2024

福利概要

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP) 及
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 (HMO D-SNP)

H8794_24SB001002SCH_M
1061128271 CA 0102-v2

KAISER PERMANENTE®

簡介

本文件是 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 承保福利與服務的簡短概要。本文件包含了常見問題的解答、重要聯絡資訊、提供的福利與服務概述，以及與您身為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員享有之權利有關的資訊。重要詞彙與定義列於**《承保範圍說明書》**的最後一章，按照英文字母順序排列。

目錄

A. 免責聲明 3

B. 常見問題 (FAQ) 4

C. 承保服務清單 12

D.在 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃外可獲得承保的福利 28

E.Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務 29

F.您身為計劃會員的權利 32

G.如何針對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴 34

H.如果您懷疑有詐欺事件該怎麼辦 41

A. 免責聲明

本文件是 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 2024 年承保健康服務的概要。本**福利概要**包含下列計劃：

- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2

當您入保我們上列其中一項計劃時，您同時也指定 Kaiser Permanente 為您提供 Medi-Cal 管理式護理保險。

這僅是一份概要。請閱讀**《承保範圍說明書》**以查看完整的福利清單。如欲瞭解詳情，請參閱位於 **kp.org/eocncal** 或 **kp.org/eocscal** 網站上的**《承保範圍說明書》**，或者致電 **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。

❖ 我們有免費口譯服務可以回答您對我們保健計劃或藥物計劃可能持有的任何問題。如欲使用口譯員，您只需致電 **1-800-464-4000** (TTY **711**)與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。

❖ 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。

❖ 如欲瞭解與 **Medicare** 有關的進一步資訊，您可閱讀《*Medicare* 與您》手冊。該手冊概述了 Medicare 的福利、權利和保障，並回答了有關 Medicare 的最常見問題。您可在 Medicare 網站 (**www.medicare.gov**) 上取得或致電 **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 **1-877-486-2048**。如欲瞭解與 **Medi-Cal** 有關的進一步資訊，您可查看加州保健服務部 (Department of Healthcare Services, DHCS) 網站 (**www.dhcs.ca.gov**) 或者致電 **1-888-452-8609** 與 Medi-Cal 投訴處理專員辦公室聯絡，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。您也可致電 **1-855-501-3077** 與專為同時享有 Medicare 和 Medi-Cal 之人士提供服務的特殊投訴處理專員聯絡，服務時間為週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00。

❖ 您可免費取得本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和／或語音版。如欲取得其他資訊，請致電 **1-800-443-0815** 與會員服務部聯絡。（TTY 使用者請致電 **711**。）服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。上述電話均為免費。

❖ 請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**) 與會員服務部聯絡以提出下列要求，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00：

- 英文以外之其他慣用語言版本和／或其他格式；
- 針對日後郵件和通訊方式所提出的長期要求；以及
- 變更慣用語言版本和／或格式的長期要求。

B. 常見問題 (FAQ)

下表列出了常見問題。

常見問題	解答
什麼是 **Medicare-Medi-Cal Plan**？	Medicare-Medi-Cal Plan 是與 Medicare 和 Medi-Cal 同時簽有合約的保健計劃，同時為入保者提供這兩項計劃的福利。此計劃適用於 21 歲及 21 歲以上、同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分且符合 Medi-Cal 資格的人士。Medicare-Medi-Cal Plan 是一個由醫生、醫院、藥房、長期服務與支援 (Long-term Services and Support, LTSS) 保健業者及其他保健業者所組成的組織。此組織也有醫護協調員可協助您管理您所有的保健業者、服務及支援。他們所有人將會共同合作為您提供您所需的醫護服務。

常見問題	解答
我是否將會獲得我目前在 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 中所享有的相同 Medicare 與 Medi-Cal 福利？	您將會直接透過 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 獲得您大多數的 Medicare 與 Medi-Cal 承保福利。您將會和保健業者團隊合作，他們將會協助決定哪些服務最符合您的需求。這也表示，您目前所獲得的某些服務有可能會根據您的需求以及醫生和醫護團隊的評估而有所變更。您可能也可和現在一樣直接透過州政府或縣政府機構獲得保健計劃範圍外的其他福利，如居家支援服務 (In-Home Support Services, IHSS)、精神健康專科服務及藥物濫用障礙服務或區域中心服務。 在您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 後，您和您的醫護團隊將會共同擬定一份醫護計劃以解決您的健康與支援需求，該計劃將會反映您的個人偏好和目標。 如果您正在服用 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 通常不承保的任何 Medicare D 部分處方藥，您將可取得暫時藥量，且我們將會協助您改用其他藥物，或是取得 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的例外處理以承保醫療上必要的藥物。如欲進一步資訊，請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡。

常見問題	解答
我可以使用我目前所使用的同一位醫生嗎？	通常可以。如果您的保健業者（包括醫生、醫院、治療師、藥房及其他保健業者）有與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 合作且有與我們簽約，您將可繼續使用該保健業者。 • 有與我們簽有協議的保健業者屬於「網絡內」保健業者。網絡保健業者參與我們的計劃。這表示他們接受本計劃的會員且會提供本計劃所承保的服務。**您必須使用 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 網絡內的保健業者。**如果您使用不屬於我們網絡的保健業者或藥房，計劃可能不會給付這些服務或藥物。 • 如果您需要緊急醫護、急診護理或區域外洗腎服務，您可使用 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃範圍外的保健業者。 • 針對 Medi-Cal 服務，您無需經由轉診也無需獲得事先授權即可前往網絡外保健業者處接受急診服務或某些敏感性醫護服務。若您位於我們沒有營業的地區，您也可以前往網絡外保健業者處接受區域外緊急醫護。如果您需要門診精神健康服務，您可前往網絡保健業者處或縣政府精神健康計劃保健業者處就診，無需獲得事先授權。針對其他所有網絡外服務，您皆必須經由轉診或獲得事先核准，否則這些服務將無法獲得承保。註：如果您是美國印第安人，您可在我們保健業者網絡外的印第安保健業者處接受醫護服務，無需經由轉診。 • 如果您目前正在接受由 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 網絡外的保健業者所提供的治療，或者您與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 網絡外的保健業者有既有的醫病關係，請致電與會員服務部聯絡以確認有關繼續使用該保健業者的事宜並申請持續護理。如果您符合特定條件且該保健業者同意我們的條款與條件，您可能可以繼續使用該網絡外保健業者，期限最長可達 12 個月。您必須在您入保後的 30 天內申請持續護理。請致電與會員服務部聯絡以瞭解有關持續護理服務的進一步資訊。

常見問題	解答
	如欲確認您的醫生是否隸屬於計劃網絡，請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡，或參閱計劃網站 **kp.org/directory** 上的 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 保健業者與藥房名錄。 如果您是 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的新會員，我們將會與您一起擬定一份醫護計劃以滿足您的需求。
什麼是 **Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 醫護協調員？	Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 醫護協調員是您的主要聯絡人。該人士將會協助管理您的所有保健業者和服務，並確保您獲得您所需的一切。
什麼是長期服務與支援 **(LTSS)**？	長期服務與支援旨在幫助需要日常活動協助的人士，日常活動包括像是沐浴、如廁、更衣、準備食物和服藥。大多數這些服務均是在您家中或社區提供，但也可在養老院或醫院提供。在某些情況下，這些服務可能會由縣政府或其他機構執行，而您的醫護協調員或醫護團隊將會與該機構合作。
什麼是多方位年長者服務計劃 **(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**？	MSSP 旨在保健計劃已提供的醫護協調範圍外，持續提供保健業者的醫護協調，且可為您轉介其他必要的社區服務與資源。此計劃可協助您取得服務，以協助您獨立在家生活。
如果我需要某項服務，但 **Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 網絡內沒有人能提供該服務怎麼辦？	大多數服務將會由我們的網絡保健業者提供。如果您需要某項無法在我們網絡內提供的服務，Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 將會給付網絡外保健業者的費用。

常見問題	解答
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 有在哪些地區提供？	這些計劃的服務區包括： • 針對南加州地區的 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 計劃： ○ **Los Angeles 縣**的所有地區，但 Catalina Island 除外。 ○ **Orange 縣**的所有地區。 ○ **Riverside 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：91752、92201-03、92210-11、92220、92223、92230、92234-36、92240-41、92247-48、92253、92255、92258、92260-64、92270、92276、92282、92320、92324、92373、92399、92501-09、92513-14、92516-19、92521-22、92530-32、92543-46、92548、92551-57、92562-64、92567、92570-72、92581-87、92589-93、92595-96、92599、92860、92877-83。 ○ **San Bernardino 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：91701、91708-10、91729-30、91737、91739、91743、91758-59、 91761-64、91766、91784-86、92305、92307-08、92313-18、92321-22、92324-25、92329、92331、92333-37、92339-41、92344-46、92350、92352、92354、92357-59、92369、92371-78、92382、92385-86、92391-95、92397、92399、92401-08、92410-11、92413、92415、92418、92423、92427、92880。 ○ **San Diego 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號： 91901-03、91908-17、91921、91931-33、91935、91941-46、91950-51、91962-63、91976-80、91987、92003、92007-11、92013-14、92018-28、92029-30、92033、92037-40、92046、92049、92051-52、92054-61、92064-65、92067-69、92071-72、92074-75、92078-79、92081-86、92088、92091-93、92096、92101-24、92126-32、92134-40、92142-43、92145、92147、92149-50、92152-55、92158-61、92163、92165-79、92182、92186-87、92191-93 及 92195-99。

常見問題	解答
	• 針對北加州地區的 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 計劃： ○ **Sacramento 和 San Mateo 縣**的所有地區。 ○ **Fresno 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：93242、93602、93606-07、93609、93611-13、93616、93618-19、93624-27、93630-31、93646、93648-52、93654、93656-57、93660、93662、93667-68、93675、93701-12、93714-18、93720-30、93737、93740-41、93744-45、93747、93750、93755、93760-61、93764-65、93771-79、93786、93790-94、93844、93888。 ○ **Kings 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：93230、93232、93242、93631、93656。 ○ **Madera 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：93601-02、93604、93614、93623、93626、93636-39、93643-45、93 653、93669、93720。 ○ **Santa Clara 縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：94022-24、94035、94039-43、94085-89、94301-06、94309、94550、95002、95008-09、95011、95013-15、95020-21、95026、95030-33、95035-38、95042、95044、95046、95050-56、95070-71、95076、95101、95103、95106、95108-13、95115-36、95138-41、95148、95150-61、95164、95170、95172-73、95190-94 及 95196。 您必須居住在上列任一區域才能加入計劃。

常見問題	解答
什麼是事先授權？	事先授權是指在您接受服務**之前**，Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 核准您在我們的網絡外尋求服務，或核准您取得平常不屬於我們網絡承保範圍的服務。如果您沒有獲得事先授權，Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 可能不會承保該服務、診療、用品或藥物。 **如果您需要緊急醫護、急診護理或區域外洗腎服務，您不需要先獲得事先授權**。 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 可為您或保健業者提供一份清單，上面列有在服務提供之前需要您獲得 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 事先授權的服務或診療。如果您對特定服務、診療、用品或藥物是否需要獲得事先授權有疑問，請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡以尋求協助。
什麼是轉診？	轉診是指基本保健業者 (Primary Care Provider, PCP) 必須核准，您才能前往不是您 PCP 的保健業者處就診。轉診與事先授權不同。如果您在接受某項需要轉診的服務時未經網絡保健業者的轉診，Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 可能不會承保該服務。 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 可為您提供一份清單，上面列有在服務提供之前需要您獲得轉診的服務。 請參閱**《承保範圍說明書》**第 3 章和第 4 章，以進一步瞭解您何時需獲得 PCP 的轉診。
參加 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 是否需要支付月費（又稱為保費）？	不需要。由於您擁有 Medi-Cal，因此您將不需為您的健康保險支付任何月保費，包括 Medicare B 部分保費。
身為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的會員，我是否需支付免賠額？	不需要。您在 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 中無需支付免賠額。

常見問題	解答
身為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的會員，我將需為醫療服務支付的自付上限金額是多少？	Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的醫療服務沒有成本分擔，故您的年度自付費用將為$0。
我的藥物是否有承保缺口？	否。由於您擁有 Medicaid，因此您將不會有藥物承保缺口 階段。

C. 承保服務清單

下表是您可能需要之服務項目、費用以及福利相關規定的快速概述。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
您需要醫院醫護服務	住院	$0	醫療上必要的住院沒有天數限制。需要轉診和事先授權。
	醫生或外科醫生醫護服務	$0	
	門診醫院服務，包括觀察	$0	
	門診手術中心 (Ambulatory Surgical Center, ASC) 服務	$0	
您需要接受醫生	看診以治療傷勢或疾病	$0	
	專科護理	$0	大多數專科醫生需要轉診。請參閱**《承保範圍說明書》**以查看不需要轉診的服務清單。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	保健就診，例如體檢	$0	例行身體檢查屬於承保範圍，但條件是根據獲得公認的專業執業規範，該檢查屬於具有醫療適當性的預防保健服務。 您的首次年度保健就診不得在接受「歡迎加入 Medicare」預防保健就診後的 12 個月內進行。但是，在您入保 B 部分 12 個月之後，您無需進行「歡迎加入 Medicare」就診便可獲得年度保健就診的承保。
	預防您生病的醫護服務，例如流感預防針和檢查癌症的篩檢	$0	下列預防保健服務需要轉診：腹主動脈瘤篩檢、醫療營養治療、撓性乙狀結腸鏡檢查、以篩檢為目的的結腸鏡檢查、骨質密度測定篩檢及化驗。
	「歡迎加入 Medicare」（預防保健就診僅限一次）	$0	我們僅會在您享有 Medicare B 部分的前 12 個月期間承保「歡迎加入 Medicare」預防保健就診。當您約診時，請告知您醫生的診所您想預約「歡迎加入 Medicare」預防保健就診。
您需要急診護理	急診室服務	$0	您可在美國及其領土境內或境外接受急診護理。不需獲得事先授權。
	緊急醫護	$0	您可在美國及其領土境內或境外接受緊急醫護。不需獲得事先授權。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
您需要接受醫療檢測	放射診斷服務（例如：X 光檢查或其他造影服務，像是電腦斷層掃描 [Computed Axial Tomography, CAT] 或磁振造影 [Magnetic Resonance Imaging, MRI]）	$0	需要轉診。
	化驗與診斷程序，例如驗血	$0	需要轉診。
您需要聽力／聽覺服務	聽力篩檢	$0	需要轉診。
	助聽器	$0	根據 Medi-Cal 保險規定，助聽器屬於承保範圍。
您需要牙科護理	牙齒檢查及牙齒預防保健服務	$0	如欲瞭解與 Medicare 牙科保險有關的資訊，請參閱**《承保範圍說明書》**、瀏覽 **deltadentalins.com** 或致電 **1-877-644-1774** 與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，服務時間為週一至週五，上午 5:00 至晚上 6:00。TTY 使用者請致電 **1-800-735-2929**。 如欲瞭解與 Medi-Cal 牙科保險有關的資訊，請致電 **1 800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 與 Smile California 聯絡。您也可以瀏覽 Denti-Cal 網站 **smilecalifornia.org**。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	修復性牙科護理與急診牙科護理	$0	如欲瞭解與 Medicare 牙科保險有關的資訊，請參閱**《承保範圍說明書》**、瀏覽 **deltadentalins.com** 或致電 **1-877-644-1774** 與 Delta Dental 客戶服務部聯絡，服務時間為週一至週五，上午 5:00 至晚上 6:00。TTY 使用者請致電 **1-800-735-2929**。 如欲瞭解與 Medi-Cal 牙科保險有關的資訊，請致電 **1 800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 與 Smile California 聯絡。您也可以瀏覽 Denti-Cal 網站 **smilecalifornia.org**。
您需要眼睛護理	眼睛檢查	$0	眼科需要轉診。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	眼鏡或隱形眼鏡	$0	白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡：$0，以 Medicare 的限制為上限，但您需支付超過該限制的任何金額。 透過 Medicare 保險提供的其他眼鏡用品（每 12 個月$350 允許額）：如果您的眼鏡用品費用超過**$350，您將需支付差額**。 Medi-Cal 每 24 個月會承保新的鏡框或替換鏡框，但費用不能超過**$80**。如果您購買的鏡框費用超過**$80，您需支付差額**。新眼鏡鏡片或替換眼鏡鏡片是由 DHCS 的眼鏡鏡片供應商提供。如果您想要獲得不屬於 Medi-Cal 承保範圍的眼鏡鏡片或功能，**則您可能必須為這些升級支付額外費用**。
	其他視力保健	$0	根據 Medi-Cal 計劃的規定，弱視輔具屬於承保範圍。
您需要精神健康服務	精神健康服務	$0	您的 Medicare Medi-Cal 計劃承保住院和門診精神健康服務。 此外，您還享有透過按服務收費之 Medi-Cal 所提供的其他精神健康專科服務及藥物濫用障礙治療服務保險。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	針對需要精神健康服務的人士所提供的住院、門診護理及社區服務	$0	您的 Medicare Medi-Cal 計劃承保住院和門診精神健康服務。 您可能還有資格獲得 Medi-Cal 的社區服務。請諮詢醫護協調員以瞭解詳情。
您需要藥物濫用障礙服務	藥物濫用障礙服務	$0	我們將會給付下列服務，且我們可能會給付未列於此的其他服務： • 酒精濫用篩檢和諮詢。 • 藥物濫用治療。 • 由包括婚姻與家庭治療師在內等合格臨床醫護人員所提供的團體或個人諮商。 • 在住宿戒癮計劃提供的亞急性解毒服務。 • 在密集門診治療中心提供的酒精和／或藥物戒除服務。 • 持續釋放型納曲酮 (vivitrol) 治療。 您也享有透過按服務收費的 Medi-Cal 提供且不屬於 Medicare 承保範圍的藥物濫用障礙治療服務保險。
您需要有人可為您提	專業護理	$0	需要轉診和事先授權。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
供協助的住所	養老院醫療護理	$0	
	成人寄養與團體成人寄養	$0	
您在中風或意外後需要接受治療	職業病治療、物理治療或言語治療	$0	需要轉診。
您需要協助取得健康服務	救護車服務	$0	$0，條件是您符合 Medicaid 的 Medicare 成本分擔補助資格。否則，如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 計劃，每趟單程$150，或者如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 計劃，每趟單程$200。
	急診交通運輸服務	$0	$0，條件是您符合 Medicaid 的 Medicare 成本分擔補助資格。否則，如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 計劃，每趟單程$150，或者如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 計劃，每趟單程$200。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	前往醫療約診與醫療服務的交通運輸服務	$0	Medi-Cal 承保非急診醫療交通運輸服務（需要轉介）和非醫療交通運輸服務，以在您自己沒有交通工具時協助您前往約診和藥房。您需為非急診救護車服務支付救護車共付額（請參閱前文的「救護車服務」）。
您需要使用藥物來治療疾病或病症	Medicare B 部分處方藥	$0	B 部分藥物包含由醫生在診所施用的藥物、某些口服癌症藥物以及某些用於特定醫療器材的藥物。請參閱**《承保範圍說明書》**以瞭解有關這些藥物的進一步資訊。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	學名藥（非品牌藥）	處方藥的共付額可能會根據您所獲得的額外補助多寡而異。如欲瞭解更多詳情，請聯絡計劃。	屬於承保範圍的藥物類型可能有限制。請參閱 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的**《承保藥物清單》（藥物清單）**以瞭解進一步資訊。 在您或代您付款的其他人支付的費用達到**$8,000**之後，您便達到重大傷病承保階段，且您在該日曆年度的剩餘期間，您將為所有 Medicare D 部分藥物支付$0。請參閱**《承保範圍說明書》**以瞭解有關此階段的進一步資訊。 **與您需為疫苗支付之費用有關的重要訊息 –** 有些疫苗屬於醫療福利。其他疫苗則屬於 D 部分藥物。您可在本計劃的**《承保藥物清單》（藥物清單）**中找到這些疫苗。本計劃為您免費承保大多數 D 部分疫苗。 零售藥房或我們的郵購藥房均可能有提供長期藥量（最多 100 天或三個月），成本分擔與一個月藥量相同。並非所有藥物均可透過郵購取得。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	品牌藥	處方藥的共付額可能會根據您所獲得的額外補助多寡而異。如欲瞭解更多詳情，請聯絡計劃。	屬於承保範圍的藥物類型可能有限制。請參閱 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的**《承保藥物清單》（藥物清單）**以瞭解進一步資訊。 在您或代您付款的其他人支付的費用達到 **$8,000** 之後，您便達到重大傷病承保階段，且您在該日曆年度的剩餘期間，您將為所有 Medicare D 部分藥物支付$0。請參閱**《承保範圍說明書》**以瞭解有關此階段的進一步資訊。 **與您需為疫苗支付之費用有關的重要訊息 –** 有些疫苗屬於醫療福利。其他疫苗則屬於 D 部分藥物。您可在本計劃的**《承保藥物清單》（藥物清單）**中找到這些疫苗。本計劃為您免費承保大多數 D 部分疫苗。 零售藥房或我們的郵購藥房均可能有提供長期藥量（最多 100 天或三個月），成本分擔與一個月藥量相同。並非所有藥物均可透過郵購取得。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	非處方 (Over-The-Counter, OTC) 藥物	網絡藥房的尼古丁替代療法$0。 OTC 用品目錄中的其他 OTC 用品$0，需受到計劃福利限制的約束。	我們承保某些獲得食品及藥物管理署 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的非處方藥尼古丁替代療法。這些用品必須由網絡保健業者開立醫囑並透過網絡藥房取得。我們最多將會提供 100 天藥量，每個日曆年度兩次。 我們也會承保 OTC 用品目錄上所列的 OTC 用品並免費寄送到府。您可訂購 OTC 用品，以您計劃的**每季福利限額為上限**。 • 如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 計劃，則為**$250**。 • 如果您入保 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 計劃，則為**$140**。 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）。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
			如欲檢視我們的目錄並在線上訂購，請瀏覽 **kp.org/otc/ca**。您可透過電話訂購，或者致電 **1-833-569-2360** (TTY **711**) 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，太平洋標準時間 (Pacific Standard Time, PST) 上午 7:00 至晚上 6:00。 您可能還享有屬於 Medi-Cal 承保範圍且透過 Medi-Cal Rx 計劃提供之某些 OTC 用品的額外承保範圍。如欲瞭解有關 Medi-Cal Rx 的進一步資訊，請致電 **1-800-977-2273** 與 Medi-Cal Rx 客戶服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者可於週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 **711**。您也可瀏覽 Medi-Cal Rx 的網站 **https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/**。
您需要協助改善病情或者您有特殊健康需求	復健服務	$0	
	居家護理用醫療器材	$0	如果您有資格獲得 Medi-Cal 的 Medicare 成本分擔補助，您需支付$0。否則，您將需支付 20% 共保額，但尖峰呼吸空氣流量計與紫外線光療法器材為$0。需獲得事先授權。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	洗腎服務	$0	如果您有資格獲得 Medi-Cal 的 Medicare 成本分擔補助，您需支付$0。否則，您將需支付 20% 共保額。
您需要足部護理	足科服務	$0	需要轉診。
	矯形服務	$0	需獲得事先授權。
您需要耐用醫療器材 (Durable Medical Equipment, DME) **註：**這並非屬於承保範圍的 DME 完整清單。如欲取得完整清單，請與會員服務部聯絡或參閱**《承保範圍說明書》**第 4 章。	輪椅、拐杖及助行器	$0	如果您有資格獲得 Medi-Cal 的 Medicare 成本分擔補助，您需支付$0。否則，您將需支付 20% 共保額。需獲得事先授權。
	噴霧器	$0	如果您有資格獲得 Medi-Cal 的 Medicare 成本分擔補助，您需支付$0。否則，您將需支付 20% 共保額。需獲得事先授權。
	氧氣器材與用品	$0	如果您有資格獲得 Medi-Cal 的 Medicare 成本分擔補助，您需支付$0。否則，您將需支付 20% 共保額。需獲得事先授權。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
您需要居家生活協助	居家健康服務	$0	需要轉診。
	如打掃或做家事等居家服務或是如扶手等居家環境改造	$0	對Medicare Medi-Cal Plan的受保人而言，社區支援是適合且符合經濟效益的替代服務或場所。如果您符合資格，社區支援可能可協助您更獨立地生活。這些服務無法取代您在Medicare Medi-Cal Plan中已取得的福利。這些服務並非在所有區域皆有提供。並非所有會員均有資格獲得社區支援。如欲符合資格，您必須滿足特定條件。如欲瞭解與社區支援有關的進一步資訊，請致電與會員服務部聯絡。
	成人日間健康服務、成人社區服務 (Community Based Adult Service, CBAS) 或其他支援服務	$0	如果您有健康問題而該問題使您難以照顧自己並使您需要額外協助，您即可能有資格接受CBAS。如需與CBAS服務有關的進一步資訊，請諮詢您的醫護協調員。
	日間康復服務	$0	
	協助您獨立生活的服務（個人護理助理服務）	$0	您可能有資格獲得透過 Medi-Cal 保險提供的居家與社區豁免計劃服務。如欲取得與這些服務有關的進一步資訊，請致電與您的醫護協調員聯絡。

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
其他服務	脊柱神經治療服務	$0	我們承保矯正脊椎的整脊服務。這些屬於 Medicare 承保範圍的服務是由網絡脊椎神經醫生提供。如需網絡脊椎神經醫生名單，請參閱**《保健業者與藥房名錄》**。需獲得事先授權。北加州會員需要轉診。 Medi-Cal 可能會承保脊柱神經治療服務，但條件是該服務是透過 Kaiser Permanente 網絡內的聯邦合格健康中心 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 或鄉村健康診所 (Rural Health Clinic, RHC) 獲得。FQHC 和 RHC 可能需要經由轉診才能接受服務。如欲取得進一步資訊以瞭解 FQHC 或 RHC 可提供哪些服務，請致電與會員服務部聯絡。
	糖尿病用品與服務	$0	

健康需求或問題	您可能需要的服務	網絡內保健業者費用	限制、例外情況及福利資訊（福利相關規定）
	健身福利 — The Silver&Fit®計劃	$0	您無需為 Silver&Fit 計劃中任何合約健身中心的標準會員資格支付任何額外費用。您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 Fitness, Inc.提供，其是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。Silver&Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，並且已獲准在此文件中使用。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。
	送餐到府服務	$0	根據 Medi-Cal 規定，您可能有資格享有透過社區支援提供的送餐到府服務。社區支援並非在所有區域皆有提供，且您必須符合特定資格條件。請向您的醫生諮詢有關 Medi-Cal 社區支援的進一步資訊。
	假體服務	$0	需獲得事先授權。
	放射線治療	$0	需要轉診。
	協助您管理疾病的服務	$0	

上述福利概要僅供參考用，且並非完整的福利清單。如需完整清單以及與您福利有關的進一步資訊，您可參閱 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal《承保範圍說明書》。如果您沒有《承保範圍說明書》，請致電本頁最下方所列的電話號碼與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員服務部聯絡以索取一份。如果您有疑問，您也可致電與會員服務部聯絡或瀏覽 **kp.org/medicare**。

D. 在 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃外可獲得承保的福利

某些您可取得的服務不屬於 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的承保範圍，但屬於 Medicare、Medi-Cal 或是州政府或縣政府機構的承保範圍。這不是一份完整清單。請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡以瞭解與這些服務有關的資訊。

屬於 Medicare、Medi-Cal 或州政府機構承保範圍的其他服務	**您的費用**
某些安寧護理服務可在 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 計劃外獲得承保	$0
心理社會復健	$0
目標個案管理	$0
療養院食宿	$0
Medi-Cal Rx 門診處方藥計劃	$0
Medi-Cal 牙科計劃服務	$0
藥物濫用障礙治療服務	$0
精神健康專科服務	$0
居家與社區豁免計劃服務	$0
多方位年長者服務計劃	$0
屬於 Medi-Cal 承保範圍的區域中心服務	$0

E. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務

這不是一份完整清單。請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡以瞭解與其他不受保服務有關的資訊。

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務	
某些必要的檢查和服務： • 為了求職或保住工作 • 為了取得保險 • 為了取得任何類型的執照 • 為因應法院命令或為了獲得假釋或緩刑	如果網絡醫生認定服務是醫療上必要的服務，此不受保項目則不適用。
舒適、便利或奢侈器材或功能。其中包括純粹為了會員、會員家人或會員保健業者的舒適或便利而提供的用品。	此不受保項目不適用於在妊娠後提供給婦女的零售等級吸奶器。此不受保項目也不適用於根據社區支援規定已核准為您提供的用品。
美容服務。改變您外觀的服務（包括為了改變您的外觀而針對正常身體部位所進行的外科手術）。	此不受保項目不適用於屬於承保範圍的假體裝置： • 在屬於承保範圍的重建手術期間植入的睪丸植入物 • 全乳房切除手術或乳房腫塊切除術後所需的義乳 • 用於取代整體或部分臉部外部部位所需的假體
實驗性服務	實驗性服務是指目前正在實驗室或正在針對動物進行測試，但尚未準備針對人體進行測試的藥物、器材、診療或服務，但**《承保範圍說明書》**中所述屬於承保範圍的臨床試驗研究除外。
不屬於保健用品和服務的用品和服務	除非這些用品和服務已根據 Medi-Cal 保險的替代服務 (In Lieu of Services, ILOS) 計劃或耐用醫療器材規定獲得核准。

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務	
用於促進毛髮生長、預防掉髮或其他掉髮或植髮治療的用品和服務。	
按摩治療服務。	此不受保項目不適用於屬於物理治療計劃之一部分的治療服務。
在您家中提供服務的私人護士或全職護理	
例行足部護理和服務不屬於 Medicare 的承保範圍	
根據 Medicare 和 Medi-Cal 標準被認定為「不具有合理性且非醫療上必要的」服務	除非我們將該等服務列為承保服務。此不受保項目不適用於不屬於 Original Medicare 承保範圍但屬於本計劃承保範圍的服務或用品。
未獲得聯邦食品及藥物管理署核准的服務	我們不承保根據法律規定必須獲得聯邦食品及藥物管理署 (FDA) 核准才可在美國販售，但未獲得 FDA 核准的藥物、補充劑、檢測、疫苗、裝置、放射性物質及任何其他服務。此不受保項目不適用於下列情況：在加拿大或墨西哥所接受且屬於承保範圍的急診服務、屬於臨床試驗承保範圍的服務，以及在進行屬於承保範圍之研究性服務的期間所提供的服務。
在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施為退伍軍人所提供的服務。	不過，當退伍軍人在 VA 醫院接受急診服務且 VA 成本分擔高於本計劃成本分擔時，我們將會為退伍軍人補償該差額。您仍需負責支付您的成本分擔金額（如有）。

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal、Medicare 及 Medi-Cal 均不承保的服務	
當某項服務不屬於承保範圍時，與該非承保服務有關的所有服務皆屬於不受保項目	此不受保項目不適用於由非承保服務所導致之併發症所需的治療，但條件是這些併發症原本屬於承保範圍。例如，如果您接受了不屬於承保範圍的美容手術，我們將不會承保您為了手術準備所接受的服務，我們也不會承保跟進護理。如果您之後發生像是嚴重感染等會危及生命的併發症，此不受保項目將不適用，且我們將會承保治療該併發症所需的服務，但條件是這些服務屬於**《承保範圍說明書》**的承保範圍。
非醫療上必要的個人護理服務，像是日常活動協助（例如：行走、上下床、沐浴、更衣、餵食、如廁及服藥）。	此不受保項目不適用於和下列各節所述之承保服務一起提供的日常活動協助： • 安寧服務與緩和療護 • 長期護理服務與支援 • 專業護理／中期護理／亞急性醫療設施護理 • 社區支援
絕育逆轉手術。	
由未持照人士所提供的服務。其中包括可由不需持有州政府保健服務執照或證照之人士安全有效提供的服務，且會員的病情無需由持照保健業者提供服務。	此不受保項目不適用於下列項目： • 屬於承保範圍且獲准為您提供的社區支援。 • 屬於承保範圍的陪產員服務。 • 屬於承保範圍的社區健康工作者服務。

F. 您身為計劃會員的權利

身為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 的會員，您享有某些權利。您可行使這些權利，而不會受到懲罰。您也可行使這些權利，而不會喪失您的保健服務。我們將會每年至少為您說明一次您的權利。如欲瞭解與您權利有關的進一步資訊，請參閱**《承保範圍說明書》**。您的權利包括但不限於下列項目：

- **您有權獲得尊重、受到公平對待並保有尊嚴。**其中包括您有權：
  - 獲得承保服務，不論您的病況、健康狀態、接受健康服務的記錄、索賠經驗、病史、殘障（包括精神障礙）、婚姻狀態、年齡、性別（包括性別刻板印象和性別認同）、性向、原國籍、人種、膚色、宗教、信仰或公共補助狀態為何
  - 免費取得其他語言版本和格式的資訊（例如大字版、盲文版或語音版）
  - 不受到任何形式的人身自由限制或排擠
- **您有權獲得與您保健服務有關的資訊。**其中包括與治療和治療選項有關的資訊。這些資訊應以您能夠理解的語言和格式提供。其中包括您有權獲得與下列項目有關的資訊：
  - 承保服務的說明
  - 取得服務的方式
  - 您需支付的服務費用
  - 保健業者的名稱
- **您有權決定自己的醫護服務，包括拒絕接受治療。**其中包括您有權：
  - 選擇基本保健業者 (PCP) 並在一年當中隨時更換 PCP
  - 無需經由轉診即可使用婦女保健業者
  - 迅速取得您的承保服務和藥物
  - 瞭解所有治療選項，不論該治療的費用是多少或是否屬於承保範圍
  - 拒絕接受治療，即使您的保健業者不建議您這麼做
  - 停止服藥，即使您的保健業者不建議您這麼做
  - 尋求另方意見。Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 將會給付您另方意見就診的費用

- 預立醫囑以說明您的醫療護理意願

- **您有權在沒有任何溝通障礙或肢體障礙的情況下及時獲得醫護服務。**其中包括您有權：
  - 及時獲得醫療護理
  - 進出保健業者的診所。這表示診所設有符合美國殘障人士法案規定的殘障人士無障礙設施
  - 有口譯員協助您與保健業者和保健計劃溝通

- **您有權在有需要時尋求急診護理和緊急醫護。**這表示您有權：
  - 在緊急情況發生時於沒有獲得事先授權的情形下獲得急診服務
  - 在必要時使用網絡外緊急醫護或急診護理保健業者

- **您有權要求保密並保有私隱。**其中包括您有權：
  - 索取並以您能夠理解的方式獲得您醫療記錄的副本，同時要求修改或更正您的記錄
  - 要求對您的個人健康資訊保密

- **您有權針對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴。請參閱下方的 G 節。**其中包括您有權：
  - 針對我們或我們的保健業者提出投訴或申訴
  - 針對由我們或我們保健業者所作出的某些決定提出上訴。
  - 透過免費電話 (**1-888-466-2219**) 或是供聽力和言語障礙人士使用的 TDD 專線 (**1-877-688-9891**) 向加州保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出投訴。DMHC 網站 (**www.dmhc.ca.gov**) 有提供線上投訴表、獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 申請表及說明。
  - 針對屬於醫療性質的 Medi-Cal 服務或用品向 DMHC 申請 IMR。
  - 申請州聽證會。
  - 取得詳細理由以瞭解為何服務遭到拒絕並免費索取用於作決定的所有資訊副本。

如欲瞭解與您權利有關的進一步資訊，您可參閱**《承保範圍說明書》**。如果您有疑問，您可致電本頁最下方所列的電話號碼與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員服務部聯絡。

您也可致電 **1-855-501-3077** 與專為同時享有 Medicare 和 Medi-Cal 之人士提供服務的特殊投訴處理專員聯絡，服務時間為週一至週五，上午 9:00 至下午 5:00；或者致電 **1-888-452-8609** 與 Medi-Cal 投訴處理專員辦公室聯絡，服務時間為週一至週五，上午 8:00 至下午 5:00。

G. 如何針對遭到拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴

如果您想提出投訴或認為 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 不當拒絕或修改某項服務，請致電本頁最下方所列的電話號碼與會員服務部聯絡。您可能可以針對我們的決定提出上訴。

如對投訴和上訴有疑問，請參閱**《承保範圍說明書》**的第 9 章。您也可致電本頁最下方所列的電話號碼與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員服務部聯絡。

與醫療護理有關的保險決定、上訴和投訴
與保健服務有關的**保險決定**是指與下列項目有關的決定：

- 您的福利和承保服務；**或**
- 我們針對您健康服務所給付的金額。

上訴是指透過正式方式要求我們審查我們針對您保險所作的決定，且若您認為我們的決定有誤或對我們的決定有異議，要求我們變更該決定。

您可針對我們或針對任何保健業者（包括非網絡或網絡保健業者）提出**投訴**。網絡保健業者是指有與我們計劃合作的保健業者。您也可針對您所獲得的醫護服務品質向我們或向品質改進組織提出投訴。您可針對我們的計劃寄送投訴給 Medicare。您可使用線上表格，網址為 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**。或者您可致電 **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 以尋求協助。您可致電 **1-888-452-8609** 以針對我們的計劃向投訴處理專員計劃提出投訴。服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00，州政府法定假日除外。

致電	**1-800-443-0815** 這是免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。 我們有為不會說英文的人士提供免費口譯服務。 如果您的保險決定、上訴或投訴符合**《承保範圍說明書》**中所述的快速決定資格，請致電 **1-888-987-7247** 與加急審查單位聯絡，服務時間為週一至週六，上午 8:30 至下午 5:00。
TTY	**711** 這是免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	如果您的保險決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的加急審查單位，傳真號碼為 **1-888-987-2252**。
寫信	若想申請標準保險決定或投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱**《保健業者與藥房名錄》**以查詢地點）。 若想申請標準上訴，請寫信至我們寄給您之拒絕服務通知上所示的地址。 如果您的保險決定、上訴或投訴符合快速決定的資格，請寫信至： Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請瀏覽 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

與 D 部分處方藥有關的保險決定

與 Medicare 藥物有關的保險決定是指與下列項目有關的決定：

- 您的福利與 Medicare 承保藥物；或
- 我們針對您 Medicare 藥物所給付的金額。

致電	**1-877-645-1282** 這是免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。 我們有為不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 這是免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	**1-844-403-1028**
寫信	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
網站	**kp.org**

D 部分處方藥上訴

上訴是您要求我們變更保險決定的一種方式。

致電	**1-866-206-2973** 這是免費電話。服務時間為週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00。 我們有為不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 這是免費電話。服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	**1-866-206-2974**
寫信	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	**kp.org**

D 部分處方藥投訴

您可針對我們或針對任何藥房提出投訴。其中包括針對您的 Medicare 處方藥提出投訴。

如果您的投訴是與 Medicare 處方藥的保險決定有關，您可提出上訴（請參閱前文的「D 部分處方藥上訴」）。

致電	**1-800-443-0815** 這是免費電話。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請致電 **1-866-206-2973** 與 D 部分單位聯絡，服務時間為週一至週五，上午 8:30 至下午 5:00。請參閱**第 9** 章以瞭解您的問題是否符合快速決定的資格。 我們有為不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 這是免費電話。服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00。
傳真	如果您的投訴符合快速決定的資格，請將您的請求傳真至我們的 D 部分單位，傳真號碼為 **1-866-206-2974**。
寫信	若要申請標準投訴，請寫信至您當地的會員服務辦事處（請參閱**《保健業者與藥房名錄》**以查詢地點）。 如果您的投訴符合快速決定的資格，請寫信至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	您可將計劃相關投訴直接提交給 Medicare。若要向 Medicare 提交線上投訴，請瀏覽 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**。

品質改進組織 (QIO)

我們的州有一個稱為 Livanta 的組織。這是一個由醫生和其他保健專業人員所組成的團體，他們會協助為 Medicare 入保人改進醫護品質。Livanta 與本計劃並無關聯。請與 Livanta 聯絡以尋求協助處理下列事宜：

- 與您保健權利有關的問題
- 如果您發生下列情況，您可針對您所獲得的醫護服務提出投訴：
  - 有醫護品質方面的問題；
  - 認為您的住院太快結束；**或**
  - 認為您的居家健康護理、專業護理院醫療護理或綜合門診復健設施 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 服務太快終止。

致電	**1-877-588-1123**
TTY	**711**
寫信	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
網站	**www.livantaqio.com**

加州保健計劃管理局

加州保健計劃管理局 (DMHC) 負責管理保健計劃。DMHC 求助中心可協助您處理與 Medi-Cal 服務有關的上訴與投訴。

致電	**1-888-466-2219** DMHC 代表的服務時間為週一至週五，上午 8:00 至晚上 6:00。
TDD	**1-877-688-9891** 此電話號碼是供有聽力或言語問題的人士使用。您必須使用特殊電話設備才能撥打。
寫信	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
傳真	**1-916-255-5241**
網站	**www.dmhc.ca.gov**

您也可向保健計劃管理局 (DMHC) 提交獨立醫療審查申請表／投訴表，以要求審查我們的決定或要求 DMHC 進行獨立醫療審查 (IMR)。在 DMHC 進行 IMR 的期間，不隸屬於 Kaiser Permanente 的外部醫生將會審查您的個案。DMHC 的免費電話號碼是 (**1-888-466-2219**)，供聽力和言語障礙人士使用的 TTY 專線是 (**1-877-688-9891**)。您可在 DMHC 的網站 **www.dmhc.ca.gov** 找到線上獨立醫療審查申請表／投訴表和說明。

H. 如果您懷疑有詐欺事件該怎麼辦

大多數提供服務的保健專業人員和組織都是誠實的。很遺憾的是，可能還是有些人不誠實。

如果您認為某位醫生、某家醫院或其他藥房有不當行為，請與我們聯絡。

- 請致電 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員服務部與我們聯絡。電話號碼就列於本頁的最下方。
- 或者致電 **1-800-541-5555** 與 Medi-Cal 客戶服務中心聯絡。TTY 使用者可致電 **1-800-430-7077**。
- 或者，請致電 **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者可致電 **1-877-486-2048**。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電這些電話號碼。

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。

KAISER PERMANENTE®

1156681152 CA
July 2023

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網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上**：使用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**取得投訴表
- **線上**：發送電子郵件至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
- **線上**：訪問民權辦公室投訴入口網站：
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf。

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

KAISER PERMANENTE®

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 답해 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: نقدم خدمات الترجمة الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول أدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على (TTY **711**) **1-800-443-0815**. 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ございます。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。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية تتوفر لك مجاناً على مدار الساعة لكافة أيام الأسبوع. إن لك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق الغاء أو لصيغ أخرى يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى التصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة لكافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). المستخدمي خدمة الهاتف النصيي يرجى التصال على الرقم **711**.

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می‌توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت‌های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می‌توانید کمک‌های جانبی و وسایل کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید. شما به سادگی فقط در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به استثنای روزهای تعطیل با ما به شماره **1-800-464-4000** تلفن بگیرید. کاربران اشنوا (TTY) با شماره **711** تلفن بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kec pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnub twg, 7 hnub ib lim tiam twg (cov hnub caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក็អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스,귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້.ພຽງແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asíníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'į' ąą'át'é, t'áá áłahjį' jíį̨go dóó tł'ée'go áádóó tsosts'ííjí ąą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éí doodago hane' bee didíits'ííłígíí yídííkił. Hane' bee bik'i' di'díítííłígíí dóó bee hane' didíits'ííłígíí bína'ídíłkidgo yídííkił. Kojį hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjį', jíį̨go dóó tł'ée'go áádóó tsosts'ííjí ąą'át'é. (Dahodílzingóne' doo nida'anish dago éí da'deelkaal). TTY chodayooł'ínígíí kojį dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการล่าม แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือของเราโดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho qu vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Qu vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của qu vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Qu vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị bổ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Qu vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

❖ 如果您有一般性問題或對我們的計劃、服務、服務區、請款或會員卡有疑問，請致電與 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 會員服務部聯絡：
1-800-443-0815 (TTY **711**)。
撥打此號碼無需付費。服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
會員服務部也有為不會說英文的人士提供免費語言口譯服務。