H8794_27A009HY_M
4422927541_S001_009_HY
PBP #: 009

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի կողմից առաջարկվող
Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), Հարավային Կալիֆոռնիայի շրջան

Փոփոխությունների տարեկան ծանուցագիր 2027 թվականի համար

Ներածություն

Դուք այժմ գրանցված եք որպես մեր ապահովագրության պլանի անդամ: Հաջորդ տարի կլինեն որոշ փոփոխություններ՝ կապված մեր նպաստների, ապահովագրական ծածկույթի, կանոնների և ծախսերի հետ: Սույն *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցագիրը* տեղեկացնում է, թե ինչ փոփոխություններ են սպասվում, և որտեղից կարելի է ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ այդ փոփոխությունների մասին: Պլանի ծախսերի, նպաստների կամ կանոնների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար ուսումնասիրեք մեր վեբ կայքում գտնվող *Անդամի ձեռնարկը (Member Handbook)*՝ այցելելով kp.org/eocscal (Անգլերեն): Փոստով պատճենը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները այբբենական կարգով տրված են *Անդամի ձեռնարկի* վերջին գլխում:

Լրացուցիչ ռեսուրսներ

- Այս փաստաթուղթն անվճար կարող եք ստանալ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, իսպաներեն, տագալերեն, վիետնամերեն:
- Դուք կարող եք ձեռք բերել այս *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումն* անվճար այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ մեծ տառաչափով տպագիր տարբերակով, Բրայլի գրատիպով, ձայնային ֆայլի կամ տվյալների ֆայլի ձևաչափով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով:
- Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00, շաբաթական 7 օր՝ հետևյալ դեպքերում.
    - Անգլերենից բացի նախընտրելի լեզու և/կամ այլընտրանքային ձևաչափ:
    - Հետագա փոստային նամակագրությունների և հաղորդակցությունների համար մշտական հարցում, **և**
    - Նախընտրելի լեզվի և/կամ ձևաչափի վերաբերյալ մշտական հարցման փոփոխություն:

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

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 أيضا 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。

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 ਮੁਫ਼ਤ 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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv 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 hluo 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 خدما تو ایگان است.

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

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.

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 serbisyong ito ay walang bayad.

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

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.

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.

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Բովանդակություն

A. Պատասխանատվությունից հրաժարում ..... 9 !

B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare և Medi-Cal ծածկույթի վերանայում ..... 9 !

B1. Տեղեկություններ մեր պլանի մասին ..... 10 ,

B2. Կարևոր անելիքներ ..... 11 ,

C. Ձեր պլանի անվան փոփոխություններ ..... 12 !

D. Փոփոխություններ մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատների ցանկում ..... 12 !

E. Նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար ..... 13 !

E1. Նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների համար ..... 13 ,

E2. Փոփոխություններ դեղերի փոխհատուցման ծածկույթում ..... 21 ,

E3. Փուլ 1. «Սկզբնական փոխհատուցման փուլ» ..... 24 ,

E4. Փուլ 2. «Կրիտիկական փոխհատուցման փուլ» ..... 27 ,

F. Վարչական փոփոխություններ ..... 27 !

G. Պլանի ընտրությունը ..... 27 !

G1. Մեր պլանում մնալը ..... 27 ,

G2. Պլանի փոփոխում ..... 27 ,

H. Աջակցության տրամադրում ..... 33 !

H1. Մեր պլանը ..... 33 ,

H2. Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP) ..... 33 ,

H3. Ombudsman Program ..... 34 ,

H4. Medicare ..... 34 ,

H5. Կալիֆոռնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչություն ..... 35 ,

H6. Medicare Prescription Payment Plan ..... 36 ,

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

A. Պատասխանատվությունից հրաժարում

- Kaiser Permanente-ն HMO Երկակի որակավորման հատուկ կարիքների ծրագրի (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) պլան է, որը պայմանագիր է կնքել Medicare-ի և Medi-Cal ծրագրերի հետ: Kaiser Permanente-ին անդամակցությունը կախված է պայմանագրի թարմացումից:

- Առողջ սննդի նպաստը քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ ծրագրի մի մասն է: Ոչ բոլոր անդամներն են իրավասու ստանալու այս նպաստը: Իրավասու լինելու համար անդամները պետք է ունենան որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ, ինչպիսիք են շաքարախտը, ճարպակալումը, սրտանոթային խանգարումները, օստեոարթրիտը կամ երիկամների քրոնիկ հիվանդությունը: Կան նաև այլ հիվանդություններ, որոնց առկայության դեպքում դուք կարող եք իրավասու լինել ստանալու այս նպաստը: Այս նպաստը ստանալու իրավասությունը չի կարող երաշխավորվել միայն ձեր հիվանդության հիման վրա: Նախքան նպաստի տրամադրումը պետք է բավարարվեն իրավասության բոլոր կիրառելի պահանջները: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ:

B. Հաջորդ տարվա համար ձեր Medicare և Medi-Cal ծածկույթի վերանայում

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

Եթե որոշում եք հրաժարվել մեր պլանից, ձեր անդամակցությունը կավարտվի ամսվա վերջին օրը, երբ ներկայացվել է ձեր հարցումը: Դուք կշարունակեք օգտվել Medicare և Medi-Cal ծրագրերից այնքան ժամանակ, քանի դեռ իրավասու եք:

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք հնարավորություն կունենաք տեղեկանալու՝

- Medicare-ի տարբերակների մասին՝ **G2 բաժնում** ներկայացված աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակների և ծառայությունների մասին՝ **G2 բաժնում**:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

B1. Տեղեկություններ մեր պլանի մասին

- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 պլանը առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագիր է կնքել և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ անդամներին այս երկու ծրագրերի նպաստները տրամադրելու համար:
- Սույն *Փոփոխությունների տարեկան ծանուցագրում* օգտագործվող «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր պլանը» հասկացությունները վերաբերում են Medicare-ի Medi-Cal պլանին:

B2. Կարևոր անելիքներ

- **Ստուգեք՝ արդյոք մեր նպաստների և ծախսերի հետ կապված կան այնպիսի փոփոխություններ, որոնք կարող են ազդել ձեզ վրա:**
    - Կա՞ն փոփոխություններ, որոնք ազդում են այն ծառայությունների վրա, որոնցից օգտվում եք:
    - Ծանոթացեք նպաստների և ծախսերի հետ կապված փոփոխություններին՝ համոզվելու համար, որ դրանք հարմար են ձեզ հաջորդ տարվա համար:
    - Տե՛ս **E1 բաժինը**՝ մեր պլանի նպաստների և ծախսերի հետ կապված փոփոխությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Ստուգեք՝ կան արդյոք փոփոխություններ ձեզ վերաբերող դեղերի ծածկույթում:**
    - Արդյո՞ք ձեր դեղերը փոխհատուցվելու են: Արդյո՞ք դրանք ծախսերի բաշխման տարբեր կատեգորիաներում են: Կարո՞ղ եք արդյոք օգտվել նույն դեղատներից: Կլինի՞ արդյոք որևէ փոփոխություն, ինչպիսին է նախնական թույլտվությունը:
    - Ծանոթացեք փոփոխություններին՝ համոզվելու համար, որ դեղերի ծածկույթը հարմար է ձեզ հաջորդ տարվա համար:
    - Տե՛ս **E2 բաժինը**՝ մեր դեղորայքի փոխհատուցման պայմանների հետ կապված փոփոխությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:
    - Հնարավոր է՝ ձեր դեղերի ծախսերը ավելացել են անցյալ տարվա համեմատ:
        - Խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ՝ ավելի ցածր գնով այլընտրանքային մատչելի դեղերի վերաբերյալ. դա կարող է բավականին կրճատել ձեր անձնական ծախսերը տարեկան կտրվածքով:
        - Նկատի ունեցեք, որ, կախված պլանից, դեղերի ձեռքբերման հետ կապված ձեր անձնական ծախսերը կարող են փոխվել:
- **Ճշտեք՝ արդյո՞ք ձեր բուժծառայություններ մատուցողներն ու դեղատները ընդգրկված են մեր հաջորդ տարվա ցանցում:**
    - Արդյո՞ք ձեր բժիշկներն ու մասնագետներն ընդգրկված են մեր ցանցում: Իսկ դեղատնե՞րը, որտեղից օգտվում եք: Իսկ ի՞նչ կասեք այն հիվանդանոցների կամ այլ մատակարարների մասին, որոնցից օգտվում եք:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

- Տե՛ս **D բաժինը**՝ մեր *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուին (Provider and Pharmacy Directory)* ծանոթանալու համար:

- **Հաշվարկեք ձեր ընդհանուր ծախսերը մեր պլանում:**
  - Որքա՞ն գումար եք ծախսելու ձեր գրպանից՝ ծառայությունների և դեղերի համար, որոնք պարբերաբար օգտագործում եք:
  - Ինչպե՞ս են համեմատվում ընդհանուր ծախսերն ապահովագրական ծածկույթի այլ տարբերակների հետ:
- **Մտածեք՝ արդյոք գոհ եք մեր պլանից:**

Եթե որոշում եք մնալ Kaiser Permanente Dual Complete South P9-ում.

Եթե ցանկանում եք մնալ մեր պլանում հաջորդ տարի, ապա ձեզնից ոչինչ պետք չէ անել: Եթե որևէ փոփոխություն չանեք, դուք ավտոմատ կերպով գրանցված կմնաք Kaiser Permanente Dual Complete South P9 պլանում:

Արդյո՞ք ցանկանում եք փոխել պլանը.

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

C. Ձեր պլանի անվան փոփոխություններ

2027 թվականի հունվարի 1-ից Ձեր ծրագրի անվանումը Kaiser Permanente Dual Complete South P1-ից փոխվում է Kaiser Permanente Dual Complete South P9-ի: Անդամների պլանի վերաբերյալ տեղեկությունները ուսումնասիրելիս անպայման հաշվի առեք ձեր նոր պլանի անունը:

Մինչև 2027թ-ի հունվար ամիսը դուք կստանաք նոր ID քարտ:

D. Փոփոխություններ մեր ցանցի բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատների ցանկում

Ձեր դեղերի համար վճարվող գումարի չափը կախված է այն հանգամանքից, թե որ դեղատնից եք օգտվում: Մեր պլանն ունի դեղատների ցանց: Հիմնականում մենք դեղատոմսային դեղերի համար վճարում ենք *միայն* այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են մեր ցանցային դեղատներից որևէ մեկի կողմից:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Մեր բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատների ցանցը փոփոխվել է 2027 թ-ի համար:

Խնդրում ենք ծանոթանալ 2027 թվականի *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուին*՝ պարզելու համար, թե արդյոք ձեր մատակարարները (ընտանեկան բժիշկ, մասնագետներ, հիվանդանոցներ և այլն) կամ դեղատունը մեր ցանցում են: *Մատակարարների և դեղատների* թարմացված *տեղեկատուն* տեղադրված է մեր վեբկայքում՝ kp.org/directory (Անգլերեն): Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ բուժծառայություններ մատուցողների մասին թարմացված տեղեկություններ ստանալու համար կամ խնդրել, որպեսզի մենք ձեզ փոստով ուղարկենք *Մատակարարների և դեղատների տեղեկատուն*:

Կարևոր է իմանալ, որ մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել մեր ցանցում նաև տարվա ընթացքում: Եթե ձեր բուժծառայություններ մատուցողը դուրս է գալիս մեր պլանից, ապա ձեզ վերապահվում են որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություն: Ավելի շատ տեղեկությունների համար տե՛ս ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **3-րդ Գլուխը** կամ օգնություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամներրի սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

E. Նպաստների և ծախսերի փոփոխությունները հաջորդ տարվա համար

E1. Նպաստների և ծախսերի փոփոխություններ բժշկական ծառայությունների համար

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

	2026 (այս տարի)	**2027 (հաջորդ տարի)**
Շտապօգնության ծառայություններ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ծածկույթը, յուրաքանչյուր մեկ ուղղությամբ ուղևորության համար կվճարեք **$400**:	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ծածկույթը, յուրաքանչյուր մեկ ուղղությամբ ուղևորության համար կվճարեք **$290**:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Դիաբետիկ թերապևտիկ կոշիկներ և ներդիրներ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ծածկույթը, կվճարեք համապատասխանության **20%**:	Դուք վճարում եք **$0**:
Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ Durable medical equipment, (DME) Տե՛ս *Անդամի ձեռնարկի* **12-րդ գլուխը**՝ «Երկարատև օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME)» տերմինի սահմանման համար:	Դուք վճարում եք **$0**: Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, դուք կվճարեք **0%** կամ **20% համապատասխանություն**՝ կախված ապրանքից:	Դուք վճարում եք **$0**:
Շտապ օգնության բաժանմունք	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ծածկույթը, յուրաքանչյուր այցելության համար կվճարեք **$115**:	Դուք վճարում եք **$0**:
Ակնոցների և տեսողության շտկման միջոցների նպաստ	Դուք յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ ստանում եք **$350-**ի չափով նպաստ: եթե ձեր գնած ակնոցների կամ տեսողության շտկման միջոցների արժեքը գերազանցում է ձեր նպաստի չափը, ապա տարբերությունը վճարում եք դուք:	Դուք յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ ստանում եք **$500-**ի չափով նպաստ: եթե ձեր գնած ակնոցների կամ տեսողության շտկման միջոցների արժեքը գերազանցում է ձեր նպաստի չափը, ապա տարբերությունը վճարում եք դուք:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ստացիոնար ինտենսիվ բուժխնամք	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր հոսպիտալացման համար **1–5-րդ** օրերի համար կվճարեք օրական **$475** (հոսպիտալացման մնացած օրերի համար՝ **$0**):	Դուք վճարում եք **$0**:
Հոգեկան առողջության ստացիոնար խնամք	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր հոսպիտալացման համար **1–5-րդ** օրերի համար կվճարեք օրական **$405** (հոսպիտալացման մնացած օրերի համար՝ **$0**):	Դուք վճարում եք **$0**:
Բժշկական պարագաներ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, դուք կվճարեք **0%** կամ **20%** համապահովագրություն՝ կախված ապրանքից:	Դուք վճարում եք **$0**:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
ՄՌՏ, ՀՏ և ՊԷՏ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար կվճարեք **$500**:	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար կվճարեք **$50**:
Անհետաձգելի բուժզննության ծառայություններ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, կվճարեք՝ **$0**, եթե շտապ օգնության բաժանմունքից տեղափոխվեք դիտարկման կամ դիտարկման ծառայությունը տրամադրվի ամբուլատոր վիրահատությունից հետո, կամ **$115** յուրաքանչյուր դիտարկման դեպքի համար, եթե որպես ամբուլատոր պացիենտ անմիջապես ընդունվեք հիվանդանոց՝ դիտարկման նպատակով:	Դուք վճարում եք **$0**:
Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ծածկույթը, յուրաքանչյուր այցելության համար կվճարեք **$0–$475**՝ կախված մատուցվող ծառայությունից:	Դուք վճարում եք **$0**:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Ամբուլատոր վիրաբուժություն ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնում	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր պրոցեդուրայի համար կվճարեք **$475**:	Դուք վճարում եք **$0**:
Առանց դեղատոմսի (Over the Counter, OTC) ապրանքներ	Դուք կստանաք **նախապես լիցքավորված առողջության հավելավճարների քարտ՝ $100** եռամսյակային արտոնության սահմանաչափով՝ իրավասու OTC ապրանքներ առցանց և մասնակցող մանրածախ խանութներում, այդ թվում՝ Kaiser Permanente-ի մանրածախ դեղատներում, գնելու համար:	Դուք կստանաք **նախապես լիցքավորված առողջության հավելավճարների քարտ՝ $170** եռամսյակային արտոնության սահմանաչափով՝ իրավասու OTC ապրանքներ առցանց և մասնակցող մանրածախ խանութներում, այդ թվում՝ Kaiser Permanente-ի մանրածախ դեղատներում, գնելու համար: **Եթե դուք համապատասխանում եք Քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար հատուկ լրացուցիչ նպաստների (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** իրավասության պահանջներին, կարող եք նաև օգտագործել ձեր նպաստը առողջ սննդամթերք գնելու համար:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
		Ձեր քարտը կվերալիցքավորվի հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին: Եռամսյակային նպաստի չօգտագործված մասը չի փոխանցվի հաջորդ եռամսյակ: Նշում՝ Նպաստը չի կարող օգտագործվել թեյավճարների կամ վճարների (օրինակ՝ առաքման կամ փոստային առաքման վճարների) համար:
Պրոթեզային սարքեր	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, կվճարեք համապատասխանության **20%**:	Դուք վճարում եք **$0**:
Հոգեմետ թմրամիջոցների օգտագործման և հոգեկան խնդիրների բուժում	**Ծածկվում է Ձեր Dual Complete պլանի շրջանակում՝ որպես Medicare-ի կողմից տրամադրվող նպաստ:** Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր հոսպիտալացման դեպքում կվճարեք **$100**:	**Չի ծածկվում Ձեր Dual Complete պլանի շրջանակում՝ որպես Medicare-ի կողմից տրամադրվող նպաստ:** **Բնակելի պայմաններում թմրամիջոցների օգտագործման խանգարումների և հոգեկան առողջության բուժումը ծածկվում է Ձեր Dual Complete պլանի շրջանակում՝ որպես Medi-Cal-ի նպաստ,**

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
		որը տրամադրվում է Ձեր շրջանի վարքագծային առողջության ծառայությունների գործակալության կողմից:
Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության (Skilled Nursing Facility, SNF) խնամք	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի ընթացքում կվճարեք՝ **$0**՝ **1–20**-րդ օրերի համար, և օրական **$214**՝ **21–100**-րդ օրերի համար:	Դուք վճարում եք **$0**: Եթե կորցնեք ամբողջական ծավալով Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը, յուրաքանչյուր նպաստի ժամանակահատվածի ընթացքում կվճարեք՝ **$0**՝ **1–20**-րդ օրերի համար, և օրական **$221**՝ **21–100**-րդ օրերի համար:
Քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար հատուկ լրացուցիչ նպաստներ (SSBCI) – առողջ սնունդ Առողջ սննդի նպաստը քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց համար նախատեսված հատուկ լրացուցիչ ծրագրի մի մասն է: Ոչ բոլոր անդամներն են իրավասու ստանալու այս նպաստը: Իրավասու լինելու համար անդամները պետք է ունենան որոշակի քրոնիկ հիվանդություններ, ինչպիսիք են շաքարախտը,	**Չի** փոխհատուցվում:	**Փոխհատուցվում է, եթե համապատասխանում եք SSBCI-ի իրավասության պահանջներին:** Ծրագրի կողմից նույնականացված այն անդամները, որոնք համապատասխանում են այս նպաստի չափանիշներին, կարող են օգտագործել OTC-ի տողում նկարագրված **նախապես լիցքավորված Լրացուցիչ առողջապահական արտոնությունների քարտը**՝ OTC պրանքներից բացի նաև առողջ սնունդ, օրինակ՝ մրգեր և բանջարեղեն, առցանց և

