

<Date>

<sub_full_name>
<sub_addr_line_one>
<sub_addr_line_two>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

會員 ID :
Rx ID:
Rx GRP:
Rx BIN:
Rx PCN:

<Member #>
<RxID>
E0001002
004336
77993322

注意事項：您已入保一項新計劃，以獲得 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 服務。保留此函作為您的承保證據。

<Name>:

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

自 **<effective date>** 起，您將入保 Cal MediConnect 健康計劃，該計劃旨在為您提供無縫、高質量的護理，且您無須額外付費。Blue Shield of California Promise Health Plan 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約的健康計劃，可向註冊會員提供有關這兩項計劃的福利。

您的新承保範圍包括：

- 您的 Medicare 福利，包括處方藥
- 您的 Medi-Cal 福利，包括幫助您解決持續性個人護理需求的長期服務和支持 (LTSS)。LTSS 包括 Multipurpose Senior Services Program (MSSP，多元化長者服務計劃) 和 Community-Based Adult Services (CBAS，社區成人服務)，這些服務能夠幫助您盡可能長時間地呆在家裏。如果您需要的話，它還包括療養院護理服務。
- 您在我們網絡內選擇的醫生和其他醫療服務提供者會協力為您提供您需要的護理服務。
- 額外福利和服務，如視力保健、交通服務和護理導航，及其他承保服務，如助聽器、健康俱樂部會員資格和健身課程、非處方藥允許限額、全球緊急保險等。
- 耐用醫療設備，如拐杖、助行器和輪椅。

H0148_20_205_CH_CMC Approved 09182020

此函為您的新保險證明。在您獲得我們提供的會員 ID 卡前，請隨身攜帶此函前往藥房或診所就診。如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶關懷部，電話：(855) 905-3825 (TTY: 711)，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點，每週七天。

後續步驟是什麼？

您可以開始使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 網路初級保健服務提供者和藥房，以便自 **<effective date>** 起獲得所有您的健康護理服務和處方藥。如果您需要急救或緊急護理服務，或區外透析服務，您可以使用 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 網路外醫療服務提供者。

為幫助您過渡至 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，在您對 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的註冊生效後的最多十二 (12) 個月內您仍可以前往您當前看診的醫生處就診。有關具體操作資訊，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶關懷部，電話：(855) 905-3825 (TTY: 711)。

如我們的《承保藥物清單》不包含您當前服用的藥物，健康計劃規則讓您無法獲得醫生開具的藥量，或該種藥物要求獲得 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的事先核准，那麼在您入保本計劃後的頭 90 天內您還有權獲得當前所服用處方藥的 30 天藥量。

新會員工具包包括：

- 《承保藥物清單》（處方集）關於獲得《承保藥物清單》上藥物更多資訊的指導。
- 《醫療服務提供者和藥房目錄》關於獲得我們網路內醫療服務提供者和藥房更多資訊的指導。
- 《會員手冊》（《承保範圍說明書》）

在 **<enrollment effective date>** 前，我們會向您寄送一份會員 ID 卡。

您可以在如下網站上隨時獲得一份最新的《會員手冊》（《承保範圍說明書》）副本：
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。您還可以致電客戶關懷部，電話 (855) 905-3825，讓我們向您郵寄送一份《會員手冊》。

我需要為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 支付多少保費？

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

我需要為處方藥支付多少費用？

當您在我們的網路藥房內獲取處方藥時，每次您獲得的由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的品牌藥，您支付的金額不會超過 **\$3.70**，而每次您獲得的由 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的品牌藥，您支付的金額不會超過 **\$9.20**。處方藥共付額可能會根據您獲得的「Extra Help」（額外幫助）級別而有所變化。請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，瞭解更多詳情。

我該如何選擇一般醫療服務提供者？

如要選擇一般醫療服務提供者 (PCP)，您可以在如下網站上查看 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的《醫療服務提供者和藥房目錄》：www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 或致電

聯係客戶關懷部尋求幫助。

您可從您的 PCP 處獲得常規或基礎護理服務。您的 PCP 還可以協調您所需的剩餘承保服務。

我們計劃的 PCP 隸屬於特定醫療團隊。當您選擇 PCP 時，您也選擇了其所屬的醫療團隊。這意味著，您的 PCP 會將您轉診至同樣隸屬於其醫療團隊的專科醫生和服務提供者。因此，如果您想使用特定的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 專科醫生或醫院，您需著重查看他們是否隸屬於您的 PCP 的醫療團隊。

當您需要您的 PCP 無法提供的專科護理或額外服務時，他或她會將對您進行轉診。在大部分情況下，在您向任何其他健康護理服務提供者或專科醫生就診前，您須前往您的 PCP 處就診，以便進行轉診。一旦您 PCP 所在的醫療團隊同意轉診，您可以向該專科醫生或其他醫療服務提供者進行預約，以便獲得您所需的治療。當您完成治療或服務時，該專科醫生會通知您的 PCP，如此您的 PCP 便可繼續管理您的護理服務。

而且，您的 PCP 將需要提前獲得本計劃的核准，以便您獲得特定服務。這種提前核准稱為「事先授權」。例如，所有非緊急住院病人的住院均須獲得事先授權。在某些情況下，您 PCP 所屬的醫療團隊可能能夠代替我們計劃為您的服務進行授權。

您也可以在不事先獲得您 PCP 核准的情況下獲得如下特定服務：急救服務、緊急護理、經 Medicare 認證的透析機構提供的腎透析服務、流感疫苗、乙肝和肺炎疫苗、常規女性健康護理和計劃生育服務等。

如果我對 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的承保範圍或醫療服務提供者有疑問，那該怎麼辦？

- 致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶關懷部，電話：(855) 905-3825，服務時間：上午 8 點 至晚上 8 點，每週七天。
- TTY 使用者請致電 711。
- 造訪 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

如果我有其他健康保險或處方藥保險，該怎麼做？

如果我有其他健康保險或藥物保險，如雇主或工會提供的保險，那麼，若您加入了 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，您或您被扶養人可能會完全失去您的其他健康保險或藥物保險且無法取回。

- 其他類型的健康保險和藥物保險包括 TRICARE、Department of Veterans Affairs（退伍軍人事務部）或 Medigap（Medicare 補充保險）政策。
- 如果您對您的保險有疑問，請聯係該其他健康/藥物保險的福利管理人。
- 如果您想取消您的 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 註冊，您須在週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電健康保健選擇中心，電話 1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。

我能在 <effective date> 後退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 嗎？

是。您可以在當年任何時候致電健康保健選擇中心，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 6 點，電話：(844) 580-7272 從而退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 或選擇一項新的 Cal MediConnect。TTY 使用者請致電 (800) 430-7077。

如果您退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 且不想入保另一項 Cal MediConnect 計劃，您的保險將在您告訴我們後次月的最後一日結束。如您退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 且不想加入 Medicare 健康或處方藥計劃，那麼您將根據 Original Medicare 獲得承保，且 Medicare 會讓您入保 Medicare 處方藥計劃。

如果我想加入另一種 Cal MediConnect 計劃，該怎麼做？

如果您想從單一計劃中持續獲得 Medicare 和 Medi-Cal 福利，您可以加入另一種 Cal MediConnect 計劃。如要入保另一種 Cal MediConnect 計劃，請致電健康保健選擇中心，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。告訴他們您想退出您當前的 Cal MediConnect 計劃並加入另一種 Cal MediConnect 計劃。如您不確定您想加入哪種計劃，他們會告訴您所在區域支持的其他計劃。

如果我退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，我的 Medicare 會怎麼樣？

如果您退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 且不想加入 Medicare 健康或處方藥計劃，那麼您將根據 Original Medicare 獲得承保，且 Medicare 會讓您入保 Medicare 處方藥計劃。如果您想加入 Medicare 健康或處方藥計劃，想瞭解您所在區域 Medicare 計劃的更多資訊，或對 Medicare 有疑問：

- 請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間：每週 7 天、每天 24 小時。
- TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 造訪 Medicare 主頁：www.medicare.gov。

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

如要持續獲得您的 Medi-Cal 服務，您必須入保 Medi-Cal 健康計劃，包括幫助您解決持續性個人護理需求的長期服務和支持 (LTSS)。如果您退出 Cal MediConnect 計劃，您需讓健康保健選擇中心瞭解您想加入哪項由 Medi-Cal 管理的護理計劃。

為此，請致電健康保健選擇中心，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。告訴他們您不想入保 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 且您想加入由 Medi-Cal 管理的護理計劃。如您不確定您想加入哪項計劃，他們會告訴您您所在區域支持的其他計劃。

如果我需要幫助或更多資訊，該怎麼辦？

- 如果您想和健康保險顧問討論這些變化和您的選擇，請致電加州 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP，健康保險諮詢和宣傳計劃)，服務時間：週一至週五上午 8 點至下午 5 點，電話：1-800-434-0222。TTY 使用者請致電 711。
- 如您在入保 Cal MediConnect 或 Medi-Cal 計劃方面需要幫助，請致電健康保健選擇中心，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。
- 如您已入保 Cal MediConnect 計劃且需要進一步幫助，請致電 Cal MediConnect Ombuds Program，服務時間：週一至週五上午 9 點至下午 5 點，電話：1-855-501-3077。TTY 使用者請致電 (855) 847-7914。

Blue Shield of California Promise Health Plan 是一項與 Medicare 及 Medi-Cal 簽約的健康計劃，可向參保人提供這兩個計劃福利。

此表並非完整列表。本福利資訊只是情況簡報，並非完整的福利說明。如需更多資訊，請聯係本計劃或閱讀 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 《會員手冊》。

您可免費索取本文件的其他格式，例如：大字版、盲文版或音訊版。致電：(855) 905-3825 (TTY: 711) 免費電話，服務時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免費電話。

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

- 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。
- Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)
- 한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오, 오후 8 시, 7 일 주일 오전 8 시.
- Հայերեն (Armenian): Ուշադրութեամբ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոյ)՝ 711)
- فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-905-3825 تماس بگیرید (TTY: 711).
- Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).
- 日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
- العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم 711) 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711: الرقم والبكم)
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា

ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

- Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।
- ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- اُردُو (Urdu) : اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

如您需要另一種語言或格式的本文件，如大字版、盲文版或音訊版，或如您在理解本函方面需要幫助，請致電健康保健選擇中心，服務時間：週一至週五上午 8:00 至下午 6:00，電話：1-844-580-7272。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。您可以免費獲得本資訊。

歧視屬於違法行為

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族羣認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Blue Shield of California Promise Health Plan 能夠：

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的書面資訊（大字印刷版、音訊版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語為非英語的人士提供如下免費語言服務：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請聯絡 Blue Shield of California Promise Health Plan 民權協調員。

如您認為 Blue Shield of California Promise Health Plan 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、族群認同、健康狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

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

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，民權協調員將隨時為您提供協助。

您還可以透過民權辦公室的投訴門戶網站，以電子方式向美國 Department of Health and Human Services（衛生和公共服務部）的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, (TTY 800-537-7697)
投訴門戶網站：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

投訴表格可前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。