



# معلومات مهمة

بشأن التغييرات في  
خطة Medicare الدوائية والصحية الخاصة بك

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) وهي خطة Medicare Medi-Cal تقدمها  
(المعروفة أيضًا باسم Blue Shield of California) California Physicians' Service

## الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2025

### المقدمة

أنت مسجل حاليًا كعضو في خطتنا. سنجري خلال العام المقبل تغييرات على ما لدينا من مزايا وتغطية وقواعد وتكاليف. يتناول هذا "الإشعار السنوي بالتغييرات" التغييرات ومكان العثور على مزيد من المعلومات بخصوصها. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى مراجعة كتيب الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني في [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

### موارد إضافية

- هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. اتصل على (TTY: 711) 1-800-452-4413 من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- إذا كنت ترغب في تلقي مواد خطتك عبر الإنترنت، فسجل الدخول إلى حسابك على [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)، وانقر فوق *My profile* (حسابي) في الجزء العلوي الأيمن أسفل الأحرف الأولى من اسمك، وانتقل إلى *Communication preferences* (تفضيلات التواصل) وحدد "Electronic Delivery" (التسليم الإلكتروني) كونهما طريقة التسليم المفضلة لديك. إذا لم يكن لديك حساب، فانتقل إلى [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) وانقر فوق إنشاء حساب (Create account) ويمكنك تحديد تفضيلات التسليم أثناء إنشاء حسابك.
- يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.

موافقة OMB رقم 0938-1444 (تنتهي في: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)



## • اللغات الأخرى

يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات ومواد الخطط الأخرى بلغات أخرى دون أي تكلفة عليك. توفر Blue Shield TotalDual Plan ترجمات مكتوبة من مترجمين مؤهلين. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. راجع كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن خدمات المساعدة اللغوية في مجال الرعاية الصحية، مثل خدمات الترجمة التحريرية والفورية.

## • التنسيقات الأخرى

يمكنك الحصول على هذه المعلومات بتنسيقات أخرى، مثل طريقة برايل للمكفوفين، والطباعة بأحرف كبيرة بحجم 20 نقطة، وملفات صوتية، وتنسيقات إلكترونية يسهل الحصول عليها مجانًا. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

## • خدمات الترجمة الفورية

توفر خطة Blue Shield TotalDual Plan خدمات الترجمة الفورية الشفهية، بما في ذلك لغة الإشارة، من مترجم فوري مؤهل، على مدار 24 ساعة، دون أي تكلفة عليك. لست مضطرًا إلى الاستعانة بأحد أفراد العائلة أو صديق كمترجم فوري. لا نشجع الاستعانة بالقاصرين كمترجمين فوريين، ما لم يكن ذلك أمرًا طارئًا. خدمات الترجمة الفورية، والخدمات اللغوية والثقافية متاحة مجانًا. تتوفر خدمة المساعدة على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. للحصول على المساعدة بلغتك، أو للحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات بلغة مختلفة، اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.



**ATTENTION:** If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)** يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (1-800-452-4413 (TTY: 711)). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير. اتصل بـ (1-800-452-4413 (TTY: 711)). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**简体中文标语 (Chinese)** 请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如盲文和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。



**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**हिन्दी टैगलाइन (Hindi)** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

**Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)** 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。



**한국어 태그라인 (Korean)** 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh Tagline (Mien)** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،



**ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖**

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ  
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)** توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

**Русский слоган (Russian)** ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como



documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)** โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.





**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



## جدول المحتويات

10	A. إخلاء المسؤولية.....
10	B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم.....
11	B1. معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan.....
11	B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها.....
12	C. تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا.....
12	D. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل.....
12	D1. التغييرات في المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية.....
16	D2. التغييرات الطارئة على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية.....
19	E. التغييرات الإدارية.....
19	F. اختيار خطة.....
19	F1. البقاء في خطتنا.....
19	F2. تغيير الخطط.....
25	G. الحصول على مساعدة.....
25	G1. خطتنا.....
25	G2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP).....
25	G3. برنامج التظلمات.....
25	G4. برنامج Medicare.....
26	G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....



