

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)由加州医生服务中心
(dba Blue Shield of California) 提供**

2024年年度变更通知

简介

您目前已注册成为我们计划的会员。明年我们会有一些福利、承保范围、规则和费用方面的变更。此年度变更通知告诉您有关更改的信息，以及在哪里可以找到有关这些更改的更多信息。如需获取有关费用、福利或规则的更多信息，请查看**会员手册**，位于我们的网站：

blueshieldca.com/MAPDdocuments2024。关键术语及其定义按字母顺序出现在您的会员手册的最后一章中。

其他资源

- 本文档免费提供阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语、他加禄语和越南语版本。
- 您可以要求免费获取此年度变更通知的其他格式，例如大字体、盲文或音频。致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。
 - 如果您希望在线接收计划材料，请通过 blueshieldca.com/login 登录您的帐户，点击右上角您名字缩写下方的“我的个人资料”，转至通信首选项并选择“无纸化”作为您的交付首选项。如果您没有帐户，请访问 blueshieldca.com/login 并单击“创建帐户”，您可以在创建帐户时选择交付首选项。
 - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系 **Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部**。您的首选语言和格式将被存档，以供将来通信。如要对您的偏好进行任何更新，请联系 **Blue Shield TotalDual Plan 客户服务部**。
- 我们免费提供口译服务来回答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需口译服务，请致电 **1-800-452-4413** 联系我们（听障和语障专线：**711**），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。会安排说英语的人为您提供帮助。这是一项免费服务。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 **Blue Shield TotalDual Plan**，电话：**1-800-452-4413**

（听障和语障专线：**711**），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



目录

A. 免责声明.....	3
B. 查看您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围	3
B1. Blue Shield TotalDual Plan 相关信息.....	3
B2. 要做的重要事项.....	4
C. 我们的网络提供者和药房的变化	5
D. 明年的福利和费用变化.....	5
D1. 医疗服务福利和费用的变化.....	5
D2. 处方药物承保更改	7
D3. 第 1 阶段：“初始承保阶段”	9
D4. 第 2 阶段：“灾难承保阶段”	10
E. 行政變動.....	10
F. 选择计划.....	11
F1. 留在我们的计划中.....	11
F2. 更换计划.....	11
G. 取得协助.....	14
G1. 我们的计划.....	14
G2. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）	15
G3. 监察员计划.....	15
G4. Medicare.....	15
G5. 加州医疗保健管理局	16

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



A. 免责声明

- ❖ BlueShield of California 是一项 HMO D-SNP 计划，与联邦医疗保健计划（Medicare）和加州政府医疗补助（Medicaid）计划签约。Blue Shield of California 的注册取决于合同续签。
- ❖ 当本文件中提到“我们”、“我们”或“我们的”时，指的是 California Physicians' Service（dba Blue Shield of California）。当文件中提到“计划”或“我们的计划”时，指的是 Blue Shield TotalDual Plan。

B. 查看您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保范围

您现在务必要重新审视您的承保，确保其明年仍会符合您的需求。如果它不能满足您的需求，您可以退出我们的计划。参考 **D 部分** 了解有关明年福利变化的更多信息。

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

如果您退出我们的计划，可以获得以下信息：

- E2 部分表中的 Medicare 选项。
- E2 部分中的 Medi-Cal 选项和服务。

B1. Blue Shield TotalDual Plan 相关信息

- 加州医生服务 dba Blue Shield of California 是一项与联邦医疗保健计划（Medicare）和 Medi-Cal 签约的健康计划，为会员提供这两个计划的福利。
- Blue Shield TotalDual Plan 的承保范围是合格的健康承保范围，称为“最低基本承保范围”。它满足《患者保护和平价医疗法案》（ACA）的个人共同责任要求。请访问国税局（IRS）网站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families，了解有关个人共同责任要求的更多信息。
- 当此年度变更通知提到“我们”、“我们的”或“我们的计划”时，指的是 Medicare Medi-Cal 计划。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



B2. 要做的重要事项

- 查看我们的福利和费用是否有可能影响您的任何变更。
 - 是否有任何变更影响您使用的服务？
 - 审查福利和费用更改，确保它们适合您明年的情况。
 - 参考 **D1 部分**，了解有关我们的计划的福利和成本的变更信息。
- 查看我们的处方药承保范围是否有任何可能影响您的变更。
 - 您的药物仍属于承保范围吗？它们处于不同的费用分摊层级吗？您可以用同一家药店吗？
 - 查看更改以确保我们的药物承保适合您明年的情况。
 - 参考 **D2 部分**，了解有关我们的药物承保范围变更的信息。
 - 自去年以来，您的药品费用可能有所增加。
 - 与您的医生讨论可能适合您的低成本替代方案；这可能会为您节省全年的年度自付费用。
 - 请记住，您的计划福利确切地决定了您自己的药物费用可能会发生什么样的变化。
- 查看您的提供者和药房明年是否会在我们的网络中。
 - 您的医生（包括您看的专家）在我们的网络中吗？您的药房呢？您所使用的医院或其他医疗服务提供者又如何呢？
 - 参考 **C 部分**，了解有关我们的提供者和药房目录的信息。
- 考虑您的计划总费用。
 - 您为例行使用的服务和处方药物要花费多少自付费用？
 - 总费用与其他承保选项相比如何？
- 考虑您是否对本计划感到满意。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



如果您决定继续使用 2024 年 Blue Shield TotalDual Plan:

如果您明年想要继续选择我们，非常容易 – 您什么也不需要作。如果您不进行更改，您将自动保留 2024 年 Blue Shield TotalDual Plan 的注册状态。

如果您决定更改计划:

如果您认为其他承保能更好地满足您的需求，您可以更换计划（请参阅 **E2 部分** 了解更多信息）。如果您加入新计划，或更改为 **Original Medicare**，您的新承保将从下个月的第一天开始。

C. 我们的网络提供者和药房的变化

我们 2024 年的提供者和药房网络发生了变更。

请查阅 **2024 年提供者和药房目录**，了解您的提供者或药房是否在我们的网络中。更新的 **提供者和药房目录** 位于我们的网站：blueshieldca.com/medicare。您也可以拨打页面底部的客户服务中心电话，以获取更新的提供者信息或者要求我们为您邮寄 **提供者和药房目录**。

重要的是，您还要知道，我们也可能在一年当中对我们的网络进行变更。如果您的提供者退出我们的计划，您将享有某些权利和保护。如需了解更多信息，请参阅您的会员手册第 **3** 章。

D. 明年的福利和费用变化

D1. 医疗服务福利和费用的变化

我们正在更改明年某些医疗服务的承保范围以及您为这些承保医疗服务支付的费用。下表说明这些更改。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



	2023 (今年)	2024 (明年)
年度自付费用最高限额	<p>\$8,300</p> <p>一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务自付费用 8,300 美元，您在该日历年内的剩余时间内无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。</p> <p>如果您有资格参加 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid)，则您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何最高自付费用。</p>	<p>\$8,850</p> <p>一旦您为承保的 A 部分和 B 部分服务自付费用 8,850 美元，您在该日历年内的剩余时间内无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何费用。</p> <p>如果您有资格参加 Medicare 和 Medi-Cal (Medicaid)，则您无需为承保的 A 部分和 B 部分服务支付任何最高自付费用。</p>
针灸服务 (非 Medicare 承保)	您每年最多可进行 12 次就诊，无需支付任何共付金。	针灸服务 (非 Medicare 承保) 不在承保范围内
交通服务 (非 Medicare 承保)	每趟单程前往计划核准的医疗相关地点共付额 \$0 (每年提供无限趟单程交通)	每趟单程前往计划核准的医疗相关地点共付额 \$0 (每年限 48 趟单程交通)

