



# Կարևոր տեղեկատվություն

Medicare-ի դեղերի և առողջապահական պլանի  
փոփոխությունների մասին

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), California Physicians' Service-ի կողմից առաջարկվող Medicare Medi-Cal ծրագիր (dba Blue Shield of California)**

**2025 թ. փոփոխությունների տարեկան ծանուցում**

**Ներածություն**

Դուք ներկայումս անդամագրված եք մեր ծրագրին: Հաջորդ տարի որոշ փոփոխություններ կլինեն մեր նպաստների, ապահովագրության, կանոնների և ծախսերի մեջ: Տվյալ *Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցումը* ներկայացնում է փոփոխությունները և նկարագրում, թե որտեղ կարելի է լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել դրանց մասին: Ծախսերի, նպաստների կամ կանոնների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար խնդրում ենք ծանոթանալ *Անդամի տեղեկագրքին*, որը կարելի է գտնել մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024) հասցեով: Հիմնական եզրույթները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով՝ *Անդամի տեղեկագրքի* վերջին գլխում:

**Լրացուցիչ աղբյուրներ**

- Այս փաստաթուղթն անվճար է և հասանելի արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, պարզեցված չինարեն, ավանդական չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն և վիետնամերեն լեզուներով:
- Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս Փոփոխությունների վերաբերյալ տարեկան ծանուցումը նաև այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Այս գանգն անվճար է:
  - Եթե ցանկանում եք Ձեր ծրագրի նյութերը ստանալ առցանց, մուտք գործեք Ձեր հաշիվ՝ [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) հղմամբ, սեղմեք *Իմ հատկագիրը*՝ Ձեր անվան սկզբնատառերի ներքևում գտնվող վերևի աջ անկյունում, անցեք «Հաղորդակցման նախապատվություններ» բաժինը և որպես առաքման նախապատվություն ընտրեք «Էլեկտրոնային առաքում» տարբերակը: Եթե հաշիվ չունեք, անցեք հետևյալ հղմամբ՝ [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login), սեղմեք «Հաշիվ ստեղծել» կոճակը, ստեղծեք Ձեր հաշիվը, ինչից հետո կարող եք ընտրել առաքման Ձեր նախընտրելի տարբերակը:
  - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն: Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը կպահպանվեն՝ հետագա հաղորդակցության ընթացքում օգտագործելու համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

OMB-ի հաստատում 0938-1444 (Ուժի մեջ է մինչև 2026թ. հունիսի 30-ը)

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



- **Այլ լեզուներ**

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը և ծրագրի այլ նյութեր այլ լեզուներով: Blue Shield TotalDual Plan-ը տրամադրում է գրավոր թարգմանություններ որակավորված թարգմանիչների կողմից: Չանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711): Հեռախոսազանգն անվճար է: Ուսումնասիրեք Ձեր Անդամի տեղեկագիրքը՝ առողջապահական խնամքի լեզվական օգնության ծառայությունների, ինչպես օրինակ՝ բանավոր թարգմանիչների և թարգմանչական ծառայությունների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

- **Այլ ձևաչափեր**

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս տեղեկատվությունն այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ բրայլյան այբուբենով, խոշոր տպագիր տառերով, որի չափը կազմում է 20, աուդիո և մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափերով: Չանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711): Հեռախոսազանգն անվճար է:



- **Բանավոր թարգմանչի ծառայություններ**

Blue Shield TotalDual Plan-ը Ձեզ անվճար բանավոր թարգմանչական ծառայություններ է տրամադրում, ներառյալ ժեստերի լեզու որակավորված թարգմանչի կողմից՝ 24-ժամյա հիմունքներով: Պարտավոր չեք որպես բանավոր թարգմանիչ օգտվել ընտանիքի անդամից կամ ընկերից: Մենք խորհուրդ չենք տալիս օգտագործել անչափահասներին որպես թարգմանիչներ, բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների: Բանավոր թարգմանչի, լեզվաբանական և մշակութային ծառայություններն անվճար հասանելի են: Օգնությունը հասանելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Ձեր լեզվով օգնություն ստանալու կամ որևէ այլ լեզվով փոփոխությունների այս տարեկան ծանուցումը ստանալու համար զանգահարեք Blue Shield TotalDual Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711): Հեռախոսազանգն անվճար է:

**ATTENTION:** If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.



**الشعار بالعربية (Arabic)** يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

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

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



**हिन्दी टैगलाइन (Hindi)** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

**Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)** 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)** 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ  
ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ  
1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການ  
ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ  
ແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh 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 hluo  
mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se  
mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx  
1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih  
gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc  
cuotv nyaanh oc.

**ប្តូរសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖**  
បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ  
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សំរាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)** توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های 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). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga 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.



## Բովանդակություն

A. Ազատում պատասխանատվությունից .....	10
B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծածկույթի վերանայում .....	10
B1. Տեղեկություններ Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին .....	11
B2. Կարևոր անելիքներ .....	11
C. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին .....	13
D. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ .....	13
D1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ .....	13
D2. Փոփոխություններ դեղատոմսով տրամադրվող դեղերի ծածկույթում .....	20
E. Վարչական փոփոխություններ .....	25
F. Ծրագրի ընտրությունը .....	26
F1. Մեր ծրագրում մնալը .....	26
F2. Ծրագրի փոփոխություն .....	26
G. Օգնության տրամադրում .....	32
G1. Մեր ծրագիրը .....	32
G2. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվություն և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP) .....	32
G3. Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր .....	33
G4. Medicare .....	33
G5. Կալիֆորնիայի կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժին .....	34



---

## A. Ազատում պատասխանատվությունից

Blue Shield of Californian-ն HMO D-SNP ծրագիր է՝ Medicare-ի, ինչպես նաև Կալիֆորնիա նահանգի Medicaid ծրագրի հետ կնքված պայմանագրերով: Blue Shield of California-ում անդամագրվելը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը ենթադրում են, որ խոսքը գնում է California Physicians' Service-ի մասին (dba Blue Shield of California): Երբ ասվում է «ծրագիր» կամ «մեր ծրագիրը», ապա խոսքը գնում է Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին:

Medicare-ը հաստատել է, որ Blue Shield TotalDual Plan-ը տրամադրի այս նպաստները և ավելի ցածր համավճարները՝ որպես ծախսերի վրա հիմնված ապահովագրության նախագծի (VBID) ծրագրի մաս: Այս ծրագիրը թույլ է տալիս Medicare-ին փորձել նոր ուղիներ՝ Medicare Advantage ծրագրերը բարելավելու համար:

Amazon Pharmacy-ն անկախ է Blue Shield of California-ից և պայմանագիր է կնքել Blue Shield-ի հետ՝ Blue Shield-ի անդամների դեղատոմսային դեղորայքը տուն առաքելու համար:

---

## B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծածկույթի վերանայում

Կարևոր է, որ վերանայեք ձեր ծածկույթը այժմ՝ համոզվելու, որ այն կբավարարի ձեր կարիքները հաջորդ տարի: Եթե այն չի բավարարում ձեր կարիքները, դուք կարող եք դուրս գալ մեր ծրագրից: Ուսումնասիրեք **Բաժին F-ը**՝ հաջորդ տարվա Ձեր նպաստների փոփոխությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե որոշեք դուրս գալ մեր ծրագրից, ձեր անդամակցությունը կավարտվի հայտը ներկայացնելու ամսվա վերջին օրը: Դուք դեռևս կմնաք Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ դրանց համապատասխանում եք:

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

- Medicare-ի տարբերակները ներկայացված են **Բաժին F2**-ում առկա աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակները և ծառայությունները ներկայացված են **Բաժին F2**-ում:



## B1. Տեղեկություններ Blue Shield TotalDual Plan-ի մասին

- California Physicians' Service dba Blue Shield of California-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքել ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ՝ անդամներին երկու ծրագրերի նպաստները տրամադրելու համար:
- Blue Shield TotalDual Plan-ի ապահովագրությունը որակավորում ունեցող առողջապահական ապահովագրություն է, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ապահովագրություն»: Այն բավարարում է Բուժառուների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի՝ (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության վերաբերյալ պահանջը: Այցելեք Ներքին եկամուտների ծառայության (Internal Revenue Service, IRS) կայքը՝ [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) հղմամբ՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջի մասին:
- Երբ տվյալ *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցման մեջ* նշվում են «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր ծրագիրը» բառերը, ապա խոսքը գնում է Medicare Medi-Cal ծրագրի մասին:

## B2. Կարևոր անելիքներ

- **Ստուգեք, թե արդյոք մեր նպաստներում և ծախսերում կան փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել Ձեզ վրա:**
  - Կան արդյոք փոփոխություններ, որոնք ազդում են ձեր կողմից օգտագործվող ծառայությունների վրա:
  - Ուսումնասիրեք նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դրանք ընդունելի կլինեն Ձեզ համար հաջորդ տարի:
  - Ուսումնասիրեք **Բաժին D1-ը**՝ մեր ծրագրի նպաստների և ծախսերի փոփոխությունների մասին տեղեկությունների համար:
- **Ստուգեք, թե արդյոք կան այնպիսի փոփոխություններ դեղատոմսով տրվող դեղերին վերաբերող ապահովագրության մեջ, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:**
  - Արդյոք ձեր դեղերի ծախսերը ծածկվելու են: Կարո՞ղ եք արդյոք օգտվել նույն դեղատոմսերից: Արդյո՞ք կլինեն այնպիսի փոփոխություններ, ինչպիսիք են նախնական լիազորությունը, փուլային թերապիան կամ քանակի սահմանափակումները:



- Ուսումնասիրեք փոփոխությունները՝ համոզվելու, որ դեղերի մեր ծածկույթը ձեռնտու կլինի ձեր համար հաջորդ տարի:
- Անցեք **Բաժին D2**՝ մեր դեղերի ապահովագրության փոփոխությունների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Ստուգեք, թե արդյոք ձեր մատակարարներն ու դեղատները մեր ցանցում են լինելու հաջորդ տարի:**
  - Արդյոք ձեր բժիշկները, ներառյալ ձեր բուժող մասնագետները, մեր ցանցում են: Իսկ ձեր դեղատոմսը: Սա վերաբերում է նաև հիվանդանոցներին և այլ մատակարարներին, որոնցից դուք օգտվում եք:
  - Ուսումնասիրեք **Բաժին C**-ն՝ մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուի* մասին տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Մտածեք ծրագրի շրջանակում ձեր ընդհանուր ծախսերի մասին:**
  - Ինչպե՞ս են ընդհանուր ծախսերը համեմատվում ծածկույթի այլ առաջարկների հետ:
- **Մտածեք, թե արդյոք գոհ եք մեր ծրագրից:**

**Եթե որոշեք մնալ Blue Shield TotalDual Plan-ի հետ.**

Եթե ցանկանում եք մնալ մեզ հետ հաջորդ տարի, դա հեշտ կլինի, քանի որ ձեր բան պետք չէ անել: Եթե փոփոխություն չանեք, Դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք Blue Shield TotalDual Plan-ում:

**Եթե որոշեք փոխել ծրագիրը.**

Եթե որոշեք, որ այլ ապահովագրությունն ավելի լավ կբավարարի Ձեր կարիքները, հնարավոր է, որ կարողանաք փոխել ծրագիրը (հավելյալ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք **Բաժին F2**-ը): Եթե դուք անդամագրվեք նոր ծրագրի կամ փոխվեք Original Medicare-ի, ձեր նոր ապահովագրությունը կսկսի գործել հաջորդ ամսվա առաջին օրը:



---

## C. Փոփոխություններ, որոնք վերաբերում են մեր ցանցի մատակարարներին և դեղատներին

Մեր մատակարարների և դեղատների ցանցերը 2025 թվականի համար փոխվել են:

**Խնդրում ենք ուսումնասիրել 2025 թ. Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն՝** պարզելու, թե արդյոք Ձեր մատակարարները կամ դեղատունը մեր ցանցում են: *Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատուն* հասանելի է մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025) հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ մատակարարների վերաբերյալ թարմացված տեղեկություններ ստանալու, կամ խնդրել մեզ, որպեսզի Ձեզ ուղարկենք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*:

Կարևոր է, որ դուք իմանաք, որ մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում նաև տարվա ընթացքում: Եթե ձեր մատակարարը դուրս գա մեր ծրագրից, դուք կունենաք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանության միջոցներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 3-ը*:

---

## D. Հաջորդ տարի նախատեսվող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

### D1. Բժշկական ծառայություններին վերաբերող նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ

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



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>Ձեր սեփական միջոցներից վճարվող տարեկան առավելագույն գումարը</b></p>	<p><b>\$8850</b></p> <p>Երբ դուք ձեր սեփական միջոցներից վճարեք \$8850 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում:</p> <p>Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, դուք պատասխանատվություն չեք կրում ձեր գրպանից որևէ ծախս կատարելու ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար՝ նախատեսված առավելագույն գումարի չափով:</p>	<p><b>\$9350</b></p> <p>Եթե դուք ձեր սեփական միջոցներից վճարեք \$9350 չափով գումար ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար, դուք այլևս ոչինչ չեք վճարի ձեր ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար օրացուցային տարվա մնացած ժամանակահատվածում:</p> <p>Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare և Medi-Cal (Medicaid) ստանալու չափանիշներին, դուք պատասխանատվություն չեք կրում ձեր գրպանից որևէ ծախս կատարելու ապահովագրված Part A և Part B ծառայությունների համար՝ նախատեսված առավելագույն գումարի չափով:</p>

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Հավելյալ տեղեկության համար,** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>Ընթացիկ ատամնաբուժական ծառայություններ (Medicare-ի կողմից չապահովագրվող)</b></p>	<p>Ընթացիկ (Medicare-ի կողմից չապահովագրված) կանխարգելիչ և համապարփակ ատամնաբուժական ծառայությունները <u>ապահովագրված են</u>:</p> <p>Տե՛ս Ատամնաբուժական նպաստների ընթացակարգի աղյուսակը Անդամի տեղեկագրքի 4-րդ գլխում (Բժշկական նպաստների աղյուսակի ներքևում)՝ ապահովագրված ծառայությունների և Ձեր վճարումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:</p>	<p>Որոշակի համապարփակ ատամնաբուժական ծառայություններ <u>ապահովագրված են</u>: Տե՛ս Ապահովագրված ատամնաբուժական ծառայությունների ընթացակարգի աղյուսակը Անդամների տեղեկագրքի 4-րդ գլխի Բաժին E-ում ( Բժշկական նպաստների աղյուսակի ներքևում)՝ ապահովագրված ծառայությունների և Ձեր վճարումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:</p>





	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<b>Լսողական սարքեր</b>	<p>Ձեզ ամեն տարի կփոխհատուցվի մինչև <b>\$2000</b> գումար երկու լսողական սարքերի և երկու լսողական սարքերի տեղադրման և գնահատման համար (կիրառվում է երկու ականջների համար միասին):</p> <p>Դուք կարող եք ձեռք բերել լսողական սարքեր Ձեր ընտրած լսողական սարքերի մատակարարից:</p>	<p>Դուք ամեն տարի կստանաք մինչև <b>\$1500</b> դրամական օգնություն երկու լսողական սարքերի և երկու լսողական սարքերի տեղադրման և գնահատման համար (կիրառվում է երկու ականջների համար միասին):</p> <p>Դուք կստանաք ծախսելու համար նախատեսված քարտ, որը նախապես լիցքավորված կլինի \$1500 գումարի չափով դրամական օգնությամբ՝ օգնելու Ձեզ վճարել ապահովագրված ապրանքների և ծառայությունների համար:</p> <p>Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Ձեր կողմից ընտրված լսողական սարքերի մատակարարի կողմից:</p>
<b>Առանց դեղատոմսի վաճառվող (Over-the-Counter, OTC) պարագաներ</b>	<p>Մեկ եռամսյակի համար Դուք կստանաք <b>\$210</b> դրամական օգնություն՝ ապահովագրված պարագաների համար:</p> <p>Դուք կարող եք կատարել երկու պատվեր յուրաքանչյուր եռամսյակում և չեք կարող Ձեր չօգտագործված նպաստը տեղափոխել հաջորդ եռամսյակ:</p>	<p>Դուք ամսական կստանաք <b>\$70</b> դրամական օգնություն՝ ապահովագրված պարագաների համար:</p> <p>Դուք կարող եք կատարել ամսական մեկ պատվեր և չեք կարող Ձեր չօգտագործված դրամական օգնությունը տեղափոխել հաջորդ ամիս:</p>



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>Արժեքի վրա հիմնված ապահովագրության նախագիծ (VBID)</b></p>	<p>Արժեքի վրա հիմնված ապահովագրության նախագիծը (VBID) չի ապահովագրվում:</p>	<p>Արժեքների վրա հիմնված ապահովագրության նախագիծ (VBID) երկու նպաստ գոյություն ունի</p> <p><b>Առողջարար նպարեղեն.</b></p> <p>Դուք ամսական կստանաք <b>\$50</b> դրամական օգնություն՝ ծրագրի ցանցում ներառված խանութներում առողջարար սննդի գնման համար: Այս դրամական օգնությունը չի կարող հաջորդ ամիս տեղափոխվել:</p> <p>Դուք կստանաք ծախսելու համար նախատեսված քարտ, որը նախապես լիցքավորված կլինի \$50 գումարի չափով ամսական դրամական օգնությամբ՝ օգնելու համար վճարել ապահովագրված պարագաների համար:</p> <p><b>Փոխադրում.</b></p> <p>Դուք վճարում եք \$0 համավճար տարեկան <b>48</b> միակողմանի ուղևորությունների համակցված սահմանաչափի համար ոչ բժշկական փոխադրումների և VBID-ի ոչ բժշկական փոխադրումների համար:</p> <p>Փոխադրումը կարող է օգտագործվել մուտք գործելու համար</p>
<p><b>Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում</b></p>	<p>Արժեքի վրա հիմնված ապահովագրության նախագիծը (VBID) չի ապահովագրվում:</p>	



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
Արժեքի վրա հիմնված ապահովագրության նախագիծ (VBID) (շարունակություն)		<p>Medicare-ի կողմից չապահովագրվող նպաստներ, որոնք առաջարկվում են ծրագրի կողմից, օրինակ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ֆիթնեսի կենտրոններ SilverSneakers ցանցում</li> <li>○ Առողջարար նպարեղենի խանութների հաստատված կետեր</li> <li>○ Լսողական սարքեր՝ Ձեր ընտրած լսողական սարքերի մատակարարից</li> <li>○ Ոսկրահարդարման ծառայություններ առողջապահական ծրագրի հաստատված ցանցում</li> <li>○ Տեսողության և ատամնաբուժական ծառայություններ առողջապահական ծրագրի հաստատված ցանցում</li> </ul>



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>Տեսողության խնամք, Medicare-ի կողմից չապահովագրվող (ստացված ցանցի մատակարարից)*</b></p>	<p>Դուք վճարում եք \$0 ակնոցների շրջանակների համար (մինչև \$375 սովորական մանրածախ արժեքով) յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցների շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$375-ը, ապա պետք է վճարեք տարբերության համար:</p> <p>Դուք վճարում եք \$0 դեղատոմսով տրվող մեկ զույգ ակնոցների համար (անկախ չափից և օպտիկական ուժից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$375 արժողությամբ կոնտակտային ոսպնյակների ծառայությունների համար) և</p>	<p>Դուք վճարում եք \$0 ակնոցների շրջանակների համար (մինչև \$200 սովորական մանրածախ արժեքով) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե Դուք ընտրում եք ակնոցների շրջանակներ, որոնց արժեքը գերազանցում է \$200-ը, ապա պետք է վճարեք տարբերության համար:</p> <p>Դուք վճարում եք \$0 կա՛մ դեղատոմսով դուրս գրված մեկ զույգ ակնոցների համար (անկախ չափից և օպտիկական ուժից) ԿԱՄ կոնտակտային ոսպնյակների համար (մինչև \$200 կոնտակտային ոսպնյակների ծառայությունների և նյութերի համար) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայության և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$200-ը, Դուք պետք է վճարեք տարբերության համար:</p>
<p><b>Այս բաժինը շարունակվում է հաջորդ էջում</b></p>		

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Հավելյալ տեղեկության համար,** այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<b>Տեսողության խնամք, Medicare-ի կողմից չապահովագրվող (ստացված ցանցի մատակարարից)* (շարունակություն)</b>	նյութեր) յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, երբ օգտվում եք ցանցային մատակարարից: Եթե ծառայության և նյութերի արժեքը գերազանցում է \$375-ը, Դուք պետք է վճարեք տարբերության համար:	

**D2. Փոփոխություններ դեղատոմսով տրամադրվող դեղերի ծածկույթում**

**Փոփոխություններ մեր Դեղերի ցանկում**

Սպահովագրված դեղերի թարմացված ցանկը կարող եք գտնել մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024) հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ դեղերի վերաբերյալ թարմացված տեղեկություններ ստանալու, կամ խնդրելու մեզ, որպեսզի Ձեզ ուղարկենք *Սպահովագրված դեղերի ցանկը*:

*Սպահովագրված դեղերի ցանկը* կոչվում է նաև *Դեղերի ցանկ*:

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

Ուսումնասիրեք *Դեղերի ցանկը՝ համոզվելու, որ Ձեր դեղերը ապահովագրությանը կծածկվեն նաև հաջորդ տարի*, և պարզելու, թե արդյոք որևէ սահմանափակումներ կան, կամ արդյոք Ձեր դեղը տեղափոխվել է ծախսերի բաշխման այլ մակարդակ:

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



Եթե ձեզ վրա ազդում է դեղերի ապահովագրության փոփոխությունը, ապա մենք ձեզ խորհուրդ ենք տալիս կատարել հետևյալը.

- Խորհրդակցեք ձեր բժշկի (կամ դեղամիջոցը նշանակող այլ անձի) հետ՝ գտնելու այլ դեղամիջոց, որը ծածկվում է մեր ապահովագրությամբ:
  - Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, կամ կապվել Ձեր խնամքը համակարգողի հետ՝ խնդրելու այն *Ապահովագրված դեղերի ցանկը*, որոնք բուժում են միևնույն առողջական խնդիրը:
  - Այս ցանկը կարող է օգնել ձեր մատակարարին՝ գտնել ապահովագրությունով ծածկվող դեղը, որը կարող է օգնել ձեզ:
- Խորհրդակցեք ձեր բժշկի (կամ դեղամիջոցը նշանակող այլ անձի) հետ և խնդրեք մեզ բացառություն անել՝ տվյալ դեղամիջոցը մեր ապահովագրությունով ծածկելու համար:
  - Դուք կարող եք դիմել բացառության համար մինչև հաջորդ տարի, և մենք ձեր հարցմանը (կամ դեղամիջոցը նշանակող անձի դիմումին) կպատասխանենք այն ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
  - Որպեսզի տեղեկանաք, թե ինչ է անհրաժեշտ բացառություն խնդրելու համար, ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 9-ը* կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
  - Եթե բացառություն խնդրելու համար օգնության կարիք ունեք, դիմեք Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ Ձեր խնամքը համակարգողին: Ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 2-ը և 3-ը*՝ Ձեր խնամքը համակարգողի հետ կապվելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Դիմեք մեզ, որպեսզի դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշարը ներառենք ապահովագրության մեջ:
  - Որոշ իրավիճակներում մենք ապահովագրում ենք դեղի **ժամանակավոր** պաշար օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:
  - Այս ժամանակավոր պաշարը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար: (Հավելյալ տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք ստանալ ժամանակավոր պաշար և ինչպես պետք է դիմել դրա համար, ուսումնասիրեք Ձեր *Անդամի տեղեկագրքի Գլուխ 5-ը*):



- Եթե ստանում եք դեղամիջոցի ժամանակավոր պաշար, խոսեք ձեր բժշկի հետ այն մասին, թե ինչ պետք է անեք, երբ ձեր ժամանակավոր պաշարը սպառվի: Դուք կարող եք կամ անցնել մեկ այլ դեղամիջոցի, որը ծածկվում է մեր ծրագրի, կամ խնդրել մեզ բացառություն անել ձեզ համար և ծածկել ձեր ընթացիկ դեղամիջոցը:

Բացառությունների վերաբերյալ հայտերը ծրագրին պետք է ներկայացվեն ամեն տարի:

Մենք ներկայումս կարող ենք անմիջապես հեռացնել մեր *Դեղերի ցանկում* առկա բրենդային դեղը, եթե այն հնարավոր լինի փոխարինել նույն կամ ծախսերի բաշխման ավելի ցածր մակարդակի նոր ջեներիկ դեղամիջոցով, որը կունենա նույն կամ ավելի քիչ կանոններ, քան այն բրենդային դեղը, որին փոխարինում է: Բացի այդ, երբ ավելացնում ենք նոր ջեներիկ դեղ, մենք կարող ենք նաև որոշել պահել բրենդային դեղը մեր *Դեղերի ցանկում*, սակայն անմիջապես տեղափոխել այն ծախսերի բաշխման այլ խումբ կամ ավելացնել նոր կանոններ, ինչպես նաև երկու տարբերակները միասին:

Սկսած 2025 թվականից, մենք կարող ենք անմիջապես փոխարինել բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքները որոշակի կենսաբանական փոխարինիչներով: Սա նշանակում է, օրինակ, որ եթե Դուք ընդունում եք բնօրինակ կենսաբանական արտադրանք, որը փոխարինվում է կենսաբանական փոխարինիչով, հնարավոր է, որ ծանուցում չստանաք փոփոխության մասին այն կատարելուց 30 օր առաջ կամ չստանաք Ձեր բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքի մեկ ամսվա պաշարը ցանցային դեղատանը: Եթե Դուք ընդունում եք բնօրինակ կենսաբանական արտադրանքն այն պահին, երբ մենք փոփոխություն ենք կատարում, Դուք դեռևս կարող եք տեղեկատվություն ստանալ մեր կատարած որոշակի փոփոխության մասին, սակայն այն կարող է հասնել փոփոխություն կատարելուց հետո:

Այս դեղերի տեսակներից մի քանիսը կարող են նորություն լինել Ձեզ համար: Դեղերի տեսակների սահմանումների համար տե՛ս *Անդամի տեղեկագրի Գլուխ 12*-ը: Սննդի և դեղերի վարչությունը (Food and Drug Administration, FDA) նաև սպառողական տեղեկատվություն է տրամադրում դեղերի վերաբերյալ: Ուսումնասիրեք FDA-ի կայքը՝ [www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients): Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար կարող եք կապվել նաև Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով կամ հարցնել Ձեր առողջապահական խնամքի մատակարարին, դեղատոմս գրողին կամ դեղագործին:

### Փոփոխություններ դեղատոմային դեղերի ծախսերում

**Դեղերի ցանկում ընդգրկված որոշ դեղեր մենք տեղափոխել ենք ավելի ցածր կամ ավելի բարձր դեղերի կարգ:** Պարզելու, թե արդյոք Ձեր դեղերը մեկ այլ մակարդակում են, փնտրեք դրանք մեր *Դեղերի ցանկում*:

Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս դեղերի Ձեր ծախսերը դեղերի մեր հինգ մակարդակից յուրաքանչյուրի դեպքում:



	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>1-ին կարգի դեղամիջոցներ</b> (Նախընտրելի ջեներիկ դեղեր)</p> <p>1-ին կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցիային դեղատանը</p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>
<p><b>2-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b> (Ջեներիկ դեղեր)</p> <p>2-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$1,55 կամ \$4,50`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>
<p><b>3-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b> (Նախընտրելի բրենդային դեղեր)</p> <p>3-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$11,20`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>
<p><b>4-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b> (Ոչ նախընտրելի դեղեր)</p> <p>4-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$11,20`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> <b>յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</b></p>

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan` 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Հավելյալ տեղեկության համար,** այցելեք [blueshieldca.com/medicare:](https://blueshieldca.com/medicare)





	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
<p><b>5-րդ կարգի դեղամիջոցներ</b>  <i>(Հատուկ մակարդակի դեղեր)</i></p> <p>5-րդ կարգի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեք, որի դեղատոմսը լրացվում է ցանցային դեղատանը</p>	<p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) պաշարի համար Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$11,20`</b> յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</p> <p>Մեկ ամսվա (30-օրյա) փոստային ծառայության դեղատոմսի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0, \$4,60 կամ \$11,20`</b> յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</p>	<p>Մեկամսյա (30-օրյա) պաշարի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</p> <p>Մեկամսյա (30-օրյա) տնային առաքման դեղատոմսի Ձեր համավճարը կազմում է <b>\$0`</b> յուրաքանչյուր դեղատոմսի համար:</p>



## E. Վարչական փոփոխություններ

	2024 (այս տարի)	2025 (հաջորդ տարի)
Part D դեղատոմսով դեղերի հայցերի մշակման համար նախատեսված փոստային հասցեն	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	Claims Processing 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
Փոստային ծառայություն մատուցող դեղատան մատակարարի փոփոխություն	CVS Caremark® Փոստային սպասարկմամբ դեղատուն	Amazon դեղատուն
Տերմինաբանության փոփոխություն	Փոստային ծառայություն	Տուն առաքում
Փոխել երկարաժամկետ պաշարը 2-րդ մակարդակի համար. Ջեներիկ դեղեր, 3-րդ մակարդակ. Նախընտրելի ապրանքանիշով դեղեր և Մակարդակ 4. Ոչ նախընտրելի դեղեր	90 օրվա պաշար	100 օրվա պաշար
Բողոքարկում խնդրելու ժամանակային պահանջ	Դուք պետք է Ձեր բողոքարկման խնդրանքը ներկայացնեք ապահովագրության որոշման գրավոր ծանուցման ամսաթվից 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:	Դուք պետք է Ձեր բողոքարկման խնդրանքը ներկայացնեք ապահովագրության որոշման գրավոր ծանուցման ամսաթվից 65 օրացուցային օրվա ընթացքում:
Առաքման փոփոխություն Առանց դեղատոմսի վաճառվող (Over-the-Counter, OTC) պարագաների համար	Առաքման համար խնդրում ենք նախատեսել մոտ 14 աշխատանքային օր:	Առաքման համար խնդրում ենք նախատեսել մոտ 7 աշխատանքային օր:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan` 1-800-452-4413 (TTY` 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Հավելյալ տեղեկության համար**, այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare):



## F. Ծրագրի ընտրությունը

### F1. Մեր ծրագրում մնալը

Մենք հույս ունենք, որ դուք կպահպանեք մեր ծրագրի անդամակցությունը: Մեր ծրագրում մնալու համար որևէ բան անելու կարիք չկա: Եթե Դուք **չմիանաք Medicare**-ի մեկ այլ ծրագրի կամ միանաք Original Medicare-ին, Դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք որպես 2025 թվականի մեր ծրագրի անդամ:

### F2. Ծրագրի փոփոխություն

Medicare-ից օգտվող մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում: Քանի որ Դուք ունեք Medi-Cal, կարող եք դադարեցնել Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին տարվա ցանկացած ամսում:

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

- **Տարեկան գրանցման շրջան**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա մեր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ Ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին ուժի մեջ կմտնի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) գրանցման բաց շրջան**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա նոր ծրագրին Ձեր անդամակցությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

Կարող են լինել այլ իրավիճակներ, երբ դուք հնարավորություն կունենաք փոփոխություն կատարել ձեր անդամակցության մեջ: Օրինակ, այն դեպքում, եթե.

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



## Ձեր Medicare ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ տարվա ցանկացած ամսից ստորև թվարկված Ձեր Medicare ծառայություններից օգտվելու համար: Դուք ունեք ստորև թվարկված լրացուցիչ տարբերակ տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ **Տարեկան գրանցման շրջանը** և **Medicare Advantage-ի բաց գրանցման շրջանը** կամ **Բաժին F2**-ում նկարագրված այլ իրավիճակներ: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ Դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք Ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:



<p><b>1. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Medicare Medi-Cal ծրագիրը (Medi-Medi Plan) Medicare Advantage ծրագրի տեսակ է:</b> Այն մարդկանց համար է, ովքեր ունեն ն՝ Medicare, և՝ Medi-Cal, և համատեղում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ ծրագրի մեջ: <b>Medi-Medi Plans-ը</b> համակարգում է բոլոր նպաստներն ու ծառայությունները երկու ծրագրերում՝ ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրված բոլոր ծառայությունները:</p> <p><b>Նշում.</b> Medi-Medi Plan տերմինը Կալիֆորնիայում ինտեգրված երկակի իրավունակ հատուկ կարիքների ծրագրերի (dual eligible special needs plans, D-SNPs) անվանումն է:</p>	<p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից մինչև 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>:</li> </ul> <p><b>ԿԱՄ</b></p> <p>Գրանցվեք նոր Medi-Medi Plan-ում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ ուժի մեջ մտնի ձեր նոր ծրագրի ծածկույթը: Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կփոխվի Ձեր Medi-Medi Plan-ին համապատասխան:</p>
---	---



<p><b>2. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին ծրագրով</b></p>	<p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>:</li></ul> <p><b>ԿԱՄ</b></p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի նոր ծրագրում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի, քանի դեռ Դուք փոփոխություն չեք խնդրել:</p>
---	--



<p><b>3. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p><b>Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի առանձին պլանի</b></p> <p><b>ՆՇՈՒՄ.</b> Եթե Դուք անցնեք Original Medicare-ին և չգրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսով տրվող դեղերի առանձին ծրագրում, Medicare-ը կարող է գրանցել Ձեզ դեղերի ծրագրում, քանի դեռ չեք հայտնել իրենց, որ չեք ցանկանում միանալ այդ ծրագրում:</p> <p>Դուք պետք է դեղատոմսով դեղերի ծածկույթից հրաժարվեք միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրություն ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե հարցեր ունեք այն մասին, թե արդյոք Ձեզ անհրաժեշտ է դեղերի ապահովագրություն, զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services /Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services /Medicare Counseling/</a> :</p>	<p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>:</li> </ul> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք մեր ծրագրից, երբ սկսի գործել ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal ծրագիրը չի փոխվի, քանի դեռ Դուք փոփոխություն չեք խնդրել:</p>
---	---



<p><b>4. Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ փոփոխությունները.</b></p> <p>Տեղափոխում <b>Medicare-ի ցանկացած առողջապահական ծրագիր</b> տարվա մեջ որոշակի ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ <b>Տարեկան գրանցման շրջանը</b> և <b>Medicare Advantage-ի բաց գրանցման շրջանը</b> կամ Բաժին A-ում նկարագրված այլ իրավիճակներ:</p>	<p><b>Ահա թե ինչ է անհրաժեշտ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 08:00-ից 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>:</li></ul> <p><b>ԿԱՄ</b></p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի նոր ծրագրում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով հեռացվում եք մեր Medicare ծրագրից, երբ ուժի մեջ է մտնում Ձեր նոր ծրագրի ծածկույթը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal ծրագիրը կարող է փոխվել:</p>
---	---





## Ձեր Medi-Cal ծառայությունները

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես պետք է Medi-Cal ծրագիրն ընտրել կամ Medi-Cal-ի Ձեր ծառայություններն ստանալ՝ մեր ծրագրից դուրս գալուց հետո, դիմեք Health Care Options-ին 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Խնդրում ենք ճշտել, թե ինչպես է մեկ այլ ծրագրին միանալը կամ Original Medicare-ին վերադառնալը ազդում Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրությունը ստանալու վրա:

---

## G. Օգնության տրամադրում

### G1. Մեր ծրագիրը

Մենք միշտ պատրաստ ենք ձեզ օգնել՝ ցանկացած հարցի դեպքում: Նշված աշխատանքային օրերի և ժամերի ընթացքում խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված համարներով: Այս զանգերն անվճար են:

#### Կարդացեք ձեր *Անդամի տեղեկագիրքը*

Ձեր *Անդամի տեղեկագիրքը* մեր ծրագրի նպաստների պաշտոնական, մանրամասն նկարագրությունն է: Այն 2025թ. նպաստների և ծախսերի մանրամասներ է պարունակում: Այն բացատրում է ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ մեր կողմից ծածկվող ծառայությունները և դեղատոմսով դեղերը ստանալու համար:

2025 թ. *Անդամի տեղեկագիրքը* հասանելի կլինի հոկտեմբերի 15-ից: *Անդամի տեղեկագրքի* թարմացված պատճենը հասանելի է մեր կայքում՝ [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025) հասցեով: Կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, և խնդրել Ձեզ ուղարկել 2025թ. *Անդամի տեղեկագիրքը*:

#### Մեր կայքը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքը՝ [blueshieldca.com/DSNP2025](https://blueshieldca.com/DSNP2025): Հիշեցնենք, որ մեր կայքում տեղադրված են մեր մատակարարների և դեղատոմսերի ցանցի (*Մատակարարների և դեղատոմսերի տեղեկատու*) և մեր *Դեղերի ցանկի* (*Ապահովագրված դեղերի ցանկ*) վերաբերյալ ամենաթարմ տեղեկությունները:

### G2. Առողջության ապահովագրության խորհրդատվություն և շահերի պաշտպանության ծրագիր (Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)

Կարող եք նաև զանգահարել առողջապահական ապահովագրության աջակցության պետական ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP): Կալիֆոռնիայում SHIP-ը կոչվում է առողջապահական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ հասկանալ ծրագրերի ընտրության հետ կապված հարցերը և պատասխանել ծրագրերի փոփոխման վերաբերյալ հարցերին: HICAP-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ այլ

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Blue Shield TotalDual Plan՝ 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է: **Հավելյալ տեղեկության համար**, այցելեք [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare): 32



ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչական շրջանում, և նրանց ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ Ձեր տարածքում HICAP տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/):

### **G3. Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր**

Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիր կարող է օգնել ձեզ, եթե մեր ծրագրի հետ կապված խնդիր ունեք: Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագիրը.

- պաշտպանում է ձեր շահերը: Նրանք կարող են պատասխանել հարցերին, եթե Դուք խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են օգնել Ձեզ հասկանալ, թե ինչ պետք է անել:
- ապահովում, է որ Դուք ունենաք Ձեր իրավունքներին և պաշտպանությանն առնչվող ողջ տեղեկատվությունը, ինչպես նաև տեղյակ լինեք, թե ինչպես կարող եք լուծել Ձեր խնդիրները:
- կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Medicare Medi-Cal-ի Մարդու իրավունքների պաշտպանի ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

### **G4. Medicare**

Անմիջապես Medicare-ից տեղեկատվություն ստանալու համար գանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

#### **Medicare-ի կայք**

Դուք կարող եք այցելել Medicare-ի կայքը ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)): Եթե որոշեք դուրս գալ մեր ծրագրից և անդամակցել Medicare-ի մեկ այլ ծրագրի, Medicare-ի կայքում կգտնեք տեղեկություններ ծախսերի, ապահովագրության և որակի վարկանիշների մասին, որոնք կօգնեն Ձեզ համեմատել ծրագրերը:

Դուք կարող եք տեղեկություններ գտնել ձեր տարածքում հասանելի Medicare-ի ծրագրերի մասին՝ օգտագործելով Medicare Plan Finder-ը Medicare-ի կայքում: (Ծրագրերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) և սեղմեք «Գտնել ծրագրեր» կոճակը):



**Medicare-ը և Դուք, 2025 թ.**

Դուք կարող եք կարդալ «*Medicare-ը և Դուք, 2025 թ.*» տեղեկագիրքը: Ամեն տարի աշնանը այս գրքույկը փոստով ուղարկվում է Medicare-ում ներգրավված մարդկանց: Այն պարունակում է Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների ամփոփագիրքը, ինչպես նաև Medicare-ի վերաբերյալ ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն:

Եթե չունեք այս գրքույկի պատճենը, կարող եք գտնել այն Medicare-ի կայքում ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

**G5. Կալիֆորնիայի կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժին**

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժինը պատասխանատու է առողջապահական խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, նախ պետք է զանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագրին՝ **1-800-452-4413 (TTY՝ 711)**, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր, և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրով սահմանված բողոքարկման գործընթացը՝ նախքան բաժնի հետ կապվելը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի սահմանափակի Ձեզ հասանելի որևէ օրինական իրավունքը կամ միջոցները: Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի կապակցությամբ օգնություն ստանալու համար կարող եք զանգահարել բաժին: Կարող եք նաև համապատասխանել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար դիմելու պայմանին: Եթե համապատասխանեք IMR-ի համար դիմելու պայմանին, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի առնչությամբ: Բաժինը նաև ունի անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-466-2219)**, և TDD հեռախոսագիծ՝ **(1-877-688-9891)**, որը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի դժվարություններ ունեցող անձանց համար: Բաժնի ինտերնետային կայքը՝ [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov), պարունակում է բողոքների ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ուսումնասիրեք *Անդամի տեղեկագրքի 9-րդ գլխի Բաժին F4-ը*:





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)  
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555