KAISER PERMANENTE®

2026年《會員手冊》附錄

這是與您2026年Kaiser Foundation Health Plan, Inc.之Medi-Cal《會員手冊》(Member Handbook) 內容變更有關的重要資訊

《會員手冊》也稱為《承保範圍說明書與披露表》(Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, EOC/DF)。本附錄旨在告知您，由於一項聯邦新法律，您的2026年《會員手冊》將有所變更。請將這份文件與您的2026年《會員手冊》保存在一起。

在本《會員手冊》勘誤表中，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.有時稱為「我們」或「我們的」。會員有時稱為「您」。有些以大寫字母標示的詞彙在本《會員手冊》中有特殊含意。請參閱《會員手冊》的第8章「重要電話號碼與須知詞彙」以查看您應瞭解的詞彙。

特定性別確認照護

自2026年10月13日起，Medi-Cal不能使用聯邦資金承保用於治療18歲以下Medi-Cal會員及19歲以下CHIP會員性別不安症的特定性別確認照護。這項變更是由於一項聯邦新法律所致。

受影響的服務：

- 手術，例如乳房切除術或隆乳術
- 青春期阻斷劑
- 荷爾蒙療法，例如雌激素或睪固酮

這並不表示您無法獲得照護。加州對於具有醫療必要性的照護會給予支援。當臨床適宜且經合格醫療服務提供者推薦時，州政府將動用州政府資金，為Medi-Cal及CHIP會員支付具有醫療必要性的性別確認照護費用。

請撥打**1-855-839-7613**（聽障及語障電話專線**711**）與會員服務部聯絡。
我們的服務時間為每週7天、每天24小時（節假日休息除外）。此為免費電話。 請瀏覽kp.org網站。

加州醫療保健獲取與資訊局 (HCAI) 將協助支付受影響服務的費用。該計劃獨立於由保健服務部 (DHCS) 監管的Medi-Cal計劃。更多詳情，一旦提供將在HCAI和DHCS網站上發佈。

Medi-Cal將繼續為未滿18歲的Medi-Cal會員以及未滿19歲的CHIP會員支付其他具有醫療必要性的性別確認照護服務費用。這些服務包括具有醫療必要性的診所就診、化驗、言語治療以及心理治療。當這些服務是用於治療性別不安症之外的其他疾病，或是用於治療先前手術所引起或加劇的併發症、感染、傷害、疾病或障礙時，Medi-Cal亦將繼續承保具有醫療必要性的服務，包括上述所列服務。Medi-Cal將繼續為18歲及18歲以上的會員支付上述服務的費用。

如果您目前正在使用其中一項受影響的服務：

如果此變更影響2026年10月13日或之後的服務核准，您的Medi-Cal管理式保健計劃將會與您聯繫。

- 如果您的計劃終止或削減先前已核准的服務，您將收到一份書面行動通知。該行動通知將說明原因，以及您提出上訴及要求舉行州聽證會的權利。
- 視您的具體情況而定，在上訴或州聽證會進行期間，您可能有權繼續獲取福利。

如有疑問或需要協助：

- 請撥打**1-855-839-7613**（聽障及語障電話專線**711**）與會員服務部聯絡。我們的服務時間為每週7天、每天24小時（節假日休息除外）。此為免費電話。
- 您也可以與您的保健業者討論您的治療及選項。
- 有關HCAI計劃的更多資訊，一旦提供將會發佈。

請將此通知與您的2026年《會員手冊》／《承保範圍說明書》一併保存。此文件將自2026年10月13日起更新有關性別確認照護服務的章節。

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