

2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2025 年 福利概要

Kaiser Permanente Dual Complete 計劃 (HMO D-SNP)

與本《福利概要》有關的資訊

感謝您考量加入 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃。您可以使用本《福利概要》來進一步瞭解我們的計劃。福利摘要包括下列相關資訊：

- 保費
- 福利與費用
- D 部分處方藥
- 額外福利
- 會員產品與服務折扣
- 哪些人可以入保
- 承保範圍規定
- 獲取醫護服務
- Medicare 處方支付計劃
- Medicaid 承保福利之摘要

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

本文件只是一份摘要。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/eochi 上的《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage, EOC)，或者請致電 **1-800-805-2739 (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？

- 如果您不具備會員身分，請致電 **1-877-408-3494 (TTY 711)**。
- 如果您具備會員身分，請致電 **1-800-805-2739 (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

*您的計劃提供者可能需要提供轉診。

†可能需獲得事前授權書。

福利與保費	您需支付
計劃月保費	\$0
免賠額	\$0
您需負擔的自付上限 您無需負責為 A 部分和 B 部分的承保服務支付任何可計入自付上限金額的自付費用。不包含 Medicare D 部分藥物	\$9,350
住院服務*† 醫療上必要的住院沒有天數限制。	\$0
門診服務*†	\$0
門診手術中心 (Ambulatory Surgical Center, ASC)*†	\$0
醫生看診 <ul style="list-style-type: none"> • 基本保健業者 • 專科醫生*† 	\$0
預防保健*† 詳情請參閱 EOC。	\$0
急診護理 (在美國境內)	\$0
緊急需求服務 (在美國境內)	\$0
診斷服務、化驗及造影*†	\$0
聽力服務*† 疾病診斷評估	\$0
牙科服務† 以下列出的預防性牙科服務由 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage 網絡提供： <ul style="list-style-type: none"> • 每日曆年度兩次預防性口腔檢查和洗牙 • 每日曆年度兩次氟化物塗覆 	\$0

福利與保費	您需支付
<ul style="list-style-type: none"> • 每年一次咬翼 X 光 	
<ul style="list-style-type: none"> • 每五年拍一次全口 X 光 • 輔助性一般服務：麻醉、會診和輕微疼痛緩解（包括每五年一個咬合護板） <p>若需查詢 HDS Medicare Advantage 網絡牙醫名單，請造訪 hawaiidental.com，或致電 HDS 客戶服務部 1-844-379-4325（週一至週五，上午 7:30 至下午 4:30）。</p> <p>注意：在州外提供的牙科服務僅在由 Delta Dental Medicare Advantage 網絡牙醫提供時才承保。承保範圍、限制和除外項目均受相同的 HDS 條款和條件約束。若要尋找 Delta Dental Medicare Advantage 網絡牙醫，請聯絡州內的當地 Delta Dental 辦公室。</p>	\$0
<p>視力服務</p> <ul style="list-style-type: none"> • 診斷和治療眼部疾病和病症的看診*† • 預防性青光眼篩檢和糖尿病視網膜病變服務*† 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 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 \$0 ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的費用。
<p>精神健康服務*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • 住院患者精神健康 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 門診團體與個人治療 	\$0
<p>專業護理院*†</p> <p>每個福利期我們最多承保 100 天。</p>	\$0
<p>物理治療*†</p>	\$0
<p>救護車†</p>	\$0
<p>交通運輸</p>	不承保
<p>Medicare B 部分藥物†</p> <p>若您透過計劃內保健業者取得 Medicare B 部分藥物，這些藥物可獲得承保。詳情請參閱 EOC。</p>	\$0

Medicare D 部分處方藥承保†

大多數有權利享有 Medicaid 福利的人士也可透過 Medicare 獲得 Extra Help 以用於支付其處方藥計劃費用。Medicare 提供 Extra Help 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 Extra Help，則下述免賠額和共保額不適用於您；請改參閱《適用於可獲得 Extra Help 支付處方藥費用之人士的承保範圍說明書附約》。

如果您沒有資格獲得 Extra Help，您支付藥物的金額將根據下列因素而異：

- 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，請瀏覽 kp.org/seniorrx 網站上的 D 部分承付藥物手冊或致電 1-800-805-2739 (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 90 天藥量）。註：並非所有藥物都可以提供超過 30 天的藥量。
- 需要 31 天至 90 天供應量，不論您的處方藥是否由我們的零售計劃藥房或郵購藥房提供配藥。註：並非所有藥物都可以郵寄。
- 您所處的保險階段（免賠額階段、初始保險階段或重大傷病承保階段）。

免賠額階段

第 1、第 2 和第 6 層級的藥物並無藥物免賠額，因此年度一開始，您就會直接進入初始保險階段。如果您沒有資格獲得 Extra Help，對於第 3、第 4 和第 5 層級的藥物，會有一個免賠額階段。若為第 3、第 4 和第 5 層級的藥物，您必須支付全額藥物費用，直到您在 2025 年的藥物花費達到**\$580**。在您達到免賠額後，您會進入第 3、第 4 和第 5 層級藥物的初始保險階段。免賠額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗接種。

初始保險階段

如果您沒有資格獲得 Extra Help，您需要支付下表中顯示的共同保險費，直到您的自付費用達到**\$2,000**。如果您達到 2025 年的**\$2,000** 上限，您將進入重大傷病階段且您的承保範圍將有所變動。

藥物層級	零售計劃藥房		
	最多 30 天的藥量	31 至 60 天的藥量	61 至 90 天的藥量
層級 1 (首選學名藥)	\$0		
層級 2* (學名藥)	4%		
層級 3* (首選品牌名)	24%		
層級 4* (非首選藥物)	25%		
層級 5* (專科)	25%		
層級 6** (疫苗)	\$0	不適用	

*針對屬於本計劃在第 2 層級的每項胰島素產品，您需支付的費用不超過**\$0**，第 3、第 4 和第 5 層級的每項胰島素產品，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**，且您需為 61 至 90 天藥量支付的費用將不會超過**\$105**。

**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 天的藥量	31 至 60 天的藥量	61 至 90 天的藥量
層級 1 (首選學名藥)	\$0		
層級 2 (學名藥)	\$0		
層級 3* (首選品牌名)	24%		
層級 4* (非首選藥物)	25%		
層級 5* (專科)	25%		

註：層級 6 (疫苗) 不透過郵購提供。

*針對屬於本計劃在第 3、第 4 和第 5 層級的每項胰島素產品，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**，且您需為 61 至 90 天藥量支付的費用將不會超過**\$105**。

重大傷病保險階段

如果您或其他人代您在 2025 年為 D 部分處方藥支付的費用達到**\$2,000**，您將會進入重大傷病承保階段。大多數人從未達到此階段，但如果您達到此階段，您在 2025 年將無需為屬於承保範圍的 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。

額外福利

身為計劃會員，您可享受此福利：	您需支付
<p>健身福利—One Pass™</p> <p>您可以參加針對身心的 One Pass 完整健身計劃。</p> <p>One Pass 包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 大型核心和高級健身房網絡，包括國家、地方和社區健身中心以及精品健身工作室。您可以使用任何網絡內位置。• 在家觀看直播、點播和數位健身計劃。• One Pass 會員網站和行動應用程式上提供社交俱樂部和活動。• 每年一套用於力量、瑜珈或舞蹈的家庭健身套裝。• 線上大腦健康認知培訓計劃。 <p>如需更多有關合約健身房和健身地點、計劃福利或設立線上帳戶的資訊，請造訪 YourOnePass.com 或致電 1-877-614-0618 (TTY 711)，週一到週五，夏威夷標準時間 (Hawaii standard time, HST) 上午 3 點至下午 4 點</p>	\$0

會員產品與服務折扣

Kaiser Permanente 與一流的公司合作，以維護您的健康、安全和福祉並提供大量優惠和折扣。

Lively™ Mobile Plus

取得個人緊急應變系統，只需按一個按鈕，便可每週 7 天，每天 24 小時獲得協助。享受一次性裝置費用減價，並可選擇兩種每月服務計劃（可能有承保範圍限制）。請造訪 greatcall.com/KP 或致電 **1-800-205-6548 (TTY 711)** 以瞭解詳情。

Mom's Meals®健康送餐到府服務

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。請造訪 www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx 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由任何其所選擇的公司來提供上述產品或服務，但 Kaiser Permanente 的折扣將僅適用於上列合作夥伴。我們與 Medicare 計劃所簽訂的合約不提供也不保證提供上述產品和服務。此外，這些產品和服務不受 Medicare 上訴流程的約束。與這些產品和服務有關的任何爭議可能需經由 Kaiser Permanente Dual Complete 的申訴流程處理。BEST BUY HEALTH、GREATCALL、LIVELY 及 LINK 是 Best Buy 及其附屬公司的商標。©2022 年 Best Buy 版權所有。保留一切權利。

哪些人可以入保

只要符合下列條件，您便可註冊參加此計劃：

- 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。）
- 您擁有完整的 Medicaid 福利，且您的 Medicaid 計劃已加入 Kaiser Permanente。
- 您是美國公民或合法居民。
- 您居住在此計劃的服務區域內，包括整個 Honolulu 縣和 Maui 縣的以下郵遞區號：96708、96713、96732、96733、96753、96761、96767、96768、96779、96784、96788、96790 和 96793。

承保範圍規定

我們承保本文件及《承保範圍說明書》中所列的服務和用品，但條件是：

- 該服務或用品屬於醫療上必要的服務或用品。
- 根據 Original Medicare 的標準，該服務和用品屬於合理且必要的服務和用品。
- 您從列於保健業者名錄和藥房名錄中的計劃保險業者取得所有承保服務和項目。但這些規定有例外情況。我們也承保：
 - 由其他 Kaiser Permanente 地區的計劃內保健業者所提供的醫護服務
 - 急診護理
 - 區域外洗腎護理
 - 區域外緊急醫護（在服務區內由計劃保健業者所提供的緊急醫護屬於承保範圍，在極少數情況下可承保由非計劃保健業者所提供的緊急醫護）
 - 轉診至非計劃保健業者處，但條件是您有事先獲得本計劃的書面核准（事前授權書）

註：若您透過非計劃保健業者獲得上列承保醫護服務，您需支付相同的計劃共付額和共保額。如果您接受了不屬於承保範圍的醫療護理或服務，您必須支付全額費用。

如欲瞭解有關承保範圍規定的詳情，包括不屬於承保範圍的服務（不受保項目），請參閱《承保範圍說明書》。

獲取醫護服務

您通常可以在我們大多數的計劃設施取得您所需的所有承保服務，包括專科護理、藥房及化驗。我們沒有限制您必須使用某特定計劃設施或藥房，且我們鼓勵您使用對您而言最方便的計劃設施或藥房。如欲查找保健業者所在地點，請瀏覽 kp.org/directory 網站上的《保健業者和藥房名錄》，或者請致電 **1-800-805-2739 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡，以要求我們郵寄一份給您，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會有變更。您將會在必要時收到通知。

您的個人醫生

您的個人醫生（又稱為基本保健醫生）將會為您提供基本護理且會協助您協調醫護服務，包括住院、專科醫生轉診及事前授權書等事宜。大多數個人醫生都屬於內科或家庭醫學科。您必須選擇一位可為您提供服務的計劃保健業者作為您的個人醫生。您可以隨時因任何理由而更換醫生。您可以致電會員服務部或透過 kp.org/finddoctors 網站選擇或更換醫生。

協助控制疾病

如果您患有多種慢性疾病且需要協助管理醫護服務，我們可提供協助。我們的個案管理計劃結合了護士、社工及個人醫生來協助您控制疾病。該計劃會提供衛教服務且會教導您自我護理的技能。如果您有興趣，請向您的個人醫生洽詢進一步資訊。

Medicare 處方支付計劃

Medicare 處方藥付款計劃是 2025 年的新付款選項，此計劃可將您的藥物費用分攤在一年當中的月費中，以協助您管理您的藥物費用。此計劃可供擁有 Medicare D 部分的任何人士使用且可配合您的藥物保險。此計劃對在計劃年度早期藥物成本分擔高的人來說尤其有用，且可協助管理藥物自付費用，但此計劃無法為您省錢或降低您的藥物費用。請與我們聯絡或瀏覽 Medicare.gov 以瞭解有關此計劃的詳情。

通知

上訴與申訴

您可在規定期限內向我們提交索賠，以要求我們提供或支付您認為應屬於承保範圍的用品或服務，該期限包含您獲得該用品或服務當日。如果我們表示拒絕，您可以要求我們重新審查我們的決定。這項程序稱為上訴。如果您認為等待可能會危害您的健康，您可以要求我們快速作出決定。如果您的醫生同意，我們將加速作出決定。

如果您想投訴與承保範圍無關的事宜，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、作出承保決定及上訴程序的詳情，包括針對藥物、服務或醫院醫護服務作出快速或緊急決定。

Kaiser Foundation Health Plan

夏威夷地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 為非營利公司，且屬於名為 Kaiser Permanente Dual Complete 的 Medicare 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 kp.org/privacy 網站上的保護私隱通知以瞭解詳情。

Medicaid 承保福利之摘要

下述理賠項目屬於 Medicaid 的承保範圍。本手冊前文所述的福利由 Medicare 承保。在下列各項理賠項目中，您可查看 Medicaid 的承保範圍及本計劃的承保範圍。您需為承保服務支付的費用可能取決於您的 Medicaid 資格等級。有關醫療補助福利的更多資訊，請參閱您的 **QUEST Integration 會員手冊**。

福利項目	Medicaid 州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete 計劃
透析	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
耐用醫療設備和醫療用品，包括義肢和矯形器具	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。需要事先核准	Medicare 承保用品共付額\$0。
急診及後續穩定服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
計劃生育服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
康復服務 (聽力學服務、職能治療、物理治療、語言治療、視力服務、增強溝通設備、閱讀設備、視覺教具)	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。 增強溝通設備、閱讀設備和視覺輔助設備不受承保。
居家健康服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
非急診交通運輸服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。 需要事先核准。	不承保。
營養諮詢	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicaid 承保的醫療營養治療服務，共付額支付\$0。
門診患者服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
醫師服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
孕期相關服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
處方藥	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	Medicare B 部分藥物：共付額支付\$0 Medicare D 部分藥物：0-25%

福利項目	Medicaid 州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete 計劃
預防服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
放射科、化驗室及其他診斷服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
復健服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
戒菸服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
遠距醫療服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
緊急護理服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。 21 歲以上會員在非指定地區的緊急護理不受承保。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
視力和聽力服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
尋求行為健康服務的急性住院	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
門診精神健康服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
來自合格專業人士（如精神科醫生、心理醫生、諮商師、社工、註冊護士及其他專業人士）提供的服務	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
藥物濫用治療計劃	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
處方藥物，包括藥物管理和患者諮詢	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
精神科或心理評估	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。
專業護理院	由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。	由 Medicare 承保的服務，共付額支付\$0。

福利項目	Medicaid 州政府計劃	Kaiser Permanente Dual Complete 計劃
<p>家庭和社區服務包括*： （家務、成人日間健康、個人護理、成人日間護理、個人緊急應變系統、專業護理、住宅護理如 Community Care Foster Family Home 或 Expanded Adult Residential Care Home）*個人需要符合長期服務和支持的資格</p>	<p>由 Medicaid 承保的服務，共付額支付\$0。</p>	<p>不承保</p>
<p>基本牙科福利</p>	<p>由 DHS Med-QUEST 承保。 專注於口腔疾病控制和所有年齡層咀嚼功能（診斷、洗牙、填充、部分根管治療、部分牙冠修復和部分假牙）的部分恢復。 若需尋找牙醫，請致電 Community Case Management Corporation (CCMC)，電話：1-808-792-1070 或免付費電話：1-888-792-1070。CCMC 可以向您解釋所承保的牙科福利，並幫助您找到附近的牙醫。</p>	<p>\$0 以下列出的預防性牙科服務由 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage 網絡提供：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 每日曆年度兩次預防性口腔檢查和洗牙† • 每年一次咬翼 X 光† • 每五年拍一次全口 X 光† • 每日曆年兩次氟化物塗覆† • 輔助性一般服務：麻醉、會診和輕微疼痛緩解（包括每五年一個咬合護板）† <p>若需查詢 HDS Medicare Advantage 網絡牙醫名單，請造訪 hawaiidental.com，或致電 HDS 客戶服務部 1-844-379-4325（週一至週五，上午 7:30 至下午 4:30）。</p> <p>注意：在州外提供的牙科服務僅在由 Delta Dental Medicare Advantage 網絡牙醫提供時才承保。承保範圍、限制和除外項目均受相同的 HDS 條款和條件約束。若要尋找 Delta Dental Medicare Advantage 網絡牙醫，請聯絡州內的當地 Delta Dental 辦公室。</p>
<p>成人重度精神疾病 (Serious mental illness, SMI) 患者的行為健康服務</p>	<p>由 Community Care Services 承保的服務。</p>	<p>不承保</p>

實用定義（術語表）

福利有效期

計劃評估您使用專業護理院服務的方式。福利期從您入住醫院或專業護理院 (skilled nursing facility, SNF) 當天開始算起。福利期在您連續 60 天未接受任何住院醫護服務或 SNF 專業護理時結束。福利期不限於在一個日曆年度內。您可以擁有的福利期期數或福利期時間長短沒有限制。

日曆年度

日曆年度是從 1 月 1 日開始算起並於 12 月 31 日結束。

共保額

您為某些服務或處方藥支付計劃總費用的一定百分比。例如，一項\$200 的用品若需 20%共保額，則代表您需支付\$40。

共付額

您為承保服務支付的固定金額，例如診所就診需支付共付額\$20。

免賠額

這是您在進入初始保險階段前必須為 Medicare D 部分藥物支付的費用。

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方式。

您需負擔的自付上限

您在每個日曆年度為需遵守自付上限規定之服務所支付的共付額或共保額金額上限。如果您達到自付上限，在該年度的剩餘期間，您在使用需遵守自付上限規定的服務時，就無須再支付任何共付額或共保額。

醫療上必要的

為了預防、診斷或治療疾病以及為了滿足獲得認可的醫療執業規範所需的服務、用品或藥物。

非計劃保健業者

未與 Kaiser Permanente 簽有協議為會員提供醫護服務的保健業者或設施。

計劃

Kaiser Permanente Dual Complete 計劃。

計劃保費

您需為 Kaiser Permanente Dual Complete 健康護理和處方藥保險支付的費用。

計劃內保健業者

計劃保健業者或網絡保健業者可能包括諸如醫院或藥房等設施，或諸如醫生或護士等保健專業人員。

事先授權

某些服務或用品只有在計劃保健業者事先獲得計劃核准的情況下才屬於承保範圍（有時稱為獲得事前授權書）。需獲得事前授權書的服務或用品在本文件中以†標誌加以標記。

地區

Kaiser Foundation Health Plan 組織。Kaiser Permanente 地區在北加州、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 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃的地理區域。要註冊並保持成為我們計劃的會員，您必須居住在我們的 Kaiser Permanente Dual Complete 計劃的服務區域，其中包括 Honolulu 縣和 Maui 島。

Kaiser Permanente 是與 Medicare 及州政府 Medicaid 計劃簽有合約的 HMO D-SNP 計劃。入保 Kaiser Permanente 需視合約續約情況而定。根據法律規定，本計劃或 CMS 可以選擇不續簽 Medicare 合約。

如需 Original Medicare 的相關資訊，請參閱《Medicare 與您》手冊。您可以在 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 網站上檢視該手冊，或者致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取一份，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**。

反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守相關聯邦民權法律，不因人種、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。**Kaiser Permanente** 不因人種、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為殘障人士提供免費幫助與服務以與我們進行有效的溝通，例如：
 - 合格的手語傳譯員。
 - 其他格式的書面資料，例如大字體，音頻和無障礙電子格式。
- 為主要語言並非英語的人士免費提供語言服務，例如：
 - 合格的口譯員。
 - 以其他語言書寫的資訊。

若您需要此等服務，請致電會員服務部，電話號碼是 **1-800-805-2739 (TTY 711)**，服務時間為每週7天，每天上午 8:00 至晚上 8:00。

若您認為 **Kaiser Permanente** 未能提供這些服務或有涉及人種、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 **711 Kapiolani Blvd, Honolulu, HI 96813** 或撥打上述電話號碼聯絡致電會員服務處。您可以透過郵件或電話提出投訴。如果您需要幫助提出投訴，我們的民權協調員可以幫助您。您還可採用電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站，向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或透過寄信至：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，或透過電話 **1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD)**。瀏覽 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 獲取投訴表格。

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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739** (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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、**1-800-805-2739 (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。

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lele'i pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739 (TTY 711)**. 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY 711). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

Pohnpeian: Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY 711). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

Samoa: E iai a matou auauaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na’o lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY 711). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auauaunaga.

Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY 711). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການຟຣີ.

Bisayan: Duna mi’y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY 711). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

Marshallese: Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-800-805-2739** (TTY 711). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

Hawaiian: Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana ‘inikua mālama olakino a i ‘ole ka ‘inikua lā‘au kuhikuhi, loa‘a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Inā makemake ‘oe i kēia kōkua, e ‘olu‘olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY 711). no ka wala‘au ‘ana e pili ana i kēia mau papahana i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Eia la ke kōkua manuahi.

Chuukese: Mi kawor anininis chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY 711). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
711 Kapiolani Blvd.
Honolulu, HI 96813

夏威夷地區，Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 非營利組織及健康維護組織 (HMO)