

خلاصه مزایا 2027

Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)



H8794_27SBSNPFA_M
4383476027_CA-SNP_FA



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 سوالات 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 دفترچه راهنمای اعضا (Member Handbook) آمده است.

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت	3
B. سوالات متداول (FAQ)	10
C. لیست خدمات تحت پوشش	18
D. مزایای تحت پوشش خارج از Kaiser Permanente Dual Complete	33
E. خدماتی که تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، Medicare و Medi-Cal نیست	35
F. حقوق شما به‌عنوان عضوی از طرح	38
G. نحوه ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در خصوص خدمات رد شده، به‌تأخیر افتاده یا تغییر یافته	40
H. اگر به کلاهبرداری مشکوک شدید، چه باید بکنید	46



A. سلب مسئولیت

خلاصه‌ای از خدمات سلامت تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete برای سال 2027 در اینجا ارائه شده است. این خلاصه مزایا شامل طرح‌های زیر است:



- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25

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

این فقط یک خلاصه است. لطفاً برای بررسی لیست کامل مزایا، کتاب راهنمای اعضا را بخوانید. برای جزئیات بیشتر، به دفترچه راهنمای اعضا که در وبسایت ما به نشانی kp.org/eocncal یا kp.org/eocscal قرار دارد مراجعه کنید، یا با تماس با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب، درخواست دریافت یک نسخه از آن را بکنید.

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



- ❖ فقط برای اعضای کالیفرنیا جنوبی: مزایای مواد غذایی سالم، بخشی از یک برنامه تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط خواهند بود. اعضا برای واجد شرایط بودن، باید مبتلا به بیماری‌های مزمن خاصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی-عروقی، آرتروز (استئوآرتروز) یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید قبل از ارائه این مزایا برآورده شوند. برای آگاهی از جزئیات بیشتر با ما تماس بگیرید.
- ❖ ارائه‌دهندگان خارج از شبکه/بدون قرارداد، به‌جز در موارد اضطراری، هیچ الزامی به ارائه درمان به اعضای طرح ندارند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از جمله سهم هزینه‌ای که برای خدمات خارج از شبکه اعمال می‌شود، با شماره بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید یا به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه 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 (TTY 711) 1-800-464-4000، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با ما تماس بگیرید.
- ❖ Medicare است HMO D-SNP یک طرح Kaiser Permanente و Medicaid (D-SNP) Dual Eligible Special Needs Plan سازمان حفظ سلامت (HMO، Health Maintenance Organization) است که با Medicare و با برنامه Medi-Cal قرارداد دارد. ثبت‌نام در Kaiser Permanente به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- ❖ برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص Medicare، می‌توانید کتابچه راهنمای Medicare و شما را مطالعه کنید. این کتابچه راهنما شامل خلاصه‌ای از مزایا، حقوق، و حمایت‌های Medicare و پاسخ‌هایی به متداول‌ترین سوالات 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 به وبسایت اداره خدمات مراقبت‌های سلامت کالیفرنیا (Department of Healthcare Services، DHCS) به نشانی (www.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید یا از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر با دفتر بازرس ویژه برنامه Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 9 صبح تا 5 بعدازظهر با دفتر بازرس ویژه برای افرادی که دارای هر دو بیمه Medicare و Medi-Cal هستند، به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.
- ❖ این سند به‌صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی در دسترس است.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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



ARABIC

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

ARMENIAN

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

CHINESE

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

PUNJABI

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



HINDI

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

HMONG

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

JAPANESE

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

KOREAN

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



제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hhangv meih qiex zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ នឹងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។



FARSI

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

RUSSIAN

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

SPANISH

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

TAGALOG

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



THAI

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

UKRAINIAN

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

VIETNAMESE

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

❖ می‌توانید این مدرک را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ با خط درشت، بریل، فایل صوتی یا فایل داده 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 از 8 صبح تا 8 شب در 7 روز هفته است. تماس رایگان است.

❖ 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 غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین،
- درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
- تغییر یک درخواست ثابت برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

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



B. سوالات متداول (FAQ)

جدول زیر لیستی از سوالات متداول را نشان می‌دهد.

سوالات متداول	پاسخ‌ها
طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi چیست؟	طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi یک طرح سلامت است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد تا ثبت‌نام‌کنندگان بتوانند از هر دو طرح بهره‌مند شوند. این طرح برای افراد 21 سال به بالاست. طرح بیمه دوجانبه Medi-Medi 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 مراقبت‌های پزشکی 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.
آیا در طرح Kaiser Permanente Dual Complete 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 نیازهایتان را برآورده می‌سازد. این بدان معنی است که برخی از خدماتی که اکنون دریافت می‌کنید ممکن است براساس نیازهایتان 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 حمایتی در منزل» (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 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.



می‌توانم از خدمات همان پزشکی که اکنون به آن‌ها مراجعه می‌کنم، استفاده کنم؟ (ادامه در صفحه بعد)

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.

- 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. می‌توانید زمانی که در ناحیه‌ای هستید که ما آنجا فعالیت نداریم، برای مراقبت فوری خارج از ناحیه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. اگر به خدمات سلامت روان سرپایی نیاز دارید، می‌توانید بدون مجوز قبلی به ارائه‌دهنده شبکه یا یک ارائه‌دهنده طرح سلامت روان کانتی مراجعه کنید. باید برای همه خدمات خارج از شبکه مجوز قبلی یا ارجاع دریافت کنید، در غیر اینصورت پوشش داده نمی‌شود. توجه: اگر سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید بدون ارجاع از «ارائه‌دهنده خدمات درمانی سرخپوستان» خارج از شبکه ارائه‌دهندگان ما مراقبت دریافت کنید.

- اگر در حال حاضر توسط ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه Kaiser Permanente Dual Complete تحت درمان هستید، یا با ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه Kaiser Permanente Dual Complete ارتباط برقرار کرده‌اید، برای بررسی ادامه ارتباط و تقاضای پیوستگی خدمات مراقبتی با خدمات تماس بگیرید. اگر شرایط خاصی 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 پیوستگی مراقبت‌های درمانی را باید ظرف 30 روز پس از ثبت‌نام خود مطرح کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره پیوستگی مراقبت‌های درمانی با بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

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.

سوالات متداول	پاسخ‌ها
می‌توانم از خدمات همان پزشکی که اکنون به آن‌ها مراجعه می‌کنم، استفاده کنم؟ (ادامه از صفحه قبل)	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.
همه‌هنگ‌کننده خدمات مراقبتی Kaiser Permanente Dual Complete چیست؟	همه‌هنگ‌کننده خدمات مراقبتی Kaiser Permanente Dual Complete طرف اصلی تماس شماست. این شخص ارائه‌دهندگان و خدمات شما را مدیریت می‌کند و مطمئن می‌شود نیازهایتان را دریافت کنید.
خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) چیست؟	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 جامعه محلی شما ارائه می‌شود، اما می‌تواند در خانه سالمندان یا بیمارستان نیز ارائه شود. در برخی موارد، یک کانتی یا سازمان دیگر ممکن است این خدمات را مدیریت کند. در چنین شرایطی، همه‌هنگ‌کننده خدمات مراقبتی یا تیم مراقبت شما با آن سازمان همکاری خواهد کرد.
برنامه چندمنظوره خدمات سالمندان (MSSP) چیست؟	برنامه چندمنظوره خدمات سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی برای ارائه مراقبت‌های مستمر، فراتر از آنچه طرح سلامتتان ارائه می‌دهد، هماهنگی می‌کند و می‌تواند شما را به سایر خدمات و منابع اجتماعی موردنیاز ارتباط دهد. این برنامه به شما کمک می‌کند خدماتی را دریافت کنید که به شما کمک می‌کند در خانه خودتان به‌طور مستقل زندگی کنید.
اگر به خدماتی نیاز داشته باشم که هیچ ارائه‌دهنده‌ای در شبکه Kaiser Permanente Dual Complete نتواند ارائه دهد، تکلیف چیست؟	ارائه‌دهندگان شبکه ما اکثر خدمات را ارائه خواهند داد. اگر به خدماتی نیاز داشته باشید که نمی‌تواند در شبکه ما ارائه شود، Kaiser Permanente Dual Complete هزینه یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه را پرداخت خواهد کرد.



پاسخ‌ها	سوالات متداول
محدوده خدمات‌رسانی برای این طرح‌ها عبارت است از: منطقه کالیفرنای جنوبی ما شامل این طرح‌های South است: • Kaiser Permanente Dual Complete South P1 Plan شامل این بخش‌ها از کانتی San Diego، فقط در این کدهای پستی: ○ 91901-03، 91908-17، 91921، 91931-33، 91935، 91941-46، 91950-51، 91962-63، 91976-80، 91987، 92003، 92007-11، 92013-14، 92018-28، 92029-30، 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، و 92195-99. • Complete South P6 Plan Kaiser Permanente Dual شامل این کانتی‌هاست: ○ بخش‌هایی از کانتی Riverside، فقط در این کدهای پستی: 2، 92028، 92201-03، 92210-11، 92220، 92223، 92230، 92234-36، 92240-41، 92247-48، 92253-92255، 92258، 92260-64، 92270، 92274، 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. ○ بخش‌هایی از کانتی San Bernardino، فقط در این کدهای پستی: 01، 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.	Kaiser Permanente Dual Complete در چه مناطقی خدمات‌رسانی می‌کند؟ (ادامه در صفحه بعد)



پاسخ‌ها	سوالات متداول
• Kaiser Permanente Dual Complete South P7 Plan شامل این بخش‌ها از کانتی San Diego، فقط در این کدهای پستی: ○ 93203، 93205-06، 93215-16، 93220، 93222، 93224-26، 93238، 93240-41، 93243، 93249-52، 93263، 93268، 93276، 93280، 93285، 93287، 93301-09، 93311-14، 93380، 93383-90، 93501-02، 93504-05، 93518-19، 93531، 93536، 93560-61، و 93581. • Kaiser Permanente Dual Complete South P9 Plan شامل تمام کانتیهای Los Angeles بجز جزیره Catalina. • Plan 10 Kaiser Permanente Dual Complete South P شامل تمام کانتی Orange است. • Kaiser Permanente Dual Complete South P11 Plan شامل این بخش‌ها از کانتی Ventura، فقط در این کدهای پستی: ○ 90265، 91304، 91307، 91311، 91319-20، 91358-62، 91377، 93001-07، 93009-12، 93015-16، 93020-22، 93030-36، 93040-44، 93060-66، 93094، 93099، و 93252. منطقه کالیفرنیا شمالی ما شامل این طرح‌های North است: • Kaiser Permanente Dual Complete North P2 Plan شامل این کانتی‌هاست: ○ تمام بخشهای کانتی Sacramento. ○ کانتی Amador، فقط در این کدهای پستی: 95640 و 95669. ○ کانتی El Dorado، فقط در این کدهای پستی: 95613-14، 95619، 95623، 95633-35، 95651، 95664، 95667، 95672، 95682، و 95762. • Kaiser Permanente Dual Complete North P16 Plan شامل تمام کانتی Alameda. • Kaiser Permanente Dual Complete North P17 Plan شامل تمام کانتی Contra Costa.	Kaiser Permanente Dual Complete در چه مناطقی خدمت‌رسانی می‌کند؟ (ادامه در صفحه بعد)



پاسخ‌ها	سوالات متداول
• Kaiser Permanente Dual Complete North P18 Plan شامل این کانتی‌ها: ○ کانتی کانتی Fresno ، فقط در این کدهای پستی: 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. ○ کانتی Kings، فقط در این کدهای پستی: 93230، 93232، 93242، 93631، 93656. ○ کانتی Madera، فقط در این کدهای پستی: 93601-02، 93604، 93614، 93623، 93626، 93636-39، 93643-45، 93653، 93669، 93720. ○ کانتی Mariposa، فقط در این کدهای پستی: 93601، 93623، و 93653. ○ کانتی Tulare، فقط در این کدهای پستی: 93238، 93261، 93618، 93631، 93646، 93654، 93666، و 93673. • Kaiser Permanente Dual Complete North P19 Plan شامل تمام کانتی San Francisco است. • Kaiser Permanente Dual Complete North P20 Plan شامل تمام کانتی San Joaquin و Stanislaus است. • Kaiser Permanente Dual Complete North P21 Plan شامل تمام کانتی Santa Cruz است. • Kaiser Permanente Dual Complete North P22 Plan شامل تمام کانتی San Mateo است. • Kaiser Permanente Dual Complete North P23 Plan شامل این کدپستی ها از کانتی Santa Clara: ○ 94022-24، 94035، 94039-43، 94085-89، 94301-06، 94309، 94550، 95002، 95008-09، 95011، 95013-15، 95020-21، 95026، 95030-33، 95035-38، 95042، 95046، 95044، 95050-56، 95070-71، 95076، 95101، 95103، 95106، 95108-13.	Kaiser Permanente Dual Complete در چه مناطقی خدمت‌رسانی می‌کند؟ (ادامه در صفحه بعد)



پاسخ‌ها	سوالات متداول
36-95115، 41-95138، 95148، 61-95150، 95164، 95170، 73-95172، 94-95190، و 95196. • Kaiser Permanente Dual Complete North P24 Plan شامل این کانتی‌ها: ○ کانتی Placer، فقط در این کدهای پستی: 04-95602، 95610، 95626، 95648، 95650، 95658، 95661، 95663، 95668، 78-95677، 95681، 95703، 95722، 95736، 47-95746، و 95765. ○ کانتی Yolo، فقط در این کدهای پستی: 95605، 95607، 95612، 18-95615، 95620، 95645، 95691، 95694-95، 95697-98، 95776، و 95798-99. ○ کانتی Yuba، فقط در این کدهای پستی: 95692، 95903، و 95961. • Kaiser Permanente Dual Complete North P25 Plan شامل این کانتی‌ها: ○ تمام کانتی‌های Marin، Napa و Solano. ○ کانتی Sonoma، فقط در این کدهای پستی: 15-94515، 23-94922، 28-94926، 94931، 55-94951، 94972، 94975، 94999، 07-95401، 95409، 95416، 95419، 95421، 95425، 31-95430، 95433، 95436، 95439، 42-95441، 95444، 95446، 95448، 95450، 95452، 95462، 95465، 73-95471، 95476، 87-95486، و 95492. برای پیوستن به طرح باید ساکن یکی از این مناطق باشید.	Kaiser Permanente Dual Complete در چه مناطقی خدمت‌رسانی می‌کند؟ (ادامه از صفحه قبل)
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 تأییدیه قبلی دریافت نکنید، Kaiser Permanente Dual Complete ممکن است خدمات، اقدامات، اقلام یا داروهای مربوطه را پوشش ندهد. اگر به مراقبت‌های فوری یا اورژانسی یا خدمات دیالیز خارج از ناحیه نیاز دارید، ابتدا تأییدیه قبلی دریافت کنید. طرح Kaiser Permanente Dual Complete می‌تواند فهرستی از خدمات یا اقداماتی را که مستلزم دریافت تأییدیه قبلی از Kaiser Permanente Dual Complete قبل از ارائه شدن آن خدمات است، در اختیار شما یا ارائه‌دهندگان قرار دهد. اگر در	تأییدیه قبلی چیست؟ (ادامه در صفحه بعد)



سوالات متداول	پاسخ‌ها
تأییدیه قبلی چیست؟ (ادامه از صفحه قبل)	مورد ضرورت تأییدیه 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.
ارجاع چیست؟	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 با تأییدیه قبلی متفاوت است. اگر ارجاع از PCP خود دریافت نکنید، ممکن است Kaiser Permanente Dual Complete 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. برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی نیاز به دریافت ارجاع از PCP خود دارید، به فصل‌های 3 و 4 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
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.
اگر پوشش بیمه Medi-Cal خود را از دست دهم، چه می‌شود؟	اگر در دوره 4 ماهه تداوم واجد شرایط بودن طرح ما قرار دارید، ما به ارائه تمامی مزایای تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد و سهم شما از هزینه‌ها همان‌طور که در دفترچه راهنمای اعضا توصیف شده است، تغییر خواهد کرد. در طول این دوره، مزایای Medi-Cal شما تحت پوشش نخواهد 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، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
شما نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی دارید	بستری شدن در بیمارستان	\$0	ارجاع لازم است. تأییدیه قبلی برای پیوند اعضا برای اعضای ساکن در کالیفرنای شمالی الزامی است. هیچ محدودیتی برای تعداد روزهای بستری در بیمارستان که از نظر پزشکی ضروری است، وجود ندارد.
	مراقبت پزشک یا جراح	\$0	
	خدمات بیمارستانی سرپایی، از جمله معاینه	\$0	
	خدمات مرکز جراحی سرپایی Ambulatory Surgical Center,) (ASC	\$0	



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
به پزشک احتیاج دارید	ویزیت برای درمان آسیب یا بیماری	\$0	
	مراقبت تخصصی	\$0	ارجاع برای اکثر متخصصان لازم است. برای اطلاع از لیست خدماتی که نیازی به ارجاع ندارند، به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
	ویزیت‌های سلامت، مانند معاینه فیزیکی	\$0	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. اولین ویزیت سالانه سلامتی شما نمی‌تواند در عرض 12 ماه پس از بازدید پیشگیرانه «خوش آمدید Medicare به» انجام شود. با این حال، نیازی نیست که پس از 12 ماه برخورداری از بخش B، ویزیت «خوش آمدید Medicare به» داشته باشید تا تحت پوشش ویزیت سالانه سلامتی قرار بگیرید.
	مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند واکسن آنفولانزا و غربالگری سرطان	\$0	خدمات مراقبت‌های پیشگیرانه زیر نیاز به ارجاع دارند: غربالگری آنوریسم، آنورت شکمی، تغذیه درمانی پزشکی، سیگموئیدوسکوپی، انعطاف‌پذیر، کولونوسکوپی غربالی، غربالگری تراکم استخوان و تست‌های آزمایشگاهی.
	«خوش آمدید Medicare به» (ویزیت پیشگیرانه فقط یک بار)	\$0	ما ویزیت پیشگیرانه «خوش آمدید Medicare به» 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 «خوش آمدید Medicare به» خود را هماهنگ کنید.
شما نیاز به مراقبت اورژانسی دارید (ادامه در صفحه بعد)	خدمات اورژانس	\$0	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.
	مراقبت‌های فوری	\$0	مجوز قبلی لازم نیست. مراقبت‌های فوری بدین صورت به صورت خارج از شبکه تحت پوشش قرار دارد:

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



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
شما نیاز به مراقبت اورژانسی داری د (ادامه از صفحه قبل)			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. خارج از محدوده خدماتی ما - زمانی از پوشش مراقبتی فوری در سرتاسر دنیا برخوردار هستید که به سفر می‌روید و به دلیل آسیب یا بیماری پیش‌بینی نشده 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.
به آزمایشات پزشکی نیاز دارید	خدمات رادیولوژی تشخیصی (به عنوان مثال، رادیولوژی یا سایر خدمات تصویربرداری، مانند اسکن توموگرافی کامپیوتری محوری (CAT Scan، Computed Axial Tomography) یا تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI، Magnetic Resonance Imaging)	\$0	ارجاع لازم است.
	آزمایش‌های آزمایشگاهی و روش‌های تشخیصی، مانند آزمایش خون	\$0	ارجاع لازم است.
به خدمات شنوایی/شنوایی‌سنجی نیاز دارید	غربالگری شنوایی	\$0	
	سمعک	\$0	طبق قوانین پوشش Medi-Cal، سمعک تحت پوشش قرار می‌گیرد.
به مراقبت از دهان و دندان نیاز دارید	معاینات دندان پزشکی و مراقبت‌های پیشگیرانه	\$0	مزایای دندان پزشکی از طریق هزینه در برابر خدمات (Fee-for-Service, FFS) دندان پزشکی Medi-Cal یا مراقبت‌های هماهنگ دندان پزشکی (Dental Managed Care, Dental MC) بسته به کانتی شما در دسترس هستند. برای کسب اطلاعات درباره پوشش خدمات دندان پزشکی Medi-Cal، تماس بگیرید: FFS دندان پزشکی: 1-800-322-6384 یا (TTY 1-800-735-2922) یا www.smilecalifornia.org.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
به مراقبت از دهان و دندان نیاز دارید (ادامه از صفحه قبل)			Dental MC در کانتی های Los Angeles و Sacramento: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) یا www.dental.dhcs.ca.gov/
	مراقبت‌های ترمیمی و اورژانسی دندان	\$0	مزایای دندان‌پزشکی از طریق هزینه در برابر خدمات (FFS) (دندانپزشکی Medi-Cal یا مراقبت‌های هماهنگ دندان‌پزشکی (Dental MC) بسته به کانتی شما در دسترس هستند. برای کسب اطلاعات درباره پوشش خدمات دندان‌پزشکی Medi-Cal، تماس بگیرید: Dental FFS: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) یا www.smilecalifornia.org Dental MC در کانتی های Los Angeles و Sacramento: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) یا www.dental.dhcs.ca.gov/
به مراقبت‌های چشم‌پزشکی نیاز دارید	معاینات چشم	\$0	برای خدمات چشم‌پزشکی نیاز به ارجاع است.
	عینک یا لنز	\$0	ارجاع لازم است. عینک یا لنز بعد از جراحی آب مروارید: \$0 تا سقف Medicare، اما شما مبالغ بیشتر از این حد را خودتان پرداخت می‌کنید. هر 12 ماه، کمک‌هزینه را از طریق پوشش Medicare شما ارائه می‌دهیم. اگر هزینه‌های عینک شما بیش از کمک‌هزینه طرح شما باشد، مابه‌التفاوت را پرداخت می‌کنید: • South P1 و North P2، P16، P17، P18، P19، P20، P21، P22، P23، P24، P25 – \$350 • South P6 – \$400 • South P7، P9، P10، P11 – \$500



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
شما به خدمات سلامت روان نیاز دارید	سایر مراقبت‌های بینایی	\$0	ارجاع لازم است. تجهیزات کم‌بینایی مطابق با قوانین برنامه Medi-Cal پوشش داده می‌شوند.
	خدمات سلامت روان	\$0	خدمات سلامت روان سرپایی و بستری تحت پوشش قرار می‌گیرد. علاوه بر این، از پوشش خدمات تخصصی سلامت روان بیشتر برخوردار هستید که تحت پوشش Medicare از طریق طرح سلامت رفتاری کانتی شما نیستند.
	مراقبت‌های بستری و سرپایی و خدمات مبتنی بر جامعه برای افرادی که به خدمات سلامت روان نیاز دارند	\$0	خدمات سلامت روان سرپایی و بستری تحت پوشش قرار می‌گیرد. ممکن است طبق برنامه Medi-Cal واجد شرایط خدمات جامعه‌محور باشید. اطلاعات بیشتر را از هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی‌تان بخواهید. از پوشش خدمات تخصصی سلامت روان بیشتر برخوردار هستید که تحت پوشش Medicare از طریق طرح سلامت رفتاری کانتی نیستند.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
به خدمات اختلال مصرف مواد نیاز دارید	خدمات اختلال مصرف مواد	\$0	خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند، تحت پوشش قرار می‌گیرد: • غربالگری و مشاوره سوءمصرف الکل. • درمان سوءمصرف مواد مخدر. • مشاوره گروهی یا فردی توسط پزشک متخصص، از جمله درمانگر ازدواج و خانواده. • خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده. • درمان پیوسته‌ریش با Naltrexone (vivitrol). از پوشش خدمات درمان اختلال مصرف مواد بیشتر برخوردار هستید که تحت پوشش Medicare از طریق طرح سلامت رفتاری کانتی شما نیستند.
شما نیاز دارید در مکانی زندگی کنید تا افرادی از شما مراقبت کنند	مراقبت‌های پرستاری تخصصی	\$0	ارجاع لازم است.
	مراقبت در آسایشگاه	\$0	
	مراقبت پرورشی بزرگسالان و مراقبت پرورشی گروهی از بزرگسالان	\$0	
پس از سکتة مغزی یا تصادف به درمان نیاز دارید	کاردرمانی، فیزیوتراپی یا گفتار درمانی	\$0	مجوز قبلی لازم است.
برای دریافت خدمات بهداشتی به کمک نیاز دارید (ادامه در صفحه بعدی)	خدمات آمبولانس	\$0	
	حمل‌ونقل اورژانسی	\$0	



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
برای دریافت خدمات بهداشتی به کمک نیاز دارید (ادامه از صفحه قبل)	حمل‌ونقل به محل نوبت‌های پزشکی و دریافت خدمات	\$0	ارجاع و مجوز قبلی الزامی است. Medi-Cal حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی و حمل‌ونقل غیرپزشکی را پوشش می‌دهد تا زمانی که وسیله‌ای برای رفتن ندارید، به شما کمک کند به نوبت‌های پزشکی و داروخانه بروید.
برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد)	داروهای Medicare بخش B	\$0	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.
برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد)	داروهای Medicare بخش D: ردیف 1: داروهای ژنریک ترجیحی ردیف 2: ژنریک ردیف 3: داروهای برند ترجیحی ردیف 4: غیرترجیحی ردیف 5: تخصصی ردیف 6: واکسن‌ها	ردیف‌های 1-2: سه‌م پرداخت مشترک شما برای حداکثر یک سهمیه یک‌ماهه (30 روزه)، \$0-\$5.80 به ازای هر نسخه است. ردیف‌های 3-5: سه‌م پرداخت مشترک شما برای حداکثر یک سهمیه یک‌ماهه (30 روزه)، \$0-\$14.40 به ازای هر نسخه است. ردیف 6: \$0 مبالغ پرداخت مشترک برای داروها ممکن است بسته به سطح «Extra Help» که دریافت می‌کنید، متفاوت باشد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً با طرح تماس بگیرید.	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. هنگامی که شما یا دیگران از طرف شما مبلغ \$2,400 پرداخت کردید، به مرحله پوشش کمرشکن رسیده‌اید و برای مابقی سال تقویمی، مبلغ \$0 برای تمامی داروهای بخش D بیمه Medicare خود پرداخت می‌کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره این مرحله، دفترچه راهنمای اعضا را بخوانید. یک سهمیه بلندمدت (100 روزه) ممکن است هم از طریق داروخانه خرده‌فروشی و هم از طریق داروخانه سفارش پستی ما قابل دریافت باشد. سهم بیمار برای تأمین بلندمدت همانند سهم او برای تأمین یک‌ماهه است. همه داروها از طریق سفارش پستی در دسترس نیستند.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
داروهای بدون نسخه (Over the Counter, OTC).	مبلغ \$0 برای درمان‌های جایگزینی نیکوتین در داروخانه‌های شبکه.	مبلغ \$0 برای سایر اقلام واجد شرایط OTC جهت خرید آنلاین و در فروشگاه‌های خردهفروشی شرکت‌کننده، از جمله در داروخانه‌های خردهفروشی Kaiser Permanente. شما یک کارت مزایای بهداشتی تکمیلی از پیش شارژ شده حاوی کمک‌هزینه سه‌ماهه مربوط به طرح خود دریافت خواهید کرد.	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 درون شبکه سفارش داده شده باشد و از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه دریافت شوند. ما دارو را دو بار در طول سال تقویمی برای دوره مصرف حداکثر 100 روزه ارائه می‌دهیم. 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. شما می‌توانید با استفاده از کارت مزایای بهداشتی تکمیلی خود و با استفاده از کمک‌هزینه سه‌ماهه‌ای که در ادامه برای طرح شما توصیف شده است، اقلام OTC را خریداری کنید: • \$50 – North P2 • \$75 – P25, P24, P23, P22, P21, P20, P19, P18, P17, North P16 • \$75 – South P1 • \$100 – South P6 • \$150 – P11, South P7 • \$170 – South P9 • \$125 – South P10 کارت شما در تاریخ‌های 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از سقف مزایای سه‌ماهه به دوره‌ی سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. توجه: کارت مزایای بهداشتی تکمیلی نمی‌تواند برای انعام یا کارمزدها (مانند کارمزدهای تحویل یا ارسال) استفاده شود.

برای درمان بیماری یا مشکل خود به دارو نیاز دارید (ادامه از صفحه قبل)



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
			فقط برای اعضا در منطقه کالیفرنیا جنوبی: اگر واجد شرایط مزایای مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI، Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill) توصیف‌شده در ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن» باشید، می‌توانید از کمک‌هزینه سه‌ماهه OTC خود برای خرید مواد غذایی سالم نیز استفاده کنید. شما می‌توانید نحوه استفاده از کمک‌هزینه موجود در کارت مزایای بهداشتی تکمیلی خود را بین اقلام OTC و مواد غذایی سالم انتخاب کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به کارت مزایای بهداشتی تکمیلی رجوع کنید، از سایت mybenefitscenter.com بازدید کرده یا با شماره 1-833-524-7035 (TTY 711) تماس بگیرید، از ساعت 5 صبح تا 5 بعدازظهر (PST)، 7 روز هفته. 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 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند از دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 عصر با 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/ مراجعه کنید.
برای بهتر شدن به کمک احتیاج دارید یا نیازهای سلامت خاصی دارید (ادامه در صفحه بعد)	خدمات توان‌بخشی	\$0	برای خدمات خاص نیاز به ارجاع است.
	تجهیزات پزشکی برای مراقبت در منزل	\$0	مجوز قبلی لازم است.
	خدمات دیالیز	\$0	ارجاع لازم است.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
شما به مراقبت از پا نیاز دارید	خدمات پاپزشکی	\$0	ارجاع لازم است.
	خدمات ارتز	\$0	مجوز قبلی لازم است.
به تجهیزات پزشکی بادوام (DME) نیاز دارید	ویلچر، عصا و واکر	\$0	مجوز قبلی لازم است.
	نبولایزر	\$0	مجوز قبلی لازم است.
	تجهیزات اکسیژن	\$0	مجوز قبلی لازم است.

توجه: این فهرست کامل تجهیزات پزشکی بادوام (DME) تحت پوشش نیست. برای فهرست کامل، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فصل 4 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثنایا، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
برای زندگی در خانه به کمک نیاز دارید (ادامه در صفحه بعد)	خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در منزل	\$0	ارجاع لازم است. باید در منزل محدود (خانه‌نشین) باشید؛ به این معنا که خروج از منزل مستلزم تلاش زیادی است. ما خدمات زیر را پوشش می‌دهیم و ممکن است خدمات دیگری را نیز که در اینجا فهرست نشده‌اند پوشش دهیم: • خدمات پرستاری تخصصی و کمک بهداشتی خانگی به‌صورت پاروقت یا متناوب (برای پوشش تحت مزیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی در منزل، مجموع خدمات پرستاری تخصصی و کمک بهداشتی خانگی شما باید کمتر از هشت ساعت در روز و ۳۵ ساعت در هفته باشد). • فیزیوتراپی، کاردرمانی، و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی
	خدمات خانگی، مانند نظافت خانه، یا ایجاد تغییراتی در خانه مانند دستگیره‌های محافظ	\$0	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 اطلاع دقیق از پشتیبانی‌های جامعه محلی، با PCP خود یا خدمات اعضا صحبت کنید.
	سلامت روزانه بزرگسالان، خدمات بزرگسالان جامعه‌محور (Community Based Adult Service, CBAS) یا سایر خدمات پشتیبانی	\$0	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.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
برای زندگی در خانه به کمک نیاز دارید (ادامه از صفحه قبل)	خدمات توان‌بخشی روزانه	\$0	
	خدماتی که به شما کمک می‌کند در منزل شخصی خود زندگی کنید (خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در منزل یا خدمات مراقبت شخصی)	\$0	ما خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در منزل را طبق توصیف «خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی در منزل» در بالا پوشش می‌دهیم. علاوه بر این، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal خود، واجد شرایط دریافت خدمات پشتیبانی در منزل یا مراقبت بلندمدت یا خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه باشید. برای دریافت اطلاعات بیشتر درباره این خدمات، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.
خدمات اضافی	مدیریت مراقبت یکپارچه کالیفرنیا (California Integrated Care Management, CICM)	\$0	طرح ما اعضای واجد شرایط دریافت خدمات هماهنگ کردن خدمات مراقبتی اضافه را که CICM، نیز شناخته می‌شود، شناسایی می‌کند. این افراد می‌توانند اعضای واجد شرایط محسوب شوند: • افراد بزرگسال بی‌خانمان • بزرگسالان در معرض خطر بستری شدن غیرضروری در بیمارستان یا مراجعه به بخش اورژانس • بزرگسالان نیازمند خدمات تخصصی سلامت روان و/یا درمان اختلال سوءمصرف مواد (Substance Use Disorder SUD) • بزرگسالان در حال انتقال از حبس • بزرگسالان در حال زندگی در جامعه و در معرض خطر قرارگیری تحت مراقبت بلندمدت (Long-Term Care, LTC) • افراد مرکز پرستاری بزرگسالان که در حال انتقال به جامعه هستند • بزرگسالانی که باردار یا در دوره پس از زایمان هستند و با نابرابری‌های نژادی و قومی مواجه هستند • بزرگسالان دارای نیازهای مستند زوال عقل
	خدمات کایروپراکتیک	\$0	ما تنظیمات ستون فقرات را برای ایجاد وضعیت صحیح پوشش می‌دهیم. این خدمات تحت پوشش بیمه سلامت Medicare توسط یک کایروپراکتور در شبکه ارائه می‌شوند. برای دیدن فهرست کایروپراکتورهای داخل شبکه ما، لطفاً به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش مراجعه کنید. تأییدیه قبلی برای اعضای ساکن در کالیفرنیا شمالی الزامی است.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
خدمات اضافی (ادامه در صفحه بعد)			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. تأییدیه قبلی برای اعضای ساکن در کالیفرنای شمالی الزامی است. FQHC ها و RHC ها برای ارائه خدمات ممکن استز به معرفی داشته باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات موجود در FQHC یا RHC، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
	منابع و خدمات دیابت	\$0	مجوز قبلی لازم است.
	مزایای تناسب اندام - One Pass™	\$0	شما به برنامه تناسب اندام جامع One Pass برای بدن و ذهن دسترسی دارید. برنامه One Pass شامل موارد زیر می‌شود: - 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. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره سالن‌های ورزشی و مراکز تناسب اندام شرکت‌کننده، مزایای برنامه، یا برای راه‌اندازی حساب کاربری آنلاین خود، به YourOnePass.com مراجعه کنید یا از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 6 صبح تا 7 عصر با شماره (TTY 711) 1-877-614-0618 تماس بگیرید.



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
خدمات اضافی (ادامه در صفحه بعد)	غذاهای تحویل داده شده درب منزل	\$0	ممکن است بر اساس Medi-Cal واجد شرایط و عده‌های غذایی باشید که تحت «پشتیبانی‌های محلی» درب منزل تحویل داده می‌شوند. «پشتیبانی‌های انجمن» در تمام حوزه‌ها ارائه می‌شود و باید معیارهای مشخصی را برای صلاحیت داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پشتیبانی‌های محلی Medi-Cal، از پزشک خود سوال کنید.
	مراقبت پزشکی در منزل که توسط Medicare پوشش داده نمی‌شود (Advanced Care At Home) برای اعضای P23، P19، P17، North P16 توجه: این مزیت برای سایر اعضا در دسترس نیست.	در صورت تجویز به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی در منزل شما، \$0 پرداخت می‌کنید؛ در غیر این صورت، سهم هزینه قابل‌اعمال را می‌پردازید.	ارجاع لازم است. ما مراقبت‌های پزشکی در منزل شما را که در غیر این صورت تحت پوشش Medicare نیست، هنگامی که پزشک بر اساس وضعیت سلامت شما آن را از نظر پزشکی مناسب تشخیص دهد، پوشش می‌دهیم؛ این امر جایگزینی برای دریافت مراقبت حاد در بیمارستان فراهم می‌کند و همچنین خدمات مراقبت پس از مرحله حاد را در منزل برای حمایت از روند بهبودی شما ارائه می‌دهد. برای جزئیات بیشتر، به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
	حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (غیر روتین)	\$0	ما حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی و از نظر پزشکی ضروری به خانه (تا شعاع 100 مایل)، مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF)، یا یک سطح بالاتر دیگر از مراقبت را، بلافاصله پس از بستری شدن در بیمارستان یا پس از مواجهه‌های خاص با بخش اورژانس، مراقبت‌های فوری، یا بیمارستان سرپایی، در صورت تجویز توسط یک ارائه‌دهنده داخل شبکه، پوشش می‌دهیم. برای آگاهی از جزئیات بیشتر به دفترچه راهنمای اعضا خود رجوع کنید.
	خدمات پروتز	\$0	مجوز قبلی لازم است.
	پرتو درمانی	\$0	ارجاع لازم است.
	خدماتی برای کمک به مدیریت بیماری‌تان	\$0	



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
خدمات اضافی (ادامه در صفحه بعد)	مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI) – مواد غذایی سالم (فقط برای اعضا در کالیفرنیا جنوبی)** توجه: این مزایا در اختیار اعضا از کالیفرنیا شمالی قرار ندارد. **مزایای مواد غذایی سالم، بخشی از یک برنامه تکمیلی ویژه برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود. اعضا برای واجد شرایط بودن، باید مبتلا به بیماری‌های مزمن خاصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی-عروقی، آرتروز (استئوآرتروز) یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید قبل از ارائه این مزایا برآورده شوند. برای آگاهی از جزئیات بیشتر با ما تماس بگیرید.	مبلغ \$0 برای مواد غذایی سالم تأیید شده که هم به‌صورت آنلاین و هم در فروشگاه‌های خرده‌فروشی شرکت‌کننده خریداری می‌شوند. شما یک کارت مزایای بهداشتی تکمیلی از پیش شارژ شده حاوی کمک‌هزینه سه‌ماهه مربوط به طرح خود دریافت خواهید کرد که در ردیف داروهای بدون نسخه (OTC) توصیف شده است.	اگر واجد شرایط SSBCI باشید، می‌توانید از کمک‌هزینه سه‌ماهه OTC خود برای خرید مواد غذایی سالم نیز استفاده کنید. شما می‌توانید نحوه استفاده از کمک‌هزینه موجود در کارت مزایای بهداشتی تکمیلی خود را بین اقلام OTC و مواد غذایی سالم انتخاب کنید. شما باید تمام معیارها، از جمله یک یا چند مورد از بیماری‌های واجد شرایط SSBCI فهرست‌شده در زیر را داشته باشید: - اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (Substance Use Disorders, SUD) - اختلالات خودایمنی - سرطان - اختلالات قلبی و عروقی - نارسایی مزمن قلبی - دمانس (زوال عقل) - دیابت شیرین - اضافه‌وزن، چاقی و سندروم متابولیک - بیماری مزمن گوارشی - بیماری مزمن کلیوی (Chronic Kidney Disease, CKD) - اختلالات خونی (هماتولوژیک) شدید - اچ آی وی/ایدز - اختلالات مزمن ریوی - اختلالات مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان - اختلالات عصبی - سکته - مراقبت‌های پس از پیوند عضو - نقص ایمنی و اختلالات سرکوب‌کننده سیستم ایمنی - بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی - بیماری‌های همراه با چالش‌های عملکردی که به خدمات مشابه نیاز دارند



ضرورت یا مشکلات سلامتی	خدماتی که ممکن است نیاز داشته باشید	هزینه‌های شما در خصوص ارائه‌دهندگان عضو شبکه	محدودیت‌ها، استثناءها، و اطلاعات مزایا (قوانین مربوط به مزایا)
خدمات اضافی (ادامه از صفحه قبل)			- بیماری‌های مزمنی که باعث اختلال در بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی می‌شوند - بیماری‌هایی که برای حفظ یا نگهداری عملکرد افراد، مستلزم دریافت خدمات درمانی مداوم هستند کارت شما در تاریخ‌های 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر مجدداً شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از سقف مزایای سه‌ماهه به دوره‌ی سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به دفترچه راهنمای عضو مراجعه کنید، از وبسایت mybenefitscenter.com دیدن کنید، یا با شماره 1-833-524-7035 (TTY 711)، از ساعت 5 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید به وقت پاسفیک (Pacific Standard Time, PST)، 7 روز هفته.

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 دفترچه راهنمای اعضای Kaiser Permanente Dual Complete را مطالعه کنید. اگر دفترچه 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 سوالی 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 Medi-Cal، Medicare 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 اعضا تماس بگیرید.

سایر خدمات تحت پوشش Medi-Cal، Medicare، یا یک آژانس دولتی	هزینه‌های شما
برخی از خدمات مراقبت‌های آسایشگاهی که خارج از Kaiser Permanente Dual Complete تحت پوشش قرار می‌گیرد	\$0
توان بخشی روانی اجتماعی	\$0
مدیریت پرونده هدفمند	\$0

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



هزینه‌های شما	سایر خدمات تحت پوشش Medi-Cal، Medicare، یا یک آژانس دولتی
\$0	برنامه دارویی نسخه سرپایی Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)
\$0	خدمات دندان پزشکی خاص مزایای دندان پزشکی از طریق هزینه در برابر خدمات (FFS) دندان پزشکی Medi-Cal یا مراقبت‌های هماهنگ دندان پزشکی (Dental MC) بسته به کانتی خود در دسترس هستند. برای کسب اطلاعات درباره پوشش خدمات دندان پزشکی Medi-Cal، تماس بگیرید: ○ FFS دندان پزشکی: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) یا www.smilecalifornia.org ○ Dental MC در کانتی های Los Angeles و Sacramento: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) یا www.dental.dhcs.ca.gov/
\$0	خدمات درمان اختلال مصرف مواد
\$0	خدمات تخصصی سلامت روان
\$0	خدمات حمایتی درون منزل
\$0	خدمات معافیت مبتنی بر خانه و جامعه
\$0	برنامه چند منظوره خدمات ارشد
\$0	خدمات مرکز منطقه‌ای تحت پوشش Medi-Cal
\$0	پانسیون مراقبتی



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

در صورتی که پزشک شبکه تشخیص دهد خدمات دارای ضرورت پزشکی هستند، این استثنا اعمال نمی‌شود.	برخی از معاینات و خدمات مورد نیاز: • به دست آوردن شغل یا حفظ آن • گرفتن بیمه • دریافت هر نوع مجوز • به دستور دادگاه یا برای آزادی مشروط یا آزادی تعلیقی
پمپ‌های پستان خرده‌فروشی که پس از بارداری به زنان ارائه می‌شود، مشمول این استثنا نیستند. این استثنا همچنین در خصوص مواردی که تحت پشتیبانی‌های محلی برای شما تأیید شده‌اند، اعمال نمی‌شود.	تجهیزات یا ویژگی‌هایی برای ایجاد راحتی یا آسایش. این پوشش شامل اقلامی است که منحصرراً برای راحتی یا آسایش عضو، خانواده عضو یا ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی عضو به کار می‌روند.
این استثنا در مورد تجهیزات پروتز تحت پوشش اعمال نمی‌شود: • کاشت ایمپلنت بیضه به عنوان بخشی از جراحی ترمیمی تحت پوشش • پروتز سینه مورد نیاز پس از ماستکتومی یا لامپکتومی • پروتز برای جایگزینی تمام یا بخشی از اعضای صورت	خدمات زیبایی. خدماتی برای تغییر ظاهر شما (از جمله جراحی قسمت‌های طبیعی برای تغییر ظاهر).
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 دفترچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است.	خدمات آزمایشی
مگر اینکه تحت پوشش Medi-Cal (In Lieu of Services) شما تحت برنامه خدمات جایگزین یا تجهیزات پزشکی بادوام تأیید شوند.	اقلام و خدماتی که اقلام و خدمات بهداشتی نیستند
	اقلام و خدمات برای تقویت رشد مو، پیشگیری از ریزش مو، یا سایر درمان‌های مرتبط.



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 Original Medicare نیستند اما تحت پوشش طرح ما هستند، اعمال نمی‌شود.
خدماتی که توسط سازمان غذا و داروی فدرال تأیید نشده است	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 صورت نمی‌گیرد: 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 ارائه‌شده به کهنه سربازان در نهادهای «امور کهنه سربازان» (Veterans Affairs, VA).	بالینحال، هنگامی که کهنه سرباز در بیمارستان VA خدمات اورژانسی دریافت کند و سهم هزینه VA بیشتر از مبلغ سهم هزینه در طرح ما باشد، ما تفاوت هزینه را به شخص پرداخت 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	برای درمان عارضه‌های ناشی از خدمات غیر تحت پوشش که در غیر اینصورت پوشش داده می‌شدند، این استثنا اعمال نمی‌شود. برای مثال، اگر جراحی زیبایی داشته باشید که خارج از پوشش است، ما خدمات دریافتی در مرحله آمادگی برای جراحی یا مراقبت‌های پیگیری را تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. اگر بعداً با یک عارضه جدی مانند عفونت حاد مواجه شدید، این استثنا اعمال نخواهد شد و تا زمانی که خدمات بر اساس دفترچه 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

این استثنا در مورد کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی که به‌عنوان بخشی از پوشش مشروح در بخش‌های زیر ارائه می‌شود، اعمال‌پذیر نیست: • مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی • خدمات و حمایت‌های مراقبتی بلندمدت • مراقبت مراکز تخصصی پرستاری/متوسط/شبه حاد • پشتیبانی‌های محلی	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، توالت رفتن و مصرف دارو).
	معکوس کردن عقیم‌سازی.
این استثنا در موارد زیر صدق نمی‌کند: • پشتیبانی‌های محلی تحت پوشش که برای شما تأیید شده است. • خدمات تحت پوشش همراه زانو. • خدمات کارکنان سلامت جامعه تحت پوشش.	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.



F. حقوق شما به عنوان عضوی از طرح

به عنوان 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 دفترچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. حقوق شما شامل موارد زیر است، اما به آن‌ها محدود نمی‌شوند:

- 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 درباره وضعیت پزشکی، وضعیت سلامت، سابقه دریافت خدمات بهداشتی، سابقه ادعای خسارت، سوابق پزشکی، معلولیت (از جمله اختلال ذهنی)، وضعیت تأهل، سن، جنسیت، گرایش جنسی، ملیت، نژاد، رنگ پوست، دین، مذهب یا دریافت کمک‌های دولتی
 - 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 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 (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، فارغ از هزینه و وضعیت پوشش آن‌ها
 - 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 سوابق‌تان
 - محرمانه نگه داشتن اطلاعات سلامت شخصی‌تان
 - 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 (Department of Managed Health Care, DMHC) کالیفرنیا مطرح کنید. وبسایت DMHC (www.dmhca.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 تجدید نظر 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 دفترچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. اگر سوالی 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 صبح تا 5 بعدازظهر، یا با دفتر رسیدگی به شکایات Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 صبح تا 5 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 به‌نحی رد کرده، به تأخیر انداخته یا تغییر داده است، با خدمات اعضا به شماره‌های مندرج در پایین این صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید شکایتی را به‌صورت کتبی به نشانی زیر ارسال کنید. ممکن است بتوانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

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

تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه، درخواست‌های فرجام‌خواهی و شکایات در مورد مراقبت‌های پزشکی

تصمیم مربوط به پوشش خدمات درمانی شما، تصمیمی است درباره:

- مزایای خدمات درمانی و خدمات تحت پوشش بیمه سلامت شما یا
- مبلغی که ما برای خدمات سلامت شما می‌پردازیم.

فرجام‌خواهی روشی رسمی است که زمانی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، یا با تصمیم ما مخالف هستید با این روش از ما می‌خواهید تصمیمی را که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم بررسی کنیم.

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 سلامت ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که از ما دریافت کرده‌اید، به ما یا «سازمان بهبود کیفیت» شکایت کنید. می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را 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.



تماس	1-800-443-0815 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. ما برای افرادی که انگلیسی بلد نیستند خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم. اگر تصمیم پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما طبق توصیف دفترچه راهنمای اعضا واجد شرایط تصمیمگیری سریع است، با «واحد بررسی سریع» به شماره 1-888-987-7247، از ساعت 5:30 صبح تا 8:30 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا شنبه تماس بگیرید.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.
فکس	اگر تصمیم درباره پوشش، فرجامخواهی یا شکایت شما واجد شرایط تصمیمگیری سریع است، درخواست خود را به «واحد بازبینی فوری» به شماره 1-888-987-2252 فکس کنید.
مکاتبه	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). 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، فرجامخواهی یا شکایت شما واجد شرایط تصمیمگیری سریع است، با آدرس زیر مکاتبه کنید: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	می‌توانید شکایت درباره طرح ما را مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ثبت شکایت آنلاین به Medicare، به آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بروید.



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.

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



درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای تجویزی بخش D

فرجام‌خواهی راهی است برای اینکه از ما بخواهید تا تصمیم درباره پوشش را تغییر دهیم.

تماس	1-866-206-2973 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8:30 صبح تا 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 شب
فکس	1-866-206-2974
مکاتبه	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	kp.org



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 درخصوص پوشش داروهای تجویزی Medicare باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به «درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای تجویزی بخش D» در بالا مراجعه کنید).

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



سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام Commence Health است. این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصین حرفه‌ای مراقبت سلامت است که به بهبود کیفیت مراقبت از افراد دارای Medicare کمک می‌کند. Commence Health با طرح ما ارتباطی ندارد. برای دریافت کمک در موارد زیر با Commence Health تماس بگیرید:

- سوال در مورد حقوق مراقبت‌های بهداشتی‌تان
- شما می‌توانید در خصوص مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایت کنید اگر:
 - مشکلاتی با کیفیت مراقبت دارید،
 - به نظر شما پوشش بستری شما در بیمارستان خیلی زود به پایان می‌رسد، یا
 - به نظر شما خدمات پوشش مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی یا «مؤسسات توان‌بخشی سرپایی جامع (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)» خیلی زود به پایان می‌رسد.

تماس	1-877-588-1123
	تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 9 صبح تا 5 عصر آخر هفته ها و تعطیلات، 10 صبح تا 4 بعدازظهر
TTY	711
مکاتبه	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وبسایت	www.livantaqio.cms.gov



راهنمایی توسط اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا

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

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.

- از طریق خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete با تماس بگیرید. 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 از طریق شماره **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. به‌صورت رایگان می‌توانید با این شماره‌ها تماس بگیرید.



اگر درباره 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 رایگان است. از ساعت 8 صبح تا 8 بعدازظهر، 7 روز هفته.

• دفتر خدمات اعضا همچنین دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افراد غیر انگلیسی‌زبان است.



اطلاعیه عدم تبعیض

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

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

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

Kaiser Permanente خدمات زیر را در زمان مقتضی ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:

♦ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره

♦ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)

- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:

♦ مترجمان شفاهی حرفه‌ای

♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

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

- Medicare، شامل D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**، 24 ساعته، 7 روز هفته.

- سایر موارد: **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعته، 7 روز هفته.

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

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

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

- به‌صورت تلفنی: با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
 - از طریق پست: فرمی را از طریق kp.org دانلود کنید یا با خدمات تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.
 - به‌صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید).
 - آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید.
- همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

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

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

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

Office for Civil Rights

Department of Health Care Services

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا در این نشانی موجود است:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- آنلین: ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov

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

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

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

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

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

فرم های شکایت دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در این نشانی موجود است:

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

- **آنلین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:**

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>