



اصلاحیه کتابچه راهنمای اعضا 2026

این سند حاوی اطلاعات مهمی درباره تغییرات در دفترچه راهنمای اعضای

Medi-Cal سال 2026 مربوط به

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. است.

به کتابچه راهنمای اعضا «سند ترکیبی گواهی پوشش و فرم افشای اطلاعات» (EOC/DF, «Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form») نیز گفته می‌شود. این اصلاحیه به شما امکان می‌دهد از به‌روزرسانی‌های کتابچه راهنمای اعضای خود برای سال 2026 مطلع شوید. لطفاً این سند را همراه کتابچه راهنمای اعضای سال 2026 نگه دارید.

در این اصلاحیه کتابچه راهنمای اعضا، منظور از «ما»، Kaiser Foundation Health Plan, Inc. است. گاهی به اعضا، «شما» گفته می‌شود. بعضی از واژه‌های نوشته‌شده با حروف بزرگ دارای معنای خاصی در این کتابچه راهنمای اعضا هستند. برای اطلاع از واژه‌های مهمی که باید بدانید، فصل 8 («شماره‌ها و واژه‌های مهمی که باید بدانید») کتابچه راهنما را مشاهده کنید.

در ادامه، زیر تغییرات در مزایا خط کشیده شده است.

شرح بازنگری‌شده در بخش «پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)» در فصل 3 («نحوه دریافت خدمات درمانی»)

پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)

مجوز قبلی در کالیفرنای شمالی

برای خدماتی که در بخش «خدماتی که به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز دارند» در ادامه این فصل فهرست شده‌اند، پزشک مراقبت‌های اولیه (Primary Care Physician, PCP) یا پزشک متخصص شما باید پیش از دریافت خدمات درمانی، از The Permanente Medical Group اجازه بگیرد. به این کار، درخواست پیش‌تأییدیه یا مجوز قبلی گفته می‌شود. این بدان معناست که The Permanente Medical Group باید اطمینان حاصل کند که خدمات درمانی از نظر پزشکی ضروری (موردنیاز) هستند.

با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. تماس رایگان است. به‌صورت آنلاین به نشانی kp.org مراجعه کنید.



3 | نحوه دریافت خدمات درمانی

خدمات دارای ضرورت پزشکی، خدماتی هستند که برای محافظت از جان شما، جلوگیری از ابتلای شما به بیماری شدید یا ناتوانی، یا کاهش درد شدید ناشی از یک بیماری، عارضه یا جراحات تشخیص داده شده، معقول و ضروری هستند. برای اعضای زیر 21 سال، خدمات دارای ضرورت پزشکی شامل مراقبت‌هایی است که از نظر پزشکی برای درمان یا کمک به تسکین بیماری یا عارضه جسمانی یا روانی ضروری هستند.

برای درخواست‌های معمول پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)، The Permanente Medical Group باید در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، به درخواستتان پاسخ دهد؛ اما این مدت نباید از پنج روز کاری پس از دریافت اطلاعاتی که از شما درخواست کرده و برای تصمیم‌گیری درباره (تأیید، تغییر یا رد) درخواستتان به‌طور معقول به آن نیاز دارد، بیشتر شود. The Permanente Medical Group باید حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از زمانی که درخواست شما را دریافت می‌کند، پاسخ دهد.

در رابطه با درخواست‌هایی که ارائه‌دهنده مشخص می‌کند یا فرد منصوب The Permanente Medical Group مربوطه تعیین می‌کند که رعایت چارچوب زمانی استاندارد ممکن است زندگی یا سلامت شما یا توانایی شما برای دستیابی به حداکثر عملکرد، حفظ آن یا بازیابی آن را به‌طور جدی به خطر بیندازد، The Permanente Medical Group تصمیم سریع‌تری درباره پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) اتخاذ خواهد کرد. The Permanente Medical Group در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، پاسخ خواهد داد، اما این مدت نباید از 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما بیشتر شود.