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

(听障和语障专线：711)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



	2023 (今年)	2024 (明年)
视力保健, 非 Medicare 承保 (从网络医疗服务提供者处获得) *	<p>当您使用网络医疗服务提供者时, 每 24 个月, 您可以免费 (支付\$0) 获得镜框 (一般零售价最高\$350)。如果您选择价格超过\$350 的隐形眼镜或一般眼镜 (镜框或镜片), 您需要承担差价。</p> <p>当您使用网络医疗服务提供者时, 每 12 个月, 您可以免费 (支付\$0) 获得一副处方眼镜镜片 (无论尺寸或度数) 或隐形眼镜 (隐形眼镜服务及材料费最高\$350)。若服务及材料费用超过\$350, 您需要承担差价。</p>	<p>当您使用网络医疗服务提供者时, 每 24 个月, 您可以免费 (支付\$0) 获得镜框 (一般零售价最高\$375)。如果您选择价格超过\$375 的隐形眼镜或一般眼镜 (镜框或镜片), 您需要承担差价。</p> <p>当您使用网络医疗服务提供者时, 每 12 个月, 您可以免费 (支付\$0) 获得一副处方眼镜镜片 (无论尺寸或度数) 或隐形眼镜 (隐形眼镜服务及材料费最高\$375)。若服务及材料费用超过\$375, 您需要承担差价。</p>

D2. 处方药物承保更改

我们药物清单的更改

更新的承保药物清单位于我们的网站: blueshieldca.com/medpharmacy2024。您还可以拨打页面底部的客户服务中心电话, 以获取更新的药物信息或要求我们为您邮寄承保药物清单。

此承保药物清单也称为“药物清单”。

我们更改了我们的药物清单, 包括更改我们承保的药物, 以及我们对特定药物的承保规制。

查看药物清单以**确保您的药物明年将得到承保**并查明是否有任何限制。

如果您受到药物承保变化的影响, 我们鼓励您:

- 与您的医生 (或其他处方医生) 合作, 寻找我们承保范围内的其他药物。
 - 您可以拨打页面底部的客户服务号码, 或者联系您的护理协调员, 索取治疗相同病症的承保药物清单。
 - 此清单可帮助您的医疗服务提供者寻找适合您的承保药物。
- 与您的医生 (或其他处方医生) 合作, 要求我们作为例外承保该药物。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问, 请致电 Blue Shield TotalDual Plan, 电话: 1-800-452-4413

(听障和语障专线: 711), 每周 7 天, 上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息, 请访问 blueshieldca.com/medicare。



- 您可以在明年之前申请例外，我们将在收到您的请求（或您的处方医生的支持声明）后 72 小时内给您答复。
- 要了解申请例外必须做什么，请参阅您的 *会员手册* 第 9 章，或拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。
- 如果您需要帮助申请例外处理，请联系客户服务部或您的护理协调员。参考您的 *会员手册* 第 2 章和第 3 章，了解有关如何联系您的护理协调员的更多信息。
- 要求我们承保临时的药物供应。
 - 在某些情况下，我们可以在日历年的前 90 天内临时承保药物供应。
 - 此临时供应最长持续 30 天。（要了解有关何时可以获得临时供应以及如何申请临时供应的更多信息，请参阅您的 *会员手册* 第 5 章。）
 - 当您获得临时药物供应时，请与您的医生讨论临时供应用完时该怎么办。您可以改用我们计划承保的其他药物，或者要求我们为您破例承保当前的药物。
 - 规定例外请求必须每年向计划提交。

处方药费用的变更

根据我们的计划，您的 Medicare D 部分处方药承保有两个付款阶段。您需要支付多少取决于您配取或重新配取处方药时是在哪个阶段。这两个阶段如下：

第 1 阶段 初始承保阶段	第 2 阶段 灾难承保阶段
在此阶段，我们的计划支付您的部分药物费用，您支付自己的份额。您的份额称为共付金。 当您为今年的第一个处方配药时，就开始了这个阶段。	在此阶段，该计划将支付您截至 2024 年 12 月 31 日的所有药物费用。 您在支付一定数额的自付费用后开始此阶段。

