

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), որն առաջարկվում է California Physicians' Service-ի կողմից (dba Blue Shield of California)**

**2024 թ. փոփոխությունների տարեկան ծանուցում**

**Ներածություն**

Դուք ներկայումս անդամագրված եք մեր ծրագրին: Հաջորդ տարի որոշ փոփոխություններ կլինեն մեր նպաստների, ծածկույթի, կանոնների և ծախսերի մեջ: Տվյալ *Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցումը* ներկայացնում է փոփոխությունները և նկարագրում, թե որտեղ կարելի է լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել դրանց մասին: Ծախսերի, նպաստների կամ կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար խնդրում ենք ծանոթանալ *Անդամի ձեռնարկին*, որը կարելի է գտնել մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) հասցեով: Հիմնական եզրույթները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով՝ *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

**Լրացուցիչ աղբյուրներ**

- Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն և վիետնամերեն:
- Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս *Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցումը* այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
  - Եթե ցանկանում եք ձեր պլանի նյութերը ստանալ առցանց, ապա մուտք գործեք ձեր հաշիվ՝ [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) հասցեով, սեղմեք ձեր անվան սկզբնատառերի տակ՝ վերևի աջ անկյունում գտնվող «Իմ հատկագիրը» կոճակը, անցեք «Հաղորդակցման նախապատվություններ» բաժին և որպես առաքման նախապատվություն ընտրեք «Առցանց» տարբերակը: Եթե հաշիվ չունեք, անցեք հետևյալ հասցեով՝ [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login), սեղմեք «Հաշիվ ստեղծել» կոճակը և դուք կարող եք ընտրել առաքման ձեր նախընտրելի տարբերակը գրանցվելու ընթացքում:
  - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով:

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

ստանալու համար՝ նույն պահին և հետագայում: Հարցում կատարելու համար դիմեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն: Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը հաշվի կառնվեն հետագա հաղորդակցության ընթացքում: Ձեր նախընտրությունների վերաբերյալ թարմացումներ անելու համար դիմեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:

- Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ պատասխանելու առողջությանը կամ դեղերին վերաբերող մեր ծրագրի մասին Ձեր ցանկացած հարցին: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես գանգահարեք մեզ՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Անգլերեն խոսող ինչ-որ մեկը կարող է օգնել Ձեզ: Մա անվճար ծառայություն է:

---

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

## Բովանդակություն

|   |    |
|---|----|
| A. Ազատում պատասխանատվությունից.....  | 4  |
| B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծածկույթի վերանայում.....   | 4  |
| B1. Տեղեկություններ Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին .....  | 5  |
| B2. Կարևոր անելիքներ .....  | 5  |
| C. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին.....  | 7  |
| D. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ .....   | 7  |
| D1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ .....  | 7  |
| D2. Փոփոխություններ դեղատոմսով տրամադրվող դեղերի ծածկույթում .....  | 11 |
| D3. Փուլ 1. «Ապահովագրության սկզբնական փուլ» .....  | 13 |
| D4. Փուլ 2. «Ապահովագրության հրատապ փուլ».....  | 15 |
| E. Վարչական փոփոխություններ .....   | 16 |
| F. Ծրագրի ընտրությունը .....  | 16 |
| F1. Մեր ծրագրում մնալը .....  | 16 |
| F2. Ծրագրի փոփոխություն .....   | 16 |
| G. Օգնության տրամադրում .....   | 21 |
| G1. Մեր ծրագիրը .....   | 21 |
| G2. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվություն և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)..... | 21 |
| G3. Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր .....   | 22 |
| G4. Medicare.....   | 22 |
| G5. Կալիֆորնիայի կառավարվող առողջական խնամքի բաժին.....   | 23 |

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



---

## A. Ազատում պատասխանատվությունից

- ❖ Blue Shield of Californian-ն HMO D-SNP ծրագիր է՝ Medicare-ի, ինչպես նաև Կալիֆորնիա նահանգի Medicaid ծրագրի հետ կնքված պայմանագրերով: Blue Shield of California-ում գրանցվելը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:
- ❖ Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը ենթադրում են, որ խոսքը գնում է California Physicians' Service-ի մասին (dba Blue Shield of California): Երբ ասվում է «ծրագիր» կամ «մեր ծրագիրը», ապա խոսքը գնում է Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին:

---

## B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծածկույթի վերանայում

Կարևոր է, որ վերանայեք ձեր ծածկույթը այժմ՝ համոզվելու, որ այն կբավարարի ձեր կարիքները հաջորդ տարի: Եթե այն չի բավարարում ձեր կարիքները, դուք կարող եք դուրս գալ մեր ծրագրից: Անցեք **Բաժին D**՝ հաջորդ տարվա ձեր նպաստների փոփոխությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե որոշեք դուրս գալ մեր ծրագրից, ձեր անդամակցությունը կավարտվի հայտը ներկայացնելու ամսվա վերջին օրը: Դուք դեռևս կմնաք Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ դրանց համապատասխանում եք:

Եթե դուրս գաք մեր ծրագրից, ապա կարող եք ստանալ հետևյալ տեղեկությունները.

- Medicare-ի տարբերակների մասին՝ **Բաժին E2**:
- Medi-Cal-ի տարբերակների և ծառայությունների մասին՝ **Բաժին E2**:

---

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



## B1. Տեղեկություններ Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին

- California Physicians' Service dba Blue Shield of California-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքում ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ՝ անդամներին երկու ծրագրերի նպաստները տրամադրելու համար:
- Blue Shield TotalDual Plan-ի ծածկույթը որակավորում ունեցող առողջապահական ծածկույթ է, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ծածկույթ»: Այն բավարարում է Բուժառուների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի՝ (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության վերաբերյալ պահանջը: Այցելեք Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS) կայքը՝ [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) հասցեով, լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու անհատական համատեղ պատասխանատվության վերաբերյալ պահանջի մասին:
- Երբ տվյալ *Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցման մեջ* նշվում են «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր ծրագիրը» բառերը, ապա խոսքը գնում է Medicare Medi-Cal ծրագրի մասին:

## B2. Կարևոր անելիքներ

- **Ստուգեք, թե արդյոք մեր նպաստներում և ծախսերում կան փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել Ձեզ վրա:**
  - Կան արդյոք փոփոխություններ, որոնք ազդում են ձեր կողմից օգտագործվող ծառայությունների վրա:
  - Ուսումնասիրեք նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դրանք ընդունելի կլինեն ձեզ համար հաջորդ տարի:
  - Անցեք **Բաժին D1**՝ մեր ծրագրի նպաստների և ծախսերի փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար:
- **Ստուգեք, թե արդյոք կան այնպիսի փոփոխություններ դեղատոմսով տրվող դեղերին վերաբերող ապահովագրության մեջ, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:**

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):



- Արդյոք ձեր դեղերի ծախսերը ծածկվելո՞ւ են: Արդյոք դրանք ծախսերի բաշխման ա՞յլ մակարդակում են: Կարո՞ղ եք արդյոք օգտվել նույն դեղատներից:
- Ուսումնասիրեք փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դեղերի մեր ծածկույթը ձեռնտու կլինի ձեզ համար հաջորդ տարի:
- Անցեք **Բաժին D2**՝ մեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:
- Ձեր դեղերի ծախսերը կարող են ավելացված լինել անցյալ տարվա համեմատ:
  - Խոսեք ձեր բժշկի հետ ավելի ցածր գին ունեցող այլընտրանքային տարբերակների մասին, որոնք կարող են մատչելի լինել ձեզ համար. սա կարող է խնայել ձեր ծախսերը ողջ տարվա ընթացքում:
  - Հիշեք, որ Ձեր ծրագրի նպաստներն են որոշում, թե որքանով կարող է փոխվել Ձեր դեղերի ծախսերի չափը:
- **Ստուգեք, թե արդյոք ձեր մատակարարներն ու դեղատները մեր ցանցում են լինելու հաջորդ տարի:**
  - Արդյոք ձեր բժիշկները, ներառյալ ձեզ բուժող մասնագետները, մեր ցանցում են: Իսկ ձեր դեղատո՞ւնը: Սա վերաբերում է նաև հիվանդանոցներին և այլ մատակարարներին, որոնցից դուք օգտվում եք:
  - Ուսումնասիրեք **Բաժին C**-ն՝ մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի* մասին տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Մտածեք ծրագրի շրջանակում ձեր ընդհանուր ծախսերի մասին:**
  - Որքա՞ն գումար կծախսեք ծառայությունների և դեղատոմսով դեղերի համար, որոնք պարբերաբար օգտագործում եք:
  - Ինչպե՞ս են ընդհանուր ծախսերը համեմատվում ծածկույթի այլ առաջարկների հետ:
- **Մտածեք, թե արդյոք գոհ եք մեր ծրագրից:**

