2027年福利摘要

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

H8794_27SBSNPZH_M
4383476027_CA-SNP_ZH

KAISER PERMANENTE®

引言

本文檔簡要概述了Kaiser Permanente Dual Complete承保的福利與服務。它包括常見問題解答、重要聯絡資訊、所提供的福利與服務概述以及與您作爲Kaiser Permanente Dual Complete會員所擁有權利的相關資訊。關鍵術語及其定義按字母順序列於《會員手冊》*(Member Handbook)* 最後一章。

目錄

A.免責聲明....3

B.常见问题 (FAQ)....10

C.承保服務清單....18

D. Kaiser Permanente Dual Complete涵蓋範圍外的承保福利....36

E.Kaiser Permanente Dual Complete、Medicare和Medi-Cal均未承保的服務....37

F.您身爲本計劃會員的權利....40

G.如何對被拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴....42

H.如果您懷疑有詐欺情況，應如何處理....48

A.免責聲明

此爲2027年度Kaiser Permanente Dual Complete承保的醫療健康服務概要。本**福利摘要**涵蓋下列保險計劃：

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25

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

這僅僅是一份摘要。如需查看完整的福利清單，請參閱《會員手冊》。有關詳細資訊，請參閱《會員手冊》，您可於我們的網站kp.org/eocncal或kp.org/eocscal查閱，或聯絡會員服務部索取副本，電話爲**1-800-443-0815** (TTY **711**)，服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。

- **僅限南加州會員：**健康食品福利是針對慢性病患者的特別補充計畫之一。並非所有會員均符合資格。會員必須患有特定慢性疾病（例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎病），才有資格申請此福利。 此外，還有其他健康狀況可能使您符合此福利資格。僅憑您的病情無法保證您一定符合此福利資格。必須滿足所有適用的資格要求，才能獲提供此福利。如需了解詳情，請聯絡我們。

- 除緊急情況外，非網絡內／未簽約的醫療服務提供者無義務爲本保險計畫的會員提供治療。如需進一步資訊（包括適用於非網絡內服務的費用分攤規定），請致電我們的會員服務部專線或參閱您的《會員手冊》。

- 我們提供免費口譯服務，可解答您對本健康保險計劃或藥物計劃的任何疑問。如需獲取口譯服務，您只需致電**1-800-464-4000** (TTY **711**)與我們聯絡即可，服務時間爲每週7天，每天24小時。

- Kaiser Permanente是HMO D-SNP，與Medicare和Medi-Cal計劃均簽訂合約。只有合約續簽，Kaiser Permanente才能開放入保。

- 如需瞭解更多與**Medicare**相關的資訊，您可以參閱《*Medicare*與您》手冊。該手冊概述了Medicare福利、權利和保護條款，並回答了與Medicare有關的最常見問題。如需獲取該手冊，您可以瀏覽Medicare網站 (www.medicare.gov) 或撥打1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間爲每週7天，每天24小時。TTY使用者請撥1-877-486-2048。如需瞭解更多與**Medi-Cal**相關的資訊，您可以瀏覽加州保健服務部 (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，服務時間爲週一至週五， 上午8點至下午5點。您也可致電1-855-501-3077與專爲同時享有Medicare和Medi-Cal之人士提供服務的特殊投訴處理專員聯絡，服務時間爲週一至週五，上午9點至下午5點。

- 本文件有阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、俄語、西班牙語、他加祿語和越南語免費版本。

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE
注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN
주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្មាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

- 您可以免費取得本文件的其他格式，例如大字體、盲文、音訊檔案或資料文件。如欲取得其他資訊，請致電1-800-443-0815與會員服務部聯絡。（TTY使用者請撥711。）服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。通話免費。
- 請致電1-800-443-0815 (TTY 711) 聯絡會員服務部（服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點），以提出下列請求：
  - 獲取除英文外的慣用語言和/或替代格式；
  - 提出針對日後郵件和通訊方式的長期請求；以及
  - 更改關於慣用語言和/或格式的長期請求。

B.常见问题 (FAQ)

下表列出了常見問題。

常見問題	解答
什麼是Medi-Medi 計劃?	Medi-Medi 計劃是與Medicare和Medi-Cal同時簽有合約的保健計劃，同時爲入保者提供這兩項計劃的福利。此計劃適用於21歲及21歲以上的人士。Medi-Medi 計劃是一個由醫生、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。他們所將會共同合作爲您提供您需要的醫護服務。
我能否在Kaiser Permanente Dual Complete中獲得與現在相同的Medicare和Medi-Cal福利？	您將直接從Kaiser Permanente Dual Complete中獲得大部分承保的Medicare和Medi-Cal福利。您將和保健業者團隊合作，他們將會協助您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 Supportive 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 Dual Complete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 Dual Complete通常不予承保的任何Medicare D部分藥物，您可臨時取得供藥量，且我們將會協助您過渡至其他藥物，或是得到Kaiser Permanente Dual Complete的例外安排以承保具醫療必要性的藥物。如需瞭解更多資訊，請致電本頁底部所列電話號碼與會員服務部聯絡。

常見問題	解答
我能否繼續在現有醫生處就診？（接下頁）	通常可以。如果您的保健業者（包括醫生、醫院、治療師、藥房及其他醫療保健業者）與Kaiser Permanente Dual Complete合作並且已與我們簽約，您可以繼續在此類保健業者處就診。 • 與我們簽有協議的保健業者爲「網絡內」保健業者。網絡內保健業者參與我們的保險計劃。這意味著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 Dual Complete網絡中的保健業者。**如果您使用的是不屬於本計劃網絡的保健業者或藥房，本計劃可能不會給付相應服務或藥物。 • 如果您需要接受緊急醫護、急診護理或區域外腎透析服務，您可使用Kaiser Permanente Dual Complete涵蓋範圍外的保健業者。 • 對於Medi-Cal服務，您無需取得轉診或事前授權即可於網絡外保健業者處接受急診服務或某種敏感護理服務。當您處於我們經營範圍外的地區時，您也可以前往網絡外的保健業者処接受區域外緊急醫護。如果您需要門診精神健康服務，您可以選擇網絡內的保健業者，或是縣級精神健康計劃的保健業者，且無需取得事前授權。對於所有其他網絡外的服務，您必須取得轉診或事前授權，否則將不予承保。注意：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 Dual Complete網絡外的保健業者所提供的治療，或者您與Kaiser Permanente Dual Complete網絡外的保健業者有既有的醫患關係，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和持續護理的事宜。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。您必須在入保後30天內提出持續護理請求。如需獲取有關持續護理的更多資訊，請聯絡會員服務部。

常見問題	解答
我能否繼續在現有醫生處就診？（接上頁）	如欲確認您的醫生是否在計劃網絡內，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 Dual Complete保健業者與藥房名錄。 如果您剛開始使用Kaiser Permanente Dual Complete，我們將與您合作制定護理計劃來滿足您的需求。
什麼是Kaiser Permanente Dual Complete醫護協調員？	Kaiser Permanente Dual Complete醫護協調員是與您保持聯絡的主要人員之一。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」(LTSS) 旨在幫助需要日常活動協助的人士，這些活動包括沐浴、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，但也可在護理院或醫院提供。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 (MSSP)？	多方位年長者服務計劃 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) 可在保健計劃已提供的醫護協調範圍外，持續與保健業者協調醫護服務，且可爲您轉診其他必要的社區服務與資源。該計劃能協助您獲得各項服務，幫助您在自家環境中獨立生活。
如果我需要一項服務，但Kaiser Permanente Dual Complete網絡中沒有保健業者可以提供該服務，會發生什麼情況？	大多數服務將會由我們的網絡內保健業者提供。如果您需要某項無法在我們網絡內提供的服務，Kaiser Permanente Dual Complete將會給付網絡外保健業者的費用。

常見問題	解答
Kaiser Permanente Dual Complete在哪裡可用？（接下頁）	這些計劃覆蓋的服務區包括： **我們的南加州地區包括以下South計劃：** • **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 Plan**，僅包括下列**San Diego縣**的郵遞區號： ○ 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和92195–99。 • **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 Plan**，包括： ○ **Riverside縣**的部分地區，僅限下列郵遞區號：91752、92028、92201–03、92210–11、92220、92223、92230、92234–36、92240–41、92247–48、92253–92255、92258、92260–64、92270、92274、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。

常見問題	解答
Kaiser Permanente Dual Complete在哪裡可用？（接下頁）	• **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 Plan**，僅包括下列**Kern縣**的郵遞區號： ○ 93203、93205–06、93215–16、93220、93222、93224–26、93238、93240–41、93243、93249–52、93263、93268、93276、93280、93285、93287、93301–09、93311-14、93380、93383-90、93501-02、93504-05、93518-19、93531、93536、93560-61和93581。 • **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 Plan**，包括**Los Angeles縣**的所有地區，但Catalina 島除外。 • **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 Plan**，包括**Orange縣**的所有地區。 • **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 Plan**，僅包括下列**Ventura縣**的郵遞區號： ○ 90265、91304、91307、91311、91319–20、91358–62、91377、93001–07、93009–12、93015–16、93020–22、93030–36、93040–44、93060–66、93094、93099和93252。 **我們的北加州地區包括以下North計劃：** • **Kaiser Permanente Dual Complete North P2 Plan**，包括以下縣： ○ **Sacramento縣**的所有地區。 ○ **Amador縣**，僅限下列郵遞區號：95640和95669。 ○ **El Dorado縣**，僅限下列郵遞區號：95613–14、95619、95623、95633–35、95651、95664、95667、95672、95682和95762。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 Plan**，包括**Alameda縣**的所有地區。

常見問題	解答
Kaiser Permanente Dual Complete在哪裡可用？（接下頁）	• **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 Plan**，包括**Contra Costa縣**的所有地區。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P18 Plan**，包括以下縣： ○ **Fresno縣**，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**，僅限下列郵遞區號：93230、93232、93242、93631、93656。 ○ **Madera縣**，僅限下列郵遞區號：93601–02、93604、93614、93623、93626、93636–39、93643–45、93653、93669、93720。 ○ **Mariposa縣**，僅限下列郵遞區號：93601、93623和93653。 ○ **Tulare縣**，僅限下列郵遞區號：93238、93261、93618、93631、93646、93654、93666和93673。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 Plan**，包括**San Francisco縣**的所有地區。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 Plan**，包括**San Joaquin縣**和**Stanislaus縣**的所有地區。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 Plan**，包括**Santa Cruz縣**的所有地區。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 Plan**，包括**San Mateo縣**的所有地區。

常見問題	解答
Kaiser Permanente Dual Complete在哪裡可用？（接上頁）	• **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 Plan**，僅包括下列**Santa Clara縣**的郵遞區號： ○ 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和95196。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 Plan**，包括以下縣： ○ **Placer縣**，僅限下列郵遞區號：95602–04、95610、95626、95648、95650、95658、95661、95663、95668、95677–78、95681、95703、95722、95736、95746–47和95765。 ○ **Yolo縣**，僅限下列郵遞區號：95605、95607、95612、95615–18、95620、95645、95691、95694–95、95697–98、95776和95798–99。 ○ **Yuba縣**，僅限下列郵遞區號：95692、95903和95961。 • **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 Plan**，包括以下縣： ○ **Marin縣、Napa縣和Solano縣**的所有地區。 ○ **Sonoma縣**，僅限下列郵遞區號：94515、94922–23、94926–28、94931、94951–55、94972、94975、94999、95401–07、95409、95416、95419、95421、95425、95430–31、95433、95436、95439、95441–42、95444、95446、95448、95450、95452、95462、95465、95471–73、95476、95486–87和95492。 您必須居住在上列任一區域才能加入本計劃。

常見問題	解答
什麼是事前授權？	事前授權是指在您接受服務**之前**，Kaiser Permanente Dual Complete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本計劃網絡承保範圍的服務。如果您沒有獲得事前授權，Kaiser Permanente Dual Complete可能不會承保相關服務、診療、用品或藥物。 **如果您需要緊急醫護、急診護理或區域外腎透析服務，您不需要先獲得事前授權。** Kaiser Permanente Dual Complete可以向您或您的保健業者提供特定的一系列服務或診療，條件是您在接受此類服務之前獲得Kaiser Permanente Dual Complete的事前授權。如果您對特定服務、診療、用品或藥物是否需要獲得事前授權有疑問，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？	轉診是指您必須獲得基本保健業者 (Primary Care Provider, PCP) 的核准，才能前往不是您PCP的保健業者處就診。轉診與事前授權不同。如果您沒有獲得PCP所開具的轉診單，Kaiser Permanente Dual Complete可能不會承保相應服務。Kaiser Permanente Dual Complete可以爲您提供一系列需要您在接受服務之前獲得PCP轉診的服務。 請參閱《會員手冊》第3章和第4章，以進一步瞭解您何時需獲得PCP的轉診。
參保Kaiser Permanente Dual Complete後，我是否需要支付每月費用（也稱爲保費）？	不需要。由於您擁有Medi-Cal，因此您將無需爲您的健康保險支付任何月保費，包括您的Medicare B部分保費。
身爲Kaiser Permanente Dual Complete會員，我需要支付免賠額嗎？	不需要。在Kaiser Permanente Dual Complete中，您無需支付免賠額。

常見問題	解答
身爲Kaiser Permanente Dual Complete會員，我將需要爲醫療服務支付的自付上限金額是多少？	Kaiser Permanente Dual Complete中的醫療服務沒有費用分攤，因此您每年的自付費用將爲$0。
如果我喪失全範圍的Medi-Cal承保資格，會怎麼樣？	如果您處於本計劃所認定之持續入保資格的4個月期限內，我們將會繼續提供所有Medicare Advantage計劃承保的福利項目，并且您的成本分擔將跟据《會員手冊》中的描述而更改。在此期間，您可能不再享有Medi-Cal福利。

C.承保服務清單

下表是關於您可能需要之服務、費用以及福利相關規定的快速概述。

健康需求或顧慮	您可能需要的服务	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要醫院照護服務	住院	$0	須提供轉診單。北加州的會員接受移植手術需獲得事前授權。醫療上必要的住院沒有天數限制。
	醫生或外科醫生醫護服務	$0	
	門診醫院服務，包括情況觀察	$0	
	日間手術中心 (Ambulatory Surgical Center, ASC) 服務	$0	

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要看醫生	爲了治療傷勢或疾病的就診	$0	
	專科醫生護理	$0	對於大多數專科醫生，須提供轉診單。請參閱《會員手冊》以查看不需要轉診的服務清單。
	保健就診，例如體檢	$0	例行體檢屬於承保範圍，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」預防性就診後的12個月內進行。但是，在您入保Medicare 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、以篩檢爲目的的結腸鏡檢查、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部分的最初12個月期間承保「歡迎加入Medicare」預防保健就診。請您在約診時告知醫生所在診所，您想預約「歡迎加入Medicare」預防保健就診。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要急診護理	急診室服務	$0	您享有全球急診護理承保。無須獲得事前授權。如果您從網絡外醫院獲得急診護理且在急診病情穩定後需要接受住院治療，您必須返回網絡內醫院才能讓醫護服務繼續獲得承保，否則您在網絡外醫院接受的住院治療必須獲得本計劃的授權。
	緊急醫護	$0	無須獲得事前授權。網絡外緊急醫護的承保條件如下： **在服務區內：**除非由於不同尋常的特殊情況（如重大災難）而使本計劃的保健業者網絡暫時無法提供服務或無法使用，否則您必須透過網絡內保健業者取得緊急醫護。 **在服務區域外：**當您外出旅行時，如果您因突發疾病或受傷而需要立即接受醫療護理且您合理認爲如果延遲至您返回服務區域再接受治療，您的健康狀況將會嚴重惡化，則您將可享有全球範圍內的緊急醫護承保。
您需要接受醫療檢查（接下頁）	放射診斷服務（例如：X光檢查或其他造影服務，例如電腦斷層掃描 [Computed Axial Tomography, CAT] 或磁振造影 [Magnetic Resonance Imaging, MRI]）	$0	須提供轉診單。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要接受醫療檢查（接上頁）	化驗檢測和診斷程序，例如驗血	$0	須提供轉診單。
您需要聽力/聽覺護理服務	聽力篩檢	$0	
	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（續下頁）	牙齒檢查及牙齒預防保健	$0	牙科福利可透過 Medi-Cal 牙科 按服務收費 (Fee-for-Service, FFS)、牙科管理式護理 (Dental Managed Care, Dental MC) 計劃獲取，具體取決於您所在的縣。如需瞭解Medi-Cal牙科承保的相關資訊，請聯絡： 牙科FFS：**1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 或 **www.smilecalifornia.org**。 Los Angeles縣和Sacramento縣的Dental MC：**1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 或 **www.dental.dhcs.ca.gov/**。
	修復性牙科護理與急診牙科護理	$0	牙科福利可透過 Medi-Cal 牙科按服務收費(FFS)、牙科管理式護理 (Dental MC) 計劃獲取，具體取決於您所在的縣。如需瞭解Medi-Cal牙科承保的相關資訊，請聯絡： 牙科FFS：**1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 或 **www.smilecalifornia.org**。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要牙科護理（接上頁）			Los Angeles縣和Sacramento縣的Dental MC：**1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 或 **www.dental.dhcs.ca.gov/**。
您需要眼科護理	眼部檢查	$0	眼科服務需要轉診。
	眼鏡或隱形眼鏡	$0	須提供轉診單。白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡：$0，以Medicare的限制爲上限，但您需支付超過該限制的任何金額。 我們每12個月會透過您的Medicare保險爲您提供一次補貼。如果您的眼鏡用品費用超出計劃補貼金額，**您需要支付差額**： • South P1及North P2、P16、P17、P18、P19、P20、P21、P22、P23、P24、P25 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7、P9、P10、P11 – **$500** Medi-Cal每24個月還會承保新配或更換鏡框的費用，但費用不能超過**$80**。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。如果您選擇的眼鏡、鏡片或功能不屬於Medi-Cal的承保範圍內，則**您可能必須爲此類升級支付額外費用**。更多詳情請諮詢計劃的光學設施。
	其他視力保健	$0	須提供轉診單。低視力裝置根據Medi-Cal計劃規定來承保。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要精神健康服務	精神健康服務	$0	住院及門診精神健康服務均可承保。 此外，您還可以透過您所在縣的行爲健康計劃享受Medicare未承保的其他專業精神健康服務。
	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	住院及門診精神健康服務均可承保。 您可能符合Medi-Cal社區服務的資格。請向您的護理協調員諮詢更多資訊。 透過您所在縣的行爲健康計劃，您可以享受Medicare未承保的其他專業精神健康服務。
您需要藥物濫用障礙服務（接下頁）	藥物濫用障礙服務	$0	以下服務以及可能還有其他未列於此處的服務均在承包範圍內： • 酒精濫用篩檢和輔導服務。 • 藥物濫用治療服務。 • 由合格臨床人員提供的團體或個人輔導，包括婚姻與家庭治療師。 • 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。

健康需求或顧慮	您可能需要的服务	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要藥物濫用障礙服務（接上頁）			透過您所在縣的行爲健康計劃，您可以享受Medicare未承保的其他藥物濫用障礙服務。
您需要一個有人可以爲您提供協助的住所。	專業護理	$0	須提供轉診單。
	護理院醫療護理	$0	
	成人寄養與團體成人寄養護理	$0	
您在中風或遭遇意外後需要治療	职业、物理或言语治疗	$0	須獲得事前授權。
您需要協助以接受健康服務	救護服務	$0	
	急診交通運輸服務	$0	
	交通運輸服務（前往接受醫療就診與服務的地點）	$0	需要事前授權和轉診。Medi-Cal承保非急診醫療交通運輸服務和非醫療交通運輸服務，以便在您自己沒有交通工具時協助您赴診和前往藥房。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要藥物以治療疾病或病症（續下頁）	Medicare B部分藥物	$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《會員手冊》以瞭解有關這些藥物的更多資訊。
	Medicare D 部分藥物 層級1：首選學名藥 層級2：學名藥 層級3：首選品牌藥 層級4：非首選藥物 層級5：專科護理 層級6：疫苗	**層級1–2：** 您**每款處方藥**的一個月（30天）供藥量的共付額爲 **$0–$5.80。** **層級3–5：** 您**每款處方藥**的一個月（30天）供藥量的共付額爲 **$0–$5.80。** **層級6：**$0 藥物的共付額會因您獲得的Extra Help（額外補助）級別不同而異。如需瞭解更多詳情，請聯絡本計劃。	承保的藥物類型可能設有限制。請參閱Kaiser Permanente Dual Complete的《承保藥物清單》（藥物清單），瞭解更多資訊。 在您或代您付款的其他人支付的費用達到$2,400之後，您便進入重大傷病承保階段，且您在該日曆年度的剩餘期間，您將爲所有Medicare D部分藥物支付$0。請參閱《會員手冊》以瞭解有關此階段的進一步資訊。 零售藥房或我們的郵購藥房可能提供長期（100天）藥量。長期藥量的成本分攤與一個月藥量的成本分攤相同。並非所有藥物均可透過郵購取得。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要藥物以治療疾病或病症（續下頁）	非處方 (Over-the-counter, OTC) 藥物	在網絡藥房購買尼古丁替代療法用品的費用爲$0。 其他合格的OTC物品，在線上購買和合約零售商店（包括Kaiser Permanente零售藥房）購買的費用皆爲$0。您將會收到一張預先儲值的健康附加卡，內含您計劃的季度承保額。	我們承保某些獲得食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 核准的非處方尼古丁替代療法。這些用品必須由網絡保健業者開立醫囑並透過網絡藥房獲取。我們最多將會在每個日曆年內提供兩次100天用量。 承保的藥物類型可能設有限制。請參閱Kaiser Permanente Dual Complete的《承保藥物清單》（藥物清單），瞭解更多資訊。 您可以透過您的健康附加卡購買OTC物品，並使用您計劃的下述**季度承保額**： • North P2 – **$50** • North P16、P17、P18、P19、P20、P21、P22、P23、P24、P25 – **$75** • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7、P11 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** 您的卡將在1月1日、4月1日、7月1日及10月1日重新儲值。任何未使用的季度承保額將不會轉入下個季度。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要藥物以治療疾病或病症（接上頁）			注意：健康附加卡無法用於支付小費或費用（例如運費或配送費）。 **僅限南加州會員：**如果您符合慢性病患者特別補充福利 (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 項目中所說明的福利資格，則您亦可將每季度的OTC承保額用於購買健康食品。您可以自行決定將健康附加卡上的承保額用於OTC物品與健康食品的分配方式。 如需獲取更多資訊，請參閱《會員手冊》、瀏覽mybenefitscenter.com或撥打1-833-524-7035 (TTY 711)，服務時間爲 每周7天，每天上午5點至下午5點（太平洋標准時間 [Pacific Standard Time, PST]）。 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的更多資訊，請撥打**1-800-977-2273**與Medi-Cal Rx客戶服務部聯絡，服務時間爲每週7天，每天24小時。TTY使用者可撥打**711**，服務時間爲週一至週五，上午8點至下午5點。您還可以瀏覽Medi-Cal Rx的網站，網址爲 https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要協助以改善病情或者您有特殊健康需求	復健服務	$0	部分服務需要轉診。
	居家護理專用醫療器材	$0	須獲得事前授權。
	腎透析服務	$0	須提供轉診單。
您需要足部護理	足科服務	$0	須提供轉診單。
	矯形服務	$0	須獲得事前授權。
您需要耐用醫療器材(DME) **注意：這並非承保DME的完整清單。如欲獲取完整清單，請聯絡會員服務部或參閱《會員手冊》第4章。**	輪椅、拐杖及助行器	$0	須獲得事前授權。
	霧化器	$0	須獲得事前授權。
	供氧設備與用品	$0	須獲得事前授權。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要居家生活方面的協助（接上頁）	家庭健康服務	$0	須提供轉診單。 您必須行動不便、足不出戶，這意味著離家出門對您而言十分困難。 我們承保以下服務，也可能包含此處未列出的其他服務： • 兼職或間歇性的專業護理及居家健康助理服務（若要符合居家健康照護福利的承保資格，您的專業護理與居家健康助理服務合計時間必須少於每日八小時及每週三十五小時。） • 物理治療、職能治療及語言治療 • 醫療及社會服務 • 醫療設備與用品

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
您需要居家生活方面的協助（接下頁）	如打掃或做家務等居家服務，或是如安裝扶手等居家環境改造	$0	社區支援是Medi-Cal承保的適合且符合成本效益的替代性服務或環境。如果您符合資格，社區支援可以幫助您更獨立地生活。這些服務不會取代您在Medi-Cal中已取得的福利。這些服務并非所有地區都可用。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。如欲瞭解有關社區支援的更多資訊，請諮詢您的PCP或聯絡會員服務部。
	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	如果您因健康問題而難以自理生活、且需要額外協助，您可能符合成人社區服務（「CBAS」）的資格。如需瞭解有關CBAS服務的資訊，請諮詢您的護理協調員。
	日間康復服務	$0	
	協助您獨立生活的服務（居家健康護理服務或個人護理助理服務）	$0	我們承保上文「居家健康服務」中所述的居家健康服務。此外，您可能有資格獲得透過Medi-Cal保險提供的居家支援服務，或者居家與社區豁免計劃服務。如欲獲取與這些服務有關的更多資訊，請聯絡您的護理協調員。

健康需求或顧慮	您可能需要的服务	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
其他服務（續下頁）	加州綜合護理管理 (California Integrated Care Management, CICM) 計劃	$0	我們的計劃會識別有資格獲得稱爲「CICM」的額外護理協調服務的會員。符合資格的會員包括以下特定人群： • 無家可歸的成人 • 面臨「不必要住院」或「急診部醫療服務使用」風險的成人 • 有嚴重精神健康問題和/或藥物濫用障礙 (Substance Use Disorder, SUD) 需求的成人 • 從監禁狀態過渡回社會的成人 • 居住在社區、但有進入長期照護 (Long-Term Care, LTC) 機構風險的成人 • 從護理設施過渡至社區的成人 • 因種族與族裔受到不公平待遇的孕期或產後人士 • 有正式記錄的失智症需求的成人
	脊柱神經治療服務	$0	我們承保矯正脊椎的整脊服務。這些Medicare承保的服務由網絡內脊椎神經醫生提供。如需獲取網絡脊椎神經醫生名單，請參閱《保健業者和藥房名錄》。北加州的會員需獲得事前授權。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
其他服務（續下頁）			當脊柱神經治療服務是透過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，Medi-Cal可能會承保該服務。北加州的會員需獲得事前授權。FQHC和RHC的服務可能需要轉診。如欲取得進一步資訊以瞭解FQHC或RHC可提供哪些服務，請聯絡會員服務部。
	糖尿病用品與服務	$0	須獲得事前授權。
	健身福利：One Pass ®	$0	您可以參加旨在提升身心健康的One Pass完整健身計劃。One Pass涵蓋的服務包括： • 大型核心和高級健身房網絡，包括全美、地方和社區健身中心以及精品健身工作室。您可以前往網絡內任意健身地點使用相應服務。 • 可在家中參與的直播、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的社交俱樂部和活動。 • 每年一套用於力量訓練、瑜珈或舞蹈的居家健身套裝。 • 在線上提供的大腦健康認知培訓計劃。 如欲瞭解有關合作健身房與健身地點、該計劃福利的更多資訊，或設置您的線上帳戶，請造訪**YourOnePass.com**或撥打**1-877-614-0618** (TTY **711**)，服務時間爲週一至週五，上午6點至晚上7點。

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
其他服務（續下頁）	送餐上門服務	$0	在Medi-Cal下，您可能符合社區支持中送餐上門服務的資格。社區支持並非在所有地區都有提供，且您必須符合特定的資格條件。請向您的醫生諮詢更多有關Medi-Cal社區支持的資訊。
	針對**North P16、P17、P19、P23 會員**，Medicare 不承保居家醫療照護 (Advanced Care At Home)。 注意：此項福利不適用於其他所有會員。	若作爲居家治療計畫的一部分而開立，則費用爲 $0；否則您需支付適用的自付額	此服務須經轉介。 若醫生根據您的健康狀況判定爲醫療上適當，我們將承保您在家中接受的醫療照護（此類照護未包含在Medicare 的承保範圍內），以提供您除在醫院接受急性照護以外的另一種選擇，並在您家中提供急性照護後的照護服務，以協助您康復。詳情請參閱《會員手冊》。
	非緊急醫療交通運輸服務（非例行）	$0	我們承保醫療上必要的非緊急醫療交通服務，於住院治療後或特定急診、緊急護理或門診醫院就診後，**依網絡內保健業者醫囑**，立即載送您返家（100英里內）、至專業護理院 (SNF) 或更高級別照護機構。請參閱**《會員手冊》**以瞭解更多詳細資訊。
	義肢服務	$0	須獲得事前授權。
	放射治療	$0	須提供轉診單。
	協助管理您的疾病的服務	$0	

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
其他服務（續下頁）	慢性病患者特別補充福利：健康食品**（僅限南加州會員）**** 注意：該福利不適用於北加州會員。 **健康食品福利是慢性病患者特別補充福利的一部分。并非所有會員都符合資格。會員必須患有特定慢性病才符合資格，例如糖尿病、肥胖症、心血管疾病、骨關節炎或慢性腎臟病。亦可能有其他疾病狀況使您符合本項福利資格。無法僅憑您的疾病狀況就保證您符合本項福利資格。必須滿足所有適用的資格條件才能提供本項福利。如需瞭解詳情，請與我們聯絡。	在綫上購買或合約零售商店購買已核准健康食品的費用皆爲$0。 您將會收到一張預先儲值的健康附加卡，內含您計劃在非處方 (OTC) 藥物一欄中説明的季度承保額。	如果您符合SSBCI資格，您可以使用季度OTC承保額來購買健康食品。您可以自行決定將健康附加卡上的承保額用於OTC物品與健康食品的分配方式。 您必須滿足所有條件，包括下列一項或多項SSBCI資格條件： • 慢性酒精濫用障礙和其他藥物濫用障礙 (substance use disorders, SUD) • 自身免疫障礙 • 癌症 • 心血管障礙 • 慢性心力衰竭 • 失智症 • 糖尿病 • 體重超重、肥胖症和代謝綜合症 • 慢性胃腸疾病 • 慢性腎臟病 (Chronic Kidney Disease, CKD) • 重度血液疾病 • 人類免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/艾滋病 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) • 慢性肺部障礙 • 慢性和致殘性精神健康疾病 • 神經系統障礙

健康需求或顧慮	您可能需要的服務	網絡內保健業者的費用	限制、例外和福利資訊（關於福利的規定）
其他服務（接上頁）			• 中風 • 器官移植前護理 • 免疫缺陷和免疫抑制性障礙 • 與認知障礙有關的疾病 • 具有功能行動困難且需要類似服務的疾病 • 損害視力、聽力（失聰）、味覺、觸覺及嗅覺的慢性疾病 • 需要持續接受治療服務，以使個人維持或保有身體功能的疾病 您的卡將在1月1日、4月1日、7月1日及10月1日重新儲值。任何未使用的季度承保額將不會轉入下個季度。 如欲瞭解更多資訊，請參閱《會員手冊》、瀏覽mybenefitscenter.com或撥打**1-833-524-7035** (TTY **711**)，服務時間爲每週7天，每天上午5點至下午5點 (PST)。

上述福利概要僅供參考用，並非完整的福利清單。如欲獲取完整清單，並瞭解有關您福利的更多資訊，您可參閱Kaiser Permanente Dual Complete《會員手冊》。如果您沒有《會員手冊》，請撥打本頁底部列出的電話號碼致電Kaiser Permanente Dual Complete會員服務中心索取一份。如有疑問，您也可以致電會員服務部或造訪kp.org/medicare。

D. Kaiser Permanente Dual Complete涵蓋範圍外的承保福利

您可獲得的某些服務不屬於Kaiser Permanente Dual Complete的承保範圍內，但屬於Medicare、Medi-Cal或是州政府或縣政府機構的承保範圍內。這不是完整的清單。請撥打本頁底部所列號碼聯絡會員服務部，以瞭解此類服務。

屬於Medicare、Medi-Cal或州政府機構承保範圍內的其他服務	**您需支付的費用**
Kaiser Permanente Dual Complete涵蓋範圍外承保的某些安寧護理	$0
社會心理復健	$0
針對性個案管理	$0
Medi-Cal Rx門診處方藥計劃 (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	$0
部分牙科服務 牙科福利可透過Medi-Cal 牙科按服務收費 (FFS)、牙科管理式護理 (Dental MC) 計劃獲取，具體取決於您所在的縣。如需瞭解Medi-Cal牙科承保的相關資訊，請聯絡： o 牙科FFS：**1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 或**www.smilecalifornia.org**。 o Los Angeles縣和Sacramento縣的Dental MC： **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 或 **www.dental.dhcs.ca.gov/**。	$0
藥物濫用障礙治療服務	$0
專業精神健康服務	$0
居家支援服務	$0
基于家庭和社区的豁免服务	$0

屬於Medicare、Medi-Cal或州政府機構承保範圍內的其他服務	您需支付的費用
多方位年長者服務計劃	$0
Medi-Cal承保的區域中心服務	$0
療養院住宿和膳食	$0

E.Kaiser Permanente Dual Complete、Medicare和Medi-Cal均未承保的服務

這不是完整的清單。請致電本頁底部所列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 Dual Complete、Medicare和Medi-Cal均未承保的服務	
某些必要的檢查和服務： • 爲了求職或維持工作 • 爲了取得保險 • 爲了取得任何類型的許可 • 依據法院命令，或因假釋或緩刑之要求	如果網絡內醫生認定相關服務是具醫療必要性的服務，此排除條款則不適用。
舒適、便利或豪華的設備或功能。這些包括僅爲會員、會員家屬或會員的醫療保健業者之舒適或便利而設的物品。	此未承保項目不適用於在妊娠後提供給婦女的零售等級吸奶器。此未承保項目也不適用於根據社區支援規定已核准爲您提供的用品。
美容服務。改變您外觀的服務（包括爲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義肢裝置： • 作爲承保的重建手術的一部分而植入的睪丸植入物 • 全乳房切除手術或乳房腫塊切除術所需的乳房義體 • 用於取代全部或部分外部臉部身體部位的義體

Kaiser Permanente Dual Complete、Medicare和Medi-Cal均未承保的服務	
實驗性服務	實驗性服務是指目前正在實驗室或正在動物身上進行測試，但尚未具備條件在人體體內進行測試的藥物、器材、診療或服務，但《會員手冊》中描述的、屬於承保範圍的臨床試驗研究除外。
不屬於醫療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保險的替代服務計劃或耐用醫療器材規定獲得核准。
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物理治療計劃涵蓋的治療服務。
居家私人護士或全職護理照護	
例行足部護理和服務不屬於Medicare的承保範圍	
不是根據Medicare和Medi-Cal標準被認定爲「具有合理性與醫療必要性」的服務	除非我們將該等服務列爲承保服務。此未承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。
未獲得美國食品藥物管理局核准的服務	我們不承保根據法律規定必須獲得美國食品藥物管理局（「FDA」）核准才可在美國販售，但實際未獲得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。此排除條款不適用於下列情況：在加拿大或墨西哥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。

Kaiser Permanente Dual Complete、Medicare和Medi-Cal均未承保的服務	
在退伍軍人事務部 (Veterans Affairs, VA) 所屬設施爲退伍軍人提供的服務。	不過，當退伍軍人在VA醫院接受急診服務且VA成本分攤高於本計劃成本分攤時，我們將會爲退伍軍人補償該差額。您仍需支付您的成本分攤（如有）。
當某項服務不屬於承保範圍時，所有與該不承保服務相關的服務均不予承保。	此排除條款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，我們將不會承保您爲了手術準備所接受的服務，我們也不會承保複診費用。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《會員手冊》描述的承保範圍。
非醫療必要性的個人護理服務，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）。	此排除條款不適用於作爲以下部分所述承保範圍的一部分而提供的日常活動協助： • 安寧服務與姑息護理 • 長期護理服務和支援 • 專業護理/中期護理/亞急性醫療設施護理 • 社區支援
絕育手術復通術。	
由未經許可人員提供的服務。此類服務包括由無需州政府核發許可或證書即可安全有效提供醫療保健服務的人員所提供的服務，且會員的狀況亦無需由持有執照的醫療保健業者提供該等服務。	此排除條款不適用於下列情況： • 承保的已核准社區支援。 • 承保的陪產員服務。 • 承保的社區健康工作者服務。

F.您身爲本計劃會員的權利

作爲Kaiser Permanente Dual Complete的會員，您擁有特定權利。您可行使這些權利，不會受到不利對待。在您行使這些權利時，也不會影響您應該獲得的醫療服務。我們每年將至少爲您說明一次您的權利。如欲瞭解有關您權利的更多資訊，請參閱《會員手冊》。您的權利包括但不限於：

- **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、健康狀況、接受健康服務的情況、索賠記錄、病史、殘障狀況（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別、性取向、原國籍、種族、膚色、宗教、信仰或接受公共補助的狀態爲何
  - 免費取得以其他語言版本和格式（例如大字版、盲文版或音頻版）提供的資訊
  - 不受任何形式的身體約束或隔離。

- **您有權獲得與您的醫療保健有關的資訊。**這包括有關治療和您的治療選項的資訊。該資訊應以您可以理解的語言和格式提供。其中包括您有權獲得與以下內容有關的資訊：
  - 關於本計劃承保服務的說明
  - 如何取得服務
  - 您需支付的服務費用
  - 医疗保健業者姓名

- **您有權針對自身醫護服務作出決定，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醫療保健業者
  - 快速取得您的承保服務和藥物
  - 瞭解所有治療選項，無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，即使您的醫療保健業者不建議您這麼做
  - 停止服藥，即使您的醫療保健業者不建議您這麼做

- 尋求第二意見。Kaiser Permanente Dual Complete將支付您爲獲得另方意見的就診費用
- 在預立醫囑中闡明您的醫療護理意願

- **您有權在沒有任何溝通障礙或實體存取障礙的情況下及時獲得醫護服務。**其中包括您有權：
  - 取得及時的醫療護理
  - 進出醫療保健業者的診所。這意味著診所設有符合《美國殘障人士法案》(Americans with Disabilities Act) 規定的殘障人士無障礙設施
  - 獲取口譯員服務，以協助您與醫療保健業者和保健計劃之間的溝通

- **您有權在需要時尋求急診和緊急護理。**這意味著您有權：
  - 在緊急情況下無需事前授權即可取得急診服務
  - 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隱私。**其中包括您有權：
  - 索取並獲得以您能理解的方式提供的醫療記錄副本，以及要求修改或更正您的記錄
  - 要求對您的個人健康資訊保密

- **您有權針對被拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴，請參閱下方的G部分。**其中包括您有權：
  - 針對本計劃或本計劃的保健業者提出投訴或申訴
  - 針對由本計劃或本計劃保健業者所作的某些決定提出上訴
  - 透過撥打免費電話 (1-888-466-2219) 或聽力和言語障礙人士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/) 提供線上投訴表、獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 申請表及相關說明。
  - 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
  - 獲取服務遭拒的具體原因，並索取用於做出決定的所有資訊的免費副本。

如欲瞭解與您權利有關的進一步資訊，您可參閱《會員手冊》。如果您有任何疑問，您也可以撥打本頁底部列出的電話號碼聯絡Kaiser Permanente Dual Complete會員服務部。

您也可撥打1-855-501-3077與專爲同時享有Medicare和Medi-Cal之人士提供服務的特殊投訴處理專員聯絡，服務時間爲週一至週五，上午9點至下午5點；或者撥打1-888-452-8609與Medi-Cal投訴處理專員辦公室聯絡，服務時間爲週一至週五，上午8點至下午5點。

G.如何對被拒絕、延遲或修改的服務提出投訴或上訴

如果您有投訴或認爲Kaiser Permanente Dual Complete不當拒絕、延遲或調整服務，請撥打本頁底部列出的號碼致電會員服務部。您也可以書面形式將投訴提交至下列地址。您也可以對我們的決定提出上訴。

如對投訴和上訴有疑問，請參閱《會員手冊》的**第9章**。您也可以撥打本頁底部所列電話號碼聯絡Kaiser Permanente Dual Complete會員服務部。

與醫療護理有關的承保決定、上訴和投訴

與醫療保健有關的**承保決定**是指與下列項目有關的決定：

- 您的福利和承保服務，**或**
- 我們針對您的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，且若您認爲我們的決定有誤或對我們的決定有異議，您要求我們變更該決定。

您可針對我們或針對任何保健業者（包括非網絡內或網絡內保健業者）提出投訴。網絡內保健業者是指與本計劃合作的保健業者。您也可以向我們或品質改進組織提出有關您所獲照護的品質的**投訴**。您可針對本計劃寄送投訴給Medicare。您可使用線上表格，網址爲**www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx。** 或者您可致電**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 以尋求協助。您可撥打**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。服務時間爲週一至週五上午8點至下午5點，州政府法定假日除外。

電話	**1-800-443-0815** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。 我們可爲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《會員手冊》中所述的快速審定資格，請撥打**1-888-987-7247**與加急審查科聯絡，服務時間爲週一至週六，上午8:30至下午5點。
TTY	**711** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。
傳真	如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速審定的資格，請將您的請求傳真至我們的加急審查科，傳真號碼爲**1-888-987-2252**。
信函	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公室（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。 對於標準上訴，請將信函郵寄至我們向您寄發的拒絕服務通知上所載的地址。 如果您的承保決定、上訴或投訴符合快速審定的資格，請將信函郵寄至： Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O.Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	您可將與本計劃相關的投訴直接提交給Medicare。如需在線上向Medicare提交投訴，請瀏覽 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

針對D部分處方藥的承保決定

與Medicare藥物有關的承保決定是指與下列項目有關的決定：

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

電話	**1-877-645-1282** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。 我們可爲不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。
傳真	**1-844-403-1028**
信函	OptumRx c/o Prior Authorization P.O.Box 25183 Santa Ana, CA 92799
網站	**kp.org**

針對D部分處方藥的上訴

上訴是您要求我們變更承保決定的一種方式。

電話	**1-866-206-2973** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8:30至晚上5點。 我們可爲不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。
傳真	**1-866-206-2974**
信函	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O.Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	**kp.org**

針對D部分處方藥的投訴

您可針對本計劃或針對任何藥房提出投訴。這包括對您的Medicare處方藥物的投訴。

如果您的投訴與Medicare處方藥的承保決定有關，您可提出上訴（請參閱前文的「針對D部分處方藥的上訴」）。

電話	**1-800-443-0815** 此通話免費。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。 如果您的投訴符合快速審定的資格，請撥打**1-866-206-2973**與D部分部門聯絡，服務時間爲週一至週五，上午8:30至下午5點。請參閱**第9章**，以瞭解您的問題是否符合快速審定的資格。 我們可爲不會說英文的人士提供免費口譯服務。
TTY	**711** 此通話免費。服務時間爲週一至週五，上午8點至晚上8點。
傳真	如果您的投訴符合快速審定資格，請將您的請求傳真至我們的D部分部門，號碼爲**1-866-206-2974。**
信函	若要申請標準投訴，請寫信至您當地的會員服務辦公室（請參閱《保健業者和藥房名錄》以查詢地點）。 如果您的投訴符合快速審定的資格，請將信函郵寄至： Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O.Box 1809 Pleasanton, CA 94566
網站	您可將與本計劃相關的投訴直接提交給Medicare。如需在線上向Medicare提交投訴，請瀏覽 **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

品質改進組織 (QIO)

我們所在州有一個稱爲Commence Health的組織。這是一個由醫生和其他醫療保健專業人員所組成的團體，他們負責協助爲Medicare參保人改進醫護品質。Commence Health與我們的計劃無關。您可以就以下情況聯絡Commence Health尋求幫助：

- 與您醫療護理權利有關的問題
- 如果您符合以下情況，您可以針對您所獲得的護理提出投訴：
    - 對醫護品質有疑問，
    - 認爲太快結束住院治療，或
    - 認爲您的居家健康護理、專業護理機構照護，或綜合門診復健設施 (CORF) 服務過早結束。

電話	**1-877-588-1123** 此爲免費電話。服務時間爲週一至週五，上午9點至下午5點。周末和节假日，上午10点至下午4点
TTY	**711**
信函	Commence Health BFCC-QIO Program P.O.Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
網站	**www.livantaqio.cms.gov**

加州保健計劃管理局提供的協助

加州保健計劃管理局負責制定保健服務計劃。如果您要對您的健康計劃提出申訴，請先致電**1-800-443-0815**聯絡您的健康計劃，並使用您的健康計劃申訴流程，然後再聯絡該部門。使用此申訴程序並不影響您可能享有的任何潛在法律權利或救濟途徑。如果您需要協助處理涉及緊急狀況的申訴、您的健康計劃未能妥善解決的申訴，或超過30天仍未獲解決的申訴，您可以致電該部門尋求協助。您還可能符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合IMR資格要求，IMR將對保健計劃就服務或治療在醫療上的必要性的決定，實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的給付爭議進行公正的審查。該部門亦設有免費電話 **1-888-466-2219**，並爲聽力和語言障礙者提供 TDD 專線 **1-877-688-9891**。該部門的內部網站 **www.dmhc.ca.gov**有在綫投訴表、IMR申請表以及說明。

H.如果您懷疑有詐欺情況，應如何處理

大多數提供服務的醫療保健專業人員和組織都是誠實可靠的。遺憾的是，業界仍可能存在少數缺乏職業操守的從業者。

如果您認爲某位醫生、某間醫院或其他藥房存在不當行爲，請與我們聯絡。

- 請致電Kaiser Permanente Dual Complete會員服務部。電話號碼列於本頁最下方。
- 或者，請致電1-800-541-5555聯絡Medi-Cal客戶服務中心。TTY用戶可撥打1-800-430-7077。
- 或者致電1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與Medicare聯絡。TTY使用者可撥打1-877-486-2048。您可以免費撥打這些電話號碼。

如果您有一般性問題或對本計劃、服務、服務區、請款或會員卡有疑問，請致電**Kaiser Permanente Dual Complete**會員服務部，電話：

- **1-800-443-0815** (TTY **711**)。
- 此爲免費電話。服務時間爲每週7天，上午8點至晚上8點。
- 會員服務部也可爲不會說英文的人士提供免費語言口譯服務。

反歧视声明

在本文件中，“我们”或“我们的”是指 Kaiser Permanente（Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、The Permanente Medical Group, Inc.及 Southern California Medical Group）。本通知可在我们的网站 **kp.org** 上查阅。

歧视是违反法律的行为。我们遵守州和联邦的民权法律。

我们不会因年龄、人种、族群认同、肤色、原国籍、文化背景、血统、宗教、生理性别、社会性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神障碍、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 会及时提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
  - ♦ 合格的手语翻译员
  - ♦ 其他格式的书面信息（盲文版、大字版、音频版、通用电子格式和其它格式）
- 为主要语言非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - ♦ 合格的口译员
  - ♦ 其他语言的书面信息

如果您需要上述服务，请拨打下方的电话号码联系会员服务部。此电话为免费。会员服务部于重要节假日休息。

- 联邦医疗保险计划 (Medicare)，包括双重资格特殊需求计划 (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP)：**1-800-443-0815** (TTY **711**)，每周7天，上午8:00至晚上8:00。
- 加州医疗保健辅助计划：**1-855-839-7613** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。
- 所有其他计划：**1-800-757-7585** (TTY **711**)，每周7天，每天24小时。

我们可以根据要求为您提供本文件的盲文版、大字版、音频版或电子格式。如需获取这些替代格式或其他格式的复本，请致电我们的会员服务部并索取您需要的格式。

如何向 Kaiser Permanente 提出投诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的非法歧视，您可以向我们提出歧视投诉。您可以通过电话、邮件、亲自提交或在线等方式提出投诉。详情请参阅《承保范围说明书》(Evidence of Coverage) 或 *Certificate of Insurance*（保险证明）。您可致电会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交投诉。您可以通过以下方式提出歧视投诉：

- **电话：**致电我们的会员服务部。电话号码列于上方。
- **邮寄：**从**kp.org**下载表格，或致电会员服务部，请他们寄一份表格给您，以供您填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写抱怨表或福利索赔／申请表（请在**kp.org/facilities**上的保健业者名录中查找设施地址）
- **在线提交：**使用我们网站**kp.org**上的在线表格

您也可以通过以下地址直接联系 Kaiser Permanente 民权协调员：

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

如何向加州保健服务部民权办公室提出投诉*（仅适用于加州医疗保健辅助计划受益人）*

您也可以通过书面方式、电话或电邮向加州保健服务部民权办公室提出民权抱怨：

- **电话：**拨打**916-440-7370** (TTY **711**) 联系加州保健服务部 (Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室
- **邮寄：**填写抱怨表或寄信到以下地址：

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

您可在下列网站找到加州保健服务部民权办公室的投诉表：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **在线：**发送电邮至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国健康与民众服务部民权办公室提出投诉

您可以向美国健康与民众服务部民权办公室提出歧视抱怨。您可以通过书面、电话或在线等方式提出抱怨：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019**（TTY **711**或**1-800-537-7697**）
- **邮寄：**填写抱怨表或寄信到以下地址：

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

  您可在下列网站找到美国健康与民众服务部民权办公室抱怨表： https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- **在线：** 请访问**民权办公室投诉门户网站：https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**