## A. إخلاء المسؤولية

خطة Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.

عندما يشير هذا المستند إلى "نحن"، أو الضمير "نا"، أو "الدينا"، فإنه يعني California Physicians' Service (المعروفة أيضاً باسم Blue Shield of California). عندما تذكر "خطة" أو "خطتنا"، فهذا يعني خطة Blue Shield TotalDual Plan.

وافق برنامج Medicare على Blue Shield TotalDual Plan لتوفير هذه المزايا وحصص المشاركة في الدفع المنخفضة كجزء من برنامج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID). يتيح هذا البرنامج لبرنامج Medicare تجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.

صيدلية Amazon مستقلة عن Blue Shield of California ومتعاقدة مع Blue Shield لتوفير التوصيل المنزلي للأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء Blue Shield.

## B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم

من المهم مراجعة التغطية التي تستمتع بها الآن للتأكد من أنها ستظل تغطي احتياجاتك خلال العام القادم. إذا كانت لا تغطي احتياجاتك، فقد تتمكن من التوقف عن استخدام خطتنا. يرجى الرجوع إلى القسم F لمزيد من المعلومات حول التغييرات في المزايا الخاصة بك للعام المقبل.

إذا اخترت ترك خطتنا، فستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي تم فيه تقديم طلبك. ستظل مشمولاً ضمن برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal طالما أنك مؤهل.

إذا تركت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول الموجود في القسم F2.
- خيارات وخدمات برنامج Medi-Cal الموجودة في القسم F2.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



## B1. معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan

- خطة California Physicians' Service المعروفة باسم Blue Shield of California عبارة عن خطة صحية يتم من خلالها التعاقد مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- التغطية تحت مظلة Blue Shield TotalDual Plan تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير" (ACA). تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد.
- عندما يذكر الإشعار السنوي بالتغييرات هذا ضمير المتكلمين "نحن"، أو مشتقاته، فهو يقصد Medicare Medi-Cal Plan.

## B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها

- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على ما لدينا من مزايا وتكاليف قد تؤثر عليك.
  - هل هناك أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستناسبك في العام القادم.
  - يرجى الرجوع إلى القسم D1 للحصول على معلومات حول تغييرات المزايا والتكلفة لخطتنا.
- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات قد تؤثر عليك في تغطية العقاقير المقررة بوصفها طبية.
  - هل ستتم تغطية أدويةك؟ هل يمكنك استخدام نفس الصيدليات؟ هل ستكون هناك أي تغييرات مثل التصريح المسبق أو العلاج المرحلي أو الحدود الكمية؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستناسبك العام المقبل.
  - يرجى الرجوع إلى القسم D2 للحصول على معلومات حول التغييرات الموجودة في تغطية الدواء لدينا.
- تحقق مما إذا كان موفرو الرعاية والصيدليات الخاصة بك سيكونون ضمن شبكتنا العام المقبل.
  - هل أطباءك، بمن فيهم الاختصاصيين، ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفري الرعاية الآخرين الذين تتابع معهم؟
  - يرجى الرجوع إلى القسم C للحصول على معلومات حول دليل موفري الرعاية والصيدليات.
- فكر بشأن التكاليف الإجمالية الخاصة بك في الخطة.
  - كم يبلغ إجمالي التكاليف مقارنةً بخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر فيما إذا كنت ستظل راضيًا عن التسجيل بخطتنا أم لا.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).



## إذا قررت البقاء مع

### : Blue Shield TotalDual Plan

إذا قررت أن تظل معنا العام القادم، الأمر يسير – لا تحتاج إلى القيام بأي إجراء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فسنظل مشتركًا تلقائيًا في Blue Shield TotalDual Plan.

## إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (يرجى الرجوع إلى القسم F2 لمزيد من المعلومات). في حالة التسجيل في خطة جديدة، أو التغيير إلى Original Medicare، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

## C. تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا

تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا لعام 2025.

يرجى مراجعة دليل موفري الرعاية والصيدليات لعام 2025 لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية أو الصيدليات التي تتعامل معها ضمن شبكتنا. توجد أحدث نسخة من دليل موفري الرعاية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مُحدّثة عن موفر الرعاية أو لمطالبتنا بإرسال دليل موفري الرعاية والصيدليات إليك بالبريد.

من المهم أن تعلم أننا قد نجري أيضًا تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك موفر الرعاية الخاص بك الخطة، فستصبح لديك حقوق وأوجه حماية محددة. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

## D. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل

### D1. التغييرات في المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية

نحن بصدد تغيير تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية وما تدفعه مقابل هذه الخدمات الطبية المغطاة العام القادم. يوضح الجدول التالي هذه التغييرات.



2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
<p><b>\$9,350</b></p> <p>بمجرد أن تدفع \$9,350 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة لبقية العام التقويمي.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare وMedi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية مقابل الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المغطاة.</p>	<p><b>\$8,850</b></p> <p>بمجرد أن تدفع \$8,850 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة لبقية العام التقويمي.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare وMedi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية مقابل الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المغطاة.</p>	<p>الحد الأقصى الذي تدفعه من تكاليفك النثرية سنوياً</p>
<p>هناك بعض خدمات أسنان شاملة محددة خاضعة للتغطية. راجع جدول إجراءات خدمات الأسنان المغطاة في الفصل 4، القسم E (أدناه مخطط المزايا الطبية) من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول الخدمات الخاضعة للتغطية وما تدفعه.</p>	<p>تتم تغطية خدمات الأسنان الوقائية والشاملة الروتينية (غير الخاضعة للتغطية ضمن برنامج Medicare).</p> <p>راجع جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية في الفصل 4 (أدناه مخطط المزايا الطبية) من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول الخدمات الخاضعة للتغطية وما تدفعه.</p>	<p>خدمات الأسنان الروتينية (غير مغطاة ببرنامج Medicare)</p>

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).



2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
<p>ستحصل على بدل يصل إلى <b>\$1,500</b> كل عام لاثنتين من وسائل المساعدة السمعية وتركيب وتقييم لاثنتين من وسائل المساعدة السمعية (ينطبق على كلتا الأذنين معاً).</p> <p>ستتلقى بطاقة إنفاق يتم تعبئتها مسبقاً ببديل بقيمة \$1,500 سنوياً للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية.</p> <p>يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مورّد الأجهزة المساعدة السمعية الذي تختاره.</p>	<p>سيتم تعويضك بمبلغ يصل إلى <b>\$2,000</b> سنوياً مقابل استخدام اثنتين من وسائل المساعدة السمعية وتركيب وتقييم لاثنتين من وسائل المساعدة السمعية (ينطبق على كلتا الأذنين معاً).</p> <p>يمكنك الحصول على وسائل المساعدة السمعية من مورّد وسائل المساعدة السمعية الذي تختاره.</p>	<p>وسائل المساعدة السمعية</p>
<p>ستحصل على بدل بمبلغ <b>\$70</b> شهرياً للبنود المغطاة.</p> <p>يمكنك تقديم طلب واحد شهرياً ولا يمكنك ترحيل البدلات غير المستخدمة إلى الشهر التالي.</p>	<p>ستحصل على بدل بمبلغ <b>\$210</b> كل ثلاثة أشهر للبنود المغطاة</p> <p>يمكنك تقديم طلبين كل ثلاثة أشهر ولا يمكنك ترحيل المخصصات غير المستخدمة إلى ربع السنة التالي.</p>	<p>العناصر غير المقررة بوصفها طبية (OTC)</p>
<p>هناك نوعان من مزايا تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID):</p> <p><b>البقالة الصحية:</b></p> <p>سوف تحصل على بدل بقيمة <b>\$50</b> شهرياً لشراء الأطعمة الصحية من المتاجر التابعة لشبكة الخطة. لا يمكن ترحيل هذا البديل من شهر إلى شهر.</p> <p>ستتلقى بطاقة إنفاق يتم تعبئتها مسبقاً ببديل بقيمة \$50 سنوياً للمساعدة في دفع ثمن الأصناف المشمولة بالتغطية.</p> <p><b>النقل:</b></p> <p>تدفع مبلغاً قدره \$0 من حصة المشاركة في الدفع لإجمالي 48 رحلة ذهاب فقط في السنة كحد أقصى للنقل لغير الأغراض الطبية وللنقل لغير الأغراض الطبية ضمن VBID.</p> <p>يمكن استخدام النقل للحصول على</p>	<p>تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID) غير مشمول بالتغطية.</p> <p>تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID) غير مشمول بالتغطية.</p>	<p>تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID)</p> <p>يستمر هذا القسم في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
<p>المزايا غير الخاضعة للتغطية ببرنامج Medicare التي تقدمها الخطة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مواقع اللياقة البدنية في شبكة SilverSneakers</li> <li>○ مواقع متجر البقالة الصحية المعتمدة</li> <li>○ وسائل المساعدة السمعية من مورّد المساعدة السمعية الذي تختاره</li> <li>○ خدمات تقويم العمود الفقري في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية</li> <li>○ خدمات الإبصار والأسنان في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية</li> </ul>		<p>تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID) (تابع)</p>
<p>تدفع \$0 مقابل إطارات النظارات (بسر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$200) كل 12 شهرًا عند حصولك عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن \$200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p> <p>تدفع \$0 مقابل عدسات النظارات المُقرّرة بوصفة طبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسر يصل إلى \$200 مقابل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمة والمواد أعلى من \$200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p>	<p>تدفع \$0 مقابل إطارات النظارات (بسر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$375) كل 24 شهرًا عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات نظارات بسعر يزيد عن \$375، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p> <p>تدفع \$0 مقابل عدسات النظارات المُقرّرة بوصفة طبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسر يصل إلى \$375 مقابل خدمات ومواد العدسات اللاصقة)</p>	<p>رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*</p> <p>يستمر هذا القسم في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)





2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)
	<p>كل 12 شهرًا عندما تستعين بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمة والمواد أعلى من \$375، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p>
	<p>رعاية الإبصار، غير مغطاة في برنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)* (تابع)</p>

## D2. التغييرات الطارئة على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية

### التغييرات الطارئة على قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر نسخة محدثة من قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية على موقعنا على [blueshieldca.com/medpharmacy2025](http://blueshieldca.com/medpharmacy2025). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة عن الأدوية أو لطلب إرسال قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية إليك بالبريد من جانبنا.

يطلق أيضًا على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم "قائمة الأدوية".

لقد أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، والتي يمكن أن تشمل إزالة أو إضافة الأدوية، وتغيير الأدوية التي نغطيها، والتغييرات على القيود التي تنطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية أو نقلها إلى فئة مختلفة من المشاركة في تحمل التكاليف.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من تغطية الأدوية الخاصة بك في العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أو ما إذا تم نقل الدواء الخاص بك إلى فئة مختلفة من المشاركة في تحمل التكاليف.

معظم التغييرات في قائمة الأدوية جديدة وتحدث مع بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى يسمح بها برنامج Medicare و/أو الولاية التي ستؤثر عليك خلال عام الخطة. نقوم بتحديث قائمة الأدوية عبر الإنترنت شهريًا على الأقل لتوفير قائمة الأدوية المحدثة. إذا أجرينا تغييرًا يؤثر على دواء تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا بالتغيير.

إذا تأثرت بتغيير طرأ على تغطية الأدوية، فنحن نشجعك على:

- العمل مع طبيبك (أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج نفس الحالة.
  - ويمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في العثور على دواء خاضع للتغطية قد يكون فعالاً معك.
- العمل مع طبيبك (أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية) وأن تطلب منا إجراء استثناء لتغطية الدواء.
  - يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل، وسنقدم لك إجابة في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك).

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).



- لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب الحصول على استثناء، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب الحصول على استثناء، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك. يرجى الرجوع إلى **الفصلين 2 و 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.
  - اطلب منا تغطية صرفية مؤقتة للدواء.
    - في بعض الحالات، نقوم بتغطية صرفية مؤقتة للدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
    - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يومًا. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على صرفية مؤقتة وكيفية طلبها، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.)
    - عندما تحصل على صرفية مؤقتة لدواء، يتعين عليك التحدث مع طبيبك لاتخاذ قرار بشأن ما يتعين القيام به عند نفاذ الصرفية المؤقتة. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف يخضع لتغطية خطتنا أو أن تطلب منا إجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.
- يجب تقديم طلبات استثناءات كتيب الوصفات كل عام إلى الخطة.
- يمكننا حاليًا إزالة دواء ذي علامة تجارية معينة على الفور من قائمة الأدوية إذا استبدلناه بنسخة جديدة من الدواء المماثل (البديل) على نفس الفئة أو أقل للمشاركة في تحمل التكاليف وبنفس القواعد أو أقل مثل الدواء ذي العلامة التجارية الذي يحل محله. أيضًا، عند إضافة دواء مماثل جديد، قد نقرر أيضًا الإبقاء على الدواء ذي العلامة التجارية في قائمة الأدوية، ولكن مع نقله على الفور إلى فئة مختلفة من المشاركة في تحمل التكاليف أو إضافة قواعد جديدة أو كليهما.
- بدايةً من عام 2025، يمكننا استبدال المنتجات البيولوجية الأصلية على الفور ببدايل حيوية معينة. وهذا يعني، على سبيل المثال، إذا كنت تتناول منتجًا بيولوجيًا أصليًا يتم استبداله ببديل حيوي فقد لا تتلقى إشعارًا بالتغيير قبل 30 يومًا من إجراءه أو الحصول على صرفية شهر من منتجك البيولوجي الأصلي في صيدلية تابعة للشبكة. إذا كنت تتناول المنتج البيولوجي الأصلي في الوقت الذي نقوم فيه بالتغيير، فستظل تحصل على معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه، ولكن قد يصل بعد إجراء التغيير.
- قد تكون بعض هذه الأنواع من الأدوية جديدة بالنسبة لك. للحصول على تعريفات لأنواع الأدوية، يرجى الاطلاع على **الفصل 12** من كتيب الأعضاء الخاص بك. كما توفر هيئة الدواء والغذاء (FDA) معلومات عن الأدوية للمستهلكين. الرجوع إلى الموقع الإلكتروني لدى FDA: [www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو طلب المزيد من المعلومات من موفر الرعاية الصحية أو مقدم الوصفات الطبية أو الصيدلاني.

#### التغييرات في تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية

لقد قمنا بنقل بعض الأدوية المدرجة بقائمة الأدوية إلى فئة دواء أقل أو أعلى. لمعرفة ما إذا كان سيتم إدراج الأدوية الخاصة بك في فئة مختلفة، يُرجى البحث عنها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف الأدوية الخاصة بك في كل من فئات الدواء الخمسة الموجودة لدينا.



2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 1</b> (الأدوية المماثلة المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الدواء المدرج في الفئة 1 والتي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة
حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 أو \$1.55 أو \$4.50 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 2</b> (الأدوية المماثلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 2 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة
حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 3</b> (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 3 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة
حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 4</b> (الأدوية غير المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 4 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة
حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية. حصاة مشاركتك في الدفع لوصفة طبية للتسليم المنزلي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 لكل وصفة طبية.	حصاة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية. حصاة مشاركتك في الدفع لوصفة طبية بخدمة البريد لمدة شهر واحد (30 يومًا) هي \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 5</b> (فئة الأدوية المتخصصة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 5 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711: TTY) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).



## E. التغييرات الإدارية

2025 (العام المقبل)	2024 (هذا العام)	
Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	العنوان البريدي لمعالجة مطالبات الأدوية المقررة بوصفة طبية وفقاً للقسم D
صيدلية Amazon	الخدمات الصيدلانية عبر البريد CVS® Caremark	تغيير موفر الخدمات الصيدلانية عبر البريد
التوصيل إلى المنزل	خدمة البريد	تغيير المصطلحات
صرفية لمدة 100 يوم	صرفية لمدة 90 يوماً	التغيير إلى صرفية طويل الأجل للفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة والفئة 4: الأدوية غير المفضلة
يجب عليك تقديم طلب الطعن في غضون 65 يوماً تقويمياً ميلادياً من تاريخ الإشعار المكتوب بقرار بيان المزايا المغطاة.	يجب عليك تقديم طلب الطعن في غضون 60 يوماً تقويمياً ميلادياً من تاريخ الإشعار المكتوب بقرار بيان المزايا المغطاة.	متطلبات الجدول الزمني لطلب الطعن
يُرجى الانتظار حوالي 7 أيام عمل للتوصيل.	يرجى الانتظار حوالي 14 يوم عمل للتسليم.	تغيير التسليم للعناصر غير المقررة بوصفة طبية (OTC)

## F. اختيار خطة

### F1. البقاء في خطتنا

نتمنى أن تظل عضواً معنا في الخطة. لا يتعين عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تغير إلى خطة أخرى لبرنامج Medicare أو غيرت إلى Original Medicare، فستظل مسجلاً تلقائياً باعتبارك عضو في خطتنا لعام 2025.

### F2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظراً لأنك مشترك في برنامج Medi-Cal، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- فترة التسجيل السنوية التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA) التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، إذا:

- انتقلت إلى منطقة خارج نطاق منطقة خدمتنا،
- تغيرت أهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، أو
- انتقلت مؤخرًا إلى مؤسسة أو تتلقى حاليًا رعاية فيها (مثل مركز خدمات التمريض المهني أو مستشفى الرعاية طويلة الأجل). إذا انتقلت مؤخرًا من مؤسسة، يمكنك تغيير الخطط أو التغيير إلى Original Medicare لمدة شهرين كاملين بعد الشهر الذي تنتقل فيه.

#### خدمات برنامج Medicare الخاصة بك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare مدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية وفترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم F2. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.



**1- يمكنك التغيير إلى:**

**Medi-Cal Medicare Medi-Medi Plan (Medi-Medi Plan) هي** أحد أنواع خطط **Medicare Advantage Plan**. وهي مخصصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي **Medicare** و**Medi-Cal**، ويجمعون بين مزايا برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal** في خطة واحدة. خطط **Medi-Medi Plans** تنسق جميع المزايا والخدمات عبر البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة للتغطية ضمن برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal**.

**ملحوظة:** مصطلح **Medi-Medi Plan** هو اسم خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP) في كاليفورنيا.

**إليك كيفية إجراء ذلك:**

يمكنك الاتصال ببرنامج **Medicare** على الرقم مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي **TTY** الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين **(PACE)**، اتصل بالرقم 1-855-921-PACE (7223).

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج **California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب **HICAP** محلي في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/vices/Medicare\\_Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/vices/Medicare_Counseling)

أو

الاشتراك في خطة **Medi-Medi** الجديدة.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة برنامج **Medi-Cal** الخاصة بك لتتطابق مع خطة **Medi-Medi** الخاصة بك.



## 2- يمكنك التغيير إلى:

**Original Medicare** مع خطة منفصلة للأدوية المقررة  
بوصفة طبية من برنامج **Medicare**

## إليك كيفية إجراء ذلك:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، على  
مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي  
TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من  
المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في  
كاليفورنيا (HICAP) على الرقم  
1-800-434-0222 ، من الاثنين إلى الجمعة من  
الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م. ولمزيد من  
المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في  
منطقتك، يرجى زيارة

[www.aging.ca.gov/Programs and Ser  
vices/Medicare Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling)

## أو

الاشتراك في خطة برنامج Medicare جديدة للأدوية  
المقررة بوصفة طبية.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية  
Original Medicare الخاصة بك.

لن نتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت  
تغييرها.



### 3. يمكنك التغيير إلى:

#### Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare

**ملاحظة:** إذا قمت بالانتقال إلى برنامج Original Medicare، ولم تُسجل بخطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية تابعة لبرنامج Medicare، قد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في إحدى خطط الأدوية، ما لم تطلع برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها.

يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. ولمزيد من المعلومات أو البحث عن مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling)

### إليك كيفية إجراء ذلك:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة

[www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling)

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.

لن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغييرها.





<p><b>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 ، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة <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>أو</b></p> <p>الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.</p> <p>يمكن أن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p><b>4. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>أي خطة صحية من برنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.</p>
--	---

#### خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

للأسئلة حول كيفية اختيار خطة برنامج Medi-Cal أو الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك بعد ترك خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. يجب على مستخدمي TTY الاتصال 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.



## G. الحصول على مساعدة

### G1. خطتنا

نحن هنا لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة. اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة خلال أيام وساعات العمل المذكورة. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

#### اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

كتيب الأعضاء الخاص بك هو وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. يتضمن تفاصيل حول كل من المزايا والتكاليف للعام 2025. يشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المقررة بوصفها طبية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2025 متاحًا في موعد أقصاه 15 أكتوبر. تتوفر نسخة مُحدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](http://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب إرسال كتيب الأعضاء إليك بالبريد لعام 2025.

#### موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNP2025](http://blueshieldca.com/DSNP2025). وجدد بالذکر أن الموقع الإلكتروني به أحدث المعلومات المتعلقة بموفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكات التأمين (دليل موفري الرعاية والصيدليات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية).

### G2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية (SHIP). في كاليفورنيا، يُطلق على SHIP اسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP مساعدتك على فهم خيارات خطتك والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. ويعتبر HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. ويتوفر في HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling).

### G3. برنامج التظلمات

يمكن أن يساعدك برنامج التظلمات في Medicare Medi-Cal إذا كانت لديك مشكلة في خطتنا. خدمات التظلمات مجانية ومتاحة بجميع اللغات. برنامج التظلمات في Medicare Medi-Cal:

- يعمل كمحامٍ نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك وإجراءات الحماية الخاصة بك وكيف يمكنك حل مشكلاتك.
- ليس مرتبطًا بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج التظلمات لدى Medicare Medi-Cal هو 1-855-501-3077.

### G4. برنامج Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من برنامج Medicare، اتصل بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-20481.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413)، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).



## موقع برنامج Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع برنامج Medicare الإلكتروني على الرابط ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). إذا اخترت إلغاء الاشتراك من خطتنا والاشتراك في خطة أخرى ضمن برنامج Medicare، يحتوي الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على معلومات حول التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة لمساعدتك في مقارنة الخطط.

يمكنك العثور على معلومات حول خطط برنامج Medicare المتوفرة في منطقتك باستخدام Medicare Plan Finder من خلال الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare. (للحصول على معلومات حول الخطط، يرجى الرجوع إلى [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) والنقر على زر البحث عن خطط "Find plans").

## Medicare & You 2025

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You 2025. كل عام في الخريف، يتم إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. يحتوي على ملخص لمزايا برنامج Medicare والحقوق والحماية، وإجابات على الأسئلة الأكثر شيوعًا حول برنامج Medicare. يتوفر هذا الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) أو الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

## G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، يجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع، واستخدام عملية تقديم التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم تتخذ فيه خطتك الصحية قرارًا مرضيًا أو تظلم لم يُبْت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الإدارة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD على الرقم (1-877-688-9891) للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)، وتعليمات عبر الإنترنت. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 9، القسم F4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

تفضل بزيارة [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare).





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555