H0148_22_129_C_Accepted_CH_07212021

2022

年度更改通知

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

San Diego 縣

Blue Shield of California Promise Health Plan是Blue Shield Association的獨立持牌人
ANOC0148-CH-SD-1021

blue california

Promise Health Plan

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

2022年度更改通知

簡介

您目前已註冊成為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 的會員。明年的計劃福利、承保範圍、規則及費用將會有一些變化。本「年度更改通知」為您說明這些變化，並告訴您如何獲取更多相關資訊。關鍵術語及其定義將在*「會員手冊」*的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 免責聲明 1

B. 檢查您明年的Medicare和Medi-Cal保險 2

B1. 其他資源 3

B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan資訊 4

B3. 重要事項： 4

C. 網絡內醫療服務提供者和藥房變更 6

D. 明年的福利與費用變更 6

D1. 醫療服務福利和費用的變化 6

D2. 處方藥承保變更 7

D3. 第1階段：「初始承保階段」 9

D4. 第2階段：「重大傷病承保階段」 10

E. 如何選擇計劃 10

E1. 如何繼續留在我們的計劃 10

E2. 如何更改計劃 10

F. 如何獲取幫助 12

F1. 從Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan獲取幫助 12

F2. 從州參保經紀人處獲取幫助 13

F3. 從Cal MediConnect 監察官計劃獲取幫助 13

F4. 從健康保險諮詢和宣傳計劃處獲取幫助.....13

F5. 從Medicare獲得幫助.....14

F6. 從California Department of Managed Health Care處獲取幫助.....14

A. 免責聲明

- Blue Shield of California Promise Health Plan是一項與Medicare及Medi-Cal簽有合約並為參保人提供這兩項計劃福利的保健計劃。
- 此表並非完整清單。福利說明為簡易摘要，並非完整之福利敘述。若要瞭解更多資訊，請聯絡計劃或閱覽Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan「*會員手冊*」。
- Blue Shield of California Promise Health Plan遵守適用的州和聯邦民權法，並且不會因種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、身體或精神殘障而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。

  Blue Shield of California Promise Health Plan可以：

  - 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：
    - 合格的手語翻譯員
    - 其他格式（大字體、音訊、可存取的電子格式及其他格式）的書面資訊
  - 向母語非英語的人士免費提供語言服務，例如：
    - 合格的翻譯員
    - 用其他語言書寫的資訊

  若您需要這些服務，請聯絡Blue Shield of California Promise Health Plan民權協調員。

  如果您認為Blue Shield of California Promise Health Plan因種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、基因資訊、血統、宗教、性、婚姻狀況、性別、性別認同、性取向、年齡、精神殘障或身體殘障而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可向以下機構提出申訴：

  Blue Shield of California Promise Health Plan
  Civil Rights Coordinator
  601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
  電話：(844) 883-2233（聽障專線：711）
  傳真：(323) 889-2228
  電子郵件：BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

  您可以親自或以郵寄、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您在提出申訴時需要幫助，民權協調員可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室(Office for Civil Rights)投訴入口網站https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf以電子形式向 美國衛生與公眾服務部民權辦公室(U.S. Department of Health and Human Services，Office for Civil Rights)提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697（語障專線）

投訴表格可在以下網址獲取：http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

B. 審核您明年的Medicare和Medi-Cal保險

請務必立即審查您的保險，確保該保險仍能滿足您明年的需求。如果該保險不能滿足您的需求，您可以退出計劃。請參閱E2章節瞭解更多資訊。

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

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

- 您可以選擇獲得Medicare福利的方式（參閱第11頁）。
- 您可以透過您選擇的Medi-Cal管理式護理計劃獲得Medi-Cal福利（參閱第12頁瞭解更多資訊）。

B1.其他資源

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 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): 请留意：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): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարեք 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 المكالمة مجانية.
- ខ្មែរ (Khmer): ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ក្រាមរៀងមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- भाषा (Hindi): ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन 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 hnub hauv ib lub as thiv.Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.
- ພາສາລາວ (Laotian): ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາ ເບີ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. 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。

- 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): ਸਾਵਧਾਨ : 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 ਤਕ, 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 lungh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh 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.

- 您可以免費取得此*年度更改通知*的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文或音訊。請致電1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為每週七天，上午8點至晚上8點。此為免付費電話。
- 您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的文件。如需提出申請，請聯絡Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan客戶服務部。您的首選語言及格式將會存檔，以便應用到將來的通訊文件中。如需更新喜好設定，請聯絡Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

B2.Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan資訊

- Blue Shield of California Promise Health Plan是一項與Medicare及Medi-Cal簽有合約並為參保人提供這兩項計劃福利的保健計劃。
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan的承保範圍符合名為「最低基本保險」的健康保險要求，同時也達到《患者保護與可負擔醫療法案》(ACA)的個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS)的網站www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families，瞭解個人分擔責任要求的詳細資訊。
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 由 Blue Shield of California Promise Health Plan 提供。當此「*年度更改通知*」中出現「我們」或「我們的」時，是指Blue Shield of California Promise Health Plan。出現「本計劃」或「我們的計劃」時，是指 Blue Shield of California Promise Health Plan。

B3.重要事項：

- **查看哪些福利與費用變化可能會對您造成影響。**
  - 有哪些變化會影響您所使用的服務？
  - 務必審核福利和費用變化，以便確保它們能在明年適合您的需要。
  - 有關我們計劃中福利和費用變化的更多資訊，請查看第D1節。

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

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

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

如果您決定更改計劃：

如果您確定其他保險更適合您的需要，可以更改計劃（參閱第E2節瞭解更多資訊）。如果您註冊了新的計劃，您的新保險將於下個月的第一天開始生效。請查看第10頁第E節，瞭解關於您的可選方案的更多資訊。

C. 網絡內醫療服務提供者和藥房的變化

我們的醫療服務提供者和藥房網絡在2022年有所變更。

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

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

D. 明年的福利和費用變化

D1.醫療服務福利和費用的變化

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

	2021（今年）	2022（明年）
緊急醫療	您需支付 **$0** 的共付額 對於全球緊急醫療/急症護理承保，您需支付 **$0** 的共付額 每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務的計劃承保限額為$25,000。	您需支付 **$0** 的共付額 對於全球緊急醫療/急症護理承保，您需支付 **$0** 的共付額 每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務沒有計劃承保限額。
多用途老年人服務計劃(MSSP)	您需支付 **$0** 的共付額（本計劃的最高福利承保額為每年$5,356.25）	不在我們計劃的承保範圍內，我們仍將幫您進行協調，以獲得這些服務。
非處方(OTC)商品	每3個月的限額為$120 您每季度可下一個訂單。可能存在某些限制。請參閱 OTC 商品目錄節瞭解更多資訊。	每3個月的限額為 $185 您每季度可下兩個訂單。可能存在某些限制。請參閱 OTC 商品目錄節瞭解更多資訊。
急症護理	您需支付 **$0** 的共付額 對於全球緊急醫療/急症護理承保，您需支付 **$0** 的共付額 每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務的計劃承保限額為 $25,000。	您需支付 **$0** 的共付額 對於全球緊急醫療/急症護理承保，您需支付 **$0** 的共付額 每年，美國境外的緊急醫療/急症治療服務沒有計劃承保限額。

D2.處方藥承保變更

藥物清單變更

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

*「承保藥物清單」*亦稱為「藥物清單」。

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

請查閱藥物清單，**確保您的藥物明年仍在承保範圍內**，並瞭解這些藥物是否受到任何限制。

如果您因藥物承保範圍變化受到影響，我們鼓勵您：

- 諮詢您的醫生（或其他處方醫生）以找到我們承保的另一種藥物。
  - 您可致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），辦公時間為每週七天，上午8點至晚上8點。或者，您可以聯絡您的護理指導員索要一份可治療相同疾病的承保藥物清單。
  - 此清單將可協助您的提供者找到適合您的承保藥物。
- 與您的醫生（或其他處方醫生）合作，要求計劃作出例外處理以承保該藥物。
  - 您可在明年之前提出例外處理申請，我們將在收到您的申請（或您的處方醫師的支持聲明）後的72小時內作出答覆。
  - 如需瞭解如何提出例外處理申請，請參閱*2022年會員手冊*第9章，或者致電客戶服務部，電話：1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為上午8點至晚上8點，每週七天。此為免付費電話。
  - 若您在請求例外處理時需要幫助，可聯絡客戶服務部或您的護理指導員。請參閱*會員手冊*第2章和第3章，瞭解如何聯絡您的護理指導員。
- 要求計劃提供該藥的臨時性供藥。
  - 在某些情況下，在一個日曆年的前[90]天內，我們將承保您藥物的**臨時性**供藥。
  - 此臨時性供藥最多不超過一個月。（有關何時及如何申請臨時性供藥的詳情，請參閱「*會員手冊*」的第5章。）
  - 在您取得臨時性供藥時，您應和您的醫生討論，以決定當臨時性供藥用盡時該如何處理。您可以改用計劃承保的不同藥物，或要求計劃為您作出例外處理來承保您目前的藥物。
  - 必須每年向計劃提交例外處理申請。

處方藥費用的變化

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

第1階段 初始承保階段	第2階段 重大傷病承保階段
在此階段期間，計劃將為您支付部份藥物費用，您也將支付您應承擔的費用。您承擔的部份稱為共付額。 當您在一年中首次配取處方藥時，此階段開始。	在此階段期間，計劃將為您支付全部藥物費用，直至2022年12月31日。 當您已支付一定數額的自付費用後，此階段開始。

當您的處方藥自付費用總額達到 **$7,050** 時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參閱*會員手冊*第6章詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

D3.第1階段：「初始承保階段」

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

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

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

	2021（今年）	2022（明年）
第1級藥物 *（首選普通藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第1級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0**。	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0**。
第2級藥物 *（普通藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第2級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0、$1.30 或 $3.70**。	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0、$1.35 或 $3.95**。

	2021（今年）	2022（明年）
第3級藥物 *（品牌藥）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第3級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0、$4.00 或 $9.20**。	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0、$4.00 或 $9.85**。
第4級藥物 *（非Medicare處方藥/非處方藥(OTC)）* 在網絡內藥房配取一個月份量的第4級藥物的費用	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0**。	一個月（30天）份量的共付額為**每張處方 $0**。

當您的自付費用總額達到 **$7,050** 時，初始承保階段結束。重大傷病承保階段在此時開始。計劃承保從此時直至年底的所有藥費。請參閱*會員手冊*第6章詳細瞭解您需要為處方藥支付多少費用。

D4.第2階段：「重大傷病承保階段」

當您的處方藥達到 **$7,050** 的自付費用限額時，災難承保階段開始。您將停留在重大傷病承保階段，直至當年結束。

E. 如何選擇計劃

E1.如何繼續留在我們的計劃

我們希望您明年繼續保留會員身份。

您不需要採取任何行動即可繼續留在現有的保健計劃。如果您沒有註冊其他Cal MediConnect計劃、更改為Medicare Advantage計劃或更改為Original Medicare，我們計劃將自動保留您2022年的會員資格。

E2.如何更改計劃

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

您將如何獲得Medicare服務

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

1.您可更換成： **Medicare的保健計劃，例如Medicare Advantage計劃，或者老人綜合護理計劃 (PACE) 計劃（若您符合資格要求且居住在服務區內）**	**程序如下：** 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電1-877-486-2048。 如需諮詢PACE相關事宜，請致電1-855-921-PACE (7223)。 如需幫助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。 如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的新計劃保險開始時，您將自動退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。
2.您可更換成： **附帶單獨Medicare處方藥計劃的Original Medicare**	**程序如下：** 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電1-877-486-2048。 如需幫助或更多資訊： • 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/HICAP/。 您的Original Medicare保險開始時，您將自動退出Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan。

3.您可更換成：

不附帶單獨Medicare處方藥計劃的 Original Medicare

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

您僅應在已從僱主或工會等其他來源獲得藥物保險的情況下放棄處方藥保險。若您對您是否需要藥物保險有任何疑問，致加州健康保險諮詢和宣傳計劃(HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，早上8點至下午5點。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/HICAP/。

程序如下：

致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)聯絡Medicare（全天候服務）。聽障人士可致電1-877-486-2048。

如需幫助或更多資訊：

- 致電加州健康保險諮詢和宣傳計劃 (HICAP)，電話：1-800-434-0222，服務時間：週一至週五，上午8:00至下午5:00。如需更多資訊或尋找所在地區的本地HICAP辦事處，請瀏覽www.aging.ca.gov/HICAP/。

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

您將如何獲得Medi-Cal服務

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

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

F. 如何獲取幫助

F1.從Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan獲取幫助

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

閱讀您的*2022年會員手冊*

*2022年會員手冊*是對您的計劃福利合法詳細的說明，其中包含關於明年的福利與費用的詳情。它解釋了您的權利以及為獲得承保服務與處方藥需要遵循的規則。

*2022年會員手冊*將在10月15日之前提供。我們的網站 www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook 隨時提供最新版的*2022年會員手冊*。您也可以致電客戶服務部（電話：1-855-905-3825），要求我們為您郵寄一份*2022年會員手冊*。

我們的網站

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

F2.從州參保經紀人處獲取幫助

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

F3.從Cal MediConnect監察官計劃獲取幫助

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

- 作為代表您的倡權者。他們可在您遇到問題或想投訴時解答疑問，並幫助您瞭解如何解決問題。
- 確保您擁有與您的權利和保障相關的資訊，並瞭解如何解決問題。

與我們、任何保險公司或保健計劃均無關。Cal MediConnect 監察官計劃的電話號碼為 1-855-501-3077。

F4.從健康保險諮詢和宣傳計劃處獲取幫助

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

F5.從Medicare獲得幫助

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

Medicare網站

您可瀏覽 Medicare 網站(www.medicare.gov)。如果您選擇退出 Cal MediConnect 計劃並加入 Medicare Advantage 計劃，Medicare 網站載有關於費用、承保範圍及品質評級的資訊，以便幫助您比較各個 Medicare Advantage 計劃。

您可使用Medicare網站上的Medicare 計劃搜尋器獲取有關您所在區域提供的 Medicare Advantage 計劃之資訊。（如需獲取有關計劃的資訊，請瀏覽 www.medicare.gov，然後點擊「Find plans」[查找計劃]。）

Medicare & You 2022（2022年Medicare與您）

您可以查看*「Medicare & You 2022」（2022年Medicare與您）*手冊。每年秋天，Medicare都會將此手冊郵寄給Medicare受保人。該手冊總結了Medicare的福利、權益和保障，並且回答了關於Medicare的常見問題。

如果未收到該手冊，您可以瀏覽Medicare網站(www.medicare.gov)或隨時致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)來索取。聽障人士可致電1-877-486-2048。

F6.從California Department of Managed Health Care處獲取幫助

California Department of Managed Health Care負責監管各種保健服務計劃。若對您的保健計劃有任何不滿，在聯絡本部門之前，請先撥打**1-855-905-3825**聯絡您的保健計劃，並使用您的保健計劃申訴程序。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。 如果您需要協助處理與急診相關的申訴、您的保健計劃對您的申訴未能提供令人滿意的解決方案，或申訴超過30日仍未解決，您可致電該部門要求協助。 您可能還有資格申請獨立醫療審查(IMR)。如果您有資格申請IMR，IMR程序將會對保健計劃在以下方面作出的醫療決定進行公正的審查：您打算接受的服務或治療是否具有醫療必需性，實驗性或研究性治療的承保範圍裁決，以及緊急或急症醫療服務的付款爭議。 本部門亦提供免付費電話**(1-888-466-2219)**，聽障和語障專線為**(1-877-688-9891)**。該部門的網站上**www.dmhc.ca.gov**載有投訴表、IMR申請表與線上說明。

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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect