

2022 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2022 福利摘要

Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda Basic Plan (HMO) 、
Kaiser Permanente Senior Advantage SF Basic Plan (HMO) 及
Kaiser Permanente Senior Advantage Alameda, Napa, and San
Francisco Counties Plan (HMO)

與本福利摘要有關的資訊

感謝您考慮參加 Kaiser Permanente Senior Advantage。您可以使用本福利摘要來進一步瞭解我們的計劃。其中包括下列相關資訊：

- 保費
- 福利與費用
- D 部分處方藥
- 可選的補充福利 (Advantage Plus)
- 額外福利
- 哪些人可以入保
- 承保範圍規則
- 獲取醫護服務

請參閱最後面的術語表，以瞭解本手冊所使用之部分術語的定義。

瞭解更多詳細資訊

本文件包含 3 項 Kaiser Permanente Senior Advantage 計劃的摘要。本文件未包含所有承保項目和非承保項目或所有計劃規定。如欲瞭解詳情，請參閱我們網站 kp.org/eocncal 上的《承保範圍說明書(EOC)》，或者請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 向會員服務部索取一份，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

有疑問嗎？

- 如果您不具備會員身分，請致電 **1-800-777-1238 (TTY 711)**。
- 如果您具備會員身分，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。
- 服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

承保項目及相關費用

*您的計劃保健業者可能必須提供轉診

†可能需獲得事前授權。

福利與保費	若參加 Basic Alameda 計劃，您需支付	若參加 Basic SF 計劃，您需支付	若參加 Alam, SF, Napa 計劃，您需支付
計劃月保費	\$19	\$19	\$79
免賠額	無	無	無
您需負擔的自付上限 不包括 Medicare D 部分藥物	\$6,700	\$6,700	\$4,900
住院承保範圍*† 醫療上必要的住院沒有天數限制。	住院的第 1 天至第 5 天，每天支付 \$290 ，剩餘的住院天數則支付 \$0	住院的第 1 天至第 5 天，每天支付 \$290 ，剩餘的住院天數則支付 \$0	住院的第 1 天至第 5 天，每天支付 \$225 ，剩餘的住院天數則支付 \$0
門診醫院承保範圍	每次就診 \$0–\$270	每次就診 \$0–\$270	每次就診 \$0–\$200
門診手術中心	每項手術 \$270	每項手術 \$270	每項手術 \$200
醫生看診			
• 基本保健業者	每次就診 \$15	每次就診 \$15	每次就診 \$5
• 專科醫生*	每次就診 \$25	每次就診 \$25	每次就診 \$15
預防保健* 請參閱 EOC 以瞭解詳情。	\$0	\$0	\$0
急診護理 我們承保全球各地的急診護理。	每次急診部就診 \$90	每次急診部就診 \$90	每次急診部就診 \$90
緊急需求服務 我們承保全球各地的緊急醫護。	每次診所就診 \$15	每次診所就診 \$15	每次診所就診 \$5
診斷服務、化驗及造影*			
• A1c、LDL、部分 INR 及血糖定量化驗	\$0	\$0	\$0
• 所有其他化驗			
• 診斷檢測和程序（例如 EKG）	每次 \$5	每次 \$5	\$0
• X 光檢查	每次 \$20	每次 \$20	每次 \$5
• 其他造影程序（例如 MRI、CT 和 PET）	每項程序 \$215 （超音波檢查 \$20 ）	每項程序 \$215 （超音波檢查 \$20 ）	每項程序 \$195 （超音波檢查 \$5 ）

福利與保費	若參加 Basic Alameda 計劃，您需支付	若參加 Basic SF 計劃，您需支付	若參加 Alam, SF, Napa 計劃，您需支付
聽力服務* 疾病診斷評估。 不承保助聽器和相關檢查，除非您入保了可選的福利（請參閱 Advantage Plus 以瞭解詳情）。	每次專科醫生看診 \$25	每次專科醫生看診 \$25	每次專科醫生看診 \$15
牙科服務*† 下列屬於承保範圍的預防、診斷及牙周病牙科醫療護理： <ul style="list-style-type: none"> • 口腔檢查（每年限兩次口腔檢查）。 • 洗牙（每年限兩次洗牙）。 • 咬翼片 X 光檢查（每 12 個月期間兩組及每六個月一組）。 • 牙周病評估、牙結石清除及牙根整平。 如果您入保了可選的福利，您將可獲得額外的牙科福利（請參閱 Advantage Plus 以瞭解詳情）。	\$0	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 在被列入移植等候名單之前，為了確保口內蛀牙沒有感染所需的牙科服務。請參閱 EOC 以瞭解詳情。 	<ul style="list-style-type: none"> • 每次 X 光檢查\$20 • 所有其他服務每次就診\$15 	<ul style="list-style-type: none"> • 每次 X 光檢查\$20 • 所有其他服務每次就診\$15 	每次就診 \$5
視力服務* <ul style="list-style-type: none"> • 診斷和治療眼部疾病和病症的看診 	<ul style="list-style-type: none"> • 驗光配鏡師每次看診\$15 • 眼科醫生每次看診\$25 	<ul style="list-style-type: none"> • 驗光配鏡師每次看診\$15 • 眼科醫生每次看診\$25 	<ul style="list-style-type: none"> • 驗光配鏡師每次看診\$5 • 眼科醫生每次看診\$15
<ul style="list-style-type: none"> • 例行眼睛檢查 	每次就診 \$15	每次就診 \$15	每次就診 \$5
<ul style="list-style-type: none"> • 預防性青光眼篩檢和糖尿病視網膜病變服務 	\$0	\$0	\$0

福利與保費	若參加 Basic Alameda 計劃，您需支付	若參加 Basic SF 計劃，您需支付	若參加 Alam, SF, Napa 計劃，您需支付
<ul style="list-style-type: none"> 白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡 	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 \$0 ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的費用。	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 \$0 ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的費用。	若費用未超過 Medicare 的限額，您需支付 \$0 ；但若費用超過該限額，則您需支付超過限額的費用。
<ul style="list-style-type: none"> 其他視力矯正器（每 24 個月\$40 允許額） 如果您入保了可選的福利，允許額將會更多（請參閱 Advantage Plus 以瞭解詳情）。 	若您的視力矯正器費用超過 \$40 ，您需支付差額。	若您的視力矯正器費用超過 \$40 ，您需支付差額。	若您的視力矯正器費用超過 \$40 ，您需支付差額。
精神健康服務			
<ul style="list-style-type: none"> 門診小組治療 門診個人治療 	每次就診 \$7 每次就診 \$15	每次就診 \$7 每次就診 \$15	每次就診 \$2 每次就診 \$5
專業護理院* 每個福利期我們最多承保 100 天。	每個福利期： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天支付\$0 第 21 天至第 100 天，每天支付\$100 	每個福利期： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天支付\$0 第 21 天至第 100 天，每天支付\$100 	每個福利期： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天支付\$0 第 21 天至第 100 天，每天支付\$100
物理治療*	每次就診 \$30	每次就診 \$30	每次就診 \$20
救護車	每趟單程 \$200	每趟單程 \$200	每趟單程 \$200
交通運輸	不承保	不承保	不承保
Medicare B 部分藥物† 若您透過計劃保健業者取得 Medicare B 部分藥物，少數藥物可獲得承保。詳情請參閱 EOC 。 <ul style="list-style-type: none"> 需要由保健專業人員施用的藥物 	\$0	\$0	\$0
<ul style="list-style-type: none"> 透過計劃藥房取得最多 30 天藥量 	<ul style="list-style-type: none"> 非品牌藥\$15 品牌藥\$47 	<ul style="list-style-type: none"> 非品牌藥\$15 品牌藥\$47 	<ul style="list-style-type: none"> 非品牌藥\$10 品牌藥\$47

Medicare D 部分處方藥保險†

您需支付的藥物費用金額將根據下列因素而異：

- 您入保的計劃（Alameda Basic、SF Basic 或 Alam, SF, Napa）。
- 您藥物所屬的層級。藥物共分為 6 個層級。如欲瞭解您的藥物屬於 6 個層級中的哪一個層級，請瀏覽 kp.org/seniorrx 網站上的 D 部分承付藥物手冊或致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡以索取一份，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。
- 您取得的藥量天數（例如 30 天或 100 天藥量）。注意：並非所有藥物都可以提供超過 30 天的藥量。
- 您是透過我們任一零售計劃藥房還是郵購藥房配領處方藥。注意：並非所有藥物都可以郵寄。
- 您所處的保險階段（免賠額階段、初始保險階段、保險缺口階段或重大傷病保險階段）。

免賠額階段

由於我們沒有免賠額規定，因此本給付階段不適用於您且您從年初開始便會進入初始保險階段。

初始保險階段

您需支付下表所列的共付額和共保額，直到您的年度藥物總費用達到**\$4,430** 為止。（年度藥物總費用包括在一個日曆年度內由您及任何 D 部分計劃共同支付的藥物費用。）若您在 2022 年達到**\$4,430** 的限額，您便會進入保險缺口階段且您的承保範圍將會有所變更。

藥物層級	零售計劃藥房	郵購計劃藥房
層級 1（首選非品牌藥） • Alameda Basic 或 SF Basic 計劃	\$3 （最多 30 天藥量）	\$0 （最多 100 天藥量）
• Alam, SF, Napa 計劃	\$0 （最多 100 天藥量）	
層級 2（非品牌藥） • Alameda Basic 或 SF Basic 計劃	\$15 （最多 30 天藥量）	
• Alam, SF, Napa 計劃	\$10 （最多 30 天藥量）	
層級 3（首選品牌藥）	\$47 （最多 30 天藥量）	
層級 4（非首選品牌藥）	\$100 （最多 30 天藥量）	
層級 5（專科藥物）	33%共保額 （最多 100 天藥量）	
層級 6（疫苗）	\$0	不適用

若您領取 31 天至 100 天的藥量，則上表所列適用於 30 天藥量的共付額應按照下述方式加乘：

- 若您透過零售計劃藥房領取 31 天至 60 天的藥量，則您應支付 2 倍共付額；若您領取 61 天至 100 天的藥量，則您應支付 3 倍共付額。
- 若您透過郵購藥房領取層級 2 至層級 4 藥物 31 天至 100 天的藥量，則您應支付 2 倍共付額。

保險缺口階段

如果您或 D 部分計劃在 2022 年期間為您藥物支付的費用達到**\$4,430**，您便開始進入保險缺口階段。您需在保險缺口階段支付下列共付額和共保額：

藥物層級	您需支付
層級 1、2 和 6	與您在初始保險階段支付的上列共付額相同
層級 3、4 和 5	25% 共保額

重大傷病保險階段

如果您在 2022 年期間為 D 部分處方藥支付的費用達到**\$7,050**，您將會進入重大傷病保險階段。大多數人均不會進入此階段，但若您進入此階段，則在 2022 年的剩餘時間內，您的共付額和共保額將會有所變更。在重大傷病保險階段期間，您需為每份處方支付下列共付額：

藥物	您需支付
非品牌藥	
• Alameda Basic 或 SF Basic 計劃	\$3
• Alam, SF, Napa 計劃	\$0
品牌藥	\$12
D 部分疫苗	\$0

長期護理、計劃居家靜脈注射和非計劃藥房

- 如果您住在**長期護理設施**並透過其藥房領取藥物，您所需支付的費用和您在零售計劃藥房所需支付的費用相同，且您最多可獲得 31 天的藥量。
- 屬於承保範圍的 D 部分**居家靜脈注射**藥物可免費透過計劃居家靜脈注射藥房取得。
- 如果您透過**非計劃藥房**取得屬於承保範圍的 D 部分藥物，您所需支付的費用和您在零售計劃藥房所需支付的費用相同，且您最多可獲得 30 天的藥量。一般而言，只有在諸如災難期間等您無法使用網絡藥房的情況下，我們才會承保您在非計劃藥房所配領的藥物。請參閱《**承保範圍說明書**》以瞭解詳情。

Advantage Plus（可選的福利）

除了您計劃所提供的福利之外，您還可以選擇購買補充福利組合，稱為 **Advantage Plus**。
Advantage Plus 為您提供額外的承保範圍，但需支付額外的月費，該月費會加在您的計劃月保費中。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

Advantage Plus 福利與保費	您需支付
額外月保費	\$16
額外視力矯正器允許額 除了前文「視力服務」所述的\$40 允許額外，每\$24 個月會增加額外的\$280 允許額。	如果您的視力矯正器費用超過合計的\$320 允許額，您需支付差額。
助聽器 每 3 年每耳\$350 允許額，供您購買 1 個助聽器	如果您的助聽器費用超過每耳\$350，您需支付差額。
牙科護理*† DeltaCare® USA Dental HMO 計劃	隨牙科服務而異。 請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

額外福利

身為計劃會員的您可享受以下福利：	您需支付
健身福利—The Silver&Fit® 計劃 您無須為 Silver&Fit 計劃中任何合約健身中心的標準會員資格支付任何額外費用。您也可以從精選居家健身工具組中選擇一套工具組，以協助您在家中保持健身習慣。 Silver&Fit 計劃是由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Fitness, Inc. 提供。Silver&Fit 是 ASH 的聯邦註冊商標，並經由許可用於本文件中。合約健身中心及連鎖健身房可能會隨地點而異，也可能會有變動。	\$0
送餐到府服務 在您由於鬱血性心臟衰竭而以住院病人的身分出院後將可享有送餐到府服務，連續四週期間每天最多兩餐，每日曆年度一次。需要轉介。	\$0

哪些人可以入保

只要符合下列條件，您便可註冊參加我們的其中一項計劃：

- 您同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分。（如欲取得並保有 Medicare，大多數人均必須直接向 Medicare 支付 Medicare 保費。該保費與您支付給我們計劃的保費是分開的。）
- 您是美國公民或合法居民。
- 您居住在 Alameda Basic 計劃的服務區，即 Alameda 縣的所有地區。
- 您居住在 SF Basic 計劃的服務區，即 San Francisco 縣的所有地區。
- 您居住在 Alam, SF, Napa 計劃的服務區，即 Alameda、Napa 及 San Francisco 縣的所有地區。

承保範圍規則

只有滿足所有以下條件，我們才會承保本文件和《承保範圍說明書》中列明的服務和項目：

- 醫療上必要的服務或項目。
- 根據 Original Medicare 的標準，該服務和項目必須屬於合理且必要的服務和項目。
- 您所獲得的所有承保服務和項目必須由我們《保健業者名錄》和《藥房名錄》上列出的計劃保健業者提供。但本規則有以下例外情況。我們也將為您承保：
 - 由其他 Kaiser Permanente 地區的計劃保健業者提供的醫護服務
 - 急診護理
 - 區域外洗腎護理
 - 區域外緊急醫護（承保服務區內計劃保健業者提供的緊急醫護，極少數情況下可承保非計劃保健業者提供的緊急醫護）
 - 轉診至非計劃保健業者處，但條件是您事先獲得我們計劃的書面核准（事前授權）

注意：若您從上述非計劃保健業者處獲得承保醫護服務，您需支付相同的計劃共付額和共保額。如果您接受了非承保醫療護理或服務，您必須支付全額費用。

如需包括非承保服務（不受保項目）在內等承保範圍規則的詳情，請參閱《承保範圍說明書》。

獲取醫護服務

通常來說，您可以在我們的大部分計劃設施接受需要的所有承保服務，包括專科護理、藥房和化驗。您無需侷限於某個特定計劃設施或藥房，我們鼓勵您前往對您最為便利的計劃設施或藥房。如欲找到我們保健業者的地址，請瀏覽 kp.org/directory 查看我們的《保健業者名錄》或《藥房名錄》，或致電會員服務部，電話號碼：1-800-443-0815 (TTY 711) 請我們郵寄一份給您，服務時間為每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00。

承付藥物手冊、藥房網絡和／或保健業者網絡可能隨時有變。您將在必要時收到通知。

您的個人醫生

您的個人醫生（亦稱基本保健醫生）將為您提供基本護理，並協助您協調醫護服務，包括住院、專科醫生轉診和事前授權。大多數個人醫生都是內科或家庭醫學科醫生。您可以選擇任何可為您服務的計劃保健業者作為您的個人醫生。您可以隨時以任何理由更換醫生。您可以致電會員服務部或瀏覽我們的網站 kp.org/mydoctor/connect 選擇或更換您的醫生。

協助管理疾病

若您患有不止 1 種慢性疾病並且需要協助管理您的醫護服務，我們可以為您提供協助。我們的個案管理計劃與護士、社工和您的個人醫生合作，協助您管理疾病。該計劃會提供衛教並教授您自我護理的技能。若您有興趣參加這類計劃，請向您的個人醫生瞭解更多資訊。

通知

上訴和申訴

您可以要求我們提供或給付某項您認為應屬於承保範圍的項目或服務。若我們拒絕您的請求，您可以要求我們重新審查我們的決定。這項程序稱為上訴。如果您認為等待將給您的健康帶來風險，您可以要求我們快速作出決定。徵得您醫生的同意後，我們將加速做出決定。

如果您有和承保範圍無關的投訴，您可以向我們提出申訴。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解有關提出投訴、申請承保範圍決定及上訴程序的詳情，包括藥物、服務或醫院護理的快速或緊急決定。

Kaiser Foundation Health Plan

北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 為非營利公司，也是稱為 Kaiser Permanente Senior Advantage 的 Medicare Advantage 計劃。我們在北加州大都市圈的服務區內提供多種 Senior Advantage 計劃，請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

每個計劃的福利、共付額、共保額、保費和計劃服務區均不同。但您可以在北加州地區內的任何地方獲得由計劃保健業者提供的醫護服務。

若您從計劃服務區搬遷至北加州地區的另一個服務區，則您需要入保新服務區的 Senior Advantage 計劃。

私隱

我們保護您的私隱。請參閱《承保範圍說明書》或瀏覽我們網站 kp.org/privacy 上的保護私隱通知以瞭解更多資訊。

實用定義（術語表）

允許額

您購買某項目時可使用的美元金額。若該項目的價格超出允許額，則您應支付差額。

福利期

計劃評估您使用專業護理院服務的方式。福利期從您住進醫院或住進專業護理院 (SNF) 時開始算起。福利期在您連續 60 天未接受任何住院病人醫院護理或 SNF 專業護理時結束。福利期不限於一個日曆年度內。您所擁有的福利期期數或福利期時間長短不受限制。

日曆年度

日曆年度從 1 月 1 日開始算起並於 12 月 31 日結束。

共保額

您就某服務或處方藥物支付的費用與計劃總費用的百分比。例如，若一項 \$200 的項目共保額為 20%，您需要支付 \$40。

共付額

您要為承保服務支付的固定金額，例如診所就診要支付**\$20**的共付額。

免賠額

這是您在進入初始保險階段之前必須為 **Medicare D** 部分藥物支付的金額。

承保範圍說明書

該文件詳細說明了您的計劃福利和計劃運作規則。

自付上限責任

在接受需受到自付上限約束的服務時，您每個日曆年度內需支付的共付額或共保額上限。若達到自付上限，那麼您在該年度剩餘時間內再接受此類受到自付上限約束的服務時無需再支付任何共付額或共保額。

醫療上必要的

指服務、用品或藥物對於您疾病的預防、診斷或治療是必要的，且滿足獲得認可的醫療執業規範。

非計劃保健業者

未與 **Kaiser Permanente** 簽約為我們的會員提供醫護服務的保健業者或設施。

計劃

Kaiser Permanente Senior Advantage。

計劃保費

您需為您的 **Senior Advantage** 健康護理和處方藥物保險支付的金額。

計劃保健業者

計劃或網絡保健業者可包括如醫院或藥房等設施或如醫生或護士等保健專業人員。

事前授權

某些服務或項目只有在計劃保健業者事先獲得計劃核准（稱為事前授權）的情況下才屬於承保範圍。需獲得事前授權的服務或項目在本文件中用†標記。

地區

Kaiser Foundation Health Plan 組織。我們的 **Kaiser Permanente** 地區位於北加州、南加州、科羅拉多州、喬治亞州、夏威夷州、馬里蘭州、俄勒岡州、維吉尼亞州、華盛頓州和華盛頓特區。

零售計劃藥房

您可領取處方藥的計劃藥房。這些藥房通常位於計劃診所內。

服務區

我們提供 **Senior Advantage** 計劃的地理區域。如欲入保我們的計劃並保持會員身分，您必須居住在我們 **Senior Advantage** 計劃的服務區之一。

Kaiser Permanente 是與 **Medicare** 簽約的 **HMO** 計劃。入保 **Kaiser Permanente** 需視合約續約情況而定。本合約需每年與 **Medicare** 與 **Medicaid** 服務中心 (**CMS**) 續簽。根據法律，本計劃或 **CMS** 可以選擇不續簽 **Medicare** 合約。

若您需要關於 **Original Medicare** 的資訊，請參閱《**Medicare** 和您》手冊。您可登入 **medicare.gov** 在線上查看，亦可透過致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 索取一份副本，該熱線每週 7 天，每天 24 小時提供服務。TTY 用戶請致電 **1-877-486-2048**。

反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別而排斥或區別對待任何人。我們還提供以下服務：

- 為因殘障問題而無法與我們進行有效溝通之人士提供免費支援和服務，例如：
 - ◆ 相應語言的合格口譯員
 - ◆ 其他形式的書面資訊，例如大字體印刷版、音頻以及可獲得的電子版
- 為以英語之外的語言為主要語言之人士提供免費服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言書面資訊

如需以上服務，請撥打 **1-800-443-0815** 聯絡會員服務處，服務時間為每週七天，每天早上 8 至晚上 8（TTY 人士請撥打 **711**）。

若您認為 Kaiser Permanente 沒有提供這些服務或有涉及種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況和性別的歧視行為，您可以向民權服務協調員提出投訴，方式是：寄信至 **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 或撥打上述電話號碼致電會員服務處。您可以通過寄信或電話提出投訴。如需投訴幫助，我們的民權服務協調員將為您提供幫助。您還可以採用電子方式透過民權辦公處的投訴門戶網站向美國衛生與公共服務部民權辦公處提出民權投訴，網址是 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**，或者按照如下聯絡資訊採用郵寄或電話方式聯絡：郵寄地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：**1-800-368-1019**，**800-537-7697** (TDD)。請造訪 **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 下載投訴表。

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-0815 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-800-443-0815 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ
ក៏អាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: 711)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.
Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-800-443-0815 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815**
(TTY: 711).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می
باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم -
1-800-443-0815 (رقم هاتف الصم والبكم: -711).

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

北加州地區的 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 是一家非營利公司及健康維護組織 (HMO)

 **Please recycle.**

 **KAISER PERMANENTE®**