

این یک نامه آموزشی است که برای همه اعضای طرح سلامت Kaiser Permanente Medicare ارسال شده است. بدین ترتیب این نامه مختص شرایط مراقبت از سلامت شما یا هر گونه درمانی که ممکن است دریافت کنید نیست.

عضو محترم،

این اطلاعات برای تمام اعضای طرح سلامت Kaiser Permanente Medicare و فقط برای اهداف آموزشی در مورد داروهای مسکن اپیوئیدی ارائه شده است. داروهای مسکن اپیوئیدی مانند اکسی‌کدون (Percocet®)، هیدروکودون (Norco®)، فنتانیل و مورفین داروهای قوی هستند. این داروها خطرات جدی اعتیاد و اوردوز را به همراه دارند. ما به عنوان ارائه‌دهنده طرح سلامت شما، می‌خواهیم در مورد خطرات احتمالی استفاده از داروهای اپیوئیدی مطلع شوید.

### داروی مسکن اپیوئیدی چیست؟

از داروهای اپیوئیدی می‌توان برای کمک به درمان درد متوسط تا شدید در صورتی که سایر گزینه‌ها مؤثر نباشند استفاده کرد. این داروها ممکن است تمام درد شما را بهبود ندهند و به‌مرور زمان نیز ممکن است مواد اپیوئیدی روشی را که مغزتان برای کنترل سیگنال‌های درد استفاده می‌کند تغییر دهند. این موضوع ممکن است به درد بیشتر و/یا سایر علائم سلامتی مانند تغییر در خلق و خو یا خواب و توانایی کمتر برای انجام فعالیت‌های روزانه منجر شود. به این دلایل، استفاده طولانی مدت از مواد اپیوئیدی باید تحت نظارت دقیق پزشک قرار گیرد.

### عوارض جانبی و خطرات طولانی مدت مصرف مواد اپیوئیدی چیست؟

- **تحمل با** – گذشت زمان، تأثیر مواد اپیوئیدی کمتر می‌شود، به‌طوری‌که فرد برای تسکین همان میزان درد به دوز بالاتری از مسکن نیاز دارد.
- **وابستگی فیزیکی** – در صورت قطع ناگهانی دارو یا کاهش دوز به میزان بسیار زیاد، علائم ترک مواد اپیوئیدی خودنمایی می‌کنند.
- **اعتیاد** – ممکن است نتوانید مصرف مواد اپیوئیدی را کنترل کنید.
- **عوارض جانبی فیزیکی** – مصرف مواد اپیوئیدی می‌تواند باعث تهوع، استفراغ و بی‌هوشی شود.
- **خواب‌آلودگی** – مصرف مواد اپیوئیدی می‌تواند روی قضاوت و تصمیم‌گیری تأثیر بگذارد. این عوارض جانبی می‌تواند به سقوط و تصادفات وسایل نقلیه موتوری و به تبع آن صدمات جدی منجر شود.
- **مشکل در شفاف اندیشیدن، انرژی کم و افسردگی** – این عوارض جانبی می‌تواند روی توانایی فرد برای کار کردن و انجام فعالیت‌های روزانه تأثیر بگذارند.
- **آپنه خواب یا اختلال در تنفس در هنگام خواب** – مصرف مواد اپیوئیدی به‌صورت نادرست ممکن است باعث مشکلات خواب و در نتیجه خستگی در طول روز، اختلال در تفکر و در برخی موارد کاهش یا حتی توقف تنفس شما شود.
- **کاهش سطوح هورمون** – مصرف طولانی مدت مواد اپیوئیدی ممکن است منجر به کاهش میل جنسی، انرژی کم، خلق و خوی افسرده، بهبودی آهسته‌تر آسیب‌های عضلانی، و پوکی استخوان شود.
- **اوردوز تصادفی و مرگ** – هرچه مدت مصرف این مواد بیشتر باشد، احتمال بروز این خطرات افزایش می‌یابد.

### چطور می‌توانم از مواد اپیوئیدی بدون خطر استفاده کنم؟

- **دستورالعمل‌ها را با دقت دنبال کنید.** همیشه دستورالعمل پزشکتان را دنبال کنید و هیچ وقت داروهایتان را در اختیار دیگران نگذارید.
- **احتیاط کنید.** داروهایتان را بیشتر از زمان تجویز شده مصرف نکنید. قبل از مصرف هر دوز اضافی با پزشک یا داروساز خود صحبت کنید.
- **از تداخلات دارویی خطرناک دوری کنید.** در مورد تمام داروهایی که مصرف می‌کنید با پزشک یا داروساز خود صحبت کنید. ترکیب مواد اپیوئیدی با هر یک از موارد زیر می‌تواند خطر اوردوز را افزایش دهد: الکل، قرص‌های خواب (مانند زولپیدم [Ambien®] یا زالپلون [Sonata®])، داروهای ضد اضطراب (مانند دیازپام [Valium®])، آلپرازولام [Xanax®]، و لورازپام [Ativan®])، و داروهای شل‌کننده عضلات (مانند کاریسوپرودول [Soma®])، باکلوفن [Lioresal®]، و موارد دیگر).
- **درباره مسکن‌های جایگزین با پزشک خود صحبت کنید.** اگر دردتان تحت کنترل است، از پزشک خود بپرسید که آیا باید مصرف این داروها را کمتر کاهش دهید یا به سراغ سایر گزینه‌های تسکین درد بروید.

- **Naloxone:** از پزشک یا داروساز خود درباره کیت نجات naloxone بپرسید. مواد آپیوئیدی گاهی اوقات می‌توانند تنفس شما را کند یا حتی متوقف کنند. Naloxone دارویی است که می‌تواند اثر مواد آپیوئیدی را در بدن شما خنثی کند. مصرف Naloxone بی‌خطر است و می‌تواند جان شما را نجات دهد. با پزشک یا داروساز خود صحبت کنید تا ببینید آیا باید برای شما تجویز شود یا خیر. همراه داشتن naloxone برای تمام بیمارانی که مرتب از مواد آپیوئیدی استفاده می‌کنند توصیه می‌شود.
- **نگهداری ایمن مواد آپیوئیدی.** داروهای آپیوئیدی خود را در بسته‌بندی اصلی و با برچسب اصلی نگهداری کنید. آن‌ها را در مکانی دور از دسترس کودکان قرار دهید، جایی که دیگران به راحتی به آن دسترسی نداشته باشند (مثلاً کابینت قفل‌شده).
- **داروها را طبق دستورالعمل به صورت ایمن دور بیندازید.** بنا به دلایل ایمنی، داروهای استفاده‌نشده باید فوراً با گذاشتن دارو در کیوسک مخصوص جمع‌آوری دارو که در بسیاری از داروخانه‌های Kaiser Permanente موجود است، با استفاده از یک پاکت مورد تأیید ارسال این گونه مواد، یا در رویداد "روز پس دادن دارو" دور ریخته شوند. پاکت‌های ارسال مواد آپیوئیدی در داروخانه‌های منتخب Kaiser Permanente برای اعضا موجود است.

### چه گزینه‌های جایگزینی را باید برای مدیریت درد در نظر بگیریم؟

- با پزشکتان در مورد راه‌های کنترل دردتان، غیر از استفاده از مواد آپیوئیدی و مناسب‌ترین گزینه برای خود صحبت کنید. برخی از این گزینه‌ها ممکن است بهتر عمل کنند و خطرات و عوارض جانبی کمتری داشته باشند. بسته به نوع دردی که تجربه می‌کنید، گزینه‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:
- داروهای بدون نسخه مانند ایبوپروفن (Motrin®)، استامینوفن (Tylenol®)، ناپروکسن (Aleve®)، یا داروهای موضعی مانند کپسایسین، ژل دیکلوفناک (Voltaren®)، یا ترولامین سالیسیلات (Aspercreme®).
  - داروهای نسخه‌ای ضدالتهابی قوی مانند ملوکسیکام (Mobic®)، دیکلوفناک (Voltaren®)، و اتودولاک (Lodine®). مصرف طولانی مدت برای افراد مسن به دلیل خطر عوارض جانبی توصیه نمی‌شود.
  - برخی از داروهای غیر آپیوئیدی تجویزی که اعصاب تولیدکننده درد را هدف قرار می‌دهند، مانند گاباپنتین (Neurontin®) و پرگابالین (Lyrica®).
  - خدمات کایروپراکتیک، درمان‌های فیزیکی و سایر درمان‌ها، کمپرس گرم یا سرد، ورزش، طب سوزنی، و درمان شناختی رفتاری.

گاهی اوقات ممکن است پزشکتان گزینه‌های درمانی را توصیه کند که تحت پوشش طرح سلامت شما نیستند. اگر این اتفاق افتاد، برای اطلاع از گزینه‌هایتان از طریق شماره تلفن پشت کارت شناسایی خود با خدمات تماس بگیرید یا به صفحه وب CMS که پوشش بیمه پزشکی طبق Medicare بخش‌های A و B را توضیح می‌دهد مراجعه کنید (<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>).

### چه خدماتی برای درمان مواد آپیوئیدی موجود است؟

طبق بخش B (بیمه پزشکی)، Medicare "برنامه‌های درمان مواد آپیوئیدی" (OTPs) را برای درمان اختلال مصرف مواد آپیوئیدی (OUD) پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای طرح خود در ارتباط با درمان سوء مصرف داروهای تجویزی، از جمله درمان با کمک دارو، سلامت روان، و خدمات مشاوره، لطفاً به مدارک پوشش مراجعه کنید یا از طریق شماره تلفن پشت کارت شناسایی خود با خدمات تماس بگیرید.

### ما آماده خدمت‌رسانی به شما هستیم

اگر در مورد این اطلاعات ارائه‌شده در این بروشور سوالی دارید یا می‌خواهید درباره راه‌های کنترل درد اطلاعات بیشتری کسب کنید، لطفاً از طریق شماره تلفن پشت کارت شناسایی خود با خدمات تماس بگیرید.

با احترام،

Kaiser Permanente

طرح (HMO D-SNP) Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 ارائه شده توسط Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، منطقه کالیفرنیا جنوبی

## اطلاعیه سالانه تغییرات برای سال 2024

### مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان یکی از اعضای طرح ما ثبت نام کرده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش بیمه، قوانین، و هزینه‌های ما صورت خواهد گرفت. این اطلاعیه سالانه تغییرات درباره تغییرات و جایی که می‌توانید درباره آنها اطلاعات بیشتری کسب کنید، به شما توضیحاتی ارائه می‌دهد. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌ها، مزایا، یا قوانین، لطفاً کتابچه راهنمای اعضا را بررسی کنید، این کتابچه در وبسایت ما به نشانی [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) موجود است. اصطلاحات مهم و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از کتابچه راهنمای اعضا نشان داده شده است.

### منابع تکمیلی

- این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، چینی، فارسی، کره‌ای، اسپانیایی، ویتنامی در دسترس است.
- این اطلاعیه تغییرات سالانه را می‌توانید به صورت رایگان در قالب‌های دیگر از جمله چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی دریافت کنید. هفت روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- هفت روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید:
  - زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین،
  - درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست دائمی برای زبان و/یا قالب ترجیحی.
- 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.

اگر پریشانی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.





- 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 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.



- 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, ਹਫਤੇ 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



- 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 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 شبانهروز 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 شبانهروز 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 ntau ntawv 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。

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815** با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **kp.org/medicare** مراجعه کنید.





**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 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 hja-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 áka e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjì' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjì áq'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 álahjì', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjì áq'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 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**.



## فهرست مطالب

|         |   |
|---------|---|
| 10..... | A. سلب مسئولیت  |
| 10..... | B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما در سال آینده |
| 11..... | B1. اطلاعات درباره طرح ما                               |
| 11..... | B2. موارد مهم که باید انجام دهید                        |
| 12..... | C. تغییرات در نام طرح ما                                |
| 12..... | D. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما |
| 13..... | E. تغییرات در مزایا و هزینه‌های سال بعد                 |
| 13..... | E1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی            |
| 15..... | E2. تغییرات در پوشش داروهای نیازمند نسخه                |
| 16..... | E3. مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"                         |
| 17..... | E4. مرحله 2: "مرحله پوشش هزینه کمرشکن"                  |
| 18..... | F. تغییرات اداری  |
| 18..... | G. انتخاب طرح   |
| 18..... | G1. ماندن در طرح ما                                     |
| 18..... | G2. تغییر دادن طرح‌ها                                   |
| 21..... | H. دریافت راهنمایی                                      |
| 21..... | H1. طرح ما  |
| 22..... | H2. "برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت" (HICAP) |
| 22..... | H3. برنامه Ombuds                                       |
| 23..... | H4. Medicare  |
| 23..... | H5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا                |



## A. سلب مسئولیت

❖ Kaiser Permanente یک طرح HMO D-SNP به صورت قرارداد همکاری با Medicare و برنامه Medi-Cal است. ثبت نام در Kaiser Permanente بستگی به تجدید قرارداد دارد.

## B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما در سال آینده

این نکته حائز اهمیت است که پوشش بیمه‌ای خود را هم اکنون بررسی کنید تا مطمئن شوید که نیازهای شما را در سال آینده تأمین می‌کند. اگر نیازهای شما را برآورده نمی‌کند، می‌توانید طرح ما را ترک کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایای خود در سال آینده، به بخش E مراجعه کنید.

در صورتی که انتخاب کنید از طرح ما خارج شوید، عضویت شما در آخرین روز از ماهی که درخواستتان را ارائه داده‌اید به پایان می‌رسد. تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی در مورد موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های Medicare در جدول بخش G2.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش G2.



## B1. اطلاعات درباره طرح ما

- Kaiser Permanente یک طرح بهداشتی است که برای ارائه مزایا با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد.
- قرارگیری تحت پوشش طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal، شما را واجد شرایط یک نوع پوشش سلامت به نام "حداقل پوشش ضروری" [QCH] می‌کند. این پوشش از شرایط مسئولیت مشترک فردی مطابق با "قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه" (ACA) برخوردار است. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره الزام فردی در مسئولیت مشترک، لطفاً از وبسایت خدمات منافع داخلی (IRS) به نشانی [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) دیدن کنید.
- هنگامی که در اطلاعیه سالانه تغییرات از واژه‌های "ما"، "مان"، یا "طرح ما" استفاده می‌شود، منظور طرح Medicare Medi-Cal است.

## B2. موارد مهم که باید انجام دهید

- بررسی کنید که تغییری در مزایا و هزینه‌هایتان ایجاد می‌شود که بتواند بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.
  - آیا تغییراتی وجود دارد که بر خدماتی که استفاده می‌کنید تأثیر بگذارد؟
  - تغییرات مزایا و هزینه را مرور کنید تا مطمئن شوید که در سال آینده برای شما کار خواهند کرد.
  - جهت کسب اطلاعات درباره تغییرات مزایا و هزینه‌های طرح ما، به بخش E1 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا تغییرات ایجاد شده در پوشش داروهای تجویزی ما بر شما تأثیرگذار هستند یا خیر.
  - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا در سطح تقسیم هزینه مختلفی هستند؟ آیا می‌توانید به همان داروخانه‌های سابق مراجعه کنید؟
  - تغییرات را بررسی کنید تا مطمئن شوید پوشش دارویی ما در سال آینده برای شما کارگشا است.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تغییرات پوشش دارویی ما به بخش E2 مراجعه کنید.
  - ممکن است هزینه‌های داروی شما از سال گذشته افزایش یافته باشد.
- با پزشک خود درباره داروهای جایگزین ارزان قیمت‌تری که ممکن است موجود باشند صحبت کنید؛ این می‌تواند به کاهش هزینه‌های سالانه که شخصاً در طول سال پرداخت می‌کنید منجر شود.
- به خاطر داشته باشید که مزایای طرحی که تحت پوشش آن هستید مقدار دقیق تغییر سهم پرداختی شما را مشخص خواهد کرد.



- بررسی کنید که آیا داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که به آنها مراجعه می‌کنید در سال آینده عضو شبکه ما خواهند بود یا خیر.
  - آیا پزشکان شما از جمله متخصصین‌تان، عضو شبکه ما هستند؟ داروخانه‌هایی که از آن‌ها دارو می‌گیرید چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر مراکز خدمات درمانی که به آنها مراجعه می‌کنید چطور؟
  - در بخش D اطلاعات مربوط به راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات ما و داروخانه‌ها را ملاحظه کنید.
- مجموع هزینه‌های مراقبت و درمان خود را در این طرح بررسی کنید.
  - سهم پرداختی شما برای دریافت خدمات و تهیه داروهایی که مرتب استفاده می‌کنید چه مبلغی خواهد بود؟
  - مجموع هزینه‌های شما در مقایسه با سایر گزینه‌های پوشش بیمه چقدر خواهد بود؟
- به این فکر کنید که آیا از طرح بیمه ما راضی هستید یا خیر.

اگر بخواهید طرح‌ها را تغییر بدهید:

اگر فکر می‌کنید بیمه دیگری بهتر نیازهای شما را برطرف می‌کند، می‌توانید طرح خود را تغییر دهید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش G2 مراجعه کنید). اگر در طرح جدیدی ثبت‌نام کنید یا طرح خود را به Original Medicare تغییر دهید، پوشش بیمه‌ای شما از اولین روز ماه بعد آغاز خواهد شد.

اگر می‌خواهید در Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal بمانید:

در صورتی که مایل هستید سال بعد نیز با ما بمانید، بسیار ساده است - نیازی نیست کار خاصی انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به‌طور خودکار در طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal باقی خواهید ماند.

## C. تغییرات در نام طرح ما

در 1 ژانویه 2024، نام طرح ما از طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Orange به طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 تغییر می‌کند.

تا ژانویه 2024 کارت شناسایی جدید دریافت خواهید کرد.

## D. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما

برای سال 2024، شبکه‌های داروخانه و ارائه‌دهندگان خدمات ما تغییر کرده است.

لطفاً برای اطلاع از اینکه ارائه‌دهندگان یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا خیر، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش سال 2024 را مرور کنید. نسخه به‌روزشده فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها در وبسایت ما به‌نشانی [kp.org/directory](http://kp.org/directory) ارائه شده است. همچنین می‌توانید جهت دریافت اطلاعات ارائه‌دهندگان به‌روزرسانی‌شده، از طریق

اگر پریشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



شماره‌های موجود در پایین صفحه تماس با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا از ما بخواهید فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را برای شما پست کنیم.

حائز اهمیت است که مطلع باشید ممکن است در طول سال، تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. اگر ارائه‌دهنده خدمات شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردار هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

## E. تغییرات در مزایا و هزینه‌های سال بعد

### E1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

ما برای سال آینده پوشش بیمه خود را در رابطه با برخی خدمات پزشکی خاص و مبلغی که برای این خدمات پزشکی تحت پوشش پرداخت می‌کنید، تغییر می‌دهیم. جدول زیر این تغییرات را شرح می‌دهد.

| 2024 (سال آینده)   | 2023 (امسال)   |  |
|--|--|--|
| \$0 اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal باشید. در غیر این صورت، به ازای مسیر یک‌طرفه \$150 می‌پردازید. | \$0 اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal باشید. در غیر این صورت، به ازای مسیر یک‌طرفه \$200 می‌پردازید. | خدمات آمبولانس   |
| تحت پوشش نیست.   | حداکثر دو وعده غذایی در روز طی چهار هفته متوالی، یکبار در سال تحت پوشش است. ارجاع لازم است.                                  | وعده‌های غذایی برای تحویل درب منزل تحت پوشش Medicare شما<br>وعده‌های غذایی برای تحویل درب منزل بلافاصله پس از ترخیص، هنگام بستری شدن در یکی از بیمارستان‌های داخل شبکه به دلیل تشخیص اصلی نارسایی قلبی احتقانی.<br><br>توجه: این تغییر در پوشش Medi-Cal شما اعمال نمی‌شود. |

اگر پرستی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



| 2024 (سال آینده)   | 2023 (امسال)   |   |
|--|--|---|
| ما بستری‌های نامحدود را پوشش می‌دهیم.                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• به ازای طول عمر هر فرد، تا 190 روز بستری را در بیمارستان روان‌پزشکی مورد تأیید Medicare پوشش می‌دهیم.</li> <li>• محدودیت 190 روزه برای بستری جهت سلامت روان در واحد روان‌پزشکی بیمارستان عمومی اعمال نمی‌شود. همچنین این مورد برای بستری در بیمارستان روان‌پزشکی با شرایط خاص اعمال نمی‌شود.</li> </ul> | <b>خدمات بستری برای مراقبت سلامت روان</b>   |
| می‌توانید اقلام OTC را تا سقف \$250 مزایای سه‌ماهه سفارش دهید. | می‌توانید اقلام OTC را تا سقف \$100 مزایای سه‌ماهه سفارش دهید.   | <p><b>برنامه‌های سلامت و تندرستی بدون نسخه (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>ما اقلام OTC فهرست‌شده در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم. هر سفارش باید حداقل \$25 باشد. سفارستان نمی‌تواند از سهم مزایای سه‌ماهه شما بیشتر شود. هر بخش استفاده‌نشده از سهم مزایای سه‌ماهه به سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. (محدوده مزایای شما در تاریخ 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر تجدید می‌شود).</p> <p>برای مشاهده کاتالوگ ما و ثبت سفارش آنلاین، لطفاً به سایت <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a> مراجعه کنید. با تماس با شماره 1-833-569-2360 (TTY 711) از ساعت 7 ق.ظ تا 6 ب.ظ به وقت غرب امریکا، دوشنبه تا جمعه، می‌توانید از طریق تلفن سفارش دهید یا درخواست کنید یک کاتالوگ چاپی برای شما پست شود.</p> |

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.





## E2. تغییرات در پوشش داروهای نیازمند نسخه

### تغییرات در فهرست داروهای ما

نسخه به‌روز شده فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به آدرس [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) موجود است. از طریق تماس با مرکز "خدمات اعضا" با شماره‌های درج‌شده در انتهای صفحه نیز می‌توانید درخواست کنید اطلاعات به‌روز شده داروها در اختیارتان قرار گیرد یا یک نسخه از فهرست داروهای تحت پوشش برای شما ارسال شود.

ما تغییراتی در فهرست داروهای خود ایجاد کردیم که شامل تغییرات در داروهای تحت پوشش ما و تغییرات در محدودیت‌های اعمال شونده بر پوشش ما بر برخی داروهای خاص می‌باشد.

برای اطمینان از اینکه داروهای شما در سال آینده تحت پوشش خواهند بود و اطلاع از هر گونه محدودیت‌های احتمالی، به "فهرست داروها" مراجعه کنید.

اگر تغییر در پوشش بیمه داروها بر شما تأثیر می‌گذارد، به شما توصیه می‌کنیم:

- با پزشک (یا تجویزکننده دیگر) صحبت کنید تا یک داروی دیگر تحت پوشش برایتان پیدا کنند.
  - می‌توانید از طریق شماره‌های درج‌شده در انتهای صفحه، با مرکز "خدمات اعضا" تماس بگیرید و درخواست کنید فهرستی از داروهای تحت پوشش را که برای درمان همان عارضه پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند، در اختیار شما قرار دهند.
  - این فهرست به ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کند.
- از ما بخواهید که یک ارائه‌دهنده موقت دارو را پوشش دهیم.
  - در برخی شرایط، ما یک عرضه موقت دارو در 90 روز اول سال تقویمی را پوشش می‌دهیم.
  - این عرضه موقت برای حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شرایط دریافت عرضه موقت دارو و نحوه درخواست، فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا خود را مشاهده کنید.)
  - در مدت زمانی که عرضه موقتی از دارو دریافت می‌کنید، باید با پزشک خود در خصوص تصمیم‌گیری در مورد اینکه بعد از اتمام تأمین موقت دارو چه کاری انجام دهید، صحبت کنید. می‌توانید داروی خود را به یکی از داروهایی که توسط برنامه ما تحت پوشش قرار می‌گیرد تغییر داده یا درخواست کنید که استثناً قائل شوند و داروی شما را تحت پوشش قرار دهند.
  - تمام استثنائات فهرست دارویی تاییدشده فعلی در پایان هر سال تقویمی منقضی می‌شوند و باید در ابتدای سال جدید برای تایید مجدد ارسال شوند.



## تغییرات در هزینه‌های داروی با نسخه

پرداخت دو مرحله‌ای برای پوشش بیمه داروهای تجویزی Medicare بخش D شما در طرح ما وجود دارد. میزان مبلغی که پرداخت می‌کنید به این بستگی دارد که در هنگام تهیه نسخه یا شارژ مجدد نسخه در چه مرحله‌ای از این مراحل قرار دارید. دو مرحله وجود دارد:

| مرحله 1<br>مرحله پوشش اولیه   | مرحله 2<br>مرحله پوشش هزینه کمرشکن  |
|---|---|
| در طول این مرحله، برنامه ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم هزینه خودتان را پرداخت می‌کنید. سهم شما "حق بیمه مشترک" نامیده می‌شود. هنگامی که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌کنید، این مرحله شروع می‌شود. | در طول این مرحله، برنامه درمانی همه هزینه‌های داروهای تحت پوشش را تا 31 دسامبر 2024 پرداخت می‌کند. این مرحله پس از پرداخت مقدار مشخصی از هزینه‌ها که شخصاً خودتان پرداخت می‌کنید شروع می‌شود. |

"مرحله پوشش اولیه" زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌هایی که برای داروهای تجویزی از جیب پرداخت کرده‌اید به **\$8,000** برسد. در آن مقطع، "مرحله پوشش هزینه کمرشکن" آغاز می‌شود. طرح ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مبلغی که برای داروهای تجویزی پرداخت خواهید کرد، به فصل 6 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

**E3. مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"**

در "مرحله پوشش اولیه"، طرح ما بخشی از هزینه داروهای تحت پوشش شما را می‌پردازد و شما سهم خود را می‌پردازید. سهم شما "حق بیمه مشترک" نامیده می‌شود. حق بیمه مشترک بستگی به این دارد که دارو در چه سطحی از تقسیم هزینه است و از کجا آن را دریافت می‌کنید. هر زمان که شما نسخه‌ای را تهیه می‌کنید یک حق بیمه مشترک را پرداخت می‌کنید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش برای شما کمتر از مقدار پرداخت مشترک باشد، مبلغ کمتر را می‌پردازید.

ما برخی از داروهای موجود در "فهرست دارویی" خود را به یک ردیف دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل کردیم. انتقال داروها از ردیفی به ردیف دیگر، می‌تواند بر پرداخت مشترک شما تأثیر بگذارد. برای اطلاع از اینکه آیا داروهای شما در ردیف متفاوتی هستند، آن‌ها را در "فهرست دارویی" ما جستجو کنید.

اگر پریشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



جدول زیر هزینه‌های شما برای تأمین دارو در هر یک از دو ردیف دارویی ما را نشان می‌دهد. این مبالغ تنها زمانی که در "مرحله پوشش اولیه" هستید اعمال می‌شود.

| 2024 (سال آینده)   | 2023 (امسال)   |  |
|--|--|--|
| پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) <b>\$0-\$4.50</b><br>در هر نسخه، بسته به سطح "مساعده بیشتر" شماست.  | پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) <b>\$0-\$4.15</b><br>در هر نسخه، بسته به سطح "مساعده بیشتر" شماست.  | <b>داروها در ردیف‌های 1 تا 2</b><br>(شامل داروهای ژنریک)<br>هزینه تأمین یک‌ماهه دارویی در ردیف 1 و 2 که از یک داروخانه داخل شبکه خریداری می‌شود.                 |
| پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) <b>\$0-\$11.20</b><br>در هر نسخه، بسته به سطح "مساعده بیشتر" شماست. | پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) <b>\$0-\$10.35</b><br>در هر نسخه، بسته به سطح "مساعده بیشتر" شماست. | <b>داروها در ردیف‌های 3 تا 5</b><br>(شامل داروهای برند و داروهای تخصصی)<br>هزینه تأمین یک‌ماهه دارویی در ردیف 3 تا 5 که از یک داروخانه داخل شبکه خریداری می‌شود. |

این "مرحله پوشش اولیه" زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های شما به **\$8,000** برسد. در آن مقطع، "مرحله پوشش هزینه کمرشکن" آغاز می‌شود. طرح ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که برای داروهای تجویزی می‌پردازید، به بخش 6 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

#### E4. مرحله 2: "مرحله پوشش هزینه کمرشکن"

وقتی هزینه‌های پرداختی شما برای داروهای تجویزی‌تان به میزان **\$8,000** رسید، "مرحله پوشش هزینه کمرشکن" آغاز می‌شود. وقتی در "مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن" قرار گرفتید، تا پایان سال را در این مرحله پرداخت باقی خواهید ماند.

- برای یافتن اطلاعات بیشتر درباره نسخه‌های خود که Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهند، به فهرست داروهای تحت پوشش مراجعه کنید.



**F. تغییرات اداری**

| 2024 (سال آینده)  | 2023 (امسال)  |   |
|---|---|---|
| از طرح جدید شما، طرح Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1، تحت عنوان "قرارداد H8794"، PBP #001 نیز یاد می‌شود. | از طرح فعلی شما، طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Orange، تحت عنوان "قرارداد H0524"، PBP #072 نیز یاد می‌شود. | شماره‌های قرارداد و بسته مزایای طرح (PBP) |

**G. انتخاب طرح****G1. ماندن در طرح ما**

امیدواریم شما را به‌عنوان یک عضو برنامه حفظ کنیم. برای اینکه در طرح ما بمانید لازم نیست کاری انجام دهید. اگر برای یک طرح دیگر Medicare Plan یا تغییر به Original Medicare ثبت‌نام نکنید، به‌صورت خودکار به‌عنوان عضو طرح ما در سال 2024 باقی خواهید ماند.

**G2. تغییر دادن طرح‌ها**

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال به عضویت خود پایان دهند. از آنجایی که بیمه Medi-Cal هستید، ممکن است بتوانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید یا یک بار در طول هر یک از دوره‌های ثبت‌نام ویژه زیر به طرح دیگری تغییر عضویت بدهید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- ژوئیه تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره "ثبت‌نام ویژه"، در طول دوره‌های زیر می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید:

- دوره ثبت‌نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه شروع می‌شود.
- دوره ثبت‌نام باز (MA) Medicare Advantage از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در طول این مدت طرحی جدید را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی:

- شما از ناحیه خدماتی ما نقل مکان کرده‌اید،
- صلاحیت شما برای Medi-Cal یا "مساعده بیشتر" تغییر کرده است، یا
- اگر اخیراً به یک خانه آسایشگاهی یا بیمارستان مراقبت طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید، یا به تازگی از آنجا خارج شده‌اید.

### خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare خود سه گزینه دارید. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار به عضویت خود در طرح ما خاتمه می‌دهید.

|   |   |
|---|---|
| <p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به‌صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره<br/><b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b><br/>با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با<br/>شماره <b>1-877-486-2048</b> تماس بگیرند.</p> <p>جهت استعلام "برنامه مراقبت جامع<br/>برای سالمندان" (PACE)، با شماره<br/><b>PACE-1-855-921 (7223)</b> تماس بگیرید.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، با برنامه "مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا" (HICAP) به شماره <b>1-800-434-0222</b> تماس بگیرید.</li></ul> <p>(TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> دیدن کنید.</p> <p>یا</p> <p>در طرح جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت نام شما در طرح ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p> | <p>1. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>یک طرح سلامت Medicare دیگر، از جمله یک طرح Medicare Medi-Cal دیگر</p> |
|---|---|

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815** با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



|  |   |
|--|---|
| <p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره<br/><b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b><br/>با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با<br/>شماره <b>1-877-486-2048</b> تماس بگیرند.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، با برنامه "مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا" (HICAP) به شماره <b>1-800-434-0222</b> تماس بگیرید. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> دیدن کنید.</li></ul> <p>یا</p> <p>در طرح جدیدی از داروی تجویزی Medicare ثبت نام کنید. زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به طور خودکار ثبت نام شما در طرح ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.</p> | <p>2. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p><b>Original Medicare</b> با یک طرح جداگانه از Medicare برای داروهای با نسخه</p> |
|--|---|



|   |   |
|---|---|
| <p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره <b>1-877-486-2048</b> تماس بگیرند.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، با برنامه "مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا" (HICAP) به شماره <b>1-800-434-0222</b> تماس بگیرید. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> دیدن کنید.</li> </ul> <p>زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به طور خودکار ثبت نام شما در طرح مالغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.</p> | <p><b>3. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>Original Medicare بدون طرحی جداگانه از Medicare برای داروهای تجویزی</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر وضعیت بیمه خود را به Original Medicare تغییر داده و در یک طرح مجزای پوشش داروهای نیازمند نسخه Medicare ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح بیمه دارویی ثبت نام کند، مگر آن که به Medicare بگویید تمایلی به پیوستن ندارید.</p> <p>شما فقط در صورتی باید پوشش داروی تجویزی را حذف کنید که از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی داشته باشید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر، سؤالی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با "برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا" (HICAP) به شماره <b>1-800-434-0222</b> تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> دیدن کنید.</p> |
|---|---|

### خدمات Medi-Cal شما

برای پرسش درباره نحوه انتخاب طرح Medi-Cal یا دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options از طریق شماره **1-800-430-4263** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرند. درباره اینکه پیوستن به طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه روی دریافت پوشش دهی Medi-Cal تأثیر می‌گذارد، سؤال بپرسید.

## H. دریافت راهنمایی

### H1. طرح ما

اگر سؤالی دارید ما برای پاسخگویی به شما اینجا هستیم. در طول روزها و ساعات کار ذکر شده با شماره‌های پایین صفحه با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. این تماس‌ها رایگان است.

#### کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید

کتابچه راهنمای اعضا توصیفی دقیق و قانونی از مزایای طرح ماست. جزئیات مربوط به مزایا و هزینه‌های سال 2024 را ارائه می‌کند. این سند برای دریافت خدمات تحت پوشش و داروهای با نسخه، حقوق و قوانینی را شرح می‌دهد که باید رعایت کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



کتابچه راهنمای اعضا سال 2024 تا 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه بهروز از کتابچه راهنمای اعضا در وبسایت ما بهنشانی [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) در دسترس است. از طریق تماس با مرکز "ارائه خدمات به اعضا" از طریق شماره‌های انتهای صفحه نیز می‌توانید از ما بخواهید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا سال 2024 برای شما ارسال شود.

### وبسایت ما

شما همچنین می‌توانید از وبسایت ما در [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) دیدن کنید. به عنوان یک یادآور، وبسایت ما دارای تازه‌ترین اطلاعات درباره شبکه ارائه‌دهنده خدمات ما و داروخانه‌ها (لیست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها) و "لیست دارو" (لیست داروهای تحت پوشش ما) است.

## H2. "برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت" (HICAP)

همچنین می‌توانید با "برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی" (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP برنامه "مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت" (HICAP) نامیده می‌شود. مشاورین HICAP همچنین می‌توانند به شما در اطلاع‌رسانی درباره انتخاب طرح و پاسخگویی به سؤالات مربوط به تغییر طرح‌ها کمک کنند. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی ارتباط ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP، **1-800-434-0222** است. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/) دیدن کنید.

## H3. برنامه Ombuds

اگر با طرح ما مشکلی دارید، برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds می‌تواند به شما کمک کند. خدمات ombudsman رایگان و به تمامی زبان‌ها در دسترس است. برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds:

- به عنوان یک مدافع از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهند و می‌توانند به شما کمک کنند تا بدانید باید چه بکنید.
- اطمینان حاصل می‌کند که شما از حقوق و حمایت‌های خود مطلع هستید و نحوه رفع نگرانی‌های خود را می‌دانید.
- با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی ارتباط ندارد. شماره تلفن برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds، **1-888-804-3536** است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.





## Medicare .H4

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

### وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) دیدن کنید. اگر تصمیم گرفتید از طرح ما خارج شوید و در طرح دیگر Medicare ثبت‌نام کنید، وبسایت Medicare دارای اطلاعاتی درباره هزینه، پوشش و رده‌بندی‌های کیفیت است تا به شما در مقایسه طرح‌ها کمک کند.

اطلاعات مربوط به طرح‌های Medicare موجود در ناحیه خودتان را می‌توانید با استفاده از Medicare Plan Finder در وبسایت Medicare پیدا کنید. (برای مشاهده اطلاعات درباره طرح‌ها، به وبسایت [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) مراجعه کرده و روی Find plans (یافتن طرح‌ها) کلیک کنید.)

### 2024 Medicare & You

شما می‌توانید کتابچه راهنمای *Medicare & You* در سال 2024 را مطالعه کنید. هر ساله در فصل پائیز، این کتابچه راهنما برای افراد دارای Medicare ارسال می‌شود. این کتابچه، خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت‌ها، و پاسخ‌های بیشتر سوالات متداول درباره Medicare را دربردارد. این کتابچه راهنما به زبان‌های اسپانیایی، چینی و ویتنامی در دسترس است.

اگر نسخه‌ای از این کتابچه را ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

## H5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care)

سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبتی درمانی است. "مرکز راهنمای DMHC" می‌تواند به شما در درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند. اگر نسبت به طرح سلامتتان شکایتی دارید، باید ابتدا از طریق شماره **1-800-443-0815** با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با بخش، مراحل مربوط به ابراز نارضایتی از طرح سلامتتان را دنبال کنید. استفاده از این روال اعتراضات، شما را از هرگونه حقوق یا راحل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در رابطه با شکایتی که مربوط به یک مورد اضطرابی است، شکایتی که به نحو قانع‌کننده‌ای توسط برنامه درمانی شما حل و فصل نشده، یا شکایتی که برای بیش از 30 روز است همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای درخواست کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای یک بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review، IMR) واجد شرایط باشید. چنانچه واجد شرایط IMR باشید، IMR بررسی منصفانه‌ای از تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت را انجام خواهد داد. این تصمیمات مربوط به الزامات پزشکی خدمات یا درمان ارائه‌شده، تصمیم‌گیری در خصوص پوشش بیمه درمان‌هایی با ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی و اختلافات مالی مرتبط با خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی ضروری است. اداره همچنین یک شماره تلفن رایگان (**1-877-688-9891**) و یک خط TDD (**1-888-466-2219**) برای افراد مبتلا به مشکل شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی این سازمان به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، با "خدمات اعضا" Kaiser Permanente تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر،

به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



## اطلاعیه عدم تبعیض

Kaiser Permanente از قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت شما را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد. Kaiser Permanente بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، افراد را از یکدیگر جدا نمی‌کند یا رفتار متفاوتی با آن‌ها نخواهد داشت. ما همچنین:

- به کسانی که دچار معلولیت هستند و نمی‌توانند با ما به درستی ارتباط برقرار کنند، کمک و خدمات رایگان ارائه خواهیم کرد، از جمله:

- مترجم حرفه‌ای زبان اشاره.

- ارائه اطلاعات کتبی به فرمت‌های دیگر مانند چاپ با قلم درشت، فایل‌های صوتی و فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی.

- ارائه خدمات زبانی به صورت رایگان برای کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، از جمله:

- مترجم شفاهی دارای صلاحیت.

- اطلاعات کتبی به سایر زبان‌ها.

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-443-0815** (کاربران TTY به شماره **711**) در تمامی ایام هفته از 8 صبح تا 8 عصر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Kaiser Permanente این خدمات را ارائه نکرده است یا به هر طریقی بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، تبعیضی قائل شده است، می‌توانید با ارسال فایل کتبی شکایت از طریق مسئول هماهنگی در امور حقوق مدنی ما به آدرس **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** یا تماس با خدمات اعضا به شماره‌های ذکر شده در بالا، نارضایتی خود را اعلام کنید. می‌توانید شکایت خود را از طریق پست یا تلفن ارائه کنید. اگر برای ارائه شکایت نیاز به کمک دارید، مسئول هماهنگی ما در امور مربوط به حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند. همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید بطور الکترونیکی شکایات مربوط به حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح کنید: از طریق پورتال دفتر رسیدگی به شکایات مربوط به حقوق مدنی به آدرس

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**؛ ارسال شکایت از طریق پست به آدرس

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,

HHH Building, Washington, DC 20201؛ یا تماس با شماره **1-800-368-1019** و **1-800-537-7697 (TDD)**.

فرم‌های شکایت در آدرس **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** قابل دسترسی هستند.



## اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند.

Kaiser Permanente به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
  - ♦ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
  - ♦ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
  - ♦ مترجم شفاهی حرفه‌ای
  - ♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید (TTY 711). ساعات پاسخگویی: 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز). در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره **711** تماس بگیرید.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرم الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

### نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بود یا به روشی دیگر تبعیضی غیرقانونی قائل شد، می‌توانید نارضایتی از تبعیض نزد Kaiser Permanente طرح کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance) خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید در مورد گزینه‌های مربوط به خود، با یکی از نمایندگان خدمات اعضا صحبت کنید. اگر در تنظیم نارضایتی به کمک نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها تسلیم نمایید:

- به صورت تلفنی: می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز) با مرکز خدمات اعضای به شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرید
- از طریق پست: از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال شود
- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) مراجعه کنید)
- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی [kp.org](http://kp.org) استفاده کنید

همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده‌های حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

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

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal) همچنین به‌صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به‌صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) به شماره **916-440-7370 (TTY 711)**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد:

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

- آنلاین: ارسال ایمیل به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده می‌توانید شکایتی در رابطه با تبعیض نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده طرح کنید. شکایت خود را می‌توانید به‌صورت کتبی، از طریق تلفن یا به‌صورت آنلاین طرح کنید:

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019 (TTY 711)** یا **1-800-537-7697**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- آنلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی: <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。

## اطلاعات طرح

شاید گهگاه با شما که عضو این طرح هستید تماس بگیریم تا سایر طرح‌ها یا محصولات Kaiser Permanente که ممکن است قابل ارائه به شما باشند را به اطلاع‌تان برسانیم. اگر می‌خواهید از این نوع تماس‌ها انصراف دهید، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره تلفن مندرج در پشت کارت شناسایی عضویت‌تان تماس بگیرید.

## فهرست‌های راهنمای ارائه‌دهندگان

اگر برای پیدا کردن ارائه‌دهنده یا داروخانه عضو شبکه به کمک نیاز دارید، لطفاً به [kp.org/directory](http://kp.org/directory) مراجعه و فهرست آنلاین ما را جستجو کنید (توجه: فهرست‌های سال 2024 مطابق با الزامات Medicare از تاریخ 15/10/2023 به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرند).

برای اینکه فهرست ارائه‌دهندگان، فهرست ارائه‌دهندگان دندانپزشکی یا فهرست داروخانه‌ها حسب مورد برایتان پست شود، می‌توانید در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Kaiser Permanente به شماره **1-800-443-0815 (711 TTY)** تماس بگیرید.

## فهرست داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D

نام داروهای Medicare بخش D که تحت پوشش ما هستند در فهرست دارویی ما آمده است. این فهرست دارویی ممکن است در هر زمان تغییر کند. در صورت لزوم به شما اطلاع داده خواهد شد. اگر درباره داروهای تحت پوشش پرسشی دارید، به فهرست دارویی آنلاین ما در آدرس [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) مراجعه کنید (توجه: فهرست دارویی سال 2024 مطابق با الزامات Medicare از تاریخ 10/15/2023 به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد).

برای اینکه فهرست دارویی برایتان پست شود، می‌توانید در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Kaiser Permanente به شماره **1-800-443-0815 (711 TTY)** تماس بگیرید.

## گواهی پوشش (EOC)

در سند EOC، نحوه دریافت مراقبت پزشکی و داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح‌تان توضیح داده شده است. حقوق و مسئولیت‌های شما، مواردی که تحت پوشش قرار می‌گیرد و آنچه به‌عنوان عضو Kaiser Permanente پرداخت می‌کنید توضیح داده شده است. اگر درباره پوشش بیمه خود پرسشی دارید، به [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) مراجعه و EOC خود را آنلاین مشاهده کنید (توجه: سند EOC سال 2024 برای کالیفرنیا جنوبی مطابق با الزامات Medicare از تاریخ 10/15/2023 به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد).

برای اینکه سند EOC برایتان پست شود، می‌توانید در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Kaiser Permanente به شماره **1-800-443-0815 (711 TTY)** تماس بگیرید.

