

## 2025 年度變更通知

您目前入保為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid 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。

此文件介紹您的計劃的變更。若要取得更多有關費用、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。您亦可致電會員服務部，要求我們寄送《承保範圍說明書》給您。

---

### 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。
  - 查看醫療護理費用的變更（醫生、醫院）。
  - 查看本計劃藥物承保範圍變更，包括承保限制和成本分擔。
  - 考慮一下您將在保費、免賠額和成本分擔上花費多少錢。
  - 檢查 2025 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。
  - 比較 2024 年和 2025 年的計劃資訊，查看這些藥物是否將轉移至不同的成本分擔層級或將有不同的限制，例如 2025 年的事前授權。
- 檢查您的基本護理醫生、專科醫生、醫院和其他醫護人員（包括藥房）明年是否會在我們的網路中。
- 檢查您是否有資格獲得處方藥費用的補助。收入有限的人士可能符合獲得 Medicare 的「額外補助」資格。
- 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 2025 年《Medicare & You》手冊背面的清單。如需其他支援，請與您的州健康保險補助計劃 (SHIP) 聯絡，與訓練有素的顧問洽談。
- 在您將選擇範圍縮小至您喜歡的計劃之後，在我們的計劃網站上確認您的費用及承保範圍。

## 3. 選擇：決定您是否想要變更計劃

- 如果您未在 2024 年 12 月 7 日之前加入另一項計劃，便會留在 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃中。
- 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 **2025 年 1 月 1 日開始**。這將結束您在 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃的入保。
- 請參閱第 15 頁第 5 節以進一步瞭解您的選擇。
- 如果您最近才搬入或目前居住於某個機構（如專業護理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 處方藥計劃均可）。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出當月後的完整兩個月內更改計劃或變更為 Original Medicare。

## 其他資源

- 本文檔有其他語言版本可供免費索取。如欲取得其他資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話號碼為 1-800-805-2739。（聽障及語障電話專線使用者請致電 711。）  
服務時間為每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。此乃免費電話。
- 如果您需要，可以透過致電會員服務部，獲得點字、大字體文件、音頻文件或數據 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

## 關於 Kaiser Permanente Dual Complete

- Kaiser Permanente 是一項與 Medicare 計劃和州 Medicaid 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。
- 若本文件提及「我們」或「我們的」，則指夏威夷地區的 Kaiser Foundation Health Plan（保健計劃）。若提及「計劃」或「本計劃」，則指 Kaiser Permanente Dual Complete。

## 2025 年度變更通知

### 目錄

<b>2025 年重要費用概要</b> .....	<b>5</b>
<b>第 1 節 我們正在更改本計劃的名稱</b> .....	<b>7</b>
<b>第 2 節 明年的理賠項目和費用變更</b> .....	<b>7</b>
第 2.1 節 - 月保費的變更 .....	7
第 2.2 節 - 自付費用金額上限的變更 .....	7
第 2.3 節 - 醫護人員和藥房網絡的變更 .....	8
第 2.4 節 - 醫療服務的理賠福利和費用變更 .....	9
第 2.5 節 - D 部分處方藥承保範圍變更 .....	10
<b>第 3 節 行政管理變更</b> .....	<b>15</b>
<b>第 4 節 決定選擇哪個計劃</b> .....	<b>15</b>
第 4.1 節 - 如果您想留在 Kaiser Permanente Dual Complete .....	15
第 4.2 節 - 如果您想變更計劃 .....	15
<b>第 5 節 變更計劃的截止日期</b> .....	<b>16</b>
<b>第 6 節 提供有關 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃</b> .....	<b>17</b>
<b>第 7 節 有助於支付處方藥費用的計劃</b> .....	<b>17</b>
<b>第 8 節 有疑問嗎？</b> .....	<b>19</b>
第 8.1 節 - 從本計劃獲得協助 .....	19
第 8.2 節 - 從 Medicare 獲得協助 .....	19
第 8.3 節 - 從 Medicaid 獲得協助 .....	20

## 2025 年重要費用概要

下表針對 2024 年和 2025 年 Kaiser Permanente Dual Complete 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	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>計劃月保費*</b> *您的保費可能比所列金額更高。(請參閱第 2.1 節以瞭解詳情。)	如果您不符合「額外補助」資格，則為 <b>\$40.80</b> 。	<b>\$0</b>
<b>醫生診所就診</b>	醫生診所就診： <b>\$0</b> 專科醫生看診： <b>\$0</b>	醫生診所就診： <b>\$0</b> 專科醫生看診： <b>\$0</b>
<b>住院</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>D 部分處方藥保險</b> (請參閱第 2.5 節以瞭解詳情。)	免賠額： <b>\$545</b> ，承保胰島素產品和 D 部分大多數成人疫苗除外。 如果您不符合「額外補助」資格，則初始保險階段的成本分擔(最多 30 天藥量)： <b>25%</b> 您需為每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$35</b> 。 重大傷病承保：在此付款階段期間，本計劃將會支付承保 D 部分藥物	免賠額： <b>\$580</b> (層級 3、4 和 5)，承保胰島素產品和 D 部分大多數成人疫苗除外。 如果您不符合「額外補助」資格，則初始保險階段的成本分擔(最多 30 天藥量)： 藥物層級 1： <b>\$0</b> 藥物層級 2：您支付總費用的 <b>4%</b> 。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$0</b> 。

**1-800-805-2739** (聽障及語障電話專線：**711**)，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
	的全額費用。您無需支付費用。	<p>藥物層級 3：您支付總費用的 <b>24%</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物層級 4：您支付總費用的 <b>25%</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物層級 5：您支付總費用的 <b>25%</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付<b>\$35</b>。</p> <p>藥物層級 6 - 注射用 D 部分疫苗：您需為每份處方支付<b>\$0</b>。</p> <p>重大傷病承保： 在此付款階段期間，您無需為 D 部分承保藥物支付任何費用。</p>
<p><b>自付上限</b></p> <p>此金額為您為承保的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分服務自付費用的最高金額。 (請參閱第 2.2 節以瞭解詳情。)</p>	<p><b>\$7,550</b></p> <p>您無需負責為 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分的承保服務支付任何可計入自付上限金額的自付費用。</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>您無需負責為 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分的承保服務支付任何可計入自付上限金額的自付費用。</p>

## 第 1 節 我們正在更改本計劃的名稱

2025 年 1 月 1 日，本計劃的名稱將從 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid 變更為 Kaiser Permanente Dual Complete。

您將會在 2025 年 1 月之前收到新會員 ID 卡。

## 第 2 節 明年的理賠項目和費用變更

### 第 2.1 節 - 月保費的變更

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>月保費</b> (您亦必須繼續支付 Medicare B 部分的保費，除非 Medicaid 為您支付了保費)。	如果您不符合「額外補助」的資格，則需支付 <b>\$40.80</b> 。如果您符合「額外補助」的資格，則需支付 \$0。	<b>\$0</b>

### 第 2.2 節 - 自付費用金額上限的變更

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，您今年餘下的時間通常不需要為承保的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分服務（以及 Medicare 未涵蓋的其他醫療服務，如《承保範圍說明書》第 4 章所述）支付費用。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>自付上限</b> 由於本計劃的會員也透過 Medicaid 獲得補助，因此極少會員會達到此自付上限。 您無需負責為 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 B 部分的承保服務支付任何可計入自付上限金額的自付費用。	<b>\$7,550</b>	<b>\$9,350</b> 當您為承保的 Medicare 計劃 A 部分和 Medicare 計劃 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 \$9,350 後，在該日曆年度的剩餘時間裡，您便無需再

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
承保醫療服務的費用 (如共付額) 將計入您的自付上限。您的處方藥費用不會計入自付上限。		為這些承保服務支付任何費用。

## 第 2.3 節 - 醫護人員和藥房網絡的變更

您為處方藥支付的金額取決於您使用的藥房。Medicare 藥物計劃中包括藥房網絡。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。

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 2025 年《[醫護人員和藥房名錄](http://kp.org/directory)》([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) 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。

本計劃的藥房網絡明年會有所變更。請檢閱 2025 年《[醫護人員和藥房名錄](http://kp.org/directory)》([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) 以查看哪些藥房隸屬於我們的網絡。

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 2.4 節 - 醫療服務的理賠福利和費用變更

請注意，此份年度變更通知會告訴您 Medicare 福利和費用的變更內容。

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	2024 (今年)	2025 (明年)
<b>牙科服務</b> 承保的預防性牙科服務由 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage 網絡提供。		
<ul style="list-style-type: none"> <li>一般性輔助服務</li> </ul>	您支付 <b>30%</b> 共保額。	您支付 <b>\$0</b> 。
<ul style="list-style-type: none"> <li>氟化物治療</li> </ul>	不承保。	承保範圍內。每年兩次就診需支付 <b>\$0</b> 。
<ul style="list-style-type: none"> <li>咬合板</li> </ul>	不承保。	承保範圍內。每 5 年一次的咬合板更換需支付 <b>\$0</b> 。
<ul style="list-style-type: none"> <li>某些 X 光檢查， 例如根尖周、咬合、咬翼片和 /或全景 放射影像</li> </ul>	您支付 <b>0%-30%</b> 共保額。	您支付 <b>\$0</b> (可能有限額)。
<b>Medicare 不承保耐用 醫療器材 (DME)</b> 需要事先授權和轉介。	不承保。	使用紫外線光療法治療設備治療以下病症需支付 <b>\$0</b> ： 皮膚淋巴瘤、扁平苔蘚、 硬皮病、白癜風、濕疹 (異位性皮膚炎、 特發性皮炎)、瘙癢症、 結節性癢疹、環狀肉芽 腫、類淋巴瘤丘疹病、類

**1-800-805-2739** (聽障及語障電話專線：711)，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

費用	2024 (今年)	2025 (明年)
		地衣糠疹和移植物抗宿主病。
健身福利	Silver&Fit 健身計劃需支付\$0，包括標準健身房的會員資格和家用健身器材（還可以選擇包含活動追蹤器的器材）。	<p>One Pass™健身計劃需支付\$0，包括使用網絡內健身房、線上健身課程和資源、家用健身器材和線上大腦健康計劃。</p> <p>從 1 月 1 日開始，可訪問 <a href="http://www.YourOnePass.com">www.YourOnePass.com</a> 或致電 1-877-614-0618（聽障及語障電話專線 711），週一至週五，上午 6 點至晚上 7 點提供服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 獲取進入健身房或健身設施的存取碼。</li> <li>• 有關參與健身房和健身地點、計劃福利或設置在線賬戶的資訊。</li> </ul>

## 第 2.5 節 - 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，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成本分擔層級。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。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

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，我們還可能會在計劃年度當中進行 Medicare 規定所允許但會影響您的其他變更。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取得自己正在服用的藥物，我們將發送有關變更的通知給您。

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。

目前我們能立即自藥物清單上移除品牌藥，前提是有能取得相同或更低費用分攤層級的非品牌藥，且該非品牌藥比其取代的品牌藥具有相同或更少的限制。此外，在增加新的非品牌藥時，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，或增加新的限制，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，您可能不會在我們變更前 30 天收到變更通知，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。如果您在我們進行變更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變更的訊息，但訊息可能會在我們進行變更後才到達。

部分藥物類型對您來說會是新的。有關藥物類型的定義，請參閱您的《承保範圍說明書》的第 12 章。美國食品及藥物管理署 (Food and Drug Administration, FDA) 也提供消費者有關藥品的資訊。請參考 FDA 網站：<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>。您也可以聯絡會員服務部或向您的保健業者、處方醫師或藥劑師詢問了解更多資訊。

### 處方藥福利和費用的變化

如果您獲得「額外補助」用於支付 Medicare 處方藥的費用，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。**註：**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說明書附約」（亦稱為低收入補助附約或 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 2024 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。

從 2025 年開始，藥物支付階段有三個階段：年度免賠額階段、初始承保階段和重大傷病承保階段。保險間斷階段和 Coverage Gap Discount Program 將不存在於 D 部分福利中。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

Coverage Gap Discount Program 也將被藥廠折扣計劃取代。根據藥廠折扣計劃，製藥商在初始承保階段和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。

### 對免賠期的變化

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
<p><b>第 1 階段：年度免賠額階段</b> 在此階段，您必須全額支付 <b>層級 3 (首選品牌藥)、層級 4 (非首選品牌藥) 和層級 5 (專科層級藥物)</b> 藥物的費用，直到您達到年度免賠額。免賠額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。</p>	<p>如果您不符合「額外補助」資格，免賠額為<b>\$545</b>。</p>	<p>如果您不符合「額外補助」資格，免賠額為<b>\$580</b>。</p> <p>在此階段，您需支付以下成本分擔額（最多 30 天藥量）：</p> <p>層級 1 藥物支付<b>\$0</b>， 層級 2 藥物支付總藥物費用的<b>4%</b>， 層級 6 藥物支付<b>\$0</b>。</p> <p>您需全額支付<b>層級 3 (首選品牌藥)、層級 4 (非首選品牌藥) 和層級 5 (專科等級藥物)</b> 藥物的費用，直到您達到年度免賠額。</p>

## 初始保險階段的成本分擔變更

對於層級 1（首選非品牌藥）和層級 6（D 部分注射用疫苗），您在初始保險階段的成本分攤從共保額變更為共付額。從 2024 年到 2025 年的變化見下圖。

階段	2024（今年）	2025（明年）
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>支付年度免賠額後，您就會進入初始保險階段。在此階段，本計劃支付其藥物成本的分擔額，而您則支付自己的成本分擔。</p> <p>2024 年，如果您不符合「額外補助」資格，您需為層級 1（首選非品牌藥）和層級 6（D 部分注射用疫苗）支付 25% 的共保額。2025 年，您將為這些層級的藥物支付 \$0 的共付額。</p> <p>本行的費用是您在網絡藥房配取一個月（30 天）藥量處方藥的費用。</p> <p>有關長期藥量費用的資訊，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>如果您不符合「額外補助」資格，您透過標準成本分擔在網絡藥房一個月藥量的配藥費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>您支付總費用的 <b>25%</b>。您需為每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$35</b>。您一個月郵購處方的費用為總費用的 <b>25%</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>	<p>如果您不符合「額外補助」資格，您透過標準成本分擔在網絡藥房一個月藥量的配藥費用：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>層級 1 - 首選非品牌藥：您支付 <b>\$0</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$0</b>。您一個月郵購處方的費用為 <b>\$0</b>。</li> <li>層級 2 - 非品牌藥：您支付總費用的 <b>4%</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$0</b>。您一個月郵購處方的費用為 <b>\$0</b>。</li> <li>層級 3 - 首選品牌藥：您支付總費用的 <b>24%</b>。您需為本層級每種承保胰島素產品每月藥量支付 <b>\$35</b>。您一個月郵購處方的費用為總費用的 <b>24%</b>。</li> </ul>

階段	2024 (今年)	2025 (明年)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 層級 4 - 非首選藥物：您支付總費用的 <b>25%</b>。</li> <li>• 層級 5 - 專科等級藥物：您支付總費用的 <b>25%</b>。</li> <li>• 藥物層級 6 - 注射用 D 部分疫苗：您需為每份處方支付 <b>\$0</b>。</li> </ul> <p>在您支付的 D 部分藥物自付費用達到 <b>\$2,000</b> 後，便會進入下一階段（重大傷病承保階段）。</p>

### 重大傷病承保階段變更

重大傷病承保階段是第三個也是最後一個階段。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。

有關您在重大傷病承保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。

### 第 3 節 行政管理變更

說明	2024 (今年)	2025 (明年)
Medicare 處方藥付款計劃	不適用	<p>Medicare 處方藥付款計劃是一種適用於您目前藥物承保範圍的全新給付選項，可以透過在一年內以不同月保費的方式分攤藥物費用（1月至12月），幫助管理您的藥物費用。</p> <p>若要瞭解有關此給付選項的詳細資訊，請與我們聯絡，電話：1-800-805-2739，或造訪 <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>。</p>

### 第 4 節 決定選擇哪個計劃

#### 第 4.1 節 - 如果您想留在 Kaiser Permanente Dual Complete

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，您將自動繼續入保 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃。

#### 第 4.2 節 - 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，但若您想要變更 2025 年的計劃，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。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

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 2025 年的《Medicare & You》手冊，致電州健康保險補助計劃（請參閱第 6 節），或致電 Medicare（請參閱第 8.2 節）。

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。您將自動從 Kaiser Permanente Dual Complete 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。您將自動從 Kaiser Permanente Dual Complete 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。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。

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，除非您已選擇退出自動入保。

## 第 5 節 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 2025 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。

由於您擁有 Medicaid，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。您還可以選擇在任何月份入保另一項 Medicare 計畫，包括：

- 包含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare，

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。



- Original Medicare 但未入保獨立的 Medicare 處方藥計劃（如果您選擇這個選項，Medicare 可讓您入保一項藥物計劃，除非您已選擇退出自動入保。），或
- 如果符合條件，可入保一項綜合 D-SNP 計劃，該計劃可為您提供 Medicare 服務和大部分或全部的 Medicaid 福利和服務。

如果您已入保 2025 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計劃但不喜歡自己選擇的計劃，

您還可以在 2025 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）。

如果您最近才搬入或目前居住於某個機構（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）。如果您最近搬出機構，您有機會在搬出當月後的完整兩個月內更改計劃或變更為 Original Medicare。

## 第 6 節 提供有關 Medicare 和 Medicaid 免費諮詢的計劃

州政府健康保險協助計劃 (SHIP) 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。在夏威夷，SHIP 被稱為夏威夷 SHIP。

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。夏威夷 SHIP 的諮詢人員可協助解答您對 Medicare 的疑問或解決相關問題。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。您可以撥打夏威夷 SHIP 的免費諮詢電話 1-888-875-9229（聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-866-810-4379）。

欲了解有關夏威夷 SHIP 的資訊，請造訪其網站 ([www.hawaiiiship.org](http://www.hawaiiiship.org))。

如您對您的 Medicaid 福利有任何問題，請聯繫夏威夷州民政服務部 Med-QUEST 分部，電話：1-800-316-8005（僅限聽障及語障電話專線，請致電 711），週一至週五，上午 7:45 至下午 4:30。詢問加入另一項計劃或返回 Original Medicare，將會對您取得 Medicaid 保險的方式造成何種影響。

## 第 7 節 有助於支付處方藥費用的計劃

您可能資格獲得處方藥費用的補助。下列為不同的補助方式：

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

- **Medicare 的「額外補助」**。因為您擁有 Medicaid，故已自動入保「額外補助」，亦稱為低收入補貼 (Low Income Subsidy)。「額外補助」會支付部分處方藥保費、年度免賠額和共保額。因為您符合資格，故沒有延遲入保罰款。如果您對「額外補助」有疑問，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者應該致電 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 點至晚上 7 點。每天 24 小時可提供自動訊息服務。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-800-325-0778；或
  - 您所在州的 Medicaid 辦公室。
- **愛滋病毒/愛滋病患者的處方藥成本分擔補助**。愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 有助於確保有資格加入 ADAP 的愛滋病毒/愛滋病患者能取得可挽救生命的愛滋病毒藥物。如欲符合資格加入您所在州的 ADAP，您必須符合特定條件，包括提出本州居住證明和愛滋病毒狀態、本州定義的低收入以及無保險/保額不足狀態。Medicare D 部分處方藥若同時也屬於加州愛滋病藥物協助計劃 (ADAP) 的適用範圍，則這些處方藥將有資格透過 HIV 藥物協助計劃 (HDAP) 獲得處方藥成本分擔補助。有關入保資格標準、承保藥物、如何入保該計畫或者入保後如何繼續獲得補助的資訊，請致電 1-808-733-9360 聯繫 HIV 藥物協助計劃 (HDAP)。致電時，一定要告訴他們您的 Medicare D 部分計畫名稱或保單號碼。
- **Medicare 處方藥付款計劃**。Medicare 處方藥付款計劃是一種有助於您管理自己的自付費用藥物成本的新型給付選項，從 2025 年開始。此全新的給付選項適用於您目前藥物承保範圍的，可以透過在一年內以不同月保費的方式分攤藥物費用（1 月至 12 月），幫助管理您的藥物費用。此給付選項可能有助於您管理自己的費用，但不會為您省錢或降低藥物費用。

對符合資格的人來說，Medicare 的「額外補助」以及來自 ADAP 的幫助比單獨參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。所有參與者都有資格參加此給付選項，無論收入水準如何，而且所有 Medicare 藥物計劃和有藥物承保的 Medicare 保健計劃必須提供此給付選項。若要瞭解有關此給付選項的詳細資訊，請與我們聯絡，電話：1-800-805-2739，或造訪 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

## 第 8 節 有疑問嗎？

### 第 8.1 節 - 從本計劃獲得協助

有疑問嗎？如需協助，請隨時來電。請撥打 1-800-805-2739 聯絡會員服務。（僅限聽障及語障電話專線，請致電 711）。每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點，我們均可為您服務。撥打這些號碼是免費的。

**閱讀您的 2025 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 2025 年理賠和費用變更的概要。如需詳細資料，請參閱本計劃的 2025 年《承保範圍說明書》。《承保範圍說明書》是您的計劃理賠項目的具體法律文件。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》副本請見我們的網站，網址為 [kp.org/eochi](http://kp.org/eochi)。您亦可致電會員服務部，要求我們寄送《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醫護人員網路的最新資訊（《醫護人員和藥房名錄》）和我們的承保藥物清單（承付藥物手冊/藥物清單）。

### 第 8.2 節 - 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)，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。

#### 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 2025 年《Medicare & You》

閱讀 2025 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

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。

---

常見問題。如果您未收到此手冊的副本，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。聽障及語障電話專線使用者請致電 1-877-486-2048。

---

### 第 8.3 節 - 從 Medicaid 獲得協助

---

欲從 Medicaid 獲得資訊，請致電夏威夷州民政服務部 Med-QUEST 分部，電話：1-800-316-8005（僅限聽障及語障電話專線，請致電 711），週一至週五，上午 7:45 至下午 4:30。

**1-800-805-2739**（聽障及語障電話專線：711），每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點提供服務。



## Kaiser Permanente Dual Complete 會員服務

方法	會員服務部 - 聯絡資訊
電話	<b>1-800-805-2739</b> 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點。 會員服務部還為英語為非母語的人士提供免費語言口譯服務。
聽障及語障電話專線	<b>711</b> 此電話為免費電話。服務時間為每週 7 天，每天上午 8 點至晚上 8 點。
寫信	Kaiser Permanente 會員服務部 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
網站	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

## 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

如果您需要協助找到網絡醫護人員或藥房，請瀏覽 [kp.org/directory](https://kp.org/directory) 以搜尋線上名錄（註：根據 Medicare 規定，2025 年的名錄將於 2024 年 10 月 15 日開始在線上提供）。

如欲請我們將 **醫護人員和藥房名錄** 郵寄給您，您可致電 Kaiser Permanente，電話 **1-800-805-2739** (TTY 711)，每週 7 天、上午 8 時至晚上 8 時。

---

## 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，請在 [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx) 瀏覽我們的線上承付藥物手冊（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 **1-800-805-2739** (TTY 711)，與 Kaiser Permanente 連絡，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)

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。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/eochi](https://kp.org/eochi) 以檢視線上版的 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 **1-800-805-2739** (TTY 711)，與 Kaiser Permanente 連絡，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

# 反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守相關聯邦民權法律，不因人種、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不因人種、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為殘障人士提供免費幫助與服務以與我們進行有效的溝通，例如：
  - 合格的手語傳譯員。
  - 其他格式的書面資料，例如大字體，音頻和無障礙電子格式。
- 為主要語言並非英語的人士免費提供語言服務，例如：
  - 合格的口譯員。
  - 以其他語言書寫的資訊。

若您需要此等服務，請致電會員服務部，電話號碼是 **1-800-805-2739 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天上午 8:00 至晚上 8:00。

若您認為 Kaiser Permanente 未能提供這些服務或有涉及人種、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 **711 Kapiolani Blvd, Honolulu, HI 96813** 或撥打上述電話號碼聯絡致電會員服務處。您可以透過郵件或電話提出投訴。如果您需要幫助提出投訴，我們的民權協調員可以幫助您。您還可採用電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站，向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或透過寄信至：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，或透過電話 **1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD)**。瀏覽 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 獲取投訴表格。

**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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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ございます。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (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。

**Tongan:** 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lele'i pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739 (TTY 711)**. 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

**Pohnpeian:** Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY **711**). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

**Samoaan:** E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na’o lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY **711**). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໃບຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY **711**). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີ.

**Bisayan:** Duna mi’y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

**Marshallese:** Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-800-805-2739** (TTY **711**). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

**Hawaiian:** Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana ‘inikua mālama olakino a i ‘ole ka ‘inikua lā‘au kuhikuhi, loa‘a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Inā makemake ‘oe i kēia kōkua, e ‘olu‘olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY **711**). no ka wala‘au ‘ana e pili ana i kēia mau papahana i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Eia la ke kōkua manuahi.

**Chuukese:** Mi kawor aninisin chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY **711**). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.



