

2023

# خلاصه مزایا

- 
- ،Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles Plan (HMO D-SNP)
  - ،Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Diego Plan (HMO D-SNP)
  - ،Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara Plan (HMO D-SNP)
  - ،Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo Plan (HMO D-SNP)

## مقدمه

این سند خلاصه‌ای از مزایا و خدمات تحت پوشش Senior Advantage Medicare Medi-Cal است. این مطلب شامل پاسخ به سوالات متداول، اطلاعات تماس مهم، مروری بر مزایا و خدمات ارائه شده و اطلاعاتی در مورد حقوق شما به عنوان عضو Senior Advantage Medicare Medi-Cal است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

## فهرست مطالب

|    |  |
|----|--|
| 1  | 2023   |
| 1  | خلاصه مزایا  |
| 3  | A. سلب مسئولیت   |
| 4  | B. سوالات متداول (FAQ)   |
| 9  | C. لیست خدمات تحت پوشش   |
| 23 | D. مزایای تحت پوشش خارج از Senior Advantage Medicare Medi-Cal                      |
| 24 | E. خدماتی که Senior Advantage Medicare Medi-Cal، Medicare و Medi-Cal پوشش نمی‌دهند |
| 27 | F. حقوق شما به عنوان عضوی از طرح   |
| 29 | G. نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در مورد خدمات رد شده                         |
| 29 | H. تصمیمات برای پوشش، تجدیدنظر و شکایات در مورد مراقبت‌های پزشکی                   |
| 31 | I. تصمیمات پوشش برای داروهای نسخه‌ای بخش D   |
| 32 | J. درخواست تجدید نظر برای داروهای نسخه‌ای بخش D                                    |
| 33 | K. شکایات برای داروهای نسخه‌ای بخش D   |
| 34 | L. سازمان بهبود کیفیت (QIO)  |
| 35 | M. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا                                   |
| 36 | N. اگر مشکوک به عدم صداقت هستید چه باید بکنید                                      |



این سند، خلاصه‌ای از خدمات بهداشتی تحت پوشش Senior Advantage Medicare Medi-Cal برای سال 2023 است. این خلاصه مزایا شامل طرح‌های زیر است:

- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles Plan
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Diego Plan
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Santa Clara Plan
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo Plan

هنگامی که در یکی از طرح‌های فهرست‌شده ما در بالا ثبت‌نام می‌کنید، برای پوشش مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal به Kaiser Permanente نیز منصوب می‌شوید.

این فقط یک خلاصه است. لطفاً برای لیست کامل مزایا، کتاب راهنمای اعضا را بخوانید. برای بررسی جزئیات، به دفترچه راهنمای اعضا که در وبسایت ما به آدرس [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) یا [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) قرار دارد مراجعه کنید یا با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید و یک نسخه از خدمات اعضا را درخواست کنید، 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.

❖ Kaiser Permanente یک طرح HMO D-SNP با قرارداد Medicare و قرارداد با برنامه Medi-Cal است. ثبت‌نام در Kaiser Permanente به تمدید قرارداد بستگی دارد.

❖ برای معلومات بیشتر در مورد Medicare، می‌توانید کتاب راهنمای و شما Medicare را مطالعه کنید. این کتاب راهنما شامل خلاصه‌ای از مزایا، حقوق، و حمایت‌های Medicare و پاسخ‌هایی به متداول‌ترین سوالات در مورد Medicare است. شما می‌توانید این راهنما را در وبسایت Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) یا با تماس با شماره

**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Medi-Cal، می‌توانید وبسایت اداره خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا (Department of Healthcare Services, DHCS) ([www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)) را بررسی کنید یا با دفتر رسیدگی به شکایات **1-888-452-8609** Medi-Cal، از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با مسئول رسیدگی به شکایات ویژه افرادی که دارای Medicare و Medi-Cal هستند به شماره **1-855-501-3077**، از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر، تماس بگیرید.

❖ شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ درشت، خط بریل، و/یا فایل صوتی دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا با شماره **1-800-443-0815** تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.) ساعات پاسخگویی از 8 صبح تا 8 شب هفت روز هفته است. تماس رایگان است.

❖ برای درخواست موارد زیر، با خدمات اعضا **1-800-443-0815 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید:

- زبان ترجیحی به غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین،
- یک درخواست دائمی در خصوص پست و مکاتبات آینده، و
- تغییر یک درخواست ثابت برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.

این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید



## B. سوالات متداول (FAQ)

جدول زیر لیستی از سوالات متداول را نشان می‌دهد.

| سوالات متداول   | پاسخ‌ها   |
|---|---|
| <b>طرح Medicare-Medi-Cal چیست؟</b>  | <p>طرح Medicare-Medi-Cal یک طرح بهداشتی است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد می‌بندد تا مزایای هر دو برنامه را برای ثبت نام کنندگان فراهم کند. این طرح برای افراد 21 ساله و بالاتر است که از هم بخش A و هم بخش B از Medicare برخوردارند و واجد شرایط دریافت Medi-Cal هستند. طرح Medicare-Medi-Cal سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و پشتیبانی بلند مدت (Long-term Services and Supports, LTSS) و سایر ارائه‌دهندگان است. این طرح همچنین دارای هماهنگ‌کننده‌های مراقبتی است که به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان، خدمات و پشتیبانی‌هایتان کمک می‌کنند. همه آنها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را ارائه دهند.</p>  |
| <b>آیا همان مزایای Medicare و Medi-Cal را که اکنون دریافت می‌کنم، در Senior Advantage Medicare Medi-Cal دریافت خواهم کرد؟</b> | <p>شما بیشتر مزایای Medicare و Medi-Cal تحت پوشش خود را مستقیماً از Senior Advantage Medicare Medi-Cal دریافت خواهید کرد. شما با تیمی از ارائه‌دهندگان کار خواهید کرد که به تعیین اینکه کدام خدمات به بهترین وجه نیازهای شما را برآورده می‌کنند، کمک خواهند کرد. این بدان معنی است که برخی از خدماتی که اکنون دریافت می‌کنید ممکن است بر اساس نیازهای شما و ارزیابی پزشک و تیم مراقبتی شما تغییر کند. همچنین می‌توانید مزایای دیگری خارج از طرح سلامت خود را به همان روشی که اکنون دریافت می‌کنید، مستقیماً از یک سازمان ایالتی یا شهرستانی مانند «خدمات پشتیبانی در منزل» (In-Home Support Services, IHSS)، خدمات تخصصی سلامت روان و اختلالات مصرف مواد، یا خدمات مرکز منطقه‌ای دریافت کنید.</p> <p>هنگامی که در Senior Advantage Medicare Medi-Cal ثبت‌نام می‌کنید، شما و تیم مراقبتی‌تان با یکدیگر همکاری می‌کنید تا یک برنامه مراقبتی برای رفع نیازهای سلامتی و حمایتی خود ایجاد کنید که منعکس کننده اولویت‌ها و اهداف شخصی شما باشد.</p> <p>اگر از داروهای نسخه‌ای D بخش Medicare استفاده می‌کنید که Senior Advantage Medicare Medi-Cal معمولاً آن را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید تعداد موقتی از دارو را دریافت کنید و ما به شما کمک خواهیم کرد تا داروی دیگری بگیری یا از Senior Advantage Medicare Medi-Cal می‌خواهیم تا استثنای قائل شود و در صورت نیاز پزشکی، داروی شما را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا با شماره درج شده در پایین این صفحه تماس بگیرید.</p> |

## آیا می‌توانم به پزشکان فعلی خود مراجعه کنم؟

اغلب اوقات چنین است. اگر ارائه‌دهندگان شما (از جمله پزشکان، بیمارستان‌ها، درمانگران، داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی) با Senior Advantage Medicare Medi-Cal کار می‌کنند و با ما قرارداد دارند، می‌توانید همچنان به آنها مراجعه کنید.

- ارائه‌دهندگانی که با ما قرارداد دارند، «عضو شبکه» محسوب می‌شوند. ارائه‌دهندگان عضو شبکه، در طرح ما مشارکت می‌کنند. این بدان معناست که آنها اعضای طرح ما را می‌پذیرند و خدماتی را که طرح ما پوشش می‌دهد، ارائه می‌کنند. شما باید به ارائه‌دهندگانی مراجعه کنید که عضو شبکه Senior Advantage Medicare Medi-Cal هستند. اگر به ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌هایی مراجعه کنید که عضو شبکه ما نیستند، ممکن است این طرح، هزینه خدمات یا داروها را پرداخت نکند. پوشش ندهد.
  - اگر به مراقبت‌های فوری یا اورژانسی یا خدمات دیالیز خارج از منطقه نیاز دارید، می‌توانید به ارائه‌دهندگان خارج از طرح Senior Advantage Medicare Medi-Cal مراجعه کنید.
  - برای خدمات Medi-Cal، می‌توانید بدون ارجاع یا مجوز قبلی برای خدمات اضطراری یا خدمات مراقبت حساس خاص به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. هنگامی که در منطقه‌ای هستید که ما در آن کار نمی‌کنیم، همچنین می‌توانید برای مراقبت‌های فوری خارج از منطقه به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. اگر به خدمات سرپایی سلامت روان نیاز دارید، می‌توانید بدون مجوز قبلی به ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده طرح سلامت روان منطقه مراجعه کنید. برای سایر خدمات خارج از شبکه باید ارجاع یا تأیید قبلی داشته باشید، در غیر این صورت تحت پوشش قرار نخواهید گرفت. توجه: اگر شما سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی هندی خارج از شبکه ارائه‌دهنده ما، بدون ارجاع مراقبت دریافت کنید.
  - اگر در حال حاضر توسط ارائه‌دهنده‌ای که خارج از شبکه Senior Advantage Medicare Medi-Cal است تحت درمان هستید، یا با ارائه‌دهنده‌ای که خارج از شبکه Senior Advantage Medicare Medi-Cal است رابطه برقرار کرده‌اید، با خدمات اعضا برای بررسی ادامه طرح تماس بگیرید. اگر شرایط خاصی داشته باشید و اگر ارائه‌دهنده با ضوابط ما موافقت کند، ممکن است بتوانید تا 12 ماه از خدمات ارائه‌دهنده خارج از شبکه خود استفاده کنید. شما باید ظرف 30 روز پس از ثبت‌نام خود، درخواست تداوم مراقبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تداوم خدمات مراقبتی با بخش خدمات اعضا ما تماس بگیرید.
- برای اطلاع از اینکه آیا پزشکان شما در شبکه این طرح هستند یا خیر، با شماره فهرست شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید یا فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های Senior Advantage Medicare Medi-Cal را در وب سایت طرح به آدرس [kp.org/directory](http://kp.org/directory) بررسی کنید. اگر Senior Advantage Medicare Medi-Cal برای شما جدید است، ما با شما همکاری خواهیم کرد تا یک برنامه مراقبتی برای رفع نیازهایتان در نظر بگیریم.



| پاسخ‌ها  | سوالات متداول   |
|--|---|
| <p>هماهنگ‌کننده مراقبت Senior Advantage Medicare Medi-Cal یکی از افراد اصلی است که می‌توانید با او تماس بگیرید. این شخص ارائه‌دهندگان و خدمات شما را مدیریت می‌کند و مطمئن می‌شود آنچه را که نیاز دارید دریافت می‌کنید.</p>  | <p><b>هماهنگ‌کننده مراقبت Senior Advantage Medicare Medi-Cal کیست؟</b></p>  |
| <p>خدمات و پشتیبانی طولانی مدت کمکی برای افرادی است که برای انجام کارهای روزمره مانند حمام کردن، توالیت رفتن، لباس پوشیدن، تهیه غذا و مصرف دارو به کمک نیاز دارند. بیشتر این خدمات در خانه یا محله شما ارائه می‌شود، اما می‌تواند در خانه سالمندان یا بیمارستان نیز ارائه گردد. در برخی موارد، یک منطقه یا آژانس دیگر ممکن است این خدمات را مدیریت کند. در چنین شرایطی، هماهنگ‌کننده مراقبت یا تیم مراقبت شما با آن آژانس همکاری خواهد کرد.</p>  | <p><b>خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (LTSS) چیست؟</b></p>  |
| <p>یک MSSP، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای ارائه مراقبت مداوم، فراتر از آنچه برنامه بهداشتی‌تان ارائه می‌دهد، هماهنگی می‌کند و می‌تواند شما را به سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز متصل کند. این برنامه به شما کمک می‌کند خدماتی را دریافت کنید که به شما کمک می‌کند در خانه خودتان به طور مستقل زندگی کنید.</p>   | <p><b>برنامه چند منظوره خدمات ارشد Multipurpose Senior Services (Program, MSSP) چیست؟</b></p>   |
| <p>اکثر خدمات توسط ارائه‌دهندگان شبکه ما ارائه خواهد شد. اگر به خدماتی نیاز دارید که در شبکه ما ارائه نمی‌شود، Senior Advantage Medicare Medi-Cal هزینه یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد.</p>   | <p><b>اگر به خدماتی نیاز داشته باشم اما هیچکس در شبکه Senior Advantage Medicare Medi-Cal نتواند آن را ارائه دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟</b></p> |
| <p>منطقه خدماتی برای این طرح‌ها عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles در منطقه کالیفرنیا جنوبی ما، در تمام مناطق لس آنجلس به جز جزیره کاتالینا.</li> <li>• برای طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Diego در منطقه کالیفرنیا جنوبی ما، فقط این کدهای پستی: 91901-03، 91908-17، 91921، 91935، 91931-33، 91941-46، 91950-51، 91962-63، 91976-80، 91987، 92003، 92007-11، 92013-14، 92033، 92018-30، 92037-40، 92046، 92049، 92051-52، 92054-61، 92064-65، 92067-69، 92074-75، 92078-79، 92081-86، 92088، 92091-93، 92096، 92101-24، 92126-32، 92134-40، 92134-40، 92134-40، 92142-40، 92142-40، 92142-40، 92149-40، 92158-61، 92163، 92165-79، 92182، 92186-87، 92191-93، و 92195-99.</li> </ul> | <p><b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal کجا موجود است؟</b></p>   |

- برای طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal **Santa Clara** در منطقه کالیفرنیا شمالی، فقط این کدهای پستی: 94022-24، 94035، 94039-43، 94085-89، 94301-06، 94309، 94550، 94502، 94509، 95008-09، 95011، 95013-15، 95020-21، 95026، 95030-33، 95035-38، 95042، 95044، 95046، 95050-56، 95070-71، 95103، 95106، 95108-13، 95115-36، 95138-41، 95148، 95150-61، 95164، 95170، 95172-73، 95190-94، 95196 و 95199.
  - برای طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo در منطقه کالیفرنیا شمالی ما، در تمام منطقه سن متئو.
- برای پیوستن به طرح باید در یکی از این مناطق زندگی کنید.

## مجوز قبلی چیست؟

مجوز قبلی به معنای تأییدیه Senior Advantage Medicare Medi-Cal برای جستجوی خدمات خارج از شبکه ما یا دریافت خدماتی است که به طور معمول، قبل از دریافت خدمات، تحت پوشش شبکه ما نیستند. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، Senior Advantage Medicare Medi-Cal ممکن است خدمات، روش درمانی، اقلام یا دارو را پوشش ندهد.

اگر به مراقبت‌های فوری یا اورژانسی یا خدمات دیالیز خارج از منطقه نیاز دارید، لازم نیست ابتدا مجوز قبلی دریافت کنید. Senior Advantage Medicare Medi-Cal می‌تواند فهرستی از خدمات یا رویه‌هایی را که لازم است قبل از دریافت آنها مجوز قبلی از Senior Advantage Medicare Medi-Cal دریافت کنید، به شما یا ارائه‌دهندگان بدهد. اگر در مورد ضرورت مجوز قبلی برای دریافت خدمات، رویه‌ها، اقلام یا داروها سوالی دارید، برای دریافت راهنمایی با شماره‌های فهرست شده در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

## ارجاع چیست؟

ارجاع به این معنی است که ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (primary care provider, PCP) باید برای مراجعه به پزشکی که PCP شما نیست، موافقت کند. ارجاع با مجوز قبلی متفاوت است. اگر برای خدماتی که نیاز به ارجاع دارد، از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه ارجاع دریافت نکنید، Senior Advantage Medicare Medi-Cal ممکن است خدمات را پوشش ندهد.

Senior Advantage Medicare Medi-Cal می‌تواند لیستی از خدماتی را که باید قبل از دریافت آنها، ارجاع بگیرید، در اختیار شما قرار دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی نیاز به ارجاع از PCP خود دارید، به کتابچه راهنمای اعضا، فصل‌های 3 و 4 مراجعه کنید.



| پاسخ‌ها   | سوالات متداول  |
|---|--|
| <p>خیر. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، هیچ گونه حق بیمه ماهانه، از جمله حق بیمه B بخش Medicare را برای پوشش سلامت خود پرداخت نخواهید کرد.</p>   | <p>آیا من مبلغی ماهانه (که حق بیمه نیز نامیده می‌شود) تحت عنوان <b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b> پرداخت می‌کنم؟</p> |
| <p>خیر. شما در <b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b> فرانشیز پرداخت نمی‌کنید.</p>   | <p>آیا به عنوان عضو <b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b> فرانشیز پرداخت می‌کنم؟</p>                                     |
| <p>از آنجایی که شما واجد شرایط کمک به پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت <b>Medi-Cal</b> هستید، هیچ پرداخت مشترک هزینه‌ای برای خدمات پزشکی در <b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b> وجود ندارد، بنابراین هزینه‌های سالانه شما \$0 خواهد بود.</p> | <p>حداکثر مبلغی که من به عنوان عضو <b>Senior Advantage Medicare Medi-Cal</b> برای خدمات پزشکی خواهم کرد چقدر است؟</p>        |



## C. لیست خدمات تحت پوشش

جدول زیر یک نمای کلی از خدمات مورد نیاز، هزینه‌های شما و قوانین مربوط به مزایا است.

| محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید                        | ضرورت یا مشکلات سلامتی                  |
|---|--|--|---|
| هیچ محدودیتی برای تعداد روزهای بستری در بیمارستان که از نظر پزشکی ضروری است، وجود ندارد. ارجاع و مجوز قبلی الزامی است.    | \$0  | بستری شدن در بیمارستان                                     | شما نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی دارید |
|   | \$0  | مراقبت پزشک یا جراح  |   |
|   | \$0  | خدمات بیمارستانی سرپایی، از جمله معاینه                    |   |
|   | \$0  | خدمات مرکز جراحی سرپایی (Ambulatory surgical center, ASC). |   |
|   | \$0  | ویزیت برای درمان آسیب یا بیماری                            | به پزشک احتیاج دارید                    |
| ارجاع برای اکثر متخصصان لازم است. برای اطلاع از لیست خدماتی که نیازی به ارجاع ندارند، به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. | \$0  | مراقبت تخصصی   |   |



| محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید                          | ضرورت یا مشکلات سلامتی            |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <p>در صورتی که معاینه جزو مراقبت‌های پیشگیرانه مناسب از نظر پزشکی و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای پذیرفته شده عمومی باشد، تحت پوشش معاینات فیزیکی قرار می‌گیرد.</p> <p>اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی‌تواند در عرض 12 ماه پس از بازدید پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» انجام شود. با این حال نیازی نیست که پس از 12 ماه داشتن بخش B، ویزیت «به Medicare خوش آمدید» داشته باشید تا تحت پوشش ویزیت سالانه سلامتی قرار بگیرید.</p> | \$0  | ویزیت های سلامتی، مانند معاینه فیزیکی                        | شما نیاز به مراقبت اورژانسی دارید |
| <p>خدمات مراقبت پیشگیرانه زیر نیاز به ارجاع دارند: غربالگری آنوریسم آئورت شکمی، تغذیه درمانی پزشکی، سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر، کولونوسکوپی غربالی، غربالگری تراکم استخوان و تست‌های آزمایشگاهی.</p>  | \$0  | مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند واکسن آنفولانزا و غربالگری سرطان |                                   |
| <p>ما ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare بخش B را دارید پوشش می‌دهیم. هنگامی که قرار ملاقات خود را تعیین می‌کنید، به مطب پزشک تان بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» خود برنامه‌ریزی کنید.</p>   | \$0  | «به Medicare خوش آمدید» (ویزیت پیشگیرانه فقط یک بار)         |                                   |
| <p>شما می‌توانید مراقبت‌های اورژانسی را در داخل یا خارج از ایالات متحده و قلمرو آن دریافت کنید. مجوز قبلی لازم نیست.</p>   | \$0  | خدمات اورژانس  |                                   |
| <p>شما می‌توانید مراقبت‌های فوری را در داخل یا خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت کنید. مجوز قبلی لازم نیست.</p>  | \$0  | مراقبت فوری  |                                   |

| ضرورت یا مشکلات سلامتی                     | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | محدودیت‌ها، استثناها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   |
|--|--|--|---|
| شما نیاز به آزمایشات پزشکی دارید           | خدمات رادیولوژی تشخیصی (به عنوان مثال، اشعه ایکس یا سایر خدمات تصویربرداری، مانند اسکن CAT یا MRI) | \$0  | ارجاع لازم است.   |
|  | آزمایش‌های آزمایشگاهی و روش‌های تشخیصی، مانند آزمایش خون   | \$0  | ارجاع لازم است.   |
| شما به خدمات شنوایی/شنوایی سنجی نیاز دارید | غربالگری شنوایی  | \$0  | ارجاع لازم است.   |
|  | سمعک   | \$0  | طبق قوانین پوشش Medi-Cal، سمعک تحت پوشش قرار می‌گیرد.   |
| شما به مراقبت‌های دندانی نیاز دارید        | معاینات دندانپزشکی و مراقبت‌های پیشگیرانه  | \$0  | <p>برای اطلاعات در مورد پوشش دندانپزشکی Medicare، به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. همچنین می‌توانید از <b>deltadentalins.com</b> دیدن کنید یا با بخش خدمات مشتریان Delta Dental به شماره <b>1-877-644-1774</b>، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 5 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره <b>1-800-735-2929</b> تماس بگیرند.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش دندانپزشکی Medi-Cal، با <b>Denti-Cal</b> به شماره <b>1 800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b>) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت <b>Denti-Cal</b> به آدرس <b>denti-cal.ca.gov</b> مراجعه کنید.</p> |



| محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید | ضرورت یا مشکلات سلامتی                |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <p>برای اطلاعات در مورد پوشش دندانپزشکی Medicare، به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. همچنین می‌توانید از <b>deltadentalins.com</b> دیدن کنید یا با بخش خدمات مشتریان Delta Dental به شماره <b>1-877-644-1774</b>، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 5 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره <b>1-800-735-2929</b> تماس بگیرند.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش دندانپزشکی Medi-Cal، با Denti-Cal به شماره <b>1 800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b>) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به وبسایت Denti-Cal به آدرس <b>denti-cal.ca.gov</b> مراجعه کنید.</p> | \$0  | مراقبت‌های ترمیمی و اورژانسی دندان  |                                       |
| ارجاع برای چشمپزشکی الزامی است.   | \$0  | چشمپزشکی                            | شما به مراقبت‌های چشمپزشکی نیاز دارید |
| <p>عینک یا لنز بعد از جراحی آب مروارید: \$0 تا سقف Medicare، اما شما مبالغ بیشتر از این حد را خودتان پرداخت می‌کنید.</p> <p>سایر عینک‌ها (هزینه \$350 هر 12 ماه) از طریق پوشش Medicare: اگر قیمت عینک شما بیش از \$350 باشد، مابه التفاوت را خودتان پرداخت می‌کنید.</p>   | \$0  | عینک یا لنز                         |                                       |
| تجهیزات کم بینایی مطابق با قوانین برنامه Medi-Cal پوشش داده می‌شوند.  | \$0  | سایر مراقبت‌های مربوط به بینایی     |                                       |

| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید  | ضرورت یا مشکلات سلامتی                     |
|--|--|--|--|
| <p>طرح Medicare Medi-Cal شما، خدمات بهداشت روانی به صورت بستری و سرپایی را پوشش می‌دهد.</p> <p>علاوه بر این، شما از طریق <b>Fee-for-Service Medi-Cal</b>، برای سایر خدمات تخصصی سلامت روان و خدمات درمان اختلال مصرف مواد، تحت پوشش قرار می‌گیرید.</p>   | <p>\$0</p>                                   | <p>خدمات بهداشت روان</p>   | <p>شما به خدمات بهداشت روان نیاز دارید</p> |
| <p>ما هزینه خدمات مراقبت از سلامت روان را که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند، پرداخت می‌کنیم. اگر به خدمات بستری در یک بیمارستان روانی خصوصی نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از آن، آژانس سلامت روان منطقه محلی، هزینه خدمات روانپزشکی بستری را که از نظر پزشکی ضرورت دارد، پرداخت می‌کند. برای دریافت مجوز مراقبت بیش از 190 روز، با آژانس سلامت روان منطقه هماهنگ می‌شود. محدودیت 190 روزه شامل خدمات بهداشت روان بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان عمومی نمی‌شود. همچنین برای اقامت در بیمارستان روانپزشکی به دلیل مشکلات زیر اعمال نمی‌شود: اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال دوقطبی (بیماری شیدایی-افسردگی)، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال پانیک، اختلال وسواس فکری-اجباری، اختلال رشدی فراگیر یا اوتیسم، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی، و اختلالات جدی عاطفی</p> <p><b>(Serious Emotional Disturbance, SED)</b></p> <p>کودک زیر 18 سال.</p> | <p>\$0</p>                                   | <p>مراقبت‌های بستری و سرپایی و خدمات مبتنی بر جامعه برای افرادی که به خدمات بهداشت روان نیاز دارند</p> |  |



| محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید                             | ضرورت یا مشکلات سلامتی  |
|--|--|---|---|
| <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل.</li> <li>• درمان سوء مصرف مواد مخدر.</li> <li>• مشاوره گروهی یا فردی توسط یک پزشک متخصص، از جمله درمانگر ازدواج و خانواده.</li> <li>• سم زدایی نیمه حاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی</li> <li>• خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده.</li> <li>• درمان پیوسته رهش با نالتراکسون (ویوپترول).</li> </ul> <p>شما همچنین از طریق Fee-for-Service Medi-Cal برای خدمات درمان اختلال مصرف مواد که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش دارید.</p> | \$0  | خدمات اختلال مصرف مواد  | شما به خدمات اختلال مصرف مواد نیاز دارید                        |
| ارجاع و مجوز قبلی لازم است.  | \$0  | مراقبت‌های پرستاری تخصصی  | شما نیاز دارید در مکانی زندگی کنید تا افرادی از شما مراقبت کنند |
|  | \$0  | مراقبت در آسایشگاه  |   |
|  | \$0  | مراقبت جایگزین از بزرگسالان و مراقبت جایگزین گروهی از بزرگسالان |   |

| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید                  | ضرورت یا مشکلات سلامتی   |
|---|--|--|--|
| ارجاع لازم است.   | \$0  | کاردرمانی، فیزیوتراپی یا گفتار درمانی                | پس از سکنه مغزی یا تصادف به درمان نیاز دارید                         |
| \$0 یا \$200 در هر سفر یک طرفه (چون شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، \$0 می‌پردازید).   | \$0  | خدمات آمبولانس                                       | برای دریافت خدمات بهداشتی به کمک نیاز دارید                          |
| \$0 یا \$200 در هر سفر یک طرفه (چون شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، \$0 می‌پردازید).   | \$0  | نقل و انتقال اورژانسی                                |  |
| Medi-Cal نقل و انتقال پزشکی غیر اورژانسی (الزام به ارجاع) و نقل و انتقال غیرپزشکی را پوشش می‌دهد تا به شما کمک کند وقتی خودتان امکان رفتن ندارید، به محل قرار ملاقات و داروخانه بروید. شما هزینه خدمات آمبولانس غیر اورژانسی را پرداخت می‌کنید (به «خدمات آمبولانس» در بالا مراجعه کنید). | \$0  | نقل و انتقال به محل قرار ملاقات پزشکی و دریافت خدمات |  |
| داروهای بخش B شامل داروهایی است که پزشک شما در مطب داده است، برخی از داروهای خوراکی سرطان و برخی از داروهایی که مصرف آنها به تجهیزات پزشکی خاص نیاز دارد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این داروها کتاب راهنمای اعضا را بخوانید.   | \$0  | داروهای نسخه ای Medicare بخش B                       | برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد) |



| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه  | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید   | ضرورت یا مشکلات سلامتی   |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <p>ممکن است محدودیت‌هایی در مورد انواع داروهای تحت پوشش وجود داشته باشد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به فهرست داروهای <b>تحت پوشش (فهرست داروها) Senior Advantage</b> Medicare Medi-Cal مراجعه کنید. تهیه میزان بیشتر دارو (حداکثر برای 100 روز یا سه ماه) از یک داروخانه خرده‌فروشی یا داروخانه پستی ما با پرداخت مشترک مشابه به تهیه دارو برای یک ماه، ممکن است امکان‌پذیر باشد. همه داروها از طریق سفارش پستی در دسترس نیستند.</p> <p><b>پیام مهم در مورد مبلغ پرداختی شما برای واکسن‌ها - حتی اگر واجد شرایط کمک اضافی نباشید، طرح ما اکثر واکسن‌های بخش D را به‌صورت رایگان برای شما پوشش می‌دهد.</b></p> | <p>\$0 تا \$4.15 بسته به سطح «کمک اضافی»</p>  | <p>داروهای ژنریک (فاقد نام تجاری)</p> | <p>برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه دارد)</p> |
| <p>ممکن است محدودیت‌هایی در مورد انواع داروهای تحت پوشش وجود داشته باشد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به فهرست داروهای <b>تحت پوشش (فهرست داروها) Senior Advantage</b> Medicare Medi-Cal مراجعه کنید. میزان بیشتر دارو (حداکثر برای 100 روز یا سه ماه) از یک داروخانه خرده‌فروشی یا داروخانه پستی ما با پرداخت مشترک مشابه به تهیه میزان یک ماهه، ممکن است در دسترس باشد. همه داروها از طریق سفارش پستی در دسترس نیستند.</p> <p><b>پیام مهم در مورد مبلغ پرداختی شما برای واکسن‌ها - حتی اگر واجد شرایط کمک اضافی نباشید، طرح ما اکثر واکسن‌های بخش D را به‌صورت رایگان برای شما پوشش می‌دهد.</b></p>           | <p>\$0 تا \$10.35 بسته به سطح «کمک اضافی»</p> | <p>داروهای با نام تجاری</p>           |  |



| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید                   | ضرورت یا مشکلات سلامتی |
|---|--|---|------------------------|
| <p>ما برخی از درمان‌های جایگزین نیکوتین مورد تأیید FDA را برای استفاده بدون نسخه پوشش می‌دهیم. این موارد باید توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه سفارش داده شده و از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه تهیه شوند. ما دو بار در طول سال تقویمی، میزان مصرف 100 روزه را ارائه می‌دهیم.</p> <p>ما همچنین اقلام OTC فهرست شده در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم. می‌توانید اقلام OTC را تا سقف <b>\$100 مزایای سه ماهه</b> سفارش دهید. هر سفارش باید حداقل <b>\$25</b> باشد. سفارش شما ممکن است از حد مزایای سه ماهه شما تجاوز نکند. هر میزان استفاده نشده از حد مزایای سه ماهه به سه ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. (محدودیت مزایای شما در 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً تنظیم می‌شود).</p> <p>برای مشاهده کاتالوگ ما و ثبت سفارش آنلاین، لطفاً به <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a> مراجعه کنید. می‌توانید از طریق تماس با شماره <b>1-800-977-2273 (TTY 711)</b> سفارش دهید یا بخواهید یک کاتالوگ چاپی برای شما پست شود؛ 7 صبح تا 6 بعد از ظهر PST، دوشنبه تا جمعه.</p> <p>ممکن است از طریق برنامه Medi-Cal Rx، پوشش بیشتری برای برخی اقلام OTC تحت پوشش Medi-Cal داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد Medi-Cal Rx، با خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره <b>1-800-977-2273</b>، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر با <b>711</b> تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به وب سایت Medi-Cal Rx به آدرس <a href="https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/">https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</a> مراجعه کنید.</p> | <p>\$0 تا سقف مزایای سه ماهه<br/>\$100</p>   | <p>داروهای بدون نسخه<br/>(over-the-counter, OTC).</p> |                        |

اگر سوالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.

این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید



| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید | ضرورت یا مشکلات سلامتی   |
|---|--|-------------------------------------|--|
|   | \$0  | خدمات توانبخشی                      | برای بهتر شدن به کمک احتیاج دارید یا نیازهای سلامت خاصی دارید  |
| اگر شما واجد شرایط کمک به پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت، شما 20% بیمه مشترک پرداخت می‌کنید؛ به جز برای پیک فلومتر و تجهیزات درمان با نور ماوراء بنفش که \$0 پرداخت می‌کنید. مجوز قبلی لازم است. | \$0  | تجهیزات پزشکی برای مراقبت در منزل   |  |
| اگر شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت شما 20% درصد بیمه مشترک می‌پردازید.  | \$0  | خدمات دیالیز                        |  |
| ارجاع لازم است.   | \$0  | خدمات درمان پا                      | شما به مراقبت از پا نیاز دارید   |
| مجوز قبلی لازم است.   | \$0  | خدمات ارتز                          |  |
| اگر شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت شما 20% درصد بیمه مشترک می‌پردازید. مجوز قبلی لازم است.  | \$0  | ویلچر، عصا و واگر                   | به تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) نیاز دارید  |
| اگر شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت شما 20% درصد بیمه مشترک می‌پردازید. مجوز قبلی لازم است.  | \$0  | نبولایزر                            | توجه: این لیست کاملی از DME تحت پوشش نیست. برای فهرست کامل، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. |
| اگر شما واجد شرایط کمک پرداخت مشترک هزینه Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت شما 20% درصد بیمه مشترک می‌پردازید. مجوز قبلی لازم است.  | \$0  | تجهیزات اکسیژن                      |  |
| ارجاع لازم است.   | \$0  | خدمات بهداشت خانگی                  |  |

| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید   | ضرورت یا مشکلات سلامتی               |
|---|--|---|--------------------------------------|
| پشتیبانی‌های اجتماعی، خدمات یا تنظیمات جایگزین مناسب و مقرون به صرفه برای افرادی هستند که تحت پوشش طرح Medicare Medi-Cal شما قرار دارند. اگر واجد شرایط باشید، پشتیبانی اجتماعی می‌تواند به شما کمک کند مستقل‌تر زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی که تحت طرح Medicare Medi-Cal خود دریافت می‌کنید، نمی‌شوند. این خدمات در همه مناطق در دسترس نیستند. همه اعضا واجد شرایط دریافت پشتیبانی اجتماعی نیستند. برای واجد شرایط بودن، باید معیارهای خاصی داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پشتیبانی اجتماعی، با بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید. | \$0  | خدمات خانگی، مانند نظافت خانه، یا ایجاد تغییراتی در خانه مانند دستگیره‌های محافظ                                      | برای زندگی در خانه به کمک نیاز دارید |
| خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه ("CBAS") خدماتی است که اگر مشکلات سلامتی دارید، به نحوی که مراقبت شخصی را برایتان دشوار می‌کند و به کمک بیشتری نیاز دارید، ممکن است واجد شرایط آن باشید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات CBAS، از هماهنگ کننده مراقبت خود سؤال کنید.  | \$0  | سلامت روزانه بزرگسالان، خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community Based Adult Services, CBAS)، یا سایر خدمات پشتیبانی |                                      |
|   | \$0  | خدمات توانبخشی روزانه   |                                      |
| ممکن است تحت پوشش Medi-Cal خود، واجد شرایط دریافت خدمات معافیت خانگی و اجتماعی باشید. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد این خدمات، با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید.  | \$0  | خدماتی که به شما کمک می‌کند به بواسطه خدمات مراقبت شخصی خود زندگی کنید  |                                      |



| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)  | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید | ضرورت یا مشکلات سلامتی |
|---|--|-------------------------------------|------------------------|
| <p>ما تنظیمات ستون فقرات را به منظور تراز صحیح پوشش می‌دهیم. این خدمات تحت پوشش Medicare توسط یک متخصص کایروپراکتیک عضو شبکه ارائه می‌شود. برای بررسی لیست متخصصین کایروپراکتیک عضو شبکه، لطفاً به دایرکتوری ارائه‌دهنده مراجعه کنید. مجوز قبلی لازم است. ارجاع برای اعضای کالیفرنیا شمالی لازم است.</p> <p>Medi-Cal ممکن است خدمات کایروپراکتیک را در صورت دریافت در یک مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط (Federally Qualified Health Center, FQHC) یا کلینیک‌های بهداشت روستایی (Rural Health Clinics, RHC) در شبکه Kaiser Permanente پوشش دهد. FQHC ها و RHC ها ممکن است برای دریافت خدمات به ارجاع نیاز داشته باشند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد خدمات موجود در FQHC یا RHC، با خدمات اعضا تماس بگیرید.</p> | \$0  | خدمات کایروپراکتیک                  | خدمات اضافی            |
|   | \$0  | منابع و خدمات دیابت                 |                        |

| محدودیت‌ها، استثنایها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)   | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید     | ضرورت یا مشکلات سلامتی |
|--|--|---|------------------------|
| <p>شما هیچ هزینه اضافی برای عضویت استاندارد در مراکز تناسب اندام شرکت کننده در برنامه Silver&amp;Fit پرداخت نمی‌کنید. همچنین می‌توانید از میان مجموعه‌ای از کیت‌ها، یک «کیت تناسب اندام خانگی» را انتخاب کنید تا به شما کمک کند در خانه روی تناسب اندام خود کار کنید.</p> <p>برنامه Silver&amp;Fit توسط American Specialty Health Fitness, Inc یک شرکت تابعه American Specialty Health Incorporated (ASH) ارائه می‌شود. یک نام تجاری ثبت شده فدرال و متعلق به شرکت ASH است و در اینجا با کسب مجوز مورد استفاده قرار می‌گیرد. مراکز تناسب اندام شرکت‌کننده و مراکز تناسب اندام زنجیره‌ای ممکن است بسته به مکان متفاوت باشند و تغییر کنند.</p> | \$0  | مزایای تناسب اندام - برنامه Silver&Fit® |                        |
| <p>ما ارائه و عده‌های غذایی تحویل درب منزل شما را بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان عضو شبکه به خاطر بستری به دلیل تشخیص اصلی نارسایی احتقانی قلب، تا دو وعده در روز در یک دوره چهار هفته‌ای متوالی، برای یک بار در سال پوشش می‌دهیم. ارجاع لازم است.</p> <p>تحت Medi-Cal، ممکن است واجد شرایط پوشش اضافی برای وعده‌های غذایی تحویل درب منزل تحت پشتیبانی اجتماعی باشید. پشتیبانی اجتماعی در همه مناطق در دسترس نیست و شما باید معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پشتیبانی اجتماعی Medi-Cal از پزشک خود سؤال بپرسید.</p>   | \$0  | وعده‌های غذایی تحویل درب منزل           |                        |
| مجاز قبلی لازم است.  | \$0  | خدمات پروتز                             |                        |
| ارجاع لازم است.  | \$0  | پرتو درمانی                             |                        |



| محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا) | هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه | خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید  | ضرورت یا مشکلات سلامتی |
|---|--|--------------------------------------|------------------------|
|   | \$0  | خدماتی برای کمک به مدیریت بیماری‌تان |                        |

خلاصه مزایا در بالا فقط برای مقاصد اطلاعاتی ارائه شده است و فهرست کاملی از مزایا نیست. برای فهرست کامل و اطلاعات بیشتر در مورد مزایای خود، می‌توانید کتاب راهنمای Senior Advantage Medicare Medi-Cal را مطالعه کنید. اگر دفترچه راهنمای اعضا ندارید، با خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal با شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید و برای دریافت یک راهنما درخواست بدهید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.

## D. مزایای تحت پوشش خارج از Senior Advantage Medicare Medi-Cal

برخی از خدمات وجود دارند که تحت پوشش Senior Advantage Medicare Medi-Cal نیستند، اما تحت پوشش Medicare، Medi-Cal یا آژانس ایالتی یا منطقه‌ای هستند و شما می‌توانید از آنها بهره‌مند شوید. این فهرست کامل نیست. برای اطلاع از این خدمات با شماره درج شده در پایین صفحه‌ها خدمات اعضا تماس بگیرید.

| سایر خدمات تحت پوشش Medicare، Medi-Cal، یا یک آژانس دولتی                                    | هزینه‌های شما |
|--|---------------|
| برخی از خدمات مراقبت آسایشگاهی، خارج از Senior Advantage Medicare Medi-Cal پوشش داده می‌شوند | \$0           |
| توانبخشی روانی اجتماعی   | \$0           |
| مدیریت پرونده هدفمند   | \$0           |
| پانسیون مراقبتی  | \$0           |
| برنامه دارویی نسخه سرپایی Medi-Cal Rx  | \$0           |
| خدمات برنامه دندانپزشکی Medi-Cal   | \$0           |
| خدمات درمان اختلال مصرف مواد   | \$0           |
| خدمات تخصصی سلامت روان   | \$0           |
| خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه   | \$0           |
| برنامه چند منظوره خدمات ارشد   | \$0           |
| خدمات مرکز منطقه‌ای تحت پوشش Medi-Cal  | \$0           |

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید.



## E. خدماتی که Senior Advantage Medicare، Medicare و Medi-Cal پوشش نمی‌دهند

این فهرست کامل نیست. برای اطلاع از سایر خدمات مستثنی شده با شماره درج شده در پایین این صفحه‌ها خدمات اعضا تماس بگیرید.

