



2025年福利摘要

Blue Shield Select (PPO)

阿拉米達縣Medicare Advantage
處方藥計劃

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

blueshieldca.com/medicare

H4937_24_436A_001_CT_M Accepted 09142024

2025年福利摘要

Blue Shield Select (PPO)

阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

所提供的各項福利資訊並未列出我們承保的每項服務，也未列出每項限制或除外項目。要取得我們承保服務的完整清單，請參閱《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)，網址：blueshieldca.com/MAPDdocuments2025，或請致電客戶服務部，電話：(800) 776-4466 (聽障和語障專線(TTY)：711)，我們的辦公時間為每週七天，上午8時至晚上8時。附註：《承保內容證明》(EOC)將於2024年10月15日前在我們的網站上發佈。

Blue Shield Select包括D部份承保範圍，提供處方藥承保，讓您可以透過一項計劃方便地同時獲得承保的醫療和處方藥。

要加入**Blue Shield Select**，您必須有權獲得Medicare A部份、參保Medicare B部份，並住在我們的服務區域內。我們的服務區域包括阿拉米達縣。

如果您想瞭解有關Original Medicare承保範圍和費用的更多資訊，請查看您當前的「**Medicare & You**」手冊。您可以瀏覽線上網站www.medicare.gov/medicare-and-you，或致電**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**索取副本，辦公時間為每週七天、每天24小時。聽障和語障人士可致電**1-877-486-2048**。

我們計劃的《醫療服務提供者名錄》位於我們的網站：blueshieldca.com/medicare/providerdirectory。

我們計劃的《藥房名錄》位於我們的網站：blueshieldca.com/medpharmacy2025。

若要取得有關承保藥物的最完整和最新資訊，您可以瀏覽我們的網站：blueshieldca.com/medformulary2025。

福利摘要

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
計劃每月保費		\$49	除計劃保費外，您還必須持續支付Medicare B部份保費（如適用）。
健康計劃自付額	\$0	\$750	這是您必須先支付的自付費用金額，然後我們才會為您的承保醫療服務支付我們應承擔的分攤費用。在您達到自付額上限前，您必須支付大部分承保服務的全部費用。請參閱計劃的《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC) 了解詳細資訊。
年度自付費用最高上限	\$6,400	\$10,000（網絡內及網絡外合計）	不包括D部份處方藥。這是您全年為Medicare A部份和B部份承保服務支付的最高金額。
住院護理	第1天至第7日天，每天\$300 第8天及之後，每天\$0	支付計劃自付額後為30%的共同保險金	我們的計劃中每次Medicare承保的住院不限天數。 可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。
門診醫院服務 • 在急診部或門診診所獲得的服務，例如觀察服務或門診手術	在門診醫院機構的每次就診需支付共付額\$250 觀察服務的共付額為\$10 每次到急診室就診需支付共付額\$125（如果您一天內因為相同病症再入院，則可免除）	在您支付計劃自付額後，每次到門診醫院設施就診或接受觀察服務需支付40%共同保險金 每次到急診室就診需支付共付額\$125（如果您一天內因為相同病症再入院，則可免除）	我們的計劃承保您因診斷或治療疾病或傷害而在醫院作為門診病人所接受的具有醫療必要性的服務。 可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。
門診手術	在門診手術中心就診每次需共付額\$100 在門診醫院機構就診每次需支付共付額\$250	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
醫生看診 <ul style="list-style-type: none"> 自選醫師(Physician Of Choice, POC) 專科醫生 	每次就診需支付共付額\$0 每次就診需共付額\$20	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	
預防性醫療護理	共付額\$0	40%共同保險金	在合約年度內,經Medicare核准的任何額外預防性服務都將獲得承保。
急救護理 <ul style="list-style-type: none"> 全球承保 	每次就診需共付額\$125 在美國及其領地境外接受的急救護理和急症治療服務無合併的年度限額	每次就診需共付額\$125 在美國及其領地境外接受的承保急救護理和急症治療服務無合併的年度限額	如果您一天內因為相同病症再入院則豁免此共付額。
急症治療服務	在計劃服務區域內的網絡緊急護理中心就診每次需支付共付額\$5 在計劃服務區域外但在美國及其領地內的緊急護理中心就診每次需支付共付額\$5 在計劃服務區域外但在美國及其領地內的急診室就診每次需支付共付額\$125 每次到美國及其領地以外急診室或緊急護理中心就診需共付額\$125 在美國及其領地境外接受的急救護理和急症治療服務無合併的年度限額	在計劃服務區域內的網絡緊急護理中心就診每次需支付共付額\$5 在計劃服務區域外但在美國及其領地內的緊急護理中心就診每次需支付共付額\$5 在計劃服務區域外但在美國及其領地內的急診室就診每次需支付共付額\$125 每次到美國及其領地以外急診室或緊急護理中心就診需共付額\$125 在美國及其領地境外接受的承保急救護理和急症治療服務無合併的年度限額	如果您一天內因為相同病症再入院則可免除這些共付額。

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
診斷性服務、化驗和成像 <ul style="list-style-type: none"> 診斷性放射服務 (例如MRI、CT掃描、PET掃描等) 實驗室服務 診斷性檢驗和程序 門診病人X光造影 治療性放射服務 (例如癌症的放射治療) 	每項診斷性放射服務需共付額\$75 共付額\$0 共付額\$0 共付額\$0 每項治療性放射服務需20%共同保險金	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。
聽力服務 <ul style="list-style-type: none"> 聽力檢查 (Medicare 承保) 例行性 (非Medicare 承保) 聽力檢查 助聽器及助聽器的適配/評估 	每次就診需支付共付額\$0 每次就診需支付共付額\$0 您每2年將最高可獲補償\$1,000,用於購買2個助聽器以及兩次助聽器適配與評估	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 您每兩年將最高可獲補償\$1,000,用於購買2個助聽器以及2次助聽器適配與評估	適用於雙耳合計費用。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。
牙科服務 (Medicare 承保)	如果由您的自選醫師 (Physician Of Choice, POC) 執行,每次就診需共付額\$0 如果由專科醫生執行,每次就診需需共付額\$20	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
牙科服務 (非Medicare承保) <ul style="list-style-type: none"> 洗牙 牙科X光造影 含氟治療 口腔檢查 	共付額\$0 共付額\$0 共付額\$0 共付額\$0	20%共同保險金 20%共同保險金 20%共同保險金 20%共同保險金	每6個月清潔一次。 每6個月一組咬翼片X光造影。 每24個月一組全套X光造影。 每6個月兩次。 每6個月一次檢查。 請參閱「自選補充牙科PPO計劃」一節，查詢有關附加計劃保費可獲得牙科服務的更多資訊。
視力服務 <ul style="list-style-type: none"> 診斷和治療眼部疾病和病症的檢查 例行 (非Medicare承保) 視力檢查和驗光 眼鏡框 鏡片或隱形眼鏡 	每次Medicare承保的就診需支付共付額\$20 共付額\$0 共付額\$0 當您使用網絡內醫療服務提供者時，每12個月您可免費配一副處方眼鏡 (不論大小或度數，包括漸進鏡片) 或隱形眼鏡 (隱形眼鏡服務和材料的最高計劃福利承保金額為\$260)	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金 每12個月進行一次檢查，您需支付50%的共同保險金 共付額\$0 當您使用網絡外服務提供者時，每12個月您祇需支付50%的共同保險金即可獲得一副處方眼鏡 (無論尺寸或度數，包括漸進鏡片) 或隱形眼鏡 (隱形眼鏡服務及材料的最高計劃福利承保金額為\$260)	每12個月一次到網絡內或網絡外服務提供者 (但不可兩者兼有) 處就診。 當您使用網絡內或網絡外醫療服務提供者 (但不可兩者兼有) 時，我們的計劃每24個月可支付一次最高\$260的鏡框費用。 您可以每12個月從網絡內或網絡外醫療服務提供者 (但不可兩者兼有) 處獲得眼鏡鏡片或隱形眼鏡 (但不可兩者兼有)。

