H8794_27A009RU_M
4422927541_S001_009_RU
PBP #: 009

План Kaiser Permanente Dual Complete North P9 (HMO D-SNP), предлагаемый компанией Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Район Южная Калифорния

Ежегодное извещение об изменениях на 2027 год

Введение

В настоящее время Вы зарегистрированы как участник нашего плана. В следующем году в план будут внесены некоторые изменения в отношении льгот, страхового покрытия, правил и стоимости. Из этого *Ежегодного извещения об изменениях* Вы узнаете об изменениях и о том, где найти дополнительную информацию о них. Для получения дополнительной информации о стоимости, льготах или правилах ознакомьтесь со *Справочником участника (Member Handbook)*который представлен на нашем веб-сайте по ссылке kp.org/eocscal (на английском языке). Позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, чтобы получить экземпляр по почте. Основные термины и их определения указаны в алфавитном порядке в последней главе вашего *Справочника участника*.

Дополнительные ресурсы

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

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

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

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 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.

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 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.

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

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.

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.

Содержание

A. Заявления об отказе от ответственности 9

B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год 9

B1. Информация о нашем плане 10

B2. Важные шаги, которые следует предпринять 11

C. Изменения в название нашего плана 12

D. Изменения в нашем перечне поставщиков медицинских услуг и аптек, входящих в сеть 12

E. Изменения в отношении льгот и стоимости на следующий год 13

E1. Изменения относительно льгот и стоимости медицинских услуг 13

E2. Изменения в страховом покрытии затрат по лекарственным препаратам 19

E3. Этап 1. Начальный этап страхового покрытия 21

E4. Этап 2. Этап страхового покрытия в критических случаях 24

F. Административные изменения 24

G. Выбор плана 24

G1. Продолжение участия в нашем плане 24

G2. Изменение планов 24

H. Получение помощи 30

H1. Наш план 30

H2. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) 30

H3. Программа омбудсмена 31

H4. Программа Medicare 31

H5. Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния 32

H6. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare 32

A. Заявления об отказе от ответственности

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

- Пособие на продукты здорового питания — часть специальной дополнительной программы для людей с хроническими заболеваниями. Не все участники соответствуют критериям участия в ней. Программа рассчитана на участников с определенными хроническими заболеваниями, такими как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническое заболевание почек. Есть и другие состояния здоровья, отвечающие условиям участия на получение пособия. Право на это пособие не может быть гарантировано только на основании Вашего заболевания. Прежде чем пособие будет предоставлено, необходимо выполнить все применимые требования, обеспечивающие право на пособие. Чтобы получить подробности, свяжитесь с нами.

B. Пересмотр страхового покрытия по программам Medicare и Medi-Cal на следующий год

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

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

В случае выхода из нашего плана Вы можете получить следующую информацию.

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

B1. Информация о нашем плане

- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 — это план медицинского страхования, который предусматривает заключение договоров в рамках программ Medicare и Medi-Cal для предоставления участникам льгот по обеим программам.
- В этом *Ежегодном извещении об изменениях* слова «мы», «нас», «наш» или «наш план» означают план Medicare и Medi-Cal.

B2. Важные шаги, которые следует предпринять

- **Проверьте, не были ли внесены изменения в льготы и затраты по нашему плану, которые могут касаться Вас.**
    - Имеются ли какие-либо изменения, влияющие на услуги, которыми Вы пользуетесь?
    - Рассмотрите изменения в отношении льгот и стоимости, чтобы удостовериться, что они подойдут Вам на следующий год.
    - В **разделе E1** вы найдете информацию об изменениях в отношении льгот и стоимости в рамках нашего плана.
- **Проверьте, появились ли какие-либо изменения в условиях страхового покрытия лекарственных препаратов по нашему плану, которые могут касаться Вас.**
    - Будут ли оплачены Ваши лекарственные препараты? Не отнесены ли они к другой группе долевого участия в расходах? Можете ли Вы пользоваться услугами тех же аптек? Предусмотрены ли какие-либо изменения, например предварительное разрешение?
    - Ознакомьтесь с изменениями, чтобы убедиться, что наше страховое покрытие по лекарственным препаратам подойдет Вам в следующем году.
    - Информацию об изменениях в условиях страхового покрытия расходов на лекарственные препараты см. в **разделе E2**.
    - Стоимость вашего лекарственного препарата могла вырасти с прошлого года.
        - Обсудите со своим врачом более дешевые альтернативные препараты, которые могут быть доступны для Вас; это поможет Вам сэкономить ежегодные собственные средства.
        - Имейте в виду, что льготы по Вашему плану точно определяют, насколько могут измениться Ваши собственные затраты на лекарственные препараты.
- **Проверьте, будут ли доступны Ваши поставщики медицинских услуг и аптеки в нашей сети в следующем году.**
    - Есть ли в нашей сети Ваши врачи, в том числе специалисты узкого профиля? А что насчет Вашей аптеки? Как насчет больниц и других поставщиков, услугами которых Вы пользуетесь?

- В **разделе D** представлена информация о нашем *Каталоге поставщиков медицинских услуг и аптек*.

- **Обдумайте свои общие затраты в рамках плана.**
  - Какую часть стоимости медицинских услуг и препаратов, которые необходимы Вам на постоянной основе, Вы покрываете за счет собственных средств?
  - Какова общая сумма затрат по сравнению с другими вариантами страхового покрытия?
- **Подумайте, довольны ли Вы нашим планом.**

Вы решили продолжить план Kaiser Permanente Dual Complete South P9	**Вы хотите изменить планы страхования**
Если Вы хотите остаться с нами в следующем году, это просто — Вам не нужно ничего делать. Если Вы не внесете изменения, то автоматически останетесь участником плана Kaiser Permanente Dual Complete South P9.	Если Вы решите, что другой план страхового покрытия лучше соответствует Вашим потребностям, Вы сможете сменить план (для получения дополнительной информации см. **раздел G2**). Если Вы зарегистрируетесь в качестве участника нового плана или перейдете на план Original Medicare, Ваше новое страховое покрытие начнет действовать в первый день следующего месяца.

C. Изменения в название нашего плана

С 1 января 2027 года название нашего плана изменится с Kaiser Permanente Dual Complete South P1 на Kaiser Permanente Dual Complete South P9. При ознакомлении с информацией о плане участника обязательно используйте новое название Вашего плана.

Вы получите новое удостоверение личности до января 2027 года.

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

Суммы, которые Вы платите за лекарства, зависят от того, услугами какой аптеки Вы пользуетесь. В нашем плане предусмотрена сеть аптек. В большинстве случаев стоимость Ваших рецептурных лекарственных препаратов покрывается *только* тогда, когда они получены в одной из аптек нашей сети.

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

Мы внесли некоторые изменения в наши сети поставщиков медицинских услуг и аптек на 2027 год.

Ознакомьтесь со *Справочником поставщиков услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory) 2027 года,* чтобы узнать, входят ли Ваши поставщики услуг (врачи первичной медико-санитарной помощи, специалисты, больницы и т. д.) или аптеки в нашу сеть. Обновленный *Каталог поставщиков медицинских услуг и аптек* доступен на нашем веб-сайте по ссылке: kp.org/directory (на английском языке). Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, чтобы получить обновленную информацию о поставщике услуг или попросить нас отправить Вам письмо с *Каталогом поставщиков медицинских услуг и аптек.*

Важно, чтобы Вы знали, что мы также можем вносить изменения в нашу сеть на протяжении года. В случае выхода Вашего поставщика медицинских услуг из нашего плана у Вас есть определенные права и средства защиты. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с **главой 3** вашего *Справочника участника* или позвоните в Отдел обслуживания участников по номеру, указанному внизу страницы, для получения помощи.

E. Изменения в отношении льгот и стоимости на следующий год

E1. Изменения относительно льгот и стоимости медицинских услуг

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

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Услуги скорой помощи	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$400** за поездку в одну сторону.	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$290** за поездку в одну сторону.
Диабетическая терапевтическая обувь и стельки	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вы оплачиваете **20 %** сострахования.	Вы оплачиваете **$0**.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Медицинское оборудование длительного пользования (Durable Medical Equipment, DME) Определение медицинского оборудования длительного пользования см. в **главе 12** данного *Справочника участника*.	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вы оплачиваете **0 %** или **20 % сострахования** в зависимости от изделия.	Вы оплачиваете **$0**.
Отделение экстренной помощи	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$115** за прием.	Вы оплачиваете **$0**.
Предел возмещаемой стоимости очков	Вы получаете **$350** в пределах возмещаемой стоимости каждые 12 месяцев. Если стоимость приобретаемых Вами очков превышает предел возмещаемой стоимости, Вы оплачиваете разницу.	Вы получаете **$500** в пределах возмещаемой стоимости каждые 12 месяцев. Если стоимость приобретаемых Вами очков превышает предел возмещаемой стоимости, Вы оплачиваете разницу.
Стационарная неотложная помощь	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется платить **$475** в день за дни **1–5** (**$0** за остальные дни пребывания) при каждой госпитализации.	Вы оплачиваете **$0**.
Стационарная психиатрическая помощь	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам	Вы оплачиваете **$0**.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
	придется платить **$405** в день за дни **1–5** (**$0** за остальные дни пребывания) при каждой госпитализации.	
Медицинские принадлежности	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вы оплачиваете **0 %** или **20 %** сострахования в зависимости от изделия.	Вы оплачиваете **$0**.
МРТ, КТ и ПЭТ	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$500** за процедуру.	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$50** за процедуру.
Услуги по наблюдению	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите страховое покрытие программы Medi-Cal, вы заплатите **$0** при переводе на наблюдение из отделения неотложной помощи или после амбулаторной операции или **$115** за пребывание при поступлении в больницу для наблюдения в качестве амбулаторного пациента.	Вы оплачиваете **$0**.
Амбулаторно-поликлинические услуги	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вы заплатите **$0–$475** за прием, в зависимости от услуги.	Вы оплачиваете **$0**.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Амбулаторная хирургия в амбулаторном хирургическом центре	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$475** за процедуру.	Вы оплачиваете **$0**.
Безрецептурные (Over the Counter, OTC) товары	Вы получите ежеквартальное пособие в размере **$100** на карту **Healthy Extras с предварительно зачисленными средствами** для покупки соответствующих безрецептурных товаров онлайн и в участвующих розничных магазинах, включая розничные аптеки Kaiser Permanente.	Вы получите ежеквартальное пособие в размере **$170** на карту **Healthy Extras с предварительно зачисленными средствами** для покупки соответствующих безрецептурных товаров онлайн и в участвующих розничных магазинах, включая розничные аптеки Kaiser Permanente. **Если Вы имеете право на специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** (см. пункт «Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями»), Вы также можете использовать свое пособие для покупки продуктов в рамках программы здорового питания. Ваша карта будет пополнена 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
		ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Примечание. Данное пособие нельзя использовать для оплаты чаевых или сборов (таких, как плата за доставку или пересылку).
Протезы	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вы оплачиваете **20 %** сострахования.	Вы оплачиваете **$0**.
Стационарное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических заболеваний	**Оплачивается в рамках Вашего плана Dual Complete в качестве льготы по программе Medicare.** Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$100** за госпитализацию.	**Не входит в Ваш план Dual Complete в качестве льготы по программе Medicare.** **Стационарное лечение расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и психических заболеваний у пациентов амбулаторного профиля покрывается Вашим планом Dual Complete в рамках программы Medi-Cal** и предоставляется Агентством по вопросам психического здоровья вашего округа.
Услуги учреждения квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF)	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$0** за дни **1–20**, **$214** в день за дни **21–100** за время получения услуг.	Вы оплачиваете **$0**. Если Вы утратите право на полное страховое покрытие по программе Medi-Cal, Вам придется заплатить **$0** за дни **1–20**, **$221** в день за дни **21–100** за время получения услуг.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями (SSBCI) — здоровое питание Пособие на продукты здорового питания — часть специальной дополнительной программы для людей с хроническими заболеваниями. Не все участники соответствуют критериям участия в ней. Программа рассчитана на участников с определенными хроническими заболеваниями, такими как диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническое заболевание почек. Есть и другие состояния здоровья, отвечающие условиям участия на получение пособия. Право на это пособие не может быть гарантировано только на основании Вашего заболевания. Прежде чем пособие будет предоставлено, необходимо выполнить все применимые требования, обеспечивающие право на пособие. Чтобы получить подробности, свяжитесь с нами.	**Не** покрывается страховкой.	**Покрывается страховкой, если Вы имеете право на участие в программе SSBCI.** Участники плана, соответствующие критериям для получения данной льготы, могут использовать **карту Healthy Extras с предварительно зачисленным балансом**, описанную в пункте о безрецептурных товарах, для покупки здоровых продуктов питания, таких как овощи и фрукты, а также безрецептурных товаров — как онлайн, так и в участвующих розничных магазинах. Ваша карта будет пополнена 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Примечание. Данное пособие нельзя использовать для оплаты чаевых или сборов (таких, как плата за доставку или пересылку). Дополнительную информацию см. в *Справочнике участника*.
Транспортные услуги — медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной	**Не** покрывается страховкой.	Покрывается. Вы оплачиваете **$0**.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
помощи, не покрываемая программой Medicare По направлению сетевого поставщика услуг мы покрываем расходы на необходимую по медицинским показаниям неэкстренную транспортировку в лицензированном фургоне, оборудованном носилками или специальным оборудованием для кресел-каталок, до дома (в пределах 100 миль), в учреждение квалифицированного сестринского ухода (SNF) или в другое медицинское учреждение более высокого уровня сразу после стационарного лечения или в случае определенных визитов в больницу для получения неотложной, экстренной или амбулаторной помощи.		

E2. Изменения в страховом покрытии затрат по лекарственным препаратам

Изменения в *Списке лекарственных препаратов*

Наш Список лекарственных препаратов, покрываемых страховым планом, также называется Фармацевтический справочник или Список лекарственных препаратов. Копия нашего Списка лекарственных препаратов размещена на нашем сайте по адресу: kp.org/seniorrx (на английском языке). Мы внесли изменения в наш *Список лекарственных препаратов*, которые могут включать исключение или добавление лекарственных препаратов, изменение покрываемых лекарственных препаратов и изменения в ограничениях, распространяющихся на покрытие определенных лекарственных препаратов, или их перемещение к другой группе долевого участия в расходах.

