

2021

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում

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

Los Angeles վարչաշրջան

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը հանդիսանում է Blue Shield Association-ի անկախ լիցենզավորված անձ:
ANOC0148-AM-LA-1020

blue 
california

Promise Health Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), որոնք առաջարկվում են Blue Shield of California Promise Health Plan-ի կողմից

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում 2021թ. համար

Ներածություն

Ներկայումս Դուք անդամագրված եք, որպես Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի անդամ: Հաջորդ տարի ծրագրի նպաստների, ապահովագրությունների, կանոնների և ծախսերի որոշ փոփոխություններ են լինելու: Այս *Փոփոխությունների ամենամյա ծանուցումը* պատմում է ձեզ փոփոխությունների մասին և որտեղ գտնել ավելի շատ տեղեկատվություն դրանց մասին: Հիմնական տերմինները եւ դրանց սահմանումները, այբբենական կարգով նշված են *Անդամի ձեռնարկի վերջին գլխում*:

Բովանդակություն

A. Նախագուշացումներ.....	1	D1. Նպաստների և բժշկական ծառայությունների ծախսերում փոփոխություններ.....	7
B. Վերանայելով Ձեր հաջորդ տարվա Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցումները.....	2	D2. Դեղատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկմանը վերաբերող փոփոխություններ.....	7
B1. Լրացուցիչ ռեսուրսներ.....	3	D3. Փոկ 1. "Փոխհատուցման նախնական փուլ".....	9
B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մասին տեղեկություն.....	4	D4. Փոկ 2. "Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ".....	10
B3. Կարևոր անելիքներ`.....	5	E. Վարչական փոփոխություններ.....	10
C. Ցանցի մատակարարների և դեղատների փոփոխություններ.....	6	F. Ինչպես ընտրել պլանը.....	11
D. Նպաստներում և ծախսերում կատարված փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար.....	7	F1. Ինչպե՞ս մնալ մեր ծրագրում.....	11

? **Եթե հարցեր ունեք**, գնա՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը: 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

F2. Ինչպե՞ս փոխել առողջապահական պլանները.....	11	G4. Health Insurance Counseling and Advocacy Program-ից օգնություն ստանալը	14
G. Ինչպես օգնություն ստանալ.....	13	G5. Ինչպես ստանալ օգնություն Medicare-ից	14
G1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից օգնության ստացում.....	13	G6. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունից (California Department of Managed Health Care) օգնություն ստանալը.....	15
G2. Նահանգային անդամագրման միջնորդից օգնություն ստանալը.....	13		
G3. Cal MediConnect Ombuds Program ծրագրից օգնություն ստանալը.....	14		

A. Նախազգուշացումներ

- Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական պլան է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպաստները համատեղելով ընդգրկված անդամների համար:
- Սա ամբողջական ցուցակը չէ: Նպաստների այս տեղեկատվությունը հակիրճ ամփոփումն է, այլ ոչ թե ամբողջական նկարագրությունը: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել ծրագրի հետ կամ կարդալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի *Անդամի ձեռնարկը*:
- Blue Shield of California Promise Health Plan-ը համապատասխանում է ֆեդերալ քաղաքացիական իրավունքի օրենքներին եւ չի խտրականացնում, բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ վարվում նրանց հետ, ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ խմբերի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, նախնիների, կրոնի, սեռի, ընտանեկան կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խանգարման կամ ֆիզիկական հաշմանդամության:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օժանդակություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու համար, այդ թվում՝
 - Որակավորված ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձեւաչափերով (մեծ տպագիր, ձայնային, մատչելի էլեկտրոնային ձեւաչափեր, այլ ձեւաչափեր)
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում մայրենի լեզուն անգլերենը չէ, այդ թվում՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, դիմեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին:

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը չի կարողացել տրամադրել այդ ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականացրել է ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, էթնիկ խմբերի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկ տեղեկատվության, նախնիների, կրոնի, սեռի, ընտանեկան կարգավիճակի, սեռի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խանգարման կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել՝

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Հեռախոս՝ (844) 883-2233 (TTY՝ 711)
Ֆաքս՝ (323) 889-2228
Էլ. փոստ՝ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

? **Եթե հարցեր ունեք**, գնագահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ, փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողը կօգնի Ձեզ:

Դուք կարող եք նաեւ քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության եւ մարդու ծառայությունների վարչության, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի միջոցով, էլեկտրոնային տարբերակով քաղաքացիական իրավունքների բողոքարկման պորտալի գրասենյակի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ հղումում՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> կամ փոստով կամ հեռախոսով՝

