

---

## 披露表第二部分

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
北加州地區和南加州地區

## 您的承保範圍概要

Kaiser Permanente傳統HMO計劃

Kaiser Permanente免賠額HMO計劃

Kaiser Permanente可設健康儲蓄帳戶的高免賠額保健計劃 (HDHP) HMO計劃

## 前言

本《披露表第二部分》概述了Kaiser Permanente會員的一些重要福利。請參閱《披露表第一部分》以查看最常被問及的福利概要。

這些文件僅為您Health Plan承保範圍的概要。如需保險條款與條件的詳細資訊，請參閱《承保範圍說明書》(Evidence of Coverage, "EOC")。您有權在入保前先檢閱EOC。如欲索取複本，請聯絡您的團體。

請閱讀以下資訊，以瞭解您可以透過哪些人士或保健業者團體獲得健康護理。如果您有特殊健康護理需求，請仔細閱讀適用於您的部分。

當您加入Kaiser Permanente時，即表示您入保加州境內Health Plan兩個服務區（北加州或南加州地區）的其中一個服務區，我們稱之為您的「居住地區」。請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以瞭解您的居住地區屬於加州的哪一個地區。本《披露表》旨在說明您居住地區的承保範圍。

僅有在您滿足下列所有條件的情況下，《您的福利（披露表第一部分）》中所述的服務才屬於承保範圍：

- 服務具有醫療必要性
- 服務是由計劃醫生提供、開處方、授權或指示且您是在您居住地區內從計劃保健業者處取得服務，除非是EOC中另有具體註明的經授權轉診、在居住地區的服務區外取得的承保服務、安寧護理、急診服務、病情穩定後護理、區域外緊急醫護及急診救護車服務

本《披露表》也說明了不同的福利計劃，例如可能包含適用於特定服務之免賠額的福利計劃。除非另有說明，否則《披露表》此部分的所有內容均適用於所有福利計劃。請注意，我們提供法律規定的所有福利項目（例如：糖尿病測試用品）。

請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以查看免賠額、共付額及共保額的概要。如果您對福利有疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡或參閱EOC。

某些以大寫字母標示的術語在本《披露表》中具有特殊涵義，這些術語在本手冊末尾處的「定義」一節將會加以說明。

註：州法律規定披露表文件必須包含下列聲明：「某些醫院及其他保健業者不提供下列可能屬於您計劃合約承保範圍且您或您家人可能需要的一項或多項服務：家庭生育計劃；避孕服務，包括緊急避孕；絕育，包括分娩與生產期間的輸卵管結紮；不孕症治療；或墮胎。您應在入保前索取更多資訊。請致電您想選擇的醫生、專業醫療服務集團、獨立執業協會或診所，或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與Kaiser Permanente會員服務部聯絡，以確保您可取得您所需的保健服務。」

請注意，如果某項服務屬於承保範圍，但無法在特定計劃設施提供，我們將於其他設施為您提供服務。

## 如何取得服務

我們的會員在居住地區的服務區內於計劃設施從計劃保健業者處（醫生、註冊護士、護理師及其他醫療專業人員）取得承保醫療護理，但本《披露表》或EOC中所述的下列服務除外：

- 經授權的轉診
- 急診救護車服務
- 急診服務、病情穩定後護理以及區域外緊急醫護
- 安寧護理
- 在您居住地區的服務區外所接受的承保服務

如需計劃設施地點的相關資訊，請參閱我們網站[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）上的設施清單，或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

## 急診服務

### 急診護理

如您發生急診病症，請致電**911**（在有提供此服務的地點）或前往最近的急診部。您無需為急診服務取得事前授權。當您發生急診病症時，我們會承保您在全球各地從計劃保健業者或非計劃保健業者所取得的急診服務。

計劃醫院的急診部每週七天，每天**24**小時均有提供急診服務。

如果您從非計劃保健業者取得急診服務、病情穩定後護理或區域外緊急醫護，您無需為承保的急診服務負擔超過您成本分擔的任何金額。然而，如果保健業者不同意向我們請款，則您可能必須支付服務費用並提出索賠以獲得補償。

### 病情穩定後護理

我們在下列情況下承保由非計劃保健業者所提供的病情穩定後護理（請參閱您EOC中「急診服務及緊急醫護」一節中「急診服務」部分的「病情穩定後護理」內容以瞭解詳情）：

- 若您從加州境內的非計劃保健業者或從Kaiser Permanente營運州外的Cigna PPO網絡設施取得病情穩定後護理，我們僅有在您取得醫療護理之前授權或者適用法律另有規定的情況下，才會承保該服務（事前授權是指服務必須事先獲得核准）。
- 由加州境外的所有其他保健業者所提供的病情穩定後護理，但條件是根據聯邦法律規定，其符合急診服務的資格（您的主治醫生已判定，考量您的病情，您無法前往計劃保健業者處，或者您或您授權代表的狀況無法根據州政府知情同意法提供同意書）。

在您的病況於下列情況下穩定下來之後，您將需負責為非計劃保健業者所提供的服務支付全額費用：

- 如果您在加州境內從非計劃保健業者處取得未經授權的病情穩定後護理，或者您在Kaiser Permanente營運州外的Cigna PPO網絡設施取得病情穩定後護理
- 如果您從加州境外的任何其他保健業者處取得不符合急診服務資格且未經授權的病情穩定後護理（在此情況下，非計劃保健業者可能會提供通知並徵求您的同意以提供這些服務，但除非我們有授權這些服務，否則這些服務將不屬於承保範圍）

## 緊急醫護

### 在您居住地區的服務區內

如果您認為自己可能需要緊急醫護，請致電計劃設施適當的約診或諮詢護士電話號碼。

### 區域外緊急醫護

如果您意外生病、受傷或發生既有病症（包含懷孕）的併發症而需要緊急醫護，如果下述所有情況屬實，我們會承保由非計劃保健業者提供之醫療上必要的服務以避免您（或您腹中胎兒）的健康嚴重惡化：

- 您暫時在居住地區服務區外時接受由非計劃保健業者提供的服務
- 您合理認為，如果您延遲到返回居住地區的服務區再接受治療，您（或您腹中胎兒）的健康將會嚴重惡化

您無需為區域外緊急醫護取得事前授權。

若要獲得計劃保健業者提供的跟進護理，請致電計劃設施約診或諮詢電話號碼。當您不再需要緊急醫護時，我們就不會承保非計劃保健業者所提供的跟進護理，承保的耐用醫療器材則不在此列。如果您在接受區域外緊急醫護後需要與緊急醫護有關的耐用醫療器材，您的保健業者必須取得事前授權。

## 會員卡

每位會員的Kaiser Permanente會員卡上均有醫療記錄號碼。當您致電諮詢、約診或前往保健業者處接受承保醫護服務時，您皆需要提供此號碼。當您接受醫護服務時，請攜帶會員卡以及附照片的身分證。醫療記錄號碼旨在用於辨認您的醫療記錄及會員資訊。您的醫療記錄號碼絕對不會變更。如果我們曾誤發超過一個以上的醫療記錄號碼給您，或者您需要補發會員卡，請致電與會員服務部聯絡。

如果您在收到會員卡之前需要接受醫護服務，請向您的團體詢問您的團體（購買者）號碼以及您保險的生效日期。

## 計劃設施及《Kaiser Permanente服務指南》（以下簡稱為《服務指南》）

您通常可在我們大多數計劃設施接受您所需的所有承保服務，包括急診服務、緊急醫護、專科護理、藥房及化驗。我們沒有限制您使用特定計劃設施，且我們鼓勵您使用對您來說最便利的設施。如需您所在地區的設施地點清單，請瀏覽我們的網站[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

- 所有計劃醫院均有提供住院服務，且每週七天，每天24小時均有開放
- 《服務指南》中所列的計劃醫院急診部有提供急診服務（請參閱《服務指南》或我們網站[kp.org](http://kp.org)（英文）上的設施名錄以查詢您所在地區的急診部地點）
- 許多地點均有提供當天緊急醫護約診（請參閱《服務指南》或我們網站[kp.org](http://kp.org)（英文）上的設施名錄以查詢您所在地區的緊急醫護地點）
- 許多計劃診所均有夜間及週末約診
- 許多計劃設施均設有會員服務辦事處（請參閱《服務指南》或我們網站[kp.org](http://kp.org)（英文）上的設施名錄以查詢您所在地區的地點）

您所在地區的計劃診所及計劃醫院詳細資訊列於《Kaiser Permanente服務指南》（《服務指南》）及[kp.org](http://kp.org)（英文）網站。《服務指南》說明了您所在地區各計劃設施所提供的承保服務類型，因為有些設施僅提供特定類型的承保服務。《服務指南》也說明了如何使用我們的服務及如何約診、列出了營業時間，並包含了約診及諮詢的詳細電話名錄。《服務指南》也會提供其他重要資訊，例如預防保健準則及您的會員權利與責任。《服務指南》的內容可能會有變更且會定期更新。您可以瀏覽[kp.org](http://kp.org)（英文）網站以取得一份複本，或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）向會員服務部索取，服務時間為每週七天，每天24小時（節假日休息）。

## 您的個人計劃醫生

個人計劃醫生在協調護理（包括住院及專科醫生轉診）的過程中扮演了重要的角色。我們鼓勵您選擇一位個人計劃醫生。您可選擇任何可為您提供服務的個人計劃醫生。父母可以為子女選擇兒科醫生作為他們的個人計劃醫生。大多數個人計劃醫生均是基本護理醫生（內科、兒科或家庭醫學科的全科醫生，或是由專業醫療服務集團指定為基本護理醫生的產科／婦科專科醫生）。有些未被指定為基本護理醫生，但也提供基本護理服務的專科醫生也可作為個人計劃醫生。您可以因任何理由隨時更換您的個人計劃醫生。如欲瞭解如何選擇個人計劃醫生，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。您可在[kp.org](http://kp.org)（英文）網站上找到我們計劃醫生的名錄。

## 取得轉診

### 轉診至計劃保健業者

您必須先獲得計劃醫生的轉診，才能接受專科醫生所提供的醫護服務（例如外科、骨科、心臟科、腫瘤科、皮膚科的專科醫生）以及物理、職業病及言語治療。此外，計劃醫生必須先為您轉診，您才可取得屬於EOC中「精神健康服務」一節承保範圍的泛自閉症障礙行為健康治療。然而，您無需獲得轉診或事前授權即可透過下列任何計劃保健業者取得大多數醫護服務：

- 您的個人計劃醫生
- 內科、兒科及家庭醫學科的全科醫生
- 驗光、精神健康服務、藥物濫用障礙治療及產科／婦科的專科醫生

您必須先獲得計劃醫生的轉診，才能接受泌尿科專科醫生所提供的醫護服務；但您無需獲得轉診即可接受與性健康或生殖健康有關的服務（如輸精管切除術）。

雖然接受上述保健業者的大多數醫護服務無需轉診或取得事前授權，但在下列情況下可能需要轉診：

- 針對某些服務，保健業者可能必須根據本「取得轉診」部分中的「適用於某些轉診的專業醫療服務集團授權程序」取得事前授權
- 保健業者可能必須將您轉診至具備與您疾病或病況相關臨床背景的專科醫生處

### 長期轉診

如果計劃醫生將您轉診至專科醫生處，該轉診適用於特定的治療計劃。如果您需要接受該專科醫生的持續性醫護服務，那麼您的治療計劃可能包括長期轉診。例如，如果您患有會危及生命、退化性或會導致殘障的病況，且需要由專科醫生提供持續性醫護服務，您將可獲得前往專科醫生處就診的長期轉診。

## 適用於某些轉診的專業醫療服務集團授權程序

以下是需要專業醫療服務集團事前授權才能獲得承保的服務示例（事前授權表示專業醫療服務集團必須事先核准服務）：

- 耐用醫療器材
- 造口術及泌尿用品
- 計劃保健業者無法提供的服務
- 移植

醫療服務使用管理 (Utilization Management, "UM") 是一項流程，旨在確定由提供治療的保健業者所建議的服務對您而言是否具有醫療必要性。事前授權是一項UM流程，旨在提供醫護服務前確定要求的服務是否具有醫療必要性。如果具有醫療必要性，則您將會獲得授權在適當的臨床地點根據您健康保險的條款接受該醫護服務。如欲查看需要事前授權的完整服務清單以及用於作授權決定的標準，請瀏覽我們的網站[kp.org/UM](http://kp.org/UM)（英文）或致電向會員服務部索取印刷本。請參閱EOC中「急診服務及緊急醫護」一節中「急診服務」部分的「病情穩定後護理」內容，以瞭解適用於由非計劃保健業者所提供之病情穩定後護理的授權規定。

授權申請將僅由持照醫生或其他持有適當執照的醫療專業人員決定。本說明僅為授權程序的簡短總結。如需更多資訊，請參閱EOC或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

## 另方意見

您有權要求取得另方意見。如果您希望獲得另方意見，您可以請會員服務部協助您安排從其他計劃醫生取得另方意見，該醫生必須是就您病況而言符合適當資格的醫療專業人員。如需更多資訊，請參閱EOC。

## 及時獲得醫療護理

### 約診可取得性標準

加州保健計劃管理局 (Department of Managed Health Care, "DMHC") 制定了下列約診可取得性的標準。此資訊可協助您瞭解要求約診時可能遇到的情況。

- 緊急醫護約診：48小時內
- 例行（非緊急）基本護理約診（包括成人醫學科／內科、兒科和家庭醫學科）：10個工作日內
- 由醫生提供的例行（非緊急）專科護理約診：15個工作日內
- 由醫生以外的執業人員提供的例行（非緊急）精神健康護理或藥物濫用障礙治療約診：10個工作日內
- 由醫生以外的執業人員為正在接受持續性精神健康或藥物濫用障礙病症療程的人士所提供的跟進（非緊急）精神健康護理或藥物濫用障礙治療約診：10個工作日內

約診可取得性標準不適用於預防服務。計劃保健業者可根據您的需求建議特定的預防服務時間表。除非前文精神健康護理和藥物濫用障礙治療部分另有說明，否則此標準也不適用於持續性病況的定期跟進護理或專科醫生的長期轉診。

## 及時獲得電話協助

- DMHC制定了下列回覆電話詢問的標準：
- 電話諮詢您是否需要接受醫護服務以及該至何處接受醫護服務：30分鐘內，服務時間為每週七天，每天24小時。
- 一般疑問：10分鐘內（在正常營業時間）。

## 口譯服務

如果您在致電我們或在接受承保服務時需要口譯服務，請告知我們。我們會在所有營業時間免費為您提供包括手語在內的口譯服務。如需有關我們所提供之口譯服務的更多資訊，請致電與會員服務部聯絡。

## 使用精神健康服務及藥物濫用障礙治療

州法律規定披露表文件必須包含以下通知：

您有權在有需要時及時取得在您所在地區提供的精神健康／藥物濫用障礙 (**Mental Health/ Substance Use Disorder, MH/SUD**) 服務。如果Health Plan未能安排由保健計劃網絡內的適當保健業者為您提供這些服務，保健計劃必須為您承保和安排由網絡外保健業者提供您所需的服務。如果發生該情況，除了常規的網絡內成本分擔之外，您將無需支付任何其他費用。

如果您在非緊急情況下需要接受該服務，您的保健計劃必須在您向保健計劃申請服務之時起的**10**個工作日內為您提供約診。如果您在緊急情況下需要接受該服務，您的保健計劃必須在您申請時間起的**48**小時（如果保健計劃沒有規定約診需要獲得事前授權）或**96**小時（如果保健計劃有規定需要獲得事前授權）內為您提供約診。

如果保健計劃沒有在上述期限內且沒有在標準服務地區內安排您接受服務，則您可安排從任何持照保健業者處取得服務，即使該保健業者不在您保健計劃的網絡內也沒關係。如欲獲得您保健計劃的承保，您與保健業者的首次約診必須在您最初向計劃申請**MH/SUD**服務之日起的**90**個日曆日內進行。

如果您對如何取得**MH/SUD**服務有疑問，或者您在取得服務時遇到困難，您可：**1)** 致電您保健計劃會員卡背面所列的電話號碼與您的保健計劃聯絡；**2)** 致電**1-888-466-2219**與加州保健計劃管理局的求助中心聯絡；或**3)** 透過網站<http://www.healthhelp.ca.gov>與加州保健計劃管理局聯絡以要求協助取得**MH/SUD**服務。

## 計劃保健業者如何獲得付款

Health Plan及計劃保健業者是獨立承包商。計劃保健業者透過數種方式獲得付款：如薪水制、按人計費、按日計算費率、按件計算費率、按服務收費及獎金付款。如欲進一步瞭解計劃醫生如何就其為會員所提供或安排的醫療和醫院醫護服務獲得付款，請瀏覽我們的網站[kp.org](http://kp.org)（英文）或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

## 您的費用

### 成本分擔（免賠額、共付額與共保額）

當您接受承保服務時，您必須支付EOC中所列的成本分擔額。在大多數情況下，保健業者將會要求您在接受服務時支付成本分擔。請謹記，您所支付的款項可能僅涵蓋您接受之承保服務總成本分擔的一部分，且您將會收到任何其他應付費用的帳單。在某些情況下，保健業者將不會要求您在接受服務時付費，而您將會就應支付的任何成本分擔額收到帳單。以下舉例說明您可能會收到帳單的情況：

