



اطلاعات

مهم

درباره تغییرات
طرح دارو و سلامت Medicare شما

یک برنامه Medicare Medi-Cal، Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ارائه شده توسط
California Physicians' Service (dba Blue Shield of California)

اعلامیه تغییرات سالانه 2025

مقدمه

شما در حال حاضر، به عنوان عضو برنامه درمانی ما ثبت نام شده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش، مقررات و هزینه‌ها ایجاد خواهد شد. این اعلامیه تغییرات سالانه جزئیات تغییرات و نحوه دریافت اطلاعات بیشتر را در اختیار شما قرار می‌دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره‌ی هزینه‌ها، مزایا یا مقررات، لطفاً دفترچه اطلاعاتی/اعضا را که در وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/DSNPdocuments2025 قرار دارد، مشاهده کنید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

سایر منابع

- این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی ساده، چینی سنتی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی موجود است.
- شما می‌توانید این اعلامیه تغییرات سالانه را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، بریل و یا صوتی دریافت کنید. با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.
 - اگر می‌خواهید اسناد برنامه درمانی خود را به صورت آنلاین دریافت کنید، وارد حساب خود در blueshieldca.com/login شوید، روی *My profile* (پروفایل من) در قسمت بالا سمت راست زیر نام خود کلیک کنید، به «Communication preferences» (روش‌های ترجیحی برای ارتباط) بروید و «Electronic Delivery» (تحویل الکترونیکی) را به عنوان روش ترجیحی خود برای دریافت اسناد، انتخاب کنید. اگر حساب ندارید، به blueshieldca.com/login بروید و روی *Create account* (ایجاد حساب) کلیک کنید، بدین ترتیب می‌توانید روش ترجیحی خود برای دریافت اسناد را هنگام ایجاد حساب انتخاب کنید.
 - شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید. زبان و فرمت دلخواه شما برای ارتباطات آینده در پرونده نگهداری می‌شود. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan تماس بگیرید.

تأییدیه OMB به شماره 0938-1444 (انقضا: 30 ژوئن 2026)

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



• سایر زبان‌ها

شما می‌توانید این اعلامیه تغییرات سالانه و سایر مطالب برنامه درمانی را بدون هیچ هزینه‌ای به سایر زبان‌ها دریافت کنید.

Blue Shield TotalDual Plan ترجمه‌های نوشتاری توسط مترجم‌های مجرب و واجد شرایط را در اختیارتان قرار می‌دهد. با اداره خدمات مشتری **Blue Shield TotalDual Plan** با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات امداد زبانی مربوط به مراقبت درمانی از قبیل مترجم شفاهی و خدمات ترجمه، به «دفترچه اطلاعاتی اعضا» مراجعه کنید.

• سایر فرمت‌ها

شما می‌توانید این اطلاعات را به سایر فرمت‌ها از قبیل بریل، چاپ درشت به فونت سایز 20، صوتی و فرمت‌های الکترونیک قابل دسترسی بدون اخذ هزینه از شما دریافت نمایید. با اداره خدمات مشتری **Blue Shield TotalDual Plan** با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

• خدمات مترجم شفاهی

Blue Shield TotalDual Plan خدمات ترجمه شفاهی، از جمله زبان اشاره، را از یک مترجم مجرب و واجد شرایط به صورت 24 ساعته، بدون هیچ هزینه‌ای برای شما ارائه می‌دهد. مجبور نیستید که از یکی از اعضای خانواده و یا دوستان به عنوان مترجم استفاده کنید. ما استفاده از افراد کم سن و سال، به عنوان مترجم شفاهی را به جز در موارد اضطراری توصیه نمی‌کنیم. خدمات ترجمه شفاهی، زبانی و فرهنگی به صورت رایگان در دسترس هستند. کمک و راهنمایی در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 هفت روز هفته در دسترس می‌باشد. برای دریافت کمک به زبان خود یا دریافت این اعلامیه تغییرات سالانه به یک زبان دیگر، با خدمات مشتریان **Blue Shield TotalDual Plan** از طریق شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



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 (TTY: 711) 1-800-452-4413. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարեք 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.



ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖

បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរច្រើន 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 (1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (1-800-452-4413 (TTY: 711) 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.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711) از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،



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.

เท็กไลน์ภาษาไทย (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.



فهرست مطالب

A. موارد رفع مسئولیت.....	9
B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده.....	9
B1. اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan.....	10
B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید.....	10
C. تغییرات تامین‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما.....	11
D. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده.....	11
D1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی.....	11
D2. تغییرات در پوشش داروی نسخه دار.....	15
E. تغییرات اداری.....	18
F. انتخاب یک برنامه درمانی.....	18
F1. ماندن در برنامه درمانی خود.....	18
F2. تغییر برنامه‌ها.....	18
G. دریافت راهنمایی.....	24
G1. برنامه ما.....	24
G2. مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانییرنامه (HICAP).....	24
G3. برنامه بازرسی.....	24
G4. Medicare.....	25
G5. California Department of Managed Health Care.....	25



A. موارد رفع مسئولیت

Blue Shield of California یک برنامه HMO D-SNP است که با Medicare و برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا قرارداد دارد. ثبت نام در Blue Shield of California بستگی به تجدید قرارداد دارد.

هنگامی که این دفترچه اطلاعاتی اعضا به "ما"، "ما را"، "برای ما" اشاره می‌کند، منظور سرویس پزشکان کالیفرنیا (با عنوان تجاری Blue Shield of California) است. هنگامی که به «برنامه» یا «برنامه ما» اشاره می‌کند، منظور Blue Shield TotalDual Plan است.

Medicare تایید کرد که Blue Shield TotalDual Plan این مزایا و سهم ثابت بیمه شده کمتر را به عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) ارائه کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد روش‌های جدید را برای بهبود برنامه‌های Medicare Advantage امتحان کند.

Amazon Pharmacy مستقل از Blue Shield of California است و با Blue Shield قرارداد دارد تا تحویل داروهای نسخه دار در منزل را برای اعضای Blue Shield فراهم کند.

B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده

این نکته حائز اهمیت است که هم اکنون پوشش خود را بررسی کنید تا مطمئن شوید هنوز نیازهای شما برای سال آینده را برآورده خواهد کرد. اگر برنامه ما نیازهای شما را رفع نمی‌کند، شما می‌توانید از آن خارج شوید. برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایای خود در سال آینده، به بخش F مراجعه کنید.

اگر تصمیم به ترک برنامه ما بگیرید، عضویت شما در روز آخر ماهی تمام می‌شود که درخواست خود را ارائه کردید. اگر واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

اگر برنامه ما را ترک کنید، شما می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

- گزینه‌های Medicare در جدول بخش F2.

- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش F2.



B1. اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan

- پوشش تحت Blue Shield TotalDual Plan، پوشش درمانی واجد شرایط موسوم به «حداقل پوشش اضطراری» است. آن الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون محافظت و مقرون به صرفه بودن بیمار (ACA) را رعایت می‌کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره الزامات مسئولیت مشترک فردی، از وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.
- هنگامیکه این اعلامیه سال‌یانه تغییرات به "ما"، "ما را"، "برنامه ما" اشاره می‌کند، منظور Medicare Medi-Cal Plan است.

B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید

- بررسی کنید آیا تغییراتی در مزایا و هزینه‌ها ایجاد شده که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.
 - آیا تغییراتی در خدمات مورد استفاده شما وجود دارد؟
 - تغییرات مزایا و هزینه را بررسی کنید تا مطمئن شوید در سال آینده برای شما مناسب خواهند بود.
 - برای اطلاعات در مورد تغییرات در مزایا و هزینه برنامه درمانی ما به بخش D1 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا تغییراتی در پوشش داروهای نسخه‌دار ما وجود دارد که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.
 - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا می‌توانید از همان داروخانه‌ها استفاده کنید؟ آیا تغییراتی مانند اجازه قبلی، درمان گام به گام یا سقف مقدار وجود خواهد داشت؟
 - تغییرات را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که پوشش دارویی ما، سال آینده برای شما مناسب است.
 - برای اطلاعات مربوط به تغییرات پوشش دارویی ما، به بخش D2 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا ارائه کنندگان و داروخانه‌های شما در سال آینده در شبکه ما خواهند بود.
 - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصین شما، در شبکه ما هستند؟ داروخانه شما، چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر ارائه کنندگانی که استفاده می‌کنید، چطور؟
 - برای کسب اطلاعات در مورد فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما به بخش C مراجعه کنید.
- به فکر هزینه‌های خود به طور کلی در برنامه درمانی باشید.
 - هزینه‌های کلی در مقایسه با سایر گزینه‌های پوششی چقدر است؟
- در مورد اینکه آیا از برنامه درمانی ما رضایت دارید فکر کنید.



اگر تصمیم بگیرید که برنامه‌های درمانی را تغییر دهید:

اگر به این نتیجه برسید که یک پوشش دیگر بهتر می‌تواند نیازهای شما را برآورده کند، می‌توانید برنامه درمانی را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر، به بخش F2 مراجعه کنید). اگر در یک برنامه درمانی جدیدی ثبت نام کنید، پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد.

اگر تصمیم گرفتید که در طرح Blue Shield TotalDual Plan بمانید:

اگر می‌خواهید که در سال آینده با ما باقی بمانید، آسان است - لازم نیست که کاری بکنید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار، عضو طرح Blue Shield TotalDual Plan باقی خواهید ماند.

C. تغییرات تامین‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما

شبکه تامین‌کنندگان و داروخانه‌های ما در سال 2025 تغییر کرده‌اند.

لطفا فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌های سال 2025 را بررسی کنید تا ببینید آیا تامین‌کنندگان یا داروخانه شما در شبکه ما هست یا نه. فهرست به روز شده تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNPdocuments2025 موجود است. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات به‌روز تامین‌کنندگان، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با واحد مراقبت از مشتریان تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها را برای شما پست کنیم.

لازم است بدانید که ممکن است ما در طول سال، تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. اگر تامین‌کننده شما برنامه ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت‌های خاصی دارید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده

D1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی

ما در سال آینده، پوشش خود را برای خدمات پزشکی خاص و مبلغ پرداختی شما بابت این خدمات پزشکی تحت پوشش را تغییر می‌دهیم. جدول زیر این تغییرات را توصیف می‌کند.



2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ \$9,350 از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ \$8,850 از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p>	<p style="text-align: center;">حداکثر مبلغ سالیانه پرداخت هزینه از جیب</p>
<p>خدمات جامع دندانپزشکی خاص <u>تحت پوشش</u> هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات تحت پوشش و مبلغی که پرداخت می‌کنید، به جدول <u>روال خدمات دندانپزشکی تحت پوشش</u> در فصل 4، بخش E (در زیر جدول مزایای پزشکی) دفترچه <u>اطلاعاتی اعضا</u> مراجعه کنید.</p>	<p>خدمات روتین پیشگیری و درمان جامع دندانپزشکی (فاقد پوشش <u>تحت پوشش</u> Medicare) هستند.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات تحت پوشش و مبلغی که پرداخت می‌کنید، جدول <u>روال مزایای دندانپزشکی روتین</u> را در فصل 4 (در زیر جدول مزایای پزشکی) دفترچه <u>اطلاعاتی اعضا</u> مشاهده کنید.</p>	<p style="text-align: center;">خدمات عادی دندانپزشکی (فاقد پوشش Medicare)</p>

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
<p>هر سال تا مبلغ \$1,500 کمک هزینه فوق العاده برای دو سمعک و دو بار نصب و ارزیابی سمعک، دریافت خواهید کرد (برای هر دو گوش با هم).</p> <p>شما یک کارت مخارج دریافت خواهید کرد که برای کمک به پرداخت اقلام و خدمات تحت پوشش حاوی مبلغ فوق العاده \$1,500 در سال می‌باشد.</p> <p>شما می‌توانید این خدمات را از تامین‌کننده سمعک انتخابی خودتان دریافت کنید.</p>	<p>هر سال تا مبلغ \$2,000 بابت دو سمعک و دو بار نصب و ارزیابی سمعک، به شما بازپرداخت هزینه خواهد شد (برای هر دو گوش با هم).</p> <p>شما می‌توانید سمعک را از تامین‌کننده سمعک انتخابی خودتان دریافت کنید.</p>	<p>سمعک</p>
<p>شما در هر ماه برای اقلام تحت پوشش، یک کمک فوق العاده به مبلغ \$70 دریافت خواهید کرد.</p> <p>شما می‌توانید یک سفارش در ماه بدهید و نمی‌توانید کمک فوق العاده استفاده نشده خود را به ماه بعد منتقل کنید.</p>	<p>شما در هر فصل برای اقلام تحت پوشش، یک کمک فوق العاده به مبلغ \$210 دریافت خواهید کرد.</p> <p>شما در هر فصل می‌توانید دو سفارش بدهید و نمی‌توانید کمک فوق العاده خود را به فصل بعد منتقل کنید.</p>	<p>اقلام بدون نسخه (OTC)</p>
<p>دو مزیت طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) وجود دارد:</p> <p>مواد غذایی سالم:</p> <p>شما در ماه یک کمک فوق العاده \$50 برای خرید مواد غذایی سالم در فروشگاه‌های شبکه برنامه درمانی دریافت خواهید کرد. این کمک فوق العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد.</p> <p>شما یک کارت مخارج دریافت خواهید کرد که مبلغ فوق العاده \$50 در ماه شما برای کمک به پرداخت اقلام تحت پوشش، قبلاً در آن واریز شده است.</p> <p>حمل و نقل:</p>	<p>طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) تحت پوشش نیست.</p>	<p>طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID)</p> <p>این بخش در صفحه بعد ادامه دارد.</p>



2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
<p>شما \$0 سهم ثابت برای محدودیت ترکیبی از 48 سفر یک طرفه در سال برای حمل و نقل غیر- پزشکی و VBID غیر-0 حمل و نقل پزشکی پرداخت می کنید.</p> <p>از خدمات حمل و نقل می توان برای دسترسی به موارد زیر استفاده کرد</p> <p>مزایای تحت پوشش غیر Medicare ارائه شده توسط برنامه درمانی، از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مکان های تناسب اندام در شبکه SilverSneakers ○ فروشگاه های مواد غذایی سالم مورد تایید ○ سمعک در تامین کننده سمعک به انتخاب شما ○ خدمات کایروپراکتیک در شبکه مورد تایید برنامه درمانی ○ خدمات مربوط به بینایی و دندانپزشکی در شبکه مورد تایید برنامه درمانی 	<p>طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) تحت پوشش نیست.</p>	<p>طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) (ادامه)</p>
<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 12 ماه \$0 می پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان \$200). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$200 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن خواهید بود.</p> <p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$200 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر 12 ماه \$0 می پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$200 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن خواهید بود.</p>	<p>در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر 24 ماه \$0 می پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان \$375) هزینه می پردازید. اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$375 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p> <p>پرداخت مبلغ \$0 برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$375 برای خدمات لنز تماسی و</p>	<p>مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)*</p> <p>این بخش در صفحه بعد ادامه دارد.</p>

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
	<p>لوازم) هر 12 ماه، در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$375 باشد، شما مسئول پرداخت ما به تفاوت آن هستید.</p>	<p>خدمات مراقبت بینایی، پوشش موارد بدون Medicare (خدمات) دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)* (ادامه دارد)</p>

D2. تغییرات در پوشش داروی نسخه دار

تغییراتی در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای تحت پوشش به روز در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medpharmacy2025 موجود است. همچنین شما می‌توانید برای اطلاعات به روز داروها، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتریان تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست داروهای تحت پوشش را برای شما پست کنیم.

فهرست داروهای تحت پوشش فهرست دارویی نیز خوانده می‌شود.

ما تغییراتی در فهرست دارویی خود ایجاد کردیم که می‌تواند شامل حذف یا اضافه کردن داروها، تغییر داروهایی که پوشش می‌دهیم و تغییر در محدودیت‌هایی باشد که به پوشش داروهای خاص ما مربوط می‌شوند یا اینکه آنها را به ردیف تقسیم هزینه متفاوتی منتقل می‌کنیم.

فهرست دارویی را بررسی کنید تا مطمئن شوید داروهای شما برای سال آینده تحت پوشش خواهند بود و ببینید که آیا هیچ محدودیتی برای آن وجود دارد یا داروی شما به ردیف تقسیم هزینه متفاوتی منتقل شده است یا نه.

بیشتر تغییرات در فهرست دارویی در ابتدای هر سال، جدید می‌شوند. با این حال، ممکن است تغییرات دیگری را که توسط Medicare و یا ایالت مجاز شده است، ایجاد کنیم که شما را در طول یکسال برنامه درمانی، تحت تأثیر قرار دهد. ما فهرست دارویی آنلاین خود را حداقل به صورت ماهانه به روز می‌کنیم تا بتوانیم فهرست بروز شده‌ای از داروها را ارائه کنیم. اگر تغییری ایجاد کنیم که بر روی دارویی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد، اطلاعیه ای را در مورد این تغییر برای شما ارسال خواهیم کرد.

اگر تغییر در پوشش دارویی بر شما تأثیر بگذارد، از شما می‌خواهیم:

- برای یافتن یک داروی دیگر که ما پوشش می‌دهیم، با پزشک (یا تجویز کننده دیگر) خود همکاری کنید.
 - شما می‌توانید از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از ما بخواهید یک فهرست داروهای تحت پوشش که مناسب درمان همان بیماری هستند را برای شما پست کنیم.
 - این فهرست می‌تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.
- با پزشک (تجویز کننده دیگر) خود همکاری کرده و از ما بخواهید برای پوشش یک دارو استثناء قابل شویم.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- شما می‌توانید قبل از سال آینده درخواست استثناء کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما) به شما پاسخ خواهیم داد.
 - برای اطلاع درباره روش درخواست استثناء، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.
 - اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت، به **فصل 2 و فصل 3** دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید.
 - از ما درخواست کنید که موقتاً مقداری دارو را پوشش دهیم.
 - در بعضی مواقع، ما دارو را در 90 روز اول سال تقویمی به طور موقت پوشش می‌دهیم.
 - این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هنگامی که ذخیره موقت را می‌توانید دریافت کنید و نحوه درخواست برای آن، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.)
 - هنگامی که مقدار موقتی از یک دارو را دریافت می‌کنید، با پزشک خود درباره راهکار مربوط به زمان اتمام مقدار موقت صحبت کنید. شما می‌توانید به داروی متفاوت تحت پوشش برنامه تغییر دهید یا از ما درخواست کنید که در مورد شما استثنا قائل شده و داروی کنونی شما را پوشش دهیم.
- درخواست استثنائات فرمولری هر سال باید به برنامه درمانی ارایه شود.
- ما در حال حاضر اگر داروی برند را با یک نمونه داروی ژنریک جدید در همان ردیف سهم هزینه یا ردیف سهم هزینه کمتر و با همان قوانین یا کمتر به عنوان داروی برند جایگزین کنیم، می‌توانیم بلافاصله آن داروی برند را از فهرست دارویی خود حذف کنیم. همچنین، هنگام اضافه کردن یک داروی ژنریک جدید، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند را در فهرست دارویی خود نگه داریم، ولی فوراً آن را به یک ردیف سهم هزینه متفاوت منتقل کرده یا مقررات جدیدی اضافه کنیم یا هر دو مورد را انجام دهیم.
- از سال 2025، ما می‌توانیم بلافاصله محصولات بیولوژیکی اصلی را با داروهای مشابه زیستی (biosimilar) خاص جایگزین کنیم. این بدین معناست که، برای مثال، اگر شما یک محصول بیولوژیکی اصلی را مصرف می‌کنید که قرار است توسط یک مشابه زیستی جایگزین شود، ممکن است 30 روز قبل از اینکه ما این کار را انجام دهیم، اطلاعیه یا ذخیره یک ماه از محصول بیولوژیکی اصلی خود را از داروخانه شبکه دریافت نکنید. اگر در زمان ایجاد تغییر در حال استفاده از محصول بیولوژیکی اصلی هستید، شما همچنان اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که انجام داده‌ایم را دریافت خواهید کرد، اما ممکن است بعد از ایجاد تغییر به دست شما برسد.
- برخی از این نوع داروها ممکن است برای شما جدید باشند. برای تعاریف انواع دارو، لطفاً به **فصل 12 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید. اداره غذا و دارو (FDA) همچنین اطلاعات مربوط به مصرف کنندگان را در مورد داروها ارائه می‌دهد. شما می‌توانید به وبسایت FDA مراجعه کنید:
- www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients
- همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از طریق شماره تلفن پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از ارائه کننده مراقبت‌های درمانی، تجویز کننده یا داروساز خود سؤال کنید.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



تغییرات در هزینه داروهای نسخه‌دار

ما برخی داروها در فهرست دارویی را به ردیف دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل کردیم. برای آنکه بدانید آیا داروهای شما در ردیف متفاوتی قرار گرفته یا نه، آنها را در فهرست دارویی جستجو کنید.

جدول زیر هزینه‌های شما برای داروها در هر یک از پنج ردیف دارویی ما را نشان می‌دهد.

2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است.	سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است.	داروها در ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 1 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود
سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است.	سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$1.55 یا \$4.50 برای هر نسخه است.	داروهای ردیف 2 (داروهای ژنریک) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 2 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود
سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است.	سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$4.60 یا \$11.20 برای هر نسخه است.	داروهای ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 3 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود
سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است.	سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$4.60 یا \$11.20 برای هر نسخه است.	داروهای ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 4 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود
سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) \$0 برای هر نسخه است. سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای یک نسخه تحویل در منزل (30-روز) برابر با \$0 برای هر نسخه است.	سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30-روز) برابر با \$0، \$4.60 یا \$11.20 برای هر نسخه است. سه‌ماه ثابت بیمه شده شما برای یک نسخه سرویس پستی یک ماهه (30-روز) برابر با \$0، \$4.60 یا \$11.20 برای هر نسخه است.	داروهای ردیف 5 (داروهای ردیف تخصصی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 5 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



E. تغییرات اداری

2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	آدرس پستی پردازش مطالبات داروهای نسخه دار بخش D
Amazon Pharmacy	CVS Caremark® Mail Service Pharmacy	تغییر تامین‌کننده داروخانه مجهز به خدمات پستی
تحويل در منزل	خدمات پستی	تغییر واژه شناسی
تامین 100 روزه	ذخیره 90 روزه	تغییر به تامین بلند مدت برای رده 2: داروهای ژنریک، ردیف 3: داروهای برندهای ترجیحی و ردیف 4: داروهای غیر-ترجیحی
شما باید درخواست تجدیدنظر خود را در ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ اعلامیه کتابی تصمیم مربوط به پوشش ارائه کنید.	شما باید درخواست تجدیدنظر خود را در ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ اعلامیه کتابی تصمیم مربوط به پوشش ارائه کنید.	الزامات زمانی برای درخواست تجدیدنظر
لطفاً برای تحويل، 7 روز کاری صبر کنید.	لطفاً برای تحويل، 14 روز کاری صبر کنید.	تغییر در تحويل اقلام بدون نسخه (OTC)

F. انتخاب یک برنامه درمانی

F1. ماندن در برنامه درمانی خود

امیدواریم که شما را به عنوان عضو برنامه درمانی حفظ کنیم. لازم نیست شما برای ماندن در برنامه درمانی ما کاری انجام دهید. اگر شما برنامه درمانی خود را به یک برنامه درمانی Medicare دیگر تغییر ندهید یا آن را به Original Medicare تغییر دهید، به صورت خودکار در سال 2025، همچنان عضو برنامه درمانی ما باقی خواهید ماند.

F2. تغییر برنامه‌ها

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را در مواقع خاص در سال پایان دهند. از آنجا که شما Medi-Cal دارید، می‌توانید عضویت خود را در برنامه درمانی ما در هر ماه از سال خاتمه دهید.

علاوه بر این، می‌توانید عضویت خود در برنامه درمانی ما را در دوره‌های زیر پایان دهید:

- دوره ثبت نام سالانه، که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه درمانی جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- دوره ثبت نام باز **Medicare Advantage Plan (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.

ممکن است مواقع دیگری باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی که:

- از منطقه سرویس‌دهی ما خارج شوید،
- احراز شرایط شما برای **Medi-Cal** یا **pExtra Hel** تغییر کند، یا
- اخیراً وارد یک موسسه شده یا در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید (مانند مرکز پرستاری تخصصی یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت). اگر اخیراً از یک موسسه مرخص شده‌اید، می‌توانید برنامه‌های درمانی خود را تغییر دهید یا به مدت دو ماه کامل بعد از ماهی که مرخص می‌شوید، به **Original Medicare** تغییر وضعیت دهید.

خدمات Medicare شما

شما در هر یک از ماههای سال، سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود که در زیر فهرست شده‌اند، دارید. شما برای زمان‌های خاصی از سال، گزینه اضافی دیگری دارید که در زیر ذکر شده است، از جمله دوره ثبت نام سالیانه و دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش **F2** توضیح داده شده است. شما با انتخاب یکی از گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت خود در برنامه درمانی ما پایان می‌دهید.



1. شما می‌توانید تغییر دهید به:

برنامه Medicare Medi-Cal Plan
Medicare (Medi-Medi Plan) نوعی برنامه Medicare Advantage Plan می‌باشد. این برنامه برای اشخاصی می‌باشد که Medicare و Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک برنامه درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. طرح‌های **Medi-Medi** همه مزایا و خدمات در هر دو برنامه، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را، هماهنگ می‌کنند.

تذکر: اصطلاح **Medi-Medi Plan** نامی برای برنامه‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP) در کالیفرنیا است.

این کار را بکنید:

در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:

- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از

www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید.

یا

در یک برنامه **Medi-Medi** جدید ثبت نام کنید.

هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از برنامه درمانی ما خارج می‌شوید. برنامه **Medi-Cal** شما تغییر خواهد کرد تا با برنامه **Medi-Medi Plan** شما مطابقت داشته باشد.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none">• با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>برنامه Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.</p>	<p>2. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>Original Medicare با یک برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جداگانه</p>
---	---



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227), تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling بازدید کنید. <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>برنامه Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.</p>	<p>3. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>Original Medicare بدون برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جداگانه</p> <p>توجه: اگر به Medicare اصلی تغییر دهید و در برنامه فدرال داروهای نسخه ای Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر اینکه نخواهید که عضو شوید.</p> <p>شما تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه‌دار را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره نیاز به پوشش دارویی سوالی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling بازدید کنید.</p>
--	--

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227)، تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00am تا 5:00pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می شوید.</p> <p>برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p>	<p>4. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>تمام برنامه‌های درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است.</p>
---	--

خدمات Medi-Cal شما

برای طرح سوال درباره برنامه Medi-Cal و دریافت خدمات Medi-Cal خود بعد از ترک برنامه ما، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه - جمعه از ساعت 8:00am تا 6:00pm تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تاثیر دارد.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



G. دریافت راهنمایی

G1. برنامه ما

اگر سوالی دارید، ما برای کمک اینجا هستیم. از طریق شماره تلفن‌های انتهای صفحه در روزها و ساعات کاری مذکور، با مراقبت از مشتریان تماس بگیرید. این تماس‌ها رایگان هستند.

دفترچه اطلاعاتی اعضای خود را بخوانید.

دفترچه اطلاعاتی اعضای شما، یک شرح حقوقی و مفصل از مزایای برنامه درمانی ما است. این سند مزایا و هزینه‌های مربوط به سال 2025 را شرح می‌دهد. این سند حقوق شما و مقرراتی را توصیف می‌کند که لازم است برای دریافت خدمات و داروهای نسخه‌دار تحت پوشش از آنها تبعیت کنید.

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2025 از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به روز از دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNPdocuments2025 موجود است. همچنین شما می‌توانید از طریق شماره تلفن‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتریان تماس گرفته و از ما بخواهید یک نسخه از دفترچه اطلاعاتی اعضا ویژه سال 2025 را برای شما پست کنیم.

وبسایت ما

شما می‌توانید از وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNP2025 بازدید کنید. به عنوان یادآوری، وبسایت ما حاوی آخرین اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما (فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

G2. مشاوره و مدافع‌های بیمه درمانی برنامه (HICAP)

همچنین شما می‌توانید با SHIP State Health Insurance Assistance Program (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP، برنامه مشاوره و مدافع بیمه بهداشتی (HICAP) نام دارد. مشاورین HICAP می‌توانند در درک گزینه‌های برنامه ما کمک کرده و به سوال‌های مربوط به تغییر برنامه‌ها پاسخ دهند. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد. HICAP مشاورین کارآموزی دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 است. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید.

G3. برنامه بازرسی

اگر در برنامه درمانی ما مشکل دارید، برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند. خدمات بازرس رایگان به تمام زبان‌ها موجود هستند. برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal:

- به عنوان مدافع شما عمل می‌کند. اگر مشکلی یا شکایتی دارید، آنها می‌توانند به سوال‌های شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کند بفهمید که چه کاری باید انجام دهید.
- اطمینان حاصل کنید که شما اطلاعات مربوط به حقوق و محافظت از خود و روش حل نگرانی‌های خود را دارید.
- با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نیست. تلفن بازرس کل Medicare Medi-Cal شماره 1-855-501-3077 است.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



Medicare .G4

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

وبسایت Medicare

شما می‌توانید از وبسایت Medicare به نشانی (www.medicare.gov) بازدید کنید. اگر تصمیم گرفتید که عضویت خود را در برنامه ما خاتمه داده و عضو یکی دیگر از برنامه‌های Medicare شوید، وبسایت Medicare حاوی اطلاعاتی در مورد هزینه، پوشش و رتبه‌بندی کیفی است که به شما در مقایسه برنامه‌ها کمک می‌کند.

شما می‌توانید اطلاعات درباره برنامه‌های Medicare در منطقه خود را با استفاده از Medicare Plan Finder (یابنده برنامه Medicare) در وبسایت Medicare بیابید. (برای اطلاعات درباره برنامه‌ها، به www.medicare.gov مراجعه کرده و روی «Find plans (یافتن برنامه‌ها)» کلیک کنید.

Medicare و شما 2025

می‌توانید کتاب راهنمای *Medicare & You 2025* را بخوانید. هر ساله در پائیز، این دفترچه اطلاعاتی برای اشخاص عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه حاوی خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها و پاسخ‌هایی به سوالات متداول در مورد Medicare می‌باشد. این دفترچه به زبان‌های اسپانیولی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر یک نسخه از این دفترچه را در دست ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) یا از طریق تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

California Department of Managed Health Care .G5

سازمان مراقبت‌های درمانی هم‌هنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره **1-800-452-4413 (TTY: 711)** از ساعت 8:00am تا 8:00pm، هفت روز هفته تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند نارضایتی برنامه درمانی استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه شکایت، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در مورد شکایت خود در شرایط اضطراری، شکایتی که به طور رضایت بخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا شکایتی که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. شما همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هستید، فرآیند بررسی مستقل پزشکی (IMR) دربرگیرنده بازبینی بی طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمان، پوشش‌های درمانی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شود. این بخش همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان **(1-888-466-2219)** و یک خط TDD به شماره **(1-877-688-9891)** برای کسانی که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند، می‌باشد. وبسایت اینترنتی این اداره به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضا برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 9، بخش F4 دفترچه اطلاعاتی اعضای خود مراجعه کنید.

اگر سوال دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00am تا 8:00pm و هفته‌روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.





blueshieldca.com/medicare

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