H8794_27A009ZH_M
4422927541_S001_009_ZH
PBP #: 009

Kaiser Permanente Dual Complete South P9（凱薩醫療機構雙重完整南方 P9）(HMO D-SNP)由南加州地區 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（凱薩基金會保健計劃公司）提供

2027 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、福利或規則的資訊，請查看《會員手冊》*(Member Handbook)*，可在我們的網站 kp.org/eocscal（英文）上取得《會員手冊》。請撥打頁面底部的會員服務專線，以透過郵寄方式取得副本。 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、波斯文、韓文、俄文、西班牙文、他加祿語和越南文版本。
- 您可以免費取得本年度變更通知的其他格式，例如大字版、盲文版、音訊和資料文檔。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。
- 請每天上午 8:00 至晚上 8:00（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。
    - 對未來的郵件與通訊長期要求，**以及**
    - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

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，每天上午 8:00 至晚上 8:00。此為免費專線。**如需更多資訊**，請造訪 kp.org/medicare（英文）。

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 أيضا 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

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՝ 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。

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 ਮੁਫ਼ਤ 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.

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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່.
ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv 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 hluo 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，每天上午 8:00 至晚上 8:00。此為免費專線。**如需更多資訊**，請造訪 kp.org/medicare（英文）。

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 serbisyong 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.

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.

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. 有關該計劃的資訊 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. 明年的福利和成本變化 12

E1. 醫療服務的福利和費用變更 12

E2. 藥物保險的變更 16

E3. 第 1 階段：「初始承保階段」 18

E4. 第 2 階段：「重大傷病承保階段」 19

F. 行政管理的變化 19

G. 選擇計劃 20

G1. 留在本計劃中 20

G2. 變更計劃 20

H. 獲得幫助 25

H1. 本計劃 25

H2. 健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP) 25

H3. 投訴處理專員計劃 25

H4. Medicare 26

H5. 加州保健計劃管理局 26

H6. Medicare 處方藥付款計劃 27

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 需視合約續約情況而定。

- 健康食品福利是提供給慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。並非所有會員都符合資格。會員必須患有特定慢性疾病（例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎臟病）才符合參加資格。可能還有其他病症能使您有資格獲取該福利。僅基於您的病情無法保證您一定有資格獲取此項福利。您必須符合所有適用的資格要求才能獲取該福利。如需更多詳情，請與我們聯絡。

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**了解有關明年您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 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**中的 Medi-Cal 選項和服務。

B1. 有關該計劃的資訊

- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 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。

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**，以了解有關本計劃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絡。**
  - 您的醫生（包括您的專科醫生）會在我們的網絡中嗎？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。**

如果您決定繼續使用 **Kaiser Permanente Dual Complete South P9**：	如果您決定變更計劃：
如果您明年想繼續使用本服務，這很容易，您無需做任何事情。如果您不做任何變更，您將自動加入 Kaiser Permanente Dual Complete South P9。	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 2027 年 1 月 1 日起，我們的計劃名稱從 Kaiser Permanente Dual Complete South P1（凱薩醫療機構雙重完整南方 P1）變更為 Kaiser Permanente Dual Complete South P9。在閱讀您的會員計劃資訊時，請確保使用新的計劃名稱。

您將會在 2027 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 2027 年發生了變更。

請查看 2027 年《保健業者和藥房名錄》*(Provider and Pharmacy Directory)* 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（英文）。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。

E. 明年的福利和成本變化

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。

	2026（今年）	2027（明年）
救護服務	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每趟單程支付**$400**。	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每趟單程支付**$290**。
糖尿病治療鞋和鞋墊	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您需支付 **20%**共保額。	您需支付**$0**。
耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) 請參閱《會員手冊》的**第 12 章**以了解「耐用醫療器材 (DME)」的定義。	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，根據物品的不同，您需支付 **0%**或 **20%**共保額。	您需支付**$0**。
急診部	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則每次就診您需支付**$115**。	您需支付**$0**。
眼鏡用品允許額	您每 12 個月會獲得**$350** 眼鏡用品允許額。如果您所購買的眼鏡用品費用超過允許額，您將必須支付差額。	您每 12 個月會獲得**$500** 眼鏡用品允許額。如果您所購買的眼鏡用品費用超過允許額，您將必須支付差額。
住院病人緊急醫護	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您每次入院的**第 1 至 5 天**每天需支付**$475**（剩餘入院期間則為**$0**）。	您需支付**$0**。
住院病人精神健康護理	您需支付**$0**。如果您失去全面型 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**）。	您需支付**$0**。

	2026（今年）	**2027（明年）**
醫療用品	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，根據物品的不同，您需支付 **0%**或 **20%**共保額。	您需支付**$0**。
磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、電腦斷層掃描 (Computed Tomography, CT) 及正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每次診療支付**$500**。	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每次診療支付**$50**。
觀察服務	您需支付**$0**。如果您失去全面型 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**。	您需支付**$0**。
門診醫院服務	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，根據不同的服務，您每次就診需支付**$0 至$475**。	您需支付**$0**。
門診手術中心門診手術	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每次診療支付**$475**。	您需支付**$0**。
非處方 (Over the Counter, OTC) 物品	您每季可獲得**$100** 的津貼，存入**預先儲值的健康額外福利卡**，可用於在線上及參與活動的零售商店（包括 Kaiser Permanente 零售藥房）購買符合資格的 OTC 項目。	您每季可獲得**$170** 的津貼，存入**預先儲值的健康額外福利卡**，可用於在線上及參與活動的零售商店（包括 Kaiser Permanente 零售藥房）購買符合資格的 OTC 項目。

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，每天上午 8:00 至晚上 8:00。此為免費專線。**如需更多資訊**，請造訪 kp.org/medicare（英文）。

	2026（今年）	**2027（明年）**
		如果您符合慢性病患者特殊補充福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 資格（請參閱「慢性病患者特殊補充福利」欄位），您也可以使用您的津貼購買健康食品。 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。每季津貼的任何未使用部分將不會結轉至下一季。注意：此津貼不得用於小費或費用（例如運送或郵寄費用）。
假肢裝置	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您需支付 **20%**共保額。	您需支付**$0**。
藥物濫用障礙和精神健康住院治療	**包含在您的 Dual Complete 計劃內，屬於 Medicare 福利。**您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則您為每次入院支付**$100**。	**不包含在您的 Dual Complete 計劃內，不屬於 Medicare 福利。** **住宿式藥物濫用障礙及精神健康治療包含在您的 Dual Complete 計劃內**，屬於由您所在縣市行為健康機構提供的 **Medi-Cal 福利**。
專業護理院 (Skilled Nursing Facility, SNF) 護理	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則每個福利有效期入院的**第 1 至第 20 天**您需支付**$0**，每個福利有效期入院的**第 21 至第 100 天**，您每天需支付**$214**。	您需支付**$0**。如果您失去全面型 Medi-Cal 保險，則每個福利有效期入院的**第 1 至第 20 天**您需支付**$0**，每個福利有效期入院的**第 21 至第 100 天**，您每天需支付**$221**。

	2026（今年）	**2027（明年）**
慢性病患者特殊補充福利 (SSBCI) – 健康食品 健康食品福利是提供給慢性病患者的特殊補充計劃的一部分。並非所有會員都符合資格。會員必須患有特定慢性疾病（例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎臟病）才符合參加資格。可能還有其他病症能使您有資格獲取該福利。僅基於您的病情無法保證您一定有資格獲取此項福利。您必須符合所有適用的資格要求才能獲取該福利。如需更多詳情，請與我們聯絡。	不承保。	**若您符合 SSBCI 資格，則承保。** 經計劃認定且符合此福利資格的會員，可使用 OTC 欄位所述之**預先儲值健康額外福利卡**，在線上及參與活動的零售商店購買健康食品（如農產品），以及 OTC 項目。 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。每季津貼的任何未使用部分將不會結轉至下一季。注意：此津貼不得用於小費或費用（例如運送或郵寄費用）。 詳情請參閱您的《會員手冊》。
交通運輸服務 - Medicare 不承保的非急診醫療運輸 當由網絡內保健業者開立醫囑時，我們承保醫療上必要的非急診運輸，使用領有執照的擔架/推車廂型車或輪椅廂型車，將您載送至家中（100 英里內）、專業護理院 (SNF)，或在住院治療或特定急診、緊急照護或門診醫院就診後立即載送至其他更高級別的照護機構。	不承保。	承保。您需支付**$0**。

E2. 藥物保險的變更

我們藥物清單的變更

本計劃的承保藥物清單也稱為承付藥物手冊或藥物清單。我們的藥物清單副本已公布在 kp.org/seniorrx（英文）網站上。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》以**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保健業者尋找可能適合您的承保藥物。
- 要求我們支付藥物的暫時藥量。
    - 在某些情況下，我們會承保日曆年度前 90 天的**暫時性**藥量。
    - 此暫時藥量最多可供 30 天使用。（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

由於您有資格加入 Medi-Cal 計劃，您可以從 Medicare 取得 Extra Help，以協助支付您的 Medicare D 部分藥物費用。我們將另外寄給您一份插文，稱為「獲得處方藥費用額外補助之人士的承保範圍說明書附約」（也稱為「低收入人士補助附約」[Low Income Subsidy Rider, LIS Rider]），其中會說明您的藥物承保範圍。如果您沒有此插頁，請致電會員服務部並索取「LIS Rider」。

根據本計劃，您的 Medicare D 部分藥物保險有兩個付款階段。您支付的金額取決於您的 Extra Help 等級，以及您在領藥或續藥時所處的階段。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 2027 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**$2,400** 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**。

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。有關長期藥量費用的資訊，請參閱您的《會員手冊》**第 6 章第 D 節**。

	2026（今年）	**2027（明年）**
層級 1-2 中的藥物 （包括非品牌藥） 在網絡內藥房或郵購藥房配領層級 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–$5.10**，取決於您的「Extra Help」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「Extra Help」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「Extra Help」級別。	您一個月（30 天藥量）的共付額為**每個處方$0–$5.80**，取決於您的「Extra Help」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–$5.80**，取決於您的「Extra Help」級別。 您一個月（30 天）郵購處方的共付額為**每個處方$0–$5.80**，取決於您的「Extra Help」級別。

	2026（今年）	**2027（明年）**
層級 3-5 中的藥物 （包括品牌藥及專科藥物） 在網絡內藥房或郵購藥房配領層級 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–$12.65**，取決於您的「Extra Help」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「Extra Help」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「Extra Help」級別。	您一個月（30 天藥量）的共付額為**每個處方$0–$14.40**，取決於您的「Extra Help」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–$14.40**，取決於您的「Extra Help」級別。 您一個月（30 天）郵購處方的共付額為**每個處方$0–$14.40**，取決於您的「Extra Help」級別。
層級 6 中的藥物 （包括 D 部分疫苗）	您需支付**$0**。	您需支付**$0**。

當您的自付費用總額達到**$2,400** 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。**

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**$2,400** 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，請參閱您的《會員手冊》**第 6 章第 E 節**。

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。

	2026（今年）	**2027（明年）**
計劃福利組合 (Plan Benefit Package, PBP) 編號	您目前的計劃為 Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) 計劃，也稱為 PBP #001。	您新的計劃為 Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) 計劃，也稱為 PBP #009。

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，每天上午 8:00 至晚上 8:00。此為免費專線。**如需更多資訊**，請造訪 kp.org/medicare（英文）。

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 2027 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**：10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新的計劃，您在本計劃的會員資格將於 12 月 31 日終止，而您在新計劃的會員資格將於 1 月 1 日生效。
- **Medicare Advantage (MA) 開放入保期**：1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃會員資格將從下個月的第一天開始。
- 由於您擁有 Medi-Cal，您有若干選擇可以終止在本計劃的會員資格，包括一年中的任何月份。

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 Extra Help 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，包括**開放入保期**和 **Medicare Advantage 開放入保期**，或**第 G2 節**中描述的其他情況，您還有下列額外選項。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。

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，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 的承保服務或老年人全方位護理計劃 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 計劃（如果您符合資格）。** **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 使用者請撥打 1-877-486-2048。 如需諮詢老年人全方位護理計劃 (PACE) 相關事宜，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或更多資訊： • 請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)。(TTY 711)。如需更多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/。 **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 將變更以便符合您的 Medi-Medi 計劃。

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 使用者請撥打 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： • 請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。(TTY 711)。如需更多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/。 **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。

3.您可以變更為： **如果您有有效的退保理由，可選擇不包含獨立 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 8:00 至下午 5:00 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 HICAP 辦事處，請造訪 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 使用者請撥打 1-877-486-2048。 如果您需要協助或更多資訊： • 請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。(TTY 711)。如需更多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/。 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。

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 **G 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 使用者請撥打 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： • 請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 撥打 1-800-434-0222，致電加州的健康保險輔導及倡導計劃 (HICAP)。(TTY 711)。如需更多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/。 **或** 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，請與醫療保健方案處聯絡，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 使用者請撥打 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。

H. 獲得幫助

H1. 本計劃

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

請詳閱您的《會員手冊》

您的《會員手冊》包含對本計劃理賠福利的合法詳細說明。其中包含有關 2027 年理賠福利和費用的詳細資訊。該文件會解釋您的權利以及為取得我們承保的服務及藥物您應遵守的規定。

2027 年《會員手冊》將於 10 月 15 日前提供。《會員手冊》的最新版本已公布在我們的網站 kp.org/eocscal 上。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 2027 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（英文）。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)

您還可致電州健康保險協助計劃 (State Health Insurance Assistance Program, 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 HICAP 辦事處，請造訪 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 (Ombudsman Program) 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

如欲從 Medicare 直接獲得資訊：

- 請撥打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- 請至 www.Medicare.gov/talk-to-someone 進行線上聊天
- 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 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 與您 *2027* 年版

您可以詳閱《*Medicare* 與您 *2027* 年版》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 使用者請撥打 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規範保健服務計劃。 如果您想對您的保健計劃提出投訴，請先撥打 **1-800-443-0815** 和保健計劃聯絡，並在聯絡加州保健計劃管理局之前先利用保健計劃的申訴流程。使用此投訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何潛在法定權利或您可能可獲得的救濟。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，您可致電管理部請求協助。您也可能有資格獲得獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR)。若您符合 IMR 資格，IMR 流程將對保健計劃所做與下列事項有關的醫療決定進行公正審查：擬提供服務或治療的醫療必要性、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。該部門還提供免費電話 (**1-888-466-2219**)，並為聽障及語障人士設立了 TDD 專線 (**1-877-688-9891**)。該部門網站 **www.dmhc.ca.gov** 有提供投訴表格、IMR 申請表以及線上說明。

如需更多資訊，請參閱《會員手冊》的**第 9 章**，**第 F4 節**。

H6. Medicare 處方藥付款計劃

Medicare 處方藥付款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。任何使用 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 保健計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）的人士，都可以使用此付款選項。如果您正在參與 Medicare 處方藥付款計劃，且繼續參加同一個 D 部分計劃，則無需採取任何行動即可在 2027 年繼續參與。此付款方式可能有助於您管理開支，但不會為您省錢，也不會降低您的總自付藥物費用。

對符合資格的人來說，Medicare 的「Extra Help」以及來自您所在州的州立藥物補助計劃 (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 和愛滋病藥物協助計劃 (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) 的幫助比參與 Medicare 處方藥付款計劃更有利。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。

文書減省法令 *(Paperwork Reduction Act, PRA)* 披露聲明：根據 *1995* 年《文書減省法令》規定，除非出示有效的預算管理局 *(Office of Management and Budget, OMB)* 管制編號，否則任何人都不需要針對資訊收集作出回應。此資訊收集的有效 *OMB* 控制編號為 *0938-1444*。如果您有可以改善本文件的意見或建議，請寫信至：*CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

計劃資訊

作爲此計劃的會員，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。

Kaiser Permanente現在提供新的方式，讓您安全地分享您的健康資訊。請造訪**kp.org/datasharing**，了解付款方對付款方應用程式介面 (Application Programming Interface, API) 和保健業者存取API，包括其運作方式以及如何選擇加入。

Kaiser Permanente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，2027年的名錄將於2026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**)，與我們聯絡，服務時間爲每週7天，上午8:00至晚上8:00。

Kaiser Permanente Medicare D部分完整承付藥物手冊（承保藥物清單）

承付藥物手冊列出了我們承保的Medicare D部分藥物。承付藥物手冊可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。如果您對承保藥物有疑問，請在**kp.org/seniorrx**瀏覽我們的線上承付藥物手冊（註：根據Medicare規定，2027年的承付藥物手冊將於2026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**)，與我們聯絡，服務時間爲每週7天，上午8:00至晚上8:00。

Kaiser Permanente承保範圍說明書 (EOC)

承保範圍說明書 (Evidence of Coverage, EOC) 將說明如何透過我們的計劃取得承保的醫療保健和藥物。其也會向您解釋身爲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，2027年的**EOC**將於2026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**)，與我們聯絡，服務時間爲每週7天，上午8:00至晚上8:00。

H0524_H8794_00044581ZH_C
4383715500_CA_ZH
July 2026

KAISER PERMANENTE®

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.及Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站**kp.org**上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、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歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente会及时提供以下服务：

- 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（盲文版、大字版、音频版、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
  - ♦ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente提出投诉

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、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或*Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，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：**致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- **邮寄：**从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）

- **在线提交：**使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您也可以通过以下地址直接联系Kaiser Permanente民权协调员：

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

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉*（仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人）*

您也可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- **电话：**拨打**916-440-7370** (TTY **711**) 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写抱怨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

  您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **在线：**发送电邮至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019**（TTY **711**或**1-800-537-7697**）
- **邮寄：**填写抱怨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

  您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表：
  https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

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