



Blue Shield of California

Medicare Advantage-Դեղատոմսով տրվող դեղերի ծրագրեր Նախապես անդամագրման ստուգաթերթ

Նախքան անդամագրման որոշում կայացնելը, կարևոր է, որ Դուք լիովին հասկանաք մեր նպաստներն ու կանոնները: Հարցերի դեպքում կարող եք զանգահարել և խոսել Հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցչի հետ **(800) 452-4413 [TTY` 711]** հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր:

Հասկանալ նպաստները

Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage EOC) պարունակում է բոլոր ապահովագրական ծածկույթների և ծառայությունների ամբողջական ցանկը: Կարևոր է ուսումնասիրել ծրագրի ծածկույթը, ծախսերը և օգուտները նախքան անդամագրվելը: Այցելեք blueshieldca.com/medmapd2024 կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն **(800) 452-4413 [TTY` 711]** հեռախոսահամարով, 8:00-ից 20:00-ը, շաբաթը յոթ օր՝ EOC-ի պատճենը դիտելու համար:

Ուսումնասիրեք մատակարարների հասցեագիրքը (կամ հարցրեք Ձեր բժշկից)՝ համոզվելու, որ բժիշկները, որոնց այժմ այցելում եք, ցանցի անդամ են: Եթե դրանք նշված չեն, դա նշանակում է, որ Դուք, ամենայն հավանականությամբ, ստիպված կլինեք ընտրել նոր բժիշկ:

Ուսումնասիրեք դեղատոմսերի հասցեագիրքը, որպեսզի համոզվեք, որ դեղատոմսը, որից օգտվում եք դեղատոմսով դուրս գրվող ցանկացած դեղամիջոցի համար, գտնվում է ցանցում: Եթե դեղատոմսը նշված չէ, Դուք հավանաբար ստիպված կլինեք ընտրել նոր դեղատոմս Ձեր դեղատոմսերի համար:

Ուսումնասիրեք դեղացանկը՝ համոզվելու, որ Ձեր դեղերն ապահովագրված են:

Հասկանալ կարևոր կանոնները

Եթե անդամագրվում եք ամսական ապահովագրական վճարով ծրագրում. Բացի Ձեր ամսական ծրագրի ապահովագրական վճարից, Դուք պետք է շարունակեք վճարել Ձեր Medicare Part B-ի ապահովագրական վճարը: Այս ապահովագրական վճարը սովորաբար հանվում է Ձեր Սոցիալական ապահովության չեկից ամեն ամիս:

Նպաստները, ապահովագրական վճարները և/կամ համավճարները/ համաապահովագրությունը կարող են փոխվել 2025 թվականի հունվարի 1-ից:

HMO D-SNP ծրագրերի համար. Այս ծրագիրը Երկակի իրավասության հատուկ խնամքի ծրագիր է (dual-eligible special needs plan, D-SNP): Անդամագրվելու Ձեր կարողությունը հիմնված կլինի այն ապացույցի վրա, որ Դուք իրավունք ունեք Medicare-ի և բժշկական օգնության՝ Medicaid-ի ներքո նահանգային ծրագրից:

Ազդեցությունն ընթացիկ ծածկույթի վրա

Եթե ներկայումս անդամագրված եք Medicare Advantage plan-ում, Ձեր ընթացիկ Medicare Advantage առողջապահական ապահովագրությունը կավարտվի, երբ սկսվի Ձեր Medicare Advantage նոր ապահովագրությունը: Եթե ունեք Tricare, Ձեր ապահովագրությունը կարող է ազդել Ձեր Medicare Advantage նոր ապահովագրության մեկնարկից հետո: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք կապվել Tricare-ի հետ: Եթե ունեք Medigap plan, երբ Ձեր Medicare Advantage ծածկույթը սկսվի, Դուք կարող եք հրաժարվել Ձեր Medigap ապահովագրից, քանի որ Դուք կվճարեք ապահովագրության համար, որից չեք կարող օգտվել:

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律, 並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **(800) 452- 4413 [TTY: 711]**.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al **(800) 452- 4413 [TTY: 711]**.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電**(800) 452- 4413 [TTY: 711]**。