### خدمات Senior Advantage Medicare، Medicare و Medi-Cal را پوشش نمی‌دهد

|   |  |
|---|--|
| <p>اگر پزشک شبکه تشخیص دهد که خدمات از نظر پزشکی ضروری هستند، این استثنا اعمال نمی‌شود.</p>   | <p>برخی از معاینات و خدمات مورد نیاز:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای به دست آوردن شغل یا حفظ آن</li> <li>• برای دریافت بیمه</li> <li>• برای دریافت هر نوع مجوز</li> <li>• به دستور دادگاه یا برای آزادی مشروط یا آزادی بقید التزام</li> </ul> |
| <p>این استثنا در مورد شیردوش‌های بازاری که پس از زایمان در اختیار زنان قرار می‌گیرد، اعمال نمی‌شود. این استثنا همچنین در خصوص مواردی که تحت پشتیبانی اجتماعی برای شما تأیید شده‌اند، اعمال نمی‌شود.</p>   | <p>تجهیزات یا ویژگی‌هایی برای ایجاد راحتی اینها مواردی هستند که صرفاً برای راحتی یا آسایش یکی از اعضا، یکی از اعضای خانواده فرد عضو یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی یکی از اعضا استفاده می‌شوند.</p>   |
| <p>این استثنا در مورد تجهیزات پروتز تحت پوشش اعمال نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاشت ایمپلنت بیضه به عنوان بخشی از یک جراحی ترمیمی تحت پوشش</li> <li>• پروتز سینه پس از ماستکتومی یا لامپکتومی مورد نیاز است</li> <li>• پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از قسمت خارجی صورت</li> </ul> | <p>خدمات زیبایی. خدماتی برای تغییر ظاهر شما (از جمله جراحی قسمت‌های طبیعی برای تغییر ظاهر).</p>  |
| <p>خدمات آزمایشی عبارتند از داروها، تجهیزات، رویه‌ها یا خدماتی که در آزمایشگاه یا روی حیوانات آزمایش می‌شوند، اما برای آزمایش روی انسان آماده نیستند، مگر به عنوان یک مطالعه تحقیقاتی بالینی تحت پوشش که در <b>کتابچه راهنمای اعضا</b> توضیح داده شده است.</p>  | <p>خدمات آزمایشی</p>   |
| <p>مگر اینکه تحت پوشش Medi-Cal شما تحت برنامه ILOS یا تجهیزات پزشکی بادوام تأیید شوند.</p>  | <p>اقلام و خدماتی که اقلام و خدمات بهداشتی نیستند</p>  |
|   | <p>اقلام و خدمات برای تقویت رشد مو، پیشگیری از ریزش مو، یا سایر درمان‌های مرتبط.</p>   |



خدمات Medicare و Medi-Cal، Senior Advantage Medicare و Medi-Cal را پوشش نمی‌دهد

|  |  |
|--|--|
| <p>این استثنا برای خدمات درمانی که بخشی از طرح درمان فیزیوتراپی هستند اعمال نمی‌شود.</p>   | <p>خدمات ماساژ درمانی.</p>   |
|  | <p>پرستاران خصوصی یا مراقبت‌های پرستاری تمام وقت در خانه شما</p>                                 |
|  | <p>مراقبت‌ها و خدمات معمول پا که تحت پوشش Medicare نیستند</p>                                    |
| <p>مگر اینکه اینها را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم. این استثنا برای خدمات یا اقلامی که تحت پوشش Original Medicare نیستند اما تحت پوشش طرح ما هستند، اعمال نمی‌شود.</p>   | <p>خدماتی که طبق استانداردهای Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند</p> |
| <p>ما داروها، مکمل‌ها، آزمایش‌ها، واکسن‌ها، دستگاه‌ها، مواد رادیواکتیو و سایر خدماتی را که طبق قانون به تأیید سازمان غذا و داروی فدرال («FDA») نیاز دارند تا در ایالات متحده به فروش برسند اما مورد FDA نیستند را پوشش نمی‌دهیم. این استثنا در موارد زیر اعمال نمی‌شود: خدمات اورژانس تحت پوشش دریافت شده در کانادا یا مکزیک، خدمات تحت پوشش آزمایشات بالینی و خدمات ارائه شده به عنوان بخشی از خدمات تحقیقاتی تحت پوشش.</p>                                       | <p>خدماتی که توسط سازمان غذا و داروی فدرال تایید نشده است</p>                                    |
| <p>با این حال، هنگامی که یک کهنه سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و پرداخت مشترک هزینه VA بیشتر از پرداخت مشترک هزینه تحت طرح ما باشد، مابه‌التفاوت را به کهنه سرباز بازپرداخت می‌کنیم. در صورت وجود، شما همچنان مسئول مبالغ پرداخت مشترک هزینه خود هستید.</p>  | <p>خدمات ارائه شده به کهنه سربازان در مراکز امور کهنه سربازان (Veterans Affairs, VA).</p>        |
| <p>این استثنا برای درمان عوارض ناشی از خدمات فاقد پوشش اعمال نمی‌شود، مگر اینکه آن عوارض پوشش داده شوند. به عنوان مثال، اگر جراحی زیبایی دارید که تحت پوشش نیست، ما خدماتی را که برای آماده شدن برای جراحی یا مراقبت‌های بعدی دریافت می‌کنید، پوشش نمی‌دهیم. اگر بعداً با یک عارضه جدی مانند عفونت حاد مواجه شدید، این استثنا اعمال نخواهد شد و تا زمانی که خدمات بر اساس راهنمای اعضا، تحت پوشش باشد، ما خدمات مورد نیاز برای درمان عارضه را پوشش خواهیم داد.</p> | <p>هنگامی که خدماتی تحت پوشش نیست، همه خدمات مربوط به خدمات فاقد پوشش مستثنی می‌شوند</p>         |



### خدمات Senior Advantage Medicare Medi-Cal و Medicare را پوشش نمی‌دهد

|  |  |
|--|--|
| <p>این استثنا برای کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی که به عنوان بخشی از پوشش ارائه شده در زیر آمده، اعمال نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آسایشگاه و مراقبت‌های تسکینی</li> <li>• خدمات و حمایت‌های مراقبت طولانی مدت</li> <li>• مراکز مراقبتی پرستاری تخصصی/میانی/نیمه حاد</li> <li>• پشتیبانی اجتماعی</li> </ul> | <p>خدمات مراقبت شخصی که از نظر پزشکی ضروری نیستند، مانند کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی (به عنوان مثال: راه رفتن، نشستن و برخاستن از رختخواب، حمام کردن، لباس پوشیدن، تغذیه، توالیت رفتن و مصرف دارو).</p>   |
|  | <p>معکوس کردن عقیم سازی</p>  |
| <p>این استثنا برای موارد زیر اعمال نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• پشتیبانی‌های اجتماعی تحت پوشش برای شما تأیید شده است.</li> <li>• خدمات قابلیت تحت پوشش.</li> <li>• خدمات کارکنان سلامت جامعه تحت پوشش.</li> </ul>   | <p>خدمات توسط افراد بدون مجوز این شامل خدماتی می‌شود که به‌طور ایمن و مؤثر توسط افرادی انجام می‌شوند که برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیازی به مجوز یا گواهینامه‌های دولتی ندارند و شرایط عضو، ارائه خدمات توسط ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی دارای مجوز را ضروری نمی‌کند.</p> |

## F. حقوق شما به عنوان عضوی از طرح

به عنوان عضو Senior Advantage Medicare Medi-Cal، از حقوق خاصی برخوردار هستید. شما می‌توانید از این حقوق بدون مجازات استفاده کنید. شما همچنین می‌توانید از این حقوق، بدون از دست دادن خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود استفاده کنید. حداقل سالی یکبار حقوق‌تان را به شما یادآوری می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود، لطفاً کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. حقوق شما شامل موارد زیر است، اما به آنها محدود نمی‌شود:

- شما حق دارید که محترم شمرده شوید و انصاف و کرامت در مورد شما رعایت شود. این شامل حقوق زیر می‌شود:
  - حق دریافت خدمات تحت پوشش بدون نگرانی از وضعیت پزشکی، وضعیت سلامت، دریافت خدمات بهداشتی، تجربه ادعایی، سابقه پزشکی، ناتوانی (از جمله اختلال روانی)، وضعیت تاهل، سن، جنسیت (شامل کلیشه‌های جنسی و هویت جنسی)، جهت گیری، ملیت، نژاد، رنگ، مذهب، عقیده، یا کمک‌های عمومی
  - حق دریافت اطلاعات به زبان‌ها و قالب‌های دیگر (مثلاً چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی) به صورت رایگان
  - حق رها بودن از هر نوع محدودیت فیزیکی یا طرد شدگی
- حق کسب اطلاعات در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود. این شامل اطلاعاتی در مورد درمان و گزینه‌های درمانی شما می‌شود. این اطلاعات باید به زبان و قالبی باشد که قابل فهم است. این شامل حق دریافت اطلاعات در خصوص موارد زیر است:
  - شرح خدماتی که ما پوشش می‌دهیم
  - نحوه دریافت خدمات
  - هزینه خدمات
  - اسامی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی
- شما حق دارید در مورد مراقبت خود، از جمله امتناع از درمان، تصمیم بگیرید. این شامل حقوق زیر می‌شود:
  - انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) و تغییر PCP خود در هر زمانی در طول سال
  - استفاده از خدمات یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی زنان بدون ارجاع
  - دریافت سریع خدمات و داروهای تحت پوشش خود
  - آگاهی از همه گزینه‌های درمانی، صرف نظر از میزان هزینه و وضعیت پوشش
  - امتناع از درمان، حتی اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما آن را توصیه می‌کند
  - مقطع صرف دارو، حتی اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما آن را توصیه کند
  - درخواست برای تشخیص ثانویه Senior Advantage Medicare Medi-Cal هزینه مراجعه برای بررسی تشخیص ثانویه را پرداخت خواهد کرد
  - اعلام ترجیحات مراقبت‌های بهداشتی خود طی یک دستورالعمل قبلی



● شما حق دسترسی به موقع به مراقبت‌هایی را دارید که هیچ‌گونه مانع ارتباطی یا فیزیکی برای دسترسی به آنها وجود ندارد. این شامل حقوق زیر می‌شود:

- دریافت مراقبت‌های پزشکی به موقع
- ورود و خروج از مطب ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی. این به معنای دسترسی بدون مانع برای افراد دارای معلولیت، مطابق با قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disabilities Act) است
- داشتن مترجم برای کمک به برقراری ارتباط با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بررسی برنامه بهداشتی‌تان

● شما حق دارید در صورت نیاز به دنبال مراقبت اضطراری و فوری باشید. این به این معنی است که شما حق دارید:

- خدمات اضطراری را بدون مجوز قبلی در مواقع اضطراری دریافت کنید
- در صورت لزوم از یک ارائه‌دهنده مراقبت فوری یا اورژانسی خارج از شبکه استفاده کنید

● حریم خصوصی‌تان حفظ شود. این شامل حقوق زیر می‌شود:

- درخواست و دریافت یک کپی از سوابق پزشکی خود به نحوی که قابل درک باشد و درخواست تغییر یا تصحیح سوابق‌تان
- محرمانه نگه داشتن اطلاعات سلامت شخصی‌تان

● شما حق دارید در خصوص خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود شکایت کنید. این شامل حقوق زیر می‌شود:

- ثبت شکایت علیه ما یا ارائه‌دهندگان ما
- از طریق شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219)، یا خط TDD (1-877-688-9891) برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری، به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) شکایت کنید. وبسایت (www.dmhc.ca.gov) DMHC دارای فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) و دستورالعمل‌هایی است که به صورت آنلاین در دسترس می‌باشند.
- درخواست از DMHC برای IMR خدمات Medi-Cal یا مواردی که ماهیت پزشکی دارند
- درخواست تجدید نظر برای تصمیمات خاص DMHC یا ارائه‌دهندگان ما
- درخواست تجدید نظر ایالتی
- دریافت دلیل واضح برای رد شدن خدمات

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود، می‌توانید کتاب راهنمای اعضا را مطالعه کنید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید با خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal با شماره درج شده در پایین این صفحه تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید با دفتر پیگیری شکایات ویژه افرادی که Medicare و Medi-Cal دارند به شماره 1-855-501-3077، از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر، یا با دفتر رسیدگی به شکایات Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

## G. نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در مورد خدمات رد شده

اگر شکایتی دارید یا فکر می‌کنید Senior Advantage Medicare Medi-Cal باید چیزی را پوشش دهد که ما آن را رد کرده‌ایم، با خدمات اعضا با شماره فهرست شده در پایین این صفحه تماس بگیرید. شما می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید.

برای سؤالات در مورد شکایات و تجدیدنظر، می‌توانید فصل 9 کتاب راهنمای اعضا را بخوانید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal با شماره درج شده در پایین این صفحه تماس بگیرید.

## H. تصمیمات برای پوشش، تجدیدنظر و شکایات در مورد مراقبت‌های پزشکی

تصمیم پوشش در مورد مراقبت‌های بهداشتی شما تصمیمی است در مورد:

- مزایا و خدمات تحت پوشش شما یا
- مبلغی که ما برای خدمات بهداشتی شما می‌پردازیم.

درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست از ما جهت بررسی تصمیمی است که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم. بدینوسیله اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با این تصمیم مخالفید، از ما می‌خواهید که آن را تغییر دهیم.

شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده ای (از جمله ارائه دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که از ما دریافت کرده‌اید، به ما یا سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید. شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از یک فرم آنلاین در [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست کمک با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید. شما می‌توانید با تماس با شماره **1-888-452-8609** در مورد طرح ما به برنامه رسیدگی به شکایات، شکایت کنید. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، به استثنای تعطیلات دولتی.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.

این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید



|                |   |
|----------------|---|
| تماس بگیرید با | <p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، ساعت 8 صبح تا ساعت 8 شب. ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم داریم.</p> <p>اگر تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما طبق آنچه در <b>کتابچه راهنمای اعضا</b> توضیح داده شده، واجد شرایط تصمیم گیری سریع است، با واحد بررسی سریع به شماره <b>1-888-987-2252</b>، از ساعت 8:30 صبح تا 5 بعد از ظهر از دوشنبه تا شنبه تماس بگیرید.</p>   |
| TTY            | <p><b>711</b></p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، ساعت 8 صبح تا ساعت 8 شب.</p>  |
| فکس            | <p>اگر تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع است، درخواست خود را به واحد بررسی سریع ما به شماره <b>1-888-987-2252</b> فکس کنید.</p>  |
| نامه بنویسید   | <p>برای تعیین پوشش استاندارد یا شکایت، با دفتر خدمات اعضا در منطقه خود مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکانها فهرست ارائه دهندگان را ببینید). برای درخواست تجدیدنظر استاندارد به آدرسی مکاتبه کنید که روی ابلاغیه رد درخواست ارسال شده از طرف ما قید شده است. اگر درخواست تعیین پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم گیری سریع است، به آدرس زیر نامه بفرستید:</p> <p style="text-align: right;">Kaiser Permanente<br/>Expedited Review Unit<br/>P.O. Box 1809<br/>Pleasanton, CA 94566</p> |
| وبسایت         | <p>می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به طور مستقیم به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت آنلاین به Medicare، به <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> بروید.</p>   |

## 1. تصمیمات پوشش برای داروهای نسخه‌ای بخش D

تصمیم پوشش در مورد داروهای Medicare شما تصمیمی است در مورد:

- مزایای شما و داروهای تحت پوشش Medicare یا
- مبلغی که ما برای داروهای Medicare شما می‌پردازیم.

|                   |  |
|-------------------|--|
| تماس بگیرید<br>با | <b>1-877-645-1282</b><br>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، ساعت 8 صبح تا ساعت 8 شب.<br>ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم داریم. |
| TTY               | <b>711</b><br>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، ساعت 8 صبح تا ساعت 8 شب.  |
| فکس               | <b>1-844-403-1028</b>  |
| نامه بنویسید      | OptumRx<br>c/o Prior Authorization<br>P.O.P.O. Box 25183<br>Santa Ana, CA 92799  |
| وبسایت            | <b>kp.org</b>  |

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.  
این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به **kp.org/medicare** مراجعه کنید



## ل. درخواست تجدید نظر برای داروهای نسخه‌ای بخش D

درخواست تجدیدنظر راهی برای درخواست از ما برای تغییر تصمیم پوشش است.

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>1-866-206-2973</b>  | <b>تماس بگیریید با</b> |
| این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8:30 صبح تا ساعت 5 بعد از ظهر<br>ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم داریم. |                        |
| <b>711</b>   | <b>TTY</b>             |
| این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا ساعت 8 شب.   |                        |
| <b>1-866-206-2974</b>  | <b>فکس</b>             |
| Kaiser Permanente<br>Medicare Part D Unit<br>P.O. Box 1809<br>Pleasanton, CA 94566   | <b>نامه بنویسید</b>    |
| <b>kp.org</b>  | <b>وبسایت</b>          |



## K. شکایات برای داروهای نسخه‌ای بخش D

شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای تجویزی Medicare شما می‌شود.

اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوششی در خصوص داروهای تجویزی Medicare باشد، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید (به «تجدیدنظر برای داروهای نسخه‌ای بخش D» در بالا مراجعه کنید).

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>تماس بگیرید با</b> | <b>1-800-443-0815</b><br>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.<br>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، با واحد بخش D به شماره <b>1-866-206-2973</b> تماس بگیرید، 8:30 صبح تا 5 بعد از ظهر، دوشنبه تا جمعه. برای اطلاع از اینکه آیا مشکل شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است یا خیر، به <b>فصل 9</b> مراجعه کنید.<br>ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم داریم. |
| <b>TTY</b>            | <b>711</b><br>این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب.  |
| <b>فکس</b>            | اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، درخواست خود را به واحد بخش D ما به شماره <b>1-866-206-2974</b> فکس کنید.   |
| <b>نامه بنویسید</b>   | برای شکایت استاندارد، به دفتر خدمات اعضای محلی خود نامه بنویسید (برای اطلاع از آدرس‌ها به <b>دایرکتوری ارائه‌دهنده</b> مراجعه کنید).<br>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، به آدرس زیر نامه بنویسید:<br><br>Kaiser Permanente<br>Medicare Part D Unit<br>P.O. Box 1809<br>Pleasanton, CA 94566  |
| <b>وبسایت</b>         | می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به طور مستقیم به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت آنلاین به Medicare، به <b>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</b> بروید.  |

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.  
این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به **kp.org/medicare** مراجعه کنید.



## L. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta دارد. Livanta گروهی متشکل از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Livanta با طرح ما ارتباطی ندارد. برای دریافت کمک در خصوص مسائل زیر با Livanta تماس بگیرید:

- سوال در مورد حقوق مراقبت‌های بهداشتی‌تان
- شما می‌توانید در خصوص مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایت کنید اگر:
  - با کیفیت مراقبت مشکل دارید،
  - معتقدید که مدت بستری شما در بیمارستان خیلی زود به پایان می‌رسد، یا
  - فکر می‌کنید خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت توسط پرستار متخصص یا خدمات جامع توانبخشی سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) خیلی زود به پایان می‌رسند.

|                |  |
|----------------|--|
| تماس بگیرید با | 1-877-588-1123   |
| TTY            | 711  |
| نامه بنویسید   | Livanta<br>BFCC-QIO Program<br>10820 Guilford Road, Suite 202<br>Annapolis Junction, MD 20701-1105 |
| وبسایت         | <a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>   |

## M. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) مسئول تنظیم برنامه‌های بهداشتی است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند به شما در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند.

|                 |   |
|-----------------|---|
| تماس بگیریید با | 1-888-466-2219<br>نمایندگان DMHC بین ساعات 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر از دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.                            |
| TDD             | 1-877-688-9891<br>این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید. |
| نامه بنویسید    | Help Center<br>California Department of Managed Health Care<br>980 Ninth Street, Suite 500<br>Sacramento, CA 95814-2725             |
| فکس             | 1-916-255-5241  |
| وبسایت          | <a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>  |

شما می‌توانید یک فرم بازبینی پزشکی/شکایت مستقل به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) ارسال کنید تا تصمیم ما بررسی شود. همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل («IMR») کنید. در طول IMR DMHC، یک پزشک خارج از سازمان که عضو Kaiser Permanente نیست، پرونده شما را بررسی خواهد کرد. شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) DMHC و خط TTY برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتار (1-877-688-9891) است. شما می‌توانید فرم بررسی/شکایت پزشکی مستقل و دستورالعمل‌ها را به صورت آنلاین در وب سایت DMHC به نشانی [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) بیابید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Senior Advantage Medicare Medi-Cal به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.

این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) مراجعه کنید



---

## N. اگر مشکوک به عدم صداقت هستید چه باید بکنید

اکثر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات صادق هستند. اما متأسفانه ممکن است عده‌ای صادقانه رفتار نکنند.

اگر فکر می‌کنید پزشک، بیمارستان یا داروخانه دیگری کار اشتباهی انجام می‌دهد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal تماس بگیرید. شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه درج شده است.
- یا با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal به شماره **1-800-841-2900** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-800-497-4648** تماس بگیرند.
- یا با Medicare به شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید. کاربران TTY ممکن است با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها به طور رایگان تماس بگیرید.

## اطلاعیه عدم تبعیض

Kaiser Permanente از قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت شما را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد. Kaiser Permanente بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، افراد را از یکدیگر جدا نمی‌کند یا رفتار متفاوتی با آن‌ها نخواهد داشت. ما همچنین:

- به کسانی که دچار معلولیت هستند و نمی‌توانند با ما به درستی ارتباط برقرار کنند، کمک و خدمات رایگان ارائه خواهیم کرد، از جمله:
  - مترجم حرفه‌ای زبان اشاره.
  - ارائه اطلاعات کتبی به فرمت‌های دیگر مانند چاپ با قلم درشت، فایل‌های صوتی و فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی.
- ارائه خدمات زبانی به صورت رایگان برای کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، از جمله:
  - مترجم شفاهی دارای صلاحیت.
  - اطلاعات کتبی به سایر زبان‌ها.

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-443-0815** (کاربران TTY به شماره 711) در تمامی ایام هفته از 8 صبح تا 8 عصر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Kaiser Permanente این خدمات را ارائه نکرده است یا به هر طریقی بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، تبعیضی قائل شده است، می‌توانید با ارسال فایل کتبی شکایت از طریق مسئول هماهنگی در امور حقوق مدنی ما به آدرس **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** یا تماس با خدمات اعضا به شماره‌های ذکر شده در بالا، نارضایتی خود را اعلام کنید. می‌توانید شکایت خود را از طریق پست یا تلفن ارائه کنید. اگر برای ارائه شکایت نیاز به کمک دارید، مسئول هماهنگی ما در امور مربوط به حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند. همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید بطور الکترونیک شکایات مربوط به حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح کنید: از طریق پورتال دفتر رسیدگی به شکایات مربوط به حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>؛ ارسال شکایت از طریق پست به آدرس

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201؛ یا تماس با شماره **1-800-368-1019** و **(TDD) 1-800-537-7697**. فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> قابل دسترسی هستند.

## اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند.

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

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

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

اگر به این خدمات نیاز دارید، با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید (TTY 711). ساعات پاسخگویی: 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز). در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره **711** تماس بگیرید.

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

## نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بود یا به روشی دیگر تبعیضی غیرقانونی قائل شد، می‌توانید نارضایتی از تبعیض نزد Kaiser Permanente طرح کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (*Evidence of Coverage*) یا گواهی بیمه (*Certificate of Insurance*) خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید در مورد گزینه‌های مربوط به خود، با یکی از نمایندگان خدمات اعضا صحبت کنید. اگر در تنظیم نارضایتی به کمک نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها تسلیم نمایید:

- به صورت تلفنی: می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز) با مرکز خدمات اعضای به شماره **1-800-464-4000** (TTY 711) تماس بگیرید
- از طریق پست: از طریق شماره **1-800-464-4000** (TTY 711) با ما تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال شود
- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) مراجعه کنید)
- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی [kp.org](http://kp.org) استفاده کنید

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

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

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

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

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

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- آتلاین: ارسال ایمیل به [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

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

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

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019 (TTY 711)** یا **1-800-537-7697**

- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- آتلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

## 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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 **1-800-443-0815 (TTY 711)** العربية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त 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.

**Portugués:** 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 شبانروز 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 صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل کمکی برای محل اقامت خود. درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای 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 बैकल्पिक 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 hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv 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 hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub 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 គឺឥតគិតថ្លៃថ្លែងដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 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:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **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 horngh jaa-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-dorngh 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 asínílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jį́igo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'į́jí áą'át'é. Ata' hane' yídíikil, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éí doodago hane' bee didííts'íłígíí yídíikil. Hane' bee bik'i' di'díítíłígíí dóó bee hane' didííts'íłígíí bína'ídíłkídgo yídíikil. Kojį hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jį́igo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'į́jí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éí da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojį 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 คุณสามารถขอใช้บริการล่าม แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือของเรา 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**.

اگر در مورد طرح، خدمات، منطقه خدمات، صورت حساب یا کارت های شناسایی اعضا سوالی دارید، لطفاً با خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal تماس بگیرید:

**(TTY 711) 1-800-443-0815**

تماس با این شماره رایگان است، 7 روز هفته از 8 صبح تا 8 بعد از ظهر.

دفتر خدمات اعضا همچنین دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افراد غیر انگلیسی زبان است.