

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP), առաջարկված Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի կողմից, Հարավային Կալիֆորնիայի տարածաշրջան

Անդամի ձեռնարկ

Հունվարի 1, 2024 թ. – Դեկտեմբերի 31, 2024 թ.

Ձեր բժշկական և դեղերի ապահովագրությունը Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) ծրագրի շրջանակներում՝ առաջարկված Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի կողմից, Հարավային Կալիֆորնիայի շրջան

Անդամի ձեռնարկ. ներածություն

Սույն **Անդամի ձեռնարկում**, որը կոչվում է նաև Ապահովագիր, ներկայացված է մինչև 2024 թ-ի դեկտեմբերի 31-ը գործող մեր պլանով նախատեսված ձեր ապահովագրական ծածկույթը: Այստեղ ներկայացված են ապահովագրական ծածկույթում ներառված բուժօժանոթությունները, հոգեկան առողջության (հոգեբանական խնդիրներ և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) պահպանման հետ կապված ծառայությունները, դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի փոխհատուցումը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումները ներկայացված են այբբենական կարգով՝ **Անդամների ձեռնարկի 12-րդ գլխում**:

Սա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Ապահով տեղ պահեք այն:

Երբ սույն **Անդամների ձեռնարկում** նշվում է «մենք», «մեզ», «մեր» կամ «մեր պլանը», դա նշանակում է **Senior Advantage Medicare Medi-Cal** ծրագիրը:

Այս փաստաթուղթն անվճար կարող էք ստանալ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, իսպաներեն, տազալերեն կամ վիետնամերեն լեզուներով:

Դուք կարող եք անվճար ստանալ այս փաստաթուղթը այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան և (կամ) աուդիո ձևաչափերով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ դիմելու հետևյալ հարցով.

- Եթե ձեր նախընտրած լեզուն անգլերենից և/կամ այլընտրանքային ձևաչափից տարբեր է:
- Եթե ցանկանում եք հետազայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալ:
- Եթե ցանկանում եք փոխել նախընտրած լեզուն և/կամ ձևաչափը:

Ձեզ համար գործում է տարբեր լեզուներով սպասարկվող անվճար աջակցություն, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք դիմել բանավոր թարգմանչական ծառայությունների, ձեր մայրենի լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափերով պատրաստված նյութերի համար: Դուք կարող եք նաև դիմել օժանդակ աջակցության և սարքերի համար, որոնք առկա են մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից): TTY-ից օգտվողները զանգահարեն՝ **711**:

Պատասխանատվությունից հրաժարում

- ❖ Kaiser Permanente-ն իրենից ներկայացնում է HMO D-SNP պլան, որը պայմանագիր ունի Medicare-ի և Medi-Cal ծրագրերի հետ: Kaiser Permanente-ին անդամակցությունը կախված է պայմանագրի թարմացումից:
- ❖ Այս ապահովագրական պլանը սահմանված չափանիշներին համապատասխանող բուժապահովագրություն է, որը կոչվում է «նվազագույն հիմնական ապահովագրություն»: Այն համապատասխանում է Պացիենտների պաշտպանության և մատչելի խնամքի մասին օրենքի (ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջներին: Այցելեք Ներքին եկամուտների ծառայության (IRS) կայքը հետևյալ հասցեով՝ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջների մասին:
- ❖ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով Kaiser Permanente-ի անդամներին տրամադրվող բուժխնամքի ծառայությունները ենթակա են Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի և Կալիֆոռնիայի առողջական խնամքի ծառայությունների վարչության (DHCS) միջև կնքված պայմանագրի պայմաններին, դրույթներին, սահմանափակումներին և բացառություններին, և նշված են սույն **Անդամի ձեռնարկում** և դրա փոփոխված տարբերակներում:

Գլուխ 1. Ինչպես սկսել մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են տեղեկություններ **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** ծրագրի մասին, առողջապահական պլան, որն իր ծածկությունը ընդգրկում է ձեր բոլոր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները և Medicare և Medi-Cal ծառայությունների բոլոր կոնտակտային տվյալները և այդ ծրագրերին ձեր անդամակցությունը: Ասվում է նաև, թե ինչ սպասել և ինչ այլ տեղեկություններ կստանաք մեզանից: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 1 Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ մեր պլան.....	3
B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին	3
B1. Medicare.....	3
B2. Medi-Cal	3
C. Մեր պլանի առավելությունները.....	4
D. Մեր պլանի սպասարկման տարածքը	5
E. Երբ եք դուք իրավունակ՝ պլանի անդամը դառնալու համար	6
F. Ի՞նչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում մեր առողջապահական պլանին	6
G. Ձեր բուժխնամքի թիմը և բուժխնամքի պլանը	9
G1. Բուժխնամքի թիմ.....	9
G2. Բուժխնամքի պլան.....	9
H. Ձեր ամսական ծախսերը մեր Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) պլանի համար	10
I. Ձեր Անդամի ձեռնարկը	10



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- J. Այլ կարևոր ծանուցումներ, որոնք ստանում եք մեզնից 10
 - J1. Ձեր Անդամի ID քարտը 10
 - J2. Բուժառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու 12
 - Ցանցի բուժառայություններ մատուցողների սահմանումը..... 12
 - Ցանցի դեղատների սահմանում 13
 - J3. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ 13
 - J4. Նպաստների բացատրագիր 13
- K. Գրանցված անդամի տվյալների բազան միշտ պետք է թարմ լինի 14
 - K1. Բժշկական անձնական տվյալների գաղտնիություն (PHI) 15



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Բարի գալուստ մեր պլան

Մեր պլանը տրամադրում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններ այն ֆիզիկական անձանց, ովքեր իրավունակ են անդամակցելու երկու ծրագրերին: Մեր պլանի մեջ մտնում են բժիշկներ, հիվանդանոցներ, դեղատներ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն տրամադրողներ, հոգեկան առողջության խնդիրների մասնագետներ և այլ բուժօրհանություններ մատուցողներ: Մենք նաև ունենք բուժխնամքի համակարգողներ և թիմեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել ձեր բուժօրհանություններ մատուցողների աշխատանքը և ծառայությունները: Նրանք բոլորն աշխատում են միասին՝ ձեզ անհրաժեշտ բուժխնամք տրամադրելու համար:

Kaiser Permanente-ն առողջապահական ծառայություններ է տրամադրում անմիջապես անդամներին՝ ինտեգրված բուժխնամքի ծրագրի միջոցով: Health Plan, պլանում ներառված հիվանդանոցները և Southern California Permanente Medical Group («Medical Group») աշխատում են միասին՝ մեր անդամներին որակյալ խնամք տրամադրելու համար: Մեր բուժխնամքի ծրագիրը ձեզ հնարավորություն է տալիս օգտվել ապահովագրական ծածկություն ներառված ծառայություններից, որոնց կարիքը դուք կարող եք զգալ, օրինակ՝ ամենօրյա խնամք, հիվանդանոցային խնամք, լաբորատոր ծառայություններ, շտապ օգնություն, հրատապ օգնություն և աջակցության այլ ձևեր, որոնք նկարագրված են սույն **Անդամի ձեռնարկում**: Բացի այդ, մեր առողջապահական կրթական ծրագրերն առաջարկում են ձեզ ձեր առողջությունը պահպանելու և բարելավելու հրաշալի միջոցներ:

B. Տեղեկություններ Medicare-ի և Medi-Cal-ի մասին

B1. Medicare

Medicare-ը դաշնային բուժապահովագրական ծրագիր է, որը նախատեսված է՝

- 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց համար:
- Մինչև 65 տարեկան որոշակի սահմանափակ հնարավորություններով անձանց համար, և
- Երիկամային հիվանդության վերջնական փուլի ախտանիշներ (երիկամային անբավարարություն) ունեցող անձանց:

B2. Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը ղեկավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում է նահանգային և դաշնային կառավարության կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող անձանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության (Long-Term Services and Supports, LTSS), ինչպես նաև բժշկական ծախսերի համար: Այն փոխհատուցում է Medicare-ի ապահովագրական ծածկություն չներառված լրացուցիչ ծառայությունների և դեղերի ծախսերը:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Յուրաքանչյուր նահանգ սահմանում է՝

- Ինչն է համարվում եկամուտ և ռեսուրս:
- Ով է իրավունակ:
- Ինչ ծառայություններ են փոխհատուցվում:
- Ծառայությունների արժեքը:

Նահանգները կարող են որոշել՝ ինչպես դեկլարեն իրենց ծրագրերը, եթե հետևում են դաշնային կանոններին:

Մեր պլանը հաստատվել է Medicare-ի և Կալիֆորնիա նահանգի կողմից: Մեր պլանով դուք կարող եք ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները՝

- Մենք ձեզ առաջարկում ենք անդամակցել մեր պլանին, և
- Medicare-ը և Կալիֆորնիայի նահանգը մեզ թույլ են տալիս շարունակել առաջարկել Ձեզ այս պլանը:

Նույնիսկ, եթե մեր պլանն այլևս չգործի հետագայում, Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններից օգտվելու ձեր իրավունակության վրա դա չի ազդի:

C. Մեր պլանի առավելությունները

Այժմ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկություն ներառված բոլոր ծառայությունները՝ այդ թվում դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերը, դուք ստանալու եք մեր պլանով: **Դուք հավելյալ վճարում չեք կատարում՝ այս առողջապահական պլանին միանալու համար:**

Մենք օգնում ենք, որպեսզի ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները միասին ավելի օգտակար և արդյունավետ լինեն ձեզ համար: Ահա որոշ առավելություններ՝

- Մենք կարող եք միասին քննարկել ձեր առողջապահական կարիքների **մեծ** մասի խնամքի կազմակերպումը:
- Դուք եք որոշում, թե ովքեր են ընդգրկված լինելու ձեր բուժխնամքի թիմում: Ձեր բուժխնամքի թիմի մեջ կարող եք ներառված լինել դուք, ձեր խնամակալը, բժիշկները, բուժքույրերը, խորհրդատուները կամ առողջապահական այլ մասնագետներ:
- Դուք միշտ կարող եք դիմել բուժխնամքի համակարգողին: Սա այն անձն է, ով աշխատում է ձեզ հետ, մեր պլանի և ձեր բուժխնամքի թիմի հետ՝ խնամքի ծրագիրը կազմելու համար:
- Դուք կարող եք թելադրել ձեր խնամքի կազմակերպումը ձեր բուժխնամքի թիմի և համակարգողի օգնությամբ:

- Ձեր բուժինամքի թիմը և համակարգողը աշխատում են ձեզ հետ՝ **ձեր** առողջական կարիքներին համապատասխան բուժինամքի ծրագիր կազմելու համար: Բուժինամքի թիմն օգնում է համակարգել ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Այդ թվում՝ ձեր բուժինամքի թիմը համոզվում է, որ
- Ձեր բժիշկները գիտեն ձեր ընդունած բոլոր դեղամիջոցների մասին, որպեսզի համոզված լինեն, որ դուք ճիշտ դեղեր եք ընդունում և կարողանան նվազեցնել դեղերի հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
- Ձեր թեստի արդյունքները, ըստ անհրաժեշտության, տրամադրվել են ձեր բոլոր բժիշկներին և այլ բուժօժանություններ մատուցողներին:

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1-ի նոր անդամներ. Ձեզ մեծամասամբ կգրանցեն **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանում՝ Medicare-ի նպաստները ստանալու համար, **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանին անդամակցելու ձեր հայրը ներկայացնելուց հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Դրանից հետո Դուք Medi-Cal-ի ծառայությունները կստանաք **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Առավոտյան ժամը՝ 8-ից մինչև ժամը երեկոյան 8-ը, շաբաթը՝ 7 օր:

D. Մեր պլանի սպասարկման տարածքը

Մեր պլանի սպասարկման տարածքը ներառում է Կալիֆոռնիայի **Օրինջ վարչաշրջանը**: Մեր ծառայությունները նաև ներառում են հետևյալը՝

- **Los Angeles վարչաշրջանը**՝ բացառությամբ Catalina կղզու:
- **Riverside վարչաշրջանը**՝ բացառությամբ հետևյալ փոստային կոդերի. 92028, 92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549 և 92561:
- **San Bernardino վարչաշրջանը**՝ բացառությամբ հետևյալ փոստային կոդերի. 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562 և 93592:
- **San Diego վարչաշրջանը**՝ բացառությամբ հետևյալ փոստային կոդերի. 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066 և 92070:

Մեր պլանին կարող են միանալ միայն այն մարդիկ, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:

Դուք չեք կարող մնալ մեր պլանում, եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս: Տե՛ս **Գլուխ 10-ը**՝ այս **Անդամի ձեռնարկում**՝ ստանալու ավելի շատ տեղեկություններ մեր սպասարկման տարածքից դուրս գալու հետևանքների մասին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

E. Երբ եք դուք իրավունակ՝ պլանի անդամը դառնալու համար

Դուք իրավունք ունեք դառնալու մեր պլանի անդամը, եթե.

- Ապրում եք մեր սպասարկման տարածքում (բանտարկված անձինք չեն համարվում սպասարկման աշխարհագրական տարածքում ապրող, նույնիսկ եթե ֆիզիկապես գտնվում են այնտեղ), **և**
- Գրանցվելու պահին 21 և ավելի տարեկան եք, **և**
- Medicare-ի A բաժնի և Medicare-ի B բաժնի համար ունեք ապահովագրություն, **և**
- Դուք հանդիսանում եք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ գտնվում եք այստեղ օրինական, **և**
- Այժմ ունեք Medi-Cal-ի իրավասություն:

Եթե կորցնում եք Medi-Cal-ի ձեր իրավասությունը, բայց ակնկալվում է, որ 4 ամսվա ընթացքում կվերականգնեք այն, ապա դուք դեռ իրավասու եք անդամակցելու մեր ապահովագրական պլանին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

F. Ի՞նչ ակնկալել, երբ առաջին անգամ եք միանում մեր առողջապահական պլանին

Երբ առաջին անգամ միանաք մեր ապահովագրական պլանին, ապա Ձեր գրանցման օրվանից 90 օր առաջ կամ հետո կստանաք առողջական ռիսկերի գնահատում (HRA):

HRA-ն արվում է ձեզ համար: HRA-ի հիման վրա մենք մշակում ենք ձեր բուժխնամքի ծրագիրը: HRA-ն ներառում է հարցեր՝ բացահայտելու Ձեր բժշկական, հոգեկան և ֆունկցիոնալ առողջական խնդիրները:

Մենք կապ ենք հաստատում ձեզ հետ՝ առողջական ռիսկերի գնահատում (HRA) կատարելու համար: HRA-ն կարող ենք կատարել անձամբ այցելելով, հեռախոսազանգով կամ փոստով:

Մենք ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կուղարկենք HRA-ի մասին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե մեր ծրագիրը ձեզ համար նոր է, ապա որոշ ժամանակ կարող եք շարունակել օգտվել ձեր ներկայիս բժիշկներից, որոնք ներառված չեն մեր ցանցում: Մա մենք անվանում ենք խնամքի շարունակականություն: Եթե նրանց ներառված չեն մեր ցանցում, ապա կարող եք պահել ձեր ընթացիկ ծառայություն մատուցողներին և ծառայությունների լիազորությունները գրանցման պահից սկսած մինչև 12 ամիս՝ հետևյալ բոլոր պայմանները պահպանվելու դեպքում.

- Դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր ծառայություն մատուցողը խնդրում է մեզ թույլ տալ շարունակել օգտվել ձեր ընթացիկ ծառայություն մատուցողից:
- Մենք հաստատում ենք, որ դուք ընթացիկ հարաբերություններ ունեք առաջնային կամ մասնագիտացված խնամքի ծառայություն մատուցողի հետ, որոշ բացառություններով: «Ընթացիկ հարաբերություններ» նշանակում է, որ դուք առնվազն մեկ անգամ այցելել եք ցանցից դուրս ծառայություն մատուցողին ոչ արտակարգ իրավիճակում՝ մեր պլանում ձեր նախնական գրանցման ամսաթվին նախորդող 12 ամսվա ընթացքում:
 - Մենք սահմանում ենք ընթացիկ հարաբերություններ՝ վերանայելով ձեր առկա առողջական տեղեկությունները կամ ձեր տրամադրած տեղեկությունները:
 - Մենք 30 օրվա ընթացքում կպատասխանենք ձեր հարցմանը: Դուք կարող եք խնդրել մեզ ավելի արագ որոշում կայացնել, և մենք կպատասխանենք 15 օրից: Եթե Ձեզ վտանգ է սպառնում, մենք պետք է արձագանքենք 3 օրվա ընթացքում:
 - Դուք կամ ձեր ծառայություն մատուցողը պետք է ներկայացնեք ընթացիկ հարաբերությունների փաստաթղթերը և համաձայնեք որոշակի պայմանների, երբ կատարում եք հարցումը:

Նշում. Դուք կարող եք այս հարցումը ներկայացնել Երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների (DME) մատակարարներին առնվազն 90 օրվա ընթացքում, մինչև մենք հաստատենք նոր վարձակալությունը և ստանանք վարձակալությունը ցանցի մատակարարից: Չնայած, որ չեք կարող այս հարցումն ուղղել փոխադրումների կամ այլ օժանդակ մատակարարներին, այնուհանդերձ կարող եք կատարել հարցում տրանսպորտային ծառայությունների կամ այլ օժանդակ ծառայությունների համար, որոնք ներառված չեն մեր ապահովագրական պլանում:

Առողջապահական խնամքի շարունակականության ժամկետի ավարտից հետո Դուք պետք է օգտվեք այն բժիշկների և մատակարարների ծառայություններից, որոնք ներառված են Medicare Medi-Cal պլանի մեր ցանցում, քանի դեռ մենք չենք կնքել համաձայնագիր Ձեր ցանցից դուրս գտնվող ձեր բժշկի հետ: Ցանցի ծառայություն մատուցողն այն է, ով աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Բուժխնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար ծանոթացեք սույն Անդամների ձեռնարկի 3-րդ գլխին:

Եթե Ձեր մատակարարը դադարեցնում է համագործակցությունը մեզ հետ, Դուք կարող եք շարունակել նրանից բուժժառայություններ ստանալ: Մա արվում է՝ բուժխնամքը չընդհատելու համար:

Եթե դուք կցված եք բուժժառայություններ մատուցողների որևէ խմբի, որի հետ մեր պայմանագիրը դադարեցվում է, մենք պայմանագրի ավարտից առաջ՝ առնվազն 60 օրվա ընթացքում (կամ հնարավորինս շուտ), ձեզ գրավոր ձևով կզգուշացնենք այդ մասին: Մենք ձեզ նաև գրավոր ծանուցում կուղարկենք՝ ձեր բնակության վայրից 15 մղոն հեռավորության վրա գտնվող հիվանդանոցի հետ մեր պայմանագրի դադարեցումից 60 օր առաջ: Որոշ դեպքերում դուք կկարողանաք շարունակել այցելել այդ բուժժառայություններ մատուցողների խմբից որևէ մեկին կամ հիվանդանոց՝ մինչև 12 ամիս կամ ավելի երկար:

Բացի վերոնշյալ չափանիշներից՝ խնամքի շարունակականության համար անհրաժեշտ է հետևյալը.

- Ձեր Medi-Cal ապահովագրական ծածկույթը ուժի մեջ է մտնում ծառայությունները ստանալու օրվանից:
- Բուժժառայություններ մատուցողը ընդունում է մեր ստանդարտ պայմանագրի դրույթներն ու պայմանները:
- Ծառայությունները պետք է լինեն Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ և Փոխհատուցվող ծառայություններ սույն Անդամների ձեռնարկի շրջանակներում, եթե տվյալ ծառայությունները ստանաք մեր ցանցում ներառված բուժժառայության մատակարարից:
- Դուք դիմում եք խնամքի շարունակականության համար պահանջվող ժամկետներում:
- Ձեր ապահովագրության ուժի մեջ մտնելու օրվանից 30 օրվա ընթացքում (կամ որքան հնարավոր է շուտ՝ ողջամիտ ժամկետներում), եթե հանդիսանում եք նոր Անդամ՝ ստանդարտ խնամքի շարունակականության շրջանակներում: 30-օրյա ժամկետից դուրս ստացված հարցումները կդիտարկվեն ըստ առանձին դեպքերի:
- Մեր Medi-Cal մատակարարների ցանցից մատակարարի հեռանալու օրվանից 30 օրվա ընթացքում: 30-օրյա ժամկետից դուրս ստացված հարցումները կդիտարկվեն ըստ առանձին դեպքերի:
- Kaiser Permanente-ը չունի բուժխնամքի որակին առնչվող փաստաթղթով ձևակերպված հավակնություններ ցանցից դուրս գործող մատակարարների հանդեպ:

Մենք չենք փոխհատուցում ցանցից դուրս գործող բուժժառայության մատակարարների կողմից տրամադրվող խնամքի շարունակականությունը հետևյալ կետերի դեպքում.

- Ծառայությունները չեն ապահովագրվում մեր Medicare Medi-Cal պլանի կողմից:
- Մեր ցանցից դուրս գործող ձեր բուժժառայության մատակարարը չի ցանկանում աշխատել մեզ հետ: Դուք պետք է նոր բուժժառայության մատակարար գտնեք:

? **Հարցերի դեպքում,** խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ոչ բոլոր ծառայություններն են համապատասխանում խնամքի շարունակականության ապահովագրությունում ընդգրկվելու համար: Խնամքի շարունակականության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կամ ծառայություններ կամ մեր «Ապահովագրված ծառայությունների ավարտը» քաղաքականության օրինակը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին:

Բուժխնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը:**

G. Ձեր բուժխնամքի թիմը և բուժխնամքի պլանը

G1. Բուժխնամքի թիմ

Բուժսպասարկման թիմը կարող է օգնել ձեզ շարունակել ստանալ ձեզ անհրաժեշտ առողջապահական խնամքը: Ձեր առողջապահական խնամքի թիմի մեջ կարող են մտնել ձեր բժիշկը, բուժսպասարկման համակարգող և ձեր կողմից ընտրած առողջապահական այլ մասնագետ:

Բուժխնամքի համակարգողն այն անձն է, ով օգնում է ձեզ կազմակերպել ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Երբ գրանցվեք մեր ծրագրում, ձեզ կտրամադրվի բուժխնամքի համակարգող: Այս անձը նաև ուղղորդում է ձեզ դեպի համայնքային այլ ռեսուրսներ, որոնք ձեր պլանը կարող է չտրամադրել, և աշխատում է ձեր բուժխնամքի թիմի հետ՝ խնամքը համակարգելու համար: Բուժխնամքի համակարգողի և բուժխնամքի թիմի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

G2. Բուժխնամքի պլան

Ձեր բուժխնամքի թիմն աշխատում է ձեզ հետ՝ բուժխնամքի ծրագիր կազմելու համար: Բուժխնամքի պլանում նշված է, թե ինչ ծառայություններ են ձեզ անհրաժեշտ և ինչպես ստանալ դրանք: Այն ներառում է ձեր բժշկական, հոգեկան առողջության և LTSS կամ այլ ծառայություններ:

Ձեր բուժխնամքի պլանում ներառված են՝

- Ձեր բուժխնամքի նպատակները, և
- Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները ստանալու ժամանակացույցը:

Ձեր բուժխնամքի թիմը հանդիպում է Ձեզ հետ ձեր HRA-ն տրամադրելուց հետո: Նրանք հարցնում են, թե ինչ ծառայությունների կարիք ունեք: Նրանք նաև տեղեկացնում են ձեզ այն ծառայությունների մասին, որոնք հնարավոր է՝ դուք կցանկանայիք ստանալ: Ձեր խնամքի ապահովագրական պլանը ստեղծվում է Ձեր կարիքների և նպատակների հիման վրա: Ձեր բուժխնամքի թիմը համագործակցում է ձեզ հետ՝ ձեր բուժխնամքի պլանը առնվազն ամեն տարի թարմացնելու համար:

H. Ձեր ամսական ծախսերը մեր Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) պլանի համար

Մեր պլանը չունի ապահովագրավճար:

I. Ձեր Անդամի ձեռնարկը

Սույն **Անդամի ձեռնարկը** մտնում է ձեր և մեր միջև կնքված պայմանագրի մեջ: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթում նշված բոլոր կանոններին: Եթե գտնում եք, որ մենք ինչ-որ բան ենք արել, որը հակասում է այս կանոններին, կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկման մասին տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը** կամ զանգահարեք **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով:

Դուք կարող եք **Անդամի ձեռնարկը** խնդրել՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: **Անդամների ձեռնարկին** կարող եք նաև ծանոթանալ մեր վեբկայքում, որի հասցեն նշված է էջի ներքևում, կամ ներբեռնել այն: Պայմանագիրն ուժի մեջ է այն ամիսներին, երբ դուք գրանցված եք մեր պլանում՝ 2024 թ-ի հունվարի 1-ից մինչև 2024 թ-ի դեկտեմբերի 31-ը:

J. Այլ կարևոր ծանուցումներ, որոնք ստանում եք մեզինից

Մեր կողմից տրամադրվող այլ կարևոր տեղեկություններ, որոնք ներառում են ձեր անդամի ID քարտը, **Բուժճառայություններ մատուցողների և դեղատոների տեղեկատուի** հասանելիությունը և տեղեկություններ **Ապահովագրված դեղերի ցանկի** հասանելիության մասին, որը կոչվում է նաև *Դեղացանկ*:

J1. Ձեր Անդամի ID քարտը

Մեր պլանի շրջանակներում դուք ունեք մեկ քարտ ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունների համար, ներառյալ՝ երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության, հոգեկան առողջության որոշ ծառայությունների և դեղատոմսերի համար: Դուք ցույց եք տալիս այս քարտը, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում: Անդամի ID քարտի նմուշ.



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Եթե ձեր անդամի ID քարտը վնասվել է, կորել է կամ այն գողացել են, անմիջապես զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով: Մենք ձեզ նոր քարտ կուղարկենք:

Քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք, ծառայություններ ստանալու համար հարկավոր չէ օգտվել ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտից կամ ձեր Medi-Cal քարտից: Այդ քարտերը պահեք ապահով վայրում, քանի որ դրանք ձեզ հետագայում անհրաժեշտ են լինելու: Եթե ձեր Անդամի ID քարտի փոխարեն ցույց տաք ձեր Medicare-ի քարտը, ապա բուժօժանություններ մատուցողը կարող է հաշիվը ներկայացնել Medicare-ին՝ մեր պլանի փոխարեն, և դուք կարող եք հաշիվ ստանալ: Տե՛ս **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**՝ իմանալու համար, թե ինչ պետք է անեք, երբ հաշիվ եք ստանում բուժօժանություններ մատուցողից:

Հիշեք, որ հետևյալ ծառայություններից օգտվելու համար ձեզ անհրաժեշտ կլինի Medi-Cal-ի քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (Benefits Identification Card, BIC)՝

- Ձեր վարչաշրջանի մասնագիտացված հոգեկան առողջության պահպանման ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ ձեր հոգեկան առողջության պահպանման պլանով (Mental health plan, MHP):
- Medi-Cal Rx դեղատոմսերի դուրսգրման ծառայություններ:
- Տնային աջակցության ծառայություններ:
- 1915(c) Տնային և համայնքային հրաժարման ծառայություններ:
- Medi-Cal-ի ատամնաբուժական ծառայություններ:

J2. Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու

Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի մեջ նշված են պլանի ցանցում ընդգրկված բուժձառայություններ մատուցողները և դեղատները: Քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցային բուժձառայություններ մատուցողներից՝ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար:

Կարող եք խնդրել **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն** (էլեկտրոնային կամ տպագիր տարբերակով) զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք գտնել **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն** հետևյալ հասցեով՝ kp.org/directory: Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուների թղթային տարբերակի ստացման հայտերը փոստով կուղարկվեն ձեզ՝ երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի մեջ նշված են ցանցի ծառայություն մատուցողները և երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումներ տրամադրողները: Մեր ցանցի բոլոր բուժձառայություններ մատուցողներն ընդունում են նաև Medicare-ը, և՛ Medicaid-ը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ բան է նշված: Եթե հանկարծ դուք կարիք ունենաք այնպիսի ծառայության, որը չի փոխհատուցվում մեր պլանով, բայց ներառված է Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում, մենք կարող ենք ձեզ ուղարկել Medi-Cal-ի նահանգային գործակալություն՝ գտնելու ցանցից դուրս բուժձառայություններ մատուցողի, որը կարող է տրամադրել Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված բուժխնամքը:

Ցանցի բուժձառայություններ մատուցողների սահմանումը

- Մեր ցանցային բուժձառայություններ մատուցողների թվում են՝
- Բժիշկներ, բուժքույրեր և առողջապահական այլ մասնագետներ, որոնց ծառայություններից դուք կարող եք օգտվել որպես մեր ծրագրի անդամ,
- Կլինիկաներ, հիվանդանոցներ, բուժքույրական խնամքի հաստատություններ և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են մեր պլանով նախատեսված առողջապահական ծառայություններ, և
- Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով ստանում եք LTSS-ի, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների, տնային պայմաններում բուժօգնություն տրամադրող գործակալությունների, երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) տրամադրողների և ուրիշների կողմից տրամադրվող ապրանքները և ծառայությունները:

Ցանցի բուժձառայություններ մատուցողները ապահովագրական ծածկույթում ներառված ծառայությունների համար վճարումը ստանում են մեր պլանից՝ որպես ամբողջական վճարում:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ցանցի դեղատների սահմանում

- Ցանցի դեղատներն այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են դուրս գրել դեղատոմսային դեղեր մեր պլանի անդամների համար: Օգտվեք **Բուժճառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուից**՝ ձեր ուզած ցանցային դեղատունը գտնելու համար:
- Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների, դուք պետք է ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանաք մեր ցանցի դեղատներից մեկից, եթե ցանկանում եք, որպեսզի մեր պլանը օգնի ձեզ վճարել դրանց համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Ե՛վ Անդամների սպասարկման կենտրոնները, և՛ մեր կայքը կարող են տրամադրել ամենաարդի տեղեկությունները՝ մեր ցանցի դեղատների և ճառայություն մատուցողների փոփոխությունների վերաբերյալ:

J3. Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ

Պլանն ունի **Ապահովագրված դեղերի ցանկ**: Այն կրճատ կոչվում է «Դեղացանկ»: Այնտեղ նշված են մեր պլանով փոխհատուցվող դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերը:

Դեղացանկում նշված է նաև, թե ինչ կանոն կամ սահմանափակում է գործում տվյալ դեղամիջոցի համար, օրինակ՝ քանակի սահմանափակում, որը կարող է կիրառվել ձեզ համար: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Ամեն տարի մենք տեղեկություններ ենք ուղարկում ձեզ, թե ինչպես պետք է օգտվեք Դեղացանկից, սակայն տարվա ընթացքում կարող են տեղի ունենալ որոշ փոփոխություններ: Ապահովագրված դեղերի մասին ամենաարդի տեղեկությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոններ կամ այցելեք մեր կայք՝ kp.org/seniorrx:

J4. Նպաստների բացատրագիր

Եթե դուք օգտվում եք ձեր Medicare մաս D-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի նպաստներից, մենք ձեզ ուղարկում ենք ամփոփագիր, որպեսզի դուք հասկանաք և հետևեք Medicare-ի D մասով սահմանված դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի վճարումներին: Այս ամփոփագիրը կոչվում է **Նպաստների բացատրագիր (EOB)**:

Նպաստների բացատրագում (EOB) նշված է այն ընդհանուր գումարը, որը դուք կամ ձեր անունից ուրիշները ծախսել եք Medicare-ի D մասի ձեր դեղատոմսով դուրս գրված դեղերի ձեռքբերման համար, և ընդհանուր գումարը, որը մենք վճարել ենք Medicare-ի D մասի ձեր յուրաքանչյուր դեղատոմսային դեղի համար ամսվա ընթացքում: Այս EOB-ն վճարային հաշիվ չէ: EOB-ում կան լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր կողմից գործածվող դեղերի մասին: Օրինակ, թե ինչքան է դրանց գինը բարձրացել, և ինչ դեղեր են հասանելի ավելի ցածր համավճարով:

Ավելի ցածր գնով դեղերի տարբերակների մասին կարող եք խորհրդակցել ձեր դեղերը նշանակող բժշկի հետ: Սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 6-ում** տրամադրված են ավելի շատ տեղեկություններ EOB-ի մասին և, թե ինչպես է այն օգնում հետևել ձեր ապահովագրված դեղերի ցանկին:

Նպաստների բացատրագիրը կարող եք նաև խնդրել: Դրա օրինակը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

Կարող եք նաև ձեր **D մասի դեղերի EOB-ն** դիտել առցանց՝ այն փոստով ստանալու փոխարեն: Խնդրում ենք այցելել՝ kp.org/goinggreen և գրանցվել՝ **D մասի** դեղերի հետ կապված **Նպաստների բացատրագիրը** առցանց անվտանգ դիտելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

K. Գրանցված անդամի տվյալների բազան միշտ պետք է թարմ լինի

Դուք որպես անդամ կարող եք թարմացնել ձեր տվյալների բազան՝ տեղեկացնելով մեզ, երբ այնտեղ փոփոխություններ են լինում:

Մեզ այդ տվյալներն անհրաժեշտ են, որպեսզի համոզված լինենք, որ մեր արձանագրություններում ձեր մասին ճիշտ տեղեկատվություն է պահպանվում: Մեր ցանցի բուժօժանոթություններ մատուցողներին ու դեղատներին նույնպես անհրաժեշտ է ճիշտ տեղեկատվություն ձեր մասին: **Նրանք օգտագործում են գրանցված անդամի տվյալների բազան, որպեսզի իմանան, թե ինչ ծառայություններ և դեղեր եք ստանում, և որքան եք դրանց վրա ծախսում:**

Դուք պետք է անմիջապես տեղեկացնեք մեզ հետևյալ դեպքերում՝

- Ձեր անվան, հասցեի կամ հեռախոսահամարի հետ կապված փոփոխություններ:
- Ցանկացած այլ բժշկական ապահովագրությանը վերաբերող փոփոխություններ: Օրինակ՝ ձեր գործատուի, ձեր ամուսնու գործատուի կամ ձեր զուգընկերոջ գործատուի, կամ էլ՝ աշխատողների կողմից տրվող ապահովագրավճարների փոփոխություններ:
- Վնասապահանջները, օրինակ՝ ավտովթարի հետ կապված վնասապահանջը:
- Բուժքույրական խնամքի հաստատություն կամ հիվանդանոց ընդունվելու դեպքում:
- Հիվանդանոցում կամ շտապ օգնության բաժնում բուժօգնություն ստանալու դեպքում:
- Խնամակալի (կամ ձեզ համար պատասխանատու որևէ մեկի) փոփոխության դեպքում, **և,**

- Եթե մասնակցում եք կլինիկական որևէ հետազոտության: (**Նշում.** Ձեզանից չի պահանջվում պատմել մեզ կլինիկական հետազոտության մասին, որին մասնակցում եք, բայց մենք ձեզ հորդորում ենք դա անել):

Որևէ տեղեկատվության փոփոխության դեպքում զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

K1. Բժշկական անձնական տվյալների գաղտնիություն (PHI)

Գրանցված անդամի տվյալների բազայում կարող են լինել բժշկական անձնական տվյալներ (PHI): Համաձայն դաշնային և նահանգային օրենքների՝ մենք պարտավոր ենք գաղտնի պահել ձեր բժշկական անձնական տվյալները: Մենք պաշտպանում ենք ձեր բժշկական անձնական տվյալները: Լրացուցիչ մանրամասների համար, թե ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր բժշկական անձնական տվյալները, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 8-րդը**:

Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և ռեսուրսներ

Ներածություն

Այս գլխում նշված են կարևոր ռեսուրսների կոնտակտային տվյալները, որոնք կարող են օգնել ձեզ պատասխանել մեր պլանի և ձեր բուժխնամքի նպաստների վերաբերյալ ձեր հարցերին: Դուք կարող եք նաև այս գլխում ստանալ տեղեկություններ այն մասին, թե ինչպես կապ հաստատել ձեր բուժխնամքի համակարգողի և ուրիշների հետ՝ ձեր անունից ներկայանալու համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 2 Բովանդակություն

A.	Անդամների սպասարկման բաժին	17
	Ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումներ, բուժխնամքի հետ կապված բողոքարկումներ կամ գանգատներ	18
	Ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումներ՝ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի համար	20
	Բողոքարկումներ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի հետ կապված.....	21
	Բողոքներ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի հետ կապված	22
	Վճարման հետ կապված հարցումներ	23
B.	Ձեր բուժխնամքի համակարգողը	24
C.	Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP).....	26
D.	Բուժքույրական խորհրդատվության հեռախոսագիծ.....	27
E.	Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)	28
F.	Medicare.....	29
G.	Medi-Cal.....	30
H.	Medi-Cal-ի խնամքի և հոգեկան առողջության կառավարման օմբուդսմենի գրասենյակ.....	31
I.	Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ.....	32
J.	County Specialty Mental Health ծրագիր	34



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**: 16

K. Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն 36

L. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն մարդկանց վճարել իրենց դեղատոմսով դեղերի համար..... 36

 L1. Լրացուցիչ օգնություն 37

 L2. AIDS Drug Assistance ծրագիր (ADAP) 38

M. Սոցիալական ապահովություն..... 38

N. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (Railroad Retirement Board, RRB) 39

O. Այլ ռեսուրսներ..... 40

P. Medi-Cal Dental ծրագիր 40

A. Անդամների սպասարկման բաժին

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
ԳՐԱՎՈՐ	Ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման գրասենյակ (հասցեների համար անդրադարձեք Բուժծառայություն մատուցողների և դեղատոմսերի տեղեկատուին):
ԿԱՅՔԷԶ	kp.org

Դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Պլանի վերաբերյալ հարցեր:
- Պահանջների կամ վճարային հաշիվների հետ կապված հարցեր:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումներ, բուժխնամքի հետ կապված բողոքարկումներ կամ գանգատներ

<p>ՋԱՆԳ</p>	<p>1-800-443-0815</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p> <p>Եթե ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը, բողոքարկումը կամ գանգատը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ինչպես նկարագրված է 9-րդ գլխում, գանգահարեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-7247 հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 8:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, երկուշաբթիից շաբաթ:</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p>
<p>ՖԱՔՍ</p>	<p>Եթե ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը, բողոքարկումը կամ գանգատը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկեք Արագացված վերանայման բաժին՝ 1-888-987-2252:</p>
<p>ԳՐԱՎՈՐ</p>	<p>Ստանդարտ ապահովագրության որոշման կամ բողոքների համար գրեք ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման բաժին՝ (հասցեների համար անդրադարձեք Բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուին):</p> <p>Ստանդարտ բողոքարկման համար գրավոր դիմեք այն հասցեով, որը նշված է մեր ուղարկած մերժման ծանուցման մեջ:</p> <p>Եթե ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը, բողոքարկումը կամ գանգատը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, սպա գրավոր դիմեք հետևյալ հասցեով՝</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<p>ԿԱՅՔԷՉ</p>	<p>Դուք կարող եք մեր պլանի վերաբերյալ բողոք ներկայացնել անմիջապես Medicare-ին: Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելեք՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Կապ հաստատեք վերևում նշված հեռախոսահամարներով՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Ձեր բուժխնամքի ապահովագրության հետ կապված որոշումներ:
- Ձեր բուժխնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումները վերաբերում են.
 - ձեր նպաստներին և փոխհատուցվող ծառայություններին, **կամ**
 - այն գումարին, որը մենք վճարում ենք ձեր առողջապահական ծառայությունների համար:
- Զանգահարեք մեզ, եթե հարցեր ունեք ձեր բուժխնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումների վերաբերյալ:
- Ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:
- Ձեր բուժխնամքի հետ կապված բողոքարկումներ:
- Բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ խնդրելու մեզ վերանայել ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված մեր կայացրած որոշումը և խնդրելու փոխել այն, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել կամ եթե համաձայն չեք որոշման հետ:
- Բողոքարկման մասին ավելի իմանալու համար անդրադարձեք **Անդամների ձեռնարկի 9-րդ գլխին** կամ կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:
- Ձեր բուժխնամքի հետ կապված բողոքներ:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ ցանկացած բուժառայություններ մատուցողի (ներառյալ ոչ ցանցային կամ ցանցային բուժառայություններ մատուցողի) դեմ: Ցանցային բուժառայություններ մատուցողն այն բուժառայություններ մատուցողն է, որն աշխատում է մեր պլանի հետ: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր ստացած բուժխնամքի որակի վերաբերյալ մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը (QIO) ձեր ստացած բուժխնամքի որակի վերաբերյալ (անդրադարձեք **բաժնի F-ին**):
- Դուք կարող եք զանգահարել մեզ և բացատրել, թե ինչու եք ցանկանում բողոքել **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
- Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է ձեր բուժխնամքի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշմանը, կարող եք բողոքարկել (տե՛ս վերոնշյալ բաժինը):
- Դուք կարող եք մեր պլանի վերաբերյալ բողոք ուղարկել Medicare-ին: Դուք կարող եք օգտագործել առցանց ձևը՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx: Կամ կարող եք օգնության համար զանգահարել **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր պլանի վերաբերյալ Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրին՝ զանգահարելով **1-888-804-3536**: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը՝ բացի պետական տոներից:
- Ձեր բուժինամքի վերաբերյալ բողոք ներկայացնելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

Ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումներ՝ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի համար

ՋԱՆԳ	1-877-645-1282 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
ՖԱՔՍ	1-844-403-1028
ԳՐԱՎՈՐ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
ԿԱՅՔԷԶ	kp.org

Կապ հաստատեք վերևում նշված հեռախոսահամարներով՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Ձեր դեղերի վերաբերյալ ապահովագրական որոշումներ:
- Ձեր դեղերի մասին ապահովագրության որոշումը հետևյալ որոշումն է.
 - ձեր նպաստները և ապահովագրվող դեղերը, **կամ**
 - այն գումարը, որը մենք վճարում ենք ձեր դեղերի համար:
- Չփոխհատուցվող Medicare-ի դեղերը, օրինակ՝ առանց դեղատոմսի (over-the-counter, OTC) բաց թողնվող դեղամիջոցներ և որոշ վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ (**medi-calrx.dhcs.ca.gov/**) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ **1-800-977-2273 (TTY 711)**:
- Տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի Գլուխ 9-րդը**՝ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Բողոքարկումներ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի հետ կապված

ԶԱՆԳ	1-866-206-2973 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
ՖԱՔՍ	1-866-206-2974
ԳՐԱՎՈՐ	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ԿԱՅՔԷՁ	kp.org

Կապ հաստատեք վերևում նշված հեռախոսահամարներով՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Ձեր դեղերի վերաբերյալ բողոքարկումներ:
- Բողոքարկումը ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը փոխելու համար մեզ դիմելու միջոց է:
- Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 9-րդը**՝ դեղատոմսային դեղերի հետ կապված բողոքարկում ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Բողոքներ D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի հետ կապված

ԶԱՆԳ	<p>1-800-443-0815</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p> <p>Եթե ձեր բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, զանգահարեք D մասի դեղերի հարցերով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2973, առավոտյան ժամը 8:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ: Տե՛ս 9-րդ գլուխը պարզելու համար՝ արդյոք ք ձեր խնդիրը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, թե՛ ոչ:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p>
ՖԱՔՍ	<p>Եթե ձեր բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ապա ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկեք D մասի դեղերի հարցերով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2974:</p>
ԳՐԱՎՈՐ	<p>Ստանդարտ բողոքի դեպքում գրավոր դիմեք ձեր տեղական Անդամների սպասարկման բաժնի գրասենյակ (հասցեն տե՛ս Բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատոմսերի տեղեկատուի մեջ):</p> <p>Եթե ձեր բողոքը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, գրավոր դիմեք հետևյալ հասցեով՝</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
ԿԱՅՔԷԶ	<p>Դուք կարող եք մեր պլանի վերաբերյալ բողոք ներկայացնել անմիջապես Medicare-ին: Medicare-ին առցանց բողոք ներկայացնելու համար այցելեք՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx:</p>

Կապ հաստատեք վերևում նշված հեռախոսահամարներով՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Բողոքներ ձեր դեղերի վերաբերյալ:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ ցանկացած դեղատան դեմ: Սա ներառում է ձեր դեղատոմսով դեղերի վերաբերյալ բողոքը:
- Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է ձեր դեղատոմսով դեղերի ապահովագրական որոշմանը, կարող եք բողոքարկել: (Տես վերոնշյալ բաժինը):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք կարող եք մեր պլանի վերաբերյալ բողոք ուղարկել Medicare-ին: Դուք կարող եք օգտագործել առցանց ձևը՝ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx: Կամ կարող եք օգնության համար զանգահարել **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով:

Տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի Գլուխ 9-րդը**՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի հետ կապված բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Վճարման հետ կապված հարցումներ

<p>ԶԱՆԳ</p>	<p>1-800-443-0815</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p> <p>Նշում. Եթե պահանջում եք ցանցային բուժճառայություններ մատուցողի կողմից նշանակված և ցանցային դեղատնից ձեռք բերված D մասի որևէ դեղի վճարում, զանգահարեք D մասի դեղերի հարցով զբաղվող կենտրոն՝ 1-866-206-2973: Առավոտյան ժամը 8:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:</p>
<p>ԳՐԱՎՈՐ</p>	<p>Բուժխնամքի հետ կապված հարցերով զրավոր դիմեք՝</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>D մասի դեղերի հետ կապված՝</p> <p>Եթե պահանջում եք ցանցային բուժճառայություններ մատուցողի կողմից նշանակված և նրա կողմից տրամադրված D մասի որևէ դեղի վճարում, կարող եք ձեր հայցադիմումը ֆաքսով ուղարկել այս համարին՝ 1-866-206-2974 կամ փոստով ուղարկել հետևյալ հասցեով՝</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<p>ԿԱՅՔԷԶ</p>	<p>kp.org</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Կապ հաստատեք վերևում նշված հեռախոսահամարներով՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Վճարում արդեն վճարված առողջապահական խնամքի կամ դեղերի համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչպես կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի վերադարձենք ձեր վճարած գումարը կամ վճարենք ձեր ներկայացրած հաշիվը, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**:

Եթե դուք պահանջում եք մեզ վճարել հաշիվը, և մենք մերժում ենք ձեր պահանջի որևէ մասը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

B. Ձեր բուժխնամքի համակարգողը

Մենք առաջարկում ենք ծառայություններ՝ ձեզ օգնելու համար անվճար համակարգել ձեր բուժխնամքի հետ կապված կարիքները: Մենք կհամաձայնեցնենք մեր պլանը այլ ծրագրերի հետ՝ ապահովելու համար, որպեսզի դուք ստանաք անհրաժեշտ բոլոր բժշկական ծառայությունները, որոնք ներառված են Medi-Cal-ի կամ Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթում, նույնիսկ եթե այդ ծառայությունները մտնում են մեկ ուրիշ ապահովագրական ծածկույթի, այլ ոչ թե մեր ծրագրի մեջ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-443-0815 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Զանգն անվճար է: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
ԳՐԱՎՈՐ	Ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման գրասենյակ (հասցեների համար անդրադարձեք Բուժծառայություն մատուցողների և դեղատների տեղեկատուին):
ԿԱՅՔԷԶ	kp.org



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Կապ հաստատեք ձեր բուժխնամքի համակարգողի հետ՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Բուժխնամքի հետ կապված հարցեր:
- Վարքագծային խանգարումների հետ կապված (հոգեկան առողջության և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ հարցեր:
- Հարցեր ատամնաբուժական նպաստների վերաբերյալ:
- Հարցեր բժշկական այցելություններին ներկայանալու հետ կապված փոխադրումների վերաբերյալ:

Երկարաժամկետ ծառայությունները և աջակցությունը (LTSS) ներառում են մեծահասակների համայնքային ծառայությունները (CBAS) և բուժքույրական հաստատությունները (NF):

Երբեմն կարող եք օգնություն ստանալ ձեր ամենօրյա բուժխնամքի և կենցաղային կարիքների համար: Մենք իրավասու անդամների համար ապահովագրում ենք երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, որոնք տրամադրվում են հետևյալ տեսակի երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններում կամ տնային պայմաններում.

- Մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատություններ:
- Միջին աստիճանի խնամքի հաստատություններ:
- Միջանկյալ խնամքի հաստատություններ, ներառյալ.
- Միջանկյալ խնամքի հաստատություններ/թերզարգացման հաշմանդամություն ունեցողների հաստատություններ («ICF/DD»):
- Միջանկյալ խնամքի հաստատություններ/թերզարգացման հաշմանդամություն ունեցողների հարմարվողական հաստատություններ («ICF/DD-H»):
- Միջանկյալ խնամքի հաստատություններ/թերզարգացման հաշմանդամություն ունեցողների բուժքույրական խնամքի հաստատություններ («ICF/DD-N»):

Եթե դուք համապատասխանում եք երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ ստանալու պահանջներին, ապա մենք կհամոզվենք, որ դուք կտեղավորվեք առողջապահական հաստատությունում կամ տանը, որն ապահովում է ձեր բժշկական կարիքներին առավել համապատասխան խնամքի մակարդակը:

Դուք կարող եք նաև ստանալ հետևյալ ծառայությունները.

- Չափահասների համայնքային ծառայություններ:
- Տնային աջակցության ծառայություններ ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով:

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

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիրը (HICAP) բժշկական ապահովագրության հետ կապված անվճար խորհրդատվություն է տրամադրում Medicare պլանում գրանցված անձանց: HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչ է հարկավոր անել՝ ձեր խնդիրը լուծելու համար: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, և ծառայություններն անվճար են:

HICAP-ը կապված չէ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-434-0222 Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	Ձեր վարչաշրջանի HICAP-ի գրասենյակ:
ԿԱՅՔԷԶ	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

Կապ հաստատեք HICAP-ի հետ՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Հարցեր մեր ապահովագրական պլանի կամ Medicare-ի մասին:
- HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել նոր պլանին անցնելու հետ կապված ձեր հարցերին և օգնել հետևյալ հարցերով՝
- Հասկացեք ձեր իրավունքները:
- Հասկացեք ձեր պլանի տարբերակները:
- Ձեր բուժխնամքի կամ բուժման հետ կապված բողոքներ ներկայացրեք, և
- Լուծեք ձեր վճարային հաշիվների հետ կապված խնդիրները:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

D. Բուժքույրական խորհրդատվության հեռախոսագիծ

Մենք գիտենք, որ երբեմն դժվար է հասկանալ, թե ինչ տեսակի բուժխնամքի կարիք ունեք:

Երբեմն դժվար է իմանալ, թե ինչ տեսակի բուժխնամքի կարիք ունեք: Մենք ունենք լիցենզավորված բուժաշխատողներ, որոնք հասանելի են՝ աջակցելու ձեզ հեռախոսով օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Դուք կարող եք.

- Խոսել բուժաշխատողի հետ, ով կպատասխանի ձեր առողջությանը վերաբերող հարցերին, խնամքի վերաբերյալ խորհուրդ կտա և կօգնի ձեզ որոշել՝ պե՞տք է անմիջապես դիմել բուժօնախոսություններ մատուցողին, թե՞ ոչ:
- Ստանալ օգնություն այնպիսի առողջական խնդիրների դեպքում, ինչպիսիք են շաքարախտը կամ ասթման, այդ թվում՝ խորհուրդներ, թե ինչ բուժօնախոսություններ մատուցողի է հարկավոր դիմել ձեր վիճակի համար:
- Տեղեկանալ, թե ինչ է հարկավոր անել, եթե խնամքի կարիք ունեք, իսկ մեր պլանով առաջարկվող հաստատությունը փակ է, կամ եթե գտնվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:

Երբ զանգահարում եք, աջակցության ծառայության որակավորված աշխատակիցը կարող է ձեզ հարցեր տալ, որոնք կօգնեն որոշել, թե ում պետք է դիմել:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	<p>1-833-574-2273</p> <p>Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Զանգն անվճար է:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ե. Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO)

Մեր նահանգում գործում է մի կազմակերպություն, որը կոչվում է Livanta: Այնտեղ աշխատում է բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ, որն օգնում է բարելավել Medicare-ում գրանցված անձանց բուժխնամքի որակը: Livanta-ն կապված չէ մեր պլանի հետ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԱՎՈՐ	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
ԿԱՅՔԷԶ	www.livantaqio.com

Կապ հաստատեք Livanta-ի հետ՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Ձեր բուժխնամքի իրավունքների հետ կապված հարցեր:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեզ տրամադրված խնամքի վերաբերյալ, եթե.
- խնդիրներ ունեք բուժխնամքի որակի հետ կապված:
- կարծում եք, որ ձեզ անհրաժեշտ է հիվանդանոցում ավելի երկար մնալ, կամ
- կարծում եք, որ ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ ստանալ տնային բուժխնամք, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամք կամ համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

F. Medicare

Medicare-ը դաշնային բուժապահովագրական ծրագիր է՝ նախատեսված 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց, 65 տարեկանից փոքր հաշմանդամություն ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում գտնվող անձանց համար (մշտական երիկամային անբավարարություն, որի համար պահանջվում է դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում):

Medicare-ի համար պատասխանատու դաշնային գործակալությունը Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններն են կամ CMS-ը:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:</p>
ԿԱՅՔԷՉ	<p>medicare.gov</p> <p>Սա Medicare-ի պաշտոնական կայքն է: Այն ձեզ թարմ տեղեկություններ է հաղորդում Medicare-ի մասին: Այն տեղեկություններ է պարունակում նաև հիվանդանոցների, ծերանոցների, բժիշկների, տնային առողջապահական գործակալությունների, դիալիզի հաստատությունների, ստացիոնար վերականգնողական հաստատությունների և հոսփիսների մասին:</p> <p>Այնտեղ կան օգտակար կայքեր և հեռախոսահամարներ: Այնտեղ կարող եք գտնել նաև փաստաթղթեր, որոնք կարելի է տպել անմիջապես ձեր համակարգչով:</p> <p>Եթե դուք չունեք համակարգիչ, ձեր տեղական գրադարանը կամ տարեցների կենտրոնը կարող են օգնել ձեզ այցելել այս կայքը իրենց համակարգչով: Կամ կարող եք զանգահարել Medicare վերոնշյալ համարով և ասել, թե ինչ եք փնտրում: Ձեզ համար կգտնեն այդ տեղեկատվությունը կայքում և ձեզ հետ միասին կվերանայեն:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

G. Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագիրն է: Սա առողջության ապահովագրության հանրային ծրագիր է, որն ապահովում է անհրաժեշտ առողջապահական ծառայություններ ցածր եկամուտ ունեցող անձանց, այդ թվում՝ երեխաներ ունեցող ընտանիքների, տարեցների, հաշմանդամություն ունեցող անձանց, խնամատարության տակ գտնվող երեխաների և երիտասարդների և հղի կանանց համար: Medi-Cal-ը ֆինանսավորվում է նահանգային և դաշնային կառավարության միջոցներից:

Medi-Cal-ի նպաստները ներառում են բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջության և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Դուք գրանցված եք Medicare-ում և Medi-Cal-ում: Եթե հարցեր ունեք ձեր Medi-Cal նպաստների վերաբերյալ, զանգահարեք ձեր ծրագրի խնամքի համակարգողին: Եթե հարցեր ունեք Medi-Cal պլանում գրանցվելու վերաբերյալ, զանգահարեք «Բուժխնամքի տարբերակների» գրասենյակ:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-430-4263 Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը:
TTY	1-800-430-7077 Այս համարը նախատեսված է լսողական կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԱՎՈՐ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ԿԱՅՔԷԶ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

H. Medi-Cal-ի խնամքի և հոգեկան առողջության կառավարման օմբուդսմենի գրասենյակ

Օմբուդսմենի գրասենյակը հանդես է գալիս որպես փաստաբան ձեր անունից: Այստեղ կարող են պատասխանել ձեր հարցերին, եթե խնդիր կամ բողոք ունեք, և կարող են ձեզ ուղղորդել, թե ինչ անել: Օմբուդսմենի գրասենյակը կարող է նաև ձեզ օգնել սպասարկման կամ վճարային հաշիվների հետ կապված խնդիրների դեպքում: Այն կապ չունի մեզ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: Գրասենյակի ծառայություններն անվճար են:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-888-452-8609 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը:
TTY	711 Զանգն անվճար է:
ԳՐԱՎՈՐ	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ԷԼՓՈՍՏ	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
ԿԱՅՔԷՉ	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

I. Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններ

Եթե Medi-Cal վճարովի ծառայությունների նպաստների հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք ձեր տեղական վարչաշրջանի սոցիալական ծառայություններին:

Դիմեք ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալության հետ՝ In Home Supportive Services-ի համար դիմելու համար, որը կօգնի վճարել ձեզ տրամադրվող ծառայությունների համար, որպեսզի ապահով լինեք ձեր սեփական տանը: Ծառայությունները կարող են ներառել հետևյալ տեսակները՝ սնունդ պատրաստելու, լողանալու, հագնվելու, լվացքի, գնումների կամ փոխադրման հարցում օգնությունը:

Դիմեք ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների գործակալությանը՝ ձեր Medi-Cal իրավասության վերաբերյալ ցանկացած հարցի դեպքում:

Լոս Անջելես վարչաշրջանի հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 7:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 7:30-ը: Շաբաթ՝ առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 4:30-ը: Բացի տոն օրերից:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	Փնտրեք մոտակա շրջանային գրասենյակը՝ դիմելու համար:
ԿԱՅՔԷԶ	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Օրինջ վարչաշրջանի Սոցիալական ծառայությունների գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-541-5411 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	Փնտրեք ամենամոտ գրասենյակը:
ԿԱՅՔԷԶ	ssa.ocgov.com https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, այցելեք kp.org/medicare:

Ռիվերսայդ վարչաշրջանի հանրային սոցիալական ծառայությունների բաժին

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-877-410-8827 Զանգն անվճար է:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
ԿԱՅՔԷՉ	https://rivcodpss.org/

Սան Բերնարդինո վարչաշրջանի ծերերի և մեծահասակների ծառայություններ

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-909-891-3900
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
ԿԱՅՔԷՉ	https://dpss.lacounty.gov/en.html

Սան Դիեգո վարչաշրջանի առողջապահության և սոցիալական ապահովման գործակալություն

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-866-262-9881 Զանգն անվճար է: Երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը:
TTY	711
ԳՐԱՎՈՐ	Փնտրեք մոտակա շրջանային գրասենյակը՝ դիմելու համար:
ԿԱՅՔԷՉ	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

J. County Specialty Mental Health ծրագիր

Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները կարող եք ստանալ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման պլանի շրջանակներում (MHP), եթե համապատասխանում եք պահանջվող չափանիշներին:

Լոս Անջելես վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչություն

ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-854-7771 Զանգն անվճար է: Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Այս զանգն անվճար է:

Օրինջ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության և վերականգնման ծառայություններ

ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-855-625-4657 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Այս զանգն անվճար է:

Ռիվերսայդ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչություն

ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	1-800-706-7500 Զանգն անվճար է: Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
TTY	711 Այս զանգն անվճար է:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Սան Բերնարդինո վարչաշրջանի հոգեկան առողջության վարչություն

ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	<p>1-888-743-1478</p> <p>Ձանգն անվճար է:</p> <p>Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Ձանգն անվճար է:</p>

Սան Դիեգո վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունների բաժին

ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	<p>1-888-724-7240</p> <p>Ձանգն անվճար է:</p> <p>Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն անձանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Ձանգն անվճար է:</p>

Կապ հաստատեք վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման մասնագիտացված ծրագրի հետ՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝

- Վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող հոգեկան առողջության հատուկ ծառայությունների վերաբերյալ հարցեր:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

K. Կալիֆորնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն

Կալիֆորնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչությունը (DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ի Աջակցության կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների և զանգասների դեպքում:

ԶԱՆԳԱՀԱ ԲԵՔ	1-888-466-2219 DMHC-ի ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան 6:00-ը:
TDD	1-877-688-9891 Այս համարը նախատեսված է լսողական կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԳՐԱՎՈՐ	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ	1-916-255-5241
ԿԱՅՔԷԶ	www.dmhc.ca.gov

L. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն մարդկանց վճարել իրենց դեղատոմսով դեղերի համար

Medicare.gov կայքը (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) տրամադրում է տեղեկատվություն այն մասին, թե ինչպես նվազեցնել ձեր դեղատոմսով դեղերի ծախսերը: Սահմանափակ եկամուտ ունեցող մարդկանց համար կան նաև այլ օժանդակ ծրագրեր, որոնք նկարագրված են ստորև:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

L1. Լրացուցիչ օգնություն

Քանի որ դուք համապատասխանում եք Medi-Cal-ի պահանջներին, դուք համապատասխանում եք և ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից՝ վճարելու ձեր դեղատոմսով դեղերի պլանի ծախսերը: Այս «Լրացուցիչ օգնությունը» ստանալու համար ձեզ հարկավոր չէ որևէ բան անել:

ՉԱՆԳ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Այս համարին զանգերն անվճար են, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
TTY	1-877-486-2048 Զանգն անվճար է: Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔԷԶ	www.medicare.gov

Եթե կարծում եք, որ դեղատոմսը դեղատնից ստանալիս վճարում եք սխալ համավճար, ապա մեր պլանում կա մի գործընթաց, որի միջոցով դուք կարող եք կամ օգնություն խնդրել ձեր համավճարի ճիշտ մակարդակի ապացույցներ ձեռք բերելու, կամ եթե արդեն ունեք ապացույցներ, դրանք մեզ տրամադրելու համար:

Եթե վստահ չեք, թե ինչ ապացույցներ պետք է տրամադրեք մեզ, դիմեք ցանցային դեղատոմս կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Ապացույցը հաճախ նահանգային Medicaid-ի կամ Մոնթալական ապահովության գրասենյակից տրամադրվող նամակ է, որը հաստատում է, որ դուք իրավասու եք ստանալ «Լրացուցիչ օգնություն»: Ապացույց կարող է լինել նաև պետության կողմից տրված փաստաթուղթը՝ ձեր իրավասության մասին տեղեկություններով, որը կապված է տնային և համայնքային ծառայությունների հետ:

Հնարավոր է պահանջվի, որ դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը ապացույցներ տրամադրի ցանցային դեղատանը՝ ապահովագրված Մաս D-ի դեղատոմսեր ստանալու ժամանակ, որպեսզի մենք ձեզանից գանձենք համավճարի համապատասխան գումարը, մինչև Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները (CMS) չթարմացնեն իրենց գրառումները, որտեղ կնշվի ձեր ընթացիկ կարգավիճակը: Երբ CMS-ը թարմացնի իր գրառումները, դուք այլևս կարիք չեք ունենա ապացույցներ ներկայացնել դեղատանը: Խնդրում ենք տրամադրել ձեր ապացույցները հետևյալ եղանակներից մեկով, որպեսզի մենք կարողանանք այն թարմացնելու համար ուղարկել CMS:

- Գրեք Kaiser Permanente-ին հետևյալ հասցեով՝
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Ֆաքսով ուղարկեք այն հետևյալ համարին՝ **1-877-528-8579**:
- Ներկայացրեք այն ցանցային դեղատուն կամ ցանցային հաստատության ձեռնարկի Անդամների սպասարկման գրասենյակ:

Երբ մենք ստանանք ձեր համավճարի մակարդակը ցույց տվող ապացույցները, մենք կթարմացնենք մեր համակարգը, որպեսզի ձեր հաջորդ դեղատոմսը դեղատնից ստանալիս կարողանաք ճիշտ չափով համավճար վճարել: Եթե դուք գերավճարում եք ձեր համավճարը, մենք ձեզ կփոխհատուցենք: Կամ մենք ձեզ կուղարկենք կտրոն ձեր գերավճարի չափով, կամ կհաշվանցենք ապագա համավճարները: Եթե դեղատունը ձեզանից համավճար չի գանձել և ձեր պարտքի դիմաց դիտարկում է համավճարը, ապա մենք կարող ենք վճարումը կատարել անմիջապես դեղատանը: Եթե պետությունը վճարել է ձեր անունից, մենք կարող ենք վճարումը կատարել անմիջապես պետությանը: Ցանկացած հարցի դեպքում կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

L2. AIDS Drug Assistance ծրագիր (ADAP)

ADAP-ը հասանելի է դարձնում կենսական նշանակություն ունեցող ՄԻԱՎ-ի դեղամիջոցները ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ով ապրող ADAP-ի մասնակցության իրավունք ունեցող անհատների համար: Medicare Մաս D-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերը, որոնք նույնպես ներառված են ADAP-ի ցանկում, կարող են օժանդակություն ստանալ դեղատոմսի համավճարի աջակցության հարցում: Նշում՝ Ձեր նահանգում գործող ADAP-ին մասնակցելու համար պետք է համապատասխանեք որոշակի չափանիշների, ներառյալ՝ ըստ բնակության վայրի և ՄԻԱՎ-ի կարգավիճակի ապացույցի, պետության կողմից սահմանված ցածր եկամուտի և չապահովագրված/թերապահովագրված կարգավիճակի: Խնդրում ենք տեղեկացնել ձեր տարածքի ADAP-ի գրանցման աշխատողին պլանի ցանկացած փոփոխության մասին, որպեսզի շարունակեք աջակցություն ստանալ իրավասության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի կամ ծրագրում գրանցվելու մասին տեղեկությունների համար: Խնդրում ենք զանգահարել ADAP-ի զանգերի կենտրոն՝ **1-844-421-7050** երկուշաբթիից ուրբաթ (բացառությամբ տոն օրերի)՝ առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 5-ը:

M. Սոցիալական ապահովություն

Իրավասության որոշումը և Medicare-ին գրանցման կարգավորումն իրականացվում են սոցիալական ապահովության միջոցով: ԱՄՆ քաղաքացիները և օրինական մշտական բնակիչները, ովքեր 65 և ավելի տարեկան են, կամ ովքեր ունեն հաշմանդամություն կամ երիկամների վերջին փուլի հիվանդություն (ESRD) և համապատասխանում են որոշակի պայմանների, ունեն Medicare-ին գրանցվելու իրավունք: Եթե դուք արդեն ստանում եք Սոցիալական Ապահովության կտրոններ, ապա Medicare-ում գրանցվելը ավտոմատ է կատարվում: Եթե դուք չեք ստանում Սոցիալական ապահովության կտրոններ, ապա պետք է գրանցվեք Medicare-ում: Medicare-ին դիմելու համար կարող եք զանգահարել Սոցիալական ապահովություն կամ այցելել ձեր տարածքի Սոցիալական ապահովության գրասենյակ:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե տեղափոխվում եք կամ փոխում եք ձեր փոստային հասցեն, անպայման կապ հաստատեք Սոցիալական ապահովության գրասենյակի հետ՝ նրանց այս մասին տեղյակ պահելու համար:

ՁԱՆԳ	1-800-772-1213 Այս համարին զանգերն անվճար են: Հասանելի է 8:00-ից մինչև երեկոյան 7:00-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ: Դուք կարող եք օգտվել նրանց ավտոմատացված հեռախոսային ծառայություններից օրը 24 ժամ՝ ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալու և որոշ գործեր վարելու համար:
TTY	1-800-325-0778 Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:
ԿԱՅՔԷԶ	www.ssa.gov

N. Երկաթուղու կենսաթոշակային խորհուրդ (Railroad Retirement Board, RRB)

RRB-ն անկախ դաշնային գործակալություն է, որը զբաղվում է նպաստների համապարփակ ծրագրերի կառավարմամբ՝ երկրի երկաթուղու աշխատողների և նրանց ընտանիքների համար: Եթե դուք ստանում եք Medicare RRB-ի միջոցով, անպայման տեղեկացրեք նրանց, որ տեղափոխվում եք կամ փոխում եք ձեր փոստային հասցեն: Եթե հարցեր ունեք RRB-ից ստացվող ձեր նպաստների վերաբերյալ, դիմեք գործակալությանը:

ՁԱՆԳ	1-877-772-5772 Այս համարին զանգերն անվճար են: Եթե սեղմեք «0», կարող եք խոսել RRB-ի ներկայացուցչի հետ՝ առավոտյան ժամը 9-ից մինչև երեկոյան 3:30-ը, երկուշաբթի, երեքշաբթի, հինգշաբթի և ուրբաթ, իսկ չորեքշաբթի առավոտյան ժամը 9-ից մինչև 12-ը: Եթե սեղմեք «1», դուք կարող եք միանալ ավտոմատացված RRB օգնության գծին և ձայնագրված տեղեկատվություն ստանալ օրը 24 ժամ, ներառյալ՝ հանգստյան օրերին և տոն օրերին:
-------------	--



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:</p> <p>Այս համարին զանգերն անվճար <i>չեն</i>:</p>
ԿԱՅՔԷՁ	www.rrb.gov

O. Այլ ռեսուրսներ

Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագիրն առաջարկում է ԱՆՎՃԱՐ օգնություն՝ այն մարդկանց համար, ովքեր դժվարանում են ստանալ կամ պահպանել առողջապահական ապահովագրությունը և լուծել իրենց առողջական ծրագրերի հետ կապված խնդիրները:

Եթե դուք խնդիրներ ունեք կապված՝

- Medi-Cal,
- Medicare,
- Ձեր առողջապահական պլանը,
- Ինչպես օգտվել բուժառայություններից,
- Ծառայությունների, դեղերի, երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (DME), հոգեկան առողջության ծառայությունների և այլնի մերժման որոշման դեմ բողոքարկելու,
- Բժշկական վճարային հաշիվներ,
- IHSS (Տնային աջակցության ծառայություններ):

Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագիրն օգնում է բողոքների, բողոքարկումների և լուսումների հարցում: Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է՝ **1-888-804-3536**:

P. Medi-Cal Dental ծրագիր

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental ծրագրով, ներառյալ բայց չսահմանափակվելով հետևյալ ծառայություններով՝

- Սկզբնական բուժզննում, ռենտգեն, մաքրումներ և ֆտորով մշակումներ:
- Ատամի վերականգնում և ատամնապսակներ:
- Արմատախողովակների բուժում:
- Մասնակի և ամբողջական պրոթեզներ, կորեկցիա, վերանորոգում և վերահենքավորում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ	<p>1-800-322-6384</p> <p>Զանգն անվճար է:</p> <p>Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal Dental Fee-for-Service և Dental Managed Care (DMC) ծրագրերի միջոցով: Medi-Cal Dental Fee-For-Service ծրագրի աշխատողները պատրաստ են ձեզ օգնել երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը:</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>Այս հեռախոսահամարը նախատեսված է լսողության կամ խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Զանգահարելու համար դուք պետք է ունենաք հատուկ հեռախոսային սարքավորում:</p>
ԿԱՅՔԷԶ	<p>https://smilecalifornia.org/</p>

Բացի Medi-Cal Dental Fee-For-Service ծրագրից, դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական բուժխնամքի կառավարման պլանի շրջանակներում: Ատամնաբուժական բուժխնամքի կառավարման պլանները հասանելի են Լոս Անջելես վարչաշրջանում: Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ, և ձեր ատամնաբուժական պլանը որոշելու հարցում օգնության կարիք ունեք կամ ցանկանում եք փոխել ատամնաբուժական պլանը, կապվեք «Բուժխնամքի տարբերակների» գրասենյակի հետ՝ **1-800-430-4263** հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով)՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 6:00-ը: Զանգն անվճար է:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Գլուխ 3. Ինչպես օգտվել մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթից՝ բուժխնամք և այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են որոշ պայմաններ և կանոններ, որոնք պետք է իմանաք՝ մեր պլանով բուժխնամք և այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար: Այստեղ տեղեկատվություն կա նաև ձեր բուժխնամքի համակարգողի մասին, ինչպես բուժօգնություն ստանալ տարբեր բուժօժանոցություններ մատուցողներից և տարբեր իրավիճակներում (այդ թվում՝ ցանցից դուրս բուժօժանոցություններ մատուցողներից կամ դեղատներից), ինչ անել, երբ անմիջապես ձեզ են ներկայացնում վճարային հաշիվը մեր ապահովագրական ծածկույթում ներառված ծառայությունների համար, և DME-ի ձեռքբերման կանոնները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 3 Բովանդակություն

A. Տեղեկատվություն ծառայությունների և բուժօժանոցությունների մատուցողների մասին.....	46
B. Մեր պլանով փոխհատուցվող ծառայություններից օգտվելու կանոններ.....	46
C. Ձեր բուժխնամքի համակարգողը	49
C1. Ո՞վ է բուժխնամքի համակարգողը.....	49
C2. Ինչպե՞ս կապ հաստատել բուժխնամքի համակարգողի հետ	49
C3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխել ձեր բուժխնամքի համակարգողին.....	49
D. Բուժխնամքի ստացումը բուժօժանոցություններ մատուցողների կողմից	49
D1. Բուժխնամքի ստացումը հիմնական բուժող բժշկի կողմից.....	49
PCP տերմինի սահմանումը և ինչ է PCP-ն անելու ձեզ համար	49
Ձեր PCP-ի ընտրությունը	50
Ինչպես փոխել PCP-ին	50
Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի հաստատման	51



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

D2. Խնամք՝ մասնագետների և այլ ցանցային բուժօժանոցային ծառայություններ մատուցողների կողմից..... 52

 Ձեր PCP-ից ստացված ուղեգրերը..... 52

 Ուղղորդում ցանցային բուժօժանոցային ծառայություններ մատուցողներին 53

 Նախնական թույլտվություն 53

D3. Երբ բուժօժանոցային ծառայություններ մատուցողը դուրս է գալիս մեր պլանից 54

D4. Ոչ ցանցային բուժօժանոցային ծառայություններ մատուցողներ..... 56

E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (LTSS)..... 57

F. Վարքագծային խնդիրների բուժման (հոգեկան առողջություն և հոգեմետ դեղերի օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) ծառայություններ 58

F1. Medi-Cal-ի վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր պլանից դուրս..... 58

 Ամբուլատոր ծառայություններ..... 59

 Բնակարանային ծառայություններ..... 59

 Ստացիոնար ծառայություններ 59

G. Տրանսպորտային ծառայություններ 61

G1. Ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական փոխադրամիջոցներ 61

 Բժշկական տրանսպորտի սահմանափակումները 61

G2. Ոչ բժշկական փոխադրումներ 62

 Ոչ բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ 63

H. Փոխհատուցվող ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակի կամ աղետի ժամանակ 63

H1. Խնամքը՝ բժշկական արտակարգ իրավիճակի ժամանակ 63



Բժշկական արտակարգ իրավիճակների համար փոխհատուցվող ծառայություններ 64

Հետկայունացման ինամք..... 64

Շտապ բուժօգնության ստացում ոչ արտակարգ իրավիճակի դեպքում 66

H2. Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն 66

 Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն՝ մեր պլանի սպասարկման տարածքում 66

 Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն՝ մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս 67

H3. Բուժխնամքը աղետի ժամանակ 67

I. Ինչ անել, եթե անմիջապես ձեզ են հաշիվը ներկայացնում այն ծառայությունների համար, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են 68

 I1. Ինչ անել, եթե մեր պլանը չի փոխհատուցում ծառայությունների համար 68

 J. Բուժծառայությունների համար փոխհատուցումը կլինիկական հետազոտության ժամանակ 69

 J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանումը..... 69

 J2. Վճարումը ծառայությունների համար, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության մեջ 70

 J3. Ավելին՝ կլինիկական հետազոտությունների մասին..... 71

 K. Ինչպես է ձեր բուժխնամքի ծառայությունների համար կատարվում փոխհատուցումը կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում 71

 K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը 71

 K2. Բուժօգնություն կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում 71

L. Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) 73



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

L1. DME-ի տրամադրումը մեր պլանի անդամներին..... 73

L2. DME-ի սեփականացումը, երբ անցնում եք Original Medicare-ին 74

L3. Թթվածնային սարքերի նպաստների տրամադրումը մեր պլանի անդամներին..... 74

L4. Թթվածնի սարք, երբ դուք անցնում եք կատարում Original Medicare-ին կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ պլանի..... 75



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Տեղեկատվություն ծառայությունների և բուժծառայություններ մատուցողների մասին

Ծառայությունները ներառում են՝ առողջապահությունը, երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը (LTSS), պարագաները, հոգեկան առողջության ծառայությունները, դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դեղերը, սարքավորումները և այլ ծառայությունները: **Փոխհատուցվող ծառայություններ** են համարվում այն ծառայությունները, որոնց համար վճարում է մեր պլանը: Ապահովագրված առողջապահական ծախսերը, հոգեկան առողջությունը և LTSS-ը ներառված են **Գլուխ 4-ում** սույն **Անդամի ձեռնարկի**: Դեղատոմսով ձեռք բերվող ապահովագրված ծառայությունները ներառված են **Գլուխ 5-ում** սույն **Անդամի ձեռնարկի**:

Բուժծառայություններ մատուցողները բժիշկներն են, բուժքույրերը և նրանք, ովքեր ձեռք բերում են ծառայություններ և բուժօգնություն են տրամադրում: Բուժծառայություն մատուցողների թվում են նաև հիվանդանոցները, տնային առողջապահական գործակալությունները, կլինիկաները և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են ձեռք բերվող առողջապահական ծառայություններ, հոգեկան առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և որոշակի LTSS:

Ցանցային բուժծառայություններ մատուցողները նրանք են, ովքեր համագործակցում են մեր պլանի հետ: Այս բուժծառայություններ մատուցողները համաձայնել են ստանալ մեր կողմից տրամադրված վճարումը որպես ամբողջական վճարում: Ցանցային բուժծառայություններ մատուցողները ձեռք բերվող առողջության համար վճարային հաշիվը ներկայացնում են անմիջապես մեզ: Երբ դուք օգտվում եք ցանցային բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններից, սովորաբար ոչինչ չեք վճարում փոխհատուցվող ծառայությունների համար:

B. Մեր պլանով փոխհատուցվող ծառայություններից օգտվելու կանոններ

Մեր պլանն ընդգրկում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի կողմից ապահովագրված բոլոր ծառայությունները: Դրանք ներառում են հոգեկան առողջության որոշ խնդիրներ և LTSS:

Մեր պլանով հիմնականում փոխհատուցվում են բուժխնամքի, հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները և LTSS-ը, որից դուք կօգտվեք, եթե հետևեք մեր կանոններին: Որպեսզի ներառված լինի մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում՝

- Ձեր ստացած բուժօգնությունը պետք է լինի **պլանով նախատեսված նպաստ**: Դա նշանակում է, որ այն պետք է ներառված լինի սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլխի** Նպաստների աղյուսակում:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Բուժխնամքը պետք է լինի **բժշկական առումով անհրաժեշտ**: Բժշկական առումով անհրաժեշտ ասելով՝ մենք հասկանում ենք կարևոր ծառայություններ, որոնք ողջամիտ են և կենսական անհրաժեշտության: Բժշկական առումով անհրաժեշտ բուժօգնությունն անհրաժեշտ է ֆիզիկական անձանց լուրջ հիվանդությունից կամ հաշմանդամությունից զերծ պահելու համար, նվազեցնում է ուժեղ ցավը՝ բուժելով հիվանդությունները կամ վնասվածքները:
- Բժշկական ծառայությունների համար դուք պետք է ունենաք ցանցում ներառված **հիմնական բուժող բժիշկ (PCP)**, որը նշանակում է բուժխնամքը կամ ձեզ ուղղորդում է մեկ այլ բուժօժանայություններ մատուցողի մոտ: Որպես պլանի անդամ, դուք պետք է ընտրեք ցանցում ընդգրկված բուժօժանայություններ մատուցողի, որը կլինի ձեր PCP-ն:
- Սովորաբար դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը՝ նախքան կկարողանաք դիմել ձեր PCP-ից բացի այլ բուժօժանայություն մատուցողի կամ պլանի ցանցում ներառված այլ մասնագետների: Դա կոչվում է **ուղեգիր**: Եթե դուք հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունները: Ուղեգրերի մասին ավելին իմանալու համար ծանոթացեք այս գլխի Բաժին D-ին:
- Ձեզ անհրաժեշտ չէ ուղեգիր ունենալ ձեր առաջնային խնամքի բժշկից (PCP) շտապ օգնության, անհետաձգելի բուժօգնության, կանացի առողջության ծառայությունների կամ որևէ այլ տեսակի խնամքի համար՝ առանց ձեր PCP-ից ուղեգիր ունենալու (այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին D1-ը):
- **Դուք պետք է ձեր բուժօգնությունը ստանաք մեր ցանցային բուժօժանայություններ մատուցողներից**: Սովորաբար մենք չենք փոխհատուցում մեր առողջապահական պլանի հետ չհամագործակցող բուժօժանայություններ մատուցողից ստացված բուժօգնության համար: Դա նշանակում է, որ դուք պետք է ամբողջությամբ վճարեք բուժօժանայություն մատուցողին՝ մատուցված ծառայությունների համար: Որոշ դեպքերում այս օրենքը չի գործում:
- Մենք փոխհատուցում ենք ոչ ցանցային բուժօժանայություններ մատուցողից ստացված շտապ օգնության և անհետաձգելի բուժօգնության համար (այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի Բաժին H-ը):
- Եթե դուք խնամքի կարիք ունեք, որը մեր պլանով փոխհատուցվում է, և որը մեր ցանցային բուժօժանայություններ մատուցողները չեն կարող ձեզ տրամադրել, դուք կարող եք ստանալ խնամքը ոչ ցանցային բուժօժանայություններ մատուցողից, եթե մենք կամ մեր Medical Group թույլատրում ենք՝ նախքան դուք կստանաք այն: Այս դեպքում մենք փոխհատուցում ենք խնամքի համար այնպես, ինչպես ցանցային բուժօժանայություններ մատուցողից այն կստանայիք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Մենք փոխհատուցում ենք երիկամների դիալիզի ծառայությունները, երբ դուք կարճ ժամանակով գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, կամ երբ ձեր բուժծառայություններ մատուցողը ժամանակավորապես հասանելի չէ կամ բացակայում է: Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Medicare-ի կողմից լիազորված դիալիզի հաստատությունում: Ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, որը վճարում եք դիալիզի համար, երբեք չի կարող գերազանցել Original Medicare-ում ընդունված ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Եթե դուք գտնվում եք պլանի սպասարկման տարածքից դուրս և դիալիզ եք ստանում պլանի ցանցից դուրս գտնվող բուժծառայություններ մատուցողից, ծախսերի ձեր մասնաբաժինը չի կարող գերազանցել ցանցում ընդունված ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր սովորական ներցանցային դիալիզի բուժծառայություններ մատուցողը ժամանակավորապես հասանելի չէ, և դուք որոշում եք ծառայություններ ստանալ պլանի սպասարկման տարածքում ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողից, ապա դիալիզի ծախսերի ձեր մասնաբաժինը կարող է ավելի շատ լինել:
- Եթե առաջին անգամ եք միանում մեր պլանին, կարող եք խնդրել, որպեսզի շարունակեք օգտվել ձեր ներկայիս բուժծառայություններ մատուցողների ծառայություններից: Որոշ բացառություններով, մենք կընդառաջենք այդ խնդրանքին, եթե կարողանանք հաստատել, որ դուք արդեն օգտվում եք այդ բուժծառայություններ մատուցողի ծառայություններից: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 1-ին գլուխը**: Եթե մենք բավարարենք ձեր խնդրանքը, դուք կշարունակեք օգտվել այն բուժծառայություններ մատուցողների ծառայություններից, որոնց հետ արդեն համագործակցում եք՝ մինչև 12 ամիս ժամկետով: Այդ ընթացքում ձեր բուժխնամքի համակարգողը կապ կհաստատի ձեզ հետ՝ օգնելու ձեզ գտնել բուժծառայություններ մատուցողներ մեր ցանցում: 12 ամիս անց մենք այլևս չենք փոխհատուցի ծառայությունների համար, որոնք դուք կշարունակեք ստանալ մեր ցանցում չընդգրկված բուժծառայություններ մատուցողներից:
- Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1-ի** նոր անդամներ. Ձեզ մեծամասամբ կգրանցեն **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանում՝ Medicare-ի նպաստները ստանալու համար, **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանին անդամակցելու ձեր հայցը ներկայացնելուց հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Որից հետո դուք կստանաք Medi-Cal-ի ծառայությունները մեր **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Առավոտյան ժամը՝ 8-ից մինչև ժամը երեկոյան 8-ը, շաբաթը՝ 7 օր:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

C. Ձեր բուժխնամքի համակարգողը

C1. Ո՞վ է բուժխնամքի համակարգողը

Ձեր Special Needs պլանի համակարգողը պատասխանատու է ձեր բուժխնամքի համակարգման համար: Նա ամեն տարի կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ առողջական ռիսկերի գնահատման համար, ինչպես նաև հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո: (Այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **2-րդ գլխի, G բաժինը**):

C2. Ինչպե՞ս կապ հաստատել բուժխնամքի համակարգողի հետ

Տե՛ս **2-րդ գլխի, G բաժինը**՝ ձեր բուժխնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

C3. Ինչպե՞ս կարող եք փոխել ձեր բուժխնամքի համակարգողին

Բուժխնամքի համակարգողին փոխելու համար կապ հաստատեք ձեր բուժխնամքի համակարգողի հետ (տե՛ս **2-րդ գլխի, G բաժինը**՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար):

D. Բուժխնամքի ստացումը բուժծառայություններ մատուցողների կողմից

D1. Բուժխնամքի ստացումը հիմնական բուժող բժշկի կողմից

Դուք պետք է ընտրեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին (PCP), որը ձեզ բուժօգնություն կտրամադրի և կկառավարի ձեր բուժխնամքը:

PCP տերմինի սահմանումը և ինչ է PCP-ն անելու ձեզ համար

Ձեր հիմնական բուժող բժիշկը պետք է լինի այնպիսի բժիշկ, ով համապատասխանում է նահանգի կողմից սահմանված պահանջներին և պատրաստված է՝ ձեզ առաջնային բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար: Ձեր PCP-ն կարող է նաև համակարգել ձեր բուժխնամքը: Բուժխնամքի «համակարգումը» ներառում է ցանցային այլ բուժծառայություններ մատուցողների հետ ձեր խնամքի և դրա ընթացքի վերաբերյալ ճշտումները կամ խորհրդակցումը: Որոշ դեպքերում ձեր PCP-ը պետք է մեզանից նախապես թույլտվություն ստանա (տե՛ս այս գլխի **D2** բաժինը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեր PCP-ի ընտրությունը

Ձեր PCP-ն հիմնականում թերապևտ է (նաև կոչվում է մեծահասակների կամ ներքին հիվանդությունների բժիշկ կամ էլ ընտանեկան բժիշկ), իսկ երբեմն նաև՝ մանկաբարձ-գինեկոլոգ: Որոշ ցանցային հաստատություններում ցանկության դեպքում կարող եք ընտրել հասանելի բուժքույր-թերապևտի կամ բժշկի օգնականի՝ որպես ձեզ բուժող բժիշկ: PCP-ները նշված են **Բուժծառայություն մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի** մեջ:

Ձեր PCP-ն տրամադրում, նշանակում կամ թույլատրում է բժշկական առումով անհրաժեշտ փոխհատուցվող ծառայություններ: Ձեր PCP-ն տրամադրում է ձեր ամենօրյա կամ հիմնական խնամքը և, անհրաժեշտության դեպքում, ուղեգիր տրամադրում, որպեսզի կարողանաք այլ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողներին դիմել՝ ձեզ անհրաժեշտ ուրիշ ծառայությունների համար: Օրինակ՝ մասնագետին դիմելուց առաջ դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը (դա կոչվում է ստանալ մասնագետին դիմելու «ուղեգիր»): Կան փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ ինքնուրույն՝ առանց ձեր PCP-ին նախապես դիմելու (տե՛ս այս գլխի «Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի հաստատման» բաժինը):

Այցելեք ձեր **Բուժծառայություն մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն** կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ PCP-ի ընտրության հետ կապված լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ինչպես նաև տեղեկանալու համար, թե որ բուժծառայություններ մատուցողներն են ընդունում նոր պացիենտներ:

Ինչպես փոխել PCP-ին

Դուք կարող եք փոխել ձեր PCP-ին ցանկացած պատճառով և ցանկացած ժամանակ: Բացի այդ, հնարավոր է, որ ձեր PCP-ն դուրս գա մեր պլանի ցանցից: Եթե ձեր PCP-ն դուրս է գալիս մեր պլանի ցանցից, մենք ձեզ կօգնենք մեր ցանցում նոր PCP գտնել: Ձեր PCP-ի ընտրությունն անմիջապես ուժի մեջ կմտնի:

Ձեր PCP-ին ընտրելու կամ փոխելու համար խնդրում ենք զանգահարել **անձնական բժշկի ընտրության հարցերով զբաղվող բաժնի հեռախոսահամարին՝ 1-888-956-1616 (TTY 711)**, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 7-ը: **Դուք նաև կարող եք կատարել ձեր ընտրությունն այստեղ kp.org/finddoctors:**



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Երբ զանգահարում եք մեզ, պարզաբանեք՝ ցանկանում եք մասնագետին այցելել և, թե այլ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ, որոնց համար ձեր PCP-ի հաստատումն է անհրաժեշտ (օրինակ՝ տնային պայմաններում բուժծառայություններ և երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ ստանալ), որպեսզի կարողանանք ձեզ պատասխանել՝ կարիք կա՞ ձեր PCP-ից ուղեգիր վերցնել, որպեսզի կարողանաք շարունակել այդ ծառայությունները ստանալ: Բացի այդ, եթե կա ցանցում կա կոնկրետ մասնագետ՝ կամ հիվանդանոց, որի ծառայություններից կցանկանայիք օգտվել, ճշտեք մեզին՝ արդյո՞ք ձեր PCP-ն այդ մասնագետին այցելելու համար ուղեգիր կտրամադրի կամ արդյո՞ք նա համագործակցում է այդ հիվանդանոցի հետ:

Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի հաստատման

Շատ դեպքերում, նախքան այլ բուժծառայություններ մատուցողների ծառայություններից օգտվելը՝ ձեզ անհրաժեշտ է հաստատում ստանալ ձեր PCP-ից: Այդ հաստատումը կոչվում է **ուղեգիր**: Դուք կարող եք օգտվել ստորև նշված ծառայություններից՝ առանց ձեր PCP-ից նախապես հաստատում ստանալու:

- Շտապ օգնության ծառայություններ՝ ցանցային կամ ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողներից:
- Անհետաձգելի բուժօգնություն՝ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողներից:
- Անհետաձգելի բուժօգնություն՝ ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողներից, եթե ցանցային բուժծառայություններ մատուցողները հասանելի չեն (օրինակ, եթե դուք գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս կամ հանգստյան օրերին): **Նշում**. Անհետաձգելի բուժօգնությունը պետք է անհապաղ և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի:
- Երիկամների դիալիզի ծառայություններ, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում, երբ գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս: Նախքան սպասարկման տարածքից հեռանալը՝ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մենք կարող ենք ձեզ օգնել, որպեսզի դիալիզ ստանաք, երբ սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում:
- Գրիպի և COVID-19-ի, ինչպես նաև հեպատիտ B-ի և թոքաբորբի դեմ պատվաստումներ, եթե դրանք ստանում եք ցանցային բուժծառայություններ մատուցողից:
- Կանանց առողջության և ընտանիքի պլանավորման ամենօրյա ծառայություններ: Այստեղ մտնում են կրծքագեղձի հետազոտություն, սքրինինգային մամոգրաֆիա (կրծքագեղձի ռենտգեն), ՊԱՊ թեստ և գինեկոլոգիական հետազոտություն, եթե դրանք ստանում եք ցանցային բուժծառայություններ մատուցողից:
- Երկրորդ կարծիք ցանցի մեկ այլ մատակարարից:
- Այց բժշկին հետևյալ ոլորտներում՝ օպտոմետրիա, թմրամիջոցների չարաշահում և հոգեբուժություն:
- Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող խիրուրգիկ ծառայություններ, եթե դրանք տրամադրվում են ցանցային բուժծառայություն մատուցողի կողմից:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Պրոֆիլակտիկ խնամք, բացառությամբ՝ որովայնի աորտայի անևրիզմալի սքրինինգների, բժշկական սննդային թերապիայի, ճկուն սիզմոնիդոսկոպիայի, սքրինինգային կոլոնոսկոպիայի, ոսկրային խտության սքրինինգի և լաբորատոր հետազոտությունների:
- Բացի այդ, եթե իրավունք ունեք ստանալու հնդկակցիների համար նախատեսված առողջապահական ծառայություններ, կարող եք օգտվել դրանցից առանց ուղեգրի:
- Այցեր բժշկին՝ ինտիմ բնույթի ծառայությունների համար:

D2. Խնամք՝ մասնագետների և այլ ցանցային բուժօժանություններ մատուցողների կողմից

Մասնագետը բժիշկ է, ով բուժօգնություն է ցուցաբերում կոնկրետ հիվանդության կամ օրգանի ախտահարման դեպքում: Կան բազմաթիվ մասնագետներ, որոնց մեջ մտնում են՝

- Ուռուցքաբանները, ովքեր բուժխնամք են տրամադրում քաղցկեղով հիվանդներին:
- Սրտաբանները, ովքեր բուժխնամք են տրամադրում սրտի խնդիր ունեցող հիվանդներին:
- Օրթոպեդները, ովքեր բուժխնամք են տրամադրում ոսկրերի, հոդերի կամ մկանների հետ կապված խնդիրներ ունեցող բուժառուներին:

Ձեր PCP-ից ստացված ուղեգրերը

Ձեր ամենօրյա բուժխնամքի հետ կապված հարցերով սովորաբար դուք պետք է սկզբում ձեր հիմնական բուժող բժշկին (PCP) դիմեք: Միայն շատ քիչ փոխհատուցվող ծառայություններ կան, որոնք դուք կարող եք ստանալ ինքնուրույն առանց ձեր PCP-ից նախապես հաստատում ստանալու, որոնք ներկայացված են վերևում՝ D1 բաժնում:

Գրավոր ուղեգիրը կարող է լինել մեկ այցելության համար կամ կարող է լինել մշտական ուղեգիր մեկից ավելի այցելությունների համար, եթե ձեզ անհրաժեշտ են ընթացիկ ծառայություններ: Մենք ձեզ որակավորված մասնագետի մշտական ուղեգիր կտանք հետևյալ հիվանդություններից որևէ մեկի առկայության դեպքում.

- քրոնիկ (շարունակական) հիվանդություն,
- կյանքին սպառնացող մտավոր կամ ֆիզիկական հիվանդություն,
- դեգեներատիվ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն,
- ցանկացած այլ վատառողջ վիճակ կամ հիվանդություն, որը բավականաչափ լուրջ կամ բարդ է մասնագետի կողմից բուժում պահանջելու համար:

Եթե անհրաժեշտության դեպքում գրավոր ուղեգիր չստանաք, հաշիվը կարելի է չվճարել: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:

Ուղղորդում ցանցային բուժճառայություններ մատուցողներին

Երբ ձեր PCP-ն նշանակում է այնպիսի բուժխնամք, որը չի կարող տրամադրել PCP-ն (օրինակ՝ մասնագիտացված խնամք), նա ձեզ ուղեգրում է ցանցային մասնագետի կամ ցանցային այլ բուժճառայություններ մատուցողի մոտ՝ ըստ անհրաժեշտության: Երբ ձեր PCP-ն ուղեգրում է ձեզ ցանցային մասնագետի մոտ, ուղեգիրը պետք է լինի կոնկրետ բուժման ծրագրով: Ձեր բուժման ծրագրով կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե մասնագետի կողմից շարունակական բուժխնամք է նշանակվում: Մենք ձեզ գրավոր ուղեգիր կուղարկենք՝ լիազորելով ցանցային մասնագետի մոտ նախնական խորհրդատվությունը կամ որոշակի թվով այցեր: Ցանցային մասնագետի հետ նախնական խորհրդատվությունից հետո դուք պետք է վերադառնաք ձեր PCP-ի մոտ, եթե մեր կողմից չեք ստացել թույլտվություն ավելի շատ այցերի համար, ինչպես նշված է մեր տրամադրած ձեր գրավոր ուղեգրում: Մի՛ վերադարձեք ցանցային մասնագետի մոտ՝ ձեր նախնական խորհրդատվությունից հետո, եթե լրացուցիչ այցեր լիազորված չեն ձեր ուղեգրով: Հակառակ դեպքում՝ ծառայությունների արժեքը չի փոխհատուցվի:

Նախնական թույլտվություն

Ստորև թվարկված ծառայությունների և ապրանքների տրամադրման համար ձեր ցանցային բուժճառայություններ մատուցողը պետք է նախապես հաստատում ստանա մեր պլանից կամ Medical Group-ից (դա կոչվում է «ստանալ նախնական թույլտվություն»): Թույլտվության հարցումների վերաբերյալ որոշումները կկայացվեն միայն լիցենզավորված բժիշկների կամ համապատասխան լիցենզավորված բուժմասնագետների կողմից: Եթե դուք երբևէ համաձայն չլինեք թույլտվության որոշումների հետ, կարող եք դրանք բողոքարկել **Գլուխ 9**-ում նկարագրված ձևով:

- **4-րդ գլխում** նշված ծառայությունները և ապրանքները՝ ծանոթագրությամբ (+):
- Եթե ձեր ցանցային բուժճառայություններ մատուցողը որոշի, որ ձեզ անհրաժեշտ են փոխհատուցվող ծառայություններ, որոնք չեն տրամադրվում ցանցային բուժճառայություններ մատուցողների կողմից, նա խորհուրդ կտա Medical Group-ին, որպեսզի ձեզ ուղեգրեն ցանցից դուրս մասնագետի մոտ՝ մեր սպասարկման տարածքում կամ դրանից դուրս: Medical Group-ի համապատասխան նշանակված անձը թույլ կտա ծառայությունները, եթե որոշի, որ փոխհատուցվող ծառայությունները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են և չեն տրամադրվում ցանցային բուժճառայություններ մատուցողի կողմից: Ուղեգրումը ոչ ցանցային բուժճառայություններ մատուցողի մոտ կլինի հատուկ բուժման ծրագրի նպատակով, որի համար կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե շարունակական բուժխնամք նշանակվի: Բուժման ծրագրով է սահմանվում ուղեգրի ժամկետը, որի համար չի պահանջվում մեր կողմից լրացուցիչ հաստատում: Հարցրեք ձեր ցանցային բուժճառայություններ մատուցողին, թե որ ծառայություններն են թույլատրված, եթե ստույգ չգիտեք: Եթե ոչ ցանցային մասնագետը պահանջում է, որպեսզի նորից այցելեք՝ լրացուցիչ բուժխնամքի համար, ստուգեք՝ ձեր ուղեգրով հնարավոր է լրացուցիչ բուժխնամք ստանալ, որի համար կփոխհատուցվի: Եթե հնարավոր չէ, կապ հաստատեք ձեր ցանցային բուժճառայություններ մատուցողի հետ:

- Այն բանից հետո, երբ մենք տեղեկացված լինենք, որ դուք ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողի կողմից շտապ օգնություն ստանալուց հետո հետևյալնացման խնամքի կարիք ունեք, մենք կքննարկենք ձեր վիճակը ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողի հետ: Եթե մենք որոշենք, որ ձեզ անհրաժեշտ է հետևյալնացման խնամք, և որ այդ խնամքի համար կփոխհատուցվի, եթե այն ստանաք ցանցային բուժժառայություններ մատուցողի մոտ, մենք կլիազորենք, որպեսզի ձեր բուժխնամքը ստանաք ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողի մոտ միայն այն դեպքում, եթե չկարողանանք կազմակերպել ձեր բուժխնամքը ցանցային բուժժառայություններ մատուցողի մոտ (կամ այլ նշանակված բուժժառայություններ մատուցողի մոտ): Մանրամասների համար տե՛ս այս գլխի **Բաժին H**-ը:
- Բժշկական առումով անհրաժեշտ տրանսգենդերային վիրահատություն և դրան առնչվող պրոցեդուրաներ:
- Բուժօգնություն կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում, որը ներկայացված է այս գլխի **J բաժնում**:
- Եթե ձեր ցանցային բուժժառայություններ մատուցողը գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով ուղեգիր է տալիս փոխապատվաստման գնահատման համար, Medical Group-ի փոխապատվաստումների տարածաշրջանային խորհրդատվական հանձնաժողովը, խորհուրդը կամ բժիշկների կոնսիլիումը (եթե այդպիսին կա) լիազորում է ուղեգիրը, եթե որոշում է, որ դուք օրգանի փոխապատվաստման կարիք ունեք, և ծառայությունը փոխհատուցվում է Medicare-ի ուղեցույցի համաձայն: Այն դեպքում, երբ ոչ փոխապատվաստման հանձնաժողով կա, ոչ էլ խորհուրդ, Medical Group-ը կուղղորդի ձեզ փոխապատվաստման կենտրոնի բժշկի(բժիշկների) մոտ: Medical Group-ը կլիազորի ծառայությունները, եթե փոխապատվաստման կենտրոնի բժիշկը(ները) որոշեն, որ դրանք բժշկական առումով անհրաժեշտ են կամ փոխհատուցվում են Medicare-ի ուղեցույցի համաձայն: Նշում. Ցանցային բժիշկը կարող է եղջերաթաղանթի փոխապատվաստման ծառայություն տրամադրել կամ թույլատրել առանց Medical Group-ի փոխապատվաստման թույլտվության այս ընթացակարգի:

D3. Երբ բուժժառայություններ մատուցողը դուրս է գալիս մեր պլանից

Ցանցային բուժժառայություններ մատուցողը, որի հետ դուք աշխատում եք, կարող է դուրս գալ մեր պլանից: Եթե ձեր բուժժառայություն մատուցողներից մեկը դուրս գա մեր պլանից, դուք կունենաք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություն, որոնք հակիրճ ներկայացված են ստորև

- Նույնիսկ եթե մեր բուժժառայություններ մատուցողների ցանցը փոխվում է տարվա ընթացքում, մենք պետք է ձեզ ապահովենք որակավորված բուժժառայություններ մատուցողների չընդմիջվող հասանելիություն:
- Մենք ձեզ կտեղեկացնենք, որ ձեր բուժժառայություն մատուցողը դուրս է գալիս մեր պլանից, որպեսզի դուք ժամանակ ունենաք նոր մատակարար ընտրելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե ձեր առաջնային խնամքի կամ հոգեկան առողջության բուժձառայություն մատուցողը դուրս գա մեր պլանից, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե վերջին երեք տարվա ընթացքում դուք օգտվել եք այդ մատակարարի ծառայություններից:
- Եթե ձեր մյուս բուժձառայություն մատուցողներից որևէ մեկը լքի մեր պլանը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, եթե դուք նշանակված եք այդ բուժձառայություն մատուցողին, ներկայումս նրանցից խնամք եք ստանում կամ օգտվել եք նրա ծառայություններից վերջին երեք ամսվա ընթացքում:
- Մենք կօգնենք ձեզ ընտրել նոր որակավորված ներցանցային բուժձառայություն մատուցողի, որպեսզի ձեզ անհրաժեշտ բուժխնամքը շարունակական լինի:
- Եթե դուք ներկայումս բուժում կամ թերապիա եք ստանում ձեր ընթացիկ բուժձառայություն մատուցողի մոտ, դուք իրավունք ունեք խնդրելու, որ բժշկական առումով անհրաժեշտ բուժումը կամ թերապիաները, որ դուք ստանում եք, շարունակական լինեն, իսկ մենք կաշխատենք ձեզ հետ միասին այդ հարցի շուրջ:
- Մենք ձեզ տեղեկություններ կտրամադրենք գրանցման տարբեր ժամանակահատվածների և պլանները փոխելու տարբերակների մասին:
- Եթե մենք չգտնենք որակավորված հասանելի մասնագետ ցանցի ներսում, մենք կպայմանավորվենք ցանցից դուրս մասնագետի հետ, որը կապահովի ձեր խնամքը, երբ ներցանցային բուժձառայություն մատուցողը կամ ապահովագրային նպաստը հասանելի չեն կամ բավարար չեն ձեր բժշկական կարիքները հոգալու համար: Medical Group-ի համապատասխան նշանակված անձը թույլ կտա ծառայությունները, եթե որոշի, որ փոխհատուցվող ծառայությունները բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են և չեն տրամադրվում ցանցային բուժձառայություններ մատուցողի կողմից: Ուղեգրումը ոչ ցանցային բուժձառայություններ մատուցողի մոտ կլինի հատուկ բուժման ծրագրի նպատակով, որի համար կարող է պահանջվել երկարաժամկետ ուղեգիր, եթե շարունակական բուժխնամք նշանակվի: Բուժման ծրագրով է սահմանվում ուղեգրի ժամկետը, որի համար չի պահանջվում մեր կողմից լրացուցիչ հաստատում: Հարցրեք ձեր ցանցային բուժձառայություններ մատուցողին, թե որ ծառայություններն են թույլատրված, եթե ստույգ չգիտեք: Եթե ոչ ցանցային մասնագետը պահանջում է, որպեսզի նորից այցելեք լրացուցիչ բուժխնամքի համար, ստուգեք՝ ձեր ուղեգրով հնարավոր ր է լրացուցիչ բուժխնամք ստանալ, որի համար կփոխհատուցվի: Եթե հնարավոր չէ, կապ հաստատեք ձեր ցանցային բուժձառայություններ մատուցողի հետ:
- Եթե գտնում եք, որ մենք ձեր նախորդ բուժձառայություն մատուցողին որակավորված մասնագետով չենք փոխարինել, կամ որ մենք լավ չենք կառավարում ձեր բուժխնամքը, դուք իրավունք ունեք Որակի բարելավման կազակերպությանը ներկայացնել խնամքի որակի վերաբերյալ բողոք կամ դժգոհություն, կամ երկուսն էլ: (Տե՛ս **9-րդ գլուխը**՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Եթե պարզեք, որ ձեր բուժժառայություններ մատուցողներից մեկը դուրս է գալիս մեր պլանից, կապ հաստատեք մեզ հետ: Մենք կօգնենք, որպեսզի դուք նոր բուժժառայություններ մատուցող գտնեք և կառավարեք ձեր բուժխնամքը: Զանգահարեք մեզ՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)** շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:

D4. Ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողներ

Եթե դուք օգտվում եք ցանցից դուրս բուժժառայություն մատուցողի ծառայություններից, ապա մատակարարը պետք է իրավասու լինի մասնակցելու Medicare-ին և/կամ Medi-Cal-ին:

- Մենք չենք կարող վճարել այն բուժժառայություն մատուցողին, ով իրավասու չէ մասնակցելու Medicare-ին և/կամ Medi-Cal-ին:
- Եթե դուք օգտվում եք այնպիսի բուժժառայություն մատուցողի ծառայություններից, որն իրավասու չէ մասնակցելու Medicare-ին, դուք պետք է վճարեք ձեր ստացած ծառայությունների ամբողջ արժեքը:
- Եթե բուժժառայություն մատուցողներն իրավասու չեն մասնակցելու Medicare-ին, նրանք պետք է ձեզ այդ մասին տեղյակ պահեն:

Ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողներից ստացված բուժխնամքը չի փոխհատուցվի՝ բացի հետևյալ դեպքերից՝

- Շտապ օգնության կամ անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ, որոնք դուք ստանում եք ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողից: Այս և շտապ կամ անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի **D1** բաժինը:
- Մենք կամ Medical Group-ը թույլատրում ենք ուղղորդում ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողին, որը նշված է այս գլխի **Բաժին D2**-ում:
- Երիկամների դիալիզի ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում, երբ ժամանակավորապես գտնվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Եթե դուք այցելեք Kaiser Permanente-ի մեկ այլ տարածաշրջանային սպասարկման կետ, դուք կկարողանաք ստանալ որոշ ծառայություններ տվյալ սպասարկման տարածքում նշանակված բուժծառայություններ մատուցողների կողմից, որոնք Medicare-ը կփոխհատուցի սույն **Անդամներիի ձեռնարկի** համաձայն: Չանգահարեք «Տնից հեռու բուժխնամքի» ծառայություն՝ **1-951-268-3900** հեռախոսահամարով (TTY 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից), կամ այցելեք մեր կայքէջը՝ **kp.org/travel** հասցեով՝ Kaiser Permanente-ի տարածաշրջանային մեկ այլ սպասարկման տարածքում բուժխնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների, այդ թվում՝ փոխհատուցման և հաստատությունների հասցեներն իմանալու համար: Kaiser Permanente-ն տեղակայված է Կալիֆոռնիայում, Կոլումբիայի շրջանում, Կոլորադոյում, Ջորջիայում, Հավայան կղզիներում, Մերիլենդում, Օրեգոնում, Վիրջինիայում և Վաշինգտոնում: Նշում. Մեր «Տնից հեռու բուժխնամքի» ծառայությունը կարող է նաև պատասխանել ցանցից դուրս շտապ օգնության կամ անհետաձգելի բուժօգնության փոխհատուցվող ծառայությունների հետ կապված հարցերին, այդ թվում՝ ինչպես պետք է ստանալ փոխհատուցումը:
- Medi-Cal-ի ծառայությունների դեպքում դուք կարող եք առանց ուղեգրի և առանց նախնական թույլտվության դիմել ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողի՝ շտապ օգնության կամ ինտիմ բնույթի խնամքի որոշ ծառայությունների համար: Դուք կարող եք նաև դիմել ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողի՝ մեր սպասարկման տարածքից դուրս անհետաձգելի բուժօգնության համար, որտեղ մենք չենք աշխատում: Եթե ձեզ անհրաժեշտ են հոգեկան առողջության հետ կապված ամբուլատոր ծառայություններ, կարող եք դիմել կա մ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողին, կա մ վարչաշրջանային հոգեկան առողջության պլանի բուժծառայություններ մատուցողին՝ առանց նախնական թույլտվության: Դուք պետք է ուղեգիր կամ նախնական հաստատում ունենաք մյուս բոլոր ոչ ցանցային ծառայությունների համար՝ հակառակ դեպքում դրանք չեն փոխհատուցվի:
- Նշում. Ամերիկացի հնդկացիները կարող են բուժխնամք ստանալ մեր բուժծառայություններ մատուցողների ցանցում չներառված հնդկակցիների համար նախատեսված բուժծառայություններ մատուցողներից՝ առանց ուղեգրի:

E. Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (LTSS)

LTSS-ը կարող է օգնել ձեզ մնալ տանը՝ խուսափելով հիվանդանոցից կամ մեծահասակների խնամքի կենտրոններից: Մեր պլանի օգնությամբ դուք կօգտվեք որոշակի LTSS-ից, ներառյալ՝ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունները, Համայնքային մեծահասակների ծառայությունները (CBAS) և Համայնքային աջակցությունը: LTSS-ի մեկ այլ տեսակ՝ In Home Supportive Services ծրագիրը, հասանելի է ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալության միջոցով:

- LTSS-ի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք դիմել ձեր բժշկին կամ բուժհամակարգողին:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

F. Վարքագծային խնդիրների բուժման (հոգեկան առողջություն և հոգեմետ դեղերի օգտագործման հետ կապված խանգարումներ) ծառայություններ

Ձեզ հասանելի են բժշկական առումով անհրաժեշտ վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Մենք հասանելիություն են ապահովում Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայությունների և Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող վարքագծային թույլ և միջին ծանրության խնդիրների համար: Մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող մասնագիտացված հոգեկան առողջության հետ կապված ծառայությունները, բայց դրանք ձեզ հասանելի են ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման ծրագրով: Ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պլանով տրամադրվող հոգեկան առողջության ծառայությունների մասին ավելին իմանալու համար կարող եք դիմել՝

- Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն, հեռախոս՝ **1-800-854-7771 (TTY 711):**
- Օրինջ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության և վերականգնման ծառայություններ, հեռախոս՝ **1-855-625-4657 (TTY 711):**
- Ռիվերսայդ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն, հեռախոս՝ **1-800-706-7500 (TTY 711):**
- Սան Բեռնարդինո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության պահպանման վարչություն, հեռախոս՝ **1-888-743-1478 (TTY 711):**
- Սան Դիեգո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության ծառայություններ, հեռախոս՝ **1-888-724-7240 (TTY 711):**

F1. Medi-Cal-ի վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են մեր պլանից դուրս

Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները հասանելի են ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պլանով («MHP»), եթե դուք համապատասխանում եք հատուկ հոգեկան առողջության ծառայություններից օգտվելու չափանիշներին:

- Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են **Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության կողմից** հեռախոս՝ **1-800-854-7771 (TTY 711):**
- Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են Օրինջ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության և վերականգնման ծառայությունների գրասենյակի կողմից, հեռախոս՝ **1-855-625-4657 (TTY 711):**



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են **Ռիվերսայդ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության կողմից**, հեռախոս՝ **1-800-706-7500 (TTY 711)**:
- Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են **Սան Բեռնարդինո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչության կողմից**, հեռախոս՝ **1-888-743-1478 (TTY 711)**:
- Medi-Cal-ի մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ, որոնք փոխհատուցվում են **Սան Դիեգո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության ծառայությունների գրասենյակի կողմից**, հեռախոս՝ **1-888-724-7240 (TTY 711)**:

Ամբուլատոր ծառայություններ

- Հոգեկան առողջության ծառայություններ (գնահատումներ, ծրագրի կազմում, թերապիա, վերականգնում և հարակից ծառայություններ):
- Դեղամիջոցների աջակցության ծառայություններ:
- Ցերեկային բուժման ինտենսիվ ծառայություններ:
- Ցերեկային վերականգնողական ծառայություններ:
- Ճգնաժամային միջամտության ծառայություններ:
- Ճգնաժամի կայունացման ծառայություններ:
- Բժշկական գործի կառավարման նպատակային ծառայություններ:
- Թերապևտիկ վարվեցողության ծառայություններ:

Բնակարանային ծառայություններ

- Մեծահասակների՝ հաստատությունում տրամադրվող բուժման ծառայություններ:
- Հաստատությունում տրամադրվող ճգնաժամային բուժման ծառայություններ:

Ստացիոնար ծառայություններ

- Սուր հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ:
- Հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային մասնագիտական ծառայություններ:
- Հոգեբուժական հաստատության ծառայություններ:

Եթե դուք համապատասխանում եք այս ծառայությունները ստանալու չափանիշներին, Medi-Cal կամ Drug Medi-Cal Կազմակերպված առաքման համակարգի ծառայությունները հասանելի կլինեն ձեզ.

- Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն, հեռախոս՝ **1-800-854-7771 (TTY 711)**:
- Օրինջ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության և վերականգնման ծառայություններ, հեռախոս՝ **1-855-625-4657 (TTY 711)**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Ռիվերսայդ վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության վարչություն, հեռախոս՝ **1-800-706-7500 (TTY 711)**:
- Սան Բեռնարդինո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության պահպանման վարչություն, հեռախոս՝ **1-888-743-1478 (TTY 711)**:
- Սան Դիեգո վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության ծառայություններ, հեռախոս՝ **1-888-724-7240 (TTY 711)**:

Medi-Cal-ի դեղերի աջակցության ծառայությունների մեջ մտնում են՝

- Ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ:
- Ստացիոնար բուժման ծառայություններ:
- Հոգեմետ դեղերի կախվածությունից ազատվելու ամբուլատոր ծառայություններ:
- Թմրամոլության բուժման ծառայություններ:
- Նախընտրելի օփիոիդային կախվածության բուժման ծառայություններ:

Medi-Cal-ի դեղերի կազմակերպված առաքման համակարգի ծառայությունները ներառում են՝

- Ամբուլատոր և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ:
- Դեղորայք՝ կախվածության բուժման համար (նաև կոչվում է Դեղորայքային աջակցությամբ բուժում):
- Տեղամասային/ստացիոնար:
- Կախվածությունից դուրս բերման ընթացքի կառավարում:
- Թմրամոլության բուժման ծառայություններ:
- Վերականգնողական ծառայություններ:
- Խնամքի համակարգում:

Բացի վերը թվարկված ծառայություններից՝ դուք կարող եք օգտվել նաև կամավոր ստացիոնար թունազերծման ծառայություններից, եթե համապատասխանեք չափորոշիչներին:

G. Տրանսպորտային ծառայություններ

G1. Ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական փոխադրամիջոցներ

Դուք իրավունք ունեք օգտվելու ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական տրանսպորտից, եթե ունեք այնպիսի առողջական խնդիրներ, որոնք ձեզ թույլ չեն տալիս ներկայանալ այցելություններին մեքենայով, ավտոբուսով կամ տաքսիով: Ոչ շտապ բուժօգնության դեպքում բուժտրանսպորտը կարող է տրամադրվել փոխհատուցվող ծառայությունների համար, օրինակ՝ բժշկական, ատամնաբուժական, հոգեկան առողջության պահպանման, թմրանյութերից կախվածության բուժման ծառայությունների և դեղատնային այցերի նպատակով: Ոչ շտապ բուժտրանսպորտ ստանալու համար դուք կարող եք դիմել ձեր ցանցային բուժծառայություն մատուցողին, ատամնաբույժին կամ թմրամիջոցների խանգարումներից բուժման մասնագետին: Ձեր բուժծառայություն մատուցողը կորոշի ձեզ անհրաժեշտ ճիշտ տրանսպորտի տեսակը: Ոչ արտակարգ իրավիճակների բուժտրանսպորտի թվին են պատկանում՝ շտապօգնության մեքենան, պատգարակի խցիկով ֆուրգոնը, անվասայլակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոնները կամ օդային տրանսպորտը:

Ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական փոխադրամիջոցներից օգտվելու համար պետք է առկա լինեն հետևյալ պայմանները՝

- Դուք ֆիզիկապես կամ բժշկական տեսանկյունից ի վիճակի չեք օգտվելու ավտոբուսից, տաքսի մեքենայից, ավտոմեքենայից կամ ֆուրգոնից՝ ձեր այցելության վայր հասնելու համար:
- Ձեզ պետք է օգնի վարորդը, որպեսզի դուրս գաք տնից կամ մտնեք տուն, նստեք ավտոմեքենա կամ դուրս գաք ավտոմեքենայից, կամ հասնեք բուժման վայր՝ ֆիզիկական կամ հոգեկան խնդիրների պատճառով:
- Դիմումը պետք է կատարվի և հաստատվի նախօրոք՝ ցանցային բժշկի կողմից:

Եթե ձեր բժիշկը որոշի, որ դուք կարիք ունեք օգտվելու բուժտրանսպորտից, ապա նա ձեզ կնշանակի այն: Բժշկական փոխադրման պլանավորման մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով:

Բժշկական տրանսպորտի սահմանափակումները

Ոչ շտապ բուժօգնության դեպքում մենք հոգում ենք ձեր բժշկական կարիքների համար ամենաէժան բժշկական փոխադրումը դեպի մոտակա բուժծառայություն մատուցող, որտեղ հնարավոր է այցելություն կատարել: Օրինակ, եթե ձեզ հնարավոր է ֆիզիկապես կամ բժշկական ցուցումների համաձայն տեղափոխել անվասայլակի խցիկով ֆուրգոնի միջոցով, մեր պլանը չի վճարի շտապօգնության մեքենայի համար: Դուք ապահովագրված եք օդային տրանսպորտի համար՝ ըստ բժշկական անհրաժեշտության: Դուք չեք կարող օգտվել բուժտրանսպորտից, եթե Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն փոխհատուցում ծառայությունը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Եթե Medi-Cal-ը փոխհատուցում է այդ տիպի այցելությունը, բայց ոչ մեր առողջապահական պլանով, այդ դեպքում մենք չենք փոխհատուցում բուժտրանսպորտի արժեքը: Սակայն մենք կարող ենք օգնել պլանավորել ձեր անհրաժեշտ փոխադրումը: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է բժշկական փոխադրում մեր սպասարկման տարածքում կամ ցանցից դուրս բուժօժանոթություն մատուցողի մոտ, մենք կփոխհատուցենք այդ փոխադրումը միայն այն դեպքում, եթե մենք ենք լիազորել դա ձեզ համար:

G2. Ոչ բժշկական փոխադրումներ

Ոչ բժշկական փոխադրման նպաստները ներառում են փոխադրումը դեպի ձեր այցելության վայր և հետ՝ ձեր բուժօժանոթությունների մատուցողի կողմից թույլատրված ծառայության համար: Դուք կարող եք փոխադրվել անվճար հիմունքներով, երբ

- Գնում եք այցի կամ վերադառնում եք այնտեղից՝ ձեր բուժօժանոթությունների մատուցողի կողմից թույլատրված ծառայությունը ստանալու համար:
- Վերցնում եք դեղատոմսային դեղեր և բժշկական պարագաներ:

Մեր պլանը թույլ է տալիս ձեզ օգտվել մեքենայից, տաքսիից, ավտոբուսից կամ փոխադրման այլ մասնավոր/հանրային միջոցից՝ ձեր բուժօժանոթությունների մատուցողի կողմից լիազորված ծառայությունները ստանալու նպատակով ոչ բժշկական այցի գնալու և վերադառնալու համար: Մենք փոխհատուցում ենք ձեր կարիքները բավարարող ամենաէժան, ոչ բժշկական տրանսպորտի համար:

Երբեմն, դուք կարող եք փոխհատուցում ստանալ մասնավոր տրանսպորտային միջոցից օգտվելու համար: Մեր պլանը պետք է հաստատի՝ **նախքան** դուք կկարողանաք օգտվել դրանից, իսկ դուք պետք է բացատրեք, թե ինչու չեք կարող օգտվել տրանսպորտային այլ միջոցից, օրինակ՝ ավտոբուսից: **Դուք փոխհատուցում չեք ստանա ձեր սեփական ավտոմեքենայից օգտվելու համար:** Կիլոմետրաժի փոխհատուցման համար պահանջվում են հետևյալ տվյալները՝

- Վարորդի վարորդական վկայականը:
- Վարորդի տրանսպորտային միջոցի գրանցման համարը:
- Մեքենայի ապահովագրության ապացույցը:

Թույլատրված ծառայությունների համար փոխադրամիջոց պահանջելու համար զանգահարեք մեր տրանսպորտի մատակարարին՝ **1-844-299-6230 (TTY 711)** ձեր այցից առնվազն երեք աշխատանքային օր (երկուշաբթիից ուրբաթ) առաջ:

Անհետաձգելի այցերի համար զանգահարեք հնարավորինս շուտ: Զանգահարելիս տրամադրեք այս տվյալները՝

- Kaiser Permanente-ի ձեր ID քարտը:
- Ձեր բժշկական այցերի ամսաթիվը և ժամը:
- Հասցեն, որտեղից ձեզ պետք է վերցնեն և այն հասցեն, ուր ձեզ պետք է տանեն:

- Արդյոք ձեզ անհրաժեշտ է լինելու հետ վերադառնալ:
- Արդյոք որևէ մեկն ուղեկցելու է ձեզ (օրինակ՝ ծնող/օրինական խնամակալ կամ խնամող):

Նշում՝ Ամերիկայի հնդկացիները կարող են դիմել իրենց տեղական Հնդկացիական առողջապահական կլինիկային՝ ոչ բժշկական փոխադրամիջոցի տրամադրման հարցով:

Ոչ բժշկական փոխադրման սահմանափակումներ

Մեր պլանը տրամադրում է ամենաէժեք փոխադրումը, որը հարմար է ձեր առողջական խնդիրներով ձեր տնից մինչև ամենամոտ բուժօրհանություններ մատուցողի մոտ այցի համար: **Դուք չեք կարող սեփական մեքենան վարելու համար փոխհատուցում ստանալ կամ անմիջական փոխհատուցում ստանալ:**

Ոչ բժշկական տրանսպորտ **չի կարող** կիրառվել, եթե՝

- Ծառայությունը ստանալու համար անհրաժեշտ է շտապօգնության մեքենա, պատգարակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն, անվասայլակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոն կամ ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական տրանսպորտի այլ տեսակ:
- Ձեզ պետք է օգնի վարորդը, որպեսզի դուրս գաք տնից կամ մտնեք տուն, նստեք ավտոմեքենա կամ դուրս գաք ավտոմեքենայից, կամ հասնեք բուժման վայր՝ ֆիզիկական կամ հոգեկան խնդիրների պատճառով:
- Դուք անվասայլակով եք և առանց վարորդի օգնության չեք կարողանում մեքենա նստել և դուրս գալ:
- Medicare-ի ծառայությունը չի փոխհատուցվում մեր կողմից:
- Ծառայություններն ապահովագրված չեն Medi-Cal-ի կողմից:

H. Փոխհատուցվող ծառայություններ բժշկական արտակարգ իրավիճակի կամ աղետի ժամանակ

H1. Խնամքը՝ բժշկական արտակարգ իրավիճակի ժամանակ

Բժշկական արտակարգ իրավիճակին բնորոշ են այնպիսի ախտանիշներ, ինչպիսիք են ուժեղ ցավը կամ լուրջ վնասվածքը: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե անհապաղ բժշկական օգնություն չցուցաբերվի, ապա դուք կամ բժշկական միջին գիտելիքներ ունեցող մեկը կարող է հասկանալ, որ հնարավոր է՝ դա հանգեցնի

- Ձեր կամ ձեր չճանաչված երեխայի առողջության համար լուրջ բարդությունների, **կամ**
- Օրգանիզմի ֆունկցիաների լուրջ վնասման, **կամ**
- Որևէ օրգանի կամ մասի լուրջ դիսֆունկցիայի, **կամ**
- Ծանոթբերության ակտիվ փուլում գտնվող հղի կնոջ պարագայում, երբ

- չկա բավարար ժամանակ մինչև ծննդաբերությունը ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց անվտանգ տեղափոխել,
- մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգավոր լինել ձեր և ձեր չճանաչված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար:

Բժշկական արտակարգ իրավիճակների համար փոխհատուցվող ծառայություններ

Մենք փոխհատուցում ենք բժշկական ծառայությունները արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Ձեզ շտապ բուժօգնություն ցուցաբերող բժիշկներն են որոշում, թե երբ է ձեր վիճակը կայուն, և երբ է անցել արտակարգ իրավիճակը: Ըստ անհրաժեշտության՝ դուք կարող եք ապահովագրված շտապ բուժօգնություն ստանալ ամենուր՝ Միացյալ Նահանգների ներսում կամ դրսում:

Եթե ձեզ մոտ արտակարգ իրավիճակ է՝

- **Հնարավորինս արագ օգնություն ստացեք:** Զանգահարեք **911** կամ օգտվեք մոտակա անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքից կամ հիվանդանոցից: Կանչեք շտապօգնության մեքենա, եթե դրա կարիքն ունեք: Դուք **չունեք** ձեր PCP-ի կողմից հաստատման կամ ուղեգրի կարիք: Ձեզ հարկավոր չէ օգտվել ցանցային բուժօգնությունների մատուցողներից: Դուք կարող եք ստանալ անհետաձգելի բուժօգնություն, ներառյալ՝ շտապօգնության մեքենայի ծառայություններ, երբ այն ձեզ անհրաժեշտ է՝ ԱՄՆ-ի տարածքում կամ ամբողջ աշխարհում՝ համապատասխան պետական լիցենզիա ունեցող ցանկացած բուժօգնություններ մատուցողի կողմից:

Հետկայունացման խնամք

Ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին հնարավորինս շուտ տեղեկացրեք մեր պլանին: Մենք կհետևենք ձեր շտապ բուժօգնությանը: Դուք կամ մեկ ուրիշը պետք է զանգահարեք՝ մեզ տեղեկացնելու համար ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին՝ սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, դուք չեք վճարի շտապ բուժօգնության ծառայությունների համար, եթե մեզ ուշ տեղեկացնեք: Հեռախոսահամարը, որով պետք է զանգահարեք, նշված է ձեր պլանի անդամակցության քարտի դարձերեսին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Մենք կհամագործակցենք բժիշկների հետ, ովքեր տրամադրում են շտապ բուժօգնություն՝ օգնելու կառավարել ձեր խնամքը և հետևել դրան: Շտապ բուժօգնությունից հետո դուք իրավունք ունեք ստանալու հետագա խնամք՝ համոզված լինելու համար, որ ձեր վիճակը շարունակում է կայուն մնալ: Ձեր բժիշկները կշարունակեն ձեր բուժումն այնքան, մինչև կդիմեն մեզ և լրացուցիչ խնամքի ծրագիր կկազմենք: Մենք կփոխհատուցենք ձեր հետագա հետկայունացման շրջանի խնամքը՝ գործող օրենքներին համապատասխան: Շատ կարևոր է, որպեսզի ձեր բուժառայություններ մատուցողը զանգահարի մեզ՝ հետկայունացման շրջանի խնամքի թույլտվությունը ստանալու համար՝ **նախքան** դուք կստանաք բուժխնամք ոչ-ցանցային բուժառայություններ մատուցողից: Ձեզ բուժող բժիշկը պետք է մեզնից թույլտվություն ստանա, նախքան մենք կվճարենք հետկայունացման շրջանի խնամքի համար: Շատ դեպքերում դուք ֆինանսական պատասխանատվություն կկրեք միայն այն դեպքում, երբ ձեր հնարավոր պարտավորության մասին ձեզ տեղեկացնի ոչ ցանցային բուժառայություններ մատուցողը կամ մենք:

Ոչ ցանցային բուժառայություններ մատուցողից հետկայունացման շրջանի խնամք ստանալու նպատակով նախնական հաստատում խնդրելու համար նա պետք է զանգահարի մեզ՝ **1-800-225-8883 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Նա կարող է նաև զանգահարել ձեր Kaiser Permanente-ի ID քարտի դարձերեսին նշված հեռախոսահամարով: Բուժառայություններ մատուցողը պետք է զանգահարի մեզ՝ նախքան ձեզ ծառայություններ մատուցելը:

Երբ բուժառայություններ մատուցողը զանգահարի, մենք կխորհրդակցենք ձեզ բուժող բժշկի հետ ձեր առողջական խնդրի մասին: Եթե մենք որոշենք, որ ձեզ հետկայունացման շրջանում խնամք է հարկավոր, մենք կթույլատրենք, որպեսզի ձեզ տրամադրվեն փոխհատուցվող ծառայություններ: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք կազմակերպել, որպեսզի խնամքը տրամադրի ցանցային բուժառայություններ մատուցողը:

Եթե մենք որոշենք, որ խնամքը պետք է տրամադրվի ցանցային հիվանդանոցի, մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության կամ այլ բուժառայություններ մատուցողի կողմից, մենք կարող ենք թույլատրել բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ փոխադրման ծառայություններ՝ բուժառայություններ մատուցողի մոտ ձեզ հասցնելու համար: Դրանք կարող են հատուկ տրանսպորտային ծառայություններ լինել, որոնց համար մենք սովորաբար չենք փոխհատուցում:

Դուք պետք է բուժառայություններ մատուցողին հարցնեք, թե ինչ տեսակի խնամք ենք (այդ թվում՝ փոխադրում) մենք լիազորել: Մենք փոխհատուցում ենք միայն մեր կողմից լիազորված ծառայությունների և դրանց հետ կապված փոխադրման համար: Եթե դուք դիմում եք և ստանում եք այնպիսի ծառայություններ, որոնք չեն փոխհատուցվում, մենք կարող ենք բուժառայություններ մատուցողին չվճարել ծառայությունների համար:

Հետկայունացման շրջանի խնամքը նաև ներառում է երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների («DME») տրամադրում՝ միայն եթե դրանք համապատասխանում են հետևյալ բոլոր պահանջներն՝

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- DME-ն ներառված է ապահովագրական ծածկույթում, ինչպես նկարագրված է սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլխում**:
- Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումը ձեզ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո:
- DME-ն առնչվում է հիվանդանոցում ձեր ստացած շտապ օգնության խնամքի հետ:

Շտապ բուժօգնության ստացում ոչ արտակարգ իրավիճակի դեպքում

Երբեմն կարող է դժվար լինել հասկանալ՝ արդյո՞ք ձեզ մոտ առկա է բժշկական կամ հոգեկան խնդրի հետ կապված արտակարգ իրավիճակ, թե՞ ոչ: Դուք կարող եք շտապ բուժօգնության դիմել, երբ բժշկի կարծիքով իրականում արտակարգ իրավիճակ չէ: Եթե դուք ողջամտորեն կարծել եք, որ ձեր առողջությունը լուրջ վտանգի տակ է, մենք փոխհատուցում ենք ձեր խնամքի համար:

Այն բանից հետո, երբ բժիշկը հայտնում է, որ արտակարգ իրավիճակ չի եղել, մենք փոխհատուցում ենք ձեր լրացուցիչ խնամքի համար միայն այն դեպքում, եթե

- Դուք օգտվում եք ցանցային բուժօրհանություններ մատուցողից **կամ**
- Ձեր ստացած լրացուցիչ խնամքը համարվում է «շտապ բուժօգնություն», և դուք պետք է հետևեք դրանից օգտվելու կանոններին: Տե՛ս հաջորդ բաժինը:

H2. Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն

Շտապ անհրաժեշտ է համարվում այն բուժօգնությունը, որը դուք ստանում եք այնպիսի իրավիճակում, որը արտակարգ չէ, բայց պահանջում է անմիջապես բուժօգնություն: Օրինակ՝ կարող եք ունենալ հիվանդության սրացում կամ ուժեղ կոկորդացավ հանգստյան օրերին, որը բուժում է պահանջում:

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն՝ մեր պլանի սպասարկման տարածքում

Շատ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության համար միայն այն դեպքում, երբ

- Դուք ստանում եք այս բուժօգնությունը ցանցային բուժօրհանություններ մատուցողից **և**
- Հետևում եք այս գլխում նկարագրված կանոններին:

Եթե հնարավոր կամ ողջամիտ չէ ցանցային բուժօրհանություններ մատուցողի մոտ գնալը, ապա մենք կհատուցենք այն շտապ բուժօգնության համար, որը դուք կստանաք ոչ ցանցային բուժօրհանություն մատուցողից:

Մենք գիտենք, որ երբեմն դժվար է հասկանալ, թե ինչ տեսակի բուժխնամքի կարիք ունեք: Այդ պատճառով մենք ունենք հեռախոսային խորհրդատու բուժքույրեր, ովքեր պատրաստ են ձեզ օգնել: Մեր խորհրդատու բուժքույրերը գրանցված բուժքույրեր են, ովքեր հատուկ վերապատրաստում են անցել, որպեսզի օգնեն ձեզ հասկանալ հիվանդության ախտանշանները և խորհուրդներ տան ձեզ հեռախոսով, երբ դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Անկախ նրանից՝ ձեզ անհրաժեշտ է խորհրդատվություն, թե այց նշանակել, դուք կարող եք զանգահարել խորհրդատու բուժքրոջը:

Նրանք կարող են պատասխանել ձեր ոչ լուրջ առողջական խնդիրների հետ կապված հարցերին, ձեզ խորհուրդ տալ, թե ինչ անել, եթե ցանցային հաստատությունը փակ է, կամ խորհուրդ տալ, թե ինչ կարող եք անել ձեր վիճակը թեթևացնելու համար, ինչպես նաև ձեզ համար նույն օրը շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության այց նշանակել, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Խորհրդատվության և այցերի նշանակման, ինչպես նաև օրը 24 ժամ և շաբաթը 7 օր հասանելի բուժքույրերի հետ կապ հաստատելու համար տե՛ս **Բուժօժանություն մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն**՝ գրանցման և խորհրդատվության հեռախոսահամարներից օգտվելու համար:

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն՝ մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս

Երբ դուք գտնվում եք մեր պլանի սպասարկման տարածքից դուրս, հնարավոր է՝ չկարողանաք բուժօգնություն ստանալ ցանցային բուժօժանություններ մատուցողից: Այդ դեպքում մեր պլանը փոխհատուցում է շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության համար, որը դուք ստանում եք ցանկացած բուժօժանություններ մատուցողից:

Մեր պլանը փոխհատուցում է շտապ անհրաժեշտ բուժօգնության համար ամբողջ աշխարհում՝ Միացյալ Նահանգներից դուրս՝ հետևյալ դեպքերում՝

- Դուք ժամանակավորապես գտնվել եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:
- Բուժօգնությունն անհրաժեշտ էր չնախատեսված հիվանդության կամ վնասվածքի բուժման համար՝ ձեր առողջության վրա լուրջ հետևանքները կանխելու համար:
- Ողջամիտ չէր լինի հետաձգել բուժումը՝ մինչև կվերադառնայիք մեր սպասարկման տարածք:
- Ծառայությունները կփոխհատուցվեին, եթե դրանք ստացած լինեիք ցանցային բուժօժանություններ մատուցողից:

Ի3. Բուժխնամքը աղետի ժամանակ

Եթե Կալիֆորնիա նահանգի կառավարիչը, ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների նախարարը կամ Միացյալ Նահանգների նախագահը հայտարարում է աղետի կամ արտակարգ դրության իրավիճակի մասին՝ ձեր աշխարհագրական տարածքում, դուք, միևնույն է, դեռ շարունակում եք օգտվել մեր պլանից:

Հայտարարված աղետի ժամանակ ձեզ անհրաժեշտ բուժխնամքը ստանալու վերաբերյալ տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայք՝ **kp.org**:

Հայտարարված աղետի ժամանակ եթե չեք կարող օգտվել ցանցային բուժօժանություններ մատուցողի ծառայություններից, կարող եք բուժօգնություն ստանալ ոչ ցանցային բուժօժանություններ մատուցողի ծառայություններից՝ ներցանցային ծախսերի բաշխման սակագնով: Եթե հայտարարված աղետի ժամանակ չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատնից, կարող եք ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը ոչ ցանցային դեղատնից: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

I. Ինչ անել, եթե անմիջապես ձեզ են հաշիվը ներկայացնում այն ծառայությունների համար, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են

Եթե բուժօժանություններ մատուցողը հաշիվը ուղարկում է ձեզ՝ մեր պլանին ուղարկելու փոխարեն, դուք պետք է պահանջեք մեզնից, որպեսզի վճարենք հաշվի մեր մասնաբաժինը:

Դուք չպետք է հաշիվը վճարեք ինքներդ: Եթե վճարեք, մենք չենք կարողանա ձեզ վերադարձնել գումարը:

Եթե դուք վճարել եք ավելին, քան նախատեսված էր մեր պլանով ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների մասնաբաժնի համար, կամ եթե ձեզ ներկայացվել է հաշիվ՝ փոխհատուցվող ծառայությունների լրիվ արժեքի չափով, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**՝ պարզելու համար, թե ինչ կարող եք անել:

II. Ինչ անել, եթե մեր պլանը չի փոխհատուցում ծառայությունների համար

Մեր պլանը փոխհատուցում է այն բոլոր ծառայությունների համար՝

- Որոնք սահմանվում են որպես բժշկական առումով անհրաժեշտ, և
- Որոնք նշված են մեր պլանի Նպաստների աղյուսակում (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլուխը**) և
- Որոնք ստանում եք՝ հետևելով պլանի կանոններին:

Եթե դուք ստանում եք այնպիսի ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը չի փոխհատուցում, **դուք ինքներդ եք վճարում դրանց ամբողջ արժեքը:**

Եթե ցանկանում եք իմանալ՝ մենք վճարո՞ւմ ենք տվյալ բուժօժանության կամ բուժօգնության համար, թե՞ ոչ, դուք իրավունք ունեք մեզ այդ մասին հարցնելու: Դուք նաև իրավունք ունեք մեզ այդ մասին հարցնելու գրավոր ձևով: Եթե մենք պատասխանում ենք, որ չենք վճարելու ձեր ծառայությունների համար, դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու մեր որոշումը:

Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** բացատրվում է, թե ինչ պետք է անել, եթե ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք որևէ բուժօժանոցային կամ պարագայի համար: Այնտեղ նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր փոխհատուցման որոշումը: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Մենք վճարում ենք որոշ ծառայությունների համար մինչև որոշակի սահմանաչափը: Եթե դուք գերազանցում եք սահմանաչափը, դրանից հետո դուք եք վճարում ծառայության ամբողջ արժեքը, եթե շարունակում եք այն ստանալ: Տե՛ս **Գլուխ 4-ը** հատուկ նպաստների սահմանաչափերի համար: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ պարզելու համար, թե ինչ սահմանաչափ է սահմանված ձեր նպաստների համար և ինչքանն էք սպասել:

J. Բուժօժանոցայությունների համար փոխհատուցումը կլինիկական հետազոտության ժամանակ

J1. Կլինիկական հետազոտական ուսումնասիրության սահմանումը

Կլինիկական հետազոտության (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում) միջոցով բժիշկները փորձարկում են բուժօգնության կամ դեղորայքի նոր տեսակներ: Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության համար սովորաբար պահանջվում է, որպեսզի հետազոտությանը մասնակցեն կամավորներ:

Հենց որ Medicare-ը հաստատում է հետազոտությունը, որին ցանկանում եք մասնակցել, ձեզ հետ կապ է հաստատում հետազոտության բուժանձնակազմից մեկը: Նա պատմում է ձեզ հետազոտության մասին և պարզում՝ համապատասխանո՞ւմ եք դրան մասնակցելու պահանջներին, թե՞ ոչ: Դուք կարող եք մասնակցել հետազոտությանը, քանի դեռ բավարարում եք պահանջները: Դուք պետք է հասկանաք և համաձայնեք այն ամենին, ինչ պետք է անեք հետազոտության ժամանակ:

Այնքան ժամանակ, քանի դեռ դուք հետազոտության մեջ եք, կարող եք մնալ մեր պլանում: Այդկերպ մեր պլանը շարունակում է փոխհատուցել հետազոտության հետ չառնչող ծառայությունների և բուժօգնության համար:

Եթե ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, ձեր ցանցից չի պահանջվի ձեր հիմնական բուժող բժշկի կամ մեր հաստատումը: Բուժծառայություններ մատուցողները, որոնք ձեզ բուժխնամք են տրամադրում որպես հետազոտության մի մաս, պարտադիր չէ, որպեսզի լինեն ցանցային բուժծառայություններ մատուցողներ: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ սա չի ներառում այն նպաստները, որոնց համար պատասխանատու է մեր պլանը, որոնք, որպես բաղադրիչ, ներառում են կլինիկական փորձարկում կամ գրանցամատյան՝ նպաստը գնահատելու համար: Դրանք ներառում են որոշակի նպաստներ, որոնք նշված են ազգային ծածկույթի որոշումների և հետազոտական սարքերի փորձարկումների շրջանակներում, և կարող են պահանջել նախնական թույլտվություն և պլանի այլ կանոնների կատարում:

Մենք խորհուրդ ենք տալիս մեզ տեղեկացնել՝ նախքան կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելը:

Եթե ցանկանում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտությանը, որը փոխհատուցվում է Original Medicare-ի կողմից, դուք կամ ձեր բուժխնամքի համակարգողը պետք է կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ մեզ տեղեկացնելու համար, որ մասնակցելու եք կլինիկական փորձարկմանը:

J2. Վճարումը ծառայությունների համար, երբ դուք գտնվում եք կլինիկական հետազոտության մեջ

Երբ դուք կամավոր մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, դուք ոչինչ չեք վճարում հետազոտության շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Medicare-ը վճարում է հետազոտության շրջանակներում փոխհատուցվող ծառայությունների, ինչպես նաև ձեր խնամքի հետ կապված սովորական ծախսերի համար: Հենց որ գրանցվում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտությանը, դուք ստանում եք փոխհատուցում՝ հետազոտության մաս կազմող ծառայությունների և պարագաների մեծ մասի համար: Ներառյալ՝

- Հիվանդանոցում կեցության համար ծախսը՝ սենյակ, սնունդ և այլ պարագաներ, որոնց համար Medicare-ը կվճարեր, եթե անգամ դուք հետազոտության մեջ չլինեիք:
- Վիրահատություն կամ այլ բժշկական պրոցեդուրա, որը հետազոտության մաս է կազմում:
- Նոր բուժօգնության ցանկացած կողմնակի ազդեցության և բարդության բուժում:

Եթե դուք այնպիսի հետազոտության եք մասնակցում, որը Medicare-ը չի հաստատել, դուք եք վճարում հետազոտության բոլոր ծախսերի համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

J3. Ավելին՝ կլինիկական հետազոտությունների մասին

Դուք կարող եք ավելին իմանալ կլինիկական հետազոտությանը մասնակցելու մասին՝ կարդալով «Medicare և Կլինիկական հետազոտություններ» բաժինը Medicare կայքում (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf): Դուք կարող եք նաև զանգահարել **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը՝ 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով:

K. Ինչպես է ձեր բուժխնամքի ծառայությունների համար կատարվում փոխհատուցումը կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում

K1. Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատության սահմանումը

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունն այն վայրն է, որտեղ տրամադրվում է այնպիսի բուժօգնություն, որը դուք սովորաբար կստանայիք հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում: Երբ հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալը դեմ է ձեր կրոնական համոզմունքներին, մենք փոխհատուցում ենք կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացած բուժօգնության համար:

Այս նպաստը նախատեսված է միայն Medicare-ի A բաժնի ստացիոնար ծառայությունների համար (ոչ բժշկական առողջապահական ծառայություններ):

K2. Բուժօգնություն կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում

Կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում բուժօգնություն ստանալու համար դուք պետք է ստորագրեք իրավական փաստաթուղթ, որտեղ նշվում է, որ դուք դեմ եք «Համոզմունքներին չհակասող» բժշկական օգնություն ստանալուն:

- «Համոզմունքներին չհակասող» բժշկական օգնությունը այն բուժօգնությունն է, որը **կամավոր է և չի պահանջվում** դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենսդրությամբ:
- «Համոզմունքներին հակասող» բժշկական օգնությունը այն բուժօգնությունն է, որը **կամավոր չէ և պահանջվում է** դաշնային, նահանգային կամ տեղական օրենսդրությամբ:

Մեր պլանով փոխհատուցում ստանալու համար կրոնական ոչ բժշկական առողջապահական հաստատությունում ստացված բուժօգնության համար հարկավոր է համապատասխանել հետևյալ պայմաններին՝

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Բուժօգնությունը տրամադրող հաստատությունը պետք է հավաստագրված լինի Medicare-ի կողմից:
- Մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում ներառված ծառայությունները պետք է ոչ կրոնական բնույթ կրեն:
- Եթե դուք ծառայություններ եք ստանում այսպիսի հաստատությունում, ապա
- Դուք պետք է այնպիսի առողջական խնդիր ունենաք, որի բուժման համար կարող եք փոխհատուցվող բուժօգնություն ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում:
- Դուք պետք է մեր կողմից հաստատում ստանաք՝ նախքան հաստատություն ընդունվելը, հակառակ դեպքում ձեր կեցության համար չի փոխհատուցվի:

Նշում՝ Փոխհատուցվող ծառայությունները ենթակա են նույն սահմանափակումներին և ծախսերի բաշխմանը, ինչ ցանցային բուժօգնությունն մատուցողների կողմից տրամադրվող ծառայությունները, ինչպես նկարագրված է **4-րդ և 12-րդ գլուխներում**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

L. Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME)

L1. DME-ի տրամադրումը մեր պլանի անդամներին

Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների («DME») մեջ ներառված են հետևյալ չափանիշներին համապատասխանող պարագաներ՝

- Կրկնակի օգտագործման համար նախատեսված պարագաներ:
- Հիմնականում բժշկական նպատակների համար օգտագործվող պարագաներ:
- Սովորաբար պարագան պետք է օգտագործի միայն հիվանդություն կամ վնասվածք ունեցող անձը:
- Պարագան պետք է հարմար լինի տնային օգտագործման համար:
- Պարագան պետք է անհրաժեշտ լինի՝ ձեր առօրյա գործողությունները («ADLs») կատարելու համար:

Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումները պահանջում են նախնական հաստատում: Փոխհատուցումը տրամադրվում է ձեր բժշկական կարիքները լավագույնս բավարարող ամենաէժան պարագայի համար: Մենք ենք ընտրում մատակարարին: Դուք պետք է վերադարձնեք սարքը կամ մեզ վճարեք դրա արդար շուկայական գինը, երբ մենք այլևս չփոխհատուցենք դրա համար:

DME-ի մեջ ներառված են մատակարարի պատվիրած բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ պարագաներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, հենակներ, տաքացվող ներքնակներ, դիաբետի խնամքի պարագաներ, հիվանդանոցային մահճակալներ՝ տնային պայմաններում օգտագործելու համար, ներերակային (IV) ինֆուզիոն պոմպեր, խոսքի արտաբերումը խթանող սարքեր, թթվածնային սարքեր և օժանդակ պարագաներ, ներուլայզերներ և քայլակներ:

Կան որոշ պարագաներ, որոնք միայն ձեզ համար են նախատեսված, օրինակ՝ պրոթեզը:

Այս բաժնում մենք խոսում ենք DME-ի մասին, որոնք ձեզ վարձով են տրամադրվում: Original Medicare ծրագրով վարձակալված որոշ DME-ի դեպքում դրանք կարող են սեփականացվել՝ դրանց համար 13 ամսվա համավճարները վճարելուց հետո: Մեր ծրագրով դուք **չեք** կարողանա սեփականացնել DME-ն՝ անկախ նրանից, թե որքան ժամանակով եք այն վարձակալում:

Եթե անգամ Medicare ծրագրով մինչև 12 ամիս անընդմեջ ձեզ տրամադրվել է DME-ն՝ մինչև մեր ծրագրին միանալը, դուք **չեք** կարող սեփականացնել այն:

L2. DME-ի սեփականացումը, երբ անցնում եք Original Medicare-ին

Original Medicare ծրագրում մարդիկ, ովքեր վարձակալում են երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների որոշակի տեսակներ, 13 ամիս հետո դառնում են դրանց սեփականատերը: Medicare Advantage (MA) պլանով կարող է սահմանվել այն ամիսների քանակը, որոնց ընթացքում մարդիկ պետք է վարձակալեն երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների որոշակի տեսակներ՝ նախքան դրանց սեփականատեր դառնալը:

Նշում. Դուք կարող եք գտնել Original Medicare և MA պլանների սահմանումներն այստեղ՝ **Գլուխ 12:** Դրանց մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել նաև *Medicare & You 2024* թ. ձեռնարկում: Եթե դուք չունեք այս գրքույկի պատճենը, կարող եք այն ձեռք բերել Medicare կայքից (www.medicare.gov/medicare-and-you) կամ զանգահարելով **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048**:

Եթե Medi-Cal-ը չընտրվի, դուք պետք է կատարեք 13 անընդմեջ վճարումներ Original Medicare-ի շրջանակներում կամ MA պլանով սահմանված կարգով, որպեսզի դառնաք երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների տերը, եթե.

- Դուք չեք դարձել երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների սեփականատեր, մինչ դուք մեր պլանում էիք, և
- Դուք դուրս կգաք մեր ծրագրից և կստանաք ձեր Medicare նպաստները Original Medicare ծրագրում կամ MA պլանում ընդգրկված որևէ առողջապահական ծրագրից դուրս:

Եթե դուք վճարումներ եք կատարել երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների համար Original Medicare-ի կամ MA պլանի շրջանակներում նախքան մեր ծրագրին միանալը, **Original Medicare կամ MA պլանի վճարումները չեն հաշվարկվի այն վճարումների մեջ, որոնք դուք պետք է կատարեք մեր պլանից դուրս գալուց հետո:**

- Դուք ստիպված կլինեք անընդմեջ կատարել 13 նոր վճարումներ Original Medicare-ի շրջանակներում կամ մի շաբթ նոր վճարումներ անընդմեջ, որոնք սահմանված են MA պլանով՝ երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների սեփականատեր դառնալու համար:
- Երբ դուք վերադառնաք Original Medicare կամ MA պլանին, այդ դեպքում բացառություններ չեն լինի:

L3. Թթվածնային սարքերի նպաստների տրամադրումը մեր պլանի անդամներին

Եթե դուք համապատասխանում եք Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող թթվածնային սարք ունենալու պահանջներին և մեր պլանի անդամ եք, ապա մենք փոխհատուցում ենք հետևյալի համար՝

- Թթվածնային սարքի վարձույթ:

? **Հարցերի դեպքում,** խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք kp.org/medicare:

- Թթվածնի և թթվածնային պարունակության առաքում:
- Խողովակաշար և հարակից պարագաներ՝ թթվածնի և թթվածնային պարունակության առաքման համար:
- Թթվածնային սարքերի տեխասպասարկում և վերանորոգում:

Թթվածնի սարքը պետք է վերադարձվի, երբ այն բժշկական տեսանկյունից այլևս ձեզ անհրաժեշտ չէ կամ եթե դուք դուրս եք գալիս մեր պլանից:

L4. Թթվածնի սարք, երբ դուք անցում եք կատարում Original Medicare-ին կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ պլանի

Եթե թթվածնային սարքը բժշկական առումով անհրաժեշտ է, **և դուք դուրս եք գալիս մեր պլանից և անցնում եք Original Medicare-ին**, դուք այն վարձակալում եք մատակարարից 36 ամսով: Ձեր ամսական վարձավճարով դուք կստանաք վերոնշյալ թթվածնային սարքը, օժանդակ պարագաներն ու ծառայությունները:

Եթե թթվածնային սարքը բժշկական առումով ձեզ անհրաժեշտ է, **երբ դուք վարձակալում եք այն 36 ամսով**, ձեր մատակարարը պետք է տրամադրի

- Թթվածնային սարք, օժանդակ պարագաներ և ծառայություններ հաջորդ 24 ամսվա համար:
- Թթվածնային սարք և օժանդակ պարագաներ՝ առավելագույնը 5 տարի, եթե դա բժշկական առումով անհրաժեշտ է:

Եթե թթվածնային սարքը դեռևս բժշկական առումով անհրաժեշտ է՝ **այն 5 տարի օգտագործելուց հետո**

- Ձեր մատակարարն այլևս պարտավոր չէ այն ձեզ տրամադրել, և դուք կարող եք ստանալ փոխարինող սարք ցանկացած այլ մատակարարից:
- Սկսվում է սարքի տրամադրման նոր՝ 5 տարվա ժամանակահատված:
- Դուք այն վարձակալում եք մատակարարից 36 ամսով:
- Այնուհետև ձեր մատակարարը տրամադրում է թթվածնային սարքը, օժանդակ պարագաներն ու ծառայությունները հաջորդ 24 ամսվա համար:
- Ամեն 5 տարին մեկ նոր շրջափուլ է սկսվում, այնքան ժամանակ, քանի դեռ թթվածնային սարքը բժշկական առումով ձեզ անհրաժեշտ է:

Երբ թթվածնի սարքը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է **և դուք թողնում եք մեր պլանը և անցնում մեկ այլ MA պլանի**, մեր պլանով կփոխհատուցվի առավելագույն այնքան, որքանն ընդգրկում է Original Medicare-ը: Դուք կարող եք հարցնել ձեր նոր MA պլանի աշխատողներին, թե ինչ թթվածնային սարքեր և պաշարներ է այն ներառում, և որքան կլինեն ձեր ծախսերը:

Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են այն ծառայությունները, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են, այդ ծառայությունների հետ կապված սահմանափակումները, և թե որքան էք դուք վճարում յուրաքանչյուր ծառայության համար: Այստեղ նաև ներկայացված են այն նպաստները, որոնք մեր պլանով չեն փոխհատուցվում: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1-ի նոր անդամներ. Ձեզ մեծամասամբ կգրանցեն **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանում՝ Medicare-ի նպաստները ստանալու համար, **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանին անդամակցելու ձեր հայրը ներկայացնելուց հետո հաջորդ ամսվա 1-ին օրը: Դուք կարող եք շարունակել ևս մեկ ամիս ստանալ ձեր նախորդ Medi-Cal-ի առողջապահական պլանի Medi-Cal-ի ծառայությունները: Դրանից հետո Դուք Medi-Cal-ի ծառայությունները կստանաք **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանի միջոցով: Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթը չի ընդհատվի: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք մեզ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Առավոտյան ժամը 8-ից մինչև ժամը երեկոյան 8-ը, շաբաթը՝ 7 օր:

Գլուխ 4 Բովանդակություն

A. Ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները և ձեր գրպանից արված ծախսերը.....	78
A1. Հանրային առողջությանը արտակարգ իրավիճակների ժամանակ.....	78
B. Ինչ կանոններ են կիրառվում, երբ բուժօժանություն մատուցողը գումար է պահանջում ձեզնից ծառայության համար.....	78
C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը.....	79
D. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը.....	81
E. Մեր պանից դուրս տրամադրվող նպաստներ.....	175
E1. Կալիֆոռնիայի համայնքային ադապտացման ծրագիր (California Community Transitions, CCT).....	175
CCT-ի ադապտացիայի համակարգման ծառայությունների համար.....	176



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

CCT-ի ադապտացման ծրագրին չառնչվող ծառայությունների համար 176

Փոփոխություններ չկան դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի
ապահովագրական ծածկություն 176

E2. Medi-Cal Dental ծրագիր 176

E3. Հոսփոխային խնամք 177

E4. Ներտնային աջակցման ծառայություն (IHSS) 178

E5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver 179

E6. Տեղական կրթական գործակալության (LEA) գնահատման
ծառայություններ 182

E7. CCR 22-րդ բաժնի 51360 կետում նշված LEA ծառայություններ 182

E8. Շիճուկի ալֆա-ֆետոպրոտեինի թեստավորման պետական ծրագրի
շրջանակներում մատուցված լաբորատոր ծառայություններ 182

E9. Աղոթք կամ հոգևոր բժշկություն 182

F. Մեր պլանի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից չփոխհատուցվող
նպաստներ..... 183

DeltaCare USA-ի բացառումներ..... 190



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Զեր փոխհատուցվող ծառայությունները և ձեր գրպանից արված ծախսերը

Այս գլխում ներկայացված են այն ծառայությունները, որոնք մեր պլանով փոխհատուցվում են, և յուրաքանչյուր ծառայության համար դուք որքան եք վճարում: Դուք կարող եք նաև տեղեկանալ այն ծառայությունների մասին, որոնք չեն փոխհատուցվում: Դեղերի նպաստների մասին տեղեկությունները հասանելի են այս **Անդամների ձեռնարկի 5-րդ գլխում**: Այս գլխում նաև ներկայացված են որոշ ծառայությունների հետ կապված սահմանափակումները:

Որոշ ծառայությունների համար նախատեսված են ձեր կողմից կատարվող ծախսեր, որոնք կոչվում են համավճար: Սա ֆիքսված գումար է (օրինակ՝ \$5), որ դուք վճարում եք ամեն անգամ, երբ ստանում եք այդ ծառայությունը: Դուք վճարում եք համավճարն այն ժամանակ, երբ ստանում եք բժշկական ծառայությունը:

Եթե ձեզ օգնություն է անհրաժեշտ՝ հասկանալու համար, թե որ ծառայություններն են ներառված ապահովագրական ծածկություն, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:

A1. Հանրային առողջությանը արտակարգ իրավիճակների ժամանակ

Հիվանդության պատճառով հանրային առողջապահական արտակարգ իրավիճակների հայտարարման դեպքում մենք ձեզ անվճար կփոխհատուցենք հետևյալ ծառայությունները:

- Կանխարգելիչ ծառայություններ, ներառյալ պատվաստումները, Միացյալ Նահանգների Կանխարգելիչ ծառայությունների աշխատանքային խմբի «A» կամ «B» առաջարկությամբ:
- Ծառայություններ և ապրանքներ, որոնք անհրաժեշտ են հանրային առողջապահական արտակարգ դրության առարկա հանդիսացող հիվանդության զննման, փորձարկման և ախտորոշման համար:
- Հիվանդության բուժման համար FDA-ի կողմից հաստատված թերապևտիկ կամ տրված շտապ օգտագործման թույլտվություն:

B. Ինչ կանոններ են կիրառվում, երբ բուժծառայություն մատուցողը գումար է պահանջում ձեզնից ծառայության համար

Մենք թույլ չենք տա, որ մեր բուժծառայություններ մատուցողները փոխհատուցվող ծառայությունների համար ձեզանից գումար գանձեն: Մենք վճարում ենք անմիջապես մեր բուժծառայություններ մատուցողներին և ձեզ ազատում ենք նրանց գումար վճարելուց: Սա նաև գործում է այն դեպքում, երբ բուժծառայություն մատուցողին մենք ավելի քիչ ենք վճարում, քան սովորաբար նա պահանջում է իր ծառայության դիմաց:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք երբեք չպետք է ստանաք վճարային հաշիվ բուժժառայություն մատուցողից փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Եթե ձեզ ներկայացվում է հաշիվ, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**, պարզելու համար, թե ինչպես պետք է վարվել նման դեպքերում, կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

C. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը


Նպաստների աղյուսակում ներկայացված են այն ծառայությունները, որոնց համար մեր ծրագիրը վճարում է: Այնտեղ այբբենական կարգով ներկայացված են փոխհատուցվող ծառայությունները և դրանց նկարագրությունը:

Մենք վճարում ենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար, երբ պահպանվում են հետևյալ կանոնները:


- Մենք տրամադրում ենք Medicare-ի և Medi-Cal-ի փոխհատուցվող ծառայությունները՝ համաձայն Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից սահմանված կանոնների:
- Ծառայությունները (այդ թվում՝ բուժխնամքը, ծառայությունները, բժշկական պարագաները, սարքավորումները և B բաժնի դեղատոմսային դեղերը) պետք է լինեն բժշկական առումով անհրաժեշտ: «Բժշկական առումով անհրաժեշտ» նշանակում է, որ ծառայությունները, բժշկական պարագաները և դեղերը անհրաժեշտ են՝ ձեր առողջական խնդրի կանխարգելման, ախտորոշման կամ բուժման համար, և համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայում ընդունված չափանիշներին:
- Դուք ստանում եք խնամքը ցանցային բուժժառայություն մատուցողից: Ցանցային բուժժառայություն մատուցողը այն բուժժառայություն մատուցողն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Շատ դեպքերում, այն խնամքը, որը դուք ստանում եք ցանցից դուրս մատակարարից, չի ապահովագրվի, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա արտակարգ կամ անհետաձգելի բուժօգնություն է, կամ եթե ձեր պլանը կամ ցանցի մատակարարը ձեզ ուղեգիր է տվել: Ցանցային և ոչ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողների ծառայություններից օգտվելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը**:
- Ձեզ նշանակվում է հիմնական բուժող բժիշկ (PCP) կամ բուժխնամքի թիմ, որոնք իրականացնում և կառավարում են ձեր խնամքը: Սովորաբար դուք պետք է ստանաք ձեր PCP-ի հաստատումը՝ նախքան կկարողանաք դիմել ձեր PCP-ից բացի այլ բուժժառայություն մատուցողի կամ պլանի ցանցում ներառված այլ մասնագետների: Դա կոչվում է ուղեգիր: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը**՝ ուղեգիր ստանալու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու, ինչպես նաև պարզելու համար, թե որ դեպքերում այն պարտադիր չէ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Նպաստների աղյուսակում նշված որոշ ծառայությունների համար մենք փոխհատուցում ենք միայն այն դեպքում, երբ ձեր բժիշկը կամ ցանցային այլ բուժծառայություն մատուցող նախ ստանում է մեր հաստատումը: Մա կոչվում է նախնական թույլտվություն (PA): Այն փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնց համար անհրաժեշտ է նախնական թույլտվություն, Նպաստների աղյուսակում ունեն տողատակի ծանոթագրություն (+): Տե՛ս նաև **3-րդ գլուխը**՝ նախնական թույլտվության, այդ թվում՝ Նպաստների աղյուսակում չնշված, սակայն նախնական թույլտվություն պահանջող այլ ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Բոլոր կանխարգելիչ ծառայությունները անվճար են: Նպաստների աղյուսակում դուք կարող եք տեսնել այս խնձորի նշանը  Նպաստների աղյուսակի կողքին:
- **Համայնքային աջակցության ծրագիր.** Համայնքային աջակցության ծրագիրը կարող է հասանելի լինել ձեր Անհատականացված խնամքի պլանով: Համայնքային աջակցության ծրագրերով առաջարկվում են բժշկական տեսանկյունից արդյունավետ և մատչելի այլընտրանքային ծառայություններ կամ պայմաններ: Այս ծառայությունները կամրնտրովի են անդամների համար: Եթե այս ծառայությունները ձեզ հասնում են, դրանք կօգնեն ձեզ ապրել ավելի անկախ: Դրանք **չեն** փոխարինում այն նպաստներին, որոնք դուք արդեն ստանում եք Medi-Cal-ով: Դրանք հասանելի չեն բոլոր տարածաշրջաններում: Ոչ բոլոր անդամները կարող են օգտվել Համայնքային աջակցության ծրագրից: Դրա համար դուք պետք է համապատասխանեք հատուկ չափանիշներին: Համայնքային աջակցության ծրագրի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար խորհրդակցեք ձեր PCP-ի հետ կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

D. Մեր պլանի Նպաստների աղյուսակը

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Որովայնային աորտայի անևրիզմայի սքրինինգ</p> <p>Մենք վճարում ենք մեկանգամյա ուլտրաձայնային սքրինինգի համար ռիսկային խմբում գտնվող անձանց: Պլանը փոխհատուցում է սքրինինգի համար, եթե ձեզ մոտ առկա են որոշ ռիսկային գործոններ, և եթե դուք դրա համար ստանում եք ուղեգիր ձեր բժիշկից, բժշկի օգնականից, բուժքրոջից կամ բուժաշխատողից:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>
<p>Ասեղնաբուծություն մեջքի քրոնիկ ցավի համար†</p> <p>Մենք վճարում ենք մինչև երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ցանկացած օրացույցային ամսում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են:</p> <p>Մենք նաև վճարում ենք մինչև 12 ասեղնաբուծության այցերի համար 90 օրում, եթե դուք ունեք մեջքի ստորին հատված քրոնիկ ցավ, որին բնորոշ են՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 շաբաթ կամ ավելի երկար տևող ցավը, • ոչ սոմատիկ բնույթը (չունի ակնհայտ սոմատիկ պատճառ, օրինակ՝ կապված չէ մետաստատիկ, բորբոքային կամ վարակիչ հիվանդության հետ), • կապված չէ վիրահատական միջամտության հետ, և • կապված չէ հղիության հետ: <p>Բացի այդ, մենք վճարում ենք ասեղնաբուծության ութ հավելյալ սեանսի համար՝ մեջքի ստորին հատվածի ցավի դեպքում, եթե վիճակը բարելավվում է: Դուք չեք կարող ստանալ ասեղնաբուծության ավելի քան 20 բուժական սեանս՝ մեջքի ստորին հատվածի ցավի համար տարվա ընթացքում:</p> <p>Եթե ձեր վիճակը չի բարելավվում կամ վատթարանում է մեջքի ստորին հատվածի ցավի դեպքում, ասեղնաբուծությունը պետք է դադարեցնել:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medicare-ով չփոխհատուցվող ասեղնաբուժություն</p> <p>Մենք սովորաբար փոխհատուցում ենք ասեղնաբուժության համար, որն ուղղված է միայն սրտխառնոցի բուժմանը կամ որպես քրոնիկ ցավի կառավարման համապարփակ ծրագրի մաս:</p> <p>Ձեզ կարող են նաև հասանելի լինել ասեղնաբուժության ծառայություններ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով: Medi-Cal-ով մենք փոխհատուցում ենք այն ասեղնաբուժական ծառայությունների համար, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են՝ կանխելու, փոփոխելու կամ թեթևացնելու համար ծանր, մշտական քրոնիկ ցավը, որը բացահայտված առողջական խնդրի հետևանք է: Ամբուլատոր ասեղնաբուժական ծառայությունների համար ուղեգիր կամ նախնական թույլտվություն հարկավոր չէ: Այս ասեղնաբուժական ծառայությունների համար տրամադրվում է փոխհատուցում, երբ դրանք ստանում եք ցանցային բուժօժանություններ մատուցողների կամ Ամերիկյան մասնագիտացված առողջապահական ծառայությունների (American Specialty Health) ցանցային մասնագետների կողմից: Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող ասեղնաբուժական ծառայությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Ամերիկյան մասնագիտացված առողջապահական ծառայությունների հեռախոսահամարին 1-800-678-9133 (TTY 711):</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժօժանություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկություն ներառված մեծահասակների ինտիմ բնույթի խնամք</p> <p>Որպես չափահաս (18 տարեկան կամ բարձր տարիքի)՝ դուք, հնարավոր է, չցանկանաք այցելել ձեր PCP-ին՝ որոշ ինտիմ կամ անձնական բնույթի բուժօգնության համար: Եթե այդպես է, դուք կարող եք ընտրել ցանկացած բժշկի կամ կլինիկա հետևյալ բուժօգնությունը ստանալու համար</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ընտանիքի պլանավորում/ծնելիության վերահսկում (ներառյալ՝ ստերիլիզացման ծառայություններ): • Հղիության թեստավորում և խորհրդատվություն: • ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի կանխարգելում/թեստավորում/բուժում: • Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների կանխարգելում/թեստավորում/բուժում: • Սեռական բռնության ենթարկված անձանց բուժխնամք: • Հղիության ընդհատման ամբուլատոր ծառայություններ: <p>Հղիության թեստավորման, ընտանիքի պլանավորման, բեղմնականիման ծառայությունների կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների ծառայությունների դեպքում բժիշկը կամ կլինիկական պարտադիր չէ, որ ներառված լինի Kaiser Permanente-ի ցանցում: Դուք կարող եք ընտրել Medi-Cal-ի ցանկացած բուժօգնություն մատուցողի և դիմել նրան՝ առանց ուղեգրի կամ նախնական թույլտվության: Kaiser Permanente-ի ցանցից դուրս Medi-Cal-ի բուժօգնություն մատուցող գտնելու համար կարող եք օգնություն ստանալ՝ զանգահարելով մեր Անդամների սպասարկման բաժին:</p> <p>Ոչ ցանցային բուժօգնություն մատուցողից կողմից ստացված ծառայությունների համար, որոնք կապված չեն ինտիմ բնույթի խնամքի հետ, փոխհատուցում չի տրամադրվում: Այսպիսի ծառայություններ մատուցող բժիշկ կամ կլինիկա գտնելու կամ այս ծառայությունները ստանալու համար տրանսպորտային օգնության համար կարող եք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժին: Դուք կարող եք զանգահարել նաև Այցերի նշանակման և խորհրդատվական գիծ և խորհրդակցել լիցենզավորված բուժխնամքի մասնագետի հետ, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ալկոհոլի չարաշահման սրբինինգ և խորհրդատվություն</p> <p>Մենք վճարում ենք ալկոհոլի չարաշահման (SABIRT) մեկ սրբինինգի համար այն չափահասների համար, ովքեր չարաշահում են ալկոհոլը, բայց ալկոհոլից կախվածություն չունեն։ Այստեղ մտնում են նաև հղի կանայք։</p> <p>Եթե ձեր ալկոհոլի չարաշահման սրբինինգը դրական է, ապա ձեզ ամեն տարի կարող է նշանակվել մինչև չորս կարճ, դեմ առ դեմ խորհրդատվական այց (եթե դուք զգոն և ուշադիր եք խորհրդատվության ընթացքում) առաջնային խնամքի հաստատությունում՝ որակավորված հիմնական բուժող բժշկի (PCP) կամ մասնագետի մոտ։</p> <p>Եթե ձեզ անհրաժեշտ են ավելի շատ խորհրդատվական և բուժման ծառայություններ, քան փոխհատուցվում է Medicare-ի կողմից, դուք կարող եք ծառայություններ ստանալ ձեր վարչաշրջանի հոգեկան առողջության պահպանման ծրագրով։ Վարչաշրջանը տրամադրում է հոգեմետ թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների բուժման ծառայություններ Medi-Cal-ի անդամներին, ում դա ցուցված է բժշկական անհրաժեշտության տեսանկյունից։ Վարչաշրջանի բոլոր հեռախոսահամարներն առցանց գտնելու համար այցելեք այստեղ</p> <p>http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContaktList.aspx:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր։ Զանգն անվճար է։ **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Շտապօգնության (փոխադրամիջոցը) ծառայություններ</p> <p>Ապահովագրված շտապ օգնության ծառայությունները ներառում են ցամաքային և օդային (ինքնաթիռ և ուղղաթիռ) շտապ օգնություն: Շտապօգնությունը ձեզ կտեղափոխի մոտակա բուժկենտրոնը, որտեղ կարող են ձեզ օգնություն ցուցաբերել:</p> <p>Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ բուժկենտրոն հասնելու այլ եղանակները վտանգավոր լինեն ձեր առողջության կամ կյանքի համար:</p> <p>Մյուս դեպքերի համար շտապ օգնության ծառայությունները (ոչ անհետաձգելի) պետք է հաստատվեն մեր կողմից: Ոչ արտակարգ իրավիճակներում մենք կարող ենք վճարել շտապօգնության համար: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ բուժկենտրոն հասնելու այլ եղանակները վտանգավոր լինեն ձեր կյանքի կամ առողջության համար: Տե՛ս 3-րդ գլուխը, ոչ շտապ բժշկական փոխադրման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:</p> <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք լիցենզավորված շտապօգնության ծառայությունների համար աշխարհի ցանկացած կետում՝ առանց նախնական թույլտվության (ներառյալ փոխադրումը՝ 911 շտապօգնության արձագանքման համակարգի միջոցով, որտեղ այն հասանելի է), եթե ողջամտորեն կարծում եք, որ ձեզ մոտ արտակարգ իրավիճակ է, և ողջամտորեն կարծում եք, որ ձեր վիճակի համար պահանջվում է շտապօգնության տրանսպորտային սպասարկում:</p>	<p>Եթե դուք իրավունակ եք ստանալու Medicare-ի ծախսերի բաշխման աջակցություն Medi-Cal պլանով, դուք վճարում եք \$0: Հակառակ դեպքում՝ վճարում եք \$150 մեկ ուղղությամբ յուրաքանչյուր ուղևորության համար:</p>
<p> Ամենամյա կանոնավոր բուժզննումներ</p> <p>Կանոնավոր բուժզննումները փոխհատուցվում են, եթե բուժզննումը ենթադրում է բժշկական առումով պրոֆիլակտիկ բուժօգնություն ընդունված մասնագիտական չափանիշներին համապատասխան:</p>	<p>\$0</p>





Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է		Որքան պետք է վճարեք դուք
 <p>Առողջության ստուգման ամենամյա այց</p> <p>Դուք կարող եք ամեն տարի բուժզննում անցնել: Սա արվում է՝ ձեր առողջության հետ կապված ռիսկի գործոնների հիման վրա պրոֆիլակտիկ ծրագիր կազմելու կամ այն թարմացնելու համար: Մենք վճարում ենք դրա համար մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:</p> <p>Նշում. Ձեր առողջության ստուգման առաջին ամենամյա այցը չի կարող տեղի ունենալ ձեր «Բարի գալուստ Medicare» պրոֆիլակտիկ այցից հետո 12 ամսվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, պարտադիր չէ «Բարի գալուստ Medicare» այց ունենալ, որպեսզի փոխհատուցում ստանաք առողջության ստուգման ամենամյա այցերի համար՝ 12 ամսով Մաս B-ից օգտվելու իրավունք ստանալուց հետո:</p>	\$0	
<p>Ասթմայի պրոֆիլակտիկ բուժման ծառայություններ</p> <p>Ձեզ կարող են տրամադրվել ասթմայի իրազեկման ծառայություններ և տնային միջավայրի գնահատում՝ ասթմայի հարուցիչների հայտնաբերման նպատակով վատ վերահսկվող ասթմա ունեցող մարդկանց տանը:</p>	\$0	
 <p>Ոսկրային զանգվածի չափում</p> <p>Մենք վճարում ենք որոշ պրոցեդուրաների համար այն անդամներին, ովքեր համապատասխանում են ծառայությունը ստանալու չափանիշներին (սովորաբար ոսկրային զանգվածը կորցնելու կամ օստեոպորոզի ռիսկային խմբում գտնվող հիվանդներին): Այս պրոցեդուրաների միջոցով հնարավոր է բացահայտել ոսկրային զանգվածը, հայտնաբերել ոսկրային կորուստը կամ որոշել ոսկրի որակը:</p> <p>Մենք վճարում ենք ծառայությունների համար 24 ամիսը մեկ անգամ կամ ավելի հաճախ, եթե բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է: Մենք նաև վճարում ենք բժշկին, որպեսզի նա նայի և մեկնաբանի արդյունքները:</p>	\$0 Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:	





Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է		Որքան պետք է վճարեք դուք
	<p>Կրծքագեղձի քաղցկեղի սքրինինգ (մամոգրաֆիա)</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> Մեկանգամյա բազային մամոգրաֆիա 35-ից 39 տարեկանների համար: 40 տարեկան և ավելի մեծ տարիքի կանայք յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ պետք է անցնեն մամոգրաֆիա: Կրծքագեղձի կլինիկական հետազոտություն 24 ամիսը մեկ: 	\$0
	<p>Սրտամկանի (սրտի) վերականգնողական ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք սրտամկանի վերականգնողական ծառայությունների համար, որոնք ներառում են վարժությունները, իրազեկումը և խորհրդատվությունը: Անդամները պետք է բավարարեն որոշակի պայմանների և բժշկից ուղեգիր ունենան:</p> <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք սրտամկանի ինտենսիվ վերականգնողական ծրագրերի համար, որոնք ավելի ինտենսիվ բնույթ ունեն, քան սրտամկանի վերականգնողական ծրագրերը:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժօրհանություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>
	<p>Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության ռիսկի նվազեցման նպատակով այց (սրտային հիվանդության թերապիա)</p> <p>Մենք վճարում ենք ամենամյա մեկ այցի համար կամ ավելի, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է, ձեր հիմնական բուժող բժշկի (PCP) հետ միասին՝ սրտային հիվանդության ռիսկը նվազեցնելու նպատակով: Այցի ընթացքում ձեր բժիշկը կարող է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> Քննարկել ասպիրինի ընդունման արդյունավետությունը, Ստուգել ձեր արյան ճնշումը, և/կամ Տալ ձեզ խորհուրդներ, համոզվել, որ ձիշտ եք սնվում: 	\$0




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է		Որքան պետք է վճարեք դուք
	<p>Սրտանոթային (սրտային) հիվանդության թեստավորում</p> <p>Հինգ տարին մեկ անգամ (60 ամիսը մեկ) մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար, որպեսզի ստուգենք սրտանոթային հիվանդությունների առկայությունը: Արյան թեստի միջոցով բացահայտվում են նաև սրտային հիվանդության բարձր ռիսկի պատճառով առաջացող արատները:</p>	\$0
	<p>Արգանդի վզիկի և հեշտոցի քաղցկեղի սքրինինգ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բոլոր կանանց համար՝ Պապ թեստ և կոնքի հետազոտություն 24 ամիսը մեկ անգամ: • Կանանց համար, ովքեր ունեն արգանդի վզիկի կամ հեշտոցի քաղցկեղի բարձր ռիսկայնություն՝ պապ թեստ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ: • Վերարտադրողական տարիքի այն կանանց համար, ում վերջին երեք տարվա Պապ թեստը նորմալից շեղված է եղել, պապ թեստ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ: • 30-65 տարեկան կանանց համար՝ մարդու պապիլոմավիրուսի (HPV) թեստավորում կամ Պապ՝ գումարած HPV թեստավորում 5 տարին մեկ անգամ: 	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Խիրոպրակտիկ ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ողնաշարի ուղղում՝ կեցվածքի շտկման համար: Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող այս ծառայությունները տրամադրվում են ցանցային մանուալ թերապևտների կողմից: Ցանցային մանուալ թերապևտների ցանկը տեսնելու համար այցելեք Բուժօժանայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն: • Medi-Cal-ը կարող է փոխհատուցել խիրոպրակտիկ ծառայությունների համար, եթե դրանք ստացվում են դաշնային որակավորված առողջապահական կենտրոններում (Federally Qualified Health Center, FQHC) կամ գյուղական առողջապահական կլինիկաներում (Rural Health Clinics, RHC) Kaiser Permanente-ի ցանցում: FQHC-ները կամ RHC-ները կարող են ուղեգիր պահանջել ծառայությունները տրամադրելու համար: FQHC-ներում կամ RHC-ներում հասանելի ծառայությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: 	<p>\$0</p>
<p> Կոլոնոսկոպիա (հաստ աղու) քաղցկեղի սքրինինգ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կոլոնոսկոպիան չունի նվազագույն կամ առավելագույն տարիքային սահմանափակում և փոխհատուցվում է 120 ամիսը (10 տարի) մեկ անգամ՝ ոչ բարձր ռիսկային հիվանդների համար, կամ նախորդ ճկուն սիգմոիդոսկոպիայից 48 ամիս հետո՝ կոլոնոսկոպիա քաղցկեղի բարձր ռիսկի տակ չգտնվող հիվանդների համար, և 24 ամիսը մեկ՝ բարձր ռիսկի հիվանդների համար՝ նախորդ սկրինինգային կոլոնոսկոպիայից կամ բարիումի հոգնայից հետո: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժօժանայությունների մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Ճկուն սիզմոիդոսկոպիա 45 տարեկան և բարձր պացիենտների համար: Ամեն 120 ամիսը մեկ ոչ բարձր ռիսկային պացիենտների համար՝ սքրինինգային կոլոնոսկոպիայից հետո: 48 ամիսը մեկ բարձր ռիսկային պացիենտների համար, վերջին ճկուն սիզմոիդոսկոպիայի կամ բարիումի հոզնայից հետո: • 45 տարեկան և բարձր պացիենտների համար ֆեկալ-թաքնված արյան թեստերի սքրինինգ: 12 ամիսը մեկ: • Կղանքի բազմաթիրախային ԴՆԹ-թեստ 45-ից 85 տարեկան այն պացիենտների համար, որոնք չեն համապատասխանում բարձր ռիսկի չափանիշներին: Երեք տարին մեկ: • Արյան բիոմարկերների թեստեր՝ 45-ից 85 տարեկան այն պացիենտների համար, ովքեր չեն համապատասխանում բարձր ռիսկային չափանիշներին: Երեք տարին մեկ: • Բարիումի հոզնա՝ որպես կոլոնոսկոպիայի այլընտրանք բարձր ռիսկային պացիենտների համար և բարիումի հոզնայի կամ կոլոնոսկոպիայի վերջին սքրինինգից 24 ամիս անց: • Բարիումի հոզնա՝ որպես ճկուն սիզմոիդոսկոպիայի այլընտրանք ոչ բարձր ռիսկային խմբի և 45 տարեկանից բարձր պացիենտների համար: Բարիումային հոզնայի կամ ճկուն սիզմոիդոսկոպիայի վերջին սքրինինգից առնվազն 48 ամիս հետո: • Կոլոռեկտալ քաղցկեղի սքրինինգային թեստերը ներառում են հետագա սքրինինգային կոլոնոսկոպիա՝ Medicare-ով հատուցվող ոչ ինվազիվ կոլոռեկտալ քաղցկեղի կղանքային սքրինինգ թեստի դրական արդյունքից հետո: 	




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ատամնաբուժական ծառայություններ</p> <p>Առողջապահական պլանը համաձայնագիր ունի Delta Dental of California-ի («Delta Dental») հետ՝ համաձայն որի ձեզ առաջարկվում է DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիրը: DeltaCare USA ծրագիրը տրամադրում է համապարփակ ատամնաբուժական բուժօգնություն ատամնաբույժների ցանցի միջոցով, որոնք պայմանագիր ունեն Delta Dental-ի հետ՝ ատամնաբուժական ծառայություններ մատուցելու համար: Ատամնաբուժական ծառայություն մատուցողների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս Ատամնաբուժական ծառայություններ մատուցողների տեղեկատու:</p>	<p>\$0</p> <p>«Ատամնաբուժական բուժխնամք (DeltaCare USA Dental HMO Ծրագիր)» բաժնի աղյուսակում ներկայացված մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների համար:</p>
<p>Մենք վճարում ենք որոշակի ատամնաբուժական ծառայությունների, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով մաքրման, ատամնալիցքի և արհեստական ատամների համար: Այն, ինչը մենք չենք փոխհատուցում, հասանելի է Medi-Cal Dental ծրագրի միջոցով, որը նկարագրված է այստեղ՝ Բաժին E-ում:</p>	<p>\$0</p>
<p> Ընկճախտի (դեպրեսիա) սքրինինգային հետազոտություն</p> <p>Մենք վճարում ենք տարեկան ընկճախտի մեկ սքրինինգային հետազոտության համար: Սքրինինգը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի շրջանակներում, որը կարող է հանգեցնել բուժմանը և (կամ) հետագա ուղեգրերի:</p>	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Շաքարային դիաբետի սրբինինգային հետազոտություն</p> <p>Մենք վճարում ենք այս սրբինինգային հետազոտության համար (ներառյալ գլյուկոզայի մակարդակի չափման թեստեր), եթե ձեզ մոտ առկա է հետևյալ ռիսկային գործոններից որևէ մեկը՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Արյան բարձր ճնշում (հիպերտոնիա), • Խոլեստերինի և տրիգլիցերիդների ոչ նորմալ մակարդակների պատմություն (դիսլիպիդեմիա), • Ճարպակալում, • Արյան մեջ շաքարի (գլյուկոզա) բարձր մակարդակի պատմություն: <p>Թեստերի համար հնարավոր է փոխհատուցում տրամադրվել որոշ այլ դեպքերում, օրինակ, եթե ունեք ավել քաշ և ունեք շաքարային դիաբետի ընտանեկան պատմություն:</p> <p>Կախված թեստի արդյունքներից՝ ձեզ կարող է ցուցվել մինչև շաքարային դիաբետի երկու սրբինինգային հետազոտություն յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Շաքարային դիաբետը հինքնուրույն կառավարելու թրեյնինգ, ծառայություններ և պարագաներ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար շաքարային դիաբետ ունեցող բոլոր անձանց համար (անկախ նրանից նրանք օգտագործում են ինսուլին, թե ոչ)՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դարյան մեջ շաքարի մակարդակը վերահսկելու համար նախատեսված պարագաներ, այդ թվում՝ • Արյան մեջ շաքարի վերահսկման մոնիտոր: • Արյան մեջ շաքարի մակարդակը որոշող թեստի շերտեր: • Նշտարով սարքեր և նշտարներ: • Շաքարի մակարդակի վերահսկման լուծույթներ՝ ստուգելու թեստի շերտերի ճշգրտությունը, և մոնիտորներ: <ul style="list-style-type: none"> • ԴՇաքարային դիաբետով հիվանդ այն անձանց համար, ովքեր ունեն ոտնաթաթի դիաբետիկ խորը վերքեր, մենք վճարում ենք հետևյալի համար • Յուրաքանչյուր օրացուցային տարին մեկ գույգ թերապևտիկ հասույկ ձևով (ներառյալ ներդիրները), ներառյալ չափագրումը և երկու լրացուցիչ գույգ ներդիր, կամ • Մեկ գույգ խորը կոշիկ, ներառյալ չափագրումը և երեք գույգ ներդիր ամեն տարի (ներառված չեն այդ կոշիկների հետ տրամադրվող սովորական շարժական ներդիրները) <ul style="list-style-type: none"> • ԴՌոշ դեպքերում մենք վճարում ենք թրեյնինգի համար, որը նպատակ ունի օգնել կառավարել ձեր շաքարային դիաբետը: Մանրամասների համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ: <p>Նշում. Դուք կարող եք ստանալ շաքարային դիաբետի հինքնուրույն կառավարման թրեյնինգ մեր պլանից դուրս ծրագրով, որը ճանաչված է American Diabetes Association-ի կողմից և հաստատված է Medicare-ի կողմից:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Դոուլայի ծառայություններ</p> <p>Հղիների համար մենք վճարում ենք դոուլայի մոտ ինը այցի համար նախաձեռնողյան և հետձեռնողյան շրջանում, ինչպես նաև ծննդաբերության ժամանակ աջակցության համար:</p>	<p>\$0</p>
<p>Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և օժանդակ պարագաներ†</p> <p>«Երկարաժամկետ բժշկական սարքավորում» (DME) սահմանման համար տե՛ս Գլուխ 12-ը սույն Անդամի ձեռնարկում:</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք հետևյալ պարագաների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Անվասայլակներ, այդ թվում՝ էլեկտրական: • Հենակներ: • Տաքացվող ներքնակներ: • Չոր ճնշադիմացկուն տակդիր՝ ներքնակի համար: • Շաքարային դիաբետի համար նախատեսված օժանդակ պարագաներ: • Բուժծառայություններ մատուցողի կողմից պատվիրված հիվանդանոցային մահճակալներ՝ տնային օգտագործման համար: • Ներերակային (IV) ներարկման պոմպեր և ձող: • Խոսքի արտաբերումը խթանող սարքեր: • Թթվածնային սարք և օժանդակ պարագաներ: • Ներուլայզերներ: • Քայլակներ: • Ստանդարտ կոր բռնակով ձեռնափայտ կամ չորսհենականի ցուպ և փոխարինման պարագաներ: • Պարանոցի ձգման սարք (դրան օգնությամբ): • Ոսկրերի խթանիչ: • Դիալիզի սարքավորում: <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>Եթե դուք իրավունակ եք ստանալու Medicare-ի ծախսերի բաշխման աջակցություն Medi-Cal պլանով, դուք վճարում եք \$0: Հակառակ դեպքում՝ վճարում եք 20% համաապահովագրություն, բացառությամբ շնչաչափերի և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով թերապիայի սարքավորումների, որոնց համար վճարում եք \$0:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME) և օժանդակ պարագաներ (շարունակություն)</p> <p>Այլ պարագաների համար նույնպես կարող է տրամադրվել փոխհատուցում:</p> <p>Մենք վճարում ենք բժշկական առումով անհրաժեշտ բոլոր DME-ների համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: Եթե ձեր տարածքում գտնվող մեր մատակարարի մոտ չկա սարքը կամ նա չունի տվյալ սարքը պատրաստող, կարող եք նրան հարցնել՝ կարո՞ղ է այն հատուկ պատվիրել ձեզ համար: Մատակարարների թարմացված ցանկը հասանելի է մեր կայքում kp.org/directory:</p>	
<p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք հետևյալ DME-ների համար, որոնց համար Medicare-ը չի փոխհատուցում, նույնիսկ եթե դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հիվանդանոցային մահճակալի համար նախատեսված պարագաներ, երբ պահանջվում է մեծացնել մահճակալը: • Կրունկների կամ արմունկների պաշտպանիչներ՝ կանխելու կամ նվազագույնի հասցնելու համար ճնշումը: • Իոնոֆորեզի սարք՝ հիպերհիդրոզը (գերքրտնարտադրությունը) բուժելու համար, երբ հակաքրտինքային միջոցները հակացուցված են, և հիպերհիդրոզն առաջացրել է առողջական բարդություններ (օրինակ՝ մաշկային վարակ) կամ խանգարում է ամենօրյա կենսագործունեությանը: • Վերակենդանացման պարկ, եթե տրախեոստոմիայով հիվանդն ունի սեկրեցիայի կառավարման լուրջ խնդիրներ, վերակենդանացման պարկի օգնությամբ խորը շնչառության միջոցով ունի լվացման կամ կլման տեխնիկայի խնդիր: 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով բուժման սարք՝ փտորիազից բացի այլ հիվանդությունների համար բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտության դեպքում, այդ թվում՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով սարք՝ տնային պայմաններում օգտագործման համար, եթե (1) սարքը հաստատվել է ձեզ համար մեր պլանի նախնական թույլտվության գործընթացի ժամանակ, ինչպես նկարագրված է 3-րդ գլխում, և (2) սարքը տրամադրվում է մեր սպասարկման տարածքում: (Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով սարքը, որի համար մենք փոխհատուցում ենք, պետք է լինի ձեր բժշկական կարիքները բավարարող ստանդարտ սարք: Մենք որոշում ենք՝ գնե՞լ, թե՞ վարձել սարքը, և ընտրում ենք մատակարարին: Դուք պետք է վերադարձնեք սարքը կամ մեզ վճարեք դրա արդար շուկայական գինը, երբ մենք այլևս չփոխհատուցենք դրա համար): 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Շտապ բուժօգնություն</p> <p>Շտապ բուժօգնությունը ենթադրում է այն ծառայությունները, որոնք</p> <ul style="list-style-type: none"> • Տրամադրվում են բուժօգնությունների մատուցողի կողմից, ով վերապատրաստում է անցել այս գծով, և • Կա անհետաձգելի բուժօգնություն ցուցաբերելու անհրաժեշտություն: <p>Բժշկական շտապ օգնություն պահանջող վիճակն այն առողջական վիճակն է, որի ժամանակ առկա է ուժեղ ցավը կամ լուրջ վնասվածքը: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե անհապաղ բժշկական օգնություն չցուցաբերվի, ապա բժշկական միջին գիտելիքներ ունեցող մեկը կարող է հասկանալ, որ հնարավոր է դա հանգեցնի</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր կամ ձեր չճանաչված երեխայի առողջության համար լուրջ բարդությունների, կամ • Օրգանիզմի ֆունկցիաների լուրջ վնասման, կամ • Որևէ օրգանի կամ մասի լուրջ դիսֆունկցիայի, կամ • Ծննդաբերության ակտիվ փուլում գտնվող հղի կնոջ պարագայում, երբ • Չկա բավարար ժամանակ մինչև ծննդաբերությունը ձեզ մեկ այլ հիվանդանոց անվտանգ տեղափոխել: • Մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգավոր լինել ձեր և ձեր չճանաչված երեխայի առողջության կամ անվտանգության համար: <p>Ցանցից դուրս տրամադրվող անհրաժեշտ շտապ օգնության ծառայությունների համար ծախսերի բաշխումը նույնն է, ինչ ցանցում տրամադրվող նմանատիպ ծառայությունների համար:</p> <p>Դուք ունեք ամբողջ աշխարհում գործող շտապ օգնության ծառայությունների ապահովագրական ծածկույթ:</p>	<p>\$0</p> <p>Դեթ ստանում եք շտապ օգնություն ոչ ցանցային հիվանդանոցում և ձեր արտակարգ իրավիճակի կայունացումից հետո ստացիոնար խնամքի կարիք ունեք, ապա պետք է վերադառնաք ցանցային հիվանդանոց, որպեսզի ձեր խնամքի համար շարունակվի փոխհատուցվել, կամ պետք է ձեր ստացիոնար խնամքն իրականացնեք այն ոչ ցանցային հիվանդանոցում, որը լիազորված է մեր պլանով, և խնամքի համար վճարեք ծախսերի բաշխման սկզբունքով, ինչպես դա կանեիք ցանցային հիվանդանոցում:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ</p> <p>Օրենքը թույլ է տալիս ընտրել ցանկացած մատակարար՝ լինի դա ցանցի մատակարար, թե ցանցից դուրս մատակարարող, ընտանիքի պլանավորման որոշակի ծառայությունների համար: Սա նշանակում է ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատուն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ:</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ընտանիքի պլանավորման քննություն և բուժում: • Ընտանիքի պլանավորման լաբորատորիա և ախտորոշիչ թեստեր: • Ընտանիքի պլանավորման մեթոդներ (IUC/IUD, իմպլանտներ, ներարկումներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, ժապավեն կամ օղակ): • Ընտանիքի պլանավորման պարագաներ դեղատոմսով (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, թաղանթ, դիֆրագմ, գլխարկ): • Անպտղության խորհրդատվություն և ախտորոշում և հարակից ծառայություններ: • Խորհրդատվություն, թեստավորում և բուժում սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STIs): • ՄԻԱՎ-ի և ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ հիվանդությունների վերաբերյալ խորհրդատվություն և թեստավորում: • Մշտական հակաբեղմնավորում (ընտանիքի պլանավորման այս մեթոդն ընտրելու համար դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ բարձր: Դուք պետք է ստորագրեք դաշնային ստերիլիզացման համաձայնության ձևը առնվազն 30 օր, բայց ոչ ավելի, քան վիրահատության ամսաթվից 180 օր առաջ): • Գենետիկայի հարցերով խորհրդատվություն: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Մենք նաև վճարում ենք ընտանիքի պլանավորման որոշ ծառայությունների համար: Սակայն հետևյալ ծառայությունների համար դուք պետք է դիմեք մեր ցանցի բուժօժանություններ մատուցողին՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Անպտղության խնդիրների բուժում (այս ծառայությունը չի ներառում հղիանալու արհեստական եղանակները): • ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ հիվանդությունների բուժում: • Գենետիկ թեստավորում: 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ֆիթնեսի նպաստ (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise ծրագիր)</p> <p>Silver&Fit ծրագիրը ներառում է հետևյալ ծառայությունները՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դուք կարող եք անդամակցել Silver&Fit կենտրոնին և օգտվել այն ծառայություններից, որոնք նախատեսված են ֆիթնես կենտրոնի ստանդարտ անդամակցության համար (օրինակ՝ ֆիթնես կենտրոնի սարքավորումներից օգտվել կամ դասընթացներ մարզիչների հետ, որոնք լրացուցիչ վճար չեն պահանջում): Եթե գրանցվեք Silver&Fit կենտրոնի անդամակցության համար, ապա դուք կունենաք հետևյալ հնարավորությունները՝ • Ֆիթնես կենտրոնը տրամադրում է ձեզ հարմար հարմարություններ և սարքավորումներ: • Ֆիթնես կենտրոնների կողմից տրամադրվող ծառայություններ տարբեր են՝ կախված տեղից: Ֆիթնես կենտրոնի ցանկացած ոչ ստանդարտ ծառայություն, որը սովորաբար պահանջում է լրացուցիչ վճար, ներառված չէ Silver&Fit ծրագրի ֆիթնես կենտրոնի ստանդարտ անդամակցության մեջ (օրինակ՝ մարզահրապարակների վճարներ կամ անհատական մարզիչների ծառայություններ): • Ցանցում ներառված Silver&Fit ֆիթնես կենտրոնին միանալու համար գրանցվեք հետևյալ հղմամբ՝ kp.org/SilverandFit և ընտրեք վայր(եր)ը: Այնուհետև կարող եք տպել կամ ներբեռնել ձեր «Ողջույնի նամակը», որտեղ ներառված է ձեր Silver&Fit-ի քարտը՝ ֆիթնեսի ID համարով, որը պետք է ներկայացնեք ձեր ընտրած ֆիթնես կենտրոն: • Գրանցվելուց հետո կարող եք ամիսը մեկ ուրիշ Silver&Fit ֆիթնես կենտրոն ընտրել, որը ներառված է ցանցում, և ձեր կողմից արված փոփոխությունն ուժի մեջ կմտնի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից (կարող է անհրաժեշտ լինել լրացնել անդամակցության նոր պայմանագիր ֆիթնես կենտրոնում): <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ֆիթնեսի նպաստ (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise ծրագիր) (շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Եթե ցանկանում եք մարզվել տանը, կարող եք օրացուցային տարվա համար ընտրել մեկ Տնային ֆիթնեսի պարագաների հավաքածու: Դուք կարող եք ընտրություն կատարել բազմաթիվ Տնային ֆիթնեսի պարագաների մեջ, ինչպիսիք են՝ ֆիթնեսի թևնոցը, պիլատեսը, մկանների զարգացման, լողի և յոգայի պարագաները: Կոմպլեկտները ենթակա են փոփոխման և ընտրելուց հետո չեն կարող փոխանակվել: Ձեր հավաքածուն ընտրելու համար խնդրում ենք այցելել kp.org/SilverandFit կամ զանգահարել Silver&Fit կենտրոնի հաճախորդների սպասարկման բաժին: • Այցելեք Silver&Fit-ի առցանց ծառայություններ հետևյալ հասցեով՝ kp.org/SilverandFit, որտեղ ըստ պահանջի տրամադրվում են մարզումների տեսահոլովակներ, մարզվելու ծրագրեր, Well-Being Club հարթակը, տեղեկագրեր և այլ օգտակար նյութեր: Silver&Fit կայքի Well-Being Club հարթակի ընդլայնված հնարավորությունների շնորհիվ անդամները կարող են դիտել իրենց հարմար նյութեր, ինչպես նաև ներկա գտնվել ուղիղ հեռարձակվող դասընթացներին և միջոցառումներին: <p>Silver&Fit ծրագրի, ցանցում ներառված ֆիթնես կենտրոնների և տնային ֆիթնեսի հավաքածուների ցանկի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք kp.org/SilverandFit կամ զանգահարեք Silver&Fit-ի հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-877-750-2746 (TTY 711), երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 5-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը: (PST):</p> <p>Silver&Fit ծրագիրը տրամադրվում է American Specialty Health Fitness, Inc. ընկերության կողմից, որը հանդիսանում է American Specialty Health Incorporated (ASH) ընկերության դուստր կազմակերպությունը: Silver&Fit-ը ASH-ի դաշնային մակարդակով գրանցված ապրանքային նշանն է, որը թույլատրվում է այստեղ օգտագործել: Ցանցում ներառված ֆիթնես կենտրոնները և ֆիթնեսի ցանցերը կարող են տարբերվել՝ կախված իրենց գտնվելու վայրից, և ենթակա են փոփոխման:</p>	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Առողջապահական և առողջության բարելավման կրթական ծրագրեր</p> <p>Մենք առաջարկում ենք մի շարք ծրագրեր, որոնք կենտրոնացած են կոնկրետ առողջական խնդիրների վրա: Այստեղ ներառված են</p> <ul style="list-style-type: none"> • Առողջապահական կրթական դասընթացներ, • Մանկակարգի վերաբերյալ կրթական դասընթացներ, • Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցման դասընթացներ, և • Բուժքույրական խորհրդատվության թեժ գիծ: <p>Որպես մեր Առողջ ապրելակերպի ծրագրերի մաս՝ մեր պլանում ներառված են մի շարք առողջապահական կրթական դասընթացներ, օրինակ՝ առողջ սիրտ, կյանքը քրոնիկ հիվանդությունների և դեպրեսիայի ժամանակ: Առողջ ապրելակերպի ծրագրերը տրամադրվում են առողջապահության ոլորտի մանկավարժի կամ այլ որակավորված բուժմասնագետի կողմից:</p> <p>Մենք վճարում ենք առողջապահական կրթական մի շարք խորհրդատվական ծառայությունների, ծրագրերի և նյութերի համար, որոնք կօգնեն ձեզ ակտիվ դեր ունենալ ձեր առողջության պահպանման և բարելավման գործում, ներառյալ քրոնիկ հիվանդություններին (օրինակ՝ շաքարախտի և սաթմայի) վերաբերող ծրագրերի համար: Դուք կարող եք նաև մասնակցել այնպիսի ծրագրերի, որոնք մեր ապահովագրական ծածկությունում ներառված չեն և որոնց համար պետք է վճարեք:</p> <p>Մեր առողջապահական կրթական խորհրդատվության, ծրագրերի և նյութերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք ձեր տեղական Առողջապահական կրթական ծրագրերի վարչություն, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին կամ այցելեք մեր կայքէջը՝ kp.org:</p>	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Լսողության հետ կապված ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք ձեր բուժօժանոցային մատուցողի կողմից արված լսողության և հավասարակշռության թեստերի համար: Այս թեստերի օգնությամբ որոշվում է՝ ձեզ անհրաժեշտ է բուժում, թե ոչ: Դրանք փոխհատուցվում են որպես ամբուլատոր խնամք, եթե տրամադրվում են բժշկի, լսողության մասնագետի կամ այլ որակավորված բուժօժանոցային մատուցողի կողմից:</p> <p>Լսողական սարքեր</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք լսողական սարքերի համար, եթե</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հաստատվել է, որ դուք լսողության կորուստ ունեք: • Լսողական սարքերն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից: • Ձեզ նշանակել է ձեր բժիշկը: <p>Փոխհատուցումը սահմանափակվում է ձեր առողջական կարիքները բավարարող ամենաէժան սարքով: Մենք կորոշենք, թե ով է ձեզ տրամադրելու լսողական սարքը: Մենք փոխհատուցում ենք մեկ լսողական սարքի համար, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մեկական լսողական սարքը յուրաքանչյուր ականջին ավելի լավ արդյունք է տալիս, քան միայն մեկը:</p> <p>Փոխհատուցվող յուրաքանչյուր լսողական սարքի հետ միասին մենք փոխհատուցում ենք նաև ստորև նշված կետերի համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ականջի ներդիրներ՝ սարքը կրելու համար: • Մեկ ստանդարտ մարտկոցի կոմպլեկտ: • Այցելություններ բժշկին՝ համոզվելու համար, որ սարքը ճիշտ է աշխատում: • Այցելություններ բժշկին՝ ձեր լսողական սարքը մաքրելու և տեղադրելու նպատակով: • Լսողական սարքի վերանորոգում: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժօժանոցային մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Մենք փոխհատուցում ենք լսողական սարքերի համար հետևյալ դեպքերում՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դուք այնպիսի լսողական խնդիր ունեք, որ ձեր ներկայիս լսողական սարքը չի կարող շտկել այն: • Ձեր լսողական սարքը կորել է, այն գողացել են կամ կոտրվել է (և հնարավոր չէ սարքել), և դա ձեր մեղքով չի եղել: Դուք պետք է մեզ բացատրեք, թե ինչպես է դա պատահել: <p>Փոխհատուցման մեջ ներառված չէ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Լսողական սարքի մարտկոցների փոխարինումը: 	
<p> ՄԻԱՎ-ի սքրինինգ</p> <p>Մենք վճարում ենք ՄԻԱՎ-ի սքրինինգ հետազոտության համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ այն անձանց, ովքեր.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դիմում են ՄԻԱՎ-ի սքրինինգի թեստ անցնելու համար կամ • Գտնվում են ՄԻԱՎ-ով վարակվելու բարձր ռիսկի խմբում: <p>Հղի կանանց համար մենք վճարում ենք հղիության ընթացքում մինչև երեք ՄԻԱՎ-ի սքրինինգ թեստի համար:</p> <p>Մենք նաև վճարում ենք հավելյալ ՄԻԱՎ սքրինինգի(ների) համար, եթե դա նշանակում է ձեր բուժժառայություններ մատուցողը:</p>	<p>\$0</p>
<p>Տուն առաքվող ուտելիք</p> <p>Medi-Cal-ի շրջանակներում դուք կարող եք համապատասխանել Համայնքային աջակցության ծրագրով տուն առաքվող սննդի լրացուցիչ փոխհատուցում ստանալու պայմաններին: Համայնքային աջակցության ծրագիրը հասանելի չէ բոլոր տարաշարժաններում, ուստի դուք պետք է համապատասխանեք որոշակի չափանիշների: Հարցրեք ձեր բժշկին՝ Medi-Cal-ի Համայնքային աջակցության ծրագրի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Տնային բուժխնամքի գործակալություն</p> <p>Նախքան տնային պայմաններում առողջապահական ծառայություններ ստանալը, բժիշկը պետք է տեղեկացնի մեզ, որ դուք այդ ծառայությունների կարիքն ունեք, և դրանք պետք է տրամադրվեն տնային բուժխնամքի գործակալության կողմից: Դուք պետք է տնակյաց լինեք, ինչը նշանակում է, որ տնից դուրս գալը պետք է մեծ ջանքեր խլի ձեզանից:</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է՝ նաև այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կես դրույքով կամ ընդմիջվող մասնագիտացված բուժքույրական և տնային բուժխնամքի աջակցության ծառայություններ (Տնային բուժխնամքի ապահովագրական ծածկույթով հատուցում ստանալու համար մասնագիտացված բուժքույրական և տնային բուժխնամքի աջակցության ծառայությունների համար, դրանք միասին պետք է ընդհանուր առմամբ լինեն օրական 8 ժամից և շաբաթական 35 ժամից պակաս): • Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա: • Բժշկական և սոցիալական ծառայություններ: • Բժշկական սարքավորումներ և պարագաներ: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p> <p>Նշում՝ Medicare-ի ուղեցույցներին համապատասխան տնային բուժխնամքի ծառայությունների և ապրանքների համար ծախսերի բաշխում չկա: Այնուամենայնիվ, սույն Նպաստների աղյուսակում նշված ծախսերի բաշխումը կիրառվում է, եթե ապրանքը փոխհատուցվում է այլ նպաստի ծածկույթով, օրինակ՝ տնային բուժխնամքի գործակալության կողմից չտրամադրված երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումները:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ինֆուզիոն թերապիա տնային պայմաններում†</p> <p>Մեր պլանը վճարում է տնային ինֆուզիոն թերապիայի համար, որի ժամանակ դեղերը կամ կենսաբանական նյութերը ներարկվում են երակի մեջ կամ մաշկի տակ, և այդ ամենն արվում է ձեր տան պայմաններում: Տնային ինֆուզիոն թերապիա իրականացնելու համար անհրաժեշտ է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դեղ կամ կենսաբանական նյութ, օրինակ՝ հակավիրուսային կամ իմունոգլոբուլին, • Սարքեր, օրինակ՝ պոմպ, և • Պարագաներ, օրինակ՝ խողովակ կամ կաթետեր: <p>Մեր պլանը փոխհատուցում է տնային ինֆուզիոն ծառայությունների համար, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մասնագիտական ծառայություններ, ներառյալ՝ քույրական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են համաձայն ձեր բուժխնամքի պլանի, • DME-ների նպաստում դեռևս չընդգրկված անդամների թրեյնինգ և իրազեկում, • Հեռավար վերահսկում, և • Տնային ինֆուզիոն թերապիայի և տնային ինֆուզիոն թերապիայի որակավորված մատակարարի կողմից տրամադրվող ինֆուզիոն դեղերի վերահսկման ծառայություններ: 	<p>\$0</p> <p>մասնագիտական ծառայությունների, թրեյնինգի և վերահսկման համար: Տնային պայմաններում ինֆուզիա իրականացնելու համար անհրաժեշտ բաղադրիչները (օրինակ՝ Medicare-ի B բաժնի դեղերը, DME և բժշկական պարագաները) կախված ապրանքի տեսակից՝ կարող են ենթակա լինել կիրառելի ծախսերի բաշխմանը՝ նշված Նպաստների աղյուսակում:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Մենք փոխհատուցում ենք տնային պայմաններում ինֆուզիայի պարագաների ու դեղերի համար, եթե ստորև նշված բոլոր կետերը ճիշտ են՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղը նշված է Medicare-ի D մասի դեղերի ցանկում: • Մենք հաստատել ենք ձեր դեղատոմսային դեղը տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար: • Ձեր դեղը նշանակվել է ցանցի բուժժառայություններ մատուցողի կողմից և դուրս է գրվել տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար դեղեր տրամադրող ցանցային դեղատան կողմից: 	<p>\$0</p> <p>Նշում. Եթե տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար նախատեսված փոխհատուցվող պարագան կամ դեղը դուրս չի գրվել տնային պայմաններում ինֆուզիայի համար դեղեր տրամադրող ցանցային դեղատան կողմից, պարագան կամ դեղը կարող են ենթակա լինել կիրառելի ծախսերի բաշխմանը՝ նշված այս բուկլետի մեկ այլ մասում՝ կախված ծառայության տեսակից:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Հոսփիսային խնամք</p> <p>Դուք իրավունք ունեք ընտրելու հոսփիսային խնամք, եթե ձեր բուժառայություններ մատուցողը և հոսփիսի տնօրենը որոշեն, որ դուք անբուժելի հիվանդ եք: Դա նշանակում է, որ դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն և ենթադրվում է, որ ձեզ մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ ժամանակ: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ի կողմից հավաստագրված ցանկացած հոսփիսային ծրագրով: Մեր ծրագիրը պետք է օգնի ձեզ պլանի սպասարկման տարածքում գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսային ծրագրեր: Ձեր հոսփիսի բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ ցանցային բուժառայություններ մատուցող:</p> <p>Ապահովագրված ծառայությունները ներառում են.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հիվանդության ախտանիշները և ցավը մեղմացնող դեղեր: • Կարճաժամկետ խնամք: • Տնային խնամք: <p>Հոսփիսային ծառայություններն ու ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսմանը վերաբերող ծառայությունները, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի A կամ B բաժինների շրջանակներում, վճարվում են Medicare-ին:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի E բաժինը: <p>Մեր պլանով՝ այլ ոչ թե Medicare-ի A կամ B բաժնով փոխհատուցվող ծառայություններ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մեր պլանը փոխհատուցում է այնպիսի ծառայությունների համար, որոնք չեն հատուցվում Medicare-ի A կամ B բաժնով: Մենք փոխհատուցում ենք այդ ծառայությունների համար՝ անկախ նրանից, թե դրանք կապված են ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ, թե ոչ: Այդ ծառայությունների համար դուք վճարում եք մեր պլանով նախատեսված գումարի ձեր մասնաբաժինը: 	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Դեղեր, որոնք կարող են փոխհատուցվել՝ որպես Medicare-ի պլանի D մասի նպաստ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ թե՛ հոսփիսի, և թե՛ մեր պլանի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնակի 5-րդ գլուխը: <p>Նշում. Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսպիսային խնամք, զանգահարեք ձեր բուժխնամքի համակարգողին և/կամ Անդամների աջակցման ծառայություններին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսպիսային խնամքն այն խնամքն է, որը կապված չէ ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ:</p>	
<p>Մեր պլանը փոխհատուցում է հոսպիսային խնամքի վերաբերյալ խորհրդատվական ծառայությունների համար (միայն մեկ անգամ) անբուժելի հիվանդ անդամի համար, ով չի ընտրել հոսպիսային խնամքի նպաստը:</p>	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է		Որքան պետք է վճարեք դուք
	<p>Պատվաստումներ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Թոքաբորբի դեմ պատվաստում: • Գրիպի դեմ պատվաստումներ մեկ անգամ գրիպի յուրաքանչյուր սեզոնին՝ աշնանը և ձմռանը, բժշկական անհրաժեշտության դեպքում կատարում ենք գրիպի դեմ լրացուցիչ պատվաստումներ: • Հեպատիտ B-ի դեմ պատվաստում, եթե դուք հեպատիտ B-ով վարակվելու բարձր կամ միջին ռիսկի խմբում եք: • COVID-19-ի դեմ պատվաստումներ: • Այլ պատվաստումներ, եթե դուք ռիսկային խմբում եք, և պատվաստանյութը համապատասխանում է Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթի պահանջներին: <p>Մենք վճարում ենք այլ պատվաստանյութերի համար, որոնք համապատասխանում են Medicare-ի D մասի ապահովագրական ծածկույթի պահանջներին:</p> <p>Մանրամասների համար տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլուխը:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժխնամք</p> <p>Մենք վճարում ենք այս և բժշկական տեսանկյունից այլ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից): • Մնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ: • Կանոնավոր քույրական ծառայություններ: • Հատուկ բուժխնամքի կենտրոնների, օրինակ՝ ինտենսիվ բուժխնամքի կամ սրտային անբավարարության թերապիայի բաժանմունքի ծախսերը: • Դեղեր և դեղամիջոցներ: • Լաբորատոր հետազոտություններ: • Ռենտգեն և այլ ռենտգենագրության ծառայություններ: • Անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական պարագաներ: • Հարմարանքներ, օրինակ՝ անվասայլակներ: • Վիրահատական և վերականգնողական ծառայություններ: • Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա: • Թմրամիջոցների չարաշահման ստացիոնար բուժման ծառայություններ: • Որոշ դեպքերում հետևյալ փոխպատվաստումների համար՝ եղջերաթաղանթի, երիկամի, երիկամի/ենթաստամոքսային գեղձի, սրտի, լյարդի, թոքի, սրտի/թոքի, ոսկրածուծի, ցողունային բջիջի և աղիքային/մուլտիվիսցերալ: <p>Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p> <p>Դուք պետք է հաստատում ստանաք մեր պլանից ցանցից դուրս հիվանդանոցում ստացիոնար բուժօգնություն ստանալու համար, երբ ձեր արտակարգ առողջական վիճակը կայունանա:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ստացիոնար հիվանդանոցային բուժխնամք (շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Եթե փոխապատվաստման կարիք ունեք, Medicare-ի կողմից հաստատված փոխապատվաստման կենտրոնը կստուգի ձեր գործը և կորոշի՝ արդյո՞ք ձեզ իսկապես անհրաժեշտ է փոխապատվաստում: Փոխապատվաստման ծառայություններ կարող են մատուցել տեղի կամ սպասարկման տարածքից դուրս գտնվող բուժօժանոցային կենտրոններ մատուցողները: Եթե տեղի փոխապատվաստման ծառայություններ մատուցողները համաձայն են Medicare-ի սակագներին, դուք կարող եք ստանալ ձեր փոխապատվաստման ծառայությունները տեղի կամ ձեր համայնքից դուրս գտնվող բուժօժանոցային կենտրոններից: Եթե մեր պլանը փոխհատուցում է մեր համայնքի բուժսպասարկման տարածքից դուրս փոխապատվաստման ծառայությունների համար, և դուք նախընտրում եք փոխապատվաստումն այնտեղ կատարել, մենք կազմակերպում կամ վճարում ենք ձեր և լս մեկ անձի կեցության և ճանապարհորդական ծախսերը՝ համաձայն մեր ճանապարհորդության և կացարանի ուղեցույցի, որը կարող եք պահանջել Անդամների սպասարկման բաժնում: • Արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: • Բժշկի ծառայություններ: • Նշում. Ստացիոնար հիվանդ լինելու համար ձեր բուժօժանոցային մատակարարը պետք է հրաման գրի ձեզ պաշտոնապես որպես հիվանդանոցի ստացիոնար հիվանդ ընդունելու համար: Նույնիսկ եթե գիշերում եք հիվանդանոցում, դուք դեռ կարող եք համարվել «ամբուլատոր հիվանդ»: Եթե վստահ չեք՝ ստացիոնար թե ամբուլատոր հիվանդ եք, պետք է հարցնեք հիվանդանոցի անձնակազմին: 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> Կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել Medicare-ի տեղեկատվական թերթիկում, որը կոչվում է «Արդյո՞ք դուք ստացիոնա՞ր, թե՞ ամբուլատոր հիվանդ եք: Եթե ներառված եք Medicare-ի պլանում, հարցրե՛ք»: Այս տեղեկատվական թերթիկը հասանելի է կայքում՝ www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf հղումով կամ զանգահարելով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել՝ 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք այս հեռախոսահամարներով զանգահարել անվճար՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: 	
<p>Հոգեբուժական հիվանդանոցում ստացիոնար բուժման ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք հոգեկան առողջության պահպանման այն ծառայությունների համար, որոնց համար պահանջվում է հիվանդանոցային կեցություն:</p> <ul style="list-style-type: none"> Եթե դուք 65 կամ ավելի բարձր տարիքի եք, մենք կվճարենք Հոգեկան հիվանդությունների ինստիտուտում (Institute for Mental Diseases, IMD) ձեր ստացած ծառայությունների համար: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ստացիոնար բուժման կեցություն. Փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված խնամքի կենտրոնում (Skilled nursing facility, SNF) չփոխհատուցվող ստացիոնար բուժման կեցության ընթացքում</p> <p>Մենք չենք վճարում ստացիոնար բուժման ընթացքում ձեր կեցության համար կամ, եթե դա ողջամիտ չէ և անհրաժեշտ չէ բժշկական տեսանկյունից:</p> <p>Այնուամենայնիվ, որոշ իրավիճակներում, երբ ստացիոնար բուժումը չի փոխհատուցվում, մենք կարող ենք վճարել այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք խնամքի կենտրոնում գտնվելու ժամանակ:</p> <p>Մանրամասների համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է՝ նաև այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բժշկի ծառայություններ: • Ախտորոշիչ հետազոտություններ, օրինակ՝ լաբորատոր հետազոտություններ: • Ռենտգեն, ռադիոմային և իզոտոպային թերապիա, այդ թվում՝ տեխնիկական նյութերի և ծառայությունների համար: • Վիրաբուժական վիրակապեր: • Բեկակալներ, գիպս և այլ պարագաներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և ճաքերի դեպքում: • Պրոթեզավորման և օրթոպեդիկ սարքերի համար, բացառությամբ ատամնաբուժական սարքերի, ինչպես նաև դրանց փոխարինման կամ վերանորոգման համար: Սարքեր, որոնք ամբողջությամբ կամ մասամբ փոխարինում են՝ • Մարմնի ներքին օրգանը (ներառյալ՝ հարակից հյուսվածքը) կամ • Մարմնի անգործունակ կամ խնդիրներ ունեցող ներքին օրգանի ֆունկցիան: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Ոտքերի, ձեռքերի, մեջքի և պարանոցի բրեկետները, բանդաժները և արհեստական ոտքերը, ձեռքերը և աչքերը: Դրա մեջ մտնում են կարգավորման, վերանորոգման և փոխարինման աշխատանքները, որոնց անհրաժեշտությունը ծագում է՝ սարքի կոտրվելու, մաշվածության, կորստի կամ առողջական խնդրի փոփոխության պատճառով: • Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա: 	




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Երիկամային հիվանդությունների ծառայություններ և պարագաներ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Երիկամային հիվանդության վերաբերյալ կրթական ծառայություններ՝ երիկամների խնամքը սովորեցնելու և օգնելու համար, որպեսզի ձեր բուժխնամքի հետ կապված ճիշտ որոշումներ կայացնեք: Դուք պետք է ունենաք IV աստիճանի երիկամային քրոնիկ հիվանդություն, և ձեր բժիշկը պետք է ձեզ ուղեգիր տա: Մենք փոխհատուցում ենք երիկամային հիվանդության վերաբերյալ կրթական ծառայությունների մինչև վեց պարապմունքի համար: • Դիալիզի ստացիոնար բուժում, եթե հատուկ ստացիոնար բուժխնամքի համար ընդունվել եք հիվանդանոց: • Ինքնադիալիզի դասընթացներ, ներառյալ՝ դասընթացներ ձեր և բոլոր նրանց համար, ովքեր օգնում են ձեզ տնային պայմաններում դիալիզ անել: • Տնային աջակցության որոշ ծառայություններ, օրինակ՝ դիալիզի գծով վերապատրաստված աշխատողների կողմից անհրաժեշտ այցելություններ՝ ձեր տնային դիալիզի ընթացքը ստուգելու, արտակարգ իրավիճակներում օգնելու և ձեր դիալիզի սարքավորումներն ու ջրամատակարարումը ստուգելու համար: • Կանոնավոր լաբորատոր հետազոտություններ՝ դիալիզի արդյունավետությունը վերահսկելու համար: • Ամսական մեկ կանոնավոր այց նեֆրոլոգիայի բաժին: • Անոթային և որովայնային մուտքի պրոցեդուրաներ, եթե իրականացվում են ամբուլատոր հիվանդանոցային պայմաններում և համապատասխանում են որոշակի չափանիշների: • Ոչ կանոնավոր այցելություններ նեֆրոլոգիայի բաժին: • Անոթային և որովայնային մուտքի պրոցեդուրաներ, երբ իրականացվում են բժշկական կենտրոնում: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ձեր Medicare-ի B բաժնի դեղերի նպաստը տարածվում է դիալիզի որոշ դեղերի վրա: Տեղեկությունների համար տե՛ս այս Նպաստների աղյուսակի «Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր» բաժինը:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Տնային դիալիզի սարքավորումներ և պարագաներ: • Դիալիզի ամբուլատոր բուժումներ, այդ թվում՝ ժամանակավորապես սպասարկման տարածքից դուրս դիալիզի բուժումներ, ինչպես նշված է սույն Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլխում, կամ երբ այդ բուժառայությունները մատուցողը ժամանակավորապես անհասանելի է: 	<p>Եթե դուք իրավունակ եք ստանալու Medicare-ի ծախսերի բաշխման աջակցություն Medi-Cal պլանով, դուք վճարում եք \$0: Հակառակ դեպքում, դուք կվճարեք 20% որպես համապահովագրություն:</p>
<p> Թոքի քաղցկեղի սքրինինգ</p> <p>Մեր պլանը վճարում է թոքի քաղցկեղի սքրինինգի համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, եթե դուք:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-77 տարեկան եք, և • Խորհրդատվական և համատեղ որոշումներ կայացնելու նպատակով այցելում եք ձեր բժշկին կամ այլ որակավորված բուժառայություններ մատուցողի, և • 20 տարի շարունակ օրական ծխել եք առնվազն 1 տուփ առանց թոքի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների, կամ ծխում եք հիմա կամ թողել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում: <p>Առաջին սքրինինգից հետո մեր ծրագիրը յուրաքանչյուր տարի վճարում է հերթական սքրինինգի համար՝ ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված բուժառայություններ մատուցողի գրավոր ցուցումով:</p>	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Մանդային թերապիա</p> <p>Այս նպաստը նախատեսված է շաքարախտով կամ առանց դիալիզի կիրառման երիկամային հիվանդություն ունեցող մարդկանց համար: Սա նաև առաջարկվում է երիկամի փոխպատվաստումից հետո, երբ ցուցված է ձեր բժշկի կողմից:</p> <p>Մենք վճարում ենք երեք ժամ անհատական խորհրդատվական ծառայությունների համար՝ Medicare-ի պլանով սննդային թերապիայի ծառայություններ ստանալու առաջին տարվա ընթացքում: Հնարավոր է՝ մենք հաստատենք լրացուցիչ ծառայություններ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի:</p> <p>Դրանից հետո ամեն տարի մենք կվճարենք 2 ժամ անհատական խորհրդատվական ծառայությունների համար: Եթե ձեր վիճակը, բուժումը կամ ախտորոշումը փոխվի, դուք կարող եք ավելի շատ բուժման ժամեր ստանալ բժշկի ցուցման համաձայն: Բժիշկը պետք է նշանակի այս ծառայությունները և ամեն տարի թարմացնի ցուցումը, եթե բուժումը ձեզ անհրաժեշտ է հաջորդ օրացուցային տարվա ընթացքում: Հնարավոր է՝ մենք հաստատենք լրացուցիչ ծառայություններ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի:</p> <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք շաքարախտի կամ երիկամային հիվանդության վերջնական փուլի (ESRD) հետ կապ չունեցող սնուցման/սննդակարգի վերաբերյալ ցանցային բուժառայություններ մատուցողի մոտ խորհրդատվության համար:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Medicare-ի շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP)</p> <p>Մեր պլանը վճարում է MDPP-ի ծառայությունների համար: MDPP ծրագիրը նախատեսված է ձեր առողջ կենսակերպը վերականգնելու համար: Այն գործնական քայլեր է առաջարկում</p> <ul style="list-style-type: none"> • Սննդակարգում երկարատև փոփոխություններ մտցնելու և • Ֆիզիկական ակտիվության բարձրացման, ինչպես նաև • Քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի պահպանման ուղղությամբ: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր†</p> <p>Այս դեղերը փոխհատուցվում են Medicare-ի B բաժնով: Մեր պլանը վճարում է հետևյալ դեղերի համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դեղերը, որոնք սովորաբար ինքներդ չեք ընդունում, այլ ձեզ ներարկում են, երբ օգտվում եք բժշկի, պոլիկլինիկայի կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնի ծառայություններից: • Ինսուլին, որը տրամադրվում է երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների միջոցով (օրինակ՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ինսուլինային պոմպը): • Դեղեր, որոնք ընդունում եք երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումների (օրինակ՝ ներշնչակներ) օգտագործման ժամանակ, որոնք թույլատրված են մեր պլանի շրջանակներում: • Հեմոֆիլիայի դեպքում մակարդման գործոնները, որոնք ինքներդ ձեզ եք ներարկում: • Իմունոդեպրեսանտներ, եթե գրանցված եք եղել Medicare-ի A բաժնում՝ օրգանի փոխպատվաստման ժամանակ: • Օստեոպորոզի դեղեր, որոնք ձեզ ներարկվում են: Մենք վճարում ենք այս դեղերի համար, եթե տնակյաց եք և ունեք բժշկի կողմից հաստատված հետմենոպաուզալ օստեոպորոզի հետ կապված ոսկորների կոտրվածք և չեք կարող ինքներդ ձեզ ներարկել դեղը: • Հակաձիներ: • Հակաքաղցկեղային և սրտխառնոցի դեմ որոշ դեղեր, որոնք ընդունվում են բերանից: <p>Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր (շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Տնային դիալիզի որոշ դեղեր, այդ թվում՝ հեպարին, հեպարինի հակաթույն (բժշկական անհրաժեշտության դեպքում), տեղային անզգայացնող միջոցներ և էրիթրոպոեզը խթանող միջոցներ (օրինակ՝ Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® կամ Darbepoetin Alfa): • IV իմունոգլոբուլին՝ առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդությունների տնային բուժման համար: <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք որոշ պատվաստանյութերի համար, որոնք ընդգրկված են մեր Medicare-ի D մասի նպաստների ցանկում որպես դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր:</p> <p>Սույն Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլխում ներկայացված են ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղատոմսային դեղերի նպաստները: Այնտեղ նշված են նաև կանոնները, որոնց պետք է հետևել՝ դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցում ստանալու համար:</p> <p>Սույն Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլխում նշված է, թե որքան եք դուք մեր պլանով վճարում ձեր ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղատոմսային դեղերի համար:</p>	




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթով փոխհատուցվող բուժօգնություն խնամքի կենտրոնում (շարունակություն)</p> <p>Բուժքույրական հաստատությունը (NF) այն վայրն է, որը խնամք է տրամադրում այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող տանը խնամք ստանալ, որոնք սակայն հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն:</p> <p>Ծառայությունները, որոնց համար վճարում ենք, ներառում են, սակայն չեն սահմանափակվում հետևյալով.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե այն անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից): • Սնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ: • Բուժքրոջ ծառայություն: • Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա: • Շնչառական թերապիա: • Ձեզ տրված դեղերը որպես ձեր խնամքի ծրագրի մաս (Սա ներառում է այնպիսի նյութեր, որոնք բնականոն առկա են մարմնում, ինչպիսիք են արյան մակարդման գործոնները): • Արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: • Բուժքույրական հաստատությունների կողմից տրամադրվող բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ: • Լաբորատոր հետազոտություններ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից: • Բուժքույրական հաստատությունների կողմից սովորաբար տրամադրվող ռենտգեն և այլ ռենտգենագրության ծառայություններ: • Սարքավորումներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից: • Բժշկի/մասնագետի ծառայություններ: <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ: • Ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ ատամների պրոթեզավորում: • Տեսողության նպաստներ: • Լսողության ստուգում: • Խիրուրգական ծառայություններ: • Պողիատրիկ ծառայություններ: <p>Դուք սովորաբար պետք է ձեր բուժխնամքը ստանաք ցանցային հաստատություններում: Սակայն, դուք կարող եք բուժխնամք ստանալ նաև մեր ցանցում չներառված հաստատությունում: Դուք կարող եք բուժխնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե վերջիններս ընդունում են մեր պլանի վճարման պայմանները`</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բուժքույրական հաստատություն կամ երկարատև խնամքի ծառայություններ համայնքի բնակիչների համար, որտեղ ապրել էք նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (որը դեռ տրամադրում է բուժքրոջ ծառայություն): • Խնամքի կենտրոն, որտեղ ձեր ամուսինը կամ զուգընկերը ապրում է հիվանդանոցից ձեր դուրս գրվելու պահին: 	
 <p>Ճարպակալման սքրինինգ և թերապիա՝ քաշը նվազեցնելու համար</p> <p>Եթե ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը 30 կամ ավելի է, մենք կվճարենք խորհրդատվության համար, որը կօգնի ձեզ նիհարել: Դուք պետք է խորհրդատվություն ստանաք առաջնային բուժխնամքի հաստատությունում: Խնդիրը կարելի է կառավարել կանխարգելման ամբողջական պլանով: Մանրամասների համար դիմեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Օփիոիդների օգտագործման խանգարումների բուժման ծրագրի (OTP) ծառայություններ</p> <p>Մեր պլանը վճարում է օփիոիդների օգտագործման խանգարումների (OUD) բուժման հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դեղի ընդունման ազդեցության վերահսկում: • Պարբերական ստուգումներ: • Դեղամիջոցներ, որոնք հաստատվել են Սննդի և դեղամիջոցների վերահսկման վարչության (FDA) կողմից և, անհրաժեշտության դեպքում, կառավարել և տրամադրել ձեզ այդ դեղերը: • Խորհրդատվություն հոգեմետ միջոցների օգտագործման դեպքում: • Անհատական և խմբակային բուժում: • Ձեր օրգանիզմում թմրամիջոցների կամ քիմիական նյութերի առկայության ստուգում (թունաբանական հետազոտություն): 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ախտորոշիչ հետազոտություններ ստացիոնար պայմաններում, թերապևտիկ ծառայություններ ու պարագաներ</p> <p>Մենք վճարում ենք այս և բժշկական տեսանկյունից այլ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ռենտգեն հետազոտություն: • Ճառագայթային (ռադիոմային և իզոտոպային) թերապիա, ներառյալ տեխնիկական նյութեր և պարագաներ: • Վիրաբուժական պարագաներ, օրինակ՝ վիրակապեր: • Բեկակալներ, գիպս և այլ պարագաներ, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների և ճաքերի դեպքում: • Լաբորատոր հետազոտություններ: • Արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: • Այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ հետազոտություններ: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայությունների մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ամբուլատոր հիվանդանոցային բուժզննում</p> <p>Բուժզննումները հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություններ են, որոնք արվում են որոշելու համար՝ դուք ստացիոնար բուժման ենթակա հիվանդ եք, թե՞ ձեզ կարելի է դուրս գրել:</p> <p>Ամբուլատոր հիվանդանոցային բուժզննման ծառայությունները փոխհատուցելու համար դրանք պետք է համապատասխանեն Medicare-ի չափանիշներին և համարվեն ողջամիտ և անհրաժեշտ: Բուժզննման ծառայությունները փոխհատուցվում են միայն այն դեպքում, երբ տրամադրվում են բժշկի կամ այն անձի ցուցումով, ով նահանգային արտոնագրման մասին օրենքով և հիվանդանոցի անձնակազմի կանոնադրությամբ լիազորված է հիվանդներին հիվանդանոց ընդունելու կամ ամբուլատոր հետազոտություններ նշանակելու համար:</p> <p>Նշում՝ Մինչև բուժծառայություններ մատուցողը գրավոր ցուցում չտա՝ ձեզ որպես ստացիոնար հիվանդ հիվանդանոց ընդունելու համար, դուք համարվում եք ամբուլատոր հիվանդ և վճարում եք ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայությունների ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Նույնիսկ, եթե գիշերը մնաք հիվանդանոցում, դուք դեռ կարող եք համարվել «ամբուլատոր հիվանդ»: Եթե վստահ չեք համարվում եք ամբուլատոր հիվանդ, թե ոչ, կարող եք հարցնել հիվանդանոցի անձնակազմին:</p> <p>Կարող եք նաև լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել Medicare-ի տեղեկատվական թերթիկում, որը կոչվում է «Դուք հիվանդանոցային ստացիոնար, թե՞ ամբուլատոր հիվանդ եք: Եթե ներառված եք Medicare-ի պլանում, հարցրե՛ք»: Այս տեղեկատվական թերթիկը հասանելի է կայքում՝ www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf հասցեով կամ զանգահարելով 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները զանգահարեն՝ 1-877-486-2048: Դուք կարող եք այս հեռախոսահամարներով զանգահարել անվճար՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում՝ այնպիսի հիվանդության կամ վնասվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար, ինչպիսիք են</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ծառայություններ շտապ օգնության բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպիսիք են ամբուլատոր վիրաբուժությունը կամ բուժզննման ծառայությունները: • Բուժզննման ծառայությունները հնարավորություն են տալիս ձեր բժշկին որոշել՝ ձեզ հարկավո՞ր է հիվանդանոց քննությունը որպես «ստացիոնար հիվանդի», թե՛ ոչ: • Երբեմն դուք կարող եք գիշերը մնալ հիվանդանոցում և, շարունակել համարվել «ամբուլատոր հիվանդ»: <p>Ստացիոնար կամ ամբուլատոր հիվանդ լինելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք ստանալ այս տեղեկատվական թերթիկում՝ www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • Լաբորատոր և ախտորոշիչ հետազոտություններ, որոնք վճարվում են հիվանդանոցի կողմից: • Հոգեկան առողջության խնամք, այդ թվում՝ մասնակի հոսպիտալացման ծրագրով բուժխնամք, եթե բժիշկը հավաստում է, որ առանց դրա՝ ստացիոնար բուժման անհրաժեշտություն կծագի: • Ռենտգեն և այլ ռենտգենագրության ծառայություններ, որոնց համար վճարում է հիվանդանոցը: • Բժշկական պարագաներ, օրինակ՝ բեկակալներ և գիպս: • Կանխարգելիչ սքրինինգներ և այլ ծառայություններ, որոնք նշված են Նպաստների աղյուսակում: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Որոշ դեղամիջոցներ, որոնք ինքուրույն չեք կարող ընդունել: • Ցանցային հաստատությունում ատամնաբուժական գործողությունների համար մենք տրամադրում ենք ընդհանուր անզգայացում և անզգայացման հետ կապված հաստատության կողմից մատուցվող ծառայություններ, եթե առկա են հետևյալ պայմանները՝ <ul style="list-style-type: none"> ○ Եթե ձեզ մոտ զարգանում է հաշմանդամություն կամ ձեր առողջությունը վտանգված է: ○ Ձեր կլինիկական վիճակը կամ հիմնական հիվանդությունը պահանջում է, որպեսզի ատամնաբուժական գործողությունը կատարվի հիվանդանոցում կամ ամբուլատոր վիրաբուժության կենտրոնում: ○ Ատամնաբուժական գործողությունը սովորաբար ընդհանուր անզգայացում չի պահանջում: • Մենք չենք փոխհատուցում ատամնաբուժական որևէ այլ ծառայության համար, օրինակ՝ ատամնաբույժի ծառայությունների, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ծառայությունները փոխհատուցվում են DeltaCare կամ Medi-Cal Dental ծրագրերով: 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք</p> <p>Մենք վճարում ենք հոգեկան առողջության այն ծառայությունների համար, որոնք տրամադրում է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Նահանգային արտոնագրված հոգեբույժը կամ բժիշկը: • Կլինիկական հոգեբանը: • Կլինիկական սոցիալական աշխատողը: • Կլինիկական բուժքույրը: • Լիցենզավորված մասնագիտացված խորհրդատու (LPC): • Ամուսնության և ընտանիքի լիցենզավորված թերապևտ (LMFT): • Բուժքույր-թերապևտ (NP): • Բժշկի օգնական (PA): • Medicare-ի կողմից որակավորված հոգեկան առողջության խնամքի ցանկացած այլ մասնագետ՝ եթե թույլատրվում է գործող նահանգային օրենքներով: <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է՝ նաև այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կլինիկական ծառայություններ: • Ամենօրյա բուժխնամք: • Հոգեսոցիալական վերականգնման ծառայություններ: • Մասնակի հոսպիտալացում կամ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծրագրեր: • Անհատական և խմբակային հոգեկան առողջության գնահատում և բուժում: • Հոգեբանական թեստավորում, եթե դա կլինիկայի կողմից ցուցված է՝ հոգեկան առողջության վիճակը գնահատելու համար: • Դեղորայքային բուժման վերահսկման նպատակով ամբուլատոր ծառայություններ: • Պոլիկլինիկայի լաբորատորիա, դեղեր, պարագաներ և հավելումներ: • Հոգեբանական խորհրդատվություն: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք ֆիզիոթերապիայի, էրգոթերապիայի և խոսքային թերապիայի համար:</p> <p>Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնողական ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում, անկախ թերապևտի կլինիկաներում, համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություններում (CORFs) և այլ հիմնարկներում:</p> <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք հետևյալ բուժօգնության համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր բժշկի ցուցումով՝ անկման կանխարգելման ֆիզիոթերապիա տարեցների համար, ում վայր ընկնելու ռիսկը մեծ է: • Ֆիզիկական, օկուպացիոն և խոսքային թերապիա, որոնք տրամադրվում են կազմակերպված, բազմամասնագիտական վերականգնողական ցերեկային բուժման ծրագրով: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Թմրամիջոցներից կախվածության բուժման ամբուլատոր ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է՝ նաև այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ալկոհոլի չարաշահման սքրինինգ և խորհրդատվություն: • Թմրամիջոցներից կախվածության բուժում: • Անհատական կամ խմբակային խորհրդատվություն որակավորված կլինիկական բժշկի կողմից, այդ թվում՝ ամուսնության և ընտանեկան թերապևտի կողմից (LMFT): • Միջին աստիճանի դետոքսիկացիա՝ թմրադեղերից կախվածության դեմ պայքարի ծրագրով: • Ծառայություններ ալկոհոլային և/կամ թմրանյութերի ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում: • Բուժում՝ Naltrexone (vivitrol) հակազդիչի օգնությամբ: 	<p>\$0</p>
<p>Ամբուլատոր վիրաբուժություն</p> <p>Մենք վճարում ենք ամբուլատոր վիրաբուժական և այլ ծառայությունների համար պոլիկլինիկաներում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր (OTC) առողջության բարելավման համար</p> <p>Մենք նաև փոխհատուցում ենք OTC դեղերի համար, որոնք նշված են մեր OTC ապրանքների կատալոգում՝ մինչև տուն անվճար առաքումով: Դուք կարող եք պատվիրել մինչև \$250 արժողությամբ OTC ապրանքներ՝ եռամսյակային նպաստների սահմանաչափով: Յուրաքանչյուր պատվեր պետք է լինի առնվազն \$25: Ձեր պատվերը չի կարող գերազանցել ձեր եռամսյակային նպաստների սահմանաչափը: Եռամսյակային նպաստների սահմանաչափի ոչ մի չօգտագործված մաս չի փոխանցվում հաջորդ եռամսյակ: (Ձեր նպաստների սահմանաչափը վերականգնվում է հունվարի 1-ին, ապրիլի 1-ին, հուլիսի 1-ին և հոկտեմբերի 1-ին):</p> <p>Մեր կատալոգին ծանոթանալու և առցանց պատվիրելու համար այցելեք kp.org/otc/ca: Դուք կարող եք պատվիրել հեռախոսով կամ խնդրել, որպեսզի տպագիր կատալոգն ուղարկվի ձեզ փոստով՝ գանգահարելով 1-833-569-2360 (TTY 711) հեռախոսահամարով, առավոտյան ժամը 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը, PST (Խաղաղօվկիանոսյան ստանդարտ ժամանակ), երկուշաբթիից ուրբաթ:</p> <p>Դուք կարող եք լրացուցիչ փոխհատուցում ստանալ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված որոշ OTC ապրանքների համար Medi-Cal Rx ծրագրով: Medi-Cal Rx-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար գանգահարեք Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ 1-800-977-2273 հեռախոսահամարով, օրական 24 ժամ, շաբաթական 7 օր: TTY-ից օգտվողները կարող են գանգահարել 711 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը: Դուք կարող եք նաև այցելել Medi-Cal Rx կայք https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</p>	<p>Դուք վճարում եք \$0-ից մինչև \$250 եռամսյակային նպաստի սահմանաչափով:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Առանց դեղատոմսի (OTC) դեղեր՝ նիկոտինի փոխարինման համար</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք FDA-ի կողմից հաստատված առանց դեղատոմսի բաց թողնվող նիկոտինի փոխարինման որոշ միջոցների համար: Միջոցը պետք է պատվիրի ցանցի բուժօրհանություններ մատուցողը, և այն կարելի է ձեռք բերել ցանցային դեղատնից: Օրացուցային տարվա ընթացքում մենք տրամադրում ենք դեղամիջոցի մինչև 100-օրյա ապահովում երկու անգամից:</p>	<p>\$0</p>
<p>Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ</p> <p>Մասնակի հոսպիտալացումը ակտիվ հոգեբուժական համակարգված ծրագիր է: Այն առաջարկվում է որպես ամբուլատոր ծառայություն հիվանդանոցում կամ համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոնում: Դա ավելի ինտենսիվ բուժում է, քան այն բուժօգնությունը, որ ստանում եք ձեր բժշկի կամ թերապևտի մոտ: Դա կարող է օգնել ձեզ խուսափել հիվանդանոցում պառկելուց:</p> <p>Ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայությունը վարքային (հոգեկան) առողջության թերապիայի ակտիվ բուժման կառուցվածքային ծրագիր է, որը տրամադրվում է որպես հիվանդանոցային ամբուլատոր ծառայություն, համայնքային հոգեկան առողջության կենտրոն, դաշնային որակավորում ունեցող առողջապահական կենտրոն կամ գյուղական առողջապահական կլինիկա, որն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեր կողմից ստացված խնամքը ձեր բժշկի կամ թերապևտի գրասենյակում, բայց ավելի պակաս ինտենսիվ, քան մասնակի հոսպիտալացումը:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժօրհանություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Պալիատիվ խնամք</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք պալիատիվ խնամքի համար նրանց համար, ովքեր համապատասխանում են այս ծառայությունները ստանալու Medi-Cal-ի պահանջներին: Պալիատիվ խնամքը լուրջ հիվանդություններ ունեցող Անդամների մոտ նվազեցնում է ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական և հոգեկան անհանգստությունը: Պալիատիվ խնամքը կարող է տրամադրվել բուժման հետ միասին:</p> <p>Պալիատիվ խնամքի մեջ ներառված են՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Խնամքի նախնական պլանավորում: • Պալիատիվ խնամքի գնահատում և խորհրդատվություն: • Խնամքի պլանը, որտեղ ներառված են պալիատիվ խնամքի և բուժման բոլոր թույլատրված միջոցները: • Ապահովագրական պլանի բուժկազմը, որը ներառում, սակայն չի սահմանափակվում հետևյալ բուժաշխատողներով. <ul style="list-style-type: none"> • Թերապևտ կամ բժիշկ-օսթեոպատ: • Բժշկի օգնական: • Գրանցված բուժքույր: • Լիցենզավորված մասնագիտական բուժքույրեր կամ բուժակներ: • Սոցիալական աշխատող: • Քահանայի ծառայություններ: • Խնամքի համակարգում: • Ցավի և հիվանդության սրացումների կառավարում: • Հոգեկան առողջության և բժշկա-սոցիալական ծառայություններ: <p>21 և ավելի բարձր տարիքի չափահասները չեն կարող ստանալ միաժամանակ և պալիատիվ, և հոսփիսային խնամք: Եթե դուք պալիատիվ խնամք եք ստանում և համապատասխանում եք հոսփիսային խնամքի չափանիշներին, կարող եք ցանկացած պահի դիմել անցնելու համար հոսփիսային խնամքի:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Բժշկի/բուժառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ՝ այցեր բժշկի մոտ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ առողջապահական կամ վիրաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են հետևյալ վայրերում՝ <ul style="list-style-type: none"> • Բժշկի աշխատասենյակ • Հավաստագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն • Հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունք • Մասնագետի կողմից խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում: • Լսողության և հավասարակշռության ստանդարտ հետազոտություններ, որոնք արվել են ձեր հիմնական բուժող բժշկի կողմից՝ պարզելու համար, թե ինչ բուժման կարիք ունեք: • Մենք վճարում ենք որոշ ատամնաբուժական ծառայությունների համար, երբ ծառայությունը հանդիսանում է շահառուի առաջնային հիվանդության որոշակի բուժման անքակտելի մասը: Որոշ օրինակներ ներառում են ծնոտի վերականգնումը կոտրվածքից կամ վնասվածքից հետո, ատամների հեռացումը, որն արվել է ծնոտի քաղցկեղի ճառագայթային բուժման համար նախապատրաստվելու համար: 	<p>\$0</p> <p>Որոշ մասնագիտական և ատամնաբուժական ծառայությունների համար կարող է պահանջվել ուղեգիր:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<ul style="list-style-type: none"> • Մենք փոխհատուցում ենք նաև ատամնաբուժական այն ծառայությունների համար, որոնք անհրաժեշտ են բերանի խոռոչը վարակից մաքրելու համար՝ նախքան ալոզեն ցողունային բջիջների/ոսկրածուծի, սրտի, երիկամների, լյարդի, թոքերի, ենթաստամոքսային գեղձի և մի քանի օրգանների փոխպատվաստումը: Անհետաձգելի փոխպատվաստման դեպքում այս ծառայությունները կարող են իրականացվել փոխպատվաստումից հետո: Ծառայությունները ներառում են՝ <ul style="list-style-type: none"> • Բերանի խոռոչի հետազոտություն և գնահատում: • Բուժման ծառայություններ՝ ներառյալ ատամի հեռացում, որն անհրաժեշտ է փոխպատվաստման համար: • Համապատասխան ատամնաբուժական ռենտգեն: • Մաքրում: • Ֆտորիդային բուժումներ: • Տնային զանգեր ցանցային բժշկի կողմից (կամ ցանցային բուժօժանոթություններ մատուցողի կողմից, ով գրանցված բուժբույր է) մեր սպասարկման տարածքում, երբ բուժինամբը արդյունավետ է տնային պայմաններում՝ համաձայն ցանցային բժշկի որոշման: • Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով բուժում: • Երկրորդ կարծիք՝ ցանցային մեկ այլ բուժօժանոթություններ մատուցողից վիրահատությունից առաջ: Ձեր Medi-Cal-ի պլանի համաձայն՝ եթե ցանցային բուժօժանոթություններ մատուցողը հասանելի չէ, կամ ձեզ անհրաժեշտ է երկրորդ կարծիք մեկ այլ ծառայության համար, մենք դա կարող ենք կազմակերպել: <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Բժշկի/բուժառայություններ, մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ այցեր բժշկի մոտ(շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հեռաբուժական ծառայություններ, այդ թվում՝ առաջնային և մասնագիտացված բուժխնամք, որը ներառում է՝ ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունների ծառայություններ, սրտի և թոքի վերականգնողական ծառայություններ, շտապ օգնության ծառայություններ, անհետաձգելի ծառայություններ, մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ, տնային առողջապահական ծառայություններ, օկուպացիոն թերապիայի ծառայություններ, հոգեկան առողջություն, օրթոպեդիա, հոգեբուժական ծառայություններ, ֆիզիոթերապիա և խոսքի պաթոլոգիայի ծառայություններ, օֆիոթիդային միջոցների կախվածության բուժման ծառայություններ, ռենտգեն ծառայություններ, ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ, բուժզննման ծառայություններ, թմրամիջոցների չարաշահման բուժում, դիալիզի ծառայություններ, սնուցման/սննդակարգի կարգավորման ծառայություններ, առողջապահական հարցերով իրազեկում, երիկամային հիվանդության հետ կապված իրազեկում, շաքարախտի ինքնակառավարման ուսուցում և լսողության բուժզննում, վիրահատության կամ հիվանդանոցում պառկելու նախապատրաստում և հիվանդանոցում պառկելուց հետո հետագա այցելություններ, այցելություն վիրահատական կամ շտապ օգնության բաժանմունք: Հեռաբուժական ծառայությունները կտրամադրվեն միայն այն ժամանակ, երբ ցանցային բուժառայություններ մատուցողը կլինիկական տեսանկյունից դա նպատակահարմար կհամարի: • Դուք այս ծառայությունները կարող եք ստանալ անձամբ այցելությամբ կամ հեռավար եղանակով: Եթե նախընտրում եք ստանալ այս ծառայություններից մեկը հեռավար եղանակով, դուք պետք է օգտվեք այն ցանցային բուժառայություններ մատուցողի ծառայություններից, որն առաջարկում է այդ ծառայությունը հեռավար: Մենք առաջարկում ենք հետևյալ հեռավար միջոցները <p>Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Բժշկի/բուժառայություններ մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ՝ այցեր բժշկի մոտ (շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ինտերակտիվ տեսաայցեր մասնագիտական ծառայությունների համար, երբ բուժխնամքը կարող է տրամադրվել այս ձևաչափով՝ ցանցային բուժառայություններ մատուցողի որոշմամբ: • Պլանավորած հեռախոսային գրույցներ՝ մասնագիտական ծառայությունների համար, երբ բուժօգնությունը կարող է տրամադրվել այս ձևաչափով՝ ցանցային բուժառայություններ մատուցողի որոշմամբ: • Հեռաբուժական ծառայություններ երիկամային հիվանդության վերջնական փուլի (ESRD) հետ կապված ամենամսյա այցերի դեպքում՝ տնային պայմաններում դիալիզ կատարող անդամների համար՝ հիվանդանոցում կամ անսահմանափակ մուտքով հիվանդանոցում գործող երիկամային դիալիզի կենտրոնում, երիկամային դիալիզի հաստատությունում կամ տանը: • Հեռաբուժական ծառայություններ՝ կաթվածի ախտանիշները որոշելու, գնահատելու և բուժելու համար: • Հեռաբուժական ծառայություններ՝ թմրամիջոցների օգտագործման կամ հոգեկան առողջության հետ կապված խանգարումներ ունեցող անդամների համար: • Հեռաբուժական ծառայություններ՝ հոգեկան առողջության խանգարումների ախտորոշման, գնահատման և բուժման համար, եթե <ul style="list-style-type: none"> • Դուք անձնական այց էք ունեցել ձեր առաջին հեռավար այցելությունից առաջ՝ 6 ամսվա ընթացքում: • Ձեզ անձնական այց է նշանակված 12 ամիսը մեկ՝ այս հեռաբուժական ծառայությունները ստանալու ընթացքում: • Որոշ դեպքերում վերոնշյալ կետերի համար հնարավոր են բացառություններ: <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Բժշկի/բուժօժանոցային մատուցողի ծառայություններ, ներառյալ այցեր բժշկի մոտ (շարունակություն)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հոգեկան առողջական խնդիրների հետ կապված հեռաբուժական ծառայություններ, որոնք տրամադրում են գյուղական առողջապահական կլինիկաները և դաշնային որակավորված առողջապահական կենտրոնները: • Վիրտուալ հանդիպումներ (օրինակ՝ հեռախոսով կամ տեսազրույցի միջոցով) ձեր բժշկի հետ 5-10 րոպե, եթե: <ul style="list-style-type: none"> • Դուք նոր հիվանդ չեք, և • Հանդիպումը կապված չէ վերջին 7 օրվա ընթացքում բժշկի մոտ այցի հետ, և • Հանդիպման ժամանակ անհրաժեշտություն չի առաջանում այցելել բժշկի աշխատասենյակ 24 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ: • Տեսանյութերի և/կամ լուսանկարների գնահատում, որոնք ուղարկում եք ձեր բժշկին, ձեր բժշկի կողմից մեկնաբանություն և դրան հաջորդող հետազոտություն 24 ժամվա ընթացքում, եթե. <ul style="list-style-type: none"> • Դուք նոր հիվանդ չեք, և • Գնահատումը կապված չէ վերջին 7 օրվա ընթացքում բժշկի մոտ այցի հետ, և • Գնահատման ժամանակ անհրաժեշտություն չի առաջանում այցելել բժշկի աշխատասենյակ 24 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ: • Խորհրդատվություն, որը ձեր բժիշկն ունենում է այլ բժիշկների հետ հեռախոսով, համացանցով կամ էլեկտրոնային բժշկական արձանագրության միջոցով, եթե դուք նոր հիվանդ չեք: 	




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված հեռաբուժական ծառայություններ՝ Հեռավար եղանակով բուժօգնությունը հնարավորություն է տալիս ծառայություններ ստանալ՝ առանց ձեր բժշկի հետ նույն ֆիզիկական վայրում գտնվելու: Հեռավար բուժօգնությունը կարող է ներառել ձեր բժշկի հետ անմիջական զրույցը: Հեռավար բուժօգնությունը կարող է ներառել ձեր բժշկի հետ տեղեկատվության փոխանակումը՝ առանց նրա հետ անմիջական զրույց ունենալու: Հեռավար եղանակով դուք կարող եք շատ ծառայություններ ստանալ: Մակայն, հեռավար եղանակով հնարավոր չէ մատուցել բոլոր փոխհատուցվող ծառայությունները: Կապ հաստատեք ձեր բժշկի հետ՝ իմանալու համար, թե ինչ ծառայություններ կարելի է ստանալ հեռավար եղանակով: Կարևոր է, որպեսզի դուք և ձեր բժիշկը համաձայն լինեք, որ ձեզ հարմար է որոշ ծառայությունների համար օգտվել հեռավար եղանակից: Դուք իրավունք ունեք անձամբ ներկայանալով ստանալ ծառայությունները, և ձեզնից չի պահանջվի օգտվել հեռավար բուժօգնությունից, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը գտնում է, որ այն հարմար է ձեզ:</p>	
<p>Պողիատրիկ ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ոսնաթաթի վնասվածքների և հիվանդությունների (օրինակ՝ մրճանման մատի կամ կրունկի ոսկրախթանի) ախտորոշում և դեղորայքային կամ վիրաբուժական բուժում: • Ոտքերի ստանդարտ բուժխնամք այն անդամների համար, ովքեր ոտքերի վիճակի վրա ազդող պատճառներ ունեն, օրինակ՝ շաքարախտը: <p>Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով մենք հատուցում ենք պողոլոգիայի ծառայությունների համար՝ որպես բժշկական առումով անհրաժեշտ ծառայություններ՝ ոտքերի հիվանդությունների ախտորոշման, բժշկական, վիրաբուժական, մեխանիկական, մերսման և էլեկտրական միջոցներով բուժման համար: Դրա մեջ ներառված է ոտքի կոճի և ջլերի, ինչպես նաև ոտքերի շարժումը վերահսկող մկանների և ջլերի ոչ վիրահատական բուժումը:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություն ներ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
 <p>Շագանակագեղձի քաղցկեղի բուժզննում</p> <p>50 և ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց համար մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար 12 ամիսը մեկ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ռեկտալ (ուղիղաղիքային) մատային զննում: • Շագանակագեղձի հատուկ հակագենի (PSA) հետազոտություն: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Պրոթեզային սարքեր և օժանդակ պարագաներ†</p> <p>Պրոթեզային սարքերը փոխարինում են մարմնի մի մասը կամ նրա ֆունկցիան ամբողջությամբ կամ մասնակի: Մենք վճարում ենք հետևյալ պրոթեզային սարքերի և, հնարավոր է, այլ սարքերի համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կոլոստոմայի պարկեր և կոլոստոմայի խնամքի պարագաներ: • Զոնդադիքային (էնտերալ) և արտաադիքային (պարենտերալ) սնուցում, ներառյալ՝ սնուցման պարագաներ, ինֆուզիոն պոմպ, խողովակ և ադապտեր, լուծույթներ և ինքնաներարկումների պարագաներ: • Կարդիոստիմուլյատորներ: • Բրեկետներ: • Պրոթեզային կոշիկներ: • Արհեստական ձեռքեր և ոտքեր: • Կրծքի պրոթեզներ (այդ թվում՝ վիրաբուժական կրծկալ մաստէկտոմիայից հետո): • Պրոթեզներ՝ դեմքի արտաքին մասն ամբողջությամբ փոխարինելու համար, որը հեռացվել կամ վնասվել է հիվանդության, վնասվածքի կամ բնածին արատի հետևանքով: • Անմիզապահության քսուք և տակդիրներ: <p>Մենք վճարում ենք պրոթեզային սարքերին առնչվող որոշ օժանդակ պարագաների համար: Մենք վճարում ենք նաև պրոթեզային սարքերի վերանորոգման կամ փոխարինման համար:</p> <p>Մենք առաջարկում ենք որոշակի փոխհատուցում՝ կատարակտի հեռացումից կամ կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար տե՛ս այս աղյուսակի «Տեսողության խնամք» բաժինը:</p>	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Մենք փոխհատուցում ենք նաև Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող հետևյալ պարագաների համար</p> <ul style="list-style-type: none"> • Լիմֆեդեմայի համար նախատեսված սեղմող գուլպաներ: • Հատուկ վիրաբուժական կոշիկներ՝ վիրահատությունից հետո, երբ դրանք տրամադրվում են ամբուլատոր այցի ժամանակ: • Էրեկցիայի վակուումային սարք՝ սեռական դիսֆունկցիայի դեպքում: • Մաշկի որոշ հերմետիկներ, պաշտպանիչ, խոնավեցնող միջոցներ և քուրքներ, որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են վերքերի ապաքինման համար: • Մենք չենք վճարում ատամնաբուժական պրոթեզային սարքերի համար, բացառությամբ «Ատամնաբուժական ծառայություններ» բաժնում ներկայացված դեպքերի: <p style="text-align: center;">Այս նպաստի շարունակությունը՝ հաջորդ էջում</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Պրոթեզային սարքեր և օժանդակ պարագաների (շարունակություն)</p> <p>Ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով մենք վճարում ենք պրոթեզային և օրթոպեդիկ սարքերի համար՝ հետևյալ բոլոր պայմանների բավարարման դեպքում՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Պարագան բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ օրգանիզմի մի մասի աշխատանքը վերականգնելու համար (միայն պրոթեզավորման ժամանակ): • Ապրանքը ձեզ նշանակված է՝ որպես բժշկական անհրաժեշտություն: • Ապրանքը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ մարմնի մի մասը պահելու համար (միայն օրթոպեդիկ միջատակերի դեպքում): • Ապրանքը բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ է՝ ձեր ամենօրյա կենսագործունեության համար: • Պարագան կարևոր է՝ ձեր ընդհանուր առողջական վիճակի համար: • Ապրանքը չի փոխհատուցվում Medi-Cal-ի կողմից: • Ապրանքը պետք է նախապես հաստատվի ձեզ համար: Դա վերաբերում է հետևյալ պարագաներին՝ լսողական իմպլանտներ, կրծքի պրոթեզներ/կրծկալներ մաստէկտոմիայից հետո, ձգող ներքնազգեստ և պրոթեզներ՝ այրվածքներից հետո մարմնի ֆունկցիան վերականգնելու, մարմնի մի մասը փոխարինելու կամ մարմնի թուլացած կամ դեֆորմացված հատվածը պահելու համար: Փոխհատուցումը տրամադրվում է ձեր բժշկական կարիքները լավագույնս բավարարող ամենաէժեղ պարագայի համար: Մենք ենք ընտրում մատակարարին: 	



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Թոքերի վերականգնողական ծառայություններ</p> <p>Մենք վճարում ենք թոքերի վերականգնողական ծրագրերի համար այն անդամներին, ովքեր ունեն միջին և շատ ծանր քրոնիկական օբստրուկտիվ թոքերի հիվանդություն (COPD): Բժշկից կամ քրոնիկական COPD-ը բուժող մասնագետից պետք է ցուցում ունենաք թոքերի վերականգնման համար:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Հոգեմետ թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների և հոգեկան խնդիրների բուժում</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, երբ դրանք տրամադրվում են լիցենզավորված ստացիոնար բուժհաստատությունում, որտեղ տրամադրվում են թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների կամ հոգեկան խնդիրների 24-ժամյա անհատական բուժում: Ծառայությունները սովորաբար տրամադրվում են թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների կամ հոգեկան խնդիրների բուժման ծրագրով, լիցենզավորված ստացիոնար բուժհաստատությունում, և այդ ծառայությունները ամենօրյա խնամքի մակարդակից ավելի բարձր են</p> <ul style="list-style-type: none"> • Անհատական և խմբակային խորհրդատվություն: • Բուժծառայություններ: • Դեղորայքի վերահսկում: • Կացարան և սնունդ: • Որպես բուժխնամքի մաս՝ ձեր բուժծառայություններ մատուցողի կողմից նշանակված դեղեր՝ մեր դեղացանկի ուղեցույցով բուժհաստատությունում ընդունման համար, եթե դրանք ձեզ տրամադրվում են բուժհաստատությունում՝ բուժանձնակազմի կողմից: • Հիվանդանոցից դուրս գրման պլանավորում: <p>Մեր ստացիոնար բուժման ծրագրով սահմանափակումներ չկան ցանցային բուժծառայություններ մատուցողի կողմից նշանակված հոգեկան և թմրամիջոցների չարաշահման հետ կապված խնդիրների բուժման համար բժշկական տեսանյունից անհրաժեշտ օրերի քանակի համար:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժծառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Մեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STIs) հետազոտություն և խորհրդատվություն</p> <p>Մենք վճարում ենք քլամիդիայի, գոնորեայի, սիֆիլիսի և հեպատիտ B-ի հետազոտությունների համար: Այս գնումները փոխհատուցվում են հղի կանանց և այն անձանց համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակներով վարակվելու ռիսկային խմբում: Ձեր հիմնական բուժող բժիշկը պետք է նշանակի ստուգումները: Մենք փոխհատուցում ենք այս ստուգումների համար 12 ամիսը մեկ կամ հղիության ընթացքում՝ որոշակի ժամանակահատվածներում:</p> <p>Մենք նաև վճարում ենք ամեն տարի անձամբ այցելությամբ կատարվող, վարքագծային խանգարումների հետ կապված շատ հազվեցած խորհրդատվական հանդիպումների համար՝ սեռապես ակտիվ մեծահասակների համար, ովքեր գտնվում են սեռավարակներով վարակվելու խիստ ռիսկային խմբում: Յուրաքանչյուր հանդիպում կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Որպես պրոֆիլակտիկ ծառայություն տրամադրվող այս խորհրդատվական հանդիպումների համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք նշանակվում են ձեր հիմնական բուժող բժշկի կողմից: Հանդիպումները պետք է անցկացվեն առաջնային խնամքի հաստատությունում, օրինակ բժշկի կաբինետում:</p>	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության (SNF) խնամք</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար, և, հնարավոր է՝ նաև այլ ծառայությունների համար, որոնք նշված չեն այստեղ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Երկտեղանոց սենյակ կամ առանձնասենյակ, եթե դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: • Սնունդ, ներառյալ՝ հատուկ սննդակարգ: • Բուժքրոջ ծառայություն: • Ֆիզիոթերապիա, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա: • Դեղեր, որոնք ստանում եք ձեր առողջապահական պլանով, այդ թվում՝ նյութեր, որոնք ի ձեռն առկա են օրգանիզմում, օրինակ՝ արյան մակարդման գործոններ: • Արյուն, այդ թվում՝ դրա պահպանումը և ներարկումը: • Բուժքույրական հաստատությունների կողմից տրամադրվող բժշկական և վիրաբուժական պարագաներ: • Լաբորատոր հետազոտություններ, որոնք տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից: • Բուժքույրական հաստատությունների կողմից տրամադրվող ռենտգեն և այլ ռենտգենագրության ծառայություններ: • Սարքավորումներ, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից: • Բժշկի/բուժծառայությունների մատուցողի ծառայություններ: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժծառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Դուք սովորաբար պետք է ձեր բուժխնամքը ստանաք ցանցային հաստատություններում: Սակայն, դուք կարող եք բուժխնամք ստանալ նաև մեր ցանցում չներառված հաստատությունում: Դուք կարող եք բուժխնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե վերջիններս ընդունում են մեր պլանի վճարման պայմանները</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բուժքույրական հաստատություն կամ երկարատև խնամքի ծառայություններ համայնքի բնակիչների համար, որտեղ ապրել եք նախքան հիվանդանոց տեղափոխվելը (որը դեռ տրամադրում է բուժքրոջ ծառայություն): • Խնամքի կենտրոն, որտեղ ձեր ամուսինը կամ զուգընկերը ապրում է հիվանդանոցից ձեր դուրս գրվելու պահին: 	
<p> Ծխելու և ծխախոտի օգտագործման դադարեցում</p> <p>Եթե օգտագործում եք ծխախոտ, չունեք ծխախոտի հետ կապված հիվանդության նշաններ կամ ախտանիշներ և ցանկանում եք կամ կարիք ունեք թողնել ծխելը</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մենք վճարում ենք 12 ամսվա ընթացքում ծխելը դադարեցնելու երկու փորձի համար՝ որպես պրոֆիլակտիկ ծառայություն: Այս ծառայությունը ձեզ համար անվճար է: Յուրաքանչյուր դադարեցման փորձ ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ խորհրդատվական այց: <p>Եթե օգտագործում եք ծխախոտ և ձեզ մոտ ախտորոշվել է ծխախոտի հետ կապված հիվանդություն կամ ընդունում եք դեղամիջոցներ, որոնց վրա կարող է ազդել ծխախոտի օգտագործումը</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մենք վճարում ենք 12 ամսվա ընթացքում ծխելը դադարեցնելու երկու խորհրդատվական փորձի համար: Յուրաքանչյուր խորհրդատվական փորձ ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այց: 	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Վարժությունների վերահսկվող թերապիա (SET)</p> <p>Մենք հատուցում ենք վարժությունների վերահսկվող թերապիայի ծախսերը՝ PAD-ով տառապող անդամների համար, ովքեր ուղեգիր ունեն պատասխանատու բժշկից՝ հիվանդության բուժման համար:</p> <p>Մեր պլանը վճարում է հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մինչև 36 այց՝ 12 շաբաթվա ընթացքում, եթե համապատասխանում էք վարժությունների վերահսկվող թերապիա ստանալու բոլոր պահանջներին: • Ժամանակի ընթացքում կա 36 այց, եթե բժիշկը դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ համարի: <p>Վարժությունների վերահսկվող թերապիայի ծրագիրը ներառում է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAD-ի համար նախատեսված 30-ից 60 րոպե տևողությամբ թերապևտիկ վարժություններով մարզման ծրագիր՝ արյան վատ շրջանառության պատճառով (կլաուդիկացիա) ոտքերի ջղաձգություն ունեցող անդամների համար: • Հիվանդանոցային ամբուլատոր պայմաններում կամ բժշկի կաբինետում: • Տրամադրվում է որակավորված աշխատողների կողմից, ովքեր հետևում են, որպեսզի օգուտը գերազանցի հնարավոր վնասը և, ովքեր վերապատրաստված են PAD-ի համար նախատեսված թերապևտիկ վարժությունների մատուցման գործում: • Բժշկի, բժշկի օգնականի կամ բուժքրոջ/կլինիկական բուժքրոջ անմիջական հսկողության ներքո, որոնք վերապատրաստում են անցել՝ կենսագործունեության համար անհրաժեշտ հիմնական և առաջադեմ տեխնիկայի օգնությամբ վարժությունների ծրագիր մատուցելու համար: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայությունների մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Փոխադրում. Ոչ շտապ օգնության բժշկական փոխադրումներ[†]</p> <p>Այս նպաստը թույլ է տալիս իրականացնել ամենաարդյունավետ և մատչելի փոխադրումները: Դրա մեջ կարող են մտնել՝ շտապօգնության մեքենայով, պատգարակի համար նախատեսված խցիկով, անվասայլակի համար նախատեսված խցիկով ֆուրգոններով բժշկական փոխադրման ծառայություններ և հաշմանդամների փոխադրումների համակարգում:</p> <p>Փոխադրամիջոցներից օգտվել թույլատրվում է, երբ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր առողջական և/կամ ֆիզիկական վիճակը ձեզ թույլ չի տալիս ուղևորություններ կատարել ավտոբուսով, մարդատար մեքենայով, տաքսի մեքենայով կամ հասարակական ու մասնավոր տրանսպորտի այլ միջոցով, և • Կախված ծառայությունից՝ կարող է պահանջվել նախօրոք թույլտվություն: <p>Թե ինչպես կարող եք դիմել ոչ շտապ բժշկական փոխադրման համար տե՛ս 3-րդ գլուխը:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>
<p>Փոխադրում. Ոչ բժշկական փոխադրումներ[†]</p> <p>Այս նպաստով տրամադրվում են դեպի բժշկական հաստատություններ փոխադրման ծառայություններ՝ մարդատար մեքենայով, տաքսի մեքենայով կամ հանրային/մասնավոր այլ փոխադրամիջոցներով:</p> <p>Փոխադրումն անհրաժեշտ է բուժօգնություն ստանալու համար, ներառյալ՝ ատամնաբուժական այցերի և դեղատոմսային դեղեր ստանալու համար:</p> <p>Այս նպաստը չի սահմանափակում ոչ արտակարգ իրավիճակների համար բժշկական փոխադրամիջոցի տրամադրման նպաստը:</p> <p>Թե ինչպես դիմել ոչ բժշկական փոխադրման համար տե՛ս 3-րդ գլուխը:</p>	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ուղեգիր ստացեք:</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն</p> <p>Անհետաձգելի բուժօգնությունը տրամադրվում է հետևյալ պարագայում</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ոչ արտակարգ իրավիճակ, որը սակայն պահանջում է անհապաղ բուժօգնություն, կամ • Հիվանդության հանկարծակի սրացում, կամ • Վնասվածք, կամ • Խնդիր, որը պահանջում է անհապաղ բուժօգնություն: <p>Եթե անհետաձգելի բուժօգնությանի կարիք ունեք, նախ պետք է փորձեք ստանալ այն ցանցային բուժժառայության մատակարարից:</p> <p>Մեր սպասարկման տարածքում. Դուք պետք է ստանաք հրատապ բուժխնամքը ցանցային բուժժառայություններ մատուցողից, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մեր բուժժառայություններ մատուցողների ցանցը ժամանակավորապես անհասանելի է կամ անսովոր և արտասովոր հանգամանքների պատճառով (օրինակ՝ մեծ աղետի) անհասանելի է:</p> <p>Մեր սպասարկման տարածքից դուրս. Դուք իրավունք ունեք հրատապ բուժխնամքի փոխհատուցում ստանալու ամբողջ աշխարհում, երբ ճանապարհորդում եք և անհապաղ բժշկական օգնության կարիք ունեք անկանխատեսելի հիվանդության կամ վնասվածքի պատճառով և ողջամտորեն կարծում եք, որ ձեր առողջական վիճակը լրջորեն կվատթարանա, եթե հետաձգեք բուժումը՝ մինչև վերադառնաք մեր սպասարկման տարածք:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> Տեսողության խնամք</p> <p>Մենք վճարում ենք հետևյալ ծառայությունների համար՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Տեսողության տարեկան մեկ պարբերական ստուգում: • Բժշկի ամբուլատոր ծառայություններ՝ աչքի հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար: Օրինակ, սա ներառում է տեսողության ամենամյա հետազոտություններ՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիայի համար շաքարախտով հիվանդների և տարիքային մակուլյար դեգեներացիայի բուժման համար: • Շաքարախտով հիվանդների համար դիաբետիկ ռետինոպաթիայի հետազոտություն և գնում: • Տեսողական դաշտի ստուգում: <p>Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի խմբում գտնվող անձանց համար մենք վճարում ենք գլաուկոմայի մեկ հետազոտության համար ամեն տարի: Գլաուկոմայի բարձր ռիսկի խմբում են գտնվում՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող անձինք: • Շաքարախտով հիվանդները: • 50 և ավելի բարձր տարիքի աֆրոամերիկացիները: • 65 և ավելի բարձր տարիքի լատինաամերիկացիները: 	<p>\$0</p> <p>Խորհրդակցեք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ և ակնաբույժի մոտ այցի ուղեգիր ստացեք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ակնոցներ՝ կատարակտի վիրահատությունից հետո. Մենք վճարում ենք հետևյալ պարագաների համար</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մեկ զույգ ակնոց կամ մեկ զույգ կոնտակտային ոսպնյակ՝ կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո, եթե բժիշկը ներակնային ոսպնյակ է տեղադրում: Եթե կատարակտի երկու առանձին վիրահատություն եք ունեցել, ապա յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո դուք պետք է ստանաք մեկական ակնոց: Երկրորդ վիրահատությունից հետո դուք չեք կարող երկու ակնոց ստանալ, նույնիսկ եթե առաջին վիրահատությունից հետո ոչինչ չեք ստացել: • Առանց ոսպնյակի իմպլանտի կատարակտի վիրահատությունից հետո անհրաժեշտ են ուղղիչ ոսպնյակներ/շրջանակներ (և փոխարինման մասեր): 	<p>\$0 ակնոցի համար՝ համաձայն Medicare-ի ուղեցույցի:</p> <p>Նշում՝ Եթե ձեր գնած ակնոցն արժե ավելին, քան Medicare-ն է փոխհատուցում, տարբերությունը դուք եք վճարելու:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Ակնոցներ և կոնտակտային ոսպնյակներ. Ամեն 12 ամիսը մեկ մենք տրամադրում ենք \$350 նպաստ, որը կարող էք օգտագործել պլանի օպտիկայի խանութից ակնոցներ գնելու համար, եթե բժիշկը կամ ակնաբույժը տեսողության շտկման համար ձեզ նշանակել է ակնոց կամ կոնտակտային ոսպնյակ: Նպաստը կարելի է օգտագործել հետևյալ պարագաների ձեռքբերման համար</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ակնոցի ոսպնյակներ, երբ ցանցային ծառայություններ մատուցողը տրամադրում է շրջանակի մեջ ոսպնյակ դնելու ծառայություններ: • Ակնոցի շրջանակներ, երբ ցանցային ծառայություններ մատուցողը տրամադրում է շրջանակի մեջ երկու ոսպնյակ դնելու ծառայություններ (որոնցից առնվազն մեկը պետք է ունենա բեկման հատկություն): • Կոնտակտային ոսպնյակներ, հարմարեցում և տեղադրում: <p>Մենք չենք տրամադրի նպաստը, եթե նախորդ 12 ամսվա ընթացքում ոսպնյակների կամ շրջանակների համար արդեն նպաստ ենք տրամադրել (կամ այլ կերպ փոխհատուցել):</p> <p>Նպաստը կարող է իրացվել միայն վաճառքի սկզբնական կետում: Եթե դուք չօգտագործեք ձեր ամբողջ նպաստը վաճառքի սկզբնական կետում, ապա հետագայում այն չեք կարողանա օգտագործել:</p>	<p>Եթե ձեր գնած ակնոցն արժե \$350-ից ավելի, տարբերությունը վճարում եք դուք:</p> <p>Medi-Cal-ը հատուցում է նոր կամ փոխարինվող շրջանակների համար, որոնք արժեն \$80 կամ պակաս՝ յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ: Եթե ձեր գնած ակնոցի շրջանակն արժե \$80-ից ավելի, տարբերությունը վճարում եք դուք:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված ակնոցներիի նսպնյակներ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Նոր կամ փոխարինվող ակնոցի նսպնյակները տրամադրվում են DHCS-ի ակնոցների մատակարարի կողմից: Եթե DHCS-ի մատակարարը չի կարող ձեռք բերել նախընտրած նսպնյակները տրամադրել, մենք կկազմակերպենք, որպեսզի ձեր նսպնյակները օպտիկայի ուրիշ լաբորատորիայից բերեն: Դուք լրացուցիչ գումար չեք վճարի, եթե մենք դա կազմակերպում ենք այն պատճառով, որ DHCS-ի մատակարարը չի կարող ձեռք բերել նախընտրած նսպնյակները տրամադրել: 	<p>\$0</p> <p>Եթե դուք նախընտրում եք ակնոցի նսպնյակներ կամ հարմարանքներ, որոնց համար Medi-Cal-ը չի փոխհատուցում, ապա դուք պետք է լրացուցիչ գումար վճարեք այդ տարբերության համար:</p>
<p>Փոխարինվող նսպնյակներ. Եթե 12 ամսվա մեջ վաճառքի սկզբնական կետից մեր նպաստով ձեռք բերված (կամ այլ կերպ փոխհատուցված) ակնոցը կամ կոնտակտային նսպնյակը կրելու ընթացքում ձեր մեկ կամ երկու աչքում տեսողության առնվազն .50 դիոպտր փոփոխություն է նկատվում, մենք կտրամադրենք նպաստ նույն տեսակի փոխարինվող ապրանքի գումարի չափով (ակնոցի նսպնյակ կամ կոնտակտային նսպնյակ, հարմարեցում և տեղադրում)՝ տեսողության .50 դիոպտր փոփոխություն ունեցող աչքի համար: Այս փոխարինվող նսպնյակներից մեկի վճարը կազմում է \$30՝ մեկ ակնոցի կամ կոնտակտային նսպնյակի համար (ներառյալ՝ հարմարեցումը և տեղադրումը), իսկ բազմաֆոկալ կամ նսպնյակային ակնոցի համար՝ \$45:</p>	<p>Եթե ձեր գնած նսպնյակը մոնոֆոկալ նսպնյակի համար տրամադրվող \$30 նպաստից կամ բազմաֆոկալ նսպնյակի կամ նսպնյականման ակնոցի նսպնյակի համար տրամադրվող \$45 նպաստից ավելին արժե, ապա դուք եք վճարում նպաստի չափը գերազանցող գումարը:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք kp.org/medicare:

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Հատուկ կոնտակտային ոսպնյակներ. Մենք փոխհատուցում ենք հետևյալ հատուկ կոնտակտային ոսպնյակների համար, երբ դրանք նշանակվում են ցանցային բժշկի կամ ցանցային օպտոմետրիստի կողմից՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ մինչև երկու կոնտակտային ոսպնյակ, հարմարեցում և տեղադրում՝ յուրաքանչյուր աչքի համար՝ 12 ամիսը մեկ անիրիդիայի (ծիածանաթաղանթի բացակայություն) բուժման համար: • Եթե կոնտակտային ոսպնյակները (բացի անիրիդիայի համար նախատեսված կոնտակտային ոսպնյակներից) զգալիորեն կբարելավեն ձեր տեսողությունը, ինչն ակնոցների ոսպնյակները չեն կարող ապահովել, մենք կփոխհատուցենք կա մ մեկ գույգ կոնտակտային ոսպնյակի համար (ներառյալ հարմարեցումը և տեղադրումը), կա՛մ մեկանգամյա օգտագործման կոնտակտային ոսպնյակների սկզբնական ապահովման համար (ներառյալ հարմարեցումը և տեղադրումը) ոչ ավելի, քան 12 ամիսը մեկ անգամ: Այնուամենայնիվ, մենք չենք փոխհատուցի որևէ կոնտակտային ոսպնյակի համար, եթե նախորդ 12 ամիսների ընթացքում տրամադրել ենք կոնտակտային ոսպնյակներ (կամ այլ կերպ փոխհատուցել)՝ բացառությամբ անիրիդիայի համար փոխհատուցվող կոնտակտային ոսպնյակների: 	<p>\$0</p>




Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p>Վատ տեսողության շտկման հարմարանքներ. Մենք Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով փոխհատուցում ենք վատ տեսողության շտկման հարմարանքների համար միայն այն դեպքում, երբ առկա են հետևյալ պայմանները</p> <ul style="list-style-type: none"> • Շտկված տեսողության սրությունը 20/60 է կամ ավելի վատ՝ ամենալավ տեսնող աչքում, կամ աչքերից որևէ մեկում կա կենտրոնացման կետից մինչև 10 կամ ավելի քիչ աստիճան տեսադաշտի սահմանափակում: • Նորմալից ցածր տեսողության պատճառ հանդիսացող հիվանդությունը քրոնիկ է և չի բուժվում դեղորայքային կամ վիրահատական միջոցներով: • Ստացողի ֆիզիկական կամ մտավոր վիճակն այնպիսին է, որ ողջամտորեն ենթադրվում է, որ այդ օգնությունը կօգտագործվի ստացողի ամենօրյա կենսագործունեության բարելավման նպատակով: <p>Ապահովագրությունը սահմանափակված է Անդամի բժշկական կարիքները բավարարող ամենաէժան հարմարանքով: Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն էլեկտրոնային խոշորացման կամ այլ սարքեր, որոնց համար ոսպնյակներ նախատեսված չեն աչքերի համար:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Ծառայություններ, որոնց համար մեր պլանը վճարում է	Որքան պետք է վճարեք դուք
<p> «Բարի գալուստ Medicare» պրոֆիլակտիկ այց</p> <p>Մենք փոխհատուցում ենք «Բարի գալուստ Medicare» մեկանգամյա պրոֆիլակտիկ այցի համար: Այս այցի մեջ մտնում է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր առողջության ստուգում, • Իրազեկում և խորհրդատվություն ձեզ անհրաժեշտ պրոֆիլակտիկ ծառայությունների վերաբերյալ (ներառյալ բուժզննումները և պատվաստումները), և • Այլ բուժօգնության հետ կապված ուղեգրեր, եթե դրա կարիքն ունեք: <p>Նշում. Մենք փոխհատուցում ենք «Բարի գալուստ Medicare» պրոֆիլակտիկ այցի համար միայն առաջին 12 ամիսների ընթացքում, երբ ձեզ հասնում է Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթը: Այցի համար պայմանավորվելիս տեղեկացրեք ձեր բժշկի կլինիկային, որ ցանկանում եք պլանավորել «Բարի գալուստ Medicare» պրոֆիլակտիկ այցը:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

<p>Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ</p>	<p>Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար</p>
<p>Լրացուցիչ ատամնաբուժական բուժիմնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)</p>	
<p>Առողջապահական պլանը համաձայնագիր ունի Delta Dental of California-ի («Delta Dental») հետ՝ համաձայն որի ձեզ առաջարկվում է DeltaCare USA Dental HMO ծրագիրը: DeltaCare USA ծրագիրը տրամադրում է համապարփակ ատամնաբուժական բուժօգնություն ատամնաբույժների ցանցի միջոցով, որոնք պայմանագիր ունեն Delta Dental-ի հետ՝ ատամնաբուժական ծառայություններ մատուցելու համար: Ատամնաբուժական ծառայություն մատուցողների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս Ատամնաբուժական ծառայություններ մատուցողների տեղեկատուն:</p>	
<p>Ստորև ներկայացված նպաստները տրամադրվում են ըստ DeltaCare USA ատամնաբույժի ցուցումի, որոնք ենթակա են սույն գլխում նշված սահմանափակումներին և բացառումներին: Անդամները պետք է քննարկեն բուժման բոլոր տարբերակները իրենց DeltaCare USA ատամնաբույժի հետ՝ նախքան ծառայությունները մատուցելը: Եթե նշված պրոցեդուրայի հետ կապված ծառայությունները տրամադրվում են նշանակված պայմանագրային ատամնաբույժի կողմից, գրանցված անձը վճարում է նշված համավճարը: Նշված պրոցեդուրաները, որոնց համար պահանջվում է ատամնաբույժի կողմից մասնագիտացված ծառայություններ, և որոնք նշանակվել են պայմանագրային ատամնաբույժի կողմից, պետք է լիազորված լինեն Delta Dental-ի կողմից: Գրանցված անձը վճարում է այդ ծառայությունների համար սահմանված համավճարը:</p>	
<p>Եթե բժշկական պրոցեդուրան նշված չէ ստորև, ուրեմն այն չի փոխհատուցվում: Նշում. Ցանկացած ծառայություն, որը ստորև նշված է աստղանիշով (*) փոխհատուցվում է միայն այն դեպքում, երբ մատուցվում է մեկ այլ ծառայության հետ, որը նշված չէ աստղանիշով:</p>	
<p>Ստորև շեղատառով գրված տեքստում ներկայացված են DeltaCare USA Dental HMO ծրագրերի ապահովագրական ծածկույթով տրամադրվող նպաստները և չպետք է դրանք շփոթել 2024թ. ժամանակակից ատամնաբուժական տերմինաբանության (CDT) մեջ ընդունված բժշկական պրոցեդուրաների կոդերի, անվանացանկերի կամ բացատրական բառերի հետ, որոնց հեղինակային իրավունքը պատկանում է Ամերիկյան ատամնաբուժական ասոցիացիային (ADA): ADA-ն կարող է պարբերաբար փոխել CDT կոդերը կամ սահմանումները: Նման թարմացված կոդերը, նկարագրումները կամ անվանացանկերը կարող են օգտագործվել այս ապահովագրված ընթացակարգերը նկարագրելու համար՝ համաձայն դաշնային օրենսդրության:</p>	

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
Ախտորոշում (D0100-D0999)†	
D0120. Բերանի խոռոչի պարբերական զննում՝ հաստատված պացիենտների համար:	\$0
D0140. Բերանի խոռոչի սահմանափակ զննում՝ կոնկրետ խնդրի հետ կապված:	\$0
D0150. Բերանի խոռոչի համապարփակ զննում՝ նոր կամ հաստատված պացիենտների համար:	\$0
D0160. Բերանի խոռոչի մանրակրկիտ և ուշադիր զննում, խնդրի վրա կենտրոնացում՝ ըստ ցուցումի:	\$0
D0180. Բերանի խոռոչի պարոդոնտալ զննում՝ նոր կամ հաստատված պացիենտների համար:	\$0
D0210. Ներբերանային՝ ռենտգեն պատկերների համապարփակ շարք, սահմանափակվում է ամեն 24 ամիսը մեկ 1 շարքով:	\$0
D0220. Ներբերանային՝ պերիապիկալ առաջին ռենտգենագրությունը:	\$0
D0230. Ներբերանային՝ պերիապիկալ յուրաքանչյուր հաջորդ ռենտգենագրությունը:	\$0
D0240. Ներբերանային՝ ատամնաշարերի օկյուզիոն մակերեսի ռենտգենագրություն:	\$0
D0250. Արտաբերանային երկչափ ռենտգեն պատկերում՝ ճառագայթման ստացիոնար աղբյուրի և դետեկտորի օգնությամբ:	\$0
D0251. Հետևի ատամների արտաբերանային ռենտգենագրություն:	\$0
D0270. Կծվացքի ստուգում՝ մեկ ռենտգեն լուսանկար:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D0272. Կծվացքի ստուգում՝ երկու ռենտգեն լուսանկար:	\$0
D0274. Կծվացքի ստուգում՝ 4 ռենտգեն լուսանկար, սահմանափակվում է յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ 1 շաբթու:	\$0
D0330. Պանորամային ռենտգեն լուսանկար:	\$0
D0350. Բերանային/դիմային երկչափ լուսանկարներ՝ ստացված ներբերանային կամ արտաբերային ռենտգեն պատկերման միջոցով՝ ոչ ակնհայտ որոշ կլինիկական հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման համար՝ 4 հատ՝ մեկ այցի ժամանակ:	\$0
D0396. Ատամների մակերեսի 3D սկանավորման 3D տպագրում:	\$0
D0419. Թքարտադրության ֆունկցիայի ստուգում՝ չափման միջոցով՝ 12 ամիսը 1 անգամ:	\$0
D0502. Բերանային այլ պաթոլոգիական պրոցեդուրաներ՝ ըստ ցուցումի:	\$0
D0999. Չնշված ախտորոշիչ պրոցեդուրաներ՝ ըստ ցուցումի. ներառված են բժշկի մոտ այցերը (ի լրումն այլ ծառայությունների):	\$0
Պրոֆիլակտիկ բուժխնամք (D1000-D1999)	
D1110. Պրոֆիլակտիկ մաքրում - մեծահասակների համար - D1110 կամ D4346՝ 6 ամսվա մեջ 1 անգամ:	\$0
D1206. Ֆտորի շերտի քսում լաքով - 1 անգամ D1206 կամ D1208 6 ամսվա ընթացքում:	\$0
D1208. Ֆտորի շերտի քսում՝ առանց լաքի - 1 անգամ D1206 կամ D1208 6 ամսվա ընթացքում:	\$0
D1354. Կարիեսը կանգնեցնող դեղորայքի քսում - ամեն ատամին - 6 ամսվա մեջ 1 անգամ:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
<p>Վերականգնողական բուժում (D2000-D2999)†</p> <p>Ներառում է փայլեցումը, բոլոր տեսակի սոսնձման և կապող նյութեր, անուղղակի միջուկի ծածկույթը, հիմքերը, ներդիրները և թթվային փորման բուժընթացակարգերը:</p> <p>Ատամնապսակի, ատամի արտաքին ներդրուկի և ներքին ներդրուկի փոխարինման համար պահանջվում է, որպեսզի դրանք դրված լինեն 5+ տարի առաջ:</p>	
D2140. Ամալգամի լիցք՝ մեկ մակերեսին, նախնական կամ մշտական, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2150. Ամալգամի լիցք՝ երկու մակերեսին, նախնական կամ մշտական, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2160. Ամալգամի լիցք՝ երեք մակերեսին, նախնական կամ մշտական, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2161. Ամալգամի լիցք՝ չորս կամ ավելի մակերեսին, նախնական կամ մշտական, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2330. Խեժային հիմքով լիցք՝ մեկ մակերեսին, առջևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2331. Խեժային հիմքով լիցք՝ երկու մակերեսին, առջևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2332. Խեժային հիմքով լիցք՝ երեք մակերեսին, առջևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2335. Խեժային հիմքով լիցք՝ չորս կամ ավելի մակերեսին, հետևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2390. Խեժային հիմքով ատամնապսակի լիցք, առջևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D2391. Խեժային հիմքով լիցք՝ մեկ մակերեսին, հետևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2392. Խեժային հիմքով լիցք՝ երկու մակերեսին, հետևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2393. Խեժային հիմքով լիցք՝ երեք մակերեսին, հետևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2394. Խեժային հիմքով լիցք՝ չորս կամ ավելի մակերեսին, հետևի ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2910. Ատամի արտաքին ներդրուկի, ներքին ներդրուկի, երեսպատվածքի կամ մասնակի ծածկույթով վերականգնում կամ կպցնում, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2920. Ատամնապսակի կրկնակի ցեմենտում կամ կպցնում - Սկզբնական բուժծառայություններ մատուցողն է պատասխանատու սարքած կամ լաբորատոր մշակում անցած ատամնապսակի սկզբնական տեղադրմանը հաջորդող առաջին 12 ամիսների ընթացքում բոլոր կրկնակի ցեմենտումների համար: Սկզբնական 1-ամսյա ժամկետից հետո սահմանափակումը՝ 1 անգամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2928. Հավաքովի ճենապակյա/կերամիկական ատամնապսակ, հիմնական ատամ, սահմանափակումը՝ 36 ամսվա մեջ 1 անգամ:	\$0
D2931. Հավաքովի չժանգոտվող պողպատից ատամնապսակ, հիմնական ատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2932. Հավաքովի խեժից ատամնապսակ, առջևի կաթնատամ, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D2933. Խեժապատ հավաքովի չժանգոտվող պողպատից ատամնապսակ՝ սահմանափակումը՝ 1 անգամ 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2940. Պաշտպանիչ վերականգնում, սահմանափակումը՝ 1 անգամ 6 ամսվա ընթացքում:	\$0
D2952. Շտիֆտը և հիմքը, ի հավելումն ատամնապսակի, անուղղակիորեն պատրաստված, ներառում է արմատախողովակի պատրաստումը, մեկ ատամի համար մեկ անգամ՝ անկախ տեղադրված շտիֆտների քանակից և միայն թույլատրելի ատամնապսակների հետ միասին (հավաքովի կամ լաբորատոր մշակված):	\$0
D2954. Հավաքովի շտիֆտը և հիմքը, ի հավելումն ատամնապսակի և հիմնական մետաղական շտիֆտ՝ ներառում է արմատախողովակի պատրաստումը, մեկ ատամի համար մեկ անգամ՝ անկախ տեղադրված շտիֆտների քանակից և միայն թույլատրելի ատամնապսակների հետ միասին (հավաքովի կամ լաբորատոր մշակված)՝ բուժված արմատախողովակով մշտական ատամների վրա:	\$0
D2976. Շրթայի կայունացում - մեկ ատամի համար - սահմանափակվում է յուրաքանչյուր ատամի համար կյանքում մեկ անգամ:	\$0
D2989. Ատամի փորում, որի արդյունքում որոշվում է անվերականգնելիությունը:	\$0
Էնդոդոնտիա (D3000-D3999)† D3110. Կակղանի ծածկում - ուղղակի (առանց վերջնական վերականգնման):	\$0
D3346. Նախկին արմատային խողովակի նորից բուժում, առջևի ատամ: Չի համարվում նպաստ, եթե կատարվում է սկզբնական բուժառայություններ մատուցողի կողմից սկզբնական բուժումից հետո 12 ամսվա ընթացքում:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

<p>Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ</p>	<p>Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար</p>
<p>Պարողոնտոլոգիա (D4000-D4999)† Ներառում է նախավիրահատական և հետվիրահատական բուժզննում և տեղային անզգայացմամբ բուժում:</p> <p>D4341. Ատամնաքարերի մաքրում, ատամների արմատախողովակների մշակում, չորս կամ ավելի ատամ յուրաքանչյուր քառամսյակում, սահմանափակումը՝ 1-ական այց ամեն քառամսյակում՝ 24 ամսվա ընթացքում:</p>	<p>\$0</p>
<p>D4342. Ատամնաքարերի մաքրում, ատամների արմատախողովակների մշակում, մեկից երեք ատամ յուրաքանչյուր քառամսյակում, սահմանափակումը՝ 1-ական այց ամեն քառամսյակում՝ 24 ամսվա ընթացքում:</p>	<p>\$0</p>
<p>D4346. Լնդերի ընդհանուր միջին կամ ծանր բորբոքման առկայությամբ ատամնաքարերի մաքրում՝ ամբողջ բերանի խոռոչը զննելուց հետո, D1110 կամ D4346, 6 ամսվա մեջ 1 անգամ:</p>	<p>\$0</p>
<p>D4355. Բերանի խոռոչի ընդհանուր սանացիա՝ համապարփակ պարողոնտալ ստուգման և ախտորոշման համար հաջորդ այցելության ժամանակ, սահմանափակումը՝ 1 բուժում՝ 12 անընդմեջ ամիսների ընթացքում:</p>	<p>\$0</p>
<p>D4910. Պարողոնտոլոգիական սպասարկում. նպաստը նախատեսված է միայն այն պացիենտների համար, ովքեր ապրում են որակավորված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում կամ միջանկյալ խնամքի հաստատությունում, և եթե ծառայությանը նախորդում են ատամնաքարերի մաքրման և արմատախողովակների մշակման (D4341-D4342) պրոցեդուրաներ, և այդ պրոցեդուրաները ավարտին են հասցվում, սահմանափակումը՝ 1 այց յուրաքանչյուր օրացուցային եռամսյակում՝ վերջին անգամ ատամնաքարերը մաքրելուց և արմատախողովակների մշակումից հետո հաջորդ 24 ամսվա ընթացքում:</p>	<p>\$0</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
<p>Պրոթեզավորում, շարժական պրոթեզներ (D5000-D5899)†</p> <p>Պրոթեզի վերաբազավորում, հավասարեցում և հարմարեցում, սահմանափակումը՝ 1 պրոթեզ՝ 12 անընդմեջ ամիսների ընթացքում: Պրոթեզի ամբողջական կամ մասնակի փոխարինման դեպքում պահանջվում է, որպեսզի առկա պրոթեզը 5+ տարի առաջ տեղադրված լինի: Նշում. Բոլոր թվարկված պրոթեզների համար ցանկացած շարժական պրոթեզի, վերաբազավորման, հյուսվածքների կարգավորման կամ վերանորոգման համար համավճարը ներառում է բոլոր ճշգրտումները, որոնք անհրաժեշտ են սպասարկման օրվանից վեց ամիս հետո: Դուք պետք է շարունակեք համապատասխանել ծառայությունը ստանալու համար անհրաժեշտ պայմաններին, և ծառայությունը պետք է մատուցվի Պայմանագրով ամրագրված ատամնաբուժական բուժհաստատությունում, որտեղ սկզբնապես տեղադրվել է պրոթեզը:</p>	
D5110. Ամբողջական պրոթեզ, վերձնոտային:	\$0
D5120. Ամբողջական պրոթեզ՝ ստորձնոտային:	\$0
D5130. Անմիջական պրոթեզ՝ վերձնոտային:	\$0
D5140. Անմիջական պրոթեզ՝ ստորձնոտային:	\$0
D5410. Ամբողջական վերձնոտային պրոթեզի հարմարեցում, մեկ անգամ՝ ծառայության մատուցման ժամանակ, 2 անգամ՝ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5411. Ամբողջական ստորձնոտային պրոթեզի հարմարեցում, մեկ անգամ՝ ծառայության մատուցման ժամանակ, 2 անգամ՝ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5511. Կոտրված վերձնոտային ամբողջական պրոթեզի վերաբազավորում: Մեկ ատամ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար ծառայության մատուցման օրը, սահմանափակում՝ 2 ատամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5512. Կոտրված ստորձնոտային ամբողջական պրոթեզի վերաբազավորում: Մեկ ատամ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար ծառայության մատուցման օրը, սահմանափակում՝ 2 ատամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D5520. Բացակա կամ կոտրված ատամների փոխարինում, ամբողջական պրոթեզ (յուրաքանչյուր ատամի համար), առավելագույնը 4 ատամ՝ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար մինևույն բուժծառայություններ մատուցողի մոտ մեկ այցի ժամանակ, սահմանափակում՝ երկու ատամ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5611. Խեժից մասնակի պրոթեզի վերաբազավորում, ստորձնոտային: Մեկ ատամ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար ծառայության մատուցման օրը, սահմանափակում՝ 2 ատամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5612. Խեժից մասնակի պրոթեզի վերաբազավորում, վերձնոտային: Մեկ ատամ յուրաքանչյուր ատամնաշարի համար ծառայության մատուցման օրը, սահմանափակում՝ 2 ատամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5730. Վերձնոտային պրոթեզի ամբողջական վերաբազավորում (ատամնաբուժական աթոռին), սահմանափակում՝ 1 անգամ՝ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5731. Վերձնոտային պրոթեզի ամբողջական վերաբազավորում (ատամնաբուժական աթոռին), սահմանափակում՝ 1 անգամ՝ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5750. Վերձնոտային պրոթեզի (լաբորատոր) ամբողջական վերաբազավորում, սահմանափակում՝ 1 անգամ՝ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5751. Ստորձնոտային ամբողջական պրոթեզի (լաբորատոր) վերաբազավորում, սահմանափակում՝ 1 անգամ՝ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5850. Վերձնոտային պրոթեզի հարմարեցում, սահմանափակում՝ 2 անգամ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 36 ամսվա ընթացքում:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D5851. Ստորձնտային պրոթեզի հարմարեցում, սահմանափակում՝ 2 անգամ յուրաքանչյուր պրոթեզի համար 36 ամսվա ընթացքում:	\$0
D5863. Վերձնտային ամբողջական հանովի պրոթեզ, սահմանափակում՝ 1 անգամ 5 տարվա ընթացքում:	\$0
D5865. Ստորձնտային ամբողջական հանովի պրոթեզ, սահմանափակում՝ 1 անգամ 5 տարվա ընթացքում:	\$0
<p>Իմպլանտավորման ծառայություններ (D6000-D6199)†</p> <p>Ծառայության համար տրամադրվում է նպաստ միայն այն դեպքում, երբ ծառայությունը ստանալու համար ներկայացնում են դրա անհրաժեշտությունը հիմնավորող փաստաթղթեր, և դիմումը վերանայվում է՝ բժշկական անհրաժեշտության վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար: Անհրաժեշտ է նախնական թույլատվություն: Տե՛ս նաև սահմանափակումները և/կամ բացառությունները: Սկզբնական բուժծառայություններ մատուցողն է պատասխանատու իմպլանտի/աբատմենտի սկզբնական տեղադրումից հետո առաջին 12 ամիսների ընթացքում բոլոր կրկնակի ցեմենտումների համար: Մահմանափակում՝ նույն բուժծառայություններ մատուցողի մոտ այց, 1 անգամ՝ նախորդ ցեմենտումից հետո 12 ամսվա ընթացքում:</p>	
D6092. Իմպլանտի/աբատմենտի կրկնակի ցեմենտում կամ կպցնում:	\$0
D6093. Իմպլանտի/աբատմենտի վրա ֆիքսված մասնակի պրոթեզի կրկնակի ցեմենտում կամ կպցնում:	\$0
D6096. Իմպլանտի կոտրված ֆիքսող պտուտակի հեռացում:	\$0
D6100. Իմպլանտի վիրահատական հեռացում:	\$0
D6105. Իմպլանտի հեռացում, որի համար չի պահանջվում ոսկրի հեռացում կամ վերոսկրյա լորձաթաղանթային շերտի բարձրացում:	\$0
D6197. Վերականգնող նյութի փոխարինում, որն օգտագործվում է պտուտակով ամրացված իմպլանտի վրա հենվող պրոթեզի մուտքի բացվածքը փակելու համար՝ յուրաքանչյուր իմպլանտի համար:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
<p>Պրոթեզավորում, ֆիքսված պրոթեզ (D6200-D6999)†</p> <p>Յուրաքանչյուր ֆիքսատոր կամ պրոթեզի կամուրջի մաս ֆիքսված մասնակի ատամնային պրոթեզի կամ կամուրջի մաս է կազմում: Ատամնապսակի, պրոթեզի կամուրջի որևէ մասի, արտաքին ներդրուկի, ներքին ներդրուկի կամ որևէ այլ մասի փոխարինման դեպքում պահանջվում է, որպեսզի առկա պրոթեզի կամուրջը տեղադրված լինի 5+ տարի առաջ:</p>	
<p>D6930. Մասնակի պրոթեզի կրկնակի ցեմենտում կամ կպցնում:</p>	\$0
<p>D6999. Ֆիքսված պրոթեզավորման հետ կապված այստեղ չնշված պրոցեդուրա՝ ըստ ցուցումի:</p>	\$0
<p>Բերանի և դիմաձնտտային վիրահատություն (D7000-D7999)†</p> <p>Ներառում է նախավիրահատական և հետվիրահատական բուժզննում և տեղային անզգայացմամբ բուժում:</p> <p>D7111. Կաթնատամի հեռացում, պսակի մնացորդների հեռացում:</p>	\$0
<p>D7140. Հեռացում, ատամի ծկլթման խնդիր կամ բաց արմատ (բարձրացում և/կամ ատամնաբուժական աքցանով հեռացում):</p>	\$0
<p>D7210. Հեռացում, ատամի ծկլթման խնդիր, որը պահանջում է ոսկրի հեռացում և/կամ ատամի կտրում, և ներառում է վերոսկրյա լորձաթաղանթային շերտի բարձրացում, եթե նշված է:</p>	\$0
<p>D7220. Վնասված ատամի հեռացում՝ փափուկ հյուսվածք:</p>	\$0
<p>D7230. Վնասված ատամի հեռացում՝ մասնակի ոսկրով:</p>	\$0
<p>D7240. Վնասված ատամի հեռացում՝ ամբողջ ոսկրով:</p>	\$0

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D7241. Վնասված ատամի հեռացում՝ ամբողջ ոսկրով՝ արտակարգ վիրահատական բարդություններ ունեցող:	\$0
D7250. Արմատների մնացորդների հեռացում (կտրման պրոցեդուրա):	\$0
D7270. Ատամի կրկնակի իմպլանտացիա և/կամ պատահաբար վնասված կամ տեղաշարժված ատամի կայունացում՝ միայն առջևի մշտական ատամների դեպքում՝ յուրաքանչյուր կամարի համար մեկ անգամ:	\$0
D7284. Փոքր թթագեղձերի էքսցիզացիոն բիոպսիա:	\$0
D7286. Բերանի խոռոչի հյուսվածքների բիոպսիա, փափուկ հյուսվածքներ, չի ներառում պաթոլոգիական լաբորատոր գործընթացները:	\$0
Լրացուցիչ ընդհանուր ծառայություններ (D9000-D9999)†	
D9110. Ատամնացավի ամոքիչ բուժում՝ ամեն այցի համար:	\$0
D9210. Տեղային անզգայացում, որը կապված չէ օպերատիվ կամ վիրահատական միջամտությունների հետ:	\$0
D9211. Տեղային անզգայացում:	\$0
D9212. Եռվորյակ նյարդի տեղային անզգայացում:	\$0
D9215. Տեղային անզգայացում, որը կապված է օպերատիվ կամ վիրահատական միջամտությունների հետ:	\$0
D9222. Խորը ցավազրկում/ընդհանուր անզգայացում՝ առաջին 15 րոպեն:	\$0
D9223. Խորը ցավազրկում/ընդհանուր անզգայացում՝ ամեն 15 րոպեն մեկ դոզան լրացնելով:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D9230. Ազոտի օքսիդի/հանգստացնող միջոցի ներշնչում՝ ցավազրկման համար:	\$0
D9239. Ներերակային եղանակով ներմուծվող միջին աստիճանի (գիտակցության պահպանումով) ցավազրկող/անալգետիկա՝ առաջին 15 րոպեների ընթացքում:	\$0
D9243. Ներերակային եղանակով ներմուծվող միջին աստիճանի (գիտակցության պահպանումով) ցավազրկում/անզգայացում՝ յուրաքանչյուր 15 րոպեի մեկ դրոգան լրացնելով:	\$0
D9248. Ոչ երակային եղանակով ներմուծվող միջին աստիճանի (գիտակցության պահպանումով) ցավազրկում: Մահմանափակում՝ մեկ անգամ յուրաքանչյուր ծառայության մատուցման ընթացքում:	\$0
D9310. Խորհրդատվություն՝ ախտորոշիչ ծառայություն, որը տրամադրում է ոչ ուղեգրող ատամնաբույժը կամ թերապևտը: Այս ծառայության համար գումար կգանձվի այնպես, ինչպես D0120, D0140, D0150 կամ D0160 կոդերով նշված ախտորոշիչ ծառայությունների համար:	\$0
D9311. Առողջապահական ոլորտի մասնագետների խորհրդատվություն:	\$0
D9430. Բուժզննման նպատակով այց բժշկի աշխատասենյակ (սովորական նշանակված ժամերին), այլ ծառայություններ չեն մատուցվում: Մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր ծառայության մատուցման ընթացքում:	\$0
D9440. Այց բժշկի աշխատասենյակ սովորական նշանակված ժամերից հետո՝ մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր ծառայության մատուցման ընթացքում և միայն նպաստ տրամադրվող բուժման համար:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
D9910. Անզգայացնող դեղորայքի կիրառում, միայն մշտական ատամների համար, սահմանափակում՝ 1 անգամ 12 ամսվա ընթացքում:	\$0
D9930. Բարդացումների բուժում (հետվիրահատական) - արտակարգ իրավիճակներում՝ ըստ ցուցումի: Մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր ծառայության մատուցման ընթացքում:	\$0
D9986. Բաց թողնված այց՝ առանց 24 ժամ առաջ տեղեկացնելու:	\$0
D9987. Չեղարկված այց՝ առանց 24 ժամ առաջ տեղեկացնելու:	\$0
D9990. Սերտիֆիկացված թարգմանչի կամ ժեստերի լեզվի թարգմանչի ծառայություններ՝ ըստ այցի:	\$0
D9991: Ատամնաբուժական պատմության կառավարում՝ այցերի կարգավորում:	\$0
D9992. Ատամնաբուժական պատմության կառավարում՝ բուժման համակարգում:	\$0
D9995. Հեռաատամնաբուժություն՝ սինխրոն, իրական ժամանակում:	\$0
D9996. Հեռաատամնաբուժություն՝ ասինխրոն, տեղեկատվությունը պահպանվում և ուղարկվում է ատամնաբույժին՝ համապատասխան քննության համար:	\$0



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

<p>Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ</p>	<p>Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար</p>
<p>Ատամների բուժում՝ արտակարգ իրավիճակում*†</p> <p>Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ատամների բուժում՝ արտակարգ իրավիճակում, դուք պետք է կապ հաստատեք ձեզ նշանակված DeltaCare USA-ի ատամնաբույժի կամ Delta Dental-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ 1-877-644-1774 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը, Արևելյան ստանդարտ ժամանակ (EST), շաբաթը 7 օր, հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը, EST, (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711):</p> <ul style="list-style-type: none"> • DeltaCare USA-ի կողմից նշանակված ատամնաբույժի մոտ փոխհատուցվող բուժում՝ արտակարգ իրավիճակում: 	<p style="text-align: center;">\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • DeltaCare USA-ի կողմից նշանակվածից տարբեր ատամնաբույժի մոտ արտակարգ իրավիճակում փոխհատուցվող բուժման սահմանաչափը կազմում է \$100՝ հանած ծախսերի ձեր մասնաբաժինը: Ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակում փոխհատուցվող օգնությունը սահմանափակվում է ձեր վիճակի կայունացման համար անհրաժեշտ բուժումով և ցավամոքման հատկացումով: Բացի այդ, եթե առկա չեն ստորև նշված պայմանները, դուք եք կրում ատամնաբուժական ծառայության ամբողջ արժեքի պատասխանատվությունը՝ <p>Դուք ողջամիտ փորձ եք կատարել կապ հաստատելու ձեզ նշանակված DeltaCare USA-ի ատամնաբույժի հետ, և նա չի կարողացել ձեզ ընդունել 24 ժամվա ընթացքում, կամ դուք գտնում եք, որ ձեր վիճակում խելամիտ կամ հնարավոր չէ այցելել ձեզ նշանակված DeltaCare USA-ի ատամնաբույժին: Եթե դուք նոր անդամ եք և դեռևս չունեք նշակակված ատամնաբույժ, դուք պետք է կապ հաստատեք Delta Dental-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ DeltaCare USA-ի ատամնաբույժ գտնելու հարցում օգնության համար:</p>	<p>Դուք եք վճարում առավելագույն \$100-ը գերազանցող ցանկացած վճարման համար:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ձեզ համար փոխհատուցվող ծառայություններ	Ինչքան պետք է վճարեք այս ծառայությունների համար
<ul style="list-style-type: none"> • Դուք զանգահարել եք Delta Dental-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ արտակարգ իրավիճակում ատամնաբուժական ծառայություն ստանալուց առաջ, կամ ավելի ճիշտ եք գտել արտակարգ իրավիճակում ատամնաբուժական ծառայություն ստանալ՝ առանց Delta Dental-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ կապ հաստատելու՝ հաշվի առնելով ձեր վիճակը և հանգամանքները: • Արտակարգ իրավիճակում ատամնաբուժական ծառայությունների փոխհատուցման պահանջագիրը պետք է ներկայացվի Delta Dental-ին՝ բուժումից 90 օր անց, եթե դուք չհիմնավորեք, որ այդ ժամկետում հնարավոր չէր ներկայացնել պահանջագիր: Այս դեպքում հայցը պետք է ստացվի բուժման օրվանից հետո մեկ տարվա ընթացքում: Ուղարկեք ձեր հայցը Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023: 	

E. Մեր պանից դուրս տրամադրվող նպաստներ

Մեր պլանը չի փոխհատուցում հետևյալ ծառայությունների համար, սակայն դրանք հասանելի են Original Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի վճարովի ծառայությունների շրջանակում:

E1. Կալիֆոռնիայի համայնքային աղապտացման ծրագիր (California Community Transitions, CCT)

Կալիֆոռնիայի համայնքային աղապտացման ծրագրով (CCT) տեղական գլխամասային կազմակերպությունները փորձում են օգնել Medi-Cal-ից օգտվելու իրավունք ունեցող այն շահառուներին, ովքեր առնվազն 90 օր անընդմեջ մնացել են ստացիոնար հաստատությունում, աղապտացվել կամ իրենց ապահով զգալ համայնքում: CCT ծրագիրը ֆինանսավորում է աղապտացման ծառայությունների համար մինչաղապտացիոն շրջանում և 365 օր հետաղապտացիոն շրջանում՝ օգնելով շահառուներին վերադառնալ համայնք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք կարող եք ստանալ ադապտացման ծառայություններ ցանկացած CCT գլխամասային կազմակերպությունից, որը սպասարկում է ձեր վարչաշրջանում: Դուք կարող եք գտնել CCT գլխամասային կազմակերպությունների և այն վարչաշրջանների ցանկը, որոնք նրանք սպասարկում են, Առողջապահական ծառայությունների վարչության վեբկայքում՝ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

CCT-ի ադապտացիայի համակարգման ծառայությունների համար

Medi-Cal-ը վճարում է ադապտացիայի համակարգման ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

CCT-ի ադապտացման ծրագրին չառնչվող ծառայությունների համար

Ծառայություններ մատուցողը մեզ հաշիվ է ներկայացնում ձեզ մատուցած ծառայությունների համար: Մեր պլանը վճարում է այն ծառայությունների համար, որոնք մատուցվել են ձեր ադապտացիոն շրջանից հետո: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Քանի դեռ դուք ստանում եք CCT ադապտացիայի ծառայություններ, մենք վճարում ենք **D քաժնի** Նպաստների ցանկում նշված ծառայությունների համար:

Փոփոխություններ չկան դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթում

CCT ծրագիրը չի փոխհատուցում դեղորայքի համար: Դուք շարունակում եք ստանալ ձեր պլանով նախատեսված դեղերի սովորական նպաստը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնակի 5-րդ գլուխը**:

Նշում՝ Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ CCT-ի կողմից տրամադրվող ադապտացման ծառայություններ, զանգահարեք ձեր բուժխնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ CCT-ի կողմից տրամադրվող ադապտացման ծառայությունները **չեն** առնչվում որևէ հաստատության կամ հիմնարկի կողմից տրամադրվող անցումային ադապտացման ծառայություններին:

E2. Medi-Cal Dental ծրագիր

Որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ հասանելի են Medi-Cal Dental ծրագրով, ներառյալ բայց չսահմանափակվելով հետևյալ ծառայություններով՝

- Սկզբնական բուժզննում, ռենտգեն, մաքրումներ և ֆտորով մշակումներ:
- Ատամի վերականգնում և ատամնապսակներ:
- Արմատախողովակների բուժում:
- Մասնակի և ամբողջական պրոթեզներ, կորեկցիա, վերանորոգում և վերահենքավորում:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Ատամնաբուժական նպաստները հասանելի են Medi-Cal ատամնաբուժական ծրագրով՝ որպես վճարովի ծառայություններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ օգնության համար՝ Medi-Cal ծրագրով աշխատող ատամնաբույժ գտնելու հարցում, կապվեք Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հետ՝ **1-800-322-6384** հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-735-2922** հեռախոսահամարով): Չանգն անվճար է: Medi-Cal Dental ծառայությունների ծրագրի աշխատողները պատրաստ են ձեզ օգնել երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը: Կարող եք նաև այցելել հետևյալ կայքէջը՝ <https://smilecalifornia.org/> լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Բացի Medi-Cal Dental Fee-For-Service ծրագրից, դուք կարող եք ստանալ ատամնաբուժական նպաստներ ատամնաբուժական բուժխնամքի կառավարման պլանի շրջանակներում: Ատամնաբուժական կառավորվող բուժխնամքի ծրագիրը հասանելի է Los Angeles վարչաշրջանում: Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ ատամնաբուժական պլանների վերաբերյալ կամ ցանկանում եք փոխել ատամնաբուժական պլանները, կապ հաստատեք «Բուժխնամքի տարբերակների» գրասենյակի հետ՝ **1-800-430-4263** հեռախոսահամարով (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով)՝ երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան 8:00-ից երեկոյան 6:00-ը: Չանգն անվճար է:

Մեր պլանն առաջարկում է լրացուցիչ ատամնաբուժական ծառայություններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար անցեք **D բաժնի** Նպաստների աղյուսակը:

E3. Հոսփիսային խնամք

Դուք իրավունք ունեք ընտրելու հոսփիսային խնամք, եթե ձեր բուժառայություններ մատուցողը և հոսփիսի տնօրենը որոշեն, որ դուք անբուժելի հիվանդ եք: Դա նշանակում է, որ դուք ունեք անբուժելի հիվանդություն և ենթադրվում է, որ ձեզ մնացել է ապրելու վեց ամիս կամ ավելի քիչ ժամանակ: Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ի կողմից հավաստագրված ցանկացած հոսփիսային ծրագրով: Պլանը պետք է օգնի ձեզ գտնել Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսային ծրագրեր: Ձեր հոսփիսի բժիշկը կարող է լինել ինչպես ցանցային, այնպես էլ ոչ ցանցային բուժառայություններ մատուցող:

Տե՛ս **D բաժնի** Նպաստների ցանկը՝ տեղեկանալու համար, թե ձեր հոսփիսային խնամքի ծառայությունների համար ինչ վճարներ ենք մենք կատարում:

Հոսփիսային և Medicare-ի A կամ B մասով փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնք կապված են ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ

- Հոսփիսի բուժառայություններ մատուցողը ձեզ մատուցած ծառայությունների համար հաշիվ է ներկայացնում Medicare-ին: Medicare-ն է վճարում հոսփիսային խնամքի համար, որը կապված է ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Medicare-ի A կամ B մասով փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնք կապված չեն ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ

- Բուժծառայություններ մատուցողը ձեզ մատուցած ծառայությունների համար հաշիվ է ներկայացնում Medicare-ին: Medicare-ը կվճարի Medicare-ի A կամ B մասի ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չենք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Դեղեր, որոնք կարող են փոխհատուցվել՝ որպես Medicare-ի պլանի D մասի նպաստ

- Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ թե՛ հոսփիսի, և թե՛ մեր պլանի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս Անդամի ձեռնարկի **5-րդ գլուխը**:

Նշում՝ Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ոչ հոսփիսային խնամք, զանգահարեք ձեր բուժխնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ հոսփիսային խնամքն այն խնամքն է, որը կապված չէ ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման հետ:

E4. Ներտնային աջակցման ծառայություն (IHSS)

- IHSS ծրագիրը կօգնի վճարել ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի կարողանաք ապահով մնալ ձեր սեփական տանը: IHSS-ը տանից դուրս խնամքի այլընտրանք է, ինչպես օրինակ՝ ձերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները:
- IHSS ծրագրով թույլատրվող ծառայությունների տեսակներն են՝ տան մաքրություն, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերքի գնում, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիքների և միզապարկի խնամք, լոզանք, հարդարանք և բուժօգնություն), բժշկական հանդիպումներին ուղեկցելը և մտավոր խնդիրներ ունեցողների պաշտպանական հսկողությունը:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել ձեզ դիմել IHSS-ի համար ձեր վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալություն:
 - Լոս Անջելես վարչաշրջանի հանրային սոցիալական ծառայությունների վարչություն, հեռախոս՝ **1-866-613-3777** (TTY 711):
 - Օրինջ վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների վարչություն, հեռախոս՝ **1-855-541-5411** (TTY 711):
 - Ռիվերսայդ վարչաշրջանի հանրային սոցիալական ծառայությունների բաժին, հեռախոս՝ **1-877-410-8827** (TTY 711):
 - Սան Բեռնարդինո վարչաշրջանի ծերերի և մեծահասակների ծառայություններ, հեռախոս՝ **1-909-891-3900** (TTY 711):
 - Սան Դիեգո վարչաշրջանի առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն **1-866-262-9881** (TTY 711):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

E5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver**Աջակցությամբ ապրելուց հրաժարման ծրագիր (ALW)**

- ALW ծրագիրը Medi-Cal-ի իրավասու շահառուներին առաջարկում է աջակցվող բնակավայրում բնակվելու ընտրություն՝ որպես ծերերի հաստատությունում երկարատև բնակության այլընտրանք: ALW-ի նպատակն է հեշտացնել ծերերի հաստատությունից անցումը դեպի տնային և համայնքային միջավայր կամ կանխել ընդունելությունը ծերերի հաստատություն այն շահառուների համար, ովքեր այդպիսի հաստատությունում տեղավորվելու անմիջական կարիք ունեն:
- Այն անդամները, ովքեր գրանցված են ALW-ում և անցել են Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքին, կարող են մնալ ALW-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրված նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր ALW խնամքի համակարգող գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ ALW դիմելու հարցում:

Չարգացման հաշմանդամություն ունեցող Կալիֆորնիայի բնակիչների համար HCBS-ից հրաժարումը (HCBS-DD)**California Self-Determination ծրագրից (SDP) հրաժարում զարգացման հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար**

- Գոյություն ունեն 1915(c) երկու հրաժարման ծրագրեր՝ HCBS-DD և SDPը, որոնք ծառայություններ են մատուցում այն մարդկանց, ում մոտ ախտորոշվել է զարգացման հաշմանդամություն, որը սկսվում է մինչև անհատի ծննդյան 18-ամյակը և ակնկալվում է, որ այն կշարունակվի անորոշ ժամանակով: Երկու ծրագրերն էլ որոշակի ծառայություններ ֆինանսավորելու միջոցներ են, որոնք թույլ են տալիս զարգացման հաշմանդամություն ունեցող անձանց ապրել տանը կամ համայնքում, այլ ոչ թե բնակվել լիցենզավորված առողջապահական հաստատությունում: Այս ծառայությունների ծախսերը համատեղ ֆինանսավորվում են դաշնային կառավարության Medicaid ծրագրի և Կալիֆորնիայի նահանգի կողմից: Ձեր խնամքի համակարգողը կարող է օգնել ձեզ մասնակցելու DD հրաժարման ծառայություններին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Հրաժարում տնային և համայնքի վրա հիմնված այլընտրանքային (HCBA) խնամքից

- HCBA ծրագիրը խնամքի կառավարման ծառայություններ է տրամադրում ծերանոցում կամ տարեցների հաստատությունում տեղավորման ռիսկի տակ գտնվող անձանց: Խնամքի կառավարման ծառայությունները տրամադրվում են բազմապլան խնամքի կառավարման թիմի կողմից, որը բաղկացած է բուժքույրից և սոցիալական աշխատողից: Թիմը համակարգում է հրաժարման և պետական պլանի ծառայությունները (օրինակ՝ բժշկական, հոգեկան առողջություն, տնային աջակցության ծառայություններ և այլն) և կազմակերպում է տեղական համայնքում հասանելի այլ երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն: Խնամքի կառավարումը և հրաժարման ծառայությունները տրամադրվում են մասնակցի բնակավայրում, իր համայնքում: Այդ բնակավայրը կարող է լինել մասնավոր սեփականություն՝ ապահովված վարձակալության պայմանագրով, կամ մասնակցի ընտանիքի անդամի բնակության վայրը:
- Այն անդամները, ովքեր գրանցված են HCBA-ում և անցել են Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող խնամքին, կարող են մնալ HCBA-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրված նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր HCBA խնամքից հրաժարման գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու նպատակով:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ ALW դիմելու հարցում:

Medi-Cal Waiver ծրագիր (MCWP)

- Medi-Cal Waiver ծրագիրը (MCWP) ապահովում է դեպքերի համապարփակ կառավարում և անմիջական խնամքի ծառայություններ ՄԻԱՎ-ով ապրող անձանց՝ որպես խնամքի կենտրոնի կամ հիվանդանոցի այլընտրանք: Գործի կառավարումը մասնակցի վրա կենտրոնացած, թիմային մոտեցում է, որին մասնակցում են դիպլոմավորված բուժքույրը և սոցիալական աշխատանքի ղեկավարը: Գործի մենեջերները աշխատում են մասնակցի և առաջնային խնամքի մատակարարների, ընտանիքի, խնամակալների և այլ ծառայություններ մատուցողների հետ՝ խնամքի կարիքները գնահատելու համար, որպեսզի մասնակցին իր տանը մնա՝ իր համայնքում:
- MCWP-ի նպատակներն են. (1) տրամադրել տնային և համայնքային ծառայություններ ՄԻԱՎ-ով վարակված անձանց, որոնց համար հակառակ դեպքում կարող են պահանջվել ինստիտուցիոնալ ծառայություններ, (2) աջակցել մասնակցներին ՄԻԱՎ-ով առողջության կառավարման հարցում, (3) բարելավել սոցիալական և հոգեկան առողջության աջակցության հասանելիությունը և (4) համակարգել ծառայություններ մատուցողներին և վերացնել ծառայությունների կրկնօրինակումը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Այն անդամները, ովքեր գրանցված են MCWP-ում և անցել են Medi-Cal-ի կողմից ղեկավարվող խնամքի, կարող են մնալ MCWP-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրվող նպաստները: Մեր պլանը համագործակցում է ձեր MCWP խնամքից հրաժարվելու գործակալության հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու նպատակով:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ MCWP դիմելու հարցում:

Multipurpose Senior Services ծրագիր (MSSP)

- Տարեցների համալիր ծառայությունների ծրագիրը (MSSP) տրամադրում է ինչպես սոցիալական, այնպես էլ առողջապահական խնամքի կառավարման ծառայություններ՝ օգնելու անհատներին մնալ իրենց տներում և համայնքներում:
- Թեև ծրագրի մասնակիցների մեծ մասը ստանում է նաև տնային աջակցության ծառայություններ, MSSP-ն ապահովում է շարունակական խնամքի համակարգում, օգնում է մասնակիցներին կապ հաստատել այլ անհրաժեշտ համայնքային ծառայությունների և ռեսուրսների հետ, համակարգելով առողջապահական ծառայություններ մատուցողների հետ և վճարում որոշ անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք այլ կերպ հասանելի չէին լինի խնամքի ինստիտուցիոնալացումը կանխելու կամ հետաձգելու համար: Խնամքի կառավարման և այլ ծառայությունների ընդհանուր տարեկան համակցված արժեքը պետք է ավելի ցածր լինի, քան փորձված խնամքի կենտրոնում խնամք ստանալու արժեքը:
- Առողջապահության և սոցիալական ծառայության մասնագետների թիմը MSSP-ի յուրաքանչյուր մասնակցի համար իրականացնում է առողջության և հոգեւոցիալական ամբողջական գնահատում՝ անհրաժեշտ ծառայությունները որոշելու համար: Այնուհետև թիմն աշխատում է MSSP-ի մասնակցի, բժշկի, ընտանիքի և այլոց հետ՝ անհատական խնամքի ծրագիր մշակելու համար: Ծառայությունները ներառում են՝
 - Խնամքի ղեկավարում:
 - Մեծահասակների շուրջօրյա խնամք:
 - Տան թեթև վերանորոգում/տեխնիկական սպասարկում:
 - Լրացուցիչ տնային աշխատանք, անձնական խնամք և պաշտպանիչ վերահսկողության ծառայություններ:
 - Հանգստի ծառայություններ:
 - Տրանսպորտային ծառայություններ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Խորհրդատվական և բուժական ծառայություններ:
- Սննդի ծառայություններ:
- Կապի ծառայություններ:
- Այն անդամները, ովքեր գրանցված են MSSP-ում և օգտվում են Medi-Cal-ի կողմից դեկավարվող խնամքից, կարող են մնալ MSSP-ում՝ միաժամանակ ստանալով մեր պլանի կողմից տրամադրվող նպաստները: Մեր պլանն աշխատում է ձեր MSSP մատակարարի հետ՝ ձեր ստացած ծառայությունները համակարգելու համար:
- Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի ձեզ MSSP դիմելու հարցում:

E6. Տեղական կրթական գործակալության (LEA) գնահատման ծառայություններ

Health Plan պատասխանատվություն չի կրում LEA գնահատման ծառայությունների փոխհատուցման համար, ինչպես նշված է CCR 22-րդ գլխի 51360(b) բաժնում, որոնք տրամադրվում են այն անդամներին, ովքեր համապատասխանում են LEA ծառայություններ ստանալու պայմաններին՝ CCR 22-րդ գլխի 51190.1 բաժնի համաձայն:

E7. CCR 22-րդ բաժնի 51360 կետում նշված LEA ծառայություններ

Health Plan պատասխանատվություն չի կրում LEA գնահատման ծառայությունների փոխհատուցման համար, որոնք տրամադրվել են ըստ Կրթության օրենսգրքի 56340 բաժնով սահմանված Անհատականացված կրթության ծրագրի (Individualized Education Plan, IEP) կամ Պետական օրենսգրքի 95020 բաժնով սահմանված Անհատականացված ընտանեկան ծառայությունների ծրագրի (Individualized Family Service Plan, IFSP) կամ CCR 22-րդ գլխի 51360 բաժնում նկարագրված Անհատականացված առողջության և աջակցության ծրագրի (Individualized Health and Support Plan, IHSP) շրջանակներում՝ LEA ծառայությունների համար:

E8. Շիճուկի ալֆա-ֆետոպրոտեինի թեստավորման պետական ծրագրի շրջանակներում մատուցված լաբորատոր ծառայություններ

Շիճուկի ալֆա-ֆետոպրոտեինի թեստավորման պետական ծրագրի շրջանակներում մատուցված լաբորատոր ծառայությունների համար փոխհատուցումը տրամադրվում է FFS Medi-Cal ծրագրով:

E9. Աղոթք կամ հոգևոր բժշկություն

Աղոթքը կամ հոգևոր բժշկության ծառայությունները, ինչպես նշված է CCR 22-րդ գլխի 51312 բաժնում, հասանելի են FFS Medi-Cal ծրագրով: Այս ծառայություններից օգտվելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար կապ հաստատեք ձեր վարչաշրջանի հետ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

F. Մեր պլանի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից չփոխհատուցվող նպաստներ

Այս բաժնում նույնպես տեղեկություններ կան այն նպաստների մասին, որոնք բացառված են մեր ապահովագրական պլանով: «Բացառված» նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այդ նպաստների համար: Medicare-ը և Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարում դրանց համար:

Ստորև ցանկում ներկայացված են որոշ ծառայություններ և պարագաներ, որոնք չեն փոխհատուցվում կամ որոշ դեպքերում բացառվում են մեր կողմից:

Մենք չենք վճարում այս բաժնում (կամ սույն **Անդամի ձեռնարկի** մյուս բաժիններում) նշված բացառված բժշկական նպաստների համար՝ բացառությամբ նշված որոշ դեպքերի: Եթե անգամ դուք ստանում եք այդ ծառայությունները շտապ բուժօգնության հաստատությունում, պլանը չի վճարի այդ ծառայությունների համար: Եթե դուք գտնում եք, որ մեր պլանը պետք է վճարի չփոխհատուցվող ծառայության համար, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկումների վերաբերյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

Բացի Նպաստների աղյուսակում նշված բոլոր բացառություններից կամ սահմանափակումներից, մեր պլանը չի փոխհատուցում հետևյալ պարագաների ու ծառայությունների համար՝

- Այն ծառայությունները, որոնք ըստ Medicare-ի և Medi-Cal-ի չափանիշների համարվում են «ոչ ողջամիտ և բժշկական տեսանկյունից ոչ անհրաժեշտ», քանի դեռ այդ ծառայությունները մենք չենք նշում որպես փոխհատուցվող: Բացառությունը չի կիրառվում այն պարագաների կամ ծառայությունների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում Original Medicare ծրագրով, բայց փոխհատուցվում են մեր պլանով:
- Փորձարարական դեղորայքային կամ վիրահատական պրոցեդուրաներ, սարքավորումներ և դեղամիջոցներ: Փորձարարական պրոցեդուրաները և պարագաները ենթադրում են Original Medicare-ի կողմից սահմանված այն պարագաներն ու պրոցեդուրաները, որոնք ընդհանուր առմամբ չեն ընդունվում բժշկական հանրության կողմից: Դրանք կարող են փոխհատուցվել Original Medicare-ի կողմից՝ Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության պայմանների համաձայն: (Տե՛ս 3-րդ գլուխը՝ կլինիկական հետազոտությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար):
- Առանձին սենյակ հիվանդանոցում՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ բժշկական տեսանկյունից դա անհրաժեշտ է:
- Անձնական հերթապահ բուժքույրեր:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Հիվանդանոցի կամ խնամքի հաստատության ձեր սենյակում անձնական իրեր:
- Մշտական բուժքույրական խնամք ձեր տանը:
- Վճարներ, որոնք գանձվել են ձեր մոտ հարազատների կամ ձեր ընտանիքի անդամների կողմից:
- Ընտրովի կամ կամավոր առողջության բարելավման պրոցեդուրաներ կամ ծառայությունների ստացում (ներառյալ՝ քաշի կորուստի, մազերի թափվելու կամ աճի, սեռական կարողության բարձրացման, սպորտային արդյունքների բարելավման, կոսմետիկ, հակատարիքային միջոցառումների և մտավոր կարողության բարձրացման ուղղությամբ), բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են:
- Խիրուրգական խնամք, բացառությամբ ողնաշարի մանուալ թերապիայի այն ծառայությունների, որոնք նշված են ապահովագրական ծածկույթի ուղեցույցում:
- Ոտքերի սովորական խնամք, բացառությամբ այն ծառայությունների, որոնք նշված են Նպաստների աղյուսակի «Պոդիատրիկ ծառայություններ» բաժնի Բ-ում:
- Օրթոպեդիկ կոշիկներ կամ օժանդակ սարքեր, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ կոշիկները ոտքի ֆիքսատորների մաս են կազմում և մտնում են ֆիքսատորների արժեքի մեջ, կամ էլ կոշիկները նախատեսված են շաքարային դիաբետով հիվանդի ոտքի համար:
- Տեսողության ուղղման վիրահատություններ (օրինակ՝ LASIK վիրահատություն):
- Արգանդափողերի անցանելության գործընթացներ: Նկատի ունեցեք, որ առանց դեղատոմսի հակաբեղմնավորիչ դեղամիջոցները ապահովագրվում են Medi-Cal Rx-ի կողմից:
- Նատուրոպատի ծառայություններ (բնական կամ այլընտրանքային բուժման մեթոդների կիրառում):
- Վետերանների գործերով (VA) զբաղվող հաստատություններում վետերաններին մատուցվող ծառայություններ: Սակայն, երբ վետերանը շտապ օգնություն է ստանում VA հիվանդանոցում, և VA-ի ծախսերի բաշխման ժամանակ նա ավելի շատ գումար պետք է վճարի, քան մեր պլանով նախատեսված ծախսերի բաշխման, մենք վետերանին կփոխհատուցենք տարբերությունը: Դուք շարունակում եք վճարել ծախսերի ձեր մասնաբաժինը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Որոշ բուժզննումներ և ծառայություններ՝
 - Աշխատանքի ընդունվելու կամ այն պահպանելու համար:
 - Ապահովագրություն ստանալու համար:
 - Որևէ լիցենզիա ստանալու համար:
 - Դատարանի որոշմամբ կամ պայմանական վաղաժամկետ ազատման կամ փորձաշրջանի համար:
 - Այս բացառությունը չի գործում, եթե ցանցի բժիշկը գտնում է, որ ծառայությունները բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:
- Կոմֆորտի և հարմարավետության պարագաների համար: Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով նախատեսված չէ փոխհատուցում հարմարավետության կամ շքեղության իրերի կամ ծառայությունների համար: Օրինակ՝ այնպիսի իրեր, որոնք նախատեսված են միայն որևէ անդամի, անդամի ընտանիքի որևէ անդամի կամ անդամի խնամողի կոմֆորտը կամ հարմարավետությունը ապահովելու համար: Այս բացառությունը չի տարածվում մանրածախ քանակությամբ ձեռքբերված կրծքի պոմպերի վրա, որոնք տրամադրվում են կանանց հղիությունից հետո: Այս բացառությունը չի վերաբերում նաև այն պարագաներին, որոնք հաստատվել են Համայնքային աջակցության ծրագրով:
- Կոսմետիկական ծառայություններ կամ պրոցեդուրաներ: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալի վրա՝
 - Ամորձիների իմպլանտներ, որոնք տեղադրվել են որպես փոխհատուցվող վերականգնողական վիրահատության մաս:
 - Կրծքի պրոթեզներ, որոնք անհրաժեշտ են մաստէկտոմիայից կամ լամպեկտոմիայից հետ:
 - Դեմքի արտաքին մաշկն ամբողջությամբ կամ մասնակիորեն փոխարինելու նպատակով օգտագործվող պրոթեզներ:
- Մեկանգամյա օգտագործման պարագաներ: Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով նախատեսված չէ փոխհատուցում հետևյալ կենցաղային մեկանգամյա օգտագործման պարագաների համար՝ վիրակապեր, թանգիֆ, ժապավեն, հակասեպտիկներ, փաթաթաններ և առաձգական վիրակապեր: Այս բացառությունը չի վերաբերում մեկանգամյա օգտագործման պարագաներին, որոնք տրամադրվում են որպես սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլխում** («Նպաստներ և ծառայություններ») ներկայացված հետևյալ նպաստների մաս



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Դիալիզի/հեմոդիալիզի բուժում:
- Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ:
- Տնային բուժխնամք:
- Հոսփիսային և պալիատիվ խնամք:
- Բժշկական պարագաներ, սարքավորումներ և սարքեր:
- Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր:
- Պրոթեզային սարքեր և օժանդակ պարագաներ:
- Անպտղության հետ կապված ծառայություններ՝
 - Ծառայություններ, որոնք ներառում են վիրաբուժական եղանակով անպտղության ձեռքբերման և պտղաբերության պահպանման ծառայություններ:
 - Արհեստական հղիություն, օրինակ՝ արտամարմնային բեղմնավորում, զիգոտի տեղափոխում արգանդափող, ձվաբջջի փոխպատվաստում և գամետի տեղափոխում արգանդափող (բացառությամբ արհեստական բեղմնավորման և դրա հետ կապված Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների):
- Ոչ բուժխնամքի պարագաներ և ծառայություններ, եթե դրանք հաստատված չեն ձեր Medi-Cal-ի ILOS ծրագրի կամ երկարաժամկետ բժշկական սարքավորումների ապահովագրական ծածկույթով: Օրինակ՝ մենք չենք վճարում հետևյալի համար՝
 - Շարժուձևի և վարվելակերպի ուսուցում:
 - Պլանավորման հմտությունների, օրինակ՝ ամենօրյա գործունեության պլանավորման, նախագծերի կամ պարտականությունների կատարման պլանավորման, ուսուցում և մշակում:
 - Գիտելիքները հարստացնելու կամ հմտությունները զարգացնելու պարագաներ և ծառայություններ:
 - Մտավոր ունակությունները բարձրացնելու նպատակով ուսուցողական և աջակցության ծառայություններ:
 - Այնպիսի հմտությունների ձևավորման նպատակով իրականացվող դասընթացներ կամ պարապմունքներ, ինչպիսիք են՝ քերականությունը, մաթեմատիկան և ժամանակի կառավարումը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Ընթերցանության ուսուցում՝ անկախ նրանից՝ դիպլոմատ (սովորելու դժվարություն) ունեք, թե ոչ:
- Ուսումնական թեստերի անցկացում:
- Կերպարվեստ, պար, ձիավարություն, երաժշտություն, դերասանական արվեստ կամ լողի պարապմունքներ, բացի այն դեպքերից, երբ «դերասանական արվեստի պարապմունքները» վարքագծային խնդիրների բուժման փոխհատուցվող պլանի մաս են կազմում, ինչպես ներկայացված է 4-րդ գլխում:
- Աշխատանքի ընդունվելու կամ մասնագիտական մակարդակի բարձրացման հմտությունների ուսուցում:
- Մասնագիտական վերապատրաստում կամ մասնագիտական հմտությունների ուսուցում:
- Մասնագիտական աճի դասընթացներ:
- Որևէ կոնկրետ աշխատանքի համար վերապատրաստում կամ աշխատանքի ընդունման հարցերով խորհրդատվություն:
- Փոփոխություններ ձեր տան կամ մեքենայի հետ կապված, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ժամանակավոր փոփոխություններ են, որոնք որոշվել են որպես բժշկական առումով անհրաժեշտ կամ հաստատված են ձեզ համար Համայնքային աջակցության ծրագրով:
- Ջրաբուժություն և այլ ջրային թերապիաներ: Ջրաբուժության և այլ ջրային թերապիաների բացառությունը չի տարածվում այն թերապևտիկ ծառայությունների վրա, որոնք ֆիզիոթերապիայի պլանով են տրամադրվում և փոխհատուցվում են որպես հետևյալ նպաստների մաս՝
 - Տնային բուժխնամք:
 - Հոսփիսային և պալիատիվ խնամք:
 - Վերականգնողական և կենսագործունեության ֆունկցիաների զարգացման ծառայություններ:
 - Մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության ծառայություններ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Բուժական մերսում: Այս բացառությունը չի տարածվում այն թերապևտիկ ծառայությունների վրա, որոնք ֆիզիոթերապիայի պլանով են տրամադրվում և փոխհատուցվում են որպես հետևյալ նպաստների մաս`
 - Տնային բուժխնամք:
 - Հոսփիսային և պալիատիվ խնամք:
 - Վերականգնողական և կենսագործունեության ֆունկցիաների զարգացման ծառայություններ:
 - Մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատության ծառայություններ:
- Անձնական խնամքի ծառայություններ (ամենօրյա խնամք), օրինակ` առօրյա գործողությունների հետ կապված աջակցություն (օրինակ` քայլելու, պառկելու ու վեր կենալու, լողանալու, հագնվելու, ուտելու, զուգարան գնալու և դեղորայք ընդունելու հետ կապված): Այս բացառությունը չի տարածվում առօրյա գործողությունների հետ կապված այն օգնության վրա, որը տրամադրվում է որպես հետևյալ բաժնում ներկայացված ապահովագրական ծածկույթի մաս`
 - Հոսփիսային և պալիատիվ խնամք:
 - Երկարաժամկետ խնամքի ծառայություններ և աջակցություն:
 - Մասնագիտացված քույրական/միջանկյալ/ենթասուր հիվանդությունների խնամքի հաստատության խնամք:
 - Համայնքային աջակցության ծրագիր:
- Ծառայություններ, որոնք հաստատված չեն Մանդի և դեղերի վերահսկման դաշնային վարչության կողմից: Մեր պլանով չեն փոխհատուցվում այն դեղերը, հավելումները, թեստերը, պատվաստանյութերը, սարքերը, ռադիոակտիվ նյութերը և այնպիսի ծառայություններ, որոնց համար օրենքով պահանջվում է Մանի և դեղերի վերահսկման դաշնային վարչության («FDA») կողմից հաստատում` ԱՄՆ-ում դրանց վաճառքը թույլատրելու համար, սակայն դրանք հաստատված չեն ԱՄՆ-ում` FDA-ի կողմից: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալ իրավիճակների վրա`
 - Կլինիկական փորձարկման հետ կապված ծառայություններ:
 - Ծառայություններ` տրամադրվող որպես ապահովագրված հետազոտական ծառայությունների մաս:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում` **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Չլիցենզավորված անձանց կողմից իրականացվող ծառայություններ: Ապահովագրական ծածկություն սովորաբար ներառված չեն այն ծառայությունները, որոնք ապահով և արդյունավետ են իրականացվում այն մարդկանց կողմից, ում համար չի պահանջվում պետության կողմից լիցենզիա կամ վկայագիր՝ առողջապահական ծառայությունները մատուցելու համար, և եթե անդամի վիճակը չի պահանջում, որպեսզի ծառայությունները մատուցվեն լիցենզավորված բուժառայություններ մատուցողի կողմից: Այս բացառությունը չի տարածվում հետևյալի վրա՝
 - Սույն Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլխում ներկայացված փոխհատուցվող ծառայություններ:
 - Համայնքային աջակցության ծրագրով ձեռք համար հաստատված փոխհատուցվող ծառայություններ:
 - Դոուլայի փոխհատուցվող ծառայություններ:
 - Համայնքային բուժաշխատողների կողմից տրամադրվող փոխհատուցվող ծառայություններ:
- Ծառայություններ, որոնք չեն առնչվում չփոխհատուցվող ծառայության հետ: Երբ ծառայությունը չի փոխհատուցվում, չփոխհատուցվող ծառայության հետ առնչվող բոլոր ծառայությունները բացառվում են: Այս բացառությունը չի տարածվում չփոխհատուցվող ծառայությունների հետևանքով առաջացած բարդությունների բուժման վրա, եթե այդ բարդությունները այլ կերպ կփոխհատուցվեին: Օրինակ, եթե դուք կոսմետիկ վիրահատություն եք արել, որը չի փոխհատուցվում, մենք չենք փոխհատուցի այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք վիրահատությանը նախապատրաստվելու կամ հետագա խնամքի համար: Եթե հետագայում ձեզ մոտ ծագում են կյանքին սպառնացող բարդություններ, օրինակ՝ լուրջ վարակը, այս բացառությունը չի կիրառվի, և մենք կփոխհատուցենք բարդությունը բուժելու համար անհրաժեշտ ծառայությունների համար, եթե այդ ծառայությունները փոխհատուցվում են սույն Անդամի ձեռնարկի համաձայն:
- Երեխաների կապարի թունավորման դեպքերի կառավարման ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են վարչաշրջանի առողջապահական վարչությունների կողմից: Կապ հաստատեք ձեր վարչաշրջանի հետ՝ կապարով թունավորման դեպքերի կառավարման ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

DeltaCare USA-ի բացառումներ

Եթե նշված պրոցեդուրայի հետ կապված ծառայությունները տրամադրվում են նշանակված պայմանագրային ատամնաբույժի կողմից, գրանցված անձը վճարում է նշված համավճարը: Նշված պրոցեդուրաները, որոնց համար պահանջվում է ատամնաբույժի կողմից մասնագիտացված ծառայություններ, և որոնք նշանակվել են պայմանագրային ատամնաբույժի կողմից, պետք է լիազորված լինեն Delta Dental-ի կողմից: Գրանցված անձը վճարում է այդ ծառայությունների համար սահմանված համավճարը:

Ձեր DeltaCare USA ատամնաբուժական ապահովագրական ծածկույթով չի փոխհատուցվում հետևյալ ծառայությունների ու պարագաների համար՝

- Ցանկացած ընթացակարգ, որը հատուկ նշված չէ այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» բաժնում:
- Հիվանդանոցում, ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնում, երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում կամ նմանատիպ այլ խնամքի հաստատությունում ընդունման, օգտագործման կամ կեցության կետ կապված բոլոր վճարները:
- Ատամների հանովի պրոթեզների, տարածության ֆիքսատորների և ատամնապսակների կորստի կամ գողության դեպքում:
- Ատամնաբուժական ծախսեր, որոնք կապված են որևէ ատամնաբուժական միջամտության հետ, որը տրամադրվել է դրա փոխհատուցման իրավասության ժամկետը լրանալուց հետո:
- Ատամնաբուժական ծախսեր, որոնք կատարվել են ատամնաբուժական միջամտության հետ կապված՝ նախքան մասնակիցը կատանար իրավունք կանխավճարային ատամնաբուժական ծրագրում գրանցվելու: Օրինակ՝ բուժման ընթացքում գտնվող ատամնաշապիկի համար ատամների մշակում, մասնակի և ամբողջական պրոթեզների, արմատախողովակների պատրաստում:
- Բնածին արատներ (օրինակ՝ բնածին բացակայող ատամներ, ավելորդ ատամներ, էմալ և ատամնաբուժական դիսպլազիաներ և այլն), եթե ներառված չեն այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» բաժնում:
- Դեղերի տրամադրում, որոնք սովորաբար չեն մատակարարվում ատամնաբուժական հաստատությունում, եթե ներառված չեն այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» ներքո:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Ցանկացած պրոցեդուրա, որը պայմանագրային ատամնաբույժի, պայմանագրային մասնագետի կամ ատամնաբուժական պլանի խորհրդատուի կարծիքով
 - դրական արդյունք չի ունենա և երկար չի ծառայի՝ կապված ատամի կամ ատամների և/կամ դրանց շրջակա կառուցվածքների վիճակի հետ, կամ
 - չի համապատասխանում ընդունված ատամնաբուժական չափանիշներին:
- Ատամնաբուժական ծառայություններ, որոնք ստացվել են ոչ նշանակված պայմանագրային ատամնաբույժի մոտ, այլ ատամնաբուժական հաստատությունում կամ ատամնաբույժի մոտ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրա համար գրավոր թույլտվություն կա, կամ ծառայությունը նշված է այս գլխի «Ատամների բուժում՝ արտակարգ իրավիճակում» բաժնում՝ «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք» (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր) հատվածում: Գրավոր թույլտվություն ստանալու համար մասնակիցը պետք է զանգահարի Հաճախորդիների սպասարկման բաժին՝ **1-877-644-1774** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ առավոտյան 8-ից երեկոյան 8-ը: Արևելյան ստանդարտ ժամանակ (EST), շաբաթը 7 օր, հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը, EST, (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով):
- Խորհրդատվություն՝ չհատուցվող նպաստների վերաբերյալ:
- Վերականգնողական միջամտություններ, որոնք արվում են զուտ կոսմետիկ նպատակով՝ քերծվածքների, մաշվածության, էրոզիայի, ուղղահայաց դիրքի վերականգնման կամ փոփոխության, ատամների բնածին կամ զարգացման արատների շտկման նպատակով:
- Պրոֆիլակտիկ, էնդոդոնտիկ կամ վերականգնողական միջամտությունները այն ատամների համար, որոնք պետք է պահպանվեն հանովի պրոթեզների համար, նպաստի մեջ չեն մտնում:
- Այն սարքերն ու վերականգնողական միջամտությունները, որոնք անհրաժեշտ են ատամների ուղղահայաց գիծը շտկելու, ատամի մաշվածության հետևանքով դրա կառուցվածքի փոփոխությունները շտկելու և փոխելու համար, ատամների հավասարեցման, ատամների շինավորման, քունքա-ստորին ծնոտային հողի (TMJ) խանգարումների շտկման կամ բուժման համար, եթե ներառված չեն այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» բաժնում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Բուժման սկզբնական պլանը, որը ներառում է 10 կամ ավելի ատամնների օկյուզիոն մակերեսի կապերի հեռացում և վերականգնում պսակների օգնությամբ, ենթադրում է ատամների ամբողջական վերականգնում, որը կատարվում է կանխավճարային ատամնաբուժական ծրագրի շրջանակներում: Այդպիսի բուժման պլանով տրամադրված շապիկների համար փոխհատուցում չի տրամադրվում: Այս բացառությունը չի սահմանափակում այլ փոխհատուցվող ծառայությունների նպաստները:
- Թանկարժեք մետաղներից ատամնային շարժական հարմարանքեր, ամբողջական պրոթեզների մետաղական կամ մշտական փափուկ հիմքեր, ճենապակե պրոթեզային ատամներ և ամբողջական պրոթեզների անձնական նախաստիություններով պատրաստում:
- Ատամների հեռացում՝ ատամների ասիմպտոմատիկ/ոչ ախտաբանական պատճառներով(ախտաբանության կամ վարակի նշաններ կամ ախտանիշներ չկան)՝ ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով՝ երրորդ սեղանատամների:
- Քունքա-ստորին ծնոտային հոդի դիսֆունկցիայի բուժուման եղանակներ, որոնք ներառում են՝ ատամնաբուժական պրոթեզավորումը, օրթոդոնտիան և լրիվ կամ մասնակի օկյուզիոն մակերեսի վերականգնումը կամ քունքա-ստորին ծնոտային հոդի դիսֆունկցիայի հետ կապված միջամտություններ՝ բացառապես բրուքսիզմի (ատամների կրճտոց) բուժման համար:
- Վեստիբուլոպլաստիկ/ալվեոլար էլունի վիրահատական միջամտություն, որը կատարվել է ատամի հեռացման օրը (D7111-D7250) նույն կամարի վրա:
- Ուժեղ հանգստացնող դեղամիջոցներ/ընդհանուր անզգայացում՝ փոխհատուցվող բուժական միջամտությունների համար նույն օրը, ինչ տրամադրվել են ցավազրկման, անքսիոլիզի, ազոտի օքսիդի ինհալացիայի կամ երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոդներ/անալգետիկայի ծառայություններ:
- Երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոդներ/անալգետիկա՝ փոխհատուցվող բժշկական միջամտությունների համար նույն օրը, ինչ տրամադրվել են ցավազրկման, անքսիոլիզի, ազոտի օքսիդի ինհալացիայի կամ ուժեղ հանգստացնող դեղամիջոցներ/ընդհանուր անզգայացման ծառայություններ:
- Ազոտի օքսիդի ինհալացիա, երբ այն կիրառվում է արդեն հանգստացնող միջոցներով կատարվող փոխհատուցվող այլ պրոցեդուրայի հետ:
- Օրթոդոնտիկ բուժումը պետք է իրականացվի լիցենզավորված ատամնաբույժի կողմից: Օրթոդոնտիկ խնդիրների ինքնաբուժումը չի փոխհատուցվում:
- Ֆիքսված օրթոդոնտիկ սարքերի հեռացումը բուժման ավարտից բացի այլ պատճառներով չի փոխհատուցվում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

DeltaCare USA-ի սահմանափակումներ

DeltaCare USA-ի ատամնաբուժական ապահովագրական ծածկույթով հետևյալ ծառայությունների և պարագաների համար սահմանափակումներ են կիրառվում՝

- Որոշ նպաստների տրամադրման հաճախականության սահմանափակում: Բոլոր հաճախականության ընթացակարգերը, որոնք հատուկ նշված չեն այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» բաժնում:
- Ատամնալիցքը որպես նպաստ է տրամադրվում՝ ատամի ոսկրափուտի բուժման, ատամի կառուցվածքի թեթևակի շտկման կամ ընկած ատամնալիցքի փոխարինման համար:
- Շապիկը որպես նպաստ է տրամադրվում, երբ ատամի կառուցվածքը թույլ չի տալիս, որպեսզի ատամնալիցքը պահվի, կամ փոխարինելու համար գոյություն ունեցող շապիկն արդեն չի ծառայում կամ հնարավոր չէ այն վերականգնել, և անցել է դրա հինգ+ տարվա ծառայության ժամկետը:
- Գոյություն ունեցող շապիկի կամ հանովի ամբողջական պրոթեզի փոխարինումը հատուցվում է, երբ՝
 - Գոյություն ունեցող վերականգնումը/պրոթեզն այլևս չի ծառայում և արդեն չի կարող վերանորոգվել կամ շտկվել, և
 - Գոյություն ունեցող ոչ պիտանի վերականգնումը/պրոթեզը տեղադրվել է փոխարինումից հինգ կամ ավելի տարի առաջ:
- Միջանկյալ մասնակի պրոթեզների (թիթեղներ) տրամադրումը՝ ֆիքսված կամ հանովի հարմարանքների հետ միասին, սահմանափակվում է մեծահասակների առջևի հանված ատամների փոխարինման համար բուժման ժամանակահատվածով, երբ ատամները համատեղելի չեն գոյություն ունեցող մասնակի պրոթեզի հետ:
- Փափուկ հյուսվածքների բուժման ծրագրի նպաստները սահմանափակվում են միայն այն հատվածներով, որոնք նշված են որպես փոխհատուցվող ծառայություններ այս գլխի «Լրացուցիչ ատամնաբուժական խնամք (DeltaCare® USA Dental HMO ծրագիր)» բաժնում: Եթե մասնակիցը հրաժարվում է փափուկ հյուսվածքների բուժման ծրագրի շրջանակներում չփոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ, դա չի ազդում այլ փոխհատուցվող նպաստների վրա:
- Նոր հանովի ամբողջական կամ նորոգված անմիջական պրոթեզի համար նախատեսված է հետծննդաբերական շրջանում շտկում և հյուսվածքների կարգավորում՝ առանց լրացուցիչ ծախսերի, տեղադրումից հետո առաջին վեց ամիսների ընթացքում, եթե մասնակիցը դեռևս օգտվելու իրավունք ունի, և եթե ծառայությունը մատուցվում է պայմանագրային ատամնաբույժի հաստատությունում, որտեղ ի սկզբանե տեղադրվել է պրոթեզը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Նպաստները սահմանափակվում են կամ ներբերանային համապարփակ ռադիոգրաֆիկ պատկերներով (D0210) կամ համայնապատկերային ռադիոգրաֆիկ պատկերներով (D0330) ամեն օրացուցային տարի:
- Ներբերանային համապարփակ պատկերները կարող են ներառել պերիապիկալների և կծվացքի ստուգումների ցանկացած համակցություն:
- Համայնապատկերային պատկերները չեն համարվում համապարփակ ներբերանային շարքի մաս:
- Ցանկացած տեսակի կծվացքի ստուգումներն արգելվում են ներբերանային համապարփակ ներբերանային շարքից հետո 6 ամսվա ընթացքում, եթե դա երաշխավորված չէ հատուկ հանգամանքներով:
- Անմիջական պրոթեզների համար տրամադրվում է փոխհատուցում, երբ առկա են հետևյալ պայմաններից մեկը կամ մի քանիսը՝
- Ռենտգենի պատկերի վրա երևում է ծավալուն կամ չբուժված ոսկրափուտ, կամ
- Դիտվում է պարոդոնտի ծանր ախտահարում, կամ
- Բազմաթիվատամներ բացակայում են, ինչը հանգեցնում է ծամելու ֆունկցիայի խախտման, որը բացասաբար է անդրադառնում հիվանդի առողջության վրա:
- Իմպլանտավորման ծառայությունների համար տրամադրվում է նպաստ միայն այն դեպքում, երբ դրա բացառիկ բժշկական անհրաժեշտությունը հիմնավորող փաստաթղթեր են ներկայացված, հայցը վերանայվել է, և ծառայությունները նախապես լիազորված են: Բացառիկ բժշկական անհրաժեշտությունը ենթադրում է հետևյալ իրավիճակները, բայց չի սահմանափակվում դրանցով՝
 - Աբլատիվ վիրաբուժություն և/կամ ճառագայթային թերապիա պահանջող բերանի խոռոչի քաղցկեղ, որը հանգեցնում է ալվեոլային ոսկրերի քայքայմանը, և մնացած ոսկրային կառուցվածքները չեն կարողանում պահպանել սովորական ատամնային պրոթեզը:
 - Ստորին կամ վերին ծնոտի ապաճում (ատրոֆիա), որը հնարավոր չէ շտկել այտամկանների կամ ոսկրերի ձգման գործողություններով, և հիվանդը չի կարողանում օգտվել սովորական պրոթեզներից:
 - Կմախքի դեֆորմացիաներ, որոնք բացառում են սովորական պրոթեզի օգտագործումը (ինչպիսիք են արթրոզրիպոզը, էկտոդերմալ դիսպլազիան, մասնակի անոդոնտիան և կլեիդոկրանիալ դիսպլազիան):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Մասնագետի կողմից իրականացվող որոշ նշված բժշկական միջամտություններ կարող են առաջնային համարվել մասնակցի բժշկական ապահովագրության շրջանակներում: Ատամնաբուժական նպաստները կհամակարգվեն համապատասխանաբար:
- Ուժեղ հանգստացնող դեղամիջոցների/ընդհանուր անզգայացման կամ երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոհների/անալգետիկայի տրամադրման համար պահանջվում է դրանց բժշկական անհրաժեշտությունը հիմնավորող փաստաթղթեր, որտեղ նշված կլինեն հիվանդի մտավոր կամ ֆիզիկական սահմանափակումները կամ տեղային անզգայացնող միջոցի նկատմամբ հակացուցումները:
- Ուժեղ հանգստացնող դեղամիջոցները/ընդհանուր անզգայացումը (D9223), ազոտի օքսիդը (D9230), երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոհները/անալգետիկան (D9243) և թերապևտիկ պարէնտերալ դեղամիջոցները (D9610) որպես նպաստ են տրամադրվում, եթե կիրառվում են վճարովի բուժական միջամտությունների ժամանակ: Նախնական թույլտվությունը կամ վճարումը կմերժվի, եթե նույն բուժառայություններ մատուցողի կողմից տրամադրվող բոլոր նմանատիպ պրոցեդուրաները մերժվեն: Ծառայության մատուցման օրվա ընթացքում վճարվում է միայն մեկ անզգայացման ծառայության համար՝ անկախ ընդունման եղանակից կամ օգտագործվող դեղամիջոցներից:
- Ոչ երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոհների (D9248) կիրառման համար պահանջվում են դրա բժշկական անհրաժեշտությունը հիմնավորող փաստաթղթեր, որտեղ ներկայացված կլինի հիվանդի ֆիզիկական, վարքային, զարգացման կամ հուզական վիճակը, որն արգելք է հանդիսանում, որպեսզի նա ճիշտ արձագանքի բուժառայություններ մատուցողի կողմից բուժում իրականացնելու փորձերին: Նպաստը չի տրամադրվում նույն օրը, երբ ուժեղ հանգստացնող դեղամիջոցներ/ընդհանուր անզգայացում (D9223), անալգետիկա, անքսիոլիզ, ազոտի օքսիդի ինհալացիա (D9230) կամ երակային եղանակով ներմուծվող՝ գիտակցության պահպանումով ցավազրոհներ/անալգետիկա է (D9243) արդեն կիրառվել, կամ երբ նույն բուժառայություններ մատուցողի կողմից տրամադրվող նմանատիպ բժշկական միջամտությունները այդ օրվա համար մերժվել են:
- Բարդությունների բուժումը (հետվիրահատական) արտակարգ իրավիճակների դեպքում ըստ ցուցումի՝ որպես նպաստ կտրամադրվի (D9930) ավելոլային օստիտի կամ առատ արյունահոսության բուժման համար՝ ատամի հեռացման օրվանից սկսած 30 օրվա ընթացքում կամ մնացորդային ոսկորի հեռացման օրվանից սկսած 30 օրվա ընթացքում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 5. Ամբուլատոր պայմաններում բուժման համար դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը

Ներածություն

Այս գլխում բացատրում է ամբուլատոր բուժման ձեռք բերվող դեղատոմսային դեղերը ստանալու կանոնները: Դրանք այն դեղերն են, որոնք ձեռք բերվող դեղատոմսայիններ մատուցողը պատվիրում է ձեզ համար, և որոնք դուք ստանում եք դեղատոմսից կամ փոստով: Դրանց մեջ մտնում են այն դեղերը, որոնք ներառված են Medicare-ի D մասի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլխում** ներկայացված է, թե որքան դուք պետք է վճարեք այս դեղերի համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Մենք հատուցում ենք նաև հետևյալ դեղերի համար, թեև դրանք ներկայացված չեն այս գլխում՝

- Medicare-ի A բաժնի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը: Դրանց մեջ մտնում են հիմնականում այն դեղերը, որոնք ձեզ տրամադրվում են հիվանդանոցում կամ խնամքի կենտրոնում գտնվելու ժամանակ:
- Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը: Դրանց մեջ մտնում են քիմիաթերապիայի որոշ դեղեր, որոշ ներարկման դեղեր, որոնք ձեզ տրամադրվում են բժշկի կամ այլ բուժօգնություններ մատուցողի մոտ այցի ժամանակ, և դեղեր, որոնք ձեզ տրամադրվում են դիալիզի կլինիկայում: Մանրամասների համար, թե որ դեղերն են փոխհատուցվում Medicare-ի B բաժնով, տե՛ս **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլուխը**:
- Բացի ծրագրի Medicare Մաս D-ի և բժշկական նպաստների ապահովագրությունից, ձեր դեղերը կարող են ապահովագրվել Original Medicare-ի կողմից, եթե դուք գտնվում եք Medicare-ի հոսփիսում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Բաժին F** «Եթե մասնակցում եք Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիս ծրագրին»:

Մեր պլանի ամբուլատոր բուժման դեղերի փոխհատուցման կանոնները

Մենք սովորաբար փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի համար, եթե դուք հետևում եք այս բաժնում նշված կանոններին:

1. Ձեր բժիշկը կամ այլ բուժօգնություններ մատուցող պետք է ձեզ համար դեղատոմս գրի, որը պետք է վավեր լինի նահանգային գործող օրենքով: Դեղատոմս գրողը հաճախ ձեր հիմնական բուժող բժիշկն է (PCP): Դա կարող է լինել նաև մեկ այլ բուժօգնություններ մատուցող, եթե ձեր PCP-ն ձեզ ուղղորդել է նրա մոտ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

2. Բժիշկը, որը ձեզ դեղ է նշանակում, **չպետք է լինի Medicare-ի արգելված անձանց ցուցակում կամ նմանատիպ այլ Medi-Cal-ի ցուցակներում:**
3. Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղը ստանալու համար դուք սովորաբար պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից:
4. Ձեզ նշանակված դեղը պետք է լինի մեր **Ապահովագրված դեղերի ցանկում:** Այն կրճատ կոչվում է «Դեղացանկ»։
 - Եթե դեղը Դեղացանկում չկա, մենք կարող ենք փոխհատուցել դրա արժեքը՝ բացառության կարգով:
 - Տե՛ս 9-րդ գլուխը՝ պարզելու համար, թե երբ կարող եք դիմել բացառության համար:
 - Նկատի ունեցե՛ք, որ դեղի փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր հայցը կքննվի ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի չափանիշներով:
5. Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի բժշկական ցուցումների համաձայն: Դա նշանակում է, որ դեղի կիրառությունը կա՛մ հաստատված է Սննդի և դեղերի վերահսկման վարչության (FDA) կողմից, կա՛մ հիմնավորված է որոշակի բժշկական տեղեկանքներով: Ձեր բժիշկը կարող է ձեզ բացատրել, թե ինչ բժշկական տեղեկանքներ են անհրաժեշտ, որոնք կհիմնավորեն նշանակված դեղամիջոցի կիրառումը:

Գլուխ 5 Բովանդակություն

A. Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը.....	199
A1. Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը ցանցային դեղատնից.....	199
A2. Օգտագործե՛ք ձեր պլանի Անդամի ID քարտը՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղ ստանալու համար	199
A3. Ինչ անել ցանցային դեղատունը փոխելու դեպքում	200
A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս գա ցանցից.....	200
A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը.....	200
A6. Ինչպես օգտվել փոստային պատվերի ծառայությունից՝ դեղերը ստանալու համար	201
Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը փոստով	201



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելե՛ք kp.org/medicare:

Փոստային պատվերների ընթացակարգը 202

A7. Դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում 203

A8. Մեր պլանի ցանցից դուրս դեղատնից օգտվելը 203

A9. Դեղատոմսային դեղի համար վճարված գումարի վերադարձ..... 204

B. Մեր պլանի Դեղացանկը 205

B1. Դեղացանկի դեղերը 205

B2. Ինչպես գտնել դեղամիջոցը մեր Դեղացանկում..... 206

B3. Դեղեր, որոնք ներառված չեն մեր Դեղացանկում..... 206

C. Սահմանափակումներ որոշ դեղերի հետ կապված 208

D. Ձեր դեղը չփոխհատուցելու պատճառներ 210

D1. Դեղի ժամանակավոր մատակարարում 210

D2. Դիմում ժամանակավոր մատակարարման համար 212

D3. Դիմել բացառություն կատարելու համար 213

E. Ձեր դեղերի փոխհատուցման փոփոխություններ 213

F. Դեղերի փոխհատուցում հատուկ դեպքերում 216

F1. Հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում կեցության ժամանակ, որի համար մեր պլանը փոխհատուցում է..... 216

F2. Երկարաժամկետ բուժխնամքի հաստատությունում 216

F3. Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսի ծրագրում..... 217

G. Դեղերի անվտանգության և կառավարման ծրագրեր 217

G1. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ անվտանգ օգտվել դեղերից 217

G2. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել դեղերի օգտագործումը..... 218

G3. Դեղերի կառավարման ծրագիր՝ օփիոդային դեղամիջոցների անվտանգ օգտագործման համար..... 219



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը

A1. Ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը ցանցային դեղատնից

Հիմնականում մենք դեղատոմսային դեղերի համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են մեր ցանցային դեղատներից որևէ մեկից: Ցանցային դեղատունը այն դեղատունն է, որը համաձայնում է մեր պլանի անդամներին դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր տրամադրել: Դուք կարող եք օգտվել մեր ցանցային բոլոր դեղատներից:

Ցանցային դեղատուն գտնելու համար այցելեք **Բուժառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու**, մեր կայքէջը կամ կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

A2. Օգտագործեք ձեր պլանի Անդամի ID քարտը՝ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղ ստանալու համար

Դեղատոմսով դեղը ստանալու համար ձեր ցանցային դեղատանը **ցույց տվեք ձեր պլանի Անդամի ID քարտը**: Ցանցային դեղատունը մեզ հաշիվ կներկայացնի՝ ձեր փոխհատուցվող դեղատոմսային դեղի ծախսերի մեր մասնաբաժնի չափով: Հնարավոր է՝ անհրաժեշտ լինի դեղատանը վճարել համավճար, երբ վերցնում եք ձեր դեղատոմսային դեղը:

Հիշեք, որ Medi-Cal Rx-ով փոխհատուցվող դեղերից օգտվելու համար ձեզ անհրաժեշտ կլինի Medi-Cal-ի քարտը կամ Նպաստների նույնականացման քարտը (BIC):

Եթե դեղատոմսային դեղը ստանալիս ձեզ մոտ չլինի ձեր պլանի Անդամի ID քարտը կամ Բանկի նույնականացման կոդը, խնդրեք դեղատան աշխատողին զանգահարել մեզ՝ անհրաժեշտ տվյալները տրամադրելու համար:

Եթե դեղատունը չի կարողանում ստանալ անհրաժեշտ տվյալները, հնարավոր է՝ դուք ստիպված լինեք վճարել դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը, երբ այն վերցնեք: Հետո դուք կարող եք մեզ դիմել, որպեսզի ձեզ փոխհատուցենք ծախսերի մեր մասնաբաժնի չափով: **Եթե դուք չեք կարող վճարել դեղամիջոցի համար, անմիջապես դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն:** Մենք ամեն ինչ կանենք՝ օգնելու համար:

- Թե ինչպես պետք է մեզնից պահանջեք վերադարձնել ձեր գումարը տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**:
- Եթե դեղատոմսային դեղ ստանալու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժնի:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A3. Ինչ անել ցանցային դեղատունը փոխելու դեպքում

Եթե ձեր ցանցային դեղատունը փոխելու հետ կապված օգնության կարիք ունեք, կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

A4. Ինչ անել, եթե ձեր դեղատունը դուրս գա ցանցից

Եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, դուրս է գալիս մեր պլանի ցանցից, դուք պետք է գտնեք նոր ցանցային դեղատուն:

Նոր ցանցային դեղատուն գտնելու համար այցելեք **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն**, մեր կայքէջը կամ կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

A5. Մասնագիտացված դեղատնից օգտվելը

Երբեմն անհրաժեշտ է լինում դեղատոմսային դեղերը ստանալ մասնագիտացված դեղատներից: Մասնագիտացված դեղատների թվին են պատկանում՝

- Այն դեղատները, որոնք դեղեր են տրամադրում տնային պայմաններում ինֆուզիոն թերապիայի համար:
- Դեղատները, որոնք դեղեր են տրամադրում երկարաժամկետ խնամքի հաստատության (օրինակ՝ ծերանոցի) բուժառուներին:
 - Սովորաբար, երկարաժամկետ խնամքի հաստատություններն ունեն իրենց դեղատները: Եթե դուք երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն եք մնում, մենք համոզվում ենք, որ դուք կարող եք ձեռք բերել ձեզ անհրաժեշտ դեղերը հաստատության դեղատնից:
 - Եթե ձեր երկարաժամկետ խնամքի հաստատության դեղատունը մեր ցանցում ընդգրկված չէ, կամ եթե դուք դժվարանում եք այդ հաստատությունում ստանալ ձեր փոխհատուցվող դեղորայքը, կապվեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:
- Այն դեղատներ, որոնք սպասարկում են Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health ծրագրի: Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների՝ այս դեղատներից կարող են օգտվել միայն բնիկ ամերիկացիները կամ Ալյասկայի բնիկները:
- Այն դեղատները, որոնք այնպիսի դեղեր են տրամադրում, որոնք արգելված են FDA-ի կողմից որոշակի վայրերում, կամ որոնց կիրառման համար պահանջվում է հատուկ վարվելաձև, բուժձառայություններ մատուցողի կողմից հատուկ համակարգում և գիտելիքներ: (Նշում. Այս իրավիճակը հազվադեպ է հանդիպում):

Մասնագիտացված դեղատուն գտնելու համար տե՛ս **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն**, այցելեք մեր կայքէջը կամ կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A6. Ինչպես օգտվել փոստային պատվերի ծառայությունից՝ դեղերը ստանալու համար

Որոշ տեսակի դեղերի համար դուք կարող եք օգտվել մեր պլանի ցանցային փոստային պատվերի ծառայություններից: Որպես կանոն՝ դեղերը, որոնք կարելի է պատվիրել փոստով, դրանք այն դեղերն են, որոնք դուք կանոնավոր կերպով ընդունում եք քրոնիկ կամ երկարատև հիվանդությունների ժամանակ: Մեր պլանի փոստային պատվերի ծառայության միջոցով հասանելի դեղերը մեր Դեղացանկում նշվում են որպես փոստով պատվիրված դեղեր:

Մեր պլանի փոստային պատվերների ծառայությունը հնարավորություն է տալիս պատվիրել դեղերի մինչև 100-օրյա ապահովում: Դեղերի 100-օրյա ապահովման համար նույն համավճարն է պահանջվում, ինչ մեկամսյա ապահովման:

Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ստացումը փոստով

Դեղատոմսային դեղերը փոստով ստանալու մասին տեղեկությունների համար այցելեք ձեր տարածքի ցանցային դեղատուն կամ մեր կայքէջը հետևյալ հասցեով՝ **kp.org/refill**: Դուք կարող եք պատվիրել ձեր դեղատոմսային դեղերը հետևյալ եղանակներով՝

- Գրանցվեք և ապահով պատվիրեք առցանց հետևյալ հասցեով՝ **kp.org/refill**:
- Չանգահարեք **1-866-206-2983 (TTY 711)**, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ առավոտյան ժամը 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 7-ը, կամ ձեր դեղատոմսային դեղի վրա նշված համարով՝ հետևելով հրահանգներին: Մի մոռացեք ընտրել փոստով առաքման տարբերակը:
- Փոստով ուղարկեք ձեր դեղերի ցուցակը կամ դեղերի ստացման հայցը՝ օգտագործելով փոստով պատվերի ձևը, որը հասանելի է Kaiser Permanente-ի ցանցային բոլոր դեղատներում:

Երբ դուք պատվիրում եք դեղերը մինչև տուն առաքմամբ առցանց, հեռախոսով կամ գրավոր, դուք պետք է վճարեք պատվերի բացման համար գանձվող գումարի ձեր մասնաբաժինը (USPS փոստի կանոնավոր առաքման համար գումար չի գանձվում): Ցանկության դեպքում կարող եք ընտրել ցանցային դեղատուն, որտեղից նախընտրում եք ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը և վճարել դրանց համար: Կապ հաստատեք ցանցային դեղատան հետ, եթե ուզում եք տեղեկանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը կարո՞ղ են ուղարկվել փոստով, թե՞ ոչ, կամ տե՛ս մեր Դեղացանկը՝ փոստով ուղարկվող դեղերի մասին տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգահարեք: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Սովորաբար դեղատոմսային դեղերը, որոնք առաքվում են փոստով, հասնում են 5 օրվա ընթացքում: Եթե ձեր դեղատոմսային դեղի փոստային պատվերն ուշանում է, օգնության համար կարող եք զանգահարեք ստորև նշված հեռախոսահամարով կամ ձեր դեղատոմսային դեղի վրա նշված հեռախոսահամարով: Բացի այդ, եթե չեք կարող սպասել, մինչև ձեր փոստային պատվերով աշխատող դեղատնից ձեզ կառաքվի դեղատոմսային դեղը, կարող եք շտապ առաքում պահանջել՝ զանգահարելով տեղի մանրածախ ցանցային դեղատուն, որը նշված է **Բուժօժանայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի** մեջ կամ այս հասցեում՝ **kp.org/directory**: Նկատի ունեցեք, որ հնարավոր է՝ դուք ավելի շատ վճարեք, եթե դեղերի 100-օրյա ապահովումը ստանաք ցանցի մանրածախ դեղատներից, այլ ոչ թե մեր փոստային պատվերով աշխատող դեղատնից:

Փոստային պատվերների ընթացակարգը

Փոստային պատվերի ծառայությունն ունի տարբեր ընթացակարգեր՝ կապված նոր դեղատոմսային դեղերի հետ, որոնք դուք եք ներկայացնում, նոր դեղատոմսային դեղերի հետ, որոնք անմիջապես ձեր բժիշկն է ներկայացնում, և փոստային պատվերով ձեր հին դեղատոմսային դեղերի տրամադրման հետ:

1. Նոր դեղատոմսային դեղեր, որոնք ձեր բժիշկը ներկայացնում է դեղատանը

Երբ դեղատունը դեղատոմսային դեղերի ցանկ է ստանում բուժօժանայություններ մատուցողից, այն կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ պարզելու համար՝ դուք ցանկանում եք դեղն անմիջապես ստանալ, թե՞ ավելի ուշ:

- Սա ձեզ հնարավորություն է տալիս համոզվելու, որ դեղատունը ձեզ ճիշտ դեղամիջոցն է ուղարկում (այդ թվում՝ դեղի ուժեղ ազդեցությամբ տարբերակը, ճիշտ քանակությունը և ճիշտ դեղաձևը) և, անհրաժեշտության դեպքում, թույլ է տալիս դադարեցնելու կամ հետաձգելու պատվերը՝ նախքան ձեզնից գումար գանձելը և այն առաքելը:
- Պատասխանեք ամեն անգամ, երբ դեղատան աշխատողը կապ է հաստատում ձեզ հետ՝ ճշտելու համար, թե նոր դեղի հետ կապված ինչ պետք է անի և չուշացնելու համար առաքումը:

2. Փոստային պատվերով հին դեղատոմսային դեղերի տրամադրում

- Դեղի նորից ստացման համար կապ հաստատեք ձեր դեղատան հետ՝ ձեր մոտի դեղերի վերջանալուց 5 օր առաջ՝ վստահ լինելու համար, որ ձեր հաջորդ պատվերը ժամանակին ձեզ կառաքվի:

Դեղատանը հայտնեք, թե ինչպես պետք է կապ հաստատեն ձեզ հետ՝ նախքան պատվերն առաքելը: Ձեր պատվերը կատարելիս տրամադրեք ձեր ընթացիկ կոնտակտային տվյալները, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում մենք կարողանանք կապ հաստատել ձեզ հետ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A7. Դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում

Դուք կարող եք ստանալ երկարաժամկետ մատակարարում մեր պլանի Դեղացանկում նշված առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի համար: Առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերն այն դեղերն են, որոնք դուք կանոնավոր ընդունում եք քրոնիկ կամ երկարաժամկետ հիվանդության ժամանակ:

Որոշ ցանցային դեղատներ թույլ են տալիս ստանալ երկարաժամկետ մատակարարում առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի համար: Դեղերի 100-օրյա ապահովման համար նույն համավճարն է պահանջվում, ինչ մեկամսյա ապահովման: Դուք կարող եք **Բուժճառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուից** իմանալ, թե որ դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ ավելի մանրամասն տեղեկատվություն ստանալու համար:

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք օգտվել մեր պլանի ցանցային փոստային պատվերի ծառայություններից՝ ստանալու համար առողջական վիճակը կայուն պահող դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում: Տե՛ս **A6 բաժինը**՝ փոստային պատվերի ծառայությունների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

A8. Մեր պլանի ցանցից դուրս դեղատնից օգտվելը

Սովորաբար մենք վճարում ենք ոչ մեր ցանցային դեղատնից դուրս գրված դեղերի համար միայն այն ժամանակ, երբ դուք չեք կարող օգտվել ցանցային դեղատնից:

Մենք վճարում եք դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք բաց են թողնվել ցանցից դուրս դեղատնից հետևյալ դեպքերում՝

- Եթե դուք ճանապարհորդում եք Միացյալ Նահանգների տարածքում, բայց սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում և այդ ընթացքում հիվանդանում եք, կամ ձեզ մոտ վերջանում են D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող փոխհատուցվող դեղերը, մենք կփոխհատուցենք դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք դուրս են գրվել ցանցից դուրս դեղատնից՝ սահմանափակ քանակով, ոչ կանոնավոր կարգով՝ համաձայն մեր Medicare-ի D մասի դեղացանկի ուղեցույցի:
- Եթե ձեզ անհրաժեշտ է Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղ՝ ցանցից դուրս արտակարգ իրավիճակում փոխհատուցվող բուժօգնության կամ սպասարկման տարածքից դուրս շտապ բուժօգնության հետ միասին, մենք կփոխհատուցենք դեղերի մինչև 30-օրյա ապահովումը ցանցից դուրս դեղատնից: Նշում. Դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք նշանակվել և տրամադրվել են Միացյալ Նահանգների տարածքից դուրս՝ որպես արտակարգ իրավիճակներում կամ շտապ բուժօգնության համար



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

փոխհատուցվող ծառայություն, կգործի մինչև 30-օրյա ապահովմամբ փոխհատուցում՝ 30-օրյա ժամկետով: Այս դեղերի համար չի փոխհատուցվում Medicare-ի D բաժնով, ուստի դրանց վճարումների համար նախատեսված չէ դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլը:

- Եթե դուք չեք կարողանում ժամանակին ձեռք բերել փոխհատուցվող դեղը մեր սպասարկման տարածքում, քանի որ 24 ժամ աշխատող ցանցային դեղատուն չկա, որտեղ կարելի է հասնել մեքենայով ողջամիտ ժամանակում: Հնարավոր է, որ մենք չփոխհատուցենք ձեր դեղատոմսային դեղի համար, եթե գտնում ենք, որ նորմալ մարդը կարող էր ձեռք բերել դեղը ցանցային դեղատնից նորմալ աշխատանքային ժամերին:
- Եթե ձեզ պետք է դուրս գրվի այնպիսի դեղատոմսային դեղ, որը միշտ չի լինում հասանելի ցանցային դեղատանը կամ հնարավոր չէ այն ձեռք բերել մեր փոստային պատվերով դեղատնից (ներառյալ թանկարժեք դեղերը):
- Եթե չեք կարողանում ձեռք բերել ձեր դեղատոմսային դեղերը ցանցային դեղատնից աղետի ժամանակ:

Այս դեպքերում սկզբում ճշտեք Անդամների սպասարկման բաժնից, թե ինչ ցանցային դեղատուն կա մոտակայքում:

A9. Դեղատոմսային դեղի համար վճարված գումարի վերադարձ

Եթե օգտվում եք ցանցից դուրս դեղատնից, հիմնականում դուք պետք է վճարեք ձեր դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը համավճարի փոխարեն, երբ վերցնում եք այն: Դուք կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր արած ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

Եթե դուք վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը, որը կարող է փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից, դեղատունը կարող է ձեզ փոխհատուցել, երբ Medi-Cal Rx-ը վճարի դեղատոմսային դեղի համար: Որպես այլընտրանք, դուք կարող եք խնդրել Medi-Cal Rx-ին, որպեսզի վերադարձնի ձեր վճարած գումարը՝ ներկայացնելով «Medi-Cal-ի կողմից սեփական ծախսերի փոխհատուցման (Conlan)» հայցը: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար. medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

B. Մեր պլանի Դեղացանկը

Մենք ունենք **Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ**: Այն կրճատ կոչվում է «Դեղացանկ»:

Մենք ընտրում ենք դեղերը Դեղացանկում բժիշկների և դեղագետների խմբի օգնությամբ: Դեղացանկից օգտվելու համար կան կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք՝ ձեր դեղերը ստանալու համար:

Մենք հիմնականում փոխհատուցում ենք մեր պլանի Դեղացանկում ներառված դեղերի համար, եթե դուք հետևում եք այս գլխում ներկայացված կանոններին:

B1. Դեղացանկի դեղերը

Մեր Դեղացանկում ներառված են այն դեղերը, որոնք փոխհատուցվում են Medicare-ի Մաս D-ով:

Դեղատոմսային դեղերի մեծ մաս, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում են մեր պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ **1-800-977-2273**: Բերեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC)՝ Medi-Cal Rx-ով ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու ժամանակ:

Մեր Դեղացանկում ներառված են օրիգինալ (բրենդային) դեղեր, գեներիկ դեղեր և կենսասնամանակներ:

Օրիգինալ դեղը դեղատոմսային այն դեղն է, որը վաճառվում է իր ապրանքային նշանով, որը պատկանում է դեղամիջոցի արտադրողին: Օրիգինալ դեղերը, որոնք ավելի բարդ կառուցվածք ունեն, քան սովորական դեղերը (օրինակ՝ սպիտակուցի հիմքով դեղերը), կոչվում են կենսաբանական արտադրանք: Մեր Դեղացանկում «դեղեր» ասելով՝ կարող ենք նկատի ունենալ դեղ կամ կենսաբանական արտադրանք:

Գեներիկ դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրիչները, ինչ օրիգինալ դեղերը: Քանի որ կենսաբանական արտադրանքն ավելի բարդ կառուցված ունի, քան սովորական դեղերը, որոնք վերարտադրված կազմություն ունեն, դրանք պարունակում են այլընտրանքային բաղադրիչներ, որոնք կոչվում են կենսասնամանակներ: Ընդհանուր առմամբ, գեներիկ դեղամիջոցներն և կենսասնամանակները գործում են այնպես, ինչպես օրիգինալ դեղամիջոցները կամ կենսաբանական արտադրանքը և սովորաբար ավելի մատչելի են: Կան գեներիկ դեղամիջոցներին փոխարինողներ կամ կենսասնաման այլընտրանքային միջոցներ, որոնք կարող են օգտագործվել շատ օրիգինալ դեղամիջոցների և որոշ կենսաբանական միջոցների փոխարեն: Խորհրդակցեք ձեր բուժժառայություններ մատուցողի հետ, թե որ դեղամիջոցը՝ գեներիկ կ, թե՛ օրիգինալ, ավելի ճիշտ կլինի ձեզ համար օգտագործել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

B2. Ինչպես գտնել դեղամիջոցը մեր Դեղացանկում

Պարզելու համար՝ այն դեղամիջոցը, որն օգտագործում եք, ներառված է մեր Դեղացանկում, թե ոչ, դուք կարող եք՝

- Ստուգել ամենաթարմ Դեղացանկը, որ մենք տրամադրել ենք էլեկտրոնային տարբերակով մեր վեբկայքում:
- Այցելեք մեր պլանի կայքը հետևյալ հասցեով՝ kp.org/seniorrx: Մեր կայքէջի Դեղացանկը միշտ ամենաթարմն է:
- Ջանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ պարզելու համար՝ արդյո՞ք ձեր դեղամիջոցը մեր Դեղացանկում է, թե ոչ, կամ ստանալու համար ցանկի օրինակը:
- Դեղերը, որոնք ներառված չեն D մասի ապահովագրական ծածկույթում, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ի կողմից: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Օգտագործեք մեր «Իրական ժամանակով նպաստների գործիքը»՝ kp.org/seniorrx, կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման գրասենյակ: Այս գործիքի միջոցով դուք կարող եք դեղեր որոնել Դեղացանկում, որպեսզի ստանաք ձեր վճարման նախահաշիվը, ինչպես նաև պարզել՝ արդյո՞ք Դեղացանկում կան այլընտրանքային դեղեր, որոնք կարող են բուժել նույն հիվանդությունը:

B3. Դեղեր, որոնք ներառված չեն մեր Դեղացանկում

Մենք չենք փոխհատուցում դեղատոմսով բաց թողնվող բոլոր դեղերի համար: Որոշ դեղեր ներառված չեն մեր Դեղացանկում, քանի որ օրենքը մեզ թույլ չի տալիս փոխհատուցել այդ դեղերի ծախսերը: Այլ դեպքերում մենք որոշել ենք չընդգրկել դեղը մեր Դեղացանկում:

Մեր պլանը չի վճարում այն դեղամիջոցների համար, որոնց ցանկը ներկայացված է այս բաժնում: Դրանք կոչվում են **բացառված դեղեր**: Եթե ձեզ նշանակում են բացառված դեղ, հնարավոր է՝ դրա համար ինքներդ վճարեք: Եթե դուք կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար՝ հաշվի առնելով ձեր վիճակը, դուք կարող եք բողոքարկել: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**՝ բողոքարկումների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Երեք հիմնական կանոն՝ բացառված դեղերի հետ կապված՝

- Մեր պլանի ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղերի ապահովագրական ծածկույթով (որտեղ ներառված են Medicare-ի D մասի դեղերը) չեն փոխհատուցվում այն դեղերը, որոնք արդեն փոխհատուցվում են Medicare-ի A կամ Medicare B մասով: Մեր պլանն անվճար ապահովագրում է Medicare-ի A կամ Medicare B մասի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերը, սակայն այս դեղերը չեն համարվում ձեր ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված և դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի նպաստի մասը:
- Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել այն դեղի համար, որը գնել էք Միացյալ Նահանգների տարածքից դուրս:
- Դեղի օգտագործումը պետք է հաստատված լինի Մանդի և դեղորայքի վերահսկողության վարչության (FDA) կողմից կամ պետք է բժշկի կողմից հատուկ տեղեկանք լինի, որտեղ նշված է, որ դրա օգտագործումը անհրաժեշտ է ձեր հիվանդությունը բուժելու համար: Ձեր բժիշկը կարող է ձեր առողջական վիճակի բուժման համար նշանակել այնպիսի դեղ, որը հաստատված չէ որպես ձեր առողջական վիճակի բուժման միջոց: Մա կոչվում է «առանց ցուցման օգտագործում»: Մեր պլանը սովորաբար չի փոխհատուցում այն դեղերի համար, որոնք նշանակվել են առանց ցուցման օգտագործման համար:
- Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը փոխհատուցվում է Medi-Cal Rx-ի կողմից՝ որպես FFS Medi-Cal-ով տրամադրվող ծառայություն: Medi-Cal Rx-ով փոխհատուցվելու համար ապրանքը պետք է լինի Medi-Cal-ի Պայմանագրային դեղերի ցանկում («CDL») կամ պետք է նախապես հաստատված լինի ձեզ համար Medi-Cal Rx-ի կողմից: Ձեր բուժօժանություններ մատուցողը կարող է ձեզ տեղեկացնել՝ դեղը ներառված է Medi-Cal Rx CDL ցանկում, թե՞ ոչ:

Բացի այդ, Medicare-ը կամ Medi-Cal-ը չեն կարող փոխհատուցել ստորև նշված դեղատեսակները.

- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են պտղաբերության խթանման համար:
- Դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են հազի կամ մրսածության ախտանիշները թեթևացնելու համար:*
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի աճը խթանելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Դեղատոմսով դուրս գրվող վիտամիններ և հանքանյութեր, բացառությամբ նախաձննդյան վիտամինների և ֆտորիդային* պատրաստուկների:
- Մեռական կամ էրեկտիլ դիսֆունկցիայի բուժման համար օգտագործվող դեղամիջոցներ:
- Անոթաբիայի, քաշի կորստի կամ քաշի ավելացման համար օգտագործվող դեղեր*:
- Ամբուլատոր բուժման համար նախատեսված դեղեր, որոնց օգտագործման համար պահանջվում է թեստեր անցնել և ծառայություններ ստանալ դրանք արտադրող ընկերության կողմից:
- *Ընտրված ապրանքները կարող են ապահովագրվել Medi-Cal-ի կողմից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելել Medi-Cal Rx կայքը (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov):

C. Սահմանափակումներ որոշ դեղերի հետ կապված

Որոշ դեղատոմսային դեղերի համար գոյություն ունեն կանոններ, որոնք սահմանափակումներ են մտցնում, թե ինչպես և երբ պետք է մեր պլանով դրանք փոխհատուցվեն: Ընդհանուր առմամբ, մեր կանոններով խրախուսվում է այնպիսի դեղամիջոց ձեռք բերել, որը նախատեսված է ձեր առողջական վիճակի համար, անվտանգ և արդյունավետ է: Այն դեպքում երբ անվտանգ, ավելի ցածր գին ունեցող դեղը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ ավելի բարձր գին ունեցող դեղը, մենք ակնկալում ենք, որ ձեր բուժօրհանությունների մատուցողը ձեզ կնշանակի ավելի ցածր գնով դեղը:

Եթե ձեր դեղի համար գործում է հատուկ օրենք, դուք և ձեր բուժօրհանություններ մատուցողը պետք է լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկեք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք դեղի համար: Օրինակ՝ ձեր բուժօրհանություններ մատուցողը պետք է մեզ տեղեկացնի ձեր ախտորոշման մասին կամ տրամադրի արյան թեստերի արդյունքները: Եթե դուք կամ ձեր բուժօրհանություններ մատուցողը կարծում եք, որ մեր կանոնները չեն տարածվում ձեզ վրա, դիմեք մեզ՝ բացատրություն անելու համար: Մենք կարող ենք համաձայնել կամ չհամաձայնել թույլ տալ ձեզ օգտագործել դեղը՝ առանց ձեր կողմից լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկելու:

Բացառության համար դիմելու ընթացակարգի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը:**

1. Օրիգինալ դեղերի օգտագործման սահմանափակում, երբ հասանելի է գեներիկ տարբերակը

Ընդհանուր առմամբ, գեներիկ դեղը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ օրիգինալ դեղը և սովորաբար ավելի ցածր գին ունի: Եթե առկա է օրիգինալ դեղի գեներիկ տարբերակը, մեր ցանցային դեղատները ձեզ տրամադրում են գեներիկ տարբերակը:

- Մենք սովորաբար չենք վճարում օրիգինալ դեղի համար, երբ հասանելի է գեներիկ տարբերակը:
- Այնուամենայնիվ, եթե ձեր բուժժառայություններ մատուցողը մեզ տրամադրել է բժշկական հիմնավորում, որ գեներիկ դեղը կամ այլ փոխհատուցվող դեղ, որը նախատեսված է նույն առողջական խնդրի համար, արդյունավետ չէ ձեզ համար, մենք կփոխհատուցենք օրիգինալ դեղի համար:
- Ձեր համավճարը կարող է ավելի մեծ լինել բրենդային դեղամիջոցի կամ օրիգինալ կենսաբանական արտադրանքի համար, քան ընդհանուր դեղամիջոցը կամ փոխարինելի կենսաբանական արտադրանքը:

2. Պլանի կողմից նախապես հաստատում

Որոշ դեղերի համար դուք և ձեր բժիշկը պետք է ստանաք մեր պլանի կողմից հաստատում՝ նախքան ձեր դեղատոմսային դեղը դուրս գրելը: Եթե դուք չեք ստանում հաստատում, մենք կարող ենք չփոխհատուցել դեղը:

3. Քանակային սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի քանակի համար մենք սահմանափակումներ ենք անում: Սա կոչվում է քանակային սահմանափակում: Օրինակ, մենք կարող է սահմանափակել, թե որքան դեղ կարող եք ստանալ ամեն անգամ, երբ դրանք ձեզ դուրս են թողնվում:

Պարզելու համար՝ վերոնշյալ կանոնները վերաբերում են ձեր կողմից օգտագործվող դեղին կամ այն դեղին, որ ցանկանում եք օգտագործել, ստուգեք մեր Դեղացանկը: Ամենաթարմ տեղեկությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին կամ այցելեք մեր կայքը հետևյալ հասցեով՝ kp.org/seniorrx: Եթե համաձայն չեք վերոնշյալ պատճառներից որևէ մեկի վրա հիմնված մեր ապահովագրական որոշման հետ, կարող եք այն բողոքարկել: Տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

D. Ձեր դեղը չփոխհատուցելու պատճառներ

Մենք փորձում ենք այնպես անել, որպեսզի ձեր դեղերի ապահովագրական ծածկույթը հարմար լինի ձեզ, բայց երբեմն դեղերի ծախսը չենք կարող փոխհատուցել այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք: Օրինակ՝

- Մեր պլանը չի փոխհատուցում այն դեղերի համար, որոնք դուք եք ցանկանում ընդունել: Դեղը կարող է չլինել մեր Դեղացանկում: Մենք կարող ենք փոխհատուցել զեներիկ դեղի արժեքը, բայց ոչ օրիգինալ դեղի արժեքը, որը ցանկանում եք ընդունել: Դեղը կարող է լինել նոր, և մենք դեռևս հասցրած չլինենք ստուգել դրա անվտանգությունը և արդյունավետությունը:
- Մեր պլանը փոխհատուցում է դեղի արժեքը, սակայն կան փոխհատուցման հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ: Ինչպես բացատրված է **C բաժնում**, որոշ դեղերի համար, որոնք մեր պլանը փոխհատուցում է, կան կանոններ, որոնք սահմանափակում են դրանց օգտագործումը: Որոշ դեպքերում դուք կամ ձեզ դեղ նշանակողը կարող է դիմել մեզ բացառություն անելու համար:

Կան գործողություններ, որոնք կարող եք կատարել, եթե մենք չենք փոխհատուցում դեղի արժեքն այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք:

D1. Դեղի ժամանակավոր մատակարարում

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք ձեզ տրամադրել դեղի ժամանակավոր մատակարարում, երբ դեղը մեր Դեղացանկում ներառված չէ կամ սահմանափակ քանակությամբ է բաց թողնվում: Այդ ընթացքում դուք կարող եք խորհրդակցել ձեր բուժառայությունների մատուցողի հետ, որպեսզի ձեզ ուրիշ դեղ նշանակի, կամ մեզ դիմել՝ դեղի արժեքը փոխհատուցելու համար:

Որպեսզի դեղի ժամանակավոր մատակարարում ստանաք, ձեզ համար պետք է գործի հետևյալ երկու կանոնը՝

1. Այն դեղը, որ օգտագործում էիք.
 - Այլևս մեր Դեղացանկում չէ, կամ
 - Երբեք չի եղել մեր Դեղացանկում, կամ
 - Ներկայումս սահմանափակումներ կան դեղի հետ կապված:
2. Դուք պետք է լինեք հետևյալ իրավիճակներից մեկում՝



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Դուք ներառված եք եղել մեր պլանում անցյալ տարի:
 - Մենք փոխհատուցել ենք ձեր դեղերի ժամանակավոր մատակարարման **համար օրացուցային տարվա առաջին 90 օրը:**
 - Այս ժամանակավոր մատակարարումը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար:
 - Եթե ձեր դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ ենք տալիս մի քանի անգամ ստանալ այն՝ մինչև դեղի ժամանակավոր մատակարարման առավելագույն 30 օրվա ժամկետը լրանալը: Դուք պետք է դեղատոմսային դեղը ստանաք ցանցային դեղատնից:
 - Երկարաժամկետ բուժօգնություն տրամադրող դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել քիչ քանակով դեղատոմսային դեղեր, որպեսզի դրանց օգտագործման ժամկետը չլրանա:
- Դուք մեր պլանի նոր անդամ եք:
 - Մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի ժամանակավոր մատակարարման համար մեր պլանում ձեր գրանցվելուց հետո առաջին 90 օրերի ընթացքում:
 - Այս ժամանակավոր մատակարարումը նախատեսված է մինչև 30 օրվա համար:
 - Եթե ձեր դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ ենք տալիս մի քանի անգամ ստանալ այն՝ մինչև դեղի ժամանակավոր մատակարարման առավելագույն 30 օրվա ժամկետը լրանալը: Դուք պետք է դեղատոմսային դեղը ստանաք ցանցային դեղատնից:
 - Երկարաժամկետ բուժօգնություն տրամադրող դեղատները կարող են ձեզ տրամադրել քիչ քանակով դեղատոմսային դեղեր, որպեսզի դրանց օգտագործման ժամկետը չլրանա:
- Դուք մեր պլանում գրանցված եք ավելի քան 90 օր, ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում և ձեզ անհրաժեշտ է դեղի ապահովումը հենց հիմա:
 - Մենք փոխհատուցում ենք մեկ անգամ՝ 31-օրյա մատակարարման համար, կամ ավելի քիչ, եթե դեղատոմսային դեղը նշանակված է ավելի քիչ օրերի համար: Մա հավելում է վերը նշված ժամանակավոր մատակարարմանը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե դուք ընդունվում եք կամ դուրս եք գրվում հիվանդանոցից, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունից կամ երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունից և գնում եք այլ խնամքի հաստատություն կամ տուն. դա կոչվում է բուժխնամքի մակարդակի փոփոխություն: Երբ ձեր բուժխնամքի մակարդակը փոխվում է, ձեզ կարող է անհրաժեշտ լինել ձեր դեղորայքի հավելյալ դուրսգրում: Մենք հիմնականում փոխհատուցում ենք D մասի դեղերի մեկամսյա մատակարարման համար բուժխնամքի մակարդակի փոփոխման այս ընթացքում, եթե անգամ դեղը չկա մեր Դեղացանկում:

D2. Դիմում ժամանակավոր մատակարարման համար

Դեղի ժամանակավոր մատակարարման համար դիմելու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Երբ դուք ստանում եք դեղերի ժամանակավոր մատակարարում, հնարավորինս շուտ խորհրդակցեք ձեր բուժժառայություններ մատուցողի հետ՝ որոշելու համար, թե ինչ կարող եք անել, երբ ձեր մատակարարման ժամկետը լրանա: Ընտրության հնարավոր տարբերակներ՝

- Փոխարինել դեղը մեկ ուրիշով:

Մեր պլանը կարող է փոխհատուցել ուրիշ դեղի համար, որը արդյունավետ է ձեզ համար: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ նույն առողջական խնդրի համար նախատեսված մեր կողմից փոխհատուցվող դեղերի ցանկը պահանջելու համար: Ցանկում ձեր բուժժառայություններ մատուցողը կարող է գտնել փոխհատուցվող դեղը, որը կարող է արդյունավետ լինել ձեզ համար:

ԿԱՍ

- Դիմել բացառության համար:

Դուք և ձեր բուժժառայություններ մատուցողը կարող եք դիմել մեզ, որպեսզի ձեզ համար բացառություն արվի: Օրինակ՝ դուք կարող եք դիմել մեզ փոխհատուցելու այն դեղի համար, որը մեր Դեղացանկում չկա, կամ փոխհատուցելու դեղի համար առանց սահմանափակումների: Եթե ձեր բուժժառայություններ մատուցողի կարծիքով ձեր առողջական վիճակի դեպքում կարելի է դիմել բացառության համար, խնդրեք նրան օգնել ձեզ այդ հարցում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

D3. Դիմել բացառություն կատարելու համար

Եթե այն դեղը, որ դուք օգտագործում եք, դուրս է հանվելու մեր Դեղացանկից կամ ինչ-որ սահմանափակում է կիրառվելու դրա համար հաջորդ տարի, մենք ձեզ թույլ ենք տալիս մինչև հաջորդ տարի դիմել բացառության համար:

- Մենք ձեզ տեղեկացնում ենք հաջորդ տարի ձեր դեղի փոխհատուցման ցանկացած փոփոխության մասին: Դիմեք մեզ՝ ձեզ համար բացառություն անելու և դեղի համար փոխհատուցելու հաջորդ տարի, ինչպես դուք եք ցանկանում:
- Մենք պատասխանում ենք ձեզ համար բացառություն անելու ձեր հայցադիմումին (կամ ձեր դեղը նշանակողի հիմնավորող գրությանը)՝ այն ստանալուց 72 ժամ հետո:

Բացառության համար դիմելու ընթացակարգի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

Եթե ձեզ անհրաժեշտ է օգնություն՝ բացառության համար դիմելու համար, կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժին:

E. Ձեր դեղերի փոխհատուցման փոփոխություններ

Դեղի փոխհատուցման փոփոխությունները մեծ մասամբ տեղի են ունենում հունվարի 1-ին, բայց մենք կարող ենք նաև տարվա ընթացքում մեր Դեղացանկում ավելացնել կամ այնտեղից հանել դեղեր: Մենք կարող ենք նաև փոփոխել դեղերի հետ կապված մեր կանոնները: Օրինակ՝ մենք կարող ենք.

- Որոշել՝ պահանջել լ, թե՞ չպահանջել դեղի նախնական հաստատումը (PA) (մեր թույլտվությունը՝ նախքան կկարողանաք դեղը ստանալ):
- Ավելացնել կամ փոփոխել դեղի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ (քանակի սահմանափակումներ):
- Ավելացնել կամ փոփոխել փուլային բուժման սահմանափակումները դեղի համար (դուք պետք է փորձեք ինչ-որ դեղ՝ նախքան մենք կփոխհատուցենք մեկ այլ դեղի համար):

Դեղերի հետ կապված այս կանոնների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **C բաժինը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե դուք ընդունում եք ինչ-որ դեղ, որ մենք փոխհատուցել ենք տարվա **սկզբում**, մենք հիմնականում չենք չեղարկի կամ փոփոխի դեղի փոխհատուցումը **տարվա մնացած հատվածի համար**, եթե՝

- Նոր, ավելի էժան դեղ է հայտվում շուկայում, որը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ մեր Դեղացանկի նույն դեղը, **կամ**
- Մենք պարզում ենք, որ դեղը անվտանգ չէ, **կամ**
- Դեղը դուրս է գալիս շուկայից:

Ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար մեր Դեղացանկի փոփոխությունների մասին՝

- Ստուգեք մեր ընթացիկ Դեղացանկն առցանց՝ kp.org/seniorrx, կամ
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ ծանոթանալու համար մեր Դեղացանկին:

Որոշ փոփոխություններ մեր Դեղացանկում տեղի են ունենում **անմիջապես**: Օրինակ՝

- **Երբ նոր գեներիկ դեղը դառնում է հասանելի:** Երբեմն նոր գեներիկ դեղ է մտնում շուկա, որը նույն արդյունավետությունն ունի, ինչ օրիգինալ դեղը, որը ներառված է մեր Դեղացանկում: Երբ դա տեղի է ունենում, մենք կարող ենք հանել օրիգինալ դեղը և դրա փոխարեն ավելացնել նոր գեներիկ դեղը, բայց նոր դեղի համար ձեր ծախսը կմնա նույնը կամ ավելի քիչ կլինի:

Երբ մենք ավելացնում ենք նոր գեներիկ դեղը, մենք կարող է որոշենք Դեղացանկում պահել նաև օրիգինալ դեղը, բայց փոփոխել վերջինիս փոխհատուցման կանոնները և սահմանափակումները:

- Նախքան այս փոփոխությունը կատարելը՝ մենք կարող ենք ձեզ չտեղեկացնել այդ մասին, բայց պարտադիր կտեղեկացնենք, երբ տեղի ունենա որևէ կոնկրետ փոփոխություն:
- Դուք կամ ձեր բժիշկը կարող եք դիմել բացառության խնդրանքով այդ փոփոխությունների համար: Մենք կուղարկենք ծանուցում այն քայլերի մասին, որոնք պետք է ձեռնարկեք բացառության խնդրանքով հանդես գալու համար: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 9-ը**՝ բացառությունների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

- **Դեղը դուրս է գալիս շուկայից:** Եթե Մանդի և դեղերի վերահսկման վարչությունը (FDA) գտնում է, որ ձեր օգտագործած դեղն անվտանգ չէ կամ, եթե արտադրողը հանում է այդ դեղը շուկայից դուրս, մենք նույնպես այն հանում ենք մեր Դեղացանկից: Եթե դուք ընդունում եք այդ դեղը, մենք ձեզ տեղեկացնում ենք այդ մասին: Ձեզ դեղ նշանակող բժիշկը նույնպես կտեղեկացվի այս փոփոխության մասին և կօգնի ձեզ գտնել ձեր առողջական խնդրին համապատասխան այլ դեղ:

Մենք կարող ենք այլ փոփոխություններ կատարել, որոնք ազդում են ձեր օգտագործած դեղի վրա: Մենք ձեզ նախապես տեղեկացնում ենք մեր Դեղացանկում կատարված նմանատիպ փոփոխությունների մասին: Այդ փոփոխությունները կարող են կատարվել, եթե՝

- FDA-ը նոր ցուցումներ է տվել կամ նոր կլինիկական ցուցումներ կան դեղամիջոցի վերաբերյալ:
- Մենք ավելացնում ենք գեներիկ դեղ, որը նոր չէ շուկայում, և
 - Փոխարինում ենք *ապրաքանիշային* դեղը, որը ներկայումս ներառված է մեր Դեղացանկում, կամ
 - Փոխում ենք փոխհատուցման կանոնները կամ սահմանափակումները ապրաքանիշային դեղի համար:

Երբ այս փոփոխությունները տեղի են ունենում, մենք՝

- Տեղեկացնում ենք ձեզ մեր Դեղացանկում փոփոխություն կատարելուց առնվազն 30 օր առաջ, **կամ**
- Տեղեկացնում ենք ձեզ այդ մասին և տրամադրում ենք դեղամիջոցի 30-օրյա ապահովում, երբ դուք խնդրում եք այն ստանալ:

Սա ձեզ ժամանակ է տալիս, որպեսզի խորհրդակցեք ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հետ: Նրանք կարող են օգնել ձեզ պարզել՝

- Արդյո՞ք դուք դրա փոխարեն կարող եք օգտագործել մեր Դեղացանկում առկա ուրիշ դեղամիջոց, կամ
- Արդյո՞ք անհրաժեշտ է այդ փոփոխությունների համար բացառություն խնդրել: Բացառության համար դիմելու ընթացակարգի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը:**



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Մենք կարող ենք ձեր կողմից ընդունվող, սակայն ձեզ վրա այլևս չազդող դեղերը փոփոխել: Սովորաբար, ձեր ընդունած այն դեղը, որը փոխհատուցում ենք տարվա սկզբից, մենք չենք հանում կամ չենք փոխում դրա փոխհատուցման պայմանները տարվա մնացած հատվածի համար:

- Օրինակ, եթե մենք հանում ենք այն դեղը, որը դուք ընդունում եք, սահմանափակում է դրա օգտագործումը, ապա փոփոխությունը չի ազդի ձեր դեղամիջոցի օգտագործման վրա տարվա մնացած հատվածի համար:

F. Դեղերի փոխհատուցում հատուկ դեպքերում

F1. Հիվանդանոցում կամ մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում կեցության ժամանակ, որի համար մեր պլանը փոխհատուցում է

Եթե դուք ընդունվում եք հիվանդանոց կամ մասնագիտացված բուժխնամքի հաստատություն, որոնց կեցության համար փոխհատուցում է մեր պլանը, մենք սովորաբար փոխհատուցում ենք ձեր դեղատոմսային դեղերի համար՝ ձեր այնտեղ գտնվելու ընթացքում: Դուք չեք վճարի համավճար: Երբ դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից կամ մասնագիտացված բուժխնամքի հաստատությունից, մենք փոխհատուցում ենք ձեր դեղերի համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ դեղերը համապատասխանում են մեր փոխհատուցման բոլոր կանոններին:

Դեղերի փոխհատուցման և ձեր վճարումների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 6-րդ գլուխը:**

F2. Երկարաժամկետ բուժխնամքի հաստատությունում

Սովորաբար երկարատև բուժխնամքի հաստատությունները, ինչպիսիք են ծերանոցները, ունեն իրենց սեփական դեղատները կամ այնպիսի դեղատներ, որոնք դեղեր են ապահովում իրենց բոլոր հիվանդներին: Եթե դուք մնում եք երկարաժամկետ բուժխնամքի հաստատությունում, դուք կարող եք ձեռք բերել ձեր դեղատոմսային դեղերը հաստատության դեղատնից, եթե այն ներառված է մեր ցանցում:

Ճշտեք ձեր **Բուժօժանոցային մատուցողների և դեղատների տեղեկատուից՝** արդյոք չեք երկարաժամկետ բուժխնամքի հաստատության դեղատունը ներառված է մեր ցանցում: Եթե ներառված չէ ցանցում, կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժնի:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

F3. Medicare-ի կողմից հավաստագրված հոսփիսի ծրագրում

Դեղերը երբեք չեն փոխհատուցվում միաժամանակ թե՛ հոսփիսի, և թե՛ մեր պլանի կողմից:

- Դուք կարող եք գրանցված լինել Medicare-ի հոսփիսի ծրագրում և պահանջել ցավազրկող, սրտխառնոցի դեմ, լուծողական կամ հանգստացնող դեղամիջոց, որոնց համար ձեր հոսփիսը չի փոխհատուցում, քանի որ այդ դեղամիջոցները չեն առնչվում ձեր անբուժելի հիվանդության կանխատեսման և առողջական խնդիրների հետ: Այս դեպքում, մեր պլանը պետք է ծանուցում ստանա դեղը նշանակողից կամ ձեր հոսփիսի բուժժառայություններ մատուցողից այն մասին, որ դեղի համար նրանք փոխհատուցում չեն տրամադրում՝ նախքան մենք կկարողանանք փոխհատուցել այն:
- Չփոխհատուցվող դեղերի ստացման ուշացումը կանխելու համար, որոնց համար պետք է փոխհատուցի մեր պլանը, կարող եք խնդրել ձեր հոսփիսի բուժժառայություններ մատուցողին կամ դեղատոմս նշանակողին, որպեսզի համոզվեն, որ մենք ծանուցում ստացել ենք այն մասին, որ դեղի համար նրանք փոխհատուցում չեն տրամադրում՝ նախքան դեղատոմսից կխնդրեք դեղը:

Եթե դուրս գաք հոսփիսից, մեր պլանը կփոխհատուցի ձեր բոլոր դեղերի համար: Որպեսզի դեղատոմսը չուշացնեն դեղերի տրամադրումը, երբ ավարտվի Medicare-ի հոսփիսի նպաստը, ձեզ հետ համապատասխան փաստաթղթեր տարեք դեղատոմս, որոնք կհաստատեն, որ դուք դուրս եք եկել հոսփիսից:

Անցեք այս գլխի սկիզբ, որտեղ նշված է մեր պլանով փոխհատուցվող դեղերի մասին: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլուխը**՝ հոսփիսի նպաստի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

G. Դեղերի անվտանգության և կառավարման ծրագրեր

G1. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ անվտանգ օգտվել դեղերից

Ամեն անգամ, երբ դուք դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր եք ստանում, մենք հետևում ենք, որպեսզի հնարավոր խնդիրներ չծագեն դրանց օգտագործման հետ կապված, օրինակ՝ դրանք սխալ դեղեր չլինեն կամ այնպիսի դեղեր, որոնք՝

- Ձեզ անհրաժեշտ չեն, քանի որ հնարավոր է՝ դուք ընդունում եք մեկ ուրիշ դեղամիջոց, որը նույն արդյունավետությունն ունի:
- Կարող են անվտանգ չլինել ձեր տարիքի կամ սեռի համար:
- Կարող են վնասել ձեզ, եթե դրանք միաժամանակ ընդունեք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Պարունակում են այնպիսի բաղադրիչներ, որոնց նկատմամբ դուք ալերգիկ եք կամ հնարավոր է՝ ալերգիա ունենաք:
- Պարունակում են վտանգավոր քանակությամբ օփիոիդային ցավազրկող նյութեր:

Եթե մենք ձեր կողմից օգտագործվող դեղատոմսային դեղերի հետ կապված հնարավոր խնդիր բացահայտենք, մենք կքննարկենք ձեր բուժժառայություններ մատուցողի հետ՝ խնդիրը շտկելու համար:

G2. Ծրագրեր, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել դեղերի օգտագործումը

Մեր պլանն ունի առողջապահական բարդ կարիքներ ունեցող անդամներին օգնելու ծրագիր: Նման դեպքերում դուք կարող եք իրավունք ունենալ անվճար ստանալու ծառայությունները Դեղորայքային բուժման կառավարման (MTM) ծրագրի շրջանակներում: Այս ծրագիրը կամավոր է և անվճար: Այս ծրագիրը օգնում է ձեզ և ձեր բուժժառայություններ մատուցողին համոզվել, որ այն դեղամիջոցները, որ ընդունում եք, բարելավում են ձեր առողջությունը: Եթե դուք համապատասխանեք այդ ծրագրին, դեղագործը կամ առողջապահական այլ մասնագետ ձեզ կներկայացնի ձեր բոլոր դեղերի ընդհանուր բնութագիրը և ձեզ հետ կխոսի հետևյալի շուրջ.

- Ինչպե՞ս առավելագույն օգուտ ստանալ ձեր ընդունած դեղերից:
- Կլիսի ձեր մտահոգությունները, օրինակ՝ կապված դեղերի ծախսերի և դեղերից առաջացած ռեակցիաների մասին:
- Ինչպես ճիշտ ընդունել դեղերը:
- Ցանկացած հարց կամ խնդիր, որ ունեք ձեր դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի դուրս գրվող դեղերի վերաբերյալ:

Հետո ձեզ կտրամադրեն՝

- Այս քննարկման գրավոր ամփոփագիրը: Ամփոփագրում տրված են հրահանգներ՝ դեղամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ, թե ինչպես պետք է դրանք ճիշտ ընդունել:
- Անձնական դեղերի ցանկ, որտեղ նշված են բոլոր դեղերը, որոնք ընդունում եք, որքան եք ընդունում և ինչու եք ընդունում:
- Տեղեկատվություն՝ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի անվտանգ օգտահանման մասին, որոնք օրենքով վերահսկվող նյութեր են:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գերադասելի է բժշկի հետ խոսել ձեր գործողությունների ծրագրի և դեղերի ցանկի մասին:

- Վերցրեք ձեր գործողությունների պլանը և դեղացանկը՝ բժիշկների, դեղագործների և այլ բուժառայություններ մատուցողների մոտ այցերի ժամանակ:
- Վերցրեք ձեր դեղերի ցանկը, եթե գնում եք հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժին:

MTM ծրագրերը կամավոր են և անվճար այն անդամների համար, ովքեր համապատասխանում են պահանջներին: Եթե մենք ունենք ծրագիր, որը նախատեսված է ձեր կարիքների համար, մենք ձեզ գրանցում ենք ծրագրում և այդ մասին ձեզ տեղեկացնում ենք: Եթե դուք չեք ցանկանում մասնակցել ծրագրին, տեղեկացրեք մեզ, և մենք ձեզ կհանենք ծրագրից:

Եթե հարցեր ունեք այս ծրագրերի վերաբերյալ, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին:

G3. Դեղերի կառավարման ծրագիր՝ օֆիոդային դեղամիջոցների անվտանգ օգտագործման համար

Մեր պլանը ունի այնպիսի ծրագիր, որը օգնում է անդամներին անվտանգ օգտագործել դեղատոմսով բաց թողնվող օֆիոդային դեղերը և այլ դեղամիջոցներ, որոնք հաճախ չարաշահվում են: Այս ծրագիրը կոչվում է Drug Management ծրագիր (DMP):

Եթե դուք օգտագործում եք օֆիոդային դեղամիջոցներ, որոնք ստանում եք մի քանի բժիշկներից կամ դեղատներից, կամ եթե վերջերս օֆիոդային դեղամիջոցների չափից մեծ դոզա եք ստացել, մենք կարող ենք խոսել ձեր բժիշկների հետ՝ համոզվելու համար, որ ձեր կողմից օֆիոդային դեղամիջոցների օգտագործումը տեղին է և բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ: Խորհրդակցելով ձեր բժիշկների հետ՝ եթե մենք որոշենք, որ դեղատոմսով բաց թողնվող օֆիոդայինների կամ բենզոդիազեպինների օգտագործումը ձեզ համար անվտանգ չէ, մենք կարող ենք սահմանափակումներ մտցնել: Սահմանափակումները կարող են ներառել՝

- Ձեզնից կարող է պահանջվել, որպեսզի ստանաք այս բոլոր դեղատոմսային դեղերը որոշ դեղատներից և/կամ որոշ բժիշկներից:
- Մենք կարող ենք սահմանափակել այս դեղերի քանակը, որոնց համար ձեզ փոխհատուցում ենք:

Եթե մենք կարծում ենք, որ ձեզ համար պետք է կիրառվեն այս սահմանափակումներից մեկը կամ մի քանիսը, մենք ձեզ նախապես նամակ կուղարկենք: Նամակով ձեզ կտեղեկացնենք այն մասին, թե արդյոք մենք կսահմանափակենք այս դեղերի ծածկույթը ձեզ համար, և արդյոք ձեզանից կպահանջվի ստանալ այդ դեղերի դեղատոմսերը միայն կոնկրետ մատակարարից կամ դեղատնից:

Պուք կարող եք մեզ հայտնել, թե որ բժիշկների ծառայություններից կամ դեղատներից եք նախընտրում օգտվել, ինչպես նաև այլ տեղեկություններ հաղորդել, որոնք ձեր կարծիքով մենք պետք է իմանանք: Եթե ձեր հաղորդած տեղեկությունների հիման վրա մենք որոշենք սահմանափակել ձեր փոխհատուցումը այս դեղերի համար, մենք ձեզ մեկ այլ նամակ կուղարկենք, որտեղ նշված կլինեն սահմանափակումները:

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք, համաձայն չեք, որ դեղատոմսային դեղերի չարաշահման վտանգի տակ եք, կամ համաձայն չեք սահմանափակման հետ, դուք և ձեր դեղ նշանակողը կարող եք բողոքարկել: Եթե բողոքարկեք, մենք կվերանայենք ձեր գործը և մեր որշումը կուղարկենք ձեզ գրավոր կերպով: Եթե մենք շարունակաբար մերժենք ձեր բողոքարկման հայցի որևէ կետ՝ կապված այս դեղերի հասանելիության սահմանափակումների հետ, մենք ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO): (Բողոքարկումների և Անկախ վերանայման կազմակերպության (IRO)) մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **Գլուխ 9-ը** սույն **Անդամների ձեռնարկում**):

Դեղերի կառավարման ծրագիրը կարող է ձեզ համար չկիրառվել, եթե դուք

- Որոշակի առողջական խնդիրներ ունեք, օրինակ՝ քաղցկեղ կամ մանգաղաբջջային հիվանդություն:
- Հոսփիսային, պալիատիվ կամ մինչև կյանքի վերջը տրամադրվող խնամք եք ստանում, **կամ**
- Ապրում եք երկարաժամկետ խնամքի հաստատությունում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 6. Ինչ էք վճարում Medicare-ի և Medi-Cal-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղամիջոցների համար

Ներածություն

Այս գլխում բացատրվում է, թե ինչքան պետք է վճարեք ձեր ամբուլատոր բուժման դեղատոմսային դեղերի համար: «Դեղեր» ասելով՝ մենք նկատի ունենք՝

- Medicare-ի D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերը, և
- Այն դեղերն ու պարագաները, որոնց համար փոխհատուցվում է Medi-Cal Rx ծրագրով, ինչպես նաև,
- Այն դեղերը և պարագաները, որոնք ներառված են մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում որպես լրացուցիչ նպաստներ:
- Քանի որ դուք իրավունակ եք Medi-Cal-ի համար, դուք ստանում եք «Լրացուցիչ օգնություն» Medicare-ից, որը նպատակ ունի օգնել ձեզ վճարել Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղերի համար: Մենք ձեզ կուղարկենք առանձին ներդիր, որը կոչվում է «Ապահովագիր այն անձանց համար, ովքեր լրացուցիչ օգնություն են ստանում դեղատոմսային դեղերի վճարման համար» (նաև կոչվում է «Ցածր եկամուտներ ունեցողների համար դրամական օժանդակություն» կամ «LIS Rider»), որտեղ նշված է ձեր դեղերի փոխհատուցման մասին: Եթե դուք չունեք այս ներդիրը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և նրանցից պահանջեք «LIS Rider»-ը:

Լրացուցիչ օգնությունը Medicare-ի ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և հնարավորություններով մարդկանց կրճատել Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղերի ծախսերը՝ ապահովագրավճարները, չհատուցվող գումարի (ֆրանչիզա) չափը և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս այստեղ՝

- Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ:
 - Մենք այն համառոտ անվանում ենք «Դեղացանկ»: Այնտեղ նշված է՝

- Որ դեղերի համար ենք մենք վճարում:
- Դեղի համար գործում է որոշակի սահմանափակում, թե ոչ:
 - o Եթե ձեզ անհրաժեշտ է մեր Դեղացանկի օրինակը, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր Դեղացանկի թարմացված օրինակը տե՛ս մեր կայքում հետևյալ հասցեով՝ kp.org/seniorrx:
 - o Դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում է մեր պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ՝ (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ **1-800-977-2273**: Ձեզ հետ բերեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx ծրագրով ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու ժամանակ:
- Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխ:
 - o Այստեղ բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք ձեռք բերել ձեր ամբուլատոր բուժման դեղատոմսային դեղերը մեր պլանով:
 - o Այստեղ նշված են այն կանոնները, որոնց դուք պետք է հետևեք: Այստեղ նաև նշված է, թե որ դեղատոմսային դեղերը մեր պլանով չեն փոխհատուցվում:
 - o Երբ դուք օգտագործում եք պլանի «Իրական ժամանակով նպաստների գործիքը» դեղերի ծածկույթը փնտրելու համար (տե՛ս **Գլուխ 5, Բաժին B2**), ցուցադրված արժեքը տրամադրվում է «իրական ժամանակով», այսինքն՝ գործիքում ցուցադրվող արժեքը արտացոլում է ժամանակի մի պահ՝ տրամադրելու ձեր գրպանից ակնկալվող ծախսերի գնահատումը: Մանրամասների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:
- Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու:
 - o Շատ դեպքերում փոխհատուցվող դեղը ստանալու համար դուք պետք է օգտվեք ցանցային դեղատնից: Ցանցային դեղատներն այն դեղատներն են, որոնք համաձայնել են համագործակցել մեզ հետ:
 - o **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի** մեջ նշված է մեր ցանցային դեղատների ցանկը: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ ցանցային դեղատների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Գլուխ 6 Բովանդակություն

- A. Նպաստների բացատրագիր (EOB) 224
- B. Ինչպես հետևել ձեր դեղերի ծախսերին..... 225
- C. Դեղերի վճարման փուլերը՝ Medicare-ի D մասի դեղերի համար 227
- D. Փուլ 1-ին. Սկզբնական փոխհատուցման փուլ..... 228
 - D1. Դեղատների տարբերակներ 228
 - D2. Դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում 228
 - D3. Որքան էք դուք վճարում 228
 - D4. Սկզբնական փոխհատուցման փուլի ավարտ 230
- E. Փուլ 2-ին. Դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլ..... 230
- F. Ձեր դեղի արժեքը, եթե բժիշկը նշանակում է ավելի քիչ, քան մեկ լրիվ ամսվա ապահովման ժամանակ 231
- G. ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ով հիվանդների համար դեղատոմսային դեղերի ծախսերի բաշխման աջակցություն..... 232
 - G1. AIDS Drug Assistance ծրագիր (ADAP)..... 232
 - G2. Եթե դուք գրանցված չէք ADAP-ում..... 232
 - G3. Եթե դուք գրանցված եք ADAP-ում 232
- H. Պատվաստումներ 232
 - H1. Ինչ պետք է իմանաք՝ նախքան պատվաստանյութը ստանալը..... 233
 - H2. Ինչքա՞ն էք դուք վճարում Medicare-ի D բաժնով փոխհատուցվող պատվաստման համար..... 233



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare: 223

A. Նպաստների բացատրագիր (EOB)

Մեր պլանը հետևում է ձեր դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերին: Մենք հետևում ենք երկու տեսակի ծախսերին՝

- **Ձեր գրպանից վճարվող ծախսեր:** Սա այն գումարն է, որը դուք կամ ձեր անունից ուրիշները վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղերի ձեռքբերման համար:
- **Ձեր դեղերի ընդհանուր ծախս:** Սա այն գումարն է, որը դուք կամ ձեր անունից գործող ուրիշները վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղերի համար՝ գումարած այն գումարը, որը մենք ենք վճարում:

Մեր պլանով դեղատոմսային դեղեր ստանալու դեպքում մենք ձեզ ուղարկում ենք ամփոփագիր, որը կոչվում է **Նպաստների բացատրագիր**: Եթե նախորդ ամսվա ընթացքում դուք պլանով ստացել եք մեկ կամ մի քանի դեղատոմսային դեղ, մենք ձեզ կուղարկենք **Նպաստների բացատրագիրը**: Այն համառոտ կոչվում է EOB: EOB-ն վճարային հաշիվ չէ: EOB-ում տարբեր տեղեկություններ կան ձեր ընդունած դեղերի վերաբերյալ: EOB-ն ներառում է.

- **Ամսական տեղեկատվություն:** Ամփոփագրում նշված է, թե ինչ դեղատոմսով դեղեր եք ստացել նախորդ ամսվա ընթացքում: Այստեղ նշված է դեղերի ընդհանուր ծախսերը՝ ինչ ենք մենք վճարել, և ինչ եք վճարել դուք և ձեր անունից ուրիշները:
- **Տարեկան տեղեկատվություն:** Այստեղ նշված են ձեր դեղերի ընդհանուր ծախսերը և հունվարի 1-ից կատարված ընդհանուր վճարումները:
- **Դեղերի արժեքի մասին տեղեկատվություն:** Այստեղ նշված է դեղի ընդհանուր գինը և դեղի գնի տոկոսային փոփոխությունը՝ առաջին անգամ այն ստանալուց հետո:
- **Դեղերի ավելի մատչելի տարբերակներ:** Երբ դրանք հասանելի լինեն, կհայտնվեն ձեր ընթացիկ դեղերի ներքևի ամփոփագրում: Դուք կարող եք խորհրդակցել ձեր դեղ նշանակողի հետ՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Մենք առաջարկում ենք Medicare-ի ապահովագրական ծածկություն չներառված դեղերի փոխհատուցում:

- Այս դեղերի համար կատարված վճարումները չեն հաշվվում ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Դեղատոմսային դեղերի մեծ մասը, որը դուք ստանում եք դեղատնից, փոխհատուցվում է մեր պլանով: Այլ դեղամիջոցներ, օրինակ՝ որոշ առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր (OTC) և վիտամիններ, կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal Rx-ով: Այցելեք Medi-Cal Rx-ի կայքէջ (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Կարող եք նաև զանգահարել Medi-Cal Rx-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին՝ **1-800-977-2273** հեռախոսահամարով: Ձեզ հետ բերեք ձեր Medi-Cal-ի շահառուի նույնականացման քարտը (BIC) Medi-Cal Rx ծրագրով ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու ժամանակ:
- Պարզելու համար, թե որ դեղերի համար է մեր պլանը փոխհատուցում, տե՛ս մեր Դեղացանկը:

B. Ինչպես հետևել ձեր դեղերի ծախսերին

Ձեր դեղերի ծախսերին և ձեր կատարած վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք ձեզնից և դեղատնից ստացված արձանագրությունները: Ինչպես կարող եք մեր գործը հեշտացնել:

1. Օգտվեք ձեր Անդամի ID քարտից:

Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտն ամեն անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում: Այդպես մենք իմանում ենք, թե ինչ դեղատոմսային դեղեր եք վերցրել և ինչքան եք վճարել:

2. Համոզվեք, որ մենք ունենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը:

Ներկայացրեք մեզ դեղերի համար վճարված անդորրագրերի պատճենները: Դուք կարող եք պահանջել մեզնից փոխհատուցել դեղի ծախսի մեր մասնաբաժինը:

Երբ պետք է դուք մեզ տրամադրեք ձեր անդորրագրերի պատճենները.

- Երբ դուք ցանցային դեղատնից գնում եք փոխհատուցվող դեղ հատուկ գնով կամ օգտագործում եք զեղչի քարտ, որը նախատեսված չէ մեր պլանի նպաստով:
- Երբ դուք համավճար եք վճարում դեղերի համար, որոնք ստանում եք դեղ արտադրողի պացիենտների աջակցության ծրագրով:
- Երբ դուք փոխհատուցվող դեղեր եք գնում ցանցից դուրս դեղատնից:
- Երբ դուք վճարում եք փոխհատուցվող դեղի ամբողջ արժեքը:

Մանրամասն տեղեկությունների համար, թե ինչպես պետք է մեզ դիմեք դեղերի ծախսերի մեր մասնաբաժինը վճարելու համար, տե՛ս **Գլուխ 7-ը** սույն **Անդամների ձեռնարկում**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

3. Տրամադրեք մեզ տեղեկատվություն այն վճարումների հետ կապված, որոնք ուրիշները ձեր փոխարեն կատարել են:

Ձեր փոխարեն կատարված վճարումները ուրիշների և այլ կազմակերպությունների կողմից նույնպես համարվում են ձեր գրպանից կատարված ծախսեր: Օրինակ՝ AIDS Drug Assistance ծրագրի (ADAP), Հնդիկների առողջապահական ծառայությունների և շատ բարեգործական կազմակերպությունների կողմից կատարված վճարումները հաշվի են առնվում ձեր գրպանից կատարված ծախսերում: Դրա շնորհիվ դուք կհասնեք դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափի փուլին: Երբ հասնում եք Դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված առավելագույն սահմանաչափին, մեր ծրագիրը վճարում է ձեր Medicare Մաս D-ի դեղերի բոլոր ծախսերը տարվա մնացած ժամանակահատվածի համար:

4. Ստուգեք Նպաստների բացատրագրերը, որոնք մենք ուղարկել ենք ձեզ:

Երբ դուք փոստով ստանում եք EOB-ն, համոզվեք, որ ներկայացված է ամբողջական և ճիշտ տեղեկատվություն:

- **Ձեզ ծանոթ է յուրաքանչյուր դեղատան անունը:** Ստուգեք ամսաթվերը: Դուք այդ օրն եք ստացել դեղերը:
- **Դուք ստացել էք նշված դեղերը:** Արդյո՞ք դրանք համապատասխանում են ձեր անդորրագրերում նշված դեղերին: Արդյո՞ք դեղերը համապատասխանում են ձեր բժշկի նշանակած դեղերին:

Մանրամասների համար կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին:

Իսկ ի՞նչ անել, եթե այս ամփոփագրում սխալներ եք գտնում:

Եթե ինչ-որ բան շփոթեցնում է կամ ճիշտ չի թվում այս EOB-ում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին:

Իսկ ի՞նչ անել, եթե տեղի է ունեցել խարդախություն:

Եթե այս ամփոփագրում նշված են դեղեր, որոնք դուք չեք ընդունում կամ որևէ այլ բան, որը ձեզ կասկածելի է թվում, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ:

- Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:
- Կամ զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք այս հեռախոսահամարներով զանգահարել անվճար՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե կասկածում եք, որ Medi-Cal-ը ստացող մատակարարը կատարել է խարդախություն, վատնում կամ չարաշահում, դուք իրավունք ունեք հայտնելու այդ մասին՝ զանգահարելով զաղտնի անվճար հեռախոսահամարին՝ **1-800-822-6222**: Medi-Cal-ի խարդախության մասին հայտնելու այլ մեթոդներ կարող եք գտնել հետևյալ հասցեով՝ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx:

Եթե կարծում եք, որ ինչ-որ բան սխալ է կամ թերի, կամ եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Կարող եք նաև ձեր **EOB-ն** դիտել առցանց՝ այն փոստով ստանալու փոխարեն: Խնդրում ենք այցելել kp.org/goinggreen և գրանցվել՝ ձեր **EOB-ն** առցանց ապահով դիտելու վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար: Պահպանեք այս EOB-ները: Դրանք ձեր դեղերի ծախսերի վերաբերյալ կարևոր արձանագրություններ են:

C. Դեղերի վճարման փուլերը՝ Medicare-ի D մասի դեղերի համար

Մեր պլանում Medicare Մաս D դեղատոմսային դեղերի փոխհատուցման ծրագրի համար գոյություն ունի վճարման երկու փուլ: Թե որքան կվճարեք, կախված է նրանից, թե որ փուլում եք, երբ ստանում կամ նորից եք ստանում դեղատոմսային դեղը: Սրանք են երկու փուլերը՝

Փուլ 1. Սկզբնական փոխհատուցման փուլ	Փուլ 2. Դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլ
<p>Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար:</p> <p>Այս փուլը սկսվում է այն ժամանակ, երբ դուք ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսային դեղերը:</p>	<p>Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև 2024 թվականի դեկտեմբերի 31-ը:</p> <p>Դուք սկսում եք այս փուլը այն ժամանակ, երբ վճարել եք որոշակի գումար ձեր գրպանից:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

D. Փուլ 1-ին. Սկզբնական փոխհատուցման փուլ

Սկզբնական փոխհատուցման փուլում մեր ծրագիրը վճարում է փոխհատուցվող դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը: Այն մասը, որը դուք եք վճարում, կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է նրանից, թե գնային որ կատեգորիայում է դեղը, որի ծախսերը կիսվում են, և որտեղից եք այն ձեռք բերում:

Ծախսերի բաշխման մակարդակները նույն համավճարով դեղերի խմբեր են: Մեր ծրագրի Դեղերի ցանկի յուրաքանչյուր դեղամիջոց գտնվում է ծախսերի բաշխման երկու մակարդակներից մեկում: Ընդհանուր առմամբ, որքան բարձր է մակարդակի թիվը, այնքան բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի համար ծախսերի բաշխման մակարդակները գտնելու համար այցելեք մեր Դեղերի ցանկը:

- 1-ին և 2-րդ մակարդակի դեղերն ունեն ամենացածր համավճարը: Դրանք կարող են լինել գեներիկ դեղեր: Համավճարը սկսվում է **\$0**-ից մինչև **\$4.50**՝ պայմանավորված ձեր եկամտով:
- 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակի դեղերն ունեն ամենաբարձր համավճարը: Դրանք ապրանքանիշային և մասնագիտացված դեղեր են: Համավճարը սկսվում է **\$0**-ից մինչև **\$11.20**՝ պայմանավորված ձեր եկամտով:

D1. Դեղատոմսերի տարբերակներ

Դեղի վճարի չափը կախված է նրանից, թե դուք դեղը որտեղից եք ստանում՝

- ցանցային դեղատոմսի՝ **ց, թե՞**
- ցանցից դուրս դեղատոմս:

Հազվադեպ դեպքերում մենք փոխհատուցում ենք ցանցից դուրս դեղատոմսերից ձեռք բերված դեղատոմսային դեղերի համար: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ պարզելու համար, թե երբ ենք մենք այդպես վարվում:

Այս տարբերակների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **5-րդ գլուխը** սույն **Անդամների ձեռնարկում** և մեր **Բուժառայություններ մատուցողների և դեղատոմսերի տեղեկատու**:

D2. Դեղերի երկարաժամկետ մատակարարում

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք երկարաժամկետ ապահովում ստանալ (նաև կոչվում է «ընդլայնված ապահովում»), երբ ձեզ նշանակում են դեղատոմսով բաց թողնվող դեղեր: Երկարաժամկետ մատակարարումը մինչև 100-օրյա դեղերի ապահովումն է: Դրա համար դուք վճարում եք նույնքան, որքան մեկ ամսվա ապահովման համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Մանրամասները, թե որտեղ և ինչպես կարող էք ապահովել դեղերի երկարաժամկետ պաշարը, հասանելի են սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-ում** կամ մեր պլանի **Բուժառայություններ մատուցողների և դեղատոմսերի տեղեկատուի մեջ**:

D3. Որքան էք դուք վճարում

Սկբնական փոխհատուցման փուլում դուք վճարում էք համավճար ամեն անգամ, երբ դեղատոմսային դեղ էք ստանում: Եթե փոխհատուցվող դեղի արժեքը համավճարից պակաս է, դուք վճարում էք ավելի ցածր գինը:

Փոխհատուցվող որևէ դեղի դիմաց ձեր համաապահովագրական վճարը պարզելու համար կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ:

Ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, երբ դուք ստանում էք դեղատոմսով բաց թողնվող փոխհատուցվող դեղերի մեկ ամսվա համար կամ երկարաժամկետ ապահովում՝ հետևյալ վայրերից՝

	Ցանցային դեղատոմս կամ մեր ծրագրի փոստային պատվերի ծառայություն	Ցանցային երկարաժամկետ խնամքի դեղատոմս	Ցանցից դուրս դեղատոմս Մինչև 30-օրյա ապահովում: Փոխհատուցումը սահմանափակ է որոշ դեպքերում: Տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-րդը ՝ մանրամասների համար:
Ծախսերի բաշխման 1-ին մակարդակ (գեներիկ դեղեր)	\$0-\$4.50 մեկ դեղատոմսի համար՝ կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից		

	Ցանցային դեղատոմս կամ մեր ծրագրի փոստային պատվերի ծառայություն	Ցանցային երկարաժամկետ խնամքի դեղատոմս	Ցանցից դուրս դեղատոմս
Ծախսերի բաշխման 2-րդ մակարդակ (ապրանքանիշային և մասնագիտացված դեղեր)	Մինչև 100-օրյա ապահովում	Մինչև 31-օրյա ապահովում	Մինչև 30-օրյա ապահովում: Փոխհատուցումը սահմանափակ է որոշ դեպքերում: Տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-րդը՝ մանրամասների համար:
		\$0-\$11.20 մեկ դեղատոմսի համար՝ կախված ձեր «Լրացուցիչ օգնության» մակարդակից	

Տեղեկությունների համար, թե որ դեղատոմսերը կարող են ձեզ դեղերի երկարաժամկետ ապահովում տրամադրել, տե՛ս մեր **Բուժծառայություններ մատուցողների և դեղատոմսերի տեղեկատու**:

D4. Սկզբնական փոխհատուցման փուլի ավարտ

Սկզբնական փոխհատուցման փուլն ավարտվում է այն ժամանակ, երբ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի՝ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են **\$8,000-ի**: Այդ պահից սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը: Պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը այդ պահից սկսած մինչև տարվա վերջ:

Ձեր EOB-ն կօգնի ձեզ հետևել, թե որքան էք վճարել ձեր դեղերի համար տարվա ընթացքում: Մենք ձեզ տեղյակ ենք պահում, եթե հասնում էք **\$8,000-ի** սահմանաչափին: Շատերը մեկ տարում այդ սահմանաչափին չեն հասնում:

E. Փուլ 2-ին. Դեղատոմսային դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված փոխհատուցման առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլ

Երբ դեղատոմսային դեղերի համար ձեր գրպանից վճարվող ծախսերի սահմանաչափը հասնում է **\$8,000-ի**, սկսվում է Արագ փոխհատուցման փուլը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք մնում եք այս փուլում մինչև օրացույցային տարվա վերջը: Այս փուլի ընթացքում մեր պլանը կվճարի ձեր Medicare դեղերի ողջ արժեքը:

F. Ձեր դեղի արժեքը, եթե բժիշկը նշանակում է ավելի քիչ, քան մեկ լրիվ ամսվա ապահովման ժամանակ

Սովորաբար, դուք վճարում եք համավճար՝ փոխհատուցվող դեղի ամբողջ ամսվա ապահովման համար: Այնուամենայնիվ, ձեր բժիշկը կարող է նշանակել դեղերի մեկ ամսից պակաս ապահովում:

- Հնարավոր է՝ դուք ցանկանաք պարզել ձեր բժշկից, թե ինչու է մեկ ամսից պակաս դեղի ապահովում նշանակել (օրինակ, երբ առաջին անգամ եք փորձում դեղամիջոցը, որը հայտնի է լուրջ կողմնակի ազդեցություններով):
- Եթե ձեր բժիշկը համաձայն է, դուք կարող եք չվճարել որոշ դեղերի ամբողջ ամսվա ապահովման համար:

Երբ դուք ստանում եք դեղի մեկ ամսից պակաս ապահովում, ձեր վճարած գումարի չափի համար հիմք է ընդունվում, թե քանի օր եք ընդունում դեղը: Մենք հաշվարկում ենք այն գումարը, որը դուք վճարում եք օրական ձեր դեղի համար («օրական ծախսերի բաշխման սակագինը») և այն բազմապատկում ենք այն օրերի քանակով, երբ դուք ընդունում եք դեղը:

- Օրինակ՝ Ենթադրենք, ձեր դեղամիջոցի համավճարը մեկ ամսվա ապահովման համար (30-օրյա ապահովում) կազմում է \$1.35: Մա նշանակում է, որ ձեր դեղի համար վճարվող գումարը օրական \$0.05-ից պակաս է: Եթե դուք 7 օր եք ընդունում դեղը, իսկ ձեր վճարումը կազմում է օրական \$.05 դոլարից պակաս, ապա այդ գումարը կբազմապատկենք 7-ով, և կստանանք \$0.35 դոլարից պակաս՝ ընդհանուր վճարման դեպքում:
- Ամենօրյա ծախսերի բաշխումը թույլ է տալիս հաշվարկել՝ դեղը մատչելի՞ է ձեզ համար, թե՞ ոչ՝ նախքան ամբողջ ամսվա ապահովման համար վճարելը:
- Դուք կարող եք նաև խնդրել ձեր բուժառայություններ մատուցողին նշանակել դեղի մեկ ամսից պակաս ապահովում՝ ձեզ օգնելու համար՝
 - Ավելի լավ պլանավորել, թե երբ ստանալ ձեր դեղերը,
 - Համակարգել դեղի ստացումը ձեր ընդունած այլ դեղերի հետ, և
 - Ավելի քիչ այցելել դեղատուն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

G. ՄԻԱՎ/ԶԻԱՆ-ով հիվանդների համար դեղատոմսային դեղերի ծախսերի բաշխման աջակցություն

G1. AIDS Drug Assistance ծրագիր (ADAP)

ԶԻԱՆ-ի դեմ դեղերի աջակցության ծրագիրը (ADAP) օգնում է ՄԻԱՎ/ԶԻԱՆ-ով անձանց, ովքեր իրավունք ունեն օգտվելու ծրագրից, ձեռք բերել կենսական նշանակություն ունեցող ՄԻԱՎ-ի դեղեր: Medicare-ի D մասի ամբուլատոր բուժման դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք նույնպես ներառված են ADAP-ի ապահովագրական ծածկույթում, նախատեսված է դեղատոմսային դեղերի ծախսերի բաշխման աջակցություն՝ Կալիֆորնիայի հանրային առողջության վարչության ԶԻԱՆ-ի գրասենյակի միջոցով՝ ADAP-ում ընդգրկված անձանց համար:

G2. Եթե դուք գրանցված չեք ADAP-ում

Իրավասության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի կամ ծրագրին գրանցվելու մասին տեղեկությունների համար զանգահարեք՝ **1-844-421-7050** հեռախոսահամարով կամ այցելեք ADAP-ի կայքը՝ www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx:

G3. Եթե դուք գրանցված եք ADAP-ում

ADAP-ը կարող է շարունակել ADAP-ի հաճախորդներին տրամադրել Medicare-ի D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծախսերի բաշխման աջակցությունը՝ ADAP-ի դեղացանկում ներառված դեղերի համար: Որպեսզի համոզվեք, որ շարունակելու եք ստանալ այս օգնությունը, տեղեկացրեք ձեր տեղական ADAP-ի գրանցող աշխատողին ձեր Medicare-ի D մասի պլանում կամ քաղաքականության մեջ ցանկացած փոփոխության մասին: Եթե օգնության կարիք ունեք՝ գտնելու մոտակա ADAP-ի գրանցման վայրը և/կամ գրանցող աշխատողին, զանգահարեք **1-844-421-7050** հեռախոսահամարով կամ այցելեք վերոնշյալ կայքը:

H. Պատվաստումներ

Կարևոր հաղորդագրություն այն մասին, թե ինչ եք վճարում պատվաստանյութերի համար. Որոշ պատվաստանյութեր դիտարկվում են որպես բժշկական նպաստներ: Մյուս պատվաստանյութերը համարվում են Medicare-ի D մասի դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այս պատվաստանյութերը ապահովագրական պլանի **Ապահովագրվող դեղերի (դեղացանկում)**: Մեր պլանն ընդգրկում է մեծահասակների համար նախատեսված Medicare-ի D մասի պատվաստանյութերի մեծ մասը՝ ձեզ համար անվճար հիմունքներով: Դիտեք մեր պլանի **Ապահովագրված դեղերի (դեղացանկը)** կամ կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ՝ կոնկրետ պատվաստանյութերի վերաբերյալ փոխհատուցման և ծախսերի բաշխման մանրամասների համար:

?

Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Medicare-ի D մասի պատվաստանյութերի համար մեր փոխհատուցումը երկու փուլով է ընթանում.

1. Փոխհատուցման առաջին փուլը վերաբերում է բուն պատվաստանյութի արժեքին: Պատվաստանյութը դեղատոմսով բաց թողնվող դեղամիջոց է:
2. Փոխհատուցման երկրորդ փուլը վերաբերում է **պատվաստվելուն**: Օրինակ, երբեմն դուք կարող եք պատվաստանյութը ստանալ ձեր բժշկի կողմից պատվաստվելով:

H1. Ինչ պետք է իմանաք՝ նախքան պատվաստանյութը ստանալը

Եթե պատրաստվում եք պատվաստվել, մենք ձեզ խորհուրդ ենք տալիս զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

- Մենք կարող ենք ձեզ տեղեկացնել, թե ինչպես է մեր պլանը փոխհատուցում ձեր պատվաստանյութերի համար:
- Մենք կարող ենք ձեզ տեղեկացնել, թե ինչպես կարող եք ձեր ծախսերը նվազեցնել՝ ցանցային դեղատներից և բուժօժանայություններ մատուցողների ծառայություններից օգտվելիս:
- Եթե դուք չեք կարողանում օգտվել ցանցի բուժօժանայություններ մատուցողների ծառայություններից և դեղատներից, մենք ձեզ կարող ենք տեղեկացնել, թե ինչպես պետք է պահանջեք, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

H2. Ինչքան էք դուք վճարում Medicare-ի D բաժնով փոխհատուցվող պատվաստման համար

Թե ինչքան եք վճարում պատվաստման համար, կախված է պատվաստանյութի տեսակից (ինչի դեմ եք պատվաստվում):

- Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են առողջապահական նպաստներ, այլ ոչ թե դեղեր: Այս պատվաստանյութերն անվճար են ձեզ համար: Այս պատվաստանյութերի փոխհատուցման մասին տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս Նպաստների դիագրամ սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 4-ում**:
- Մյուս պատվաստանյութերը համարվում են Medicare-ի D մասի դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այս պատվաստանյութերը մեր պլանի Դեղացանկում: Հնարավոր է, որ ձեզ համար համավճար կիրառվի Medicare-ի D մասի պատվաստանյութերի փոխհատուցման համար: Եթե պատվաստանյութը մեծահասակներին առաջարկվում է կազմակերպության կողմից, որը կոչվում է **Իմունականիսարգելման պրակտիկայի խորհրդատվական կոմիտե (ACIP)** այդ դեպքում պատվաստանյութն անվճար է ձեզ համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Սրանք են այն երեք հիմնական եղանակները, որոնց միջոցով դուք կարող եք ստանալ Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը:

1. Դուք ստանում եք Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը և ձեզ պատվաստում են կատարում ցանցային դեղատանը:

- D մասի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար մեծահասակները որևէ վճարում չեն կատարելու:
- Դուք վճարում եք համավճար D մասի մյուս պատվաստանյութերի համար:

2. Դուք ստանում եք Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը ձեր բժշկի աշխատասենյակում, և ձեր բժիշկը ձեզ պատվաստում է:

- Պատվաստանյութի համար վճարում եք համավճար բժշկին:
- Մեր պլանը վճարում է ձեզ պատվաստելու համար:
- Այս իրավիճակում բժշկի գրասենյակը պետք է զանգահարի մեր ծրագրին, որպեսզի համոզվենք, որ նրանք գիտեն, որ դուք միայն պետք է վճարեք համավճար պատվաստանյութի համար:

3. Medicare-ի D մասի պատվաստանյութը ստանում եք դեղատանը և տանում այն ձեր բժշկին՝ պատվաստվելու համար:

- D մասի պատվաստանյութերի մեծ մասի համար մեծահասակները որևէ վճարում չեն կատարելու:
- Դուք վճարում եք համավճար D մասի մյուս պատվաստանյութերի համար:
- Մեր պլանը վճարում է ձեզ պատվաստելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 7. Ինչպես խնդրել մեզ վճարել ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք կատարել եք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ դեղերի համար

Ներածություն

Այս գլխում նկարագրվում է, թե ինչպես և երբ պետք է ուղարկել մեզ հաշիվը՝ վճարման համար: Այստեղ նաև նկարագրված է, թե ինչպես պետք է բողոքարկել, եթե համաձայն չեք փոխհատուցման որոշման հետ: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 7 Բովանդակություն

A. Ինչպես պահանջել մեզնից վճարել ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար.....	236
B. Ինչպես մեզ ուղարկել վճարման հայցը	241
C. Փոխհատուցման որոշումներ	242
D. Բողոքարկումներ.....	243



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Ինչպես պահանջել մեզնից վճարել ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար

Եթե հաշիվ եք ստանում, որտեղ նշված է բուժօգնության կամ դեղերի լրիվ արժեքը, մի՛ վճարեք հաշիվը և այն ուղարկեք մեզ: Թե ինչպես կարող եք մեզ հաշիվ ուղարկել տե՛ս B բաժինը:

- Եթե մենք վճարում ենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք վճարում ենք անմիջապես բուժօժանություններ մատուցողին:
- Եթե դուք ձեր մասնաբաժնից ավելի եք վճարել այն ծառայությունների և դեղերի համար, որոնց համար մենք փոխհատուցում ենք, դուք իրավունք ունեք հետ ստանալու այդ գումարը:
 - Եթե դուք վճարել եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների համար, ապա մենք ձեզ կփոխհատուցենք:
- Եթե դուք վճարել եք Medi-Cal-ի այն ծառայությունների համար, որոնք արդեն իսկ ստացել եք, ապա հետևյալ բոլոր պահանջների բավարարման դեպքում կարող եք փոխհատուցման (վճարման) իրավունք ունենալ:
 - Ձեր կողմից ստացված ծառայությունը Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ծառայություն է, որի վճարման համար պատասխանատվությունը մենք ենք կրում: Մենք ձեզ չենք փոխհատուցի այն ծառայության համար, որը չի փոխհատուցվում մեր պլանի շրջանակներում:
 - Դուք ստացել եք ապահովագրված ծառայությունը, երբ դարձել եք Senior Advantage Medicare Medi-Cal-ի իրավասու անդամ:
 - Դուք խնդրում եք հետ վճարվել ապահովագրված ծառայությունը ստանալու օրվանից մեկ տարվա ընթացքում:
 - Դուք տրամադրում եք ապացույց, որ վճարել եք ապահովագրված ծառայության համար, օրինակ՝ մանրամասն անդորրագիր մատակարարից:
 - Դուք ստացել եք ապահովագրված ծառայությունը մեր ցանցում գրանցված Medi-Cal-ի մատակարարի կողմից: Դուք կարող եք չբավարարել այս պայմանին, եթե ստացել եք շտապ օգնություն, ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ կամ մեկ այլ ծառայություն, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս ցանցից դուրս մատակարարներին կատարել առանց նախնական հաստատման (նախնական թույլտվության):
- Եթե փոխհատուցվող ծառայությունը սովորաբար պահանջում է նախնական հաստատում (նախնական թույլտվություն), դուք պետք է ապացույց ներկայացնեք մատակարարից, որը ցույց է տալիս ապահովագրված ծառայության բժշկական կարիքը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Մենք Գործողությունների ծանուցում կոչվող նամակով ձեզ կտեղեկացնենք, թե արդյոք դուք կփոխհատուցվեք նրանց կողմից, թե ոչ: Եթե դուք համապատասխանում եք վերը նշված բոլոր պայմաններին, Medi-Cal-ում գրանցված մատակարարը պետք է ձեզ փոխհատուցի ձեր վճարած ամբողջ գումարը: Եթե մատակարարը հրաժարվում է փոխհատուցել, ապա մեր պլանի շրջանակներում մենք կփոխհատուցենք ձեզ ձեր վճարած ամբողջ գումարը: Փոխհատուցմը կտրամադրվի հայցը ստանալուց հետո 45 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Եթե մատակարարը գրանցված է Medi-Cal-ում, բայց մեր ցանցում չէ և հրաժարվում է ձեզ հետ վճարել, ապա մեր պլանի շրջանակներում դուք կստանաք փոխհատուցումը, սակայն միայն այն գումարի չափով, որը կվճարեր FFS Medi-Cal-ը: Մենք ձեզ հետ կվճարենք շտապ օգնության ծառայությունների, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների կամ մեկ այլ ծառայության համար, որը Medi-Cal-ը թույլ է տալիս տրամադրել ցանցից դուրս մատակարարների կողմից՝ առանց նախնական հաստատման: Եթե դուք չեք բավարարում վերը նշված պայմաններից որևէ մեկը, մենք ձեզ հետ չենք վճարի:
- Մենք ձեզ հետ չենք վճարի, եթե.
 - Դուք փնտրել և ստացել եք ծառայություններ, որոնք չեն ապահովագրվում Medi-Cal-ի կողմից, ինչպիսիք են կոսմետիկ ծառայությունները:
 - Ծառայությունը ապահովագրված ծառայություն չէ Senior Advantage Medicare Medi-Cal-ի շրջանակներում:
 - Դուք դիմել եք այնպիսի բժշկի, ով չի ընդունում Medi-Cal-ը, և ստորագրել եք մի ձև, որտեղ ասվում էր, որ այնուամենայնիվ ցանկանում եք շարունակել այցը և ինքներդ եք վճարելու ծառայությունների համար:
- Եթե մենք չփոխհատուցենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք ձեզ կհաղորդենք այդ մասին:

Ցանկացած հարցի դեպքում կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ: Եթե չգիտեք, թե որքան պետք է վճարեիք, կամ եթե ստացել եք հաշիվ և չգիտեք, թե ինչպես վարվել, կարող եք մեզ դիմել օգնության համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել մեզ, եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել մեզ արդեն ուղարկված վճարման հայցի վերաբերյալ:

Այստեղ ներկայացված է, թե երբ դուք կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի վերադարձնենք ձեզ ձեր վճարած գումարը կամ վճարենք ձեր ստացած հաշիվը:

1. Երբ շտապ օգնության կամ անհետաձգելի բուժօգնության ծառայություններ եք ստանում ոչ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողից

Խնդրեք բուժծառայություններ մատուցողին մեզ հաշիվ ուղարկել:

- Եթե դուք վճարում եք ստացած բուժինամքի ամբողջ գումարը, դուք կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր կատարած ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:
- Դուք կարող եք հաշիվ ստանալ բուժծառայություններ մատուցողից վճարման համար, որը ձեր կարծիքով տեղին չէ: Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:
 - Եթե մենք վճարենք ծառայությունների կամ դեղերի համար, մենք կվճարենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողին:
 - Եթե դուք ձեր համավճարի մասնաբաժնից ավել եք վճարել Medicare-ի ծառայության համար, ապա մենք կհաշվարկենք այն և կվերադարձնենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

2. Երբ ցանցային բուժծառայություններ մատուցողն է ձեզ հաշիվ ուղարկում

Ցանցային բուժծառայություններ մատուցողները պետք է միշտ հաշիվն ուղարկեն մեզ: Որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս ստանալիս կարևոր է ցույց տալ ձեր Անդամի ID քարտը: Բայց երբեմն նրանք սխալներ են թույլ տալիս՝ հորդորելով ձեզ վճարել ձեր ծառայությունների կամ ծառայությունների դիմաց ծախսերի ձեր մասնաբաժնից ավելին: **Զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն** այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով, **եթե ինչ-որ վճարային հաշիվներ ստանաք:**

- Որպես պլանի անդամ՝ դուք վճարում եք համավճարը միայն այն ժամանակ, երբ ստանում եք մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս բուժծառայություններ մատուցողներին այդ գումարից ավելի ձեզ հաշիվ ներկայացնել: Սա նաև վերաբերում է այն դեպքին, երբ մենք բուժծառայություններ մատուցողին վճարում ենք ավելի քիչ, քան նա գանձել է ծառայության դիմաց: Նույնիսկ եթե մենք որոշենք չվճարել որոշ հաշիվներ, միևնույն է, դուք չպետք է վճարեք դրանց համար:
- Երբ էլ որ բուժածառայություններ մատուցողից հաշիվ ստանաք, որը ձեր կարծիքով նախատեսվածից ավելի է, ուղարկեք մեզ հաշիվը: Մենք կապ կհաստատենք անմիջապես բուժծառայություններ մատուցողի հետ և կլուծենք խնդիրը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե դուք արդեն վճարել եք Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների դիմաց ցանցային բուժօժանություններ մատուցողի կողմից ներկայացված հաշիվը, բայց ձեր կարծիքով՝ շատ եք վճարել, ապա ուղարկեք մեզ հաշիվը և վճարման ապացույցը: Մենք կվերադարձնենք ձեզ ձեր վճարած գումարի և այն գումարի տարբերությունը, որը պետք է վճարեիք՝ մեր պլանի համաձայն:

3. Եթե դուք հետին ամսաթվով եք գրանցված մեր պլանում

Երբեմն պլանում ձեր գրանցումը կարող է լինել հետին ամսաթվով: (Սա նշանակում է, որ ձեր գրանցման առաջին օրն անցել է: Հնարավոր է, որ դա եղել է նույնիսկ անցյալ տարի):

- Եթե դուք գրանցվել եք հետին ամսաթվով և վճարել եք հաշիվ գրանցման ամսաթվից հետո, կարող եք հետվճարման հայտ ներկայացնել մեզ:
- Մեզ ուղարկեք ձեր կատարած վճարման հաշիվը և ապացույցը:

4. Ինչ պետք է իմանաք դեղատոմսային դեղ ստանալու համար ցանցից դուրս դեղատոմսից օգտվելիս

Եթե դուք օգտվում եք ցանցից դուրս գտնվող դեղատոմսից, դուք վճարում եք ձեր դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը:

- Ցանցից դուրս գործող դեղատոմսերի պարագայում մենք կփոխհատուցենք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար միայն որոշ դեպքերում: Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից ձեզ վերադարձնել ծախսերի մեր մասնաբաժինը:
- Ցանցից դուրս գտնվող դեղատոմսերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 5-րդը**:

5. Ի՞նչ անել, երբ վճարում եք Medicare D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի ողջ արժեքը, քանի որ ձեր ապահովագրական պլանի ID քարտը ձեզ մոտ չէ

Եթե ձեր պլանի ID քարտը ձեզ մոտ չէ, խնդրեք դեղատանը զանգահարել մեզ կամ գտեք պլանում ձեր գրանցման տվյալները:

- Եթե դեղատանը չի հաջողվում անմիջապես ստանալ անհրաժեշտ տեղեկատվությունը, հնարավոր է՝ դուք ստիպված լինեք ինքներդ վճարել դեղատոմսային դեղի ողջ արժեքը կամ վերադառնալ դեղատուն՝ բերելով ձեր Անդամի ID քարտը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից ձեզ վերադարձնել ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

6. Ի՞նչ անել, երբ վճարում եք Medicare-ի D մասի չփոխհատուցվող դեղատոմսային դեղի ողջ արժեքը

Հնարավոր է՝ դուք վճարեք դեղատոմսային դեղի ամբողջ արժեքը, քանի որ դեղամիջոցը չի փոխհատուցվում:

- Հնարավոր է՝ դեղամիջոցը չլինի մեր **Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում** (Դեղացանկում), կամ մեր վերկայքում, կամ հնարավոր է՝ դրա կիրառման հետ կապված որոշակի պահանջներ կամ սահմանափակումներ լինեն, որի մասին դուք չգիտեք կամ կարծում եք, որ դրանք ձեզ չեն վերաբերում: Եթե որոշում եք վերցնել դեղամիջոցը, հնարավոր է՝ դրա ամբողջ արժեքը վճարեք:
 - Եթե դուք չեք վճարում դեղամիջոցի համար, բայց կարծում եք, որ մենք պետք է փոխհատուցենք դրա համար, կարող եք փոխհատուցման որոշում պահանջել մեզնից (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**):
 - Եթե դուք և ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս դուրս գրողը կարծում եք, որ ձեզ անհապաղ անհրաժեշտ է դեղամիջոցը (24 ժամվա ընթացքում), ապա կարող եք պահանջել արագ փոխհատուցման որոշում (տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի Գլուխ 9-րդը**):
- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ պահանջում եք մեզնից վերադարձնել ձեր գումարը: Որոշ դեպքերում կարող է մեզ անհրաժեշտ լինել լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր բժշկից կամ դեղատոմսը նշանակողից՝ ձեզ վերադարձնելու համար դեղի ձեռքբերման ծախսերի մեր մասնաբաժինը:

Երբ դուք մեզ ուղարկում եք վճարման հայցը, մենք ստուգում ենք այն և որոշում կայացնում՝ արդյո՞ք հարկավոր է ծառայության կամ դեղամիջոցի համար փոխհատուցել: Դա կոչվում է «փոխհատուցման որոշման» կայացում: Եթե մենք որոշենք, որ ծառայության կամ դեղամիջոցի համար պետք է փոխհատուցվի, մենք կվճարենք *ծախսերի* մեր մասնաբաժինը:

Եթե մենք մերժենք վճարման ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

B. Ինչպես մեզ ուղարկել վճարման հայցը

Դուք կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի վերադարձենք ձեր վճարած գումարը՝ մեզ այդ մասին գրավոր հայց ուղարկելով: Եթե գրավոր հայց եք ներկայացնում, ապա պետք է ուղարկել Medicare-ի ծառայությունների դիմաց ձեր հաշիվը և ձեր կողմից կատարված վճարման փաստաթղթերը: Լավ կլինի, որպեսզի պատճենեք ձեր հաշիվը և անդորրագրերը՝ դրանք ձեր մոտ ունենալու համար: **Դուք պետք է ձեր հայցը ներկայացնեք մեզ՝ ծառայությունը ստանալու օրվանից սկսած 12 ամսվա ընթացքում (C մասի բժշկական պահանջների համար) և 36 ամսվա ընթացքում (D մասի դեղերի հայցերի համար):**

Որպեսզի համոզված լինեք, որ մեզ ներկայացնում եք որոշում կայացնելու համար մեզ անհրաժեշտ բոլոր տեղեկությունները, կարող եք լրացնել մեր հայցի ձևը, որպեսզի վճարման ճիշտ հայց ներկայացնեք: Պարտադիր չէ օգտագործել ձևը, բայց դա կօգնի մեզ ավելի արագ մշակել տեղեկատվությունը: Դուք կարող եք վճարման հայց ներկայացնել հետևյալ եղանակներով՝

- Լրացնելով և ներկայացնելով մեր էլեկտրոնային ձևը այստեղ՝ **kp.org** և վերբեռնելով օժանդակ փաստաթղթերը:
- Կամ ներբեռնեք ձևի պատճենը մեր վեբկայքից (**kp.org**) կամ զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ այս էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարով, և խնդրեք ուղարկել ձեզ ձևը: Ուղարկեք լրացված ձևը ստորև նշված մեր Հայցադիմումների ներկայացման բաժնի հասցեով:
- Եթե չկարողանաք ստանալ ձևը, կարող եք ուղարկել վճարման հայցը՝ տրամադրելով հետևյալ տեղեկությունները Հայցադիմումների ներկայացման բաժնին, որի հասցեն ներկայացված է ստորև՝
 - Հայտագիր՝ հետևյալ տեղեկատվությամբ.
 - Ձեր անունը (անդամի/պացիենտի անունը) և բժշկական քարտի համարը:
 - Ծառայությունները ստանալու ամսաթիվը:
 - Որտեղ եք ստացել ծառայությունները:
 - Ով է մատուցել ծառայությունները:
 - Ինչու եք կարծում, որ մենք պետք է վճարենք ծառայությունների համար:
 - Ձեր ստորագրությունը և ստորագրման ամսաթիվը: (Եթե ցանկանում եք, որպեսզի ձեր փոխարեն մեկ ուրիշը հայցը ներկայացնի, մեզ անհրաժեշտ կլինի նաև լրացված «Ներկայացուցիչի նշանակման» ձևը, որը հասանելի է այստեղ՝ **kp.org**):

- Հաշվի պատճենը, բժշկական արձանագրությունը այս ծառայությունների համար և անդորրագիրը, եթե վճարել եք ծառայությունների համար:

Փոստով ուղարկեք վճարման հայրը՝ հաշիվների կամ անդորրագրերի հետ միասին այս հասցեով՝

- Բուժխնամքի համար վճարման հայրը՝ բոլոր հաշիվների կամ վճարված անդորրագրերի հետ մասին, ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Kaiser Permanente
 Claims Department
 P.O. Box 7004
 Downey, CA 90242-7004

Ցանցի բուժծառայություններ մատուցողի կողմից նշանակված և ցանցային դեղատնից ձեռք բերված D մասի որևէ դեղի համար վճարում պահանջելու համար գրեք ստորև նշված հասցեով: D մասի հետ կապված բոլոր այլ պահանջների դեպքում ուղարկեք ձեր հայրը վերոնշյալ հասցեով՝

Kaiser Permanente
 Medicare Part D Unit
 P.O. Box 1809
 Pleasanton, CA 94566

Ցանկացած հարցի դեպքում կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ: Եթե չգիտեք, թե որքան պետք է վճարեիք, կամ ստացել եք հաշիվ և չգիտեք, թե ինչպես վարվել դրա հետ, դիմեք մեզ օգնության համար: Դուք կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել վճարման հայցի վերաբերյալ, որն արդեն ուղարկել եք մեզ:

C. Փոխհատուցման որոշումներ

Երբ մենք ստանում ենք ձեր վճարման հայրը, փոխհատուցում տրամադրելու վերաբերյալ որոշում ենք կայացնում: Այսինքն՝ որոշում ենք՝ մեր պլանով կարո՞ղ է փոխհատուցվել տվյալ ծառայությունը, ապրանքը կամ դեղը, թե՞ ոչ: Մենք նաև որոշում ենք գումարի չափը (եթե այդպիսին կա), որը դուք պետք է վճարեք:

- Մենք ձեզ տեղյակ կպահենք, եթե մեզ ձեր հետ կապված որոշ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե մենք որոշում ենք կայացնում մեր պլանի շրջանակներում փոխհատուցել տվյալ ծառայության, ապրանքի կամ դեղի արժեքը, և դուք հետևել եք այն ստանալու բոլոր կանոններին, ապա մենք կվճարենք ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, ապա մենք ձեզ փոստով չեկ կուղարկենք, որտեղ նշված է ծախսերի մեր մասնաբաժինը: Եթե չեք վճարել, ապա մենք կվճարենք անմիջապես բուժօժանություններ մատուցողին:

Սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլխում** ներկայացված են փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու կանոնները: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլխում** ներկայացված են Medicare-ի D մասի դեղատոմսով բաց թողնվող փոխհատուցվող դեղերը ստանալու կանոնները:

- Եթե մենք որոշում ենք չվճարել ծառայության կամ դեղերի ծախսերի մեր մասնաբաժինը, ապա մենք ձեզ համապատասխան հիմնավորումներով նամակ կուղարկենք: Նամակում նաև կբացատրվեն բողոքարկում ներկայացնելու ձեր իրավունքները:
- Փոխհատուցման որոշումների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **9-րդ գլուխը**:

D. Բողոքարկումներ

Եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել՝ մերժելով ձեր վճարման հայցը, կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի փոխենք մեր որոշումը: Դա կոչվում է «բողոքարկում ներկայացնել»: Դուք կարող եք նաև բողոքարկել, եթե համաձայն չեք մեր վճարած գումարի չափի հետ:

Բողոքարկման պաշտոնական գործընթացն ունի մանրամասն ընթացակարգեր և ժամկետներ: Բողոքարկման մասին լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**:

- Բուժխնամքի փոխհատուցման հետ կապված բողոք ներկայացնելու համար տե՛ս **F բաժինը**:
- Դեղերի փոխհատուցման հետ կապված բողոք ներկայացնելու համար տե՛ս **G բաժինը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտավորությունները

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են ձեր իրավունքներն ու պարտավորությունները՝ որպես մեր պլանի անդամ: Մենք պարտավոր ենք հարգել ձեր իրավունքները: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 8 Բովանդակություն

A. Ձեր կարիքներին համապատասխան ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու ձեր իրավունքը.....	245
B. Փոխհատուցվող ծառայությունները և դեղերը ժամանակին տրամադրելու մեր պարտավորությունը.....	246
C. Ձեր անձնական բժշկական տվյալները (PHI) պաշտպանելու մեր պարտավորությունը.....	249
C1. Ինչպես ենք պաշտպանում ձեր անձնական բժշկական տվյալները.....	250
C2. Ձեր բժշկական արձանագրությունները նայելու ձեր իրավունքը.....	251
D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պարտավորությունը.....	251
E. Ցանցի բուժօրհանները մատուցողների կողմից անմիջապես ձեզ հաշիվ ներկայացնելու արգելանքը	253
F. Մեր պլանից դուրս գալու ձեր իրավունքը	253
G. Ձեր բուժխնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը	253
G1. Բուժման տարբերակների մասին տեղյակ լինելու և որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը	253
G2. Դուք իրավունք ունեք ներկայացնելու, թե ինչ պետք է տեղի ունենա, եթե դուք չկարողանաք առողջապահական բնույթի որոշումներ կայացնել ինքներդ ձեզ համար.....	254
G3. Ինչ անել, եթե ձեր կարգադրությունները չկատարվեն	255



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

H.	Բողոք ներկայացնելու և մեր որոշումների վերանայում պահանջելու ձեր իրավունքը	256
H1.	Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի դեպքում կամ ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար.....	256
I.	Տեղեկատվություն նորարարական բուժման միջոցների գնահատումների մասին.....	257
J.	Դուք կարող եք առաջարկություններ անել իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ	257
K.	Ձեր պարտավորությունները՝ որպես պլանի անդամ.....	257

A. Ձեր կարիքներին համապատասխան ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որպեսզի **բոլոր** ծառայությունները ձեզ մատուցվեն քաղաքավարության կանոններին համապատասխան և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այնպես, որպեսզի ձեզ հասկանալի լինի: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի այնքան ժամանակ, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար զանգահարեք կամ գրավոր դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին (տե՛ս **2-րդ գլուխը**): Դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ հետևյալ հարցերի դեպքում՝
 - Անգլերենից բացի այլ նախընտրած լեզու և/կամ այլընտրանքային ձևաչափ պահանջելու համար:
 - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու համար դիմելու համար, **և**
 - Եթե ցանկանում եք փոխել նախընտրած լեզուն և/կամ ձևաչափը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048**:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **1-916-440-7370** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-537-7697** հեռախոսահամարով:

B. Փոխհատուցվող ծառայությունները և դեղերը ժամանակին տրամադրելու մեր պարտավորությունը

Դուք իրավունքներ ունեք՝ որպես մեր պլանի անդամ:

- Դուք մեր ցանցի ներսում հիմնական բուժող բժշկի (PCP) ընտրության իրավունք ունեք: Ցանցային բուժժառայություն մատուցողը այն բուժժառայություն մատուցողն է, ով աշխատում է մեզ հետ: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլխում** կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այն մասին, թե ինչպիսի մասնագետներ կարող են աշխատել որպես PCP և ինչպես ընտրել PCP:
 - Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին կամ ծանոթացեք **Բուժժառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուին**՝ ցանցային բուժժառայություններ մատուցողների և նոր բուժառուներ ընդունող բժիշկների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Դուք իրավունք ունեք առանց ուղեգրի օգտվելու կանացի առողջության մասնագետի ծառայություններից, ինչպես նաև այլ բուժժառայություններ մատուցողներից, որոնք նշված են սույն **Անդամների ձեռնարկի 3-րդ գլխում**: Ուղեգիրը ձեր PCP-ի կողմից տրամադրված հաստատումն է՝ օգտվելու ձեր PCP-ից բացի այլ բուժժառայություններ մատուցողի ծառայություններից:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Դուք իրավունք ունեք ողջամիտ ժամկետում փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալ ցանցի բուժժառայություններ մատուցողներից:
 - Դա ներառում է մասնագետներից ժամանակին ծառայություններ ստանալու իրավունքը:
 - Եթե չեք կարող ծառայություններ ստանալ ողջամիտ ժամկետում, ապա մենք պետք է վճարենք ցանցից դուրս տրամադրվող բուժխնամքի համար:
- Դուք ունեք առանց նախնական հաստատման (PA) շտապ օգնության ծառայություններ կամ անհետաձգելի բուժօգնություն ստանալու իրավունք:
- Դուք իրավունք ունեք առանց երկար ուշացումների ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերը մեր ցանցային դեղատներից որևէ մեկից:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե երբ կարող եք օգտվել ցանցից դուրս բուժժառայություններ մատուցողների ծառայություններից: Ցանցից դուրս բուժժառայություններ մատուցողների մասին լրացուցիչ տեղեկատվություն ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլուխը**:
- Եթե դուք առաջին անգամ եք միանում մեր պլանին, իրավունք ունեք շարունակելու օգտվել ձեր ընթացիկ բուժժառայություններ մատուցողների ծառայություններից և պահպանել ծառայությունների թույլտվությունը մինչև 12 ամիս, եթե պահպանվում են որոշակի պայմաններ: Ձեր ընթացիկ բուժժառայություններ մատուցողներին և ծառայությունների թույլտվությունը պահպանելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 1-ին գլխում**:
- Դուք իրավունք ունեք կայացնելու բուժխնամքի հետ կապված ձեր սեփական որոշումները՝ ձեր բուժխնամքի թիմի և համակարգողի օգնությամբ:
- Դուք իրավունք ունեք՝
 - Արժանանալ հարգալից և պատշաճ վերաբերմունքի, պահանջելու, որպեսզի պահպանվի ձեր գաղտնիության, ինչպես նաև ձեր բժշկական տվյալները գաղտնի պահելու իրավունքը:
 - Տեղեկություններ ստանալ պլանի և այնտեղ ներառված ծառայությունների, այդ թվում՝ փոխհատուցվող ծառայությունների, ցանցային բուժժառայություններ մատուցողների, ինչպես նաև ձեր իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ:
 - Մեր ցանցի ներսում հիմնական բուժող բժշկի ընտրության հնարավորություն ունենալ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Իմանալ ձեզ խնամք տրամադրող անձանց անունները, և թե ինչպիսի մասնագիտական պատրաստություն են նրանք անցել:
- Բուժխնամքը ստանալ այնպիսի վայրում, որն ապահով է, անվտանգ, մաքուր և մատչելի:
- Ցանկացած պահի ցանցային բժշկի կողմից երկրորդ կարծիքը ստանալ:
- Կազմակերպության կամ ստացած խնամքի վերաբերյալ բանավոր կամ գրավոր բողոք ներկայացնել:
- Բուժխնամքի համակարգման ծառայություններ ստանալ:
- Ծառայությունների և նպաստների մերժման, դադարեցման կամ սահմանափակման հետ կապված բողոքարկել:
- Ձեր լեզվով բանավոր թարգմանչի անվճար ծառայություններ ստանալ:
- Ձեր տեղական իրավաբանական աջակցության գրասենյակում կամ այլ խմբերի կողմից անվճար իրավաբանական աջակցություն ստանալ:
- Նախնական կարգադրումներ ձևակերպել:
- Ծառայության կամ նպաստի մերժման դեպքում Նահանգային լսման պահանջ ներկայացնել: Դուք կարող եք դիմել նահանգային լսման համար, եթե արդեն մեզ բողոքարկում եք ներկայացրել և գոհ չեք որոշումից: Դուք կարող եք նաև դիմել Նահանգային լսման համար, եթե մեզ ներկայացրած բողոքարկման վերաբերյալ որոշում չեք ստացել 30 օրվա ընթացքում: Դա ներառում է տեղեկություններ այն հանգամանքների վերաբերյալ, որոնց դեպքում հնարավոր է արագացված լսում պահանջել:
- Ձեր բժշկական արձանագրությունները տեսնել, դրանց օրինակը ստանալ, դրանք փոփոխել կամ ուղղել:
- Ցանկության դեպքում անվճար ստանալ անդամի գրավոր տվյալները այլ ձևաչափերով (ներառյալ՝ բրայյան գրատեսակով, խոշոր տառաչափով, աուդիո և հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափերով) և ողջամիտ ժամանակահատվածում՝ կախված պահանջվող ձևաչափից և համաձայն Welfare and Institutions Code Section (Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի) 14182 (b)(12) բաժնի:
- Ձերձ մնալ ցանկացած սահմանափակումից կամ մեկուսացումից՝ որպես պարտադրման, կարգապահության, հարմարավետության կամ վրեժխնդրության միջոց:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Քննարկել բուժման հասանելի և այլընտրանքային տարբերակների մասին, որոնց մասին տեղեկատվությունը ձեզ կներկայացվի ձեր առողջական վիճակին և հասկանալու կարողությանը համապատասխան՝ անկախ դրա համար պահանջվող ծախսերից կամ փոխհատուցումից:
- Ստանալ ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենը և խնդրել, որպեսզի դրանց մեջ փոփոխություններ կատարվեն կամ ուղղումներ մտցվեն, ինչպես սահմանված է 45 Դաշնային կարգավորումների մասին օրենքի (Code of Federal Regulations, CFR) §164.524 և 164.526 կետով:
- Ազատ լինել այդ իրավունքներն իրացնելու, որը չի ազդի Kaiser Permanente-ի, բուժառայություններ մատուցողների կամ նահանգի կողմից առաջարկվող ձեր բուժման վրա:
- Հնարավորություն ունենալ օգտվելու մեր ցանցից դուրս ընտանիքի պլանավորման ծառայություններից, անկախ ծննդաբերական կենտրոններից, դաշնային որակավորված առողջապահական կենտրոններից, հնդկացիների բուժխնամքի բուժառայություններ մատուցողներից, մանկաբարձի ծառայություններից, գյուղական առողջապահական կենտրոններից, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների բուժման ծառայություններից և շտապ օգնության ծառայություններից՝ դաշնային օրենքի համաձայն:

Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** ներկայացված է, թե ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ չեք ստանում ձեր ծառայությունները կամ դեղերը ողջամիտ ժամկետում: Այնտեղ նաև նշված է, թե ինչ կարող եք անել, եթե մենք մերժենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի փոխհատուցումը, և դուք համաձայն չլինեք մեր որոշման հետ:

C. Ձեր անձնական բժշկական տվյալները (PHI) պաշտպանելու մեր պարտավորությունը

Մենք պաշտպանում ենք ձեր անձնական բժշկական տվյալները (PHI)՝ դաշնային և նահանգային օրենքներով սահմանված կարգով:

- Ձեր PHI-ի մեջ ներառված են այն տվյալները, որոնք մեզ տրամադրել եք մեր պլանում գրանցվելու ժամանակ: Դրանք նաև ներառում են ձեր բժշկական արձանագրությունները և այլ բժշկական և առողջական տեղեկություններ:
- Դուք իրավունքներ ունեք ձեր տվյալների նկատմամբ և կարող եք վերահսկել ձեր PHI-ի օգտագործումը: Մենք ձեզ գրավոր ծանուցում ենք տրամադրում, որտեղ ձեզ ներկայացվում են այդ իրավունքները և նշվում է, թե մենք ինչպես ենք պաշտպանում ձեր տվյալների՝ (PHI) գաղտնիությունը: Ծանուցումը կոչվում է «Գաղտնիության պահպանման ծանուցագիր»:

- Այն անդամներից, ովքեր համաձայնում են ստանալ ինտիմ բնույթի ծառայություններ, չի պահանջվում ձեռք բերել որևէ այլ անդամի թույլտվություն՝ ինտիմ բնույթի ծառայություններ ստանալու կամ այդ ծառայությունների համար հայց ներկայացնելու համար: Kaiser Permanente-ն ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված հաղորդագրությունները կուղարկի անդամի՝ հատուկ այդ նպատակով ստեղծված այլընտրանքային փոստային հասցեին, էլփոստի հասցեին կամ հեռախոսահամարին, կամ եթե այն ստեղծված չէ՝ անդամի անունով՝ նրա գործերում նշված հասցեով կամ հեռախոսահամարով: Kaiser Permanente-ն չի բացահայտի ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված բժշկական տվյալները՝ առանց բուժինսամքը ստացող անդամի գրավոր թույլտվության: Kaiser Permanente-ն կրնա գաղտնի հաղորդակցությունը պահանջվող ձևով և ձևաչափով կազմակերպելու հայցերը, եթե դա հեշտությամբ հնարավոր է իրականացնել պահանջվող ձևով և ձևաչափով կամ այլընտրանքային վայրերում: Ինտիմ բնույթի ծառայությունների հետ կապված գաղտնի հաղորդակցության վերաբերյալ անդամի հայցը վավեր կլինի այնքան ժամանակ, քանի դեռ անդամը չի չեղարկել հայցը կամ չի ներկայացրել գաղտնի հաղորդակցության վերաբերյալ նոր հայց:
- Անդամները կարող են գաղտնի հաղորդակցություն պահանջել՝ լրացնելով գաղտնի հաղորդակցության հայցի ձևը, որը հասանելի է kp.org կայքում՝ «Գաղտնի հաղորդակցության հայցի ձևեր» բաժնում:

C1. Ինչպես ենք պաշտպանում ձեր անձնական բժշկական տվյալները

Մենք ապահովում ենք, որպեսզի չլիազորված անձինք չկարողանան դիտել կամ փոխել ձեր արձանագրությունները:

Բացառությամբ ստորև նշված դեպքերի, մենք ձեր անձնական բժշկական տվյալները չենք տալիս որևէ մեկին, որը ձեզ չի տրամադրում խնամք կամ չի վճարում ձեր խնամքի համար: Տրամադրելու դեպքում մենք նախ պետք է ձեզնից գրավոր թույլտվություն ստանանք: Դուք կամ որևէ այլ անձ, որը օրինականորեն լիազորված է որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն, կարող է գրավոր թույլտվություն տալ:

Երբեմն մենք պարտավոր չենք նախապես ստանալ ձեր գրավոր թույլտվությունը: Այս բացառությունները թույլատրվում կամ պահանջվում են օրենքով.

- Մենք պարտավոր ենք բացահայտել անձնական բժշկական տվյալները պետական մարմիններին, որոնք ստուգում են մեր պլանի խնամքի որակը:
- Մենք պարտավոր ենք բացահայտել անձնական բժշկական տվյալները դատարանի պահանջով:

- Մենք պարտավոր ենք տրամադրել ձեր անձնական բժշկական տվյալները Medicare-ին: Եթե Medicare-ը բացահայտում է ձեր անձնական բժշկական տվյալները հետազոտության կամ այլ նպատակով օգտագործման համար, ապա դա անում է դաշնային օրենքների համաձայն:

C2. Ձեր բժշկական արձանագրությունները նայելու ձեր իրավունքը

- Դուք իրավունք ունեք նայելու ձեզ վերաբերող բժշկական արձանագրությունները և ստանալու դրանց պատճենները: Մենք կարող ենք ձեզանից վճար գանձել ձեր բժշկական արձանագրությունները պատճենելու համար:
- Դուք իրավունք ունեք խնդրելու մեզ թարմացնել կամ ուղղել ձեզ վերաբերող բժշկական արձանագրությունները: Եթե դուք մեզ խնդրեք դա անել, մենք կքննարկենք ձեր բուժառայություններ մատուցողի հետ՝ արդյո՞ք հարկավոր է փոփոխությունները կատարել, թե՞ ոչ:
- Դուք իրավունք ունեք տեղեկանալու, արդյո՞ք ձեր անձնական բժշկական տվյալները փոխանցվում ուրիշներին և ինչպես:

Եթե ունեք հարցեր կամ մտահոգություններ ձեր անձնական բժշկական տվյալների գաղտնիության պահպանման վերաբերյալ, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին:

D. Ձեզ տեղեկատվություն տրամադրելու մեր պարտավորությունը

Որպես մեր պլանի անդամ՝ դուք իրավունք ունեք մեզանից ստանալու տեղեկատվություն մեր պլանի, ցանցի բուժառայություններ մատուցողի և ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների մասին:

Եթե չեք խոսում անգլերեն, կարող եք օգտվել մեր բանավոր թարգմանչի ծառայություններից՝ մեր պլանի վերաբերյալ ձեր հարցերի պատասխանները ստանալու համար: Թարգմանչի ծառայությունները ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Այս ծառայությունն անվճար է ձեզ համար: Այս փաստաթուղթը կարող էք ստանալ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն և վիետնամերեն լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին: Մենք կարող ենք նաև ձեզ տեղեկատվություն տրամադրել խոշոր տառաչափով, բրայլյան գրատեսակով կամ աուդիո ձևաչափով:

Հետևյալ հարցերով զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝

- Ինչպե՞ս ընտրել կամ փոխել պլանները:
- Մեր պլանը, այդ թվում՝
 - Ֆինանսական տեղեկատվություն,

- ինչպես են մեզ գնահատել պլանի անդամները,
- անդամների կողմից ներկայացված բողոքարկումների քանակը,
- ինչպես դուրս գալ մեր պլանից:
- Մեր ցանցի բուժառայություններ մատուցողները և ցանցային դեղատները, այդ թվում
 - ինչպես ընտրել կամ փոխել հիմնական բուժող բժշկին,
 - մեր ցանցի բուժառայություններ մատուցողների և դեղատների որակավորումները,
 - ինչպես ենք մենք վճարում մեր ցանցի բուժառայություններ մատուցողներին:
- Ապահովագրված ծառայություններ և դեղեր, ներառյալ՝
 - մեր պլանով փոխհատուցվող ծառայությունները (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ և 4-րդ գլուխները**) և դեղերը (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ և 6-րդ գլուխները**):
 - ձեր ապահովագրական ծածկույթի և դեղերի սահմանափակումները:
 - կանոնները, որոնց պետք է հետևեք՝ փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար:
- Ինչու տվյալ ծառայության համար չի փոխհատուցվել, և ինչ է հնարավոր անել դրա հետ կապված (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**), այդ թվում մեզնից պահանջելով, որպեսզի՝
 - գրավոր ներկայացնենք, թե ինչու տվյալ ծառայության համար չի փոխհատուցվել,
 - փոխենք մեր որոշումը,
 - վճարենք ձեր ստացած հաշիվը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

E. Ցանցի բուժառայություններ մատուցողների կողմից անմիջապես ձեզ հաշիվ ներկայացնելու արգելանքը

Բժիշկները, հիվանդանոցները և մեր ցանցի այլ բուժառայություններ մատուցողները չեն կարող ձեզ ստիպել վճարել փոխհատուցվող ծառայությունների համար: Նրանք նաև չեն կարող ձեզ մնացորդային հաշիվ ներկայացնել կամ գումար գանձել ձեզանից, եթե մենք վճարենք բուժառայություններ մատուցողին նրա պահանջած գումարից քիչ: Իմանալու համար, թե ինչ է հարկավոր անել, եթե ցանցի բուժառայություններ մատուցողը փորձի ձեզանից գումար գանձել փոխհատուցվող ծառայությունների դիմաց, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 7-րդում**:

F. Մեր պլանից դուրս գալու ձեր իրավունքը

Ոչ ոք չի կարող ձեզ ստիպել մնալ մեր պլանում, եթե դուք չեք ցանկանում:

- Դուք իրավունք ունեք ստանալու ձեր բուժառայությունների մեծ մասը Original Medicare-ի կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ այլ պլանով:
- Դուք կարող եք օգտվել Medicare-ի D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի հետ կապված նպաստներից՝ դեղատոմսային դեղերի պլանով կամ Medicare Advantage-ի (MA) մեկ ուրիշ պլանով:
- Տե՛ս սույն Անդամների ձեռնարկի Գլուխ 10-րդը.
 - Լրացուցիչ տեղեկություններ այն մասին, թե երբ կարող եք միանալ նոր MA-ին կամ դեղատոմսով դեղերին առընչվող նպաստների պլանին:
 - Ինչպես կստանաք ձեր Medi-Cal-ի նպաստները, եթե դուրս գաք մեր պլանից:

G. Ձեր բուժխնամքի հետ կապված որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

Դուք իրավունք ունեք ձեր բժիշկներից և այլ բուժառայություններ մատուցողներից ստանալու ամբողջական տեղեկատվություն, որը կօգնի ձեզ որոշումներ կայացնել ձեր բուժխնամքի վերաբերյալ:

G1. Բուժման տարբերակների մասին տեղյակ լինելու և որոշումներ կայացնելու ձեր իրավունքը

Ձեր բուժառայություններ մատուցողները պետք է ձեզ հասկանալի ձևով բացատրեն, թե ինչ առողջական խնդիրներ ունեք և ինչ բուժման տարբերակներ կան: Դուք իրավունք ունեք՝

- **Տեղեկանալու, թե ինչ տարբերակներ կան ձեզ համար:** Դուք ունեք բուժման բոլոր տարբերակների մասին տեղեկատվություն ստանալու իրավունք:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- **Տեղեկանալու ռիսկերի մասին:** Դուք իրավունք ունեք ստանալու տեղեկատվություն բուժման հետ կապված ցանկացած ռիսկի մասին: Մենք պարտավոր ենք ձեզ նախապես տեղեկացնել, եթե որևէ ծառայություն կամ բուժում կլինիկական հետազոտության մաս է կազմում: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու փորձարարական բուժումից:
- **Ստանալու երկրորդ կարծիք:** Դուք իրավունք ունեք դիմելու ուրիշ բժշկի՝ նախքան բուժման վերաբերյալ որոշում կայացնելը:
- **Հրաժարվելու:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվելու ցանկացած բուժումից: Դա ներառում է հիվանդանոցից կամ այլ բժշկական հաստատությունից դուրս գալու իրավունքը, նույնիսկ եթե ձեր բժիշկը ձեզ խորհուրդ չի տալիս դա անել: Դուք իրավունք ունեք դադարեցնելու նշանակված դեղամիջոցի ընդունումը: Եթե դուք հրաժարվեք բուժումից կամ դադարեցնեք նշանակված դեղամիջոցի ընդունումը, մենք ձեզ չենք հանի մեր պլանից: Այնուամենայնիվ, եթե դուք հրաժարվում եք բուժումից կամ դադարեցնում եք դեղամիջոցի ընդունումը, ապա կատարվածի ողջ պատասխանատվությունը ընկնում է ձեզ վրա:
- **Խնդրելու մեզ, որպեսզի բացատրենք, թե ինչու է բուժօժանություններ մատուցողը հրաժարվել ծառայություն մատուցելուց:** Դուք իրավունք ունեք մեզնից բացատրություն ստանալու, եթե բուժօժանություններ մատուցողը հրաժարվել է տրամադրել ծառայությունը, որը ձեր կարծիքով ձեզ հասնում էր:
- Պահանջելու մեզնից, որպեսզի փոխհատուցենք ծառայության կամ դեղի համար, որը մենք հրաժարվել ենք անել կամ սովորաբար չենք փոխհատուցում: Դա կոչվում է փոխհատուցման որոշում: Սույն Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում ներկայացված է, թե ինչպես կարող եք մեզնից փոխհատուցման որոշում պահանջել:

G2. Դուք իրավունք ունեք ներկայացնելու, թե ինչ պետք է տեղի ունենա, եթե դուք չկարողանաք առողջապահական բնույթի որոշումներ կայացնել ինքներդ ձեզ համար

Երբեմն մարդիկ չեն կարողանում ինքնուրույն որոշումներ կայացնել իրենց բուժխնամքի վերաբերյալ: Նախքան որոշում կայացնելը՝ դուք կարող եք.

- Լրացնել գրավոր ձև, որով մեկին իրավունք եք տալիս ձեր փոխարեն որոշում կայացնելու ձեր բուժխնամքի հետ կապված:
- Ձեր բժիշկներին գրավոր ցուցումներ տվեք, թե ինչպես պետք է իրականացնեն ձեր բուժխնամքը, եթե այլևս չկարողանաք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել, ներառյալ այն բուժխնամքը, որը չեք ցանկանում ստանալ:

Իրավաբանական փաստաթուղթը, որտեղ նշվում են ձեր կարգադրությունները, կոչվում է «նախնական կարգադրագիր»: Կան տարբեր նախնական կարգադրագրեր, որոնք ունեն տարբեր անվանումներ: Նման կարգադրագրերի օրինակներից են՝ բժշկական կտակը և բուժխնամքի լիազորագիրը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք կարող եք, բայց պարտավոր չեք, նախնական կարգադրագիր ունենալ: Ահա թե ինչ պետք է անել, եթե ցանկանում եք նախնական կարգադրագիր գրել:

- **Ստանալ ձև:** Ձեր կարող եք ստանալ ձեր բժշկից, իրավաբանից, իրավաբանական գրասենյակից կամ սոցիալական աշխատողից: Ձևերը հաճախ առկա են դեղատներում և բուժօժանայություններ մատուցողների մոտ: Դուք կարող եք գտնել անվճար ձև առցանց և ներբեռնել այն: Կարող եք նաև դիմել Անդամների սպասարկման բաժին՝ ձեր խնդրելու համար:
- **Լրացնել և ստորագրել ձև:** Ձևն իրավաբանական փաստաթուղթ է: Այն լրացնելիս ձեզ կարող են օգնել իրավաբանը կամ մեկ ուրիշը, ում վստահում եք, օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ձեր PCP-ն:
- **Տալ դրա օրինակը այն անձանց, ովքեր պետք է տեղյակ լինեն դրա մասին:** Դուք պետք է ձեր բժշկին տրամադրեք ձևի օրինակը: Դուք պետք է նաև օրինակը տաք այն անձին, ում նշանակել եք՝ ձեր փոխարեն որոշումներ կայացնելու համար: Դուք կարող եք օրինակները տալ մտերիմ ընկերներին կամ ընտանիքի անդամներին: Մեկ օրինակ պահեք տանը:
- Եթե հոսպիտալացվում եք և ունեք ստորագրված նախնական կարգադրագիր, **դրա օրինակը տարեք հիվանդանոց:**
- Հիվանդանոցում ձեզ կհարցնեն՝ ձեզ հետ բերե՞լ եք ստորագրված նախնական կարգադրագրի ձևը:
- Հիվանդանոցն ունի ձևեր և, եթե չունեք ստորագրված նախնական կարգադրագրի ձև, ձեզ կհարցնեն՝ արդյոք ցանկանո՞ւմ եք ստորագրել իրենց մոտ եղած ձևը:

Դուք իրավունք ունեք՝

- Ձեր նախնական կարգադրագիրն ավելացնելու ձեր բժշկական արձանագրություններում:
- Ցանկացած ժամանակ փոխելու կամ չեղարկելու ձեր նախնական կարգադրագիրը:
- Տեղեկանալու նախնական կարգադրագրերին վերաբերող օրենքների փոփոխությունների մասին: Մեր պլանի միջոցով կտեղեկանաք նահանգային օրենքում փոփոխությունների մասին ոչ ուշ, քան փոփոխությունից 90 օր անց:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

G3. Ինչ անել, եթե ձեր կարգադրությունները չկատարվեն

Եթե ստորագրել եք նախնական կարգադրագիր և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չեն հետևել դրան, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպությանը, որը նշված է սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլխի F բաժնում**:

Ի. Բողոք ներկայացնելու և մեր որոշումների վերանայում պահանջելու ձեր իրավունքը

Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** ներկայացված է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ունեք ձեր փոխհատուցվող ծառայությունների կամ խնամքի հետ կապված որևէ խնդիր կամ մտահոգություն: Օրինակ՝ դուք կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի կայացնենք փոխհատուցման որոշում, բողոքարկել՝ փոխհատուցման որոշումը փոխելու համար, կամ բողոք ներկայացնել:

Դուք իրավունք ունեք տեղյակ լինելու բողոքարկումների և բողոքների մասին, որոնք պլանի մյուս անդամները ներկայացրել են մեր դեմ: Այդ տեղեկատվությունը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Ի1. Ինչ անել անարդար վերաբերմունքի դեպքում կամ ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար

Եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ անարդարացի ենք վարվել, և խոսքը սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 11-րդում** նշված հիմքերով խտրականության մասին չէ, կամ ցանկանում եք ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր իրավունքների մասին, ապա կարող եք զանգահարել.

- Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815** հեռախոսահամարով, շաբաթը 7 օր՝ առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով:
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ **1-800-434-0222** հեռախոսահամարով: HICAP-ի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլխի E բաժինը**:
- Medicare և Medi-Cal Ombuds ծրագիրը՝ **1-888-804-3536** հեռախոսահամարով: Այս ծրագրի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլուխը**:
- DHCS-ի Օմբուդսմենի ծառայությունների ծրագիր՝ **1-888-452-8609** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը:
- Medicare՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: (Դուք կարող եք նաև կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare-ի իրավունքները և պաշտպանությունները», որը գտնվում է Medicare-ի կայքում՝ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

I. Տեղեկատվություն նորարարական բուժման միջոցների գնահատումների մասին

Արագ փոփոխվող տեխնոլոգիան ազդում է առողջապահության և բժշկության վրա նույնքան, որքան ցանկացած այլ ոլորտում: Որոշելու համար՝ արդյո՞ք որևէ նոր դեղամիջոց կամ բժշկական այլ արտադրանք հարկավոր է մեր երկարաժամկետ նպաստներում ներառել, թե ոչ, մենք ուշադիր վերահսկում և գնահատում ենք նորարարական բուժման միջոցները՝ դրանք մեր պլանում որպես փոխհատուցվող նպաստներ ներառելու համար: Այդ նորարարական բուժման միջոցներում ներառված են բժշկական պրոցեդուրաները, սարքերը և նոր դեղամիջոցները:

J. Դուք կարող եք առաջարկություններ անել իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ

Որպես մեր պլանի անդամ՝ դուք իրավունք ունեք առաջարկություններ անելու այս գլխում ներառված իրավունքների և պարտավորությունների վերաբերյալ: Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ ցանկացած առաջարկով:

K. Ձեր պարտավորությունները՝ որպես պլանի անդամ

Որպես պլանի անդամ՝ դուք պարտավոր եք կատարել ստորև նշված գործողությունները: Եթե ունեք հարցեր, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

- **Կարդալ *Անդամի ձեռնարկը***՝ իմանալու համար, թե ինչ է ներառված մեր պլանի ապահովագրական ծածկույթում, և այն կանոնները, որոնց պետք է հետևել փոխհատուցվող ծառայություններ և դեղեր ստանալու համար: Մասնավորապես՝
 - Փոխհատուցվող ծառայությունների մասին մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխներ 3-րդը և 4-րդը**: Այդ գլուխներում ներկայացված է, թե ինչն է փոխհատուցվում, և ինչը՝ ոչ, ինչ կանոնների պետք է հետևել և ինչքան վճարել:
 - Փոխհատուցվող դեղերի մասին մանրամասն տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխներ 5-րդը և 6-րդը**:
- **Տեղեկացնել մեզ ցանկացած այլ բուժօգնության կամ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի** փոխհատուցման մասին, որը ստանում եք: Մենք պետք է համոզվենք, որ դուք օգտվում եք ձեր փոխհատուցման բոլոր տարբերակներից, երբ ստանում եք բժշկական ծառայություններ: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, եթե ունեք այլ բուժապահովագրություն:
- **Տեղեկացնել ձեր բժշկին և մնացած բուժծառայություններ մատուցողներին**, որ մեր պլանի անդամ եք: Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտը՝ ծառայություններ կամ դեղեր ստանալիս:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- **Օգնել ձեր բժիշկներին և մնացած բուժժառայություններ մատուցողներին, որպեսզի ձեզ տրամադրեն հնարավորինս լավագույն բուժխնամքը:**
 - Տվեք նրանց անհրաժեշտ տեղեկատվությունը ձեր և ձեր առողջության մասին: Որքան հնարավոր է տեղեկացված եղեք ձեր առողջական խնդիրների մասին: Հետևեք ձեր և ձեր բուժժառայություններ մատուցողների միջև համաձայնեցված բուժման պլաններին և հրահանգներին:
 - Համոզվեք, որ ձեր բժիշկները և մնացած բուժժառայություններ մատուցողները գիտեն ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին: Դրանք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերն են, առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղերը, վիտամինները և հավելումները:
 - Տվեք ցանկացած հարց, որ ունեք: Ձեր բժիշկները և մնացած բուժժառայություններ մատուցողները պետք է ձեզ բացատրեն ձեզ հասկանալի ձևով: Եթե հարց եք տալիս և չեք հասկանում պատասխանը, կրկին հարցրեք:
- **Համագործակցել ձեր բուժխնամքի համակարգողի հետ, այդ թվում՝ առողջական ռիսկերի տարեկան գնահատում անցկացնելիս:**
- **Լինել հարգալից:** Մենք ակնկալում ենք, որ պլանի բոլոր մասնակիցները պետք է հարգեն մյուսների իրավունքները: Մենք նաև ակնկալում ենք, որ հարգալից վերաբերմունք կդրսևորեք ձեր բժշկի կաբինետում, հիվանդանոցներում և մնացած բուժժառայություններ մատուցողների գրասենյակներում:
- **Վճարել այն, ինչ պարտավոր եք:** Որպես պլանի անդամ՝ դուք պատասխանատու եք հետևյալ վճարումների համար՝
 - Medicare-ի A բաժնի և Medicare-ի B բաժնի ապահովագրավճարների: Medi-Cal-ը վճարում է Medicare-ի A և B մասերի ապահովագրավճարները՝ պլանի անդամների մեծ մասի համար:
 - Մեր պլանի շրջանակներում փոխհատուցվող ձեր որոշ երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության կամ դեղերի համար, դուք պետք է վճարեք ծախսերի ձեր մասնաբաժինը՝ ծառայությունը կամ դեղը ստանալիս: **Գլուխ 4-ը** ներկայացնում է, թե ինչ պետք է վճարեք ձեր երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության համար: **Գլուխ 6-ում** ներկայացված է, թե ինչ պետք է վճարեք ձեր դեղերի դիմաց:
 - Եթե դուք ստանում եք ծառայություններ կամ դեղեր, որոնք չեն ապահովագրվում մեր պլանի շրջանակներում, դուք պետք է վճարեք **ողջ արժեքը**: (Նշում. Եթե համաձայն չեք ծառայության կամ դեղի դիմաց փոխհատուցում չտրամադրելու մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել: Խնդրում ենք ծանոթանալ **Գլուխ 9-րդին** բողոքարկման ընթացակարգին ծանոթանալու համար):
- **Հայտնեք մեզ, եթե տեղափոխվում եք:** Եթե պատրաստվում եք տեղափոխվել, անմիջապես տեղեկացրեք մեզ: Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Դուք չեք կարող մնալ մեր պլանում, եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից դուրս: Մեր պլանին կարող են անդամագրվել միայն այն անձինք, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:
Սպասարկման տարածքի մասին տեղեկատվության համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 1-ինը**:
- Մենք կարող ենք օգնել ձեզ պարզել՝ տեղափոխվելով՝ դուք մեր սպասարկման տարածքից դուրս եք գալիս, թե՞ ոչ: Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածում դուք կարող եք անցում կատարել Original Medicare-ին կամ գրանցվել Medicare-ի առողջապահական կամ դեղատոմսային դեղերի նոր պլանում՝ ձեր նոր բնակության վայրում: Մենք կարող ենք ձեզ հայտնել՝ ձեր նոր տարածքում մենք պլան ունենք, թե ոչ:
- Տեղափոխվելուց հետո հայտնեք ձեր նոր հասցեն Medicare-ին և Medi-Cal-ին: Medicare-ի և Medi-Cal-ի հեռախոսահամարները կարող եք գտնել՝ սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 2-ում**:
- **Եթե դուք տեղափոխվեք և մնաք մեր սպասարկման տարածքում, մենք դարձյալ պետք է իմանանք այդ մասին:** Մենք պարտավոր ենք թարմացնել ձեր տվյալները և իմանալ, թե ինչպես կապ հաստատել ձեզ հետ:
- **Հայտնել մեզ, եթե ունեք նոր հեռախոսահամար** կամ ձեզ հետ կապ հաստատելու ավելի հարմար միջոց:
- **Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին օգնության համար, եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք:**



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 9. Ինչպես վարվել, եթե ունեք խնդիր կամ բողոք (փոխհատուցման որոշումների հետ կապված, բողոքարկում, գանգատ)

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են տեղեկություններ ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը՝ պարզելու համար, թե ինչ անել, եթե՝

- Ձեր պլանի հետ կապված խնդիր կամ բողոք ունեք:
- Ձեզ անհրաժեշտ է որևէ ծառայություն, պարագա կամ դեղ, որի համար ձեր պլանը չի վճարում:
- Համաձայն չեք ձեր խնամքի վերաբերյալ ձեր պլանի ընդունած որոշման հետ:
- Կարծում եք, որ ծառայությունների համար փոխհատուցումը շուտ ենք դադարեցնում:
- Խնդիր կամ բողոք ունեք՝ կապված ձեր երկարաժամկետ ծառայությունների ու աջակցության հետ, որը ներառում է Մեծահասակների համայնքային ծառայությունների (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատության (NF) ծառայությունները:

Այս գլուխը բաղկացած է տարբեր բաժիններից, որպեսզի հեշտությամբ կարողանաք գտնել այն, ինչ որոնում եք: **Եթե որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն հատվածները, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին:**

Դուք պետք է ստանաք այն բուժխնամքը, դեղերը և երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, որոնք ձեր բժիշկը և մյուս բուժօրհանները մատուցողները կորոշեն, որ անհրաժեշտ են ձեր բուժխնամքի համար՝ որպես ձեր խնամքի պլանի մաս: **Եթե ձեր բուժխնամքի հետ կապված խնդիր ունեք, կարող եք օգնության համար գանգահարել Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրին՝ 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով:** Այս գլխում ներկայացված են, թե ինչ տարբերակներ ունեք, որոնք հասանելի են ձեզ տարբեր խնդիրների և բողոքների դեպքում, սակայն միշտ կարող եք գանգահարել Օմբուդսմենի ծառայությունների ծրագրի, որպեսզի ուղղորդեն ձեզ՝ ձեր խնդիրը լուծելու համար: Ձեր խնդիրները լուծելու համար նախատեսված լրացուցիչ ռեսուրսների և դրանց դիմելու ձևերի համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի Գլուխ 2-րդը:**



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare:**

Գլուխ 9 Բովանդակություն

A. Ինչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք 264

 A1. Իրավաբանական տերմիններ..... 264

B. Որտեղից օգնություն ստանալ 264

 B1. Լրացուցիչ տեղեկատվություն և օգնություն 264

C. Ինչպես են կատարվում Medicare-ի և Medi-Cal-ի բողոքների ներկայացումը և բողոքարկումները մեր պլանում..... 267

D. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ 267

E. Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ..... 267

 E1. Փոխհատուցման որոշում 268

 E2. Բողոքարկում 268

 E3. Օգնություն՝ փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված..... 269

 E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է ձեզ օգտակար լինել 270

F. Բուժխնամք 271

 F1. Ինչպես օգտվել այս բաժնից..... 271

 F2. Ինչպես պահանջել Փոխհատուցման որոշում..... 272

 Փոխհատուցման ստանդարտ որոշում..... 273

 Փոխհատուցման արագ որոշում..... 273

 F3. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում 275

 F4. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում 279

 F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ 287

G. Medicare-ի D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր 289

 G1. Medicare D մասի դեղերի հետ կապված փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ 289

 G2. Տե՛ս Medicare D մասի բացառությունները 291



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare:** 261

G3. Ինչ է կարևոր իմանալ բացառություն խնդրելու համար	292
G4. Ինչպես պետք է փոխհատուցման որոշման, ինչպես նաև բացառության համար դիմել.....	292
G5. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում	295
G6. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում	298
H. Հիվանդանոցում նախատեսվածից երկար մնալու համար փոխհատուցման պահանջ	300
H1. Իմացեք ձեր իրավունքները որպես Medicare-ի անդամ.....	300
H2. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում	302
H3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում	304
H4. Այլընտրանքային բողոքարկման 1-ին մակարդակ	305
H5. Այլընտրանքային բողոքարկման 2-ին մակարդակ	307
I. Որոշ բժշկական ծառայությունների համար փոխհատուցումը շարունակելու հայց	308
I1. Նախնական ծանուցում՝ նախքան փոխհատուցումը դադարեցնելը	308
I2. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում.....	309
I3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում.....	311
I4. Այլընտրանքային բողոքարկման 1-ին մակարդակ	312
I5. Այլընտրանքային բողոքարկման 2-ին մակարդակ	313
J. Բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո գործողությունները.....	314
J1. Հաջորդ քայլերը՝ Medicare-ի ծառայությունների և պարագաների համար փոխհատուցում պահանջելու համար.....	314
J2: Medi-Cal-ի հետ կապված այլ բողոքարկումներ	316
J3: Medicare D մասի դեղերի հետ կապված հայցերը՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակներում	316



K. Ինչպես բողոք ներկայացնել	318
K1. Ի՞նչ խնդիրների համար պետք է բողոք ներկայացնել	318
K2. Ներքին բողոքներ.....	320
K3. Արտաքին բողոքներ	321



A. Ինչ անել, եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք

Այս գլխում բացատրված է, թե ինչպես պետք է լուծել խնդիրները և մտահոգությունները: Կիրառվող գործընթացը կախված է ձեր խնդրի տեսակից: **Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների** համար կիրառեք մեկ ընթացակարգեր, իսկ **բողոքների** (գանգատների) ներկայացնելու համար՝ մեկ ուրիշ:

Անաչառություն և արագություն ապահովելու նպատակով՝ յուրաքանչյուր գործընթաց ունի մի շարք կանոններ, ընթացակարգեր և վերջնաժամկետներ, որոնց մենք և դուք պետք է հետևենք:

A1. Իրավաբանական տերմիններ

Այս գլխում ներառված են իրավաբանական տերմիններ՝ որոշ կանոնների և ժամկետների համար: Այդ տերմիններից շատերը կարող են դժվար հասկանալի լինել, ուստի որոշ իրավաբանական տերմինների փոխարեն մենք ավելի պարզ բառեր ենք օգտագործում: Հնարավորինս քիչ ենք օգտագործում հապավումներ:

Օրինակ՝ ասում ենք՝

- «Բողոք ներկայացնել», այլ ոչ թե «գանգատ ներկայացնել»:
- «Փոխհատուցման որոշում», այլ ոչ թե «կազմակերպության կողմից կայացված վճիռ», «նպաստի վճիռ», «ռիսկային վճիռ» կամ «փոխհատուցման վճիռ»:
- «Արագ փոխհատուցման որոշում», այլ ոչ թե «արագացված վճռի կայացում»:
- «Անկախ վերանայման կազմակերպություն» (IRO), «Անկախ վերանայման մարմին» (IRE) տերմինի փոխարեն:

Համապատասխան իրավաբանական տերմինների իմացությունը կարող է օգնել ձեզ ավելի գրագետ հաղորդակցվել, ուստի մենք տրամադրում ենք նաև դրանք:

B. Որտեղից օգնություն ստանալ

B1. Լրացուցիչ տեղեկատվություն և օգնություն

Երբեմն դժվար է սկսել խնդրի լուծման գործընթացը կամ շարունակել այն: Դա հատկապես այն ժամանակ է լինում, երբ դուք ձեզ ավ չեք զգում կամ եռանդի պակաս ունեք: Հնարավոր է նաև, որ չունեք անհրաժեշտ տեղեկատվությունը՝ հաջորդ քայլը ձեռնարկելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Օգնություն՝ Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագրից

Դուք կարող եք զանգահարել Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP-ի խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ, թե ինչպես կարգավորել ձեր խնդիրը: HICAP-ը կապ չունի մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ յուրաքանչյուր վարչաշրջանում, և ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ **1-800-434-0222**:

Օգնություն Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրից

Ձեր առողջական ապահովագրության հարցերի համար կարող եք զանգահարել Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրին և խոսել փաստաբանի հետ: Ծրագիրը անվճար իրավաբանական օգնություն է տրամադրում: Ombuds ծրագիրը կապ չունի մեզ հետ կամ որևէ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական պլանի հետ: Նրանց հեռախոսահամարն է՝ **1-888-804-3536** իսկ նրանց կայքն է՝ **www.healthconsumer.org**:

Օգնություն և տեղեկատվություն Medicare-ից

Լրացուցիչ տեղեկությունների և օգնության համար կարող եք դիմել Medicare-ին: Medicare-ից կարող եք օգնություն ստանալ երկու եղանակով՝

- Զանգահարելով՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով:
- Այցելեք Medicare-ի վեբկայքը՝ (**www.medicare.gov**):

Աջակցության տրամադրում Կալիֆոռնիայի առողջապահական ծառայությունների բաժնի կողմից

Կալիֆոռնիայի Առողջապահական ծառայությունների վարչության (DHCS) Medi-Cal-ի Կառավարվող բուժխնամքի օմբուդսմենը նույնպես կարող է օգնել: Նա կարող է օգնել, եթե դուք խնդիրներ ունեք առողջապահական պլանին գրանցվելու, այն փոխելու կամ դուրս գալու հետ կապված: Նա կարող է օգնել նաև, եթե դուք տեղափոխվել եք և Medi-Cal-ից օգտվելու դժվարություններ ունեք նոր վարչաշրջանում: Դուք կարող եք Օմբուդսմենին զանգահարել երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը՝ **1-888-452-8609** հեռախոսահամարով:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Աջակցության տրամադրում Կալիֆորնիայի առողջապահության կառավարման բաժնի կողմից

Անվճար օգնության համար դիմեք Կալիֆորնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն (DMHC): DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական պլանների վերահսկման հարցում: DMHC-ը օգնում է Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքներ կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց: Հեռախոսահամարն է՝ **1-888-466-2219**: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են գանգահարել անվճար TDD հեռախոսահամարին՝ **1-877-688-9891**: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայք՝ www.HealthHelp.ca.gov:

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի վարչությունը պատասխանատու է առողջապահական ծառայությունների ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե ձեր առողջապահական պլանի հետ կապված բողոքներ ունեք, սկզբում պետք է գանգահարեք ձեր առողջապահական պլանին **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և հետևեք ձեր առողջապահական պլանի բողոքներ կայացնելու ընթացակարգին՝ նախքան վարչությանը դիմելը: Բողոքի այս գործընթացն օգտագործելը չի գրկի ձեզ հասանելի հնարավոր օրինական իրավունքներից կամ պաշտպանության միջոցներից: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է ներկայացնել արտակարգ իրավիճակի հետ կապված բողոք, ձեր առողջապահական պլանի կողմից բավարար լուծում չստացած բողոք կամ ավելի քան 30 օրվա ընթացքում չկարգավորված բողոք, ապա օգնության համար կարող եք գանգահարել վարչություն: Դուք կարող եք նաև իրավունք ունենալ դիմելու Անկախ բժշկական վերանայման («IMR») համար: Եթե դուք իրավունակ եք IMR ծրագրի համար, IMR-ի ընթացակարգով ձեզ կտրամադրվի առողջապահական ծրագրով կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայում, որոնք վերաբերում են առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտությանը, բուժման որոշումներին, որոնք ունեն փորձարարական կամ հետազոտական բնույթ, ինչպես նաև շտապ կամ անհետաձգելի բժշկական ծառայությունների վճարման հետ կապված վեճերին: Վարչությունն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-466-2219)** և TDD կապ **(1-877-688-9891)** սողության և խոսքի դժվարություններ ունեցող անձանց համար: Բաժանմունքի <https://www.dmhc.ca.gov> ինտերնետային վեբկայքում կգտնեք առցանց բողոքի ձևեր, IMR (անկախ բժշկական փորձագիտական քննության) դիմումի ձևեր և ցուցումներ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

C. Ինչպես են կատարվում Medicare-ի և Medi-Cal-ի բողոքների ներկայացումը և բողոքարկումները մեր պլանում

Դուք ունեք Medicare և Medi-Cal: Այս գլխում ներկայացված տեղեկատվությունը վերաբերում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի ձեր բողոք նպաստներին: Այն երբեմն կոչվում է «ինտեգրված գործընթաց», քանի որ համատեղում կամ ինտեգրում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները:

Երբեմն Medicare-ի և Medi-Cal-ի գործընթացները հնարավոր չէ համատեղել: Նման իրավիճակներում դուք կիրառում եք մի գործընթաց Medicare-ի նպաստի համար և մեկ այլ գործընթաց՝ Medi-Cal-ի նպաստի համար: Այդ իրավիճակները բացատրված են **F4 բաժնում**:

D. Ձեր նպաստների հետ կապված խնդիրներ

Եթե որևէ խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, կարդացեք այս գլխի այն հատվածները, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին: Հետևյալ աղյուսակը կօգնի ձեզ գտնել այս գլխի համապատասխան բաժինը՝ խնդիրների կամ բողոքների համար:

<p>Արդյոք ք ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը վերաբերում է ձեր նպաստներին կամ փոխհատուցմանը</p> <p>Մտահոգությունը կարող է կապված լինել, թե արդյոք կոնկրետ բուժինամքի կամ դեղատոմսային դեղի համար փոխհատուցում տրամադրվում է, թե ոչ, ինչպես է այն փոխհատուցվում, ինչպես նաև բուժինամքի կամ դեղատոմսային դեղի վճարման հետ կապված խնդիրներ:</p>	
<p>Այո:</p> <p>Իմ խնդիրը վերաբերում է նպաստներին կամ փոխհատուցմանը:</p> <p>Տե՛ս E բաժինը՝ «Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ»:</p>	<p>Ոչ:</p> <p>Իմ խնդիրը չի վերաբերում նպաստներին կամ փոխհատուցմանը:</p> <p>Տե՛ս K բաժինը՝ «Ինչպես բողոք ներկայացնել»:</p>

E. Փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ

Փոխհատուցման որոշում պահանջելու և բողոք ներկայացնելու գործընթացը վերաբերում է ձեր նպաստների և փոխհատուցման հետ կապված խնդիրներին: Այն վերաբերում է նաև վճարման հետ կապված խնդիրներին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

E1. Փոխհատուցման որոշում

Փոխհատուցման որոշումը վերաբերում է այն որոշմանը, որը մենք կայացնում ենք ձեր նպաստների և փոխհատուցման կամ ձեր բուժառայությունների կամ դեղերի համար վճարվող գումարի չափի վերաբերյալ: Օրինակ, ձեր պլանի ցանցի բժիշկը ձեզ համար (ի օգուտ) ապահովագրության որոշում է կայացնում, երբ դուք ստանում եք բժշկական օգնություն (տե՛ս սույն, **Անդամների ձեռնարկի 4-րդի գլխի H բաժինը**):

Դուք կամ ձեր բժիշկը կարող եք նաև դիմել մեզ և պահանջել փոխհատուցման որոշում: Հնարավոր է, որ դուք կամ ձեր բժիշկը համոզված չլինեք՝ մենք փոխհատուցում ենք տվյալ բուժառայության համար, թե՛ հնարավոր է մերժենք բուժխնամքի տրամադրումը, որը ձեր կարծիքով անհրաժեշտ է ձեզ: **Դուք կարող եք պահանջել փոխհատուցման որոշում կայացնել ձեզ համար, եթե ցանկանում եք նախքան ծառայությունը ստանալն իմանալ՝ մենք կփոխհատուցենք տվյալ բուժառայության համար, թե՛ ոչ:**

Մենք փոխհատուցման որոշում ենք կայացնում, երբ հաստատում ենք, թե ինչ է ներառված ձեր ապահովագրական ծածկույթի մեջ, և որքան ենք վճարում դրա համար: Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք որոշում կայացնել, որ ծառայության կամ դեղի համար չենք փոխհատուցելու, կամ այն այլևս չլինի Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթում: Եթե համաձայն չեք փոխհատուցման որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել:

E2. Բողոքարկում

Եթե մենք փոխհատուցման որոշում ենք կայացնում, և դուք գոհ չեք այդ որոշումից, կարող եք «բողոքարկել» այն: Բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է՝ խնդրելու մեզ վերանայել և փոխել փոխհատուցման վերաբերյալ մեր կայացրած որոշումը:

Երբ առաջին անգամ եք բողոքարկում որոշումը, այն կոչվում է բողոքարկման 1-ին մակարդակ: Այս բողոքարկման ժամանակ մենք վերանայում ենք փոխհատուցման մեր որոշումը՝ ստուգելու համար՝ արդյոք ինչպես հարկն է հետևել լ՝ ենք բոլոր կանոնների: Ձեր բողոքարկումը քննվում է այլ վերանայողների կողմից, ովքեր ներգրավված չեն եղել ձեր սկզբնական հայցի մերժման գործում:

Շատ դեպքերում, դուք պետք է սկսեք ձեր բողոքարկումը 1-ին մակարդակից: Եթե ձեր առողջական խնդիրը հրատապ է կամ անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում ձեր առողջությանը կամ, եթե դուք սուր ցավ եք զգում և անհապաղ որոշման կարիք ունեք, կարող եք IMR բժշկական վերանայման հայտ ներկայացնել Առողջապահության կառավարման բաժնին՝ հետևյալ հասցեով՝ **www.dhmc.ca.gov**: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս «Կառավարվող առողջապահական խնամքի վարչությանն ուղղված բողոքներ և անկախ բժշկական վերանայումներ («IMR»)» բաժինը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Երբ մենք ավարտում ենք վերանայումը, ձեզ ենք ներկայացնում մեր որոշումը: Այս գլխում ստորև ներկայացված որոշակի հանգամանքներում դուք կարող եք պահանջել արագացված կամ «արագ փոխհատուցման որոշում» կամ փոխհատուցման որոշման արագ բողոքարկում:

Եթե մենք **հրաժարվում** ենք կատարել ձեր պահանջները մասամբ կամ ամբողջությամբ, ապա նամակ կուղարկենք ձեզ: Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի կամ B մասի դեղորայքի փոխհատուցման հետ, նամակում կնշվի, որ մենք ձեր գործն ուղարկել ենք Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO)՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակ: Եթե ձեր խնդիրն առնչվում է Medicare-ի D մասի կամ Medicaid-ի որևէ ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցմանը, նամակում կնշվի, թե ինչպես կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը: Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **F4 բաժինը**: Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medicare-ի և Medicaid-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցման հետ, նամակը ձեզ տեղեկատվություն կտրամադրի 2-րդ մակարդակի բողոքարկման երկու տեսակների վերաբերյալ:

Եթե ձեզ չի գոհացնում բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի համար կայացված որոշումը, կարող եք անցնել բողոքարկման մյուս մակարդակներին:

E3. Օգնություն՝ փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված

Դուք կարող եք օգնության համար դիմել՝

- **Անդամների սպասարկման** բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- Չանգահարեք Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրին 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով:
- Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով:
- **Department of Managed Health Care (DMHC) աջակցության կենտրոն**՝ անվճար օգնության համար: DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական պլանների կարգավորման հարցում: DMHC-ը օգնում է Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքներ կամ հաշիվների հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց: Հեռախոսահամարն է՝ **1-888-466-2219**: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են զանգահարել անվճար TDD հեռախոսահամարին **1-877-688-9891**: Կարող եք նաև այցելել DMHC-ի կայք՝ **www.HealthHelp.ca.gov**:
- **Ձեր բժշկին կամ այլ բուժօրհանություններ մատուցողի**: Ձեր բժիշկը կամ այլ բուժօրհանություններ մատուցող կարող է ձեր անունից փոխհատուցման որոշում պահանջել կամ բողոքարկման հայց ներկայացնել:

- **Ընկերոջը կամ ընտանիքի անդամին:** Դուք կարող եք նշանակել այլ անձի, ով որպես ձեր «ներկայացուցիչ» հանդես կգա ձեր անունից և փոխհատուցման որոշում կպահանջի կամ բողոք կներկայացնի:
- **Իրավաբանին:** Դուք իրավաբանի ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեք, սակայն պարտավոր չեք իրավաբան ունենալ՝ փոխհատուցման որոշում պահանջելու կամ բողոք ներկայացնելու համար:
 - Զանգահարեք ձեր անձնական իրավաբանին կամ որոնեք իրավաբան ձեր տեղական իրավաբանական ասոցիացիայի կամ ուղղորդման այլ ծառայության միջոցով: Որոշ իրավաբանական խմբեր ձեզ անվճար իրավաբանական ծառայություններ կտրամադրեն, եթե դուք համապատասխանում եք չափանիշներին:
 - Խնդրեք Medicare Medi-Cal Ombuds ծրագրի շրջանակներում տրամադրել իրավաբանական օգնության փաստաբան հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **1-888-804-3536**:
- Լրացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը, եթե ցանկանում եք, որպեսզի իրավաբանը կամ մեկ այլ անձ հանդես գա որպես ձեր ներկայացուցիչ: Ձևը թույլտվություն է տալիս մեկ այլ անձի հանդես գալու ձեր անունից:
- Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով, և պահանջեք «Ներկայացուցչի նշանակման» ձևը: Ձևաթուղթը կարող եք ներբեռնել նաև՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ այցելելով մեր կայք՝ kp.org: Դուք պետք է մեզ տրամադրեք ստորագրված ձևի օրինակը:

E4. Այս գլխի որ բաժինը կարող է ձեզ օգտակար լինել

Փոխհատուցման որոշումների և բողոքարկումների համար չորս իրավիճակ գոյություն ունի: Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և ժամկետներ: Դրանցից յուրաքանչյուրի մանրամասները ներկայացված են այս գլխի առանձին բաժնում: Տե՛ս համապատասխան բաժինը՝

- **F բաժին՝** «Բուժխնամք»:
- **G բաժին՝** «Medicare-ի D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր»:
- **H բաժին՝** «Հիվանդանոցային բուժման համար ավելի երկար փոխհատուցում»:
- **I բաժին՝** «Որոշ բուժօժանդակությունների համար փոխհատուցման շարունակում»:
(Այս բաժինը վերաբերում է միայն հետևյալ ծառայություններին՝ տնային առողջապահական խնամք, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատությունում խնամք կամ համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Եթե վստահ չեք, թե որ բաժնից օգտվել, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք նաև օգնություն կամ տեղեկատվություն ստանալ պետական կազմակերպություններից, օրինակ՝ State Health Insurance Assistance ծրագրից, (ծրագրի հեռախոսահամարները նշված են սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլխի E-բաժնում**):

F. Բուժխնամք

Այս բաժնում բացատրվում է, թե ինչ անել, եթե բուժօգնության փոխհատուցման հետ կապված խնդիրներ ունեք, կամ եթե ցանկանում եք, որպեսզի մենք ձեզ վերադարձնենք ձեր բուժօգնության համար ձեր ծախսած գումարի մեր մասնաբաժինը:

Այս բաժինը վերաբերում է բուժխնամքի և բուժձառայությունների համար նախատեսված ձեր նպաստներին, որոնք ներկայացված են սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլխում**: Այս բաժնի մնացած մասում այն հիմնականում կոչվում է «բուժխնամքի համար փոխհատուցում» կամ «բուժխնամք»: «Բուժխնամք» տերմինը վերաբերում է բժշկական ծառայություններին և պարագաներին, ինչպես նաև Medicare-ի B մասի շրջանակներում դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերին, որոնք սովորաբար տրամադրվում են ձեր բժշկի կամ բուժաշխատողի կողմից: Տարբեր կանոններ կարող են կիրառվել Medicare-ի B մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար: Նման դեպքերում, մենք ձեզ բացատրում ենք, թե ինչպես են Medicare-ի B մասի դեղատոմսային դեղերի համար կիրառվող կանոնները տարբերվում բուժձառայությունների և պարագաների համար կիրառվող կանոններից:

F1. Ինչպես օգտվել այս բաժնից

Այս բաժնում բացատրվում է, թե ինչ կարող եք անել հետևյալ իրավիճակների դեպքում՝

1. Դուք կարծում եք, որ մենք փոխհատուցում ենք ձեզ անհրաժեշտ բուժխնամքի համար, բայց իրականում այն չեք ստանում:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք պահանջել մեզնից փոխհատուցման որոշում կայացնել: Տե՛ս **F2 բաժինը**:

2. Մենք չենք հաստատել այն բուժօգնությունը, որը ձեր բժիշկը կամ այլ բուժձառայություններ մատուցող ցանկանում է ձեզ տրամադրել, սակայն դուք գտնում եք, որ մենք պետք է հաստատենք այն:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Տե՛ս **F3 բաժինը**:

3. Դուք բուժխնամք եք ստացել, որը ձեր կարծիքով պետք է փոխհատուցվեր, սակայն մենք չենք փոխհատուցել:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել մեր չվճարելու վերաբերյալ մեր որոշումը: Տե՛ս **F5 բաժինը**:

4. Դուք բուժխնամք եք ստացել, որը ձեր կարծիքով պետք է փոխհատուցվեր, և վճարել եք դրա համար և ցանկանում եք, որ պետզի մենք վերադարձենք ձեզ գումարը:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք մեզնից պահանջել վերադարձնել ձեր վճարած գումարը: Տե՛ս **F5 բաժինը**:

5. Մենք նվազեցրել կամ դադարեցրել ենք ձեր փոխհատուցումը որոշակի բուժխնամքի համար, և դուք կարծում եք, որ մեր որոշումը կարող է վատ անդրադառնալ ձեր առողջության վրա:

Ինչ կարող եք անել. Դուք կարող եք բողոքարկել բուժխնամքի փոխհատուցումը նվազեցնելու կամ դադարեցնելու մեր որոշումը: Տե՛ս **F4 բաժինը**:

- Հատուկ կանոններ են կիրառվում, եթե ապահովագրությունը նախատեսված է հիվանդանոցային խնամքի, տնային առողջության պահպանման, մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ CORF ծառայությունների համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **H բաժինը** կամ **I բաժինը**:
- Բոլոր այլ իրավիճակների համար, որոնք կապված են որոշակի բուժխնամքի համար ձեր փոխհատուցումը նվազեցնելու կամ դադարեցնելու հետ, օգտվեք այս բաժնից (**F բաժին**)՝ որպես ուղեցույց:

6. Ձեր խնամքն ուշանում է կամ չեք կարողանում բժիշկ գտնել:

- **Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **K2 բաժինը**:

F2. Ինչպես պահանջել Փոխհատուցման որոշում

Երբ փոխհատուցման որոշումը վերաբերում է ձեր բուժխնամքին, այն կոչվում է «կազմակերպության կողմից համատեղ կայացված վճիռ»:

- Դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցման որոշում՝ հետևյալ կերպ
- Չանգահարելով՝ **1-800-443-0815** հեռախոսահամարով՝ շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, TTY՝ **711**: Եթե ձեր փոխհատուցման որոշումը, բողոքարկումը կամ բողոքը համապատասխանում է արագ որոշման պահանջներին, զանգահարեք Արագացված վերանայման բաժին՝ **1-888-987-7247** հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից շաբաթ, առավոտյան ժամը 8:30-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը:
- Ֆաքս ուղարկելով՝ 1-888-987-2252 համարին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգահարելու դեպքում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, այցելեք kp.org/medicare:

- Գրելով՝
 - Ստանդարտ ապահովագրության որոշման կամ բողոքների համար գրեք ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման բաժին՝ (հասցեների համար անդրադարձեք **Բուժձառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուին**):
 - Ստանդարտ բողոքարկման համար գրավոր դիմեք այն հասցեով, որը նշված է մեր ուղարկած մերժման ծանուցման մեջ: Եթե ձեր ապահովագրական ծածկույթի հետ կապված որոշումը, բողոքարկումը կամ գանգատը ենթադրում է արագ վճռի կայացում, ապա գրավոր դիմեք հետևյալ հասցեով՝
Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Փոխհատուցման ստանդարտ որոշում

Երբ մենք ձեր գործի վերաբերյալ որոշում ենք կայացնում, կիրառում ենք «ստանդարտ» ժամկետներ, եթե չենք համաձայնել կիրառել «արագ» ժամկետներ: Փոխհատուցման ստանդարտ որոշումը ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխանում ենք հետևյալի հարցերի հետ կապված հետևյալ ժամկետներում՝

- Բուժձառայություն կամ պարագա՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 14 օրացույցային օրվա ընթացքում: Knox-Keene պլանների համար 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում և ոչ ուշ, քան 14 օրացույցային օրվա ընթացքում՝ ձեր հարցումը ստանալուց հետո:
- Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսային դեղ՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Փոխհատուցման արագ որոշում

«Փոխհատուցման արագ որոշման» իրավական տերմինը «**արագացված վճռի կայացում**»ն է:

Երբ դուք մեզնից պահանջում եք, որպեսզի մենք ձեր բուժխնամքի վերաբերյալ փոխհատուցման որոշում կայացնենք, և ձեր առողջական վիճակը թելադրում է, որպեսզի արագ պատասխանենք, կարող եք պահանջել մեզնից «փոխհատուցման արագ որոշում» կայացնել: Փոխհատուցման արագ որոշումը ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխանում ենք հետևյալի հարցերի հետ կապված հետևյալ ժամկետներում՝



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Բժշկական ծառայության կամ պարագայի մատակարարում՝ ձեր հարցումը ստանալուց 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է ավելի արագ արձագանք:
- Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսային դեղ՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

Փոխհատուցման արագ որոշման համար դուք պետք է համապատասխանեք երկու պահանջի՝

- Դուք պետք է փոխհատուցում պահանջեք բուժխնամքի համար, որը դուք **չեք ստացել**:
- Ստանդարտ ժամկետների կիրառումը **կարող է լրջորեն վնաս հասցնել ձեր առողջությանը** կամ գործունակությանը:

Մենք ձեզ համար ավտոմատ կերպով փոխհատուցման արագ որոշում կկայացնենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ տեղեկացնի, որ այն անհրաժեշտ է ձեր առողջության համար: Եթե դուք պահանջում եք՝ առանց ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումի, մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնու՞մ է դա, թե՞ ոչ:

Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ փոխհատուցման որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք ձեզ այդ մասին նամակ կուղարկենք և ստանդարտ ժամկետներ կկիրառենք: Նամակում նշված կլինի՝

- Մենք ձեզ համար ավտոմատ կերպով փոխհատուցման արագ որոշում կկայացնենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ այդ հարցով դիմի:
- Ինչպես կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել՝ ձեզ փոխհատուցման արագ որոշման փոխարեն փոխհատուցման ստանդարտ որոշում կայացնելու վերաբերյալ մեր որոշման դեմ: Բողոք (այդ թվում՝ արագ բողոք) ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **K բաժինը**:

Եթե մենք մերժում ենք ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում՝ բացատրելով պատճառները:

- Եթե մենք **մերժում ենք**, դուք բողոքարկելու իրավունք ունեք: Եթե կարծում եք, որ սխալ ենք թույլ տվել, ապա բողոքարկումը պաշտոնական եղանակ է խնդրելու մեզ վերանայել մեր կայացրած որոշումը և փոխել այն:
- Եթե որոշեք բողոքարկել, դուք կանցնեք բողոքարկման 1-ին մակարդակի գործընթացին (տե՛ս **F3 բաժինը**):

Հազվադեպ դեպքերում մենք կարող ենք բացառել փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ ձեր հայցը, ինչը նշանակում է, որ մենք չենք վերանայի այն: Հայցը կարող է բացառվել հետևյալ դեպքերում՝

- Եթե հայցը թերի է,

- Եթե ինչ-որ մեկը հայց է ներկայացնում ձեր անունից, բայց իրավաբանորեն լիազորված չէ դա անելու, **կամ**
- Եթե դուք խնդրում եք չեղարկել ձեր հայցը:

Եթե մենք բացառում ենք փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ հայցը, ապա ձեզ ծանուցում կուղարկենք բացատրելով, թե ինչու ենք այն բացառել, և ինչպես կարող եք բացառման հետ կապված վերանայում պահանջել:

F3. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Բողոքարկման գործընթացը սկսելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է կապ հաստատեք մեզ: Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Պահանջեք ստանդարտ կամ արագ բողոքարկում՝ գրելով կամ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին:

- Եթե ձեր բժիշկը կամ ձեր դեղերը նշանակողն է դիմում, որպեսզի դուք շարունակեք օգտվել բուժօնաշարությունից կամ պարագայից, որն արդեն ստանում եք բողոքարկման ընթացքում, կարող եք նշել նրա անունը որպես ներկայացուցիչ՝ ձեր անունից հանդես գալու համար:
- Եթե ձեր բժշկից բացի մեկ ուրիշն է բողոքարկում ձեր փոխարեն, ներկայացրեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևը, որով լիազորում եք տվյալ անձին հանդես գալու ձեր փոխարեն: Ձևաթուղթը կարող եք ներբեռնել նաև՝ այցելելով www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf կամ մեր կայքում՝ հետևյալ հասցեով՝ **kp.org**:
- Մենք կարող ենք ընդունել բողոքարկման հայցն առանց այդ ձևի, բայց չենք կարող սկսել կամ ավարտին հասցնել վերանայումը, մինչև չստանանք այն: Եթե չենք ստանում ձևը՝ ձեր բողոքարկման հայցը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում՝
 - Բացառում ենք ձեր հայցը, և
 - Ձեզ գրավոր ծանուցում ենք ուղարկում՝ բացատրելով, որ դուք իրավունք ունեք IRO-ից պահանջելու վերանայել ձեր բողոքարկման հայցը մերժելու վերաբերյալ մեր որոշումը:

Դուք պետք է բողոքարկեք մեր որոշման վերաբերյալ ձեզ տեղեկացնող նամակի ամսաթվից սկսած **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**:

Եթե չեք հասցրել ժամկետին և դրա համար ունեք հիմնավորված պատճառ, մենք կարող ենք ձեզ բողոքարկման համար ավելի շատ ժամանակ տրամադրել: Որպես հիմնավոր պատճառ կարող է լինել լուրջ հիվանդությունը, կամ եթե մենք ձեզ ժամկետի վերաբերյալ սխալ տեղեկություններ ենք տվել: Ձեր բողոքը ներկայացնելիս բացատրեք բողոքարկման ուշացման պատճառը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջելու բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվության անվճար օրինակը: Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև ձեր բողոքարկումը հիմնավորող մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել: Այս հայցը պետք է ներկայացվի գրավոր ձևով:

Կապված ձեր առողջական խնդրի հետ՝ կարող եք արագ բողոքարկում պահանջել:

«Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է՝ «**արագացված վերաքննում**»:

- Եթե դուք բողոքարկում եք չստացած դեղի հետ կապված մեր կայացրած որոշումը, դուք եք որոշում, ինչպես նաև ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը՝ ձեզ անհրաժեշտ է արագ բողոքարկում, թե՞ ոչ:

Մենք ձեզ ավտոմատ կերպով արագ բողոքարկման հնարավորություն կտրամադրենք, եթե ձեր բժիշկը հայտնի մեզ, որ ձեր առողջական վիճակի համար այդպես է պահանջվում: Առանց ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումի հայտի ներկայացման դեպքում, մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնում է արագ բողոքարկում, թե՞ ոչ:

- Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ փոխհատուցման որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք ձեզ այդ մասին նամակ կուղարկենք ստանդարտ ժամկետներում: Նամակում նշված կլինի՝
 - Մենք ձեզ համար ավտոմատ կերպով փոխհատուցման արագ որոշում կկայացնենք, եթե ձեր բժիշկը մեզ դիմի:
 - Ինչպե՞ս կարող եք «արագ բողոք» ներկայացնել՝ ձեզ փոխհատուցման արագ որոշման փոխարեն փոխհատուցման ստանդարտ որոշում կայացնելու վերաբերյալ: Բողոք, այդ թվում՝ արագ բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **K բաժինը**:

Եթե ձեզ հայտնել ենք, որ դադարեցնում կամ կրճատում ենք բուժառայություններից կամ պարագաներից օգտվելու ձեր հնարավորությունը, որոնք դուք արդեն ստանում եք, ապա կարող եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունները կամ պարագաները ձեր բողոքարկման ընթացքում:

- Եթե մենք որոշենք փոխել կամ դադարեցնել ձեր ստացած ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցումը, մենք ձեզ ծանուցում կուղարկենք այդ մասին՝ նախքան որևէ գործողություն ձեռնարկելը:
- Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայց ներկայացնել:



- Մենք կշարունակենք ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցումը, եթե բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը ներկայացնեք մեր ուղարկած նամակի ամսաթվից հետո 10 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ մինչև գործողության նախատեսվող ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ կախված, թե որն է ավելի ուշ:
 - Եթե դուք հասցնեք այս ժամկետին, կստանաք ծառայությունը կամ պարագան՝ առանց փոփոխության, քանի դեռ ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը ընթացքի մեջ է:
 - Դուք նաև կստանաք բոլոր մյուս ծառայությունները կամ պարագաները (որոնք ձեր բողոքարկման առարկա չեն) առանց փոփոխության:
 - Եթե մինչև այս ժամկետները չներկայացնեք ձեր բողոքարկումը, ձեր ծառայությունը կամ բուժօգնությունը չի շարունակվի, քանի դեռ սպասում եք ձեր բողոքարկման որոշմանը:

Մենք կքննենք ձեր բողոքարկումը և ձեզ կպատասխանենք:

- Ձեր բողոքարկումը վերանայելիս մենք կստանանք մանրամասն ուսումնասիրում ենք բուժօգնության փոխհատուցման ձեր պահանջի հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք՝ արդյոք հետևե՞լ ենք բոլոր կանոններին, երբ **մերժել ենք** ձեր հայցը:
- Անհրաժեշտության դեպքում մենք լրացուցիչ տեղեկություններ ենք հավաքում: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեր բժշկի կամ ձեզ հետ:

Կան արագ բողոքարկման ժամկետներ:

- Արագ ժամկետների դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխան տանք **ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը պահանջում է ավելի արագ արձագանք:** Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ՝ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
- Եթե մենք չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև, այն վերանայում է IRO-ն: Այս գլխում ավելի ուշ մենք ձեզ կներկայացնենք այդ կազմակերպությունը և կբացատրենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի գործընթացը: Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը, դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց: Այդ մասին մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այս գլխում: Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ պարագաների դեպքում մենք ավտոմատ կերպով բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց չենք ներկայացնում ձեզ համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- **Եթե մենք բավարարենք ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ**, ապա պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք այն փոխհատուցումը, որը համաձայնել ենք տրամադրել ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջում է դա:
- **Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ մերժենք ձեր հայցը**, ապա ձեր բողոքարկումը կուղարկենք IRO-ին՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակ:

Ստանդարտ բողոքարկման դեպքում գործում են ժամկետներ:

- Ստանդարտ բողոքարկման դեպքում մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր չստացած ծառայությունների փոխհատուցման վերաբերյալ բողոքարկումը ստանալուց հետո **30 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Եթե ձեր հայցը վերաբերում է Medicare-ի B բաժնի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղորայքին, որը դուք չեք ստացել, մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրվա ընթացքում** կամ ավելի շուտ, եթե այդպես է թելադրում ձեր առողջական վիճակը:
 - Եթե ձեզ չպատասխանենք մինչև ժամկետի ավարտը, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև, այն վերանայում է IRO-ն: Այս գլխում ավելի ուշ, մենք կներկայացնենք ձեզ այս կազմակերպության մասին և կբացատրենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը: Եթե ձեր խնդիրն առնչվում է Medi-Cal-ի կողմից սովորաբար ապահովագրվող ծառայությանը կամ ապրանքին, ապա դուք կարող եք ինքներդ ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում: Այդ մասին մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այս գլխում: Medi-Cal-ի ծառայությունների կամ պարագաների դեպքում մենք ավտոմատ կերպով բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց չենք ներկայացնում ձեզ համար:

Եթե մեր որոշումը ձեր հայտի մի մասի կամ ամբողջի վերաբերյալ դրական լինի, ապա մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք այն փոխհատուցումը, որը մենք պայմանավորվել ենք տրամադրել ձեր բողոքարկման հայտը ստանալու օրվանից 30 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ այնքան արագ, որքան ձեր առողջական վիճակը պահանջում է, և մեր որոշումը փոխելու օրվանից 72 ժամվա ընթացքում, կամ ձեր բողոքարկումը ստանալու օրվանից 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, եթե ձեր հայցը ավելի շատ վերաբերում է Medicare-ի B մասի դեղատոմսով դեղորայքին:

Եթե մենք մերժում ենք ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, դուք ստանում եք բողոքարկման լրացուցիչ իրավունքներ.

- Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցման հետ, նամակում նշվում է, որ մենք ձեր գործն ուղարկել ենք IRO-ին՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակ:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի փոխհատուցման հետ, նամակում նշվում է, թե ինչպես կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը:

F4. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Եթե մենք ամբողջությամբ կամ մասամբ **մերժենք** բողոքարկման 1-ին մակարդակի ձեր հայցն, ապա ձեզ նամակ կուղարկենք: Այդ նամակում նշվում է ծառայությունը կամ պարագան փոխհատուցվում է Medicare-ի՝, Medi-Cal-ի՝, թե՛ այդ երկու ծրագրերի կողմից:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է **Medicare-ը**, մենք ձեր գործն ավտոմատ կերպով ուղարկում ենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, հենց որ բողոքարկման 1-ին մակարդակն ավարտվում է:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է **Medi-Cal-ը**, դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց: Նամակում նշվում է, թե ինչպես կարող եք դա անել: Մենք ավելի ուշ լրացուցիչ տեղեկություններ կտրամադրենք այդ մասին այս գլխում:
- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ ապրանքի հետ, որը **և՛ Medicare-ը, և՛ Medi-Cal-ը** կարող են փոխհատուցել, ապա դուք ավտոմատ կերպով ստանում եք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու իրավունք՝ ուղղված IRO-ին: Բացի 2-րդ մակարդակի ավտոմատ բողոքարկումից, դուք կարող եք նաև Նահանգային լսումների և Անկախ բժշկական վերանայման հայտ ներկայացնել: Այնուամենայնիվ, Անկախ բժշկական վերանայումը հասանելի չի լինի ձեզ համար, եթե դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել նահանգային լսումների ժամանակ:

Եթե ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը ներկայացնելիս դուք համապատասխանել եք նպաստների երկարացման պահանջներին, ապա բողոքարկման առարկա ծառայության, պարագայի կամ դեղի ձեր նպաստները կարող են շարունակվել նաև բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ընթացքում: Բողոքարկման 1-ին մակարդակում հայցի վերանայման ընթացքում նպաստների երկարացման մասին տեղեկությունները ներկայացված են **F3 բաժնում**:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է միայն **Medicare-ը**, ապա այդ ծառայության հետ կապված ձեր նպաստները չեն շարունակվի՝ IRO-ի կողմից բողոքարկման 2-րդ մակարդակում հայցի վերանայման ընթացքում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե ձեր խնդիրը կապված է ծառայության հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է միայն **Medi-Cal-ը**, ապա այդ ծառայության հետ կապված ձեր նպաստները կշարունակվեն, եթե դուք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնեք՝ մեր փոխհատուցման որոշման նամակը ստանալուց հետո 10 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Երբ ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է Medicare-ը

IRO-ն վերանայում է ձեր բողոքարկումը: Այն անկախ կազմակերպություն է, որին վարձում է Medicare-ը:

«Անկախ վերանայման կազմակերպության» (IRO) պաշտոնական անվանումը **«Անկախ վերանայման մարմին»** է, որը երբեմն կոչվում է **«IRE»**:

- Այս կազմակերպությունը կապված չէ մեզ հետ և պետական մարմին չէ: Medicare-ն ընտրել է ընկերությունը՝ որպես IRO և Medicare-ը վերահսկում է դրա աշխատանքը:
- Ձեր բողոքարկման հետ կապված տեղեկատվությունը (ձեր «գործը») մենք ուղարկում ենք այդ կազմակերպությանը: Դուք իրավունք ունեք ունենալու ձեր գործի նյութերի անվճար օրինակը:
- Դուք իրավունք ունեք ձեր բողոքի հիմնավորման համար լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել IRO-ին:
- IRO-ի վերանայողները մանրակրկիտ ուսումնասիրում են ձեր բողոքարկման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:

Եթե ձեզ համար արագ բողոքարկում է կիրառվել 1-ին մակարդակում, ապա արագ բողոքարկում եք կկիրառվի նաև 2-րդ մակարդակում:

- Եթե դուք մեզ ներկայացրել եք արագ բողոքարկման հայց 1-ին մակարդակում, ապա 2-րդ մակարդակում ավտոմատ կերպով ձեզ հասնում է արագ բողոքարկում: IRO-ն պետք է պատասխանի ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցին՝ **այն ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում**:

Եթե ստանդարտ բողոքարկում եք ներկայացրել 1-ին մակարդակում, ապա 2-րդ մակարդակում բողոքարկումը նույնպես ստանդարտ է:

- Եթե դուք մեզ ստանդարտ բողոքարկման հայց եք ներկայացրել 1-ին մակարդակում, ապա 2-րդ մակարդակում ավտոմատ կերպով ձեզ հասնում է ստանդարտ բողոքարկում:
- Եթե ձեր հայցը վերաբերում է որևէ բժշկական պարագայի կամ ծառայության, IRO-ը պետք է պատասխանի բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ձեր հայցին՝ **այն ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե ձեր հայցը վերաբերում է Medicare-ի B մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղորայքին, IRO-ը պետք է պատասխանի բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ձեր հայցին՝ այն ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրվա ընթացքում**:

IRO-ը ձեզ կտա գրավոր պատասխան՝ պարզաբանելով որոշումը կայացնելու հիմքերը:

- Եթե IRO-ը բավարարում է բժշկական պարագայի կամ ծառայության հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, մենք պետք է անհապաղ իրականացնենք որոշումը.
 - Լիազորել բուժօգնության փոխհատուցումը **72 ժամվա ընթացքում**, կամ
 - Մատուցել ծառայությունը **5 աշխատանքային օրվա ընթացքում**՝ IRO-ի որոշումը **ստանդարտ հայցերի մասով ստանալուց հետո**, կամ
 - Մատուցել ծառայությունը **72 ժամվա ընթացքում**՝ սկսած IRO որոշումը ստանալուց հետո՝ **արագ հայցերի մասով**:
- Եթե IRO-ն ամբողջությամբ կամ մասամբ բավարարում է Medicare-ի B մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոցի հետ կապված հայցն, ապա մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք բողոքարկման առարկա Medicare-ի B մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղորայքը.
 - Տանդարտ հայցերի վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**, կամ
 - **Արագ հայցերի** վերաբերյալ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **24 ժամվա ընթացքում**:
- Եթե IRO-ն մերժում է ձեր բողոքարկումն ամբողջությամբ կամ մասամբ, նշանակում է՝ համաձայն է, որ մենք չպետք է հաստատենք բուժխնամքի փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր հայցը (կամ ձեր հայցի մի մասը): Դա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:
 - Եթե ձեր գործը համապատասխանում է սահմանված պահանջներին, դուք կարող եք ընտրել՝ հետագա ընթացք տալ ձեր բողոքարկմանը, թե՞ ոչ:
 - Բողոքարկման գործընթացում 2-րդ մակարդակից հետո կա երեք լրացուցիչ մակարդակ՝ ընդամենը հինգ մակարդակ:
 - Եթե ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը մերժվում է, և դուք համապատասխանում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջներին, ապա պետք է որոշեք՝ անցնել 3-րդ մակարդակ և ներկայացնել 3-րդ բողոքարկումը, թե՞ ոչ: Մանրամասները, թե ինչպես կարող եք դա անել, ներկայացված են գրավոր ծանուցման մեջ, որը դուք ստանում եք ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցերով զբաղվում է վարչական իրավունքի դատավորը (ALJ) կամ իրավապաշտպանը: **Տե՛ս J բաժինը՝** բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Երբ ձեր խնդիրը կապված է ծառայության կամ պարագայի հետ, որը սովորաբար փոխհատուցում է Medi-Cal-ը

(1) Անկախ բժշկական վերանայում

Medi-Cal-ի ծառայությունների և պարագաների համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու երկու եղանակ գոյություն ունի. (1) Բողոքի ներկայացում կամ Անկախ բժշկական վերանայում կամ (2) Նահանգային լսումներ:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ Կալիֆոռնիայի Առողջապահության կառավարման բաժնի (DMHC) օգնության կենտրոնին Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) հայտ ներկայացնել: Բողոք ներկայացնելով՝ DMHC-ն կվերանայի մեր որոշումը և իր որոշումը կկայացնի: IMR-ը հասանելի է Medi-Cal-ի ցանկացած ապահովագրված ծառայության կամ բժշկական բնույթի պարագայի համար: IMR-ը ձեր գործի վերանայումն է բժիշկների կողմից, ովքեր մեր պլանի հետ կապ չունեն կամ DMHC-ում ներգրավված չեն: Եթե IMR-ի որոշումը ի օգուտ ձեզ է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ պարագան: Դուք ոչ մի ծախս չեք անում Անկախ բժշկական վերանայման համար:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել կամ դիմել IMR-ի համար, եթե մեր պլանը.

- Մերժում, փոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal-ի ծառայությունը կամ բուժումը, քանի որ մեր ծրագիրը որոշում է, որ դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ չէ:
- Չի փոխհատուցի Medi-Cal-ի փորձարարական կամ հետազոտական բուժումը լուրջ առողջական վիճակի համար:
- Վեճեր, թե արդյոք վիրաբուժական ծառայությունը կամ պրոցեդուրան կոսմետիկ կամ վերականգնողական բնույթ են կրում:
- Չի վճարի շտապ կամ անհետաձգելի Medi-Cal ծառայությունների համար, որոնք դուք արդեն ստացել եք:
- Չի լուծել ձեր 1-ին մակարդակի բողոքը Medi-Cal ծառայության վերաբերյալ 30 օրացուցային օրվա ընթացքում ստանդարտ բողոքարկման կամ 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը դա պահանջում է, արագ բողոքարկման համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

ՆՇՈՒՄ. Եթե ձեր մատակարարը բողոքարկում է ձեզ համար, բայց չի ստանում ձեր Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը, դուք պետք է նորից ներկայացնեք ձեր բողոքարկումը մեզ մոտ նախքան 2-րդ մակարդակի IMR հայցը ներկայացնելը Առողջապահության կառավարման բաժին, բացառությամբ եթե ձեր բողոքարկումը կապված չէ ձեր առողջությանը հասցվող անմիջական և լուրջ վտանգի հետ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, ուժեղ ցավով, կյանքի պոտենցիալ կորստով, վերջույթների կամ մարմնի հիմնական ֆունկցիաների կորստով:

Դուք իրավունք ունեք և՛ IMR, և՛ նահանգային լսումների, բայց դուք իրավունք չունեք IMR-ի, եթե դուք արդեն ապացույցներ եք ներկայացրել նույն հարցի վերաբերյալ Նահանգային լսումների ժամանակ:

Շատ դեպքերում դուք պետք է բողոքարկեք մեզ՝ նախքան IMR հայցը ներկայացնելը: Տե՛ս **բաժին G5-ը**՝ մեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկություններին ծանոթանալու համար: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք բողոք ներկայացնել DMHC-ին կամ դիմել DMHC աջակցության կենտրոնին IMR հայտ ներկայացնելու համար:

Եթե ձեր բուժումը մերժվել է, քանի որ այն եղել է փորձարարական կամ հետազոտական, դուք պարտավոր չեք մասնակցել մեր բողոքարկման գործընթացին՝ նախքան IMR-ի համար դիմելը:

Եթե ձեր խնդիրը հրատապ է կամ ձեր առողջությանը սպառնացող անմիջական և լուրջ վտանգ է պարունակում կամ, եթե դուք ուժեղ ցավ եք զգում, կարող եք այն անմիջապես ներկայացնել DMHC-ի ուշադրությանը՝ առանց նախապես մեր բողոքարկման գործընթացն անցնելու:

Դուք պետք է **դիմեք IMR-ի համար 6 ամսվա ընթացքում**՝ ձեր բողոքարկման վերաբերյալ մեր կողմից գրավոր որոշումը ստանալուց հետո: DMHC-ն կարող է ընդունել ձեր դիմումը 6 ամիս հետո հարգելի պատճառներով, օրինակ՝ դուք ունեցել եք բժշկական խնդիր, որը խանգարել է ձեզ դիմել IMR-ի համար 6 ամսվա ընթացքում, կամ դուք մեզանից պատշաճ ծանուցում չեք ստացել IMR-ի գործընթացի մասին:

Հայտ IMR-ի համար.

- Լրացրեք Անկախ բժշկական վերանայման դիմումի/բողոքի ձևը, որը հասանելի է հետևյալ հասցեով
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
կամ զանգահարեք DMHC Աջակցման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-888-466-2219: TTY-ից օգտվողները պետք է հավաքեն 1-877-688-9891:

- Կցեք մեր կողմից մերժված ծառայության կամ պարագայի մասին ձեզ մոտ առկա նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները: Սա կարող է արագացնել IMR գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ թե բնօրինակները: Աջակցման կենտրոնը չի կարող վերադարձնել որևէ փաստաթուղթ:
- Լրացրեք Լիազորված օգնականի ձևը, եթե ինչ-որ մեկն օգնում է ձեզ ձեր IMR-ի հարցում: Ձևաթուղթը կարող էք ստանալ հետևյալ հասցեով՝ www.dmhca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx կամ զանգահարեք Բաժնի աջակցման կենտրոն՝ 1-888-466-2219: TTY-ից օգտվողները պետք է հավաքեն 1-877-688-9891:
- Փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք ձեր ձևաթղթերը և հավելվածները հետևյալ հասցեով՝
Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ. 1-916-255-5241
- Դուք կարող եք նաև ներկայացնել ձեր Անկախ բժշկական վերանայման դիմումը/բողոքի ձևը և Լիազորված օգնականի առցանց ձևը.
www.dmhca.gov/FileaComplaint.aspx

Եթե դուք իրավասու եք IMR-ի համար, DMHC-ն կվերանայի ձեր գործը և ձեզ նամակ կուղարկի 7 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով ձեզ, որ դուք իրավասու եք IMR-ի համար: Ձեր դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը ձեր պլանից ստանալուց հետո IMR-ի մասին որոշումը կկայացվի 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Դուք պետք է ստանաք IMR-ի մասին որոշումը՝ լրացված հայտը ներկայացնելուց հետո 45 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե ձեր գործը հրատապ է և դուք իրավասու եք IMR-ի համար, DMHC-ն կվերանայի ձեր գործը և ձեզ նամակ կուղարկի 2 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով ձեզ, որ դուք իրավասու եք IMR-ի համար: Ձեր դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը ձեր պլանից ստանալուց հետո IMR-ի մասին որոշումը կկայացվի 3 օրացուցային օրվա ընթացքում: Դուք պետք է ստանաք IMR-ի մասին որոշումը՝ լրացված հայտը ներկայացնելուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե դուք գոհ չեք IMR-ի արդյունքից, դուք դեռ կարող եք նահանգային լսումների հայտ ներկայացնել:

IMR-ը կարող է ավելի երկար տևել, եթե DMHC-ն չստանա ձեզանից կամ ձեր բուժող բժշկից անհրաժեշտ բոլոր բժշկական արձանագրությունները: Կարևոր է, որ դուք ստանաք և ուղարկեք մեզ ձեր բժշկական արձանագրությունները ձեր բժշկից, եթե դուք օգտվում եք ձեր առողջապահական պլանի ցանցում չգրանցված բժշկի ծառայություններից: Ձեր առողջապահական պլանի շրջանակներում ձեր բժշկական արձանագրությունների պատճենների տրամադրումը ցանցում գրանցված բժիշկների կողմից պարտադիր է:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Եթե DMHC-ն որոշի, որ ձեր գործը չի համապատասխանում IMR-ին, DMHC-ն կվերանայի ձեր գործը սպառողների բողոքների իր կանոնավոր գործընթացի միջոցով: Ձեր բողոքը պետք է լուծվի լրացված դիմումը ներկայացնելուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ձեր բողոքը հրատապ է, այն ավելի շուտ կլուծվի:

(2) Նահանգային լուս

Դուք կարող եք նահանգային լուսմներ խնդրել Medi-Cal-ի փոխհատուցվող ծառայությունների և պարագաների հետ կապված: Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ բուժօժանդություններ մատուցող որևէ ծառայություն կամ պարագայի տրամադրման վերաբերյալ հայց է ներկայացնում, որը մենք չենք հաստատում, կամ մենք չենք շարունակում վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, որն արդեն ստացել եք, և մերժել ենք բողոքարկման 1-ին մակարդակի ձեր հայցը, դուք իրավունք ունեք պահանջելու նահանգային լուս:

Շատ դեպքերում **նահանգային լուսմներ պահանջելու համար դուք ունեք 120 օր՝** սկսած «Բողոքարկման որոշման նամակ» ծանուցումը ձեզ ուղարկելու օրվանից:

ՆՇՈՒՄ. Եթե նահանգային լուսմներ եք խնդրում այն պատճառով, որ մենք ձեզ հաղորդել ենք, որ ծառայությունը, որը ներկայումս ստանում եք, փոխվելու է կամ դադարեցվելու է, **դուք ավելի քիչ օրեր կունենաք՝ ձեր հայցը ներկայացնելու համար**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը՝ մինչ տեղի կունենան նահանգային լուսմները: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք այս գլխի «Արդյո՞ք իմ նպաստները կշարունակվեն բողոքարկման 2-րդ մակարդակում գործի վերանայման ընթացքում» բաժինը:

Նահանգային լուսմներ պահանջելու համար կա երկու եղանակ՝

1. Դուք կարող եք լրացնել «Նահանգային լուսմների հայցը»՝ Գործողության մասին ծանուցման հակառակ էջում: Դուք պետք է տրամադրեք բոլոր պահանջվող տեղեկությունները, այդ թվում՝ ձեր լրիվ անունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, ծրագրի կամ վարչաշրջանի անվանումը, որը ձեր դեմ գործողություն է իրականացրել, ներգրավված աջակցության ծրագիրը (ծրագրերը) և մանրամասն պատճառը, թե ինչու եք լուս ցանկանում: Այնուհետև կարող եք ձեր հայցը ներկայացնել հետևյալ եղանակներից մեկով՝

- Վարչաշրջանի առողջապահական հարցերի վարչություն՝ ծանուցման վրա նշված հասցեով:
- Կալիֆոռնիայի սոցիալական ծառայությունների վարչություն՝

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- Նահանգային լուսմների բաժին՝ հետևյալ ֆաքսով՝ **1-916-651-5210** կամ **1-916-651-2789**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

2. Կարող եք զանգահարել Կալիֆոռնիայի սոցիալական ծառայությունների վարչություն՝ **1-800-743-8525** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-952-8349** հեռախոսահամարով: Եթե որոշեք նահանգային լսումներ խնդրել հեռախոսով, պետք է տեղյակ լինեք, որ հեռախոսագծերը շատ զբաղված են լինում:

Դուք ստիպված չեք վճարել նահանգային լսման կամ անկախ բժշկական վերանայման համար:

Դուք իրավունք ունեք պահանջելու ինչպես նահանգային լսում, այնպես էլ անկախ բժշկական վերանայում: Սակայն, եթե դուք սկզբից նահանգային լսում եք պահանջում, և լսումն արդեն տեղի է ունեցել, դուք չեք կարող անկախ բժշկական վերանայում պահանջել: Այս դեպքում, նահանգային լսման որոշումը վերջնական է: Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների որոշումները ենթակա չեն անկախ բժշկական վերանայման գործընթացին:

Ստորև լրացուցիչ տեղեկություններ կգտնեք, թե ինչպես կարող եք նահանգային լսում կամ անկախ բժշկական վերանայում պահանջել:

Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների հետ կապված բողոքներն ու բողոքարկումները չեն լուծվում Kaiser Permanente-ի կողմից: Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստների հետ կապված բողոքներն ու բողոքարկումները կարող եք ներկայացնել՝ զանգահարելով **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** և **հավաքեք 5** կամ **711**): Սակայն, Medi-Cal Rx-ին ոչ ենթակա դեղերի նպաստների հետ կապված բողոքներն ու բողոքարկումները կարող են ներկայացվել անկախ բժշկական վերանայման համար: Եթե համաձայն չեք Medi-Cal Rx-ի դեղերի նպաստի հետ կապված որոշման հետ, կարող եք նահանգային լսում խնդրել:

Նշում. Community Supports ծրագրով ստացված պարագաների և ծառայությունների համար նախատեսված չէ անկախ բժշկական վերանայում:

Նահանգային լսումների բաժինը ձեզ կտա գրավոր պատասխան՝ պարզաբանելով որոշման կայացման հիմքերը:

- Եթե նահանգային լսումների բաժինը **հաստատում է** բժշկական պարագայի կամ ծառայության ձեր հայցն ամբողջությամբ կամ մասամբ, ապա մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք տվյալ ծառայությունը կամ պարագան՝ նրանց որոշումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- Եթե նահանգային լսումների բաժինը **մերժում է** ձեր բողոքարկումն ամբողջությամբ կամ մասամբ, նշանակում է համաձայն է, որ մենք չպետք է հաստատենք բուժխնամքի փոխհատուցման վերաբերյալ ձեր հայցը (կամ ձեր հայցի մի մասը): Դա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե IRO-ն կամ նահանգային լսումների բաժինը ամբողջությամբ կամ մասամբ **մերժում է** ձեր հայցը, ապա դուք լրացուցիչ բողոքարկման իրավունք ունեք:

Եթե բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ձեր հայցն ուղարկվել է **IRO**, ապա դուք կարող եք կրկին բողոքարկել միայն այն դեպքում, եթե ձեր պահանջած ծառայության կամ պարագայի դոլարային արժեքը համապատասխանում է որոշակի նվազագույն գումարի չափին: 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: **IRO-ից ստացված նամակում ներկայացված են բողոքարկման հետ կապված ձեր լրացուցիչ իրավունքները:**

Նահանգային լսումների բաժնից ստացված նամակում նշվում է բողոքարկման հաջորդ տարբերակի մասին:

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո ձեր բողոքարկման իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկությունները ներկայացված են **J բաժնում**:

F5. Վճարման հետ կապված խնդիրներ

Մենք արգելում ենք մեր ցանցային բուժօժանդություններ մատուցողներին փոխհատուցվող ծառայությունների և պարագաների համար ձեզնից գումար գանձել: Այս կանոնը գործում է նաև այն դեպքում, երբ բուժօժանդություն մատուցողին մենք ավելի քիչ ենք վճարում, քան սովորաբար նա պահանջում է իր ծառայության դիմաց: Ձեզնից երբեք չի պահանջվում վճարել որևէ հաշիվ: Ձեզնից միայն կարող են պահանջել վճարել շտապօգնության մեքենայի, դիալիզի և որոշ DME-ների համավճարը, ինչպես ներկայացված է **4-րդ գլխի** Նպաստների աղյուսակում, կամ **6-րդ գլխում** ներկայացված ծախսերի ձեր մասնաբաժինը, եթե ձեզ այլևս չի հասնում «Լրացուցիչ օգնություն»:

Եթե դուք հաշիվ եք ստանում, որը գերազանցում է փոխհատուցվող ծառայությունների և պարագաների համար նախատեսված համավճարը, ուղարկեք մեզ հաշիվը: **Դուք չպետք է հաշիվը վճարեք ինքներդ:** Մենք կապ կհաստատենք անմիջապես բուժօժանդություններ մատուցողի հետ և կլուծենք խնդիրը: Եթե վճարել եք հաշիվը, ապա կարող եք փոխհատուցում ստանալ, եթե հետևել եք ծառայություններ կամ պարագաներ ստանալու կանոններին:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնակի 7-րդ գլուխը**: Այնտեղ ներկայացված են իրադրություններ, թե երբ կարող եք մեզնից պահանջել, որպեսզի ձեզ վերադարձնենք ձեր վճարած գումարը կամ վճարենք բուժօժանդություններ մատուցողից ստացված հաշիվը: Այնտեղ նաև նշված է, թե ինչպես մեզ կարող եք ուղարկել այն փաստաթղթերը, որոնցով մեզնից վճարում եք պահանջում:

Եթե դուք պահանջում եք ձեզ փոխհատուցել, ուրեմն դիմում եք փոխհատուցման որոշման համար: Մենք կստուգենք՝ արդյո՞ք այն ծառայությունը կամ պարագան, որի համար վճարել եք, ներառված է ապահովագրական ծածկույթում, և արդյո՞ք հետևել եք ձեր ապահովագրական ծածկույթից օգտվելու բոլոր կանոններին:

- Եթե ծառայությունը կամ պարագան, որի համար վճարել եք, փոխհատուցվում է, և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, մենք ձեզ կուղարկենք ծառայության կամ պարագայի արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ ձեր հայքը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե դեռ չեք վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, մենք վճարումը կուղարկենք անմիջապես բուժօժանություններ մատուցողին: Եթե մենք ուղարկում ենք վճարումը, նշանակում է՝ **հաստատում ենք** փոխհատուցման որոշման վերաբերյալ ձեր հայքը:
- Եթե ծառայությունը կամ պարագան չի փոխհատուցվում, կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ չենք վճարի ծառայության կամ պարագայի համար, և կբացատրենք, թե ինչու:

Եթե համաձայն չեք չվճարելու մեր որոշման հետ, **կարող եք բողոքարկում ներկայացնել**: Հետևեք բողոքարկման գործընթացին, որ նկարագրված է **F3 բաժնում**: Նշված հրահանգներին հետևելիս նկատի ունեցեք՝

- Եթե դուք բողոքարկում եք, որպեսզի փոխհատուցենք ձեզ, մենք պետք է ձեզ պատասխանենք՝ ձեր հայքը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե դուք մեզնից պահանջում եք փոխհատուցել ձեր ստացած և դրա դիմաց ինքներդ վճարած բժշկական խնամքի համար, դուք չեք կարող արագ բողոքարկում պահանջել:

Եթե **մերժում ենք** ձեր բողոքարկման հայքը, սակայն **Medicare-ով** սովորաբար փոխհատուցվում է ծառայությունը կամ պարագան, ապա մենք կուղարկենք ձեր գործը Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO): Այդ մասին մենք ձեզ նամակ կուղարկենք:

- Եթե IRO-ն չեղարկի մեր որոշումը և վճռի, որ պետք է վճարենք ձեզ, մենք պարտավոր ենք վճարումն ուղարկել ձեզ կամ բուժօժանություն մատուցողին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո բողոքարկման գործընթացի ցանկացած փուլում մենք **հաստատում ենք** ձեր հայքը, ապա պարտավոր ենք վճարումն ուղարկել ձեզ կամ բուժօժանություններ մատուցողին 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRO-ն **մերժում է** ձեր բողոքարկումը, նշանակում է՝ համաձայն է, որ մենք չպետք է հաստատենք ձեր հայքը: Դա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»: Դուք նամակ կստանաք, որտեղ կբացատրվեն ձեր ունեցած լրացուցիչ բողոքարկման իրավունքները: Բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **J բաժինը**:

Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայքը, սակայն **Medi-Cal-ով** սովորաբար փոխհատուցվում է ծառայությունը կամ պարագան, ապա դուք կարող եք ինքներդ ներկայացնել բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայքը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **F4 բաժինը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

G. Medicare-ի D մասի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղեր

Որպես մեր պլանի անդամ՝ ձեր նպաստները ներառում են դեղատոմսով դուրս գրվող բազմաթիվ դեղերի փոխհատուցում: Դրանց մեծ մասը Medicare-ի D մասի դեղերն են: Կան որոշ դեղեր, որոնք Medicare-ի D մասի չեն փոխհատուցվում, սակայն կարող են փոխհատուցվել Medi-Cal-ի կողմից: **Այս բաժինը վերաբերում է միայն Medicare D մասի դեղերին առնչվող բողոքարկումներին:** Այս բաժնի մնացյալ մասում կօգտագործենք «Դեղ» տերմինը՝ ամեն անգամ «Medicare D մասի դեղ» նշելու փոխարեն:

Որպեսզի դեղի համար փոխհատուցում տրամադրենք, դրա կիրառման համար պետք է բժշկական հաստատված ցուցումներ լինեն: Դա նշանակում է, որ դեղի կիրառությունը կա՛մ հաստատված է Մենդի և դեղերի վերահսկման վարչության (FDA) կողմից, կա՛մ հիմնավորված է որոշակի բժշկական տեղեկանքներով: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**, բժշկական հաստատված ցուցումների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

G1. Medicare D մասի դեղերի հետ կապված փոխհատուցման որոշումներ և բողոքարկումներ

Ստորև ներկայացված են փոխհատուցման որոշումների օրինակներ, որոնք դուք պահանջում եք կիրառել ձեր Medicare D մասի դեղերի համար.

- Դուք դիմում եք մեզ բացառություն անելու համար, այդ թվում՝ պահանջում եք.
 - Փոխհատուցել Medicare D մասի որևէ դեղի համար, որ մեր պլանի Դեղացանկում չէ, կամ
 - Չեղարկել մեր փոխհատուցման սահմանափակումը որևէ դեղի համար (օրինակ՝ դեղի քանակի սահմանափակումը):
- Դուք դիմում եք մեզ՝ դեղը ձեզ համար փոխհատուցելու հարցով (օրինակ, երբ ձեր դեղը ներառված է մեր պլանի Դեղացանկում, սակայն մենք պետք է հաստատենք այն ձեզ համար՝ նախքան փոխհատուցելը):

ՆՇՈՒՄ. Եթե ձեր դեղատոմսը հայտնում է, որ սվյալ դեղը չի կարող դուրս գրվել դեղատոմսի համաձայն, այն ձեզ նաև գրավոր ծանուցում է տրամադրում՝ բացատրելով, թե ինչպես կապ հաստատել մեզ հետ՝ փոխհատուցման որոշում պահանջելու համար:

Medicare D մասի ձեր դեղերի վերաբերյալ սկզբնական փոխհատուցման որոշումը կոչվում է **«Փոխհատուցման վճիռ»:**

- Դուք պահանջում եք մեզնից վճարել ձեր արդեն գնած դեղի համար: Դա կոչվում է պահանջել փոխհատուցման որոշում վճարման վերաբերյալ:

? **Հարցերի դեպքում,** խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Եթե համաձայն չեք մեր կայացրած փոխհատուցման որոշման հետ, կարող եք բողոքարկել որոշումը: Այս բաժնում ներկայացված են թե՛ փոխհատուցման որոշումներ պահանջելու, և թե՛ բողոքարկում ներկայացնելու ձևերը: Օգնության համար օգտվեք ստորև աղյուսակից:

Հետևյալ իրավիճակներից ո՞րն է վերաբերում ձեզ			
<p>Ձեզ անհրաժեշտ է որևէ դեղ, որը ներառված չէ մեր Դեղացանկում կամ ցանկանում եք, որպեսզի մենք չեղարկենք մեր կողմից փոխհատուցվող դեղի հետ կապված որևէ կանոն կամ սահմանափակում:</p>	<p>Դուք ցանկանում եք, որպեսզի մենք փոխհատուցենք մեր Դեղացանկում ներառված որևէ դեղի համար, և կարծում եք, որ հետևել եք ձեզ անհրաժեշտ դեղի համար պլանի կողմից սահմանված կանոններին ու սահմանափակումներին (օրինակ՝ դիմում եք նախօրոք հաստատման համար):</p>	<p>Դուք ցանկանում եք մեզնից պահանջել ձեզ վերադարձնել դեղի գումարը, որը դուք արդեն ստացել եք և վճարել եք դրա համար:</p>	<p>Մենք ձեզ հաղորդել ենք, որ չենք փոխհատուցելու կամ վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես դուք եք ցանկանում:</p>
<p>Դուք կարող եք դիմել մեզ՝ ձեզ համար բացառություն անելու համար: (Սա վերաբերում է փոխհատուցման որոշմանը:)</p>	<p>Դուք կարող եք պահանջել մեզնից փոխհատուցման որոշում կայացնել:</p>	<p>Դուք կարող եք մեզնից պահանջել վերադարձնել ձեր վճարած գումարը: (Սա վերաբերում է փոխհատուցման որոշմանը:)</p>	<p>Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: (Դա նշանակում է, որ դուք պահանջում եք վերանայել որոշումը:)</p>
<p>Սկզբում կարդացեք G2 բաժնում ներկայացված տեղեկությունները, ապա անցեք G3 և G4 բաժիններ:</p>	<p>Տե՛ս G4 բաժինը:</p>	<p>Տե՛ս G4 բաժինը:</p>	<p>Տե՛ս G5 բաժինը:</p>



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

G2. Տե՛ս Medicare D մասի բացառությունները

Եթե մենք ձեր ուզած ձևով չենք փոխհատուցում դեղի արժեքը, դուք կարող եք դիմել մեզ՝ «բացառություն» անելու համար: Եթե մենք մերժում ենք բացառություն անելու ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

Երբ դուք բացառության համար հայց եք ներկայացնում, ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը պետք է հիմնավորեն, թե ինչու է անհրաժեշտ ձեզ բացառություն անել:

Մեր Դեղացանկում չներառված դեղամիջոցի փոխհատուցման կամ դեղամիջոցի սահմանափակումը վերացնելու հայցը երբեմն կոչվում է «**դեղամիջոցի համար բացառության**» հայց:

Այստեղ ներկայացված են, թե ինչպիսի բացառությունների համար մեզ կարող են դիմել ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը:

Մեր Դեղացանկում չներառված դեղի համար փոխհատուցում

- Եթե մենք համաձայնում ենք բացառություն անել և փոխհատուցել մեր Դեղացանկում չներառված դեղի համար, դուք պետք է համավճար վճարեք, որը կիրառվում է մեր բոլոր դեղերի համար:
- Դուք չեք կարող բացառություն պահանջել դեղի համար պահանջվող համավճարի գումարի չափով:

Փոխհատուցվող դեղի համար կիրառվող սահմանափակման հանում

- Մեր Դեղացանկում ներառված որոշ դեղերի համար կիրառվող լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ (տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար):
- Որոշ դեղերի համար կիրառվող լրացուցիչ կանոնները կամ սահմանափակումները կարող են վերաբերել՝
 - Ապրաքանիշային դեղի փոխարեն գեներիկ տարբերակը օգտագործելու պահանջին:
 - Նախքան դեղի համար փոխհատուցում ստանալը՝ մեր հաստատումը ստանալուն: Սա երբեմն կոչվում է «Նախնական թույլտվություն» (PA):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

G3. Ինչ է կարևոր իմանալ բացառություն խնդրելու համար**Ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը պետք է մեզ հաղորդեն բժշկական պատճառների մասին:**

Ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը մեզ պետք է հայտարարգիր ներկայացնեն, որտեղ կհիմնավորեն, թե ինչու է անհրաժեշտ ձեզ բացառություն անել: Ավելի արագ որոշում կայացնելու համար ներառեք ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հիմնավորումը, երբ դիմում եք բացառության համար:

Մեր Դեղացանկում հաճախ միևնույն հիվանդության բուժման համար առաջարկվում է մեկից ավել դեղամիջոց: Դրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղը նույնչափ արդյունավետ է, ինչ ձեր պահանջած դեղը, և ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ առողջական խնդիրներ չի առաջացնի, մենք սովորաբար **չենք** հաստատում բացառություն անելու ձեր հայցը:

Մենք ձեր հայցը կարող ենք հաստատել կամ մերժել:

- Եթե մենք **հաստատում ենք** հայցը, բացառությունը գործում է մինչև օրացուցային տարվա ավարտը: Դա տևում է այնքան ժամանակ, քանի դեռ ձեր բժիշկը շարունակում է ձեզ նշանակել այդ դեղը, և այն շարունակում է համարվել անվտանգ և արդյունավետ ձեր առողջական խնդրի բուժման համար:
- Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկման մասին տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **G5 բաժինը**, եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը:

Հաջորդ բաժնում կարող եք գտնել տեղեկություններ, թե ինչպես պետք է փոխհատուցման որոշման, ինչպես նաև բացառության համար դիմել:

G4. Ինչպես պետք է փոխհատուցման որոշման, ինչպես նաև բացառության համար դիմել

- Իմանալու համար, թե ինչպես է պետք է փոխհատուցման որոշման համար դիմել, գանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեզ: Դա կարող եք անել դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը): Գրեք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և հայցին վերաբերող տեղեկություններ:
- Դուք կամ ձեր բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը) կամ ձեր անունից գործող որևէ մեկը կարող է փոխհատուցման որոշման համար դիմել: Ձեր անունից կարող է հանդես գալ նաև իրավաբանը:
- Տե՛ս **E3 բաժինը**, թե ինչպես են նշանակում ձեր անունից հանդես եկող ներկայացուցիչ:
- Անհրաժեշտ չէ ձեր կողմից գրավոր թույլտվություն ստանան ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը, որպեսզի ձեր անունից փոխհատուցման որոշման համար դիմեն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Թե ինչպես կարող եք պահանջել մեզնից, որպեսզի վերադարձնենք ձեր վճարած դեղի գումարը, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 7-րդ գլուխը**:
- Եթե դուք բացառության համար եք դիմում, հարկավոր է մեզ «հիմնավորող դիմում» ներկայացնել: Հիմնավորող դիմումի մեջ ներառված են ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի կողմից ներկայացված բժշկական պատճառները, թե ինչու է հարկավոր ձեզ բացառություն անել:
- Ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը հիմնավորող դիմումը կարող են մեզ ուղարկել ֆաքսով կամ փոստով: Նրանք նաև կարող են մեզ հեռախոսով այդ մասին հայտնել, այնուհետև դիմումն ուղարկել ֆաքսով կամ փոստով:

Ձեր առողջական խնդրի հետ կապված՝ դուք կարող եք «արագ փոխհատուցման որոշում» պահանջել:

Մենք սովորաբար մեր որոշման կայացման համար «ստանդարտ ժամկետներ» ենք կիրառում, եթե չի պահանջվում «արագ որոշում կայացնելու ժամկետ» կիրառել:

- **Փոխհատուցման ստանդարտ որոշումը** ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխան ենք տալիս ձեր բժշկի դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- **Արագ փոխհատուցման որոշումը** ենթադրում է, որ մենք ձեզ պատասխան ենք տալիս ձեր բժշկի դիմումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:

«Արագ փոխհատուցման որոշումը» կոչվում է **«փոխհատուցման որոշման արագացված ընթացակարգ»**:

Ձեզ համար կարող է արագ փոխհատուցման որոշում կայացվել, եթե՝

- Խնդիրը կապված է դեղի հետ, որը չեք ստացել: Ձեզ համար չի կարող արագ փոխհատուցման որոշում կայացվել, եթե մեզնից պահանջում եք ձեզ վերադարձնել դեղի գումարը, որն արդեն գնել եք:
- Ձեր առողջությանը և կենսագործունեությանը լուրջ վնաս կհասցվի, եթե մենք որոշման կայացման համար ստանդարտ ժամկետներ կիրառենք:

Եթե ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը մեզ հաղորդում են, որ ձեր առողջական խնդրի համար արագ փոխհատուցման որոշում է պահանջվում, և մենք համաձայնում ենք: Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ նշված է՝

- Եթե դուք արագ փոխհատուցման որոշում եք պահանջում՝ առանց ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հիմնավորող դիմումի, մենք կորոշենք՝ ձեզ հասնու՞մ է դա, թե՛ ոչ:
- Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջական վիճակը չի համապատասխանում արագ փոխհատուցման որոշում կայացնելու պահանջներին, մենք դրա համար ստանդարտ ժամկետներ կկիրառենք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում, որտեղ նշված է՝ ինչպես բողոքել մեր որոշման դեմ:
- Դուք կարող եք արագ բողոք ներկայացնել և պատասխանը ստանալ 24 ժամվա ընթացքում: Բողոք, այդ թվում՝ արագ բողոք ներկայացնելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **K բաժինը**:

Արագ փոխհատուցման որոշման կայացման ժամկետներ

- Արագ որոշման կայացման ժամկետ կիրառելու դեպքում մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք բացառության համար եք դիմում, մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
- Եթե մենք չենք պահպանում այս ժամկետը, ապա ձեր հայցն ուղարկում ենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակ, որպեսզի քննվի IRO-ի կողմից: Տե՛ս **G6 բաժինը**՝ բողոքարկման 2-րդ մակարդակի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ փոխհատուցում ենք՝ ձեր հայցը կամ ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում՝ նշելով պատճառները: Նամակում նաև ներկայացված է, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Ձեր չստացած դեղի համար փոխհատուցման ստանդարտ որոշման ժամկետներ

- Ստանդարտ որոշման կայացման ժամկետ կիրառելու դեպքում մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Եթե դուք բացառության համար եք դիմում, մենք ձեզ պատասխան կտանք ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ՝ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
- Եթե մենք չենք պահպանում այս ժամկետը, ապա ձեր հայցն ուղարկում ենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակ, որպեսզի քննվի IRO-ի կողմից:
- Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ փոխհատուցում ենք՝ բացառության համար ներկայացված ձեր հայցը կամ ձեր բժշկի հիմնավորող դիմումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում՝ նշելով պատճառները: Նամակում նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ձեր արդեն գնած դեղի համար փոխհատուցման ստանդարտ որոշման ժամկետներ

- Մենք ձեզ պատասխան ենք տալու ձեր հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք չենք պահպանում այս ժամկետը, մենք ձեր հայցն ուղարկում ենք բողոքարկման 2-րդ մակարդակ, որպեսզի քննվի Անկախ վերանայման կազմակերպության կողմից:
- Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք վերադարձնում ենք ձեր գումարը 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ ենք ուղարկում՝ նշելով պատճառները: Նամակում նաև ներկայացված է՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել:

G5. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Մեր ապահովագրական պլանի դեմ ուղղված բողոքարկումը, որն առնչվում է Medicare D մասի դեղերի փոխհատուցման որոշմանը, կոչվում է «**Վերաորոշման**» պլան:

- Ներկայացրեք **ստանդարտ** կամ **արագ բողոքարկում**՝ զանգահարելով **1-866-206-2973**, գրելով կամ ֆաքս ուղարկելով մեզ: Դա կարող եք անել դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ բժիշկը (կամ դեղ նշանակողը): Նշեք ձեր անունը, կոնտակտային տվյալները և բողոքարկմանն առնչվող տեղեկությունները:
- Դուք պետք է բողոքարկեք մեր որոշման վերաբերյալ ձեզ տեղեկացնող նամակի ամսաթվից սկսած **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Եթե չեք հասցրել ժամկետին և դրա համար ունեք հիմնավորված պատճառ, մենք կարող ենք ձեզ բողոքարկման համար ավելի շատ ժամանակ տրամադրել: Որպես հիմնավոր պատճառ կարող է լինել լուրջ հիվանդությունը, կամ եթե մենք ձեզ ժամկետի վերաբերյալ սխալ տեղեկություններ ենք տվել: Ձեր բողոքը ներկայացնելիս բացատրեք բողոքարկման ուշացման պատճառը:
- Դուք իրավունք ունեք մեզնից պահանջելու բողոքարկման վերաբերյալ տեղեկատվության անվճար օրինակը: Դուք և ձեր բժիշկը կարող եք նաև ձեր բողոքարկումը հիմնավորող մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Կապված ձեր առողջական խնդրի հետ՝ կարող եք արագ բողոքարկում պահանջել:

Արագ բողոքարկումը կոչվում է նաև «**արագացված վերանայում**»:

- Եթե դուք բողոքարկում եք չստացած դեղի հետ կապված մեր կայացրած որոշումը, դուք եք որոշում, ինչպես նաև ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը՝ ձեզ անհրաժեշտ է արագ բողոքարկում, թե՞ ոչ:
- Արագ բողոքարկման պահանջները նույնն են, ինչ արագ փոխհատուցման որոշման դեպքում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **G4 բաժինը**:

Մենք կքննենք ձեր բողոքարկումը և ձեզ կպատասխանենք:

- Մենք կքննենք ձեր բողոքը և մանրամասն կձանոթանանք ձեր փոխհատուցման պահանջի հետ կապված բոլոր տեղեկություններին:
- Մենք կստուգենք՝ հետևե՞լ ենք բոլոր կանոններին, թե՞ ոչ, երբ **մերժել ենք** ձեր հայցը:
- Ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեր բժշկի կամ դեղ նշանակողի հետ:

Արագացված բողոքարկման 1-ին մակարդակի ժամկետներ

- Եթե մենք արագացված բողոքարկման ժամկետներ ենք կիրառում, մենք ձեզ պետք է պատասխան տանք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
 - Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ՝ մենք կարող ենք ավելի շուտ ձեզ պատասխանել:
 - Եթե մենք չպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս **G6 բաժինը**, Անկախ վերանայման կազմակերպության և բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Եթե մենք **հաստատունք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է փոխհատուցենք ձեզ այն չափով, որքան համաձայնել ենք՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե մենք **մերժենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, որտեղ տեղեկություններ կլինեն նաև, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ստանդարտ բողոքարկման 1-ին մակարդակի ժամկետներ

- Եթե մենք արագացված բողոքարկման ժամկետներ ենք կիրառում, պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր չստացած դեղի հետ կապված բողոքը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Կապված ձեր առողջական վիճակի հետ, մենք կարող ենք ձեր չստացած դեղի հետ կապված մեր որոշումը ավելի շուտ ներկայացնել: Եթե կարծում եք, որ ձեր առողջական վիճակը ձեզ թույլ է տալիս, դուք կարող եք արագ բողոքարկում պահանջել:
 - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս **G6 բաժինը**՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության և բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար:

Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, ապա՝

- Մենք պետք է **փոխհատուցենք ձեզ** այնքան, որքան համաձայնել ենք և որքան հնարավոր է արագ ժամկետներում՝ ելնելով ձեր առողջական վիճակից, բայց ոչ ուշ, քան ձեր բողոքը ստանալուց հետո **7 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
- Մենք պետք է վերադարձնենք ձեր գնած դեղի գումարը՝ ձեր բողոքը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե մենք **մերժենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, ապա՝

- Մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, որտեղ տեղեկություններ կլինեն նաև, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:
- Մենք պետք է ձեր գնած դեղի գումարը վերադարձնելու հետ կապված հայցի պատասխանը ձեզ ներկայացնենք՝ ձեր բողոքը ստանալուց հետո **14 օրացուցային օրվա ընթացքում**:
 - Եթե մենք ձեզ չպատասխանենք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում, ապա պետք է ձեր հայցն ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ: Այնուհետև այն վերանայում է IRO-ն: Տե՛ս **G6 բաժինը**՝ Անկախ վերանայման կազմակերպության և բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակի վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար:
- Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է ձեզ վճարենք՝ ձեր հայցը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք **մերժենք** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ նշելով պատճառները, որտեղ տեղեկություններ կլինեն նաև, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

G6. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Եթե մենք **մերժենք** բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը, դուք կարող եք ընդունել մեր որոշումը կամ մի ուրիշ բողոք ներկայացնել: Եթե որոշում եք մեկ ուրիշ բողոք ներկայացնել, դուք պետք է օգտվեք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի գործընթացից: IRO-ն **վերանայում է** մեր որոշումը մեր կողմից ձեր առաջին բողոքարկման **մերժման** դեպքում: Այս կազմակերպությունը որոշում է՝ մենք պետք է փոխենք մեր որոշումը, թե՛ ոչ:

«Անկախ վերանայման կազմակերպության» (IRO) պաշտոնական անվանումն է **«Անկախ վերանայման մարմին»**, որը երբեմն կոչվում է **«IRE»**:

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ դեղ նշանակողը պետք է գրավոր կապ հաստատեք IRO-ի հետ **և** պահանջեք ձեր գործի վերանայում:

- Եթե մենք **մերժում ենք** բողոքարկման 1-ին մակարդակի ձեր հայցը, ձեզ ուղարկած մեր նամակում կան **հրահանգներ, թե ինչպես պետք է բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը ներկայացնել** IRO: Հրահանգներում ասվում է, թե ով կարող է բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել, ինչ ժամկետներ են դրա համար նախատեսված, և ինչպես կապ հաստատել կազմակերպության հետ:
- Երբ դուք բողոք եք ներկայացնում IRO, մենք ձեր բողոքի հետ կապված մեզ մոտ եղած տեղեկությունները ուղարկում ենք կազմակերպությանը: Այդ տեղեկությունները կոչվում են «գործի նյութեր»: **Դուք իրավունք ունեք ունենալու ձեր գործի նյութերի անվճար օրինակը:**
- Դուք իրավունք ունեք ձեր բողոքի հիմնավորման համար լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել IRO-ին:

IRO-ն վերանայում է Medicare D մասի փոխհատուցման հետ կապված բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ձեր հայցը և ձեզ գրավոր պատասխան է տալիս: Անդրադարձեք **F4 բաժնին** IRO-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Արագացված բողոքարկման 2-ին մակարդակի ժամկետներ

- Կապված ձեր առողջական խնդրի հետ՝ դիմեք IRO-ին արագ բողոքարկման համար:
- Եթե նրանք համաձայնում են ընդունել արագ բողոքարկումը, պետք է ձեզ պատասխանեն՝ ձեր բողոքը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում**:
- Եթե նրանք **բավարարեն** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք պետք է տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը **24 ժամվա ընթացքում**՝ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ստանդարտ բողոքարկման 2-ին մակարդակի ժամկետներ

Եթե դուք ստանդարտ բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց եք ներկայացնում՝ ձեր չստացած դեղի վերաբերյալ, IRO-ը պետք է ձեզ պատասխանի.

- **Ձեր** բողոքը ստանալուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- **Ձեր գնած դեղի գումարը վերադարձնելու համար՝** ձեր բողոքը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե IRO-ն **բավարարում է** ձեր հայցը մասամբ կամ ամբողջությամբ, ապա.

- Մենք պետք է տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը՝ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո **72 ժամվա ընթացքում:**
- Մենք պետք է ձեզ վերադարձնենք ձեր գնած դեղի գումարը՝ IRO-ի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե IRO-ն **մերժում է** ձեր բողոքը, նշանակում է՝ նրանք համաձայն են ձեր հայցը մերժելու մեր որոշման հետ: Դա կոչվում է «որոշումը ուժի մեջ թողնել» կամ «բողոքարկումը մերժել»:

Եթե IRO-ն **մերժում է** ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցը, դուք իրավունք ունեք ներկայացնելու բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց, եթե ձեր պահանջած դեղի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է փոխհատուցման նվազագույն դոլարային արժեքին: Եթե ձեր պահանջած դեղի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքն ավելի ցածր է, քան պահանջվող նվազագույն չափը, դուք չեք կարող ուրիշ բողոք ներկայացնել: Այս դեպքում բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը վերջնական է: IRO-ն ձեզ նամակ կուղարկի, որտեղ նշված կլինի, թե որքան է բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի ներկայացման համար պահանջվող նվազագույն դոլարային արժեքը:

Եթե ձեր պահանջած դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջվածին, դուք եք ընտրում՝ շարունակել լ ձեր բողոքարկումը, թե՛ ոչ:

- Բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո կան բողոքարկման երեք հավելյալ մակարդակներ:
- Եթե IRO-ն **մերժում է** բողոքարկման 2-րդ մակարդակի ձեր հայցը, և դուք համապատասխանում եք բողոքարկման գործընթացը շարունակելու պահանջներին.
 - Դուք եք որոշում՝ ներայացնել՝ բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց, թե՛ ոչ:
 - 3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայց ներկայացնելու մանրամասներին ծանոթանալու համար ծանոթացեք 2-րդ մակարդակի բողոքարկումից հետո IRO-ի կողմից ձեզ ուղարկված նամակին:
- 3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս **J բաժինը** բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ի. Հիվանդանոցում նախատեսվածից երկար մնալու համար փոխհատուցման պահանջ

Հիվանդանոց ընդունվելիս դուք իրավունք ունեք ստանալու մեր կողմից փոխհատուցվող բոլոր հիվանդանոցային ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են՝ ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքն ախտորոշելու և բուժելու համար: Մեր պլանի հիվանդանոցային բուժման ապահովագրական ծածկույթի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլուխը**:

Փոխհատուցվող հիվանդանոցային կեցության ընթացքում ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը աշխատում են ձեզ հետ՝ ձեզ նախապատրաստելով այն օրվան, երբ դուք դուրս կգրվեք հիվանդանոցից: Նրանք նաև օգնում են կազմակերպելու այն բուժօգնությունը, որի կարիքը կարող էք ունենալ դուրս գրվելուց հետո:

- Այն օրը, երբ դուք դուրս եք գալիս հիվանդանոցից, կոչվում է «դուրս գրման օր»:
- Ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմը կտեղեկացնեն ձեզ, թե որ օրը դուրս կգրվեք:

Եթե կարծում եք, որ ձեզ շատ շուտ են դուրս գրում հիվանդանոցից, կամ մտահոգված եք հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո ինչ բուժօգնություն եք ստանալու, կարող եք պահանջել, որպեսզի ավելի երկար մնաք հիվանդանոցում: Այս բաժնում ներկայացված է, թե ինչպես են դա պահանջում:

Չնայած **Բաժին Ի-ում** քննարկված հայցերին, դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել և խնդրել DMHC-ին Անկախ բժշկական վերանայում անցկացնել ձեր հիվանդանոցային բուժումը շարունակելու կապակցությամբ: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես պետք է բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել: Որպես լրացում բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի կամ դրա փոխարեն՝ դուք կարող եք անկախ բժշկական քննություն պահանջել:

Ի1. Ինացեք ձեր իրավունքները որպես Medicare-ի անդամ

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում հիվանդանոցի անձնակազմից որևէ մեկը, օրինակ՝ բուժքույրը կամ գործավարը, ձեզ գրավոր ծանուցում կներկայացնի, որը կոչվում է «**Կարևոր ծանուցում Medicare-ից ձեր իրավունքների մասին**»: Medicare-ում գրանցված ցանկացած անձ ստանում է այս ծանուցումը, երբ ընդունվում է հիվանդանոց:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե չեք ստացել ծանուցումը, հիվանդանոցի աշխատակիցներից պահանջեք այն: Օգնության համար գանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: Դուք կարող եք նաև գանգահարել **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով), օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը՝ 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով:

- **Ուշադիր կարդացեք ծանուցումը** և հարցեր տվեք, եթե չեք հասկանում: Ծանուցման մեջ ձեզ ներկայացված են ձեր իրավունքները՝ որպես հիվանդանոցային պացիենտ, ինչպես նաև տեղեկություններ ձեր մյուս իրավունքների մասին, ինչպիսիք են
 - Ստանալ Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններ հիվանդանոցում գտնվելիս և դրանից հետո: Դուք իրավունք ունեք իմանալու, թե դրանք ինչ ծառայություններ են, ով պետք է վճարի դրանց համար, և երբ դուք կարող եք դրանք ստանալ:
 - Ներգրավված լինել հիվանդանոցում ձեր կեցության տևողության հետ կապված որոշումների կայացմանը:
 - Իմանալ, թե ում պետք է հայտնել հիվանդանոցային բուժխնամքի հետ կապված ձեր մտահոգությունները:
 - Բողոք ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ հիվանդանոցից շատ շուտ են ձեզ դուրս գրել:
- **Ստորագրեք ծանուցումը**՝ ցույց տալու համար, որ ստացել եք այն և հասկացել եք ձեր իրավունքները:
 - Ծանուցումը կարող եք ստորագրել դուք կամ ձեր անունից հանդես եկող անձը:
 - Ծանուցումը ստորագրելով՝ դուք **միայն** հաստատում եք, որ ստացել եք ձեր իրավունքների վերաբերյալ տեղեկությունները: Ստորագրելով՝ դուք **չեք հաստատում**, որ համաձայն եք դուրս գրվել հիվանդանոցից ձեր բժշկի կամ հիվանդանոցի անձնակազմի նշանակած օրը:
- Ձեզ մոտ պահեք ծանուցման ստորագրված **օրինակը**, որպեսզի այնտեղ ներկայացված տեղեկությունները ձեր ձեռքի տակ լինեն, երբ դրանց կարիքը ունենաք:
 - Եթե հիվանդանոցից դուրս գալու օրվանից ավելի քան երկու օր առաջ եք ստորագրել ծանուցումը, նախքան դուրսգրումը՝ դուք մեկ այլ օրինակ էլ կստանաք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Դուք կարող եք նախօրոք ծանոթանալ ծանուցման օրինակին, եթե ցանկանում եք:
 - Ջանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
 - Ջանգահարեք **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը՝ 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով:
 - Այցելեք www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:

H2. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Եթե ցանկանում եք, որպեսզի մենք ավելի երկար ժամանակ փոխհատուցենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքի ծառայությունները, դիմում ներկայացրեք: Որակի բարելավման կազմակերպությունը (QIO) կվերանայի բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը՝ պարզելու համար՝ արդյոք հիվանդանոցից դուրս գրվելու ամսաթիվը բժշկական տեսանկյունից ճիշտ է որոշված ձեզ համար:

QIO-ը դաշնային կառավարության կողմից վճարվող բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ է: Այդ փորձագետները ստուգում և օգնում են բարելավել Medicare պլանի ծառայությունների որակը նրա անդամների համար: Նրանք մեր ապահովագրական պլանի մաս չեն կազմում:

Կալիֆորնիայում QIO-ն հանդիսանում է Livanta-ն: Ջանգահարեք նրանց **1-877-588-1123** հեռախոսահամարով: Կոնտակտային տվյալները նշված են նաև «Կարևոր ծանուցում Medicare-ից՝ ձեր իրավունքների մասին» ծանուցման մեջ և **2-րդ գլխում**:

Ջանգահարեք QIO հիվանդանոցից դուրս գալուց առաջ և ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից ոչ ուշ:

- **Եթե զանգահարեք մինչև դուրսգրումը**, ապա կարող եք անվճար մնալ հիվանդանոցում նախատեսված դուրսգրման օրվանից հետո, մինչև ձեր հայցի վերաբերյալ QIO-ի որոշման ընդունումը:
- **Եթե չեք զանգահարել բողոքարկման համար**, և որոշել եք նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո մնալ հիվանդանոցում, դուք պետք է վճարեք նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո ստացած հիվանդանոցային բուժխնամքի բոլոր ծախսերը:
- **Եթե բաց եք թողել QIO-ի հետ ձեր հայցի վերաբերյալ կապ հաստատելու ժամկետը** փոխարենը, հայտը ներկայացրեք ուղղակիորեն մեր պլանին: Մեզ բողոք ներկայացնելու մասին տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս **G4 բաժին**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Եթե QIO-ը չքննի հիվանդանոցային կեցությունը շարունակելու վերաբերյալ ձեր հայցը կամ, եթե համոզված եք, որ ձեր վիճակի համար անհետաձգելի բուժօգնություն է հարկավոր, կամ ձեր առողջությանը անմիջական և լուրջ վտանգ է սպառնում, կամ սուր ցավեր ունեք, դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն՝ (DMHC) պահանջելով անկախ բժշկական քննություն անցկացնել, քանի որ հիվանդանոցային կեցության ծախսերը փոխհատուցվում են և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի կողմից: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես պետք է բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել:

Օգնություն պահանջեք, եթե դրա կարիքն ունեք: Եթե որևէ պահի հարցեր կամ օգնության կարիք ունենաք.

- Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
- Չանգահարեք Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ **1-800-434-0222** հեռախոսահամարով:

Արագ վերանայում պահանջեք: Արագ գործեք և կապվեք QIO-ի հետ՝ ձեր հիվանդանոցից դուրսգրման հետ կապված արագ վերանայում պահանջելու համար:

«Արագ վերանայման» իրավական անվանումն է «անհապաղ վերանայում» կամ «արագացված վերանայում»:

Ինչ է լինում արագ վերանայման ժամանակ

- QIO-ի ստուգող մասնագետները ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին կհարցնեն, թե ինչու եք կարծում, որ փոխհատուցումը պետք է շարունակվի նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո: Ձեզնից չի պահանջվի հայտարարություն գրել, բայց դուք կարող եք դա անել:
- Փորձագետները նայում են ձեր բժշկական տվյալները, խոսում են ձեր բժշկի հետ և ծանոթանում են մեր պլանի և հիվանդանոցի կողմից տրամադրված տեղեկատվությանը:
- Կեսօրին, այն բանից հետո, երբ վերանայողները կհայտնեն մեր ծրագիրը ձեր բողոքարկման մասին, դուք ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվի վերաբերյալ նամակ կստանաք: Նամակում նաև ներկայացվում են այն պատճառները, որոնք տրվում են պարզաբանելու, թե ինչու ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը, և մենք կարծում ենք, որ դա բժշկական տեսանկյունից ճիշտ դուրս գրման ամսաթիվն է ձեզ հարմար:

Այս գրավոր բացատրության իրավական անվանումն է «**Դուրսգրման վերաբերյալ մանրամասն ծանուցում**»: Դրա օրինակը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով կամ զանգահարեք **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը՝ 7 օր: (TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև ծանոթանալ առցանց ծանուցման օրինակին՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices:

Բոլոր պահանջվող տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ օրվա ընթացքում QIO-ը կպատասխանի ձեր բողոքին:

Ինչ անել, եթե IRO-ը **բավարարում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Մենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները կտրամադրենք այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ինչ անել, եթե QIO-ը **մերժում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Նշանակում է՝ նրանք համոզված են, որ նշանակված դուրսգրման օրը համապատասխանում է բժշկական ցուցումներին:
- Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների համար մեր փոխհատուցումը կդադարեցվի QIO-ի կողմից ձեր բողոքին պատասխան տալու հաջորդ օրվա կեսօրից:
- Երբ QIO-ը պատասխանի բողոքին, դրա հաջորդ օրվա կեսօրից հետո դուք ստիպված կլինեք վճարել հիվանդանոցային բուժինամքի ամբողջ արժեքը:
- Դուք կարող եք բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել, եթե QIO-ը մերժի ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը, **և** դուք հիվանդանոցում մնաք նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո:

H3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար դուք պետք է QIO-ից պահանջեք, որպեսզի նրանք **ևս մեկ անգամ վերանայեն** ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց ընդունած որոշումը: Զանգահարեք նրանց **1-877-588-1123** հեռախոսահամարով:

Դուք պետք է պահանջեք այս վերանայումը **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**՝ սկսած այն օրվանից, երբ QIO-ը **մերժի** ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը: Դուք այս վերանայումը կարող եք պահանջել **միայն** այն դեպքում, եթե մնում եք հիվանդանոցում՝ ձեր բուժինամքի համար փոխհատուցման ժամանակաշրջանի ավարտից հետո:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

QIO-ի վերանայողները կիրականացնեն հետևյալը.

- Մեկ անգամ ևս ուշադիր քննեն ձեր հայցի հետ կապված տեղեկությունները:
- Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը ձեզ կհայտնեն՝ ձեր երկրորդ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Ինչ անել, եթե IRO-ը **բավարարում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Մենք պետք է ձեզ վերադարձնենք հիվանդանոցային բուժման ծախսերի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած QIO-ի կողմից ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը մերժելու հաջորդ օրվա կեսօրից:
- Մենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները կտրամադրենք այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ինչ անել, եթե QIO-ը **մերժում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Նշանակում է՝ նրանք համաձայն են ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:
- Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել կամ պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել՝ հիվանդանոցում ձեր կեցությունը շարունակելու համար: Տե՛ս **E4 բաժինը**՝ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես պետք է բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս **J բաժինը**՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

H4. Այլընտրանքային բողոքարկման 1-ին մակարդակ

Բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի հետ կապված կարող եք դիմել QIO-ին 60 օրվա ընթացքում կամ ոչ ուշ, քան հիվանդանոցից ձեր դուրսգրման օրը: Եթե դուք չեք հասցնում բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի հետ կապված դիմել ժամանակին, դուք կարող եք օգտվել «Այլընտրանքային բողոքարկման» գործընթացից:

Կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով և մեզնից պահանջեք հիվանդանոցից ձեր դուրսգրման ամսաթվի հետ կապված «արագ վերանայում»:

«Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «արագացված բողոքարկում»:

- Մենք ուսումնասիրում ենք հիվանդանոցում ձեր կեցության վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք ստուգում ենք՝ արդյո՞ք որոշումը եղել է արդար և համապատասխանել է կանոններին:
- Մենք ստանդարտ ժամկետների փոխարեն կիրառում ենք կարճ ժամկետներ, և մեր որոշումը հայտնում ենք ձեզ՝ ձեր արագ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր արագ վերանայման հայցը՝

- Նշանակում է՝ մենք համաձայն ենք, որ ձեզ անհրաժեշտ է նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո մնալ հիվանդանոցում:
- Մենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները կտրամադրենք այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Մենք ձեզ կվերադարձենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:

Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր արագ վերանայման հայցը՝

- Նշանակում է՝ մենք համաձայն ենք, որ նշանակված դուրսգրման օրը համապատասխանում է բժշկական ցուցումներին:
- Հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր ստացած ծառայությունների համար փոխհատուցումն ավարտվում է մեր նշած օրը:
- Այդ օրվանից հետո ծախսերի ոչ մի մասնաբաժին մենք չենք վճարի:
- Եթե դուք շարունակեք մնալ հիվանդանոցում նշանակված դուրսգրման օրվանից հետո, դուք ստիպված կլինեք վճարել հիվանդանոցային բուժխնամքի ամբողջ արժեքը:
- Մենք ձեր բողոքը կուղարկենք IRO՝ համոզված լինելու համար, որ մենք պահպանել ենք բոլոր կանոնները: Դա անելուց հետո ձեր գործն ավտոմատ կերպով անցնում է բողոքարկման 2-րդ մակարդակ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

H5. Այլընտրանքային բողոքարկման 2-ին մակարդակ

Մենք ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված տեղեկություններն ուղարկում ենք IRO-ին՝ ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը **մերժելուց** հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք դա անում ենք ավտոմատ կերպով: Ձեզնից ոչինչ չի պահանջվում անել:

Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանել այս ժամկետը կամ որևէ այլ ժամկետ, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **K բաժինը**՝ բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

IRO-ն կատարում է ձեր բողոքարկման արագ վերանայում: Նրանք ուշադիր ուսումնասիրում են հիվանդանոցից ձեր դուրսգրման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները և սովորաբար պատասխանում են 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե IRO-ն **բավարարում է** ձեր բողոքարկումը.

- Մենք ձեզ կվերադարձենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:
- Մենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները կտրամադրենք այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ի՞նչ անել, եթե IRO-ն **մերժում է** ձեր բողոքարկումը.

- Նշանակում է՝ նրանք համաձայն են, որ նշանակված դուրսգրման օրը համապատասխանում է բժշկական ցուցումներին:
- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս **J բաժինը**՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել՝ հիվանդանոցում ձեր կեցությունը շարունակելու համար: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես պետք է բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել: Որպես լրացում բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի կամ դրա փոխարեն՝ դուք կարող եք անկախ բժշկական քննություն պահանջել:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

I. Որոշ բժշկական ծառայությունների համար փոխհատուցումը շարունակելու հայց

Այս բաժնում ներկայացված են միայն երեք տեսակի ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ՝

- Բուժխնամքի ծառայություններ տնային պայմաններում:
- Մասնագիտացված բուժքույրական խնամք հատուկ բուժքույրական հաստատությունում, **և**
- Վերականգնողական խնամք որպես ամբուլատոր հիվանդ՝ Medicare-ի կողմից հաստատված CORF-ում: Սովորաբար սա ենթադրում է, որ դուք հիվանդության համար կամ դժբախտ պատահարից հետո բուժում եք ստանում կամ վերականգնվում եք ծանր վիրահատությունից հետո:

Այս երեք տիպի ծառայությունների համար դուք այնքան ժամանակ իրավունք ունեք փոխհատուցում ստանալու, որքան բժշկի կարծիքով՝ դրանց կարիքն ունեք:

Եթե մենք որոշենք դադարեցնել դրանցից մեկի փոխհատուցումը, մենք այդ մասին ձեզ կհաղորդենք՝ **նախքան** ձեզ մատուցվող ծառայության ավարտը: Երբ այդ ծառայությունների համար ձեր փոխհատուցման ժամկետը լրանում է, մենք դադարեցնում ենք դրանց համար վճարումը:

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեր բուժխնամքի համար փոխհատուցումը շուտ ենք դադարեցնում, **դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը**: Այս բաժնում ներկայացված է, թե ինչպես են բողոքարկում:

I1. Նախնական ծանուցում՝ նախքան փոխհատուցումը դադարեցնելը

Մենք ձեզ գրավոր ծանուցում ենք ուղարկում, որը դուք կստանաք ձեր բուժխնամքի համար վճարումը դադարեցնելուց առնվազն երկու օր առաջ: Դա կոչվում է «Medicare-ի կողմից չփոխհատուցելու մասին ծանուցում»: Ծանուցման մեջ ձեզ տեղեկացվում է, թե երբ մենք կդադարեցնենք փոխհատուցել ձեր խնամքի համար, և թե ինչպես կարելի է բողոքարկել մեր որոշումը:

Դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք ծանուցումը՝ հաստատելու համար, որ այն ստացել եք: Ծանուցումը ստորագրելով՝ դուք **միայն** հաստատում եք, որ ստացել եք տեղեկատվությունը: Ստորագրելով՝ դուք **չեք** հաստատում, որ համաձայն եք մեր որոշման հետ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

12. 1-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեր բուժխնամքի համար փոխհատուցումը շատ շուտ ենք դադարեցնում, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում ներկայացված են տեղեկություններ բողոքարկման 1-ին մակարդակի գործընթացի մասին և թե ինչ է ձեզնից պահանջվում անել:

- **Պահպանեք ժամկետները:** Ժամկետները պահպանելը շատ կարևոր է: Իմացեք ձեր գործերի ժամկետները և հետևեք դրանց: Մեր պլանը ևս պետք է հետևի ժամկետներին: Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանել ժամկետները, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **K բաժինը**՝ բողոք ներկայացնելու կարգի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:
- **Օգնություն պահանջեք, եթե դրա կարիքն ունեք:** Եթե որևէ պահի հարցեր կամ օգնության կարիք ունենաք.
 - Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով:
 - Զանգահարեք HICAP **1-800-434-0222** հեռախոսահամարով:
- Կապվեք QIO-ի հետ:
 - Տե՛ս **Բաժին H2-ը** կամ տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլուխը**՝ Որակի բարելավման կազմակերպության մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու և տեղեկանալու համար, ինչպես պետք է դիմել նրանց:
 - Պահանջեք նրանցից վերանայել ձեր բողոքը և որոշել՝ արդյո՞ք պետք է փոխել մեր պլանի որոշումը, թե՛ ոչ:
- **Գործեք արագ և «բողոքարկման արագացված քննություն» պահանջեք:** Դիմեք QIO-ին՝ տեղեկանալու համար արդյոք բժշկական տեսանկյունից մեզ հարմար է դադարեցնել ձեր բուժառայությունների փոխհատուցումը:

Այդ կազմակերպությանը դիմելու ժամկետը

- Դուք պետք է դիմեք QIO-ին՝ սկսելու ձեր բողոքարկման գործընթացը նախքան տվյալ օրվա կեսօրը, երբ ուժի մեջ է մտնելու Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող ծածկույթի վերաբերյալ ուղարկված մեր ծանուցումը:
- Եթե QIO դիմելու ժամկետն անցել է, ապա դուք կարող եք ներկայացնել ձեր բողոքն անմիջապես մեզ: Տե՛ս **I4 բաժինը**՝ այդ մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե QIO-ն չդիտարկի ձեր բուժառայությունների համար փոխհատուցումը շարունակելու ձեր հայցը կամ եթե համոզված եք, որ ձեր վիճակի համար անհետաձգելի բուժօգնություն է հարկավոր կամ ձեր առողջությանը անմիջական և լուրջ վտանգ է սպառնում կամ սուր ցավեր ունեք, դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն՝ (DMHC) պահանջելով անցկացնել անկախ բժշկական քննություն: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես պետք է բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից անկախ բժշկական քննություն անցկացնել:

Գրավոր ծանուցման իրավական անվանումն է՝ **«Medicare-ի կողմից չփոխհատուցելու մասին ծանուցման»**: Դրա օրինակը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով կամ զանգահարեք Medicare-ին **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը՝ 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Կամ ներբեռնեք օրինակն առցանց՝ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices հղումով:

Ի՞նչ է տեղի ունենում բողոքարկման արագացված քննության ժամանակ

- QIO-ի վերանայող մասնագետները ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին կհարցնեն, թե ինչու եք կարծում, որ փոխհատուցումը պետք է շարունակվի: Ձեզնից չի պահանջվի հայտարարություն գրել, բայց դուք կարող եք դա անել:
- Փորձագետները նայում են ձեր բժշկական տվյալները, խոսում են ձեր բժշկի հետ և ծանոթանում են մեր պլանի կողմից իրենց տրամադրված տեղեկատվությանը:
- Մեր պլանը նաև գրավոր ծանուցում է ձեզ ուղարկում, որտեղ բացատրվում են ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցման դադարեցման պատճառները: Դուք ծանուցումը կստանաք մինչև օրվա վերջ, երբ փորձագետները կտեղեկացնեն մեզ ձեր բողոքի մասին:

Գրավոր ծանուցման իրավական անվանումն է՝ **«Չփոխհատուցելու մասին մանրամասն բացատրություն»**:

- Բոլոր պահանջվող տեղեկությունները ստանալուց հետո մեկ օրվա ընթացքում փորձագետները կհայտնեն իրենց որոշումը:

Ինչ անել, եթե IRO-ը **բավարարում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Մենք կտրամադրենք ձեր փոխհատուցվող ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ինչ անել, եթե QIO-ը **մերժում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Ձեր փոխհատուցումը դադարեցվում է մեր նշած օրը:
- Մենք ծանուցման մեջ նշված օրվանից սկսած դադարեցնում ենք վճարել այս բուժխնամքի ծախսերի մեր մասնաբաժինը:
- Դուք ինքներդ եք վճարում այս բուժխնամքի ամբողջ ծախսերը, եթե բուժխնամքի համար փոխհատուցումը դադարեցնելու օրվանից հետո շարունակում եք այն ստանալ տնային պայմաններում, մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատությունում կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF):
- Դուք եք որոշում՝ շարունակել լ այս ծառայությունները և բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել, թե՞ ոչ:

13. 2-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցի ներկայացում

Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար դուք պետք է QIO-ից պահանջեք, որպեսզի նրանք ևս մեկ անգամ վերանայեն ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցի վերաբերյալ իրենց ընդունած որոշումը: Չանգահարեք նրանց **1-877-588-1123** հեռախոսահամարով:

Դուք պետք է պահանջեք այս վերանայումը **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**՝ սկսած այն օրվանից, երբ QIO-ը **մերժի** ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը: Դուք այս վերանայումը կարող եք պահանջել **միայն** այն դեպքում, եթե դուք շարունակում եք բուժխնամքը՝ դրա համար փոխհատուցման ժամանակաշրջանի ավարտից հետո:

QIO-ի վերանայողները կիրականացնեն հետևյալը.

- Մեկ անգամ ևս ուշադիր քննեն ձեր հայցի հետ կապված տեղեկությունները:
- Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը ձեզ կհայտնեն՝ ձեր երկրորդ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Ինչ անել, եթե IRO-ը **բավարարում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Մենք ձեզ կվերադարձնենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:
- Մենք կտրամադրենք փոխհատուցում խնամքի համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից:

Ինչ անել, եթե QIO-ը **մերժում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Նշանակում է՝ նրանք համաձայն են ձեր բուժխնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ շարունակելու համար փոխհատուցում ստանալ բուժխնամքի ծառայությունների համար: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ պարզելու համար, թե ինչպես պետք է դիմել DMHC՝ անկախ բժշկական վերանայում կատարելու համար: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ ի լրումն բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի կամ դրա փոխարեն:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման հայցերը վարում է ALJ-ը կամ փաստաբան դատավորը: Տե՛ս **J բաժինը**՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

I4. Այլընտրանքային բողոքարկման 1-ին մակարդակ

Ինչպես բացատրված է **I2 բաժնում**, դուք պետք է արագ գործեք և դիմեք Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ QIO բողոքարկման 1-ին մակարդակի գործընթացը սկսելու համար: Եթե չեք հասցնում ժամկետին, կարող եք օգտվել «Այլընտրանքային բողոքարկման» գործընթացից:

Կապ հաստատեք Անդամների սպասարկման բաժնի հետ՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով և պահանջեք «արագ վերանայում»:

«Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է **«արագացված բողոքարկում»**:

- Մենք նայում ենք ձեր գործի հետ կապված բոլոր տեղեկությունները:
- Մենք համոզվում ենք, որ ձեր վերաբերյալ առաջին որոշումը արդար է եղել, և կանոնները պահպանվել են, երբ սահմանվել է ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցումը դադարեցնելու ամսաթիվը:
- Մենք ստանդարտ ժամկետների փոխարեն կիրառում ենք կարճ ժամկետներ, և մեր որոշումը հայտնում ենք ձեզ՝ ձեր արագ վերանայման հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք **հաստատում ենք** ձեր արագ վերանայման հայցը՝

- Նշանակում է՝ մենք համաձայն ենք, որ հարկավոր է երկարացնել ձեր ծառայությունների համար փոխհատուցումը:
- Մենք կտրամադրենք ձեր փոխհատուցվող ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:
- Մենք ձեզ կվերադարձնենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:

Եթե մենք **մերժում ենք** ձեր արագ վերանայման հայցը՝

- Այս ծառայությունների համար դադարեցնում ենք փոխհատուցումը այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնում ենք մեր որոշման մասին:
- Այդ օրվանից հետո ծախսերի ոչ մի մասնաբաժին մենք չենք վճարի:
- Դուք եք վճարում այս ծառայությունների ամբողջ արժեքը, եթե շարունակում եք դրանք ստանալ՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:
- Մենք ձեր բողոքը կուղարկենք IRO՝ համոզված լինելու համար, որ մենք պահպանել ենք բոլոր կանոնները: Դա անելուց հետո ձեր գործն ավտոմատ կերպով անցնում է բողոքարկման 2-րդ մակարդակ:

15. Այլընտրանքային բողոքարկման 2-ին մակարդակ

Մենք ձեր բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված տեղեկություններն ուղարկում ենք IRO՝ ձեր բողոքարկման 1-ին մակարդակի հայցը մերժելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք դա անում ենք ավտոմատ կերպով: Ձեզնից ոչինչ չի պահանջվում անել:

Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանել այս ժամկետը կամ որևէ այլ ժամկետ, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել: Տե՛ս **K բաժինը**՝ բողոք ներկայացնելու վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

IRO-ն կատարում է ձեր բողոքարկման արագ վերանայում: Նրանք ուշադիր ուսումնասիրում են հիվանդանոցից ձեր դուրսգրման հետ կապված բոլոր տեղեկությունները և սովորաբար պատասխանում են 72 ժամվա ընթացքում:

Ինչ անել, եթե IRO-ը **բավարարում է** ձեր բողոքարկման հայտը.

- Մենք ձեզ կվերադարձնենք ձեր ստացած բուժման արժեքի մեր մասնաբաժինը՝ սկսած այն օրվանից, երբ ձեզ հայտնել ենք փոխհատուցումը դադարեցնելու մեր որոշման մասին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Մենք հիվանդանոցի ստացիոնար բաժանմունքում ձեր փոխհատուցվող ծառայությունները կտրամադրենք այնքան ժամանակ, քանի դեռ ծառայություններն անհրաժեշտ են բժշկական տեսանկյունից:

Ի՞նչ անել, եթե IRO-ն **մերժում է** ձեր բողոքարկումը.

- Նշանակում է՝ նրանք համաձայն են ձեր բուժխնամքը դադարեցնելու մեր որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Նրանք ձեզ նամակ են ուղարկում, որտեղ ասվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը և ինչպես բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնել:
- Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել DMHC-ից կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ շարունակելու համար փոխհատուցում ստանալ բուժխնամքի ծառայությունների համար: Տե՛ս **F4 բաժինը**՝ պարզելու համար, թե ինչպես պետք է դիմել DMHC՝ անկախ բժշկական վերանայում կատարելու համար: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել և պահանջել կատարել անկախ բժշկական վերանայում՝ ի լրումն բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցի կամ դրա փոխարեն:

Վարչական իրավունքի դատավորը կամ իրավապաշտպանն է զբաղվում բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայցերով: Տե՛ս **J բաժինը**՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակների վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

J. Բողոքարկման 2-րդ մակարդակից հետո գործողությունները

J1. Հաջորդ քայլերը՝ Medicare-ի ծառայությունների և պարագաների համար փոխհատուցում պահանջելու համար

Եթե Medicare-ի ծառայությունների կամ պարագաների համար փոխհատուցում պահանջելու համար դուք ներկայացրել եք ձեր հայցը բողոքարկման 1-ին և 2-րդ մակարդակում, և ձեր երկու հայցերն էլ մերժվել են, դուք իրավունք ունեք դիմելու բողոքարկման ավելի բարձր մակարդակներ:

Եթե ձեր պահանջած Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի համար փոխհատուցման դուրսարային արժեքը չի համապատասխանում պահանջվող նվազագույն չափին, դուք չեք կարող ուրիշ բողոք ներկայացնել: Եթե դուրսարային արժեքը բավականաչափ բարձր է, կարող եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը: Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված IRO-ի կողմից ուղարկված նամակում ներկայացված է, թե ում կարող եք դիմել և ինչ պետք է անեք բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Բողոքարկման 3-րդ մակարդակ

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ-ի լսումն է: Որոշում կայացնողը վարչական իրավունքի դատավորն է կամ իրավապաշտպանը, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե վարչական իրավունքի դատավորը կամ իրավապաշտպանը **հաստատում են** ձեր հայցը, մենք իրավունք ունենք բողոքարկելու 3-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշումը, որը ի նպաստ ձեզ է կատարվել:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք ձեզ կուղարկենք բողոքարկման 4-րդ մակարդակի հայցի օրինակը՝ կից փաստաթղթերով: Մենք կարող ենք սպասել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի հայցի վերաբերյալ որոշմանը՝ նախքան վիճելի ծառայությունը լիազորելը կամ տրամադրելը:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ձեզ ծառայությունը՝ վարչական իրավունքի դատավորի կամ իրավապաշտպանի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե վարչական իրավունքի դատավորը կամ իրավապաշտպանը **մերժում է** ձեր հայցը, բողոքարկման գործընթացը սրանով կարող է չավարտվել:

- Եթե դուք **ընդունում եք** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, ապա բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Եթե դուք **չեք ընդունում** այս որոշումը, կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացը բողոքարկման հաջորդ մակարդակում: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ կբացատրվի, թե ինչ է հարկավոր անել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի համար:

Բողոքարկման 4-րդ մակարդակ

Medicare-ի բողոքարկման խորհուրդը (Խորհուրդ) վերանայում է ձեր բողոքարկումը և տալիս պատասխան: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Եթե Խորհուրդը **հաստատում է** բողոքարկման 4-րդ մակարդակի ձեր հայցը կամ մերժում է բողոքարկման 3-րդ մակարդակում ձեր օգտին արված որոշման դեմ ներկայացված մեր հայցը, մենք իրավունք ունենք դիմելու բողոքարկման 5-րդ մակարդակ:

- Եթե մենք որոշենք **բողոքարկել** որոշումը, մենք ձեզ այդ մասին գրավոր կտեղեկացնենք:
- Եթե մենք որոշենք **չբողոքարկել** որոշումը, մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք ձեզ ծառայությունը՝ Խորհրդի որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Եթե Խորհուրդը **մերժում է** վերանայման վերաբերյալ մեր հայցը, բողոքարկման գործընթացը կարող է չավարտվել:

- Եթե դուք **ընդունում եք** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, ապա բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Եթե դուք **չեք ընդունում** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, դուք կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացը բողոքարկման հաջորդ մակարդակում: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ բացատրվում է՝ դուք կարո՞ղ եք դիմել բողոքարկման 5-րդ մակարդակ, թե՛ ոչ, և ինչ պետք է անեք դրա համար:

Բողոքարկման 5-րդ մակարդակ

- Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կուսումնասիրի ձեր հայցը և բոլոր տեղեկությունները, այնուհետև կորոշի՝ **հաստատե՞լ**, թե՛ **մերժե՞լ** հայցը: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից հետո բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:

J2: Medi-Cal-ի հետ կապված այլ բողոքարկումներ

Դուք նաև բողոքարկման այլ իրավունքներ ունեք, եթե խոսքը վերաբերում է Medi-Cal-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայություններին կամ պարագաներին: Նահանգային լսումների բաժնի կողմից ուղարկված նամակում ձեզ կտեղեկացվի, թե ինչ պետք է անեք, եթե ցանկանում եք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

J3: Medicare D մասի դեղերի հետ կապված հայցերը՝ բողոքարկման 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ մակարդակներում

Այս բաժնում օգտակար տեղեկություններ կարող եք գտնել, եթե ներկայացրել եք բողոքարկման 1-ին և 2-րդ մակարդակի հայցեր, և ձեր երկու հայցերն էլ մերժվել են:

Եթե ձեր պահանջած դեղի համար փոխհատուցման դոլարային արժեքը համապատասխանում է պահանջվող նվազագույն չափին, դուք կարող եք անցնել բողոքարկման հաջորդ մակարդակներ: Բողոքարկման 2-րդ մակարդակի հայցի հետ կապված գրավոր պատասխանում բացատրվում է, թե ում կարող եք դիմել՝ բողոքարկման 3-րդ մակարդակի հայց ներկայացնելու համար:

Բողոքարկման 3-րդ մակարդակ

Բողոքարկման գործընթացի 3-րդ մակարդակը ALJ-ի լսումն է: Որոշում կայացնողը վարչական իրավունքի դատավորն է կամ իրավապաշտպանը, ով աշխատում է դաշնային կառավարությունում:

Եթե վարչական իրավունքի դատավորը կամ իրավապաշտպանը **հաստատում են** ձեր հայցը՝



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում) կամ վճարենք դրա համար ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե վարչական իրավունքի դատավորը կամ իրավապաշտպանը **մերժում է** ձեր հայցը, բողոքարկման գործընթացը սրանով կարող է չավարտվել:

- Եթե դուք **ընդունում եք** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, ապա բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Եթե դուք **չեք ընդունում** այս որոշումը, կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացը բողոքարկման հաջորդ մակարդակում: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ կբացատրվի, թե ինչ է հարկավոր անել բողոքարկման 4-րդ մակարդակի համար:

Բողոքարկման 4-րդ մակարդակ

Խորհուրդը վերանայում է ձեր բողոքարկումը և տալիս պատասխան: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Եթե Խորհուրդը **հաստատում է** ձեր հայցը՝

- Բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Մենք պետք է լիազորենք կամ տրամադրենք դեղի համար հաստատված փոխհատուցումը 72 ժամվա ընթացքում (կամ 24 ժամում՝ արագացված բողոքարկման դեպքում) կամ վճարենք դրա համար ոչ ուշ, քան որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե Խորհուրդը **մերժում է** ձեր հայցը, բողոքարկման գործընթացը սրանով կարող է չավարտվել:

- Եթե դուք **ընդունում եք** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, ապա բողոքարկման գործընթացն ավարտվում է:
- Եթե դուք **չեք ընդունում** ձեր հայցը մերժող այս որոշումը, դուք կարող եք շարունակել վերանայման գործընթացը բողոքարկման հաջորդ մակարդակում: Ձեզ ուղարկված ծանուցման մեջ բացատրվում է՝ դուք կարո՞ղ եք դիմել բողոքարկման 5-րդ մակարդակ, թե՛ ոչ, և ինչ պետք է անեք դրա համար:

Բողոքարկման 5-րդ մակարդակ

- Դաշնային շրջանային դատարանի դատավորը կուսումնասիրի ձեր հայցը և բոլոր տեղեկությունները, այնուհետև կորոշի՝ **հաստատե՞լ**, թե՞ **մերժե՞լ** հայցը: Սա վերջնական որոշումն է: Դաշնային շրջանային դատարանից հետո բողոքարկման այլ մակարդակներ չկան:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

K. Ինչպես բողոք ներկայացնել

K1. Ի՞նչ խնդիրների համար պետք է բողոք ներկայացնել

Բողոքի գործընթացը նախատեսված է միայն որոշակի խնդիրների համար, օրինակ՝ այնպիսի խնդիրների, որոնք առնչվում են խնամքի որակին, սպասման ժամանակին, խնամքի համակարգմանը և հաճախորդների սպասարկմանը: Ստորև ներկայացված են խնդիրներ, որոնց համար նախատեսված է բողոքի գործընթաց:

Բողոք	Օրինակ
Ձեր բուժօգնության որակի հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> Դուք դժգոհ եք խնամքի որակից, օրինակ՝ հիվանդանոցում ստացած խնամքի:
Ձեր տվյալների գաղտնիության պահպանման հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> Դուք կարծում եք, որ չի պահպանվել ձեր տվյալների գաղտնիության իրավունքը կամ ուրիշին են փոխանցել ձեր գաղտնի տվյալները:
Անհարգալից վերաբերմունքի, վատ սպասարկման կամ այլ ոչ պատշաճ պահվածքի հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> Բուժժառայություններ մատուցողը կամ աշխատողները կոպիտ կամ անհարգալից են եղել ձեր նկատմամբ: Մեր անձնակազմը ձեզ հետ վատ է վերաբերվել: Ձեզ թվում է, որ ձեզ դուրս են մղում մեր պլանից:
Մատչելիություն և լեզվական աջակցություն	<ul style="list-style-type: none"> Դուք չեք կարող ֆիզիկապես մուտք գործել բժշկի աշխատասենյակ կամ բուժժառայություններ մատուցողի հաստատություն: Ձեր բժիշկը կամ բուժժառայություններ մատուցողը թարգմանիչ չի տրամադրում անգլերենից բացի ուրիշ լեզվի համար, որով դուք խոսում եք (օրինակ՝ ամերիկյան ժեստերի լեզվի կամ իսպաներենի համար): Ձեր բուժժառայություններ մատուցողը ձեզ համար չի ապահովում այլ ողջամիտ հարմարություններ, որոնց կարիքն ունեք և պահանջում եք:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Բողոք	Օրինակ
Սպասման ժամանակի հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> • Ձեզ դժվարությամբ են այց նշանակում, կամ շատ երկար էք սպասում, որպեսզի ձեզ այն նշանակեն: • Բժիշկները, դեղագործները կամ այլ բուժաշխատողներ, Անդամների սպասարկման բաժինը կամ պլանի այլ աշխատողներ ձեզ շատ երկար են սպասեցնում:
Մաքրության հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> • Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի աշխատասենյակը մաքուր չէ:
Տեղեկատվության հետ կապված, որը ստանում եք մեզանից	<ul style="list-style-type: none"> • Դուք կարծում եք, որ մենք թերացել ենք ձեզ համար կարևոր ծանուցումը կամ նամակը ուղարկելու գործում: • Դուք կարծում եք, որ մեր ուղարկած գրավոր տեղեկատվությունը չափազանց դժվար է հասկացվում:
Փոխհատուցման որոշումների կամ բողոքարկումների ժամկետների հետ կապված	<ul style="list-style-type: none"> • Դուք կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում փոխհատուցման որոշումների կամ ձեր հայցերին պատասխանելու համար սահմանված ժամկետները: • Դուք կարծում եք, որ ձեր փոխհատուցման կամ բողոքարկման հայցը բավարարելուց հետո մենք չենք պահպանում ծառայությունը հաստատելու կամ տրամադրելու կամ որևէ բուժօգնության համար ձեր գումարը վերադարձնելու ժամկետները: • Դուք կարծում եք, որ մենք ձեր գործը ժամանակին չենք ուղարկել IRO:

Կան տարբեր տեսակի բողոքներ: Դուք կարող եք ներքին և/կամ արտաքին բողոք ներկայացնել: Ներքին բողոքը ներկայացվում է մեր պլանին և քննվում է մեր պլանի կողմից: Արտաքին բողոքը ներկայացվում է մեր պլանին չփոխկապակցված կազմակերպությանը և քննվում է մեր պլանին չփոխկապակցված կազմակերպության կողմից: Եթե ներքին և/կամ արտաքին բողոք ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, շաբաթական 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

«Բողոքի» իրավական տերմինն է **«գանգատ»**:

«Բողոք ներկայացնելու» իրավական տերմինն է **«գանգատ ներկայացնել»**:

K2. Ներքին բողոքներ

Ներքին բողոք ներկայացնելու համար կարող եք գանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815** հեռախոսահամարով (TTY 711), շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ցանկացած ժամանակ՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ խոսքը վերաբերում է Medicare-ի D մասի դեղերին: Եթե բողոքը վերաբերում է Medicare D մասի դեղամիջոցին, դուք պետք է այն ներկայացնեք **60 օրացուցային օրվա ընթացքում** այն խնդրից հետո, որի մասին ցանկանում եք բողոքել:

- Անդամների սպասարկման բաժնից ձեզ կտեղեկացնեն, թե ինչ լրացուցիչ քայլեր են անհրաժեշտ:
- Կարող եք նաև գրել ձեր բողոքը և ուղարկել մեզ: Եթե ներկայացնեք ձեր բողոքը գրավոր, մենք ձեր բողոքին նույնպես կպատասխանենք գրավոր:

Մենք պետք է քննենք ձեր գանգատը հնարավորինս շուտ, որքան ձեր առողջական վիճակն է թելադրում, բայց ոչ ուշ, քան ձեր բողոքը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

«Արագ բողոքի» իրավական տերմինն է՝ **«գանգատի արագացված քննում»**:

Հնարավորության դեպքում մենք ձեզ անմիջապես պատասխանում ենք: Եթե բողոք ներկայացնեք մեզ հեռախոսով, մենք կարող ենք ձեզ պատասխանել նույն հեռախոսազանգով: Եթե ձեր առողջական վիճակը թելադրում է, որպեսզի մենք ձեզ արագ պատասխանենք, ապա մենք կփորձենք հնարավորինս արագ պատասխանել:

- Բողոքների մեծ մասին մենք պատասխանում ենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք որոշում չընդունենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, քանի որ մեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ, մենք ձեզ գրավոր ծանուցում կուղարկենք այդ մասին: Մենք նաև տրամադրում ենք բողոքի կարգավիճակի թարմացում, և թե երբ է նախատեսվում պատասխանի ստացումը:
- Եթե ձեր բողոքը կապված է «փոխհատուցման արագ որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» վերաբերյալ ձեր հայցը մեր կողմից մերժելու հետ, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ համար «արագ բողոք» ենք ապահովում և պատասխանում ենք ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Եթե ձեր բողոքը կապված է ձեր առողջությանը սպառնացող լուրջ վտանգի հետ, որը ներառում է, բայց չի սահմանափակվում հետևյալով՝ սաստիկ ցավ կամ կյանքի, վերջույթի կամ մարմնի կարևոր ֆունկցիայի հնարավոր կորուստ, մենք կարող ենք ձեզ համար «արագ բողոք» ապահովել և պատասխանել ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:

Եթե մենք համաձայն չենք ձեր բողոքին մասամբ կամ ամբողջությամբ, մենք ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին և կներկայացնենք դրա պատճառները: Մենք պատասխանում ենք՝ համաձայն ենք բողոքին, թե՛ ոչ:

K3. Արտաքին բողոքներ

Medicare

Դուք կարող եք տեղեկացնել Medicare-ին ձեր բողոքի մասին կամ ուղարկել այն Medicare-ին: Medicare-ի բողոքի ձևը հասանելի է հետևյալ հասցեով՝
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx:

Հարկավոր չէ բողոք ներկայացնել մեր պլանին՝ նախքան Medicare-ին բողոք ներկայացնելը:

Medicare-ը լուրջ է վերաբերվում ձեր բողոքներին և այս տեղեկատվությունը տրամադրելով՝ նպատակ է հետապնդում բարելավել Medicare ծրագրի որակը:

Եթե ցանկանում եք հետադարձ կարծիք հայտնել կամ մտահոգություններ ունեք կամ, եթե ձեզ թվում է, որ առողջապահական պլանը չի լուծում ձեր խնդիրը, կարող եք նաև զանգահարել՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել՝ **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է:

Medi-Cal

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի առողջապահական ծառայությունների վարչության (DHCS) Medi-Cal-ի Կառավարվող բուժխնամքի հարցերով զբաղվող օմբուդսմենին՝ զանգահարելով **1-888-452-8609** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել **711**: Կարող եք զանգահարել երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Կարող եք բողոք ներկայացնել Կալիֆոռնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչություն (DMHC): DMHC-ը պատասխանատու է առողջապահական պլանների կարգավորման հարցում: Կարող եք գանգահարել DMHC-ի Աջակցության կենտրոն՝ Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված բողոքների դեպքում: Ոչ հրատապ հարցերի դեպքում, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել DMHC-ին, եթե համաձայն չեք ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման որոշման հետ, կամ եթե ձեր բողոքը 30 օրացուցային օր հետո չի լուծվել պլանի շրջանակներում: Այդուհանդերձ, դուք կարող եք կապ հաստատել DMHC-ի հետ՝ առանց 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու, եթե օգնության կարիք ունեք հրատապ խնդրի հետ կապված կամ այն բողոքի հետ, որը անմիջական և լուրջ վտանգ է ներկայացնում ձեր առողջությանը, եթե սուր ցավեր ունեք, եթե համաձայն չեք ձեր բողոքի վերաբերյալ մեր ծրագրի որոշման հետ, կամ եթե մեր պլանը լուծում չի տվել ձեր բողոքին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Աջակցության կենտրոնից օգնություն կարող եք ստանալ երկու եղանակով՝

- Զանգահարելով՝ **1-888-466-2219**: Խլություն, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են գանգահարել անվճար TTY հեռախոսահամարին՝ **1-877-688-9891**: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Կառավարվող բուժխնամքի վարչության կայքէջը՝ (www.dmhc.ca.gov):

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (OCR)

Կարող եք բողոք ներկայացնել Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչության (HHS) OCR, եթե կարծում եք, որ ձեր հանդեպ արդարացի չեն վարվել: Օրինակ՝ դուք կարող եք բողոք ներկայացնել հաշմանդամության հասանելիության կամ լեզվական օգնության հետ կապված: OCR-ի հեռախոսահամարն է **1-800-368-1019**: TTY-ից օգտվողները պետք է գանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք այցելել www.hhs.gov/ocr՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

Կարող եք նաև դիմել տարածքային OCR գրասենյակ՝

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Հաճախորդների արձագանքման կենտրոն՝ **1-800-368-1019**
Ֆաքս՝ **1-202-619-3818**
TDD: **1-800-537-7697**
Էլփոստ՝ ocrmail@hhs.gov

Դուք կարող եք նաև իրավունքներ ունենալ Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների մասին օրենքի (ADA) շրջանակներում:

QIO

Երբ ձեր բողոքը վերաբերում է խնամքի որակին, դուք ունեք երկու տարբերակ՝

- Դուք կարող եք խնամքի որակի վերաբերյալ ձեր բողոքը ներկայացնել անմիջապես QIO-ին:
- Կարող եք ներկայացնել ձեր բողոքը QIO-ին և մեր պլանին: Եթե բողոք եք ներկայացնում QIO-ին, մենք համագործակցում ենք նրանց հետ՝ ձեր բողոքը լուծելու համար:

QIO-ը բժիշկների և առողջապահական այլ փորձագետների խումբ է, որը վճարվում է դաշնային կառավարության կողմից՝ ստուգելու և բարելավելու Medicare-ի հիվանդներին տրամադրվող խնամքը: QIO-ի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար ծանոթացեք **H2 բաժնին** կամ սույն **Անդամների ձեռնարկի Գլուխ 2-րդին**:

Կալիֆոռնիայում QIO-ն կոչվում է Livanta: Հեռախոսահամարն է՝ **1-877-588-1123**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 10. Մեր պլանին ձեր անդամակցության դադարեցումը

Ներածություն

Այս գլխում բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին, և թե ինչ բուժապահովագրության տարբերակներ ունեք մեր պլանից դուրս գալուց հետո: Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք կշարունակեք մնալ Medicare և Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք դրա համար: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 10 Բովանդակություն

A.	Երբ կարող եք դադարեցնել մեր պլանին ձեր անդամակցությունը.....	325
B.	Ինչպես դադարեցնել մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը	326
C.	Ինչպես ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները առանձին.....	327
C1.	Medicare-ի ծառայություններ.....	327
C2.	Medi-Cal-ի ծառայությունները	331
	Ինչպես ստանալ ձեր բուժծառայությունները և դեղերը՝ մինչև մեր պլանին ձեր անդամակցության վերջանալը	331
D.	Երբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին.....	331
E.	Կանոններ, որոնք թույլ չեն տալիս մեզ ձեզ դուրս հանել մեր պլանից՝ առողջական խնդիրների պատճառով.....	333
F.	Բողոք ներկայացնելու ձեր իրավունքը, եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին	333



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

A. Երբ կարող եք դադարեցնել մեր պլանին ձեր անդամակցությունը

Medicare պլանում գրանցված մարդկանց մեծամասնությունը կարող է դադարեցնել իրենց անդամակցությունը տարվա որոշակի ժամանակահատվածում: Քանի որ դուք Medi-Cal-ի անդամ եք, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին կամ անցնել մեկ այլ պլանի մեկ անգամ՝ հետևյալ Գրանցման հատուկ ժամանակահատվածների ընթացքում.

- Հունվարից մարտ
- Ապրիլից հունիս
- Հուլիսից սեպտեմբեր

Բացի այս երեք հատուկ գրանցման ժամանակաշրջանների, դուք կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին յուրաքանչյուր տարի հետևյալ ժամանակահատվածներում.

- **Ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածում**, որը տևում է հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Եթե այս ժամանակահատվածում ընտրեք նոր ապահովագրական պլան, ապա մեր պլանին ունեցած ձեր անդամակցությունը կավարտվի դեկտեմբերի 31-ին, իսկ նոր պլանի անդամակցությունը կսկսվի հունվարի 1-ից:
- **Medicare Advantage (MA) պլանի բաց գրանցման ժամանակահատվածում**, որը տևում է հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը: Այս ժամանակահատվածում նոր ապահովագրական պլան ընտրելու դեպքում, ձեր անդամակցությունը դրան կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը:

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

- Եթե տեղափոխվեք մեր սպասարկման տարածքից,
- Medi-Cal-ի կամ Լրացուցիչ օգնության ծառայությունները փոխվեն, կամ
- Եթե դուք վերջերս եք տեղափոխվել, ներկայումս խնամվում եք կամ պարզապես տեղափոխվել եք բուժքույրական հաստատությունից կամ երկարաժամկետ խնամքի հիվանդանոցից:

Ձեր անդամակցությունն ավարտվում է ամսվա վերջին օրը, երբ մենք ստանում ենք ծրագիրը փոխելու ձեր հայտը: Օրինակ, եթե մենք ստանանք ձեր հայտը հունվարի 18-ին, ապա ձեր ապահովագրական ծածկույթը մեր պլանով կավարտվի հունվարի 31-ին: Ձեր նոր ապահովագրական ծածկույթը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրը (այս օրինակում՝ փետրվարի 1-ին):

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, դուք հնարավորություն կունենաք տեղեկանալու՝

- Թե ինչ տարբերակներ ունի Medicare-ը, որոնք ներկայացված են **C1 բաժնի** աղյուսակում:
- Medi-Cal-ի տարբերակները և ծառայությունները ներկայացված են **C2 բաժնում**:

?

Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այն մասին, թե ինչպես կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը՝ զանգահարելով՝

- Անդամների սպասարկման բաժին՝ էջի ներքևում նշված հեռախոսահամարներով: TTY օգտվողների հեռախոսահամարը նույնպես նշված է:
- Medicare՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով:
- Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության (HICAP) ծրագիր (HICAP)՝ **1-800-434-0222** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711** հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ <https://aging.ca.gov>: Առողջապահական խնամքի տարբերակներ **1-800-430-4263**, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 6:00-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Կառավարվող բուժխնամքի օմբուդսմենին՝ զանգահարելով **1-888-452-8609** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը, կամ կապ հաստատելով էլփոստով՝ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov:

ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք Դեղերի կառավարման ծրագրում եք, հնարավոր է՝ չկարողանաք փոխել պլանները: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը**՝ դեղերի կառավարման ծրագրերի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

B. Ինչպես դադարեցնել մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը

Եթե որոշեք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, կարող եք գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ պլանի կամ անցնել Original Medicare-ին: Այնուամենայնիվ, եթե դուք ցանկանում եք անցնել մեր պլանից Original Medicare-ին, բայց դուք չեք ընտրել Medicare դեղատոմսով դեղերի առանձին պլան, դուք պետք է խնդրեք, որ ձեզ դուրս հանեն մեր ծրագրից: Գոյություն ունի անդամակցությունից դուրս գալու երկու եղանակ.

- Դուք կարող եք մեզ գրավոր հարցում կատարել: Կապվեք Անդամների սպասարկման ծառայության հետ այս էջի ներքևում գտնվող հեռախոսահամարով, եթե դա անելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք:
- Զանգահարեք **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով, օրը՝ 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները (լսողության և խոսքի հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձինք) պետք է զանգահարեն **1-877-486-2048** հեռախոսահամարով: Երբ զանգահարում եք **1-800-MEDICARE**, կարող եք նաև գրանցվել Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական կամ դեղորայքային պլանում: Մեր պլանից դուրս գալուց հետո Medicare-ի ծառայություններ ստանալու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս **C բաժինը**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

- Ձանգահարեք Բուժխնամքի տարբերակների գրասենյակ՝ **1-800-430-4263** **հեռախոսահամարով**, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 6:00-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով:
- **Շքերհանում**՝ ստորև, ներկայացված են այն գործողությունները, որոնք ձեզնից կպահանջվեն՝ այլ պլանում գրանցվելու համար, որով նաև կդադարեցվի ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:

C. Ինչպես ստանալ Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները առանձին

Դուք Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները ստանալու տարբերակներ ունեք, եթե որոշեք դուրս գալ մեր պլանից:

C1. Medicare-ի ծառայություններ

Դուք ունեք երեք տարբերակ՝ ստորև նշված Medicare-ի ծառայությունները ստանալու համար: Ընտրելով այս տարբերակներից մեկը՝ դուք ավտոմատ կերպով դադարեցնում եք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին:

<p>1. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Medicare-ի առողջապահական մեկ այլ պլանով, ներառյալ այնպիսի պլանով, որը համատեղում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթները:</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար՝</p> <p>Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագրի (PACE) հետ կապված զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223) հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ, ապա</p> <p>Զանգահարեք Կալիֆորնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը, TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք https://www.aging.ca.gov/HICAP/:</p> <p>ԿԱՍ</p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի նոր պլանում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր Medicare-ի պլանից, երբ սկսվի ձեր նոր պլանի ծածկույթը: Ձեր Medi-Cal-ի ծրագիրը կարող է փոխվել:</p>
--	---



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, այցելեք kp.org/medicare:

<p>2. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Original Medicare՝ Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին պլանով</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար՝</p> <p>Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը, TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ https://www.aging.ca.gov/HICAP/: <p>ԿԱՍ</p> <p>Գրանցվեք Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նոր պլանում:</p> <p>Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p>
--	--



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

<p>3. Դուք կարող եք փոխել ձեր ծրագիրը հետևյալով՝</p> <p>Original Medicare՝ առանց Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին պլան</p> <p>ՆՇՈՒՄ. Եթե դուք անցնում եք Original Medicare-ին և չեք գրանցվում Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի առանձին պլանում, Medicare-ը կարող է գրանցել ձեզ դեղերի ծրագրի մեջ, եթե դուք Medicare-ին չհայտնեք, որ չեք ցանկանում միանալ:</p> <p>Դուք պետք է հրաժարվեք դեղատոմսային դեղերի ապահովագրական ծածկույթից միայն այն դեպքում, եթե դեղերի ապահովագրական ծածկույթ ունեք այլ աղբյուրից, օրինակ՝ գործատուից կամ արհմիությունից: Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ՝ ձեզ հասնում է դեղերի ապահովագրական ծածկույթ, թե ոչ, զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ https://www.aging.ca.gov/HICAP/:</p>	<p>Ինչ է պետք անել դրա համար՝</p> <p>Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե ձեզ հարկավոր է օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություններ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 5:00-ը, TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 711: Լրացուցիչ տեղեկությունների կամ ձեր տարածաշրջանում HICAP-ի տեղական գրասենյակ գտնելու համար այցելեք՝ https://www.aging.ca.gov/HICAP/: <p>Դուք ավտոմատ կերպով դուրս կգաք մեր պլանից, երբ սկսվի ձեր Original Medicare-ի ապահովագրությունը:</p>
--	--



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

C2. Medi-Cal-ի ծառայությունները

Եթե ցանկանում եք տեղեկանալ, թե ինչպես պետք է ստանաք Medi-Cal-ի ծառայություններ, երբ դուրս գաք մեր պլանից, կապվեք Բուժխնամքի տարբերակների գրասենյակի հետ՝ **1-800-430-4263** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 6:00-ը: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **1-800-430-7077** հեռախոսահամարով: Հարցրեք, թե ինչպես է մեկ այլ պլանին միանալը կամ Original Medicare-ի պլանին վերադառնալը ազդում ձեր Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթի վրա:

Ինչպես ստանալ ձեր բուժծառայությունները և դեղերը՝ մինչև մեր պլանին ձեր անդամակցության վերջանալը

Եթե դուրս գաք մեր պլանից, կարող է ժամանակ պահանջվել, մինչև ձեր անդամակցությունն ավարտվի և սկսվի նոր Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրությունը: Այս ընթացքում դուք շարունակում եք ստանալ ձեր դեղատոմսով դեղերը և առողջապահական խնամքը մեր պլանով, մինչև սկսվի ձեր նոր պլանը:

- Բժշկական օգնություն ստանալիս օգտվեք մեր ցանցի մատակարարների ծառայություններից:
- Օգտվեք մեր ցանցային դեղատներից, այդ թվում՝ մեր փոստային պատվերով աշխատող դեղատների ծառայություններից ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու համար:
- Եթե դուք հոսպիտալացվել եք, երբ ձեր անդամակցությունը **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանին ավարտվել է, ապա մեր պլանը կփոխհատուցի ձեր հիվանդանոցում մնալու ծախսերը՝ մինչև ձեր դուրս գրվելը: Դա տեղի կունենա նույնիսկ եթե ձեր առողջության ապահովագրության նոր պլանը սկսվի նախքան դուրս գրվելը:

D. Երբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր պլանին

Այն դեպքերը, երբ պետք է դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին.

- Medicare-ի A և Medicare-ի B մասերի ձեր ապահովագրական ծածկույթների միջև ընդմիջման դեպքում:
- Եթե ձեզ այլևս չի հասնում Medi-Cal ծրագիրը: Մեր պլանը նախատեսված է այն մարդկանց համար, ովքեր համապատասխանում են և՛ Medicare-ին և՛ Medi-Cal-ին: Եթե դուք այլևս իրավասու չեք Medicaid-ի համար, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք, որ դուք ունեք 4-ամսյա արտոնյալ ժամկետ՝ Medicaid-ի համար իրավունակությունը վերականգնելու համար՝ նախքան ձեզ **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանից դուրս գալու պահանջ ներկայացնելը: Նախքան ձեր **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** պլանի դադարեցումը՝ մենք կապ կհաստատենք ձեզ հետ՝ ձեզ հնարավորություն տալով գրանցվել մեր Senior Advantage-ի պլաններից մեկին: Այս պլանների նպաստները և ձեր գրպանից արվող ծախսերը կարող են տարբերվել



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 պլանի ձեր նպաստներից և ձեր գրպանից արվող ծախսերից:

- Եթե տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից:
- Եթե դուք բացակայում եք մեր սպասարկման տարածքից ավելի քան վեց ամիս:
 - Եթե տեղափոխվում եք կամ երկարատև ճանապարհորդության եք մեկնում, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ պարզելու համար՝ այն վայրը, ուր տեղափոխվում կամ ուղևորվում եք, գտնվում է մեր պլանի սպասարկման տարածքում:
- Եթե ձեզ ձերբակալում են քրեական հանցագործության համար:
- Եթե դուք ստում կամ թաքցնում եք դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համար այլ ապահովագրություն ունենալու մասին տեղեկությունները:
- Եթե դուք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի չեք կամ օրինական կերպով չեք գտնվում Միացյալ Նահանգներում:
 - Մեր պլանի անդամ լինելու համար դուք պետք է լինեք Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում:
 - Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները (CMS) մեզ ծանուցում են, որ դուք իրավունակ չեք մնալու մեր պլանի անդամ այս հիմքերով:
 - Եթե դուք չեք բավարարում այս պահանջը, մենք պետք է հեռացնենք ձեզ:

Եթե դուք գտնվում եք մեր ծրագրի քառամսյա ժամկետի իրավունակության պահպանման փուլում, մենք կշարունակենք տրամադրել Medicare Advantage պլանի ապահովագրական ծածկություն ներառված Medicare-ի բոլոր նպաստները: Այնուամենայնիվ, այս ժամանակահատվածում դուք պետք է խորհրդակցեք Medi-Cal-ի հետ՝ պարզելու համար՝ Medi-Cal-ը կարո՞ղ է փոխհատուցել որոշ ծառայությունների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում մեր պլանով, բայց փոխհատուցվում են Medi-Cal-ով: Ինչպես նաև պետք է պարզեք, թե որքան է փոխվում D մասի դեղերի ծախսերի ձեր մասնաբաժինը և ապահովագրերը, որոնք դուք վճարում եք մեզ: Medicare-ի կողմից փոխհատուցվող ծառայությունների համար ձեր վճարած գումարը կարող է աճել այս ժամանակահատվածում: Մենք կարող ենք ձեզ ստիպել դուրս գալ մեր պլանից հետևյալ պատճառներով միայն՝ այն դեպքում, եթե նախ թույլտվություն ստանանք Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից՝

- Եթե դուք միտումնավոր սխալ տեղեկություններ եք տրամադրում մեզ, երբ գրանցվում եք մեր պլանում, և այդ տեղեկատվությունը ազդում է մեր պլանից օգտվելու ձեր իրավունակության վրա:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

- Եթե շարունակ այնպիսի պահվածք եք դրսևորում, որը խանգարում է մեր աշխատանքին և դժվարացնում է ձեզ և մեր պլանի այլ անդամներին բժշկական օգնության ցուցաբերումը:
- Եթե թույլ եք տալիս այլ անձանց օգտագործել ձեր Անդամի ID քարտը՝ բժշկական օգնություն ստանալու համար: (Medicare-ը կարող է պահանջել Գլխավոր տեսուչից հետաքննել ձեր գործը, եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունն այս պատճառով):

E. Կանոններ, որոնք թույլ չեն տալիս մեզ ձեզ դուրս հանել մեր պլանից՝ առողջական խնդիրների պատճառով

Մենք չենք կարող պահանջել ձեզնից դուրս գալ մեր պլանից՝ ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով: Եթե կարծում եք, որ մենք ձեզնից պահանջում ենք դուրս գալ մեր պլանից՝ առողջության հետ կապված պատճառներով, **զանգահարեք Medicare** հետևյալ հետախոսահամարներով՝ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**: TTY users should call **1-877-486-2048**. Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

F. Բողոք ներկայացնելու ձեր իրավունքը, եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Եթե մենք դադարեցնենք ձեր անդամակցությունը մեր պլանին, մենք պետք է գրավոր տեղեկացնենք ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր պատճառները: Մենք պետք է նաև բացատրենք, թե ինչպես կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու մեր որոշման դեմ: Տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլուխը**՝ բողոք ներկայացնելու մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

G. Ինչպես ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր ծրագրի անդամակցության դադարեցման մասին

Եթե հարցեր ունեք կամ ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ անդամակցության դադարեցման վերաբերյալ, կարող եք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին այս էջի ներքևում գտնվող համարով:

Գլուխ 11. Իրավական ծանուցումներ

Ներածություն

Այս գլխում ներկայացված են ձեզ տրամադրվող այն իրավական ծանուցումները, որոնք վերաբերում են մեր պլանին ձեր անդամակցությանը: Հիմնական տերմինները և դրանց սահմանումներն այբբենական կարգով տրված են սույն **Անդամի ձեռնարկի** վերջին գլխում:

Գլուխ 11 Բովանդակություն

A. Ծանուցում օրենքների մասին	336
B. Խտրականության բացառման մասին ծանուցագիր	336
C. Ծանուցում՝ Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարող և Medi-Cal-ի՝ որպես ծայրահեղ դեպքերում վճարող հանդես գալու մասին	337
D. Ծանուցում Medi-Cal-ի գույքի վերականգնման մասին	338
E. Այս Անդամի ձեռնարկի կիրառումը	338
F. Դիմումներ և հայտարարագրեր.....	338
G. Պարտադրող արբիտրաժ.....	339
Արբիտրաժի շրջանակը	339
Ընթացակարգի կանոններ	341
Արբիտրաժային վարույթի նախաձեռնում	341
Արբիտրաժային հայցի դիտարկումը.....	341
Հայցը ներկայացնելու վճար.....	341
Արբիտրների քանակը.....	342
Արբիտրաժային ծառայությունների վճարումները և ծախսերը.....	342
Ծախսեր	343
Ընդհանուր դրույթներ	343



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

H.	Իրավունքի փոխանցում.....	344
I.	Փաստաբանի և իրավապաշտպանի ծառայությունների համար վճարման կարգը.....	344
J.	Նպաստների համակարգում.....	344
K.	Գործատուի պարտականությունները.....	345
L.	Անդամի ձեռնարկի դրույթները պարտադիր են անդամների համար	345
M.	Պետական գործակալության պարտականությունները	345
N.	Անդամներին պատասխանատվությունից ազատում	345
O.	Պատասխանատվությունից չհրաժարվելու հայտարարություն	345
P.	Ծանուցումներ.....	346
Q.	Գերավճարի վերականգնում	346
R.	Երրորդ կողմի պարտականությունները	346
S.	ԱՄՆ Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչություն	348
T.	Աշխատողներին փոխհատուցում կամ գործատուի պարտավորությունները.....	348
U.	Փոխնակ մայրություն.....	349



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare:**

A. Ծանուցում օրենքների մասին

Սույն **Անդամի ձեռնարկի** համար կիրառվում են մի շարք օրենքներ: Այս օրենքները կարող են ազդել ձեր իրավունքների և պարտականությունների վրա, նույնիսկ եթե դրանք ներառված կամ բացատրված չեն այս **Անդամի ձեռնարկում**: Գործող հիմնական օրենքները դաշնային և նահանգային օրենքներն են Medicare և Medi-Cal ծրագրերի վերաբերյալ: Կարող են կիրառվել նաև այլ դաշնային և նահանգային օրենքներ:

B. Խտրականության բացառման մասին ծանուցագիր

Մենք չենք ցուցաբերում խտրական կամ այլ վերաբերմունք՝ կապված ձեր ռասայի, էթնիկ պատկանելության, մաշկի գույնի, կրոնի, սեռական պատկանելության, սեռի, տարիքի, սեռական կողմնորոշման, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, բողոքների ներկայացման, բժշկական պատմության, գենետիկական տեղեկատվության, ապահովագրության իրավասության ապացույցների կամ սպասարկման տարածքում ձեր բնակության աշխարհագրական դիրքի հետ: Բացի այդ, մենք անօրինական կերպով խտրականություն չենք դնում, չենք բացառում կամ այլ կերպ չենք վերաբերվում մարդկանց՝ նրանց ծագման, էթնիկ խմբի պատկանելության, գենդերային ինքնության, ամուսնական կարգավիճակի կամ առողջական խնդրի հիմքով:

Եթե ցանկանում եք ավելի շատ տեղեկություններ ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի հետ կապված՝

- Չանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **1-800-368-1019** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել **1-800-537-7697**: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել՝ www.hhs.gov/ocr:
- Չանգահարեք Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **1-916-440-7370** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները կարող են զանգահարել **711** հեռախոսահամարով (հեռատիպ):

Եթե կարծում եք, որ խտրականության եք ենթարկվել և ցանկանում եք խտրականության վերաբերյալ բողոք ներկայացնել, կարող եք դա անել հետևյալ եղանակներով՝

- **Հեռախոսով**՝ Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից):
- **Փոստով**՝ Չանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին և պահանջեք ուղարկել ձևաթուղթը:
- **Անձամբ այցելելով**՝ Լրացրեք բողոքի կամ նպաստի հայցադիմումի/հայցի ձևը Անդամների սպասարկման բաժնի գրասենյակում, որը գտնվում է ապահովագրական պլանի հաստատությունում (հասցեների համար տե՛ս **Բուժօժանայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատու** կամ kp.org/facilities):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Չանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, այցելեք kp.org/medicare:

- **Առցանց`** Լրացրեք առցանց ձևը մեր վեբկայքում` **kp.org**:
- Կարող եք նաև կապ հաստատել Kaiser Permanente-ի անմիջապես Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողների հետ` ստորև նշված հասցեներով`

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

Եթե ձեր բողոքը վերաբերում է Medi-Cal ծրագրում խտրականության դրսևորմանը, կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ` հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային եղանակով.

- Հեռախոսով` Զանգահարեք **1-916-440-7370**: Եթե լսողության կամ խոսքի գեղ կապված խնդիրներ ունեք, զանգահարեք **711** (հեռատիպ):
- Գրավոր` Լրացրեք բողոքի ձևը կամ նամակ ուղարկեք հետևյալ հասցեով`

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

Բողոքարկման ձևերը հասանելի են հետևյալ հղումով`
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx:

- Էլեկտրոնային եղանակով` Ուղարկեք էլ. փոստ հետևյալ հասցեին`
CivilRights@dhcs.ca.gov:

Եթե ունեք հաշմանդամություն և օգնության կարիք ունեք` առողջապահական ծառայություններից կամ բուժօժանդությունների մատուցողներից օգտվելու համար, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Եթե ունեք որևէ բողոք, օրինակ` անվասայլակով մատչելիության հետ կապված, Անդամների սպասարկման բաժնում ձեզ կարող են օգնել:

C. Ծանուցում` Medicare-ի` որպես երկրորդ վճարող և Medi-Cal-ի` որպես ծայրահեղ դեպքերում վճարող հանդես գալու մասին

Երբեմն այնպես է պատահում, որ ծառայությունների համար, որոնք մենք տրամադրում ենք ձեզ, մեկ ուրիշը պետք է մեզնից առաջ վճարի: Օրինակ, եթե դուք ճանապարհատրանսպորտային պատահարի եք ենթարկվել, կամ եթե վնասվածք եք ստացել աշխատավայրում, ապահովագրությունը կամ Աշխատողների փոխհատուցման ապահովագրությունը պետք է առաջինը վճարի:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում` **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Մենք իրավունք ունենք հետ գանձելու Medicare-ի կողմից փոխհատուցված ծառայությունների գումարը, որոնց համար Medicare-ը առաջին վճարողը չէ:

Մենք հետևում ենք դաշնային և նահանգային օրենքներին և կանոնակարգերին, որոնք վերաբերում են երրորդ կողմերի իրավական պարտավորություններին՝ բժշկական ապահովագրություն ունեցող անդամների հետ կապված: Մենք պետք է միշտ համոզված լինենք, որ Medi-Cal-ը վերջին տարբերակն է, որը պետք է վճարումը կատարի:

D. Ծանուցում Medi-Cal-ի գույքի վերականգնման մասին

Medi-Cal ծրագիրը պետք է փոխհատուցում պահանջի որոշ մահացած անդամների կտակած գույքից Medi-Cal նպաստների համար, որոնք ստացվել են նրանց 55-ամյակի օրը կամ դրանից հետո: Վճարումը ներառում է Ծառայության վճար և կառավարվող ինամքի հավելավճարներ/կապիտալ վճարումներ բուժքույրական հաստատության ծառայությունների, տնային և համայնքային ծառայությունների և հարակից հիվանդանոցային և դեղատոմսով դեղերի ծառայությունների համար, որոնք ստացվել են, երբ անդամը ստացիոնար բուժքույրական հաստատությունում էր կամ տնային և համայնքային ծառայություններ էր ստանում: Վճարումը չի կարող գերազանցել անդամի կտակած գույքի արժեքը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Առողջապահական ինամքի ծառայությունների դեպարտամենտի գույքի վերականգնման վեբ կայքը՝ www.dhcs.ca.gov/er կամ զանգահարեք 1-916-650-0590:

E. Այս Անդամի ձեռնարկի կիրառումը

Մենք կարող ենք կիրառել ողջամիտ քաղաքականություն, ընթացակարգեր և բացատրություններ՝ դյուրացնելու համար սույն **Անդամի ձեռնարկի** կանոնավոր և արդյունավետ կիրառումը:

F. Դիմումներ և հայտարարագրեր

Դուք պետք է լրացնեք ցանկացած դիմում, ձև կամ հայտարարագիր, որը մենք պահանջում ենք մեր բնականոն գործունեության ընթացքում կամ ինչպես նշված է սույն **Անդամի ձեռնարկում**:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք kp.org/medicare:

G. Պարտադրող արբիտրաժ

Պարտադրող արբիտրաժը կիրառվում է հետևյալ անդամների նկատմամբ՝

- Այն անդամների, որոնք գրանցված են Kaiser Permanente-ի Senior Advantage-ի Անհատական պլանում, որը ուժի մեջ է մտել մինչև 2008 թվականի հունվարի 1-ը, և
- Այն անդամների, որոնք գրանցված են Kaiser Permanente-ի Senior Advantage-ի Անհատական պլանում, որն ուժի մեջ կմտնի 2008 թվականի հունվարի 1-ից կամ դրանից հետո, ովքեր բացահայտ կերպով չեն հրաժարվել պարտադրող արբիտրաժային գործընթացից Senior Advantage պլանի ուժի մեջ մտնելու օրվանից 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

«Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթներով համաձայնեցված բոլոր հայցերի դեպքում և Հայցվորները, և Պատասխանողները հրաժարվում են երդվյալ ատենակալներին կամ դատական քննության դիմելու իրենց իրավունքից և ընդունում են պարտադրող արբիտրաժի որոշումը: Քանի որ այս «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթները կիրառվում են Kaiser Permanente-ի Կողմերի կողմից ներկայացված հայցերի նկատմամբ, դրանք հետադարձ ամսաթվով կկիրառվեն բոլոր չլուծված հայցերի նկատմամբ, որոնք գոյացել են մինչև սույն **Անդամի ձեռնարկի** ուժի մեջ մտնելը: Այդ հետադարձ ամսաթվով կիրառումը պարտադիր է միայն Kaiser Permanente-ի Կողմերի համար:

Արբիտրաժի շրջանակը

Ցանկացած վեճ պետք է ներկայացվի պարտադրող արբիտրաժ, եթե բավարարված են հետևյալ բոլոր պահանջները՝

- Հայցը ծագում է կամ առնչվում է սույն **Անդամի ձեռնարկի** կամ Kaiser Foundation Health Plan, Inc.-ի (Health Plan) և անդամ հանդիսացող Կողմի միջև հարաբերություններին՝ կապված պարտավորությունների ենթադրյալ չկատարման կամ դրանից բխող հետևանքների հետ, այդ թվում՝ բուժօգնության թերացման կամ հիվանդանոցային պայմանների ոչ բարվոք պայմանների վերաբերյալ ցանկացած հայց (բողոք՝ կապված ոչ ճիշտ, չարտոնված, ոչ պատշաճ և անզգույշ տրամադրված բժշկական ծառայությունների կամ պարագաների հետ), դժբախտ դեպքի հետ կապված պատասխանատվություն չստանձնելու, ապահովագրական ծածկույթի, առաքման, ծառայությունների կամ բժշկական ապրանքների հետ կապված՝ անկախ իրավական հիմքերից, որոնց վրա հիմնված է հայցը:
- Հայցը ներկայացվում է մեկ կամ մի քանի անդամ հանդիսացող Կողմերի կողմից՝ մեկ կամ մի քանի Kaiser Permanente-ի Կողմերի դեմ կամ մեկ կամ մի քանի Kaiser Permanente-ի Կողմերի կողմից մեկ կամ մի քանի անդամ Կողմերի դեմ:
- Գործող օրենքը չի խոչընդոտում հայցը լուծելու համար պարտադրող արբիտրաժի կիրառմանը:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Սույն **Անդամի ձեռնարկում** գրանցված անդամները, հետևաբար, հրաժարվում են դատարանին կամ երդվյալ ատենակալների դատարանին դիմելու իրենց իրավունքից և փոխարենը ընդունում են պարտադրող արբիտրաժի որոշումը, բացառությամբ հետևյալ հայցերի, որոնք ենթակա չեն պարտադրող արբիտրաժի:

- Փոքր հայցերի դատարանի իրավասության ներքո գտնվող հայցերը:
- Հայցեր, որոնք ենթակա են Medicare-ի բողոքարկման ընթացակարգին, որը կիրառելի է Kaiser Permanente-ի Senior Advantage Medicare Medi-Cal ծրագրի անդամների համար (տե՛ս **9-րդ գլուխը**՝ Medicare-ի բողոքարկման մասին տեղեկությունների համար):
- Հայցեր, որոնք չեն կարող ենթակա լինել պարտադրող արբիտրաժի որոշմանը՝ գործող օրենքի համաձայն:

Ինչպես նշված է «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնում, «անդամ հանդիսացող Կողմերը» հանդիսանում են՝

- Անդամը:
- Անդամի ժառանգը, ազգականը կամ անձնական ներկայացուցիչը:
- Ցանկացած անձ, ով պնդում է, որ իր պարտականությունը բխում է անդամի հարաբերություններից Kaiser Permanente-ի մեկ կամ մի քանի Կողմերի հետ:

Kaiser Permanente-ի Կողմերն են՝

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc:
- Kaiser Foundation Hospitals:
- The Permanente Medical Group, Inc:
- Southern California Permanente Medical Group:
- The Permanente Federation, LLC:
- The Permanente Company, LLC:
- Ցանկացած Southern California Permanente Medical Group (Permanente-ի բժշկական խումբ) կամ The Permanente Medical Group-ի բժիշկ:
- Ցանկացած անհատ կամ կազմակերպություն, որի պայմանագիրը վերը նշված կազմակերպություններից որևէ մեկի հետ պահանջում է մեկ կամ մի քանի անդամ հանդիսացող Կողմերի կողմից ներկայացված հայցերի արբիտրաժային վարույթ:
- Վերը նշվածներից որևէ մեկի ցանկացած աշխատակից կամ գործակալ:

«Հայցվորը» վերաբերում է անդամ հանդիսացող Կողմին կամ Kaiser Permanente-ի Կողմին, որը ներկայացնում է վերը նշված հայցը: «Պատասխանողը» վերաբերում է անդամ հանդիսացող Կողմին կամ Kaiser Permanente-ի Կողմին, որի դեմ հայց է ներկայացվում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ընթացակարգի կանոններ

Արբիտրաժային վարույթները պետք է իրականացվեն՝ համաձայն **Kaiser Permanente-ի անդամների արբիտրաժային վարույթների, որոնք վերահսկվում են Անկախ ադմինիստրատորի գրասենյակի կողմից** («Ընթացակարգի կանոններ»), որոնք մշակվել են Անկախ ադմինիստրատորի գրասենյակի կողմից՝ Kaiser Permanente-ի և Արբիտրաժային վերահսկիչ խորհրդի հետ խորհրդակցության արդյունքում: Ընթացակարգի օրինակները կարելի է ձեռք բերել Անդամների սպասարկման բաժնում:

Արբիտրաժային վարույթի նախաձեռնում

Հայցվորները պետք է նախաձեռնեն արբիտրաժային վարույթ՝ ներկայացնելով Արբիտրաժային հայցը: Արբիտրաժային հայցում պետք է ներառված լինեն պատասխանողների դեմ հայցի հիմքը, վնասի չափը, որը հայցվորները պահանջում են արբիտրաժում, հայցվորների և նրանց փաստաբանի անունները, հասցեները և հեռախոսահամարները, եթե այդպիսիք կան, և բոլոր պատասխանողների անունները: Հայցվորները պետք է Արբիտրաժային հայցում ներկայացնեն պատասխանող անձանց դեմ ուղղված բոլոր պահանջները, որոնք հիմնված են նույն միջադեպի, գործարքի կամ առնչվող հանգամանքների վրա:

Արբիտրաժային հայցի դիտարկումը

Առողջապահական պլանին, Kaiser Foundation Hospitals-ին, KP Cal, LLC-ին, The Permanente Medical Group, Inc.-ին, Southern California Permanente Medical Group-ին, The Permanente Federation, LLC-ին, և The Permanente Company, LLC-ին, պետք է հանձնվի Արբիտրաժային հայցը՝ այն ուղարկելով համապատասխան Պատասխանողին՝ հետևյալ փոստային հասցեով՝

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
373 E. Walnut Street
Pasadena, CA 91188

Հայցի հանձնումը Պատասխանողին համարվում է ավարտված, երբ նա այն ստանում է: Մյուս բոլոր Պատասխանողներին՝ ներառյալ ֆիզիկական անձանց, պետք է այնպես հանձնվի հայցը, ինչպես պահանջվում է Կալիֆոռնիայի Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով քաղաքացիական հայցի համար:

Հայցը ներկայացնելու վճար

Հայցվորները «Արբիտրաժային հաշվին» պետք է վճարեն մեկ արբիտրաժային վարույթի համար 150 ԱՄՆ դոլարի չափով չվերադարձվող միջնորդավճար անկախ Արբիտրաժային հայցի մեջ ներկայացված պահանջներից կամ Արբիտրաժային հայցի մեջ նշված հայցվորների կամ պատասխանողների թվից:

?

Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ցանկացած Հայցվոր, ով ֆինանսական դժվարություններ ունի, կարող է պահանջել, որպեսզի Անկախ ադմինիստրատորի գրասենյակը իրեն ազատի միջնորդավճարից և չեզոք դատավորի համար վճարներից ու ծախսերից: Դրա համար հայցվորը պետք է լրացնի Վճարներից ազատվելու ձևը և այն ներկայացնի Անկախ ադմինիստրատորի գրասենյակ՝ միաժամանակ այն տրամադրելով Պատասխանողներին: Վճարներից ազատվելու ձևում նշված են վճարներից ազատվելու համար անհրաժեշտ չափանիշները: Ձևը կարող էք ստանալ՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին:

Արբիտրների քանակը

Դատավորների քանակը կարող է ազդել Հայցվորի պարտականության վրա՝ ըստ որի նա պետք է վճարի չեզոք դատավորի ծառայությունների համար (տե՛ս Ընթացակարգի կանոնները):

Եթե Արբիտրաժային հայցում պահանջվում է \$200,000 կամ ավելի քիչ՝ ընդհանուր վնասի փոխհատուցման համար, վեճը պետք է քննվի և որոշում կայացվի մեկ չեզոք դատավորի կողմից, եթե կողմերն այլ կերպ գրավոր համաձայնության չեն եկել վեճի ծագումից և պարտադիր արբիտրաժի հայց ներկայացնելուց հետո, որ արբիտրաժային վարույթը պետք է անցկացվի երկու կողմի դատավորների և մեկ չեզոք դատավորի կողմից: Չեզոք դատավորը իրավասու չէ վճիռ կայացնելու \$200,000-ից ավելի դրամական վնասի դեպքում:

Եթե Արբիտրաժային հայցում պահանջվում է \$200,000-ից ավելի՝ ընդհանուր վնասի փոխհատուցման համար, ապա վեճը պետք է քննվի և որոշում կայացվի մեկ չեզոք դատավորի և երկու կողմի դատավորների կողմից, մեկը՝ համատեղ նշանակված բոլոր Հայցվորների կողմից, և մեկը՝ համատեղ նշանակված բոլոր Պատասխանողների կողմից: Կողմերը, որոնք իրավասու են ընտրելու կողմի դատավոր, նաև կարող են հրաժարվել այս իրավունքից: Եթե բոլոր կողմերը համաձայն լինեն, ապա արբիտրաժային վարույթները կանցկացվեն մեկ չեզոք դատավորի կողմից:

Արբիտրաժային ծառայությունների վճարումները և ծախսերը

Առողջապահական պլանը կվճարի չեզոք դատավորի ծառայությունների համար՝ Դատական ընթացակարգերի կանոնակարգով սահմանված որոշ դեպքերում: Բոլոր մյուս արբիտրաժային վարույթներում չեզոք դատավորի ծառայությունների ծախսերը պետք է կիսվեն Հայցվորների և Պատասխանողների միջև:

Եթե կողմերն ընտրում են կողմերի դատավորներ, ապա Հայցվորները պատասխանատու են իրենց կողմի դատավորի վարձավճարների և ծախսերի համար, իսկ Պատասխանողները՝ իրենց կողմի դատավորի վարձավճարների և ծախսերի համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Ծախսեր

Բացառությամբ չեզոք դատավորի ծառայությունների համար վերոնշյալ վճարների, ինչպես նաև բացառությամբ այն դեպքերի, երբ այլ բան է նախատեսված արբիտրաժային վարույթի համար՝ սույն «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթների համաձայն, յուրաքանչյուր կողմ պատասխանատու է կողմի փաստաբանի, վկաների վճարների և այլ ծախսերի համար, որոնք կատարվել են այդ ընթացքում՝ անկախ հայցի բնույթից կամ արբիտրաժային վարույթի արդյունքից:

Ընդհանուր դրույթներ

Հայցը մերժվում է և ընդմիջտ կասեցվում է, եթե (1) Արբիտրաժային հայցը հանձնելու ժամանակ հայցը լուծում է ստանում քաղաքացիական վեճերի կարգավորման ընթացակարգով, պատասխանողի համար այն կասեցվում է հայցի վաղեմության ժամկետի ընթացքում, (2) Հայցվորները ողջամտորեն չեն ներկայացնում արբիտրաժային հայցը՝ համաձայն Դատական ընթացակարգերի կանոնակարգի, կամ (3) արբիտրաժային լուծումները չեն սկսվում հինգ տարուց ավելի շուտ՝ (ա) Արբիտրաժային հայցը հանձնելու օրվանից սկսած՝ համաձայն սույնով սահմանված ընթացակարգերի, կամ (բ) քաղաքացիական հայցի հարուցման ամսաթվից սկսած: Չեզոք դատավորի կողմից հայցը կարող է մերժվել այլ հիմքերով՝ ավելի հիմնավոր պատճառով: Եթե կողմը ծանուցումը ինչպես հարկն է ստանալուց հետո չի մասնակցում արբիտրաժային լուծումներին, ապա չեզոք դատավորը իրավունք ունի կողմի բացակայությամբ լուծում տալու վեճին:

Մասնագիտական անփութության հետևանքով ստացած վնասվածքի կամ օրենքով թույլատրված ցանկացած այլ պահանջի հետ կապված հայցի համար կիրառվում է Կալիֆոռնիայի առողջական վնասվածքների փոխհատուցման բարեփոխման 1975 թվականի օրենքը (ներառյալ դրա ցանկացած փոփոխություն), այդ թվում՝ օրենքի այն բաժինները, որտեղ սահմանված են բժշկական ապահովագրության կամ հաշմանդամության նպաստի վճարման ապացույցներ ներկայացնելու իրավունքը, ոչ ֆինանսական կորուստների վերականգնման սահմանափակումը և փոխհատուցում ստանալու իրավունքը՝ հետագա վնասվածքների համար, որի համար նախատեսվում են պարբերական վճարումներ:

Արբիտրաժային վարույթները կարգավորվում են սույն «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթներով, Դաշնային արբիտրաժային ակտի 2-րդ բաժնի և արբիտրաժային վարույթին վերաբերող Կալիֆոռնիայի քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի դրույթներով, որոնք ուժի մեջ են մտնում կանոնադրության կիրառման պահին՝ Դատական ընթացակարգի կանոնակարգի հետ միասին՝ սույն «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթներին չհակասելով: Համաձայն Դաշնային արբիտրաժային ակտի 3-րդ և 4-րդ գլուխների համար կիրառվող կանոնի՝ սույն «Պարտադրող արբիտրաժի» բաժնի դրույթների համաձայն՝ արբիտրաժային վարույթ հարուցելու իրավունքը չպետք է մերժվի,



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

կասեցվի կամ այլ կերպ խոչընդոտվի այն պատճառով, որ անդամ հանդիսացող Կոդմի և Kaiser Permanente-ի Կոդմի միջև վեճը պարունակում է արբիտրաժային և ոչ արբիտրաժային պահանջներ, կամ այն պատճառով, որ արբիտրաժային վարույթի մեկ կամ մի քանի կողմ նույնպես հանդիսանում է երրորդ կողմի հետ չավարտված դատական հայցի կողմ, որը կապված է նույն կամ դրան առնչվող գործարքների հետ, և կարող է ստեղծել հակասական վճիռների կամ լուծումների հնարավորություն:

Ի. Իրավունքի փոխանցում

Դուք չեք կարող փոխանցել սույն **Անդամի ձեռնարկի** տնօրինման ձեր իրավունքը կամ ցանկացած այլ իրավունք, շահ, պարտավորություն, նպաստ կամ պարտականություն ուրիշի՝ առանց մեր նախնական գրավոր համաձայնության:

I. Փաստաբանի և իրավապաշտպանի ծառայությունների համար վճարման կարգը

Անդամի և Առողջապահական պլանի, Medical Group-ի կամ Kaiser Foundation Hospitals-ի միջև ցանկացած վեճի դեպքում յուրաքանչյուր կողմ կկրի իր վճարներն ու ծախսերը, այդ թվում՝ պաշտպանների, փաստաբանների ծառայությունների համար վճարները և այլ ծախսեր, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ օրենքով այլ բան նախատեսված չէ:

J. Նպաստների համակարգում

Եթե դուք ունեք այլ ապահովագրություն, դուք պետք է համատեղ օգտագործեք ապահովագրական ծածկույթները՝ որպես Senior Advantage Medicare Medi-Cal պլանի անդամ՝ վճարելու համար ձեր ստացած խնամքի համար: Սա կոչվում է «նպաստների համակարգում», քանի որ այն ենթադրում է ձեզ հասանելի բոլոր առողջապահական նպաստների համակարգում: Դուք կստանաք ձեր փոխհատուցվող բուժխնամքը ինչպես միշտ ցանցային բուժօժանություններ մատուցողների կողմից, իսկ մյուս ապահովագրական ծածկույթը, որը դուք ունեք, պարզապես կօգնի վճարել ձեր ստացած խնամքի համար:

Եթե ձեր մյուս ապահովագրական ծածկույթով է հիմնականում կատարվում վճարումը, այն հաճախ ձեր մասնաբաժնի վճարումները կատարում է անմիջապես մեզ և դուք ստիպված չեք լինում ինքներդ մեզ վճարել: Այնուամենայնիվ, եթե հիմնական ապահովագրական ծածկույթի ձեր պարտքը ուղարկվում է անմիջապես ձեզ, Medicare-ի օրենքով ձեզանից պահանջվում է, որպեսզի դուք վճարումը կատարեք մեզ: Երրորդ կողմի պարտավորությունների դեպքում հիմնական վճարումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս այս գլխի **Չ բաժինը**, իսկ աշխատողների փոխհատուցման դեպքում հիմնական վճարումների համար՝ տե՛ս այս գլխի **R բաժինը**:

? **Հարցերի դեպքում**, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Դուք պետք է տեղեկացնեք մեզ, եթե ունեք այլ բժշկական ապահովագրություն, ինչպես նաև ձեր լրացուցիչ ապահովագրության մեջ որևէ փոփոխության մասին:

K. Գործատուի պարտականությունները

Այն ծառայությունների համար, որոնք ըստ օրենքի պետք է գործատուն տրամադրի, մենք չենք վճարի գործատուին, իսկ եթե փոխհատուցենք այդ ծառայությունների համար, մենք կարող ենք գանձել ծառայությունների արժեքը գործատուից:

L. Անդամի ձեռնարկի դրույթները պարտադիր են անդամների համար

Սույն **Անդամի ձեռնարկում** ներկայացված ապահովագրական պլանը ընտրելով և նպաստների պայմանները ընդունելով՝ բոլոր անդամները, ովքեր ընդունակ են օրինականորեն պայմանագիր կնքել, և բոլոր օրինական ներկայացուցիչները այն անդամների, ովքեր ի վիճակի չեն պայմանագիր կնքել, համաձայնում են սույն **Անդամի ձեռնարկի** դրույթներին:

M. Պետական գործակալության պարտականությունները

Այն ծառայությունների համար, որոնք ըստ օրենքի պետք է միայն պետական գործակալությունը տրամադրի, մենք չենք վճարի պետական գործակալությանը, իսկ եթե փոխհատուցենք այդ ծառայությունների համար, մենք կարող ենք գանձել ծառայությունների արժեքը պետական գործակալությունից:

N. Անդամներին պատասխանատվությունից ազատում

Ցանցային բուժօրհանություններ մատուցողների հետ կնքված մեր պայմանագրով նախատեսվում է, որ դուք պատասխանատվություն չեք կրում մեր պարտքի համար: Այնուամենայնիվ, դուք պատասխանատվություն եք կրում ցանցային և ցանցից դուրս բուժօրհանություններ մատուցողների կողմից տրամադրված չփոխհատուցվող ծառայությունների ծախսերի համար:

O. Պատասխանատվությունից չհրաժարվելու հայտարարություն

Սույն **Անդամի ձեռնարկի** որևէ պայմանին չհետևելու մեր անկարողությունը չի ենթադրում մեր կողմից այդ և ցանկացած այլ պայմանից հրաժարում և չի սահմանափակում մեր իրավունքը դրանից հետո ձեզնից պահանջելու խստորեն հետևել բոլոր դրույթներին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

P. Ծանուցումներ

Ձեր ծանուցումները մենք կուղարկենք մեզ տրամադրված ձեր ամենավերջին հասցեով: Դուք պատասխանատու եք ձեր հասցեի ցանկացած փոփոխության մասին մեզ ծանուցելու համար: Եթե տեղափոխվում եք, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին (հեռախոսահամարները կգտնեք այս բուկլետի դարձերեսին) և Սոցիալական ապահովության բաժին՝ **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) հնարավորինս շուտ մեզ տեղեկացնելու համար ձեր հասցեի փոփոխության մասին:

Q. Գերավճարի վերականգնում

Մենք կարող ենք հետ գանձել մեր կատարած գերավճարը ցանկացածից, ով ծառայությունների համար ստացել է այդ գերավճարը, կամ ցանկացած անձից կամ կազմակերպությունից, որը պարտավոր էր վճարել ծառայությունների համար:

R. Երրորդ կողմի պարտականությունները

Երրորդ կողմերը, ովքեր ձեր վնասվածքի կամ հիվանդության պատճառ են դարձել (և/կամ նրանց ապահովագրական ընկերությունները), սովորաբար Medicare-ից կամ մեր պլանից առաջ պետք է վճարում կատարեն: Հետևաբար, մենք իրավասու ենք հետամուտ լինելու, որպեսզի նրանց կողմից առաջինը կատարվեն վճարումները: Եթե ձեզ լուծում է առաջարկվում երրորդ կողմից կամ նրա անունից, ով ձեր վնասվածքի կամ հիվանդության պատճառն է հանդիսացել, որի համար դուք ստացել եք փոխհատուցվող ծառայություններ, դուք պետք է համոզված լինեք, որ մեզ հետ կվերադարձվի ձեր ստացած ծառայությունների համար մեր վճարած գումարը:

Նշում՝ «Երրորդ կողմի պարտականությունները» բաժնի դրույթները չեն ազդում ծառայությունների ծախսերի ձեր մասնաբաժնի վճարման հետ կապված ձեր պարտավորությունների վրա:

Օրենքով թույլատրված կամ պահանջվող չափով, մենք կարող եք ստանձնել ձեր կողմից պահանջ կամ բողոք ներկայացնելու և այլ իրավունքները, որոնք դուք կարող եք ունենալ երրորդ կողմի կամ ապահովագրողի, պետական ծրագրի կամ դրամական վնասի փոխհատուցման այլ աղբյուրի նկատմամբ՝ վնասների փոխհատուցման հետ կապված՝ երրորդ կողմի կողմից ենթադրաբար պատճառված վնասվածքի կամ հիվանդության պատճառով: Մենք կստանձնենք ձեր իրավունքները այն պահից, երբ փոստով կամ գրավոր ծանուցմամբ ձեզ կամ ձեր փաստաբանին կտեղեկացնենք այս տարբերակի մասին:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY **711**), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Մեր իրավունքները պաշտպանելու համար մենք կունենանք պարտապանի գույքի վրա արգելանք դնելու և գումարի բռնագանձման իրավունք ցանկացած դատավճռի կամ կարգավորման արդյունքում, որը դուք կամ մենք ստանում ենք երրորդ կողմի նկատմամբ, որով վնասի համար փոխհատուցվում է այլ ապահովագրական ծածկույթներով, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ պատասխանատվություն, չապահովագրված ավտովարորդ, թերապահովագրված վարորդ, աշխատողների փոխհատուցում, անձնական վնասվածք, բժշկական վճարումներ և առաջին կողմին առնչվող այլ ապահովագրական ծածկույթներ: Ցանկացած դատավճռից կամ կարգավորումից ստացված հասույթը, որը դուք կամ մենք ձեռք կբերեք, նախ պետք է կիրառվի մեր գույքի վրա արգելանքը հանելու համար՝ անկախ նրանից՝ դուք ապաքինվել եք, թե ոչ, և անկախ նրանից՝ հասույթի ընդհանուր գումարը պակաս է ձեր կրած իրական կորուստներից և վնասներից, թե ոչ: Մենք պարտավոր չենք ձեր կողմից վարձված փաստաբանի ծառայությունների համար վճարել՝ ձեր վնասների հատուցման պահանջը հետամուտ լինելու համար: Եթե դուք մեր գումարը հետ վերադարձնեք՝ առանց իրավական գործողությունների անհրաժեշտության, մենք ձեր գնումների համար զեղչ կկիրառենք: Եթե մենք պետք է հետամուտ լինենք՝ մեր շահերը պաշտպանելու համար, ապա գնումների համար ձեզ զեղչ չի տրամադրվի:

Երրորդ կողմի դեմ հայց կամ դատական հայց ներկայացնելուց հետո 30 օրվա ընթացքում դուք պետք է գրավոր ծանուցում ուղարկեք հայցի կամ դատական հայցի մասին՝

The Rawlings Group
Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
Ֆաքս՝ 1-502-753-7064

Որպեսզի մենք որոշենք, թե ինչ իրավունքներ ունենք և իրացնենք այդ իրավունքները, դուք պետք է լրացնեք և ուղարկեք մեզ բոլոր համաձայնությունները, լիազորագրերը, թույլտվությունները, հանձնարարագրերը և այլ փաստաթղթեր՝ ներառյալ գույքի վրա արգելանք դնելու ձևերը, որտեղ նշված է, թե ինչպես կարող է ձեր փաստաբանը, երրորդ կողմը, երրորդ կողմի ապահովագրողը անմիջապես մեզ վճարում կատարել: Դուք չեք կարող մերժել, բացառել կամ նվազեցնել սույն դրույթով հաստատված մեր իրավունքները՝ առանց մեր նախօրոք գրավոր համաձայնության:

Եթե ձեր հարազատը, ծնողը կամ խնամակալը հայց է ներկայացնում երրորդ անձի դեմ՝ կապված ձեր վնասվածքի կամ հիվանդության հետ, և ցանկացած դատավճռով կամ կարգավորմամբ ձեր հարազատին, ծնողին կամ խնամակալին փոխհատուցվում է պատճառված վնասի համար, ձեր հարազատի, ծնողի կամ խնամակալի նկատմամբ մենք կարող ենք կիրառել նույն արգելանքները, ունենալ նույն իրավունքները և ներկայացնել նույն պահանջները, ինչ երրորդ կողմի նկատմամբ: Մենք կարող ենք մեզ իրավունք վերապահել՝ կիրառելու մեր արգելանքները և իրացնելու մեր այլ իրավունքները:

S. ԱՄՆ Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչություն

Մենք չենք վճարում Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությանը զինվորական ծառայության հետ կապված ցանկացած ծառայության համար, որոնց համար ըստ օրենքի՝ պետք է վճարի Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությունը, իսկ եթե փոխհատուցում ենք այդ ծառայությունների համար, ապա կարող ենք հետ պահանջել մեր գումարը Վետերանների հարցերով զբաղվող վարչությունից:

T. Աշխատողներին փոխհատուցում կամ գործատուի պարտավորությունները

Աշխատողներին փոխհատուցումը սովորաբար պետք է կատարվի Medicare-ի կամ մեր պլանի վճարումից առաջ: Հետևաբար, մենք իրավասու ենք հետամուտ լինելու, որպեսզի առաջինը փոխհատուցումը կատարի գործատուն՝ աշխատողներին փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն: Դուք կարող եք իրավունք ունենալ վճարումներ կամ այլ նպաստներ ստանալու, այդ թվում՝ որպես փոխհատուցում ձեզ տրամադրվի գումար (միասին՝ «Ֆինանսական նպաստ»)՝ աշխատողներին փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն: Մենք ձեզ կտրամադրենք փոխհատուցվող ծառայություններ, նույնիսկ եթե պարզ չէ՝ դուք իրավունք ունե՞ք Ֆինանսական նպաստ ստանալու, թե՞ ոչ, բայց մենք կարող ենք հետ գանձել ցանկացած փոխհատուցված ծառայության գումարը՝ հետևյալ աղբյուրներից՝

- Ֆինանսական նպաստ տրամադրող ցանկացած աղբյուրից կամ նրանից, ով պետք է Ֆինանսական նպաստ վճարվի:
- Ձեզնից այն չափով, որքան Ֆինանսական նպաստը տրամադրվել կամ վճարվել է, կամ կստանայիք այն, եթե փորձել եք ներկայացնել Ֆինանսական նպաստ ստանալու ձեր իրավունքները՝ աշխատողներին փոխհատուցման կամ գործատուի պարտավորությունների մասին օրենքի համաձայն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Մ. Փոխնակ մայրություն

Այն իրավիճակներում, երբ անդամը դրամական փոխհատուցում է ստանում՝ որպես փոխնակ մայր հանդես գալու համար, մեր պլանը անդամից կպահանջի երեխայի, հղիության և/կամ ծննդաբերության հետ կապված մեր կողմից փոխհատուցված ծառայությունների ծախսերի վերադարձ: Փոխնակ մայրությունը ենթադրում է պայմանավորվածություն, երբ կինը համաձայնում է հղիանալ և երեխային հանձնել մեկ այլ անձի կամ անձանց, ովքեր մտադիր են մեծացնել երեխային:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815** (TTY 711), առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Գլուխ 12. Կարևոր տերմինների սահմանումներ

Ներածություն

Այս բաժնում ներկայացված են այն հիմնական տերմինները, որոնք օգտագործվում են սույն **Անդամի ձեռնարկում**, և դրանց սահմանումները: Տերմինները ներկայացված են այբբենական կարգով: Եթե չեք գտնում ձեր որոնած սահմանումը, կամ եթե ձեզ անհրաժեշտ է ավելի շատ տեղեկատվություն, քան սահմանումն է պարունակում, դիմեք Անդամների սպասարկման բաժին:

Ամենօրյա կենսագործունեություն (ADL). Այն գործողություններն են, որոնք մարդիկ սովորաբար անում են առօրյա կյանքում՝ ուտելը, զուգարանից օգտվելը, հագնվելը, լողանալը կամ ատամները մաքրելը:

Վարչական իրավունքի դատավոր. Դատավոր, որը վերանայում է 3-րդ մակարդակի բողոքարկումը:

AIDS Drug Assistance ծրագիր (ADAP). Ծրագիր, որն օգնում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ով ապրող իրավասու անհատներին օգտվելու կյանքը փրկող ՄԻԱՎ-ի դեղամիջոցներից:

Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն (ASC). Հաստատություն, որը տրամադրում է ամբուլատոր վիրահատական ծառայություններ այն հիվանդներին, ովքեր հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեն, և ում համար 24 ժամից ավելի խնամք չի պահանջվում:

Բողոքարկում. Մեր գործողությունները վիճարկելու եղանակ, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Կարող եք մեզնից պահանջել փոխհատուցման որոշում՝ բողոքարկման հայց ներկայացնելով: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** ներկայացված են տեղեկություններ բողոքարկման մասին, ինչպես նաև, թե ինչպես կարող եք բողոքարկել:

Վարքագծային խնդիրներ. Հոգեկան խնդիրների և թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների ծառայությունների համար ընդհանուր սահմանում:

Օրիգինալ դեղամիջոց. Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոց, որը պատրաստվում և վաճառվում է այն ընկերության կողմից, որը դեղամիջոցի սկզբնական արտադրողն է: Օրիգինալ դեղամիջոցներն ունեն սույն բաղադրիչները, ինչ դեղամիջոցների գեներիկ տարբերակները: Գեներիկ դեղերը սովորաբար պատրաստվում և վաճառվում են այլ դեղագործական կազմակերպությունների կողմից:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար**, այցելեք **kp.org/medicare**:

Բուժխամքի համակարգող. Այն անձն է, ով հիմնականում համագործակցում է ձեզ հետ, առողջապահական պլանի և ձեր խնամքի բուժժառայություններ մատուցողների հետ՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ բուժխնամքը:

Բուժխնամքի պլան. Տե՛ս՝ «Անհատականացված խնամքի պլան»:

Խնամքի պլանի ընտրովի ծառայություններ (CPO ծառայություններ). Լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք ընտրովի են և ներառված են ձեր Անհատականացված խնամքի պլանում (ICP): Այս ծառայությունները նախատեսված չեն փոխարինելու երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, որոնք դուք իրավասու եք ստանալու Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթով:

Բուժխնամքի թիմ. Տե՛ս՝ «Բազմապրոֆիլ բուժխնամքի թիմ»:

Ղեկատվման դեղերի ընդհանուր ծախսերի համար սահմանված առավելագույն սահմանաչափը լրանալու փուլ. Medicare D մասի դեղերի նպաստի փուլը, որի ժամանակ մեր պլանը վճարում է ձեր դեղերի բոլոր ծախսերը մինչև տարեվերջ: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ դուք (կամ ձեր անունից լիազորված այլ անձիք) տարվա ընթացքում ծախսել եք **\$8,000** Medicare-ի D մասով սահմանված ծածկույթի ապահովագրված դեղերի համար: Վճարային այս փուլում, ապահովագրական պլանը փոխհատուցում է ձեր դեղերի ողջ գումարը՝ ներառված Medicare D մասի ծածկույթում: Դուք ոչինչ չեք վճարում :

Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոններ (CMS). Medicare-ի ծառայությունների համար պատասխանատու դաշնային գործակալությունը: **Անդամների ձեռնարկի 2-րդ գլխում** բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք կապվել CMS-ի հետ:

Մեծահասակների համայնքային ծառայություններ (CBAS). Ամբուլատոր, հաստատությունում տրամադրվող սպասարկման ծրագիր, որը տրամադրում է մասնագիտացված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, էրգոթերապիա և խոսքային թերապիա, անձնական խնամք, ընտանիքի անդամի/խնամակալի թրեյնինգ և աջակցություն, սննդի հետ կապված ծառայություններ, տրանսպորտ և այլ ծառայություններ այն անդամներին, ովքեր համապատասխանում են անհրաժեշտ չափանիշներին:

Բողոք. Գրավոր կամ բանավոր հայտարարագիր, որտեղ ներկայացված է, որ դուք փոխհատուցվող ծառայությունների կամ խնամքի ծառայությունների հետ կապված խնդիր կամ մտահոգություն ունեք: Սա ներառում է ցանկացած մտահոգություն՝ ծառայության որակի, ձեր խնամքի որակի, մեր ցանցի բուժժառայություններ մատուցողների կամ մեր ցանցային դեղատների ծառայությունների հետ կապված: «Բողոք ներկայացնելու» իրավական տերմինն է «Գանգատ ներկայացնել»:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare**:

Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատություն (CORF).

Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ՝ հիվանդությունից, դժբախտ պատահարից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո: Այն տրամադրում է մի շարք ծառայություններ, այդ թվում՝ ֆիզիոթերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, մասնագիտական թերապիա, խոսքի թերապիա և տնային պայմանների գնահատման ծառայություններ:

Համավճար. Ֆիքսված գումար, որը դուք վճարում եք՝ որպես ծախսերի ձեր մասնաբաժինը ամեն անգամ, երբ ստանում եք որոշակի ծառայություն կամ դեղատոմսային դեղորայք: Օրինակ՝ դուք կարող եք վճարել \$2 կամ \$5՝ ծառայության կամ դեղատոմսային դեղերի համար:

Ծախսերի բաշխում. Որոշակի գումար, որը դուք պետք է վճարեք, երբ ստանում եք որոշակի ծառայություններ կամ դեղատոմսային դեղեր: Ծախսերի բաշխումը ենթադրում է որոշակի համավճարներ:

Փոխհատուցման որոշում. Որոշում այն մասին, թե ինչ նպաստների համար ենք մենք փոխհատուցում: Մա ներառում է փոխհատուցվող դեղերի և ծառայությունների վերաբերյալ որոշումներ կամ այն գումարի չափը, որը մենք վճարում ենք ձեր առողջապահական ծառայությունների համար: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք մեզնից փոխհատուցման որոշում պահանջել:

Փոխհատուցվող դեղեր. Այս տերմինով մենք անվանում ենք բոլոր դեղատոմսով և առանց դեղատոմսի (OTC) բաց թողնվող դեղերը, որոնք փոխհատուցվում են մեր պլանով:

Փոխհատուցվող ծառայություններ. Մա ընդհանուր առողջապահական խնամքի, երկարաժամկետ ծառայությունների ու աջակցության, բժշկական պարագաների, դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի, սարքավորումների և մեր պլանով ապահովագրված այլ ծառայությունների համար օգտագործվող ընդհանուր տերմինն է:

Մշակութային իրազեկվածության թրեյնինգ. Թրեյնինգ, որը մշակութային առանձնահատկությունների մասին լրացուցիչ գիտելիքներ է հաղորդում մեր բուժօժանդություններ մատուցողներին, որոնք օգնում են նրանց ավելի լավ հասկանալու ձեր ծագումը, արժեքները և համոզմունքները՝ ծառայությունները հարմարեցնելու ձեր սոցիալական, մշակութային և լեզվական կարիքներին:

Առողջապահական խնամքի ծառայությունների վարչություն (DHCS).

Կալիֆոռնիայի նահանգային վարչությունը, որը ղեկավարում է Medicaid ծրագիրը (հայտնի է որպես Medi-Cal):



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare**:

Կառավարվող բուժխնամքի վարչություն (Department of Managed Health Care, DMHC). Կալիֆոռնիայի նահանգային վարչությունը, որը պատասխանատու է բժշկական ապահովագրության ծրագրերի կարգավորման համար: DMHC-ն օգնում է մարդկանց Medi-Cal-ի ծառայությունների հետ կապված գանգատների և բողոքների դեպքում: DMHC-ը նաև իրականացնում է Անկախ բժշկական վերանայում (IMR):

Գրանցումից դուրս գալ. Մեր պլանում ձեր անդամակցությունը դադարեցնելու գործընթաց: Անդամակցությունը կարող է լինել կամավոր (ձեր ընտրությամբ) կամ ոչ կամավոր (ոչ ձեր ընտրությամբ):

Drug management ծրագիր (DMP). Ծրագիր, որն օգնում է համոզվել, որ անդամներն ապահով կերպով օգտագործում են դեղատոմսով տրվող օփիոիդներ և հաճախակի չարաշահվող այլ դեղամիջոցներ:

Հատուկ կարիքների ծրագիր՝ երկու պլաններից օգտվելու իրավունք ունեցողների համար (D-SNP). Առողջապահական պլան, որը սպասարկում է իրավասու անհատներին օգտվելու և՛ Medicare և՛ Medicaid ապահովագրությունից: Մեր պլանը D-SNP (երկու պլաններից օգտվելու իրավունք ունեցողների համար նախատեսված ծրագիր) ծրագիր է:

Երկարաժամկետ օգտագործման բժշկական սարքավորումներ (DME). Կան պարագաներ, որոնք ձեր բժիշկը պատվիրում է՝ ձեր տանը օգտագործելու համար: Այդպիսի պարագաներ են՝ հաշմանդամի սայլակները, հենակները, տաքացվող ներքնակները, դիաբետի խնամքի պարագաները, հիվանդանոցային մահճակալները՝ տնային պայմաններում օգտագործելու համար, ներերակային (IV) ինֆուզիոն պոմպերը, խոսքի արտաբերումը խթանող սարքերը, թթվածնային սարքերը և օժանդակ պարագաները, ներուլայզերները և քայլակները:

Շտապ օգնություն. Շտապ բժշկական օգնություն, երբ վիճակն այնքան լուրջ է, որ միջին առողջապահական և բժշկական գիտելիքներ ունեցող անձը կարծում է, որ պետք է անհապաղ բժշկական օգնություն ցուցաբերվի՝ կանխելու մահը, մարմնի մասի կորուստը, մարմնի ֆունկցիայի խանգարումը կամ լուրջ խնդիրը: Բժշկական ախտանշանները կարող են լինել հիվանդություն, վնասվածք, ուժեղ ցավ կամ առողջական այլ վիճակ, որն արագորեն վատթարանում է:

Շտապ բուժօգնություն. Փոխհատուցվող ծառայությունները այն ծառայություններն են, որոնք տրամադրվում են բուժօժանդակություն մատուցողի կողմից, որը վերապատրաստվել է շտապ օգնության ծառայություններ մատուցելու և առողջական կամ վարքագծային խնդիրների հետ կապված արտակարգ իրավիճակներում բուժօգնություն ցուցաբերելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Բացառություն. Սովորաբար չփոխհատուցվող դեղամիջոցի համար փոխհատուցում ստանալու կամ դեղն առանց որոշակի կանոնների և սահմանափակումների օգտագործելու թույլտվություն:

Բացառված ծառայություններ. Ծառայություններ, որոնք ապահովագրված չեն այս առողջապահական պլանով:

Լրացուցիչ օգնություն. Medicare-ի ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և հնարավորություններով մարդկանց կրճատել Medicare-ի D մասի դեղատոմսային դեղերի ծախսերը՝ ապահովագրավճարները, չհատուցվող գումարի (ֆրանշիզա) չափը և համավճարները: Լրացուցիչ օգնությունը կոչվում է նաև «Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդիա» կամ «LIS»:

Գեներիկ դեղ. Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղամիջոց, որը հաստատվել է դաշնային կառավարության կողմից՝ օրիգինալ դեղամիջոցի փոխարեն օգտագործելու համար: Գեներիկ դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրիչները, ինչ օրիգինալ դեղերը: Դրանք սովորաբար ավելի էժան են և նույն արդյունավետությունն ունեն, ինչ օրիգինալ դեղերը:

Գանգատ. Ձեր բողոքը՝ ներկայացված մեր կամ մեր ցանցի բուժծառայություն մատուցողի կամ դեղատներից որևէ մեկի դեմ: Այն ներառում է ցանկացած բողոք՝ ձեր բուժխնամքի որակի կամ առողջապահական պլանի կողմից մատուցվող ծառայության որակի հետ կապված:

Բժշկական ապահովագրության խորհրդատվության և շահերի պաշտպանության ծրագիր (HICAP). Ծրագիրը տրամադրում է անվճար և օբյեկտիվ տեղեկատվություն և խորհրդատվություն Medicare-ի վերաբերյալ: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլխում** բացատրվում է, թե ինչպես կարող եք կապ հաստատել HICAP-ի հետ:

Առողջապահական պլան. Կազմակերպություն, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարաժամկետ ծառայություններ մատուցողներից և այլ բուժծառայություններ մատուցողներից: Այն նաև ունի բուժխնամքի համակարգողներ, որոնք կօգնեն ձեզ կառավարել ձեր բոլոր բուժծառայություններ մատուցողների կողմից տրամադրվող խնամքը և ծառայությունները: Նրանք բոլորը համագործակցում են՝ ձեզ անհրաժեշտ բուժսպասարկում տրամադրելու համար:

Առողջության ռիսկի գնահատում (HRA). Ձեր հիվանդության պատմության և ընթացիկ առողջական վիճակի վերանայում: Այն նախատեսված է՝ հասկանալու համար ձեր առողջական վիճակը, և թե ինչպես այն կարող է փոխվել հետագայում:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Տնային բուժաշխատողի օգնություն. Լիցենզավորված բուժքրոջ կամ թերապևտի կարողություններ չպահանջող ծառայություններ, օրինակ՝ անձնական խնամքի հետ կապված օգնությունը (լողանալը, գուգարանից օգտվելը, հագնվելը կամ սահմանված վարժությունների կատարումը), որոնք տրամադրվում են համապատասխան աշխատողի կողմից: Տնային բուժաշխատողները չունեն բուժքույրական լիցենզիա և թերապևտիկ ծառայություններ չեն տրամադրում:

Հոսփիսային խնամք. Խնամքի և աջակցության ծրագիր՝ օգնելու անբուժելի հիվանդներին, որպեսզի կյանքի վերջում հարմարավետ ապրեն: Վերջնական կանխատեսումը նշանակում է, որ անձը ստացել է անբուժելի հիվանդի բժշկական վկայական, ինչը նշանակում է 6 ամսվա կամ ավելի քիչ ժամկետով կյանքի տևողություն:

Այն գրանցված անդամը, ով անբուժելի հիվանդ է, իրավունք ունի ընտրելու հոսփիսային խնամք:

Մասնագետների և խնամողների հատուկ պատրաստված թիմը ամբողջությամբ հոգ է տանում անձի կարիքները՝ ներառյալ ֆիզիկական, էմոցիոնալ, սոցիալական և հոգևոր կարիքները:

Մեզնից պահանջվում է ձեզ տրամադրել ձեր աշխարհագրական տարածքում տեղակայված հոսփիսային խնամք մատուցողների ցուցակը:

Միալ/անտեղի վճարում. Այն իրավիճակը, երբ բուժծառայություններ մատուցողը (օրինակ՝ բժիշկը կամ հիվանդանոցը) ձեզնից ավելի շատ գումար է գանձում, քան ծառայությունների համար կատարված ծախսերի մեր մասնաբաժինն է: Զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին, եթե ստացել եք անհասկանալի հաշիվներ:

Որպես պլանի անդամ՝ դուք վճարում եք համավճարը միայն այն ժամանակ, երբ ստանում եք մեր կողմից փոխհատուցվող ծառայությունները: Մենք թույլ չենք տալիս բուժծառայություններ մատուցողներին այդ գումարից ավելի ձեզ հաշիվ ներկայացնել:

Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS). IHSS ծրագիրը կօգնի վճարել ձեզ մատուցվող ծառայությունների համար, որպեսզի կարողանաք ապահով մնալ ձեր սեփական տանը: IHSS-ը այլընտրանք է տանից դուրս խնամք ստանալու համար, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցները կամ գիշերօթիկ և խնամքի հաստատությունները: IHSS ծրագրով թույլատրվող ծառայությունների տեսակներն են՝ տան մաքրություն, ճաշի պատրաստում, լվացք, մթերքի գնում, անձնական խնամքի ծառայություններ (օրինակ՝ աղիքների և միզապարկի խնամք, լոզանք, հարդարանք և բուժօգնություն), բժշկական հանդիպումներին ուղեկցելը և մտավոր խնդիրներ ունեցողների պաշտպանական հսկողությունը: Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայության գործակալությունները վերահսկվում են IHSS-ի կողմից:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Անկախ բժշկական վերանայում (IMR). Եթե մենք մերժում ենք ձեր բուժժառայությունների կամ բուժման հետ կապված ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել: Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, և ձեր խնդիրը վերաբերում է Medi-Cal-ի ծառայությանը, այդ թվում՝ DME-ին ու դեղերին, կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում պահանջել Կալիֆորնիայի կառավարվող բուժխնամքի վարչությունից: Անկախ բժշկական վերանայումը ձեր գործի վերանայումն է բժիշկների կողմից, ովքեր մեր պլանի հետ կապ չունեն: Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումը ի նպաստ ձեզ է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք ոչ մի ծախս չեք անում Անկախ բժշկական վերանայման համար:

Անկախ վերանայման կազմակերպություն (IRO). Medicare-ի կողմից վարձվող անկախ կազմակերպություն է, որը ստուգում է 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը: Այն մեզ հետ կապ չունի և չի հանդիսանում պետական գերատեսչություն: Այս կազմակերպությունն է որոշում մեր կողմից կայացված որոշումների ճշտությունը կամ դրանց փոփոխումը: Medicare-ը վերահսկում է իր աշխատանքը: Պաշտոնական անվանումն է «Անկախ վերանայման մարմին»:

Անհատականացված խնամքի պլան (ICP կամ Խնամքի պլան). Պլանում նշված է, թե ինչ ծառայություններ են ձեզ անհրաժեշտ և ինչպես կարող եք դրանք ստանալ: Ձեր պլանում կարող են ներառված լինել բժշկական ծառայություններ, վարքագծային խնդիրների բուժման ծառայություններ, երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

Սկզբնական փոխհատուցման փուլ. Սա այն փուլն է, որը նախորդում է Medicare D մասով ապահովագրվող դեղերի ծախսերի ընդհանուր գումարին, որը հասնում է **\$8,000-ի**: Այն ներառում է ձեր վճարած գումարները, այն գումարները, որոնք մեր պլանը վճարել է ձեր անունից, ինչպես նաև ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդիան: Այս փուլում մենք վճարում ենք ձեր դեղերի ծախսերի մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը:

Ստացիոնար. Տերմինն օգտագործվում է, երբ դուք պաշտոնապես ընդունվում եք հիվանդանոց՝ մասնագիտացված բժշկական ծառայությունների համար: Եթե դուք պաշտոնապես չեք ընդունվել հիվանդանոց, դուք դեռ կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ՝ ստացիոնարի փոխարեն, նույնիսկ եթե զիջերում եք հիվանդանոցում:

Բազմապրոֆիլ բուժխնամքի թիմ (ICT կամ Բուժնամքի թիմ). Ձեր բուժխնամքի թիմի մեջ կարող են մտնել բժիշկները, բուժքույրերը, խորհրդատուները կամ առողջապահական այլ մասնագետներ, ովքեր կօգնեն ձեզ ստանալ անհրաժեշտ խնամք: Ձեր բուժխնամքի թիմը նաև համագործակցում է ձեզ հետ՝ խնամքի ծրագիր կազմելու համար:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare**:

Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ (Դեղացանկ). Դրանք դեղատոմսով և OTC դեղերն են, որոնք մենք փոխհատուցում ենք: Մենք ընտրում ենք այս ցանկի դեղերը բժիշկների և դեղագետների խմբի օգնությամբ: Դեղացանկում նշված է, թե ինչ կանոններ կան, որոնց դուք պետք է հետևեք՝ ձեր դեղերը ստանալու համար: Դեղացանկը երբեմն կոչվում է «դեղաբանական տեղեկատու»:

Երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն (LTSS). Երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության ծրագիրը ձեզ օգնում է բարելավել ձեր առողջական վիճակը երկար ժամանակ: Այս ծառայությունների մեծ մասն օգնում են ձեզ մնալ տանը՝ բուժքույրական հաստատություն կամ հիվանդանոց գնալու փոխարեն: LTSS-ը լինելով մեր ծրագրի ծածկույթում, ներառում է Համայնքի վրա հիմնված ծառայություններ, բուժքույրական հաստատություններ (NF) և Համայնքային աջակցության կենտրոններ: IHSS և 1915(c) հրաժարման ծրագրերը Medi-Cal LTSS ծրագրեր են, որոնք տրամադրվում են մեր ապահովագրական պլանից դուրս:

Ցածր եկամուտներ ունեցողների սուբսիդիա (LIS). Տե՛ս «Լրացուցիչ օգնությունը»:

Փոստային պատվերի ծրագիր. Որոշ պլաններ կարող են առաջարկել փոստային պատվերի ծրագիր, որը թույլ է տալիս ստանալ մինչև 3 ամսվա դեղերի մատակարարում ձեր փոխհատուցվող դեղատոմսային դեղերի համար, որոնք ուղարկվում են անմիջապես ձեր տուն: Սա ծախսերի տեսանկյունից արդյունավետ և հարմար միջոց է՝ ձեր կողմից կանոնավոր ընդունվող դեղերը ստանալու համար:

Medi-Cal. Սա Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը կառավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում նահանգային և դաշնային կառավարության կողմից:

- Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության, ինչպես նաև բժշկական ծախսերի համար:
- Այն վճարում է լրացուցիչ ծառայությունների և որոշ դեղերի համար, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի կողմից:
- Medicaid-ի ծրագրերը տարբերվում են ըստ նահանգի, սակայն ձեր բուժխնամքի ծախսերի մեծ մասը փոխհատուցվում է, եթե դուք կարող եք օգտվել թե՛ Medicare-ից, և թե՛ Medi-Cal-ից:

Medi-Cal-ի պլաններ. Դրանք այն պլաններն են, որոնցով փոխհատուցվում են միայն Medi-Cal-ի նպաստները, օրինակ՝ երկարաժամկետ ծառայություններն ու աջակցությունը, բժշկական սարքավորումները և տրանսպորտը: Medicare-ի նպաստները դրանց մեջ չեն մտնում:

Medicaid (կամ բժշկական օգնություն). Դաշնային կառավարության և նահանգի կողմից իրականացվող ծրագիր, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտներով և ռեսուրսներով մարդկանց վճարել երկարաժամկետ ծառայությունների և աջակցության և բժշկական ծախսերի համար: Medi-Cal-ը Կալիֆորնիա նահանգի Medicaid ծրագրի անվանումն է:

Բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ. Այդպես բնորոշվում են այն ծառայությունները, օժանդակ պարագաները կամ դեղերը, որոնք ձեզ անհրաժեշտ են՝ կանխելու, ախտորոշելու կամ բուժելու համար ձեր առողջական խնդիրը կամ ձեր առողջության պահպանման համար: Այն ներառում է այն խնամքը, որը կանխում է ձեր հիվանդանոցում կամ բուժքույրական խնամքի հաստատությունում հայտնվելը: Այն նաև նշանակում է, որ ծառայությունները, օժանդակ պարագաները և դեղերը համապատասխանում են բժշկական չափանիշներին:

Medicare. Դաշնային բուժապահովագրական ծրագիր՝ նախատեսված 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց, 65 տարեկանից փոքր հաշմանդամություն ունեցող որոշ անձանց և երիկամային հիվանդության վերջին փուլում գտնվող անձանց համար (մշտական երիկամային անբավարարություն, որի համար պահանջվում է դիալիզ կամ երիկամի փոխպատվաստում): Medicare ունեցողները կարող են օգտվել իրենց Medicare-ի բուժապահովագրությունից Original Medicare կամ կառավարվող խնամքի պլանով (տե՛ս «Առողջապահական պլան»):

Medicare Advantage. Medicare ծրագիրը նաև հայտնի է որպես «Medicare-ի C բաժին» կամ «MA», որն առաջարկում է MA ծրագրեր՝ մասնավոր ընկերությունների միջոցով: Medicare-ը վճարում է այս ընկերություններին՝ ձեր Medicare-ի նպաստները փոխհատուցելու համար:

Medicare Բողոքարկման խորհուրդ (խորհուրդ). Խորհուրդ, որը վերանայում է 4-րդ մակարդակի բողոքարկումը: Խորհուրդը դաշնային կառավարության մաս է կազմում:

Medicare-ի փոխհատուցվող ծառայություններ. Medicare-ի A և B մասերով փոխհատուցվող ծառայությունները: Medicare-ի բոլոր առողջապահական պլանները, ներառյալ մեր պլանը, պետք է փոխհատուցեն բոլոր այն ծառայությունները, որոնք գտնվում են Medicare-ի A և B մասերի ծածկույթի ներքո:

Medicare-ի շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP). Առողջության վարքագծի կառուցվածքային մոդելի ծրագիր, որն ապահովում է երկարաժամկետ սննդակարգի փոփոխություն, բարձր ֆիզիկական ակտիվություն և քաշի կորստի և առողջ ապրելակերպի մարտահրավերները հաղթահարելու ռազմավարություններ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare**:

Medicare-ի և Medi-Cal-ի պլաններում գրանցված անձ. Այն անձն է, ում հասնում է Medicare-ի և Medi-Cal-ի ապահովագրական ծածկույթ: Medicare Medicaid-ում գրանցվածը անձը կոչվում է նաև «երկու պլաններից օգտվելու իրավունք ունեցող անձ»:

Medicare-ի A բաժին. Medicare-ի ծրագիր, որը փոխհատուցում է բժշկական առումով անհրաժեշտ հիվանդանոցային, մանագիտացված բուժքույրական հաստատության, տնային առողջապահական և հոսփիսային խնամքի համար:

Medicare-ի B բաժին. Medicare ծրագիր, որը փոխհատուցում է ծառայությունների համար (օրինակ՝ լաբորատոր հետազոտություններ, վիրահատություններ և բժիշկների մոտ այցեր) և բժշկական պարագաներ (օրինակ՝ հաշմանդամի սայլակներ և քայլակներ), որոնք բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ են՝ հիվանդությունը կամ առողջական խնդիրը բուժելու համար: Medicare-ի B բաժնում նաև ներառված են բազմաթիվ պրոֆիլակտիկ և հետազոտական ծառայություններ:

Medicare-ի C բաժին. Medicare-ի ծրագիր, որը նաև հայտնի է որպես «Medicare Advantage» կամ «MA» ծրագիր, որը թույլ է տալիս առողջության ապահովագրության ընկերություններին տրամադրել Medicare նպաստներ MA ապահովագրական պլանի միջոցով:

Medicare-ի D բաժին. Medicare-ի դեղատոմսային դեղերի նպաստի ծրագիր: Այս ծրագիրը կրճատ կոչվում է D բաժին: Medicare-ի D մասը փոխհատուցում է ամբուլատոր բուժման դեղատոմսային դեղերի, պատվաստանյութերի և որոշ բժշկական պարագաների համար, որոնք չեն փոխհատուցվում Medicare-ի A կամ B մասով կամ Medicaid-ով: Մեր առողջապահական պլանի մեջ է մտնում Medicare-ի D բաժինը:

Medicare-ի D մասի դեղեր. Medicare-ի D մասով փոխհատուցվող դեղեր: Կոնգրեսը հատուկ բացառում է դեղերի որոշ կատեգորիաներ Medicare-ի D մասի ապահովագրական ծածկույթում ներառված դեղերի ցանկից: Medicaid-ը կարող է փոխհատուցել այդ դեղերից մի քանիսի համար:

Դեղորայքային բուժման կառավարում (MTM). Առողջապահական ծառայություններ մատուցողների, այդ թվում՝ դեղագործների խումբ՝ հիվանդների համար լավագույն թերապևտիկ բուժօգնությունը ապահովելու համար: Տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Անդամ (մեր պլանի անդամ կամ ծրագրի անդամ). Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայություններից օգտվելու իրավունք ունեցող անձ, ով կարող է ստանալ փոխհատուցվող ծառայություններ, ով գրանցվել է մեր պլանում և ում գրանցումը հաստատվել է Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնների (CMS) և նահանգի կողմից:

Անդամների ձեռնարկ և Տեղեկատվության բացահայտում. Այս փաստաթուղթը, ձեր գրանցման ձևը և ցանկացած այլ կից փաստաթուղթ, որտեղ տեղեկություններ են ներկայացված ձեր ապահովագրական ծածկույթի, մեր և ձեր իրավունքների մասին, ինչ ենք մենք պարտավոր անել, և ինչ եք դուք պարտավոր անել՝ որպես մեր պլանի անդամ:

Անդամների սպասարկման բաժին. Մեր ծրագրի այն բաժինը, որը պատասխանատու է անդամակցության, նպաստների, բողոքների և բողոքարկումների վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Տե՛ս սույն Անդամի ձեռնարկի 2-րդ գլուխը՝ անդամների սպասարկման բաժնի վերաբերյալ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Ցանցային դեղատուն. Դեղատուն (դեղերի խանութ), որը համաձայնել է դեղատոմսային դեղեր տրամադրել մեր պլանի անդամներին: Դրանք կոչվում են «ցանցային դեղատներ», քանի որ համաձայնել են համագործակցել մեր պլանի հետ: Հիմնականում մենք դեղատոմսային դեղերի համար վճարում ենք միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են մեր ցանցային դեղատներից որևէ մեկի կողմից:

Ցանցային բուժօժանոթություն մատուցող. «Բուժօժանոթություն մատուցողը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում ենք բժիշկների, բուժքույրերի և նրանց համար, ովքեր ձեզ ծառայություններ և խնամք են տրամադրում: Այս տերմինով նաև անվանվում են հիվանդանոցները, տնային առողջապահական գործակալությունները, կլինիկաները և այլ հաստատություններ, որոնք ձեզ տրամադրում են բուժխնամքի ծառայություններ, բժշկական սարքավորումներ և երկարաժամկետ ծառայություններ և աջակցություն:

- Դրանք լիցենզավորված կամ հավատարմագրված են Medicare-ի և նահանգի կողմից՝ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու համար:
- Մենք դրանց անվանում ենք «ցանցային բուժօժանոթություններ մատուցողներ», երբ նրանք համաձայնում են համագործակցել մեր առողջապահական պլանի հետ, ընդունել մեր վճարման պայմանները և անդամներից լրացուցիչ գումար չեն գանձում ծառայությունների համար:
- Քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցային բուժօժանոթություններ մատուցողներից՝ փոխհատուցվող ծառայություններ ստանալու համար: Ցանցային բուժօժանոթություններ մատուցողներին նաև անվանում են «պլանի բուժօժանոթություններ մատուցողներ»:

Մերանց կամ մասնագիտացված խնամքի հաստատություն. Հաստատություն է, որը տրամադրում է խնամք այն մարդկանց, ովքեր չեն կարող ստանալ այն տանը, սակայն հիվանդանոցում պառկելու կարիք չունեն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Օմբուդսմեն. Գրասենյակ ձեր նահանգում, որը հանդես է գալիս որպես փաստաբան ձեր անունից: Այստեղ կարող են պատասխանել ձեր հարցերին, եթե ինդիք կամ բողոք ունեք, և կարող են ձեզ ուղղորդել, թե ինչ անել: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են: Հավելյալ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 2-րդ և 9-րդ գլուխները:**

Կազմակերպության որոշում. Մեր պլանը կայացնում է կազմակերպության որոշումներ, երբ մենք կամ մեր բուժօժանություններ մատուցողներից մեկը որոշում է՝ արդյոք ծառայությունները փոխհատուցվում են, թե ոչ կամ, արդյոք դուք պետք է վճարեք փոխհատուցվող ծառայությունների դիմաց: Կազմակերպության որոշումը կոչվում է նաև «փոխհատուցման որոշում»: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 9-րդ գլխում** բացատրվում է փոխհատուցման որոշումների մասին:

Original Medicare (ավանդական Medicare կամ Medicare-ի վճարովի ծառայություններ). Կառավարությունն առաջարկում է Original Medicare: Original Medicare-ի ծրագրով բժիշկների, հիվանդանոցների և այլ բուժօժանություններ մատուցողների ծառայությունները փոխհատուցվում են՝ վճարվելով Կոնգրեսի կողմից որոշված գումարի չափով:

- Դուք կարող եք օգտվել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոցի կամ այլ բուժօժանություններ մատուցողի ծառայություններից, որոնք ընդունելի են Medicare-ի կողմից: Original Medicare-ը բաղկացած է երկու բաժնից՝ Medicare Մաս A (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Medicare Մաս B (բժշկական ապահովագրություն):
- Original Medicare-ը հասանելի է Միացյալ Նահանգների ցանկացած մասում:
- Եթե չեք ցանկանում լինել մեր պլանի անդամ, կարող եք ընտրել Original Medicare-ը:

Ցանցից դուրս դեղատոն. Դեղատոն, որը չի համաձայնել համագործակցել մեր պլանի հետ՝ համակարգելու կամ մեր պլանի անդամներին փոխհատուցվող դեղեր տրամադրելու համար: Ձեր պլանում ներառված չեն այն դեղերի մեծ մասը, որոնք դուք ստանում եք ցանցից դուրս դեղատոներից, եթե չեն կիրառվում հատուկ պայմաններ:

Ցանցից դուրս բուժօժանություն մատուցող կամ Ցանցից դուրս հաստատություն. Բուժօժանություն մատուցող կամ հաստատություն, որը չի աշխատում մեր պլանի հետ, չի մտնում մեր պլանի մեջ, չի կառավարվում մեր պլանով և պայմանագիր չունի՝ մեր պլանի անդամներին փոխհատուցվող ծառայություններ մատուցելու համար: Սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ գլխում** բացատրվում է ցանցից դուրս բուժօժանություններ մատուցողների կամ հաստատությունների մասին:

Ձեր գրպանից վճարվող ծախսեր. Անդամների համար կիրառվում է ծախսերի բաշխում, որը ենթադրում է, որ ստացված ծառայությունների կամ դեղերի ծախսերի մի մասի համար անդամները պետք է վճարեն: Դա կոչվում է նաև «գրպանից կատարված ծախսեր»: Տե՛ս վերը նշված «ծախսերի բաշխման» սահմանումը:

Առանց դեղատոմսի դուրս գրվող (OTC) դեղամիջոցներ. Առանց դեղատոմսի դուրս գրվող դեղերը այն դեղամիջոցներն են, որոնք կարելի է գնել առանց բժշկի դեղատոմսի: Տե՛ս **4-րդ գլուխը՝** առողջության բարելավման համար նախատեսված առանց դեղատոմսի բաց թողնվող (OTC) դեղերի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

A բաժին. Տե՛ս «Medicare-ի A բաժինը»:

B բաժին. Տե՛ս «Medicare-ի B բաժինը»:

C բաժին. Տե՛ս «Medicare-ի C բաժինը»:

D բաժին. Տե՛ս «Medicare-ի D բաժինը»:

D բաժնի դեղեր. Տե՛ս «Medicare-ի D բաժնի դեղերը»:

Անձնական առողջության մասին տեղեկատվություն (նաև կոչվում է Պաշտպանված բժշկական տվյալներ) (PHI). Տեղեկատվություն ձեր և ձեր առողջական վիճակի մասին, օրինակ՝ ձեր անունը, հասցեն, սոցիալական ապահովության համարը, բժշկի այցերը և բժշկական պատմությունը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս մեր **Գաղտնիության քաղաքականության մասին ծանուցումը**, թե՛ ինչպես ենք մենք պաշտպանում, օգտագործում և բացահայտում ձեր PHI-ը, ինչպես նաև ձեր իրավունքները՝ կապված ձեր PHI-ի հետ:

Հիմնական բուժող բժիշկ (PCP). Այն բժիշկը կամ այլ բուժօժանոթություն մատուցող, ում առաջինն եք դիմում՝ առողջական խնդիրների մեծ մասի հետ կապված հարցերով: Նա համոզվում է, որ դուք ստանում եք այն խնամքը, որն անհրաժեշտ է ձեր առողջության պահպանման համար:

- Նա կարող է նաև խորհրդակցել այլ բժիշկների և բուժաշխատողների հետ՝ ձեր խնամքի հետ կապված հարցերով և ուղեգրել ձեզ նրանց մոտ:
- Medicare-ի շատ առողջապահական պլաններում դուք պետք է դիմեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին՝ նախքան ուրիշ մասնագետին դիմելը:
- Տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի 3-րդ գլուխը՝** առաջնային խնամքի բժիշկների կողմից բուժխնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Նախնական թույլտվություն (PA). Լիազորություն, որը դուք պետք է ստանաք մեզանից՝ նախքան որոշակի ծառայություն կամ դեղ ստանալը կամ ցանցից դուրս բուժօժանոթություններից օգտվելը: Մեր պլանը չի կարող փոխհատուցել ծառայության կամ դեղորայքի համար, մինչև դրա համար նախօրոք հաստատում չստանաք:

? **Հարցերի դեպքում,** խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Մեր պլանը փոխհատուցում է ցանցում գործող որոշ բժշկական ծառայությունների համար միայն այն դեպքում, եթե ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ բուժօժանայություն մատուցող մեզանից նախնական թույլտվություն (PA) է ստանում:

- Այն փոխհատուցվող ծառայությունները, որոնց համար անհրաժեշտ է մեր պլանի PA-ն, նշված են սույն **Անդամների ձեռնարկի 4-րդ գլխում**:

Մեր պլանը փոխհատուցում է միայն որոշ դեղերի համար, եթե մեզանից PA էք ստանում:

- Այն փոխհատուցվող դեղերը, որոնց համար անհրաժեշտ է PA մեր պլանի կողմից, նշված են **Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում**:

Տարեցների համապարփակ խնամքի ծրագիր (PACE). Ծրագիր է, որն իր ծածկություն ներառում է Medicare-ի և Medicaid-ի նպաստները՝ 55 և ավելի բարձր տարիքային խմբի անձանց համար, որոնք ավելի որակյալ խնամքի կարիք ունեն իրենց տանն ապրելու համար:

Պրոթեզներ և օրթոպեդիկ սարքեր. Ձեր բժշկի կամ այլ բուժաշխատողի կողմից պատվիրված բժշկական սարքեր, որոնք ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում հետևյալով՝ ձեռքի, մեջքի և պարանոցի բրեկետներ, արհեստական վերջույթներ, արհեստական աչքեր և այնպիսի սարքեր, որոնք անհրաժեշտ են մարմնի ներքին օրգանի կամ ֆունկցիայի փոխարինման համար, ներառյալ կոլոստոմայի պարկեր, էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման պարագաներ:

Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO). Բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների խումբ, որն օգնում է բարելավել Medicare-ում գրանցված անձանց բուժխնամքի որակը: Դաշնային կառավարությունը վճարում է QIO-ին՝ հիվանդներին հատկացվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար: Տե՛ս սույն **Անդամների ձեռնարկի 2-րդ գլուխը**՝ QIO-ի մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար:

Քանակային սահմանափակումներ. Ձեզ տրամադրվող որոշ դեղամիջոցների քանակային սահմանափակում: Դեղատոմսով տրամադրվող որոշ դեղերի քանակի համար մենք սահմանափակումներ ենք անում:

Իրական ժամանակով նպաստների գործիք. Պորտալ կամ համակարգչային հավելված, որտեղ գրանցված անձինք կարող են փնտրել ամբողջական, ճշգրիտ, ժամանակին, կլինիկական տեսանկյունից համապատասխան, գրանցված անձանց հասանելի ապահովագրված դեղերի և նպաստների մասին տեղեկություններ: Սա ներառում է համավճարների գումարները, այլընտրանքային դեղամիջոցները, որոնք կարող են օգտագործվել նույն առողջական խնդրի համար, ինչ տվյալ դեղամիջոցը, և ապահովագրության սահմանափակումները (նախապես թույլտվություն կամ քանակական սահմանափակումներ), որոնք կիրառվում են այլընտրանքային դեղերի նկատմամբ:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare**:

Ուղեգիր. Ուղեգիրը ձեր առաջնային խնամքի բժշկի (PCP) կամ մեր կողմից տրված հաստատումն է՝ օգտվելու ձեր PCP-ից բացի մեկ այլ բուժառայություն մատուցողից: Եթե դուք նախնական հաստատում չստանաք, մենք կարող ենք չփոխհատուցել ծառայությունների համար: Որոշ մասնագետների, օրինակ՝ կանանց առողջության մասնագետների ծառայություններից օգտվելու համար ուղեգիր պետք չէ: Ուղեգրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 3-րդ և 4-րդ գլուխները:**

Վերականգնողական ծառայություններ. Այն բուժումը, որը ստանում եք հիվանդությունից, պատահարից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո վերականգնման համար: Վերականգնողական ծառայությունների մասին հավելյալ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 4-րդ գլուխը:**

Ինտիմ բնույթի ծառայություններ. Հոգեկան կամ վարքագծային խնդիրների, սեռական և վերարտադրողական առողջության, ընտանիքի պլանավորման, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (ՍՍՎ), ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի, սեռական ոտնձգությունների և աբորտների, թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված խանգարումների, սեռի փոփոխման հետ կապված խնամքի և սեռական բռնությունների հետևանքների բուժման հետ կապված ծառայություններ:

Սպասարկման տարածք. Այն աշխարհագրական տարածքը, որի սահմաններում առողջապահական պլանը ընդունում է անդամներին, եթե այն սահմանափակում է պլանին անդամակցելու իրավունքը միայն այն անձանց համար, ովքեր բնակվում են տվյալ տարածքում: Այն պլանը, որը սահմանում է, թե որ բժիշկների ու հիվանդանոցների ծառայություններից կարող եք օգտվել, ընդհանուր առմամբ վերաբերում է այն տարածքին, որտեղ դուք կարող եք սովորական (ոչ շտապ օգնության) ծառայություններ ստանալ: Մեր պլանին կարող են միանալ միայն այն մարդիկ, ովքեր ապրում են մեր սպասարկման տարածքում:

Սպասարկման տարածքը ներկայացված է **Գլուխ 1-ում** համավճարների, գրանցման և գրանցումից դուրս գալու նպատակների համար: Փոխհատուցվող ծառայությունների նպատակով, դուք կարող եք բուժխնամք ստանալ մեր ցանցային ծառայություններից Հարավային Կալիֆորնիայի շրջանի մեր սպասարկման ողջ տարածքում (տե՛ս մեր **Բուժառայություններ մատուցողների և դեղատների տեղեկատուն**):

Ծախսերի մասնաբաժին. Ձեր առողջապահական ծախսերի այն մասնաբաժինը, որը պետք է վճարեք ամեն ամիս՝ նախքան ձեր նպաստների ուժի մեջ մտնելը: Ծախսերի ձեր մասնաբաժնի չափը տատանվում է՝ կախված ձեր եկամուտներից և ռեսուրսներից:

Մասնագիտացված բուժքույրական խնամքի հաստատություն (SNF).

Մասնագիտացված խնամքի հաստատություն՝ իր անձնակազմով և սարքավորումներով, որը տրամադրում է մասնագիտացված բուժքույրական խնամք և, շատ դեպքերում, մասնագիտացված վերականգնողական ծառայություններ և այլ հարակից առողջապահական ծառայություններ:

Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության (SNF) խնամք. Շուրջօրյա, շարունակական մասնագիտացված բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ՝ մասնագիտացված խնամքի հաստատությունում:

Մասնագիտացված բուժքույրական հաստատության խնամքի մեջ մտնում են ֆիզիկական թերապիան կամ ներերակային (IV) ներարկումները, որոնք տրամադրվում են գրանցված բուժքրոջ կամ բժշկի կողմից:

Մասնագետ. Բժիշկ, ով բուժօգնություն է ցուցաբերում կոնկրետ հիվանդության կամ մարմնի մասի հետ կապված:

Մասնագիտացված դեղատուն. Մասնագիտացված դեղատների մասին ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար տե՛ս սույն **Անդամի ձեռնարկի 5-րդ գլուխը:**

Նահանգային լսում. Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ բուժծառայություն մատուցող պահանջում է տրամադրել Medi-Cal-ի որևէ ծառայություն կամ պարագա, որը մենք չենք հաստատում, դուք իրավունք ունեք պահանջելու նահանգային լսում: Եթե նահանգային լսման որոշումը ձեր օգտին է, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր պահանջած ծառայությունը կամ բուժումը:

Սոցիալական ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (SSI). Սոցիալական ապահովության ամենամսյա նպաստը տրամադրվում է սահմանափակ եկամուտներ և ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց, ովքեր հաշմանդամ են, կույր կամ 65 և ավելի բարձր տարիքային խմբում են: SSI նպաստները նույնը չեն, ինչ սոցիալական ապահովության նպաստները:

Շտապ անհրաժեշտ բուժօգնություն. Այն բուժխնամքը, որ դուք ստանում եք հանկարծակի հիվանդության, վնասվածքի կամ առողջական վիճակի ժամանակ, որը չի համարվում արտակարգ իրավիճակ, բայց անմիջապես բուժօգնություն ստանալու անհրաժեշտություն կա: Դուք կարող եք հրատապ խնամք ստանալ ցանցից դուրս բուժծառայություն մատուցողից, եթե ցանցի բուժծառայություններ մատուցողները ժամանակավորապես հասանելի չեն:



Հարցերի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)**, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը, շաբաթը 7 օր: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար,** այցելեք **kp.org/medicare:**

Խտրականության բացառման ծանուցում

Kaiser Permanente-ն համապատասխանում է քաղաքացիական իրավունքների մասին դաշնային օրենքներին և խտրականություն չի դնում ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա: Kaiser Permanente-ն չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի պատճառով: Մենք նաև՝

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ ենք տրամադրում հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ արդյունավետ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ,
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, աուդիոն և հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափերը:
- Տրամադրում ենք անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ,
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ:

Եթե ձեզ հարկավոր են այս ծառայությունները, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ **1-800-443-0815 (TTY 711)** հեռախոսահամարով, 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, շաբաթը յոթ օր:

Եթե կարծում եք, որ Kaiser Permanente-ն չի մատուցել այս ծառայությունները կամ խտրականության է ենթարկել այլ կերպ՝ ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել Քաղաքացիական իրավունքների մեր համակարգողին՝ գրելով հետևյալ հասցեով՝ One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612, կամ զանգահարելով Անդամների սպասարկման բաժին՝ վերոնշյալ հեռախոսահամարով: Բողոք կարող եք ներկայացնել փոստով կամ հեռախոսով: Եթե բողոք ներկայացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների մեր համակարգողը կարող է օգնել ձեզ: Դուք նաև կարող եք քաղաքացիական իրավունքի բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ապահովության վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, էլեկտրոնային եղանակով Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի պորտալի միջոցով, որը հասանելի է այստեղ՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, փոստով կամ հեռախոսով՝ U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**: Բողոքի ձևաթղթերը հասանելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում:



Խտրականության բացառման ծանուցում

Խտրականությունը հակաօրինական է: Kaiser Permanente-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների դաշնային և նահանգային օրենքներին:

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

Kaiser Permanente-ը տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

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

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից): Կամ, եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **711** համարով:

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

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք Kaiser Permanente-ին խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Ապահովագրության սպասույցը (Evidence of Coverage)* կամ *Ապահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև գրուցել Անդամների սպասարկման ներկայացուցչի հետ՝ պարզելու համար, թե որ տարբերակն է Ձեզ կիրառելի: Խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում, եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք:

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկում՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից):
- **Փոստով.** Չանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն Ձեզ:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր kp.org/facilities կայքէջում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր kp.org կայքէջում:

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

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

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

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

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

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են այստեղ՝
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **Առցանց.** էլ.նամակ ուղարկեք CivilRights@dhcs.ca.gov հասցեով

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

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

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY **711** կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով:
- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> հասցեով:

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidíikił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didiíts'ííligíí yidíikił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didiíts'ííligíí bína'idíłkidgo yidíikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

Senior Advantage Medicare Medi-Cal-ի Անդամների սպասարկման բաժին

ՁԱՆԳ	1-800-443-0815 Այս համարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
TTY	711 Այս համարին զանգերն անվճար են: Շաբաթը 7 օր, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը:
ԳՐԱՎՈՐ	Ձեր տարածքի Անդամների սպասարկման գրասենյակը (հասցեները տե՛ս Բուժօժանայություն մատուցողների և դեղատների տեղեկատուի մեջ):
ԿԱՅՔԷՁ	kp.org