

<sub_full_name>	會員 ID :	<Date>
<sub_addr_line_one>	Rx ID :	<Member #>
<sub_addr_line_two>	Rx GRP :	<RxID>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>	Rx BIN :	E0001002
	Rx PCN :	012353
		07820000

**重要提示：您已參保Medicare和Medi-Cal服務的新計劃。
請保留此信函作為您的保險證明。**

<Name> :

歡迎加入Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) !

從<effective date>開始，您將加入Cal MediConnect健康計劃，該計劃旨在為您提供無縫隙、高品質的護理，且不收取額外費用。Blue Shield of California Promise Health Plan是一項與Medicare及Medi-Cal簽有合約並為參保人提供這兩項計劃福利的保健計劃。

您的新保險包括：

- Medicare福利，包括處方藥
- Medi-Cal福利，包括長期服務和支援(LTSS)，有助於持續滿足您的個人護理需求。LTSS包括多用途老年人服務計劃(MSSP)和以社區為基礎的成人服務(CBAS)，這些服務可以幫助您儘可能留在家中生活。如果您需要，還可獲得療養院護理。
- 您選擇的網絡內醫生和其他提供者，他們會共同合作為您提供所需的護理。
- 額外福利與服務，例如視力護理、聽力護理、健身俱樂部會員與健身課程、非處方福利、全球緊急醫療保險、個人緊急應答系統（PERS，只需按下按鈕即可全天候獲得幫助的醫療警報監控系統）。
- 護理指導員，幫助管理您的醫療服務提供者及服務。
- 耐用醫療設備，例如拐杖、助行器、輪椅。



本信函是您的新保險的證明。前往藥房或診所就診時請攜帶本信函，直至您收到我們寄出的會員ID卡。如有疑問，請致電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan會員服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），辦公時間為早上8點至晚上8點，每週七天。

接下來會如何進展？

從<effective date>起，您可以開始使用Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan網絡內的主治醫生和藥房獲取所有醫療保健服務和處方藥。如果您需要緊急醫療或急症治療護理，或服務區外透析服務，您可以使用Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan網絡外的提供者。

為了幫助您過渡至Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，您可以自Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan的參保生效日期後，繼續向當前的醫生求診長達十二(12)個月。如需詳細資訊，請聯絡Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan會員服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線711）。如果「承保藥物清單」沒有列出您正在使用的藥物，如果保健計劃規則不允許您獲得醫生開處的藥物數量，或者如果該藥物需要Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan事先批准，您也可以加入計劃後的前(90)天內，獲得目前使用的處方藥(30)天的供藥。

您的新會員資料包中內含：

- 承保藥物清單（處方藥一覽表）：關於獲取「承保藥物清單」上藥物的更多資訊的說明。
- 醫療服務提供者與藥房目錄：關於獲取網絡內提供者和藥房的更多資訊的說明。
- 會員手冊（承保範圍說明書）

我們將在<enrollment effective date>之前向您寄送會員ID卡。

我們將在<enrollment effective date>之前向您寄送會員手冊（承保範圍說明書）。

您可以隨時前往我們的網站www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect，查看最新的會員手冊（承保範圍說明書）。您也可以致電會員服務部（電話：1-855-905-3825）或要求我們為您郵寄一份會員手冊。

我需要為Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan支付多少費用？

在透過Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan提供者獲得健康服務時，您無需支付計劃保費、自付額或共付額。

我需要為處方藥支付多少費用？

如果您在我們的網絡內藥房領取處方藥，每次獲得Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan承保的普通藥時，您支付的費用將不超過**\$3.60**，每次獲得Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan承保的品牌藥時，將不超過**\$8.95**。處方藥的共付額可能視您獲得的額外補助等級而有所不同。更多詳細資訊請聯絡Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

如何選擇主治醫生？

如需選擇您的主治醫生(PCP)，您可以在我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 上瀏覽Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan的醫療服務提供者和藥房目錄，或致電會員部獲取幫助。

您將從您的主治醫生處獲得常規或基礎護理服務。主治醫生還可以根據您的需要，安排其他承保服務。

我們計劃的主治醫生屬於特定的醫療團體。在您選擇主治醫生時，您同時也選擇了其所屬的醫療團體。這意味著您的主治醫生會將您轉診至與其同屬一個醫療團體的專科醫生或服務提供者處。因此，如果您想使用特定的Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan專科醫生或醫院的醫療服務，請務必瞭解他們是否屬於您的主治醫生所在的醫療團體。

如果主治醫生無法提供您所需的專科護理或其他服務，他/她會將您轉診給其他醫生。大多數情況下，您必須從您的主治醫生處獲得轉診，才能向其他醫療服務提供者或專科醫生求診。轉診請求一經您主治醫生的醫療團體批准，您即可與該位專科醫生或其他醫療服務提供者進行預約，獲得所需的治療。在您的治療或醫療服務結束後，該專科醫生會通知您的主治醫生，以便主治醫生繼續安排您的護理。

此外，為了讓您獲得某些特定的服務，您的主治醫生將需要取得本計劃的事先批准。這類事先批准稱為「事先授權」。例如，所有非緊急醫療住院均需獲得事先授權。某些情況下，您的主治醫生所屬的醫療團體（而非我們的計劃）可能可以授權您的醫療服務。

您可以獲得某些服務，而無需獲得主治醫生的事先批准，例如：緊急服務、急症治療護理、Medicare 認證透析機構提供的腎臟透析服務、流感疫苗、B型肝炎和肺炎疫苗接種、常規女性醫療保健和計劃生育服務等。

如果我對Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan的承保範圍或提供者有疑問，該怎麼辦？

- 請致電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan會員服務部，電話：1-855-905-3825，辦公時間為早上8點至晚上8點，每週七天。
- 聽障人士可致電711。
- 瀏覽www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果我擁有其他健康或處方藥保險會如何？

如果您擁有其他健康或藥物保險，例如僱主或工會提供的保險，您或您的受撫養人可能會因為您加入Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan而完全喪失其他的健康或藥物保險並且無法恢復。

- 其他健康和藥物保險的類型包括TRICARE、美國退伍軍人事務部醫療保險或Medigap（Medicare補充保險）保單。
- 如果您對您的承保範圍有任何疑問，請聯絡其他健康/藥物保險的福利管理人員。
- 如果您想要撤銷參保Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，可撥打1-844-580-7272聯絡Health Care Options，辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。

我是否可以在生效日期之後退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan？

是。您可隨時致電Health Care Options要求退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan或選擇加入新的Cal MediConnect計劃，電話：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。

如果您退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan且不想參保另外的Cal MediConnect計劃，您的保險將於您告知我們的當月最後一天終止。如果您退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，並且不加入Medicare健康或處方藥計劃，您將獲得Original Medicare承保，且Medicare將把您納入Medicare處方藥計劃。

如果我想要加入其他Cal MediConnect計劃，該怎麼辦？

若想繼續透過一個計劃同時獲得Medicare和Medi-Cal福利，您可以加入其他Cal MediConnect計劃。要參保其他Cal MediConnect計劃，請致電Health Care Options，電話：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。告知他們您想要退出當前的Cal MediConnect計劃並加入其他Cal MediConnect計劃。如果您不確定要加入哪項計劃，他們可為您介紹您所在區域的其他計劃。

如果我退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, 我的Medicare將會怎樣?

如果您退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, 並且不加入Medicare健康或處方藥計劃, 您將獲得Original Medicare承保, 且Medicare將把您納入Medicare處方藥計劃。如果您想要加入Medicare保健或處方藥計劃, 想要瞭解更多有關您所在地區的Medicare計劃的資訊, 或者對Medicare有疑問:

- 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (全天候服務)。
- 聽障人士可致電1-877-486-2048。
- 瀏覽Medicare首頁: <http://www.medicare.gov>。

如果我退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, 我的Medi-Cal將會怎樣?

您必須擁有Medi-Cal健康計劃, 才能繼續獲得Medi-Cal服務, 包括長期服務和支援(LTSS), 以幫助持續滿足您的個人護理需求。如果您退出Cal MediConnect計劃, 您需要告知Health Care Options您想加入哪一項Medi-Cal管理式護理計劃。

屆時, 請致電Health Care Options, 電話: 1-844-580-7272, 辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。告知他們您想要參保Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, 並且想要加入Medi-Cal管理式護理計劃。如果您不確定要加入哪項計劃, 他們可為您介紹您所在區域的其他計劃。

如果我需要幫助或更多資訊, 該怎麼辦?

- 如果您想向健康保險顧問諮詢這些變化和您的選擇, 請致電California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), 電話: 1-800-434-0222, 辦公時間為週一至週五早上8點至下午5點。聽障人士可致電711。
- 如果您需要參保Cal MediConnect或Medi-Cal計劃, 請致電Health Care Options, 電話: 1-844-580-7272, 辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。
- 如果您已加入Cal MediConnect計劃且需要進一步幫助, 請致電Cal MediConnect Ombuds Program, 電話: 1-855-501-3077, 辦公時間為週一至週五早上9點至下午5點。聽障人士可致電1-855-847-7914。

Blue Shield of California Promise Health Plan是一項與Medicare及Medi-Cal簽有合約並為參保人提供這兩項計劃福利的保健計劃。

您可以免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。

Call 1-855-905-3825 (TTY: 711) ，辦公時間為每週七天，早上8點至晚上8點。此為免付費電話。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. 此為免付費電話。

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 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點至晚上8點。重要須知：如需瀏覽有關反歧視規定的重要資訊，可前往我們的網站：

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

歧視屬於違法

Blue Shield of California Promise Health Plan遵守適用的州法律和聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障而歧視任何人。Blue Shield of California Promise Health Plan不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障而將任何人拒之門外或給予差別對待。

Blue Shield of California Promise Health Plan可以：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式（大字印刷、音訊、無障礙電子格式、其他格式）的書面資訊
- 向母語非英語的人士提供語言服務，例如：
 - 合格的翻譯員
 - 用其他語言書寫的資訊

若您需要這些服務，請聯絡Blue Shield of California Promise Health Plan民權協調員。

如果您認為Blue Shield of California Promise Health Plan因種族、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，而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下機構提出申訴：

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
電話：(844) 883-2233 (TTY: 711)
傳真：(323) 889-2228
電子郵件：BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

您可以親自或以郵寄、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

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（語障專線）

投訴表格可在以下網址獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

如果您需要獲取此文件的其他語言或格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊，或者如果您需要有人幫助您理解本文件，請聯絡Health Care Options，電話：1-844-580-7272，辦公時間為週一至週五早上8點至下午6點。聽障人士可致電1-800-430-7077。您可以免費獲得此資訊。