

---

## 披露表第二部分

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

## 您的承保範圍概要

適用於大型團體的Kaiser Permanente POS計劃

## 前言

本《披露表第二部分》概述了Kaiser Permanente Health Plan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。如果您需要一份《披露表第一部分》的複本，請向您的團體索取。

這些文件僅為您保健計劃承保範圍的概要，並且未說明您的Kaiser Permanente Insurance Company (“KPIC”) 承保範圍。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) 以及KPIC *Certificate of Insurance* (保險證明) 和*Schedule of Coverage* (保險費用表)。您有權在入保前先檢閱EOC及KPIC *Certificate of Insurance*和*Schedule of Coverage*。如欲索取複本，請聯絡您的團體。

請閱讀以下資訊，以瞭解您可經由哪些人士或保健業者團體取得健康護理。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兩個保健計劃地區（北加州或南加州地區）的其中一個地區，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》中的承保範圍資訊適用於您在您居住地區的服務區取得醫護服務的情況。請參閱「定義」一節中的「居住地區」部分，以瞭解您服務區所涵蓋的地理區域。

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
- 服務由計劃醫生提供、開處方、授權或指示且您是從您服務區內的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、在服務區外取得的承保服務、安寧護理、急診服務和急診護理、病情穩定後護理、區域外緊急醫護及急診救護車服務

此外，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：糖尿病檢測用品）。

請參閱《您的福利（披露表第一部分）》以查看Health Plan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**1-800-788-0710**（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。

某些大寫的術語在本《披露表》中具有特殊涵義，詳如本手冊最後的「定義」一節所述。

註：州法律規定披露表文件必須包含下列聲明：「有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。您應在入保前取得更多資訊。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**1-800-788-0710**（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。

## 關於大型團體的Kaiser Permanente自選服務點 (POS) 計劃

Kaiser Permanente自選服務點 (Point-of-Service, POS) 計劃保險讓您可以在每次尋求醫護服務時選擇Health Plan的保險或由Kaiser Permanente Insurance Company (“KPIC”) 所另外提供的保險：

- Health Plan承保在計劃設施從計劃保健業者處所取得的服務，詳如本EOC中所述（POS計劃的健康維護組織 [Health Maintenance Organization, HMO] 層級）
- KPIC承保從合約保健業者或任何其他持照保健業者處所取得的服務，詳如KPIC *Certificate of Insurance*和*Schedule of Coverage*中所述（POS計劃的合約保健業者和非合約保健業者層級）。如欲取得這些文件的複本，請與您的團體聯絡或致電**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與我們聯絡，服務時間為週一至週五上午7:00至晚上7:00。

Health Plan的福利及成本分擔與KPIC保險不同。某些服務可能屬於上列其中一種保健選項的承保範圍，但不屬於另一種保健選項的承保範圍。如果某項服務同時屬於兩種保健選項的承保範圍，則您在每次尋求醫護服務時皆必須選擇您要使用哪一個保險。Health Plan及KPIC對您根據本EOC或KPIC *Certificate of Insurance*和*Schedule of Coverage*規定接受醫護服務的決定概不負責。如欲進一步瞭解有關POS計劃運作方式的資訊，請瀏覽[kp.org/kpic/pos](http://kp.org/kpic/pos)（英文）或致電**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與我們聯絡，服務時間為週一至週五上午7:00至晚上7:00。

## 如何取得服務

我們的會員必須在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）取得承保福利，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
- 急診服務和急診護理、病情穩定後護理以及區域外緊急醫護
- 安寧護理
- 在您服務區外取得的承保服務

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**1-800-788-0710**（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

如果您發生急診病症或精神急診病症，請致電**911**（在有提供此服務的地點）或前往最近的急診部。如果您發生精神健康危機，您也可致電或傳送簡訊至**988**以轉接受過訓練的危機輔導師。您無需為急診服務和急診護理取得事前授權。當您發生急診病症或精神急診病症時，我們會承保您從全球各地計劃保健業者或非計劃保健業者處所獲得的急診服務和急診護理。

計劃醫院的急診部每週七天，每天24小時均提供急診服務和急診護理。

如果您從非計劃保健業者處獲得急診服務和急診護理、病情穩定後護理或區域外緊急醫護，您不必負擔超過您承保急診服務和急診護理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，則您可能需支付服務費用，然後再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「如何取得服務」一節中「急診服務」之下的「病情穩定後護理」部分以瞭解詳情）：

- 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批准）。
- 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，其符合急診服務和急診護理的資格（您的主治醫生考量您的病情，確定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律提供同意書）。

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和急診護理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

### 在您服務區內

如果您認為您可能需要緊急醫護，請致電計劃設施相關的約診或諮詢護士電話號碼。

### 區域外緊急醫護

如果您因意外疾病、意外傷害或既有病症（包括懷孕）的意外併發症而需要緊急醫護，為避免您（或您腹中胎兒）的健康嚴重惡化，我們會承保由非計劃保健業者所提供且具有醫療必要性的服務，前提是下列所有情況均屬實：

- 您在暫時位於服務區外的期間，接受非計劃保健業者提供的服務
- 您合理認為，如果您延遲到返回您的服務區後再接受治療，您（或腹中胎兒）的健康會嚴重惡化

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後，我們就不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會員卡上均載有醫療記錄號碼。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，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。您的醫療記錄號碼永遠不會改變。如果我們誤發不止一個醫療記錄號碼給您，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》(Your Guidebook to Kaiser Permanente Services) (《您的服務指南》[Your Guidebook])

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，包括急診服務和急診護理、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**1-800-788-0710** (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
- 《您的服務指南》中所列的計劃醫院急診部提供急診服務和急診護理 (請參閱《您的服務指南》或[kp.org](http://kp.org) [英文] 網站上的設施名錄以查詢您所在地區的急診部地點)
- 許多地點均會提供當日-緊急醫護約診 (請參閱《您的服務指南》或[kp.org](http://kp.org) [英文] 網站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《您的服務指南》或[kp.org](http://kp.org) [英文] 網站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》(《您的服務指南》) 及我們的網站[kp.org](http://kp.org) (英文)。《您的服務指南》會說明您所在地區內每個計劃設施提供的承保服務類型，因為某些設施僅提供特定類型的承保服務。《您的服務指南》也會說明如何使用我們的服務及如何約診、列出營業時間，並包含約診及諮詢的詳細電話名錄。《您的服務指南》還提供其他重要資訊，例如預防保健準則以及您的會員權利與責任。《您的服務指南》中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**1-800-788-0710** (聽障及語障電話專線使用者請致電**711**) 向會員服務部索取，服務時間為週一至週五上午7:00至晚上7:00。

## 您的個人計劃醫生

個人計劃醫生在協調醫療護理 (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**1-800-788-0710** (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) 網站找到計劃醫生名錄。

## 取得轉診

### 轉診至計劃保健業者

計劃醫生必須先為您轉診，您才能取得專科醫生 (例如外科、骨科、心臟科、腫瘤科、皮膚科以及物理治療、職業病治療和言語治療的專科醫生) 所提供的醫護服務。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從下列任何計劃保健業者處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

