

2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日

Evidence of Coverage (EOC, 承保範圍說明書) :

您作為 Blue Shield Select (PPO) 會員的 Medicare 健康福利和服務以及處方藥的承保範圍

本文件為您詳細介紹了 2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日的 Medicare 保健和處方藥保險。這是一份重要的法律文件。請妥善保管。

有關本文件的疑問，請聯絡客戶服務部，電話：(800) 776-4466。（TTY 使用者應撥打 711）。服務時間為一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。通話免費。

本項計劃——Blue Shield Select，是由 California Physicians' Service（經營別稱：Blue Shield of California）所提供。（當這本 *Evidence of Coverage* 提及「我們」或「我們的」，則表示 California Physicians' Service（經營別稱：Blue Shield of California）。當其提及「計劃」或「我們的計劃」，則表示 Blue Shield Select。）

本文件免費提供西班牙語和中文版本。

本資訊可能以其他格式提供，包括盲文和大字體。如果您需要其他格式的計劃資訊，請撥打上面的電話號碼與客戶服務部取得聯絡。如果您想透過電子郵件接收計劃材料，請登入 blueshieldca.com/login，並透過點選您的 myblueshield 儀錶板上的「Edit Profile（編輯個人資料）」，然後在通訊首選項下選擇「Yes, save paper, Send by Email（是，節約紙張，透過電子郵件發送）」作為您的交付首選項。如果您沒有帳戶，請點選 *Create account*（創建帳戶），然後在註冊過程中選擇您的電子郵件作為交付偏好。

福利、保費、自付額和/或共付額/共同保險可能在 2025 年 1 月 1 日發生變化。

處方集、藥房網絡和/或提供者網絡可能隨時發生變化。您將在必要時收到通知。我們將至少提前 30 天通知受影響的參保人有關變更的資訊。

Blue Shield of California 的藥房網絡包括加州市區少量的低費用首選藥房。我們計劃材料中所宣傳的藥房低價可能無法在您使用的藥房中獲得。有關我們網絡藥房的最新資訊，包括您所在地區是否有低費用的首選藥房，請致電 (800) 776-4466 [TTY: 711]，服務時間：上午 8 點至晚上 8 點，或請查閱線上藥房名錄，網址：
blueshieldca.com/medpharmacy2024。

本文件解釋了您的利益和權利。使用本文件可以瞭解：

- 您的計劃保費和費用分攤；
- 您的醫療和處方藥福利；

- 如果您對服務或治療不滿意，如何提出投訴；
- 如果您需要進一步協助，如何聯絡我們；且，
- Medicare 法律要求的其他保障。

Evidence of Coverage (2024 年)**目錄**

第 1 章：	會員入門.....	4
第 1 節	簡介.....	5
第 2 節	成為計劃會員需要滿足什麼資格？.....	6
第 3 節	您將收到的重要會員資料.....	7
第 4 節	您 Blue Shield Select 的月度保費.....	8
第 5 節	瞭解有關月度保費的更多資訊.....	12
第 6 節	保持您的計劃會員記錄時時更新.....	13
第 7 節	其他保險如何與我們的計劃協同運作.....	14
第 2 章：	重要的電話號碼和資源.....	16
第 1 節	Blue Shield Select 聯絡資訊（如何與我們聯絡，包括如何與客戶服務部取得聯絡）.....	17
第 2 節	Medicare（如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊）.....	22
第 3 節	State Health Insurance Assistance Program（SHIP，州健康保險援助計劃）（免費幫助、資訊和對有關 Medicare 問題的解答）.....	24
第 4 節	質量改善組織.....	24
第 5 節	社會安全署.....	25
第 6 節	Medicaid.....	26
第 7 節	有關幫助保戶支付處方藥費用的計劃資訊.....	27
第 8 節	如何聯絡 Railroad Retirement Board.....	28
第 9 節	您是否有雇主提供的團體保險或其他健康保險？.....	29
第 3 章：	將計劃用於醫療服務項目.....	30
第 1 節	作為我們計劃的成員，有關獲得醫療護理需要瞭解的事項.....	31
第 2 節	使用網絡和網絡外醫療服務提供者獲取您的醫療服務.....	32
第 3 節	急診或急症治療護理時或災難期間如何獲得服務.....	36
第 4 節	如果直接向您支付承保服務的全部費用，將會怎麼樣？.....	38
第 5 節	在您處於臨床研究當中時，您的醫療服務如何得到承保？.....	38
第 6 節	宗教性非醫療保健機構的護理規則.....	40
第 7 節	耐用醫療設備所有權規則.....	41
第 4 章：	醫療福利圖表（承保範圍和您支付的費用）.....	43

目錄

第 1 節	瞭解承保服務的付現額	44
第 2 節	利用醫療福利圖表來查找保險以及您將支付的費用	47
	常規牙科福利程序圖表	102
第 3 節	該計劃未承保哪些服務？	131
第 5 章：	將計劃保險用於您的 D 部分處方藥.....	134
第 1 節	簡介	135
第 2 節	在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務藥房配取處方	135
第 3 節	您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中	138
第 4 節	某些藥物的承保範圍設有限制	140
第 5 節	如果您的某種藥物沒有按照您希望的方式受到承保，將會怎麼樣？	141
第 6 節	如果您變更了其中一種藥物的保險變，將會怎麼樣？	144
第 7 節	該計劃不承保哪些類型的藥物？	146
第 8 節	配取處方	147
第 9 節	特殊情況下的 D 部分藥物保險	148
第 10 節	藥物安全性和藥物管理計劃	149
第 6 章：	您為 D 部分處方藥支付的費用.....	152
第 1 節	簡介	153
第 2 節	您為藥物支付多少費用，取決於您獲得藥物時您所處的藥物付款階段	155
第 3 節	我們向您發送報告，說明您的藥物款項以及您處於哪個付款階段	156
第 4 節	Blue Shield Select 沒有自付額	157
第 5 節	在初始承保階段，計劃將支付您的藥物費用份額，而您則支付您的那一部分	157
第 6 節	承保缺口階段的費用	162
第 7 節	在巨災承保階段，計劃將支付您的承保 D 部分藥物的全部費用	163
第 8 節	D 部分疫苗。您所支付的費用取決於獲得疫苗的方式和地點	163
第 7 章：	請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分.....	166
第 1 節	在這種情況下，您應要求我們支付您所承保的服務或藥物費用的一部分	167
第 2 節	如何要求我們償還您的款項或支付已收到的賬單	169
第 3 節	我們會考慮您的付款請求，表示接受或拒絕	170
第 8 章：	您的權利與責任.....	171
第 1 節	我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性	172
第 2 節	作為計劃會員，您的某些責任	178
第 9 章：	如果您有問題 或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動.....	180

目錄

第 1 節	簡介	181
第 2 節	在何處獲得更多資訊和個人化幫助	181
第 3 節	若要解決您的問題，應使用哪個流程？	182
第 4 節	保險決定和上訴的基礎指南	183
第 5 節	您的醫療保健：如何請求一項保險決定或提出保險決定的上訴	185
第 6 節	您的 D 部分處方藥：如何請求一項保險決定或提出上訴	192
第 7 節	如果您認為被過早出院，如何要求我們承保更長的住院時長	201
第 8 節	如果您認為您的承保範圍過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務	207
第 9 節	將您的上訴帶到第 3 級及更高級別	212
第 10 節	如何投訴護理質量、等候時間、客戶服務或其他問題	214
第 10 章：	終止您的計劃會員資格	219
第 1 節	關於終止您的計劃會員資格的介紹	220
第 2 節	您何時能夠終止您在我們的計劃中的會員資格？	220
第 3 節	您如何終止您在我們的計劃中的會員資格？	222
第 4 節	在您的會員資格終止之前，您必須透過我們的計劃不斷獲得醫療物品、 服務與藥物	223
第 5 節	Blue Shield Select 必須終止您的計劃會員資格的某些情況	223
第 11 章：	法律聲明	226
第 1 節	關於管轄法律的通知	227
第 2 節	關於無歧視的通知	227
第 3 節	關於二級付款人代位權的通知	227
第 4 節	<i>Evidence of Coverage</i> 的管理	228
第 5 節	會員合作	228
第 6 節	指派	228
第 7 節	員工責任	228
第 8 節	政府機構責任	228
第 9 節	美國 Department of Veterans Affairs (退伍軍人事務部)	228
第 10 節	勞工賠償或雇主責任賠償	228
第 11 節	多付款項追償	229
第 12 節	當第三方造成您的傷害時	229
第 13 節	關於健康資訊交流參加的通知	230
第 14 節	報告欺詐、浪費和濫用	230
第 12 章：	重要字詞的定義	232

第 1 章：

會員入門

第 1 節 簡介

第 1.1 節 您已入保 Blue Shield Select (隸屬於 Medicare PPO)

您已獲得 Medicare 的承保，並已選擇透過我們的計劃 Blue Shield Select 獲得 Medicare 醫療保健和處方藥的保險。要求我們承保所有 A 部分和 B 部分服務。但是，本項計劃中的費用分攤和醫療服務提供者的獲取方式與 Original Medicare 有所不同。

Blue Shield Select 是一項 Medicare Advantage PPO 計劃 (PPO 代表首選醫療服務提供者組織)。類似於所有的 Medicare 健康計劃，此 Medicare PPO 由 Medicare 批准並由一家私人公司營運。

本計劃的承保範圍滿足 Qualifying Health Coverage (QHC, 符合健康保險) 的要求，並達到 Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, 患者保護與可負擔醫療法案) 的個人分攤責任要求。請造訪 Internal Revenue Service (IRS, 美國國稅局)，網址為 www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families，以獲取更多資訊。

第 1.2 節 這份 Evidence of Coverage 文件涉及哪些內容？

這份 Evidence of Coverage 文件告知您：如何獲得醫療照護和處方藥。本文件說明了您的權利與責任，承保內容，以及作為本計劃會員您需要支付的費用，以及如果您對決策或治療不滿意時如何提出投訴。

詞語 *保險與承保服務*，指的是作為 Blue Shield Select 會員，將提供給您的醫療保健和服務以及處方藥。

知曉您的計劃規則與可用服務對您很重要。我們推薦您花些時間看完這份 Evidence of coverage 文件。

如果您感到困惑、顧慮或只是有疑問，請聯絡客戶服務部。

第 1.3 節 有關這本 Evidence of Coverage 的法律資訊

這本 Evidence of Coverage 是我們與您簽訂的、有關 Blue Shield Select 如何承保您的護理的合約的一部分。本合約的其他部分包括您的參保表，《承保藥物清單》(處方集)，以及您從我們收到的、有關保險變更或影響保險的任何通知。這些通知有時被稱為附加保單或修正案。

本合約在您入保 Blue Shield Select 持續期內 (2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日) 有效。

第 1 章 會員入門

每個日曆年，Medicare 允許我們變更我們提供的計劃。這表示我們可在 2024 年 12 月 31 日之後變更 Blue Shield Select 的費用與福利。我們還可以選擇在 2024 年 12 月 31 日之後停止提供該計劃，或在其他服務區域內提供該計劃。

每年 Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare 與 Medicaid 服務中心)) 必須批准 Blue Shield Select。只要我們每年選擇繼續提供本計劃，且 Medicare 續簽批准本計劃，作為我們計劃會員的您就可以繼續獲得 Medicare 保險。

第 2 節 成為計劃會員需要滿足什麼資格？

第 2.1 節 資格要求

只要符合以下條件，您就有資格加入我們的計劃：

- 您享有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- - 以及 - 您居住在我們的地理服務區域內（下文第 2.2 節介紹了我們的服務區域）。被監禁的個人不被視為居住在地理服務區域內，即使他們實際位於該地理服務區域內。
- - 以及 - 您是美國公民或合法居住在美國。

第 2.2 節 以下為 Blue Shield Select 的計劃服務區域

Blue Shield Select 僅適用於居住在我們計劃服務區域內的個人。若要繼續成為我們計劃的會員，您必須繼續居住在計劃服務區域內。服務區域如下文所述。

我們的服務地區包括如下加州郡縣：Alameda 縣

如果您打算搬出服務區域，您將無法繼續保持此計劃的會員資格。請聯絡客戶服務部，查詢我們是否在新區域有相應的計劃。搬出時，您將有一個特殊入保期，您可轉換到 Original Medicare 或入保新居所提供的 Medicare 健康或藥物計劃。

同樣重要的是，如果您搬出或更改您的郵件地址，請致電社會安全署。您可以在第 2 章第 5 節中找到社會安全署的電話號碼與聯絡資訊。

第 2.3 節 美國公民或合法存在

Medicare 健康計劃的會員必須是美國公民或在美國合法存在的人士。如果您因不符合此條件而不能保留會員資格，Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) 將通知 Blue Shield Select。如果您不符合此要求，Blue Shield Select 則必須將您退保。

第 3 節 您將收到的重要會員資料

第 3.1 節 您的計劃會員卡

當您成為了我們計劃會員時，無論何時獲得該計劃承保的服務以及在網絡藥房購買的處方藥，都必須使用會員卡。如果適用，您還應當向醫療服務提供者出示您的 Medicaid 卡。以下是一張示例會員卡，向您展示您會員卡的外觀：



在成為該計劃的會員時，請勿將紅色、白色和藍色 Medicare 卡用於承保的醫療服務。如果您用的是 Medicare 卡而不是 Blue Shield Select 會員卡，那麼您可能需要自己支付全部醫療費用。請妥善保管 Medicare 卡。如果您需要醫院服務、善終服務，或參與 Medicare 批准的臨床研究（也稱為臨床試驗），可能會要求您出示該卡。

如果您的計劃會員卡被損壞、遺失或被盜，請立即致電客戶服務部，我們將向您發送一張新卡。

第 3.2 節 醫療服務提供者名錄

《醫療服務提供者名錄》列出了我們現有的網絡內醫療服務提供者。網絡內醫療服務提供者即——與我們達成協議，接受我們的付款以及所有計劃費用分攤的全額付款的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。

作為我們計劃的會員，您可選擇從網絡外的醫療服務提供者處獲得護理。我們的計劃將承保來自網絡內或網絡外醫療服務提供者的服務，只要這些服務屬於承保利益且具有醫療必要性即可。但是，如果您使用網絡外的醫療服務提供者，那麼您所分擔的服務費用分攤可能會更高。有關更多具體資訊，請參閱第 3 章（將計劃保險用於醫療服務項目）。

最新版的醫療服務提供者清單可在我們的網站上找到：blueshieldca.com/find-a-doctor。

如果您沒有《醫療服務提供者名錄》的副本，那麼您可從客戶服務部索取一份副本（電子或紙質形式）。紙質版《醫療服務提供者名錄》請求，將在三個工作天內郵寄給您。

第 3.3 節 《藥房名錄》

《藥房名錄》列出了我們的網絡藥房。**網絡藥房**是同意為我們的計劃會員配取承保處方的所有藥房。您能夠使用《藥房名錄》來查找想要前往的網絡藥房。有關您何時可以使用計劃網絡外藥房的資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

本《藥房名錄》還將告知您我們網絡中的哪家藥房有優先費用分攤，這可能低於其他網絡藥房為某些藥物提供的標準費用分攤。

如果您沒有此《藥房名錄》，那麼您可從客戶服務部獲取一份副本。您還可以在我們網站上找到這一資訊：blueshieldca.com/medpharmacy2024。

第 3.4 節 本計劃的承保藥物清單（處方集）

本計劃設有一份《承保藥物清單（處方集）》。我們將其簡稱為「藥物清單」。這份清單介紹了 Blue Shield Select 中包含的 D 部分福利承保了哪些 D 部分處方藥。本計劃中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下而選出。該清單必須符合 Medicare 設定的要求。Medicare 已批准了 Blue Shield Select 「藥物清單」。

此「藥物清單」還告知您是否存在限制藥物承保範圍的規則。

我們將為您提供此「藥物清單」的一份副本。若要獲取有關承保的藥物種類的最完整且最新資訊，您可造訪本計劃的網站 (blueshieldca.com/medformulary2024) 或者致電客戶服務部。

第 4 節 您 Blue Shield Select 的月度保費

您的費用可能包括以下內容：

- 計劃保費（第 4.1 節）
- Medicare B 部分月度保費（第 4.2 節）
- 可選補充福利保費（第 4.3 節）
- D 部分延遲入保罰金（第 4.4 節）
- 與收入相關的每月調整金額（第 4.5 節）

第 1 章 會員入門

在某些情況下，您的保費可能會更少

「Extra Help (額外補助)」計劃可幫助資源有限的人士為其藥物付款。有關此計劃的更多內容，第 2 章第 7 節將予以介紹。如果您符合資格，參加該計劃可能會降低您的月度計劃保費。

如果您已經入保從正在從這些計劃之一中獲得幫助，那麼這本 *Evidence of Coverage* 中有關保費的資訊可能不適用於您。我們向您寄送了一份單獨的插頁，被稱為獲得處方藥的 *Extra Help* 的人士提供的 *Evidence of Coverage* 附加保單 (也被稱為低收入補貼附加保單或 LIS Rider)，它告知您有關藥物費用的資訊。如果您未收到此插頁，請致電客戶服務部並索取 LIS Rider。

Medicare B 部分和 D 部分的保費針對不同收入人群作出的差別化情形。如果您對這些保費有任何問題，請查閱您的 *Medicare & You 2024* (Medicare 與您 2024) 中的 *2024 年 Medicare 費用* 一節。如果需要一份副本，您還可從 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 上下載。或者，您可透過電話致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 訂購列印版副本，該號碼每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。

第 4.1 節 計劃保費

作為我們計劃的會員，您需要支付月度計劃保費。在 2024 年，Blue Shield Select 的月度保費為 \$57。

第 4.2 節 Medicare B 部分月度保費

很多會員需要支付其他 Medicare 保費

除了支付月度計劃保費外，您必須繼續支付 Medicare 保費才能成為該計劃的會員。這包括 B 部分的保費。也可能包括 A 部分的保費，這會影響沒有資格享受免費 A 部分的會員。

第 4.3 節 可選補充福利保費

如果您簽署了額外的福利，也稱為可選補充福利，則您每月要為這些額外的福利支付額外保費。有關更多資訊，請參閱第 4 章第 2.2 節。Blue Shield Select 提供一種可選補充福利牙科 PPO 計劃。可選的補充牙科 PPO 計劃的月保費為 \$45.00。

第 4.4 節 D 部分延遲入保罰金

某些會員被要求支付 D 部分的延遲入保罰金。如果在您首次入保期結束後的任何時候，您連續 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他可抵免的處方藥保險，那麼 D 部分延遲入保罰

第 1 章 會員入門

金是您必須為 D 部分承保支付的額外保費。可抵免的處方藥保險是指滿足 Medicare 最低標準的保險，有望平均支付與 Medicare 標準處方藥保險相同的費用。延遲入保的費用取決於您處於沒有 D 部分或其他可抵免的處方藥保險情況的時間長度。只要您具有 D 部分的保險，您就必須支付此罰金。

D 部分延遲入保罰金將被添加至您的月度保費中。當您首次入保 Blue Shield Select 時，我們會讓您知曉罰金數額。如果您不支付 D 部分遲入保罰金，則可能會失去處方藥福利。

若出現以下情形，**將不必支付**：

- 您獲得了 Medicare 的 Extra Help，用以支付處方藥費用。
- 您沒有可抵免的保險，且少於連續 63 天。
- 您透過其他來源（例如前雇主、工會、TRICARE 或 Department of Veterans Affairs（退伍軍人事務部））獲得了可抵免的藥物保險。您的保險公司或人力資源部門將每年告知您：您的藥物保險是否為可抵免的保險。此資訊可能以信函形式發送給您，也可能被包含在該計劃的電子報中。請保留此資訊，因為如果以後加入 Medicare 藥物計劃，您可能需要它。
 - **註：** 任何通知必須聲明您已擁有可抵免的處方藥保險，該保險必須至少支付與 Medicare 標準處方藥保險相同的費用。
 - **註：** 以下情形不屬於可抵免的處方藥保險：處方藥折扣卡、免費診所和藥物折扣網站。

Medicare 確定罰金的數額。 以下是計算方式：

- 如果您在首次有資格投保 D 部分後，有 63 天或更長時間沒有 D 部分或其他可抵免的處方藥保險，本項計劃將統計您沒有保險的完整月份數。對於您沒有可抵免的保險的每個月，罰金為 1%。比如，如果您在 14 個月內沒有保險，罰金為 14%。
- 隨後，Medicare 會確定上一年全美 Medicare 藥物計劃的平均每月保費金額。2024 年的平均保費金額為 \$34.70。
- 若要計算您的每月罰金，請將罰金百分比與平均每月保費相乘，然後向上取整至最接近的 10 美分。在此示例中，罰金將等於 14% 乘以 \$34.70，即 \$4.85。此金額向上取整後至 \$4.90。這筆費用將被加到需繳納 D 部分延遲入保罰金的人士的月保費中。

關於每月的 D 部分延遲入保罰金，需要注意三個事項：

第 1 章 會員入門

- 第一，**罰金可能每年會變更**，因為平均月保費可能會每年變更。
- 第二，只要您入保了帶有 Medicare D 部分藥物福利的計劃，即使您變更計劃，您仍將繼續每月支付罰金。
- 第三，如果您未滿 65 歲，且目前正享有 Medicare 福利，那麼當您滿 65 歲時，D 部分的延遲入保罰金將重置。在 65 歲以後，您的 D 部分延遲入保罰金將僅基於您在首次入保期之後無法享受 Medicare 保險的月份數。

如果您不認同 D 部分延遲入保罰金，您或您的代表可要求進行審查。一般而言，您必須在收到第一封信函（聲明您必須支付延遲入保罰金）日期起 **60 天內** 要求進行此項審查。但是，如果您在加入我們計劃之前正在支付罰金，則您可能沒有其他機會要求審查該延遲入保罰金。

重要資訊：在等待有關延遲入保罰金決定的審查時，請勿停止支付 D 部分延遲入保罰金。如果您停止支付，那麼您可能會因未能支付計劃保費而被退保。

第 4.5 節 與收入相關的每月調整金額

某些會員可能需要支付額外費用，也被稱為 D 部分與收入相關的每月調整金額，也稱為 IRMAA。額外費用是根據您 2 年前在您 IRS 稅務申報中報告的調整後總收入計算得出。如果此金額超出一定金額，您將支付標準保費金額和額外的 IRMAA。如需有關您可能需要基於收入而支付的額外金額的更多資訊，請造訪 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>。

如果您必須支付額外的費用，則社會安全署（而不是您的 Medicare 計劃）將給您發送一封信，告知您這筆額外的金額數目。無論您通常以何種方式支付計劃保費，都將從社會安全署、Railroad Retirement Board（鐵路退休委員會）或人事管理辦公室的福利支票中扣除這筆額外款項，除非您的每月福利不足以彌補所欠下的額外款項。如果您的福利支票不足以支付這筆額外費用，則您將收到來自 Medicare 的賬單。您必須向政府支付額外的費用。其無法用您的月度計劃保費支付。如果您未支付額外費用，那麼您將被該計劃予以退保，並失去處方藥保險。

如果您對支付額外費用不認同，您可詢問社會安全署以便審查該項決定。若要瞭解更多關於此操作事宜的資訊，請致電社會安全署，電話號碼為 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)。

第 5 節 瞭解有關月度保費的更多資訊

第 5.1 節 可透過多種方式支付計劃保費

可透過三種方式支付您的計劃保費。

我們將假定您使用選項 1 並按月向您收取費用，除非您首次入保時在計劃入保表格上選擇了不同的選項，或者您聯絡我們對下面列出的選項之一進行更改。

選項 1：透過支票支付

您的計劃保費每月支付一次，應在保險期月份前一個月的最後一天使用支票支付。請使用您每月賬單中包含的商用回信信封以支票郵寄所有付款。如果您把商用回信信封放錯了地方，那麼需郵寄到的地址是：

Blue Shield of California – Medicare Advantage
P.O. Box 745843
Los Angeles, CA 90074-5843

所有支票抬頭為「Blue Shield of California」。

選項 2：電子付款

您可以在線上或透過信用卡/金融卡或銀行賬戶透過電話進行一次性付款，而不是透過支票付款，或者可註冊 AutoPay（自動付款服務）。註冊 AutoPay 非常簡單，每月將自動從您的信用卡/借記卡或銀行賬戶扣款。如需瞭解更多有關付款選項以及如何在 AutoPay 中註冊，請造訪我們的網站 blueshieldca.com/medicarewaystopay 或撥打您會員 ID 卡背面的客戶服務部電話號碼。

選項 3：從每月社會安全支票中扣取計劃保費

更改您支付計劃保費的方式。如果您決定更改支付計劃保費的選項，您的新支付方式最多可能需要三個月方可生效。在我們處理您的新付款方式的請求之時，您有責任確保按時支付計劃保費。若要更改付款首選方式，請致電客戶服務部，本文件的封底印有電話號碼。

如果您在支付計劃保費時遇到困難怎麼辦

您的保費應在您的保險期月份前一個月的最後一天交至我們辦公室。如果我們在您的承保期月份前一個月的最後一天仍未收到您的款項，我們將向您發送通知，告知您如果我們在為期 3 個月的寬限期內未收到您的計劃保費，則您的計劃會員資格將被終止。如果您被要求支付 D 部分的延遲入保罰金，那麼您必須支付罰金以保留處方藥保險。

第 1 章 會員入門

如果您無法按時支付計劃保費，請聯絡客戶服務部，以瞭解我們是否能夠指引您使用可幫助您負擔費用的計劃。（本文件的封底印有客戶服務部的電話號碼。）

如果我們因您沒有支付計劃保費而終止您的會員資格，那麼根據 **Original Medicare** 您將享有健康保險。此外，如果您在年度入保期入保新計劃，則可能要到第二年才能獲得 **D** 部分保險。（如果您在超過 63 天內沒有可抵免的的藥物保險，一旦您具有 **D** 部分保險，就可能必須支付 **D** 部分的延遲入保罰金。）

在我們終止您的會員資格時，您可能仍欠我們尚未支付的保費。我們有權追討您所欠的金額。在將來，如果您想再次入保我們的計劃（或我們提供的其他計劃），則需要先支付欠款，然後方可入保。

如果您認為我們錯誤地終止了您的會員資格，您有權提出投訴（也稱為申訴）；請參閱第 9 章瞭解如何提出投訴。如果您遇到無法控制的緊急情況，導致您無法在我們的寬限期內支付計劃保費，那麼您可以提出投訴。對於投訴，我們將再次審查我們的決定。本文件的第 9 章第 10 節介紹了如何提出投訴，或者您可在每週七天的上午 8 點至晚上 8 點之間致電我們，電話號碼為 (800) 776-4466。TTY 使用者應撥打 711。您必須在會員資格終止之日起 60 天內提出請求。

第 5.2 節 我們能夠在當年內變更您的月度計劃保費？

不能。在這一年的中，我們未被允許更改我們為該計劃月度計劃保費收取的金額。如果明年的月度計劃保費發生變更，我們將在 9 月時通知您，該變更將於 1 月 1 日生效。

然而，在某些情況下，您必須支付的部分保費可能會在當年中發生變更。如果您有資格獲得「**Extra Help**」計劃，或者在這一年的中失去了獲得「**Extra Help**」計劃的資格，就會發生這種情況。如果會員的處方藥費用有資格獲得「**Extra Help**」，那麼「**Extra Help**」計劃將支付該會員每月計劃保費其中的一部分。會員若在當年內失去資格，那麼將需要開始支付其全部月度保費。您可以在第 2 章第 7 節中找到有關「**Extra Help**」計劃的更多資訊。

第 6 節 保持您的計劃會員記錄時時更新

您的會員記錄包含參保表中的資訊，包括您的地址和電話號碼。記錄顯示您的特定計劃保險。

第 1 章 會員入門

計劃網絡中的醫生、醫院、藥劑師和其他醫療服務提供者需要掌握有關您的正確資訊。這些網絡內醫療服務提供者利用您的會員記錄來瞭解承保的哪些服務與藥物，以及您的費用分攤金額。因此，您幫助我們保持您的資訊時時更新顯得尤為重要。

請讓我們知道這些變更：

- 變更您的姓名、地址或電話號碼
- 變更您擁有的任何其他健康保險（例如，您的雇主、您配偶或家庭伴侶的雇主、勞工補償金或 Medicaid）
- 如果您涉及任何責任索賠，例如交通事故索賠
- 如果您被送進療養院
- 如果您在區域外或網絡外醫院或急診室接受治療
- 如果您指定的責任方（例如照顧者）發生了變動
- 如果您正在參加臨床研究。（請注意：您不需要告訴我們您打算參與的臨床研究計劃，但我們鼓勵您這樣做）

如果這些資訊有任何變更，您可透過致電客戶服務部告知我們。

同樣重要的是，如果您搬出或更改您的郵件地址，請聯絡社會安全署。您可以在第 2 章第 5 節中找到社會安全署的電話號碼與聯絡資訊。

第 7 節 其他保險如何與我們的計劃協同運作

其他保險

Medicare 要求我們從您處收集有關您擁有的、任何其他醫療或藥物保險的資訊。這是因為我們必須根據您的計劃來協調您擁有的其他任何保險與福利。這就是所謂的**協調福利**。

每年，我們將向您發送一封信一次，其中載明我們知悉的其他任何醫療或藥物保險。請仔細閱讀這些資訊。如果內容正確，則無需執行任何操作。如果資訊有誤，或者您擁有未載明的其他保險，請致電客戶服務部。您可能需要將計劃會員 ID 號碼提供給其他保險公司（在您確認了他們的身份後），以便按時正確付款。

當您購買了其他保險（例如雇主團體的健康保險）時，Medicare 會制定某些規則來決定是我們的計劃還是您的其他保險先付款。首先付款的保險公司被稱為主要付款人，並最高支付至其保險的上限。第二付款的保險公司被稱為二級付款人，僅在基本保險尚未承保完的情況下才付款。二級付款人可能不會支付所有未支付的費用。如果您有其他保險，請告知您的醫生、醫院和藥房。

這些規則適用於僱主或工會團體的健康計劃保險：

- 如果您有退休人員保險，那麼 Medicare 將首先付款。
- 如果您的團體健康計劃保險是基於您或家庭成員當前的工作，那麼誰先付錢取決於您的年齡、您僱主雇用的人數以及您是否基於年齡、殘障或終末期腎臟疾病 (ESRD) 獲得 Medicare：
 - 如果您未滿 65 歲且身有殘疾，且您或您的家人仍在工作，則如果僱主有 100 名或更多員工，或者在多僱主計劃中至少有一位擁有多於 100 名員工的僱主，則您的團體健康計劃將首先付款。
 - 如果您年滿 65 歲，且您或您的配偶或家庭伴侶仍在工作，則如果僱主有 20 名或更多員工，或者在多僱主計劃中至少有一位擁有多於 20 名員工的僱主，則您的團體健康計劃將首先付款。
- 如果您因 ESRD 而享有 Medicare，那麼您的團體健康計劃將在您有資格獲得 Medicare 後的頭 30 個月中首先付款。

這些類型的保險通常首先為與每種類型相關的服務支付：

- 無過失保險（包括汽車保險）
- 責任險（包括汽車保險）
- 黑肺病福利
- 勞工補償

Medicaid 與 TRICARE 從未首先為 Medicare 承保的服務付費。它們僅在 Medicare、僱主團體健康計劃和/或 Medigap 付款後才付款。

第 2 章： 重要的電話號碼和資源

第 1 節 Blue Shield Select 聯絡資訊

(如何與我們聯絡，包括如何與客戶服務部取得聯絡)

如何聯絡我們計劃的客戶服務部

如需有關索賠、賬單或會員卡問題上的幫助，請致電或寫信給 Blue Shield Select 客戶服務部。我們很樂意幫助您。

途徑	客戶服務部 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。 客戶服務部還為非英語使用者提供免費的口譯服務。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於聽力或說話有困難的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
傳真	(877) 251-6671
寫信	Blue Shield Select P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

第 2 章 重要的電話號碼和資源**當您要求就您的醫療保健作出保險決定時如何與我們取得聯絡**

保險決定是一項我們就您的福利與保險或我們將為您的醫療服務支付的金額作出的決定。有關要求就您的醫療保健作出保險決定的更多資訊，請參閱第 9 章（*如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動*）。

途徑	醫療保健的保險決定 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
傳真	(877) 251-6671
寫信	Blue Shield Select P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

當您要求就您的 D 部分處方藥保險作出保險決定時如何與我們取得聯絡

保險決定是一項我們就您的福利與保險或我們將為您計劃中包含的 D 部分福利項下承保處方藥支付的金額作出的決定。有關要求就您的 D 部分處方藥作出保險決定的更多資訊，請參閱第 9 章（*如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動*）。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	適用於 D 部分處方藥的保險決定 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
傳真	(888) 697-8122
寫信	Blue Shield Select P.O. Box 2080, Oakland, CA 94612-0850
網站	blueshieldca.com/medicare

在就您的醫療保健或 D 部分處方藥提出上訴時如何與我們取得聯絡

上訴是指一種要求我們審查與變更我們作出的保險決定的正式方式。有關要求就您的醫療保健或 D 部分處方藥提出上訴的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動）。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	適用於醫療保健或 D 部分處方藥保險的上訴 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
傳真	(916) 350-6510
寫信	Blue Shield Select Appeals & Grievances Department P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medappeals

在就您的醫療保健或 D 部分處方藥提出投訴時如何與我們取得聯絡

您可投訴我們或我們的網絡內醫療服務提供者或藥房之一，包括投訴您的護理質量。這種類型的投訴不涉及保險或付款糾紛。有關要求就您的醫療保健或 D 部分處方藥提出投訴的更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動）。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	關於醫療保健或 D 部分處方藥保險的投訴 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
傳真	(916) 350-6510
寫信	Blue Shield Select Appeals & Grievances Department P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
MEDICARE 網站	您可以直接向 Medicare 提交關於 Blue Shield Select 的投訴。若要向 Medicare 提交線上投訴，請轉到 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 。

在哪裡發送要求我們支付您所收到的醫療費用或藥物費用中的分攤部分的請求

如果您收到了您認為我們應該支付的賬單或服務費用（例如醫療服務提供者賬單），您可能需要要求我們報銷或支付提供者賬單。請參閱第 7 章（*請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分*）。

請注意：如果您向我們發送支付請求，但我們拒絕您的任何請求，那麼您可以對我們的決定提出上訴。請參閱第 9 章（*如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動*）以瞭解更多資訊。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑		支付請求 - 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466	撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
TTY	711	此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。留言時，請注明您的姓名、電話號碼和來電時間，服務代表將不遲於一個工作日給您回電。
途徑		醫療保健的支付請求 - 聯絡資訊
傳真	(877) 251-6671	
寫信	Blue Shield Select P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365	
途徑		適用於 D 部分處方藥的支付請求 - 聯絡資訊
寫信	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	
網站	blueshieldca.com/medicare	

第 2 節 Medicare

(如何直接從聯邦 Medicare 計劃獲得幫助和資訊)

Medicare 是適用於 65 歲或 65 歲以上族群，某些 65 歲以下的殘障人士與終末期腎臟疾病（永久性腎衰竭，需要透析或進行腎臟移植）的人士的聯邦醫療保險計劃。

負責 Medicare 的聯邦機構是 Centers for Medicare & Medicaid Services（有時被稱為 CMS）。該機構聯絡包括我們在內的 Medicare Advantage 組織。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	Medicare - 聯絡資訊
請致電	<p>1-800-MEDICARE 或 1-800-633-4227</p> <p>撥打此號碼免費。</p> <p>每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。</p>
TTY	<p>1-877-486-2048</p> <p>此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。</p> <p>撥打此號碼免費。</p>
網站	<p>www.Medicare.gov</p> <p>這是 Medicare 的官方政府網站。該網站為您提供有關 Medicare 與當前 Medicare 問題的最新資訊。該網站還提供關於醫院、療養院、醫師、家庭保健機構的資訊。該網站包含了您可直接從電腦列印的各種文件。您還可找到您所在州內的 Medicare 聯絡資訊。</p> <p>Medicare 還提供有關您 Medicare 資格與入保選項的詳細資訊，以及以下工具：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 資格工具：提供 Medicare 資格的狀態資訊。 • Medicare 計劃查找器：提供在您的所在區域有關可用的 Medicare 處方藥計劃、Medicare 健康計劃以及 Medigap (Medicare 補充保險) 的個人化資訊。這些工具提供您在不同 Medicare 計劃中您可能有的付現額預估。 <p>您還可使用該網站將您對 Blue Shield Select 的任何投訴告知 Medicare：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 請告知 Medicare 有關您的投訴：您可以直接向 Medicare 提交關於 Blue Shield Select 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請轉到 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。Medicare 鄭重對待您的投訴，並將利用這一資訊來幫助改善 Medicare 計劃的質量。 <p>如果您沒有電腦，您當地的圖書館或長者活動中心可能會幫您使用計算機造訪該網站。或者，您可以致電 Medicare 並告訴他們您正在尋找什麼資訊。他們將在網站上找到資訊，並與您一起審閱。或者，您可致電 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。</p>

第 3 節 State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保險援助計劃) (免費幫助、資訊和對有關 Medicare 問題的解答)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府計劃，每個州均由資深顧問提供服務。在加州，SHIP 被稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 健康保險諮詢和宣傳計劃)。

HICAP 是一項獨立 (與任何保險公司或健康計劃無關) 州計劃，旨在從聯邦政府獲得資金，為參保 Medicare 的人士提供免費的當地健康保險諮詢。

HICAP 顧問可幫助您瞭解您的 Medicare 權利，幫助您就醫療保健或治療提出投訴，以及幫助您解決 Medicare 賬單中的問題。HICAP 顧問還可幫助您瞭解 Medicare 計劃的選擇，並解答有關轉換計劃的問題。

使用 SHIP 和其他資源的途徑

- 請造訪 <https://www.shiphelp.org> (點選頁面中間的 SHIP LOCATOR (SHIP 計劃定位器))
- 從列表中選擇您的 **STATE** (所在州)。這將帶您進入包含您所在州的電話號碼和資源的頁面。

途徑	HICAP (加州版 SHIP) - 聯絡資訊
請致電	(800) 434-0222
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。
寫信	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/

第 4 節 質量改善組織

每個州都有一個專門為 Medicare 受益人服務的質量改善組織。在加州，質量改善組織被稱為 Livanta。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

Livanta 擁有一支由醫生和其他醫療專業人員組成的隊伍，由 Medicare 支付薪水，其旨在檢查並幫助改善 Medicare 患者的護理質量。Livanta 是一個獨立組織。其與我們的計劃無關。

在以下任何一種情況下，您都應當聯絡 Livanta：

- 您對所獲得的護理質量有所不滿。
- 您認為住院時間結束得過早。
- 您認為家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務的保險結束過快。

途徑	Livanta (加州的質量改善組織) - 聯絡資訊
請致電	(877) 588-1123 週一至週五：上午 9 點至下午 5 點；週六、週日和節假日：上午 11 點至下午 3 點。
TTY	(855) 887-6668 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
網站	www.livantaqio.com

第 5 節 社會安全署

社會安全署負責確定資格並處理 Medicare 的人保。65 歲或 65 歲以上的美國公民和合法永久居民，或患有殘疾或終末期腎臟病並滿足某些條件的人士，均可享有 Medicare。如果您已經獲得了社會安全支票，則自動入保 Medicare。如果您沒有獲得社會安全支票，則必須入保 Medicare。若要申請 Medicare，您可致電社會安全署或到訪您當地的社會安全署辦事處。

社會安全署還負責確定哪些人士因其較高收入而必須為其 D 部分藥物保險支付額外的費用。如果您收到社會安全署的來信，告知您您必須支付額外費用，並且對金額有疑問，或者您的收入是否因人生轉折事件而下降，您可以致電社會安全署要求重新考慮。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

如果您搬出或變更您的郵件地址，請務必與社會安全署取得聯絡以告知他們，這一點很重要。

途徑	社會安全署 - 聯絡資訊
請致電	1-800-772-1213 撥打此號碼免費。 週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點可提供服務。 您可以利用社會安全署的自動電話服務來獲取記錄的資訊並進行某些事務（每天 24 小時不間斷）。
TTY	1-800-325-0778 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。 週一至週五，上午 8 點至晚上 7 點可提供服務。
網站	www.ssa.gov

第 6 節 Medicaid

Medicaid 是一項聯邦和州府的聯合計劃，為收入和資源有限的某些人士提供醫療費用幫助。某些享有 Medicare 的人士也有資格獲得 Medicaid。透過 Medicaid 提供的計劃可幫助 Medicare 受益人支付 Medicare 費用，例如 Medicare 保費。這些 Medicare 儲蓄計劃包括：

- **具有資格的 Medicare 受益人 (QMB)：**幫助支付 Medicare A 部分和 B 部分的保費，以及其他費用分攤（如自付額、共同保險和共付額）。（某些享有 QMB 的人士也有資格獲得全部的 Medicaid 福利 (QMB+)。）
- **指定的低收入 Medicare 受益人 (SLMB)：**幫助支付 B 部分保費。（某些享有 SLMB 的人士也有資格獲得全部的 Medicaid 福利 (SLMB+)。）
- **符合資格的個人 (QI)：**幫助支付 B 部分保費。
- **符合資格的殘障人士與在職人士 (QDWI)：**幫助支付 A 部分保費。

若要瞭解有關 Medicaid 及其計劃的更多資訊，請聯絡您當地的 Medi-Cal 辦事處或加州 Department of Health Care Services（衛生保健服務部）。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	加州 Department of Health Care Services – 聯絡資訊
請致電	(800) 541-5555 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點可提供服務。
TTY	(800) 735-2922 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。
寫信	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
網站	<u>www.dhcs.ca.gov</u>

第 7 節 有關幫助保戶支付處方藥費用的計劃資訊

Medicare.gov 網站 (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) 提供有降低處方藥費用的資訊。對於收入有限的族群，還有其他用以協助的計劃，如下所述。

Medicare 的「Extra Help」計劃

Medicare 提供「Extra Help」為收入和資源有限的人士支付處方藥物費用。資源包括您的儲蓄和股票，但不包括您的房屋或汽車。如果您符合資格，您將獲得幫助，用以支付任何 Medicare 藥物計劃的月度保費、年度自付額以及處方共付額。這項「Extra Help」也計入您的付現額。

如果您自動符合「Extra Help」資格，Medicare 將給您郵寄一封信函。您將不必申請。如果您沒有自動取得資格，您可能符合資格獲得「Extra Help」來支付處方藥保費和費用。要確定您是否有資格獲得「Extra Help」，請撥打：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048，一天 24 小時/每週七天；
- 社會安全署辦公室聯絡電話：1-800-772-1213（週一至週五每天早上 8 點至晚上 7 點）。TTY 使用者應撥打 1-800-325-0778（申請）；或者
- 您所在州 Medicaid 辦公室（申請）。（請參閱本章的第 6 節以瞭解聯絡資訊。）

第 2 章 重要的電話號碼和資源

如果您認為自己有資格獲得「Extra Help」，且您認為在藥房購買處方藥時支付的分攤費用金額有誤，而我們的計劃提供一項流程，以使您可以請求協助以取得適當的共付額水準的證據。或者，如果您已經有證據，那麼可以向我們提供此證據。

- 為了協助您取得適當的共付額水準證明，您可以致電客戶服務部（電話號碼印在本文件的封底上），我們可郵寄或傳真給您可接受的證據文件列表，也可透過電話為您朗讀。在您取得證據後（或者已取得證據），那麼您可以透過傳真 ((877) 251-6671) 或透過郵寄信件將其發送給我們 (Blue Shield Select, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856)。
- 當我們收到表明您共付額水準的證據時，我們將更新我們的系統，以便您在藥房拿到下一張處方時可支付正確的共付額。如果您多付了共付額，我們將償還您的款項。我們或是將您多付款項的支票轉發給您，或是將抵消以後的共付額。如果藥房沒有從您處收取共付額，而是將您的共付額作為您所欠的債務，那麼我們可以直接向藥房付款。如果某個州代表您付款，我們可以直接向該州付款。如果您有問題，請致電客戶服務部。

如果您享有 **AIDS Drug Assistance Program (ADAP, AIDS 藥物援助計劃)** 的保險，將會怎麼樣？

什麼是 **AIDS Drug Assistance Program (ADAP)**？

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 幫助符合 ADAP 資格的 HIV/AIDS 感染者能夠使用挽救生命的 HIV 藥物。Medicare D 部分處方藥物，若也在 ADAP 藥物清單上列出，則符合處方藥物費用分擔援助的資格。您可致電 (844) 421-7050 聯絡加州 ADAP，服務時間為週一至週五的上午 8 點至下午 5 點，或者透過造訪其網站：

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

註：若符合在您所在州運作的 ADAP 的資格，感染者必須滿足某些標準，包括州住址和 HIV 愛滋病毒狀況的證明，州府定義的低收入以及未投保/投保水準不足的狀態。如果您更改計劃，請通知您當地的 ADAP 登記工作人員，以便您能夠繼續獲得援助。有關資格標準、承保藥物或如何入保該計劃的資訊，請於週一至週五的上午 8 點至下午 5 點致電 (844) 421-7050，聯絡加州 ADAP，或者造訪其網站：

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx。

第 8 節 如何聯絡 **Railroad Retirement Board**

Railroad Retirement Board 是一家獨立的聯邦機構，負責為美國鐵路工人及其家人管理綜合福利計劃。如果您透過 Railroad Retirement Board 獲得了 Medicare，請務必讓他們知道您是否搬出或變更郵件地址，這一點很重要。如果您對從 Railroad Retirement Board 獲得的福利有疑問，請與該機構聯絡。

第 2 章 重要的電話號碼和資源

途徑	Railroad Retirement Board – 聯絡資訊
請致電	<p>1-877-772-5772</p> <p>撥打此號碼免費。</p> <p>如果按「0」，那麼您可以在週一、週二、週四和週五的上午 9:00 至下午 3:30，以及週三上午 9:00 至中午 12:00 與 RRB 代表交談。</p> <p>如果按「1」，那麼您可以每天 24 小時（包括週末和節假日）使用自動 RRB 幫助熱線並記錄資訊。</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。</p> <p>撥打此號碼不免費。</p>
網站	rrb.gov/

第 9 節 您是否有雇主提供的團體保險或其他健康保險？

如果您（或您的配偶或家庭伴侶）從您（或您的配偶或家庭伴侶）的雇主或退休人員團體中受益，作為該計劃的一部分，如果您有任何疑問，可以致電雇主/工會福利管理員或客戶服務部。您可以詢問您（或您的配偶或家庭伴侶）雇主或退休人員的醫療福利、保費或入保期。（本文件的封底印有客戶服務部的電話號碼。）您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)，以解決與本計劃下 Medicare 保險有關的問題。

如果您（或您的配偶或家庭伴侶）的雇主或退休人員團體還擁有其他處方藥保險，請與該團體的福利管理員取得聯絡。福利管理員可幫助您確定當前的處方藥保險將適用於我們計劃的情況。

第 3 章：

將計劃用於醫療服務項目

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目**第 1 節 作為我們計劃的成員，有關獲得醫療護理需要瞭解的事項**

本章介紹了使用該計劃獲得醫療保險時需要瞭解的內容。本章給出了術語的定義，並說明了您需要遵循的規則才能獲得計劃承保的治療、服務、設備、處方藥和其他醫療保健。

有關我們計劃承保的醫療服務以及獲得這種護理時需要支付的費用詳細資訊，請使用下一章即第 4 章中的福利圖表（*醫療福利圖表，承保範圍和支付的費用*）。

第 1.1 節 什麼是網絡內醫療服務提供者和承保服務？

- **醫療服務提供者**是經本州州府許可提供醫療服務和護理的醫生和其他醫療保健專業人員。醫療服務提供者術語一詞還包括醫院和其他醫療保健設施。
- **網絡內醫療服務提供者**即一一與我們達成協議，接受我們的付款以及您的費用分攤金額作為全額付款的醫生和其他醫療保健專業人員、醫療團體、醫院和其他醫療保健機構。我們已安排這些醫療服務提供者在本計劃中向會員提供承保服務。我們網絡中的醫療服務提供者直接向我們開具賬單，以表明他們給您提供的照護。當您前往網絡內醫療服務提供者處看診時，僅需支付您分擔的服務費用。
- **承保服務**包括我們計劃所承保的所有醫療保健、保健服務、用品、設備和處方藥。您的承保醫療服務載明在第 4 章的福利圖表中。您的處方藥物保險服務在第 5 章中有詳細說明。

第 1.2 節 使您的醫療保健收到計劃承保的基本規則

作為一項 Medicare 健康計劃，Blue Shield Select 必須承保由 Original Medicare 所承保的所有服務，且必須遵循 Original Medicare 的保險規則。

通常，只要滿足以下條件，Blue Shield Select 即可為您承保醫療護理：

- 您獲得的護理包含在本計劃的醫療福利圖表中（此圖表在本文件的第 4 章中）。
- 您獲得的護理被認為是具備醫療必要性。具醫療必要性者指的是為預防、診斷或治療您的疾病並符合可抵免的醫療實踐標準而需要的服務、用品、設備或藥物。
- 您將從符合 **Original Medicare** 資格的網絡內醫療服務提供者處獲得護理。作為我們計劃的會員，您可從網絡內醫療服務提供者處獲得護理（有關於此的更多資訊，請參閱本章的第 2 節）。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

- 我們網絡中的醫療服務提供者，均載明於《醫療服務提供者名錄》。
- 如果您使用網絡外的醫療服務提供者，那麼您所分擔的服務費用分攤可能會更高。
- 請注意：儘管您可從網絡外醫療服務提供者處護理，但該醫療服務提供者必須有資格參加 Medicare。除了急診護理，我們無法支付沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者的費用。如果您前往沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者看診，那麼您將承擔所獲得服務的全部費用。在獲得服務之前，請先與您的醫療服務提供者聯絡，以確認他們有資格參加 Medicare。

第 2 節 使用網絡和網絡外醫療服務提供者獲取您的醫療服務

第 2.1 節 您可以選擇一名 **Physician of Choice (POC, 首選醫師)**，以便提供並監督您的醫療保健

什麼是 POC？POC 為您做些什麼？

當您成為我們計劃的會員時，您可以選擇一名醫療服務提供者作為您的 **Physician of Choice (POC)**。選擇 POC 是可選項，並非此計劃的要求。您可以定期找 POC 看診進行初級保健，他們可幫助您保持健康，治療疾病以及與其他保健醫療服務提供者協調您的保健。

在以下任何醫學領域中執業的醫生，均被視為提供初級保健的醫生：

- 家庭醫學科；
- 綜合醫療；
- 內科；以及
- 在某些情況下，為女性提供護理的婦科醫生

您可以選擇首先去 POC 處看診來滿足大部分初級保健和常規醫療保健的需求。在某些情況下，去 POC 處看診時，您將支付較低的付現額。您仍可自行獲得服務，而無需事先聯絡您的 POC。某些類型的服務，可能需要事先獲得我們計劃的批准（這被稱為獲得事先授權）。如果您需要的服務要求事先授權，那麼您的 POC（如果有）或其他網絡內醫療服務提供者將向我們的計劃請求授權。在獲得您的服務之前，我們的計劃必須事先獲得批准，此舉尤為重要；否則您可能必須自己支付服務費用，或者您的福利可能會減少。請參閱第 4 章以獲取需要事先授權的具體福利。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

您如何選擇您的 POC？

當您加入 Blue Shield Select 後，您將可以存取醫療服務提供者名錄，該名錄顯示有為我們的會員提供初級保健的醫師（您可以選擇這些人士作為您的 POC）以及醫師團體和附設的專科醫生。醫療服務提供者名錄同時收錄了您可能會在內接受護理的網絡醫院。

在選擇 POC 時，您還可以選擇與 POC 相關的醫院和專業網絡。

您可以利用《醫療服務提供者名錄》或造訪我們的網站 blueshieldca.com/find-a-doctor 來選擇 POC 或任何其他網絡醫師。您也可以聯絡客戶服務部尋求援助（本文件的封底印有電話號碼）。