Просмотрите *Список лекарственных препаратов*, чтобы **убедиться, что Ваши лекарственные препараты покрываются страховым планом в следующем году**, а также узнать о том, имеются ли какие-либо ограничения и был ли Ваш лекарственный препарат отнесен к другой группе долевого участия в расходах.

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

Большинство изменений в *Списке лекарственных препаратов* вступают в силу в начале каждого года. Однако мы можем внести и другие изменения, разрешенные программой Medicare и (или) штатом, которые повлияют на Вас в течение календарного года. Мы обновляем *Список лекарственных препаратов* онлайн не реже одного раза в месяц, чтобы у Вас всегда был доступ к наиболее актуальной информации. Если мы внесем изменение, которое повлияет на принимаемый Вами лекарственный препарат, мы отправим Вам уведомление об изменении.

Если на Вас повлияет изменение страхового покрытия лекарственных препаратов, мы рекомендуем Вам следующее.

- Побеседуйте с Вашим врачом (или другим врачом, назначающим лекарственный препарат), чтобы найти другой лекарственный препарат, стоимость которого покрывается планом.
    - Вы можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным в нижней части страницы, чтобы запросить *Список лекарственных препаратов*, покрываемых страховым планом, для лечения того же заболевания.
    - Этот список может помочь Вашему поставщику медицинских услуг найти лекарственный препарат, покрываемый страховкой, который может подойти Вам.
- Попросите нас покрыть расходы на временный запас лекарственного препарата.
    - В некоторых случаях мы покрываем расходы на **временный** запас лекарственного препарата в течение первых 90 дней календарного года.
    - Этот временный запас рассчитан на период до 30 дней. (Дополнительную информацию о том, когда Вы можете получить временный запас и как его запросить, см. в **главе 5** своего *Справочника участника.*)
    - После получения временного запаса лекарственного препарата обсудите со своим врачом Ваши действия на случай, если Ваш временный запас закончится. Вы можете либо перейти на другой лекарственный препарат, покрываемый нашим планом, либо попросить нас сделать для Вас исключение и покрыть расходы на текущий лекарственный препарат.
    - Срок действия всех утвержденных исключений для лекарственных препаратов истекает в конце каждого календарного года, и их необходимо повторно представить на утверждение в начале нового года.

Изменения стоимости лекарственных препаратов

Поскольку Вы имеете право на участие в программе Medi-Cal, Вы получаете помощь по программе Extra Help от Medicare для оплаты лекарственных препаратов, отпускаемых в рамках программы Medicare, часть D. Мы отправили Вам отдельный документ «Дополнительные условия страхового покрытия для людей, получающих Дополнительную помощь с оплатой

рецептурных лекарственных препаратов», (также называемый «Дополнение к субсидиям для лиц с низким доходом » [Low Income Subsidy Rider, LIS Rider]), в котором представлена информация о стоимости Ваших лекарственных препаратов. Если у Вас нет этого документа, позвоните по телефону отдела обслуживания участников и попросите LIS Rider.

В рамках нашего плана существует два этапа оплаты Вашего страхового покрытия расходов на лекарственные препараты Medicare части D. Сумма, которую Вы платите, зависит от уровня Вашей программы Extra Help и от того, на каком этапе Вы находитесь во время назначения Вам рецептурных лекарств или пополнения их запасов. Существует два этапа.

Этап 1 **Начальный этап страхового покрытия**	**Этап 2** **Этап страхового покрытия в критических случаях**
На данном этапе наш план оплачивает часть стоимости Ваших лекарственных препаратов, а Вы оплачиваете свою долю. Оплачиваемая Вами доля называется доплатой. Вы начинаете этот этап при получении своего первого рецепта в текущем году.	На данном этапе осуществляется оплата всех расходов на Ваши лекарственные препараты по плану до 31 декабря 2027 года. Вы начинаете этот этап после оплаты определенной суммы за счет собственных средств.

Этап начального страхового покрытия заканчивается, когда ваши общие расходы на лекарственные препараты достигают за счет собственных средств **$2,400**. В этот момент начинается этап страхового покрытия в критических случаях. Наш план покрывает все Ваши расходы на лекарственные препараты с этого момента и до конца года. Дополнительную информацию о том, сколько Вы должны платить за лекарственные препараты, см. в **главе 6** своего *Справочника участника.*

E3. Этап 1. Начальный этап страхового покрытия

На начальном этапе страхового покрытия наш план покрывает часть стоимости Ваших лекарственных средств, покрываемых страховкой, а Вы оплачиваете свою долю. Оплачиваемая Вами доля называется доплатой. Размер доплаты зависит от того, в какой группе долевого участия в расходах находится лекарственный препарат и где Вы его получаете. Вы должны оплачивать доплату каждый раз, когда получаете лекарства по рецепту. Если стоимость Вашего лекарственного препарата, покрываемого страховкой, меньше доплаты, Вы платите по более низкой цене.

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

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

В следующей таблице показаны Ваши расходы на месячный запас, приобретенный в сетевой аптеке, со стандартными доплатами для каждого из шести уровней лекарственных препаратов. Сумма оплаты применима **только** во время пребывания на начальном этапе страхового покрытия.

Большинство вакцин части D для взрослых покрываются бесплатно. Информацию о долгосрочных поставках см. в **главе 6, разделе D** вашего *Справочника участника.*

	2026 г. (текущий год)	**2027 г. (следующий год)**
Препараты уровней 1–2 (включая непатентованные лекарственные препараты) Стоимость месячного запаса лекарственного препарата из уровней 1 и 2, отпускаемого в сетевой аптеке	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет **$0–$5.10 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас каждого покрываемого инсулинового препарата составляет **$0–$5.10 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас рецептурного препарата, доставляемого по почте, составляет **$0–$5.10 за рецепт,** в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет **$0–$5.80 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас каждого покрываемого инсулинового препарата составляет **$0–$5.80 за рецепт,** в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас рецептурного препарата, доставляемого по почте, составляет **$0–$5.80 за рецепт,** в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help.

	2026 г. (текущий год)	2027 г. (следующий год)
Препараты уровней 3–5 (включая фирменные и специализированные препараты) Стоимость месячного запаса лекарственного препарата из уровней 3–5, отпускаемого в сетевой аптеке или полученного методом доставки лекарств по почте	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет **$0–$12.65 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас каждого покрываемого инсулинового препарата составляет **$0–$12.65 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас рецептурного препарата, доставляемого по почте, составляет **$0–$12.65 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help.	Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас составляет **$0–$14.40 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас каждого покрываемого инсулинового препарата составляет **$0–$14.40 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help. Ваша доплата за месячный (30-дневный) запас рецептурного препарата, доставляемого по почте, составляет **$0–$14.40 за рецепт**, в зависимости от Вашего уровня помощи по программе Extra Help.
Лекарственные препараты уровня 6 (включая вакцины части D)	Вы оплачиваете **$0**.	Вы оплачиваете **$0**.

Этап начального страхового покрытия заканчивается, когда сумма оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств достигает **$2,400**. В этот момент начинается этап страхового покрытия в критических случаях. С этого момента и до конца года план покрывает все Ваши расходы на лекарственные препараты. Дополнительную информацию о том, сколько Вы должны платить за лекарственные средства, см. в **главе 6** своего *Справочника участника.*

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

E4. Этап 2. Этап страхового покрытия в критических случаях

Этап страхового покрытия в критических случаях начинается при достижении лимита оплаты лекарственных препаратов за счет собственных средств в размере **$2,400**, и Вы ничего не платите за лекарственные препараты, покрываемые Вашим страховым планом. Вы остаетесь на этапе страхового покрытия в критических случаях до окончания календарного года.

Дополнительную информацию о Ваших расходах на этапе страхового покрытия в критических случаях см. в **разделе E главы 6** Вашего *Справочника участника*.

F. Административные изменения

Помимо этого, в следующем году произойдут административные изменения. Эти изменения описаны в таблице ниже.

	2026 г. (текущий год)	**2027 г. (следующий год)**
Номер льготного пакета плана (Plan Benefit Package, PBP)	Ваш текущий план, Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) Plan, также известен как PBP #001.	Ваш новый план, Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) Plan, также известен как PBP #009.

G. Выбор плана

G1. Продолжение участия в нашем плане

Мы надеемся, что Вы останетесь участником нашего плана. Вам не нужно предпринимать какие-либо действия, чтобы оставаться участником нашего плана. Если Вы не перейдете на другой план Medicare или план Original Medicare, Вы автоматически останетесь зарегистрированным участником нашего плана на 2027 год.

G2. Изменение планов

Большинство участников программы Medicare могут прекратить свое участие в определенный период года.

Кроме того, Вы можете прекратить участие в нашем плане в следующие периоды.

- **Период открытой регистрации**, который длится с 15 октября по 7 декабря. Если Вы выберете новый план в течение этого периода, Ваше участие в нашем плане закончится 31 декабря, а участие в новом плане начнется 1 января.

- **Период открытой регистрации в программе Medicare Advantage (MA)**, который длится с 1 января по 31 марта. Если Вы выберете новый план в течение этого периода, Ваше участие в новом плане начнется в первый день следующего месяца.
- Поскольку Вы участвуете в программе Medi-Cal, у Вас есть несколько вариантов прекращения участия в нашем плане, в том числе в любой месяц года.

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

- перемещение за пределы территории обслуживания;
- изменение соответствия критериям включения в программу Medi-Cal либо программу Extra Help **или**
- если Вы недавно поступили в учреждение (например, квалифицированный центр сестринского ухода или больницу долгосрочного ухода) или в настоящее время получаете там лечение. Если Вы недавно покинули учреждение, Вы можете изменить план или перейти на программу Original Medicare на два полных месяца после месяца Вашей выписки.

Услуги в рамках программы Medicare

В любой месяц года для Вас доступны три варианта получения услуг в рамках программы Medicare, перечисленных ниже. В определенные периоды года у вас есть указанный ниже дополнительный вариант, включая **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации на программу Medicare Advantage** или другие ситуации, описанные в **разделе G2**. Выбрав один из этих вариантов, Вы автоматически прекращаете свое участие в нашем плане.

1. Вы можете перейти: **на план Medi-Medi — это разновидность плана Medicare Advantage. Он предназначен для людей, которые состоят как в программе Medicare, так и программе Medi-Cal, и объединяет льготы программ Medicare и Medi-Cal в один план. Планы Medi-Medi координируют все льготы и услуги в рамках обеих программ, включая все услуги, покрываемые Medicare и Medi-Cal, или план Программы комплексного ухода за пожилыми людьми (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), если Вы имеете на это право.** **Примечание.** Названием Medi-Medi обозначаются интегрированные планы специальных нужд лиц, имеющих право на участие в двух программах (D-SNP) в Калифорнии.	**Необходимые действия** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом: • звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 (линия TTY 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **ИЛИ** зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана Medi-Medi. Вы будете автоматически исключены из нашей программы, когда начнется страховое покрытие по Вашему новому плану. Ваш план Medi-Cal изменится в соответствии с Вашим планом Medi-Medi.

2. Вы можете перейти: **на программу Original Medicare с отдельным планом покрытия лекарственных препаратов Medicare**	**Необходимые действия** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом: • звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 (линия TTY 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **ИЛИ** зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана покрытия рецептурных лекарств Medicare. После начала действия Вашего страхового покрытия Original Medicare Вы будете автоматически исключены из нашего плана. Ваш план Medi-Cal не изменится, пока Вы не запросите изменение.

3. Вы можете перейти: **на программу Original Medicare без отдельного плана покрытия лекарственных препаратов Medicare, если у Вас имеется уважительная причина для отказа от участия в программе** **ПРИМЕЧАНИЕ.** Если Вы перейдете на программу Original Medicare без присоединения к отдельному плану покрытия лекарственных препаратов Medicare, представители программы Medicare могут зарегистрировать Вас в плане покрытия лекарственных препаратов, если только Вы не сообщите представителям программы Medicare, что не хотите быть ее участником. Вы должны отказаться от страхового покрытия лекарственных препаратов только в том случае, если у Вас имеется страховое покрытие лекарственных препаратов из другого источника, например от работодателя или профсоюза. При наличии вопросов о необходимости страхового покрытия лекарственных препаратов звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по номеру 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.	**Необходимые действия** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом: • звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 (линия TTY 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. После начала действия Вашего страхового покрытия Original Medicare Вы будете автоматически исключены из нашего плана. Ваш план Medi-Cal не изменится, пока Вы не запросите изменение.

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

4. Вы можете перейти: **на любой план медицинского страхования Medicare** в течение определенных периодов года, включая **Период открытой регистрации** и **Период открытой регистрации на программу Medicare Advantage** или другие ситуации, описанные в **разделе G.**	**Необходимые действия** Позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. По вопросам, связанным с Программой комплексного ухода за пожилыми людьми (PACE), звоните по номеру 1-855-921-PACE (7223). Консультацию или более подробную информацию можно получить следующим образом: • звоните в Калифорнийскую программу консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP) по телефону 1-800-434-0222 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 (линия TTY 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. **ИЛИ** зарегистрируйтесь в качестве участника нового плана по программе Medicare. Вы будете автоматически исключены из нашей программы Medicare, когда начнется страховое покрытие по Вашему новому плану. Ваш план Medi-Cal может быть изменен.

Услуги в рамках программы Medi-Cal

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

H. Получение помощи

H1. Наш план

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

Ознакомьтесь со своим *Справочником участника*

Ваш *Справочник участника* является юридическим подробным описанием льгот, предоставляемых нашим планом. В нем представлена подробная информация о льготах и стоимости на 2027 год. Также в нем разъясняются Ваши права и правила, которым необходимо следовать, чтобы получать услуги и лекарства, которые мы покрываем.

Справочник участника на 2027 год будет доступен к 15 октября. Актуальная версия *Справочника участника* всегда доступна на нашем сайте kp.org/eocscal (на английском языке). Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу страницы, и попросить нас отправить Вам по почте письмо со *Справочником участника* на 2027 год.

Наш веб-сайт

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

H2. Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP)

Вы также можете позвонить сотрудникам Вспомогательной программы медицинского страхования штата (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). В Калифорнии программа SHIP известна под названием «Программа консультирования и защиты прав в области медицинского страхования (HICAP)». Консультанты HICAP могут помочь Вам разобраться в выборе планов и предоставят ответы на вопросы о смене планов. Программа HICAP не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. HICAP

располагает услугами обученных консультантов в каждом округе; эти услуги предоставляются бесплатно. Номер телефона HICAP: 1-800-434-0222 (линия TTY 711). Для получения дополнительной информации или поиска местного представительства HICAP в Вашем регионе посетите веб-сайт www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Программа омбудсмена

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

- отвечает на вопросы при наличии проблем или жалоб и поможет Вам разобраться, что следует делать дальше;
- следит за тем, чтобы у Вас имелась информация о Ваших правах и средствах защиты, а также о способах решения Ваших проблем;
- не связана ни с нами, ни с какой-либо страховой компанией или планом медицинского страхования. Номер телефона программы Ассоциации омбудсменов по вопросам Medicare и Medi-Cal: 1-855-501-3077.

H4. Программа Medicare

Для получения информации непосредственно от Medicare:

- звоните по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно 7 дней в неделю. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.
- чат в прямом эфире на www.Medicare.gov/talk-to-someone;
- пишите в Medicare по адресу: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Веб-сайт Medicare

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

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

Справочник «Medicare и вы 2027»

Вы можете ознакомиться со справочником *«Medicare и вы 2027»*. Каждой осенью эта брошюра рассылается лицам, имеющим страхование Medicare. В ней содержится краткое изложение предоставляемых Medicare услуг, права и способы защиты участников программы, а также

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

ответы на наиболее часто задаваемые вопросы о программе Medicare. Этот справочник также доступен на испанском, китайском и вьетнамском языках.

Если у Вас нет копии этой брошюры, Вы можете получить ее на веб-сайте Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048.

H5. Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за регулирование планов медицинского обслуживания. При наличии жалоб относительно медицинского обслуживания сначала позвоните в отдел обслуживания участников своего плана медицинского страхования по номеру **1-800-443-0815** и, прежде чем связываться с отделом, следуйте процедуре подачи жалобы по вашему плану медицинского страхования. Использование этой процедуры рассмотрения жалоб не лишает Вас каких-либо потенциальных законных прав или средств правовой защиты, которые могут быть Вам доступны. Если Вам нужна помощь по жалобе, связанной с чрезвычайной ситуацией, по жалобе, которая не была удовлетворительно разрешена планом медицинского страхования, или по жалобе, которая остается нерешенной более 30 дней, Вы можете позвонить в департамент для получения помощи. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если Вы имеете право на проведение IMR, процесс IMR обеспечит беспристрастное рассмотрение медицинских решений, принятых планом медицинского страхования, связанных с медицинской необходимостью предлагаемой услуги или лечения, решений о страховом покрытии для лечения, которое носит экспериментальный или исследовательский характер, и споров об оплате за экстренные или срочные медицинские услуги. В департамент также можно позвонить по бесплатному номеру телефона (**1-888-466-2219**) и линии TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента **www.dmhc.ca.gov** представлены бланки жалоб, формы заявки IMR и онлайн-руководства.

Для получения дополнительной информации см. **главу 9, раздел F4** своего *Справочника участника*.

H6. План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare

План оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare — это вариант оплаты, который может помочь Вам контролировать Ваши собственные расходы на лекарства, покрываемые нашим планом, распределяя их в течение календарного года (январь — декабрь) в виде ежемесячных платежей. Такой вариант оплаты доступен всем, у кого есть план покрытия лекарственных препаратов Medicare или план медицинского страхования Medicare с покрытием рецептурных препаратов (например, план Medicare Advantage с покрытием рецептурных препаратов). Если Вы участвуете в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare и остаетесь в том же плане части D, Вам не нужно предпринимать никаких действий,

чтобы продолжить участие в 2027 году. Данный вариант оплаты позволяет Вам контролировать расходы, однако он не экономит Вам денег и не снижает затраты на лекарственные препараты за счет собственных средств.

Программа дополнительной помощи в рамках программы Medicare, а также получение помощи штата по программе фармацевтической помощи (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) и программы медикаментозной помощи для больных СПИД (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) для тех, кто соответствует требуемым критериям, более выгодна, чем участие только в плане оплаты рецептурных препаратов по программе Medicare. Узнать подробнее об этой программе Вы можете, позвонив по номеру телефона, указанному внизу этой страницы, или посетив сайт www.medicare.gov.

Заявление о раскрытии информации в соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота (Paperwork Reduction Act, PRA) *В соответствии с Законом о сокращении бумажного документооборота от 1995 г. никто не обязан отвечать на запросы о сборе информации, если в них не указан действующий контрольный номер Административно-бюджетного управления (Office of Management and Budget, OMB). Данному запросу о сборе информации присвоен контрольный номер OMB 0938-1444. Если у Вас есть замечания или предложения по улучшению этой формы, напишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Если у Вас возникли вопросы, звоните в Отдел обслуживания участников по телефону 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 дней в неделю с 08:00 до 20:00 Звонок бесплатный. **Для получения дополнительной информации** перейдите по ссылке: kp.org/medicare (на английском языке).

Информация о плане

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

*Kaiser Permanente теперь предлагает новые способы безопасной передачи вашей медицинской информации. Посетите сайт **kp.org/datasharing**, чтобы узнать об интерфейсе программирования приложения (Application Programming Interface, API) «От плательщика к плательщику» и API-доступе для поставщиков медицинских услуг, в том числе о том, как они работают и как подключиться к ним.*

Справочники поставщиков медицинских услуг Kaiser Permanente

Если вам нужна помощь в поиске сетевого поставщика услуг или аптеки, воспользуйтесь нашим онлайн-справочником по ссылке **kp.org/directory**. (Примечание: в соответствии с требованиями программы Medicare, справочники на 2027 г. будут доступны онлайн с 15 октября 2026 г.)

Чтобы получить каталог по почте, вы можете позвонить нам по номеру **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.

Полный перечень препаратов программы «Kaiser Permanente Medicare часть D» (список лекарств, покрываемых страховкой)

В нашем фармацевтическом справочнике приводится перечень лекарств, которые покрываются программой страхования Medicare, часть D. Содержание фармацевтического справочника может меняться. При необходимости вас уведомят. Если у вас есть вопросы о том, какие лекарственные препараты покрываются программой, ознакомьтесь с нашим фармацевтическим справочником онлайн по адресу **kp.org/seniorrx**. (Примечание: в соответствии с требованиями программы Medicare, фармацевтический справочник на 2027 г. будет доступен онлайн с 15 октября 2026 г.)

Чтобы получить фармацевтический справочник по почте, вы можете позвонить нам по номеру **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00

Свидетельство о страховом покрытии Kaiser Permanente (Evidence of Coverage, EOC)

В **EOC** объясняется, как получить медицинское обслуживание и рецептурные лекарства, покрываемые вашим планом страхования. В нем разъясняются ваши права и обязанности, что покрывается страховкой и сколько вы платите как участник Kaiser Permanente. Если у вас возникли вопросы о вашем страховом покрытии, посетите сайт **kp.org/eocnca**l или **kp.org/eocscal**, чтобы просмотреть свое **EOC** онлайн. (Примечание: в соответствии с требованиями программы Medicare, **EOC** на 2027 г. будет доступно онлайн с 15 октября 2026 г.)

Чтобы получить **EOC** по почте, вы можете позвонить нам по номеру **1-800-443-0815** (TTY **711**), 7 дней в неделю, с 08:00 до 20:00.

H0524_H8794_00044581RU_C
4383715500_CA_RU
July 2026

KAISER PERMANENTE®

Уведомление о недопущении дискриминации

Когда в этом документе используется местоимение «мы», а также соответствующие производные местоимения, имеется в виду компания Kaiser Permanente (в состав Kaiser Permanente входят Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. и Southern California Medical Group). Это уведомление можно найти на нашем сайте по адресу **kp.org**.

Дискриминация запрещена законом. Мы соблюдаем федеральные гражданские законы и законы штата.

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

Kaiser Permanente вовремя предоставляет указанные далее услуги.

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможности для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ♦ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ♦ письменная информация в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в формате аудио, доступных в цифровых и других форматах).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ♦ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ♦ информация в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш отдел обслуживания участников по номерам, указанным ниже. Звонок бесплатный. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815** (линия TTY **711**), ежедневно с 8:00 до 20:00;
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно;
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно.

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

Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Вы можете подать жалобу по телефону, по почте, лично или через Интернет. Для получения более подробной информации см. брошюры *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage) или Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)*. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию о доступных вам вариантах или получить помощь в подаче жалобы. Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников. Номера телефонов указаны ниже.
- **По почте:** з агрузите форму на **kp.org** или позвоните в отдел обслуживания участников и попросите прислать вам форму, которую вы сможете отправить обратно.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте **kp.org/facilities**, чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем вебсайте **kp.org.**

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по указанному далее адресу.

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

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

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

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

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

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения Калифорнии доступны по адресу:
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov

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

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

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

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

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов доступны по адресу: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Онлайн:** посетите **портал для подачи жалоб в отдел по гражданским правам: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**