



معلومات مهمة

بشأن التغييرات في
خطة Medicare الدوائية والصحية الخاصة بك

Medi-Medi Plan، هي خطة تابعة لـ **Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)** التي تقدمها خدمة الأطباء في كاليفورنيا (المعروفة أيضًا باسم **Blue Shield of California**)

إشعار سنوي بالتغيير لعام 2027

مقدمة

أنت مُسجّل حاليًا بصفقتك عضوًا في خطتنا. سنجري خلال العام المقبل تغييرات على ما لدينا من مزايا، وتغطية، وقواعد، وتكاليف. يتناول هذا "الإشعار السنوي بالتغييرات" التغييرات ومكان العثور على مزيد من المعلومات بخصوصها. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف، أو المزايا، أو القواعد، يُرجى مراجعة كتيب الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني على الرابط blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على نسخة من خلال البريد. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

موارد إضافية

- هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية، والأرمنية، والكمبودية، والصينية التقليدية، والصينية المبسطة، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية أو الإسبانية الكريولية، والتاغالوغية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. اتصل على (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- إذا كنت ترغب في تلقي مواد خطتك رقميًا، فسجل الدخول إلى حسابك على blueshieldca.com/login وانقر فوق "My profile" (حسابي) في رأس الصفحة، وانتقل إلى "Communication preferences" (تفضيلات التواصل)، وحدّد "Electronic Delivery" (التسليم الإلكتروني) باعتبارها طريقة التسليم المفضلة لديك. يمكنك أيضًا تسجيل الدخول إلى تطبيق Blue Shield of California للهواتف المحمولة، ثم الانتقال إلى "Communication preferences" (تفضيلات التواصل) عبر علامة التبويب "More" (المزيد). إذا لم يكن لديك حساب، فانتقل إلى blueshieldca.com/login، وانقر فوق "Get started" (البدء) للتسجيل. يمكنك تحديد تفضيلات التوصيل أثناء التسجيل.
- يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند والمراسلات المستقبلية المطلوبة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق بديل (الطباعة بأحرف كبيرة، طريقة برايل للمكفوفين، تسجيل صوتي، وما إلى ذلك). يمكنك الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في الأسبوع. ستحتفظ خدمة العملاء باللغة والتنسيق المفضلين لديك في الملف حتى يحين الوقت الذي ترغب فيه في إجراء التحديثات.
- لإجراء تغيير على طلب دائم لتلقي المراسلات المطلوبة بلغة مفضلة أو بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.

موافقة OMB رقم 0938-1444 (تنتهي في: 5/31/2029)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إشعار بتوفر خدمات المساعدة اللغوية والوسائل والخدمات المساعدة.

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.

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). ਅਪਾਰਜ 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
ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍ
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien 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 hluo 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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន 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.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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



Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية.....	9
B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم.....	9
B1. معلومات حول Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.....	9
B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها.....	10
C. التغييرات في اسم خطتنا.....	11
D. تغييرات في شبكة موفري الرعاية والصيديات التابعة لنا.....	11
E. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل.....	12
E1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية.....	12
E2. التغييرات في تغطية الأدوية.....	18
E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية".....	19
E4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث".....	24
F. التغييرات الإدارية.....	24
G. اختيار خطة.....	24
G1. البقاء ضمن خطتنا.....	24
G2. تغيير الخطط.....	25
H. الحصول على مساعدة.....	30
H1. خطتنا.....	30
H2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	30
H3. برنامج التظلمات.....	30
H4. برنامج Medicare.....	31
H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....	31
H6. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare.....	32



A. إخلاء المسؤولية

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

عندما يشير هذا المستند إلى الضمير "نحن" أو مشتقاته، فإنه يعني California Physicians' Service (المعروفة أيضًا باسم Blue Shield of California). وعندما يشير المستند إلى "خطة" أو "خطتنا"، فهو يعني Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إن مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة في القسم E1 هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن". تشمل الحالات المزمنة المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: اضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وقصور القلب المزمن؛ ومرض السكري؛ وزيادة الوزن، والبدانة، ومتلازمة التمثيل الغذائي؛ واضطرابات الرئة المزمنة. يرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على قائمة كاملة بالحالات المزمنة المؤهلة ومتطلبات الأهلية.

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

من الضروري مراجعة التغطية التي تستمتع بها الآن للتأكد من أنها ستظل تلبي احتياجاتك خلال العام القادم. إذا لم تُلبِ الخطة احتياجاتك، فقد تتمكن من مغادرة خطتنا. يرجى الرجوع إلى القسم E لمزيد من المعلومات حول التغييرات في المزايا المتاحة لك للعام المقبل.

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

إذا غادرت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare المتاحة لك في الجدول في القسم G2.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته المتاحة لك في القسم G2.

B1. معلومات حول Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

- خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين لأعضاء.
- عندما يذكر الإشعار السنوي بالتغييرات هذا الضمير "نحن" ومشتقاته، أو كلمة "خطتنا" فإنه يقصد الخطة Medicare Medi-Cal Plan.



B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها

- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على ما لدينا من مزايا وتكاليف قد تؤثر عليك.**
 - هل هناك أي تغييرات تؤثر في الخدمات التي تستخدمها؟
 - راجع التغييرات في المزايا والتكاليف للتأكد من أنها متناسبة مع العام المقبل.
 - يُرجى الرجوع إلى القسم E1 للحصول على معلومات حول تغييرات المزايا والتكلفة بخططنا.
- **تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات قد تؤثر عليك في تغطية العقاقير المقررة بوصفها طبية.**
 - هل ستكون أدويةك مشمولة بالتغطية؟ هل أصبحت ضمن فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف مختلفة؟ هل يمكنك استخدام الصيدليات نفسها؟ هل ستكون هناك أي تغييرات، مثل التصريح المسبق، أو العلاج المرحلي، أو حدود الكمية؟
 - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية متناسبة مع العام المقبل.
 - يُرجى الرجوع إلى القسم E2 للحصول على معلومات حول التغييرات في تغطية الدواء لدينا.
 - قد تكون تكاليف الأدوية التي تحصل عليها قد ارتفعت منذ العام الماضي.
 - تحدث إلى طبيبك حول البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك؛ قد يوفر لك هذا من التكاليف النثرية السنوية على مدار العام.
 - ضع في اعتبارك أن مزايا خطتك تُحدّد بالضبط مقدار تغير تكاليف الأدوية التي تدفعها.
- **تحقق مما إذا كان موفرو الرعاية والصيدليات سيكونون في شبكتنا العام المقبل.**
 - هل أطباءك، بمن فيهم الاختصاصيين، ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفري الرعاية الآخرين الذين تتابع معهم؟
 - يرجى الرجوع إلى القسم D للحصول على معلومات حول دليل موفري الرعاية والصيدليات.
- **فكر في إجمالي التكاليف التي ستتحملها بموجب الخطة.**
 - كم ستدفع من مالِك الخاص على الخدمات والعقاقير المقررة بوصفها طبية التي تستخدمها بانتظام؟
 - كم يبلغ إجمالي التكاليف مقارنةً بخيارات التغطية الأخرى؟
- **فكر فيما إذا كنت ستظل راضيًا عن التسجيل بخططنا أم لا.**



إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (يُرجى الرجوع إلى القسم G2 للحصول على مزيد من المعلومات). في حالة التسجيل في خطة جديدة، أو التغيير إلى Original Medicare، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

إذا قررت أن تظل معنا العام القادم، الأمر يسير – لا تحتاج إلى القيام بأي إجراء. إذا لم تُجر أي تغيير، فستظل مشتركًا تلقائيًا في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

C. التغييرات في اسم خطتنا

في 1 يناير 2027، تغير اسم خطتنا من Blue Shield TotalDual Plan إلى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

لن تحتاج إلى بطاقة معرف عضوية جديدة من Blue Shield بسبب هذا التغيير في اسم الخطة. احتفظ ببطاقة معرف عضويتك الحالية في Blue Shield وقدم تلك البطاقة عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية.

D. تغييرات في شبكة موفري الرعاية والصيدليات التابعة لنا

تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل أدويةك على الصيدلية التي تستخدمها. تتضمن خطتنا شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، لا تغطي الوصفات الطبية المقررة لك/إلا إذا صُرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

طُرأت تغييرات على شبكتي موفري الرعاية والصيدليات لدينا لعام 2027.

يُرجى مراجعة دليل موفري الرعاية والصيدليات لعام 2027 لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية (موفر الرعاية الأولية، والاختصاصيون، والمستشفيات، وما إلى ذلك) أو الصيدلية في شبكتنا. توجد أحدث نسخة من دليل موفري الرعاية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني على الرابط blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على معلومات مُحدثة عن موفر الرعاية أو لمطالبتنا بإرسال دليل موفري الرعاية والصيدليات إليك بالبريد.

من المهم أن تعلم أننا قد نجري أيضًا تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك موفر الرعاية الخاص بك خطتنا، فستصبح لديك حقوق وأوجه حماية مُحددة. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على المساعدة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم

1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في



E. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل**E1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية**

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

2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
\$9,850 بمجرد أن تدفع \$9,850 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة، فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة لبقية العام التقويمي. إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare و Medi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية ضمن الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المُغطاة.	\$9,250 بمجرد أن تدفع \$9,250 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة، فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة لبقية العام التقويمي. إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare و Medi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية ضمن الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المُغطاة.	الحد الأقصى الذي تدفعه من تكاليفك النثرية سنوياً
خدمات إدارة الألم المزمن وعلاجه غير مغطاة.	تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل خدمات إدارة الألم المزمن وعلاجه. ستختلف مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف لهذه الخدمة اعتماداً على الخدمات الفردية المقدمة بموجب مسار العلاج.	خدمات إدارة وعلاج الألم المزمن
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0364: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل، غير مشمول بالتغطية. أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0365: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان كامل — الفك السفلي.	رمز ADA رقم D0364: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D0365: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان كامل — الفك السفلي، غير مشمول بالتغطية.	خدمات الأسنان الروتينية (غير المُغطاة من قبل برنامج Medicare (يستمر هذا القسم في الصفحة التالية)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0366: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة.	رمز ADA رقم D0366: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة، غير مشمول بالتغطية.	خدمات الأسنان الروتينية (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare) (يستمر هذا القسم في الصفحة التالية)
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0367: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين، سواء مع أو بدون الجمجمة.	رمز ADA رقم D0367: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين — سواء مع أو بدون الجمجمة، غير مشمول بالتغطية.	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0368: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية لسلسلة مفصل الفك الصدغي (TMJ) التي تتضمن صورتين أو أكثر.	رمز ADA رقم D0368: إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية لسلسلة مفصل الفك الصدغي (TMJ) التي تتضمن صورتين أو أكثر، غير مشمول بالتغطية.	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0380: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل، غير مشمول بالتغطية.	رمز ADA رقم D0380: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل، غير مشمول بالتغطية.	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0381: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك السفلي.	رمز ADA رقم D0381: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك السفلي، غير مشمول بالتغطية.	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0382: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة.	رمز ADA رقم D0382: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة، غير مشمول بالتغطية.	



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
أنت تدفع حصة مشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D0383: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين، سواء مع أو بدون الجمجمة، غير مشمول بالتغطية. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 للرمز ADA رقم D4263: تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - الموقع الأول في الربعية السنوية، مشمول بالتغطية. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 في الرمز ADA رقم D4264: تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - لكل موقع إضافي في الربعية السنوية. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة قدرها \$0 في الرمز ADA رقم D7953: تطعيم زراعة العظام للحفاظ على الحافة السنخية - لكل موقع. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 في الرمز ADA رقم D9211: التخدير الحنجري الموضعي. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 في الرمز ADA رقم D9212: التخدير الموضعي لحصار العصب ثلاثي التوائم. أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 في الرمز ADA رقم D9215: التخدير الموضعي المصاحب للعمليات أو الإجراءات الجراحية، غير مشمول بالتغطية.	رمز ADA رقم D0383: إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين — سواء مع أو بدون الجمجمة، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D4263: تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - الموقع الأول في الربعية السنوية، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D4264: تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - كل موقع إضافي في الربعية السنوية، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D7953: تطعيم زراعة العظام للحفاظ على الحافة السنخية - لكل موقع غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D9211: التخدير الحنجري الموضعي، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D9212: التخدير الموضعي لحصار العصب ثلاثي التوائم، غير مشمول بالتغطية. رمز ADA رقم D9215: التخدير الموضعي المصاحب للعمليات أو الإجراءات الجراحية، غير مشمول بالتغطية.	خدمات الأسنان الروتينية (غير مغطاة ببرنامج Medicare) (تابع)



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل إطارات النظارة (بسرير يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$500) كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن \$500، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.	أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل إطارات النظارة (بسرير يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$365) كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*
أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل زوج واحد من عدسات النظارة المقررة لك (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$500) تشمل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) مرة كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$500، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.	أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل زوج واحد من عدسات النظارة المقررة لك (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$365) تشمل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) مرة كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*
خدمات رعاية الإبصار التي يتم الحصول عليها من موفري رعاية غير تابعين للشبكة <u>غير</u> مشمولة بالتغطية.	يتم تعويضك بما يصل إلى \$30 مقابل فحص واحد كل عام. يتم تعويضك بما يصل إلى \$35 مقابل زوج واحد من إطارات النظارات كل عام. يتم تعويضك بما يصل إلى \$35 مقابل إما زوج واحد من عدسات النظارات الطبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة كل عام.	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة)*



