



# معلومات مهمة

بشأن التغييرات في  
خطة Medicare الدوائية والصحية الخاصة بك

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)، إحدى الخطط التابعة لبرنامج Medicare-Medi-Cal، التي تقدمها خدمة الأطباء في كاليفورنيا (المعروفة أيضًا باسم Blue Shield of California)**

## الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2026

### مقدمة

أنت مُسجّل حاليًا بصفقتك عضوًا في خطتنا. سنجري خلال العام المقبل تغييرات على ما لدينا من مزايا، وتغطية، وقواعد، وتكاليف. يتناول هذا "الإشعار السنوي بالتغييرات" التغييرات ومكان العثور على مزيد من المعلومات بخصوصها. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف، أو المزايا، أو القواعد، يُرجى مراجعة كتيب الأعضاء، الموجود على موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للحصول على نسخة من خلال البريد. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

### موارد إضافية

- هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية، والأرمينية، والكمبودية، والصينية التقليدية، والصينية المبسطة، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية أو الإسبانية الكريولية، والتاغالوغية، والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. اتصل على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

○ إذا كنت ترغب في تلقي مواد خطتك عبر الإنترنت، فسجل الدخول إلى حسابك على [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)، وانقر فوق "My profile" (حسابي) في الجزء العلوي الأيمن أسفل الأحرف الأولى من اسمك، وانتقل إلى "Communication preferences" (تفضيلات التواصل)، وحدد "Electronic Delivery" (التسليم الإلكتروني) باعتبارها طريقة التسليم المفضلة لديك. إذا لم يكن لديك حساب، فانقل إلى [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)، وانقر فوق "Create account" (إنشاء حساب)، ويمكنك تحديد تفضيلات التسليم أثناء إنشاء حسابك.

○ يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند والمراسلات المستقبلية المطلوبة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق بديل (الطباعة بأحرف كبيرة، طريقة برايل للمكفوفين، تسجيل صوتي، وما إلى ذلك). يمكنك الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. ستحتفظ خدمة العملاء باللغة والتنسيق المفضلين لديك في الملف حتى يحين الوقت الذي ترغب فيه في إجراء التحديثات.

○ لإجراء تغيير على طلب دائم لتلقي المراسلات المطلوبة بلغة مفضلة أو بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.

إشعار بتوفر خدمات المساعدة اللغوية، والوسائل والخدمات المساعدة.

موافقة OMB رقم 0938-1444 (تنتهي في: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



**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 ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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

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

### **Русский слоган (Russian)**

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

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.



### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

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

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

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



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

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



## جدول المحتويات

|     |                                                                 |    |
|-----|-----------------------------------------------------------------|----|
| A.  | إخلاء المسؤولية.....                                            | 9  |
| B.  | مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم..... | 9  |
| B1. | معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan.....                     | 10 |
| B2. | أمور مهمة ينبغي تنفيذها.....                                    | 10 |
| C.  | تغييرات في موفري الرعاية والصيديات التابعة لشبكتنا.....         | 11 |
| D.  | التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل.....                | 12 |
| D1. | التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية.....              | 12 |
| D2. | التغييرات في تغطية الأدوية.....                                 | 18 |
| D3. | المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية".....                        | 20 |
| D4. | المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث".....                           | 22 |
| E.  | التغييرات الإدارية.....                                         | 22 |
| F.  | اختيار خطة.....                                                 | 22 |
| F1. | البقاء في خطتنا.....                                            | 22 |
| F2. | تغيير الخطط.....                                                | 23 |
| G.  | الحصول على مساعدة.....                                          | 28 |
| G1. | خطتنا.....                                                      | 28 |
| G2. | برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP).....               | 28 |
| G3. | برنامج التظلمات.....                                            | 28 |
| G4. | برنامج Medicare.....                                            | 29 |
| G5. | إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....            | 29 |
| G6. | خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare.....           | 30 |



## A. إخلاء المسؤولية

تُعد خطة Blue Shield of California إحدى الخطط التابعة لـ HMO D-SNP مع التعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.

عندما يشير هذا المستند إلى الضمير "نحن"، أو "مشتقاته"، أو "الدينا"، فإنه يعني California Physicians' Service (المعروفة أيضاً باسم Blue Shield of California). عندما تذكر "خطة" أو "خطتنا"، فهذا يعني Blue Shield TotalDual Plan.

إن مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة في القسم D1 هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن". تشمل الحالات المزمنة المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: اضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وقصور القلب المزمن؛ ومرض السكري؛ وزيادة الوزن، والبدانة، ومتلازمة التمثيل الغذائي؛ واضطرابات الرئة المزمنة. يُرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على قائمة كاملة بالحالات المزمنة المؤهلة ومتطلبات الأهلية.

تُعد Amazon Pharmacy شركة مستقلة عن Blue Shield of California ومتعاقد مع Blue Shield لتوفير التوصيل المنزلي للأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء Blue Shield.

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

من الضروري مراجعة التغطية التي تستمتع بها الآن للتأكد من أنها ستظل تغطي احتياجاتك خلال العام القادم. إذا كانت لا تغطي احتياجاتك، فقد تتمكن من التوقف عن استخدام خطتنا. يُرجى الرجوع إلى القسم D للحصول على مزيد من المعلومات حول التغييرات التي ستطراً على ما لدينا من مزايا خلال العام المقبل.

**الأعضاء الجدد في Blue Shield TotalDual Plan.** في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، ستتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield TotalDual Plan. لن يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود في أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

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

إذا تركت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات حول:

• خيارات برنامج Medicare في الجدول الموجود في القسم F2.

• خيارات وخدمات برنامج Medi-Cal الموجودة في القسم F2.

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



## B1. معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan

- تُعد Blue Shield TotalDual Plan خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- عندما يذكر الإشعار السنوي بالتغييرات هذا لفظ الضمير "نحن"، أو "مشتقاته"، أو "لدينا"، أو "خطتنا" فإنه يقصد خطة Medicare Medi-Cal.

## B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها

- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على ما لدينا من مزايا وتكاليف قد تؤثر عليك.
  - هل هناك أي تغييرات تؤثر في الخدمات التي تستخدمها؟
  - راجع التغييرات في المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستناسبك العام المقبل.
  - يُرجى الرجوع إلى القسم D1 للحصول على معلومات حول تغييرات المزايا والتكلفة لخطتنا.
- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات قد تؤثر عليك في تغطية العقاقير المقررة بوصفة طبية.
  - هل ستتم تغطية أدويةك؟ هل أصبحت ضمن فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف مختلفة؟ هل يمكنك استخدام الصيدليات ذاتها؟ هل ستكون هناك أي تغييرات، مثل التصريح المسبق، أو العلاج المرحلي، أو حدود الكمية؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية ستناسبك العام المقبل.
  - يُرجى الرجوع إلى القسم D2 للحصول على معلومات حول التغييرات في تغطية الدواء لدينا.
  - قد تكون تكاليف الأدوية التي تحصل عليها قد ارتفعت منذ العام الماضي.
  - تحدث إلى طبيبك حول البدائل الأقل تكلفة التي قد تكون متاحة لك؛ قد يوفر لك هذا من التكاليف النثرية السنوية على مدار العام.
  - ضع في اعتبارك أن مزايا خطتك تُحدّد بالضبط مقدار تغير تكاليف الأدوية التي تدفعها.
- تحقق مما إذا كان موفرو الرعاية والصيدليات سيكونون في شبكتنا العام المقبل.
  - هل أطباءك، بمن فيهم الاختصاصيين، ضمن شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفري الرعاية الآخرين الذين تتابع معهم؟
  - يُرجى الرجوع إلى القسم C للحصول على معلومات حول دليل موفري الرعاية والصيدليات.



• **فكر بشأن التكاليف الإجمالية الخاصة بك في الخطة.**

○ كم ستفوق من مالِك الخاص على الخدمات والعقاقير المقررة بوصفها طبية التي تستخدمها بانتظام؟

○ كم يبلغ إجمالي التكاليف مقارنةً بخيارات التغطية الأخرى؟

• **فكر فيما إذا كنت ستظل راضيًا عن التسجيل بخطةنا أم لا.**

**إذا قررت تغيير الخطط:**

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (يرجى الرجوع إلى القسم F2 للحصول على مزيد من المعلومات). في حالة التسجيل في خطة جديدة، أو التغيير إلى Original Medicare، فستبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

**إذا قررت البقاء مع Blue Shield TotalDual Plan:**

إذا قررت أن تظل معنا العام القادم، الأمر يسير – لا تحتاج إلى القيام بأي إجراء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فستظل مشتركًا تلقائيًا في Blue Shield TotalDual Plan.

## C. تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا

تعتمد المبالغ التي تدفعها مقابل أدويةك على الصيدلية التي تستخدمها. تحتوي خطتنا على شبكة من الصيدليات. في معظم الحالات، لا تتم تغطية الوصفات الطبية المقررة لك إلا إذا تم صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

تغيرت شبكات موفري الرعاية والصيدليات لعام 2026.

**يرجى مراجعة دليل موفري الرعاية والصيدليات لعام 2026** لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية (موفر الرعاية الأولية، والاختصاصيون، والمستشفيات، وما إلى ذلك) أو الصيدلية في شبكتنا. توجد أحدث نسخة من دليل موفري الرعاية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مُحدثة عن موفر الرعاية أو لمطالبتنا بإرسال دليل موفري الرعاية والصيدليات إليك بالبريد.

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. **للحصول على**



**D. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل****D1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية**

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

| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <p>\$9,250</p> <p>بمجرد أن تدفع \$9,250 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة، فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة لبقية العام التقويمي.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare و Medi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية مقابل الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المُغطاة.</p> | <p>\$9,350</p> <p>بمجرد أن تدفع \$9,350 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة، فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المُغطاة لبقية العام التقويمي.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare و Medi-Cal (Medicaid)، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف نثرية مقابل الحد الأقصى من التكاليف النثرية لخدمات القسم A والقسم B المُغطاة.</p> | <p><b>الحد الأقصى الذي تدفعه من تكاليفك النثرية سنوياً</b></p> |
| <p>ستحصل على بدل بمبلغ \$120 كل ثلاثة أشهر للبنود المُغطاة.</p> <p>يمكنك تقديم طلبين كل ثلاثة أشهر، ولا يمكنك ترحيل المخصصات غير المستخدمة إلى ربع السنة التالي.</p>                                                                                                                                                                                                      | <p>لديك بدل بقيمة \$70 شهرياً للعناصر المُغطاة.</p> <p>يمكنك تقديم طلب واحد شهرياً ولا يمكنك ترحيل البدلات غير المستخدمة إلى الشهر التالي.</p>                                                                                                                                                                                                                            | <p><b>العناصر غير المقررة بوصفها طبية (OTC)</b></p>            |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                                  |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <p>الطعام والمنتجات الغذائية:</p> <p>لديك بدل بقيمة <b>\$60</b> شهرياً لشراء الأطعمة والمنتجات الغذائية الصحية والمغذية. لا يمكن ترحيل هذا البدل من شهر إلى شهر.</p> <p>هذه ميزة تكميلية خاصة للمصاب بمرض مزمن (SSBCI)، والتي تتطلب تحديد الأهلية. لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين. يجب أن تكون لديك حالة مزمنة مؤهلة واحدة أو أكثر للحصول على هذه الميزة.</p> <p>ستكتشف الخطة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان موقع حول حالتك المزمنة المؤهلة.</p> <p>يُرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء للحصول على تفاصيل إضافية.</p> | <p>الطعام والمنتجات الغذائية ليست خاضعة للتغطية.</p>                                                                                                                                                              | <p>المساعدة في حالات مزمنة معينة</p> |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة <b>\$0</b> لإجمالي 48 رحلة ذهاب فقط في السنة كحد أقصى إلى مواقع معتمدة من الخطة لأغراض متعلقة بالصحة، وتشمل النقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. لا يمكن أن تتجاوز كل رحلة 70 ميلاً.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة <b>\$0</b> لإجمالي 48 رحلة ذهاب فقط في السنة كحد أقصى تشمل النقل غير الطبي والنقل غير الطبي ضمن تصميم التأمين القائم على القيمة (Value Based Insurance Design, VBID).</p> | <p>النقل: النقل غير الطبي</p>        |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                               | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>مزاي نموذج VBIID التالية غير خاضعة للتغطية:</p> <p>لا تخضع البقالة الصحية للتغطية.</p> <p>لا يخضع النقل غير الطبي التابع لـ VBIID للتغطية.</p> | <p>هناك نوعان من مزاي نموذج VBIID:</p> <p><b>البقالة الصحية:</b></p> <p>لديك بدل بقيمة \$50 شهريًا لشراء الأطعمة والمنتجات الغذائية الصحية والمغذية. يمكن شراء العناصر المعتمدة من تجار التجزئة المعتمدين محليًا. لا يمكن ترحيل هذا البديل من شهر إلى شهر.</p> <p><b>النقل:</b></p> <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 لإجمالي 48 رحلة ذهاب فقط في السنة كحد أقصى للنقل غير الطبي والنقل غير الطبي ضمن VBIID.</p> <p>يمكن استخدام وسائل النقل للحصول على المزايا غير المغطاة ببرنامج Medicare التي تقدمها الخطة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مواقع اللياقة البدنية في شبكة SilverSneakers</li> <li>○ مواقع متجر البقالة الصحية المعتمدة</li> <li>○ وسائل المساعدة السمعية من مورّد</li> <li>○ وسائل المساعدة السمعية الذي تختاره</li> <li>○ خدمات تقويم العمود الفقري في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية</li> <li>○ خدمات الإبصار والأسنان في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية</li> </ul> | <p>تصميم التأمين القائم على القيمة (VBIID)</p> |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0.</p> <p>عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو مركز خدمات التمريض المهني، نغطي 22 وجبة و10 وجبات خفيفة لكل حالة خروج.</p> <p>سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى ما يصل إلى عمليتي تسليم منفصلتين حسب الحاجة.</p> <p>تقتصر التغطية على مرتين خروج من المستشفى سنويًا.</p>                                                                                                                                                             | <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0.</p> <p>عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو مركز خدمات التمريض المهني، نغطي 22 وجبة و10 وجبات خفيفة لكل حالة خروج.</p> <p>سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى حد أقصى ثلاث تسليمات منفصلة حسب الحاجة.</p> <p>تقتصر التغطية على مرتين خروج من المستشفى سنويًا.</p>                             | <p>توصيل وجبات منزلية</p>                                                                                |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D0140 تقييم الفم المحدود - مركز على مشكلة مُحددة.</p> <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D0190 إجراء فحص للمريض.</p> <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D0191 تقييم المريض.</p> <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D4240 إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر - لأربعة أسنان أو أكثر متجاورة أو فراغات مُحددة في كل رُبع من الفم، غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>ADA رمز D0140 تقييم الفم محدود - المشكلة المُحددة غير مشمولة بالتغطية.</p> <p>ADA رمز D0190 إجراء الفحص للمريض غير مشمول بالتغطية.</p> <p>ADA رمز D0191 التقييم للمريض غير مشمول بالتغطية.</p> <p>ADA رمز D4240 إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر - لأربعة أسنان أو أكثر متجاورة أو فراغات مُحددة في كل رُبع من الفم، غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>خدمات الأسنان الروتينية (غير المُغطاة من قبل برنامج Medicare) (يستمر هذا القسم في الصفحة التالية)</p> |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                                 | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                     |                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D4241 إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر، لسن واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو فراغات مُحَدَّدة بأسنان في كل ربع من الفم، غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>ADA رمز D4241 إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر، لسن واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو فراغات مُحَدَّدة بأسنان في كل ربع من الفم، غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>خدمات الأسنان الروتينية (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare) (يستمر هذا القسم في الصفحة التالية)</p> |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D4266 تجديد الأنسجة المُوَجَّه للأسنان الطبيعية باستخدام حاجز قابل للامتصاص، لكل موضع.</p>                                                                | <p>ADA رمز D4266 تجديد الأنسجة المُوَجَّه للأسنان الطبيعية باستخدام حاجز قابل للامتصاص، لكل موضع غير مشمول بالتغطية.</p>                                             |                                                                                                         |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D4267 تجديد الأنسجة المُوَجَّه للأسنان الطبيعية باستخدام حاجز غير قابل للامتصاص، لكل موضع.</p>                                                            | <p>ADA رمز D4267 تجديد الأنسجة الموجهة، والأسنان الطبيعية - حاجز غير قابل لإعادة امتصاص، لكل موضع، غير خاضع للتغطية.</p>                                             |                                                                                                         |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5221 طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان) غير مشمولة بالتغطية.</p>                                | <p>ADA رمز D5221 طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان) غير مشمولة بالتغطية.</p>                                |                                                                                                         |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5222 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان).</p>                                                    | <p>ADA رمز D5222 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                 |                                                                                                         |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5223 طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان).</p>                          | <p>ADA رمز D5223 طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثبتة/وسادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>       |                                                                                                         |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                             | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                        |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5224 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>ADA رمز D5224 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p> | <p>خدمات الأسنان الروتينية (غير مغطاة ببرنامج Medicare) (تابع)</p> |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5225 طقم أسنان جزئي علوي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                      | <p>ADA رمز D5225 طقم أسنان جزئي علوي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                      |                                                                    |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5226 طقم أسنان جزئي سفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان).</p>                                                  | <p>ADA رمز D5226 طقم أسنان جزئي سفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول في التغطية.</p>                                    |                                                                    |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5227 طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                        | <p>ADA رمز D5227 طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                               |                                                                    |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل ADA رمز D5228 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                        | <p>ADA رمز D5228 طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة الفم والأسنان) غير مشمول بالتغطية.</p>                                               |                                                                    |
| <p>هذه ليست قائمة كاملة من خدمات الأسنان المغطاة. راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء للاطلاع على قائمة كاملة بخدمات الأسنان المغطاة.</p>                                                                              |                                                                                                                                                                         |                                                                    |



| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل إطارات النظارة (بسرير يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$365) كل عام عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارة بسعر يزيد عن \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p>                                                                           | <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل إطارات النظارة (بسرير يصل إلى قيمة أسعار البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$200) كل 12 شهرًا عند حصولك عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارة بسعر يزيد عن \$200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p>                                                                  | <p>رعاية الإبصار، غير مُغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*</p> |
| <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل زوج واحد من عدسات النظارة المقررة لك (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$365 تشمل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) مرة كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p> | <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0 مقابل زوج واحد من عدسات النظارة المقررة لك (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$200 تشمل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) مرة كل 12 شهرًا عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.</p> |                                                                                                 |
| <p>PERS غير مشمول بالتغطية.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع بقيمة \$0.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS)</p>                                                    |

## D2. التغييرات في تغطية الأدوية

التغييرات الطارئة علم، قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر نسخة مُحدّثة من قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية على موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/medpharmacy2026](https://blueshieldca.com/medpharmacy2026). يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مُحدّثة عن الأدوية أو لطلب إرسال قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية إليك بالبريد من جانبنا.

يُطلق أيضًا على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم قائمة الأدوية.

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

راجع قائمة الأدوية للتأكد من تغطية الأدوية الخاصة بك في العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت هناك أي قيود أو ما إذا تم نقل الدواء الخاص بك إلى فئة مختلفة من المشاركة في تحمل التكاليف.



معظم التغييرات في قائمة الأدوية الجديدة وتحدث مع بداية كل عام. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى يسمح بها برنامج Medicare و/أو الولاية التي ستؤثر عليك خلال العام التقويمي. نقوم بتحديث قائمة الأدوية عبر الإنترنت شهرياً على الأقل لتوفير قائمة الأدوية المُحدّثة. إذا أجرينا تغييراً سيؤثر في دواء تتناوله، فسنرسل إليك إشعاراً بالتغيير.

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

- العمل مع طبيبك (أو غيره من مُقدّمي الوصفات الطبية) للعثور على دواء مختلف تغطيه.
  - يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو الاتصال بمنسق الرعاية المعني بك لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج نفس الحالة.
  - ويمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في العثور على دواء خاضع للتغطية قد يكون فعالاً معك.
- العمل مع طبيبك (أو غيره من مُقدّمي الوصفات الطبية) وأن تطلب منا إجراء استثناء لتغطية الدواء.
  - يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل، وسنقدّم لك إجابة في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم لمُقدّم الوصفات الطبية المعني بك).
  - لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب الحصول على استثناء، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب الحصول على استثناء، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية المعني بك. يُرجى الرجوع إلى الفصلين 2 و3 من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية المعني بك.
- اطلب منا تغطية صرفية مؤقتة للدواء.
  - في بعض الحالات، نقوم بتغطية صرفية مؤقتة للدواء خلال أول 90 يوماً من السنة التقويمية.
  - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يوماً. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على صرفية مؤقتة وكيفية طلبها، يُرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك).
  - عندما تحصل على صرفية مؤقتة لدواء، يتعين عليك التحدث إلى طبيبك لاتخاذ قرار بشأن ما يتعين القيام به عند نفاذ الصرفية المؤقتة. يمكنك إما التبديل إلى دواء مختلف يخضع لتغطية خطتنا أو أن تطلب منا إجراء استثناء لك وتغطية دوائك الحالي.

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare).



## التغييرات في تكاليف الأدوية

هناك مرحلتا دفع لتغطية أدوية القسم D في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تمر بها في وقت صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:

| المرحلة 1<br>مرحلة التغطية المبدئية                                                                                                                                      | المرحلة 2<br>مرحلة تغطية الكوارث                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جزءًا من تكاليف الأدوية الخاصة بك، وتدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام. | في هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف الأدوية المقررة لك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف النثرية. |

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما تصل التكاليف النثرية الإجمالية للأدوية المدفوعة من جيبك إلى **\$2,100**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية.

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

### D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية"

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

**لقد نقلنا بعض الأدوية المدرجة بقائمة الأدوية لدينا إلى فئة دواء أقل أو أعلى.** إذا تم نقل الأدوية الخاصة بك من فئة إلى فئة، فقد يؤثر هذا على مبلغ حصة المشاركة في الدفع الخاص بك. لمعرفة ما إذا كان سيتم إدراج الأدوية المقررة لك في فئة مختلفة، يُرجى البحث عنها في قائمة الأدوية.

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

تتم تغطية معظم أمصال القسم D للبالغين دون أي تكلفة عليك.



للحصول على معلومات حول تكاليف الأمصال، أو معلومات عن صرفية طويلة الأجل؛ أو في صيدلية تابعة للشبكة تقدم مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف المفضلة؛ أو للحصول على وصفات طبية للتوصيل إلى المنزل، انتقل إلى **الفصل 6، القسم D** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

| 2026 (العام المقبل)                                                                   | 2025 (هذا العام)                                               |                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.                        | حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0. | <b>الأدوية المدرجة في الفئة 1</b><br>(الأدوية المماثلة المفضلة)<br><br>تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الدواء المدرج في الفئة 1 التي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة                |
| حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0.                        | حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0. | <b>الأدوية المدرجة في الفئة 2</b><br>(الأدوية المماثلة)<br><br>تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 2 التي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة                      |
| حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0، أو \$5.10، أو \$12.65. | حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0. | <b>الأدوية المدرجة في الفئة 3</b><br>(الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)<br><br>تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 3 التي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة |
| حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0، أو \$5.10، أو \$12.65. | حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0. | <b>الأدوية المدرجة في الفئة 4</b><br>(الأدوية غير المفضلة)<br><br>تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 4 التي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة                   |
| حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0، أو \$5.10، أو \$12.65. | حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0. | <b>الأدوية المدرجة في الفئة 5</b><br>(فئة الأدوية المتخصصة)<br><br>تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 3 التي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة                  |

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. للحصول على



تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى **\$2,100**. في ذلك الوقت، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. تغطي الخطة جميع أدوية القسم D المقررة لك حتى نهاية العام. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية.

#### D4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث"

عندما تصل إلى حد المصروفات النثرية **\$2,100** للأدوية الخاصة بك، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث ولا تدفع شيئاً مقابل أدوية القسم D المغطاة. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي.

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

#### E. التغييرات الإدارية

| 2026 (العام المقبل)                                                                                                                                                       | 2025 (هذا العام)                                                                                                                                                                                     |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Teledoc Health<br>blueshieldca.com/teladochealth                                                                                                                          | Teledoc<br>blueshieldca.com/teladoc                                                                                                                                                                  | خدمات الرعاية الصحية عن بُعد<br>الإضافية: تغيير اسم المورد وعنوان URL |
| إذا كنت مشتركاً في خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من Medicare وكنت لا تزال في نفس الخطة، فلن تحتاج إلى القيام بأي شيء للبقاء في خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من Medicare. | خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من Medicare هي خيار دفع بدأ هذا العام ويمكن أن يساعدك في إدارة التكاليف النثرية للأدوية الخاصة بك التي تغطيها خطتنا عن طريق نشرها عبر العام التقويمي (يناير - ديسمبر). | خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من Medicare                             |
| Commence Health                                                                                                                                                           | Livanta                                                                                                                                                                                              | تغيير اسم منظمة تحسين الجودة (QIO)                                    |

#### F. اختيار خطة

##### F1. البقاء في خطتنا

نتمنى أن تظل عضواً معنا في الخطة. ليس عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. ما لم تكن قد اشتركت في خطة Medicare مختلفة أو غيرت إلى Original Medicare، فستظل مشتركاً تلقائياً بصفتك عضواً في خطتنا لعام 2026.



**F2. تغيير الخطط**

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

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

- **فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
  - **فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA)**، التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.
  - نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج Medi-Cal، فإنه يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.
- قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، إذا:

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

**خدمات برنامج Medicare الخاصة بك**

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare مدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم F2. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللحصول على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <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>أو</p> <p>الاشتراك في خطة Medi-Medi الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك لتتطابق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.</p> | <p><b>1. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة Medi-Medi</b> وهي نوع من خطط <b>Medicare Advantage</b>. وهي مُخصَّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal أو خطة برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (Medicare Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، إذا كنت مؤهلاً.</p> <p><b>ملاحظة:</b> مصطلح Medi-Medi Plan هو اسم خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP) في كاليفورنيا.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <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>أو</p> <p>الاشتراك في خطة برنامج Medicare جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية.</p> <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p> <p>لن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغييرًا.</p> | <p><b>2. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>Original Medicare مع خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج Medicare</b></p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللحصول على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <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>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p> <p>لن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلا إذا طلبت تغييرًا.</p> | <p><b>3. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> من دون خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج Medicare</p> <p><b>ملاحظة:</b> إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare ولم تشترك في خطة أدوية منفصلة لبرنامج Medicare، فقد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها.</p> <p>يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللحصول على مزيد من المعلومات أو البحث عن مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <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>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللحصول على مزيد من المعلومات أو العثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <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>أو</p> <p>الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.</p> <p>قد تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.</p> | <p><b>4. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>أي خطة صحية من برنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام، بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

لأسئلة حول كيفية اختيار خطة برنامج Medi-Cal أو الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك بعد ترك خطتنا، اتصل على خيارات الرعاية الصحية 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 ص إلى 6:00 م. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.



## G. الحصول على مساعدة

### G1. خطتنا

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

#### اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

كتيب الأعضاء الخاص بك هو وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. يتضمن تفاصيل حول كل من المزايا والتكاليف لعام 2026. يشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2026 متاحاً في موعد أقصاه 15 أكتوبر. تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNPdocuments2026](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2026). يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لطلب إرسال كتيب الأعضاء لعام 2026 إليك بالبريد

#### موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط [blueshieldca.com/DSNP2026](https://blueshieldca.com/DSNP2026). وجدير بالذكر أن الموقع الإلكتروني به أحدث المعلومات المتعلقة بموفاي الرعاية والصيديات التابعة للشبكة (نليل موفاي الرعاية والصيديات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية).

### G2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

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

[www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)

### G3. برنامج التظلمات

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

- يمكنه الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى، ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك، وإجراءات الحماية الخاصة بك، وكيف يمكنك حل مشكلاتك.
- ليس مرتبطاً بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتف برنامج التظلمات لدى Medicare Medi-Cal هو 1-855-501-3077.



**G4. برنامج Medicare**

للحصول على معلومات مباشرة من برنامج Medicare؛

- يُرجى الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

- ويمكنك الدردشة بشكل مباشر على الرابط [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)

- يمكنك مراسلة برنامج Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

**موقع برنامج Medicare الإلكتروني**

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

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

**Medicare & You 2026**

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You 2026. كل عام في الخريف، يتم إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. يحتوي على ملخص لمزايا برنامج Medicare، والحقوق، ووسائل الحماية، وإجابات عن الأسئلة الشائعة حول برنامج Medicare. يتوفر هذا الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية، والصينية، والفيتنامية.

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

**G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا**

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فإنه يجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 واستخدام عملية تقديم التظلم بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم لبرنامج Medi-Cal يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لبرنامج Medi-Cal لم تتخذ فيه خطتك الصحية قرارًا مرضيًا، أو تظلم لبرنامج Medi-Cal لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR, Independent Medical Review) لمزايا برنامج Medi-Cal. إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. يوفر هذا القسم رقم هاتفًا مجانيًا (1-888-466-2219) وخط TDD (1-877-688-9891) للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. الموقع الإلكتروني للإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

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



## G6. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare هي خيار دفع ويمكن أن يساعدك في إدارة التكاليف النثرية للأدوية الخاصة بك التي تغطيها خطتنا عن طريق نشرها عبر العام التقويمي (يناير - ديسمبر) كمدفوعات شهرية. لا يوفر لك هذا البرنامج المال أو يقلل من تكاليف الأدوية الخاصة بك.

"برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare، والمساعدة من برنامج المساعدة الصيدلانية (pharmaceutical assistance program, SPAP)، وبرنامج المساعدات الدوائية لعلاج الإيدز (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)، بالنسبة إلى أولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة الدفع المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare وحدها. يكون جميع المُسجّلين مؤهلين للمشاركة في هذا البرنامج، بغض النظر عن مستوى الدخل. لمعرفة المزيد حول هذا البرنامج، يُرجى الاتصال بنا على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة أو زيارة [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).





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

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