



مهم اطلاعات

درباره تغییرات
طرح دارو و سلامت Medicare شما

**Medi-Medi Plan + Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) یک پیک که توسط
California Physicians' Service (با نام تجاری Blue Shield of California) ارائه می‌شود.**

اعلامیه تغییرات سالانه برای سال 2027

مقدمه

شما در حال حاضر، به عنوان عضو برنامه درمانی ما ثبت نام شده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش، مقررات و هزینه‌ها ایجاد خواهد شد. این اعلامیه تغییرات سالانه جزئیات تغییرات و نحوه دریافت اطلاعات بیشتر را در اختیار شما قرار می‌دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره‌ی هزینه‌ها، مزایا یا مقررات، لطفاً دفترچه راهنمای اعضا را که در وبسایت ما به آدرس blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 قرار دارد، مشاهده کنید. برای دریافت یک نسخه از طریق پست، با شماره‌های انتهای صفحه با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

منابع بیشتر

- این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی (سنتی)، چینی (ساده‌شده)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.
- شما می‌توانید این «اعلامیه تغییرات سالانه» را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، خط بریل و یا صوتی دریافت کنید. با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- اگر می‌خواهید اسناد برنامه درمانی خود را به صورت آنلاین دریافت کنید، وارد حساب خود در blueshieldca.com/login شوید، روی *My profile* (پروفایل من) در قسمت بالا سمت راست زیر نام خود کلیک کنید، به «Communication preferences» (روش‌های ترجیحی برای ارتباط) بروید و «Electronic Delivery» (تحویل الکترونیکی) را به عنوان روش ترجیحی خود برای دریافت اسناد، انتخاب کنید. همچنین می‌توانید وارد برنامه موبایل Blue Shield of California شوید و از طریق زبانه «More» به بخش «Communication Preferences» بروید. اگر حساب ندارید، برای ثبت‌نام به blueshieldca.com/login بروید و روی *Get started* (شروع کنید) کلیک کنید. می‌توانید هنگام ثبت‌نام، ترجیحات خود برای نحوه دریافت اسناد را نیز تعیین کنید.
- شما می‌توانید یک درخواست دائم برای دریافت این سند و مکاتبات آینده به زبانی غیر از انگلیسی یا در فرمتی متفاوت (چاپ درشت، بریل، صوتی و غیره) ارائه کنید. شما می‌توانید با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره (TTY 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m. به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. خدمات مشتریان، زبان و فرمت دلخواه شما برای ارتباطات آینده در پرونده نگهداری می‌کند.



- برای ایجاد تغییر در درخواست دائم برای دریافت مکاتبات مورد نیاز به زبان دلخواه یا در قالب دیگر، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید.

اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کمکی و خدمات و ابزارهای کمکی

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 بريل 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。

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫ້າໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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 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 ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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 serbisyonang 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.



فهرست مطالب

A. موارد رفع مسئولیت.....	9
B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده.....	9
B1. اطلاعات درباره Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.....	9
B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید.....	10
C. تغییرات در نام برنامه درمانی ما.....	11
D. تغییرات در شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.....	11
E. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده.....	12
E1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی.....	12
E2. تغییرات در پوشش دارو.....	17
E3. مرحله 1: «اولیه پوشش مرحله».....	19
E4. مرحله 2: «مرحله پوشش بحرانی».....	23
F. تغییرات اداری.....	23
G. انتخاب یک برنامه درمانی.....	23
G1. ماندن در برنامه درمانی ما.....	23
G2. تغییر برنامه‌ها.....	23
H. دریافت راهنمایی.....	29
H1. برنامه ما.....	29
H2. برنامه مشاوره و مدافع‌های بیمه درمانی (HICAP).....	29
H3. برنامه بازرس کل.....	29
H4. Medicare.....	30
H5. سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا.....	30
H6. برنامه پرداخت نسخه Medicare.....	31



A. موارد رفع مسئولیت

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

هنگامی که این دفترچه اطلاعاتی اعضا به «ما»، «ما را»، «برای ما» اشاره می کند، منظور سرویس پزشکان کالیفرنیا (California Physicians' Service) (با عنوان تجاری Blue Shield of California) است. هنگامی که به «برنامه» یا «برنامه ما» اشاره می کند، منظور، Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan است.

مزیت مربوط به مواد غذایی و محصولات کشاورزی که در **بخش E1** به آن اشاره شده، بخشی از «مزیت مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن» (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) است. همه اعضای برنامه، واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن بستگی به این دارد که فرد مشمول، واجد تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» باشد. بیماری های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر می شوند، اما به این موارد محدود نیستند: اختلالات قلبی عروقی؛ نارسایی مزمن قلب؛ دیابت شیرین؛ اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ و اختلالات مزمن ریوی. لطفاً برای فهرست کامل بیماری های مزمن واجد شرایط و الزامات مربوط به واجد شرایط بودن، به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

بسیار مهم است که هم اکنون پوشش خود را بررسی کنید تا مطمئن شوید که این برنامه همچنان نیازهای شما برای سال آینده را برآورده خواهد کرد. اگر برنامه ما نیازهای شما را رفع نمی کند، شما می توانید از آن خارج شوید. برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایای خود در سال آینده، به **بخش E** مراجعه کنید.

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

اگر برنامه ما را ترک می کنید، می توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

- گزینه های Medicare برای شما در جدول **بخش G2**.
- گزینه ها و خدمات Medi-Cal برای شما در **بخش G2**.

B1. اطلاعات درباره Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan یک برنامه درمانی است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد تا مزایای هر دو برنامه را به اعضا ارائه دهد.
- هنگامی که در این اعلامیه تغییرات سالانه از کلمات «ما»، «ما را»، «برنامه ما» استفاده می شود، منظور Medicare Medi-Cal Plan است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید

- **بررسی کنید آیا تغییراتی در مزایا و هزینه‌ها ایجاد شده که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.**
 - آیا تغییراتی در خدمات مورد استفاده شما وجود دارد؟
 - تغییرات مزایا و هزینه را بررسی کنید تا مطمئن شوید در سال آینده برای شما مناسب خواهند بود.
 - برای اطلاعات در مورد تغییرات در مزایا و هزینه برنامه درمانی ما، به **بخش E1** مراجعه کنید.
- **بررسی کنید آیا تغییراتی در پوشش داروهای ما وجود دارد که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.**
 - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا در ردیف سهم هزینه متفاوتی قرار گرفته‌اند؟ آیا می‌توانید از همان داروخانه‌ها استفاده کنید؟ آیا تغییراتی مانند اجازه قبلی، درمان گام به گام یا سقف مقدار وجود خواهد داشت؟
 - تغییرات را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که پوشش دارویی ما، سال آینده برای شما مناسب است.
 - برای اطلاعات مربوط به تغییرات پوشش دارویی ما، به **بخش E2** مراجعه کنید.
 - هزینه‌های دارویی شما ممکن است نسبت به سال قبل افزایش پیدا کرده باشد.
 - درباره گزینه‌های کم‌هزینه که ممکن است برای شما موجود باشد، با پزشک خود صحبت کنید: این کار ممکن است باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های سالیانه پرداخت شده از جیب شما، در کل سال شود.
 - به یاد داشته باشید که مزایای برنامه درمانی شما، تعیین می‌کند که هزینه‌های دارویی شما ممکن است چقدر تغییر کند.
- **بررسی کنید آیا ارائه کنندگان و داروخانه‌های شما در سال آینده در شبکه ما خواهند بود.**
 - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصین شما، در شبکه ما هستند؟ داروخانه شما، چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر ارائه کنندگانی که استفاده می‌کنید، چطور؟
 - برای کسب اطلاعات در مورد فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌های ما به **بخش D** مراجعه کنید.
- **هزینه‌های کلی خود در برنامه درمانی را محاسبه کنید.**
 - برای خدمات و داروهایی که معمولاً استفاده می‌کنید، چقدر از جیب خودتان پرداخت خواهید کرد؟
 - جمع هزینه‌ها در مقایسه با سایر گزینه‌های پوششی چقدر است؟
- **در مورد اینکه آیا از برنامه درمانی ما رضایت دارید یا نه، فکر کنید.**



اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:

اگر به این نتیجه رسید که یک پوشش دیگر بهتر می‌تواند نیازهای شما را برآورده کند، می‌توانید برنامه درمانی را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر، به بخش G2 مراجعه کنید). اگر در یک برنامه درمانی جدید ثبت‌نام کنید، یا برنامه خود را به Original Medicare تغییر دهید، پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد، شروع خواهد شد.

اگر تصمیم گرفتید که در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan بمانید:

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

C. تغییرات در نام برنامه درمانی ما

در اول ژانویه 2027، نام برنامه درمانی ما از Blue Shield TotalDual Plan به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تغییر می‌کند.

نیازی به دریافت کارت شناسایی عضو جدید Blue Shield، به دلیل تغییر نام برنامه درمانی، نخواهید داشت. کارت شناسایی عضو فعلی خود را نگه دارید و هنگام دریافت هرگونه خدمات یا نسخه، همان کارت را نشان دهید.

D. تغییرات در شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما

مبلغی که برای داروهای خود پرداخت می‌کنید، بستگی به داروخانه‌ای دارد که استفاده می‌کنید. برنامه درمانی ما شبکه‌ای از داروخانه‌ها دارد. در بیشتر موارد، نسخه‌های شما فقط در صورتی پوشش داده می‌شوند که از یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شوند.

شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما در سال 2027 تغییر کرده‌اند.

لطفاً فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های سال 2027 را بررسی کنید تا ببینید آیا ارائه‌کنندگان (ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی، متخصصان، بیمارستان‌ها و غیره) یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا نه. فهرست به روز شده ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 موجود است. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات به‌روز ارائه‌کنندگان، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با واحد «خدمات مشتریان» تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها را برای شما پست کنیم.

لازم است بدانید که ممکن است ما در طول سال، تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. اگر پزشک یا مرکز ارائه‌کننده شما، برنامه ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت‌های خاصی دارید. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا برای دریافت کمک با شماره تلفن پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



E. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده**E1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی**

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

2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	اقلام بدون نسخه (OTC)
شما در مجموع از یک کمک هزینه فوق العاده \$240 در هر فصل برای خرید غذا و محصولات کشاورزی سالم و مقوی (در صورت واجد شرایط بودن)، و همچنین اقلام بدون نسخه (OTC) برخوردار هستید. شما می‌توانید همچنان اقلام بدون نسخه (OTC) مشمول پوشش را از طریق «فهرست اقلام بدون نسخه (OTC)» به صورت آنلاین یا از طریق تلفن سفارش دهید. همچنین می‌توانید از کارت Flex خود در فروشگاه‌های خرده‌فروشی طرف قرارداد، استفاده کنید. شما نمی‌توانید کمک هزینه فوق العاده استفاده نشده خود را به فصل بعد منتقل کنید. برخی محدودیت‌ها ممکن است اعمال شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش F: تغییرات اداری، مراجعه کنید.	شما در هر فصل بابت اقلام تحت پوشش، مبلغ کمک هزینه فوق العاده \$120 دارید. شما در هر فصل می‌توانید دو سفارش ثبت کنید و نمی‌توانید کمک هزینه فوق العاده استفاده نشده خود را به فصل بعد منتقل کنید.	
\$9,850 بعد از آنکه شما مبلغ \$9,850 از جیب را بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد. اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ پرداخت شده از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.	\$9,250 بعد از آنکه شما مبلغ \$9,250 از جیب را بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد. اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ پرداخت شده از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.	حداکثر مبلغ سالیانه پرداخت هزینه از جیب

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
شما \$0 سهم ثابت، حداکثر به تعداد محدودیت ترکیبی 24 سفر یک طرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت مورد تأیید برنامه درمانی در سال برای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی پرداخت می‌کنید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 24 سفر یک‌طرفه، پوشش می‌دهد.	شما \$0 سهم ثابت، حداکثر به تعداد محدودیت ترکیبی 48 سفر یک طرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت مورد تأیید برنامه درمانی در سال برای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی پرداخت می‌کنید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 48 سفر یک‌طرفه، پوشش می‌دهد.	حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیراضطراری
شما \$0 سهم ثابت، حداکثر به تعداد محدودیت ترکیبی 24 سفر یک طرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت مورد تأیید برنامه درمانی در سال برای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی پرداخت می‌کنید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 24 سفر یک‌طرفه، پوشش می‌دهد.	شما \$0 سهم ثابت، حداکثر به تعداد محدودیت ترکیبی 48 سفر یک طرفه به مکان‌های مرتبط با سلامت مورد تأیید برنامه درمانی در سال برای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی پرداخت می‌کنید. هر سفر نمی‌تواند بیش از 70 مایل باشد. Medi-Cal سفرهای نامحدود به مکان‌های مجاز را بعد از استفاده از 48 سفر یک‌طرفه، پوشش می‌دهد.	حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0364 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0364 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل تحت پوشش نیست.	خدمات دندانپزشکی، عادی (تحت پوشش غیر Medicare) (این بخش بر صفحه بعد ادامه دارد)
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0365 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک پایین (mandible)، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0365 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک پایین (mandible)، تحت پوشش نیست.	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0366 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک بالا (maxilla)، همراه با جمجمه یا بدون آن، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0366 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک بالا (maxilla)، همراه با جمجمه یا بدون آن، تحت پوشش نیست.	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0367 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، همراه با جمجمه یا بدون آن، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0367 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، همراه با جمجمه یا بدون آن، تحت پوشش نیست.	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0368 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی برای مجموعه تصاویر مفصل گیجگاهی-فکی (TMJ)، شامل دو یا چند برداشت تصویری، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0368 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی برای مجموعه تصاویر مفصل گیجگاهی-فکی (TMJ)، شامل دو یا چند برداشت تصویری، تحت پوشش نیست.	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0380 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0380 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید محدود – کمتر از یک فک کامل تحت پوشش نیست.	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0381 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک پایین (mandible)، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0381 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندان – فک پایین (mandible)، تحت پوشش نیست.	



