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

اطلاعیه سالانه تغییرات برای 2027

مقدمه

شما در حال حاضر به‌عنوان یکی از اعضای طرح ما ثبت‌نام کرده‌اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش بیمه، قوانین، و هزینه‌های ما صورت خواهد گرفت. در این *اطلاعیه سالانه تغییرات* درباره تغییرات و چگونگی کسب اطلاعات بیشتر درباره آن‌ها، به شما توضیحاتی ارائه می‌شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه‌ها، مزایا، یا قوانین، لطفاً *دفترچه راهنمای اعضا (Member Handbook)* را بررسی کنید، این دفترچه در وب‌سایت ما به‌نشانی kp.org/eocscal (به زبان انگلیسی) دردسترس است. با شماره بخش خدمات اعضا در پایین صفحه تماس بگیرید تا یک نسخه از آن را از طریق پست دریافت کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از کتابچه راهنمای اعضا نشان داده شده است.

منابع تکمیلی

- این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های عربی، چینی، فارسی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دردسترس است.
- می‌توانید این *اطلاعیه سالانه تغییرات* را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ بزرگ، خط بریل، فایل صوتی یا فایل داده دریافت کنید. با 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید.
- برای درخواست موارد زیر، در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید:
  - زبان ترجیحی به غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین.
  - درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر یک درخواست ثابت برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

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)。以上服務爲免費提供。

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 ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

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

RUSSIAN

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

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

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

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

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت 9
B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما در سال آینده 9
B1. اطلاعات درباره طرح ما 10
B2. موارد مهم که باید انجام دهید 11
C. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما 12
D. تغییرات در مزایا و هزینه‌های سال آینده 12
D1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی 12
D2. تغییرات در پوشش داروها 16
D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه» 17
D4. مرحله 2: «مرحله پوشش کمرشکن» 19
E. انتخاب طرح 19
E1. ماندن در طرح ما 19
E2. تغییر دادن طرح 19
F. دریافت راهنمایی 24
F1. طرح ما 24
F2. برنامه (HICAP) Health Insurance Counseling and Advocacy Program 24
F3. طرح دادرس شکایات 24
F4. Medicare 24
F5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا 25
F6. طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare 26

A. سلب مسئولیت

❖ Kaiser Permanente یک طرح (HMO D-SNAP) با قرارداد Medicare و قرارداد با برنامه Medi-Cal است. ثبت‌نام در Kaiser Permanente بستگی به تجدید قرارداد دارد.

❖ مزایای مواد غذایی سالم، بخشی از یک برنامه تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود. اعضا برای واجد شرایط بودن، باید مبتلا به بیماری‌های مزمن خاصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی‌عروقی، آرتروز (استئوآرتریت) یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید قبل از ارائه این مزایا برآورده شوند. برای آگاهی از جزئیات بیشتر با ما تماس بگیرید.

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

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

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

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

- گزینه‌های Medicare در جدول **بخش E2**.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش E2**.

B1. اطلاعات درباره طرح ما

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 نوعی طرح سلامت است که با Medicare و Medi-Cal برای ارائه مزایای هر دو برنامه به اعضا قرارداد دارد.
- منظور از واژه‌های «ما»، ضمیر متصل «مان»، شناسه فعل «یم»، یا «طرح ما» در این *اطلاعیه سالانه تغییرات*، طرح Medi-Cal Medicare است.

B2. موارد مهم که باید انجام دهید

- **بررسی کنید که آیا تغییری در مزایا و هزینه‌های طرح ما وجود دارد که احتمالاً بر وضعیت شما تأثیر بگذارد یا خیر.**
  - آیا تغییراتی وجود دارد که بر خدماتی که استفاده می‌کنید تأثیر بگذارند؟
  - تغییرات مربوط به هزینه‌ها و مزایا را مرور کنید تا مطمئن شوید که برای سال آینده برای شما مناسب خواهند بود.
  - برای کسب اطلاعات درباره تغییرات مزایا و هزینه‌های طرح ما، به **بخش D1** مراجعه کنید.
- **بررسی کنید که آیا تغییراتی در پوشش دارویی ما ایجاد شده است که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.**
  - آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا در سطح تقسیم هزینهٔ متفاوتی قرار دارند؟ آیا می‌توانید از همان داروخانه‌های قبلی استفاده کنید؟ آیا تغییراتی مانند مجوز قبلی وجود خواهد داشت؟
  - تغییرات را مرور کنید تا مطمئن شوید که پوشش دارویی ما برای سال آینده برای شما مناسب خواهد بود.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر راجع به تغییرات پوشش دارویی ما، به **بخش D2** مراجعه کنید.
  - ممکن است هزینه‌های دارویی شما از سال گذشته افزایش یافته باشد.
    - با پزشک خود درباره جایگزین‌های کم‌هزینه‌تری که ممکن است برای شما در دسترس باشد صحبت کنید؛ این کار ممکن است باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های سالانه پرداختی از جیب شما در طول سال شود.
    - به خاطر داشته باشید که مزایای طرحی که تحت پوشش آن هستید مقدار دقیق تغییر سهم پرداختی شما برای دارو را مشخص خواهد کرد.
- **بررسی کنید که آیا ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌های شما در سال آینده در شبکه ما خواهند بود یا خیر.**
  - آیا پزشکان شما از جمله متخصصین‌تان، عضو شبکه ما هستند؟ داروخانه‌هایی که از آن‌ها دارو می‌گیرید چطور؟ بیمارستان‌ها یا سایر مراکز خدمات درمانی که به آنها مراجعه می‌کنید چطور؟
  - برای کسب اطلاعات درباره *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما* به **بخش C** مراجعه کنید.
- **درباره هزینه‌های کلی خود در این طرح فکر کنید.**
  - سهم پرداختی از جیب شما برای دریافت خدمات و تهیه داروهایی که مرتب استفاده می‌کنید چه مبلغی خواهد بود؟
  - هزینه‌های کلی در مقایسه با سایر گزینه‌های پوشش چگونه است؟
- **به این فکر کنید که آیا از طرح بیمه ما راضی هستید یا خیر.**

