

<Date>

<sub_full_name>

<sub_addr_line_one>

<sub_addr_line_two>

<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

Id. del miembro: <Member #>

Id. de receta: <RxID>

GRP de receta: E0001002

BIN de receta: 004336

PCN de receta: 77993322

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

<Name>:

¡Le damos la bienvenida a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (plan Medicare-Medicaid)!

A partir del <effective date>, usted tendrá un plan de salud Cal MediConnect pensado para darle atención de alta calidad y sin problemas, sin costo extra para usted. Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para brindarles a los inscritos beneficios de ambos programas.

Su nueva cobertura incluye:

- Sus beneficios de Medicare, incluidos los medicamentos recetados.
- Sus beneficios de Medi-Cal, incluidos servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) que le ayudan con sus necesidades continuas de atención personal. Los LTSS incluyen el Multipurpose Senior Services Program (MSSP, Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores) y Community-Based Adult Services (CBAS, Servicios Comunitarios para Adultos), que son servicios que pueden ayudarlo a que se quede en su hogar todo el tiempo posible. También incluye atención en una residencia para ancianos si la necesita.
- Su selección de médicos y otros proveedores de nuestra red que trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.
- Beneficios y servicios adicionales, como atención de la vista, servicios de transporte y un coordinador de atención de la salud, y otros servicios cubiertos, como audífonos, membresía en clubes de salud y clases de ejercicios físicos, asignación para artículos de venta sin receta, cobertura para emergencias en todo el mundo y más.
- Equipo médico duradero, como muletas, andadores y sillas de ruedas.

H0148_20_205_SP_CMC Approved 09182020

Esta carta es la prueba de su nueva cobertura. Lleve esta carta con usted cuando vaya a la farmacia o a un consultorio hasta que reciba su tarjeta de identificación de miembro. Si tiene alguna pregunta, llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., cualquier día de la semana.

¿Cuál es el próximo paso?

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

Para ayudar con la transición a Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, quizás pueda seguir visitando a los médicos que lo atienden ahora durante un período de hasta doce (12) meses desde la fecha de comienzo de su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825 (TTY: 711) para que le informen cómo hacerlo.

También podrá recibir un suministro para 30 días de los medicamentos recetados que toma ahora durante sus primeros 90 días en el plan si toma un medicamento que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*, si las reglas del plan de salud no le permiten recibir la cantidad indicada por su médico o si es necesario que Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan apruebe el medicamento antes.

El kit para miembros nuevos incluye:

- Lista de medicamentos cubiertos (Formulario): Instrucciones para obtener más información sobre los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos cubiertos.
- Directorio de proveedores y farmacias: Instrucciones para obtener más información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Manual para Miembros (Evidencia de Cobertura).

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

Siempre puede encontrar una copia actualizada del Manual para Miembros (Evidencia de Cobertura) en nuestro sitio web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. También puede llamar a Atención al Cliente al (855) 905-3825 para pedirnos que le enviemos por correo un Manual para Miembros.

¿Cuánto tendré que pagar por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

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

¿Cuánto tengo que pagar por los medicamentos recetados?

Cuando usted retire sus medicamentos recetados en una farmacia de nuestra red, pagará un máximo de **\$3.70** cada vez que reciba un medicamento genérico cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y un máximo de **\$9.20** cada vez que reciba un medicamento de marca que esté cubierto por Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Los copagos por medicamentos recetados pueden variar según el nivel de ayuda adicional que usted reciba. Comuníquese con Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para conocer más detalles.

¿Cómo puedo elegir un proveedor de atención primaria?

Para elegir a su Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), puede ver el Directorio de Proveedores y Farmacias de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan en nuestro sitio web en www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o llamar a Atención al Cliente para pedir ayuda.

Su PCP le brindará atención básica o de rutina. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted necesita.

Los PCP de nuestro plan están afiliados con grupos médicos particulares. Cuando usted elige su PCP, también está eligiendo al grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo referirá a especialistas y servicios que también están afiliados con su grupo médico. Entonces, si hay un especialista o un hospital en particular de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan que desea usar, es importante saber si están afiliados con el grupo médico de su PCP.

Cuando necesite atención de un especialista o servicios adicionales que su PCP no puede brindar, su PCP le dará una referencia. En general, deberá visitar a su PCP para que le dé una referencia para poder ver a cualquier otro proveedor de atención de la salud o visitar a un especialista. Una vez que el grupo médico de su PCP apruebe esta referencia, puede hacer una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando usted haya terminado su tratamiento o servicio, para que su PCP pueda seguir administrando su atención.

Además, para que usted reciba ciertos servicios, su PCP tendrá que pedir que el plan los apruebe anteriormente. Esta aprobación anterior es lo que se llama "autorización previa". Por ejemplo, se necesita autorización previa para todas las estadías en el hospital como paciente internado que no sean de emergencia. En algunos casos, el grupo médico afiliado de su PCP, y no su plan, podrá autorizar su servicio.

Puede recibir algunos servicios sin antes obtener la aprobación de su PCP; por ejemplo, servicios de emergencia, atención de urgencia, servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare, vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, atención de rutina para la salud de la mujer y servicios de planificación familiar, etcétera.

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

- Llame a Atención al Cliente de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan al (855) 905-3825, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.
- Llame al 711 si usa el sistema TTY.
- Visite www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

¿Qué pasa si tengo otra cobertura de salud o de medicamentos recetados?

Si tiene otra cobertura de salud o de medicamentos recetados, como, por ejemplo, de un empleador o de un sindicato, usted o sus dependientes podrían perder completamente su otra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si se inscriben en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Otros tipos de cobertura de salud y de medicamentos incluyen TRICARE, la cobertura del Departamento de Asuntos de Veteranos o una póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare).
- Comuníquese con el administrador de beneficios de la otra cobertura de salud o de medicamentos si tiene preguntas sobre su cobertura.
- Si desea cancelar su inscripción en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, puede llamar a Health Care Options (Opciones de Atención de la Salud) 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 usa el sistema TTY.

¿Puedo dejar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan después del <effective date>?

Sí. Puede dejar Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o elegir un nuevo plan Cal MediConnect **en cualquier momento del año** llamando a Health Care Options al (844) 580-7272, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Llame al (800) 430-7077 si usa el sistema TTY.

Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no desea inscribirse en otro plan Cal MediConnect, su cobertura terminará el último día del mes siguiente al mes en que nos diga que deja el plan. Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, estará cubierto por Original Medicare, y Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Qué pasa si deseo inscribirme en otro plan Cal MediConnect?

Si desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medi-Cal juntos de un solo plan, puede inscribirse en otro plan de Cal MediConnect. Para inscribirse en otro plan Cal MediConnect, llame a Health Care Options 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 usa el sistema TTY. Dígalos que desea dejar su plan Cal MediConnect actual e inscribirse en otro plan Cal MediConnect. Si no sabe en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes para su área.

¿Qué pasa con mi cobertura de Medicare si dejo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

Si deja Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y no se inscribe en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare, estará cubierto por 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, desea recibir más información sobre los planes de Medicare en su área o tiene preguntas sobre Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, cualquier día de la semana.
- Llame al 1-877-486-2048 si usa el sistema TTY.

- Visite la página de inicio de Medicare en www.medicare.gov.

¿Qué pasa con mi cobertura de Medi-Cal si dejo 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 continuas de atención personal. Si deja su plan Cal MediConnect, tendrá que informar a Health Care Options en qué plan de atención administrada Medi-Cal desea inscribirse.

Para hacerlo, llame a Health Care Options 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 usa el sistema TTY. Dígales que no desea estar inscrito en Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan y que desea inscribirse en un plan de atención administrada Medi-Cal. Si no sabe en qué plan inscribirse, ellos pueden informarle sobre otros planes para su área.

¿Qué debo hacer si necesito ayuda o más información?

- Si desea hablar con un asesor de seguros de salud sobre estos cambios y sobre sus opciones, llame al Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 711 si usa el sistema TTY.
- Si necesita ayuda para inscribirse en un plan Cal MediConnect o Medi-Cal, llame a Health Care Options 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 usa el sistema TTY.
- Si está inscrito en un plan Cal MediConnect y necesita más ayuda, llame al Cal MediConnect Ombuds Program (Programa de Defensoría de Cal MediConnect) al 1-855-501-3077, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al (855) 847-7914 si usa el sistema TTY.

Blue Shield of California Promise Health Plan es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medi-Cal para brindarles a los inscritos beneficios de ambos programas.

Esta no es una lista completa. La información de los beneficios es un breve resumen; no es la descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea el Manual para Miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille y/o audio. Llame al (855) 905-3825 (TTY: 711), gratis, cualquier día de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.. La llamada es gratis.

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: 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 (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。

- Tiếng Việt (vietnamita): 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 (tagalo – 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 (coreano): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 번으로 전화해주십시오, 오후 8시, 7 일주일 오전 8시.
- Հայերեն (armenio): Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզանվճարկարող են տրամադրվել բոլոր անհրաժեշտ ծառայությունները: Ձանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)
- توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات تماس بگیرد (TTY: 711) زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 3825-905-855-1
- Русский (ruso): 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 (japonés): 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。
- ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم Cal-MediConnect (711 والبكم: 711) 3825-905-855-1
- ਪੰਜਾਬੀ (panyabí): ਧਿਆਨਦਿ: ਜੇਤੁਸੀਂਪੰਜਾਬੀਬੋਲਦੇਹੋ, ਤਾਂਭਾਸ਼ਾਵਿੱਚਸਹਾਇਤਾਸੇਵਾਉਪਲਬਧਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇਕਾਲਕਰੋ।
- ខ្មែរ (camboyano/jemer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្បួលគឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 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 (tailandés): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรีโทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- کال کریں - خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں: (urdu) 3825-905-855-1 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

Si necesita este documento en otro idioma o en un formato diferente, como letra grande, braille o audio, o si necesita ayuda para poder entender esta carta, llame a Health Care Options 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 usa el sistema TTY. Puede obtener esta información gratis.

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina, excluye ni trata a personas de un modo diferente por motivos de raza, color, país de origen, identificación de grupo étnico, estado de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad mental ni discapacidad física.

Blue Shield of California Promise Health Plan brinda:

- ayuda y servicios gratis a personas con discapacidad para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si cree que Blue Shield of California Promise Health Plan no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, país de origen, identificación de grupo étnico, estado de salud, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad física o mental, puede hacer un reclamo en:

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

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de esa oficina, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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)
Portal de quejas: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

Puede encontrar los formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.