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0382 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانانی – فک بالا (maxilla)، همراه با جمجمه یا بدون آن، پرداخت می‌کنید. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D0383، شامل تصویربرداری با سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، همراه با جمجمه یا بدون آن، پرداخت می‌کنید. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D4263، مربوط به پیوند جایگزینی استخوان برای دندان طبیعی باقی‌مانده، در اولین سایت هر ربع فک، پرداخت می‌کنید. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D4264، مربوط به پیوند جایگزین استخوان برای دندان طبیعی باقی‌مانده، در هر سایت اضافی در هر ربع فک، پرداخت می‌کنید. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D7953، شامل پیوند جایگزین استخوان برای حفظ ریح، به ازای هر سایت، تحت پوشش نیست. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D9211، مربوط به بی‌حسی عصب یک ناحیه، تحت پوشش نیست. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D9212، بی‌حسی شاخه‌های عصب تراجمینال، تحت پوشش نیست. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D9215، بی‌حسی موضعی همراه با اقدامات ترمیمی یا جراحی، تحت پوشش نیست. شما \$0 سهم ثابت برای کد ADA D9215، مربوط به بی‌حسی موضعی همراه با اقدامات ترمیمی یا جراحی، پرداخت می‌کنید.	کد ADA D0382 تصویربرداری و تفسیر سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید یک قوس کامل دندانانی – فک بالا (maxilla)، همراه با جمجمه یا بدون آن، تحت پوشش نیست. کد ADA D0383، شامل تصویربرداری با سی‌تی اسکن با پرتو مخروطی با میدان دید هر دو فک، همراه با جمجمه یا بدون آن، تحت پوشش نیست. کد ADA D4263، مربوط به پیوند جایگزینی استخوان برای دندان طبیعی باقی‌مانده، در اولین سایت هر ربع فک، تحت پوشش نیست. کد ADA D4264، پیوند جایگزینی استخوان برای حفظ دندان طبیعی باقی‌مانده – هر سایت اضافی در هر ربع فک، تحت پوشش نیست. کد ADA D7953، پیوند جایگزین استخوان برای حفظ ریح – به ازای هر سایت، تحت پوشش نیست. کد ADA D9211، بی‌حسی عصب یک ناحیه، تحت پوشش نیست. کد ADA D9212، بی‌حسی شاخه‌های عصب تراجمینال، تحت پوشش نیست. کد ADA D9215، بی‌حسی موضعی همراه با اقدامات ترمیمی یا جراحی، تحت پوشش نیست.	خدمات دندانپزشکی، عادی (تحت پوشش غیر Medicare) (ادامه)
خدمات مدیریت و درمان درد مزمن تحت پوشش نیست.	شما برای خدمات مدیریت و درمان درد مزمن، 0 دلار سهم ثابت، پرداخت می‌کنید. میزان سهم پرداختی برای این خدمت، بسته به خدمات ارائه‌شده به شخص در طول دوره درمان، متفاوت خواهد بود.	خدمات مدیریت و درمان درد مزمن

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
غذا و محصولات کشاورزی: شما در مجموع از یک کمک هزینه فوق العاده \$240 در هر فصل برای خرید غذا و محصولات کشاورزی سالم و مقوی (در صورت واجد شرایط بودن)، و همچنین اقلام بدون نسخه (OTC) برخوردار هستید. این کمک هزینه فوق العاده را نمی‌توان از یک فصل به فصل بعدی منتقل کرد. مزیت «مواد غذایی و محصولات کشاورزی»، بخشی از «مزیت مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (SSBCI)، است که نیاز به اتخاذ تصمیم درباره واجد شرایط بودن دارد. همه اعضای برنامه، واجد شرایط نخواهند بود. شما برای دریافت این مزایا، باید یک یا چند عارضه مزمن واجد شرایط داشته باشید. برنامه درمانی، از طریق اطلاعات ارائه شده توسط پزشک شما، یا با تماس با پزشک جهت دریافت بیانیه‌ای امضا شده درباره بیماری مزمن واجد شرایطتان، تعیین خواهد کرد که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای مواد غذایی و محصولات کشاورزی هستید یا خیر. لطفاً برای جزئیات بیشتر به دفترچه راهنمای اعضای برنامه درمانی مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش F: تغییرات اداری، مراجعه کنید.	غذا و محصولات کشاورزی: شما در هر ماه یک کمک هزینه فوق العاده \$60 برای خرید غذاهای سالم و مغذی و میوه و سبزی دارید. این کمک هزینه فوق العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد. این یک مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری مزمن (SSBCI) است، که نیاز به تعیین واجد شرایط بودن دارد. همه اعضای برنامه، واجد شرایط نخواهند بود. شما برای دریافت این مزایا، باید یک یا چند عارضه مزمن واجد شرایط داشته باشید. برنامه درمانی، از طریق اطلاعات ارائه شده توسط پزشک شما، یا با تماس با پزشک جهت دریافت بیانیه‌ای امضا شده درباره بیماری مزمن واجد شرایطتان، تعیین خواهد کرد که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای مواد غذایی و محصولات کشاورزی هستید یا خیر. لطفاً برای جزئیات بیشتر به دفترچه راهنمای اعضای برنامه درمانی مراجعه کنید.	کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن
خدمات مراقبت بینایی دریافت شده از غیر شبکه ارائه کنندگان تحت پوشش <u>نیستند</u>.	هزینه یک معاینه در سال تا \$30 به شما بازپرداخت می‌شود. برای یک جفت فریم عینک در هر سال تا \$35 به شما بازپرداخت می‌شود. برای یک جفت لنز عینک با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا لنز تماسی در هر سال \$35 به شما بازپرداخت می‌شود.	مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از ارائه کنندگان غیر شبکه)*



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر سال، \$0 سهم ثابت می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمول به میزان \$500). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$500 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید.	در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر سال، \$0 سهم ثابت می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمول به میزان \$365). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از \$365 انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید.	مراقبت بینایی، تحت پوشش غیر Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)*
در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$500 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر سال \$0 سهم ثابت می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$500 باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید.	در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر \$365 برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر سال \$0 سهم ثابت می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از \$365 باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید.	

E2. تغییرات در پوشش دارو

تغییراتی در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای تحت پوشش ما، مجموعه دارویی یا فهرست دارو نیز خوانده می‌شود. یک نسخه از فهرست دارویی ما به صورت آنلاین در blueshieldca.com/medformulary2027 منتشر شده است.

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

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

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

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

- برای یافتن یک داروی دیگر که ما پوشش می‌دهیم، با پزشک (یا سایر تجویز کنندگان) خود همکاری کنید.
- شما می‌توانید از طریق شماره‌های انتهای صفحه با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید یا با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید و یک فهرست داروهای تحت پوشش که مناسب درمان همان بیماری هستند، درخواست کنید.
- این فهرست می‌تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا یک داروی تحت پوشش را که ممکن است برای شما مؤثر باشد، پیدا کند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



- با پزشک (یا سایر تجویز کنندگان) خود همکاری کرده و از ما بخواهید برای پوشش یک دارو استثناء قائل شویم.
 - شما می‌توانید قبل از سال آینده درخواست استثناء کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما) به شما پاسخ خواهیم داد.
 - برای اطلاع درباره روش درخواست استثناء، به **فصل 9 دفترچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.
 - اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت، به **فصل 2 و فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا** خود مراجعه کنید.
- از ما درخواست کنید که موقتاً مقداری دارو را پوشش دهیم.
 - در بعضی مواقع، ما دارو را در 90 روز اول سال تقویمی به طور موقت پوشش می‌دهیم.
 - این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هنگامی که ذخیره موقت را می‌توانید دریافت کنید و نحوه درخواست برای آن، به **فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.)
 - هنگامی که به طور موقت مقداری از یک دارو را دریافت می‌کنید، با پزشک خود درباره راهکار مربوط به زمان اتمام مقدار موقت صحبت کنید. شما می‌توانید به داروی متفاوت تحت پوشش برنامه تغییر دهید یا از ما درخواست کنید که در مورد شما استثناء قائل شده و داروی کنونی شما را پوشش دهیم.
 - استثنایای مجموعه دارویی تا پایان سال طرح درمانی، تأیید می‌شوند. برای مشاهده تاریخ انقضای مخصوص خودتان، لطفاً اطلاعاتیه تأیید موارد استثناء مجموعه دارویی خود را بررسی کنید. اگر تأییدیه شما در حال پایان یافتن است و می‌خواهید همچنان دارو را دریافت کنید، باید درخواست جدیدی برای استثناء از مجموعه دارویی ارائه شود.

تغییرات در هزینه داروها

از آنجا که واجد شرایط Medi-Cal هستید، از کمک اضافی Medicare برای کمک به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D خود برخوردار می‌شوید. ما برای شما الحاقیه جداگانه‌ای به نام «الحاقیه مدارك پوشش بیمه برای اشخاصی که برای پرداخت هزینه داروهای نسخه دار، کمک اضافی دریافت می‌کنند» (به عنوان «الحاقیه برنامه سوبسید برای افراد کم درآمد» یا «الحاقیه LIS» نیز شناخته می‌شود) ارسال کردیم، که به شما در مورد پوشش دارویی‌تان اطلاعات می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید و «الحاقیه LIS» را درخواست کنید.

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد میزان پرداخت شما بستگی به سطح «کمک اضافی» و مرحله‌ای دارد که هنگام تهیه یا تجدید نسخه در آن قرار دارید. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1 مرحله پوشش اولیه	مرحله 2 مرحله پوشش بحرانی
در طول این مرحله، برنامه درمانی ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما، سهم ثابت نامیده می‌شود.	برنامه درمانی، در طول این مرحله، همه هزینه‌های مربوط به داروهای شما را تا 31 دسامبر 2027 پرداخت می‌کند.
شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	شما این مرحله را هنگامی شروع می‌کنید که مبلغ مشخصی از هزینه‌های نقدی از جیب را پرداخت کرده باشید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



«مرحله پوشش اولیه» هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه پرداخت شده از جیب شما بابت داروها به **\$2,400** برسد. در آن مرحله، «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» شروع می‌شود. برنامه درمانی ما همه هزینه‌های دارویی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروها پرداخت می‌کنید، به **فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

تحت برنامه تخفیف تولیدکننده، تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کامل برنامه درمانی ما برای داروهای برند بخش D و داروهای بیولوژیک‌های تحت پوشش در طول «مرحله پوشش اولیه» و «مرحله پوشش بحرانی» را پرداخت می‌کنند. تخفیف‌هایی که توسط تولیدکنندگان تحت برنامه «تخفیف تولیدکننده» پرداخت می‌شود، به حساب هزینه‌های از جیب گذاشته نمی‌شود.

E3. مرحله 1: «اولیه پوشش مرحله»

در طول «مرحله پوشش اولیه»، برنامه درمانی ما سهم هزینه داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما، سهم ثابت نامیده می‌شود. سهم ثابت بیمه‌شده به ردیف سهم هزینه‌ای که دارو در آن قرار دارد و محلی که آن را دریافت می‌کنید، بستگی دارد. شما هر بار که یک نسخه را دریافت می‌کنید، سهم ثابت بیمه‌شده را پرداخت خواهید کرد. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم ثابت بیمه‌شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

ما برخی داروها در فهرست دارویی را به ردیف دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل کردیم. اگر داروهای شما از یک ردیف به ردیف دیگری منتقل شود، این موضوع می‌تواند بر روی سهم ثابت شما تأثیر داشته باشد. برای آنکه بدانید آیا داروهای شما در ردیف متفاوتی قرار گرفته یا نه، آنها را در فهرست دارویی جستجو کنید.

جدول زیر هزینه‌های شما برای مقدار یک ماهه از دارو که از یک داروخانه شبکه با سهم بیمه شده استاندارد دریافت شده را در هر یک از 5 ردیف دارویی ما، نشان می‌دهد. این مبالغ تنها در طول زمانی اعمال می‌شوند که شما در «مرحله پوشش اولیه» هستید.

بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان بدون هزینه برای شما تحت پوشش هستند. برای اطلاع از هزینه‌های مربوط به تأمین طولانی‌مدت دارو یا نسخه‌های قابل تحویل در منزل به **فصل 6، بخش D دفترچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) \$0 است.	سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) \$0 است.	داروهای ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 1 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود
سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) \$0 است.	سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) \$0 است.	داروهای ردیف 2 (داروهای ژنریک) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 2 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، شما یکی از هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (از جمله داروهای برند که به‌عنوان ژنریک در نظر گرفته می‌شوند)، یا: • \$0.00 یا • \$1.65 یا • \$5.80 برای تمام داروهای تحت پوشش دیگر، یا: • \$0.00 یا • \$5.00 یا • \$14.40 اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، برای تأمین یک‌ماهه هر یک از محصولات انسولین تحت پوشش در این ردیف ماهانه بین \$0.00 - \$14.40 پرداخت می‌کنید. اگر واجد شرایط دریافت کمک اضافی نباشید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این ردیف، بیش از \$35.00 برای تأمین یک‌ماهه، \$70 برای تأمین دوماهه، یا \$105 برای تأمین سه‌ماهه پرداخت خواهید کرد؛ یا برای هر محصول غیرانسولینی تحت پوشش در این سطح، 17% سهم ثابت پرداخت خواهید کرد. سهم ثابت برای داروها ممکن است بسته به سطح کمک اضافی که دریافت می‌کنید، متفاوت باشد. لطفاً برای جزئیات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.	سهم ثابت شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با \$0، \$5.10 یا \$12.65 است.	داروهای ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 3 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، شما یکی از هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (از جمله داروهای برند که به‌عنوان ژنریک در نظر گرفته می‌شوند)، یا: • \$0.00 یا • \$1.65 یا • \$5.80 برای تمام داروهای تحت پوشش دیگر، یا: • \$0.00 یا • \$5.00 یا • \$14.40 اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، برای تأمین یک‌ماهه هر یک از محصولات انسولین تحت پوشش در این ردیف ماهانه بین \$0.00 - \$14.40 پرداخت می‌کنید. اگر واجد شرایط دریافت کمک اضافی نباشید، برای هر محصول انسولین تحت پوشش در این ردیف، بیش از \$35.00 برای تأمین یک‌ماهه، \$70 برای تأمین دوماهه، یا \$105 برای تأمین سه‌ماهه پرداخت خواهید کرد؛ یا برای هر محصول غیرانسولینی تحت پوشش در این سطح، 17% سهم ثابت پرداخت خواهید کرد. سهم ثابت برای داروها ممکن است بسته به سطح کمک اضافی که دریافت می‌کنید، متفاوت باشد. لطفاً برای جزئیات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.	سهم ثابت شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با \$0، \$5.10 یا \$12.65 است.	داروهای ردیف 4 (داروهای غیر-ترجیحی) هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 4 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود



2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	داروهای ردیف 5
اگر کمک اضافی دریافت می‌کنید، شما یکی از هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنید: برای داروهای ژنریک تحت پوشش (از جمله داروهای برند که به‌عنوان ژنریک در نظر گرفته می‌شوند)، یا: \$0.00 یا \$1.65 یا \$5.80 برای تمام داروهای تحت پوشش دیگر، یا: \$0.00 یا \$5.00 یا \$14.40 اگر واجد شرایط دریافت کمک اضافی نباشید، برای هر محصول تحت پوشش در این ردیف، بیش از 25% سهم ثابت پرداخت نخواهید کرد. سهم ثابت برای داروها ممکن است بسته به سطح کمک اضافی که دریافت می‌کنید، متفاوت باشد. لطفاً برای جزئیات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.	سهم ثابت شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با \$0، \$5.10 یا \$12.65 است.	(داروهای ردیف تخصصی) هزینه برای تأمین یک ماهه دارو در ردیف 5 که در یک داروخانه شبکه تهیه شود

مرحله پوشش اولیه هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان پرداخت می‌کنید به \$2,400 برسد. در آن زمان، مرحله پوشش بحرانی شروع می‌شود. برنامه درمانی همه هزینه‌های دارویی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهد. برنامه درمانی همه داروهای بخش D شما را تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروها پرداخت می‌کنید، به فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



E4. مرحله 2: «مرحله پوشش بحرانی»

هنگامی که به سقف پرداخت شده از جیب \$2,400 برای داروهای خود رسیدید، مرحله پوشش بحرانی شروع می‌شود و شما هزینه ای را برای دارو های تحت پوشش بخش D خود پرداخت نمی‌کنید. شما تا پایان سال تقویمی، در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌های خود در مرحله پوشش وضعیت بحرانی، به فصل 6 مراجعه کنید.

F. تغییرات اداری

2027 (سال آینده)	2026 (امسال)	
مزایای کارت Flex و خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare، اقلام بدون نسخه (OTC) و SSBCI غذا و محصولات کشاورزی SSBCI شما (در صورت واجد شرایط بودن) توسط PayForward مدیریت خواهد شد. شما یک راهنمای اعضا به همراه یک فهرست دریافت خواهید کرد که شامل دستورالعمل‌هایی درباره نحوه دریافت اقلام بدون نسخه (OTC) خواهد بود. راهنمای اعضا همچنان حاوی دستورالعمل‌هایی در مورد چگونگی دریافت خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare و مزیت غذا و محصولات کشاورزی SSBCI شما (در صورت واجد شرایط بودن) خواهد بود.	مزیت اقلام بدون نسخه (OTC) شما توسط CVS مدیریت می‌شود. شما می‌توانید همچنان اقلام بدون نسخه (OTC) مشمول پوشش را از طریق فهرست اقلام بدون نسخه (OTC) به‌صورت آنلاین یا از طریق تلفن سفارش دهید. خدمات شنوایی تحت پوشش غیر Medicare و مزیت غذا و محصولات کشاورزی SSBCI شما (در صورت واجد شرایط بودن) Optum Financial, Inc مدیریت می‌شود.	نحوه استفاده شما از کارت Flex، برای دریافت مزایای زیر، تغییر خواهد کرد: • اقلام بدون نسخه (OTC): • خدمات مربوط به شنوایی تحت پوشش غیر Medicare و • غذا و محصولات کشاورزی SSBCI (در صورت واجد شرایط بودن)

G. انتخاب یک برنامه درمانی**G1. ماندن در برنامه درمانی ما**

امیدواریم که شما را به عنوان عضو برنامه درمانی حفظ کنیم. لازم نیست شما برای ماندن در برنامه درمانی ما کاری انجام دهید. شما به صورت خودکار در سال 2027 عضو برنامه درمانی ما باقی خواهید ماند، مگر اینکه در برنامه Medicare دیگری ثبت نام کنید یا به Original Medicare تغییر دهید.

G2. تغییر برنامه‌ها

بیشتر افراد دارای Medicare می‌توانند عضویت خود را در مواقع خاص در سال پایان دهند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



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

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

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

- از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، در هر ماه از سال، گزینه‌هایی برای پایان عضویت خود در برنامه درمانی ما دارید.

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

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

خدمات Medicare شما

شما در هر یک از ماههای سال، سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود که در زیر فهرست شده‌اند، دارید. شما برای زمان‌های خاصی از سال، گزینه اضافی دیگری دارید که در زیر ذکر شده است، از جمله **دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage** یا سایر موقعیت‌هایی که در **بخش G2** توضیح داده شده است. شما با انتخاب یکی از گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت خود در برنامه درمانی ما پایان می‌دهید.



1. شما می‌توانید تغییر دهید به:**Medi-Medi Plan** نوعی برنامه

Medicare Advantage plan است. این برنامه برای اشخاصی است که **Medicare** و **Medi-Cal** دارند و مزایای **Medicare** و **Medi-Cal** را در یک طرح درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. در صورت واجد شرایط بودن، برنامه‌های **Medi-Medi** همه مزایا و خدمات از جمله همه خدمات تحت پوشش **Medicare** و **Medi-Cal** یا یک برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (**PACE**) را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کنند.

توجه: اصطلاح **Medi-Medi Plan** نامی برای

برنامه‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (**D-SNP**) در کالیفرنیا است.

این کار را بکنید:

با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:

- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (**HICAP**) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر **HICAP** در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید.

یا

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

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



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare Counseling بازدید کنید. یا در یک برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می‌شود، به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود. برنامه Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.	2. شما می‌توانید تغییر دهید به: Original Medicare با یک برنامه دارویی Medicare جداگانه
--	---



3. شما می‌توانید تغییر دهید به:

Original Medicare بدون برنامه دارویی
Medicare جداگانه، اگر دلیل معتبری برای لغو عضویت داشته باشید.

توجه: اگر به **Original Medicare** تغییر دهید و در برنامه دارویی **Medicare** جداگانه عضو نشوید، **Medicare** ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر آنکه شما به **Medicare** بگویید که نمی‌خواهید عضو شوید.

شما تنها زمانی باید پوشش دارویی را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره اینکه نیاز به پوشش دارو دارید یا نه سوالی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (**HICAP**) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر **HICAP** در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ بازدید کنید.

این کار را نکنید:

با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران **TTY** باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:

- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (**HICAP**) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر **HICAP** در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ بازدید کنید.

هنگامی که پوشش **Original Medicare** شما شروع می‌شود، به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.

برنامه **Medi-Cal** شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.



این کار را بکنید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8 a.m. تا 5 p.m. تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یکی از دفاتر HICAP در منطقه خود، از www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling بازدید کنید. یا در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. شما می‌توانید تغییر دهید به: هر برنامه درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش G2 توضیح داده شده است.
---	--

خدمات Medi-Cal شما

برای طرح سوال درباره این که چگونه یک برنامه Medi-Cal را انتخاب کنید و یا خدمات Medi-Cal خود را بعد از ترک برنامه دریافت کنید، با گزینه های مراقبت درمانی (Health Care Options) به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه - جمعه از ساعت 8 a.m. تا 6 p.m. تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تاثیر دارد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan به شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



H. دریافت راهنمایی

H1. برنامه ما

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

دفترچه راهنمای اعضای خود را بخوانید.

دفترچه راهنمای اعضا، شامل توضیح قانونی و مفصل از مزایای برنامه درمانی ما است. این سند مزایا و هزینه‌های مربوط به سال 2027 را شرح می‌دهد. این سند حقوق شما و مقرراتی را توصیف می‌کند که لازم است برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش از آنها تبعیت کنید.

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2027، از تاریخ 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به روز از دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNPdocuments2027 موجود است. همچنین شما می‌توانید از طریق شماره تلفن‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتریان تماس گرفته و از ما بخواهید یک نسخه از دفترچه اطلاعاتی اعضا ویژه سال 2027 را برای شما پست کنیم.

وبسایت ما

شما می‌توانید از وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/DSNP2027 بازدید کنید. به عنوان یادآوری، وبسایت ما حاوی آخرین اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما (فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

H2. برنامه مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی (HICAP)

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

H3. برنامه بازرس کل

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



H4. Medicare

برای دریافت اطلاعات به طور مستقیم از Medicare:

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

- چت زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone

- ارسال به Medicare به آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

وبسایت Medicare

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

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

Medicare & You 2027

می‌توانید کتاب راهنمای *Medicare & You 2027* را بخوانید. هر ساله در پائیز، این دفترچه راهنما برای اشخاص عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه حاوی خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها و پاسخ‌هایی به سؤالات متداول در مورد Medicare می‌باشد. این دفترچه به زبان‌های اسپانیولی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر نسخه‌ای از این دفترچه را ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare به نشانی (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) یا از طریق تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

H5. سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر از برنامه درمانی خود ناراضایی دارید، بایستی ابتدا به برنامه درمانی خود به شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413 تلفن کنید و قبل از تماس با اداره فوق از فرایند ناراضایی برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه ناراضایی، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیاران باشد منع نمی‌کند. اگر در مورد شکایت خود در شرایط اضطراری، شکایتی که به طور رضایت‌بخش توسط برنامه درمانی‌تان حل و فصل نشده یا شکایتی که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) باشید. اگر واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هستید، فرایند بررسی مستقل پزشکی (IMR) دربرگیرنده بازبینی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا مداوای پیشنهاد شده، تصمیم پوششی برای مداوایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شوند. این اداره همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و یک خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای کسانی که مشکلات شنوایی و گویایی دارند، می‌باشد. وبسایت اینترنتی این اداره به آدرس www.dmhca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

برای اطلاعات بیشتر، به فصل 9، بخش F4 دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan با شماره 1-800-452-4413 (TTY 711)، از ساعت 8:00 a.m. تا 8:00 p.m.، به وقت پاسیفیک، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، از blueshieldca.com/medicare بازدید کنید.



H6. برنامه پرداخت نسخه Medicare

برنامه پرداخت نسخه Medicare یک گزینه پرداخت است که ممکن است به شما کمک کند هزینه‌های خود را برای داروهای تحت پوشش برنامه ما با گسترش آنها در سراسر سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) به عنوان پرداخت‌های ماهانه مدیریت کنید. هر کسی که برنامه دارویی Medicare یا برنامه درمانی Medicare با پوشش دارویی دارد (مانند Medicare Advantage plan با پوشش دارویی) می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. اگر در برنامه Medicare Prescription Payment شرکت می‌کنید و در همان برنامه بخش D باقی می‌مانید، برای ادامه حضور در سال 2027، نیاز به انجام کاری ندارید. این گزینه پرداخت می‌تواند به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه جویی در هزینه‌های شما یا کاهش هزینه‌های دارویی شما نمی‌شود.

«کمک اضافی (Extra Help)» از Medicare و کمک از برنامه کمک دارویی ایالت شما (SPAP) و برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)، برای افراد واجد شرایط، از مشارکت در برنامه پرداخت نسخه Medicare سودمندتر است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این برنامه، لطفاً با شماره تلفن پایین این صفحه با ما تماس بگیرید یا از www.medicare.gov بازدید کنید.

اطلاعیه و آگهی اطلاعات PRA براساس قانون کاهش کاهش کاغذبازی سال 1995، لزومی ندارد که هیچ شخصی به درخواست‌های جمع آوری اطلاعات پاسخ دهد، مگر اینکه آن درخواست یک شماره کنترل OMB معتبر داشته باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این جمع آوری اطلاعات 0938-1444 می‌باشد. اگر نظرات یا توصیه‌هایی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً با این نشانی مکاتبه کنید:
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