当您的处方药自付费用总额达到 \$8,000 时，初始承保阶段结束。此时，灾难性承保阶段开始。我们的计划涵盖您从那时到年底的所有药物费用。参考您的 *会员手册* 第 6 章，了解有关您将为处方药支付多少费用的更多信息。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



D3. 第 1 阶段：“初始承保阶段”

在初始承保阶段，我们的计划支付您承保处方药物费用的分摊额，您则支付您的分摊额。您的份额称为共付金。共付金的金额取决于该药物属于哪一个共付分摊额层级，以及您在哪里获得该药物。每次配药时您都要支付共付金。如果您的承保药物费用低于共付金，您只需支付药物的价格。

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

下表显示了我们五个药物级别中每个级别的药物费用。这些金额仅适用您的初始承保阶段。

	2023（今年）	2024（明年）
第 1 层级的药物 （ <i>首选普通药</i> ） 在网络药房配药的第 1 级药物 一个月的供应费用	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0 。	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0 。
第 2 层级药物 （ <i>普通药</i> ） 在网络药房配药的第 2 级药物 一个月的供应费用	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0、\$1.45 或 \$4.15 。	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0、\$1.55 或 \$4.50 。
第 3 层级药物 （ <i>首选品牌药</i> ） 在网络药房配药的第 3 级药物 一个月的供应费用	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.30 或 \$10.35 。	您一个月（30 天）供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.60 或 \$11.20 。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



	2023 (今年)	2024 (明年)
第 4 层级药物 (非首选药物) 在网络药房配药的第 4 级药物 一个月的供应费用	您一个月 (30 天) 供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.30 或 \$10.35。	您一个月 (30 天) 供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.60 或 \$11.20。
第 5 级药物 (专科药物) 在网络药房配药的第 5 级药物 一个月的供应费用	您一个月 (30 天) 供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.30 或 \$10.35。	您一个月 (30 天) 供应量的共付金是 每个处方\$0、\$4.60 或 \$11.20。

当您的处方药自付费用总额达到**\$8,000**时，初始承保阶段结束。此时灾难性承保阶段开始。参考您的**会员手册第 6 章**，了解有关您需要支付多少处方药费用的更多信息。

D4. 第 2 阶段：“灾难承保阶段”

您达到处方药物**\$8,000**的自付费用上限时，灾难性承保阶段开始。您将一直处于灾难性承保阶段，直至该日历年结束。

E. 行政變動

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
您的 Blue Shield TotalDual Plan Contract 和 Plan Benefit Package (PBP) 編號將於明年更換。這不會影響您的承保範圍，並且您無需採取任何行動即可保留您的計劃。	H5928-005	H2819-001

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

(听障和语障专线：711)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



F. 选择计划

F1. 留在我们的计划中

我们希望让您继续成为计划成员。您无需执行任何操作即可留在我们的计划中。如果您不更改为其他 Medicare 计划或更改为 Original Medicare，您将自动保留为我们 2024 年计划的注册会员。

F2. 更换计划

大多数享有 Medicare 的人可以在一年中的某些时间终止其会员资格。由于您拥有 Medi-Cal，因此您可以在以下任一**特别注册期**终止您在我们计划中的会员资格或切换到另一计划：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月
- 7 月至 9 月

除了这三个特别注册期之外，您还可以在以下期间终止我们计划的会员资格：

- **年度注册期**，持续时间为 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期间选择新计划，您在我们计划的会员资格将于 12 月 31 日结束，新计划的会员资格将于 1 月 1 日开始。
- **Medicare Advantage (MA) 开放健保加入期**，持续时间为 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期间选择新计划，您的新计划会员资格将从下个月的第一天开始。

