

<sub_full_name>	Identificación de miembro:	<Date>
<sub_addr_line_one>	Identificación de la receta:	<Member #>
<sub_addr_line_two>	GRP de recetas:	<RxID>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>	BIN de recetas:	E0001002
	PCN de recetas:	012353
		07820000

**Importante: Usted se ha inscrito en un nuevo plan para sus servicios de Medicare y Medi-Cal. Conserve esta carta como prueba de su cobertura.**

<Name>:

**Bienvenido a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (plan Medicare-Medicaid).**

A partir del <effective date>, tendrá un plan de salud de Cal MediConnect diseñado para brindarle atención integral y de alta calidad sin costo adicional para usted. Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Su nueva cobertura incluye lo siguiente:

- Sus beneficios de Medicare, incluidos los medicamentos recetados.
- Sus beneficios de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que lo ayudan con sus necesidades de atención personal continuas. Los LTSS incluyen el Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP) y los Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS), que son servicios que pueden ayudarlo a permanecer en su hogar tanto tiempo como sea posible. También incluyen atención en un hogar de convalecencia si la necesita.
- Su elección de médicos y otros proveedores dentro de nuestra red de servicios que trabajan en conjunto para brindarle la atención que usted necesita.
- Beneficios y servicios adicionales como cuidado de la vista, audífonos, clases de acondicionamiento físico y membresía en un gimnasio, beneficio de productos de venta libre, cobertura de emergencia en todo el mundo y Sistema de Respuesta Personal ante Emergencias (PERS): un sistema de control de alertas médicas que permite recibir ayuda durante las 24 horas, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón.
- Un navegador de atención para ayudarlo a administrar su proveedor y sus servicios.
- Equipo médico duradero, como *muletas, andadores y sillas de ruedas*.

**Esta carta constituye una prueba de su nueva cobertura. Lleve esta carta con usted a la farmacia o a la visita al consultorio hasta que le enviemos su tarjeta de identificación de miembro.** Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

### ¿Qué sucede a continuación?

Podrá comenzar a utilizar los proveedores de atención primaria y las farmacias de la red de servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para todos sus servicios de atención médica y medicamentos recetados a partir del **<effective date>**. Si necesita atención de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede usar los proveedores fuera de la red de servicios de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Para ayudar con la transición a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, puede seguir consultando a los médicos a los que acude ahora durante un período de hasta doce (12) meses desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana para obtener información sobre cómo hacerlo.

También tendrá acceso a un suministro para treinta (30) días de los medicamentos recetados que toma actualmente durante sus primeros noventa 90 días en el plan si está tomando un medicamento que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*, las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por su médico o el medicamento requiere la aprobación previa de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

### El kit de nuevo miembro incluye lo siguiente:

- *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). Instrucciones para obtener más información sobre los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
- *Directorio de proveedores y farmacias*. Instrucciones para obtener más información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red de servicios.
- *Guía para los Miembros* (Evidencia de cobertura).

Antes del **<enrollment effective date>**, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro.

Antes del **<enrollment effective date>**, le enviaremos una *Guía para los Miembros* (Evidencia de cobertura).

Siempre se encuentra disponible una copia actualizada de la *Guía para los Miembros* (Evidencia de cobertura) en nuestra página web [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect). También puede llamar al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-855-905-3825 para solicitarnos que le enviemos por correo una Guía para los Miembros.

## ¿Cuánto deberé pagar por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

No deberá pagar una prima del plan, deducibles ni copagos cuando reciba servicios de salud a través de un proveedor de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

## ¿Cuánto tendré que pagar por los medicamentos recetados?

Cuando retire sus medicamentos recetados en nuestra farmacia de la red, no pagará más de **\$3.60** cada vez que obtenga un medicamento genérico que esté cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no más de **\$8.95** cada vez que obtenga un medicamento de marca que esté cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los copagos para medicamentos recetados pueden variar según el nivel de ayuda adicional que reciba. Comuníquese con Blue Shield of California Promise Cal MediConnect Health Plan para obtener más detalles.

## ¿Cómo puedo elegir un médico de atención primaria?

Para elegir su médico de atención primaria (PCP), puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en nuestra página web [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) o llamando al Departamento de Servicios para los Miembros para obtener ayuda.

Usted obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que necesite.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a ciertos grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también estén afiliados a su grupo médico. Entonces, si hay un especialista u hospital de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en particular que desee usar, es importante que consulte si están afiliados al grupo médico de su PCP.

Cuando necesite atención especializada o servicios adicionales que su PCP no puede brindar, este le dará una remisión. En la mayoría de los casos, debe consultar con su PCP para obtener una remisión antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica o especialista. Una vez que el grupo médico del PCP aprueba la remisión, puede programar una cita con el especialista u otro proveedor para obtener el tratamiento que necesite. El especialista le informará a su PCP cuando haya finalizado su tratamiento o el servicio para que su PCP pueda continuar administrando su atención.

Además, su PCP necesitará obtener una aprobación por adelantado del plan para que usted obtenga ciertos servicios. Esta aprobación por adelantado se denomina "autorización previa". Por ejemplo, se requiere autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean emergencias. En algunos casos, el grupo médico afiliado de su PCP, en lugar de nuestro plan, puede autorizar el servicio.

Puede obtener determinados servicios sin obtener primero la aprobación de su PCP, como: servicios de emergencia, atención de urgencia, servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare, vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, atención médica de rutina para las mujeres y servicios de planificación familiar, etc.

## ¿Qué sucede si tengo preguntas sobre la cobertura o los proveedores de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- Llame al Departamento de Servicios para los Miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al 1-855-905-3825, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Llame al 711 si utiliza TTY.
- Visite [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect).

## ¿Qué sucede si tengo otra cobertura médica o de medicamentos recetados?

Si tiene otra cobertura de salud o para medicamentos, como de un empleador o sindicato, usted o sus dependientes podrían perder su otra cobertura de salud o para medicamentos por completo y no recuperarla si se inscriben en Blue Shield of California Promise Health Plan.

- Otros tipos de cobertura médica y de medicamentos son: TRICARE, del Departamento de Asuntos de Veteranos o una póliza de Medigap (seguro complementario de Medicare).
- Comuníquese con el administrador de beneficios de la otra cobertura médica/de medicamentos si tiene preguntas sobre su cobertura.
- Si desea cancelar su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, puede llamar a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY.

## ¿Puedo abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan después de la fecha de entrada en vigor?

**Sí.** Puede abandonar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o elegir un nuevo plan de Cal MediConnect **en cualquier momento del año** llamando a Opciones de Atención al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY.

Si abandona Blue Shield of California Promise Health Plan y no desea inscribirse en otro plan de Cal MediConnect, su cobertura finalizará el último día del mes después de que nos lo informe. Si abandona Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, tendrá la cobertura de Original Medicare y Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

## ¿Qué sucede si deseo inscribirme en un plan de Cal MediConnect diferente?

Si desea seguir recibiendo los beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos de un solo plan, puede inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente. Para inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente, debe llamar a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY. Dígalos que quiere abandonar su plan actual de Cal MediConnect e inscribirse en un plan de Cal MediConnect diferente. Si no está seguro del plan en el que quiere inscribirse, pueden informarle sobre otros planes disponibles en su área.

### **¿Qué sucede con mi cobertura de Medicare si abandono Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?**

Si abandona Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, tendrá la cobertura de Original Medicare y Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si desea inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, obtener más información sobre los planes de Medicare en su área o tiene preguntas sobre Medicare, haga lo siguiente:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Llame al 1-877-486-2048 si utiliza TTY.
- Visite la página principal de Medicare en <http://www.medicare.gov>.

### **¿Qué sucede con mi cobertura de Medi-Cal si abandono Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?**

Debe tener un plan de salud de Medi-Cal para seguir recibiendo sus servicios de Medi-Cal, incluidos los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) que lo ayudan con sus necesidades de atención personal continuas. Si usted abandona su plan de Cal MediConnect, seguirá obteniendo los servicios de Medi-Cal a través de Blue Shield of California Promise Health Plan a menos que elija un plan diferente para recibir los servicios de Medi-Cal.

Recibirá información sobre los planes de salud de Medi-Cal por correo. Para inscribirse en un plan de salud de Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY.

### **¿Qué sucede si necesito ayuda o más información?**

- Si desea hablar con un asesor de seguros de salud sobre estos cambios y sus opciones, llame al Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) de California al 1-800-434-0222 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 711 si utiliza TTY.
- Si necesita ayuda para inscribirse en un plan de Cal MediConnect o Medi-Cal, llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY.
- Si está inscrito en un plan de Cal MediConnect y necesita más ayuda, llame al Programa Cal MediConnect Ombuds al 1-855-501-3077 de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 1-855-847-7914 si utiliza TTY.

Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio.

Llame sin cargo al 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., durante los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., durante los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

English (inglés): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Cal-MediConnect at 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week.

繁體中文 (Chino): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

NOTA IMPORTANTE: Para obtener información importante sobre los requisitos de no discriminación, puede visitar nuestra página web

<https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

## La discriminación es ilegal

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California Promise Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si considera que Blue Shield of California Promise Health Plan no proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja ante:

Blue Shield of California Promise Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
601 Potrero Grande Dr.  
Monterey Park, CA 91755  
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711)  
Fax: (323) 889-2228  
Correo electrónico: [BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com](mailto:BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com)

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o teléfono a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Si necesita este documento en otro idioma o en un formato alternativo, como en tamaño de letra grande, braille o audio, o si necesita ayuda para comprender esta carta, llame a Opciones de Atención Médica al 1-844-580-7272 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al 1-800-430-7077 si utiliza TTY. Puede obtener esta información de forma gratuita.