

2024 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

# 2024 福利摘要

---

Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda Basic Plan (HMO)、  
Kaiser Permanente Senior Advantage SF Basic Plan (HMO) 及  
Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda, Napa, and  
San Francisco Counties Plan (HMO)



## 與本福利摘要有關的資訊

感謝您考慮參加 Kaiser Permanente Senior Advantage。您可以使用本福利摘要來進一步瞭解我們的計劃。其中包括下列相關資訊：

- 保費
- 福利與費用
- D 部分處方藥
- 可選的補充福利 (Advantage Plus)
- 額外福利
- 產品與服務的會員折扣
- 哪些人可以入保
- 承保範圍規則
- 獲取醫護服務

請參閱最後面的術語表，以瞭解本手冊所使用之部分術語的定義。

## 瞭解更多詳細資訊

本文件包含 3 項 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃的摘要。本文件未包含所有承保項目和非承保項目或所有計劃規定。如欲瞭解詳情，請參閱我們網站 [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) 上的《承保範圍說明書(EOC)》，或者請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 向會員服務部索取一份，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

### 有疑問嗎？

- 如果您不具備會員身分，請致電 **1-800-777-1238 (TTY 711)**。
- 如果您具備會員身分，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。
- 服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

## 承保項目及相關費用

\*您的計劃保健業者可能必須提供轉診。

†可能需獲得事前授權。

福利與保費	若參加 <b>Basic Alameda</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Basic SF</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Alam, SF, Napa</b> 計劃，您需支付
計劃月保費	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$70</b>
免賠額	無	無	無
您需負擔的自付上限 不包括 Medicare D 部分藥物	<b>\$6,000</b>	<b>\$6,000</b>	<b>\$3,900</b>
住院服務*† 醫療上必要的住院沒有天數限制。	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$290</b> ，剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b>	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$275</b> ，剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b>	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$225</b> ，剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b>
門診醫院服務	每次就診 <b>\$0-\$250</b>	每次就診 <b>\$0-\$250</b>	每次就診 <b>\$0-\$190</b>
門診手術中心 (ASC)	每項手術 <b>\$250</b>	每項手術 <b>\$250</b>	每項手術 <b>\$190</b>
醫生看診			
• 基本保健業者	每次就診 <b>\$5</b>	每次就診 <b>\$10</b>	<b>\$0</b>
• 專科醫生*	每次就診 <b>\$15</b>	每次就診 <b>\$15</b>	每次就診 <b>\$10</b>
預防保健* 請參閱 <b>EOC</b> 以瞭解詳情。	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
急診護理 我們承保全球各地的急診護理。	每次急診部就診 <b>\$120</b>	每次急診部就診 <b>\$120</b>	每次急診部就診 <b>\$120</b>
緊急需求服務 我們承保全球各地的緊急醫護。	每次就診 <b>\$5</b>	每次就診 <b>\$10</b>	<b>\$0</b>
診斷服務、化驗及造影*			
• A1c、LDL、某些 INR 及血糖定量血液檢測	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
• 所有其他化驗 • 診斷檢測及程序 (如 EKG)	<b>\$0</b>	每次 <b>\$10</b>	<b>\$0</b>
• X 光檢查和超音波	每次 <b>\$10</b>	每次 <b>\$20</b>	<b>\$0</b>
• MRI、CT 和 PET	每項程序 <b>\$250</b>	每項程序 <b>\$250</b>	每項程序 <b>\$200</b>

福利與保費	若參加 <b>Basic Alameda</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Basic SF</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Alam, SF, Napa</b> 計劃，您需支付
<b>聽力服務</b> 疾病診斷評估	每次專科醫生看診 <b>\$15</b>	每次專科醫生看診 <b>\$15</b>	每次專科醫生看診 <b>\$10</b>
<b>牙科服務*</b> 下列屬於承保範圍的預防、診斷及牙周病牙科醫療護理： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 口腔檢查（每年限兩次口腔檢查）</li> <li>• 洗牙（每年限兩次洗牙）†</li> <li>• 咬翼片 X 光檢查（每 12 個月期間兩組及每六個月一組）†</li> <li>• 牙周病評估、牙結石清除及牙根整平†</li> </ul> 如果您入保了可選的福利，您將可獲得額外的牙科福利（請參閱 <b>Advantage Plus</b> 以瞭解詳情）。	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>視力服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 診斷和治療眼部疾病和病症的看診*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 驗光配鏡師每次看診<b>\$5</b></li> <li>• 眼科醫生每次看診<b>\$15</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 驗光配鏡師每次看診<b>\$10</b></li> <li>• 眼科醫生每次看診<b>\$15</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 驗光配鏡師<b>\$0</b></li> <li>• 眼科醫生每次看診<b>\$10</b></li> </ul>
• 例行眼睛檢查	每次就診 <b>\$5</b>	每次就診 <b>\$10</b>	每次就診 <b>\$0</b>
• 預防性青光眼篩檢和糖尿病視網膜病變服務	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
• 白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡*	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 <b>\$0</b> ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的任何費用。	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 <b>\$0</b> ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的任何費用。	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 <b>\$0</b> ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的任何費用。
<b>精神健康服務</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 住院精神健康服務*</li> </ul>	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$290</b> （剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b> ）。	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$275</b> （剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b> ）。	住院的第 1-5 天，每天支付 <b>\$225</b> （剩餘的住院天數則支付 <b>\$0</b> ）。
• 門診小組治療	每次就診 <b>\$2</b>	每次就診 <b>\$5</b>	<b>\$0</b>
• 門診個人治療	每次就診 <b>\$5</b>	每次就診 <b>\$10</b>	<b>\$0</b>

福利與保費	若參加 <b>Basic Alameda</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Basic SF</b> 計劃，您需支付	若參加 <b>Alam, SF, Napa</b> 計劃，您需支付
<b>專業護理院*</b> 每個福利期我們最多承保 100 天。	每個福利期： • 第 1-20 天 <b>\$0</b> • 第 21-100 天，每天支付 <b>\$100</b>	每個福利期： • 第 1-20 天 <b>\$0</b> • 第 21-100 天，每天支付 <b>\$100</b>	每個福利期： • 第 1-20 天 <b>\$0</b> • 第 21-100 天，每天支付 <b>\$100</b>
<b>物理治療*</b>	每次就診 <b>\$0–\$20</b>	每次就診 <b>\$0–\$20</b>	每次就診 <b>\$0–\$15</b>
<b>救護車</b>	每趟單程 <b>\$250</b>	每趟單程 <b>\$300</b>	每趟單程 <b>\$250</b>
<b>交通運輸</b>	不承保	不承保	不承保
<b>Medicare B 部分藥物†</b> 若您透過計劃保健業者取得 Medicare B 部分藥物，藥物可獲得承保。詳情請參閱 <b>EOC</b> 。 • 需要由保健專業人員施用的藥物	視藥物而定， <b>0%至 20%共保額</b> 。如果藥物經認定超過通貨膨脹的金額，則某些藥物可能會低於 20%。	視藥物而定， <b>0%至 20%共保額</b> 。如果藥物經認定超過通貨膨脹的金額，則某些藥物可能會低於 20%。	視藥物而定， <b>0%至 20%共保額</b> 。如果藥物經認定超過通貨膨脹的金額，則某些藥物可能會低於 20%。
• 透過計劃藥房取得最多 30 天藥量	• 非品牌藥 <b>\$18</b> • 品牌藥 <b>\$47</b> ，但透過 DME 用品提供的 B 部分胰島素藥物您則需支付 <b>\$35</b> 。	• 非品牌藥 <b>\$18</b> • 品牌藥 <b>\$47</b> ，但透過 DME 用品提供的 B 部分胰島素藥物您則需支付 <b>\$35</b> 。	• 非品牌藥 <b>\$7</b> • 品牌藥 <b>\$47</b> ，但透過 DME 用品提供的 B 部分胰島素藥物您則需支付 <b>\$35</b> 。

# Medicare D 部分處方藥保險†

您需支付的藥物費用金額將根據下列因素而異：

- 您入保的計劃（Alameda Basic、SF Basic 或 Alam, SF, Napa）。
- 您藥物所屬的層級。藥物共分為 6 個層級。如欲瞭解您的藥物屬於 6 個層級中的哪一個層級，請瀏覽 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 網站上的 D 部分承付藥物手冊或致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡以索取一份，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
- 您取得的藥量天數（例如 30 天或 100 天藥量）。注意：並非所有藥物都可以提供超過 30 天的藥量。
- 您是透過我們任一零售計劃藥房還是郵購藥房配領處方藥。注意：並非所有藥物都可以郵寄。
- 您所處的保險階段（免賠額階段、初始保險階段、保險缺口階段或重大傷病保險階段）。

註：Medicare 提供額外補助以替收入和資源有限的人士支付處方藥費用。如果您有權獲得額外補助，則下述成本分擔可能不適用於您；請改參閱《適用於可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》。

## 免賠額階段

由於我們沒有免賠額規定，因此本給付階段不適用於您且您從年初開始便會進入初始保險階段。

## 初始保險階段

您需支付下表所列的共付額和共保額，直到您的年度藥物總費用達到**\$5,030** 為止。（年度藥物總費用包括在一個日曆年度內由您及任何 D 部分計劃共同支付的藥物費用。）若您在 2024 年達到**\$5,030** 的限額，您便會進入保險缺口階段且您的承保範圍將會有所變更。

藥物層級	零售計劃藥房		
	最多 30 天藥量	31-60 天藥量	61-100 天藥量
層級 1（首選非品牌藥）			
• SF Basic 計劃	<b>\$5</b>	<b>\$10</b>	<b>\$15</b>
• Alameda Basic 計劃	<b>\$4</b>	<b>\$8</b>	<b>\$12</b>
• Alam、SF、Napa 計劃	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
層級 2（非品牌藥）			
• SF Basic 計劃	<b>\$18</b>	<b>\$36</b>	<b>\$54</b>
• Alameda Basic 計劃	<b>\$18</b>	<b>\$36</b>	<b>\$54</b>
• Alam、SF、Napa 計劃	<b>\$7</b>	<b>\$14</b>	<b>\$21</b>
藥物層級	零售計劃藥房		
層級 3*（首選品牌藥）	<b>\$47</b>	<b>\$94</b>	<b>\$141</b>
層級 4*（非首選藥物）	<b>\$100</b>	<b>\$200</b>	<b>\$300</b>
層級 5*（專科藥物）	<b>33%共保額</b>		
層級 6**（疫苗）	<b>\$0</b>	<b>不適用</b>	<b>不適用</b>

\*針對每項屬於本計劃承保範圍的胰島素產品，您需為 30 天藥量支付的費用將不會超過**\$35**，您需為 31 至 60 天藥量支付的費用將不會超過**\$70**，您需為 61-100 天藥量支付的費用將不會超過**\$105**，不論該藥物屬於那一個層級。

\*\*本計劃為您免費承保大多數 D 部分疫苗。

藥物層級	郵購計劃藥房		
	最多 30 天藥量	31-60 天藥量	61-100 天藥量
層級 1 (首選非品牌藥) • SF Basic 計劃	\$5	\$10	\$10
• Alameda Basic 計劃	\$4	\$8	\$8
• Alam、SF、Napa 計劃	\$0	\$0	\$0
層級 2 (非品牌藥) • SF Basic 計劃	\$18	\$36	\$36
• Alameda Basic 計劃	\$18	\$36	\$36
• Alam、SF、Napa 計劃	\$7	\$14	\$14
層級 3* (首選品牌藥)	\$47	\$94	\$94
層級 4* (非首選藥物)	\$100	\$200	\$200
層級 5* (專科藥物)	33%共保額		

註：層級 6 (疫苗) 不透過郵購提供。

\*針對每項屬於本計劃承保範圍的胰島素產品，您需為 30 天藥量支付的費用將不會超過**\$35**，您需為 31 至 60 天藥量支付的費用將不會超過**\$70**，您需為層級 3 藥物 61-100 天藥量支付的費用將不會超過**\$94**，您需為層級 4-5 藥物 61-100 天藥量支付的費用將不會超過**\$105**，不論該藥物屬於那一個層級。

## 保險缺口階段

如果您或 D 部分計劃在 2024 年期間為您藥物支付的費用達到**\$5,030**，您便開始進入保險缺口階段。您需在保險缺口階段支付下列共付額和共保額：

藥物層級	您需支付
層級 1、2 和 6	與您在初始保險階段支付的上列共付額相同
層級 3、4 和 5	<b>25%</b> 共保額

## 重大傷病保險階段

如果您或其他人代您在 2024 年期間為 D 部分處方藥支付的費用達到**\$8,000**，您將會進入重大傷病保險階段。大多數人均不會進入此階段，但若您進入此階段，則在 2024 年期間，您將無需為承保 D 部分藥物支付任何費用。

## 長期護理、計劃居家靜脈注射和非計劃藥房

- 如果您住在**長期護理設施**並透過其藥房領取藥物，您所需支付的費用和您在零售計劃藥房所需支付的費用相同，且您最多可獲得 31 天的藥量。
- 屬於承保範圍的 D 部分**居家靜脈注射**藥物可免費透過計劃居家靜脈注射藥房取得。
- 如果您透過**非計劃藥房**取得屬於承保範圍的 D 部分藥物，您所需支付的費用和您在零售計劃藥房所需支付的費用相同，且您最多可獲得 30 天的藥量。一般而言，只有在諸如災難期間等您無法使用網絡藥房的情況下，我們才會承保您在非計劃藥房所配領的藥物。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。



## Advantage Plus (可選的福利)

除了您計劃所提供的福利之外，您還可以選擇購買補充福利組合，稱為 Advantage Plus。Advantage Plus 為您提供額外的承保範圍，但需支付額外的月費，該月費會加在您的計劃月保費中。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

\*您的計劃保健業者可能必須提供轉診。

†可能需獲得事前授權。

Advantage Plus 福利與保費	您需支付
額外月保費	<b>\$21</b>
視力矯正器允許額* 每 24 個月可獲得一次允許額	\$300 允許額。如果視力矯正器費用超過 \$300，您需支付差額。
助聽器 您每 36 個月可獲得一次允許額	每側耳朵每個助聽器有 \$800 的允許額。如果助聽器費用超過 \$800，您需支付差額。
助聽器評估與配驗	<b>\$0</b>
牙科護理*† DeltaCare® USA Dental HMO 計劃	隨牙科服務而異。 請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。
健身福利 — Silver&Fit® 計劃 包含任何 Silver&Fit 計劃合約健身中心的標準會員資格。您每年也可以從精選居家健身工具組中選擇一套工具組，以協助您在家中保持健身習慣。 Silver&Fit 計劃是由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。Silver&Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，並經由許可用於本文件中。合約健身中心及連鎖健身房可能會隨地點而異，也可能會有變動。	<b>\$0</b>

## 額外福利

身為計劃會員的您可享受有以下福利：	您需支付
<p><b>非處方 (OTC) 健康與保健產品</b></p> <p>我們會承保 OTC 目錄上所列的 OTC 用品並免費寄送到府。您可訂購 OTC 用品，每季福利以右欄所述金額為上限。每次訂購均必須至少滿\$25。您的訂購金額不得超過每季的福利限額。任何未使用完的每季福利限額將無法轉結至下一季度。（您的福利限額將在 1 月 1 日、4 月 1 日、7 月 1 日及 10 月 1 日重新開始計算）。</p> <p>如欲檢視我們的目錄並在線上訂購，請瀏覽 <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>。您可透過電話訂購，或者致電 <b>1-833-569-2360 (TTY 711)</b> 要求我們郵寄一份印刷版的目錄給您，服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 6:00 (PST)。</p>	免費，每季福利限額 <b>\$60</b> 。

## 產品與服務的會員折扣

Kaiser Permanente 與領先業界的公司合作，以為您的健康、安全及福祉提供支援並提供非常豐富的優惠與折扣。

### Lively™ Mobile Plus

取得一套個人緊急應變系統，只要按下一個按鈕，便可每週 7 天，每天 24 小時提供協助。您可獲得一次性的裝置費用減價優惠並有兩種每月服務計劃可以選擇（可能有涵蓋範圍限制）。請瀏覽 [greatcall.com/KP](http://greatcall.com/KP) 或致電 **1-800-205-6548 (TTY 711)** 以瞭解詳情。

### CareLinx

Kaiser Permanente 與 CareLinx 合作，以為您提供購買非醫療性質日常活動居家協助服務的折扣。您的照顧人可藉由協助您完成輕巧的家務事、準備餐點、陪伴及提供其他更多服務，以幫助您在自己家中獨立生活。

請瀏覽 [carelinx.com/kaiserpermanente-affinity](http://carelinx.com/kaiserpermanente-affinity) 或致電免費電話 **1-855-271-2656**，服務時間為週一至週五，上午 7:00 至晚上 6:00 以及週末上午 9:00 至下午 5:00。

### Comfort Keepers® 居家醫療護理與協助

居家醫療護理服務可協助您在家維持獨立，其中包含 24 小時的醫療護理、喘息護理、餐點準備及簡單家事服務。獲得所有服務的折扣以及免費的居家安全評估。請瀏覽 [comfortkeepers.com/kaiser-permanente](http://comfortkeepers.com/kaiser-permanente) 或致電 **1-800-611-9689 (TTY 711)** 以瞭解詳情。

## Mom's Meals® 健康送餐服務

獲得適當營養是達到和保持良好健康所不可或缺的。獲得加熱即可食用的冷藏餐點，全國各地均可寄送到府。這些由廚師和註冊營養師精心製作的餐點是根據各種醫療狀況量身打造，可協助改善大多數重大慢性病和整體健康。Kaiser Permanente 會員可享受由 Mom's Meals 所提供的折扣價和免運費優惠。請瀏覽 [momsmealsnc.com](http://momsmealsnc.com) 或致電 **1-866-224-9483 (TTY 711)** 以瞭解詳情。

Kaiser Permanente 會員可繼續使用或選擇使用由其所選擇的任何公司所提供的這些產品或服務，但 Kaiser Permanente 折扣僅適用於上列合作夥伴。上述產品與服務並非根據我們與 Medicare 計劃所簽訂的合約提供，也不保證提供。此外，這些產品與服務不需遵守 Medicare 的上訴程序。與這些產品和服務有關的任何爭議可能需遵守 Kaiser Permanente Senior Advantage 的申訴程序。BEST BUY HEALTH、GREATCALL、LIVELY 及 LINK 是 Best Buy 及其附屬公司的商標。©2022 Best Buy。保留所有權利。

## 哪些人可以入保

只要符合下列條件，您便可註冊參加我們的其中一項計劃：

- 您同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分。（如欲取得並保有 Medicare，大多數人均必須直接向 Medicare 支付 Medicare 保費。該保費與您支付給我們計劃的保費是分開的。）
- 您是美國公民或合法居民。
- 您居住在 Alameda Basic 計劃的服務區，即 Alameda 縣的所有地區。
- 您居住在 SF Basic 計劃的服務區，即 San Francisco 縣的所有地區。
- 您居住在 Alam, SF, Napa 計劃的服務區，即 Alameda、Napa 及 San Francisco 縣的所有地區。

## 承保範圍規則

只有滿足所有以下條件，我們才會承保本文件和《承保範圍說明書》中列明的服務和項目：

- 醫療上必要的服務或項目。
- 根據 Original Medicare 的標準，該服務和項目必須屬於合理且必要的服務和項目。
- 您所獲得的所有承保服務和項目必須由我們《保健業者名錄》和《藥房名錄》上列出的計劃保健業者提供。但本規則有以下例外情況。我們也將為您承保：
  - 由其他 Kaiser Permanente 地區的計劃保健業者提供的醫護服務
  - 急診護理
  - 區域外洗腎護理
  - 區域外緊急醫護（承保服務區內計劃保健業者提供的緊急醫護，極少數情況下可承保非計劃保健業者提供的緊急醫護）
  - 轉診至非計劃保健業者處，但條件是您事先獲得我們計劃的書面核准（事前授權）

注意：若您從上述非計劃保健業者處獲得承保醫護服務，您需支付相同的計劃共付額和共保額。如果您接受了非承保醫療護理或服務，您必須支付全額費用。

如需包括非承保服務（不受保項目）在內等承保範圍規則的詳情，請參閱《承保範圍說明書》。

## 獲取醫護服務

通常來說，您可以在我們的大部分計劃設施接受需要的所有承保服務，包括專科護理、藥房和化驗。您無需侷限於某個特定計劃設施或藥房，我們鼓勵您前往對您最為便利的計劃設施或藥房。如欲找到我們保健業者的地址，請瀏覽 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 查看我們的《保健業者名錄》或《藥房名錄》，或致電會員服務部，電話號碼：**1-800-443-0815 (TTY 711)** 請我們郵寄一份給您，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

承付藥物手冊、藥房網絡和／或保健業者網絡可能隨時有變。您將在必要時收到通知。

## 您的個人醫生

您的個人醫生（亦稱基本保健醫生）將為您提供基本護理，並協助您協調醫護服務，包括住院、專科醫生轉診和事前授權。大多數個人醫生都是內科或家庭醫學科醫生。您可以選擇任何可為您服務的計劃保健業者作為您的個人醫生。您可以隨時以任何理由更換醫生。您可以致電會員服務部或瀏覽我們的網站 [kp.org/mydoctor/connect](http://kp.org/mydoctor/connect) 選擇或更換您的醫生。

## 協助管理疾病

若您患有不止一種慢性疾病並且需要協助管理您的醫護服務，我們可以為您提供協助。我們的個案管理計劃與護士、社工和您的個人醫生合作，協助您管理疾病。該計劃會提供衛教並教授您自我護理的技能。若您有興趣參加這類計劃，請向您的個人醫生瞭解更多資訊。

# 通知

## 上訴和申訴

您可以在特定期限（包含您獲得用品或服務當日）內向我們提交索賠，以要求我們提供或給付某項您認為應屬於承保範圍的用品或服務。若我們拒絕您的請求，您可以要求我們重新審查我們的決定。這項程序稱為上訴。如果您認為等待將給您的健康帶來風險，您可以要求我們快速作出決定。徵得您醫生的同意後，我們將加速做出決定。

如果您有和承保範圍無關的投訴，您可以向我們提出申訴。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解有關提出投訴、申請承保範圍決定及上訴程序的詳情，包括藥物、服務或醫院護理的快速或緊急決定。

## Kaiser Foundation Health Plan

北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 為非營利公司，也是稱為 Kaiser Permanente Senior Advantage 的 Medicare Advantage 計劃。我們在北加州大都市圈的服務區內提供多種 Senior Advantage 計劃，請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

每個計劃的福利、共付額、共保額、保費和計劃服務區均不同。但您可以在北加州地區內的任何地方獲得由計劃保健業者提供的醫護服務。

若您從計劃服務區搬遷至北加州地區的另一個服務區，則您需要入保新服務區的 Senior Advantage 計劃。

## 私隱

我們保護您的私隱。請參閱《承保範圍說明書》或瀏覽我們網站 [kp.org/privacy](http://kp.org/privacy) 上的保護私隱通知以瞭解更多資訊。

## 實用定義（術語表）

### 允許額

您購買某項目時可使用的美元金額。若該項目的價格超出允許額，則您應支付差額。

### 福利期

計劃評估您使用專業護理院服務的方式。福利期從您住進醫院或住進專業護理院 (SNF) 時開始算起。福利期在您連續 60 天未接受任何住院病人醫院護理或 SNF 專業護理時結束。福利期不限於一個日曆年度內。您所擁有的福利期期數或福利期時間長短不受限制。

### 日曆年度

日曆年度從 1 月 1 日開始算起並於 12 月 31 日結束。

### 共保額

您就某服務或處方藥物支付的費用與計劃總費用的百分比。例如，若一項 \$200 的項目共保額為 20%，您需要支付 \$40。

### 共付額

您要為承保服務支付的固定金額，例如診所就診要支付 \$20 的共付額。

### 免賠額

這是您在進入初始保險階段之前必須為 Medicare D 部分藥物支付的金額。

### 承保範圍說明書

該文件詳細說明了您的計劃福利和計劃運作規則。

### 自付上限責任

在接受需受到自付上限約束的服務時，您每個日曆年度內需支付的共付額或共保額上限。若達到自付上限，那麼您在該年度剩餘時間內再接受此類受到自付上限約束的服務時無需再支付任何共付額或共保額。

### 醫療上必要的

指服務、用品或藥物對於您疾病的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。

### 非計劃保健業者

未與 Kaiser Permanente 簽約為我們的會員提供醫護服務的保健業者或設施。

### 計劃

Kaiser Permanente Senior Advantage。

### 計劃保費

您需為您的 Senior Advantage 健康護理和處方藥物保險支付的金額。

### 計劃保健業者

計劃或網絡保健業者可包括如醫院或藥房等設施或如醫生或護士等保健專業人員。

### 事前授權

某些服務或項目只有在計劃保健業者事先獲得計劃核准（稱為事前授權）的情況下才屬於承保範圍。需獲得事前授權的服務或項目在本文件中用†標記。

### 地區

Kaiser Foundation Health Plan 組織。我們的 Kaiser Permanente 地區位於北加州、南加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州和華盛頓特區。

### 零售計劃藥房

您可領取處方藥的計劃藥房。這些藥房通常位於計劃診所內。

## 服務區

我們提供 **Senior Advantage** 計劃的地理區域。如欲入保我們的計劃並保持會員身分，您必須居住在我們 **Senior Advantage** 計劃的服務區之一。

**Kaiser Permanente** 是與 Medicare 簽約的 HMO 計劃。入保 **Kaiser Permanente** 需視合約續約情況而定。本合約需每年與 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 續簽。根據法律，本計劃或 CMS 可以選擇不續簽 Medicare 合約。

若您需要關於 **Original Medicare** 的資訊，請參閱《**Medicare 和您**》手冊。您可登入 **medicare.gov** 在線上查看，亦可透過致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取一份副本，該熱線每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 用戶請致電 **1-877-486-2048**。

# 反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
  - 相應語言的合格口譯員
  - 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、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 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**1-800-537-7697 (TDD)**。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。





## 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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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 **1-800-443-0815 (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。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (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。

**[kp.org/medicare](https://kp.org/medicare)**

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
393 E. Walnut St.  
Pasadena, CA 91188

北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 是一家非營利公司及健康維護組織 (HMO)