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
سوف تتلقى بدلًا إجماليًا قدره \$240 لكل ربع سنة لشراء المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) المؤهلة والأطعمة والمنتجات الغذائية (شريطة استيفاء الشروط المؤهلة). يمكنك الاستمرار في طلب المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) المشمولة بالتغطية عبر كتالوج المنتجات المتاحة بدون وصفة طبية (OTC)، سواءً عبر الإنترنت أو الهاتف. كما يمكنك استخدام بطاقة Flex Card الخاصة بك في متاجر التجزئة المشاركة. ولكن لا يمكنك ترحيل البديل غير المستخدم إلى ربع السنة التالي. قد تُطبق بعض القيود. راجع القسم F: "التغييرات الإدارية"، لمزيد من المعلومات.	لديك بدل بقيمة \$120 لكل ربع سنة للعناصر المغطاة. يمكنك تقديم طلبين كل ربع سنة ولا يمكنك ترحيل البديل غير المستخدم إلى ربع السنة التالي.	العناصر غير المقررة بوصفة طبية (OTC)



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
الطعام والمنتجات الغذائية: لديك بدل إجمالي قدره \$240 لكل ربع سنة لشراء الأطعمة والمنتجات الصحية والغذائية (شريطة استيفاء الشروط المؤهلة) والمنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC). لا يمكن ترحيل هذا البديل من ربع سنة إلى ربع سنة آخر. ميزة الطعام والمنتجات الغذائية هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (SSBCI)، والتي تتطلب تحديد الأهلية للحصول عليها. لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. يجب أن تكون لديك حالة مزمنة مؤهلة واحدة أو أكثر للحصول على هذه الميزة. ستتحقق الخطة مما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان موقع حول حالتك المزمنة المؤهلة. يُرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على تفاصيل إضافية. راجع القسم F: "التغييرات الإدارية"، لمزيد من المعلومات.	الطعام والمنتجات الغذائية: لديك بدل بقيمة \$60 شهرياً لشراء الأطعمة والمنتجات الغذائية الصحية والمغذية. لا يمكن ترحيل هذا البديل من شهر إلى شهر. هذه ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (SSBCI)، والتي تتطلب تحديد الأهلية. لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. يجب أن تكون لديك حالة مزمنة مؤهلة واحدة أو أكثر للحصول على هذه الميزة. ستتحقق الخطة مما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان موقع حول حالتك المزمنة المؤهلة. يُرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على تفاصيل إضافية.	المساعدة في حالات مزمنة معينة



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0، بحد أقصى مجمع يصل إلى 24 رحلة ذهاب فقط واحد سنوياً إلى الأماكن ذات الصلة بالصحة والمعتمدة من الخطة للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 24 رحلة ذهاب فقط.	تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0، بحد أقصى مجمع يصل إلى 48 رحلة ذهاب فقط واحد سنوياً إلى الأماكن ذات الصلة بالصحة والمعتمدة من الخطة للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط.	النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ
تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0، بحد أقصى مجمع يصل إلى 24 رحلة ذهاب فقط واحد سنوياً إلى الأماكن ذات الصلة بالصحة والمعتمدة من الخطة للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 24 رحلة ذهاب فقط.	تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0، بحد أقصى مجمع يصل إلى 48 رحلة ذهاب فقط واحد سنوياً إلى الأماكن ذات الصلة بالصحة والمعتمدة من الخطة للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط.	النقل: النقل غير الطبي



E2. التغييرات في تغطية الأدوية

التغييرات الطارئة على قائمة الأدوية الخاصة بنا

يُطلق أيضًا على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم "كتيب الوصفات" أو "قائمة الأدوية". تُنشر نسخة من "قائمة الأدوية" عبر الإنترنت على الرابط blueshieldca.com/medformulary2027.

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

راجع قائمة الأدوية للتأكد من أن أدويةك ستكون مشمولة بالتغطية في العام المقبل، ومعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أو إذا كان قد تم نقل دوائك إلى فئة مختلفة من فئات المشاركة في تحمل التكاليف.

معظم التغييرات في قائمة الأدوية جديدة وتحدث مع بداية كل عام. ومع ذلك، قد تجري تغييرات أخرى يسمح بها برنامج Medicare و/أو الولاية، وقد تؤثر عليك خلال السنة التقويمية. تُحدّث قائمة الأدوية المتوفرة عبر الإنترنت مرة واحدة على الأقل كل شهر لتوفير أحدث قائمة بالأدوية. إذا أجرينا تغييرًا سيؤثر في دواء تتناوله، فسنرسل إليك إشعارًا بالتغيير.

إذا كنت متأثرًا بتغيير في تغطية الأدوية، فإننا نشجعك على:

- العمل مع طبيبك (أو غيره من مُقدّمي الوصفات الطبية) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
 - يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو الاتصال بمنسق الرعاية المعني بك لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج نفس الحالة.
 - ويمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية المعني بك في العثور على دواء خاضع للتغطية قد يكون فعالاً معك.
- العمل مع طبيبك (أو غيره من مُقدّمي الوصفات الطبية) وأن تطلب منا إجراء استثناء لتغطية الدواء.
 - يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل، وسنقدّم لك إجابة في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم لمُقدّم الوصفات الطبية المعني بك).
 - لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب الحصول على استثناء، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
 - إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب الحصول على استثناء، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية المعني بك. يُرجى الرجوع إلى الفصلين 2 و3 من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية المعني بك.
- اطلب منا تغطية صرفية مؤقتة للدواء.
 - في بعض الحالات، نغطي صرفية مؤقتة للدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على صرفية مؤقتة وكيفية طلبها، يُرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك).



- عندما تحصل على صرفية مؤقتة لدواء، يتعين عليك التحدث إلى طبيبك لاتخاذ قرار بشأن ما يتعين القيام به عند نفاذ الصرفية المؤقتة. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف يخضع لتغطية خطتنا أو أن تطلب منا إجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.
- تسري الموافقات على استثناءات كتيب الوصفات حتى نهاية سنة الخطّة. يُرجى التحقق من إشعار الموافقة على استثناء كتيب الوصفات للاطلاع على تاريخ انتهاء الصلاحية المحدد لك. إذا كانت موافقتك على وشك الانتهاء وترغب في الاستمرار في الحصول على الأدوية، فسيُتبع عليك تقديم طلب جديد للحصول على استثناء كتيب الوصفات.

التغييرات في تكاليف الأدوية

نظرًا لأنك مؤهل للاشتراك في برنامج Medi-Cal، ستحصل على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare للمساعدة في سداد تكاليف أدوية القسم D في برنامج Medicare. أرسلنا لك مرفقًا منفصلًا، يسمى "دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) في دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية" (المعروف أيضًا باسم "الدعم المالي لأصحاب الدخل المنخفض" أو دليل برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض LIS)، والذي يخبرك عن تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا المرفق، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء وطلب "دليل برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض LIS".

هناك مرحلتا دفع لتغطية أدوية القسم D في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على مستواك بالنسبة لبرنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) والمرحلة التي تمر بها في وقت صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2 مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزءًا من تكاليف أدويةك، وتدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.	في هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف الأدوية المقررة لك حتى 31 ديسمبر 2027. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف النثرية.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما تصل التكاليف النثرية الإجمالية للأدوية المدفوعة من جيبك إلى **\$2,400**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

بموجب برنامج الخصم من الشركة المُصنّعة، تدفع الشركات المُصنّعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا للأدوية ذات العلامة التجارية من القسم D والمستحضرات الحيوية الخاضعة للتغطية خلال مرحلة التغطية المبدئية ومرحلة تغطية الكوارث. لا تُحتسب الخصومات التي تدفعها الشركات المُصنّعة بموجب برنامج خصم الشركة المُصنّعة ضمن التكاليف النثرية.

E3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

أثناء مرحلة التغطية المبدئية، تدفع خطتنا حصة من تكلفة الأدوية المقررة لك الخاضعة للتغطية، وتدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع. تعتمد حصة المشاركة في الدفع على فئة تقاسم التكاليف التي ينتمي إليها الدواء والمكان الذي تحصل من خلاله عليه. ستدفع حصة المشاركة في الدفع في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. وإذا كانت تكاليف دوائك الخاضع للتغطية أقل من مبلغ حصة المشاركة في الدفع، فستدفع المبلغ الأقل.



لقد نقلنا بعض الأدوية المدرجة بقائمة الأدوية لدينا إلى فئة دواء أقل أو أعلى. إذا نُقلت أدويةك من فئة إلى فئة، فقد يؤثر هذا على مبلغ حصة المشاركة في الدفع الخاص بك. لمعرفة ما إذا كانت ستُدرج الأدوية المقررة لك في فئة مختلفة، يُرجى البحث عنها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف صرفية لمدة شهر واحد تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة مع حصص مشاركة في الدفع قياسية في كل من فئات الأدوية الخمسة (5) الموجودة لدينا. تُطبق هذه المبالغ فقط خلال الوقت الذي تكون فيه في مرحلة التغطية المبدئية.

تخضع معظم أمصال القسم D للبالغين للتغطية دون أي تكلفة عليك. للحصول على معلومات حول تكاليف صرفية طويلة الأجل؛ أو حول الحصول على وصفات طبية للتوصيل إلى المنزل، انتقل إلى الفصل 6، القسم D من كتيب الأعضاء الخاص بك.

2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.	الأدوية المدرجة في الفئة 1 (الأدوية المماثلة المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الدواء المدرج في الفئة 1 التي تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.	الأدوية المدرجة في الفئة 2 (الأدوية المماثلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 2 التي تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
في حال حصولك على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فإنك تدفع: بالنسبة للأدوية المماثلة (البديلة) المشمولة بالتغطية (بما في ذلك الأدوية ذات العلامة التجارية التي تُعامل على أنها أدوية مماثلة (بديلة))، إما: • \$0.00 أو • \$1.65 أو • \$5.80 ولجميع الأدوية الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: • \$0.00 أو • \$5.00 أو • \$14.40 في حال حصولك على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فإنك تدفع \$0.00 - \$14.40 عن كل صرفية شهرية من كل منتج من منتجات الأنسولين المشمولة في هذه الفئة. في حال عدم تأهلك للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فلن تدفع أكثر من \$35.00 عن كل صرفية مدتها شهر أو \$70 عن كل صرفية مدتها شهرين، أو \$105 عن كل صرفية مدتها ثلاثة أشهر لكل منتج من منتجات الأنسولين مشمول بالتغطية في هذه الفئة، أو 17% من قيمة المشاركة في التأمين لكل منتج غير الأنسولين مشمول بالتغطية في هذه الفئة. قد تختلف مبالغ المشاركة في الدفع نظير الأدوية باختلاف مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي تتلقاه. يُرجى الاتصال بالخط للحصول على مزيد من التفاصيل.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0، أو \$5.10، أو \$12.65.	الأدوية المدرجة في الفئة 3 (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 3 التي تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
في حال حصولك على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فإنك تدفع: بالنسبة للأدوية المماثلة (البديلة) المشمولة بالتغطية (بما في ذلك الأدوية ذات العلامة التجارية التي تُعامل على أنها أدوية مماثلة (بديلة))، إما: • \$0.00 أو • \$1.65 أو • \$5.80 ولجميع الأدوية الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: • \$0.00 أو • \$5.00 أو • \$14.40 في حال حصولك على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فإنك تدفع \$0.00 - \$14.40 عن كل صرفية شهرية من كل منتج من منتجات الأنسولين المشمولة في هذه الفئة. في حال عدم تأهلك للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فلن تدفع أكثر من \$35.00 عن كل صرفية مدتها شهر أو \$70 عن كل صرفية مدتها شهرين، أو \$105 عن كل صرفية مدتها ثلاثة أشهر لكل منتج من منتجات الأنسولين مشمول بالتغطية في هذه الفئة، أو 17% من قيمة المشاركة في التأمين لكل منتج غير الأنسولين مشمول بالتغطية في هذه الفئة. قد تختلف مبالغ المشاركة في الدفع نظير الأدوية باختلاف مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي تتلقاه. يُرجى الاتصال بالخط للحصول على مزيد من التفاصيل.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0، أو \$5.10، أو \$12.65.	الأدوية المدرجة في الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 4 التي تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة



2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)
في حال حصولك على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فإنك تدفع: بالنسبة للأدوية المماثلة (البديلة) المشمولة بالتغطية (بما في ذلك الأدوية ذات العلامة التجارية التي تُعامل على أنها أدوية مماثلة (بديلة))، إما: • \$0.00 أو • \$1.65 أو • \$5.80 ولجميع الأدوية الأخرى المشمولة بالتغطية، إما: • \$0.00 أو • \$5.00 أو • \$14.40 في حال عدم تأهلك للحصول على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، فلن تدفع أكثر من 25% من قيمة المشاركة في التأمين لكل منتج مشمول بالتغطية في هذه الفئة. قد تختلف مبالغ المشاركة في الدفع نظير الأدوية باختلاف مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي تتلقاه. يُرجى الاتصال بالخطة للحصول على مزيد من التفاصيل.	الأدوية المدرجة في الفئة 5 (فئة الأدوية المتخصصة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 5 التي تُصرف من صيدلية تابعة للشبكة

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى **\$2,400**. في ذلك الوقت، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. تغطي الخطة جميع أدوية القسم D المقررة لك حتى نهاية العام. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية.



E4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث"

عندما تصل إلى حد المصروفات النثرية **\$ 2,400** لأدويةك، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث ولا تدفع شيئاً مقابل أدوية القسم D المُغطاة. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي.

للحصول على مزيد من المعلومات حول تكاليفك في مرحلة تغطية الكوارث، راجع **الفصل 6**.

F. التغييرات الإدارية

2027 (العام المقبل)	2026 (هذا العام)	
أما بطاقة Flex Card الخاصة بك، وخدمات السمع غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare، والعناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والميزة التكميلية الخاصة للمصابين بمرض مزمن SSBCI والتي تغطي الطعام والمنتجات الغذائية (في حال استيفاء شروط التأهل)، فتتولى إدارتها PayForward. ستتلقى دليل الأعضاء مع كتالوج يتضمن تعليمات حول كيفية الحصول على العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC). كما سيوفر دليل الأعضاء تعليمات حول كيفية الحصول على خدمات السمع غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare، بالإضافة إلى الميزة التكميلية الخاصة للمصابين بمرض مزمن SSBCI والتي تغطي الطعام والمنتجات الغذائية (في حال استيفاء شروط التأهل).	تُدار ميزة العناصر المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) المتوفرة لك من قبل CVS. يمكنك تقديم الطلبات بشأن العناصر التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) المشمولة بالتغطية عبر كتالوج المنتجات المتاحة بدون وصفة طبية (OTC). تتولى شركة Optum Financial, Inc. إدارة خدمات السمع غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare، بالإضافة إلى الميزة التكميلية الخاصة للمصابين بمرض مزمن SSBCI والتي تغطي الطعام والمنتجات الغذائية (في حال استيفاء شروط التأهل).	سوف تتغير طريقة استخدام بطاقة Flex Card الخاصة بك للحصول على المزايا التالية: - العناصر غير المقررة بوصفة طبية (OTC)، - خدمات السمع غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare، و - الميزة التكميلية الخاصة للمصابين بمرض مزمن SSBCI والتي تغطي الطعام والمنتجات الغذائية (في حال استيفاء الشروط)

G. اختيار خطة**G1. البقاء ضمن خطتنا**

نتمنى أن تظل عضواً معنا في الخطة. ليس عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. ما لم تكن قد اشتركت في خطة Medicare مختلفة أو غيرت إلى Original Medicare، فستظل مشتركاً تلقائياً بصفتك عضواً في خطتنا لعام 2027.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم

1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في



G2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام.

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

- **فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA)**، التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.
- نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج Medi-Cal، تتوفر لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا بما في ذلك أي شهر من العام.

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

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

خدمات برنامج Medicare الخاصة بك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم G2. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.



1. يمكنك التغيير إلى:

خطة Medi-Medi هي نوع من خطط **Medicare Advantage**. وهي مُخصَّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي **Medicare** و**Medi-Cal**، ويجمعون بين مزايا برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal** في خطة واحدة. تتسق خطط **Medi-Medi** جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات التي يغطيها برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal** أو خطة **Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)**، برنامج الرعاية الشاملة للمسنين)، إذا كنت مؤهلاً.

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

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

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

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:

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

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

أو

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

سيُبلغى اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة **Medi-Cal** الخاصة بك لتتوافق مع خطة **Medi-Medi** التي أنت مسجل فيها.



إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 ص حتى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ أو الاشتراك في خطة برنامج Medicare جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية. سيُلقى اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. لن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغييرًا.	2. يمكنك التغيير إلى: Original Medicare مع خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج Medicare
---	---



3. يمكنك التغيير إلى:

Original Medicare من دون خطة منفصلة للعاقير
الدوائية في برنامج **Medicare** إذا كان لديك سبب وجيه
لإلغاء التسجيل

ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى **Original Medicare** ولم
تشارك في خطة أدوية منفصلة لبرنامج **Medicare**، فقد
يقوم برنامج **Medicare** بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم
تخبر برنامج **Medicare** بأنك لا تريد الانضمام إليها.

يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية
أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت
لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للعقاقير الدوائية،
اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)
في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين
إلى الجمعة من الساعة 8 ص حتى الساعة 5 م. لمزيد من
المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في
منطقتك، يُرجى زيارة

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

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج **Medicare** على الرقم
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب
على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم
1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من
المعلومات:

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

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

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

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



إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 ص حتى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ أو الاشتراك في خطة برنامج Medicare جديدة. سُيُلغى اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية من برنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم G2.
---	---

خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

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



H. الحصول على مساعدة

H1. خطتنا

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

اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

كتيب الأعضاء الخاص بك هو وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. يتضمن تفاصيل حول كل من المزايا والتكاليف لعام 2027. يشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2027 متاحًا في موعد أقصاه 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدّثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على الرابط blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب إرسال كتيب الأعضاء لعام 2027 إليك بالبريد.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط blueshieldca.com/DSNP2027. وجديرٌ بالذكر أن الموقع الإلكتروني به أحدث المعلومات المتعلقة بشبكة موفري الرعاية والصيديات التابعة لنا (نليل موفري الرعاية والصيديات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية).

H2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية (SHIP). في كاليفورنيا، يُطلق على SHIP اسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP مساعدتك على فهم خيارات خطتك والإجابة عن الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويتوفر لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يُقدّم الخدمات مجانًا. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222. للحصول على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة

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

H3. برنامج التظلمات

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

- يمكنه الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى، ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك، وإجراءات الحماية المتاحة لك، وكيف يمكنك حل مشكلاتك.
- وهو غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج التظلمات لدى Medicare Medi-Cal هو 1-855-501-3077.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال على Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، على مدار سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



H4. برنامج Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من برنامج Medicare:

- اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- ويمكنك الدردشة مباشرة على الرابط www.Medicare.gov/talk-to-someone
- يمكنك مراسلة برنامج Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

موقع برنامج Medicare الإلكتروني

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

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

Medicare & You 2027

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You 2027. كل عام في الخريف، يُرسل هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. يحتوي على ملخص لمزايا برنامج Medicare، والحقوق، ووسائل الحماية، وإجابات عن الأسئلة الشائعة حول برنامج Medicare. يتوفر هذا الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية، والصينية، والفيتنامية.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، فإنه يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) أو من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كنت تريد تقديم تظلم ضد خطتك الصحية، ينبغي عليك أولاً الاتصال هاتفياً بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 واستخدام عملية تقديم التظلمات بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لم تتخذ فيه خطتك الصحية قراراً مرضياً، أو تظلم لم يتم البت فيه لمدة تزيد على 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. كما يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على المراجعة الطبية المستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD على الرقم (1-877-688-9891) للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhca.gov على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)، وتعليمات عبر الإنترنت.

للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9، القسم F4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



H6. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

تُعد خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare خيارًا للدفع قد يساعدك على إدارة التكاليف التي تدفعها من جيبك مقابل الأدوية المشمولة بتغطية خطتنا، وذلك من خلال توزيعها على دفعات شهرية على مدار السنة التقويمية (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية برنامج Medicare أو خطة صحية تابعة لبرنامج Medicare ذات تغطية دوائية (مثل Medicare Advantage Plan ذات تغطية دوائية) استخدام خيار الدفع هذا. إذا كنت مشتركًا في Medicare Prescription Payment Plan (خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare) وكنت لا تزال في نفس خطة القسم D، فلن تحتاج إلى القيام بأي شيء لمواصلة المشاركة في عام 2027. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، ولكنه لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف أدويةك التي تدفعها من مالك الخاص.

"برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare، والمساعدة من برنامج المساعدة الصيدلانية (SPAP)، وبرنامج المساعدات الدوائية لعلاج الإيدز (ADAP)، بالنسبة إلى أولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة الدفع المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare. لمعرفة المزيد حول هذا البرنامج، يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة أو زيارة www.medicare.gov.

بيان إفصاح PRA وفقًا لقانون الحد من المعاملات الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لجمع المعلومات ما لم يتضمن هذا الجمع رقم تحكم ساريًا صادرًا عن مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم التحكم الساري الصادر عن OMB لجمع المعلومات هذا هو 0938-1444. وإن كانت لديك أي تعليقات أو اقتراحات تهدف إلى تحسين هذا النموذج، يُرجى إرسالها إلى:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05,
Baltimore, Maryland 21244-1850





blueshieldca.com/medicare

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