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
心理健康服務 <ul style="list-style-type: none"> 精神病醫院的住院服務 門診團體治療就診 門診個人治療就診 	<p>Medicare承保的每次住院需支付共付額\$1,660</p> <p>每次就診需共付額\$35</p> <p>每次就診需共付額\$35</p>	<p>在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金</p> <p>在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金</p> <p>在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金</p>	<p>可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)以瞭解更多資訊。</p>
專業護理機構(SNF)護理	<p>第1天至第20天，每天支付的共付額為\$0</p> <p>第21天至第100天，每天支付的共付額為\$178</p>	<p>在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金</p>	<p>可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。</p> <p>如果超過了100天限制，您將負責支付全部費用；網絡醫療服務提供者無需有以前的住院記錄。</p>
復健服務 <ul style="list-style-type: none"> 職業治療 物理治療 口語和語言治療 	<p>每次就診需共付額\$25</p> <p>每次就診需共付額\$25</p> <p>每次就診需共付額\$25</p>	<p>在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金</p>	<p>可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。</p>
救護車服務	<p>Medicare承保的地面救護車服務：每趟行程（單程）需支付共付額\$290</p> <p>Medicare承保的空中救護車服務：每趟行程（單程）需支付20%共同保險金</p>	<p>Medicare承保的地面救護車服務：每趟行程（單程）需支付共付額\$290</p> <p>Medicare承保的空中救護車服務：每趟行程（單程）需支付20%共同保險金</p>	<p>可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。</p>

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
交通服務(非Medicare承保)	未承保	未承保	
Medicare B部份處方藥	0%至20%共同保險金	在您支付計劃自付額後需支付0%至20%共同保險金	<p>可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。</p> <p>會員可能需為選定的Medicare B部份藥物支付0%至20%的共同保險金，這些藥物可能會根據聯邦醫療保險及醫療補助服務中心(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)的規定每季度發生變化。</p> <p>依據B部份規定獲得的胰島素(利用胰島素泵服用時)一個月藥量的共付額不應超過\$35。</p>

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

您計劃中包含的其他福利

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
年度體檢	共付額\$0	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	每12個月一次。
類阿片藥物治療計劃服務	共付額\$0	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。
足部護理(足科服務) (Medicare承保) • 足部檢查和治療	每次就診需共付額\$20	在您支付計劃自付額後需支付40%共同保險金	
糖尿病用品與服務 • 血糖監測儀 • 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務和用品	ACCU-CHEK血糖監測儀需共付額\$0, 所有其他製造商的血糖監測儀需20%共同保險金 所有培訓、服務和用品(血糖監測儀除外)需共付額\$0(請參閱上述「血糖監測儀」)	在您支付計劃自付額後需支付30%共同保險金 糖尿病自我管理培訓需40%共同保險金, 糖尿病用品和服務(血糖監測儀除外)需20%共同保險金(請參閱上述「血糖監測儀」)	可能需要來自您的醫療服務提供者的預先授權。 請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)以瞭解更多資訊。
耐用醫療設備(Durable Medical Equipment, DME)與相關用品 • 耐用醫療設備(例如輪椅、氧氣)	20%共同保險金	在您支付計劃自付額後需支付30%共同保險金	可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。 請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)以瞭解更多資訊。
義肢與矯正裝置及相關用品 • 義肢和矯正裝置(例如支架、義肢) • 醫療用品(例如固定夾板、石膏)	20%共同保險金 共付額\$0	在您支付計劃自付額後需支付30%共同保險金 在您支付計劃自付額後需支付30%共同保險金	可能需要您的醫療服務提供者的預先授權。

福利摘要 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

保費和福利	您需支付的網絡內費用	您需支付的網絡外費用	重要須知
健康與保健方案 <ul style="list-style-type: none">• 透過SilverSneakers® Fitness使用基礎健身房• NurseHelp 24/7SM (電話和線上支援)	共付額\$0 共付額\$0	共付額\$0 共付額\$0	
非處方(Over-The-Counter, OTC)項目	您每季度享有\$40的承保項目費用津貼。	您每季度享有\$40的承保項目費用津貼	您可以每季訂購兩次，但未用完的津貼金額無法遞延至下一季度使用。可能會有某些限制。請參閱OTC項目目錄，以瞭解更多資訊。

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

您需支付以下費用：

D部份處方藥福利				
階段1：年度自付額階段	因為無自付額，所以本階段不適用。			
階段2：初始承保階段	首選零售費用分攤（網絡內）		標準零售費用分攤（網絡內） [^]	
	30天供應量	100天供應量 ^{*NDS}	30天供應量	100天供應量 ^{*NDS}
層級1：首選學名藥	共付額\$0	共付額\$0	共付額\$5	共付額\$5
層級2：學名藥	共付額\$5	共付額\$7.50	共付額\$20	共付額\$60
層級3：首選品牌藥	共付額\$40	共付額\$100	共付額\$47	共付額\$141
層級3：承保胰島素**	共付額\$35	共付額\$100	共付額\$35	共付額\$105
層級4：非首選藥物	共付額\$95	共付額\$237.50	共付額\$100	共付額\$300
層級4：承保胰島素**	共付額\$35	共付額\$105	共付額\$35	共付額\$105
層級5：專科層級藥物	33%共同保險金	未承保	33%共同保險金	未承保

** 在藥物清單上，承保胰島素標有**INS**符號。此費用分攤只適用於無資格加入可協助支付藥物費用的計劃的受益人（「額外協助」）。

[^]如果您住在長期護理機構內，您所支付的金額與在網絡內標準零售且費用分攤藥房相同。在少數情況下，您可能可從網絡外藥房獲得藥物，其費用與網絡內標準零售費用分攤藥房相同。

如需有關特定藥房的額外費用分攤及福利階段的更多資訊，請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)。

* 100天供應量費用分攤也適用於Amazon藥房的送藥到府服務。

NDS不提供特定藥物的長期（最多100天）供應。無法長期供應的藥物在我們的藥物清單中標有**NDS**符號。

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

D部份處方藥福利**階段3：重大傷病承保**

您的年度藥物自付費用（包括您透過零售藥房及送藥到府服務購買的藥物）達到\$2,000後，本計劃會為您的D部份承保藥物支付全額費用。對我們增益福利所承保的計劃外藥物，您需支付層級2的費用：上一頁表格中所列的學名藥共付額。

（當您支付了年度藥物自付費用後，此階段可保障您免於支付任何額外費用）。

關於疫苗費用的重要資訊：我們的計劃承保大多數成人D部份疫苗，您無需支付任何費用。請致電客戶服務部以瞭解更多資訊。

送藥到府服務

Amazon藥房是我們的網絡送藥到府服務商，您可以在此獲得100天供應量的慢性疾病藥物。您的訂單送達無需運費。請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)以瞭解更多資訊。

透過送藥到府服務送達的層級5藥物供應量限為30天。

提供首選費用分攤的網絡藥房

當您前往我們提供首選費用分攤的網絡藥房時，可能您支付的費用較少。以下僅舉數例

- CVS/藥房[‡]（包括目標CVS藥房） (888) 607-4287（聽障和語障專線(TTY)：711）
- Safeway及Vons藥房[‡] (877) 723-3929（聽障和語障專線(TTY)：711）
- Albertsons/Sav-on/Osco藥房[‡] (877) 276-9637（聽障和語障專線(TTY)：711）
- Costco[‡] (800) 955-2292（聽障和語障專線(TTY)：711）
- Ralphs[‡]、Walmart[‡]，等等。

您無需成為Costco會員也可使用Costco藥房。我們網絡中還有其他藥房可供使用。

[‡]接受電子處方

自選補充牙科PPO計劃

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

您需支付以下費用：

	自選補充牙科PPO計劃	
	參與計劃的牙醫	未參與計劃的牙醫
自選補充牙科計劃 每月保費		\$47.00
日曆年自付額 (不適用於診斷和 預防性服務)		您需支付\$50
日曆年福利最高限 額*	承保的預防性和綜合性牙科服務費用為\$1,500，無論服務是由參與計劃的普通牙醫或牙科專科醫生提供。您需支付超出\$1,500日曆年福利最高限額的任何金額。 一個日曆年內，此項最高限額中至多\$1,000可用於由網絡外牙醫提供的承保範圍內預防性及綜合性牙科服務。您需支付超出\$1,000日曆年福利最高限額的任何金額。	
等待期	無等待期	

*所有服務必須由您的網絡牙醫執行、開立處方或授權。如果您需要看專科醫生，您必須從您的主治牙醫處取得轉診，才能接受承保的專科醫生服務。如果您已參保自選補充牙科PPO計劃，並且需要看專科醫生，則您可以直接前往。請參閱計劃《承保內容證明》(Evidence of Coverage, EOC)以瞭解更多資訊。

自選補充牙科PPO計劃 (續)

Blue Shield Select (PPO)
阿拉米達縣

有效期限：2025年1月1日至2025年12月31日

自選補充牙科PPO計劃		
	參與計劃的牙醫	未參與計劃的牙醫
承保服務摘要清單 (ADA代碼) †		
	您需支付	您需支付
診斷和預防性服務		
口腔檢查(D0150)	0%共同保險金 (每6個月一次)	20%共同保險金 (每6個月一次)
X光造影(D0210)	0%共同保險金 (每24個月一個系列)	20%共同保險金 (每24個月一個系列)
洗牙(D1110)	0%共同保險金 (每6個月清潔一次)	20%共同保險金 (每6個月清潔一次)
修復服務		
牙冠(D2750)	50%共同保險金 (同顆牙齒每5年一次)	50%共同保險金 (同顆牙齒每5年一次)
牙周病		
每象限四顆或以上牙齒 的深度清潔(D4341)	50%共同保險金 (同顆牙齒每24個月一次)	50%共同保險金 (同顆牙齒每24個月一次)
牙髓病		
根管治療(D3310)	50%共同保險金	50%共同保險金
植牙服務		
植牙服務(D6010)	50%共同保險金 (終身一次)	50%共同保險金 (終身一次)

†ADA代碼是美國牙科協會為有效率處理和報告牙科索賠而制定的程序代碼。

我們隨時為您提供協助

請聯絡Blue Shield，電話**(888) 534-4263**（聽障和語障專線(TTY)：711）

辦公時間為每週七天，上午8時至晚上8時。

Blue Shield of California是一項與Medicare簽有合約的PPO計劃。能否參保Blue Shield of California視合約是否續約而定。

Blue Shield of California的藥房網絡包括加州某些縣的首選分攤費用的有限低價藥房。我們計劃資料中為這些藥房所宣傳的較低費用，可能在您使用的藥房中沒有提供。有關我們網絡藥房的最新資訊，包括您所在地區是否有低價且首選分攤費用的藥房，請致電客戶服務部：**(800) 776-4466**（聽障和語障專線(TTY)：711），辦公時間為每週七天，上午8時至晚上8時，或參閱線上藥房名錄，網址：blueshieldca.com/medpharmacy2025。

Amazon藥房不隸屬於Blue Shield of California，而是與Blue Shield簽訂有合約，向Blue Shield會員提供處方藥送藥到府服務的藥房。

SilverSneakers是Tivity Health, Inc.的註冊商標。©2024 Tivity Health, Inc. 版權所有。

Blue Shield Select及NurseHelp 24/7是Blue Shield of California的服務標記。Blue Shield和Shield符號是Blue Cross Blue Shield Association（一家獨立Blue Cross及Blue Shield計劃的協會）的註冊商標。

除遭遇緊急情況，網絡外/非合約醫療服務提供者沒有義務為計劃會員提供治療。請撥打我們的客戶服務部電話，或查看您的《承保內容證明》，以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的費用分攤。

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州的法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療病症、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀態、性別認同、性傾向、年齡、精神殘障或身體殘障而對他人進行歧視、排斥或區別對待。