

## California Physicians' Service التي تقدمها Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) (dba Blue Shield of California)

### الإشعار السنوي بالتغييرات لعام 2024

#### المقدمة

أنت مسجل حاليًا كعضو في خطتنا. سنجري خلال العام المقبل تغييرات على ما لدينا من مزايا وتغطية وقواعد وتكاليف. هذا إشعار سنوي بالتغييرات يخبرك عن التغييرات ومكان العثور على مزيد من المعلومات عنها. للحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يرجى مراجعة كتيب الأعضاء، والموجود على موقعنا في [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](https://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

#### مصادر إضافية

- هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.
- يمكنك الحصول على هذا الإشعار السنوي بالتغييرات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو تسجيل صوتي. اتصل على (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- إذا كنت ترغب في تلقي مواد خطتك عبر الإنترنت، فقم بتسجيل الدخول إلى حسابك على [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login)، وانقر فوق (My profile) في الجزء العلوي الأيمن أسفل الأحرف الأولى من اسمك، وانتقل إلى (Communication preferences) وحدد "Go paperless" كتفضيلات التسليم. إذا لم يكن لديك حساب، فانقل إلى [blueshieldca.com/login](https://blueshieldca.com/login) وانقر فوق إنشاء حساب (Create account) ويمكنك تحديد تفضيل التسليم أثناء إنشاء حسابك.
- يمكنك الآن ومستقبلًا التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.
- تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول ما نقدمه من رعاية صحية أو خطتنا الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



## جدول المحتويات

3	A. إخلاء المسؤولية.....
3	B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم.....
3	B1. معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan.....
3	B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها.....
5	C. تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا.....
5	D. التغييرات في المزايا والتكاليف للعام المقبل.....
5	D1. التغييرات في المزايا والتكاليف للخدمات الطبية.....
7	D2. التغييرات على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية.....
9	D3. المرحلة 1: "مرحلة التغطية المبدئية".....
10	D4. المرحلة 2: "مرحلة تغطية الكوارث".....
10	E. التغييرات الإدارية.....
11	F. اختيار خطة.....
11	F1. البقاء مشمولاً في خطتنا.....
11	F2. تغيير الخطط.....
14	G. الحصول على مساعدة.....
14	G1. خطتنا.....
15	G2. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP).....
15	G3. برنامج أمين المظالم.....
15	G4. برنامج Medicare.....
16	G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



## A. إخلاء المسؤولية

- ❖ خطة Blue Shield of California HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.
- ❖ عندما يشير هذا المستند إلى "نحن"، "نا"، أو "لدينا"، فإنه يعني California Physicians' Service (المعروفة أيضاً باسم Blue Shield of California). عندما تذكر "خطة" أو "خطتنا"، فهذا يعني خطة Blue Shield TotalDual plan.

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

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

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 توقفت عن استخدام خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول في القسم E2.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في القسم E2.

### B1. معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan

- California Physicians' Service dba Blue Shield of California عبارة عن خطة صحية يتم من خلالها التعاقد مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.
- التغطية تحت مظلة Blue Shield TotalDual Plan تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير" (ACA). تفضل زيارة موقع خدمة الإيرادات الداخلية (IRS) على الويب على العنوان [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية.
- عندما يذكر هذا الإشعار السنوي بالتغييرات "أنا" أو "نحن" أو "لدينا"، فهو يقصد خطة Medicare Medi-Cal Plan.

### B2. أمور مهمة ينبغي تنفيذها

- تحقق مما إذا كانت هناك أي تغييرات على ما لدينا من مزايا وتكاليف قد تؤثر عليك.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



- هل هناك أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
- راجع التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها متناسب مع العام القادم.
- يرجى 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 ستنتم تغطية أدويةك؟ هل تتم تغطيتها في فئة مشاركة تكلفة مختلفة؟ هل يمكنك استخدام نفس الصيدليات؟
  - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطيتنا للأدوية متناسب مع العام المقبل.
  - يرجى 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 تحدد بالضبط مقدار تغير تكاليف الأدوية التي تدفعها.
- **تحقق مما إذا كان موفرو الرعاية والصيدليات سيكونون في شبكتنا العام المقبل.**
  - هل أطباءك، بمن فيهم الاختصاصيين، في شبكتنا؟ ماذا عن الصيدلية التي تتعامل معها؟ ماذا عن المستشفيات أو موفري الرعاية الآخرين الذين تتابع معهم؟
  - يرجى الرجوع إلى القسم C للحصول على معلومات حول دليل موفري الرعاية والصيدليات.
- **فكر بشأن التكاليف الإجمالية الخاصة بك في الخطة.**
  - كم ستفوق من مالك الخاص على الخدمات والعقاقير المقررة بوصفة طبية التي تستخدمها بانتظام؟
  - كم يبلغ إجمالي التكاليف مقارنةً بخيارات التغطية الأخرى؟
- **فكر فيما إذا كنت ستظل راضيًا عن التسجيل بخطتنا أم لا.**

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



### إذا قررت تغيير الخطط:

إذا قررت أن التغطية الأخرى ستلبي احتياجاتك بشكل أفضل، فقد تتمكن من تبديل الخطط (يرجى الرجوع إلى القسم E2 لمزيد 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 في Blue Shield TotalDual Plan لعام 2024:

إذا قررت أن تظل معنا العام القادم، الأمر يسير – لا تحتاج إلى القيام بأي إجراء. إذا لم تقم بإجراء تغيير، فسنظل مشتركًا تلقائيًا في Blue Shield TotalDual Plan لعام 2024.

## C. تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا

تغييرات في موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا عام 2024.

يرجى مراجعة دليل موفري الرعاية والصيدليات لعام 2024 لمعرفة ما إذا كان موفرو الرعاية أو الصيدليات التي تتعامل معها في شبكتنا. توجد أحدث نسخة من دليل موفري الرعاية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مُحدّثة عن موفر الرعاية أو لمطالبتنا بإرسال دليل موفري الرعاية والصيدليات إليك بالبريد.

من المهم أن تعلم أننا قد نجري تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا ترك موفر الرعاية الخاص بك الخطة، فستصبح لديك حقوق وأوجه حماية محددة. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

## 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 المغطاة العام القادم. يوضح الجدول التالي هذه التغييرات.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
<p>\$8,850</p> <p>بمجرد أن تدفع \$8,850 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة 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 المغطاة.</p>	<p>\$8,300</p> <p>بمجرد أن تدفع \$8,300 من التكاليف النثرية مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة فلن تدفع شيئاً مقابل خدمات القسم A والقسم B المغطاة 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 المغطاة.</p>	الحد الأقصى السنوي من تكاليفك النثرية
<p>لا يتم تغطية خدمات الوخز بالإبر (غير مغطاة ببرنامج Medicare).</p>	<p>أنت تدفع \$0 كحصة المشاركة في الدفع لكل زيارة لما يصل إلى 12 زيارة في السنة.</p>	خدمات الوخز بالإبر (غير مشمولة ببرنامج Medicare)
<p>أنت تدفع \$0 حصة المشاركة في الدفع لكل رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة (48 رحلة محدودة باتجاه واحد في السنة)</p>	<p>أنت تدفع \$0 حصة المشاركة في الدفع لكل رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة (رحلات غير محدودة باتجاه واحد في السنة).</p>	خدمات النقل (غير مغطاة ببرنامج Medicare)

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



<p>تدفع \$0 مقابل إطارات النظارات (بسرر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$375) كل 24 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسرر يزيد عن \$375، فأنت مسؤول عن الفرق.</p> <p>تدفع \$0 مقابل عدسات النظارات المُقرر وصفها (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسرر يصل إلى \$375 مقابل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمة والمواد أعلى من \$375، فأنت مسؤول عن الفرق.</p>	<p>تدفع \$0 مقابل إطارات النظارات (بسرر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$350) كل 24 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسرر يزيد عن \$350، فأنت مسؤول عن الفرق.</p> <p>تدفع \$0 مقابل عدسات النظارات المُقرر وصفها (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسرر يصل إلى \$350 مقابل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمة والمواد أعلى من \$350، فأنت مسؤول عن الفرق.</p>	<p>رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*</p>
--	--	--

## D2. التغييرات على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية

### التغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية مُحدثة على موقعنا على العنوان [blueshieldca.com/medpharmacy2024](https://blueshieldca.com/medpharmacy2024). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدثة عن الأدوية أو لمطالبتنا بإرسال قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية إليك بالبريد.

يُطلق أيضًا على قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية اسم "قائمة الأدوية".

لقد أجرينا تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، بما في ذلك التغييرات على الأدوية التي نغطيها، والتغييرات على القيود التي تنطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية.

راجع قائمة الأدوية تأكد من تغطية الأدوية الخاصة بك في العام المقبل ومعرفة ما إذا كانت هناك أية قيود.

إذا تأثرت بتغيير طراً على تغطية الأدوية، فنحن نشجعك على:

- العمل مع طبيبك (أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية) للعثور على دواء مختلف نغطيه.
  - يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو الاتصال بمنسق الرعاية الخاص 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



- العمل مع طبيبك (أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية) وأن تطلب منا إجراء استثناء لتغطية الدواء.
  - يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل، وسنقدم لك إجابة في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك).
  - لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب استثناء، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب استثناء، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق رعايتك. يرجى الرجوع إلى **الفصلين 2 و 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة المزيد حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.
- اطلب منا تغطية صرفية مؤقتة للدواء.
  - في بعض الحالات، نقوم بتغطية مؤقتة لصرفية الدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
  - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا. (لمعرفة المزيد حول متى يمكنك الحصول على صرفيات مؤقتة وكيفية طلبها، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.)
  - عندما تحصل على صرفية مؤقتة لدواء، يتعين عليك التحدث مع 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.
  - يجب تقديم طلبات استثناءات كتيب الوصفات كل عام إلى الخطة.

### التغييرات في تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية

هناك مرحلتا دفع لتغطية أوية القسم D المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تخضع لها في وقت صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 2 مرحلة تغطية الكوارث	المرحلة 1 مرحلة التغطية المبدئية
في هذه المرحلة، تدفع الخطة جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك حتى 31 ديسمبر 2024. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف النثرية.	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.

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما تصل التكاليف النثرية الإجمالية للأدوية المقررة بوصفة طبية المدفوعة من جيبك إلى \$8,000. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي خطتنا جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام. يرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



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

أثناء مرحلة التغطية المبدئية، تدفع خطتنا حصة من تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية 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، ستدفع 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، قد يؤثر هذا على مبلغ حصة المشاركة في الدفع الخاص بك. لمعرفة ما إذا كان سيتم إدراج الأدوية الخاصة بك في فئة مختلفة، يُرجى البحث عنها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف الأدوية الخاصة بك في كل من فئات الدواء الخمسة الموجودة لدينا. تُطبق هذه المبالغ فقط خلال الوقت الذي تكون فيه في مرحلة التغطية المبدئية.

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 1</b> (الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الدواء المدرج في الفئة 1 والتي يتم صرفها من صيدلية تابعة للشبكة
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$1.55 أو \$4.50 لكل وصفة طبية.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$1.45 أو \$4.15 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 2</b> (الأدوية المماثلة (البديلة)) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 2 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 3</b> (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 3 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية المدرجة في الفئة 4</b> (الأدوية غير المفضلة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 4 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة
حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.60 أو \$11.20 لكل وصفة طبية.	حصة مشاركتك في الدفع لصرفية تكفي لمدة شهر واحد (30 يومًا) \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل وصفة طبية.	<b>الأدوية في الفئة 5</b> (فئة الأدوية المتخصصة) تكلفة صرفية لمدة شهر واحد من الأدوية المدرجة في الفئة 5 التي يتم صرفها في صيدلية تابعة للشبكة

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى \$8,000. في ذلك الوقت، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. يرجى الرجوع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية.

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

عندما تصل إلى حد المصروفات النثرية \$8,000 للأدوية المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي.

#### E. التغييرات الإدارية

2024 (العام المقبل)	2023 (هذا العام)	
H2819-001	H5928-005	سيتم تغيير رقم عقدك وحزمة ميزة الخطة Blue Shield TotalDual Plan (PBP) في العام المقبل. هذا لا يؤثر على تغطيتك وليس هناك ما عليك القيام به للحفاظ على خطتك.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



## F. اختيار خطة

### F1. البقاء مشمولاً في خطتنا

نتمنى أن تظل عضواً معنا في الخطة. لا يتعين عليك فعل أي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تغير إلى خطة أخرى لبرنامج Medicare أو غيرت إلى Original Medicare، فستظل مسجلاً تلقائياً باعتبارك عضو في خطتنا لعام 2024.

### F2. تغيير الخطط

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظراً لأنك مشترك في برنامج Medi-Cal، فقد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة مما يلي من فترات التسجيل الخاصة:

- من يناير إلى مارس
- من أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- فترة التسجيل السنوية التي 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.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، عندما:

- تنتقل إلى منطقة خارج نطاق منطقة خدمتنا،
- تغيرت أهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، أو
- إذا انتقلت مؤخراً إلى مرفق ترميز أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى حالياً رعاية بها أو انتقلت للتو منها.

### خدمات برنامج Medicare الخاصة بك

لديك ثلاث خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائياً في خطتنا.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



1. يمكنك التغيير إلى:

خطة الرعاية الصحية الأخرى لبرنامج Medicare، تشمل  
أيضًا خطة Medicare Medi-Cal الأخرى.

إليك كيفية إجراء ذلك:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع.  
يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم  
1-877-486-2048.

لاستفسارات برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)،  
اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من  
المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في  
كاليفورنيا (HICAP) على 1-800-434-0222،  
من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00  
مساءً لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب  
HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة  
[www.aqing.ca.gov/Programs and Ser  
./vices/Medicare Counseling](http://www.aqing.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling)

أو

الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك  
الجديدة. قد تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413،  
من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



2. يمكنك التغيير إلى:

**Original Medicare** مع خطة منفصلة للعقاقير  
المقررة بوصفة طبية من برنامج **Medicare**

إليك كيفية إجراء ذلك:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم  
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع.  
يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم  
1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من  
المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في  
كاليفورنيا (HICAP) على 1-800-434-0222،  
من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00  
مساءً لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب  
HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة  
[www.aging.ca.gov/Programs and Ser  
vices/Medicare Counseling](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling)

أو

الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة للأدوية  
المقررة بوصفة طبية.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية  
Original Medicare الخاصة بك.

لن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413،  
من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



<p><b>إليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدم 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 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى 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.</p>	<p><b>3. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> من دون خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare</p> <p><b>ملحوظة:</b> إذا قمت بالانتقال إلى برنامج Original Medicare، ولم تُسجل بخطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية تابعة لبرنامج Medicare، قد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في إحدى خطط الأدوية، ما لم تطلب برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها.</p> <p>يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو النقابة. 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 صباحًا إلى 5:00 مساءً لمزيد من المعلومات أو إلى مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare_Counseling">www.aging.ca.gov/Programs and Service/s/Medicare Counseling</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 صباحًا إلى 6:00 مساءً، يجب على مستخدم 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. هذه المكالمات مجانية.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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



## اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

كتيب الأعضاء الخاص بك هو وصف قانوني ومفصل لمزايا خطتنا. إنه يحتوي على تفاصيل حول كل من المزايا والتكاليف للعام 2024. يشرح حقوقك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المقررة بوصفها طبية التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2024 متاحًا بحلول 15 أكتوبر. تتوفر نسخة مُحدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا على الويب على العنوان [blueshieldca.com/MAPDdocuments2024](http://blueshieldca.com/MAPDdocuments2024). يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمطالبتنا برسالة كتيب الأعضاء إليك بالبريد لعام 2024.

## موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا على [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare). كتذكير، يحتوي الموقع الإلكتروني على أحدث المعلومات المتعلقة بموفاي الرعاية والصيدليات التابعة لشبكات التأمين (نليل موفاي الرعاية والصيدليات) وقائمة الأدوية الخاصة بنا (قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية).

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

يمكنك أيضًا 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 على الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط. ويعتبر HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. ويتوفر في HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counselling/](http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counselling/).

## G3. برنامج أمين المظالم

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

- يعمل كمحامٍ نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك في فهم ما يجب القيام به.
- يتأكد من أن لديك معلومات تتعلق بحقوقك وإجراءات الحماية الخاصة بك وكيف يمكنك حل مشكلاتك.
- ليس مرتبطًا بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم الهاتف الخاص ببرنامج أمين المظالم في Medicare Medi-Cal هو 1-888-804-3536.

## G4. برنامج Medicare

للحصول على معلومات مباشرة من برنامج Medicare، اتصل بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.



## موقع برنامج Medicare الإلكتروني

تستطيع زيارة موقع برنامج Medicare من خلال ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). إذا اخترت إلغاء الاشتراك من خطتنا والاشتراك في خطة برنامج Medicare أخرى، يحتوي الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare 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، يرجى الرجوع إلى [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) وانقر على "Find plans").

## Medicare & You 2024

يمكنك قراءة كتيب Medicare & You 2024. كل عام في الخريف، يتم إرسال هذا الكتيب بالبريد إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. يحتوي على ملخص لمزايا برنامج Medicare والحقوق والحماية، وإجابات على الأسئلة الأكثر شيوعًا حول برنامج Medicare. يتوفر هذا الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، 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 الاتصال على

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

## G5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

إن إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC في الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) (1-800-452-4413)، من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع، و استخدم عملية تقديم التظلم الخاصة بخطتك الصحية 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 يتعلق بحالة طارئة أو تتخذ فيه خطتك الصحية قرارًا مرضيًا أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، ستوفر 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. لدى الإدارة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD (1877-688-9891) للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب IMR، وتعليمات عبر الإنترنت.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) (1-800-452-4413)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

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

