

2021

Thông báo Hàng năm về các Thay đổi

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

Quận San Diego

Blue Shield of California Promise Health Plan là một tổ chức được cấp phép độc lập của Blue Shield Association
ANOC0148-VI-SD-1020

blue 
california

Promise Health Plan



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) được cung cấp bởi Blue Shield of California Promise Health Plan

Thông báo Hàng năm về các Thay đổi cho năm 2021

Giới thiệu

Quý vị hiện đã được ghi danh làm hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Năm tới, sẽ có một số các thay đổi về quyền lợi, bảo hiểm, quy định, và chi phí của chương trình. *Thông báo Hàng năm về các Thay đổi* này cho quý vị biết về các thay đổi và nơi tìm thêm thông tin về chúng. Các thuật ngữ chính và định nghĩa theo thứ tự bảng chữ cái ở chương cuối của *Sổ tay Hội viên*.

Mục lục

A. Tuyên bố miễn trách nhiệm.....	1	D2. Thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa.....	7
B. Xem xét Bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho Năm tới	2	D3. Giai đoạn 1: “Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu”	8
B1. Những nguồn trợ giúp khác	3	D4. Giai đoạn 2: “Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương”	9
B2. Thông tin về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	4	E. Thay đổi hành chính.....	10
B3. Những điều quan trọng phải làm:.....	5	F. Cách chọn một chương trình.....	10
C. Các thay đổi về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới	6	F1. Cách ở lại trong chương trình của chúng tôi	10
D. Các thay đổi về quyền lợi và chi phí cho năm tới..	7	F2. Cách thay đổi chương trình.....	10
D1. Các thay đổi về quyền lợi và chi phí cho các dịch vụ y tế	7	G. Cách thức được hỗ trợ	13
D2. Thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa.....	7	G1. Nhận trợ giúp từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	13
D3. Giai đoạn 1: “Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu”	8		
D4. Giai đoạn 2: “Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương”	9		
E. Thay đổi hành chính.....	10		
F. Cách chọn một chương trình.....	10		
F1. Cách ở lại trong chương trình của chúng tôi	10		
F2. Cách thay đổi chương trình.....	10		
G. Cách thức được hỗ trợ	13		
G1. Nhận trợ giúp từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	13		



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G2. Xin nhân viên môi giới ghi danh của tiểu bang trợ giúp 13

G3. Xin Chương trình Thanh tra Cal MediConnect trợ giúp 13

G4. Xin Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế trợ giúp 14

G5. Nhận giúp đỡ từ Medicare 14

G6. Xin Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California trợ giúp 14



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

A. Tuyên bố miễn trách nhiệm

- Blue Shield of California Promise Health Plan là chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh.
- Đây không phải là một danh sách đầy đủ. Thông tin về quyền lợi này chỉ là bản tóm lược ngắn gọn, không phải là bản mô tả đầy đủ. Để biết thêm thông tin, liên lạc chương trình hoặc đọc *Sổ tay Hội viên* Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- Blue Shield of California Promise Health Plan tuân thủ luật pháp về quyền công dân của liên bang và luật pháp tiểu bang hiện hành không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử với mọi người khác nhau dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng giới tính, nhận dạng giới tính, độ tuổi, khuyết tật về tinh thần hay khuyết tật về thể chất.

Blue Shield of California Promise Health Plan cung cấp:

- Các dịch vụ và hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp hiệu quả với chúng tôi, chẳng hạn:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ tín hiệu đủ trình độ
 - Thông tin bằng văn bản bằng các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải Tiếng Anh, như:
 - Thông dịch viên có trình độ
 - Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, liên lạc với Điều phối viên Dân quyền của Blue Shield of California Promise Health Plan.

Nếu quý vị cho rằng Blue Shield of California Promise Health Plan đã không cung cấp được những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác đi dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng dân tộc, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng giới tính, nhận dạng giới tính, độ tuổi, khuyết tật về tinh thần hay khuyết tật về thể chất, quý vị có thể nộp đơn than phiền đến:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Điện thoại: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Email: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tiếp hoặc qua thư, fax hoặc email. Nếu quý vị cần giúp đỡ gửi than phiền, Điều phối viên Dân quyền luôn sẵn sàng hỗ trợ quý vị.

Quý vị có thể gửi khiếu nại về quyền công dân đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn phòng Quyền Công dân (Office for Civil Rights), theo hình thức điện tử thông qua Cổng Thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Quyền Công dân tại địa chỉ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> hoặc gửi qua bưu điện hoặc gọi điện theo số:

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)

Mẫu đơn khiếu nại được cấp trên <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

B. Xem xét Bảo hiểm Medicare và Medi-Cal của quý vị cho Năm tới

Điều quan trọng là phải xem xét lại bảo hiểm của quý vị ngay từ bây giờ để bảo đảm nó vẫn đáp ứng được nhu cầu của quý vị trong năm tới. Nếu nó không đáp ứng các nhu cầu của quý vị, quý vị có thể rời khỏi chương trình. Xem phần G2 để tìm hiểu thêm.

Nếu quý vị muốn ra khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, tư cách hội viên của quý vị sẽ kết thúc vào ngày cuối cùng của tháng mà quý vị nộp đơn xin ra.

Nếu quý vị rời khỏi chương trình chúng tôi, quý vị sẽ vẫn còn nằm trong các chương trình Medicare và Medi-Cal cho đến ngày nào quý vị hết còn đủ tiêu chuẩn.

- Quý vị sẽ được quyền chọn cách thức nhận quyền lợi Medicare của quý vị (xem trang 10 để xem các lựa chọn của quý vị).
- Quý vị sẽ nhận các quyền lợi Medi-Cal của quý vị qua một chương trình do Medi-Cal quản lý mà quý vị chọn (đến trang 12 để tìm hiểu thêm).



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B1. Những nguồn trợ giúp khác

- **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।



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm,** truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំបុត្រអ៊ីកា។ 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 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:711)۔

Quý vị có thể nhận được Thông báo hàng năm về các thay đổi này miễn phí bằng nhiều hình thức khác, như bản in chữ cỡ lớn, chữ nổi, hoặc băng ghi âm. Gọi 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.

Hiện nay và sau này, lúc nào quý vị cũng có thể yêu cầu được cung cấp tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ở dạng khác. Để yêu cầu cung cấp, vui lòng liên lạc Bộ phận Chăm sóc Khách hàng của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Ngôn ngữ và định dạng yêu tiên của quý vị sẽ được duy trì trong hồ sơ để liên lạc sau này. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về ưu tiên của quý vị, vui lòng liên lạc Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

B2. Thông tin về Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan là chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal nhằm cung cấp quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh.
- Bảo hiểm theo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan là bảo hiểm sức khỏe đủ điều kiện được gọi là “mức bảo hiểm cần thiết tối thiểu”. Bảo hiểm này thỏa mãn yêu cầu về chia sẻ trách nhiệm của cá nhân theo Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Truy cập trang web Dịch vụ Thu thuế Nội bộ (Internal Revenue Service, IRS) tại www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families để biết thêm thông tin về yêu cầu trách nhiệm chia sẻ cá nhân.
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan được cung cấp bởi Blue Shield of California Promise Health Plan. Trong *Thông báo Hàng năm về các Thay đổi này* từ “chúng tôi” hoặc “của chúng tôi” dùng để nói về Blue Shield of California Promise Health Plan. Từ “chương trình” hoặc “chương trình chúng tôi” nói về chương trình Blue Shield of California Promise Health Plan.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

B3. Việc quan trọng cần làm:

- **Kiểm tra xem có thay đổi nào về quyền lợi và chi phí có thể ảnh hưởng đến quý vị hay không.**
 - Có thay đổi nào ảnh hưởng đến các dịch vụ quý vị dùng hay không?
 - Điều quan trọng là phải kiểm tra các thay đổi về quyền lợi và chi phí để bảo đảm chúng sẽ đáp ứng được nhu cầu của quý vị trong năm tới.
 - Xem mục D1 để tìm hiểu các thay đổi về quyền lợi và chi phí với chương trình của chúng tôi.
- **Kiểm tra xem có thay đổi nào về mức bảo hiểm thuốc theo toa có thể ảnh hưởng đến quý vị hay không.**
 - Thuốc của quý vị sẽ có được bảo hiểm hay không? Chúng có được chuyển sang bậc chia sẻ chi phí khác hay không? Quý vị có tiếp tục được sử dụng nhà thuốc cũ hay không?
 - Điều quan trọng là phải kiểm tra các thay đổi để bảo đảm việc bảo hiểm thuốc của chúng tôi sẽ đáp ứng được nhu cầu của quý vị trong năm tới.
 - Xem mục D2 để biết các thay đổi về bảo hiểm thuốc của chúng tôi.
 - Chi phí thuốc của quý vị có thể đã tăng kể từ năm ngoái.
 - » Nói chuyện với bác sĩ của quý vị về các phương án chi phí thấp hơn có thể có cho quý vị, điều này có thể tiết kiệm chi phí tự chi trả hàng năm của quý vị trong năm.
 - » Để nhận thông tin bổ sung về giá thuốc truy cập www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Nhấp vào liên kết “bảng điều khiển” ở giữa Ghi chú hướng đến cuối trang. Bảng điều khiển này nhấn mạnh các nhà sản xuất đã tăng giá và đồng thời cho biết thông tin giá thuốc khác theo năm.)
 - » Lưu ý là các quyền lợi của chương trình sẽ xác định chính xác chi phí thuốc của riêng của quý vị có thể thay đổi như thế nào.
- **Kiểm tra xem nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc của quý vị có sẽ nằm trong mạng lưới của chúng tôi trong năm tới hay không.**
 - Bác sĩ, bao gồm bác sĩ chuyên khoa của quý vị thăm khám thường xuyên, có trong mạng lưới của chúng tôi hay không? Nhà thuốc của quý vị thì sao? Bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ khác mà quý vị đang dùng thì sao?
 - Xem mục C để được biết về *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chúng tôi*.
- **Suy xét về các tổng chi phí của quý vị trong chương trình.**
 - Quý vị sẽ phải tự chi trả bao nhiêu cho các dịch vụ và thuốc theo toa mà quý vị thường xuyên sử dụng?
 - So với những lựa chọn bảo hiểm khác thì các tổng chi phí đó như thế nào?
- **Nghĩ xem quý vị có hài lòng với chương trình của chúng tôi hay không.**



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Nếu quý vị quyết định ở lại với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

Nếu quý vị muốn ở lại với chúng tôi trong năm tới, rất đơn giản – quý vị không phải làm gì cả. Nếu không thực hiện thay đổi gì, quý vị sẽ tự động được tiếp tục ghi danh trong chương trình của chúng tôi.

Nếu quý vị quyết định đổi chương trình:

Nếu quý vị cho rằng bảo hiểm khác sẽ đáp ứng tốt hơn cho nhu cầu của quý vị, quý vị có thể đổi chương trình (xem Mục F2 để biết thêm thông tin). Nếu quý vị ghi danh vào một chương trình mới, bảo hiểm mới của quý vị sẽ bắt đầu vào ngày thứ nhất của tháng sau đó. Xem Mục F, trang 11 để tìm hiểu thêm về các lựa chọn của quý vị.

C. Các thay đổi về nhà cung cấp và nhà thuốc trong mạng lưới

Mạng lưới nhà cung cấp và nhà thuốc của chúng tôi đã được thay đổi cho năm 2021.

Chúng tôi rất muốn quý vị **kiểm tra lại *Danh mục Nhà Cung cấp Dịch vụ và Nhà thuốc*** hiện nay của chúng tôi để xem các nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc của quý vị có còn ở trong mạng của chúng tôi hay không. Quý vị có thể xem *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* mới nhất trên trang mạng của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng tại số 1-855-905-3825 để nhận thông tin cập nhật về nhà cung cấp hoặc đề nghị chúng tôi gửi *Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc* cho quý vị qua đường bưu điện.

Điều quan trọng mà quý vị cần phải biết là chúng tôi cũng có thể thực hiện các thay đổi cho mạng lưới của chúng tôi trong suốt năm. Nếu nhà cung cấp của quý vị ra khỏi chương trình, quý vị có các quyền và biện pháp bảo vệ nhất định. Để tìm hiểu thêm, xem Chương 3 của *Sổ tay Hội viên*.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Các thay đổi về quyền lợi và chi phí cho năm tới

D1. Các thay đổi về quyền lợi và chi phí cho các dịch vụ y tế

Chúng tôi sẽ thay đổi bảo hiểm của chúng tôi cho một số dịch vụ y tế và quý vị sẽ phải trả tiền như thế nào đối với những dịch vụ y tế được bảo hiểm này trong năm tới. Bảng sau đây cho biết về các thay đổi này.

	2020 (năm nay)	2021 (năm tới)
Khám sức khỏe tổng quát hàng năm	Khám sức khỏe tổng quát hàng năm không được bảo hiểm.	Quý vị trả \$0 tiền đồng trả cho mỗi lần thăm khám (bảo hiểm giới hạn tối đa 1 lần khám 12 tháng một lần).
Bữa ăn tối tận nhà	Bữa ăn tối tận nhà không được bao trả	Đối với các cá nhân khi xuất viện từ bệnh viện nội trú hoặc cơ sở điều dưỡng chuyên môn, quý vị phải trả \$0 tiền đồng trả cho mỗi bữa ăn tại nhà được bao trả. Chúng tôi bảo hiểm: <ul style="list-style-type: none"> • 22 bữa ăn và 10 đồ ăn nhẹ mỗi lần xuất viện • Bảo hiểm được giới hạn ở tần suất hai lần mỗi năm • Các bữa ăn và đồ ăn nhẹ sẽ được chia thành tối đa ba lần giao hàng riêng biệt khi cần thiết

D2. Thay đổi về bảo hiểm thuốc theo toa

Thay đổi về Danh sách Thuốc của chúng tôi

Quý vị có thể xem *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* mới nhất trên trang mạng của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 TTY: 711, 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần để nhận thông tin thuốc cập nhật hoặc đề nghị chúng tôi gửi cho quý vị qua đường bưu điện *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*. *Danh sách Thuốc được Bảo hiểm* cũng được gọi là “Danh sách Thuốc.”

Chúng tôi đã thực hiện các thay đổi cho Danh sách Thuốc của chúng tôi, bao gồm những thay đổi cho các thuốc được chúng tôi bảo hiểm và thay đổi cho những hạn chế được áp dụng cho việc bảo hiểm của chúng tôi cho những thuốc nhất định.

Xem xét lại Danh mục Thuốc để **đảm bảo thuốc của quý vị sẽ được bảo hiểm vào năm tới** và xem có hạn chế nào sẽ được áp dụng không.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Nếu quý vị bị ảnh hưởng bởi một thay đổi về bảo hiểm thuốc, chúng tôi khuyên quý vị nên:

- Nói chuyện với bác sĩ của quý vị (hay người cho toa khác) để tìm một loại thuốc khác được chúng tôi bảo hiểm.
 - Quý vị có thể gọi Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 TTY: 711, 8:00 sáng – 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần hoặc liên lạc với điều phối viên chăm sóc của quý vị để xin danh sách thuốc được bảo hiểm cho cùng loại bệnh đó.
 - Danh sách này có thể giúp nhà cung cấp của quý vị tìm loại thuốc được bảo hiểm công hiệu cho quý vị.
- Làm việc với bác sĩ của quý vị (hay người cho toa khác) và yêu cầu chương trình cho hưởng ngoại lệ để bảo hiểm cho thuốc đó.
 - Quý vị có thể yêu cầu được cho trường hợp ngoại lệ trước khi qua sang năm và chúng tôi sẽ cho quý vị biết quyết định của chúng tôi trong vòng 72 giờ sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị (hoặc nhận được thư xác nhận của người cho toa cho quý vị).
 - Để tìm hiểu cách yêu cầu được cấp trường hợp ngoại lệ, vui lòng xem Chương 9 trong *Sổ tay Hội viên 2021* hoặc gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng tại số 1-855-905-3825 TTY: 711, 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí.
 - Nếu cần trợ giúp trong việc xin được hưởng trường hợp ngoại lệ, quý vị có thể liên lạc với Bộ phận Chăm sóc Khách hàng hay điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị. Xem Chương 2 và Chương 3 *Sổ tay Hội viên* để tìm hiểu thêm về cách liên lạc với điều phối viên chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Thay đổi về chi phí thuốc theo toa

Có hai giai đoạn thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare Phần D của quý vị trong chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Số tiền quý vị phải trả sẽ tùy thuộc vào giai đoạn mà quý vị đã đạt đến khi quý vị mua hoặc mua tiếp thuốc theo toa. Sau đây là hai giai đoạn đó:

Giai đoạn 1 Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu	Giai đoạn 2 Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương
<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả một phần chi phí thuốc của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chia sẻ mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng trả.</p> <p>Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi quý vị mua thuốc theo toa lần đầu tiên trong năm.</p>	<p>Trong giai đoạn này, chương trình sẽ trả tất cả chi phí thuốc của quý vị cho đến ngày 31 tháng 12 năm 2021.</p> <p>Quý vị bắt đầu giai đoạn này khi chi phí tự chi trả của quý vị đã đạt đến một mức độ nào đó.</p>

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu của quý vị kết thúc khi tổng chi phí tự trả tiền thuốc theo toa của quý vị đạt mức **\$6,550**. Vào lúc này, Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Chương trình bảo hiểm tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ nay cho đến cuối năm. Xem Chương 6 của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ thanh toán thuốc theo toa là bao nhiêu.

D3. Giai đoạn 1: "Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu"

Trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu, chương trình sẽ trả phần chia sẻ chi phí thuốc theo đơn được bảo hiểm của quý vị, và quý vị trả phần chia sẻ chi phí của quý vị. Phần chia sẻ mà quý vị phải chia sẻ gọi là tiền đồng



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

trả. Tiền đồng trả sẽ tùy thuộc vào bậc chia sẻ chi phí của thuốc và nơi mà quý vị mua thuốc. Quý vị sẽ thanh toán tiền đồng trả vào mỗi lần quý vị mua thuốc theo toa. Nếu chi phí thuốc được bảo hiểm của quý vị nhỏ hơn khoản tiền đồng trả đó, quý vị sẽ trả mức thấp hơn.

Chúng tôi đã chuyển một số thuốc trong Danh sách Thuốc lên bậc cao hơn hoặc xuống bậc thấp hơn. Nếu thuốc của quý vị đã đổi bậc, thì số tiền đồng trả của quý vị có thể sẽ khác đi. Để biết thuốc của quý vị có được chuyển sang bậc khác hay không, xin xem lại trong Danh sách Thuốc.

Bảng sau đây cho biết chi phí thuốc của quý vị trong mỗi bậc trong 4 bậc thuốc. Các khoản chi phí này chỉ được áp dụng trong thời gian quý vị đang ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu.

	2020 (năm nay)	2021 (năm tới)
<p>Thuốc Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)</p> <p>Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của thuốc Bậc 1 mua tại nhà thuốc trong mạng</p>	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0 cho mỗi thuốc theo toa.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0 cho mỗi thuốc theo toa.
<p>Thuốc Bậc 2 (Thuốc gốc)</p> <p>Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của thuốc Bậc 2 mua tại nhà thuốc trong mạng</p>	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0, \$1.30, hoặc \$3.60 cho mỗi thuốc theo toa.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0, \$1.30, hoặc \$3.70 cho mỗi thuốc theo toa.
<p>Thuốc Bậc 3 (Thuốc chính hiệu)</p> <p>Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của thuốc Bậc 3 mua tại nhà thuốc trong mạng</p>	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0, \$3.90, hoặc \$8.95 cho mỗi thuốc theo toa.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0, \$4.00, hoặc \$9.20 cho mỗi thuốc theo toa.
<p>Thuốc Bậc 4 (Thuốc toa ngoài Medicare/Thuốc không cần toa (OTC))</p> <p>Chi phí cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng của thuốc Bậc 4 mua tại nhà thuốc trong mạng</p>	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0 cho mỗi thuốc theo toa.	Tiền đồng trả của quý vị cho lượng cấp một tháng (30 ngày) là \$0 cho mỗi thuốc theo toa.

Giai đoạn Bảo hiểm Ban đầu của quý vị kết thúc khi tổng chi phí tự chi trả của quý vị đạt mức **\$6,550**. Vào lúc này Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Chương trình bảo hiểm tất cả các chi phí thuốc của quý vị từ nay cho đến cuối năm. Xem Chương 6 của *Sổ tay Hội viên* để biết thêm thông tin về số tiền quý vị sẽ thanh toán thuốc theo toa là bao nhiêu.

D4. Giai đoạn 2: "Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương"

Khi quý vị đã đạt đến giới hạn tiền túi bỏ ra là **\$6,550** cho thuốc kê toa của mình, thì Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương sẽ bắt đầu. Quý vị sẽ ở trong Giai đoạn Bảo hiểm Tai ương cho đến khi kết thúc năm theo lịch.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

E. Thay đổi hành chính

Mô tả	2020 (năm nay)	2021 (năm tới)
Vật dụng cho Bệnh tiểu đường – Thay đổi về Giới hạn Số lượng Que thử và Lưới trích	Quý vị có thể nhận được 100 que thử và lưới trích mỗi tháng với đơn thuốc (áp dụng cho cả hội viên phụ thuộc insulin và không phụ thuộc insulin).	Hội viên phụ thuộc insulin: Quý vị có thể nhận được 100 que thử và lưới trích mỗi tháng với đơn thuốc. Hội viên không phụ thuộc insulin: Quý vị có thể nhận được 100 que thử và lưới trích 3 tháng một lần với đơn thuốc.
Tên Dịch vụ Hội viên	Dịch vụ Hội viên	Bộ phận Chăm sóc Khách hàng
Gửi Yêu cầu Rx	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
Bậc 1: Thuốc gốc Ưu tiên: bán lẻ – nhà thuốc trong mạng lưới và vật tư nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua bưu điện trong mạng lưới	Quý vị có thể nhận lượng cấp tối đa 90 ngày thuốc Bậc 1 được bảo hiểm tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí bán lẻ trong mạng lưới hoặc thông qua nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua đường bưu điện trong mạng lưới.	Quý vị có thể nhận lượng cấp tối đa 100 ngày thuốc Bậc 1 được bảo hiểm tại nhà thuốc có chia sẻ chi phí bán lẻ trong mạng lưới hoặc thông qua nhà thuốc cung cấp dịch vụ qua đường bưu điện trong mạng lưới.

F. Cách chọn một chương trình

F1. Cách ở lại trong chương trình của chúng tôi

Chúng tôi hy vọng quý vị sẽ tiếp tục làm hội viên của chúng tôi trong năm tới.

Quý vị không phải làm bất kỳ điều gì để ở lại trong chương trình sức khỏe của quý vị. Nếu quý vị không ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect khác, chuyển sang một chương trình Medicare Advantage, hay chuyển về Original Medicare, quý vị sẽ tự động được tiếp tục ghi danh làm hội viên của chương trình chúng tôi trong năm 2021.

F2. Cách thay đổi chương trình

Quý vị có thể kết thúc tư cách hội viên bất kỳ lúc nào trong năm bằng cách ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage Plan khác, ghi danh vào một chương trình Cal MediConnect plan khác, hoặc chuyển sang chương trình Original Medicare.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Cách thức quý vị sẽ nhận các dịch vụ Medicare

Quý vị sẽ có ba cách chọn để nhận dịch vụ Medicare. Bằng việc chọn một trong ba cách này, quý vị sẽ tự động kết thúc tư cách hội viên của quý vị trong Cal MediConnect Plan của chúng tôi:

1. Quý vị có thể chuyển sang:

Một chương trình sức khỏe Medicare, như chương trình Medicare Advantage hoặc, các Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người Cao niên (Programs of All-inclusive Care for the Elderly - PACE) nếu quý vị đáp ứng các yêu cầu về tiêu chuẩn và sống trong khu vực cung cấp dịch vụ

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Để hỏi thăm về PACE, xin gọi 1-855-921-PACE (7223)

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng 5:00 chiều. [Số điện thoại TTY là tùy chọn.] Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của chương trình mới của quý vị bắt đầu.

2. Quý vị có thể chuyển sang:

Chương trình Original Medicare có chương trình thuốc theo toa Medicare riêng

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. Để tìm hiểu thêm, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

3. Quý vị có thể chuyển sang:

Chương trình Original Medicare không có chương trình thuốc theo toa riêng cho Medicare

LƯU Ý: Nếu quý vị chuyển sang Original Medicare và không ghi danh vào một chương trình thuốc theo toa Medicare riêng, Medicare có thể sẽ ghi danh quý vị vào một chương trình thuốc, trừ khi quý vị nói với Medicare rằng quý vị không muốn tham gia.

Quý vị chỉ nên bỏ bảo hiểm thuốc theo toa nếu quý vị có bảo hiểm thuốc từ một nguồn khác, như chủ lao động hoặc công đoàn. Nếu quý vị thắc mắc không biết mình có cần bảo hiểm thuốc hay không, xin gọi cho Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) theo số 1-800-434-0222, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng 5:00 chiều. Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Sau đây là những việc cần làm:

Gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 tiếng/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thêm thông tin:

- Gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) của California Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 5:00 chiều theo số 1-800-434-0222. Để biết thêm chi tiết hoặc để tìm một văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

Quý vị sẽ được tự động hủy ghi danh khỏi chương trình Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan khi bảo hiểm của Original Medicare của quý vị bắt đầu.

Quý vị sẽ nhận dịch vụ Medi-Cal như thế nào

Nếu quý vị ra khỏi chương trình Cal MediConnect của chúng tôi, quý vị sẽ tiếp tục nhận các dịch vụ Medi-Cal qua Blue Shield of California Promise Health Plan trừ khi quý vị chọn một chương trình khác để nhận các dịch vụ Medi-Cal của quý vị. Các dịch vụ Medi-Cal của quý vị gồm có hầu hết các dịch vụ và hỗ trợ dài hạn và chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Khi quý vị yêu cầu kết thúc tư cách hội viên Cal MediConnect Plan của chúng tôi, quý vị phải báo cho Health Care Options biết quý vị muốn tham gia vào chương trình chăm sóc nào do Medi-Cal quản lý. Quý vị có thể gọi cho Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G. Cách thức được hỗ trợ

G1. Nhận trợ giúp từ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Quý vị có thắc mắc? Chúng tôi có mặt tại đây để giúp quý vị. Vui lòng gọi đến Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 (TTY 711). Chúng tôi túc trực qua điện thoại từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi đến những số điện thoại này được miễn phí.

Đọc Sổ tay Hội viên 2021 của quý vị

Sổ tay Hội viên 2021 là tài liệu mô tả chi tiết, hợp pháp về các quyền lợi của quý vị trong chương trình. Cẩm nang có nêu các chi tiết về quyền lợi và chi phí của năm tới. Cẩm nang cũng cho biết các quyền lợi của quý vị và những quy định mà quý vị phải tuân thủ để được nhận các dịch vụ và thuốc theo đơn được bảo hiểm.

Sổ tay Hội viên năm 2021 sẽ được cung cấp chậm nhất là ngày 15 tháng 10. Quý vị cũng có thể xem lại Sổ tay Hội viên gửi thư riêng để xem liệu có quyền lợi hoặc chi phí nào khác ảnh hưởng đến quý vị hay không. Bản sao cập nhật Sổ tay Hội viên 2021 luôn có trên trang web của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Quý vị cũng có thể gọi cho Bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số 1-855-905-3825 TTY: 711, 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần để yêu cầu chúng tôi gửi thư cho quý vị Sổ tay Hội viên 2021.

Trang mạng của chúng tôi

Quý vị cũng có thể vào trang mạng của chúng tôi tại www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Xin nhắc lại, trang mạng của chúng tôi có chứa những thông tin mới nhất về mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ và nhà thuốc của chúng tôi (*Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc*) và Danh sách Thuốc của chúng tôi (*Danh sách Thuốc được Bảo hiểm*).

G2. Xin nhân viên môi giới ghi danh của tiểu bang trợ giúp

Nhân viên môi giới ghi danh của tiểu bang, tại Health Care Options, có thể giúp cho quý vị ghi danh vào một chương trình sức khỏe Cal MediConnect. Họ cũng có thể giúp quý vị hủy ghi danh khỏi chương trình Cal MediConnect Plan. Quý vị có thể gọi cho Health Care Options theo số 1-844-580-7272, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 6:00 chiều. Người dùng TTY xin gọi 1-800-430-7077.

G3. Xin Chương trình Thanh tra Cal MediConnect trợ giúp

Chương trình Thanh tra Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds) có thể giúp quý vị khi quý vị gặp vướng mắc với Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Các dịch vụ của thanh tra là miễn phí. Chương trình Thanh tra Cal MediConnect:

- Hoạt động như một người biện hộ thay cho quý vị. Họ có thể trả lời các câu hỏi nếu quý vị có vấn đề hoặc khiếu nại và có thể giúp quý vị hiểu phải làm gì.
- Đảm bảo quý vị có thông tin liên quan đến quyền và biện pháp bảo vệ của mình và cách quý vị có thể giải quyết các mối quan ngại của mình.
- Không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. Số điện thoại của Chương trình Cal MediConnect Ombuds là 1-855-501-3077.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. Để tìm hiểu thêm, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

G4. Xin Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế trợ giúp

Quý vị cũng có thể gọi đến State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Ở California, SHIP được gọi là Chương trình Hỗ trợ Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe (HICAP). Tư vấn viên của HICAP có thể giúp quý vị tìm hiểu các lựa chọn về chương trình Cal MediConnect và giải đáp thắc mắc về việc chuyển chương trình cho quý vị. HICAP không quan hệ với chúng tôi hoặc bất kỳ công ty bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào. HICAP đã đào tạo tư vấn viên cho tất cả các quận, và các dịch vụ của họ được miễn phí. Số điện thoại của HICAP là 1-800-434-0222. Để tìm hiểu thêm hoặc để tìm văn phòng HICAP tại địa phương của quý vị, vui lòng truy cập www.aging.ca.gov/HICAP/.

G5. Xin Medicare trợ giúp

Để nhận thông tin trực tiếp từ Medicare, quý vị có thể gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

Trang web Medicare

Quý vị có thể truy cập trang web của Medicare (www.medicare.gov). Nếu quý vị quyết định hủy ghi danh khỏi chương trình Cal MediConnect của quý vị và ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage, trang mạng của Medicare có các mức chi phí, bảo hiểm, và đánh giá về phẩm chất để giúp quý vị so sánh các chương trình Medicare Advantage với nhau.

Quý vị có thể tìm thông tin về các chương trình Medicare Advantage được cung cấp tại khu vực của quý vị bằng cách sử dụng Công cụ Tìm kiếm Chương trình Medicare (Medicare Plan Finder) trên trang mạng của Medicare. (Để xem thông tin về các chương trình, hãy vào www.medicare.gov rồi bấm “Tìm kiếm chương trình thuốc & sức khỏe”).

Medicare & Quý Vị (Medicare & You) năm 2021

Quý vị có thể đọc Sổ tay Medicare & Quý vị 2021. Mỗi năm vào mùa thu, tập tài liệu nhỏ này đều được gửi qua thư cho những người có Medicare. Tài liệu này ghi tóm tắt các quyền lợi, quyền và biện pháp bảo vệ Medicare, câu trả lời cho những câu hỏi thường gặp nhất về Medicare.

Nếu quý vị không có bản sao của cuốn sổ tay này, quý vị có thể lấy trên trang web của Medicare tại địa chỉ (www.medicare.gov) hoặc bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY xin gọi 1-877-486-2048.

G6. Xin Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California trợ giúp

Sở Chăm sóc Sức khỏe Có Quản lý của California (California Department of Managed Health Care) chịu trách nhiệm quy định cho các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại nào về chương trình sức khỏe của quý vị, quý vị phải gọi điện cho chương trình sức khỏe của quý vị trước, theo số 1-855-905-3825 TTY: 711, 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với Sở. **Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này sẽ không cấm quý vị sử dụng bất kỳ quyền hoặc giải pháp pháp lý nào mà quý vị có thể sử dụng.**

Nếu quý vị cần trợ giúp cho một vụ khiếu nại về vấn đề khẩn cấp, một vụ khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng, hay một vụ khiếu nại vẫn chưa được giải quyết sau 30 ngày, quý vị có thể gọi cho Sở này để xin trợ giúp.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Quý vị cũng có thể hội đủ tiêu chuẩn để xin được Đánh giá Y tế Độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ tiêu chuẩn xin IMR, quy trình IMR sẽ xem xét công bằng các quyết định y tế của chương trình sức khỏe về tính cần thiết của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, quyết định bảo hiểm cho các việc điều trị mang tính chất thí nghiệm hoặc nghiên cứu và tranh chấp về thanh toán cho dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp cần thiết.

Cơ quan này cũng có một số điện thoại miễn phí (1-888-466-2219) và một đường dây TTY (1-877-688-9891) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web Internet của Sở www.dmhc.ca.gov có các biểu mẫu khiếu nại, biểu mẫu đơn IMR và các hướng dẫn trực tuyến.



Nếu có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan theo số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày mỗi tuần. Cuộc gọi được miễn phí. **Để tìm hiểu thêm**, truy cập www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect