



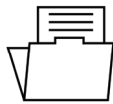
Promise Health Plan

特別健康計劃福利

使用您的福利取得非處方產品

尊敬的 <First Name> <Last Name>，

恭喜您！作為 Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 的會員，您每季都可以獲得\$120用於購買非處方藥品，如藥物和維生素。通過以下這些簡單的步驟即可獲得您的藥品。



從隨附的目錄中**選擇**您需要的藥品。



填寫並郵寄隨附郵資已付信封內的訂購單，或者



致電 1-800-355-7913 (TTY: 711)，取得 OTC 代表的協助。服務時間是太平洋標準時間週一至週五早上 8:00 至晚上 8:00。

完成訂購後，產品將於 7 至 10 天內發送給您。

今天就開始使用您的福利！

請使用提供的郵資已付信封寄回填妥的表單。

如果您使用訂購單訂購，那麼您的訂單總額將適用於我們收到您表單的月份。例如，如果您在 6 月 29 日郵寄訂單，但我們在 7 月 1 日收到訂單，則您的訂單總額將適用於您 7 月份的福利，而非您 6 月份的福利。

Blue Shield of California Promise Health Plan is a health plan that contracts with both Medicare and Medi-Cal to provide benefits of both programs to enrollees. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00am to 8:00pm, 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 8:00am a 8:00pm, 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。

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵守適用的州 和聯邦民權法，並且不會因血統、宗教、婚姻狀況、種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性別認同或性取向而歧視任何人。

您可以免費取得此文件的其他格式版本，例如大號字體印刷版、盲文及/或音訊。請致電1-855-905-3825（聽障專線：711），服務時間為每週七天，早上8點至晚上8點。此為免付費電話。

重要須知：如需檢視本通知不同語言的版本，您可前往我們的網站：www.blueshieldca.com/promise。

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association.

H0148_19_798_CMC_CH_Accepted