



# 重要資訊

關於您的Medicare藥物和健康計劃的變動

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

## 2025年的年度變動通知

### 簡介

您目前已參保成為我們計劃的會員。明年，我們的各項福利、承保範圍、規則和費用將有部分變動。本《年度變動通知》告訴您有關變動的資訊，以及在哪裡可以找到更多有關這些變動的資訊。要獲取更多有關費用、各項福利或規則的資訊，請檢閱我們網站

[blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)上的《會員手冊》。關鍵詞彙及其定義將按字母順序出現於您的《會員手冊》最後一章中。

### 其他資源

- 本文件免費提供阿拉伯文、亞美尼亞文、高棉文、簡體中文、繁體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文、他加祿文和越南文版本。
- 您可以免費獲取本《年度變動通知》的其他格式，例如大字版、盲文版或語音版。請致電**1-800-452-4413**（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。
  - 如果您想在線上收取您的計劃材料，請在[blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)登入您的帳戶，點擊右上角您名字縮寫下方的「我的個人資料」，向下捲動至「通訊」偏好並選取「電子交付」作為您的交付偏好。如果您沒有帳戶，請前往[blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)並點擊「建立帳戶」，您可以在建立帳戶時選擇交付偏好。
  - 您可要求現在和未來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。若要提出請求，請聯絡**Blue Shield TotalDual Plan**客戶服務部。您的首選語言和格式將被存檔保留以供將來通訊之用。如要對您的偏好進行任何更新，請聯絡**Blue Shield TotalDual Plan**客戶服務部。

OMB Approval 0938-1444（到期日期：2026年6月30日）

如果您有任何疑問，請致電**Blue Shield TotalDual Plan**：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



- **其他語言**

您可免費取得本《年度變動通知》及其他計劃資料的其他語言版本。Blue Shield TotalDual Plan提供合格譯者的書面翻譯。請致電Blue Shield TotalDual Plan客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711）。這是免付費電話。請詳閱本會員手冊，瞭解醫療保健語言協助福利的更多詳情，例如提供口譯員和翻譯服務。

- **其他格式**

您可免費取得本資訊的其他格式版本，例如盲文版、20號大字版、語音版及無障礙電子格式版本。請致電Blue Shield TotalDual Plan客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711）。這是免付費電話。

- **口譯員服務**

Blue Shield TotalDual Plan全天候24小時可免費為您提供合格口譯員的口譯服務（包括手語）。您不需要請家人或朋友擔任您的口譯員。除非是緊急狀況，否則我們不鼓勵使用未成年人擔任口譯員。口譯員、語言及文化服務均免費為您提供。每週7天、每天24小時隨時提供協助。如需要以您的語言提供的協助，或想獲取本《年度變動通知》的其他語言版本，請致電Blue Shield TotalDual Plan的客戶服務部：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711）。這

---

OMB Approval 0938-1444（到期日期：2026年6月30日）

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



是免付費電話。請留意：如果您需要以您的語言提供的協助，請致電 1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711）。也有為殘障人士提供的協助與服務，例如盲文版與大字版的文件等。請致電1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711）。以下這些是免付費服務。

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

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

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

**简体中文标语 (Chinese)** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如可提供盲文和较大字体



版本文件。請致電1-800-452-4413 (TTY: 711)。這些服務都是免費的。

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

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

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

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

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

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

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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

**ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)** ចំណាំ៖

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ  
 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ  
 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក  
 ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ  
 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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

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

**Mensaje en Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

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

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

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



## 目錄

A. 免責聲明.....	8
B. 檢閱您明年Medicare及Medi-Cal的承保範圍.....	8
B1.有關Blue Shield TotalDual Plan的資訊.....	8
B2.重要處理事項.....	9
C. 我們的網絡醫療服務提供者與藥房的變動.....	10
D. 明年各項福利和費用的變動.....	10
D1.醫療服務的各项福利和費用的變動.....	10
D2.處方藥物承保範圍變動.....	15
E. 行政變動.....	18
F. 選擇計劃.....	18
F1.留在我們的計劃中.....	18
F2.更換計劃.....	18
G. 取得協助.....	24
G1.我們的計劃.....	24
G2.醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	24
G3.投訴專員計劃.....	24
G4.Medicare.....	25
G5.加州醫療保健管理部.....	25



---

## A. 免責聲明

Blue Shield of California是與Medicare有合約，並與加州Medi-Cal (Medicaid) Program簽約的一項HMO D-SNP計劃。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。

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

Medicare核准Blue Shield TotalDual Plan作為價值型保險設計(Value-Based Insurance Design, VBID)計劃的一部分，提供各項福利並採用較低的共付額。此計劃讓Medicare試用新方式來改善Medicare Advantage計劃。

Amazon Pharmacy不隸屬於Blue Shield of California，而是與Blue Shield簽訂合約，向Blue Shield會員提供處方藥送貨到府服務。

---

## B. 檢閱您明年Medicare及Medi-Cal的承保範圍

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

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

如果您退出我們的計劃，您可以獲得以下有關您的資訊：

- F2部分一覽表中的Medicare選項。
- F2部分中的Medi-Cal選項及服務。

### B1. 有關Blue Shield TotalDual Plan的資訊

- California Physicians' Service（營業名稱為Blue Shield of California）是一項與Medicare和Medi-Cal都簽訂合約的健康計劃，為會員提供這兩項計劃的各項福利。
- 在Blue Shield TotalDual Plan下的承保範圍是稱為「最低基本承保範圍」的合資格健康保險。它滿足病人保護與平價醫療法案(ACA)的個人責任分攤規定。請瀏覽國稅局(Internal Revenue Service, IRS)網站：  
[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)，以瞭解有關個人責任分攤規定的更多資訊。
- 當本《年度變動通知》中提及「我們」、「我們的」或「我們的計劃」時，指的是Medicare Medi-Cal計劃。

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)。



## B2.重要處理事項

- 檢查我們的福利和費用是否有哪些變動會對您造成影響。
  - 是否有影響您所使用服務的任何變動？
  - 檢閱各項福利和費用變動，以確定明年這些變動對您沒有影響。
  - 請參閱**D1**部分，以瞭解有關我們計劃的各項福利和費用變動方面的資訊。
- 檢查我們的處方藥承保範圍是否有任何可能影響您的變動。
  - 您的藥物還會在承保範圍以內嗎？您可以使用相同的藥房嗎？將會有任何變動（例如：預先授權、漸進式治療或藥量限制）嗎？
  - 檢閱各項變動以確保我們的藥物承保範圍明年符合您的需求。
  - 請參閱**D2**部分，以瞭解有關我們藥物承保範圍變動的資訊。
- 檢查您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡中。
  - 您的醫生（包括您的專科醫生）在我們的網絡中嗎？您的藥房呢？還有您就診的醫院或其他醫療服務提供者呢？
  - 請參閱**C**部份，以瞭解有關我們《醫療服務提供者與藥房名錄》的資訊。
- 考慮您計劃的全部費用。
  - 與其他承保範圍選項比較時，總費用如何？
- 考慮您是否滿意本計劃。

### 如果您決定繼續留在Blue Shield TotalDual Plan中：

如果您明年想留在本計劃，很簡單 – 您什麼都不必做。如果您沒有進行更換，您將自動保留參保Blue Shield TotalDual Plan的狀態。

### 如果您決定更換計劃：

如果您認為其他承保更能滿足您的需求，您也許可以更換計劃（請參閱**F2**部分，以瞭解更多資訊）。如果您參保新計劃或更換為Original Medicare，您的新承保將從下個月的第一天開始。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



---

## C. 我們的網絡醫療服務提供者與藥房的變動。

我們2025年的醫療服務提供者和藥房網絡已有變動。

請檢閱2025年《醫療服務提供者與藥房名錄》，以查明您的醫療服務提供者或藥房是否在我們的網絡中。我們的網站[blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)上有最新的醫療服務提供者與藥房名錄。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取最新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者與藥房名錄》給您。

您務必要知曉，我們也可能會在年度當中對我們的網絡作出變動。如果您的醫療服務提供者退出我們的計劃，您將享有某些權利和保障。如需瞭解更多資訊，請參閱您的《會員手冊》第3章。

---

## D. 明年各項福利和費用的變動

### D1. 醫療服務的各项福利和費用的變動

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

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
年度自付費用上限	<p><b>\$8,850</b></p> <p>一旦您為承保的A部份和B部份服務已支付<b>\$8,850</b>的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內無需為承保的A部份和B部份服務支付任何費用。</p> <p>如果您符合參保Medicare和Medi-Cal (Medicaid)的條件，則您無需為計入最高自付費用上限的獲承保A部份及B部份服務支付任何自付費用。</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>一旦您為承保的A部份和B部份服務已支付<b>\$9,350</b>的自付費用，您在該日曆年的剩餘時間內便無需為承保的A部份和B部份服務再支付任何費用。</p> <p>如果您符合參保Medicare和Medi-Cal (Medicaid)的條件，則您無需為計入最高自付費用上限的獲承保A部份及B部份服務支付任何自付費用。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
例行性牙科服務 （非 Medicare 承保）	<p>例行性（非 Medicare 承保）的預防性及綜合牙科服務屬於承保範圍。</p> <p>請參閱《會員手冊》第4章（在醫療福利表下方）的例行性牙科福利程序表，以獲取更多有關承保服務和您需要支付的費用的資訊。</p>	<p>特定綜合牙科服務屬於承保範圍內。請參閱《會員手冊》第4章E部分（在醫療福利表下方）的承保牙科服務程序表，以獲取更多有關承保服務和您需要支付的費用的資訊。</p>
助聽器	<p>您每年將最多可獲補償<b>\$2,000</b>，用於購買兩個助聽器以及兩次助聽器驗配和評估（適用於雙耳合併計算）。</p> <p>您可以在所選擇的助聽器服務提供者處取得助聽器。</p>	<p>您每年將最多可收到<b>\$1,500</b>津貼，用於購買兩個助聽器以及兩次助聽器驗配和評估（適用於雙耳合併計算）。</p> <p>您每年將收到一張預存了<b>\$1,500</b>津貼的消費卡，以幫助支付承保項目及服務的費用。</p> <p>您可以在所選擇的助聽器醫療服務提供者處取得這些服務。</p>

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
非處方項目 (OTC項目)	<p>您每季將收到<b>\$210</b>津貼，用於購買承保項目。</p> <p>您可以每季訂購兩次，但未用完的補貼金額無法遞延至下一季度使用。</p>	<p>您每月將收到<b>\$70</b>津貼，用於購買承保項目。</p> <p>您可以每月訂購一次，但未用完的津貼金額無法遞延至下個月使用。</p>
價值型保險設計 (Value-Based Insurance Design, VBID)	<p>價值型保險設計 (Value-Based Insurance Design, VBID) 不屬於承保範圍內。</p> <p>價值型保險設計 (Value-Based Insurance Design, VBID) 不屬於承保範圍內。</p>	<p>有兩項價值型保險設計(Value-Based Insurance Design, VBID)福利：</p> <p><b>健康生鮮超市食品：</b></p> <p>您每月將收到<b>\$50</b>津貼，用於在計劃網絡內的商店購買健康食品。此津貼無法按月遞延。</p> <p>您每月將收到一張預存了<b>\$50</b>津貼的消費卡，以幫助支付承保項目的費用。</p> <p><b>交通服務：</b></p> <p>對於每年最多<b>48</b>次單程接送的非醫療交通和<b>VBID</b>非醫療交通，您無需支付共付額（<b>\$0</b>共付額）。</p> <p>可使用交通服務以取得</p>
本節將在下一頁 繼續		

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
<b>價值型保險設計 (Value-Based Insurance Design, VBID)</b> （續）		計劃所提供的非Medicare承保福利，例如： <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SilverSneakers網絡內的健身地點</li> <li>○ 核准的健康生鮮超市地點</li> <li>○ 在您所選擇的助聽器服務提供者處的助聽器</li> <li>○ 在健康計劃核准的網絡中的脊椎矯正服務</li> <li>○ 在健康計劃核准的網絡中的視力及牙科服務</li> </ul>
<b>視力保健，非 Medicare 承保</b> （從網絡醫療服務提供者處獲得）*	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每24個月可以免費（支付\$0）獲得一副鏡框（價格最高為一般零售價\$375）。如果您選擇價格超過\$375的鏡框，您需要自行支付差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每12個月可以免費（支付\$0）獲得一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及</p>	<p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每12個月可以免費（支付\$0）獲得一副鏡框（價格最高為一般零售價\$200）。如果您選擇價格超過\$200的鏡框，您需要自行支付差價。</p> <p>當您使用網絡醫療服務提供者時，您每12個月可以免費（支付\$0）獲得一副處方眼鏡鏡片（無論尺寸或度數）或隱形眼鏡（隱形眼鏡服務及材料價格最高\$200）。如果服務及材料價格超過\$200，您需要自行支付差價。</p>
本節將在下一頁繼續		

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
視力保健，非 <b>Medicare</b> 承保 （從網絡醫療服 務提供者處獲 取）*（續）	材料價格最高 \$375）。如果服 務及材料價格超 過\$375，您需要 自行支付差價。	

## D2.處方藥物承保範圍變動

### 藥物清單的變動

我們的網站[blueshieldca.com/medpharmacy2025](https://blueshieldca.com/medpharmacy2025)上有最新的承保藥物清單。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，以索取最新的藥物資訊，或請我們郵寄一份《承保藥物清單》給您。

承保藥物清單也稱為「藥物清單」。

我們已對《藥物清單》作出變動，其中包括移除或新增藥物、更換我們承保的藥物，以及對適用於我們承保範圍的某些藥物解除限制，或將其移至不同的費用分擔層級。

請檢閱《藥物清單》以**確認您的藥物明年仍屬於承保範圍**，查明是否會有任何限制，或者您的藥物是否已被移至不同的費用分攤層級。

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

如果您受到藥物承保範圍變動的影響，我們鼓勵您：

- 請您的醫生（或其他處方開立者）尋找我們承保的其他藥物。
  - 您可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部或聯絡您的護理協調員，以索取可治療相同病症的承保藥物清單。
  - 此清單可協助您的醫療服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。
- 請您的醫生（或其他處方開立者）要求我們例外處理以承保該藥物。
  - 您可以在明年之前申請例外處理，我們將在收到您的申請（或您的處方開立者的證明書）後**72**小時內給您答覆。
  - 要瞭解申請例外處理的辦法，請參閱《會員手冊》**第9章**或撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



- 如果您需要申請例外處理方面的協助，請聯絡客戶服務部或您的護理協調員。請參閱《會員手冊》**第2章和第3章**，以瞭解更多有關如何聯絡護理協調員的資訊。
- 要求我們承保藥物的暫時供應。
  - 在某些情況下，我們會承保日曆年前**90天**內的藥物**暫時供應**。
  - 此暫時供應最多為**30天**的量。（要瞭解更多有關何時可以獲得暫時供應量以及如何申請暫時供應量的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第5章**。）
  - 當您獲得某藥物的暫時供應量時，請與您的醫生討論暫時供應量用完時該怎麼辦。您可以改用我們計劃承保的另一種藥物，或要求我們為您作例外處理並承保您目前的藥物。