更換您的 POC

您可以出於任何原因隨時更換 POC。此外，您的 POC 可能會離開我們計劃的醫療服務提供者網絡，進而您將必須在我們的計劃中找到新的 POC，否則您將為承保服務支付更多費用。請記住，如果您將 POC 更換為不在計劃網絡內的醫療服務提供者，否則您將為承保服務支付更多費用。

如果您要更換您的 POC，請致電客戶服務部。如果 POC 正在接受其他計劃成員，那麼更換將在下個月的第一天生效。

第 2.2 節 如何獲得專科醫生和其他網絡內醫療服務提供者的護理

專科醫生是指為特定疾病或身體局部提供保健服務的醫生。專科醫生分為多種類型。以下是部分示例：

- 腫瘤學醫師負責治療癌症患者。
- 心臟病專科醫生負責治療有心臟病的患者。
- 骨科醫師負責治療患有某些骨骼、關節或肌肉疾病的患者。

您可以利用《醫療服務提供者名錄》或造訪我們的網站 blueshieldca.com/find-a-doctor 來選擇您的網絡專科醫生。您也可以聯絡客戶服務部尋求援助（本文件的封底印有電話號碼）。

您可從不在我們計劃網絡中的醫療服務提供者處獲得大部分承保福利，而無需事先獲得我們的批准。在獲得服務之前，如果您想知道這些服務由 Blue Shield Select 承保，那麼您可詢問我們。您的醫療服務提供者也可詢問我們。由此，您將可根據承保準則瞭解您的護理是否認為具有醫療必要性。再說一次，您不需要獲得我們的事先批准，但是我們仍可在對索賠進行支付前對其進行審查，以查看其是否具有醫療必要性。當我們做出決定時，我們基於兩個方面。首先，有 Medicare 的規則。其次，有公認的醫學實踐標準。這些標準已被實踐與研究醫學的人士證明並接受。我們還需要確保您獲得最具成本效益的護理。這表

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

示其成本不會比其他同樣有效的方法高。但是我們還需要確保它適合您。而且您可以在合適的地點獲得合適的次數。最後，我們不能僅僅因為比其他選擇更便捷而批准一項服務。

在某些情況下，您的 POC 或其他醫療服務提供者可能需要從我們 Medical Management Department (醫療管理部門) 獲得事先批准，以便您從網絡內獲得某些類型的服務或測試 (這被稱為事先授權)。事先獲得授權是 POC 或治療醫療服務提供者的責任。需要事先授權的服務和項目在第 4 章第 2.1 節的醫療福利圖表中列出。

從網絡外獲得的承保服務不需要事先授權；但是，如果我們之後確定您所獲得的服務未受承保或不具有醫療必要性，我們可能會拒絕承保，且您將承擔全部費用。您或您的醫生可能會要求事先作出承保決定，以便透過致電客戶服務部 (電話號碼在本文件的封底處) 確認您所獲得的服務是否已受承保且具有醫療必要性。

如果專科醫生或其他網絡內醫療服務提供者退出我們的計劃，將會怎麼樣？

我們可能會在一年中對醫院、醫生和專科醫生 (醫療服務提供者) 進行調整，這些資源是您計劃的一部分。如果您的醫生或專科醫生退出了計劃，則您具有某些權利和保護措施，概述如下：

- 即使我們的醫療服務提供者網絡可能在這一年內發生調整，Medicare 要求我們仍為您不間斷提供符合資格的醫生和專科醫生。
- 我們將通知您，您的醫療服務提供者將離開我們的計劃，以便您有時間選擇新的醫療服務提供者。
 - 如果您的初級保健或行為健康醫療服務提供者離開我們的計劃，如果您在過去三年內曾經去醫療服務提供者看診，我們將通知您。
 - 如果您的其他醫療服務提供者退出我們的計劃，我們將通知您是否被指派給該醫療服務提供者，目前是否接受他們的護理，或者在過去三個月內是否找他們看診。
- 我們將協助您選擇一位新的合格網絡內醫療服務提供者，以便您能夠繼續接受護理。
- 如果您正在接受醫療治療或療法，您有權要求且我們將與您合作，確保您正在接受的具醫療必要性的治療或療法得以繼續。
- 我們將為您提供有關不同的人保期期以及您可以更改計劃的選項的資訊。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

- 當網絡內的醫療服務提供者或福利無法滿足您的醫療需求時，我們將安排任何具備醫療必要性的承保福利（在我們的醫療服務提供者網絡之外，但以網絡內的費用分攤方式進行）。
- 如果您發現您醫生或專科醫生正在離開您的計劃，請與我們取得聯絡，以便我們能夠幫助您找到新的醫療服務提供者來管理您的護理。
- 如果您認為我們沒有為您提供符合資格的醫療服務提供者來替代您以前的醫療服務提供者，或者您的護理沒有得到適當的管理，您有權向 QIO 提出護理質量投訴，向計劃提出護理質量申訴，或同時向兩者提出。請參閱第 9 章。

第 2.3 節 如何獲得網絡外醫療服務提供者的護理

作為我們計劃的會員，您可選擇從網絡外的醫療服務提供者處獲得護理。但是，請注意，除非急診情況之外，與我們沒有簽訂合約的醫療服務提供者無義務治療您。我們的計劃將承保來自網絡內或網絡外醫療服務提供者的服務，只要這些服務屬於承保利益且具有醫療必要性即可。但是，**如果您使用網絡外的醫療服務提供者，那麼您所分擔的服務費用分攤可能會更高。**以下是有關使用網絡外醫療服務提供者的其他重要資訊：

- 您可從網絡外醫療服務提供者處護理，但是，大多數情況下該醫療服務提供者必須有資格參加 Medicare。除了急診護理，我們無法支付沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者的費用。如果您從沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者處獲得護理，那麼您將承擔所獲得服務的全部費用。在獲得服務之前，請先與您的醫療服務提供者聯絡，以確認他們有資格參加 Medicare。
- 當您從網絡外醫療服務提供者處獲得服務時，無需獲得轉介或事先授權。但是，在從網絡外醫療服務提供者處獲取服務之前，您可能需要先進行一次診療前保險決定，以確認所獲取的服務是否已受承保且具有醫療必要性。（有關請求保險決定的資訊，請參閱第 9 章第 4 節。）這很重要，因為：
 - 在沒有診療前保險決定的情況下，如果我們之後確定服務未受承保或不具有醫療必要性，我們可能會拒絕承保，且您將承擔全部費用。如果我們提到我們不承保您的服務，則您有權就我們的決定不承保您的服務提出上訴。請參閱第 9 章（*如果您有問題或投訴時您可採取的行動*）以瞭解如何提出上訴。
- 最好先請網絡外醫療服務提供者對計劃進行收費。但是，如果您已經支付了承保服務的費用，我們將向您償還承保服務費用的一部分。或者，如果網絡外醫療服務提供者向您發送了您認為我們應該付款的賬單，那麼您可以將其發送給我們以便進行付款。請參閱第 7 章（*請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分*）以瞭解有關如果您收到賬單或如果您想要尋求償還的處理方式的資訊。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

- 如果您使用網絡外醫療服務提供者進行緊急護理，緊急服務或區域外透析，那麼您可以不必支付較高的費用分攤額。有關這些情況的更多資訊，請參閱第 3 節。

第 3 節 急診或急症治療護理時或災難期間如何獲得服務

第 3.1 節 如果您遇到緊急醫療狀況時要得到護理

什麼是緊急醫療狀況，且如果您有緊急醫療狀況，該怎麼做？

緊急醫療狀況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的普通理性人士，認為您具有需要立即治療的醫學症狀，以防止喪命（如果您是孕婦，還有失去未出生的孩子），喪失肢體或喪失肢體功能，或者對身體功能的嚴重損害。醫學症狀可能是疾病、受傷、嚴重的疼痛或迅速惡化的疾病。

如果您有緊急醫療狀況：

- **儘快獲得幫助。**請致電 911 尋求幫助，或前去最近的急診室或醫院。如有需要，請叫救護車。您無需先從 POC 獲得批准或轉介。您不需要使用網絡醫生。無論您何時需要，無論在美國本土或其領土的任何地方，您都可以獲得緊急醫療護理，且可從任何持有適當州牌照的醫療服務提供者獲得，即便他們不是我們網絡的一部分。我們的計劃承保了美國及其地區以外的急診護理和緊急服務，且沒有年度合併美元限制。有關您需要支付多少費用的更多資訊，請參閱本文件第 4 章醫療福利圖表中的「急診護理」和「緊急服務」。
- **儘快確保已將您的緊急醫療狀況告知我們的計劃。**我們需要跟進您的急診護理。您或其他人通常應在 48 小時內致電告訴我們您的急診服務。請致電號碼位於 Blue Shield Select 會員 ID 卡背面上的電話號碼。

如果您遇到緊急醫療情況，該如何承保？

我們的計劃承保了以其他任何可能危及您健康的方式轉入急診室的救護車服務。我們還提供緊急情況下的醫療服務。

為您提供急診護理的醫生將決定您的疾病何時穩定以及緊急醫療狀況何時結束。

緊急醫療狀況結束後，您有權接受後續護理，以確保您的病情持續穩定。您的醫生將會持續為您提供治療，直到您的醫生與我們聯絡並制定額外護理計劃。您的後續護理將由我們的計劃承保。如果您的急診護理是由網絡外醫療服務提供者提供的，我們將嘗試安排網絡提供者在您的疾病和情況允許時儘快接手您的護理。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

如果您從網絡外醫療服務提供者處得到後續護理，那麼您將支付較高的網絡外費用分攤。

如果不屬於緊急醫療狀況，將會怎麼樣？

有時，可能很難知道您是否具有緊急醫療狀況。例如，您可能要前去急診室（認為您的健康處於嚴重危險中），但醫生可能會說這根本不是緊急醫療狀況。如果事實證明不是急診，只要您合理地認為自己的健康處於嚴重危險中，我們將為您提供護理。

但是，在醫生指出這不屬於急診之後，您所支付的費用分攤額將取決於您是從網絡內醫療服務提供者還是網絡外醫療服務提供者獲得護理。如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得護理，則您所分擔的費用通常會比從網絡外醫療服務提供者處獲得護理的費用要低。

第 3.2 節 當您急需服務時要得到護理

什麼是緊急服務？

緊急服務是指需要立即醫療護理的非急診情況，但考量到您的情況，無法或不合理地從網絡內醫療服務提供者獲得這些服務。該計劃必須承保緊急服務，並提供非網絡內的服務。某些緊急服務的範例包括：i) 在週末時出現嚴重喉嚨痛，或者 ii) 當您暫時身處服務範圍之外時，已知病情發生突發惡化。

如果您在查找網絡內醫療服務提供者方面需要幫助，請透過會員卡上列出的電話號碼與客戶服務部取得聯絡。您還可造訪 blueshieldca.com/find-a-doctor 在您所在地區搜尋緊急護理中心。

我們的計劃承保了全球範圍的急診護理和緊急護理，且沒有年度合併美元限制。有關您需要支付多少費用的更多資訊，請參閱本文件第 4 章醫療福利圖表中的「急診護理」和「緊急服務」。

如果您在美國及其領土以外的地方需要緊急服務，請致電 Blue Shield Global Core 服務中心免費電話，號碼為 **(800) 810-2583**，或者致電對方收費電話 (804) 673-1177，服務時間：每週七天，每天 24 小時。如果屬於急診，請直接前往最近的醫院。您還應該撥打會員 ID 卡背面的客戶服務部電話號碼。作為此項服務的一部分，對於住院患者的醫院護理，您可以聯絡 Blue Shield Global Core 服務中心以安排無現金通道。如果您安排無現金通道，則您將承擔通常的付現費用，例如未支付的費用和共付額。如果您不安排無現金信道，則必須支付全部醫療費用並提交償還請求（請參閱第 2 章，*在哪裡發送要求我們支付您所收到的醫療費用或藥物費用中的分攤部分的請求*）。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

第 3.3 節 在災難期間要得到護理

如果您所在州的州長、美國衛生及公共服務部部長或美國總統宣佈您所在的地理區域處於災難或緊急狀態，您仍然有權從您的計劃中得到護理。

請造訪以下網站：blueshieldca.com/emergencypolicy 以瞭解有關在災難期間如何獲得所需護理的資訊。

如果您在災難期間無法使用網絡內服務提供者，則您的計劃將允許您以網絡內費用分攤向網絡外服務提供者獲得護理。如果您在災難期間無法使用網絡藥房，則可以在網絡外藥房配取處方藥。有關更多資訊，請參閱第 5 章第 2.5 節。

第 4 節 如果直接向您支付承保服務的全部費用，將會怎麼樣？

第 4.1 節 您可要求我們支付承保服務費用中的一部分

如果您為承保服務支付的費用超過您計劃費用分攤，或者您已收到承保醫療服務全額費用的賬單，請轉到第 7 章（*請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分*）以瞭解要採取的行動。

第 4.2 節 如果我們的計劃未承保服務，那麼您必須支付全部費用

Blue Shield Select 承保本文件第 4 章醫療福利表中列出的、所有具醫療必要性的服務。如果您接受的服務不在我們的計劃承保範圍內，您負責支付全部服務費用。

對於具有福利限額的承保服務，您還需要在為該類型的承保服務用完您的福利後全額支付您獲得的任何服務的費用。在達到福利限額後，您為服務支付的任何費用都將不計入您的付現額上限。有關福利限額和付現額上限的更多資訊，請參閱第 4 章。如果您想知道已使用了多少福利限額，可致電客戶服務部。

第 5 節 在您處於臨床研究當中時，您的醫療服務如何得到承保？

第 5.1 節 什麼是臨床研究？

臨床研究（也被稱為*臨床試驗*）是醫生和科學家測試新型醫療保健的方式，例如一種新型抗癌藥的功效。某些臨床研究得到了 Medicare 的批准。通常，Medicare 保險批准的臨床研究要求志願者參與研究。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

在 Medicare 批准了這項研究後，並且您表達了意向，從事該研究的人士將與您聯絡，以解釋有關該研究的更多資訊，並查看您是否滿足運作該研究的科學家設定的要求。只要滿足該研究要求，您就可以參加研究，並且您對參與研究所涉及的内容有充分的瞭解且接受。

如果您參加了經 Medicare 批准的研究，那麼 Original Medicare 將支付您在研究中獲得的承保服務的大部分費用。如果您告訴我們您正在參與一項符合資格的臨床試驗，那麼您只需要對該試驗中的服務支付網絡內的費用分擔責任。例如，如果您支付了更多費用，如果您已經支付了 Original Medicare 費用分攤金額，我們將退還您支付的費用與網絡內費用分攤之間的差額。但是，您需要提供文件記錄來向我們展示您支付的金額。在參與到臨床研究當中時，您可以繼續入保我們的計劃，並繼續透過我們的計劃獲得餘下的護理（與研究無關的護理）。

如果您想參與經 Medicare 批准的臨床研究，則無需獲得我們的批准。作為臨床研究的一部分、提供您護理的醫療服務提供者，不必成為我們計劃的醫療服務提供者網絡的一部分。請注意，這不包括我們計劃負責的其中一部分，即包含臨床試驗或登記評估效益的福利。這些包括 national coverage determinations (NCD, 在國家承保確定) 和 investigational device trials (IDE, 實驗性裝置試驗) 下指定的特定福利，可能需要事先授權和遵守其他計劃規則。

儘管您無需獲得我們計劃的許可即可參加 Original Medicare 為 Medicare Advantage 參保者承保的臨床研究，但我們讚成您在選擇參加符合 Medicare 資格的臨床試驗時提前通知我們。

如果您參與了 Medicare 未批准的研究，那麼您將有責任支付參與該研究的所有費用。

第 5.2 節 當您參與臨床研究時，誰來支付費用？

在加入經 Medicare 批准的臨床研究後，Original Medicare 將承保作為研究一部分的常規項目和服務，包括：

- 即使您不在研究中，Medicare 也會支付住院期間的食宿費用。
- 手術或其他醫療程序（如果它是研究的一部分）。
- 治療副作用和併發症的新護理。

在 Medicare 支付了這些服務的費用分攤後，我們的計劃將支付 Original Medicare 中的費用分攤與您作為計劃成員的網絡內費用分攤之間的差額。這表示您將為從研究中獲得的服務支付與從我們的計劃中獲得的服務相同的金額。但是，您需要提交證明您支付了多少費用分攤的文件記錄。有關提交付款請求的更多資訊，請參閱第 7 章。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

以下是費用分攤運作方式的示例：假定您做了一項花費 \$100 的化驗，作為研究的一部分。同時假設根據 Original Medicare 您此項測試的費用分攤為 \$20，但根據我們的計劃，您的費用將為 \$10。在這種情況下，Original Medicare 將支付 \$80 的測試費用，您將支付 Original Medicare 所需的 \$20 共付額。然後，您將通知您的計劃您收到了合格的臨床試驗服務並向該計劃提交文件記錄，例如提供者賬單。然後計劃將直接向您支付 \$10。因此，您的實際支付金額為 \$10，與我們計劃的福利相同。請注意，為了從您的計劃中獲得付款，您必須向計劃提交文件記錄，例如醫療服務提供者賬單。

當您參與臨床研究時，Medicare 和我們的計劃均不會為以下任何一項情形付款：

- 通常而言，Medicare 不會為該研究正在測試的新物品或服務付費，除非 Medicare 承保該物品或服務，即使您不在研究中也是如此。
- 僅用於收集數據而未在您的直接醫療保健中使用的物品或服務。例如，如果您的疾病通常只需要進行一次 CT 掃描，那麼 Medicare 不會支付研究中每月進行的 CT 掃描費用。

您是否想知道更多？

您可透過造訪 Medicare 網站閱讀或下載出版物 *Medicare and Clinical Research Studies*（《Medicare 和臨床研究》）來獲取有關加入臨床研究的更多資訊。（該刊物以下網站：www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf 上獲得。）您還可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。

第 6 節 宗教性非醫療保健機構的護理規則

第 6.1 節 什麼是宗教非性醫療保健機構？

宗教性非醫療保健機構是指為通常會在醫院或專業護理機構中接受治療的疾病提供護理的設施。如果在醫院或專業護理機構中接受護理違反了會員的宗教信仰，我們將改為提供宗教性非醫療保健機構的護理。僅針對 A 部分住院服務（非醫療保健服務）提供此福利。

第 6.2 節 從宗教性非醫療保健機構接受護理

若要從宗教性非醫療保健機構獲得治療，您必須簽署一份法律文件，聲明您堅決反對接受非特例治療。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目

- **非特例**醫療保健或治療是具有自願性且並非聯邦、州或地方法律要求的任何醫療保健或治療。
- **特例**醫療保健或治療是不具有自願性或根據聯邦、州或地方法律要求的任何醫療保健或治療。

若要是由我們的計劃承保，您從宗教性非醫療保健機構所獲得的護理必須滿足以下條件：

- 提供護理的設施必須經過 Medicare 認證。
- 我們的計劃為您提供的服務範圍僅限於非宗教方面的護理。
- 如果您從該機構獲得在機構中提供給您的服務，則以下狀況適用：
 - 您必須具有可讓您獲得住院治療護理或專業護理設施護理的承保服務的醫療狀況。
 - *和* - 您必須先獲得我們計劃的批准，然後才能進入設施，否則您的住宿將不受承保。

適用 Medicare 住院治療保險限額（有關 Medicare 住院醫院承保限額的更多資訊，請參閱第 4 章）。

第 7 節 耐用醫療設備所有權規則

第 7.1 節 按照我們的計劃支付一定數量的款項後，您是否將擁有耐用醫療設備？

耐用醫療設備 (DME) 包括制氧設備和用品、輪椅、助行器、電動床墊系統、拐杖、糖尿病用品、語音生成設備、IV 靜脈輸液泵浦、霧化器以及由醫療服務提供者訂購的、用於居家使用的醫院病床。會員始終擁有某些物品，例如義肢。在本節中，我們討論您必須租用的其他類型的 DME。

在 Original Medicare 中，租用某些類型的 DME 的人士在為該物品支付了 13 個月的共付額後才擁有此設備。然而，作為 Blue Shield Select 會員，無論您在我們的計劃會員中為該項目支付多少共付額，通常都不會獲得被租用的 DME 物品的所有權，即便是您在加入我們計劃之前根據 Original Medicare 為 DME 物品連續支付了多達 12 次。在某些少數情況下，我們會將 DME 物品的所有權轉讓給您。您可致電客戶服務部以獲取更多資訊（本文件的封底印有電話號碼）。

第 3 章 將計劃用於醫療服務項目**如果轉換到 Original Medicare，您為耐用醫療設備支付的款項將會如何處理？**

如果您在我們的計劃中未獲得 DME 物品的所有權，那麼在轉換到 Original Medicare 後您將必須擁有 13 筆新的連續付款才能擁有該物品。加入您的計劃時支付的費用不計算在內。

示例 1：您在 Original Medicare 中為該物品連續支付了 12 次或更少次數的費用，然後加入了我們的計劃。您在 Original Medicare 中支付的款項不計算在內。在擁有該物品之前，您必須向我們的計劃支付 13 筆款項。

示例 2：您在 Original Medicare 中為該物品連續支付了 12 次或更少次數的費用，然後加入了我們的計劃。您已在我們的計劃中，但在我們的計劃中並未獲得所有權。然後您返回 Original Medicare。再次加入 Original Medicare 後，您將需要連續 13 次新的付款才能擁有該物品。所有先前的付款（無論是我們的計劃還是 Original Medicare）均不被計算在內。

第 7.2 節 制氧設備、用品和維護規則**您應享有哪些制氧福利？**

如果您有資格獲得 Medicare 制氧設備的保險，Blue Shield Select 將承保：

- 制氧設備租賃
- 輸送氧氣和氧氣含量
- 用於輸送氧氣和氧氣含量的導管和相關氧氣配件
- 制氧設備的維護與維修

如果您離開 Blue Shield Select 或不再需要制氧設備，則必須將制氧設備歸還。

如果您退出計劃並返回到 Original Medicare，將會怎麼樣？

Original Medicare 要求氧氣供應商為您提供五年的服務。在前 36 個月內，您租用該設備。供應商在剩餘的 24 個月內提供設備和維護（您仍需負責支付氧氣的共付額）。五年後，您可以選擇留在同一家設備公司或換為另一家設備公司。此時，五年週期再次開始，即使您留在同一家設備公司，也要求您支付前 36 個月的共付額。如果您加入或退出我們的計劃，五年週期將重新開始。

第 4 章：

醫療福利圖表

(承保範圍和您支付的費用)

第 1 節 瞭解承保服務的付現額

本章提供一個醫療福利圖表，該圖表列出了您的承保服務，並顯示了您作為 Blue Shield Select 會員為每種承保服務支付的費用情況。在本章的後面，您可以找到未承保的有關醫療服務的資訊。它還說明了某些服務的限制。

第 1.1 節 您可能為承保藥物服務的付現額類型

若要瞭解我們在本章中向您提供的付款資訊，您需要瞭解可能為承保服務支付的付現額類型。

- **自付額**是您在我們的計劃開始支付其份額之前必須支付的醫療服務金額。(第 1.2 節告知您有關計劃自付額的更多資訊。)
- **共付額**是您每次獲得某些醫療服務時支付的固定金額。您在獲得醫療服務時需要支付共付額。(第 2 節中的醫療福利圖表向您介紹了更多有關共付額的資訊。)
- **共同保險**是您支付的某些醫療服務總費用的百分比。您在獲得醫療服務時需要支付共付保險。(第 2 節中的醫療福利圖表向您介紹了更多有關共付保險的資訊。)

大多數符合資格獲得 Medicaid 或具有資格的 Medicare 受益人 (QMB) 計劃的人都不應支付自付額、共付額或共同保險。如果適用，請務必向您的醫療服務提供者出示 Medicaid 或 QMB 資格證明。

第 1.2 節 什麼是計劃自付額？

網絡內承保服務的自付額為 **\$0**，網絡外承保服務的自付額為 **\$750**。在您支付自付額之前，您必須支付大部分承保服務的全部費用。(自付額不適用於下文列出的服務。) 在您支付了自付額後，我們將開始支付承保醫療服務的費用份額，且您將在日曆年的餘下時段內支付您的份額(您的共付額或共同保險金額)。

自付額不適用於某些服務，包括某些網絡內預防性服務。這意味著即使您尚未支付自付額，我們也將為這些服務支付我們的費用分攤。自付額不適用於以下服務：

- 腹部主動脈瘤篩檢
- 附加遠距醫療服務
- 針灸治療慢性腰痛
- 救護車服務
- 年度健康訪診
- 骨質密度測量

- 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)
- 減少心血管疾病的風險就診 (心血管疾病的治療)
- 心血管疾病測試
- 子宮頸癌和陰道癌篩檢
- 結直腸癌篩查
- 憂鬱症篩檢
- 糖尿病篩查
- 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務及用品
- 急診護理
- HIV 篩檢
- 善終護理
- 免疫接種
- 透過耐用醫療設備提供胰島素
- 醫學營養療法
- Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Medicare 糖尿病預防計劃)
- NurseHelp 24/7
- 肥胖症篩檢和療法可促進持續減肥
- 類鴉片藥物治療計劃服務
- 非處方 (OTC) 物品
- 攝護腺癌篩檢檢查
- 篩檢和諮詢以減少酒精濫用
- 低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢肺癌
- 性傳播感染 (STI) 篩檢以及諮詢以預防 STI
- SilverSneakers® Fitness
- 戒菸 (諮詢以停止吸菸或使用菸草)
- 緊急服務
- 眼科保健 (非 Medicare 承保的例行眼科檢查、隱形眼鏡、鏡架和鏡片)
- Welcome to Medicare (歡迎加入 Medicare) 預防性診療

第 1.3 節 您將為 Medicare A 部分和 B 部分承保的醫療服務支付的最高金額是多少？

根據我們的計劃，您必須為承保的醫療服務支付付現額時有兩個不同的限制：

- 您的**網絡內最高付現額**為 \$6,400。這是您在日曆年內從網絡內醫療服務提供者處獲得的承保 Medicare A 部分和 B 部分服務的最高費用。您為網絡內醫療服務提供者的承保服務的共付額以及共同保險支付的費用將計入該網絡內最高付現額。(您為計劃保費、D 部分處方藥以及網絡外提供者提供的服務支付的金額不計入您的網絡內最高自付費用。此外，您為某些服務支付的金額不會計入您的網絡內最高自付

費用。這些服務在醫療福利圖表中標有星號。) 如果您已從網絡內醫療服務提供者處支付了 \$6,400 用於承保的 A 部分和 B 部分的服務，那麼當您找我們的網絡內醫療服務提供者看診時，在當年餘下時段裡您將不會支付任何付現額。不過，您必須繼續支付您的計劃保費和 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方支付)。

- 您的**合併最高付現額**為 \$11,000。這是您在日曆年內從網絡內和網絡外醫療服務提供者處獲得的承保 Medicare A 部分和 B 部分服務的最高費用。您為網絡內承保服務的自付額、共付額以及共同保險支付的費用將計入該合併最高付現額。(您為計劃保費和 D 部分處方藥支付的金額不計入您的合併最高付現額。此外，您為某些服務支付的金額不會計入您的合併最高付現額。這些服務在醫療福利圖表中標有星號。) 如果您已支付了 \$11,000 用於承保服務，那麼您將獲得 100% 的保險，且在當年餘下時段裡，對於承保的 A 部分和 B 部分服務將不會支付任何自付費用。不過，您必須繼續支付您的計劃保費和 Medicare B 部分保費 (除非您的 B 部分保費由 Medicaid 或其他第三方支付)。

第 1.4 節 我們的計劃不允許醫療服務提供者差額賬單給您

作為 Blue Shield Select 的會員，一項適用於您的重要保護措施是，在您達到任何自付額後，您只有在獲得我們計劃承保的服務時，才必須支付費用分攤。醫療服務提供者不得增加額外的單獨收費，稱為**差額賬單**。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於其所支付的服務費用，且即使有糾紛且我們不支付某些醫療服務提供者費用，此保護舉措同樣適用。

以下是這項保護措施的運作方式。

- 如果您的費用分攤屬於共付額 (例如，固定金額為 \$15.00)，那麼您只需為網絡內醫療服務提供者提供的所有承保服務支付該金額。當您從網絡外醫療服務提供者處獲得護理時，通常您會有更高的共付額。
- 如果您的費用分攤屬於共同保險 (占總費用的百分比)，那麼您支付的費用從來不會超過該百分比。但是，您的費用取決於您所看診的醫療服務提供者類型：
 - 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險費率乘以計劃的償還率 (由醫療服務提供者與該計劃之間的合約而確定)。
 - 如果您從參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險百分比乘以參與醫療服務提供者的 Medicare 付款率。
 - 如果您從非參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險金額乘以非參與醫療服務提供者的 Medicare 付款率。
- 如果您認為醫療服務提供者對您開具差額賬單，請致電客戶服務部。

第 2 節 利用醫療福利圖表來查找保險以及您將支付的費用

第 2.1 節 您作為計劃會員的醫療福利與費用

接下來若干頁面的醫療福利圖表列出了 Blue Shield Select 承保的服務以及您為每種服務付現的費用。D 部分處方藥保險在第 5 章中有涵蓋。僅在滿足以下承保範圍要求時，才會承保醫療福利圖表中列出的服務：

- 您必須根據 Medicare 制定的保險準則提供您的 Medicare 承保服務。
- 您的服務 (包括醫療護理、服務、用品、設備和 B 部分處方藥) 必須具備醫療必要性。具醫療必要性者指的是為預防、診斷或治療您的疾病並符合認可的醫療實踐標準而需要的服務、用品或藥物。
- 僅當您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者事先獲得 Blue Shield Select 的批准 (有時稱為事先授權) 時，才會承保醫療福利圖表中列出的某些服務 (視為網絡內服務)。
 - 需要事先獲得批准才能納入網絡內服務的承保服務在醫療福利圖表中標記為斜體。
 - 對於網絡外醫療服務提供者的網絡外服務，您從不需要事先批准。
- 儘管您不需要事先獲得網絡外服務的批准，但是您或您的醫生可要求我們提前做出保險決定。

關於我們的保險的其他重要須知：

- 對於您的費用分攤為共同保險百分比的福利，您支付的金額取決於您從以下哪種類型的醫療服務提供者處獲得服務：
 - 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險費率乘以計劃的償還率 (由醫療服務提供者與該計劃之間的合約而確定)。
 - 如果您從參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險費用乘以參與醫療服務提供者的 Medicare 付款率。
 - 如果您從非參與 Medicare 的網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要支付共同保險費用乘以非參與醫療服務提供者的 Medicare 付款率。
- 如同所有的 Medicare 保健計劃一般，我們承保 Original Medicare 所承保的所有項目。對於這些福利中的某些項目，您在本計劃中支付比 Original Medicare 較多的費用。其他的項目您支付較少。如果您希望更深入瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查詢 *Medicare & You 2024* 手冊。請上網瀏覽 www.medicare.gov，或撥

打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取手冊，該號碼每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。

- 對於 Original Medicare 下免費提供的所有預防性服務，我們也為您免費提供了此類服務。但是，如果您在接受預防服務時，還在就診期間因您的健康狀況接受了治療或進行監控，那麼將為您針對現有疾病的護理支付共付額。
- 如果 Medicare 在 2024 年期間增加了對任何新服務的保險，那麼 Medicare 或我們的計劃將承保這些服務。

慢性病患者的重要福利資訊

- 如果您被診斷患有以下一種或多種以下確定的慢性病並符合某些標準，那麼您可能有資格獲得 special supplemental benefits for the chronically ill (SSBCI，慢性病的特殊補充福利)：
 - 癌症，不包括癌症前狀況或原位狀態
 - 心血管疾病僅限於：
 - 心臟心律不齊（也被稱為心律失常）
 - 冠狀動脈疾病（也被稱為胸痛、心臟病發作或心臟動脈硬化病史）
 - 周圍血管疾病（也被稱為腿部血管硬化）
 - 慢性靜脈血栓栓塞性疾病（也被稱為腿部血塊）
 - 慢性心力衰竭
 - 慢性肺部疾病限於：
 - 氣喘
 - 慢性支氣管炎（也稱為慢性阻塞性肺病或 COPD）
 - 肺氣腫（也被稱為慢性阻塞性肺疾病或 COPD）
 - 肺纖維化（也被稱為肺組織癥痕）
 - 肺動脈高壓（也被稱為肺部高壓）
 - 糖尿病（也被稱為 I 型或 II 型糖尿病）
 - 中風


若要確定您的資格，您必須填寫並向 Blue Shield 提交證明表，記錄您的 SSBCI 資格。填妥的證明表格需要您的簽名和醫生的簽名。若要獲取證明表格的一份副本，請造訪 blueshieldca.com/AAAbenefit，或致電客戶服務部（本文件的封底印有電話號碼）。

- 有關更多詳細資訊，請轉到下文醫療福利圖表中的 *Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill* 一行。
- 請聯絡我們，以確切瞭解您可能有資格獲得哪些福利。






您會在福利圖表中的預防服務旁邊看到這個蘋果圖示。


醫療福利圖表


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> HIV 篩檢</p> <p>對於要求進行 HIV 篩查測試或 HIV 感染風險增加的人士，我們承保了：</p> <ul style="list-style-type: none"> 每 12 個月進行一次篩檢 <p>對於已懷孕的婦女，我們承保了：</p> <ul style="list-style-type: none"> 懷孕期間最多進行三項篩檢 	<p>對於有資格參加由 Medicare 承保的預防性 HIV 篩檢的會員，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>Medicare B 部分處方藥</p> <p>這些藥物受 Original Medicare B 部分承保。本計劃的會員透過本計劃獲得這些藥物的保險。承保的藥物包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 通常情況下，不是由患者自行管理的藥物，而是在您獲得醫師、醫院門診或門診手術中心服務時注射或注入的藥物 透過耐用醫療設備提供胰島素（例如具備醫療必要性的胰島素幫浦） 您使用本計劃授權的耐用醫療設備（例如霧化器）服用的其他藥物 如果您患有血友病，您可透過注射給自己凝血因子 免疫抑制藥物，如果您在器官移植時已入保 Medicare A 部分 	<p>您支付 0% 至 20% 共同保險。</p> <p>對於您的確切費用，您可透過計劃 ID 卡上的號碼致電客戶服務部。</p> <p>會員可根據 CMS 所設定的每季度變動，會員可以為選定的 Medicare B 部分藥物支付 0% 至 20% 的共同保險。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 0% 至 20% 共同保險。</p> <p>對於您的確切費用，您可透過計劃 ID 卡上的號碼致電客戶服務部。</p> <p>會員可根據 CMS 所設定的每季度變動，會員可以為選定的 Medicare B 部分藥物支付 0% 至 20% 的共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>Medicare B 部分處方藥 (續)</p> <ul style="list-style-type: none">● 可注射的骨質疏鬆症藥物 (如果您留在家中) 患有骨折, 經醫生證明與絕經後的骨質疏鬆症有關, 且無法自行服用● 抗原● 某些口服抗癌藥和抗噁心藥● 某些用於家庭透析的藥物, 包括肝素, 必要時用於肝素的解毒劑, 局部麻醉藥和促紅細胞生成劑 (例如 Epogen®、Procrit®、Epoetin Alfa、Aranesp® 或 Darbepoetin Alfa)● 靜脈注射免疫球蛋白, 用於家庭治療原發性免疫缺陷疾病 <p>如需可能需要進行分步療法的 B 部分藥物清單, 請轉到以下連結: blueshieldca.com/medformulary2024</p> <p>我們還根據 B 部分和 D 部分處方藥福利承保了某些疫苗。</p> <p>第 5 章介紹了 D 部分處方的福利, 包括承保處方所必須遵循的規則。透過我們的計劃為 D 部分處方藥支付的費用將在第 6 章中進行說明。</p>	<p>根據 B 部分所獲得的胰島素 (使用胰島素幫浦配套使用時) 一個月的自付額不應超過 \$35。</p>	<p>根據 B 部分所獲得的胰島素 (使用胰島素幫浦配套使用時) 一個月的自付額不應超過 \$35。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP, Medicare 糖尿病預防計劃)</p> <p>根據所有的 Medicare 健康計劃，符合合格的 Medicare 受益人都將享有 MDPP 服務。</p> <p>MDPP 是一種結構化的健康行為改變干預措施，可實現長期飲食改變，增加體育活動的實踐訓練，是一項克服挑戰以維持體重減輕和健康生活方式的解決問題型策略。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>MDPP 福利無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> Welcome to Medicare (歡迎加入 Medicare) 預防性診療</p> <p>本計劃承保一次 <i>Welcome to Medicare</i> 預防性診療。該診療包括對您的健康狀況的審查，以及有關所需預防性服務 (包括某些檢查和攝影) 的教育和諮詢，並在需要時轉介其他護理。</p> <p>重要資訊：我們僅在您享有 Medicare B 部分的頭 12 個月內承保 <i>Welcome to Medicare</i>。您在約診時，請告知您的醫生診所您希望排定 <i>Welcome to Medicare</i>。</p>	<p>對於 <i>Welcome to Medicare</i> 預防性診療，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>半住院服務及重症門診服務</p> <p>半住院計劃是作為醫院門診服務或小區心理健康中心提供的積極心理治療的結構化計劃，其要比您的醫生或治療師診所所接受的護理更為密集並且可替代住院治療。</p> <p>密集門診服務是在醫院門診部門、社區健康中心、聯邦合格健康中心或鄉村健康診所提供的結構化積極行為（心理）健康治療計劃，比您的醫生或治療師診所提供的護理更加密集，但比部分住院治療不那麼密集。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>每次診療您要支付 \$45。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> 低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢肺癌</p> <p>對於符合資格的個人，每 12 個月進行一次 LDCT。</p> <p>符合資格的會員有：年齡在 50 歲至 77 歲之間的人群，無肺癌徵兆或症狀，但有至少 20 包年數的吸菸史，且最近 15 年內目前吸菸或戒菸；在肺癌篩查諮詢和共享決策訪視期間，收到過由醫生或合格的非醫生提供符合 Medicare 這類診療標準的 LDCT 書面醫囑。</p> <p><i>適用於首次 LDCT 篩檢後的 LDCT 肺癌篩檢：</i>會員必須收到 LDCT 肺癌篩檢的書面醫囑，該醫囑可在任何適當的診療中與醫生或符合資格的非醫師從業人員一起提供。如果醫師或符合資格的非醫師從業人員選擇為隨後的 LDCT 肺癌篩檢提供肺癌篩檢諮詢和共享決策訪視，</p>	<p>對於由 Medicare 承保的諮詢和用於診療或 LDCT 的共享決策訪視制定，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 低劑量電腦斷層掃描 (LDCT) 篩檢肺癌 (續)</p> <p>那麼該診等療必須符合此類訪視的 Medicare 標準。</p>		
<p>非處方 (OTC) 物品*</p> <p>您有權獲得 OTC 藥物和用品的季度允許限額 \$60。</p> <p>物品包括阿司匹靈、維他命、感冒和咳嗽製劑以及繃帶等物品。諸如化妝品和食品補充劑之類的物品不在此項福利之列。</p> <p>可在 blueshieldca.com/medicareOTC 網站線上獲得 OTC 物品目錄和訂購說明。您可以在週一至週五當地上午 9 點至晚上 8 點之間透過電話 (888) 628-2770 [TTY: 711] 或透過 blueshieldca.com/medicareOTC 線上訂購商品。訂單將免費運送給您。請等待大約 14 個工作日來送貨。</p> <p>此項福利在每個季度的第一天 (1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日) 生效。您可以每季度下兩個訂單，但不能將未使用的允許限額轉入下一季度。</p> <p>某些限制可能適用。請參閱 OTC 物品目錄以獲取更多資訊。</p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 肥胖症篩檢和療法可促進持續減肥</p> <p>如果您的身體質量指數為 30 或更高，我們將提供強化諮詢以幫助您減輕體重。如果您是在主要護理機構就醫，可以與您的綜合預防計劃進行協調，則可以承保此諮詢。與您的主治醫師或健康從業人員交談以瞭解更多資訊。</p>	<p>對於預防性肥胖症篩檢和治療，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>肺部複健服務</p> <p>對於患有中度至非常嚴重的慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 的會員，以及由治療慢性呼吸道疾病的醫生醫囑進行肺康復的會員，承保各類綜合肺康復計劃。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>每次診療您要支付 \$15。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>附加遠距醫療服務</p> <p>Teladoc 透過電話或視訊全年無休（全年 365 天，每週 7 天，每天 24 小時）提供醫師諮詢。Teladoc 醫生能夠診斷與治療基本的醫療疾病，也可以開具某些藥物。Teladoc 是一項補充服務，並非旨在替代您 Physician of Choice 的護理。請登入至 blueshieldca.com/teladoc 或 Blue Shield of California 應用程式以請求診療。如果您有疑問，您可以透過致電 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 來聯絡 Teladoc，該電話號碼全年 365 天，每週 7 天，每天 24 小時提供諮詢服務。</p> <p>* 服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>	<p>網絡外未承保的其他遠距醫療服務。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 腹部主動脈瘤篩檢</p> <p>對具有風險的族群進行一次性超音波篩檢。本計劃僅在您有一定風險因素並且從您的醫師、醫師助理、執業護理師或臨床護理專科醫生處轉介時，才會承保此篩檢。</p>	<p>有資格參加此預防性篩查的會員無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> 骨質密度測量</p> <p>對於符合資格的個人（通常，這表示已患有骨質疏鬆症或骨質疏鬆症風險的人士），以下服務每 24 個月或更長時間（如果具醫療必要性）進行承保：鑒定骨量，檢測骨丟失或確定骨質量的程序，包括醫生對結果的解釋。</p> <p>骨質疏鬆症的診斷、治療和管理。</p>	<p>由 Medicare 承保的骨量測量無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>急診護理</p> <p>急診護理是指以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由有資格提供急診服務的醫療服務提供者提供，並且 • 需要評估或穩定緊急醫療狀況 <p>緊急醫療狀況是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的普通理性人士，認為您具有需要立即治療的醫學症狀，以防止喪命（如果您是孕婦，還有失去未出生的孩子），喪失肢體或喪失肢體功能。醫學症狀可能是疾病、受傷、嚴重的疼痛或迅速惡化的疾病。</p> <p>由網絡外提供的必要急診服務的費用分攤，與由網絡內提供的此類急診服務的費用分攤相同。</p> <p>全球保險*</p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您每次急診室就診需支付 \$100（如果您因同一病情在一天內入院，則可減免）。</p> <p>您在美國及其屬地以外的急診或緊急服務沒有合併年度承保限額。美國及其屬地以外的服務不適用該計劃的最高付現額。</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診護理，且在病情穩定後需要住院治療，您必須搬到網絡醫院才能在穩定下來之後支付住宿部分的網絡內費用分攤額。如果您住在網絡外醫院，您的住院費用將得到承保，但在您穩定下來之後，您將支付部分住院時間的網絡外分攤費用。</p>	<p>您每次急診室就診需支付 \$100（如果您因同一病情在一天內入院，則可減免）。</p> <p>您在美國及其屬地以外的急診或緊急服務沒有合併年度承保限額。美國及其屬地以外的服務不適用該計劃的最高付現額。</p> <p>如果您在網絡外醫院接受急診護理，且在病情穩定後需要住院治療，您必須搬到網絡醫院才能在穩定下來之後支付住宿部分的網絡內費用分攤額。如果您住在網絡外醫院，您的住院費用將得到承保，但在您穩定下來之後，您將支付部分住院時間的網絡外分攤費用。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>脊椎按摩療法服務 (Medicare 承保) 承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 用手操作脊柱以矯正半脫位。 <p>福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans, 美國加州專科健康計劃有限公司) 所簽的合約提供。有關更多資訊, 或要查找 ASH Plans 參與醫療服務提供者, 您可以致電 ASH Plans, 電話號碼為 (800) 678-9133 [TTY: 711], 服務時間: 4 月 1 日至 9 月 30 日的工作日上午 5 點至晚上 8 點; 10 月 1 日至次年 3 月 31 日的每週七天上午 8 點至晚上 8 點。您還可以致電 Blue Shield Select 客戶服務部或造訪 blueshieldca.com/find-a-doctor 以找到 ASH Plans 參與醫療服務提供者。</p>	<p>您需要為所有 Medicare 承保的服務每次就診支付 \$15。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>脊椎按摩療法服務 (非 Medicare 承保) *</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 初次及隨後的檢查• 診所診療和脊椎按摩矯正• 輔助療法• X 光 (僅限脊椎按摩療法) <p>福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 所簽的合約提供。有關更多資訊，或要查找 ASH Plans 參與醫療服務提供者，您可以致電 ASH Plans，電話號碼為 (800) 678-9133 [TTY: 711]，服務時間：4 月 1 日至 9 月 30 日的工作日上午 5 點至晚上 8 點；10 月 1 日至次年 3 月 31 日的每週七天上午 8 點至晚上 8 點。您還可以致電 Blue Shield Select 客戶服務部或造訪 blueshieldca.com/find-a-doctor 以找到 ASH Plans 參與醫療服務提供者。</p> <p>* 服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您支付的費用為 \$0 (每年最多 12 次診療)。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您需要支付 40% 共同保險 (每年最多 12 次診療)。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>家庭健康機構護理</p> <p>在接受家庭保健服務之前，醫生必須證明您需要家庭保健服務，並將訂購由家庭保健機構提供的家庭保健服務。您必須待在家中，這表示離開家是件大事。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 兼職或間歇提供的專業護理以及家庭健康輔助服務（若要享受家庭保健福利，您的專業護理和家庭保健助手服務加起來每天必須少於 8 個小時，每週少於 35 個小時） • 物理治療、職業治療和言語治療 • 醫療和社會服務 • 醫療設備和用品 <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您為每次 Medicare 承保的家庭健康就診支付 \$0。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>家庭輸液治療</p> <p>家庭輸液治療涉及在家中對個體進行靜脈內或皮下給藥藥物或生物製劑。進行家庭輸液所需的組件包括藥物（例如抗病毒藥、免疫球蛋白），設備（例如泵浦）和耗材（例如管道和導管）。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 	<p>您為每次 Medicare 承保的家庭輸液治療支付 \$0。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>家庭輸液治療 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 根據護理計劃提供的專業服務，包括護理服務 • 耐久醫療設備福利未承保的患者培訓和教育 • 遠距監控 • 由符合資格的家庭輸液治療供貨商提供的家庭輸液治療和家庭輸液藥物的監控服務 		
<p>假肢及相關用品</p> <p>代替身體部分或功能的全部或部分的設備 (牙科設備除外)。這些包括但不限於：與結腸造口護理直接相關的結腸造口袋和用品、起搏器、矯正器、假肢鞋、假肢和乳房假體 (包括乳房切除術後的手術胸罩)。包括與假體設備以及修理和/或更換假體相關的某些用品。還包括白內障摘除或白內障手術後的部分保險 – 有關更多詳細資訊，請參閱本節後面的眼科保健。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>對於 Medicare 承保的假肢設備及相關用品，您支付 20% 共同保險。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 30% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>監督運動療法 (SET)</p> <p>SET 為患有症狀性外周動脈疾病 (PAD) 的會員提供承保。</p> <p>如果滿足 SET 計劃的要求，則在 12 週的時間內最多可承保 36 次療程。</p> <p>SET 計劃必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 由持續 30-60 分鐘的療程組成，包括跛行患者 PAD 的治療性運動訓練計劃 • 在醫院門診機構或醫生診所進行的 • 由符合資格的輔助人員提供，必須確保他們的福利超過危害，並接受過 PAD 運動療法的培訓 • 在醫師、醫師助理或醫師助理/臨床護理專家的直接監督下，他們必須接受基礎和高階生命支持技術的培訓 <p>如果醫療保健提供者認為醫療需要，SET 可能會在 12 週內覆蓋超過 36 個療程，並可能在一段延長期限內再提供 36 個療程。</p>	<p>每次診療您要支付 \$25。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> 減少心血管疾病的風險就診 (心血管疾病的治療)</p> <p>我們每年為您的主治醫師提供一次就診，以幫助降低您患心血管疾病的風險。在此次診療期間，您的醫生可能會討論阿司匹靈的服用情況 (如果適用)，測量血壓並為您提供一些小秘方，以確保您飲食健康。</p>	<p>強化行為療法心血管疾病的預防性福利無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 健康與保健教育計劃 (續) *</p> <p>使用您的個人 SilverSneakers ID 號碼即可開始使用。請造訪 Silversneakers.com 以瞭解有關您福利的更多資訊或致電 1-888-423-4632 [TTY: 711]，服務時間：週一至週五，上午 8 點至下午 8 點 (美國東部時間)。</p> <p>開始鍛煉計劃之前，請務必與您的醫生交流。</p> <p>¹ 簽約場所 (“PL”) 不屬於 Tivity Health, Inc. 或其附屬公司所有或營運。使用 PL 設施和設施的範圍受限於 PL 基本會員的條款和條件。設施和便利設施因 PL 而異。</p> <p>² 會員資格包括 SilverSneakers 教練指導的團體健身課程。某些場所為會員提供額外的課程。課程因場所而異。</p> <p>³ Stitch 是第三方供應商，並非 Tivity Health 或其附屬公司擁有或營運。SilverSneakers 會員必須擁有網路服務才能存取 Stitch 服務。網際網路服務費用由 SilverSneakers 會員負擔。</p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>		

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 結直腸癌篩查 承保以下篩查測試：</p> <ul style="list-style-type: none">• 大腸鏡檢查沒有最低或最高年齡限制，對於非高風險患者每 120 個月（10 年）承保一次；對於非結直腸癌高風險患者，在上次靈活乙狀結腸鏡檢查後每 48 個月承保一次；對於高風險患者，在上次篩檢大腸鏡檢查或鉭劑灌腸後每 24 個月承保一次。• 45 歲及以上的患者進行靈活乙狀結腸鏡檢查。對於非高風險患者，在接受大腸鏡篩檢後每 120 個月進行一次。對於上次靈活乙狀結腸鏡檢查或鉭劑灌腸後的高風險患者，每 48 個月一次。• 對於 45 歲及以上的患者進行隱血檢測。每 12 個月進行一次。• 年齡介於 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者，可進行多靶點糞便 DNA 檢測。每 3 年進行一次。• 年齡介於 45 至 85 歲且不符合高風險標準的患者，可進行基於血液的生物標記測試。每 3 年進行一次。• 鉭劑灌腸檢查作為高風險患者的結腸鏡檢查替代方案，且距離上一次鉭劑灌腸檢查或結腸鏡檢查已經過去 24 個月。• 鉭劑灌腸檢查是一種靈活乙狀結腸鏡檢查的替代方案，適用於年齡在 45 歲或以上且風險不高的患者。在上次鉭劑灌腸或靈活乙狀結腸鏡檢查後至少 48 個月進行一次。 <p>結直腸癌篩檢包括由 Medicare 承保的非侵入性、基於大便的結直腸癌篩檢結果呈陽性後進行的後續篩檢結腸鏡檢查。</p>	<p>對於由 Medicare 承保的大腸癌篩檢檢查或鉭劑灌腸，無共同保險、共付額或自付額。</p> <p>如果您的醫生在結腸鏡檢查或靈活乙狀結腸鏡檢查期間發現並切除息肉或其他組織，那麼篩檢檢查將變為診斷檢查，並需要支付醫師服務、醫院門診或門診手術中心的費用。</p> <p>請查看醫療福利圖表中的 <i>醫師/從業醫師服務</i>，包括 <i>醫生診所就診</i> 章節以及隨後的 <i>門診手術</i>，包括在 <i>醫院門診設施和門診手術中心</i> 提供的服務章節。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 戒菸 (諮詢以停止吸菸或使用菸草)</p> <p>如果您使用菸草，但沒有菸草相關疾病的體征或症狀：我們為您提供為期 12 個月內兩次諮詢戒菸機會 (作為預防性服務)，且不收取任何費用。每次諮詢機會包括最多四次面對面的診療。</p> <p>如果您使用菸草且已被診斷出患有菸草相關疾病或正在服用可能受到菸草影響的藥物：我們承保戒菸諮詢服務。我們為您提供為期 12 個月內兩次諮詢戒菸機會，但是您將支付適用的費用分攤。每次諮詢機會包括最多四次面對面的診療。</p>	<p>對於由 Medicare 承保的戒菸預防性福利，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>對於由 Medicare 承保的戒菸預防性福利，無共同保險、共付額或自付額。</p>
<p>緊急服務</p> <p>所提供的緊急服務，是以治療非緊急、意外的醫療疾病、傷害或需要立即醫療護理狀況，但鑑於您的情況，無法或不合理地從網絡提供者獲得服務。如果考量到您的情況，立即從網絡內醫療服務提供者處獲得醫療護理是不合理的情形，那麼您的計劃將承保網絡外醫療服務提供者提供的緊急服務。</p>	<p>您在計劃服務區內每次就診需支付 \$5 的網絡急診中心費用 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>您每次在計劃服務區域之外但在美國及其領土內的緊急護理中心就診需支付 \$5 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p>	<p>您在計劃服務區內每次就診需支付 \$5 的網絡急診中心費用 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>您每次在計劃服務區域之外但在美國及其領土內的緊急護理中心就診需支付 \$5 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>緊急服務 (續)</p> <p>服務必須是立即需要且具有醫療必要性。出現以下情形時，計劃必須承保網絡外的緊急服務的範例：您短期位於計劃的服務範圍之外，並且因不可預見的情況需要立即獲得醫療所需的服務，但這並非醫療緊急情況；或者考量到您的情況，立即從網絡內醫療服務提供者處處獲得醫療護理是不合理的情形。由網絡外提供的必要急需服務的費用分攤，與由網絡內提供的此類急診服務的費用分攤相同。</p> <p>全球保險*</p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您每次在計劃服務區域之外但在美國及其領土內的急診室就診需支付 \$100 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>每次到美國及其領土以外的急診室或緊急護理中心就診，您需支付 \$100 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>在美國及其屬地以外的急診或急需醫護沒有合併年度承保限額。美國及其屬地以外的服務不適用該計劃的最高付現額。</p>	<p>您每次在計劃服務區域之外但在美國及其領土內的急診室就診需支付 \$100 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>每次到美國及其領土以外的急診室或緊急護理中心就診，您需支付 \$100 (如果您因同一病情在一天內入院，則可減免)。</p> <p>在美國及其屬地以外的急診或急需醫護沒有合併年度承保限額。美國及其屬地以外的服務不適用該計劃的最高付現額。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>精神病院的住院服務</p> <p>承保服務包括需要住院的精神保健服務。</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicare 最多可承保 90 天的具醫療必需性住院治療。• Medicare 還可承保多達 60 個額外的終身儲備期，在一生中只能在一次急診醫院或精神病醫院中使用一次。• Medicare 在精神病醫院最多可以再住院 40 天。將在終身額外提供 40 天。終身期間，在一家獨立精神病醫院中總共不能支付超過 190 天的住院精神病護理費用。• 終身最高保障包括 Medicare 的先前使用權 (這包括我們的計劃，任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare)。 <p>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</p>	<p>對於在網絡內醫院 Medicare 承保的每次住院，您須支付：</p> <ul style="list-style-type: none">• 第 1 至 150 天，每天支付 \$1,660• 151 天及以上的費用為 100%。	<p>在您支付了每年 \$750 的自付額後，對於每次 Medicare 承保的網絡外醫院住院時間：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>救護車服務</p> <p>僅當某位會員的病情不佳，而其他交通工具可能危及其健康時，或經本計劃批准時，可向其提供前往最近距離的可提供護理的適當設施的承保救護車服務（無論是緊急情況非緊急情況，包括固定翼、旋轉翼和地面救護服務）。</p> <p>如果承保的救護車服務不是用於緊急情況，則應記錄該會員的病情，表明該會員的疾病使得其他交通工具可能危及其健康，且在醫療上有必要透過救護車進行運輸。</p>	<p>您為 Medicare 承保的地面救護車服務每次交通單程支付 \$250。</p> <p>每次交通單程您需要支付 20% 共同保險，以獲得 Medicare 承保的空中救護服務。</p> <p>儘管大多數提供者在服務時都會收取適用的共付額，但對於救護車服務來說可能不太會發生。</p> <p>您可能會收到有關救護車全部費用的賬單。如果發生這種情況，只需將賬單提交給：</p> <p>Blue Shield Select Customer Service P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p> <p>Blue Shield 將向您償還承保服務的費用，減去適用的費用分攤。您將從醫療服務提供者處收到單獨的適用費用分攤賬單。</p>	<p>您為 Medicare 承保的地面救護車服務每次交通單程支付 \$250。</p> <p>每次交通單程您需要支付 20% 共同保險，以獲得 Medicare 承保的空中救護服務。</p> <p>儘管大多數提供者在服務時都會收取適用的共付額，但對於救護車服務來說可能不太會發生。</p> <p>您可能會收到有關救護車全部費用的賬單。如果發生這種情況，只需將賬單提交給：</p> <p>Blue Shield Select Customer Service P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p> <p>Blue Shield 將向您償還承保服務的費用，減去適用的費用分攤。您將從醫療服務提供者處收到單獨的適用費用分攤賬單。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>類鴉片藥物治療計劃服務</p> <p>我們計劃中患有類鴉片藥物使用障礙 (OUD) 的會員可透過類鴉片藥物治療計劃 (OTP) 獲得治療 OUD 的服務，其中包括以下服務：</p> <ul style="list-style-type: none">• 美國 Food and Drug Administration (FDA, 食品藥物管理局) 批准的類鴉片激動劑和拮抗劑藥物輔助治療 (MAT) 藥物。• MAT 藥物的配藥和給藥 (如適用)• 物質使用諮詢• 個人與團體治療• 毒理學測試• 攝入活動• 定期評估 <p><i>可能需要轉介和事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, 慢性病的特殊補充福利) *</p> <p>Blue Shield Select 提供 AAA 的提升自理能力和出行安全福利，這是需要確定資格（並非所有會員都有資格）的 Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI)。SSBCI 福利由 American Automobile Association of Northern California, Nevada & Utah (AAA) 提供。</p> <p>如果您患有以下一種或多種慢性疾病，則可能有資格獲得 AAA 的提升自理能力和出行安全 SSBCI 福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 癌症，不包括癌症前狀況或原位狀態 • 心血管疾病僅限於： <ul style="list-style-type: none"> ○ 心臟心律不齊（也被稱為心律失常） ○ 冠狀動脈疾病（也被稱為胸痛、心臟病發作或腿部動脈硬化病史） ○ 周圍血管疾病（也被稱為腿部血管硬化） ○ 慢性靜脈血栓栓塞性疾病（也被稱為腿部血塊） • 慢性心力衰竭 	<p>您支付的費用為 \$0。</p>	<p>本福利在網絡外不受承保。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (續) *</p> <ul style="list-style-type: none"> • 慢性肺部疾病限於： <ul style="list-style-type: none"> ○ 氣喘 ○ 慢性支氣管炎 (也稱為慢性阻塞性肺病或 COPD) ○ 肺氣腫 (也被稱為慢性阻塞性肺疾病或 COPD) ○ 肺纖維化 (也被稱為肺組織癆痕) ○ 肺動脈高壓 (也被稱為肺部高壓) • 糖尿病 (也被稱為 I 型或 II 型糖尿病) • 中風 <p>SSBCI 福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAA 經典會籍：在特定計劃年度內，1 年期新入或續約 AAA 經典會籍。 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您的會籍包括道路救援服務，為您提供全天候、每週 7 天的保障，無論您是乘客還是駕駛，都可享受對符合資格的車輛提供的服務。 • AAA Roadwise Driver™： <ul style="list-style-type: none"> ○ 一個網上計劃，旨在幫助您提升駕駛技能。這個計劃旨在透過有價值的課程主題，提升駕駛技巧，以促進安全駕駛。 		

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (續) *</p> <ul style="list-style-type: none"> • 有教育性的駕駛資源： <ul style="list-style-type: none"> ○ 包括各種教育駕駛資源，包括為會員提供資訊、資源和安全駕駛提示的網站。例如，如何在患有慢性疾病（如糖尿病或關節炎）的情況下繼續安全駕駛的提示。 <p>註：若要確定您的資格，您必須填寫並向 Blue Shield 提交證明表，記錄您的 SSBCI 資格。填妥的證明表格需要您的簽名和醫生的簽名。若要獲取證明表格的一份副本，請造訪 blueshieldca.com/AAAbenefit，或致電客戶服務部（本文件的封底印有電話號碼）。</p> <p>在確認您有資格獲得 Blue Shield 的 SSBCI 後，您將收到有關您資格的通知。將會寄送一封信給您，內含 AAA 福利啟用的指示。此外，您可能接到 AAA 的來電，以協助您參加此項福利。</p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>		
<p>門診複建服務</p> <p>所承保的服務包括：物理治療、職業治療和言語治療。</p> <p>在各類門診機構中提供門診複建服務，例如醫院門診部、獨立的治療師辦公室和綜合門診複建設施 (CORF)。</p>	<p>每次診療您要支付 \$25。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>門診手術，包括醫院門診設施和門診手術中心提供的服務</p> <p>註：如果您在醫院進行手術，那麼應當向您的醫療服務提供者諮詢您將住院還是門診。除非醫療服務提供者已撰寫醫囑以收治您住院，否則您屬於門診患者，且須為門診手術支付費用分攤。即使您在醫院過夜，也可能會被視為門診患者。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>每次門診手術中心診療您支付 \$100。</p> <p>每次醫院門診設施診療須支付 \$250。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>門診心理健康護理</p> <p>承保的服務包括：</p> <p>由州許可的精神科醫師或醫生、臨床心理學家、臨床社會工作者、臨床護理專家、執業專業顧問 (LPC)、執業婚姻與家庭治療師 (LMFT)、執業護理師 (NP)、醫師助理 (PA) 或其他適用的州法律允許的具有 Medicare 資格的心理保健專業人員提供的心理健康服務。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您為每次個人或團體治療就診支付 \$35。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>門診藥物濫用服務</p> <p>Medicare B 部分的承保範圍適用於在醫院門診部向患者提供的治療服務，這些患者例如對於因藥物濫用而出院的患者，或需要治療但不需要僅在住院醫院環境中提供的服務的患者。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您為每次 Medicare 承保個人或團體治療就診支付 \$35。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>門診診斷測試以及治療服務和用品</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none">• X 光• 輻射 (鐳和同位素) 治療，包括技術人員的材料和用品• 外科用品，例如敷料• 用於減少骨折和脫臼的夾板，石膏和其他裝置• 實驗室檢驗• 血液 - 包括儲存和管理。在使用全血、堆積紅細胞和血液所有其他成分的第一個品脫時開始承保。• 其他門診診斷性測試 <p>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</p>	<p>您所支付的費用取決於所獲得服務的類型。</p> <ul style="list-style-type: none">• 您為基本診斷檢驗、X 光檢查服務、EKG、用品、血液和實驗室服務支付 \$0。• 您需要為每項放射診斷服務支付 \$75。診斷放射學服務包括但不限於超音波、MRI 掃描、PET 掃描、核醫學研究、CT 掃描、心臟壓力測試、SPECT、脊髓造影、膀胱造影和血管造影。共付額僅適用於放射診斷服務的全球和技術組成部分。• 您需要為放射治療服務支付 20% 的共同保險。放射治療服務包括但不限於放射治療，鐳和同位素治療。20% 共同保險適用於放射治療服務的全球、技術和專業組成部分。	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>



為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>門診治療觀察</p> <p>觀察服務屬於醫院的門診服務，用以確定您是否需要住院或可以出院。</p> <p>為了讓門診治療的觀察服務獲得承保，它們必須符合 Medicare 的標準，並被視為合理且必要的措施。僅在由醫生或州許可法授權的其他醫生個人的醫囑以及醫院工作人員細則允許患者入院或下令進行門診檢查時，提供對觀察服務的承保。</p> <p>註：除非醫療服務提供者已撰寫醫囑以收治您住院，否則您屬於門診患者，且須為醫院門診服務支付費用分攤額。即使您在醫院過夜，也可能會被視為門診患者。如果您不確定自己是否屬於門診患者，應諮詢醫院工作人員。</p> <p>您還可在名為<i>您是醫院的住院患者還是門診患者？如果您有 Medicare——請詢問！</i>的 Medicare 數據表中找到更多資訊。此數據表可在以下網站找到： https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者透過撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以獲取。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可免費撥打這些號碼（每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務）。</p>	<p>您支付的費用為 \$10。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 免疫接種</p> <p>承保的 Medicare B 部分服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 肺炎疫苗 流感預防針，秋季和冬季每個流感季節一次，如果有醫療需要，還可提供其他流感預防針 乙型肝炎疫苗，如果您具有患乙型肝炎的高度或中度風險 COVID-19 疫苗 如果您處於危險之中並且符合 Medicare B 部分保險規則的其他疫苗 <p>我們還根據 D 部分處方藥福利承保了某些疫苗。</p>	<p>對於肺炎、流感、乙型肝炎疫苗和 COVID-19 疫苗，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>
<p>耐用醫療設備 (DME) 和相關用品</p> <p>(有關耐用醫療設備的定義，請參閱本文件第 12 章以及第 3 章第 7 節。)</p> <p>承保的物品包括但不限於：輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、醫療服務提供者訂購的用於居家使用的醫院病床、IV 靜脈輸液泵浦、語音生成設備、制氧設備、霧化器和助行器。</p> <p>我們承保了 Original Medicare 所承保的所有具醫療必要性的 DME。如果我們在您所在地區的供貨商未攜帶特定品牌或製造商，則可以詢問他們是否可以為您特別訂購。</p>	<p>您為每個 Medicare 承保的項目支付 20% 的共同保險。</p> <p>血糖監測器：您需要為 ACCU-CHEK® 監測器支付 \$0，以及為所有其他製造商的監測器支付 20% 的共同保險。</p> <p>有關使用耐用性醫療設備服用的藥物的更多資訊，請查看本醫療福利圖表中的 <i>Medicare B 部分處方藥</i> 章節。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您為每個 Medicare 承保的項目支付 30% 的共同保險。</p> <p>有關使用耐用性醫療設備服用的藥物的更多資訊，請查看本醫療福利圖表中的 <i>Medicare B 部分處方藥</i> 章節。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 (續)</p> <p>如果您或您的醫療服務提供者想請求非首選供貨商提供的耐用醫療設備，那麼耐用醫療設備將需要事先獲得我們的批准 (有時被稱為事先授權)。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>		
<p>內科醫生/從業人員服務，包括醫生診所診療</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在醫師診所、經認證的門診手術中心，醫院門診部或任何其他地方提供的具醫療必要性服務或手術服務 • 專科醫生提供的諮詢、診斷和治療 • 如果您的醫生要求檢查您是否需要治療，那麼由您的 POC 執行基本聽力和平衡檢查 • 某些遠距醫療 (telehealth) 服務，包括：醫師的服務可治療非急診病情，例如感冒和流感症狀、過敏、支氣管炎、呼吸道感染、鼻竇問題、皮疹、眼部感染、偏頭痛等 <ul style="list-style-type: none"> ○ 您可以選擇透過親自到訪或透過遠距醫療獲得這些服務。如果選擇透過遠距醫療獲得這些服務之一，則必須使用透過遠距醫療提供服務的網絡內醫療服務提供者。 ○ 如需更多資訊，請參閱醫療福利圖表中的 <i>其他距程醫療服務</i> 章節。 	<p>每次前往 POC 的診療您支付 \$5。</p> <p>如果由專科醫生進行診療，則每次診療須支付 \$20。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>內科醫生/從業人員服務，包括醫生診所診療 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 遠距醫療服務，為在以醫院或急重症醫院為基礎的腎透析中心、腎透析設施或會員家中的家庭透析會員每月進行與腎臟疾病有關的末期診療提供遠距保健服務 • 無論您身居何處，遠距醫療服務，用於診斷、評估或治療中風症狀 • 為患有物質使用障礙或同時發生精神健康障礙的會員提供遠距醫療服務，而無論其身 anywhere • 如果出現以下情形，遠距醫療服務將用於診斷、評估和治療精神健康障礙： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您在第一次遠距醫療就診前 6 個月內進行過面對面診療 ○ 您在接受遠距健康服務的同時，每 12 個月需要進行一次面對面診療。 ○ 對於特定情況，上述規定可以有所例外。 • Rural Health Clinics (農村衛生診所) 和 Federally Qualified Health Centers (聯邦合格健康中心) 提供的心理健康就診遠距醫療服務 • 如果屬於以下情形，與您醫生進行 5-10 分鐘的虛擬掛號 (例如透過電話或視訊聊天)： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不屬於新入保的患者且 ○ 掛號與過去 7 天內的診所就診無關且 ○ 掛號手續不會促成 24 小時內的診所診療，也不會促成最快約診 		

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>內科醫生/從業人員服務，包括醫生診所診療 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果屬於以下情形，對您發送給醫生的視訊和/或圖像進行評估，並由您的醫生在 24 小時內進行解讀和跟進： <ul style="list-style-type: none"> ○ 您不屬於新入保的患者且 ○ 掛號與過去 7 天內的診所就診無關且 ○ 評估不會促成 24 小時內的診所診療，也不會促成最快約診 • 請讓您的醫生透過電話、網際網路或電子健康記錄諮詢其他醫生 • 另一網絡內醫療服務提供者在手術前的第二意見 • 非常規牙科護理 (承保的服務僅限於頷骨或相關結構的手術，矯正頷骨或面骨的骨折，拔除牙齒以準備頷骨以治療腫瘤性腫瘤疾病的放射治療或由醫師提供的承保服務) 		
<p> 年度健康訪診</p> <p>如果您已接受 B 部分治療的時間超過了 12 個月，那麼可以進行一次年度健康診療，根據您當前的健康狀況和危險因素制定或更新個人化的預防計劃。每 12 個月承保一次。</p> <p>註：您的 <i>Welcome to Medicare</i> (歡迎加入 <i>Medicare</i>) 預防性診療後的 12 個月內不能進行首次年度健康診療。但是，在您參加 B 部分 12 個月的護理後，您不必使用 <i>Welcome to Medicare</i> 診療來承保年度健康診療。</p>	<p>年度健康診療無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>年度體檢*</p> <p>除了每年進行一次健康檢查外，您還需要每 12 個月進行一次常規體檢。此次訪診包括對您的病史和家族史的全面回顧，從頭到腳的詳細評估以及其他服務，適宜轉介與推薦。</p> <p>所訂購的任何化驗，診斷程序或其他類型的服務均不受本福利的承保，您需要為這些服務分別支付計劃的費用分攤金額。</p> <p>* 服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您支付的費用為 \$0。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> 乳癌篩檢 (乳房 X 光攝影)</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 歲至 39 歲之間的基線乳房 X 光攝影一張 • 40 歲及以上的女性每 12 個月進行一次乳房 X 光攝影篩檢 • 每 24 個月進行一次臨床乳房檢查 	<p>承保的乳房 X 光攝影篩檢無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p> 篩檢和諮詢以減少酒精濫用</p> <p>我們為一名濫用酒精但無酒精依賴的 Medicare 成人 (包括孕婦) 提供一次酒精濫用篩檢。</p> <p>如果您篩檢酒精濫用的結果呈陽性，那麼您每年最多可以參加 4 次由合格的主治醫師或從業人員在主要保健機構中進行的簡短面對面諮詢會議 (如果您在諮詢療程中有完全行為能力且保持清醒)。</p>	<p>對於由 Medicare 承保的篩檢和旨在減少酒精濫用的預防性福利的諮詢，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>善終護理</p> <p>如果您的醫生和善終醫療主管向您提供了臨終預後證明您患有絕症，且如果您的病情恢復正常，生命時限為 6 個月或更短，那麼您就有資格獲得善終福利。您可以從任何經 Medicare 認證的善終計劃中獲得護理。您的計劃有義務幫助您在計劃的服務範圍內找到 Medicare 認證的善終計劃，包括 MA 組織擁有、控制或那些擁有經濟利益的計劃。您的善終醫生可以是網絡內醫療服務提供者，也可以是網絡外醫療服務提供者。</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 控制症狀和緩解疼痛的藥物 • 短期暫息護理 • 家庭保健 <p>當您被接納進入善終護理中心時，您有權保留您的計劃；如果您選擇保留您的計劃，您必須繼續支付計劃保費。</p> <p><u>用於善終服務以及 Medicare A 或 B 部分承保的服務，且與您的臨終預後相關：</u></p> <p>Original Medicare (而非我們的計劃) 將向您的善終服務提供者支付善終服務以及與您的臨終預後相關的任何 A 部分和 B 部分服務。當您處於善終計劃時，善終醫療服務提供者將向 Original Medicare 支付 Original Medicare 所支付服務的費用。您將需要支付 Original Medicare 費用分攤費用。</p>	<p>當您入保經 Medicare 認證的善終計劃時，善終服務以及與您的臨終預後相關的 A 部分和 B 部分服務將由 Original Medicare 而非由 Blue Shield Select 支付。</p> <p>您需要為善終諮詢服務支付 \$0 (僅限一次)。</p>	<p>當您入保經 Medicare 認證的善終計劃時，善終服務以及與您的臨終預後相關的 A 部分和 B 部分服務將由 Original Medicare 而非由 Blue Shield Select 支付。</p> <p>您需要為善終諮詢服務支付 \$0 (僅限一次)。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>善終護理 (續)</p> <p><u>用於由 Medicare A 或 B 部分承保的服務，且不與您的臨終預後相關：如果您需要的 Medicare A 或 B 部分承保的非急診，非緊急需求的服務，且與您的臨終預後無關，那麼這些服務的費用取決於您是否在我們計劃的網絡中使用了醫療服務提供者並遵守計劃規則 (例如，如果需要事先獲得授權)：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務並遵循獲得服務的計劃規則，則只需支付網絡內服務的計劃分攤費用 • 如果您從網絡外醫療服務提供者處獲得承保服務，那麼您需要為網絡外服務支付計劃費用分攤 <p><u>對於 Blue Shield Select 承保的服務，但 Medicare A 或 B 部分不承保的服務：</u></p> <p>Blue Shield Select 將繼續承保 A 部分或 B 部分未承保的、以計劃承保的服務，無論其是否與您的臨終預後相關。您需要為這些服務支付計劃分攤費用。</p>		


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>善終護理 (續)</p> <p><u>對於該計劃的 D 部分福利可能承保的藥物：如果這些藥物與您的臨終關懷病情無關，您將需要支付費用分攤費用。如果這些藥物與您的臨終關懷病情有關，您將需要支付 Original Medicare 費用分攤費用。善終和我們的計劃都不會同時承保藥物。有關更多資訊，請參閱第 5 章第 9.4 節 (如果您身在經 Medicare 認證的善終醫院，將會怎麼樣)。</u></p> <p>註：如果您需要非善終護理 (與您的臨終預後無關的護理)，那麼您應當與我們聯絡以安排服務。我們的計劃包括為尚未選擇善終福利的絕症患者提供善終懷諮詢服務 (僅限一次)。</p>		
<p> 攝護腺癌篩檢檢查</p> <p>對於 50 歲及以上男性，承保服務包括以下內容 (每 12 個月一次)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 直腸指診 • 攝護腺特異性抗原 (PSA) 測試 	<p>對於年度 PSA 測試或直腸指診，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>腎臟疾病治療服務 承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 腎臟疾病教育服務，以教授腎臟護理並幫助會員做出關於其護理的知情同意決定。對於由其醫生轉介的患有第四期慢性腎臟疾病的會員，終身我們最高承保六次腎臟疾病教育服務療程 門診透析治療（包括短時不在服務區域的透析治療，如第 3 章所述，或當您的服務提供者暫時沒有空或無法到達時） 住院透析治療（如果您被收治為住院患者而接受特殊護理） 自我透析培訓（包括對您和任何幫您進行家庭透析治療的人員的培訓） 家庭透析設備和用品 	<ul style="list-style-type: none"> 您支付的費用為 \$0。 由符合資格的，經 Medicare 批准的透析醫療服務提供者收費，您需要為每種治療支付 20% 共同保險。您需要為該程序中使用的任何藥物支付 20% 共同保險。 已計入您住院治療護理的費用中。請查看此圖表的 <i>住院醫院護理</i> 部分，以瞭解有關您必須支付的費用的更多資訊。 您支付的費用為 \$0。 您支付 20% 共同保險。 	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <ul style="list-style-type: none"> 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。 已計入您住院治療護理的費用中。請查看此圖表的 <i>住院醫院護理</i> 部分，以瞭解有關您必須支付的費用的更多資訊。 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>腎臟疾病治療服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 某些家庭支援服務 (例如, 在必要時由受過訓練的透析人員進行訪視, 以檢查您的家庭透析, 在緊急情況下提供幫助並檢查您的透析設備和供水情況) <p>Medicare B 部分藥物福利承保某些透析藥物。有關 B 部分藥物保險的資訊, 請轉到此章節 Medicare B 部分處方藥。</p> <p><i>可能需要事先授權, 這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> 您支付 20% 共同保險。 	<ul style="list-style-type: none"> 您支付 40% 共同保險。
<p> 糖尿病篩查</p> <p>如果您有以下任何風險因素, 我們將進行此項篩檢 (包括空腹血糖測試): 高血壓 (高血壓病)、異常膽固醇和甘油三酸酯水準 (血脂異常), 肥胖症或高血糖 (葡萄糖) 病史。如果您符合其他要求 (例如, 超重和有糖尿病家族史), 那麼也可以進行測試。</p> <p>根據這些測試的結果, 您可能有資格每 12 個月進行兩次糖尿病篩檢。</p>	<p>承保的糖尿病篩檢測試, 無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務及用品</p> <p>適用於所有患有糖尿病的人 (胰島素和非胰島素使用者)。承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 監控血糖的用品：血糖儀、血糖試紙、刺血針裝置和刺血針以及用於檢查試紙和監護器準確性的血糖控制解決方案。• 對於患有嚴重糖尿病足病的糖尿病患者：每一日歷年治療定制模制鞋一雙 (包括隨這種鞋提供的襯墊) 和兩雙附加襯墊，或一雙深型鞋和三雙襯墊 (不包括隨這種鞋提供的非定制可拆卸襯墊)。保險包括試穿。• 糖尿病自我管理培訓在某些條件下會被承保。 <p>對於試紙和血糖監測器，首選製造商是 Roche Diagnostics。ACCU-CHEK® (由 Roche Diagnostics 生產) 試紙和血糖監測器不需要您的醫生事先獲得本計劃的批准 (有時被稱為事先授權)。所有其他製造商的試紙和血糖監測器需要您的醫生事先獲得本計劃的批准 (有時被稱為事先授權)。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您為糖尿病用品 (血糖監測器除外)，糖尿病服務和糖尿病自我管理培訓支付 \$0。</p> <p>對於血糖監測器，請查看本醫療福利圖表的耐用醫療設備和相關用品章節。</p>	<p>您需要為糖尿病自我管理培訓支付 40% 共同保險。</p> <p>您需要為糖尿病服務和用品 (血糖監測器除外) 支付 20% 共同保險。</p> <p>對於血糖監測器，請查看本醫療福利圖表的耐用醫療設備和相關用品章節。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>聽力服務</p> <p>由您的醫療服務提供者進行的診斷性聽力和平衡評估，會確定當由醫師、聽覺醫師或其他合格提供者提供時，您是否需要視作門診護理而承保的醫學治療。</p> <p>常規 (非 Medicare 承保) 聽力檢查*</p> <p>助聽器*</p> <p><i>需要您醫療服務提供者的事先授權。</i></p> <p>*服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<p>您為 Medicare 承保的診斷性聽力檢查支付 \$0。</p> <p>您為常規聽力檢查支付 \$0。</p> <p>每兩年，您將獲得高達 \$1,000 的償還，用於購買兩個助聽器以及兩個助聽器驗配和評估 (適用於雙耳組合)。您可以從您選定的醫療服務提供者處獲得助聽器。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您為 Medicare 承保的診斷性聽力檢查支付 40% 共同保險。</p> <p>您為常規聽力檢查支付 40% 的共同保險。</p> <p>每兩年，您將獲得高達 \$1,000 的償還，用於購買兩個助聽器以及兩個助聽器驗配和評估 (適用於雙耳組合)。您可以從您選定的醫療服務提供者處獲得助聽器。</p>
<p> 心血管疾病測試</p> <p>每 5 年 (60 個月) 進行一次血液測試以檢測心血管疾病 (或與心血管疾病風險升高相關的異常情況)。</p>	<p>對於每 5 年承包一次的心血管疾病檢測，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>心臟復健服務</p> <p>滿足特定條件並經醫生指示的會員可參加包括運動、教育和諮詢在內的綜合心臟康復服務計劃。該計劃還承保了強化心臟康復計劃，該計劃通常比心臟康復計劃更為嚴格或更為強化。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<p>您每次心臟康復服務需支付 \$30。</p> <p>您每次支付 \$50 的費用，以接受強化心臟康復服務。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 性傳播感染 (STI) 篩檢以及諮詢以預防 STI</p> <p>我們承保了衣原體、淋病、梅毒和乙型肝炎的性傳播感染 (STI) 篩檢。這些篩檢適用於孕婦和某些由主治醫師要求進行檢測的 STI 風險較高的人群。我們每 12 個月或在懷孕期間的某些時間承保這些檢查一次。</p> <p>我們還為性活躍成年人 (每年增加 STI 風險) 承保最多兩次 20 至 30 分鐘的面對面的高強度行為諮詢療程。如果這些諮詢療程是由主治醫師提供並在主要護理機構 (例如醫生診所) 施行的, 則僅視作預防性服務提供。</p>	<p>對於由 Medicare 承保的、用於 STI 篩檢和適用於 STI 預防性福利的諮詢, 無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>牙科服務</p> <p>通常, Original Medicare 不承保預防性牙科服務 (例如洗牙, 常規牙科檢查和 X 光檢查)。然而, 目前 Medicare 目前在少數情形下支付牙科服務費用, 具體而言, 僅當在該服務是受益人主要醫療狀況特定治療的一部分時才支付。某些示例包括骨折或受傷後的顎骨重建、為顎骨癌症放射治療做準備而進行的拔牙、或腎臟移植前的口腔檢查。</p> <p>此外, 我們還承保部分診斷和預防性牙科服務*。</p>	<p>有關 Medicare 承保的牙科服務, 請查看醫療福利圖表之後的醫師/從業醫師服務, 包括醫生診所就診章節。</p> <p>請查看常規牙科福利程序圖表以獲得承保的牙科程序清單, 以及每項承保的牙科程序所需支付的費用。</p>	<p>有關 Medicare 承保的牙科服務, 請查看醫療福利圖表之後的醫師/從業醫師服務, 包括醫生診所就診章節。</p> <p>請查看常規牙科福利程序圖表以獲得承保的牙科程序清單, 以及每項承保的牙科程序所需支付的費用。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>牙科服務 (續)</p> <p>常規牙科福利程序圖表 (位於本章醫療福利表後面) 顯示了此福利承保的具體診斷和預防性牙科程序。在由有持照牙醫提供, 以及在必要時慣常情況 (由公認的牙科診所的標準確定) 時, 所列服務屬於承保的福利。有關如何獲得承保服務的資訊, 載明於常規牙科福利程序圖表之後。</p> <p>並非所有的承保服務都適用於所有人。您應該依賴您的網絡牙醫來確定適合您的護理。例行牙科護理的牙科供應者網絡僅限於普通牙科醫生網絡; 此網絡中沒有專科醫生。</p>		
<p> 眼科保健</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 門診醫師服務用於眼科疾病和眼損傷的診斷和治療, 包括與年齡有關的黃斑變性的治療。Original Medicare 不承保眼鏡/隱形眼鏡的常規眼科檢查 (眼屈光檢查)。 對於青光眼高危人群, 我們每年將進行一次青光眼篩檢。青光眼高危人群包括: 有青光眼家族史的人士, 糖尿病患者, 50 歲及以上的非裔美國人和 65 歲或以上的西班牙裔美國人 對於糖尿病患者, 每年檢查一次糖尿病性視網膜病變 每次白內障手術 (包括嵌入人工晶體) 後一對眼鏡或隱形眼鏡。(如果您有兩次單獨的白內障手術, 則您不能在第一次手術後保留該福利, 而在第二次手術後不能購買兩個眼鏡。) 	<ul style="list-style-type: none"> 每次診療您支付 \$20。 您支付的費用為 \$0。 您支付的費用為 \$0。 您支付的費用為 \$0。 	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <ul style="list-style-type: none"> 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>眼科保健 (非 Medicare 承保) *</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> 常規眼科檢查，包括屈光測定和處方眼鏡鏡片。 如果醫療服務提供者建議採取其他程序，則您有責任支付其他費用。隱形眼鏡檢查需要支付額外費用。您有責任支付額外費用。 鏡架和眼鏡鏡片 (包括單光鏡片、鏡片、三光、多焦點和老花鏡鏡片) 或隱形眼鏡。 <p>不需要事先授權 (預先批准)。請使用《眼科名錄》或轉到 blueshieldca.com/find-a-doctor 來查找參與 Vision Service Plan (VSP, 眼科服務計劃) (Blue Shield 眼科計劃管理員) 網絡的醫療服務提供者。</p> <p>如果由您選擇，您可以找不屬於 Blue Shield Select 網絡內醫療服務提供者的驗光師或眼鏡師看診。但是，您可能無法從醫療服務提供者和非網絡提醫療服務提供者處獲得相同的服務。如果您選擇非網絡提醫療服務提供者，那麼您有資格獲得所提供服務的部分償還，除非您已達到了所尋求的眼科服務的福利限額。</p> <p>請致電客戶服務部以索取償還表格，以及有關要求償還的更多資訊。</p> <p>* 服務不適用於該計劃的最高付現額限制。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 使用網絡內醫療服務提供者時，每 12 個月您需要為一次檢查支付 \$0。 使用網絡內醫療服務提供者時，您每 24 個月需為一副鏡架支付 \$0 (最高計劃福利承保金額為 \$250)。如果您選擇價格高於 \$250 的鏡架，那麼您將自行承擔差額。 使用網絡內醫療服務提供者時，每 12 個月您需要為一副處方眼鏡鏡片 (無論是何種規格或度數)，或是一副多焦點鏡片或隱形眼鏡 (最高定價至 \$250 的隱形眼鏡檢查服務和材料) 支付 \$0。如果您選擇價格高於 \$250 的隱形眼鏡檢查服務和材料，那麼您將自行承擔差額。 	<ul style="list-style-type: none"> 每 12 個月償付一次檢查最高 \$30 的費用。 每 24 個月償付一副鏡架最高 \$30 的費用。 每 12 個月償付您一副處方鏡片 (無論是何種規格或度數)，或是一副多焦點鏡片或隱形眼鏡最高 \$35 的費用。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p> 醫學營養療法</p> <p>此好處適用於患有糖尿病，腎（腎臟）疾病（但不接受透析）的人士，或在您醫生指示的情況下進行腎臟移植後的人。</p> <p>在您享受 Medicare 的醫療營養治療服務（包括我們的計劃，任何其他 Medicare Advantage 計劃或 Original Medicare）的頭一年，我們提供 3 個小時的一對一諮詢服務，之後每年按 2 個小時。如果您的病情，治療或診斷發生變化，您可以按照醫生的指示接受更多小時的治療。如果您需要在下一個日曆年進行治療，則醫生必須開出這些服務的處方，並每年續簽醫囑。</p>	<p>對於有資格參加由 Medicare 承保的醫學營養治療服務的會員，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>醫院門診服務</p> <p>我們承保您因診療疾病或損傷而在醫院門診部獲得的醫療上必要之服務。</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 在急診部或門診部獲得的服務，如觀察服務或門診手術 <ul style="list-style-type: none"> • 醫院收取的實驗室和診斷測試費用 	<ul style="list-style-type: none"> • 您每次急診室就診需支付 \$100（如果您因同一病情在一天內入院，則可減免）。 <p>每次醫院門診設施診療須支付 \$250。</p> <p>觀察服務您需要支付 \$10。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您支付的費用為 \$0。 	<ul style="list-style-type: none"> • 您每次急診室就診需支付 \$100（如果您因同一病情在一天內入院，則可減免）。 <p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每次醫院門診設施或用於觀察服務您支付 40% 共同保險。 • 您支付 40% 共同保險。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>醫院門診服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 心理保健，包括部分住院治療中的保健，如果醫生證明沒有住院將需要住院治療 • 醫院收取的 X 光和其他放射學服務費用 • 醫療用品，例如夾板和石膏 • 某些篩檢和預防性服務 • 您無法為自己給藥的某些藥物和生物製劑 <p>註：除非醫療服務提供者已撰寫醫囑以收治您住院，否則您屬於門診患者，且須為醫院門診服務支付費用分攤額。即使您在醫院過夜，也可能會被視為門診患者。如果您不確定自己是否屬於門診患者，應諮詢醫院工作人員。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次診療您要支付 \$35。 • 請查看以上的門診診斷測試以及治療服務和用品章節。 • 您支付的費用為 \$0。 • 您支付的費用為 \$0。 • 您支付 20% 共同保險。 	<ul style="list-style-type: none"> • 您支付 40% 共同保險。 • 您支付 40% 共同保險。 • 您支付 30% 共同保險。 • 您支付 40% 共同保險。 • 您支付 40% 共同保險。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>醫院門診服務 (續)</p> <p>您還可在名為 <i>您是醫院的住院患者還是門診患者? 如果您有 Medicare——請詢問!</i> 的 Medicare 數據表中找到更多資訊。此數據表可在以下網站找到： https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者透過撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以獲取。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。您可免費撥打這些號碼 (每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務)。</p> <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>		
<p> 憂鬱症篩檢</p> <p>我們每年承保一次憂鬱症篩檢。篩檢必須在可提供後續治療和/或轉介的主要護理機構中進行。</p>	<p>對於年度憂鬱症篩檢，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>針灸治療慢性腰痛</p> <p>承保的服務包括：</p> <p>在以下情況下，Medicare 受益人最多可在 90 天內進行 12 次診療：</p> <p>為此福利之目的，慢性下腰痛定義為：</p> <ul style="list-style-type: none">• 持續 12 週或更長時間；• 非特異性的，因其無可識別的全身性原因（即與轉移性、炎症性、傳染性疾病等無關）；• 與手術無關；以及• 與妊娠無關。 <p>對於那些表現出改善的患者，還將另外進行八個療程。每年不得超過 20 種針灸療法。</p> <p>如果患者沒有改善或出現退化，則必須中止治療。</p> <p>醫療服務提供者要求：</p> <p>醫師（如《社會安全法》（下稱《法案》）第 1861(r)(1) 條所定義）可根據適用的州要求提供針灸服務。</p>	<p>您需要為所有 Medicare 承保的服務支付 \$0。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>


為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>針灸治療慢性腰痛 (續)</p> <p>醫師助理 (PA)、執業護士 (NP)/臨床護理專家 (CNS) (如法案 1861(aa) (5) 中所述) 和輔助人員如果符合所有適用的州要求並具備以下條件, 則可以提供針灸服務:</p> <ul style="list-style-type: none">• 獲得針灸及東方醫學認證委員會 (ACAOM) 認可的學校的針灸或東方醫學碩士或博士學位; 且• 擁有在美國的州、領地或聯邦 (即波多黎各) 或哥倫比亞特區執業的當前、完整、有效且不受限制的針灸執照。 <p>根據我們《美國聯邦法規》42 CFR §§ 410.26 和 410.27 的規定, 提供針灸的輔助人員必須在醫生、PA 或 NP/CNS 的適當監督下進行。</p> <p>福利透過與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 所簽的合約提供。有關更多資訊, 或要查找 ASH Plans 參與醫療服務提供者, 您可以致電 ASH Plans, 電話號碼為 (800) 678-9133 [TTY: 711], 服務時間: 4 月 1 日至 9 月 30 日的工作日上午 5 點至晚上 8 點; 10 月 1 日至次年 3 月 31 日的每週七天上午 8 點至晚上 8 點。您還可以致電 Blue Shield Select 客戶服務部或造訪 blueshieldca.com/find-a-doctor 以找到 ASH Plans 參與醫療服務提供者。</p>		

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>住院：在非承保專業護理機構 (SNF) 住院期間在 SNF 中獲得的承保服務</p> <p>如果您用完了專業護理機構 (SNF) 的福利，或者如果專業護理機構 (SNF) 的住宿不合理且沒有必要，我們將不承保您的專業護理機構 (SNF) 的住宿。儘管如此，但是，在某些情況下，當您身處專業護理機構 (SNF) 之中時，我們將為您提供某些服務。承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 醫師服務 • 診斷測試 (如化驗室測試) • X 光、鐳和同位素療法，包括技術人員的材料和服務 • 手術敷料 • 用於減少骨折和脫臼的夾板，石膏和其他裝置 <p>替換身體內部器官 (包括連續組織) 的全部或部分，或永久失效或發生故障的身體內部器官的全部或部分功能的假肢和矯形器 (牙科除外)，包括此類設備的更換或修理</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您為每次 POC 診療支付 \$5 且每次專科醫生診療 \$20。 • 您支付的費用為 \$0。 • 請查看以下的門診診斷測試以及治療服務和用品章節。 • 您支付 20% 共同保險。 • 您支付的費用為 \$0。 • 您支付 20% 共同保險。 	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您支付 40% 共同保險。 • 您支付 40% 共同保險。 • 請查看以下的門診診斷測試以及治療服務和用品章節。 • 您支付 40% 共同保險。 • 您支付 30% 共同保險。 • 您支付 30% 共同保險。

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>住院：在非承保專業護理機構 (SNF) 住院期間在 SNF 中獲得的承保服務 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 腿、臂、後背和頸托；桁架；義肢（腿、手臂）和眼睛，包括由於破損、磨損、丟失或患者身體狀況發生變化而需要進行的調整、修復和替換 物理療法，言語療法和職業療法 <p><i>可能需要事先授權，這是您的醫療服務提供者的責任。</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> 您支付 20% 共同保險。 每次診療您要支付 \$25。 	<ul style="list-style-type: none"> 您支付 40% 共同保險。 您支付 40% 共同保險。
<p>住院治療護理</p> <p>包括住院急診、住院康復、長期護理醫院以及其他類型的住院醫院服務。住院醫院護理從您根據醫囑正式入院的那天開始。您出院的前一天是您的最後住院日。</p> <p>每次住院天數沒有限制。承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> 半私人房間（如果有醫療需要，則為私人房間） 膳食包括專屬飲食 定期護理服務 特殊護理單位（例如重症監護或冠狀動脈護理單位）的費用 藥物以及藥物治療 化驗室測試 X 光和其他放射學服務 必要的手術和醫療用品 使用輪椅等用具 手術室和康復室費用 物理、職業和言語治療 住院藥物濫用服務 	<p>對於在網絡內醫院 Medicare 承保的每次住院，您須支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> 第 1 至 7 天，每天須支付 \$200。 第 8 天及以上，每天須支付 \$0。 <p>如果您在緊急情況穩定下來後在網絡外醫院獲得了經授權的住院治療，那麼您的費用就是您將在網絡醫院中支付的費用分攤。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 30% 共同保險。</p> <p>如果您在緊急情況穩定下來後在網絡外醫院獲得了經授權的住院治療，那麼您的費用就是您將在網絡醫院中支付的費用分攤。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>住院治療護理 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在在某些情況下，將承保以下類型的移植：角膜、腎臟、腎-胰腺、心臟、肝臟、肺、心/肺、骨髓、幹細胞以及腸/多臟器。如果您需要進行移植，我們將安排由 Medicare 批准的移植中心對您的個案進行審查，該中心將決定您是否適合進行移植。移植醫療服務提供者可以在本地或服務區域之外。如果我們的網絡內移植服務不在小區護理模式範圍內，那麼您可以選擇去本地，只要當地移植醫療服務提供者願意接受 Original Medicare 保險費率即可。如果 Blue Shield Select 在您所在小區的移植護理模式之外的地方提供移植服務，且您選擇在此較遠地點進行移植，我們將為您和同伴安排或支付適當的住宿和交通費用。† 血液 - 包括儲存和管理。在使用全血、堆積紅細胞和血液所有其他成分的第一個品脫時開始承保。 醫師服務 <p>註：若要被視為住院患者，您的醫療服務提供者必須寫一份醫囑以正式收治您為醫院的住院患者。即使您在醫院過夜，也可能會被視為門診患者。如果您不確定自己是否屬於住院患者或者門診患者，應諮詢醫院工作人員。</p>		

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>住院治療護理 (續)</p> <p>您還可在名為<i>您是醫院的住院患者還是門診患者？如果您有 Medicare——請詢問！</i>的 Medicare 數據表中找到更多資訊。此數據表可在以下網站找到： https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 或者透過撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 以獲取。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。您可免費撥打這些號碼 (每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務)。</p> <p>† 僅當您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者事先獲得我們的批准 (有時稱為事先授權) 時，才會承保移植。</p>		
<p>專業護理機構 (SNF) 護理</p> <p>(有關專業護理機構護理的定義，請參閱本文件的第 12 章。專業護理機構有時也被稱為 SNF。)</p> <p>承保的服務包括但不限於：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 半私人病房 (如果有醫療需要，則為私人房間) • 膳食包括專屬飲食 • 專業護理服務 • 物理治療、職業治療和言語治療 • 作為您的醫療保健計劃的一部分，為您施打的藥物 (包括體內天然存在的物質，例如凝血因子)。 • 血液 - 包括儲存和管理。在使用全血、堆積紅細胞和血液所有其他成分的第一個品脫時開始承保。 • SNF 常規提供的醫療與外科用品 	<p>對於經 Medicare 認證的專業護理機構的每次住宿，您需要支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 至 20 天，每天須支付 \$0 • 第 21 至 100 天，每天須支付 \$178 <p>如果您超出了為期 100 天的限制，則您將承擔所有費用。</p> <p>當網絡內醫療服務提供者協調您的入院情況時，Blue Shield Select 將豁免 Medicare 所提出的、獲取</p>	<p>對於經 Medicare 認證的專業護理機構的每次住宿，在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p> <p>如果您超出了為期 100 天的限制，則您將承擔所有費用。</p> <p>當網絡內醫療服務提供者協調您的入院情況時，Blue Shield Select 將豁免 Medicare 所提出的、獲取保險資格的為期 3 天的提前住院。</p>

為您承保的服務	獲得這些網絡內服務時必須支付的費用	獲得這些網絡外服務時必須支付的費用
<p>專業護理機構 (SNF) 護理 (續)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SNF 常規提供的化驗 • SNF 常規提供的 X 光和其他放射學服務 • 使用 SNF 常規提供的輪椅等設備 • 內科醫生/從業人員服務 <p>通常，您將從網絡設施獲得 SNF 護理。但是，在以下列出的某些情形下，如果該設施接受了我們計劃的付款金額，那麼您可以為非網絡內醫療服務提供者的設施支付網絡內的費用分攤。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 您去醫院之前居住的養老院或持續護理退休小區 (只要該機構提供專業護理設施護理) <p>您離開醫院時配偶或家庭伴侶所居住的 SNF</p>	<p>保險資格的為期 3 天的提前住院。</p>	
<p> 子宮頸癌和陰道癌篩檢</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 適用於所有女性：每 24 個月承保一次子宮頸抹片檢查和骨盆檢查 • 如果您極有可能患上子宮頸癌或陰道癌，或者您已達到育齡年齡且在過去 3 年中進行了異常巴氏檢測：每 12 個月進行一次巴氏檢測 	<p>對於由 Medicare 承保的預防性子宮頸癌和骨盆檢查，無共同保險、共付額或自付額。</p>	<p>您支付 40% 共同保險。</p>
<p>足部治療服務</p> <p>承保的服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 足部受傷和疾病 (例如腳趾或腳跟骨刺) 的診斷以及醫學或外科治療。 • 適用於患有某些影響下肢的身體狀況的會員的常規足部護理 	<p>每次診療您要支付 \$25。</p>	<p>在支付年度 \$750 自付額後：</p> <p>您支付 40% 共同保險。</p>

常規牙科福利程序圖表

此計劃包含提供給所有會員均的常規牙科福利，並承保診斷和預防服務。

下方的**常規牙科福利程序圖表**顯示了由網絡內牙科服務提供者免費為您執行的常規牙科福利所承保的特定牙科程序。在由有持照牙醫提供，以及在必要時慣常情況（由公認的牙科診所的標準確定）時，所列服務屬於承保的福利。

重要資訊：請注意，未列出的程序不受承保。

重要資訊：在任何情況下（也被稱為除外條款），均不承保某些牙科服務，而僅在特定條件下（也被稱為限制條件）才承保某些牙科服務。

請參閱此福利圖表後列出的「一般限制」和「一般除外」以瞭解更多資訊。

服務基於當前的牙科術語在 American Dental Association (ADA, 美國牙科協會) 程序代碼中列出。美國聯邦法律要求使用 ADA 代碼來報告牙科程序。ADA 可能會不時修改程序代碼。該計劃可能會根據法律要求修改此代碼列表。您可在週一至週五上午 8 點至下午 5 點（節假日除外）聯，透過免費電話 (888) 679-8928 [TTY: 711]，聯絡牙科計劃管理員 (DPA) 客戶服務部，以取得更新的 ADA 代碼列表。

		您必須支付的費用	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內牙醫	網絡外牙醫
診斷服務			
D0120	定期口腔評估 - 複診患者	0%	20%
D0140	有限口腔評估 - 以問題取向	0%	20%
D0150	綜合口腔評估 - 初次診療或複診患者	0%	20%
D0160	詳細而廣泛的口腔評估 - 以問題取向，根據報告	0%	20%
D0170	重新評估 - 有限，以問題取向（複診患者；不進行術後診療）	0%	20%
D0180	綜合牙周服務評估 - 初次診療或複診患者	0%	20%
D0210	口腔內 - 完整系列的放射影像	0%	20%
D0220	口腔內 - 根尖周第一次放射影像	0%	20%

ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	您必須支付的費用	
		網絡內牙醫	網絡外牙醫
D0230	口腔內 - 根尖周每次額外放射影像	0%	20%
D0240	口腔內 - 咬合放射影像	0%	20%
D0270	咬翼片 - 單次放射影像	0%	20%
D0272	咬翼片 - 兩次放射影像	0%	20%
D0273	咬翼片 - 三次放射影像	0%	20%
D0274	咬翼片 - 四次放射影像	0%	20%
D0330	全景放射影像	0%	20%
D0340	2D 頭顱放射影像 - 採集、測量和分析	0%	20%
D0350	2D 口腔內或口腔外獲得的口腔/面部攝影影像	0%	20%
D0372	口腔內 - 完整系列的放射影像	0%	20%
D0373	口腔內斷層攝影 - 咬合翼片放射影像	0%	20%
D0374	口腔內斷層攝影 - 根尖周放射影像	0%	20%
D0387	口腔內斷層攝影 - 完整系列的放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0388	口腔內斷層攝影 - 咬合翼片放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0389	口腔內斷層攝影 - 根尖周放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0431	輔助診斷前測試，有助於檢測黏膜異常情況（包括癌前病變和惡性病變），但不包括細胞學或活檢程序	0%	20%
D0460	牙髓活力測試	0%	20%
D0470	診斷性牙頷模	0%	20%
D0480	剝離細胞學刮片的取得、顯微鏡檢查的準備和書面報告的遞送	0%	20%
D0601	齲齒風險評估和記錄，結果為低風險	0%	20%

ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	您必須支付的費用	
		網絡內牙醫	網絡外牙醫
D0602	齲齒風險評估和記錄，結果為中風險	0%	20%
D0603	齲齒風險評估和記錄，結果為高風險	0%	20%
D0701	全景放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0702	2D 頭顱放射影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D0703	2D 口腔內或口腔外獲得的口腔/面部攝影影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D0705	口腔外後牙科放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0706	口腔內 - 咬合放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0707	口腔內 - 根尖周放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0708	口腔內 - 咬合翼片放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0709	口腔內 - 完整系列的放射影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D9310	會診 - 由牙醫或醫師提供的診斷服務，而非向牙醫或醫師請求	0%	20%
D9995	遠距牙科治療 - 同步；即時評估	0%	20%
D9996	遠距牙科治療 - 非同步；儲存資訊並轉發給牙醫以進行後續審查	0%	20%
預防性服務			
D1110	預防性洗牙 - 成人	0%	20%
D1206	局部塗敷氟化物清漆	0%	20%
D1208	局部塗敷氟化物 - 除清漆外	0%	20%
D1310	營養諮詢，用以管控牙齒疾病	0%	20%
D1330	口腔衛生指導	0%	20%
D1351	密封劑 - 每顆牙齒	0%	20%
D1352	中度至高度齲齒風險患者的預防性樹脂修復 - 恆牙	0%	20%
D1353	密封劑修復 - 每顆牙齒	0%	20%

ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	您必須支付的費用	
		網絡內牙醫	網絡外牙醫
D1355	防齲藥物的應用 – 每顆牙齒	0%	20%
D1575	遠距導引板間隙保持器 - 固定式，單側 1 – 每個像限	0%	20%

註：由於 Blue Shield of California 每年與 Medicare 簽訂合約，因此這些常規牙科福利可能在明年不再提供。

獲取常規牙科保健

簡介

Blue Shield 的牙科計劃由簽約的牙科計劃管理員 (DPA) 管理，該實體與 Blue Shield 簽約以透過簽約牙醫網絡管理牙科服務的交付。如果您對此牙科部分的資訊有任何疑問、需要協助或有任何問題，您可以聯絡 DPA 客戶服務部，電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]，服務時間為週一至週五上午 5 點至下午 8 點（節假日除外）。

獲取常規牙科服務前

您可以從網絡內和網絡外牙醫中進行選擇。不過，如果您選擇前往網絡內牙醫以求降低費用，那麼您有責任確保您選擇的牙醫屬於網絡內牙醫。

註：網絡內牙醫的狀況可能會有所變動。為防止參與牙醫清單已發生更改，您有責確定您所選的網絡內牙醫目前是否為合約牙醫。您所在地的網絡內牙醫清單可透過聯絡 DPA 客戶服務部的免費電話來獲取，電話號碼：**(888) 679-8928** [TTY: 711]，服務時間為週一至週五上午 5 點至下午 8 點（節假日除外）。

前往您的牙醫診療

請致電任何網絡內或網絡外的全科牙醫或專科醫生進行約診。如果您對診所何時開放有疑問，請直接致電牙科診所。

在開始治療之前，您的牙醫會設計一個治療計劃，以滿足您的個人需求。最好是在開始治療之前，與您的牙醫討論您的治療計劃和財務責任。

牙科福利是專門為您使用網絡內牙醫而設計。網絡牙醫同意接受 DPA 的付款，以及您支付的任何適用的自付額和共同保險，作為承保服務的全額付款。本文件不用於網絡外牙醫。請參閱下文的 **會員費用分攤** 章節，以便瞭解可能產生的其他費用。

註： 未能遵守常規牙科約診規定的會員可能會發現，他們需要或需要提供諸如定期洗牙之類的常規護理之前，需要進行牙周刮治及根面平整的服務。

會員費用分攤

網絡內牙醫免費為您提供常規診斷和預防性牙科服務。如果您選擇去網絡外牙醫，您的付現額將會更高。

牙科醫療服務提供者可能會在稍後向您收取共同保險費用（費用的百分比）。共同保險金額載明於 **常規牙科福利程序圖表** 中。同時，您將需要支付共同保險以外的其他費用。您所獲得的最高承保範圍內的最高償還額可能會大大低於賬單金額。您應承擔償還額與網絡外牙醫開具的費用之間的所有差額以及適用的共同保險的責任。因此，從網絡內牙醫處獲取牙科服務對您較為有利。

急診牙科護理

這項計劃不支付緊急或緊急牙科護理服務的福利。

轉移到另一位牙醫

如果您對所選的或當前所就診的牙醫都不滿意，那麼您可以選擇另一位牙醫。您無需聯絡 Blue Shield Select 或 DPA 客戶服務部來更換牙醫。不過，如果您需要選擇其他網絡牙醫的幫助，只需透過聯絡 DPA 的客戶服務部的免費電話，電話號碼：
(888) 679-8928 [TTY: 711]。

註： 如果您在想轉帳給另一個牙醫時欠了您現在的牙醫任何一筆錢，您必須先和您現在的牙醫結清您的賬戶。如果您轉帳給新牙醫，則可能需要為複製 X 光和轉移其他記錄支付象徵性的費用給新牙醫。

鑒於 DPA 不得出於任何原因強迫或要求簽約牙醫治療任何會員，因此 DPA 將在故障或無法建立有效的醫患關係時通知 Blue Shield Select。

Blue Shield Select 將與您和 DPA 展開合作，以便解決問題或選擇另一名牙醫。如果由於故障或無法建立有效的醫患關係而需要選擇另一位牙醫，則可免除複製和轉移 X 光或其他記錄的費用。但是，常規會員發起的向新牙醫的轉移，需要支付複製和轉移 X

光或其他記錄的費用。您可以聯絡 DPA 客戶服務部，電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]，以瞭解更多資訊。

如果您的牙醫不再與 Blue Shield Select DPA 簽約

如果您所選擇的網絡內牙醫因無法履行或違反合同而無法繼續與 DPA 簽訂合約 (或者 DPA 取消了合約)，DPA 會至少在牙醫有效終止日期前 30 天通知您，以便您選擇其他牙醫。

如果 DPA 通知您出於這個原因需要選擇其他牙醫，則可免除複製和轉移 X 光或其他記錄的費用。

如果您有其他牙科計劃

如果您有兩個網絡計劃，您可以使用 DPA 管理並包含在 Blue Shield Select 承保範圍或其他網絡計劃中的牙科福利，但不能同時使用兩者。

如果您為兩個計劃選擇的牙科診所相同，且費用分攤金額不同，則診所將向您收取與您在服務時出示的計劃 ID 卡相關的費用分攤金額。

解決分歧

如果您對自己的牙科計劃福利有任何疑問，您可以聯絡 DPA 客戶服務部的免費電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]。您還可以致電 Blue Shield Select 客戶服務部 (本手冊的封底印有電話號碼)。

如果您的問題沒有得到完全解決，您有權向 Blue Shield of California 提出上訴或申訴。請轉到第 9 章：*如果您有問題或投訴 (保險決定、上訴、投訴) 時您可採取的行動*，以瞭解如何提出上訴或申訴的更多資訊。

常規牙科計劃的一般限制條件

1. 口腔評估每 6 個月限 1 次 (D0120)。
2. 咬合翼片每 6 個月限兩個系列 (D1206)。
3. 預防治療限制為每 6 個月一次 (D1110)。

4. 咬合翼片 X 光檢查僅限每六個月進行一個系列 (D0270、D0272、D0273 和 D0274)。
5. 全口 X 光和/或全景類型膠片限制為每 24 個月連續拍攝一次。全口 X 光系列被定義為至少 6 張根尖周底片加上咬合翼片 X 光 (D0330)。
6. 密封劑僅限每顆牙齒每連續 36 個月使用一次 (D1351)。

常規牙科計劃的一般除外條款

1. 所有處方藥和非處方藥。
2. 緊急和急診服務。
3. 近親或通常居住於會員房子中的會員所執行的服務收費。
4. 任何政府機構 (包括任何外國政府) 都要為其付款的治療。
5. 不被保留的牙科預約費用。
6. 在簽約醫療服務提供者的診所之外的治療機構中施行的牙科服務和任何相關費用, 均不受承保 (即醫院、門診機構、門診診所、外科中心等)。
7. 因任何故意造成的自身傷害而收取的服務費用。
8. 上文中的「ADA 服務描述」圖表是對承保範圍的明確聲明, 並且取代所有其他材料。任何未被明確列在承保範圍內的牙科服務均被排除在承保範圍之外, 無論是否有任何其他書面材料提出或暗示。
9. 由並未獲得州執照或證書, 可提供保健服務的個人或實體或未在此等執照或證書許可範圍內營運的個人或實體所提供的服務, 此處列明者除外。

第 2.2 節 您可購買額外的可選補充福利

我們的計劃提供了部分額外福利, 這些額外福利不受 Original Medicare 承保, 且未包含在您的福利套餐中。這些額外福利稱為**可選補充福利**。如果您想要這些可選補充福利, 則必須就其註冊, 然後可能需要為其支付額外的保費。本章節中介紹的可選補充福利與其他任何福利相同, 均受同一上訴程序的約束。

Blue Shield 為 Blue Shield Select 會員提供一種可選補充福利牙科 PPO 計劃。此計劃允許您從網絡內和網絡外的牙醫中進行選擇，用於每月 \$45.00 的保費。

小秘方：可透過多種方式支付保費。您可按照第 1 章第 4.2 節中列出的所有相同方式付款。

Blue Shield Select 可選補充 Dental PPO 計劃

Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 計劃由簽約的牙科計劃管理員 (DPA) 管理，該實體與 Blue Shield 簽約以透過簽約牙醫網絡管理牙科服務的交付。DPA 還與 Blue Shield 簽約，以充當理賠管理員來處理從網絡外牙醫處收到的服務理賠。

入保 Blue Shield Select 可選補充 Dental PPO 計劃

若要入保可選補充牙科 PPO 計劃，您應當在 Blue Shield Select 入保時在註冊表格上指明了您的選擇，以購買此計劃。藉助可選的補充牙科 PPO 計劃，您無需選擇網絡內牙醫即可註冊。如果您已經是 Blue Shield Select 會員，您只需在本文件封底的電話上致電客戶服務部以獲取註冊表格，即可添加可選補充牙科 PPO 保險。您可以在一年中的任何時候首次添加此保險。

從 Blue Shield Select 可選補充 PPO 計劃中退保

在當年的任何時候，您可從可選補充牙科 PPO 計劃中退保。您可以郵寄或傳真給我們一封已署名信，要求從可選補充牙科 PPO 計劃退保，或者您可致電客戶服務部以索取退保表格。您的信中必須明確表明您希望從可選補充牙科 PPO 計劃中退保，並在會員 ID 卡附上您的工整書寫姓名和會員 ID 號。在該月份的最後一天收到的退保請求將在下個月的第一天生效。如果在一個月的最後一天之後收到取消註冊請求，則會員將負責其可選補充牙科 PPO 計劃的保費。

對於到期時未能支付所需的每月保費情形，您可被從可選補充牙科 PPO 計劃中退保。您的保費在您保險期月份前一個月的最後一天到期。如果我們在一個月的最後一天還沒有收到您的保費，我們將向您發送通知——旨在告知您，如果在 3 個月的寬限期內未收到所有應繳的保費，您的可選補充牙科 PPO 補充計劃會員資格將被終止。您將對在這 3 個月寬限期內產生的保費負責。

在我們終止您的可選補充牙科 PPO 補充計劃會員資格時，您可能仍欠我們尚未支付的保費。您需要先支付欠款，然後才能重新入保該計劃。

在您退保之日起的十 (10) 個日曆日內，我們將向您發送通知，確認終止保險日期以及保險終止的具體日期。

從可選補充牙科 PPO 計劃中退保，將不會導致您從 Blue Shield Select 中退保。不支付可選補充牙科 PPO 計劃的計劃保費，並不會導致從 Blue Shield Select 中退保，而只會導致可選補充牙科 PPO 計劃的損失。

重新入保

如果您從可選補充牙科 PPO 計劃中退保，則必須等待六 (6) 個月，然後才可以重新入保。

保費退還

入保可選補充牙科 PPO 計劃的會員會有月度計劃保費，且有權在當年或在退保時對計劃保費的任何多付款項進行退還。可選補充牙科 PPO 計劃保費的多付款項將根據要求或退保而退還。我們將在通知後的 30 個工作日內退還任何多付款項。

可選補充 Dental PPO 福利圖表 (承保範圍和您支付的費用)

以下 **福利摘要圖表** 顯示了可選補充牙科 PPO 計劃承保的特定牙科程序，以及您為這些程序支付的費用。在由有持照牙醫提供，以及在必要時慣常情況 (由公認的牙科診所的標準確定) 時，所列服務屬於承保的福利。作為可選補充牙科 PPO 計劃的會員，您可以直接聯絡牙科專科醫生，而無需轉介。

重要資訊：請注意，未列出的程序不受承保。

並非所有程序都適合所有人。如果可能有不只一種適當的程序或選項來解決牙齒問題，請參閱我們的「其他福利規定」以瞭解更多資訊。

在任何情況下 (也被稱為除外條款)，可選補充牙科 PPO 計劃均不承保某些牙科服務，而僅在特定條件下 (也被稱為限制條件) 才承保某些牙科服務。請參閱此福利圖表後列出的「一般限制」和「一般除外」以瞭解更多資訊。

當有文件證明開始治療時存在以下任何情況，或在準備特定牙齒的過程中出現緊急情況時，那麼將豁免適用的 6 個月的等待期，需要由計劃牙科總監審查文件。

將以與專業公認的護理標準相一致的方式，為治療特定的急診、疼痛或感染性急性牙科疾病所必需的特定牙科手術提供福利。本計劃保留由計劃牙科總監對上述條件的提交文件進行行政審查的權利，以確定承保範圍。

以急性疼痛或感染為特徵的疾病包括：

- 急性疼痛，需要立即進行根管治療；
- 需要拔牙或拔牙和/或切開引流的急性疼痛；

- 急性牙周膿腫需要進行緊急牙周手術。

緊急修復條件包括以下情形：

- 起初進行修復的牙齒從 (基本修復) 補牙開始，但是由於在修復過程中發現了一定程度的齲齒/破損，現在需要放置 (大修復) 鑄冠。

服務基於當前的牙科術語在 American Dental Association (ADA) 程序代碼中列出。美國聯邦法律要求使用 American Dental Association (ADA) 代碼來報告牙科程序。ADA 可能會不時修改程序代碼。該計劃可能會根據法律要求修改此代碼列表。您可在週一至週五上午 8 點至下午 5 點 (節假日除外)，透過免費電話 (888) 679-8928 [TTY: 711] 聯絡牙科計劃管理員 (DPA) 客戶服務部，以取得更新的 ADA 代碼列表。

福利摘要圖表

網絡權限	Dental PPO	
	網絡內牙醫	網絡外牙醫
日曆年自付額 (不適用於網絡內和網絡外牙醫提供的診斷和預防服務)	\$50	

第 4 章 醫療福利圖表 (承保範圍和您支付的費用)

日曆年限額	<p>\$1,500，針對網絡內全科牙醫或牙科專科醫生所提供的承保預防和綜合牙科服務。</p> <p>最高本限額的 \$1,000，用於一個日曆年中由網絡外牙醫提供的承保預防和綜合牙科服務。您須支付超出日曆年福利限額 \$1,500 的部分。</p>
-------	---

可選的補充牙科 PPO 計劃中沒有任何承保服務的等待期。

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內牙醫	網絡外牙醫
診斷服務			
D0120	定期口腔評估 - 複診患者	0%	20%
D0140	有限口腔評估 - 以問題取向	0%	20%
D0150	綜合口腔評估 - 初次診療或複診患者	0%	20%
D0160	詳細而廣泛的口腔評估 - 以問題取向，根據報告	0%	20%
D0170	重新評估 - 有限，以問題取向 (複診患者；不進行術後診療)	0%	20%
D0180	綜合牙周服務評估 - 初次診療或複診患者	0%	20%
D0210	口腔內 - 完整系列的放射影像	0%	20%
D0220	口腔內 - 根尖周第一次放射影像	0%	20%
D0230	口腔內 - 根尖周每次額外放射影像	0%	20%
D0240	口腔內 - 咬合放射影像	0%	20%
D0250	口腔外 - 2D 投影放射影像 (使用固定式放射源和探測器創建)	0%	20%
D0270	咬翼片 - 單次放射影像	0%	20%
D0272	咬翼片 - 兩次放射影像	0%	20%
D0273	咬翼片 - 三次放射影像	0%	20%
D0274	咬翼片 - 四次放射影像	0%	20%
D0277	垂直咬翼片 - 7 至 8 次放射影像	0%	20%
D0330	全景放射影像	0%	20%
D0372	口腔內 - 完整系列的放射影像	0%	20%
D0373	口腔內斷層攝影 - 咬合翼片放射影像	0%	20%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D0374	口腔內斷層攝影 - 根尖周放射影像	0%	20%
D0387	口腔內斷層攝影 - 完整系列的放射影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D0388	口腔內斷層攝影 - 咬合翼片放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0389	口腔內斷層攝影 - 根尖周放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0460	牙髓活力測試	0%	20%
D0470	診斷性牙頷模	0%	20%
D0701	全景放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0702	2D 頭顱放射影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D0706	口腔內 - 咬合放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0707	口腔內 - 根尖周放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0708	口腔內 - 咬合翼片放射影像 - 僅限影像捕獲	0%	20%
D0709	口腔內 - 完整系列的放射影像- 僅限影像捕獲	0%	20%
D9995	遠距牙科治療 - 同步；即時評估	0%	20%
D9996	遠距牙科治療 - 非同步；儲存資訊並轉發給牙醫以進行後續審查	0%	20%
預防性服務			
D1110	預防性洗牙 - 成人	0%	20%
D1206	局部塗敷氟化物清漆	0%	20%
D1310	營養諮詢，用以管控牙齒疾病	0%	20%
D1330	口腔衛生指導	0%	20%
D1351	密封劑 - 每顆牙齒	0%	20%
小型修復服務			
D2140	汞齊 - 一個牙表面，乳牙及恆牙	20%	30%
D2150	汞齊 - 兩個牙表面，乳牙及恆牙	20%	30%
D2160	汞齊 - 三個牙表面，乳牙及恆牙	20%	30%
D2161	汞齊 - 四個或更多牙表面，乳牙及恆牙	20%	30%
D2330	樹脂基複合物 - 單個牙表面，前牙	20%	30%
D2331	樹脂基複合物 - 兩個牙表面，前牙	20%	30%
D2332	樹脂基複合物 - 三個牙表面，前牙	20%	30%
D2335	樹脂基複合物 - 四個或更多牙表面涉及切牙夾角，前牙	20%	30%
大型修復服務			
D2510	嵌體 - 金屬 - 單個牙表面	50%	50%
D2520	嵌體 - 金屬 - 兩個牙表面	50%	50%
D2530	嵌體 - 金屬 - 三個或更多牙表面	50%	50%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D2543	冠蓋體 - 金屬 - 三個牙表面	50%	50%
D2544	冠蓋體 - 金屬 - 四個或更多牙表面	50%	50%
D2710	牙冠 - 樹脂基複合物 (間接)	50%	50%
D2712	牙冠 - 3/4 樹脂基複合物 (間接)	50%	50%
D2720	牙冠 - 含高貴金屬的樹脂	50%	50%
D2721	牙冠 - 含賤金屬 (主成分) 的樹脂	50%	50%
D2722	牙冠 - 使用貴金屬的樹脂	50%	50%
D2740	牙冠 - 烤瓷/陶瓷	50%	50%
D2750	牙冠 - 烤瓷熔附高貴金屬	50%	50%
D2751	牙冠 - 烤瓷熔附賤金屬 (主成分)	50%	50%
D2752	牙冠 - 烤瓷熔附貴金屬	50%	50%
D2753	牙冠 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D2780	牙冠 - 3/4 模鑄高貴金屬	50%	50%
D2781	牙冠 - 3/4 模鑄賤金屬 (主成分)	50%	50%
D2782	牙冠 - 3/4 模鑄貴金屬	50%	50%
D2790	牙冠 - 全模鑄高貴金屬	50%	50%
D2791	牙冠 - 全模鑄賤金屬 (主成分)	50%	50%
D2792	牙冠 - 全模鑄貴金屬	50%	50%
D2910	再膠結或重新黏合嵌體、冠蓋體、鑲面或部分覆蓋修復	50%	50%
D2915	再膠結或重新黏合間接製成或預鑄的根芯柱和柱芯	50%	50%
D2920	再膠結或重新黏合牙冠	50%	50%
D2940	保護性修復	50%	50%
D2950	柱芯補缺損含需要時打任何釘	50%	50%
D2951	鋼釘矯正 - 每顆牙齒 - 除修復外	50%	50%
D2952	除牙冠外，間接預鑄根芯柱和柱芯	50%	50%
D2953	每個額外間接預鑄根芯柱，同一顆牙齒	50%	50%
D2954	除牙冠外，預鑄根芯柱和柱芯	50%	50%
D2960	唇貼片 (樹脂層壓板) - 直接	50%	50%
D2961	唇貼片 (樹脂層壓板) - 間接	50%	50%
D2962	唇貼片 (陶瓷層壓板) - 間接	50%	50%
牙髓服務			
D3110	蓋髓術 (直接)，不包括最終修復	50%	50%
D3120	蓋髓術 (間接)，不包括最終修復	50%	50%
D3310	牙髓治療 - 前牙 (不包括最終修復)	50%	50%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D3320	牙髓治療 - 前磨牙 (不包括最終修復)	50%	50%
D3330	牙髓治療 - 磨牙 (不包括最終修復)	50%	50%
D3346	先前牙根管治療之再處理 - 前牙	50%	50%
D3347	先前牙根管治療之再處理 - 前磨牙	50%	50%
D3348	先前牙根管治療之再處理 - 磨牙	50%	50%
D3410	根尖切除術 - 前牙	50%	50%
D3421	根尖切除術, 前磨牙 (第一根)	50%	50%
D3425	根尖切除術 - 磨牙 (第一根)	50%	50%
D3426	根尖切除術 - 磨牙 (每一額外牙根)	50%	50%
D3430	逆填充補牙術 - 每個牙根	50%	50%
D3471	牙根吸收的手術修復 - 前牙	50%	50%
D3472	牙根吸收的手術修復 - 前磨牙	50%	50%
D3473	牙根吸收的手術修復 - 磨牙	50%	50%
牙周服務			
D4210	牙齦切除或牙齦成形 - 四顆或以上鄰牙或牙弓 - 每個象限	50%	50%
D4211	牙齦切除或牙齦成形 - 一至三顆鄰牙或牙弓 - 每個象限	50%	50%
D4240	牙齦翻瓣術, 包括根面平整 - 四顆或四顆以上鄰牙或牙弓 (每個象限)	50%	50%
D4241	牙齦翻瓣術, 包括根面平整 - 一至三顆或牙或牙弓 (每個象限)	50%	50%
D4260	牙周骨手術 (包括全層瓣翻瓣及縫合) - 四顆或四顆以上鄰牙或牙弓 (每個象限)	50%	50%
D4261	牙周骨手術 (包括全層瓣翻瓣及縫合) - 一至三顆或牙或牙弓 (每個象限)	50%	50%
D4274	近心 / 遠心楔形手術, 單顆牙齒 (當未與同一解剖區域的外科手術結合施行時)	50%	50%
D4341	牙周刮治及根面平整 - 四顆或更多牙齒 - 每個象限	50%	50%
D4342	牙周刮治及根面平整 - 一至三顆牙齒 - 每個象限	50%	50%
D4910	牙周維護	50%	50%
可摘除義齒服務			
D5110	全口假牙 - 上頷	50%	50%
D5120	全口假牙 - 下頷	50%	50%

第 4 章 醫療福利圖表 (承保範圍和您支付的費用)

ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	您必須支付的費用	
		Dental PPO	
		網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D5130	實時假牙 - 上頷	50%	50%
D5140	實時假牙 - 下頷	50%	50%
D5211	上頷局部假牙 - 樹脂基底 (包括固定/牙鉤材料、支架和牙齒)	50%	50%
D5212	下頷局部假牙 - 樹脂基底 (包括固定/牙鉤材料、支架和牙齒)	50%	50%
D5213	上頷局部義齒 - 帶有樹脂義齒基托的模鑄金屬框架 (包括固定/牙鉤材料、支架和牙齒)	50%	50%
D5214	下頷局部義齒 - 帶有樹脂義齒基托的模鑄金屬框架 (包括固定/牙鉤材料、支架和牙齒)	50%	50%
D5282	可摘式單側局部假牙 - 一體式模鑄金屬 (包括牙鉤和牙齒), 上頷	50%	50%
D5283	可摘式單側局部假牙 - 一體式模鑄金屬 (包括牙鉤和牙齒), 下頷	50%	50%
D5410	全口假牙調整 - 上頷	50%	50%
D5411	全口假牙調整 - 下頷	50%	50%
D5421	局部假牙調整 - 上頷	50%	50%
D5422	局部假牙調整 - 下頷	50%	50%
D5511	修復損壞的全口假牙基托, 下頷	50%	50%
D5512	修復損壞的全口假牙基托, 上頷	50%	50%
D5520	更換缺失或損壞的牙齒 - 全口假牙 (每顆牙齒)	50%	50%
D5621	修復模鑄框架, 下頷	50%	50%
D5622	修復模鑄框架, 上頷	50%	50%
D5630	修理或更換損壞的固定/牙鉤材料 - 每顆牙齒	50%	50%
D5640	更換損壞的牙齒 - 每顆牙齒	50%	50%
D5650	向現有的局部義齒增加牙齒	50%	50%
D5660	向現有的局部義齒增加牙鉤 - 每顆牙齒	50%	50%
D5670	更換模鑄框架上的所有牙齒和丙烯酸 - 上頷	50%	50%
D5671	更換模鑄框架上的所有牙齒和丙烯酸 - 下頷	50%	50%
D5710	全口上頷義齒換基底	50%	50%
D5711	全口下頷義齒換基底	50%	50%
D5720	局部上頷義齒換基底	50%	50%
D5721	局部下頷義齒換基底	50%	50%
D5725	Rebase 混合假體	50%	50%
D5730	全口上頷義齒換底墊 (直接)	50%	50%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D5731	全口下頷義齒換底墊 (直接)	50%	50%
D5740	局部上頷義齒換底墊 (直接)	50%	50%
D5741	局部下頷義齒換底墊 (直接)	50%	50%
D5750	全口上頷義齒換底墊 (間接)	50%	50%
D5751	全口下頷義齒換底墊 (間接)	50%	50%
D5760	局部上頷義齒換底墊 (間接)	50%	50%
D5761	局部下頷義齒換底墊 (間接)	50%	50%
D5765	用於全口或部分可摘義齒的軟襯裡 - 間接	50%	50%
D5810	臨時全口義齒 - 上頷	50%	50%
D5811	臨時全口義齒 - 下頷	50%	50%
D5850	組織調理 - 上頷	50%	50%
D5851	組織調理 - 下頷	50%	50%
移植服務			
D6010	手術植入植體服務體：骨內植體	50%	50%
D6056	預製支台齒 - 包括調整和置入	50%	50%
D6057	客製化預鑄支台齒 - 包括置入	50%	50%
D6058	支台齒支撐瓷/陶瓷牙冠	50%	50%
D6059	支台齒支撐瓷製熔附金屬牙冠 (高貴金屬)	50%	50%
D6060	支台齒支撐瓷製熔附金屬牙冠 (以賤金屬為主)	50%	50%
D6061	支台齒支撐瓷製熔附金屬牙冠 (貴金屬)	50%	50%
D6062	支台齒支撐模鑄金屬牙冠 (高貴金屬)	50%	50%
D6063	支台齒支撐模鑄金屬牙冠 (以賤金屬為主)	50%	50%
D6064	支台齒支撐模鑄金屬牙冠 (貴金屬)	50%	50%
D6065	植入支撐瓷/陶瓷牙冠	50%	50%
D6066	植入支撐式牙冠 - 烤瓷熔附高貴金屬合金	50%	50%
D6067	植入支撐式牙冠 - 高貴金屬合金	50%	50%
D6080	取出和重新插入假體時的植體維護程序，包括清潔假體和支台齒	50%	50%
D6082	植入支撐式牙冠 - 烤瓷熔附賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6083	植入支撐式牙冠 - 烤瓷熔附貴金屬合金	50%	50%
D6084	植入支撐式牙冠 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6086	植入支撐式牙冠 - 賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6087	植入支撐式牙冠 - 貴金屬合金	50%	50%
D6088	牙冠 - 鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6090	根據報告修復植體支撐的假體	50%	50%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D6092	再膠結或重新黏合植入/支台齒支撐牙冠	50%	50%
D6094	支台齒支撐牙冠 - 鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6095	根據報告修復支台齒	50%	50%
D6096	取出破損的植入物固定螺絲	50%	50%
D6097	支台齒支撐式牙冠 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6098	植入支撐式保持器 - 烤瓷熔附賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6099	FPD 牙冠保持器 - 烤瓷熔附貴金屬	50%	50%
D6100	植體的手術摘除	50%	50%
D6105	不需要切除骨骼或翻瓣的植體摘除	50%	50%
D6106	引導式組織再生 - 每個植體可吸收屏障	50%	50%
D6107	引導式組織再生 - 每個植體不可吸收屏障	50%	50%
D6197	更換用於封閉螺絲固位植體支撐假體的進入開口的修復材料 (每個植體)	50%	50%
固定式牙齒修復服務			
D6205	牙冠 - 間接樹脂基複合物	50%	50%
D6210	橋體 - 模鑄高貴金屬	50%	50%
D6211	橋體 - 模鑄賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6212	橋體 - 模鑄貴金屬	50%	50%
D6240	橋體 - 烤瓷熔附高貴金屬	50%	50%
D6241	橋體 - 烤瓷熔附賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6242	橋體 - 烤瓷熔附貴金屬	50%	50%
D6243	橋體 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6250	橋體 - 使用高貴金屬的樹脂	50%	50%
D6251	橋體 - 含賤金屬 (主成分) 的樹脂	50%	50%
D6252	橋體 - 使用貴金屬的樹脂	50%	50%
D6602	嵌體保持器 - 模鑄高貴金屬 - 兩個牙表面	50%	50%
D6603	嵌體保持器 - 模鑄高貴金屬 - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6604	嵌體保持器 - 模鑄賤金屬 (主成分) - 兩個牙表面	50%	50%
D6605	嵌體保持器 - 模鑄賤金屬 (主成分) - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6606	嵌體保持器 - 模鑄貴金屬 - 兩個牙表面	50%	50%
D6607	嵌體保持器 - 模鑄貴金屬 - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6610	冠蓋體保持器 - 模鑄高貴金屬 - 兩個牙表面	50%	50%
D6611	冠蓋體保持器 - 模鑄高貴金屬 - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6612	冠蓋體保持器 - 模鑄賤金屬 (主成分) - 兩個牙表面	50%	50%

第 4 章 醫療福利圖表 (承保範圍和您支付的費用)

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內 牙醫	網絡外 牙醫
D6613	冠蓋體保持器 - 模鑄賤金屬 (主成分) - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6614	冠蓋體保持器 - 模鑄貴金屬 - 兩個牙表面	50%	50%
D6615	冠蓋體保持器 - 模鑄貴金屬 - 三個或更多牙表面	50%	50%
D6710	牙冠保持器 - 間接樹脂基複合物	50%	50%
D6720	牙冠保持器 - 含高貴金屬的樹脂	50%	50%
D6721	牙冠保持器 - 含賤金屬 (主成分) 的樹脂	50%	50%
D6722	牙冠保持器 - 使用貴金屬的樹脂	50%	50%
D6750	牙冠保持器 - 烤瓷熔附高貴金屬	50%	50%
D6751	牙冠保持器 - 烤瓷熔附賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6752	牙冠保持器 - 烤瓷熔附貴金屬	50%	50%
D6753	牙冠保持器 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6780	牙冠保持器 - 3/4 模鑄高貴金屬	50%	50%
D6781	牙冠保持器 - 3/4 模鑄賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6782	牙冠保持器 - 3/4 模鑄貴金屬	50%	50%
D6784	牙冠保持器 3/4 - 烤瓷熔附鈦金屬和鈦合金	50%	50%
D6790	牙冠保持器 - 全模鑄高貴金屬	50%	50%
D6791	牙冠保持器 - 全模鑄賤金屬 (主成分)	50%	50%
D6792	牙冠保持器 - 全模鑄貴金屬	50%	50%
D6930	再膠結或重新黏合固定局部義齒	50%	50%
口腔手術服務			
D7111	拔除, 牙冠殘遺 - 乳牙	50%	50%
D7140	拔除, 萌出牙或暴露的牙根 (抬升和/或鑷子取出)	50%	50%
D7210	手術拔除萌出牙需要切除骨骼和/或將牙齒切片, 且視需要還包括抬高粘膜骨膜瓣	50%	50%
D7220	拔除阻生牙 - 軟組織	50%	50%
D7230	拔除阻生牙 - 局部骨阻生	50%	50%
D7240	拔除阻生牙 - 完全骨阻生	50%	50%
D7250	殘留牙根的手術摘除	50%	50%
D7285	口腔組織切片活檢 - 硬組織 (骨頭, 牙齒)	50%	50%
D7286	口腔組織切片檢查 - 軟組織	50%	50%
D7287	剝落性細胞學樣本收集	50%	50%
D7288	刷檢經上皮樣品收集	50%	50%

		您必須支付的費用	
		Dental PPO	
ADA 代碼	為您承保的服務的 ADA 描述	網絡內牙醫	網絡外牙醫
D7310	牙槽成形術與拔牙術 – 四顆或更多牙齒或齒間隙 – 每個象限	50%	50%
D7311	牙槽成形術與拔牙術 – 一至三顆牙齒或齒間隙 – 每個象限	50%	50%
D7320	牙槽成形術不含拔牙術 – 四顆或更多牙齒或齒間隙 – 每個象限	50%	50%
D7321	牙槽成形術不含拔牙術 – 一至三顆牙齒或齒間隙 – 每個象限	50%	50%
D7471	拔除外側外生骨贅 (上頷或下頷)	50%	50%
D7510	膿腫的切開與引流 – 口腔內軟組織	50%	50%
D7511	膿腫的切開與引流 – 口腔內軟組織 – 複雜 (包括多個臉部空間的引流)	50%	50%
D7520	膿腫的切開與引流 – 口腔外軟組織	50%	50%
D7521	膿腫的切開與引流 – 口腔外軟組織 – 複雜 (包括多個臉部空間的引流)	50%	50%
D7963	繫帶手術	50%	50%
D7970	增生組織切除 – 每個牙弓	50%	50%
一般輔助服務			
D9110	牙痛緩解治療 - 每次診療	20%	30%
D9120	固定局部假牙切片	20%	30%
D9215	與手術或外科程序有關的局部麻醉	20%	30%
D9310	會診 - 由牙醫或醫師提供的診斷服務，而非向牙醫或醫師請求	20%	30%
D9430	診所診療以進行觀察 (在正常排定時間內) – 沒有執行其他服務	20%	30%
D9440	診所診療 – 在正常排定時間之外	20%	30%
D9450	詳細而廣泛的治療計劃後的個案介紹	20%	30%
D9951	咬合調整 - 有限	20%	30%

註：由於 Blue Shield of California 每年與 Medicare 簽訂合約，因此這些牙科福利可能在明年不再提供。

獲取常規牙科保健

獲取牙科服務前

可選補充牙科 PPO 計劃使您可以從網絡內和網絡外的牙醫中進行選擇。不過，如果您選擇前往網絡內牙醫以求降低費用，那麼您有責任確保您選擇的牙醫屬於網絡內牙醫。

註：網絡內牙醫的狀況可能會有所變動。為防止參與牙醫清單已發生更改，您有責確定您所選的網絡內牙醫目前是否為合約牙醫。您所在地的網絡內牙醫清單可透過聯絡 DPA 客戶服務部的免費電話來獲取，電話號碼：**(888) 679-8928 [TTY: 711]**，服務時間為週一至週五上午 5 點至下午 8 點（節假日除外）。

前往您的牙醫診療

請致電任何網絡內或網絡外的全科牙醫或專科醫生進行約診。牙科診所應在正常營業時間開放。如果您對診所何時開放有疑問，請直接致電牙科診所。

可選補充牙科 PPO 計劃福利是專門為您使用網絡內牙醫而設計。網絡牙醫同意接受 DPA 的付款，以及您支付的任何適用的自付額和共同保險，作為承保服務的全額付款。本文件不用於網絡外牙醫。請參閱 **會員費用分攤** 章節，以便瞭解可能產生的其他費用。

註：未能遵守常規牙科約診規定（每 6 個月一次）的會員可能會發現，他們需要或需要提供諸如定期洗牙之類的常規護理之前，需要進行牙周刮治及根面平整的服務。

會員費用分攤

在開始治療之前，您的牙醫會設計一個治療計劃，以滿足您的個人需求。最好是在開始治療之前，與您的牙醫討論您的治療計劃和財務責任。

自付額應在服務或開始護理時支付。在達到自付額後，將向您收取共同保險費用（費用的百分比）。**福利摘要圖表**中載明瞭共同保險金額。

如果您前往網絡外牙醫看診，您將需要支付共同保險以外的其他費用。您所獲得的最高承保範圍內的最高償還額可能會大大低於賬單金額。您應承擔償還額與網絡外牙醫開具的費用之間的所有差額以及適用的共同保險的責任。因此，從參與牙醫處獲取牙科服務對您較為有利。

可選補充 DENTAL PPO 計劃會員費用分攤示例：

您需要前往牙醫處看診以進行牙齒護理程序。您全年都獲得了承保服務，並已達到 \$50 自付額。

您可以選擇在網絡內牙醫或網絡外牙醫處診療，但如果您在不屬於計劃網絡中的牙醫處診療，則需要支付更多費用。

網絡內牙醫同意接受承保服務的某些費率，他們不會向您收取更多費用。這些費率被稱為允許限額。

網絡外牙醫與 DPA 未簽訂合約，他們可以收取他們所選擇的任何金額。鑒於您的計劃僅承保了允許限額，所以牙醫會向您收取餘額。因此，前往網絡外診療可能會非常貴。在獲得服務之前，請諮詢您的牙醫以瞭解費用情況。

自付額：\$50

迄今為止已支付的自付額的金額：\$50

網絡內牙醫共同保險：50%

網絡外牙醫共同保險：50%

牙科計劃管理員允許用於牙醫診療的金額：\$80

網絡內牙醫針對本次牙醫診療所收取的費用：\$80

網絡外牙醫針對本次牙醫診療所收取的費用：\$580

	網絡內牙醫	網絡外牙醫
您支付的費用	\$40 (50% 共同保險)	\$540 (50% 共同保險 + 超出允許限額的費用 \$500)
Blue Shield DPA 支付	\$40 (允許限額 – 您的共同保險)	\$40 (允許限額 – 您的共同保險)
向牙醫支付的總金額	\$80 (允許的限額)	\$580 (已計費)

在此示例中，由於您已達到自付額，因此您要負責：

- 網絡內牙醫：共同保險金額；或
- 網絡外牙醫：共同保險金額加上超過該允許限額的所有費用。

如果您在獲得有關您治療計劃的資訊方面需要額外幫助，或者如果您對已支付給您的牙科治療費用分攤金額有任何疑問，您可以聯絡 DPA 客戶服務部免費電話，電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]，服務時間為週一至週五上午 5 點至下午 8 點（節假日除外）。

可選牙醫治療

可選的牙科治療方法是以下的任何程序之一：

- 牙科實驗室對標準承保服務的升級（根據額外的實驗室費用，可能向會員收取附加費），或
- 更為廣泛的承保服務，可以替代適當但更保守的承保牙科服務。

通常，有若干種臨床上可接受、專業認可的治療方案可供會員考慮。為了確保會員以一致的方式獲得可接受的牙科福利，DPA 公佈了其 **Governing Administrative Policies**（GAP，管理行政政策）和其他臨床標準和指南，並將其分發給網絡內醫療服務提供者。將定期修訂本文件，以納入有關在何種情況下應將某些治療視為受承保或可選性的準則。您的牙醫可能會在確定該計劃承保的治療計劃時參考這些準則。

如果您選擇了牙醫推薦的、更廣泛的治療方式，或者替代了適當但更保守的承保牙科服務，您必須支付您所選擇的牙科診所用於更廣泛治療形式的常規費用以及承保利益的常規費用，再加上承保利益的費用分攤額之間的差額，如 **福利摘要圖表** 中所列出。

註：如果您選擇了可選牙科治療，那麼將要求您簽署一份協議，具體說明您將根據治療計劃獲得的服務。在您簽署了接受並支付可選治療的協議後，同時該治療是由牙醫發起的話，那麼您將負責為這些服務付費。

有關更多資訊，您可以諮詢您的牙醫或聯絡 DPA 客戶服務部。

非 Medicare 承保急診牙齒保健

非 Medicare 承保的緊急牙科護理是治療嚴重疼痛、腫脹或出血或診斷和治療可能導致殘疾、功能障礙或永久損害健康的、不可預見的牙科疾病（如果不及時給予關注）所需的任何牙科服務（在 Blue Shield Select 服務區域內或外部提供）。

區域內非 Medicare 承保急診牙齒保健

如果您認為需要非 Medicare 承保的急診牙科護理，且您身處於 Blue Shield Select 服務區，請立即致電您的牙醫。牙科診所的工作人員會建議您要採取的行動。網絡牙醫每週 7 天、每天 24 小時提供急診服務。

區域外非 Medicare 承保急診牙齒保健

如果您在 Blue Shield Select 服務區之外，且需要非 Medicare 承保的急診牙科護理，那麼您可以從任何有持照牙醫處獲得治療。

將按照**福利摘要圖表**中網絡外牙醫部分所列出的付款百分比給您償還。您將負責支付剩下的牙醫費用。只要有可能，您都應要求您的牙醫將賬單直接發送到以下地址的 Blue Shield 機構。

若要獲得償還，請將您的償還請求、付款收據和所接受的服務說明，以書面方式提交至：

Blue Shield of California
P.O. Box 272590
Chico, CA 95927-2590

提出索賠有時間限制。索賠必須在送達之日起一年內提交給 Blue Shield of California，除非有理由在以後提出。

我們的 DPA 將審核您獲得的非 Medicare 承保的急診牙科服務，並在收到索賠後的 30 天內通知您（如果您有資格獲得償還）。除非 Medicare 承保的急診牙科服務外，您將負責全額支付在加州以外獲得的牙科服務。

拒絕就非 Medicare 承保的區域外急診牙科護理給予償還

如果您的非 Medicare 承保的區域外急診牙科護理償還要求被拒絕或部分被拒絕，那麼 DPA 將書面通知您該項決定。該通知將包括拒絕的具體原因，並告知您可以請求重新考慮該拒絕。

要請求重新考慮該拒絕或部分拒絕，請在書面拒絕通知之日起的 60 個日曆日內向 Blue Shield Select 提交書面通知。

有關更多資訊，請參閱第 9 章（如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動）。

獲得牙科保健的第二意見

若有以下情況下時，您可以請求與 DPA 簽約的另一位牙醫就您的牙齒護理提出第二意見：

- 您對從所選牙醫處獲得的治療不滿意；
- 對於擬議的治療計劃您不確定；
- 您不同意所選牙醫和/或 DPA 主管的建議；或者
- 您對正在施行的牙科作業的質量感到不滿意。

關於擬議的程序或治療計劃的價格比較，不足以獲得第二意見。

若要請求第二意見，請致電 DPA 的客戶服務部，電話號碼為 **(888) 679-8928 [TTY: 711]**。

DPA 主管將審核您的請求以徵求您的第二意見，如果請求適當，那麼將向您發送授權以便前往您所在區域的另一位網絡牙醫診療。您將有 30 天的時間聯絡並就診於第二位牙醫，以徵求您的第二意見。您將需要支付第二位牙醫提出第二意見所需的任何計劃費用分攤（包括診所診療，拍攝的射線照片，所使用的測試設備以及向 DPA 主管書面陳述的費用）。在那時，第二位牙醫只會提供第二位意見而不是為您治療。

如果您需要進一步的幫助，可以透過 ID 卡上的號碼與 Blue Shield Select 客戶服務部取得聯絡。

轉移到另一位牙醫

如果您對所選的或當前所就診的網絡內牙醫都不滿意，那麼您可以從該名錄中選擇另一位牙醫。如果您需要選擇其他網絡牙醫的幫助，只需透過聯絡 DPA 的客戶服務部的免費電話，電話號碼：**(888) 679-8928 [TTY: 711]**。

註：如果您在想轉帳給另一個牙醫時欠了您現在的牙醫任何一筆錢，您必須先和您現在的牙醫結清您的賬戶。如果您轉帳給新牙醫，則可能需要為複製 X 光和轉移其他記錄支付象徵性的費用給新牙醫。

註：除非有特殊的原因，否則在進行多次牙科診療的過程中，在裝配牙科器械的過程中出現終印模時，會員通常不可以更換新的牙醫。這包括牙冠、嵌體和冠蓋體（高級修復程序），可摘式局部假牙和全口假牙（可摘式義齒修復）和牙橋組件（固定式義齒修復）的轉移。

如果 Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 計劃允許在手術過程中進行轉移，則可能會向您收取牙醫在裝配牙科矯治器時產生的實驗室費用。對於網絡內牙醫，費用可能不會超過 **福利摘要圖表** 的網絡內牙醫部分所列出的承保程序允許限額的百分比。對於網絡外牙

醫，則您將負責您所允許限額的費用分攤，以及所允許的費用與所收取費用之間的差額。此外，您可能需要為牙醫為您訂購的任何可選功能支付實驗室費用。

鑒於 DPA 不得出於任何原因強迫或要求簽約牙醫治療任何會員，因此 DPA 將在故障或無法建立有效的醫患關係時通知 Blue Shield Select。

Blue Shield Select 將與您和 DPA 展開合作，以便解決問題或選擇另一名牙醫。如果由於故障或無法建立有效的醫患關係而需要選擇另一位牙醫，則可免除複製和轉移 X 光或其他記錄的費用。但是，常規會員發起的向新牙醫的轉移，需要支付複製和轉移 X 光或其他記錄的費用。您可以聯絡 DPA 客戶服務部，電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]，以瞭解更多資訊。

如果您的牙醫不再與 Blue Shield Select 簽約

如果您所選擇的網絡內牙醫因無法履行或違反合同而無法繼續與 DPA 簽訂合約（或者 DPA 取消了合約），DPA 會至少在牙醫有效終止日期前 30 天通知您，以便您選擇其他牙醫。

如果 DPA 通知您出於這個原因需要選擇其他牙醫，則可免除複製和轉移 X 光或其他記錄的費用。

如果您有其他牙科計劃

如果您購買了 Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 計劃，我們推薦您與另一個牙科計劃的客戶服務部取得聯絡，以終止該另一個計劃，避免被這兩個計劃同時收費。如果您選擇保留兩個網絡預付費計劃，則可以在具體程序中使用 Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 計劃或其他網絡預付費計劃，但不能同時使用這兩個計劃。您的牙醫將向您收取與您在服務時出示的任何計劃 ID 卡相關的費用分攤額。

解決分歧

如果您對自己的牙科計劃福利有任何疑問，您可以聯絡 DPA 客戶服務部的免費電話號碼為 **(888) 679-8928** [TTY: 711]。您還可以致電 Blue Shield Select 客戶服務部（本文件的封底印有電話號碼）。

如果您的問題沒有得到完全解決，您有權向 Blue Shield Select 提出上訴或申訴。請轉到第 9 章：如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動，以瞭解如何提出上訴或申訴的更多資訊。

適用於可選補充 **Dental PPO** 計劃的一般限制條件

1. 無論付款人的身份，牙冠、牙橋和假牙（包括實時假牙）可以在不晚於首次安置後的 5 年內更換。對於牙冠、橋梁和假牙的調整，在初次安置後的前 6 個月內，都納入在裝置的承保範圍內。
2. 局部假牙（包括臨時局部假牙，樹脂基局部假牙和金屬框架局部假牙）只能在首次放置後的 5 年內進行更換，除非因自然牙缺失而無法在現有局部增加或更換牙齒的情況下進行替換。
3. 假牙換底墊每 12 個月僅限於每顆義齒（包括實時假牙）一次。
4. 在六 (6) 個月為週期時限一 (1) 次：
 - a. 常規預防服務；
 - b. 如果牙冠或嵌體並非原先牙醫提供，則進行再膠結；如果該牙醫在十二 (12) 個月內對他/她提供的服務進行了再膠結，則不符合資格。
5. 在十二 (12) 個月為週期時限一 (1) 次：
 - a. 口腔癌篩檢；
 - b. 咬合翼片 X 光（每年最高四 (4) 張）。
6. 在十二 (12) 個月內進行兩 (2) 次診療：
 - a. 定期口腔檢查；
 - b. 塗敷局部氟化物/氟化物清漆。
7. 在二十四 (24) 個月為週期時限一次：
 - a. 每個像限的齦翻瓣術；
 - b. 每個部位的刮治及根面平整（每次診療限 2 個像限）；
 - c. 咬合防護；
 - d. 診斷性牙頷模；
 - e. 密封劑。
8. 在二十四 (24) 個月為週期時限兩 (2) 個象限：
 - a. 非手術式牙周治療（包括但不限於根面平整/齦下刮除術）；
 - b. 全身麻醉/靜脈鎮靜。
9. 在三十六 (36) 個月為週期時限一次：
 - a. 每個部位的黏膜牙齦手術；
 - b. 每個象限的牙周骨修整術；
 - c. 全腔清創手術；
 - d. 每個象限的牙齦切除術；

- e. 每顆牙齒的牙齦切除術；
 - f. 用於牙周的骨替代移植物；
 - g. 引導式牙周組織再生；
10. 在五 (5) 年為週期時限一 (1) 次：
- a. 單一牙冠和冠蓋體；
 - b. 單一根心柱和柱芯補缺損；
 - c. 牙冠補缺損含打釘；
 - d. 預鑄根心柱和柱芯；
 - e. 牙冠之外的鑄模根芯柱和柱芯；
 - f. 固定式局部假牙 (牙橋) 橋體；
 - g. 固定式局部假牙 (牙橋) 支台齒；
 - h. 支台齒根芯柱和柱芯補缺損。
11. 口腔手術服務僅限於拔除牙齒，骨隆起和系帶切除術。
12. 若某牙科病症可藉由可接受之專業手術進行治療，且該治療花費低於牙醫所建議之治療，則可能適用替代福利條款 (ABP)。例如，若有雙邊缺齒或單一象限或前部中多於 3 顆缺齒，則可適用局部義齒之替代福利。ABP 並不使會員接受較低價之治療。然而，若會員及牙醫選擇更昂貴之治療，會員需支付高於 ABP 限額之額外費用。
13. 承保的全麻或 IV 靜脈鎮靜適用於：
- a. 3 次或以上的手術拔除；
 - b. 任何數量的必要的牙科嵌入；
 - c. 全口腔或齒弓齒槽骨成形術；
 - d. 鼻竇手術牙根修復；
 - e. 使用局部麻醉之醫療禁忌。
- 註：一般或 IV 靜脈鎮靜不包含於牙科恐懼之承保福利中。
14. 修復、牙冠、插入物及覆蓋物 - 僅於治療患病或意外破損牙齒的必要時適用。
15. 根管治療 - 終身每顆牙齒承保一次。
16. 根管再治療 - 終身每顆牙齒承保一次。

適用於可選補充 Dental PPO 計劃的一般除外條款

1. 與牙科護理過程無關的藥物分配，例如藥物沖洗，局部施用的抗生素和處方藥，不在承保範圍之內。
2. 如果 Blue Shield 的主治牙醫或牙科總監認為無法獲得滿意的結果，或者預後不佳或受到保護 (即，如果沒有 3 年的最低預期服務期限)，那麼服務將被排除在承保範圍之外。

圍之外。

3. 拔除無症狀牙齒，非病理性牙齒，正畸目的之拔牙，正畸外科手術和牙冠暴露均被排除在承保範圍之外。第三磨牙（「智齒」）拔除僅限於無法以微創方式治療牙齒的情況。
4. 因會員的工作或因會員的工作而導致的牙科疾病，或因其應支付勞工賠償金或任何其他第三方責任而造成的牙科疾病，將被排除在承保範圍之外。由州政府或州機構向會員提供的服務，或由任何市、縣或分區免費向會員提供的服務（但 California Health and Safety Code（加利福尼亞州健康與安全法）第 1373(a) 節所規定的除外）不受承保。
5. 在簽約醫療服務提供者的診所之外的治療機構中施行的牙科服務和任何相關費用，均不受承保（即醫院、門診機構、門診診所、外科中心等）。
6. 惡性腫瘤、囊腫、腫瘤或腫瘤的治療/清除，均不受承保。
7. 牙科服務和治療，以恢復由於異常或過度磨損或磨擦、擦傷、脫落、內部碎裂、磨牙和/或侵蝕引起的牙齒結構損失，除非由於正常咀嚼功能引起；改變或恢復垂直尺度或咬合以及顛下頷關節 (TMJ) 的全口重建、診斷和/或治療，均不受承保。
8. 骨折和頷骨脫位的治療，均不受承保。
9. 矯正先天和/或發育中缺失的牙齒或其他先天和/或發育狀況，發育畸形（包括但不限於唇齶裂，釉質發育不全、氟中毒、顎畸形和先天性無齒症）和多餘牙齒的牙科程序、矯治器或修復物，均不受承保。
10. 本質上主要是美容程序，例如漂白、貼面、在磨牙上使用烤瓷，假牙的個性人化和特徵化。
11. 因保險資格終止而開始的任何牙科手術所產生的牙科費用，以及會員獲得 Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 保險（例如：為牙冠準備的牙齒，施行中的牙根管，固定式和可摘式假體）資格之前進行中的治療所產生的牙科費用，均不受承保。為了排除在外，應將程序視為已開始的日期定義如下：
 - a. 對於全口假牙或局部假牙：在獲得終印模之日；
 - b. 對於固定式牙橋、牙冠、嵌體和冠蓋體：在首次準備牙齒的日期；
 - c. 對於根管治療：當打開牙髓腔或將根管探查至根尖時的日期較晚者；
 - d. 對於牙周手術：在實際施行手術的日期；
 - e. 對於所有其他服務：施行服務的日期。

12. 從一處診所 (在 Blue Shield Select 可選補充牙科 PPO 保險下) 啟用的牙冠、牙橋或假牙在交付之前, 將被視為「進行中」。對於此類正在進行的治療, 將不會提供額外的福利。
13. 牙齒修復專科醫生提供的護理不受承保。
14. 透過任何方法直接或間接提供的前庭成形術 (例如對頷骨、牙齦和鄰近組織進行外科手術改造) 以及任何程序, 服務或用品的費用, 包括診所診療、檢查和診斷, 用以治療肌肉、神經或骨骼疾病, 診斷服務和下頷關節問題。這些下頷關節問題包括諸如顛下頷關節綜合征 (TMJ) 和顛下頷疾病等病症, 或連接下頷骨以及與該關節相關的肌肉, 神經和其他組織的複合體的關節的其他病症。
15. 近親或通常居住於會員房子中的會員所執行的服務收費。
16. 根據廣泛接受的專業護理標準, 對護理會員的牙齒狀況沒有合理必要性的或者本質上屬於實驗性或研究性性質的, 或沒有統一專業認可的服務、程序或用品。
17. 在安裝後的五 (5) 年內更換裝置 (例如假牙、局部假牙、間隙保持器、牙冠、嵌體或冠蓋體等)。
18. 肌功能正畸治療; 生理回饋程序; 運動護齒器; 精密或半精密附著體; 假牙複製; 口腔衛生指導; 頷骨骨折的治療。
19. 異質骨骼移植材料。
20. 拔牙後或在植牙準備時為保存牙槽而進行的補骨。
21. 臨時服務收費視為最終牙科服務的組成部分, 不單獨付費。
22. 口腔外移植 (例如從口腔外部將組織移植到口腔組織中)。
23. 會員無合法義務付費的服務或未收費的服務。
24. 任何政府機構 (包括任何外國政府) 都要為其付款的治療。
25. 與牙周治療有關的固定式或可拆卸修復工具的費用。
26. 用於多支台齒安裝的冠蓋體或牙冠收費。
27. 用於任何嵌體修復的費用。
28. 不被保留的牙科預約費用。
29. 因任何故意造成的自身傷害而收取的服務費用。
30. 拔除第三磨牙 (智齒) 牙齒, 而非出於牙科必要性。牙科必要性, 被定義為包括水準、內側或遠距撞擊或囊狀後遺症的病理狀況。僅因冠周炎引起而拔除智齒, 並非

牙科必要性。

31. 任何方式的牙齒牙周夾板治療，包括但不限於牙冠、填料、用具、任何以夾板方式固定牙齒的其他方法或連接牙齒的方法。
32. 由並未獲得州執照或證書，可提供保健服務的個人或實體或未在此等執照或證書許可範圍內營運的個人或實體所提供的服務，此處列明者除外。

第 3 節 該計劃未承保哪些服務？

第 3.1 節 我們不承保的服務 (除外條款)

本節告知您哪些服務被排除在 Medicare 承保範圍之外，因此不受本計劃的承保。

以下圖表列出了在任何情況下均未承保或僅在特定情況下所承保的服務和物品。

如果您接受了被排除 (未受承保) 的服務，那麼您必須自己付費。下列特定條件除外。即使您在緊急設施中獲得了被排除的服務，被排除的服務將依然不受承保，且我們的計劃將不會為這些服務付費。

唯一的例外是，如果該服務被上訴，且上訴後決定是由於您的具體情況我們應當支付或承保的服務。(有關我們對不承保醫療服務的決定提出上訴的資訊，請參閱本文件第 9 章第 5.3 節。)

未受 Medicare 承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定條件下承保
針灸		適用於在某些情況下患有慢性腰痛的人群。
整容手術或程序		<ul style="list-style-type: none">• 屬於意外傷害或改善身體畸形會員的機能情況時承保。• 對於乳房切除術後乳房重建的所有階段，以及未受影響的乳房產生對稱外觀的情形，予以承保。

未受 Medicare 承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定條件下承保
<p>監護服務。</p> <p>監護服務是不需要經過訓練的醫務人員或輔助醫務人員的持續關注的個人護理，例如可幫您進行日常生活活動（例如洗澡或穿衣）的護理。</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>實驗性醫療和外科手術程序、設備和藥物。</p> <p>實驗性程序和物品是由 Original Medicare 確定的那些物品與程序，醫學界通常不會接受。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 根據 Medicare 批准的臨床研究，可能由 Original Medicare 承保，或者由我們的計劃承保。 <p>（有關臨床研究的更多資訊，請參閱第 3 章第 5 節。）</p>
<p>為您直系親屬或家庭成員的護理而收取的費用。</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>在您家中的全職護理服務。</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>送餐到家服務</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>家政服務包括基本的家庭協助，例如，簡單的家務管理或簡單的餐食準備。</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>自然療法服務（使用自然療法或替代療法）。</p>	<p>在任何情況下均不承保</p>	
<p>非常規牙科護理</p>		<ul style="list-style-type: none"> 治療疾病或受傷所需的牙科護理可以作為住院或門診護理而承保。
<p>矯形鞋或腳部支撐裝置</p>		<ul style="list-style-type: none"> 鞋子是腿部支架的一部分，並包含在支架的費用中，或者鞋子是為糖尿病足病患者準備的。

未受 Medicare 承保的服務	在任何情況下均不承保	僅在特定條件下承保
醫院或專業護理機構中您房間中的個人物品，例如電話或電視。	在任何情況下均不承保	
醫院的私人房間。		<ul style="list-style-type: none"> 僅在具有醫療必要性時承保。
絕育手術的逆轉和/或非處方避孕用品。	在任何情況下均不承保	
常規脊椎按摩療法護理		<ul style="list-style-type: none"> 承保用手操作脊柱以矯正半脫位的服務。 其他保險如本章前面的醫療福利圖表中所述。
常規牙科護理，例如清潔劑、填充劑或假牙。		<ul style="list-style-type: none"> 根據本章節中的醫療福利圖表、常規牙科福利程序圖表以及可選補充牙科 PPO 計劃福利摘要圖表所描述的承保範圍。
常規眼科檢查，眼鏡，放射狀角膜切開術，LASIK 手術，和其他低視力輔助。		<ul style="list-style-type: none"> 為白內障手術後的人士承保眼科檢查和一副眼鏡（或隱形眼鏡）。 其他保險如本章前面的醫療福利圖表中所述。
常規足部護理		<ul style="list-style-type: none"> 根據 Medicare 指南（例如，如果您患有糖尿病）提供了某些受限的保險。
常規聽力檢查，助聽器或裝配助聽器的檢查。		<ul style="list-style-type: none"> 其他保險如本章前面的醫療福利圖表中所述。
根據 Original Medicare 標準，認為服務不合理且不必要	在任何情況下均不承保	

第 5 章：

將計劃保險用於您的 D 部分處方藥

第 1 節 簡介

本章介紹了使用 D 部分藥物承保範圍的規則。請參閱第 4 章，以瞭解 Medicare B 部分藥物福利和善終護理藥物福利。

第 1.1 節 該計劃的 D 部分藥物保險的基本規則

只要您遵循以下基本規則，該計劃通常將會承保您的藥物：

- 您必須由醫生、牙醫或其他處方醫生為您開具一張符合當地法律要求的處方籤。
- 您的處方醫生不得在 Medicare 的「排除名單」或「妨礙名單」上。
- 通常，您必須使用網絡藥房來配取處方。（請參閱第 2 節，在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務藥房配取處方。）
- 您的藥物必須列於本計劃的承保藥物清單（處方集）中（我們將其簡稱為「藥物清單」。）（請參閱第 3 節，您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中。）
- 您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。醫學上公認的適應症是經美國 Food and Drug Administration 批准或獲得某些參考資料支援的藥物用途。（有關醫學上公認的適應症的更多資訊，請參閱第 3 節。）

第 2 節 在網絡藥房或透過本計劃的郵購服務藥房配取處方

第 2.1 節 使用網絡藥房

在大多數情況下，只有在本計劃的網絡藥房配取處方時，您的處方才會被承保。（有關何時承保網絡外藥房的處方的資訊，請參閱第 2.5 節。）

網絡藥房是與提供您承保的處方藥計劃簽訂合約的藥房。「承保藥物」一詞是指計劃「藥物清單」中的所有 D 部分處方藥。

第 2.2 節 網絡藥房

您如何在您所在地區找到網絡藥房？

若要查找新藥房，您可查詢您的《藥房名錄》，造訪我們的網站 (blueshieldca.com/medpharmacy2024)，和/或致電客戶服務部。

您可以前往我們的任何一家網絡藥房。我們的部分網絡藥房提供首選費用分攤，這可能低於提供標準費用分攤的藥房的費用分攤。《藥房名錄》將會告知您哪些網絡藥房提供優先費用分攤。聯絡我們以瞭解有關不同藥物的付現額可能會有所不同的更多資訊。

如果您一直在使用的藥房離開了網絡，將會怎麼樣？

如果您一直在使用的藥房離開了本計劃的網絡，您將必須找到一家網絡中的新藥房。或者，如果您一直在使用的藥房位於網絡中，但不再提供優先費用分攤，則您可能需要轉換到其他網絡或首選藥房（如可用）。若要在您所在地區找到另一家藥房，您可從客戶服務部獲得幫助或使用《藥房名錄》。您還可以在我們的網站上找到資訊：

blueshieldca.com/medpharmacy2024。

如果您需要專業藥房，將會怎麼樣？

某些處方藥，必須在專業藥房配取。專業藥房包括：

- 提供用於家庭輸液治療之藥物的藥房。
- 為長期護理 (LTC) 機構的住戶提供藥物的藥房。通常，LTC 設施（例如療養院）擁有自有藥房。如果您在 LTC 設施中獲得 D 部分福利遇到任何困難，請聯絡客戶服務部。
- 為印第安健康服務局/部落/印第安人城市醫療計劃提供服務的藥房（波多黎各不提供）。除緊急情況外，只有美國原住民或阿拉斯加原住民才能使用我們網絡中的這些藥房。
- 藥房將配送受 FDA 限制之某些地點或需要特殊處理、醫療服務提供者協調或有關使用藥物的教育的藥物。（請注意：這種情況很少發生。）

若要查找專業藥房，請查看您的《藥房名錄》或致電客戶服務部。

第 2.3 節 使用本計劃的郵購服務藥房

對於某些藥物，您可以使用該計劃的網絡郵購服務藥房。通常，透過郵購服務提供的藥物是您為慢性或長期疾病定期服用的藥物。該計劃的郵購服務藥房無法提供的藥物在我們的「藥物清單」中標有 NDS 標誌。

我們計劃的郵購服務藥房可讓您訂購第 1 層級：首選學名藥的長達 100 天的供藥量，以及為期 90 天供應量適用於第 2 層級：學名藥，第 3 層級：首選品牌藥，第 3 層級：承保胰島素，第 4 層級：非首選品牌藥物和第 4 層級：承保胰島素。

若要獲取訂購表和有關透過郵寄配取處方的資訊，請透過本文件封底的號碼致電客戶服務部。如果您使用的不是計劃網絡中的郵購服務藥房，那麼您的處方將不受承保。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

通常，郵寄藥房訂單將在不超過 14 天的時間內送達。但是，有時候您的郵購服務處方可能會被延遲。如果您收到郵寄藥房通知您處方藥的配送可能會延遲，且不是您的過錯，那麼請透過本文件封底的號碼與客戶服務部聯絡。Blue Shield 代表將協助您從本地的零售網絡藥房獲得足夠的藥物供應，所以在您的郵件服務藥物到達之前，您並非沒有藥物。這可能需要聯絡您的醫生，讓他/她透過電話或傳真向零售網絡藥房提供所需數量的新處方，直到您收到郵購服務的藥物為止。

如果連續超過從郵購服務藥房訂購處方之日起的 14 天，且該延遲是由於郵寄系統中的藥物丟失造成的，客戶服務部可與郵購服務藥房協調替換訂單。

藥房直接從您的醫生診所處收到新處方。

藥房從醫療保健醫療服務提供者處收到處方後，藥房將與您聯絡，以查看您是否要立即或稍後配取藥物。每次藥房聯絡您時，您的回應非常重要，讓他們知道是否要寄送、延遲或停止新處方。

透過郵購服務處方續配藥物。對於續配，請在您目前處方藥用完之前 14 天聯絡您的藥房，以確保您的下一份訂單能夠及時寄出。

如果您收到一封您不想要的自動續配郵件，您可能資格獲得退款。

第 2.4 節 您如何獲得長期藥物供應？

當您獲得長期藥物供應時，您的費用分攤可能會更低。該計劃提供了兩種方法，可從我們計劃的「藥物清單」中長期獲取「維持」藥物（也被稱為「擴展供應」）。（維持性藥物是您為慢性或長期疾病定期服用的藥物。）

1. 我們網絡內的部分零售藥房（提供首選費用分攤）可讓您以郵寄服務費用分攤金額獲得長期供應的維持性藥物。其他零售藥房可能不同意郵購服務費用分攤金額。在這種情況下，您將負責差額費用。您的《藥房名錄》將告知您我們網絡中的哪些藥房能夠長期為您提供維持性藥物。您還可以致電客戶服務部以獲取更多資訊。
2. 您還可以透過我們的郵寄藥房獲得維持性藥物。有關更多資訊，請參閱第 2.3 節。

第 2.5 節 您何時能夠使用不在計劃網絡中的藥房？

您的處方在某些情況下可能會得到承保。

通常，*僅當*您無法使用網絡藥房時，我們才會承保網絡外藥房配取的藥物。為了幫助您，我們在服務區域外設有網絡藥房，您可以以我們計劃的會員的身份在此購買處方。請先與客戶服務部取得聯絡，以瞭解附近是否有網絡藥房。您將非常有可能需要支付在網絡外藥房購買的藥物與我們在網絡內藥房支付的費用之間的差額。

在以下情況下，我們將承保網絡外藥房開出的處方：

- 如果您無法在我們的服務區域內及時獲得承保藥物，因為在合理的行駛距離內沒有網絡藥房提供 24 小時服務。
- 如果您嘗試配取的承保處方藥，不是具有資格的網絡零售或郵購服務藥房定期庫存的（這些藥物包括孤兒藥、費用高和專屬藥物或其他特殊藥物）。
- 我們的網絡外渠道可以承保在您的醫生診所接種的某些疫苗，這些疫苗不在 Medicare B 部分的承保範圍內，且可能在網絡藥房合理地獲得。
- 網絡外藥房配取的處方僅限於為期 30 天的承保的藥物。

您如何從計劃中要求償還？

如果您必須使用網絡外藥房，那麼通常在配取處方時必須支付全部費用（而不是正常的費用分攤）。您可要求我們償還您分攤的費用。（第 7 章第 2 節說明了如何要求該計劃償還您的款項。）

第 3 節 您的藥物必須列於本計劃的「藥物清單」中

第 3.1 節 「藥物清單」說明 D 部分藥物的承保範圍

本計劃設有一份《承保藥物清單（處方集）》。在這本 *Evidence of Coverage* 中，我們將其簡稱為「藥物清單」。

本計劃中的藥物是由本計劃在醫生和藥劑師團隊的幫助下而選出。該清單符合 Medicare 的要求並已獲得 Medicare 的批准。

「藥物清單」中的藥物僅是 Medicare D 部分所承保的藥物。

通常，只要您遵循本章中介紹的其他保險規則，且使用該藥物是針對醫學上公認的適應症，那麼我們會在計劃的「藥物清單」中承保蓋藥物。醫學上公認的適應症是指以下藥物使用的兩種情形之一：

- 經美國 Food and Drug Administration 批准，用於處方的診斷或病情。
- – 或者– 得到某些參考文獻的支持，例如《美國醫院處方集服務處：藥物資訊》和 DRUGDEX 資訊系統。

「藥物清單」包括品牌藥、學名藥和生物仿製藥。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

品牌藥物是以藥品製造商擁有的商標名稱銷售的處方藥。比一般藥物更複雜的品牌藥（例如，基於蛋白質的藥物）稱為生物製品。在「藥物清單」上，當我們提到藥物時，這可能是指藥物或生物製品。

學名藥是一種處方藥，其活性成分與品牌藥相同。由於生物製品比一般藥物更為複雜，因此不像一般藥物有通用劑型，而是有被稱為生物仿製藥的替代品。通常，學名藥和生物仿製藥的效果與品牌藥或生物製品相同，且通常價格更低廉。存在有許多品牌藥的學名藥物替代品。有些生物製品有生物仿製藥的替代品。

「藥物清單」上不包括什麼？

該計劃不承保所有處方藥。

- 在某些情況下，法律不允許任何 Medicare 計劃承保某些類型的藥物（有關此內容的更多資訊，請參閱本章的第 7.1 節）。
- 在其他情況下，我們決定不將特定藥物列入「藥物清單」。在某些情況下，您可能能夠獲得一種不在「藥物清單」上的藥物。有關更多資訊，請參閱第 9 章。

第 3.2 節 「藥物清單」中的藥物有五種費用分攤層級

本計劃的「藥物清單」中的每種藥物均屬於五種費用分攤層級之一。通常，費用分攤層級越高，藥物的費用就越高：

- 費用分攤第 1 層級：首選學名藥（最低的費用分攤層級）
包括首選學名藥。
- 費用分攤第 2 層級：學名藥
包括學名藥和生物仿製藥。
- 費用分攤第 3 層級：首選品牌藥
包括首選品牌藥名稱和部分藥物學名藥。您每月為該級別的每種承保胰島素產品的供藥量支付 \$35。您可透過「藥物清單」上的 **INS** 符號來識別承保胰島素。
- 費用分攤第 4 層級：非首選藥
包括非首選品牌藥名稱、生物仿製藥和部分學名藥。您每月為該級別的每種承保胰島素產品的供藥量支付 \$35。您可透過「藥物清單」上的 **INS** 符號來識別承保胰島素。
- 費用分攤第 5 層級：特種層級藥物（最高費用分攤層級）
包括價格非常高的品牌名稱、生物仿製藥和學名藥，這些學名藥可能需要特殊處理和/或密切監控。

要找出您藥物所屬的費用分攤層級，請在該計劃的「藥物清單」中進行查找。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

在第 6 章中展示了您在每個費用分攤級別為藥物支付的金額（您為 D 部分處方藥支付的費用）。

第 3.3 節 如何在藥物清單上找出特定的藥物？

您可以透過四種方式來找出：

1. 查看我們以電子方式提供的最新「藥物清單」。
2. 請造訪本計劃的網站 (blueshieldca.com/medformulary2024)。網站上的藥物清單始終為最新版本。
3. 請致電客戶服務部，以瞭解特定藥物是否在計劃的「藥物清單」中，或索要清單的副本。
4. 使用計劃的「Real-Time Benefit Tool（即時福利工具）」（blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/prescription_resources/rx-price-checker 或者致電客戶服務部）。藉助這個工具，您可在「藥物清單」上搜尋藥物，以查看您可能需要支付的估計費用，以及是否有其他可以治療相同病症的「藥物清單」上的替代藥物。

第 4 節 某些藥物的承保範圍設有限制

第 4.1 節 為什麼有些藥物有限制？

對於某些處方藥，特殊規則限制了計劃承保方式和期限。由醫生和藥劑師組成的一支小組制定了這些規則，以鼓勵您和您的醫療服務提供者以最有效的方式使用藥物。若要瞭解這些限制的任何一條是否適用於您服用或打算要服用的藥物，請瀏覽「藥物清單」。如果安全且費用更低廉的藥物在醫療上與昂貴的藥物同樣好用，該計劃的規則旨在鼓勵您和您的提供者使用該成本更低廉的選擇。

請注意，有時在我們的「藥物清單」中，某種藥物可能會出現多次。這是因為相同的藥物可能根據您的醫療保健服務提供者開立的藥物劑量、數量或形式而有所不同，且不同版本的藥物可能適用不同的限制條款或費用分攤（例如，10 mg 對比 100 mg；每天一次對比每天兩次；片劑對比液體）。

第 4.2 節 會有什麼類型的限制？

以下各節詳細介紹了我們對某些藥物使用的限制類型。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

如果您的藥物受到限制，通常表示您或您的醫療服務提供者將不得不採取額外的步驟以使我們承保該藥物。聯絡客戶服務部以瞭解您或您的服務提供者需要採取哪些行動才能獲得該藥物的保險。如果您希望我們為您放棄限制，則需要使用保險決定流程並要求我們作出特例處理。我們可能同意也可能不同意為您放棄限制。（請參閱第 9 章）

當有學名藥或可互換的生物仿製藥版本可用時，限制品牌名稱藥或原始生物製品

一般而言，學名藥或可互換的生物仿製藥的作用與品牌藥或原始生物製品相同，且通常費用較低。在大多數情況下，當品牌藥物的學名藥或可互換的生物仿製藥版本可用時，我們的網絡藥房將會為您提供學名藥或可互換的生物仿製藥版本，以替代品牌藥或原始生物製品。但是，如果您的醫療服務提供者告知我們通用藥物或可互換的生物仿製藥似物對您無效的醫療原因時，那麼我們將支付品牌名稱藥或原始生物製品的費用。（您為品牌藥或原始生物製品支出的費用分攤可能比學名藥或可互換的生物仿製藥更高。）

提前獲得計劃批准

對於某些藥物，您或您的醫療服務提供者必須先獲得該計劃的批准，然後我們才會同意為您提供藥物。這就是所謂的**事先授權**。這是為了確保藥物安全並協助指導特定藥物的適當使用而設立的。如果您未獲得此批准，則該計劃可能不會承保您的藥物。

首先嘗試其他藥物

這一要求鼓勵您嘗試花費更少的錢，但通常要在該計劃承保另一種藥物之前嘗試有效的藥物。例如，如果藥物 A 和藥物 B 治療相同的疾病，則該計劃可能會要求您首先嘗試藥物 A。如果藥物 A 對您無效，那麼該計劃將承保藥物 B。首先嘗試使用其他藥物的這一要求被稱為**分步療法**。

劑量限值

對於某些藥物，我們限制您每次處方時可配取的藥物數量。例如，如果通常認為某種藥物每天只服一粒是安全的，我們可能會將您處方藥的保險限制為每天不超過一粒。

第 5 節 如果您的某種藥物沒有按照您希望的方式受到承保，將會怎麼樣？

<h3>第 5.1 節 如果您的藥物沒有按照您希望的方式收到承保，您可以採取一些措施</h3>

在某些情況下，您正在服用某種處方藥，或者您和您的醫療服務提供者認為您應該服用的處方藥，並不在我們的處方集中或在我們的處方集中存有限制。例如：

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

- 藥物可能根本不受承保。或者，可能承保了該藥物的學名藥版本，但沒有承保您要服用的品牌藥名稱版本。
- 該藥物已被承保，但該藥物的保險有附加規則或限制，如第 4 節所述。
- 該藥物已被承保，但是它屬於費用分攤層級中，這使您的費用分攤比您想像的要貴。
- 如果您的藥物沒有按照您希望的方式收到承保，您可以採取一些措施。如果您的藥物不在「藥物清單」中，或者如果您的藥物受到限制，請轉至第 5.2 節以瞭解您可以採取的行動。
- 如果您的藥物屬於費用分攤層級中，這使您的費用比您想像的要貴，請轉至第 5.3 節以瞭解您可以採取的行動。

第 5.2 節 如果您的藥物不在「藥物清單」中或以某種方式受到限制，您可以採取什麼行動？

如果您的藥物不在「藥物清單」中或受到限制，那麼可以選擇以下方法：

- 您或許可以獲得該藥物的臨時供應。
- 您可以換成另一種藥物。
- 您可以請求一次特例，並要求該計劃承保該藥物或從該藥物中刪除限制。

您或許可以獲得臨時供應

某些情況下，您正在服用一種處方藥物，或者您和醫療服務提供者認為您應該服用某種處方藥物，但該藥物不在我們的藥物清單上，或者在我們的藥物清單上有限制。臨時供應可以讓您有時間與服務提供者探討保險的變動情況，並決定要採取的行動。

為了滿足臨時供應的資格，您所服用的藥物必須不再列於計劃的「藥物清單」中，或者以某種方式受到限制。

- **如果您是新會員**，我們將在您加入該計劃的前 **90 天**內為您的藥物提供臨時供應。
- **如果您去年加入該計劃**，則在日曆年的前 **90 天**內，我們將為您提供臨時藥物。

臨時供應最長為 30 天。如果您的處方天數較短，我們將會允許您多次配取，直到為您提供的供藥量達到 30 天的上限為止。處方必須在網絡藥房處配取。（請注意，長期護理藥房可能一次只提供少量藥物，以防止浪費。）

- **對於已經在計劃中超過 90 天且住在長期護理機構中並需要立即供應的會員：**

我們將為您提供一種特定藥物的為期 31 天緊急供藥量，如果您的處方撰寫的天數更少，則將減少。這是在上述臨時供應之外的情況。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

有關臨時供應的問題，請致電客戶服務部。

在使用藥物的臨時供應期間，您應該與您的醫療服務提供者交談，以決定在臨時藥物供應用盡時該採取的措施。您有兩個選擇：

1) 您可以換成另一種藥物

與您的醫療服務提供者交談，是否有計劃承保的其他藥物，可能對您同樣有效。您可致電客戶服務部，以便要求提供治療同一疾病的承保藥物清單。此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有用的承保藥物。

2) 您可請求特例處理

您和您的服務提供者可以要求該計劃提供特例，並以您希望的方式承保該藥物。如果您的醫療服務提供者提及您有醫療理由可要求我們提供特例，那麼您的醫療服務提供者可幫您請求的特例。例如，您可以要求計劃承保某種藥物，即使該藥物不在該計劃的「藥物清單」中。或者，您可以要求該計劃成為例外，並不受限制地承保該藥物。

如果您和您的醫療服務提供者想要請求一次特例，那麼第 9 章第 6.4 節將告知您要採取的行動。其闡明了 Medicare 設定的程序和截止日期，以確保您的請求得到及時且公正的處理。

第 5.3 節	如果您的藥物屬於您認為過高的費用分攤層級，您可以採取什麼樣的行動？
----------------	--

如果您的藥物屬於您認為太高的費用分攤層級，以下是您可以採取的行動：

您可以換成另一種藥物

如果您認為藥物的費用分攤層級過高，請與您的服務提供者交談。在較低的費用分攤層級中有另一種可能對您同樣有效的藥物。請致電客戶服務部，以便要求提供治療同一疾病的承保藥物清單。此清單可幫助您的醫療服務提供者找到可能對您有用的承保藥物。

您可請求特例處理

級您和您的提供者可以要求該計劃在藥物的費用分攤層中進行特例處理，這樣您為其支付的費用更低。如果您的醫療服務提供者提及您有醫療理由可要求我們提供特例，那麼您的醫療服務提供者可幫您請求該規則的特例。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

如果您和您的醫療服務提供者想要請求一次特例，那麼第 9 章第 6.4 節將告知您要採取的行動。其闡明了 Medicare 設定的程序和截止日期，以確保您的請求得到及時且公正的處理。

我們的第 1 層級：首選學名藥以及第 5 層級：特種層級藥物不符合此類例外條件。我們不會降低這些層級藥物的費用分攤金額。

第 6 節 如果您變更了其中一種藥物的保險變，將會怎麼樣？

第 6.1 節 「藥物清單」可能會在一年中發生變更

藥物保險中的大多數變更都發生在每年的年初（1 月 1 日）。但是在這一年中，該計劃可對藥物清單作出某些變更。例如，該計劃可能：

- 新增或移除「藥物清單」上的藥物。
- 將藥物轉移到更高或更低的費用分攤層級。
- 添加或刪除藥物保險的限制。
- 以藥物的學名藥版本來替代品牌名稱藥物。
- 將原始生物製品替換為可互換的生物仿製藥版本。

在變更計劃的「藥物清單」之前，我們必須遵循 Medicare 的要求。

第 6.2 節 如果您所服用藥物的保險發生變更，將會怎麼樣？

有關藥物保險變更的資訊

當「藥物清單」發生變更時，我們會在網站上發佈有關這些變更的資訊。我們將定期更新我們的線上「藥物清單」。下文我們指出如果對您正在服用的藥物進行變更，而您將得到直接通知的時間。

影響您在當前計劃年度的藥物保險變更

- 一種新的學名藥替代了「藥物清單」中的品牌藥（或者我們更改了費用分攤層級或對品牌藥新增加了限制，或兩種變更兼有）
 - 如果我們用新批准的同一藥物的學名藥版本替換該藥物，則該藥物將在我們的「藥物清單」中被刪除。該新版本的藥物將出現在相同或較低的費用分攤層級，並且具有相同或更少的限制。當我們新增新的學名藥時，我們也可能決定將品牌藥物保留

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

在我們的「藥物清單」中，但會立即將其移至更高的費用分攤層級或添加新的限制，或同時添加兩者。

- 在進行變更之前，即使您目前正在服用品牌藥，我們也可能不會事先告知您。如果您正在服用我們正在變更中的品牌藥，我們將向您提供具體變更中的資訊。這還將包括有關您可能要求採取特例措施以承保品牌藥的步驟的資訊。在我們進行變更之前，您可能不會收到此通知。
- 您或您的處方醫生可要求我們進行特例處理，並繼續為您承保品牌藥。有關如何提出特例情況的資訊，請參閱第 9 章。
- **從市場上撤出的不安全藥物和其他「藥物清單」中的藥物**
 - 有時，藥物可能被視為不安全，或因其他原因從市場上撤銷。如果發生這種情況，我們可以從「藥物清單」中刪除該藥物。如果您正在服用該藥，我們會立即告知您。
 - 同時，您的處方醫生也將知曉這一變更，並可以與您一起尋找適用於您病情的另一種藥物。
- **「藥物清單」上藥物的其他變更**
 - 當年開始後，我們可能會做出其他影響您所服用藥物的變更。例如，我們可能會添加對市場而言並不陌生的學名藥來替換「藥物清單」上的品牌藥，或者我們更改了費用分攤層級或對品牌藥新增加了限制，或兩種變更兼有。我們也可能會根據 FDA 的黑框警告語或經 Medicare 認可的新臨床指南進行變更。
 - 針對這些變更，我們必須至少提前 30 天通知您該項變更，或者必須給您通知變更並在網絡藥房中為您服用的藥物續配 30 天供藥量。
 - 收到變更通知後，您應該與您的醫療服務提供者合作，轉換到我們所承保的其他藥物，或滿足對您正在服用藥物的任何新限制。
 - 您或您的處方醫生可要求我們進行特例處理，並繼續為您承保該藥物。有關如何提出特例情況的資訊，請參閱第 9 章。

在本計劃年度期間，不會對您產生影響的「藥物清單」變更

我們可能對「藥物清單」進行某些未在上述描述中提及的變更。在這些情況下，如果您在做出變更時正在服用藥物，則變更將不適用於您；但如果您繼續使用相同一計劃，這些變更可能會從下一個計劃年度的 1 月 1 日開始影響您。

一般而言，不會影響您在當前計劃年度內的變更有：

- 我們將您的藥物轉移到更高的費用分攤層級。
- 我們對您使用藥物施加新的限制。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

- 我們從「藥物清單」上移除您的藥物。

如果您所服用的藥物發生了上述任何變更（除非撤出市場，以學名藥替代品牌藥或上述各節所述的其他變更），那麼直到明年 1 月 1 日前該項變更將不會影響您的使用或您所分擔的費用。在此日期之前，您可能不會看到款項增加或藥物使用方面的任何限制。

在當前計劃年度內，我們將不會直接告訴您這些類型的變更。您需要在下一個計劃年度（在開放入保期間時）核對「藥物清單」，以查看您所服用的藥物是否有任何變動，這將對您在下一個計劃年度產生影響。

第 7 節 該計劃不承保哪些類型的藥物？

第 7.1 節 我們不承保的藥物類型

本節將告知您排除了哪些處方藥。這表示 Medicare 不會為這些藥物付費。

如果您獲得被排除在外的藥物，那麼您必須自己付費（我們增強型藥物保險下的某些排除藥物除外）。如果您提出上訴，並且發現所請求的藥物不屬於 D 部分的排除範圍，我們將支付或承保該藥物。（有關決定提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。）

以下是有關 Medicare 藥物計劃在 D 部分中將不承保的三個通用規則：

- 我們計劃的 D 部分藥物保險無法承保 Medicare A 部分或 B 部分已承保的藥物。
- 我們計劃無法承保在美國或其屬地以外所購買的藥物。
- 我們的計劃通常無法承保非適應症用藥。**非適應症用藥**是指除美國 Food and Drug Administration 批准的藥物標籤上注明的用途以外的任何藥物用途。
- 僅在該用途得到某些參考文獻支持的情形下，才允許面向非適應症用藥的保險，例如《美國醫院處方集服務處：藥物資訊》和 DRUGDEX 資訊系統。

此外，根據法律，以下類別的藥物不在 Medicare 藥物計劃的承保保範圍內：

（我們的計劃透過我們增強型藥物保險承保下列某些藥物。以下提供了更多資訊。）

- 非處方藥（也稱為櫃檯發售藥物）。
- 用於促進生育的藥物。
- 用於緩解咳嗽或感冒症狀的藥物。
- 用於美容目的或促進頭髮生長的藥物。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

- 處方維他命和礦物質（產前維他命和氟化物製劑除外）。
- 用於治療性或勃起功能障礙的藥物。
- 用於治療厭食症，減輕體重或增加體重的藥物。
- 那些製造商試圖要求與相關檢測或監測服務只能從製造商處購得以作為銷售條件的門診藥物。

我們為某些通常不在 Medicare 處方藥計劃承保範圍內的處方藥（增強型藥物保險）提供額外保險。如需瞭解哪些藥物具有增強的藥物保險，請查看我們以電子方式提供的最新「藥物清單」。您可透過「藥物清單」上的“ED”符號來識別增強的保險。這些藥物的數量限制為每 30 天 4 片。您為這些藥物支付的金額，將不被計入您是否符合災難性承保階段的資格。（本文件第 6 章第 7 節介紹了災難性承保階段）。

此外，如果您正在接受 Medicare 的「Extra Help」用以支付您的處方費用，「額外幫助」計劃將不會支付通常不承保的藥物費用。（請參閱該計劃的「藥物清單」或致電客戶服務部瞭解更多資訊。本手冊的封底印有客戶服務部的電話號碼。）但是，如果您透過 Medicaid 獲得藥物保險，那麼您的州 Medicaid 計劃可能會承保某些 Medicare 藥物計劃中通常未承保的處方藥。請聯絡您所在州的 Medicaid 計劃，以確定您可以使用的藥物保險。（您可以在第 2 章第 6 節中找到 Medicaid 的電話號碼與聯絡資訊。）

第 8 節 配取處方

第 8.1 節 提供您會籍資訊

若要配取您的處方藥，請在您選擇的網絡藥房提供您的計劃會員資訊，該資訊可在您的會員卡上找到。網絡藥房將自動向計劃收取我們所分擔的藥物費用。配取處方時，您將需要向藥房支付您的那一部分費用。

第 8.2 節 如果您沒有提供會籍資訊，將會怎麼樣？

如果您在配取處方時沒有攜帶您的計劃會員資訊，您或藥房可以致電計劃以獲取所需資訊，或者您可以要求藥房查詢我們的計劃註冊資訊。

如果藥房無法獲得必要的資訊，那麼您在配取處方時可能必須支付處方藥的全部費用。（隨後您可要求我們償還您分攤的費用。有關如何要求償還計劃的資訊，請參閱第 7 章第 2 節。）

第 9 節 特殊情況下的 D 部分藥物保險

第 9.1 節 如果您在由該計劃承保的醫院或專業護理機構住院時，將會怎麼樣？

如果您被收治住院或專業護理機構開始由該計劃承保的住院時，我們通常會在您住院期間支付您處方藥的費用。在您離開醫院或專業護理機構後，只要該藥物符合本章節中所述的我們的所有保險規則，該計劃就將承保您的處方藥。

第 9.2 節 如果您是長期護理 (LTC) 機構的住戶，將會怎麼樣？

通常，長期護理 (LTC) 機構（例如療養院）擁有自有藥房或為期所有住戶供應藥物的藥房。如果您是 LTC 的住戶，那麼只要它是我們網絡的一部分，您就可透過該設施的藥房或其使用的藥房獲得處方藥物。

請查看《藥房名錄》以便瞭解您 LTC 的藥房或其使用的藥房是否屬於我們的網絡。如果不是，或者您需要更多資訊或協助，請聯絡客戶服務部。如果您身處 LTC 設施中，我們必須確保您能夠透過我們的 LTC 藥房網絡定期獲得 D 部分的福利。

如果您是長期護理 (LTC) 機構的住戶，而您需要的藥物不在我們的「藥物清單」上，或者在某種程度上受到限制，該怎麼辦？

請參閱第 5.2 節有關臨時或緊急供應的內容。

第 9.3 節 如果您還從雇主或退休人員團體計劃中獲得藥物保險，將會怎麼樣？

目前，如果透過您（或您的配偶或家庭伴侶）的雇主或退休人員團體還擁有其他處方藥保險，請與該團體的福利管理員取得聯絡。他或她可幫助您確定當前的處方藥保險將適用於我們計劃的情況。

通常來說，如果您擁有員工或退休人員團體保險，我們提供的藥物保險將會次於您的團體保險。這意味著您的團體保險將首先支付。

關於可抵免保險的特別說明：

您的雇主或退休人員團體每年都應當向您發送通知，告知您下一個日曆年的處方藥保險是否為可抵免。

如果來自團體計劃的保險術語可抵免，這意味著該計劃的藥物保險必須平均支付至少與 Medicare 的標準處方藥保險相同的費用。

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

請保管好這些有關可抵免保險的通知，因為您稍後可能需要它們。如果您入保了包含 D 部分藥物保險的 Medicare 計劃，則可能需要這些通知以表明您持有可抵免保險。如果您沒有收到可抵免保險通知，請向雇主或退休團體的福利管理人員或雇主或工會索取副本。

第 9.4 節 如果您身在經 Medicare 認證的善終醫院，將會怎麼樣？

善終護理和我們的計劃都不會同時承保同一藥物。如果您已入保 Medicare 善終計劃，且需要因臨終關懷與終末疾病及相關狀況無關的某些藥物（例如：抗噁心藥物、通便劑、止痛藥或抗焦慮藥物），我們的計劃必須從處方醫生或您的善終服務提供者處收到有關藥物是無關的通知，然後我們的計劃才能承保該藥物。為了避免我們計劃應承保的這些藥物的延遲情況，請您的善終護理服務提供者或處方醫生在您處方藥物配取之前提前通知。

如果您撤銷您的善終選擇或出院，我們的計劃應承保本文件中所述的您的藥物。為防止在 Medicare 善終福利終止時藥房出現任何延誤，請攜帶文件到藥房以確認您的撤銷或出院。

第 10 節 藥物安全性和藥物管理計劃**第 10.1 節 幫助會員安全使用藥物的計劃**

我們為會員進行藥物使用審查，以確保他們得到安全且適當的護理。

我們在您每次配取處方時進行審查。我們還會定期檢查我們的記錄。在這些審核期間，我們查找潛在的問題，例如：

- 潛在的用藥錯誤
- 可能是多餘的藥物，因為您正在服用另一種藥物來治療同一病情
- 由於您的年齡或性別可能不安全或不適當的藥物
- 如果同時服用可能會傷害您的某些藥物合用
- 藥物處方含有對您過敏的成分
- 您服用藥物的數量（劑量）可能有誤
- 不安全量的類鴉片止痛藥

如果我們發現您在使用藥物時可能出現問題，我們將與您的醫療服務提供者一同糾正該問題。

第 10.2 節 Drug Management Program (DMP, 藥物管理計劃) 幫助會員安全使用其類鴉片藥物

我們營運有一項計劃，幫助確保會員安全使用處方類鴉片藥物和其他頻繁濫用的藥物。這項計劃被稱為 Drug Management Program (DMP)。如果您使用從多位醫生或藥房處獲得的類鴉片藥物，或者如果您最近服用過類鴉片藥物過量，我們可能會與您的醫生交談以確保您使用類鴉片藥物是否適當且具醫療必要性。與您的醫生合作，如果我們認為您使用處方類鴉片或苯二氮草藥物可能不安全，那麼可能會限制您獲得這些藥物的方式。如果我們將您安置在我們的 DMP 中，可能會有以下限制：

- 要求您從某個藥房獲得所有類鴉片藥物或苯二氮草類藥物的處方
- 要求您從某個醫生處獲得所有類鴉片藥物或苯二氮草類藥物的處方
- 限制我們為您提供的類鴉片或苯二氮草類藥物的用量

如果我們打算限制您獲取這些藥物的方式或數量，我們將提前給您發送一封信。這封信將告訴您我們是否會限制對這些藥物的保險，或者您是否需要從特定醫生或藥房獲得這些藥物的處方藥。您將有機會告知我們您希望使用哪些醫生或藥房，以及您認為對我們而言很重要的其他資訊。在您有機會做出回應後，如果我們決定限制您對這些藥物的保險，我們將向您另外發送一封確認限制條款的信函。如果您認為我們犯了錯誤，或者您不同意我們的決定，則您和您的處方醫生有權上訴。如果您上訴，我們將審查您的個案並作出裁決。如果我們繼續拒絕您的請求中與您獲得藥物的限制條款有關的任何部分，我們將自動將您的個案發送給我們計劃之外的獨立審查者。有關如何提出上訴的資訊，請參閱第 9 章。

如果您患有某些疾病，例如活躍的癌症相關疼痛或鐮刀細胞病，正在接受善終護理、緩解治療或臨終關懷，或者居住在長期照護設施，那麼 DMP 可能不適用於您。

第 10.3 節 Medication Therapy Management (MTM, 藥物治療管理) 計劃，可幫助會員管理藥物

我們有一項計劃可以幫助我們的會員滿足複雜的健康需求。我們的計劃被稱為 Medication Therapy Management (MTM) 計劃。該計劃屬自願計劃且免費。一支由藥劑師和醫生組成的團隊為我們制訂了這個計劃，以確保會員從他們所服用的藥物中獲得最大效益。

某些因不同疾病而服藥且藥物費用較高的會員，或參保了 DMP 以幫助會員安全使用類鴉片藥物的會員或許可透過 MTM 計劃獲得服務。如果您符合該計劃的資格，藥劑師或其他健康專業人士將為您提供所有藥物的全面審查。在評估期間，您可討論您的藥物、費用以及您對處方藥和非處方藥物的任何問題或疑慮。您將收到一份書面摘要，其中包含一份推薦的待辦事項清單，其中包括您應該採取的步驟，以獲得最佳的藥物效果。您還將獲得一

第 5 章 將計劃保險用於 D 部分處方藥

份用藥記錄，其中包括您正在服用的所有藥物、服用的藥量、服用時間以及服用原因。此外，MTM 計劃的會員將收到有關安全處置受管制藥物處方藥的資訊。

最好是與醫生討論您的建議待辦事項清單和藥物清單。就診時或與醫生、藥劑師和其他醫療服務提供者交談時，請隨身攜帶這份摘要。此外，如果您要前去醫院或急診室，請隨身攜帶最新的用藥記錄（例如，可與 ID 卡一同置放）。

如果我們有適合您需求的計劃，我們將自動為您入保該計劃並向您發送資訊。如果您決定不參與，請通知我們，我們將您退保。如果您有該計劃的任何問題，請致電客戶服務部。

第 6 章：

您為 **D** 部分處方藥支付的費用

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

當前，您是否正在獲得幫助以支付藥費？

如果您使用的計劃可幫助您支付藥物費用，則在這本 *Evidence of Coverage* 中有關 D 部分處方藥費用的某些資訊可能不適用於您。我們向您寄送了一份單獨的插頁，被稱為獲得處方藥的「Extra Help」的人士提供的 *Evidence of Coverage* 附加保單（也被稱為低收入補貼附加保單或 LIS Rider），它告知您有關藥物費用的資訊。如果您未收到此插頁，請致電客戶服務部並索取 LIS Rider。

第 1 節 簡介

第 1.1 節 將本章與其他說明藥物保險的材料結合使用

本章著重介紹您為 D 部分處方藥支付的費用。為了簡單明瞭，我們在本章中使用 *藥物* 來表示 D 部分處方藥。如第 5 章所述，並非所有藥物都屬於 D 部分藥物——根據法律，某些藥物受到 Medicare A 部分或 B 部分的承保，而其他藥物排除在 Medicare 保險之外。某些被排除的藥物將由我們的計劃承保。

若要瞭解付款資訊，您需要瞭解哪些藥物獲得承保，在何處配取您的處方以及獲取承保藥物時應遵循的規則。第 5 章第 1 至 4 節解釋了這些規則。當您使用計劃的「Real-Time Benefit Tool（即時福利工具）」查詢藥物保險時（請參閱第 5 章第 3.3 節），所顯示的費用是以「即時」方式提供的，這意味著您在工具中看到的費用反映了在某個時間點，以提供您預計支付的付現額的估計值。您還可透過致電客戶服務部獲取「Real Time Benefit Tool」提供的資訊。

第 1.2 節 您可能為承保藥物的付現額類型

D 部分藥物有不同類型的付現額。您為某種藥物支付的金額稱為**費用分攤**，可能會要求您透過三種方式來付款。

- **自付額**是您在我們的計劃開始支付其份額之前支付的藥物金額。
- **共付額**是您每次配取處方時都要支付固定的金額。
- **共同保險**是您每次配取處方時支付的藥物總費用的百分比。

第 1.3 節 Medicare 如何計算您的付現額

Medicare 設定有哪些計入和不計入您的付現額的規則。這是我們必須遵循的規則，以追蹤您的付現額。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

這些款項包含在您的付現額中

您的付現額包括以下所載明的款項（只要其適用於 D 部分承保的藥物，並且您遵循了第 5 章中說明的藥物承保規則）：

- 處於以下任何一個藥物付款階段時，您為藥物支付的金額：
 - 初始承保階段
 - 承保缺口階段
- 在您加入我們的計劃之前，您在本日曆年度內以其他 Medicare 處方藥計劃會員所支付的任何款項。

是誰付款很重要：

- 如果您自己來支付這些款項，那麼這些費用將計入您的付現額。
- 如果這些款項是由**特定的其他個人或組織**代表您支付，則這些支付也包含在您的付現額中。這包括由朋友或親戚，大多數的慈善機構，愛滋病藥物援助計劃或印第安健康服務局支付的藥物付款。還包括由 Medicare 的「Extra Help」計劃支付的款項。
- 由 Medicare 保險缺口折扣計劃支付的部分款項將計入您的付現額中。包括製造商為您的品牌藥支付的金額。但是不包括該計劃為您的學名藥支付的金額。

移入巨災承保階段：

如果您（或代表您付款的人）在一個日曆年內總共支出了 \$8,000 的付現額，那麼您將從承保缺口階段過渡到巨災承保階段。

這些款項不包含在您的付現額中

您的付現額**不包括**以下任何一種支付方式：

- 您的月保費。
- 您在美國及其屬地以外購買的藥物。
- 我們的計劃未承保的藥物。
- 您在網絡外藥房購買的藥物不符合計劃的網絡外保險要求。
- 由 A 部分或 B 部分承保的處方藥。
- 您支付的款項適用於我們的額外保險範圍，但通常不包含在 Medicare 處方藥計劃中的藥物。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 您對通常不受 Medicare 處方藥計劃中承保的處方藥款項。
- 在承保缺口階段之時，該計劃為您的品牌藥或學名藥支付的款項。
- 由團體健康計劃（包括雇主健康計劃）支付的藥物款項。
- 由某些保險計劃和政府資助的健康計劃（例如 TRICARE 和 Veterans Affairs（退伍軍人事務部））支付的藥物款項。
- 由第三方承擔法律費用的處方藥款項（例如，勞工賠償）。

*提示：*如果其他任何組織（例如上述組織）支付了您的部分或全部藥物付現額，則您需要透過致電客戶服務部告知我們的計劃。

您如何跟蹤自己的付現額總額？

- **我們將幫助您。**您收到的 D 部分 Explanation of Benefits (EOB, 福利說明書) 報告包括您的付現額的當前金額。當這一金額達到 \$8,000 時，此報告將告知您，您離開初始承保缺口階段，然後進入巨災承保階段。
- **確保我們擁有所需的資訊。**第 3.2 節介紹了您可以採取哪些措施來幫助確保我們對您所消費內容的記錄是完整且為最新。

第 2 節 您為藥物支付多少費用，取決於您獲得藥物時您所處的藥物付款階段

<h3>第 2.1 節 Blue Shield Select 會員的藥物付款階段是指什麼？</h3>
--

在 Blue Shield Select 的處方藥物保險中，有四個**藥物支付階段**。您支付多少取決於您在處方藥開立或續配時所處的階段。本章的第 4 至 7 節詳細介紹了每個階段的細節。這些階段是：

第 1 階段：年度自付額階段

第 2 階段：初始承保階段

第 3 階段：承保缺口階段

第 4 階段：巨災承保階段

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用**第 3 節 我們向您發送報告，說明您的藥物款項以及您處於哪個付款階段****第 3.1 節 我們向您發送一份名為 *D 部分 Explanation of Benefits* (D 部分 EOB) 的月度摘要**

我們的計劃將跟蹤您的處方藥費用以及您在藥房配取或續配處方時所支付的費用。這樣，我們可告知您何時從某個藥物付款階段轉移到下一階段。特別的是，我們要跟蹤兩種費用：

- 我們會跟蹤您已支付的金額。這就是所謂的**付現額**。
- 我們會跟蹤您的**藥物總費用**。這是您付現金額或他人代您支付的金額加上計劃支付的金額。

如果您在上個月透過該計劃配取了一份或多份處方藥時，我們將會寄給您一份 D 部分 EOB。D 部分 EOB 包括：

- **當月資訊**。這份報告提供了有關您上個月已配取的處方的款項詳細資訊。其顯示了藥物總費用，計劃支付的費用，以及您和他人代表您支付的費用。
- **自 1 月 1 日以來的年度總計**。這就是所謂的年初至今資訊。其顯示了自今年開始以來的藥物總費用和藥物總款項。
- **藥物價格資訊**。此資訊將顯示藥品總價，以及每份相同數量的處方索賠與首次配取相比的價格增加的相關資訊。
- **可用的低費用替代處方**。這將包括有關每個處方索賠費用較低的其他可用藥物的資訊。

第 3.2 節 幫助我們保持有關您的藥物付款資訊時時更新

為了跟蹤您的藥物費用和藥物付款，我們利用了從藥房獲得的記錄。您可透過以下方式幫助我們確保您資訊正確無誤且保持最新：

- **每次配取處方時出示您的會員卡**。此舉將幫助我們知曉您正配取的處方以及您要支付的費用。
- **確保我們擁有所需的資訊**。有時，您可能需要支付處方藥的全部費用。在這些情況下，而我們將無法自動獲得我們所需的資訊來跟蹤您的付現額。為幫助我們跟蹤您的付現額，請將您收據的副本提供給我們。以下是您應提供藥物收據副本的情況示例：

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 當您以特殊價格或透過折扣卡在網絡藥房購買承保藥物時，這不屬於我們計劃的福利。
- 當您為藥物製造商的患者援助計劃提供的藥物支付共付額時。
- 在網絡外藥房購買受承保藥物的任何時候，或者在特殊情況下全價購買受承保藥物之時。
- (如果您為承保藥物付費，那麼可以要求我們的計劃支付我們應承擔的費用。有關如何執行此操作的說明，請轉到第 7 章第 2 節。)
- **向我們發送有關他人為您付款的資訊。** 某些其他個人和組織的付款也計入您的付現額。例如，AIDS 愛滋病藥物援助計劃 (ADAP)，印地安健康服務局和大多數慈善機構支付的款項都計入您的付現額中。記錄這些付款並將其寄送給我們，以便我們跟蹤您的費用。
- **查看我們發送給您的書面報告。** 當您收到 D 部分 EOB 時，請仔細檢查以確資訊完整且正確。如果您認為缺少某些內容，或者有任何疑問，如果您對保費有任何疑問，請致電我們客戶服務部。務必保管這些報告。

第 4 節 Blue Shield Select 沒有自付額

Blue Shield Select 沒有自付額。當您配取年度首個處方時，便會從初始承保階段開始。有關初始承保階段中保險的資訊，請參閱第 5 節。

第 5 節 在初始承保階段，計劃將支付您的藥物費用份額，而您則支付您的那一部分

第 5.1 節 您所購買的藥物取決於藥物以及配取處方的地點

在初始承保階段，計劃將支付您承保的處方藥費用中的份額，而您則支付您的那一部分（您的共付額或共同保險金額）。您所分擔的費用會因藥物及配取處方的地點而異。

本計劃設有五個費用分攤層級

本計劃的「藥物清單」中的每種藥物均屬於五種費用分攤層級之一。通常，費用分攤層級數字越高，藥物的費用就越高：

- 費用分攤第 1 層級：首選學名藥（最低的費用分攤層級）
包括首選學名藥。
- 費用分攤第 2 層級：學名藥
包括學名藥和生物仿製藥。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 費用分攤第 3 層級：首選品牌藥
包括首選品牌藥名稱，生物仿製藥和部分學名藥。您每月為該級別的每種承保胰島素產品的供藥量支付 \$35。
- 費用分攤第 4 層級：非首選藥物
包括非首選品牌藥名稱，生物仿製藥和部分學名藥。您每月為該級別的每種承保胰島素產品的供藥量支付 \$35。
- 費用分攤第 5 層級：特種層級藥物（最高費用分攤層級）
包括價格非常高的品牌名稱、生物仿製藥和學名藥，這些學名藥可能需要特殊處理和/或密切監控

要找出您藥物所屬的費用分攤層級，請在該計劃的「藥物清單」中進行查找。

您的藥房選擇

您為藥物支付的費用取決於您是否從以下途徑獲得藥物：

- 提供標準費用分攤的網絡零售藥房
- 提供優先費用分攤的網絡零售藥房 在提供費用分攤的藥房，您可能只需支付更少的費用。
- 不在計劃網絡中的藥房 我們僅在有限的情況下承保網絡外藥房配取的處方。請參閱第 5 章第 2.5 節，以瞭解有關何時承保網絡外藥房的處方。
- 本計劃的郵購服務藥房

有關這些藥房選擇和配取處方的詳細資訊，請參閱第 5 章和該計劃的《藥房名錄》。

第 5.2 節 顯示為期一個月的藥物供應費用的表格

在初始承保階段，您應承擔的承保藥物費用應為共付額或共同保險。

如下表所示，共付額或共同保險的金額取決於費用分攤層級。

有時，藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而不是共付額。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

在您獲得承保 D 部分處方藥一個月供應量時，您應分擔的費用：

層級	標準零售費用分攤（網絡內） （最多為期 30 天供藥量）	優先零售費用分攤（網絡內） （最多為期 30 天供藥量）	郵購服務費用分攤 （最多為期 30 天供藥量）	長期護理 (LTC) 費用分攤 （最多為期 31 天供藥量）	網絡外費用分攤 （保險僅限於某些情況；有關詳細資訊，請參閱第 5 章。）（最多為期 30 天供藥量）
費用分攤第 1 層級 （首選學名藥）	\$5 共付額	\$0 共付額	第 1 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$5 共付額	\$5 共付額
費用分攤第 2 層級 （學名藥）	\$20 共付額	\$5 共付額	第 2 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$20 共付額	\$20 共付額
費用分攤第 3 層級 （首選品牌藥）	\$47 共付額	\$40 共付額	第 3 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$47 共付額	\$47 共付額
費用分攤第 3 層級 （承保胰島素*）	\$35 共付額	\$35 共付額	第 3 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$35 共付額	\$35 共付額
費用分攤第 4 層級 （非首選藥物）	\$100 共付額	\$95 共付額	第 4 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$100 共付額	\$100 共付額

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

層級	標準零售費用分攤 (網絡內) (最多為期 30 天供藥量)	優先零售費用分攤 (網絡內) (最多為期 30 天供藥量)	郵購服務費用分攤 (最多為期 30 天供藥量)	長期護理 (LTC) 費用分攤 (最多為期 31 天供藥量)	網絡外費用分攤 (保險僅限於某些情況; 有關詳細資訊, 請參閱第 5 章。)(最多為期 30 天供藥量)
費用分攤第 4 層級 (承保胰島素*)	\$35 共付額	\$35 共付額	第 4 層級中的藥物無法使用郵購服務。	\$35 共付額	\$35 共付額
費用分攤第 5 層級 (特種層級藥物)	33% 共同保險	33% 共同保險	33% 共同保險	33% 共同保險	33% 共同保險

*承保的胰島素在「藥品清單」上標有 **INS** 符號。這種費用分攤僅適用於不符合幫助支付您藥物費用的計劃 (「Extra Help」) 的受益人。

無論屬於何種費用分攤等級, 您為每種承保胰島素產品為期一個月的供藥量支付的費用不會超過 \$35。

請參閱本章第 9 節, 以獲取有關 D 部分疫苗費用分攤的更多資訊。

第 5.3 節 如果您的醫生開具的處方藥少於一個月的量, 則您可能不必支付一整月的費用

通常來說, 您為處方藥支付的金額可承保一整個月的供藥量。在某些情況下, 您或您的醫生可能希望您擁有少於一個月的藥物供應量 (例如, 當您首次嘗試使用藥物時)。如果這樣可以幫助您更好地計劃不同處方的續配日期, 您還可要求醫生開處方, 並讓藥劑師為您的藥物分配少於一整個月供應量。

如果您收到的某些藥物不足一整個月的供應量, 您將不需要支付整個月的費用。

- 如果您負責共同保險, 則需支付藥物總費用的一定百分比。由於共同保險是基於藥品的總費用計算, 因此您的費用將會較低, 因為藥品的總費用將會較低。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 如果您負責藥物的共付額，您只需支付您實際使用的藥物天數的費用，而不是整個月。我們將計算您每天為您的藥物支付的金額（每日費用分攤率），然後乘以您收到藥物的天數。

第 5.4 節 顯示您長期（最多為期 90 天或 100 天）供應藥物的費用的表格

對於某些藥物，可以獲得長期供應（也稱為延長供藥量）。長期供應最多為 90 或 100 天供藥量。

下表顯示了長期供應藥物時需要支付的費用。

- 有時，藥物費用低於您的共付額。在這些情況下，您支付較低的藥物價格而不是共付額。

在您獲得承保 D 部分處方藥長期供應量時，您應分擔的費用：

層級	標準零售費用分攤 (網絡內) -	優先零售費用分攤 (網絡內)	郵購服務費用分攤
費用分攤第 1 層級 首選學名藥（最多為 期 100 天供藥量）	\$5 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
費用分攤第 2 層級 學名藥（最多為期 90 天供藥量）	\$60 共付額	\$7.50 共付額	\$7.50 共付額
費用分攤第 3 層級 首選品牌藥（最多為 期 90 天供藥量）	\$141 共付額	\$100 共付額	\$100 共付額
費用分攤第 3 層級 承保胰島素*（最多為 期 90 天供藥量）	\$105 共付額	\$100 共付額	\$100 共付額
費用分攤第 4 層級 非首選藥物（最多為 期 90 天供藥量）	\$300 共付額	\$237.50 共付額	\$237.50 共付額

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

層級	標準零售費用分攤 (網絡內) -	優先零售費用分攤 (網絡內)	郵購服務費用分攤
費用分攤第 4 層級 承保胰島素* (最多為 期 90 天供藥量)	\$105 共付額	\$105 共付額	\$105 共付額
費用分攤第 5 層級 特種層級藥物 (最多 為期 90 天供藥量)	第 5 層級中的藥物 無法長期供應。	第 5 層級中的藥物 無法長期供應。	第 5 層級中的藥物 無法長期供應。

*承保的胰島素在「藥品清單」上標有 **INS** 符號。這種費用分攤僅適用於不符合幫助支付您藥物費用的計劃（「Extra Help」）的受益人。

不論每種承保胰島素產品所屬的費用分攤層級，您將不會支付超過 \$70 的費用以獲得多達兩個月的供藥量，或支付 \$100 或 \$105 的費用以獲得多達三個月的供藥量。

第 5.5 節 您將停留在初始承保階段，直到當年您的藥物總費用達到 \$5,030

您將停留在初始承保階段，直到您已配取處方總額達到**初始承保階段的 \$5,030 限額**為止。

我們為某些通常不在 Medicare 處方藥計劃承保範圍內的處方藥提供額外保險。為這些藥物支付的款項將不計入您的初始承保限額或付現額總額。

您收到的 D 部分 EOB，將幫助您跟蹤這一年中您和該計劃以及任何第三方代表您花費在您藥物上的金額。許多人在一年內沒有達到 \$5,030 的限額。

如果您達到了這一金額，我們將告知您。如果您確實達到此數量，則將離開初始承保階段，然後進入承保缺口階段。請參閱第 1.3 節，瞭解有關 Medicare 如何計算付現額。

第 6 節 承保缺口階段的費用

對於**費用分攤第 1 層級**（首選學名藥），**費用分攤第 2 層級**（學名藥），**費用分攤第 3 層級**（承保胰島素）以及**費用分攤第 4 層級**（承保胰島素）：您支付上面第 5.2 和 5.4 節中表格中載明的共付額。對於**費用分攤第 1 層級**（首選學名藥）和**費用分攤第 2 層級**（學名藥），本計劃支付的金額不計入您的付現額。只有您所支付的金額才算在內，且可使您移出保險缺口。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

對於所有其他費用分攤層級：當您處於承保缺口階段時，Medicare 承保缺口折扣計劃可為製造商提供品牌藥的折扣。您需為品牌藥支付協商價格以及部分配藥費的 25%。您支付的金額和製造商提供的折扣金額都計入您的付現額，就好像如果您已經支付了這些費用，並能使您達到保險缺口一樣。

您還將獲得某些學名藥的保險。您支付的學名藥費用不超過費用的 25%，其餘的費用由計劃支付。只有您所支付的金額才算在內，且可使您移出保險缺口。

直到您的年度自費支付達到 Medicare 最高限額，您將繼續支付這些費用。在您達到這一金額 (\$8,000) 後，您將離開承保缺口階段並進入巨災承保階段。

Medicare 設定有哪些計入和不計入您的付現額的規則（第 4 章第 1.3 節）。

承保缺口階段共同保險要求不適用於 D 部分承保胰島素產品以及大多數的成年人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅遊疫苗。

無論屬於何種費用分攤等級，您為每種承保胰島素產品為期一個月的供藥量支付的費用不會超過 \$35。

請參閱本章第 9 節，以獲取有關 D 部分疫苗和 D 部分費用分攤的更多資訊。

第 7 節 在巨災承保階段，計劃將支付您的承保 D 部分藥物的全部費用

當您的付現額達到日曆年的 \$8,000 限額時，您就進入巨災承保階段。進入巨災承保階段後，您將一直處於此付款階段，直到日曆年結束。

- 在這個支付階段，計劃將支付您的承保 D 部分藥物的全部費用。您無需付費。
- 對於我們強化福利計劃中承保的排除藥物，您需支付上述第 5.2 和第 5.4 節中所載明的共付額。

第 8 節 D 部分疫苗。您所支付的費用取決於獲得疫苗的方式和地點

關於您支付疫苗費用的重要訊息 - 某些疫苗被視為醫療福利。被視為 D 部分藥物的其他疫苗。您可在該計劃的「藥物清單」中找到這些疫苗。我們的計劃承保大多數的成年人 D 部分疫苗，對您來說是免費的。請參閱您計劃的「藥物清單」或聯絡客戶服務部以獲取有關特定疫苗的保險和共享成本的詳細資訊。

我們的 D 部分疫苗接種包括兩個部分：

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 保險的第一部分是**疫苗本身**的費用。
- 保險的第二部分是為您**提供疫苗**的費用。（這有時被稱為疫苗的給藥）。

您為 D 部分疫苗支付的費用取決於三個因素：

1. **疫苗是否被一個名為免疫接種實踐諮詢委員會 (ACIP) 的組織推薦給成年人。**
 - 大多數成年人的 D 部分疫苗接種是由 ACIP 建議的，且不需要花費任何費用。
2. **獲得疫苗藥物的地點。**
 - 疫苗本身可由藥房提供或由醫生診所提供。
3. **誰給您注射的疫苗。**
 - 藥劑師或其他醫療服務提供者可能在藥房中提供疫苗接種。或者，醫療服務提供者可以在醫生診所提供疫苗。

接種 D 部分疫苗時所支付的費用視情況以及您所處的**藥物付款階段**而定。

- 有時，當您接種疫苗時，您必須支付疫苗本身的全部費用以及醫療服務提供者為您提供疫苗的費用。您可以要求我們的計劃償還您分擔的費用。對於大部分成年人 D 部分疫苗而言，這意味著您將獲得您支付的全部費用的償還。
- 其他時候，當您接種疫苗時，根據您的 D 部分福利，您只需支付您的部分費用。對於大多數成年人的 D 部分疫苗，您將不需要支付任何費用。

以下是可能獲得 D 部分疫苗的方式的三種示例。

情形 1： 您可在網絡藥房進行 D 部分疫苗接種。（是否選擇取決於您的居住地。某些州不允許藥房獲得某些疫苗。）

- 對於大多數成年人的 D 部分疫苗，您將不需要支付任何費用。
- 對於其他 D 部分的疫苗，您需要支付藥房的自付額或共付額，包括疫苗本身的費用以及接種疫苗的費用。
- 我們的計劃將支付其餘費用。

情形 2： 您可以在醫生診所進行 D 部分疫苗接種。

- 當您接種疫苗時，您可能需要支付疫苗本身的全部費用以及醫療服務提供者為您提供疫苗的費用。
- 然後，您可以要求我們的計劃透過使用在第 7 章中介紹的步驟來分擔費用。

第 6 章 您為 D 部分處方藥支付的費用

- 對於大多數成年人 D 部分疫苗，您將獲得全額退款。對於其他 D 部分疫苗，您將獲得退款，扣除您支付的任何共同保險或共付額（包括接種費用）。

情形 3： 您在網絡藥房購買了 D 部分疫苗本身，然後帶到醫生診所給他們接種疫苗。

- 對於大多數成年人的 D 部分疫苗，您將無需為疫苗本身支付任何費用。
- 對於其他 D 部分疫苗，您需要向藥房支付您的共同保險或共付額以支付疫苗本身。
- 當您的醫生給您接種疫苗時，您可能必須支付此項服務的全部費用。
- 然後，您可以要求我們的計劃透過使用在第 7 章中介紹的步驟來分擔費用。
- 對於大多數成年人 D 部分疫苗，您將獲得全額退款。對於其他 D 部分疫苗，您將獲得退款，金額為您所支付的費用減去任何疫苗接種的共同保險。

第 7 章：

請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分

第 1 節 在這種情況下，您應要求我們支付您所承保的服務或藥物費用的一部分

有時，當您獲得醫療護理或處方藥時，您可能需要支付全部費用。在其他時間，您可能會發現自己支付的費用超出了該計劃的保險規則。或者您可能收到一份醫療服務提供者的賬單。無論哪些情況，您都可要求我們的計劃償還您的款項（歸還您的款項通常被稱為償還您的費用）。只要您支付的費用超出了我們計劃所承保的醫療服務或藥物的費用分攤，您就有權利透過我們的計劃得到償還。您可能需要遵守一些截止日期才能得到償還款項。請參閱本章之第 2 節。

有時，您還可能會從醫療服務提供者處收到一份關於所接受醫療護理的全部費用的賬單，或者可能超過了您在本文中討論的費用分攤。首先，嘗試與醫療服務提供者解決賬單問題。如果還不能解決問題，請將賬單寄給我們，而不是進行支付。我們將檢視賬單並決定是否應承保這些服務。如果我們決定將對其承保，我們將直接向醫療服務提供者付款。如果我們決定不付款，我們將通知該醫療服務提供者。您不應支付超過計劃允許的費用分攤。如果該醫療服務提供者已簽約，您仍然有接受治療的權利。

以下是部分情況的示例，您可能需要詢問我們的計劃以償還您的款項或支付已收到的賬單：

1. 當您從我們計劃網絡之外的醫療服務提供者處獲得醫療保健時

當您從不屬於我們網絡的醫療服務提供者處獲得護理時，您僅負責支付費用的一部分。（與網絡內醫療服務提供者相比，網絡外醫療服務提供者所占的費用分攤可能更高。）要求服務提供者就費用分攤像該計劃開賬單。

- 如果您在接受護理時已全額支付費用，則請我們償還您分擔的費用。將您的賬單以及您已付款的文件發送給我們。
- 您可能會從服務提供者處收到賬單，要求您支付認為自己沒有欠下的款項。將此賬單以及您已付款的文件發送給我們。
 - 如果欠下醫療服務提供者任何款項，我們將直接向醫療服務提供者付款。
 - 如果您已經支付的費用超過了您應分擔的服務費用，我們將確定您的欠款金額，並向您償還我們應分擔的費用。
- 請注意：儘管您可從網絡外醫療服務提供者處護理，但該醫療服務提供者必須有資格參加 Medicare。除了急診護理，我們無法支付沒有資格參加 Medicare 的醫療服務提供者的費用。如果醫療服務提供者不符合參加 Medicare 的資格，那麼您將承擔所獲得服務的全部費用。

第 7 章 請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分

2. 當網絡內醫療服務提供者向您發送了一份您認為您不應付款的賬單時

網絡內醫療服務提供者應始終直接向該計劃開賬單，並且僅要求您分擔費用。但是有時他們會出錯，要求您支付比您的分攤更多的費用。

- 您只有在獲得承保服務時，才必須支付費用分攤額。我們不允許醫療服務提供者增加額外的單獨收費，稱為差額賬單。即使我們向醫療服務提供者支付的費用少於其所支付的服務費用，且即使有糾紛且我們不支付某些醫療服務提供者費用，此保護舉措（您支付的費用永遠不會超過分擔費用的金額）同樣適用。
- 每當您從網絡內醫療服務提供者處收到您認為超出應付款項的賬單時，請將賬單發送給我們。我們將直接與醫療服務提供者聯絡並解決賬單問題。
- 如果您已經向網絡內醫療服務提供者支付了賬單，但是您覺得自己支付多了，那麼請將您的賬單以及所有付款記錄發送給我們，並要求我們償還您所支付的金額與您依據計劃欠下的金額之間的差額。

3. 如果您以追溯性方式加入我們的計劃

有時，個人入保計劃是具有追溯效力的。（這表示保戶入保的第一天已經過去。入保日期甚至可能是去年。）

如果您已追溯加入我們的計劃，且在入保日期之後用付現額支付了您承保的任何承保服務或藥物，那麼您可要求我們償還您分擔的費用。您將需要為我們提交文件（例如收據以及賬單）以處理償還。

4. 當您使用網絡外藥房配取處方時

如果您前往網絡外藥房，則藥房可能無法直接向我們提交索賠。在發生這種情況時，您將需要支付處方的全部費用。

當您要求我們償還您應分擔的費用時，請保存您的收據並將其發送給我們。請記住，我們僅在少數情況下提供對於非合約藥房的保障。有關這些情況的討論，請參閱第 5 章第 2.5 節。

5. 如果您沒有隨身攜帶計劃會員卡，則需支付全額處方費用

如果您沒有計劃會員卡，那麼您可要求藥房打電話給計劃或查詢計劃入保資訊。但是，如果藥房無法立即獲得他們所需的入保資訊，則您可能需要自己支付處方的全部費用。

當您要求我們償還您應分擔的費用時，請保存您的收據並將其發送給我們。

6. 當您在其他情況下支付處方的全部費用時

您可能會支付處方的全部費用，因為您發現由於某種原因該藥物未受承保。

第 7 章 請求我們支付您所收到的承保醫療服務或藥物的賬單的分攤部分

- 例如，該藥物可能不在本計劃的「藥物清單」中，或者可能會有您不瞭解或認為不適合您的要求或限制。如果您決定立即購買該藥，那麼您可能需要支付全部費用。
- 當您要求我們償還您時，請保存您的收據並將其發送給我們。在某些情況下，我們可能需要從您的醫生處獲得更多資訊，以便償還您的費用。

以上所有示例均是保險決定的類型。這意味著，如果我們拒絕您的付款請求，那麼您可以對我們的決定提出上訴。本文件的第 9 章（如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動）提供有關如何提出上訴的資訊。

第 2 節 如何要求我們償還您的款項或支付已收到的賬單

您可以透過向我們寄送書面請求，來請求我們為您償還。如果您以書面提出請求，請發送您的賬單和您已付款的文件。最好是將您的賬單和收據複印一份作為記錄。**您必須**在接受服務、物品或藥物之日起一年內向我們提出**醫療索賠**。**您必須**在接受服務、物品或藥物之日起三年內向我們提出**D 部分處方藥索賠**。

為確保您向我們提供了決策所需的所有資訊，您可填寫我們的索賠表以提出付款要求。

- 您不必利用表格，但此舉將幫助我們更快地處理資訊。
- 可以從我們的網站上下載表格的副本 ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) 或是致電客戶服務部並索取此表格。

透過以下地址將您的付款要求以及所有賬單或已付款收據郵寄給我們：

醫療索賠：

Blue Shield Select
Medicare Customer Service
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365

處方藥索賠：

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

第 3 節 我們會考慮您的付款請求，表示接受或拒絕

第 3.1 節 我們核查是否應該承保這項服務或藥物以及我們應欠下的金額

當我們收到您的付款請求時，如果您需要其他任何資訊，我們會通知您。否則，我們將考慮您的請求並作出保險決定。

- 如果我們確定醫療或藥物已包括在內，而您遵循了所有規則，我們將支付我們應承擔的費用。如果您已經為服務或藥物付款，我們將把應償還給您我們費用分攤的那部分郵寄給您。如果您尚未為服務或藥物付款，我們會將付款直接郵寄給醫療服務提供者。
- 如果我們確定醫療或藥物不在承保範圍內，或者您沒有遵循所有規則，我們將不支付我們應承擔的費用。我們將給您發送一封信，用以解釋為什麼我們不寄送款項的原因以及您對該決定提出上訴的權利。

第 3.2 節 如果我們告知您我們不支付全部或部分醫療或藥物費用，那麼您可以提出上訴

如果您認為我們拒絕您的付款請求有誤或者我們支付金額有誤，則可以提出上訴。如果您提出上訴，那麼這表示您在要求我們更改我們拒絕您的付款請求時做出的決定。上訴程序是一項正式程序，其中包含詳細的程序和重要的截止日期。有關如何提出此上訴的詳細資訊，請轉到本文件的第 9 章。

第 8 章：

您的權利與責任

第 8 章 您的權利與責任**第 1 節 我們的計劃必須尊重您作為計劃會員的權利和文化敏感性****第 1.1 節 我們必須以適合您的方式提供資訊，並且符合您的文化敏感性（使用英語以外的其他語言，盲文，大字體或其他替代格式等）**

您的計劃需要確保所有服務，包括臨床和非臨床服務，均以賦有文化能力的方式提供，並且對所有參保人都提供可及性，包括那些英語能力有限、閱讀能力有限、聽力受損或具有不同文化和種族背景的人士。規劃如何滿足這些無障礙要求的示例，包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文字電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費的口譯服務，以回答非英語人士的問題。如果您需要，我們還可免費提供盲文、大字體或其他替代格式的資訊。我們必須以一種易於使用且適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。要以適合您的方式從我們這裡獲取資訊，請致電客戶服務部。

我們的計劃要求給予女性參保人在網絡內直接獲得婦女健康專家的選擇，以提供婦女常規和預防保健服務。

如果計劃網絡中的專科醫療服務提供者不可用，計劃有責任尋找網絡外的專科醫療服務提供者，以提供您所需的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的費用分攤。如果您發現自己所處的計劃網絡中沒有承保您需要服務的專科醫生的情況，那麼請致電該計劃以獲取有關以網絡內費用分攤的方式從何處獲得此服務的資訊。

如果您對於從我們的計劃中獲取無障礙且適合您的格式的資訊時遇到任何問題，請致電提出申訴：

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711)
傳真：(844) 696-6070
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您還可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 投訴，也可直接向民權辦公室投訴，電話 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil y se ajuste a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.)

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y de que todas las personas inscritas puedan obtener acceso a estos servicios, incluidas aquellas que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o problemas de audición, o aquellas de distinto origen cultural y étnico. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, los servicios de traducción e interpretación y la conexión por teletipo, o teléfono de teletipo o de texto (TTY, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan cuenta con servicios gratis de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablen inglés. Además, podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo sin costo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted. Para que le brindemos información de una manera que a usted le sea útil, comuníquese con Servicio para Miembros.

Nuestro plan debe ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de obtener acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para que reciban servicios de atención de la salud de rutina y preventivos.

Si en la red del plan no hay proveedores disponibles para una determinada especialidad, el plan tendrá la responsabilidad de encontrar proveedores especializados fuera de la red para que brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan y pida información sobre dónde debe dirigirse para obtener este servicio al nivel de costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información acerca de nuestro plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista dentro de la red, comuníquese con nosotros para presentar un reclamo:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

第 8 章 您的權利與責任

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

第 1.2 節 我們必須確保您及時獲得承保的服務和藥物

您有權在計劃的網絡中選擇醫療服務提供者。您也有權不經轉介以便找婦女保健專科醫生（例如婦科醫生）看診，但仍要支付網絡內費用分攤額。

您有權在合理的時段內從您的醫療服務提供者獲取約診和承保的服務。這包括有權在需要時從專科醫生處獲得及時的服務。您還有權在我們的任何網絡藥房中及時配取或續配處方。

如果您認為沒有在合理的時間內獲得醫療或 D 部分藥物，那麼第 9 章將告知了您可以採取的行動。

第 1.3 節 我們必須保護您受保護健康資訊的隱私

聯邦和州法律保護您的醫療記錄與受保護的健康資訊的隱私。我們按照這些法律的要求保護您的受保護健康資訊。

- 您的受保護的健康資訊包括您入保該計劃時提供給我們的個人資訊，以及您的醫療記錄以及其他醫療和健康資訊。
- 您擁有與您的資訊和控制您健康資訊的使用方式相關的權利。我們給您發出一份稱為**隱私保護聲明**的書面通知，其中介紹了這些權利並解釋了我們如何保護您的健康資訊的隱私。

我們如何保護您受保護健康資訊的隱私？

- 我們確保未經授權的人員不會看到或更改您的記錄。
- 除非下文註明的情況，我們打算將您的健康資訊提供給非提供您照護或支付您照護費用的人，我們必須先獲得您或您已授權作出決策的人士的書面許可。
- 在某些情況下，不需要我們首先獲得您的書面許可。這些特例是法律允許或要求的。
 - 我們需要向檢查護理質量的政府機構發佈健康資訊。
 - 鑒於您是 Medicare 計劃的會員，因此我們需要向 Medicare 提供您的健康資訊，包括有關 D 部分處方藥的資訊。如果 Medicare 將您的資訊發佈用於研究或其他用途，則將根據聯邦法規進行；通常情況下，這需要您不分享能夠唯一識別您身份的資訊。

第 8 章 您的權利與責任

您可以查看記錄中的資訊，並知道如何與他人共享

您有權查看計劃中保存的醫療記錄，並獲得記錄的副本。我們已被允許向您收取複印費用。您也有權要求我們對您的病歷進行補充或更正。如果您要求我們這樣做，我們將與您的醫療保健醫療服務提供者一起決定是否應進行更改。

您有權知曉出於非常規目的如何與他人共享您的健康資訊。

如果您對受保護的健康資訊的隱私有任何疑問或顧慮，請致電客戶服務部。

我們始終致力於保護您的受保護健康資訊的隱私。我們的《隱私慣例通知》描述了您作為會員的隱私權利，以及我們如何保護您的受保護健康資訊。若要獲得我們的隱私通知副本，您可：

1. 轉到 blueshieldca.com 並點選主頁底部的 Privacy (隱私) 連結然後列印一份副本。
2. 請撥打您 Blue Shield 會員 ID 卡上客戶服務部的電話號碼，以索取一份副本。
3. 請致電 Blue Shield of California 隱私辦公室，免費電話：(888) 266-8080。服務時間：週一至週五，上午 8 點至下午 3 點。TTY 使用者請撥打 711。
4. 給我們發送電子郵件：privacy@blueshieldca.com

第 1.4 節	我們必須向您提供有關計劃、計劃的醫療服務提供者網絡以及承保的服務的資訊
----------------	--

作為 Blue Shield Select 的會員，您有權從我們這裡獲得多種資訊。

如果您需要以下任何一種資訊，請致電客戶服務部：

- **有關我們計劃的資訊。**例如，其中包括有關計劃財務狀況的資訊。
- **有關我們的網絡內服務提供者和網絡藥房的資訊。**您有權從我們這裡獲得有關我們網絡中服務提供者和藥房的資格以及我們如何向網絡中的服務提供者付款的資訊。
- **有關保險和使用保險時必須遵循的規則的資訊。**第 3 章和第 4 章提供有關醫療服務的資訊。第 5 章和第 6 章提供有關 D 部分處方藥保險的資訊。
- **有關為何未承保某些內容以及您可以採取哪些措施的資訊。**第 9 章提供了關於要求書面解釋醫療服務或 D 部分藥物未被承保或承保有限的相關資訊。第 9 章還提供了有關要求我們改變決定的資訊，也被稱為上訴。

第 1.5 節 我們必須支援您做出有關護理的決定的權利

您有權知道您的治療選擇並參與有關醫療保健的決定

您有權從您的醫生和其他醫療保健服務提供者處獲取全部資訊。您的醫療服務提供者必須以您能理解的方式解釋您的疾病和治療選擇。

您也有權完全參與有關醫療保健的決定。為了幫助您與醫生就哪種治療最適合您做出決定，您的權利包括以下方面：

- **知曉您的所有選擇的權利。** 您有權被告知針對您的病情推薦的所有治療方案，無論這些方案的費用多少，或者我們的計劃是否承保這些方案。這還包括被告知我們計劃提供的計劃，以幫助會員管理藥物和安全使用藥物。
- **知曉有關各種風險的權利。** 您有權被告知您護理中涉及的任何風險。如果任何推薦的醫療護理或治療屬於研究實驗的一部分，我們則必須提前告知您。您始終可以選擇拒絕任何實驗性治療。
- **表示「拒絕」的權利。** 您有權拒絕任何推薦的治療。這包括離開醫院或其他醫療機構的權利，即使您的醫生建議您不要離開。您也有權停止服藥。當然，如果您拒絕接受治療或停止服藥，您將對自己身上發生的一切後果承擔全部責任。

如果您無法自行做出醫療決定，則您有權給出有關如果您無法自己做出醫療決定時的指示

有時，由於事故或嚴重疾病，保戶無法自行做出醫療決定。在這種情況下，您有權說出自己的指示。這意味著，如果您想給出指示，您能夠：

- 如果您無法自己做出決定，請填妥一份書面表格，**授權某人為您做出醫療決定。**
- 如果您無法自己做出決定，**請給您的醫生書面指示**，說明您希望他們如何處理醫療服務。

在這種情況下，您可以用來提前給出指示的法律文件被稱為**預先醫療指示**。設有不同類型的預先醫療指示和名稱。被稱為**生前遺囑**和**醫療保健委託書**的文件是預先醫療指示的示例。

如果您想使用**預先醫療指示**進行說明，請執行以下操作：

- **獲取該表格。** 您可從您的律師、社會工作者或某些診所用品店處獲得預先醫療指示表格。有時您可以從向大眾提供有關 Medicare 資訊的組織那裡獲得預先醫療指示表格。您也可以聯絡客戶服務部索取表格。

第 8 章 您的權利與責任

- **完整填寫並簽名。**無論您從何處獲得此表格，請記住這是一份法律文件。您應該考慮請律師幫您準備。
- **將副本提供給適當的人士。**如果您無法做決定，您應該將表格的副本提供給您的醫生以及在表格上被指定為可以代替你做決定的人。您可能希望將副本提供給親密的朋友或家人。在家裡留一份。

如果您提前知道要住院，且已經簽署了預先醫療指示，請隨身攜帶一份副本去醫院。

- 醫院會詢問您是否簽署了預先醫療指示表格，以及是否隨身攜帶它。
- 如果您尚未簽署預先指示表格，醫院將提供表格，並會詢問您是否要簽署。

請記住，是否要填妥預先醫療指示是您的選擇（包括您住院時是否要簽名一份）。根據法律規定，沒有人可以根據您是否已簽署預先醫療指示而拒絕您的護理或歧視。

如果不遵循您的預先醫療指示，將會怎麼樣？

如果您已經簽署了預先醫療指示，且您認為醫生或醫院沒有遵守其中的指示，那麼您可以向 Livanta 投訴。有關聯絡資訊，請參閱下方第 2 章第 4 節。

第 1.6 節 您有權提出投訴，並要求我們重新考慮我們所做的決定

如果您有任何問題、疑慮或投訴並需要申請承保或提出上訴，第 9 章將介紹您可以採取的行動。無論您採取什麼行動 – 請求保險決定、提出上訴或投訴 – 我們必須公平對待您。

第 1.7 節 如果您認為自己受到不公平對待或您的權利未得到尊重時，您可以採取什麼行動？

如果是涉及歧視，請致電民權辦公室

如果您認為您由於種族、殘障、宗教、性別、健康、民族、教義（信仰）、年齡、性取向或原國籍而受到不公平的對待或權利沒有得到尊重，您應當致電 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 致電 Department of Health and Human Services（衛生與公共服務部）的民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。

這是關於其他事件嗎？

如果您認為自己受到了不公平的對待或您的權利未得到尊重，並且與歧視無關，那麼您可以得到幫助來解決您遇到的問題：

- 您可致電客戶服務部。

第 8 章 您的權利與責任

- 您可致電 **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**，州健康保險援助計劃。有關詳情，請轉到第 2 章第 3 節。
- 或者，您可致電 **Medicare**，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時 (TTY 1-877-486-2048)。

第 1.8 節 如何獲取有關您的權利的更多資訊

可以在以下多個地方獲得有關您的權利的更多資訊：

- 您可致電客戶服務部。
- 您可致電 **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**，州健康保險援助計劃。有關詳情，請轉到第 2 章第 3 節。
- 您可聯絡 **Medicare**。
 - 您可造訪 Medicare 網站，以便閱讀或下載刊物「*Medicare Rights & Protections* (Medicare 權利與保護)」。(該刊物以下網站：www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf 上獲得。)
 - 或者，您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務 (TTY 1-877-486-2048)。

第 2 節 作為計劃會員，您的某些責任

以下列出了您作為計劃會員需要做的事情。如果您有任何疑問，請致電客戶服務部。

- 熟悉您的承保服務以及獲得這些承保服務必須遵循的規則。使用這本 *Evidence of Coverage* 以便瞭解您的承保內容以及獲取承保服務所需遵循的規則。
 - 第 3 章和第 4 章詳細介紹了您的醫療服務。
 - 第 5 章和第 6 章詳細介紹了 D 部分處方藥的保險。
- 如果您除了我們的計劃之外還有其他任何健康保險或處方藥的保險，則需要告知我們。第 1 章告訴您如何協調這些福利。
- 請告知您的醫生和其他醫療保健醫療服務提供者，您已入保我們的計劃。每當您獲得醫療護理或 D 部分處方藥，請出示計劃會員卡。
- 透過向醫生和其他醫療服務提供者提供資訊，提出問題並持續進行護理，從而為您提供幫助。

第 8 章 您的權利與責任

- 為了幫助獲得最好的護理，請告知您的醫生和其他醫療服務提供者您的健康問題。請遵循您和您的醫生所同意的治療計劃和說明。
- 確保您的醫生知曉您正在服用的所有藥物，包括非處方藥、維他命和補充劑。
- 如果您有任何疑問，請務必提出並獲得您可以理解的答案。
- **請懂得换位思考。**我們期許我們的所有會員都尊重其他患者的權利。我們也希望您採取行動，以幫助醫生診所、醫院和其他診所的順利運作。
- **償還您的欠款。**作為計劃會員，您需要負責以下款項：
 - 您必須支付計劃保費。
 - 您必須繼續支付 Medicare B 部分保費才能保留成為該計劃的會員。
 - 對於本計劃承保的大多數醫療服務或藥物，您在獲得服務或藥物時必須分攤費用。
 - 如果您被要求支付延遲入保罰金，那麼您必須支付罰金以保留處方藥保險。
 - 如果由於您的年收入而需要為 D 部分支付額外的費用，則必須直接向政府繼續支付額外的費用以保持計劃的會員身份。
- 如果您遷入我們的計劃服務範圍，我們需要知道，以便我們可以使您的會員記錄保持最新並知曉如何與您聯絡。
- 如果您搬出我們的計劃服務範圍，那麼您無法繼續成為我們計劃的會員。

如果您搬遷，告知社會安全署（或 Railroad Retirement Board）同樣很重要。

第 9 章：

如果您有問題 或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

第 1 節 簡介

第 1.1 節 如果您有問題或顧慮，該怎麼辦

本章介紹了兩種處理問題和顧慮的流程：

- 對於某些問題，您需要使用**進行保險的決定和上訴的流程**。
- 對於其他問題，您需要使用**進行投訴（也被稱為申訴）的流程**。

這兩個流程均已獲得 Medicare 批准。每個流程都設有一套規則、程序和最後期限，我們與您均必須遵循它們。

第 3 節中的指南將幫助您確定要使用的恰當流程以及您應採取的行動。

第 1.2 節 法律術語是怎麼樣的？

本章介紹了某些規則、程序和期限類型的法律術語。這些術語中有不少是大部分人士不熟悉且難以理解的詞匯。為簡明扼要起見，本章：

- 使用較為簡單的詞語代替某些法律術語。例如，本章通常說提出投訴而不是提出申訴，保險決定而不是組織確定、保險確定或風險確定，以及獨立審查組織而不是獨立審核實體。
- 本章還盡量少地使用縮寫。

但是，這對於您瞭解正確法律用語可能會有所幫助（有時甚至很重要）。知道使用哪些術語將有助於進行更準確的溝通，並根據情況獲得正確的幫助或資訊。為了幫助您瞭解要使用的術語，在提供處理特定類型情況的詳細資訊時，我們將包括法律術語。

第 2 節 在何處獲得更多資訊和個人化幫助

我們隨時可以為您提供幫助。即使您對我們對待您的方式有任何抱怨，我們有責任尊重您的投訴權利。因此，您應該隨時聯絡客戶服務部尋求幫助。但是在某些情況下，您可能還需要與我們無關的人士的幫助或指導。以下是兩個可以協助您的實體。

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

每個州都有一個由訓練有素的顧問組成的政府計劃。該政府計劃與我們或任何保險公司或健康計劃沒有聯絡。該計劃的顧問可幫助您瞭解應該使用哪個流程來解決您遇到的問題。他們還可回答您的問題，為您提供更多資訊，並提供有關操作方法的指導。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

SHIP 顧問的服務是免費提供的。您將在本文件的第 2 章第 3 節中找到電話號碼和網站網址。

Medicare

您也可以聯絡 Medicare 尋求協助。如需聯絡 Medicare：

- 您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。
- 您還可造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。

第 3 節 若要解決您的問題，應使用哪個流程？

如果您有問題或顧慮，則僅需閱讀本章適用於您情況的部分。隨後的指南會對您有所幫助。

您是否對自己的福利或保險有問題或顧慮？

這包括有關是否承保的醫療保健（醫療用品、服務和/或 B 部分處方藥），其承保方式以及與支付醫療保健有關的問題。

是。

繼續本章的下一節，第 4 節，保險決定和上訴的基礎指南。

否。

向前跳到本章末尾處的第 10 節：如何投訴護理質量、等候時間、客戶服務或其他問題。

保險決定和上訴

第 4 節 保險決定和上訴的基礎指南

第 4.1 節 請求保險決定並提出上訴：總體情況

保險決定和上訴處理與您的醫療保險福利和醫療護理（服務、物品和 B 部分處方藥物，包括支付）有關的問題。為了簡單明了，我們通常將醫療用品、服務和 Medicare B 部分的處方藥稱為**醫療護理**。您可使用保險理賠決定和上訴流程來處理是否承保某物以及承保某物的方式等問題。

在收到福利之前詢問有關保險決定

保險決定是一項我們就您的福利與保險或我們將為您的醫療護理支付的金額作出的決定。例如，如果您的計劃網絡醫生將您轉介給網絡外的醫學專科醫生，除非您的網絡醫生能夠證明您對該醫學專家的轉介收到了標準拒絕通知，或者 *Evidence of Coverage* 明確指出該轉介服務在任何情況下都不受承保，否則此轉介將被視為有利的保險決定。如果您的醫生對於我們是否會承保特定的醫療服務或拒絕提供您認為需要的醫療服務不太確定，那麼您或您的醫生還可與我們聯絡並請求保險決定。換言之，如果您想在獲得醫療護理之前就知道我們是否承保，您可要求我們為您做出保險決定。在少數情況下，保險決定的請求將被駁回，這意味著我們不會審查該請求。請求被駁回的示例，包括請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得法律授權，或者您要求撤回您的請求。如果我們駁回保險決定請求，我們將發送通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求對駁回進行審查。

每當我們決定為您承保的內容以及我們支付費用的多少時，我們都會為您做出保險決定。在某些情況下，我們可能會為您確定一項醫療護理不由 Medicare 承保或不再由 Medicare 承保。如果您不同意此保險決定，那麼您可以提出上訴。

提出上訴

如果我們做出了保險決定，不論是在獲得福利之前還是之後，如果您對此不滿意，您可以對此決定提出**上訴**。上訴是指一種要求我們審查與變更我們作出的保險決定的正式方式。在某些情況下（我們將在後面討論），您可以請求對保險決定提出**加急或快速上訴**。您的上訴是由不同的審查員處理，而並非最初做出決定的審查員。

當您首次對一項決定提出上訴時，這稱為第 1 級上訴。在此次上訴中，我們將審查我們作出的保險決定，以檢查我們是否正確遵守規則。完成審核後，我們將為您做出決定。在少數情況下，第 1 級上訴的請求將被駁回，這意味著我們不會審查該請求。請求被駁回的示例，包括請求不完整、有人代表您提出請求但未獲得法律授權，或者您要求撤回您的請

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

求。如果我們駁回第 1 級上訴請求，我們將發送通知，解釋駁回請求的原因以及如何要求對駁回進行審查。

如果我們對於您醫療護理第 1 級上訴的全部或部分內容表示否決，您的上訴將自動進入由一個與我們無關的獨立審查組織進行的第 2 級上訴。

- 您無需採取任何行動即可開始進行第 2 級上訴。Medicare 規定要求我們若對您的第 1 級上訴不完全同意，則必須自動將您的醫療護理上訴提交至第 2 級上訴。
- 有關第 2 級上訴的更多資訊，請參閱本章的**第 6.4 節**。
- 對於 D 部分藥物上訴，如果我們拒絕您的全部上訴或部分上訴，您將需要提出第 2 級上訴。在本章的**第 7 節**中進一步討論了 D 部分的上訴。

如果您對第 2 級上訴的決定不滿意，您或許可以繼續進行更多層級的上訴（本章**第 9 節**解釋了第 3、4 級和第 5 級上訴流程）。

第 4.2 節 在請求保險決定或提出上訴時如何獲得幫助

如果您決定要求任何一種保險決定或對決定提出上訴，有以下資源可使用：

- 您可致電客戶服務部，聯絡我們。
- 您可從您的 State Health Insurance Assistance Program 獲得免費幫助。
- 您的醫生可以為您提出請求。如果您的醫生在超過第 2 級上訴中提供幫助，他們將需要被指定為您的代表。請致電客戶服務部並索取指派代表表格。（該表格也可在 Medicare 網站：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或在我們的網站 blueshieldca.com/apptofrep 上找到。）
 - 對於醫療護理或 B 部分處方藥，您的醫生可代表您請求保險決定或第 1 級上訴。如果在第 1 級您的上訴被拒絕，那麼它將自動轉發到第 2 級。
 - 對於 D 部分處方藥，您的醫生或其他處方醫生可以代表您請求保險決定或第 1 級上訴。如果您的第 1 級上訴被拒絕，您的醫生或其他處方醫生可代表您請求第 2 級上訴。
- 您可以要求某位人士代您行事。如果您願意，您可以指定另一個人代您擔任代表，以請求保險決定或提起上訴。
 - 如果您希望朋友、親戚或其他人作為您的代表，致電客戶服務部並索取指派代表表格。（該表格也可在 Medicare 網站：www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf，或在我們的網站

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

blueshieldca.com/apptofrep 上找到。) 該表格允許該人代表您行事。它必須由您和您想代表您行事的人簽名。您必須給我們一份已簽名表格的副本。

- 儘管我們可接受不帶表格的上訴請求，但只有收到表格時，我們才能開始或完成審查。如果我們在收到您的上訴請求（我們對您的上訴做出決定的截止日期）後的 44 個日曆日內未收到該表格，則您的上訴請求將被駁回。如果發生這種情況，我們將向您發送書面通知，說明您有權要求獨立審查組織審核我們駁回上訴的決定。
- **您也有權聘請律師。** 您可以聯絡您自己的律師，或從當地律師協會或其他推薦服務獲得律師的名字。如果您有資格，還有某些團體可以為您提供免費的法律服務。但是，**您無需雇用律師**來請求任何類型的保險決定或上訴決定。

第 4.3 節 本章的哪一節詳細介紹您的情況？

有四種不同的情況涉及保險決定和上訴。鑒於每種情況都有不同的規則和期限，因此我們在單獨章節中提供每種情況的詳細資訊：

- 本章之**第 5 節**：您的醫療保健：如何請求一項保險決定或提出上訴
- 本章之**第 6 節**：您的 D 部分處方藥：如何請求一項保險決定或提出上訴
- 本章之**第 7 節**：如果您認為醫生為您過早出院，如何要求我們承保更長的住院時長。
- 本章之**第 8 節**：如果您認為您的承保範圍過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務（*僅適用於以下服務*：家庭健康護理，專業護理機構護理和綜合門診康復設施 (CORF) 服務）

如果您不確定應該使用哪個章節，請致電客戶服務部。您還可從政府組織（例如 SHIP）獲得幫助或資訊。

第 5 節 您的醫療保健：如何請求一項保險決定或提出保險決定的上訴**第 5.1 節 本節介紹如果您在獲得醫療保險方面遇到困難或希望我們償還我們分擔的醫療費用，該怎麼辦**

本節介紹您在醫療保健方面的福利。這些好處在本文件的第 4 章中已進行了介紹：**醫療福利圖表（承保範圍和您支付的費用）**。在某些情況下，對 B 部分處方藥的要求適用不同的規則。在這種情況下，我們將說明 B 部分處方藥的規則與醫療項目和服務的規則有何不同。

本節介紹在以下五種情況中的任何之一均可採取的行動：

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

1. 您沒有得到所需的某些醫療服務，且您認為我們的計劃承保了這項醫療服務。**請求保險決定。第 5.2 節。**
2. 我們的計劃將不會批准您的醫生或其他醫療服務提供者想要為您提供的醫療服務，且您認為此計劃已承保該醫療服務。**請求保險決定。第 5.2 節。**
3. 您已獲得了您認為應該由該計劃承保的醫療服務，但是我們說過，我們將不為此支付費用。**提出上訴。第 5.3 節。**
4. 您已經收到並支付了您認為應包含在該計劃中的醫療費用，且您想讓我們的計劃向您償還該醫療費用。**把賬單發送給我們。第 5.5 節。**
5. 有人告知您，我們先前批准的某些醫療服務的保險將減少或停止，且您認為減少或停止這種護理可能會損害您的健康。**提出上訴。第 5.3 節。**

註：如果要被停止的保險是醫院護理、家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，你需要閱讀本章的第 7 和第 8 節。這些類型的護理有特殊規定。

第 5.2 節 分步操作：請求保險決定的方式

法律術語

當保險決定涉及您的醫療保健時，其被稱為 組織確定 。

快速保險決定被稱為 加急確定 。

步驟 1：決定您需要標準保險決定還是快速保險決定。

一般而言，標準保險決定通常在 14 天內做出，或 B 部分藥物為 72 小時。一般而言，快速保險決定通常在 72 小時內做出，或 B 部分藥物為 24 小時。為了獲取快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您**僅能**要求醫療物品和/或服務的報銷（不能請求已收到的物品和/或服務的付款）。
- *只有當使用標準期限會嚴重損害您的健康或損害您身體機能時，您才能做出快速的保險決定。*
- 如果您的醫生告訴我們您的健康需要快速保險決定，我們將自動同意為您提供快速保險決定。
- 如果您在沒有醫生支援的情況下自行要求做出快速保險決定，我們將決定您的健康狀況是否需要我們做出快速保險決定。如果我們不批准快速保險決定，我們將寄給您一封信，其中包含：
 - 解釋我們將使用標準截止日期。
 - 將告知您，如果您的醫生要求您做出快速保險決定，我們將自動為您做出快速保險決定。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 將告知您，如何就我們決定提供標準保險決定，而不是您要求的快速保險決定提出快速投訴。

步驟 2：詢問我們制定一個保險決定或快速保險決定的計劃。

首先，請致電、寫信或傳真至我們的計劃，以向我們提出您的請求，以授權或提供您所需的醫療服務。您、您的醫生或您的代表可執行此事宜。第 2 章提供聯絡資訊。

步驟 3：我們考慮您對醫療保險的要求，並給予您答覆。

對於標準保險決定，我們使用標準的截止日期。

這意味著我們將在收到您對醫療物品或服務的要求後的 14 個日曆日內給您答覆。如果您的要求是 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到您的請求後 72 小時內給您答覆。

- 但是，如果您要求更長的時間，或者如果我們需要更多可能使您受益的資訊，那麼我們最多可能需要 14 日。如果我們需要用更多時間，我們會以書面形式告知您。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，我們無法花更多時間做出決定。
- 如果您認為我們不應額外花時間，則您可提請快速投訴。我們在做出決定後會盡快回覆您的投訴。（提出投訴的流程與保險決定和上訴的流程不同。請參閱本章的第 10 節以瞭解有關投訴的資訊。）

針對快速保險決定，我們使用加快的時間框架

快速保險決定表示如果您的請求是針對醫療項目或服務的，我們將在 72 小時內答覆。如果您的請求是 Medicare B 部分處方藥，我們將在 24 小時內答覆。

- 但是，如果您要求更長的時間，或者如果我們需要更多可能使您受益的資訊，那麼我們最多可能需要 14 日。如果我們需要用更多時間，我們會以書面形式告知您。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，我們無法花更多時間做出決定。
- 如果您認為我們不應額外花時間，則您可提請快速投訴。（請參閱本章的第 10 節以瞭解有關投訴的資訊。）我們會在做出決定後立即致電您。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕。

步驟 4：如果我們對您的醫療保險要求拒絕，那麼您可上訴。

- 如果我們表示拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次詢問以獲得您所需的醫療保險。如果您提起上訴，那麼表示您將進入上訴流程的第 1 級。

第 5.3 節 分步操作：如何進行第 1 級上訴**法律術語**

對該計劃提出的有關醫療保健保險決定的上訴被稱為計劃**重新考慮**。

快速上訴也被稱為**加急重新考慮**。

步驟 1：決定您需要標準上訴還是快速上訴。

一般而言，標準上訴通常在 30 天內做出，或 B 部分藥物為 7 天。一般而言，快速上訴通常在 72 小時內做出。

- 如果您對我們尚未做出的關於醫療保險決定提出上訴，則您和/或您的醫生將需要決定您是否需要快速上訴。如果您的醫生告訴我們您的健康要求快速上訴，我們將為您提供快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求，與獲得本章第 5.2 節中的快速保險決定的要求相同。

步驟 2：詢問我們對於上訴或快速上訴的計劃

- 如果您要提出標準上訴，請以書面形式提交標準上訴。第 2 章提供聯絡資訊。
- 如果您要求快速上訴，請以書面形式提出或致電給我們。第 2 章提供聯絡資訊。
- 您必須在我們發出書面通知告知您我們關於保險決定的答覆之日起 **60 個日曆日**內提出上訴請求。如果您錯過了這個截止日期，且對於錯過截止日期您有充分的理由，請在提出上訴時說明您的上訴遲到的原因。我們可能會給您更多時間以便提出上訴。正當理由示例包括：身患重病而無法與我們聯絡，或者我們向您提供了有關請求上訴截止日期的資訊不正確或不完整。
- 您可以索取有關您醫療決定的資訊的副本。您和您的醫生可能會新增其他資訊以支援您的上訴。我們可以收取複製和發送此資訊對您所產生的費用。

步驟 3：我們會考慮您的上訴，並給您答覆。

- 當我們審查您的上訴時，我們會認真查看所有的資訊。當我們拒絕您的請求時，我們會檢查是否遵守了所有規則。
- 如有需要，我們將收集更多資訊，可能會聯絡您或您的醫生。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時**內給您答覆。如果您的健康狀況要求我們加快辦理，我們會儘快給您答覆。
 - 但是，如果您要求更長的時間，或者如果我們需要更多可能使您受益的資訊，那麼我們**最多可能需要 14 日曆日**。如果我們需要用更多時間，我們會以

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

書面形式告知您。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，我們無法花更多時間。

- 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆（或者如果我們就您的醫療項目或服務請求額外花了時間，則在延長期限結束前），我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。第 5.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，那麼我們必須在收到您的上訴後 72 小時內授權或提供我們同意提供的保險。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將以書面形式將我們的決定寄給您，並自動將您的上訴轉交給獨立審查組織進行第 2 級上訴。獨立審查組織將在收到您的上訴後以書面通知您。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **30 個日曆日**內給您答覆。如果您的請求是尚未收到的 Medicare B 部分處方藥，我們將在收到您的上訴後的 **7 個日曆日**內給您答覆。如果您的健康狀況要求我們加快辦理，我們會儘快給您我們的決定。
 - 但是，如果您要求更長的時間，或者如果我們需要更多可能使您受益的資訊，那麼我們**最多可能需要 14 日曆日**。如果我們需要用更多時間，我們會以書面形式告知您。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，我們無法花更多時間做出決定。
 - 如果您認為我們不應額外花時間，則您可提請快速投訴。當您提請快速投訴時，我們會在 24 小時內就您的投訴給您答覆。（請參閱本章的第 10 節以瞭解有關投訴的資訊。）
 - 如果我們在截止日期（或延長時間結束時）未能給予您答覆，我們將會將您的請求提交至第 2 級上訴，由獨立審查組織對此上訴進行審查。第 5.4 節解釋了第 2 級上訴流程。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，如果您的要求是針對醫療項目或服務的，我們必須在 30 個日曆日內授權或提供保險；如果您的要求是 Medicare B 部分處方藥，那麼我們必須在 **7 個日曆日**之內提供。
- 如果我們的計劃對您的部分或全部上訴表示拒絕，那麼我們將自動將您的上訴發送給獨立審查組織以進行第 2 級上訴。

第 5.4 節 分步操作：如何進行第 2 級上訴**法律術語**

獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查實體**。有時候又稱之為 **IRE**。

獨立審查組織是由 Medicare 聘用的一個獨立組織。該組織不與我們取得聯絡，也不屬於政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確，或者是否應該進行更改。Medicare 監督其執行情況。

步驟 1：獨立審核組織審查您的上訴。

- 我們會將有關您上訴的資訊發送給該組織。這一資訊被稱之為您的**個案檔案**。您有權要求我們提供您個案檔案的副本。我們可以向您收取複製和發送此資訊對您所產生的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供其他資訊以支持您的上訴。
- 獨立審查組織的審查人員將認真檢視與您上訴相關的所有資訊。

如果您在第 1 級時具有快速上訴，則在第 2 級還將具有快速上訴

- 對於快速上訴，審核組織必須在收到您的上訴後 72 小時內給您答覆您的第 2 級上訴。
- 但是，如果您的請求是針對醫療項目或服務的，而獨立審查組織需要收集更多可能使您受益的資訊，那麼可能最多需要 14 個日曆日。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織無法花更多時間做出決定。

如果您在第 1 級時具有標準上訴，則在第 2 級還將具有標準上訴

- 對於標準上訴，如果您的請求是針對醫療項目或服務的，那麼審核組織必須在收到您上訴後的 30 個日曆日內就您的第 2 級上訴給予您答覆。如果您的請求是針對 Medicare B 部分處方藥的，那麼審核組織必須在收到您上訴後的 7 個日曆日內就您的第 2 級上訴給予您答覆。
- 但是，如果您的請求是針對醫療項目或服務的，而獨立審查組織需要收集更多可能使您受益的資訊，那麼可能最多需要 14 個日曆日。如果您的請求是為了 Medicare B 部分處方藥，獨立審查組織無法花更多時間做出決定。

步驟 2：獨立審查組織會給您他們的答覆。

獨立審查組織將以書面形式告知您其決定並解釋其原因。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 如果審核組織對部分或全部醫療物品或服務請求表示接受，我們必須在 72 小時內授權此項醫療保險，或在我們收到來自標準要求的審核組織的決定後的 14 個日曆日內。對於加急請求，我們從審核組織收到決定的日期起，有 72 小時的處理時間。
- 如果審核組織對部分或全部 Medicare B 部分處方藥請求表示接受，我們必須在收到來自審核機構針對標準請求的決定後的 72 小時內，授權或提供存有糾紛的 B 部分處方藥。對於加急請求，我們從審核組織收到決定的日期起，有 24 小時的處理時間。
- 如果該組織拒絕您的部分或全部上訴，那麼表示他們同意我們的要求（或您的部分請求）醫療保險不予批准。（這稱為維持決定或拒絕上訴。）在這種情況下，獨立審核組織將會寄送一封信給您：
 - 解釋其決定。
 - 提醒您，如果醫療護理保險的金額達到特定最低標準，您有權進行第 3 級上訴。您從獨立審核組織收到的書面通知將告訴您必須滿足的金額，以繼續上訴流程。
 - 告知您如何進行第 3 級上訴。

步驟 3：如果您的個案符合要求，則可以選擇是否進一步上訴。

- 在第 2 級之後，上訴流程又增加了三個級別（總共五個級別）。如果您想要進行第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，將會在您完成第 2 級上訴後所收到的書面通知中提供。
- 第 3 級的上訴由行政法官或律師裁決人員處理。本章的第 9 節將解釋上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 5.5 節 如果您要我們向您支付您所收到的醫療費用中的一部分，將會怎麼樣？

第 7 章介紹了您何時可能需要索償或支付從服務提供者處收到的賬單。它還介紹了如何向我們發送要求我們付款的文書內容。

要求償還是要求我們做出保險決定

如果您將要求償還的文件發送給我們，則是在要求保險決定。為了做出此決定，我們將檢查您所支付的醫療服務是否屬於承保服務。我們還會檢查您是否遵守了使用醫療護理保險的所有規定。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- **如果我們可對您的請求表示接受：**如果醫療費用得到承保，且您遵守了所有規則，我們將在收到您的請求後 60 個日曆日之內向您付款，以分擔您的費用。如果您尚未為醫療護理付款，我們會直接將款項發送給服務提供者。
- **如果我們可對您的請求表示拒絕：**如果醫療保健服務不受承保，或者您沒有遵守所有規則，我們將不發送款項。相反，我們將給您發送一封信，指出我們將不支付醫療護理費用以及原因。

如果您不同意我們拒絕您的決定，**那麼您可以提出上訴**。如果您提出上訴，那麼這表示您在要求我們更改我們拒絕您的付款請求時做出的保險決定。

若要提起上訴，請遵循我們在第 5.3 節中描述的上訴流程。有關償還的上訴，請注意：

- 我們必須在收到您的上訴後 60 個日曆日內給您答覆。如果您要求我們償還您已接受的醫療護理並支付費用，則不允許您提出快速上訴。
- 如果獨立審查組織決定我們應該支付，我們必須在 30 個日曆日內將付款寄給您或醫療服務提供者。如果在第 2 級之後的任何上訴流程中，您對上訴的回答是接受，那麼我們必須在 60 個日曆日內將您要求的款項發送給您或醫療服務提供者。

第 6 節 您的 D 部分處方藥：如何請求一項保險決定或提出上訴**第 6.1 節 本節告知您在獲取 D 部分藥品時遇到問題或希望我們償還 D 部分藥品時，您要採取的行動**

您的福利包括許多處方藥的保險。若要獲得承保，您的藥物必須用於醫學上公認的適應症。（有關醫學上公認的適應症的更多資訊，請參閱第 5 章。）有關 D 部分藥物的詳細資訊、規則、限制和費用，請參閱第 5 章和第 6 章。**本節僅與您的 D 部分藥物有關。**為簡單明瞭，我們通常在本節的餘下部分提及**藥物**，而不是每次都重複受**承保的門診處方藥**或**D 部分藥物**。我們還使用「**藥物清單**」這一術語，而不是《**承保藥物清單**》或《**處方集**》。

- 如果您不知道某種藥物是否被保險覆蓋，或者是否符合規定，您可以向我們詢問。在我們提供藥物保險之前，有些藥物需要您獲得我們的批准。
- 如果您的藥房告知您無法按照書面說明填寫處方，那麼藥房會給您書面通知，說明如何與我們聯絡以尋求保險決定。

D 部分保險決定和上訴**法律術語**

有關您 D 部分藥物的首次保險決定被稱為**承保確定**。

保險決定是一項我們就您的福利與保險或我們將為您的藥物支付的金額作出的決定。本節介紹在以下情況中的任何之一均可採取的行動：

- 要求承保不在該計劃的《**承保藥物清單**》中的 D 部分藥物。**請求特例處理。第 6.2 節**
- 要求我們豁免對藥物的計劃保險的限制（例如，您可獲取的藥物數量限值）**請求特例處理。第 6.2 節**
- 要求以較高的費用分攤層級為承保藥物支付較低的費用分攤額**請求特例處理。第 6.2 節**
- 請求獲得藥物的預先批准。**請求保險決定。第 6.4 節**
- 為您已購買的處方藥付款。**要求我們償還您的款項。第 6.4 節**

如果您不同意我們做出的保險決定，則可以對我們的決定提出上訴。

本節將告知您如何要求保險決定以及如何提出上訴。

第 6.2 節 什麼是費用分攤？**法律術語**

要求承保不在「**藥物清單**」上的藥物的情況，有時被稱為尋求**處方集特例**。

要求為承保的非首選藥物支付較低的價格，有時被稱為尋求**處方集特例**。

要求為承保的非首選藥物支付較低的價格，有時被稱為尋求**分層特例**。

如果沒有按照您希望的方式承保某種藥物，則可以要求我們做出**特例處理**。特例是一種保險決定。

為了考慮您的特例請求，您的醫生或其他處方醫生將需要說明您需要批准特例的醫學原因。以下是您或您的醫生或其他開處方醫生可以要求我們做出的三種例外示例：

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

1. **為您承保不在我們的「藥物清單」中的 D 部分藥物。**如果我們同意承保不在「藥物清單」中的藥物，則您需要支付適用於第 4 層級：非首選藥物中的藥物費用分攤額。您不能要求我們為您支付藥品的費用分攤金額執行特例。
2. **移除對我們承保藥物的限制條款。**第 5 章描述了我們「藥物清單」上特定藥物適用的額外規則或限制條款。如果我們同意為您提供特例並豁免限制，您可要求我們為您支付藥品的共付額或共同保險金額例外。
3. **將藥物的保險更改為較低的費用分攤層級。**我們的「藥物清單」中的每種藥物均屬於五種費用分攤層級之一。通常，費用分攤層級數越低，您應支付的分攤的藥品費用就越少。
 - 如果我們的「藥物清單」中包含比您的藥物低得多的費用分攤層級的替代藥物來治療您的疾病，那麼您可要求我們以適用於該替代藥物的費用分攤金額來支付您的藥物費用。
 - 如果您正在服用的藥物是生物製品，那麼您可要求我們以較低的費用分攤金額來支付您的藥物費用。這將是包含治療您的病情的生物製品替代品的最低層級。
 - 如果您服用的藥物是原廠藥，那麼您可要求我們以分攤費用的方式為您提供藥物，該費用適用於包含治療您的病情的原廠藥替代品的最低層級。
 - 如果您服用的藥物是副廠藥，那麼您可要求我們以分攤費用的方式為您提供藥物，該費用適用於包含治療您的病情的原廠藥或是副廠藥替代品的最低層級。
 - 您不能要求我們更改第 1 層級：首選學名藥以及第 5 層級：特種層級藥物中任何藥物的費用分攤層級。
 - 如果我們批准您的分層豁免請求，且您無法服用替代藥物的較低分攤費用，那麼您通常會支付最低的費用。

第 6.3 節 有關請求特例的重要注意事項**您的醫生必須告訴我們醫學原因**

您的醫生或其他處方醫生必須給我們提供聲明，說明請求特例的醫學原因。為了更快地做出決定，請在請求特例時包括您的醫生或其他處方醫生的醫療資訊。

通常，我們的「藥物清單」中收錄不止一種用於治療特定疾病的藥物。這些不同的可能性稱為**替代藥物**。如果替代藥物與您所請求的藥物同樣有效，且不會引起更多的副作用或其他健康問題，那麼我們通常不會批准您的特例請求。如果您要求我們提供分層例外，除非費用分攤層級較低的所有替代藥物都不能對您有療效，否則可能會導致不良反應或其他傷害，否則我們通常不會批准您的特例請求。

我們可對您的請求表示接受或拒絕

- 如果我們批准您的特例請求，那麼我們的批准通常有效期至計劃年度結束。屆時只有您的醫生繼續為您開藥，而且該藥對治療您的病情依然安全有效，才符合規定。
- 如果我們拒絕您的請求，您可以提出上訴要求進行另一次審查。

第 6.4 節 分步操作：如何請求保險決定，包括特例情況

法律術語

快速保險決定被稱為加急保險確定。

步驟 1：決定您需要標準保險決定還是快速保險決定。

在我們收到您的醫生對賬單後，我們將在 72 小時內做出標準保險決定。在我們收到您的醫生對賬單後，我們將在 24 小時內做出快速保險決定。

如果您的健康情況要求這一點，請要求我們為您提供快速保險決定。若要獲取快速保險決定，您必須滿足兩個要求：

- 您肯定是在問您還沒拿到的藥物。（您不能要求對已經購買的藥物進行快速的保險償還決定。）
- 使用標準期限會嚴重損害您的健康或損害您身體機能。
- 如果您的醫生或其他處方醫生告訴我們您的健康需要快速保險決定，我們將自動為您提供快速保險決定。
- 如果您在沒有醫生或處方醫生支援的情況下自行要求做出快速保險決定，我們將決定您的健康狀況是否需要我們做出快速保險決定。如果我們不批准快速保險決定，我們將會寄給您一封信，其中包含：
 - 解釋我們將使用標準截止日期。
 - 將告知您，如果您的醫生或其他處方醫生要求您做出快速保險決定，我們將自動為您做出快速保險決定。
 - 將告知您，如何就我們決定提供標準保險決定，而不是您要求的快速保險決定提出快速投訴。我們將在收到後的 24 小時內回覆您的投訴。

步驟 2：請求標準保險決定或是快速保險決定。

首先，請致電、寫信或傳真至我們的計劃，以向我們提出您的請求，以授權或提供您所需的醫療服務。您還可透過我們的網站存取保險決定流程。我們必須接受任何書面請求，包括在我們的網站上提供的 *CMS 模型承保確定請求表* 中提交的請求。第 2 章提供聯絡資訊。有關詳細資訊，請轉到第 2 章第 1 節，然後查找標題為如下的章節部分——*在就您的*

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

D 部分處方藥請求保險決定時如何與我們取得聯絡。 您還可透過造訪我們的網站 blueshieldca.com/medappeals 提出上訴。為了協助我們處理您的請求，請確保提供您的姓名、聯絡資訊以及有關被拒絕的索賠申請的相關資訊。

您、您的醫生（其他處方醫生）或您的代表可執行此事宜。您還可請律師代表您行事。本章的第 4 節介紹了如何授予他人書面許可以便代表您。

- **如果您請求特例處理，請提供支持性聲明**，即特例情況的醫療原因。您的醫生或其他處方醫生可傳真或將對賬單郵寄給我們。或者，您的醫生或其他處方醫生可透過電話告訴我們，並在需要時透過傳真或郵寄書面聲明進行跟進。

步驟 3：我們會考慮您的請求，並給您答覆。

快速保險決定的截止日期

- 通常而言，我們必須在收到您的上訴後 **24 小時內**給您答覆。
 - 對於例外情況，我們將在收到您醫生支持性聲明後的 24 小時內給您答覆。如果您的健康狀況要求我們加快辦理，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在此期限之前完成，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，那麼我們必須在收到您的請求或您醫生支援您的請求的聲明後 24 小時內提供我們同意提供的保險。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕。我們還將告知您如何上訴。

關於您尚未收到的藥物的標準保險決定的截止日期

- 通常而言，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內**給您答覆。
 - 對於例外情況，我們將在收到您醫生支持性聲明後的 72 小時內給您答覆。如果您的健康狀況要求我們加快辦理，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在此期限之前完成，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，那麼我們必須在收到您的請求或您醫生支援您的請求的聲明後 **72 小時內**提供我們同意提供的保險。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕。我們還將告知您如何上訴。

有關已購買藥品付款的標準保險決定的截止日期

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日內**給您答覆。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 如果我們沒有在此期限之前完成，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，我們還必須在收到您的請求後的 14 個日曆日內向您付款。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕。我們還將告知您如何上訴。

步驟 4：如果我們對您的保險請求表示拒絕，那麼您可提出上訴。

- 如果我們表示拒絕，您有權透過上訴要求我們重新考慮此決定。這意味著再次詢問以獲得您所需的藥物保險。如果您提起上訴，那麼表示您將進入上訴流程的第 1 級。

第 6.5 節 分步操作：如何進行第 1 級上訴**法律術語**

對該計劃提出的有關 D 部分藥物保險決定的上訴被稱為計劃**重新確定**。

快速上訴也被稱為**加急重新確定**。

步驟 1：決定您需要標準上訴還是快速上訴。

一般而言，標準上訴通常在 7 天內做出。一般而言，快速上訴通常在 72 小時內做出。如果您的健康需要，請提出快速上訴

- 如果您對我們針對您尚未收到的藥物做出的決定提出上訴，則您和您的醫生或其他處方醫生將需要決定您是否需要快速上訴。
- 獲得快速上訴的要求，與獲得本章第 6.4 節中的快速保險決定的要求相同。

步驟 2：您、您的代表、醫生或其他處方醫生必須與我們取得聯絡，並提出您的第 1 級上訴。如果您的健康情況要求快速響應，您必須尋求快速上訴。

- 對於標準上訴，請提交書面請求。第 2 章提供聯絡資訊。
- 對於快速上訴，可以書面形式提交，或請致電聯絡我們，電話號碼：(800) 776-4466 (TTY: 711)，一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。第 2 章提供聯絡資訊。
- 我們必須接受任何書面請求，包括在我們的網站上提供的 *CMS 模型承保確定請求* 表中提交的請求。您還可透過造訪我們的網站 blueshieldca.com/medappeals 提出

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

上訴。請務必提供您的姓名、聯絡資訊以及有關您的申請的相關資訊，以協助我們處理您的請求。

- **您必須在我們發出書面通知告知您我們關於保險決定的答覆之日起 60 個日曆日內提出上訴請求。**如果您錯過了這個截止日期，且對於錯過截止日期您有充分的理由，請在提出上訴時說明您的上訴遲到的原因。我們可能會給您更多時間以便提出上訴。正當理由示例包括：身患重病而無法與我們聯絡，或者我們向您提供了有關請求上訴截止日期的資訊不正確或不完整。
- **您可以在上訴中索取資訊的副本，並添加更多資訊。**您和您的醫生可能會新增其他資訊以支援您的上訴。我們可以收取複製和發送此資訊對您所產生的費用。

步驟 3：我們會考慮您的上訴，並給您答覆。

- 在審查您的上訴時，我們將再次認真查看與您的承保要求有關的所有資訊。當我們拒絕您的請求時，我們會檢查是否遵守了所有規則。我們可能會與您或您的醫生或其他處方醫生以獲取更多資訊。

快速上訴的截止日期

- 對於快速上訴，我們必須在收到您的上訴後 **72 小時內給您答覆**。如果您的健康狀況要求我們加快辦理，我們會儘快給您答覆。
 - 如果我們沒有在 72 小時內給您答覆，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，那麼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保險。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕以及您如何對我們的決定提出上訴。

關於您尚未收到藥物的標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，我們必須在收到您的上訴後 **7 個日曆日內給您答覆**。如果您尚未收到藥物，並且您的健康狀況需要我們這樣做，我們會儘快做出決定。
 - 如果我們沒有在 7 個日曆日內給您決定，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。第 6.6 節解釋了第 2 級上訴流程。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，我們必須儘快根據您的健康需求提供承保，但不得遲於收到您的上訴後 **7 個日曆日**。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕以及您如何對我們的決定提出上訴。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動**• 有關已購買藥品付款的上訴的截止日期**

- 我們必須在收到您的請求後 **14 個日曆日**內給您答覆。
 - 如果我們沒有在此期限之前完成，我們必須把您的請求發送至上訴流程的第 2 級，並由獨立審查組織進行審查。
- 如果我們對您的部分或全部請求的答覆是表示接受，我們還必須在收到您的請求後的 **30 個日曆日**內向您付款。
- 如果我們對您所要求的部分或全部回覆是表示拒絕，那麼我們將向您發送一份書面聲明，解釋為什麼我們拒絕。我們還將告知您如何上訴。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，那麼由您決定是否要繼續進行上訴流程並**再次提出**上訴。

- 如果您決定再次提出上訴，那麼意味著您的上訴將繼續進行至上訴流程的第 2 級。

第 6.6 節 分步操作：如何進行第 2 級上訴**法律術語**

獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查實體**。有時候又稱之為 **IRE**。

獨立審查組織是由 Medicare 聘用的一個獨立組織。該組織不與我們取得聯絡，也不屬於政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確，或者是否應該進行更改。Medicare 監督其執行情況。

步驟 1：您（或您的代表、醫生或其他處方醫生）必須與獨立審查組織聯絡，並要求對您的個案進行審查。

- 如果我們對您的第 1 級上訴表示拒絕，我們發送給您的書面通知將包含**有關如何向獨立審核組織進行第 2 級上訴的說明**。這些說明將告訴誰可以提出此第 2 級上訴，必須遵循的截止日期以及如何到達審核組織。但是，如果我們未能在適用的時間內完成審查，或根據我們的藥物管理計劃下的風險評定做出**不利**的決定，我們將自動將您的索賠轉交給 IRE。
- 我們會將有關您上訴的資訊發送給該組織。這一資訊被稱之為您的**個案檔案**。您有權要求我們提供您個案檔案的副本。我們可以向您收取複製和發送此資訊對您所產生的費用。
- 您有權向獨立審查組織提供其他資訊以支持您的上訴。

步驟 2：獨立審核組織審查您的上訴。

獨立審查組織的審查人員將認真檢視與您上訴相關的所有資訊。

快速上訴的截止日期

- 如果您的健康需要，請向獨立審查組織提出快速上訴。
- 如果該組織同意給您快速上訴，那麼該組織必須在收到您的申訴請求後的 **72 小時** 內就您的第 2 級上訴給予答覆。

標準上訴的截止日期

- 對於標準上訴，那麼該審查組織必須在收到您的上訴後的 **7 個日曆日** 內就您的第 2 級上訴給予您答覆，以解決尚未收到藥物的問題。如果您要求我們償還您已購買的藥物，那麼該審核組織必須在收到您的請求後的 **14 個日曆日** 內為您提供有關第 2 級上訴的答覆。

步驟 3：獨立審查組織會給您他們的答覆。

對於快速上訴：

- 如果獨立審查組織對您的部分或全部請求的答覆是接受，那麼我們必須在收到審查組織的決定後的 **24 小時** 內，提供經審查組織批准的藥物保險。

對於標準上訴：

- 如果獨立審查組織對您的部分或全部承保請求的答覆是接受，那麼我們必須在收到審查組織的決定後的 **72 小時** 內，提供經審查組織批准的藥物保險。
- 如果獨立審查組織對您償還您已購買藥物的部分或全部請求的答覆是接受，那麼我們必須在收到獨立審查組織的決定後的 **30 個日曆日** 內向您付款。

如果審核組織拒絕您的上訴，將會怎麼樣？

如果該組織拒絕您的部分或全部上訴，那麼表示他們同意我們不批准您的請求（或部分請求）的決定。（這稱為**維持決定**。也被稱為**拒絕上訴**。）在這種情況下，獨立審查組織將會寄送一封信給您：

- 解釋其決定。
- 提醒您，如果您目前所要求的藥物保險的金額達到特定最低標準，您有權進行第 3 級上訴。如果您請求的藥物保險的美元價值太低，您將無法再提起上訴，且第 2 級決定將是最終決定。
- 您從獨立審查組織獲得的通知將告知您繼續進行上訴流程所必須解決的美元價值。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

步驟 4：如果您的個案符合要求，則可以選擇是否進一步上訴。

- 在第 2 級之後，上訴流程又增加了三個級別（總共五個級別）。
- 如果您想要進行第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，將會在您完成第 2 級上訴決定後所收到的書面通知中提供。
- 第 3 級的上訴由行政法官或律師裁決人員處理。本章的第 9 節詳細介紹了上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 7 節 如果您認為被過早出院，如何要求我們承保更長的住院時長

當您入院時，您有權獲得診斷和治療疾病或受傷所必需的所有承保醫院服務。

在您住院期間，您的醫生和醫院工作人員將與您一起為您的出院日做準備。他們將幫助您安排出院後可能需要的護理。

- 您離開醫院的那天稱為**出院日期**。
- 決定好您的出院日期後，您的醫生或醫院工作人員將告知您。
- 如果您認為您被要求過早出院，那麼您可要求更長的住院時間，計劃會考慮您的請求。

第 7.1 節 在住院期間，您會收到一則來自 Medicare 的、內容涉及您的權利的書面通知

在您入院後兩天內，您將收到一份名為《*Medicare 關於您權利的重要資訊*》的書面通知。享有 Medicare 的每個人都會得到一份此通知的副本。如果您沒有收到醫院的通知（例如，護工或護士），請向任何醫院員工詢問。如果您需要幫助，請致電客戶服務部或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務 (TTY 1-877-486-2048)。

1. 請仔細閱讀此通知，如果您對其不理解，請提問。將告知您：

- 您有權在住院期間和之後按照醫生的指示接受 Medicare 承保的服務。這包括瞭解這些服務的內涵，由誰支付費用以及在何處獲得這些服務的權利。
- 您有權參與有關您住院決定的任何決定。
- 在何處報告您對醫院護理質量的任何顧慮。
- 如果您認為自己被過早地出院，您有權**要求立即審查**有關出院決定的權利。這是一項正式的合法方式，旨在要求延遲您的出院日期，以便我們為您提供更長的住院時間。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

2. 您將被要求簽署書面通知，以表明您已收到並理解您的權利。
 - 您或代表您行事的人士將被要求在本通知上簽名。
 - 簽署通知僅表示您已收到有關權利的資訊。該通知未提供您的出院日期。簽署該通知並不意味著您同意出院日期。
3. 隨手保留好通知單的副本，以便您在需要時獲得有關上訴（或報告對護理質量的顧慮）的資訊。
 - 如果您在出院日期的兩天前簽署通知，那麼您將在預定出院之前獲得另一份副本。
 - 若要提前查看此通知的副本，您可以致電客戶服務部，或致電 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。您也可在網址 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 線上查看此通知。

第 7.2 節 分步操作：如何進行第 1 級上訴以更改您的出院日期

如果您想要求我們為住院醫療服務提供更長的時間，您將需要使用上訴流程提出請求。在開始之前，請瞭解您需要採取的行動以及截止日期。

- 遵循該流程。
- 滿足截止日期。
- 如果您需要，請尋求幫助。如果您有任何疑問或需要幫助，請致電客戶服務部。或請致電您的 State Health Insurance Assistance Program，其是一家提供個人化援助的政府組織。

在第 1 級上訴中，質量改善組織會審查您的上訴。它會檢查您的計劃出院日期是否適合您。

質量改善組織是擁有一支由聯邦政府支付的醫生和其他醫療保健專業人員組成的隊伍，其旨在負責檢查並幫助改善 Medicare 患者的護理質量。這包括審查享有 Medicare 的患者的出院日期。這些專科醫生不屬於本計劃的一部分。

步驟 1：請與您所在州的質量改善組織聯絡，並要求對您的出院情況進行立即審查。您必須迅速採取行動。

您如何與該組織取得聯絡？

- 您收到的書面通知（《Medicare 關於您的權利的重要資訊》）告知您如何聯絡該組織。或者在第 2 章中找到您所在州的質量改善組織的名稱、地址和電話號碼。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動**迅速採取行動：**

- 為了提起上訴，您必須在出院之前且不遲於出院當天午夜之前與質量改善組織聯絡。
 - 如果您符合這個期限，那麼您可以在出院日期之後留在醫院，且在您等待質量改善組織的決定期間無需付費。
 - 如果您不符合這個期限，且您決定在已規劃的出院日期之後繼續留在醫院，那麼您可能必須支付在計劃的出院日期之後獲得的所有醫院治療費用。
- 如果您錯過了聯絡質量改善組織的最後期限，且您仍然希望提出上訴，則必須直接對我們的計劃提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參閱第 7.4 節。

在您要求立即審查您的醫院出院後，品質改善組織將與我們取得聯絡。在我們接到聯絡的次日中午之前，我們將給您一份**詳細的出院通知**。這份通知列出了您計劃的出院日期，並詳細說明了您的醫生，醫院以及我們認為在該日期出院是正確的（在醫學上適當的）原因。

您可以獲取此**詳細的出院通知**的模板，可透過致電客戶服務部，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時。（TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。）或者您可線上查看示例通知：www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices。

步驟 2：質量改善組織會對您的個案進行獨立審查。

- 質量改善組織（**審查者**）的衛生專業人員會問您（或您的代表）您為什麼認為應當繼續接受這些服務。您無需準備任何書面材料，但如果需要，您可以這樣做。
- 審查者還將查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查醫院和我們提供給他們的資訊。
- 在審查者告知我們您的上訴後的第二天正午之前，您還會收到一份我們的書面通知，其中列出了您計劃的出院日期 這份通知還詳細說明了您的醫生，醫院以及我們認為在該日期出院是正確的（在醫學上適當的）原因。

步驟 3：在獲得所有必要資訊後的一整天內，質量改善組織將為您提供其有關您上訴的答覆。

如果答覆是接受，會是什麼結果？

- 如果審查組織表示**接受**，只要這些服務具備醫療必要性，我們就必須繼續提供您承保的住院醫院服務。
- 您將必須繼續分擔此類費用（例如自付額或共付額，如果適用的話）。此外，您承保的醫院服務可能會受到限制。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動**如果答覆是拒絕，會是什麼結果？**

- 如果審查組織表示**拒絕**，那麼這表示您的已規劃出院日期在醫學上是適當的。如果發生這種情況，**我們的住院醫院服務保險**將在質量改善組織就您的上訴做出答覆之後的第二天正午結束。
- 如果審查組織就您的上訴表示**拒絕**，而您決定留在醫院，那麼您可能必須支付質量改善組織就您的上訴作出答覆後的第二天正午之後所獲得的**全部**住院治療費用。

步驟 4：如果對您第 1 級上訴的答覆是拒絕，則可以決定是否要再次上訴。

- 如果質量改善組織**拒絕**了您的上訴，且您在計劃的出院日期之後仍留在醫院，那麼您可以再次提出上訴。再次提出上訴意味著您將繼續進行上訴流程的**第 2 級**。

第 7.3 節 分步操作：如何進行第 2 級上訴以更改您的出院日期

在第 2 級上訴期間，您要求質量改善組織重新審查他們對您第一次上訴的決定。如果質量改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您可能必須在已規劃的出院日期之後支付全額住院費用。

步驟 1：再次與質量改善組織取得聯絡，並要求再次審查。

- 您必須在質量改善組織對您的第 1 級上訴表示**拒絕**的當天後的 **60 個日曆日**內要求進行此審查。僅當您的護理保險結束之日後留在醫院時，您才可以要求進行此審查。

步驟 2：質量改善組織會對您的情況進行第二次審查。

- 質量改善組織的審查人員將再次認真地檢視與您上訴相關的所有資訊。

步驟 3：在收到您進行第 2 級上訴的請求後的 14 個日曆天內，審查者將決定您的上訴並告知您他們的決定。

如果審查組織表示接受：

- 我們必須向您償還自質量改善組織拒絕您的首次上訴之日起第二天正午以來您所獲得的醫院護理費用。只要其具備醫療必要性，我們就必須繼續為您的住院醫療護理提供保險。
- 您必須繼續分擔費用，且可能適用於保險限制。

如果審查組織表示拒絕：

- 這表示他們同意他們對第 1 級上訴所做的決定。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 您收到的本通知將以書面形式告知您，如果您希望繼續進行審核則您可以採取的一些行動。

步驟 4：如果答覆是拒絕，您將需要決定是否透過繼續第 3 級，以進一步上訴。

- 在第 2 級之後，上訴流程又增加了三個級別（總共五個級別）。如果您想要進行第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，將會在您完成第 2 級上訴決定後所收到的書面通知中提供。
- 第 3 級的上訴由行政法法官或律師裁決人員處理。本章的第 9 節詳細介紹了上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 7.4 節 如果您錯過了提交第 1 級上訴以更改您醫院出院日期的截止日期，會怎麼樣？**法律術語**

快速審查（或快速上訴）也被稱為**加急上訴**。

相反，您可以向我們投訴

如上文所述，您必須迅速採取行動，開始您的第 1 級上訴，以延長您的醫院出院日期。如果您錯過了聯絡質量改善組織的最後期限，則可透過另一種方式提出申訴。

如果您使用這種其他方式提出上訴，則上訴的前兩個級別是不同的。

分步操作：如何進行第 1 級的備選上訴**步驟 1：請聯絡我們並要求快速審查。**

- **要求快速審查**。這意味著您要求我們依據快速期限而不是標準期限來給您答覆。第 2 章提供聯絡資訊。

步驟 2：我們會對您已規劃的出院日期進行快速審查，以檢查它是否在醫學上適當。

- 在此審查中，我們將查看有關您住院時間的所有資訊。我們會檢查您的計劃出院日期是否在醫學上合適。我們將瞭解您何時應該出院的決定是否公平並遵守所有規則。

步驟 3：在您要求快速審查後的 72 小時內，我們將為您做出決定。

- 如果我們對您的快速上訴表示接受，那麼意味著我們已經同意您在出院日期之後您仍然需要住院。只要這些服務具備醫療必要性，我們將繼續提供您承保的住院醫

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

院服務。這也意味著，自從我們說您的保險終止之日起，我們已同意償還您應承擔的分擔的醫療費用。（您必須分擔費用，且可能存在適用的保險限制。）

- 如果我們就您的上訴表示拒絕，那麼這表示我們認為您的已規劃出院日期在醫學上是適當的。我們對您住院醫院服務的保險截止於我們所提及的保險終止之日。
 - 如果您在計劃的出院日期之後留在醫院，那麼您可能必須支付在已規劃的出院日期之後獲得的全部住院治療費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的上訴，您的個案將自動發送至上訴流程的下一個階段。

分步操作：2 級備選上訴流程**法律術語**

獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查實體**。有時候又稱之為 **IRE**。

獨立審查組織是由 Medicare 聘用的一個獨立組織。該組織不與本計劃取得聯絡，也不屬於政府機構。該組織決定我們所做的決定是否正確，或者是否應該進行更改。Medicare 監督其執行情況。

步驟 1：我們將自動將您的個案轉呈給獨立審查組織。

- 當我們告知您我們對您的第一次上訴表示拒絕時，我們必須在 24 小時內將您的 2 級上訴資訊發送給獨立審查組織。（如果您認為我們沒有達到此期限或其他期限，那麼您可以提出投訴。本章第 10 節介紹了如何提出投訴。）

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。審查者會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織的審查人員將認真檢視與您的住院出院上訴相關的所有資訊。
- 如果該組織就您的上訴表示接受，那麼我們必須償還您自計劃出院之日起您所獲得的醫院護理費用。只要其具備醫療必要性，我們還必須繼續該計劃對您住院醫院服務的覆蓋。您必須繼續分擔此類費用。如果存在保險限制，則可能會限制我們償還的費用金額或我們將繼續承保您的服務期限。
- 如果該組織就您的上訴表示拒絕，這意味著他們同意，即您計劃的出院日期在醫療上是適當的。
 - 您從獨立審查組織收到的書面通知將告知您如何開始進行第 3 級上訴流程，該流程由行政法官或律師裁決者負責處理。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您可以選擇是否進一步提出上訴。

- 在第 2 級之後，上訴流程又增加了三個級別（總共五個級別）。如果審閱者對您的第 2 級上訴拒絕，那麼您可以決定是接受他們的決定還是繼續進行第 3 級上訴。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 本章的第 9 節詳細介紹了上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 8 節 如果您認為您的承保範圍過早結束，如何要求我們繼續承保某些醫療服務**第 8.1 節 本節僅涉及三種服務：
為家庭健康護理、專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務**

當您接受居家健康服務、專業護理或復建護理（綜合門診康復設施）時，只要有權診斷或治療您的疾病或傷害，就有權繼續獲得該類型護理的服務。

當我們決定是時候停止為您提供三種服務中的任一種時，我們必須提前告知您。當您為該護理的保險期結束時，我們將停止為您支付護理費用。

如果您認為我們過早終止了您的護理保險，那麼您可對我們的決定提出上訴。下一章節將告知您如何要求上訴。

第 8.2 節 我們會提前告知您您的服務何時終止**法律術語**

Medicare 非保險通知。這告知您如何請求快通道上訴。請求快通道上訴是一種正式、合法的方式，用以請求我們更改有關何時停止護理的保險決定。

1. 在我們的計劃將要停止為您提供護理的至少兩天之前，您會收到書面通知。通知告知您：
 - 我們停止為您提供護理的日期。
 - 如何申請快速上訴，要求我們延長您的護理保障時間。
2. 您或代表您行事的人士將被要求在本書面通知上簽名以證明您已收到通知。簽署通知僅表示您已收到有關您保險停止日期的資訊。簽署該通知並不表示您同意該計劃停止護理的決定。

第 8.3 節 分步操作：如何提出第 1 級上訴，以便讓我們的計劃承保您更長的時間

如果您想請我們為您承保更長的護理時間，那麼您將需要使用上訴流程提出此請求。在開始之前，請瞭解您需要採取的行動以及截止日期。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 遵循該流程。
- 滿足截止日期。
- 如果您需要，請尋求幫助。如果您有任何疑問或需要幫助，請致電客戶服務部。或請致電您的 State Health Insurance Assistance Program，其是一家提供個人化援助的政府組織。

在第 1 級上訴中，質量改善組織會審查您的上訴。該組織決定您的護理結束日期是否在醫學上適當。

- 質量改善組織是擁有一支由聯邦政府支付的醫生和其他醫療保健專家組成的隊伍，其旨在負責檢查並幫助改善 Medicare 患者的護理質量。這包括審查計劃何時停止提供某些種類的醫療服務的決定。這些專科醫生不屬於本計劃的一部分。

步驟 1：提出第 1 級上訴：與質量改善組織聯絡，並要求進行快通道上訴。您必須迅速採取行動。

您如何與該組織取得聯絡？

- 您所收到的書面通知（*Medicare 非保險通知*）將告知您如何與該組織聯絡。或者在第 2 章中找到您所在州的質量改善組織的名稱、地址和電話號碼。

迅速採取行動：

- 您必須在 *Medicare 非保險通知* 生效日期的前一天正午之前，與質量改善組織聯絡以便開始上訴。
- 如果您錯過了聯絡質量改善組織的最後期限，且您仍然希望提出上訴，則必須直接對我們提出上訴。有關其他上訴方式的詳細資訊，請參閱第 8.5 節。

步驟 2：質量改善組織會對您的個案進行獨立審查。

法律術語

非保險的詳細解釋。提供終止保險的原因詳細資訊的通知。

這次審查會有哪些事項？

- 質量改善組織（*審查者*）的衛生專業人員會問您（或您的代表）您為什麼認為應當繼續接受這些服務。您無需準備任何書面材料，但如果需要，您可以這樣做。
- 該審查組織還將查看您的醫療資訊，與您的醫生交談，並審查我們計劃提供給他們的資訊。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 在當天結束時，審查者會將您的上訴告訴我們，您還將收到我們的非保險的詳細解釋，其中詳細說明了我們終止為您承保服務的原因。

步驟 3：在獲得所需的所有資訊後的一整天內，審查者將告知您他們的決定。

如果審查者表示接受，將會怎麼樣？

- 如果審查者就您的上訴表示接受，那麼只要它具備醫療必要性，我們就必須繼續提供您承保的服務。
- 您將必須繼續分擔此類費用（例如自付額或共付額，如果適用的話）。您獲承保的服務可能會受到限制。

如果審查者表示拒絕，將會怎麼樣？

- 如果審查者表示拒絕，那麼您的保險將在我們告知您的日期結束。
- 如果您決定在此保險結束之後繼續獲得家庭健康護理，或專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，那麼您將必須自行支付此項護理的全部費用。

步驟 4：如果對您第 1 級上訴的答覆是拒絕，則可以決定是否要再次上訴。

- 如果審查者就您的第 1 級上訴表示拒絕 – 且您選擇在護理保險結束後繼續接受護理 – 然後您可再次提出第 2 級上訴。

第 8.4 節 分步操作：如何提出第 2 級上訴，以便讓我們的計劃承保您更長的時間

在第 2 級上訴期間，您要求質量改善組織對他們在第一次上訴中的決定進行另一項審查。如果質量改善組織拒絕了您的第 2 級上訴，您可能必須在我們說您的保險終止之日之後支付全額的家庭保健護理，或專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務的費用。

步驟 1：再次與質量改善組織取得聯絡，並要求再次審查。

- 您必須在質量改善組織對您的第 1 級上訴表示拒絕的當天後的 **60 天內** 要求進行此審查。僅當您的護理保險結束之日後繼續接受護理時，您才可以要求進行此審查。

步驟 2：質量改善組織會對您的情況進行第二次審查。

- 質量改善組織的審查人員將再次認真地檢視與您上訴相關的所有資訊。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

步驟 3：在收到您的上訴請求的 **14** 天內，審查者將決定您的上訴並告知您他們的決定。

如果審查組織表示接受，將會怎麼樣？

- 自從我們說您的保險終止之日起，**我們必須償還您應承擔的分擔的醫療費用**。只要其具備醫療必要性，**我們就必須繼續為您的護理提供保險**。
- 您必須繼續分擔費用，且可能存在適用的保險限制。

如果審查組織表示拒絕，將會怎麼樣？

- 這表示他們同意對您第 1 級上訴作出的決定。
- 您收到的本通知將以書面形式告知您，如果您希望繼續進行審核則您可以採取的一些行動。它將為您提供有關如何進行下一級別上訴的詳細資訊，本級別上訴由行政法官或律師裁決人員處理。

步驟 4：如果答覆是拒絕，您將需要決定是否進一步上訴。

- 在第 2 級之後，又增加了三個上訴級別，總共有五個上訴級別。如果您想要進行第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，將會在您完成第 2 級上訴決定後所收到的書面通知中提供。
- 第 3 級的上訴由行政法官或律師裁決人員處理。本章的第 9 節詳細介紹了上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 8.5 節 如果您錯過提出第 1 級上訴的最後期限，將會怎麼樣？

相反，您可以向我們投訴

如上文所述，您必須迅速採取行動，與質量改善組織取得聯絡，以開始首次上訴。（最多在一兩天內）。如果您錯過了聯絡該組織的最後期限，則可透過另一種方式提出申訴。如果您使用這種其他方式提出上訴，則上訴的前兩個級別是不同的。

分步操作：如何進行第 1 級的備選上訴

法律術語

快速審查（或快速上訴）也被稱為**加急上訴**。

步驟 1：請聯絡我們並要求快速審查。

- **要求快速審查**。這意味著您要求我們依據快速期限而不是標準期限來給您答覆。第 2 章提供聯絡資訊。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動**步驟 2：**我們會對何時終止服務的保險的決定進行快速審查。

- 在此審查中，我們將再次查看有關您個案的所有資訊。在設定結束您所接受服務的計劃保險的日期時，我們會檢查是否遵守所有規則。

步驟 3：在您要求快速審查後的 72 小時內，我們將為您做出決定。

- 如果我們對您的上訴表示接受，那麼意味著我們已經同意您需要更長的服務時間，且只要具有醫療必要性就繼續提供您承保的服務。這也意味著，自從我們說您的保險終止之日起，我們已同意償還您應承擔的分擔的醫療費用。（您必須分擔費用，且可能存在適用的保險限制。）
- 如果我們對您的上訴表示拒絕，那麼您的保險將在我們告知您的日期結束，且在此日期之後我們將不再支付任何費用。
- 如果您在我們表示您的保險終止之日之後繼續獲得家庭健康護理，或專業護理機構護理或綜合門診康復設施 (CORF) 服務，那麼您將必須支付此項護理的全部費用。

步驟 4：如果我們拒絕您的快速上訴，您的個案將自動進入到上訴流程的下一個階段。**法律術語**

獨立審查組織的正式名稱是**獨立審查實體**。有時候又稱之為 **IRE**。

分步操作：2 級備選上訴流程

- 在第 2 級上訴期間，該**獨立審查組織**會審核我們對您的快速上訴所做出的決定。該組織決定是否應更改決定。**獨立審查組織**是由 Medicare 聘用的一個獨立組織。該組織不與本計劃取得聯絡，也不屬於政府機構。此組織是由 Medicare 選定的一家公司，負責作為獨立審查組織的工作。Medicare 監督其執行情況。

步驟 1：我們自動將您的個案轉呈給獨立審查組織。

- 當我們告知您我們對您的第一次上訴表示拒絕時，我們必須在 24 小時內將您的 2 級上訴資訊發送給獨立審查組織。（如果您認為我們沒有達到此期限或其他期限，那麼您可以提出投訴。本章第 10 節介紹了如何提出投訴。）

步驟 2：獨立審查組織會對您的上訴進行快速審查。審查者會在 72 小時內給您答覆。

- 獨立審查組織的審查人員將認真檢視與您上訴相關的所有資訊。
- 如果該組織就您的上訴表示接受，那麼我們必須償還您自我們表示您的保險終止之日起您所獲得的護理費用中的我們本應分擔的費用。只要其具備醫療必要性，我們還必須繼續承保這種護理。您必須繼續分擔此類費用。如果存在保險限制，則可能會限制我們償還的費用金額或我們將繼續承保服務的期限。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 如果該組織就您的上訴表示**拒絕**，這意味著他們同意我們的計劃對第一次上訴所做的決定，且不會更改。
- 您從獨立審查組織收到的通知將以書面形式告知您，如果您希望進行第 3 級上訴，可以採取哪些行動。

步驟 3：如果獨立審查組織拒絕了您的上訴，您可以選擇是否進一步提出上訴。

- 在第 2 級之後，又增加了三個上訴級別，總共有五個上訴級別。如果您想要進行第 3 級上訴，有關如何進行的詳細資訊，將會在您完成第 2 級上訴決定後所收到的書面通知中提供。
- 第 3 級上訴是：您的上訴會由行政法官或律師裁決人員審查。本章的第 9 節詳細介紹了上訴流程的第 3、4 和 5 級情形。

第 9 節 將您的上訴帶到第 3 級及更高級別**第 9.1 節 針對醫療服務請求的上訴第 3、4 和 5 級**

如果您提出了第 1 級上訴和第 2 級上訴，且您兩輪上訴均被拒絕，則本部分可能適合您。

如果您上訴的項目或醫療服務的美元價值達到一定的最低水準，那麼您可以繼續進行其他上訴。如果美元價值低於最低水準，您將無法進一步上訴。您收到的針對第 2 級上訴的書面回覆將說明如何提出第 3 級上訴。

對於涉及上訴的大多數情況，上訴的最後三個級別的工作方式大致相同。以下人士負責審查您在每個級別上的上訴。

第 3 級上訴 行政法官或律師裁決人員將審查您的上訴並給您作出答覆。

- 如果行政法官或辯護律師對您的上訴表示同意，則上訴流程 **可能會或可能不會結束**。與第 2 級上訴的決定不同，我們有權就對您有利的第 3 級決定提出上訴。如果我們決定上訴，則將進入第 4 級上訴。
 - 如果我們決定不上訴，我們必須在收到行政法官或律師裁定的決定後的 60 個日曆日內授權或向您提供醫療護理。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們將向您發送第 4 級上訴請求的副本以及任何隨附文件。在授權或提供有爭議的醫療服務之前，我們可能會等待第 4 級上訴決定。
- 如果行政法官或辯護律師對您的上訴表示拒絕，則上訴流程 **可能會或可能不會結束**。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

- 如果您決定接受拒絕您上訴的決定，那麼上訴流程將結束。
- 如果您不想接受該決定，則可繼續進行下一個審查流程級別。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴 Medicare 上訴委員會（委員會）將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的下屬機構。

- 如果答覆是接受，或者委員會拒絕了我們要求審查第 3 級上訴決定的請求，則上訴流程 *可能會或可能不會* 結束。與第 2 級的決定不同，我們有權就對您有利的第 4 級決定提出上訴。我們將決定是否對該決定上訴至第 5 級。
 - 如果我們決定不上訴該決定，我們必須在收到委員會的決定後的 60 個日曆日內授權或向您提供醫療護理。
 - 如果我們決定對該決定提出上訴，我們會以書面形式通知您。
- 如果答覆是拒絕，或者如果委員會拒絕了該審查請求，則上訴流程 *可能已結束或可能沒結束*。
 - 如果您決定接受拒絕您上訴的決定，那麼上訴流程將結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可以繼續進行下一個審查流程級別。如果委員會對您的上訴表示拒絕，則您收到的通知將告訴您規則允許您進行第 5 級上訴，以及如何繼續進行第 5 級上訴。

第 5 級上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 一位法官將審查所有資訊，並決定 *接受或拒絕* 您的請求。這是最終答案。在聯邦地方法院之後，再也沒有上訴層級了。

第 9.2 節 針對 D 部分藥物請求的上訴第 3、4 和 5 級

如果您提出了第 1 級上訴和第 2 級上訴，且您兩輪上訴均被拒絕，則本部分可能適合您。

如果您所上訴的藥物價值達到一定的美元數額，則您可以繼續進行其他上訴。如果美元金額較低，您將無法進一步上訴。您收到的針對第 2 級上訴的書面回覆將說明與誰聯絡以及如何要求進行第 3 級上訴。

對於涉及上訴的大多數情況，上訴的最後三個級別的工作方式大致相同。以下人士負責審查您在每個級別上的上訴。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

第 3 級上訴 為聯邦政府工作的行政法官或律師裁決人員將審查您的上訴並給您作出答覆。

- 如果答覆為接受，則上訴流程結束。我們必須在 **72 小時內**（加急上訴則為 **24 小時內**）授權或提供經行政法官或律師裁決人員批准的**藥品保險**，或在收到決定後的 **30 個日曆日內**付款。
- 如果答覆為否決，則上訴流程 **可能已結束或可能沒結束**。
 - 如果您決定接受拒絕您上訴的決定，那麼上訴流程將結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可繼續進行下一個審查流程級別。您收到的通知將告訴您如何進行第 4 級上訴。

第 4 級上訴 **Medicare 上訴委員會**（委員會）將審查您的上訴並給您答覆。該委員會是聯邦政府的下屬機構。

- 如果答覆為接受，則上訴流程結束。我們必須在 **72 小時內**（加急上訴則為 **24 小時內**）授權或提供經委員會批准的**藥物保險**，或在收到決定後的 **30 個日曆日內**付款。
- 如果答覆為否決，則上訴流程 **可能已結束或可能沒結束**。
 - 如果您決定接受拒絕您上訴的決定，那麼上訴流程將結束。
 - 如果您不想接受該決定，則可以繼續進行下一個審查流程級別。如果委員會對您的上訴表示拒絕或拒絕了您要審查該上訴的請求，則通知將告訴您規則是否允許您進行第 5 級上訴。還將告知您：如果您選擇繼續上訴，該聯絡誰以及下一步該採取的行動。

第 5 級上訴 聯邦地方法院的法官將審查您的上訴。

- 一位法官將審查所有資訊，並決定 **接受或拒絕**您的請求。這是最終答案。在聯邦地方法院之後，再也沒有上訴層級了。

提出投訴**第 10 節 如何投訴護理質量、等候時間、客戶服務或其他問題****第 10.1 節 投訴流程處理哪些類型的問題？**

投訴流程僅用於某些類型的問題。這包括與護理質量、等候時間和客戶服務有關的問題。以下是投訴流程處理的各類問題的示例。

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

投訴	示例
醫療保健的質量	<ul style="list-style-type: none"> 您是否對所獲得的護理質量（包括醫院的護理）感到不滿意？
尊重您的隱私	<ul style="list-style-type: none"> 有人不尊重您的隱私權或分享機密資訊嗎？
不尊重、體驗不佳的客戶服務或其他不良行為	<ul style="list-style-type: none"> 有人對您表現出無禮或不尊重？ 您對我們的客戶服務部感到不滿意？ 您是否感覺被促動而想要離開該計劃？
等候時間	<ul style="list-style-type: none"> 您在約診時遇到不順，還是等後很久才能約診？ 您是否一直因醫生、藥劑師或其他保健專業人員而等候很久？還是因為我們的客戶服務部或計劃中的其他人員？ <ul style="list-style-type: none"> 例如在通話中，在候診室或檢查室或在獲取處方時等候很長時間。
潔淨度	<ul style="list-style-type: none"> 您對診所、醫院或醫生診所的潔淨度或狀況感到不滿意嗎？
您從我們這裡獲得的資訊	<ul style="list-style-type: none"> 我們有沒有未能給您所需的資訊？ 我們的書面資訊難以理解嗎？
及時性 (這些類型的投訴都與我們與保險決定和上訴有關的行動的及時性有關)	<p>如果您已經要求做出保險決定或提出上訴，且您認為我們的回覆效率不夠快，那麼您可投訴我們的處理緩慢。以下是示例：</p> <ul style="list-style-type: none"> 您要求我們快速保險決定或快速上訴，而我們表示不同意，那麼您可以提出投訴。 您認為我們沒有在保險決定或上訴的最後期限內完成；您可以提出投訴。 您認為我們未能按時支付或償還您已獲批准的某些醫療物品、服務或藥品的費用；您可以提出投訴。 您認為我們未能在規定的期限內將您的個案轉呈給獨立審查組織；您可以提出投訴。

第 10.2 節 如何進行上訴**法律術語**

- 本節中所謂**投訴**的內容也被稱為**申訴**。
- **提出投訴**也被稱為**提出申訴**。
- **使用投訴流程**也被稱為**即使用申訴流程**。
- **快速投訴**的內容也被稱為**加急申訴**。

第 10.3 節 分步操作：提出投訴**步驟 1：立即透過電話或書面聯絡我們。**

通常，致電客戶服務部是第一步。如果您還有其他需要做的事情，客戶服務部將告知您。

如果您不希望致電（或者您致電並且不滿意），那麼您可以書面提出投訴並將其發送給我們。如果您以書面形式提出投訴，我們將以書面形式答覆您。

- 步驟 1：提出申訴

要開始該過程，請在事件發生後的 60 個日曆日內致電客戶服務部代表，並提出申訴。您還可在事件發生後的 60 個日曆日內以書面形式提出申訴，方法是將申訴發送至：

Blue Shield Select
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
傳真：(916) 350-6510

如果要透過傳真或郵件與我們聯絡，請致電我們以索取 **Blue Shield Select Appeals & Grievance Form**（Blue Shield Select 上訴和申訴表格）。

我們將給您發送一封信，通知您我們在 5 個日曆日內收到了您的顧慮通知，並給您提供了處理該問題的人員的姓名。我們通常會在 30 個日曆日內解決該問題。

如果您是因為我們決定不給您**快速決定**或**快速上訴**而要求**加急申訴**，或者是因為我們要求延長最初的決定或快速上訴，我們會將您的請求轉呈給未參與我們

第 9 章 如果您有問題或投訴（保險決定、上訴、投訴）時您可採取的行動

最初決定的醫療主管。我們可能會詢問您是否有其他資訊，這些資訊在您請求快速做出初步決定或快速上訴時不可用。

醫療主管將審核您的請求並決定我們的原始決定是否適當。我們將在您提出加急申訴請求後的 24 小時內，將您的決定信函發送給您。

我們必須根據您的健康狀況，根據您的情況儘快處理您的申訴，但不得遲於收到投訴後的 30 個日曆日。如果您要求延長時間，或者如果我們有理由需要其他資訊，且延遲符合您的最大利益，那麼我們可能會將時長最多延長至 14 個日曆日。

- **步驟 2：申訴聽證會**

如果您對解決與護理質量相關的申訴不滿意，可以向 Blue Shield Medicare Appeals & Grievances Department (Blue Shield Medicare 申訴和申訴部門) 提出書面請求，以進行申訴聽證。在您提出書面要求的 31 個日曆日內，我們將組建一個陪審團來聆聽您的個案。您將被邀請參加聽證會，其中包括一名不涉及您個案的醫生以及上訴和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。聽證會後，我們將給您一份最終決議書。

- 如果您對不包含護理質量問題（例如等候時間、不尊重，客戶服務或潔淨度）的投訴解決方案不滿意，那麼您可以聯絡 Blue Shield Select 客戶服務部要求進行其他審查。
- 提出投訴的**截止日期**為您遇到欲投訴問題的起算日起 60 個日曆日。

步驟 2：我們會調查您的投訴並給您答覆。

- 如有可能，我們將立即答覆您。如果您致電給我們投訴，我們可能會透過同一通電話給您答覆。
- 大多數投訴會在 30 個日曆日內得到答覆。如果我們需要更多資訊，而延遲符合您的最大利益，或者您要延長時間，我們最多可以再花 14 個日曆日（總共 44 個日曆日）來回答您的投訴。如果我們決定多花些時間，我們會以書面形式告知您。
- 如果您是因為我們拒絕了您的快速保險決定或快速上訴請求而提出投訴，我們將自動向您發送快速投訴。當您進行快速投訴時，這表示我們會在 24 小時內給您答覆。
- 如果我們不同意您的部分或全部投訴，或者對您所投訴的問題不承擔任何責任，我們將在回覆中附上我們的理由。

第 10.4 節 您還可向質量改善組織投訴有關護理質量的問題

當您投訴護理質量時，您還有兩個選擇：

- 您可以直接向質量改善組織投訴。
- 質量改善組織是由聯邦政府派遣的一批執業醫生和其他醫療保健專家組成的團體，主旨是檢查並改善對 Medicare 患者的護理。第 2 章提供聯絡資訊。

或者

- 您可以同時向該質量改善組織與我們投訴。

第 10.5 節 您還可告知 Medicare 有關您的投訴

您可以直接向 Medicare 提交關於 Blue Shield Select 的投訴。若要向 Medicare 提交投訴，請轉到 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。您還可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY/TDD 使用者可撥打 1-877-486-2048。

第 10 章：

終止您的計劃會員資格

第 10 章 終止您的計劃會員資格**第 1 節 關於終止您的計劃會員資格的介紹**

終止您在 Blue Shield Select 中的會員資格可能是**自願的**（您自己選擇）或**非自願的**（並非您自己選擇）：

- 您可能會退出我們的計劃，因為您已決定要退出。第 2 和第 3 節提供了有關自願結束您會員資格的資訊。
- 在少數情況下，但我們需要終止您的會員資格。第 5 節介紹了我們必須終止您的會員資格的各種情況。

如果您要退出我們的計劃，我們的計劃必須繼續提供您的醫療護理和處方藥，您將繼續支付您的費用份額，直到您的會籍結束。

第 2 節 您何時能夠終止您在我們的計劃中的會員資格？**第 2.1 節 您可以在年度入保期間終止會員資格**

您可以在**年度入保期**（也稱為**年度開放入保期**）內終止您在我們計劃中的會員資格。在此期間，請檢查您的健康和藥物保險，並決定來年的承保範圍。

- 年度入保期從 10 月 15 日至 12 月 7 日。
- 選擇保留當前的保險，也可以更改來年的保險。如果決定更改為新計劃，則可以選擇以下任何一種計劃：
 - 另一種 Medicare 健康計劃，有或沒有處方藥承保。
 - 帶有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
 - 不帶有處方藥物計劃的 Original Medicare。
 - 如果您選擇此選項，Medicare 可能會將您加入藥物計劃，除非您選擇退出自動加入。

註：如果您退保了 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或以上無認可的處方藥保險，那麼如果您稍後入保 Medicare 藥物計劃，則有可能得支付 D 部分的延遲入保罰金。

- 當您新計劃的承保範圍於 1 月 1 日開始時，您的會員資格將在我們的計劃中結束。

第 2.2 節 您可在 Medicare Advantage 開放入保期間終止會員資格

您有機會在 Medicare Advantage 開放入保期間對您的健康保險進行一次更改。

- 每年的 Medicare Advantage 開放入保期間為 1 月 1 日至 3 月 31 日。
- 在年度 Medicare Advantage 開放入保期間，您能夠：
 - 轉換到另一個包含或不包含處方藥承保範圍的 Medicare Advantage 計劃。
 - 從我們的計劃中退保，並透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間改用 Original Medicare，您還可在那時加入一個單獨的 Medicare 處方藥計劃。
- 您的會員資格將在您入保其他 Medicare Advantage 計劃後的每月第一天結束，或者我們收到您的要求轉換為 Original Medicare 請求。如果您還選擇加入 Medicare 處方藥計劃，則該藥物計劃的會員資格將在該藥物計劃收到您的入保請求後的下個月的第一天開始。

第 2.3 節 在某些情況下，您可以在特殊入保期間終止會員資格

在某些情況下，Blue Shield Select 的會員可能有資格在當年的其他時間終止其會員資格。這被稱為是特殊入保期間。

如果以下任何一種情況適用於您，那麼您可能有資格在特殊入保期間終止會員資格。這些僅是示例，有關完整清單，您可聯絡計劃，致電 Medicare 或造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)：

- 通常，當您搬遷之時。
- 如果您享有 Medi-Cal (Medicaid)。
- 如果您有資格獲得「Extra Help」來支付 Medicare 處方。
- 如果我們違反了與您簽訂的合約。
- 如果您正在養老院或長期護理 (LTC) 醫院等機構中接受護理。
- 如果您入保了 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE，老年人全面護理計劃)。
- 註：如果您正在使用藥物管理計劃，那麼您可能無法更改計劃。第 5 章第 10 節為您提供有關藥物管理計劃的更多資訊。

特殊入保期限視您的情況而定。

若要瞭解您是否有資格參加特殊入保期，請致電 Medicare，電話號碼：

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請

第 10 章 終止您的計劃會員資格

撥打 1-877-486-2048。如果因特殊情況您有資格終止會員資格，則可以選擇更改 Medicare 健康保險與處方藥保險。您可選擇：

- 另一種 Medicare 健康計劃，有或沒有處方藥承保。
- 帶有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。
- – 或者 – 不帶有處方藥物計劃的 Original Medicare。

註：如果您退保了 Medicare 處方藥保險，且連續 63 天或以上無認可的處方藥保險，那麼如果您稍後入保 Medicare 藥物計劃，則有可能得支付 D 部分的延遲入保罰金。

您的會員資格通常會在收到更改計劃請求當月的第一天結束。

如果您獲得了 Medicare 的「Extra Help」，用以支付處方藥費用；如果您轉換到 Original Medicare，且尚未入保單獨的 Medicare 處方藥計劃，除非您選擇不自動參保，否則 Medicare 可能會為您入保藥物計劃。

第 2.4 節	在何處可以獲得有關何時終止會員資格的更多資訊？
----------------	--------------------------------

如果您對終止會員資格有任何疑問，您能夠：

- 致電客戶服務部。
- 可在 *Medicare & You 2024* 手冊上找到這一資訊。
- 聯絡 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時。(TTY 1-877-486-2048)。

第 3 節	您如何終止您在我們的計劃中的會員資格？
--------------	----------------------------

下表說明了如何終止我們的計劃會員資格。

如果您想從我們的計劃轉換到：	您應該採取這些行動：
<ul style="list-style-type: none"> • 另一項 Medicare 健康計劃。 	<ul style="list-style-type: none"> • 入保新的 Medicare 健康計劃。 • 當新計劃的保險開始時，您將自動從 Blue Shield Select 中退保。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

如果您想從我們的計劃轉換到：	您應該採取這些行動：
<ul style="list-style-type: none"> 帶有單獨的 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare。 	<ul style="list-style-type: none"> 入保新的 Medicare 處方藥計劃。 當新計劃的保險開始時，您將自動從 Blue Shield Select 中退保。
<ul style="list-style-type: none"> 不帶有處方藥物計劃的 Original Medicare。 	<ul style="list-style-type: none"> 向我們發送書面申請以退保。如果您需要更多有關此行動的資訊，請聯絡客戶服務部。 您還可聯絡 Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天，每天 24 小時並詢問退保事宜。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。 當 Original Medicare 的保險開始時，您將從 Blue Shield Select 中退保。

第 4 節 在您的會員資格終止之前，您必須透過我們的計劃不斷獲得醫療物品、服務與藥物

在您的會員資格結束並且您的新 Medicare 生效之前，您必須繼續透過我們的計劃獲得醫療物品、服務和處方藥。

- 繼續使用我們的網絡內服務提供者以接受醫療護理。
- 繼續使用我們的網絡藥房或郵購服務來配取您的處方。
- 如果您在會員資格終止之日住院，那麼您的住院期間將由我們的計劃承保，直到您出院為止（即使您在新的健康保險開始後已出院）。

第 5 節 Blue Shield Select 必須終止您的計劃會員資格的某些情況

第 5.1 節 我們何時必須終止您的計劃會員資格？

如果發生以下任何情況，Blue Shield Select 必須終止您的計劃會員資格：

- 如果您不再享有 Medicare 的 A 部分和 B 部分。

第 10 章 終止您的計劃會員資格

- 如果您離開我們的服務區域。
- 如果您離開我們的服務區域超過六個月。
 - 如果您要搬遷或長途旅行，請致電客戶服務部，以瞭解您要搬遷或旅行之處是否在我們計劃的區域內。
- 如果您被監禁（關進監獄）。
- 如果您不是美國公民或在美國合法居住。
- 如果您說謊或隱瞞有關您享有的、提供處方藥保險的其他保險的資訊。
- 如果您在入保我們的計劃時有意向我們提供了錯誤資訊，而該資訊會影響您入保我們的計劃的資格。（除非我們首先獲得 Medicare 的許可，否則我們不能就此原因讓您退保本計劃。）
- 如果您持續以破壞性方式行事，使我們難以為您和我們計劃的其他會員提供醫療服務。（除非我們首先獲得 Medicare 的許可，否則我們不能就此原因讓您退保本計劃。）
- 如果您讓他人使用您的會員卡獲得醫療服務。（除非我們首先獲得 Medicare 的許可，否則我們不能就此原因讓您退保本計劃。）
 - 如果由於這個原因我們終止您的會員資格，那麼 Medicare 可能會由監察長對您的個案進行調查。
- 如果您沒有支付 3 個日曆月的計劃保費。
 - 我們必須以書面形式通知您，您應支付 3 個日曆月的計劃保費，然後我們才能終止您的會員資格。
- 如果由於您收入的原因而需要支付額外的 D 部分金額進而造成您沒有支付，那麼 Medicare 將把您從我們的計劃中退保，因而您將失去處方藥的保險。

您在何處可以獲得更多資訊？

如果您有疑問或想瞭解我們何時可終止您的會員資格的更多資訊，請致電客戶服務部。

第 5.2 節 我們無法以任何與您的健康有關的原因要求您退出我們的計劃

出於任何與您健康有關的原因，Blue Shield Select 均不允許讓您退出我們的計劃。

如果發生這種情況該怎麼辦？

如果您由於健康相關原因而被要求從我們的計劃中退出，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時提供諮詢服務 (TTY 1-877-486-2048)。

第 5.3 節 如果我們終止您的計劃會員資格，則您有權提出投訴

如果我們終止您的計劃會員資格，則必須書面告知您終止會員資格的原因。我們還必須說明您如何提出申訴或對我們終止會員資格的決定提出投訴。

第 11 章：

法律聲明

第 1 節 關於管轄法律的通知

適用於本文件 *Evidence of Coverage* 的主要法律是 Social Security Act 第十八篇，以及 Centers for Medicare & Medicaid Services (或簡稱 CMS) 根據 Social Security Act 制定的法規。此外，其他聯邦法律也可能適用，且在某些情況下還適用您所居住州的法律。即使本文件未包括或未解釋法律，這也可能會影響您的權利和責任。

第 2 節 關於無歧視的通知

我們不會因種族、血統、種族、原國籍、膚色、宗教、性別、性別認同、性取向、年齡、精神或身體殘障、健康狀況、索賠經驗、病史、遺傳資訊、可保性證據或服務區域內的地理位置而歧視。所有提供 Medicare Advantage 計劃的組織 (例如我們的計劃) 都必須遵守聯邦法律、禁止歧視，包括 1964 年 Civil Rights Act (民權法案) 第六章，1973 年 Rehabilitation Act (康復法案)，1975 年 Age Discrimination Act (年齡歧視法案)，Americans with Disabilities Act (美國殘障人士法案)，Affordable Care Act (平價醫療法案) 第 1557 節，以及所有其他適用於獲得聯邦資助的組織的法律，以及其他任何因其他原因而適用的法律和法規。

如果您想瞭解更多資訊或對歧視或不公平待遇存有顧慮，請致電 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 致電 Department of Health and Human Services (衛生與公共服務部) 的民權辦公室，或致電您當地的民權辦公室。您還可查閱 Department of Health and Human Services 的民權辦公室的資訊，網址為：<https://www.hhs.gov/ocr/index.html>。

如果您患有殘障且在獲得護理方面需要幫助，請致電客戶服務部，聯絡我們。如果您想投訴 (例如輪椅通道問題)，客戶服務部將為您提供幫助。

第 3 節 關於二級付款人代位權的通知

我們有權利和責任收取 Medicare 不是主要付款人的受承保 Medicare 服務的費用。根據 Code of Federal Regulations (CFR，聯邦醫療條例) 第 42 篇的 CMS 法規第 422.108 節和 423.462 節的規定，作為 Medicare Advantage 組織，Blue Shield Select 將行使與部長在 42 CFR 第 411 部分 B 至 D 子部分的 CMS 法規下行使的相同的追償權，且本節中確立的規則將取代任何州法律。

第 4 節 **Evidence of Coverage** 的管理

我們可能會採取合理的政策、程序和解釋，以促進有序和有效地管理此 *Evidence of Coverage*。

第 5 節 會員合作

您必須填寫我們在正常業務過程中或本 *Evidence of Coverage* 中指定的任何申請書、表格、聲明、授權書、留置權表格和任何其他文件。

第 6 節 指派

未經我們事先書面同意，您不得轉讓本 *Evidence of Coverage* 或本協議下的任何權利、利益、應收款項索賠、福利或義務。

第 7 節 員工責任

對於法律要求雇主提供的任何服務，我們將不向雇主付款，當我們承保任何此類服務時，我們可能會從雇主處追討該等服務的價值。

第 8 節 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得的任何服務，我們將不向政府機構付款，且當我們承保任何此類服務時，我們可能會從政府機構追討該等服務的價值。

第 9 節 美國 **Department of Veterans Affairs** (退伍軍人事務部)

對於法律要求 **Department of Veterans Affairs** 提供的任何條件的服務，我們將不支付 **Department of Veterans Affairs** 的費用；且當我們承保任何此類服務時，我們可能會從 **Department of Veterans Affairs** 追討該等服務的價值。

第 10 節 勞工賠償或雇主責任賠償

根據勞工賠償或雇主責任法，您可能有資格獲得付款或其他福利。即便不清楚您是否有權享有福利，我們也會提供 D 部分承保藥物，但我們可能會從以下來源獲取任何承保服務的價值：

第 11 章 法律聲明

1. 從提供福利的任何來源或應得福利的來源。
2. 從您這裡提供；所提供或所應付的福利，或者根據任何工人補償法或雇主責任法，如果您竭力尋求確立您對這些福利的權利而必須提供或應付的福利的範圍內。

第 11 節 多付款項追償

我們可能會從收到此類多付款項的任何人或有關義務為該服務付費的任何個人或組織處，追討我們為服務提供的任何多付款項。

第 12 節 當第三方造成您的傷害時

如果您因他人（**第三方**）的行為或不作為而受傷或生病，針對因該傷害所需要的服務，**Blue Shield** 應提供該計劃的福利，並享有獲得賠償、補償或其他可用的補救措施公平權利，以追回 **Blue Shield** 向提供給您的服務所支付的費用金額，這些金額來自您或您的代表、對傷害或疾病負有責任的**第三方**或代表**第三方**或未投保/投保不足的駕駛員保險所獲得的任何追償（定義如下）。

賠償、償還或其他可用補救措施的權利，是針對您因受傷或患病而從任何**第三方**或**第三方**保險公司，或與疾病或傷害有關的未保險或保險不足的駕駛員保險獲得的任何賠償，包括透過法院判決、仲裁裁決，和解或其他安排裁定或收取的任何款項，與疾病或傷害有關（簡稱**追償**），而與恢復是否使您「被保險人優先受償」無關。歸還權、償還權或其他可利用的補償權，是針對根據 **California Civil Code**（加州民法典）第 3040 條計算的、與該傷害或疾病相關的應支付福利的全部追償中應得的部分。

您必須：

1. 如果您希望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，請在不遲於向**第三方**提交或提出索賠或法律訴訟後的 30 天之內書面通知 **Blue Shield**；且，
2. 同意充分合作並執行實施恢復原狀，補償或其他可用補救權的權利所需的任何表格或文件；且，
3. 當從**第三方**或代表**第三方**的人士或**第三方**的保險公司，或從未投保或投保不足的駕駛員保險處獲得任何追償時，以書面方式同意向 **Blue Shield** 償還因 **Blue Shield** 從任何追償中支付的福利；且，
4. 提供根據 **California Civil Code** 第 3040 條計算的留置權。留置權可以向**第三方**，**第三方**代理人或律師或法院提出，除非法律另有禁止；且，

第 11 章 法律聲明

5. 在獲得任何追償後的十 (10) 天內，定期響應有關針對第三方的索賠的資訊請求，並以書面形式通知 Blue Shield。

若您不遵守上述 1 至 5 的規定，絕不構成對 Blue Shield 權利的豁免、解除或放棄。

第 13 節 關於健康資訊交流參加的通知

Blue Shield 參與了 **Manifest MedEx** 健康資訊交換 (HIE)，將其會員的健康資訊提供給 Manifest MedEx，以供其授權的健康護理提供者存取。Manifest MedEx 是一家獨立的非營利組織，維護著一個全州範圍內的電子病歷數據庫，其中包括醫生、醫療機構、醫療服務計劃和醫療保險公司提供的醫療資訊。經授權的醫療保健提供者（包括醫生，護士和醫院）可透過 Manifest MedEx HIE 安全地存取其患者的健康資訊，以支持提供安全且優質的護理。

Manifest MedEx 尊重會員的隱私權，並遵守適用的州和聯邦隱私法。Manifest MedEx 使用先進的安全系統與現代數據加密技術，來保護會員的隱私和其個人資訊的安全。

每位 Blue Shield 會員均有權指示 Manifest MedEx 不與其醫療醫療服務提供者共享其健康資訊。儘管選擇退出 Manifest MedEx 可能會限制您的醫療保健醫療服務提供者快速存取有關您的重要醫療保健資訊的能力，但是選擇退出 Manifest MedEx 不會影響會員的健康保險或健康計劃福利。參與 Manifest MedEx 的任何醫生或醫院，均不會拒絕為選擇不參加 Manifest MedEx HIE 的患者提供醫療服務。

不希望在 Manifest MedEx 中顯示其醫療保健資訊的會員，應在 <https://www.manifestmedex.org/opt-out> 上填寫線上表格，或請於週一至週五，太平洋標準時間上午 7 點至晚上 7 點致電 Manifest MedEx，電話號碼為 (888) 510-7142。聽障人士請使用 TTY 711。

第 14 節 報告欺詐、浪費和濫用

什麼是欺詐、浪費和濫用 (FWA)？

- **欺詐**是故意的虛假陳述，可能會產生醫療保健計劃的未經授權的費用。
- **浪費**是對醫療保健資金或資源的不當使用，且無正當理由。
- **濫用**是一種與合理的醫療或商業慣例不一致的做法，可能直接或間接產生醫療保健計劃不必要的費用。

保護您自己和您的福利

第 11 章 法律聲明

- 切勿將您的社會安全號碼、Medicare 或健康計劃號碼或銀行資訊透露給您不認識的人。
- 若無您醫生的醫囑，請勿同意進行任何實驗室檢查。
- 接受任何有價物品以換取醫療服務是非法行為。

警惕基因檢測欺詐

詐騙者會在當地的健康展覽會、長者住房設施、小區中心、家庭健康機構和其他值得信賴的地方與毫無戒備心的參與者進行基因檢測欺詐。他們虛假承諾 Medicare 將為檢查付費，而您只需要提供一個臉頰拭子，您的 ID 卡和 Medicare 資訊即可接收您的檢查結果。

很遺憾，現在這些騙子利用您的健康計劃或 Medicare 號碼，他們可向 Medicare 收取數千美元的醫療費用甚至您從未接受的服務的費用。他們也有您的個人遺傳資訊。

若要報告可疑欺詐、浪費和濫用，請聯絡：

- **Blue Shield of California 的 Medicare 防欺詐熱線：(855) 331-4894 (TTY: 711) 或透過電子郵件：MedicareStopFraud@blueshieldca.com。**
- **Medicare，電話號碼：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週七天，每天 24 小時（TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048）。**

第 12 章：

重要字詞的定義

「**Extra Help**」(額外補助) – 一項 Medicare 或州計劃，旨在幫助收入和資源有限的人士支付或支付 Medicare 處方藥計劃費用，例如保費、免賠額和共同保險。

C 部分 – 請參閱 Medicare Advantage (MA) 計劃。

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare 與 Medicaid 服務中心) – 管理 Medicare 的聯邦機構。

D 部分 – 自願性 Medicare 處方藥福利計劃。

D 部分的延遲入保罰金 – 如果您在首次有資格加入 D 部分計劃後連續 63 天或更長時間沒有認可的保險(該保險必須平均支付至少與 Medicare 標準處方藥保險相同的費用)，那麼將增加至您的 Medicare 藥物承保月度保費的金額。

D 部分藥物 – D 部分下可被承保的藥物。我們可能會或可能不會提供所有 D 部分藥物。國會將某些類別的藥物排除在承保的 D 部分藥物之外。每個計劃都必須承保某些類別的 D 部分藥物。

Evidence of Coverage (EOC, 承保範圍說明書) 和資訊披露 – 本文件，以及您的註冊表格和所選的任何其他附件，附加保單或其他可選承保範圍，它說明了您的承保範圍，應盡職責，您的權利以及作為計劃會員必須要做的事情。

Medicaid (或醫療補助) – 聯邦和州的一項聯合計劃，為低收入和資源有限的某些人士提供醫療費用幫助。Medicaid 州計劃各不相同，但如果您有資格獲得 Medicare 和 Medicaid 的醫療保險，則大多數醫療費用都將受到承保。

Medicare – 是適用於 65 歲或以上族群，某些 65 歲以下的某種殘障人士與終末期腎臟病(永久性腎衰竭，通常需要透析或進行腎臟移植)的人士的聯邦醫療保險計劃。

Medicare Advantage (MA) 計劃 – 有時被稱為 Medicare C 部分。一項由私人公司提供的計劃，該計劃與 Medicare 簽約，可為您提供 Medicare A 部分和 B 部分的所有福利。Medicare Advantage 計劃可以是 i) HMO、ii) PPO，iii) 私人服務費計劃 (PFFS) 或 iv) Medicare 醫療儲蓄賬戶 (MSA) 計劃。除了從這些計劃中選擇外，Medicare Advantage 的 HMO 或 PPO 計劃還可以是 Special Needs Plan (SNP，特殊需求計劃)。在大多數情況下，Medicare Advantage 計劃還提供 Medicare D 部分(處方藥保險)。這些計劃被稱為帶有處方藥保險的 Medicare Advantage 計劃。

Medicare Advantage 開放入保期 – 從 1 月 1 日到 3 月 31 日的時間段內，Medicare Advantage 計劃的會員可以取消其計劃入保並轉換到另一項 Medicare Advantage 計劃，或者透過 Original Medicare 獲得承保。如果您選擇在此期間改用 Original Medicare，您還可

第 12 章 重要字詞的定義

在那時加入一個單獨的 Medicare 處方藥計劃。Medicare Advantage 開放入保期也適用於個人首次獲得 Medicare 資格後的 3 個月期限。

Medicare Cost Plan (Medicare 費用計劃) – Medicare Cost Plan 是由 Health Maintenance Organization (HMO, 健康維護組織) 或 Competitive Medical Plan (CMP, 競爭性醫療計劃) 根據該法案第 1876 (h) 條規定的費用補償合同實施的計劃。

Medicare Coverage Gap Discount Program (Medicare 保險缺口折扣計劃) – 該計劃可為已達到承保缺口階段且尚未獲得「Extra Help」的 D 部分會員提供大多數 D 部分品牌藥品的折扣。折扣基於聯邦政府與某些藥品製造商之間達成的協議。

Medicare 承保服務項目 – Medicare A 部分和 B 部分承保的服務。所有 Medicare 健康計劃，都必須承保 Medicare A 和 B 部分已承保的所有服務。Medicare 承保的服務一詞並不包括額外福利，例如眼科、牙齒或聽力福利等，這些福利可能由 Medicare Advantage 計劃提供。

Medicare 處方藥保險 (Medicare D 部分) – 用於幫助支付門診處方藥、疫苗、生物製品以及某些 Medicare A 部分或 B 部分未承保的用品的保險。

Medicare 健康計劃 – 一項由私人公司與 Medicare 簽訂合約提供的 Medicare 健康計劃，向入保該計劃的 Medicare 患者提供 A 部分和 B 部分福利。該術語包括所有 Medicare Advantage 計劃、Medicare Cost Plan、Special Needs Plan、示範/試點計劃以及 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)。

Medigap (Medicare 補充保險) 保單 – 私人保險公司銷售的 Medicare 補充保險，以填補 Original Medicare 中的缺口。Medigap 保單僅適用於 Original Medicare。(Medicare Advantage 計劃不是 Medigap 保單。)

Original Medicare (舊款 Medicare 或按服務付費 Medicare) – Original Medicare 由政府提供，而不是類似於 Medicare Advantage 計劃和處方藥計劃這樣的私人健康計劃。根據 Original Medicare，Medicare 服務由國會確定的付費醫生、醫院和其他醫療保健醫療服務提供者支付。您可前往接受 Medicare 的任何醫生、醫院或其他醫療保健醫療服務提供者看診。您必須支付自付額。Medicare 支付其在 Medicare 批准的金額中所占的份額，而您則支付您的份額。Original Medicare 包含兩個部分：A 部分（醫院保險）和 B 部分（醫療保險），在全美各地均可使用。

PACE 計劃 – Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全面護理計劃) 計劃結合了醫療、社會和長期服務與支援 (LTSS)，為體弱人士提供幫助，使他們盡可能保持自理並長時間在小區（而不是搬到養老院）中生活。參保 PACE 計劃的人士透過該計劃同時獲得他們的 Medicare 和 Medicaid 福利。

Real-Time Benefit Tool (即時福利工具) - 一個門戶網站或一款電腦應用程式，參保人可在其中找到完整、準確、及時、臨床上適當、針對參保人的處方和福利資訊。這包括了費用分攤金額、可用於相同健康狀況的替代藥物，以及適用於替代藥物的承保限制（事先授權、分步療法、劑量限值）。

Special Needs Plan (SNP, 特殊需求計劃) - 一種特殊類型的 Medicare Advantage 計劃，它為特定人群提供更集中的醫療保健，例如那些同時擁有 Medicare 和 Medicaid 的人士，住在療養院中或患有某些慢性病的人士。

保費 - 定期向 Medicare、保險公司或醫療保健計劃付款，以獲取健康或處方藥保險。

標準費用分攤 - 標準費用分攤是除網絡藥房提供的優先費用分攤以外的費用分攤。

補充保障收入 (SSI) - 社會安全署向收入和資源有限的殘障人士、盲人或 65 歲及以上的人士支付的每月福利。SSI 福利與社會安全福利不同。

差額賬單 - 當醫療服務提供者（例如醫生或醫院）向患者開具的賬單超出計劃允許的費用分攤金額時。作為 Blue Shield Select 的會員，您只有在獲得我們計劃承保的服務時，才必須支付我們計劃的費用分攤。我們不允許醫療服務提供者開具差額賬單或以其他方式向您收取費用超出計劃所規定的分攤費用。

承保服務 - 在本 EOC 中我們使用的術語，表示我們計劃承保的所有醫療保健服務和用品。

承保確定 - 計劃是否承保為您開出的處方藥物以及您需要支付的金額（如果有）的一項決定。通常，如果您將處方帶到藥房，而藥房告訴您該處方不在您的計劃中，那麼這不屬於承保確定。您需要致電或寫信給您的計劃，以尋求有關保險的正式決定。保險的確定在本文件中被稱為**保險決定**。

承保藥物 - 我們使用的術語是指我們計劃所承保的所有處方藥。

承保藥物清單 (處方集或「藥物清單」) - 本計劃承保的處方藥清單。

初始保險限額 - 初始承保階段下的最大保險限額。

初始承保階段 - 在這一階段，您的藥物總費用（包括您已支付的費用和您的計劃代表您支付的費用）將達到 \$5,030。

初始入保期 - 當您首次有資格享有 Medicare 時，您可以註冊 Medicare A 部分和 B 部分的時段。如果您在 65 歲時有資格享受 Medicare，則您的初始入保期為 7 個月，也就是從您 65 歲當月的 3 個月開始，包括您 65 歲的當月，到 65 歲的那一個月之後的 3 個月結束。

低收入補貼附加保單 (LIS) – 請參閱「Extra Help」。

費用分攤 – 費用分攤是指會員在獲取服務或藥物時必須支付的金額。（這是該計劃每月保費的補充。）費用分攤包括以下三種付款方式的任意組合：(1) 在承保服務或藥物之前，計劃可能施加的任何自付額；(2) 計劃在收到特定服務或藥物時所要求的任何固定「共付額」；或 (3) 在接受特定服務或藥物時計劃所要求的任何「共同保險」金額，即為服務或藥物所支付總金額的百分比。

費用分攤層級 – 承保藥物清單中的每種藥物分屬於五種費用分攤層級之一。通常，費用分攤層級越高，藥物的費用就越高。

分步療法 – 一種效用工具，要求在我們對您的醫生最初為開具的藥物進行承保前，您首先要嘗試另一種藥物來治療您的疾病。

服務區域 – 您必須居住才能加入特定健康計劃的地理區域。針對那些限制可以為您提供服務醫生或醫院的計劃，通常這些計劃所在區域也是您能夠獲得常規（非急診）服務的地區。如果您永久遷出計劃所在服務區域，則該計劃必須將您退保。

付現額 – 請參閱上問「費用分攤」的定義。會員對所收到的一部分服務或藥品付款的費用分攤要求，也被稱為會員的「付現」費用要求。

複建服務 – 這些服務包括物理治療、言語和語言治療以及職業治療。

共付額（或共付） – 您可能需要支付的一筆金額，作為您分擔醫療服務或用品費用的一部分，例如醫生的訪視，醫院門診就診或處方藥。共付額是一筆固定金額（例如 \$10），而不是百分比。

共同保險 – 您可能需要支付的金額，以百分比表示（例如 20%），作為您支付任何自付額後的服務或處方藥費用的份額。

合併最高付現額 – 您將為從網絡（首選）醫療服務提供者處獲得的承保 A 部分和 B 部分服務支付最高費用。

會員（我們計劃的會員，或計劃會員） – 符合 Medicare 資格且有資格獲得承保服務的人士，其已入保我們的計劃，且其入保已由 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 確認。

急診護理 – 承包的服務包括：(1) 由有資格提供緊急服務的服務提供者提供；以及 (2) 治療、評估或穩定緊急醫療狀況所需的服務。

劑量限值 – 一種旨在出於質量，安全性或利用率的原因設計用於限制針對特定藥物使用的管理工具。限值可能是我們按照每個處方或在規定的時間段內承保的藥物數量。

家庭保健助手 – 提供不要求執照護士或治療師技能的服務的人士，例如個人護理幫助（例如，洗澡，上廁所，穿衣服或進行規定的鍛煉）。

監護式護理 – 當您不需要專業的醫療護理或熟練的護理服務時，監護式護理是指在療養院、善終或其他設施中提供的個人護理。監護式護理，可由無需專業技能或培訓的人員提供，包括協助日常生活活動，例如洗澡、穿衣、吃飯、上下床，或在椅子上起身或坐下，四處走動以及洗浴。其可能還包括大多數人自己做的與健康相關的護理，例如使用眼藥水。Medicare 不支付監護式護理。

緊急服務 – 在網絡內服務提供者暫時無法使用或無法取得聯絡時，或當參保人不在服務區域時，所提供的非急診服務。例如，您在週末需要立即護理。服務必須是立即需要且具有醫療必要性。

緊急醫療狀況 – 是指您或任何其他具有一般健康和醫學知識的普通理性人士，認為您具有需要立即治療的醫學症狀，以防止喪命（如果您是孕婦，還有失去未出生的孩子），喪失肢體或喪失肢體功能，或者對身體功能的嚴重損害。醫學症狀可能是疾病、受傷、嚴重的疼痛或迅速惡化的疾病。

巨災承保階段 – 當您（或其他合格代表您的人）在承保年度內為 D 部分承保藥物花費 \$8,000 時，D 部分藥物福利的階段就開始了。在這個支付階段，計劃將支付您的承保 D 部分藥物的全部費用。您無需付費。

具醫療必要性者 – 指的是為預防、診斷或治療您的疾病並符合認可的醫療實踐標準而需要的服務、用品或藥物。

可選補充福利 – 非 Medicare 承保的福利，可使用另付的保費來購買且不被包含在您的福利組合中。您必須自願地選擇可選補充福利才能獲得。

客戶服務部 – 我們計劃中的一個部門，負責回答有關您的會員資格、福利、申訴和上訴的問題。有關如何聯絡客戶服務部的資訊，請參閱第 2 章。

每日費用分攤率 – 如果您的醫生開給您的藥物少於一整月，且您需要支付共付額，則可能會採用「每日費用分攤率」。每日費用分攤率是共付額除以一個月的供藥量天數。以下是一個示例：如果您為一個月藥品供應支付的共付額為 \$30，而您的計劃中一個月的供藥量為 30 天，那麼您的「每日費用分攤率」為每天 \$1。

門診手術中心 – 門診手術中心是專門為不需住院且預計住院時間不超過 24 小時的患者提供門診手術服務的實體。

第 12 章 重要字詞的定義

耐用醫療設備 (DME) – 您的醫生出於醫療原因訂購的某些醫療設備。示例包括步行者、輪椅、拐杖、電動床墊系統、糖尿病用品、IV 靜脈輸液泵浦、語音生成設備、制氧設備、霧化器或提供者訂購的用於居家使用的醫院病床。

年度入保期 – 每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日期間，會員可更改其健康或藥物計劃或轉換到 Original Medicare。

配藥費 – 每次配取承保藥物時都將收費，以支付處方藥的配藥費，例如藥師準備和包裝處方所花費的時間。

品牌藥 – 由最初研發該藥物的製藥公司生產和銷售的處方藥。品牌藥與學名藥具有相同的活性成分配方。但是，學名藥是由其他藥物製造商生產和銷售的，通常要等到商標藥物的專利到期後才能提供。

認可的處方藥保險 – 處方藥的保險（例如，來自雇主或工會的保險）必須平均支付與 Medicare 標準處方藥保險相同的費用。如果他們決定以後再入保 Medicare 處方藥保險，則在有資格獲得 Medicare 的情況下享有此類保險的人士，通常可以保留該保險而無需支付罰金。

善終護理 – 一項為已被醫學認證為末期病患（即預期壽命不超過 6 個月）的會員提供特殊待遇的福利。我們（您的計劃）必須向您提供您所在地理區域的善終列表。如果您選擇善終服務並繼續支付保費，您仍然是我們計劃的會員。您仍可以獲得所有醫療必需的服務以及我們提供的補充福利。

上訴 – 如果您不同意我們拒絕提供醫療服務或處方藥承保要求或支付已經收到的服務或藥費的決定，則您可以上訴。如果您不同意我們停止您正收到的服務決定，您也可以提起上訴。

申訴 – 您對我們的計劃服務提供者或藥房的一種投訴類型，包括有關您護理質量的投訴。這不涉及保險或付款糾紛。

生物仿製藥 – 被認為非常相似但不完全相同於原始生物製品的處方藥。生物仿製藥通常與原始生物製品一樣有效且安全；然而，一般需要新的處方才能替代原始生物製品。可互換的生物仿製藥已滿足額外要求，使其能夠在藥房中替代原始生物製品，而無需新處方，但需遵守州法規。

生物製品 – 一種由動物細胞、植物細胞、細菌或酵母等天然和活體來源製成的處方藥。生物製品比其他藥物更複雜，無法完全複製，因此稱為生物仿製藥的替代形式。生物仿製藥通常與原始生物製品一樣有效且安全。

第 12 章 重要字詞的定義

事先授權 – 提前批准，以便獲得可能會或不會出現在我們的處方集中的服務或某些藥物。在 PPO 的網絡部分，僅當您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者獲得我們計劃的「事先授權」時，某些網絡內醫療服務才受承保。在 PPO 計劃中，不需要事先授權即可獲得網絡外服務。但是，在從網絡外的醫療服務提供者處獲取服務之前，您可能需要先檢查該計劃，以確認該服務已由您的計劃承保以及您承擔的費用分攤責任。需要事先授權的承保服務在第 4 章的醫療福利圖表中進行了標記。僅當您的醫生或其他網絡內醫療服務提供者獲得我們的事先授權時，某些藥物才受承保。需要事先授權的承保藥物在處方集中進行了標記。

首選醫療服務提供者組織 (PPO) 計劃 – 首選醫療服務提供者組織計劃屬於 Medicare Advantage 計劃，該計劃擁有一個簽約的醫療服務提供者網絡，這些提供者已同意按指定的付款金額對待計劃會員。PPO 計劃必須承保所有計劃福利，無論福利是從網絡內醫療服務提供者還是網絡外醫療服務提供者處獲得。從網絡外醫療服務提供者處獲得計劃福利時，會員的費用分攤通常會更高。PPO 計劃對從網絡（首選）醫療服務提供者處收取的服務付現額有年度限制，而對來自網絡（首選）和網絡外（非首選）醫療服務提供者的服務的付現額總費用總額有較高的限制。

特例 – 一種保險決定，如果獲得批准，可讓您獲得我們的處方集以外的藥物（處方集特例），或者以較低的費用分攤水準獲得非首選藥物（分層特例）。如果我們的計劃要求您在收到您要請求的藥物之前嘗試另一種藥物，或者我們的計劃限制了您要請求的藥物的數量或劑量（處方集特例），您也可以請求特例。

特殊入保期 – 某個固定時間，會員可更改其健康或藥物計劃或返回到 Original Medicare。您可能資格獲得特殊入保期的情況包括：如果您搬到服務區之外；如果您獲得處方藥費用的「Extra Help」；如果您搬進養老院；或者我們違反了與您的合約。

投訴 – 「提出投訴」的正式名稱是「提出申訴」。投訴過程僅用於某些類型的問題。這包括與護理質量、等候時間和所接受的客戶服務有關的問題。如果您的計劃未遵循上訴程序中的時間期限，這還包括投訴。

退保 – 終止您的計劃會員資格的流程。

網絡內服務提供者 – 服務提供者是由 Medicare 和州政府許可或認證的醫生，其他醫療保健專業人員，醫院和其他醫療保健機構的總稱，旨在提供醫療保健服務。**網絡內服務提供者**與我們的計劃達成協議以接受我們的付款作為全額付款，且在某些情況下為我們的計劃會員協調並提供承保服務。網絡內服務提供者也被稱為**計劃服務提供者**。

網絡內最高付現額 – 您將為從網絡（首選）醫療服務提供者處獲得的承保的 A 部分和 B 部分服務支付最高的費用。達到此限值後，在合約年份餘下時段裡，如果您從網絡內醫療服務提供者處獲得承保服務，則無需支付任何費用。但是，在您達到合併付現額之前，當您向網絡外（非首選）醫療服務提供者尋求醫療服務時，必須繼續分擔費用。

網絡外服務提供者或網絡外設施 - 尚未與我們的計劃簽約以協調或提供承保服務的服務提供者或設施。網絡外服務提供者是指未經我們計劃雇用、擁有或營運的服務提供者。

網絡外藥房 - 一類沒有與我們的計劃簽訂合約，來協調或向我們的計劃成員提供承保藥物的藥房。除非特定條件適用，否則您從網絡外藥房購買的大多數藥物均不受我們的計劃承保。

網絡藥房 - 是與我們計劃簽約的藥房，我們計劃的會員可以在該藥房享受處方藥福利。在大多數情況下，只有在我們的網絡藥房之一配取處方時，您的處方才會被承保。

學名藥 - 經 Food and Drug Administration (FDA) 批准具有與品牌藥品相同的有效成分的處方藥。一般而言，學名藥的作用與品牌藥物相同，且通常成本較低。

醫學上公認的適應症 - 是經美國 Food and Drug Administration 批准或獲得某些參考書支援的藥物用途。

醫院住院 - 即您被正式收治到醫院接受專業醫療服務。即使您在醫院過夜，也可能會被視為「門診患者」。

義肢與矯形 - 醫療設備包括但不限於：手臂、背部和頸部支撐；義肢；人工眼；以及需要更換體內部分或機能的設備，包括造口術用品以及腸內與腸胃外營養療法。

優先費用分攤 - 優先費用分攤表示在某些網絡藥房中針對某些承保的 D 部分藥品的費用分攤較低。

與收入相關的每月調整金額 (IRMAA) - 如果您 2 年前在 IRS 納稅申報表上報告的修改後的調整後總收入超過了一定金額，您將支付標準保費以及一項與收入相關的每月調整金額（也被稱為 IRMAA）。IRMAA 是附加在保費上的額外費用。受到影響的 Medicare 患者不到 5%，因此大多數人不會支付更高的保費。

質量改善組織 (QIO) - 由聯邦政府派遣的一批執業醫生和其他醫療保健專家組成的一個團體，旨在對 Medicare 患者進行檢查並改善其護理。

專業護理機構 (SNF) 護理 - 專業護理機構中連續每日提供的專業護理和複建服務。護理的示例，包括僅由註冊護士或醫生施予的物理治療或靜脈注射。

自付額 - 在我們的計劃付款之前，您必須支付的醫療保健費用或處方費用。

綜合門診康復設施 (CORF) - 主要在生病或受傷後提供康復服務的設施，包括物理治療、社會或心理服務、呼吸治療、職業治療和言語病理學服務以及家庭環境評估服務。

組織確定 - 我們的計劃就是否承保物品或服務或您必須為承保的項目或服務支付多少費用作出的決定。組織確定在本文件中被稱為「保險決定」。

Blue Shield Select 客戶服務部

途徑	客戶服務部 – 聯絡資訊
請致電	(800) 776-4466 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。客戶服務部還為非英語使用者提供免費的口譯服務。
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。 撥打此號碼免費。一週七天，上午 8 點至晚上 8 點。
傳真	(877) 251-6671
寫信	Blue Shield Select P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
網站	blueshieldca.com/medicare

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, 健康保險諮詢和宣傳計劃) (加州的 SHIP)

HICAP 是一項州計劃，旨在從聯邦政府獲得資金，為參保 Medicare 的人士提供免費的當地健康保險諮詢。

途徑	聯絡資訊
請致電	(800) 434-0222
TTY	711 此電話號碼需要用到特殊的電話設備，且僅適用於有聽力或語言障礙的人士。
寫信	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834
網站	https://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/

Paperwork Reduction Act (PRA, 文書削減法案) 披露聲明：根據 1995 年的 Paperwork Reduction Act, 任何人皆無須對資訊收集做出回應，除非其顯示了有效的 Office of Management and Budget (OMB, 美國行政管理和預算局) 控制號碼。本次收集此資訊的有效 OMB 控制編號為 0938-1051。如果您對改進此

表格有任何意見或建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。