اگر می‌خواهید همچنان از Kaiser Permanente Dual Complete South P1 استفاده کنید:	اگر بخواهید طرح را تغییر بدهید:
در صورتی که مایل هستید سال بعد نیز با ما بمانید، بسیار ساده است - نیازی نیست کار خاصی انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به‌طور خودکار در طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 باقی خواهید ماند.	اگر فکر می‌کنید بیمه دیگری بهتر نیازهای شما را برطرف می‌کند، می توانید طرح خود را تغییر دهید (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش E2** مراجعه کنید). اگر در طرح جدیدی ثبت‌نام کنید یا طرح خود را به Original Medicare تغییر دهید، پوشش بیمه‌ای شما از اولین روز ماه بعد آغاز خواهد شد.

C. تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما

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

برای سال 2027، شبکه‌های داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان ما تغییر کرده است.

لطفاً برای اطلاع از اینکه ارائه‌دهندگان (ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، متخصصین، بیمارستان‌ها و غیره) یا داروخانه شما در شبکه ما هستند یا خیر، ***فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها سال*** **2027 (2027 Provider and Pharmacy Directory)**را مرور کنید. نسخه به‌روزشده فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها در وب‌سایت ما به نشانی kp.org/directory (به زبان انگلیسی) ارائه شده است. از طریق تماس با مرکز «ارائه خدمات به اعضا» از طریق شماره‌های انتهای صفحه نیز می‌توانید درخواست کنید اطلاعات به‌روزشده ارائه‌دهندگان خدمات در اختیارتان قرار گیرد یا یک نسخه از فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها برای شما ایمیل شود.

حائز اهمیت است که مطلع باشید ممکن است در طول سال، تغییراتی در شبکه خود ایجاد کنیم. اگر ارائه‌دهنده خدمات شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردار هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 3** *دفترچه راهنمای اعضا* خود مراجعه کنید یا برای راهنمایی با خدمات اعضا از طریق شماره پایین صفحه تماس بگیرید.

D. تغییرات در مزایا و هزینه‌های سال آینده

D1. تغییرات در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

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

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
خدمات آمبولانس	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، به‌ازای هر مسیر یک‌طرفه مبلغ **$400** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، به‌ازای هر مسیر یک‌طرفه مبلغ **$620** پرداخت می‌کنید.

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

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
مراقبت‌های بهداشتی حاد برای بیماران بستری	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار بستری شدن، به‌ازای روزهای **1–5** مبلغ **$475** در روز (و **$0** برای بقیه روزهای اقامت خود) پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار بستری شدن، به‌ازای روزهای **1–5** مبلغ **$400** در روز (و **$0** برای بقیه روزهای اقامت خود) پرداخت می‌کنید.
خدمات بستری برای مراقبت سلامت روان	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار بستری شدن، به‌ازای روزهای **1–5** مبلغ **$405** در روز (و **$0** برای بقیه روزهای اقامت خود) پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار بستری شدن، به‌ازای روزهای **1–5** مبلغ **$400** در روز (و **$0** برای بقیه روزهای اقامت خود) پرداخت می‌کنید.
داروهای Medicare بخش B تا حداکثر یک دوره مصرف 30 روزه از یک داروخانه عضو شبکه.	شما **$0** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، **0%** یا **20%** از هزینه کل را پرداخت می‌کنید، به‌جز اینکه برای داروهای انسولین بخش B که از طریق یک قلم تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) ارائه می‌شوند، مبلغ **$0** پرداخت می‌کنید. برای مشاهده تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به **فصل 12** دفترچه *راهنمای اعضا مراجعه* کنید.
تصویربرداری با تشدید مغناطیسی یا ام آر آی (Magnetic, MRI)، توموگرافی کامپیوتری یا سی تی اسکن (Computed Tomography, CT) توموگرافی گسیل پوزیترون یا پت اسکن (Positron Emission Tomography, PET)	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر رویه درمانی مبلغ **$500** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر رویه درمانی مبلغ **$375** پرداخت می‌کنید.
خدمات سرپایی بیمارستانی	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، بسته به نوع خدمت، به‌ازای هر ویزیت مبلغ**$0**–**$475** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، بسته به نوع خدمت، به‌ازای هر ویزیت مبلغ**$0**–**$400** پرداخت می‌کنید.

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

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
جراحی سرپایی در مرکز جراحی سرپایی	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر رویه درمانی مبلغ **$475** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر رویه درمانی مبلغ **$400** پرداخت می‌کنید.
اقلام بدون نسخه (Over the Counter, OTC)	شما یک کمک‌هزینه سه‌ماهه به مبلغ **$100** در یک **کارت مزایای تکمیلی بهداشتی از پیش شارژ شده** دریافت می‌کنید تا اقلام OTC واجد شرایط را هم به‌صورت آنلاین و هم در فروشگاه‌های خرده‌فروشی شرکت‌کننده، از جمله در داروخانه‌های خرده‌فروشی Kaiser Permanente خریداری کنید.	شما یک کمک‌هزینه سه‌ماهه به مبلغ **$75** در یک **کارت مزایای تکمیلی بهداشتی از پیش شارژ شده** دریافت می‌کنید تا اقلام OTC واجد شرایط را هم به‌صورت آنلاین و هم در فروشگاه‌های خرده‌فروشی شرکت‌کننده، از جمله در داروخانه‌های خرده‌فروشی Kaiser Permanente خریداری کنید. اگر واجد شرایط مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن **(Special Supplemental Benefits (for the Chronically Ill, SSBCI باشید** (به ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن» مراجعه کنید)، همچنین می‌توانید از کمک‌هزینه خود برای خرید مواد غذایی سالم استفاده کنید. کارت شما در تاریخ‌های 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از سقف مزایای سه‌ماهه به دوره‌ی سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. توجه: این کمک‌هزینه نمی‌تواند برای انعام یا کارمزدها (مانند کارمزدهای تحویل یا ارسال) استفاده شود.
درمان اقامتی برای اختلال مصرف مواد و سلامت روان	**تحت طرح Dual Complete شما به عنوان یک مزیت Medicare پوشش داده می‌شود.** شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، برای هر بار پذیرش مبلغ **$100**پرداخت می‌کنید.	**تحت طرح Dual Complete شما به عنوان یک مزیت Medicare پوشش داده نمی‌شود.** **تحت طرح Dual Complete شما، درمان بستری/اقامتی اختلال مصرف مواد و سلامت روان به عنوان یک مزیت Medi-Cal** که توسط نهاد بهداشت رفتاری کانتی شما ارائه می‌شود، پوشش داده می‌شود.

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF)	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، به‌ازای هر دوره بهره‌مندی از مزایای خدمات درمانی، برای روزهای **1–20** مبلغ **$0** و برای روزهای **21–100** مبلغ **$214** در روز پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید. اگر پوشش کامل طرح Medi-Cal خود را از دست بدهید، به‌ازای هر دوره بهره‌مندی از مزایای خدمات درمانی، برای روزهای **1–20** مبلغ **$0** و برای روزهای **21–100** مبلغ **$221** در روز پرداخت می‌کنید.
مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI) – مواد غذایی سالم مزایای مواد غذایی سالم، بخشی از یک برنامه تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود. اعضا برای واجد شرایط بودن، باید مبتلا به بیماری‌های مزمن خاصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی‌عروقی، آرتروز (استئوآرتریت) یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید قبل از ارائه این مزایا برآورده شوند. برای آگاهی از جزئیات بیشتر با ما تماس بگیرید.	تحت پوشش نیست.	**تحت پوشش است، اگر واجد شرایط SSBCI باشید.** اعضای شناسایی‌شده توسط طرح که واجد معیارهای این مزیت هستند، می‌توانند علاوه بر اقلام OTC، از **کارت مزایای تکمیلی بهداشتی از پیش شارژ شده** توصیف‌شده در ردیف اقلام OTC برای خرید مواد غذایی سالم، مانند محصولات کشاورزی (میوه و سبزیجات)، هم به‌صورت آنلاین و هم در فروشگاه‌های خرده‌فروشی شرکت‌کننده استفاده کنند. کارت شما در تاریخ‌های 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از سقف مزایای سه‌ماهه به دوره‌ی سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. توجه: این کمک‌هزینه نمی‌تواند برای انعام یا کارمزدها (مانند کارمزدهای تحویل یا ارسال) استفاده شود. برای آگاهی از جزئیات بیشتر به *دفترچه راهنمای اعضا* خود رجوع کنید.

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
خدمات حمل و نقل - حمل و نقل پزشکی غیر-اضطراری که تحت پوشش Medicare نیست در صورت تجویز توسط یک ارائه دهنده عضو شبکه، ما حمل و نقل پزشکی غیر-اورژانسی دارای ضرورت پزشکی را با یک ون مجهز به برانکارد/تخت روان دارای مجوز یا ون مجهز به صندلی چرخدار به مقصد خانه (تا مسافت 100 مایل)، یک مرکز پرستاری ماهر (SNF) یا یک سطح بالاتر دیگر از مراقبت، بلافاصله پس از بستری شدن در بیمارستان یا برخی مواجهه‌های اضطراری، مراقبت‌های فوری یا بیمارستان سرپایی پوشش می‌دهیم.	**تحت پوشش نیست.**	تحت پوشش است. شما **$0** پرداخت می‌کنید.

D2. تغییرات در پوشش داروها

تغییرات در *فهرست داروهای ما*

فهرست داروهای تحت پوشش ما با عنوان دارونامه یا فهرست دارو نامیده می‌شود. یک نسخه از فهرست داروهای ما به‌صورت الکترونیکی در kp.org/seniorrx (به زبان انگلیسی) ارائه می‌شود. تغییراتی در *فهرست داروهای* تحت پوشش خود ایجاد کرده‌ایم که این تغییرات می‌تواند شامل حذف یا افزودن داروها، تغییر در داروهای تحت پوشش، و تغییر در محدودیت‌های مربوط به پوشش ما برای برخی داروها یا انتقال آن‌ها به ردیف متفاوتی از تقسیم هزینه باشد.

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

اکثر تغییرات اعمال‌شده به *فهرست داروها* ابتدای هر سال اعمال می‌شوند. با این حال، ممکن است تغییرات دیگری را ایجاد کنیم که توسط Medicare و/یا ایالت مجاز شده است و در طول سال تقویمی برایتان اعمال می‌شود. ما *فهرست داروهای* آنلاین خود را حداقل به‌صورت ماهانه به‌روز می‌کنیم تا به‌روزترین فهرست داروها را ارائه کنیم. اگر تغییری ایجاد کنیم که بر دارویی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد، اعلانی درباره تغییر برایتان ارسال می‌کنیم.

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

- با پزشک (یا تجویزکننده دیگر) صحبت کنید تا یک داروی دیگر تحت پوشش برایتان پیدا کنند.
  - می‌توانید از طریق شماره‌های درج‌شده در انتهای صفحه، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید *فهرست داروهای تحت پوشش* را که برای درمان همان عارضه پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرند، در اختیار شما قرار دهند.
  - این فهرست می‌تواند به ارائه‌دهندهٔ شما کمک کند دارویی تحت پوشش پیدا کند که برای شما مناسب باشد.

- از ما بخواهید که یک ارائه‌دهنده موقت دارو را پوشش دهیم.
  - در برخی شرایط، عرضه **موقت** دارو طی 90 روز اول سال تقویمی را پوشش می‌دهیم.
  - این مقدار موقت برای مصرف حداکثر 30 روز است. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شرایط دریافت ذخیره موقت دارو و نحوه درخواست، به **فصل 5** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)
  - در مدت زمانی که عرضه موقتی از دارو دریافت می‌کنید، باید با پزشک خود در خصوص تصمیم‌گیری در مورد اینکه بعد از اتمام تأمین موقت دارو چه کاری انجام دهید، صحبت کنید. می‌توانید داروی خود را به یکی از داروهایی که توسط برنامه ما تحت پوشش قرار می‌گیرد تغییر داده یا درخواست کنید که استثنا قائل شوند و داروی شما را تحت پوشش قرار دهند.
  - تمام استثنائات فهرست دارویی تاییدشده فعلی در پایان هر سال تقویمی منقضی می‌شوند و باید در ابتدای سال جدید برای تایید مجدد ارسال شوند.

تغییرات در هزینه‌های دارو

ازآنجایی‌که واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای کمک به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D خود، Extra Help ازMedicare دریافت می‌کنید. ما یک ضمیمه جداگانه با عنوان «ضمیمه شواهد پوشش بیمه‌ای برای افرادی که Extra Help را برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی دریافت می‌کنند» (که با نام «ضمیمه یارانه درآمد کم»[Low Income Subsidy Rider, LIS Rider] نیز شناخته می‌شود) برای شما ارسال کرده‌ایم که در آن اطلاعاتی درباره پوشش دارویی شما ارائه شده است. اگر این ضمیمه را دریافت نکرده‌اید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید.

تحت طرح ما، دو مرحله پرداخت برای پوشش بیمه دارویی Medicare بخش D شما وجود دارد. میزان پرداختی شما بستگی به سطح Extra Help شما و مرحله‌ای دارد که هنگام دریافت یا تمدید نسخه خود در آن قرار دارید. دو مرحله وجود دارد:

مرحله 1 مرحله پوشش اولیه	مرحله 2 مرحله پوشش هزینه کمرشکن
در طول این مرحله، برنامه ما بخشی از هزینه‌های داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم هزینه خودتان را پرداخت می‌کنید. سهم شما «حق بیمه مشترک» نامیده می‌شود. هنگامی‌که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌کنید، این مرحله شروع می‌شود.	در طول این مرحله، برنامه درمانی همه هزینه‌های داروهای تحت پوشش را تا 31 دسامبر 2027 پرداخت می‌کند. شما این مرحله را پس از پرداخت مبلغ معینی هزینه از جیب، آغاز می‌کنید.

«مرحله پوشش اولیه» زمانی پایان می‌یابد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروها به **$2,400** برسد. در آن مقطع، مرحله پوشش هزینه کمرشکن آغاز می‌شود. طرح ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مبلغی که برای داروها می‌پردازید، به **فصل 6** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»

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

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

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

بیشتر واکسن‌های قسمت D بزرگسالان بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات درباره هزینه‌های مربوط به تأمین طولانی‌مدت دارو، به **فصل 6، بخش D** از *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
داروهای ردیف‌های 1–2 (شامل داروهای ژنریک) هزینه تأمین یک‌ماهه دارویی در ردیف‌های 1 و 2 که از یک داروخانه عضو شبکه یا داروخانه پستی خریداری می‌شود.	پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) دارو، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.10 است.** پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) از هر محصول انسولین تحت پوشش، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.10** است. پرداخت مشترک شما برای یک نسخه سفارش پستی یک‌ماهه (30 روزه)، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.10** است.	پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) دارو، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.80** است. پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) از هر محصول انسولین تحت پوشش، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.80** است. پرداخت مشترک شما برای یک نسخه سفارش پستی یک‌ماهه (30 روزه)، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $5.80** است.
داروهای ردیف‌های 3–5 (شامل داروهای برند و تخصصی) هزینه ذخیره یک‌ماهه دارو از ردیف‌های 3 تا 5 که در داروخانه درون‌شبکه یا داروخانه سفارش پستی تهیه می‌شود	پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) دارو، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $12.65** است. پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) از هر محصول انسولین تحت پوشش، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $12.65** است. پرداخت مشترک شما برای یک نسخه سفارش پستی یک‌ماهه (30 روزه)، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $12.65** است.	پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) دارو، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $14.40** است. پرداخت مشترک شما برای ذخیره یک‌ماهه (30 روزه) از هر محصول انسولین تحت پوشش، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $14.40** است. پرداخت مشترک شما برای یک نسخه سفارش پستی یک‌ماهه (30 روزه)، بسته به سطح «Extra Help» شما، **به‌ازای هر نسخه $0 تا $14.40** است.

	2026 (امسال)	2027 (سال آینده)
داروهای ردیف 6 (شامل واکسن‌های بخش D)	شما **$0** پرداخت می‌کنید.	شما **$0** پرداخت می‌کنید.

«مرحله پوشش اولیه» زمانی پایان می‌یابد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروها به **$2,400** برسد. در آن مقطع، «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» آغاز می‌شود. طرح ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره میزان پرداختی خود برای داروها، به **فصل 6** دفترچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

D4. مرحله 2: «مرحله پوشش کمرشکن»

زمانی که هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروها به حد نصاب **$2,400** برسد، «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» آغاز می‌شود و شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش خود پرداخت نمی‌کنید. وقتی در «مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن» قرار گرفتید، تا پایان سال را در این مرحله پرداخت باقی خواهید ماند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره هزینه‌های خود در «مرحله پوشش هزینه کمرشکن»، به **فصل 6، بخش E** *دفترچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید.

E. انتخاب طرح

E1. ماندن در طرح ما

امیدواریم شما را به عنوان عضو طرح در کنار خود داشته باشیم. برای اینکه در طرح ما بمانید، لازم نیست کاری انجام دهید. اگر برای یک طرح متفاوت Medicare ثبت‌نام نکنید یا به Original Medicare تغییر ندهید، به‌صورت خودکار به‌عنوان عضو طرح ما در سال 2027 باقی خواهید ماند.

E2. تغییر دادن طرح

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

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

- **دورهٔ ثبت‌نام آزاد** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر است. اگر در طول این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می‌شود.
- **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.
- از آنجا که تحت پوشش Medi-Cal هستید، گزینه‌هایی برای لغو عضویت خود در طرح ما دارید، از جمله در هر ماهی از سال.

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

- شما از محدوده خدماتی ما نقل‌مکان کرده‌اید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا «Extra Help» تغییر کرده است، **یا**

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

- اگر اخیراً به مؤسسه‌ای (مانند مرکز آسایشگاهی تخصصی یا بیمارستان مراقبت‌های بلندمدت) نقل مکان کرده‌اید یا در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید. اگر اخیراً از مؤسسه‌ای خارج شده‌اید، می‌توانید طرح‌های خود را تغییر دهید یا به مدت دو ماه کامل پس از ماه نقل مکان آن‌ها را به Original Medicare تغییر دهید.

خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare در هریک از ماه‌های سال، سه گزینه در اختیار دارید که در زیر فهرست شده است. شما یک گزینه اضافی در طول زمان‌های خاصی از سال دارید که در زیر فهرست شده است، شامل **دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر شرایط شرح داده شده در **بخش E2** می‌شود. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار به عضویت خود در طرح ما خاتمه می‌دهید.

1. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: **یک بیمه دوجانبه Medi-Medi نوعی طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های بیمه دوجانبه Medi-Medi تمامی مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، شامل همه خدمات تحت طرح جامع مراقبت سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly، PACE) می‌کنند.** **توجه:** اصطلاح بیمه دوجانبه Medi-Medi نامی برای طرح‌های یکپارچه نیازهای ویژه برای افراد واجد شرایط دوگانه (D-SNP) در کالیفرنیا است.	**در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:** با Medicare به این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای استعلامات مربوط به Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) ، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • طرح مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program، HICAP) 1-800-434-0222 ، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید، (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. **یا** در یک طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi جدید ثبت‌نام کنید. هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت‌نام شما در طرح ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما تغییر خواهد کرد تا با طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi شما مطابقت داشته باشد.

2. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: **Original Medicare با یک طرح جداگانه ازMedicare برای داروها**	**در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:** با Medicare به این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • با طرح Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید، (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. **یا** در یک طرح بیمه دارویی تجویزی Medicare جدید ثبت‌نام کنید. زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به‌طور خودکار ثبت‌نام شما در طرح ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد مگر اینکه درخواست تغییر دهید.

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

3. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:

Original Medicare بدون یک طرح دارویی مجزای Medicare، در صورتی که دلیل معتبری برای لغو عضویت داشته باشید

توجه: اگر به Original Medicare انتقال یابید و در یک طرح بیمه دارویی Medicare مجزا ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه به Medicare اطلاع دهید که نمی‌خواهید بپیوندید.

شما فقط در صورتی باید پوشش دارو را حذف کنید که از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی داشته باشید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر، سؤالی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با طرح Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن یکی از دفاتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وب‌سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ بازدید کنید.

در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:

با Medicare به این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:

- با طرح Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید، (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید.

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

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

4. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید: **هر طرح سلامت Medicare** در طول زمان‌های خاصی از سال، از جمله **دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر شرایط شرح داده شده در **بخش E**.	**در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:** با Medicare به این شماره تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. جهت استعلام طرح Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • با طرح Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید، (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر محلی HICAP، لطفاً به www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. **یا** در یک طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت‌نام شما در طرح Medicare ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

خدمات Medi-Cal شما

برای طرح پرسش درباره نحوه انتخاب طرح Medi-Cal یا دریافت خدمات Medi-Cal خود پس از خروج از طرح ما، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر با گزینه‌های مراقبت‌های درمانی (Health Care Options) از طریق شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. بپرسید که پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

F. دریافت راهنمایی

F1. طرح ما

اگر سؤالی دارید، ما برای کمک به شما اینجا هستیم. در طول روزها و ساعات کار ذکرشده با شماره‌های پایین صفحه با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. این تماس‌ها رایگان است.

دفترچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید

دفترچه راهنمای اعضا شما توصیفی حقوقی از مزایای طرح ماست. جزئیات مربوط به مزایا و هزینه‌های سال 2027 را ارائه می‌کند. این نوشتار حقوق شما و قوانینی را که برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش ما باید رعایت کنید، توضیح می‌دهد.

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2027 تا 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. یک نسخه به‌روز از _دفترچه راهنمای اعضا_ در وب‌سایت ما به نشانی kp.org/eocscal در دسترس است. می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین صفحه نیز تماس بگیرید و از ما بخواهید یک نسخه از _دفترچه راهنمای اعضا_ مربوط به سال 2027 برایتان پست شود.

وب‌سایت ما

می‌توانید از وب‌سایت ما به نشانی kp.org بازدید کنید. به‌عنوان یادآوری، وب‌سایت ما دارای به‌روزترین اطلاعات درباره شبکه ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما (_فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها_) و فهرست دارویی ما (_فهرست داروهای تحت پوشش_) است.

F2. برنامه (HICAP) Health Insurance Counseling and Advocacy Program

همچنین می‌توانید با برنامه برنامه کمک بیمه درمانی ایالتی (State Health Insurance Assistance Program، SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP طرح Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) نامیده می‌شود. مشاورین HICAP همچنین می‌توانند به شما در اطلاع‌رسانی درباره انتخاب طرح و پاسخگویی به سؤالات مربوط به تغییر طرح‌ها کمک کنند. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ارتباط ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP، 1-800-434-0222 است. (TTY 711). برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ دیدن کنید.

F3. طرح دادرس شکایات

اگر با طرح ما مشکلی داشته باشید، طرح دادرس شکایات Medicare Medi-Cal (Ombudsman Program) می‌تواند به شما کمک کند. خدمات دادرس شکایات رایگان و به تمامی زبان‌ها در دسترس است. طرح دادرس شکایات Medicare Medi-Cal:

- اگر مشکل یا شکایتی دارید به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهند و می‌توانند به شما کمک کنند تا بدانید باید چه بکنید.
- اطمینان حاصل می‌کنند که شما از حقوق و حمایت‌های خود مطلع هستید و نحوه رفع نگرانی‌های خود را می‌دانید.
- با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ارتباط ندارند. شماره تلفن طرح دادرس شکایات Medicare Medi-Cal 1-855-501-3077 است.

F4. Medicare

برای دریافت کمک به صورت مستقیم از Medicare:

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

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

- به صورت زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone چت کنید.
- به PO Box 1270, Lawrence, KS 66044، به Medicare نامه بنویسید.

وبسایت Medicare

می‌توانید به وبسایت Medicare مراجعه کنید (www.medicare.gov). اگر تصمیم بگیرید از طرح ما انصراف دهید و در طرح دیگری از Medicare ثبت‌نام کنید، وبسایت Medicare اطلاعاتی درباره هزینه‌ها، پوشش و رتبه‌بندی‌های کیفیت دارد تا به شما در مقایسه طرح‌ها کمک کند.

می‌توانید با استفاده از طرح یاب Medicare در وبسایت Medicare، اطلاعاتی درباره طرح‌های Medicare موجود در منطقه خود بیابید. (برای کسب اطلاعات درباره طرح‌ها، به www.medicare.gov مراجعه کنید و روی «Find plans» [یافتن طرح ها] کلیک کنید.)

Medicare و شما در سال 2027

می‌توانید دفترچه راهنمای *Medicare و شما در سال 2027* را مطالعه کنید. هر ساله در فصل پاییز، این کتابچه راهنما برای افراد دارای Medicare ارسال می‌شود. این کتابچه حاوی خلاصه‌ای از مزایا، حقوق و حفاظت‌های Medicare و پاسخ به متداول‌ترین سؤالات درباره Medicare است. این کتابچه راهنما به زبان‌های اسپانیایی، چینی و ویتنامی نیز در دسترس است.

اگر نسخه‌ای از این کتابچه را ندارید، می‌توانید آن را از وبسایت Medicare (به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) یا از طریق تماس با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

F5. سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول تنظیم مقررات طرح‌های خدمات مراقبت‌های سلامت است. اگر شکایتی علیه طرح درمانی خود دارید، باید ابتدا قبل از تماس با سازمان، با طرح درمانی خود به شماره **1-800-443-0815** تماس بگیرید و از فرآیند رسیدگی به شکایات طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرایند شکایت و نارضایتی، هیچ‌یک از حقوق یا راهکارهای قانونی احتمالیِ در دسترس شما را منع نمی‌کند. اگر برای شکایت و نارضایتی مربوط به وضعیت اورژانسی، شکایت و نارضایتی که توسط طرح سلامت شما به‌طور رضایت‌بخش حل‌وفصل نشده است، یا شکایت و نارضایتی که بیش از 30 روز حل‌نشده باقی مانده است به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرایند IMR یک بررسی بی‌طرفانه از تصمیم‌های پزشکیِ اتخاذشده توسط یک طرح سلامت ارائه می‌دهد که مربوط به ضرورت پزشکیِ یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیم‌های پوشش برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند، و اختلاف‌های پرداخت برای خدمات پزشکیِ اورژانسی یا فوری است. این سازمان همچنین یک شماره تلفن رایگان (**1-888-466-2219**) و یک خط TDD (**1-877-688-9891**) برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی این سازمان به آدرس **www.dmhc.ca.gov** حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

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

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

F6. طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare

طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare یک گزینه پرداخت است که ممکن است با تقسیم کردن هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروهای تحت پوشش طرح ما در طول سال تقویمی (ژانویه-دسامبر) به صورت پرداخت‌های ماهانه، به شما در مدیریت این هزینه‌ها کمک کند. تمام افراد تحت پوشش طرح دارویی Medicare یا طرح سلامت Medicare با پوشش دارویی (مانند طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی) می‌توانند از این گزینه برای پرداخت استفاده کنند. اگر در طرح پرداخت داروهای تجویزی Medicare شرکت می‌کنید و همچنان در بخش D در همان طرح باقی می‌مانید، برای ادامه این گزینه لازم نیست در 2027 کاری انجام دهید. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها یا کاهش کل هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای دارو نمی‌شود.

دریافت «Extra Help» از Medicare و کمک از برنامه کمک دارویی ایالت شما (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) و برنامه برنامه کمک داروی ایدز (AIDS Drug Assistance Program، ADAP) برای واجدین شرایط، سودمندتر از مشارکت در پرداخت داروهای تجویزی Medicare است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این برنامه، لطفاً از طریق شماره تلفن پایین این صفحه با ما تماس بگیرید یا از وب‌سایت www.medicare.gov بازدید کنید.