您还有资格在其他一些情况下更改您的注册。例如：

- 您搬出了我们的服务区域，
- 您的 Medi-Cal 或 Extra Help 资格发生变化，**或者**
- 如果您最近搬入、目前正在接受护理或刚刚搬出护理机构或长期护理医院。

您的 Medicare 服务

您可以通过三种方式获得 Medicare 服务。通过选择这些选项之一，您将自动终止您在我们计划中的会员资格。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



<p>1. 您可以换成：</p> <p>另一项 Medicare 健康计划，包括另一项 Medicare Medi-Cal 计划</p>	<p>可按下述说明操作：</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）联系 Medicare，每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。</p> <p>如需查询综合性的老年照护计划（Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE），请致电 1-855-921-PACE（7223）。</p> <p>如果您需要协助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none">• 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或</p> <p>加入新的 Medicare 计划。</p> <p>当您的新计划的承保范围开始时，您将自动从我们的计划中退出。您的 Medicare Medi-Cal 计划可能会改变。</p>
---	---

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



<p>2. 您可以换成：</p> <p>包含独立的 Medicare 处方药物计划的 Original Medicare</p>	<p>可按下述说明操作：</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）联系 Medicare，每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要协助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none">• 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或</p> <p>加入新的 Medicare 处方药计划。</p> <p>当您的 Original Medicare 承保开始时，您将自动从我们的计划中退出。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划不会改变。</p>
---	--

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



<p>3. 您可以换成：</p> <p>没有单独的 Medicare 处方药计划的 Original Medicare</p> <p>备注： 如果您转至 Original Medicare 并且未加入单独的 Medicare 处方药计划，Medicare 可能会将您加入某个药物计划，除非您告诉 Medicare 您不想加入。</p> <p>仅当您从其他来源（例如雇主或工会）获得药物承保时，才应该放弃处方药承保。如果您对是否需要药物承保有疑问，请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。</p>	<p>可按下述说明操作：</p> <p>拨打 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）联系 Medicare，每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障专线用户请拨 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要协助或更多信息：</p> <ul style="list-style-type: none">• 请致电 1-800-434-0222 联系加州健康保险咨询和宣传计划（HICAP），周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 服务。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>当您的 Original Medicare 承保开始时，您将自动从我们的计划中退出。</p> <p>您的 Medi-Cal 计划不会改变。</p>
--	--

您的 Medi-Cal 服务

如针对如何选择 Medi-Cal 计划或在您退出我们的计划后如何获取您的 Medi-Cal 服务有问题，请拨打 1-800-430-4263 联系 Health Care Options，周一至周五上午 8:00 至下午 6:00 服务。TTY 用户应致电 1-800-430-7077。询问加入其他计划或返回 Original Medicare 对您获得 Medi-Cal 承保的方式有何影响。

G. 取得协助

G1. 我们的计划

如果您有任何疑问，我们随时为您提供帮助。在列出的营业日期和营业时间内，拨打页面底部的电话号码联系客户服务部。这些电话都是免费的。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



阅读会员手册

您的**会员手册**是我们计划福利的合法、详细描述。它有关于福利的详细信息以及 2024 年的费用。它解释了您的权利以及获得我们承保的服务和处方药时应遵循的规则。

会员手册 2024 年的版本将于 10 月 15 日之前提供。最新版**会员手册**可在我们的网站上找到：blueshieldca.com/MAPDdocuments2024。您也可以拨打页面底部的客户服务中心电话，要求我们为您邮寄 2024 年**会员手册**。

我们的网站

您可以访问我们的网站：blueshieldca.com/medicare。我们在此提醒您，我们的网站有关于我们医疗服务提供者与药房网络的最新信息（*提供者与药房目录*）以及我们的药物清单（*承保药物清单*）。

