



Важная информация

Об изменениях в вашем плане предоставления медицинских
препаратов и медицинского обслуживания Medicare

План Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) — план Medi-Medi Plan, предлагаемый Калифорнийской службой врачей (торговое название — Blue Shield of California)

Ежегодное уведомление об изменениях на 2027 год

Введение

На данный момент вы являетесь участником нашего плана. В следующем году мы внесем некоторые изменения в льготы и правила нашего плана. Кроме того, изменятся перечень покрываемых услуг и затраты участников. В данном *Ежегодном уведомлении об изменениях* речь пойдет об этих изменениях, а также о том, как получить о них дополнительную информацию. Чтобы получить дополнительную информацию о затратах, льготах и правилах, ознакомьтесь со *справочником участника* на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. Чтобы получить экземпляр по почте, обратитесь в отдел обслуживания клиентов по телефонам, указанным в нижней части страницы. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе вашего *справочника участника*.

Дополнительные источники информации

- Вы можете бесплатно получить данный документ на арабском, армянском, камбоджийском, китайском традиционном, китайском упрощенном, фарси, корейском, русском, испанском или испанском креольском, тагальском и вьетнамском языках.
- Вы можете получить это ежегодное уведомление об изменениях бесплатно в других форматах, например, набранным крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в виде аудиозаписи. Звоните по телефону 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Режим работы: ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный.
 - Если вы хотите получать материалы плана в электронном формате, выполните вход в свою учетную запись на странице blueshieldca.com/login, нажмите «Мой профиль» (*My profile*) в верхней части страницы, прокрутите вниз до раздела «Предпочтительные способы связи» (*Communication preferences*) и выберите «В электронном формате» (*Electronic delivery*) в

Утверждение OMB 0938-1444 (действует до 5/31/2029)

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



качестве предпочтительного способа получения. Вы также можете войти в мобильное приложение Blue Shield of California и перейти в раздел «Предпочтительные способы связи» (Communication preferences) через вкладку «Еще» (More). Если у вас нет учетной записи, перейдите на страницу blueshieldca.com/login и нажмите «Начать» (Get started), чтобы зарегистрироваться. Вы сможете настроить предпочтительный способ доставки прямо во время регистрации.

- Вы можете подать запрос на постоянное получение этого документа и будущих необходимых сообщений на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате (крупный шрифт, шрифт Брайля, аудио и т. д.). Вы можете обращаться в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Отдел обслуживания клиентов будет использовать выбранный вами язык и формат до тех пор, пока вы не захотите внести изменения.
- Для внесения изменений в запрос на постоянное получение необходимых сообщений на предпочтительном языке или в альтернативном формате звоните в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по телефону 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT).

Уведомление о доступности услуг языковой поддержки, а также вспомогательных средств и услуг

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

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. Для получения более подробной информации посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



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.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.**



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

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. Для получения более подробной информации посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi))

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

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). 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

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. Для получения более подробной информации посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



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

แท็กไธลนาภาษาไทย (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.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. Для получения более подробной информации посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Содержание

A. Пояснения	9
B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год	9
B1. Информация о плане Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.....	9
B2. Памятка	10
C. Изменения в наименовании нашего плана	11
D. Изменения в перечне поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть.....	11
E. Изменения льгот и затрат на следующий год.....	12
E1. Изменения льгот и затрат на медицинские услуги.....	12
E2. Изменения в покрытии препаратов	25
E3. Уровень 1. «Уровень начального покрытия»	28
E4. Уровень 2. «Уровень критического покрытия».....	33
F. Административные изменения.....	33
G. Выбор плана	34
G1. Продолжение участия в нашем плане.....	34
G2. Смена плана	34
H. Получение помощи.....	39
H1. Наш план.....	39
H2. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	40
H3. Программа омбудсмена.....	40
H4. Программа Medicare.....	40
H5. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния	41
H6. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare	42

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



А. Пояснения

Blue Shield of California — это план HMO D-SNP, который работает по договору с программой Medicare и программой Medicaid штата Калифорния. Регистрация в плане Blue Shield of California зависит от продления договора.

Если в данном документе говорится «мы», «нас» или «наш», то имеется в виду Калифорнийская служба врачей (торговое название — Blue Shield of California). Если говорится «план» или «наш план», то имеется в виду план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Упомянутая в **разделе Е1** льгота на продукты питания и продовольственные товары является специальной дополнительной льготой для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Не все участники плана имеют право на ее получение. Право на получение льготы зависит от соответствия определению «участника с хроническим заболеванием». К хроническим заболеваниям, дающим право на получение льготы, относятся, помимо прочего: сердечно-сосудистые заболевания; хроническая сердечная недостаточность; сахарный диабет; избыточный вес, ожирение и метаболический синдром; хронические заболевания легких. Полный список хронических заболеваний, дающих право на получение льготы, и требования к участникам плана см. в *справочнике участника* плана.

В. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год

Очень важно, чтобы вы пересмотрели свое покрытие сейчас и убедились в том, что оно будет соответствовать вашим потребностям и в следующем году. Если наш план не соответствует вашим потребностям, вы можете выйти из него. Ознакомьтесь с информацией в **разделе Е**, чтобы узнать больше о том, как изменятся ваши льготы в следующем году.

Если вы решите покинуть наш план, ваше участие прекратится в последний день месяца, в котором был сделан соответствующий запрос. Вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, пока имеете на это право.

Если вы покидаете наш план, вы можете получить следующую информацию:

- варианты по программе Medicare в таблице в **разделе G2**;
- услуги и варианты по программе Medi-Cal в **разделе G2**.

В1. Информация о плане Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

- План Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan — это план медицинского страхования, работающий по договору с программами Medicare и Medi-Cal с целью предоставления своим участникам льгот по обеим программам.
- Если в данном *ежегодном уведомлении об изменениях* говорится «мы», «нас», «наш» или «наш план», то имеется в виду план Medicare Medi-Cal Plan.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



B2. Памятка

- **Проверьте, не были ли внесены изменения в льготы и затраты по нашему плану, которые могут вас касаться.**
 - Имеются ли какие-либо изменения, влияющие на услуги, которыми вы пользуетесь?
 - Изучите изменения в отношении льгот и затрат с целью удостовериться, что они будут подходить вам в следующем году.
 - См. **раздел E1** для ознакомления с изменениями в отношении льгот и затрат в рамках нашего плана.
- **Проверьте, появились ли какие-либо изменения в условиях страхового покрытия препаратов по нашему плану, которые могут вас касаться.**
 - Будут ли покрываться препараты, которые вы принимаете? Относятся ли они к другому уровню распределения затрат? Сможете ли вы пользоваться услугами тех же аптек? Будут ли внесены какие-либо изменения касательно получения предварительного разрешения, пошаговой терапии или ограничения количества?
 - Изучите изменения, чтобы удостовериться, что наше страховое покрытие по лекарственным препаратам будет подходить вам в следующем году.
 - См. **раздел E2** для ознакомления с изменениями в условиях страхового покрытия расходов на лекарственные препараты.
 - Стоимость ваших лекарственных препаратов могла вырасти по сравнению с прошлым годом.
 - Обсудите с вашим врачом более дешевые альтернативы, доступные вам, ведь на протяжении года это может существенно снизить ваши затраты собственных средств.
 - Помните о том, что льготы по вашему плану точно определяют, насколько могут измениться ваши собственные затраты на лекарственные препараты.
- **Проверьте, будут ли доступны ваши поставщики медицинских услуг и аптеки в нашей сети в следующем году.**
 - Входят ли в нашу сеть ваши врачи, в том числе специалисты узкого профиля? А ваша аптека? А больницы и другие поставщики, которых вы посещаете?
 - См. **раздел D** для получения информации о нашем *справочнике поставщиков услуг и аптек*.
- **Подумайте о суммарных расходах по плану.**
 - Каковыми будут ваши затраты собственных средств на услуги и препараты, которые вы получаете и принимаете регулярно?
 - Насколько отличаются общие затраты от других вариантов покрытия?

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



- **Подумайте о том, довольны ли вы нашим планом.**

Если вы решили остаться с планом Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan:

если вы хотите продолжить свое участие в плане в следующем году, то все просто — вам не нужно предпринимать какие-либо действия. Если вы не внесете изменения, то автоматически останетесь участником плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если вы решили сменить план страхования:

если вы решите, что другой план страхового покрытия лучше соответствует вашим потребностям, у вас будет возможность сменить план (для получения дополнительной информации см. **раздел G2**). Если вы зарегистрируетесь в новом плане или перейдете в программу Original Medicare, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца.

C. Изменения в наименовании нашего плана

С 1 января 2027 года наименование нашего плана меняется с Blue Shield TotalDual Plan на Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

В связи со сменой наименования плана вам не потребуется новая идентификационная карта участника Blue Shield. Сохраните свою текущую идентификационную карту участника Blue Shield и предъявляйте её при получении любых медицинских услуг или рецептурных лекарственных препаратов.

D. Изменения в перечне поставщиков услуг и аптек, входящих в нашу сеть

Сумма, которую вы оплачиваете за свои препараты, зависит от того, услугами какой аптеки вы пользуетесь. Наш план имеет сеть аптек. В большинстве случаев ваши рецептурные препараты будут покрываться *только* в том случае, если они будут получены по рецепту в одной из аптек, входящих в нашу сеть.

Мы внесли изменения в сети поставщиков услуг и аптек на 2027 год.

Рекомендуем вам ознакомиться со справочником поставщиков услуг и аптек на 2027 год, чтобы узнать, входят ли ваши поставщики медицинских услуг (поставщики первичных медицинских услуг, специалисты, больницы и т. д.) или аптека в нашу сеть. Обновленный *справочник поставщиков и аптек* можно найти на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов по любому из номеров, указанных внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о поставщиках услуг или попросить отправить *справочник поставщиков услуг и аптек* вам по почте.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Обратите внимание, что мы также можем вносить изменения в состав нашей сети на протяжении года. В случае выхода вашего поставщика медицинских услуг из нашего плана у вас есть определенные права и средства их защиты. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **главой 3** вашего *справочника участника* или позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному внизу страницы, чтобы получить помощь.

Е. Изменения льгот и затрат на следующий год

Е1. Изменения льгот и затрат на медицинские услуги

В следующем году мы изменим наше страховое покрытие в отношении определенных медицинских услуг и условия их оплаты. В приведенной далее таблице описаны данные изменения.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Безрецептурные товары (ОТС)	Ежеквартально вам предоставляется пособие в размере \$120 на покрываемые товары. Каждый квартал вы можете сделать два заказа. Неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал.	Вам предоставляется комбинированное пособие в размере \$240 за квартал на приобретение соответствующих требованиям товаров ОТС, а также полезных и питательных продуктов питания и продовольственных товаров (при условии соблюдения соответствующих квалификационных требований). Вы вправе продолжить оформление заказов на покрываемые товары ОТС через каталог товаров ОТС — онлайн или по телефону. Кроме того, вы можете использовать карту Flex Card непосредственно в торговых точках розничной сети, сотрудничающих с планом. Неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Могут применяться некоторые ограничения. См. раздел F для получения дополнительной информации об административных изменениях.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Годовое ограничение затрат собственных средств	\$9,250 После того, как сумма ваших затрат собственных средств на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В, составит \$9,250, вы освобождаетесь от дальнейшей оплаты таких услуг до конца календарного года. Если вы имеете право на участие в обеих программах — Medicare и Medi-Cal (Medicaid), — вы не несете ответственности за оплату любых затрат из личных средств в счет максимальной годовой суммы затрат собственных средств на услуги, покрываемые по Части А и Части В.	\$9,850 После того, как сумма ваших затрат собственных средств на оплату услуг, покрываемых по Части А и Части В, составит \$9,850, вы освобождаетесь от дальнейшей оплаты таких услуг до конца календарного года. Если вы имеете право на участие в обеих программах — Medicare и Medi-Cal (Medicaid), — вы не несете ответственности за оплату любых затрат из личных средств в счет максимальной годовой суммы затрат собственных средств на услуги, покрываемые по Части А и Части В.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, входящего в сеть плана)*	Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за оправы для очков (при обычной розничной стоимости до \$365) один раз в 12 месяцев. Если вы выбираете оправы для очков по цене выше \$365 , вы должны оплатить разницу в цене.	Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за оправы для очков (при обычной розничной стоимости до \$500) один раз в 12 месяцев. Если вы выбираете оправы для очков по цене выше \$500 , вы должны оплатить разницу в цене.
	Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за одну пару линз для очков по рецепту (независимо от размера и оптической силы) ИЛИ за контактные линзы (стоимостью до \$365 , включая услуги и материалы для контактных линз) один раз в 12 месяцев. Если цена услуг и материалов превышает \$365 , вы должны оплатить разницу в цене.	Если вы пользуетесь услугами поставщика, входящего в сеть плана, вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за одну пару линз для очков по рецепту (независимо от размера и оптической силы) ИЛИ за контактные линзы (стоимостью до \$500 , включая услуги и материалы для контактных линз) один раз в 12 месяцев. Если цена услуг и материалов превышает \$500 , вы должны оплатить разницу в цене.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Офтальмологические услуги, не покрываемые Medicare (полученные у поставщика, не входящего в сеть плана)*	Вам возмещается до \$30 за одно обследование каждый год. Вам возмещается до \$35 за одну оправу для очков каждый год. Вам возмещается до \$35 за одну пару рецептурных линз для очков (независимо от размера и оптической силы) ИЛИ за контактные линзы каждый год.	Офтальмологическое обслуживание, оказанное поставщиками услуг, не входящими в сеть плана, не подлежит страховому покрытию.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Плановые стоматологические услуги (не покрываемые программой Medicare) (продолжение см. на следующей странице)	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0364 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с ограниченной областью обзора — менее одной челюсти целиком), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0364 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с ограниченной областью обзора — менее одной челюсти целиком) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0365 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — нижняя челюсть), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0365 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — нижняя челюсть) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0366 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — верхняя челюсть, с захватом черепа или без такового), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0366 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — верхняя челюсть, с захватом черепа или без такового) составляет \$0.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Плановые стоматологические услуги (не покрываемые программой Medicare) (продолжение см. на следующей странице)	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0367 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости обеих челюстей, с захватом или без захвата черепа), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0367 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости обеих челюстей, с захватом или без захвата черепа) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0368 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии для серии снимков височно-нижнечелюстного сустава [ВНЧС], включающей два и более снимка), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0368 (получение и интерпретация данных конусно-лучевой компьютерной томографии для серии снимков височно-нижнечелюстного сустава [ВНЧС], включающей два и более снимка), составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0380 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с ограниченной областью обзора — менее одной челюсти целиком), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0380 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с ограниченной областью обзора — менее одной челюсти целиком) составляет \$0.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Плановые стоматологические услуги (не покрываемые программой Medicare) (продолжение см. на следующей странице)	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0381 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — нижняя челюсть), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0381 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — нижняя челюсть) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0382 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — верхняя челюсть, с захватом черепа или без такового), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0382 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости в одну полную зубную дугу — верхняя челюсть, с захватом или без захвата черепа) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D0383 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости обеих челюстей, с захватом или без захвата черепа), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D0383 (получение данных конусно-лучевой компьютерной томографии с зоной видимости обеих челюстей, с захватом или без захвата черепа) составляет \$0.
	Процедура, предусмотренная кодом ADA D4263 (трансплантация костного заменяющего материала — в области сохранившегося естественного зуба — первый сегмент в квадранте), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D4263 (трансплантация костного заменяющего материала — в области сохранившегося естественного зуба — первый сегмент в квадранте) составляет \$0.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Плановые стоматологические услуги (не покрываемые программой Medicare) (продолжение)	Процедура, предусмотренная кодом ADA D4264 (трансплантация костного заменяющего материала — в области сохранившегося естественного зуба — каждый дополнительный сегмент в квадранте), не подлежит страховому покрытию. Процедура, предусмотренная кодом ADA D7953 (трансплантация костного заменяющего материала — для сохранения альвеолярного гребня — за один сегмент), не подлежит страховому покрытию. Процедура, предусмотренная кодом ADA D9211 (регионарная блокада/проводниковая анестезия), не подлежит страховому покрытию. Процедура, предусмотренная кодом ADA D9212 (блокада ветвей тройничного нерва), не подлежит страховому покрытию. Процедура, предусмотренная кодом ADA D9215 (местная анестезия, применяемая в сочетании с оперативными или хирургическими вмешательствами), не подлежит страховому покрытию.	Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D4264 (трансплантация костного заменяющего материала — в области сохранившегося естественного зуба — каждый дополнительный сегмент в квадранте) составляет \$0. Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D7953 (трансплантация костного заменяющего материала — для сохранения альвеолярного гребня — за один сегмент) составляет \$0. Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D9211 (регионарная блокада/проводниковая анестезия) составляет \$0. Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D9212 (блокада ветвей тройничного нерва) составляет \$0. Размер доли в совместной оплате за процедуру по коду ADA D9215 (местная анестезия, применяемая в сочетании с оперативными или хирургическими вмешательствами) составляет \$0.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение см. на следующей странице)	Продукты питания и продовольственные товары: Ежемесячно вам предоставляется пособие в размере \$60 на приобретение полезных и питательных продуктов питания. Неиспользованная часть ежемесячного пособия не переносится на следующий месяц. Это специальная дополнительная льгота для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI), для получения которой необходимо соответствовать определенным критериям. Не все участники плана имеют право на ее получение. Для получения этой льготы у вас должно быть одно или несколько хронических нарушений, соответствующих критериям.	Продукты питания и продовольственные товары: Вам предоставляется комбинированное пособие в размере \$240 за квартал на приобретение полезных и питательных продуктов питания и продовольственных товаров (при условии соблюдения соответствующих квалификационных требований), а также безрецептурных препаратов и товаров (Over-the-Counter, OTC). Неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Льгота на продукты питания и продовольственные товары является специальной дополнительной льготой для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI), для получения которой необходимо соответствовать определенным критериям. Не все участники плана имеют право на ее получение. Для получения этой льготы у вас должно быть одно или несколько хронических нарушений, соответствующих критериям.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Помощь при определенных хронических заболеваниях (продолжение)	План определит, имеете ли вы право на льготу на продукты питания и продовольственные товары, на основании информации, полученной от вашего врача, или путем обращения к вашему врачу для получения подписанного заключения о вашем хроническом заболевании, соответствующем критериям. Дополнительные сведения см. в <i>справочнике участника</i> плана.	План определит, имеете ли вы право на льготу на продукты питания и продовольственные товары, на основании информации, полученной от вашего врача, или путем обращения к вашему врачу для получения подписанного заключения о вашем хроническом заболевании, соответствующем критериям. Дополнительные сведения см. в <i>справочнике участника</i> плана. См. раздел F для получения дополнительной информации об административных изменениях.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Транспортировка: транспортировка по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства	Вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за 48 поездок в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 48 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal.	Вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за 24 поездки в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 24 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Транспортировка: услуги по транспортировке, не связанные с медицинскими показаниями	Вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за 48 поездок в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 48 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal.	Вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за 24 поездки в одну сторону в год в утвержденные планом медицинские учреждения в случае транспортировок по медицинским показаниям, не требующим экстренного вмешательства, и не связанных с медицинскими показаниями транспортировок. Каждая поездка не может превышать 70 миль. После использования 24 поездок в одну сторону поездки в одобренные учреждения в неограниченном количестве покрывает программа Medi-Cal.
Услуги по купированию и лечению хронической боли	Вы платите долю в совместной оплате в размере \$0 за услуги по купированию и лечению хронической боли. Доля в распределении затрат в рамках этих услуг может варьироваться в зависимости от индивидуальных услуг, предоставляемых в ходе лечения.	Услуги по купированию и лечению хронической боли не покрываются.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Е2. Изменения в покрытии препаратов

Изменения в нашем *перечне препаратов*

Наш *перечень покрываемых препаратов* также называется «фармакологическим справочником» или «*перечнем препаратов*». Копия нашего *перечня препаратов* доступна для ознакомления онлайн по адресу blueshieldca.com/medformulary2027.

Мы внесли изменения в наш *перечень препаратов*, которые могут предусматривать исключение или добавление препаратов, изменения в перечне покрываемых препаратов, а также изменения в ограничениях, распространяющихся на покрытие определенных препаратов, или перевод их на другой уровень распределения затрат.

Ознакомьтесь с *перечнем препаратов*, чтобы **удостовериться, что ваши препараты будут покрываться страховкой в следующем году**, и узнать, предусмотрены ли какие-либо ограничения или переведен ли ваш препарат на другой уровень распределения затрат.

Большинство изменений в *перечне препаратов* вносятся в начале каждого года. Тем не менее, мы можем вносить другие изменения в течение календарного года, разрешенные программой Medicare и (или) штатом, которые могут затрагивать принимаемые вами препараты. Для предоставления наиболее актуального *перечня препаратов* мы обновляем его онлайн-версию не реже одного раза в месяц. Если внесенные изменения коснутся принимаемого вами препарата, мы отправим вам соответствующее уведомление.

Если изменения в покрытии препаратов затрагивают вас, мы рекомендуем вам предпринять следующие действия.

- Попросите вашего врача (или другого медицинского работника, выписывающего препараты) подобрать другой лекарственный препарат, который мы покрываем.
 - Позвоните в отдел обслуживания клиентов по любому из номеров, указанных внизу страницы, или свяжитесь с вашим координатором медицинского обслуживания и попросите предоставить вам *перечень покрываемых препаратов*, предназначенных для лечения того же заболевания.
 - Данный перечень поможет вашему поставщику услуг подобрать покрываемый препарат, который может вам подойти.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



- Попросите вашего врача (или другого медицинского работника, выписывающего препараты) подать запрос на предоставление страхового покрытия препарата в порядке исключения.
 - Запросить исключение необходимо до начала следующего года. Мы предоставим вам ответ в течение 72 часов после получения вашего запроса (или заключения медицинского работника, выписывающего препараты).
 - Чтобы узнать, как подать запрос о предоставлении исключения, ознакомьтесь с **главой 9** вашего *справочника участника* или позвоните в отдел обслуживания клиентов по любому из номеров, указанных внизу страницы.
 - Если вам необходима помощь в подаче запроса о предоставлении исключения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов или к вашему координатору медицинского обслуживания. Ознакомьтесь с информацией в **главах 2 и 3** вашего *справочника участника*, чтобы узнать о том, как связаться с вашим координатором медицинского обслуживания.
- Попросите нас покрыть расходы на временный запас лекарственного препарата.
 - В некоторых случаях мы покрываем расходы на **временный** запас лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
 - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней (чтобы узнать, когда вы можете получить временный запас препарата и как его запросить, ознакомьтесь с информацией в **главе 5** вашего *справочника участника*).
 - При получении временного запаса лекарственного препарата обсудите со своим врачом ваши действия после того, как этот запас будет исчерпан. Вы можете перейти на прием другого препарата, покрываемого нашим планом, или попросить нас в порядке исключения покрыть расходы на текущий лекарственный препарат.
 - Исключения из фармакологического справочника утверждаются на срок до окончания страхового года плана. Проверьте в вашем уведомлении об одобрении исключения из фармакологического справочника точную дату окончания его срока действия. Если срок вашего одобрения

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



истекает, и вы желаете продолжить получать лекарственный препарат, необходимо подать новый запрос на предоставление исключения из фармакологического справочника.

Изменения в расходах на препараты

Поскольку вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, вы получаете помощь по программе предоставления дополнительной помощи от Medicare в оплате ваших препаратов по Части D программы Medicare. Мы направили вам отдельный вкладыш — «Свидетельство страхового покрытия для лиц, получающих дополнительную помощь в оплате рецептурных препаратов» (также известное как «Программа субсидирования для малообеспеченных лиц» [Low Income Subsidy Rider] или «Листок LIS» [LIS Rider]), — в котором рассказывается о вашем страховом покрытии на препараты. Если у вас нет этого вкладыша, позвоните в отдел обслуживания клиентов и попросите предоставить «Листок LIS».

В рамках нашего плана существует два уровня оплаты препаратов по Части D программы Medicare. Сумма, которую вы должны заплатить, зависит от уровня предоставляемой вам помощи по программе предоставления дополнительной помощи, а также от того, на каком уровне вы находитесь на момент получения или повторного получения препарата по рецепту. Существует два уровня:

Уровень 1 Уровень начального покрытия	Уровень 2 Уровень критического покрытия
На этом уровне наш план оплачивает часть стоимости ваших препаратов, при этом вы оплачиваете свою долю. Ваша доля называется доплатой. Этот уровень начинается, когда вы впервые получаете препарат по рецепту в текущем году.	На этом уровне план оплачивает все расходы на ваши препараты вплоть до 31 декабря 2027 года. Этот уровень начинается после того, как вы уже понесли определенную сумму затраты собственных средств.

Уровень начального покрытия заканчивается, когда общая сумма ваших затрат собственных средств на оплату препаратов достигает **\$2,400**. С этого момента начинается уровень критического покрытия. После этого наш план покрывает полную стоимость ваших препаратов до конца текущего года. Ознакомьтесь с **главой 6** вашего *справочника участника*, чтобы узнать о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



В рамках программы скидок производителей лекарственных средств производители лекарственных средств оплачивают часть полной стоимости по нашему плану за покрываемые по Части D патентованные лекарственные препараты и биологические препараты на уровнях начального и критического покрытия. Скидки, оплачиваемые производителями в рамках программы скидок производителей лекарственных средств, не учитываются в сумме затрат собственных средств.

Е3. Уровень 1. «Уровень начального покрытия»

На уровне начального покрытия наш план покрывает долю затрат ваших рецептурных препаратов, при этом вы оплачиваете свою долю. Ваша доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, к какому уровню распределения затрат относится препарат, а также от того, где вы его получаете. Вы вносите доплату каждый раз, когда получаете препараты по рецепту. Если цена покрываемого препарата меньше размера доплаты, то вы платите меньшую сумму.

Мы перенесли некоторые препараты, включенные в *перечень препаратов*, на более низкий или более высокий уровень распределения затрат. Если препараты, которые вы принимаете, были перенесены на другой уровень, это может повлиять на размер вашей доплаты. Чтобы узнать, относятся ли ваши препараты к другому уровню, найдите их в *перечне препаратов*.

В следующей таблице представлены ваши расходы на месячный запас препарата, получаемый во входящей в сеть плана аптеке, со стандартной долей в совместной оплате для каждого из пяти уровней лекарственных препаратов. Указанные суммы применимы **только** на уровне начального покрытия.

Большинство вакцин по Части D для взрослых покрываются бесплатно. Для получения информации о поставках на длительный срок или о доставке рецептурных препаратов на дом ознакомьтесь с **разделом D главы 6** вашего *справочника участника*.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Препараты Уровня 1 <i>(Предпочтительные непатентованные препараты)</i> Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 1, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана	Ваша доля в совместной оплате за месячный запас (30 дней) составляет \$0.	Ваша доля в совместной оплате за месячный запас (30 дней) составляет \$0.
Препараты Уровня 2 <i>(Непатентованные препараты)</i> Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 2, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана	Ваша доля в совместной оплате за месячный запас (30 дней) составляет \$0.	Ваша доля в совместной оплате за месячный запас (30 дней) составляет \$0.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Препараты Уровня 3 (Предпочтительные патентованные препараты) Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 3, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана	Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$5.10, или \$12.65.	При условии получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи сумма ваших расходов составит: За покрываемые непатентованные препараты (включая патентованные препараты, приравниваемые к непатентованным) — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$1.65, или • \$5.80 За все прочие покрываемые препараты — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$5.00, или • \$14.40 Для каждого покрываемого инсулинового препарата, относящегося к данному уровню, сумма ваших расходов при условии получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи составит от \$0.00 до \$14.40 в расчете на месячный запас препарата. Если вы не соответствуете критериям для получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи, сумма ваших расходов не превысит \$35.00 за месячный запас, \$70 за двухмесячный запас или \$105 за трехмесячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата данного уровня. В отношении каждого покрываемого неинсулинового препарата данного уровня размер вашей доли в совместном страховании составит 17%. Размер доплаты за препараты может меняться в зависимости от объема помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи. Обратитесь за разъяснением к сотрудникам плана.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Препараты Уровня 4 (Непредпочтительные препараты) Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 4, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана	Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$5.10, или \$12.65.	При условии получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи сумма ваших расходов составит: За покрываемые непатентованные препараты (включая патентованные препараты, приравниваемые к непатентованным) — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$1.65, или • \$5.80 За все прочие покрываемые препараты — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$5.00, или • \$14.40 Для каждого покрываемого инсулинового препарата, относящегося к данному уровню, сумма ваших расходов при условии получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи составит от \$0.00 до \$14.40 в расчете на месячный запас препарата. Если вы не соответствуете критериям для получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи, сумма ваших расходов не превысит \$35.00 за месячный запас, \$70.00 за двухмесячный запас или \$105.00 за трехмесячный запас каждого покрываемого инсулинового препарата данного уровня. В отношении каждого покрываемого неинсулинового препарата данного уровня размер вашей доли в совместном страховании составит 17%. Размер доплаты за препараты может меняться в зависимости от объема помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи. Обратитесь за разъяснением к сотрудникам плана.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Препараты Уровня 5 (Препараты специального уровня) Стоимость месячного запаса лекарственного препарата Уровня 5, получаемого в аптеке, входящей в сеть плана	Ваша доплата за месячный запас (30 дней) составляет \$0, \$5.10, или \$12.65.	При условии получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи сумма ваших расходов составит: За покрываемые непатентованные препараты (включая патентованные препараты, приравняемые к непатентованным) — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$1.65, или • \$5.80 За все прочие покрываемые препараты — одно из следующих значений: • \$0.00, или • \$5.00, или • \$14.40 Если вы не соответствуете критериям для получения помощи по программе предоставления дополнительной помощи, размер вашей доли в совместном страховании не превысит 25% за каждый покрываемый препарат данного уровня. Размер доплаты за препараты может меняться в зависимости от объема помощи, которую вы получаете по программе предоставления дополнительной помощи. Обратитесь за разъяснением к сотрудникам плана.

Уровень начального покрытия заканчивается, когда ваши затраты собственных средств достигнут суммы **\$2,400**. С этого момента начинается уровень критического покрытия. После этого план покрывает полную стоимость ваших препаратов до конца текущего года. План покрывает полную стоимость ваших препаратов по Части D до конца текущего года. Ознакомьтесь с **главой 6** вашего *справочника участника*, чтобы узнать о том, сколько вы будете платить за рецептурные препараты.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Е4. Уровень 2. «Уровень критического покрытия»

Как только ваши затраты собственных средств на препараты достигнут суммы **\$2,400**, начнется уровень критического покрытия, на котором вы не будете платить за лекарства по Части D. Вы останетесь на уровне критического покрытия до конца календарного года.

Дополнительная информация о ваших расходах на уровне критического покрытия приведена в **главе 6**.

Г. Административные изменения

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Порядок использования карты Flex Card для получения следующих льгот подлежит изменению: • безрецептурные товары (Over-the-Counter, OTC), • не покрываемые программой Medicare услуги по охране слуха, и • продукты питания и продовольственные товары по программе SSBCI (при соблюдении требований).	Администрирование ваших льгот по предоставлению товаров OTC осуществляется компанией CVS. Вы можете разместить заказы на покрываемые товары OTC через каталог товаров OTC. Администрирование ваших льгот по предоставлению не покрываемых программой Medicare услуг по охране слуха, а также продуктов питания и продовольственных товаров по программе SSBCI (при соблюдении требований) осуществляется компанией Optum Financial, Inc.	Администрирование ваших льгот по карте Flex Card, предоставлению не покрываемых программой Medicare услуг по охране слуха, товаров OTC, а также продуктов питания и продовольственных товаров по программе SSBCI (при соблюдении требований) будет осуществляться компанией PayForward. Вам будет направлено руководство для участника вместе с каталогом, содержащим инструкции по получению товаров OTC. Руководство для участника будет также содержать инструкции о порядке получения льгот на не покрываемые программой Medicare услуги по охране слуха, а также продукты питания и продовольственные товары по программе SSBCI (при соблюдении требований).

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



G. Выбор плана

G1. Продолжение участия в нашем плане

Мы надеемся, что вы останетесь в нашем плане и в следующем году. Вам не нужно предпринимать какие-либо действия, чтобы оставаться его участником. Если вы не зарегистрируетесь в другом плане Medicare или не перейдете в программу Original Medicare, вы автоматически останетесь участником нашего плана на 2027 год.

G2. Смена плана

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенные периоды года.

Кроме того, вы можете прекратить свое участие в нашем плане в указанные ниже периоды.

- **Открытый период регистрации** длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- **Открытый период регистрации в плане Medicare Advantage (MA)** длится с 1 января по 31 марта. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.
- Поскольку вы участвуете в программе Medi-Cal, у вас есть несколько вариантов прекратить участие в нашем плане в любой месяц года.

Возможны и другие ситуации, когда вы имеете право сменить план, в котором вы зарегистрированы. К примеру, если:

- вы переехали из нашей зоны обслуживания;
- изменилось ваше право на участие в Medi-Cal или программе предоставления дополнительной помощи; **или**
- вы недавно поступили в учреждение или в настоящее время получаете обслуживание в нем (например, в учреждении квалифицированного сестринского ухода или больнице долгосрочного ухода). Если вы недавно выписались из учреждения, вы можете сменить план или перейти в программу Original Medicare в течение двух полных месяцев после месяца, в котором вы выписались.

Ваши услуги по программе Medicare

У вас есть три варианта получения услуг по программе Medicare, перечисленных ниже, в любой месяц года. Кроме того, в течение определенных периодов года, включая **открытый период регистрации и открытый период регистрации в плане Medicare Advantage** или другие ситуации, описанные в **разделе G2**, вы можете воспользоваться дополнительной возможностью, как это указано ниже. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



1. Вы можете перейти в:

план Medi-Medi Plan — это один из видов плана Medicare Advantage Plan. Он предназначен для людей, которые являются участниками и Medicare, и Medi-Cal, и объединяет льготы по программам Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi Plan координируют все льготы и услуги по обеим программам, включая все услуги, покрываемые по Medicare и Medi-Cal, или план по программе комплексного обслуживания для пожилых людей (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), если вы соответствуете критериям.

Примечание. Термин Medi-Medi Plan — это название интегрированных планов для лиц с особыми медицинскими потребностями, имеющих право на участие в двух программах страхования (dual eligible special needs plan, D-SNP) в штате Калифорния.

Далее приведена информация, как это сделать:

Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

По вопросам, связанным с Программой комплексного обслуживания для пожилых людей (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223).

Если вам необходима помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

или

Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана Medi-Medi Plan.

После начала действия страхового покрытия по вашему новому плану вы будете автоматически исключены из нашего плана. Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с планом Medi-Medi Plan.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



2. Вы можете перейти в: программу Original Medicare с отдельным планом страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare	Далее приведена информация, как это сделать: Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Если вам необходима помощь или дополнительная информация: • Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ИЛИ Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare. После начала действия вашего страхового покрытия по программе Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана. Если вы не запросите изменения, ваш план Medi-Cal не изменится.
---	--

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



3. Вы можете перейти в:

программу Original Medicare без отдельного плана лекарственного обеспечения Medicare, если у вас есть уважительная причина для прекращения участия

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы переходите в программу Original Medicare и не регистрируетесь в отдельном плане страхового покрытия рецептурных препаратов по программе Medicare, то программа Medicare может зарегистрировать вас в плане страхового покрытия рецептурных препаратов, кроме тех случаев, когда вы попросите программу Medicare этого не делать.

Вам следует отказаться от страхового покрытия лекарственных препаратов только в том случае, если вы получаете страховое покрытие из другого источника, например, от работодателя или профсоюза. При наличии у вас вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

Далее приведена информация, как это сделать:

Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Если вам необходима помощь или дополнительная информация:

- Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

После начала действия вашего страхового покрытия по программе Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.

Если вы не запросите изменения, ваш план Medi-Cal не изменится.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



4. Вы можете перейти в: любой план медицинского страхования Medicare в определенные периоды года, включая открытый период регистрации и открытый период регистрации в плане Medicare Advantage в других ситуациях, описанных в разделе G2.	Далее приведена информация, как это сделать: Позвоните сотрудникам программы Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного обслуживания для пожилых людей (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Если вам необходима помощь или дополнительная информация: Позвоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по номеру 1-800-434-0222. Звонки принимаются с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. или Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare. После начала действия страхового покрытия по вашему новому плану вы будете автоматически исключены из нашего плана Medicare. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.
---	--

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



Ваши услуги по программе Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы касательно выбора плана Medi-Cal и получения услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане обратитесь в программу выбора медицинского обслуживания (Health Care Options, HCO) по телефону 1-800-430-4263 с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 6 р.м. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-800-430-7077. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия по программе Medi-Cal.

Н. Получение помощи

Н1. Наш план

Мы с радостью ответим на любые ваши вопросы. Звоните в отдел обслуживания клиентов — его телефонные номера и режим работы указаны внизу страницы. Звонки на эти телефонные номера бесплатны.

Внимательно прочитайте *справочник участника*

Справочник участника является юридическим документом, в котором содержится подробное описание льгот, предоставляемых нашим планом. В нем представлена подробная информация о льготах и затратах на 2027 год. Также в нем разъясняются ваши права и правила, которые вы должны соблюдать, чтобы получать услуги и препараты, которые мы покрываем.

Справочник участника на 2027 год будет доступен не позднее 15 октября. Актуальная версия *справочника участника* доступна на нашем веб-сайте по адресу blueshieldca.com/DSNPdocuments2027. Вы также можете позвонить в отдел обслуживания клиентов по любому из номеров, указанных внизу страницы, и попросить отправить *справочник участника* на 2027 год вам по почте.

Наш веб-сайт

Вы можете посетить наш веб-сайт, перейдя по ссылке blueshieldca.com/DSNP2027. Напоминаем, что на веб-сайте представлена самая актуальная информация о нашей сети поставщиков услуг и аптек (*справочник поставщиков услуг и аптек*), а также о нашем *перечне препаратов (перечень покрываемых препаратов)*.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



H2. Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Вы также можете позвонить в Программу штата по оказанию помощи в предоставлении медицинского страхования (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). В Калифорнии программа SHIP известна под названием Программа консультирования и защиты интересов в сфере медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Консультанты HICAP помогут вам разобраться в выборе планов и ответят на вопросы о смене планов. Программа HICAP не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. HICAP предоставляет услуги своих консультантов во всех округах, причем полностью бесплатно. Номер телефона HICAP: 1-800-434-0222. Чтобы получить дополнительную информацию или найти местное представительство HICAP в вашем регионе, посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Программа омбудсмена

Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) может помочь вам, если у вас возникнут проблемы с нашим планом. Услуги омбудсмена бесплатны и доступны на всех языках. Программа омбудсмена Medicare Medi-Cal:

- отвечает на вопросы при наличии у вас проблем или жалоб и помогает вам понять, какими должны быть дальнейшие действия;
- следит за тем, чтобы у вас имелась информация о ваших правах и средствах защиты, а также о способах решения ваших проблем;
- не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. В программу омбудсмена Medicare Medi-Cal можно позвонить по номеру 1-855-501-3077.

H4. Программа Medicare

Чтобы получить информацию непосредственно от программы Medicare:

- Позвоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Звонки принимаются круглосуточно, без выходных. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Воспользуйтесь функцией чата в режиме реального времени на веб-странице www.Medicare.gov/talk-to-someone.

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



- Напишите в программу Medicare, отправив письмо по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Веб-сайт Medicare

Вы можете посетить веб-сайт Medicare (www.medicare.gov). Если вы решите выйти из нашего плана и зарегистрироваться в другом плане Medicare, на веб-сайте Medicare представлена информация о расходах, страховом покрытии и оценках качества, которая поможет вам сравнить разные планы между собой.

Вы можете найти информацию о планах Medicare, доступных в вашем регионе, с помощью инструмента поиска планов Medicare на веб-сайте Medicare (для ознакомления с информацией о планах перейдите по ссылке www.medicare.gov и нажмите на пункт «Поиск планов» [Find plans]).

Справочник «Medicare и вы» на 2027 год

Вы можете ознакомиться со справочником «Medicare и вы» на 2027 год. Ежегодно осенью данный буклет отправляют участникам программы Medicare. В нем представлен краткий обзор льгот, прав и средств защиты по программе Medicare, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Справочник также доступен на испанском, китайском и вьетнамском языках.

Если у вас нет экземпляра этого справочника, вы можете получить его на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) или позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

Н5. Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния

Деятельность планов медицинского страхования находится в ведении Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния. Если у вас есть претензия в отношении вашего плана медицинского страхования, вам следует позвонить напрямую в ваш план по номеру **1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711)** и воспользоваться процедурой урегулирования претензий вашего плана до обращения в Департамент. Такой порядок действий не лишает вас законных прав и имеющихся средств защиты. Если вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой вас не устраивает, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, вы можете обратиться в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). IMR представляет собой объективную оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера и споров, касающихся оплаты экстренной и неотложной медицинской помощи. В Департаменте также имеется номер телефона для бесплатных звонков (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента (www.dmh.ca.gov) имеются бланки жалоб, формы заявлений на проведение экспертизы IMR и инструкции по их заполнению.

Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **главой 9 раздела F4** вашего справочника участника.

H6. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это вариант оплаты, который позволяет управлять своими затратами собственных средств на лекарства, покрываемые нашим планом, путем их распределения в течение календарного года (с января по декабрь) в виде ежемесячных платежей. Этим вариантом оплаты может пользоваться любой участник, у которого есть план страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare или план медицинского страхования Medicare со страховым покрытием рецептурных препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием препаратов). Если вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов в рамках программы Medicare и не меняете свой план страхового покрытия по Части D, вам не нужно предпринимать никаких действий, чтобы продолжать пользоваться этим вариантом оплаты в 2027 году. Этот вариант оплаты может помочь вам управлять своими расходами, но он не экономит вам деньги и не снижает общую суммы ваших затрат собственных средств на препараты.

Программа предоставления дополнительной помощи от Medicare, помощь от программы фармацевтической поддержки вашего штата (State's Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) и программа помощи в приобретении лекарств для лечения СПИДа (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) для тех, кто имеет на это право, являются более выгодными, чем участие в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. Для получения дополнительной информации об этой программе свяжитесь с нами по телефону, указанному внизу этой страницы, или посетите веб-сайт www.medicare.gov.

Заявление о раскрытии информации в контексте закона PRA. В соответствии с законом «О сокращении бумажного документооборота» (Paperwork Reduction Act) 1995 года, вы не обязаны отвечать на запросы о сборе информации, если на документе не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для сбора этой информации: 0938-1444. Если у вас есть комментарии относительно точности расчета времени или предложения по усовершенствованию этой формы, напишите нам по адресу: CMS, 7500 Security

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711) ежедневно с 8:00 a.m. до 8:00 p.m. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт blueshieldca.com/medicare.



*Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland
21244-1850*

При возникновении вопросов звоните в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan по номеру 1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711) ежедневно с 8:00 а.м. до 8:00 р.м. по тихоокеанскому времени (PT). Этот звонок бесплатный. **Для получения более подробной информации** посетите веб-сайт [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare).





blueshieldca.com/medicare

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