開或向其取得與會員相關、為管理福利協調所需的任何資訊。DPA應全權裁量判定是否應依本文所述的福利協調條款向保險公司或其他組織提供任何補償，並且如果支付任何這類補償，均應視為本合約規定的福利。DPA將有權向牙醫、會員、保險公司或其他組織（由DPA選擇）追討DPA已支付但超出依本文所述之福利協調條款規定其應付的金額。

申訴與上訴流程

我們對您的承諾不僅限於確保護理品質，也包括治療過程的品質。治療品質包括網絡牙醫提供的專業服務，也包括我們的電話服務代表與您溝通時是否有禮貌。如果您有關於資格、牙科服務或索賠遭拒、DPA的政策、程序或作業，或網絡牙醫提供的牙科服務之品質的任何疑問或投訴，您有權向Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提出申訴或上訴。如需有關如何提出申訴或上訴的更多資訊，請參閱**第9章**（如果您有問題或想要投訴該怎麼做（承保決定、上訴、投訴））。如果您有任何疑問，請致電DPA，電話：1-866-247-2486 [聽障和語障專線(TTY)：711]，10月1日至3月31日每週7天服務（假日除外），服務時間為上午8時至晚上8時；4月1日至9月30日週一至週五服務，服務時間為上午8時至晚上8時。您也可以聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員服務部（電話號碼列印在本文件封底）。

牙科HMO計劃的一般除外項目

- 未於「牙科福利程序表」中具體列出的任何程序。
- 依據網絡牙醫的專業意見，具有以下情況的任何程序：
 - 根據單顆或多顆牙齒及/或周圍結構的情況判斷順利治療並合理延長使用壽命的預後不佳，或
 - 不符合醫學上公認的牙科標準。
- 僅用於美容目的或針對因遺傳或發育缺陷而導致之病症而提供的服務，例如顎裂、上下顎畸形、先天性缺牙，以及牙齒變色或牙齒缺少琺瑯質。
- 遺失或失竊的裝置，例如全口或局部義齒與牙冠。

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



- 目的是要改變垂直距離或為診斷或治療顳顎關節(TMJ)異常病症而提供之程序、裝置或修復，除非列於「牙科福利程序表」中。
- 活動式裝置的貴重金屬、全口義齒的金屬或永久軟質基托、陶瓷義齒、活動式局部義齒或固定式局部義齒的精密支柱牙（覆蓋體、植體和與其相關的裝置），及全口義齒和局部義齒的個人化和特徵化。
- 植體支撐式牙齒裝置與覆蓋體、植體置入、維護、移除及與牙科植體相關的所有其他服務。
- 針對非承保福利的諮詢。
- 從指定網絡牙醫或事先授權牙科專科醫生以外的任何牙科診所接受的牙科服務。
- 與在醫院、門診手術中心、延長護理機構或其他類似護理機構入住、使用或住院相關的所有費用。
- 處方藥。
- 與在Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員資格生效前即已開始之任何牙科程序相關的牙科費用。範例包括：為安裝牙冠而準備的牙齒，以及已取牙模進行製作的全口或局部義齒。
- 肌功能與異常功能裝置及/或療法。

F. 社區支援

您可以根據您的個人護理計劃取得支援。社區支援是Medi-Cal州政府計劃所承保服務或場所的替代服務或場所，不但具醫療適當性，而且符合成本效益。會員可選擇是否接受這些服務。如果您符合資格，這些服務可協助您过上更獨立的生活。這些服務不會取代您已經透過Medi-Cal獲得的各項福利。

我們提供的社區支援範例包括醫療輔助食品與餐食，或醫療客製餐食，為您或您的看護人提供的協助，或淋浴扶手與坡道。社區支援是Blue Shield Promise Health Plan向符合條件之Medi-Cal會員提供的額外服務（非福利）。這些服務為會員提供長期服務與支援(LTSS)以外的支援，以加強和支持會員的護理。這些服務將根據會員的需求和Blue Shield Promise Health Plan的資格標準而有所不同。需要預先授權。Blue Shield Promise Health Plan為洛杉磯縣與聖地牙哥縣的合格會員提供社區支援：

日間復健計劃	這有助於身處非護理機構環境的Medi-Cal會員培養在住家環境中取得成功所需的自助、社交與適應技能。
住房押金	會員可在尋找、協調、獲取住房或資助建立基本家庭所需的單次服務方面獲得幫助。

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

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



住房租賃與維持服務	會員在找到住房後可獲得維持安全、穩定租賃方面的幫助。
住房過渡指引服務	會員可接受取得住房方面的幫助。
住院後短期住房	為有較高醫療或行為需求但沒有住所的會員提供的場所，以便他們在出院或離開住宿機構後能立即繼續康復。
戒癮中心	安全的支援性場所，以幫助因酒精或藥物而在公共場合陷入迷醉狀態的人恢復清醒，以及幫助無家可歸或居住狀況不穩定的人，以免他們被送入急診室或監獄。
社區過渡服務/從護理機構過渡到住家	這有助於會員生活在社區中並避免再次入住護理機構。
為Medi-Cal會員的看護人提供的喘息服務	為需要間歇性暫時監督的Medi-Cal會員之照護人員提供的短期非醫療服務，以減輕其照護責任。
個人護理與家務服務	會員可以獲得沐浴、穿衣、如廁、走動或進食等日常生活活動 (Activities of Daily Living, ADL) 方面的幫助，以及針對沒有這些支援便無法留在家中的會員提供之個人護理服務，例如準備餐食、採買食物與生活用品與財務管理。
哮喘緩解措施	對個人的住家環境進行物理改造，以確保身心健康和安全，或者在急性哮喘發作可能導致住院或尋求急診服務的情況下，維持其居家生活能力。
環境無障礙改造（住家改造）	對住家環境進行物理改造，以確保個人的身心健康與安全，也讓原本需要入住護理機構的會員能留在家中。
療養護理（醫療喘息）	為不再需要住院但仍需要從傷病中恢復的人提供之短期住宿護理，包括在不穩定的生活環境中可能惡化的心理健康病症。
醫療客製餐食/醫療輔助食品	為會員（尤其是有慢性病症的會員）提供的營養支援，以便達到對會員獲得健康和保持健康至關重要的營養目標。
護理機構過渡/轉移到輔助生活機構	這有助於會員生活在社區中或儘可能避免入住護理機構。

如果您需要協助或想瞭解可以為您提供哪些社區支援，請撥打：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），或致電聯絡您的醫療保健服務提供者。

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

會員須知

- 請於週一至週五上午8點至下午6點致電您所在地區的Blue Shield Promise Health Plan 客戶服務部：洛杉磯：1-800-605-2556 / 聖地牙哥：1-855-699-5557
- 請致電醫療保健方案處(Health Care Options, HCO)，電話：1-800-430-4263（聽障和語障專線(TTY)：800-430-7077）
- 瀏覽醫療保健服務部的網站以瞭解更多資訊：
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. 在我們計劃之外承保的福利

我們不承保以下服務，但這些服務可透過Medi-Cal按服務收費方式提供。

G1. 加州社區過渡(California Community Transition, CCT)

加州社區過渡(CCT)計劃使用當地領導組織來幫助符合資格且已在住院機構中連續居住至少60天的Medi-Cal受益人過渡回社區環境並安全地留在社區環境中。CCT計劃資助過渡前期間與過渡後365天內的過渡協調服務，協助受益人重返社區環境。

您可以從為您居住的縣提供服務之任何CCT領導組織處獲得過渡協調服務。您可以在醫療保健服務部網站找到CCT領導組織及其服務的縣的清單，網址：www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT。

針對CCT過渡協調服務

Medi-Cal會支付過渡協調服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

針對與您的CCT過渡無關的服務

醫療服務提供者會向我們開立您接受之服務的帳單。我們的計劃會支付在您過渡後接受之服務的費用。您無需為這些服務支付任何費用。

當您獲得CCT過渡協調服務時，我們會為「福利表」第D節所列的服務支付費用。

藥物承保福利沒有變更

CCT計劃並不包括藥物承保。您會繼續透過我們的計劃獲得正常的藥物福利。如需瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》第5章。

附註：如果您需要非CCT過渡護理，請致電您的護理協調員安排服務。非CCT過渡護理是與您從護理機構或設施過渡至住家無關的護理。

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



G2. Medi-Cal牙科計劃

某些牙科服務可透過Medi-Cal牙科計劃獲得。

如需瞭解更多資訊，請瀏覽SmileCalifornia.org網站。Medi-Cal牙科計劃包括但不限於以下服務：

- 初始檢查、X光造影、洗牙、密封劑與含氟治療
- 補牙與牙冠
- 根管治療
- 部分及全口義齒、調整、修復與假牙重襯

如需瞭解更多有關Medi-Cal牙科計劃提供之牙科福利的資訊，或需要尋找可接受Medi-Cal之牙醫方面的幫助，請撥打客戶服務專線：1-800-322-6384（聽障和語障人士可致電1-800-735-2922）。這是免費電話。Medi-Cal牙科計劃的服務代表可在週一至週五上午8時至下午5時為您提供協助。您也可以瀏覽網站smilecalifornia.org/，以瞭解更多資訊。

在洛杉磯縣，您可以透過牙科管理式護理計劃(Dental Managed Care Plan, Dental MCP)取得Medi-Cal牙科福利。如果您想瞭解有關Medi-Cal牙科計劃的更多資訊，或想要作出變更，請聯絡醫療保健方案處，電話：1-800-430-4263（聽障和語障人士可致電1-800-430-7077），服務時間為週一至週五，上午8時至下午6時。這是免費電話。DMC的聯絡方式也可在這裡取得：

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

www.hpsm.org/dental

請參閱「福利表」**第D節**，以瞭解更多資訊。

G3. 居家支援性服務(IHSS)

- IHSS計劃將協助支付向您提供之服務的費用，費用將支付給加入計劃的護理提供者，以便您能夠安全地留在自己家中。IHSS被視為看護中心或住宿護理機構等住家外護理的替代方案。
- 如欲接受服務，需要進行評估，以根據每位參加者的需求判定可以授權哪些類型的服務。可透過IHSS授權的服務類型包括打掃衛生、準備餐食、洗衣、採買食物和生活用品、個人護理服務（例如大小便護理、沐浴、梳理與輔助醫療服務）、陪同赴診以及精神障礙人士適用的保護性監護。
- 您的護理協調員可以幫助您向您的縣立社會服務機構申請IHSS。您也可以致電洛杉磯IHSS辦公室：1-888-944-4477及聖地牙哥IHSS辦公室：1-800-339-4661進行申請。

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

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



G4. 1915(c)居家型和社區型服務(Home and Community Based Services, HCBS)豁免計劃 輔助生活豁免計劃(Assisted Living Waiver, ALW)

- 輔助生活豁免計劃(ALW)為符合Medi-Cal資格的受益人提供居住在輔助生活環境中的選項，作為長期安置在護理機構中的替代方案。ALW的目標是為急需入住護理機構的受益人提供便利，使其可從護理機構過渡到類似住家與社區環境，或避免其入住專業護理機構。
- 已註冊ALW的會員可繼續維持ALW的註冊身分，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的ALW護理協調機構合作，以協調您所接受的服務。
- ALW目前僅在以下各縣提供：阿拉米達、康特拉科斯塔、弗雷斯諾、克恩、洛杉磯、橙縣、河濱、沙加緬度、聖貝納迪諾、聖地牙哥、舊金山、聖華金、聖馬刁、聖塔克拉拉和索諾瑪。
- 您的護理協調員可以幫助您申請ALW。您可以在這裡找到可以為您協調ALW計劃的護理的當地機構：dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

加州發育性障礙人士HCBS豁免計劃(HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

發育性障礙人士加州自行判定計劃(Self-Determination Program, SDP)豁免計劃

- 目前有兩種1915(c)豁免計劃，即「HCBS-DD豁免計劃」與「SDP豁免計劃」，可為確診為發育性障礙的人士提供服務，這些服務會於個人18歲生日前開始，並預計將無限期持續下去。這兩項豁免計劃都是資助某些服務的一種方式，讓有發育性障礙的人士可居住在家中或社區裡，而非住在持照健康機構中。這些服務的費用都將由聯邦政府的Medicaid計劃與加州政府共同提供。您的護理協調員可幫助您聯絡DD豁免計劃服務。

居家型與社區型替代方案(Home and Community-Based Alternative, HCBA)豁免計劃

- HCBA豁免計劃為有可能被安置在看護中心或護理機構的人提供護理管理服務。該護理管理服務會由一個包含護士與社工的多專業護理管理團隊提供。該團隊負責協調豁免計劃與州政府計劃服務（如醫療、行為健康、居家支援性服務等），並安排當地社區提供的其他長期服務與支援。護理管理與豁免計劃服務會在參與者的社區型住所提供。這些住所可以是私人住宅，也可以是透過承租者租賃安排的，或者是參與者家庭成員的住處。
- 已註冊HCBA豁免計劃的會員可繼續維持HCBA豁免計劃的註冊身分，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的HCBA豁免計劃機構合作，協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請HCBA。

- 根據您在洛杉磯縣的郵遞區號，Partners in Care或Access TLC可能是您當地的HCBA機構。如欲瞭解哪個機構可協助您居住的郵遞區號地區，請瀏覽：[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)；致電Partners in Care，電話：1-800-251-6764；致電Access TLC，電話：1-800-852-9887
- San Ysidro Health是聖地牙哥縣當地的HCBA機構。請致電San Ysidro Health，電話：1-833-503-5910，服務時間為週一至週五，上午8時至下午5時。

Medi-Cal豁免計劃(Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Medi-Cal豁免計劃(MCWP)為HIV感染者提供綜合個案管理和直接護理服務，以作為專業護理機構護理或住院治療的替代方案。個案管理是一種以參與者為中心的團隊作業方式，該團隊由註冊護士與社會工作個案經理組成。個案經理會與參與者、基本保健服務提供者、家人、看護人及其他醫療服務提供者合作，以評估護理需求，讓參與者可以留在家中及社區中。
- MCWP的目標為：(1) 為原本可能需要機構服務的HIV感染者提供居家與社區服務；(2) 協助參與者進行HIV健康管理；(3) 改善獲得社會與行為健康支援的途徑；(4) 與服務提供者進行協調，避免重複多餘的服務。
- 已註冊MCWP豁免計劃的會員可繼續維持MCWP豁免計劃的註冊身分，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的MCWP豁免計劃機構合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請MCWP。AIDS區域資訊與評估系統(AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES)的開放時間為週一至週五，太平洋時間上午8:00至下午5:00。如需聯絡服務台：
- 請致電1-866-411-ARIES(2743)或
- 傳送電子郵件至aries@cdph.ca.gov，向ARIES服務台提交申請，並註明您的姓名、機構、電話號碼及疑問/問題。請勿包含任何客戶資訊。

多元化長者服務計劃(MSSP)

- 多元化長者服務計劃(MSSP)同時提供社會與醫療保健管理服務，協助個人留在自己家中與社區中。
- 雖然大多數計劃參與者也接受居家支援性服務，但MSSP仍提供持續性護理協調，讓參與者與其他所需的社區服務與資源互相聯絡，與醫療保健服務提供者進行協調，並購買一些無法以其他方式獲得的所需服務，以防止或延遲入住護理機構。護理管理與其他服務的年度合計總費用必須低於在專業護理機構接受護理的費用。

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



- 一支由健康與社會服務專業人員組成的團隊，會為每位MSSP參與者提供完整的健康與社會心理評估，以判定所需的服務。團隊會與MSSP參與者、其醫師、家人及其他人合作，共同訂定個人護理計劃。服務包括：
 - 護理管理
 - 成人日間護理
 - 簡單的房屋維修/保養
 - 輔助性家務、個人護理與保護性監護服務
 - 喘息服務
 - 交通服務
 - 諮詢與治療服務
 - 餐食服務
 - 溝通服務。
- 已註冊MSSP豁免計劃的會員可繼續維持MSSP豁免計劃的註冊身分，同時也可享受我們計劃提供的各項福利。我們的計劃將與您的MSSP服務提供者合作，以協調您所接受的服務。
- 您的護理協調員可以幫助您申請MSSP。要查找您所在地區的MSSP服務提供者，您可以透過撥打電話1-800-510-2020聯絡加州老年人服務部，或至加州老年人服務部網站的「Find Services in My County」（查找我所在縣的服務）頁面上選擇您所在的縣，網址如下：
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty。

G5. 我們計劃外提供的縣立行為健康服務（心理健康和物質使用障礙服務）

您可以獲得Medicare與Medi-Cal承保之具有醫療必要性的行為健康服務。我們提供Medicare與Medi-Cal管理式護理承保的行為健康服務。我們的計劃不提供Medi-Cal精神健康專科服務或縣立物質使用障礙服務，但您可以透過縣立行為健康機構獲得這些服務。

如果您符合獲得精神健康專科服務的標準，可以透過縣立心理健康計劃(Mental Health Plan, MHP)獲得Medi-Cal精神健康專科服務。您所在縣的MHP提供的Medi-Cal精神健康專科服務包括：

- 心理健康服務
- 藥物支援服務
 - 日間治療加強服務

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



- 日間復健
 - 危機介入服務
 - 危機穩定服務
- 成人住宿治療服務
- 危機住宿治療服務
- 精神病健康機構服務
- 精神病住院病人醫院服務
- 目標個案管理
- 治療式行為服務
- 治療式寄養
- 加強護理協調
- 加強居家服務
- 涉及司法的重新融入
- 積極型社區治療(Assertive Community Treatment, ACT)
- 法醫積極型社區治療(Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- 首次發作精神症(First Episode Psychosis, FEP)協調式專業護理(Coordinated Specialty Care, CSC)
- 會所服務
- 強化型社區健康工作者(CHW)服務

如果您符合接受這些服務的標準，您可以透過您的縣立行為健康機構獲得藥物Medi-Cal(DMC)服務。

- 加強門診治療服務
- 圍產期住宿物質使用障礙治療
- 門診治療服務
- 麻醉治療計劃

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



- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 早期介入服務（適用於未滿21歲的會員）
- 提早定期篩檢、診斷和治療（適用於未滿21歲的會員）

Medi-Cal安排之藥物交付系統(DMC-ODS)服務包括：

- 門診治療服務
- 加強門診治療服務
- 成癮治療藥物（也稱為藥物輔助治療）
- 住宿治療服務
- 戒斷管理服務
- 麻醉治療計劃
- 復健服務
- 護理協調
- 早期介入服務（適用於未滿21歲的會員）
- 提早定期篩檢、診斷和治療（適用於未滿21歲的會員）
- 住院治療服務

除了上方列出的服務外，如果您符合標準，也可能可以獲得自願住院解毒服務。

行為健康服務的可用性

您可以獲得範圍廣泛的一系列服務。您可以自行轉診至合約醫療服務提供者處，也可以由您的PCP與家人等提出轉診。取得服務時「不會走錯門」。您可以聯絡以下機構尋求協助，以取得服務：

- 縣政府危機和轉診專線（請參閱本《會員手冊》第2章第K節，以查詢電話號碼和服務時間）
- 洛杉磯縣公共衛生部物質濫用預防與控制部門（請致電1-888-742-7900（聽障和語障專線(TTY)：711），每週7天，每天24小時皆提供服務）
- 聖地牙哥縣行為健康服務 - 物質使用障礙服務（請致電1-888-724-7240（聽障和語障專線(TTY)：711），每週7天，每天24小時皆提供服務）

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



- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan行為健康專線（請參閱本《會員手冊》第2章第D節，以查詢電話號碼和服務時間）
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部（電話號碼與服務時間列印在本頁底部）

判定具有醫療必要性之服務的流程

具有醫療必要性與否由具有適當執照的醫療服務提供者判定。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan和縣政府皆使用醫療必要性標準，此標準由行為健康專家與其他利益相關者制定，並且符合監管要求。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan與縣政府之間的轉診流程

如果您正在接受Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府其中一方的服務，可以根據您的需求將您轉診至另一方。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府可以致電接受轉診的實體來為您進行轉診。此外，提出轉診的醫療服務提供者將填寫轉診表格，並將表格寄給接受轉診的實體。

問題解決程序

如果您與縣政府或Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan之間出現爭議，您仍將繼續接受具有醫療必要性的行為健康護理（包括處方藥），直到爭議解決為止。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan已與縣政府合作制定及時的解決程序，並且不會對您需要獲得的服務造成不利影響。您也可以使用Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan或縣政府的上訴程序，具體取決於與您發生爭議的實體。如需上訴流程的相關資訊，請參閱《會員手冊》第9章。

H. 不屬於我們的計劃、Medicare或Medi-Cal承保範圍的福利

本節會說明哪些福利是被我們的計劃排除在外的福利。「排除」是指我們不會為這些福利支付任何費用。Medicare與Medi-Cal也不會為這些福利支付任何費用。

下方列出我們在任何情況下都不會承保的一些服務與用品，以及我們僅在某些情況下會將其排除的一些服務與用品。

我們不會為於此節（或本《會員手冊》中任何其他地方）所列出之被排除在外的醫療福利支付任何費用，但在某些特定條件下除外。即使您是在急診機構接受這些服務，本計劃也不會支付這些服務的費用。如果您認為我們的計劃應支付不屬於承保範圍之服務的費用，您可以提出上訴。如需有關上訴的資訊，請參閱本《會員手冊》第9章。

除了在「福利表」中所說明的任何除外項目或限制項目外，我們的計劃也不承保以下用品與服務：

- 根據Medicare與Medi-Cal，不被視為「合理且具有醫療必要性」的服務（除非它們被列為承保服務）

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



- 實驗性醫療與手術治療、用品及藥物（除非由Medicare、Medicare核准之臨床調查研究或我們的計劃提供承保）。請參閱本《會員手冊》**第3章**，以瞭解更多有關臨床調查研究的資訊。實驗性治療與用品是指醫學界未公認的治療與用品。
- 病態性肥胖症的手術治療（除非具有醫療必要性且Medicare支付費用）
- 醫院的私人病房（除非具有醫療必要性）
- 私人看護
- 醫院或護理機構病房內的個人物品，例如電話或電視
- 在您家中的全職看護
- 您的直系親屬或家中成員提供照顧而收取的費用
- 送餐到府服務，但如福利表**第D節**「送餐到府」所述者除外
- 選擇性或自願性的增強程序或服務（包括減重、毛髮生長、性能力、運動表現、美容目的、抗老化與精神表現），但若具有醫療必要性則不在此限
- 整容手術或其他美容處理（除非是因為意外受傷或為改善身體的畸型部位）。不過，我們會支付乳房切除術後乳房重建的費用以及治療另一側乳房以使其匹配的費用
- 脊椎矯正護理（符合承保準則的徒手脊椎推拿除外），「福利表」**第D節**「脊椎矯正服務」（非Medicare承保）所述者除外
- 例行足部護理，「福利表」**第D節**所述的足科服務除外
- 矯正鞋（除非鞋子是腿部支架的一部分並包括在支架費用中，或鞋子是供有糖尿病足部疾病的人使用）
- 足部支撐裝置，供糖尿病足部疾病的人使用的矯正鞋或治療用鞋除外
- 放射狀角膜切開術、LASIK手術與其他弱視輔具
- 絕育復原程序
- 自然療法服務（使用自然或替代治療）
- 向在退伍軍人事務部(Veterans Affairs, VA)機構之退伍軍人提供的服務不過，若退伍軍人在VA醫院接受急診服務，但VA費用分攤比我們計劃的費用分攤更多，我們會向退伍軍人補償此差額。您仍需負責支付您的費用分攤金額。

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



第5章：取得門診藥物

簡介

本章會說明取得門診藥物的規則。這些藥物由您的醫療服務提供者為您開立醫囑，您可以從藥房或透過送貨到府服務取得。其中包括由Medicare D部份與Medi-Cal承保的藥物。本《會員手冊》第6章會說明您需為這些藥物支付的費用。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

我們也會承保以下藥物（雖然這些藥物並未在本章中提及）：

- **Medicare A部份承保的藥物。** 這些藥物通常包括您在醫院或護理機構時向您提供的藥物。
- **Medicare B部份承保的藥物。** 這些藥物包括某些化療藥物、在醫生或其他醫療服務提供者診所看診期間為您注射的某些藥物，以及在透析診所時為您施用的藥物。要瞭解有關哪些Medicare B部份藥物屬於承保範圍的更多資訊，請參閱本《會員手冊》第4章中的「福利表」。
- 除了計劃的Medicare D部份與醫療福利承保外，如果您註冊Medicare臨終關懷計劃，您的藥物也可能屬於Original Medicare的承保範圍。如需更多資訊，請參閱第5章第F3節「參加經Medicare認證的臨終關懷計劃」。

我們計劃的門診藥物承保規則

只要您遵循此節的規則，我們通常會承保您的藥物。

您必須請醫療服務提供者（醫生、牙醫或其他處方開立者）為您開立必須在適用州法律下有效的處方箋。此人通常是您的基本保健服務提供者(PCP)。如果您的PCP將您轉診接受護理，則也有可能是其他醫療服務提供者。

您的處方開立者必須不在Medicare的除外或排除清單上或任何類近的Medi-Cal清單上。

您通常必須使用合約藥房來配取您的處方藥。（請參閱第A1節，以瞭解更多資訊）。或者，您可以透過本計劃的送貨到府服務配取處方藥。

您的處方藥必須在我們計劃的《承保藥物清單》上。我們將其簡稱為《藥物清單》。（請參閱本章第B節。）

- 若藥物未列在《藥物清單》上，我們也許能採用例外處理的方式為您承保該藥物。
- 如需瞭解更多關於要求例外處理的資訊，請參閱第9章。
- 還請注意，您的處方藥承保申請將根據Medicare及Medi-Cal的標準進行評估。

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



您的藥物必須用於醫療上可接受的適應症。這表示，該藥物的用途經美國食品與藥物管理局核准或有特定醫學參考文獻支持。您的處方開立者可能會幫您找到可支持該處方藥使用申請的醫學參考文獻。用於治療FDA或參考文獻不支持之病症的藥物稱為「標示外」適應症。用於「標示外」適應症的藥物不是醫學上公認的適應症，因此不屬於承保福利，除非CMS批准的參考文獻中引用了這種「標示外」用途。

您的藥物可能需要我們的計劃根據特定標準核准後才會獲得承保。（請參閱本章**第C節**）。

目錄

A. 配取處方藥.....	155
A1. 在合約藥房配取您的處方藥.....	155
A2. 請在配取處方藥時出示您的會員識別卡.....	155
A3. 如果您變更合約藥房，該怎麼做	155
A4. 如果您的藥房退出網絡，該怎麼做	155
A5. 使用專科藥房	156
A6. 使用送貨到府服務取得您的藥物	156
A7. 取得藥物的長期供應.....	157
A8. 使用不在我們計劃網絡內的藥房	158
A9. 退還您的處方藥費用.....	158
B. 我們計劃的《藥物清單》	158
B1. 我們《藥物清單》上的藥物.....	158
B2. 如何查找《藥物清單》上的藥物.....	159
B3. 不在我們《藥物清單》上的藥物.....	159
B4. 《藥物清單》費用分攤層級	160
C. 某些藥物的限制	161
D. 您的藥物可能無法獲得承保的原因	162
D1. 取得臨時供應	163
D2. 要求臨時供應	164

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

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



D3. 要求作例外處理	164
E. 藥物承保的變更	164
F. 特殊個案中的藥物承保	166
F1. 在我們計劃承保的醫院或專業護理機構住院.....	166
F2. 在長期護理機構住院	167
F3. 參加經Medicare認證的臨終關懷計劃	167
G. 藥物安全與藥物管理計劃	167
G1. 幫助您安全使用藥物的計劃.....	167
G2. 協助您管理藥物的計劃	168
G3. 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃(Drug Management Program, DMP)	168

A. 配取處方藥

A1. 在合約藥房配取您的處方藥

大多數情況下，只有在我們任何一家合約藥房配藥時，我們才會支付該處方藥的費用。合約藥房是同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥房。您可以使用我們的任何一家合約藥房。（請參閱第A8節，以瞭解有關我們何時會承保在網絡外藥房配取之處方藥的資訊。）

要尋找合約藥房，請參閱《醫療服務提供者與藥房目錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部。

A2. 請在配取處方藥時出示您的會員識別卡

要配取處方藥，請在您選擇的合約藥房出示您的會員識別卡。合約藥房會向我們收取我們針對此承保藥物的分攤費用。您領取處方藥時，可能需要向藥房支付共付額。

請記得，您需要Medi-Cal卡或福利識別卡(Benefits Identification Card, BIC)才能獲得Medi-Cal Rx承保藥物。

如果您配取處方藥時沒有攜帶您的會員識別卡或BIC，請要求藥房致電聯絡我們以取得所需資訊，或者您可以要求藥房查找您的計劃參保資訊。

如果藥房無法取得所需資訊，您在領取處方藥時可能必須支付全額費用。您可於事後要求我們將我們分攤的部分退還給您。如果您無法支付藥物費用，請立即聯絡客戶服務部。我們會盡我們所能協助您。

- 如欲要求我們退款，請參閱本《會員手冊》第7章。
- 如果在配取處方藥時需要協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

A3. 如果您變更合約藥房，該怎麼做

如果您變更藥房並且需要加配處方藥，您可以要求醫療服務提供者開立新處方，或者如果您的加配藥物次數還有剩餘，可要求原藥房將處方轉到新藥房。

如果您在變更您的合約藥房方面需要協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

A4. 如果您的藥房退出網絡，該怎麼做

如果您一直在使用的藥房退出我們計劃的網絡，您需要重新找一家合約藥房。

如欲尋找新的合約藥房，請參閱《醫療服務提供者與藥房目錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部。