G2. 健康保险咨询和宣传计划（HICAP）

您还可以致电州健康保险援助计划（SHIP）。在加利福尼亚州，SHIP 称为健康保险咨询和宣传计划（HICAP）。HICAP 顾问可以帮助您了解您的计划选择，并回答有关转换计划的问题。HICAP 与我们或任何保险公司或健康计划均无关。HICAP 在每个县都配备了经过培训的辅导员，并且服务免费。HICAP 的电话号码是 1-800-434-0222。如需了解更多信息或查找您所在地区的当地 HICAP 办事处，请访问 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。

G3. 监察员计划

如果您对我们的计划有疑问，Medicare Medi-Cal 监察员计划可以为您提供帮助。监察员的服务是免费的，并提供所有语言版本。Medicare Medi-Cal 监察员计划：

- 作为您的倡导者。如果您有问题或投诉，他们可以回答问题，并帮助您了解该怎么做。
- 确保您了解与您的权利和保护以及如何解决您的疑虑相关的信息。
- 与我们或任何保险公司或健康计划无关。Medicare Medi-Cal 监察员计划的电话号码是 1-888-804-3536。

G4. Medicare

要直接从 Medicare 获取信息，请致电 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227），每周 7 天、每天 24 小时服务。听障和语障用户请拨打 1-877-486-2048。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

（听障和语障专线：711），每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。



Medicare 网站

您可以访问医疗保险网站 (www.medicare.gov)。如果您选择退出我们的计划并加入另一个 Medicare 计划，Medicare 网站提供有关费用、承保范围和质量评级的信息，以帮助您比较各项计划。

您可以使用 Medicare 网站上的 Medicare Plan Finder 查找有关您所在地区可用的 Medicare 计划的信息。(有关计划的信息，请访问 www.medicare.gov，点击“查找计划”。)

Medicare & You 2024

您可以阅读 *Medicare & You 2024* 手册。每年秋季，本手册会邮寄给拥有 Medicare 的民众。其中包括 Medicare 的福利、权利和保障摘要，以及有关 Medicare 常见问题的答案。本手册还提供西班牙语、中文和越南语版本。

如果您没有本手册，可以在 Medicare 网站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 下载，或致电 1--800--MEDICARE (1--800--633--4227)，每周 7 天、每天 24 小时服务。TTY 用户应拨打 1-877-486-2048。

G5. 加州医疗保健管理局

加州医疗保健管理局 (DMHC) 负责监管医疗保健服务计划。DMHC 帮助中心可以帮助您处理有关 Medi-Cal 服务的上诉和投诉。如果您对自己的健康计划有不满，在联系管理局之前您应该首先致电您的健康计划 1-800-452-4413 (听障和语障专线：711)，每周 7 天，每天上午 8:00 至晚上 8:00 提供服务，并在联系该部门之前使用您的健康计划的申诉流程。利用此申诉程序并不会妨碍您的任何潜在法律权利或可能使用的补救措施。如果您的申诉涉及急症情况，或是保健计划的解决方式未能令您满意，又或是超过 30 天仍未获得解决，您便可致电管理局请求协助。您也可能符合申请独立医疗审查 (Independent Medical Review, IMR) 的资格。如果您符合 IMR 的资格，则 IMR 流程将会针对保健计划对提议的服务或治疗是否为医疗所必需而做出的医疗决定，实验性或研究性的治疗是否属于承保范围的决定，以及有关急诊或紧急医疗服务的给付争议，进行公正无私的审查。该部门还设有免费电话号码 (1-888-466-2219) 和一条 TDD 线路 (1877-688-9891)，服务听力和言语障碍者。该部门的互联网网站 www.dmhc.ca.gov 在线提供投诉表、IMR 申请表和说明。

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

如果您有疑问，请致电 Blue Shield TotalDual Plan，电话：1-800-452-4413

(听障和语障专线：711)，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。如需了解更多信息，请访问 blueshieldca.com/medicare。

