

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)，由南加州地區
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供

2025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/eocscal上取得。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。

其他資源

- 我們免費提供本文件的阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、中文、伊朗波斯文、韓文、俄文、西班牙文、塔加路文或越南文版本。
- 您可以免費取得本**年度變更通知**的其他格式，例如大字版、點字版或音訊。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）。此乃免費電話。
- 請於上午8:00至晚上8:00（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/或格式的常規要求。

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

目錄

A. 免責聲明.....	4
B. 查看您明年的Medicare和Medi-Cal的承保範圍.....	4
B1. 有關本計劃的資訊.....	5
B2. 待辦的重要事項.....	6
C. 本計劃名稱的變更.....	7
D. 本計劃網絡醫護人員和藥房的變更.....	7
E. 明年的福利和費用變化.....	8
E1. 醫療服務的理賠項目和費用變更.....	8
E2. 處方藥保險變更.....	8
E3. 第1階段：「初始承保階段」.....	10
E4. 第2階段：「重大傷病承保階段」.....	11
F. 行政管理的變化.....	11
G. 選擇計劃.....	12
G1. 留在本計劃中.....	12
G2. 變更計劃.....	12



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

H. 取得協助.....	17
H1. 本計劃.....	17
H2. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)	17
H3. 申訴計畫	17
H4. Medicare.....	18
H5. 加州保健計劃管理局.....	18
H6. Medicare處方藥給付計劃	19



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。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

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。參考**E節**了解有關明年理賠福利變更的更多資訊。

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。

若退出我們的計劃，您可以獲得以下資訊：

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



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

B1.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。
- Kaiser Permanente Dual Complete South P1計劃的承保範圍為合格的醫療保險，稱為「最低基本承保」。該計劃符合患者保護及平價醫療法案 (ACA) 個人共同責任要求。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。
- 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計劃。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

B2.待辦的重要事項

- 請檢查本理賠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？承保內容是否在不同的費用分攤層級？您還可以使用相同的藥房嗎？是否會有如事先授權等變更？
 - 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。
 - 與您的醫生討論可能為您提供的低成本替代品，或許能夠讓您節省下一年的自付費用。
 - 請記住，您所屬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。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

如果您決定繼續使用Kaiser Permanente Dual Complete South P1：

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Kaiser Permanente Dual Complete South P1。

如果您決定變更計畫：

如果您決定其他保險更符合您的需求，您可轉換計畫（請參考**G2節**，以了解更多資訊）。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

2025年1月1日，我們的計畫名稱從Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1變更為Kaiser Permanente Dual Complete South P1。

您將會在2025年1月之前收到新會員卡。

D.本計劃網絡醫護人員和藥房的變更

您為處方藥支付的金額取決於您使用的藥房。我們的計畫有一個藥房網絡。大多數情況下，*只有當您的處方在網絡藥房配取時才會獲得承保。*

我們的醫護人員和藥房網路在2025年發生了變化。

請查看**2025年醫護人員和藥房名錄**了解您的醫護人員或藥房是否在我們的網絡中。如需更新版的《保健業者名錄和藥房名錄》，請造訪我們的網站，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，以取得更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絡進行變更。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》）。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

E. 明年的福利和費用變化

E1. 醫療服務的理賠項目和費用變更

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。

	2024 (今年)	2025 (明年)
救護服務	如果您有資格獲得Medi-Cal所提供的Medicare費用分擔補助，您需支付 \$0 。否則您需支付單程 \$150 。	如果您有資格獲得Medi-Cal所提供的Medicare費用分擔補助，您需支付 \$0 。否則您需支付單程 \$50 。
牙科服務 經由DeltaCare® USA Dental HMO計畫提供預防和綜合牙科服務。	您支付 \$0 。	不承保。經由Medi-Cal計畫繼續承保牙科服務。
健身福利	Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise計畫需支付 \$0 ，包括健身房會員資格、線上健康課程和資源以及家庭健康套組（其中一個包括活動追蹤器）。	One Pass™健身計劃需支付 \$0 ，包括使用網絡內健身房、線上健身課程，以及其他健身活動和線上大腦健康計劃。
非處方 (OTC) 健康和養生物品 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 \$250 福利限額的OTC商品。	您每季最多可以訂購 \$200 福利限額的OTC商品。

E2. 處方藥保險變更

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/seniorr。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。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

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、變更承保範圍內的藥物、變更適用於我們承保範圍某些藥物，變更適用承保範圍的特定藥物或如果您的藥物已轉移至不同的成本分擔層級之限制。

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。但是，我們可能會做出Medicare和/或州所允許的其他變更，上述變更可能在計劃年度內影響您。我們至少將每個月更新一次線上「藥物清單」，以提供最新的藥物清單。如果我們的變更將影響您正在服用的藥物，我們將發送有關變更的通知給您。

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，我們會承保該曆年前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，請和您的醫生討論當您的暫時藥量用完時該怎麼做。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曆年的年底到期，且必須在每年年初將其重新提交，以供核准。

目前我們能立即自藥物清單上移除品牌藥，如果滿足我們能取得相同或更低費用分攤層級新的非品牌藥，且該非品牌藥適用取代品牌藥相同或更少的規定之條件。此外，在增加新的仿製藥時，我們可能會決定保留「藥物清單」中的品牌藥，但我們會立即將該品牌藥移到其他成本分擔層級，或增加新的規則，或兩者同時進行。

從2025年開始，我們可以立即用某些生物仿製藥取代原有的生物製品。這意味著，例如，如果您正在服用被生物仿製藥取代的原研生物製品，您可能不會在我們生產前30天收到更改通知，也可能無法在網絡藥房獲得一個月的原研生物製品供應量。如果您在我們進行更改時正在服用原始生物製品，您仍然會獲得有關我們所做的具體更改的訊息，但可能會在我們進行更改後到達。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

部分藥物類型對您來說會是新的。有關藥物類型的定義，請參閱**會員手冊**的**第12章**。美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 也提供消費者有關藥品的資訊。請參考FDA網站：www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients。您也可以透過頁面底部的電話號碼聯絡會員服務部，或向您的保健業者、處方醫生或藥劑師詢問了解更多資訊。

處方藥費用的變化

根據本計劃，您的**Medicare D**部分處方藥承保有兩個支付階段。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。共有兩個階段：

第1階段 初始承保階段	第2階段 重大傷病承保階段
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付額。 您在一年當中首次配藥時，即開始此階段。	在此階段，本計劃將支付您在 2025年12月31日 之前的所有藥物費用。 在您支付一定金額的自付費用後即開始此階段。

當您的處方藥自付費用總額達到**\$2,000**時，初始承保階段即告結束。此時，會開始重大傷病承保階段。本計劃會支付您從那時起到年底的所有藥物費用。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**（《會員手冊》）。

從**2025年**開始，根據藥廠折扣計劃，製藥商在初始承保階段為承保範圍的**D**部分品牌藥和生物製劑支付該計劃全部費用的一部分。依據藥廠折扣計劃規定，由製藥商支付的折扣不列入自付費用計算。

E3.第1階段：「初始承保階段」

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付額。共付額會依據藥物所屬的成本分攤層級以及您從何處取得該藥物而定。每次配藥時，您都需支付共付額。如果您的承保藥物費用低於共付額，您將支付較低金額。

有關長期藥量成本的資訊，請參閱《會員手冊》**第6章D節**。

我們已將**藥物清單**上的某些藥物轉移至較低或較高的藥物層級。如果您的藥物從一個層級轉移至另一層級，這可能會影響您的共付額。如欲查找您的藥物是否屬於另一層級，請查閱**藥物清單**。我們會為您免費承保大部份成人**D**部分的疫苗。

下表顯示了您在我們的五個藥物層級中的每種藥物費用。這些金額**只有**在您處於初始承保階段期間才適用。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

	2024 (今年)	2025 (明年)
第1-2級藥物 (包括非品牌藥) 在網絡藥房配藥第1級和第2級藥物一個月的供應成本	您一個月 (30天藥量) 的共付額為 每個處方\$0-\$4.50 ，取決於您的「額外補助」級別。	您一個月 (30天藥量) 的共付額為 每個處方\$0-\$4.90 ，取決於您的「額外補助」級別。
第3-5級藥物 (包括品牌及專用藥) 在網絡藥房配藥的第3-5級藥物一個月的供應成本	您一個月 (30天藥量) 的共付額為 每個處方\$0-\$11.20 ，取決於您的「額外補助」級別。	您一個月 (30天藥量) 的共付額為 每個處方\$0-\$12.15 ，取決於您的「額外補助」級別。

當您的自付費用總額達到**\$2,000**時，初始承保階段即告結束。此時會開始重大傷病承保階段。此計劃會支付您從那時起到年底的所有藥物費用。如需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》)。

E4.第2階段：「重大傷病承保階段」

從2025年開始，製藥商在重大傷病承保階段為承保範圍的D部分品牌藥和生物製劑支付該計劃的一部分費用。依據藥廠折扣計劃規定，由製藥商支付的折扣不列入自付費用計算。

當您的處方藥達到自付費用限額**\$2,000**時，即會開始重大傷病承保階段，您無需為承保藥物支付任何費用。到該曆年結束前，您都會維持在重大傷病承保階段。

有關重大傷病承保階段的更多資訊，請參閱《會員手冊》**第6章**。

F.行政管理的變化

此外，明年會有管理變更。下表說明了此變更。

	2024 (今年)	2025 (明年)
Medicare處方藥給付計劃	不適用	Medicare處方藥給付計劃可以透過在一年內以月保費的方式分攤藥物費用，幫助管理您的藥物費用。要了解有關此計劃的更多資訊，請透過本頁底部的電話號碼聯絡我們或造訪 www.medicare.gov 。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

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 2025 年計劃的註冊會員。

G2. 變更計劃

多數享有 Medicare 的人士皆可在一年當中的特定時間終止其會員資格。由於您擁有 **Medi-Cal**，因此您可以在一年中的任何月份終止您的本計劃會員資格。

此外，您可以在以下期間終止您的本計劃會員資格：

- **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 (MA) 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，可讓您有資格變更入保。例如，若：

- 您搬出我們的服務區，
- 您的 **Medi-Cal** 或「額外補助」資格已變更，**或**
- 您最近才搬入、目前正在護理機構接受醫療護理（例如專業護理機構或長照醫院）。如果您最近搬出機構，您可以在搬出當月後的完整兩個月內更改計劃或變更為 **Original Medicare**。

您的 Medicare 服務

您在一年中任一月份皆有三個可取得 Medicare 服務的選項，如下所示。在一年中的某些時間，您還有以下列出的額外選擇，包括 **年度入保期** 和 **Medicare Advantage 開放入保期** 或 **G2 節** 中描述的其他情況。若您選擇這些選項之一，您將自動終止您的本計劃會員資格。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

1.您可以變更為：

Medicare Medi-Cal計劃 (Medi-Medi計劃) 為**Medicare Advantage**計劃的一種。它適用於同時擁有**Medicare**和**Medi-Cal**的人士，同時將**Medicare**和**Medi-Cal**的福利合併到一個計劃中。**Medi-Medi**計劃協調兩個計劃的所有福利和服務，涵蓋所有**Medicare**和**Medi-Cal**的承保服務。

注意：「Medi-Medi計劃」一詞是加州整合雙重合格特殊需求計劃 (D-SNP) 的名稱。

以下是應採取的行動：

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、一天24小時。聽障及語障電話專線使用者請致電1-877-486-2048。

如需查詢老年人全方位護理計劃 (PACE)，請致電1-855-921-PACE (7223)。

如果您需要協助或更多資訊：

- 可在週一至週五的上午8點至至下午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.aqing.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aqing.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

或

入保新的Medi-Medi計劃。

在您新計劃的承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。您的Medi-Cal計劃將變更以符合您的Medi-Medi計劃。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。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、一天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>除非您要求變更，否則您的Medi-Cal計劃不會變更。</p>
---	--



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

3.您可以變更為：

不含獨立Medicare處方藥計劃的Original Medicare

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。

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 Service s/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

以下是應採取的行動：

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、一天24小時。聽障及語障電話專線使用者請致電1-877-486-2048。

如果您需要協助或更多資訊：

- 可在週一至週五的上午8點至至下午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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

您的Original Medicare承保開始生效時，您將自動從本計劃退保。

除非您要求變更，否則您的Medi-Cal計劃不會變更。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

<p>4.您可以變更為：</p> <p>任何Medicare保健計劃，在一年中的特定期間，包括年度入保期和Medicare Advantage開放入保期或A節中所述的其他情況。</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、一天24小時。聽障及語障電話專線使用者請致電1-877-486-2048。</p> <p>如需查詢老年人全方位護理計劃 (PACE)，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.aqing.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 <p>或是</p> <p>入保新的Medicare計劃。</p> <p>在新計劃保險開始生效時，您將自動從我們的Medicare計劃退保。</p> <p>您的Medi-Cal計劃可能會改變。</p>
--	--

您的Medi-Cal服務

如有關於離開本計畫後如何選擇**Medi-Cal**計劃或取得您的**Medi-Cal**服務的疑問，請與醫療保健選項部聯絡，電話為**1-800-430-4263**，服務時間為週一至週五上午8:00至下午6:00。聽障及語障電話專線使用者請致電**1-800-430-7077**。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。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

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。它包含有關2025年福利和費用的詳細資訊。亦說明您的權利和必須遵守的規定，以便取得我們承保的服務和處方藥。

本《會員手冊》2025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/eocscal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2025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。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在每個縣都設有訓練有素的顧問，而且服務皆為免費。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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

H3. 申訴計畫

如果您在使用本計劃時有任何問題，Medicare Medi-Cal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。Medicare Medi-Cal申訴計畫：

- 可代表您爭取您的權益。如果您有問題或投訴，他們都可以回答問題，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與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。Medicare Medi-Cal申訴計畫的電話號碼是1-855-501-3077。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

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)。

Medicare & You 2025

您可以詳閱《Medicare & You 2025》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。此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監管保健計劃服務計劃。如果您想針對您的保健計劃進行申訴，您應該先聯絡您的保健服務計劃，請撥打**1-800-443-0815**，並在聯絡加州保健計劃管理局之前利用您的保健計劃申訴流程。利用此申訴程序並不禁止您享有任何潛在的合法權利或可能獲得的補救措施。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。如需詳細資訊，請參閱第9章F4節 (您的《會員手冊》)。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪kp.org/medicare。

H6.Medicare處方藥給付計劃

Medicare處方藥給付計劃可以透過在一年內以月保費的方式分攤藥物費用，幫助管理您的藥物費用。本計劃不會降低您的總自付費用。對符合資格的人來說，Medicare的「額外補助」以及來自您所在州的州立藥物補助計劃 (State's pharmaceutical assistance program, SPAP) 和愛滋病藥物協助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 的幫助比單獨參與Medicare處方藥給付計劃更有利。所有參與者都有資格參加計劃，無論收入水準如何。要了解有關此計劃的更多資訊，請透過本頁底部的電話號碼聯絡我們或造訪[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，每週7天，上午8:00至晚上8:00提供服務。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪[kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)。

反歧视声明

歧视属于违法行为。Kaiser Permanente¹遵守州和联邦的民权法律。

Kaiser Permanente不会因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
 - ◆ 合格的手语翻译员
 - ◆ 其他格式的书面信息，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
 - ◆ 合格的口译员
 - ◆ 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。此电话不收取任何费用：

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、卡式录音带或电子版。如需获取这些替代格式或其他格式的副本，请打电话给我们的会员服务联络中心，索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente递交申诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的

非法歧视，您可以向Kaiser Permanente 提出歧视申诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出申诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交申诉。您可以通过以下方式提出歧视申诉：

- **电话：**所有会员均可拨打**1-800-757-7585 (TTY 711)**。每周7天、每天24小时提供帮助（节假日除外）
- **邮寄：**从 **kp.org** 下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在**kp.org/facilities**上的保健业者目录中查询地址）
- **在线提交：**请在我们的网站**kp.org**上使用线上表格

¹ Kaiser Permanente包括Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、Permanente Medical Group和Southern California Medical Group

您也可以直接联系Kaiser Permanente民权事务协调员，地址为：

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

如何向加州医疗保健服务部民权办公室提出申诉（仅适用于*Medi-Cal*受益人）

您可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州医疗保健服务部 (California Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：
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
投诉表可在此网址下载：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **线上：**发送电子邮件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019 (TTY 711 或1-800-537-7697)**
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
投诉表可在此网址下载：
<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>
- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815 (TTY 711)**. These services are free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815 (TTY` 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**。以上服務為免費提供。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो

1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu

1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。これらのサービスは、無料をご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Estos servicios no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

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以搜尋線上名錄（註：根據聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 規定，2025年的名錄將於2024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** (TTY: 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（註：根據Medicare規定，2025年的承付藥物手冊將於2024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或kp.org/eocscal以線上檢視您的EOC（註：根據Medicare規定，2025年的EOC將於2024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連絡，服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。