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)

Բողոքների դիմումի ձեւերը հասանելի են՝ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

B. Վերանայելով Ձեր հաջորդ տարվա Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցումները

Կարևոր է, որ Դուք այժմ վերստուգեք Ձեր ծածկույթը՝ համոզվելու, որ այն հաջորդ տարի ևս շարունակվելու է բավարարել Ձեր կարիքները: Եթե այն չի բավարարում Ձեր կարիքները, Դուք կարող եք ցանկացած պահի դուրս գալ ծրագրից: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ տեսեք հարց G2:

Եթե որոշեք հեռանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, ապա Ձեր անդամակցությունը կավարտվի Ձեր խնդրանքը ներկայացրած ամսի վերջին օրը:

Դուք դեռևս կարող եք ստանալ ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները, եթե դուրս գաք մեր ծրագրից, քանի դեռ իրավասու եք:

- Դուք ունեք հնարավորություն ընտրելու ձեր Medicare նպաստները (տարբերակների համար անցեք էջ 10 և ծանոթացեք ձեր տարբերակներին):
- Դուք կստանաք ձեր Medi-Cal նպաստները ձեր ընտրությամբ Medi-Cal կառավարվող խնամքի պլանի իջոցով (լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս էջ 12):

 **Եթե հարցեր ունեք**, գնագահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

B1. Լրացուցիչ արքյուրներ

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.
- **Español (Spanish): ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- **繁體中文 (Chinese): 注意:** 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公, 早上8:00 點至晚上8:00 點或。
- **Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.
- **Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)
- **한국어 (Korean): 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시
- **Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ) 711)**
- **فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **Русский (Russian): ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).
- **日本語 (Japanese): 注意事項:** 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
- **العربية (Arabic): لحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែក ភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំបុត្រអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।
- ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- اردو (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (TTY:711)

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ մեծ տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո: Չանգահարեք 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY. 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է:

Այս փաստաթուղթը անվերելից այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում կարող եք ձեռք բերել մշտական հայցով: Դիմում ներկայացնելու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Չանախորդների խնամքի կենտրոնին: Անդամների ծառայությունները հետագա հաղորդակցությունների համար պահպանում են ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը: Ձեր նախընտրության վերաբերյալ որևէ թարմացում կատարելու համար դիմեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մասին տեղեկություն

- Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական պլան է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպաստները համատեղելով ընդգրկված անդամների համար:
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan -ի փոխհատուցումը հանդիսանում է որակավորված առողջապահական ծածկույթ, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ծածկույթ»: Այն բավարարում է Patient Protection-ի և Affordable Care Act-ի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջը: Այցելեք Internal Revenue Service-ի (IRS) կայքը՝ www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջի մասին լրացուցիչ տեղեկության համար:
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan -ն առաջարկվում է Blue Shield of California Promise Health Plan Health Plan-ի կողմից. Երբ Փոփոխությունների տարեկան ծանուցման մեջ ասվում է "մենք", "մեզ" կամ "մեր", ի նկատի ունենք Blue Shield of California Promise Health Plan-ը: Երբ ասվում է "ծրագիրը" կամ "մեր ծրագիրը", նշանակում է Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ը:

? Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

B3. Կարևոր անելիքներ՝

- **Ստուգեք, թե արդյոք կան փոփոխություններ մեր նպաստների և ծախսերի մեջ, որոնք կարող են ազդել Ձեր վրա:**
 - Արդյոք փոփոխությունները ազդում են Ձեր կողմից ստացվող ծառայությունների վրա:
 - Կարևոր է ստուգել նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դրանք հաջորդ տարի կբավարարեն Ձեզ:
 - Մեր պլանում ընդգրկված նպաստների և ծախսերի վերաբերյալ փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար նայեք բաժին D1-ն:
- **Ստուգեք, թե արդյոք կան փոփոխություններ մեր դեղատոմսով տրվող դեղերի ապահովագրության մեջ, որը կազդի Ձեր վրա:**
 - Ձեր դեղերը կընդգրկվե՞ն: Արդյո՞ք դրանք այլ մակարդակում են: Դուք կարո՞ղ եք շարունակել օգտվել նույն դեղատներից:
 - Կարևոր է ստուգել փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ մեր դեղերի ընդգրկումը հաջորդ տարի կբավարարի Ձեզ:
 - Մեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթի մասին տեղեկատվությունների ստանալու համար՝ տե՛ս բաժին D2:
 - Ձեր դեղերի ծախսերը կարող են ավելացած լինել անցյալ տարվա համեմատ:
 - » Խոսեք ձեր բժշկի հետ ավելի ցածր արժեքով դեղերի տարբերակների մասին, որոնք կարող են մատչելի լինել ձեզ համար: Դա կարող է ինչպե՛ս ձեր տարեկան ծախսերը:
 - » Դեղերի գների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելե՛ք՝ www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage: (Սեղմեք «գործիքներ» հղումը էջի ներքևում՝ ծանոթագրության մասում: Այս աղյուսակները նշում են, թե որ արտադրողներն են բարձրացրել իրենց գները, ինչպես նաև ցույց են տալիս դեղերի գների վերաբերյալ այլ տեղեկություններ:)
 - » Հիշե՛ք, որ ձեր պլանի նպաստները կորոշեն, թե կոնկրետ որքանով կարող են փոխվել ձեր դեղի ծախսերը:
- **Ստուգեք՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր մատակարարները և դեղատները հաջորդ տարի ընդգրկված են լինելու մեր ցանցում:**
 - Ձեր բժիշկները, ներառյալ Ձեր պարբերական այցելությունների մասնագետները, մեր ցանցում են: Իսկ Ձեր դեղատու՞նը: Իսկ ի՞նչ կասեք այն հիվանդանոցների կամ այլ մատակարարների մասին, որոնց ծառայություններից Դուք օգտվում եք:
 - Մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի* մասին տեղեկատվություններ ստանալու համար՝ տե՛ս բաժին C:
- **Մտածեք ծրագրում Ձեր ընդհանուր ծախսերի մասին:**
 - Որքա՞ն եք Դուք ինքներդ վճարելու այն ծառայությունների և դեղատոմսով տրված դեղերի համար, որոնք կանոնավոր կերպով օգտագործում եք:
 - Ինչպե՞ս են ընդհանուր ծախսերը համեմատվում ծածկույթի այլընտրանքային տարբերակների հետ:
- **Մտածեք այն հարցի շուրջ, թե արդյո՞ք Դուք գոհ եք մեր ծրագրից:**



Եթե հարցեր ունեք, գնահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Եթե որոշեք մնալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ՝

Եթե Դուք ցանկանում եք հաջորդ տարի մնալ մեզ հետ, դա դյուրին է՝ Դուք որևէ բան անելու կարիք չունեք: Եթե Դուք որևէ փոփոխություն չկատարեք, Դուք ինքնաբերաբար ներգրավված կմնաք մեր ծրագրում:

Եթե Դուք որոշեք փոխել ծրագրերը՝

Եթե դուք որոշում եք, որ այլ ապահովագրություններ ավելի լավ կբավարարեն ձեր կարիքները, հնարավոր է, որ դուք կարողանաք անցնել այլ պլանների (լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար, տե՛ս բաժին F2-ը): Եթե Դուք ներգրավվեք նոր ծրագրում, Ձեր նոր ծածկույթը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրից: Ձեր այլընտրանքների վերաբերյալ ավելին իմանալու համար ընթերցեք բաժին F Էջ՝ 11:

C. Ցանցի մատակարարների և դեղատների փոփոխություններ

Մեր Ծառայություն մատուցողների և դեղատների գրացուցակը փոխվել է 2021թ.-ին:

Մենք խիստ խորհուրդ ենք տալիս **վերանայել մեր Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու**՝ պարզելու, թե արդյոք Ձեր մատակարարները և դեղատները դեռ մեր ցանցում ընդգրկված են: **Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու** տեղադրված է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով և հարցնել մատակարարի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություն կամ խնդրել, որպեսզի ձեզ փոստով ուղարկվի **Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու**:

Կարևոր է, որ Դուք իմանաք, որ մենք նաև կարող ենք տարվա ընթացքում փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում: Եթե Ձեր մատակարարն այնուամենայնիվ լքի ծրագիրը, Դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանության միջոցներ: Հավելյալ տեղեկությունների համար նայե՛ք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* 3-րդ գլուխը:

? **Եթե հարցեր ունեք**,զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

D. Նպաստներում և ծախսերում կատարված փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար

D1. Նպաստների և բժշկական ծառայությունների արժեքի փոփոխություններ

Մյուս տարի մենք փոխում ենք մեր ծածկույթը որոշակի բժշկական ծառայությունների և դրանց համար պահանջվող վճարների համար մեր փոխհատուցումը: Ստորև բերված աղյուսակում նկարագրված են այս փոփոխությունները:

	2020թ. (այս տարի)	2021թ. (հաջորդ տարի)
Տարեկան ֆիզիկական հետազոտություն	Ամենամյա սովորական ֆիզիկական քննությունը չի փոխհատուցվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար մեկ այցի համար (փոխհատուցումը սահմանափակվում է մինչև 1 հետազոտությամբ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ):
Սննդի առաքում տուն	Սննդի առաքումը տուն չի փոխհատուցվում	Ստացիոնար հիվանդանոցից կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունից դուրս գրվելիս դուք վճարում եք \$0 համավճար յուրաքանչյուր տուն առաքած կերակրի համար: Մենք փոխհատուցում ենք՝ <ul style="list-style-type: none"> • 22 կերակուր և 10 խորտիկ մեկ դուրսգրման համար • Փոխհատուցումը սահմանափակվում է տարեկան երկու անգամ հաճախականությամբ • Անհրաժեշտության դեպքում կերակուրներն ու խորտիկները բաժանվելու են մինչև երեք առանձին առաքումների

D2. Դեղատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկմանը վերաբերող փոփոխություններ

Փոփոխություններ մեր դեղերի ցանկում

Ընդգրկված դեղերի ցանկը նաև կոչվում է «Դեղերի ցանկ»:

? Եթե հարցեր ունեք, գանգառե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու տեղադրված է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect: Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00-20:00, շաբաթը 7 օր և հարցնել մատակարարի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություն կամ խնդրել, որպեսզի ձեզ փոստով ուղարկվի *Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու*:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր Դեղերի ցանկում՝ ներառյալ փոփոխություններ այն դեղերում, որոնք մենք ընդգրկում ենք, և փոփոխություններ այն սահմանափակումներում, որոնք վերաբերում են որոշակի դեղերի մեր ընդգրկմանը:

Վերանայե՛ք Դեղերի ցանկը՝ **համոզվելու, որ Ձեր դեղերը կընդգրկվեն հաջորդ տարի**, ինչպես նաև պարզելու, թե արդյոք որևէ սահմանափակումներ կլինեն:

Եթե դեղի ընդգրկման որևէ փոփոխություն ազդի Ձեզ վրա, մենք խրախուսում ենք Ձեզ անել հետևյալը՝

- Ըննարկե՛ք Ձեր բժշկի (այլ դեղատոմս գրողի) հետ՝ գտնելու մեկ այլ դեղ, որը մենք կապահովագրենք:
 - Ձանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00-20:00, շաբաթը 7 օր կամ կապ հաստատե՛ք Ձեր խնամքի համակարգողի հարցնելու փոխհատուցվող դեղերի ցանկը, որոնք բուժում են նույն հիվանդությունը:
 - Այս ցանկը կարող է օգնել Ձեր մատակարարին՝ գտնել ընդգրկված դեղը, որը կարող է Ձեզ օգնել:
- Կարող եք դիմել առողջապահության պլան բացառության կարգով ձեր դեղը փոխհատուցելու համար:
 - Դուք կարող եք խնդրել բացառություն մինչև հաջորդ տարին, եւ մենք ձեզ կապտասխանենք ձեր խնդրանքը (կամ ձեր դեկավարի օժանդակ հայտարարությունը) ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
 - Իմանալու համար, թե ինչ պետք է անեք բացառություն խնդրելու համար տեսե՛ք 2021 թ. *Անդամի ձեռնարկի* 9-րդ գլուխը կամ զանգահարե՛ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825, TTY՝ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է:
 - Եթե բացառություն խնդրելու հարցում օգնության կարիք ունեք, կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ խնամքի համակարգողի հետ: Ձեր գործի կառավարչի հետ կապ հաստատելու մասին ավելի իմանալու համար կարդացե՛ք *Անդամի ձեռնարկի* գլուխ 2-ը և 3-ը:

Փոփոխություններ դեղատոմսով դեղերի գներում

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի շրջանակներում գոյություն ունի դեղերի համար կատարվող վճարների երկու փուլ Medicare-ի Մաս D-ով սահմանված դեղերի փոխհատուցումների համար: Ձեր կողմից վճարվող գումարը կախված է այն բանից, թե Դուք որ փուլում եք գտնվում՝ դեղատոմսով դեղ ստանալիս կամ լիցքավորելիս: Ահա և երկու փուլերը՝

Փուլ 1 Փոխհատուցման նախնական փուլ	Փուլ 2 Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ
<p>Այս փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի արժեքի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր չափաբաժինը: Ձեր չափաբաժինը կոչվում է համավճար:</p> <p>Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ ստանում եք տարվա առաջին դուրս թողումը դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար:</p>	<p>Այս փուլի ընթացքում ծրագիրը վճարում է մինչև 2021թ. դեկտեմբերի 31-ը Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը:</p> <p>Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ Դուք արդեն վճարել եք Ձեր կողմից արված ծախսերի որոշակի մասը:</p>

? **Եթե հարցեր ունեք**, զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Փոխհատուցման նախնական փուլը ավարտվում է, երբ ձեր կատարած ընդհանուր ծախսերի չափը հասնում է **\$6,550**: Այստեղից սկսվում է Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Ծրագիրն ընդգրկում է Ձեր բոլոր դեղերի ծախսերը՝ սկսած այդ պահից մինչև տարվա վերջը: Հավելյալ տեղեկություններ այն մասին, թե որքան գումար կվճարեք դեղատոմսով դեղեր ստանալու համար նայե՛ք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի 6-րդ* գլուխը:

D3. Փուլ 1. «Սկզբնական ապահովագրության փուլ»

Սկզբնական ապահովագրության փուլի ընթացքում ծրագիրը վճարում է Ձեր ապահովագրված՝ դեղատոմսով դեղերի արժեքի իր բաժինը, իսկ Դուք վճարում եմք Ձեր բաժինը: Ձեր չափաբաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է, թե արժեքի բաժանման որ հարկում է գտնվում Ձեր դեղը և որտեղից կարող եք այն ձեռք բերել: Դուք համավճար կվճարեք յուրաքանչյուր անգամ, երբ ձեռք բերեք դեղատոմսով դեղը: Եթե ձեր դեղն արժեքել է ձեր համավճարից քիչ, դուք կվճարեք նվազված արժեքով:

Մենք Դեղերի ցանկի դեղերից մի քանիսը տեղափոխել ենք դեղերի ավելի ցածր կամ ավելի բարձր մակարդակ: Եթե Ձեր դեղերը մակարդակից մակարդակ են տեղափոխվել, դա կարող է ազդել Ձեր համավճարի վրա: Պարզելու, թե արդյո՞ք Ձեր դեղերը մեկ այլ մակարդակում կլինեն, փնտրեք դրանք Դեղերի ցանկում:

Հետևյալ աղյուսակում ներկայացված է մեր դեղերի 4 օղակներից յուրաքանչյուրում գտնվող դեղերի համար ձեր ծախսերը: Այս գումարների չափերը կիրառվում են միայն այն ժամանակ, երբ Դուք Սկզբնական ընդգրկման փուլում եք:

	2020թ. (այս տարի)	2021թ. (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 1-ի դեղերը <i>(Նախընտրած ջեներիկ դեղեր)</i> 1-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկդեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0 մեկ դեղատոմսի համար :	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկդեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0 մեկ դեղատոմսի համար :
2-ին Մակարդակի դեղերը <i>(Ոչ պատենտային դեղեր)</i> 2-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկ դեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0, \$1.30, կամ \$3.60 մեկ դեղատոմսի համար :	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկ դեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0, \$1.30, կամ \$3.70 մեկ դեղատոմսի համար :
Մակարդակ 3-ի դեղերը <i>(Պատենտային դեղեր)</i> 3-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկ դեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0, \$3.90, կամ \$8.95 մեկ դեղատոմսի համար :	Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկ դեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0, \$4.00, կամ \$9.20 մեկ դեղատոմսի համար :

? **Եթե հարցեր ունեք**, գանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

	2020թ. (այս տարի)	2021թ. (հաջորդ տարի)
<p>Մակարդակ 4-ի դեղերը (Non-Medicare RX/Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC) 4-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկդեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0 մեկ դեղատոմսի համար:</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսյա (30 օրվա) մեկդեղատոմսով դեղի պաշարի համար կազմում է \$0 մեկ դեղատոմսի համար:</p>

Փոխհատուցման նախնական փուլը ավարտվում է, երբ ձեր կատարած ընդհանուր ծախսերի չափը հասնում է **\$6,550**: Այդ կետից սկսվում է Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Ծրագիրն ընդգրկում է Ձեր բոլոր դեղերի ծախսերը՝ սկսած այդ պահից մինչև տարվա վերջը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե որքան գումար կվճարեք դեղատոմսով դեղեր ստանալու համար, նայե՛ք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* 6-րդ գլուխը:

D4. Փուլ 2. Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ

Երբ դուք հասնեք ձեր դեղերի համար կատարած ծախսերի **\$6,550** սահմանաչափին, կսկսվի Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Դուք Փոխհատուցման կրիտիկական փուլում կմնաք մինչև օրացույցային տարվա վերջ:

E. Վարչական փոփոխություններ

Նկարագրություն	2020թ. (այս տարի)	2021թ. (հաջորդ տարի)
Դիաբետիկ պարագաներ - փորձարկման շերտի և լանչի քանակության սահմանի փոփոխություն	Յուրաքանչյուր ամիս կարող եք դեղատոմսով ձեռք բերել 100 փորձարկման ժապավեն և լանցետ (վերաբերում է ինչպես ինսուլինից, այնպես էլ ոչ ինսուլինից կախվածություն ունեցող անդամներին):	Ինսուլինից կախվածությամբ անդամներ՝ Դուք կարող եք ամեն ամիս դեղատոմսով ձեռք բերել 100 թեստային ժապավեն և լանցետ:
Անդամների ծառայությունների անվանումներ	Անդամների ծառայություններ	Հաճախորդների խնամքի կենտրոն

? **Եթե հարցեր ունեք**, գնագահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Նկարագրություն	2020թ. (այս տարի)	2021թ. (հաջորդ տարի)
Ներկայացրե՞ք Rx-ի հայցերը	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Մակարդակ 1 Նախընտրելի ընդհանուր դեղեր՝ Մանրածախ - ցանցային դեղատուն և ցանցային փոստային ծառայության դեղատների մատակարարում	Ներքին ցանցի մանրածախ ծախսերի փոխանակման դեղատանը կամ ցանցային փոստային ծառայության դեղատան միջոցով կարող եք ձեռք բերել փոխհատուցվող Մակարդակ 1-ի դեղերի մինչև 90 օրվա մատակարարում:	Ներքին ցանցի մանրածախ ծախսերի փոխանակման դեղատանը կամ ցանցային փոստային ծառայության դեղատան միջոցով կարող եք ձեռք բերել փոխհատուցվող Մակարդակ 1-ի դեղերի մինչև 100 օրվա մատակարարում:

F. Ինչպե՞ս ընտրել պլանը

F1. Ինչպե՞ս մնալ մեր ծրագրում

Մենք հույս ունենք, որ հաջորդ տարի Դուք կմնաք մեր անդամը:

Ձեր բժշկական ապահովագրության պլանում մնալու համար որևէ բան ձեռնարկելու անհրաժեշտություն չկա: Եթե Դուք չգրանցվեք Cal MediConnect-ի որևէ այլ ծրագրի, չփոխեք Medicare Advantage ծրագրի կամ չփոխեք Original Medicare-ի, Դուք ինքնաբերաբար որպես անդամ կներգրավվեք մեր ծրագրում 2021թ. համար:

F2. Ինչպե՞ս փոխել առողջապահական պլանները

Դուք ցանկացած պահի կարող եք դադարեցնել ձեր անդամագրությունը ընդգրկվելով մեկ այլ Medicare Advantage Plan-ում, Cal MediConnect ծրագրում կամ անցում կատարելով Original Medicare-ի:

Ինչպե՞ս եք ստանալու Medicare-ի ծառայությունները

Դուք Medicare-ի ծառայություններից օգտվելու երեք ընտրանք կունենաք: Այս ընտրանքներից մեկն ընտրելով՝ Դուք ինքնաբերաբար կդադարեցնեք Ձեր անդամությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին:

? Եթե հարցեր ունեք, գնա՞ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը: Եթե հարցեր ունեք, գնա՞ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար Է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

1. Կարող եք փոխարկել.

Medicare-ի առողջապահական ծրագրի (օրինակ, Medicare Advantage Plan) կամ, եթե համապատասխանում եք իրավասության պահանջներին եւ սպասարկման տարածքում եք ապրում, ապա տարեցների համար Ներառական խնամքի ծրագրին (All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Ահա, թե ինչ է պետք անել.

Չանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Տարեցների ներառական բուժօգնության ծրագրի վերաբերյալ հարցումներ կատարելու համար, զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223):

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը՝ 8:00 - 17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/

Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, երբ ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:

2. Կարող եք փոխարկել.

Original Medicare-ի՝ առանձին Medicare-ի դեղատոմսերով դեղերի ծրագրով

Ահա, թե ինչ պետք է անել.

Չանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/

Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, երբ ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:

3. Կարող եք փոխարկել.

Original Medicare առանց առանձին Medicare-ի դեղատոմսերով դեղերի ծրագրի

ՆԿԱՏԻ ԱՈՒԵԸ. Եթե Դուք փոխվեք Original Medicare-ի ու չանդամագրվեք առանձին Medicare-ի՝ դեղատոմսով դեղերի ծրագրին, ապա Medicare-ը կարող է անդամագրել Ձեզ դեղերի մի ծրագրի, եթե Դուք Medicare-ին չտեղեկացնեք, որ չեք ցանկանում միանալ:

Դուք պետք է դադարեցնեք դեղատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկումը միայն այն դեպքում, եթե գործատուից, միությունից կամ որևէ այլ աղբյուրից դեղերի փոխհատուցում եք ստանում: Եթե հարցեր ունեք կապված դեղերի փոխհատուցման հետ, զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/

Ահա, թե ինչ պետք է անել.

Չանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/

Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից, երբ ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:

? Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:**

Ինչպես՝ եք ստանալու Medi-Cal-ի ծառայությունները

Երբ դադարեցնեք անդամակցությունը մեր ծրագրում, ձեր Medi-Cal-ի ծառայությունների համար կշարունակեք մնալ Blue Shield of California Promise Health Plan -ում եթե չընտրեք այլ Cal MediConnect ծրագիր կամ այլ Medi-Cal-ի ծրագիր: Ձեր Medi-Cal ծառայությունները ներառում են մեծամասամբ երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն, ինչպես վարքային խանգարումների բուժում:

Եթե ցանկանում եք դադարեցնել մեր Cal MediConnect պլանին անդամակցությունը, ապա պետք է տեղեկացնեք Health Care Options-ն այն մասին, թե Medi-Cal-ի որ կարգավորվող բժշկական սպասարկման պլանին եք ցանկանում միանալ: Կարող եք զանգահարել Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից՝ 18:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:

G. Ինչպես՝ ս օգնություն ստանալ

G1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից օգնության ստացում

Հարցեր ունե՞ք: Մենք այստեղ ենք ձեզ օգնելու համար: Չանգահարե՞ք Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711): Մենք հասանելի ենք 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Այս համարներին կատարվող զանգերն անվճար են:

Կարդացե՛ք Ձեր 2021թ.Անդամի ձեռնարկը

2021թ. Անդամի ձեռնարկը ձեր պլանի նպաստների օրինական, մանրամասն նկարագրությունն է: Այն մանրամասն տեղեկություններ է պարունակում հաջորդ տարվա Ձեր նպաստների և ծախսերի վերաբերյալ: Այն բացատրում է Ձեր իրավունքները և կանոնները, որոնց Դուք պետք է հետևեք՝ ընդգրկված ծառայություններից և դեղատոմսով տրվող դեղերից օգտվելու համար:

2021թ. Անդամի ձեռնարկը հասանելի կդառնա հոկտեմբերի 15-ին: 2021թ. Անդամի ձեռնարկի թարմացված տարբերակը մշտապես հասանելի է մեր կայքէջում՝

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 և խնդրել, որպեսզի ձեզ փոստով ուղարկվի 2021թ.-ի Անդամի ձեռնարկը:

Այցելեք մեր կայքէջ

Դուք նաև կարող եք այցելել մեր կայքէջը՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect Որպես հիշեցում, մեր կայքէջը պարունակում է ամենավերջին թարմացված տեղեկությունները մեր մատակարարների և դեղատների ցանցի մասին (Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու), ինչպես նաև մեր Դեղերի ցանկը (Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ):

G2. Նահանգային անդամագրման միջնորդից օգնություն ստանալը

Նահանգային անդամագրման միջնորդը՝ Health Care Options-ը, կօգնի Ձեզ անդամագրվել Cal MediConnect առողջապահական պլանին: Նրանք կարող են նաև օգնել Ձեզ չեղյալ համարել Cal MediConnect Plan-ին Ձեր անդամակցությունը: Կարող եք զանգահարել Health Care Options 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից՝ 18:00-ը: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:

? Եթե հարցեր ունեք, զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

G3. Cal MediConnect Ombuds Program-ից օգնություն ստանալը

Cal MediConnect-ի Ombuds Program-ը կարող է օգնել Ձեզ, եթե Դուք խնդիրներ ունեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի հետ կապված: Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծառայություններն անվճար են: Cal MediConnect Ombuds ծրագիր

