

2022

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-1021



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 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.
Более подробную информацию можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

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

Ежегодное уведомление об изменениях — 2022 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. Уведомления	1	D3. Стадия 1: «Стадия первоначального покрытия»	9
B. Обзор ваших льгот Medicare и Medi-Cal на следующий год	2	D4. Стадия 2: «Стадия критического покрытия»	10
B1. Дополнительные ресурсы.....	3	E. Выбор плана	10
B2. Информация о плане Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	4	E1. Что нужно сделать, чтобы остаться участником нашего плана	10
B3. Что вам нужно сделать:.....	4	E2. Как сменить страховой план	10
C. Изменения в сети поставщиков услуг и аптек	6	F. Куда обращаться за помощью	12
D. Изменения в льготах и стоимости услуг в следующем году	6	F1. Как получить помощь представителей плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	12
D1. Изменения в льготах и стоимости медицинских услуг.....	6		
D2. Изменения в страховом покрытии препаратов, отпускаемых по рецепту	7		

? 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. Звонки бесплатные. Более подробную информацию можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

F2. Как получить помощь организации-посредника по регистрации в планах медицинского страхования, действующей от имени штата	13	F5. Получение помощи от Medicare	14
F3. Как получить помощь в рамках программы защиты прав участников Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program).....	13	F6. Как получить помощь от Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care).....	14
F4. Как получить помощь в рамках программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты прав (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)	13		

А. Правовые уведомления

- Blue Shield of California Promise Health Plan является планом медицинского страхования, заключившим договоры с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот по обеим этим программам.
- Приведенный перечень является неполным. Представленная здесь информация является кратким обзором, а не полным описанием услуг и льгот. Дополнительную информацию можно найти в Справочнике участника плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Для этого обратитесь к представителям плана.
- 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
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудиозаписи, доступные электронные форматы, прочие 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: BSCPNPCivilRights@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 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные. **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 Управления по гражданским правам (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 для подачи жалоб 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 E2.

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. 11).
- Вы будете получать льготы Medi-Cal в рамках выбранного вами плана управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal (более подробную информацию см. на странице 12).



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. Звонки бесплатные.

Более подробную информацию можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

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 pm., seven days a week. The call is free.
- **Español (Spanish): ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- **中文 (Chinese):** 请注意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打1-855-905-3825（听障和语障专线：711），每周七天办公，早上8:00至晚上8:00。此电话为免付费专线。
- **Tiếng Việt (Vietnamese):** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino):** PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.
- **한국어 (Korean):** 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
- **Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվել են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-905-3825 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- **فارسی (Farsi):** توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- **Русский (Russian):** ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.
- **العربية (Arabic):** تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- **ខ្មែរ (Khmer):** ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ជ្រាបព័ត៌មានថ្លៃមួយអាទិត្យ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- **भाषा (Hindi):** ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।
- **Lus Hmoob (Hmong):** LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.
- **ພາສາລາວ (Laotian):** ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີຂໍ້ມູນການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈົ້າອັນຕ້ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.
- **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。1-855-905-3825 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。



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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- ภาษาไทย (Thai): เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਯਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ |711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |
- Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.
- Mienh (Mien): TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.
- Вы можете получить это *Ежегодное уведомление об изменениях* бесплатно в других форматах, например напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Для этого позвоните по номеру 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 в любой день недели. Звонки бесплатные.
- 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 договоры с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот по обеим этим программам.
- Страхование 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 (ACA) в отношении совместной ответственности. С подробной информацией об этих требованиях можно ознакомиться на сайте Федеральной налоговой службы (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.

B3. 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.



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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

- 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 разделения затрат? 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 посетите сайт www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage. (Нажмите на ссылку «dashboards» («информационные панели») 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 в следующем году ваши поставщики услуг и аптеки.**
 - Оказывают ли услуги в нашей сети врачи и узкие специалисты, к которым вы обращаетесь? Ваша аптека? Больницы и другие поставщики, услугами которых вы пользуетесь?
 - Информация о нашем *Справочнике поставщиков услуг и аптек* приводится 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?
- **Решите, довольны ли вы нашим планом.**

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 E2). Если вы регистрируетесь в другом плане, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца. Более подробно о вариантах выбора можно узнать в разделе E на странице 10.



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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

C. Изменения в сети поставщиков услуг и аптек

В 2022 году в нашу сеть поставщиков услуг и аптек будут внесены изменения.

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/directory. 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*.

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.

	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
Неотложная медицинская помощь	<p>Вы вносите доплату в размере \$0</p> <p>Вы вносите доплату в размере \$0 за покрытие неотложной и срочной медицинской помощи во всем мире</p> <p>Лимит покрытия расходов на услуги неотложной или срочной медицинской помощи, полученные за пределами Соединенных Штатов, составляет \$25,000 в каждом календарном году.</p>	<p>Вы вносите доплату в размере \$0</p> <p>Вы вносите доплату в размере \$0 за покрытие неотложной и срочной медицинской помощи во всем мире</p> <p>Планом не предусмотрены ограничения в отношении покрытия расходов на услуги неотложной или срочной медицинской помощи, полученные за пределами Соединенных Штатов в каждом календарном году.</p>

? 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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
Многоцелевая программа обслуживания пожилых людей (MSSP)	Вы вносите доплату в размере \$0 (максимальный размер покрытия льготы в рамках плана составляет \$5,356.25 в каждом календарном году)	Мы поможем вам в вопросе координации оказания данных услуг, чтобы вы могли получить к ним доступ, несмотря на то, что планом не предусмотрено их покрытие.
Безрецептурные средства (ОТС)	Предусмотрено ежеквартальное (каждые 3 месяца) ограничение покрытия в размере \$120 Вы можете размещать один заказ в течение квартала. Могут применяться определенные ограничения. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с нашим каталогом ОТС.	Предусмотрено ежеквартальное (каждые 3 месяца) ограничение покрытия в размере \$185 Вы можете размещать два заказа в течение квартала. Могут применяться определенные ограничения. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с нашим каталогом ОТС.
Срочная медицинская помощь	Вы вносите доплату в размере \$0 Вы вносите доплату в размере \$0 за покрытие неотложной и срочной медицинской помощи во всем мире Лимит покрытия расходов на услуги неотложной или срочной медицинской помощи, полученные за пределами Соединенных Штатов, составляет \$25,000 в каждом календарном году.	Вы вносите доплату в размере \$0 Вы вносите доплату в размере \$0 за покрытие неотложной и срочной медицинской помощи во всем мире Планом не предусмотрены ограничения в отношении покрытия расходов на услуги неотложной или срочной медицинской помощи, полученные за пределами Соединенных Штатов в каждом календарном году.

D2. Изменения в страховом покрытии препаратов, отпускаемых по рецепту

Изменения, вносимые в наш Список препаратов

Обновленный *Список покрываемых препаратов* можно найти на нашем сайте по ссылке www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/pharmacy. 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* по почте.

Список покрываемых препаратов также именуется «Списком 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 принимаемые вами 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. Звонки бесплатные. Более подробную информацию можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Если изменения в страховом покрытии относятся к препарату, который вы принимаете, мы советуем вам сделать 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.
- Вместе со своим врачом (или иным специалистом, имеющим право назначать препараты) попросите представителей плана сделать исключение в отношении страхового покрытия нужного вам препарата.
 - Вы можете попросить сделать исключение до наступления следующего года, и мы ответим вам в течение 72 часов после получения вашего запроса (или письма от специалиста, выписавшего вам рецепт, с обоснованием необходимости данного исключения).
 - Чтобы узнать, что нужно сделать, чтобы подать просьбу о предоставлении исключения из правил, прочтите главу 9 *Справочника участника за 2022 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. Звонки бесплатные.
 - Если вам нужна помощь в подаче запроса об исключении, вы можете обратиться 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*.
- Попросите представителей плана включить в покрытие временный запас лекарственного препарата.
 - В некоторых ситуациях мы включаем в покрытие **временный** запас лекарственного препарата в течение первых [90] дней календарного года.
 - Временного запаса препарата будет достаточно для приема в течение одного месяца (чтобы узнать подробнее о том, как получить временный запас препарата и как попросить об этом, см. главу 5 *Справочника участника*).
 - Если вы получаете временный запас лекарства, вам следует поговорить с вашим врачом для поиска решения на тот случай, когда запас лекарственного препарата закончится. Вы можете перейти на другой препарат, включенный в объем страхового покрытия по плану, или обратиться к сотрудникам плана с просьбой об исключении и предоставлении покрытия для принимаемого препарата.
 - Запросы о предоставлении исключений в отношении препаратов, включенных в формуляр, должны подаваться представителям плана каждый год.

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.

 **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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Стадия 1 Стадия первоначального покрытия	Стадия 2 Стадия критического покрытия
<p>На этой стадии план оплачивает свою часть стоимости ваших медицинских препаратов, а вы оплачиваете свою часть. Ваша часть называется доплатой.</p> <p>Эта стадия начинается, когда вы впервые в текущем году получаете лекарства по рецепту.</p>	<p>На этой стадии план оплачивает полную стоимость ваших медицинских препаратов вплоть до 31 декабря 2022 г.</p> <p>Эта стадия начинается, когда ваши собственные затраты достигнут определенной суммы.</p>

Стадия первоначального покрытия заканчивается, когда сумма ваших собственных затрат достигает **\$7,050**. 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*.

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 стоимость необходимого вам препарата ниже суммы доплаты, вы заплатите меньшую сумму.

Мы перевели некоторые препараты, входящие в Список препаратов, на более низкий или более высокий уровень (drug tier). Перевод принимаемых вами 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.

	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<p>Препараты уровня 1 <i>(Дженерики, которым отдается предпочтение)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса препаратов уровня 1 при условии их получения в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.</p>
<p>Препараты уровня 2 <i>(Дженерики)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса препаратов уровня 2 при условии их получения в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$1.30 или \$3.70 за рецепт.</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$1.35 или \$3.95 за рецепт.</p>

? 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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

	2021 (текущий год)	2022 (следующий год)
<p>Препараты уровня 3 (Фирменные препараты)</p> <p>Стоимость месячного запаса препаратов уровня 3 при условии их получения в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$4.00 или \$9.20 за рецепт.</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0, \$4.00 или \$9.85 за рецепт.</p>
<p>Препараты уровня 4 (Препараты, не покрываемые программой Medicare, или препараты, отпускаемые без рецепта)</p> <p>Стоимость месячного запаса препаратов уровня 4 при условии их получения в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет \$0 за рецепт.</p>

Стадия первоначального покрытия заканчивается, когда общая сумма ваших собственных затрат достигает **\$7,050**. 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*.

D4. Стадия 2: «Стадия критического покрытия»

При достижении лимита собственных затрат на рецептурные препараты в размере **\$7,050** начинается стадия критического покрытия. Эта стадия будет продолжаться до конца календарного года.

E. Выбор плана


E1. Что нужно сделать, чтобы остаться участником нашего плана

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

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 2022 году вы автоматически останетесь участником нашего плана.

E2. 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.

 **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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

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 ухода за пожилыми людьми (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 по вопросам медицинского страхования и защиты прав (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, обеспечиваемое новым планом.

2. Вы можете перейти:

В программу Original Medicare с отдельным планом Medicare, обеспечивающим страховое покрытие 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 по вопросам медицинского страхования и защиты прав (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 (TTY: 711) в любой день недели с 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные.

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, обеспечивающего страховое покрытие рецептурных препаратов

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы переходите в программу Original Medicare без регистрации в отдельном плане Medicare по обеспечению рецептурными препаратами, Medicare может автоматически зарегистрировать вас в плане страхового покрытия рецептурных препаратов, если вы не уведомите представителей Medicare, что не желаете регистрироваться в таком плане.

Прекращать участие в плане, обеспечивающем страховое покрытие рецептурных препаратов, следует только в том случае, если у вас есть медицинская страховка, обеспечивающая такое покрытие, которую вы получили из другого источника, например от работодателя или профсоюза. Если у вас есть вопросы о том, нужно ли вам страховое покрытие препаратов, позвоните в программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты прав (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 на сайте 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 по вопросам медицинского страхования и защиты прав (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

Если вы выйдете из плана Cal MediConnect, то будете зарегистрированы в плане управляемого медицинского обслуживания Medi-Cal на ваш выбор. Услуги Medi-Cal включают большинство услуг долгосрочного ухода и поддержки, а также услуги по охране психического здоровья.

Если вы просите о прекращении участия в плане 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.

Г. Куда обращаться за помощью

F1. 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 (ТТУ: 711). Звонки принимаются с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонки на эти номера бесплатные.



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 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Ознакомьтесь со Справочником участника на 2022 г.

Справочник участника на 2022 г. 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 на 2022 г.* будет доступен с 15 октября. С последней редакцией *Справочника участника на 2022 г.* всегда можно ознакомиться на нашем сайте по ссылке www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook. Вы также можете обратиться в отдел обслуживания участников по телефону 1-855-905-3825 и попросить прислать вам копию *Справочника участника на 2022 г.*

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*.

F2. 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 ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077.


F3. Как получить помощь в рамках программы Cal MediConnect Ombuds

Программа защиты прав участников Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) может помочь вам в том случае, если у вас возникнут проблемы с планом Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Услуги омбудсмена бесплатны. Представители программы защиты прав участников Cal MediConnect (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 защиты прав участников Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program): 1-855-501-3077.

F4. Как получить помощь в рамках программы консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты прав (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

Также вы можете позвонить в программу штата по поддержке в области медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). В штате Калифорния программа SHIP — это программа консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты прав (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/.

 **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. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

F5. 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 расходах, страховом покрытии и оценках качества обслуживания в рамках различных планов Medicare Advantage, которая поможет вам сделать свой выбор.

Вы можете найти информацию о планах Medicare Advantage, доступных в вашем регионе, воспользовавшись функцией поиска планов Medicare (Medicare Plan Finder) на сайте Medicare (для ознакомления с информацией о планах зайдите на сайт www.medicare.gov и нажмите «Find plans» («Найти планы»).


Буклет Medicare & You 2022 («Medicare и вы — 2022 г.»)

Вы можете ознакомиться с руководством Medicare & You 2022 («Medicare и вы — 2022 г.»). 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 и в любой день недели. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

F6. 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. Подача претензии плану не лишает вас возможных законных прав и средств судебной защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам нужна помощь в предъявлении претензий касательно неотложной помощи, претензий, которые не были надлежащим образом удовлетворены вашим планом, или претензий, которые не были рассмотрены в течение более 30 дней, то вы можете позвонить в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы имеете право на проведение IMR, 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. В Департамент также можно позвонить по бесплатному телефону (**1-888-466-2219**) или воспользоваться линией TDD (**1-877-688-9891**) для лиц, страдающих нарушениями слуха или речи. На веб-сайте Департамента по адресу www.dmhc.ca.gov размещены бланки для подачи жалоб и запросов на проведение IMR, а также соответствующие инструкции.

 **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 8:00 до 20:00. Звонки бесплатные. **Более подробную информацию** можно найти на веб-сайте www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect