

Այս տեղեկատվական նամակն ուղարկվել է Kaiser Permanente Medicare առողջապահական պլանի բոլոր անդամներին: Սա չի վերաբերում ձեր բուժխնամքի պայմաններին կամ բուժմանը, որը կարող էք ստանալ:

Հարգելի անդամ,

Ափիոնատիպ ցավազրկողների վերաբերյալ այս տեղեկատվությունը տրամադրվում է Kaiser Permanente Medicare առողջապահական ծրագրի բոլոր անդամներին միայն կրթական նպատակներով: Ափիոնատիպ ցավազրկողները, ինչպիսին են՝ Օքսիկոդոնը (Percocet®), Հիդրոկոդոնը (Norco®), Ֆենտանիլը և Մորֆինը, ուժեղ դեղորայք են: Դրանք պարունակում են կախվածության և գերդոզավորման լուրջ ռիսկ: Որպես ձեր առողջապահական ծրագրի մատակարար՝ մենք ցանկանում ենք, որ դուք տեղեկացված լինեք ափիոնատիպ դեղորայքի օգտագործման պոտենցիալ վտանգների մասին:

Որո՞նք են ափիոնատիպ ցավազրկողները

Ափիոնատիպ դեղորայքը կարող է օգտագործվել միջինից սուր ցավերի բուժման համար, երբ այլ տարբերակները չեն աշխատել: Դրանք կարող են չմեղմացնել ձեր բոլոր ցավերը, և, ժամանակի ընթացքում, ափիոնատիպ դեղերը կարող են փոփոխել ձեր ուղեղի կողմից ցավային ազդակների կառավարման ձևը: Դա կարող է հանգեցնել ավելի ուժեղ ցավերի և/կամ առողջական այլ ախտանիշների, ինչպիսիք են՝ տրամադրության կամ քնի ռեժիմի փոփոխությունը և ամենօրյա գործողություններ կատարելու ընդունակության նվազումը: Նշված պատճառներով, ափիոնատիպ դեղամիջոցների երկարաժամկետ օգտագործումը պետք է մանրամասնորեն վերահսկվի բժշկի կողմից:

Որո՞նք են ափիոնատիպ դեղամիջոցների ընդունման կողմնակի ազդեցությունները և երկարաժամկետ ռիսկերը

- **Ներգործություն** – Ժամանակի ընթացքում ափիոնատիպ դեղամիջոցներն ավելի քիչ արդյունավետ են դառնում, և անհրաժեշտ են լինում ավելի մեծ չափաբաժիններ՝ միևնույն չափի ցավազրկման համար:
- **Ֆիզիկական կախվածություն** – Զրկանքի ախտանշանները կարող են առաջանալ կա՛մ դեղորայքի ընդունման հանկարծակի դադարեցումից, կա՛մ չափաբաժնի կտրուկ նվազեցումից:
- **Կախվածություն** – Դուք միգուցե չկարողանաք կառավարել ափիոնատիպ դեղամիջոցների օգտագործումը:
- **Ֆիզիկական կողմնակի ազդեցություններ** – Ափիոնատիպ դեղամիջոցները կարող են առաջացնել սրտխառնոց, փսխում և փորկապություն:
- **Քնկոտություն** – Ափիոնատիպ դեղամիջոցները կարող են ազդել ձեր դատողության և որոշումներ կայացնելու կարողության վրա: Այս կողմնակի ազդեցությունները կարող են հանգեցնել լուրջ վնասվածքներով անկումների և մոտորիզացված տրանսպորտի պատահարների:

- **Հստակ մտածելու խնդիրներ, էներգիայի պակաս և ընկճախտ** – Այս կողմնակի ազդեցությունները կարող են ազդել անձի՝ աշխատելու և ամենօրյա գործողություններ կատարելու ընդունակությունների վրա:
- **Շնչադադար քնի ժամանակ կամ շնչառական խանգարումներ քնած վիճակում** – Միսալ օգտագործման դեպքում ափիոնատիպ դեղամիջոցները կարող են առաջացնել քնի հետ կապված խնդիրներ, որոնք կարող են բերել ցերեկային հոգնածության, խանգարված մտածողության և, որոշ դեպքերում, շնչառության դանդաղեցման կամ դադարի:
- **Հորմոնների ցածր մակարդակ** – Ափիոնատիպ դեղամիջոցների երկարաժամկետ օգտագործումը կարող է բերել սեռական ցանկության անկման, էներգիայի պակասի, ընկճված տրամադրության, մկանային վնասվածքների դանդաղ ամոքման և ոսկրերի բարակեցման:
- **Պատահական գերդոզավորում և մահ** – Այս ռիսկերն աճում են, որքան ավելի երկար ժամանակ է անձն ընդունում ափիոնատիպ դեղամիջոցներ:

Ինչպե՞ս անվտանգ ընդունել ափիոնատիպ դեղորայք

- **Ուշադիր հետևեք ցուցումներին:** Միշտ հետևեք ձեր բժշկի ցուցումներին և երբեք ուրիշների հետ մի կիսվեք ձեր դեղորայքով:
- **Զգույշ եղեք:** Նշանակվածից ավել քանակության դեղորայք մի ընդունեք: Խորհրդակցեք ձեր բժշկի կամ դեղագործի հետ լրացուցիչ ցանկացած չափաբաժին ընդունելուց առաջ:
- **Զգուշացեք այլ դեղորայքի հետ վտանգավոր փոխազդեցությունից:** Զրուցեք ձեր բժշկի կամ դեղագործի հետ ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին: Ափիոնատիպ դեղամիջոցների և ստորև թվարկվածներից ցանկացածի փոխազդեցությունը կարող է մեծապես ավելացնել գերդոզավորման ռիսկը. **ալկոհոլ, քնաբեր հաբեր** (ինչպիսին են Չոլպիդեմը [Ambien®] կամ Zaleplon-ը [Sonata®]), **անհանգստության բուժման դեղորայք** (ինչպիսին է Դիազեպամը [Valium®], Ալպրազոլամը [Xanax®] և Լորազեպամը [Ativan®]) և **մկանների թուլացման դեղեր** (ինչպիսին է Կարիզոպրոդոլը [Soma®], Բակլոֆենը [Lioresal®] և այլն):
- **Զրուցեք ձեր բժշկի հետ այլընտրանքային ցավազրկողների մասին:** Եթե ձեր ցավը վերահսկելի է, հարցրեք ձեր բժշկին՝ արդյոք կարող եք դրանք ավելի քիչ հաճախականությամբ ընդունել կամ փոխարինել այլ ցավազրկող տարբերակներով:
- **Նալոքսոն. Հարցրեք ձեր բժշկին կամ դեղագործին Նալոքսոն փրկարարական հավաքածուի մասին:** Ափիոնատիպ դեղամիջոցները կարող են երբեմն դանդաղեցնել կամ անգամ դադարեցնել ձեր շնչառությունը: Նալոքսոնը դեղամիջոց է, որը կարող է չեղարկել ափիոնատիպ դեղորայքի ազդեցությունը ձեր մարմնի վրա: Նալոքսոնն ապահով է և կարող է փրկել ձեր կյանքը: Զրուցեք ձեր բժշկի կամ դեղագործի հետ՝ պարզելու համար, թե արդյոք անհրաժեշտ է ձեզ այն նշանակել: Ափիոնատիպ դեղամիջոցներ պարբերաբար ընդունող բոլոր բուժառուներին խորհուրդ է տրվում ձեռքի տակ ունենալ Նալոքսոն:
- **Ափիոնատիպ դեղամիջոցների անվտանգ պահեստավորում:** Պահեք ձեր ափիոնատիպ դեղորայքը օրիգինալ փաթեթավորման մեջ՝ օրիգինալ պիտակներով: Դրանք պահպանեք երեխաներին անհասանելի և այլ անձանց համար դժվար հասանելի վայրում (օրինակ՝ կողպվող դարակում):

- **Հետևեք ապահով հեռացման գործընթացներին:** Ապահովության նպատակով չօգտագործված դեղորայքը պետք է արագ հեռացվի՝ այն թողնելով Kaiser Permanente-ի բազմաթիվ դեղատներում հասանելի հավաքման կետում՝ օգտագործելով հաստատված հետ ուղարկման ծրար, կամ հանձնելով «Drug Take Back Day» («Դեղորայքի վերադարձի օր») միջոցառման ժամանակ: Հետ ուղարկման ծրարները հասանելի են անդամներին Kaiser Permanente-ի մի քանի դեղատներում:

Ցավազրկման ի՞նչ այլընտրանքային տարբերակներ է կարելի դիտարկել

Զրուցեք ձեր բժշկի հետ ձեզ ամենից համապատասխանող ցավազրկման տարբերակների մասին, որոնք չեն ներառում ափիոնատիպ դեղամիջոցներ: Այս տարբերակներից որոշները կարող են ավելի արդյունավետ լինել և պարունակել ավելի քիչ ռիսկեր ու կողմնակի ազդեցություններ: Կախված ձեր ունեցած ցավի տեսակից՝ տարբերակները կարող են ներառել.

- Առանց նշանակման վաճառվող դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են Իբուպրոֆենը (Motrin®), Ացետամինոֆենը (Tylenol®), Նապրոքսենը (Aleve®) կամ տեղային ազդեցության դեղորայք, ինչպիսին են Կապսաիցինը, Դիկլոֆենակի քսուկը (Voltaren®) կամ Տրոլամինի սալիցիլատը (Aspercreme®):
- Նշանակումով վաճառվող դեղորայքին հավասար ազդեցության հակաբորբոքային դեղորայք, ինչպիսին է Մելոքսիկամը (Mobic®), Դիկլոֆենակը (Voltaren®) և Էթոդոլակը (Lodine®): Մեծահասակներին խորհուրդ չի տրվում երկարաժամկետ օգտագործումը կողմնակի ազդեցությունների ռիսկի պատճառով:
- Նշանակումով վաճառվող որոշ ոչ ափիոնատիպ դեղեր, որոնք թիրախավորում են ցավ առաջացնող նյարդերը, ինչպիսին են Գաբապենտինը (Neurontin®) և Պրեգաբալինը (Lyrica®):
- Խիրոպրակտիկ ծառայություններ, ֆիզիկական և այլ թերապիաներ, տաք կամ սառը թրջոցներ, վարժանք, ասեղնաբուժություն և կոգնիտիվ-վարքային թերապիա:

Ձեր բժիշկը կարող է խորհուրդ տալ բուժման այնպիսի տարբերակներ, որոնք ապահովագրված չեն ձեր ծրագրով: Այդ դեպքում, ձեր տարբերակները պատկերացնելու համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ ձեր ID քարտի հետնամասում նշված հեռախոսահամարով, կամ այցելեք CMS կայքէջը, որում ներկայացված է Medicare-ի Բաժին A-ի և B-ի ներքո տրամադրվող ապահովագրությունը (<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>):

Ափիոնատիպ դեղամիջոցներով բուժման ի՞նչ ծառայություններ են հասանելի

Medicare-ի Բաժին B-ն (բժշկական ապահովագրություն) փոխհատուցում է Opioid Treatment ծրագրերը (OTPs) ափիոնատիպ դեղերի գործածման խանգարումների (opioid use disorder, OUD) դեպքում: Ձեր *ծրագրի նպաստների* վերաբերյալ այն տեղեկությունների համար, որոնք վերաբերում են նշանակվող դեղերի չարաշահման բուժմանը, ներառյալ դեղորայքային բուժումը, մտավոր առողջությունը և խորհրդատվական ծառայությունները, տեսե՛ք ձեր **Ապահովագիրը** կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր ID քարտի հետնամասում նշված հեռախոսահամարով:

Մենք ձեր կողքին ենք

Եթե ունեք այս ներդիրում առկա տեղեկատվության վերաբերյալ հարցեր կամ կցանկանաք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ցավերը մեղմացնելու վերաբերյալ, զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություն՝ ձեր ID քարտի հետնամասում նշված հեռախոսահամարով:

Հարգանքով,
Kaiser Permanente

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 Plan (HMO D-SNP), առաջարկված Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի կողմից, Հարավային Կալիֆորնիայի տարածաշրջան

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցում 2024 թ.-ի համար

Ներածություն

Դուք ներկայումս գրանցված եք որպես մեր պլանի անդամ: Հաջորդ տարի որոշ փոփոխություններ կլինեն մեր պլանի նպաստների, ապահովագրական փոխհատուցումների, կանոնների և ծախսերի հետ կապված: Սույն *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը* տեղեկացնում է, թե ինչ փոփոխություններ են սպասվում և որտեղ կարելի է այդ փոփոխությունների մասին ավելի շատ տեղեկատվություն ստանալ: Պլանի ծախսերի, նպաստների կամ կանոնների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկը* մեր վեբկայքում՝ kp.org/eocscal: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները այբբենական կարգով տրված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Լրացուցիչ ռեսուրսներ

- Այս փաստաթուղթն անվճար կարող եք ստանալ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, իսպաներեն, տագալերեն, վիետնամերեն լեզուներով:
- Դուք կարող եք ձեռք բերել այս *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը* անվճար այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառերով, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո: Չանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթական 7 օր: Չանգն անվճար է:
- Չանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթական 7 օր՝ հետևյալ հարցերի դեպքում:
 - Եթե ձեր նախընտրած լեզուն անգլերենից և/կամ այլընտրանքային ձևաչափից տարբեր է,
 - Եթե ցանկանում եք հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալ, և
 - Եթե ցանկանում եք փոխել նախընտրած լեզուն և/կամ ձևաչափը:

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks *English* can help you. This is a free service.

- تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي (TTY) **711**)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث *Arabic* مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

- Մենք առաջարկում ենք անվճար բանավոր թարգմանության ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Թարգմանչի ծառայություններ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: *Armenian* լեզվով խոսող որևէ անձնակազմի անդամ կարող է աջակցել ձեզ: Մա անվճար ծառայություն է:

- យើងមានសេវաբերական ծառայություններ՝ օգնելու ձեր հարցերի համար: Եթե չգտնեք լեզու, որով կարող եք խոսել, կարող եք կոչվել **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 Ենթակետային համարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: *Cambodian Khmer* լեզվով խոսող որևէ անձնակազմի անդամ կարող է աջակցել ձեզ: Մա անվճար ծառայություն է:

- 我們提供免費口譯服務，為您解答有關健康或藥物計劃的任何問題。要獲得口譯服務，1週7天、每天24小時請隨時致電**1-800-464-4000 (TTY 711)**。會說 *Chinese Traditional* 的人可以協助您。這是免費服務。

- برای پاسخ دادن به هر سوال احتمالی شما درباره طرح دارو یا سلامت ما، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم شفاهی، کافی است از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان *Farsi* صحبت می‌کند، می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toute vos questions sur nos assurances santé ou médicaments. Pour obtenir ce service, contactez-nous au **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 h/24 et 7 j/7. Un interprète parlant *French* vous aidera. Il s'agit d'un service gratuit.

- Nou gen sèvis entèpretasyon gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 è sou 24, 7 jou sou 7. Yon moun ki pale *French Creole* ka ede w. Sèvis sa a gratis.



- हमारे पास हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें **1-800-464-4000 (TTY 711)** पर कॉल करें, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन। कोई व्यक्ति जो *Hindi* बोलता है, आपकी मदद कर सकता है। यह एक निः शुल्क सेवा है।
- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas tej zaum koj yuav muaj ntsig txog peb qhov phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau tus neeg pab txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj **1-800-464-4000 (TTY 711)**, hu tau 24 xuaj moos hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Ib tus neeg uas hais *Hmong* yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Abbiamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere ad ogni eventuale domanda riguardante il nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avere un interprete chiamare il **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Quacuno che parla *Italian* potrà aiutarti. È un servizio gratuito.
- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, mit denen wir alle Fragen beantworten können, die bei Ihnen möglicherweise bezüglich unserer Gesundheits- oder Arzneimittelpläne aufkommen. Um die Dienste eines Dolmetschers in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach unter **1-800-464-4000 (TTY 711)** an. Jemand, der *German* spricht, steht rund um die Uhr zur Verfügung, um Ihnen zu helfen. Dieser Dienst ist kostenlos.
- 当社では、健康プランや薬のプランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しております。通訳をご依頼頂くには、**1-800-464-4000 (TTY 711)** までお電話ください。24 時間年中無休で対応いたします。*Japanese* を話す担当者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。
- 저희는 건강 또는 약품 플랜에 관한 어떠한 질문에도 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역사를 구하려면 **1-800-464-4000(TTY 711)** 번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. *Korean*를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າ *Laotian* ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.



- Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiex zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi koi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz bouc dauh koi longc 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hhangv.
- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby skorzystać z usług tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pomoże Ci osoba mówiąca w języku: *Polish*. Usługa jest bezpłatna.
- Oferecemos serviços gratuitos de interpretação para responder suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para ter acesso ao serviço, ligue para **1-800-464-4000 (TTY 711)**. O serviço está disponível todos os dias da semana, 24 horas por dia. Alguém que fala *Portuguese brazil* pode ajudar você. Esse serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ *Punjabi* ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- У нас имеется бесплатный сервис устного перевода, чтобы отвечать на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о медицинском или лекарственном плане. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000 (TTY 711)**, который доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Переводчик, который говорит на *Russian*, сможет помочь вам. Этот сервис бесплатный.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un servicio de intérprete, simplemente llámenos al **1-800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable *Spanish US* puede ayudarle. El servicio es gratuito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Matutulungan kayo ng isang taong nagsasalita ng *Tagalog*. Isa itong libreng serbisyo.



Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغة أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815**

(TTY **711**) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: Ավելի շատ տեղեկությունների համար այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັບຮ່າງ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປປອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໃຫ້ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'díítííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.



Thai: Ինքնուրույն օգնություններ 24 ժամ
7 օրը 24 ժամը՝ կարող եք օգտագործել ծախսերի
փոփոխությունները ձեր լեզվով կամ
կարող եք օգտագործել օգնությունները և ստանալ
օգնությունները մեր կողմից 24 ժամ 7 օրը
24 ժամը (չհաշվելով հոգևոր օգնությունները)
Մեզ օգնելու համար 711

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.



Բովանդակություն

A. Պատասխանատվությունից հրաժարում	10
B. Ծանոթացում ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի հաջորդ տարվա ապահովագրական փոխհատուցումներին	10
B1. Տեղեկություններ մեր պլանի մասին	11
B2. Կարևոր անելիքներ.....	11
C. Անվան փոփոխություն մեր պլանում	13
D. Փոփոխություններ մեր ցանցի բուժօռնայություններ մատուցողների և դեղատների ցանկում.....	13
E. Նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար.....	14
E1. Նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների համար	14
E2. Փոփոխություններ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթում	17
E3. Փուլ 1-ին. «Սկզբնական փոխհատուցման փուլ»	19
E4. Փուլ 2-րդ. «Արագ փոխհատուցման փուլ».....	20
F. Վարչարարական փոփոխություններ	20
G. Ծրագրի ընտրությունը	20
G1. Մեր պլանում մնալը	20
G2. Ծրագրերի փոխում.....	21
H. Աջակցության տրամադրում	26
H1. Մեր պլանը	26
H2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)	27
H3. Ombuds ծրագիր	27
H4. Medicare	27
H5. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչություն	28



A. Պատասխանատվությունից հրաժարում

- ❖ Kaiser Permanente-ն HMO D-SNP-ի ծրագիր է, որը պայմանագիր ունի կնքած Medicare-ի և Medi-Cal ծրագրերի հետ: Kaiser Permanente-ին անդամակցությունը կախված է պայմանագրի թարմացումից:

B. Ծանոթացում ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի հաջորդ տարվա ապահովագրական փոխհատուցումներին

Կարևոր է ծանոթանալ ձեր բուժապահովագրական պլանին հիմա՝ համոզվելու համար, որ այն հաջորդ տարի նույնպես կբավարարի ձեր կարիքները: Եթե այն չի բավարարում ձեր կարիքները, դուք կարող եք հրաժարվել մեր պլանից: Տե՛ս **E բաժինը**՝ հաջորդ տարվա ձեր նպաստների փոփոխությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Եթե որոշում եք հրաժարվել մեր պլանից, ձեր անդամակցությունը կավարտվի ամսվա վերջին օրը, երբ ներկայացվել է ձեր հայցը: Դուք կշարունակեք մասնակցել Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք:

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք հնարավորություն կունենաք տեղեկանալ՝

- Medicare-ի տարբերակները, որոնք ներկայացված են **G2 բաժնի** աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակները և ծառայությունները ներկայացված են **G2 բաժնում**:



B1. Տեղեկություններ մեր պլանի մասին

- Kaiser Permanente-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր ունի կնքված և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ մասնակիցներին այս երկու ծրագրերի նպաստները տրամադրելու համար:
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal ապահովագրական պլանը սահմանված չափանիշներին համապատասխանող բուժապահովագրություն է, որը կոչվում է «Նվազագույն հիմնական ապահովագրություն»: Այն համապատասխանում է Պացիենտների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջներին: Այցելեք ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) վեբկայքը՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families հասցեով՝ անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Երբ *Փոփոխությունների մասին ամենամյա ծանուցման* մեջ ասվում է «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր պլանը», դա նշանակում է Medicare Medi-Cal պլանը:

B2. Կարևոր անելիքներ

- **Ստուգեք՝ կան արդյոք փոփոխություններ մեր նպաստների և ծախսերի հետ կապված, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:**
 - Կա՞ն փոփոխություններ, որոնք ազդում են այն ծառայությունների վրա, որոնցից օգտվում եք:
 - Ծանոթացեք նպաստների և ծախսերի հետ կապված փոփոխություններին՝ համոզվելու համար, որ դրանք հարմար են ձեզ հաջորդ տարվա համար:
 - Տե՛ս **E1 բաժինը**՝ մեր պլանում նպաստների և ծախսերի հետ կապված փոփոխությունների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Ստուգեք՝ կա՞ն փոփոխություններ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղորայքի փոխհատուցման հետ կապված, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:**
 - Արդյո՞ք ձեր դեղերը փոխհատուցվելու են: Արդյո՞ք դրանք ծախսերի բաշխման տարբեր կատեգորիաներում են: Կարո՞ղ եք օգտվել նույն դեղատեսակից:
 - Ծանոթացեք փոփոխություններին՝ համոզվելու համար, որ դեղորայքի փոխհատուցման մեր պայմանները հարմար են ձեզ հաջորդ տարվա համար:
 - Տե՛ս **E2 բաժինը**՝ մեր դեղորայքի փոխհատուցման պայմանների հետ կապված փոփոխությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:



- Զևարավոր է՝ ձեր դեղերի ծախսերը ավելացել են անցյալ տարվա համեմատ:
 - Խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ՝ ավելի ցածր գնով այլընտրանքային տարբերակների մասին. դա կարող է բավականին կրճատել ձեր ծախսերը տարեկան կտրվածքով:
 - Նկատի ունեցեք, որ ձեր պլանի նպաստների բաժնում ճշգրիտ նշված է, թե ինչ չափով կարող են փոխվել դեղերի ձեռքբերման հետ կապված ձեր սեփական ծախսերը:
- **Ճշտեք՝ արդյո՞ք ձեր բուժժառայություններ մատուցողներն ու դեղատները ընդգրկված են մեր հաջորդ տարվա ցանցում:**
 - Արդյո՞ք ձեր բժիշկներն ու մասնագետներն ընդգրկված են մեր ցանցում: Իսկ դեղատները, որտեղից օգտվում եք: Իսկ հիվանդանոցներն ու այլ բուժժառայություններ մատուցողները, ում դիմում եք:
 - **Տե՛ս D բաժինը՝ մեր Բուժժառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուին** ծանոթանալու համար:
- **Հաշվարկեք ձեր ընդհանուր ծախսերը մեր պլանում:**
 - Որքա՞ն գումար եք ծախսելու ձեր գրպանից՝ ծառայությունների և դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի համար, որոնք պարբերաբար օգտագործում եք:
 - Համեմատեք ընդհանուր ծախսերն ապահովագրական ծածկույթի այլ տարբերակների հետ:
- **Ստաժեք՝ արդյոք գոհ եք մեր պլանից:**

Արդյո՞ք ցանկանում եք մնալ Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal պլանում.

Եթե ցանկանում եք մնալ մեր պլանում հաջորդ տարի, ապա ձեզնից ոչինչ չի պահանջվում անել: Եթե որևէ փոփոխություն չանեք, դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal պլանում:

Արդյո՞ք ցանկանում եք փոխել պլանը.

Եթե կարծում եք, որ ուրիշ ապահովագրական պլան ավելի հարմար է ձեզ, դուք կարող եք փոխել պլանը (տե՛ս **G2 բաժինը**՝ ավելի շատ տեղեկությունների համար): Եթե դուք գրանցվեք նոր պլանում կամ ընտրեք Original Medicare, ձեր նոր ապահովագրական պլանը կմեկնարկի հաջորդ ամսվա առաջին օրից:



C. Անվան փոփոխություններ պլանում

2024 թվականի հունվարի 1-ին մեր ծրագրի անվանումը փոխվում է Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles պլանից դառնալով Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 պլան:

Մինչև 2024թ-ի հունվար ամիսը դուք կստանաք նոր ID քարտ:

D. Փոփոխություններ մեր ցանցի բուժօնաշրջաններ մատուցողների և դեղատների ցանկում

Մեր բուժօնաշրջաններ մատուցողների և դեղատների ցանցը փոփոխվել է 2024 թ-ին:

Խնդրում ենք ուսումնասիրել 2024 թ. Բուժօնաշրջաններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու՝ պարզելու համար՝ արդյոք ձեր բուժօնաշրջաններ մատուցողները կամ դեղատները ընդգրկված են մեր ցանցում, թե ոչ: *Բուժօնաշրջաններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու* տեղադրված է մեր վեբկայքում՝ kp.org/directory: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ բուժօնաշրջաններ մատուցողների մասին թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար կամ խնդրել, որպեսզի մենք ձեզ փոստով ուղարկենք *Բուժօնաշրջաններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու*:

Նկատի ունեցեք, որ մենք կարող ենք նաև փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում տարվա ընթացքում: Եթե ձեր բուժօնաշրջաններ մատուցողը դուրս է գալիս մեր ծրագրից, ձեզ վերապահվում են որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություն: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը*:



E. Նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար

E1. Նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների համար

Հաջորդ տարի մենք փոխում ենք մեր ապահովագրական ծածկույթը և ձեր վճարման պայմանները որոշակի բժշկական ծառայությունների համար: Ստորև աղյուսակում նկարագրված են այդ փոփոխությունները:

	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Շտապօգնության (փոխադրամիջոցը) ծառայություններ	\$0 , եթե դուք իրավունակ եք ստանալու Medicare-ի ծախսերի բաշխման աջակցություն Medicaid պլանով: Հակառակ դեպքում՝ վճարում եք \$200 մեկ ուղղությամբ յուրաքանչյուր ուղևորության համար:	\$0 , եթե դուք իրավունակ եք ստանալու Medicare-ի ծախսերի բաշխման աջակցություն Medicaid պլանով: Հակառակ դեպքում՝ վճարում եք \$150 , մեկ ուղղությամբ յուրաքանչյուր ուղևորության համար:
Տուն առաքվող սնունդ՝ Medicare-ի ապահովագրության շրջանակներում Սննդի առաքում ձեր տուն՝ անմիջապես ցանցային հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո, եթե համարվում եք սրտի անբավարարությամբ տառապող ստացիոնար բուժում ստացող հիվանդ: Նշում. այս փոփոխությունը չի վերաբերում Medi-Cal-ի ձեր ապահովագրությանը:	Փոխհատուցվում է օրական մինչև երկու անգամ սննդի տրամադրում անընդմեջ չորս շաբաթվա ընթացքում՝ օրացուցային տարվա մեջ մեկ անգամ: Պահանջվում է ուղեգիր:	Չի փոխհատուցվում:

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815** (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Հոգեկան առողջության ստացիոնար խնամք	<ul style="list-style-type: none"> Մենք փոխհատուցում ենք կյանքի ընթացքում մինչև 190 օր Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոգեբուժարանում ստացիոնար բուժման նպատակով կեցության համար: 190-օրյա բուժման սահմանափակումը չի տարածվում ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցի հոգեբուժական բաժանմունքում կեցության վրա: Այն չի տարածվում նաև հոգեբուժարանում կեցության վրա՝ որոշ առողջական խնդիրների դեպքում: 	Մենք փոխհատուցում ենք անսահմանափակ կեցության համար:



	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
<p>Առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր (OTC) առողջության բարելավման համար</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք OTC պարագաների համար, որոնք նշված են մեր OTC ապրանքների կատալոգում՝ մինչև տուև անվճար առաքմամբ: Յուրաքանչյուր պատվեր պետք է լինի առնվազն \$25: Ձեր պատվերը չի կարող գերազանցել ձեր եռամսյակային նպաստների սահմանաչափը: Եռամսյակային նպաստների սահմանաչափի ոչ մի չօգտագործված մաս չի փոխանցվում հաջորդ եռամսյակ: (Ձեր նպաստների սահմանաչափը վերականգնվում է հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին):</p> <p>Մեր կատալոգին ծանոթանալու և առցանց պատվիրելու համար այցելեք kp.org/otc/ca: Դուք կարող եք պատվիրել հեռախոսով կամ խնդրել, որպեսզի տպագիր կատալոգն ուղարկվի ձեզ փոստով՝ զանգահարելով 1-833-569-2360 (TTY 711) հեռախոսահամարով, PST առավոտյան ժամը 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ:</p>	<p>Դուք կարող եք պատվիրել մինչև \$100 արժողությամբ OTC ապրանքներ՝ եռամսյակային նպաստների սահմանաչափով:</p>	<p>Դուք կարող եք պատվիրել մինչև \$250 արժողությամբ OTC ապրանքներ՝ եռամսյակային նպաստների սահմանաչափով:</p>

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815** (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



E2. Փոփոխություններ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթում

Փոփոխություններ մեր Դեղացանկում

*Փոխհատուցվող դեղացանկի թարմացված տարբերակը կարող էք գտնել մեր կայքում՝ kp.org/seniorrx: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Էջի Ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ դեղերի մասին թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար կամ խնդրել, որպեսզի մենք ձեզ փոստով ուղարկենք *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը*:*

Մենք փոփոխություններ ենք կատարել մեր Դեղերի ցանկում, այդ թվում՝ մեր կողմից փոխհատուցվող դեղերի և դրանց սահմանափակումներում:

Ճանաթացեք Դեղերի ցանկին՝ **համոզվելու համար, որ ձեր դեղերը փոխհատուցվելու են հաջորդ տարի** և պարզելու համար՝ կա՞ն սահմանափակումներ:

Եթե ձեզ վրա ազդում է դեղերի փոխհատուցման պայմանների փոփոխությունը, մենք ձեզ խորհուրդ ենք տալիս.

- Խորհրդակցել ձեր բժշկի (կամ դեղ նշանակողի) հետ, որպեսզի ձեզ առաջարկի այլ դեղամիջոց, որը մենք կփոխհատուցենք:
 - Դուք կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ Էջի Ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ միևնույն առողջական խնդրի բուժման համար կիրառվող փոխհատուցվող դեղերի ցանկը խնդրելու համար:
 - Այս ցանկը կարող է օգտակար լինել ձեր բուժառայություններ մատուցողի համար՝ ձեզ հարմար փոխհատուցվող դեղամիջոցը գտնելու համար:



- Խնդրեք, որպեսզի մենք ապահովենք դեղամիջոցի ժամանակավոր փոխհատուցումը:
 - Որոշ դեպքերում մենք **ժամանակավորապես** փոխհատուցում ենք դեղը օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:
 - Այս ժամանակավոր փոխհատուցումը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար: (Մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես ստանալ դեղի ժամանակավոր մատակարարումը և ինչպես դիմել դրա համար տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը*։)
 - Երբ ստանաք դեղամիջոցի ժամանակավոր փոխհատուցում, խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ, թե ինչ պետք է անեք, երբ ժամանակավոր փոխհատուցման ժամկետը լրանա: Դուք պետք է կամ մեր ծրագրի կողմից փոխհատուցվող այլ դեղամիջոց սկսեք օգտագործել, կամ պետք է խնդրեք մեզ, որպեսզի ձեզ համար բացառություն անենք և փոխհատուցենք ձեր ընթացիկ դեղը:
 - Դեղացանկում ներկայումս հաստատված բոլոր բացառությունների ժամկետը լրանում է յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա վերջում, և դրանք պետք է նորից ներկայացվեն հաստատման նոր տարվա սկզբին:

Փոփոխություններ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծախսերում

Մեր պլանում Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ծրագրի համար գոյություն ունի վճարման երկու փուլ: Թե որքան կվճարեք, կախված է նրանից, թե որ փուլում եք, երբ ստանում կամ նորից եք ստանում դեղատոմսային դեղը: Սրանք են երկու փուլերը՝

Փուլ 1-ին Սկզբնական փոխհատուցման փուլ	Փուլ 2-րդ Արագ փոխհատուցման փուլ
<p>Այս փուլում մեր պլանը վճարում է ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար:</p> <p>Այս փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսային դեղերը:</p>	<p>Այս փուլում պլանը վճարում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2024 թվականի դեկտեմբերի 31-ը:</p> <p>Այս փուլը սկսվում է՝ ձեր գրպանից որոշակի գումար վճարելուց հետո:</p>

Սկզբնական փոխհատուցման փուլն ավարտվում է այն ժամանակ, երբ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի՝ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **\$8,000-ի**: Այդ պահից սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը: Մեր պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից սկսած մինչև տարվա վերջ: Տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլուխը*՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչքան պետք է վճարեք դեղատոմսային դեղերի համար:

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815**



(TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:

E3. Փուլ 1-ին. «Սկզբնական փոխհատուցման փուլ»

Սկզբնական փոխհատուցման փուլում մեր պլանը վճարում է փոխհատուցվող դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է սրանից, թե գնային որ կատեգորիայում է դեղը, որի ծախսերը կիսվում են, և որտեղից եք այն ձեռք բերում: Դուք վճարում եք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմսային դեղ եք ստանում: Եթե փոխհատուցվող դեղի արժեքը համավճարից պակաս է, դուք վճարում եք ավելի ցածր գինը:

Մենք տեղափոխել ենք մեր Դեղացանկի որոշ դեղեր ավելի ցածր կամ ավելի բարձր կատեգորիա: Եթե ձեր դեղերը տեղափոխվում են կատեգորիայից կատեգորիա, դա կարող է ազդել ձեր համավճարի վրա: Պարզելու համար, թե արդյոք ձեր դեղերը այլ կատեգորիայում են, փնտրեք դրանք մեր Դեղացանկում:

Հետևյալ աղյուսակում նշված են յուրաքանչյուր երկու գնային կատեգորիայի դեղի համար ձեր ծախսերը: Այս գումարը կիրառվում է **միայն**, երբ դուք Սկզբնական փոխհատուցման փուլում եք:

	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
<p>1-2 կատեգորիայի դեղեր (Ներառում է գեներիկ դեղերը)</p> <p>Ցանցային դեղատնից դուրս գրվող 1-ին և 2-րդ կատեգորիայի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեքը</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է \$0-\$4.15 մեկ դեղատոմսի համար, կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից:</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է \$0-\$4.50 մեկ դեղատոմսի համար, կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից:</p>
<p>3-5 կատեգորիայի դեղեր (Ներառում է օրիգինալ դեղերը և մասնագիտացված դեղերը)</p> <p>Ցանցային դեղատնից դուրս գրվող 3-ից 5-րդ կատեգորիայի դեղամիջոցի մեկամսյա մատակարարման արժեքը</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է \$0-\$10.35 մեկ դեղատոմսի համար, կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից:</p>	<p>Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է \$0-\$11.20 մեկ դեղատոմսի համար, կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից:</p>

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



Սկզբնական փոխհատուցման փուլն ավարտվում է այն ժամանակ, երբ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի՝ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **\$8,000**-ի: Այդ պահից սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը: Պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից սկսած մինչև տարվա վերջ: **Տե՛ս Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլուխը՝** ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, թե որքան պետք է վճարեք դեղատոմսային դեղերի համար:

E4. Փուլ 2-րդ. «Արագ փոխհատուցման փուլ»

Երբ դեղատոմսային դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի սահմանաչափը հասնում է **\$8,000-ի**, սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը: Դուք մտում եք այս փուլում մինչև օրացույցային տարվա վերջը:

- Ձեր դեղատոմսերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ գտնելու համար, որոնք Medicare-ը և Medi-Cal-ը ապահովագրում են, անդրադարձեք *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկին*:

F. Վարչարարական փոփոխություններ

	2023 (այս տարի)	2024 (հաջորդ տարի)
Պայմանագրի և պլանի նպաստների փաթեթի (PBP) համարները	Ձեր ընթացիկ պլանը՝ Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles պլանը, կոչվում է նաև Պայմանագիր H0524, PBP համար 070:	Ձեր նոր պլանը՝ Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 պլանը, կոչվում է նաև Պայմանագիր H8794, PBP համար 001:

G. Ծրագրի ընտրությունը

G1. Մեր պլանում մնալը

Մենք հույս ունենք, որ դուք կմնաք որպես մեր պլանի անդամ: Մեր ծրագրում մնալու համար ձեզնից ոչինչ չի պահանջվում: Եթե դուք **չեք** որոշում ընտրել Medicare-ի այլ պլան կամ Original Medicare, դուք ավտոմատ կերպով մտում եք մեր պլանի անդամ 2024 թ.-ին:



G2. Ծրագրերի փոխում

Medicare պլանում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ դուք Medi-Cal-ի անդամ եք, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին կամ անցնել մեկ այլ պլանի մեկ անգամ հետևյալ **Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածների ընթացքում**

- Հունվարից մարտ
- Ապրիլից հունիս
- Հուլիսից սեպտեմբեր

Բացի նշված երեք Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածների, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին հետևյալ ժամանակահատվածներում

- **Ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածում** որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ նոր ծրագրին ձեր անդամակցությունը կսկսվի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) պլանի բաց գրանցումը** տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ծրագիր, ապա ձեր անդամակցությունը նոր ծրագրին կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:

Կարող եմ լինել այլ իրավիճակներ, երբ դուք իրավունք կունենաք փոփոխություն կատարելու ձեր գրանցման հետ կապված: Օրինակ՝ երբ

- տեղափոխվել եք մեր սպասարկման տարածքից,
- Medi-Cal-ի ծառայություններ կամ Լրացուցիչ օգնություն ստանալու ձեր իրավունակությունը փոխվել է **կամ**
- եթե դուք վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս ինամբ եք ստանում կամ պարզապես տեղափոխվել եք ձերանոցից կամ երկարաժամկետ ինամբի հիվանդանոցից:



Medicare-ի ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ Medicare-ի ծառայություններ ստանալու համար: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին:



<p>1. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական պլան, Ներառյալ մեկ այլ Medicare Medi-Cal պլան</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար՝</p> <p>Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հետ կապված հարցերով զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223):</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ,</p> <ul style="list-style-type: none">• Չանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 5-ը: (TTY 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: <p>ԿԱՄ</p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի նոր պլանում:</p> <p>Երբ ձեր նոր պլանի ապահովագրությունը սկսվի, դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից: Ձեր Medi-Cal պլանը կարող է փոխվել:</p>
--	--

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815** (TTY **711**) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգահարեք մեր կայքի վրա: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ **kp.org/medicare**:



<p>2. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին ծրագրով</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար՝</p> <p>Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝</p> <ul style="list-style-type: none">• Չանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 5-ը: (TTY 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: <p>ԿԱՄ</p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նոր ծրագրում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր ծրագրից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոխվի:</p>
---	---



<p>3. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին ծրագրի</p> <p>ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք անցնում եք Original Medicare-ին և չեք գրանցվում Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին ծրագրում, Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի ծրագրի մեջ, եթե դուք Medicare-ին չհայտնեք, որ չեք ցանկանում միանալ:</p> <p>Դուք պետք է հրաժարվեք դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթից միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրական ծածկույթ ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ՝ ձեզ հասնում է դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, թե ոչ, զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք այստեղ՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար.</p> <p>Չանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն և կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝</p> <ul style="list-style-type: none">• Չանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, ժամը առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 5-ը: (TTY 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: <p>Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր ծրագրից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p> <p>Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոխվի:</p>
--	--



Medi-Cal-ի ծառայություններ

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես ընտրել Medi-Cal-ի պլան կամ ստանալ Medi-Cal-ի ծառայություններ, երբ դուրս գաք մեր պլանից, կապ հաստատեք «Առողջապահական խնամքի տարբերակների» գրասենյակի հետ՝ **1-800-430-4263** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ պլանին միանալը կամ Original Medicare պլանին վերադարձը ազդում ձեր Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթի վրա:

Ի. Աջակցության տրամադրում

Ի1. Մեր պլանը

Մենք սիրով կօգնենք ձեզ, եթե հարցեր ունենաք: Չանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով նշված աշխատանքային օրերին և ժամերին: Չանգերն անվճար են:

Կարդացեք ձեր *Անդամի ձեռնարկը*

Ձեր *Անդամի ձեռնարկը* օրինական փաստաթուղթ է, որտեղ տրված է մեր պլանի նպաստների մանրամասն նկարագրությունը: Այնտեղ ներկայացված են մանրամասներ 2024 թ.-ի մեր նպաստների և ծախսերի մասին: Այնտեղ բացատրվում է, թե ինչ իրավունքներ ունեք և ինչ կանոնների պետք է հետևեք՝ մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղատոմսային դեղեր ստանալու համար:

2024թ.-ի *Անդամի ձեռնարկը* հասանելի կլինի մինչև հոկտեմբերի 15-ը: *Անդամի ձեռնարկի* թարմացված տարբերակը հասանելի է մեր վեբկայքում՝ **kp.org/eocscal**: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ Էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ մեզ խնդրելու համար ձեզ փոստով ուղարկել 2024 թ.-ի *Անդամի ձեռնարկը*:

Մեր կայքէջը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքէջը՝ **kp.org/medicare**: Հիշեցնենք, որ մեր կայքէջում ներկայացված է ամենաթարմ տեղեկատվությունը մեր բուժօժանայություններ մատուցողների և դեղատների ցանցի մասին (*Բուժօժանայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու*), ինչպես նաև Դեղերի ցանկը (*Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*):

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815** (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ **kp.org/medicare**:



H2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)

Դուք կարող եք նաև զանգահարել Նահանգային բժշկական ապահովագրության աջակցության ծրագիր (SHIP): Կալիֆորնիայում SHIP ծրագիրը կոչվում է Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ պլանի ընտրության հարցում և պատասխանել պլանը փոխելու հետ կապված հարցերին: HICAP-ը կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, իսկ ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ **1-800-434-0222 (TTY 711):** Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:

H3. Ombuds ծրագիր

Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ, եթե մեր պլանի հետ կապված խնդիր ունեք: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են և հասանելի բոլոր լեզուներով: Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագիր.

- պաշտպանում է ձեր շահերը ձեր անուկից: Այստեղ կարող են պատասխանել ձեր հարցերին, եթե խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են ձեզ ուղղորդել, թե ինչ անել:
- ապահովում է իրազեկվածություն ձեր իրավունքների և պաշտպանության մասին և, թե ինչպես կարող եք լուծել ձեր խնդիրները:
- կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է **1-888-804-3536**:

H4. Medicare

Ամիցապես Medicare-ից տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048**:

Medicare-ի վերկայք

Դուք կարող եք այցելել Medicare-ի վերկայքը՝ (www.medicare.gov): Եթե որոշեք դուրս գալ մեր պլանից և գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ ծրագրում, Medicare-ի կայքում կգտնեք տեղեկություններ ծախսերի, ապահովագրական ծածկույթի մասին, ինչպես նաև կտեսնեք ծառայության որակի գնահատականները, որոնք կօգնեն ձեզ համեմատել ծրագրերը:

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



Դուք կարող եք տեղեկություններ գտնել ձեր տարածաշրջանում հասանելի Medicare-ի պլանների մասին՝ Medicare Plan Finder-ի (Medicare-ի պլանների որոնման գործիքի) օգնությամբ Medicare-ի վեբկայքում: (Պլանների մասին տեղեկատվության համար անցեք www.medicare.gov և սեղմեք «Find Plans» (Գտնել պլաններ):

Medicare & You 2024

Դուք կարող եք կարդալ *Medicare & You 2024* ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանը այս բուկլետը փոստով ուղարկվում է Medicare-ի ծրագրում գրանցված անձանց: Այնտեղ կգտնեք Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների մասին հակիրճ նկարագրությունը, ինչպես նաև Medicare-ի հետ կապված ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն:

Եթե դուք չունեք այս բուկլետի օրինակը, կարող եք այն ստանալ Medicare կայքում (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

H5. Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչություն

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական ինսամքի վարչությունը (DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծառայությունների ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ի Աջակցության կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների և գանգատների դեպքում: Եթե բողոքներ ունեք ձեր առողջապահական պլանի հետ կապված, սկզբում պետք է զանգահարեք ձեր առողջապահական պլան՝ **1-800-443-0815** հեռախոսահամարով, և հետևեք ձեր առողջապահական պլանին բողոք ներկայացնելու ընթացակարգին՝ նախքան վարչությանը դիմելը: Բողոքի այս գործընթացն օգտագործելը չի զրկի Ձեզ հասանելի հնարավոր իրավանական իրավունքներից կամ միջոցներից: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է արտակարգ դեպքի հետ, բողոք, որը բավարար կերպով չի լուծվել Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ բողոք, որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, կարող եք զանգահարել բաժանմունք օգնության համար: Դուք կարող եք նաև որակավորվել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար: Եթե որակավորվում եք IMR համար, IMR գործընթացը կապահովի անկողմնակալ վերանայում այն բժշկական որոշումների, որոնք ընդունվել են առողջապահական ծրագրի կողմից՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության հետ, ապահովագրության որոշումների այն բուժումների վերաբերյալ, որոնք փորձական են կամ հետազոտական բնույթի, ինչպես նաև վճարման հետ կապված վեճերի շտապ օգնության կամ հրատապ բժշկական ծառայությունների համար: Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (**1-888-466-2219**) և TDD կապ (**1-877-688-9891**)՝ լսողության և խոսքի դժվարություններ ունեցողների համար: Բաժանմունքի www.dmhc.ca.gov ինտերնետային վեբկայքում կգտնեք առցանց բողոքի ձևեր, IMR (անկախ բժշկական փորձագիտական քննության) դիմումաձևեր և հրահանգներ:

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Kaiser Permanente-ի Անդամների սպասարկման բաժին **1-800-443-0815** (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք այստեղ՝ kp.org/medicare:



Խտրականության բացառման ծանուցում

Kaiser Permanente-ն համապատասխանում է քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դնում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա: Kaiser Permanente-ն չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով: Մենք նաև՝

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ ենք տրամադրում հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ,
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, աուդիոն և հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափերը:
- Տրամադրում ենք անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ,
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ:

Եթե ձեզ հարկավոր են այս ծառայությունները, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը յոթ օր:

Եթե կարծում եք, որ Kaiser Permanente-ն չի մատուցել այս ծառայությունները կամ խտրականության է ենթարկել այլ կերպ՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Քաղաքացիական իրավունքների մեր համակարգողին՝ գրելով հետևյալ հասցեով՝ One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612, կամ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին՝ վերոնշյալ հեռախոսահամարով: Բողոք կարող եք ներկայացնել փոստով կամ հեռախոսով: Եթե բողոք ներկայացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների մեր համակարգողը կարող է օգնել ձեզ: Դուք նաև կարող եք քաղաքացիական իրավունքի բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի պորտալի միջոցով, որը հասանելի է այստեղ՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, փոստով կամ հեռախոսով՝ U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**: Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում:



Խտրականության բացառման ծանուցում

Խտրականությունը հակաօրինական է: Kaiser Permanente-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների դաշնային և նահանգային օրենքներին:

Kaiser Permanente-ն անօրինականորեն խտրականություն չի դրսևորում, մարդկանց չի բացառում կամ այլ կերպ նրանց չի վերաբերվում՝ հիմնվելով նրանց տարիքի, ռասայի, էթնիկ խմբի ինքնության, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, մշակութային ծագման, նախահայրերի, կրոնի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան կարգավիճակի, ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, վճարման աղբյուրի, գենետիկ տեղեկատվության, քաղաքացիության, առաջնային լեզվի կամ գաղթականի կարգավիճակի վրա:

Kaiser Permanente-ը տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ ավելի լավ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
 - ◆ Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
 - ◆ Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (բրայլ, մեծ տառատեսակ, աուդիո, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
 - ◆ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - ◆ Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից): Կամ, եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **711** համարով:

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրայլով, մեծ տառատեսակով, ձայնագրությամբ կամ էլեկտրոնային տարբերակով: Այս ձևաչափերից մեկով կամ այլ ձևաչափով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն և խնդրել ցանկալի ձևաչափը:

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք Kaiser Permanente-ին խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Ապահովագրության սպասույցը (Evidence of Coverage)* կամ *Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև գրուցել Անդամների սպասարկման ներկայացուցչի հետ՝ պարզելու համար, թե որ տարբերակն է Ձեզ կիրառելի: Խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում, եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք:

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկում՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից):
- **Փոստով.** Զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն Ձեզ:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր kp.org/facilities կայքէջում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր kp.org կայքէջում:

Կարող եք նաև ուղղակիորեն դիմել Kaiser Permanente-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողներին ներքոնշյալ հասցեներով՝

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (*միայն Medi-Cal նպաստառուների համար*)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ գրավոր, հեռախոսով կամ էլ.փոստով.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **916-440-7370 (TTY 711)** հեռախոսահամարով:

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են այստեղ՝
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Առցանց.** էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով

Ինչպես գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ

Դուք կարող եք խտրականության բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ առցանց.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով:
- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** հասցեով:

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Տեղեկություններ պլանի մասին

Քանի որ այս պլանի անդամ եք, մենք կարող ենք ժամանակ առ ժամանակ կապվել ձեզ հետ՝ ձեզ տեղեկացնելու Kaiser Permanente-ի այլ պլանների կամ ապրանքների մասին, որոնք կարող են հասանելի լինել ձեզ: Եթե ցանկանում եք հրաժարվել այս տեսակի զանգերից, խնդրում ենք կապվել Անդամների սպասարկման բաժնի հետ ձեր անդամի ID քարտի հետևի մասում նշված հեռախոսահամարով:

Բուժօրհանությունների մատուցողների տեղեկատուներ

Եթե օգնության կարիք ունեք ցանցի բուժօրհանությունների մատուցող կամ դեղատոն գտնելու հետ կապված, այցելեք մեր առցանց տեղեկատուն՝ kp.org/directory (Նշում. 2024 թվականի տեղեկատուները հասանելի կլինեն առցանց՝ սկսած 10/15/2023 թվականից՝ Medicare-ի պահանջներին համապատասխան):

Եթե ցանկանում եք, որ **Բուժօրհանություն մատուցողների տեղեկատուն**, **Ատամնաբուժական ծառայություն մատուցողների տեղեկատուն** կամ **Դեղատոների տեղեկատուն** (եթե կիրառելի է), փոստով ուղարկվի ձեզ, կարող եք զանգահարել Kaiser Permanente հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, շաբաթը 7 օր, 8:00-ից մինչև 20:00:

Medicare-ի D մասի Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի դեղացանկ

Մեր դեղացանկում ընդգրկված են մեր կողմից ապահովագրվող Medicare-ի D մասի դեղերը: Դեղացանկը կարող է փոխվել ցանկացած պահի: Անհրաժեշտության դեպքում ձեզ կտեղեկացնեն: Եթե հարցեր ունեք ապահովագրված դեղերի վերաբերյալ, այցելեք մեր առցանց դեղացանկը հետևյալ հասցեով՝ kp.org/seniorrx (Նշում. 2024 թվականի դեղացանկը հասանելի կլինի առցանց՝ սկսած 10/15/2023 թվականից՝ Medicare-ի պահանջներին համապատասխան):

Եթե ցանկանում եք, որ դեղացանկը փոստով ուղարկվի ձեզ, կարող եք զանգահարել Kaiser Permanente հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, շաբաթը 7 օր, 8:00-ից մինչև 20:00:

Ապահովագրության գրքույկ (EOC)

Ձեր EOC-ում բացատրվում է, թե ինչպես ստանալ բուժօգնություն և դեղատոմսով դեղերը ձեր պլանի միջոցով: Բացատրված են ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, ինչն է ապահովագրվում և ինչ էք վճարում որպես Kaiser Permanente-ի անդամ: Եթե հարցեր ունեք ձեր ապահովագրության վերաբերյալ, այցելեք kp.org/eocscal, որպեսզի ծանոթանաք EOC-ին առցանց (Նշում. 2024 թվականի EOC-ը Հարավային Կալիֆորնիայի համար հասանելի կլինի առցանց՝ սկսած 10/15/2023թ.-ից՝ Medicare-ի պահանջներին համապատասխան):

Եթե ցանկանում եք, որ EOC-ը փոստով ուղարկվի ձեզ, կարող եք գանգահարել Kaiser Permanente հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-800-443-0815** (TTY **711 թ**), շաբաթը 7 օր, 8:00-ից մինչև 20:00: