

**Это информационное письмо рассылается всем участникам плана медицинского обслуживания Kaiser Permanente. Оно не связано с обстоятельствами вашего медицинского обслуживания или полученным вами лечением. Во вложении находится исходный файл, прикрепленный для справки.**

Уважаемый участник плана!

Эта информация об опиоидных анальгетиках предоставляется всем участникам плана медицинского страхования Kaiser Permanente Medicare исключительно в целях санитарного просвещения. Опиоидные анальгетики, такие как оксикодон (Percocet®), гидрокодон (Norco®), фентанил и морфин, являются сильнодействующими лекарственными препаратами. Прием этих препаратов связан с повышенным риском возникновения зависимости и передозировки. Как ваши поставщики медицинских услуг по плану медицинского страхования, мы хотим проинформировать вас о возможных рисках употребления опиоидных анальгетиков.

### *Механизм действия опиоидных анальгетиков*

Опиоидные анальгетики используют для облегчения умеренной и сильной боли, когда другие препараты не помогают. Иногда они не полностью снимают боль. Со временем опиоидные анальгетики могут повлиять на то, как мозг обрабатывает болевые сигналы. Это может привести к усилению боли и/или другим серьезным проблемам со здоровьем, включая перепады настроения, нарушение сна и снижение способности заниматься повседневной деятельностью. По этим причинам пациенты, принимающие опиоидные анальгетики в течение длительного времени, должны находиться под пристальным наблюдением врача.

### *Долгосрочные риски и побочное действие опиоидной терапии*

- **Привыкание.** Со временем опиоидные анальгетики становятся менее эффективными и пациенты принимают все большие дозы, чтобы достичь того же уровня ослабления боли.
- **Физическая зависимость.** При внезапном прекращении терапии или существенном уменьшении дозы может развиваться абстинентный синдром.
- **Злоупотребление.** Возможно, вы не сможете контролировать употребление опиоидных анальгетиков.
- **Побочное действие.** Опиоидные анальгетики могут вызывать тошноту, рвоту и запор.
- **Состояние сонливости.** Опиоидные анальгетики могут негативно повлиять на способность адекватно оценивать ситуацию и принимать решения. Такое побочное действие может стать причиной падений и несчастных случаев с серьезными травмами, связанных с моторным транспортным средством.
- **Проблемы с концентрацией, упадок сил, депрессия.** Эти побочные эффекты могут повлиять на способность работать и заниматься повседневной деятельностью.
- **Апноэ сна или нарушение дыхания во время сна.** Опиоидные анальгетики могут спровоцировать проблемы со сном, которые могут стать причиной усталости в дневное время, негативно повлиять на мыслительные процессы, а в некоторых случаях при ненадлежащем применении — привести к замедлению и даже остановке дыхания.
- **Низкий уровень гормонов.** Длительный прием опиоидных анальгетиков может привести к ослаблению полового влечения, упадку сил, снижению настроению, замедлению восстановления после мышечных травм и истончению костей.
- **Случайная передозировка и смерть.** Чем дольше человек принимает опиоидные анальгетики, тем больше возрастают эти риски.

### ***Меры безопасности при приеме опиоидных анальгетиков***

- **Внимательно следуйте указаниям.** Всегда выполняйте указания своего врача и никогда не передавайте свои лекарственные препараты другим лицам.
- **Соблюдайте осторожность.** Не принимайте лекарственные препараты чаще, чем прописано. Поговорите со своим врачом или фармацевтом, прежде чем принимать какие-либо дополнительные дозы.
- **Избегайте опасных лекарственных взаимодействий.** Проинформируйте своего врача или фармацевта обо всех лекарственных препаратах, которые принимаете. Одновременный прием опиоидных анальгетиков с любым из следующих веществ может значительно повысить риск передозировки: **алкоголь, снотворные таблетки** (например, золпидем [Ambien®] или залеплон [Sonata®]), **лекарственные препараты от тревоги** (например, диазепам [Valium®], алпразолам [Xanax®] и лоразепам [Ativan®]), и **миорелаксанты** (такие как каризопродол [Soma®], баклофен [Lioresal®] и другие).
- **Обсудите со своим врачом альтернативные обезболивающие препараты.** Если вам удастся контролировать уровень боли, спросите своего врача, следует ли вам снизить частоту приема или перейти на другие обезболивающие препараты.
- **Налоксон.** Спросите у вашего врача или фармацевта о комплекте налоксона для применения в экстренных ситуациях. Опиоидные анальгетики могут привести к замедлению и даже остановке дыхания. Налоксон — это лекарство, устраняющее воздействие опиоидных анальгетиков на ваш организм. Налоксон безопасен и может спасти вам жизнь. Поговорите со своим врачом или фармацевтом о том, следует ли вам его прописать. Всем пациентам, регулярно принимающим опиоидные анальгетики, рекомендуется иметь в наличии налоксон.
- **Безопасное хранение опиоидных анальгетиков.** Храните опиоидные анальгетики в оригинальной упаковке с оригинальной инструкцией по применению. Храните их подальше от детей, в месте, куда не имеют свободного доступа другие лица (например, в закрытом шкафу).
- **Соблюдайте процедуры безопасной утилизации.** Из соображений безопасности неиспользованные лекарства следует своевременно возвращать: сдайте их в утвержденном отправочном конверте в пункте сбора, который есть во многих аптеках Kaiser Permanente, либо во время мероприятия «День возврата лекарств». Отправочные конверты можно найти в отдельных аптеках Kaiser Permanente.

### ***Другие доступные альтернативные варианты контроля интенсивности боли***

Обсудите со своим врачом другие наиболее подходящие варианты снятия боли, не связанные с опиоидными анальгетиками. Некоторые из этих вариантов могут оказаться более эффективными и безопасными, с меньшим количеством побочных эффектов. Возможные варианты в зависимости от типа боли, которую вы испытываете:

- Лекарства, отпускаемые без рецепта, такие как ибупрофен (Motrin®), ацетаминофен (Tylenol®), напроксен (Aleve®) или средства для наружного применения, такие как капсаицин, гель диклофенака (Voltaren®) или салицилат троламина (Aspercreme®).
- Рецептурные противовоспалительные препараты, такие как мелоксикам (Mobic®), диклофенак (Voltaren®) и этодолак (Lodine®). Длительное применение не рекомендуется пожилым людям из-за риска проявления побочного действия.
- Некоторые рецептурные неопиоидные лекарства, воздействующие на вызывающие боль нервы, такие как габапентин (Neurontin®) и прегабалин (Lyrica®).
- Услуги мануального терапевта, физиотерапия и другие методы лечения, тепловые или холодные компрессы, физические упражнения, иглоукалывание и когнитивно-бихевиоральная терапия.

Ваш врач может порекомендовать варианты лечения, не покрываемые вашим планом. В этом случае свяжитесь с отделом обслуживания участников по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты участника, или посетите веб-страницу CMS, на которой описано покрытие в рамках Medicare частей А и В, чтобы узнать о доступных вариантах (<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>).

***Доступные услуги по лечению опиоидной зависимости***

Medicare часть В (медицинское страхование) покрывает программы лечения опиоидами (ОТР), в рамках которых проводится лечение расстройств, вызванных употреблением опиоидов (ОУД). Информацию о *льготах плана*, связанных с лечением от злоупотребления рецептурными лекарствами, включая медикаментозное лечение, услуги психиатрической помощи и консультационные услуги, см. в **Свидетельстве о страховом покрытии** или позвоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты.

***Мы всегда к вашим услугам!***

Если у вас есть какие-либо вопросы по поводу информации, представленной в этом вкладыше, или вы хотите узнать больше о способах снятия боли, позвоните в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты.

С уважением,  
Kaiser Permanente

План Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), предлагаемый компанией Kaiser Foundation Health Plan, Inc., регион Южная Калифорния

## *Ежегодное извещение об изменениях на 2024 год*

### Введение

В настоящее время вы зарегистрированы как участник нашего плана. В следующем году будут внесены некоторые изменения касательно льгот, страхового покрытия, правил и стоимости в рамках нашего плана. Из этого *Ежегодного извещения об изменениях* вы узнаете об изменениях и о том, где найти дополнительную информацию о них. Для получения дополнительной информации о стоимости, льготах или правилах, ознакомьтесь со *Справочником участника*, который представлен на нашем веб-сайте по ссылке [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal). Основные термины и их определения указаны в алфавитном порядке в последней главе вашего *Справочника участника*.

### Дополнительные ресурсы

- Этот документ предоставляется бесплатно на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, испанском, тагальском и вьетнамском языках.
- Вы можете бесплатно получить это *Ежегодное извещение об изменениях* в других форматах, таких как отгиск большого формата, текст шрифтом Брайля или аудио-файл. Звоните по номеру **1-800-443-0815** (линия ТТУ: **711**) с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.
- Звоните по номеру **1-800-443-0815** (линия ТТУ: **711**) с 08:00 до 20:00, 7 дней в неделю, по таким вопросам:
  - предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;
  - долгосрочный запрос относительно будущих рассылок и сообщений;
  - изменение долгосрочного запроса относительно предпочтительного языка и (или) формата.
- 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 خططنا 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.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



- 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:
- យើងមានសេវាកម្រៃផ្ទាល់មាត់ភាសាខ្មែរសម្រាប់សំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចសួរពីគម្រោងសុខភាពឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមទូរសព្ទមកលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកដែលអាច *Cambodian Khmer* អាចជួយអ្នកបាន។ វាជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃ។
- 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 سؤال 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 oswa 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 नि: 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 aiutarvi. 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 ມູງງາແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **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 hnavg.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).

- 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 ਪੁੱਛ 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.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาเพื่อตอบคำถามที่คุณสงสัยเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** (TTY **711**) ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด *Thai* พร้อมช่วยเหลือคุณ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



- Для того, щоб відповісти на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи ліків, у нас є перекладач, який надає безкоштовні послуги. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000** (TTY **711**) (цілодобово, 7 днів на тиждень). Хтось, хто володіє *Ukrainian*, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được thông dịch viên trợ giúp, quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000** (TTY **711**), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Ai đó nói tiếng *Vietnamese* có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

## 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 للغتك 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 ստանալով 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。

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://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:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **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 asiníháágoó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. Ata' hane' yídííkiil, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkiil. Hane' bee bik'í' di'díítííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiidgo yídííkiil. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. (Dahodíizingóne' 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 ਸਿਰਫ਼ 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:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **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**.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente  
по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке **[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)**.



## Содержание

A. Заявления об отказе от ответственности.....	10
B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год.....	10
B1. Информация о нашем плане .....	11
B2. Важные шаги, которые следует предпринять.....	11
C. Изменения в названии нашего плана .....	13
D. Изменения в нашем перечне поставщиков медицинских услуг и аптек, входящих в сеть .....	13
E. Изменения в отношении льгот и стоимости на следующий год.....	14
E1. Изменения в отношении льгот и стоимости на медицинские услуги.....	14
E2. Изменения в страховом покрытии затрат по рецептурным лекарствам .....	17
E3. Этап 1: «Этап начального страхового покрытия».....	19
E4. Этап 2: «Этап страхового покрытия в критических случаях» .....	20
F. Административные изменения .....	20
G. Выбор плана .....	21
G1. Продолжение участия в нашем плане.....	21
G2. Изменение планов.....	21
H. Получение помощи .....	25
H1. Наш план.....	25
H2. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) .....	26
H3. Программа омбудсменов .....	26
H4. Программа Medicare.....	26
H5. Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния.....	27



## **А. Заявления об отказе от ответственности**

- ❖ Kaiser Permanente — это план HMO D-SNP, который подразумевает заключение договоров в рамках программ Medicare и Medi-Cal. Участие в Kaiser Permanente зависит от возобновления договора.
- 

## **В. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год**

Пересмотрите условия вашего страхового покрытия сейчас, чтобы убедиться, что они будут соответствовать вашим потребностям в следующем году. Если наш план не соответствует вашим потребностям, вы можете выйти из него. Более подробную информацию об изменениях в ваших льготах на следующий год см. в **разделе Е**.

Если вы решите покинуть наш план, ваше участие завершится в последний день месяца, в котором был сделан соответствующий запрос. Вы по-прежнему будете участвовать в программах Medicare и Medi-Cal, пока имеете на это право.

В случае выхода из нашего плана вы можете получить следующую информацию:

- Варианты в рамках программы Medicare в таблице в **разделе G2**.
- Варианты и услуги по программе Medi-Cal в **разделе G2**.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке **[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)**.

## **В1. Информация о нашем плане**

- Kaiser Permanente — это план медицинского страхования, который предусматривает заключение договоров в рамках программ Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам плана льгот по обеим программам.
- Страхование в рамках плана Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal является «минимальным необходимым страховым покрытием» (QHC). Оно удовлетворяет требованию об индивидуальной совместной ответственности Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании (ACA). Дополнительную информацию относительно требования об индивидуальной совместной ответственности см. на веб-сайте Управления по налогам и сборам (IRS) по ссылке [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).
- В этом *Ежегодном извещении об изменениях* слова «мы», «нас», «наш» или «наш план» означают план Medicare и Medi-Cal.

## **В2. Важные шаги, которые следует предпринять**

- **Проверьте, не были ли внесены изменения в льготы и затраты по нашему плану, которые могут вас касаться.**
  - Имеются ли какие-либо изменения, влияющие на услуги, которыми вы пользуетесь?
  - Рассмотрите изменения в отношении льгот и стоимости, чтобы удостовериться, что они подойдут вам на следующий год.
  - См. **раздел E1** для ознакомления с изменениями в отношении льгот и стоимости в рамках нашего плана.
- **Проверьте, появились ли какие-либо изменения в условиях страхового покрытия рецептурных лекарств по нашему плану, которые могут вас касаться.**
  - Будут ли оплачены ваши лекарственные препараты? Не отнесены ли они к другой группе долевого участия в расходах? Можете ли вы пользоваться услугами тех же аптек?
  - Ознакомьтесь с изменениями, чтобы убедиться, что наше страховое покрытие по лекарственным препаратам подойдет вам в следующем году.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).

- Информацию об изменениях в условиях страхового покрытия расходов на лекарственные препараты см. в **Разделе E2**.
- Стоимость вашего лекарственного препарата могла вырасти с прошлого года.
  - Переговорите с вашим врачом на тему того, существуют ли более доступные вам бюджетные альтернативы; это могло бы сократить ваши собственные ежегодные расходы в течение всего года.
  - Имейте в виду, что льготы по вашему плану точно определяют, насколько могут измениться ваши собственные затраты на лекарственные препараты.
- **Проверьте, будут ли доступны ваши поставщики медицинских услуг и аптеки в нашей сети в следующем году.**
  - Есть ли в нашей сети ваши врачи, в том числе специалисты узкого профиля? А что насчет вашей аптеки? Как насчет больниц и других поставщиков, услугами которых вы пользуетесь?
  - См. **Раздел D** для получения информации о нашем *Каталоге адресов поставщиков медицинских услуг и аптек*.
- **Обдумайте свои общие затраты в рамках плана.**
  - Какую часть стоимости медицинских услуг и рецептурных препаратов, которые необходимы вам на постоянной основе, вы покрываете за счет собственных средств?
  - Какова общая сумма затрат по сравнению с другими вариантами страхового покрытия?
- **Подумайте, довольны ли вы нашим планом.**

### **Вы хотите продолжить участие в плане Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal**

Если вы хотите остаться с нами в следующем году, это просто — вам не нужно ничего делать. Если вы не внесете изменения, то автоматически останетесь участником программы Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal.

### **Вы хотите изменить планы страхования**

Если вы решите, что другой план страхового покрытия лучше соответствует вашим потребностям, вы сможете сменить план (для получения дополнительной информации см. **Раздел G2**). Если вы зарегистрируетесь в качестве участника нового плана или перейдете на план Original Medicare, ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца.

---

## **С. Изменения в название нашего плана**

1 января 2024 года название нашего плана меняется с плана Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles на план Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1.

Вы получите новую идентификационную карту до января 2024 года.

---

## **D. Изменения в нашем перечне поставщиков медицинских услуг и аптек, входящих в сеть**

Наши сети поставщиков медицинских услуг и аптек изменены на 2024 год.

**Просим вас ознакомиться со *Каталогом поставщиков медицинских услуг и аптек на 2024 год***, чтобы узнать, входят ли ваши поставщики и аптеки в нашу сеть. Обновленный *Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек* доступен на нашем веб-сайте по ссылке [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о поставщике услуг или попросить нас отправить вам *Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек* по почте.

Важно, чтобы вы знали, что мы также можем вносить изменения в нашу сеть на протяжении года. В случае выхода вашего поставщика медицинских услуг из нашего плана, у вас есть определенные права и средства защиты. Для получения дополнительной информации см. **Главу 3** нашего *Справочника участника*.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



## Е. Изменения в отношении льгот и стоимости на следующий год

### Е1. Изменения в отношении льгот и стоимости на медицинские услуги

Мы меняем наше страховое покрытие в отношении определенных медицинских услуг и условий оплаты за эти покрываемые медицинские услуги в следующем году. Эти изменения описаны в таблице ниже.

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<b>Услуги экстренной транспортировки</b>	\$0, если вы имеете право на помощь с долевым участием в расходах Medicare в рамках программы Medicaid. В ином случае вы платите <b>\$200</b> за поездку в один конец.	\$0, если вы имеете право на помощь с долевым участием в расходах Medicare в рамках программы Medicaid. В ином случае вы платите <b>\$150</b> за поездку в один конец.
<b>Доставка еды на дом в рамках программы Medicare</b> Доставка еды на дом сразу после выписки из стационара входящей в сеть больницы как пациенту стационарного отделения в связи с застойной сердечной недостаточностью.  Примечание. Это изменение не распространяется на ваше страховое покрытие по программе Medi-Cal.	Покрывается не более двух обедов в день в течение последовательного четырехнедельного периода, один раз в календарный год. Требуется направление.	Не покрывается.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<b>Стационарная психиатрическая помощь</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Мы покрываем до 190 дней в течение жизни для стационарного пребывания в психиатрической больнице, сертифицированной Medicare.</li><li>• Ограничение в 190 дней не распространяется на стационарное пребывание в психиатрическом отделении больницы общего профиля. Оно также не распространяется на пребывание в психиатрической больнице, связанное с определенными состояниями.</li></ul>	Мы покрываем неограниченное пребывание.

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<p><b>Безрецептурные товары для поддержания хорошего самочувствия</b></p> <p>Мы покрываем ОТС товары, перечисленные в нашем каталоге ОТС товаров, с бесплатной доставкой на дом. Минимальная сумма каждого заказа: \$25. Ваш заказ не может превышать ваш квартальный лимит пособия. Любая неиспользованная часть ежеквартального ограничения льгот не переносится на следующий квартал. (Ваш лимит льгот обновляется 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября).</p> <p>Для просмотра нашего каталога и выполнения заказа онлайн, посетите веб-сайт <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>. Вы можете сделать заказ по телефону или заказать доставку печатного каталога по почте, позвонив по номеру 1-833-569-2360 (TTY 711) с 07:00 до 18:00 по тихоокеанскому стандартному времени, с понедельника по пятницу.</p>	<p>Вы можете заказать безрецептурные товары с ограничением ежеквартальных льгот до <b>\$100</b>.</p>	<p>Вы можете заказать безрецептурные товары с ограничением ежеквартальных льгот до <b>\$250</b>.</p>

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



## **E2. Изменения в страховом покрытии затрат по рецептурным лекарствам**

### **Изменения в Списке лекарственных препаратов**

Обновленный *Список лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования*, представлен на нашем веб-сайте по ссылке [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx). Кроме того, вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о покрываемых лекарственных препаратах, или попросить нас отправить вам по почте *Список лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования*.

Мы внесли изменения в Список лекарственных препаратов, включая изменение позиций перечня покрываемых лекарственных препаратов и ограничений страхового покрытия определенных лекарственных препаратов.

Ознакомьтесь с Перечнем препаратов, **чтобы удостовериться, что ваши лекарственные препараты будут покрываться страховкой в следующем году**, и ознакомьтесь с любыми ограничениями.

Если на вас повлияет изменение страхового покрытия лекарственных препаратов, мы рекомендуем вам следующее:

- Побеседуйте с вашим врачом (или другим врачом, назначающим лекарственный препарат), чтобы найти другой лекарственный препарат, стоимость которого покрывается планом.
- Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, чтобы запросить список покрываемых лекарственных препаратов для лечения того же заболевания.
- Этот список может помочь вашему поставщику медицинских услуг найти лекарственный препарат, покрываемый страховкой, который может подойти вам.



- Попросите нас покрыть расходы на временный запас лекарственного препарата.
  - В некоторых случаях мы покрываем расходы на **временный** запас лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
  - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней. (Дополнительную информацию о том, когда вы можете получить временный запас лекарственного препарата и как его запросить, см. в **главе 5** вашего *Справочника участника*.)
  - После получения временного запаса лекарственного препарата обсудите со своим врачом ваши действия на случай, когда ваш временный запас закончится. Вы можете либо перейти на другой лекарственный препарат, покрываемый нашим планом, либо попросить нас сделать для вас исключение и покрыть расходы на текущий лекарственный препарат.
  - Срок действия всех утвержденных исключений для лекарственных препаратов истекает в конце каждого календарного года, и их необходимо повторно представить на утверждение в начале нового года.

### Изменения стоимости рецептурных лекарств

В рамках нашего плана существует два этапа оплаты вашего страхового покрытия расходов на рецептурные лекарства Medicare часть D. Сумма, которую вы платите, зависит от того, на каком этапе вы находитесь во время назначения вам рецептурных лекарств или пополнения их запасов. Существует два этапа:

<b>Этап 1</b> <b>Этап начального страхового покрытия</b>	<b>Этап 2</b> <b>Этап страхового покрытия в критических случаях</b>
<p>На данном этапе наш план оплачивает часть стоимости ваших лекарственных препаратов, а вы оплачиваете свою долю. Оплачиваемая вами доля называется доплатой.</p> <p>Вы начинаете этот этап при получении своего первого рецепта в текущем году.</p>	<p>На данном этапе осуществляется оплата всех расходов на ваши лекарственные препараты по плану до 31 декабря 2024 года.</p> <p>Вы начинаете этот этап после оплаты определенной суммы за счет собственных средств.</p>

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).



Этап начального страхового покрытия заканчивается, когда ваши общие расходы на рецептурные лекарства достигают за счет собственных средств **\$8,000**. В этот момент начинается Этап страхового покрытия в критических случаях. Наш план покрывает все ваши расходы на лекарственные препараты с этого момента и до конца года. Для получения дополнительной информации о том, сколько вы будете платить за рецептурные лекарства, см. **Главу 6** вашего *Справочника участника*.

### **Е3. Этап 1: «Этап начального страхового покрытия»**

На Этапе начального страхового покрытия наш план покрывает часть стоимости ваших рецептурных лекарств, покрываемых страховкой, а вы оплачиваете свою долю. Оплачиваемая вами доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, в какой группе долевого участия в расходах находится лекарственный препарат, и где вы его получаете. Вы должны оплачивать доплату каждый раз, когда получаете лекарства по рецепту. Если стоимость вашего лекарственного препарата, покрываемого страховкой, меньше доплаты, вы платите по более низкой цене.

**Мы переместили некоторые препараты из нашего Перечня препаратов в группу более низкого или более высокого уровня.** Если препараты перемещаются с одного уровня на другой, это может повлиять на доплату. Чтобы узнать, относятся ли ваши препараты к другой группе, найдите их в нашем Перечне препаратов.

В нижеприведенной таблице показаны ваши расходы на лекарственные препараты в каждой из двух групп доплаты. Сумма оплаты применима **только** во время пребывания на Этапе начального страхового покрытия.

	<b>2023 г. (текущий год)</b>	<b>2024 г. (следующий год)</b>
<b>Лекарственные препараты 1–2 групп</b>  (включая непатентованные препараты)  Стоимость месячного запаса лекарственного препарата из группы 1 и 2, отпускаемого в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный запас) составляет <b>\$0–\$4,15 за рецепт</b> , в зависимости от вашего уровня «Дополнительной помощи».	Ваша доплата за месячный (30-дневный запас) составляет <b>\$0–\$4,50 за рецепт</b> , в зависимости от вашего уровня «Дополнительной помощи».

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.  
Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).



	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
<p><b>Лекарственные препараты 3–5 групп</b></p> <p>(включает патентованные и специализированные препараты)</p> <p>Стоимость месячного запаса лекарственного препарата из групп 3–5, отпускаемого в сетевой аптеке</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный запас) составляет <b>\$0–\$10,35 за рецепт</b>, в зависимости от вашего уровня «Дополнительной помощи».</p>	<p>Ваша доплата за месячный (30-дневный запас) составляет <b>\$0–\$11,20 за рецепт</b>, в зависимости от вашего уровня «Дополнительной помощи».</p>

Начальный этап страхового покрытия заканчивается, когда сумма оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств достигает **\$8,000**. В этот момент начинается Этап страхового покрытия в критических случаях. С этого момента и до конца года план покрывает все ваши расходы на лекарственные препараты. Дополнительную информацию о том, сколько вы должны платить за рецептурные лекарства, см. в **Главе 6** вашего *Справочника участника*.

#### **Е4. Этап 2: «Этап страхового покрытия в критических случаях»**

Этап страхового покрытия в чрезвычайной ситуации начинается при достижении лимита оплаты рецептурных лекарств за счет собственных средств в размере **\$8,000**. Вы остаетесь на этапе страхового покрытия в чрезвычайной ситуации до окончания календарного года.

- Для получения дополнительной информации о рецептах, покрываемых программами Medicare и Medi-Cal, см. *Перечень покрываемых лекарственных препаратов*.

## **Г. Административные изменения**

	2023 г. (текущий год)	2024 г. (следующий год)
Номера договоров и льготного пакета плана (PBP)	Ваш текущий план, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles, также известен как договор H0524, PBP № 070.	Ваш новый план, Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1, также известен как договор H8794, PBP № 001.

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.



Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).

## G. Выбор плана

### G1. Продолжение участия в нашем плане

Мы надеемся, что вы останетесь участником нашего плана. Вам не нужно предпринимать какие-либо действия, чтобы оставаться участником нашего плана. Если вы **не** перейдете на другой план Medicare или план Original Medicare, вы автоматически останетесь участником нашего плана на 2024 год.

### G2. Изменение планов

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенный период года. Поскольку у вас есть план программы Medi-Cal, вы можете прекратить участие в нашем плане или перейти на другой план один раз в течение каждого из следующих **Специальных периодов регистрации**:

- с января по март;
- с апреля по июнь;
- с июля по сентябрь.

В дополнение к этим трем специальным периодам регистрации вы можете прекратить свое участие в нашем плане в течение следующих периодов:

- **Ежегодный период регистрации** длится с 15 октября по 7 декабря. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.
- Период **открытой регистрации в программе Medicare Advantage (МА)** длится с 1 января по 31 марта. Если вы выберете новый план в течение этого периода, ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.

Возможны и другие ситуации, когда вы имеете право внести изменения в свои регистрационные данные. Например, в таких случаях:

- перемещение за пределы территории обслуживания;
- изменение соответствия критериям включения в программу Medi-Cal или  
Дополнительная помощь;
- если вы недавно переехали в центр сестринского ухода или больницу  
долгосрочного ухода, в настоящее время получаете там лечение или только что покинули это место.

---

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](https://kp.org/medicare).



## Предоставляемые вам услуги в рамках программы Medicare

Для вас доступны три варианта получения услуг в рамках программы Medicare. Выбрав один из этих вариантов, вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

<p><b>1. Вы можете перейти на:</b> <b>другой план медицинского страхования Medicare, включая другой план Medicare Medi-Cal</b></p>	<p><b>Необходимые действия</b></p> <p>Позвоните сотрудникам Medicare по номеру телефона <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>По вопросам, связанным с программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по телефону <b>1-855-921-PACE (7223)</b>.</p> <p>Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР) по телефону <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. (ТТУ 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства НІСАР в вашем регионе посетите веб-сайт <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><b>ИЛИ</b></p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare.</p> <p>Вы будете автоматически исключены из нашей программы, когда начнется страховое покрытие по вашему новому плану. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.</p>
--	--

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815 (ТТУ 711)**, с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



<p><b>2. Вы можете перейти на:</b></p> <p><b>программу Original Medicare с отдельным планом покрытия рецептурных лекарств Medicare</b></p>	<p><b>Необходимые действия</b></p> <p>Позвоните сотрудникам Medicare по номеру телефона <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру <b>1-877-486-2048</b>.</p> <p>Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР) по телефону <b>1-800-434-0222</b> с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. (ТТУ 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства НІСАР в вашем регионе посетите веб-сайт <b><a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a></b>.</li></ul> <p><b>ИЛИ</b></p> <p>Зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана покрытия рецептурных лекарств Medicare.</p> <p>После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.</p> <p>Ваш план Medi-Cal не изменится.</p>
--	--

### 3. Вы можете перейти на:

**программу Original Medicare без отдельного плана покрытия рецептурных лекарств Medicare**

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Если вы перейдете на программу Original Medicare без присоединения к отдельному плану покрытия рецептурных лекарств Medicare, представители программы Medicare могут зарегистрировать вас в плане покрытия лекарственных препаратов, если только вы не сообщите представителям программы Medicare, что не хотите быть ее участником.

Вы должны отказаться от страхового покрытия рецептурных лекарств только в том случае, если у вас имеется страховое покрытие лекарственных препаратов из другого источника, например, от работодателя или профсоюза. При наличии у вас вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов, звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону **1-800-434-0222** с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

### Необходимые действия

Позвоните сотрудникам Medicare по номеру телефона **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом:

- Звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону **1-800-434-0222** с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. (ТТУ 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в вашем регионе посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

После начала действия вашего страхового покрытия Original Medicare вы будете автоматически исключены из нашего плана.

Ваш план Medi-Cal не изменится.

## Предоставляемые вам услуги в рамках программы Medi-Cal

Для получения ответов на вопросы относительно выбора плана Medi-Cal или предоставления услуг по программе Medi-Cal после завершения участия в нашем плане, обращайтесь в Отдел вариантов здравоохранения по номеру **1-800-430-4263**, с понедельника по пятницу с 08:00 до 18:00. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру **1-800-430-7077**. Спросите, каким образом присоединение к другому плану или возвращение в программу Original Medicare повлияет на получение вами страхового покрытия в рамках программы Medi-Cal.

---

## Н. Получение помощи

### Н1. Наш план

Мы рады помочь, если у вас имеются какие-либо вопросы. Звоните в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, в указанные дни и часы работы. Эти звонки бесплатны.

### Ознакомьтесь со своим *Справочником участника*

Ваш *Справочник участника* является юридическим подробным описанием льгот, предоставляемых нашим планом. В нем представлена подробная информация о льготах и стоимости на 2024 год. Также в нем разъясняются ваши права и правила, которым необходимо следовать, чтобы получать услуги и рецептурные лекарства, которые мы покрываем.

*Справочник участника* на 2024 год будет доступен до 15 октября. Последняя версия *Справочника участника* доступна на нашем веб-сайте по ссылке **kp.org/eocscal**. Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и попросить нас отправить вам по почте письмо со *Справочником участника* на 2024 год.

### Наш веб-сайт

Вы можете посетить наш веб-сайт, перейдя по ссылке **kp.org/medicare**. Напоминаем, что на нашем сайте представлена самая актуальная информация о нашей сети поставщиков медицинских услуг и аптек (*Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек*) и наш Список лекарственных препаратов (*Список лекарственных препаратов, покрываемых страховкой*).

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке **kp.org/medicare**.



## **Н2. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР)**

Вы также можете позвонить сотрудникам Вспомогательной программы медицинского страхования штата (SHIP). В Калифорнии программа SHIP известна под названием «Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (НІСАР)». Консультанты НІСАР могут помочь вам разобраться в выборе планов и предоставят ответы на вопросы о смене планов. Программа НІСАР не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. НІСАР располагает услугами обученных консультантов в каждом округе; эти услуги предоставляются бесплатно. Номер телефона НІСАР: **1-800-434-0222**. (TTY **711**). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства НІСАР в вашем регионе посетите веб-сайт [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

## **Н3. Программа омбудсменов**

Если у вас возникнут проблемы с нашим планом, вам может помочь Программа Ассоциации омбудсменов по вопросам Medicare Medi-Cal. Услуги омбудсмена бесплатны и доступны на всех языках. Программа Ассоциации омбудсменов по вопросам Medicare Medi-Cal:

- выступает в качестве адвоката от вашего имени. Сотрудники управления отвечают на вопросы при наличии проблем или жалоб и помогут вам разобраться, что следует делать дальше.
- следит за тем, чтобы у вас имела информация о ваших правах и средствах защиты, а также о способах решения ваших проблем.
- не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона программы Ассоциации омбудсменов по вопросам Medicare Medi-Cal: **1-888-804-3536**.

## **Н4. Программа Medicare**

Для получения информации непосредственно от сотрудников Medicare звоните по номеру телефона **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, который доступен круглосуточно, 7 дней в неделю. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру **1-877-486-2048**.

### **Веб-сайт Medicare**

Вы можете перейти на веб-сайт Medicare по ссылке ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Если вы решите выйти из нашего плана и стать участником другого плана Medicare, на веб-сайте программы Medicare доступна информация о стоимости, страховом покрытии и оценках качества, которая поможет вам сравнить разные планы.

---

**Если у вас возникли вопросы**, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



Вы можете найти информацию о планах Medicare, доступных в вашем регионе, с помощью средства поиска планов Medicare на веб-сайте Medicare. (Для ознакомления с информацией о планах перейдите по ссылке [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) и нажмите Find plans [Найти планы].)

### *Справочник Medicare & You 2024*

Вы можете ознакомиться со справочником *Medicare & You 2024*. Каждой осенью эта брошюра рассылается лицам, имеющим страхование Medicare. В ней содержится краткое изложение предоставляемых Medicare услуг, права и способы защиты участников программы, а также ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Этот справочник также доступен на испанском, китайском и вьетнамском языках.

Если у вас отсутствует экземпляр данного руководства, вы можете получить его на веб-сайте Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) или обратившись по номеру телефона 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.

## **Н5. Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния**

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за регулирование программ медицинского обслуживания. Сотрудники справочного центра ДМНС могут помочь вам с апелляциями и жалобами касательно услуг в рамках программы Medi-Cal. При наличии жалоб относительно медицинского обслуживания, сначала позвоните в отдел обслуживания участников своего плана медицинского страхования по номеру **1-800-443-0815** и, прежде чем связываться с отделом, следуйте процедуре подачи жалобы по вашему плану медицинского страхования. Следование этой процедуре не означает потерю имеющихся законных прав или средств правовой защиты. Если вам требуется помощь с подачей жалобы, которая связана с неотложным случаем, не была разрешена удовлетворительным образом страховым планом или остается неразрешенной на протяжении более 30 дней, вы можете обратиться в департамент за помощью. Вы можете также получить право на проведение независимого медицинского рассмотрения (Independent Medical Review, IMR). Если ваш случай удовлетворяет критериям для IMR, в процессе IMR будет произведена независимая проверка медицинских решений, принятых страховой компанией в отношении медицинской необходимости предложенных услуг или лечения, решений о покрытии экспериментального или исследовательского по своей природе лечения, а также при спорных вопросах об оплате за скорую или неотложную медицинскую помощь. Для связи с сотрудниками департамента также имеется бесплатный номер телефона (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) представлены бланки жалоб, формы заявки IMR и онлайн-руководства.

---

**Если у вас возникли вопросы,** позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente по телефону **1-800-443-0815** (ТТУ 711), с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный. Для получения дополнительной информации перейдите по ссылке [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare).



# Уведомление о недопущении дискриминации

Kaiser Permanente соблюдает требования действующих федеральных законов о гражданских правах и не допускает дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола. Kaiser Permanente не отказывает людям в обслуживании и не относится к ним иначе на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола. Мы также оказываем следующие услуги.

- Предоставляем бесплатную помощь и услуги людям с инвалидностью для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - печатные материалы в других форматах, таких как крупный шрифт, аудиозапись и специальные электронные форматы.
- Предоставляем бесплатные языковые услуги людям, родным языком которых является не английский, например:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - информация в письменном виде на других языках.

Если вы нуждаетесь в данных услугах, звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (линия ТТТ 711) с 8:00 до 20:00 без выходных.

Если вы считаете, что компания Kaiser Permanente не предоставила вам эти услуги или иным образом подвергла вас дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы можете подать жалобу нашему координатору по гражданским правам, написав по адресу One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 или позвонив в отдел обслуживания участников по номеру, указанному выше. Вы можете подать жалобу по почте или по телефону. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, наш координатор по гражданским правам поможет вам. Вы также можете подать жалобу, касающуюся гражданских прав, в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения, Отдел гражданских прав, в электронном виде с помощью портала Office for Civil Rights Complaint по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или телефону: 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)**. Формы для подачи жалобы доступны по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Kaiser Permanente соблюдает федеральные гражданские законы и законы штата.

Kaiser Permanente не нарушает закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ◆ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ◆ письменную информацию в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в аудио формате, доступном цифровом и другом формате).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ◆ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ◆ информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно (кроме праздничных дней). Если вы плохо слышите или испытываете трудности с речью, пожалуйста, звоните по номеру **711**.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

### Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к брошюрам *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage)* или *Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)* Вы также можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания участников, чтобы выбрать относящийся к вашему случаю вариант действий. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, позвоните в отдел обслуживания участников.

Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- По телефону: позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ **711**) круглосуточно, ежедневно (за исключением праздничных дней).
- **По почте:** позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ **711**) и попросите, чтобы вам прислали соответствующую форму.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities), чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем веб-сайте **kp.org**.

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресу:

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

**Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния** *(только для получателей льгот программы Medi-Cal)*

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте:

- **По телефону:** позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (линия ТТУ **711**)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

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

Найти форму жалобы можно на странице:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**

- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## **Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению**

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия ТTY 711 или **1-800-537-7697**)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, ННН Building  
Washington, D.C. 20201

Формы для подачи жалоб можно найти на странице  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

- **Онлайн:** посетите портал для подачи жалоб Отдела по гражданским правам:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**.

## 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。

# Информация о плане

Так как вы являетесь участником этого плана, мы можем время от времени связываться с вами, чтобы информировать вас о других планах или продуктах Kaiser Permanente, которые могут быть доступны для вас. Если вы хотите отказаться от звонков такого типа, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру телефона, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты участника.

---

## Справочники поставщиков медицинских услуг

Если вам нужна помощь в поиске сетевого поставщика медицинских услуг или сетевой аптеки, посетите веб-сайт [kp.org/directory](https://kp.org/directory), чтобы найти их в нашем онлайн-справочнике (примечание: справочники на 2024 год будут доступны в Интернете с 15.10.2023 в соответствии с требованиями программы Medicare).

Чтобы получить справочник поставщиков медицинских услуг, справочник поставщиков стоматологических услуг или справочник аптек (если применимо) по почте, вы можете позвонить в Kaiser Permanente по номеру **1-800-443-0815 (TTY 711)**, который доступен 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.

---

## Фармацевтический справочник рецептурных лекарств по программе Medicare часть D

В нашем справочнике перечислены лекарства, покрываемые программой Medicare часть D. Справочник может быть изменен в любое время. При необходимости вас уведомят. Если у вас есть вопросы о покрываемых программой препаратах, см. наш онлайн-справочник на [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx) (примечание: справочник на 2024 г. будет доступен в Интернете с 15.10.2023 г. в соответствии с требованиями программы Medicare).

Чтобы получить формуляр по почте, вы можете позвонить в Kaiser Permanente по номеру **1-800-443-0815 (TTY 711)**, который доступен 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.

---

## Свидетельство о страховом покрытии (ЕОС)

Ваш ЕОС разъясняет, как получить медицинское обслуживание и рецептурные лекарства, которые покрываются вашим планом. В нем разъясняются ваши права и обязанности, что покрывается страховкой и сколько вы платите как участник Kaiser Permanente. Если у вас есть вопросы о страховом покрытии, посетите [kp.org/eosscal](https://kp.org/eosscal), чтобы просмотреть свой ЕОС онлайн (примечание: ЕОС на 2024 год для Южной Калифорнии будет доступен в Интернете с 15.10.2023 г. в соответствии с требованиями программы Medicare).

Чтобы получить ЕОС по почте, вы можете позвонить в Kaiser Permanente по номеру **1-800-443-0815 (TTY 711)**, который доступен 7 дней в неделю с 8:00 до 20:00.





