



## 2026年會員手冊勘誤表

這是關於您

### 2026 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Medi-Cal 會員手冊變更的重要資訊

《會員手冊》也稱為《承保範圍說明書與披露表》(Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, 《EOC/DF》)。本勘誤表旨在告知您2026年《會員手冊》的更新資訊。請將這份文件與您的2026年《會員手冊》保存在一起。

在本《會員手冊勘誤表》中，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.有時會以「我們」、「我們的」或「本公司」指稱。會員有時會以「您」指稱。本《會員手冊》中的部分大寫詞彙具有特殊含義。請參閱《會員手冊》第8章「重要電話號碼與須知詞彙」，瞭解您應掌握的術語。

福利變更之處已於下文以底線標示。

## 修訂第 3 章（如何接受醫護服務）中的「事先核准（事先授權）」說明

---

### 事先核准（事先授權）

#### 北加州的事先授權

針對本章後文「需事先核准（事先授權）的服務」標題下列出的服務，您的基本保健業者 (Primary Care Physician, PCP) 或專科醫師必須在您接受醫護服務前，向 The Permanente Medical Group 申請許可。此程序稱為「申請事先核准」或「事先授權」。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站。

這意味著The Permanente Medical Group必須確認該項醫護服務在醫療上有必要性（有需要）。

「醫療上必要之服務」是指為保護您的生命、防止您罹患嚴重疾病或身心障礙，或減輕因已確診之疾病、病症或傷害所引起之劇痛，而屬合理且必要之服務。對於未滿21歲之會員，醫療上必要之服務包括為治療或協助緩解身體或精神疾病或狀況，而屬醫療上必要之醫護服務。

針對標準的事先核准（事先授權）申請，The Permanente Medical Group必須在您的健康狀況所需之最速時間內回覆您的申請，但最遲不得超過自其收到為決定（核准、變更或駁回）您的申請而所需之合理資訊起算的五個工作日。The Permanente Medical Group必須在收到您的申請後七個日曆日內作出回應。

若保健業者指出，或The Permanente Medical Group的指定代表判定，遵循標準時限可能會嚴重危及您的生命、健康，或影響您達成、維持或恢復最大功能的能力，The Permanente Medical Group將加急處理並作出事先核准（事先授權）決定。The Permanente Medical Group將根據您的健康狀況所需盡快回覆，但最遲不超過自收到您的申請之日起72小時。

在某些情況下，The Permanente Medical Group可能需要更多資訊才能決定（核准、變更或駁回）您的事先核准（事先授權）申請。若發生此情況，The Permanente Medical Group將需要最多14個日曆日的額外時間做出決定。一旦The Permanente Medical Group收到所需資訊，必須在您的健康狀況所需之最短時間內做出決定，但標準申請最遲不得超過五個工作日，加急申請則最遲不得超過72小時。

臨床或醫療人員（例如醫生、護士及藥劑師）會審查事先核准（事先授權）申請。

我們絕不會以任何方式影響審查人員對保險給付或服務所作出的拒絕、變更或核准決定。若The Permanente Medical Group未核准該申請，我們將寄送一份《行動通知書》(Notice of Action, NOA) 給您。若您不同意該決定，該NOA將告知您如何提出上訴。

若The Permanente Medical Group需要更多資訊或更多時間來審查您的申請，我們將與您聯繫。

## 南加州的事先授權

針對本章後文「需事先核准（事先授權）的服務」標題下列出的服務，您的PCP或專科醫師必須在您接受醫護服務前，向南加州The Permanente Medical Group申請許可。此



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

程序稱為「申請事先核准」或「事先授權」。這意味著南加州The Permanente Medical Group必須確認該項醫護服務在醫療上有必要性（有需要）。

「醫療上必要之服務」是指為保護您的生命、防止您罹患嚴重疾病或身心障礙，或減輕因已確診之疾病、病症或傷害所引起之劇痛，而屬合理且必要之服務。對於未滿21歲之會員，醫療上必要之服務包括為治療或協助緩解身體或精神疾病或狀況，而屬醫療上必要之醫護服務。

針對標準的事先核准（事先授權）申請，南加州The Permanente Medical Group必須在您的健康狀況所需之最速時間內回覆您的申請，但最遲不得超過自其收到為決定（核准、變更或駁回）您的申請而所需之合理資訊起算的五個工作日。南加州The Permanente Medical Group必須在收到您的申請後七個日曆日內作出回應。

若保健業者指出，或南加州The Permanente Medical Group的指定代表判定，遵循標準時限可能會嚴重危及您的生命、健康，或影響您達成、維持或恢復最大功能的能力，南加州The Permanente Medical Group將加急處理並作出事先核准（事先授權）決定。南加州The Permanente Medical Group將根據您的健康狀況所需盡快回覆，但最遲不超過自收到您的申請之日起72小時。

在某些情況下，南加州The Permanente Medical Group可能需要更多資訊才能決定（核准、變更或駁回）您的事先核准（事先授權）申請。若發生此情況，南加州The Permanente Medical Group將需要最多14個日曆日的額外時間做出決定。一旦南加州The Permanente Medical Group收到所需資訊，必須在您的健康狀況所需之最短時間內做出決定，但標準申請最遲不得超過五個工作日，加急申請則最遲不得超過72小時。

臨床或醫療人員（例如醫生、護士及藥劑師）會審查事先核准（事先授權）申請。

我們絕不會以任何方式影響審查人員對保險給付或服務所作出的拒絕、變更或核准決定。若南加州The Permanente Medical Group未核准該申請，我們將寄送一份《行動通知書》(NOA) 給您。若您不同意該決定，該NOA將告知您如何提出上訴。

若南加州The Permanente Medical Group需要更多資訊或更多時間來審查您的申請，我們將與您聯繫。

### 需事先核准（事先授權）的服務

下列是不論在何種情況下皆需要事先核准的服務例子：



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

- 每月就診超過兩次的針灸服務
- 成人社區服務 (Community-Based Adult Services, 《CBAS》)
- 牙科麻醉
- 耐用醫療器材
- 居家健康護理
- 造口術與泌尿用品
- 義肢與矯形裝置
- Medi-Cal網路保健業者無法提供的服務
- 器官移植
- 非緊急情況下的醫療運輸

急診護理（包括緊急救護車服務）無需事先核准（事先授權）。

您接受急診護理時，無需獲得事先核准（事先授權），即使該醫療服務位於Kaiser Permanente醫療網路之外，或超出您的「居住地區」服務範圍亦然。若您正處於懷孕期間，這亦包含待產與分娩相關服務。對於某些敏感性醫護服務，您也不需要獲得事先核准（事先授權）。如需進一步瞭解敏感性醫護服務，請參閱本章後面的「敏感性醫護服務」部分。

如需查詢需要獲得事先核准的完整服務清單，以及我們在作授權決定時所使用的標準，請瀏覽[kp.org/UM](http://kp.org/UM)（英文）網站或致電**1-855-839-7613 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。

---

## 另方意見

對於保健業者表示您需要接受的醫護服務或者對於您的診斷結果或治療計畫，您可能會希望聽取另方意見。例如，若您想確認診斷是否正確、不確定自己是否需要接受處方治療或外科手術，或者您已嘗試遵循某項治療計畫但該計畫沒有效用，您可能會希望聽取另方意見。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

若您的Medi-Cal網路保健業者提出要求，且您從Medi-Cal網路保健業者處獲得另方意見，我們將支付相關費用。您無需獲得我們的許可，即可透過Medi-Cal網路保健業者取得另方意見。如有需要，您的Medi-Cal網路保健業者可協助您取得轉診，以便尋求另方意見。

如需聽取另方意見，請致電與PCP聯絡。您的PCP可將您轉介給一位具備處理您病情所需醫療專業資格的Medi-Cal網路保健業者，以進行另方意見諮詢；若您希望獲得另方意見轉介，請致電我們的會員服務部專線**1-855-839-7613 (TTY 711)**，我們將協助您獲取另方意見的轉介。

若沒有合資格的Medi-Cal網路保健業者可為您提供另方意見，我們的會員服務部將協助您向網路外保健業者尋求意見。若我們將您轉介至網路外保健業者以取得另方意見，我們將支付該次另方意見的費用。我們將根據您的病情所需，盡快告知您所選擇的另方意見保健業者是否獲批准；但最遲不超過自本計畫收到為決定您的請求而合理所需的資訊之日起五個工作日內，且我們必須在收到您的請求後七個日曆日內給予回覆。

如果您患有慢性、嚴重或重大疾病，或面臨對健康構成即時且嚴重的威脅（包括但不限於生命、肢體、主要身體部位或身體功能的喪失），我們將在收到您的請求後**72**小時內以書面形式通知您。

如果我們拒絕您的另方意見申請，您可提出申訴。如需進一步瞭解申訴相關資訊，請參閱《會員手冊》第6章「通報與解決問題」中的「投訴」部分。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

## 修訂第4章（福利與服務）中的 「Kaiser Permanente未承保的其他 Medi-Cal計劃和服務」說明

Kaiser Permanente不承保部分服務，但您仍可以透過收費服務 (Fee-For-Service, FFS) 或其他Medi-Cal計劃取得服務。我們會與其他計劃協調，確保您獲得所有醫療上必要的服務，包括其他計劃所承保的服務，而非我們承保的服務。本節將會列出部分此類服務。如需瞭解更多資訊，請致電我們的會員服務部專線**1-855-839-7613 (TTY 711)**。

### 薩克拉門托及洛杉磯縣的Dental Managed Care

Medi-Cal Dental Managed Care Program透過管理式護理計劃為您提供牙科服務。您必須入保Dental Managed Care。在某些情況下，您可能符合豁免入保Dental Managed Care的資格。如需瞭解更多資訊，請造訪保健服務選項網站：<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>。您也可以致電保健服務選項的電話**1-800-430-4263**。

注意：某些牙科診療的麻醉服務受本《會員手冊》條款的承保。請參閱本《會員手冊》第4章「福利與服務」中「門診護理」一節之下的「麻醉師服務」部分以瞭解更多資訊。

### 其他縣的牙科服務

Medi-Cal Dental FFS與您的牙科服務Medi-Cal FFS相同。在接受牙科服務前，您必須向牙科保健業者出示您的Medi-Cal 福利識別卡 (Benefits Identification Card, BIC)。請確認該保健業者接受Dental FFS，且您未參加任何承保牙科服務的管理式護理計劃。

Medi-Cal透過Medi-Cal Dental計劃承保廣泛的牙科服務，包括以下服務：

- 全口及局部假牙
- 用於控制疼痛的急診護理
- 牙冠（預製／實驗室製作）
- 補牙
- 診斷和預防性 牙科服務，例如檢查、X光檢查及洗牙
- 向符合資格的兒童提供牙齒矯正
- 根管治療（前牙／後牙）



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

- 牙結石刮除和牙根整平術
- 拔牙
- 局部塗氟化物

如果您有疑問，或想進一步瞭解有關牙科服務的資訊，請致電 **1-800-322-6384**（TTY **1-800-735-2922**或**711**）與Medi-Cal Dental聯絡。您也可以瀏覽Medi-Cal Dental 網站：<https://www.dental.dhcs.ca.gov>。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613** (TTY **711**)。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

## 修訂第5章（兒童及青少年健康護理）中 「兒童可透過收費服務 (FFS) Medi-Cal或其他 計劃獲得的其他服務」說明

未滿21歲的兒童及青少年會員，一旦入保即可獲得所需的保健服務。此舉可確保他們獲得適當的預防性醫療、牙科及精神健康護理，包括發育與專科服務。本章將說明這些服務。

### 兒童可透過收費服務 (FFS) Medi-Cal或其他計劃獲得的其他服務

#### 牙科檢查

請每天用毛巾輕輕擦拭寶寶的牙齦，保持牙齦清潔。大約在4至6個月大時，隨著寶寶的牙齒開始萌出，「出牙」便會開始。您應在寶寶第一顆牙齒萌出時，或最遲在寶寶滿一歲前（以先到者為準），為孩子預約首次牙科檢查。

以下Medi-Cal 牙科服務是針對以下對象提供的免費服務：

#### 0至3歲的嬰幼兒

- 嬰幼兒首次牙科就診
- 嬰幼兒首次牙科檢查
- 牙科檢查（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- X光檢查
- 潔牙（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 氟化物塗層（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 補牙
- 拔牙（牙齒移除）
- 緊急牙科服務
- \*鎮靜治療（若有醫療必要性）

#### 4至12歲兒童



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

- 牙科檢查（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- X光檢查
- 氟化物塗層（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 潔牙（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 臼齒封填
- 補牙
- 根管治療
- 拔牙（牙齒移除）
- 緊急牙科服務
- \*鎮靜治療（若有醫療必要性）

### 13至20歲青少年

- 牙科檢查（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- X光檢查
- 氟化物塗層（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 潔牙（每6個月一次，有時可能更頻繁）
- 符合資格者的牙齒矯正（牙套）
- 補牙
- 牙冠
- 根管治療
- 局部及全口假牙
- 牙結石刮除和牙根整平術
- 拔牙（牙齒移除）
- 緊急牙科服務
- \*鎮靜治療（若有醫療必要性）

\*當保健業者判定並記錄局部麻醉不具備醫療適當性的理由，且該牙科治療已獲事先核准或無需事先核准（事先授權）時，應考慮採用鎮靜或全身麻醉。

以下是部分無法使用局部麻醉、而可能改用鎮靜或全身麻醉的情況：

- 患者因生理、行為、發育或情緒狀況，無法配合保健業者進行治療
- 重大修復或外科手術
- 不配合治療的兒童



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

- 注射部位出現急性感染
- 局部麻醉無法有效控制疼痛

如果您有疑問，或想進一步瞭解有關牙科服務的資訊，請撥打Medi-Cal Dental客戶服務專線**1-800-322-6384**（TTY **1-800-735-2922**或**711**），或瀏覽 <https://smilecalifornia.org/>。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613** (TTY **711**)。我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

# 修訂第6章（通報與解決問題）中的 「州聽證會」說明

## 州聽證會

州聽證會是由我們與加州社會服務部 (California Department of Social Services, 《CDSS》) 的法官共同參與的會議。法官將協助解決您的問題，並裁定我們的決定是否正確。如果您已向Kaiser Permanente提出上訴，但仍對我們的決定不滿意，或者在提出上訴後30天內仍未收到決定，您有權申請州聽證會。

您必須在我們的《上訴決議通知》(Notice of Appeal Resolution, 《NAR》) 信函註明日期起的120個日曆日內提出州聽證會申請。若我們在您的上訴期間曾提供「待審期間給付」，而您希望該給付能持續至州聽證會作出裁決為止，則您必須在收到我們的NAR信函之日起10個日曆日內，或我們所指明的服務終止日期之前（以較晚者為準）提出州聽證會申請。

若您需要協助以確保「待審期間給付」能持續發放至州聽證會作出最終裁決為止，請聯絡我們的會員服務部，電話：**1-855-839-7613 (TTY 711)**，服務時間為每天24小時、每週7天。您的授權代表或保健業者可在取得您書面授權的情況下，代您申請州聽證會。

有時您無需完成我們的上訴程序，即可申請州聽證會。

例如，若我們未正確或未及時就您的服務向您發出通知，您無需完成我們的上訴程序，即可申請州聽證會。這稱為「認定耗竭」。以下是一些認定耗竭的範例：

- 我們未以您的慣用語言向您提供《行動通知》(Notice of Action, 《NOA》) 或NAR信函
- 我們造成的失誤影響到您的權利
- 我們未向您提供NOA信函
- 我們未向您提供NAR信函
- 我們的NAR信函中內容有誤



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站

- 我們未在30天內就您的上訴作出裁決
  - 我們雖認定您的案件屬緊急案件，卻未在72小時內對您的上訴作出回應
- 您也可透過以下這些方式申請州聽證會：
- **透過電話**：致電給CDSS州聽證會部門，電話是：**1-800-743-8525**  
(TTY：**1-800-952-8349**或**711**)
  - **透過郵寄**：填寫隨附於您《上訴決議通知》的表格並將此表格郵寄至：  
California Department of Social Services  
State Hearings Division  
744 P Street, MS 09-17-433  
Sacramento, CA 95814
  - **線上**：您可在線上申請聽證會，網址為：**www.cdss.ca.gov**
  - **透過電子郵件**：填寫隨附於您的《上訴決議通知》中的表格，並使用電子郵件將其發送至 **Scopeofbenefits@dss.ca.gov**
    - 注意：如果您透過電子郵件發送表格，您的電子郵件有可能被州聽證會以外的人員攔截。請考慮採用更安全的傳送方式提交您的申請。
  - **透過傳真**：填寫隨附於您《上訴決議通知》中的表格，並傳真至州聽證會部門，傳真號碼為**916-309-3487**或免付費專線**1-833-281-0903**

如果您需要協助申請州聽證會，我們可以提供協助。我們可以為您提供免費語言服務。請致電我們的會員服務部**1-855-839-7613** (TTY **711**)。

在聽證會上，您將向法官說明為何不同意我們的決定。我們將向法官說明我們如何做出此項決定。法官可能需要長達**90**天的時間才可針對您的個案作出決定。我們必須遵循法官的決定。

如果舉行州聽證會所需花費的時間將會危及您的生命、健康或正常生活能力，因而您希望CDSS可以作出快速決定，您、您的授權代表或您的保健業者可聯繫CDSS，並申請加急（快速）州聽證會。CDSS必須在收到我們提供的完整案件檔案後三個工作日內作出決定。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613** (TTY **711**)。

我們的服務時間為每週 **7** 天、每天 **24** 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 **kp.org**（英文）網站

---

# 修訂第7章（權利與責任）中的「行動通知」說明

身為Kaiser Permanente的會員，您享有特定權利也須承擔特定責任。本章將會說明這些權利與責任。本章也會包含您身為Kaiser Permanente會員有權獲得的法律聲明。

---

## 行動通知

每當Kaiser Permanente拒絕、推遲、終止或修改保健服務申請時，Kaiser Permanente將寄給您一份《行動通知》(Notice of Action, 《NOA》) 信函。如果您對我們的決定有異議，您可隨時向我們提出上訴。請參閱本會員手冊第6章的「上訴」部分，瞭解提出上訴的重要資訊。當我們寄送NOA給您時，該通知將告知您若對我們的決定有異議，您所擁有的所有權利。若您收到此通知，但寄件人並非我們，請立即聯絡Kaiser Permanente。

### 通知內容

若我們基於醫療必要性，部分或全部拒絕、推遲、修改、終止、暫停或削減您的服務，您的NOA必須包含以下內容：

- 我們擬採取的行動的聲明
- 對我們決策理由的清晰簡明解釋
- 我們的決策方式，包括所使用的規則
- 該決策的醫療理由。我們必須明確說明您的情況為何不符合相關規則或指引。
- 關於您有權免費索取所有與NOA相關之文件及紀錄副本的資訊。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 **kp.org**（英文）網站

### 翻譯

我們有義務將會員資訊（包括所有申訴及上訴通知）完整翻譯並以常見的慣用語言提供書面版本。

經完整翻譯的通知書必須包含我們決定拒絕、推遲、修改、終止、暫停或減少醫療服務請求之醫療理由。

若無法提供您慣用語言的翻譯版本，我們將以您慣用語言提供口頭協助，確保您能理解所獲資訊。



請致電會員服務部專線 **1-855-839-7613 (TTY 711)**。

我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時（節假日除外）。此為免費專線。請瀏覽 **[kp.org](http://kp.org)**（英文）網站

## 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。

我们可以根据您的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](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>**