

**Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17)
(HMO D-SNP)，由北加州地區Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供**

2026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**會告知您有關變更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、福利或規定的資訊，請查看《會員手冊》，可在我們的網站 kp.org/eocncal 上取得《會員手冊》。請撥打頁面底部的電話號碼致電會員服務部，以取得郵寄副本。關鍵術語及其定義按字母順序出現在您的《會員手冊》的最後一章中。

其他資源

- 本文件有中文版和西班牙文版可供免費索取。
- 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、音訊檔案或資料CD。請致電**1-800-443-0815 (TTY 711)**，服務時間為每週7天，每天上午8:00至晚上8:00。此乃免費電話。
- 請每天上午8點至晚上8點（每週7天）致電**1-800-443-0815 (TTY 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)**，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 of charge.

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 بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. 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՝ փաստաթղթեր բրայլով 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)。殘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。



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

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।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई 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 मुफ़्त दी जाती 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.



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

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、無料で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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືພູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.



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

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnavgv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluc aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

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.

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 лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.



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

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 son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyonang ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ 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 є безкоштовними.



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

VIETNAMESE

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



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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.....	9
B. 查看您明年的Medicare和Medi-Cal的承保範圍	9
B1. 有關本計劃的資訊	10
B2. 待辦的重要事項.....	11
C. 本計劃名稱的變更	12
D. 本計劃網絡醫護人員和藥房的變更	12
E. 明年的福利和費用變化	13
E1. 醫療服務的福利和費用變更	13
E2. 藥物保險的變更.....	15
E3. 第1階段：「初始承保階段」	16
E4. 第2階段：「重大傷病承保階段」	18
F. 行政管理的變化	18
G. 選擇計劃	18
G1. 留在本計劃中	18
G2. 變更計劃	18
H. 取得協助.....	24
H1. 本計劃.....	24
H2. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)	24
H3. 投訴處理專員計劃	24
H4. Medicare	24
H5. 加州保健計劃管理局.....	25
H6. Medicare處方藥給付計劃	25



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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是一項與聯邦醫療保險計劃 (Medicare) 和加州醫療保健輔助計劃 (Medi-Cal) 兩種計劃均簽有合約的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。

Kaiser Permanente Dual Complete的新會員：在大多數情況下，在您申請加入Kaiser Permanente Dual Complete後的當月第一天，您就將入保Kaiser Permanente Dual Complete計劃，享受Medicare福利。您仍可以從之前的Medi-Cal保健計劃中取得額外一個月的Medi-Cal服務。之後，您將透過Kaiser Permanente Dual Complete獲得Medi-Cal服務。您的Medi-Cal保險不會中斷。如有任何疑問，請撥打1-800-443-0815 (TTY 711) 聯絡我們。

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兩種計劃。

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)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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 Dual Complete North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17) 計劃是一項與Medicare和Medi-Cal均簽有合約的保健計劃，可向會員提供兩種計劃的理賠福利。
- 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)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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更，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。
- 請檢查我們的藥物保險是否有任何可能影響您的變更。
 - 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，或許能夠讓您節省一整年的自付費用。
 - 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更。
- 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。
 - 您將為經常使用的服務和藥物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)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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 North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17)：

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，您將自動繼續入保Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17)。

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，您可轉換計劃 (請參考**G2節**，以了解更多資訊)。如果您加入新計劃或變更為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

自2026年1月1日起，我們的計劃名稱從Kaiser Permanente Dual Complete North P4 (凱薩醫療機構雙重完整北方P4) 變更為Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17)。

您將會在2026年1月之前收到新會員證。

D. 本計劃網絡醫護人員和藥房的變更

您為藥物支付的金額取決於您使用的藥房。我們的計劃有一個藥房網絡。大多數情況下，只有當您的處方在我們的其中一間網絡內藥房配取時才會獲得承保。

我們的保健業者和藥房網絡在2026年發生了變更。

請查看2026年《**保健業者和藥房名錄**》以瞭解您的保健業者 (基本保健業者、專科醫生、醫院等) 或藥房是否在我們的網絡中。如需更新的《**保健業者和藥房名錄**》，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。

重要的是您必須瞭解，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劃，您將享有某些權利和保護。如需瞭解更多資訊，請參閱《會員手冊》的**第3章**或撥打頁面底部的電話聯絡會員服務部尋求幫助。



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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. 醫療服務的福利和費用變更

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。

	2025 (今年)	2026 (明年)
救護服務	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每趟單程支付 \$325 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每趟單程支付 \$400 。
糖尿病治療鞋和鞋墊	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您支付 20% 共保額。
急診科	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每次就診支付 \$110 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每次就診支付 \$115 。
住院病人緊急醫護	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您每次入院的第1至5天每天需支付 \$450 （剩餘入院期間則為 \$0 ）。
住院病人精神健康護理	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您每次入院的第1至5天每天需支付 \$405 （剩餘入院期間則為 \$0 ）。
醫療用品	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，根據物品的不同，您支付 0%或20% 共保額。



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

	2025 (今年)	2026 (明年)
Medicare B部分診所的施用藥物	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則當醫務人員施用或觀察所需，並經由網絡保健業者施用 Medicare B部分藥物 時，您為該藥物支付 0%或20% 共保額。有些藥物如果確定超過通貨膨脹金額，對於這些藥物可能會低於 20% 。
MRI、CT及PET	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每次檢查支付 \$500 。
觀察服務	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則當您從急診部或門診手術後轉進觀察室時，需支付 \$0 ，或者作為門診病人直接入院觀察時，每次留院需支付 \$110 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則當您從急診部或門診手術後轉進觀察室時，需支付 \$0 ，或者作為門診病人直接入院觀察時，每次留院需支付 \$115 。
門診病人醫院服務	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，根據不同的服務，您每次就診支付 \$0或\$465 。
門診手術中心門診手術	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每次手術支付 \$465 。
非處方 (OTC) 物品	我們會承保 非處方 (OTC) 目錄 上所列的非處方 (OTC) 物品並免費寄送到府。您每季最多可以訂購 \$140 福利限額的OTC商品。	您將收到一張 預先充值的額外健康福利卡 ，其季度福利限額為 \$75 ，可用於在線和參與計劃的零售店購買符合條件的非處方 (OTC) 物品。您的卡片將於1月1日、4月1日、7月1日和10月1日重新充值。任何未使用完的季度福利限額都無法轉結至下一季度。



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

	2025 (今年)	2026 (明年)
假肢裝置	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您支付 20% 共保額。
藥物濫用障礙和精神健康 住院治療	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則您為每次入院支付 \$100 。
專業護理院 (SNF) 護理	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。如果您失去Medi-Cal保險，則每個福利有效期內， 第 1至20 天，您每天支付 \$0 ，第 21至100 天，您每天支付 \$214 。

E2. 藥物保險的變更

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/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。

該《承保藥物清單》也稱為《藥物清單》。

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、變更我們所承保的藥物以及變更適用我們承保範圍的特定藥物或將這些藥物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，上述變更可能在日曆年度內影響您。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使用的藥物，我們將發送有關變更的通知給您。

如果您受到藥物承保範圍變更的影響，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**。



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

- 此暫時藥量最多可達**30天**。(如欲瞭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，請參閱您《會員手冊》的**第5章**。)
- 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。

藥物費用的變更

根據本計劃，您的**Medicare D**部分藥物保險有兩個支付階段。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 2026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。

當您的藥物自付費用總額達到**\$2,100**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。如需瞭解關於您將為藥物支付多少費用的更多資訊，請參考《會員手冊》的**第6章**。

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期間為承保範圍的**D**部分品牌藥和生物製劑支付我們計劃全部費用的一部分。根據藥廠折扣計劃，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」

在初始承保階段期間，我們的計劃會支付您承保藥物費用的一部分，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。

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。若要查找您的藥物是否屬於不同的層級，請查閱《藥物清單》。

下表顯示了您在網絡內藥房配領一個月用量的藥物的費用，其中六個藥物層級中的每個層級都有標準共付額。這些金額**只有**在您處於初始承保階段期間才適用。

我們會為您免費承保大部份成人**D**部分的疫苗。

有關疫苗費用或長期藥量的資訊，請參閱您《會員手冊》的**第6章第D節**。



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

	2025 (今年)	2026 (明年)
層級1-2中的藥物 (包括非品牌藥) 在網絡內藥房配領層級1和層級2藥物一個月藥量的費用	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。 您每種承保胰島素產品一個月 (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。 您一個月 (30天) 郵購處方的共付額為 每個處方\$0-\$4.90 ，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-\$5.10 ，取決於您的「額外補助」級別。 您每種承保胰島素產品一個月 (30天) 藥量的共付額為 每個處方\$0-\$5.10 ，取決於您的「額外補助」級別。 您一個月 (30天) 郵購處方的共付額為 每個處方\$0-\$5.10 ，取決於您的「額外補助」級別。
層級3-5中的藥物 (包括品牌藥及專科藥物) 在網絡內藥房配領層級3至層級5藥物一個月藥量的費用	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。 您每種承保胰島素產品一個月 (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。 您一個月 (30天) 郵購處方的共付額為 每個處方\$0-\$12.15 ，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-\$12.65 ，取決於您的「額外補助」級別。 您每種承保胰島素產品一個月 (30天) 藥量的共付額為 每個處方\$0-\$12.65 ，取決於您的「額外補助」級別。 您一個月 (30天) 郵購處方的共付額為 每個處方\$0-\$12.65 ，取決於您的「額外補助」級別。
層級6中的藥物 (包括D部分注射用疫苗)	您支付 \$0 。	您支付 \$0 。

當您的自付費用總額達到**\$2,100**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。若要瞭解關於您為藥物支付多少費用的更多資訊，請參考《會員手冊》的**第6章**。



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

E4. 第2階段：「重大傷病承保階段」

當您的藥物達到自付費用限額**\$2,100**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。到該日曆年度結束前，您都會維持在重大傷病承保階段。

有關重大傷病承保階段您所承擔費用的更多資訊，請參閱《會員手冊》的第6章。

F. 行政管理的變化

此外，明年會有行政管理變更。下表說明了這些變更。

	2025 (今年)	2026 (明年)
計劃福利組合 (PBP) 編號	您目前的計劃為 Kaiser Permanente Dual Complete North P4 (凱薩醫療機構雙重完整北方P4) 計劃，也稱為 PBP #004 。	您的新計劃為 Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (凱薩醫療機構雙重完整北方P17) 計劃，也稱為 PBP #017 。
Medicare處方藥給付計劃	Medicare處方藥給付計劃 是今年開始實施的一種支付方式，它可以幫助您將我們計劃涵蓋的藥品的自付費用分攤到整個日曆年度（一月至十二月）進行管理。	如果您參加 Medicare處方藥給付計劃 ，並繼續使用同一計劃，則您無需採取任何措施即可繼續使用 Medicare處方藥給付計劃 。

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。如果您沒有註冊加入其他的Medicare計劃或變更為**Original Medicare**，您將自動繼續入保成為本計劃2026年的會員。

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。

此外，您可以在以下期間終止您的本計劃會員資格：

- **開放入保期**，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，您在本計劃的會員資格將在**12月31日**結束，而您在新計劃中的會員資格將從**1月1日**開始。



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

- **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。
- 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。

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
- 您最近才搬入或目前正在護理機構接受醫療護理（例如專業護理設施或長期護理醫院）。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**開放入保期**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)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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：

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，包括所有Medicare和Medi-Cal的承保服務，或者如果您符合條件，還可以包括老年人全包護理計劃 (PACE)。

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：

請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡。TTY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8:00至下午5:00，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222 (TTY 711)。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.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計劃將變更以便符合您的Medi-Medi計劃。



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

2.您可以變更為： 包含獨立Medicare藥物計劃的Original Medicare	以下是應採取的行動： 請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡。TTY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8:00至下午5:00，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222 (TTY 711)。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 或 入保新的Medicare處方藥計劃。 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不會變更。
--	--



如果您有疑問，請致電會員服務部：1-800-443-0815 (TTY 711)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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藥物計劃的Original Medicare**

注意：如果您轉至Original Medicare，而且未入保獨立的Medicare藥物計劃，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。

若您從其他來源（例如雇主或工會）取得藥物保險，您應僅放棄藥物保險。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)。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

以下是應採取的行動：

請致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡。TTY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8:00至下午5:00，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：1-800-434-0222 (TTY 711)。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 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不會變更。



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

4.您可以變更為：

任何**Medicare**保健計劃，在一年中的特定期間，包括開放入保期和**Medicare Advantage**開放入保期或F節中所述的其他情況。

以下是應採取的行動：

請致電**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**與**Medicare**聯絡。TTY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8:00至下午5:00，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)，電話為：**1-800-434-0222 (TTY 711)**。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

或是

入保新的**Medicare**計劃。

在新計劃保險開始生效時，您將自動從我們的**Medicare**退保。

您的**Medi-Cal**計劃可能會改變。

您的Medi-Cal服務

如有關於離開本計劃後如何選擇**Medi-Cal**或取得您的**Medi-Cal**服務的疑問，請與保健服務選項部聯絡，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。TTY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)**，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。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2026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藥物。

本《會員手冊》2026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致電會員服務部，要求我們郵寄一份2026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保健業者和藥房網絡（《保健業者和藥房名錄》）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與我方或與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 (TTY 711)。如需更多資訊或尋找您所在地區當地的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 辦事處，請訪問 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。

H3. 投訴處理專員計劃

如果您在使用本計劃時有任何問題，Medicare Medi-Cal投訴處理專員計劃可為您提供協助。投訴處理專員的服務是免費的，並以所有語言提供。Medicare Medi-Cal投訴處理專員計劃：

- 在您有問題或有不滿時，可以回答問題，並且可以協助您瞭解該採取哪些行動。
- 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。
- 與我方或與任何保險公司或保健計劃無關。Medicare Medi-Cal投訴處理專員計劃的電話號碼是1-855-501-3077。

H4. Medicare

若要從Medicare直接取得資訊：

- 致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。



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

- 線上聊天 www.Medicare.gov/talk-to-someone
- 來信至Medicare，地址：PO Box 1270, Lawrence, KS 66044。

Medicare的網站

您可以造訪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 2026

您可以詳閱《Medicare & You 2026》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。

如果您未收到此手冊的副本，可在Medicare網站 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 上取得或致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY使用者請致電1-877-486-2048。

H5. 加州保健計劃管理局

加州保健計劃管理部負責監管保健服務計劃。如果您想針對您的保健計劃進行投訴，您應該先致電**1-800-443-0815**聯絡您的保健計劃，並在聯絡該部門前利用您保健計劃的投訴流程。利用此投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Medi-Cal投訴、保健計劃未能妥善解決的Medi-Cal投訴或超過30天仍未解決的Medi-Cal投訴，您可致電該部門請求協助。您可能也有資格要求對Medi-Cal福利進行獨立醫學複審 (Independent Medical Review, IMR)。如果您有資格要求進行IMR，IMR流程將對保健計劃就擬議服務或治療的醫學必要性所作的醫療決定，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。該管理部還提供有免費電話**(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)**。該部門的網站 www.dmh.ca.gov。

如需更多資訊，請參閱《會員手冊》的**第9章，F4節**。

H6. Medicare處方藥給付計劃

Medicare處方藥給付計劃是一種付款方式，它可以幫助您管理我們計劃所涵蓋的藥品的自付費用，將其分攤到整個日曆年度（一月至十二月）的每月付款中。該計劃不會為您省錢或降低您的藥品成本。

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。要瞭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)，服務時間為每週7天，上午8:00至晚上8:00。該通話為免費電話。如需更多資訊，請造訪 kp.org/medicare。

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指 Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc. 以及 Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站 **kp.org** 上查阅。

歧视违反法律。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不因年龄、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，帮助他们更好地与我们沟通，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
- 为主要语言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，请拨打下方的电话联系会员服务部。此电话不收取任何费用。重要节假日期间会员服务不开放。

- Medicare，包括 D-SNP: **1-800-443-0815 (TTY 711)**，每周 7 天，上午 8 点至晚上 8 点。
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**，每周 7 天，每天 24 小时。
- 所有其他会员: **1-800-757-7585 (TTY 711)**，每周 7 天，每天 24 小时。

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、音频或电子格式。如需获取这些替代格式或其他版本的版本，请打电话给我们的会员服务部，索取您需要的格式。

如何向 Kaiser Permanente 递交投诉

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，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出投诉。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，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**打电话给我们的会员服务部，电话号码列于上方。
- **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找设施地址）
- **在线提交：**在我们的网站 **kp.org** 上使用线上表格

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投诉（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 (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：

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
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/office/file/index.html>

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

計劃資訊

作為此計劃的會員，我們有時可能會與您聯絡，告知您可能向您提供的其他Kaiser Permanente計劃或產品。如果您想取消此類電話通知，請撥打會員卡背面的電話號碼與會員服務部聯絡。

保健業者名錄

如果您需要協助來尋找網絡保健業者或藥房，請瀏覽kp.org/directory以搜尋線上名錄（註：根據Medicare規定，2026年的名錄將於2025年10月15日開始在線上提供）。

如需透過郵寄方式獲得《保健業者名錄》、《牙科保健業者名錄》或《藥房名錄》（如適用），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。

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 瀏覽我們的線上承付藥物手冊（註：根據Medicare規定，2026年的承付藥物手冊將於2025年10月15日開始在線上提供）。

如需透過郵寄方式獲得承付藥物手冊，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或kp.org/eocscal以查閱線上版的EOC（註：根據Medicare規定，2026年的EOC將於2025年10月15日開始在線上提供）。

如需透過郵寄方式獲得EOC，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。