

追求健康人生

享受以您為中心的醫護服務



使用最讓您感到安心自在的服務

無論您的目標是什麼，我們都能幫助您追求健康人生。借助連線式看護人、更多接受醫護服務的方式以及為健康的身心和精神提供的支援，您將可更加輕鬆快速地取得Kaiser Permanente的醫護服務。歡迎來到照料你的一切。

2023年重要開放入保期日期

- 2023年開放入保期從2022年11月1日到2023年1月31日。
- 您可以透過Kaiser Permanente變更或申請承保，或者我們可以幫助您透過Covered California申請。
- 對於2023年1月1日開始的承保，我們必須在2022年12月31日前收到您的個人與家庭健康保險申請表和第一個月的保費。

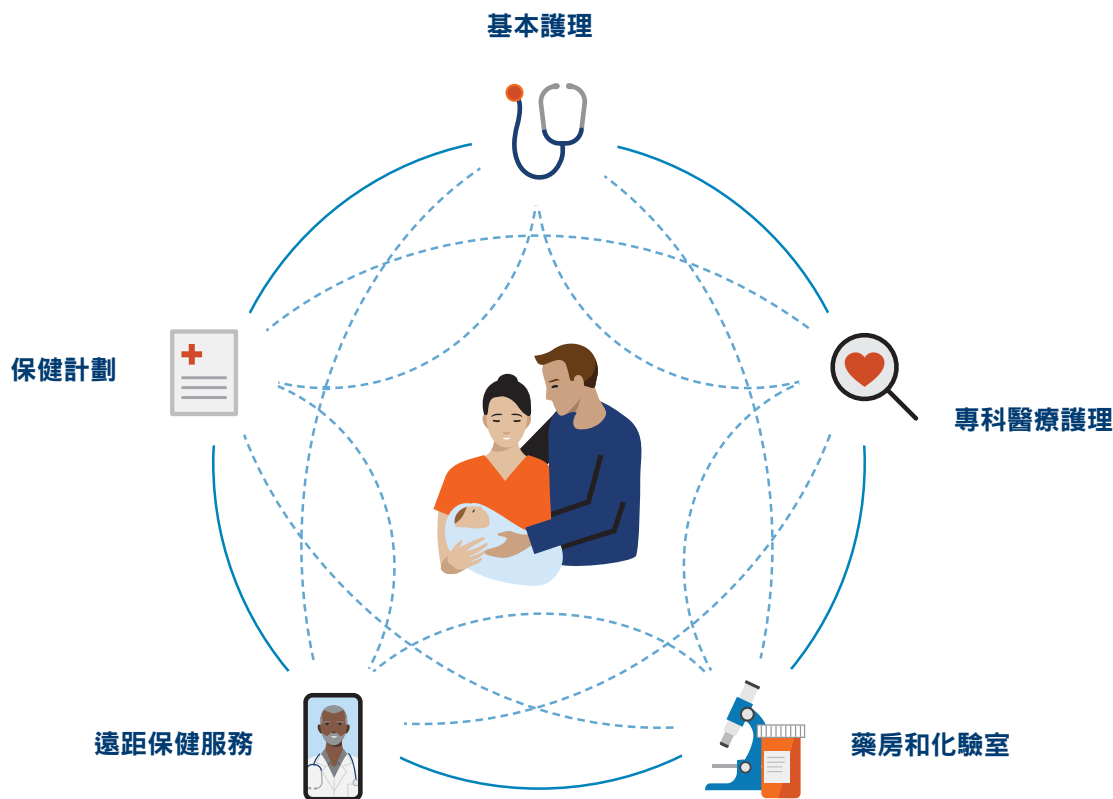
在特殊入保期入保

- 您是否要結婚、搬家或失去健康保險？如果您有合格生活事件，您也可以在一年當中的其他時間入保或變更您的承保。
- 請瀏覽kp.org/specialenrollment（英文），獲得合格生活事件和說明清單。

需要諮詢？我們可提供協助。

Kaiser Permanente入保專家可解答您的問題——例如到哪裡獲得醫護服務，或者包含哪些額外健康福利。致電**1-800-494-5314** (TTY 711)。





協助讓生活更加輕鬆的服務網

Kaiser Permanente將醫護服務與保險結合在一起，這使得我們有別於其他的健康護理選項。醫生、醫院和保健計劃會齊心協力讓您能夠更輕鬆取得優質的健康護理。因此您將可高枕無憂，因為您知道自己將能在有需要時，於方便的地點（從醫生診所到您的客廳等各種地點）取得可照顧您整體健康的醫護服務。要了解成為會員的感受，請造訪kp.org/myhealthyplace（英文）。

「我真的很感激醫護服務能夠獲得協調。每位醫生和專科醫生都能取得我的記錄，因而我不必浪費寶貴的時間重複敘述病史。」

—Lisa, Kaiser Permanente 會員

以您為中心的醫護服務

Kaiser Permanente的醫護並非一成不變。由醫生所帶領的團隊會齊心協力共同確保您所取得的醫護服務符合您的需求。您的Kaiser Permanente醫護團隊隸屬於相同網絡，因此他們可以更輕鬆分享資訊、查看您的病史，並在您有需要時於您方便的地點提供優質的個人化護理。

你的健康場所應該反映你的一切

我們認為您的個人經歷、背景及價值觀和您的病史同樣重要。為了協助提供符合您文化、種族及生活方式的醫護服務，我們：

- 聘用能使用一種以上語言的醫生和工作人員
- 提供150多種語言的電話傳譯服務
- 改善不同人群對高血壓、糖尿病和結腸癌等疾病的健康結果¹

借助電子健康記錄接受醫護服務



分享您的健康史以及與您的私人醫生有關的任何問題。



醫生會為您協調醫護服務，因此您不必擔心接下來該前往何處或該致電給誰。



準醫護團隊將對您的Kaiser Permanente病史有全盤的瞭解，您不需要重述病況。



由於持有您的健康記錄，醫護團隊瞭解您目前的需求且會提醒您安排體檢和各項檢測。此外，您每週7天，每天24小時均可檢視自己的記錄。

透過便利方式獲得醫護服務

大多數地點都能透過電話和視訊進行當日、隔日和周末約診。²



若為您附近地點，
您可以親自探訪我們。



透過電話或視訊與保健專業人員交談。²



按照您的時間表安排24小時遠距醫護

如果去醫生診所的行程不符合您的時間表安排，那麼您會很容易獲得快速、個人化的支持，無論白天、晚上及任何時間。

- 安排與醫生或臨床（醫護）人員的電話或視訊就診。²
- 透過電話提供每週7天，每天24小時的醫護服務和諮詢。
- 向 Kaiser Permanente 醫生診所發送電子郵件詢問非緊急的健康問題。
- 使用我們的視訊就診問卷取得針對特定病症的個人化護理建議、預訂多項測試並在線上取得一些處方。

當連線到遠距醫護服務時，您可以節省金錢和時間。大多數計劃都免費承保遠距保健。³



處方藥寄送

在線上或使用Kaiser Permanente應用程式配藥。⁴

- 大部分都直接送到您的前門。⁴
- 訂購當天取貨。
- 同日或隔日寄送（可能需要額外收費）。⁵



Kaiser Permanente應用程式

使用我們的應用程式全天候管理健康。這是輕鬆便捷的方式，可隨時隨地進行上述所有操作。⁶

異地醫護服務

您在全球各地所接受的緊急醫護和急診護理均可獲得承保。如果您計劃出門，我們可以幫助您在離家時保持健康。我們將與您合作，看看您是否需要接種疫苗、續配處方等。



領先業界的臨床服務品質

我們以透過預防保健服務早期發現問題聞名。但如果您有嚴重健康問題需要治療，我們可以為您提供專科護理服務。

Kaiser Permanente在2021年的42項醫護服務成效評量中領先全國成為表現最佳者。最接近的全國競爭對手僅在14項中領先。⁷



在您需要時提供專科護理

不論您需要什麼服務（精神健康、妊娠、癌症護理、心臟健康等等），您都可使用優秀的醫生、先進的技術以及以實證為基礎的醫護服務來協助您迅速康復。

合作提供的醫護服務

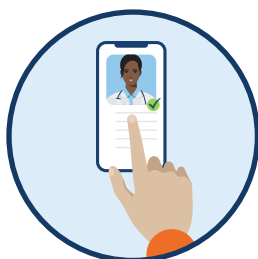
我們擁有全國規模最大的跨科別專業醫療服務集團之一，因此我們能幫您轉介適當的專科醫生，讓其為您擬定個人化的醫護計劃。要了解我們的專家如何在連線式系統中協同工作，請造訪 kp.org/specialtycare（英文）。

慢性病支援

如果您患有如糖尿病或心臟病等疾病，您可以加入疾病管理計劃以獲得個人輔導及支援。透過全方位且經過實證最有效的醫護措施以及先進的技術，我們將會協助您取得您所需的醫護服務以讓您可以繼續盡情享受人生。

從頭開始享受更佳的服務體驗

我們將會帶領您完成加入Kaiser Permanente的各項手續流程，讓您能夠立即開始接受您所需的醫護服務。



搜尋個人資料以找到適合的醫生

我們的線上醫生個人資料讓您可以瀏覽您所在地區的許多醫生和設施，您甚至可以在入保之前瀏覽這些資料。因此，您可以在找到符合您需求的醫生後再加入計劃。



醫護服務轉換

您可輕鬆轉處方並與住家、公司或學校附近的醫生安排看診。從入保的第一天開始，您便可獲得您所需的支援以協助您達到健康目標。



透過線上使用醫護服務

在您入保後，請在kp.org（英文）建立帳戶或下載Kaiser Permanente應用程式。接著，您便可隨時隨地根據自己的步調管理健康事宜。

健康護理其實可以很簡單

如果您不清楚健康維護組織 (Health Maintenance Organization, HMO) 與健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA) 的區別，您並不孤單。請放心，我們會協助您更輕鬆地瞭解健康護理事宜。獲得學習基礎知識的幫助kp.org/learnthebasics（英文）。



充分利用您的會員資格

良好的健康並非只仰賴醫生診所。瞭解會員所享有的一些便利功能及額外福利，以追求健康人生。⁸這些資源許多都不需要額外付費。



針灸、按摩治療、脊柱神經護理

享受優惠的服務費率以協助您保持健康。



健康生活方式計劃

透過線上計劃改善健康，協助您減重、戒煙、減壓，還有更多服務。



保健輔導

透過電話與一對一的保健輔導員合作以取得協助達成健康目標。

協助您維持整體健康的額外福利



利用藥物和正念來培養心理韌性、緩解壓力並改善睡眠。



設定精神健康目標、追蹤進度並取得支援控制抑鬱症、焦慮症等疾病。



從數以千計的隨選運動影片中挑選，並享有直播和現場課程的優惠費率。

以您為中心的醫護服務

在您成為會員之後，您便可使用我們的醫生和設施，這些設施就位於您住家、公司及休閒娛樂場所附近的便利地點。此外，當您無法前來就診時，您可在有需要時獲得您所需的醫護服務。²

117.8M

2021 年會員與其護理團隊的
虛擬連線⁹



12.6M次

全部會員
的身心醫療護理需
求獲得承保



23,656

醫生和專科醫生

互相連線以輕鬆分享最新醫療進展



42.5M

2021年將處方藥寄送
至會員的家



773

醫院和診所

提供眾多服務（通常是一
站式服務），以便您可以
迅速完成所有服務



9

區域

可以接受Kaiser Permanente現場
醫護服務——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。



自行選擇醫生及設施地點。

造訪kp.org/doctors（英文）查看您附
近的所有Kaiser Permanente地點並瀏
覽我們的線上醫生資料。您可選擇自
己的個人醫生並隨時因任何理由而更換醫生。



選擇您的保健計劃

我們提供各種有助於滿足您的需求和預算的計劃。所有計劃提供相同品質的醫護服務，但是分攤費用的方式不相同。

共付額或共保額計劃

共付額和共保額計劃是最簡單的。您會事先知道醫生就診與處方等醫護服務的費用。這些金額稱為您的共付額。您的月保費比較高，但是當您接受醫護服務時，您將支付少了非常多的費用。

免賠額計劃 – silver、bronze和minimum coverage

使用自付額計劃，您的月保費比較低，但是在您達到稱為免賠額的固定金額之前，需要支付大部分承保服務的全額費用。接著您將需開始比較少的費用 – 共付額或共保額。依據您的計劃，在達到免賠額之前，有些像是診所就診或處方的服務可由共付額或共保額支付。

可設健康儲蓄帳戶的高免賠額保健計劃 – silver和bronze

可設健康儲蓄帳戶的免賠額計劃是具有特殊功能的免賠額計劃。在這項計劃中，您可以設立健康儲蓄帳戶 (HSA)，以支付共付額、共保額和免賠額等醫療費用。您在本帳戶的金錢將不必繳納聯邦稅。您可以隨時使用您的HSA支付醫護服務，包括一些您的計劃可能未承保的服務，像是眼鏡或成人牙科。¹⁰如果年終時您有錢留在您的HSA，將會轉入下一年度供您使用。

您的醫護費用範例

假設您的腳踝受傷。您去看個人醫生，醫生指示進行X光檢查。發現只是扭傷，於是醫生開立非品牌鎮痛藥物的處方。範例如下，您將為每種類型的保健計劃自付這些服務的費用。

計劃名稱	診所就診	X光檢查	非品牌藥
KP Gold 80 HMO 共保額 (沒有免賠額)	\$35	\$75	\$15*
KP Silver 70 HMO 2850/50 (\$2,850 免賠額)	\$50	達到免賠額後\$70	\$20*
KP Bronze 60 HDHP HMO (\$7,000 免賠額)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

以上費用估算來自[kp.org/treatmentestimates](https://www.kp.org/treatmentestimates) (英文)。在您達到免賠額之前，請隨時瀏覽本網站，瞭解一般服務的收費情況。

您是否符合接受財務幫助的資格？

您可能符合接受聯邦或州財務補助的資格，以幫助您支付醫護服務或承保範圍的費用。造訪[buykp.org/apply](https://www.buykp.org/apply) (英文) 以瞭解詳情。



瞭解計劃：福利概要

接下來幾頁的表格列出了各計劃的福利範例。請查看下列圖解，以協助您瞭解如何閱讀這些表格。

以下簡述如何使用下表

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange
計劃類型	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,750/\$9,500
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,750/\$17,500
福利	
遠距醫護服務	
聊天、電子郵件、E-就診、電話，與視訊就診	免費
預防保健	
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)	
基本護理門診	\$45
專科醫護就診	\$85
大部分的X光檢查	\$95
大多數化驗室檢測	\$50
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325
門診手術	20%
精神健康就診	\$45
住院服務	
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後30%
產科	
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%
急診和緊急醫護	
急診部就診	\$400
緊急醫護就診	\$45
處方藥 (最多30天的供應量)	
非品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$16*
特選品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$60*
非特選品牌藥	達到藥房免賠額\$85後\$60*
專科	達到藥房免賠額\$85後20%，每份處方最多\$250
全人健康	
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換 (health benefit exchange) 申請

年度免賠額

在計劃開始為您支付大多數承保服務費用之前，您須支付該金額。根據本範例計劃，您需為承保服務支付全額費用，直到您個人達到\$4,750或您家庭達到\$9,500為止。接著您需開始支付共付額或共保額。

年度自付上限

這是計劃開始百分百支付大多數承保服務的費用之前，您在一個日曆年度內將為醫護支付的最大金額。在本範例中，您在一個日曆年度期間為自己支付的共付額、共保額及免賠額將不超過\$8,750，您為家庭支付的將不超過\$17,500。

預防保健服務不收費

大多數預防保健服務 – (包括例行身體檢查及乳房X光檢查) – 為免費承保。而且不受免賠額限制。

在您達到免賠額之前便屬於承保範圍

部分服務無論您是否達到免賠額，都僅需支付共付額或共保額即可。在本計劃中，基本護理就診以共付額\$45承保 – 即使您還沒達到免賠額。在Silver免賠額計劃中，基本護理、專科護理及緊急醫護就診在您達到免賠額之前便均屬於承保範圍。

共保額

在達到免賠額之後，這是您可能需為承保服務支付的費用百分比。在此範例中，在您達到免賠額後，您每天需為住院醫療護理支付費用的30%。在日曆年度的剩餘時間，您的計劃將會支付其餘的費用。

共付額

這是您需為承保服務支付的固定金額，通常是在您達到免賠額之後。在此範例中，無論您是否已達到免賠額，您皆需開始為緊急醫護就診支付共付額\$45。

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或會員自付上限中。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente– Bronze 60 HMO 8200/0%	KP E Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	KP E Kaiser Permanente– Bronze 60 HMO
計劃類型	免賠額	HSA-qualified	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$6,300/\$12,600
年度自付上限 (個人/家庭)	\$8,200/\$16,400	\$7,000/\$14,000	\$8,600/\$17,200
福利			
遠距醫護服務			
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	電子郵件、E-就診：不收費。電話與視 訊就診：達到免賠額後免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)			
基本護理門診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$65；然後達到免賠額後\$65†
專科醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$95；然後達到免賠額後\$95†
大部分的X光檢查	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
大多數化驗室檢測	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	\$40
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層 掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
門診手術	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
精神健康就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	免費
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、 藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
產科			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
急診和緊急醫護			
急診部就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到免賠額後40%
緊急醫護就診	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	前3次就診\$65；然後達到免賠額後\$65†
處方藥 (最多30天的供應量)			
非品牌藥	\$20*	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後\$18*
特選品牌藥	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
非特選品牌藥	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
專科	達到免賠額後免費	達到免賠額後免費	達到藥房免賠額\$500後40%， 每份處方最多\$500
全人健康			
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

† Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該理賠福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)，或聯絡您的保險經紀。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	E Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	KP Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50
計劃類型	HSA-qualified	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$3,600/\$7,200	\$4,750/\$9,500	\$4,750/\$9,500	\$2,850/\$5,700
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,000/\$14,000	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500	\$8,750/\$17,500
福利				
遠距醫護服務				
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	電子郵件，E-就診：不收費。 電話與視訊就診：達到免賠額 後免費	免費	免費	免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項程序）				
基本護理門診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
專科醫護就診	達到免賠額後20%	\$85	\$85	\$80
大部分的X光檢查	達到免賠額後20%	\$95	\$95	達到免賠額後\$70
大多數化驗室檢測	達到免賠額後20%	\$50	\$50	達到免賠額後\$30
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、 斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正 子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	達到免賠額後20%	\$325	\$325	達到免賠額後\$350
門診手術	達到免賠額後20%	20%	20%	達到免賠額後35%
精神健康就診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、 化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後20%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
產科				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後20%	達到免賠額後30%	達到免賠額後30%	達到免賠額後35%
急診和緊急醫護				
急診部就診	達到免賠額後20%	\$400	\$400	達到免賠額後\$350
緊急醫護就診	達到免賠額後20%	\$45	\$45	\$50
處方藥（最多30天的供應量）				
非品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$16*	達到藥房免賠額\$85後\$16*	\$20*
特選品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
非特選品牌藥	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$85後\$60*	達到藥房免賠額\$450後\$75*
專科	達到免賠額後20%，每份處 方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$85後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$450後35%， 每份處方最多\$250
全人健康				
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

*郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-464-4000（聽障及語障電話專線711），或聯絡您的保險經紀。

KP 透過Kaiser Permanente提供

E 透過健康福利交換提供，
Covered California

某些計劃有提供財務補助選項，可以減少共付額、共保額和免賠額，CoveredCA.com網站上也有為阿拉斯加原住民和美國印第安人提供財務補助選項。

福利概要	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	KP E Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	KP E Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	KP E Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO††
計劃類型	共付額	共付額	共付額	免賠額
年度醫療免賠額（個人/家庭）	無/無	無/無	無/無	\$9,100/\$18,200
年度自付上限（個人/家庭）	\$8,550/\$17,100	\$8,550/\$17,100	\$4,500/\$9,000	\$9,100/\$18,200
福利				
遠距醫護服務				
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	免費	免費	免費
預防保健				
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費	免費
門診服務（每次就診或每項程序）				
基本護理門診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費；***額外就診在達到免賠額後免費
專科醫護就診	\$65	\$65	\$30	達到免賠額後免費
大部分的X光檢查	\$75	\$75	\$30	達到免賠額後免費
大多數化驗室檢測	\$40	\$40	\$15	達到免賠額後免費
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$75	25%	\$75	達到免賠額後免費
門診手術	\$190	20%	\$125	達到免賠額後免費
精神健康就診	\$35	\$35	\$15	免費
住院服務				
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	每天\$350，最多5天**	30%	每天\$250，最多5天**	達到免賠額後免費
產科				
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	每天\$350，最多5天**	30%	每天\$250，最多5天**	達到免賠額後免費
急診和緊急醫護				
急診部就診	\$350	\$350	\$150	達到免賠額後免費
緊急醫護就診	\$35	\$35	\$15	前3次診所就診免費；***額外就診在達到免賠額後免費
處方藥（最多30天的供應量）				
非品牌藥	\$15*	\$15*	\$5*	達到免賠額後免費
特選品牌藥	\$60*	\$60*	\$15*	達到免賠額後免費
非特選品牌藥	\$60*	\$60*	\$15*	達到免賠額後免費
專科	20%，每份處方最高\$250	20%，每份處方最高\$250	10%，每份處方最高\$250	達到免賠額後免費
全人健康				
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

* 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

† 眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

‡ Kaiser Permanente Bronze 60 HMO計劃在您達到免賠額之前有三次診所就診，您只需支付該理賠福利共付額即可。診所就診包括基本護理、專科護理、緊急醫護、或門診精神健康以及藥物酒精濫用護理。

** 5天後，入院相關的承保服務免費。

†† 僅有未滿30歲的申請人，或年滿30歲以上的申請人在提供Covered California的證明證實其經濟困難或缺少可負擔的保險時，Minimum Coverage HMO計劃。

*** Kaiser Permanente Minimum Coverage HMO計劃在您達到免賠額前包括三次免費診所就診。診所就診包括基本護理和緊急醫護。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments（英文）、致電1-800-464-4000（聽障及語障電話專線711），或聯絡您的保險經紀。

成本分擔減免 (Cost Share Reduction, CSR) 計劃

您必須符合資格並透過Covered California入保本頁的CSR計劃。

福利概要	E Kaiser Permanente - Silver 73 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 87 HMO	E Kaiser Permanente - Silver 94 HMO
計劃類型	免賠額	免賠額	免賠額
年度醫療免賠額 (個人/家庭)	\$4,750/\$9,500	\$800/\$1,600	\$75/\$150
年度自付上限 (個人/家庭)	\$7,250/\$14,500	\$3,000/\$6,000	\$900/\$1,800
福利			
遠距醫護服務			
電子郵件、E-就診、電話與視訊就診	免費	免費	免費
預防保健			
例行身體檢查、乳房X光檢查等	免費	免費	免費
門診服務 (每次就診或每項程序)			
基本護理門診	\$45	\$15	\$5
專科醫護就診	\$85	\$25	\$8
大部分的X光檢查	\$90	\$40	\$8
大多數化驗室檢測	\$50	\$20	\$8
磁共振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、斷層掃描 (Computerized Tomography, CT)、正子斷層造影 (Positron Emission Tomography, PET)	\$325	\$100	\$50
門診手術	20%	15%	10%
精神健康就診	\$45	\$15	\$5
住院服務			
食宿、外科手術、麻醉、X光檢查、化驗、藥物、精神健康醫護服務	達到免賠額後30%	達到免賠額後25%	達到免賠額後10%
產科			
常規產前醫護就診、首次產後就診	免費	免費	免費
分娩及住院嬰兒保健醫護	達到免賠額後30%	達到免賠額後25%	達到免賠額後10%
急診和緊急醫護			
急診部就診	\$400	\$150	\$50
緊急醫護就診	\$45	\$15	\$5
處方藥 (最多30天的供應量)			
非品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$16*	達到藥房免賠額\$25後\$5*	\$3*
特選品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$55*	達到藥房免賠額\$25後\$25*	\$10*
非特選品牌藥	達到藥房免賠額\$30後\$55*	達到藥房免賠額\$25後\$25*	\$10*
專科	達到藥房免賠額\$30後20%， 每份處方最多\$250	達到藥房免賠額\$25後15%， 每份處方最多\$150	10%，每份處方最高\$150
全人健康			
健康服務	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org	眼科服務優惠† kp2020.org

* 郵購：合格處方藥最多供藥100天，只需60天供藥費用。

†眼科服務優惠及表格中所列的其他服務可能會由Kaiser Permanente以外的團體提供，且您的保險不一定會提供或不保證提供。您所支付的額外費用將不計入您的免賠額或自付上限中。

本計劃摘要重點介紹人們最常詢問的福利、共付額、共保額及免賠額。請參閱聯合《會員協議》、《承保範圍說明書》，及《披露表》(EOC)，以瞭解您計劃內容或具體限制和不受保項目的完整詳情。如需索取EOC，請瀏覽kp.org/plandocuments (英文)、致電1-800-464-4000 (聽障及語障電話專線711)，或聯絡您的保險經紀。

尋找您的費率

請用以下幾頁的月費表，或是在 buykp.org/apply 提出申請，自動計算您的費率。
除了月費之外，也請考量取得醫護時需要支付的費用。

您的費率是如何確定的？

費率依據因素為：

- 您選擇的計劃
- 您居住的地點，根據您所在郡縣和郵遞區號
- 您在計劃開始日期（生效日期）時的年齡
- 您是否為成年家人（包含那些入保兒童牙科服務資格終止者）新增自選性牙科保險計劃。
- 如果您符合聯邦財務援助資格。
請瀏覽 buykp.org/apply 或致電
1-800-494-5314 查看您是否符合資格。

對於家庭計劃有興趣？

根據每個家人在開始日期的年齡找出他們的費率。

家人包括：

- 你全都回答了
- 您的配偶/同居伴侶
- 你的父母/繼父母
- 所有21到25歲的成年子女
- 21歲以下年紀最大的3位子女

如果您有超過3名以上未滿21歲的子女，
您只需要為年紀最大的3名子女支付費用即可。
其他21歲以下的子女將會免費承保。

月費表的費率適用於這些郵遞區號。請確認
您的郵遞區號列在下方。如果沒有，請致電
1-800-494-5314 取得其他費率區的資訊。

服務區 15-縣

Los Angeles

服務區 15 - 郵遞區號

90601-10	91020-21	91714-16
90623	91023-25	91722-24
90630-31	91030-31	91731-35
90637-40	91040-43	91740-41
90650-52	91046	91744-50
90660-62	91066	91754-56
90670-71	91077	91759
90701-03	91101-10	91765-73
90706-07	91114-18	91775-76
90710-17	91121	91778
90723	91123-26	91780
90731-34	91129	91788-93
90744-49	91182	91801-04
90755	91184-85	91896
90801-10	91188-89	91899
90813-15	91199	93510
90822	91201-10	93532
90831-33	91214	93534-36
90840	91221-22	93539
90842	91224-26	93543-44
90844	91501-08	93550-53
90846-48	91510	93560
90853	91521-23	93563
90895	91526	93584
91001	91702	93586
91003	91706	93590-91
91006-12	91709	93599
91016-17	91711	

2023年月費 費率區15

請注意：這些費率不包括您可能有資格從Covered California
獲得的聯邦財務協助。

2023年 生效日 期時的 年齡	Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO 8200/0%	Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO	Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO	Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3600/20%	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO	Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2850/50	Kaiser Permanente - Gold 80 HMO	Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance	Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO	Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO	Kaiser Permanente - Silver 73 HMO 87 HMO 94 HMO
0-14	\$175.72	\$180.70	\$189.34	\$198.05	\$219.87	\$231.30	\$208.38	\$275.47	\$254.47	\$298.30	\$137.91	\$231.30
15	191.34	196.77	206.17	215.65	239.41	251.86	226.91	299.95	277.09	324.82	150.17	251.86
16	197.31	202.91	212.61	222.38	246.88	259.73	233.99	309.31	285.74	334.95	154.86	259.73
17	203.28	209.05	219.04	229.11	254.36	267.59	241.07	318.68	294.39	345.09	159.55	267.59
18	209.71	215.66	225.97	236.36	262.40	276.05	248.70	328.76	303.70	356.01	164.59	276.05
19	216.14	222.28	232.90	243.61	270.45	284.52	256.33	338.84	313.02	366.93	169.64	284.52
20	222.81	229.13	240.08	251.12	278.79	293.29	264.23	349.28	322.66	378.24	174.87	293.29
21	229.70	236.21	247.51	258.89	287.41	302.36	272.40	360.09	332.64	389.93	180.28	302.36
22	229.70	236.21	247.51	258.89	287.41	302.36	272.40	360.09	332.64	389.93	180.28	302.36
23	229.70	236.21	247.51	258.89	287.41	302.36	272.40	360.09	332.64	389.93	180.28	302.36
24	229.70	236.21	247.51	258.89	287.41	302.36	272.40	360.09	332.64	389.93	180.28	302.36
25	230.61	237.16	248.50	259.92	288.56	303.57	273.49	361.53	333.97	391.49	181.00	303.57
26	235.21	241.88	253.45	265.10	294.31	309.61	278.94	368.73	340.63	399.29	184.60	309.61
27	240.72	247.55	259.39	271.31	301.20	316.87	285.47	377.37	348.61	408.65	188.93	316.87
28	249.68	256.76	269.04	281.41	312.41	328.66	296.10	391.41	361.58	423.86	195.96	328.66
29	257.03	264.32	276.96	289.69	321.61	338.34	304.81	402.94	372.23	436.34	201.73	338.34
30	260.70	268.10	280.92	293.83	326.21	343.18	309.17	408.70	377.55	442.58	204.61	343.18
31	266.22	273.77	286.86	300.05	333.11	350.43	315.71	417.34	385.53	451.93	208.94	350.43
32	271.73	279.44	292.80	306.26	340.01	357.69	322.25	425.98	393.52	461.29	213.27	357.69
33	275.18	282.98	296.51	310.14	344.32	362.22	326.33	431.38	398.51	467.14	215.97	362.22
34	278.85	286.76	300.47	314.29	348.91	367.06	330.69	437.15	403.83	473.38	218.86	367.06
35	280.69	288.65	302.45	316.36	351.21	369.48	332.87	440.03	406.49	476.50	220.30	369.48
36	282.53	290.54	304.43	318.43	353.51	371.90	335.05	442.91	409.15	479.62	221.74	371.90
37	284.36	292.43	306.41	320.50	355.81	374.32	337.23	445.79	411.81	482.74	223.18	374.32
38	286.20	294.32	308.39	322.57	358.11	376.74	339.41	448.67	414.47	485.86	224.63	376.74
39	289.88	298.10	312.35	326.71	362.71	381.58	343.77	454.43	419.79	492.10	227.51	381.58
40	293.55	301.88	316.31	330.86	367.31	386.41	348.12	460.19	425.12	498.34	230.39	386.41
41	299.06	307.55	322.25	337.07	374.21	393.67	354.66	468.83	433.10	507.70	234.72	393.67
42	304.35	312.98	327.95	343.02	380.82	400.62	360.93	477.11	440.75	516.66	238.87	400.62
43	311.70	320.54	335.87	351.31	390.01	410.30	369.64	488.64	451.40	529.14	244.64	410.30
44	320.89	329.99	345.77	361.66	401.51	422.39	380.54	503.04	464.70	544.74	251.85	422.39
45	331.68	341.09	357.40	373.83	415.02	436.60	393.34	519.97	480.34	563.07	260.32	436.60
46	344.54	354.32	371.26	388.33	431.11	453.54	408.60	540.13	498.96	584.90	270.42	453.54
47	359.01	369.20	386.85	404.64	449.22	472.58	425.76	562.82	519.92	609.47	281.77	472.58
48	375.55	386.21	404.67	423.28	469.91	494.35	445.37	588.74	543.87	637.54	294.75	494.35
49	391.86	402.98	422.25	441.66	490.32	515.82	464.71	614.31	567.49	665.23	307.55	515.82
50	410.24	421.88	442.05	462.37	513.31	540.01	486.50	643.11	594.10	696.42	321.98	540.01
51	428.38	440.54	461.60	482.82	536.02	563.90	508.02	671.56	620.38	727.23	336.22	563.90
52	448.37	461.09	483.13	505.34	561.02	590.20	531.72	702.89	649.32	761.15	351.90	590.20
53	468.58	481.88	504.91	528.13	586.31	616.81	555.69	734.58	678.59	795.47	367.77	616.81
54	490.40	504.32	528.43	552.72	613.62	645.53	581.57	768.79	710.19	832.51	384.89	645.53
55	512.22	526.76	551.94	577.31	640.92	674.26	607.45	802.99	741.79	869.55	402.02	674.26
56	535.88	551.09	577.43	603.98	670.53	705.40	635.51	840.08	776.05	909.72	420.59	705.40
57	559.77	575.65	603.17	630.90	700.42	736.84	663.83	877.53	810.65	950.27	439.34	736.84
58	585.27	601.87	630.65	659.64	732.32	770.41	694.07	917.50	847.57	993.55	459.35	770.41
59	597.90	614.86	644.26	673.88	748.13	787.04	709.05	937.31	865.87	1,015.00	469.26	787.04
60	623.39	641.08	671.73	702.61	780.03	820.60	739.29	977.28	902.79	1,058.28	489.27	820.60
61	645.45	663.76	695.49	727.47	807.62	849.62	765.44	1,011.84	934.73	1,095.72	506.58	849.62
62	659.92	678.64	711.09	743.78	825.73	868.67	782.60	1,034.53	955.68	1,120.28	517.94	868.67
63	678.06	697.30	730.64	764.23	848.43	892.56	804.12	1,062.98	981.96	1,151.09	532.18	892.56
64+	689.10	708.63	742.53	776.67	862.23	907.08	817.20	1,080.27	997.92	1,169.79	540.84	907.08

可選成人牙科保險計劃

Kaiser Permanente的自選性成人牙科保險計劃具有高度價值。從25,000多位Delta Dental保健業者中選擇，或是選擇另一位牙醫。您的Kaiser Permanente保健計劃包含兒童會員的小兒牙科保險，直到他們年滿19歲的當月為止。

計劃如何運作

- **預防保健服務沒有免賠額。** 免賠額是Delta Dental開始付款之前，您在每年需要為承保服務支付的金額。在本計劃下，預防性或診斷性服務，如清洗及X光檢查，無需達到免賠額。至於其他服務，每人的年度免賠額為\$25，全家人以\$75為上限。
- **節省費用。** 當您至Delta Dental PPO保健業者處就診時，您需支付的費用通常最少，因此請善用California境內超過12,000名的Delta Dental PPO牙科醫生。如果您不想使用Delta Dental PPO的牙科醫生，請記得您還可使用Delta Dental Premier網絡內的牙科醫生。若請Delta Dental Premier牙科醫生看診，您需支付的費用通常比您至Delta Dental PPO牙科醫生處就診時來得多，但比您至非Delta Dental牙科醫生處就診時來得少。
- **承保全家人。** 如果您入保，您保健計劃中的每位成人也必須入保。換言之，您不能選擇入保家裡的一些人，而其他人不入保。
- **年度上限。** 本計劃每年為每個受保會員最多支付\$1,000的牙科服務。
- **等候期。** 有些牙科服務在計劃開始承保費用之前有等待期。請參閱《保險證明》的承保額表有關需要等候期的特定牙科服務。

如何入保

要申請入保可選成人牙科保險計劃，只需勾選申請表右邊的方塊。

- 如果您選擇不在此時入保，您在下一次開放入保期之前將無法再次入保。
- 只有在您入保或目前已經入保某項Kaiser Permanente保健計劃的情況下，您才可購買牙科保險。
- 在您入保後，只有在您取消常規健康保險的情況下，您才可取消牙科保險，除非您是在開放入保期或特殊入保期進行變更。

2023年月費率
每位會員\$31.38

 **DELTA DENTAL**

A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



KAISER PERMANENTE.

Kaiser Permanente Insurance Company

還有什麼疑問嗎？

請致電**1-800-933-9312**，服務時間為週一至週五上午8時至下午4時。

致電時請告知對方團體編號：#50146適用NCAL，50147適用SCAL。

- 請瀏覽deltadentalins.com以查詢您所在地區的PPO或Premier保健業者名單。
- 在您入保後，您可在週一至週五上午5時至下午5時致電Delta Dental客戶服務部專線**1-800-835-2244**，諮詢索賠、入保資格、福利等資訊並查找您所在地區的Delta Dental保健業者。

Kaiser Permanente的牙科保險計劃由Kaiser Foundation Health Plan Inc.的子公司Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承銷，並由Delta Dental of California管理。如需更多資訊，請致電1-800-933-9312與Delta Dental聯絡（如果您已經入保，請致電免費電話1-800-835-2244）。

牙科福利要點

如果您入保牙科計劃，您將會獲得一份《保險證明》，其中包括一個列出所有承保服務以及計劃支付費用的承保額表。^{*}

程序	計劃支付的費用
診斷處理	
口腔檢查	\$25.20
X光檢查——全口腔系列，包括咬翼片	\$54.00
預防性處理	
清潔工作	\$43.20
修復處理	
補牙 [†] （註：補牙有6個月等候期。）	
銀汞合金 – 單面、乳齒或恆齒	\$35.00
複合樹脂 – 單面、前牙	\$46.00
牙冠 [†] （註：牙冠有6個月等候期。）	
樹脂與高貴金屬混合物	\$182.00
牙髓病程序	
根管 [†] （註：根管有6個月等候期。）	
前排（不含最後修復）	\$193.00
雙尖齒（不含最後修復）	\$227.00
臼齒（不含最後修復）	\$306.00
口腔頷面手術程序[†]（註：口腔頷面手術程序有6個月等候期。）	
拔牙，萌生齒或牙根暴露（增高術和／或牙鉗拔除）	\$39.00
需要移除骨頭和／或切斷牙齒的萌生齒拔除手術	\$74.00

計劃給付金額僅為範例，只供解說使用。請參閱中的《保險證明》，以查看準確且完整的福利及允許額列表，以及不承保的治療和服務。請致電Delta Dental of California索取《保險證明》。

^{*}「承保額表」列出了本計劃為每項承保牙科服務給付的金額上限或允許額。本計劃將會給付以下3項中金額最低者：牙科醫生的一般、慣常及合理收費；實際收費；或允許額。承保額與牙科醫生收費之間的任何差額將由病人負擔。

[†]等候期是指在特定牙科服務成為承保福利之前，您及您的承保受撫養人必須持續承保於牙科保險計劃的時間。有些承保牙科服務有等候期。請參閱《保險證明》的承保額表有關需要等候期的特定牙科服務。

1. *Kaiser Permanente改善了患有高血壓之黑人／非裔美國人會員的血壓控制，提升了西語裔／拉丁裔會員的結腸直腸癌篩檢率，並且改善了患有糖尿病之會員的血糖控制。自我報告的人種和族裔資料由KP HealthConnect記錄，而HEDIS®衡量指標在跨區域的CORE Datamart會進行每季更新。2. 適用且可用時。如果您到外州旅行，由於州法律可能禁止醫生跨州提供醫護服務，因此可能無法進行電話問診和視訊就診。法律因州而異。3. 高免賠額保健計劃可能需為電話問診及視訊就診支付共付額或共保額。4. 適用於大多數處方藥訂購；可能須支付額外費用。如欲瞭解詳情，請與藥房聯絡。5. 可能有提供當日 and 隔日處方藥寄送服務，但需額外收費。您的醫療保險計劃福利並不承保這些服務，並且有可能基於特定處方藥、藥房及區域有所限制。訂購截止時間及送達天數可能會隨藥房地點而異。Kaiser Permanente對於郵遞員的寄送延誤概不負責。Kaiser Permanente有權隨時停止當日 and 次日處方藥遞送服務，恕不另行通知，且可能會有其他限制。Medi-Cal和Medicaid受益人應向其藥房詢問有關處方的更多資訊。6. 上述服務是當您在Kaiser Permanente設施接受醫護服務時才適用。要使用Kaiser Permanente應用程式，您必須是在kp.org（英文）註冊的Kaiser Permanente會員。7. Kaiser Permanente 2021 HEDIS®評分。基準是由全國醫療品質保證委員會 (National Committee for Quality Assurance, NCQA) Quality Compass®提供並代表所有業務範圍。Kaiser Permanente的綜合區域評分是由Kaiser Permanente醫療護理與服務品質部提供。本刊物中的資料來源是出自Quality Compass 2021，且是經由NCQA許可使用。Quality Compass 2021包含某些CAHPS資料。根據這些資料所進行的任何資料顯示、分析、解讀或結論純屬作者本人意見，NCQA明確表示對任何此等資料顯示、分析、解讀或結論概不負責。Quality Compass®和HEDIS®是NCQA的註冊商標。CAHPS®是Agency for Healthcare Research and Quality（保健研究及品質管理署）的註冊商標。8. 這些服務可能不屬於您保健計劃福利的承保範圍，也不受《承保範圍說明書》或其他計劃文件中所規定的條款約束。不屬於保健計劃理賠福利的服務可能隨時終止，恕不另行通知。9. Kaiser Permanente Telehealth Insights Dashboard。10. 如需可用HSA支付的服務完整列表，請見[irs.gov](https://www.irs.gov)上的「Publication 502, Medical and Dental Expenses」（第502號刊物醫療及牙科費用）。

反歧視聲明

歧視是違反法律的行為。Kaiser Permanente遵守州政府與聯邦政府的民權法。

Kaiser Permanente不因年齡、人種、族群認同、膚色、原國籍、文化背景、祖籍、宗教、生理性別、社會性別、性認同、性表現、性取向、婚姻狀況、身體或精神殘障、病況、付款來源、遺傳資訊、公民身份、母語或移民身份而非法歧視、排斥或差別對待任何人。

Kaiser Permanente提供下列服務：

- 為殘障人士提供免費協助與服務以幫助其更好地與我們溝通，例如：
 - ◆ 合格手語翻譯員
 - ◆ 其他格式的書面資訊（盲文版、大字版、語音版、通用電子格式及其他格式）
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ◆ 合格口譯員
 - ◆ 其他語言的書面資訊

如果您需要上述服務，請打電話**1-800-464-4000 (TTY 711)** 給會員服務聯絡中心，每週7天，每天24小時（節假日除外）。如果您有聽力或語言困難，請打電話**711**。

若您提出要求，我們可為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音卡帶或電子格式。如要得到上述一種替代格式或其他格式的版本，請打電話給會員服務聯絡中心並索取您需要的格式。

如何向Kaiser Permanente投訴

如果您認為我們未能提供上述服務或有其他形式的非法歧視行為，您可向Kaiser Permanente提出歧視投訴。請參閱您的《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*) 或《保險證明》(*Certificate of Insurance*) 瞭解詳情。您也可以向會員服務部代表諮詢適用於您的選項。如果您在投訴時需要協助，請打電話給會員服務部。

您可透過下列方式投訴歧視：

- **電話：**打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 聯絡會員服務部，每週7天，每天24小時（節假日除外）
- **郵寄：**打電話**1 800-464-4000 (TTY 711)** 與我們聯絡，要求將投訴表寄給您
- **親自提出：**在保險計劃下屬設施的會員服務辦公室填寫投訴或索賠／申請表（請在 kp.org/facilities 網站的保健業者名錄上查詢地址）
- **線上：**使用 kp.org 網站上的線上表格

您也可直接與Kaiser Permanente民權事務協調員聯絡，地址如下：

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

如何向加州保健服務部民權辦公室投訴（僅限Medi-Cal受益人）

您也可透過書面方式、電話或電子郵件向加州保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **電話：**打電話**916-440-7370 (TTY 711)** 聯絡保健服務部 (DHCS) 民權辦公室
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx取得投訴表

- **線上：**發送電子郵件至CivilRights@dhcs.ca.gov

如何向美國健康與民眾服務部民權辦公室投訴

您可向美國健康與民眾服務部民權辦公室提出歧視投訴。您可透過書面、電話或線上提出投訴：

- **電話：**打電話**1-800-368-1019 (TTY 711或1-800-537-7697)**
- **郵寄：**填寫投訴表或寄信至：

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

您可在網站上取得投訴表：

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>取得投訴表

- **線上：**訪問民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

Nondiscrimination Notice

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) does not discriminate based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Language assistance services are available from our Member Services Contact Center 24 hours a day, seven days a week (except closed holidays). We can provide no cost aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters and written information in other formats; large print, audio, and accessible electronic formats. We also provide no cost language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages. To request these services, please call **1-800-464-4000** (TTY users call **711**).

If you believe that KPIC failed to provide these services or there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability you can file a complaint by phone or mail with the KPIC Civil Rights Coordinator. If you need help filing a grievance, the KPIC Civil Rights Coordinator is able to help you.

**KPIC Civil Rights Coordinator
Grievance 1557
5855 Copley Drive, Suite 250
San Diego, CA 92111
1-888-251-7052**

You may also contact the California Department of Insurance regarding your complaint.

**By Phone:
California Department of Insurance
1-800-927-HELP
(1-800-927-4357)
TDD: 1-800-482-4TDD
(1-800-482-4833)**

**By Mail:
California Department of Insurance
Consumer Communications Bureau
300 S. Spring Street
Los Angeles, CA 90013**

**Electronically:
www.insurance.ca.gov**

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex. You can file the complaint electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



KAISER PERMANENTE®

Kaiser Permanente Insurance Company Notice of Language Assistance

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Servicios en otros idiomas sin ningún costo. Puede conseguir un intérprete. Puede conseguir que le lean los documentos y que algunos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-464-4000. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguro de CA al 1-800-927-4357. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Spanish

免費語言服務。 您可使用口譯員。您可請人將文件唸給您聽，且您可請我們將您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電列於會員卡上的電話號碼或致電1-800-464-4000與我們聯絡。如需進一步協助，請致電1-800-927-4357與加州保險局聯絡。聽障及語障電話專線使用者請致電711。Chinese

No Cost Language Services. You can get an interpreter and get documents read to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-464-4000. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

Doo bááhlínígóó há ata' hane. Ata' halne'í há shónáot'eeh dóó naaltsoos t'áa hazaad bee bik'i' ashchíigo hach'i' yídóoltah biniyé hach'i' anál'íih tēh. Shíká i'doolwoł nínizingo nihich'i' hodiílnih koji' 1-800-464-4000 éi bee nééhózin biniyé neiyítánígíi bikáá'. Áká e'élyeed jinizingo CA Dept. of Insurance bich'i' hojilnih kwe'é 1-800-927-4357. TTY chojool'íigo éi íáá bił azhdilchi'. Navajo

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và được người đọc giấy tờ, tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, xin gọi cho chúng tôi ở số điện thoại ghi trên thẻ ID hội viên hoặc số 1-800-464-4000. Để được giúp đỡ thêm, xin gọi Bộ Bảo hiểm CA ở số 1-800-927-4357. Người sử dụng TTY gọi số 711. Vietnamese

무료 언어 서비스. 한국어 통역 서비스 및 한국어로 서류를 낭독해 드리는 서비스를 제공하고 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와 있는 전화번호 또는 1-800-464-4000번으로 문의하십시오. 보다 자세한 사항은 캘리포니아 주 보험국, 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하십시오. TTY 사용자 번호 711. Korean

Mga Libreng Serbisyo kaugnay sa Wika. Maaari kayong kumuha ng tagasalin-wika at hingin na basahin sa inyo ang mga dokumento sa sarili ninyong wika. Para humingi ng tulong, tawagan kami sa numerong nakasulat sa inyong ID card o sa 1-800-464-4000. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tagalog

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք օգտվել բանավոր թարգմանչի ծառայություններից և խնդրել, որ փաստաթղթերը Ձեր լեզվով կարդան Ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ՝ Ձեր ID քարտի վրա նշված կամ 1-800-464-4000 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի ապահովագրության դեպարտամենտ՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

Бесплатные переводческие услуги. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который переведет вам документы на ваш язык. Если вам нужна помощь, позвоните нам по номеру телефону, указанному в вашей идентификационной карточке или 1-800-464-4000. За дополнительной помощью обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Пользователи TTY, звоните по номеру 711. Russian

無料の言語サービス。通訳に日本語で書類を読んでもらうことができます。通訳サービスが必要な際は、ID カードに記載の番号、または1-800-464-4000 にお電話ください。さらにヘルプが必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 (1-800-927-4357) にお電話ください。TTY ユーザーの方は、711 をご使用ください。Japanese

خدمات زبان به صورت رایگان. می توانید از خدمات مترجم شفاهی بهره مند شوید و ترتیب خواندن متن ها برای شما به زبان خودتان را بدهید. برای دریافت کمک و راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما قید شده یا شماره 1-800-464-4000 تماس حاصل نمایید. برای دریافت کمک و راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 711 تماس حاصل نمایند. Farsi

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-800-464-4000 'ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ CA ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ និងឲ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សំរាប់ជំនួយសូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬ 1-800-464-4000។ សំរាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រង រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1 800-927-4357។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។ Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-464-4000. للحصول على مزيد من المعلومات اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على 711. Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Raug Nqi Dab Tsi. Koj muaj tau ib tug neeg txhais lus thiab hais tau kom nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus rau koj. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj ID los yog 1-800-464-4000. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA Tuam Tsev Tswj Kev Pov Hwm ntawm 1 800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

मुफ्त भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और आपको दस्तावेज़ आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नम्बर या 1-800-464-4000 पर हमें फोन करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफ़ोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ इन्शुरन्स को 1-800-927-4357। TTY प्रयोक्ता 711 पर फोन करें। Hindi

บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ คุณสามารถขอรับบริการล่ามแปลภาษาและขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหาเราตามหมายเลขที่ระบุอยู่บนบัตร ID ของคุณหรือหมายเลข 1-800-464-4000 หากต้องการความช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติม โปรดโทรติดต่อฝ่ายประกันโรคมะเร็งที่หมายเลข 1 800-927-4357 ผู้ใช้ TTY โปรดโทรไปที่หมายเลข 711. Thai

註記

讓我們協助您追求健康人生

參加適合的保健計劃是可以讓您高枕無憂的關鍵。取得優質的醫護服務同樣重要。入保Kaiser Permanente，讓您兩者兼得。

想要瞭解詳情？

今天立即向入保專員諮詢有關專科護理、額外福利等資訊。致電**1-800-494-5314**（聽障及語障電話專線**711**）。

請瀏覽kp.org/myhealthyplace（英文）以瞭解我們如何在您人生當中的各個階段改善您的醫護服務體驗。

在籍會員如有疑問，可致電會員服務聯絡中心，服務時間為每週7天，每天24小時（假日休息）。

- **1-800-464-4000**（英語及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）
- **711**（聽障及語障電話專線）



在加州，KFHP計劃由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 提供及承銷，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612