A5. 使用專科藥房

有時候處方藥必須在專科藥房配取。專科藥房包括：

- 供應居家輸液治療藥物的藥房。
- 向在長期護理機構（如療養院）住院的人供應藥物的藥房。
 - 長期護理機構通常都有各自的藥房。如果您生活在長期護理機構，我們會確保您能在機構的藥房獲取您需要的藥物。
 - 如果您的長期護理機構藥房不屬於我們的網絡，或您在長期護理機構取得藥物方面遇到困難，請聯絡客戶服務部。
- 印第安醫療保健服務提供者(Indian Health Care Provider, IHCP)藥房。美國印第安人與阿拉斯加原住民會員可以使用印第安醫療保健服務提供者(IHCP)處的藥房，前提是該提供者設有註冊零售藥房。如果您不是美國印第安人或阿拉斯加原住民且您被指定到IHCP診所或發生緊急情況，您仍然可以從IHCP零售藥房獲取服務。
- 配發下列藥物的藥房：FDA限制在某些地點供應的藥物，或需要特殊處理、醫療服務提供者協調或用法相關教育的藥物。（附註：這種情況應該較罕見。）
- 如欲尋找專科藥房，請參閱《醫療服務提供者與藥房目錄》、瀏覽我們的網站或聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

A6. 使用送貨到府服務取得您的藥物

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡送貨到府服務。一般來說，透過送貨到府服務提供的藥物都是您因為慢性或長期醫療病症而定期服用的藥物。**無法**透過我們計劃送貨到府服務提供的藥物會在我們的《藥物清單》上標示NDS符號。

我們計劃的送貨到府服務可讓您訂購最多100天供應量的層級1至4承保藥物。100天供應量與1個月供應量的共付額相同。

透過郵寄配取處方藥

要索取有關透過送貨到府服務配取處方藥的資訊，請撥打本手冊封底的客戶服務部電話。如果您使用的送貨到府服務藥房不在我們計劃的網絡內，則您的處方藥將不會獲得承保。

一般來說，透過送貨到府服務配取的處方藥會在5天內寄達。如果您的送貨到府處方藥訂單出現延遲，您將收到通知。如果您對此有任何疑問，您每週7天，每天24小時皆可致電1-856-208-4665，聯絡Amazon Pharmacy的Blue Shield專屬客戶關懷團隊。聽障和語障人士可致電711。如有需要，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部將協助您從當地零售合約藥房獲得足夠的藥物供應，這樣在您的送貨到府藥物寄達前就不會缺藥了。這可能涉及聯繫您的醫師，讓他/她透過電話或傳真將新處方傳送到零售合約藥房，以便您能獲得在您收到送貨到府藥物之前所需藥物的數量。

如果從送貨到府服務提供者處訂購處方藥之日起延遲超過5天，並且是由於郵寄系統中藥物丟失所造成的，Amazon Pharmacy客戶關懷團隊可以協調替換訂單。

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

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



送貨到府流程

對於從您那裡或從您的醫療服務提供者診所直接獲得的新處方，以及您續配的送貨到府處方，送貨到府服務皆有不同的處理程序。

1. 藥房從您那裡獲得的新處方

對於從您那裡獲得的新處方，藥房會自動配取並寄送處方藥。

2. 藥房從您的醫療服務提供者診所獲得的新處方

藥房在收到醫療保健服務提供者提供的處方箋後就會聯絡您，確認您是希望立即配藥，還是之後再配藥。

- 這讓您有機會確認藥房將遞送正確的藥物（包括強度、數量與劑型），且在必要時可在開立帳單和寄送藥物前讓您可取消或延遲訂單。
- 每次藥房聯絡您時請務必回覆，讓藥房知道該如何處理新的處方箋並避免寄送延遲。

3. 送貨到府處方藥的續配

對於您的藥物續配，您可以選擇登記參加自動續藥計劃。參加這項計劃期間，當我們的記錄顯示您的藥物應該快要用完時，便會自動開始處理您接下來的續藥事宜。

- 藥房會在每次寄送續藥前聯絡您，確定您需要更多藥物，但如果您的藥物還足夠或您的藥物已發生變更，您可以取消排定的續藥。
- 如果您選擇不使用我們的自動續藥計劃，請在您現有藥物即將用完前14天聯絡藥房，以確保您下一次的訂單能及時送達。

如欲退出我們自動準備續藥送貨到府的計劃，請致電1-856-208-4665聯絡Amazon Pharmacy，服務時間為每週7天，每天24小時。聽障和語障人士可致電711。

為了讓藥房在寄送藥物前能先聯絡您確認訂單，請務必讓藥房瞭解您的最佳聯絡方式。請確保您在Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的聯絡資訊始終保持在最新狀態。如果您需要更新電話號碼或地址，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員服務部（電話號碼在本手冊封底）。

A7. 取得藥物的長期供應

您可以取得我們計劃《藥物清單》上慢性疾病藥物的長期供應。慢性疾病藥物是指您因慢性或長期醫療病症而定期服用的藥物。

某些合約藥房允許您取得慢性疾病藥物的長期供應。100天供應量與1個月供應量的共付額相同。您的《醫療服務提供者與藥房目錄》會告訴您哪些藥房可向您提供慢性疾病藥物的長期供應。您也可以致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部，以瞭解更多資訊。

對於某些種類的藥物，您可以使用我們計劃的網絡送貨到府服務來取得慢性疾病藥物的長期供應。請參閱**第A6節**，以瞭解更多有關送貨到府服務的資訊。

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



A8. 使用不在我們計劃網絡內的藥房

一般來說，只有當您無法使用合約藥房時，我們才會承保您在網絡外藥房配取的藥物。我們有位於服務區域外的合約藥房，您能以我們計劃會員的身分從這些合約藥房配取處方藥。在這些情況下，請先詢問護理協調員或客戶服務部，瞭解附近是否有合約藥房。

在下列情況下，我們會承保您在網絡外藥房配取的處方藥：

- 如果您因為在合理的開車距離內沒有24小時服務的合約藥房，導致無法及時在服務區域內取得承保藥物。
- 如果您想要配取的處方藥不是符合條件之網絡零售或郵寄服務藥房通常會有存量的藥物（這類藥物包括孤兒藥、高價與獨特藥物，或其他專科藥物）。
- 有些在您醫師診所施打的疫苗不屬於Medicare B部份的承保範圍，且無法合理自合約藥房取得，這類疫苗可能會按我們的網絡外使用規定獲得承保。
- 在網絡外藥房配取的處方藥限承保藥物30天的供應量。

A9. 退還您的處方藥費用

如果您必須使用網絡外藥房，您通常必須在取得處方藥時支付全額費用，而非共付額。您可於事後要求我們將我們的分攤費用退還給您。

如果您支付了Medi-Cal Rx可能承保之處方藥的全額費用，一旦Medi-Cal Rx支付了處方藥費用，您可能可獲得藥房的補償。或者，您也可以提交「Medi-Cal自付費用補償（Conlan）」索賠申請，要求Medi-Cal Rx將費用退還給您。如需瞭解更多資訊，請瀏覽Medi-Cal Rx 網站；
medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/。

要瞭解更多有關這方面的資訊，請參閱本《會員手冊》第7章。

B. 我們計劃的《藥物清單》

我們有一份《承保藥物清單》。我們將其簡稱為《藥物清單》。

此《藥物清單》上的藥物由醫生與藥劑師組成的團隊協助本計劃挑選。《藥物清單》上也會說明您需要遵循哪些規則才能取得您的藥物。

當您遵循我們在本章所述的規則時，我們通常會承保我們計劃《藥物清單》上的藥物。

B1. 我們《藥物清單》上的藥物

我們的《藥物清單》包括由Medicare D部份承保的藥物。

您從藥房取得的大多數藥物皆屬於我們計劃的承保範圍。其他藥物（如一些非處方(OTC)藥物與某些維他命）可能屬於Medi-Cal Rx的承保範圍。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。您也可以致電Medi-Cal Rx客戶服務中心：1-800-977-2273。透過Medi-Cal Rx獲取您的處方藥時，請攜帶您的Medi-Cal受益人識別卡(BIC)。

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

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



我們的《藥物清單》包括品牌藥、學名藥與生物製品（可能包括生物相似性藥品）。

品牌藥是指以藥物製造商擁有的商標名銷售的藥物。生物製品是比典型藥物更為複雜的藥物。在我們的《藥物清單》中，當我們提及「藥物」時，可能是指藥物或生物製品。

學名藥具有與品牌藥相同的活性成分。生物製品有名為生物相似性藥品的替代品。一般來說，學名藥和生物相似性藥品的療效與品牌藥或原生物製品相當，而費用通常比較低。許多品牌藥都有學名藥替代品，而一些原生物製品則有生物相似性藥品替代品。一些生物相似性藥品是可互換的生物相似性藥品，並且視州法律而定，可能可以在藥房替代原生物製品，而無需新處方，就像學名藥可以替代品牌藥一樣。

請參閱第12章，以瞭解可能列於《藥物清單》之藥物類型的定義。

B2. 如何查找《藥物清單》上的藥物

想知道您所服用的藥物是否在我們的《藥物清單》上，您可以：

- 瀏覽我們計劃的網站：blueshieldca.com/medformulary2027。網站上始終會提供最新的《藥物清單》。
- 請致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部，瞭解特定藥物是否在我們的《藥物清單》上，或索取一份清單副本。
- 不屬於D部份承保範圍的藥物可能屬於Medi-Cal Rx的承保範圍。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)以瞭解更多資訊
- 使用blueshieldca.com/medicare中的「Real Time Benefit Tool」（實時福利工具）搜尋《藥物清單》上的藥物，並預估您將支付的費用，也可以查看《藥物清單》上是否有可治療相同病症的替代藥物。您也可以致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部。透過該工具，您可以搜尋《藥物清單》上的藥物並預估您將支付的費用，也可以查看《藥物清單》上是否有可治療相同病症的替代藥物。
- 如何使用處方藥價格查詢工具：
 - 建立或登入您的線上會員帳戶。
 - 前往myblueshield，然後按一下「Benefits」（福利）下的「Pharmacy」（藥房）。
 - 在「Price check my Rx」（查詢我的處方藥價格）下，按一下「Check current prescriptions」（查詢目前的處方藥）。

B3. 不在我們《藥物清單》上的藥物

我們並不承保所有藥物。

- 有些藥物不在我們的《藥物清單》上，因為法律不允許我們承保這些藥物。

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



- 在其他情況下，我們決定不將某種藥物列入我們的《藥物清單》。
- 在某些情況下，您可能取得不在我們《藥物清單》上的藥物。如需瞭解更多資訊，請參閱第9章。

我們的計劃不支付此節中所述種類之藥物的費用。這些藥物被稱為**排除藥物**。如果您取得了排除藥物的處方，可能需要自行支付費用。如果您認為我們應基於您的個案支付排除藥物的費用，可以提出上訴。請參閱本《會員手冊》第9章，以瞭解更多有關上訴的資訊。

以下為排除藥物的三項一般規則：

1. 我們計劃的門診藥物承保（包括Medicare D部份）無法支付Medicare A部份或Medicare B部份已承保的藥物。我們的計劃會免費承保Medicare A部份或Medicare B部份承保的藥物，但這些藥物不被視為您門診藥物福利的一部分。
2. 我們計劃無法承保在美國及其領土以外購買的藥物。
3. 該藥物的使用必須獲得FDA核准，或獲得特定醫學參考文獻支持，證明其可作為您病症的治療方法。您的醫生或其他醫療服務提供者可能會開立某種藥物來治療您的病症，儘管這種藥物並未被核准用於治療您的病症。這稱為「標示外使用」。我們的計劃通常不承保標示外使用的處方藥。

此外，根據法律規定，Medicare或Medi-Cal無法承保下列藥物類型。

- 用於促進生育的藥物
- 用於舒緩咳嗽或感冒症狀的藥物
- 用於美容或促進毛髮生長的藥物
- 處方維他命與礦物質產品，但產前維他命與氟化物*製劑除外
- 用於治療性功能或勃起障礙的藥物
- 用於治療厭食症、幫助減輕或增加體重的藥物
- 某公司生產的門診藥物，且該公司規定您必須接受由其提供的檢查或服務

*特定產品可能屬於Medi-Cal的承保範圍。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。

B4. 《藥物清單》費用分攤層級

我們《藥物清單》上的每種藥物都會分為五種費用分攤層級。層級是一組類型大致相同的藥物（如品牌藥、學名藥或OTC藥物）。一般來說，費用分攤層級越高，您的藥物費用就越高。

- 費用分攤層級1：首選學名藥（最低的費用分攤層級）－ 包括首選學名藥。

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



- 費用分攤層級2：學名藥 – 包括學名藥與生物相似性藥品。
- 費用分攤層級3：首選品牌藥 – 包括首選品牌藥、生物相似性藥品和一些學名藥。
- 費用分攤層級4：非首選藥物 – 包括非首選品牌藥、生物相似性藥品和一些學名藥。
- 費用分攤層級5：專科層級藥物（最高費用分攤層級） – 包括可能需要特殊處理及/或密切監控的極高價品牌藥、生物相似性藥品與學名藥。

要瞭解您的藥物在哪個費用分攤層級，請在我們的《藥物清單》上查看該藥物。

本《會員手冊》第6章會說明您需為每個層級的藥物支付的金額。

C. 某些藥物的限制

特殊規則會限制本計劃承保特定藥物的方式及時間。一般來說，我們的規則會鼓勵您取得對您的病症具有療效，並且安全有效的藥物。若安全、費用較低的藥物在醫療上的效用與費用較高的藥物相同，我們希望您的醫療服務提供者開立費用較低的藥物。

請注意，有時同一種藥物可能會不只一次出現在我們的《藥物清單》上。這是因為同一種藥物可能會因您醫療服務提供者開立之處方藥物的強度、數量或劑型而有所不同，且不同版本的藥物可能適用不同的限制（例如：10毫克或100毫克；每天一顆或每天兩顆；錠劑或液劑）。

如果針對您的藥物設有特殊規則，通常表示您或您的醫療服務提供者必須採取額外步驟，我們才會承保該藥物。例如：您的醫療服務提供者可能必須先告訴我們您的診斷結果或提供血液檢驗結果。如果您或您的醫療服務提供者認為我們的規則不適用於您的情況，您可以要求我們使用承保決定程序進行例外處理。我們不一定會同意讓您不必採取額外步驟便能使用該藥物。

要瞭解更多有關要求例外處理的資訊，請參閱本《會員手冊》第9章。

1. 在有學名藥或可互換生物相似性藥品版本可用時，會限制使用品牌藥或原生物製品

一般來說，學名藥或可互換生物相似性藥品的藥效與品牌藥或原生物製品相同，而費用通常比較低。大多數情況下，品牌藥或原生物製品若有學名藥或可互換生物相似性藥品版本時，我們的合約藥房就會向您提供學名藥或可互換生物相似性藥品版本。

- 當有學名藥版本時，我們通常就不會承保品牌藥或原生物製品。
- 不過，如果您的醫療服務提供者已告訴我們醫療原因，即學名藥或可互換生物相似性藥品對您沒有療效，我們就會承保品牌藥。
- 品牌藥或原生物製品的共付額可能會比學名藥或可互換生物相似性藥品高。

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



2. 事先取得計劃核准

對於某些藥物，您或您的處方開立者必須先向我們的計劃取得同意，之後您才可以配取處方藥。這稱為預先授權。這是為了確保藥物安全，並幫助管理特定藥物的適當使用。如果您沒有取得我們的核准，我們可能不會承保該藥物。請撥打頁面底部或我們網站(blueshieldca.com/medformulary2027)上的電話號碼聯絡客戶服務部，以瞭解更多有關預先授權的資訊。

3. 先嘗試不同的藥物

一般情況下，我們希望您在我們承保費用較高的藥物之前，先試用費用較低但同樣有效的藥物。例如：如果A藥物和B藥物都能治療同一種醫療病症，本計劃可能會規定您必須先嘗試A藥物。

如果A藥物對您沒有效，本計劃就會承保B藥物。這種先嘗試不同藥物的規則稱為「漸進式治療」。請撥打頁面底部或我們網站(blueshieldca.com/medformulary2027)上的電話號碼聯絡客戶服務部，以瞭解更多有關漸進式治療的資訊。

4. 藥量限制

對於某些藥物，我們會限制您可以獲取之藥物的數量。這稱為藥量限制。例如：如果某種藥物通常每天只服用一顆被認為是安全時，我們可能會限制您每次可以配取之處方藥的數量。

要瞭解上述規則是否有任何一項適用您在服用/使用或想服用/使用的藥物，請查看我們的《藥物清單》。如需最新資訊，請致電客戶服務部或查看我們的網站：

blueshieldca.com/medformulary2027。如果您因任何上述原因而不同意我們的承保決定，可以提出上訴。請參閱本《會員手冊》第9章。

D. 您的藥物可能無法獲得承保的原因

我們會盡力承保對您最有效的藥物，但有時藥物承保的方式可能不是您希望的方式。例如：

- 我們的計劃並沒有承保您想服用/使用的藥物。藥物可能不在我們的《藥物清單》上。我們可能承保該藥物的學名藥版本，但不是您想要服用/使用的品牌藥版本。藥物可能是新藥，我們尚未對其安全性和有效性進行審查。
- 我們的計劃承保該藥物，但有特殊的承保規則或限制。如上節所說明，我們計劃承保的某些藥物有限制使用的規則。在某些情況下，您或您的處方開立者可能會要求我們作例外處理。
- 該藥物屬於承保範圍，但其費用分攤層級會使您的自付費用比您預期的更高。

如果藥物的承保方式不是您希望的方式，您可以採取特定行動。

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



D1. 取得臨時供應

在某些情況下，當您的藥物不在《藥物清單》上或有任何限制時，我們可以向您提供臨時供應。這讓您有時間與您的醫療服務提供者討論獲取其他藥物或要求我們承保該藥物。

如欲獲得藥物臨時供應，您必須滿足以下兩項規則：

1. 您一直在服用的藥物：

- 不再列於我們的《藥物清單》上或
- 從未列於我們的《藥物清單》上或
- 現在受到某種限制。

2. 您必須處於以下情況之一：

- 您去年參保我們的計劃。
 - 我們承保日曆年前90天期間藥物的臨時供應。
 - 此臨時供應最多30天。
 - 如果您的處方箋開立的天數較少，我們會允許多次續藥，以提供最多30天的藥物。您必須在合約藥房配取處方藥。
 - 長期護理藥房可能會一次提供少量的藥物數量以避免浪費。

您新加入我們的計劃。

- 我們將承保您成為我們計劃會員前90天期間藥物的臨時供應量。
- 此臨時供應最多30天。
- 如果您的處方箋開立的天數較少，我們會允許多次續藥，以提供最多30天的藥物。您必須在合約藥房配取處方藥。
- 長期護理藥房可能會一次提供少量的藥物數量以避免浪費。

您已加入我們的計劃超過90天、住在長期護理機構，並且立即需要供應。

- 我們會承保一次31天的供應，或者如果您的處方箋開立的天數較少，則較少供應。這是在上述臨時供應以外提供的供應量。

D2. 要求臨時供應

如欲要求藥物的臨時供應，請致電客戶服務部。

當您獲得藥物的臨時供應時，請與您的醫療服務提供者討論供應量用完時該怎麼做。
您的選擇如下：

- 改用另一種藥物。

我們的計劃可能承保另一種適合您的藥物。請致電會員服務部，索取治療相同醫療病症之承保藥物的清單。此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。

或

- 要求作例外處理。

您或您的醫療服務提供者可以要求我們作例外處理。例如：您可以要求我們承保不在我們《藥物清單》上的藥物或是要求我們無限制地承保該藥物。如果您的醫療服務提供者指出您有正當的醫療原因可要求我們作例外處理，他們可以協助您提出要求。

D3. 要求作例外處理

如果您服用/使用的某種藥物明年將從我們的《藥物清單》中移除或受到某種限制，我們允許您在明年之前要求作例外處理。

- 我們會告訴您有關明年藥物承保的任何變化。要求我們作例外處理，按您希望的方式承保明年的藥物。
- 我們將在收到您的例外處理申請（或您的處方開立者的佐證聲明）後72小時內給您答覆。
- 如果我們核准您的申請，我們將在變更生效之前授權此藥物的承保。

要瞭解更多有關要求作例外處理的資訊，請參閱本《會員手冊》第9章。

如果您需要要求作出例外處理方面的協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

E. 藥物承保的變更

大部分藥物承保的變更會在1月1日發生，但我們可能會在一年當中在《藥物清單》上新增或移除藥物。我們可能也會變更我們針對藥物的規則。例如，我們可能會：

- 決定是否需要某種藥物的預先授權（獲得我們的許可才能取得藥物）。
- 增加或變更您可以取得的藥物數量（藥量限制）。

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



- 新增或變更某種藥物的漸進式治療限制（您必須嘗試過某種藥物後，我們才會承保另一種藥物）。
- 以生物製品的可互換生物相似性藥品版本取代原生物製品。

我們必須遵循Medicare的規定才能變更我們計劃的《藥物清單》。如需有關這些藥物規則的更多資訊，請參閱**第C節**。

如果您正在服用/使用的藥物在**年初**時屬於承保範圍，我們通常在**年度剩餘期間**都不會移除或變更該藥物的承保，除非：

- 某種新的、更便宜的藥物上市，其藥效與現在《藥物清單》上的藥物相當，**或者**
- 我們得知某種藥物不安全，**或者**
- 某種藥物被撤出市場。

如果您正在服用的藥物之承保發生改變，會發生什麼情況？

如需瞭解更多有關《藥物清單》變更後情況的資訊，您可以隨時：

- 在網上查看我們當前的《藥物清單》，網址：blueshieldca.com/medformulary2027或
- 請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，查詢我們當前的《藥物清單》。

當前計劃年度期間我們可能會對《藥物清單》所作之會影響您的變更

《藥物清單》的某些變更會立即發生。例如：

新的學名藥問世。有時剛上市的新學名藥或生物相似性藥品之藥效與當前《藥物清單》上某種品牌藥或原生物製品一樣。發生這種情況時，我們可能會移除該品牌藥並新增此學名藥，但您要支付的新藥物費用可能會維持不變或變低。當我們新增新的學名藥時，我們也可能會決定將品牌藥保留於清單中，但變更其承保規則或限制。

- 我們可能不會在作出此變更前先通知您，但我們會在變更時立即寄給您特定的變更資訊。
- 您或您的醫療服務提供者可以對這類變更要求「例外處理」。我們會向您寄送一份通知，告訴您可以採取哪些步驟來要求例外處理。請參閱此手冊的**第9章**，以瞭解更多有關例外處理的資訊。

移除不安全的藥物和其他市場上停售的藥物。有時可能發現某種藥物不安全，或因其他原因而在市場上停售。如果發生這種情況，我們可能會立即將其從我們的《藥物清單》中移除。如果您正在服用/使用此藥物，我們會在作出變更後向您寄送通知。您的處方開立者也會瞭解這項變更，並會與您合作，找出適合您病症的另一種藥物。

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



我們可能會作出影響您服用/使用之藥物的其他變更。我們會提前告訴您我們《藥物清單》上的其他變更。發生以下情況時可能會有這類變更：

- FDA對某種藥物提供新的指引或設立新的臨床準則。

發生這類變更時，我們會：

- 在我們變更我們的《藥物清單》前至少30天告訴您，或者
- 讓您知道並在您要求續藥時提供您藥物的30天供應量。

這使您有時間與您的醫生或其他處方開立者討論。他們可以幫助您決定：

- 《藥物清單》上是否有您可以改服/改用的類似藥物，或者
- 您是否應該對這類變更要求例外處理，以便讓我們繼續承保該藥物或您一直在服用的藥物版本。要瞭解更多有關要求例外處理的資訊，請參閱本《會員手冊》第9章。

對《藥物清單》所作出之在本計劃年度期間不會對您產生影響的變更

我們可能會對您服用/使用的藥物（上方未有描述，且現在不會對您產生影響）作出變更。對於這類變更，如果您正在服用/使用的藥物在年初時屬於承保範圍，我們通常在年度剩餘期間都不會移除或變更該藥物的承保。

例如，若我們將您正在服用/使用的藥物從清單上移除或是限制其使用，該變更並不會影響您在年度剩餘期間對藥物的使用。

如果您正在服用/使用的藥物出現上述任何一種變更（上一節中指出的變更除外），則此項變更一直要到下個年度1月1日才會對您產生影響。

我們不會在當前年度期間直接告訴您這些類型的變更。您必須查看下個計劃年度的《藥物清單》（當清單在開放參保期提供時），確認下個計劃年度是否有會影響您的任何變更。

F. 特殊個案中的藥物承保

F1. 在我們計劃承保的醫院或專業護理機構住院

如果您入住我們計劃承保的醫院或專業護理機構，我們通常會承保您住院期間的藥物費用。您不需支付任何共付額。您離開醫院或專業護理機構後，只要您的藥物符合我們的所有承保規則，我們便會承保這些藥物。

要瞭解更多有關藥物承保範圍以及您需支付哪些費用的詳情，請參閱本《會員手冊》第6章。

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



F2. 在長期護理機構住院

一般來說，長期護理機構（如療養院）會有自己的藥房，或可以向所有住院的人供應藥物的藥房。如果您住在長期護理機構，只要該機構的藥房在我們的網絡中，您都可以在該藥房取得您的藥物。

請查看您的《醫療服務提供者與藥房目錄》，確認您長期護理機構的藥房是否屬於我們網絡的一部分。如果不屬於我們的網絡或您需要更多資訊，請聯絡客戶服務部。

F3. 參加經Medicare認證的臨終關懷計劃

藥物絕對不會同時屬於臨終關懷與我們計劃的承保範圍。

- 您可能參加Medicare臨終關懷計劃並需要特定藥物（例如：止痛藥、抗噁心藥物、緩瀉劑或抗焦慮藥物），但臨終關懷計劃並不承保這些藥物，因為這些症狀與您的末期預後與病症無關。在該情況下，我們的計劃必須收到處方開立者或您臨終關懷醫療服務提供者的通知，說明藥物不相關，之後我們才能承保該藥物。
- 為避免延遲收到任何我們的計劃應該承保的不相關藥物，您可以要求您的臨終關懷醫療服務提供者或處方開立者確保我們已收到藥物不相關的通知，之後再要求藥房配取您的處方藥。

如果您退出臨終關懷計劃，我們的計劃會承保您的全部藥物。為避免您Medicare臨終關懷福利終止時藥房發生任何延遲，您應該攜帶文件到藥房，確認您已退出臨終關懷計劃。

請參閱本章前面介紹我們的計劃承保之藥物的部分。請參閱本《會員手冊》第4章，以瞭解更多有關臨終關懷福利的資訊。

G. 藥物安全與藥物管理計劃

G1. 幫助您安全使用藥物的計劃

每次您配取處方藥時，我們都會查找任何可能存在的問題，如藥物錯誤或是該藥物：

- 可能並非需要的藥物，因為您正在服用/使用另一種治療同一種病症的類近藥物
- 對您的年齡或性別來說可能不安全
- 同時服用時可能會對您有害
- 含有您會或可能會過敏的成份
- 可能數量（劑量）有誤
- 鴉片類止痛藥的藥量不安全

如果我們發現您的藥物使用可能有問題，我們會與您的醫療服務提供者一起糾正問題。

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

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



G2. 協助您管理藥物的計劃

我們有一項計劃可以幫助有複雜健康需求的會員。在這種情況下，您可能有資格透過藥物治療管理(Medication Therapy Management, MTM)計劃免費獲得服務。該計劃屬於自願性質且免費提供。該計劃可幫助您與您的醫療服務提供者確保您的藥物能夠改善您的健康狀況。如果您符合參與該計劃的資格，藥劑師或其他健康專業人員將對您的所有藥物進行全面的審查，並於您討論以下事項。

- 如何從您服用/使用的藥物中獲得最大的益處
- 您持有的任何疑慮，如藥物費用與藥物反應
- 如何以最適當的方式服藥/用藥
- 您對於處方藥與非處方藥的任何疑問或問題

之後，他們會提供您：

- 一份關於本次討論的書面摘要。此摘要包括藥物行動計劃，會建議您可以採取什麼行動來充分利用您的藥物。
- 一份個人藥物清單，其中會列出您正在服用/使用的所有藥物以及您服用/使用這些藥物的原因。
- 有關安全棄置受管制處方藥的資訊。

建議您與您的處方開立者討論您的行動計劃和藥物清單。

- 請在就診時或與諮詢您醫生、藥劑師及其他醫療保健服務提供者時，攜帶您的行動計劃和藥物清單。
- 前往醫院或急診室時也請攜帶您的藥物清單。

MTM計劃屬於自願性質並且免費向符合資格的會員提供。如果我們有適合您需求的計劃，我們會為您註冊該計劃並寄送資訊給您。如果您不想參加，請讓我們知道，我們會讓您退出計劃。

如果您對這些計劃有疑問，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

G3. 幫助會員安全使用鴉片類藥物的藥物管理計劃(Drug Management Program, DMP)

我們設有計劃，可幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物和其他經常被濫用的藥物。這項計劃稱為藥物管理計劃(DMP)。

如果您使用的鴉片類藥物來自多個處方開立者或多間藥房，或是如果您最近鴉片類藥物使用過量，我們可能會與您的處方開立者討論，確保您的使用適當且具有醫療必要性。與您的處方開立者討論後，若我們認為您對處方鴉片類藥物或benzodiazepine藥物的使用可能不安全，我們可能會限制您取得這類藥物的方式。如果我們將您列入我們的DMP中，則限制規定可能包括：

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



- 要求您向某特定藥房取得您的所有鴉片類藥物和benzodiazepine藥物處方藥
- 要求您向特定處方開立者取得您的所有鴉片類藥物或benzodiazepine藥物處方
- 針對我們為您承保的鴉片類藥物或benzodiazepine藥物限制數量

如果我們計劃限制您取得這些藥物的方式或取得的數量，我們會事先向您寄送一封信函。信中會告訴您我們是否會限制對這些藥物的承保，或者是否會要求您只能從特定的醫療服務提供者或藥房獲取這些處方藥。

您將有機會告訴我們您偏好的處方開立者或藥房，以及您認為我們需要知道的任何重要資訊。在您有機會回覆後，如果我們決定限制對這些藥物的承保，我們會向您寄送另一封確認此類限制的信函。

如果您認為我們犯了錯誤、您不同意我們的決定或限制，您和您的處方開立者可以提出上訴。如果您提出上訴，我們會審查您的個案並把告知您決定。如果我們繼續拒絕您上訴中與您取得藥物的限制相關的任何部分，我們會自動將您的個案寄給獨立審查組織(Independent Review Organization, IRO)。（要瞭解更多有關上訴與IRO的詳情，請參閱本《會員手冊》第9章。）

- 如果您有下列情形，DMP可能不適用於您：
- 有某些醫療病症，如癌症或鎌狀細胞病，
- 正在接受臨終關懷、緩和療護、臨終護理，或
- 住在長期護理機構中

第6章：您需為Medicare和Medi-Cal藥物支付的費用

簡介

本章會說明您需為門診藥物支付的費用。我們在此說的「藥物」是指：

- Medicare D部份藥物，以及
- 由Medi-Cal Rx承保的藥物與用品。

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

額外協助是Medicare的一項計劃，可幫助低收入民眾降低Medicare D部份的藥物費用，例如保費、自付額與共付額。額外協助也稱為「低收入補助」或「LIS」。

其他關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

要瞭解更多有關藥物的資訊，您可在這些地方查找：

- 我們的《承保藥物清單》。
 - 我們將其稱為《藥物清單》。其中會向您說明：
 - 我們會為哪些藥物支付費用
 - 每種藥物分別屬於五種層級中的哪一級
 - 藥物是否有任何限制
 - 如果您需要我們《藥物清單》的副本，請致電客戶服務部。您也可以在我们的網站(blueshieldca.com/medformulary2027)上找到最新的《藥物清單》。
 - 您從藥房購買的大多數藥物皆屬於Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保範圍。其他藥物（如一些非處方(OTC)藥物與某些維他命）可能屬於Medi-Cal Rx的承保範圍。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)，以瞭解更多資訊。您也可以致電Medi-Cal Rx客戶服務中心：800-977-2273。透過Medi-Cal Rx獲取處方藥時，請攜帶您的Medi-Cal受益人識別卡(BIC)。

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



- 本《會員手冊》第5章。
 - 會說明該如何透過我們的計劃取得您的門診藥物。
 - 其中包括您需要遵循的規則，也會說明我們的計劃不承保哪些類型的藥物。
 - 當您使用計劃的「Real Time Benefit Tool」（實時福利工具）查詢藥物承保範圍時（請參閱第5章第B2節），所顯示的費用是您預期要支付之自付費用的預估。您可以致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部，以瞭解更多資訊。
- 我們的《醫療服務提供者與藥房目錄》。
 - 在大多數情況下，您必須使用合約藥房取得承保藥物。合約藥房是同意與我們計劃合作的藥房。
 - 《醫療服務提供者與藥房目錄》上會列出我們的合約藥房。請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解更多有關合約藥房的資訊。



目錄

A. 《福利說明》(EOB).....	173
B. 如何追蹤您的藥物費用	174
B1. 如果您在本摘要上發現錯誤該怎麼辦？	174
B2. 如果可能存在詐欺該怎麼辦？	175
C. Medicare D部份藥物的藥物付款階段	175
D. 階段1：初始承保階段.....	175
D1. 您的藥房選擇	176
D2. 取得某種藥物的長期供應	176
D3. 您需支付的費用	176
D4. 初始承保階段結束	178
E. 階段2：重大傷病承保階段	178
F. 醫生開立的處方不足一個月的供應量時您的藥物費用	178
G. 您需為D部份疫苗支付的費用	179
G1. 接種疫苗前的注意事項	179
G2. 您需為Medicare D部份承保的疫苗支付的費用	179

A. 《福利說明》(EOB)

當您在藥房取得處方藥時，我們的計劃會記錄您的藥物費用和您支付的款項。我們會追蹤兩種類型的費用：

- 您的**自付費用**。這是您或他人代您支付的處方藥費用。其中包括您在獲得承保D部份藥物時所支付的費用、家人或朋友為您的藥物支付的任何費用，由Medicare的「額外協助」、僱主或工會健康計劃、印第安人健康服務處、AIDS藥物補助計劃、慈善機構和大多數州政府藥物補助計劃(SPAP)為您的藥物支付的任何費用。
- 您的**總計藥物費用**。這是為您的承保D部份藥物支付的總額。其中包括我們的計劃支付的費用，以及其他計劃或組織為您的承保D部份藥物支付的費用。

當您透過我們的計劃取得藥物時，我們會向您寄送一份稱為《福利說明》(EOB)的摘要。為簡短起見，我們稱其為「EOB」。EOB不是帳單。EOB會提供有關您服用/使用之藥物的更多資訊，例如價格上漲以及可提供之其他費用分攤較低的藥物。您可以與您的處方開立者討論這些費用較低的選項。EOB的內容包括：

- **當月的資訊**。本摘要會顯示您上個月取得了哪些藥物，還會列出總藥費、我們已支付的費用、您自行支付及其他人代您支付的費用。
- **從1月1日以來的年度總計**。顯示從年度開始以來，您的總藥費以及已針對這些藥物的總付款金額。
- **藥物價格資訊**。這是藥物的總價格，以及自從第一次配取以來每次同樣數量的處方藥索賠的藥物價格變化。
- **費用更低的替代藥物**。在適用情況下，針對每種處方藥費用分攤較低之其他可用藥物的資訊。

我們承保Medicare不承保的藥物。

- 這些藥物的費用不會計入您的自付費用總額中。
- 您從藥房購買的大多數藥物皆屬於本計劃承保範圍。其他藥物（如一些非處方(OTC)藥物與某些維他命）可能屬於Medi-Cal Rx的承保範圍。請瀏覽Medi-Cal Rx網站(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)，以瞭解更多資訊。您也可以致電Medi-Cal客戶服務中心：800-977-2273。透過Medi-Cal Rx獲取處方藥時，請攜帶您的Medi-Cal受益人識別卡(BIC)。
- 要瞭解我們的計劃承保哪些藥物，請參閱我們的《藥物清單》。

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



B. 如何追蹤您的藥物費用

為了追蹤您的藥物費用以及您支付的藥物款項，我們會使用從您那裡和您的藥房取得的記錄。您可以透過以下方式幫助我們：

1. 使用您的會員識別卡。

每次配取處方藥時都出示您的會員識別卡。這能幫助我們瞭解您配取了什麼處方藥以及支付的費用。

2. 確保我們獲得我們需要的資訊。

您可於事後要求我們將我們針對該藥物的費用分攤退還給您。向我們提供您為承保藥物付費的收據副本。以下是您應該將您的收據副本提供給我們的幾個範例：

- 您在合約藥房購買承保藥物時，以不屬於我們計劃福利的特價或折扣卡付費。
- 您支付共付額的藥物是藥廠病人援助計劃提供的藥物。
- 您的承保藥物是在網絡外藥房購買的。
- 您在特殊情況下支付了承保藥物的全額費用。

如需更多有關要求我們退還我們針對某藥物費用分攤的資訊，請參閱本《會員手冊》第7章。

3. 將其他人為您付費的資訊寄給我們。

某些其他人與組織支付的款項也會計入您的自付費用中。例如：州政府藥物補助計劃、AIDS藥物補助計劃(ADAP)、印第安人健康服務處以及大多數慈善機構支付的款項都會計入您的自付費用中。這能幫助您取得重大傷病承保的資格。當您進入重大傷病承保階段時，我們的計劃會為您支付年度剩餘期間Medicare D部份藥物的所有費用。

4. 核對我們寄給您的EOB

當您收到郵寄的EOB時，請仔細確認其完整性與正確性。

- 您是否能辨識每間藥房的名稱？檢查日期。您是否是在那天取得的藥物？
- 您是否有獲取上面列出的藥物？是否與您收據上列出的藥物相符？藥物是否與醫生開立的處方一致？

B1. 如果您在本摘要上發現錯誤該怎麼辦？

若EOB上有令人困惑或似乎不太對的地方，請致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。您可以在我們的網站上找到很多問題的答案：blueshield.com/medicare。

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



B2. 如果可能存在詐欺該怎麼辦？

如果摘要中顯示您未服用/使用的藥物或任何其他您認為可疑的內容，請聯絡我們。

- 請致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部與我們聯絡。
- 或致電Medicare：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。您可以免費撥打這些號碼。
- 如果您懷疑醫療服務提供者或取得Medi-Cal的人有詐欺、浪費或濫用行為，您有權進行舉報，請撥打免費保密電話1-800-822-6222。其他舉報Medi-Cal詐欺行為的方式可在下列網址找到：www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx。

若您認為哪裡出錯或是有缺失，或有任何疑問，請致電客戶服務部。請妥善保留這些EOB。這些EOB是您藥物開銷的重要記錄。

C. Medicare D部份藥物的藥物付款階段

您在我們計劃的Medicare D部分藥物承保有兩個付款階段。您為每個處方藥支付的金額視您在配取處方藥或續藥時獲得的「額外協助」級別以及所處的階段而定。以下是這兩個階段：

階段1：初始承保階段	階段2：重大傷病承保階段
在本階段期間，我們會支付您藥物的部分費用，您則支付您的分攤部分。您的分攤部分稱為共付額。 您在年度中第一次配取處方藥時，便會開始這個階段。	在這個階段期間，我們會支付您藥物的全部費用，直到2027年12月31日為止。 當您已支付特定金額的自付費用時，便會開始這個階段。

D. 階段1：初始承保階段

在初始承保階段期間，我們會支付承保藥物的部分費用，您則支付您的分攤部分。您的分攤部分稱為共付額。共付額會視該藥物所屬的費用分攤層級以及您在哪裡取得藥物而定。

費用分攤層級是具有同樣共付額的藥物分類。我們《藥物清單》上的每種藥物都會列入五種費用分攤層級之一。一般來說，層級的數字越高，您支付的共付額費用就越高。想知道您的藥物屬於哪個費用分攤層級，請參閱我們的《藥物清單》。

- 費用分攤層級1：首選學名藥（最低的費用分攤層級）－ 包括首選學名藥。共付額為\$0。

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



- 費用分攤層級2：學名藥 – 包括學名藥與生物相似性藥品。共付額為\$0。
- 費用分攤層級3：首選品牌藥 – 包括首選品牌藥、生物相似性藥品和一些學名藥。共付額介於\$0至\$14.40之間，視您的收入而定。
- 費用分攤層級4：非首選藥物 – 包括非首選品牌藥、生物相似性藥品和一些學名藥。共付額介於\$0至\$14.40之間，視您的收入而定。
- 費用分攤層級5：專科層級藥物（最高費用分攤層級） – 包括可能需要特殊處理及/或密切監控的極高價品牌藥、生物相似性藥品與學名藥。共付額介於\$0至\$14.40之間，視您的收入而定。

D1. 您的藥房選擇

您為某種藥物支付多少費用視您從哪裡取得藥物而定：

合約零售藥房或

- 提供首選費用分攤的合約零售藥房在提供首選費用分攤的藥房，費用可能較低。
- 網絡外藥房。僅在少數情況下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解我們何時會這樣做。
- 我們計劃的送貨到府藥房。

要瞭解更多有關這些選擇的資訊，請參閱本《會員手冊》第5章和我們的《醫療服務提供者與藥房目錄》。

D2. 取得某種藥物的長期供應

對於某些藥物，您配取處方藥物時可以取得長期供應（也稱為「延長供應」）。長期供應最多供應100天的供應量。其費用和一個月的供應量相同。

若需要瞭解取得藥物長期供應的地點及方法的詳情，請參閱本《會員手冊》第5章或我們計劃的《醫療服務提供者與藥房目錄》。

D3. 您需支付的費用

在初始承保階段期間，您可能需在每次配取處方藥時支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您只需支付較低的金額。

如欲瞭解任何承保藥物的共付額，請聯絡客戶服務部。

您獲取一個月供應量的承保藥物時分擔的費用：

	合約藥房 一個月或最多 30天供應量	我們計劃的送 貨到府服務 一個月或最多 30天供應量	長期護理合約 藥房 最多31天供應 量	網絡外藥房 最多30天供應 量。承保限特定 情況。詳情請參 閱本《會員手 冊》第5章。
費用分攤層級1 (首選學名藥)	共付額\$0	層級1藥物不 提供送貨到府 服務。	共付額\$0	共付額\$0
費用分攤層級2 (學名藥)	共付額\$0	層級2藥物不 提供送貨到府 服務。	共付額\$0	共付額\$0
費用分攤層級3 (首選品牌藥)	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	層級3藥物不 提供送貨到府 服務。	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	共付額\$0、 \$5.00或\$14.40， 視會員獲得的 「額外協助」級 別而定。
費用分攤層級4 (非首選藥物)	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	層級4藥物不 提供送貨到府 服務。	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	共付額\$0、 \$5.00或\$14.40， 視會員獲得的 「額外協助」級 別而定。
費用分攤層級5 (專科層級藥物)	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	共付額\$0、 \$5.00或 \$14.40，視會 員獲得的「額 外協助」級別 而定。	共付額\$0、 \$5.00或\$14.40， 視會員獲得的 「額外協助」級 別而定。

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

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



當您從以下管道獲得承保藥物的長期供應時您分攤的費用：

	合約藥房	我們計劃的送貨到府服務
	長期供應或最多100天的供應量	長期供應或最多100天的供應量
費用分攤層級1 (首選學名藥)	共付額\$0	共付額\$0
費用分攤層級2 (學名藥)	共付額\$0	共付額\$0
費用分攤層級3 (首選品牌藥)	共付額\$0、\$5.00或\$14.40，視會員獲得的「額外協助」級別而定。	共付額\$0、\$5.00或\$14.40，視會員獲得的「額外協助」級別而定。
費用分攤層級4 (非首選藥物)	共付額\$0、\$5.00或\$14.40，視會員獲得的「額外協助」級別而定。	共付額\$0、\$5.00或\$14.40，視會員獲得的「額外協助」級別而定。
費用分攤層級5 (專科層級藥物)	層級5藥物不提供長期供應。	層級5藥物不提供長期供應。

想知道哪些藥房可提供您長期供應的資訊，請參閱我們的《醫療服務提供者與藥房目錄》。

D4. 初始承保階段結束

當您的自付費用總額達到\$2,400時，初始承保階段即結束。此時，重大傷病承保階段開始。從這時開始一直到年度結束，我們會支付您的全部藥物費用。

您的EOB可幫助您追蹤年度期間您已為藥物支付的費用。如果您達到\$2,400上限，我們會通知您。很多人在一年內都不會達到這個金額。

E. 階段2：重大傷病承保階段

當您達到處方藥自付上限\$2,400時，重大傷病承保階段便會開始。您會一直處於重大傷病承保階段，直至日曆年結束為止。在此階段期間，您無需為D部份承保藥物支付任何費用。

F. 醫生開立的處方不足一個月的供應量時您的藥物費用

在某些情況下，您支付的共付額包含一整個月供應量的承保藥物。不過，您的醫生可能會開立少於一個月供應量的藥物。

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



- 有時候，您也許想要求醫生開立的少於一個月供應量的藥物（例如：在您第一次嘗試某種藥物時）。
- 如果您的醫生同意，您就不需要支付特定藥物一整個月供應量的費用。

當您獲得的藥物供應量不足一個月時，您支付的金額將根據您獲得之藥物的天數而定。我們會針對您的藥物計算您每天需支付的金額（「每日費用分攤費率」），然後乘以您獲取之藥物的天數。

- 舉例如下：假設您藥物一整個月供應量（30天供應量）的共付額是\$1.35。這表示，您每天支付的藥物金額將少於\$0.05。如果您獲取七天供應量的藥物，您支付的金額將是每天少於\$0.05乘以七天，總付款金額將少於\$0.35。
- 每日費用分攤讓你能先確定藥物對您有效，之後再支付一整個月供應的費用。
- 您也能要求您的醫療服務提供者開立少於一整個月供應量的藥物，這能幫助您：
 - 更好地規劃該何時續藥
 - 配合其他藥物一起續藥，這樣您就可以減少前往藥房的次數

G. 您需為D部份疫苗支付的費用

關於您需為疫苗支付的費用的重要訊息：一些疫苗被視為醫療福利，並屬於Medicare B部份的承保範圍。其他疫苗則被視為Medicare D部份藥物。您可以在我們的《藥物清單》中找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數成人Medicare D部份疫苗，您無需支付任何費用。請參閱我們計劃的《藥物清單》，或聯絡客戶服務部，以瞭解有關特定疫苗承保範圍以及費用分攤的詳情。

我們對於Medicare D部份疫苗的承保分為兩個部分：

1. 第一部分是**疫苗本身**的費用。
2. 第二部分是**為您接種疫苗**的費用。例如：有時醫生會為您注射疫苗。

G1. 接種疫苗前的注意事項

我們建議您在計劃接種疫苗時致電客戶服務部。

- 我們可以告訴您我們的計劃如何承保您的疫苗，並說明您需分攤的費用。
- 我們可以告訴您該如何透過使用合約藥房和網絡醫療服務提供者來降低您的費用。合約藥房和網絡醫療服務提供者均同意與我們的計劃合作。網路醫療服務提供者與我們合作，確保您無需支付Medicare D部份疫苗的預付費用。

G2. 您需為Medicare D部份承保的疫苗支付的費用

您需為疫苗支付的費用取決於疫苗的類型（您要接種哪種疫苗）。

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



- 有些疫苗被視為健康福利，而非藥物。這些疫苗的承保將免費為您提供。要瞭解這些疫苗的承保範圍，請參閱本《會員手冊》第4章中的「福利表」。
- 其他疫苗則被視為Medicare D部份藥物。您可以在我們計劃的《藥物清單》上找到這些疫苗。您可能必須支付Medicare D部份疫苗的共付額。如果某疫苗經稱為**免疫接種諮詢委員會(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**的組織建議向成人施打，您則無需為該疫苗支付任何費用。

以下是您可以取得Medicare D部份疫苗的三種常見方式。

1. 您在合約藥房取得Medicare D部份疫苗並接受注射。
 - 對於大部分成人D部份疫苗，您無需支付任何費用。
 - 對於其他D部份疫苗，您需支付疫苗的共付額。
2. 您在您醫生的診所取得Medicare D部份疫苗，並由您的醫生為您注射。
 - 您需向醫生支付疫苗的共付額。
 - 我們的計劃會支付您接種疫苗的費用。
 - 在此情況下，醫生的診所應致電聯絡我們，以便我們能確保他們瞭解您只需支付疫苗的共付額。
3. 您在藥房取得Medicare D部份疫苗，然後前往您醫生的診所接受注射。
 - 對於大部分成人D部份疫苗，您無需為疫苗本身支付任何費用。
 - 對於其他D部份疫苗，您需支付疫苗的共付額。
 - 我們的計劃會支付您接種疫苗的費用。

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



第7章：要求我們為您收到的承保服務或藥物帳單支付我們分攤的部分

簡介

本章會告訴您該如何以及何時將帳單寄給我們以要求付款，也會說明在您在不同意承保決定時該如何提出上訴。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用	182
B. 向我們寄送付款申請	185
C. 承保決定	186
D. 上訴	186

A. 要求我們為您的服務或藥物支付費用

我們的網絡醫療服務提供者必須在您接受您的承保服務及藥物後，向計劃收取費用。網絡醫療服務提供者是與健康計劃合作的醫療服務提供者。

我們不允許Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的醫療服務提供者就這些服務或藥物向您收取費用。我們會直接向我們的醫療服務提供者付款，並為您提供保護，讓您不必支付任何費用。

如果您收到針對醫療保健或藥物全額費用的帳單，請勿付款並請將帳單寄給我們。有關寄送帳單給我們的資訊，請參閱第7章第B節。

- 如果我們承保相關服務或藥物，我們會直接向醫療服務提供者支付費用。
- 如果我們承保相關服務或藥物，並且您支付的金額已超過您分攤的費用，您有權要求我們退款。
 - 如果您已為屬於Medicare承保範圍的服務支付費用，我們會退款給您。
- 如果您已為所接受的Medi-Cal服務支付費用，如果滿足以下所有條件，您可能資格獲得補償（退款）：
 - 您接受的服務是我們應負責支付費用的Medi-Cal承保服務。對於Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan不承保的服務，我們不會補償您。
 - 您在成為Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan符合條件的會員後接受相關承保服務。
 - 您在接受承保服務日期起的一年內要求退款。
 - 您提供已為承保服務付款的證明，例如由醫療服務提供者提供的明細收據。
 - 您從Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan網絡內已註冊Medi-Cal的醫療服務提供者處接受相關承保服務。如果您接受急救護理、家庭生育計劃服務，或其他Medi-Cal允許網絡外服務提供者在沒有事先核准（預先授權）的情況下即可提供的服務，您無需滿足這項條件。
- 如果相關承保服務通常需要事先核准（預先授權），您需要提供醫療服務提供者能顯示相關承保服務具有醫療需要的證明。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會透過名為「行動通知」的信函告訴您他們是否會補償您。如果您滿足上述所有條件，已註冊Medi-Cal的醫療服務提供者應全額退還您所支付的金額。如果醫療服務提供者拒絕退款，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會全額退還您所支付的金額。我們會在收到索賠申請後的45個工作日內補償您。如果醫療服務提供者已註冊Medi-Cal，但不屬於我們的網絡並且拒絕向您退款，則Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會向您退款，但是最多僅退還FFS

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

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



Medi-Cal會支付的金額。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會全額退還您為急診服務、家庭生育計劃服務，或Medi-Cal允許網絡外服務提供者在沒有事先核准的情況下即可提供之其他服務所支付的自付費用。如果您不滿足上述條件中的其中一項，我們便不會向您退款。

- 如果您有以下情況，我們便不會向您退款：
 - 您要求並且已接受Medi-Cal不承保的服務，例如整容服務。
 - 該服務不是Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的承保服務。
 - 您求診的醫生不接受Medi-Cal，並且您簽署了一份表格，表示您無論如何都希望求診且您將為相關服務自行付費。
- 如果我們不承保相關服務或藥物，我們會告知您。

若您有任何疑問，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。如果您不知道您本來應該支付哪些費用，或者您收到帳單但不知道該怎麼做，我們都可以提供協助。如果您想告訴我們有關您已寄給我們之付款申請的資訊，也可以致電。

以下範例是您可能必須要求我們向您退款或支付您收到之帳單費用的情況：

1. 當您從網絡外服務提供者處獲得急救護理或緊急需求醫療護理時

請要求醫療服務提供者向我們收費。

- 如果您在接受護理時支付全額費用，可要求將我們分攤的費用退還給您。請將帳單與任何付款證明寄給我們。
- 您可能會收到醫療服務提供者的帳單，要求您支付您認為您不應該支付的款項。請將帳單與任何付款證明寄給我們。
 - 如果應該向該醫療服務提供者付款，我們會直接向其付款。
 - 如果您為Medicare服務支付的金額已經超過您分攤的費用，我們會確認您應該支付多少金額，並把我們分攤的費用退還給您。

2. 當網絡醫療服務提供者寄帳單給您時

網絡醫療服務提供者必須始終向我們收費。當您獲得任何服務或處方藥時，請務必出示您的會員識別卡；不過，網絡醫療服務提供者有時會出錯，要求您為服務支付費用，或要求您支付的金額超過您分攤的費用。**如果您收到任何帳單**，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部或您的護理協調員。

- 身為計劃會員，您只需在獲得我們承保的服務時支付共付額。我們不允許醫療服務提供者向您收取超過此金額的費用。即使我們向醫療服務提供者支付的服務費低於醫療服務提供者針對服務收取的費用，也是如此。即使我們決定不支付某些費用，您也無需支付。

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



- 每次您收到網絡醫療服務提供者的帳單時，如果您認為金額超過您應該支付的金額，請將帳單寄給我們。我們會直接聯絡該醫療服務提供者以解決問題。
- 如果您已經支付了網絡醫療服務提供者提供之針對Medicare承保服務的帳單，但您認為您支付的費用過高，請將帳單和任何您已付款的證明寄給我們。我們會退還您為承保服務支付的費用，**或者**會將您已付金額與我們計劃規定您的應付金額之間的差額退還給您。

3. 如果您追溯參保我們的計劃

有時候您在我們計劃的參保可以具有追溯性。（這表示，您參保的第一天是已經過去的日期。甚至可能是去年的事。）

- 如果您追溯參保，且您在參保日期之後支付帳單，您可以要求我們退款給您。
- 請將帳單與任何付款證明寄給我們。

4. 使用網絡外藥房配取處方藥時

如果您使用網絡外藥房，您需支付處方藥的全額費用。

- 僅在少數情況下，我們才會承保在網絡外藥房配取的處方藥。在您要求我們將我們分攤的費用退還給您時，請將收據副本寄給我們。
- 請參閱本《會員手冊》**第5章**，以瞭解更多有關網絡外藥房的詳情。
- 我們可能不會退還您在網絡外藥房為藥物支付的費用與我們在網絡內藥房本應支付的金額之間的差額。

5. 當您因為沒有攜帶您的會員識別卡而支付Medicare D部份處方藥的全額費用時

如果您沒有攜帶您的會員識別卡，您可以要求藥房致電聯絡我們或查詢您的計劃參保資訊。

- 如果藥房無法立即獲得資訊，您可能需要自行支付處方藥的全額費用，或是之後再攜帶您的會員識別卡返回藥房。
- 在您要求我們將我們分攤的費用退還給您時，請將收據副本寄給我們。
- 如果您支付的現金價格高於我們針對處方藥協商的價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

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



6. 當您為不屬於Medicare D部份承保範圍的處方藥支付全額費用時

您可能因某處方藥不屬於承保範圍而支付其全額費用。

- 該藥物可能不在我們網站的《承保藥物清單》（《藥物清單》）上，或該藥物可能有您不知道或您認為不適用於您的要求或限制。如果您決定要取得該藥物，您可能必須支付全額費用。
 - 如果您不支付藥物費用並認為我們應該提供承保，您可以要求我們作出承保決定（請參閱《會員手冊》第9章）。
 - 如果您與您的醫生或其他處方開立者都認為您需要立即（24小時內）取得此藥物，您可以要求我們作出快速承保決定（請參閱本《會員手冊》第9章）。
- 在您要求我們退款給您時，請將寄收據副本寄給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生或其他處方開立者處取得更多資訊，才能將我們針對該藥物分攤的費用退還給您。如果您支付的價格高於我們針對處方藥協商的價格，我們可能不會退還您支付的全部費用。

當您向我們提出付款申請時，我們會進行審查並決定該服務或藥物是否應該獲得承保。這稱為作出「承保決定」。如果我們決定該服務或藥物應獲得承保，我們會支付我們分攤的費用。

如果我們拒絕您的付款申請，您可以對我們的決定提出上訴。要瞭解如何提出上訴，請參閱本《會員手冊》第9章。

B. 向我們寄送付款申請

請將Medicare服務的帳單與付款證明寄給我們。付款證明可以是您開立之支票的副本或是由醫療服務提供者提供的收據。**建議您將帳單與收據影印一份留作記錄。**您可以向護理協調員尋求幫助。您必須在接受服務、用品或藥物之日起一年內將醫療索賠資訊寄給我們。您必須在接受服務、用品或藥物之日起三年內將您的D部份處方藥索賠申請寄給我們。

為了確保您向我們提供我們作出決定所需的所有資訊，您可以填寫我們的索賠表，以要求我們付款。

- 您不一定要使用該表格，但使用表格能幫助我們更快地處理資訊。
- 您可以在我們的網站(blueshieldca.com)上取得表格，或者您可以致電客戶服務部索取表格。

請將您的付款申請連同帳單或收據一併寄到以下地址：

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



醫療索賠：

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

D部份處方藥索賠：

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. 承保決定

當我們收到您的付款申請時，我們會作出承保決定。這表示，我們會決定我們的計劃是否承保您的服務、用品或藥物。我們也會決定您必須支付的金額（如有）。

- 如果我們需要您提供更多資訊，我們會通知您。
- 如果我們決定我們的計劃應承保相關服務、用品或藥物，並且您遵循了獲得相關服務、用品或藥物的所有規則，則我們會支付我們分攤的費用。如果您已經支付服務或藥物的費用，我們會將我們分攤的費用透過支票的形式郵寄給您。如果您支付了藥物的全額費用，您可能無法獲得全額補償（例如：如果您在網絡外藥房取得藥物，或如果您支付的現金價格高於我們協商的價格）。如果您尚未付款，我們會直接向醫療服務提供者付款。

本《會員手冊》第3章會說明取得服務承保的規則。本《會員手冊》第5章會說明取得Medicare D部份藥物承保的規則。

- 如果我們決定不為相關服務或藥物支付我們分攤的費用，我們會致函向您說明原因。信函中也會說明您提出上訴的權利。
- 要瞭解更多有關承保決定的資訊，請參閱第9章。

D. 上訴

如果您認為我們駁回您付款申請的決定有誤，您可以要求我們改變我們的決定。這稱為「提出上訴」。如果您不同意我們支付的金額，您也可以提出上訴。

正式的上訴流程有詳細的程序與截止日期。要瞭解更多有關上訴的詳情，請參閱《會員手冊》第9章：

- 要針對醫療保健服務費用退款提出上訴，請參閱第F節。
- 要針對藥物費用退款提出上訴，請參閱第G節。

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



第8章：您的權利與責任

簡介

本章會介紹您身為我們計劃會員的權利與責任。我們必須尊重您的權利。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。	191
B. 我們有必須確保您及時取得承保服務與藥物的責任	199
C. 我們有責任保護您的受保護的健康資訊(Protected Health Information, PHI)	200
C1. 我們保護您PHI的方式	200
C2. 您有權查看您的病歷	201
D. 我們有向您提供資訊的責任	201
E. 網絡醫療服務提供者不能直接向您收費	202
F. 您有權退出我們的計劃	202
G. 您有權作出有關自己醫療保健的決定	202
G1. 您有權瞭解自己有哪些治療選擇並作出決定	203
G2. 如果您無法為自己的醫療保健作出決定，您有權說出您希望獲得的處理方式	203
G3. 如果您的指示沒有被遵循該怎麼做	204
H. 您有權進行投訴並要求我們重新考慮我們的決定	204
H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊	204
I. 您身為計劃會員的責任	205

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

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



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.

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



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, 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։

- ## A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

- 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。
 - 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。

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



- 我們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。
- 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 اختیارتان 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 هماهنگی کننده 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.

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

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

- 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 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 1-800-633-4227) 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 និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រហម 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។

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

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

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបំណ្លឹង 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.

- 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.

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



- 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.

А. 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.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохраняют ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

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



- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТТ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии ТТТ следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям ТТТ следует звонить по номеру 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, incluyo 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, 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:

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



- Medicare 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 paaraang 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 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:

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



- Medicare 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.
 - 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.

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



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. 我們有必須確保您及時取得承保服務與藥物的責任

您有身為我們計劃的會員應享有的權利。

- 您有權從我們的網絡中選擇基本保健服務提供者(PCP)。網絡醫療服務提供者是與我們合作的醫療服務提供者。您可以在本《會員手冊》的**第3章**找到更多有關哪類醫療服務提供者可以擔任PCP以及如何選擇PCP的資訊。
 - 想知道更多有關網絡醫療服務提供者的資訊以及哪些醫生正在接受新病人，請致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部，或查看《醫療服務提供者與藥房目錄》。
- 您有權向女性健康專科醫生求診，無需轉診。轉診是指您的PCP核准您向並非您PCP的醫療服務提供者求診。
- 您有權在合理的時間內從網絡醫療服務提供者處取得承保服務。
 - 這包括從專科醫生處取得及時服務的權利。
 - 如果您無法在合理時間內獲得服務，我們必須為您的網絡外護理支付費用。
- 您有權在未取得預先授權(PA)的情況下接受緊急需要的急診服務或護理。
- 您有權在無需長時間等待的情況下就可以在我們的任何一間合約藥房配取處方藥。
- 您有權瞭解何時可以使用網絡外醫療服務提供者。要瞭解更多網絡外服務提供者的詳情，請參閱本《會員手冊》**第3章**。
- 當您首次加入我們的計劃時，若符合某些條件，您有權保留目前的醫療服務提供者與服務授權長達12個月。要瞭解更多有關保留您醫療服務提供者與服務授權的資訊，請參閱本《會員手冊》**第1章**。
- 您有權在護理團隊與護理協調員的幫助下自行作出醫療保健相關決定。

《會員手冊》**第9章**會說明在您認為無法在合理的時間內獲得您的服務或藥物時可採取的行動，也會說明當我們拒絕承保您的服務或藥物，但您不同意我們的決定時可採取的行動。

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



C. 我們有責任保護您的受保護的健康資訊(Protected Health Information, PHI)

我們會依據聯邦法律與州法律的要求保護您的PHI。

您的PHI包含您參保我們的計劃時提供給我們的個人資訊。也包含您的病歷與其他醫療與健康資訊。

當涉及您的資訊時，您有權控制您PHI的使用方式。我們會提供一份書面通知，說明這些權利並解釋我們會如何保護您PHI的隱私。該書面通知稱為「隱私權聲明通知」。

凡是可能同意接受敏感性服務的會員都無需獲得任何其他會員的授權即可接受敏感性服務或提交敏感性服務索賠申請。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會將有關敏感性服務的通訊直接寄送到會員指定的替代郵寄地址、電子郵件地址，或透過替代電話號碼傳達；或者在沒有指定的情況下，以會員的名義寄送至存檔資料中的地址，或透過存檔資料中的電話號碼傳達。未經接受護理之會員的書面授權，Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan不會向任何其他會員披露與敏感性服務相關的醫療資訊。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會儘量以會員所要求的形式與格式進行保密通訊（如果所要求的形式與格式製作簡單），或在替代地點進行保密通訊。會員對敏感性服務的保密通訊之申請將持續有效，直至會員撤銷申請或提交新的保密通訊申請為止。

如需索取我們「隱私權聲明通知」的副本，或要求在您的檔案加入保密通訊，您可以透過以下任一方式提出申請：

1. 前往blueshieldca.com並點擊首頁底部的「Privacy」（隱私）連結。您可以找到「隱私權聲明通知」與「保密通訊申請」表格。
2. 請撥打Blue Shield會員識別卡上的客戶服務部電話號碼。
3. 請撥打Blue Shield of California隱私辦公室的免費電話：1-888-266-8080。聽障和語障人士可致電711。
4. 寄電子郵件給我們：privacy@blueshieldca.com

C1. 我們保護您PHI的方式

我們會確保未經授權的人士無法查看或變更您的記錄。

除下列情況外，我們不會將您的PHI提供給任何不為您提供護理或支付護理費用的人。如果我們這麼做，我們必須先獲得您的書面許可。您或獲得法律授權可幫您作決定的人都可以提供書面許可。

有時我們不需要先取得您的書面許可。這些例外情況是因為法律允許或規定：

- 我們必須向檢查護理品質的政府機構公開PHI。
- 如果法院下令，我們可以公開PHI，但前提是加州法律允許。
- 我們必須向Medicare提供您的PHI，包括有關您Medicare D部份藥物的資訊。如果Medicare因研究或其他用途而公開您的PHI，他們將依據聯邦法律規定行事。

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



C2. 您有權查看您的病歷

- 您有權查看您的病歷並取得副本。我們可能會向您收取製作病歷副本的費用。
- 您有權要求我們更新或更正您的病歷內容。如果您要求我們這麼做，我們會與您的醫療保健服務提供者合作，決定是否應該作出相關變更。
- 您有權知道，我們是否因任何非例行目的而將您的PHI與他人分享以及分享的方式。

如果您對於您PHI的隱私有任何疑問與疑慮，請致電會員服務部。

D. 我們有向您提供資訊的責任

身為我們計劃的會員，您有權從我們這裡獲取有關我們計劃、我們的網絡醫療服務提供者以及您承保服務的資訊。

如果您不會說英語，我們會提供口譯服務，來回答您有關我們計劃的問題。如欲申請口譯員服務，請致電客戶服務部。這是免費為您提供的服務。《會員手冊》和其他重要資料都有英語以外的其他語言版本。資料也能以阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、簡體中文、繁體中文、波斯文、印地文、苗語、日文、韓文、寮國文、勉文、旁遮普文、俄文、西班牙文、他加祿文、泰文、烏克蘭文和越南文提供。我們也能向您提供大字版、盲文版或語音版格式的資訊。我們必須以無障礙且適合您的方式向您提供有關計劃福利的資訊。要向我們索取適合您的資訊格式，請致電客戶服務部。

如果您想瞭解以下資訊，請致電客戶服務部：

- 如何選擇或變更計劃
- 我們的計劃，包括：
 - 財務資訊
 - 計劃會員是如何評價我們的
 - 會員提出上訴的案件數量
 - 如何退出我們的計劃
- 我們的網絡醫療服務提供者與我們的合約藥房，包括：
 - 如何選擇與變更基本保健服務提供者
 - 我們網絡醫療服務提供者與合約藥房的資質
 - 我們如何支付我們網絡內的醫療服務提供者

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

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



- 承保服務與藥物，包括：
 - 我們的計劃承保的服務（請參閱本《會員手冊》第3章及第4章）和藥物（請參閱本《會員手冊》第5章及第6章）
 - 您承保與藥物的限制
 - 取得承保服務與藥物時您必須遵循的規則
- 某個項目為何不屬於承保範圍以及您該怎麼辦（請參閱《會員手冊》第9章），包括要求我們：
 - 以書面方式說明為何某個項目不屬於承保範圍
 - 變更我們所作的決定
 - 支付您收到的帳單

E. 網絡醫療服務提供者不能直接向您收費

我們網絡內的醫生、醫院與其他醫療服務提供者都不能強迫您支付承保服務的費用。即使我們支付的費用少於醫療服務提供者的收費金額，他們也不得向您收取差額。要瞭解當網絡醫療服務提供者試圖向您收取承保服務的費用時該怎麼做，請參閱本《會員手冊》第7章。

F. 您有權退出我們的計劃

如果您不想留在我們的計劃中，沒有人能強迫您留下來。

- 您有權透過Original Medicare或其他Medicare Advantage(MA)計劃獲得您的大部分醫療保健服務。
- 您可以從藥物計劃或另一個MA計劃取得Medicare D部份藥物福利。
- 請參閱本《會員手冊》第10章：
 - 瞭解更多有關何時可以加入新的MA或藥物福利計劃的資訊。
 - 瞭解更多有關您退出我們的計劃時該如何獲得Medi-Cal福利的資訊。

G. 您有權作出有關自己醫療保健的決定

您有權從您的醫生和其他醫療保健服務提供者處取得完整資訊，幫助您作出有關自己醫療保健的決定。

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



G1. 您有權瞭解自己有哪些治療選擇並作出決定

您的醫療服務提供者必須以您能夠理解的方式向您說明您的病症以及您有哪些治療選擇。您有權：

- **知道自己有哪些選擇。** 您有權被告知所有治療選項。
- **知道有哪些風險。** 您有權被告知涉及的任何風險。如果任何服務或治療屬於研究實驗的一部分，我們必須事先告知您。您有權拒絕實驗性治療。
- **取得第二專家意見。** 您有權在決定治療方案前徵求另一位醫生的意見。
- **有權說「不」。** 您有權拒絕任何治療方案。這包括有權離開醫院或其他醫療機構（即使醫生建議您不要離開）。您有權停止服用/使用處方藥。如果您拒絕治療或停止服用/使用處方藥，我們不會要求您退出我們的計劃。不過，如果您拒絕治療或停止服用/使用藥物，您要對後果完全負責。
- **要求我們說明醫療服務提供者拒絕提供護理的原因。** 如果醫療服務提供者拒絕提供您認為您應該取得的護理，您有權獲得我們的解釋。
- **要求我們承保我們拒絕承保或通常不會承保的服務或藥物。** 這稱為承保決定。本《會員手冊》第9章會說明該如何要求我們作出承保決定。

G2. 如果您無法為自己的醫療保健作出決定，您有權說出您希望獲得的處理方式

有時人們無法為自己的醫療保健作出決定。在發生這種情況前，您可以：

- **填寫書面表格，授權他人在您無法為自己作出決定時，替您作出醫療保健決定。**
- **給您的醫生書面指示，說明在您無法自己作決定的情況下，您希望醫生如何處理您的醫療保健事宜，其中包括您不想接受的護理。**

這類用來提供您的指示的法律文件稱為「預立醫囑」。有幾種不同類型的預立醫囑，名稱也各不相同。「生前預囑」與「醫療保健委託授權書」等文件都是其中的範例。

您並非一定要訂立「預立醫囑」，但可以訂立。如果您想使用「預立醫囑」提供指示，可以這麼做：

- **取得表格。** 您可以從您的醫生、律師、社工或某些辦公用品商店取得這份表格。藥房和醫療服務提供者診所通常會有這份表格。您也可以在线上找到免費的表格並下載表格。
- **填寫表格並簽名。** 該表格是法律文件。考慮請律師或其他您信任的人（例如家人或您的PCP）協助您填寫。
- **向需要知道的人提供表格副本。** 請向您的醫生提供一份副本。您也應該提供一份副本給經您指定可為您作決定的人。建議您也提供副本給您的親朋好友。請在家中保留一份副本。

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



- 如果您將要住院，並且您已簽署預立醫囑，**請帶一份副本到醫院。**
 - 醫院會詢問您是否有簽署預立醫囑表格，以及您是否有帶這份表格。
 - 如果您沒有簽署預立醫囑表格，醫院備有表格並將詢問您是否希望簽署一份。

您有權：

- 將您的預立醫囑納入您的病歷中。
- 隨時改變或取消您的預立醫囑。
- 瞭解預立醫囑相關法律的變更。Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會在州法律變更後的90天內將變更內容告訴您。

法律規定，任何人都不能基於您是否有簽署預立醫囑而拒絕為您提供護理或對您有差別待遇。請致電客戶服務部，以瞭解更多資訊。

G3. 如果您的指示沒有被遵循該怎麼做

如果您簽署了預立醫囑，而且您認為醫生或醫院並沒有遵照上面的指示，您可以向Commence Health（加州的品質改善組織）提出投訴，請致電(877) 588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：711]或寫信至：Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701。

H. 您有權進行投訴並要求我們重新考慮我們的決定

如果您有任何關於您承保服務或護理的問題或疑慮，《會員手冊》第9章會告訴您可以怎麼做。例如：您可以要求我們作出承保決定、進行上訴以變更承保決定，或者進行投訴。

您有權取得其他計劃會員過去已對我們提出之上訴與投訴的相關資訊摘要。請致電客戶服務部取得此相關資訊。

H1. 如何處理不公平待遇或取得更多有關您權利的資訊

如果您認為我們對您有不公平待遇，且並非關於本《會員手冊》第11章所列的歧視原因，或您想知道更多有關您權利的資訊，您可以致電：

- 客戶服務部。
- 醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)，電話：1-800-434-0222（聽障和語障專線(TTY)：711）。如需更多有關HICAP的資訊，請參閱第2章第E節。
- Medi-Cal投訴專員電話：1-888-452-8609。想知道更多關於此計劃的資訊，請參閱本《會員手冊》第2章。

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



Medicare：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

（您可以到Medicare網站閱讀或下載「Medicare Rights & Protections」（您的Medicare權利與保障）www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf。）

I. 您身為計劃會員的責任

身為計劃成員，您有責任採取以下行動。如果您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- **請閱讀本《會員手冊》**，瞭解我們計劃的承保範圍以及獲得承保服務與藥物應遵循的規則。如需以下詳細資訊：
 - 承保服務，請參閱《會員手冊》**第3章及第4章**。這些章節會告訴您哪些項目屬於承保範圍、哪些不屬於承保範圍、您需要遵循哪些規則，以及您需要支付多少費用。
 - 承保藥物，請參閱《會員手冊》**第5章及第6章**。
- 如果您還有**任何其他健康或藥物承保**，請告訴我們。我們必須確保您在獲得醫療保健時使用您的所有承保選項。如果您還有其他承保選項，請致電客戶服務部。
- **告訴您的醫生與其他醫療保健服務提供者**您是我們計劃的會員。當您獲得任何服務或藥物時，請出示您的會員識別卡。
- **幫助醫生和其他醫療保健服務提供者**為您提供最好的護理。
 - 向他們提供他們需要之與您和您的健康狀況相關的資訊。儘可能多地瞭解自己的健康問題。遵循您與您的醫療服務提供者討論好的治療計劃與指示。
 - 確保醫生與其他醫療服務提供者瞭解您服用/使用的所有藥物。其中包括藥物、非處方藥物、維他命和營養補充劑。
 - 有任何疑問都要提出。您的醫生與其他醫療服務提供者必須要用您能瞭解的方式向您說明。如果您提出問題，但聽不懂相關回答，請再問一次。
- **與護理協調員合作**，包括完成年度健康風險評估。
- **體諒他人**。我們希望所有計劃會員都能尊重他人的權利。我們也希望您在醫生診所、醫院和其他醫療服務提供者的診所中能尊重他人。
- **支付您應付的費用**。身為計劃會員，您有責任支付這些款項：
 - Medicare A部份與Medicare B部份的保費。對於大多數Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員，Medi-Cal會為您支付Medicare A部份和Medicare B部份的保費。

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



- 對於我們計劃承保的某些藥物，您必須在取得藥物時支付您分攤的費用。這會是共付額（固定金額）。**第6章**會說明您必須支付的藥物費用。
- 如果您接受的服務或藥物不屬於我們計劃的承保範圍，您必須支付全額費用。（附註：如果您不同意我們不承保某服務或藥物的決定，可以提出上訴。請參閱**第9章**，以瞭解該如何提出上訴。）
- 如果您搬家，請告訴我們。如果您計劃搬家，請立即告訴我們。請致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部。
 - 如果您搬離我們的服務區域，您便無法繼續留在我們的計劃中。只有居住在我們服務區域的民眾才能成為本計劃的會員。《會員手冊》**第1章**會說明我們的服務區域。
 - 我們可以幫助您瞭解您是否將搬離我們的服務區域。在特別參保期期間，您可以轉換到Original Medicare或參保新遷入地點提供的Medicare健康或藥物計劃。如果我們在新的區域有提供計劃，我們會告訴您。
 - 當您搬家時，請告知Medicare及Medi-Cal您的新地址。請參閱本《會員手冊》**第2章**，以查詢Medicare和Medi-Cal的電話號碼。
 - 如果您搬家且留在我們的服務區域內，我們仍需要知道。我們需要隨時更新您的會員資格記錄，並瞭解該如何聯絡您。
 - 如果您搬家，請告訴社會安全局（或鐵路職工退休委員會）。
- 如果您有新的電話號碼或更好的聯絡方式，請告訴我們。
- 如果您有疑問或疑慮，請致電聯絡您的護理協調員或客戶服務部尋求幫助。

第9章。如果您有問題或想要投訴該怎麼做（承保決定、上訴、投訴）

簡介

本章會介紹有關您權利的資訊。請閱讀本章，瞭解出現以下情況時該怎麼做：

- 您對我們的計劃有問題或想要投訴。
- 您需要我們的計劃表示不會付費的服務、用品或藥物。
- 您不同意我們的計劃針對您的護理所作出的決定。
- 您認為您的承保服務過早終止。
- 您對長期服務與支援有問題或想要投訴，其中包括成人社區服務(CBAS)與護理機構(NF)服務。

本章分為不同節，可幫助您輕鬆找到所需的內容。**如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用您情況的部分。**

您應該獲得醫生與其他醫療服務提供者判定屬於您護理計劃一部分而對您的護理有必要的醫療保健、藥物，以及長期服務與支援。**如果您在護理方面遇到問題，可撥打1-855-501-3077聯絡 Medicare Medi-Cal投訴專員計劃以尋求協助。**本章會介紹您在遇到不同問題及需要投訴時的不同選項，但您也可以隨時致電投訴專員計劃，以協助您解決問題。有關解決您疑慮的其他資源以及聯絡他們的方法，請參閱《會員手冊》第2章。

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



目錄

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼做.....	210
A1. 關於法律術語	210
B. 在何處取得幫助	210
B1. 如需更多資訊與幫助	210
C. 瞭解我們計劃中的Medicare與Medi-Cal投訴及上訴.....	212
D. 福利方面的問題	212
E. 承保決定與上訴	212
E1. 承保決定	212
E2. 上訴	213
E3. 承保決定與上訴方面的幫助	213
E4. 本章的哪一節可以幫助您.....	214
F. 醫療護理	214
F1. 使用本節.....	214
F2. 要求作出承保決定.....	215
F3. 提出級別1上訴	217
F4. 提出級別2上訴	220
F5. 付款問題.....	226
G. Medicare D部份藥物.....	227
G1. Medicare D部份承保決定與上訴.....	227
G2. Medicare D部份例外處理	228
G3. 要求例外處理的重要須知	230
G4. 要求承保決定，包括例外處理.....	230
G5. 提出級別1上訴	233
G6. 提出級別2上訴	235

H. 要求我們承保更長的住院時間.....	236
H1. 瞭解您的Medicare權利	237
H2. 提出級別1上訴	237
H3. 提出級別2上訴	239
I. 要求我們繼續承保某些醫療服務	240
I1. 在您的承保終止前提前通知	240
I2. 提出級別1上訴	240
I3. 提出級別2上訴	242
J. 將您的上訴提升至級別2以上	243
J1. Medicare服務與用品的後續步驟.....	243
J2. 額外的Medi-Cal上訴.....	244
J3. 針對Medicare D部份藥物申請的級別3、4和5上訴	244
K. 如何提出投訴	246
K1. 投訴涉及什麼類型的問題	246
K2. 內部投訴	247
K3. 外部投訴	249

A. 如果您有問題或疑慮該怎麼做

本章會說明該如何處理問題與疑慮。您使用的程序將視您遇到的問題類型而定。**承保決定與上訴**會使用一種流程，而**提出投訴**（也稱為申訴）則是另一種流程。

為確保公平性與及時性，每種流程都有一套規則、程序與截止日期，我們與您都必須遵循。

A1. 關於法律術語

本章說明的某些規則與截止日期包含法律術語。其中許多術語可能不好理解，因此我們會儘可能使用更簡單的詞語來代替某些法律術語。我們也會儘量少用縮寫。

例如，我們會說：

- 「提出投訴」，而不是「提起申訴」
- 「承保決定」，而不是「機構判定」、「福利判定」、「風險判定」或「承保裁決」
- 「快速承保決定」，而不是「加急判定」
- 「獨立審查組織」(IRO)，而不是「獨立審查實體」(Independent Review Entity, IRE)

瞭解正確的法律術語可以幫助您更清晰地溝通，因此我們也提供這些術語。

B. 在何處取得幫助

B1. 如需更多資訊與幫助

有時，開始或遵循處理問題的流程會讓人感到困惑。如果您身體不適或精力不足，便更是如此。有時候您可能缺乏資訊，不知道後續該怎麼做。

我們計劃提供的幫助

您可以致電Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan，電話：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。這是免費電話，可協助處理問題或回答問題。

醫療保險諮詢與倡導計劃提供的幫助

您可以致電醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)，電話：1-800-434-0222。您也可以瀏覽他們的網站https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。HICAP諮詢人員可以解答您的疑問並幫助您瞭解該如何解決您的問題。HICAP與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。HICAP在每一個縣都有受過訓練的諮詢人員，並且可免費提供服務。HICAP的電話：1-800-434-0222。

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



Medicare Medi-Cal投訴專員計劃提供的幫助

您可以致電Medicare Medi-Cal投訴專員計劃，與倡導員討論您在健康承保方面的疑問。他們可能可以提供免費的法律援助。投訴專員計劃與我們或任何保險公司或健康計劃均沒有關聯。他們的電話號碼是1-855-501-3077，網站是www.healthconsumer.org。

Medicare提供的幫助和資訊

如需更多資訊和幫助，您可以聯絡Medicare。有兩種方式可自Medicare取得協助：

- 致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。
- 瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov)。

加州醫療保健服務部提供的幫助

加州醫療保健服務部(Department of Health Care Services, DHCS)Medi-Cal管理式護理投訴專員可提供幫助。如果您有加入、變更或退出健康計劃方面的問題，他們可以提供幫助。如果您搬家，但無法順利將您的Medi-Cal轉到您的新所在縣，他們也可以提供幫助。您可以在週一至週五上午8時至下午5時期間致電1-888-452-8609聯絡投訴專員。

加州醫療保健管理部提供的幫助

請聯絡加州醫療保健管理部(DMHC)獲得免費幫助。DMHC負責監督健康計劃。DMHC會幫助民眾處理針對Medi-Cal服務或帳單問題的上訴。電話號碼是：1-888-466-2219。耳聾、聽力障礙或言語障礙人士可以使用免費TDD號碼：1-877-688-9891。您也可以瀏覽DMHC的網站：
www.dmhc.ca.gov。

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

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



C. 瞭解我們計劃中的Medicare與Medi-Cal投訴及上訴

您享有Medicare與Medi-Cal。本章資訊適用於您的所有Medicare與Medi-Cal管理式護理福利。這有時稱為「整合式流程」，因為它將Medicare及Medi-Cal流程相結合（整合）。

有時會遇到Medicare與Medi-Cal流程無法結合的情況。在這些情況下，您可以使用一種流程來獲取Medicare福利，用另一種流程來獲取Medi-Cal福利。**第F4節**會說明這些情況。

D. 福利方面的問題

如果您有問題或疑慮，請閱讀本章中適用您情況的部分。以下圖表可幫助您找到本章中有關問題貨投訴的正確章節。

您的問題或疑慮是否與您的福利或承保有關？	
這包括特定醫療護理（醫療用品、服務及/或B部份藥物）是否屬於承保範圍、承保的方式，以及與醫療護理付款相關的問題。	
是。 我的問題與福利或承保有關。 請參閱第E節「承保決定與上訴」。	否。 我的問題與福利或承保無關。 請參閱第K節「如何提出投訴」。

E. 承保決定與上訴

要求作出承保決定及提出上訴的流程，都涉及到與您醫療護理（服務、用品與B部份藥物，包括付款）的福利與承保相關的問題。為簡單起見，我們一般會將醫療用品、服務與B部份藥物稱為醫療護理。您可以使用承保決定與上訴流程，來瞭解某項服務是否屬於承保範圍以及承保方式等問題。

E1. 承保決定

承保決定是指我們所作出之有關您的福利和承保，或有關我們為您的醫療服務或藥物支付多少金額的決定。您或您的醫生也可以聯絡我們並要求我們作出承保決定。如果您的醫生可能不確定我們是否會承保某項特定的醫療服務，或我們是否會拒絕提供您認為您需要的醫療護理。**如果您在取得醫療服務前想知道我們是否會承保該服務，可要求我們為您作出承保決定。**

在我們審查服務申請或索賠申請時便會作出承保決定。在某些情況下，我們可能會決定服務或藥物不屬於承保範圍，或不再屬於Medicare或Medi-Cal對您承保的範圍。如果您不同意該承保決定，可以提出上訴。

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

E2. 上訴

如果我們作出承保決定但您不滿意，您可以對我們的決定提出「上訴」。上訴是一種正式要求我們對已作之承保決定進行審查並作出變更的方法。

您第一次對某個決定提出上訴時，稱為級別1上訴。在此上訴中，我們會審查我們作出的承保決定，確認我們是否適當遵循所有規則。您的上訴會由作出原本不利決定以外的其他審查員負責。

在大多數情況下，您必須從級別1開始上訴。如果您的健康問題十分緊急或會對您的健康立即造成嚴重威脅，或者如果您有劇烈疼痛並需要獲得快速決定，您可以在www.dmhca.ca.gov上要求進行IMR醫療審查。請參閱**第F4節**，以瞭解更多資訊。

我們會在完成審查時告訴您我們的決定。在特定情況下（見本章**第F2節**），您可以要求對承保決定進行加急處理或要求「快速承保決定」或「快速上訴」。

如果我們**否決**您的部分或全部要求，我們會向您寄送一封信函。如果您的問題與Medicare醫療護理承保有關，該信函會告訴您我們已將您的個案寄給獨立審查組織(IRO)以進行級別2上訴。如果您的問題與Medicare D部份或Medicaid服務或用品承保有關，該信函會告訴您該如何自行提出級別2上訴。請參閱**第F4節**，以瞭解更多有關級別2上訴的資訊。

如果您不滿意級別2上訴的決定，您也許可以繼續進行額外級別的上訴。

E3. 承保決定與上訴方面的幫助

您可以向以下任一機構尋求幫助：

- **客戶服務部**，聯絡電話列於頁面底部。
- **Medicare Medi-Cal投訴專員計劃**：1-855-501-3077。
- **醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)**：1-800-434-0222。
- 向**加州醫療保健管理部(DMHC)的幫助中心**尋求免費協助。DMHC會幫助民眾處理針對Medi-Cal服務或帳單問題的上訴。電話號碼是：1-888-466-2219。耳聾、聽力障礙或言語障礙人士可以使用免費TDD號碼：1-877-688-9891。您也可以瀏覽DMHC的網站：www.dmhca.ca.gov。雖然DMHC可為管理式Medi-Cal計劃的民眾提供協助，但對於僅有Medicare計劃以及以下縣立組織健康系統(County Organized Health Systems, COHS)的會員則無法提供協助：Partnership Health Plan、Gold Coast Health Plan、CenCal Health、Central California Alliance for Health和CalOptima。聯邦政府負責管理Medicare計劃，醫療保健服務部則負責管理COHS計劃。
- **您的醫生或其他醫療服務提供者**。您的醫生或其他醫療服務提供者可代表您要求取得承保決定或提出上訴。
- **朋友或家人**。您可指名其他人擔任您的「代表」，幫您要求取得承保決定或提出上訴。

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



- **律師。** 您有權聘請律師，但**並非必須由律師**來要求作出承保決定或提出上訴。
 - 聯絡您自己的律師，或從您當地的律師公會或其他轉介服務取得律師姓名。
如果您符合資格，有些法律團體也會向您提供免費的法律服務。
 - 向Medicare Medi-Cal投訴專員計劃尋求提供法律援助的律師，電話：1-855-501-3077。

如果您希望律師或其他人擔任您的代表，請填寫「代表委任書」表格。該表格可允許他人代您行事。

請撥打本頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部並索取「代表委任書」表格。您也可以瀏覽 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 以取得表格。您必須向我們提供簽好名的表格副本。

E4. 本章的哪一節可以幫助您

有四種情況涉及承保決定與上訴。每種情況都有不同的規則與截止日期。我們會在本章的單獨章節中詳細介紹每一種情況。請參閱適用的章節：

- **第F節**，「醫療護理」
- **第G節**，「Medicare D部份藥物」
- **第H節**，「要求我們承保更長的住院時間」
- **第I節**，「要求我們繼續承保某些醫療服務」（此節僅適用於這些服務：居家醫療保健、專業護理機構護理與綜合門診復健機構(CORF)服務。）

如果您不確定要使用哪一節，請撥打本頁底部的號碼聯絡客戶服務部。您也可以從政府組織（例如州政府健康保險援助計劃）獲得幫助或資訊。請參閱**第2章第C節**，以瞭解更多資訊。

F. 醫療護理

本節會說明在您取得醫療護理承保時遇到問題或想要求我們將我們針對您護理分攤的費用退還給您時該怎麼做。如需查詢申請更長的住院時間的資訊，請參閱**第H節**。

本節會介紹《會員手冊》**第4章「福利表」**中所說明的醫療護理的各項福利。在某些情況下，Medicare B部份藥物可能適用不同的規則。當出現不同規則時，我們會說明Medicare B部份藥物的規則與醫療服務及用品的規則有何不同。

F1. 使用本節

本節會說明您處於下列任何一種情況時該怎麼做：

1. 您認為我們應承保您需要的醫療護理但卻未獲得。

您可以採取的行動：您可要求我們作出承保決定。請參閱**第F2節**。

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



2. 我們沒有核准您醫生或其他醫療保健服務提供者想要為您提供的醫療護理，而您認為我們應該核准。

您可以採取的行動：您可以對我們的決定提出上訴。請參閱**第F3節**。

3. 您獲得了您覺得我們應承保的醫療護理，但我們不支付費用。

您可以採取的行動：您可以對我們不支付費用的決定提出上訴。請參閱**第F5節**。

4. 您已獲得您認為我們應承保的醫療護理並支付費用，並且您希望我們退款給您。

您可以採取的行動：您可以要求我們退款給您。請參閱**第F5節**。

5. 我們縮減或終止對您某些醫療護理的承保，並且您認為我們的決定可能會損害您的健康。

您可以採取的行動：您可以對我們縮減或終止醫療護理的決定提出上訴。請參閱**第F4節**。

- 如果承保是針對醫院護理、居家醫療保健、專業護理機構護理或CORF服務，將適用特殊規則。請參閱**第H節**或**第I節**，以瞭解詳情。
- 對於涉及縮減或終止某些醫療護理承保的所有其他情況，請使用本節（**第F節**）作為您的指南。

6. 您的護理遭到延遲或您找不到醫生。

您可以採取的行動：您可以提出投訴。請參閱**第K2節**。

F2. 要求作出承保決定

當承保決定涉及您的醫療護理時，稱為**整合式機構判定**。

您、您的醫生或您的代表可以要求我們作承保決定。

- 致電：1-800-452-4413，聽障和語障專線(TTY)：711。
- 傳真：877-251-6671。
- 致函：

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

標準承保決定

我們告知您我們的決定時，除非我們同意使用「快速」截止日期，否則都會使用「標準」截止日期。標準承保決定是指我們會在下列時間範圍內答覆您：

- 在我們收到您針對**需要遵循預先授權規則之醫療服務或用品**的申請後**五個工作日**。
- 在我們收到您針對**所有其他醫療服務或用品**的申請後**五個工作日**，最遲不超過**14個曆日**。
- 在我們收到您針對**Medicare B部份藥物**的申請後**72小時**。

對於醫療用品或服務，如果我們要求更多時間，或如果我們需要更多可能對您有利的資訊（例如網絡外服務提供者提供的病歷），**我們最多可以再有14個曆日**。如果我們需要更多天才能作出決定，我們會以書面方式通知您。**如果您的申請是針對Medicare B部份藥物**，我們便不能再有額外的天數。

如果您認為我們**不應該**增加天數，您可以對我們增加天數的決定提出「快速投訴」。當您提出快速投訴時，我們會在24小時內對您的投訴作出答覆。提出投訴的流程與承保決定和上訴的流程不同。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱**第K節**。

快速承保決定

「快速承保決定」的法律術語是「**加急判定**」。

當您要求我們就您的醫療護理作出承保決定並且您的健康狀況需要快速回覆時，請要求我們作出「快速承保決定」。快速承保決定表示我們將在下列時間範圍內答覆您：

- 在我們收到您針對**醫療服務或用品**的申請後**72小時**。
- 在我們收到您針對**Medicare B部份藥物**的申請後**24小時**。

對於醫療用品或服務，如果我們發現缺少可能對您有利的資訊（例如網絡外服務提供者提供的病歷），或如果您需要時間取得供我們審查的資訊，**我們最多可以再有14個曆日**。如果我們需要更多天才能作出決定，我們會以書面方式通知您。**如果您的申請是針對Medicare B部份藥物**，我們便不能再有額外的時間。

如果您認為我們**不應該**增加天數來作出承保決定，您可以對我們增加天數的決定進行「快速投訴」。如需有關提出投訴（包括快速投訴）的更多資訊，請參閱**第K節**。我們會在作出決定後會儘快打電話給您。

要取得快速承保決定，您必須符合兩項規定：

- 您要求承保您**並未獲得**的醫療用品及/或服務。您不能要求針對您已獲得之用品或服務的付款問題進行快速承保決定。

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



- 使用標準截止日期**可能會嚴重危害您的健康**或傷害您身體運作的能力。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速承保決定。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們會決定您是否可以獲得快速承保決定。

- 如果我們決定您的健康狀況不符合快速承保決定的規定，我們會致函告知您並且會改用標準截止日期。該信函會告訴您：
 - 如果您的醫生提出要求，我們會自動為您提供快速承保決定。
 - 您該如何針對我們為您提供標準承保決定而非快速承保決定這件事提出「快速投訴」。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱**第K節**。

如果我們否決您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函說明原因。

- 如果我們否決，您有權提出上訴。如果您認為我們犯了錯誤，提出上訴是要求我們審查並變更正式決定。
- 如果您決定提出上訴，您將進入上訴流程的級別1（請參閱**第F3節**）。

在有限的情況下，我們可能會駁回您的承保決定申請，也就是說我們不會審查您的申請。申請將被駁回的範例包括下列情況：

- 申請不完整，
- 有人代表您提出申請但未獲得合法授權，

或者

- 您要求撤回您的申請。

如果我們駁回針對承保決定的申請，我們將向您寄送通知，說明申請被駁回的原因以及如何要求對駁回決定進行複審。該審查稱為上訴。上訴會在下一節中進行討論。

F3. 提出級別1上訴

要開始針對遭到拒絕之服務或用品，或要繼續獲得您已經獲得之服務或用品相關的問題**提出上訴**，您、您的醫生或您的授權代表必須聯絡我們。致電：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

以書面方式或撥打1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）與我們聯絡，**要求進行標準上訴或快速上訴**。

- 如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求在上訴期間繼續承保您已經在獲得的服務或用品，您可能需要指定他們作為您的代表來代您行事。

- 如果您醫生以外的其他人為您提出上訴，請附上一份授權此人可代表您的代表委任書。您可以瀏覽www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf取得表格。
- 我們可以接受沒有表格的上訴申請，但在收到表格之前無法開始或完成審查。如果我們沒有在對您上訴作出決定的截止日期前收到表格：
 - 我們會駁回您的申請，並且
 - 我們會向您寄送一份書面通知，說明您有權要求獨立審查組織來審查我們駁回您上訴的決定。
- 您必須在我們向您寄送我們決定的信函之日起65個曆日內要求上訴。
- 如果您錯過該截止日期，但有錯過截止日期的正當理由，我們可以給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括您患有嚴重疾病或我們向您提供了有關截止日期的錯誤資訊。當您提出上訴時，請說明上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多能支持您上訴的資訊。

如果您的健康狀況需要，請要求進行快速上訴。

「快速上訴」的法律術語是「**加急重新考慮**」。

- 如果您對我們針對護理承保作出的決定提出上訴，您及/或您的醫生可以申請快速上訴。

如果您的醫生告訴我們您的健康狀況需要，我們會自動為您提供快速上訴。如果您在沒有醫生支持的情況下提出要求，我們將決定您是否可以獲得快速上訴。

- 如果我們決定您的健康狀況不符合快速上訴的規定，我們會致函告知您，並且我們會改用標準截止日期。該信函會告訴您：
 - 如果您的醫生提出要求，我們會自動為您提供快速上訴。
 - 您該如何對我們為您提供標準上訴而非快速上訴的決定提出「快速投訴」。
如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱**第K節**。

如果我們告訴您我們將終止或縮減您已經獲得的服務或用品，您可能可以在上訴期間繼續獲得這些服務或用品。

- 如果我們決定變更或終止您獲得之服務或用品的承保，我們會在採取行動之前向您寄送通知。

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

- 如果您不同意我們的決定，可以提出級別1上訴。
- 如果您在我們信函日期後的十個曆日內或在該行動的預期生效日期（以較晚者為準）之前要求級別1上訴，我們將繼續承保該服務或用品。
 - 如果您在截止日期前提出上訴，則在您的級別1上訴尚未作出結果前，您獲得的服務或用品將維持不變。
 - 您獲得的所有其他服務或用品（與您的上訴無關）也將維持不變。
 - 如果您未能在這些日期前提出上訴，則您的服務或用品將在您等待上訴決定期間終止。

我們會考慮您的上訴並答覆您。

- 審查您的上訴時，我們會再次仔細查看所有與您對醫療護理承保的申請有關的資訊。
- 我們會確認我們否決您的申請時是否有遵循了所有規則。
- 我們會在有需要時收集更多資訊。我們可能會聯絡您或您的醫生，以取得更多資訊。

快速上訴有截止日期。

- 當我們使用快速截止日期時，我們必須在收到您的上訴後72小時內答覆您，**如果您的健康狀況需要更快的回覆，則會更早答覆您**。如果我們拒絕快速上訴，我們將以口頭方式向您、您的醫生、處方開立者或代表提供拒絕決定的確認。
 - 如果我們沒有在72小時內答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程。然後IRO會對其進行審查。IRO會在收到您的上訴後以書面方式通知您。在本章稍後，我們會向您介紹此組織並說明級別2上訴流程。如果您的問題與Medicaid服務或用品的承保有關，您可以在時間一到時就自行向州政府申請召開級別2的州聽證會。在加州，州政府的聽證會稱為州聽證會。如欲申請召開州聽證會，請參閱**第F4節**（如適用）。
- 如果我們同意您的部分或全部申請，我們必須在收到您的上訴後72小時內（如果您的健康狀況需要，則會更快）授權或提供我們同意提供的承保。
- 如果我們否決您的部分或全部申請，我們會將您的上訴寄給IRO以進行級別2上訴。

標準上訴有截止日期。

- 當我們使用標準截止日期時，我們必須在收到您針對未獲得的服務之承保的上訴後30個曆日內答覆您。

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



- 如果您的申請是針對您並未獲得的Medicare B部份藥物，我們會在收到您上訴後的**七個曆日內**答覆您，如果您的健康狀況需要，我們會更早答覆。
 - 如果我們沒有在截止日期前答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程。然後IRO會對其進行審查。在本章稍後的**第F4節**中，我們會向您介紹此組織並說明級別2上訴流程。如果您的問題與Medicaid服務或用品的承保有關，您可以在時間一到時就自行向州政府申請召開級別2的州聽證會。在加州，州政府的聽證會稱為州聽證會。如欲申請召開州聽證會，請參閱**第F4節**（如適用）。

如果我們同意您的部分或全部申請，我們必須在收到您的上訴申請之日起30個曆日內授權或提供我們同意提供的承保，或者根據您的健康狀況要求，在我們改變決定之日起72小時內授權或提供，或者如果您的申請是針對Medicare B部份藥物，則在收到您的上訴申請之日起七個曆日內授權或提供。

如果我們**否決**您的部分或全部申請，您還有其他上訴權利：

- 如果我們**否決**您的部分或全部要求，我們會向您寄送一封信函。
- 如果您的問題與Medicare服務或用品的承保有關，該信函會告訴您我們已將您的個案寄給IRO以進行級別2上訴。
- 如果您的問題與Medi-Cal服務或用品的承保有關，該信函會告訴您該如何自行提出級別2上訴。

F4. 提出級別2上訴

如果我們**否決**級別1上訴的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函。該信函會告訴您Medicare、Medi-Cal或者兩個計劃是否通常會承保相關服務或用品。

- 如果您的問題與**Medicare**通常會承保的服務或用品有關，一旦級別1上訴完成，我們就會自動將您的個案寄至級別2上訴流程。
- 如果您的問題與**Medi-Cal**通常會承保的服務或用品有關，您可以自行提出級別2上訴。該信函會告訴您該如何處理。我們也會在本章稍後提供更多資訊。
- 如果您的問題與**Medicare與Medi-Cal兩者**可能承保的服務或用品有關，您會自動獲得IRO的級別2上訴。除了自動的級別2上訴外，您也可以要求州政府召開州聽證會與獨立醫療審查。不過，如果您已經在州聽證會上提供了證據，便無法進行獨立醫療審查。

如果您在提出級別1上訴時有資格繼續享受福利，則您上訴涉及之服務、用品或藥物的福利也可能在級別2期間繼續。請參閱**第F3節**，以瞭解有關在級別1上訴期間繼續享受各項福利的資訊。

- 如果您的問題是關於通常僅由Medicare承保的服務，則在向IRO進行級別2上訴流程期間，您無法繼續享受針對該服務的福利。

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



- 如果您的問題是關於通常僅由Medi-Cal承保的服務，如果您在收到我們的決定函後十個曆日內提交級別2上訴，您將繼續享受針對該服務的福利。

當您的問題與Medicare通常承保的服務或用品有關時

IRO會審查您的上訴。它是由Medicare僱用的獨立組織。

獨立審查組織(IRO)的正式名稱爲**獨立審查實體**，有時也稱爲**IRE**。

- 該組織與我們沒有任何關聯，也不是政府機構。Medicare選擇該公司作爲IRO，並由Medicare監督他們的工作。
- 我們會將有關您上訴的資訊（您的「個案檔案」）寄給該組織。您有權獲得您個案檔案的免費副本。
- 您有權向IRO提供其他資訊，以支持您的上訴。
- IRO的審查員會仔細查看與您上訴相關的所有資訊。

如果您在級別1時已經獲得快速上訴，您在級別2時也會獲得快速上訴。

- 如果您在級別1時已經獲得快速上訴，您在級別2時也會自動獲得快速上訴。IRO必須在收到您的上訴後**72小時內**，爲您提供針對級別2上訴的答覆。

如果您在級別1時已經獲得標準上訴，您在級別2時也會獲得標準上訴。

- 如果您在級別1時已經獲得標準上訴，您在級別2時也會自動獲得標準上訴。
- 如果您的申請是針對醫療用品或服務，IRO必須在收到您的上訴起**30個曆日內**爲您提供級別2上訴的答覆。
- 如果您的申請是針對Medicare B部份藥物，則IRO必須在收到您的上訴後**七個曆日內**爲您提供級別2上訴的答覆。

如果IRO會以書面方式爲您提供答覆並說明理由。

- 如果IRO同意針對醫療用品或服務的部分或全部申請，我們必須在以下時間範圍內立即實施該決定：
 - 在**72小時內**授權醫療護理承保，或
 - 在我們收到IRO針對**標準申請**的決定後**五個工作日內**提供服務，或者
 - 在我們收到IRO針對**加急申請**的決定後**72小時內**提供服務。

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

- 如果IRO同意針對Medicare B部份藥物的部分或全部申請，我們必須在以下時間範圍內授權或提供存在爭議的Medicare B部份藥物：
 - 在我們收到IRO針對標準申請的決定後72小時內，或者
 - 自我們收到IRO針對加急申請的決定之日起24小時內。
- 如果IRO否決部分或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您針對醫療保健承保的申請（或部份申請）。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。
 - 如果您的個案符合規定，您可以選擇是否想要繼續上訴。
 - 級別2上訴流程之後還有三個額外的級別（共有五個級別）。
 - 如果您的級別2上訴被駁回，但您符合繼續上訴流程的規定，您必須決定是否要繼續進入級別3並提出第三次上訴。您在級別2上訴之後收到的書面通知會告訴您關於該怎麼做的詳細資訊。
 - 行政法官(Administrative Law Judge, ALJ)或律師裁決員會負責處理級別3上訴。請參閱第J節，以瞭解更多有關級別3、級別4與級別5上訴的資訊。

當您的問題是關於Medi-Cal通常承保的服務或用品時

有兩種方法可以對Medi-Cal服務和用品提出級別2上訴：(1) 提出投訴或申請獨立醫療審查或 (2) 州聽證會。

(1) 醫療保健管理部(DMHC)

您可以向DMHC的協助中心提出投訴或申請獨立醫療審查(IMR)。提出投訴後，DMHC會對我們的決定進行審查。DMHC會自行調查您的投訴或決定相關個案是否符合IMR的資格。IMR可能適用於任何Medi-Cal具有醫療性質的承保服務或用品。IMR是由不屬於我們計劃或不屬於DMHC的專家對您的個案進行的審查。如果IMR作出了對您有利的決定，則我們必須為您提供您申請的服務或用品。您無需為IMR支付任何費用。

如果我們的計劃出現以下情況，您可以提出投訴或申請IMR：

- 拒絕、變更或延遲Medi-Cal服務或治療，因為我們的計劃判定其不具有醫療必要性。
- 不承保針對嚴重醫療病症的實驗性或研究性Medi-Cal治療。
- 對手術服務或程序本質上是美容還是重建服務提出爭議。
- 不支付您已接受之急診或緊急Medi-Cal服務的費用。
- 尚未於30個曆日內解決針對Medi-Cal服務的級別1標準上訴，或者尚未72小時內解決針對Medi-Cal服務的級別1快速上訴（如果您的健康狀況需要）。

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

在大多數情況下，您必須在申請IMR之前先向我們提出上訴。請參閱**第F3節**，以瞭解有關我們級別1上訴流程的資訊。如果您不同意我們的決定，您可以向DMHC提交IMR申請表/投訴表。

附註：如果您的醫療服務提供者為您提出上訴，但我們沒有收到您的代表委任書表格，除非您的上訴涉及對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅（包括但不限於劇烈疼痛、可能會喪失生命或肢體、主要身體機能），否則您需要先向我們重新提交上訴，之後才能向DMHC申請級別2的IMR。

您可以申請IMR和州聽證會，但如果您已經在州聽證會上提供證據或已就同一問題舉行過州聽證會，則您不得進行IMR。

如果您的治療因為是實驗性或研究性治療而遭拒，您在申請IMR之前無需參與我們的上訴流程。

如果您的問題十分緊急或對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，或者您感到劇烈疼痛，您都可以立即將您的個案提交給DMHC，而無需先使用我們的上訴流程。

您必須在我們向您寄送有關您上訴的書面決定後**六個月內申請IMR**。如果有合理的理由（例如您因為醫療病症而無法於六個月內申請IMR，或您並未收到關於IMR流程的適當通知），則DMHC可能會接受您在六個月後提出的申請。

如欲提出投訴或要求進行IMR，請：

- 在網站填寫IMR/投訴表：
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx，或致電DMHC協助中心：1-888-466-2219。聽障和語障人士可致電1-877-688-9891。
- 如果您有關於遭到拒絕的服務或用品之信函或其他文件的副本，請一併附上。這可以加快IMR的流程。請寄送文件副本，而不要寄送正本。協助中心無法退還任何文件。
- 如果有人協助您處理IMR，請填寫授權助理表。您可以在網站
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx獲取表格，或撥打1-888-466-2219致電該部門的協助中心索取表格。聽障和語障人士可致電1-877-688-9891。
- 在線上向DMHC提交IMR/投訴表及任何附件：www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint。

透過郵寄或傳真提交：

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真：916-255-5241

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

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



DMHC會在七天內審查您的申請，並向您寄送確認收到您申請的信函。如果DMHC判定您的個案符合IMR資格，他們將在收到所有規定文件後45天內作出IMR決定。

如果您的個案屬於緊急情況且您符合IMR資格，DMHC通常會在收到所有規定文件後的七天內作出IMR決定。

如果您不滿意IMR的審查結果，您仍可要求舉行州聽證會。

如果DMHC沒有收到您或提供治療的醫生提供的全部病歷，IMR可能會花更長時間。如果您使用的醫生不在您健康計劃的網絡內，您務必要從該醫生處取得病歷並將病歷寄給我們。您的健康計劃只能從網絡內醫生處取得您病歷的副本。

如果DMHC的決定是您的個案不符合IMR資格，DMHC將透過其常規消費者投訴流程審查您的個案。您的投訴應在提交填妥的申請後30個曆日內得到解決。如果您的投訴屬於緊急情況，則會更快得到解決。

(2) 州聽證會

您可以針對Medi-Cal承保服務與用品要求舉行州聽證會。如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求的服務或用品是我們不會核准的服務或用品，或者我們不會繼續為您已獲得的服務或用品付費且我們對於您的級別1上訴作出否決判決，您便有權要求舉行州聽證會。

在大多數情況下，在「上訴決定函」通知郵寄給您後，**您有120天的時間要求舉行州聽證會。**

附註：如果您因為我們告訴您您當前獲得的服務將被變更或終止而要求召開州聽證會，並且您想在州聽證會等待判決期間繼續獲得該服務，**您可以提交申請的天數會更少。**請閱讀第272頁的「我的福利是否會在級別2上訴期間繼續」，以瞭解更多資訊。

您可透過以下方式要求舉行州聽證會：

- 線上：www.cdss.ca.gov。
- 致電：請撥打1-800-743-8525。這個號碼可能出現忙線情況。您可能會聽到語音訊息，請您稍後再撥。如果您是語障或聽障人士，請撥聽障和語障專線(TTY/TDD) 1-800-952-8349。
- 致函：請填寫州聽證會申請表或寫信，並將其郵寄或傳真至：
- 郵寄：California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 傳真：916-309-3487或免費號碼：1-833-281-0903
- 您可以填寫行動通知背面的「州聽證會申請」。請記得一定要填寫您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼及/或客戶識別號碼(Client Identification Number, CIN)，以及您希望舉行州聽證會的理由。如果有人協助您要求舉行州聽證會，請在表格或信函中加上此人的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員服務，請告訴州政府

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

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



聽證處您使用的語言。您不需為口譯員支付費用。州政府聽證處會為您安排口譯員。如果您是殘障人士，州政府聽證處可免費為您提供特殊安排，以幫助您參加聽證會。請說明您的殘障情形以及您需要何種安排的相關資訊。

- 在級別2上訴期間，您可以要求QIO再次查看他們對您級別1上訴作出的決定。請致電1-877-588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：1-855-887-6668]聯絡他們。
- 您必須在QIO**否決**您級別1上訴當天之後**60個曆日內**要求進行這項審查。您必須**僅**能在您的護理承保終止當天之後繼續住院時，才可以要求進行這項審查。
- QIO審查員將：
 - 再次詳細查看與您上訴有關的所有資訊。
 - 在收到您第二次審查申請後的14個曆日內，告訴您他們對您級別2上訴的決定。
- 如果QIO**同意**您的上訴：
 - 我們必須向您退還從QIO駁回您級別1上訴當天後次日中午起，我們針對醫院護理分攤的費用。
 - 只要具有醫療必要性，我們就會提供屬於承保範圍的住院服務。
- 如果QIO**否決**您的上訴：
 - 他們同意關於您級別1上訴的決定，並且不會變更決定。
 - 他們會寄信給您，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出級別3上訴該怎麼做。
- 您也可以向DMHC提出投訴或要求DMHC進行獨立醫療審查以繼續住院。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何向DMHC提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

州政府聽證處會以書面方式告訴您他們的決定並說明原因。

- 如果州政府聽證處**同意**針對醫療用品或服務的部分或全部申請，我們必須在得知決定後**72小時內**授權或提供該服務或用品。
- 如果州政府聽證處**否決**部分上訴或全部上訴，則表示他們同意我們不應核准您針對醫療保健承保的申請（或部份申請）。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果IRO或州聽證會**否決**您的全部或部分申請，您還有其他上訴權利。

如果您的級別2上訴已轉到**IRO**，則只有當您希望取得之服務或用品的價值達到特定的最低金額時，您才可以再次上訴。ALJ或律師裁決員會負責處理級別3上訴。您從**IRO**收到的信函會說明您可能擁有的其他上訴權利。

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



您從州政府聽證處收到的信函會說明下一個上訴選項。

請參閱**第J節**，以瞭解更多有關您在級別2之後之上訴權利的資訊。

F5. 付款問題

對於承保服務和用品，我們不允許我們的網絡醫療服務提供者向您收費。即使我們向醫療服務提供者支付的費用低於醫療服務提供者針對承保服務或用品的收費，情況也是如此。您永遠不需要支付任何帳單的差價。您唯一會被要求支付的是層級3的共付額：首選品牌藥物，層級4：非首選藥物，以及層級5：專科層級藥物。

如果您收到之帳單的金額超過承保服務與用品的共付額，請將帳單寄給我們。請勿支付這筆帳單費用。我們會直接聯絡該醫療服務提供者以解決問題。如果您已支付帳單費用，並且遵循獲取服務或用品的規則，則可以從我們的計劃獲得退款。

如需瞭解更多資訊，請參閱本《會員手冊》**第7章**。其中會說明您可能需要我們退還您的款項或支付您從醫療服務提供者處收到之帳單的情況。也會說明您該如何寄送文件以要求我們支付費用。

如果您要求退款，即表示您在要求我們作出承保決定。我們會查看您已付款的服務或用品是否屬於承保範圍，以及您是否已遵循使用您的承保所需遵循的所有規定。

- 如果您付款的服務或用品屬於承保範圍並且您已遵循所有規則，我們通常會在收到您的申請後30個曆日內（但最長不超過60個曆日），寄給您我們針對服務或用品分攤的費用。
- 如果您尚未支付服務或用品的費用，我們會直接將款項寄給醫療服務提供者。我們寄送款項，即表示我們**同意**您針對承保決定的申請。
- 如果服務或用品不屬於承保範圍，或者您未遵循所有規則，我們會向您寄送一封信函，告訴您我們不會支付該服務或用品的費用並說明原因。

如果您不同意我們不付款的決定，**可以提出上訴**。請遵循**第F3節**中描述的上訴流程。當您遵循這些指示時，請注意：

- 如果您提出上訴要求我們退款給您，我們必須在收到您的上訴後30個曆日內答覆您。

如果我們**否決**您的上訴，而**Medicare**通常會承保相關服務或用品，我們會將您的個案寄給IRO。如果發生這種情況，我們會向您寄送一封信函。

- 如果IRO推翻我們的決定並要求我們向您付款，我們必須在30個曆日內將款項寄給您或醫療服務提供者。如果在級別2之後上訴流程的任何階段對您上訴的答覆是**同意**，我們必須在60個曆日內把款項寄給您或醫療保健服務提供者。
- 如果IRO**否決**您的上訴，即表示他們同意我們不應核准您的申請。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。您會收到一封說明您可能享有之其他上訴權利的信函。請參閱**第J節**，以瞭解更多有關其他上訴級別的更多資訊。

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

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



如果我們對您上訴的答覆是**否決**，而Medi-Cal通常會承保相關服務或用品，您可以自行提出級別2上訴。請參閱**第F4節**，以瞭解更多資訊。

G. Medicare D部份藥物

身為我們計劃的會員，您的福利包括許多藥物的承保。其中大部分是Medicare D部份藥物。有一些藥物是Medicare D部份不承保，但Medi-Cal可能承保的藥物。**本節僅適用於Medicare D部份藥物的上訴**。我們會在本文的其餘部分使用「藥物」這個詞，而不是每次都使用「Medicare D部份藥物」。對於僅由Medi-Cal承保的藥物，請遵循**第E節**中的流程。

要取得承保，藥物必須用於醫療上可接受的適應症。這表示，該藥物已獲得美國食品與藥物管理局(FDA)的核准或得到某些醫學參考文獻的支持。請參閱本《會員手冊》**第5章**，以瞭解更多有關醫療上可接受之適應症的資訊。

G1. Medicare D部份承保決定與上訴

以下是您要求我們對您的Medicare D部份藥物作出承保決定的範例：

- 您要求我們作例外處理，包括要求我們：
 - 承保不在我們計劃《藥物清單》上的Medicare D部份藥物，或者
 - 取消對我們藥物承保的限制（例如：您可以獲得的數量限制）
- 您詢問我們是否為您承保某種藥物（例如：當您的藥物在我們計劃的《藥物清單》上，但我們在承保之前必須先為您核准時）

附註：如果您的藥房告訴您無法按處方箋的規定配取處方藥，藥房會為您提供一份書面通知，向您說明該如何聯絡我們以要求承保決定。

針對Medicare D部份藥物的初始承保決定稱為「**承保裁決**」。

- 您要求我們對您已購買的藥物支付費用。這是要求作出有關付款的承保決定。

如果您不同意我們作出的承保決定，可以對我們的決定提出上訴。本節會說明您該如何要求我們作出承保決定以及該如何提出上訴。請使用下方的圖表來幫助您。

您處於下列哪種情況？			
您需要不在我們《藥物清單》上的藥物，或您需要我們取消我們對承保藥物設立的規則或限制。	您希望我們承保在我們《藥物清單》上的藥物，並且您認為您符合所需藥物的計劃規則或限制（例如事先取得核准）。	您想要求我們將您已取得並已付款之藥物的費用退還給您。	我們告訴過您，我們不會以您希望的方式承保藥物或支付某藥物的費用。
您可以要求我們作例外處理。（這是承保決定的一種類型。）	您可以要求我們作出承保決定。	您可以要求我們退款給您。（這是承保決定的一種類型。）	您可以提出上訴。（這表示，您要求我們重新考慮。）
從第G2節開始，然後參閱第G3節與第G4節。	參閱第G4節。	參閱第G4節。	參閱第G5節。

G2. Medicare D部份例外處理

如果我們沒有按照您希望的方式承保某種藥物，您可以要求我們進行「例外處理」。如果我們駁回您的例外處理申請，您可以對我們的決定提出上訴。

您要求例外處理時，您的醫生或其他處方開立者必須說明您為何需要取得例外處理的醫療原因，

要求承保不在我們《藥物清單》上的藥物或取消對藥物的限制有時稱為要求「**保險內處方集例外處理**」。

要求對承保的非首選藥物支付較低的價格有時稱為要求「**層級例外處理**」。

以下是您、您的醫生或其他處方開立者可以要求我們作例外處理的一些範例：

1. 承保不在我們《藥物清單》上的藥物

- 如果我們同意作例外處理以承保不在我們《藥物清單》上的藥物，您必須支付適用於層級4：非首選藥物層級的共付額。
- 針對藥物必須支付的共付額金額，您不能獲得例外處理。

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



2. 移除對承保藥物的限制

- 額外規則或限制適用於我們《藥物清單》上的某些藥物（請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解更多資訊）。
- 特定藥物的額外規則與限制包括：
 - 規定應使用學名藥而不是品牌藥。
 - 事先取得我們的核准，之後我們才會同意承保您的藥物。（這有時稱為「預先授權」(PA)。)
 - 規定應先試不同的藥物，之後我們才會同意承保您要求的藥物。（這有時稱為「漸進式治療」。）
 - 藥量限制。對於某些藥物，您可以獲取之藥物的數量會有限制。
- 如果我們同意為您進行例外處理並取消限制，您可以要求對您必須支付的共付額進行例外處理。

3. 將藥物的承保變更至較低的費用分攤層級。我們《藥物清單》上的每種藥物都屬於五種費用分攤層級中的一種層級。一般來說，費用分攤層級越低，您必須支付的共付額就越少。

- 我們的《藥物清單》通常包含不止一種用於治療特定病症的藥物。這些藥物稱為「替代」藥物。
- 如果適合您醫療病症之替代藥物的費用分攤層級低於您所服用之藥物的費用分攤層級，您可以要求我們按照替代藥物的費用分攤金額提供承保。這會降低您的藥物共付額金額。
 - 如果您服用/使用的藥物是生物製品，您可以要求我們按照適合您病症的最低層級生物製品替代品的費用分攤金額提供承保。
 - 如果您服用/使用的藥物是品牌藥，您可以要求我們按照適合您病症的最低層級品牌藥替代品的費用分攤金額提供承保。
 - 如果您服用/使用的藥物是學名藥，您可以要求我們按照適合您病症的最低層級品牌藥或學名藥替代品任一種的費用分攤金額提供承保。
- 您不能要求我們變更層級5：專科層級藥物中任何藥物的費用分攤層級。
- 如果我們核准您的層級例外處理申請且有不只一個較低的費用分攤層級有您不能服用/使用的替代藥物，您通常需支付最低金額。

G3. 要求例外處理的重要須知

您的醫生或其他處方開立者必須告訴我們醫療原因。

您的醫生或其他處方開立者必須向我們提供一份聲明，說明要求例外處理的醫療原因。爲能更快作出決定，您要求例外處理時，請一併附上您的醫生或其他處方開立者提供的這類醫療資訊。

我們的《藥物清單》通常包含不止一種用於治療特定病症的藥物。這些藥物稱爲「替代」藥物。如果替代藥物與您要求的藥物藥效相當且不會導致更多副作用或其他健康問題，我們通常**不會**核准您的例外處理申請。如果您要求進行層級例外處理，除非較低費用分攤層級的所有替代藥物對您的效果都不佳或可能導致不良反應或其他傷害，否則我們通常**不會**核准您的例外處理申請。

我們可能同意或否決您的申請。

- 如果我們**同意**您的例外處理申請，則該例外處理通常會持續到日曆年年底。只要您的醫生持續爲您開立該藥物的處方，並且該藥物對於治療您的病症持續安全有效，則這項規定將維持不變。
- 如果我們**否決**您的例外處理申請，您可以提出上訴。請參閱**第G5節**，以瞭解有關在我們**否決**的情況下提出上訴的資訊。

下一節會說明您該如何要求承保決定，包括例外處理。

G4. 要求承保決定，包括例外處理

- 請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）、寫信或傳真給我們，要求您想要的承保決定類型。您、您的代表或您的醫生（或其他處方開立者）都可以提出要求。請註明您的姓名、聯絡資訊以及有關索賠的資訊。
- 您、您的醫生（或其他處方開立者）或代表您行事的其他人都可以要求進行承保決定。您也能請律師代您行事。
- 請參閱**第E3節**，以瞭解如何指定某人作爲您的代表。
- 您不必向您的醫生或其他處方開立者提供書面許可，他們即可代表您要求進行承保決定。
- 如果您想要求我們把藥物費用退還給您，請參閱本《會員手冊》**第7章**。
- 如果您要求進行例外處理，請給我們一份「佐證聲明」。佐證聲明包括您的醫生或其他處方開立者提出例外處理申請的醫療原因。
- 您的醫生或其他處方開立者可以將佐證聲明傳真或郵寄給我們。他們也可以透過電話告訴我們，然後傳真或郵寄聲明。

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



- 您可以透過以下安全的會員入口網站以電子方式提交承保裁決申請：
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - 選擇會員表格
 - 在線上啟動承保裁決申請
 - 您可以啟動該流程以獲得預先授權或例外處理。

如果您的健康狀況需要，請要求我們作出「快速承保決定」。

除非我們同意使用「快速截止日期」，否則我們將使用「標準截止日期」。

- **標準承保決定**是指我們會在收到您醫生的聲明後72小時內答覆您。
- **快速承保決定**是指我們會在收到您醫生的聲明後24小時內答覆您。

「快速承保決定」稱為「**加急承保裁決**」。

如果您有下列情況，您可以獲得快速承保決定：

- 相關申請是針對您並未獲得的藥物。如果您想要求我們把您已購買之藥物的費用退還給您，您便無法獲得快速承保決定。
- 如果我們使用標準截止日期，您的健康或身體機能將受到嚴重傷害。

如果您的醫生或其他處方開立者告訴我們您的健康狀況需要作出快速承保決定，我們會依據快速承保決定時限對您的申請進行審查。我們會向您寄送一封信函提供此項資訊。

- 如果您在沒有醫生或其他處方開立者支持的情況下要求快速承保決定，我們將決定您是否可獲得快速承保決定。
- 如果我們決定您的醫療病症不符合快速承保決定的規定，我們會改用標準截止日期。
 - 我們會向您寄送一封信函，告知您我們將使用標準截止日期。這封信函也會說明您該如何對我們的決定提出上訴。
 - 您可以提出快速投訴，並於24小時內獲得回覆。如需更多有關提出投訴（包括快速投訴）的資訊，請參閱**第K節**。

快速承保決定的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的申請後24小時內答覆您。如果您要求進行例外處理，我們會在收到您醫生的佐證聲明後24小時內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。
- 如果我們沒有在截止日期前答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程，以交由IRO進行審查。請參閱**第G6節**，以瞭解更多有關級別2上訴的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部申請，我們會在收到您的申請或您醫生的佐證聲明後24小時內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函說明原因。該信函也會告訴您該如何提出上訴。

有關您未取得之藥物之標準承保決定的截止日期

- 如果我們使用標準截止日期，我們必須在收到您的上訴後72小時內答覆您。如果您要求進行例外處理，我們會在收到您的醫生的佐證聲明後72小時內答覆您。如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。
- 如果我們沒有在截止日期前答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程，以交由IRO進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部申請，我們會在收到您的申請或您醫生為例外處理提供的佐證聲明後72小時內為您提供承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函說明原因。該信函也會告訴您該如何提出上訴。

有關您已經購買之藥物之標準承保決定的截止日期

- 我們必須在收到您的申請後14個曆日內答覆您。
- 如果我們沒有在截止日期前答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程，以交由IRO進行審查。
- 如果我們**同意**您的部分或全部申請，我們將在14個曆日內退款給您。
- 如果我們**否決**您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函說明原因。該信函也會告訴您該如何提出上訴。

G5. 提出級別1上訴

向我們的計劃提出與Medicare D部份藥物承保決定相關的上訴，稱為計劃「**重新判定**」。

- 請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）、寫信或傳真給我們，開始您的**標準或快速上訴**。您、您的代表或您的醫生（或其他處方開立者）都可以提出要求。請包含您的姓名、聯絡資訊以及有關您上訴的資訊。
- 您必須在我們向您寄送我們決定的信函之日起**65個曆日內**要求上訴。
- 如果您錯過該截止日期，但有錯過截止日期的正當理由，我們可以給您更多時間提出上訴。正當理由的範例包括：您患有嚴重疾病，或我們向您提供了關於截止日期的錯誤資訊。當您提出上訴時，請說明上訴延遲的原因。
- 您有權向我們索取有關您上訴資訊的免費副本。您和您的醫生也可以向我們提供更多能支持您上訴的資訊。

如果您的健康狀況需要，請要求進行快速上訴。

快速上訴也稱為「**加急重新判定**」。

- 如果您要對我們針對您並未獲得之藥物所作出的決定提出上訴，您和您的醫生或其他處方開立者必須決定您是否需要快速上訴。
- 針對快速上訴的要求與針對快速承保決定的要求相同。請參閱**第G4節**，以瞭解解更多資訊。

我們會考慮您的上訴並答覆您。

- 我們會審查您的上訴並再次仔細查看與您承保申請有關的所有資訊。
- 當我們**否決**您的申請時，我們會檢查我們是否遵循了相關規則。
- 我們可能會聯絡您或您的醫生或其他處方開立者，以取得更多資訊。

級別1快速上訴的截止日期

- 如果我們使用快速截止日期，我們必須在收到您的上訴後**72小時內**答覆您。
 - 如果您的健康狀況需要，我們會更快答覆您。

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



- 如果我們沒有在72小時內答覆您，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程。然後IRO會對其進行審查。請參閱**第G6節**，以瞭解有關審查組織和級別2上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部申請，我們必須在收到您的上訴後72小時內提供我們同意提供的承保。
- 如果我們**否決**您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您該如何提出上訴。

級別1標準上訴的截止日期

- 如果我們使用的是標準截止日期，我們必須在收到您對並未獲得之藥物提出的上訴後**七個曆日**內答覆您。
- 如果您沒有獲得該藥物並且您的健康狀況需要，我們會更快通知您我們的決定。如果您相信您的健康狀況需要，請要求快速上訴。

如果我們沒有在七個曆日內告知您決定，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程。然後IRO會對其進行審查。請參閱**第G6節**，以瞭解有關審查組織和級別2上訴流程的資訊。

如果我們**同意**您的部分或全部申請：

- 因您的健康狀況需要，我們必須儘快**提供**我們已同意提供的**承保**，但**最遲不超過**我們收到您的上訴後**七個曆日**。
- 我們必須在收到您的上訴後**30個曆日內**將您所購之藥物的**款項寄給您**。

如果我們**否決**您的部分或全部申請：

- 我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您該如何提出上訴。
- 我們必須在收到您的上訴後**14個曆日內**針對退還您購買的藥物之費用的事宜答覆您。
 - 如果我們沒有在14個曆日內告知您決定，我們必須將您的申請寄至級別2上訴流程。然後IRO會對其進行審查。請參閱**第G6節**，以瞭解有關審查組織和級別2上訴流程的資訊。
- 如果我們**同意**您的部分或全部申請，我們必須在收到您的申請後30個曆日內向您付款。
- 如果我們**否決**您的部分或全部申請，我們會向您寄送一封信函，說明原因並告訴您該如何提出上訴。

G6. 提出級別2上訴

如果我們**否決**您的級別1上訴，您可以接受我們的決定或提出另一個上訴。如果您決定提出另一個上訴，可以使用級別2上訴流程。當我們**否決**您的第一次上訴時，IRO會對我們的決定進行審查。該組織會決定我們是否應該改變我們的決定。

「獨立審查組織」(IRO)的正式名稱是「**獨立審查實體**」，有時也稱為「IRE」。

要提出級別2上訴，您、您的代表、您的醫生或其他處方開立者必須以**書面方式**聯絡IRO並要求對您的個案進行審查。

- 如果我們**否決**您的級別1上訴，我們寄給您的信函會包括**有關如何向IRO提出級別2上訴的說明**。這些說明會告訴您誰可以提出級別2上訴、您必須遵循哪些截止日期，以及該如何聯絡該組織。
- 當您向IRO提出上訴時，我們會將所持有之有關您上訴的資訊寄給該組織。這類資訊稱為您的「個案檔案」。您有權獲得您個案檔案的免費副本。如果您需要幫助索取您個案檔案的免費副本，請致電1-888-466-2219。
- 您有權向IRO提供其他資訊，以支持您的上訴。

IRO會審查您的Medicare D部份級別2上訴並以書面方式答覆您。請參閱**第F4節**，以瞭解更多有關IRO的資訊。

級別2快速上訴的截止日期

如果您的健康狀況需要，請要求IRO進行快速上訴。

- 如果他們同意快速上訴，他們必須在收到您的上訴申請後**72小時內**答覆您。
- 如果他們**同意**您的部分或全部申請，我們必須在收到IRO的決定後**24小時內**提供核准的藥物承保。

級別2標準上訴的截止日期

如果您在進行級別2標準上訴，IRO必須在下列時間範圍內答覆您：

- 在收到您針對並未獲得之藥物提出的上訴後**七個曆日內**。
- 在收到您針對已購買的藥物之退款提出的上訴後**14個曆日內**。

如果IRO**同意**您的部分或全部申請：

- 我們必須在收到IRO的決定後**72小時內**提供核准的藥物承保。
- 我們必須在收到IRO的決定後**30個曆日內**退還您購買之藥物的費用。

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



- 如果IRO**否決**您的上訴，則表示他們同意我們不核准您申請的決定。這稱為「維持決定」或「駁回上訴」。

如果IRO**否決**您的級別2上訴且如果您要求之藥物承保的價值達到最低金額時，您便有權提出級別3上訴。如果您要求的藥物承保金額價值低於規定的最低金額，您便無法提出另一個上訴。在該情況下，級別2上訴決定為最終決定。IRO會向您寄送一封信函，告訴您繼續進行級別3上訴所需的最低金額。

如果您申請的金額價值滿足相關規定，您需選擇是否希望繼續上訴。

- 級別2之後上訴流程中還有三個額外的級別。
- 如果IRO**否決**您的級別2上訴，並且您滿足繼續上訴流程的規定，您可以：
 - 決定是否希望提出級別3上訴。
 - 請參閱IRO在您提出級別2上訴後向您寄送的信函，以瞭解有關如何提出級別3上訴的詳細資訊。

ALJ或律師裁決員會負責處理級別3上訴。請參閱**第J節**，以瞭解有關級別3、級別4和級別5上訴的資訊。

H. 要求我們承保更長的住院時間

當您入住醫院時，您有權取得我們所承保之，對診斷和治療您疾病或傷害有必要的所有醫院服務。如需更多有關計劃醫院承保的資訊，請參閱《會員手冊》**第4章**。

在您的承保住院期間，您的醫生和醫院工作人員會與您合作，讓您可以作好出院準備。他們也會協助安排您出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院當天稱為「出院日期」。
- 您的醫生或醫院工作人員會告訴您出院日期。

如果您認為您被過早要求出院或者您擔心出院後的護理，您可以要求延長住院時間。本節會說明您該如何提出要求。

儘管有本**H節**中討論的上訴，您仍可向DMHC提出投訴並要求DMHC進行獨立醫療審查以繼續您的住院。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何向DMHC提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。作為級別3上訴的補充或替代，您可以要求進行獨立醫療審查。

H1. 瞭解您的Medicare權利

在您入院後的兩天內，醫院的人員（例如護士或個案工作人員）會向您提供一份標題為「An Important Message from Medicare about Your Rights」（來自Medicare關於您權利的重要資訊）的書面通知。每位Medicare會員在每次住院時都會收到此通知。

如果您沒有收到通知，請向醫院的任何員工索取。如果您需要幫助，請撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。您每週7天，每天24小時皆可撥打1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

- 請仔細**閱讀通知**。如果您不理解，請提出問題。該通知會告訴您身為住院病人享有的權利，包括以下權利：
 - 在住院期間或出院後獲得Medicare承保服務。您有權瞭解這些服務內容、誰將支付服務費用，以及您可以在何處取得這些服務。
 - 參與有關住院時間長短的任何決定。
 - 瞭解該向誰通報您對醫院護理品質的疑慮。
 - 如果您認為過早讓您出院，您可提出上訴。
- **簽署通知**以表明您已收到通知並瞭解您的權利。
 - 您或代表您行事的人可以簽署通知。
 - 簽署通知**僅**表明您已瞭解有關您權利的資訊。簽署通知**並不**表示您同意您的醫生或醫院工作人員可能已告訴您的出院日期。
- **保留**已簽署通知的**副本**，以便在需要時獲得資訊。

如果您在出院前兩天的更早之前就在通知上簽名，您會在出院前再收到一份副本。

您可以透過以下方式提前查看通知副本：

- 撥打頁面底部的號碼致電客戶服務部
- 致電Medicare，電話：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。
- 瀏覽www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im。

H2. 提出級別1上訴

如欲要求我們為您的住院服務承保更長的時間，請提出上訴。品質改善組織(QIO)會審查級別1上訴，以確定您的計劃出院日期對您來說是否具有醫療適當性。

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



QIO由醫生和其他醫療保健專業人員所組成，是由聯邦政府付費的團體。這些專家會檢查並協助改善為Medicare會員提供之護理的品質。他們不屬於我們的計劃。

在加州，QIO是Commence Health。請致電(877) 588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：(855) 887-6668]聯絡他們。「An Important Message from Medicare about Your Rights」（來自Medicare關於您權利的重要資訊）的通知以及**第2章**也提供聯絡資訊。

請在您離開醫院（但最遲不超過您的計劃出院日期）之前致電QIO。

- **如果您在離開前致電**，您可以在計劃出院日期後留在醫院，無需支付費用，同時等待QIO對您的上訴作出決定。
- **如果您沒有致電提出上訴**，並且您決定在計劃出院日期後繼續住院，您可能必須對在您計劃出院日期之後接受的醫院護理支付全部費用。
- 因為Medicare與Medi-Cal均承保住院，如果品質改善組織不受理您希望繼續住院的申請，或者您認為您的情況緊急或對您的健康造成迫在眉睫的嚴重威脅，或您有劇烈疼痛，您可向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴，或要求其進行獨立醫療審查。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何向DMHC提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

如果您有需要，可以要求協助。如果您在任何時候有疑問或需要幫助：

- 請撥打頁面底部的號碼聯絡客戶服務部。
- 請致電醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。

要求快速審查。迅速採取行動並聯絡QIO，要求對您的出院情況進行快速審查。

「快速審查」的法律術語是「立即審查」或「加急審查」。

審查期間會發生什麼情況

- QIO的審查員會詢問您或您的代表您為何認為承保應在計劃出院日期後繼續。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查員會查看您的醫療資訊、與您的醫生交談，並審查醫院和我們的計劃向他們提供的資訊。
- 在審查員將您的上訴告知我們計劃後的次日中午前，您會收到一封包含您計劃出院日期的信函。信函也會說明您的醫生、醫院和我們為何認為該出院日期是對您具有醫療適當性的正確出院日期。

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



此書面說明的法律術語是「**詳細出院通知**」。您可以撥打頁面底部的電話號碼或1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)聯絡客戶服務部以取得此通知的範本。

(聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。)您也可以在线上參閱通知範本：

www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im。

在獲得所需之所有資訊後的一整天內，QIO會針對您的上訴向您作出答覆。

如果QIO**同意**您的上訴：

- 只要具有醫療必要性，我們就會提供屬於承保範圍的住院服務。

如果QIO**否決**您的上訴：

- 他們認為您的計劃出院日期具有醫療適當性。
- 在QIO對您的上訴作出答覆之後的次日中午，我們對您住院服務的承保便會終止。
- 在QIO針對您的上訴作出答覆之後的次日中午之後，您可能需要支付醫院護理的全部費用。
- 如果QIO駁回您的級別1上訴，**並且**您在計劃出院日期之後繼續住院，您可以提出級別2上訴。

H3. 提出級別2上訴

在級別2上訴期間，您可以要求QIO再次查看他們對您級別1上訴作出的決定。請致電1-877-588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：1-855-887-6668]聯絡他們。

您必須在QIO**否決**您級別1上訴當天之後**60個曆日內**要求進行這項審查。您必須**僅**能在您的護理承保終止當天之後繼續住院時，才可以要求進行這項審查。

QIO審查員將：

- 再次詳細查看與您上訴有關的所有資訊。
- 在收到您第二次審查申請後的14個曆日內，告訴您他們對您級別2上訴的決定。

如果QIO**同意**您的上訴：

- 我們必須向您退還從QIO駁回您級別1上訴當天後次日中午起，我們針對醫院護理分攤的費用。
- 只要具有醫療必要性，我們就會提供屬於承保範圍的住院服務。

如果QIO否決您的上訴：

- 他們同意關於您級別1上訴的決定，並且不會變更決定。
- 他們會寄信給您，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出級別3上訴該怎麼做。
- 您也可以向DMHC提出投訴或要求DMHC進行獨立醫療審查以繼續住院。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何向DMHC提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

ALJ或律師裁決員會負責處理級別3上訴。請參閱**第J節**，以瞭解有關級別3、級別4和級別5上訴的資訊。

I. 要求我們繼續承保某些醫療服務

本節僅介紹您可能獲得之三種類型的服務：

- 居家醫療保健服務
- 在專業護理機構中提供的專業護理，以及
- 在Medicare核准的CORF以門診病人身份取得的復健護理。這通常表示，您正在接受針對疾病或事故的治療，或者正從大手術中恢復。

對於這三種類型服務中的任何一種，只要醫生表示您需要服務，您就有權獲得承保服務。

當我們決定停止承保其中任何一種服務時，我們必須在您的服務終止**之前**通知您。當您的服務承保終止時，我們將停止支付服務的費用。

如果您認為我們過早終止對您護理的承保，**您可以對我們的決定提出上訴**。本節會說明您該如何要求上訴。

I1. 在您的承保終止前提前通知

我們會向您寄送一份書面通知，您將在我們停止支付您護理費用的至少兩天前收到該通知。該書面通知稱為「Medicare不承保通知」。該通知會告訴您我們將停止承保您護理的日期以及該如何對我們的決定提出上訴。

您或您的代表應在通知上簽名以表明您已收到該通知。簽署通知**僅**表明您已獲得資訊。簽署通知**並不**表示您同意我們的決定。

I2. 提出級別1上訴

如果您認為我們過早終止對您護理的承保，**可以對我們的決定提出上訴**。本節會說明級別1上訴流程以及該怎麼做。

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



- **遵循截止日期。**截止日期十分重要。請瞭解並遵循您必須採取之行動的相關截止日期。我們的計劃也必須遵相關截止日期。如果您認為我們沒有遵循截止日期，您可以提出投訴。請參閱**第K節**，以瞭解更多有關提出投訴的資訊。
- **如果您有需要，可以要求協助。**如果您在任何時候有疑問或需要幫助：
 - 請撥打頁面底部的號碼聯絡客戶服務部。
 - 請致電HICAP：1-800-434-0222。
- **聯絡QIO。**
 - 請參閱本《會員手冊》**第H2節**或**第2章**，以瞭解更多有關QIO以及該如何聯絡他們的資訊。
 - 請他們審查您的上訴並決定是否變更我們計劃的決定。
- **迅速採取行動並要求「快速審理上訴」。**詢問QIO我們終止針對您醫療服務的承保對您來說在醫療上是否合適。

您聯絡該組織的截止日期

- 您必須在我們向您寄送的「Medicare不承保通知」生效日期前一天中午之前聯絡QIO以開始上訴流程。
- 如果品質改善組織不受理您希望我們繼續承保您醫療保健服務的申請，或者您認為您的情況緊急或會對您的健康構成迫在眉睫的嚴重威脅，或您感到劇烈疼痛，您都可以向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴，並要求他們進行獨立醫療審查。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何向DMHC提出投訴並要求其進行獨立醫療審查。

此書面通知的法律術語稱為「**Medicare不承保通知**」。如欲索取範本，請撥打頁面底部的號碼聯絡客戶服務部，或撥打1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)聯絡Medicare。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。或在線上取得副本：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices。

快速審理上訴期間會發生什麼情況

- QIO的審查員會詢問您或您的代表您為何認為承保應繼續。您不需要寫一份聲明，但您可以寫。
- 審查員會查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查我們的計劃向他們提供的資訊。
- 我們的計劃也會向您寄送一份書面通知，說明我們終止您服務承保的原因。您會在審查員通知我們您的上訴之日結束之前收到通知。

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



通知說明的法律術語是「**不承保的詳細說明**」。

- 審查員會在收到他們需要的所有資訊後一個整天內告訴您他們的決定。

如果QIO**同意**您的上訴：

- 只要服務具有醫療必要性，我們就會提供承保服務。

如果QIO**否決**您的上訴：

- 您的承保會於我們告知您的日期終止。
- 我們會在通知上列出的日期停止對此護理支付我們分攤的費用。
- 如果您決定在承保終止後繼續接受居家醫療保健、專業護理機構護理或CORF服務，則您需要自行支付此項護理的全部費用
- 您需決定是否希望繼續獲取這些服務並提出級別2上訴。

I3. 提出級別2上訴

在級別2上訴期間，您可以要求QIO再次查看他們對您級別1上訴作出的決定。請致電(877) 588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：(855) 887-6668]聯絡他們。

您必須在QIO**否決**您級別1上訴當天之後**60個曆日內**要求進行這項審查。您**只有在**護理承保終止當天後仍繼續獲取護理時才可以要求進行此審查。

QIO審查員將：

- 再次詳細查看與您上訴有關的所有資訊。
- 在收到您第二次審查申請後的14個曆日內，告訴您他們對您級別2上訴的決定。

如果QIO**同意**您的上訴：

- 針對從我們表明您的承保將終止的日期起您已接受的護理，我們會向您退還我們針對您護理分攤的費用。
- 只要是具醫療必要性的護理，我們就會提供承保。

如果QIO**否決**您的上訴：

- 他們同意我們終止您護理的決定且不改變此決定。
- 他們會寄信給您，告訴您如果您想繼續上訴流程並提出級別3上訴該怎麼做。

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



- 您可以向DMHC提出投訴並要求進行獨立醫療審查，以繼續承保您的醫療保健服務。請參閱**第F4節**，以瞭解該如何要求DMHC進行獨立醫療審查。作為級別3上訴的補充或替代，您可以向DMHC提出投訴，並要求其進行獨立醫療審查。

ALJ或律師裁決員會負責處理級別3上訴。請參閱**第J節**，以瞭解有關級別3、級別4和級別5上訴的資訊。

J. 將您的上訴提升至級別2以上

J1. Medicare服務與用品的後續步驟

如果您針對Medicare服務或用品提出了級別1上訴與級別2上訴，並且兩項上訴皆被駁回，您可能有权提出額外級別的上訴。

如果您上訴之Medicare服務或用品的金額價值未達到特定的最低金額，您將無法再進一步上訴。如果金額價值足夠高，則您可以繼續上訴流程。您從IRO收到之有關級別2上訴的信函會說明該聯絡誰以及該如何要求進行級別3上訴。

級別3上訴

上訴流程的級別3是ALJ聽證會。作出決定的人是ALJ或為聯邦政府工作的律師裁決員。

如果ALJ或律師裁決員**同意**您的上訴，我們有權對您級別3獲勝的決定提出上訴。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們會將級別4上訴申請連同所有隨附文件都寄給您。我們可以等到級別4上訴作出決定後，再授權或提供具有爭議的服務。
- 如果我們決定對該決定**不予上訴**，我們必須在收到ALJ或律師裁決員的決定後60個曆日內為您授權或提供服務。
 - 如果ALJ或律師裁決員**否決**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。
- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知會告訴您該如何進行級別4上訴。

級別4上訴

Medicare上訴委員會（委員會）會審查您的上訴並答覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

如果委員會**同意**您的級別4上訴或拒絕我們對於對您有利之級別3上訴決定的審查申請，我們有權上訴至級別5。

- 如果我們決定對該決定**提出上訴**，我們會以書面方式通知您。

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



- 如果我們決定對該決定**不予上訴**，我們必須在收到委員會的決定後60個曆日內為您授權或提供服務。

如果委員會**否決**或拒絕我們的審查申請，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知會告訴您是否可以繼續進行級別5上訴以及該怎麼做。

級別5上訴

- 聯邦地方法院法官會審查您的上訴以及所有資訊，並作出「**同意**」或「**否決**」的決定。這是最終決定。除了聯邦地方法院之外，沒有其他上訴級別。

J2. 額外的Medi-Cal上訴

如果您的上訴涉及Medi-Cal通常承保的服務或用品，您還享有其他上訴權利。您從州政府聽證處收到的信函會告訴您如果您想繼續上訴流程該怎麼做。

如果您不同意州聽證會的決定，並且希望另一位法官對其進行審查，您可以要求進行重新聽證及/或尋求司法審查。如欲要求重新聽證，請將書面申請（信函）郵寄至：The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814。信函必須在您收到決定後30天內寄出。如果您有發生延遲的正當理由，該截止日期最多可以延長180天。請在您的重新聽證申請中說明您收到決定的日期以及為何應核准重新聽證。如果您想呈遞額外證據，請說明該額外證據並說明為何之前沒有提供，以及該證據會如何改變決定。您可以聯絡法律服務以尋求協助。如欲要求進行司法審查，您必須在收到決定後一年內向高等法院提交請願書（根據《民事訴訟法》第1094.5條規定）。請向您的決定中指定之所在縣的高等法院提交您的請願書。您可以提交此請願書而無需要求進行重新聽證。無需繳納申請費。如果法院作出對您有利的最終決定，您可能有權獲得合理的律師費和其他費用。如果進行了重新聽證，但您不同意重新聽證的決定，您可以尋求司法審查，但不能再次申請重新聽證。

J3. 針對Medicare D部份藥物申請的級別3、4和5上訴

如果您提出了級別1上訴和級別2上訴且這兩次上訴都被駁回，則本節可能適合您。

如果您上訴的藥物價值達到特定金額，您也許可以進入額外上訴級別。您收到對您級別2上訴的書面回覆會說明該聯絡的對象以及該怎麼做來要求級別3上訴。

級別3上訴

上訴流程的級別3是ALJ聽證會。作出決定的人是ALJ或為聯邦政府工作的律師裁決員。

如果ALJ或律師裁決員**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。

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

- 我們必須在72小時內（加急上訴則在24小時內）授權或提供核准的藥物承保，或在收到決定後不遲於30個曆日內支付款項。

如果ALJ或律師裁決員**否決**您的上訴，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知會告訴您該如何進行級別4上訴。

級別4上訴

委員會會審查您的上訴並答覆您。委員會隸屬於聯邦政府。

如果委員會**同意**您的上訴：

- 上訴流程就此結束。
- 我們必須在72小時內（加急上訴則在24小時內）授權或提供核准的藥物承保，或在收到決定後不遲於30個曆日內支付款項。

如果委員會**否決**您的上訴或拒絕審查申請，上訴流程可能尚未結束。

- 如果您決定**接受**駁回您上訴的決定，上訴流程就此結束。
- 如果您決定**不接受**駁回您上訴的決定，您也許可以繼續進入下一級別的審查流程。您收到的通知會告訴您是否可以繼續進行級別5上訴以及該怎麼做。

級別5上訴

- 聯邦地方法院法官會審查您的上訴以及所有資訊，並作出「**同意**」或「**否決**」的決定。這是最終決定。除了聯邦地方法院之外，沒有其他上訴級別。

K. 如何提出投訴

K1. 投訴涉及什麼類型的問題

投訴流程僅適用於某些類型的問題。例如：有關護理品質、等待時間、護理協調和客戶服務的問題。以下範例是由投訴流程處理的問題類型。

投訴	範例
您的醫療護理品質	您對護理品質不滿意，例如您在醫院接受的護理。
尊重您的隱私	您認為有人不尊重您的隱私權或分享您的機密資訊。
不尊重、客戶服務不佳或其他負面行為	- 醫療保健服務提供者或工作人員對您態度粗魯或不尊重。 - 我們的工作人員對您不好。 - 您認為我們刻意不向您提供我們的計劃。
無障礙服務和語言協助	- 您無法親自使用醫生或醫療服務提供者診所的醫療保健服務與設施。 - 您不說英語，但您的醫生或醫療服務提供者沒有為您提供口譯員（例如美國手語或西班牙語）。 - 您的醫療服務提供者沒有為您提供您需要並要求的其他合理便利措施。
等待時間	- 您很難約到醫生或者等待時間太長。 - 醫生、藥劑師、其他健康專業人員、客戶服務部或其他計劃工作人員讓您等候太久。
清潔程度	您認為診所、醫院或醫生診所不乾淨。
我們向您提供的資訊	- 您認為我們未能向您提供您本應收到的通知或信函。 - 您認為我們寄送給您的書面資訊太難理解。

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

投訴	範例
與承保決定或上訴相關的及時性	- 您認為我們沒有在截止日期內作出承保決定或對您的上訴作出答覆。 - 您認為，在獲得對您有利的承保或上訴決定後，我們未於截止日期內核准或向您提供服務或向您退還某些醫療服務的費用。 - 您認為我們沒有按時將您的個案寄給IRO。

有不同類型的投訴。您可以進行內部投訴及/或外部投訴。內部投訴會提交給我們的計劃並由我們的計劃進行審查。外部投訴會提交給與我們計劃沒有關聯的組織並由其進行審查。如果您需要幫助進行內部及/或外部投訴，可以致電客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。

「投訴」的法律術語是「**申訴**」。

「提出投訴」的法律術語是「**提出申訴**」。

K2. 內部投訴

要進行內部投訴，請致電客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。除非是有關Medicare D部份藥物，否則您可以隨時提出投訴。如果投訴是有關Medicare D部份藥物，您必須在出現想要投訴的問題後**60個曆日內**提出投訴。

- 如果您還必須採取其他步驟，客戶服務部會告訴您。
- 您也可以寫下您的投訴並將其寄給我們。如果您以書面方式提出投訴，我們會以書面方式回覆。
- 其運作方式如下：
 - 步驟1：提出申訴
 - 要開始此流程，請在事件發生後60個曆日內致電客戶服務代表並要求提出申訴。您也可以在事件發生後60個曆日內以書面方式提出申訴，並將其寄送至：

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

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



- 傳真：916-350-6510
 - 如果透過傳真或郵件聯絡我們，請致電我們以索取Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan上訴與申訴表。我們會在5個曆日內向您寄送一封信函，告知您我們收到了關於您疑慮的通知，並會向您提供處理該問題的人員的姓名。我們通常會在30個曆日內解決問題。
 - 如果您想要求「加急申訴」或「快速決定」或「快速上訴」，請以書面方式將您的上訴/申訴寄至以上步驟1中列出的地址，或致電客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711）。對於「加急申訴」或「快速決定」或「快速上訴」，我們必須在收到您的書面上訴/申訴或透過電話提出之上訴/申訴後72小時內答覆您。如果您的健康狀況有需要，我們會更快答覆您。如果您因為我們決定不為您提供「快速決定」或「快速上訴」而要求「加急申訴」，我們會將您的申請轉交給未參與我們最初決定的醫療主任。我們可能會詢問您是否有在您申請「快速初始決定」或「快速上訴」時無法提供的其他資訊。醫療主任將審查您的申請並決定我們最初的決定是否適當。我們會在您提出「加急申訴」申請後24小時內向您寄送一封包含我們決定的信函。我們必須根據您的健康狀況所需儘快解決您的申訴，但最遲不超過收到您投訴後30個曆日。
- **步驟2：申訴聽證會**
 - 如果您對與護理品質問題相關之申訴的解決方案不滿意，可以向Blue Shield Medicare上訴與申訴部門提出書面申請，要求召開申訴聽證會。我們會在您提出書面申請後31個曆日內組建一個小組來審查您的個案。您將被邀請參加聽證會，其中包括一名未參與您護理的醫師及一名來自上訴與申訴解決部門的代表。您可以親自參加或透過電話會議參加。我們會在聽證會後向您寄送最終解決函。如果您對不包括護理品質（例如等待時間、不尊重、客戶服務或清潔程度）的申訴解決方案不滿意，可以聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部，申請進行額外審查。

「快速投訴」的法律術語是「加急申訴」。

如果可能，我們會立即答覆您。如果您致電向我們投訴，我們也許可以在電話中直接答覆您。如果您的健康狀況需要我們快速答覆，我們會快速答覆。

- 我們會在30個曆日內對大多數投訴作出答覆。如果我們因需要更多資訊而未於30個曆日內作出決定，我們會以書面方式通知您。我們也會提供狀態更新以及預計會作出答覆的時間。
- 如果您進行投訴是因為我們拒絕您申請「快速承保決定」或「快速上訴」，我們會自動為您提供「快速投訴」，並且會在24小時內對您的投訴作出回覆。

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



- 如果您因我們花費額外時間才作出承保決定或上訴而進行投訴，我們會自動為您提供「快速投訴」，並且會在24小時內對您的投訴作出回覆。

如果我們不同意您的部分或全部投訴，我們會告訴您並說明理由。無論我們是否同意相關投訴，我們都會回覆。

K3. 外部投訴

Medicare

您可以將您的投訴告知Medicare或將其寄給Medicare。Medicare投訴表可在以下網址獲取：
www.medicare.gov/my/medicare-complaint。您可直接向Medicare投訴，而不需要先向Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan提出投訴。

Medicare非常重視您的投訴並會利用這類資訊，幫助改善Medicare計劃的品質。

如果您有任何其他意見或疑慮，或您認為健康計劃沒有解決您的問題，您也可以致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。這是免費電話。

Medi-Cal

您可以致電1-888-452-8609向加州醫療保健服務部(DHCS)Medi-Cal管理式護理投訴專員提出投訴。聽障和語障人士可致電711。請於週一至週五上午8時至下午5時致電。

您可以向加州醫療保健管理部(DMHC)提出投訴。DMHC負責管理健康計劃。您可致電DMHC幫助中心，協助處理有關對Medi-Cal服務的投訴。對於非緊急事項，如果您不同意級別1上訴中的決定，或者計劃在30個曆日後仍未解決您的投訴，您可以向DMHC提出投訴。不過，如果您需要幫助解決涉及緊急問題或涉及對您的健康造成迫在眉睫之嚴重威脅的投訴、如果您有劇烈疼痛或您不同意我們計劃有關您投訴的決定，或我們的計劃在30個曆日後仍未解決您的投訴，您可以直接聯絡DMHC而無需提出級別1上訴。

有兩種方式可自DMHC幫助中心取得協助：

- 致電1-888-466-2219。耳聾、聽力障礙或言語障礙人士可以使用免費聽障和語障專線(TTY)號碼1-877-688-9891。這是免費電話。
- 瀏覽醫療保健管理部的網站(www.dmhc.ca.gov)。

民權辦公室(Office for Civil Rights, OCR)

如果您認為自己沒有受到公平對待，您可向衛生及公共服務部(Department of Health and Human Services, HHS)OCR提出投訴。例如：您可以針對殘障通道或語言協助進行投訴。OCR的電話號碼是1-800-368-1019。聽障和語障人士可致電1-800-537-7697。您可以瀏覽www.hhs.gov/ocr，以瞭解更多資訊。

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



您也可以聯絡當地的OCR辦公室：

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

客戶回應中心：1-800-368-1019
傳真：202-619-3818
聽障和語障專線(TTY)：1-800-537-7697
電子郵件：ocrmail@hhs.gov

您也可能享有《美國殘障人士法案》(Americans with Disability Act, ADA)和《2008年修正法案》(P.L. 110-325)規定的權利。您可以聯絡Medi-Cal投訴專員計劃尋求協助。電話號碼是1-888-452-8609。

QIO

如果您的投訴是關於護理品質，您有兩個選擇：

- 您可以針對護理品質直接向QIO提出投訴。
- 您可以向QIO和我們的計劃提出投訴。如果您向QIO提出投訴，我們會與他們合作解決您的投訴。

QIO是一個由執業醫生及其他醫療保健專家組成，由聯邦政府付費的團體，旨在查核並改善向Medicare病人提供的護理。要瞭解更多有關QIO的資訊，請參閱**第H2節**或本《會員手冊》**第2章**。

在加州，QIO稱為Commence Health。Commence Health的電話號碼是1-877-588-1123 [聽障和語障專線(TTY)：1-855-887-6668]。

第10章：終止您在我們計劃的會員資格

簡介

本章會介紹您該如何終止您在我們計劃的會員資格以及您退出我們計劃後的健康承保選項。如果您退出我們的計劃，只要您符合資格，您仍然參保Medicare和Medi-Cal計劃。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。



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

目錄

A. 您何時可以終止在我們計劃的會員資格.....	253
B. 如何終止在我們計劃的會員資格	254
C. 如何分別獲得Medicare與Medi-Cal服務	254
C1. 您的Medicare服務	254
C2. 您的Medi-Cal服務	258
D. 直到您在我們計劃的會員資格終止前，您可以獲得的醫療用品、服務與藥物	258
E. 您在我們計劃之會員資格終止的其他情況	259
F. 禁止因任何與健康相關的原因要求您退出我們計劃的規則	260
G. 如果我們終止您在我們計劃的會員資格，您提出投訴的權利	260
H. 如何獲取更多有關終止您計劃會員資格的資訊.....	260

A. 您何時可以終止在我們計劃的會員資格

大多數參保Medicare的民眾可以在一年中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有Medi-Cal，您可以在一年中的任何一個月份終止您在我們計劃的會員資格。

此外，您還可以在每年以下期間終止您在我們計劃的會員資格：

- **開放參保期：**從10月15日開始持續至12月7日。如果您在此期間選擇新計劃，您在我們計劃的會員資格將於12月31日終止，新計劃的會員資格將於1月1日開始。
- **Medicare Advantage(MA)開放參保期：**從1月1日開始持續至3月31日；對於參保某個計劃的新Medicare受益人，則為從享有A部份與B部份資格的月份持續至享有資格第3個月的最後一天。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從次月第一天生效。

您可能在資格在其他情況下對您的參保作出變更。例如，當：

- 您搬離我們的服務區域，
- 您的Medi-Cal或「額外協助」資格發生變更，或
- 如果您最近搬入或剛剛搬出某個護理機構或長期護理醫院，或者目前正在上述機構接受護理。

您的會員資格將於我們收到您退出我們計劃之申請當月的最後一天終止。例如：如果我們於1月18日收到您的申請，則我們計劃的承保將於1月31日終止。如果您參保其他計劃，您的新承保將從次月的第一天開始（本範例中為2月1日）。

如果您退出我們的計劃，您可以獲取以下相關資訊：

- **第C1節**圖表中的Medicare選項。
- **第C2一節**中的Medi-Cal選項與服務。

您可以透過撥打以下電話號碼，獲取更多有關如何終止會員資格的資訊：

- 本頁底部的客戶服務部電話號碼。也列出了聽障和語障人士可使用的號碼。
- Medicare：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。
- 加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)，電話：1-800-434-0222，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午5時。如需瞭解更多資訊或查找您所在區域的當地HICAP辦公室，請瀏覽www.aging.ca.gov/HICAP。醫療保健方案處，電話：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午6時。聽障和語障人士可致電1-800-430-7077。

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



- Medi-Cal管理式護理投訴專員，電話：1-888-452-8609，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午5時。或電子郵件：MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov。

附註：如果您正在參加藥物管理計劃(DMP)，您也許不能變更計劃。請參閱本《會員手冊》**第5章**，以瞭解有關藥物管理計劃的資訊。

B. 如何終止在我們計劃的會員資格

如果您決定終止您的會員資格，您可以透過參保其他Medicare計劃或轉換到Original Medicare來完成。不過，如果您想從我們的計劃轉到Original Medicare，但尚未選擇單獨的Medicare藥物計劃，您必須向我們的計劃要求退保。您有兩種方法可以要求退保：

- 您能透過書面方式向我們提出申請。如果您需要更多有關如何採取此行動的資訊，請撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。
- 請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士（有聽力或言語困難的人士）可致電1-877-486-2048。當您致電1-800-MEDICARE時，您也可以參保其他Medicare健康或藥物計劃。如需瞭解更多有關在退出我們的計劃後獲得Medicare服務的資訊，請參閱第295頁的圖表。
- 請致電醫療保健方案處：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午6時。聽障和語障人士可致電1-800-430-7077。
- 以下**第C節**包括您要參保其他計劃時可採取的步驟。參保其他計劃也將終止您在我們計劃的會員資格。

C. 如何分別獲得Medicare與Medi-Cal服務

如果您選擇退出我們的計劃，您可以選擇獲得Medicare與Medi-Cal服務的方式。

C1. 您的Medicare服務

您可以在一年中的任何一個月份透過下列三種選項，取得Medicare服務。在一年中的特定時間（包括**開放參保期**與**Medicare Advantage開放參保期**），或**第A節**中所述的其他情況，您還有下列額外選項。只要您選擇其中一個選項，便會自動終止您在我們計劃的會員資格。

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



1. 您可以變更至：

Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)是 Medicare Advantage計劃的一種類型。適合同時擁有Medicare和Medi-Cal的民眾，並將 Medicare和Medi-Cal福利整合到一個計劃中。Medi-Medi Plan會協調兩個計劃的所有福利與服務，包括Medicare與Medi-Cal的所有承保服務，或者如果您符合資格，可以參保老年人全方位護理計劃(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)。

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

以下是需採取的行動：

請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電 1-877-486-2048。

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

如果您需要協助或需要更多資訊：

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

或

參保新的Medi-Medi Plan。

當您新計劃的承保開始時，您便會自動從我們的Medicare計劃退保。

您的Medi-Cal計劃會隨著您的Medi-Medi Plan而相應變動。

2. 您可以變更至： 包含單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare以及一個Medi-Cal計劃。	以下是需採取的行動： 請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在區域的當地HICAP辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 參保新的Medicare藥物計劃。 當您的Original Medicare承保開始時，您便會自動從我們的計劃退保。 除非您選擇不同的計劃，否則您將繼續留在您的Medi-Cal計劃中。
--	---

3. 您可以變更至：

不包含單獨Medicare藥物計劃的Original Medicare（如果您有符合規定的退保理由）

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

只有在您可從其他來源（例如雇主或工會）取得藥物承保時才應該退出藥物承保。如果您有關於是否需要藥物承保的疑問，請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：

1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在區域的當地HICAP辦公室，請瀏覽

www.aging.ca.gov/HICAP/。

以下是需採取的行動：

請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

如果您需要協助或需要更多資訊：

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

當您的Original Medicare承保開始時，您便會自動從我們的計劃退保。

除非您選擇不同的計劃，否則您將繼續留在您的Medi-Cal計劃中。

4. 您可以變更至： 任何Medicare健康計劃，可在一年中的特定時間（包括開放參保期和Medicare Advantage開放參保期），或發生第A節所述的其他情況時變更。	以下是需採取的行動： 請聯絡Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。 如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在區域的當地HICAP辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。 或 參保新的Medicare計劃。 當您新計劃的承保開始時，您便會自動從我們的Medicare計劃退保。 您的Medi-Cal計劃可能會發生變更。
--	--

C2. 您的Medi-Cal服務

如有關於退出我們的計劃後該如何獲取您Medi-Cal服務的疑問，請致電醫療保健方案處：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五，上午8時至下午6時；聽障和語障人士可致電1-800-430-7077。或瀏覽www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en。詢問加入其他計劃或返回Original Medicare對您獲得Medi-Cal承保有何影響。

D. 直到您在我們計劃的會員資格終止前，您可以獲得的醫療用品、服務與藥物

如果您退出我們的計劃，可能需要一段時間，您的會員資格才會終止，您的新Medicare與Medi-Cal承保才會開始。在此期間，您可以繼續使用透過我們的計劃取得的藥物和醫療保健，一直到您的新計劃開始為止。

- 使用我們的網絡醫療服務提供者獲取醫療護理。
- 使用我們的合約藥房（包括透過我們的送貨到府藥房服務）來配取處方藥。

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



- 如果您在Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan會員資格終止當天住院，我們的計劃會承保您的住院費用，直到您出院為止。即使您的新健康保險在您出院之前開始，也是如此。

E. 您在我們計劃之會員資格終止的其他情況

以下介紹我們必須終止您在我們計劃之會員資格的情況：

- 如果您的Medicare A部份與Medicare B部份承保出現中斷。
- 如果您不再符合Medi-Cal資格。我們的計劃適用於同時符合Medicare與Medi-Cal資格的民眾。附註：如果您不再符合Medi-Cal資格，您可以暫時繼續參保我們的計劃並享受Medicare福利，請參閱下方有關推定期間的資訊。
 - 參保Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan的Medicare受益人必須同時符合Medicare A部份與B部份以及Medi-Cal (Medicaid)的資格。如果您不再符合Medi-Cal (Medicaid)的資格，我們會通知您，您失去Medi-Cal (Medicaid)資格，並且我們會繼續承保您的Medicare福利，直到您在失去特殊需求狀態通知後的6個月內能夠重新獲得Medi-Cal (Medicaid)資格為止。在您仍參保本計劃但沒有Medi-Cal承保的6個月期間，您可能會發現自付費用（共同保險金、共付額、保費或自付額）有所增加。
 - 我們提供轉換到我們其中一種非HMO D-SNP計劃的機會。非HMO D-SNP計劃提供給有權享受Medicare A部份與Medicare B部份但沒有Medi-Cal Medicaid福利的受益人。Medicare為不再符合Medi-Cal (Medicaid)資格的Medicare受益人提供特別參保期(Special Enrollment Period, SEP)。
 - 如果您在收到失去特殊需求狀態通知後的6個月內沒有重新獲得Medi-Cal (Medicaid)資格，或接受轉換到非HMO D-SNP計劃的機會，您將以非自願的方式從Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan退保。
- 如果您搬出我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您搬家或長途旅行，請致電客戶服務部，瞭解您搬家或旅行的目的地是否在我們計劃的服務區域內。
- 如果您因刑事犯罪被拘留或入獄。
- 您說謊或隱瞞您有其他藥物保險的相關資訊。
- 您不是美國公民或國民，或不是符合資格的非公民。
 - 您必須是美國公民或國民，或符合資格的非公民才能成為我們計劃的會員。
 - 如果您基於此原因而沒有資格繼續維持會員身分，聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)會通知我們。

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



- 如果您不符合此要求，我們必須將您退保。

如果您失去Medi-Cal資格，但有望在6個月內重新獲得資格，我們將繼續提供Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan承保的所有Medicare福利。當您的Medi-Cal承保終止時，我們不會給付您的Medi-Cal福利。這也表示，您在失去Medi-Cal承保的月份中，您的共付額、保費和自付額等自付費用將變高。欲瞭解更多資訊並獲得Medi-Cal資格續保方面的幫助，請於週一至週五上午8時至下午5時聯絡Blue Shield雙重資格保留團隊，電話：(844) 378-4181（聽障和語障專線(TTY)：711）。

我們會協助您重新取得您的Medi-Cal資格及Medi-Cal福利。如果您的Medi-Cal資格在您仍參保我們的計劃獲得Medicare承保期間恢復，我們將重新開始給付您的Medi-Cal福利，並且您將維持在我們計劃的參保狀態。如果您無法在6個月內重新獲得Medi-Cal，我們會將您從Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan退保。如果您在被退保後重新獲得Medi-Cal資格，您需要聯絡我們才能重新參保計劃。

僅當我們首先獲得Medicare與Medi-Cal的許可時，我們才可以因以下原因讓您退出我們的計劃：

- 您參保我們的計劃時蓄意向我們提供不正確的資訊，且這類資訊會影響您參保我們計劃的資格。
- 您持續出現干擾行為，導致我們向您和我們計劃的其他會員提供醫療護理時遭遇困難。
- 您讓他人使用您的會員識別卡取得醫療護理。（如果我們基於此原因終止您的會員資格，Medicare可能會請督察長調查您的個案。）

F. 禁止因任何與健康相關的原因要求您退出我們計劃的規則

我們不得基於與您健康相關的任何原因要求您退出我們的計劃。如果您認為我們因健康相關原因要求您退出我們的計劃，請致電Medicare：1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。

G. 如果我們終止您在我們計劃的會員資格，您提出投訴的權利

如果我們終止您在我們計劃的會員資格，我們必須以書面方式告訴您我們終止您會員資格的原因。我們也必須說明您可以如何對我們終止您會員資格的決定提出申訴或進行投訴。您也可以參閱本《會員手冊》第9章，以瞭解有關如何提出投訴的資訊。

H. 如何獲取更多有關終止您計劃會員資格的資訊

如果您有任何疑問或想瞭解更多有關終止您會員資格的資訊，可以撥打本頁底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

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



第11章：法律通知

簡介

本章包含適用於您在我們計劃之會員資格的法律通知。關鍵詞彙及其定義將按字母順序詳列於本《會員手冊》最後一章中。

目錄

A. 有關法律的通知	262
B. 關於禁止歧視的聯邦政府通知.....	262
C. Medi-Cal禁止歧視通知	263
D. Medicare作為第二付款方以及Medi-Cal作為最後付款方的通知.....	264
E. Medi-Cal遺產追收通知	264
F. 《會員手冊》的管理.....	264
G. 會員合作	265
H. 轉讓	265
I. 僱主責任	265
J. 政府機構責任	265
K. 美國退伍軍人事務部.....	265
L. 溢付款項追收	265
M. 當第三方導致您受傷時	265
N. 關於參與健康資訊交換的通知.....	266
O. 舉報詐欺、浪費與濫用	267



A. 有關法律的通知

許多法律皆適用本《會員手冊》。即使本《會員手冊》沒有列出或說明這些法律，您的權利和責任也仍可能受到這些法律影響。適用的主要法律是有關Medicare與Medi-Cal計劃的聯邦及州法律。其他聯合法與州法也可能適用。

B. 關於禁止歧視的聯邦政府通知

我們不得基於種族、族裔、原國籍、膚色、宗教、性別、年齡、心理或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、可保險證明或服務區域內的地點而歧視任何人。所有提供Medicare Advantage Plan（例如本計劃）的組織都必須遵守禁止歧視的聯邦法律，包括1964年民權法案第VI篇、1973年復健法案、1975年年齡歧視法案、美國殘障人士法案、平價醫療法案第1557條、取得聯邦政府資助之組織適用的所有其他法律，以及基於任何其他原因而適用的任何其他法律和規則。

如果您想瞭解更多資訊或擔心遭到歧視或不公平待遇：

- 請撥打1-800-368-1019聯絡衛生及公共服務部民權辦公室。聽障和語障人士可致電1-800-537-7697。您也可以瀏覽www.hhs.gov/ocr，以瞭解更多資訊。
- 請撥打916-440-7370聯絡衛生保健服務部民權辦公室。聽障和語障人士可致電711（電信轉接服務）。如果您認為自己受到歧視，並想要提出歧視申訴，請聯絡：
- 請傳送電子郵件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
- 請填寫投訴表或寄信至：

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
- 投訴表可在以下網站取得：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 如果您的申訴是有關Medi-Cal計劃中的歧視，您也可以透過致電、寫信或以電子方式向加州醫療保健服務部民權辦公室提出投訴：
- 致電：請致電916-440-7370。如果您是語障或聽障人士，請撥711（電信轉接服務）。
- 致函：請填寫投訴表或寄信至：

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



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

- 投訴表可在以下網站取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 請傳送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov
- 如果您是殘障人士，並需要幫助獲得醫療保健服務或聯絡醫療服務提供者，請致電客戶服務部。如果您想要投訴（例如取得輪椅時遇到問題），會員服務部可以提供幫助。

C. Medi-Cal禁止歧視通知

我們不得基於種族、族裔、民族起源、膚色、宗教、性別、年齡、心理或身體殘障、健康狀態、索賠經歷、病歷、遺傳資訊、可保險證明或服務區域內的地點而有所歧視或有差別待遇。此外，我們不會因血統、族群認同、性別認同、婚姻狀態或醫療病症而非法歧視、排斥任何人或給予不同待遇。

如果您想瞭解更多資訊或擔心遭到歧視或不公平待遇：

- 請撥打916-440-7370聯絡衛生保健服務部民權辦公室。聽障和語障人士可致電711（電信轉接服務）。如果您覺得自己受到歧視，並想要提出歧視申訴，請聯絡：
- 請傳送電子郵件至：CivilRights@dhcs.ca.gov
- 請填寫投訴表或寄信至：

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

- 投訴表可在以下網站取得：dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

如果您的申訴是有關Medi-Cal計劃中的歧視，您也可以透過致電、寫信或以電子方式向加州醫療保健服務部民權辦公室提出投訴：

- 致電：請致電916-440-7370。如果您是語障或聽障人士，請撥711（電信轉接服務）。
- 致函：請填寫投訴表或寄信至：

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



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

投訴表可在以下網站取得：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 電子方式：請傳送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov。

如果您是殘障人士，並需要幫助獲得醫療保健服務或聯絡醫療服務提供者，請致電客戶服務部。如果您想要投訴（例如取得輪椅時遇到問題），會員服務部可以提供幫助。

D. Medicare作為第二付款方以及Medi-Cal作為最後付款方的通知

有時其他人必須先為我們為您提供的服務付費。例如：如果您遭遇車禍或在工作中受傷，則保險或工傷賠償必須首先付款。

對於Medicare不是第一付款方的Medicare承保服務，我們有權利與責任追討費用。

我們遵守州和聯邦法律規定，也遵守與第三方向會員提供醫療保健服務的法律責任相關之法規的規定。我們會採取一切合理措施，確保Medi-Cal是最後付款方。

因為Medi-Cal是最後付款方，所以當您的健康承保提供相同服務時，Medi-Cal會員必須先使用所有其他健康承保(Other Health Coverage, OHC)，然後再使用Medi-Cal。這表示，在大多數情況下，Medi-Cal將作為位列Medicare OHC之後的第二付款方，承擔本計劃或其他OHC未支付之允許的費用，上限為Medi-Cal費率。

E. Medi-Cal遺產追收通知

Medi-Cal計畫必須從某些已故會員的遺囑遺產中尋求補償，用於償還在其55歲生日當天或之後獲得的Medi-Cal福利。補償包括護理機構服務、居家和社區服務以及會員在護理機構住院或接受居家和社區服務時獲取之相關醫院和處方藥服務的按服務收費和管理式護理保費/按人頭付費款項。補償不得超過會員遺囑遺產的價值。

要瞭解更多資訊，請瀏覽醫療保健服務部的遺產追收網站：www.dhcs.ca.gov/er或致電：916-650-0590。

F. 《會員手冊》的管理

我們可能會採用合理的政策、程序和解讀來促進對本《會員手冊》的有序和高效管理。

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



G. 會員合作

您必須填寫我們在正常業務過程中要求之或本《會員手冊》中指定之任何申請書、表格、聲明、免責聲明、核准、授權書、留置權表格與任何其他文件。

H. 轉讓

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本《會員手冊》或本協議項下的任何權利、利益、應付款項索賠、福利或義務。

I. 僱主責任

對於法律要求僱主提供的任何服務，我們不會向僱主付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可能會向僱主追收服務的費用。

J. 政府機構責任

對於法律要求僅由政府機構提供或僅從政府機構獲取的任何服務，我們不會向政府機構付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可能會向政府機構追收服務的費用。

K. 美國退伍軍人事務部

對於法律要求退伍軍人事務部提供的任何服務，我們不會向退伍軍人事務部付款，並且當我們承保任何此類服務時，我們可能會向退伍軍人事務部追收服務的費用。

L. 溢付款項追收

我們可能會向收到溢付款項的任何人或有義務支付服務費用的任何個人或組織追收我們為服務支付的任何溢付款項。

M. 當第三方導致您受傷時

如果您因他人（「第三方」）的作為或不作為而受傷或生病，Blue Shield應針對因該傷害而需要的服務提供本計劃的福利並享有衡平法權利，可要求恢復原狀、補償或其他可用的補救措施，以追收Blue Shield為向您提供的服務而支付的金額，追收對象為由您或代表您獲得的任何追收金額（定義如下），從對傷害或疾病負責的第三方或代表其獲得的任何追收金額，或從未參保/不足額參保的駕駛員承保而獲得的任何追收金額。

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



這項要求恢復原狀、補償或其他可用補救措施的權利針對您因受傷或疾病而獲得的任何追收金額，包括由任何第三方或第三方保險公司授予或透過法院判決、仲裁裁決、和解或任何其他安排獲得的任何金額、來自未投保或不足參保的駕駛員承保與疾病或受傷相關的任何金額（「追收金額」），無論您是否已透過追收而「完全恢復」。這項要求恢復原狀、補償或其他可用補救措施的權利係針對因此類受傷或疾病而給付的福利所應得到之總追收金額中的相應部分，根據《加州民法典》第3040條進行計算。

您根據規定必須採取以下行動：

1. 如果因涉嫌造成傷害或疾病的作為或不作為而對第三方提出任何實際或潛在的索賠或法律訴訟，請以書面通知Blue Shield。如果已提出索賠或法律訴訟，則必須在提出日期起30天內提供通知。
2. 同意充分配合並簽署任何必要的表格或文件，以強制執行這項要求恢復原狀、補償或其他可用補救措施的權利；以及，
3. 當追收金額是從第三方或第三方的保險公司或代表以上各方獲得時，或從未投保或不足額參保的駕駛員承保處獲得時，以書面形式同意透過使用任何追收金額向Blue Shield補償Blue Shield給付的福利；以及，
4. 提供根據《加州民法典》第3040條計算的留置權。留置權可以提交給第三方、第三方的代理人或律師或法院，除非法律另有禁止；以及，
5. 定期回覆有關針對第三方索賠的資訊申請，並在獲得任何追收金額後十(10)天內以書面方式通知Blue Shield。

即使您未能遵循上述第1點至第5點，亦不會以任何方式構成對Blue Shield權利的放棄、解除或放棄。

N. 關於參與健康資訊交換的通知

Blue Shield參與Manifest MedEx健康資訊交換（Health Information Exchange, 「HIE」），將其會員的健康資訊提供給Manifest MedEx，供其授權的醫療保健服務提供者查閱。Manifest MedEx是一家獨立的非營利組織，負責維護全州範圍內的電子病人記錄資料庫，其中包括醫生、醫療保健機構、醫療保健服務計劃及醫療保險公司提供的健康資訊。獲得授權的醫療保健服務提供者（包括醫生、護士和醫院）可以透過Manifest MedEx HIE以安全的方式查閱病人的健康資訊，以協助提供安全、高品質的護理。

Manifest MedEx尊重會員的隱私權，並遵守適用的州與聯邦隱私法。Manifest MedEx使用進階的安全系統與現代資料加密技術來保護會員的隱私及其個人資訊的安全。

每位Blue Shield會員均有權要求Manifest MedEx不要與其醫療保健服務提供者分享會員的健康資訊。儘管選擇退出Manifest MedEx可能會限制您的醫療保健服務提供者快速獲取與您有關之重要醫療保健資訊的能力，但會員的醫療保險或健康計劃福利承保不會因選擇退出Manifest MedEx而受到影響。參與Manifest MedEx的任何醫生或醫院都不會拒絕向選擇不參與Manifest MedEx HIE的病人提供醫療護理。

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

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



不希望在Manifest MedEx中顯示其醫療保健資訊的會員應填寫線上表格：

<https://www.manifestmedex.org/opt-out>，或致電Manifest MedEx：1-888-510-7142，辦公時間為週一至週五，太平洋標準時間上午7:00至晚上7:00。聽障和語障專線(TTY)：711（供聽障人士使用）。

O. 舉報詐欺、浪費與濫用

什麼是詐欺、浪費與濫用(Fraud, Waste, and Abuse, FWA)？

- **詐欺**是一種蓄意的虛假陳述，並會導致醫療保健計劃產生未經授權的費用。
- **浪費**是指在沒有合理需求的情況下不當使用醫療保健資金或資源。
- **濫用**是一種有違健全醫療或商業慣例的做法，可能直接或間接導致醫療保健計劃不必要的費用。

保護您自己與您的福利

切勿將您的社會安全號碼、Medicare號碼或健康計劃號碼或銀行資訊透露給您不認識的人。

- 請勿在沒有醫生醫囑的情況下同意進行任何實驗室檢驗。
- 接受任何有價物品以換取醫療服務都是違法行為。

留意遺傳檢測詐欺

騙子會在當地健康博覽會、老人住房設施、社區中心、居家健康機構與其他值得信賴的地點接近毫無戒心的參保者，以進行遺傳檢測詐欺。他們會謊稱Medicare將支付檢測費用，而您只需提供口腔拭子、您的身份證件和Medicare資訊即可獲得檢測結果。

很遺憾，現在這些騙子有了您的健康計劃或Medicare號碼，他們可以向Medicare收取數千美元的費用，用於您從未接受過的檢測，甚至服務。他們也獲得了您的個人遺傳資訊。

要舉報涉嫌詐欺、浪費與濫用行為，請聯絡：

- Blue Shield of California的Medicare詐欺專線：1-855-331-4894（聽障和語障專線(TTY)：711），或透過電子郵件：MedicareStopFraud@blueshieldca.com。
- Medicare，電話：1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)，每週七天，每天24小時皆提供服務（聽障和語障人士可致電1-877-486-2048）。

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



第12章：重要用語的定義

簡介

本章包括本《會員手冊》中使用的所以關鍵詞彙及其定義。這些詞彙按字母順序列出。如果您找不到所需的詞彙，或者需要比定義包含的更多資訊，請聯絡客戶服務。



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

《承保藥物清單》（《藥物清單》）：我們承保之處方和非處方(OTC)藥物的清單。我們在醫生與藥劑師的幫助下選擇此清單上的藥物。《藥物清單》會說明獲取藥物時是否有需要遵循的任何規則。《藥物清單》有時被稱為「保險內處方集」。

《會員手冊》及披露資訊：本文件連同您的參保表與任何其他附件或附約會說明您的承保範圍、我們的義務、您的權利以及您身為我們的計劃會員所必須遵守的事項等。

AIDS藥物補助計劃(ADAP)：一項幫助符合資格HIV/AIDS病人獲得挽救生命之HIV藥物的計劃。

Medicare上訴委員會（委員會）：負責審查級別4上訴的委員會。委員會隸屬於聯邦政府。

Medicaid（或稱醫療補助）：一項由聯邦政府和州政府營運的計劃，旨在協助低收入民眾支付長期服務與支援的費用以及醫療費用。Medi-Cal是加州的Medicaid計劃。

Medi-Cal：這是加州Medicaid計劃的名稱。Medi-Cal由州政府管理，並由州政府與聯邦政府支付費用。

- 該計劃幫助收入與資源有限的民眾支付長期服務與支援以及醫療費用。
- 該計劃會承保Medicare不承保的額外服務與藥物。
- Medi-Cal計劃會因州而異，但只要您符合Medicare與Medicaid兩種資格，大多數醫療護理的費用都屬於承保範圍。

Medi-Cal計劃：僅承保Medi-Cal福利的計劃，例如長期服務與支援、醫療設備和交通服務。Medicare福利是另外的福利。

Medicare Advantage：一種Medicare計劃，也稱為「Medicare C部份」或「MA」（即透過私營公司提供的MA計劃）。Medicare向這些公司付款以承保您的Medicare福利。

Medicare A部份：這項Medicare計劃會承保大多數具有醫療必要性的醫院、專業護理機構、居家醫療與臨終關懷服務。

Medicare B部份：這項Medicare計劃會承保治療疾病或病症所需且有醫療必要性的服務（例如實驗室檢測、手術和醫生看診）及用品（例如輪椅和助行器）。Medicare B部份也會承保許多預防和篩檢服務。

Medicare C部份：這項Medicare計劃也稱為「Medicare Advantage」或「MA」，允許私營醫療保險公司透過MA計劃提供Medicare福利。

Medicare D部份：這是Medicare藥物福利計劃。我們將此計劃簡稱為「D部份」。Medicare D部份會承保門診藥物、疫苗以及Medicare A部份、Medicare B部份或Medicaid不承保的某些用品。我們的計劃包括Medicare D部份。

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



Medicare D部份藥物：由Medicare D部份承保的藥物。國會明確將某些類別的藥物排除在Medicare D部份承保範圍之外。Medicaid可能承保其中一些藥物。

Medicare：一種聯邦醫療保險計劃，專門為年滿65歲，或未滿65歲但有特定殘障的民眾以及患有末期腎臟病（通常是需要透析或腎臟移植之永久腎衰竭）的民眾提供。參保Medicare的民眾可以透過Original Medicare或管理式護理計劃（請參閱「健康計劃」）獲得Medicare健康承保。

Medicare-Medi-Cal參保者：符合Medicare與Medicaid承保資格的人士。Medicare-Medicaid參保者也稱為「符合雙重資格個人」。

Medicare承保服務：Medicare A部份與Medicare B部份承保的服務。所有Medicare健康計劃（包括我們的計劃）都必須承保屬於Medicare A部份與Medicare B部份承保範圍的所有服務。

Medicare糖尿病預防計劃(MDPP)：一種結構式健康行為改變計劃，提供長期飲食改變的訓練、增加體能活動，及克服持續減重及維持健康生活方式過程中出現之挑戰的策略。

Medi-Medi Plan：Medi-Medi Plan是一種Medicare Advantage Plan。適合同時擁有Medicare和Medi-Cal的民眾，並將Medicare和Medi-Cal福利整合到一個計劃中。Medi-Medi Plan會協調兩個計劃的所有福利與服務，包括Medicare與Medi-Cal的所有承保服務。

Original Medicare（傳統Medicare或按服務收費的Medicare）：Original Medicare由政府提供。根據Original Medicare規定，屬於承保範圍的服務需要按照國會判定的金額來支付醫生、醫院和其他醫療保健服務提供者。

- 您可以使用任何接受Medicare的醫生、醫院或其他醫療保健服務提供者。Original Medicare有兩個部份：Medicare A部份（醫院保險）與Medicare B部份（醫療保險）
- Original Medicare在美國各地均有提供。
- 如果您不想加入我們的計劃，可以選擇Original Medicare

上訴：在您認為我們犯了錯誤的情況下，對我們的行動提出異議的一種方式。您可以透過提出上訴來要求我們變更承保決定。本《會員手冊》第9章會說明上訴相關資訊，包括該如何提出上訴。

分攤費用：在您的福利生效之前，您每個月必須支付之醫療保健費用的部分。分攤費用的金額視您的收入和資源而定。

文化能力訓練：此訓練為我們的醫療保健服務提供者提供額外指導，幫助他們能更好地瞭解您的背景、價值觀與信仰，從而調整服務來滿足您的社會、文化與語言需求。

日常活動(ADL)：人們在日常生活中所做的事情，例如進食、如廁、穿衣、沐浴或刷牙。

加州醫療保健服務部(DHCS)：加州負責管理Medicaid計劃（稱為Medi-Cal）的州政府部門。

可互換生物相似性藥品：無需新處方即可在藥房直接替換的生物相似性藥品，因為它滿足可自動替換的額外要求。自動在藥房替換須遵守所在州的法律。

生物相似性藥品：與原生物製品非常類似但不完全相同的生物藥物。生物相似性藥品與原生物製品一樣安全有效。一些生物相似性藥品可以在藥房替代原生物製品，而無需新處方。（請前往「可互換生物相似性藥品」）。

生物製品：一種由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等有生命的自然來源物質所製成的藥物。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此替代形式被稱為生物相似性藥品。（請同時參閱「原生物製品」和「生物相似性藥品」）。

申訴：您對我們或我們的網絡醫療服務提供者或藥房之一提出的投訴。其中包括對您護理的品質或您的健康計劃提供的服務之品質的投訴。

共付額：您每次獲得某些服務或藥物時，為您分攤的費用所支付的固定金額。例如：您可能為服務或藥物支付\$2或\$5。

合約藥房：同意為我們的計劃會員配取處方藥的藥房（藥局）。我們稱其為「合約藥房」是因為這些藥房同意與我們的計劃合作。在大多數情況下，我們僅承保您在我們其中一間合約藥房配藥時的處方藥。

州聽證會：如果您的醫生或其他醫療服務提供者要求提供我們不會核准的Medi-Cal服務，或者我們不會繼續為您已接受的Medi-Cal服務付費，您都可以要求舉行州聽證會。如果州聽證會作出了對您有利的決定，我們必須為您提供您所要求的服務。

成人社區服務(CBAS)：機構型的門診服務計劃，為符合適用資格標準的合格會員提供專業護理、社會服務、職業與言語治療、個人護理、家庭/看護人訓練與支援、營養服務、交通與其他服務。

老年人全方位護理計劃(PACE)：為年滿55歲且需要更高級別居家護理的民眾同時承保Medicare與Medicaid福利的計劃。

自付費用：是一項費用分攤要求，即要求會員為所獲得的服務或藥物支付部分費用，也稱為「自付費用」費用要求。請參閱上文「費用分攤」的定義。

行政法官：行政法官(ALJ)是審理和裁決涉及政府機構之案件的法官。審查級別3上訴的法官。

行為健康：是指我們的情緒、心理和社會健康。更簡單的說：是關乎我們的思考、感覺以及與他人的互動。一個泛指心理健康與物質使用障礙服務的詞彙。

低收入補助(LIS)：請參閱「額外協助」

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



住院病人：一個您正式入院接受專業醫療服務時使用的詞彙。如果您沒有正式住院，即使您過夜，您仍可能被視為門診病人而不是住院病人。

投訴：一項表示您對承保服務或護理有問題或疑慮的書面或口頭聲明。其中包括對服務品質、您護理的品質、我們的網絡醫療服務提供者或我們的合約藥房的任何疑慮。「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。

投訴專員：在您所居住州的一種公職，是為您爭取權益的倡導員。如果您有問題或希望投訴，他們可以解答疑問，並幫助您瞭解該怎麼做。投訴專員的服務免費提供。您可以在本《會員手冊》第2章及第9章中找到更多資訊。

每日費用分攤費率：在您的醫生開立不足一個月供應量的某些藥物且您需要支付共付額時可能會適用的費率。每日費用分攤費率是共付額除以一個月供應量的天數。

舉例如下：假設您藥物一整個月供應量（30天供應量）的共付額是\$1.35。這表示，您每天支付的藥物金額將少於\$0.05。如果您領取七天供應量的藥物，您支付的金額將是每天不到\$0.05乘以七天，總付款金額將不到\$0.35。

例外處理：允許獲得通常不承保之藥物的承保，或在沒有特定規則和限制的情況下使用該藥物。

初始承保階段：在您的Medicare D部份藥物費用總額達到\$2,400之前的階段。其中包括您支付的金額、我們的計劃代表您支付的金額以及低收入補助。您在年度中第一次配取處方藥時，便會開始這個階段。在本階段期間，我們會支付您藥物的部分費用，您則支付您的分攤部分。

受保護的健康資訊（也稱為個人健康資訊）(PHI)：有關您和您的健康的資訊，例如您的姓名、地址、社會安全號碼、醫師看診記錄和病史。請參閱我們的隱私權聲明通知，以瞭解更多有關我們如何保護、使用和披露您PHI以及您對您PHI權利的資訊。

居家支援性服務(IHSS)：IHSS計劃將協助支付向您提供之服務的費用，費用將支付給加入計劃的護理提供者，以便您能夠安全地留在自己家中。IHSS是看護中心或寄宿護理機構等住家外護理的替代方案。如欲接受服務，需要進行評估，以根據每位參加者的需求判定可以授權哪些類型的服務。可透過IHSS授權的服務類型包括打掃衛生、準備餐食、洗衣、採買食物和生活用品、個人護理服務（例如大小便護理、沐浴、梳理與輔助醫療服務）、陪同赴診以及精神障礙人士適用的保護性監護。縣立社會服務機構負責管理IHSS。

居家健康助理：提供不需要持執照護士或治療師技能之服務的人員，例如幫助進行個人護理（如沐浴、如廁、穿衣或進行處方規定的運動）。居家健康助理沒有護理執照，也不提供治療。

承保決定：關於我們會承保哪些福利的決定。這包括有關承保藥物和服務，以及我們會為您的健康服務所支付之金額的決定。本《會員手冊》第9章會說明該如何要求我們作出承保決定。

承保服務：我們用這個一般詞彙來表示我們計劃承保的所有醫療保健、長期服務與支援、用品、處方藥和非處方藥、設備與其他服務。

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



承保藥物：我們用這個詞彙來表示我們計劃承保的所有處方藥與非處方藥(OTC)。

服務區域：健康計劃接受會員的地理區域，也就是對於會員資格的限制是基於會員居住的地方。對於限制您可使用哪些醫生與醫院的計劃，這通常也是您可以取得例行（非急診）服務的區域。只有居住在我們服務區域的民眾才能參保我們的計劃。

社會安全生活補助金(SSI)：社會安全局每月向收入和資源有限的殘障人士、失明人士或年滿65歲的人士發放的福利。SSI福利與社會安全福利不同。

長期服務與支援(LTSS)：長期服務與支援可幫助改善長期醫療病症。大多數這類服務可以幫助您待在家中，這樣您就不必前往護理機構或醫院。我們計劃承保的LTSS包括成人社區服務(CBAS)（也稱為成人日間醫療保健）、護理機構(NF)與社區支援。IHSS和1915(c)豁免計劃是在我們的計劃之外提供的Medi-Cal LTSS。

門診手術中心：為不需要住院護理且預計需要不超過24小時護理的病人提供門診手術的機構。

非處方(OTC)藥：非處方藥是指無需醫療保健專員人員的處方即可購買的藥品或藥物。

A部份：請參閱「Medicare A部份」。

B部份：請參閱「Medicare B部份」。

C部份：請參閱「Medicare C部份」。

D部份：請參閱「Medicare D部份」。

D部份藥物：請參閱「Medicare D部份藥物」。

品牌藥：一種由最初生產該藥物的公司生產和銷售的藥物。品牌藥與學名藥具有相同的成分。學名藥通常由其他藥廠生產和銷售，通常要等到品牌藥的專利結束後才可開始供應。

品質改善組織(QIO)：一個由醫生與其他醫療保健專家組成的團體，旨在幫助改善Medicare參保者的護理品質。聯邦政府向QIO支付費用，用於檢查與改善為病人提供的護理。請參閱本《會員手冊》第2章，以瞭解有關QIO的資訊。

客戶服務部：我們計劃的一個部門，專門負責回答您有關會員資格、福利、申訴和上訴的問題。請參閱本《會員手冊》第2章，以瞭解更多有關客戶服務部的資訊。

急救護理：由受過提供急診服務訓練並需要治療醫療或行為健康緊急情況之醫療服務提供者提供的承保服務。

看護中心或護理機構：為無法獲得居家護理但不需要住院的人士提供護理的機構。

耐用醫療設備(DME)：您的醫生囑咐您在自己的家中使用的某些物品。這類設備的範例包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、經醫療服務提供者開立醫囑要在家中使用的病床、靜脈(IV)輸液幫浦、發聲裝置、氧氣設備和用品、噴霧器與助行器。

重大傷病承保階段：Medicare D部份藥物福利的階段，在此階段中，我們的計劃將支付您D部份藥物的所有費用，直到年度結束為止。當您（或代表您的其他合格方）在這一年中為D部份承保藥物花費了\$2,400時，您就進入此階段。您無需支付任何費用。

個人護理計劃（ICP或護理計劃）：您將獲得的服務以及該如何獲得這些服務的計劃。您的計劃可能包括醫療服務、行為健康服務以及長期服務與支援。

原生物製品：一種已獲得FDA核准的生物製品，可作為製造生物相似性藥品版本之藥廠的比較參考。也稱為參考產品。

差額帳單：醫療服務提供者向病人收取其全額帳單費用與病人健康計劃支付金額之間之差額的行為。

退保：終止您在我們計劃之會員資格的流程。退保可能出於自願（您自己選擇）或非自願（不是您自己選擇）。

送貨到府計劃：有些計劃可能會提供送貨到府計劃，將所承保的處方藥直接送到您的家中，一次最多可提供三個月的供應量。這可能是配取您定期服用之處方藥經濟有效且方便的方式。

除外服務：本健康計劃不承保的服務。

健康計劃：由醫生、醫院、藥房、長期護理服務提供者與其他醫療服務提供者組成的組織。也會安排護理協調員來幫助您管理所有醫療服務提供者和服務。他們會共同合作，提供您需要的護理。

健康風險評估(HRA)：對您病史與目前病症的檢閱。用於瞭解您的健康狀況以及未來可能發生的變化。

基本保健服務提供者(PCP)：您在解決大多數健康問題時首先求助的醫生或其他醫療服務提供者。他們會確保您獲得保持健康所需的護理。

- 他們也可能與其他醫生與醫療保健服務提供者討論您的護理並將您轉診給他們。
- 根據許多Medicare健康計劃的規定，您必須先向您的基本保健服務提供者求診，之後才能向任何其他醫療保健服務提供者求診。
- 請參閱本《會員手冊》第3章，以瞭解有關從基本保健服務提供者處獲得護理的資訊。

專科醫生：是指專門治療特定類型醫療保健問題的醫生。例如：骨折時要由骨外科醫生治療，有過敏情形時要由過敏科醫生治療，有心臟問題時要由心臟科醫師治療。在大多數情況下，會員都需要由自己的PCP轉診才能去看專科醫生。

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



專科藥房：請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解更多有關專科藥房的資訊。

專業護理機構(SNF)：具備可提供專業護理之工作人員和設備的護理機構，在大多數情況下，可提供專業復健服務和其他相關的健康服務。

專業護理機構(SNF)護理：專業護理機構日常持續提供的專業護理和復健服務。專業護理機構的範例包括註冊護士或醫生可以提供的物理治療或靜脈(IV)注射。

敏感性服務：與心理或行為健康、性和生殖健康、計劃生育、性傳播感染(STI)、HIV/AIDS、性侵犯和墮胎、物質使用障礙、性別肯定護理以及親密伴侶暴力相關的服務。

符合雙重資格特殊需求計劃(D-SNP)：是指為同時符合Medicare和Medicaid資格的個人提供服務的健康計劃。我們的計劃是D-SNP。

復健服務：是您獲得的治療，以幫助您從疾病、事故或重大手術中康復。這些服務包括住院復健護理、物理治療（門診）、言語和語言治療以及執業治療。請參閱本《會員手冊》第4章，以瞭解更多有關復健服務的資訊。

費用分攤：當您接受某些服務或藥物時而必須支付的金額。費用分攤包括共付額。

費用分攤層級：一組具有相同共付額的藥物。《承保藥物清單》（也稱為《藥物清單》）上的每種藥物都屬於五個不同費用分攤層級之一。一般來說，費用分攤層級越高，您的藥物費用就越高。

會員（我們計劃的會員，或計劃會員）：有資格獲得承保服務的Medicare和Medi-Cal的參保者，該人士已參保我們的計劃且其參保已獲得聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)和州政府的確認。

義肢及矯正裝置：由您的醫生或其他醫療保健服務提供者開立醫囑的醫療裝置，包括但不限於手臂、背部與頸部支架；義肢；義眼；以及替換器官或機能所需的器材，包括造口用品以及腸內外營養療法。

跨科護理團隊（ICT或護理團隊）：這個護理團隊可包括醫生、護士、諮商師或其他健康專業人員，他們可以幫助您獲得所需的護理。您的護理團隊也會幫您擬定護理計劃。

預先授權(PA)：一項在您獲得特定服務或藥物或使用網絡外服務提供者之前必須從我們這裡獲得的核准。如果您未先取得核准，我們的計劃可能不會承保該服務或藥物。

只有在您的醫生或其他網絡醫療服務提供者從我們這裡獲得預先授權的情況下，我們的計劃才會承保某些網絡醫療服務。

- 本《會員手冊》第4章中對於需要我們計劃PA的承保服務已作出標註。

只有在您從我們這裡獲得PA的情況下，我們的計劃才會承保某些藥物。

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



- 需要我們計劃PA的承保藥物已在《承保藥物清單》中標示，相關規則也已在我們的網站上發布。

預防性服務：為預防疾病或在早期發現疾病，在治療可能發揮最佳效果時所提供的醫療保健（例如：包括子宮頸抹片檢查、流感預防針和篩檢性乳房X光檢查等預防性服務）。

實時福利工具：是參保者可以用來查找完整、準確、及時、具臨床適當性、參保者特定承保藥物和福利資訊的入口網站或電腦應用程式。這包括費用分攤金額、可用於治療與特定藥物相同健康病症的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（預先授權、漸進式治療、藥量限制）。

漸進式治療：是要求您在我們承保您要求的藥物之前先嘗試另一種藥物的承保規則。

綜合門診復健機構(CORF)：主要在疾病、事故或重大手術後提供復健服務的機構。該機構提供多種服務，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸療法、職業治療、言語治療和居家環境評估服務。

網絡外服務提供者或網絡外機構：非由我們的計劃聘僱、擁有或營運且未簽訂合約要向我們的計劃會員提供承保服務之醫療服務提供者或機構。本《會員手冊》第3章會說明網絡外服務提供者或網絡外機構。

網絡外藥房：尚未同意與我們的計劃合作為我們計劃會員協調或提供承保藥物的藥房。除非適用某些條件，否則我們的計劃不承保您從網絡外藥房購買的大多數藥物。

網絡醫療服務提供者：是與我們的計劃合作的醫療服務提供者。這些醫療服務提供者同意接受我們的付款作為全額付款。我們會安排由這些醫療服務提供者向您提供承保服務。網絡醫療服務提供者會直接向我們開立為您提供之護理的帳單。當您使用網絡醫療服務提供者時，您通常無需為承保服務支付任何費用。「醫療服務提供者」是我們對醫生、護士及其他為您提供服務與護理的人員之統稱。此一詞彙還包括醫院、居家醫療機構、診所以及其他為您提供醫療保健服務、醫療設備以及長期服務與支援的地點。

緊急情況：當您或任何其他具有一般健康和醫學知識的人認為，您有必須立即就醫的醫療症狀，以避免死亡、失去肢體，或身體機能喪失或嚴重受損（如果您是孕婦，包括失去腹中胎兒），這時便屬於緊急醫療情況。醫療症狀可以是疾病、受傷、劇痛或迅速惡化的醫療病症。

緊急需求護理：您因不可預見的疾病、受傷或並非緊急情況但需要立即護理時所獲得的護理。您因自身的時間、地點或情況而不可能從網絡醫療服務提供者處獲得服務或這樣做不合理時（例如：您在我們計劃服務區域外因不可預見的病症而迫切需要及時但並非緊急醫療情況的醫療服務），此時您可前往網絡外服務提供者處獲得緊急需求護理。

學名藥：一種經FDA核准可以替代品牌藥的藥物。學名藥具有與品牌藥物相同的成分。其費用通常較便宜，且療效與品牌藥相當。

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

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



整合式D-SNP：一種雙重資格特殊需求計劃，針對同時符合Medicare與Medicaid資格的某些個人群體提供，在單一健康計劃或關聯健康計劃下承保Medicare服務與大部分或全部Medicaid服務。這些個人被稱為「全額福利雙重資格個人」。

機構判定：當我們或我們的醫療服務提供者之一對於是否承保服務或您應為承保服務支付多少金額作出決定時，便是由我們的計劃作出機構判定。在本手冊中，機構判定稱為「承保決定」。本《會員手冊》第9章會說明承保決定的相關資訊。

獨立審查組織(IRO)：IRO是Medicare聘請來審查級別2上訴的獨立組織。該組織與我們沒有關聯，也不是政府機構。該組織會決定我們作出的決定是否正確或是否應有所改變。Medicare會監督其工作。正式名稱是**獨立審查實體**。

獨立醫療審查(IMR)：如果我們拒絕您的醫療服務或治療申請，您可以提出上訴。如果您不同意我們的決定，並且您的問題與Medi-Cal服務（包括DME用品與藥物）有關，您可以向加州醫療保健管理部要求進行IMR。IMR是由不屬於我們計劃的專家對您的個案進行的審查。如果IMR作出了對您有利的決定，則我們必須為您提供您要求的服務或治療。您無需為IMR支付任何費用。

錯誤/不當請款：醫療服務提供者（例如醫生或醫院）向您收取的費用高於我們的服務費用分攤金額的情況。如果您收到任何不明白的帳單，請致電客戶服務部。

身為計劃會員，您只需在獲得我們承保的服務時支付我們計劃的費用分攤金額。我們不允許醫療服務提供者向您收取超過此金額的費用。

聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(CMS)：負責Medicare的聯邦機構。本《會員手冊》第2章會說明該如何聯絡CMS。

臨終關懷：旨在幫助末期預後病人能舒適生活之護理與支援的計劃。末期預後是指病人經過醫學證明患有絕症，預期壽命為最多六個月。

- 有末期預後的參保者有權選擇臨終關懷。
- 經過專門訓練的專業人員與看護人團隊會提供全人護理，包括身體、情緒、社交與精神需求。
- 我們必須向您提供您所在地理區域之臨終關懷醫療服務提供者的名單。

轉診：轉診是指您的基本保健服務提供者(PCP)或我們核准使用PCP以外的醫療服務提供者。如果您沒有先取得我們的核准，我們可能不會承保這些服務。某些專科醫生不需要轉診即可使用，例如女性的健康專科醫生。您可以在本《會員手冊》第3章及第4章中找到更多有關轉診的資訊。

醫療必要性：這是指為了預防、診斷或治療醫療病症或維持目前健康狀況所需的服務、用品或藥物。其中包括讓您免於住院或住進護理機構的護理。也表示服務、用品或藥物都符合公認的醫療執業標準。

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

醫療服務提供者：是指醫生、護士和其他為您提供服務和護理並取得州政府執照的人士。醫療服務提供者也包括醫院、居家健康機構、診所及其他為您提供醫療保健服務、行為健康服務、醫療設備與某些LTSS的地點。

醫療保健管理部(DMHC)：加州負責管理大多數健康計劃的州政府部門。DMHC負責幫助民眾對Medi-Cal服務提出上訴與投訴。DMHC也負責進行獨立醫療審查(IMR)。

醫療保險諮詢與倡導計劃(HICAP)：一項提供有關Medicare的資訊與諮詢之免費且客觀的計劃。本《會員手冊》第2章會說明該如何聯絡HICAP。

額外協助：協助收入與資源有限的民眾降低Medicare D部份藥物費用（例如保費、自付額與共付額）的Medicare計劃。「額外協助」也稱為「低收入補助」或「LIS」。

藥物治療管理計劃(MTM)：一種Medicare D部份計劃，為具有複雜健康需求的人士提供，且此人士符合特定規定或參加藥物管理計劃。MTM服務通常包括與藥劑師或醫療保健服務提供者的討論，以便對藥物進行審查。請參閱本《會員手冊》第5章，以瞭解更多資訊。

藥物管理計劃(DMP)：幫助確保會員安全使用處方鴉片類藥物與其他經常被濫用之藥物的計劃。

藥物層級：我們《藥物清單》上的藥物分組。學名藥、品牌藥或非處方藥(OTC)都是藥物層級的範例。《藥物清單》上的每個藥物都屬於五種層級之一。

藥量限制：您可以服用/使用的藥物之數量的限制。我們可能會限制我們承保之每份處方的藥物數量。

護理協調員：一位與您、健康計劃以及您的護理服務提供者合作以確保您獲得所需護理的主要人員。

護理計劃：請參閱「個人護理計劃」。

護理團隊：請參閱「跨科護理團隊」。

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部

類型	詳細資訊
致電	1-800-452-4413 這是免費電話。服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。您可致電客戶服務部，免費索取該文件的其他格式版本，例如大字版、盲文版及/或語音版。 客戶服務部也為不會說英語的人提供免費口譯員服務。
聽障和語障專線(TTY)	711 須有特殊電話設備才能撥打該號碼，且僅供有聽力或語言障礙的人士使用。 這是免費電話。服務時間為每週七天，太平洋時間上午8:00至晚上8:00。
傳真	877-251-6671
致函	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

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

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





blueshieldca.com/medicare

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