

2022

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-1021



Promise Health Plan

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չուրթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

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

2022թ. փոփոխությունների տարեկան ծանուցում

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 տեղի ունենալու: Այս Փոփոխությունների տարեկան 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. Նախազգուշացումներ	1	D2. Ինքատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկմանը վերաբերող փոփոխություններ	7
B. Վերանայելով Ձեր հաջորդ տարվա Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցումները	2	D3. Փուլ 1. «Սկզբնական ապահովագրության փուլ»	9
B1. Լրացուցիչ ռեսուրսներ	3	D4. Փուլ 2. «Աղետային ապահովագրության փուլ»	10
B2. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մասին տեղեկություն	4	E. Ինչպե՞ս ընտրել ծրագիրը	10
B3. Կարևոր անելիքներ՝	4	E1. Ինչպե՞ս մնալ մեր ծրագրում	10
B. Ցանցի մատակարարների և դեղատների փոփոխություններ	6	E2. Ինչպե՞ս փոխել առողջապահական ծրագրերը	10
D. Նպաստներում և ծախսերում կատարված փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար	6	F. Ինչպե՞ս օգնություն ստանալ	12
D1. Նպաստների և բժշկական ծառայությունների ծախսերում փոփոխություններ	6	F1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից օգնության ստացում	12

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

F2. Նահանգային անդամագրման միջնորդից օգնություն ստանալը	13	F5. Ինչպե՞ս ստանալ օգնություն Medicare-ից	14
F3. Cal MediConnect Ombuds Program-ից օգնություն ստանալը	13	F6. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունից (California Department of Managed Health Care) օգնություն ստանալը.....	14
F4. Health Insurance Counseling and Advocacy Program-ից օգնություն ստանալը.....	13		



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

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 ամփոփում է, այլ ոչ թե ամբողջական նկարագրությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կապ հաստատեք ծրագրի հետ կարողալու Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագրի 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 ինքնություն, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, հոգեկան խանգարման կամ ֆիզիկական հաշմանդամության:

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

- Անվճար օժանդակություն և ծառայություններ է տրամադրում 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 ինքնություն, 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

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

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չորս օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության և մարդու ծառայությունների վարչության, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի (U.S. Department of Health and Human Services) 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)

Medicare-ի բողոքների ձևը հասանելի է <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Ե. 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 շարունակելու է բավարարել Ձեր կարիքները: Եթե այն չի բավարարում Ձեր կարիքները, Դուք կարող եք ցանկացած պահի դուրս գալ ծրագրից: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար անցեք Բաժին E2:

Եթե որոշեք հեռանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի, 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 (անցեք էջ 11):
- Դուք կստանաք Ձեր Medi-Cal նպաստները Ձեր ընտրությանը Medi-Cal կառավարվող խնամքի պլանի միջոցով (լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք էջ 12):

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին՝ 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

B1. Տեղեկատվության լրացուցիչ աղբյուրներ

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



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

- ភាសាไทย (Thai): เร็ยน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย
- ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਸਾਵਯਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ [711], ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |
- Українська (Ukrainian): ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.
- Mienh (Mien): TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungn muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

- Այս Փոփոխությունները անհատական ծանուցումը կարող էք խնդրել այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլայն, խոշոր տպագիր կամ աուդիո ձևաչափով: Զանգահարե՛ք 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY 711), Ժամը՝ 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է:
- Այս փաստաթուղթը անգլերենից այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և ապագայում կարող էք ձեռք բերել մշտական հասցով: Դիմում ներկայացնելու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Հանախորդների խնամքի կենտրոնին: Հետագա հաղորդակցությունների համար պահպանում են Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը: Ձեր նախընտրություն վերաբերյալ որևէ թարմացում կատարելու համար, խնդրում ենք 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 ծրագիր է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպատենքը 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 Հիվանդների պաշտպանություն և Մատչելի խնամքի ակտի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջը: Այցելե՛ք 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-ի կողմից Երբ այս Փոփոխությունները տարեկան ծանուցման մեջ ասվում է «մենք», «մեզ» կամ «մեր», դա նշանակում է Blue Shield of California Promise Health Plan Health Plan-ը: Երբ այն ասվում է «ծրագիրը» կամ «մեր ծրագիրը», դա նշանակում է Blue Shield Promise Cal MediConnect ծրագիրը:

B3. Կարևոր անելիքներ.