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



**Եթե որոշեք մնալ 2024 Blue Shield TotalDual Plan-ի անդամ, ապա.**

Եթե ցանկանում եք մնալ մեզ հետ հաջորդ տարի, դա հեշտ կլինի, քանի որ ձեզ որևէ բան պետք չէ անել: Եթե փոփոխություն չանեք, դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք 2024 Blue Shield TotalDual Plan-ում:

**Եթե որոշեք փոխել ծրագիրը.**

Եթե որոշեք, որ այլ ծածկույթն ավելի լավ կբավարարի ձեր կարիքները, հնարավոր է, որ կարողանաք փոխել ծրագիրը (մանրամասն տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին E2**): Եթե դուք անդամագրվեք նոր ծրագրի կամ փոխվեք Original Medicare-ի, ձեր նոր ապահովագրությունը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

**C. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին**

Մեր մատակարարների և դեղատների ցանցերը 2024 թվականի համար փոխվել են:

**Խնդրում ենք ուսումնասիրել 2024 թվականի մատակարարների և դեղատների տեղեկատու**՝ պարզելու, թե արդյոք ձեր մատակարարները կամ դեղատունը մեր ցանցում են:

*Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատու*ն հասանելի է մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ մատակարարների վերաբերյալ թարմացված տեղեկություններ ստանալու կամ խնդրել մեզ, որպեսզի Ձեզ ուղարկենք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*ն:

Կարևոր է, որ դուք իմանաք, որ մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում նաև տարվա ընթացքում: Եթե ձեր մատակարարը դուրս գա մեր ծրագրից, դուք կունենաք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանության միջոցներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 3-ը**:

**D. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ**

**D1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ**

Մենք փոփոխում ենք մեր ծածկույթը որոշ բժշկական ծառայությունների համար և այն, թե Դուք որքան պետք է վճարեք այս ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար հաջորդ տարի: Ստորև բերված աղյուսակը նկարագրում է այս փոփոխությունները:

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



|   | 2023 (ընթացիկ տարի)  | 2024 (հաջորդ տարի)   |
|---|--|--|
| <p><b>Ձեր սեփական միջոցներից վճարվող տարեկան առավելագույն գումարը</b></p> | <p>\$8300</p> <p>Երբ դուք ձեր սեփական միջոցներից վճարեք \$8300 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում:</p> <p>Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, դուք պատասխանատվություն չեք կրում ձեր գրպանից որևէ ծախս կատարելու ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար՝ նախատեսված առավելագույն գումարի չափով:</p> | <p>\$8850</p> <p>Երբ դուք ձեր սեփական միջոցներից վճարեք \$8850 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում:</p> <p>Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, դուք պատասխանատվություն չեք կրում ձեր գրպանից որևէ ծախս կատարելու ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար՝ նախատեսված առավելագույն գումարի չափով:</p> |

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):





|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Ասեղնաբուժության ծառայություններ (Medicare-ի կողմից չծածկվող)</b></p> | <p>Դուք վճարում եք \$0 համավճար մեկ այցելության համար՝ տարեկան մինչև 12 այցելության դեպքում:</p>   | <p>Ասեղնաբուժության ծառայությունները (Medicare-ի կողմից չծածկվող) չեն ապահովագրվում:</p>   |
| <p><b>Փոխադրման ծառայություններ (Medicare-ի կողմից չծածկվող)</b></p>        | <p>\$0 համավճար յուրաքանչյուր միակողմանի ուղևորության համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ (տարեկան անսահմանափակ միակողմանի ուղևորություններ)</p> | <p>\$0 համավճար յուրաքանչյուր միակողմանի ուղևորության համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ (սահմանափակվում է տարեկան 48 միակողմանի ուղևորությամբ)</p> |

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p><b>Տեսողության խնամք, ոչ Medicare-ի ապահովագրություն (ստացված ցանցի մատակարարից)*</b></p> | <p>Դուք վճարում եք \$0 ակնոցների շրջանակների համար (մինչև \$350 սովորական մանրածախ արժեքը) յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցների շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$350-ը, ապա պատասխանատու եք տարբերության համար:</p> <p>Դուք վճարում եք \$0 մեկ զույգ դեղատոմսով ակնոցների համար (անկախ չափից և հզորությունից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$350 կոնտակտային ոսպնյակների ծառայությունների և նյութերի համար) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայության և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$350-ը, Դուք պատասխանատու եք տարբերության համար:</p> | <p>Դուք վճարում եք \$0 ակնոցների շրջանակների համար (մինչև \$375 սովորական մանրածախ արժեքը) յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցների շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$375-ը, ապա պատասխանատու եք տարբերության համար:</p> <p>Դուք վճարում եք \$0 մեկ զույգ դեղատոմսով ակնոցների համար (անկախ չափից և հզորությունից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$375 կոնտակտային ոսպնյակների ծառայությունների և նյութերի համար) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայության և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$375-ը, Դուք պատասխանատու եք տարբերության համար:</p> |
|--|--|--|

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

## D2. Փոփոխություններ դեղատոմսով տրամադրվող դեղերի ծածկույթում

### Փոփոխություններ դեղամիջոցների մեր ցանկում

*Ապահովագրված դեղերի թարմացված ցանկը* կարող էք գտնել մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024) հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ դեղերի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար, կամ խնդրել մեզ, որպեսզի Ձեզ ուղարկենք *Ապահովագրված դեղերի ցանկը*:

*Ապահովագրությանը ծածկվող դեղերի ցանկը* կոչվում է նաև «Դեղերի ցանկ»:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր Դեղերի ցանկում, ներառյալ փոփոխություններ մեր կողմից ապահովագրված դեղերում և փոփոխություններ այն սահմանափակումներում, որոնք վերաբերում են որոշ դեղերի դեպքում մեր կողմից առաջարկվող ապահովագրությանը:

Ուսումնասիրեք Դեղերի ցանկը՝ **համոզվելու, որ Ձեր դեղերը ապահովագրությանը կծածկվեն նաև հաջորդ տարի**, և պարզելու, թե արդյոք որևէ սահմանափակում կա:

Եթե ձեզ վրա ազդում է դեղերի ապահովագրության փոփոխությունը, ապա մենք ձեզ խորհուրդ ենք տալիս կատարել հետևյալը.

- Խորհրդակցեք ձեր բժշկի (կամ դեղամիջոցը նշանակող այլ անձի) հետ՝ գտնելու այլ դեղամիջոց, որը ծածկվում է մեր ապահովագրությանը:
  - Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով կամ կապվել Ձեր խնամքի համակարգողի հետ՝ խնդրելու այն ապահովագրված դեղերի ցանկը, որոնք բուժում են տվյալ հիվանդությունը:
  - Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին՝ գտնել ապահովագրությունով ծածկվող դեղը, որը կարող է օգնել ձեզ:
- Խորհրդակցեք ձեր բժշկի (կամ դեղամիջոցը նշանակող այլ անձի) հետ և խնդրեք մեզ բացառություն անել՝ տվյալ դեղամիջոցը մեր ապահովագրությունով ծածկելու համար:
  - Դուք կարող եք դիմել բացառության համար մինչև հաջորդ տարի, և մենք ձեր հարցմանը (կամ դեղամիջոցը նշանակող անձի դիմումին) կպատասխանենք այն ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
  - Որպեսզի տեղեկանաք, թե ինչ է անհրաժեշտ բացառություն խնդրելու համար, ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 9-ը* կամ

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

- Եթե բացառություն խնդրելու հարցում օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն կամ Ձեր խնամքի համակարգողին: Ուսումնասիրեք ձեր *Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 2-ը և 3-ը*՝ Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապվելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Դիմեք մեզ, որպեսզի դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշարը ներառենք ապահովագրության մեջ:
  - Որոշ իրավիճակներում մենք ծածկում ենք դեղամիջոցի **ժամանակավոր** մատակարարումը օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:
  - Այս ժամանակավոր մատակարարումը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար: (Տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք ստանալ ժամանակավոր պաշար և ինչպես պետք է դիմել դրա համար, կարող եք գտնել Ձեր *Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ում*):
  - Եթե ստանում եք դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշար, խոսեք ձեր բժշկի հետ այն մասին, թե ինչ պետք է անեք, երբ ձեր ժամանակավոր պաշարը սպառվի: Դուք կարող եք կամ անցնել մեկ այլ դեղամիջոցի, որը ծածկվում է մեր ծրագիրը, կամ խնդրել մեզ բացառություն անել ձեզ համար և ծածկել ձեր ընթացիկ դեղամիջոցը:
  - Բացառությունների վերաբերյալ հայտերը ծրագրին պետք է ներկայացվեն ամեն տարի:

**Փոփոխություններ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերում**

Մեր ծրագրի համաձայն, Ձեր Medicare Part D դեղատոմսով դեղերի ապահովագրության վճարման երկու փուլ կա: Վճարման չափը կախված է նրանից, թե որ փուլում եք դուրս գտնվում, երբ դեղատոմսը առաջին անգամ կամ կրկին լրացվում է: Այդ երկու փուլերը հետևյալն են.

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

| Փուլ 1<br>Ծածկույթի սկզբնական փուլ   | Փուլ 2<br>Ծածկույթի հրատապ փուլ  |
|--|--|
| <p>Այս փուլի ընթացքում մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր մասնաբաժինը: Վճարման Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար:</p> <p>Այս փուլը սկսվում է, երբ լրացնում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսը:</p> | <p>Այս փուլի ընթացքում ծրագիրը վճարում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2024 թվականի դեկտեմբերի 31-ը:</p> <p>Այս փուլը սկսվում է, երբ ձեր գրպանից որոշակի գումար եք վճարում:</p> |

Ապահովագրության սկզբնական փուլն ավարտվում է, երբ դեղատոմսով տրվող դեղերի Ձեր ընդհանուր ծախսը հասնում է \$8000-ի: Այդ պահից սկսվում է ապահովագրության հրատապ փուլը: Մեր ծրագիրը ծածկում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից մինչև տարվա վերջ: Ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 6-ը*՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու այն մասին, թե որքան պետք է վճարեք դեղատոմսով տրվող դեղերի համար:

**D3. Փուլ 1. «Ապահովագրության սկզբնական փուլ»**

Ապահովագրության սկզբնական փուլում մեր ծրագիրը վճարում է դեղատոմսով դուրս գրված դեղերի ապահովագրությունով ծածկվող արժեքի իր բաժինը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Վճարման ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարի չափը կախված է նրանից, թե ծախսերի բաշխման որ կարգում է գտնվում դեղը և որտեղից եք այն գնում: Դուք վճարում եք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմս եք վերցնում: Եթե ապահովագրությամբ ծածկվող ձեր դեղն արժե ավելի քիչ, քան համավճարի չափն է, դուք վճարում եք ավելի քիչ գումար:

**Դեղերի ցանկում ընդգրկված որոշ դեղեր մենք տեղափոխել ենք ավելի ցածր կամ ավելի բարձր դեղերի կարգ:** Եթե ձեր դեղերը տեղափոխվեն մեկ կարգից մեկ այլ կարգ, դա կարող է ազդել ձեր համավճարի վրա: Պարզելու, թե արդյոք Ձեր դեղերը մեկ այլ կարգում են, փնտրեք դրանք մեր Դեղերի ցանկում:

Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս դեղերի Ձեր ծախսերը դեղերի մեր հինգ կարգերից յուրաքանչյուրի դեպքում: Այս գումարները գործում են **միայն** այն ժամանակահատվածում, երբ Դուք գտնվում եք ապահովագրության սկզբնական փուլում:

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



որ: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):

|   | 2023 (ընթացիկ տարի)   | 2024 (հաջորդ տարի)  |
|---|---|---|
| <p><b>1-ին կարգի դեղամիջոցներ</b><br/>(Նախընտրելի լայն սպառման դեղեր)</p> <p>1-ին կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցիային դեղատանը</p> | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b><br/><b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p>                            | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b><br/><b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p>                |
| <p><b>2-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b><br/>(Լայն սպառման դեղեր)</p> <p>2-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>             | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$1,45 կամ \$4,15`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p>             | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$1,55 կամ \$4,15`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> |
| <p><b>3-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b><br/>(Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր)</p> <p>3-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>  | <p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,30 կամ \$10,35`</b><br/><b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$4,15`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> |

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan` 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):



|   | 2023 (ընթացիք տարի)  | 2024 (հաջորդ տարի)   |
|---|--|--|
| <p><b>4-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b><br/>(Ոչ նախընտրելի դեղեր)</p> <p>4-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>            | <p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,30 կամ \$10,35՝ յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$4,15՝ յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> |
| <p><b>5-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b><br/>(Առանձնահատուկ մակարդակի դեղեր)</p> <p>5-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը:</p> | <p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,30 կամ \$10,35՝ յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> | <p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$4,15՝ յուրաքանչյուր դեղատոմսի</b> համար:</p> |

Ծածկույթի սկզբնական փուլն ավարտվում է, երբ Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը հասնում են \$8000-ի: Այդ պահից սկսած մեկնարկում է ապահովագրության հրատապ փուլը: Ուսումնասիրեք Ձեր Անդամի ձեռնարկի **Գլուխ 6**-ը՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի դիմաց վճարների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

**D4. Փուլ 2. «Ապահովագրության հրատապ փուլ»**

Երբ հասնեք Ձեր միջոցներով վճարվող գումարի սահմանաչափին՝ \$8000, կմեկնարկի ապահովագրության խիստ հրատապ փուլը: Այս փուլը կշարունակվի մինչև օրացուցային տարվա վերջ:

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):

## E. Վարչական փոփոխություններ

|   | 2023 (ընթացիկ տարի) | 2024 (հաջորդ տարի) |
|---|---------------------|--------------------|
| Ձեր Blue Shield TotalDual ծրագրի պայմանագրի և ծրագրի նպաստների փաթեթի (Plan Benefit Package, PBP) համարները հաջորդ տարի կփոխվեն: Սա չի ազդում ձեր ծածկույթի վրա, և ձեր ծրագիրը պահպանելու համար ոչինչ պետք չէ անել: | H5928-005           | H2819-001          |

## F. Ծրագրի ընտրությունը

### F1. Մեր ծրագրում մնալը

Մենք հույս ունենք, որ դուք կպահպանեք մեր ծրագրի անդամակցությունը: Մեր ծրագրում մնալու համար որևէ բան անելու կարիք չկա: Եթե դուք **չմիանաք** Medicare-ի մեկ այլ ծրագրի կամ միանաք Original Medicare-ին, Դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք որպես 2024 թվականի մեր ծրագրի անդամ:

### F2. Ծրագրի փոփոխություն

Medicare-ից օգտվող մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում: Քանի որ Դուք Medi-Cal ունեք, կարող եք մեկ անգամ դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին կամ անցնել այլ պլանի հետևյալ գրանցման **հատուկ ժամանակաշրջաններից յուրաքանչյուրի** ընթացքում.

- հունվար-մարտ
- ապրիլ-հունիս
- հուլիս-սեպտեմբեր

Ի հավելումն այս երեք գրանցման հատուկ ժամանակաշրջանների, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին հետևյալ ժամանակահատվածներում.

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):





- **Տարեկան գրանցման շրջան**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր պլան, ապա մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին ուժի մեջ կմտնի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) գրանցման բաց շրջան**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա նոր ծրագրին ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ դուք հնարավորություն կունենաք փոփոխություն կատարել ձեր անդամակցության մեջ: Օրինակ, այն դեպքում, եթե.

- դուք տեղափոխվել եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս,
- Medi-Cal-ին կամ Extra Help-ին Ձեր իրավունակությունը փոխվել է կամ,
- եթե վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում կամ պարզապես դուրս եք գրվել խնամքի հաստատությունից կամ հիվանդությունից՝ երկարատև բուժում ստանալուց հետո:

## Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ ձեր Medicare ծառայություններից օգտվելու համար: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:

---

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



|  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Մեկ այլ Medicare առողջապահական ծրագիր, ներառյալ մեկ այլ Medicare Medi-Cal ծրագիր</b></p> | <p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>:</li> </ul> <p><b>ԿԱՍ</b></p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի նոր ծրագրում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ ուժի մեջ մտնի ձեր նոր ծրագրի ծածկույթը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կարող է փոխվել:</p> |
|--|--|

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):

|   |  |
|---|--|
| <p><b>2. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի առանձին ծրագրով</b></p> | <p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>:</li></ul> <p><b>ԿԱՄ</b></p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի նոր պլանում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի:</p> |
|---|--|

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

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ



օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):

|  |  |
|--|--|
| <p><b>3. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի առանձին պլանի</b></p> <p><b>ՆՇՈՒՄ.</b> Եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին և չգրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսով տրվող դեղերի առանձին ծրագրում, Medicare-ը կարող է գրանցել Ձեզ դեղերի ծրագրում, քանի դեռ չեք հայտնել իրենց, որ չեք ցանկանում միանալ այդ ծրագրում:</p> <p>Դուք պետք է դեղատոմսով դեղերի ծածկույթից հրաժարվեք միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրություն ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե արդյոք ձեզ անհրաժեշտ է դեղերի ապահովագրություն, զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Service s/Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Service s/Medicare Counseling/</a>.</p> | <p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>:</li></ul> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի:</p> |
|--|--|

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

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):



## Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես պետք է Medi-Cal ծրագիր ընտրել կամ Medi-Cal-ի Ձեր ծառայություններն ստանալ՝ մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո, դիմեք Health Care Options-ին 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք ճշտել, թե ինչպես է մեկ այլ ծրագրին միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը ազդում ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունը ստանալու վրա:

## G. Օգնության տրամադրում

### G1. Մեր ծրագիրը

Մենք միշտ պատրաստ ենք ձեզ օգնել՝ ցանկացած հարցի դեպքում: Նշված աշխատանքային օրերի և ժամերի ընթացքում խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված համարներով: Այս զանգերն անվճար են:

### Կարդացեք ձեր *Անդամի ձեռնարկը*

Ձեր *Անդամի ձեռնարկը*-ը մեր ծրագրի առավելությունների պաշտոնական, մանրամասն նկարագրությունն է: Այն 2024թ. նպաստների և ծախսերի մանրամասներ է պարունակում: Այն բացատրում է ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ մեր կողմից ծածկվող ծառայությունները և դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար:

2024 թ. *Անդամի ձեռնարկը* հասանելի կլինի հոկտեմբերի 15-ից: *Անդամի ձեռնարկի* թարմացված օրինակը հասանելի է մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) հասցեով: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, և խնդրել ձեզ ուղարկել *Անդամի ձեռնարկը* 2024 թվականի համար:

### Մեր կայքը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքը՝ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare): Հիշեցնենք, որ մեր կայքում տեղադրված են մեր մատակարարների և դեղատոմսերի ցանցի (*Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու*) և մեր Դեղերի ցանկի (*Ապահովագրված դեղերի ցանկ*) վերաբերյալ ամենաթարմ տեղեկությունները:

### G2. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվություն և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)

Կարող եք նաև զանգահարել առողջապահական ապահովագրության աջակցության պետական ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP): Կալիֆոռնիայում SHIP-ը կոչվում է առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի

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

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ ծրագրերի ընտրության հետ կապված հարցերը և պատասխանել ծրագրերի փոփոխման վերաբերյալ հարցերին: HICAP-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչական շրջանում, և նրանց ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/):

### G3. Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր

Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր կարող է օգնել ձեզ, եթե մեր ծրագրի հետ կապված խնդիր ունեք: Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիրը

- պաշտպանում է ձեր շահերը: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել:
- Համոզվեք, որ Դուք ունեք Ձեր իրավունքներին և պաշտպանությանն առնչվող ողջ տեղեկատվությունը, ինչպես նաև տեղյակ եք, թե ինչպես կարող եք լուծել Ձեր խնդիրները:
- կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-888-804-3536:

### G4. Medicare

Անմիջապես Medicare-ից տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

#### Medicare-ի կայք

Դուք կարող եք այցելել Medicare-ի կայքը ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)): Եթե որոշեք դուրս գալ մեր ծրագրից և անդամակցել Medicare-ի մեկ այլ ծրագրի, Medicare-ի կայքում կգտնեք տեղեկություններ ծախսերի, ծածկույթի և որակի վերաբերյալ գնահատականների մասին, որոնք կօգնեն Ձեզ համեմատել ծրագրերը:

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

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսագանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):



Դուք կարող եք տեղեկություններ գտնել ձեր տարածքում հասանելի Medicare-ի ծրագրերի մասին՝ օգտագործելով Medicare Plan Finder-ը Medicare-ի կայքում: (Ծրագրերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) և սեղմեք «Ծրագրեր գտնել» կոճակը)

**Medicare-ը և Դուք, 2024**

Դուք կարող եք կարդալ *Medicare-ը և դուք, 2024* ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանը այս գրքույկը փոստով ուղարկվում է Medicare-ում ներգրավված մարդկանց: Այն պարունակում է Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների ամփոփագիրը, ինչպես նաև Medicare-ի վերաբերյալ ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն:

Եթե չունեք այս գրքույկի օրինակը, կարող եք գտնել այն Medicare-ի կայքում ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

**G5. Կալիֆորնիայի կառավարվող առողջական խնամքի բաժին**

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժինը (DMHC) պատասխանատու է առողջական խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ի Աջակցման կենտրոնը կարող է օգնել Ձեզ՝ Medi-Cal-ի ծառայությունների վերաբերյալ բողոքարկումների և բողոքների հարցում: Եթե ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, նախ պետք է զանգահարեք ձեր առողջապահական ծրագրին՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), 8:00-ից մինչև 20:00, շաբաթը յոթ օր, և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրով սահմանված բողոքարկման գործընթացը՝ նախքան բաժնի հետ կապվելը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի արգելի որևէ հնարավոր օրինական իրավունք կամ միջոց, որը կարող է հասանելի լինել Ձեզ: Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի կապակցությամբ օգնության համար կարող եք զանգահարել բաժին: Կարող եք նաև Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) իրավասու լինել: Եթե IMR-ի իրավասու եք, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռնի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի հետ: Բաժինը ունի նաև անվճար հեռախոսահամար՝ (1-888-466-2219), և TDD գիծ՝ (1877-688-9891)՝ լսողության և խոսքի դժվարություն ունեցողների համար: Բաժնի համացանցային կայքը՝ [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), ունի զանգատի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

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

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ

օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare):

