

2025 خلاصه مزایا

طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) و طرح MO D-SNP Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

H8794_25SB001002FA_M
1381397314_CA0102



اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



مقدمه

این سند حاوی خلاصه‌ای مختصر از مزایا و خدماتی است که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete قرار می‌گیرد. این سند شامل پاسخ به سؤالات متداول، اطلاعات تماس مهم، مروری بر مزایا و خدمات ارائه‌شده و اطلاعاتی درباره حقوق شما به‌عنوان عضو Kaiser Permanente Dual Complete است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. سلب مسئولیت 3
- B. سؤالات متداول (Frequently Asked Questions, FAQ) 4
- C. لیست خدمات تحت پوشش 10
- D. مزایای تحت پوشش خارج از Kaiser Permanente Dual Complete 25
- E. خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست 26
- F. حقوق شما به‌عنوان عضوی از طرح 28
- G. نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در خصوص خدمات رد شده، به‌تأخیر افتاده یا تغییر یافته 31
- H. اگر به کلاهبرداری مشکوک شدید، چه باید بکنید 38



A. سلب مسئولیت



خلاصه‌ای از خدمات سلامت تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete برای سال 2025 در اینجا ارائه شده است. این خلاصه مزایا شامل طرح‌های زیر است:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2

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 کتابچه راهنمای اعضا که در وبسایت ما به آدرس kp.org/eocncal یا kp.org/eocscal قرار دارد، مراجعه کنید یا در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید و نسخه‌ای از آن را از خدمات اعضا درخواست کنید.

- ❖ خدمات ترجمه شفاهی رایگان برای پاسخ‌گویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح سلامت یا طرح دارویی ما داشته باشید، ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم شفاهی، کافی است از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با ما تماس بگیرید.
- ❖ Kaiser Permanente یک طرح HMO D-SNP است که با Medicare و با برنامه Medi-Cal قرارداد دارد. ثبت‌نام در Kaiser Permanente به تجدید قرارداد بستگی دارد.
- ❖ برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص **Medicare**، می‌توانید کتابچه راهنمای *Medicare & You* را مطالعه کنید. این کتابچه راهنما شامل خلاصه‌ای از مزایا، حقوق، و حمایت‌های Medicare و پاسخ‌هایی به متداول‌ترین سؤالات مربوط به Medicare است. می‌توانید این راهنما را در وبسایت Medicare (www.medicare.gov) یا از طریق تماس با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره **Medi-Cal**، می‌توانید وبسایت «اداره خدمات بهداشت و درمان کالیفرنیا» **1-888-452-8609** (Department of Healthcare Services, DHCS) (www.dhcs.ca.gov) را بررسی کنید یا با دفتر رسیدگی به شکایات Medi-Cal به شماره **1-888-452-8609** تماس بگیرید که از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر پاسخگو هستند. همچنین می‌توانید با مسئول رسیدگی به شکایات ویژه افراد دارای Medicare و Medi-Cal به شماره **1-855-501-3077**، از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، تماس بگیرید.
- ❖ این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، هونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی در دسترس است.
- ❖ می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی‌دی دیتا دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا به شماره **1-800-443-0815** تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.) ساعات پاسخ‌گویی هم‌روزه از 8 صبح تا 8 شب است. تماس رایگان است.

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



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

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

B. سوالات متداول (Frequently Asked Questions, FAQ)

جدول زیر لیستی از سوالات متداول را نشان می‌دهد.

سوالات متداول	پاسخ‌ها
طرح Medicare-Medi-Cal چیست؟	طرح Medicare-Medi-Cal یک طرح سلامت است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد می‌بندد تا مزایای هر دو برنامه را برای ثبت‌نام‌کنندگان فراهم کند. این طرح مختص افراد 21 سال به بالا است که از هر دو طرح Medicare بخش A و بخش B برخوردار باشند و واجد شرایط Medi-Cal نیز باشند. طرح Medicare-Medi-Cal سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (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.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



آیا در طرح Kaiser Permanente Dual Complete از همان مزایای Medicare و Medi-Cal که اکنون دریافت می‌کنم بهره‌مند خواهم شد؟

اکثر مزایای تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را مستقیماً از طرح Kaiser Permanente Dual Complete دریافت خواهید کرد. شما با تیمی از ارائه‌دهندگان کار خواهید کرد که به شما کمک می‌کنند مشخص کنید کدام خدمات به بهترین وجه نیازهای شما را برآورده می‌کنند. 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 In-Home Supportive Services (IHSS)، خدمات تخصصی سلامت روان و اختلالات مصرف مواد، یا خدمات مرکز منطقه‌ای دریافت کنید.

هنگامی که در Kaiser Permanente Dual Complete ثبت‌نام می‌کنید، شما و تیم مراقبتی‌تان با یکدیگر همکاری می‌کنید تا یک برنامه مراقبتی برای رفع نیازهای سلامتی و حمایتی خود ایجاد کنید که منعکس‌کننده اولویت‌ها و اهداف شخصی شما باشد.

اگر از داروهای تجویزی Medicare بخش D استفاده می‌کنید که Kaiser Permanente Dual Complete معمولاً آن را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید تعداد موقتی از دارو را دریافت کنید و ما به شما کمک خواهیم کرد داروی دیگری بگیرید یا از Kaiser Permanente Dual Complete بخواهید استثناً قائل شود و داروی شما را در صورت وجود ضرورت پزشکی پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید.

آیا می‌توانم به پزشکان فعلی خود مراجعه کنم؟
(ادامه در صفحه بعدی)

اغلب اوقات چنین است. اگر ارائه‌دهندگان شما (از جمله پزشکان، بیمارستان‌ها، درمانگران، داروخانه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی) با Kaiser Permanente Dual Complete 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 حتماً باید از ارائه‌دهندگان عضو شبکه Kaiser Permanente Dual Complete استفاده کنید. اگر به ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌هایی مراجعه کنید که عضو شبکه ما نیستند، این طرح ممکن است هزینه خدمات یا داروها را پرداخت نکند.
- اگر به مراقبت‌های فوری یا اورژانسی یا خدمات دیالیز خارج از ناحیه نیاز دارید، می‌توانید به ارائه‌دهندگان خارج از طرح Kaiser Permanente Dual Complete مراجعه کنید.



سوالات متداول	پاسخ‌ها
<p>آیا می‌توانم به پزشکان فعلی خود مراجعه کنم؟ (ادامه)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • برای خدمات Medi-Cal، می‌توانید بدون ارجاع یا مجوز قبلی برای خدمات اضطراری یا برخی خدمات مراقبت‌های حساس 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 سرخ‌پوست آمریکایی هستید، می‌توانید خدمات درمانی را بدون ارجاع، از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی سرخ‌پوستان در خارج از شبکه ارائه‌دهنده ما دریافت کنید. • اگر در حال حاضر توسط ارائه‌دهنده‌ای که خارج از شبکه Kaiser Permanente Dual Complete است تحت درمان هستید، یا با ارائه‌دهنده‌ای که خارج از شبکه Kaiser Permanente Dual Complete است ارتباط برقرار کرده‌اید، برای بررسی ادامه ارتباط و تقاضای تداوم خدمات مراقبتی با خدمات تماس بگیرید. اگر شرایط خاصی را دارا باشید و اگر ارائه‌دهنده با شرایط و ضوابط ما موافقت کند، ممکن است بتوانید تا 12 ماه از خدمات «ارائه‌دهنده خارج از شبکه» خود استفاده کنید. درخواست تداوم خدمات مراقبتی را باید ظرف 30 روز پس از ثبت‌نام خود مطرح کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره تداوم خدمات مراقبتی با بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید. <p>برای اطلاع از اینکه پزشکان شما در شبکه این طرح هستند یا خیر، با خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید یا فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های Kaiser Permanente Dual Complete را در وبسایت طرح به آدرس kp.org/directory بررسی کنید.</p> <p>اگر Kaiser Permanente Dual Complete برای شما جدید است، ما با شما همکاری خواهیم کرد تا یک برنامه مراقبتی برای رفع نیازهایتان در نظر بگیریم.</p>
<p>هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی در Kaiser Permanente Dual Complete کیست؟</p>	<p>هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی در Kaiser Permanente Dual Complete طرف اصلی تماس شماست. این شخص ارائه‌دهندگان و خدمات شما را مدیریت می‌کند و مطمئن می‌شود نیازهایتان را دریافت کنید.</p>



پاسخ‌ها	سوالات متداول
<p>خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) نوعی کمک برای افرادی است که در انجام کارهای روزمره مانند حمام کردن، توالیت رفتن، لباس پوشیدن، تهیه غذا و مصرف دارو به کمک نیاز دارند. اکثر این خدمات در خانه یا محیط محلی شما ارائه می‌شود، اما می‌تواند در خانه سالمندان یا بیمارستان نیز ارائه شود. در برخی موارد، یک منطقه یا آژانس دیگر ممکن است این خدمات را مدیریت کند. در چنین شرایطی، هماهنگ کننده مراقبت یا تیم مراقبت شما با آن آژانس همکاری خواهد کرد.</p>	<p>خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) چیست؟</p>
<p>MSSP با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای ارائه مراقبت‌های مستمر، فراتر از آنچه طرح سلامتتان ارائه می‌دهد، هماهنگی می‌کند و می‌تواند شما را به سایر خدمات و منابع اجتماعی موردنیاز متصل کند. این برنامه به شما کمک می‌کند خدماتی را دریافت کنید که به شما کمک می‌کند در خانه خودتان به‌طور مستقل زندگی کنید.</p>	<p>Multipurpose Senior Services (MSSP) Program چیست؟</p>
<p>اکثر خدمات توسط ارائه‌دهندگان شبکه ما ارائه خواهد شد. اگر به خدماتی نیاز داشته باشید که در شبکه ما ارائه نمی‌شود، Kaiser Permanente Dual Complete هزینه یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد.</p>	<p>اگر به خدماتی نیاز داشته باشم که هیچ ارائه‌دهنده‌ای در شبکه Kaiser Permanente Dual Complete نتواند ارائه دهد، تکلیف چیست؟</p>
<p>محدوده خدمات‌رسانی برای این طرح‌ها عبارت است از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ما در منطقه کالیفرنیا جنوبی: <ul style="list-style-type: none"> ○ کل کانتی لس‌آنجلس، غیر از جزیره Catalina . ○ کل کانتی اورنج. ○ بخش‌هایی از کانتی ریورساید، فقط در این زیپ‌کدها: 91752، 92201-03، 92210-11، 92220، 92223، 92230، 92234-36، 92240-41، 92247-48، 92253، 92255، 92258، 92260-64، 92270، 92276، 92282، 92320، 92324، 92373، 92399، 92501-09، 92513-14، 92516-19، 92521-22، 92530-32، 92543-46، 92548، 92551-57، 92562-64، 92567، 92570-72، 92581-87، 92589-93، 92595-96، 92599، 92860، 92877-83. 	<p>طرح Kaiser Permanente Dual Complete در کدام مناطق قابل استفاده است؟ (ادامه در صفحه بعدی)</p>



طرح Kaiser Permanente Dual Complete در کدام مناطق قابل استفاده است؟ (ادامه)

○ بخش‌هایی از کانتی سن برناردینو، فقط در این زیپ‌کدها: 91701، 91708-10، 91729-30، 91737، 91739، 91743، 91758-59، 91761-64، 91766، 91784-86، 92305، 92307-08، 92313-، 18، 92321-22، 92324-25، 92329، 92331، 92333-37، 92339-41، 92344-46، 92350، 92352، 92354، 92357-59، 92369، 92371-78، 92382، 92385-86، 92391-95، 92397، 92399، 92401-08، 92410-11، 92413، 92415، 92418، 92423، 92427، 92880.

○ بخش‌هایی از کانتی سن دیگو، فقط در این زیپ‌کدها: 91901-03، 91908-17، 91921، 91931-33، 91935، 91941-46، 91950-51، 91962-63، 91976-80، 91987، 92003، 92007-11، 92013-14، 92018-30، 92033، 92037-40، 92046، 92049، 92051-52، 92054-61، 92064-65، 92067-69، 92071-72، 92074-75، 92078-79، 92081-86، 92088، 92091-، 93، 92096، 92101-24، 92126-32، 92134-40، 92142-43، 92145، 92147، 92149-50، 92152-55، 92158-61، 92163، 92165-79، 92182، 92186-87، 92191-93، 92195-99 و 92195.

● برای طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 ما در منطقه کالیفرنای جنوبی:

○ کل کانتی‌های ساکرامنتو و سن ماتئو.

○ بخش‌هایی از کانتی فرزنو، فقط در این زیپ‌کدها: 93242، 93602، 93606-07، 93609، 93611-13، 93616، 93618-19، 93624-27، 93630-31، 93646، 93648-52، 93654، 93656-57، 93660، 93662، 93667-68، 93675، 93701-12، 93714-18، 93720-30، 93737، 93740-41، 93744-45، 93747، 93750، 93755، 93760-61، 93764-65، 93771-79، 93786، 93790-94، 93844، 93888.

○ بخش‌هایی از کانتی کینگز، فقط در این زیپ‌کدها: 93230، 93232، 93242، 93631، 93656.

○ بخش‌هایی از کانتی Madera، فقط در این زیپ‌کدها: 93601-02، 93604، 93614، 93623، 93626، 93636-39، 93643-45، 93653، 93669، 93720.



سوالات متداول	پاسخ‌ها
<p>طرح Kaiser Permanente Dual Complete در کدام مناطق قابل استفاده است؟ (ادامه)</p>	<p>○ بخش‌هایی از کانتی سانتا کلارا، فقط در این زیربخش‌ها: 94085-89، 94039-43، 94035، 94022-24، 94301-06، 94309، 94550، 95002، 95008-09، 95011، 95013-15، 95020-21، 95026، 95030-33، 95035-38، 95042، 95044، 95046، 95050-56، 95076، 95101، 95103، 95106، 95108-13، 95115-36، 95138-41، 95148، 95150-61، 95164، 95170، 95172-73، 95190-94 و 95196.</p> <p>برای پیوستن به طرح باید ساکن یکی از این مناطق باشید.</p>
<p>مجوز قبلی چیست؟</p>	<p>مجوز قبلی یا همان تأییدیه قبلی به تأییدیه‌ای از طرف Kaiser Permanente Dual Complete گفته می‌شود که باید برای دریافت خدمات خارج از شبکه‌مان یا دریافت خدماتی که معمولاً توسط شبکه‌مان پوشش داده نمی‌شوند، پیش از دریافت این خدمات گرفته شود. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، Kaiser Permanente Dual Complete ممکن است خدمات، اقدامات، اقلام یا داروهای مربوطه را پوشش ندهد.</p> <p>اگر به مراقبت‌های فوری یا اورژانسی یا خدمات دیالیز خارج از ناحیه نیاز دارید، لازم نیست ابتدا مجوز قبلی دریافت کنید. طرح Kaiser Permanente Dual Complete می‌تواند فهرستی از خدمات یا اقداماتی را که مستلزم دریافت مجوز قبلی از Kaiser Permanente Dual Complete قبل از ارائه شدن آن خدمات است، در اختیار شما یا ارائه‌دهندگان قرار دهد. اگر در مورد ضرورت مجوز قبلی برای دریافت خدمات، اقدامات، اقلام یا داروها سوالی دارید، برای دریافت راهنمایی با خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید.</p>
<p>ارجاع چیست؟</p>	<p>ارجاع به این معنی است که ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (Primary Care Provider, PCP) باید برای مراجعه به پزشکی که PCP شما نیست، موافقت کند. ارجاع (معرفی‌نامه) با مجوز قبلی متفاوت است. اگر برای خدماتی که نیاز به ارجاع دارد از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه ارجاع دریافت نکنید، Kaiser Permanente Dual Complete ممکن است خدمات را پوشش ندهد. طرح Kaiser Permanente Dual Complete می‌تواند فهرستی از خدماتی را که مستلزم دریافت ارجاع از PCP قبل از ارائه شدن آن خدمات است، در اختیار شما قرار دهد.</p> <p>برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی نیاز به دریافت ارجاع از PCP خود دارید، به کتابچه راهنمای اعضا، فصل‌های 3 و 4، مراجعه کنید.</p>



سؤالات متداول	پاسخ‌ها
آیا طی عضویت در Kaiser Permanente Dual Complete مبلغ ماهانه‌ای (که به آن حق بیمه نیز می‌گویند) پرداخت می‌کنم؟	خیر. از آنجایی که شما Medi-Cal دارید، هیچ‌گونه حق بیمه ماهانه، از جمله حق بیمه Medicare بخش B ، برای پوشش بیمه سلامت خود پرداخت نخواهید کرد.
آیا مبلغی به‌عنوان فرانشیز یا همان خودپرداخت در طول عضویت در Kaiser Permanente Dual Complete پرداخت می‌کنم؟	خیر. در طرح Kaiser Permanente Dual Complete فرانشیز پرداخت نمی‌کنید.
حداکثر مبلغی که من به‌عنوان عضو Kaiser Permanente Dual Complete برای خدمات پزشکی از جیب خود پرداخت خواهم کرد، چقدر است؟	هیچ مبلغی به‌عنوان سهم بیمار برای خدمات پزشکی در طرح Kaiser Permanente Dual Complete وجود ندارد، بنابراین هزینه‌های سالانه پرداختی از جیب برابر با \$0 خواهد بود.

C. لیست خدمات تحت پوشش

جدول زیر نمای کلی از خدمات موردنیاز، هزینه‌های شما و قوانین مربوط به مزایا ارائه می‌دهد.

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 مراقبت‌های بیمارستانی دارید (ادامه در صفحه بعدی)	بستری شدن در بیمارستان	\$0	هیچ محدودیتی برای تعداد روزهای بستری در بیمارستان که از نظر پزشکی ضروری است، وجود ندارد. ارجاع و مجوز قبلی الزامی است.
	مراقبت پزشک یا جراح	\$0	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



محدودیت‌ها، استثناها، 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 بیمارستانی سرپایی، از جمله معاینه	شما نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی دارید (ادامه)
	\$0	خدمات مرکز جراحی سرپایی (Ambulatory Surgical Center, ASC).	
	\$0	ویزیت برای درمان آسیب یا بیماری	به پزشک احتیاج دارید (ادامه در صفحه بعدی)
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	
در صورتی که معاینه جزو مراقبت‌های پیشگیرانه مناسب از نظر پزشکی و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای پذیرفته‌شده عمومی باشد، تحت پوشش معاینات فیزیکی قرار می‌گیرد. اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی‌تواند در عرض 12 ماه پس از بازدید پیشگیرانه «Welcome to Medicare» انجام شود. با این حال نیازی نیست که پس از 12 ماه داشتن بخش B، ویزیت «Welcome to Medicare» داشته باشید تا تحت پوشش ویزیت سالانه سلامتی قرار بگیرید.	\$0	ویزیت‌های سلامت، مانند معاینه فیزیکی	
خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه زیر نیاز به ارجاع دارند: غربالگری آنوریسم آئورت شکمی، تغذیه‌درمانی پزشکی، سیگمویئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر، کولونوسکوپی غربالی، غربالگری تراکم استخوان و تست‌های آزمایشگاهی.	\$0	مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند واکسن آنفولانزا و غربالگری سرطان	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
ما ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare بخش B دارید، پوشش می‌دهیم. هنگامی که نوبت خود را تعیین می‌کنید، به مطب پزشکتان بگویید می‌خواهید ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» خود را هماهنگ کنید.	\$0	«Welcome to Medicare» (ویزیت پیشگیرانه فقط یک بار)	به پزشک احتیاج دارید (ادامه)
\$0 اگر واجد شرایط مساعده سهم بیمار برای Medicare طبق برنامه Medi-Cal باشید. در غیر این صورت، \$0 به‌ازای هر مراجعه به بخش اورژانس اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 باشید یا \$110 به‌ازای هر مراجعه به بخش اورژانس اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 باشید.	\$0	خدمات اورژانس	شما نیاز به مراقبت اورژانسی دارید (ادامه در صفحه بعدی)
شما از پوشش مراقبت‌های اورژانسی در سراسر دنیا برخوردار هستید. مجوز قبلی لازم نیست. اگر در یک بیمارستان خارج شبکه از خدمات مراقبت‌های اورژانسی استفاده کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی نیاز به مراقبت‌های بستری داشته باشید، برای اینکه بتوانید پوشش مراقبت‌های خود را ادامه دهید، باید به بیمارستانی در شبکه بازگردید یا در بیمارستانی خارج از شبکه بستری خود را بگذرانید که طرح ما آن را تأیید کرده باشد.			

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
<p>مجاز قبلی لازم نیست. مراقبت‌های فوری در خارج از شبکه به شرح زیر پوشش داده می‌شود:</p> <p>درون محدوده خدماتی ما: باید خدمات مراقبتی فوری را از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شبکه دریافت کنید، مگر اینکه ارائه‌دهنده شبکه به دلیل شرایط فوق‌العاده یا غیرمعمول (برای مثال، بلایای طبیعی) به‌طور موقت در دسترس یا موجود نباشد.</p> <p>خارج از محدوده خدماتی ما: از پوشش مراقبتی فوری در سرتاسر دنیا زمانی برخوردار هستید که به سفر می‌روید و به دلیل آسیب یا بیماری پیش‌بینی‌نشده نیاز به توجه پزشکی آنی داشته باشید و به دلایل معقولی معتقد باشید اگر درمان شما تا بازگشت به محدوده خدماتی به تعویق بیفتد، سلامت شما به شدت لطمه خواهد دید.</p>	\$0	مراقبت‌های فوری	شما نیاز به مراقبت اورژانسی دارید (ادامه)
ارجاع لازم است.	\$0	خدمات رادیولوژی تشخیصی (به‌عنوان مثال، رادیولوژی یا سایر خدمات تصویربرداری، مانند اسکن توموگرافی محوری کامپیوتری [Computed Axial Tomography, CAT] یا ام‌آر‌آی [Magnetic resonance imaging, MRI])	به آزمایشات پزشکی نیاز دارید
ارجاع لازم است.	\$0	آزمایش‌های آزمایشگاهی و روش‌های تشخیصی، مانند آزمایش خون	
ارجاع لازم است.	\$0	غربالگری شنوایی	به خدمات شنوایی/شنوایی‌سنجی نیاز دارید
ارجاع لازم است. طبق قوانین پوشش Medi-Cal، سمعک تحت پوشش قرار می‌گیرد.	\$0	سمعک	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



محدودیت‌ها، استثناها، 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>مزایای دندانپزشکی بسته به شهرستان شما از طریق Medical Dental Fee-for-Service (FFS) یا Dental Managed Care (DMC) در دسترس است. برای اطلاعات در مورد پوشش دندانپزشکی Medi-Cal، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:</p> <p>Dental FFS: 1-800-322-6384 یا (1-800-735-2922 TTY) smilecalifornia.org</p> <p>DMC در شهرستان‌های لس آنجلس و ساکرامنتو: 1-800-430-4263 (1-800-430-7077 TTY) یا dental.dhcs.ca.gov/</p>	\$0	معاینات دندان‌پزشکی و مراقبت‌های پیشگیرانه	به مراقبت‌های دندان‌پزشکی نیاز دارید
<p>مزایای دندانپزشکی بسته به شهرستان شما از طریق Medical Dental Fee-for-Service (FFS) یا Dental Managed Care (DMC) در دسترس است. برای اطلاعات در مورد پوشش دندانپزشکی Medi-Cal، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:</p> <p>Dental FFS: 1-800-322-6384 یا (1-800-735-2922 TTY) smilecalifornia.org</p> <p>DMC در شهرستان‌های لس آنجلس و ساکرامنتو: 1-800-430-4263 (1-800-430-7077 TTY) یا dental.dhcs.ca.gov/</p>	\$0	مراقبت‌های ترمیمی و اورژانسی دندان	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به 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
برای خدمات چشمپزشکی نیاز به ارجاع است.	\$0	معاینات چشم	به مراقبت‌های چشمپزشکی نیاز دارید
عینک یا لنز بعد از جراحی آب مروارید: \$0 تا سقف Medicare، اما شما مبالغ بیشتر از این حد را خودتان پرداخت می‌کنید. سایر عینک‌ها (سه‌ماهه \$350 در هر 12 ماه) از طریق پوشش Medicare: اگر قیمت عینک شما بیش از \$350 باشد، مابه‌التفاوت را خودتان پرداخت می‌کنید. Medi-Cal همچنین هزینه خرید فریم نو یا تعویض آن را با قیمت حداکثر \$80 هر 24 ماه یکبار پوشش می‌دهد. لنزهای جدید یا تعویضی عینک را فروشنده لنز عینک DHCS عرضه می‌کند. اگر عینک، لنزهای عینک یا اقلامی می‌خواهید که تحت پوشش Medicare نیستند، ممکن است مجبور شوید برای خرید آن‌ها هزینه اضافی بپردازید. برای اطلاعات بیشتر، از یک مرکز خدمات اپتیک عضو طرح سؤال کنید.	\$0	عینک یا لنز	
تجهیزات کم‌بینایی مطابق با قوانین برنامه Medi-Cal پوشش داده می‌شوند.	\$0	سایر مراقبت‌های بینایی	
خدمات سلامت روان سرپایی و بستری تحت پوشش قرار می‌گیرد. به‌علاوه، شما از طریق طرح بهداشت رفتاری شهرستان خود برای خدمات تخصصی دیگر سلامت روان که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش دارید.	\$0	خدمات سلامت روان	شما به خدمات بهداشت روان نیاز دارید (ادامه در صفحه بعدی)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
<p>خدمات سلامت روان سرپایی و بستری تحت پوشش قرار می‌گیرد.</p> <p>ممکن است طبق برنامه Medi-Cal واجد شرایط خدمات جامعه‌محور باشید. اطلاعات بیشتر را از هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی‌تان بخواهید.</p> <p>شما برای سایر خدمات درمان اختلال مصرف مواد که از طریق طرح سلامت رفتاری شهرستانتان تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش دارید.</p>	\$0	<p>مراقبت‌های بستری و سرپایی و خدمات مبتنی بر جامعه برای افرادی که به خدمات بهداشت روان نیاز دارند</p>	<p>شما به خدمات بهداشت روان نیاز دارید (ادامه)</p>
<p>خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند، تحت پوشش قرار می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری و مشاوره سوء مصرف الکل. • درمان سوء مصرف مواد مخدر. • مشاوره گروهی یا فردی توسط پزشک متخصص، از جمله درمانگر ازدواج و خانواده. • سم‌زدایی نیمه‌حاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی • خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده. • درمان پیوسته‌ریش با نالتراکسون (vivitrol). <p>شما برای سایر خدمات درمان اختلال مصرف مواد که از طریق طرح سلامت رفتاری شهرستانتان تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش دارید.</p>	\$0	<p>خدمات اختلال مصرف مواد</p>	<p>به خدمات اختلال مصرف مواد نیاز دارید</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
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 پرورشی بزرگسالان و مراقبت پرورشی گروهی از بزرگسالان	
ارجاع لازم است.	\$0	کاردرمانی، فیزیوتراپی یا گفتار درمانی	پس از سکنه مغزی یا تصادف به درمان نیاز دارید
اگر شما واجد شرایط کمک در پرداخت سهم بیمار برای Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت، \$50 به‌ازای هر سفر یک‌طرفه اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 باشید یا \$325 به‌ازای هر سفر یک‌طرفه اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 باشید.	\$0	خدمات آمبولانس	برای دریافت خدمات بهداشتی به کمک نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد)
اگر شما واجد شرایط کمک در پرداخت سهم بیمار برای Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت، \$50 به‌ازای هر سفر یک‌طرفه اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 باشید یا \$325 به‌ازای هر سفر یک‌طرفه اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 باشید.	\$0	حمل‌ونقل اورژانسی	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به 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
<p>Medi-Cal خدمات حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی (ارجاع الزامی است) و حمل‌ونقل غیرپزشکی را پوشش می‌دهد تا وقتی که خودتان امکان رفتن ندارید، در رفتن به محل نوبت‌های ویزیت و داروخانه به شما کمک کند. شما هزینه خدمات آمبولانس غیراورژانسی را پرداخت می‌کنید (به «خدمات آمبولانس» در بالا مراجعه کنید).</p>	\$0	حمل‌ونقل به محل نوبت‌های پزشکی و دریافت خدمات	برای دریافت خدمات بهداشتی به کمک نیاز دارید (ادامه)
<p>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 درباره این داروها، کتاب راهنمای اعضا را بخوانید.</p>	\$0	داروهای تجویزی Medicare بخش B	برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد)
<p>ممکن است محدودیت‌هایی در مورد انواع داروهای تحت پوشش وجود داشته باشد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها) در طرح Kaiser Permanente Dual Complete مراجعه کنید.</p> <p>پس از پرداخت مبلغ \$2,000 از جانب شما یا دیگران از طرف شما، به مرحله پوشش فاجعه‌بار رسیده‌اید و برای همه داروهای Medicare بخش D طی مابقی آن سال تقویمی، مبلغ \$0 می‌پردازید. برای اطلاعات بیشتر درباره این مرحله، کتابچه راهنمای اعضا را بخوانید.</p> <p>تأمین بلندمدت دارو (حداکثر برای 100 روز یا سه ماه) از یک داروخانه خرده‌فروشی یا داروخانه پستی ما ممکن است امکان‌پذیر باشد. سهم هزینه برای تأمین بلندمدت برابر با تأمین یک‌ماهه است. همه داروها از طریق سفارش پستی در دسترس نیستند.</p>	<p>ردیف‌های 1-2: مبلغ پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) \$0-\$4.90 در هر نسخه است که، بستگی به سطح «Extra Help» شما دارد.</p> <p>ردیف‌های 3-5: مبلغ پرداخت مشترک شما برای تأمین یک ماهه (30 روزه) \$0-\$12.15 در هر نسخه است که، بستگی به سطح «Extra Help» شما دارد.</p>	<p>داروهای تجویزی Medicare بخش D</p> <p>ردیف 1: ژنریک ارجحیت‌دار</p> <p>ردیف 2: ژنریک</p> <p>ردیف 3: داروهای برند ارجحیت‌دار</p> <p>ردیف 4: غیرارجح</p> <p>ردیف 5: تخصصی</p>	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
<p>ما برخی از درمان‌های جایگزینی نیکوتین را که مورد تأیید سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) باشد برای استفاده بدون نسخه پوشش می‌دهیم. این موارد باید توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه سفارش داده شوند و از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه تهیه گردند. ما دارو را دو بار در طول سال تقویمی برای دوره مصرف حداکثر 100 روزه ارائه می‌دهیم.</p> <p>ما همچنین اقلام OTC مندرج در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم. می‌توانید اقلام OTC را تا سقف مزایای سه‌ماهه طرح خود سفارش دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مبلغ \$200 اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ما باشید. • مبلغ \$140 اگر عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 ما باشید. <p>هر سفارش باید حداقل \$25 باشد. سفارش شما نمی‌تواند از حد مزایای سه‌ماهه‌تان تجاوز نکند. هر میزان استفاده‌نشده از حد مزایای سه‌ماهه به سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. (محدودیت مزایای شما در 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر صفر می‌شود).</p> <p>برای مشاهده کاتالوگ ما و ثبت سفارش آنلاین، لطفاً به kp.org/otc/ca مراجعه کنید. می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-833-569-2360 (TTY 711) سفارش دهید یا بخواهید یک کاتالوگ چاپی برای شما پست شود؛ امکان تماس در روزهای دوشنبه تا جمعه از 7 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت استاندارد اقیانوس آرام (Pacific Standard Time, PST) برقرار است.</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 درباره Medi-Cal Rx، با خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 در</p>	<p>مبلغ \$0 برای درمان‌های جایگزینی نیکوتین در داروخانه‌های شبکه.</p> <p>مبلغ \$0 برای سایر اقلام OTC از کاتالوگ OTC ما، که البته مشروط به سقف مزایای طرح است.</p>	<p>داروهای بدون نسخه (Over the Counter, OTC).</p>	<p>برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه)</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



محدودیت‌ها، استثناها، 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
24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر با شماره 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/ بازدید کنید.			برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه)
	\$0	خدمات توان‌بخشی	برای بهتر شدن به کمک احتیاج دارید یا نیازهای سلامت خاصی دارید
اگر شما واجد شرایط کمک در پرداخت سهم بیمار برای Medicare تحت Medi-Cal هستید، \$0 می‌پردازید. در غیر این صورت، بسته به اقلام موردنظر، شما 0 تا 20% به‌عنوان مبلغ 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 در پرداخت سهم بیمار برای 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 سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



محدودیت‌ها، استثناها، 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
اگر شما واجد شرایط کمک در پرداخت سهم بیمار برای 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 واکر	به تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) نیاز دارید
اگر شما واجد شرایط کمک در پرداخت سهم بیمار برای 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 نیست 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 در پرداخت سهم بیمار برای 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	برای زندگی در خانه به کمک نیاز دارید (ادامه در صفحه بعدی)
پشتیبانی‌های محلی به شرایط یا خدمات جایگزین مناسب و مقرون‌به‌صرفه برای افراد تحت پوشش Medi-Cal گفته می‌شود. اگر واجد شرایط باشید، پشتیبانی‌های محلی می‌تواند در داشتن زندگی مستقل‌تر به شما کمک کند. این خدمات نمی‌توانند جایگزین مزایایی که هم‌اکنون تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، شوند. این خدمات در همه مناطق در دسترس نیستند. همه اعضا واجد شرایط دریافت پشتیبانی محلی نیستند. برای واجد شرایط بودن، باید معیارهای خاصی داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پشتیبانی‌های انجمن، با PCP خود صحبت کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.	\$0	خدمات خانگی، مانند نظافت خانه، یا ایجاد تغییراتی در خانه مانند دستگیره‌های محافظ	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به 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
خدمات بزرگسالان جامعه‌محور (CBAS) خدماتی است که اگر مشکلات سلامتی دارید، به‌نحوی که مراقبت شخصی را برایتان دشوار می‌کند و به کمک بیشتری نیاز دارید، ممکن است واجد شرایط آن باشید. برای کسب اطلاعات درباره خدمات CBAS، از هماهنگ‌کننده مراقبت خود سوال کنید.	\$0	سلامت روزانه بزرگسالان، خدمات بزرگسالان جامعه‌محور (Community Based Adult Service, CBAS)، یا سایر خدمات پشتیبانی	برای زندگی در خانه به کمک نیاز دارید (ادامه)
	\$0	خدمات توان‌بخشی روزانه	
ما خدمات بهداشت در منزل را همانطور که در بخش «خدمات بهداشت در منزل» در بالا توضیح داده شد، پوشش می‌دهیم. علاوه بر این، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal خود واجد شرایط دریافت «خدمات پشتیبانی در خانه» یا خدمات معافیت خانگی و اجتماعی باشید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره این خدمات، با هماهنگ‌کننده خدمات درمانی خود تماس بگیرید.	\$0	خدماتی که به شما کمک می‌کند مستقل زندگی کنید (خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل یا خدمات مراقبت شخصی)	
ما تنظیمات ستون فقرات را برای ایجاد وضعیت صحیح پوشش می‌دهیم. این خدمات تحت پوشش Medicare توسط یک متخصص کایروپراکتیک عضو شبکه ارائه می‌شود. برای دیدن فهرست کایروپراکتورهای داخل شبکه ما، لطفاً به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش مراجعه کنید. مجوز قبلی لازم است. ارجاع برای اعضای کالیفرنای شمالی لازم است.	\$0	خدمات کایروپراکتیک	خدمات اضافی (ادامه در صفحه بعدی)

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



محدودیت‌ها، استثناها، 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>Medi-Cal ممکن است خدمات کاپروپراکتیک را در صورت دریافت در یک مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط (Federally Qualified Health Center, FQHC) یا کلینیک‌های بهداشت روستایی (Rural Health Clinic, 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 خصوص خدمات موجود در FQHC یا RHC، با خدمات اعضا تماس بگیرید.</p>			<p>خدمات اضافی (ادامه)</p>
	\$0	منابع و خدمات دیابت	
<p>شما به برنامه تناسب اندام جامع One Pass برای بدن و ذهن دسترسی دارید. برنامه One Pass شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ یک شبکه عظیم از باشگاه‌های ممتاز که مراکز تناسب اندام ملی، محلی و جامعه را همراه با سالن‌های کوچک تناسب اندام دربر می‌گیرد. شما از هر کدام از مکان‌های عضو شبکه می‌توانید استفاده کنید. ○ برنامه‌های تناسب اندام زنده، بنا به تقاضا و دیجیتال در خانه. ○ باشگاه‌های اجتماعی و فعالیت‌هایی در وبسایت اعضای One Pass و برنامه همراه آن موجود است. ○ یک کیت تناسب اندام خانگی در سال برای تقویت استقامت، یوگا یا رقص. ○ برنامه‌های آنلاین آموزش شناختی برای سلامت مغز. <p>برای اطلاعات بیشتر درباره باشگاه‌ها و مکان‌های تناسب اندام عضو شبکه، مزایای برنامه، یا ایجاد حساب آنلاین برای خود، به وبسایت YourOnePass.com مراجعه کنید یا روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 6 صبح تا 7 عصر، با شماره 1-877-614-0618 (TTY 711) تماس بگیرید.</p>	\$0	مزایای تناسب اندام — One Pass™	

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



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
ممکن است بر اساس Medi-Cal واجد شرایط وعده‌های غذایی باشید که تحت «پشتیبانی‌های محلی» درب منزل تحویل داده می‌شوند. «پشتیبانی‌های محلی» در همه مناطق در دسترس نیست و شما باید معیارهای واجد شرایط بودن را داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پشتیبانی‌های محلی Medi-Cal، از پزشک خود سؤال کنید.	\$0	وعده‌های غذایی تحویل درب منزل	خدمات اضافی (ادامه)
مجوز قبلی لازم است.	\$0	خدمات پروتز	
ارجاع لازم است.	\$0	پرتو درمانی	
	\$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 خصوص مزایای خود، می‌توانید کتابچه راهنمای اعضای Kaiser Permanente Dual Complete را مطالعه کنید.

اگر کتابچه راهنمای اعضا را ندارید، با خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete به شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید و برای دریافت کتابچه درخواست دهید. اگر سؤالی دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به kp.org/medicare مراجعه کنید.



D. مزایای تحت پوشش خارج از Kaiser Permanente Dual Complete

برخی از خدمات وجود دارند که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete نیستند، اما تحت پوشش Medicare، Medi-Cal یا سازمان ایالتی یا منطقه‌ای هستند و شما می‌توانید از آن‌ها بهره‌مند شوید. این فهرست کامل نیست. برای اطلاع از این خدمات، از طریق شماره‌های مندرج در پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید.

هزینه‌های شما	سایر خدمات تحت پوشش Medicare، Medi-Cal، یا یک سازمان ایالتی
\$0	برخی از خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی که خارج از Kaiser Permanente Dual Complete تحت پوشش قرار می‌گیرد
\$0	توانبخشی روانی اجتماعی
\$0	مدیریت پرونده هدفمند
\$0	پانسیون مراقبتی
\$0	برنامه دارویی نسخه سرپایی Medi-Cal Rx
\$0	برخی خدمات دندانپزشکی مزایای دندانپزشکی بسته به شهرستان شما از طریق Medical Dental Fee-for-Service (FFS) یا Dental Managed Care (DMC) در دسترس است. برای اطلاعات در مورد پوشش دندانپزشکی Medi-Cal، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید: ○ Dental FFS: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) یا smilecalifornia.org ○ DMC در شهرستان های لس آنجلس و ساکرامنتو: 4263-430-800-1 (TTY 1-800-430-7077) یا dental.dhcs.ca.gov
\$0	خدمات درمان اختلال مصرف مواد
\$0	خدمات تخصصی سلامت روان
\$0	In-Home Support Services
\$0	خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه
\$0	Multipurpose Senior Services Program
\$0	خدمات مرکز منطقه‌ای تحت پوشش Medi-Cal

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



E. خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست

این فهرست کامل نیست. برای اطلاع از سایر خدمات مستثنی، از طریق شماره‌های مندرج در پایین این صفحه با خدمات تماس بگیرید.

خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست

<p>در صورتی که پزشک شبکه تشخیص دهد خدمات دارای ضرورت پزشکی هستند، این استثنا اعمال نمی‌شود.</p>	<p>برخی از معاینات و خدمات موردنیاز:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به دست آوردن شغل یا حفظ آن • دریافت بیمه • دریافت هر نوع مجوز • به دستور دادگاه یا برای آزادی مشروط یا آزادی تعلیقی
<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 پشتیبانی‌های محلی برای شما تأیید شده‌اند، اعمال نمی‌شود.</p>	<p>تجهیزات یا ویژگی‌هایی برای ایجاد راحتی یا آسایش. 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"> • کاشت ایمپلنت بیضه به‌عنوان بخشی از جراحی ترمیمی تحت پوشش • پروتز سینه مورد نیاز پس از ماستکتومی یا لامپکتومی • پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از قسمت خارجی صورت 	<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 کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است.</p>	<p>خدمات آزمایشی</p>
<p>مگر اینکه تحت پوشش Medi-Cal شما در برنامه In Lieu of Services 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>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست

خدمات ماساژ درمانی.	این استثنا برای خدمات درمانی که بخشی از طرح درمان فیزیوتراپی هستند اعمال نمی‌شود.
پرستاران خصوصی یا مراقبت‌های پرستاری تمام وقت در خانه شما	
مراقبت‌ها و خدمات معمول پا که تحت پوشش Medicare نیستند	
خدماتی که طبق استانداردهای Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند	مگر اینکه اینها را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم. این استثنا برای خدمات یا اقلامی که تحت پوشش اصلی Medicare نیستند اما تحت پوشش طرح ما هستند، اعمال نمی‌شود.
خدماتی که توسط سازمان غذا و داروی فدرال تایید نشده است	ما داروها، مکمل‌ها، آزمایش‌ها، واکسن‌ها، دستگاه‌ها، مواد رادیواکتیو و سایر خدماتی را که طبق قانون به تأیید سازمان غذا و داروی فدرال (Food and Drug Administration, 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.
خدمات ارائه شده به کهنه سربازان در مراکز امور کهنه سربازان (Veterans Affairs, VA).	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، مابه التفاوت را به کهنه سرباز بازپرداخت می‌کنیم. در صورت وجود، شما همچنان مسئول مبالغ پرداخت مشترک هزینه خود هستید.
هنگامی که خدماتی تحت پوشش نیست، همه خدمات مربوط به خدمات فاقد پوشش مستثنی می‌شوند	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 کتابچه راهنمای اعضا تحت پوشش باشد، ما خدمات موردنیاز برای درمان آن عارضه را پوشش خواهیم داد.



خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست

<p>این استثنا در مورد کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی که به‌عنوان بخشی از پوشش مشروح در بخش‌های زیر ارائه می‌شود، اعمال‌پذیر نیست:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی ● خدمات و حمایت‌های مراقبتی بلندمدت ● مراکز مراقبتی پرستاری تخصصی/میانی/نیمه حاد ● پشتیبانی‌های محلی 	<p>خدمات مراقبت شخصی که از نظر پزشکی ضروری نیستند، مانند کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی (به‌عنوان مثال: راه رفتن، نشستن و برخاستن از رختخواب، حمام کردن، لباس پوشیدن، تغذیه، توالیت رفتن و مصرف دارو).</p>
	<p>معکوس کردن عقیم‌سازی.</p>
<p>این استثنا در موارد زیر صدق نمی‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● پشتیبانی‌های محلی تحت پوشش که برای شما تأیید شده است. ● خدمات قابلیت‌های تحت پوشش. ● خدمات کارکنان سلامت جامعه تحت پوشش. 	<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 به‌عنوان عضوی از طرح

به‌عنوان عضوی از Kaiser Permanente Dual Complete، شما حقوق مشخصی دارید. شما می‌توانید، بدون اینکه مجازاتی در پی داشته باشد، از این حقوق 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 تأهل، سن، جنسیت (شامل کلیشه‌های جنسی و هویت جنسی)، گرایش جنسی، ملیت، نژاد، رنگ پوست، 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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



- **حق کسب اطلاعات در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود.** این شامل اطلاعاتی درباره 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 (Primary Care Provider, 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. طرح Kaiser Permanente Dual Complete هزینه ویزیت شما جهت تشخیص ثانویه را پرداخت خواهد کرد
 - اعلام ترجیحات مراقبت‌های بهداشتی خود طی یک دستورالعمل قبلی (وصیت‌نامه پزشکی)
- **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 دچار معلولیت 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 بدان 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
- **محرمانگی و 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 سوابق تان
- محرمانه نگه داشتن اطلاعات سلامت شخصی تان
- شما حق دارید نسبت به محرومیت، تأخیر یا تغییر در خدمات شکایتی تنظیم کنید یا درخواست تجدیدنظر کنید؛ بخش «چ» را در زیر ملاحظه کنید. این شامل حقوق زیر می‌شود:
 - ثبت شکایت علیه ما یا ارائه‌دهندگان ما
 - درخواست تجدیدنظر برای تصمیمات خاص ما یا ارائه‌دهندگان ما.
 - از طریق شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219)، یا خط TDD (1-877-688-9891) برای افراد دچار اختلال شنوایی و گفتاری، می‌توانید شکایتی نزد «اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا» (Department of Managed Health Care, DMHC) مطرح کنید. وبسایت DMHC (www.dmhc.ca.gov) دارای فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) و دستورالعمل‌هایی است که به‌صورت آنلاین در دسترس هستند.
 - درخواست از DMHC برای IMR روی خدمات Medi-Cal یا مواردی که ماهیت پزشکی دارند.
 - درخواست جلسه دادرسی ایالتی.
 - دریافت دلیل مفصل رد شدن خدمات و درخواست کپی رایگان از کلیه اطلاعاتی که در اتخاذ تصمیم مربوطه به‌کار رفته است.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود، می‌توانید کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. اگر سؤالی دارید، با خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete به شماره‌های مندرج 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 بعدازظهر، 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 بعدازظهر تماس بگیرید.



G. نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در خصوص خدمات رد شده، به تأخیر افتاده یا تغییر یافته

اگر شکایتی دارید یا فکر می‌کنید طرح Kaiser Permanente Dual Complete نوعی از خدمات را به‌ناحق رد کرده، به تأخیر انداخته یا تغییر داده است، با خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید. ممکن است بتوانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

برای سؤالات درباره شکایات و تجدیدنظر، می‌توانید **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا را بخوانید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete به شماره مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید.

تصمیم‌گیری در خصوص پوشش، درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات مربوط به مراقبت‌های پزشکی

تصمیم‌گیری در خصوص پوشش مراقبت‌های بهداشتی شما تصمیمی است پیرامون موارد زیر:

- 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 مخالف هستید، از ما می‌خواهید که آن را تغییر دهیم.

شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای (از جمله ارائه‌دهنده 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

آدرس 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 از طریق تماس با شماره **1-888-452-8609**، شکایتی در مورد طرح ما نزد «برنامه رسیدگی به شکایات» مطرح کنید. دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، به‌استثنای تعطیلات ایالتی.



<p>با این شماره تماس بگیرید:</p>	<p>1-800-443-0815</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب.</p> <p>ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p> <p>اگر تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما طبق توصیف کتابچه راهنمای اعضا واجد شرایط تصمیمگیری سریع می‌است، با «واحد بررسی سریع» به شماره 1-888-987-7247، از ساعت 8:30 صبح تا 5 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا شنبه تماس بگیرید.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب.</p>
<p>فکس</p>	<p>اگر تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیمگیری سریع است، درخواست خود را به «واحد بررسی سریع» ما به شماره 1-888-987-2252 فکس کنید.</p>
<p>مکاتبه</p>	<p>برای تصمیم درباره پوشش استاندارد یا شکایت، با دفتر محلی «خدمات اعضا» مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکان‌ها، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید).</p> <p>برای درخواست تجدیدنظر استاندارد با آدرسی مکاتبه کنید که روی ابلاغیه رد درخواست ارسالی ما قید شده است.</p> <p>اگر درخواست تعیین پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیمگیری سریع است، به آدرس زیر نامه بفرستید:</p> <p style="text-align: right;">Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<p>وبسایت</p>	<p>می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت آنلاین به Medicare، به www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بروید.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



تصمیمات مربوط به پوشش داروهای تجویزی بخش D

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای تجویزی بخش D

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

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-206-2973 این تماس رایگان است. 7 روز هفته از ساعت 8:30 صبح تا ساعت 5 بعدازظهر ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر
فکس	1-866-206-2974
مکاتبه	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	kp.org

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



شکایات برای داروهای تجویزی بخش D

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

اگر شکایت شما مربوط به تصمیمی در خصوص پوشش داروهای تجویزی Medicare باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به «درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای تجویزی بخش D» در بالا مراجعه کنید).

<p>با این شماره تماس بگیرید:</p>	<p>1-800-443-0815</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب.</p> <p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:30 صبح تا 5 بعدازظهر با واحد بخش D به شماره 1-866-206-2973 تماس بگیرید. برای اطلاع از اینکه آیا مشکل شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است یا خیر، به فصل 9 مراجعه کنید.</p> <p>ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 شب</p>
<p>فکس</p>	<p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، درخواست خود را به واحد بخش D ما به شماره 1-866-206-2974 فکس کنید.</p>
<p>مکاتبه</p>	<p>برای شکایت استاندارد، با دفتر «خدمات اعضا» محلی‌تان مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکان‌ها، فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را مشاهده کنید).</p> <p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، به آدرس زیر نامه بنویسید:</p> <p style="text-align: right;">Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<p>وبسایت</p>	<p>می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت آنلاین به Medicare، به www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بروید.</p>

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



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، مراقبت‌های مرکز تخصصی پرستاری، یا مرکز خدمات جامع توان‌بخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) خیلی زود به پایان می‌رسند.

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-588-1123
TTY	711
مکاتبه	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
وبسایت	www.livantaqio.com

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) مسئول تنظیم برنامه‌های بهداشتی است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند به شما در خصوص درخواست تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک کند.

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC بین ساعات 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند.
TDD	این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

شما می‌توانید یک فرم بازبینی پزشکی/شکایت مستقل به اداره مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC) ارسال کنید تا تصمیم ما بررسی شود. همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) کنید. در طول IMR از طرف DMHC، یک پزشک خارج از سازمان که عضو Kaiser Permanente نیست، پرونده شما را بررسی خواهد کرد. شماره تلفن رایگان DMHC (1-888-466-2219) و شماره خط TTY برای افراد دچار اختلال شنوایی و گفتاری (1-877-688-9891) است. می‌توانید فرم شکایت/بررسی مستقل پزشکی و دستورالعمل‌های مربوطه را به‌صورت آنلاین در وبسایت DMHC به نشانی www.dmhc.ca.gov مشاهده کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



H. اگر به کلاهبرداری مشکوک شدید، 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 طرح Kaiser Permanente Dual Complete در تماس باشید. شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه درج شده است.
- یا با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal به شماره 1-800-541-5555 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند 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.



❖ اگر در مورد طرح، خدمات، محدوده خدمات‌رسانی، صورت‌حساب یا کارت‌های شناسایی اعضا سوالی دارید، لطفاً با خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete تماس بگیرید:

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

تماس با این شماره در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر رایگان است. خدمات اعضا همچنین دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای گویشوران غیرانگلیسی است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، در 7 روز هفته، از 8 صبح تا 8 بعدازظهر، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به kp.org/medicare مراجعه کنید.



اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente¹ 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، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید. این تماس رایگان است:

• Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**

• سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

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. می‌توانید نارضایتی را به صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (*Evidence of Coverage*) یا گواهی بیمه (*Certificate of Insurance*) خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

¹ Kaiser Permanente نشان انحصاری Kaiser Foundation Health Plan, Inc، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group و Southern California Medical Group است

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- **به صورت تلفنی:** اعضای Medi-Cal می‌توانند با شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرند. سایر اعضا می‌توانند با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرند. کمک در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات) در دسترس است
 - **از طریق پست:** فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.
 - **به صورت حضوری:** فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید)
 - **آنلاین:** از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی **kp.org** استفاده کنید
- همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

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

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 **(TTY 711) 916-440-7370**
- **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

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

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

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

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019** (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: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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

Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. These services are free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY`711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。以上服務為免費提供。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-800-443-0815** (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815** (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu **1-800-443-0815** (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815** (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືງູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ
1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប
និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

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

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815 (TTY 711)**
'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ
ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

RUSSIAN

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

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Estos servicios no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.