

Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)، ارائه‌شده توسط
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. منطقه کالیفرنیا شمالی

اطلاعیه سالانه تغییرات برای سال 2026

مقدمه

شما در حال حاضر به‌عنوان یکی از اعضای طرح ما ثبت‌نام 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، مزایای خدمات درمانی، یا قوانین، لطفاً دفترچه راهنمای اعضا را بررسی کنید، این دفترچه در وبسایت ما به‌نشانی kp.org/eocncl در دسترس است. برای دریافت نسخه پستی با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن پایین صفحه تماس بگیرید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا آمده است.

منابع تکمیلی

- این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های عربی، چینی، فارسی، همونگ، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی در دسترس است.
- می‌توانید این اطلاعیه سالانه تغییرات را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگر از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی، یا CD داده دریافت کنید. در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با شماره (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 یک درخواست ثابت برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 of charge.

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 بدون تكلفة.

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՝ փաստաթղթեր բրայլով 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)。殘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。

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



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।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई 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 मुफ़्त दी जाती 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、無料で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. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

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



MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnavgv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

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.

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 лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

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

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 son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

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 є безкоштовними.

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» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare) مراجعه کنید.



VIETNAMESE

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



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

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت	9
B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما در سال آینده	9
B1. اطلاعاتی درباره طرح ما	10
B2. موارد مهم که باید انجام دهید	11
C. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما	12
D. تغییرات در مزایای خدمات درمانی و هزینه‌های سال بعد	13
D1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی	13
D2. تغییرات در پوشش داروها	15
D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»	17
D4. مرحله 2: «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»	18
E. تغییرات اداری	19
F. انتخاب طرح	19
F1. ماندن در طرح ما	19
F2. تغییر دادن طرح‌ها	19
G. دریافت راهنمایی	24
G1. طرح ما	24
G2. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)	24
G3. برنامه Ombudsman	24
G4. Medicare	25
G5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا	25
G6. طرح پرداخت نسخه Medicare	26



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

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 خدمات درمانی خود در سال آینده، به بخش D مراجعه کنید.

اعضای جدید Kaiser Permanente Dual Complete: در بیشتر موارد، در طرح Kaiser Permanente Dual Complete برای مزایای خدمات درمانی Medicare از اولین روز ماه بعد از زمانی که درخواست عضویت در Kaiser Permanente Dual Complete داده‌اید ثبت‌نام خواهید شد. ممکن است باز هم به مدت یک ماه دیگر خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Kaiser Permanente Dual Complete دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. برای هر گونه سؤال، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815 با ما تماس بگیرید. 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 F2.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش F2.



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

B1. اطلاعاتی درباره طرح ما

- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 نوعی طرح سلامت است که با Medicare و Medi-Cal برای ارائه مزایای خدمات درمانی هر دو برنامه به اعضا قرارداد دارد.
- منظور از واژه‌های «ما»، ضمیر متصل «مان»، شناسه فعل «یم»، 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

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 بگذارند؟
 - 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 **D1** مراجعه کنید.
- **بررسی کنید آیا تغییرات ایجادشده در پوشش داروهای 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؟ آیا تغییری 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 **D2** 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 پرداختی از جیب سالانه در طول سال منجر شود.
- به خاطر داشته باشید که مزایای طرحی که تحت پوشش آن هستید مقدار دقیق تغییر سهم پرداختی شما برای دارو 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 ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما به بخش **C** مراجعه کنید.
- **مجموع هزینه‌های مراقبت و درمان خود را در این طرح بررسی کنید.**
 - سهم پرداختی از جیب 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 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

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 F2 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 همچنان از Kaiser Permanente Dual Complete North P2 استفاده کنید:

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 Kaiser Permanente Dual Complete North P2 به‌صورت ثبت‌نام‌شده باقی خواهید ماند.

C. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما

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

برای سال 2026، شبکه‌های داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان ما تغییر کرده است.

لطفاً برای اطلاع از اینکه ارائه‌دهندگان (ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، متخصصین، بیمارستان‌ها و غیره) یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا خیر، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها سال 2026 را مرور کنید. نسخه به‌روز شده فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها در وبسایت ما به نشانی kp.org/directory ارائه شده 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 اختیاران 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 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید یا برای راهنمایی با خدمات اعضا از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

D. تغییرات در مزایای خدمات درمانی و هزینه‌های سال بعد**D1. 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.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر سفر یک طرفه 400\$ پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر سفر یک طرفه 325\$ پرداخت خواهید کرد.	خدمات آمبولانس
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، 20% به‌عنوان درصد سهم بیمه‌شده پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	کفش‌ها و کفی‌های درمانی دیابتی
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر ویزیت 115\$ پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر ویزیت 110\$ پرداخت خواهید کرد.	بخش اورژانس
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار پذیرش به‌ازای روزهای 1 تا 5، روزانه 475\$ پرداخت خواهید کرد (برای بقیه مدت اقامت 0\$ پرداخت می‌کنید).	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	مراقبت‌های بهداشتی حاد برای بیماران بستری
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار پذیرش، به‌ازای روزهای 1 تا 5، روزانه 405\$ پرداخت خواهید کرد (برای بقیه مدت اقامت 0\$ پرداخت می‌کنید).	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	خدمات بستری برای مراقبت سلامت روان
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، بسته به نوع مورد، 0% یا 20% به‌عنوان درصد سهم بیمه‌شده پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	لوازم پزشکی



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر عمل 500\$ پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	PET، CT و MRI
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. در صورتی که پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، هنگام انتقال از بخش اورژانس برای بستری موقت (مشاهده) یا پس از جراحی سرپایی، هیچ هزینه‌ای (0\$) پرداخت نمی‌کنید یا هنگام بستری شدن مستقیم در بیمارستان برای بستری موقت (مشاهده) به‌عنوان بیمار سرپایی، 115\$ به ازای هر بار بستری پرداخت می‌کنید.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید. در صورتی که پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، هنگام انتقال از بخش اورژانس برای بستری موقت (مشاهده) یا پس از جراحی سرپایی، هیچ هزینه‌ای (0\$) پرداخت نمی‌کنید یا هنگام بستری شدن مستقیم در بیمارستان برای بستری موقت (مشاهده) به‌عنوان بیمار سرپایی، 110\$ به ازای هر بار بستری پرداخت می‌کنید.	خدمات معاینه
شما یک کارت «سلامت اضافه» شارژ شده دریافت خواهید کرد که محدودیت مزایای خدمات درمانی سه ماهه آن 50\$ است تا اقلام OTC واجد شرایط را به‌صورت آنلاین و در فروشگاه‌های منتخب، خریداری کنید. شما در تاریخ‌های 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده نشده از سقف مزایای سه ماهه به سه ماهه بعدی منتقل نمی‌شود.	ما اقلام OTC فهرست شده در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم. می‌توانید اقلام OTC را تا سقف 140\$ مزایای سه‌ماهه سفارش دهید.	اقلام بدون نسخه (OTC)
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، 20% به‌عنوان درصد سهم بیمه‌شده پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	دستگاه‌های پروتز
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، در هر بار پذیرش 100\$ پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.	درمان اقامتی برای اختلال مصرف مواد و سلامت روان



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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)
شما 0\$ پرداخت می‌کنید. اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست بدهید، 0\$ برای روزهای 1-20، 214\$ برای روزهای 21-100 به ازای هر روز پرداخت خواهید کرد.	شما 0\$ پرداخت می‌کنید.

D2. تغییرات در پوشش داروها

تغییرات در فهرست داروهای ما

نسخه به‌روز شده فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به نشانی 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.

فهرست داروهای تحت پوشش، همچنین «فهرست داروها» نامیده می‌شود.

تغییراتی در فهرست داروهای تحت پوشش خود ایجاد کرده‌ایم که این تغییرات می‌تواند شامل حذف یا افزودن داروها، تغییر در داروهای تحت پوشش، و تغییر در محدودیت‌های مربوط به پوشش ما برای برخی داروها یا انتقال آن‌ها به ردیف متفاوتی از تقسیم هزینه باشد.

فهرست داروها را بررسی کنید تا مطمئن شوید داروهای شما سال آینده تحت پوشش قرار می‌گیرند و متوجه شوید که آیا محدودیتی وجود دارد یا داروی شما به ردیف سهم هزینه دیگری منتقل شده است.

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 تقویمی 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 دفترچه راهنمای اعضا 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، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare 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 داروهای 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 دارو

پرداخت دو مرحله‌ای برای پوشش بیمه داروهای تجویزی Medicare Part D شما در طرح ما وجود دارد. میزان مبلغی که پرداخت می‌کنید به این بستگی دارد که هنگام تهیه نسخه یا شارژ مجدد آن، 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 2026 پرداخت می‌کند. این مرحله پس از پرداخت مقدار مشخصی از هزینه‌های پرداختی از جیب شروع می‌شود.

«مرحله پوشش اولیه» زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب برای دارو به \$2,100 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 داروها می‌پردازید، به فصل 6 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طبق 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 و مرحله پوشش هزینه کمرشکن» پرداخت می‌کند. تخفیف‌هایی که توسط تولیدکنندگان تحت «برنامه تخفیف تولیدکننده» پرداخت می‌شود، به عنوان هزینه‌های پرداختی 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، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.

D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»

در طول «مرحله پوشش اولیه»، طرح ما بخشی از هزینه داروهای تحت پوشش شما را می‌پردازد و شما سهم خود را می‌پردازید. 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 داروها 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.

جدول زیر هزینه‌های شما را برای یک ماه مصرف دارو که در داروخانه عضو شبکه با پرداخت مشترک استاندارد در هر یک از شش ردیف دارویی ما تهیه شده است، نشان می‌دهد. این مبالغ فقط زمانی که در «مرحله پوشش اولیه» هستید اعمال می‌شود.

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

برای کسب اطلاعات در مورد هزینه‌های واکسن‌ها یا اطلاعات مربوط به ذخیره طولانی‌مدت، به فصل 6 بخش D در دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) \$0-\$5.10 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) \$0-\$4.90 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	داروهای ردیف‌های 1-2 (شامل داروهای ژنریک) هزینه تأمین یک‌ماهه دارویی در ردیف‌های 1 و 2 که از یک داروخانه عضو شبکه خریداری می‌شود.
پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) هر محصول انسولین تحت پوشش \$0-\$5.10 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) هر محصول انسولین تحت پوشش \$0-\$4.90 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	
پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) نسخه پستی \$0-\$5.10 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) نسخه‌های پستی \$0-\$4.90 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	
سهام پرداختی شما برای تأمین یک ماهه (تأمین 30 روزه) \$0-\$12.65 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است. پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) هر محصول انسولین تحت پوشش \$0-\$12.65 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است. پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) نسخه پستی \$0-\$12.65 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	سهام پرداختی شما برای تأمین یک ماهه (تأمین 30 روزه) \$0-\$12.15 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است. پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) هر محصول انسولین تحت پوشش \$0-\$12.15 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است. پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) نسخه پستی \$0-\$12.15 در هر نسخه، بسته به سطح «مساعده بیشتر» شما است.	داروهای ردیف 3 تا 5 (شامل داروهای برند و داروهای تخصصی) هزینه تأمین یک‌ماهه دارویی در ردیف‌های 3 تا 5 که از یک داروخانه عضو شبکه خریداری می‌شود.
شما \$0 پرداخت می‌کنید.	شما \$0 پرداخت می‌کنید.	داروها در ردیف 6 (شامل واکسن‌های تزریقی بخش D)

این «مرحله پوشش اولیه» زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما به **\$2,100** 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 داروها می‌پردازید، به فصل 6 از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D4. مرحله 2: «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»

زمانی که به محدودیت پرداخت از جیب **\$2,100** برای داروهای 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 کسب اطلاعات بیشتر درباره هزینه‌های خود در «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»، به فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا 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، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.

E. تغییرات اداری

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

2026 (سال آینده)	2025 (امسال)	طرح پرداخت نسخه Medicare
اگر در طرح Medicare Prescription Payment Plan شرکت می‌کنید و همچنان در همان طرح باقی می‌مانید، لازم نیست کاری برای ماندن در طرح Medicare Prescription Payment Plan انجام دهید.	طرح پرداخت Medicare Prescription Payment Plan نوعی گزینه پرداخت است که از امسال آغاز شده و می‌تواند با تقسیم هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروهای تحت پوشش طرح ما در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر)، به مدیریت این هزینه‌ها کمک کند.	

F. انتخاب طرح**F1. 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 متفاوت Medicare ثبت نام نکنید یا به Original Medicare تغییر ندهید، به صورت خودکار به عنوان عضو طرح ما در سال 2026 باقی خواهید ماند.

F2. تغییر دادن طرح‌ها

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال به عضویت خود پایان دهند.

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

- **دوره ثبت نام آزاد** 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 آزاد 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.
 - از آنجایی که Medi-Cal دارید، می‌توانید در هر ماهی از سال به عضویت خود در طرح ما پایان دهید.
- 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 پرسشی دارید، لطفاً 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره (711) 1-800-443-0815، یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.

- اگر اخیراً به مؤسسه‌ای (مانند مرکز آسایشگاهی تخصصی یا بیمارستان مراقبت‌های بلندمدت) نقل مکان کرده‌اید یا 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.

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 آزاد و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا سایر شرایط شرح داده شده در بخش F2 می‌شود. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار به عضویت خود در طرح ما خاتمه می‌دهید.

در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است: از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. جهت استعلام «برنامه مراقبت جامع برای سالمندان» (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. 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 از بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا 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 یا s/Medicare_Counseling/ دیدن کنید. یا در طرح جدید بیمه دوجانبه Medi-Medi ثبت‌نام کنید. 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 بیمه دوجانبه Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.	1. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: طرح بیمه دوجانبه 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 بیمه دوجانبه Medi-Medi تمامی مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، شامل همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا طرح «برنامه مراقبت جامع برای سالمندان» (PACE)، در صورت واجد شرایط بودن شما، هماهنگ می‌کنند. توجه: واژه طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi نام طرح‌های یکپارچه با نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (D-SNPs) در کالیفرنیا 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است: از طریق شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY 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 از بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا 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. یا در طرح جدیدی از داروی تجویزی Medicare ثبت‌نام 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.	2. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare با یک طرح جداگانه از Medicare برای داروها
--	---

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 kp.org/medicare مراجعه کنید.



3. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:**Original Medicare بدون طرحی جداگانه از Medicare برای داروها**

توجه: اگر وضعیت بیمه خود را به Original Medicare تغییر داده و در یک طرح مجزای پوشش داروهای نیازمند 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 دارو 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 صبح تا 5 عصر با «برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی 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:

از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY 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 از بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا 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، به‌طور 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است: از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. جهت استعلام برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. 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 از بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا 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. یا در طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت‌نام شما در طرح Medicare ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: هر طرح سلامت Medicare در زمان‌های خاصی از سال، از جمله دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage یا سایر شرایط که در بخش F توضیح داده شده است.
---	---

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 پرسید.

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 kp.org/medicare مراجعه کنید.



G. دریافت راهنمایی

G1. 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.

دفترچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید

دفترچه راهنمای اعضا توضیح دقیق و حقوقی مزایای طرح ما است. این دفترچه شامل جزئیات مزایای خدمات درمانی و هزینه‌ها برای سال 2026 است. همچنین در این دفترچه حقوق شما و قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش ما رعایت کنید توضیح داده شده است.

دفترچه راهنمای اعضا سال 2026 تا 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به‌روز از دفترچه راهنمای اعضا در وبسایت ما، kp.org/eocncal، 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 دفترچه راهنمای اعضا مربوط به سال 2026 برایتان پست 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.

G2. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)

همچنین می‌توانید با «برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی» (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP برنامه «مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (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 سلامت 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.

G3. برنامه Ombudsman

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

- 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 سلامت ارتباط ندارد. شماره تلفن برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman، 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

G4. Medicare

برای دریافت کمک به صورت مستقیم از Medicare؛

- با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به صورت زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone چت کنید
- به PO Box 1270, Lawrence, KS 66044، به Medicare نامه بنویسید.

وبسایت Medicare

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

Medicare & You در سال 2026

می‌توانید دفترچه راهنمای Medicare & You سال 2026 را مطالعه کنید. هر ساله در فصل پاییز، 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-) یا با تماس با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

G5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا

«اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده کالیفرنیا» مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت سلامت است. اگر از طرح سلامت خود شکایت و نارضایتی دارید، ابتدا باید با طرح سلامت خود با شماره 1-800-443-0815 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 رامحلی را که ممکن است در دسترس شما باشد منع نمی‌کند. اگر برای شکایت Medi-Cal که شامل یک وضعیت اضطراری است، شکایت Medi-Cal که به‌طور رضایت‌بخش توسط طرح سلامت شما حل‌وفصل نشده است، یا شکایت Medi-Cal که برای بیش از 30 روز حل‌وفصل نشده مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای کمک با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی پزشکی مستقل (IMR) برای مزایای Medi-Cal 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. این سازمان همچنین شماره تلفنی 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 بخش www.dhmc.ca.gov است.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 9، بخش F4 از دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.



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

G6. طرح پرداخت نسخه Medicare

طرح پرداخت Medicare Prescription Payment Plan نوعی گزینه پرداخت است که می‌تواند با تقسیم هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروهای تحت پوشش طرح ما در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) به صورت پرداخت‌های ماهانه، به مدیریت این هزینه‌ها کمک کند. این برنامه در هزینه‌های شما صرفه‌جویی نمی‌کند و هزینه‌های دارویی شما را کاهش نمی‌دهد.

«مساعده بیشتر» از Medicare و کمک از برنامه کمک دارویی ایالت (SPAP) و برنامه کمک به داروی ایدز (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 www.medicare.gov 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 kp.org/medicare مراجعه کنید.

اطلاعیه عدم تبعیض

در این سند، «ما»، «ما را» یا «مال ما» به معنی Kaiser Permanente (شامل: Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group) می‌باشد. این اطلاعیه در وبسایت ما در kp.org در دسترس است.

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. ما از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کنیم.

ما 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 بخش خدمات اعضا از طریق شماره‌های زیر تماس بگیرید. این تماس رایگان است. خدمات اعضا در تعطیلات رسمی تعطیل می‌باشد.

- Medicare، شامل D-SNP: 1-800-443-0815 (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته.
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)، 24 ساعته، 7 روز هفته.
- سایر موارد: 1-800-464-4000 (TTY 711)، 24 ساعته، 7 روز هفته.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت‌های الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با بخش خدمات 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 بوده‌ایم یا به روشی دیگر تبعیض غیرقانونی قائل شده‌ایم، می‌توانید نارضایتی از تبعیض را نزد ما 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: با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
- 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.
- 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 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 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 (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:

Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 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 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:

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

- آنلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

اطلاعات طرح

به عنوان یکی از اعضای این طرح، ممکن است گاهی با شما تماس بگیریم تا شما را از سایر طرح‌ها یا محصولات Kaiser Permanente که ممکن است در دست‌رسان باشند، آگاه کنیم. 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 در پیدا کردن ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های عضو شبکه نیاز به کمک دارید، لطفاً به [kp.org/directory](https://www.kp.org/directory) مراجعه کنید و در لیست آنلاین ما جستجو نمایید (توجه: لیست‌های 2026 از تاریخ 2025/15/10 مطابق با الزامات Medicare در دسترس قرار می‌گیرد).

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 (TTY 711)** تماس بگیرید.

فهرست داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D

لیست ما شامل داروهای Medicare بخش D است که پوشش می‌دهیم. ممکن است لیست داروها در هر زمان تغییر کند. در صورت لزوم به شما اطلاع داده خواهد شد. اگر درباره داروهای تحت پوشش سوالی دارید، به فهرست دارویی آنلاین ما در آدرس [kp.org/seniorrx](https://www.kp.org/seniorrx) مراجعه کنید (توجه: فهرست دارویی سال 2026 از تاریخ 2025/15/10 طبق الزامات Medicare به صورت آنلاین در دسترس خواهد بود).

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 (TTY 711)** تماس بگیرید.

کتابچه راهنمای پوشش طرح (EOC)

در سند پوشش یا 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 خود سوالی دارید، برای مشاهده نسخه آنلاین EOC به [kp.org/eocncal](https://www.kp.org/eocncal) یا [kp.org/eocscal](https://www.kp.org/eocscal) مراجعه کنید (توجه: EOC سال 2026 از تاریخ 2025/10/15 طبق الزامات Medicare به صورت آنلاین در دسترس خواهد بود).

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 (TTY 711)** تماس بگیرید.