

<sub_full_name>	Ид. №	<Date>
<sub_addr_line_one>	Номер 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

Важное примечание: Вы зарегистрировались в новом плане обслуживания по программам Medicare и Medi-Cal.

Сохраните это письмо как свидетельство страхового покрытия.

<Name>:

Добро пожаловать в план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)!

С <effective date> вы станете участником плана медицинского страхования Cal MediConnect, который обеспечит вам высококачественное комплексное медицинское обслуживание – без каких-либо дополнительных затрат для вас. План Blue Shield of California Promise Health Plan является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот по обеим этим программам.

Ваше новое страховое покрытие включает следующее:

- Льготы по программе Medicare, в том числе на рецептурные препараты.
- Льготы по программе Medi-Cal, в том числе услуги долгосрочного ухода и поддержки (long-term services and supports, LTSS). Услуги LTSS включают услуги по многоцелевой программе обслуживания пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) и услуги для взрослых по месту жительства (Community-Based Adult Services, CBAS), которые помогут вам как можно дольше жить самостоятельно дома. При необходимости в число таких услуг также могут входить услуги учреждений долгосрочного ухода.
- Врачи и другие поставщики нашей сети по вашему выбору, которые будут в сотрудничестве предоставлять вам необходимое обслуживание.



- Дополнительные льготы, такие как уход за зрением, слуховые аппараты, абонемент в фитнес-центр и занятия по фитнесу, безрецептурные средства, покрытие неотложной медицинской помощи во всем мире, а также персональная система вызова неотложной медицинской помощи (Personal Emergency Response System, PERS) – система дистанционного мониторинга состояния, позволяющая вызывать помощь в любое время суток и в любой день недели простым нажатием кнопки.
- Навигатор обслуживания (care navigator), который будет помогать вам координировать получение медицинских услуг.
- Медицинское оборудование длительного пользования, например костыли, ходунки и кресла-каталки.



Настоящее письмо служит свидетельством вашего нового страхового покрытия. Пожалуйста, берите его с собой, когда идете в аптеку или на приемы у врачей, пока не получите от нас новую идентификационную карту участника плана. Если у вас возникли вопросы, звоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect по номеру 1-855-905-3825 (TTY 711) с 8:00 до 20:00, без выходных.

Что произойдет дальше?

Вы можете начать пользоваться услугами поставщиков первичных медицинских услуг и аптек, входящих в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, для получения всех медицинских услуг и рецептурных препаратов с **<effective date>**. Если вам требуется экстренная или срочная медицинская помощь или диализ за пределами зоны обслуживания плана, вы можете воспользоваться услугами поставщика, не входящего в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

На начальном этапе участия в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вам могут предоставить возможность продолжать пользоваться услугами своих прежних врачей в течение периода продолжительностью до двенадцати (12) месяцев с даты регистрации в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Обращайтесь в отдел обслуживания участников плана Blue Shield of California Promise Health Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с вопросами о том, как это сделать. Кроме того, в течение первых (90) дней участия в плане вы сможете получить (30)-дневный запас рецептурного препарата, принимаемого в настоящее время, если этот препарат не включен в наш *Список покрываемых препаратов*, если правила нашего плана медицинского страхования не позволяют вам получить препарат в количестве, предписанном вашим врачом, или если для получения препарата требуется предварительное разрешение плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

В данный пакет документов для новых участников включены:

- *Список покрываемых препаратов (формуляр)*: инструкции о том, как получить дополнительную информацию о лекарствах, включенных в наш *Список покрываемых препаратов*.
- *Перечень поставщиков медицинских услуг и аптек*: инструкции о том, как получить дополнительную информацию о поставщиках медицинских услуг и аптеках, входящих в нашу сеть.
- *Справочник участника* («Подтверждение страхового покрытия»)

До **<enrollment effective date>** мы отправим вам идентификационную карту участника.

До **<enrollment effective date>** мы отправим вам *Справочник участника* («Подтверждение страхового покрытия»).

С последней редакцией *Справочника участника* («Подтверждение страхового покрытия») всегда можно ознакомиться на нашем сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 и попросить выслать вам *Справочник участника* по почте.

Сколько мне придется платить за участие в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Вы не будете платить страховые взносы, франшизу (нестрахуемый минимум) и доплаты за медицинские услуги, оказанные поставщиком, входящим в сеть плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Сколько мне придется платить за рецептурные препараты?

При получении рецептурных препаратов в аптеке, входящей в сеть плана, вы будете платить не более **\$3,60** за дженерики, покрываемые планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, и не более **\$8,95** за фирменные препараты, покрываемые планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Суммы доплат за рецептурные препараты могут варьироваться в зависимости от получаемого уровня дополнительной помощи. Чтобы получить более подробную информацию, обратитесь в план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Как выбрать поставщика первичных медицинских услуг?

Чтобы выбрать поставщика первичных медицинских услуг (Primary Care Provider, PCP), см. Справочник поставщиков услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory) плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan на нашем сайте по адресу www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или позвоните в отдел обслуживания участников и попросите помочь вам.

Ваш PCP будет предоставлять вам первичное (базовое) медицинское обслуживание. Он также может координировать остальные необходимые вам покрываемые услуги.

PCP нашего плана связаны с определенными медицинскими группами. Выбирая себе PCP, вы также выбираете медицинскую группу, в которую он входит. Это означает, что ваш PCP будет направлять вас к врачам-специалистам и поставщикам других медицинских услуг, входящим в ту же медицинскую группу. Поэтому, если вы хотите пользоваться услугами конкретного специалиста или больницы из сети плана Blue Shield Promise Cal MediConnect, важно узнать, связаны ли они с медицинской группой вашего PCP.

Если вам требуется специализированное обслуживание или дополнительные услуги, которые не может предоставить ваш PCP, он даст вам соответствующее направление. В большинстве случаев, чтобы посетить любого другого поставщика медицинских услуг или специалиста, вам нужно прийти к PCP и получить направление. После того, как медицинская группа вашего PCP утвердит направление, вы можете записаться на прием у специалиста или другого поставщика для получения необходимого лечения. По окончании лечения или обслуживания специалист проинформирует о его результатах вашего PCP, чтобы он мог продолжать вести ваше лечение.

Кроме того, перед тем как вы сможете получить некоторые услуги, вашему РСР необходимо заранее получить разрешение от плана. Такое получение разрешения заранее называется «предварительным разрешением» (prior authorization). Например, предварительное разрешение требуется для всех неэкстренных госпитализаций. В некоторых случаях дать вам разрешение на получение услуги может связанная с вашим РСР медицинская группа, а не наш план.

Некоторыми услугами можно пользоваться без предварительного одобрения РСР, например: экстренная помощь, срочная помощь, гемодиализ в центре диализа, сертифицированной программой Medicare, прививки от гриппа, гепатита В и пневмонии, плановые гинекологические услуги, услуги планирования семьи и т. д.

Куда обращаться с вопросами о страховом покрытии по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или поставщиках медицинских услуг, входящих в его сеть?

- Звоните в отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 с 8:00 до 20:00, без выходных.
- Пользователям ТТУ следует звонить по тел. 711.
- Посетите сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Что если у меня есть другая медицинская страховка или другое страховое покрытие рецептурных препаратов?

Если у вас есть другая страховка или полис, покрывающие медицинское обслуживание и рецептурные препараты, например от работодателя или профсоюза, вы или ваши иждивенцы можете полностью потерять такую страховку или такой полис и не сможете получить их обратно, если зарегистрируетесь в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- К другим страховкам и полисам, покрывающим медицинское обслуживание и рецептурные препараты, относятся, в частности, программа TRICARE, программы медицинского страхования ветеранов и полисы Medigap (Medicare Supplement Insurance).
- С вопросами, касающимися другого плана или полиса, покрывающего медицинское обслуживание или рецептурные препараты, обращайтесь к администратору этих льгот.
- Для отмены участия в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы можете обращаться в Health Care Options по номеру 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям ТТУ следует звонить по тел. 1-800-430-7077.

Я могу выйти из плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan после даты вступления в силу?

Да. Вы можете покинуть план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или перейти в новый план Cal MediConnect **в любое время в течение года**, позвонив в Health Care

Options по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звоните по номеру 1-800-430-7077, если вы пользуетесь ТТУ.

Если вы покинете план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, но не зарегистрируетесь в другом плане Cal MediConnect, ваше страховое покрытие завершится в последний день месяца, следующего за месяцем, в котором вы сообщили нам о своем решении. Если вы покинете план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не зарегистрируетесь в другом плане медицинского обслуживания или страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare, программа Medicare зачислит вас в программу Original Medicare и план Medicare, покрывающий рецептурные препараты.

Как перейти в другой план Cal MediConnect?

Если вы хотите продолжать получать льготы, предусмотренными программами Medicare и Medi-Cal, в рамках одного плана, вы можете выбрать другой план Cal MediConnect. Чтобы зарегистрироваться в другом плане Cal MediConnect, позвоните в Health Care Options по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звоните по номеру 1-800-430-7077, если вы пользуетесь ТТУ. Сообщите, что хотите прекратить участие в своем нынешнем плане Cal MediConnect и перейти в другой план Cal MediConnect. Если вы еще не определились с выбором другого плана, вам подскажут, какие еще планы есть в вашем регионе.

Если я покину план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, как это повлияет на мои льготы по программе Medicare?

Если вы покинете план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не зарегистрируетесь в другом плане медицинского обслуживания или страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare, программа Medicare зачислит вас в программу Original Medicare и план Medicare, покрывающий рецептурные препараты. Если вы хотите зарегистрироваться в плане медицинского обслуживания или страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare, подробнее узнать о планах Medicare в вашем районе или получить ответы на вопросы о программе Medicare:

- Звоните по тел. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно, без выходных.
- Если вы пользуетесь ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048.
- Посетите веб-сайт программы Medicare по адресу <http://www.medicare.gov>.

Если я покину план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, как это повлияет на мои льготы по программе Medi-Cal?

Чтобы продолжать пользоваться услугами программы Medi-Cal, в том числе услугами долгосрочного ухода и поддержки (LTSS) для содействия в ежедневных нуждах по персональному уходу, вы должны быть участником плана медицинского обслуживания Medi-Cal. Если вы прекратите участие в плане Cal MediConnect, вы должны будете сообщить Health Care Options, в какой план координируемого медицинского обслуживания Medi-Cal вы хотите перейти.

Для этого позвоните в Health Care Options по телефону 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звоните по номеру 1-800-430-7077, если вы пользуетесь ТТУ. Сообщите, что не хотите участвовать в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и желаете перейти в план координируемого медицинского обслуживания Medi-Cal (Medi-Cal managed care plan). Если вы еще не определились с выбором другого плана, вам подскажут, какие еще планы есть в вашем регионе.

Куда я могу обратиться за помощью или дополнительной информацией?

- Если вы хотите поговорить с консультантом по вопросам медицинского страхования об этих изменениях и имеющихся у вас вариантах, звоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) штата Калифорния по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Звоните по номеру 711, если вы являетесь пользователем ТТУ.
- Если вам нужна помощь в регистрации в плане Cal MediConnect или Medi-Cal, звоните в Health Care Options по тел. 1-844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звоните по номеру 1-800-430-7077, если вы являетесь пользователем ТТУ.
- Если вы являетесь участником плана Cal MediConnect и нуждаетесь в дополнительной помощи, позвоните в программу омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. Звоните по номеру 1-855-847-7914, если вы пользуетесь ТТУ.

План Blue Shield of California Promise Health Plan является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот по обеим этим программам.

Вы можете получить данный документ бесплатно в ином формате, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните по бесплатному номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00, без выходных. ATTENTION: Если вы говорите по-русски, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Звоните по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонки бесплатные.

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8:00 點至晚上8:00 點或。

IMPORTANT NOTE: С важной информацией о недопущении дискриминации можно ознакомиться на нашем веб-сайте по адресу <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>.

Дискриминация запрещена законом

План Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает применимые законы штата и федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста и инвалидности. План Blue Shield of California Promise Health Plan не отказывает в услугах и не относится к людям по-разному из-за их расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста и инвалидности.

План Blue Shield of California Promise Health Plan предоставляет:

- лицам с ограниченными возможностями здоровья бесплатные услуги, помогающие им общаться с нами и получать от нас информацию, например:
 - квалифицированные услуги сурдоперевода;
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиозаписи, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- услуги перевода лицам, для которых английский язык не является родным языком, например:
 - квалифицированные услуги устного перевода;
 - информацию в письменном виде на других языках.

Если вам требуются такие услуги, свяжитесь с координатором по гражданским правам (Civil Rights Coordinator) плана Blue Shield of California Promise Health Plan.

Если вы считаете, что план Blue Shield of California Promise Health Plan не предоставил вам указанных услуг или иным образом допустил дискриминацию по признакам расы, цвета кожи, национальности, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или наличия инвалидности, вы можете подать жалобу по адресу:

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

Вы можете подать жалобу лично или отправить ее по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, координатор по гражданским правам может вам помочь.

Кроме того, вы можете направить жалобу на нарушение гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США), Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам), в электронной форме на портале приема жалоб Office for Civil Rights Complaint Portal по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также по почте или по телефону:

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)

Бланк жалобы опубликован по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Чтобы получить данный документ на другом языке или в ином формате, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи, или если вам что-то непонятно в нем, обращайтесь в Health Care Options по телефону 1-844- 580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Звоните по номеру 1-800-430-7077, если вы пользуетесь ТТУ. Вы можете получить эту информацию бесплатно.