بیانیه افشای قانون کاهش کاغذبازی (Paperwork Reduction Act، PRA) *طبق قانون کاهش کاغذبازی مصوب 1995، هیچ شخصی الزامی به پاسخگویی به یک درخواست جمع‌آوری اطلاعات ندارد، مگر آنکه آن درخواست دارای یک شماره کنترل معتبر اداره مدیریت و بودجه (Office of Management and Budget، OMB) باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این جمع‌آوری اطلاعات 0938-1444 است. اگر نظر یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، به نشانی زیر بنویسید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

اطلاعات طرح

به‌عنوان عضو این طرح، ممکن است گهگاه با شما تماس بگیریم تا درباره سایر طرح‌ها یا محصولات Kaiser Permanente که ممکن است در دسترس شما باشد، اطلاع‌رسانی کنیم. چنانچه مایل نیستید این نوع تماس‌ها را دریافت کنید، لطفاً از طریق شماره تلفن درج‌شده در پشت کارت شناسایی عضویت خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.

Kaiser Permanente اکنون روش‌های جدیدی را برای به اشتراک‌گذاری امن اطلاعات سلامت شما ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات درباره رابط برنامه‌نویسی کاربردی (Application Programming Interface, API) پرداخت‌کننده به پرداخت‌کننده و API دسترسی ارائه‌دهنده، از جمله نحوه عملکرد آنها و نحوه انتخاب آنها، به وبسایت ***kp.org/datasharing*** *مراجعه کنید.*

فهرست‌های ارائه‌دهندگان خدمات Kaiser Permanente

اگر برای یافتن ارائه‌دهنده خدمات یا داروخانه‌ای در شبکه به کمک نیاز دارید، لطفاً برای جست‌وجو در فهرست آنلاین ما به وبسایت **kp.org/directory** مراجعه کنید (توجه: مطابق با الزامات **Medicare**، فهرست‌های سال 2027 از تاریخ 15 اکتبر 2026 به‌صورت آنلاین در دسترس خواهند بود).

برای دریافت فهرست از طریق پست، می‌توانید از طریق شماره **1-800-443-0815** (**711** TTY)، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید.

فهرست جامع داروهای Medicare بخش D متعلق به Kaiser Permanente (فهرست داروهای تحت پوشش)

نام داروهای **Medicare** بخش **D** که تحت پوشش ما هستند در فهرست دارویی ما آمده است. فهرست دارویی ممکن است در هر زمان تغییر کند.
در صورت لزوم به شما اطلاع داده خواهد شد. اگر درباره داروهای تحت پوشش پرسشی دارید، به فهرست دارویی آنلاین ما در وبسایت **kp.org/seniorrx** مراجعه کنید (توجه: مطابق با الزامات Medicare، فهرست دارویی سال 2027 از تاریخ 15 اکتبر 2026 به‌صورت آنلاین در دسترس است).

برای دریافت فهرست دارویی از طریق پست، می‌توانید از طریق شماره **1-800-443-0815** (**711** TTY)، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید.

مدرک پوشش بیمه Kaiser Permanente (EOC)

مدرک پوشش بیمه (Evidence of Coverage, EOC) شما نحوه دریافت خدمات پزشکی و داروهای تحت پوشش طرح ما را توضیح می‌دهد. این مدرک حقوق و مسئولیت‌های شما، موارد تحت پوشش و مبالغی را که به‌عنوان عضو Kaiser Permanente پرداخت می‌کنید، توضیح می‌دهد. اگر درباره پوشش بیمه‌ای خود پرسشی دارید، برای مشاهده آنلاین **EOC** خود به وبسایت **kp.org/eocncal** یا **kp.org/eocscal** مراجعه کنید (توجه: **EOC** سال 2027 از تاریخ 15 اکتبر 2026 به‌صورت آنلاین مطابق با الزامات Medicare در دسترس خواهد بود).

برای دریافت **EOC** از طریق پست، می‌توانید از طریق شماره **1-800-443-0815** (**711** TTY)، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید.

H0524_H8794_00044581FA_C
4383715500_CA_FA
July 2026

KAISER PERMANENTE®

اطلاعیه عدم تبعیض

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

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

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

Kaiser Permanente خدمات زیر را در زمان مقتضی ارائه می‌دهد:

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

اگر به این خدمات نیاز دارید، با بخش خدمات اعضا (Member Services) از طریق شماره‌های زیر تماس بگیرید. این تماس رایگان است. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

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

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

نحوهٔ تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائهٔ این خدمات ناتوان بوده‌ایم یا به روشی دیگر تبعیض غیرقانونی قائل شده‌ایم، می‌توانید نارضایتی از تبعیض را نزد ما طرح کنید. می‌توانید نارضایتی را به‌صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به *کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance)* خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید. نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- **به‌صورت تلفنی:** با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
- **از طریق پست:** فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.

- **به‌صورت حضوری:** فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی **kp.org/facilities** مراجعه کنید).
- **آنلاین:** از فرم آنلاین در وب‌سایت ما به نشانی **kp.org** استفاده کنید.

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

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

نحوهٔ تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا *(فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)*

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

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

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

فرم‌های شکایت دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا در این نشانی موجود است:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **آنلاین:** ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده

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

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

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

فرم های شکایت دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در این نشانی موجود است:
https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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