

План Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) предлагается Калифорнийской службой врачей (торговое название — Blue Shield of California)

Ежегодное уведомление об изменениях на 2024 год

Введение

На данный момент вы являетесь участником нашего плана. В следующем году мы внесем некоторые изменения в льготы и правила нашего плана. Кроме того, изменится перечень покрываемых услуг, а также затраты участников. В данном *Ежегодном уведомлении об изменениях* речь пойдет об этих изменениях, а также о том, как получить о них дополнительную информацию. Чтобы получить дополнительную информацию о расходах, льготах и правилах, ознакомьтесь со *Справочником участника* на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/MAPDdocuments2024. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе вашего *Справочника участника*.

Дополнительные источники информации

- Вы можете бесплатно получить данный документ на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском языках.
- Вы можете получить это *Ежегодное уведомление об изменениях* бесплатно в других форматах, например, набранным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните по телефону 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный.
 - Чтобы получать сообщения о вашем плане в электронном формате, войдите в свою учетную запись на странице blueshieldca.com/login, нажмите «Мой профиль» в правом верхнем углу под своими инициалами, перейдите в «Настройки общения» и в параметрах доставки выберите «Безбумажный документооборот». Если у вас нет учетной записи, перейдите на страницу blueshieldca.com/login и нажмите «Создать учетную запись». При создании учетной записи вы сможете выбрать параметры доставки.
 - Вы можете попросить присылать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел по работе с клиентами плана Blue Shield TotalDual Plan. Мы сохраним ваши предпочтения, чтобы вы получали будущие сообщения

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 1



на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел по работе с клиентами плана Blue Shield TotalDual Plan.

- Мы предоставляем бесплатные услуги перевода, чтобы вы могли получить ответы на любые вопросы о наших планах медицинского страхования и лекарственного обеспечения. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто свяжитесь с нами по телефону 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Вам ответят и помогут с переводом с/на английский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 2

Содержание

A. Заявления об отказе от ответственности.....	4
B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год....	4
B1. Информация о плане Blue Shield TotalDual	5
B2. Памятка.....	5
C. Изменения в перечне поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть.....	7
D. Изменения льгот и затрат на следующий год.....	7
D1. Изменения льгот и затрат на медицинские услуги.....	7
D2. Изменения в покрытии рецептурных препаратов	9
D3. Стадия 1: «Стадия начального покрытия»	12
D4. Стадия 2: «Стадия покрытия катастрофических убытков».....	14
E. Административные изменения	15
F. Выбор плана	15
F1. Продолжение участия в нашем плане	15
F2. Изменение плана.....	15
G. Получение помощи.....	20
G1. Наш план	20
G2. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (NICAP)	20
G3. Программа омбудсмена	21
G4. Программа Medicare	21
G5. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния	22

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 3

A. Заявления об отказе от ответственности

- ❖ Blue Shield of California — это план HMO D-SNP, который работает по договору с программой Medicare и программой Medicaid штата Калифорния. Регистрация в плане Blue Shield of California зависит от срока продления контракта.
 - ❖ Если в данном документе говорится «мы», «нас» или «наш», то имеется в виду Калифорнийская служба врачей (торговое название — Blue Shield of California). Если говорится «план» или «наш план», то имеется в виду план Blue Shield TotalDual Plan.
-

B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год

Очень важно, чтобы вы пересмотрели свое покрытие сейчас и убедились в том, что оно будет соответствовать вашим потребностям и в следующем году. Если наш план не соответствует вашим потребностям, вы можете выйти из него. Ознакомьтесь с информацией в **разделе D**, чтобы узнать больше о том, как изменятся ваши льготы в следующем году.

Если вы решите покинуть наш план, ваше участие прекратится в последний день месяца, в котором был сделан соответствующий запрос. Вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, пока имеете на это право.

Если вы покидаете наш план, вы можете получить следующую информацию:

- Варианты по программе Medicare в таблице в **разделе E2**.
- Услуги и варианты по программе Medi-Cal в **разделе E2**.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 4



В1. Информация о плане Blue Shield TotalDual

- Калифорнийская служба врачей (торговое название — Blue Shield of California) — это план медицинского страхования, работающий по договору с программами Medicare и Medi-Cal с целью предоставления своим участникам льгот по обеим программам.
- Страхование в рамках плана Blue Shield TotalDual Plan является «минимальным необходимым страховым покрытием». Оно удовлетворяет требованию об индивидуальной совместной ответственности Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (ACA). На веб-сайте Управления по налогам и сборам (IRS) по адресу www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families можно получить дополнительную информацию относительно требования об индивидуальной совместной ответственности.
- Если в данном *Ежегодном уведомлении об изменениях* говорится «мы», «нас», «наш» или «наш план», то имеется в виду план Medicare Medi-Cal.

В2. Памятка

- **Проверьте, не были ли внесены изменения в льготы и затраты по нашему плану, которые могут вас касаться.**
 - Имеются ли какие-либо изменения, влияющие на услуги, которыми вы пользуетесь?
 - Изучите изменения в отношении льгот и затрат, чтобы удостовериться, что они будут подходить вам в следующем году.
 - См. **раздел D1** для ознакомления с изменениями в отношении льгот и затрат в рамках нашего плана.
- **Проверьте, появились ли какие-либо изменения в условиях страхового покрытия рецептурных препаратов по нашему плану, которые могут вас касаться.**
 - Будут ли покрываться препараты, которые вы принимаете? Относятся ли они к другому уровню распределения затрат? Сможете ли вы пользоваться услугами тех же аптек?

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 5

- Изучите изменения, чтобы удостовериться, что наше страховое покрытие по лекарственным препаратам будет подходить вам в следующем году.
- См. **раздел D2** для ознакомления с изменениями в условиях страхового покрытия расходов на лекарственные препараты.
- Стоимость ваших лекарственных препаратов могла вырасти по сравнению с прошлым годом.
 - Обсудите с вашим врачом более дешевые альтернативы, доступные вам, ведь на протяжении года это может существенно снизить ваши наличные расходы.
 - Помните о том, что льготы по вашему плану точно определяют, насколько могут измениться ваши собственные затраты на лекарственные препараты.
- **Проверьте, будут ли доступны ваши поставщики медицинских услуг и аптеки в нашей сети в следующем году.**
 - Входят ли в нашу сеть ваши врачи, в том числе специалисты узкого профиля? А ваша аптека? А больницы и другие поставщики, которых вы посещаете?
 - См. **раздел С** для получения информации о нашем *Справочнике поставщиков услуг и аптек*.
- **Подумайте о суммарных расходах по плану.**
 - Каковыми будут ваши наличные расходы за услуги и рецептурные препараты, которые вы получаете и принимаете регулярно?
 - Каким образом общие затраты сравнимы с другими вариантами покрытия?
- **Подумайте о том, довольны ли вы нашим планом.**

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 6

Если вы решили остаться с планом Blue Shield TotalDual Plan в 2024 году:

Если вы хотите продолжить свое участие в плане в следующем году, то все просто — вам ничего не нужно предпринимать. Если вы не внесете изменения, то автоматически останетесь участником плана Blue Shield TotalDual Plan на протяжении 2024 года.

Если вы решили изменить план страхования:

Если вы решили, что другой план страхового покрытия лучше соответствует вашим потребностям, у вас будет возможность сменить план (для получения дополнительной информации см.

Раздел E2). Если вы зарегистрируетесь в новом плане или перейдете на план Original Medicare, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца.

С. Изменения в перечне поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть

Мы внесли изменения в сети поставщиков услуг и аптек на 2024 год.

Рекомендуем вам ознакомиться со **Справочником поставщиков услуг и аптек** на 2024 год, чтобы узнать, входят ли ваши поставщики медицинских услуг или аптека в нашу сеть. Обновленный *Справочник поставщиков услуг и аптек* размещен на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/medicare. Вы также можете позвонить в отдел по работе с клиентами по любому из номеров, указанных внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о поставщиках услуг или попросить отправить *Справочник поставщиков услуг и аптек* вам по почте.

Обратите внимание, что мы также можем вносить изменения в нашу сеть на протяжении года. В случае выхода вашего поставщика медицинских услуг из нашего плана, у вас есть определенные права и средства их защиты. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **главой 3** вашего Справочника участника.

D. Изменения льгот и затрат на следующий год

D1. Изменения льгот и затрат на медицинские услуги

В следующем году мы изменим наше страховое покрытие в отношении определенных медицинских услуг и условий их оплаты. Далее в таблице описаны данные изменения.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 7



	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
Годовое ограничение выплат наличными	<p>\$8,300</p> <p>После того, как вы понесли наличные расходы в сумме \$8,300 на оплату услуг, покрываемых по части А и части В, вы освобождаетесь от дальнейшей оплаты таких услуг до конца календарного года.</p> <p>Если вы имеете право на участие в обеих программах — Medicare и Medi-Cal (Medicaid), — вы не несете ответственности за оплату любых наличных расходов в счет годового ограничения выплат наличными за услуги, покрываемые по части А и части В.</p>	<p>\$8,850</p> <p>После того, как вы понесли наличные расходы в сумме \$8,850 на оплату услуг, покрываемых по части А и части В, вы освобождаетесь от дальнейшей оплаты таких услуг до конца календарного года.</p> <p>Если вы имеете право на участие в обеих программах — Medicare и Medi-Cal (Medicaid), — вы не несете ответственности за оплату любых наличных расходов в счет годового ограничения выплат наличными за услуги, покрываемые по части А и части В.</p>
Услуги иглокалывания (не покрываемые Medicare)	<p>Ваша доплата за каждый визит (не более 12 визитов ежегодно) составляет \$0.</p>	<p>Услуги иглокалывания (не покрываемые Medicare) не покрываются.</p>
Транспортные услуги (не покрываемые Medicare)	<p>\$0 — доплата за каждую поездку в одну сторону в лечебно-оздоровительные учреждения, одобренные планом (неограниченное количество поездок в одну сторону в течение года)</p>	<p>\$0 — доплата за каждую поездку в одну сторону в лечебно-оздоровительные учреждения, одобренные планом (не более 48 поездок в одну сторону в течение года)</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 8

<p>Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, входящего в сеть плана)*</p>	<p>Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите \$0 за оправы для очков (при обычной розничной стоимости до \$350) каждые 24 месяца. Если вы выбираете оправы для очков по цене выше \$350, вы должны оплатить разницу в цене.</p> <p>Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите \$0 за одну пару линз для очков по рецепту (независимо от размера и оптической силы), ИЛИ за контактные линзы (стоимостью до \$350, включая услуги и материалы для контактных линз) каждые 12 месяцев. Если цена услуг и материалов превышает \$350, вы оплачиваете разницу.</p>	<p>Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите \$0 за оправы для очков (при обычной розничной стоимости до \$375) каждые 24 месяца. Если вы выбираете оправы для очков по цене выше \$375, вы должны оплатить разницу в цене.</p> <p>Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите \$0 за одну пару линз для очков по рецепту (независимо от размера и оптической силы), ИЛИ за контактные линзы (стоимостью до \$375, включая услуги и материалы для контактных линз) каждые 12 месяцев. Если цена услуг и материалов превышает \$375, вы оплачиваете разницу.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D2. Изменения в покрытии рецептурных препаратов

Изменения в нашем Перечне препаратов

Обновленный *Перечень покрываемых препаратов* размещен на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/medpharmacy2024. Вы также можете позвонить в отдел по работе с клиентами по любому из номеров, указанных внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о лекарственных препаратах или попросить отправить *Перечень покрываемых препаратов* вам по почте.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 9

Перечень покрываемых препаратов также называется «Перечень препаратов».

Мы внесли изменения в Перечень препаратов, включая изменение покрываемых препаратов и изменение ограничений, применяемых к нашему покрытию определенных препаратов.

Ознакомьтесь с Перечнем препаратов, чтобы **удостовериться, что ваши лекарственные препараты будут покрываться страховкой в следующем году**, и ознакомиться с любыми ограничениями.

Если изменения в покрытии препаратов затрагивают вас, мы рекомендуем вам следующее:

- Попросите вашего врача (или другого врача, выписывающего препараты) подобрать другой лекарственный препарат, который мы покрываем.
 - Позвоните в отдел по работе с клиентами по любому из номеров, указанных внизу страницы, или свяжитесь с вашим координатором по уходу и попросите предоставить вам перечень покрываемых препаратов для лечения того же заболевания.
 - Данный перечень поможет вашему поставщику подобрать покрываемый препарат, который может вам подойти.
- Попросите вашего врача (или другого врача, выписывающего препараты) подать запрос на покрытие препарата в порядке исключения.
 - Запросить исключение необходимо до начала следующего года. Мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса (или заключения врача, выписывающего препараты).
 - Чтобы узнать, как подать запрос о предоставлении исключения, ознакомьтесь с **главой 9** вашего *Справочника участника* или позвоните в отдел по работе с клиентами по любому из номеров, указанных внизу страницы.
 - Если вам необходима помощь в подаче запроса о предоставлении исключения, обратитесь в отдел по работе с клиентами или к вашему координатору по уходу. Ознакомьтесь с информацией в **главах 2 и 3** вашего *Справочника участника*, чтобы узнать о том, как связаться с вашим координатором по уходу.
- Попросите нас покрыть расходы на временный запас лекарственного препарата.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 10

- В некоторых случаях мы покрываем расходы на **временный** запас лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
- Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней. (чтобы узнать, когда вы можете получить временный запас препарата и как его запросить, ознакомьтесь с информацией в **главе 5** вашего Справочника участника).
- При получении временного запаса лекарственного препарата обсудите со своим врачом ваши действия после того, как этот запас будет исчерпан. Вы можете перейти на прием другого препарата, покрываемого нашим планом, или попросить нас в порядке исключения покрыть расходы на текущий лекарственный препарат.
- Запросы об исключении для препаратов из фармакологического справочника необходимо подавать в план каждый год.

Изменения стоимости рецептурных препаратов

В рамках нашего плана существует две стадии оплаты рецептурных препаратов по части D программы Medicare. Сумма, которую вы должны заплатить, зависит от того, на какой стадии вы находитесь на момент получения или повторного получения препарата по рецепту. Существует две стадии:

Стадия 1 Уровень начального покрытия	Стадия 2 Уровень критического покрытия
<p>На этой стадии наш план оплачивает часть стоимости ваших препаратов, при этом вы оплачиваете свою долю. Ваша доля называется доплатой.</p> <p>Эта стадия начинается, когда вы впервые получаете препарат по рецепту в текущем году.</p>	<p>На этой стадии план оплачивает все расходы на ваши препараты вплоть до 31 декабря 2024 года.</p> <p>Эта стадия начинается после того, как вы уже понесли определенную сумму наличных расходов.</p>

Стадия начального покрытия заканчивается, когда ваши общие наличные расходы на оплату рецептурных препаратов достигают \$8,000. С этого момента начинается Стадия покрытия катастрофических убытков. После этого наш план покрывает полную стоимость ваших препаратов до конца текущего года. Ознакомьтесь с **главой 6** вашего *Справочника участника*, чтобы узнать о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 11

Д3. Стадия 1: «Стадия начального покрытия»

На Стадии начального покрытия наш план покрывает часть стоимости ваших рецептурных препаратов, при этом вы оплачиваете свою долю. Ваша доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, к какому уровню распределения затрат относится препарат, а также от того, где вы его получаете. Вы вносите доплату каждый раз, когда получаете препараты по рецепту. Если цена покрываемого препарата меньше размера доплаты, то вы платите меньшую сумму.

Мы перенесли некоторые препараты, включенные в Перечень препаратов, на более низкий или более высокий уровень распределения затрат. Если препараты, которые вы принимаете, были перенесены на другой уровень, то это может повлиять на размер вашей доплаты. Чтобы узнать, относятся ли ваши препараты к другому уровню, найдите их в Перечне препаратов.

В следующей таблице представлены расходы, которые вы будете нести при получении препаратов каждого из пяти уровней. Указанные суммы применимы **только** на Стадии начального покрытия.

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<p>Препараты Уровня 1 <i>(Предпочтительные непатентованные препараты)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 1, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0 за каждое получение препарата по рецепту.</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0 за каждое получение препарата по рецепту.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 12

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<p>Препараты Уровня 2 <i>(Не являющиеся предпочтительными непатентованные препараты)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 2, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$1.45, или \$4.15 за каждое получение препарата по рецепту.</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$1.55, или \$4.50 за каждое получение препарата по рецепту.</p>
<p>Препараты Уровня 3 <i>(Предпочтительные патентованные препараты)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 3, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.30, или \$10.35 за каждое получение препарата по рецепту.</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.60, или \$11.20 за каждое получение препарата по рецепту.</p>
<p>Препараты Уровня 4 <i>(Не являющиеся предпочтительными препараты)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 4, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.30, или \$10.35 за каждое получение препарата по рецепту.</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.60, или \$11.20 за каждое получение препарата по рецепту.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 13

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<p>Препараты Уровня 5 <i>(препараты особой категории)</i></p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 5, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.30, или \$10.35 за каждое получение препарата по рецепту.</p>	<p>Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$4.60, или \$11.20 за каждое получение препарата по рецепту.</p>

Уровень начального покрытия заканчивается, когда ваши суммарные затраты собственных средств достигают \$8,000. С этого момента начинается Стадия покрытия катастрофических убытков. Ознакомьтесь с **главой 6** вашего Справочника участника, чтобы узнать о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты.

D4. Стадия 2: «Стадия покрытия катастрофических убытков»

Как только ваши наличные расходы на рецептурные препараты выйдут за пределы ограничения в \$8,000, начнется Стадия покрытия катастрофических убытков. Вы останетесь на Стадии покрытия катастрофических убытков до конца календарного года.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 14

Е. Административные изменения

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
В следующем году номер вашего договора с планом Blue Shield TotalDual Plan и пакета льгот в рамках плана (PBP) изменится. Это изменение никак не повлияет на ваше страховое покрытие. От вас не требуется никаких дополнительных действий, чтобы сохранить существующий план.	H5928-005	H2819-001

Ф. Выбор плана

Ф1. Продолжение участия в нашем плане

Мы надеемся, что вы останетесь в нашем плане и в следующем году. Вам не нужно предпринимать какие-либо действия, чтобы оставаться его участником. Если вы **не** перейдете на другой план Medicare или план Original Medicare, вы автоматически останетесь участником нашего плана на 2024 год.

Ф2. Изменение плана

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенные периоды года. Поскольку вы участвуете в программе Medi-Cal, вы можете прекратить участие в нашем плане или перейти на другой план один раз в течение каждого из следующих **Специальных периодов регистрации**:

- с января по март;
- с апреля по июнь;
- с июля по сентябрь.

В дополнение к этим трем специальным периодам регистрации вы можете прекратить участие в нашем плане в течение следующих периодов:

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 15

- **Ежегодный период регистрации** длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации в программе Medicare Advantage (МА)** длится с 1 января по 31 марта. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Возможны и другие ситуации, когда вы имеете право изменить план, в котором вы зарегистрированы. К примеру, если:

- вы переехали из нашей зоны обслуживания;
- изменилось ваше право на получение Medi-Cal или Extra Help, **или**
- вы недавно переехали в учреждение сестринского ухода или больницу долгосрочного ухода, в настоящее время получаете там лечение или только что покинули это место.

Ваши услуги по программе Medicare

У вас есть три варианта получения услуг по программе Medicare. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (TTY: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 16

<p>1. Вы можете перейти в:</p> <p>Другой план медицинского страхования по программе Medicare, в том числе другой план Medicare Medi-Cal</p>	<p>Далее приведена информация, как это сделать:</p> <p>Номер телефона программы Medicare доступен ежедневно и круглосуточно. Звоните 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>По вопросам, связанным с Программой комплексного обслуживания для пожилых людей (PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Если вам необходима помощь или дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none">• Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/. <p>ИЛИ</p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare.</p> <p>После начала действия страхового покрытия по вашему новому плану вы будете автоматически исключены из нашего плана. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 17

<p>2. Вы можете перейти в:</p> <p>Программу Original Medicare с отдельным планом страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare</p>	<p>Далее приведена информация, как это сделать:</p> <p>Номер телефона программы Medicare доступен ежедневно и круглосуточно. Звоните 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048.</p> <p>Если вам необходима помощь или дополнительная информация:</p> <ul style="list-style-type: none">• Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>ИЛИ</p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана покрытия рецептурных препаратов Medicare.</p> <p>После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.</p> <p>Ваш план Medi-Cal не изменится.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 18

3. Вы можете перейти в:

Программу Original Medicare без отдельного плана страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare, то программа Medicare может зарегистрировать вас в плане страхового покрытия рецептурных препаратов кроме тех случаев, когда вы попросите программу Medicare этого не делать.

Вы должны отказаться от страхового покрытия отпускаемых по рецепту лекарств только в том случае, если у вас есть страховое покрытие лекарств из другого источника, например, от работодателя или профсоюза. При наличии у вас вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов, позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

Далее приведена информация, как это сделать:

Номер телефона программы Medicare доступен ежедневно и круглосуточно. Звоните 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048.

Если вам необходима помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222, с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.

Ваш план Medi-Cal не изменится.



Ваши услуги по программе Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы касательно выбора плана Medi-Cal и получения услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане, обратитесь в программу выбора медицинского обслуживания (НСО) по телефону 1-800-430-4263, с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 6:00 р.м. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal.

G. Получение помощи

G1. Наш план

Мы с радостью ответим на любые ваши вопросы. Звоните в отдел по работе с клиентами — его телефонные номера и режим работы указаны внизу страницы. Звонки на эти телефонные номера бесплатны.

Внимательно прочитайте Справочник участника

Справочник участника является юридическим документом, в котором содержится подробное описание льгот, предоставляемых нашим планом. В нем представлена подробная информация о льготах и затратах на 2024 год. Также в нем разъясняются ваши права и правила, которые вы должны соблюдать, чтобы получать услуги и рецептурные препараты, которые мы покрываем.

Справочник участника на 2024 год будет доступен не позднее 15 октября. Обновленная копия Справочника участника доступна на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/MAPDdocuments2024. Вы также можете позвонить в отдел по работе с клиентами по любому из номеров, указанных внизу страницы, и попросить отправить *Справочник участника* на 2024 год вам по почте.

Наш веб-сайт

Вы можете посетить наш веб-сайт, перейдя по ссылке www.blueshieldca.com/medicare. Напоминаем, что на веб-сайте представлена самая актуальная информация о нашей сети поставщиков и аптек (*Справочник поставщиков услуг и аптек*), а также о нашем Перечне препаратов (*Перечень покрываемых препаратов*).

G2. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP)

Вы также можете позвонить во Вспомогательную программу медицинского страхования штата (SHIP). В Калифорнии программа SHIP известна под названием Программа

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 20



консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (HICAP). Консультанты HICAP помогут вам разобраться в выборе планов и ответят на вопросы о смене планов. Программа HICAP не связана с нашим планом или какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. HICAP предоставляет услуги своих консультантов во всех округах, при чем полностью бесплатно. Номер телефона HICAP: 1-800-434-0222. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

G3. Программа омбудсмена

Программа омбудсмена (Medicare Medi-Cal Ombuds Program) может помочь вам, если у вас возникнут проблемы с нашим планом. Услуги омбудсмена бесплатны и доступны на всех языках. Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal:

- Выступает в качестве адвоката от вашего имени. Отвечает на вопросы при наличии у вас проблем или жалоб и помогает вам понять, какими должны быть дальнейшие действия.
- Следит за тем, чтобы у вас имелась информация о ваших правах и средствах защиты, а также о способах решения ваших проблем.
- Не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. В программу омбудсмена Medicare Medi-Cal можно позвонить по номеру 1-888-804-3536.

G4. Программа Medicare

Чтобы получить информацию непосредственно от Medicare, звоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), который доступен ежедневно и круглосуточно. Пользователям линии ТТУ следует обращаться по номеру 1-877-486-2048.

Веб-сайт Medicare

Вы можете посетить веб-сайт Medicare (www.medicare.gov). Если вы решите выйти из нашего плана и зарегистрироваться в другом плане Medicare, на веб-сайте Medicare доступна информация о расходах, покрытии и оценках качества, которая поможет вам сравнить разные планы.

Вы можете найти информацию о планах Medicare, доступных в вашем регионе, с помощью средства поиска планов Medicare на веб-сайте Medicare. (Для ознакомления с информацией о планах перейдите по ссылке www.medicare.gov и нажмите на «Find plans»).

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 21



Справочник Medicare & You 2024

Вы можете ознакомиться со справочником *Medicare & You 2024*. Ежегодно осенью данный буклет отправляют участникам программы Medicare. В нем представлен краткий обзор льгот, прав и средств защиты по программе Medicare, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Справочник также доступен на испанском, китайском и вьетнамском языках.

Если у вас нет экземпляра этого справочника, вы можете получить его на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), который доступен ежедневно и круглосуточно. Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

G5. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC) регулирует планы медицинского страхования. Сотрудники справочного центра департамента DMHC могут помочь вам с апелляциями и жалобами касательно услуг в рамках программы Medi-Cal. Если у вас есть претензия в отношении вашего плана медицинского страхования, вам следует позвонить напрямую в ваш план по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), доступному ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м., и, прежде чем обращаться в Департамент, пройти процесс подачи претензии, предусмотренный планом. Такой порядок действий не лишает Вас законных прав и имеющихся средств защиты. Если Вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой Вас не удовлетворяет, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, Вы можете обратиться в Департамент. Вы также можете иметь право на получение независимой медицинской экспертизы (IMR). IMR представляет собой объективную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера и споров, касающихся оплаты экстренной и неотложной медицинской помощи. В Департаменте также есть бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента (www.dmhc.ca.gov) имеются бланки жалоб, бланки запросов о проведении IMR и инструкции по их заполнению.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в план Blue Shield TotalDual по номеру 1-800-452-4413 (ТТУ: 711), ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. Звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare. 22

