



اصلاحیه کتابچه راهنمای اعضا 2026

اینها اطلاعات مهمی درخصوص تغییراتی است که در «کتابچه راهنمای اعضای» Medi-Cal شرکت Kaiser Foundation Health Plan, Inc. سال 2026 اعمال شده است

به «کتابچه راهنمای اعضا» «سند پوشش بیمه به انضمام فرم افشای اطلاعات» (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, «EOC/DF») اصلاحیه از بهروزرسانی‌های «دفترچه راهنمای اعضا» سال 2026 خود باخبر می‌شوید. لطفاً این سند را به همراه «دفترچه راهنمای اعضا» سال 2026 خود نگه دارید.

در این «اصلاحیه دفترچه راهنمای اعضا»، گاهی از شرکت Kaiser Foundation Health Plan, Inc با عنوان «ما» یا «مان» یاد می‌شود. گاهی اوقات از «اعضا» با عنوان «شما» یاد می‌شود. در این «دفترچه راهنمای اعضا» بعضی از کلمات داخل گیومه معنای خاصی دارند. برای مطالعه اصطلاحات مهم، به فصل 8 تحت عنوان «شماره‌ها و واژه‌های مهم» از «دفترچه راهنمای اعضا» مراجعه کنید.

تغییرات مزایای خدمات درمانی در ادامه با زیرخط مشخص شده‌اند.

توضیحات بازبینی‌شده در بخش «پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)» در فصل 3 (نحوه دریافت خدمات درمانی) پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)

مجوز قبلی در «کالیفرنای شمالی»

برای خدماتی که در ادامه این فصل تحت عنوان «خدماتی که نیاز به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) دارند» فهرست شده‌اند، پزشک مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP) یا متخصص شما قبل از دریافت مراقبت پزشکی، باید از Permanente Medical Group اجازه بگیرد. به این امر درخواست پیش‌تأییدیه یا مجوز قبلی می‌گویند. این بدان معناست که Permanente Medical Group باید اطمینان حاصل کند خدمات مراقبتی از نظر پزشکی ضروری (موردنیاز) باشد.

خدمات دارای ضرورت پزشکی خدماتی هستند که برای محافظت از جان شما، جلوگیری از بیماری یا ناتوانی شدید، یا



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.
4486377887-FA (06/2026)

کاهش درد شدید ناشی از یک بیماری، کسالت یا جراحت تشخیص داده شده، منطقی و ضروری هستند. برای اعضای زیر 21 سال، خدمات «دارای ضرورت پزشکی» شامل مراقبت‌های پزشکی می‌شود که برای رفع یا کمک به تسکین بیماری یا عارضه جسمی یا روانی از نظر پزشکی ضروری هستند.

برای درخواست‌های استاندارد پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)، Permanente Medical Group موظف است در سریع‌ترین زمان ممکن طبق شرایط وضعیت سلامتی شما به درخواستتان پاسخ بدهد، اما این زمان نباید بیش از پنج روز کاری از زمان دریافت اطلاعات درخواستی باشد که منوطاً برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درخواست شما به آن نیاز دارد. Permanente Medical Group موظف است حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخ دهد.

در رابطه با درخواست‌هایی که ارائه‌دهنده مشخص می‌کند یا Permanente Medical Group مربوطه تشخیص می‌دهد که رعایت چارچوب زمانی استاندارد می‌تواند زندگی یا سلامت یا توانایی شما را برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد به‌طور جدی به خطر بیندازد، Permanente Medical Group تصمیم پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) سریع‌تر و تسریع‌شده‌ای اتخاذ می‌کند. Permanente Medical Group به محض اینکه وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، اما حداکثر تا 72 ساعت پس از دریافت درخواستتان، پاسخ می‌دهد.

در موارد خاص، ممکن است Permanente Medical Group به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درخواست پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز داشته باشد. اگر این اتفاق افتاد، Permanente Medical Group حداکثر 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری زمان دارد. وقتی Permanente Medical Group اطلاعات مورد نیاز را دریافت کرد، باید به محض اینکه وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، یا حداکثر ظرف پنج روز کاری برای درخواست‌های استاندارد یا 72 ساعت برای درخواست‌های فوری، تصمیم‌گیری کند.

کارکنان بالینی یا پزشکی، مانند پزشکان، پرستاران و داروسازان، درخواست‌های پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) را بررسی می‌کنند.

ما به هیچ‌عنوان بر تصمیم بررسی‌کنندگان نسبت به رد، تغییر یا تأیید پوشش یا خدمات اثرگذار نیستیم. اگر Permanente Medical Group درخواست را تأیید نکند، نامه «اطلاعیه اقدام» (Notice of Action, NOA) را برایتان ارسال می‌کنیم. در NOA برایتان توضیح داده می‌شود که اگر با این تصمیم مخالف هستید، چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر Permanente Medical Group به اطلاعات یا زمان بیشتری برای بررسی درخواستتان نیاز داشته باشد با شما تماس می‌گیریم.

مجوز قبلی در «کالیفرنای جنوبی»

برای خدماتی که در ادامه این فصل تحت عنوان «خدماتی که نیاز به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) دارند» فهرست شده‌اند، PCP یا متخصص شما قبل از دریافت مراقبت پزشکی، باید از Permanente Medical Group کالیفرنای جنوبی اجازه بگیرد. به این امر درخواست پیش‌تأییدیه یا مجوز قبلی می‌گویند. این بدان معناست که Permanente Medical Group کالیفرنای جنوبی باید اطمینان حاصل کند خدمات مراقبتی از نظر پزشکی ضروری (مورد نیاز) باشد.



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

خدمات دارای ضرورت پزشکی خدماتی هستند که برای محافظت از جان شما، جلوگیری از بیماری یا ناتوانی شدید، یا کاهش درد شدید ناشی از یک بیماری، کسالت یا جراحت تشخیص داده شده، منطقی و ضروری هستند. برای اعضای زیر 21 سال، خدمات «دارای ضرورت پزشکی» شامل مراقبت‌های پزشکی می‌شود که برای رفع یا کمک به تسکین بیماری یا عارضه جسمی یا روانی از نظر پزشکی ضروری هستند.

برای درخواست‌های استاندارد پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی)، **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی باید در سریع‌ترین زمان ممکن طبق شرایط وضعیت سلامتی شما به درخواستان پاسخ بدهد، اما این زمان نباید بیش از پنج روز کاری از زمان دریافت اطلاعات درخواستی باشد که منوطاً برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درخواست شما به آن نیاز دارد. **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی موظف است حداکثر ظرف هفت روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخ دهد.

در رابطه با درخواست‌هایی که ارائه‌دهنده مشخص می‌کند یا **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی تشخیص می‌دهد که رعایت چارچوب زمانی استاندارد می‌تواند زندگی یا سلامت یا توانایی شما را برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد به‌طور جدی به خطر بیاندازد، **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی تصمیم پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) سریع‌تر و تسریع‌شده‌ای اتخاذ می‌کند. **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی به‌محض اینکه وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، اما حداکثر تا 72 ساعت پس از دریافت درخواستان، پاسخ می‌دهد.

در موارد خاص، ممکن است **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری (تأیید، تغییر یا رد) درخواست پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) نیاز داشته باشد. اگر این اتفاق افتاد، **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی حداکثر 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری زمان دارد. وقتی **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی اطلاعات مورد نیاز را دریافت کرد، باید به‌محض اینکه وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، یا حداکثر ظرف پنج روز کاری برای درخواست‌های استاندارد یا 72 ساعت برای درخواست‌های فوری، تصمیم‌گیری کند. کارکنان بالینی یا پزشکی مانند پزشکان، پرستاران و داروسازان درخواست‌های پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) را بررسی می‌کنند.

ما به‌هیچ‌عنوان بر تصمیم بررسی‌کنندگان نسبت به رد، تغییر یا تأیید پوشش یا خدمات اثرگذار نیستیم. اگر **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی درخواست را تأیید نکند، نامه «اطلاعیه اقدام» (NOA) را برایتان ارسال می‌کنیم. در NOA برایتان توضیح داده می‌شود که اگر با این تصمیم مخالف هستید، چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه دهید.

اگر **Permanente Medical Group** کالیفرنیا جنوبی به اطلاعات یا زمان بیشتری برای بررسی درخواستان نیاز داشته باشد با شما تماس می‌گیریم.

خدماتی که نیازمند پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) هستند

در زیر نمونه‌هایی از خدماتی که همواره به پیش‌تأییدیه نیاز دارند، آورده شده است:

- خدمات طب سوزنی در زمانی که به بیش از دو ویزیت در ماه نیاز دارید
- خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, "CBAS")



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

- بی‌حسی دندانپزشکی
- تجهیزات پزشکی بادوام
- مراقبت‌های بهداشتی در منزل
- محصولات استومی و اورولوژی
- پروتز و ارتز
- خدماتی که از «تأمین‌کنندگان خدمات عضو شبکه» Medi-Cal در دسترس نیستند
- پیوند اعضا
- حمل‌ونقل پزشکی در زمانی که اورژانسی نیست

مراقبت پزشکی اورژانسی، از جمله خدمات آمبولانس اورژانس، نیازی به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) ندارد.

به‌هیچ‌عنوان برای مراقبت پزشکی اورژانسی نیازی به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) ندارید، حتی اگر خارج از شبکه Kaiser Permanente Medical یا خارج از محدوده خدمات‌رسانی منطقه اصلی شما باشد. اگر باردار هستید، بخش زایمان و تولد نیز شامل آن می‌شود. برای برخی خدمات مراقبت پزشکی حساس، نیاز به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) ندارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات مراقبت پزشکی حساس، بخش «خدمات درمانی حساس» را در ادامه این فصل مطالعه کنید.

برای دیدن فهرست کامل خدماتی که به پیش‌تأییدیه نیاز دارند و معیارهایی که در اتخاذ تصمیمات مربوط به صدور مجوز استفاده می‌شود، لطفاً به وبسایت ما به نشانی kp.org/UM (به زبان انگلیسی) مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.

نظرات ثانویه

شاید مایل باشید یک نظر ثانویه را در رابطه با مراقبت مورد نیازتان از نظر ارائه‌دهنده یا در رابطه با تشخیص یا طرح درمان خود بشنوید. مثلاً، اگر می‌خواهید مطمئن شوید تشخیصتان صحیح است و مطمئن نیستید که به درمان یا جراحی تجویز شده نیاز دارید، یا یک طرح درمانی را دنبال کرده و جواب نگرفته‌اید، ممکن است مایل به دریافت نظر ثانویه باشید.

اگر تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه Medi-Cal شما درخواست نظر ثانویه کند و نظر ثانویه را از تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه Medi-Cal دریافت کنید، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. شما برای دریافت نظر ثانویه از جانب تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه Medi-Cal، به دریافت اجازه از ما نیاز ندارید. در صورت نیاز، تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه Medi-Cal شما می‌تواند به دریافت ارجاع برای نظر ثانویه کمک کند.

برای دریافت نظر ثانویه با PCP خود تماس بگیرید. PCP می‌تواند شما را به تأمین‌کنندگان خدمات عضو شبکه Medi-Cal ارجاع دهد که یک متخصص پزشکی واجد شرایط برای وضعیت پزشکی شما جهت دریافت نظر ثانویه است، با خدمات اعضای ما به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید تا در صورت نیاز، برای گرفتن معرفی‌نامه



با «خدمات اعضا» به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

جهت دریافت نظر ثانویه کمکتان کنند.

اگر هیچ تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه Medi-Cal وجود نداشت که برای ارائه نظر ثانویه به شما واجد شرایط باشد، خدمات اعضای ما به شما در دریافت نظر از یکی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه کمک می‌کند. اگر شما را برای دریافت نظر ثانویه به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه ارجاع دهیم، هزینه نظر ثانویه را پرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده‌ای که برای نظر ثانویه انتخاب می‌کنید تأیید شود، ما با همان سرعت موردنیاز وضعیت پزشکی‌تان حداکثر پنج روز کاری از زمانی که اطلاعات درخواستی موردنیاز برای تصمیم‌گیری در مورد درخواستتان به دست «طرح» برسد، به شما اطلاع می‌دهیم. باید حداکثر هفت روز تقویمی از زمانی که درخواستتان را دریافت می‌کنیم، پاسخ دهیم.

اگر بیماری مزمن، شدید یا جدی دارید، یا با تهدید فوری و جدی برای سلامتی‌تان مواجه هستید، از جمله از دست دادن جان، اندام یا عضو اصلی بدن یا عملکرد بدن (که البته محدود به اینها نیست)، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواستتان کتباً به شما اطلاع می‌دهیم.

اگر ما درخواست شما مبنی بر نظر ثانویه را رد کردیم، می‌توانید شکایت ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایات، قسمت «شکایات» را از فصل 6 تحت عنوان «گزارش‌دهی و حل مشکلات» این «کتابچه راهنمای اعضا» مطالعه کنید.



توضیحات بازبینی شده در بخش «سایر برنامه‌ها و خدمات Medi-Cal که تحت پوشش Kaiser Permanente نیستند» از فصل 4 (مزایا و خدمات)

Kaiser Permanente بعضی خدمات را پوشش نمی‌دهد، اما همچنان می‌توانید آن‌ها را از طریق پرداخت کارانه Medi-Cal (Fee for Services, FFS) یا سایر برنامه‌های Medi-Cal دریافت کنید. ما با سایر برنامه‌ها هماهنگ می‌شویم تا مطمئن شویم که همه خدمات لازم پزشکی، از جمله موارد تحت پوشش برنامه‌های دیگر غیر از ما را دریافت می‌کنید. فهرست برخی از این خدمات در این بخش آورده شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات اعضای» ما به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.

«مراقبت‌های مدیریت شده دندانپزشکی» در کانتی‌های Los Angeles و Sacramento

از 1 ژوئیه 2026:

Medi-Cal از «طرح‌های دندانپزشکی» Medi-Cal (طرح‌های مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده دندانپزشکی) برای ارائه خدمات دندانپزشکی شما استفاده می‌کند. برخی موارد استثنا وجود دارد. اگر واجد شرایط دریافت بیمه کامل Medi-Cal فدرال نباشید و 19 سال یا بیشتر سن داشته باشید، ممکن است در صورت وجود شرایط زیر از «طرح دندانپزشکی Medi-Cal» (طرح مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده دندانپزشکی) خود محروم شوید:

- باردار یا در فاصله یک سال پس از زایمان (بعد از بارداری) نیستید و کانتی شما را به عنوان کودک تحت سرپرستی یا کودک تحت سرپرستی سابق تعیین نکرده است. می‌توانید فقط برای موارد اورژانسی دندانپزشکی به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی Medi-Cal» با پرداخت کارانه (FFS) مراجعه کنید.
- کانتی شما را باردار یا در فاصله یک سال پس از زایمان (بعد از بارداری) تعیین کرده است. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی FFS Medi-Cal» مراجعه کنید.
- کانتی شما را به عنوان نوجوان تحت سرپرستی یا نوجوان تحت سرپرستی سابق زیر 26 سال تعیین کرده که در هجدهمین سالگرد تولدتان تحت سرپرستی بوده‌اید. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی FFS Medi-Cal» مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره خدمات دندانپزشکی کسب کنید و در «طرح دندانپزشکی» Medi-Cal (طرح مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده دندانپزشکی) ثبت نام شده‌اید، با طرح دندانپزشکی Medi-Cal (طرح مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده دندانپزشکی) که به شما اختصاص یافته است تماس بگیرید.



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

خدمات دندانپزشکی در سایر کانتی‌ها

خدمات «دندانپزشکی FFS Medi-Cal» همان FFS Medi-Cal برای خدمات دندانپزشکی شماست. قبل از اینکه خدمات دندانپزشکی را دریافت کنید، باید کارت شناسایی مزایا (Benefits Identification Card, BIC) را به ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نشان دهید. مطمئن شوید که ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی FFS Dental را قبول می‌کند و بخشی از یک طرح مراقبت‌های مدیریت‌شده نیستید که خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد.

از 1 ژوئیه 2026:

بسته به وضعیت مهاجرتتان، بعضی موارد استثنا برای پوشش بیمه دندانپزشکی اعمال می‌شود. اگر واجد شرایط دریافت نوع کامل Medi-Cal فدرال نیستید و 19 سال یا بیشتر سن دارید، ممکن است دیگر واجد شرایط دریافت مزایای دندانپزشکی نباشید اگر:

- باردار نباشید، در سال اول پس از زایمان (پس از بارداری) نباشید، یا توسط کانتی به عنوان نوجوان تحت سرپرستی یا نوجوان تحت سرپرستی سابق تعیین نشده باشید. می‌توانید فقط برای موارد اورژانسی دندانپزشکی به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی Medi-Cal» با پرداخت کارانه (FFS) مراجعه کنید.
 - کانتی شما را باردار یا در فاصله یک سال پس از زایمان (بعد از بارداری) تعیین کرده باشد. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی FFS Medi-Cal» مراجعه کنید.
 - کانتی شما را به عنوان نوجوان تحت سرپرستی یا نوجوان تحت سرپرستی سابق زیر 26 سال تعیین کرده که در هجدهمین سالگرد تولدتان تحت سرپرستی بوده‌اید. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی FFS Medi-Cal» مراجعه کنید.
- Medi-Cal طیف گسترده‌ای از خدمات دندانپزشکی را از طریق «دندانپزشکی Medi-Cal» برای موارد زیر پوشش می‌دهد:
- اعضای که واجد شرایط دریافت نوع کامل Medi-Cal فدرال هستند
 - اعضای که واجد شرایط دریافت نوع کامل Medi-Cal فدرال نیستند و مطابق با حداقل یکی از سه مورد استثنای زیر هستند:
 - زیر 19 سال باشند،
 - توسط کانتی باردار (و تا یک سال پس از پایان بارداری) تعیین شده باشند، و/یا
 - توسط کانتی به عنوان نوجوان تحت سرپرستی یا نوجوان تحت سرپرستی سابق زیر 26 سال شناخته شوند که در هجدهمین سالگرد تولدشان تحت سرپرستی بوده‌اند



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

خدمات دندانپزشکی عبارت‌اند از:

- دندان‌های مصنوعی کامل و جزئی (پارسیل)
- ارتودنسی برای کودکان واجد شرایط
- روکش‌ها (پیش‌ساخته/آزمایشگاهی)
- درمان‌های عصب‌کشی (خلفی/قدامی)
- خدمات تشخیص و پیشگیری دندانپزشکی مانند معاینات، رادیوگرافی و تمیز کردن دندان‌ها
- جرم‌گیری و تسطیح ریشه
- کشیدن دندان‌ها
- مراقبت‌های پزشکی اورژانسی برای کنترل درد
- فلوراید موضعی
- پر کردن

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، از طریق شماره **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** یا **711**) با «Medi-Cal Dental» تماس بگیرید. همچنین، می‌توانید به وبسایت «Medi-Cal Dental» به نشانی <https://www.dental.dhcs.ca.gov> (به زبان انگلیسی) بروید.



با «خدمات اعضا» به شماره **1-855-839-7613** (TTY **711**) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

توضیحات بازبینی شده در بخش «سایر خدماتی که کودکان می‌توانند از طریق برنامه‌های Medi-Cal با پرداخت کارانه (FFS) یا سایر برنامه‌ها دریافت کنند» در فصل 5 (مراقبت‌های تندرستی برای کودکان و نوجوانان)

اعضای کودک و نوجوان زیر 21 سال می‌توانند خدمات مراقبت‌های بهداشتی موردنیاز را به‌محض ثبت‌نام دریافت کنند. این امر تضمین می‌کند که آن‌ها مراقبت‌های پیشگیرانه، دندانپزشکی و بهداشت روان مناسب، از جمله خدمات رشدی و تخصصی را دریافت کنند. این خدمات در این فصل شرح داده می‌شوند.

سایر خدماتی که کودکان می‌توانند از طریق برنامه‌های Medi-Cal با پرداخت کارانه (FFS) یا سایر برنامه‌ها دریافت کنند

چکاپ‌های دندانپزشکی

لثه‌های فرزندتان را با پاک کردن ملایم لثه‌ها با یک دستمال مخصوص هر روز تمیز نگه دارید. در حدود 4 تا 6 ماهگی، با شروع درآمدن دندان‌های کودک، مرحله «دندان درآوردن» آغاز می‌شود. به‌محض درآمدن اولین دندان کودک یا تا اولین سالگرد تولدش، هرکدام که زودتر اتفاق بیفتد، باید برای اولین ویزیت دندانپزشکی او نوبت بگیرید.

این خدمات دندانپزشکی Medi-Cal رایگان هستند:

کودکان 0 تا 3 سال

- اولین ویزیت دندانپزشکی کودک
- اولین معاینه دندانپزشکی کودک
- معاینات دندانپزشکی (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- رادیوگرافی
- تمیز کردن دندان‌ها (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- وارنیش فلوراید (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- پر کردن
- کشیدن دندان
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی
- *آرام‌بخش (اگر ضرورت پزشکی داشته باشد)



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

کودکان 4 تا 12 سال

- معاینات دندانپزشکی (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- پر کردن
- رادیوگرافی
- عصبکشی‌ها
- وارنیش فلوراید (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- کشیدن دندان
- تمیز کردن دندان‌ها (هر 6 ماه و گاهی بیشتر)
- خدمات اورژانسی دندانپزشکی
- سیلانت‌های دندان آسیا
- *آرام‌بخش (اگر ضرورت پزشکی داشته باشد)

نوجوانان 13 تا 21 سال (از 1 ژوئیه 2026، موارد زیر استثنا هستند)

- معاینات دندانپزشکی (هر شش ماه و گاهی بیشتر)
 - روکش‌ها
 - رادیوگرافی
 - عصبکشی‌ها
 - وارنیش فلوراید (هر شش ماه و گاهی بیشتر)
 - دندان‌های مصنوعی جزئی (پارسیل) و کامل
 - تمیز کردن دندان‌ها (هر شش ماه و گاهی بیشتر)
 - جرم‌گیری و تسطیح ریشه
 - ارتودنسی (بریس) برای افراد واجد شرایط
 - کشیدن دندان
 - *آرام‌بخش (اگر ضرورت پزشکی داشته باشد)
 - خدمات اورژانسی دندانپزشکی
 - پر کردن
- *ارائه‌دهندگان خدمات درمانی باید زمانی که دلیلی را برای نامناسب بودن بی‌حسی موضعی از نظر پزشکی تعیین و مستند می‌کنند و درمان دندانپزشکی از پیش تأیید شده است یا نیازی به پیش‌تأییدیه (مجوز قبلی) ندارد، استفاده از آرام‌بخشی و بیهوشی عمومی را در نظر بگیرند.
- اینها برخی از دلایلی هستند که نمی‌توان از بی‌حسی موضعی استفاده کرد و به جای آن می‌توان از آرام‌بخش یا بیهوشی عمومی استفاده کرد:

- وضعیت جسمی، رفتاری، رشدی یا هیجانی که مانع پاسخ بیمار به تلاش‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی برای انجام درمان می‌شود
- اقدامات ترمیمی یا جراحی سنگین
- عدم همکاری کودک
- عفونت حاد در محل تزریق
- ناموفق بودن بی‌حسی موضعی در کنترل درد



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

از 1 ژوئیه 2026 موارد استثنایی وجود دارد. اگر واجد شرایط دریافت نوع کامل Medi-Cal فدرال نیستید و 19 سال یا بیشتر سن دارید، ممکن است دیگر واجد شرایط دریافت مزایای دندانپزشکی از طریق ما نباشید اگر:

- باردار یا در فاصله یک سال پس از زایمان (بعد از بارداری) نیستید و کانتی شما را به عنوان کودک تحت سرپرستی یا کودک تحت سرپرستی سابق تعیین نکرده است. می‌توانید فقط برای موارد اورژانسی دندانپزشکی به هر ارائه‌دهنده خدمات «دندانپزشکی Medi-Cal» با پرداخت کارانه (FFS) مراجعه کنید.
- کانتی شما را باردار یا در فاصله یک سال پس از زایمان (بعد از بارداری) تعیین کرده باشد. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «FFS Medi-Cal Dental» مراجعه کنید.
- کانتی شما را به عنوان نوجوان تحت سرپرستی یا نوجوان تحت سرپرستی سابق زیر 26 سال تعیین کرده که در هجدهمین سالگرد تولدتان تحت سرپرستی بوده‌اید. می‌توانید برای دریافت پوشش کامل Medi-Cal به هر ارائه‌دهنده خدمات «FFS Medi-Cal Dental» مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی اطلاعات بیشتری کسب کنید، از طریق شماره **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** یا **711**) با «خط خدمات مشتریان Medi-Cal Dental» تماس بگیرید یا به <https://smilecalifornia.org/> (به زبان انگلیسی) مراجعه کنید.



با «خدمات اعضا» به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی **kp.org** (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

توضیحات بازبینی‌شده تحت عنوان «جلسات دادرسی ایالتی» در فصل 6 (گزارش‌دهی و حل مشکلات)

جلسات دادرسی ایالتی

«جلسه دادرسی ایالتی» جلسه‌ای با ما و یک قاضی از «اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا» (California Department of Social Services, "CDSS") است. قاضی به شما در حل مشکل کمک می‌کند و تعیین می‌کند که تصمیم درستی گرفته‌ایم یا خیر. اگر قبلاً درخواست تجدیدنظر خود را به Kaiser Permanente ارائه داده‌اید و هنوز از تصمیم ما راضی نیستید، یا اگر پس از 30 روز درمورد درخواست تجدیدنظران تصمیمی دریافت نکرده‌اید، این حق را دارید که درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» کنید.

شما باید ظرف 120 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه «اطلاعیه حل‌وفصل درخواست تجدیدنظر» (Notice of Appeal Resolution, "NAR") درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» بدهید. اگر در طول درخواست تجدیدنظران «کمک پرداختی تا تعیین تکلیف» را به شما ارائه دادیم و می‌خواهید این کمک تا زمان تصمیم‌گیری در مورد «جلسه دادرسی ایالتی» شما ادامه یابد، باید ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ ارسال نامه NAR ما یا قبل از تاریخی که اعلام کردیم خدمات شما متوقف خواهد شد، هر کدام دیرتر باشد، درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» دهید.

اگر برای اطمینان از ادامه «کمک پرداختی تا تعیین تکلیف» تا زمان تصمیم‌گیری نهایی در مورد «جلسه دادرسی ایالتی» خود به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. نماینده قانونی یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما می‌تواند برای شما با اجازه کتبی‌تان درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» کند.

گاهی می‌توانید بدون تکمیل فرایند تجدیدنظر ما درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» کنید.

مثلاً، اگر ما بعدرستی یا به‌موقع در مورد خدمات‌تان به شما اطلاع نداده باشیم، می‌توانید بدون نیاز به تکمیل فرایند تجدیدنظر، درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» دهید. به این حالت «اتمام فرضی روند اعتراض» (Deemed Exhaustion) گفته می‌شود. برخی نمونه‌های «اتمام فرضی روند اعتراض» به شرح زیر است:

- ما این نامه «اطلاعیه اقدام» (NOA) یا NAR را به زبان ترجیحی شما در اختیاران قرار نداده‌ایم
- مرتکب اشتباهی شدیم که بر یکی از حقوق شما تأثیر می‌گذارد
- به شما نامه NOA ندادیم
- به شما نامه NAR ندادیم



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

- در نامه NAR مرتکب اشتباهی شدیم
- ظرف 30 روز درمورد درخواست تجدیدنظر تان تصمیم نگیریم
- تصمیم گرفتیم که پرونده شما فوری است اما ظرف 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر تان پاسخ ندادیم به روش‌های زیر می‌توانید درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» کنید:
- **تلفنی:** با «بخش جلسات دادرسی ایالتی» CDSS به شماره (TTY) 1-800-743-8525 یا 1-800-952-8349 یا 711 تماس بگیرید
- **از طریق پست:** فرمی را که به همراه اطلاعیه نتیجه تجدیدنظر در اختیار تان قرار گرفته است پر کنید و به این نشانی بفرستید:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

- **اینترنتی:** به‌صورت آنلاین با مراجعه به www.cdss.ca.gov (به زبان انگلیسی) درخواست دادرسی بدهید
 - **از طریق ایمیل:** فرمی را که همراه با اطلاعیه حل‌وفصل درخواست تجدیدنظر شما آمده است، پر کنید و آن را به نشانی ایمیل Scopeofbenefits@dss.ca.gov بفرستید
 - توجه: اگر آن را از طریق ایمیل بفرستید، این خطر وجود دارد که شخصی غیر از «بخش جلسات دادرسی ایالتی» بتواند ایمیل شما را رهگیری کند. روش امن‌تری را برای ارسال درخواست تان در نظر بگیرید.
 - **از طریق فکس:** فرمی را که همراه با اطلاعیه حل‌وفصل درخواست تجدیدنظر تان آمده است، پر کنید و آن را به «بخش جلسات دادرسی ایالتی» به شماره 916-309-3487 یا شماره رایگان 1-833-281-0903 فکس کنید
- اگر برای درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» نیاز به کمک دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم. می‌توانیم خدمات زبانی رایگان به شما ارائه دهیم. با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
- در جلسه دادرسی، به قاضی می‌گویید که چرا با تصمیم ما مخالفید. ما به قاضی می‌گوییم که چگونه این تصمیم را گرفته‌ایم. تصمیم‌گیری قاضی درخصوص پرونده‌تان ممکن است تا 90 روز زمان ببرد. ما موظف هستیم از تصمیم قاضی تبعیت کنیم.
- اگر به‌دلیل اینکه مدت‌زمان لازم برای برگزاری «جلسه دادرسی ایالتی» جان، سلامت یا توانایی عملکرد کامل شما را به خطر می‌اندازد می‌خواهید CDSS سریعاً تصمیم‌گیری کند، شما یا نماینده مجاز شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان می‌توانید با CDSS تماس بگیرید و درخواست «جلسه دادرسی ایالتی» تعجیلی (سریع) را داشته باشید. CDSS باید حداکثر ظرف سه روز کاری پس از دریافت پرونده کامل‌تان از طرف ما، تصمیم خود را اعلام کند.



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

توضیحات بازبینی‌شده تحت عنوان «اطلاعیه اقدام» در فصل 7 (حقوق و مسئولیت‌ها)

شما به‌عنوان عضوی از Kaiser Permanente، حقوق و مسئولیت‌های مشخصی دارید. این فصل به توضیح این حقوق و مسئولیت‌ها می‌پردازد. این فصل همچنین دربردارنده اطلاعیه‌های قانونی است که شما به‌عنوان عضوی از Kaiser Permanente نسبت به آن‌ها حق دارید.

اطلاعیه اقدام

هر زمان که Kaiser Permanente درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی را رد کند، به تأخیر بیندازد، به آن خاتمه دهد یا آن را اصلاح کند، Kaiser Permanente یک نامه «اطلاعیه اقدام» (NOA) برایتان می‌فرستد. اگر با تصمیم ما مخالف بودید، همیشه می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. به بخش «درخواست‌ای تجدیدنظر» در فصل 6 این کتابچه راهنمای اعضا بروید تا اطلاعات مهمی را درباره ثبت درخواست تجدیدنظر خود پیدا کنید. وقتی برایتان NOA ارسال می‌کنیم، تمام حقوقی که در صورت مخالفت با تصمیمی که گرفته‌ایم دارید، در آن به شما اطلاع داده خواهد شد. اگر این اطلاعیه را از شخصی به‌جز ما دریافت کردید، سریعاً با Kaiser Permanente تماس بگیرید.

محتوای اطلاعیه‌ها

اگر بنا به ضرورت پزشکی، ارائه خدمات شما را به‌طور کامل یا جزئی رد کردیم، به تعویق انداختیم، اصلاح کردیم، به آن خاتمه دادیم، یا آن را تعلیق کردیم یا کاهش دادیم، NOA شما باید شامل موارد زیر باشد:

- بیانیه‌ای از اقداماتی که قصد انجام آن‌ها را داریم
- توضیحی واضح و مختصر از دلایل تصمیم ما
- نحوه تصمیم‌گیری ما، ازجمله قوانین مورد استفاده
- دلایل پزشکی برای این تصمیم. باید به‌وضوح بیان کنیم که چرا شرایط شما با قوانین یا دستورالعمل‌ها مطابقت ندارد.
- اطلاعات مربوط به حق شما برای درخواست کپی رایگان از تمام اسناد و سوابق مربوط به NOA.

ترجمه‌ها

ما ملزم به ترجمه کامل و ارائه اطلاعات کتبی اعضا به زبان‌های رایج و ترجیحی، ازجمله کلیه اطلاعیه‌های شکایات و



با «خدمات اعضا» به شماره 1-855-839-7613 (TTY 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی kp.org (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

تجدیدنظرها هستیم.

اطلاعیه کاملاً ترجمه‌شده باید شامل دلیل پزشکی تصمیم ما مبنی بر رد، تأخیر، اصلاح، خاتمه، تعلیق یا کاهش درخواست خدمات مراقبت‌های بهداشتی باشد.

اگر ترجمه به زبان ترجیحی شما در دسترس نباشد، به زبان ترجیحی شما کمک شفاهی ارائه می‌دهیم تا بتوانید اطلاعات دریافت‌شده را درک کنید.



با «خدمات اعضا» به شماره **1-855-839-7613 (TTY 711)** تماس بگیرید.
24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات رسمی) اینجا هستیم. این تماس رایگان است. از وبسایت ما به نشانی **kp.org** (به زبان انگلیسی) بازدید کنید.

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 و The Permanente Medical Group, Inc. 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 به دلیل 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:

- ♦ مترجم شفاهی حرفه‌ای

- ♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

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

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

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

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بوده‌ایم یا به روشی دیگر تبعیض غیرقانونی قائل شده‌ایم، می‌توانید نارضایتی از تبعیض را نزد ما طرح کنید. می‌توانید نارضایتی را به صورت 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:

- به صورت 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.

- به صورت 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 ارائه دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید).

- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید.

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

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

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

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

- به صورت 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

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

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

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

فرم‌های 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>