- Ստուգե՛ք, թե արդյոք կան փոփոխություններ մեր նպատենքի և ծախսերի մեջ, որոնք կարող են ազդել Ձեր վրա:
 - Արդյոք փոփոխությունները ազդում են Ձեր կողմից ստացվող ծառայությունների վրա:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, Ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

- Կարևոր է ստուգել նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դրանք հաջորդ տարի կբավարարեն Ձեզ:
- Մեր ծրագրում ընդգրկված նպաստների և ծախսերի վերաբերյալ փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար նայեք բաժին D1-ն:
- **Ստուգե՛ք, թե արդյոք կան փոփոխություններ մեր դեղատոմսով տրվող դեղերի ապահովագրության մեջ, որը կազդի Ձեր վրա:**
 - Ձեր դեղերը կընդգրկվե՞ն: Արդյոք դրանք տարբեր ծախսերի բաշխման մակարդակներում են: Դուք կարո՞ղ եք շարունակել օգտվել նույն դեղատոմսերից:
 - 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 խնայել ձեզ տարեկան ծախսերը:
 - » Դեղերի գների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելե՛ք www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage: (Սեղմե՛ք “dashboards” «ցուցատախտակներ») հղմանը՝ Նշման մեջտեղում՝ էջի ներքևի 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 ծրագրի նպաստները կորոշեն, թե կոնկրետ որքանով կարող են փոխվել Ձեր դեղի ծախսերը:
- **Ստուգե՛ք՝ արդյոք հաջորդ տարի Ձեր մատակարարներն ու դեղատոմսերը կլինեն մեր ցանցում:**
 - Ձեր բժիշկները՝ ներառյալ Ձեր մասնագետները, մեր ցանցում են: Իսկ Ձեր դեղատոմսը՝ Իսկ ի՞նչ կսսեք այն հիվանդանոցների կամ այլ մատակարարների մասին, որոնց ծառայություններից Դուք օգտվում եք:
 - Մեր *Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատուի* մասին տեղեկատվություններ ստանալու համար տե՛ս Բաժին C-ն:
- **Մտածե՛ք ծրագրում Ձեր ընդհանուր ծախսերի մասին:**
 - Որքա՞ն էք 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:
- **Մտածե՛ք այն հարցի շուրջ, թե արդյոք Դուք գո՞հ եք մեր ծրագրից:**

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

Եթե Դուք ցանկանում եք հաջորդ տարի մնալ մեզ հետ, ապա 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 ծրագրերի (լրացուցիչ տեղեկություն ստանալու համար անցե՛ք բաժին E2): Եթե Դուք ներգրավվեք նոր ծրագրում, Ձեր նոր ծածկույթը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրից: Ձեր այլընտրանքների վերաբերյալ ավելի իմանալու համար կարդացե՛ք բաժին E, էջ՝ 10:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, ԿԻՄ 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելե՛ք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

C. Ցանցի մատակարարների և դեղատոների փոփոխություններ

Մեր Ծառայություն մատուցողների և դեղատոների գրացուցակը փոխվել է 2022թ.-ի համար:

Մենք խրախուսում ենք Ձեզ վերանայել մեր ընթացիկ *Մատակարարների և դեղատոների թարմացված տեղեկատու*ն պարզելու, թե արդյոք Ձեր մատակարարները և դեղատոները դեռ մեր ցանցում ընդգրկված են: *Մատակարարների և դեղատոների թարմացված տեղեկատու*ն տեղադրված է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/directory. Հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հանախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով և հարցնել մատակարարի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություն կամ խնդրել, որպեսզի Ձեզ փոստով ուղարկվի *Մատակարարների և դեղատոների թարմացված տեղեկատու*ն:

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 անցե՛ք *Ձեր Անդամի ձեռնարկի* 3-րդ գլուխը:

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:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին՝ 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

	2021թ. (այս տարի)	2022թ. (հաջորդ տարի)
Շտապ օգնություն	Դուք վճարում եք \$0 համավճար Դուք վճարում եք \$0 համավճար համաշխարհային արտակարգ իրավիճակների/անհապաղ փոխհատուցման համար Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման \$25,000 սահմանափակում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար Դուք վճարում եք \$0 համավճար համաշխարհային արտակարգ իրավիճակների/անհապաղ փոխհատուցման համար Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ խնամքի ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման սահմանափակում չկա:
Տարեց մարդկանց ունիվերսալ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)	Դուք վճարում եք \$0 համավճար (Ծրագրի նպաստների առավելագույն փոխհատուցումը տարեկան կազմում է \$5,356.25):	Մեր ծրագրով ընդգրկված չէ, բայց մենք դեռ կօգնենք համակարգել այս ծառայությունների հասանելիությունը Ձեզ համար:
Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC)	\$120 սահմանափակում 3 ամիսը մեկ Դուք կարող եք եռամսյակի ընթացքում մեկ պատվեր կատարել: Որոշ սահմանափակումներ կարող են կիրառվել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք OTC կատալոգ:	\$185 սահմանափակում 3 ամիսը մեկ Դուք կարող եք եռամսյակի ընթացքում երկու պատվեր կատարել: Որոշ սահմանափակումներ կարող են կիրառվել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցե՛ք OTC կատալոգ:
Շտապ բուժօգնություն	Դուք վճարում եք \$0 համավճար Դուք վճարում եք \$0 համավճար համաշխարհային արտակարգ իրավիճակների/անհապաղ փոխհատուցման համար Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման \$25,000 սահմանափակում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար Դուք վճարում եք \$0 համավճար համաշխարհային արտակարգ իրավիճակների/անհապաղ փոխհատուցման համար Միացյալ Նահանգներից դուրս ամեն տարի անհետաձգելի/անհապաղ խնամքի ծառայությունների ծրագրի փոխհատուցման սահմանափակում չկա:

D2. Դեղատոմսով տրվող դեղերի ընդգրկմանը վերաբերող փոփոխություններ

Փոփոխություններ մեր դեղերի ցանկում

Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատուն տեղադրված է մեր կայքէջում www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, (TTY 711), ժամը 8:00-20:00, շաբաթը 7 օր և հարցնել մատակարարի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություն կամ խնդրել, որպեսզի Ձեզ փոստով ուղարկվի Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատուն:

Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատուն նաև կոչվում է «Դեղերի ցանկ»:

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 արդյոք որևէ սահմանափակումներ կլինեն:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

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

- Քննարկեք Ձեր բժշկի (այլ դեղատոմս գրողի) հետ՝ գտնելու մեկ այլ դեղ, որը մենք կապահովագրենք:
 - Կարող եք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը՝ 8:00-20:00, շաբաթը չոթ օր կամ կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ՝ խնդրելու ապահովագրված դեղերի ցուցակը, որոնք բուժում են նույն խնդիրը:
 - 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 կպատասխանենք Ձեր խնդրանքը (կամ Ձեր դեկավարի օժանդակ հայտարարությունը) ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
 - Իմանալու համար, թե ինչ պետք է անեք բացառություն խնդրելու համար անցե՛ք 2022թ. *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 չոթ օր: Զանգն անվճար է:
 - Եթե բացառություն խնդրելու հարցում օգնության կարիք ունեք, կարող եք կապվել Հաճախորդների խնամքի կենտրոնի կամ խնամքի համակարգողի հետ: Անցե՛ք *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխներ 2 և 3՝ ավելին իմանալու համար, թե ինչպես կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ:
- Դեղի ժամանակավոր պաշարը փոխհատուցելու համար դիմեք պլանին:
 - Մենք կարող ենք դեղի մեկանգամյա ժամանակավոր մատակարարում տրամադրել տարվա առաջին [90] օրերի ընթացքում:
 - Այս ժամանակավոր մատակարարումը կլինի մինչև մեկ ամիս ժամկետով: (Ժամանակավոր մատակարարում ստանալու ժամկետի և դիմելու մասին ավելին իմանալու համար, անցե՛ք *Անդամի ձեռնարկի* Գլուխ 5-ը:)
 - Երբ Ձեզ դեղը ժամանակավորապես տրամադրվի, Դուք պետք է քննարկեք Ձեր մատուցողի հետ՝ ինչ կարելի է անել դեղի մատակարարման վերջանալուց հետո: Դուք կարող եք անցնել պլանով փոխհատուցվող այլ դեղի կամ դիմել, որպեսզի բացառություն արվի Ձեր համար և փոխհատուցվի ընդունվող դեղը:
 - Տեղեկագրի բացառությունների պահանջները պետք է ամեն տարի ներկայացվեն ծրագրին:

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 վերաստանալիս: Ահա և երկու փուլերը՝

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Փուլ 1	Փուլ 2
<p>Փոխհատուցման նախնական փուլ</p> <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>Փոխհատուցման կրիտիկական փուլ</p> <p>Այս փուլի ընթացքում ծրագիրը վճարում է մինչև 2022թ. 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>

Փոխհատուցման նախնական փուլն ավարտվում է, երբ դեղատոմսով դեղերի կանխիկ վճարումները հասնում են **\$7,050**: 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 անցեք 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 ենք 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 արդյոք 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:

	2021թ. (այս տարի)	2022թ. (հաշորդ տարի)
<p>Մակարդակ 1-ի դեղերը (Նախընտրած պատենտային դեղեր)</p> <p>1-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0 :</p>	<p>Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0 :</p>
<p>2-ին Մակարդակի դեղերը (Ոչ պատենտային դեղեր)</p> <p>2-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0, \$1.30 կամ \$3.70 :</p>	<p>Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0, \$1.35 կամ \$3.95 :</p>

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, ԿԿ 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

	2021թ. (այս տարի)	2022թ. (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 3-ի դեղերը <i>(Բրենդային դեղեր)</i> 3-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը	Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0, \$4.00 կամ \$9.20 :	Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0, \$4.00 կամ \$9.85 :
Մակարդակ 4-ի դեղերը <i>(Ոչ-Medicare Առանց դեղատոմսի դեղեր (OTC))</i> 4-րդ Մակարդակում գտնվող դեղի մեկամսյա պաշարի արժեքը, որը պատրաստվում է ցանցային դեղատանը	Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0 :	Ձեր մեկ ամսվա համավճարը (30-օրյա) պաշարի համար մեկ դեղատոմսով կազմում է \$0 :

Փոխհատուցման նախնական փուլը ավարտվում է, երբ Ձեր կատարած ընդհանուր ծախսերի չափը հասնում է **\$7,050**: Այդ կետից սկսվում է Աղետային ապահովագրության 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, անցեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի* 6-րդ գլուխը:

D4. Փուլ 2. «Աղետային ապահովագրության փուլ»

Երբ Դուք հասնեք Ձեր դեղերի համար կատարած ծախսերի **\$7,050** սահմանաչափին, կսկսվի Փոխհատուցման կրիտիկական փուլը: Դուք Աղետային ապահովագրության փուլում կմնաք մինչև օրացույցային տարվա վերջ:

E. Ինչպե՞ս ընտրել ծրագիր

E1. 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 չզրանցվեք Cal MediConnect-ի որևէ այլ ծրագրի, չփոխեք Medicare Advantage ծրագրի կամ չփոխեք Original Medicare-ի, Դուք ինքնաբերաբար որպես անդամ կներգրավվեք մեր ծրագրում 2022թ. համար:

E2. Ինչպե՞ս փոխել առողջապահական պլանները

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

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

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:

1. Կարող եք փոխարկել.
Medicare-ի առողջապահական ծրագրի (օրինակ, Medicare Advantage ծրագրում) 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՝
 Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Կոչ օգտավորները 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.
 • Զանգահարե՛ք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը՝ 8:00 մինչև 17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք 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 է պետք անել՝
 Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) համարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Կոչ օգտավորները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
 Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.
 • Զանգահարե՛ք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը՝ 8:00 մինչև 17:00: Տեղական HICAP գրասենյակ գտնելու համար լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP:
 Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan -ից, երբ Ձեր նոր ծրագրի փոխհատուցումը սկսվի:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, Կոչ 711, ժամը՝ 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

3. Կարող եք փոխարկել.

Original Medicare առանց առանձին **Medicare-ի** դեղատոմսերով դեղերի ծրագրի

ՆԿԱՏԻ ԱՌԵՔ 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 արջուրից դեղերի փոխհատուցում եք ստանում: Եթե դեղամիջոցների ապահովագրման կարիք ունենալու վերաբերյալ հարցեր ունեք, զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը առավոտյան 8:00-ից 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ Ձեր տարածքում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/HICAP/:

Ահա, թե ինչ է պետք անել՝

Զանգահարեք 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.

- Զանգահարե՛ք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը առավոտյան 8:00-ից 17:00: Տեղական HICAP գրացենյակ գտնելու համար կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք 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:

Ինչպես եք ստանալու Medi-Cal-ի ծառայությունները

Եթե դուրս եք գալիս մեր Cal MediConnect ծրագրից, Դուք կգրանցվեք Medi-Cal-ի կողմից վերահսկվող բուժօգնության ծրագրի մեջ՝ ըստ Ձեր ցանկության: Ձեր Medi-Cal ծառայությունները ներառում են մեծամասամբ երկարաժամկետ ծառայություններ և աշակցություն, 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 զանգահարեք 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:

F. Ինչպե՞ս ստանալ ծառայություններ

F1. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից օգնության ստացում

Հարցեր ունե՞ք: Մենք այստեղ ենք Ձեզ օգնելու համար: Խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն՝ 1-855-905-3825 (TTY օգտվողները միայն զանգահարեն 711): Մենք հասանելի ենք հեռախոսազանգերի համար ժամը 8:00 – 20:00, շաբաթը չոթ օր: Այս համարներին կատարվող զանգերն անվճար են:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

Կարդացեք Ձեր 2022թ. Անդամի ձեռնարկը

2022թ. Անդամի ձեռնարկը Ձեր ծրագրի 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:

2022 թ. Անդամի ձեռնարկը հասանելի կդառնա մինչև հոկտեմբերի 15-ը: 2022թ. Անդամի ձեռնարկի թարմացված տարբերակը մշտապես հասանելի է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների խնամքի կենտրոն 1-855-905-3825 խնդրելու Ձեզ ուղարկել 2022թ. Անդամի ձեռնարկը:

Այցելե՛ք 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 դեղատոմսերի ցանցի մասին (Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու), ինչպես նաև մեր Դեղերի ցանկը (Ապահովագրված դեղերի ցանկ):

F2. 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 դուրս գալ Cal MediConnect առողջապահական ծրագրից: Դուք կարող եք զանգահարել Health Care Options-ին՝ 1844-580-7272 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան 8:00-ից մինչև երեկոյան 18:00: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:

F3. Cal MediConnect Ombuds Program-ից օգնություն ստանալը

Cal MediConnect 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 Program:

- Ծրագրի փաստաբան է աշխատում Ձեր անունից: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք ունեք խնդիր կամ բողոք և կարող եք օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անեք:
- 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 Program-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

F4. Health Insurance Counseling and Advocacy Program-ից

օգնություն ստանալը

Կարող եք նաև զանգահարել State Health Insurance Assistance Program-ին (SHIP): Կալիֆորնիայում SHIP-ը կոչվում է Առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են Ձեզ օգնել հասկանալ 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/:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը չոթ օր: Ձանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:

F5. Ինչպե՞ս ստանալ օգնություն Medicare-ից

Medicare-ից անմիջապես տեղեկատվություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրական 24 ժամ, 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 տեղեկություններ ստանալու համար անցե՛ք www.medicare.gov և սեղմեք “Find Plans” (Գտնել ծրագիր) հղումը):

“Medicare & You 2022” (Medicare-ը և Դուք 2022թ.)

Դուք կարող եք կարդալ “Medicare & You 2022” (Medicare-ը և Դուք 2022թ.) ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանն այս գրքույկը 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 Դուք այս գրքույկի կրկնօրինակը չունեք, ապա կարող եք այն գտնել Medicare-ի կայքէջում (www.medicare.gov) կամ զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ շուրջօրյա, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

F6. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունից (California Department of Managed Health Care) օգնություն ստանալը

Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժօգնության վարչությունը պատասխանատու է կարգավորելու առողջապահական խնամքի ծառայությունների պլանները: Եթե բողոք ունեք Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ, նախ պետք է զանգահարեք 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 գանգատ ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է հրատապ դեպքի հետ, գանգատ, որը բավարար կերպով չի լուծվել Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, ապա կարող եք զանգահարել բաժնին՝ աջակցություն ստանալու համար: Կարող եք նաև իրավասու լինել 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 վնասման հետ կապված վեճերին՝ շտապ օգնության կամ բժշկական ծառայությունների համար: Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-446-2219)** և TDD գիծ՝ **(1877-688-9891)** լսողության և խոսքի դժվարություններ ունեցողների համար: Բաժանմունքի ինտերնետ կայքն է www.dmhc.ca.gov որտեղ կան բողոքարկման ձևեր, IMR դիմումի ձևեր և առցանց ուղեներշններ:

? Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին 1-855-905-3825, TTY 711, ժամը 8:00-ից մինչև 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կայքը:



Promise Health Plan

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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect