

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، منطقه کالیفرنیا جنوبی، **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)**، ارائه شده توسط Kaiser Foundation

اطلاعیه سالانه تغییرات برای سال 2025

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. در این اطلاعیه سالانه تغییرات درباره تغییرات و چگونگی کسب اطلاعات بیشتر درباره آن‌ها، به شما توضیحاتی ارائه می‌شود. 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 موجود است. اصطلاحات کلیدی 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، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.
- می‌توانید این اطلاعیه تغییرات سالانه را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی‌دی داده دریافت کنید. هفت روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با (TTY 711) 1-800-443-0815 تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- برای درخواست موارد زیر، در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با شماره (TTY 711) 1-800-443-0815 تماس بگیرید:
 - زبان ترجیحی به غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین.
 - درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
 - تغییر درخواست دائمی برای زبان و/یا قالب ترجیحی.



فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت	3
B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما در سال آینده	3
B1. اطلاعاتی درباره طرح ما	4
B2. موارد مهم که باید انجام دهید	5
C. تغییرات در نام طرح ما	6
D. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما	6
E. تغییرات در مزایا و هزینه‌های سال بعد	7
E1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی	7
E2. تغییرات در پوشش داروهای نیازمند نسخه	8
E3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»	10
E4. مرحله 2: «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»	10
F. تغییرات اداری	11
G. انتخاب طرح	11
G1. ماندن در طرح ما	11
G2. تغییر دادن طرح‌ها	11
H. دریافت راهنمایی	16
H1. طرح ما	16
H2. برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP)	16
H3. برنامه Ombuds	16
H4. Medicare	17
H5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا	17
H6. طرح پرداخت نسخه Medicare	17



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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

A. سلب مسئولیت

❖ Kaiser Permanente یک طرح D-SNP HMO با قرارداد Medicare و قرارداد با برنامه Medi-Cal است. ثبت‌نام 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.



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

B1. اطلاعاتی درباره طرح ما

- Kaiser Permanente یک طرح سلامت است که با Medicare و Medi-Cal برای ارائه مزایای هر دو برنامه به اعضا قرارداد دارد.
- پوشش تحت برنامه Kaiser Permanente Dual Complete South P1 پوشش سلامت واجد شرایطی است که «حداقل پوشش ضروری» نامیده می‌شود. این الزامات فردی در مسئولیت مشترک «قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» (ACA) را برآورده می‌کند. 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 دیدن کنید.
- منظور از واژه‌های «ما»، «مان» یا «طرح ما» در این اطلاعیه سالانه تغییرات، طرح Medicare Medi-Cal 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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

B2. موارد مهم که باید انجام دهید

- بررسی کنید که آیا تغییری در مزایا و هزینه‌های طرح ما وجود دارد که احتمالاً بر وضعیت 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.
 - برای کسب اطلاعات درباره تغییرات مزایا و هزینه‌های طرح ما، به بخش E1 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا تغییرات ایجادشده 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 داروهای سابق مراجعه کنید؟ آیا تغییراتی مانند مجوز قبلی وجود خواهد داشت؟
 - 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؟
 - برای کسب اطلاعات درباره فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما به بخش D مراجعه 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 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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

اگر بخواهید طرح‌ها را تغییر دهید:

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 طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 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 Dual Complete South P1 باقی خواهید ماند.

C. تغییرات در نام طرح ما

در 1 ژانویه 2025، نام طرح ما از Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 به Kaiser Permanente Dual Complete South P1 تغییر می‌کند.

تا ژانویه 2025 کارت شناسایی جدید دریافت خواهید کرد.

D. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما

مبالغی که برای داروهای نیازمند نسخه خود پرداخت می‌کنید، ممکن است به داروخانه‌ای که نسخه را از آنجا تهیه می‌کنید، بستگی داشته باشد. طرح ما شبکه‌ای از داروخانه‌ها دارد. در اغلب موارد، نسخه‌های شما تنها در صورتی تحت پوشش طرح خواهند بود که آنها را از طریق یکی از داروخانه‌های عضو شبکه ما تهیه کنید.

برای سال 2025، شبکه‌های داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان ما تغییر کرده است.

لطفاً برای اطلاع از اینکه ارائه‌دهندگان یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا خیر، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های سال 2025 را مرور کنید. نسخه به‌روز شده فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات در وبسایت ما به نشانی kp.org/directory موجود است. از طریق تماس با مرکز «ارائه خدمات به اعضا» از طریق شماره‌های انتهای صفحه نیز می‌توانید درخواست کنید اطلاعات به‌روز شده ارائه‌دهندگان خدمات در اختیارتان قرار گیرد یا یک نسخه از فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها برای شما ایمیل شود.

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، به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه 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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

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.

2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal هستید، سهم پرداختی شما \$0 خواهد بود. در غیر این صورت، به ازای مسیر یکطرفه \$50 می‌پردازید.	اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal هستید، سهم پرداختی شما \$0 خواهد بود. در غیر این صورت، به ازای مسیر یکطرفه \$150 می‌پردازید.	خدمات آمبولانس
تحت پوشش نیست. شما همچنان از طریق طرح دندانپزشکی Medi-Cal تحت پوشش خدمات دندانپزشکی قرار خواهید گرفت.	\$0 پرداخت می‌کنید.	خدمات دندانپزشکی خدمات پیشگیرانه و جامع دندانپزشکی تحت پوشش برنامه DeltaCare® USA Dental HMO
شما \$0 برای برنامه تناسب اندام One Pass™ می‌پردازید که شامل دسترسی به باشگاه‌های ورزشی درون شبکه، کلاس‌ها و منابع آنلاین تناسب اندام، کیت‌های تناسب اندام خانگی، و برنامه سلامت مغز آنلاین است.	شما \$0 برای برنامه Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise که شامل عضویت اولیه در باشگاه، کلاس‌ها و منابع آنلاین تناسب اندام، و کیت‌های تناسب اندام خانگی (که یکی از آنها شامل ردیاب فعالیت است) پرداخت می‌کنید.	مزیت تناسب اندام
می‌توانید اقلام OTC را تا سقف \$200 مزایای سه‌ماهه سفارش دهید.	می‌توانید اقلام OTC را تا سقف \$250 مزایای سه‌ماهه سفارش دهید.	برنامه‌های سلامت و تندرستی بدون نسخه (OTC، Over the Counter) ما اقلام OTC فهرست‌شده در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم.



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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

E2. تغییرات در پوشش داروهای نیازمند نسخه

تغییرات در فهرست دارویی ما

نسخه به‌روز شده فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به آدرس kp.org/seniorrx موجود است. برای اطلاعات به‌روز شده درباره داروها یا درخواست اینکه نسخه‌ای از فهرست داروهای تحت پوشش برایتان ارسال شود، می‌توانید با بخش «خدمات اعضا» به شماره‌های مندرج در پایین صفحه نیز تماس بگیرید.

ما تغییراتی در فهرست دارویی خود ایجاد کردیم، که ممکن است حذف یا افزودن داروها، تغییر داروهایی که تحت پوشش خود قرار می‌دهیم و تغییراتی در محدودیت‌هایی که بر پوشش ما برای برخی داروها اعمال می‌شود یا شرط اینکه داروی شما به ردیف سهام‌بندی هزینه دیگری منتقل شده باشد را شامل باشد.

فهرست دارویی را مرور کنید تا مطمئن شوید که داروهای شما در سال بعدی تحت پوشش قرار خواهند گرفت و از اینکه آیا محدودیتی وجود دارد یا اینکه آیا داروی شما به سهام‌بندی هزینه دیگری منتقل شده است، مطلع شوید.

اغلب تغییرات در فهرست داروها برای شروع هر سال، جدید هستند. با این حال، ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که توسط Medicare و/یا ایالت مجاز شده است و در طول سال طرح برایتان اعمال می‌شود. ما فهرست داروها آنلاین خود را حداقل ماهانه به‌روز می‌کنیم تا به‌روزترین فهرست داروها را ارائه دهیم. اگر تغییری ایجاد کنیم که بر دارویی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد، اعلامی درباره تغییر برایتان ارسال می‌کنیم.

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 فهرست 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، عرضه موقت دارو طی 90 روز اول سال تقویمی را پوشش می‌دهیم.
- این مقدار موقت برای مصرف حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شرایط دریافت ذخیره موقت دارو و نحوه درخواست، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه 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.



اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

اگر داروی نام تجاری را با نسخه داروی ژنریک جدید در همان ردیف سهام‌بندی هزینه پایین‌تر و با قوانین یکسان یا کمتر جایگزین داروی نام تجاری جایگزین کنیم، در آن لحظه می‌توانیم فوراً یک داروی نام تجاری را از فهرست دارو خود حذف کنیم. همچنین، هنگام افزودن یک داروی ژنریک جدید، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی نام تجاری را در فهرست دارو خود نگه داریم، اما فوراً آن را به یک ردیف دیگر سهام‌بندی هزینه منتقل کنیم یا قوانین جدیدی اضافه کنیم یا هر دو اقدام را انجام دهیم. از سال 2025، می‌توانیم محصولات بیولوژیکی اصلی را فوراً با بیوسیمیلارهای خاص جایگزین کنیم.

از سال 2025، ما می‌توانیم بلافاصله محصولات بیولوژیکی اصلی را با بیوسیمیلارهای خاص جایگزین کنیم. یعنی، برای مثال، اگر یک محصول بیولوژیکی اصلی مصرف می‌کنید که با یک بیوسیمیلار جایگزین می‌شود، ممکن است 30 روز قبل از اینکه ما این کار را انجام دهیم، اعلان تغییر دریافت نکنید یا مقدار محصول بیولوژیکی اصلی خود در ماه را در یک داروخانه شبکه دریافت کنید. اگر در زمان ایجاد تغییر، محصول بیولوژیکی اصلی را مصرف می‌کنید، همچنان درباره تغییر خاصی که ایجاد کرده‌ایم اطلاعات دریافت می‌کنید، اما ممکن است پس از ایجاد تغییر توسط ما دریافت شود.

برخی از این انواع دارو ممکن است برای شما جدید باشند. برای تعاریف انواع دارو، لطفاً به فصل 12 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. سازمان غذا و دارو (FDA) همچنین اطلاعات مصرف‌کننده را روی داروها ارائه می‌دهد. به وبسایت FDA مراجعه کنید: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. همچنین می‌توانید از طریق شماره مندرج در پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا از ارائه دهنده مراقبت سلامت، تجویزکننده یا داروساز خود بخواهید اطلاعات بیشتری ارائه دهد.

تغییرات در هزینه‌های داروی با نسخه

پرداخت دو مرحله‌ای برای پوشش بیمه داروهای تجویزی بخش Medicare 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 مرحله پوشش اولیه	مرحله 2 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 2025 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 نسخه‌ای از جیب پرداخت کرده‌اید به \$2,000 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.

از سال 2025، تحت برنامه تخفیف تولیدکننده، تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کل طرح را برای داروهای تحت پوشش نام تجاری و بیولوژیک بخش D در «مرحله پوشش اولیه» پرداخت می‌کند. تخفیف‌هایی که توسط تولیدکنندگان تحت «برنامه تخفیف تولیدکننده» پرداخت می‌شود، به‌عنوان هزینه‌های پرداخت از جیب در نظر گرفته نمی‌شوند.



اگر پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

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.

برای کسب اطلاعات درباره هزینه‌های عرضه بلندمدت به فصل 6، بخش D کتابچه راهنمای اعضای مراجعه کنید.

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. بیشتر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش داده می‌شوند.

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

2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	
پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) \$0-\$4.90 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعد» بیشتر «شماست».	پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) \$0-\$4.50 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعد» بیشتر «شماست».	داروهای ردیف 1-2 (شامل داروهای ژنریک) هزینه عرضه یک ماهه یک دارو در ردیف 1 و 2 که در داروخانه شبکه تهیه می‌شوند
پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) \$0-\$12.15 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعد» بیشتر «شماست».	پرداخت مشترک شما برای یک ماه (تأمین 30 روزه) \$0-\$11.20 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعد» بیشتر «شماست».	داروهای ردیف 3-5 (شامل داروهای نام تجاری و تخصصی) هزینه عرضه یک ماهه یک دارو در ردیف 3 تا 5 که در داروخانه شبکه تهیه می‌شوند

این «مرحله پوشش اولیه» زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما به **\$2,000** 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 نسخه‌ای می‌پردازید، به فصل 6 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

E4. مرحله 2: «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»

از ابتدای سال 2025، تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کل طرح را برای داروهای تحت پوشش نام تجاری و بیولوژیک بخش D در «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» را پرداخت می‌کنند. تخفیف‌هایی که توسط تولیدکنندگان تحت «برنامه تخفیف تولیدکننده» پرداخت می‌شود، به‌عنوان هزینه‌های پرداخت از جیب در نظر گرفته نمی‌شوند.

زمانی که به محدودیت پرداخت از جیب **\$2,000** برای داروهای تجویزی خود رسیدید، «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» آغاز می‌شود و شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید. وقتی در «مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن» قرار گرفتید، تا پایان سال را در این مرحله پرداخت باقی خواهید ماند.

برای اطلاعات بیشتر درباره هزینه‌های خود در «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»، به فصل 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

F. تغییرات اداری

به علاوه، سال آینده تغییرات اداری وجود خواهد داشت. جدول زیر این تغییر را شرح می‌دهد.

2025 (سال آینده)	2024 (امسال)	طرح پرداخت نسخه Medicare
طرح «پرداخت نسخه Medicare» ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌های دارو خود با توزیع آنها در طول سال به صورت پرداخت ماهانه کمک کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این برنامه، لطفاً با شماره مندرج در پایین صفحه با ما تماس بگیرید یا به www.medicare.gov مراجعه کنید.	نامربوط	

G. انتخاب طرح**G1. ماندن در طرح ما**

امیدواریم شما را به عنوان یک عضو برنامه حفظ کنیم. برای اینکه در طرح ما بمانید لازم نیست کاری انجام دهید. اگر برای یک طرح دیگر Medicare یا تغییر به Original Medicare ثبت نام نکنید به طور خودکار به عنوان عضو طرح ما در سال 2025 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 Medi-Cal دارید، می‌توانید در هر ماهی از سال به عضویت خود در طرح ما پایان دهید.

علاوه بر این، می‌توانید به عضویت خود در طرح ما در دوره‌های زیر پایان دهید:

- دوره ثبت نام 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 ثبت نام باز Medicare Advantage (MA) 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. ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، وقتی:
 - شما از محدوده خدماتی ما نقل مکان کرده‌اید،
 - صلاحیت شما برای Medi-Cal یا «مساعده بیشتر» تغییر کند، یا
 - اگر اخیراً به مؤسسه‌ای (مانند مرکز آسایشگاهی تخصصی یا بیمارستان مراقبت‌های بلندمدت) نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید. اگر اخیراً از مؤسسه‌ای خارج شده‌اید، می‌توانید طرح‌های خود را تغییر دهید یا به مدت دو ماه کامل پس از ماه نقل مکان آن‌ها را به Original Medicare تغییر دهید.



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

خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare در یکی از ماه‌های سال، سه گزینه در اختیار دارید که در زیر فهرست شده است. شما یک گزینه اضافی در طول زمان‌های خاصی از سال دارید که در زیر فهرست شده است، شامل دوره ثبت‌نام سالانه و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش G2 می‌شود. 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>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-633-4227 MEDICARE یا Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>جهت استعلام برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE Program of All-inclusive Care for the Elderly) با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، با برنامه «مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/Programs_and_Service/s/Medicare_Counseling/ دیدن کنید. <p>یا</p> <p>در طرح جدید Medi-Medi ثبت‌نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت‌نام شما در طرح ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.</p>	<p>1. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی از طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات را در هر دو برنامه منسجم می‌کند، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal. توجه: واژه طرح Medi-Medi نام طرح‌های یکپارچه با نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNPs) در کالیفرنیا است.</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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

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

3. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:

Original Medicare بدون طرحی جداگانه از Medicare برای داروهای تجویزی

توجه: اگر وضعیت بیمه خود را به Original Medicare تغییر داده و در یک طرح مجزای پوشش داروهای نیازمند نسخه Medicare ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح بیمه دارویی ثبت‌نام کند، مگر آن که به Medicare بگویید تمایلی به پیوستن ندارید.

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 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ دیدن کنید.

در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:

به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-633-4227 (MEDICARE) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:

- از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، با برنامه «مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/Programs and Service/Medicare Counseling/ دیدن کنید.

زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به طور خودکار ثبت‌نام شما در طرح ما لغو خواهد شد.

طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر دهید.



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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

<p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-633-4227 (MEDICARE) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>جهت استعلام برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعداز ظهر، با برنامه «مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/Programs_and_Service/Medicare_Counseling/ دیدن کنید. <p>یا</p> <p>در طرح جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>زمانی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت نام شما در طرح Medicare ما به طور خودکار لغو خواهد شد.</p> <p>طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.</p>	<p>4. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>هر طرح سلامت Medicare در زمان‌های خاصی از سال، از جمله دوره ثبت نام سالانه و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش A.</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 پوشش‌دهی Medi-Cal تأثیر می‌گذارد، سؤال بپرسید.



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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

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 توضیح دقیق و حقوقی مزایای طرح ما است. این دفترچه جزئیاتی در مورد مزایا و هزینه‌های سال 2025 داشته، حقوق شما و قوانینی که برای دریافت خدمات و داروهای تجویزی تحت پوشش ما باید رعایت کنید را توضیح می‌دهد.

کتابچه راهنمای اعضا سال 2025 تا 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به‌روز از کتابچه راهنمای اعضا در وبسایت ما به‌نشانی kp.org/eocscal در دسترس است. می‌توانید با بخش خدمات اعضا (Member Services) به شماره‌های مندرج در پایین صفحه نیز تماس بگیرید و از ما بخواهید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا مربوط به سال 2025 برایتان ارسال شود.

وبسایت ما

شما همچنین می‌توانید از وبسایت ما در نشانی kp.org دیدن کنید. یادآوری می‌کنیم که وبسایت ما حاوی تازه‌ترین اطلاعات درباره شبکه ارائه‌دهنده خدمات ما و داروخانه‌ها (فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی (فهرست داروهای تحت پوشش) 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/ 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:

- به‌عنوان 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، 1-855-501-3077 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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

H4. Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره ۱-۸۷۷-۴۸۶-۴۸۸ تماس بگیرند.

وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare (به نشانی 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 مراجعه کرده و روی Find plans (یافتن طرح‌ها) کلیک کنید.)

Medicare & You در سال 2025

می‌توانید دفترچه راهنمای Medicare & You سال 2025 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) 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

اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده کالیفرنیا مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت سلامت است. اگر از طرح سلامت خود شکایت دارید، ابتدا باید با شماره تلفن 1-800-443-0815 طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با اداره، از اقدام قضایی برای شکایت از طرح سلامت خود استفاده کنید. استفاده از این رویه شکایت، هیچ‌گونه حقوق قانونی بالقوه یا راحلی را که ممکن است در دسترس شما باشد منع نمی‌کند. اگر برای شکایتی که شامل یک وضعیت اضطراری است، شکایتی که به‌طور رضایت‌بخش توسط طرح سلامت شما حل‌وفصل نشده است، یا شکایتی که برای بیش از 30 روز حل‌وفصل نشده مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای کمک با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای یک بررسی مستقل پزشکی (IMR، Independent Medical Review) 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 (1-888-466-2219) و یک خط TDD (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به مشکل شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی این سازمان به آدرس www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 9، بخش F4 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

H6. طرح پرداخت نسخه Medicare

طرح «پرداخت نسخه Medicare» ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌های دارو خود با توزیع آنها در طول سال به‌صورت پرداخت ماهانه کمک کند. این برنامه مجموع هزینه‌های پرداخت از جیب شما را کاهش نمی‌دهد. «مساعده بیشتر» از Medicare و کمک از برنامه کمک دارویی ایالت (SPAP) و برنامه کمک به داروی آیدز (ADAP) برای کسانی که واجد شرایط هستند، از فقط شرکت در طرح پرداخت نسخه Medicare سودمندتر است. همه ثبت‌نام‌کنندگان بدون در نظر گرفتن سطح درآمد، واجد شرایط شرکت در این برنامه هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این برنامه، لطفاً با شماره تلفن مندرج در پایین این صفحه با ما تماس بگیرید یا به Medicare.gov مراجعه کنید.



اگر پریشانی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به این وبسایت مراجعه کنید: kp.org/medicare.

اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente¹ 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، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید. این تماس رایگان است:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

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. می‌توانید نارضایتی را به صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance) خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- به صورت تلفنی: اعضای Medi-Cal می‌توانند با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرند. سایر اعضا می‌توانند با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرند. کمک در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) در دسترس است
- از طریق پست: فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.

¹ Kaiser Permanente نشان انحصاری Kaiser Foundation Hospitals، Kaiser Foundation Health Plan, Inc و Southern California Medical Group است

- 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 ارائه دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید)

- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید

همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده 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 زی‌نفعان Medi-Cal)

همچنین به صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به صورت 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

- آنلاین: ارسال ایمیل به 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 به صورت کتبی، از طریق تلفن یا به صورت 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:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815** (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815** (TTY 711). These services are free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). هذه الخدمات مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY` 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY`711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。以上服務為免費提供。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो

1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。これらのサービスは、無料をご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាម និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Estos servicios no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

اطلاعات طرح

به‌عنوان عضوی از این طرح، ممکن است گهگاه با شما تماس بگیریم تا از سایر برنامه‌ها یا محصولات Kaiser Permanente که ممکن است در دسترس شما باشد مطلع کنیم. اگر می‌خواهید از این نوع تماس‌ها انصراف دهید، لطفاً با شماره تلفن پشت کارت شناسایی عضویت خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.

لیست‌های خدمات‌دهندگان

اگر در یافتن یک خدمات‌دهنده یا داروخانه عضو شبکه به کمک نیاز دارید، از kp.org/directory برای جستجوی لیست آنلاین ما دیدن کنید (توجه: لیست‌های سال 2025 مطابق با الزامات Medicare از تاریخ 15/10/2024 به صورت آنلاین در دسترس هستند).

برای دریافت یک لیست خدمات‌دهندگان، یک لیست ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی یا یک لیست داروخانه‌ها (در صورت وجود) از طریق پست، می‌توانید با Kaiser Permanente به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 روز هفته، از 8 ق.ظ. تا 8 ب.ظ. تماس بگیرید.

لیست داروهای تجویزی تحت Medicare Part D

لیست ما شامل داروهای Medicare Part D است که پوشش می‌دهیم. ممکن است لیست داروها در هر زمان تغییر کند. در زمان لازم، مطلع خواهید شد. اگر سؤالی درباره داروهای تحت پوشش دارید، به لیست داروهای آنلاین ما به نشانی kp.org/seniorrx مراجعه کنید (توجه: لیست داروهای سال 2025 از تاریخ 10/15/2024 به صورت آنلاین مطابق با الزامات Medicare در دسترس است).

برای دریافت لیست داروها از طریق پست، می‌توانید با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 روز هفته، از 8 ق.ظ. تا 8 ب.ظ. تماس بگیرید.

کتابچه راهنمای پوشش طرح (EOC)

EOC شما چگونگی دریافت مراقبت پزشکی و داروهای تجویزی تحت پوشش طرح شما را توضیح می‌دهد. در این سند، توضیحاتی درباره حقوق و مسئولیت‌های شما، آنچه تحت پوشش می‌باشد و آنچه شما به عنوان عضو Kaiser Permanente پرداخت می‌کنید ارائه شده است. اگر سؤالی درباره پوشش طرح خود دارید، از kp.org/eocncal یا kp.org/eocscal مراجعه کنید تا EOC خود را به صورت آنلاین مشاهده نمایید (توجه: EOC مربوط به سال 2025 از تاریخ 10/15/2024 مطابق با الزامات Medicare به صورت آنلاین در دسترس است).

برای دریافت EOC از طریق پست، می‌توانید با Kaiser Permanente به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 روز هفته، از 8 ق.ظ. تا 8 ب.ظ. تماس بگیرید.

