



Կարևոր տեղեկատվություն

Medicare-ի դեղերի և առողջապահական պլանի
փոփոխությունների մասին

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ը (HMO D-SNP) Medi-Medi Plan է, որն առաջարկվում է California Physicians' Service-ի կողմից (գործում է «Blue Shield of California» անվան տակ)

2027 թ. փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցում

Ներածություն

Դուք ներկայումս անդամագրված եք մեր ծրագրին: Հաջորդ տարի մեր նպաստների, ապահովագրության, կանոնների և ծախսերի մեջ որոշակի փոփոխություններ են տեղի ունենալու: 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 տեղեկագրքին*, որը կարելի է գտնել մեր կայքում՝ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027: Չանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին էջի ներքևում նշված համարով՝ պատճենը փոստով ստանալու համար: Հիմնական եզրույթները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

Լրացուցիչ աղբյուրներ

- Այս փաստաթուղթն անվճար հասանելի է արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն (ավանդական), չինարեն (պարզեցված), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն լեզուներով:
- Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցումը նաև այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպատառերով, բրայլով կամ ձայնագրությամբ: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 08:00-ից 20:00-ը, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով (PT), շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:
 - Եթե ցանկանում եք Ձեր ծրագրի նյութերը ստանալ թվային ձևաչափով, մուտք գործեք Ձեր հաշիվ blueshieldca.com/login հղմամբ, սեղմեք «My profile» (Իմ պրոֆիլը) էջի վերևում, անցեք «Communication preferences» (Հաղորդակցման նախապատվություններ) բաժին և ընտրեք «Electronic delivery» (Էլեկտրոնային առաքում) տարբերակը որպես առաքման

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Ժամկետը լրանում է՝ 5/31/2029)

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Նախապատվություն: Կարող եք նաև մուտք գործել Blue Shield of California բջջային հավելված և «More» (Ավելին) ներդիրի միջոցով անցնել «Communication preferences» (Հաղորդակցման նախապատվություններ) բաժին: Եթե հաշիվ չունեք, անցեք հետևյալ հղմամբ՝ blueshieldca.com/login և սեղմեք «Get started» (Սկսել) կոճակը՝ գրանցվելու համար: Գրանցման ընթացքում կարող եք սահմանել առաքման նախապատվությունը:

- Այս փաստաթուղթը և հետագա անհրաժեշտ հաղորդակցությունն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար կարող եք մշտական հայտ ներկայացնել (խոշոր տպատառերով, բրայլով, ձայնագրությամբ և այլն): Կարող եք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հաճախորդների սպասարկման բաժինը Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը կպահի ֆայլում մինչև այն պահը, երբ Դուք ցանկանաք թարմացումներ կատարել:
- Մշտական հայտը փոփոխելու համար՝ պահանջվող հաղորդակցությունը նախընտրած լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու նպատակով, խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր:

Լեզվական օգնության ծառայությունների և օժանդակ սարքերի և ծառայությունների մատչելիության ծանուցում

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 بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): 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|



हिंदी 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 नि: शुल्क हैं।

Nqe 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。

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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih 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.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជន ពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារ សរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



مطلب به زبان فارسی ((Persian (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). También ofrecemos
asistencia y servicios para personas con discapacidades,
como documentos en braille y con letras grandes. Llame
al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son
gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong 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

malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไล่นักภาษาไทย (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.

Բովանդակություն

A. Ազատում պատասխանատվությունից	9
B. Հաջորդ տարվա համար Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրության վերանայում	9
B1. Տեղեկություններ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի մասին	10
B2. Կարևոր անելիքներ	10
C. Մեր ծրագրի անվան փոփոխություններ	12
D. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին	12
E. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ	13
E1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ	13
E2. Փոփոխություններ դեղերի ապահովագրությանը	24
E3. Փոլ 1. «Ապահովագրության սկզբնական փուլ»	26
E4. Փոլ 2. «Ապահովագրության աղետալի փուլ»	31
F. Վարչական փոփոխություններ	31
G. Ծրագրի ընտրությունը	32
G1. Մեր ծրագրում մնալը	32
G2. Ծրագրի փոփոխություն	32
H. Օգնության տրամադրում	38
H1. Մեր ծրագիրը	38
H2. Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)	38
H3. Օմբուդսմենի ծրագիր	39
H4. Medicare	39
H5. California-ի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժին	40
H6. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիր	41

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը չորս: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



A. Ազատում պատասխանատվությունից

Blue Shield of Californian-ն HMO D-SNP ծրագիր է՝ Medicare-ի և California նահանգի Medicaid ծրագրի հետ կնքված պայմանագրերով: Blue Shield of California-ին ամիսագրվելը կախված է պայմանագրի նորացումից:

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը ենթադրում են, որ խոսքը գնում է California Physicians' Service-ի մասին (գործում է «Blue Shield of California» անվան տակ): Երբ ասվում է «ծրագիր» կամ «մեր ծրագիրը», ապա խոսքը գնում է Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի մասին:

Բաժին E1-ում նշված Սննդի և թարմ մթերքի նպաստը քրոնիկ հիվանդների համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ նպաստ է (SSBCI): Ծրագրի ոչ բոլոր անդամները կարող են ստանալ դա: Իրավասությունը կախված է նրանից, թե արդյոք բավարարվում է «քրոնիկ հիվանդություն ունեցող մասնակից» սահմանումը: Համապատասխանող քրոնիկ հիվանդությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով. Սրտանոթային խնդիրներ, սրտի քրոնիկ անբավարարություն, շաքարախտ, ավելորդ քաշ, գիրություն, մետաբոլիկ համախտանիշ և թոքերի քրոնիկ խնդիրներ: Խնդրում ենք ծանոթանալ Ծրագրի *Անդամի տեղեկագրքին*՝ համապատասխան քրոնիկ հիվանդությունների և ընտրության պահանջների ամբողջական ցանկը տեսնելու համար:

B. Հաջորդ տարվա համար Ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրության վերանայում

Կարևոր է, որ ուսումնասիրեք Ձեր ապահովագրությունը հիմա՝ համոզվելու, որ այն կբավարարի Ձեր կարիքները հաջորդ տարի: Եթե այն չի բավարարում Ձեր կարիքները, Դուք կարող եք դուրս գալ մեր ծրագրից: Անցեք **Բաժին E**՝ 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 իրավասու եք դրանց համար:

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

- Medicare-ի տարբերակները **Բաժին G2**-ի աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակներն և ծառայությունները **Բաժին G2**-ում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



B1. Տեղեկություններ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի մասին

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքել և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ մասնակիցներին այդ երկու ծրագրերի նպաստները տրամադրելու նպատակով:
- Երբ տվյալ *Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցման* մեջ նշվում են «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր ծրագիրը» բառերը, ապա խոսքը գնում է Medicare Medi-Cal Plan-ի 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 հարմար կլինեն Ձեզ համար հաջորդ տարի:
 - Անցեք **Բաժին E1**՝ մեր ծրագրի նպաստների և ծախսերի փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար:
- **Ստուգեք, թե արդյոք դեղերի ապահովագրության մեջ կան այնպիսի փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել Ձեզ վրա:**
 - Արդյո՞ք Ձեր դեղերն ապահովագրվում են: Արդյո՞ք դրանք ծախսերի բաշխման այլ մակարդակում են: Կարո՞ղ եք արդյոք օգտվել նույն դեղատեսակից: Արդյո՞ք կլինեն այնպիսի փոփոխություններ, ինչպիսիք են նախօրոք լիազորումը, փուլային թերապիան կամ քանակի սահմանափակումները:
 - Ուսումնասիրեք փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դեղերի մեր ապահովագրությունը հարմար կլինի Ձեզ համար հաջորդ տարի:
 - Անցեք **Բաժին E2**՝ մեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար:
 - Հնարավոր է, որ Ձեր դեղերի ծախսերն ավելանան անցյալ տարվա համեմատ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Խոսքը 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, եթե Ձեր մատակարարներն ու դեղատները մեր ցանցում են լինելու հաջորդ տարի:**
 - Արդյո՞ք Ձեր բժիշկները, ներառյալ Ձեր մասնագետները, մեր ցանցում են: Իսկ Ձեր դեղատո՞ւնը: Սա վերաբերում է նաև հիվանդանոցներին և այլ մատակարարներին, որոնցից Դուք օգտվում եք:
 - Անցեք **Բաժին D`** մեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագրքի* մասին տեղեկությունների համար:
- **Ստաժեք ծրագրի շրջանակում Ձեր ընդհանուր ծախսերի մասին:**
 - Որքա՞ն եք գրպանից վճարելու ծառայությունների և դեղերի համար, որոնք սովորաբար օգտագործում եք:
 - Ինչպե՞ս են ընդհանուր ծախսերը համեմատվում ապահովագրության այլ տարբերակների հետ:
- **Ստաժեք, թե արդյոք գոհ եք մեր ծրագրից:**

Եթե որոշեք մնալ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում.

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 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ում:

Եթե որոշեք փոխել ծրագրերը.

Եթե որոշեք, որ այլ ապահովագրություն ավելի լավ կբավարարի Ձեր կարիքները, հնարավոր է, որ կարողանաք փոխել ծրագիրը (հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին G2-ը**): Եթե Դուք անդամագրվեք նոր ծրագրի կամ փոխվեք Original Medicare-ի, Ձեր նոր ապահովագրությունը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:



C. Մեր ծրագրի անվան փոփոխություններ

2027 թ. հունվարի 1-ին մեր ծրագրի անվանումը Blue Shield TotalDual Plan-ից փոխվում է Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի:

Ձեզ Blue Shield-ի անդամի նոր նույնականացման (ID) քարտ պետք չի լինի՝ ծրագրի անվան փոփոխության պատճառով: Պահպանեք Ձեր ընթացիկ Blue Shield-ի անդամի ID քարտը և ցույց տվեք այն, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում:

D. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին

Ձեր դեղերի համար վճարվող գումարը կախված է նրանից, թե որ դեղատնից եք օգտվում: Մեր ծրագիրն ունի դեղատների ցանց: Շատ դեպքերում, Ձեր դեղատոմսերն ապահովագրված են *միայն* այն դեպքում, եթե դրանք լրացվում են մեր ցանցի դեղատներից մեկում:

Մեր մատակարարների և դեղատների ցանցերը փոխվել է 2027 թ. համար:

խնդրում ենք ուսումնասիրել 2027 թ. Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը՝ պարզելու, եթե Ձեր մատակարարները (առաջնային խնամքի մատակարար, մասնագետներ, հիվանդանոցներ և այլն) կամ դեղատունը մեր ցանցում են: *Մատակարարների և դեղատների թարմացված հասցեագիրքը* հասանելի է մեր կայքում՝ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել 366-4413 հեռախոսահամարներով՝ մատակարարների վերաբերյալ թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար, կամ կարող եք խնդրել մեզ, որ Ձեզ ուղարկենք *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*:

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 Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը* կամ զանգահարեք 366-4413 հեռախոսահամարով՝ օգնության համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



E. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

E1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

Մենք փոփոխում ենք մեր ապահովագրությունը որոշ բժշկական ծառայությունների համար, ինչպես նաև այն վճարները, որոնք Դուք պետք է կատարեք այս ապահովագրված բժշկական ծառայությունների համար հաջորդ տարի: Ստորև բերված աղյուսակը նկարագրում է այս փոփոխությունները:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաներ	Ամեն եռամսյակ Դուք ունեք \$120 չափով նպաստ ապահովագրված պարագաների համար: Դուք կարող եք կատարել երկու պատվեր յուրաքանչյուր եռամսյակում և չեք կարող Ձեր չօգտագործված նպաստը տեղափոխել հաջորդ եռամսյակ:	Ամեն եռամսյակը մենք Ձեզ տրամադրվում է \$240 չափով ընդհանուր նպաստ՝ իրավասու OTC պարագաներ և Սնունդ ու թարմ մթերք գնելու համար (պայմաններին համապատասխանելու դեպքում): Դուք կարող եք շարունակել պատվիրել ապահովագրված OTC պարագաներ OTC պարագաների կատալոգից՝ առցանց կամ հեռախոսով: Կարող եք նաև օգտագործել Ձեր Flex քարտը մասնակից մանրածախ առևտրի կետերում: Դուք չեք կարող Ձեր չօգտագործված նպաստը փոխանցել հաջորդ եռամսյակ: Կարող եմ կիրառվել որոշակի սահմանափակումներ: Տեսեք Բաժին F-ը՝ Վարչական փոփոխություններ՝ հավելյալ տեղեկությունների համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ատամնաբուժական ծառայություններ, ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) (Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում)	ADA D0364 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0364 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված:
	ADA D0365 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0365 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ:
	ADA D0366 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ գանգով կամ առանց դրա՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0366 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ գանգով կամ առանց դրա:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ատամնաբուժական ծառայություններ, ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) (Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում)	ADA D0367 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ զանգով կամ առանց դրա՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0367 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ զանգով կամ առանց դրա:
	ADA D0368 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ ստորին ծնոտ-քունքային հոդ (TMJ), երկու կամ ավելի նկարահանում՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0368 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում և մեկնաբանում՝ ստորին ծնոտ-քունքային հոդ (TMJ), երկու կամ ավելի նկարահանում:
	ADA D0380 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0380 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում՝ տեսադաշտի սահմանափակ ընդգրկմամբ, մեկ ծնոտից պակաս հատված:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ատամնաբուժական ծառայություններ, ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) (Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում)	ADA D0381 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0381 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, ստորին ծնոտ:
	ADA D0382 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ գանգով կամ առանց դրա՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0382 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում մեկ ամբողջական ատամնաշարի տեսադաշտով, վերին ծնոտ՝ գանգով կամ առանց դրա:
	ADA D0383 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ գանգով կամ առանց դրա՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D0383 կողմնաձև-ճառագայթային համակարգչային տոմոգրաֆիայի (CT) պատկերում երկու ծնոտների տեսադաշտով՝ գանգով կամ առանց դրա:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ատամնաբուժական ծառայություններ, ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) (Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում)	ADA D4263 կոդ՝ ոսկրային փոխարինման տրանսպլանտատ, պահպանված բնական ատամ, քառորդի առաջին տեղամաս՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D4263 կոդի համար՝ ոսկրային փոխարինման տրանսպլանտատ, պահպանված բնական ատամ, քառորդի առաջին տեղամաս:
	ADA D4264 կոդ՝ ոսկրային փոխարինման տրանսպլանտատ, պահպանված բնական ատամ, քառորդի յուրաքանչյուր լրացուցիչ տեղամաս՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D4264 կոդի համար՝ ոսկրային փոխարինման տրանսպլանտատ, պահպանված բնական ատամ, քառորդի յուրաքանչյուր լրացուցիչ տեղամաս:
	ADA D7953 կոդ՝ ոսկրային փոխարինող տրանսպլանտատ շղթայի պահպանման համար, յուրաքանչյուր տեղամաս՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D7953 կոդի համար՝ ոսկրային փոխարինող տրանսպլանտատ շղթայի պահպանման համար, յուրաքանչյուր տեղամաս:
	ADA D9211 կոդ՝ տեղային բլոկային անզգայացում՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D9211 կոդի համար՝ տեղային բլոկային անզգայացում:
	ADA D9212 կոդ՝ եռորյակ նյարդի բլոկային անզգայացում՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D9212 կոդի համար՝ եռորյակ նյարդի բլոկային անզգայացում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ատամնաբուժական ծառայություններ, ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) (շարունակություն)	ADA D9215 կողմնակցություն տեղային անզգայացում՝ օպերատիվ կամ վիրաբուժական միջամտությունների հետ համատեղ՝ չի ապահովագրվում:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ADA D9215 կողմնակցություն տեղային անզգայացում՝ օպերատիվ կամ վիրաբուժական միջամտությունների հետ համատեղ:
Ձեր գրպանից վճարվող տարեկան առավելագույն գումարը	\$9250 Եթե Դուք գրպանից վճարեք \$9250 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, Դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի Part A և Part B ապահովագրված ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում: Եթե Դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, Դուք գրպանից որևէ վճարում չեք կատարում առավելագույն գումարի հանդեպ Ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար:	\$9850 Եթե Դուք գրպանից վճարեք \$9850 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, Դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի Part A և Part B ապահովագրված ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում: Եթե Դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, Դուք գրպանից որևէ վճարում չեք կատարում առավելագույն գումարի հանդեպ Ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Տեսողության խնամք, Medicare-ի կողմից չապահովագրված (ստացված ցանցային մատակարարից)*	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ակնոցի շրջանակների համար (մինչև \$365 սովորական մանրածախ արժեքով) ամեն տարի, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցի շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$365-ը, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք: Դուք տարեկան վճարում եք \$0 համավճար դեղատոմսով դուրս գրված մեկ զույգ ակնոցի ապակու համար (անկախ չափից և հզորությունից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$365 կոնտակտային ոսպնյակների հետ կապված ծառայությունների և նյութերի համար), երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայությունների և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$365-ը, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար ակնոցի շրջանակների համար (մինչև \$500 սովորական մանրածախ արժեքով) ամեն տարի, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցի շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$500-ը, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք: Դուք տարեկան վճարում եք \$0 համավճար դեղատոմսով դուրս գրված մեկ զույգ ակնոցի ապակու համար (անկախ չափից և հզորությունից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$500 կոնտակտային ոսպնյակների հետ կապված ծառայությունների և նյութերի համար), երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայությունների և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$500-ը, ապա տարբերությունը պետք է ինքներդ վճարեք:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Տեսողության խնամք, Medicare-ի կողմից չապահովագրված (ստացված ցանցից դուրս մատակարարից)*	Տարեկան մեկ ստուգման համար Ձեզ փոխհատուցվում է մինչև \$30: Տարեկան մեկ շրջանակի համար Ձեզ փոխհատուցվում է մինչև \$35: Տարեկան ձեզ փոխհատուցվում է մինչև \$35 կամ մեկ դեղատոմսով տրվող ակնոցի ոսպնյակների համար (անկախ չափից և հզորությունից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար:	Ցանցից դուրս գործող մատակարարներից ստացված տեսողության խնամքի ծառայությունները չեն ապահովագրվում:
Փոխադրում. Ոչ բժշկական փոխադրում	Դուք վճարում եք \$0 համավճար մինչև տարեկան 48 միակողմանի ուղևորությունների միասնական սահմանաչափի համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 48 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար մինչև տարեկան 24 միակողմանի ուղևորությունների միասնական սահմանաչափի համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 24 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Փոխադրում. Ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրում	Դուք վճարում եք \$0 համավճար մինչև տարեկան 48 միակողմանի ուղևորությունների միասնական սահմանաչափի համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 48 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո:	Դուք վճարում եք \$0 համավճար մինչև տարեկան 24 միակողմանի ուղևորությունների միասնական սահմանաչափի համար՝ ծրագրի կողմից հաստատված առողջապահական հաստատություններ ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրման և ոչ բժշկական փոխադրման համար: Յուրաքանչյուր ուղևորություն չպետք է գերազանցի 70 մղոն: Medi-Cal-ն ապահովագրում է անսահմանափակ ուղևորություններ դեպի հաստատված վայրեր՝ Ձեր 24 միակողմանի ուղևորություններն օգտագործելուց հետո:
Քրոնիկ ցավի կառավարման և բուժման ծառայություններ	Դուք վճարում եք \$0 համավճար քրոնիկ ցավի կառավարման և բուժման ծառայությունների համար: Այս ծառայության համար ծախսերի բաշխումը տարբեր կլինի՝ կախված բուժման ընթացքում մատուցվող անհատական ծառայություններից:	Քրոնիկ ցավի կառավարման և բուժման ծառայությունները չեն ապահովագրվում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում)	Սնունդ և թարմ մթերք. Դուք ունեք ամսական \$60 չափով նպաստ՝ առողջ և սննդարար սնունդ և թարմ մթերք գնելու համար: Այս նպաստը չի կարող հաջորդ ամիս տեղափոխվել:	Սնունդ և թարմ մթերք. Ամեն եռամսյակը մեկ Ձեզ տրամադրվում է \$240 չափով ընդհանուր նպաստ՝ առողջ և սննդարար սնունդ ու թարմ մթերք (պայմաններին համապատասխանելու դեպքում), ինչպես նաև առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) ապրանքների ձեռք բերելու համար: Այս նպաստը չի կարող փոխանցվել մեկ եռամսյակից մյուսը:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Օգնություն որոշակի քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում (շարունակություն)	Սա հատուկ լրացուցիչ նպաստ է քրոնիկ հիվանդություն ունեցողների համար (SSBCI), որի համար պահանջվում է համապատասխանության վերաբերյալ որոշում: Ծրագրի ոչ բոլոր անդամները կարող են ստանալ դա: Այս նպաստը ստանալու համար Դուք պետք է ունենաք մեկ կամ մի քանի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդություններ: Ծրագիրը կպարզի, թե արդյոք Դուք կարող եք ստանալ սննդի և թարմ մթերքի նպաստ՝ օգտագործելով Ձեր բժշկից ստացված տեղեկությունները կամ կապվելով Ձեր բժշկի հետ, որպեսզի նա տրամադրի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդության մասին ստորագրված հայտարարություն: Լրացուցիչ մանրամասների համար խնդրում ենք ուսումնասիրել ծրագրի <i>Անդամի տեղեկագիրը</i>:	Սննդի և թարմ մթերքի նպաստը Քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ նպաստ է (SSBCI), որը պահանջում է համապատասխանության վերաբերյալ որոշում: Ծրագրի ոչ բոլոր անդամները կարող են ստանալ դա: Այս նպաստը ստանալու համար Դուք պետք է ունենաք մեկ կամ մի քանի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդություններ: Ծրագիրը կպարզի, թե արդյոք Դուք կարող եք ստանալ սննդի և թարմ մթերքի նպաստ՝ օգտագործելով Ձեր բժշկից ստացված տեղեկությունները կամ կապվելով Ձեր բժշկի հետ, որպեսզի նա տրամադրի համապատասխանող քրոնիկ հիվանդության մասին ստորագրված հայտարարություն: Լրացուցիչ մանրամասների համար խնդրում ենք ուսումնասիրել ծրագրի <i>Անդամի տեղեկագիրը</i>: Տեսեք Քաժին F-ը՝ Վարչական փոփոխություններ՝ հավելյալ տեղեկությունների համար:



E2. Փոփոխություններ դեղերի ապահովագրությանը

Փոփոխություններ մեր *Դեղերի ցանկում*

Ապահովագրված դեղերի ցանկը կոչվում է նաև *Դեղացանկ* կամ *Դեղերի ցանկ*: Մեր *Դեղերի ցանկի* պատճենը տեղադրված է առցանց՝ blueshieldca.com/medformulary2027:

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր *Դեղերի ցանկում*, ինչը կարող է ներառել դեղեր հեռացնելը կամ ավելացնելը, մեր կողմից ապահովագրվող դեղերը փոխելը և փոփոխություններ կատարելը այն սահմանափակումներում, որոնք վերաբերում են մեր ապահովագրության որոշ դեղերին կամ դրանք ծախսաբաժնի այլ մակարդակ տեղափոխելը:

Ուսումնասիրեք *Դեղերի ցանկը՝ համոզվելու, որ Ձեր դեղերը կապահովագրվեն հաջորդ տարի*, և պարզելու, թե արդյոք որևէ սահմանափակումներ կան, կամ արդյոք Ձեր դեղը տեղափոխվել է ծախսաբաժնի այլ մակարդակ:

Դեղերի ցանկում փոփոխությունների մեծ մասը նոր է յուրաքանչյուր տարվա սկզբի համար: Սակայն մենք կարող ենք նաև այլ փոփոխություններ կատարել, որոնք թույլատրվում են Medicare-ի և/կամ նահանգի կողմից և կարող են ազդեցություն ունենալ Ձեզ վրա օրացուցային տարվա ընթացքում: Մենք առնվազն ամիսը մեկ անգամ թարմացնում ենք մեր առցանց *Դեղերի ցանկը՝* դեղերի ամենաթարմ ցանկը տրամադրելու համար: Եթե մենք փոփոխություն կատարենք, որը կարող է ազդել Ձեր ընդունած դեղամիջոցի վրա, մենք Ձեզ ծանուցում կուղարկենք այդ փոփոխության մասին:

Եթե դեղերի ապահովագրության փոփոխությունն ազդում է Ձեզ վրա, ապա մենք Ձեզ խորհուրդ ենք տալիս.

- Խորհրդակցեք Ձեր բժշկի (կամ դեղը նշանակողի) հետ՝ գտնելու այլ դեղամիջոց, որը մենք ապահովագրում ենք:
 - Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, կամ կապվել Ձեր խնամքը համակարգողի հետ՝ խնդրելու այն *Ապահովագրված դեղերի ցանկը*, որոնք բուժում են միևնույն առողջական խնդիրը:
 - Այս ցանկը կարող է օգնել Ձեր մատակարարին՝ գտնել ապահովագրված դեղ, որը կարող է օգնել Ձեզ:
- Խորհրդակցեք Ձեր բժշկի (կամ դեղը նշանակողի) հետ և խնդրեք մեզ բացառություն անել՝ տվյալ դեղն ապահովագրելու համար:
 - Դուք կարող եք դիմել բացառության համար մինչև հաջորդ տարի, և մենք Ձեր հարցմանը (կամ դեղը նշանակողի սատարող հայտարարությանը) կպատասխանենք այն ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



- Որպեսզի տեղեկանաք, թե ինչ է անհրաժեշտ բացառություն խնդրելու համար, ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ը* կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- Եթե բացառություն խնդրելու համար օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքը համակարգողին: Ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 2-ը և 3-ը*՝ Ձեր խնամքը համակարգողի հետ կապվելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Խնդրեք մեզ դեղի ժամանակավոր պաշար ապահովագրել:
 - Որոշ դեպքերում մենք ապահովագրում ենք դեղի **ժամանակավոր** պաշար օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:
 - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար: (Հավելյալ տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք ստանալ ժամանակավոր պաշար և ինչպես պետք է դիմել դրա համար, ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 5-ը*):
 - Եթե ստանում եք դեղի 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 դեղի, որն ապահովագրում է մեր ծրագիրը, կամ խնդրել մեզ բացառություն անել Ձեզ համար և ապահովագրել Ձեր ընթացիկ դեղը:
 - Դեղացանկից բացառությունների հաստատումները գործում են մինչև այդ տարվա ծրագրի ավարտը: Խնդրում ենք ստուգել դեղացանկից բացառության հաստատման վերաբերյալ Ձեր ծանուցումը՝ Ձեր հաստատման ծանուցման ավարտի կոնկրետ ամսաթիվը տեսնելու համար: Եթե Ձեր հաստատման ժամկետն ավարտվում է, և ցանկանում եք շարունակել ստանալ դեղը, ապա անհրաժեշտ կլինի ներկայացնել դեղացանկից բացառության նոր հայտ:

Փոփոխություններ դեղերի հետ կապված ծախսերում

Քանի որ Դուք իրավասու եք Medi-Cal-ի համար, Դուք Extra Help եք ստանում Medicare-ից՝ օգնելու վճարել Ձեր Medicare Part D դեղերի համար: Մենք ուղարկել ենք Ձեզ առանձին ներդիր, որը կոչվում է «Ապահովագրության ապացույց այն մարդկանց համար, որոնք Extra Help են ստանում դեղատոմսով դեղերի համար վճարելիս» (նաև հայտնի է որպես «Ցածր եկամուտների սուբսիդիաների լրացում» կամ «LIS լրացում»), որը պատմում է Ձեր դեղերի

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



ապահովագրության մասին: Եթե Դուք չունեք այս ներդիրը, խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին և խնդրել «LIS լրացումը»:

Մեր ծրագրում Ձեր Medicare Part D դեղատոմսով դեղերի ապահովագրության վճարման երկու փուլ կա: Վճարման չափը կախված է Extra Help-ի Ձեր մակարդակից, ինչպես նաև նրանից, թե որ փուլում եք Դուք գտնվում, երբ դեղատոմսը դուրս է գրվում կամ լրացվում է: Այդ երկու փուլերը հետևյալն են.

Փուլ 1 Ապահովագրության սկզբնական փուլ	Փուլ 2 Ապահովագրության աղետալի փուլ
Այս փուլի ընթացքում մեր ծրագիրը վճարում է Ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր մասնաբաժինը: Վճարման Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Այս փուլը սկսվում է, երբ լրացնում եք տարվա Ձեր առաջին դեղատոմսը:	Այս փուլի ընթացքում ծրագիրը վճարում է Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2027 թ. դեկտեմբերի 31-ը: Այս փուլը սկսվում է, երբ Ձեր գրպանից որոշակի գումար եք վճարում:

Ապահովագրության սկզբնական փուլն ավարտվում է, երբ դեղատոմսով դեղերի Ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **\$2400**-ի: Այդ պահից սկսվում է ապահովագրության աղետալի փուլը: Մեր ծրագիրն ապահովագրում է Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերն այդ պահից մինչև տարվա վերջ: Ուսումնասիրեք Ձեր **Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 6-ը**՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այն մասին, թե որքան պետք է վճարեք դեղերի համար:

Արտադրողների գեղչային ծրագրի շրջանակներում դեղերի արտադրողները վճարում են մեր ծրագրի ամբողջ ծախսերի մի մասը, որը ապահովագրված է Part D ապրանքանիշային դեղերի և կենսանմանակների համար ապահովագրության սկզբնական փուլում և ապահովագրության աղետալի փուլում: Արտադրողների գեղչային ծրագրի ներքո արտադրողների կողմից վճարված գեղչերը չեն համարվում գրպանից վճարվող ծախսեր:

E3. Փուլ 1. «Ապահովագրության սկզբնական փուլ»

Ապահովագրության սկզբնական փուլում մեր ծրագիրը վճարում է ապահովագրված դեղերի իր ծախսաբաժինը, իսկ Դուք վճարում եք Ձեր բաժինը: Վճարման Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարի չափը կախված է նրանից, թե ծախսաբաժնի որ մակարդակում է գտնվում դեղը և որտեղից եք այն գնում: Դուք վճարում եք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում: Եթե Ձեր ապահովագրված դեղն արժե ավելի քիչ, քան համավճարի չափն է, Դուք ավելի քիչ կվճարեք:

Դեղերի ցանկում ընդգրկված որոշ դեղեր մենք տեղափոխել ենք դեղերի ավելի ցածր կամ ավելի բարձր մակարդակ: Եթե Ձեր դեղերը տեղափոխվեն մեկ մակարդակից մեկ այլ

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



մակարդակ, դա կարող է ազդել Ձեր համավճարի վրա: Պարզելու, թե արդյոք Ձեր դեղերը մեկ այլ մակարդակում են, փնտրեք դրանք մեր *Դեղերի ցանկում*:

Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս Ձեր ծախսերը մեկ ամսվա պաշարի համար, որը լրացվում է ցանցային դեղատանը՝ ստանդարտ համավճարներով, դեղերի մեր 5 մակարդակներից յուրաքանչյուրի համար: Այս գումարները գործում են **միայն** այն ժամանակահատվածում, երբ Դուք գտնվում եք Ապահովագրության սկզբնական փուլում:

Չափահասների Part D պատվաստանյութերի մեծ մասը Ձեզ համար անվճար է ապահովագրվում: Երկարաժամկետ պաշարի արժեքի կամ դեղատոմսով դեղերի տուն առաքման մասին տեղեկությունների համար տեսեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 6-ի Բաժին D-ն*:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 1-ի դեղեր <i>(Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր)</i> Ցանցային դեղատնից ստացված Մակարդակ 1-ի դեղի մեկամսյա պաշարի արժեք	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0 :	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0 :
Մակարդակ 2-ի դեղեր <i>(Ջեներիկ դեղեր)</i> Ցանցային դեղատնից ստացված Մակարդակ 2-ի դեղի մեկամսյա պաշարի արժեք	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0 :	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0 :

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 3-ի դեղեր (Նախընտրելի ապրանքանշային դեղեր) Ցանցային դեղատնից ստացված Մակարդակ 3-ի դեղի մեկամսյա պաշարի արժեք	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0, \$5,10 կամ \$12,65	Եթե ստանում եք Extra Help, Դուք կվճարեք. Ապահովագրվող ջններիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանշային դեղեր, որոնք անցնում են որպես ջններիկ) կամ՝ • \$0,00 կամ • \$1,65 կամ • \$5,80 Բոլոր մյուս ապահովագրված դեղերի համար կամ՝ • \$0,00 կամ • \$5,00 կամ • \$14,40 Եթե ստանում եք Extra Help, ապա այս մակարդակում ապահովագրված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի ամսական պաշարի համար կվճարեք \$0,00-ից \$14,40: Եթե չհամապատասխանեք Extra Help-ին, ապա այս մակարդակում ապահովագրված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի մեկ ամսվա պաշարի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան \$35,00, 2 ամսվա պաշարի համար՝ \$70,00, իսկ 3 ամսվա պաշարի համար՝ \$105,00, կամ այս մակարդակում ներառված յուրաքանչյուր ապահովագրված ոչ ինսուլինային դեղամիջոցի համար կվճարեք 17% համաապահովագրություն: Դեղերի համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված Ձեր կողմից ստացվող Extra Help-ի մակարդակից: Հավելյալ տեղեկության համար խնդրվում է կապ հաստատել ծրագրի հետ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 4-ի դեղեր (Ոչ նախընտրելի դեղեր) Ցանցային դեղատնից ստացված Մակարդակ 4-ի դեղի մեկամսյա պաշարի արժեք	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է \$0, \$5,10 կամ \$12,65	Եթե ստանում եք Extra Help, Դուք կվճարեք. Ապահովագրվող ջեներիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանշային դեղեր, որոնք անցնում են որպես ջեներիկ) կամ՝ • \$0,00 կամ • \$1,65 կամ • \$5,80 Բոլոր մյուս ապահովագրված դեղերի համար կամ՝ • \$0,00 կամ • \$5,00 կամ • \$14,40 Եթե ստանում եք Extra Help, ապա այս մակարդակում ապահովագրված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի ամսական պաշարի համար կվճարեք \$0,00-ից \$14,40: Եթե չհամապատասխանեք Extra Help-ին, ապա այս մակարդակում ապահովագրված յուրաքանչյուր ինսուլինային դեղամիջոցի մեկ ամսվա պաշարի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան \$35,00, 2 ամսվա պաշարի համար՝ \$70,00, իսկ 3 ամսվա պաշարի համար՝ \$105,00, կամ այս մակարդակում ներառված յուրաքանչյուր ապահովագրված ոչ ինսուլինային դեղամիջոցի համար կվճարեք 17% համաապահովագրություն: Դեղերի համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված Ձեր կողմից ստացվող Extra Help-ի մակարդակից: Հավելյալ տեղեկության համար խնդրվում է կապ հաստատել ծրագրի հետ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Մակարդակ 5-ի դեղեր <i>(Մասնագիտացված մակարդակի դեղեր)</i> Ցանցային դեղատնից ստացված Մակարդակ 5-ի դեղի մեկամսյա պաշարի արժեք	Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համաձայնեցված կազմում է \$0, \$5,10 կամ \$12,65	Եթե ստանում եք Extra Help, Դուք կվճարեք. Ապահովագրվող ջններիկ դեղերի համար (ներառյալ ապրանքանշային դեղեր, որոնք անցնում են որպես ջններիկ) կամ՝ \$0,00 կամ \$1,65 կամ \$5,80 Բոլոր մյուս ապահովագրված դեղերի համար կամ՝ \$0,00 կամ \$5,00 կամ \$14,40 Եթե չհամապատասխանեք Extra Help-ին, ապա այս մակարդակում ներառված յուրաքանչյուր ապահովագրված դեղամիջոցի համար կվճարեք ոչ ավելի, քան 25% համաապահովագրություն: Դեղերի համաձայնեցված կարող են տարբեր լինել՝ կախված Ձեր կողմից ստացվող Extra Help-ի մակարդակից: Հավելյալ տեղեկության համար խնդրվում է կապ հաստատել ծրագրի հետ:

Ապահովագրության սկզբնական փուլն ավարտվում է, երբ Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը հասնում են **\$2400-ի**: Այդ պահից սկսած՝ մեկնարկում է ապահովագրության աղետալի փուլը: Ծրագիրն ապահովագրում է Ձեր դեղերի բոլոր ծախսերն այդ պահից սկսած՝ մինչև տարվա վերջ: Ծրագիրն ապահովագրում է Ձեր Part D-ի բոլոր դեղերը մինչև տարվա վերջ: Տեսեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 6-ը*՝ դեղատոմսով դեղերի դիմաց վճարների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



E4. Փուլ 2. «Ապահովագրության աղետալի փուլ»

Երբ հասնեք Ձեր դեղերի համար գրպանից վճարվող **\$2400** գումարի սահմանաչափին, կսկսվի Ապահովագրության աղետալի փուլը, և Դուք ոչինչ չեք վճարի Ձեր ապահովագրված Part D դեղերի համար: Դուք կմնաք Ապահովագրության աղետալի փուլում մինչև օրացուցային տարվա վերջ:

Ապահովագրության աղետալի փուլում Ձեր ծախսերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Պուլի 6-ը**:

F. Վարչական փոփոխություններ

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ստորև ներկայացված նպաստներից օգտվելու համար Ձեր Flex քարտի օգտագործման եղանակը կփոխվի՝ - Առանց դեղատոմսի տրվող (OTC) պարագաներ, - Լսողության հետ կապված ծառայություններ՝ Medicare-ի կողմից չապահովագրվող, և - Սնունդ և թարմ մթերք (SSBCI) (եթե համապատասխանում եք իրավասության պայմաններին)	Ձեր OTC պարագաների նպաստը կառավարվում է CVS-ի կողմից: Դուք կարող եք շարունակել պատվիրել ապահովագրված OTC պարագաներ OTC պարագաների կատալոգից: Ձեր Medicare-ի կողմից չապահովագրվող լսողության ծառայությունները և Սննդի և թարմ մթերքի SSBCI նպաստը (եթե բավարարվում են համապատասխան պայմանները) կառավարվում են Optum Financial, Inc.-ի կողմից:	Ձեր Flex քարտը և Medicare-ի կողմից չապահովագրվող լսողության ծառայությունների, OTC պարագաների և Սննդի և թարմ մթերքի SSBCI նպաստները (եթե բավարարվում են համապատասխան պայմանները) կկառավարվեն PayForward-ի կողմից: Դուք կստանաք Անդամի ուղեցույց՝ կատալոգի հետ միասին, որը կներառի հրահանգներ OTC պարագաներ ստանալու վերաբերյալ: Անդամի ուղեցույցը նաև կներառի հրահանգներ՝ Medicare-ի կողմից չծածկվող լսողության ծառայությունները և սննդամթերքի ու թարմ միրգ-բանջարեղենի SSBCI նպաստը (եթե բավարարվում են համապատասխան պայմանները) ստանալու վերաբերյալ:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



G. Ծրագրի ընտրությունը

G1. Մեր ծրագրում մնալը

Մենք հույս ունենք, որ Դուք կպահպանեք մեր ծրագրի անդամակցությունը: Մեր ծրագրում մնալու համար որևէ բան անելու կարիք չկա: Եթե Դուք չգրանցվեք Medicare-ի այլ ծրագրի կամ փոխվեք Original Medicare-ի, Դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք որպես մեր ծրագրի անդամ 2027 թվականին:

G2. Ծրագրի փոփոխություն

Medicare-ից օգտվող մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում:

Ի հավելումս, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին հետևյալ ժամանակահատվածներում.

- **Բաց գրանցման շրջան**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա մեր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ Ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին ուժի մեջ կմտնի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) բաց գրանցման 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:
- Զանի որ Դուք ունեք Medi-Cal, Դուք ունեք որոշ ընտրություններ դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին տարվա ցանկացած ամսում:

Կարող եմ լինել նաև այլ իրավիճակներ, երբ Դուք հնարավորություն կունենաք փոփոխություն կատարել Ձեր անդամակցության մեջ: Օրինակ, այն դեպքում, երբ՝

- Դուք տեղափոխվել եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս,
- Medi-Cal-ին կամ Extra Help-ին Ձեր իրավունակությունը փոխվել է, **կամ**
- վերջերս եք տեղափոխվել կամ ներկայումս խնամք եք ստանում որևէ հաստատությունում (օրինակ՝ մասնագիտացված խնամքի հաստատություն կամ երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոց): Եթե վերջերս եք դուրս գրվել հաստատությունից, կարող եք փոխել ծրագրերը կամ միանալ Original Medicare-ին՝ դուրս գրվելուց հետո երկու ամսվա ընթացքում:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ տարվա ցանկացած ամսից ստորև թվարկված Ձեր Medicare ծառայություններից օգտվելու համար: Դուք ունեք ստորև թվարկված լրացուցիչ տարբերակ տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ **Բաց գրանցման շրջանը** և **Medicare Advantage-ի բաց գրանցման շրջանը** կամ **Բաժին G2-ում** նկարագրված այլ իրավիճակներ: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ Դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



1. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին.

Medi-Medi Plan-ը Medicare Advantage ծրագրի տեսակ է: Այն այն մարդկանց համար է, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և համատեղում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ ծրագրի մեջ: Medi-Medi Plan-ները համակարգում են բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները երկու ծրագրերում, ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված բոլոր ծառայությունները կամ Տարեցների համապարփակ խնամքի (PACE) ծրագիրը, եթե Դուք համապատասխանում եք դրան:

Նշում. Medi-Medi Plan տերմինը California-ում ինտեգրված երկակի իրավունակ հատուկ կարիքների ծրագրերի (D-SNP) անվանումն է:

Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.

Չանգահարեք Medicare՝
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
հեռախոսահամարով: TTY-ից
օգտվողները պետք է զանգահարեն
1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Տարեցների համապարփակ խնամքի
ծրագրի (PACE) վերաբերյալ հարցերի
դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE
(7223) հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ
տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք California-ի
Առողջապահական
ապահովագրության
խորհրդատվության և շահերի
պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝
1-800-434-0222
հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից
ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը:
Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ
Ձեր տարածքում HICAP տեղական
գրասենյակ գտնելու համար այցելեք
www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը:

ԿԱՍ

Գրանցվեք նոր Medi-Medi Plan-ում:

Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր
ծրագրից, երբ ուժի մեջ մտնի Ձեր նոր
ծրագրի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-
Cal ծրագիրը կփոխվի Ձեր Medi-Medi
Plan-ին համապատասխան:



2. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին. Original Medicare՝ Medicare դեղերի առանձին ծրագրով	Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել. Չանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք. • Չանգահարեք California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs and Ser vices/Medicare Counseling/ կայքը: ԿԱՄ Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի Նոր ծրագրում: Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել Ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի, քանի դեռ Դուք չեք խնդրել փոփոխություն կատարել:
---	--

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝
1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ
օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք
blueshieldca.com/medicare:



3. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին.

Original Medicare՝ առանց Medicare դեղերի առանձին ծրագրի, եթե ունեք ծրագրից դուրս գալու վավեր պատճառ

ՆՇՈՒՄ. Եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին և չգրանցվեք Medicare դեղերի առանձին ծրագրում, Medicare-ը կարող է գրանցել Ձեզ դեղերի ծրագրում, քանի դեռ չեք հայտնել իրենց, որ չեք ցանկանում միանալ այդ ծրագրին:

Դուք պետք է դեղատոմսով դեղերի ապահովագրությունից 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 California-ի Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը:

Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.

Չանգահարեք Medicare՝
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
հեռախոսահամարով: TTY-ից
օգտվողները պետք է զանգահարեն
1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ
տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք California-ի
Առողջապահական
ապահովագրության
խորհրդատվության և շահերի
պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝
1-800-434-0222
հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից
ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը:
Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ
Ձեր տարածքում HICAP տեղական
գրասենյակ գտնելու համար այցելեք
www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը:

Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր
ծրագրից, երբ սկսի գործել Ձեր Original
Medicare-ի ապահովագրությունը:

Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի, քանի
դեռ Դուք չեք խնդրել փոփոխություն
կատարել:



4. Դուք կարող եք փոխվել հետևյալին.

Medicare-ի ցանկացած առողջապահական ծրագիր տարվա մեջ որոշակի անգամներ՝ ներառյալ **Բաց գրանցման շրջանը** և **Medicare Advantage-ի բաց գրանցման շրջանը** կամ **Բաժին G2-ում** նկարագրված այլ դեպքերի:

Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.

Չանգահարեք Medicare՝
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
հեռախոսահամարով: TTY-ից
օգտվողները պետք է զանգահարեն
1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Տարեցների համապարփակ խնամքի
ծրագրի (PACE) վերաբերյալ հարցերի
դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE
(7223) հեռախոսահամարով:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ
տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Չանգահարեք California-ի
Առողջապահական
ապահովագրության
խորհրդատվության և շահերի
պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝
1-800-434-0222
հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից
ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 17:00-ը:
Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ
Ձեր տարածքում HICAP տեղական
գրասենյակ գտնելու համար այցելեք
www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ կայքը:

ԿԱՍ

Գրանցվեք Medicare-ի նոր ծրագրում:

Դուք ավտոմատ կերպով հեռացվում եք
մեր Medicare ծրագրից, երբ ուժի մեջ է
մտնում Ձեր նոր ծրագրի
ապահովագրությունը:

Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կարող է փոխվել:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝
1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ
օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք
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՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը 08:00-ից 18:00-ը: 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:

H. Օգնության տրամադրում

H1. Մեր ծրագիրը

Մենք միշտ պատրաստ ենք Ձեզ օգնել ցանկացած հարցում: Նշված աշխատանքային օրերի և ժամերի ընթացքում խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ Էջի ներքևում նշված համարներով: Այս հեռախոսազանգերն անվճար են:

Կարդացեք Ձեր *Անդամի տեղեկագիրը*

Ձեր *Անդամի տեղեկագիրը* մեր ծրագրի նպաստների պաշտոնական, մանրամասն նկարագրությունն է: Այն 2027 թ. գործող նպաստների և ծախսերի մասին մանրամասներ է պարունակում: Այն բացատրում է Ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ մեր կողմից ապահովագրվող ծառայությունները և դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար:

2027 թ. *Անդամի տեղեկագիրը* հասանելի կլինի հոկտեմբերի 15-ից: *Անդամի տեղեկագրի* թարմացված օրինակը հասանելի է մեր կայքում՝ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, և խնդրել Ձեզ ուղարկել 2027 թ. *Անդամի տեղեկագիրը*:

Մեր կայքը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքը՝ blueshieldca.com/DSNP2027: Հիշեցնենք, որ մեր կայքում տեղադրված են մեր մատակարարների և դեղատոմսերի ցանցի (*Մատակարարների և դեղատոմսերի հասցեագիրք*) և մեր *Դեղերի ցանկի* (*Ապահովագրված դեղերի ցանկ*) վերաբերյալ ամենաթարմ տեղեկությունները:

H2. Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Կարող եք նաև զանգահարել Առողջապահական ապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագիր (SHIP): California-ում SHIP-ը կոչվում է Առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP):

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



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 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/ կայքը:

H3. Օմբուդսմենի ծրագիր

Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի ծրագիրը կարող է օգնել Ձեզ, եթե մեր ծրագրի հետ կապված խնդիր ունեք: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal Օմբուդսմենի ծրագիրը՝

- կարող է պատասխանել հարցերին, եթե Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող է օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել:
- համոզվել, 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 Օմբուդսմենի ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

H4. Medicare

Ամսօրյապես Medicare-ից տեղեկատվություն ստանալու համար՝

- զանգահարեք 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:
- առցանց գրույց՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- գրեք Medicare-ին հետևյալ հասցեով՝ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044:

Medicare-ի կայք

Դուք կարող եք այցելել Medicare-ի կայքը (www.medicare.gov): Եթե որոշեք դուրս գալ մեր ծրագրից և գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ ծրագրի, Medicare-ի կայքում կգտնեք

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



տեղեկություններ ծախսերի, ապահովագրության և որակի վերաբերյալ գնահատականների մասին, որոնք կօգնեն Ձեզ համեմատել ծրագրերը:

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 և սեղմեք «Find plans» (Գտնել ծրագրեր) կոճակը):

Medicare-ը և Դուք, 2027

Դուք կարող եք կարդալ «Medicare-ը և Դուք, 2027» տեղեկագրիքը: Ամեն տարի աշնանո 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 տեղեկագրիքը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն լեզուներով:

Եթե չունեք այս գրքույկի օրինակը, կարող եք գտնել այն Medicare-ի կայքում (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

H5. California-ի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժին

California-ի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժինը պատասխանատու է առողջապահական խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, ապա, նախքան բաժին դիմելը, պետք է զանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագիր՝ **1-800-452-4413 (TTY՝ 711)** և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրի բողոքի գործընթացը: 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 դեպքում օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել բաժին: Կարող եք նաև դիմել Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) համար: Եթե համապատասխանում եք IMR-ի համար դիմելու պայմանին, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռնի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի առնչությամբ: Բաժինն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (**1-888-466-2219**) և TDD հեռախոսագիծ՝ (**1-877-688-9891**)՝ լսողության կամ խոսքի դժվարություններ ունեցող անձանց համար: Բաժնի ինտերնետային կայքը՝

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:



www.dmhca.gov, պարունակում է բողոքների ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 9-ի Բաժին F4-ը**:

H6. Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիր

Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագիրը վճարման տարբերակ է, որը կարող է օգնել Ձեզ կառավարել Ձեր գրպանից վճարվող ծախսերը մեր ծրագրի կողմից ապահովագրվող դեղերի դեպքում՝ դրանք բաշխելով օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվար-դեկտեմբեր) որպես ամսական վճարումներ: Medicare-ի դեղերի ծրագիր կամ Medicare-ի առողջապահական ծրագիր ունեցող ցանկացած անձ, որն ունի դեղերի ապահովագրություն (օրինակ՝ Medicare Advantage-ի ծրագիր դեղերի ապահովագրությամբ), կարող է օգտագործել այս վճարման տարբերակը: Եթե Դուք մասնակցում եք Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրին և մտնում եք նույն Part D ծրագրում, ապա այս տարբերակը 2027 թվականին շարունակելու համար որևէ բան պետք չէ անել: Վճարման այս տարբերակը կարող է օգնել Ձեզ կառավարել Ձեր ծախսերը, սակայն այն Ձեզ համար գումար չի խնայում և չի նվազեցնում է Ձեր սեփական գրպանից արվող դեղերի ծախսերը:

«Extra Help» Medicare-ից, օգնությունը Ձեր նահանգի դեղագործական աջակցության ծրագրից (SPAP) և ՁԻԱՀ-ի դեպքում դեղերի աջակցության ծրագիրը (ADAP)՝ համապատասխանողների համար, ավելի շահավետ են, քան եթե մասնակցեք միայն Medicare-ի Դեղատոմսերի վճարման ծրագրին: Այս ծրագրի մասին ավելին իմանալու համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ այցելել www.medicare.gov կայքը:

PRA-ի Բացահայտման հայտարարություն 1995 թվականի Փաստաթղթերի կրճատման մասին օրենքի համաձայն՝ ոչ ոք պարտավոր չէ պատասխանել տեղեկատվության հավաքման հարցումներին, եթե դրանք չունեն վավեր OMB հսկիչ համար: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի (OMB) վավեր վերահսկիչ համարն է 0938-1444: Եթե ունեք մեկնաբանություններ կամ առաջարկություններ այս ձևաթղթի բարելավման վերաբերյալ, խնդրում ենք գրել հետևյալ հասցեով՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan՝ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 08:00-ից 20:00-ը, PT, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք blueshieldca.com/medicare:





blueshieldca.com/medicare

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