

尊敬的會員：

如果您還沒有加入計劃，您將在 2023 年 1 月 1 日通過 Kaiser Permanente 加入相同的 Medicare and Medi-Cal 計劃。您的 Medicare Advantage 計劃名稱將從 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃變更為 Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo 計劃，而且您的 Medi-Cal 計劃是 San Mateo 的 Health Plan。我們將其統稱為 Medicare Medi-Cal 計劃。

Medicare Medi-Cal 計劃旨在為同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal 的人提供更好的理賠福利和醫護協調，並將協助您滿足所有的保健需求。這包括醫療、居家及社區服務並且包括醫療用品和藥物。我們將向您發送綜合會員資料，如一張綜合會員卡和一本會員手冊。

我們重視您的會員資格，並希望明年繼續為您服務。

此致，



Agnes Strandberg
Medicare 高級副總裁

Kaiser Permanente 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃均簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。入保 Kaiser Permanente 取決於合約續簽與否。

尊敬的會員：

此資訊僅出於教育目的提供給所有Kaiser Permanente Medicare保健計劃的會員，使其瞭解鴉片類止痛藥。經考酮（Percocet®）、氫可酮（Norco®）、芬太尼和嗎啡皆屬鴉片類止痛藥中的強效藥。它們具有嚴重成癮和服藥過量的風險。身為您的保健計劃保健業者，我們希望您瞭解服用鴉片類藥物的潛在風險。

什麼是鴉片類止痛藥？

鴉片類藥物可在其他選項無法產生效用時，用於協助治療中度疼痛或劇痛。它們可能無法改善您的所有疼痛，長時間下來，鴉片類藥物也可能改變您大腦處理疼痛信號的方式。這甚至可能導致更多疼痛和/或產生其他健康症狀，如情緒或睡眠變化以及進行日常活動的能力下降。基於上述原因，如果要長期的使用鴉片類藥物，應由醫生密切監控。

服用鴉片類藥物具有哪些副作用和長期風險？

- **耐受性：**長時間使用鴉片類藥物會使藥效降低，造成人們需要更高的劑量來獲得相同的止痛效果。
- **身體產生依賴性：**突然停止服用藥物或大幅減少劑量皆可能引起脫癮症狀。
- **成癮：**您可能無法控制鴉片類藥物的使用。
- **身體出現副作用：**鴉片類藥物可能導致噁心、嘔吐與便秘。
- **嗜睡：**鴉片類藥物可能影響判斷力與決策能力。這些副作用可能導致跌倒與交通意外，造成嚴重的傷害。
- **思緒不清、精力不足與抑鬱：**這些副作用可能影響個人的工作與日常活動的能力。
- **睡眠時出現睡眠呼吸中止症或呼吸障礙：**鴉片類藥物可能引起睡眠問題，進而導致白天疲勞、意識混亂，且在某些情況下若使用不當，可能會造成您的呼吸減緩或甚至停止。
- **荷爾蒙濃度過低：**長期使用鴉片類藥物可能導致情慾降低、精力不足、情緒沮喪、肌肉受傷後恢復速度緩慢和骨骼變薄。
- **意外服藥過量和死亡：**服用鴉片類藥物的時間越長，產生這些風險的機率就越大。

如何安全服用鴉片類藥物？

- **請謹慎遵循指示。**請務必遵循醫生的指示，且不論在何種情況下，皆不可與他人分享您的藥物。
- **務必保持謹慎。**藥物服用次數切勿超過處方中所示。在服用額外劑量前，請先與您的醫生或藥劑師討論。
- **避免危險的藥物相互作用。**與醫師或藥劑師討論您所服用的所有藥物。將鴉片類藥物與以下其中一種藥物混用會大幅提高服藥過量的風險：**酒精**、**安眠藥**（如唑吡坦 [Ambien®] 或札來普隆 [Sonata®]）、**焦慮藥物**（如地西洋 [Valium®]、阿普唑侖 [Xanax®] 和勞拉西洋 [Ativan®]）以及**肌肉鬆弛劑**（如卡立普多 [Soma®]、巴克樂芬 [Lioresal®] 等等）。

- **與您的醫生討論可替代的止痛藥。** 如果疼痛控制良好，請向您的醫生詢問是否應減少服用次數或改用其他緩解疼痛的選項。
- **納洛酮：請向您的醫生或藥劑師洽詢有關納洛酮急救包的事宜。** 鴉片類藥物有時可能會造成您的呼吸減緩或甚至停止。納洛酮是一種可以消除鴉片類藥物對您身體產生的影響之藥物。納洛酮是安全的，且能救您一命。請與醫生或藥劑師討論是否需要為您開立此藥物。建議所有定期服用鴉片類藥物的患者隨身攜帶納洛酮。
- **安全地儲存鴉片類藥物。** 請將您的鴉片類藥物存放在原始包裝中，並讓其保有原標籤。將其儲存在孩童無法觸及，其他人也無法輕易取得的地方（例如：上鎖的櫃子）。
- **遵守安全棄置程序。** 為了確保安全，未使用的藥物應及時處理，方法為使用核准的寄送信封或在「藥物回收日」活動上，將藥物放入Kaiser Permanente藥房提供的收集亭。會員可以在Kaiser Permanente藥房獲取寄送信封。

我應該考慮哪些替代的疼痛管理選項？

請與您的醫生討論除了鴉片類藥物以外的止痛方法，以及最適合您的選項。某些選項的效果可能較顯著，且產生的風險與副作用也較少。根據不同的疼痛程度，選項可能包括：

- 非處方藥物，如ibuprofen (Motrin®)、撲熱息痛 (Tylenol®)、萘普生 (Aleve®) 或外用藥膏，如辣椒素、雙氯芬酸凝膠 (Voltaren®) 或水楊酸甲酯 (Aspercreme®)。
- 強效處方消炎藥，如美洛昔康 (Mobic®)、雙氯芬酸 (Voltaren®) 和 Etodolac (Lodine®)。由於具有副作用的風險，因此不建議老年人長期服用。
- 一些針對疼痛反應神經的非鴉片類處方藥，如加巴噴丁 (Neurontin®) 和普瑞巴林 (Lyrica®)。
- 脊椎神經醫生的服務、物理和其他治療、冷或熱敷、運動、針灸以及認知行為治療。

您的醫師可能會建議不包含在您計劃範圍內的治療選項。如果發生這種情形，請撥打會員卡背面的電話號碼，與會員服務部聯絡，或造訪說明Medicare A部分和Medicare B部分承保範圍的CMS網頁，以瞭解您的選項。<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>。

我可以獲得哪些鴉片類藥物治療服務？

Medicare B部分（醫療保險）的承保範圍包含鴉片類藥物治療計劃 (OTPs) 中的鴉片類藥物使用障礙 (OUD) 治療。如需瞭解您計劃福利中，有關處方藥濫用治療的資訊，包含藥物輔助治療、精神健康和諮詢服務，請查看您的《承保範圍說明書》，或撥打會員卡背面的電話號碼，與會員服務部聯絡。

我們竭誠為您服務

如果您對此插頁中提供的資訊有任何疑問，或想瞭解更多控制疼痛的方式，請撥打會員卡背面的電話號碼，與會員服務部聯繫。

此致，

Kaiser Permanente

**Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo 計畫 (HMO D-SNP) ，
由北加州地區 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供**

2023年年度變更通知

前言

您目前已加入成為本計劃的會員。明年，我們的 福利、承保範圍、規則和費用將有一些變動。本年度變更通知會告知您有關變動內容以及可在哪裡找到更多有關這些內容的資訊。若要取得更多有關費用、福利或規則的資訊，請查看《會員手冊》，可在我們的網站 kp.org/eocncal 上找到。重要術語及其定義會按字母順序出現在您的《會員手冊》的最後一章中。

目錄

A. 免責聲明.....	3
B. 查看您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 的承保範圍.....	3
B1. 其他資源.....	4
B2. 有關本計劃的資訊.....	4
B3. 待辦的重要事項.....	5
C. 本計劃名稱的變更.....	6
D. 我們的網路醫護人員和藥房的變更.....	6
E. 福利和費用的變更（下個年度）.....	6
E1. 福利和費用的變更（醫療服務）.....	6
E2. 處方藥保險變更.....	8
E3. 第 1 階段：「年度免賠額階段」.....	10
E4. 第 2 階段：「初始承保階段」.....	10
F. 行政管理變更.....	11
G. 選擇計劃.....	11
G1. 留在本計劃中.....	11
G2. 變更計劃.....	11

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。

如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



H. 取得協助	15
H1. 本計劃	15
H2. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP).....	16
H3. 申訴計畫	16
H4. Medicare	16
H5. 加州保健計劃管理局	17

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



A. 免責聲明

- ❖ Kaiser Permanente 是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 計劃均簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。入保 Kaiser Permanente 取決於合約續簽與否。

B. 查看您明年的 Medicare 和 Medi-Cal 的承保範圍

當本 *年度變更通知* 中出現「我們」、「我方」、「我們的」或「本計劃」，即指此 Medicare Medi-Cal 協調計劃。

請務必查看您目前的承保範圍，以確保該承保範圍明年仍然符合您的需求。如果無法滿足您的需求，您可以退出我們的計劃。請參考 **E 節** 以了解更多資訊。

如果您選擇退出我們的計劃，您的會員資格將會在您提出請求的當月份最後一天結束。只要您符合資格，您仍將享有 Medicare 和 Medi-Cal 計劃。

如果您退出我們的計劃，您可以獲得以下資訊：

- **G2 節** 表格中的 Medicare 選項。
- **G2 節** 中的 Medi-Cal 服務。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



B1. 其他資源

- 小心：如果您說中文、西班牙語、塔加路語，您可獲得免費語言協助服務。請致電會員服務部，電話號碼：**1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線 **711**)，服務時間每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。
- 您可以免費取得本年度變更通知的其他格式，例如大字版、盲文版或音訊。請每天上午 8 點至下午 8 點（每週 7 天）致電 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線：**711**)。此為免費電話。
- 請每天上午 8 點至下午 8 點（每週 7 天）致電 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線：**711**)，並提出以下申請：
 - 除了英文外，您所偏好的語言和/或其他格式，
 - 對未來郵件與通訊的長期要求，以及
 - 變更慣用語言和/或格式的長期要求。

B2. 有關本計劃的資訊

- **Kaiser Permanente** 是一項和 **Medicare** 以及 **Medi-Cal** 訂有合約的保健計劃，可向會員提供兩種計劃的理賠福利。
- **Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 計劃的承保範圍為合格的醫療保險，稱為「最低基本承保」。此計劃可滿足《病人保護及平價醫療法案》(ACA) 中的個人分擔責任需求。如需更多有關個人分擔責任需求的資訊，請造訪國稅局 (IRS) 網站：www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**，電話號碼為 **1-800-443-0815** (聽障及語障電話專線：**711**)。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



B3. 待辦的重要事項

- 請檢查本福利和費用是否有任何可能會影響您的變動。
 - 是否有任何會影響您所使用服務的變動？
 - 請查看理賠福利和費用變動，以確保這些項目明年仍符合您的需求。
 - 請參考 **E1 節**，以了解有關本計畫理賠福利和費用變動的資訊。
- 請檢查我們的處方藥承保範圍是否有任何可能影響您的變動。
 - 您的藥物還在承保範圍內嗎？您還可以使用相同的藥房嗎？
 - 請查看變動內容，以確保本藥物承保範圍明年仍符合您的需求。
 - 請參考 **E2 節**，以取得有關本藥物承保範圍變動的資訊。
 - 自去年以來，您的藥物費用可能已經上漲。
 - 和您的醫生討論有哪些較低廉的替代品可供您使用，這或許能讓您一整年的自付費用省下不少錢。
 - 請記住，您的計劃的理賠福利會精確地決定您自己的藥物費用可能產生的變化。
- 請檢查您的醫護人員和藥房明年是否會加入我們的網路。
 - 您的醫生（包括您的專科醫生）會在我們的網路中嗎？您的藥房呢？您使用的醫院或其他醫護人員呢？
 - 請參考 **D 節**，以取得有關本《**保健業者名錄**和**藥房名錄**》的資訊。
- 請考慮您在計劃中的整體費用。
 - 您為經常使用的服務和處方藥將支付的自付費用是多少？
 - 和其他保險選項相比，總費用如何？
- 想想您對我們的計劃是否感到滿意。



如果您決定繼續使用 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 計劃：

如果您明年想繼續使用本服務，這很容易，您無需做任何事情。如果您不做任何變更，您將自動加入 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**。

如果您決定變更計畫：

如果您認為其他保險更能滿足您的需求，您或許可以轉換計畫（請參閱 **G2 節** 以取得更多資訊）。如果您加入新計畫或變更為 **Original Medicare**，您的新保險將在下個月的第一天開始。

C. 本計劃名稱的變更

在 2023 年 1 月 1 日，我們的計劃名稱將從 **Kaiser Permanente Sr Adv Medicare Medi-Cal** 計畫變更為 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo** 計畫。

您將會在 2023 年 1 月之前收到新會員卡。

D. 我們的網路醫護人員和藥房的變更

我們的醫護人員和藥房網路在 2023 年發生了變化。

我們強烈建議您查看我們最新的《**保健業者名錄和藥房名錄**》以了解您的醫護人員或藥房是否仍在我們的網路中。如需更新版《**保健業者名錄和藥房名錄**》，請見我們的網站，網址為 **kp.org/directory**。您也可以撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，以取得最新的醫護人員資訊或要求我們郵寄一份《**保健業者名錄和藥房名錄**》給您。

重要的是您必須了解，我們也可能在這一年中對我們的網路進行變更。如果您的醫護人員退出本計畫，您將享有某些權利和保護。如需詳細資訊，請參閱**第 3 章**（您的《**會員手冊**》）。

E. 福利和費用的變更（下個年度）

E1. 福利和費用的變更（醫療服務）

我們將變更特定醫療服務的承保範圍以及您明年為這些承保醫療服務需支付的費用。下表說明了這些變更。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal**，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。



	2022 (今年)	2023 (明年)
<p>諮詢服務 由婚姻和家庭治療師提供的門診精神健康和藥物酒精濫用服務。</p>	不承保。	您支付 \$0 。
<p>經由 DeltaCare®USA Dental HMO 計畫提供牙科服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 定期口腔評估 (D0120)。 • 詳細而廣泛的口腔評估 (D0160) • 綜合牙周評估 (D0180)。 • 口內：咬合放射線影像 (D0240)。 • 唾液流速測量評估 (D0419) <p>(參考《會員手冊》中有關承保牙科服務的完整清單。)</p>	不承保。	您支付 \$0 。
<p>健身理賠 (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃) Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供，該公司是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。Silver&Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，在此文件中的使用已獲得許可。</p>	不承保。	<p>您支付\$0 並收到：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 標準健身房的會員資格。 • 一套居家健身成套工具以在家鍛煉（您也可選擇帶有計步器的工具）。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



	2022 (今年)	2023 (明年)
非處方 (OTC) Health and Wellness	不承保。	我們會承保 OTC 目錄上所列的 OTC 用品並免費寄送到府。您每季最多可以訂購 \$100 福利限額的 OTC 商品。每筆的最低購買金額必須達到 \$25 美元。您的購買金額不得超過每季福利限額。每季未使用完的福利額度，不會順延至下一季度。(您的理賠福利限額會在 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日和 10 月 1 日重設)。 如欲檢視我們的目錄以及在線上下單，請造訪 kp.org/otc/ca 。您可以經由電話訂購，或撥打電話索取郵寄目錄： 1-833-569-2360 (聽障及語障電話專線： 711)，服務時間為早上 7:00 到下午 6:00 太平洋標準時間 (PST)，週一至週五。

E2. 處方藥保險變更

我們藥物清單的變更

如需更新的*承保藥物清單*，請見我們的網站，網址為 kp.org/seniorrx。您也可以撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，以取得更新的藥物資訊或要求我們郵寄一份*承保藥物清單*給您。此*承保藥物清單*也稱為「藥物清單」。

我們對藥物清單進行了更改，包括我們所涵蓋的藥物的更改以及適用於我們對某些藥物的保險的限制的更改。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。



如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

請查看藥物清單，以**確保您的藥物明年仍在承保範圍內**，並了解是否有任何限制。

如果您受到藥物保險變更的影響，我們建議您：

- 與您的醫生（或其他開立處方者）共同找出我們承保的另一種藥物。
 - 您可以撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，索取治療相同病症的承保藥物清單。
 - 該清單將可協助您的醫護人員尋找可能適用於您的承保藥物。
- 要求我們支付藥物的暫時藥量。
 - 在某些情況下，我們會承保日曆年度前 90 天的**暫時性藥量**。
 - 此暫時藥量最多可達 30 天。（如欲了解有關何時可以獲得暫時藥量以及如何要求此福利的更多資訊，請參閱**第 5 章**（您的《會員手冊》。））
 - 當您取得暫時藥量時，請和醫生討論在暫時藥量用完前該怎麼做。您可改用屬於本計劃承保範圍的其他藥物，或是要求我們為您進行例外處理並承保您目前的藥物。所有目前核准的承付藥物例外處理都會在每個日曆年度的年底到期，且必須在每年年初將其重新提交，以供核准。

處方藥費用的變化

如果您已加入提供藥物費用補助的計劃（「額外補助」），可能有資格減少或取消 D 部分藥物的成本分攤費用。本節所述的某些資訊可能不適用於您。我們會另外寄送一份文件給您，名為「獲得額外補助支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約」（享有處方藥費用額外補助者的承保範圍說明書附約，亦稱為「**Low Income Subsidy Rider**」（低收入補助附約）或「**LIS Rider**」（LIS 附約）），其中說明了您的藥物費用。如果您享有「額外補助」且在 2022 年 9 月 30 日之前未收到此附約，請致電會員服務部索取「LIS 附約」。

根據本計劃，您的 Medicare D 部分處方藥承保有四個「藥物支付階段」。您支付的金額會依據您領取處方藥配藥或續配時所屬階段而定。

以下資訊列示了前兩個支付階段（年度免賠額階段和初始保險階段）的變更。（大部分的會員都不會達到另外兩個階段，即保險間斷和重大傷病承保階段。）

關於您為疫苗支付的費用的重要訊息 – 本計劃承保大多數 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。致電會員服務部了解更多資訊。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



第 1 階段 年度免賠額階段	第 2 階段 初始承保階段
在此階段，您必須全額支付 D 部分藥物費用，直到您達到年度免賠額。您在一年當中首次配藥時，即開始此階段。	支付年度免賠額後，您就會進入初始保險階段。在此階段，本計劃會支付您的部分藥物費用，而您需支付您應分擔的部分。您應分擔的部分稱為共保額。

當藥物總費用達到**\$4,660**時，初始承保階段即告結束。此時，會進入保險間斷階段。如需有關您需為處方藥支付多少費用的詳細資訊，請參考**第 6 章**（您的《會員手冊》）。

E3. 第 1 階段：「年度免賠額階段」

由於本計劃的大多數會員皆有獲得「額外補助」支付其處方藥費用，因此免賠額階段不適用於大多數會員。如果您沒有獲得「額外補助」，免賠額階段將是您藥物保險的第一個付款階段。您在一年當中首次配藥時，便開始進入此階段。當您在此付款階段時，您必須支付藥物的全額費用，直到您達到本計劃的免賠額。由於本計劃已為大多數藥物在網絡藥房中議定了較低的費用，因此「全額費用」通常會比藥物正常的全額費用來得低。

如果您不符合「額外補助」的資格，則下表中的資訊為您在免賠額階段所需支付的費用。

	2022（今年）	2023（明年）
藥物 在此階段，您必須全額支付 D 部分藥物費用，直到您達到年度免賠額。	如果您不符合「額外補助」資格，免賠額為 \$480 。	如果您不符合「額外補助」資格，免賠額為 \$505 。

E4. 第 2 階段：「初始承保階段」

支付年度免賠額後，您就會進入初始保險階段。在初始承保階段，本計劃會支付您承保處方藥費用的一部分，而您則支付您應分擔的部分。您應分擔的部分稱為共保額。每次配藥時，您都需支付共保額。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



下表顯示了您的藥物費用。如果您不符合「額外補助」資格，則這些金額適用於您處於初始承保階段的期間。

	2022 (今年)	2023 (明年)
藥物 在網路藥房配領一個月藥量的費用	若您不符合「額外補助」資格，一個月（30 天）藥量的共付額為每張處方費用總額的 25%。	若您不符合「額外補助」資格，一個月（30 天）藥量的共付額為每張處方費用總額的 25%。

當您的自付費用總額達到**\$4,660** 時，初始承保階段即告結束。此時會進入保險間斷階段。當您達到處方藥的自付費用限額**\$7,400** 時，即會開始重大傷病承保階段。到該日曆年度結束前，您都會維持在重大傷病承保階段。如需為處方藥支付多少費用的詳細資訊，請參考第 6 章（您的《會員手冊》）。

F. 行政管理變更

	2022 (今年)	2023 (明年)
計劃福利組合 (PBP) 編號	您目前的計劃 Kaiser Permanente Sr Adv Medicare Medi-Cal 計劃也稱為 PBP #30。	您的新計劃 Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo 計畫也稱為 PBP #75。

G. 選擇計劃

G1. 留在本計劃中

我們希望您繼續成為計劃會員。您無需採取任何行動即可留在本計劃中。如果您沒有改用另一個 Medicare 計劃或變更為 Original Medicare，您將自動維持為我們 2023 年計劃的註冊會員。

G2. 變更計劃

大多數享有 Medicare 的人士可以在一年當中的特定時間終止其會員資格。由於您享有 Medi-Cal，您可能有一次機會可以在下列**特殊入保期**終止您在本計劃的會員資格或改用其他不同計劃：

- 一月至三月
- 四月至六月
- 七月至九月

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。



如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

除了上述三個特殊入保期外，您還可以在以下期間終止您在本計劃中的會員資格：

- **年度入保期**，有效期為 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在本計畫的會員資格將在 12 月 31 日結束，而您的新計劃會員資格將從 1 月 1 日開始。
- **Medicare Advantage 開放入保期**，有效期為 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您在新計劃中的會員資格將從下個月的第一天開始。

可能還會有其他情況使得您有資格變更您的入保。例如：

- 您搬出我們的服務區，
- 您取得 Medi-Cal 或「額外補助」的資格發生了變化，**或者**
- 如果您最近才搬入、目前正在接受醫療服務或剛搬出療養院或長期護理醫院。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



您的 Medicare 服務

您有三種選項可取得 Medicare 服務。若您選擇這些選項之一，您將自動終止您在本計劃中的會員資格。

<p>1. 您可以變更為：</p> <p>另一項 Medicare 保健計劃</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 和 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢 PACE，則請致電 1-855-921-PACE (7223)。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">• 可在週一至週五的上午 8 點至下午 5 點，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222（聽障及語障電話專線 711）。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>或</p> <p>入保新的 Medicare 計劃。</p> <p>在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本 Medicare 計劃退保。</p> <p>除非您已搬離您所在的郡縣，否則您的 Medi-Cal 會員資格將繼續留在 Senior Advantage Medicare Medi-Cal San Mateo 計劃。</p>
--	--

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。



<p>2. 您可以變更為：</p> <p>包含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 和 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">• 可在週一至週五的上午 8 點至下午 5 點，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222（聽障及語障電話專線 711）。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>或</p> <p>入保新的 Medicare 處方藥計劃。</p> <p>您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會改變。</p>
--	--

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 **kp.org/medicare**。



<p>3. 您可以變更為：</p> <p>不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare</p> <p>注意：如果您轉至 Original Medicare，而且未入保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可讓您入保一項藥物計劃，不過您也可通知 Medicare 您不想加入。</p> <p>如果您從其他來源（例如僱主或工會）取得藥物保險，您應該只放棄處方藥保險。如果您對是否需要藥物保險有疑問，請在週一至週五上午 8 點至下午 5 點撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。</p>	<p>以下是應採取的行動：</p> <p>您可以撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 和 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。</p> <p>如果您需要協助或更多資訊：</p> <ul style="list-style-type: none">可在週一至週五的上午 8 點至下午 5 點，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222（聽障及語障電話專線 711）。如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 <p>您的 Original Medicare 承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。</p> <p>您的 Medi-Cal 計劃不會改變。</p>
--	---

您的 Medi-Cal 服務

如有關於離開本計畫後如何取得您的 Medi-Cal 服務的疑問，請和醫療保健方案聯絡，請在週一至週五上午 8 點至下午 6 點撥打 **1-844-580-7272**。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1800-430-7077**。詢問加入另一項計劃或返回 Original Medicare 將會對您取得 Medi-Cal 保險的方式造成何種影響。

H. 取得協助

H1. 本計劃

若您有任何疑問，我們隨時可提供協助。在所列的營業日期和時間，都可撥打頁面底部的電話號碼和會員服務部聯絡。這些通話都是免費的。

請詳閱您的《會員手冊》

您的《會員手冊》包含對本計劃理賠福利的合法詳細說明。其中包含有關 2023 年理賠福利和費用的詳細資訊。該文件會解釋您的權利以及為取得我們承保的服務及處方藥您應遵守的規定。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



此《會員手冊》2023 版將於 10 月 15 日出刊。最新版本的《會員手冊》可在我們的網站 kp.org/eocncal 上取得。您也可以撥打頁面底部的電話號碼和會員服務部聯絡，要求我們郵寄一份 2023 年版的《會員手冊》給您。

我們的網站

您可造訪我們的網站，網址為：kp.org/medicare。溫馨提醒，我們的網站有關於我們的醫護人員和藥房網路（《保健業者名錄和藥房名錄》）和我們的藥物清單（承保藥物清單）的最新資訊。

H2. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)

您還可致電州政府健康保險補助計畫 (SHIP)。在加州，SHIP 稱為 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。HICAP 的諮詢人員可協助您瞭解您的計劃選項，並回答有關轉換計劃的問題。HICAP 和任何保險公司或保健計劃無關。HICAP 在每個郡縣都設有訓練有素的輔導員，而且服務是免費的。HICAP 的電話號碼是 **1-800-434-0222**。（聽障及語障電話專線 **711**。）如需詳細資訊或尋找您所在地區當地的 HICAP 辦事處，請造訪 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

H3. 申訴計畫

如果您在使用本計劃時發生任何問題，健康消費者聯盟申訴計畫可為您提供協助。投訴處理專員的服務是免費的，並以所有語言提供。健康消費者聯盟申訴計畫：

- 可代表您爭取您的權益。如果您有問題或投訴，他們可以回答問題，並且可以協助您了解該採取哪些行動。
- 請確保您取得和您的權利及保護以及如何解決您的疑慮的相關資訊。
- 和我方或任何保險公司亦或保健計劃無關。健康消費者聯盟申訴計畫的電話號碼為 **1-888-804-3536**。

H4. Medicare

若要直接從 Medicare 取得資訊，請撥打 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

Medicare 的網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。如果您選擇退出本計劃並入保另一個 Medicare 計劃，Medicare 網站會提供有關費用、承保範圍和品質評比的資訊，以協助您比較不同的計劃。

您可以使用 Medicare 網站上的「Medicare Plan Finder」（Medicare 計劃搜尋工具）來尋找您所在地區 Medicare 計劃的資訊。（如需有關計劃的資訊，請參閱 www.medicare.gov 並按一下《Find plans》「尋找計劃」。）

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



Medicare & You 2023

您可以詳閱 *Medicare & You 2023* 手冊。每年秋季，我們均會寄送該手冊給加入 Medicare 的人士。手冊概括說明了 Medicare 的理賠、權利和保障，並且回答了有關 Medicare 的最常見問題。該手冊還提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有這本手冊，您可以在 Medicare 網站上取得 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天，每天 24 小時皆提供服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

H5. 加州保健計劃管理局

加州保健計劃管理局 負責制定保健服務計劃。DMHC 求助中心可協助您處理有關 Medi-Cal 服務的上訴和投訴。如果您對您的保健計劃有不滿之處，請先撥打 **1800-443-0815** 和保健計劃聯絡，並在聯絡加州保健計劃管理局之前先利用保健計劃的申訴流程。利用這項申訴流程不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者可能有資格獲得的任何補償。如果您需要幫助以解決涉及緊急情況的申訴、保健計劃未能妥善解決您的申訴或在 30 天後仍未解決，您可致電管理局請求協助。您也許還有資格獲得獨立醫學複審 (Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格要求 IMR，IMR 將對保健計劃就服務或治療在醫療上的必要性的決定，實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的給付爭議進行公正的審查。該管理局還提供有免費電話 **(1-888-466-2219)**，並為聽障及言語障礙人士設立了 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該管理局的網站 www.dmhc.ca.gov 有提供投訴表格、IMR 申請表以及線上說明。

如果您有疑問，請每天上午 8 點至晚上 8 點（每週 7 天）致電 Senior Advantage Medicare Medi-Cal，電話號碼為 **1-800-443-0815**（聽障及語障電話專線：**711**）。通話是免費的。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。



反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
 - 相應語言的合格口譯員
 - 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別的歧視行為，您可以向民權服務協調員提出投訴，方式是：寄信至 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**1-800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。



反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄**：打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出**：在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية (**TTY 711**) **1-800-443-0815** على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)**. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY សារលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííłgíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííłgíí dóó bee hane' didííts'ííłgíí bína'ídíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

計劃資訊

醫護人員名錄

如果您需要協助找到網絡醫護人員或藥房，請瀏覽kp.org/directory（英文）以搜尋線上名錄（註：根據Medicare規定，2023年的名錄將於2022年10月15日開始在線上提供）。

如欲請我們將《醫護人員名錄》(Provider Directory) 或《牙科醫護人員名錄》(Dental Provider Directory) 或《藥房名錄》(Pharmacy Directory)（如適用）郵寄給您，您可致電Kaiser Permanente，電話**1-800-443-0815 (TTY 711)**，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。

Medicare D部分處方藥承付藥物手冊

我們的承付藥物手冊列出了我們承保的Medicare D部分藥物。承付藥物手冊可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。如果您對承保藥物有疑問，請在kp.org/seniorrx（英文）瀏覽我們的線上承付藥物手冊（註：根據Medicare規定，2023年的承付藥物手冊將於2022年10月15日開始在線上提供）。

如欲請我們將承付藥物手冊郵寄給您，您可致電**1-800-443-0815 (TTY 711)** 與Kaiser Permanente聯絡，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。

承保範圍說明書 (EOC)

承保範圍說明書 (Evidence of Coverage, EOC) 將會說明如何透過您的計劃取得承保的醫療護理和處方藥。其也會向您解釋身為Kaiser Permanente會員的權利和責任、承保項目及應付費用。如果您對承保範圍有疑問，請瀏覽kp.org/eocncal（英文）以檢視線上版的EOC（註：根據Medicare規定，北加州2023年的EOC將於2022年10月15日開始在線上提供）。

如欲請我們將EOC郵寄給您，您可致電**1-800-443-0815 (TTY 711)** 與Kaiser Permanente聯絡，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。