

這是一封寄送給所有Kaiser Permanente Medicare健康計劃會員的教育信函。本函不針對您的醫療保健情況或您可能接受的任何治療。

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

Northern California 地區 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (凱薩基金會保健計劃公司)  
提供的 Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties  
計劃 (HMO) (Alameda、Napa、和 San Francisco Counties 計劃)

# 2024 年度變更通知

您目前是入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃的會員。明年，本計劃的費用和理賠福利將會變更。請參閱第 4 頁以了解重要費用的概要，包括保費。

此文件會向您介紹您的計劃的變更。若要取得更多有費用、理賠福利或規則的資訊，請查看《承保範圍說明書》，可在我們的網站 [kp.org](http://kp.org) 上找到。您亦可致電我們的會員服務部，要求我們寄送一份《承保範圍說明書》給您。

您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日期間更改您明年的 Medicare 保險。

## 目前應採取的行動

### 1. 問：哪些變更適用於您？

- 請查看本計劃理賠福利和費用的變更，以確定這些變更對您是否有影響。
  - ◆ 查看醫療費用的變化（醫生、醫院）。
  - ◆ 查看本計劃藥物承保範圍變更的資訊，包括授權規定和費用。
  - ◆ 考慮一下您將花費多少保費、免賠額和成本分擔。
- 檢查 2024 年「藥物清單」中的變更，以確保您目前服用的藥物仍在承保範圍內。
- 檢查您的基本護理醫生、專科醫生、醫院和其他提供者（包括藥房）明年是否會在我們的網路中。
- 想想您對我們的計劃是否感到滿意。

### 2. 比較：瞭解其他計劃選擇。

- 查看您所在地區的計劃承保範圍和費用。利用 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上的 Medicare 計劃尋找工具或查看您的 2024 年《Medicare & You》手冊背面的清單。
- 在您將選擇範圍縮小至您喜歡的計劃之後，在計劃網站上確認您的費用及承保範圍。

H0524\_24A032CH\_M  
1068134789 N 032  
PBP # : 032

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

 KAISER PERMANENTE®

### 3. 選擇：決定您是否想要變更計劃。

- 如果您在 2023 年 12 月 7 日之前未加入其他計劃，則您將留在 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃。
- 如欲變更至其他計劃，您可在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間轉換計劃。您的新保險將於 2024 年 1 月 1 日開始。這將結束您在 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃的入保。
- 如果您最近才搬入、目前居住於或剛搬出某個機構（如專業療養機構或長期護理醫院），您可以隨時轉換計劃或轉換至 Original Medicare（包含或未包含單獨的 Medicare 處方藥計劃）。

#### 其他資源

- 本福利概要的西班牙文版和中文版為免費提供。如欲取得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話號碼為 **1-800-443-0815**。（TTY 用戶應致電 **711**。）服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。此乃免費電話。
- This document is available for free in Spanish and Chinese. Please contact our Member Services number at **1-800-443-0815** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. This call is free.
- 如果您需要，可以透過致電會員服務部，獲得點字、大字體的文件或 CD。
- 本計劃下的保險資格為合格保健計劃 (**Qualifying Health Coverage, QHC**)，並滿足《患者保護及平價醫療法案》(Affordable Care Act, ACA) 中的個人分擔責任規定。如需更多資訊，請造訪國稅局 (IRS) 網站，網址為：  
**www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families**。

#### 關於 Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃

- Kaiser Permanente 是與 Medicare 簽約的 HMO 計劃。Kaiser Permanente 的入保會依合約續簽與否而定。
- 若本文件提及「我們」或「我們的」，則指 Northern California 地區 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（保健計劃）。當提到「計劃」或「本計劃」時，其指的是 Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃 (Senior Advantage)。

# 2024 年度變更通知

## 目錄

<b>2024 年重要費用概要</b> .....	<b>4</b>
<b>第 1 章 - 明年的理賠和費用變化</b> .....	<b>6</b>
第 1.1 章 - 月保費的變更 .....	6
第 1.2 章 - 自付上限金額的變更 .....	7
第 1.3 章 - 醫護人員和藥房網路的變更 .....	7
第 1.4 章 - 醫療服務的福利和費用變更 .....	8
第 1.5 章 - D 部分處方藥承保範圍變更 .....	12
<b>第 2 章 - 決定選擇哪個計劃</b> .....	<b>15</b>
第 2.1 章 - 如果您想保留 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃 .....	15
第 2.2 章 - 如果您想變更計劃 .....	15
<b>第 3 章 - 變更計劃的截止日期</b> .....	<b>16</b>
<b>第 4 章 - 提供有關免費 Medicare 諮詢的計劃</b> .....	<b>17</b>
<b>第 5 章 - 協助支付處方藥費用的計劃</b> .....	<b>17</b>
<b>第 6 章 - 有疑問嗎？</b> .....	<b>18</b>
第 6.1 章 - 從本計劃獲得協助 .....	18
第 6.2 章 - 從 Medicare 獲得協助 .....	18

## 2024 年重要費用概要

下表針對 2023 年和 2024 年 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃費用的幾項重要方面進行了比較。請注意，下表僅是費用概要。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
<b>計劃月保費*</b> *您的保費可能比所列金額更高，也有可能更低。(請參閱第 1.1 章以瞭解詳情。 )	<b>\$70*</b>	<b>\$70*</b>
<b>自付上限</b> 此金額為您為承保的 A 部分和 B 部分服務自付費用的 <b>最高金額</b> 。(請參閱第 1.2 章以瞭解詳情。 )	<b>\$3,900</b>	<b>\$3,900</b>
<b>醫生診所就診</b>	醫生診所就診： <b>\$0</b> 專科醫生看診： 每次就診 <b>\$10</b> 。	醫生診所就診： <b>\$0</b> 專科醫生看診： 每次就診 <b>\$10</b> 。
<b>住院</b>	每次住院，第 1 至 5 天 每天 <b>\$195</b> (其餘住院時間為每天 <b>\$0</b> )。	每次住院，第 1 至 5 天 每天 <b>\$225</b> (其餘住院時間為每天 <b>\$0</b> )。
<b>D 部分處方藥保險</b> (請參閱第 1.5 章以瞭解詳情。 )	免賠額： <b>\$0</b> 初始保險階段的成本分擔(最多 30 天藥量)： 藥物等級 1： <b>\$0</b> 藥物等級 2： <b>\$5</b> 藥物等級 3： <b>\$45</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b> 。	免賠額： <b>\$0</b> 初始保險階段的成本分擔(最多 30 天藥量)： 藥物等級 1： <b>\$0</b> 藥物等級 2： <b>\$7</b> 藥物等級 3： <b>\$47</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b> 。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
	<p>藥物等級 4：<b>\$100</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物等級 5：<b>33%</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物等級 6：<b>\$0</b></p>	<p>藥物等級 4：<b>\$100</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物等級 5：<b>33%</b> 本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物等級 6：<b>\$0</b></p>
	<p><b>重大傷病承保：</b> 在此付款階段，本計劃會為您的承保藥物支付大部份費用。 對於每個處方，您需要支付共付額：承保的非品牌藥（包括被視為非品牌藥的藥物），<b>\$0</b>；承保的品牌藥，<b>\$12</b>；以及承保的 D 部分注射疫苗，<b>\$0</b>。</p>	<p><b>重大傷病承保：</b> 在此付款階段期間，本計劃將會支付承保 D 部分藥物的全額費用。您<b>無需支付費用</b>。</p>

## 第 1 章 - 明年的理賠和費用變化

### 第 1.1 章 - 月保費的變更

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
月保費，不含選擇性補充福利 (您亦必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。)	\$70	\$70
月保費，含選擇性補充福利 只有當您入保我們選擇性補充福利組合時，該計劃保費才適用於您。 (您亦必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。)	\$84	\$91

- 如果您需要支付終生 D 部分逾期入保罰金，因為沒有其他藥物保險至少與 Medicare 藥物承保範圍（也稱為可信承保範圍）一樣長達 63 天或 63 天以上，您的每月計劃保費將**更多**。
- 如果您收入較高，您可能必須每個月為您的 Medicare 處方藥保險直接支付額外的金額給政府。
- 如果您獲得「額外補助」以支付您的處方藥費用，您的每月保費將**更少**。有關從 Medicare 獲得「額外補助」的資訊，請參閱第 5 章。



## 第 1.2 章 - 自付上限金額的變更

Medicare 要求所有保健計劃限制您在一年當中所支付的自付費用金額。此限制稱為自付費用上限。一旦達到此金額，在今年餘下的時間，您通常不需要為承保的 A 部分和 B 部分服務（以及 Medicare 未承保的其他保健服務，如《承保範圍說明書》第 4 章中所述）支付費用。

費用	2023（今年）	2024（明年）
<b>自付上限</b> 承保醫療服務的費用（如共付額）將計入您的自付上限。您的計劃保費和處方藥費用不會計入自付上限。	<b>\$3,900</b>	<b>\$3,900</b> 當您為承保的 A 部分和 B 部分服務（及 Medicare 不承保的某些保健服務）支付的自付費用達到 \$3,900 後，在該日曆年度的剩餘時間裡，您便無需再為這些承保服務支付任何費用。

## 第 1.3 章 - 醫護人員和藥房網路的變更

如需更新版名錄，請見我們的網站，網址為 [kp.org/directory](http://kp.org/directory)。您也可以致電會員服務部以獲取更新的醫護人員和/或藥房資訊，或要求我們向您郵寄名錄，我們將在三個工作日內寄出。

本計劃的醫護人員網路明年會有所變更。請查看 2024 年《醫護人員名錄》以瞭解您的醫護人員（基本保健業者、專科醫生、醫院等）是否在我們的網路中。

本計劃的藥房網路明年會有所變更。請檢閱 2024 年《藥房名錄》以查看哪些藥房隸屬於我們的網路。

您必須瞭解，我們可能在本年度中就您計劃中的醫院、醫生和專科醫生（醫護人員）和藥房進行變更，這一點很重要。如果對我們醫護人員的年中變更對您造成影響，請和會員服務部聯絡，以便我們提供幫助。

## 第 1.4 章 - 醫療服務的福利和費用變更

我們明年將變更某些醫療服務的費用和福利。下表的資訊說明了這些變更。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
救護服務	你為每趟單程支付 <b>\$200</b> 。	你為每趟單程支付 <b>\$250</b> 。
急診部就診	您每次就診支付 <b>\$110</b> 。	您每次就診支付 <b>\$120</b> 。
眼鏡用品	您每 24 個月會獲得 <b>\$150</b> 眼具承保額。如果 您所購買的視力矯正器 費用超過\$150， <b>您將必 須支付差額</b> 。 如果您已註冊 Advantage Plus，您的承 保額將會增加。	<b>不承保</b> 。但是，如果您 已註冊 Advantage Plus，您將收到下列 「可選補充福利 (Advantage Plus)」行中 所述的眼具理賠福利。
健身理賠 (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃)	<b>承保範圍內</b> 。您支付 <b>\$0</b> 並收到： <ul style="list-style-type: none"> <li>標準健身房的會員 資格。</li> <li>一套居家健身成套工 具以在家鍛煉（您可 選擇帶有計步器的 工具）。</li> </ul>	<b>不承保</b> 。但是，如果您 已註冊 Advantage Plus，您將收到下列 「可選補充福利 (Advantage Plus)」行中 所述的健身理賠福利。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
助聽器和服務		
<ul style="list-style-type: none"> <li>助聽器評估和配驗。</li> </ul>	您支付 <b>\$0</b> 。	不承保。但是，如果您已註冊 Advantage Plus，您將收到下列「可選補充福利 (Advantage Plus)」行中所述的聽力理賠福利。
<ul style="list-style-type: none"> <li>助聽器承保額。</li> </ul>	您每 36 個月會獲得對每側耳朵，每個助聽器 <b>\$1,250</b> 的承保額。如果您所購買的助聽器費用超過 <b>\$1,250</b> ，則需支付 <b>差額</b> 。	不承保。但是，如果您已註冊 Advantage Plus，您將收到下列「可選補充福利 (Advantage Plus)」行中所述的聽力理賠福利。
<b>家居送餐服務</b> 因充血性心臟衰竭（需要轉診）出院後的送餐到府服務。	您可以在連續四周內支付 <b>\$0</b> 美元，每天最多兩餐，每個日曆年一次。	不承保。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
病人住院護理		
<ul style="list-style-type: none"> <li>住院病人緊急醫護和精神健康護理</li> </ul>	您支付 <b>\$195</b> 每天，適用於住院第 <b>1</b> 至 <b>5</b> 天（剩餘住院期間則為每天 <b>\$0</b> ）。	您支付 <b>\$225</b> 每天，適用於住院第 <b>1</b> 至 <b>5</b> 天（剩餘住院期間則為每天 <b>\$0</b> ）。
<ul style="list-style-type: none"> <li>住院病人精神健康護理住院：承保服務包括需要住院的精神健康醫護服務。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>我們承保終生最多 <b>190</b> 天在 Medicare 認證之精神科醫院的住院。</li> <li><b>190</b> 天的限制不適用於因精神健康問題而在一般醫院的精神科病房住院。也不適用於與以下病情相關的精神病院住院：精神分裂症、分裂情感性疾患、兩極性精神失常（躁鬱症）、重度抑鬱症、恐懼症、強迫症、廣泛性發展障礙或自閉症、神經性厭食症、神經性貪食症及未滿 <b>18</b> 歲之兒童的嚴重情緒障礙 (Serious Emotional Disturbance, SED)。</li> </ul>	我們承保範圍包含無限次住宿。
<b>Medicare B 部分藥物</b> 網絡藥房提供最多 <b>30</b> 天的藥量。	每個處方您需支付學名藥 <b>\$5</b> 和品牌藥 <b>\$45</b> ，但透過耐用醫療器材 (DME) 提供的 Medicare 計劃 B 部分胰島素藥物需支付 <b>\$35</b> 。	每個處方您需支付學名藥 <b>\$7</b> 和品牌藥 <b>\$47</b> ，但透過耐用醫療器材 (DME) 提供的 Medicare 計劃 B 部分胰島素藥物需支付 <b>\$35</b> 。

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
MRI、CT 及 PET	每個程序支付 <b>\$195</b> 。	每個程序支付 <b>\$200</b> 。
職業病治療、物理治療和言語治療	您為每次團體就診 <b>\$5</b> 並為每次個人就診支付 <b>\$10</b> 。	您為每次團體就診 <b>\$7</b> 並為每次個人就診支付 <b>\$15</b> 。
門診醫院服務，包括外科手術	您每次就醫或診療需支付 <b>\$180</b> 。	您每次就醫或診療需支付 <b>\$190</b> 。
門診觀察	當您以門診病人身分直接入院接受觀察時，每次留院支付 <b>\$110</b> 。	當您以門診病人身分直接入院接受觀察時，每次留院支付 <b>\$120</b> 。
<p><b>可選的補充福利 (Advantage Plus)</b></p> <p>這些變更只適用於入保選擇性補充福利（稱為 Advantage Plus）的會員。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>眼鏡用品。</li> </ul>	<p>您每 24 個月會獲得額外<b>\$290</b> 的眼具承保額，加上您的標準承保額，合計承保額為<b>\$440</b>。</p> <p>如果您所購買的視力矯正器費用超過<b>\$440</b>，您將必須支付差額。</p>	<p>您每 24 個月會獲得<b>\$300</b> 眼具承保額。</p> <p>如果您所購買的視力矯正器費用超過<b>\$300</b>，您將必須支付差額。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>健身理賠（Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise 計劃）。</li> </ul>	<p>不屬於 Advantage Plus 套餐的承保範圍。</p>	<p>作為我們 Advantage Plus 福利組合的一部分承保。您支付<b>\$0</b> 並收到：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準健身中心會員資格。</li> <li>每個日曆年度一套居家健身套裝器械，供在家運動（您也可以選擇包含活動追蹤器的套裝器械）。</li> </ul>

費用	2023 (今年)	2024 (明年)
• 助聽器評估和調試。	不屬於 Advantage Plus 套餐的承保範圍。	作為我們 Advantage Plus 福利組合的一部分承保。您支付\$0。
• 助聽器。	不屬於 Advantage Plus 套餐的承保範圍。	作為我們 Advantage Plus 福利組合的一部分承保。您每 36 個月會獲得對每側耳朵，每個助聽器\$800 的承保額。如果您所購買的助聽器費用超過\$800，則需支付差額。

## 第 1.5 章 - D 部分處方藥承保範圍變更

### 我們「藥物清單」的變更

本計劃的承保藥物清單稱為承付藥物手冊或「藥物清單」。我們的「藥物清單」副本以電子方式提供，請見 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)。

我們對「藥物清單」進行了變更，其中可能包括刪除或新增藥物、變更適用於我們承保範圍某些藥物的限制或將其轉移至不同的費用分攤層級。查看「藥物清單」確保您的藥物明年將得到承保，並查看是否有任何限制，或者您的藥物是否已轉移至不同的成本分擔層級。

「藥物清單」中大多數的新變更均會在每年年初進行更新。不過，我們還可能會在一年當中進行 Medicare 規定所允許的其他變更。例如，我們可能會立即移除 FDA 認為不安全的藥物或產品製造商從市場上下架的藥物。我們更新了我們的線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。

如果您在年初或一年中受到藥物保險變更的影響，請查看您的《承保範圍說明書》的第 9 章，並和您的醫生討論以找到您的選項，例如要求暫時藥量、申請例外和/或努力尋找新藥。您也可以聯絡會員服務部以取得更多資訊。

### 處方藥費用的變化

注意：如果您已加入提供藥物費用補助的計劃（「額外補助」），有關 D 部分處方藥費用的資訊將不適用於您。我們會另外寄送一份插文給您，名為**獲得額外補助支付處方藥費用之人士的承保範圍附約說明書**（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 2023 年 9 月 30 日之前未收到此插文，請致電會員服務部索取 LIS 附約。

藥物支付階段有四個階段。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。）

### 對免賠期的變化

階段	2023（今年）	2024（明年）
第 1 階段：年度免賠額階段	由於本計劃沒有免賠額，該付款階段不適用於您。	由於本計劃沒有免賠額，該付款階段不適用於您。

## 初始保險階段的成本分攤變更

階段	2023 (今年)	2024 (明年)
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>在此階段，本計劃支付其藥物成本的分擔額，而您則支付自己的<b>成本分擔</b>。</p> <p>本列的費用是您在提供標準成本分擔的網絡藥房配取一個月（30 天）藥量處方藥的費用。有關長期藥量或郵購處方藥費用的資訊，請參閱您的《承保範圍說明書》的第 6 章第 5 節。</p> <p>我們更改了我們的「藥物清單」上某些藥物的層級。如欲瞭解您的藥物是否將屬於另一層級，請查閱「藥物清單」。</p> <p>我們會為您免費承保大部份成人 D 部分的疫苗。</p>	<p>在標準成本分擔的網路藥房填寫您的一個月藥量費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 等級 1—首選學名藥：您需為每份處方支付 <b>\$0</b>。</li> <li>• 等級 2—學名藥：您需為每份處方支付 <b>\$5</b>。</li> <li>• 等級 3—首選品牌藥：您需為每份處方支付 <b>\$45</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 4—非首選品牌藥：您需為每份處方支付 <b>\$100</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 5—專業級藥物：您支付總費用的 <b>33%</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 6—D 部分注射用疫苗：您需為每份處方支付 <b>\$0</b>。</li> </ul> <p>您的總藥物費用達到 <b>\$4,660</b> 後，便會進入下一階段（保險間斷階段）。</p>	<p>在標準成本分擔的網路藥房填寫您的一個月藥量費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 等級 1—首選學名藥：您需為每份處方支付 <b>\$0</b>。</li> <li>• 等級 2—學名藥：您需為每份處方支付 <b>\$7</b>。</li> <li>• 等級 3—首選品牌藥：您需為每份處方支付 <b>\$47</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 4—非首選藥物：您需為每份處方支付 <b>\$100</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 5—專業級藥物：您支付總費用的 <b>33%</b>。本等級每種承保胰島素產品每月藥量您需支付 <b>\$35</b>。</li> <li>• 等級 6—D 部分注射用疫苗：您需為每份處方支付 <b>\$0</b>。</li> </ul> <p>您的總藥物費用達到 <b>\$5,030</b> 後，便會進入下一階段（保險間斷階段）。</p>



## 保險間斷和重大傷病承保階段的變更

其他兩個藥物保險階段 — 即保險間斷期和重病保險階段 — 適用於藥物費用高的患者。大部分的會員都不會到達保險缺口階段或重大傷病承保階段。

從 2024 年開始，如果您達到重大傷病承保階段，您無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。

有關您在上述各階段的具體費用資訊，請參閱您的《承保範圍說明書》的第 6 章，第 6 節和第 7 節。

## 第 2 章 - 決定選擇哪個計劃

### 第 2.1 章 - 如果您想保留 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃

若要留在我們的計劃中，您不需要做任何事情。如果您在 12 月 7 日前沒有加入其他計劃或變更為 Original Medicare，您將自動入保 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃。

### 第 2.2 章 - 如果您想變更計劃

我們希望您在明年繼續成為我們的會員，但若您想要在 2024 年變更計劃，請遵循以下步驟：

#### 步驟 1：了解並比較您的選擇

- 您可以加入其他 Medicare 保健計劃。
- 或者，您可以變更為 Original Medicare。如果您要變更為 Original Medicare，您將需決定是否要加入 Medicare 藥物計劃。如果您尚未入保 Medicare 藥物計劃，請參閱第 1.1 章有關繳交 D 部分延遲入保罰款。

如需瞭解 Original Medicare 以及不同類型 Medicare 計劃的詳細資訊，請使用 Medicare 計劃尋找工具 ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))、詳閱 2024 年的《Medicare & You》手冊、致電州健康保險輔助計劃（請參閱第 4 章）或致電 Medicare（請參閱第 6.2 章）。

在此善意提醒，Kaiser Permanente 還提供其他 Medicare 保健計劃。這些其他計劃的承保範圍、月保費和成本分擔金額可能有所不同。

## 步驟 2：變更您的保險

- 如欲轉換為其他 Medicare 保健計劃，請入保新計劃。您將會自動從我們的 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃中退保。
- 如欲變更為含有處方藥計劃的 Original Medicare，請入保新的藥物計劃。您將會自動從我們的 Senior Advantage Alameda、Napa 和 San Francisco Counties 計劃中退保。
- 如欲轉換為不含處方藥計劃的 Original Medicare，您必須：
  - ◆ 以書面方式向我們提出退保申請。如需如何採取上述行動的詳細資訊，請聯絡會員服務部。
  - ◆ 或者，您也可致電 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 申請退保，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 致電 1-877-486-2048。

## 第 3 章 - 變更計劃的截止日期

如果明年您要變更為其他計劃或 Original Medicare，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間辦理變更手續。變更將於 2024 年 1 月 1 日生效。

### 一年當中還有其他時段可以進行變更嗎？

在某些情況下，在一年當中的其他時段也可以進行變更。這些例子包括入保 Medicaid 的人士、獲得藥物費用「額外補助」者、已退出或打算退出雇主保險的人士，以及搬離服務區的人士，均可在一年當中的其他時段進行變更。

如果您已入保 2024 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃但不喜歡自己選擇的計劃，您可以在 2024 年 1 月 1 日到 3 月 31 日期間轉換為其他 Medicare 保健計劃（無論是否包含 Medicare 處方藥保險）或轉換為 Original Medicare（無論是否包含 Medicare 處方藥保險）。

如果您最近才搬入、目前居住於或剛搬出某個機構（如專業護理醫院或長期醫療護理醫院），您可以隨時變更您的 Medicare 承保範圍。您可以隨時變更為任何其他 Medicare 保健計劃（無論是否包含 Medicare 處方藥保險）或切換到 Original Medicare（無論是否包含 Medicare 處方藥計劃）。

## 第 4 章 - 提供有關免費 Medicare 諮詢的計劃

State Health Insurance Assistance Program (州健康保險協助計劃) 是一項獨立的政府計劃，在每個州均有受過訓練的諮詢人員。在加州，SHIP 稱為 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (健康保險輔導及倡導計劃)。

該項州政府計劃是由聯邦政府提供資金，為享有 Medicare 的人士免費提供當地健康保險諮詢。健康保險 Counseling and Advocacy Program 的諮詢人員能協助回答您有關 Medicare 的疑問，並協助您解決問題。他們將幫助您瞭解您的 Medicare 計劃選擇，並回答有關更改計劃的問題。您可以致電健康保險 Counseling and Advocacy Program，電話為 **1-800-434-0222 (TTY 711)**。

您可以瀏覽其網站 ([www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)) 以進一步瞭解有關健康保險 Counseling and Advocacy Program 的資訊。

## 第 5 章 - 協助支付處方藥費用的計劃

您可能符合資格獲得處方藥費用的補助。下列為不同的補助方式：

- **Medicare 的「額外補助」**。收入有限的人士可能符合獲得「額外補助」的資格，以使用該補助支付自己的處方藥費用。如果您符合資格，Medicare 可為您支付高達 75% 或 75% 以上的藥物費用，包括處方藥月保費、年度免賠額和共保額。另外，符合資格的人士沒有保險間斷期或延遲入保罰款。如想知道自己是否符合資格，請致電：
  - ◆ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 致電 **1-877-486-2048**，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時；
  - ◆ 如需代表，可撥打社會安全局辦公室電話 **1-800-772-1213**，服務時間為週一至週五上午 8:00 至晚上 7:00。每天 24 小時可提供自動訊息服務。TTY 使用者請致電 **1-800-325-0778**；或
  - ◆ 您所在州的 Medi-Cal (Medicaid) 辦事處 (申請)。
- **愛滋病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 患者的處方藥成本分擔補助**。  
The AIDS Drug Assistance Program (愛滋病藥物協助計劃) 有助於確保有資格加入 ADAP 的愛滋病毒 (HIV) / 後天免疫缺乏症候群 (AIDS) 患者能取得可挽救生命的愛滋病毒藥物。患者必須符合特定條件，其中包括證明該州居民身分和愛滋病毒狀態、證明符合州政府定義的低收入，以及證明為無保險 / 保險不足狀態。Medicare D 部分處方藥若同時也屬於 ADAP 的適用範圍，則這些處方藥將有資格透過 **California AIDS Drug Assistance Program (加州愛滋病藥物協助計劃)** 獲得處方藥成本分擔補助。

如需有關入保資格標準、承保藥物或如何參加該計劃的資訊，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點 (不包括假日) 致電 **1-844-421-7050** 與 ADAP 電話中心聯絡。

**1-800-443-0815 (TTY 711)**，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

## 第 6 章 - 有疑問嗎？

### 第 6.1 章 - 從本計劃獲得協助

有疑問嗎？我們隨時為您提供協助。請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務部。（僅限 TTY，請致電 **711**。）每週 7 天的上午 8:00 至晚上 8:00，我們均可為您服務。撥打這些號碼是免費的。

閱讀您的 2024 年《承保範圍說明書》（其中包含關於明年度理賠福利和費用的詳細資訊）

此份年度變更通知為您提供 2024 年理賠和費用變更的概要。如需詳細資料，請參閱本計劃的 2024 年《承保範圍說明書》。《承保範圍說明書》是您的計劃理賠項目進行的法律文件。該文件解釋了您的權利以及您為了獲得承保服務及處方藥而應遵守的規定。

《承保範圍說明書》副本可於我們的網站取得，網址為 [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal)。您亦可致電我們的會員服務部，要求我們寄送一份《承保範圍說明書》給您。

造訪我們的網站

您也可以造訪我們的網站，網址為 [kp.org](http://kp.org)。溫馨提醒，我們的網站提供有關我們的保健業者網路的最新資訊（《醫護人員名錄》）和我們的承保藥物清單（承付藥物手冊/藥物清單）。

### 第 6.2 章 - 從 Medicare 獲得協助

如欲從 Medicare 直接獲得資訊：

致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**，每週 7 天、每天 24 小時均可撥打。TTY 致電 **1-877-486-2048**。

造訪 Medicare 網站

造訪 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。該網站提供有關費用、承保範圍和品質星級評比的資訊，以協助您比較您區域中的 Medicare 保健計劃。若要查看計劃相關資訊，請前往 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。

**閱讀 2024 年的《Medicare & You》**

閱讀 2024 年《Medicare & You》手冊。每年秋季，我們均會寄送本文件給加入 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。如果您未收到這份文件的副本，您可在 Medicare 網站 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 上取得或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 致電 1-877-486-2048。

**Kaiser Permanente Senior Advantage 會員服務**

<b>方法</b>	<b>會員服務部 — 聯絡資訊</b>
<b>致電</b>	<b>1-800-443-0815</b> 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天， 每天早上 8:00 至晚上 8:00。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費口譯服務。
<b>TTY</b>	<b>711</b> 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天， 每天早上 8:00 至晚上 8:00。
<b>寫信</b>	您當地的會員服務部辦事處 (請參閱《 <b>醫護人員名錄</b> 》以查詢地點)。
<b>網站</b>	<b>kp.org</b>

# 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。



## 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 panggamot. 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 대해 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية 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.

**Portuguese:** 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。

# 計劃資訊

作為此計劃的會員，我們有時可能會與您連絡，告知您可能向您提供的其他Kaiser Permanente計劃或產品。如果您想退出此類電話，請撥打會員卡背面的電話號碼連絡會員服務。

---

## 《醫護人員名錄》

如果您需要協助尋找網絡內醫護人員或藥房，請瀏覽[kp.org/directory](https://kp.org/directory)以搜尋線上名錄（註：根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 規定，2024年的名錄將於2023年10月15日開始在線上提供）。

如需獲得透過郵寄方式給您的《醫護人員名錄》、《牙科醫護人員名錄》或《藥房名錄》（如適用），您可致電1-800-443-0815（聽障及語障電話專線711），與Kaiser Permanente連絡，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。

---

## Medicare D部分處方藥承付藥物手冊

承付藥物手冊列出了我們承保的Medicare計劃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，請參閱我們的線上承付藥物手冊：[kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx)（註：根據Medicare規定，2024年的承付藥物手冊將於2023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（聽障及語障電話專線711），與Kaiser Permanente連絡，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。

---

## 承保範圍說明書 (EOC)

EOC將說明如何透過您的計劃取得承保的醫療護理和處方藥。《承保範圍說明書》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](https://kp.org/eocncal)以檢視線上版的EOC（註：根據Medicare規定，北加州2024年的EOC將於2023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（聽障及語障電話專線711），與Kaiser Permanente連絡，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。



