



# اطلاعات

## مهم

درباره تغییرات

طرح دارو و سلامت Medicare شما

**Medicare-Medi-Cal برنامه، Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)  
California Physicians' Service (dba Blue Shield of California)**

## اعلامیه تغییرات سالانه 2026

### مقدمه

شما در حال حاضر، به عنوان عضو برنامه درمانی ما ثبت نام شده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش، مقررات و هزینه‌ها ایجاد خواهد شد. این اعلامیه تغییرات سالانه جزئیات تغییرات و نحوه دریافت اطلاعات بیشتر را در اختیار شما قرار می‌دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره‌ی هزینه‌ها، مزایا یا مقررات، لطفاً دفترچه اطلاعاتی/اعضا را که در وبسایت ما به آدرس [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026) قرار دارد، مشاهده کنید. برای دریافت یک نسخه از طریق پست، با شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتری تماس بگیرید. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا، در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا گنجانده شده‌اند.

### منابع بیشتر

- این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی (سنتی)، چینی (ساده‌شده)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.
  - شما می‌توانید این اعلامیه تغییرات سالانه را به صورت رایگان در سایر فرمت‌ها از قبیل چاپ درشت، بریل و یا صوتی دریافت کنید. با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان می‌باشد.
  - اگر می‌خواهید اسناد برنامه درمانی خود را به صورت آنلاین دریافت کنید، وارد حساب خود در [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) شوید، روی My profile (پروفایل من) در قسمت بالا سمت راست زیر نام خود کلیک کنید، به «Communication preferences» (روش‌های ترجیحی برای ارتباط) بروید و «Electronic Delivery» (تحویل الکترونیکی) را به عنوان روش ترجیحی خود برای دریافت اسناد، انتخاب کنید. اگر حساب ندارید، به [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) بروید و روی Create account (ایجاد حساب) کلیک کنید، بدین ترتیب می‌توانید روش ترجیحی خود برای دریافت اسناد را هنگام ایجاد حساب انتخاب کنید.
  - شما می‌توانید یک درخواست دائم برای دریافت این سند و مکاتبات آینده به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت (چاپ درشت، بریل، صوتی و غیره) ارائه کنید. شما می‌توانید با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. خدمات مشتریان، زبان و فرمت دلخواه شما برای ارتباطات آینده در پرونده نگهداری می‌کند.
  - برای تغییر به درخواست دائم برای دریافت مکاتبات مورد نیاز به زبان دلخواه یا در قالب دیگر، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید.
- اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کمک‌زبانی و کمک‌ها و خدمات جانبی

تاییدیه OMB به شماره 0938-1444 (انقضا: 30 ژوئن 2026)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



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

### **الشعار بالعربية (Arabic)**

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

### **Հայերեն պիտակ (Armenian)**

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

### **简体中文标语 (Chinese)**

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



## **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

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

## **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

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

## **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

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

## **日本語表記 (Japanese)**

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



## **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih 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 ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### **مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (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 malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

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



### **Примітка українською (Ukrainian)**

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

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

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



## فهرست مطالب

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| A. موارد رفع مسئولیت.....                               | 9  |
| B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود در سال آینده..... | 9  |
| B1. اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan.....      | 10 |
| B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید.....           | 10 |
| C. تغییرات تامین‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما.....    | 11 |
| D. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده.....      | 12 |
| D1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی.....    | 12 |
| D2. تغییرات در پوشش دارو.....                           | 19 |
| D3. مرحله 1: «مرحله اولیه پوشش».....                    | 21 |
| D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی».....             | 23 |
| E. تغییرات اداری.....                                   | 23 |
| F. انتخاب یک برنامه درمانی.....                         | 23 |
| F1. ماندن در برنامه درمانی خود.....                     | 23 |
| F2. تغییر برنامه‌ها.....                                | 24 |
| G. دریافت راهنمایی.....                                 | 29 |
| G1. برنامه ما.....                                      | 29 |
| G2. مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی برنامه (HICAP).....   | 29 |
| G3. برنامه بازرس کل.....                                | 29 |
| G4. Medicare.....                                       | 30 |
| G5. سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا.....      | 30 |
| G6. برنامه پرداخت نسخه Medicare.....                    | 31 |



## A. موارد رفع مسئولیت

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

هنگامی که این دفترچه اطلاعاتی اعضا به "ما"، "ما را"، "برای ما" اشاره می‌کند، منظور سرویس پزشکان کالیفرنیا (با عنوان تجاری Blue Shield of California) است. هنگامی که به «برنامه» یا «برنامه ما» اشاره می‌کند، منظور Blue Shield TotalDual Plan است.

مزایای مربوط به مواد غذایی و محصولات کشاورزی که در **بخش D1** به آن اشاره شده، بخشی از «مزایای مکمل ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» (SSBCI) است. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. واجد شرایط بودن بستگی به این دارد که فرد مشمول، واجد تعریف «عضو مبتلا به بیماری مزمن» باشد. بیماری‌های مزمن واجد شرایط شامل موارد زیر می‌شوند، اما به این موارد محدود نیستند: اختلالات قلبی-عروقی؛ نارسایی مزمن قلب؛ دیابت ملیتوس؛ اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ و اختلالات مزمن ریوی. لطفاً برای فهرست کامل بیماری‌های مزمن واجد شرایط و الزامات مربوط به واجد شرایط بودن، به دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

Amazon Pharmacy مستقل از Blue Shield of California است و با Blue Shield قرارداد دارد تا تحویل داروهای نسخه دار در منزل را برای اعضای Blue Shield فراهم کند.

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

این نکته حائز اهمیت است که هم اکنون پوشش خود را بررسی کنید تا مطمئن شوید هنوز نیازهای شما برای سال آینده را برآورده خواهد کرد. اگر برنامه ما نیازهای شما را رفع نمی‌کند، شما می‌توانید از آن خارج شوید. برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایای خود در سال آینده، به **بخش D** مراجعه کنید.

**اعضای جدید Blue Shield TotalDual Plan:** در بیشتر موارد، شما برای دریافت مزایای Medicare خود، در روز اول ماه بعد از درخواست ثبت‌نام خود در Blue Shield TotalDual Plan، در Blue Shield TotalDual Plan ثبت‌نام خواهید شد. هنوز ممکن است شما بتوانید به مدت یک ماه دیگر، خدمات Medi-Cal خود را از برنامه درمانی Medi-Cal قبلی خود دریافت کنید. بعد از آن، شما می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طریق Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنید. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سوالی دارید، لطفاً با شماره‌های انتهای صفحه با ما تماس بگیرید.

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

اگر برنامه ما را ترک کنید، شما می‌توانید درباره موارد زیر اطلاعات بگیرید:

• گزینه‌های Medicare در جدول **بخش F2**.

• گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش F2**.



## B1. اطلاعات درباره Blue Shield TotalDual Plan

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

## B2. اقدامات مهمی که می‌توانید انجام دهید

- بررسی کنید آیا تغییراتی در مزایا و هزینه‌ها ایجاد شده که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.
  - آیا تغییراتی در خدمات مورد استفاده شما وجود دارد؟
  - تغییرات مزایا و هزینه را بررسی کنید تا مطمئن شوید در سال آینده برای شما مناسب خواهند بود.
  - برای اطلاعات در مورد تغییرات در مزایا و هزینه برنامه درمانی ما به بخش D1 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا تغییراتی در پوشش داروهای ما وجود دارد که ممکن است بر شما تاثیر بگذارد.
  - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا در ردیف سهم شدن در هزینه متفاوتی هستند؟ آیا می‌توانید از همان داروخانه‌ها استفاده کنید؟ آیا تغییراتی مانند اجازه قبلی، درمان گام به گام یا سقف مقدار وجود خواهد داشت؟
  - تغییرات را بررسی کنید تا اطمینان حاصل کنید که پوشش دارویی ما، سال آینده برای شما مناسب است.
  - برای اطلاعات مربوط به تغییرات پوشش دارویی ما، به بخش D2 مراجعه کنید.
  - هزینه‌های دارویی شما ممکن است نسبت به سال قبل افزایش پیدا کرده باشد.
- درباره گزینه‌های کم‌هزینه که ممکن است احتمالاً برای شما موجود باشد، با پزشک خود صحبت کنید: این ممکن است باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های از جیب سالیانه شما در کل سال شود.
- به یاد داشته باشید که مزایای برنامه درمانی شما، تعیین می‌کند که هزینه‌های دارویی شما چقدر ممکن است تغییر کند.
- بررسی کنید آیا ارائه کنندگان و داروخانه‌های شما در سال آینده در شبکه ما خواهند بود.
  - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصین شما، در شبکه ما هستند؟ داروخانه شما، چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر ارائه کنندگانی که استفاده می‌کنید، چطور؟
  - برای کسب اطلاعات در مورد فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما به بخش C مراجعه کنید.



- به فکر هزینه‌های خود به طور کلی در برنامه درمانی باشید.

- برای خدمات و داروهایی که معمولاً استفاده می‌کنید، چقدر از جیب خودتان پرداخت خواهید کرد؟

- هزینه‌های کلی در مقایسه با سایر گزینه‌های پوششی چقدر است؟

- در مورد اینکه آیا از برنامه درمانی ما رضایت دارید فکر کنید.

### اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:

اگر به این نتیجه برسید که یک پوشش دیگر بهتر می‌تواند نیازهای شما را برآورده کند، می‌توانید برنامه درمانی را تغییر دهید (برای اطلاعات بیشتر، به بخش F2 مراجعه کنید). اگر در یک برنامه درمانی جدیدی ثبت نام کنید، پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد.

### اگر تصمیم گرفتید که در طرح Blue Shield TotalDual Plan بمانید:

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

## C. تغییرات تامین‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما

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

شبکه تامین‌کنندگان و داروخانه‌های ما در سال 2026 تغییر کرده‌اند.

**لطفاً فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌های سال 2026 را بررسی کنید تا ببینید آیا ارائه‌کنندگان (ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی، متخصصان، بیمارستان‌ها و غیره) یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا نه. فهرست به روز شده تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026) موجود است. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات به‌روز تامین‌کنندگان، از طریق شماره‌های انتهای صفحه با واحد خدمات مشتری تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها را برای شما پست کنیم.**

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



---

## **D. تغییرات در مزایا و هزینه‌ها برای سال آینده**

### **D1. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در بخش خدمات پزشکی**

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



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <p>شما در هر فصل برای اقامت تحت پوشش، یک کمک فوق العاده به مبلغ <b>\$120</b> دریافت خواهید کرد.</p> <p>شما در هر فصل می‌توانید دو سفارش بدهید و نمی‌توانید فوق العاده خود را به فصل بعد منتقل کنید.</p>                                                                                                                                                                  | <p>شما در هر ماه برای اقامت تحت پوشش، یک کمک فوق العاده به مبلغ <b>\$70</b> دارید.</p> <p>شما می‌توانید یک سفارش در ماه بدهید و نمی‌توانید کمک فوق العاده استفاده نشده خود را به ماه بعد منتقل کنید.</p>                                                                                                                                                                 | <p><b>اقامت بدون نسخه (OTC)</b></p>                   |
| <p>شما <b>\$0</b> سهم ثابت پرداخت می‌کنید.</p> <p>پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا مرکز خدمات پرستاری تخصصی، ما 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هر ترخیص را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <p>وعده‌های غذایی و تنقلات در صورت نیاز حداکثر در دو نوبت جداگانه تحویل داده خواهند شد.</p> <p>پوشش محدود به دو ترخیص در سال است.</p>                                            | <p>شما <b>\$0</b> سهم ثابت پرداخت می‌کنید.</p> <p>پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا مرکز خدمات پرستاری تخصصی، ما 22 وعده غذایی و 10 میان وعده در هر ترخیص را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <p>غذا و میان وعده حسب نیاز تا سه تحویل جداگانه تقسیم خواهند شد.</p> <p>پوشش محدود به دو ترخیص در سال است.</p>                                                                   | <p><b>تحویل غذا در منزل</b></p>                       |
| <p><b>\$9,250</b></p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ <b>\$9,250</b> از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p> | <p><b>\$9,350</b></p> <p>بعد از آنکه شما مبلغ <b>\$9,350</b> از جیب بابت خدمات بخش A و بخش B پرداخت کردید، در باقیمانده سال تقویمی، هیچ مبلغی بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B خود پرداخت نخواهید کرد.</p> <p>اگر شما واجد شرایط Medicare و Medi-Cal (Medicaid) هستید، مسئول پرداخت هزینه‌های از جیب و حداکثر مبلغ از جیب بابت خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.</p> | <p><b>حداکثر مبلغ سالیانه پرداخت هزینه از جیب</b></p> |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای محدودیت ترکیبی شامل 48 سفر یک طرفه به مکان های مرتبط با سلامت مورد تأیید برنامه درمانی در سال برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیر پزشکی پرداخت می کنید. یک سفر نمی تواند بیش از 70 مایل باشد.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای محدودیت ترکیبی شامل 48 سفر یک طرفه در سال برای سفرهای غیر پزشکی و سفرهای غیر پزشکی طرح بیمه مبتنی بر ارزش (VBID) پرداخت می کنید.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی</b></p>                                                |
| <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D0140 ارزیابی دهان و دندان محدود - متمرکز بر مشکل، پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای غربالگری کد ADA D0190 بیمار پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای ارزیابی بیمار کد ADA D0191 پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D4240 جراحی فلپ لثه، شامل تسطیح ریشه - چهار یا تعداد بیشتری دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D4241 جراحی فلپ لثه، شامل تسطیح ریشه - یک تا سه دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D4266 بازسازی بافت هدایت شده، دندان های طبیعی - مانع قابل جذب، در هر ناحیه پرداخت می کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D4267 بازسازی بافت هدایت شده D4267، دندان های طبیعی - مانع غیر قابل جذب، در هر ناحیه پرداخت می کنید.</p> | <p>کد ADA D0140 ارزیابی محدود دهان و دندان - متمرکز بر مشکل، تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D0190 غربالگری بیمار تحت پوشش نیست.</p> <p>ارزیابی بیمار با کد ADA D0191 تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D4240 جراحی فلپ لثه، شامل تسطیح ریشه - چهار یا تعداد بیشتری دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D4241 جراحی فلپ لثه، شامل تسطیح ریشه - یک تا سه دندان به هم پیوسته یا فضای احاطه شده با دندان در هر نیم فک تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D4266 بازسازی بافت هدایت شده، دندان های طبیعی - مانع قابل جذب، در هر ناحیه تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D4267 بازسازی بافت هدایت شده، دندان های طبیعی - مانع غیر قابل جذب، در هر ناحیه تحت پوشش نیست.</p> | <p><b>خدمات دندان پزشکی، عادی (فاقد پوشش Medicare) (این بخش در صفحه بعد ادامه دارد)</b></p> |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5221 پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه رزین (شامل نگهدارنده/مواد مخصوص چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5222 پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه رزین (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5223 پروتز پارسیل فوری فک بالا - چارچوب فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5224 پروتز پارسیل فوری فک پایین - چارچوب فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5225 پروتز پارسیل فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5226 پروتز پارسیل فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> | <p>کد ADA D5221 پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه رزین (شامل نگهدارنده/مواد مخصوص چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>کد ADA D5222 پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه رزین (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>کد ADA D5223 پروتز پارسیل فوری فک بالا - چارچوب فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>کد ADA D5224 پروتز پارسیل فوری فک پایین - چارچوب فلزی با پایه پروتز رزینی (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>کد ADA D5225 پروتز پارسیل فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> <p>کد ADA D5226 پروتز پارسیل فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل مواد نگهدارنده/مواد چسباندن، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش <b>نیست</b>.</p> | <p>خدمات دندانپزشکی، عادی (فاقد پوشش Medicare) (این بخش در صفحه بعد ادامه دارد)</p> |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5227 پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل هر گیره، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) پرداخت می‌کنید.</p> <p>شما <b>\$0 سهم ثابت</b> برای کد ADA D5228 پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل هر گیره، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) پرداخت می‌کنید.</p> <p>این فهرست کامل خدمات دندانپزشکی تحت پوشش نیست. برای مشاهده فهرست کامل خدمات دندانپزشکی تحت پوشش، به فصل 4 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.</p> | <p>کد ADA D5227 پروتز پارسیل فوری فک بالا - پایه انعطاف پذیر (شامل هر گیره، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش نیست.</p> <p>کد ADA D5228 پروتز پارسیل فوری فک پایین - پایه انعطاف پذیر (شامل هر گیره، تکیه‌گاه‌ها و دندان‌ها) تحت پوشش نیست.</p> | <p>خدمات دندانپزشکی، عادی (فاقد پوشش Medicare) (ادامه)</p> |
| PERS تحت پوشش نیست.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | شما <b>\$0 سهم ثابت</b> پرداخت می‌کنید.                                                                                                                                                                                                        | سیستم پاسخ اضطراری شخصی (PERS)                             |



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2025 (امسال)                                  |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <p>غذا و محصولات کشاورزی:</p> <p>شما در ماه یک کمک هزینه \$60 برای خرید غذاهای سالم و مغذی و میوه و سبزی دارید. این کمک فوق‌العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد.</p> <p>این یک مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری مزمن (SSBCI) است که نیاز به تعیین واجد شرایط بودن دارد. همه اعضای برنامه واجد شرایط نخواهند بود. شما برای دریافت این مزایا، باید یک یا چند عارضه مزمن واجد شرایط داشته باشید.</p> <p>طرح از طریق اطلاعات ارائه‌شده توسط پزشک شما، یا با تماس با پزشک جهت دریافت بیانیه‌ای امضا شده درباره بیماری مزمن واجد شرایطتان، تعیین خواهد کرد که آیا شما واجد شرایط دریافت مزایای مواد غذایی و محصولات کشاورزی هستید یا خیر.</p> <p>لطفاً برای جزئیات بیشتر به دفترچه اطلاعاتی/عضا برنامه درمانی مراجعه کنید.</p> | <p>غذا و محصولات کشاورزی تحت پوشش نیستند.</p> | <p>کمک در زمینه برخی بیماری‌های مزمن</p> |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



| 2026 (سال آینده)                                                                                                            | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <p>مزایای مدل VBID زیر تحت پوشش نیست:</p> <p>خواربار سالم تحت پوشش نیست.</p> <p>حمل و نقل غیر پزشکی VBID تحت پوشش نیست.</p> | <p>دو مزیت مدل VBID وجود دارد:</p> <p><b>مواد غذایی سالم:</b></p> <p>شما در ماه یک کمک هزینه \$50 برای خرید غذاهای سالم و مغذی و میوه و سبزی دارید. اقلام تایید شده را می‌توان در فروشگاه‌های تایید شده محلی خریداری کرد. این کمک فوق‌العاده را نمی‌توان از یک ماه به ماه بعد منتقل کرد.</p> <p><b>حمل و نقل:</b></p> <p>شما \$0 سهم ثابت پرداخت می‌کنید و محدودیت ترکیبی شامل 48 سفر یک طرفه در سال برای سفرهای غیر پزشکی و سفرهای غیر پزشکی VBID دارید.</p> <p>حمل و نقل ممکن است برای دسترسی به مزایای تحت پوشش غیر Medicare ارائه شده توسط برنامه درمانی استفاده شود، مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مکان‌های تناسب اندام در شبکه SilverSneakers</li> <li>○ فروشگاه‌های مواد غذایی سالم مورد تایید</li> <li>○ سمعک در تامین کننده سمعک به انتخاب شما</li> <li>○ خدمات کاپروپراکتیک در شبکه مورد تایید برنامه درمانی</li> <li>○ خدمات مربوط به بینایی و دندانپزشکی در شبکه مورد تایید برنامه درمانی</li> </ul> | <p>مدل طرح بیمه مبتنی بر ارزش (VBID)</p> |



| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | مراقبت بینایی، پوشش بدون Medicare (خدمات دریافت شده از شبکه ارائه کنندگان)* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر سال، <b>\$0 سهم ثابت</b> می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان <b>\$365</b> ). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از <b>\$365</b> انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید.                                                                 | در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای فریم عینک در هر <b>12 ماه \$0 سهم ثابت</b> می‌پردازید (حداکثر تا قیمت خرده فروشی معمولی به میزان <b>\$200</b> ). اگر فریم عینکی به قیمت بالاتر از <b>\$200</b> انتخاب کنید، شما مسئول پرداخت تفاوت قیمت آن هستید.                                                                  |                                                                             |
| در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر <b>\$365</b> برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر سال <b>\$0 سهم ثابت</b> می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از <b>\$365</b> باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید. | در صورتی که از خدمات شبکه ارائه کنندگان استفاده کنید، برای یک جفت لنز اصلاح بینایی با نسخه (بدون توجه به اندازه یا قدرت لنز) یا برای لنزهای تماسی (با قیمت حداکثر <b>\$200</b> برای خدمات و لوازم لنز تماسی) در هر <b>12 ماه \$0 سهم ثابت</b> می‌پردازید. اگر قیمت خدمات و لوازم بیشتر از <b>\$200</b> باشد، شما مسئول پرداخت تفاوت آن هستید. |                                                                             |

## D2. تغییرات در پوشش دارو

### تغییرات در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای تحت پوشش بهروز در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/medpharmacy2026](https://blueshieldca.com/medpharmacy2026) موجود است. همچنین شما می‌توانید برای اطلاعات بهروز داروها، از طریق شماره‌های انتهایی صفحه با مراقبت از مشتریان تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست داروهای تحت پوشش را برای شما پست کنیم.

فهرست داروهای تحت پوشش فهرست دارویی نیز خوانده می‌شود.

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



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

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

- برای یافتن یک داروی دیگر که ما پوشش می‌دهیم، با پزشک (یا تجویز کننده دیگر) خود همکاری کنید.
  - شما می‌توانید از طریق شماره‌های انتهای صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا از ما بخواهید یک فهرست داروهای تحت پوشش که مناسب درمان همان بیماری هستند را برای شما پست کنیم.
  - این فهرست می‌تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.
- با پزشک (تجویز کننده دیگر) خود همکاری کرده و از ما بخواهید برای پوشش یک دارو استثناء قایل شویم.
  - شما می‌توانید قبل از سال آینده درخواست استثناء کنید و ما ظرف مدت 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا بیانیه پشتیبانی تجویز کننده شما) به شما پاسخ خواهیم داد.
  - برای اطلاع درباره روش درخواست استثناء، به **فصل 9 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید.
  - اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره روش تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت، به **فصل 2 و فصل 3 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** خود مراجعه کنید.
- از ما درخواست کنید که موقتاً مقداری دارو را پوشش دهیم.
  - در بعضی مواقع، ما دارو را در 90 روز اول سال تقویمی به طور موقت پوشش می‌دهیم.
  - این مقدار موقت برای حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هنگامی که ذخیره موقت را می‌توانید دریافت کنید و نحوه درخواست برای آن، به **فصل 5 دفترچه اطلاعاتی/اعضا** مراجعه کنید.)
  - هنگامی که مقدار موقتی از یک دارو را دریافت می‌کنید، با پزشک خود درباره راهکار مربوط به زمان اتمام مقدار موقت صحبت کنید. شما می‌توانید به داروی متفاوت تحت پوشش برنامه تغییر دهید یا از ما درخواست کنید که در مورد شما استثنا قائل شده و داروی کنونی شما را پوشش دهیم.



## تغییرات در هزینه داروها

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D تحت پوشش برنامه درمانی ما وجود دارد. مبلغی که می پردازید بستگی به مرحله شما در هنگام پیچیدن یا تجدید نسخه دارد. این دو مرحله عبارتند از:

| مرحله 1<br>مرحله پوشش اولیه                                                                                                                                                                                                        | مرحله 2<br>مرحله پوشش بحرانی                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| در طول این مرحله، برنامه درمانی ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کند و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه شده نامیده می شود.<br><br>شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می کنید. | برنامه درمانی، در طول این مرحله، همه هزینه های مربوط به داروهای شما را تا 31 دسامبر 2026 پرداخت می کند.<br><br>شما این مرحله را هنگامی شروع می کنید که مبلغ مشخصی از هزینه های نقدی از جیب را پرداخت کرده باشید. |

مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می کند که کل هزینه هایی که از جیب خودتان بابت داروهای نسخه دار پرداخت می کنید به **\$2,100** برسد. در آن مرحله، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می شود. برنامه درمانی ما همه هزینه های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروها پرداخت می کنید، به **فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

تحت برنامه تخفیف تولید کننده، تولید کنندگان دارو بخشی از هزینه کامل برنامه درمانی ما برای داروهای برند بخش D و بیولوژیک های تحت پوشش در طول مرحله پوشش اولیه و مرحله پوشش وضعیت بحرانی را پرداخت می کنند. تخفیف هایی که توسط تولیدکنندگان تحت برنامه تخفیف تولید کننده پرداخت می شود، به حساب هزینه های از جیب گذاشته نمی شود.

**D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»**

در طول مرحله اول پوشش، برنامه درمانی ما سهم هزینه داروهای تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم شما سهم ثابت بیمه شده نامیده می شود. سهم ثابت بیمه شده بستگی به رده تسهیم هزینه ای که دارو در آن است و محلی دارد که آن را دریافت می کنید. شما هر بار که یک نسخه را می پیچید، سهم ثابت بیمه شده را پرداخت خواهید کرد. اگر هزینه داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم ثابت بیمه شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

ما برخی داروها در فهرست دارویی را به ردیف دارویی پایین تر یا بالاتر منتقل کردیم. اگر داروهای شما از ردیفی به ردیفی منتقل شود، این موضوع می تواند بر روی سهم ثابت بیمه شده شما تأثیر داشته باشد. برای آنکه بدانید آیا داروهای شما در ردیف متفاوتی خواهد بود، آنها را در فهرست دارویی جستجو کنید.

جدول زیر هزینه های شما برای ذخیره یک ماهه پیچیده شده در یک داروخانه شبکه با سهم بیمه شده استاندارد در هر یک از 5 ردیف دارویی ما را نشان می دهد. این مبالغ تنها در طول زمانی اعمال می شوند که شما در مرحله اولیه پوشش هستید.

بیشتر واکسن های بخش D بزرگسالان بدون هزینه برای شما تحت پوشش هستند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



برای اطلاعات در مورد هزینه واکسن‌ها یا اطلاعات برای مقدار مصرف بلند مدت؛ یا در داروخانه شبکه که سهم هزینه ترجیحی  
ارایه می‌دهد؛ یا برای نسخه‌های تحویل در منزل به فصل 6، بخش D دفترچه اطلاعاتی/اعضا مراجعه کنید.

| 2026 (سال آینده)                                                                     | 2025 (امسال)                                             |                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است.                             | سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است. | <b>داروهای ردیف 1</b><br>(داروهای ژنریک ترجیحی)<br><br>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 1 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود |
| سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است.                             | سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است. | <b>داروهای ردیف 2</b><br>(داروهای ژنریک)<br><br>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 2 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود        |
| سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با 0\$، 5.10\$ یا 12.65\$ است. | سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است. | <b>داروهای ردیف 3</b><br>(داروهای برند ترجیحی)<br><br>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 3 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود  |
| سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با 0\$، 5.10\$ یا 12.65\$ است. | سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است. | <b>داروهای ردیف 4</b><br>(داروهای غیر-ترجیحی)<br><br>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 4 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود   |
| سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) برابر با 0\$، 5.10\$ یا 12.65\$ است. | سهم ثابت بیمه شده شما برای مصرف یک ماه (30 روز) 0\$ است. | <b>داروهای ردیف 5</b><br>(داروهای ردیف تخصصی)<br><br>هزینه برای ذخیره یک ماهه دارو در ردیف 3 که در یک داروخانه شبکه پیچیده شود   |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



مرحله اولیه پوشش هنگامی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌هایی که از جیب خودتان پرداخت می‌کنید به **\$2,100** برسد. در آن موقعیت مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. برنامه درمانی همه هزینه‌های دارویی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهد. برنامه درمانی همه داروهای بخش D شما را تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که بابت داروها پرداخت می‌کنید، به **فصل 6 دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

#### **D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی»**

هنگامی که به محدوده پرداخت از جیب **\$2,100** داروهای خود رسیدید، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود و شما هزینه ای را برای داروهای تحت پوشش بخش D خود پرداخت نمی‌کنید. شما تا پایان سال تقویمی، در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند.

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

### **E. تغییرات اداری**

| 2026 (سال آینده)                                                                                                                                         | 2025 (امسال)                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Teledoc Health<br/>blueshieldca.com/teladochealth</p>                                                                                                 | <p>Teledoc<br/>blueshieldca.com/teladoc</p>                                                                                                                                                                                | <p>خدمات تله‌هلت (سلامت از راه دور)<br/>بیشتر: تغییر به نام فروشنده و<br/>URL</p> |
| <p>اگر در برنامه پرداخت نسخه Medicare شرکت می‌کنید و در همان برنامه باقی می‌مانید، لازم نیست که کاری بکنید تا در برنامه پرداخت نسخه Medicare بمانید.</p> | <p>برنامه پرداخت نسخه Medicare یک گزینه پرداخت است که امسال شروع شده و می‌تواند به شما کمک کند هزینه‌های از جیب خود برای داروهای تحت پوشش برنامه ما را با توزیع آنها در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) مدیریت کنید.</p> | <p>برنامه پرداخت نسخه Medicare</p>                                                |
| <p>Commence Health</p>                                                                                                                                   | <p>Livanta</p>                                                                                                                                                                                                             | <p>تغییر نام سازمان بهبود کیفیت (QIO)</p>                                         |

### **F. انتخاب یک برنامه درمانی**

#### **F1. ماندن در برنامه درمانی خود**

امیدواریم که شما را به عنوان عضو برنامه درمانی حفظ کنیم. لازم نیست شما برای ماندن در برنامه درمانی ما کاری انجام دهید. مگر اینکه در برنامه Medicare دیگری ثبت نام کنید یا به Original Medicare تغییر دهید، شما به صورت خودکار در سال 2026، عضو برنامه درمانی ما باقی خواهید ماند.



## F2. تغییر برنامه‌ها

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

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

- **دوره ثبت نام باز،** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در برنامه درمانی جدید در 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت نام باز Medicare Advantage Plan (MA)،** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر شما یک برنامه درمانی جدید را در این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در روز اول ماه بعد آغاز می‌شود.
- چون شما Medi-Cal دارید، می‌توانید عضویت خود را در برنامه درمانی ما در هر ماه از سال خاتمه دهید. ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی که:
  - از منطقه سرویس‌دهی ما خارج شوید،
  - احراز شرایط شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر کند، یا
  - اخیراً وارد یک موسسه شده یا در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید (مانند مرکز پرستاری تخصصی یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت). اگر اخیراً از یک موسسه مرخص شده‌اید، می‌توانید برنامه‌های درمانی خود را تغییر دهید یا به مدت دو ماه کامل بعد از ماهی که مرخص می‌شوید، به Original Medicare تغییر وضعیت دهید.

## خدمات Medicare شما

شما در هر یک از ماههای سال، سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود که در زیر فهرست شده‌اند، دارید. شما برای زمان‌های خاصی از سال، گزینه اضافی دیگری دارید که در زیر ذکر شده است، از جمله **دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر موقعیت‌هایی که در **بخش F2** توضیح داده شده است. شما با انتخاب یکی از گزینه‌ها، به صورت خودکار به عضویت خود در برنامه درمانی ما پایان می‌دهید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>این کار را بکنید:</p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 am تا 5:00 pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>یا</p> <p>در یک برنامه Medi-Medi جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از برنامه درمانی ما خارج می‌شوید. برنامه Medi-Cal شما تغییر خواهد کرد تا با برنامه Medi-Medi Plan شما مطابقت داشته باشد.</p> | <p>1. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p>برنامه Medi-Medi نوعی برنامه Medicare Advantage است. این برنامه برای اشخاصی است که Medicare و Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کنند. در صورت واجد شرایط بودن، برنامه‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا یک برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (PACE) را در هر دو برنامه هماهنگ می‌کنند.</p> <p>تذکر: اصطلاح Medi-Medi Plan نامی برای برنامه‌های یکپارچه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNP) در کالیفرنیا است.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>این کار را بکنید:</p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <p>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 am تا 5:00 pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> بازدید کنید.</p> <p>یا</p> <p>در یک برنامه داروهای نسخه دار Medicare جدید ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>برنامه Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.</p> | <p>2. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p><b>Original Medicare</b> با یک برنامه دارویی Medicare جداگانه</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>این کار را بکنید:</p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 am تا 5:00 pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Service/s/Medicare_Counseling">www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>هنگامی که پوشش Original Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار ثبت نام شما در برنامه درمانی ما لغو می‌شود.</p> <p>برنامه Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر کنید.</p> | <p>3. شما می‌توانید تغییر دهید به:</p> <p><b>Original Medicare بدون برنامه دارویی Medicare جداگانه</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر به Original Medicare تغییر دهید و در برنامه دارویی Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر آنکه شما به Medicare بگویید که نمی‌خواهید عضو شوید.</p> <p>شما تنها زمانی باید پوشش دارویی را حذف کنید که از منبع دیگری مثل کارفرما یا اتحادیه پوشش دارویی دارید. اگر درباره نیاز به پوشش دارویی سوالی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 am تا 5:00 pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a> بازدید کنید.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>این کار را بکنید:</b></p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای طرح سوال درباره برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از 8:00 am تا 5:00 pm تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن یک دفتر HICAP در منطقه خود، از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>یا</p> <p>در یک برنامه جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>برنامه درمانی Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p> | <p><b>4. شما می‌توانید تغییر دهید به:</b></p> <p>تمام برنامه‌های درمانی Medicare در طول زمان‌های خاصی از سال از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر موقعیت‌هایی که در بخش A توضیح داده شده است.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### خدمات Medi-Cal شما

برای طرح سوال درباره برنامه Medi-Cal و دریافت خدمات Medi-Cal خود بعد از ترک برنامه ما، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه - جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. سوال کنید که چطور پیوستن به یک برنامه درمانی یا برگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تاثیر دارد.



## G. دریافت راهنمایی

### G1. برنامه ما

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

#### دفترچه اطلاعاتی/عضای خود را بخوانید.

دفترچه اطلاعاتی/عضای شما، یک شرح حقوقی و مفصل از مزایای برنامه درمانی ما است. این سند مزایا و هزینه‌های مربوط به سال 2026 را شرح می‌دهد. این سند حقوق شما و مقرراتی را توصیف می‌کند که لازم است برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش از آنها تبعیت کنید.

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2026 از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به روز از دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026) موجود است. همچنین شما می‌توانید از طریق شماره تلفن‌های انتهای صفحه با مراقبت از مشتریان تماس گرفته و از ما بخواهید یک نسخه از دفترچه اطلاعاتی/عضا ویژه سال 2026 را برای شما پست کنیم.

#### وبسایت ما

شما می‌توانید از وبسایت ما به نشانی [blueshieldca.com/DSNP2026](https://blueshieldca.com/DSNP2026) بازدید کنید. به عنوان یادآوری، وبسایت ما حاوی آخرین اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما (فهرست تامین‌کنندگان و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

### G2. مشاوره و مدافعه‌ی بیمه درمانی برنامه (HICAP)

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

### G3. برنامه بازرس کل

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره (TTY: 711) 1-800-452-4413، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



**Medicare .G4**

برای دریافت اطلاعات مستقیم از Medicare؛

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

- چت زنده در [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

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

**وبسایت Medicare**

شما می‌توانید از وبسایت Medicare به نشانی ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) بازدید کنید. اگر تصمیم گرفتید که عضویت خود را در برنامه ما خاتمه داده و عضو یکی دیگر از برنامه‌های Medicare شوید، وبسایت Medicare حاوی اطلاعاتی در مورد هزینه، پوشش و رتبه‌بندی کیفی است که به شما در مقایسه برنامه‌ها کمک می‌کند.

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

**Medicare & You 2026 (و شما 2026)**

می‌توانید کتاب راهنمای *Medicare & You 2026* را بخوانید. هر ساله در پائیز، این دفترچه اطلاعاتی برای اشخاص عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه حاوی خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها و پاسخ‌هایی به سؤالات متداول در مورد Medicare می‌باشد. این دفترچه به زبان‌های اسپانیولی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

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

**G5. سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا**

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره **(TTY: 711) 1-800-452-4413** تماس گرفته و قبل از تماس با این سازمان از روال شکایت برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این رویه ارائه شکایت، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در مورد شکایت Medi-Cal خود در شرایط اضطراری، شکایت Medi-Cal که به طور رضایت‌بخش توسط برنامه درمانی‌تان حل و فصل نشده یا شکایت Medi-Cal که به مدت بیش از 30 روز به آن رسیدگی نشده است، نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) برای مزایای Medi-Cal واجد شرایط باشید. اگر واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) هستید، فرآیند بررسی مستقل پزشکی (IMR) دربرگیرنده بازبینی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی برنامه‌های درمانی است که به لزوم ارائه خدمات پزشکی یا درمانی، پوشش‌های درمانی که ماهیت تجربی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات مالی برای موارد اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری مربوط می‌شوند. این بخش همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان **(1-888-466-2219)** و یک خط TDD به شماره **(1-9891-68-877-1)** برای کسانی که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند، می‌باشد. وبسایت اینترنتی این اداره به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) می‌باشد.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Blue Shield TotalDual Plan با شماره **(TTY: 711) 1-800-452-4413**، از ساعت 8:00

صبح تا 8:00 شب، هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از

[blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare) بازدید کنید.



## G6 برنامه پرداخت نسخه Medicare

برنامه پرداخت نسخه Medicare یک گزینه پرداخت است که ممکن است به شما کمک کند هزینه های خود را برای داروهای تحت پوشش برنامه ما با گسترش آنها در سراسر سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) به عنوان پرداخت های ماهانه مدیریت کنید. این برنامه باعث صرفه جویی در هزینه های شما یا کاهش هزینه های دارویی شما نمی شود.

«کمک اضافی (Extra Help)» از Medicare و کمک از برنامه کمک دارویی ایالت شما (SPAP) و برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)، برای افراد واجد شرایط، از مشارکت تنهایی در برنامه پرداخت نسخه Medicare سودمند تر است. همه ثبت نام کنندگان بدون توجه به سطح درآمد واجد شرایط شرکت در این برنامه هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این برنامه، لطفاً با شماره تلفن پایین این صفحه با ما تماس بگیرید یا از [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) بازدید کنید.





[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

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