در برخی موارد، The Permanente Medical Group ممکن است برای تصمیم‌گیری درباره (تأیید، تغییر یا رد) درخواست پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) شما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشد. اگر این اتفاق بیفتد، The Permanente Medical Group حداکثر 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری فرصت دارد. پس از دریافت اطلاعات مورد نیاز، The Permanente Medical Group باید در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، تصمیم‌گیری کند؛ اما این مدت نباید برای درخواست‌های معمول بیش از پنج روز کاری یا برای درخواست‌های فوری بیش از 72 ساعت باشد.

کارکنان پزشکی یا بالینی، نظیر پزشکان، پرستاران و داروسازان، درخواست‌های پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) را بررسی می‌کنند.

ما به‌هیچ‌وجه روی تصمیم بررسی‌کنندگان برای رد، تغییر یا تأیید پوشش یا خدمات تأثیر نمی‌گذاریم. اگر The Permanente Medical Group درخواستتان را تأیید نکند، یک نامه اطلاعیه اقدام (Notice of Action, NOA) برای شما خواهیم فرستاد. در نامه NOA به شما گفته می‌شود در صورت مخالفت با این تصمیم، چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر The Permanente Medical Group به اطلاعات یا زمان بیشتری برای بررسی درخواستتان نیاز داشته باشد، با شما تماس خواهیم گرفت.

مجوز قبلی در کالیفرنیا جنوبی

برای خدماتی که در بخش «خدماتی که به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز دارند» در ادامه این فصل فهرست شده‌اند، PCP یا پزشک متخصص شما باید پیش از دریافت خدمات درمانی، از Southern California The Permanente Medical Group اجازه بگیرد. به این کار، درخواست پیش‌تأییدیه یا مجوز قبلی گفته می‌شود. این بدان معناست که Southern California The Permanente Medical Group باید اطمینان حاصل کند که خدمات درمانی از نظر پزشکی ضروری (مورد نیاز) هستند.

با بخش خدمات اعضا به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.
ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. تماس رایگان است. به‌صورت آنلاین به نشانی kp.org مراجعه کنید.



خدمات دارای ضرورت پزشکی، خدماتی هستند که برای محافظت از جان شما، جلوگیری از ابتلای شما به بیماری شدید یا ناتوانی، یا کاهش درد شدید ناشی از یک بیماری، عارضه یا جراحات تشخیص داده شده، معقول و ضروری هستند. برای اعضای زیر 21 سال، خدمات دارای ضرورت پزشکی شامل مراقبت‌هایی است که از نظر پزشکی برای درمان یا کمک به تسکین بیماری یا عارضه جسمانی یا روانی ضروری هستند.

برای درخواست‌های معمول پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)، The Southern California Permanente Medical Group باید در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، به درخواستتان پاسخ دهد؛ اما این مدت نباید از پنج روز کاری پس از دریافت اطلاعاتی که از شما درخواست کرده و برای تصمیم‌گیری درباره (تأیید، تغییر یا رد) درخواستتان به‌طور معقول به آن نیاز دارد، بیشتر شود. The Southern California Permanente Medical Group باید حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از زمانی که درخواست شما را دریافت می‌کند، پاسخ دهد.

در رابطه با درخواست‌هایی که ارائه‌دهنده مشخص می‌کند یا فرد منصوب Southern California Permanente Medical Group مربوطه تعیین می‌کند که رعایت چارچوب زمانی استاندارد ممکن است زندگی یا سلامت شما یا توانایی شما برای دستیابی به حداکثر عملکرد، حفظ آن یا بازیابی آن را به‌طور جدی به خطر بیندازد، The Southern California Permanente Medical Group تصمیم سریع‌تری درباره پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) اتخاذ خواهد کرد. The Southern California Permanente Medical Group در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، پاسخ خواهد داد؛ اما این مدت نباید از 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما بیشتر شود.

در برخی موارد، The Southern California Permanente Medical Group ممکن است برای تصمیم‌گیری درباره (تأیید، تغییر یا رد) درخواست پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) شما به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشد. اگر این اتفاق بیفتد، The Southern California Permanente Medical Group حداکثر 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری فرصت خواهد داشت. پس از دریافت اطلاعات مورد نیاز، The Southern California Permanente Medical Group باید در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با شرایط سلامتی شما، تصمیم‌گیری کند؛ اما این مدت نباید برای درخواست‌های معمول بیش از پنج روز کاری یا برای درخواست‌های فوری بیش از 72 ساعت باشد.

کارکنان پزشکی یا بالینی، نظیر پزشکان، پرستاران و داروسازان، درخواست‌های پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) را بررسی می‌کنند.

ما به هیچ‌وجه روی تصمیم بررسی‌کنندگان برای رد، تغییر یا تأیید پوشش یا خدمات تأثیر نمی‌گذاریم. اگر The Southern California Permanente Medical Group درخواستتان را تأیید نکند، یک نامه اطلاعیه اقدام (NOA) برای شما خواهیم فرستاد. در نامه NOA به شما گفته می‌شود در صورت مخالفت با این تصمیم، چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر The Southern California Permanente Medical Group به اطلاعات یا زمان بیشتری برای بررسی درخواستتان نیاز داشته باشد، با شما تماس خواهیم گرفت.

خدماتی که به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز دارند

در زیر نمونه‌هایی از خدماتی که همواره به پیش‌تأییدیه نیاز دارند، آورده شده است:

با بخش خدمات اعضا به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.
ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. تماس رایگان است. به‌صورت آنلاین به نشانی kp.org مراجعه کنید.



- خدمات طب سوزنی هنگامی که به بیش از دو ویزیت در ماه نیاز دارید
- خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, «CBAS»)
- بی‌هوشی دندان پزشکی
- تجهیزات پزشکی بادوام
- مراقبت‌های بهداشتی در منزل
- لوازم استومی و اورولوژی
- اندام مصنوعی و ارتوتیک
- خدماتی که ارائه‌دهندگان شبکه Medi-Cal ارائه نمی‌دهند
- پیوند عضو
- حمل‌ونقل پزشکی در موارد غیر اورژانسی

برای مراقبت‌های اورژانسی، از جمله خدمات آمبولانس اورژانسی، به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز نیست.

برای مراقبت‌های اورژانسی، هرگز به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز ندارید، حتی اگر این مراقبت‌ها خارج از شبکه پزشکی Kaiser Permanente یا خارج از محدوده خدمات منطقه محل سکونتتان ارائه شوند. این مراقبت‌ها شامل وضع حمل و زایمان، در صورت باردار بودن است. برای برخی خدمات مراقبتی حساس، به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز ندارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مراقبتی حساس، بخش «خدمات مراقبتی حساس» را در ادامه این فصل مطالعه کنید. برای مشاهده فهرست کامل خدماتی که به پیش‌تأییدیه نیاز دارند و معیارهایی که برای اتخاذ تصمیمات مربوط به کسب اجازه استفاده شده است، لطفاً به وب‌سایت ما به آدرس kp.org/UM مراجعه کنید یا از طریق شماره **1-855-839-7613** (TTY 711) با مرکز تماس خدمات اعضا تماس بگیرید.

نظرات مشورتی

شاید مایل باشید نظر مشورتی در مورد مراقبتی که ارائه‌دهندگان می‌گویند به آن نیاز دارید یا در مورد تشخیص یا طرح درمان خود بشنوید. مثلاً، اگر می‌خواهید مطمئن شوید تشخیص شما درست است، درباره نیاز به درمان یا جراحی تجویز شده مطمئن نیستید، یا برنامه درمانی را دنبال کرده‌اید و مؤثر نبوده است، می‌توانید نظر مشورتی درخواست کنید.

اگر ارائه‌دهندگان در شبکه Medi-Cal درخواست نظر مشورتی داشته باشد و شما نظر مشورتی را از ارائه‌دهنده عضو شبکه Medi-Cal دریافت کنید، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. برای دریافت نظر مشورتی از ارائه‌دهنده شبکه Medi-Cal به اجازه ما نیاز ندارید. ارائه‌دهنده شبکه Medi-Cal شما می‌تواند در صورت نیاز، برای دریافت نظر مشورتی به شما کمک کند.

برای دریافت نظر مشورتی، با PCP خود تماس بگیرید. PCP شما می‌تواند برای دریافت نظر مشورتی، شما را به متخصص واجد شرایط در شبکه Medi-Cal که برای عارضه پزشکی شما صلاحیت لازم را دارد، ارجاع دهد. اگر تمایل

با بخش خدمات اعضا به شماره **1-855-839-7613** (TTY 711) تماس بگیرید.
ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. تماس رایگان است. به‌صورت آنلاین به نشانی kp.org مراجعه کنید.



دارید نظر مشورتی دریافت کنید، با خدمات اعضای ما به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید تا در دریافت ارجاع برای نظر مشورتی به شما کمک کنند.

اگر هیچ تأمین‌کننده خدمات واجد شرایطی در شبکه Medi-Cal برای ارائه نظر مشورتی به شما وجود نداشته باشد، خدمات اعضای ما به شما کمک می‌کند تا از تأمین‌کننده خدمات خارج از شبکه نظر مشورتی دریافت کنید. اگر ما شما را جهت دریافت نظر مشورتی به ارائه‌دهنده خارج از شبکه ارجاع دهیم، هزینه نظر مشورتی را پرداخت خواهیم کرد. ما در سریع‌ترین زمان ممکن، متناسب با عارضه پزشکی شما، به شما اطلاع خواهیم داد که آیا ارائه‌دهنده خدماتی که برای دریافت نظر مشورتی انتخاب کرده‌اید، تأیید شده است یا خیر؛ اما این مدت نباید از پنج روز کاری پس از دریافت اطلاعاتی که طرح از شما درخواست کرده و برای تصمیم‌گیری درباره درخواستان به‌طور معقول به آن نیاز دارد، بیشتر شود. ما باید حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از زمانی که درخواست شما را دریافت می‌کنیم، پاسخ دهیم.

اگر بیماری مزمن، حادث یا شدیدی دارید، یا با تهدیدی فوری و جدی علیه سلامت خود روبه‌رو هستید، از جمله، اما نه محدود به، خطر از دست دادن جان، عضو بدن یا عملکرد اصلی بدن، ما ظرف 72 ساعت از دریافت درخواستان، به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر ما درخواست شما مبنی بر نظر مشورتی را رد کنیم، می‌توانید شکایتی طرح کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایات، به بخش «شکایات» در فصل 6 «گزارش‌دهی و حل مشکلات» کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



شرح بازنگری شده در بخش «سایر برنامه‌ها و خدمات Medi-Cal که تحت پوشش Kaiser Permanente نیستند» در فصل 4 («مزایا و خدمات»)

Kaiser Permanente برخی خدمات را پوشش نمی‌دهد، اما همچنان می‌توانید آن‌ها را از طریق هزینه در برابر خدمات Medi-Cal (Fee for-Service, FFS) یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید. ما با برنامه‌های دیگر هماهنگی‌های لازم را انجام می‌دهیم تا اطمینان حاصل کنیم همه خدمات دارای ضرورت پزشکی را دریافت می‌کنید، از جمله خدماتی که تحت پوشش برنامه دیگری هستند و تحت پوشش ما قرار ندارند. بعضی از این خدمات در این بخش فهرست شده‌اند. برای اطلاعات بیشتر، با بخش خدمات اعضای ما به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Dental Managed Care در کانتی‌های ساکرامنتو و لس آنجلس

Medi-Cal Dental Managed Care Program از طرح‌های مراقبت مدیریت شده برای ارائه خدمات دندان پزشکی شما استفاده می‌کند. باید در Dental Managed Care ثبت نام کنید. در برخی موارد، ممکن است واجد شرایط معافیت از ثبت نام در Dental Managed Care باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به نشانی زیر مراجعه کنید: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. همچنین می‌توانید با گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شماره **1-800-430-4263** تماس بگیرید.

توجه: خدمات بی‌هوشی برای بعضی خدمات دندان پزشکی خاص براساس ضوابط این کتابچه راهنمای اعضا پوشش داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به سرفصل «خدمات متخصص بی‌هوشی» در بخش «مراقبت سرپایی» در فصل 4 «مزایا و خدمات» این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

خدمات دندان پزشکی در سایر کانتی‌ها

Medi-Cal Dental FFS همان Medi-Cal FFS برای خدمات دندان پزشکی شماست. پیش از دریافت خدمات دندان پزشکی، باید کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) Medi-Cal خود را به تأمین‌کننده خدمات دندان پزشکی نشان دهید. مطمئن شوید که تأمین‌کننده خدمات، Dental FFS را می‌پذیرد و شما عضو یک طرح مراقبت مدیریت شده که خدمات دندان پزشکی را پوشش می‌دهد، نیستید.



Medi-Cal طیف گسترده‌ای از خدمات دندان پزشکی را از طریق Medi-Cal Dental پوشش می‌دهد، از جمله:

- دندان‌های مصنوعی کامل یا جزئی
- پر کردن دندان
- روکش (پیش‌ساخته/آزمایشگاهی)
- ارتودنسی برای کودکان واجد شرایط
- خدمات تشخیصی و پیشگیرانه دندان پزشکی
- عصب‌کشی (قدامی/خلفی)
- خدماتی مانند معاینه، عکس‌برداری با اشعه ایکس و تمیز کردن دندان‌ها
- جرم‌گیری و تسطیح ریشه
- کشیدن دندان
- فلوراید موضعی
- مراقبت‌های اورژانسی برای کنترل درد

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندان پزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، با Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY) 1-800-735-2922 یا 711 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت Medi-Cal Dental به نشانی <https://www.dental.dhcs.ca.gov> مراجعه کنید.



شرح بازنگری شده در بخش «سایر خدماتی که کودکان می‌توانند از طریق هزینه در برابر خدمات (FFS) Medi-Cal یا برنامه‌های دیگر دریافت کنند» در فصل 5 («مراقبت تندرستی کودکان و نوجوانان»)

اعضای کودک و نوجوان زیر 21 سال می‌توانند خدمات سلامت موردنیاز را به‌محض ثبت‌نام دریافت کنند. این امر اطمینان حاصل می‌کند که آن‌ها خدمات مناسب پیشگیرانه، دندان‌پزشکی و سلامت روان، از جمله خدمات رشد و خدمات تخصصی را دریافت می‌کنند. در این بخش به توصیف این خدمات می‌پردازیم.

سایر خدماتی که کودکان و نوجوانان می‌توانند از طریق هزینه در برابر خدمات Medi-Cal (FFS) یا سایر برنامه‌ها دریافت کنند.

چکاپ‌های دندان‌پزشکی

با تمیز کردن ملایم لثه‌های فرزندتان با دستمال در هر روز، لثه‌های او را سالم و تمیز نگه دارید. در حدود چهار تا شش ماهگی، «دندان درآوردن» کودک شروع خواهد شد. باید به‌محض بیرون آمدن اولین دندان یا تا پیش از تولد یک سالگی کودک، هرکدام که زودتر بود، اولین نوبت دندان‌پزشکی کودک خود را رزرو کنید.

این خدمات دندان‌پزشکی Medi-Cal برای افراد زیر رایگان هستند:

کودکان 0 تا 3 ساله

- اولین نوبت دندان‌پزشکی کودک
- اولین معاینه دندان‌پزشکی کودک
- معاینات دندان‌پزشکی (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- تصویربرداری با اشعه ایکس
- تمیز کردن دندان‌ها (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- پر کردن دندان
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)
- خدمات اورژانسی دندان‌پزشکی
- *بی‌هوشی ملایم (در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد)



کودکان 4 تا 12 ساله

- معاینات دندان پزشکی (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- تصویربرداری با اشعه ایکس
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- تمیز کردن دندان ها (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- پر کردن دندان
- عصب کشی
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)
- خدمات اورژانسی دندان پزشکی
- *بی هوشی ملایم (در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد)

§ سیلانت های دندان آسیاب

نوجوانان و جوانان 13 تا 20 سال

- معاینات دندان پزشکی (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- تصویربرداری با اشعه ایکس
- وارنیش فلوراید (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- تمیز کردن دندان ها (هر شش ماه یکبار و گاهی بیشتر)
- ارتودنسی (سیم کشی/بریس) برای افراد واجد شرایط
- پر کردن دندان
- روکش
- عصب کشی
- دندان مصنوعی تکه ای و کامل
- جرم گیری و تسطیح ریشه
- کشیدن دندان (خارج کردن دندان)
- خدمات اورژانسی دندان پزشکی
- *بی هوشی ملایم (در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد)

* ارائه دهندگان خدمات باید زمانی بی حسی و بی هوشی عمومی را در نظر بگیرند که دلیل نامناسب بودن بی حسی موضعی از نظر پزشکی را تشخیص دهند و مستند کنند و درمان دندان پزشکی از پیش تأیید شده باشد یا به پیش تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز نداشته باشد.

برخی از دلایلی که ممکن است به دلیل آن ها نتوان از بی حسی موضعی استفاده کرد و به جای آن از بی حسی یا بی هوشی عمومی استفاده شود، عبارت اند از:

- وضعیت جسمانی، رفتاری، رشدی یا عاطفی که مانع از پاسخگویی بیمار به تلاش های ارائه دهنده خدمات برای انجام درمان می شود



- عمل‌های جراحی یا ترمیمی عمده
- کودکی که همکاری نمی‌کند
- عفونت شدید در محل تزریق
- ناموفق بودن بی‌حسی موضعی در کنترل درد

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندان‌پزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، با خط خدمات مشتریان Medi-Cal Dental به شماره **1-800-322-6384** (TTY: **1-800-735-2922** یا **711**) تماس بگیرید یا به <https://smilecalifornia.org/> مراجعه کنید.



شرح بازنگری‌شده در بخش «جلسات دادرسی ایالتی» در فصل 6 («گزارش‌دهی و حل مشکلات»)

دادرسی‌های ایالتی

دادرسی ایالتی جلسه‌ای است که با حضور ما و یک قاضی از اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا («CDSS, California Department of Social Services») برگزار می‌شود. قاضی به حل و فصل مشکل شما کمک خواهد کرد و تعیین می‌کند آیا ما تصمیم صحیحی گرفته‌ایم یا خیر. در صورتی که قبلاً درخواست تجدیدنظر نزد Kaiser Permanente ثبت کرده باشید و همچنان از تصمیم ما رضایت نداشته باشید، یا اگر پس از گذشت 30 روز تصمیمی درباره درخواست تجدیدنظر خود دریافت نکرده باشید، حق دارید درخواست دادرسی ایالتی کنید.

باید درخواست دادرسی ایالتی را ظرف 120 روز تقویمی از تاریخ درج‌شده در نامه اطلاعیه حل و فصل استیناف (Notice of Appeal Resolution, «NAR») ما ثبت کنید. با این حال، اگر در طول درخواست تجدیدنظر، کمک پرداخت‌شده در انتظار را به شما ارائه کرده باشیم و بخواهید این کمک تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی ادامه یابد، باید ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ نامه NAR ما یا پیش از تاریخی که اعلام کرده‌ایم خدمات شما متوقف خواهد شد، هرکدام دیرتر باشد، درخواست دادرسی ایالتی کنید.

اگر برای اطمینان از اینکه کمک پرداخت‌شده در انتظار تا زمان تصمیم‌گیری نهایی درباره دادرسی ایالتی شما ادامه خواهد یافت به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضای ما به شماره **1-855-839-7613** (TTY 711)، 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. نماینده مجاز یا تأمین‌کننده خدمات شما می‌تواند با اجازه کتبی شما، از طرف شما درخواست دادرسی ایالتی کند.

در مواردی می‌توانید بدون تکمیل فرایند استیناف ما، دادرسی ایالتی درخواست کنید.

برای مثال، بدون تکمیل فرایند استیناف ما می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی بدهید، به شرطی که ما به‌موقع یا به‌طور صحیح در مورد خدمات خود به شما اطلاع نداده باشیم. به این حالت، «مراجعه مستقیم» گفته می‌شود. در اینجا چند نمونه از مراجعه مستقیم آورده شده است:

- ما نامه اطلاعیه اقدام (Notice of Action, «NOA») یا NAR را به زبان ترجیحی‌تان در اختیارتان قرار نداده باشیم
- اشتباهی مرتکب شده باشیم که روی همه حقوق شما تأثیر می‌گذارد
- نامه NOA به شما ارائه نکرده باشیم
- نامه NAR به شما ارائه نکرده باشیم
- در نامه NAR خود اشتباهی مرتکب شده باشیم



- ظرف 30 روز در مورد تجدیدنظر شما تصمیم‌گیری نکرده باشیم
- پرونده‌تان را فوری تشخیص داده باشیم، اما ظرف 72 ساعت پاسخی به تجدیدنظر شما نداده باشیم
به این روش‌ها می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:
- **از طریق تلفن:** با بخش دادرسی‌های ایالتی CDSS به شماره **1-800-743-8525** (TTY) **1-800-952-8349** یا **(711)** تماس بگیرید.
- **از طریق پست:** فرم ارائه‌شده همراه اطلاعیه حل‌وفصل استیناف را پر کنید.
ارسال پستی به:
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
- **آنلاین:** می‌توانید به‌صورت آنلاین از طریق **www.cdss.ca.gov** درخواست دادرسی ارائه کنید
- **از طریق ایمیل:** فرمی را که همراه با اطلاعیه حل‌وفصل استیناف شما ارسال شده است، تکمیل کنید و آن را به **Scopeofbenefits@dss.ca.gov** ایمیل کنید.
- توجه: اگر فرم را از طریق ایمیل ارسال می‌کنید، ممکن است فردی به‌جز بخش دادرسی ایالتی به ایمیل‌تان دسترسی پیدا کند. روش‌های ایمن‌تری برای ارسال درخواست خود انتخاب کنید.
- **از طریق فکس:** فرمی را که همراه با اطلاعیه حل‌وفصل استیناف شما ارسال شده است، تکمیل کنید و آن را به بخش دادرسی‌های ایالتی به شماره فکس **916-309-3487** یا شماره رایگان **1-833-281-0903** ارسال کنید.
- اگر برای ارائه درخواست دادرسی ایالتی به کمک نیاز دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. ما می‌توانیم خدمات زبانی رایگان به شما ارائه دهیم. با بخش خدمات اعضا به شماره **1-855-839-7613** (TTY 711) تماس بگیرید.
- در جلسه دادرسی، به قاضی توضیح می‌دهید که چرا با تصمیم ما مخالف هستید. ما به قاضی توضیح می‌دهیم که چگونه تصمیم خود را اتخاذ کرده‌ایم. ممکن است تا 90 روز طول بکشد تا قاضی درباره پرونده شما تصمیم بگیرد. ما باید از تصمیم قاضی تبعیت کنیم.
- اگر می‌خواهید CDSS به‌دلیل اینکه مدت زمان لازم برای برگزاری دادرسی ایالتی زندگی، سلامت یا توانایی شما برای عملکرد کامل را به خطر می‌اندازد، سریع تصمیم بگیرد، شما، نماینده مجاز یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید با CDSS تماس بگیرید و درخواست دادرسی ایالتی سریع (فوری) کنید. CDSS باید حداکثر ظرف سه روز کاری پس از دریافت پرونده کامل شما از ما، تصمیم‌گیری کند.



شرح بازنگری‌شده در بخش «اطلاعیه اقدام» در فصل 7 (حقوق و مسئولیت‌ها)

شما به‌عنوان عضوی از Kaiser Permanente، حقوق و مسئولیت‌های مشخصی دارید. این فصل به توضیح این حقوق و مسئولیت‌ها می‌پردازد. این فصل همچنین دربردارنده اطلاعیه‌های قانونی است که شما به‌عنوان عضوی از Kaiser Permanente حق دریافت آن‌ها را دارید.

اطلاعیه اقدام

Kaiser Permanente هر زمان که Kaiser Permanente درخواست مراقبت‌های سلامت را رد کند، به تأخیر اندازد، قطع یا اصلاح کند، یک نامه اطلاعیه اقدام («NOA»، Notice of Action) برای شما ارسال خواهد کرد. اگر با تصمیم ما مخالف باشید، می‌توانید همیشه نزد ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای مشاهده اطلاعات مهم درباره نحوه ثبت درخواست تجدیدنظر خود، به بخش «تجدیدنظرها» در فصل 6 این دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. هنگامی که NOA را برای شما ارسال می‌کنیم، تمام حقوق شما در صورت مخالفت با تصمیم ما در آن درج خواهد شد. اگر این اطلاعیه را از فردی غیر از ما دریافت کردید، فوراً با Kaiser Permanente تماس بگیرید.

محتوای اطلاعیه‌ها

اگر رد، تأخیر، تغییر، خاتمه، تعلیق یا کاهش خدمات شما، به‌طور کامل یا جزئی، بر ضرورت پزشکی مبتنی باشد، NOA شما باید شامل موارد زیر باشد:

- بیانیه اقدامی که قرار است انجام دهیم
- توضیح شفاف و مختصر در مورد دلایل تصمیم‌گیری ما
- نحوه تصمیم‌گیری ما، از جمله مقرراتی که به کار بردیم
- دلایل پزشکی برای این تصمیم. ما باید به‌طور واضح توضیح دهیم که چرا عارضه پزشکی شما با مقررات یا دستورالعمل‌ها مطابقت ندارد.
- اطلاعات درباره حق شما برای درخواست نسخه‌های رایگان از تمام اسناد و سوابق مرتبط با NOA.

ترجمه‌ها

ملزم هستیم اطلاعات عضو، شامل تمام اطلاعیه‌های شکایت و استیناف‌ها، را به‌طور کامل به‌صورت کتبی به زبان‌های ترجیحی ترجمه کنیم و آن را در اختیار عضو قرار دهیم.



7 | حقوق و مسئولیت‌ها

اطلاعیه ترجمه‌شده کامل باید شامل دلیل پزشکی تصمیم ما برای رد، به‌تأخیر انداختن، تغییر، خاتمه، تعلیق یا کاهش درخواست خدمات مراقبت‌های سلامت باشد.

اگر ترجمه به زبان ترجیحی شما در دسترس نباشد، ما به زبان ترجیحی شما کمک شفاهی ارائه می‌دهیم تا بتوانید اطلاعاتی را که دریافت می‌کنید، درک کنید.



اطلاعیه عدم تبعیض

در این سند، «ما»، «ما را» یا «مال ما» به معنی Kaiser Permanente (شامل: Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، Kaiser Foundation Hospitals و The Permanente Medical Group, Inc. 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 به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را 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:
 - ♦ مترجم 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.

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

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

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

- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید).

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

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

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

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)
همچنین به صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (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

- آنلین: 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 به صورت کتبی، از طریق تلفن یا به صورت آنلین طرح کنید:

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

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

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

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