披露表

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
POS第2部分 – 1709821854

第4頁

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）。

雖然從上述保健業者獲得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：

- 保健業者可能必須根據本「取得轉診」一節中的「適用於某些轉診的專業醫療服務集團授權程序」取得某些服務的事前授權
- 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批准服務）：

- 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取得該醫護服務。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版複本。請參閱EOC中「如何取得服務」一節中「急診服務」之下的「病情穩定後護理」部分，以瞭解適用於非計劃保健業者所提供之病情穩定後護理的授權書規定。

只有持照醫生或其他適當的持照醫療專業人員可以針對授權要求做決定。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**1-800-788-0710**（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幫助您安排透過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 (California Department of Managed Health Care, DMHC) 制定了以下的約診標準。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性服務。計劃保健業者可根據您的需求建議特定的預防性服務時間表。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

當您來電或接受承保服務時如需口譯服務，請告訴我們。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：

**您有權在有需要時取得及時且地理位置便利的精神健康／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。**

如果您並非急需這些服務，您的保健計劃必須在您向保健計劃要求服務之日起的**10**個工作日內為您提供約診。如果您急需這些服務，您的保健計劃必須在您提出要求起的**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及地理位置便利標準範圍內安排您接受服務，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，或在取得服務時遇到困難，您可以：**1) 致電您保健計劃會員卡背面所列的電話號碼與保健計劃聯絡；2) 致電1-888-466-2219與加州保健計劃管理局的協助中心聯絡；或 3) 透過其網站<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**1-800-788-0710**（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中所列的成本分攤額。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攤額收到帳單。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會在計劃設施或我們授權您接受醫護服務的簽約設施提供承保服務。對於您在計劃設施或我們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。然而，如果保健業者不同意向我們請款，則您可能需支付服務費用，然後再提出索賠以獲得補償。如需有關如何提出索賠的資訊，請參閱「服務後索賠及上訴」一節。

如果您對您在就診或診療期間預期接受或您保健業者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](http://kp.org)（英文）以使用我們的費用估算工具，或致電會員服務部。

- 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

- 如需估算其他所有成本分擔，請於週一至週五上午7:00至晚上7:00致電**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）。

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）》中。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，在累計期限的剩餘時間內，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**

如果您的承保範圍包含藥物免賠額，《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，在累計期限內，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**EOC**中的「門診藥房服務」一節，以瞭解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，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，直到您達到各累計期限的計劃免賠額為止。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）》列出不同的累計期限。

當特定服務的共付額或共保額需受到計劃免賠額的約束時，您必須為這些服務支付費用，直到您達到免賠額為止。請參閱**EOC**以取得更多資訊，瞭解哪些服務需支付計劃免賠額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**EOC**以瞭解有關計劃免賠額的更多資訊。

## **計劃自付上限**

計劃自付上限是指您在累計期限內，需為同一累計期限內所接受的承保服務支付的成本分擔總金額。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。累計期限是按日曆年度計算，除非《您的福利（披露表第一部分）》列出不同的累計期限。請參閱**EOC**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 [kp.org](http://kp.org)（英文）網站上的線上自付費用總結工具或致電與會員服務部聯絡。在您的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。

除非您已選擇以電子方式收到通知，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所簽訂的合約，您無需為我們所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的合約在您仍在接受該保健業者的醫護服務期間終止，我們將仍會繼續承擔您從該保健業者接受承保服務的財務責任，直到我們安排由其他計劃保健業者提供服務並通知您這些安排為止。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。

## 針對非計劃保健業者提供的服務獲得補償

如果您從非計劃保健業者處取得急診服務和急診護理、病情穩定後護理或區域外緊急醫護，或者您接受急診救護車服務，您無需負擔超過您成本分擔的任何金額。我們會將任何適用的成本分擔從我們支付給您或非計劃保健業者的款項中扣除。然而，如果保健業者不同意向我們請款，則您可能需支付服務費用，然後再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 **1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電 **711**）或
  - ◆ 瀏覽網站 [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將很樂意協助您
- 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
- 如欲要求向非計劃保健業者支付服務費用，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要求的所有文件。如果您之後收到非計劃保健業者針對承保服務所寄送的任何帳單，而帳單金額超出您的成本分擔額，請致電會員服務部免費電話 **1-800-390-3510** 尋求協助

- 您必須填妥我們為了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、轉讓書以及您可能有的權獲得之任何其他福利的索賠申請資訊）並寄回給我們。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
- 您因任何原因而失去由KPIC管理的KPIC保險，本《披露表》中所述的Health Plan保險將在同一日期終止
- 您不再符合團體保險的資格
- 您蓄意犯下與會員資格、Health Plan或計劃保健業者有關的詐欺行為（如果您蓄意犯下詐欺行為），則我們可向投保人寄送書面通知，以終止您的會員資格；終止將於通知寄出日期起的30天生效。若我們因故終止您的會員資格，日後您將不得再入保Health Plan。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人的保費（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

在您原本喪失入保資格後，若依法律規定符合資格，您可能可以根據COBRA或Cal-COBRA繼續享有團體保險一段有限時間。請參閱EOC以瞭解詳情。

如果您在任何時間有權延續團體保險（如Cal-COBRA），在拒絕該保險之前，請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，則您可能可在原本喪失入保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

如果您想在您的團體保險終止時繼續保留Health Plan的會員身分，您可以入保我們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所提供之計劃的資訊，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** **1-800-788-0710**（英文及150種以上語言的口譯服務）

**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**

服務時間為週一至週五上午7:00至晚上7:00

**造訪** 計劃設施的會員服務辦事處（請參閱《您的服務指南》或[kp.org](http://kp.org) [英文] 網站上的設施名錄以查詢地址）

**寫信至** 計劃設施的會員服務辦事處（請參閱《您的服務指南》或[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)

## 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**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）幫助您解決未解決的問題。他們也可幫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）以電子形式提交申訴。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、修改或延遲服務或服務付款，並且您認為 (1) 我們是因為判定服務不具有醫療必要性而拒保；或 (2) 針對會危及生命或會使人嚴重虛弱的病症，要求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

解決而需要幫助，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人士電傳專線 **(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、其繼承人或相關當事方（一方）與 Health Plan、其保健業者或其他相關當事方（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。雙方放棄要求陪審團或法庭審判的所有權利，並需承擔與具約束力的仲裁有關的某些費用。

以上為爭議解決選項的簡短概要。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。

如果服務不屬於您Health Plan保險的承保範圍，請檢閱您的**KPIC Schedule of Coverage**及**Certificate of Insurance**，以判斷該服務是否屬於KPIC的承保範圍。如果該服務屬於承保範圍，您可透過您的KPIC保險取得該服務。

### 針灸服務

本計劃不承保針灸服務，除非是**EOC**「福利」一節中的「診所就診」部分所述或是法律要求必須承保，或除非您享有**EOC**修訂條款中所述的補充針灸服務保險。

### 脊柱神經治療服務

本計劃不承保脊柱神經治療服務，除非是法律要求必須承保，或除非您享有**EOC**修訂條款中所述的補充脊柱神經治療服務保險。

### 臨床試驗

本計劃不承保臨床試驗，除非是**EOC**「福利」一節中「與臨床試驗相關的服務」部分所述且獲得批准的臨床試驗，或是法律要求必須承保的臨床試驗。

獲得批准之臨床試驗的承保範圍不包括下列項目：

- 研究藥物、用品或服務本身
- 僅為了滿足資料蒐集與分析需求而提供但未直接用於會員臨床管理的藥物、用品、裝置及服務

披露表

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
POS第2部分 – 1709821854

第12頁

- **EOC**中具體排除在承保範圍外的藥物、用品、裝置及服務，但根據州法律和聯邦法律必須承保的藥物、用品、裝置及服務除外
- 通常由研究贊助者免費提供給臨床試驗參與者的藥物、用品、裝置及服務

本不受保項目不會限制、禁止或修改會員依**EOC**本「不受保項目」一節中「實驗性服務或研究性服務」部分所述，申請實驗性服務或研究性服務獨立審查流程的權利，亦不會限制、禁止或修改會員依**EOC**「爭議解決」一節中「獨立醫療審查 (IMR)」部分所述，向加州保健計劃管理局 (DMHC) 申請獨立醫療審查 (Independent Medical Review, IMR) 的權利。

### 美容服務

本計劃不承保為了延緩或逆轉老化作用，或為了改善外觀而非改善功能而改變或重塑身體正常構造的美容服務、用品或手術，除非是法律要求必須承保。

本計劃不承保為了促進、預防或以其他方式治療掉髮或生髮的任何服務、用品或手術，除非是法律要求必須承保。

本美容服務不受保項目不適用於下列項目：

- 針對美容手術所引起之併發症（如感染或出血）提供且具有醫療必要性的治療，詳如**EOC**「福利」一節所述
- **EOC**「福利」一節中「重建手術」部分所述的重建手術
- 針對性別不安，按**EOC**「福利」一節中「重建手術」部分所述進行的主要與次要性徵重建手術，目的是為了改善功能或在可行範圍內塑造符合會員性別認同的正常外觀，且遵守重建手術專科醫生所採行的醫護標準，同時該醫生有能力評估要求之醫護服務所涉及的具體臨床問題
- 在屬於承保範圍的重建手術過程中植入的睪丸植入物、全乳房切除術或部分乳房切除術後所需的義乳，以及用於取代所有或部分臉部外部部位所需的假體，詳如**EOC**「福利」一節中的「假體及矯形裝置」部分所述

### 監督護理或居家護理

本計劃不承保監督護理，此類護理是指協助從事日常生活活動，其中包括但不限於：協助行走、上下床、洗澡、更衣、準備並餵食特殊飲食，以及監督原本應由病人自行服用的藥物，除非是法律要求必須承保。

此不受保項目不適用於下列項目：

- 需由受過訓練的醫療或健康專業人員定期提供服務，或通常由其提供的日常生活活動協助（請參閱**EOC**「福利」一節中的「安寧護理」、「居家健康護理」、「專業護理院護理」、「醫院住院病人服務」、「精神健康服務」及「藥物濫用障礙治療」部分）
- 在提供屬於承保範圍之安寧護理、居家健康護理、專業護理院護理或醫院住院病人護理的過程所提供的日常生活活動協助（請參閱**EOC**「福利」一節中的「安寧護理」、「居家健康護理」、「專業護理院護理」、「醫院住院病人服務」、「精神健康服務」及「藥物濫用障礙治療」部分）
- 於保健設施內所提供的監督護理（請參閱**EOC**「福利」一節中的「安寧護理」、「專業護理院護理」、「醫院住院病人服務」、「精神健康服務」及「藥物濫用障礙治療」部分）

### 牙科服務

本計劃不承保牙科服務或用品，除非是**EOC**「福利」一節中的「牙科與牙齒矯正服務」和「牙齒受傷」部分所述，或是法律要求必須承保。

### 飲食或營養補充劑

本計劃不承保飲食或營養補充劑，除非是法律要求必須承保。

## 一次性居家用品

本計劃不承保一次性居家用品，例如繃帶、紗布、膠布、抗菌劑、敷料、尿布及失禁用品，除非是EOC「福利」一節中的「居家用耐用醫療器材 (DME)」、「居家健康護理」、「安寧護理」、「造口術與泌尿用品」及「門診藥房服務」部分所述，或是法律要求必須承保。

## 實驗性服務或研究性服務

本計劃不承保實驗性服務或研究性服務，除非是以下所述，或是法律要求必須承保。

「實驗性服務」是指仍處於測試階段、正在進行實驗室和／或動物研究，而尚未進入人體測試的藥物、器材、診療或服務。實驗性服務尚未進行臨床研究。

「研究性服務」是指已完成實驗室和／或動物研究，目前正在進行人體研究的藥物、器材、診療或服務，且需同時符合以下所有條件：

- 測試尚未完成
- 該服務對人類受試者的療效和安全性尚未確立
- 該服務尚未被廣泛使用

在判斷某項服務是屬於實驗性服務還是研究性服務時，會依據以下標準：

- 參考相關聯邦法規，例如《聯邦法規彙編》第42篇第四章（健康護理資助管理局）及《聯邦法規彙編》第21篇第一章（食品及藥物管理署）中所包含的規定
- 諮詢該特定服務相關領域的保健業者組織、學術與專業專家
- 參考最新的醫學文獻

然而，如果保健計劃以您所要求的服務屬於實驗性服務或研究性服務為由而拒絕或延遲提供保險，而且您符合下述所有資格，則保健計劃必須提供外部獨立審查。

## 資格

- 您必須患有會危及生命或會使人身體嚴重衰弱的病症
- 您的保健業者必須向保健計劃證明，您患有會危及生命或會使人身體嚴重衰弱的病症，且使用標準治療無法有效改善您的病症，或在其他方面不具有醫療適當性，或者保健計劃未承保任何更具有效益的標準治療
- 符合以下其中一項條件：**(a)** 與保健計劃簽約或受雇於保健計劃的保健業者已建議某種藥物、裝置、診療或其他治療，且保健業者以書面方式證明，該治療對您來說可能比現有的任何標準治療更有效益；或**(b)** 您或您的保健業者（持有執照、經美國醫學專業委員會檢定或具備美國醫學專業委員會檢定資格，且在適合治療您病症的領域具備執業資格的醫生）已要求某種治療，且根據兩份獲得認可的醫學與科學證據文件顯示，該治療對您來說可能比現有的任何標準治療更有效益
- 保健計劃拒絕針對建議或要求的服務為您提供保險
- 若不是因為保健計劃判定該建議或要求的服務屬於實驗性服務或研究性服務，該服務本應屬於承保範圍

## 外部獨立審查流程

如果保健計劃拒絕針對建議或要求的治療提供保險，且您符合所有資格，則保健計劃必須在作出決定後的五個工作日內通知您，並告知您有機會要求針對保健計劃的決定進行外部審查。如果您的保健業者判定，若不立即開始進行提議的服務將會顯著降低療效，您可要求進行加急審查，外部審查小組的專家將在您提出要求後的七天內作出決定。如果外部審查小組建議保健計劃承保該建議或要求的服務，則該服務的保險將需遵守通常適用於您有權享有之其他福利的條款與條件。

## **DMHC的獨立醫療審查 (IMR)**

本不受保項目不會限制、禁止或修改會員依EOC「爭議解決」一節中所述，向DMHC申請IMR的權利。在某些情況下，您無需先參與保健計劃的申訴或上訴流程，即可針對實驗性服務或研究性服務的拒絕決定要求進行IMR。在此類情況下，您可以立即與DMHC聯絡，按照EOC「爭議解決」一節中所述的規定，要求針對該拒絕決定進行IMR。

## **助聽器**

本計劃不承保助聽器，除非是EOC「福利」一節中的「聽力服務」部分所述，或是法律要求必須承保。

## **非持照或未經認證的保健業者**

本計劃不承保由非持照或未經認證的保健業者所提供的治療或服務，除非是EOC「福利」一節中「生殖健康服務」部分所述的陪產員服務，或是法律要求必須承保。

此不受保項目也不適用於根據適用州法律規定於保健業者執照或認證的執業範圍內，由保健業者提供或執行，或者在其指導下提供或執行且具有醫療必要性的精神健康或藥物濫用障礙治療。

## **個人用品或舒適用品**

本計劃不承保個人或舒適用品，例如網際網路、電話、個人衛生用品、送餐服務或幫助進行個人護理的服務，除非是法律要求必須承保。

## **處方藥／門診處方藥**

本計劃不承保以下處方藥，除非是EOC「福利」一節中「門診藥房服務」或「預防性服務」部分所述，或是法律要求必須承保：

- 為了美容服務而開處方的藥物。在本不受保項目中，美容是指僅為了改變或影響身體正常構造以達到改善外觀而非改善功能之目的所開處方的藥物
- 僅為了治療掉髮、性功能障礙、提升運動表現、美容目的、抗老美容目的及提升心智表現而開處方的藥物。本不受保項目不適用於用於提升心智表現的藥物，但前提是這些藥物是為了治療已確診的精神疾病或會影響記憶力之病況而具有醫療必要性的藥物，其中包括但不限於治療失智症或阿茲海默症相關病症或症狀的藥物
- 僅為了減重目的而開處方的藥物，但治療第三級或嚴重肥胖之具有醫療必要性的藥物不在此限。我們可能會要求獲得第三級或嚴重肥胖用處方藥的會員在獲得處方藥之前或期間，參加屬於承保範圍的綜合減重計劃一段合理的時間
- 僅為了縮短普通感冒的病程而開處方的藥物
- 沒有處方即可購買或已有非處方等效商品（與該處方藥具有相同的活性成分、單位含量及劑型）的處方藥。此不受保項目不適用於下列任何項目：
  - ◆ 胰島素
  - ◆ 屬於預防性服務承保範圍的非處方藥，例如獲得食品及藥物管理署 (Food and Drug Administration, FDA) 批准的非處方避孕藥
  - ◆ 用於逆轉鴉片類藥物用藥過量的非處方藥
  - ◆ 當某一類處方藥中有一項藥物成為非處方藥時，該整類處方藥
- 補發遺失或遭竊的藥物
- 由非合約保健業者為不屬於承保範圍的診療而開處方且未獲得保健計劃或計劃保健業者授權的藥物，但在急診服務和急診護理情況下必須承保的藥物則不在此限

## 私人看護

本計劃不承保住家、醫院或長期護理設施的私人看護，除非法律要求必須承保。

## 自願性絕育復原服務

本計劃不承保自願性絕育復原服務，除非是「福利」一節所述具有醫療必要性之醫療併發症的治療，或是法律要求必須承保。

## 例行身體檢查

本計劃不承保僅為以下目的而進行的身體檢查：旅行、保險、執照、就業、學校、營隊、法院命令的檢查或其他非預防性目的，除非是法律要求必須承保。

## 代孕服務

本計劃不承保為非EOC代孕承保對象所提供的檢測、服務或用品，除非是法律要求必須承保。

## 治療

本計劃不承保以下物理治療及職業病治療，除非是EOC「福利」一節中「復健與適應訓練服務」部分所述，或是法律要求必須承保：

- 按摩治療，除非其是治療計劃的一部分
- 用於治療學習障礙或行為問題的訓練或治療
- 社交技能訓練或治療
- 職業、教育、休閒、藝術、舞蹈、音樂或閱讀治療

## 交通與住宿

本計劃不承保交通運輸、里程、住宿、餐飲及其他與會員相關的行程費用，除非是EOC「福利」一節中「救護車服務」部分所述的持照救護車或精神科交通運輸服務，或除非是「如何取得服務」一節中「適用於某些服務的交通與住宿」部分所述。

## 視力保健

本計劃不承保視力服務，除非是EOC「福利」一節中「成人會員視力服務」和「兒童會員視力服務」部分所述，或是法律要求必須承保。

## 體重控制計劃與運動計劃

- 本計劃不承保體重控制計劃與運動計劃，除非是EOC「福利」一節中「健康教育」部分所述，或是法律要求必須承保。

## 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或精神急診病症，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

我們期待歡迎您成為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**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）與會員服務部聯絡，或者您可參閱EOC以瞭解有關入保資格要求的詳細資訊。

## 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

如果您目前正在正在接受由非計劃保健業者所提供的服務且屬於下文「入保資格」一節中所列的其中一種情況，同時當您開始接受該服務時，您受保於另一項保健計劃，但您先前的計劃對該保健業者的服務保險已終止，或將在我們提供的保險開始生效時終止，則您可能有資格獲得由該非計劃保健業者所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），如果您因下文「入保資格」一節中所列的其中一種情況而正在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，則您可能有資格獲得由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。我們可能會承保這些服務直到急性病況結束為止

- 嚴重慢性病。我們可能會承保這些服務，直到以下時間為止，以較早者為準：(1) 如果您是新會員，則自您會員資格生效日期起 12 個月；(2) 合約終止之保健業者合約終止日期起12個月；或者 (3) 療程結束後的第二天，且經 Kaiser Permanente 諮詢過會員和非計劃保健業者後判定，將您的醫護服務轉至計劃保健業者處安全無虞，同時符合優良執業規範。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。無法治癒或不可逆的疾病，在一年或更短時間死亡的可能性極高。我們可在疾病持續期間承保這些服務的完成
- 針對未滿3歲的兒童所提供的醫護服務。我們可能會承保這些服務的完成，直到以下時間為止，以較早發生者為準 (1) 若該兒童為新會員，則自該兒童的會員資格生效日期起12個月；(2) 合約終止之保健業者的合約終止日期起12個月；或 (3) 該兒童的三歲生日
- 根據記錄屬於療程之一部分，且保健業者建議並於記錄載明應在您會員資格生效日期起180天內（如果您是會員），或在合約終止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：

- 您在接受服務當日的Health Plan保險具有效力
- 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
- 您因上列其中一種情況而在您會員資格生效日期正從非計劃保健業者處取得服務（如果您是會員），或在合約終止之計劃保健業者的合約終止日期，正從該保健業者處取得服務
- 若是新會員，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及條件，例如與付款有關以及在您的服務區內提供服務的條件（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，則規定保健業者必須同意在您服務區內提供服務的要求不適用）
- 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（或合理可行的情況下盡快）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，或者若要求服務或索取「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批准可供我們會員在您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（包括在查閱醫學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。如欲瞭解您計劃的承付藥物手冊包含哪些藥物，請瀏覽[kp.org/formulary](http://kp.org/formulary)（英文）網站。如果您想索取一份您計劃的承付藥物手冊，請致電與會員服務部聯絡。

註：即使某藥物列於承付藥物手冊中，也不一定表示醫生將會開該藥物的處方來治療特定病況。

承付藥物手冊準則允許您獲得非承付藥物手冊中的處方藥（適用於您病況但未列於我們承付藥物手冊中的藥物），前提是該藥物本應屬於您計劃的承保範圍且為具有醫療必要性的藥物。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。

您可以要求將保密通訊寄送至與您平常地址不同的其他地點，或使用與平常不同的方式寄送。您可填寫保密通訊申請表以要求進行保密通訊，該表格可於[kp.org](http://kp.org)（英文）網站的「Request for confidential communications forms」（保密通訊申請表）部分取得。您針對保密通訊所提出的要求將會持續保持有效，直到您撤銷或提出新的保密通訊要求為止。如果您有疑問，請致電與會員服務部。

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。您可自行決定是否要給予我們授權。

以上僅為我們部分重要私隱保護規定的簡短概要。我們的「保護私隱通知」提供有關我們私隱保護規定以及您受保護健康資訊相關權利的額外資訊，此通知可供索取且會應您的要求提供。如欲索取一份複本，請致電**1-800-788-0710**與會員服務部聯絡。您也可在您當地的計劃設施，或在我們的網站[kp.org](http://kp.org)（英文）上找到此通知。

## **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**。

## 醫源性不孕症的生育力保存服務（自2025年7月1日生效）

當您符合《加州法規彙編》第28篇第1300.74.551節的規定時，您有權接受醫源性不孕症的標準生育力保存服務。「醫源性不孕症」是指因外科手術、化療、放射線治療或其他醫學治療而直接或間接導致的不孕症。如果您的保健計劃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，您需支付的費用將不會超過相同服務在網絡內的成本分擔。

如果您並非急需這些服務，您的保健計劃必須在您向保健計劃要求服務之日起的**10**個工作日（基本護理）內和**15**個工作日（專科醫生護理）內為您提供約診。如果您急需這些服務，您的保健計劃必須在您提出要求後的**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及地理位置便利標準範圍內安排您接受服務，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。如果您入保的是特選醫療服務機構 (**Preferred Provider Organization, PPO**) 保險，且保健計劃可在上述期限及地理位置便利標準範圍內為您安排醫護服務，則若您自願使用網絡外福利，您可能需自行支付網絡外費用。

如果您對如何取得醫源性不孕症標準生育力保存服務有疑問，或在取得服務時遇到困難，您可以：**1)** 致電您保健計劃會員卡上的電話號碼與保健計劃聯絡；**2)** 致電**1-888-466-2219**與加州保健計劃管理局的協助中心聯絡；或**3)** 透過其網站[www.DMHC.ca.gov](http://www.DMHC.ca.gov)與加州保健計劃管理局聯絡，以要求協助取得醫源性不孕症的標準生育力保存服務。

## 定義

**累計期限：**用於累積任何免賠額（如適用）、自付上限及福利限制的一段時期，不超過連續**12**個月。例如，累計期限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）》中列有您累計期限的日期。

**允許額：**可用於抵免某項目之購買價格的特定金額。如果您選擇的項目價格超過允許額，則您將需支付超過允許額的金額（且該款項將不計入任何免賠額或自付上限中）。

**獲得批准的臨床試驗：**是指與癌症或其他會危及生命之疾病或病症的預防、檢測或治療有關的一期、二期、三期或四期臨床試驗，且至少符合下列其中一項條件：

- 研究或調查經下列一個或多個單位批准或資助，其中可能包括以實物捐贈形式資助：
  - ◆ 國家衛生研究院
  - ◆ 美國聯邦疾病控制與預防中心
  - ◆ 保健研究與品質管理局
  - ◆ 聯邦Medicare與Medicaid服務中心
  - ◆ 國家衛生研究院的合作團隊或中心、美國聯邦疾病控制與預防中心、保健研究與品質管理局、聯邦Medicare與Medicaid服務中心、國防部或美國退伍軍人事務部
  - ◆ 國家衛生研究院公布之準則中確認符合研究中心補助金資格的非政府研究實體

- ◆ 以下任一部門，前提是該研究或調查已透過同儕審查制度接受審查並獲批准；且該制度經美國衛生與民眾服務部部長認定，與國家衛生研究院所採用之同儕審查制度相當，並能確保由對審查結果無利害關係之合格人士，依最高科學標準進行公正的審查：

- 美國退伍軍人事務部
- 美國國防部
- 美國能源部

- 該研究或調查是在由美國食品及藥物管理署所審查之研究性新藥物申請下進行
- 該研究或調查屬於一項藥物試驗，且該試驗獲得豁免不必接受美國食品及藥物管理署的研究性新藥物申請審查

**泛自閉症障礙行為健康治療：**專業服務與治療計劃，包括應用行為分析和以實證為基礎的行為介入計劃，旨在可行範圍內盡量培養或恢復泛自閉症障礙患者的正常生活能力（或治療泛自閉症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），且需滿足以下標準：

- 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，如《加州健康與安全法典》第1374.73(c)節所定義

**費用：**「費用」是指下列項目：

- 針對Medical Group或Kaiser Foundation Hospitals提供的服務：費用是指Health Plan的Medical Group和Kaiser Foundation Hospitals費用表中，針對為會員提供服務所收取的費用
- 針對按人數計酬的保健業者（Medical Group或Kaiser Foundation Hospitals除外）提供的服務：費用是指Kaiser Permanente與按人數計酬的保健業者所協商之費用表中的費用
- 針對在Kaiser Permanente擁有與營運之藥房取得的項目：費用是指，如果會員的福利計劃不承保該項目，藥房針對該項目向會員收取的費用（此費用是下列服務的預估費用：取得、保存及發配藥物的費用、直接或間接向會員提供Kaiser Permanente藥房服務的費用，以及藥房計劃針對Health Plan的淨利要求所進行的供款）
- 針對您發生急診病症或精神急診病症時從非計劃保健業者處所取得的空中救護服務：費用是指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處所取得的其他急診服務和急診護理（包括根據聯邦法律規定構成急診服務和急診護理的病情穩定後護理）：費用是指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處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和急診護理的病情穩定後服務）：費用是指(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：費用是指Kaiser Permanente為服務所支付的費用；或者，如果Kaiser Permanente將您的成本分擔從其付款中扣除，則費用是指Kaiser Permanente在不扣除您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）》中。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）》中。如需共付額與共保額的完整清單，請參閱EOC。

**成本分擔：**您必須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，而且您接受的服務須支付計劃免賠額，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，而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。

**承保福利：**您根據團體協議有權獲得，且**EOC**或加州保健計劃法律中所述之具有醫療必要性的服務與用品。

**受撫養人：**根據**EOC**中所述符合受撫養人入保資格要求的會員。

**藥物免賠額：**在我們於累計期限內以適用的共付額或共保額承保某些藥物、用品及補充劑之前，您在該累計期限內根據**EOC**規定必須為這些服務支付的費用。請參閱《您的福利（披露表第一部分）》，以瞭解您的保險是否包含藥物免賠額、需支付藥物免賠額的服務以及藥物免賠額金額。

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

- 使患者的健康陷入嚴重危險
- 嚴重損害身體機能
- 任何身體器官或部位嚴重失能

**急診服務和急診護理：**是指以下任何一項：

- 由醫生及外科醫生進行的醫療篩檢、檢查及評估；或在適用法律允許的範圍內，由其他適當人員在醫生及外科醫生的監督下進行，以判斷是否存在急診病症或臨產情況。若確實存在，則在該人員執照範圍內並在設施能力範圍內，提供必要的醫療護理、治療及外科手術，以緩解或消除該急診病症
- 由醫生進行的額外篩檢、檢查及評估；或在適用法律允許的範圍內，由其他人員於其執照與臨床職權範圍內進行，以判斷是否存在精神急診病症。若確實存在，則在設施能力範圍內，提供必要的醫療護理與治療，以緩解或消除該精神急診病症。

**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保險。

**《承保範圍說明書》：**指核發給會員的任何證書、協議、合約、手冊或權益信函，用以載明會員有權享有的承保範圍。

**實驗性服務：**是指仍處於測試階段、正在進行實驗室和／或動物研究，而尚未進入人體測試的藥物、器材、診療或服務。實驗性服務尚未進行臨床研究。

**家人：**投保人及其所有受撫養人。

**保健業者：**指獲得州政府許可或授權執行或提供保健服務的任何專業人士、專業醫療服務集團、獨立執業協會、組織、保健設施或是其他個人或機構。

**Health Plan：**Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，一家加州的非營利公司。**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。

**健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, HSA)：**根據《國內稅收法典》第223 (d) 節規定所設立的免稅信託或託管帳戶，專門用於支付合格醫療費用。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。為了向健康儲蓄帳戶劃撥，您必須受保於合格的高免賠額保健計劃並且符合其他稅法資格要求。

**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 (High Deductible Health Plan, HDHP)：**符合《國內稅收法典》第223(c)(2) 節要求的健康福利計劃。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）。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。美國郵政署可能會變更郵遞區號。

## 北加州地區的服務區

如果您入保北加州地區，則以下各縣的郵遞區號皆屬於您居住地區的服務區：

- Alameda縣（全縣）：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
- Amador縣：95640、95669
- Contra Costa縣（全縣）：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
- El Dorado縣：95613-14、95619、95623、95633-35、95651、95664、95667、95672、95682、95762
- Fresno縣：93242、93602、93606-07、93609、93611-13、93616、93618-19、93624-27、93630-31、93646、93648-52、93654、93656-57、93660、93662、93667-68、93675、93701-12、93714-18、93720-30、93737、93740-41、93744-45、93747、93750、93755、93760-61、93764-65、93771-79、93786、93790-94、93844、93888
- Kings縣：93230、93232、93242、93631、93656
- Madera縣：93601-02、93604、93614、93623、93626、93636-39、93643-45、93653、93669、93720
- Marin縣（全縣）：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
- Mariposa縣：93601、93623、93653
- Napa縣（全縣）：94503、94508、94515、94558-59、94562、94567、94573-74、94576、94581、94599、95476
- Placer縣：95602-04、95610、95626、95648、95650、95658、95661、95663、95668、95677-78、95681、95703、95722、95736、95746-47、95765
- Sacramento縣（全縣）：94203-06、94209、94229-30、94232、94235-37、94239-40、94244、94247-50、94252、94254、94256-59、94261-63、94267-69、94271、94273-74、94277-80、94283-85、94287-90、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（全縣）：94102-05、94107-12、94114-34、94137、94139-47、94151、94158-61、94163-64、94172、94177、94188
- San Joaquin縣（全縣）：94514、95201-13、95215、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（全縣）：94002、94005、94010-11、94014-21、94025-28、94030、94037-38、94044、94060-66、94070、94074、94080、94083、94128、94303、94401-04、94497
- Santa Clara縣：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（全縣）：95001、95003、95005-7、95010、95017-19、95033、95041、95060-67、95073、95076-77
- Solano縣（全縣）：94503、94510、94512、94533-35、94571、94585、94589-92、95616、95618、95620、95625、95687-88、95690、95694、95696

- Sonoma縣：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（全縣）：95230、95304、95307、95313、95316、95319、95322-23、95326、95328-29、95350-58、95360-61、95363、95367-68、95380-82、95385-87、95397
- Sutter縣：95626、95645、95659、95668、95674、95676、95692、95836-7
- Tulare縣：93618、93631、93646、93654、93666、93673
- Yolo縣：95605、95607、95612、95615-18、95620、95645、95691、95694-95、95697-98、95776、95798-99
- Yuba縣：95692、95903、95961

#### 南加州地區的服務區

如果您入保南加州地區，則以下各縣的郵遞區號皆屬於您居住地區的服務區：

- Imperial縣：92274-75
- Kern縣：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
- Los Angeles縣：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、90262-67、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、91499、91501-08、91510、91521-23、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（全縣）：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、92728、92735、92780-82、92799、92801-09、92811-12、92814-17、92821-23、92825、92831-38、92840-46、92856-57、92859、92861-71、92885-87、92899
- Riverside縣：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
- San Bernardino縣：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

- San Diego縣：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
- Tulare縣：93238、93261
- Ventura縣：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

針對一個縣所列的各郵遞區號，您的服務區僅包括位於該縣該郵遞區號的部分。當郵遞區號橫跨超過一個縣時，位於另一個縣該部分的郵遞區號將不屬於您的服務區，除非該另一個縣有列於上文中且該另一個縣也有列出該郵遞區號。

**研究性服務：**是指已完成實驗室和／或動物研究，目前正在進行人體研究的藥物、器材、診療或服務，且需同時符合以下所有條件：

- 測試尚未完成
- 該服務對人類受試者的療效和安全性尚未確立
- 該服務尚未被廣泛使用

**Kaiser Permanente：**Kaiser Foundation Hospitals（一家加州非營利公司）、Health Plan及Medical Group。

**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。

**Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC)：**一家持有殘障保險公司執照的加州營利公司，並承銷Kaiser Permanente自選服務點 (POS) 計劃的賠償保險。KPIC是Kaiser Foundation Health Plan, Inc.的子公司。

**危及生命的：**指符合下列其中一種情況或同時符合兩種情況：

- 除非疾病的病程中斷，否則死亡幾率極高的疾病或病症
- 具有潛在致命結果的疾病或病症，其臨床介入的最終目標為存活

**Medical Group：**對於北加州地區的會員而言，其是指營利專業組織The Permanente Medical Group, Inc.，而對南加州地區的會員而言，其是指營利專業合夥組織Southern California Permanente Medical Group。

**具有醫療必要性：**為了滿足患者的具體需求，以達到預防、診斷、或治療疾病、傷勢、病症或其症狀等目的，包括儘量減少疾病、傷勢、病症或其症狀的進展，而提供的服務或產品，且提供方式必須符合以下所有條件：

- 符合獲得普遍認可的醫療護理標準，包括獲得普遍認可的精神健康或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會員的經濟利益或為了患者、主治醫生或其他保健業者的便利而提供

**Medicare：**為65歲或65歲以上者、部分未滿65歲的某些殘障人士及末期腎臟病患者（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：**保險具有效力的投保人或投保人的受撫養人。

**精神健康或物質濫用障礙：**是指屬於最新版International Classification of Diseases的精神與行為障礙章節，或最新版Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders所列之任何診斷類別的精神健康疾病或物質濫用障礙。

**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、驗光師、足科醫生和聽覺專家）提供的諮詢、評估和治療。

**區域外緊急醫護：**具有醫療必要性的服務，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）的意外併發症而嚴重惡化，但條件是以下所有情況皆必須屬實：

- 您暫時位於服務區外
- 一般理性的人認為，如果您延遲到返回您的服務區後再接受治療，您（或腹中胎兒）的健康會嚴重惡化

**門診處方藥：**由患者自我施用、獲得聯邦食品及藥物管理署批准可透過零售或郵購 藥房向大眾販售、必須憑處方取得且非供住院病人使用的藥物。

**合約保健業者：**在提供服務的州獲得正式執照且根據KPIC或KPIC合約保健業者網路的書面合約提供醫護服務的保健業者。

**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）提供的諮詢、評估和治療。

**計劃免賠額：**在我們於累計期限內以適用的共付額或共保額承保某些服務之前，您在該累計期限內根據EOC規定必須為這些服務支付的費用。計劃免賠額的金額列於《您的福利（披露表第一部分）》。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）》列出不同的累計期限。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[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站上的保健業者名錄中且適用於您服務區的任何設施。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。該名錄會定期更新。可使用的計劃設施可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-788-0710**（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[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站上的保健業者名錄中且適用於您服務區的任何醫院。名錄中有一些計劃醫院被列為Kaiser Permanente醫療中心。該名錄會定期更新。可使用的計劃醫院可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-788-0710**（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[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站上的保健業者名錄中且適用於您服務區的任何診所。名錄中的Kaiser Permanente醫療中心可能包括計劃診所。該名錄會定期更新。可使用的計劃診所可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-788-0710**（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：**您在累計期限內必須為您在同一累計期限內所接受之某些承保服務而支付的成本分擔總金額。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所擁有和營運的藥房，或我們指定的其他藥房。請參閱[kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)（英文）網站上適用於您服務區的保健業者名錄，以瞭解計劃藥房的地點。該名錄會定期更新。可使用的計劃藥房可能會有變更。如果您有疑問，請致電**1-800-788-0710**（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：**屬於Medical Group 合作夥伴或員工的任何持照醫生，或簽約向您服務區內的會員提供服務的任何持照醫生（但不包括僅簽約提供轉介服務的醫生）。

**計劃保健業者：**計劃醫院、計劃醫生、Medical Group、計劃藥房，或Health Plan在您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或精神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的器材。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「福利」一節中的「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。

**處方藥：**獲得聯邦食品及藥物管理署 (FDA) 批准可對消費者販售、需憑處方取得且非供住院病人使用的藥物。「藥物」或「處方藥」一詞包括下列項目：

- 為了施用屬於承保範圍之處方藥而具有醫療必要性的一次性裝置，例如施用氣霧型門診處方藥的儲霧罐與吸入器
- 未以預充式注射器形式發配且供自行注射型處方藥使用的注射器
- 根據《健康與安全法典》第1367.002、1367.25及1367.51節的規定，屬於處方藥福利承保範圍的藥物、裝置及獲得FDA批准的產品，包括任何此類非處方藥物、器材及獲得FDA批准的產品
- 屬於EOC「門診藥房服務」一節承保範圍的任何疫苗或其他健康護理福利

**精神急診病症：**表現為相當嚴重之急性症狀的精神疾病，致使患者：對自己或他人構成立即性危險，或因該精神疾病立即無法獲取或使用食物、住所或衣物。

**地區：**提供直接服務之保健計劃的Kaiser Foundation Health Plan組織或聯盟計劃。地區可能會於每年1月1日變更，目前的地區包括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。如需最新的區域地點清單，請瀏覽我們的網站[kp.org](http://kp.org)（英文）或致電**1-800-788-0710**（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：**由計劃指定的地理區域，計劃應在該地理區域內提供保健服務。

**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」一節承保範圍的泛自閉症障礙行為健康治療。

**穩定病情：**為急診病症或精神急診病症提供必要的醫學治療，以在合理的醫學機率範圍內，確保患者在從設施轉送的過程中，不會因轉送而造成或發生病況的嚴重惡化。對於出現宮縮的懷孕人士而言，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（或者轉送可能會對懷孕人士或腹中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入保資格要求的會員。

**代孕安排：**指一個人同意懷孕，並將生下的一個（或多個）寶寶交給有意撫養孩子（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。就本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。

**遠距保健就診：**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或精神急診病症的病況所提供之具有醫療必要性的服務。

## 反歧視聲明

Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 不會基於人種、膚色、原國籍、祖籍、宗教、性別、婚姻狀態、性別、性別認同、性取向、年齡或殘障等理由而歧視他人。

我們的會員服務聯絡中心每週七天，每天24小時（節假日休息除外）提供語言協助服務。我們可為殘障人士提供免費輔助和服務，以協助其有效地與我們溝通，例如：合格手語翻譯員及其他格式的書面資訊；大字版、語音版及無障礙電子格式。我們也為非以英語為母語的人士提供免費語言服務，例如：合格口譯員及其他語言版本的書面資訊。如欲要求這些服務，請致電**1-800-788-0710**（聽障及語障電話專線使用者請致電**711**）。

如果您認為KPIC未能提供上述服務或基於人種、膚色、原國籍、祖籍、宗教、性別、婚姻狀態、性別、性別認同、性取向、年齡或殘障等理由而有歧視方面的問題，您可致電或寫信向KPIC民權事務協調員提出投訴。如果您需要協助提出申訴，KPIC的民權事務協調員可以幫助您。