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
ճարպակալումը, սրտանոթային խանգարումները, օստեոարթրիտը կամ երիկամների քրոնիկ հիվանդությունը: Կան նաև այլ հիվանդություններ, որոնց առկայության դեպքում դուք կարող եք իրավասու լինել ստանալու այս նպաստը: Այս նպաստը ստանալու իրավասությունը չի կարող երաշխավորվել միայն ձեր հիվանդության հիման վրա: Նախքան նպաստի տրամադրումը պետք է բավարարվեն իրավասության բոլոր կիրառելի պահանջները: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ:		մասնակցող մանրածախ խանութներից գնելու համար: Ձեր քարտը կվերալիցքավորվի հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին: Եռամսյակային նպաստի չօգտագործված մասը չի փոխանցվի հաջորդ եռամսյակ: Նշում՝ Նպաստը չի կարող օգտագործվել թեյավճարների կամ վճարների (օրինակ՝ առաքման կամ փոստային առաքման վճարների) համար: Լրացուցիչ մանրամասների համար խնդրում ենք ծանոթանալ Ձեր *Անդամի ձեռնարկին*:
Տրանսպորտային ծառայություններ – Medicare-ի կողմից չծածկվող ոչ շտապ բժշկական տրանսպորտային ծառայություններ Եթե ծառայությունը նշանակված է ցանցային մատակարարի կողմից, մենք ծածկում ենք բժշկական առումով անհրաժեշտ, ոչ շտապ տրանսպորտային ծառայությունները՝ լիցենզավորված	**Չի** փոխհատուցվում:	Փոխհատուցվում է: Դուք վճարում եք **$0**:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
պատգարակով/պատգարակ-մեքենայով կամ սայլակով տեղափոխման մեքենայով՝ տուն (մինչև 100 մղոն հեռավորության վրա), հմուտ բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF) կամ խնամքի ավելի բարձր մակարդակ ապահովող այլ հաստատություն տեղափոխելու համար, եթե տեղափոխումն իրականացվում է անմիջապես ստացիոնար հոսպիտալացումից կամ շտապ, անհետաձգելի բուժօգնության կամ ամբուլատոր հիվանդանոցային որոշակի այցելություններից հետո:		

E2. Փոփոխություններ դեղերի փոխհատուցման ծածկույթում

Փոփոխություններ մեր *Դեղերի ցանկում*

Մեր Փոխհատուցվող դեղերի ցանկը կոչվում է նաև Ֆորմուլյար կամ Դեղերի ցանկ: Մեր Դեղերի ցանկի պատճենը հասանելի է առցանց՝ kp.org/seniorrx (Անգլերեն) հասցեով: Մենք մեր *Դեղերի ցանկում* կատարել ենք փոփոխություններ, որոնք կարող են ներառել որոշակի դեղերի հեռացում կամ ավելացում, մեր կողմից փոխհատուցվող դեղերի փոփոխություն և որոշակի դեղերի նկատմամբ մեր կողմից սահմանափակումների փոփոխություն, կամ դեղերի տեղափոխում ծախսերի բաշխման այլ մակարդակ:

Վերանայեք *Դեղերի ցանկը*՝ **համոզվելու համար, որ ձեր դեղերը կփոխհատուցվեն հաջորդ տարի**, և պարզելու համար՝ արդյոք կան սահմանափակումներ, կամ ձեր դեղը տեղափոխվել է ծախսերի բաշխման այլ մակարդակ:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Դեղերի ցանկի փոփոխությունների մեծ մասը նոր են յուրաքանչյուր տարվա սկզբի համար: Այնուամենայնիվ, մենք կարող ենք կատարել Medicare-ի և/կամ նահանգի կողմից թույլատրված այլ փոփոխություններ, որոնք օրացուցային տարվա ընթացքում կարող են ազդել ձեզ վրա: Մենք թարմացնում ենք մեր առցանց *Դեղերի ցանկն* առնվազն ամսական կտրվածքով, որպեսզի տրամադրենք դեղերի ամենաարդիական ցանկը: Եթե մենք փոփոխություն կատարենք, որը կազդի ձեր ընդունած դեղամիջոցի վրա, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք փոփոխության մասին:

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

- Խորհրդակցել ձեր բժշկի (կամ դեղ նշանակողի) հետ, որպեսզի ձեզ առաջարկի այլ դեղամիջոց, որը մենք կփոխհատուցենք:
    - Դուք կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով՝ միևնույն առողջական խնդրի բուժման համար կիրառվող փոխհատուցվող *դեղերի ցանկը* խնդրելու համար:
    - Այս ցանկը կարող է օգտակար լինել ձեր բուժծառայություններ մատուցողի համար՝ ձեզ հարմար փոխհատուցվող դեղամիջոցը գտնելու համար:
- Խնդրեք, որպեսզի մենք ապահովենք դեղամիջոցի ժամանակավոր փոխհատուցումը:
    - Որոշ դեպքերում մենք **ժամանակավորապես** փոխհատուցում ենք դեղը օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:
    - Այս ժամանակավոր փոխհատուցումը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար: (Մանրամասն տեղեկությունների համար, թե երբ կարող եք ստանալ ժամանակավոր մատակարարում և ինչպես դիմել դրա համար, այցելեք *Անդամի ձեռնարկի* **5-րդ Գլուխը**:)
    - Երբ ստանաք դեղամիջոցի ժամանակավոր փոխհատուցում, ապա խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ, թե ինչ պետք է անեք, ժամանակավոր փոխհատուցման ժամկետը լրանալուց հետո: Դուք պետք է կա՛մ մեր պլանի կողմից փոխհատուցվող այլ դեղամիջոց սկսեք օգտագործել, կա՛մ պետք է խնդրեք մեզ, որպեսզի ձեզ համար բացառություն անենք և փոխհատուցենք ձեր ընթացիկ դեղը:
    - Դեղերի ցանկում ներկայումս հաստատված բոլոր բացառությունների ժամկետը լրանում է յուրաքանչյուր օրացուցային տարվա վերջում, և դրանք պետք է նորից ներկայացվեն հաստատման նոր տարվա սկզբին:

Դեղերի արժեքների փոփոխություններ

Քանի որ դուք համապատասխանում եք Medi-Cal-ի պահանջներին, դուք ստանում եք Extra Help Medicare-ից, որը նպատակ ունի օգնել ձեզ վճարել Medicare Մաս D-ի դեղատոմսային դեղերի համար: Մենք Ձեզ ուղարկել ենք առանձին ներդիր՝ «Դեղատոմսով դեղերի համար ֆինանսական Extra Help ստացող անձանց համար Ապահովագրական ծածկույթի ապացույցի հավելված» (Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs) (որը նաև կոչվում է «Ցածր եկամուտ ունեցող անձանց սուբսիդիայի հավելված» Low Income Subsidy Rider) կամ «LIS Rider», որը տեղեկություններ է պարունակում Ձեր դեղերի ծածկույթի վերաբերյալ: Եթե դուք չունեք այս ներդիրը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և նրանցից պահանջեք «LIS Rider»-ը:

Մեր պլանով Medicare Մաս D-ով տրամադրվող դեղերի փոխհատուցման պլանի համար գոյություն ունի վճարման երկու փուլ: Ձեր վճարած գումարը կախված է Extra Help-ի Ձեր մակարդակից և այն բանից, թե որ փուլում եք գտնվում, երբ ստանում կամ վերալիցքավորում եք դեղատոմսով դեղը: Երկու փուլերն են՝

Փուլ 1-ին **Սկզբնական փոխհատուցման փուլ**	**Փուլ 2-րդ** **Կրիտիկական փոխհատուցման փուլ**
Այս փուլում մեր պլանը վճարում է ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար: Այս փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսային դեղերը:	Այս փուլում պլանը վճարում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2027 թվականի դեկտեմբերի 31-ը: Այս փուլը սկսվում է՝ ձեր գրպանից որոշակի գումար վճարելուց հետո:

Սկզբնական փոխհատուցման փուլն ավարտվում է այն ժամանակ, երբ ստացվող դեղերի՝ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **$2,400**-ի: Այդ պահից սկսվում է Կրիտիկական փոխհատուցման փուլը: Մեր պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից սկսած մինչև տարվա վերջ: Ուսումնասիրեք *Անդամի ձեռնարկի* **6-րդ Գլուխը**՝ դեղերի համար վճարվելիք չափի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

E3. Փուլ 1. «Սկզբնական փոխհատուցման փուլ»

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

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

Հետևյալ աղյուսակը ցույց է տալիս ձեր մեկ ամսվա մատակարարման արժեքը, որը ստանում եք ցանցային դեղատնից մեր վեց դեղերի մակարդակներից յուրաքանչյուրի ստանդարտ համավճարներով: Այս գումարները կիրառվում են **միայն**, երբ Սկզբնական փոխհատուցման փուլում եք:

Մեծահասակների Մաս D-ի պատվաստանյութերի մեծ մասը ձեզ տրամադրվում է անվճար: Երկարաժամկետ պաշարի վերաբերյալ տեղեկությունների համար այցելեք ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **6-րդ Գլխի D բաժինը**:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
1-2 մակարդակների դեղամիջոցներ (ներառյալ ջեներիկ դեղամիջոցները) Ցանցային կամ փոստային առաքմամբ դեղատանը ստացված՝ 1-ին և 2-րդ մակարդակների դեղամիջոցի մեկամսյա պաշարի արժեքը	Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է **$0–$5.10 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։ Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրյա) մատակարարման յուրաքանչյուր ապահովագրված ինսուլինի արտադրանքի համար կազմում է **$0–$5.10 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։ Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա փոստային պատվերի դեղատոմսի) համար կազմում է **$0–$5.10 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։	Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է **$0–$5.80 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։ Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրյա) մատակարարման յուրաքանչյուր ապահովագրված ինսուլինի արտադրանքի համար կազմում է **$0–$5.80 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։ Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա փոստային պատվերի դեղատոմսի) համար կազմում է **$0–$5.80 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից։

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
3-5 մակարդակների դեղամիջոցներ (ներառյալ՝ ապրանքանիշային և մասնագիտացված դեղամիջոցները) Ցանցային կամ փոստային առաքմամբ դեղատանը տրամադրվող 3–5-րդ մակարդակների դեղամիջոցերի մեկամսյա պաշարի արժեքը	Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է **$0–$12.65 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից: Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրյա) մատակարարման յուրաքանչյուր ապահովագրված ինսուլինի արտադրանքի համար կազմում է **$0–$12.65 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից: Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա փոստային պատվերի դեղատոմսի) համար կազմում է **$0–$12.65 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից:	Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա մատակարարում) համար կազմում է **$0–$14.40 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից: Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրյա) մատակարարման յուրաքանչյուր ապահովագրված ինսուլինի արտադրանքի համար կազմում է **$0–$14.40 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից: Ձեր համավճարը մեկ ամսվա (30 օրվա փոստային պատվերի դեղատոմսի) համար կազմում է **$0–$14.40 մեկ դեղատոմսի համար**՝ կախված ձեր «Extra Help»-ի մակարդակից:
6-րդ մակարդակի դեղեր (ներառում է Մաս D-ի պատվաստանյութեր)	Դուք վճարում եք **$0**:	Դուք վճարում եք **$0**:

Սկզբնական փոխհատուցման փուլն ավարտվում է այն ժամանակ, երբ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի՝ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **$2,400:** Այդ պահից սկսվում է Կրիտիկական փոխհատուցման փուլը: Պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից սկսած մինչև տարվա վերջ: Ուսումնասիրեք *Անդամի ձեռնարկի* **6-րդ Գլուխը**՝ ձեր դեղամիջոցների համար վճարվելիք չափի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

E4. Փուլ 2. «Կրիտիկական փոխհատուցման փուլ»

Երբ դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի սահմանաչափը հասնում է **$2,400**-ի, սկսվում է Կրիտիկական փոխհատուցման փուլը և դուք ոչինչ չեք վճարում ձեր ապահովագրված դեղերի համար: Դուք մնում եք Կրիտիկական փոխհատուցման փուլում մինչև օրացույցային տարվա վերջը:

Կրիտիկական փոխհատուցման փուլում ձեր ծախսերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ընթերցեք Անդամի ձեռնարկի **6-րդ Գլուխը**, ձեր *Անդամի ձեռնարկի* **E բաժնում**:

F. Վարչական փոփոխություններ

Բացի այդ, հաջորդ տարի տեղի կունենա վարչական փոփոխություն: Ստորև աղյուսակում նկարագրված է փոփոխությունը:

	2026 (այս տարի)	2027 (հաջորդ տարի)
Պլանի նպաստների փաթեթի (Plan Benefit Package, PBP) համարը	Ձեր ներկայիս պլանը՝ Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP), հայտնի է նաև որպես PBP #001:	Ձեր նոր պլանը՝ Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP), հայտնի է նաև որպես PBP #009:

G. Պլանի ընտրությունը

G1. Մեր պլանում մնալը

Մենք հույս ունենք, որ դուք կմնաք որպես մեր պլանի անդամ: Մեր ծրագրում մնալու համար ձեզնից ոչինչ չի պահանջվում: Եթե դուք չեք գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ պլանի կամ Original Medicare պլանի համար, ապա ավտոմատ կերպով շարունակում եք մնալ մեր պլանի անդամը նաև 2027 թվականին:

G2. Պլանի փոփոխում

Medicare պլանում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածում:

Բացի այդ, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին հետևյալ ժամանակահատվածներում.

- **Բաց գրանցման ժամանակահատվածը**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր պլան, ապա ձեր անդամակցությունը մեր պլանին կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ նոր պլանին անդամակցությունը կսկսվի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA)-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածը**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Այս ժամանակահատվածում նոր ապահովագրական պլան ընտրելու դեպքում, ձեր անդամակցությունը դրան կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:
- Քանի որ Դուք ունեք Medi-Cal-ի ծածկույթ, մեր պլանում ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մի քանի տարբերակ ունեք, այդ թվում՝ տարվա ցանկացած ամսվա ընթացքում:

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

- տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից,
- Medi-Cal-ի կամ Extra Help ծառայությունները փոխվեն **կամ**
- դուք վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամք եք ստանում որևէ հաստատությունում (օրինակ՝ մասնագիտացված խնամքի կենտրոնում կամ երկարատև խնամքի հիվանդանոցում): Եթե դուք վերջերս եք տեղափոխվել հաստատությունից, դուք կարող եք փոխել պլանները կամ տեղափոխվել Original Medicare պլան, տեղափոխման ամսվանից երկու ամբողջ ամիս հետո: ,

Medicare-ի ձեր ծառայությունները

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ ստորև նշված Medicare-ի ծառայությունները տարվա ցանկացած ամսին ստանալու համար: Դուք ունեք լրացուցիչ տարբերակ, որը թվարկված է ստորև տարվա որոշակի ժամանակահատվածներում, ներառյալ՝ **Բաց գրանցման ժամանակահատվածը** և **Medicare Advantage-ի Բաց գրանցման ժամանակահատվածը** կամ այլ իրավիճակներ, որոնք նկարագրված են **G2 Բաժնում**: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:

1. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝ **Medi-Medi պլանը Medicare Advantage պլանի տեսակ է: Այն նախատեսված է այն մարդկանց համար, որոնք ունեն և՛ Medicare, և՛ Medi-Cal, և միավորում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի արտոնությունները մեկ պլանի մեջ: Medi-Medi պլանները համակարգում են երկու ծրագրերի բոլոր արտոնություններն ու ծառայությունները՝ ներառյալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունները կամ տարեցների համար նախատեսված համալիր խնամքի պլանը (Program of All-inclusive Care, PACE), եթե դուք համապատասխանում եք պահանջներին:** **Նշում՝** Medi-Medi պլան տերմինը Կալիֆոռնիայում ինտեգրված երկակի իրավասու հատուկ կարիքների ծրագրերի (D-SNP) անվանումն է:	**Ինչ է պետք անել դրա համար՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հետ կապված հարցերով զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223): Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան 17:00 (TTY՝ 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: **ԿԱՄ** Գրանցվեք Medi-Medi նոր պլանում: Երբ ձեր նոր պլանի ապահովագրությունը սկսվի, դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից: Ձեր Medi-Cal պլանը կփոխվի՝ ձեր Medi-Medi պլանին համապատասխանելու համար:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

2. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝ **Original Medicare՝ Medicare-ի դեղերի առանձին պլանով**	**Ինչ է պետք անել դրա համար՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան 17:00 (TTY՝ 711)։ Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: **ԿԱՄ** Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նոր պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը։ Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոխվի, եթե դուք չդիմեք փոփոխության համար:

3. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝ **Original Medicare՝ առանց առանձին Medicare-ի դեղերի ծրագրի, եթե ունեք անդամակցությունը դադարեցնելու վավեր պատճառ:** **ՆՇՈՒՄ՝** Եթե դուք անցնում եք Original Medicare-ին և չեք գրանցվում Medicare-ի դեղերի առանձին պլանում, Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի պլանի մեջ, եթե դուք Medicare-ին չհայտնեք, որ չեք ցանկանում միանալ: Դուք պետք է հրաժարվեք դեղերի ապահովագրական ծածկույթից միայն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրական ծածկույթ ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ՝ ձեզ հասնում է դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, թե ոչ, զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան 17:00: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:	**Ինչ է պետք անել դրա համար՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան 17:00 (TTY՝ 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal պլանը չի փոխվի, եթե դուք չդիմեք փոփոխության համար:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

4. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝ **Medicare-ի ցանկացած առողջապահական պլան** տարվա որոշակի ժամանակահատվածում, ներառյալ **Բաց գրանցման ժամանակահատվածը** և **Medicare Advantage-ի Բաց գրանցման ժամանակահատվածը** կամ **G բաժնում** նկարագրված այլ իրավիճակներ:	**Ինչ է պետք անել դրա համար՝** Զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048: Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հետ կապված հարցերով զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223): Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝ • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության պլան (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան 17:00 (TTY՝ 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/: **ԿԱՄ** Գրանցվեք Medicare-ի նոր պլանում: Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք Medicare-ի մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր նոր պլանի ապահովագրությունը: Ձեր Medi-Cal պլանը կարող է փոխվել:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Medi-Cal-ի ծառայությունները

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես ընտրել Medi-Cal-ի պլան կամ ստանալ Medi-Cal-ի ծառայություններ մեր պլանից դուրս գալուս հետո, կապ հաստատեք Առողջապահական խնամքի տարբերակների գրասենյակի հետ՝ 1-800-430-4263 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 08:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 18:00: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ պլանին միանալը կամ Original Medicare պլանին վերադարձը ազդում ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթի վրա:

H. Աջակցության տրամադրում

H1. Մեր պլանը

Մենք սիրով կօգնենք ձեզ, եթե հարցեր ունենաք: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով նշված աշխատանքային օրերին և ժամերին: Այս զանգերն անվճար են:

Կարդացեք ձեր *Անդամի ձեռնարկը*

Ձեր *Անդամի ձեռնարկն* օրինական փաստաթուղթ է, որտեղ տրված է մեր պլանի նպաստների մանրամասն նկարագրությունը: Այնտեղ ներկայացված են մանրամասներ 2027 թ.-ի մեր նպաստների և ծախսերի մասին: Այն բացատրում է Ձեր իրավունքները և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ մեր կողմից ծածկվող ծառայություններն ու դեղերը ստանալու համար:

2027 թվականի *Անդամի ձեռնարկը* հասանելի կլինի մինչև հոկտեմբերի 15-ը: *Անդամի ձեռնարկի* արդի տարբերակը հասանելի է մեր կայքում՝ kp.org/eocscal (Անգլերեն) հասցեով: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, որպեսզի 2027 թվականի *Անդամի ձեռնարկը* ձեզ փոստով ուղարկելու հարցում ուղարկեք:

Մեր կայքէջը

Դուք կարող եք այցելել մեր կայքէջը՝ kp.org (Անգլերեն): Հիշեցնենք, որ մեր կայքում ներկայացված է ամենաթարմ տեղեկատվությունը մեր մատակարարների և դեղատների ցանցի (*մատակարարների և դեղատների տեղեկատու*), ինչպես նաև *Դեղերի ցանկի* մասին (*Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ*):

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

Դուք կարող եք նաև զանգահարել Նահանգային բժշկական ապահովագրության աջակցության ծրագիր (State Health Insurance Assistance Program, SHIP): Կալիֆոռնիայում SHIP ծրագիրը կոչվում է Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են օգնել ձեզ պլանի ընտրության հարցում և

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

պատասխանել պլանը փոխելու հետ կապված հարցերին: HICAP-ը կապ չունի մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, իսկ ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է 1-800-434-0222: (TTY՝ 711): Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի գրասենյակ գտնելու համար այցելեք www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/:

H3. Ombudsman Program

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

- կարող են պատասխանել ձեր հարցերին, եթե խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են ձեզ ուղղորդել, թե ինչ անել:
- ապահովում է իրազեկվածություն ձեր իրավունքների և պաշտպանության մասին և, թե ինչպես կարող եք լուծել ձեր խնդիրները:
- կապված չէ մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: Medicare Medi-Cal-ի Օմբուդսմենի ծրագրի հեռախոսահամարն է 1-855-501-3077:

H4. Medicare

Անմիջապես Medicare-ից տեսեկություններ ստանալու համար՝

- Զանգահարելով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:
- գրեք ուղիղ զրույցի միջոցով՝ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- գրեք Medicare-ին հետևյալ հասցեով՝ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044:

Medicare-ի վեբկայք

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

Դուք կարող եք տեղեկություններ գտնել ձեր տարածաշրջանում հասանելի Medicare-ի պլանների մասին՝ Medicare Plan Finder-ի (Ծրագրերի պլանների որոնման գործիք) օգնությամբ Medicare-ի վեբկայքում: (Պլանների մասին տեղեկությունների համար անցեք www.medicare.gov և սեղմեք «Find plans»):

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Medicare-ը և դուք, 2027 թ.

Դուք կարող եք կարդալ *Medicare-ը և դուք*, 2027 թ. (Medicare & You 2027) ձեռնարկը: Ամեն տարի աշնանը այս բուկլետը փոստով ուղարկվում է Medicare-ի ծրագրում գրանցված անձանց: Այնտեղ կգտնեք Medicare-ի նպաստների, իրավունքների և պաշտպանությունների մասին հակիրճ նկարագրությունը, ինչպես նաև Medicare-ի հետ կապված ամենահաճախ տրվող հարցերի պատասխանները: Այս ձեռնարկը հասանելի է նաև իսպաներեն, չինարեն և վիետնամերեն:

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

H5. Կալիֆոռնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչություն

Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն պատասխանատու է բուժխնամքի ծառայության ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե ձեր առողջապահական պլանի հետ կապված բողոքներ ունեք, ապա նախ պետք է զանգահարեք ձեր առողջապահական պլան՝ **1-800-443-0815** հեռախոսահամարով և հետևեք ձեր առողջապահական պլանի բողոքարկման ընթացակարգին՝ նախքան բաժնին դիմելը: Բողոքների քննման այս ընթացակարգի կիրառումը Ձեզ չի զրկում որևէ հնարավոր իրավական իրավունքներից կամ պաշտպանության միջոցներից, որոնք կարող են հասանելի լինել Ձեզ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն արտակարգ իրավիճակի հետ կապված բողոքի լուծման, բողոքի, որը Ձեր առողջապահական պլանի կողմից բավարար կերպով չի կարգավորվել, կամ բողոքի, որը մնում է չլուծված ավելի քան 30 օր, կարող եք օգնության համար դիմել վարչություն: Դուք կարող եք իրավունք ունենալ նաև անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR): Եթե Դուք IMR-ի իրավունք ունեք, ապա IMR-ի շրջանակներում կանցկացվի առողջապահական պլանի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ ստուգում՝ կապված առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձարարական կամ հետազոտական բուժման ծախսերը հոգալու վերաբերյալ որոշումների, ինչպես նաև անհետաձգելի կամ շտապ բժշկական օգնության վճարումների շուրջ վեճերի հետ: Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (**1-888-466-2219**) և TDD գիծ (**1-877-688-9891**) լսողության և խոսքի խանգարում ունեցողների համար: Բաժանմունքի **www.dmhc.ca.gov** ինտերնետային վեբկայքում կգտնեք առցանց բողոքի ձևեր, IMR դիմումաձևեր և հրահանգներ:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար ընթերցեք *Անդամի ձեռնարկի* **9-րդ Գլխի F4 բաժինը**:

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

H6. Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan վճարման տարբերակ է, որը կարող է օգնել ձեզ կառավարել մեր ծրագրով ապահովագրված դեղերի համար ձեր գրպանից կատարվող ծախսերը՝ դրանք բաշխելով օրացուցային տարվա ընթացքում (հունվար-դեկտեմբեր) որպես ամսական վճարումներ: Medicare դեղամիջոցների պլանի կամ դեղամիջոցների հատուցումով Medicare առողջապահական ծրագրի (ինչպես, օրինակ, Medicare Advantage պլանը-ը՝ դեղերի ծածկույթով) ցանկացած անձ կարող է օգտվել վճարման այս տարբերակից: Եթե դուք մասնակցում եք Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի վճարման ծրագրին և շարունակում եք մնալ նույն Մաս D պլանում, ապա 2027 թվականին ձեր մասնակցությունը շարունակելու համար որևէ գործողություն ձեռնարկելու կարիք չունեք: Վճարման այս տարբերակը կարող է օգնել ձեզ կառավարել ձեր ծախսերը, բայց դա չի խնայում ձեր գումարը և չի նվազեցնում ձեր դեղերի ծախսերը:

«Extra Help»-ը Medicare-ից և ձեր նահանգի դեղագործական աջակցության ծրագրի (state pharmaceutical assistance program, SPAP) և ՁԻԱՀ-ի դեղերի աջակցության ծրագրի (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) օգնությունն է նրանց համար, ովքեր իրավասու են, այն ավելի շատ նպաստներ է տրամադրում, քան միայն Medicare Prescription Payment Plan: Այս ծրագրի մասին ավելին իմանալու համար խնդրում ենք կապվել մեզ հետ այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով կամ այցելել www.medicare.gov:

Գրավաճառության կրճատման մասին օրենք (Paperwork Reduction Act, PRA)-ի բացահայտման հայտարարություն *Համաձայն 1995 թվականի «Գրավաճառության կրճատման մասին» օրենքի՝ ոչ մի անձ պարտավոր չէ պատասխանել տեղեկատվության հավաքածուին, եթե այն չի պարունակում Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի (Office of Management and Budget, OMB)-ի վավեր վերահսկիչ համար: Այս տեղեկատվության հավաքագրման համար գործող OMB վերահսկիչ համարը 0938-1444 է: Եթե ունեք այս ձևաթուղթը բարելավելու վերաբերյալ մեկնաբանություններ կամ առաջարկություններ, գրավոր դիմեք՝CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն 1-800-443-0815 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), շաբաթական 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև երեկոյան 20:00: Զանգն անվճար է: **Ավելի շատ տեղեկությունների համար** այցելեք kp.org/medicare (Անգլերեն) կայքը:

Առողջապահական պլանի մասին տեղեկատվություն

Որպես այս առողջապահական պլանի անդամ՝ մենք կարող ենք ժամանակ առ ժամանակ կապվել Ձեզ հետ, որպեսզի տեղեկացնենք Kaiser Permanente-ի Ձեզ հասանելի առողջապահական այլ պլանների կամ պրոդուկտների մասին: Եթե ցանկանում եք հրաժարվել այս տեսակի զանգերից, խնդրում ենք կապվել Ձեր անդամի ID քարտի հետնամասում նշված Անդամների սպասարկման հեռախոսահամարով:

Kaiser Permanente-ն այժմ առաջարկում է նոր եղանակներ, որպեսզի անվտանգ կերպով փոխանցի Ձեր առողջության մասին տեղեկությունները: Այցելեք ***kp.org/datasharing*** *կայք, որպեսզի տեղեկանաք Payer-to-Payer Application Programming Interface-ի (API) և Provider Access API-ի մասին, այդ թվում՝ ինչպես են դրանք աշխատում և ինչպես կարելի է միանալ:*

Kaiser Permanente-ի Մատակարարների տեղեկատուներ

Եթե ցանցային մատակարար կամ դեղատուն գտնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, այցելեք **kp.org/directory** կայք, որպես որոնեք մեր առցանց տեղեկատուն (Նշում. 2027թ. -ի տեղեկատուները առցանց հասանելի կլինեն 2026 թվականի հոկտեմբերի 15-ից սկսած՝ համաձայն Medicare-ի պահանջների):

Եթե ցանկանում եք, որ տեղեկատուն Ձեզ էլփոստով ուղարկվի, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815** (TTY **711**) հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև 20:00:

Kaiser Permanente Medicare Part D-ի ամբողջական դեղացանկը (ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված դեղերի ցանկ)

Մեր ամբողջական դեղացանկը նշում է Medicare Part D-ի ծածկույթում ընդգրկված դեղերը: Այս դեղացանկը կարող է ցանկացած ժամանակ փոփոխվել:
Մենք այդ մասին Ձեզ կտեղեկացնենք: Եթե ապահովագրական ծածկույթում ընդգրկված դեղերի վերաբերյալ ունեք հարցեր, օգտվեք մեր առցանց դեղացանկից **kp.org/seniorrx** կայքում (Նշում. 2027թ. -ի դեղացանկն առցանց հասանելի կլինի 2026 թվականի հոկտեմբերի 15-ից սկսած՝ համաձայն Medicare-ի պահանջների):

Եթե ցանկանում եք, որ տեղեկատուն Ձեզ էլփոստով ուղարկվի, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815** (TTY **711**) հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև 20:00:

H0524_H8794_00044581HY_C
4383715500_CA_HY
July 2026

KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente-ի Ապահովագրական ծածկույթի պայմանները (EOC)

Ձեր **Ապահովագրական ծածկույթի պայմանները (Evidence of Coverage, EOC)** բացատրում է, թե ինչպես կարելի է ստանալ մեր առողջապահական պլանում ընդգրկված բժշկական ծառայությունները և դեղերը: Այն բացատրում է Ձեր իրավունքներն ու պարտականությունները, հասանելի ծառայություններն ու դեղերը և վճարման չափը՝ որպես Kaiser Permanente-ի անդամ: Եթե Ձեր ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ ունեք հարցեր, այցելեք **kp.org/eocncal** կամ **kp.org/eocscal** կայք, որ առցանց տեսնեք Ձեր **EOC-ը** (Նշում. 2027թ. -ի **EOC**-ն առցանց հասանելի կլինի 2026 թվականի հոկտեմբերի 15-ից սկսած՝ համաձայն Medicare-ի պահանջների):

Եթե ցանկանում եք, որ **EOC-ը** Ձեզ էլփոստով ուղարկվի, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815** (TTY **711**) հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 08:00-ից մինչև 20:00:

Խտրականության բացառման ծանուցում

Այս փաստաթղթում «մենք», «մեզ» կամ «մեր» բառերը նշանակում են Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. և Southern California Medical Group): Այս ծանուցունը հասանելի է մեր կայքում՝ **kp.org** հասցեով:

Խտրականությունը հակաօրինական է: Մենք հետևում ենք քաղաքացիական իրավունքների նահանգային և դաշնային օրենքներին:

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

Kaiser Permanente-ն ժամանակին տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

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

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման բաժին ստորև ներկայացված հեռախոսահամարներով: Զանգն անվճար է: Անդամների սպասարկման բաժինը փակ է հիմնական տոն օրերին:

- Medicare, ներառյալ D-SNP՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը 7 օր
- Medi-Cal՝ **1-855-839-7613** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր
- Մյուս բոլորը՝ **1-800-464-4000** (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր

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

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք խտրականության մասին գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Կարող եք գանգատ ներկայացնել հեռախոսով, փոստով, անձամբ կամ առցանց: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Ապահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage) կամ Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին ձեզ կիրառելի տարբերակների մասին մանրամասներ ստանալու համար կամ եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք: Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Հեռախոսահամարները նշված են վերևում:
- **Փոստով.** ներբեռնեք ձևաթուղթը **kp.org** կայքում կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն ձեզ, որը հետո կարող եք հետ ուղարկել:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր **kp.org/facilities** կայքում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր **kp.org** կայքէջում:

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

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

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

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

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

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx հասցեով

- **Առցանց.** Էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով

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

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

- **Հեռախոսով.** զանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

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

  ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի Բողոքների ձևաթղթերը հասանելի են https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html հասցեով

- **Առցանց.** այցելեք **Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf** հասցեով