

2021

年度更改通知

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
Los Angeles County

Blue Shield of California Promise Health Plan 是 Blue Shield Association 的獨立持牌人
ANOC0148-CH-LA-1020

blue 
california

Promise Health Plan



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。**如需瞭解更多資訊**，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
由 Blue Shield of California Promise Health Plan 提供

2021 年度更改通知

簡介

您目前已註冊成為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員。明年的計劃福利、承保範圍、規則及費用將會有一些變化。本年度更改通知將向您介紹該等變化以及在何處可以找到更多相關資訊。關鍵術語及其定義將在會員手冊的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 免責聲明	1	D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」	9
B. 審核您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險	2	E. 管理變更	10
B1. 其他資源	3	F. 如何選擇計劃	10
B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 資訊	4	F1. 如何留在我們的計劃中	10
B3. 重要事項：	5	F2. 如何更改計劃	10
C. 網絡內醫療服務提供者和藥房的變化	6	G. 如何獲取幫助	13
D. 明年的福利和費用變化	7	G1. 從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲取幫助	13
D1. 醫療服務福利和費用的變化	7	G2. 從州參保經紀人獲取幫助	13
D2. 處方藥保險的變化	7	G3. 從 Cal MediConnect Ombuds Program 獲取幫助	13
D3. 第 1 階段：「初始承保階段」	8		

G4. 從 Health Insurance Counseling and Advocacy Program 獲取幫助.....	14
G5. 從 Medicare 獲取幫助	14
G6. 從 California Department of Managed Health Care 獲取幫助	14

A. 免責聲明

- 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。
- 此表並非完整清單。福利說明為簡易摘要，並非完整之福利敘述。若要瞭解更多資訊，請聯絡計劃或閱覽 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 會員手冊。
- Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守適用的州和聯邦民權法，並且不會因種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、身體或精神殘障而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。

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（大字體、音訊、可存取的電子格式及其他格式）的書面資訊
- 向母語非英語的人士免費提供語言服務，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、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、精神殘障或身體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（聽障專線：711）
傳真：(323) 889-2228
電子郵件：BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

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 Office for Civil Rights 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 以電子形式向 U.S. Department of Health and Human Services，Office for Civil Rights 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>

B. 審核您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 保險

請務必立即檢查您的保險，確保該保險仍能滿足您明年的需求。如果該保險不能滿足您的需求，您可以退出計劃。請參見 G2 章節瞭解更多資訊。

如果您選擇退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，您的會員資格將於您申請退出計劃當月的最後一天終止。

只要您符合資格，退出計劃並不表示您將離開 Medicare 與 Medi-Cal 計劃。

- 您可以選擇獲得 Medicare 福利的方式（參閱第 10 頁瞭解您的選項）。
- 您可以透過您選擇的 Medi-Cal 管理式護理計劃獲得 Medi-Cal 福利（參閱第 12 頁瞭解更多資訊）。

B1. 其他資源

- **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. 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 點或。
- **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):** ՈւիշԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 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 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **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):** لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (711) (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **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।



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午8點至晚上8點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែក ភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំបាប់ផ្ញើក្នុង ជូរ 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): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:711)۔

您可以免費取得此年度更改通知的其他格式版本，例如大字印刷版、盲文或語音版。請致電 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費電話。

您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的文件。如需提出申請，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 客戶服務部。您的首選語言及格式將會存檔，以便應用到將來的通訊文件中。如需更新喜好設定，請聯絡 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

B2.Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 資訊

- 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。
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的承保範圍符合名為「最低基本保險」的健康保險要求，同時也達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA) 的個人分擔責任要求。請瀏覽 Internal Revenue Service (IRS) 的網站 (www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families)，瞭解個人分擔責任要求的詳細資訊。
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 由 Blue Shield of California Promise Health Plan 提供。當此「年度更改通知」中出現「我們」或「我們的」時，是指 Blue Shield of California Promise Health Plan。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

? 如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

B3. 重要事項：

- 查看哪些福利與費用變化可能會對您造成影響。
 - 有哪些變化會影響您所使用的服務？
 - 務必審核福利和費用變化，以便確保它們能在明年適合您的需要。
 - 有關我們計劃中福利和費用變化的更多資訊，請查看第 D1 節。
- 查看哪些處方藥承保變化可能會對您造成影響。
 - 您的藥物仍在承保範圍內嗎？這些藥物是否被劃分為其他分攤費用等級？您是否仍能去原來的藥房取藥？
 - 請務必審核這些變化，確保我們的藥物承保能在明年適合您的需要。
 - 請查看第 D2 節瞭解關於我們藥物保險變化的資訊。
 - 您的藥物費用自去年以來可能有所增加。
 - » 諮詢您的醫生是否有較低費用的備選藥物適合您，這樣可為您節省全年的年度自付費用。
 - » 如需瞭解有關藥物價格的其他資訊，請瀏覽 www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage（前往此頁面底部，按一下「Note」（註）部份中間的「dashboards」（公告板）連結。這些公告板重點指出了哪些製造商提高了藥物價格，同時也提供了其他各年份的藥物價格資訊。）
 - » 請記住，您的計劃福利將決定您的藥物費用具體有何變化。
- 查看這些資訊，瞭解您的醫療服務提供者和藥房明年是否仍在我們的網絡內。
 - 您的醫生（包括您定期去看的專科醫生）是否屬於我們的網絡？您使用的藥房呢？您使用的醫院或其他提供者呢？
 - 請查看第 C 節瞭解關於我們醫療服務提供者與藥房目錄的資訊。
- 考慮計劃中您的總體費用。
 - 您需要為自己常用的服務和處方藥支出多少自付費用？
 - 您的總費用與其他保險計劃相比如何？
- 請思考您是否對我們的計劃滿意。



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

如果您決定繼續參加 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan：

如果您希望明年繼續使用我們的計劃，那很簡單，您無需採取任何措施。如果您未作任何更改，我們將自動保留您的會員身份。

如果您決定更改計劃：

如果您確定其他保險更適合您的需要，可以更改計劃（參閱第 F2 節瞭解更多資訊）。如果您註冊了新的計劃，您的新保險將於下個月的第一天開始生效。請查看第 11 頁第 F 節，瞭解關於您的可選方案的更多資訊。

C. 網絡內醫療服務提供者和藥房的變化

我們的醫療服務提供者和藥房網絡在 2021 年有所變更。

強烈建議您查看最新的醫療服務提供者與藥房目錄，瞭解您的提供者或藥房是否仍在我們的網絡內。在我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 上可找到最新的「醫療服務提供者與藥房目錄」。您也可以致電客戶服務部瞭解最新的提供者資訊，電話：1-855-905-3825，或要求我們為您郵寄一份醫療服務提供者與藥房目錄。

您務必要瞭解，我們也可能會在一年當中變更我們的網絡。如果您的提供者退出計劃，您將擁有某些權利和保障。有關更多資訊，請參見會員手冊的第 3 章。

D. 明年的福利和費用變化

D1. 醫療服務福利和費用的變化

我們將更改明年對某些醫療服務的承保以及您為這些承保醫療服務支付的費用。下表將介紹這些變化。

	2020 (今年)	2021 (明年)
年度體檢	年度常規體檢不予承保。	每次就診，您需支付 \$0 的共付額（每 12 個月限 1 次承保）。
送餐到家服務	送餐到家服務不予承保。	對於從住院機構或專業護理機構返家的人士，需為每次獲承保的送餐到家服務支付 \$0 的共付額。我們承保以下服務： • 每次出院後可獲提供 22 份正餐和 10 份點心 • 每年最多承保兩次。 • 如有需要，正餐和小吃最多將被分為三次單獨派送

D2. 處方藥承保變更

藥物清單變更

承保藥物清單亦稱為「藥物清單」。

在我們的網站 (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) 上可找到更新的「承保藥物清單」。您還可以致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），辦公時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點，以瞭解最新的藥物資訊，或要求我們為您郵寄一份「承保藥物清單」。

我們變更了藥物清單，包括變更了我們承保的藥物以及適用於某些藥物承保的限制條件。

請審核藥物清單以確定您的藥物在明年是否得到承保，同時查看是否有任何限制條件。

如果您因藥物承保範圍變化受到影響，我們鼓勵您：

- 諮詢您的醫生（或其他處方醫生）以找到我們承保的另一種藥物。
 - 您可致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），辦公時間為每週七天，上午8點至晚上8點。或者，您可以聯絡您的護理指導員索要一份可治療相同疾病的承保藥物清單。
 - 此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。
- 與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理以承保該藥物。
 - 您可在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您的處方醫師的支持聲明）後的72小時內作出答覆。
 - 如需瞭解如何提出例外處理申請，請參閱2021年會員手冊第9章，或者致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午8點至晚上8點，每週七天。此為免付費電話。
 - 若您在請求例外處理時需要幫助，可聯絡客戶服務部或您的護理指導員。請參見會員手冊第2章和第3章，瞭解如何聯絡您的護理指導員。

處方藥費用的變化

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 承保的 Medicare D 部份處方藥有兩個付款階段。您支付的金額，視您按處方配藥或補充藥物時所處的階段而定。這兩個階段分別是：

第 1 階段 初始承保階段	第 2 階段 重大傷病承保階段
在此階段期間，計劃將為您支付部份藥物費用，您也將支付您應承擔的費用。您承擔的部份稱為共付額。 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。	在此階段期間，計劃將為您支付全部藥物費用，直至2021年12月31日。 當您已支付一定數額的自付費用後，此階段開始。

當您的處方藥自付費用總額達到 \$6,550 時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參見會員手冊第6章詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

D3. 第 1 階段：「初始承保階段」

在初始承保階段期間，計劃將為您的承保處方藥支付應承擔的部份，而您也將支付您應承擔的部份。您承擔的部份稱為共付額。共付額視藥物所屬的分攤費用等級及您配取的地點而定。每次配取處方藥時，您要支付共付額。如果承保藥物的費用低於共付額，您將支付該筆較低的金額。



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午8點至晚上8點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

我們將藥物清單上的一些藥物移到了更低或更高的藥物等級。如果您的藥物等級有所變化，這可能會影響您的共付額。若想瞭解您的藥物是否被劃分到其他等級，請查閱藥物清單。

下表顯示了您須為 4 個藥物等級的藥物支付的費用。這些金額僅在您處於初始承保階段時適用。

	2020 (今年)	2021 (明年)
第 1 級藥物 (首選普通藥) 在網絡內藥房配取一個月份量的第 1 級藥物的費用	一個月 (30 天) 份量的共付額是每張處方 \$0。	一個月 (30 天) 份量的共付額是每張處方 \$0。
第 2 級藥物 (普通藥) 在網絡內藥房配取一個月份量的第 2 級藥物的費用	一個月 (30 天) 份量的共付額為每張處方 \$0、\$1.30 或 \$3.60。	一個月 (30 天) 份量的共付額為每張處方 \$0、\$1.30 或 \$3.70。
第 3 級藥物 (品牌藥) 在網絡內藥房配取一個月份量的第 3 級藥物的費用	一個月 (30 天) 份量的共付額為每張處方 \$0、\$3.90 或 \$8.95。	一個月 (30 天) 份量的共付額為每張處方 \$0、\$4.00 或 \$9.20。
第 4 級藥物 (非 Medicare 處方藥 / 非處方藥 (OTC)) 在網絡內藥房配取一個月份量的第 4 級藥物的費用	一個月 (30 天) 份量的共付額是每張處方 \$0。	一個月 (30 天) 份量的共付額是每張處方 \$0。

當您的自付費用總額達到 \$6,550 時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參見會員手冊第 6 章詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

D4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」

當您達到處方藥的自付費用上限 \$6,550 時，重大傷病承保階段開始。您將停留在重大傷病承保階段，直至當年結束。



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

E. 管理變更

說明	2020 (今年)	2021 (明年)
糖尿病用品 – 試紙和刺血針數量限制發生變化	您每月可以憑處方獲得 100 份試紙和刺血針 (適用於胰島素依賴型和非胰島素依賴型會員)。	胰島素依賴型會員：您每月可以憑處方獲得 100 份試紙和刺血針。 非胰島素依賴型會員：您每 3 個月可以憑處方獲得 100 份試紙和刺血針。
提交處方藥索賠	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
會員服務名稱	會員服務部	客戶服務
第 1 級：首選普通藥：零售 — 網絡內藥房與網絡內郵購服務藥房供應	您可以在網絡內零售分攤費用藥房或者透過網絡內郵購服務藥房獲取多達 90 天份量的第 1 級承保藥物。	您可以在網絡內零售分攤費用藥房或者透過網絡內郵購服務藥房獲取多達 100 天份量的第 1 級承保藥物。

F. 如何選擇計劃

F1. 如何繼續留在我們的計劃

我們希望您明年繼續保留會員身份。

您不需要採取任何行動即可繼續留在現有的保健計劃。如果您沒有註冊其他 Cal MediConnect 計劃，更改為 Medicare Advantage 計劃或更改為 Original Medicare，我們計劃將自動保留您 2021 年的會員資格。

? 如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825 (聽障專線：711)，服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

F2. 如何更改計劃

您可以透過參保其他 Medicare Advantage 計劃、參保其他 Cal MediConnect 計劃或轉至 Original Medicare，在一年中的任何時候終止您的會員資格。

您將如何獲得 Medicare 服務

您將有三個獲得 Medicare 服務的選項。透過選擇其中一種選項，您將自動終止我們的 Cal MediConnect 計劃的會員資格：

1. 您可更換成：

Medicare 的保健計劃，例如 Medicare Advantage 計劃，或者 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) 計劃（若您符合資格要求且居住在服務區內）

程序如下：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週七天，每天二十四小時。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

如需諮詢 PACE 相關事宜，請致電 1-855-921-PACE (7223)。

如需幫助或更多資訊：

- 致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

您的新計劃保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

2. 您可更換成：

附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

程序如下：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週七天，每天二十四小時。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

如需幫助或更多資訊：

- 致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

您的 Original Medicare 保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

3. 您可更換成：

不附帶單獨 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare

註：如果您轉至 Original Medicare 但未加入單獨的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會將您加入一項藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。

您僅應在已從僱主或工會等其他來源獲得藥物保險的情況下放棄處方藥保險。若您對是否需要藥物保險存有疑問，請致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。若要瞭解更多資訊或查找您所在區域的當地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

程序如下：

致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 聯絡 Medicare，服務時間為每週七天，每天二十四小時。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

如需幫助或更多資訊：

- 致電 California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 5 點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

您的 Original Medicare 保險開始時，您將自動退出 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

您將如何獲得 Medi-Cal 服務

退出我們的 Cal MediConnect 計劃後，您將繼續透過 Blue Shield of California Promise Health Plan 獲取 Medi-Cal 服務，除非您就 Medi-Cal 服務選擇其他計劃。您的 Medi-Cal 服務包括大多數長期服務及支援以及行為健康護理。

當您要求終止您的 Cal MediConnect 計劃會員資格時，您需要告知 Health Care Options 您想加入哪一個 Medi-Cal 管理式醫療保健計劃。您可以致電 Health Care Options，電話：1-844-580-7272，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。

G. 如何獲取幫助

G1. 從 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 獲取幫助

有疑問？我們可隨時提供幫助。請致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711）。提供電話服務的時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。撥打這些電話是免費的。

閱讀您的 2021 年會員手冊

2021 年會員手冊是對您的計劃福利合法詳細的說明，其中包含關於明年的福利與費用的詳情。它解釋了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。

2021 年會員手冊將在 10 月 15 日之前提供。您可以隨時前往我們的網站

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect，查看最新的 2021 年會員手冊。您也可以致電客戶服務部（電話：1-855-905-3825），要求我們為您郵寄一份 2021 年會員手冊。

我們的網站

您還可以瀏覽我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect 在此提醒您，我們的網站提供關於我們醫療服務提供者和藥房網絡的最新資訊（「醫療服務提供者與藥房目錄」）以及我們的藥物清單（承保藥物清單）。

G2. 從州參保經紀人處獲取幫助

Health Care Options 的州參保經紀人可幫助您註冊 Cal MediConnect 保健計劃。他們還能幫助您從 Cal MediConnect 計劃退保。您可以致電 Health Care Options，電話：1-844-580-7272，服務時間為週一至週五，上午 8 點至下午 6 點。聽障人士可致電 1-800-430-7077。

G3. 從 Cal MediConnect Ombuds Program 獲取幫助

如果您有關於 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的疑問，Cal MediConnect Ombuds Program 可為您提供幫助。監察官服務是免費的。Cal MediConnect Ombuds Program：

- 作為代表您的倡權者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。
- 確保您擁有與您的權利和保障相關的資訊，並瞭解如何解決問題。
- 與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。Cal MediConnect Ombuds Program 的電話號碼為 1-855-501-3077。

 如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

G4. 從健康保險諮詢和宣傳計劃處獲取幫助

您還可致電州健康保險援助計劃 (SHIP)。在加州，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)。HICAP 顧問可以幫助您瞭解您的 Cal MediConnect 計劃選項並回答有關轉換計劃的問題。HICAP 與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。HICAP 在每個縣均設有訓練有素的顧問，並免費提供服務。HICAP 的電話號碼為 1-800-434-0222。如需更多資訊或尋找所在地區的本地 HICAP 辦事處，請瀏覽 www.aging.ca.gov/HICAP/。

G5. 從 Medicare 獲得幫助

如需直接從 Medicare 獲取資訊，您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)（全天候服務）。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

Medicare 網站

您可瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。若您選擇退出 Cal MediConnect 計劃並參保一項 Medicare Advantage 計劃，Medicare 網站上載有關於費用、承保範圍和品質評級的資訊，可以幫助您比較各項 Medicare Advantage 計劃。

您可使用 Medicare 網站上的 Medicare Plan Finder 獲取有關您所在區域提供的 Medicare Advantage 計劃之資訊。（要查看有關計劃的資訊，請瀏覽 www.medicare.gov，然後按一下「Find plans」（查找計劃）。）

2021 年 Medicare 與您

您可以查看「2021 年 Medicare 與您」手冊。每年秋天，Medicare 都會將此手冊郵寄給 Medicare 受保人。該手冊總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的常見問題。

如果未收到該手冊，您可以隨時瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 來獲取。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

G6. 從 California Department of Managed Health Care 處獲取幫助

California Department of Managed Health Care 負責監管各種保健服務計劃。若對您的保健計劃有任何不滿，在聯絡本部門之前，請先撥打 1-855-905-3825 聯絡您的保健計劃，並使用您的保健計劃申訴程序。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。

若您需要協助處理與緊急問題相關的申訴，您的保健計劃對您的申訴未能提供令人滿意的解決方案，或申訴超過 30 日仍未解決，您可致電該部門要求協助。



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。

您可能還有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格申請 IMR，IMR 程序將會對保健計劃在以下方面作出的醫療決定進行公正的審查：您打算接受的服務或治療是否具有醫療必需性，實驗性或研究性治療的承保範圍裁決，以及緊急或急症醫療服務的付款爭議。

本部門亦提供免付費電話 (1-888-466-2219)，聽障專線為 (1-877-688-9891)。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 中載有投訴表、IMR 申請表與線上說明。



如有疑問，請致電 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan，電話號碼為 1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午 8 點至晚上 8 點，每週七天。此為免付費電話。如需瞭解更多資訊，請瀏覽 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect。



Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect