



福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 向您展示您和計劃將如何共同承擔涵蓋的健康照護服務費用。

注意：有關此計劃費用（稱為保費）的資訊將另外提供。這僅是一份摘要。如欲瞭解有關承保範圍的更多資訊，或要獲得承保範圍的完整條款副本，請造訪 [www.kp.org/plandocuments](http://www.kp.org/plandocuments) 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711)。如欲瞭解常見詞彙的一般定義，例如允許額、差額收費、共同保險、共付額、自付額、供應商、或其他劃線詞彙，請參見詞彙表。您可以在 <http://www.healthcare.gov/sbc-glossary> 檢視詞彙表，或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取副本。

| 重要問題                     | 答案   | 為什麼這很重要：  |
|--------------------------|--|---|
| 整體自付額為多少？                | 僅自己入保 \$1,600。入保家庭內的任一成員 \$3,000。整個家庭 \$3,200  | 一般而言，在此計劃開始支付前，您需要向供應商支付自付額以下的所有費用。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在所有家庭成員支付的自付額費用總金額達到家庭整體自付額之前，每位家庭成員必須達到其自己的自付額。  |
| 在您達到您的自付額前，這些服務是否在承保範圍內？ | 是。預防性照護以及從第 2 頁開始之表格所示的服務  | 即便您還沒達到自付額，此計劃亦涵蓋一些項目和服務。但可能需支付共付額或共同保險。例如：在沒有分攤成本且您達到您的自付額前，此計劃亦涵蓋特定預防性服務。請至 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 查看涵蓋的預防性服務清單。 |
| 特定服務是否還有其他自付額？           | 否  | 針對特定服務，您不需要達到自付額。   |
| 此計劃的最大自付額是多少？            | 僅自己入保 \$3,550。入保家庭內的任一成員 \$3,550。整個家庭 \$7,100。兒童牙科：一名兒童 \$350 / 多名兒童 \$700。                | 最大自付額為您可能在一年間為涵蓋服務支付的最大金額。如果您還有其他家庭成員投保此計劃，在達到家庭整體最大自付額之前，其他家庭成員必須達到其自己的最大自付額。  |
| 最大自付額不包含什麼？              | 保費、此計劃不涵蓋的健康照護服務以及從第 2 頁開始之表格所示的服務。  | 即便您已支付此類費用，相關費用亦不計入最大自付額。   |
| 如果使用網絡供應商，您支付的金額是否會更少？   | 是。請參見 <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a> 或致電 1-800-278-3296 (TTY: 711) 以索取網絡供應商清單。 | 此計劃使用供應商網絡。如果您使用計劃網絡中的供應商，您將需要支付較少費用。如果您使用網絡外的供應商，您將需要支付較多費用。您亦可能收到來自供應商的帳單，其中為供應商收費及您的計劃支付的費用差額（差額收費）。請注意，您的網絡供應商可能使用網絡外供應商以提供一些服務（例如：實驗室工序）。請在獲取服務前與您的供應商確認。  |
| 您是否需要轉診至專科醫生？            | 是，但是您可以自己轉診去看某些專科醫生。   | 此計劃將支付至專科醫生處就診，涵蓋的服務所產生的部分或全部費用，但前提是您必須在至專科醫生處就診前已取得轉介。   |



此表格顯示的所有**共付額**和**共同保險**費用僅適用於您已達到您的**自付額**的情況（如果**自付額**適用的話）。

| 常見醫療事件  | 您可能需要的服務          | 您需要支付的費用<br>計劃供應商<br>(您將需要支付較少費用) | 您需要支付的費用<br>非計劃供應商<br>(您將需要支付較多費用) | 限制、例外和其他重要資訊  |
|---|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| 如果您造訪健康照護供應商的辦公室或診所   | 初級保健就診以治療受傷或疾病    | 15% 共同保險                          | 不承保                                | 無   |
|   | 至專科醫生處就診          | 15% 共同保險                          | 不承保                                | 無   |
|   | 預防性照護/篩檢/疫苗接種     | 不收費，自付額不適用                        | 不承保                                | 您可能需要為非預防性服務付費。請向您的供應商洽詢您所需的服務是否屬於預防性服務。然後查看您的計劃將會支付哪些費用。 |
| 如果您進行檢測   | 診斷檢定（X光、血液檢測）     | 15% 共同保險                          | 不承保                                | 無   |
|   | 造影（CT/PET 掃描、MRI） | 15% 共同保險                          | 不承保                                | 無   |
| 如果您需要藥物治療疾病或情況<br>如欲瞭解更多有關處方類藥物承保範圍的資訊，請造訪 <a href="http://www.kp.org/formulary">www.kp.org/formulary</a> | 學名藥（層級 1）         | 零售每份處方 \$15，<br>郵購每份處方 \$30       | 不承保                                | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天藥量。女性避孕藥不收費，自付額不適用。需遵守處方集準則。        |
|   | 優先原廠藥（層級 2）       | 零售每份處方 \$45，<br>郵購每份處方 \$90       | 不承保                                | 零售最多 30 天藥量，郵購最多 100 天藥量。女性避孕藥不收費，自付額不適用。需遵守處方集準則。        |
|   | 非優先原廠藥（層級 2）      | 零售每份處方 \$45，<br>郵購每份處方 \$90       | 不承保                                | 若透過處方集例外處理程序獲得核准，本計劃非優先原廠藥的成本分攤與優先原廠藥（層級 2）的成本分攤一致。       |
|   | 專科藥物（層級 4）        | 15% 共同保險，<br>每份處方最多 \$250         | 不承保                                | 零售最多 30 天藥量。需遵守處方集準則。                                     |
| 如果您進行門診手術   | 設施費（例如：非住院手術中心）   | 15% 共同保險                          | 不承保                                | 無   |
|   | 醫師/外科醫生費用         | 不適用                               | 不承保                                | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。   |

| 常見醫療事件                | 您可能需要的服務     | 您需要支付的費用<br>計劃供應商<br>(您將需要支付較少費用)     | 您需要支付的費用<br>非計劃供應商<br>(您將需要支付較多費用) | 限制、例外和其他重要資訊  |
|-----------------------|--------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| 如果您需要立即就醫             | 急診室照護        | 15% 共同保險                              | 15% 共同保險                           | 若以住院患者的身分入院，則免共同保險。   |
|                       | 緊急醫療交通       | 15% 共同保險                              | 15% 共同保險                           | 無   |
|                       | 緊急照護         | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 若您暫時人在服務區外， <u>非計劃供應商</u> 也屬於承保範圍：15% 共同保險  |
| 如果您需要住院               | 設施費（例如：醫院病房） | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 無   |
|                       | 醫師/外科醫生費用    | 不適用                                   | 不承保                                | 醫師/外科醫生費用包含於設施費內。   |
| 如果您需要心理健康、行為健康或藥物濫用服務 | 門診服務         | 每次個人就診或團體就診 15% 共同保險。其他門診服務 15% 共同保險。 | 不承保                                | 無   |
|                       | 住院服務         | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 無   |
| 如果您懷孕                 | 辦公室就診        | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                   | 不承保                                | 根據服務類型， <u>共付額</u> 、 <u>共同保險</u> 或 <u>自付額</u> 可能適用。妊娠照護可能包括 SBC 其他地方所述的檢測和服務（即超音波）。 |
|                       | 分娩專業服務       | 不適用                                   | 不承保                                | 專業服務包含於設施費內。  |
|                       | 分娩設施服務       | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 無   |
| 如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求   | 居家照護         | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 每次探訪最多 2 小時，每天最多 3 次探訪，每年最多 100 次探訪。  |
|                       | 復健服務         | 住院：15% 共同保險<br>門診：15% 共同保險            | 不承保                                | 無   |
|                       | 適應服務         | 住院：15% 共同保險<br>門診：15% 共同保險            | 不承保                                | 無   |
|                       | 專業護理         | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 每個福利期以 100 天為限。   |
|                       | 耐用醫療器材       | 15% 共同保險                              | 不承保                                | 某些項目每年的補充福利以 \$2,000 為限。需要事先授權。   |
|                       | 臨終關懷服務       | 不收費                                   | 不承保                                | 無   |
| 如果您的子女需要牙科或眼科照護       | 兒童眼科檢查       | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                   | 不承保                                | 無   |
|                       | 兒童眼鏡         | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                   | 不承保                                | 每年限一副眼鏡，鏡框和鏡片樣式有限   |
|                       | 兒童牙科檢查       | 不收費， <u>自付額</u> 不適用                   | 不承保                                | 每年限兩次檢查   |

## 不包含的服務和其他承保服務：

**您的計劃一般不涵蓋的服務（查看您的保單或計劃文件以瞭解更多資訊以及任何其他不包含的服務列單。）**

- 脊柱神經照護
- 美容手術
- 牙科照護（成人）
- 助聽器
- 長期照護
- 在美國境外旅行時的非急診照護
- 私人護理
- 例行足部保健
- 減重計劃

**其他包含的服務（此類服務可能存有限制。這不是完整的列單。請查看您的計劃文件。）**

- 墮胎
- 針灸（計劃供應商轉診）
- 減肥手術
- 不孕症治療
- 例行眼科照護（成人）

**您的續保權利：**如果您想在保險結束後繼續獲得承保，有一些機構可以提供協助。此類機構的聯繫資訊如下表所示。其他承保選項亦可能適用於您，其中包括透過健康保險商城購買個人保險。如欲瞭解更多有關商城的資訊，請造訪 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致電 1-800-318-2596。

**您的申訴和上訴權利：**如果您對您的計劃拒絕您的索償提出投訴，一些機構可以為您提供協助。此類投訴被稱為申訴或上訴。如欲瞭解有關您權利的更多資訊，請查看您就該醫療索償可取得的福利說明。您的計劃文件亦將提供有關如何出於任何理由就您計劃提交索償、上訴或申訴的完整資訊。如欲瞭解有關您的權利、此通知或幫助的更多資訊，請聯絡下表所列的機構。

**如欲瞭解您的續保權利以及申訴和上訴權利，聯絡資訊如下：**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Kaiser Permanente 會員服務部 | 1-800-278-3296 (TTY: 711) 或 <a href="http://www.kp.org/memberservices">www.kp.org/memberservices</a>     |
| 勞工部員工福利安全管理局            | 1-866-444-EBSA (3272) 或 <a href="http://www.dol.gov/ebsa/healthreform">www.dol.gov/ebsa/healthreform</a> |
| 美國健康與民眾服務部消費者資訊與保險監管中心  | 1-877-267-2323 分機 61565 或 <a href="http://www.cciio.cms.gov">www.cciio.cms.gov</a>                       |
| 加州保險局                   | 1-800-927-HELP (4357) 或 <a href="http://www.insurance.ca.gov">www.insurance.ca.gov</a>                   |
| 加州保健計劃管理局               | 1-888-466-2219 或 <a href="http://www.dmhca.gov">www.dmhca.gov</a>  |

## 此計劃是否提供最低程度承保？是

最低程度承保一般包括可透過商城或其他獨立市場保單取得的計劃、健康保險、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和其他特定保險。

如果您符合特定類別最低程度承保的資格，您可能不符合保費稅額抵免優惠資格。

## 此計劃是否符合最低值標準？是

如果您的計劃不符合最低值標準，您可能符合保費稅額抵免優惠資格，可透過商城幫助您支付計劃費用。

**語言服務：**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711).

[Chinese (中文)：如果需要中文的幫助，請撥打這個號碼1-800-757-7585 (TTY: 711)

