

2021

Ежегодное уведомление об изменениях


Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

Округ Los Angeles

План Blue Shield of California Promise Health Plan является независимым лицензиатом Blue Shield Association
ANOC0148-RU-LA-1020

blue 
california

Promise Health Plan

 **Если у вас есть вопросы**, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (план Medicare-Medicaid) предлагается организацией Blue Shield of California Promise Health Plan


Ежегодное уведомление об изменениях — 2021 г.

Введение

Вы являетесь участником плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. В следующем году будут внесены некоторые изменения в льготы, страховое покрытие, правила и стоимость услуг, предоставляемых в рамках плана. В данном *Ежегодном уведомлении об изменениях* рассказывается об этих изменениях и разъясняется, где можно найти дополнительную информацию о них. Основные термины и их определения предлагаются в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника*.

Содержание

A. Правовые уведомления	1	D2. Изменения в страховом покрытии препаратов, отпускаемых по рецепту	7
B. Обзор ваших льгот Medicare и Medi-Cal на следующий год	2	D3. Стадия 1: «Стадия первоначального покрытия».....	9
B1. Дополнительные ресурсы	3	D4. Стадия 2: «Стадия критического покрытия».....	10
B2. Информация о плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	4	E. Административные изменения.....	10
B3. Что вам нужно сделать:.....	5	F. Выбор плана.....	10
C. Изменения в сети поставщиков услуг и аптек	6	F1. Что нужно сделать, чтобы остаться участником нашего плана	10
D. Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году	7	F2. Как сменить страховой план.....	11
D1. Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг	7	G. Как получить помощь.....	13

 Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G1. Как получить помощь представителей плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 13

G2. Как получить помощь организации-посредника по регистрации в планах медицинского страхования, действующей от имени штата..... 13

G3. Как получить помощь в рамках программы Cal MediConnect Ombuds Program 13

G4. Как получить помощь в рамках программы консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program 14

G5. Как получить помощь представителей программы Medicare 14

G6. Как получить помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) 14



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

А. Правовые уведомления

- 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.
- Это не полный перечень покрываемых услуг. Представленная здесь информация является кратким обзором, а не полным описанием услуг и льгот. Дополнительную информацию можно получить у сотрудников плана или найти в *Справочнике участника* плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- План Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает законы штата и федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации, исключения людей или особого к ним отношения по признакам расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, состояния здоровья, генетической информации, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста и наличия инвалидности в силу психического или физического заболевания.


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, в том числе:
 - квалифицированные услуги сурдоперевода;
 - изложенную письменно информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиозаписи, доступные электронные и другие форматы).
- Предоставляет лицам, для которых английский язык не является родным, бесплатные услуги перевода, в том числе:
 - квалифицированные услуги устного перевода;
 - информацию в письменном виде на других языках.

Если вы нуждаетесь в указанных услугах, свяжитесь с координатором по вопросам гражданских прав плана Blue Shield of California Promise Health Plan.

Если вы считаете, что план Blue Shield of California Promise Health Plan не предоставил вам указанные услуги или иным образом допустил дискриминацию по признакам расы, цвета кожи, национальности, этнического происхождения, состояния здоровья, генетической информации, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или наличия инвалидности в силу психического или физического заболевания, 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

 **Если у вас есть вопросы**, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

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

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) в электронном виде 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)

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

В. Обзор ваших льгот Medicare и Medi-Cal на следующий год

Важно именно сейчас внимательно изучить свое страховое покрытие и убедиться, что оно будет удовлетворять вашим потребностям в следующем году. Если нет, у вас может иметься возможность выйти из плана. Для получения дополнительной информации см. раздел G2.

Если вы захотите выйти из плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, ваше участие завершится в последний день месяца, в котором вы подали соответствующий запрос.

В случае выхода из нашего плана ваше участие в программах Medicare и Medicaid не прекратится до тех пор, пока будете соответствовать критериям участия в этих программах.

- Вам будет предоставлена возможность выбрать способ получения льгот Medicare (см. варианты на стр. 10).
- Вы будете получать льготы Medi-Cal в рамках выбранного вами плана управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal (более подробную информацию см. на странице 12).

B1. Дополнительные ресурсы

- **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):** Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 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 (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।



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.


- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំបាប់អ៊ីឌីក។ 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): خبردار: 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)۔

Вы можете получить данное ежегодное уведомление об изменениях бесплатно в других форматах, например напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонок бесплатный.

Вы можете попросить присылать вам все материалы, включая данный документ и его последующие редакции, на другом языке или в ином формате. Чтобы подать соответствующую просьбу, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. В дальнейшем мы будем присылать вам материалы на выбранном языке и в удобном для вас формате. Чтобы уведомить об изменении своих предпочтений, свяжитесь с представителями плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.


B2. Информация о плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- 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.
- Страхование покрытие по плану Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan является достаточным страховым покрытием, также именуемым «минимально необходимым страховым покрытием» (minimum essential coverage). Оно удовлетворяет требованиям Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (Affordable Care Act, ACA) в отношении совместной ответственности. С подробной информацией об этих требованиях можно ознакомиться на сайте Internal Revenue Service (IRS) по адресу www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.
- План Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предлагается организацией Blue Shield of California Promise Health Plan. Местоимения «мы», «нас», «нам» и «наш», используемые в данном *Ежегодном уведомлении об изменениях*, подразумевают план Blue Shield of California Promise Health Plan. Термины «план» и «наш план» означают план Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

 Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

В3. Что вам нужно сделать:

- **Проверьте, не затрагивают ли вас какие-либо изменения в льготах и стоимости услуг.**
 - Вносятся ли планом какие-либо изменения, которые повлияют на получаемые вами услуги?
 - Важно ознакомиться с изменениями, вносимыми в льготы и стоимость услуг, и убедиться в том, что они останутся для вас приемлемыми в следующем году.
 - В разделе D1 можно ознакомиться с информацией об изменениях в льготах и стоимости услуг в рамках нашего плана.
- **Выясните, не затрагивают ли вас какие-либо изменения в страховом покрытии препаратов, отпускаемых по рецепту.**
 - Будет ли покрываться стоимость принимаемых вами препаратов? Не переводятся ли они на другой уровень препаратов? Сможете ли вы продолжать пользоваться услугами тех же аптек?
 - Важно ознакомиться с изменениями, вносимыми в покрытие препаратов, и убедиться, что оно останется для вас приемлемым в следующем году.
 - Сведения об изменениях, вносимых планом в покрытие лекарственных препаратов, приведены в разделе D2.
 - Возможно, что стоимость принимаемых вами препаратов повысилась по сравнению с прошлым годом.
 - » Поговорите со своим врачом о более дешевых альтернативных препаратах, которые вы можете принимать; это может уменьшить ваши ежегодные расходы на лекарства.
 - » Для получения дополнительной информации о стоимости препаратов воспользуйтесь ссылкой www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Нажмите на ссылку "dashboards" в средней части примечания внизу страницы. По этой ссылке вы найдете информацию о том, какие производители повысили цены на свою продукцию, а также иную информацию о годовых колебаниях цен.)
 - » Просим иметь в виду, что льготы, предоставляемые вам в рамках плана, определяют, насколько могут измениться ваши собственные расходы на лекарственные препараты.
- **Проверьте, останутся ли в нашей сети ваши врачи, аптеки и другие поставщики услуг.**
 - Останутся ли врачи, к которым вы регулярно обращаетесь, включая специалистов, в нашей сети? Ваша аптека? Больницы и другие поставщики услуг, которыми вы пользуетесь?
 - Информация о нашем *Справочнике поставщиков услуг и аптек* приведена в разделе C.
- **Оцените свои общие расходы в рамках данного плана.**
 - Какие суммы вам придется платить самостоятельно за услуги и рецептурные препараты, которыми вы регулярно пользуетесь?
 - Как общие расходы по данному плану соотносятся с другими вариантами страхового покрытия?
- **Определите, довольны ли вы нашим планом.**

 Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Если вы решили остаться в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

Если вы хотите остаться в нашем плане в следующем году, то это просто – вам ничего не нужно делать. Если вы не смените план, то ваше участие в нашем плане продолжится автоматически.

Если вы решили сменить план:


Если вы решите, что другое страховое покрытие больше соответствует вашим потребностям, вы можете сменить страховой план (подробнее об этом см. в разделе F2). Если вы зарегистрируетесь в другом плане, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца. Более подробно о вариантах выбора можно узнать в разделе F на странице 11.

С. Изменения в сети поставщиков услуг и аптек

В 2021 г. будут внесены изменения в нашу сеть поставщиков услуг и аптек.

Настоятельно рекомендуем внимательно **ознакомиться с настоящим *Справочником поставщиков услуг и аптек***, чтобы убедиться, что ваши поставщики услуг и аптеки по-прежнему входят в нашу сеть. Обновленный *Справочник поставщиков услуг и аптек* размещен на нашем сайте по адресу www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825, чтобы узнать об изменениях в сети поставщиков или попросить выслать вам *Справочник поставщиков услуг и аптек* по почте.

Важно, чтобы вы понимали, что в течение года мы также можем вносить изменения, затрагивающие нашу сеть поставщиков. Если поставщик, услугами которого вы пользуетесь, выходит из сети нашего плана, у вас есть определенные права и гарантии. Дополнительную информацию вы найдете в главе 3 *Справочника участника*.

 Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году

D1. Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг

В следующем году мы вносим изменения в покрытие некоторых медицинских услуг и их стоимость для вас. Эти изменения отражены в приведенной ниже таблице.

	2020 (текущий год)	2021 (следующий год)
Ежегодный медицинский осмотр	Услуга ежегодного медицинского осмотра не покрывается.	Доплата в размере \$0 за визит (не чаще одного раза в 12 месяцев).
Доставка еды на дом	Доставка еды на дом не покрывается.	При выписке из стационара или учреждения квалифицированного сестринского ухода вы вносите доплату в размере \$0 за каждую доставку еды на дом. В покрытие входят: <ul style="list-style-type: none">• 22 комплекта питания и 10 перекусов при выписке• Периодичность покрытия не может превышать двух раз в год• Питание и перекусы при необходимости доставляются не более чем тремя отдельными партиями

D2. Изменения в страховом покрытии препаратов, отпускаемых по рецепту

Изменения, вносимые в наш Список препаратов

Список покрываемых препаратов также именуется «Списком препаратов».

Обновленный *Список покрываемых препаратов* можно найти на нашем сайте по ссылке www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00 и попросить предоставить вам актуальную информацию или выслать *Список покрываемых препаратов*.

Мы внесли изменения в наш Список препаратов, включая изменения в покрытии и ограничениях, которые применяются к покрытию определенных лекарств.

Ознакомьтесь со *Списком препаратов*, чтобы **убедиться, что ваши препараты будут покрываться в следующем году**, и узнать, не будут ли применяться какие-либо ограничения.

? Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Если вас затронули изменения в страховом покрытии препаратов, мы рекомендуем следующее:


- Вместе со своим врачом (или иным специалистом, имеющим право назначать препараты) подберите другой препарат, который покрывается нашим планом.
 - Вы также можете позвонить в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00 или обратиться к вашему навигатору обслуживания и попросить предоставить вам список препаратов, которые включены в покрытие и применяются для лечения того же заболевания.
 - Этот список поможет вашему врачу найти покрываемый препарат, который может вам подойти.
- Поговорите со своим врачом (или другим специалистом, имеющим право назначать препараты) и попросите представителей плана сделать исключение в отношении страхового покрытия нужного вам препарата.
 - Вы можете запросить исключение до наступления следующего года, и мы ответим вам в течение 72 часов после получения вашего запроса (или письма от вашего врача с обоснованием необходимости данного исключения).
 - Чтобы узнать, что нужно сделать, чтобы подать просьбу о предоставлении исключения из правил, прочтите главу 9 *Справочника участника* за 2021 г. или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.
 - Если вам нужна помощь в подаче запроса об исключении, обратитесь в отдел обслуживания участников или к своему навигатору обслуживания. Чтобы получить более подробную информацию о том, как связаться со своим навигатором обслуживания, см. главы 2 и 3 *Справочника участника*.

Изменения в стоимости рецептурных препаратов

В рамках плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan предусмотрены две стадии покрытия препаратов, отпускаемых по рецепту по части D программы Medicare. Размер вашего платежа зависит от того, на какой стадии вы находитесь при первом и последующих получениях рецептурных препаратов. Эти две стадии описаны ниже.

Стадия 1 Стадия первоначального покрытия	Стадия 2 Стадия критического покрытия
На этой стадии план оплачивает свою часть стоимости ваших медицинских препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Ваша часть называется доплатой (copay). Эта стадия начинается, когда вы впервые в текущем году получаете лекарства по рецепту.	На этой стадии план оплачивает полную стоимость ваших медицинских препаратов вплоть до 31 декабря 2021 г. Эта стадия начинается, когда ваши собственные затраты достигнут определенной суммы.

Стадия первоначального покрытия заканчивается, когда сумма ваших собственных затрат достигает **\$6,550**. С этого момента начнется стадия критического покрытия. С этого времени и до конца года план покрывает все ваши расходы на лекарства. Чтобы получить дополнительную информацию о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты, см. главу 6 *Справочника участника*.

 Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D3. Стадия 1: «Стадия первоначального покрытия»

На стадии первоначального покрытия план оплачивает часть расходов на обеспечение вас покрываемыми рецептурными препаратами, а оставшуюся часть оплачиваете вы. Ваша часть называется доплатой. Сумма доплаты зависит от того, к какому уровню разделения затрат относится препарат и где вы его получаете. Вы должны вносить доплату каждый раз при получении препарата по рецепту. Если покрываемое лекарство стоит меньше суммы доплаты, вы заплатите более низкую цену.

Мы перевели некоторые препараты, входящие в Список препаратов, на более низкий или более высокий уровень (drug tier). Перевод ваших препаратов с одного уровня на другой может повлиять на размер вашей доплаты. Чтобы узнать, были ли необходимые вам лекарства переведены на другой уровень, найдите их в Списке препаратов.

В таблице ниже указаны суммы доплат, которые вы должны вносить при приобретении препаратов каждого из четырех уровней. Данные суммы применяются только на стадии первоначального покрытия.

	2020 (текущий год)	2021 (следующий год)
Препараты уровня 1 <i>(Дженерики, которым отдается предпочтение)</i> Стоимость месячного запаса препаратов уровня 1 при условии их получения в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.
Препараты уровня 2 <i>(Дженерики)</i> Стоимость месячного запаса препаратов уровня 2 при условии их получения в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$1.30 или \$3.60 за рецепт.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$1.30 или \$3.70 за рецепт.
Препараты уровня 3 <i>(Фирменные препараты)</i> Стоимость месячного запаса препаратов уровня 3 при условии их получения в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$3.90 или \$8.95 за рецепт.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$4.00 или \$9.20 за рецепт.
Препараты уровня 4 <i>(Препараты, не покрываемые программой Medicare, или препараты, отпускаемые без рецепта)</i> Стоимость месячного запаса препаратов уровня 4 при условии их получения в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.

Стадия первоначального покрытия заканчивается, когда сумма ваших собственных затрат достигает **\$6.550**. Затем начинается стадия критического покрытия. С этого времени и до конца года план покрывает все ваши расходы на лекарства. Чтобы получить дополнительную информацию о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты, см. главу 6 *Справочника участника*.

? Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D4. Стадия 2: «Стадия критического покрытия»

При достижении лимита наличных затрат на рецептурные препараты в размере **\$6,550** начинается критическая стадия покрытия. Эта стадия будет продолжаться до конца календарного года.

E. Административные изменения

Описание	2020 (текущий год)	2021 (следующий год)
Принадлежности для больных диабетом – изменение количественного ограничения в отношении тест-полосок и ланцетов	Вы можете ежемесячно получать 100 тест-полосок и ланцетов по рецепту врача (данное правило распространяется на участников с инсулинозависимым и инсулинонезависимым сахарным диабетом).	Участники с инсулинозависимым сахарным диабетом: Вы можете ежемесячно получать 100 тест-полосок и ланцетов по рецепту врача. Участники с инсулинонезависимым сахарным диабетом: Вы можете получать 100 тест-полосок и ланцетов по рецепту врача один раз в три месяца.
Название отдела обслуживания участников	Отдел обслуживания участников (Member Services)	Отдел обслуживания участников (Customer Care)
Подача претензий в отношении рецептурных препаратов	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
Уровень 1: Дженирики, которым отдается предпочтение: розничная продажа в сетевых аптеках и сетевых службах доставки лекарственных препаратов по почте	Вы можете получить запас лекарственного препарата первого уровня, рассчитанный на срок до 90 дней приема, в сетевой розничной аптеке, работающей на условиях разделения затрат, или в сетевой службе доставки лекарственных препаратов по почте.	Вы можете получить запас лекарственного препарата первого уровня, рассчитанный на срок до 100 дней приема, в сетевой розничной аптеке, работающей на условиях разделения затрат, или в сетевой службе доставки лекарственных препаратов по почте.

F. Выбор плана

F1. Что нужно сделать, чтобы остаться участником нашего плана

Мы надеемся, что вы останетесь участником нашего плана и в следующем году.

? Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Для продолжения участия в нашем плане вам не нужно ничего делать. Если вы не станете участником другого плана Cal MediConnect и не выберете план Medicare Advantage или Original Medicare, в 2021 году вы автоматически останетесь участником нашего плана.

F2. Как сменить страховой план

Вы можете прекратить участие в плане в любой момент в течение года, зарегистрировавшись в другом плане Medicare Advantage, Cal MediConnect или Original Medicare.

Как вы будете получать услуги Medicare

У вас будет три варианта получения услуг Medicare. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекратите участие в плане Cal MediConnect.

1. Вы можете перейти:

В план медицинского страхования Medicare, например план Medicare Advantage, или, если вы отвечаете соответствующим требованиям и проживаете на территории обслуживания, в программу комплексного обслуживания лиц пожилого возраста Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Для этого:

Свяжитесь с представителями программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

С вопросами о программе PACE обращайтесь по телефону 1-855-921-PACE (7223).

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти по ссылке www.aging.ca.gov/HICAP/.

Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие нового плана.

2. Вы можете перейти:

В программу Original Medicare, включающую отдельный план Medicare по страховому покрытию рецептурных препаратов

Для этого:

Свяжитесь с представителями программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти по ссылке www.aging.ca.gov/HICAP/.

Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие по программе Original Medicare.



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

3. Вы можете перейти:

В программу Original Medicare без отдельного плана Medicare по страховому покрытию рецептурных препаратов

ПРИМЕЧАНИЕ: При переходе в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare, покрывающем стоимость рецептурных препаратов, Medicare может автоматически зарегистрировать вас в плане, покрывающем стоимость рецептурных препаратов, если вы не сообщите Medicare, что не желаете в него вступить.

Выходить из плана обеспечения рецептурными препаратами следует только в том случае, если у вас есть медицинская страховка, покрывающая стоимость лекарств, которую вы получили из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о том, нужно ли вам вступить в план обеспечения рецептурными препаратами, позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (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. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти по ссылке www.aging.ca.gov/HICAP/.

Для этого:

Свяжитесь с представителями программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) в любое время суток и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вам нужна помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в программу консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) штата Калифорния по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти по ссылке www.aging.ca.gov/HICAP/.

Ваша регистрация в плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan будет автоматически прекращена, когда начнет действовать покрытие по программе Original Medicare.

Как вы будете получать услуги Medi-Cal

В случае выхода из нашего плана Cal MediConnect вы продолжите получать услуги Medi-Cal в рамках плана Blue Shield of California Promise Health Plan, если только не выберете другой план для получения услуг Medi-Cal. Услуги Medi-Cal включают большинство услуг долгосрочного ухода и поддержки, а также услуги по охране поведенческого здоровья.

Если вы просите о выходе из плана Cal MediConnect, вы должны будете сообщить Health Care Options, в какой план управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal вы хотите перейти. Обращайтесь 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 номеру 1-800-430-7077.

? Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G. Как получить помощь

G1. Как получить помощь представителей плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

У вас есть вопросы? Мы всегда готовы помочь. Позвоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 (TTY 711). Звонки принимаются с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонки на эти номера бесплатны.

Ознакомьтесь со *Справочником участника 2021*

Справочник участника 2021 является официальным подробным описанием льгот, предоставляемых в рамках плана. В нем содержится подробная информация о льготах и стоимости услуг на следующий год. В Справочнике также описаны ваши права и правила получения услуг и препаратов, отпускаемых по рецептам.

Справочник участника 2021 будет доступен с 15 октября. С последней редакцией *Справочника участника 2021* всегда можно ознакомиться по ссылке www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 и попросить прислать вам копию *Справочника участника 2021*.

Наш сайт

Посетите наш сайт www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Напоминаем, что на сайте вы можете найти самую актуальную информацию о нашей сети поставщиков услуг и аптек (*Справочник поставщиков услуг и аптек*) и последнюю редакцию *Списка покрываемых препаратов*.

G2. Как получить помощь организации-посредника по регистрации в планах медицинского страхования, действующей от имени штата

Действующая в штате регистрационная организация-посредник под названием Health Care Options оказывает помощь в регистрации в планах медицинского страхования Cal MediConnect. Ее сотрудники также могут помочь вам выйти из плана Cal MediConnect. Вы можете позвонить в Health Care Options по номеру 1844-580-7272 с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-430-7077.

G3. Как получить помощь в рамках программы Cal MediConnect Ombuds

Программа по защите прав Cal MediConnect Ombuds Program поможет вам случае, если у вас возникнут проблемы с планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Услуги омбудсмена бесплатны. Сотрудники программы омбудсмена Cal MediConnect Ombuds Program:

- Могут представлять вас и защищать ваши интересы. Могут ответить на ваши вопросы, если у вас возникла проблема или есть жалоба, а также разъяснить, что вам следует сделать;
- Могут предоставить вам информацию о ваших правах и доступных вам средствах правовой защиты, чтобы вы могли разрешить проблему;
- Не связаны с нами, со страховыми компаниями и другими планами медицинского страхования. Номер телефона программы Cal MediConnect Ombuds Program: 1-855-501-3077.



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G4. Как получить помощь в рамках программы консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Также вы можете позвонить в State Health Insurance Assistance Program (SHIP). В штате Калифорния SHIP называется «программой консультирования и защиты прав по вопросам медицинского страхования» (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты HICAP помогут вам разобраться в вариантах выбора планов Cal MediConnect и ответят на вопросы относительно смены плана. Программа HICAP не связана с нами, со страховыми компаниями и другими планами медицинского страхования. Программа HICAP располагает подготовленными консультантами во всех округах, а ее услуги бесплатны. Телефон программы HICAP: 1-800-434-0222. Дополнительную информацию и адрес местного отделения HICAP можно найти по ссылке www.aging.ca.gov/HICAP/.

G5. Получение помощи от Medicare

Чтобы получить информацию непосредственно от представителей Medicare, вы можете в любое время суток и в любой день недели позвонить по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Сайт программы Medicare

Вы можете посетить сайт Medicare (www.medicare.gov). Если вы решите выйти из плана Cal MediConnect и зарегистрироваться в плане Medicare Advantage, то на сайте Medicare вы сможете найти информацию о стоимости, страховом покрытии и качестве обслуживания в рамках различных планов Medicare Advantage, которая поможет вам сделать свой выбор.

Вы также можете найти информацию о планах Medicare Advantage, доступных в вашем регионе, воспользовавшись программой поиска плана Medicare на веб-сайте Medicare. (Для ознакомления с информацией о планах зайдите на сайт www.medicare.gov и выберите «Find plans»).

Буклет Medicare & You 2021 («Medicare и вы»)

Вы можете ознакомиться с буклетом Medicare & You 2021 («Medicare и вы»). Этот буклет каждой осенью рассылается участникам программы Medicare. В нем содержится краткое описание льгот Medicare, прав и гарантий участников, а также ответы на часто задаваемые вопросы о Medicare.

Если у вас нет печатного экземпляра этого буклета, вы можете ознакомиться с его электронной версией на сайте Medicare (www.medicare.gov) или заказать экземпляр по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), доступному круглосуточно, без выходных. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

G6. Как получить помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care)

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) осуществляет контроль за планами медицинского страхования. Если у вас имеются претензии к плану медицинского страхования, то сначала вы должны связаться с его представителями по номеру 1-855-905-3825 и подать жалобу руководству плана, и только после этого вы можете обратиться в Департамент. **В случае подачи претензии вы сохраняете за собой все законные права и средства судебной защиты, которые могут быть вам доступны.**



Если у вас есть вопросы, обращайтесь к представителям плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan по номеру 1-855-905-3825 (ТТУ: 711) в любой день недели с 08:00 до 20:00. Звонок бесплатный. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Если вам нужна помощь с подачей претензии касательно проблемы, требующей срочного разрешения, а также если ваша жалоба не была разрешена сотрудниками плана надлежащим образом или остается неразрешенной в течение более 30 дней, вы можете позвонить в Департамент.

Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы, то данный процесс обеспечит беспристрастную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской необходимости предложенной услуги или лечения, решений об оплате планом видов лечения, являющихся по сути экспериментальными или исследовательскими, и споров об оплате неотложной медицинской помощи или срочных медицинских услуг.

Связаться с Департаментом можно по бесплатному телефону (1-888-466-2219) и по линии ТТУ для лиц, страдающих нарушениями слуха или речи (1-877-688-9891). На веб-сайте Департамента по адресу www.dhhs.ca.gov размещены бланки для подачи жалоб и запросов на проведение независимой медицинской экспертизы, а также соответствующие инструкции.



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect