

<Date>

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

**Идентификатор
участника:**
Rx ID:
Rx GRP:
Rx BIN:
Rx PCN:

<Member #>
<RxID>
E0001002
004336
77993322

Важно! Вы зарегистрированы в новой программе Medicare и Medi-Cal. Сохраните это письмо в качестве доказательства страхового покрытия.

<Name>:

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

Начиная с **<effective date>**, вы сможете воспользоваться программой здравоохранения Cal MediConnect для получения качественного медицинского обслуживания без дополнительной платы. Blue Shield of California Promise Health Plan — это план медицинского страхования по договору с Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам преимуществ обеих программ.

Ваша новая страховка предоставляет:

- Преимущества программы Medicare, включая рецептурные лекарственные препараты
- Преимущества программы Medi-Cal, включая услуги длительного предоставления (LTSS) в соответствии с вашими личными потребностями. LTSS включает программу Multipurpose Senior Services Program (MSSP, Многоцелевая программа ухода за пожилыми людьми) и услуги Community-Based Adult Services (CBAS, Услуги для людей зрелого возраста в сообществе), которые позволяют вам оставаться дома столько, сколько потребуется. Сюда также входит медсестринский уход на дому.
- Вы сами выбираете врачей и других поставщиков из сферы здравоохранения в нашей сети, которые будут предоставлять вам необходимые услуги.
- Дополнительные преимущества: офтальмологические услуги, услуги по транспортировке, медицинский навигатор, а также другие охватываемые программой услуги, в том числе помощь слабослышащим, членство в клубе здоровья, занятия физкультурой, доступ к отпускаемым без рецепта лекарствам, экстренная помощь по всему миру и др.
- Медицинская техника, например костыли, ходунки, инвалидные кресла.

H0148_20_205_RU_CMC Approved 09182020

Это письмо является доказательством вашего участия в программе. При посещении аптеки или офиса не забывайте брать с собой это письмо, пока не получите от нас идентификационную карточку участника . Если у вас есть вопросы, звоните в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825 (TTY: 711), с 8:00 до 20:00, без выходных.

Что дальше?

Вы можете начать пользоваться нашей сетью аптек и поставщиков первичной медицинской помощи, участвующих в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, для получения услуг здравоохранения и рецептурных лекарств, начиная с **<effective date>**. Если вам требуется срочная или неотложная медицинская помощь либо нерегиональный диализ, вы можете воспользоваться услугами поставщиков, не входящими в сеть Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Для удобства перехода на программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan вы можете по-прежнему посещать текущих врачей в течение двенадцати (12) месяцев, начиная с даты регистрации в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Обратитесь в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825 (TTY: 711) для получения дополнительной информации.

У вас также будет 30-дневный доступ к принимаемым рецептурным лекарствам в течение первых 90 дней с момента регистрации в программе, если эти лекарства не входят в наш *Список покрываемых лекарственных препаратов*, если правила программы не позволяют вам получить лекарства в объеме, прописанном врачом, или если лекарства требуют предварительного утверждения Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Комплект нового участника содержит:

- Список покрываемых лекарственных препаратов (Справочник) Инструкции по получению дополнительной информации о лекарствах в нашем Списке покрываемых лекарственных препаратов.
- Каталог поставщиков и аптек Инструкции по получению дополнительной информации о лекарствах в Списке покрываемых лекарственных препаратов.
- Справочник участника программы (Свидетельство о страховом покрытии)

Мы отправим вам идентификационную карточку участника до **<enrollment effective date>**.

Актуальная версия Справочника участника программы (Свидетельство о страховом покрытии) всегда доступно на нашем веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете позвонить в Центр поддержки участников по тел. (855) 905-3825 и запросить копию Справочника участника программы по почте.

Сколько нужно будет заплатить за программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Вам не нужно оплачивать надбавки, непокрываемый минимум и дополнительные

расходы при получении медицинских услуг у поставщика, входящего в программу Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Сколько мне нужно заплатить за рецептурные лекарства?

Если вы пользуетесь аптекой, входящей в нашу сеть, ваша сумма не превысит **\$3,70** при покупке непатентованных лекарств, охватываемых программой Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, и **\$9,20** при покупке патентованных лекарств, охватываемых программой Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Доплаты за рецептурные лекарства могут варьироваться в зависимости от уровня получаемой вами Extra Help (Дополнительной помощи). Обратитесь в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan для получения дополнительной информации.

Как выбрать поставщика первичной медицинской помощи?

Чтобы выбрать поставщика первичной медицинской помощи Primary Care Provider (PCP, поставщик первичной медицинской помощи), просмотрите каталог поставщиков и аптек Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Каталог поставщиков и аптек на нашем веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect или обратитесь в Центр поддержки участников.

Вы сможете получать ежедневный или первичный медицинский уход от вашего PCP. PCP также будет координировать другие охватываемые программой необходимые вам услуги.

PCP, участвующие в нашей программе, разделены на аффилированные медицинские группы. Выбирая PCP, вы также выбираете аффилированную медицинскую группу. Это значит, что ваш PCP будет направлять вас к специалистам и предлагать услуги, входящие в его медицинскую группу. Поэтому если вы хотите воспользоваться услугами конкретного специалиста или медучреждения программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, важно проверить, входят ли они в аффилированную медицинскую группу вашего PCP.

Если вам требуются специализированные или дополнительные услуги, которые не предоставляет PCP, вам дадут направление. В большинстве случаев вам потребуется обратиться к PCP, чтобы получить направление перед посещением других поставщиков услуг здравоохранения или врачей. После получения направления от вашей медицинской группы PCP вы можете посетить специалиста или другого поставщика медицинских услуг для получения необходимого лечения. Специалист уведомит PCP об окончании вашего лечения или предоставления услуг, чтобы PCP мог продолжить предоставлять вам обслуживание.

Кроме того, PCP потребуется заранее получить одобрение в рамках программы для предоставления вам ряда услуг. Это одобрение называется «предварительной авторизацией». Например, предварительная авторизация требуется для неэкстренного стационарного пребывания в больнице. В некоторых случаях аффилированная медицинская группа вашего PCP может самостоятельно предоставлять разрешение на использование этой услуги.

Вы можете получить ряд услуг без предварительного утверждения от PCP, например экстренную и неотложную помощь, проведение диализа почек сертифицированным учреждением Medicare, прививки от гриппа, гепатита В и пневмонии, услуги гинеколога, планирование семьи и др.

К кому обращаться по вопросам о покрытии и поставщиках Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- Звоните в Центр поддержки участников Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по тел. (855) 905-3825, с 8:00 до 20:00, без выходных.
- Наберите 711, если вы используете ТТУ.
- Посетите веб-сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Что делать, если у меня есть другая страховка на медицинские услуги и лекарства?

Если у вас есть другое страховое покрытие медицинских услуг или лекарств, например от работодателя или профсоюза, вы можете полностью потерять такое покрытие без возможности восстановления при регистрации в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Другие типы страховых покрытий медицинских услуг и лекарств включают TRICARE, Department of Veterans Affairs (Министерство по делам ветеранов) и политику Medigap (Дополнительная страховка Medicare).
- По вопросам обращайтесь к администратору другой программы покрытия медицинских услуг/лекарств.
- Чтобы отменить регистрацию в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, звоните в Центр Health Care Options по телефону 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ.

Можу ли я выйти из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan после <effective date>?

Да. Вы можете выйти из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan или выбрать новый Cal MediConnect **в любое время в течение года**, позвонив в Центр Health Care Options по тел. (844) 580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. (800) 430-7077, если вы используете ТТУ.

Если вы отказываетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не хотите регистрироваться в другой программе Cal MediConnect, ваше покрытие истечет в последний день месяца, в котором вы сообщили о своем решении. Если вы откажетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не вступите в программу получения медицинских услуг и рецептурных лекарств Medicare, вам будет предоставляться покрытие в рамках Original Medicare. Medicare регистрирует вас в программе получения рецептурных лекарств Medicare.

Что делать, если я хочу присоединиться к другой программе Cal MediConnect?

Если вы хотите получать преимущества Medicare и Medi-Cal в рамках одной программы, вы можете присоединиться к другой программе Cal MediConnect. Для регистрации в другой программе Cal MediConnect звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ. Сообщите о своем решении выйти из текущей программы Cal MediConnect и присоединиться к другой программе Cal

MediConnect. Если вы не знаете, к какой программе присоединиться, вам расскажут о доступных в вашем регионе программах.

Что произойдет с Medicare, если я выйду из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Если вы откажетесь от участия в Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и не вступите в программу получения медицинских услуг и рецептурных лекарств Medicare, вам будет предоставляться покрытие в рамках Original Medicare. Medicare регистрирует вас в программе получения рецептурных лекарств Medicare. Если вы хотите присоединиться к программе Medicare для получения медицинских услуг и рецептурных лекарств, получить дополнительную информацию о программах Medicare в вашем регионе или задать вопросы о Medicare:

- Звоните по тел. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), круглосуточно, без выходных.
- Звоните по тел. 1-877-486-2048, если вы используете ТТУ.
- Посетите веб-сайт Medicare www.medicare.gov.

Что произойдет с моим Medi-Cal, если я выйду из программы Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Вы должны быть зарегистрированы в программе Medi-Cal для получения медицинских услуг Medi-Cal, включая услуги длительного предоставления (LTSS) для ваших текущих медицинских потребностей. Если вы выйдете из программы Cal MediConnect, вам потребуется уведомить Центр Health Care Options о программе Medi-Cal, в которой вы хотите зарегистрироваться.

Для этого позвоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ. Сообщите о своем отказе регистрироваться в программе Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan и желании присоединиться к программе Medi-Cal. Если вы не знаете, к какой программе присоединиться, вам расскажут о доступных в вашем регионе программах.

Что делать, если мне потребуется помощь или дополнительная информация?

- Если вы хотите связаться с консультантом по медицинскому страхованию по вопросам таких изменений и доступных вам вариантов, звоните в California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Программа консультирования и защиты здоровья в Калифорнии) по тел. 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00. Наберите 711, если вы используете ТТУ.
- Если вам требуется помощь по регистрации в программе Cal MediConnect или Medi-Cal, звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ.
- Если вы зарегистрированы в программе Cal MediConnect и вам требуется дополнительная помощь, звоните в Cal MediConnect Ombuds Program по тел. 1-855-501-3077, с понедельника по пятницу, с 9:00 до 17:00. Звоните по

тел. (855) 847-7914, если вы используете TTY.

Blue Shield of California Promise Health Plan — это план медицинского страхования по договору с Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам преимуществ обеих программ.

Это неполный список. Информация о преимуществах является кратким резюме, а не полным описанием. Для получения дополнительной информации обратитесь в центр поддержки программы или к Руководству участника Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Вы можете бесплатно получить этот документ в других форматах, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде звукозаписи. Звоните по бесплатному номеру (855) 905-3825 (TTY:711), без выходных, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

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 8시, 7 일 주일 오전 8시.
- Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 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 3825-905-855-1 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) - 855-905-3825 Cal-MediConnect (711: الرقم هاتف الصم 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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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).
- Cal-خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں: (Urdu) 855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:711).

Если вам требуется этот документ на другом языке или в другом формате, например напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде звукозаписи, либо вам требуется помощь с пониманием данного письма, звоните в Центр Health Care Options по тел. 1-844-580-7272, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 18:00. Звоните по тел. 1-800-430-7077, если вы используете ТТУ. Вы можете получить эту информацию бесплатно.

Дискриминация противозаконна

Blue Shield of California Promise Health Plan отвечает требованиям соответствующих законов штата и федеральных законов о гражданских правах и не допускает расовой дискриминации, дискриминации по цвету кожи, национальности, этнической группе, состоянию здоровья, генетическим данным, происхождению, вероисповеданию, полу, семейному положению, гендерному признаку, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или инвалидности.

Blue Shield of California Promise Health Plan:

- бесплатно предоставляет людям с ограниченными возможностями вспомогательные материалы и услуги, которые облегчают взаимодействие с нами, в частности:
 - помощь квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменную информацию в других форматах (в том числе распечатанную крупным шрифтом, в форме звукозаписи, в доступных электронных форматах, других форматах);
- обеспечивает бесплатное языковое сопровождение людям, чей родной язык не является английским, например предоставляет:
 - услуги квалифицированных переводчиков;
 - информацию на других языках.

Если вам требуются эти услуги, свяжитесь с Civil Rights Coordinator (Координатор по гражданским правам) программы Blue Shield of California Promise Health Plan.

Blue Shield of California Promise Health Plan отвечает требованиям соответствующих законов штата и федеральных законов о гражданских правах и не допускает расовой дискриминации, дискриминации по цвету кожи, национальности, этнической группе, состоянию здоровья, генетическим данным, происхождению, вероисповеданию, полу, семейному положению, гендерному признаку, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или инвалидности. Подать жалобу можно по адресу:

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator

601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755

Тел.: (844) 883-2233 (TTY: 711)

Факс: (323) 889-2228

Эл. почта: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Жалобу можно подать лично или отправить почтой, факсом или электронной почтой.

Если вам нужна помощь в подаче жалобы, обращайтесь к Civil Rights Coordinator.

Вы также можете направить жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США) в электронной форме через Office for Civil Rights Complaint Portal (Портал для подачи жалоб Управления по гражданским правам), который находится по ссылке:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, а также почтой 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, (TTY 800-537-7697)

Портал для подачи жалоб: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Бланки заявлений для подачи жалоб можно найти здесь:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.