

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

2022 福利摘要

Blue Shield Inspire (HMO)

Medicare Advantage 處方藥計劃

Los Angeles 和 Orange 縣

blueshieldca.com/medicare



H0504_21_373N_043_M_CH Accepted 08312021

2022 年福利摘要

Blue Shield Inspire

Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

所提供的福利資訊並未列出我們承保的每一項服務，也沒有列出每一種限制或不予承保的情況。如需獲得我們所承保服務的完整目錄，請參閱 blueshieldca.com/MAPDdocuments2022 上的《承保範圍說明書》(EOC)，或透過致電客戶關懷部，電話：(800) 776-4466 [TTY: 711]，服務時間：每天上午 8 點至晚上 8 點，每週七天，全年服務。註：EOC 將於 10 月 15 日在我們的網站上公佈。

Blue Shield Inspire 包括提供處方藥保險的 D 部分保險，讓您輕鬆透過一項計劃享有醫療和處方藥承保。

如要參加 Blue Shield Inspire，您必須享有 Medicare A 部分、註冊參加 Medicare B 部分，並且居住在我們的服務地區。我們的服務區域包括 Los Angeles 縣和 Orange 縣。

如果您希望更深入瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請查詢最新的「Medicare & You」(「Medicare 與您」) 手冊。請上網瀏覽 <http://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 使用者請撥打 1-877-486-2048。

您可以在本計劃的網站 blueshieldca.com/find-a-doctor 上瀏覽醫療服務提供者名錄。

您可以在本計劃的網站 blueshieldca.com/medpharmacy2022 上瀏覽藥房名錄。

如需獲得有關於承保藥物的最新完整資訊，您可以造訪我們的網站：blueshieldca.com/medformulary2022。

福利摘要

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
月度計劃保費	\$0	除計劃保費外，您仍然必須支付您的 Medicare B 部分保費（如適用）。
自付額	\$0	
年度最高付現額	\$799	不包括 D 部分處方藥。這是您一年內所將為承保的 Medicare A 部分和 B 部分網絡內服務支付的最高金額。
住院治療護理	每次住院須支付 \$0 共付額	本計劃承保的網絡醫院每次 Medicare 承保住院天數沒有限制。
醫院門診服務 • 在急診部或門診部獲得的服務， 如觀察服務或門診手術	每次醫院門診設施診療 \$150 共付額 觀察服務為 \$0 共付額 每次急診室診療須支付 \$85 共付額（如果您因同一病情在一天內入院，則可減免此共付額）	我們的計劃承保您因診療疾病或損傷而在醫院門診部所接受的醫療上必要之服務。
門診手術	每次門診手術中心診療須支付 \$0 共付額 每次醫院門診設施診療 \$150 共付額	
醫生診療 • 主治醫師 • 專科醫生	每次診療須支付 \$0 共付額 每次診療須支付 \$0 共付額	專科醫生診療可能需要您醫生的轉介。
預防性護理	\$0 共付額	合約年度期間任何 Medicare 核准的任何其他預防服務均予承保。
急診護理	每次診療須支付 \$85 共付額 在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額	如果您因同一病情在一天內入院，則可減免此共付額。 全球承保。

福利摘要 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
緊急服務	<p>在您的計劃服務區域之內，每次就診計劃服務區內的網絡緊急護理中心需要 \$0 共付額</p> <p>在您的計劃服務區域之外，但在美國及其屬地內，前往緊急護理中心或醫師診所的每次診療需要 \$0 共付額</p> <p>在您的計劃服務區域之外，但在美國及其屬地內，前往急診室的每次診療需要 \$85 共付額</p> <p>在美國及其屬地內以外，前往急診室、緊急治療中心或醫師診所的每次診療需要 \$85 共付額</p> <p>在美國及其屬地以外的急診和緊急服務沒有合併年度承保限額</p>	<p>如果您因同一病情在一天內入院，則可減免此共付額。</p> <p>全球承保。</p>
診斷服務、化驗與成像 <ul style="list-style-type: none">放射診斷服務 (例如 MRI (磁共振造影)、CT 掃描 (電腦斷層掃描)、PET 掃描 (正子斷層造影) 等)化驗服務診斷檢驗和程序門診 X 光放射治療服務 (例如癌症放射治療)	<p>每次放射診斷服務須支付 \$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>每次放射性治療服務須支付 20% 共同保險</p>	<p>診斷服務、化驗與成像服務可能需要您醫生的轉介。</p> <p>根據 Medicare 指南進行承保。</p> <p>雖然您為放射治療服務支付 20% 共同保險，但是您將不會支付超過您該年度總最高付現額 \$799 的費用。</p>

福利摘要 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
聽力服務 <ul style="list-style-type: none">聽力檢查 (Medicare 承保)常規 (非 Medicare 承保) 聽力檢查助聽器	<p>\$0 共付額</p> <p>\$0 共付額</p> <p>每個 Silver Technology 耳後式助聽器的共付額為 \$449, 或者每個 Gold Technology 助聽器 \$699 的共付額</p>	<p>聽力服務可能需要您醫生的轉介。</p> <p>如果由您的醫生提供, 常規聽力檢查是沒有限制的; 但僅限於每 12 個月透過網絡助聽器提供者進行一次檢查。</p> <p>保險僅限於每年 2 個助聽器。</p>
牙科服務 (非 Medicare 承保) <ul style="list-style-type: none">預防服務 (洗牙)牙科 X 光氟化物治療口腔檢查	<p>\$20 共付額</p> <p>\$0 - \$10 共付額, 視服務/類型而定</p> <p>\$5 共付額</p> <p>\$5 - \$16 共付額, 視服務而定</p>	<p>每 6 個月一次診療。</p> <p>每 6 個月進行一次一系列咬翼片 X 光檢查。</p> <p>每 24 個月進行一次一系列全口 X 光檢查。</p> <p>每 12 個月兩次氟化物治療。</p> <p>參見可選補充牙科 HMO 和 PPO 計劃, 以瞭解更多有關於額外計劃保費牙科服務的資訊。</p>

福利摘要 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
眼科服務 <ul style="list-style-type: none">• 眼部疾病和病症的診斷與治療檢查• 常規眼科檢查和驗光 • 鏡架 • 鏡片或隱形眼鏡	每次 Medicare 承保的診療須支付 \$0 共付額 每次診療須支付 \$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額	檢查診斷並治療眼部疾病和病症，可能需要您醫生的轉介。 透過網絡提供者，每 12 個月一次診療。含一些非網絡提供者處的承保；參見計劃 EOC 瞭解詳情。 對於每 24 個月從網絡提供者處獲得的一副鏡架，我們的計劃最多支付 \$200。含一些非網絡提供者處的承保；參見計劃 EOC 瞭解詳情。 對於每 12 個月從網絡提供者處獲得的一副處方鏡片或隱形眼鏡，我們計劃最多為一副處方鏡片支付費用，或為隱形眼鏡支付 \$200。含一些非網絡提供者處的承保；參見計劃 EOC 瞭解詳情。
心理健康服務 <ul style="list-style-type: none">• 住院精神健康護理 • 團體門診治療• 個人門診治療	每次 Medicare 承保的住院須支付 \$900 共付額 每次診療須支付 \$30 共付額 每次診療須支付 \$30 共付額	心理健康服務可能需要您醫生的轉介。 給付期從您住進醫院或專業康復機構的日期開始計算。當您連續 60 天沒有接受住院或專業康復護理時，給付期結束。 如果您在一個給付期結束後再次住院，那麼一個新的給付期就開始了。