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

*如欲查看此計劃涵蓋範例醫療情況費用的示例，請查看下一節。*

關於此類承保示例：



**這不是費用預估。**顯示的治療僅為此計劃涵蓋醫療照護的範例。您的確切費用取決於您獲取的確切照護、您的供應商收取的費用和其他很多因素，可能有所不同。專注於計劃下成本分攤金額（自付額、共付額和共同保險）和不包含的服務。利用此資訊來比較您在不同健康計劃中可能需要支付的費用部分。請注意，此類承保範圍示例僅基於自我承保範圍。

**Peg 懷孕了**

（9 個月的網絡內產前檢查和醫院分娩）

|                |         |
|----------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額     | \$3,000 |
| ■ 專科醫生共同保險     | 15%     |
| ■ 醫院（設施）共同保險   | 15%     |
| ■ 其他（血液檢測）共同保險 | 15%     |

此事件示例包含下列服務：

專科醫生辦公室就診（產前照護）  
 分娩專業服務  
 分娩設施服務  
 診斷檢定（超音波和血液檢測）  
 專科醫生看診（麻醉）

|       |          |
|-------|----------|
| 總示例費用 | \$12,700 |
|-------|----------|

在此示例，Peg 將支付：

| 成本分攤                  |                |
|-----------------------|----------------|
| 自付額                   | \$3,000        |
| 共付額                   | \$0            |
| 共同保險                  | \$600          |
| 不承保的項目                |                |
| 限制或例外                 | \$50           |
| <b>Peg 將支付的總金額為**</b> | <b>\$3,600</b> |

**管理 Joe 的 2 型糖尿病**

（一年的病情可控例行網絡內護理）

|                |         |
|----------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額     | \$1,600 |
| ■ 專科醫生共同保險     | 15%     |
| ■ 醫院（設施）共同保險   | 15%     |
| ■ 其他（血液檢測）共同保險 | 15%     |

此事件示例包含下列服務：

初級保健醫師辦公室就診（包括疾病教育）  
 診斷檢定（血液檢測）  
 處方藥  
 耐用醫療器材（血糖測量儀）

|       |         |
|-------|---------|
| 總示例費用 | \$5,600 |
|-------|---------|

在此示例，Joe 將支付：

| 成本分攤                |                |
|---------------------|----------------|
| 自付額                 | \$1,600        |
| 共付額                 | \$700          |
| 共同保險                | \$100          |
| 不承保的項目              |                |
| 限制或例外               | \$0            |
| <b>Joe 將支付的總金額為</b> | <b>\$2,400</b> |

**Mia 的簡單骨折**

（網絡內急診室就診和後續護理）

|               |         |
|---------------|---------|
| ■ 計劃的整體自付額    | \$1,600 |
| ■ 專科醫生共同保險    | 15%     |
| ■ 醫院（設施）共同保險  | 15%     |
| ■ 其他（X 光）共同保險 | 15%     |

此事件示例包含下列服務：

急診室照護（包括醫療用品）  
 診斷檢定（X 光）  
 耐用醫療器材（拐杖）  
 復健服務（物理治療）

|       |         |
|-------|---------|
| 總示例費用 | \$2,800 |
|-------|---------|

在此示例，Mia 將支付：

| 成本分攤                |                |
|---------------------|----------------|
| 自付額                 | \$1,600        |
| 共付額                 | \$10           |
| 共同保險                | \$100          |
| 不承保的項目              |                |
| 限制或例外               | \$0            |
| <b>Mia 將支付的總金額為</b> | <b>\$1,710</b> |

\*\*注意：病人支付的金額以計劃的最大自付額為上限。由於四捨五入的關係，總金額加起來可能會與表格所顯示的不同。

計劃將負責支付此類範例中所涵蓋服務所產生的其他費用。

## Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Kaiser Permanente follows State and Federal civil rights laws.

Kaiser Permanente does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of age, race, ethnic group identification, color, national origin, cultural background, ancestry, religion, sex, gender, gender identity, gender expression, sexual orientation, marital status, physical or mental disability, medical condition, source of payment, genetic information, citizenship, primary language, or immigration status.

Kaiser Permanente provides the following services:

- No-cost aids and services to people with disabilities to help them communicate better with us, such as:
  - ◆ Qualified sign language interpreters
  - ◆ Written information in other formats (braille, large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)
- No-cost language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ◆ Qualified interpreters
  - ◆ Information written in other languages

If you need these services, call our Member Service Contact Center at **1 800-464-4000** (TTY 711), 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays). If you cannot hear or speak well, please call **711**.

Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, or another format, call our Member Service Contact Center and ask for the format you need.

### How to file a grievance with Kaiser Permanente

You can file a discrimination grievance with Kaiser Permanente if you believe we have failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way. Please refer to your *Evidence of Coverage or Certificate of Insurance* for details. You may also speak with a Member Services representative about the options that apply to you. Please call Member Services if you need help filing a grievance.

You may submit a discrimination grievance in the following ways:

- **By phone:** Call member services at **1-800-464-4000** (TTY 711) 24 hours a day, 7 days a week (except closed holidays)
- **By mail:** Call us at **1-800-464-4000** (TTY 711) and ask to have a form sent to you
- **In person:** Fill out a Complaint or Benefit Claim/Request form at a member services office located at a Plan Facility (go to your provider directory at [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) for addresses)
- **Online:** Use the online form on our website at [kp.org](http://kp.org)

You may also contact the Kaiser Permanente Civil Rights Coordinators directly at the addresses below:

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

### **How to file a grievance with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights *(For Medi-Cal Beneficiaries Only)***

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services Office of Civil Rights in writing, by phone or by email:

- **By phone:** Call DHCS Office of Civil Rights at 916-440-7370 (TTY 711)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

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

Complaint forms are available at: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Online:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

### **How to file a grievance with the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights**

You can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You can file your complaint in writing, by phone, or online:

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).
- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY **711**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY **711** o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

## 反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente 遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente 不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente 提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
  - ◆ 合格手語翻譯員
  - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
  - ◆ 合格口譯員
  - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話 1-800-464-4000 (TTY 711) 給會員服務聯絡中心，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話 711。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

### 如何向 Kaiser Permanente 投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向 Kaiser Permanente 提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 聯絡會員服務部，每週 7 天，每天 24 小時（節假日除外）
- **郵寄：** 打電話 1 800-464-4000 (TTY 711) 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出：** 在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：** 使用 [kp.org](http://kp.org) 網站上的線上表格

您也可直接與 Kaiser Permanente 民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

#### 如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限 *Medi-Cal* 受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話 916-440-7370 (TTY 711) 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上 [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) 取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

#### 如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話 1-800-368-1019 (TTY 711 或 1-800-537-7697)
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表

- **郵寄：**訪問民權辦公室投訴入口網站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

## Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử

Phân biệt đối xử là trái với pháp luật. Kaiser Permanente tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang.

Kaiser Permanente không phân biệt đối xử trái pháp luật, loại trừ hay đối xử khác biệt với người nào đó vì lý do tuổi tác, chủng tộc, nhận dạng nhóm sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, nền tảng văn hóa, tổ tiên, tôn giáo, giới tính, nhận dạng giới tính, cách thể hiện giới tính, khuynh hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tình trạng khuyết tật về thể chất hoặc tinh thần, bệnh trạng, nguồn thanh toán, thông tin di truyền, quyền công dân, ngôn ngữ mẹ đẻ hoặc tình trạng nhập cư.

Kaiser Permanente cung cấp các dịch vụ sau:

- Phương tiện hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ giao tiếp hiệu quả hơn với chúng tôi, chẳng hạn như:
  - ◆ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ trình độ
  - ◆ Thông tin bằng văn bản theo các định dạng khác (chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử để truy cập và các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, chẳng hạn như:
  - ◆ Thông dịch viên đủ trình độ
  - ◆ Thông tin được trình bày bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần những dịch vụ này, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ). Nếu quý vị không thể nói hay nghe rõ, vui lòng gọi **711**.

Theo yêu cầu, tài liệu này có thể được cung cấp cho quý vị dưới dạng chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn, băng thu âm hay dạng điện tử. Để lấy một bản sao theo một trong những định dạng thay thế này hay định dạng khác, xin gọi đến Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi và yêu cầu định dạng mà quý vị cần.

### Cách đệ trình phàn nàn với Kaiser Permanente

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử với Kaiser Permanente nếu quý vị tin rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hay phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm (Evidence of Coverage) hay Chứng Nhận Bảo Hiểm (Certificate of Insurance) của quý vị để biết thêm chi tiết. Quý vị cũng có thể nói chuyện với nhân viên ban Dịch Vụ Hội Viên về những lựa chọn áp dụng cho quý vị. Vui lòng gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên nếu quý vị cần được trợ giúp để đệ trình phàn nàn.

Quý vị có thể đệ trình phàn nàn về phân biệt đối xử bằng các cách sau đây:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến ban Dịch Vụ Hội Viên theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần (đóng cửa ngày lễ)
- **Qua thư tín:** Gọi chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu gửi mẫu đơn cho quý vị
- **Trực tiếp:** Hoàn tất mẫu đơn Than Phiền hay Yêu Cầu Thanh Toán/Yêu Cầu Quyền Lợi tại văn phòng dịch vụ hội viên ở một Cơ Sở Thuộc Chương Trình (truy cập danh mục nhà cung cấp của quý vị tại [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) để biết địa chỉ)
- **Trực tuyến:** Sử dụng mẫu đơn trực tuyến trên trang mạng của chúng tôi tại [kp.org](http://kp.org)

Quý vị cũng có thể liên hệ trực tiếp với Điều Phối Viên Dân Quyền của Kaiser Permanente theo địa chỉ dưới đây:

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

### **Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California** (*Dành Riêng Cho Người Thụ Hưởng Medi-Cal*)

Quý vị cũng có thể đệ trình than phiền về dân quyền với Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế California bằng văn bản, qua điện thoại hay qua email:

- **Qua điện thoại:** Gọi đến Văn Phòng Dân Quyền Ban Dịch Vụ Y Tế (Department of Health Care Services, DHCS) theo số **916-440-7370** (TTY **711**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

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

Mẫu đơn than phiền hiện có tại: [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Trực tuyến:** Gửi email đến [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

### **Cách đệ trình phàn nàn với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ.**

Quý vị cũng có quyền đệ trình than phiền về phân biệt đối xử với Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ. Quý vị có thể đệ trình than phiền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc trực tuyến:

- **Qua điện thoại:** Gọi **1-800-368-1019** (TTY **711** hay **1-800-537-7697**)
- **Qua thư tín:** Điền mẫu đơn than phiền và hay gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn than phiền hiện có tại  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Trực tuyến:** Truy cập Cổng Thông Tin Than Phiền của Văn Phòng Dân Quyền tại:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

# NOTICE OF LANGUAGE ASSISTANCE

**English:** This is important information from Kaiser Permanente. If you need help understanding this information, please call **1-800-464-4000 TTY 711** and ask for language assistance. Help is available 24 hours a day, 7 days a week, excluding holidays. We can also help you with auxiliary aids and alternative formats.

**Arabic:** تحتوي هذه الوثيقة على معلومات مهمة من Kaiser Permanente. وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء أيام العطلات الرسمية.  
الرقم **1-800-464-4000 (TTY: 711)** وطلب مساعدة لغوية. المساعدة متوفرة على مدار الساعة طيلة أيام الأسبوع، باستثناء يمكننا أيضاً تزويدك بمساعدات إضافية وتنسيقات بديلة.

**Armenian:** Սա կարևոր տեղեկություն է «Kaiser Permanente»-ից: Եթե այս տեղեկությունը հասկանալու համար Ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և օժանդակություն ստանալ լեզվի հարցում: Զանգահարեք օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ բացի տոն օրերից: Մենք նաև կարող ենք օգնել Ձեզ օժանդակ օգնության և այլընտրանքային ձևաչափերի հարցում:

**Chinese:** 這是來自 Kaiser Permanente 的重要資訊。如果您需要協助瞭解此資訊，請致電 **1-800-757-7585 (TTY 專線 711)** 尋求語言協助。我們每週 7 天，每天 24 小時皆提供協助（節假日休息）。我們還可以幫助您獲取輔助設備和其它格式。

**Farsi:** این اطلاعات مهمی از سوی Kaiser Permanente می باشد. اگر در فهمیدن این اطلاعات به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس گرفته و برای امداد زبانی درخواست کنید. کمک و راهنمایی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل موجود است. ما همچنین می توانیم برای شما کمکهای جانبی و به صورتهای دیگر را فراهم کنیم.

**Hindi:** यह Kaiser Permanente की ओर से महत्वपूर्ण सूचना है। यदि आपको इस सूचना को समझने के लिए मदद की जरूरत है, तो कृपया **1-800-464-4000 (TTY 711)** पर फोन करें और भाषा सहायता के लिए पूछें। सहायता छुट्टियों को छोड़कर, सप्ताह के सातों दिन, दिन के 24 घंटे, उपलब्ध है। हम सहायक साधनों और वैकल्पिक प्रारूपों को प्राप्त करने में भी आपकी मदद कर सकते हैं।

**Hmong:** Qhov xov xwm no tseem ceeb los ntawm Kaiser Permanente. Yog koj xav tau kev pab kom nkag siab cov xov xwm no, thov hu rau **1-800-464-4000 (TTY 711)** thiab thov kev pab txhais lus. Muaj kev pab 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg, tsis xam cov hnuv caiv. Peb kuj muab tau lwm yam kev pab rau koj thiab ua lwm yam ntaub ntawv.

**Japanese:** Kaiser Permanente から重要なお知らせがあります。この情報を理解するためにヘルプが必要な場合は、**1-800-464-4000 (TTY 回線 711)** に電話して、言語サービスを依頼してください。このサービスは年中無休（祝祭日を除く）でご利用いただけます。補助器具・サービスや別のフォーマットについてもご相談いただけます。

**Khmer:** នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ មកពី Kaiser Permanente។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឲ្យបានយល់ដឹងព័ត៌មាននេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** និងស្នើសុំជំនួយខាងភាសា។ ជំនួយគ្រប់ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបណ្តាជន។ យើងក៏អាចជួយអ្នកជាមួយនិងឧបករណ៍ជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនិងជាទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗ។

**Korean:** 본 정보는 Kaiser Permanente 에서 전하는 중요한 메시지입니다. 본 정보를 이해하는 데 도움이 필요하시면, **1-800-464-4000 (TTY 711)** 번으로 전화해 언어 지원 서비스를 요청하십시오. 요일 및 시간에 관계없이 언제든지 도움을 제공해 드립니다(공휴일 제외). 또한 보조기구 및 대체 형식의 자료를 지원해 드릴 수 있습니다.

**Laotian:** ມີແມ່ນຂໍ້ມູນສໍາຄັນຈາກ Kaiser Permanente. ຖ້າວ່າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊ່ວຍໃຫ້ເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນນີ້, ກະຮຸນາໂທຣ **1-800-464-4000 (TTY 711)** ແລະຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ. ການຊ່ວຍເຫຼືອມີໃຫ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ບໍ່ລວມວັນພັກຕ່າງໆ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນດ້ານອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໄດ້.

**Mien:** Naaiv se benx jienv sic dauh waac-fienx yiem naaiv Kaiser Permanente bun daaih. Beiv taux meih qiex longc mienh tengx doqc naaiv deix waac-fienx liouh porv bun bieqc hnyouv nor, daaix luic douc waac daaih lorx **1-800-464-4000 (TTY 711)** aengx caux tov heuc tengx nzie faan waac bun muangx. Mbenc nzoih liouh tengx yiem yietc hnoi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi, simv cuotv hnoi-gec oc. Yie mbuo corc haih mbenc wuotc ginc jaa-dorngx tengx nzie goux aengx caux liouh bun ginv longc sou-guv daan puix horpc meih.

**Navajo:** Díí éí hane' bíhólníihii át'éego Kaiser Permanente yee nihalne'. Díí hane'ígíí doo hazhó'ó bik'i'diitjįhgóó t'áá shóódi'koji' hodíílnih **1-800-464-4000 (TTY 711)** áko saad bee áká i'iilyeed yídiikił. Kwe'é áká aná'álwo' t'áá áłahjí' naadiindjį' ahéé'ílkidgóó dóó tsosts'id jí ąą'át'é. Dahodíłzingóne' éí dá'deelkaal. Áádóó hane' bee bik'i' di'diitjįhgíí dóó t'áá łahgo át'éego hane' nich'į ádoolníł.

**Punjabi:** ਇਹ Kaiser Permanente ਵਲੋਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਅਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਪੁੱਛੋ। ਮਦਦ, ਛੁੱਟੀਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਅਤੇ ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਟਾਚਸਕ੍ਰੀਨਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

**Russian:** Это важная информация от Kaiser Permanente. Если Вам требуется помощь, чтобы понять эту информацию, позвоните по номеру **1-800-464-4000 (линия TTY 711)** и попросите предоставить Вам услуги переводчика. Помощь доступна 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, кроме праздничных дней. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами.

**Spanish:** La presente incluye información importante de Kaiser Permanente. Si necesita ayuda para entender esta información, llame al **1-800-788-0616 (TTY 711)** y pida ayuda lingüística. Hay ayuda disponible 24 horas al día, siete días a la semana, excluidos los días festivos. También podemos ayudarle con recursos para discapacidades y formatos alternativos.

**Tagalog:** Ito ay importanteng impormasyon mula sa Kaiser Permanente. Kung kailangan ninyo ng tulong para maunawan ang impormasyong ito, mangyaring tumawag sa **1-800-464-4000 (TTY 711)** at humingi ng tulong kaugnay sa lengguwahe. May makukuhang tulong 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, maliban sa mga araw na pista opisyal. Matutulungan din namin kayo sa mga pantulong na gamit o serbisyo at mga alternatibong format.

**Thai:** นี่เป็นข้อมูลสำคัญจาก Kaiser Permanente หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการทำความเข้าใจข้อมูลนี้ โปรด โทร **1-800-464-4000 (โทรมา TTY 711)** และขอความช่วยเหลือด้านภาษา เราพร้อมให้ความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ ยกเว้นวันหยุดราชการ เรายังสามารถจัดหาอุปกรณ์และวัสดุช่วยเหลือในรูปแบบอื่นได้อีกด้วย

**Ukranian:** У цьому повідомленні міститься важлива інформація від Kaiser Permanente. Якщо надана інформація не зрозуміла й вам потрібна допомога, зателефонуйте за номером **1-800-464-4000 (TTY 711)** і попросіть надати вам послугу перекладача. Наші співробітники надають допомогу цілодобово, 7 днів на тиждень, за винятком святкових днів. Також ми можемо допомогти вам, надавши допоміжні засоби й матеріали в альтернативних форматах.

**Vietnamese:** Đây là thông tin quan trọng từ Kaiser Permanente. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu rõ thông tin này, vui lòng gọi số **1-800-464-4000 (TTY 711)** và yêu cầu được cấp dịch vụ về ngôn ngữ. Quý vị sẽ được giúp đỡ 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, trừ ngày lễ. Chúng tôi cũng có thể giúp quý vị với các phương tiện trợ giúp bổ trợ và hình thức thay thế.