每年必須向本計劃提交保險內處方集例外處理的申請。

如果在相同或更低費用分攤層級有新學名藥可以取代某個品牌藥，並且新學名藥的規定與所取代的品牌藥相同或更少，則我們目前可以立即將該品牌藥從我們的藥物清單中移除。此外，當添加一種新的學名藥時，我們也可能決定將品牌藥保留在我們的《藥物清單》中，但會立即將其放到不同的費用分攤層級或為其增加新的規定，或者兩種變化都有。

自**2025**年起，我們可以立即以某些生物相似藥取代原生物製藥。這表示，例如，如果您正在服用要以生物相似藥取代的原生物製藥，您在我們作出變動前的**30**天可能不會收到變動通知，也無法在合約藥房取得一個月供應量的原生物製藥。如果在我們作出變動時您正在服用原生物製藥，您仍會獲得有關我們所作具體變動的資訊，但該資訊可能會在我們作出該變動後才寄達。

這些藥物類型中，有些對您而言可能是新藥。有關藥物類型的定義，請參閱您的《會員手冊》**第12章**。美國食品與藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)也提供藥物的消費者資訊。請參閱FDA網站：

[www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients)。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，或詢問您的醫療保健服務提供者、處方開立者或藥劑師以瞭解更多資訊。

### 處方藥費用的變動

我們已將藥物清單上的部分藥物移到更低或更高的藥物層級。要知道您的藥物是否被移到不同的層級，請在藥物清單中查看。

下表顯示在我們五個藥物層級中，您在每個層級中的藥物費用。

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)。



	2024年（今年）	2025年（明年）
<b>層級1藥物</b> （首選學名藥） 在合約藥房配取的層級1藥物一個月供應量費用	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。
<b>層級2藥物</b> （學名藥） 在合約藥房配取的層級2藥物一個月供應量費用	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0、\$1.55或\$4.50</b> 。	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。
<b>層級3藥物</b> （首選品牌藥） 在合約藥房配取的層級3藥物一個月供應量費用	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0、\$4.60或\$11.20</b> 。	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。
<b>層級4藥物</b> （非首選藥物） 在合約藥房配取的層級4藥物一個月供應量費用	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0、\$4.60或\$11.20</b> 。	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。
<b>層級5藥物</b> （專科層級藥物） 在合約藥房配取的層級5藥物一個月供應量費用	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0、\$4.60或\$11.20</b> 。 您一個月（30天）郵寄服務處方藥的共付額是每個處方 <b>\$0、\$4.60或\$11.20</b> 。	您一個月（30天）供應量的共付額是 <b>每個處方\$0</b> 。 您一個月（30天）送貨到府處方藥的共付額是每個處方 <b>\$0</b> 。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



## E. 行政變動

	2024年（今年）	2025年（明年）
D部分處方藥索賠處理的郵寄地址	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	Claims Processing 1606 Ave.Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
郵寄服務的藥房服務提供者變動	CVS Caremark® Mail Service Pharmacy	Amazon Pharmacy
詞彙變動	郵寄服務	送貨到府
層級2學名藥、層級3首選品牌藥及層級4非首選藥物的長期供應量變動	90天供應量	100天供應量
要求上訴的時間表要求	要求 in this table with 請求。	您必須在承保決定的書面通知日期起65個曆日內提出上訴要求。
非處方(OTC)項目的送貨變動	請等待大約14個工作日的遞送時間。	請等待大約7個工作日的遞送時間。

## F. 選擇計劃

### F1. 留在我們的計劃中

我們希望您繼續是我們計劃的會員。您無需任何行動即可留在我們的計劃中。如果您沒有更換至另一項Medicare計劃或更換至Original Medicare，您將自動保留參保狀態，作為我們2025年計劃的會員。

### F2. 更換計劃

大多數參加Medicare的人可以在一年中的某些時間終止其會員資格。由於您擁有Medi-Cal，因此您可以在一年中的任何一個月份終止您在我們計劃中的會員資格。

此外，您還可以在以下期間終止您在我們計劃中的會員資格：

- **年度參保期**從10月15日開始持續至12月7日。如果您在此期間選擇新計劃，您在我們計劃的會員資格將於12月31日結束，新計劃的會員資格將於1月1日開始。

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線（TTY）：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



- **Medicare Advantage(MA)開放參保期**，從1月1日開始持續至3月31日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從次月一日生效。

您可能有資格在其他情況下對您的參保進行更換。例如，在下列情況時：

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

### 您的Medicare服務

您可以在一年中的任何一個月份透過三種選擇，取得下方所列的Medicare服務。您在一年中的特定時間（包括**年度參保期**和**Medicare Advantage開放參保期**），或**F2部分**中所述的其他情況下還有以下所列的另外一個附加選項。透過選擇這些選項之一，您將自動終止您在我們計劃中的會員資格。

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



1.您可以更換至：

**Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan)** 是 **Medicare Advantage Plan** 的一種類型。它適合同時擁有 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 的人士，並可將 **Medicare** 與 **Medi-Cal** 各項福利整合到一個計劃中。**Medi-Medi Plan** 協調兩個計劃的所有福利與服務，包括所有 **Medicare** 及 **Medi-Cal** 的承保服務。

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

以下是處理方式：

每週7天，每天24小時皆可致電Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。

如需查詢老年人全方位護理計劃(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)，請致電1-855-921-PACE(7223)。

如果您需要協助或更多資訊：

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

或者：

參保新的Medi-Medi Plan。

當您的新計劃開始承保時，您將自動從我們的計劃中退保。您的Medi-Cal計劃會隨著您的Medi-Medi Plan而相應變動。



<p><b>2.您可以更換至：</b></p> <p><b>具有單獨Medicare處方藥計劃的Original Medicare</b></p>	<p><b>以下是處理方式：</b></p> <p>每週7天，每天24小時皆可致電Medicare： 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午8時至下午5時間致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃 (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p><b>或者：</b></p> <p>參保新的Medicare處方藥計劃。</p> <p>當您的Original Medicare承保開始時，您將自動從我們的計劃中退保。</p> <p>除非您要求變動，否則您的Medi-Cal計劃不會有變動。</p>
---	--

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線 (TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)。



### 3.您可以更換至：

#### 沒有單獨的Medicare處方藥計劃的Original Medicare

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

僅當您從其他來源（例如僱主或工會）獲得藥物承保時，才應該退出處方藥承保。如果您對是否需要藥物承保有任何疑問，請於週一至週五上午8時至下午5時之間致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs and Service s/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

### 以下是處理方式：

每週7天，每天24小時皆可致電Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

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

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

除非您要求變動，否則您的Medi-Cal計劃不會有變動。



<p><b>4.您可以更換至：</b></p> <p>任何的<b>Medicare</b>健康計劃，在一年中的特定時間（包括<b>年度參保期</b>與<b>Medicare Advantage</b>開放參保期），或A部分中所述的其他情況下。</p>	<p><b>以下是處理方式：</b></p> <p>每週7天，每天24小時皆可致電<b>Medicare</b>：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢老年人全方位護理計劃(PACE)，請致電1-855-921-PACE(7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>請於週一至週五上午8時至下午5時致電加州醫療保險諮詢與倡導計劃(California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)：1-800-434-0222。如需瞭解更多資訊或查找您所在地區的當地HICAP辦事處，請瀏覽 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>。</li></ul> <p><b>或者：</b></p> <p>參保新的<b>Medicare</b>計劃。</p> <p>當您的新計劃承保開始時，您將自動從我們的<b>Medicare</b>計劃中退保。</p> <p>您的<b>Medi-Cal</b>計劃可能會有所變動。</p>
---	---

### 您的**Medi-Cal**服務

有關如何選擇**Medi-Cal**計劃，或者退出我們的計劃後如何獲取**Medi-Cal**服務方面的疑問，請於週一至週五上午8時至下午6時之間致電聯絡醫療保健方案處(Health Care Options)：1-800-430-4263，聽障和語障人士請致電1-800-430-7077。詢問加入其他計劃或返回Original Medicare對您獲得**Medi-Cal**承保範圍的方式有何影響。



如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)。

---

## G. 取得協助

### G1. 我們的計劃

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

#### 閱讀您的《會員手冊》

您的《會員手冊》是對我們計劃各項福利的法定、詳細的描述。其中詳述2025年的各項福利和費用。手冊解釋了您的權利以及獲得我們承保的服務和處方藥時應遵循的規則。

2025年《會員手冊》將於10月15日前提提供。《會員手冊》的最新版本可在我們的網站 [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025) 上找到。您也可以撥打頁面底部的電話號碼聯絡客戶服務部，請我們郵寄一份2025年的《會員手冊》給您。

#### 我們的網站

您可以瀏覽我們的網站：[blueshieldca.com/DSNP2025](https://blueshieldca.com/DSNP2025)。提醒您，我們的網站可提供有關我們的醫療服務提供者與藥房網絡的最新資訊（《醫療服務提供者及藥房名錄》），以及我們的最新藥物清單（《承保藥物清單》）。

### G2. 醫療保險諮詢與倡導計劃(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

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

### G3. 投訴專員計劃

如果您對我們的計劃有問題，Medicare Medi-Cal投訴專員可以為您提供幫助。投訴專員的服務是免費的，並提供所有語言的服務。Medicare Medi-Cal投訴專員計劃：

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

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413（聽障和語障專線(TTY)：711），服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)。



## G4. Medicare

要獲得直接來自Medicare的資訊，您每週7天，每天24小時都可致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。

### Medicare網站

您可以瀏覽Medicare網站([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。如果您選擇退保我們的計劃並參保另一項Medicare計劃，Medicare網站上有關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可協助您比較各項計劃。

您可以使用Medicare網站上的Medicare Plan Finder ( Medicare計劃搜尋工具) 查找有關您所在地區可用的Medicare計劃的資訊。(有關各項計劃的相關資訊，請瀏覽[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)，並點擊「Find plans」(查找計劃)。

### Medicare & You 2025

您可以閱讀《Medicare & You 2025》手冊。每年秋季時會將這本手冊郵寄給每一個Medicare參保人。其中摘要列出Medicare各項福利、權利和保障，並解答有關Medicare的最常見問題。本手冊還有西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有本手冊的副本，您可以在Medicare網站([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf))取得；也可致電1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)索取，服務時間為每週7天，每天24小時。聽障和語障人士應致電1-877-486-2048。

## G5. 加州醫療保健管理部

加州醫療保健管理部負責管理醫療保健服務計劃。如果您想對您的健康計劃提出申訴，您應該先致電您的健康計劃：**1-800-452-4413 (聽障和語障專線(TTY)：711)**，服務時間為每週七天，上午8時至下午8時，並在聯絡該部門之前先採用健康計劃的申訴程序。使用您的健康計劃申訴程序並不妨礙您可能獲得的任何潛在合法權利或治療措施。如果您需要協助處理涉及急診的申訴，或您的健康計劃沒有就您的申訴給出滿意的解決方案，或您的申訴在30天後仍未解決，您都可以致電本管理部尋求幫助。您可能符合獨立醫療審查(Independent Medical Review, IMR)的條件。如果您符合IMR條件，則IMR流程會就健康計劃對以下方面的決定進行公正的審查：對所擬議的服務或治療的醫療必要性所作之決定、對實驗或研究性質的治療之承保決定，以及急症或緊急醫療服務付款爭議等相關醫療決定。該部門也有免付費電話號碼**(1-888-466-2219)**，以及一個為聽障及語障人士設置的TDD專線**(1-877-688-9891)**。請前往該部門的網站([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))獲取投訴表、IMR申請表及線上說明。請參閱您的《會員手冊》第9章F4部分，以瞭解更多資訊。

---

如果您有任何疑問，請致電Blue Shield TotalDual Plan：1-800-452-4413 (聽障和語障專線(TTY)：711)，服務時間為每週七天，上午8時至晚上8時。這是免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)。





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

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