福利摘要 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
專業護理機構 (SNF) 護理	第 1 至 20 天, 每天支付 \$0 共付額 第 21 至 100 天, 每天支付 \$50 共付額	專業護理機構護理可能需要您醫生的轉介。 每個給付期 100 天; 無需事先在網絡提供者處住院。 給付期從您住進醫院或專業康復機構的日期開始計算。當您連續 60 天沒有接受住院或專業康復護理時, 給付期結束。如果您在一個給付期結束後再次住院, 那麼一個新的給付期就開始了。
復健服務 • 職業治療 • 物理治療和語言治療	每次診療須支付 \$0 共付額 每次診療須支付 \$0 共付額	復健服務可能需要您醫生的轉介。
救護車	每次交通 (單程) 須支付 \$100 共付額	
交通服務	\$0 共付額	每年限 32 次前往經計劃核准、與健康有關的地點的單程交通。
Medicare B 部分藥物	化療/放射治療藥物和其他 B 部份藥物須支付 20% 共同保險	某些 B 部分藥物可能需要獲得提供者的事先授權。

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

您計劃的其他福利

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
年度體檢	\$0 共付額	每 12 個月一次。
阿片類藥物治療計劃服務	\$0 共付額	
其他遠距醫療服務	\$0 共付額	Teladoc 醫生能夠診斷與治療基本的醫療病情，也可以開具某些藥物。
足部護理 (足部診療服務) <ul style="list-style-type: none"> 足部檢查與治療 常規 (非 Medicare 承保) 足部護理 	每次 Medicare 承保診療須支付 \$0 共付額 對於常規足部護理，您每年最多可報銷 \$1,000	足部護理服務可能需要您醫生的轉介。 您可在所選提供者處獲得常規足部護理。
糖尿病用品及服務 <ul style="list-style-type: none"> 血糖監測器 糖尿病自我管理培訓、糖尿病服務及用品 	ACCU-CHEK 血糖監測器的共付額為 \$0，但須為所有其他製造商製造的血糖檢測器支付 20% 共同保險 除血糖監測器外的所有培訓、服務用品的共付額為 \$0 (請參見上述「血糖監測器」)	糖尿病用品和服務可能需要獲得您醫生的轉介。 耐用醫療設備、血糖監測器和試紙可能需要向計劃獲得事先授權。 參見計劃 EOC 以瞭解更多資訊。
耐用醫療設備 (DME) 和相關用品 <ul style="list-style-type: none"> 耐用醫療設備 (例如輪椅、氧氣設備) 	20% 共同保險	DME 和相關用品可能需要獲得您醫生的轉介。 DME 可能需要向計劃獲得事先授權。 參見計劃 EOC 以瞭解更多資訊。
假肢/醫療用品 <ul style="list-style-type: none"> 假肢 (例如，支架、義肢) 醫療用品 (例如，夾板、石膏) 	\$0 共付額 \$0 共付額	假肢/醫療用品可能需要獲得您醫生的轉介。

福利摘要 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

保費與福利	您支付的費用	您應當知曉的內容
健康與保健計劃 <ul style="list-style-type: none">• 透過 SilverSneakers Fitness 的基本健身房使用權• NurseHelp 24/7SM (電話和線上支援)• Personal Emergency Response System (PERS, 個人緊急響應系統) (全天候醫療警報)	\$0 共付額 \$0 共付額 \$0 共付額	
針灸 (非 Medicare 承保)	每次診療須支付 \$0 共付額	僅限每年 24 次診療。
非處方 (OTC) 物品	您每季度有 \$100 的允許限額可用於購買承保物品	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。某些限制可能適用。請參閱 OTC 目錄瞭解更多資訊。
常規脊椎按摩服務 (非 Medicare 承保)	每次診療須支付 \$0 共付額	僅限每年 24 次診療。

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

您須支付如下費用：

D 部分處方藥福利						
第 1 階段： 年度自付額 階段	此階段不適用，因為沒有自付額。					
第 2 階段： 初始承保階段	優先零售費用分擔（網絡內）			標準零售費用分擔（網絡內） [^]		
	30 天的 藥量	90 天的 藥量 ^{*NDS}	100 天的 藥量 ^{NDS}	30 天的 藥量	90 天的 藥量 ^{NDS}	100 天的 藥量 ^{NDS}
第 1 層級： 首選學名藥	\$0 共付額	請參見 100 天的藥量	\$0 共付額	\$5 共付額	請參見 100 天的藥量	\$5 共付額
第 2 層級： 學名藥	\$3 共付額	\$4.50 共付額	不承保	\$10 共付額	\$30 共付額	不承保
第 3 層級： 首選品牌藥	\$35 共付額	\$87.50 共付額	不承保	\$47 共付額	\$141 共付額	不承保
第 4 層級： 非首選藥物	\$95 共付額	\$237.50 共付額	不承保	\$100 共付額	\$300 共付額	不承保
第 5 層級： 特種層級藥物	33% 共同保險	不承保	不承保	33% 共同保險	不承保	不承保

[^]如果您住在長期護理機構，您支付的價格與網絡內標準零售費用分擔藥房的價格相同。在限定情形中，您可能能夠以網絡內標準零售費用分擔藥房相同的費用從網絡外藥房獲得藥物。

如需瞭解更多有關於額外的藥房特定費用分擔和福利階段的更多資訊，請參見計劃 EOC。

*90 天和 100 天藥量的費用分擔也適用於 Blue Shield 的郵購服務藥房。

NDS 部分藥物不可提供長期（多達 90 天或 100 天）藥量。不可提供長期藥量的藥物在我們的藥品清單上以 NDS 標誌標註。

處方藥保險 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

D 部分處方藥福利

第 3 階段： 承保缺口階段	在您和 Blue Shield 支付的年度總藥費合計達到 \$4,430 之後，直到您的年度付現藥費達到 \$7,050 之前的門診處方藥物承保。	第 1 層級：首選學名藥以及第 2 層級：學名藥按上述共付額進行承保。對於所有層級，您須針對品牌藥物支付價格的 25% (以及部分配藥費)，針對學名藥支付價格的 25%，直到您的年度付現藥費總額達到 \$7,050 為止，此時即結束承保缺口階段。可使用計劃處方集來確定某種藥物是屬於學名藥還是品牌藥物。
第 4 階段： 巨災承保	在您的年度付現藥物費用 (包括透過零售藥房和郵購服務所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您須支付以下兩者中數額較高者： <ul style="list-style-type: none">費用的 5%，或學名藥共付額 \$3.95 (包括作為學名藥的品牌藥物) 和所有其他藥物共付額 \$9.85 (一旦您達到年度付現藥費，此階段可以保護您免於承擔任何額外費用。)	





郵購服務藥房

CVS Caremark 是我們的網絡郵購服務藥房，您可按低廉費用獲得最多 90 天或 100 天的維護藥物供應。藥物將寄送到您家或辦公室，不收取運費或送貨費。請註冊 caremark.com 或致電 (866) 346-7200 [TTY: 711]。

第 5 層級藥物僅限最多 30 天藥量的郵購服務。

提供首選費用分擔的網絡藥房

當您使用提供首選費用分擔的網絡藥房時，您可能只須支付較少的費用。如以下為幾個藥房：

- CVS/pharmacy[‡] (888) 607-4287 [TTY: 711] 
- Safeway 與 Vons 藥房[‡] (877) 723-3929 [TTY: 711] 
- Albertsons/Sav-on/Osco 藥房[‡] (877) 932-7948 [TTY: 711] 
- Costco[‡] (800) 955-2292 [TTY: 711] 
- Ralphs[‡], Walmart[‡] 等等。

您不必成為 Costco 會員也可以使用 Costco 藥房。

[‡]接受電子處方

可選補充牙科 HMO 和 PPO 計劃

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

您須支付如下費用：

網絡權限	Blue Shield Inspire Plan LA/OR	可選補充牙科 HMO	可選補充牙科 PPO	
	僅參與牙醫	僅參與牙醫	參與牙醫	非參與牙醫
可選補充牙科計劃的 月保費	無	\$12.40	\$41.90	
日曆年自付額/會員 (診斷和預防服務不 適用)	\$0	\$0	您需先支付 \$50 才能開始接受主要服務。	
每位會員的日曆年福 利限額*	無	\$1,000, 針對網絡內 牙科專科醫生所提供 的承保牙髓、牙周和 口腔手術服務。	\$1,500, 針對參與一般牙醫或牙科專科醫 生所提供的承保預防和綜合牙科服務。 最高本限額的 \$1,000, 用於一個日曆年 中由非參與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。	
等待期	沒有等待期	沒有等待期	沒有等待期	

*所有服務必須由您的網絡牙醫實施、開具處方或授權。如需看診專科醫生，須經主治牙醫轉診，以獲得承保專科醫生服務。計劃每日曆年最高為承保專科醫生服務支付 \$1,000。您須負責超出 \$1,000 之外的費用。若您入保可選補充牙科 PPO 計劃，如有需要，您可直接前往看診專科醫生。

可選補充牙科 HMO 和 PPO 計劃 (續)

Blue Shield Inspire (HMO)
Los Angeles 和 Orange 縣

自 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日有效

網絡權限	Blue Shield Inspire Plan LA/OR	可選補充牙科 HMO	可選補充牙科 PPO	
	僅參與牙醫	僅參與牙醫	參與牙醫	非參與牙醫
承保服務一覽表 (ADA 代碼) †				
	您支付的費用	您支付的費用	您支付的費用	您支付的費用
診斷服務				
綜合口腔檢查 (D0150)	\$16 共付額	\$5 共付額 (12 個月內 2 次診療)	0% (12 個月內 2 次診療)	20% (12 個月內 2 次診療)
全口 X 光 (D0210)	\$5 共付額 (每 24 個月 1 個系列)	\$0 共付額 (每 24 個月 1 個系列)	0% (每 36 個月 1 個系列)	20% (每 36 個月 1 個系列)
預防性護理				
預防服務 – 成人 (D1110)	\$20 共付額 (每 6 個月 1 次洗牙)	\$5 共付額 (每 6 個月 1 次洗牙)	0% (每 6 個月 1 次洗牙)	20% (每 6 個月 1 次洗牙)
修復服務				
一次牙表面復合樹脂 填充 – 前牙 (D2330)	\$40 共付額	\$11 共付額	20%	30%
牙冠 (烤瓷熔附貴金 屬) (D2750)	\$430 共付額	\$275 共付額‡	50%	50%
牙周治療科醫生	如加入可選補充牙科 HMO 計劃, 您須為專科醫生提供的此類服務支付更高的共付額。			
牙周刮治及根面平 整/每個口腔象限四 顆或四顆以上牙齒 (D4341)	\$60 共付額	\$45 共付額	50%	50%
牙髓治療	如加入可選補充牙科 HMO 計劃, 您須為專科醫生提供的此類服務支付更高的共付額。			
前根管治療 (D3310)	\$240 共付額	\$195 共付額	50%	50%
磨牙治療 (D3330)	\$373 共付額	\$335 共付額	50%	50%

† ADA 代碼為 American Dental Association (美國牙科協會) 為高效處理和報告牙科索賠而創立的程序代碼。

‡ 您支付共付額外加貴重或次貴重金屬的費用。磨牙烤瓷冠並非承保福利。

我們將在這裡為您提供幫助

聯絡 Blue Shield, 電話: **(888) 534-4263** [TTY: 711]

服務時間: 每天上午 8 點至晚上 8 點, 每週七天, 全年服務。

Blue Shield of California 是一項與 Medicare 簽訂合約的 HMO 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。

SilverSneakers 和 SilverSneakers 鞋形標識是 Tivity Health, Inc. 的註冊商標。SilverSneakers LIVE、SilverSneakers On-Demand 和 SilverSneakers GO 是 Tivity Health, Inc. 的商標。© 2021 Tivity Health, Inc. 保留所有權利。

Blue Shield Inspire 和 NurseHelp 24/7 為 Blue Shield of California 的服務商標。Blue Shield 及 Shield (盾形) 標誌是獨立 Blue Cross 及 Blue Shield 計劃聯盟 BlueCross BlueShield Association 的註冊商標。

Blue Shield of California complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律, 並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。