



Приложение к Справочнику участника на 2026 год **Это важная информация об изменениях в вашем** **Справочнике участника плана в рамках программы** **Medi-Cal, предоставляемого** **Kaiser Foundation Health Plan, Inc., на 2026 год.**

Справочник участника также называют Сводным документом, содержащим свидетельство о страховом покрытии и форму изложения порядка страхования (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, EOC/DF). В этом приложении изложены изменения, которые вносятся в ваш Справочник участника на 2026 год в связи с новым федеральным законом. Храните этот документ вместе со Справочником участника на 2026 год.

В настоящем приложении с исправлениями, внесенными в Справочник участника, в отношении компании Kaiser Foundation Health Plan, Inc. иногда употребляются местоимения «мы», «наш» (и другие их грамматические формы). Участников плана иногда называют «вы». Некоторые слова, напечатанные с заглавной буквы, имеют особое значение в Справочнике участника. См. определения, которые вам следует знать, в главе 8 Справочника участника «Важные номера и слова, которые необходимо знать».

Некоторые виды гендерно-утверждающего ухода

С 13 октября 2026 г. программа Medi-Cal не может использовать федеральное финансирование для покрытия некоторых видов гендерно-утверждающего ухода, когда такие услуги предоставляются для лечения гендерной дисфории участникам программы Medi-Cal в возрасте до 18 лет и участникам программы медицинского страхования для детей (Children's Health Insurance Program, CHIP) в возрасте до 19 лет. Это изменение обусловлено новым федеральным законом.



Звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-855-839-7613** (TTY: **711**). Вы можете обращаться к нам круглосуточно и без выходных (за исключением праздничных дней). Звонки бесплатные. Посетите наш сайт kp.org.

Услуги, на покрытие которых повлияет это изменение:

- Хирургические операции, такие как мастэктомия и увеличение груди
- Блокаторы полового созревания
- Гормональная терапия, например с использованием эстрогена или тестостерона

Это не значит, что вы не сможете получить лечение. Штат Калифорния обеспечивает доступ к медицинскому обслуживанию, необходимому по медицинским показаниям. В случаях, когда это клинически целесообразно и рекомендуется квалифицированным поставщиком медицинских услуг, для оплаты необходимого по медицинским показаниям гендерно-утверждающего ухода для участников программ Medi-Cal и CHIP будут использованы финансовые средства штата.

Департамент доступа к услугам здравоохранения и информации (Health Care Access and Information, HCAI) штата Калифорния поможет оплатить услуги, затронутые данным изменением. Это отдельная, не входящая в Medi-Cal программа, надзор за которой осуществляет Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS). Более подробная информация будет публиковаться на сайтах департаментов HCAI и DHCS по мере доступности.

Программа Medi-Cal продолжит платить за другие необходимые по медицинским показаниям услуги гендерно-утверждающего ухода для участников программы Medi-Cal в возрасте до 18 лет и участников программы CHIP в возрасте до 19 лет. Будут, в частности, оплачиваться посещения врача, лабораторные анализы, услуги логопедии и психотерапии, когда они необходимы по медицинским показаниям. Программа Medi-Cal также продолжит покрывать необходимые по медицинским показаниям услуги, включая перечисленные выше, когда они оказываются в связи с лечением другого заболевания, отличного от гендерной дисфории, либо при лечении осложнений, инфекций, травм, заболеваний или расстройств, вызванных либо усугубленными ранее проведенной процедурой. Программа Medi-Cal продолжит платить за перечисленные выше услуги для участников в возрасте 18 лет и старше.

Если вы в данный момент получаете одну из услуг, затронутых этим изменением

Если это изменение повлияет на решение касательно одобрения для вас услуги 13 октября 2026 г. или после этой даты, ваш план регулируемого медицинского обслуживания в рамках программы Medi-Cal свяжется с вами.

- Если ваш план прекратит или сократит ранее одобренное обслуживание, вы получите письменное уведомление о принятом решении. В нем будет разъяснена причина такого решения, а также ваши права на апелляцию и проведение слушания на уровне штата.



Звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-855-839-7613** (TTY: **711**). Вы можете обращаться к нам круглосуточно и без выходных (за исключением праздничных дней). Звонки бесплатные. Посетите наш сайт kp.org.

- В зависимости от ситуации у вас может быть право продолжать получать покрываемые услуги и товары до вынесения решения по апелляции или по результатам слушания на уровне штата.

Если у вас есть вопросы или вам нужна помощь

- Звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-855-839-7613** (TTY: **711**). Вы можете обращаться к нам круглосуточно и без выходных (за исключением праздничных дней). Звонки бесплатные.
- Вы также можете обсудить варианты лечения и доступные возможности со своим поставщиком услуг здравоохранения.
- Более подробная информация об этой программе HCAI будет публиковаться по мере доступности.

Храните этот документ вместе со Справочником участника / Свидетельством о страховом покрытии (Evidence of Coverage) на 2026 год. Это обновление раздела о гендерно-утверждающем уходе, вступающее в силу с 13 октября 2026 г.



Звоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-855-839-7613** (TTY: **711**). Вы можете обращаться к нам круглосуточно и без выходных (за исключением праздничных дней). Звонки бесплатные. Посетите наш сайт kp.org.

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 возможностями 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 ТТУ **711**), ежедневно с 8:00 до 20:00;
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия ТТУ **711**), круглосуточно, ежедневно;
- Любые другие поставщики услуг: **1-800-464-4000** (линия ТТУ **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:** загрузите 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>**