- Ծրագրն աշխատում է փաստաբան որպես ձեր անունից : Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե դուք ունեք խնդիր կամ բողոք եւ կարող եք օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել:
- Կատարում է ձեր իրավունքների եւ պաշտպանվածության վերաբերյալ տեղեկություններ եւ ինչպես կարող եք ձեր մտահոգությունները լուծել:
- Այն չի համագործակցում որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

G4. Health Insurance Counseling and Advocacy Program ծրագրից օգնություն ստանալը

Կարող եք նաև զանգահարել State Health Insurance Assistance Program -ին (SHIP): Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP). HICAP-ի խորհրդատուները կարող են Ձեզ օգնել՝ հասկանալու Ձեր Cal MediConnect ծրագրի ընտրության տարբերակները և պատասխանել ծրագրերը փոխելու մասին Ձեր հարցերին: HICAP-ը չի համագործակցում որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ը հատուկ մասնագիտացված խորհրդատուներ ունի ամեն վարչաշրջանում և ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը՝ www.aging.ca.gov/HICAP/

G5. Ինչպես ստանալ օգնություն Medicare-ից

Դուք կարող եք զանգահարել՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Medicare-ի վերկայք

Կարող եք այցելել Medicare-ի կայքէջը (www.medicare.gov) եթե Դուք որոշեք չանդամագրվել Ձեր Cal MediConnect ծրագրին և անդամագրվել Medicare Advantage ծրագրին, Medicare-ի կայքէջը տեղեկություններ է պարունակում ծախսերի, ընդգրկման և որակի դասակարգումների մասին՝ օգնելու Ձեզ համեմատել Medicare Advantage ծրագրերը:

Դուք կարող եք Medicare Advantage ծրագրերի մասին տեղեկություններ գտնել Ձեր բնակության վայրում՝ օգտվելով Medicare Plan Finder-ից՝ Medicare-ի կայքէջում: (Ծրագրերի մասին տեղեկություններն ստանալու համար այցելեք՝ www.medicare.gov և սեղմեք «Գտնել առողջապահական և դեղի ծրագիր» հղումը):

Medicare-ը և Դուք 2021թ.

Դուք կարող եք կարդալ Medicare-ը և Դուք 2021թ. ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանն այս գրքուկը փոստով ուղարկվում է Medicare-ից օգտվողներին: Այն Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանության միջոցների նկարագրություն, ինչպես նաև Medicare-ին վերաբերող ամենից հաճախ տրվող հարցերի պատասխաններն է պարունակում:

? **Եթե հարցեր ունեք**, զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Եթե Դուք այս գրքուկի կրկնօրինակը չունեք, Դուք կարող եք այն գտնել Medicare-ի կայքէջում (www.medicare.gov) կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:


G6. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունից (California Department of Managed Health Care) օգնություն ստանալը

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական ինսամքի վարչությունը պատասխանատու է կարգավորելու առողջապահական ինսամքի ծառայությունների պլանները: Եթե բողոք ունեք ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ, նախ պետք է զանգեք ձեր ծրագրին՝ 1-855-905-3825 համարով և կիրառեք ձեր բողոքարկման գործընթացը՝ մինչ բաժանմունքի հետ կապվելը: **Բողոքների ներկայացման այս ընթացակարգի օգտագործումը չի սահմանափակում Ձեզ հասանելի ցանկացած օրինական իրավունքները կամ միջոցները:**

Եթե Դուք օգնության կարիք ունեք որևէ զանգատարկման հետ, որը կապված է արտակարգ իրավիճակի հետ, կամ մի զանգատարկման, որը լուծում չի ստացել ավելի քան 30 օր, Դուք կարող եք աջակցության համար դիմել դեպարտամենտին:

Դուք հնարավոր է նաև իրավունք ունենաք Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) համար: Եթե դուք IMR-ի իրավունք ունեք, IMR գործընթացը կտրամադրի ծրագրի կողմից կատարած որոշումների մասնակի վերանայում, որոնք կապված են առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության հետ, Էքսպերիմենտալ բուժումների փոխհատուցման որոշումների կամ հետազոտական բնույթի և վճարման հետ կապված վեճերին՝ շտապ օգնության կամ բժշկական ծառայությունների համար:

Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (1-888-466-2219) և TTY գիծ (1-877-688-9891) լսողական և խոսակցական խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար: Դեպարտամենտի ինտերնետ կայքն է www.dmhc.ca.gov, որտեղ կան բողոքարկման ձևեր, IMR դիմումի ձևեր և առցանց ուղեկիշներ:

 **Եթե հարցեր ունեք**, զանգահարե՛ք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan՝ 1-855-905-3825 (TTY՝ 711), 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect