KAISER PERMANENTE®

ملحق كتيب الأعضاء للعام 2026

هذه معلومات مهمة حول التغييرات التي طرأت على نسختك من كتيب أعضاء Kaiser Foundation Health Plan, Inc. لعام 2026 لبرنامج Medi-Cal

يُعرَف كتيب الأعضاء الخاص بك أيضاً بدليل التغطية ونموذج الإفصاح المدمجين ("Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, "EOC/DF). يُبلغكم هذا الملحق بتعديل أُجري على دليل الأعضاء لعام 2026 نتيجة لصدور قانون اتحادي جديد. يرجى الاحتفاظ بهذه الوثيقة مع نسختك من كتيب الأعضاء لعام 2026.

في كتيب الأعضاء هذا، يشار إلى Kaiser Foundation Health Plan, Inc بكلمات "نحن" أو "نا". يُسمى الأعضاء أحياناً بـ "أنت". بعض العبارات المكتوبة بحروف كبيرة يكون لها معنى خاص في كتيب الأعضاء هذا. راجع الفصل 8 "أرقام وكلمات مهمة يجب معرفتها" لمعرفة العبارات التي ينبغي أن تعرفها.

بعض أنواع الرعاية لتأكيد الهوية الجنسية

اعتبارًا من 13 أكتوبر 2026، لن يُسمح لبرنامج Medi-Cal باستخدام الأموال الفيدرالية لتغطية تكاليف بعض خدمات الرعاية الداعمة للهوية الجنسية ، عندما تُستخدم هذه الخدمات لعلاج اضطراب الهوية الجنسية لدى المشتركين في برنامج Medi-Cal الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، ولدى أعضاء CHIP الذين تقل أعمارهم عن 19 عامًا. يُعزى هذا التغيير إلى قانون اتحادي جديد.

الخدمات المتأثرة:

- العمليات الجراحية، مثل استئصال الثدي أو تكبيره
- مثبطات البلوغ
- العلاج الهرموني، مثل الإستروجين أو التستوستيرون

لا يعني ذلك أنه لا يمكنك الحصول على الرعاية. تدعم ولاية California حصول المرضى على الرعاية الطبية الضرورية. ستستخدم الولاية الأموال العامة لتغطية تكاليف الرعاية الطبية الضرورية لتأكيد الهوية الجنسية لأعضاء Medi-Cal وCHIP، عندما يكون ذلك ملائماً من الناحية السريرية ووفق توصية من مقدم رعاية مؤهل.

ستساهم إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات في California (HCAI) في تغطية تكاليف الخدمات المتأثرة. هذا البرنامج منفصل عن برنامج (Medi-Cal)، الذي تشرف عليه إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS). ستُنشر المزيد من التفاصيل على موقعي HCAI وDHCS الإلكترونيين فور توفرها.

سيستمر برنامج Medi-Cal في تغطية تكاليف خدمات الرعاية الأخرى الضرورية طبياً لتأكيد الهوية الجنسية لأعضاء برنامج Medi-Cal الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، ولأعضاء CHIP الذين تقل أعمارهم عن 19 عاماً. وتشمل هذه الخدمات الزيارات إلى العيادة، والفحوصات المخبرية، وعلاج النطق، والعلاج النفسي، عند الضرورة الطبية. كما سيستمر برنامج Medi-Cal في تغطية الخدمات الضرورية طبياً، بما في ذلك الخدمات المذكورة أعلاه، عندما تكون موجهة لعلاج حالة طبية أخرى غير اضطراب الهوية الجنسية، أو عندما تكون موجهة لعلاج مضاعفات أو عدوى أو إصابة أو مرض أو اضطراب ناتج عن إجراء سابق أو تفاقم بسبب ذلك الإجراء. سيستمر برنامج Medi-Cal في تغطية تكاليف الخدمات المذكورة أعلاه للأعضاء الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا فأكثر.

إذا كنت تستفيد حالياً من إحدى الخدمات المتأثرة:

ستتصل بك خطة الرعاية المُدارة التابعة لبرنامج Medi-Cal إذا كان هذا التغيير يؤثر على الموافقة على خدمة ما في 13 أكتوبر 2026 أو بعده.

- إذا انتهت خطتك أو خفضت خدمة تمت الموافقة عليها سابقًا، فستتلقى كتابيًا إشعارًا بالإجراء. وسيوضح لك السبب وحقوقك في الطعن وطلب عقد جلسة استماع أمام الدولة.
- قد يكون لك الحق في الاستمرار في تلقي الإعانات أثناء انتظار البت في الطعن أو جلسة الاستماع التي تعقدها الولاية، وذلك حسب حالتك.

للأسئلة أو طلب المساعدة:

- اتصل بخدمات الأعضاء على (TTY **711**) **1-855-839-7613**. نحن موجودون من أجلك على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (ما عدا العطلات الرسمية). والمكالمة مجانية.
- يمكنك أيضًا التحدث مع مقدم رعايتك الصحية بشأن علاجك والخيارات المتاحة أمامك.
- ستُنشر المزيد من المعلومات حول برنامج HCAI فور توفرها.

يرجى الاحتفاظ بهذا الإشعار مع دليل الأعضاء/دليل التغطية لعام 2026. ويحدّث القسم المتعلق بخدمات الرعاية المؤكدة للهوية الجنسية اعتبارًا من 13 أكتوبر 2026.

إشعار عدم التمييز

في هذه الوثيقة، تعني كلمة "نحن" أو "لنا" أو "لدينا" شركة Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group). يتوفر هذا الإشعار على موقعنا لإلكتروني على **kp.org**.

التمييز مخالف للقانون. نحن نتبع قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولائية.

لا نميز بشكل مخالف للقانون ولا تستثني الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية في الوقت المناسب:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
  - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
  - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
  - مترجمين شفويين مؤهلين
  - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا على الأرقام أدناه. المكالمة مجانية. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000** (TTY **711**)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، ملف صوتي، أو بصيغ إلكترونية. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

كيفية تقديم تظلُّم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلينا إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يمكنك تقديم تظلم بواسطة الهاتف أو بواسطة البريد أو شخصياً أو عبر الإنترنت. يرجى الرجوع إلى *دليل التغطية (Evidence of Coverage) أو شهادة التأمين* للحصول على التفاصيل. يمكنك الاتصال مع مركز اتصال خدمة الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات حول الخيارات التي تنطبق على حالتك أو للحصول على المساعدة في تقديم تظلم. يمكنك التقدم بتظلم بخصوص التمييز من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا. أرقام الهاتف مدرجة أعلاه.
- **بالبريد:** نزل نموذج من أو اتصل مع **kp.org** خدمات الأعضاء واطلب منهم إرسال نموذج إليك بحيث يمكنك إعادته.
- **شخصياً:** املأ نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين الخاص بك على الموقع **kp.org/facilities** للاطلاع على العناوين)
- **عبر الإنترنت:** استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني **kp.org**

ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

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

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا
(للمستفيدين من Medi-Cal فقط)

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمكتب إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370** (**711** TTY)
- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا على:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **عبر الإنترنت:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابيًا أو عبر الإنترنت:

- **عبر الهاتف:** اتصل بالرقم **1-800-368-1019** (**711** TTY أو **1-800-537-7697**)
- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على:
https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **عبر الإنترنت:** قم بزيارة بوابة شكاوى **مكتب الحقوق المدنية على:**
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf