KAISER PERMANENTE®

الحاقیه کتابچه راهنمای اعضای سال 2026

این اطلاعات مهمی درباره تغییرات کتابچه راهنمای اعضای Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Medi-Cal در سال 2026 است

به کتابچه راهنمای اعضا «سند ترکیبی گواهی پوشش و فرم افشای اطلاعات» (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form، EOC/DF) نیز گفته می‌شود. این الحاقیه تغییری در کتابچه راهنمای اعضای سال 2026 که به‌دلیل قانون فدرال جدید اعمال شده است را به اطلاع می‌رساند. لطفاً این سند را همراه کتابچه راهنمای اعضای سال 2026 نگه دارید.

در این اصلاحیه کتابچه راهنمای اعضا، منظور از «ما» Kaiser Foundation Health Plan, Inc. است. گاهی به اعضا، «شما» گفته می‌شود. بعضی از واژه‌های نوشته‌شده با حروف بزرگ انگلیسی دارای معنای خاصی در این کتابچه راهنمای اعضا هستند. برای اطلاع از اصطلاحاتی که باید بدانید، فصل 8 کتابچه راهنمای اعضا، «شماره‌ها و واژه‌های مهمی که باید بدانید»، را مشاهده کنید.

برخی مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت

از 13 اکتبر 2026، Medi-Cal نمی‌تواند زمانی که برخی مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت برای درمان ملال جنسیتی اعضای زیر 18 سال Medi-Cal و اعضای زیر 19 سال CHIP ارائه می‌شوند، از بودجه فدرال برای پوشش این مراقبت‌ها استفاده کند. این تغییر به‌دلیل تصویب یک قانون فدرال جدید است.

خدماتی که تحت تأثیر این تغییر قرار می‌گیرند:

- جراحی، مانند ماستکتومی یا بزرگ کردن پستان
- داروهای مسدودکننده بلوغ
- هورمون‌درمانی، مانند استروژن یا تستوسترون

این به معنای آن نیست که نمی‌توانید مراقبت دریافت کنید. California از دسترسی به مراقبت‌های ضروری از نظر پزشکی حمایت می‌کند. این ایالت از بودجه ایالتی برای پرداخت هزینه مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت که از نظر پزشکی ضروری هستند، برای اعضای Medi-Cal و CHIP استفاده خواهد کرد، مشروط بر اینکه این مراقبت‌ها از نظر بالینی مناسب باشند و توسط ارائه‌دهنده واجد شرایط توصیه شده باشند.

با خدمات اعضا به شماره **1-855-839-7613** (TTY **711**) تماس بگیرید. ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. این تماس رایگان است. آنلاین به نشانی kp.org مراجعه کنید.

اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت سلامت California (HCAI) به پرداخت هزینه خدمات تحت تأثیر کمک خواهد کرد. این برنامه جدا از Medi-Cal است که تحت نظارت اداره خدمات مراقبت سلامت (DHCS) می‌باشد. جزئیات بیشتر به‌محض دردسترس قرار گرفتن، در وب‌سایت‌های HCAI و DHCS منتشر خواهد شد.

Medi-Cal همچنان هزینه سایر خدمات مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت را که از نظر پزشکی ضروری هستند، برای اعضای زیر 18 سال Medi-Cal و اعضای زیر 19 سال CHIP پرداخت خواهد کرد. این خدمات شامل ویزیت در مطب، تست‌های آزمایشگاهی، گفتاردرمانی و روان‌درمانی هستند، مشروط بر اینکه از نظر پزشکی ضروری باشند. Medi-Cal همچنین به پوشش خدمات ضروری از نظر پزشکی، از جمله خدمات فهرست‌شده در بالا، ادامه خواهد داد، درصورتی‌که این خدمات برای درمان عارضه پزشکی دیگری غیر از ملال جنسیتی یا برای درمان عارضه، عفونت، آسیب، بیماری یا اختلالی ارائه شوند که بر اثر یک اقدام پزشکی قبلی ایجاد شده یا تشدید شده باشد. Medi-Cal همچنان هزینه خدمات فهرست‌شده در بالا را برای اعضای 18 سال به بالا پرداخت خواهد کرد.

اگر در حال حاضر یکی از خدمات تحت تأثیر را دریافت می‌کنید:

اگر این تغییر بر تأیید شدن یکی از خدمات شما در تاریخ 13 اکتبر 2026 یا پس از آن تأثیر بگذارد، طرح مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal با شما تماس خواهد گرفت.

- اگر طرح شما یکی از خدماتی را که قبلاً تأیید شده است متوقف یا محدود کند، اطلاعیه کتبی اقدام دریافت خواهید کرد. در این اطلاعیه، دلیل این اقدام و حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر و درخواست جلسه دادرسی ایالتی توضیح داده خواهد شد.
- بسته به شرایطتان، ممکن است حق داشته باشید تا زمان رسیدگی به درخواست تجدیدنظر یا برگزاری جلسه دادرسی ایالتی، همچنان مزایای خود را دریافت کنید.

پرسشی دارید یا به کمک نیاز دارید؟

- با خدمات اعضای ما به شماره (TTY **711**) **1-855-839-7613** تماس بگیرید. ما در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌جز تعطیلات رسمی) در دسترس هستیم. این تماس رایگان است.
- همچنین می‌توانید درباره درمان و گزینه‌های موجود با ارائه‌دهنده مراقبت سلامت خود صحبت کنید.
- اطلاعات بیشتر درباره برنامه HCAI به‌محض دردسترس قرار گرفتن منتشر خواهد شد.

لطفاً این اطلاعیه را همراه با کتابچه راهنمای اعضا/گواهی پوشش 2026 خود نگه دارید. این اطلاعیه، بخش مربوط به خدمات مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت را از 13 اکتبر 2026 به‌روزرسانی می‌کند.

اطلاعیه عدم تبعیض

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

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

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

Kaiser Permanente خدمات زیر را در زمان مقتضی ارائه می‌دهد:

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

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

- Medicare، شامل D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)، 24 ساعته، 7 روز هفته.
- سایر موارد: **1-800-464-4000** (TTY **711**)، 24 ساعته، 7 روز هفته.

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

نحوهٔ تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

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

- **به‌صورت تلفنی:** با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
- **از طریق پست:** فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.

- **به‌صورت حضوری:** فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی **kp.org/facilities** مراجعه کنید).
- **آنلاین:** از فرم آنلاین در وب‌سایت ما به نشانی **kp.org** استفاده کنید.

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

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

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

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

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

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

فرم‌های شکایت دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا در این نشانی موجود است:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

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

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

- **از طریق تلفن:** تماس با شماره **1-800-368-1019** (**711** TTY یا **1-800-537-7697**)
- **از طریق پست:** تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

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

فرم های شکایت دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در این نشانی موجود است:
https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **آنلاین**: بازدید از **پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:**
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf