Краткое описание льгот на 2027 год

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H8794_27SBSNPRU_M
4383476027_CA-SNP_RU

KAISER PERMANENTE®

Введение

Этот документ представляет собой краткое описание льгот и услуг, предусмотренных планом Kaiser Permanente Dual Complete. Он включает ответы на часто задаваемые вопросы, важную контактную информацию, обзор предлагаемых льгот и услуг, а также информацию о Ваших правах как участника плана Kaiser Permanente Dual Complete. Ключевые термины и их определения приведены в алфавитном порядке в последней главе *Справочника участника (Member Handbook)*.

Содержание

A. Заявления об отказе от ответственности 3

B. Часто задаваемые вопросы 10

C. Перечень покрываемых услуг 18

D. Льготы, покрываемые за пределами программы Kaiser Permanente Dual Complete 41

E. Услуги, не покрываемые программами Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare и Medi-Cal 42

F. Ваши права как участника плана 44

G. Как подать жалобу или апелляцию в случае отказа, задержки или изменения услуги 46

H. Что делать при подозрении на мошенничество 52

A. Заявления об отказе от ответственности

Этот документ представляет собой краткое описание льгот и услуг, предусмотренных планом Kaiser Permanente Dual Complete на 2027 год. В **краткое описание льгот** входят следующие планы.

- 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

Когда Вы зарегистрируетесь в одном из перечисленных выше планов, Вы также будете зарегистрированы в компании Kaiser Permanente для получения страхового покрытия Medi-Cal в отношении регулируемого медицинского обслуживания.

Это лишь краткое описание. Полный список льгот приводится в *Справочнике участника*. Более подробную информацию можно найти в *Справочнике участника*. Вы можете ознакомиться с ним на нашем веб-сайте по адресу kp.org/eocncal или kp.org/eocscal либо попросить копию в Отделе обслуживания участников по телефону **1-800-443-0815** (TTY **711**) 7 дней в неделю с 8:00 до 20:00.

- **Только для участников региона Южная Калифорния.** Пособие на здоровое питание является частью программы специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями. Не все участники соответствуют критериям. Для соответствия критериям участники должны иметь определенные хронические заболевания, например диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническую болезнь почек. Существуют и другие заболевания, которые могут дать Вам право на получение данного пособия. Право на получение данного пособия не может быть гарантировано только на основании Вашего заболевания. До предоставления данного пособия необходимо выполнить все применимые требования для соответствия критериям. Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами.
- Поставщики медицинских услуг, не входящие в сеть или не имеющие договора с планом, не обязаны предоставлять медицинское обслуживание участникам плана, за исключением экстренных ситуаций. Для получения дополнительной информации, в том числе о доле расходов при получении услуг вне сети, позвоните по номеру Отдела обслуживания участников или обратитесь к Справочнику участника.
- Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы Вы могли получить ответы на вопросы по поводу наших планов медицинского страхования или планов лекарственных препаратов, если они у Вас возникнут. Чтобы получить устного переводчика, просто звоните нам по телефону **1-800-464-4000** (TTY **711**), круглосуточно, без выходных.
- Kaiser Permanente — это план HMO D-SNP, имеющий договор с программами Medicare и Medi-Cal. Регистрация в Kaiser Permanente зависит от продления договора.
- Узнать больше о **Medicare** Вы можете в справочнике «Medicare и Вы» *(Medicare & You).* Он содержит краткое описание льгот, прав и защиты Medicare, а также ответы на часто задаваемые вопросы о Medicare. Получить данный справочник можно на сайте Medicare (www.medicare.gov) или по телефону круглосуточной линии 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), которая работает без выходных. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048. Для получения дополнительной информации о программе **Medi-Cal** посетите веб-сайт Департамента здравоохранения штата Калифорния (California Department of Healthcare Services, DHCS) (www.dhcs.ca.gov/) или обратитесь в офис омбудсмена Medi-Cal по телефону 1-888-452-8609, с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00. Вы также можете позвонить специальному омбудсмену для людей, участвующих одновременно в программах Medicare и Medi-Cal, по телефону 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00.
- Этот документ доступен бесплатно на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском.

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: 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)。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 मुफ़्त 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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx 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 hluo 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 និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរជំៗក៏មានផងដែរ។ 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.

❖ Данный документ можно бесплатно получить в других форматах, например крупным шрифтом, шрифтом Брайля, в формате аудиофайла или файла данных. За дополнительными сведениями обращайтесь в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (пользователям TTY следует звонить по номеру 711). Линия доступна с 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

❖ Звоните в Отдел обслуживания участников по номеру 1-800-443-0815 (TTY 711), с 8:00 до 20:00 ежедневно без выходных, если Вам нужно:

- предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;
- долгосрочный запрос относительно будущих рассылок и сообщений и
- изменение долгосрочного запроса относительно предпочтительного языка и (или) формата.

B. Часто задаваемые вопросы

В таблице ниже перечислены часто задаваемые вопросы.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Что такое план Medi-Medi?	План Medi-Medi — это план медицинского страхования, по которому предусмотрен контракт как с Medicare, так и с Medi-Cal, чтобы участники могли получать льготы по обеим программам. Данный план предназначен для лиц в возрасте 21 года и старше. Обслуживанием плана Medi-Medi занимается целая сеть, состоящая из врачей, больниц, аптек, поставщиков услуг долговременного ухода и поддержки (Long-term Services and Supports, LTSS) и других поставщиков. Планом также предусмотрены координаторы медицинской помощи, которые помогут Вам взаимодействовать со всеми поставщиками услуг, управлять услугами и поддержкой. Все они взаимодействуют, чтобы обеспечить Вам необходимое лечение.
Получу ли я те же льготы по программам Medicare и Medi-Cal в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete, которые я получаю сейчас? (Продолжение на следующей странице)	Вы получите большую часть льгот по программам Medicare и Medi-Cal непосредственно в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete. С Вами будет работать команда поставщиков медицинских услуг, которые помогут определить, какие услуги будут наилучшим образом соответствовать Вашим потребностям. Это означает, что некоторые из услуг, которые Вы получаете сейчас, могут меняться в зависимости от Ваших потребностей и оценки Вашего врача и команды медицинских специалистов. Вы также можете получать другие льготы, не входящие в ваш план медицинского страхования, тем же образом, как Вы получаете их сейчас, — от агентства штата или округа, например, услуги поддерживающего лечения на дому (In-Home Supportive Services, IHSS), специализированные услуги по охране психического здоровья и лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, или услуги регионального центра. Когда Вы зарегистрируетесь в качестве участника плана Kaiser Permanente Dual Complete, Вы и Ваша команда медицинских специалистов будете совместно разрабатывать план медицинского обслуживания для удовлетворения Ваших потребностей в медицинской помощи и поддержке, отражающий Ваши личные предпочтения и цели. Если Вы применяете какие-либо рецептурные лекарства, покрываемые программой Medicare, часть D, которые план Kaiser Permanente Dual Complete обычно не покрывает, Вы можете получить временный запас, а мы поможем Вам перейти на другой препарат или получить исключение для Kaiser Permanente Dual Complete, чтобы покрыть Ваш

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Получу ли я те же льготы по программам Medicare и Medi-Cal в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete, которые я получаю сейчас? Продолжение с предыдущей страницы)	лекарственный препарат, если это необходимо с медицинской точки зрения. Для получения дополнительной информации звоните в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу этой страницы.
Могу ли я продолжать пользоваться услугами тех же врачей, что и сейчас? (Продолжение на следующей странице)	Как правило, все остается как есть. Если Ваши поставщики медицинских услуг (включая врачей, больницы, терапевтов, аптеки и других поставщиков услуг здравоохранения) работают с планом Kaiser Permanente Dual Complete и заключили с нами договор, Вы можете продолжать обращаться к ним. • Поставщики медицинских услуг, заключившие с нами соглашение, считаются состоящими в сети. Сетевые поставщики услуг участвуют в нашем плане. Это означает, что они принимают участников нашего плана и предоставляют услуги, которые покрывает наш план. **Вы должны обращаться к поставщикам услуг из сети Kaiser Permanente Dual Complete.** Если Вы обслуживаетесь у поставщиков медицинских услуг или аптек, не входящих в нашу сеть, оплатить эти услуги или лекарственные препараты в рамках плана невозможно. • Если Вам нужна экстренная или неотложная помощь либо услуги диализа вне зоны обслуживания, Вы можете воспользоваться услугами поставщиков медицинских услуг, не входящих в план Kaiser Permanente Dual Complete. • Касательно услуг, покрываемых Medi-Cal, Вы можете обратиться к поставщику, не входящему в сеть, без направления или предварительного разрешения для получения услуг скорой помощи или определенных медицинских услуг, касающихся чувствительной информации о Вас. Вы также можете обратиться к поставщику услуг, не входящему в сеть, для получения неотложной помощи, если находитесь на территории, на которой мы не работаем. Если Вам нужны амбулаторные услуги психиатрической помощи, Вы можете обратиться либо к поставщику услуг, входящему в сеть, либо к поставщику психиатрических услуг округа без предварительного разрешения. У Вас должно быть направление или предварительное разрешение для любых других услуг, предоставляемых поставщиками, не входящими в сеть, иначе они не будут покрываться. Примечание. Американские индейцы могут получить помощь у поставщика медицинских услуг для коренных американцев, не входящего в нашу сеть, без направления.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Могу ли я продолжать пользоваться услугами тех же врачей, что и сейчас? (Продолжение с предыдущей страницы)	• Если в настоящее время Вы проходите лечение у поставщика медицинских услуг, который не входит в сеть Kaiser Permanente Dual Complete, или у Вас уже налажен контакт с поставщиком медицинских услуг, который не входит в сеть Kaiser Permanente Dual Complete, позвоните в Отдел обслуживания участников, чтобы узнать, как оставаться на связи с нашей сетью и подать запрос об обеспечении непрерывности медицинского обслуживания. Вы можете в течение 12 месяцев продолжать обслуживаться у поставщика медицинских услуг, не входящего в сеть, если Вы соответствуете определенным критериям и если поставщик согласен с нашими условиями и положениями. В течение 30 дней после присоединения к плану Вы должны подать запрос на услугу непрерывного ухода. Чтобы узнать больше об услуге непрерывного ухода, позвоните в Отдел обслуживания участников. Чтобы узнать, входят ли Ваши врачи в сеть плана, позвоните в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу этой страницы, или ознакомьтесь со справочниками поставщиков медицинских услуг и аптек плана Kaiser Permanente Dual Complete на веб-сайте плана по адресу kp.org/directory. Если план Kaiser Permanente Dual Complete является для Вас новым, мы вместе с Вами разработаем план лечения и ухода с учетом Ваших потребностей.
Какова роль координатора медицинского обслуживания в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete?	Координатор медицинского обслуживания в рамках плана Kaiser Permanente Dual Complete — это основной человек, с которым Вы можете связаться. Этот человек помогает координировать всех Ваших поставщиков медицинских услуг и собственно услуги и следить за тем, чтобы Вы получали то, что Вам нужно.
Что такое услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS)?	Услуги долговременного ухода и поддержки (LTSS) представляют собой содействие людям, которые нуждаются в помощи для выполнения повседневных задач, таких как купание, туалет, одевание, приготовление пищи и прием лекарств. Большинство таких услуг предоставляется у Вас дома или в Вашем населенном пункте, но они также могут быть предоставлены в центре сестринского ухода или больнице. В некоторых случаях эти услуги может оказывать окружное или другое агентство. Тогда с агентством будет взаимодействовать Ваш координатор медицинской помощи или команда медицинских специалистов.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Что такое многоцелевая программа услуг для пожилых людей (MSSP)?	Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) обеспечивает постоянную координацию медицинской помощи с поставщиками медицинских услуг сверх того, что уже предоставляет Ваш план медицинского страхования, и может помочь Вам связаться с другими необходимыми поставщиками услуг и ресурсов Вашего сообщества. Данная программа помогает Вам получать услуги, с которыми Вы можете жить у себя дома и самостоятельно себя обслуживать.
Что произойдет, если мне понадобится услуга, но никто в сети Kaiser Permanente Dual Complete не сможет ее предоставить?	Поставщики нашей сети предоставляют большинство услуг. Если Вам нужна услуга, которая не может быть оказана в нашей сети, в рамках программы Kaiser Permanente Dual Complete будет оплачена стоимость услуг поставщика, не входящего в сеть.
Где доступна программа Kaiser Permanente Dual Complete? (Продолжение на следующей странице)	Территория обслуживания этих планов включает указанные ниже регионы. **Регион Южная Калифорния включает следующие планы South.** • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P1,** который включает только указанные почтовые индексы **округа Сан-Диего**: ○ 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 и 92195–99. • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P6**, который включает следующее. ○ Часть **округа Риверсайд**, только следующие почтовые индексы: 91752, 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.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Где доступна программа Kaiser Permanente Dual Complete? (Продолжение на следующей странице)	○ Часть **округа Сан-Бернардино**, только следующие почтовые индексы: 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. • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P7,** который включает только указанные почтовые индексы **округа Керн:** ○ 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, 93581. • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P9**, который включает весь **округ Лос-Анджелес**, за исключением острова Каталина. • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P10**, который включает весь **округ Ориндж**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete South P11,** который включает только указанные почтовые индексы **округа Вентура**: ○ 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, 93252. **Регион Северная Калифорния включает следующие планы North.** • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P2**, который включает следующие округа: ○ весь **округ Сакраменто;** ○ **округ Амадор**, только указанные почтовые индексы: 95640 и 95669; ○ **округ Эльдорадо**, только указанные почтовые индексы: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Где доступна программа Kaiser Permanente Dual Complete? (Продолжение на следующей странице)	• **План Kaiser Permanente Dual Complete North P16**, который включает весь **округ Аламида**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P17**, который включает весь **округ Контра-Коста**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P18**, который включает следующие округа: ○ **округ Фресно**, только указанные почтовые индексы: 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; ○ **округ Кингс**, только указанные почтовые индексы: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656; ○ **округ Мадера**, только указанные почтовые индексы: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720; ○ **округ Марипоса**, только указанные почтовые индексы: 93601, 93623, 93653; ○ **округ Туларе**, только указанные почтовые индексы: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P19**, который включает весь **округ Сан-Франциско**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P20**, который включает все округа **Сан-Хоакин и Станислаус**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P21**, который включает весь **округ Санта-Крус**.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Где доступна программа Kaiser Permanente Dual Complete? (Продолжение с предыдущей страницы)	• **План Kaiser Permanente Dual Complete North P22**, который включает весь **округ Сан-Матео**. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P23**, который включает только указанные почтовые индексы **округа Санта-Клара**: ○ 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, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, 95196. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P24** включает следующие округа: ○ **округ Плейсер**, только указанные почтовые индексы: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 95765; ○ **округ Йоло**, только указанные почтовые индексы: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, 95798–99; ○ **округ Юба**, только указанные почтовые индексы: 95692, 95903, 95961. • **План Kaiser Permanente Dual Complete North P25** включает следующие округа: ○ полностью округа **Марин, Напа и Солано**; ○ **округ Сонома**, только указанные почтовые индексы: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, 95492. Чтобы присоединиться к плану, Вы должны проживать в одном из этих регионов.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Что такое предварительное разрешение?	Предварительное разрешение означает разрешение от Kaiser Permanente Dual Complete на получение услуг вне нашей сети или на получение услуг, не покрываемых нашей сетью в обычном порядке, **до того**, как Вы получите эти услуги. План Kaiser Permanente Dual Complete не сможет покрыть услугу, процедуру, изделие или лекарственный препарат, если Вы не получите предварительного разрешения. **Предварительное разрешение не требуется, если Вам нужна экстренная или неотложная помощь или услуги диализа вне зоны обслуживания.** План Kaiser Permanente Dual Complete может предоставить Вам или Вашему поставщику услуг список услуг или процедур, для предоставления которых Вам необходимо получить предварительное разрешение от Kaiser Permanente Dual Complete. Если у Вас есть вопросы о том, требуется ли предварительное разрешение для определенных услуг, процедур, изделий или лекарственных препаратов, обращайтесь в Отдел обслуживания участников по телефонам, указанным внизу этой страницы.
Что такое направление?	«Направление» означает, что Ваш поставщик услуг первичной медико-санитарной помощи (primary care provider, PCP) должен дать Вам разрешение на посещение врача, не являющегося Вашим PCP. Направление отличается от предварительного разрешения. Если Вы не получите направление от Вашего PCP, план Kaiser Permanente Dual Complete не сможет покрыть стоимость такой услуги. План Kaiser Permanente Dual Complete может предоставить Вам список услуг, для предоставления которых Вам необходимо получить предварительное разрешение от Вашего PCP. Чтобы узнать больше о том, когда Вам нужно получить направление от своего PCP, см. *Справочник участника*, главы 3 и 4.
Нужно ли мне ежемесячно вносить платежи (также называемые страховые взносы) по программе Kaiser Permanente Dual Complete?	Нет. Так как у Вас есть Medi-Cal, за свое страховое покрытие Вы не будете платить ежемесячных страховых взносов, включая франшизу по Medicare, часть B.
Нужно ли мне платить франшизу как участнику программы Kaiser Permanente Dual Complete?	Нет. Вы не платите франшизу по программе Kaiser Permanente Dual Complete.

Часто задаваемые вопросы	Ответы
Какова максимальная сумма собственных расходов, которую я заплачу за медицинские услуги, будучи участником программы Kaiser Permanente Dual Complete?	В рамках программы Kaiser Permanente Dual Complete не предусмотрено разделение затрат на медицинские услуги, поэтому Ваши годовые расходы составят $0.
Что произойдет, если я лишусь полного страхового покрытия по программе Medi-Cal?	Если в отношении Вас действует предусмотренный нашим планом 4-месячный период предполагаемого сохранения права на участие, мы продолжим предоставлять все льготы, покрываемые планом Medicare Advantage, а Ваша доля расходов изменится, как описано в *Справочнике участника.* В этот период покрываемые услуги и товары по программе Medi-Cal могут не предоставляться.

C. Перечень покрываемых услуг

В таблице ниже приведен краткий обзор того, какие услуги могут понадобиться Вам, их стоимость и правила предоставления льгот.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужно лечение в больнице	Госпитализация	$0	Требуется направление. Для участников региона Северная Калифорния требуется предварительное одобрение на трансплантацию. Нет ограничения на количество дней пребывания в стационаре, необходимых по медицинским показаниям
	Лечение у врача хирургического или нехирургического профиля	$0	
	Амбулаторные больничные услуги, включая наблюдение	$0	
	Услуги амбулаторного хирургического центра (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0	

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужен врач (продолжение на следующей странице)	Посещения для лечения травмы или заболевания	$0	
	Лечение у специалиста	$0	Для посещения большинства специалистов требуется направление. Список услуг, для получения которых не требуется направление, см. в *Справочнике участника*
	Профилактические приемы, например медицинский осмотр	$0	Плановые медицинские осмотры покрываются в том случае, если осмотр является необходимой с медицинской точки зрения профилактической услугой в соответствии с общепринятыми профессиональными стандартами практики. Ваш первый ежегодный профилактический прием не может быть раньше, чем через 12 месяцев после профилактического визита «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare). Однако Вам не нужен визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare), чтобы получить покрытие на ежегодные профилактические визиты после 12 месяцев участия в части B
	Услуги в рамках профилактики заболеваний, например прививки от гриппа и обследования для выявления рака	$0	Направление требуется для следующих профилактических услуг: скрининг на наличие аневризмы брюшной аорты, диетотерапия по медицинским показаниям, гибкая сигмоидоскопия, скрининговая колоноскопия, скрининг для определения плотности костной ткани и лабораторные анализы

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужен врач (продолжение с предыдущей страницы)	«Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) (профилактический визит, только один раз)	$0	Мы покрываем стоимость профилактического визита «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare) только в течение первых 12 месяцев Вашего участия в программе Medicare, часть B. Когда Вы записываетесь на прием, скажите врачу, что хотите запланировать профилактический визит «Добро пожаловать в Medicare» (Welcome to Medicare)
Вам нужна экстренная медицинская помощь (продолжение на следующей странице)	Услуги отделения скорой помощи	$0	У Вас есть страховое покрытие экстренной медицинской помощи по всему миру. Предварительное разрешение для этого не требуется. Если Вы получаете экстренную медицинскую помощь в больнице, не входящей в сеть, и нуждаетесь в стационарном медицинском обслуживании после того, как Ваше состояние стабилизируется, Вы должны вернуться в сетевую больницу, чтобы страховое покрытие и далее распространялось на Ваше лечение, либо же Вы должны проходить стационарное лечение в больнице, которая не входит в сеть, однако одобрена нашим планом
	Неотложная медицинская помощь	$0	Предварительное разрешение для этого не требуется. Неотложная внесетевая медико-санитарная помощь покрывается, как указано ниже. **Внутри нашей зоны обслуживания:** Вы должны получить неотложную медико-санитарную помощь у сетевого поставщика услуг, за исключением случаев, когда сеть наших поставщиков временно недоступна из-за необычных и чрезвычайных обстоятельств (например, масштабной катастрофы).

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна экстренная медицинская помощь (продолжение с предыдущей страницы)			**За пределами нашей зоны обслуживания:** у Вас есть страховка на случай оказания неотложной медико-санитарной помощи во время путешествия в любой точке мира. Вы сможете воспользоваться страховкой, когда Вам срочно потребуется медицинская помощь в связи с непредвиденной болезнью или травмой и у вас будут основания предполагать, что состояние Вашего здоровья серьезно ухудшится, если отложить лечение до возвращения на территорию обслуживания
Вам нужны медицинские обследования	Услуги диагностической рентгенологии (например, рентгеновские снимки или другие услуги диагностической визуализации, такие как компьютерная томография или магнитно-резонансная томография)	$0	Требуется направление
	Лабораторные исследования и диагностические процедуры, такие как анализ крови	$0	Требуется направление
Вам нужны услуги для лиц с нарушением слуха	Проверки слуха	$0	
	Слуховые аппараты	$0	Слуховые аппараты покрываются в соответствии с правилами страхового покрытия Medi-Cal

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам требуется стоматологическая помощь	Стоматологические осмотры и профилактическое лечение	$0	Льготы на стоматологические услуги доступны в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal с оплатой за услуги (Medi-Cal Dental Fee-for-Service, FFS) или программы регулируемого стоматологического обслуживания (Dental Managed Care, DMC) в зависимости от Вашего округа. За информацией о стоматологическом страховом покрытии Medi-Cal обращайтесь по указанным далее данным. Стоматологические услуги по программе FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) или **www.smilecalifornia.org**. Dental MC в округах Лос-Анджелес и Сакраменто: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) или **www.dental.dhcs.ca.gov/**
	Восстановительные услуги и экстренная стоматологическая помощь	$0	Льготы на стоматологические услуги доступны в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal с оплатой за услуги (Medi-Cal Dental Fee-for-Service, FFS) или программы Dental MC в зависимости от Вашего округа. За информацией о стоматологическом страховом покрытии Medi-Cal обращайтесь по указанным далее данным. Стоматологические услуги по программе FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) или **www.smilecalifornia.org**. Dental MC в округах Лос-Анджелес и Сакраменто: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) или **www.dental.dhcs.ca.gov/**

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны офтальмологические услуги	Проверки зрения	$0	Для получения офтальмологических услуг требуется направление
	Очки или контактные линзы	$0	Требуется направление Очки или контактные линзы после операции по удалению катаракты: $0, если сумма не превышает лимит Medicare. Вы оплачиваете любые суммы сверх этого лимита. Каждые 12 месяцев Вы получаете компенсацию в рамках Вашего страхового покрытия по программе Medicare. Если стоимость очков превышает предел возмещаемой стоимости по Вашему плану, **вы оплачиваете разницу**: • South P1 и North P2, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 — **$350**; • South P6 — **$400**; • South P7, P9, P10, P11 — **$500.** Medi-Cal также покрывает новые или сменные оправы стоимостью **$80** или меньше каждые 24 месяца. Новые или сменные линзы для очков предоставляются поставщиком линз для очков DHCS. Если Вам нужны очки с линзами или функциями, которые не покрываются Medi-Cal, то, **возможно, Вам придется доплатить за такие дополнительные функции**. За дополнительной информацией обращайтесь в оптический центр плана
	Другие услуги, связанные со зрением	$0	Требуется направление Приспособления для людей со слабым зрением покрываются в соответствии с правилами программы Medi-Cal

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны услуги психиатрической помощи	Психиатрическая и психологическая помощь	$0	Оплачиваются стационарные и амбулаторные услуги психиатрической помощи. Кроме того, Вы можете оплатить дополнительные специализированные услуги психиатрической помощи, которые не покрываются Medicare, через план по психологической помощи своего округа
	Стационарное и амбулаторное лечение и услуги, предоставляемые по месту проживания, для людей, которым нужны услуги психиатрической помощи	$0	Оплачиваются стационарные и амбулаторные услуги психиатрической помощи. Вы можете иметь право на получение услуг по месту жительства в рамках программы Medi-Cal. За дополнительной информацией обращайтесь к координатору медицинского обслуживания. Вы можете оплатить дополнительные специализированные услуги психиатрической помощи, которые не покрываются Medicare, через план по психологической помощи своего округа
Вам нужны услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ (продолжение на следующей странице)	Услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ	$0	Оплачиваются услуги, указанные ниже, и, возможно, другие услуги, не перечисленные здесь. • Скрининг и консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем. • Лечение злоупотребления наркотическими веществами. • Групповое или индивидуальное консультирование квалифицированным врачом, включая консультанта в области брака и семейных отношений.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ (продолжение с предыдущей страницы)			• Услуги по лечению алкоголизма и (или) наркомании / лекарственной зависимости в центре интенсивного лечения амбулаторных больных. • Лечение препаратом налтрексон (Vivitrol) пролонгированного высвобождения. У Вас есть страховое покрытие дополнительных услуг по лечению расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые не покрываются Medicare, через план по психологической помощи своего округа
Вам нужно место для проживания, где есть люди, готовые Вам помочь	Квалифицированный сестринский уход	$0	Требуется направление
	Лечение в центре сестринского ухода	$0	
	Приемные семьи для взрослых и групповой патронат для взрослых	$0	
Вам нужна терапия после инсульта или несчастного случая	Реабилитационная терапия, физиотерапия или логопедия	$0	Необходимо предварительное разрешение
Вам нужна помощь в получении медицинских услуг (продолжение на следующей странице)	Услуги экстренной транспортировки	$0	

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна помощь в получении медицинских услуг (продолжение с предыдущей страницы)	Экстренная транспортировка	$0	
	Транспортировка на приемы к врачу и получение медицинских услуг	$0	Требуются предварительное разрешение и направление. Программа Medi-Cal покрывает неэкстренную медицинскую транспортировку и немедицинскую транспортировку, чтобы помочь Вам попасть на прием к врачу или в аптеку, если у Вас нет возможности добраться туда самостоятельно
Вам нужны лекарственные препараты для лечения Вашего заболевания или состояния (продолжение на следующей странице)	Лекарственные препараты Medicare, части B	$0	Лекарственные препараты, покрываемые частью B, включают препараты, которые выдаются в кабинете Вашего врача, ряд пероральных противоопухолевых препаратов и некоторые лекарственные препараты, вводимые при помощи определенного медицинского оборудования. Более подробная информация об этих лекарственных препаратах приводится в *Справочнике участника*
	Лекарственные препараты Medicare, части D Уровень 1. Предпочтительные непатентованные лекарственные препараты Уровень 2. Непатентованные лекарственные препараты Уровень 3. Предпочтительные торговые марки лекарственных препаратов	**Уровни 1–2** Размер Вашей доплаты за запас препарата сроком до одного месяца (30 дней) составляет **$0–5,80 за рецепт.**	Могут быть ограничения по видам покрываемых лекарственных препаратов. Более подробную информацию см. в *Перечне лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования (Перечень препаратов)* Kaiser Permanente Dual Complete.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны лекарственные препараты для лечения Вашего заболевания или состояния (продолжение на следующей странице)	Уровень 4. Непредпочтительные лекарственные препараты Уровень 5. Специализированные лекарственные препараты Уровень 6. Вакцины	**Уровни 3–5** Размер Вашей доплаты за запас препарата сроком до одного месяца (30 дней) составляет **$0–14,40 за рецепт.** **Уровень 6.** $0 Доплаты за лекарственные препараты могут различаться в зависимости от уровня получаемой Вами помощи по программе «Дополнительная помощь» (Extra Help). Для получения дополнительной информации свяжитесь с контактным лицом	Как только Вы или кто-либо от Вашего имени выплатит сумму в $2,400, Вы достигнете этапа покрытия в критических ситуациях и будете платить по $0 за все лекарственные препараты из перечня Medicare, часть D, до конца календарного года. Более подробная информация об этом этапе приводится в *Справочнике участника*. Долгосрочный запас лекарственного препарата (100 дней) можно приобрести либо в розничной аптеке, либо в нашей аптеке по почте. Доля расходов на долгосрочный запас такая же, как и на месячный. Не все лекарственные препараты можно заказать по почте
	Безрецептурные (Over-the-counter, OTC) лекарственные препараты	$0 за никотинзаместительную терапию в сетевых аптеках	Мы покрываем некоторые виды безрецептурной никотинозаместительной терапии, одобренные Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration, FDA). Поставщик услуг, входящий в сеть, заказывает препараты, и Вы получаете их в одной из аптек сети. Мы предоставим Вам такие товары в объеме до 100-дневного запаса дважды в течение календарного года.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны лекарственные препараты для лечения Вашего заболевания или состояния (продолжение на следующей странице)		$0 за другие товары OTC, соответствующие требованиям программы, которые можно приобрести через Интернет и в участвующих в программе розничных магазинах, включая розничные аптеки Kaiser Permanente. Вы получите карту Health Extras с предварительно зачисленной суммой и ежеквартальным пределом возмещаемой стоимости, предусмотренным Вашим планом	Могут быть ограничения по видам покрываемых лекарственных препаратов. Более подробную информацию см. в *Перечне лекарственных препаратов, покрываемых планом страхования (Перечень препаратов)* Kaiser Permanente Dual Complete. Вы можете приобретать товары OTC с помощью карты Healthy Extras, используя **ежеквартальный предел возмещаемой стоимости**, предусмотренный Вашим планом и указанный ниже: • North P2 — **$50**; • North P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 — **$75**; • South P1 — **$75**; • South P6 — **$100**; • South P7, P11 — **$150**; • South P9 — **$170**; • South P10 — **$125**. Ваша карта будет пополнена 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал. Примечание. Карту Healthy Extras нельзя использовать для оплаты чаевых или сборов (таких, как плата за доставку или пересылку).

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужны лекарственные препараты для лечения Вашего заболевания или состояния (продолжение с предыдущей страницы)			**Только для участников региона Южная Калифорния.** Если Вы имеете право на получение специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), Вы также можете использовать свой ежеквартальный предел возмещаемой стоимости OTC для покупки продуктов здорового питания. Вы можете выбрать, как использовать предел возмещаемой стоимости на карте Healthy Extras — для приобретения товаров OTC или продуктов здорового питания. Для получения дополнительной информации см. *Справочник участника*, посетите сайт mybenefitscenter.com или позвоните по телефону 1-833-524-7035 (TTY: 711) с 5:00 до 17:00 по тихоокеанскому времени (PST), 7 дней в неделю. У Вас может быть дополнительное страховое покрытие на некоторые безрецептурные препараты, покрываемые Medi-Cal в рамках программы Medi-Cal Rx. Для получения дополнительной информации о Medi-Cal Rx обращайтесь в Отдел обслуживания клиентов Medi-Cal Rx по телефону **1-800-977-2273** круглосуточно, без выходных. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00. Подробную информацию см. на веб-сайте https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна помощь при восстановлении здоровья или у Вас особые медицинские потребности	Услуги реабилитации	$0	Для ряда услуг требуется направление
	Медицинское оборудование для домашнего ухода	$0	Необходимо предварительное разрешение
	Услуги диализа	$0	Требуется направление
Вам нужно лечение заболеваний стоп	Услуги подиатра	$0	Требуется направление
	Услуги ортезирования	$0	Необходимо предварительное разрешение
Вам нужно медицинское оборудование длительного пользования (DME) **Примечание. Это не полный список покрываемого DME. Для получения полного списка обратитесь в Отдел обслуживания участников или ознакомьтесь с главой 4 *Справочника участника***	Кресла-каталки, костыли и ходунки	$0	Необходимо предварительное разрешение
	Небулайзеры	$0	Необходимо предварительное разрешение
	Кислородное оборудование и расходные материалы	$0	Необходимо предварительное разрешение

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна помощь в обустройстве Вашего проживания у себя дома (продолжение на следующей странице)	Медицинские услуги на дому	$0	Требуется направление Вы должны быть ограничены в возможности выходить из дома, то есть выход из дома требует от Вас значительных усилий. Мы покрываем следующие услуги, а также некоторые другие услуги, не указанные здесь: • услуги квалифицированного сестринского ухода и помощника по уходу на дому, предоставляемые неполный день или периодически (чтобы эти услуги покрывались в рамках льготы на медицинское обслуживание на дому, услуги квалифицированного сестринского ухода и помощника по уходу на дому в совокупности должны составлять менее 8 часов в день и менее 35 часов в неделю); • физиотерапия, трудотерапия и логопедическая терапия; • медицинские и социальные услуги; • медицинское оборудование и принадлежности.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна помощь для проживания у себя дома (продолжение на следующей странице)	Услуги на дому, такие как уборка или ведение домашнего хозяйства, или модификации дома, такие как поручни	$0	Поддержка сообщества — это подходящие и экономически эффективные услуги или условия, альтернативные тем, которые покрываются планом Medi-Cal. Если Вы соответствуете требованиям, то поддержка сообщества может помочь Вам жить более независимо. Такие услуги не заменяют льгот, которые Вы уже получаете в рамках плана Medi-Cal. Они доступны не во всех регионах. Не все участники программы имеют право на получение поддержки сообщества. Для этого нужно соответствовать определенным критериям. Для получения дополнительной информации об услугах поддержки сообщества обратитесь к своему PCP или позвоните в Отдел обслуживания участников
	Дневной стационар для взрослых, услуги для пожилых лиц по месту жительства (Community Based Adult Services, CBAS) и другие услуги поддержки	$0	Услуги для пожилых лиц по месту жительства («CBAS») — это услуга, на получение которой Вы, возможно, имеете право, если у Вас есть проблемы со здоровьем, из-за которых Вам трудно заботиться о себе, и Вы нуждаетесь в дополнительной помощи. Информацию об услугах CBAS можно получить у своего координатора медицинской помощи
	Услуги абилитации в дневное время	$0	

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Вам нужна помощь для проживания у себя дома (продолжение с предыдущей страницы)	Услуги, повышающие эффективность Вашего самообслуживания (медицинские услуги на дому или услуги личной сиделки)	$0	Мы покрываем медицинские услуги на дому, как описано выше в разделе «Медицинские услуги на дому». Кроме того, в рамках программы Medi-Cal Вы можете соответствовать критериям получения поддерживающих услуг на дому (In-Home Support Services) или альтернативных услуг на дому и по месту жительства. Узнать больше о данных услугах можно у своего координатора медицинской помощи
Дополнительные услуги (продолжение на следующей странице)	Комплексная координация медицинского обслуживания в Калифорнии (California Integrated Care Management, CICM)	$0	Наш план определяет участников, имеющих право на получение дополнительных услуг по координации обслуживания, известных как CICM. Имеющие право участники включают следующие категории: • взрослые без определенного места жительства; • взрослые с риском необоснованного обращения в больницу или отделение скорой помощи; • взрослые с серьезными психическими нарушениями и (или) расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (Substance Use Disorders, SUD); • взрослые, возвращающиеся из мест лишения свободы; • взрослые, проживающие в обществе и подверженные риску направления в учреждения долговременного ухода (Long-term care, LTC); • взрослые, проживающие в учреждениях сестринского ухода, возвращающиеся к жизни в обществе;

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение на следующей странице)			• взрослые в дородовом и послеродовом периодах, испытывающие неравенство в доступе к помощи по расовым и этническим признакам; • взрослые, которым требуется уход в связи с диагностированной деменцией
	Услуги хиропрактики	$0	Мы покрываем услуги коррекции смещения элементов позвоночного столба. Эти покрываемые Medicare услуги предоставляются мануальным терапевтом, входящим в сеть. Список мануальных терапевтов, входящих в сеть, см. в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек (Provider and Pharmacy Directory).* Для участников региона Северная Калифорния требуется предварительное одобрение. Программа Medi-Cal может покрывать услуги хиропрактики, если они предоставляются в медицинском центре, аттестованном на федеральном уровне (Federally Qualified Health Center, FQHC), или сельских медицинских центрах (Rural Health Clinic, RHC) сети Kaiser Permanente. Для участников региона Северная Калифорния требуется предварительное одобрение. Для получения услуг в FQHC и RHC Вам может потребоваться направление. Чтобы получить подробную информацию об услугах FQHC или RHC, позвоните в Отдел обслуживания участников

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение на следующей странице)	Услуги и расходные материалы для пациентов с сахарным диабетом	$0	Необходимо предварительное разрешение
	Льготы, касающиеся поддержания хорошего состояния здоровья, — One Pass ®	$0	У Вас есть доступ к комплексной фитнес-программе для души и тела One Pass. Программа One Pass включает в себя следующее: • крупная сеть спортивных залов основного и премиум-класса, в которую входят национальные, местные и общественные фитнес-центры, а также бутик-фитнес-студии. Вы можете посещать любое заведение, состоящее в сети; • фитнес-программы в прямом эфире, по требованию и в цифровом формате дома; • социальные клубы и мероприятия доступны на веб-сайте участника One Pass и в мобильном приложении; • один комплект в год для силовых тренировок, занятий йогой или танцами дома; • онлайн-программы когнитивных тренировок для здоровья мозга. Для получения дополнительной информации о сети спортивных залов и фитнес-центров, преимуществах программы или о настройке учетной записи посетите сайт **YourOnePass.com** или позвоните по номеру **1-877-614-0618** (TTY **711**) с понедельника по пятницу с 6:00 до 19:00

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение на следующей странице)	Доставка еды на дом	$0	В рамках Medi-Cal Вы можете претендовать на доставку еды на дом в рамках программы поддержки сообщества. Услуги поддержки сообщества доступны не во всех регионах, и Вы должны соответствовать определенным критериям. Обратитесь к врачу за дополнительной информацией об услугах поддержки сообщества в рамках Medi-Cal
	Медицинская помощь на дому, не покрываемая Medicare (Advanced Care At Home), **для участников North P16, P17, P19 и P23** Примечание. Эта льгота недоступна для всех остальных участников.	$0, если услуга назначена в рамках Вашего плана лечения на дому; в противном случае Вы оплачиваете применимую долю расходов.	Требуется направление. Мы покрываем медицинскую помощь у Вас на дому, которая в иных случаях не покрывается Medicare, если врач с учетом состояния Вашего здоровья определит, что такая помощь является необходимой по медицинским показаниям. Она предоставляется в качестве альтернативы получению неотложной медицинской помощи в больнице, а также для оказания услуг после завершения неотложного лечения у Вас на дому с целью содействия Вашему восстановлению. Подробную информацию см. в Справочнике участника.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение с предыдущей страницы)	Медицинская транспортировка, не относящаяся к экстренной помощи (неплановая)	$0	**По направлению сетевого поставщика услуг** мы покрываем расходы на необходимую по медицинским показаниям медицинскую транспортировку, не относящуюся к экстренной помощи, до дома (в пределах 100 миль), в учреждение квалифицированного сестринского ухода (Skilled Nursing Facility, SNF) или в другое медицинское учреждение более высокого уровня сразу после стационарного лечения либо после определенных случаев оказания экстренной, неотложной или амбулаторной помощи. Дополнительную информацию см. в *Справочнике участника*
	Услуги протезирования	$0	Необходимо предварительное разрешение
	Лучевая терапия	$0	Требуется направление
	Вспомогательные услуги лечения заболеваний	$0	

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение с предыдущей страницы)	Специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями — здоровое питание **(только для участников региона Южная Калифорния)**** Примечание. Данное пособие недоступно для участников региона Северная Калифорния. ** Пособие на здоровое питание является частью программы специального дополнительного страхового покрытия для лиц с хроническими заболеваниями. Не все участники соответствуют критериям. Для соответствия критериям участники должны иметь определенные хронические заболевания, например диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, остеоартрит или хроническую болезнь почек. Существуют и другие заболевания, которые могут дать Вам право на получение данного пособия. Право на получение данного пособия не может быть гарантировано только на основании Вашего заболевания. До предоставления данного	$0 за одобренные продукты здорового питания, приобретенные через Интернет или в розничных магазинах, участвующих в программе. Вы получите карту Healthy Extras с предварительно зачисленной суммой и ежеквартальным пределом возмещаемой стоимости, предусмотренным Вашим планом и указанным в строке «Безрецептурные препараты (OTC)»	Если Вы соответствуете критериям программы SSBCI, Вы также можете использовать свой ежеквартальный предел возмещаемой стоимости OTC для покупки продуктов здорового питания. Вы можете выбрать, как использовать предел возмещаемой стоимости на карте Healthy Extras — для приобретения товаров OTC или продуктов здорового питания. Вы должны соответствовать всем критериям, включая наличие одного или нескольких из перечисленных ниже заболеваний, соответствующих критериям программы SSBCI: • хронического расстройства, связанного с употреблением алкоголя, и других расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (SUD); • аутоиммунных заболеваний; • рака; • сердечно-сосудистых заболеваний; • хронической сердечной недостаточности; • деменции; • сахарного диабета; • избыточной массы тела, ожирения и метаболического синдрома; • хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта; • хронической болезни почек (ХБП); • тяжелых гематологических заболеваний;

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение с предыдущей страницы)	пособия необходимо выполнить все применимые требования для соответствия критериям. Для получения дополнительной информации свяжитесь с нами		• ВИЧ/СПИДа; • хронических заболеваний легких; • хронических психических расстройств, приводящих к инвалидности; • неврологических заболеваний; • инсульта; • необходимости медицинской помощи после трансплантации органов; • хронических иммунодефицитных и иммуносупрессивных заболеваний; • состояний, связанных с когнитивными нарушениями; • состояний, сопровождающихся функциональными ограничениями и требующих предоставления аналогичных услуг; • хронических заболеваний, приводящих к нарушению зрения, слуха (глухоте), вкуса, осязания и обоняния; • состояний, требующих продолжения терапии для поддержания или восстановления функциональных возможностей человека. Ваша карта будет пополнена 1 января, 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Любая неиспользованная часть ежеквартального пособия не переносится на следующий квартал.

Медицинская потребность или проблема со здоровьем	Услуги, которые могут понадобиться Вам	Ваши расходы на услуги состоящих в сети поставщиков	Ограничения, исключения и информация о льготах (правила применения льгот)
Дополнительные услуги (продолжение на следующей странице)			Для получения дополнительной информации см. *Справочник участника*, посетите сайт по адресу mybenefitscenter.com или позвоните по номеру **1-833-524-7035** (TTY **711**), с 5:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (Pacific Standard Time, PST), 7 дней в неделю.

Приведенная выше краткая информация о льготах представлена исключительно в информационных целях и не является полным списком льгот. Полный список доступных Вам льгот и более подробную информацию о них Вы можете найти в *Справочнике участника* плана Kaiser Permanente Dual Complete. Если у Вас нет *Справочника участника*, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente Dual Complete по номерам, указанным внизу этой страницы, чтобы получить его. Если у Вас есть вопросы, Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников или посетить сайт kp.org/medicare.

D. Льготы, покрываемые за пределами программы Kaiser Permanente Dual Complete

Вы можете получить некоторые услуги, которые не покрываются планом Kaiser Permanente Dual Complete, но покрываются программой Medicare, Medi-Cal либо агентством штата или округа. Список является неполным. Чтобы узнать больше о таких услугах, обратитесь в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу этой страницы.

Другие услуги, покрываемые Medicare, Medi-Cal или агентством штата	**Ваши расходы**
Определенные услуги хосписа, покрываемые за пределами программы Kaiser Permanente Dual Complete	$0
Психосоциальная реабилитация	$0
Адресное ведение пациентов	$0
Программа амбулаторного получения рецептурных лекарств Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	$0
Определенные стоматологические услуги Стоматологические льготы предоставляются в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal с оплатой за услуги (Medi-Cal Dental Fee-for-Service, FFS) или программы Dental Managed Care (Dental MC) в зависимости от Вашего округа. ○ Стоматологические услуги по программе FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) или **www.smilecalifornia.org**. ○ Dental MC в округах Лос-Анджелес и Сакраменто: 1**-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) или **www.dental.dhcs.ca.gov/**	$0
Услуги по лечению зависимости от психоактивных веществ	$0
Специализированные услуги психиатрической помощи	$0
Поддерживающие услуги на дому	$0
Альтернативные услуги на дому и по месту жительства	$0
Многоцелевая программа услуг для пожилых людей (Multipurpose Senior Services Program)	$0
Услуги в региональных центрах, покрываемые Medi-Cal	$0
Проживание и питание в доме отдыха	$0

E. Услуги, не покрываемые программами Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare и Medi-Cal

Список является неполным. Чтобы узнать больше о других услугах, не входящих в покрытие, обратитесь в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу этой страницы.

Услуги, не покрываемые программами Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare и Medi-Cal	
Определенные обследования и услуги, необходимые: • для получения или сохранения рабочего места; • для получения страховки; • для получения любых лицензий; • по распоряжению суда или для условного либо досрочно-условного освобождения от отбывания наказания	Это исключение не действует, если врач, принадлежащий к сети, считает эти услуги необходимыми с медицинской точки зрения
Оборудование или условия повышенной комфортности, удобства или категории «люкс». Сюда относятся товары, которые предназначены исключительно для удобства или комфорта участника, члена семьи участника или поставщика медицинских услуг участника	Это исключение не распространяется на молокоотсосы розничного класса, которые предоставляются женщинам после беременности. Это исключение также не распространяется на товары, утвержденные для Вас в рамках программы поддержки сообщества.
Косметические услуги. Услуги, направленные на изменение Вашего внешнего вида (в том числе хирургические вмешательства на здоровых частях тела для изменения Вашего внешнего вида)	Это исключение не касается оплачиваемых страховкой протезов: • протезы яичка, имплантируемые в рамках покрываемой страховкой реконструктивной хирургической операции; • протезы молочной железы, необходимые после мастэктомии или лампэктомии молочной железы; • протезы для полной или частичной замены внешней части лица
Экспериментальные услуги	К экспериментальным услугам относятся лекарственные средства, оборудование, процедуры или услуги, которые изучаются в лабораториях или на животных, но которые не готовы для тестового применения у человека, за исключением покрываемого клинического исследования, описанного в *Справочнике участника*
Товары и услуги немедицинского характера	Кроме медицинского оборудования длительного пользования либо изделий и услуг, одобренных в рамках Вашего страхового покрытия Medi-Cal по программе альтернативных услуг (In Lieu of Services).

Услуги, не покрываемые программами Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare и Medi-Cal	
Изделия и услуги для поддержки, профилактики или иного лечения выпадения волос и стимуляция роста волос	
Услуги массажной терапии	Это исключение не касается терапевтических услуг, которые являются частью плана физиотерапевтического лечения
Частные персональные медсестры или постоянный сестринский уход на дому	
Обычный уход за ногами и услуги, не покрываемые программой Medicare	
Услуги, которые, в соответствии со стандартами программ Medicare и Medi-Cal, не считаются «целесообразными и необходимыми с медицинской точки зрения»	Кроме тех случаев, когда мы включаем их в список покрываемых услуг. Это исключение не распространяется на изделия и услуги, которые не покрываются планом Original Medicare, но покрываются нашим планом
Услуги, не одобренные Управлением США по контролю за качеством пищевых продуктов и медикаментов	Мы не покрываем лекарственные средства, добавки, тесты, вакцины, устройства, радиоактивные материалы и любые другие услуги, которые, согласно законодательству, должны быть одобрены федеральным Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств «FDA» для продажи в США, однако не получили такого одобрения. Это исключение не распространяется на следующие ситуации: покрываемые услуги неотложной помощи, полученные в Канаде или Мексике; услуги, покрываемые в рамках клинических исследований, и услуги, предоставляемые в рамках покрываемых исследовательских услуг
Услуги, оказываемые ветеранам в учреждениях для ветеранов (Veterans Affairs, VA)	Однако, если ветеран получает неотложную помощь в госпитале для ветеранов, а доля участия в расходах по программе VA превышает долю участия в расходах по нашему плану, мы возместим эту разницу. Вы по-прежнему несете ответственность за свои доли совместного покрытия расходов, если таковые имеются
Когда услуга не покрывается, все услуги, связанные с неоплачиваемой услугой, также не покрываются	Исключение не распространяется на лечение осложнений, вызванных неоплачиваемыми услугами, если эти осложнения могут быть покрыты иным способом. Например, если Вам проводят косметическую операцию, которая не покрывается страховкой, мы не будем оплачивать услуги по подготовке к операции или услуги последующего ухода. Если впоследствии у Вас возникнет опасное для жизни осложнение, например серьезная инфекция, это исключение не будет применяться и мы оплатим услуги, необходимые для лечения осложнения, при условии, что эти услуги покрываются в соответствии со *Справочником участника*

Услуги, не покрываемые программами Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare и Medi-Cal	
Услуги личной гигиены, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения, такие как помощь с выполнением повседневных действий (например: ходьба, перемещение в постель и из постели, купание, одевание, кормление, посещение туалета и прием лекарств)	Это исключение не распространяется на помощь с выполнением повседневных действий, которая предоставляется в рамках покрытия, описанного в следующих подразделах: • хоспис и паллиативная помощь; • услуги долговременного ухода и поддержки; • услуги учреждения квалифицированного сестринского/промежуточного/особого ухода; • поддержка сообщества
Дестерилизация	
Услуги, предоставляемые без лицензии. Сюда входят услуги, которые предоставляются безопасно и эффективно лицами, не имеющими государственных лицензий или сертификатов на предоставление медицинских услуг, когда состояние участника не требует, чтобы услуги предоставлялись лицензированным медицинским специалистом	Это исключение не распространяется на следующее: • покрываемые услуги поддержки сообщества, одобренные для Вас; • покрываемые услуги доулы; • покрываемые услуги работников здравоохранения на уровне сообщества

F. Ваши права как участника плана

Будучи участником программы Kaiser Permanente Dual Complete, Вы имеете определенные права. Вы можете пользоваться этими правами, не подвергаясь наказанию. Вы также можете воспользоваться этими правами, не теряя права на получение услуг здравоохранения. Мы будем напоминать Вам о Ваших правах не реже одного раза в год. Для получения дополнительной информации о Ваших правах ознакомьтесь со *Справочником участника*. Ваши права, помимо прочего, включают описанное далее.

- **Право на уважение, справедливость и достоинство.** Сюда входит право:
  - получать покрываемые услуги, не беспокоясь о заболеваниях, состоянии здоровья, получении медицинских услуг, опыте рассмотрения претензий, истории болезни, наличии инвалидности (включая психические расстройства), семейном положении, возрасте, поле, сексуальной ориентации, национальном происхождении, расе, цвете кожи, религии, вероисповедании или государственном пособии;
  - бесплатно получать информацию на других языках и в других форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудио);
  - не испытывать физического ограничения или изоляции в какой-либо форме.

- **Право получать информацию о медицинском обслуживании.** Сюда входит информация о лечении и вариантах лечения. Данная информация должна быть представлена на понятном Вам языке и в понятном формате. Это включает право на получение следующих данных:
  - описание оплачиваемых нами услуг;
  - объяснение, как получить услугу;
  - стоимость услуг для Вас;
  - имена и названия поставщиков услуг здравоохранения.

- **Право принимать решения о своем лечении, включая отказ от лечения.** Сюда входит право:
  - выбирать поставщика услуг первичной медико-санитарной помощи (PCP) и менять PCP в любое время в течение года;
  - пользоваться услугами поставщика услуг по охране женского здоровья без направления врача;
  - быстро получать покрываемые услуги и лекарственные препараты;
  - знать обо всех вариантах лечения независимо от того, сколько они стоят и покрываются ли они;
  - отказываться от лечения, даже если Ваш поставщик услуг здравоохранения не рекомендует так поступать;
  - перестать принимать лекарство, даже если Ваш поставщик медицинских услуг не рекомендует так поступать;
  - получить консультацию еще одного специалиста. Kaiser Permanente Dual Complete оплатит стоимость Вашего визита для получения заключения другого врача;
  - излагать свои пожелания в отношении медико-санитарной помощи в заблаговременном распоряжении.

- **Право на своевременное обслуживание без барьеров для общения или физического доступа.** Сюда входит право:
  - получать своевременное медицинское обслуживание;
  - входить в офис поставщика услуг здравоохранения и покидать его. Это означает доступ, приспособленный для входа/выхода людей с инвалидностью в соответствии с Законом о защите прав граждан с инвалидностью;
  - пользоваться услугами переводчиков для общения с поставщиками медицинских услуг и планом медицинского страхования.

- **Право обращаться за экстренной и неотложной медицинской помощью, когда она Вам необходима.** Это значит, что у Вас есть право:
  - получать услуги скорой помощи в экстренной ситуации без предварительного разрешения;
  - при необходимости пользоваться услугами не входящего в сеть поставщика экстренной или неотложной помощи.

- **Право на конфиденциальность и неприкосновенность личной жизни.** Сюда входит право:
  - запрашивать и получать копию своей медицинской карты в понятном для Вас виде, а также просить изменить или исправить Вашу медицинскую карту;
  - право на сохранение конфиденциальности Вашей личной медицинской информации.

- **Вы имеете право подать жалобу или апелляцию в отношении отказа, задержки или изменения услуги (см. раздел G ниже).** Сюда входит право:
  - подавать жалобы или претензии в отношении нас или наших поставщиков услуг;
  - обжаловать определенные решения, принятые нами или нашими поставщиками услуг;
  - подавать жалобы в Департамент регулируемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) штата Калифорния по бесплатному номеру (1-888-466-2219) или по линии TDD (1-877-688-9891) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте DMHC (www.dmhc.ca.gov/) размещены формы жалоб, формы заявлений на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR) и инструкции;
  - запрашивать у DMHC независимую медицинскую экспертизу услуг или изделий Medi-Cal медицинского характера;
  - просить о проведении слушаний на уровне штата;
  - получить подробное обоснование отказа в предоставлении услуг и запросить бесплатные копии всей информации, на основе которой было принято решение.

Узнать больше о своих правах Вы можете в *Справочнике участника*. Если у Вас есть вопросы, позвоните в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente Dual Complete по номерам, указанным внизу этой страницы.

Вы также можете позвонить специальному омбудсмену по защите прав лиц, являющихся одновременно клиентами Medicare и Medi-Cal, по номеру 1-855-501-3077 с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00 либо в офис омбудсмена Medi-Cal по номеру 1-888-452-8609 с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

G. Как подать жалобу или апелляцию в случае отказа, задержки или изменения услуги

Если у Вас есть жалоба или Вы считаете, что компания Kaiser Permanente Dual Complete неправомерно отклонила, задержала или изменила услугу, позвоните в Отдел обслуживания участников по номерам, указанным внизу этой страницы. Вы также можете подать жалобу в письменной форме по указанному ниже адресу. Вы можете подать апелляцию на наше решение.

С вопросами о жалобах и апелляциях Вы можете ознакомиться в **главе 9** *Справочника участника*. Вы также можете позвонить в Отдел обслуживания участников Kaiser Permanente Dual Complete по номерам, указанным внизу этой страницы.

Решения о страховом покрытии, апелляции, жалобы относительно медицинского обслуживания

Решение о страховом покрытии услуг здравоохранения содержит информацию о следующем:

- Ваши льготы и покрываемые услуги **или**
- сумма, которую мы платим за оказываемые Вам медико-санитарные услуги.

Апелляция — это формальный способ попросить нас пересмотреть и изменить решение, которое мы приняли в отношении Вашего страхового покрытия, если Вы считаете, что мы допустили ошибку, либо с ним не согласны.

Вы можете подать жалобу на нас или любого поставщика медицинских услуг (включая поставщика, входящего или не входящего в сеть). Поставщик услуг, входящий в сеть, — это поставщик, который сотрудничает с нашим планом. Вы также можете подать **жалобу** на качество полученного Вами обслуживания нам или в организацию по улучшению качества обслуживания. Вы можете отправить жалобу относительно нашего плана в Medicare. Для этого можно воспользоваться онлайн-формой на сайте **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** или обратиться за помощью по номеру **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Вы можете подать жалобу на наш план представителям Программы омбудсмена (Ombuds Program) по телефону **1-888-452-8609** с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу, кроме государственных праздников.

ЗВОНОК	**1-800-443-0815** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, не владеющих английским. Если решение о страховом покрытии, апелляция или жалоба соответствуют критериям быстрого принятия решения, как описано в *Справочнике участника*, звоните в Отдел ускоренного рассмотрения по номеру **1-888-987-7247** с 8:30 до 17:00 с понедельника по субботу.
TTY	**711** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	Если решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечает требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте Ваш запрос в Отдел по ускоренному рассмотрению факсом по номеру **1-888-987-2252**.
ПОЧТА	Если Ваш вопрос связан с решением по страховому покрытию или жалобой, напишите в местный Отдел обслуживания участников (см. адрес в *Справочнике поставщиков медицинских услуг и аптек*). Если Ваш вопрос касается стандартной апелляции, напишите по адресу, указанному в уведомлении об отказе, которое мы Вам отправили. Если Ваше решение по страховому покрытию, апелляция или жалоба отвечают требованиям для ускоренного рассмотрения, отправьте письмо на следующий адрес. Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	Вы можете подать жалобу на наш план непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу онлайн в Medicare, зайдите на сайт **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

Решения о покрытии в отношении рецептурных лекарств в соответствии с частью D

Решение о покрытии в отношении лекарственных препаратов по программе Medicare касается:

- Ваших льгот и лекарств, покрываемых программой Medicare
- либо суммы, которую мы платим за Ваши лекарственные препараты по программе Medicare.

ЗВОНОК	**1-877-645-1282** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, не владеющих английским.
TTY	**711** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	**1-844-403-1028**
ПОЧТА	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
ВЕБ-САЙТ	**kp.org**

Апелляции в отношении рецептурных лекарств в соответствии с частью D

Апелляция — это способ попросить нас изменить решение о страховом покрытии.

ЗВОНОК	**1-866-206-2973** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:30 до 17:00. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, не владеющих английским.
TTY	**711** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00.
ФАКС	**1-866-206-2974**
ПОЧТА	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	**kp.org**

Жалобы в отношении рецептурных лекарств в соответствии с частью D

Вы можете подать жалобу на нас или на любую аптеку. Это включает жалобу в отношении Ваших рецептурных лекарств, покрываемых программой Medicare.

Если Ваша жалоба касается решения о покрытии рецептурных лекарственных препаратов программой Medicare, Вы можете подать апелляцию (см. выше раздел «Апелляции в отношении рецептурных лекарств в соответствии с частью D»).

ЗВОНОК	**1-800-443-0815** Этот звонок бесплатный. 7 дней в неделю, с 8:00 до 20:00. Если Ваша жалоба соответствует критериям быстрого принятия решения, позвоните в Отдел по вопросам части D по номеру **1-866-206-2973** с 8:30 до 17:00 с понедельника по пятницу. Детальную информацию о том, отвечает ли Ваша проблема требованиям для ускоренного рассмотрения, см. в **главе 9**. Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода для людей, не владеющих английским.
TTY	**711** Этот звонок бесплатный. С понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.
ФАКС	Если Ваша жалоба отвечает требованиям ускоренного рассмотрения, отправьте Ваш запрос факсом в Отдел по вопросам части D по номеру **1-866-206-2974**.
ПОЧТА	Если у Вас стандартная жалоба, напишите в местный Отдел обслуживания участников (см. *Справочник поставщиков медицинских услуг и аптек* для получения информации о местоположении). Если Ваша жалоба отвечает требованиям ускоренного рассмотрения, отправьте ее по адресу: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
ВЕБ-САЙТ	Вы можете подать жалобу на наш план непосредственно в Medicare. Чтобы подать жалобу онлайн в Medicare, зайдите на сайт **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

Организация по улучшению качества обслуживания (QIO)

В нашем штате есть организация под названием Commence Health. Это группа врачей и других профессиональных работников здравоохранения, которые помогают улучшить качество медицинских услуг, оказываемых участникам программы Medicare. Организация Commence Health не связана с нашим планом. Обратитесь в Commence Health за помощью по следующим вопросам.

- Если у Вас есть вопросы о Ваших правах на медико-санитарную помощь.
- Вы можете подать жалобу на полученное лечение, если:
    - Вас не удовлетворяет качество медицинской помощи;
    - Вы считаете, что Вас преждевременно выписывают из больницы;
    - Вы считаете, что должны и дальше получать услуги здравоохранения на дому, услуги в учреждении квалифицированного сестринского ухода или комплексного амбулаторного реабилитационного учреждения (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

ЗВОНОК	**1-877-588-1123** Звонки на этот номер бесплатны. С понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00. По выходным и праздничным дням с 10:00 до 16:00.
TTY	**711**
ПОЧТА	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ВЕБ-САЙТ	**www.livantaqio.cms.gov**

Помощь от Департамента регулируемого здравоохранения штата Калифорния

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за регулирование планов медицинского обслуживания. При наличии жалоб относительно медицинского обслуживания сначала позвоните в Отдел обслуживания участников своего плана медицинского страхования по номеру **1-800-443-0815** и, прежде чем связываться с отделом, следуйте процедуре подачи жалобы по Вашему плану медицинского страхования. Использование этой процедуры рассмотрения жалоб не лишает Вас каких-либо потенциальных законных прав или средств правовой защиты, которые могут быть Вам доступны. Если Вам нужна помощь по жалобе, связанной с чрезвычайной ситуацией, по жалобе, которая не была удовлетворительно разрешена планом медицинского страхования, или по жалобе, которая остается нерешенной более 30 дней, Вы можете позвонить в департамент для получения помощи. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Если Вы имеете право на проведение IMR, процесс IMR обеспечит беспристрастное рассмотрение медицинских решений, принятых планом медицинского страхования, связанных с медицинской необходимостью предлагаемой услуги или лечения, решений о страховом покрытии для лечения, которое носит экспериментальный или исследовательский характер, и споров об оплате за экстренные или срочные медицинские услуги. В департамент также можно позвонить по бесплатному номеру телефона **1-888-466-2219** и линии TDD **1-877-688-9891** для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте департамента **www.dmhc.ca.gov** представлены бланки жалоб, формы заявки IMR и онлайн-руководства.

H. Что делать при подозрении на мошенничество

Большинство медицинских работников и организаций, предоставляющих услуги, работают честно. К сожалению, некоторые из них могут быть недобросовестными.

Если Вы считаете, что врач, больница или аптека делает что-то неправильно, свяжитесь с нами.

- Позвоните нам в Отдел обслуживания участников программы Kaiser Permanente Dual Complete. Номера телефонов указаны в нижней части этой страницы.
- Также можно позвонить в Отдел обслуживания участников программы Medi-Cal по номеру 1-800-541-5555. Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-800-430-7077.
- Или позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру 1-877-486-2048. Звонки по этим номерам не тарифицируются.

Если у Вас есть общие вопросы или вопросы о нашем плане, услугах, территории обслуживания, выставлении счетов или удостоверениях личности участника, обращайтесь в Отдел обслуживания участников плана Kaiser Permanente Dual Complete по номеру

- **1-800-443-0815** (TTY **711**).
- Звонки на этот номер бесплатны. С 8:00 до 20:00, 7 дней в неделю.
- Отдел обслуживания участников также предлагает бесплатные услуги устного перевода для тех, кто не владеет английским языком.

Уведомление о недопущении дискриминации

Когда в этом документе используется местоимение «мы», а также соответствующие производные местоимения, имеется в виду компания Kaiser Permanente (в состав Kaiser Permanente входят Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. и Southern California Medical Group). Это уведомление можно найти на нашем сайте по адресу **kp.org**.

Дискриминация запрещена законом. Мы соблюдаем федеральные гражданские законы и законы штата.

Мы не нарушаем закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендера, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente вовремя предоставляет указанные далее услуги.

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможности для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
  - ♦ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - ♦ письменная информация в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в формате аудио, доступных в цифровых и других форматах).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
  - ♦ услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - ♦ информация в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш отдел обслуживания участников по номерам, указанным ниже. Звонок бесплатный. Отдел обслуживания участников не работает в дни государственных праздников.

- Medicare, включая D-SNP: **1-800-443-0815** (линия TTY **711**), ежедневно с 8:00 до 20:00;
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно;
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (линия TTY **711**), круглосуточно, ежедневно.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш отдел обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Вы можете подать жалобу по телефону, по почте, лично или через Интернет. Для получения более подробной информации см. брошюры *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage) или Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)*. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников, чтобы получить дополнительную информацию о доступных вам вариантах или получить помощь в подаче жалобы. Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников. Номера телефонов указаны ниже.
- **По почте:** з агрузите форму на **kp.org** или позвоните в отдел обслуживания участников и попросите прислать вам форму, которую вы сможете отправить обратно.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте **kp.org/facilities**, чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем вебсайте **kp.org.**

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по указанному далее адресу.

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

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния
(только для получателей льгот программы Medi-Cal)

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте.

- **По телефону:** позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (TTY **711**).

- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по указанному далее адресу.

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения Калифорнии доступны по адресу: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия TTY **711** или **1-800-537-7697**).

- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по указанному далее адресу.

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

  Формы жалоб в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов доступны по адресу: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **Онлайн:** посетите **портал для подачи жалоб в отдел по гражданским правам: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**