- 您在預防看診期間接受非預防性服務
- 您在治療看診期間接受診斷服務
- 您在診斷看診期間接受治療服務
- 您在就診期間從第二位保健業者獲得服務
- 計劃保健業者無法在您接受服務時收取成本分擔

在某些情況下，非計劃保健業者可能有參與提供在計劃設施或在我們授權您接受醫護服務的簽約設施進行的承保服務。對於您在計劃設施或我們已授權您接受醫護服務的簽約設施所接受的承保服務，您無需負擔超過成本分擔的任何金額。但是，如果保健業者不同意向我們請款，那麼您可能必須支付服務的費用，然後再提出索賠要求補償。如需有關如何提出索賠的資訊，請參閱「服務後索賠及上訴」部分。

如果您對您預期接受或是保健業者在看診或診療期間所安排之特定服務的成本分擔有疑問，請瀏覽我們的網站 [kp.org/memberestimates](http://kp.org/memberestimates)（英文）以使用費用估算工具或致電與會員服務部聯絡。

- 如果您有計劃免賠額並想估算需支付計劃免賠額的服務費用，請於週一至週五上午7:00至晚上7:00致電 **1-800-390-3507**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）。請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以瞭解您是否有計劃免賠額
- 如欲估算其他所有成本分擔，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**），服務時間為每週七天，每天24小時（節假日休息）

成本分擔是根據您的福利及您預期接受的服務估算。成本分擔估算是費用的預估，不保證等同於最終服務費用。由於我們無法事先瞭解與您醫護服務有關的所有事項，因此您的最終費用可能會高於或低於估算額。

### 共付額與共保額

共付額與共保額的概要列於《您的福利（披露表第一部分）》。請參閱EOC以查看完整的共付額與共保額清單。

註：如果服務費用低於EOC中所述的共付額，您將支付較低金額，但需遵守任何適用的免賠額或自付上限規定。

在您達到任何適用的免賠額後，在累計週期的剩餘時間內，您將支付適用的共付額或共保額，但需遵守計劃自付上限規定。

### 藥物免賠額

如果您的保險包含藥物免賠額，《您的福利（披露表第一部分）》將會列出免賠額限額。如果您有藥物免賠額，在累計週期的期間，針對某些藥物、用品及補充劑，您必須為需支付藥物免賠額的服務付費，直到您達到《您的福利



(披露表第一部分)》中所列的藥物免賠額金額為止。在您達到藥物免賠額後，我們將會根據適用的共付額或共保額金額承保這些服務。請參閱ECO的「門診處方藥、用品及補充劑」一節，以查看需支付藥物免賠額的服務。

## **計劃免賠額**

如果您的保險包含計劃免賠額，《您的福利(披露表第一部分)》將會列出免賠額限額。註：如果美國財政部修改規定的最低免賠額，則高免賠額保健計劃的計劃免賠額金額可能會增加。

如果您有計劃免賠額，您必須為需支付計劃免賠額的服務付費，直到您達到各累計週期的計劃免賠額為止。可計入計劃免賠額的唯一款項是您為需支付計劃免賠額的承保服務所支付的款項。計劃免賠額是按日曆年度計算，除非《您的福利(披露表第一部分)》列出不同的累計週期。

當特定服務的共付額或共保額受到計劃免賠額規定的約束時，您必須為這些服務付費，直到您達到免賠額為止。請參閱ECO以瞭解有關哪些服務需支付計劃免賠額的更多資訊以及免賠額運作方式的說明。

請參閱《您的福利(披露表第一部分)》以瞭解您的保險是否有計劃免賠額以及計劃免賠額的金額。請參閱ECO以瞭解有關計劃免賠額的更多資訊。

## **計劃自付上限**

計劃自付上限是您在累計週期內必須為您在同一累計週期內所接受之承保服務而支付的成本分擔總額。請參閱《您的福利(披露表第一部分)》以瞭解您的計劃自付上限。累計週期是按日曆年度計算，除非《您的福利(披露表第一部分)》列出不同的累計週期。請參閱ECO以瞭解哪些服務適用於計劃自付上限。

## **累計至免賠額及自付上限**

如欲查看您還剩多少可以達到免賠額(如有)和自付上限，請使用我們在[kp.org](http://kp.org)(英文)的線上自付費用總結工具或致電與會員服務部聯絡。在您可接受服務的每個月份，我們均會為您提供累計結餘資訊，直到您達到個人自付上限或您的家庭達到家庭自付上限為止。

除非您已選擇透過電子方式收到通知，否則我們將會透過郵件提供累計結餘資訊。您可隨時在[kp.org](http://kp.org)(英文)網站或致電會員服務部以變更文件寄送偏好選項。

## **保費付款**

您的團體必須負責支付保費，但如果您擁有Cal-COBRA保險，則您必須負責支付保費。由您團體支付的保費中，如果您要負擔任何一部分的費用，您的團體將會告訴您金額、保費生效時間以及向團體支付費用的方式(例如透過薪資扣繳)。

## **財務責任**

根據我們與計劃保健業者簽訂的合約，您無需為我們積欠的任何金額負責。然而，您可能要支付您從計劃保健業者或非計劃保健業者所取得的非承保服務費用。如果我們與任何計劃保健業者簽訂的合約終止，而您正在接受該保健業者的醫療護理，我們將針對您從該保健業者取得的承保服務保留財務責任，直到我們安排由其他計劃保健業者提供服務並通知您此項安排。在某些情況下，您可能有資格根據適用法律從已終止合約的保健業者取得服務。

請參閱「雜項通知」一節中的「完成非計劃保健業者的服務」部分以瞭解詳情。

## 急診服務、病情穩定後護理、區域外緊急醫護以及急診救護車服務的補償

如果您從非計劃保健業者取得急診服務、病情穩定後護理或區域外緊急醫護，又或是您接受急診救護車服務，您不必負擔超過您成本分擔的任何金額。我們將按照任何適用的成本分擔，減少向您或非計劃保健業者的任何付款。然而，如果保健業者不同意向我們請款，則您可能必須支付服務費用並提出索賠以獲得補償。

如欲提出索賠，以下是您需採取的行動：

- 透過下列方式盡快索取索賠申請表：
  - ◆ 致電會員服務部免費電話**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）或
  - ◆ 透過我們的網站[kp.org](http://kp.org)（英文）
  - ◆ 如果您需要協助填寫索賠申請表，我們的其中一位代表很樂意協助您
- 如果您已支付服務費用，您必須將填妥的索賠申請表寄給我們才可獲得補償。請附上非計劃保健業者的任何帳單和收據
- 若要請求支付非計劃保健業者的服務費用，您必須將填妥的索賠申請表寄給我們，並附上非計劃保健業者的任何帳單。如果非計劃保健業者表示其會提交索賠，您仍有責任確認我們是否已收到處理付款申請的所有文件。如果您之後收到非計劃保健業者所寄送之任何承保服務成本分攤額以外的帳單，請致電會員服務部免費電話**1-800-390-3510**尋求協助
- 您必須填妥並交回我們為處理您索賠所要求的任何資訊，例如索賠申請表、醫療記錄公開同意書、轉讓書以及針對您可能享有之任何其他福利所提出的索賠。例如，我們可能需要如旅行文件或您的旅行或行程證明等文件。

請參閱EOC以瞭解其他說明、承保範圍資訊、不受保項目、限制以及遭到拒保之索賠的爭議解決方式。

## 福利終止

除非另有說明，否則您的團體必須通知投保人您會員資格的終止日期。針對您在會員資格終止後所接受的任何服務，將會以非會員的費率向您收費。

如發生以下情況，您（投保人）及您受撫養人的會員資格將會終止：

- 您的團體與Kaiser Permanente之間的合約因任何理由而終止
- 您不再符合團體保險的資格
- 您蓄意針對會員資格、保健計劃或計劃保健業者從事詐欺行為（如果您蓄意從事詐欺行為，我們可寄書面通知給投保人終止您的會員資格；終止將從寄送通知之日起**30天**生效）。若我們因故對您終止會員資格，日後您將不得再入保保健計劃。我們也可能向檢察機關舉報刑事詐欺或其他非法行為
- 您的團體未支付您家庭的保費（或者您的家人沒有為您的家庭支付Cal-COBRA保險的保費）

請參閱EOC以瞭解詳情。

## 延續會員資格

### 團體保險續保

您可能可在喪失資格後，根據COBRA或Cal-COBRA等法律規定延續您的團體保險一段有限時間。請參閱EOC以瞭解詳情。

如果您在任何時候有權延續團體保險（例如Cal-COBRA），請在拒絕此保險之前先仔細檢閱您的保險選項。根據《平價醫療法案》，個人計劃保險無需進行醫療審查即可取得。然而，個人計劃的保費及承保範圍與團體計劃的保費及承保範圍有所不同。

如果您受到徵召而進入軍隊服役且《軍人就業及再就業權利法》(Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, "USERRA") 有相關規定，則您可能可在喪失資格後延續您的保險一段有限時間。如果您想瞭解如何選擇USERRA保險以及您必須向團體支付多少費用，請與您的團體聯絡。

### 個人計劃

當您的團體保險結束時，如果您想要保有保健計劃的會員身分，您可投保我們的其中一項個人與家庭計劃。我們個人計劃保險的保費及承保範圍與您團體保險的保費及承保範圍有所不同。

如果您希望您的個人計劃保險在您的團體保險終止時生效，則您必須在特殊入保期內提交申請，以在因喪失其他保險時入保個人計劃。否則，您必須等到下一個年度開放入保期。

如欲索取申請表以直接入保我們的計劃，請瀏覽[kp.org](http://kp.org)（英文）或致電與會員服務部聯絡。如需有關透過Covered California提供之計劃的資訊，請瀏覽[CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)或致電1-800-300-1506（聽障及語障電話專線使用者請致電711）與Covered California聯絡。

## 取得協助

我們希望您對Kaiser Permanente提供的健康護理感到滿意。如果您有任何疑問或顧慮，請與您的個人計劃醫生或為您提供治療的其他計劃保健業者討論。他們將會致力讓您感到滿意且他們希望能夠協助您解決問題。

## 會員服務部

會員服務部代表可回答您對福利、可用服務以及您可前往接受醫護服務的設施所持有的任何疑問。舉例來說，會員服務部代表可說明下列事項：

- 您的Health Plan福利
- 如何進行首次醫療約診
- 搬遷時該怎麼做
- 如何更換會員卡

您可透過下列方式與會員服務部聯絡：

**致電** **1-800-464-4000**（英語和150多種語言的口譯服務）

**1-800-788-0616**（西班牙語）

**1-800-757-7585**（華語方言）

聽障及語障電話專線使用者請致電**711**

服務時間為每週七天，每天**24**小時（節假日休息）

**親臨** 計劃設施會員服務辦事處（請參閱《服務指南》或我們[kp.org](http://kp.org)（英文）網站上的設施名錄以查詢地址）

**寫信** 計劃設施會員服務辦事處（請參閱《服務指南》或我們[kp.org](http://kp.org)（英文）網站上的設施名錄以查詢地址）

**網站** [kp.org](http://kp.org)（英文）

## 爭議解決及具約束力的仲裁

會員服務代表可在我們的計劃設施或透過電話**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）協助您解決未解決的問題。他們也可協助您以口頭或書面方式提出申訴。您也可在[kp.org](http://kp.org)（英文）網站透過電子方式提交申訴。您必須在事件發生日期起的**180**天內提交申訴。

如果您認為我們不當拒絕、更改或延遲服務或服務付款，並且認為**(1)**我們是因為發現服務不具有醫療必要性而拒保，或**(2)**針對會危及生命或會嚴重使人虛弱的病症，申請的治療因屬於實驗性或研究性而遭到拒保，您可要求進行獨立醫療審查。此外，如果您提出申訴且之後因為申訴屬於緊急性質、解決方式未讓您感到滿意或者申訴在**30**天後仍未獲得解決而需要協助，您可致電加州保健計劃管理局免費電話**1-888-466-2219**以及供聽力和言語障礙人士使用的聽障及語障電話專線**(1-877-688-9891)**以尋求協助。

除了小額索賠法庭案件和根據適用法律無法進行具約束力仲裁的索賠之外，會員、其繼承人或當事方（一方）與Health Plan、其保健業者或其他當事方（另一方）之間因涉嫌違反Health Plan會員資格的任何職責而產生的任何爭議皆必須透過具約束力的仲裁裁決。其中包括針對醫療失當或醫院誤醫所提出的索賠（指控醫療服務或用品不具有必要性或未經授權，或以不當、疏忽或不稱職的方式提供）、場所責任索賠，或與服務或用品的承保範圍或提供方式有關的索賠，不論其法理依據為何。雙方放棄陪審團或法庭審判的所有權利，並承擔與具約束力的仲裁有關的某些費用。

以上為爭議解決方案的簡短概要。請參閱EOC以瞭解包括完整仲裁條款在內的詳情。

## 續保條款

您的團體有責任在其與Kaiser Permanente簽訂的合約有所變更或終止時通知您。合約通常每年會進行變更，或者如果法律有所規定，則會更快進行變更。

## 主要不受保項目、限制及福利減少

### 不受保項目

以下是保險的主要不受保項目。請參閱EOC以取得完整清單，包括詳細資訊及任何不受保項目的例外情況。這些不受保項目或限制不適用於為了治療精神健康疾病或藥物濫用障礙而具有醫療必要性的服務，且這些精神健康疾病或藥物濫用障礙屬於最新版International Classification of Diseases（國際疾病分類）精神與行為障礙章節所列或最新版Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（精神疾病診斷與統計手冊）所列的任何診斷類別。

- 住宿護理設施的醫護服務，除非EOC中另有註明

披露表

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

1472330174

第11頁

- 中級護理設施的醫護服務，除非EOC中另有註明
- 脊柱神經服務，除非EOC中另有註明
- 美容服務，除非是EOC中「重建手術」及「義肢與矯形裝置」部分所承保的服務
- 監護護理，除非是屬於承保範圍的安寧護理
- 牙科及牙齒矯正服務及X光檢查，除非是EOC中「牙科及牙齒矯正服務」部分所承保的服務
- 居家用拋棄式用品，如繃帶、紗布、膠布、消毒劑、敷料、Ace型繃帶、尿布、護墊及其他失禁用品
- 實驗性或研究性服務，除非是依法律規定進行的某些臨床試驗。如果您不同意我們因治療屬於實驗性或研究性而拒保治療的決定，您可以申請獨立醫療審查（請參閱EOC以瞭解有關獨立醫療審查和其他爭議解決方案的詳細資訊）
- 助聽器，除非EOC中另有註明
- 不屬於保健用品及服務的用品及服務，除非EOC中另有註明
- 矯正眼睛屈光缺陷的用品及服務（如眼睛外科手術或調整視力的隱形眼鏡）
- 按摩治療，除非EOC中另有註明
- 門診口服營養用品（例如飲食補充劑、草藥補充劑、配方奶粉、食物及減重輔助產品），除非EOC中另有註明
- 為就業、保險、證照、法院命令、假釋或緩刑而進行的身體檢查，除非計劃醫生判定服務具有醫療必要性
- 不具有醫療必要性的例行足部護理服務
- 根據法律規定必須獲得聯邦食品及藥物管理署 (Food and Drug Administration, "FDA") 核准才可在美國販售，但未獲得FDA核准的服務，除非是某些實驗性或研究性服務以及依法律規定進行的某些臨床試驗
- 由未持照人員提供的服務
- 與代孕安排有關的受孕、懷孕或生產相關服務，除非是提供給具備會員身分之代理孕母的承保服務
- 與非承保服務相關的服務，除非是為了治療非承保服務的併發症而屬於承保範圍的服務
- 旅行及住宿費用，除非EOC中另有註明
- 落髮或生髮治療

## 限制

如果因發生異常狀況（例如重大災害、流行病、戰爭、暴動、內亂、計劃設施內有多數人員傷殘、設施完全或部分損毀及勞工爭議等）導致我們延遲或無法提供服務，我們將會善盡本分盡力透過剩餘可用的設施或醫護人員來提供或安排承保服務。在上述情況下，如果您發生急診病症，請致電911或按照「如何取得醫護服務」一節中的「急診服務」部分所述前往最近的急診部，我們將會按照該節所述提供保險。

## 福利減少

如有其他當事方涉嫌導致您受傷或生病且您因此接受了承保服務，而您透過該當事方或代表該當事方的人士取得賠償金或和解金，則您必須向我們提供補償，金額以《加州民法》第3040節所允許的範圍為上限。註：本「福利減少」一節的內容不會影響您需為這些服務支付成本分擔的義務。或者，我們可代表自己向其他當事方提出代位索賠。除了由Kaiser Permanente針對其他當事方所提出的這些責任索賠之外，Kaiser Permanente與某些保健業者所簽訂的合約可讓這些保健業者就您所接受的服務追討由Kaiser Permanente付款之費用與保健業者向一般民眾收取之費用間的所有或部分差額。

請參閱EOC以瞭解其他資訊及其他福利減少規定（例如：代孕安排和工傷賠償）。

## 成為會員

我們期待您成為Kaiser Permanente的會員。

如果您具備入保資格，您僅需將填妥的入保申請表交回給您的團體即可。請務必向您的團體詢問您的團體（購買者）號碼以及您保險的生效日期。

您可從保險生效日期起開始使用我們的服務。再次提醒您，如果您對Kaiser Permanente有任何疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡，或者你可參閱EOC以瞭解有關入保資格規定的詳細資訊。

## 禁止入保人士

如果您因故使得透過Health Plan接受服務的權利終止，那麼您無法入保。

## 雜項通知

### 完成非計劃保健業者的服務

#### 新會員

如果您目前在「入保資格」項下列出的其中一種情況下接受非計劃保健業者提供的服務，且您前一個計劃針對該保健業者之服務的保險已終止，或在我們提供的保險生效時將終止，您可能有資格獲得由該非計劃保健業者提供之服務的有限承保。

#### 已終止合約的保健業者

當我們與保健業者的合約終止時（因醫療紀律處分或刑事犯罪活動以外的原因），如果您正因「入保資格」項下列出的其中一種情況下接受計劃醫院或計劃醫生（或其他某些保健業者）提供的承保服務，您可能有資格獲得該合約終止之保健業者所提供之服務的有限承保。

#### 入保資格

受到本完成服務條款約束的情況包括：

- 急性病況，即由於生病、受傷或其他醫療問題而導致突發症狀且需要立即就醫，同時持續時間有限的病況。我們可承保這些服務直到急性病況結束為止
- 嚴重慢性病。我們可承保這些服務至以下日期（以較早發生者為準）：**(1)** 如果您是新會員，從您會員資格生效日期起**12個月**；**(2)** 從已終止合約之保健業者的合約終止日期起**12個月**；或**(3)** Kaiser Permanente在諮詢會員及非計劃保健業者後判斷，將您的醫護服務轉至計劃保健業者是安全且符合優良專業準則的情況下，療程完成後的第一天。嚴重慢性病是符合下列其中一項條件的嚴重疾病或其他病況：
  - ◆ 持續且未完全治癒
  - ◆ 長時間下來會惡化
  - ◆ 需要持續治療才能維持緩解或防止惡化
- 懷孕及產後即時護理。我們可在懷孕及產後即時護理期間承保這些服務
- 在懷孕會員的懷孕期間或產後期間發生或可能會對會員造成影響的精神健康疾病，其中包括但不限於產後抑鬱症。我們可承保這些服務的完成，從確診精神健康疾病或懷孕結束（以較晚發生者為準）開始算起，最長可達**12個月**
- 末期疾病，末期疾病是無法治癒或不可逆的疾病，有很高的機率可能會在一年或更短時間內導致死亡。我們可在疾病持續期間承保這些服務的完成

披露表

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
1472330174

第13頁

- 針對未滿3歲的兒童所提供的醫護服務。我們可承保這些服務的完成直到下列期限為止（以較早發生者為準）：
  - (1) 如果兒童是新會員，從兒童會員資格生效日期起12個月；
  - (2) 從已終止合約之保健業者的合約終止日期起12個月；
  - (3) 兒童的三歲生日
- 屬於記錄在案之療程的一部分且由保健業者建議且記錄顯示將在您會員資格生效日期起180天內（如果您是新會員），或在已終止合約之保健業者的合約終止日期起180天內進行的外科手術或其他診療

如欲符合本完成服務的承保範圍資格，必須滿足以下所有規定：

- 您的Health Plan保險在您接受服務當日具有效力
- 若是新會員，您前一項計劃已終止承保該保健業者的服務，或者即將在我們提供的保險開始生效時終止
- 如果您是新會員，在您的會員資格生效日期，您因上文中所列的其中一項情況而正在接受非計劃保健業者提供的服務，或在保健業者的合約終止日期正在接受已終止合約之計劃保健業者所提供的服務
- 對於新會員，當您入保Health Plan時，您並不能選擇續保之前的保健計劃，或選擇其他可能承保您目前非計劃保健業者提供之服務的計劃（包含網絡外選項）
- 保健業者同意我們的標準合約條款和條件，例如與付款以及在您居住地區的服務區內提供服務有關的條件（如果您在保健業者的合約終止時正在接受服務區外保健業者的承保服務，則保健業者同意在您居住地區的服務區內提供服務的規定將不適用）
- 向您提供的服務若是由計劃保健業者提供，則屬於EOC所規定的承保服務
- 您要求在您會員資格生效日期起（如果您是新會員）或在計劃保健業者的合約終止日期起的30天內（或合理情況下盡快）完成服務

您完成服務的成本分擔與由計劃保健業者提供服務所需的成本分擔相同，詳如EOC中所述。如需有關本規定的更多資訊，或者若想申請服務或索取「完成承保服務」政策的複本，請致電與會員服務部聯絡。

## 承付藥物手冊

承付藥物手冊包含一份獲得我們藥事委員會核准可供我們會員在居住地區的服務區使用的藥物清單。我們的藥事委員會主要由計劃醫生和藥劑師組成，他們根據若干因素（包括在查閱醫療文獻後確定的安全性和有效性）選擇承付藥物手冊中的藥物。承付藥物手冊每個月會根據可用的新資訊或新藥物進行更新。如欲瞭解哪些藥物有列於您計劃的承付藥物手冊中，請瀏覽我們的網站[kp.org/formulary](http://kp.org/formulary)（英文）。如果您要取得適用您計劃的《承付藥物手冊》，請致電會員服務部。註：即使某藥物出現在承付藥物手冊上，也不一定意味其會被開處方用來治療特定病況。

承付藥物手冊準則允許您取得非承付藥物手冊中的處方藥（適用於您病況但未列在我們承付藥物手冊中的藥物），但前提是您的計劃將會承保該藥物且該藥物具有醫療必要性。如果您對計劃判定非承付藥物手冊中的處方藥不屬於承保範圍的裁決有異議，您可以根據EOC所述提出申訴。

請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以瞭解您是否擁有門診處方藥保險。

## 私隱保護規定

Kaiser Permanente將會維護您受保護健康資訊的私隱。我們也會要求簽約保健業者保護您的受保護健康資訊。您的受保護健康資訊是與您的健康狀況、您所接受的保健服務或您的保健服務付款有關，同時可識別您個人身分的（口頭、書面或電子）資訊。您通常可以查看並取得您受保護健康資訊的複本、改正或更新自己的受保護健康資訊，並要求我們提供某些受保護健康資訊的披露記錄。

您可要求將保密通訊寄送至您平常地址以外的其他地點，或以平常寄送方式以外的其他方式寄送。您可填寫保密通訊申請表以要求以保密方式進行通訊，您可在[kp.org](http://kp.org)（英文）網站的「Request for confidential communications forms」（保密通訊申請表）部分找到該表格。您針對保密通訊所提出的申請將會持續保持有效，直到您撤銷申請或提出新的保密通訊申請為止。如果您有疑問，請致電會員服務部。

我們可能會使用或披露您的受保護健康資訊，以用於治療、健康研究、付款及健康護理作業用途（如評估服務品質）。我們有時會根據法律規定向其他方提供受保護健康資訊，例如向政府機關或在司法訴訟程序中提供。

此外，我們僅有在取得您授權或在法律允許的情況下才會與您的雇主分享受保護健康資訊。

除非我們的「保護私隱通知」（請參閱下文）另有規定，否則未經您（或您代表）的書面授權，我們將不會因任何其他目的使用或披露您的受保護健康資訊。授權是否，均由您全權決定。

以上僅為我們部分重要私隱保護規定的簡短概要。我們有提供「保護私隱通知」且可應您的要求提供，該通知說明了有關我們私隱保護規定以及您在受保護健康資訊方面所享有之權利的更多資訊。如欲索取複本，請致電**1-800-464-4000**與會員服務部聯絡。您也可在您當地的計劃設施或[kp.org](http://kp.org)（英文）網站上找到該通知。

## **Medicare相關的特別注意事項**

本手冊所包含的資訊不適用於大多數的Medicare受益人。如果您有資格入保Medicare，請向您的團體查詢以確定適用於您的適當入保前披露文件，並瞭解您是否有資格入保Kaiser Permanente Senior Advantage。

## **定義**

**累計週期：**用於累積任何免賠額（如適用）和計劃自付上限金額的一段期限，不超過連續12個月。例如，累計週期可能是一個日曆年度或合約年度。《您的福利（披露表第一部分）》中列有您的累計週期日期。

**允許額：**可用於抵免某用品購買價格的指定金額。如果您選擇的項目價格超過允許額，您將需支付超過允許額的金額（且該款項將不會計入您的免賠額 [如有] 或自付上限中）。

**自閉症譜系障礙行為健康治療：**專業服務與治療計劃，包括應用行為分析和以實證為根據的行為干預計劃，該行為健康治療必須在可行範圍內盡量培養或恢復自閉症譜系障礙患者的正常生活能力（或治療自閉症譜系障礙以外的精神健康疾病，但條件是該治療具有臨床必要性），且須滿足以下標準：

- 治療是由計劃醫生開處方，或由屬於心理醫生的計劃保健業者制定
- 治療必須由屬於合格自閉症服務保健業者、合格自閉症服務專業人員或合格自閉症服務輔助專業人員的計劃保健業者執行，定義如《加州健康與安全法規》第1374.73(c)節所述

**費用：**費用是指下列項目：

- 針對由專業醫療服務集團或Kaiser Foundation Hospitals所提供的服務：專業醫療服務集團及Kaiser Foundation Hospitals的Health Plan費用表中為會員提供服務的費用
- 針對按人數收費的保健業者（專業醫療服務集團或Kaiser Foundation Hospitals除外）所提供的服務：Kaiser Permanente與按人數收費的保健業者協商之費用表中的費用



- 針對從Kaiser Permanente所擁有和經營之藥房所取得的項目：如果會員的福利計劃不承保該項目，則是指藥房針對該項目向會員收取的費用（此費用是下列項目的預估費用：取得、保存與發配藥物的費用、向會員提供Kaiser Permanente藥房服務的直接和間接費用，以及藥房計劃針對Health Plan淨利規定所進行的供款）
- 針對您發生急診病症時透過非計劃保健業者所獲得的空中救護服務：Health Plan根據聯邦法律規定所需支付的費用
- 針對從非計劃保健業者所取得的其他急診服務（包括根據聯邦法律規定構成急診服務的病情穩定後護理）：Health Plan根據州法律（如適用）或聯邦法律規定所需支付的費用
- 針對從非計劃保健業者所取得的所有其他服務（包括根據聯邦法律規定不屬於急診服務的病情穩定後服務）：
  - (1) 根據州法律（如適用）或聯邦法律規定所需支付的費用；或
  - (2) 若州法律或聯邦法律禁止差額收費的規定均不適用，則是指由非計劃保健業者和Health Plan所達成協議的費用，或者若沒有此類協議，則是指Health Plan根據客觀標準針對這些服務所設定的慣常合理費率
- 針對所有其他服務：Kaiser Permanente為服務支付的費用；或者，如果Kaiser Permanente將您的成本分擔從其付款中扣除，則為Kaiser Permanente在不扣除您的成本分擔時應支付的費用

**共保額：**當您接受承保服務時必須支付的費用百分比。共付額與共保額的概要列於《您的福利（披露表第一部分）》。如需共付額與共保額的完整清單，請參閱EOC。

**共付額：**您在獲得承保服務時必須支付的特定金額。註：共付額的金額可能是\$0（免費）。共付額與共保額的概要列於《您的福利（披露表第一部分）》。如需共付額與共保額的完整清單，請參閱EOC。

**成本分擔：**您需為承保服務支付的費用。例如：您的成本分擔可能是共付額或共保額。如果您的保險包含計劃免賠額且您接受的服務需支付計劃免賠額，則在您達到計劃免賠額之前，您需為這些服務所支付的成本分擔即為您的費用。同樣地，如果您的保險包含藥物免賠額且您接受的服務需支付藥物免賠額，則在您達到藥物免賠額之前，您需為這些服務支付的成本分擔即為您的費用。

**受撫養人：**根據EOC中所述符合受撫養人入保資格規定的會員。

**藥物免賠額：**在我們開始於累計週期內以適用的共付額或共保額承保某些藥物、用品和補充劑之前，您在該累計週期內根據EOC規定必須為這些藥物、用品和補充劑支付的費用。請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以瞭解您的門診處方藥保險是否有藥物免賠額和藥物免賠額的金額。

**急診病症：**表現為相當嚴重之急性症狀（包括劇痛）的病況，以至於您有理由相信，若不立即就醫，將會導致以下任何一種情況發生：

- 對當事人的健康（若為懷孕者，則是對懷孕者或其腹中胎兒的健康）造成嚴重威脅
- 嚴重損害身體機能
- 任何身體器官或部位嚴重失能

精神健康疾病如果符合上段規定，或者如果該疾病表現為嚴重急性症狀，其嚴重程度足以導致下列其中一種情況發生，則也構成急診病症：

- 當事人對自己或他人造成立即危險
- 當事人由於精神疾病而無法即時為自己提供或自行使用食物、庇護所或衣物

**急診服務：**與急診病症有關的下列所有服務：

- 由醫院急診部或獨立急診部在其能力範圍內所進行的醫療篩檢檢查（包括輔助服務，例如造影和化驗服務），這些服務通常可在急診部提供以用於評估急診病症
- 為了穩定病人狀況而在醫療設施可用醫護人員及設備能力範圍內所進行之具有醫療必要性的檢查和治療（在您的病況穩定下來之後，您所接受的服務即屬於病情穩定後護理，而非急診服務）
- 由非計劃保健業者所提供的病情穩定後護理可比照急診服務獲得承保（若聯邦法律適用），詳如EOC中「急診服務」一節的「病情穩定後護理」部分所述

**EOC**：《承保範圍說明書》文件（包括任何修訂版），說明根據Health Plan與您團體所簽訂的協議而提供的健康護理承保範圍。

**家人**：投保人及其所有受撫養人。

**Health Plan**：Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，加州的非營利公司。Health Plan是指獲得保健計劃管理局許可提供健康護理保險的保健服務計劃。本《披露表》有時候將Health Plan稱為「我們」。

**健康儲蓄帳戶 ("HSA")**：根據《國內稅收法典》第223 (d) 節規定所設立的免稅信託或監護人帳戶，專為帳戶受益人支付合格醫療費用。根據聯邦稅法規定，由符合資格的人士劃撥至健康儲蓄帳戶的款項可用於扣抵稅額，無論該人士是否使用逐項扣除額。如欲劃撥款項至健康儲蓄帳戶，您必須受保於符合資格的高免賠額保健計劃並符合其他稅法資格規定。

Health Plan不提供稅務諮詢。請向您的財務或稅務顧問諮詢稅務建議，或詢問有關您健康儲蓄帳戶開戶資格的更多資訊。

**高免賠額保健計劃 ("HDHP")**：符合《國內稅收法典》第223(c)(2) 節規定的健康福利計劃。本《披露表》中概述的健康護理保險設計符合HDHP的規定，可搭配健康儲蓄帳戶使用。

**居住地區**：您入保的地區（北加州地區或南加州地區）。

**Kaiser Permanente**：Kaiser Foundation Hospitals（加州非營利公司）、保健計劃和專業醫療服務集團。

**Kaiser Permanente營運州**：加州、科羅拉多州、哥倫比亞特區、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州和華盛頓州。

**專業醫療服務集團**：對於北加州地區會員而言，其是指營利專業組織The Permanente Medical Group, Inc.，而對南加州地區會員而言，其是指營利專業合夥組織Southern California Permanente Medical Group。

**醫療上必要的**：針對與精神健康或藥物濫用障礙治療有關的服務，若服務是為了解決您的具體需求，用於預防、診斷或治療疾病、傷勢、病況或其症狀（包括盡量減少疾病、傷勢、病況或其症狀的惡化）且服務符合下列所有條件，則該服務便屬於醫療上必要的服務：

- 符合獲得普遍認可的精神健康與藥物濫用障礙醫療護理標準
- 服務類型、頻率、範圍、場所及持續時間具有臨床適當性
- 主要不是為了保健服務計劃和投保人的經濟利益或為了病人、診療醫生或其他保健業者的便利而提供

針對其他所有服務，根據符合醫學界醫療護理標準且獲得普遍認可的專業執業規範，若服務具有醫療適當性且是為了預防、診斷或治療病況或臨床症狀所需，則服務便具有醫療必要性。

**Medicare**：為65歲或65歲以上者、部分未滿65歲的某些殘障人士和末期腎臟病病人（通常是指需要接受洗腎或腎臟移植的永久性腎衰竭患者）所提供的聯邦健康保險計劃。

**會員**：符合入保資格並已入保，且我們已收到其適用保費的人士。本《披露表》有時候將會員稱為「您」。

**非醫生專業人員看診**：由非醫生專業人員（例如護理師、醫生助理、驗光配鏡師、足科醫師和聽力科醫師）提供諮詢、評估和治療。

**區域外緊急醫護**：在下列所有陳述均屬實的情況下所提供之醫療上必要的服務，目的是為了防止您（或您腹中胎兒）的健康因意外疾病、意外傷害或原有病症（包含懷孕）發生意外併發症而嚴重惡化：

- 您暫時不在居住地區的服務區內
- 我們在合理的情況下相信，如果因為回到您居住地區服務區而延誤接受治療，則您（或您腹中胎兒）的健康會嚴重惡化

**專科醫生看診**：由專科醫生（包括不是基本護理醫生的個人計劃醫生）提供諮詢、評估和治療。

**計劃免賠額：**在我們於累計週期內開始以適用的共付額或共保額承保某些服務之前，您在該累計週期內根據EOC規定必須為這些服務支付的費用。計劃免賠額金額列於《您的福利（披露表第一部分）》中。計劃免賠額是按日曆年度計算，除非《您的福利（披露表第一部分）》列出不同的累計週期。如果您的保險包含計劃免賠額，請參閱EOC以查看需支付計劃免賠額的服務清單。

**計劃設施：**列於隨附設施清單或[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站中適用於您居住地區服務區的任何設施。計劃設施包括計劃醫院、計劃診所以及我們在名錄中指定的其他設施。此線上名錄中的資訊會定期更新。可使用的計劃設施可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

**計劃醫院：**列於隨附設施清單或[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站中適用於您居住地區服務區的任何醫院。名錄中有一些計劃醫院被列為Kaiser Permanente醫療中心。此線上名錄中的資訊會定期更新。可使用的計劃醫院可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

**計劃診所：**列於隨附設施清單或[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站中適用於您居住地區服務區的任何診所。名錄中的Kaiser Permanente醫療中心可能包括計劃診所。此線上名錄中的資訊會定期更新。可使用的計劃診所可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

**計劃自付上限：**您在累計週期內必須為您在同一累計週期內所接受之承保服務而支付的成本分擔總額。請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以瞭解您的計劃自付上限。請參閱EOC以瞭解哪些服務適用於計劃自付上限。

**計劃藥房：**由Kaiser Permanente擁有和營運的藥房，或我們指定的其他藥房。請參閱[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站之名錄中適用於您居住地區服務區的部分，以查看您所在地區的計劃藥房地點。此線上名錄中的資訊會定期更新。可使用的計劃藥房可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

**計劃醫生：**與專業醫療服務集團合作或受雇於專業醫療服務集團的任何持照醫生，或是簽訂合約在您居住地區的服務區為會員提供服務的任何持照醫生（但不包括只提供轉診服務的簽約醫生）。

**計劃保健業者：**計劃醫院、計劃醫生、專業醫療服務集團、計劃藥房，或Health Plan在您居住地區服務區指定為計劃保健業者的任何其他保健業者。

**病情穩定後護理：**在主治醫生判定該病況穩定下來之後，您在醫院（包括急診部）、獨立急診部或專業護理院所接受之具有醫療必要性且與您急診病症有關的服務。病情穩定後護理也包括屬於EOC承保範圍的耐用醫療器材，但條件是該耐用醫療器材是在從急診部出院後具有醫療必要性且與同一項急診病症有關。如需有關屬於您計劃承保範圍之耐用醫療器材的更多資訊，請參閱EOC中「福利」一節的「居家用耐用醫療器材（“DME”）」部分。

**保費：**指根據EOC規定，您的團體為保持您的會員資格而必須定期支付的金額，但如果您擁有Cal-COBRA保險，您需負責支付保費。

**地區：**一個Kaiser Foundation Health Plan組織或提供直接服務之保健計劃的聯盟計劃。地區可能會於每年1月1日變更，目前的地區是哥倫比亞特區及加州部分區域、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州及華盛頓州。如需最新的地區地點清單，請瀏覽我們的網站[kp.org](http://kp.org)（英文）或致電**1-800-464-4000**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡。

**服務區：**Health Plan在加州有兩個地區。在您成為會員後，您將入保兩個地區中的一個地區（北加州地區或南加州地區），稱為您的居住地區。本披露表 (Disclosure Form, DF) 說明了各加州地區的服務區：

#### 北加州地區的服務區

以下每個郡縣的郵遞區號均在我們的北加州服務區內：

- Alameda縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94501-02, 94505, 94514, 94536-46, 94550-52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577-80, 94586-88, 94601-15, 94617-21, 94622-24, 94649, 94659-62, 94666, 94701-10, 94712, 94720, 95377, 95391
- 以下Amador縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95640, 95669

- Contra Costa縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94505-07, 94509, 94511, 94513-14, 94516-31, 94547-49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563-65, 94569-70, 94572, 94575, 94582-83, 94595-98, 94706-08, 94801-08, 94820, 94850
- 以下El Dorado縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95613-14, 95619, 95623, 95633-35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762
- 以下Fresno縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：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
- 以下Kings縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：93230, 93232, 93242, 93631, 93656
- 以下Madera縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720
- Marin縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94901, 94903-04, 94912-15, 94920, 94924-25, 94929-30, 94933, 94937-42, 94945-50, 94952, 94956-57, 94960, 94963-66, 94970-71, 94973-74, 94976-79
- 以下Mariposa縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：93601, 93623, 93653
- Napa縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94503, 94508, 94515, 94558-59, 94562, 94567, 94573-74, 94576, 94581, 94599, 95476
- 以下Placer縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95602-04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677-78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746-47, 95765
- Sacramento縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94203-09, 94211, 94229-30, 94232, 94234-37, 94239-40, 94244-45, 94247-50, 94252, 94254, 94256-59, 94261-63, 94267-69, 94271, 94273-74, 94277-80, 94282-85, 94287-91, 94293-98, 94571, 95608-11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638-39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670-71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741-42, 95757-59, 95763, 95811-38, 95840-43, 95851-53, 95860, 95864-67, 95894, 95899
- San Francisco縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94102-05, 94107-12, 94114-34, 94137, 94139-47, 94151, 94158-61, 94163-64, 94172, 94177, 94188
- San Joaquin縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94514, 95201-15, 95219-20, 95227, 95230-31, 95234, 95236-37, 95240-42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296-97, 95304, 95320, 95330, 95336-37, 95361, 95366, 95376-78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690
- San Mateo縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94002, 94005, 94010-11, 94014-21, 94025-28, 94030, 94037-38, 94044, 94060-66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401-04, 94497
- 以下Santa Clara縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：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, 95196
- Santa Cruz縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：95001, 95003, 95005-7, 95010, 95017-19, 95033, 95041, 95060-67, 95073, 95076-77
- Solano縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：94503, 94510, 94512, 94533-35, 94571, 94585, 94589-92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687-88, 95690, 95694, 95696
- 以下Sonoma縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：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, 95492
- Stanislaus縣的所有郵遞區號均在我們的北加州服務區內：95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322-23, 95326, 95328-29, 95350-58, 95360-61, 95363, 95367-68, 95380-82, 95385-87, 95397

- 以下Sutter縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836-7
- 以下Tulare縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
- 以下Yolo縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776, 95798-99
- 以下Yuba縣的郵遞區號在我們的北加州服務區內：95692, 95903, 95961

#### 南加州地區的服務區

以下每個郡縣的郵遞區號均在我們的南加州服務區內：

- 以下Imperial縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：92274-75
- 以下Kern縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：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, 93581
- 以下Los Angeles縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：90001-84, 90086-89, 90091, 90093-96, 90099, 90134, 90140, 90189, 90201-02, 90205, 90209-13, 90220-24, 90230-32, 90239-42, 90245, 90247-51, 90254-55, 90260-67, 90270, 90272, 90274-75, 90277-78, 90280, 90290-96, 90301-12, 90401-11, 90501-10, 90601-10, 90623, 90630-31, 90637-40, 90650-52, 90660-62, 90670-71, 90701-03, 90706-07, 90710-17, 90723, 90731-34, 90744-49, 90755, 90801-10, 90813-15, 90822, 90831-33, 90840, 90842, 90844, 90846-48, 90853, 90895, 91001, 91003, 91006-12, 91016-17, 91020-21, 91023-25, 91030-31, 91040-43, 91046, 91066, 91077, 91101-10, 91114-18, 91121, 91123-26, 91129, 91182, 91184-85, 91188-89, 91199, 91201-10, 91214, 91221-22, 91224-26, 91301-11, 91313, 91316, 91321-22, 91324-28, 91330-31, 91333-35, 91337, 91340-46, 91350-57, 91361-62, 91364-65, 91367, 91371-72, 91376, 91380-87, 91390, 91392-96, 91401-13, 91416, 91423, 91426, 91436, 91470, 91482, 91495-96, 91499, 91501-08, 91510, 91521-23, 91526, 91601-10, 91614-18, 91702, 91706, 91711, 91714-16, 91722-24, 91731-35, 91740-41, 91744-50, 91754-56, 91759, 91765-73, 91775-76, 91778, 91780, 91788-93, 91801-04, 91896, 91899, 93243, 93510, 93532, 93534-36, 93539, 93543-44, 93550-53, 93560, 93563, 93584, 93586, 93590-91, 93599
- Orange縣的所有郵遞區號均在我們的南加州服務區內：90620-24, 90630-33, 90638, 90680, 90720-21, 90740, 90742-43, 92602-07, 92609-10, 92612, 92614-20, 92623-30, 92637, 92646-63, 92672-79, 92683-85, 92688, 92690-94, 92697-98, 92701-08, 92711-12, 92728, 92735, 92780-82, 92799, 92801-09, 92811-12, 92814-17, 92821-23, 92825, 92831-38, 92840-46, 92850, 92856-57, 92859, 92861-71, 92885-87, 92899
- 以下Riverside縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：91752, 92028, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253-55, 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
- 以下San Bernardino縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92252, 92256, 92268, 92277-78, 92284-86, 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
- 以下San Diego縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-30, 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, 92195-99
- 以下Tulare縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：93238, 93261
- 以下Ventura縣的郵遞區號在我們的南加州服務區內：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, 93252

針對一個郡所列的各郵遞區號，我們的服務區僅包括位於該郡該郵遞區號的部分。當郵遞區號橫跨一個以上的郡時，位於另一個郡該部分的郵遞區號將不屬於我們的服務區，除非該另一個郡有列於上文中且該另一個郡也有列出該郵遞區號。

註：我們可隨時向您的團體提供書面通知，以擴大您居住地區的服務區。美國郵政總局可能會變更郵遞區號。

**服務：**保健服務或用品（「保健」包括身體保健、精神健康護理和藥物濫用障礙治療）以及屬於EOC中「精神健康服務」一節承保範圍的自閉症譜系障礙行為健康治療。

**穩定病情：**提供必要的急診病症醫學治療，以保證在合理的醫療可能範圍內，當把病人從所在設施轉院時，不會導致病情出現重大惡化。對於出現宮縮的孕婦而言，當沒有足夠的時間在生產之前將其安全轉送至另一家醫院時（或者轉送可能會對孕婦或未出生之胎兒的健康或安全造成威脅時），「穩定」是指生產（包括胎盤）。

**投保人：**自己本身而非憑藉受撫養人身分符合會員資格且符合投保人身分資格規定的會員。

**代孕安排：**指一個人同意懷孕，並將所生下的一名（或多名）嬰兒交給有意撫養孩子（們）的另一名（或多名）當事人。該人士可能透過任何方式受孕，其中包括但不限於人工授精、宮腔內人工授精、體外受精或透過手術植入他人的受精卵。就EOC而言，「代孕安排」包括所有類型的代孕安排，其中又包括傳統代孕安排和妊娠代孕安排。

**遠距醫療看診：**您和保健業者之間的互動式視訊看診和排定的電話問診。

**緊急醫護：**為需要立即就醫但不屬於急診病症的病況所提供之醫療上必要的服務。

## 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, or materials translated into your language or alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Call our Member Service Contact Center for help, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- All others: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. اتصل مع مركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (العطلات مغلقة).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- جميع الآخرين: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար լեզվական աջակցություն տրամադրվել 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: Օգնության համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է):

- Medi-Cal` **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Այլ` **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Chinese:** 我们每周7天，每天24小时免费提供语言帮助。您可以要求提供口译员、或将材料翻译为您所用语言或其他格式。您还可以在我们的设施中要求使用辅助工具和设备。请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بهصورت رایگان در اختیار شماست. می‌توانید خدمات مترجم شفاهی، یا ترجمه مدارک به زبان خود یا به فرمت‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید دستگاه‌ها و کمک‌های دیگر را در مراکز ما درخواست نمایید. برای دریافت کمک، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (بهجز تعطیلات) با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- سایر: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Hindi:** बिना किसी लागत के भाषा सहायता, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप दुभाषिये की सेवाओं के लिए, या बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों का अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए हमारी सदस्य सेवाओं के सम्पर्क केंद्र को, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- बाकी दूसरे: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj 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. Hu rau peb Qhov Chaw Pab Cov Tswv Cuab 24 teev tuaj ib hnuv twg, 7 hnuv tuaj ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Dua lwm cov: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Japanese:** 多言語による情報支援を無料で24時間年中無休で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、あるいは別の形式による資料もご所望いただけます。また、当施設における補助的な支援や機器についてもご所望いただけます。お気軽にご連絡ください（祝祭日を除き24時間週7日）。

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- その他のご連絡先: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Khmer (Cambodian):** ជំនួយភាសា គឺគិតតិចថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែ ឬឯកសារដែលបានបកប្រែ ជាភាសាខ្មែរ ឬ ទម្រង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយ ទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល ទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ជំនួយ24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃ ឈប់សម្រាកបិទ)។

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스 또는 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 저희 가입자 서비스 연락 센터에 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 전화하셔서 도움을 받으십시오.

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY 711)



**Laotian:** ມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍບໍລິການຜູ້ແປພາສາ ຫຼື ເອກະສານທີ່ແປເປັນພາສາຂອງທ່ານ ຫຼື ໃບຮູບແບບອື່ນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ເຄື່ອງມືຢູ່ສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂທຫາສູນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປົດໃນວັນພັກ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ອື່ນໆທັງໝົດ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wangv-henh tengx nzie faan waac bun muangx meih maiv cingv, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx faan benx meih nyei waac bun muangx, a'fai zoux benx nyungc horngh jaa-sic zoux benx meih nyei waac. Meih corc haih tov tengx nyungc horngh jaa-dorngx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Beiv hnavg qiemx zuqc longc mienh nzie weih nor douc waac lorx taux yie mbuo ziux goux baengc mienh nyei gorn zangc, yietc hnoi tengx duqv 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix tengx duqv 7 hnoi (simv cuotv gingc nyei hnoi se guon oc).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yietc zungv da'nyeic deix: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Navajo:** Díí hózhó nízhoní bee hane' dóó jíik'ah jóóní doonílwo'. Ndik'é yádi naaltsoos bee haz'áanii bee hane' dóó yádi nihookaa dóó nádaáhágíí yádi nihookaa. Shí éí bee háidíníí bibee' haz'áanii dóó bee t'ah kodí bizíkiníí wo'da'gi doolyé. Ahéhee' bik'ehgo nohólõn'ígíí, 24 t'áadawohíí, 7 t'áadawohíigo (t'áadoo t'áálwo').

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- Yadilzingo bilk'ehgo bee: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ 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। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਡੀ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਕਾਲ ਕਰੋ।

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY 711)
- ਹੋਰ ਸਾਰੇ: **1-800-464-4000** (TTY 711)

**Russian:** Языковая помощь доступна для вас бесплатно круглосуточно, ежедневно. Вы можете запросить услуги переводчика или материалы, переведенные на ваш язык или в альтернативные форматы. Вы также можете заказать вспомогательные средства и приспособления. Для получения помощи позвоните в наш центр обслуживания участников ежедневно, круглосуточно (кроме праздничных дней).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (линия TTY 711)
- Все остальные: **1-800-464-4000** (линия TTY 711)

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para recibir ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos).

- Para todos los demás: **1-800-788-0616 (TTY 711)**

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kayong babayaran, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng interpreter, o mga babasahin na isinalin sa inyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari rin kayong humiling ng mga pantulong na gamit at device sa aming mga pasilidad. Tawagan ang aming Center sa Pakikipag-ugnayan ng Serbisyo sa Miyembro para sa tulong, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (sarado sa mga pista opisyal).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Lahat ng iba pa: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โดยคุณสามารถขอใช้บริการล่าม บริการแปลเอกสารเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นๆ ได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ ศูนย์บริการของเราโดยโทรหาเราที่ศูนย์ติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกของเราเพื่อขอความช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ปิดทำการในช่วงวันหยุด)

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ที่อื่นๆทั้งหมด: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача або отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, чи в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Телефонуйте в наш контактний центр для обслуговування клієнтів цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Усі інші: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

**Vietnamese:** Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, hoặc tài liệu được dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Gọi cho Trung Tâm Liên Lạc ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi để được trợ giúp, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- Mọi chương trình khác: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

# 反歧视声明

歧视属于违法行为。Kaiser Permanente<sup>1</sup>遵守州和联邦的民权法律。

Kaiser Permanente不会因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、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非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 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，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - ◆ 合格的口译员
  - ◆ 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。此电话不收取任何费用：

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、卡式录音带或电子版。如需获取这些替代格式或其他格式的副本，请打电话给我们的会员服务联络中心，索取您需要的格式。

## 如何向Kaiser Permanente递交申诉

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Kaiser Permanente 提出歧视申诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出申诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交申诉。您可以通过以下方式提出歧视申诉：

- **电话：**所有会员均可拨打**1-800-757-7585 (TTY 711)**。每周7天、每天24小时提供帮助（节假日除外）
- **邮寄：**从 **kp.org** 下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在**kp.org/facilities**上的保健业者目录中查询地址）
- **在线提交：**请在我们的网站**kp.org**上使用线上表格

---

<sup>1</sup> Kaiser Permanente包括Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、Permanente Medical Group和Southern California Medical Group

您也可以直接联系Kaiser Permanente民权事务协调员，地址为：

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

如何向加州医疗保健服务部民权办公室提出申诉（仅适用于Medi-Cal受益人）

您可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州医疗保健服务部(California Department of Health Care Services, DHCS)民权办公室

- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

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

投诉表可在此网址下载：[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **线上：**发送电子邮件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019 (TTY 711 或1-800-537-7697)**
- **邮寄：**填写投诉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

投诉表可在此网址下载：

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。