**KPIC Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566  
電話：1-800-788-0710**

您也可就您的投訴與加州保險局聯絡。

**透過電話：  
California Department of Insurance  
1-800-927-HELP (1-800-927-4357)  
聽障人士電傳專線：1-800-482-4TDD (1-800-482-4833)**

**透過郵件：  
California Department of Insurance  
Consumer Communications Bureau  
300 S. Spring Street  
Los Angeles, CA 90013**

**電子方式：[www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov)**

如果您有因人種、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而受到歧視方面的問題，您也可向美國衛生與民眾服務部的民權辦公室提出民權投訴。您可透過民權辦公室投訴入口網站以電子方式提出投訴，網址為：

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>；**

或者透過郵件或電話提出投訴：

**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、1-800-537-7697（聽障人士電傳專線）。**

投訴表可在以下網站取得：

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。**

## Notice of Language Assistance

**No Cost Language Services.** You can get an interpreter and get documents read to you in your language. You may also request for materials to be translated into your language or alternative formats sent to you. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-788-0710. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. TTY users call 711. English

**Servicios de idioma sin costo.** Puede obtener servicios de un intérprete y que le lea documentos en su idioma. También puede solicitar que se traduzcan materiales a su idioma o que se le envíen en formatos alternativos. Si necesita ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-788-0710. Para obtener más información, llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Spanish

**免費語言服務。** 您可使用口譯員並請人使用您的語言將文件唸給您聽。您也可以要求將資料翻譯成您的語言或以替代格式寄給您。如需幫助，請致電您會員證上所列的電話號碼或致電1-800-788-0710與我們聯絡。如需進一步幫助，請致電1-800-927-4357與加州保險部聯絡。TTY使用者請致電711。Chinese

\*\*\*\*\*

**Bizaad bee áko t'áá íiyisí bá oolzinígíí.** Díí bizaad bee naaltsoos nihá ályaaígíí t'áá íiyisí yíníłta'go bee hane' doo naaltsoos nihá níłtsá. Díí naaltsoos nihá bááh yáhoot'éeł doo t'oh yáti'ígíí éí nihá bááh yáhoot'éełígíí t'áá íiyisí bee ná'áłkidgo nihá dah naashá. Ákót'éeego baa ahééh ná'ídíłwo', doo bik'ehgo naaltsoos bee naaznígíí bikáá' dah naashá ID béesh bee hane'gi t'áá ájít'éeego bee hodíłnih doo 1-800-788-0710 áłtsé. Díkwíí hóló holne'go, California Béeso Bee Hane' Áłchíní Bá Hooghan bee 1-800-927-4357 bibeeso biká anilyeed. TTY yáhoot'éeł nihá shikaad 711. Navajo

**Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí.** Quý vị có thể được bố trí thông dịch viên và người đọc thông tin giấy tờ, tài liệu bằng ngôn ngữ quý vị dùng cho quý vị nghe. Quý vị cũng có thể yêu cầu dịch tài liệu sang ngôn ngữ của quý vị hoặc gửi đến quý vị các định dạng thay thế. Để được giúp đỡ, hãy gọi chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ Nhận Dạng (thẻ ID) của quý vị hoặc số 1-800-788-0710. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Sở Bảo Hiểm CA theo số 1-800-927-4357. Người dùng TTY gọi số 711. Vietnamese

**무료 언어 서비스.** 통역사를 통해 사용하시는 언어로 서류를 읽어드립니다. 또한 사용하시는 언어로 자료를 번역해달라고 요청하거나 대체 형식으로 보내달라고 요청하셔도 됩니다. 도움이 필요한 경우, 회원 신분증에 적힌 번호나 1-800-788-0710 번으로 문의하십시오. 추가로 도움이 필요한 경우, 캘리포니아주 보험국 전화번호 1-800-927-4357번으로 문의하시기를 바랍니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오. Korean

**Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika.** Maaari kayong kumuha ng interpreter at ipabasa ang mga dokumento sa inyong wika. Maaari rin kayong humiling na ang mga materyal ay isalin sa inyong wika o ipadala sa inyo sa mga alternatibong format. Para sa tulong, tawagan kami sa numero na nakalista sa inyong card ng pagkakakilanlan o sa 1-800-788-0710. Para sa higit pang tulong tumawag sa Departamento ng Insurance ng California sa 1-800-927-4357. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711. Tagalog

**Անվճար լեզվական ծառայություններ:** Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ, և փաստաթղթերը կարող են ընթերցել ձեզ համար ձեր լեզվով: Կարող եք նաև խնդրել, որ նյութերը թարգմանվեն ձեր լեզվով կամ ուղարկվեն ձեզ այլընտրանքային ձևաչափերով: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր նույնականացման քարտի վրա նշված համարով կամ 1-800-788-0710 հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության վարչություն 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711: Armenian

**Бесплатные услуги переводчика.** Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и документы будут прочтены для вас на вашем языке. Вы также можете подать запрос о переводе материалов на ваш язык или в альтернативные форматы. Если вам требуется помощь, звоните нам по телефону, указанному на вашей идентификационной карте, или по телефону 1-800-788-0710. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния по телефону 1-800-927-4357. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711. Russian

**無料の言語サービス。** 通訳を手配し、書類をあなたの言語で読み上げてもらうことができます。また、ご希望があれば資料をあなたの言語に翻訳したり、別の形式でお届けすることも可能です。サポートが必要な場合は、身分証明カードに記載されている電話番号、または1-800-788-0710にお電話ください。さらにサポートが必要な場合は、カリフォルニア州保険局まで1-800-927-4357にご連絡ください。TTYユーザーの方は、711までお電話にてご連絡ください。Japanese

**خدمات زبانی رایگان.** می‌توانید یک مترجم شفاهی داشته باشید و ترتیبی بدهید تا اسناد به زبان خودتان برای شما خوانده شود. همچنین می‌توانید درخواست کنید که مطالب به زبان شما ترجمه شود یا در قالب‌های جایگزین برای شما ارسال گردد. برای دریافت کمک و راهنمایی، با شماره مندرج در کارت شناسایی یا 1-800-788-0710 با ما تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر با اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. Farsi

**ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ।** ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰੀਏ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅਨੁਵਾਦ ਜਾਂ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਦੀ ਵੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਜਾਂ 1-800-788-0710 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਦੇ ਉਪਯੋਗਕਰਤਾ 711 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ Punjabi

**សេវាភាសាឥតគិតថ្លៃ។** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែនិងទទួលបានឯកសារអានជូនអ្នក ក្នុងភាសារបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឯកសារដើម្បីបកប្រែក្នុងភាសារបស់អ្នក ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរសព្ទមកលេខដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទៅលេខ 1-800-788-0710។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាលេខ 1-800-927-4357។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទៅលេខ 711។ Khmer

**خدمات لغوية بدون تكلفة.** يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك بلغتك. يحق لك أيضاً طلب إرسال وثائق مترجمة بلغتك أو صيغ بديلة للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك أو 1-866-213-3062. لمزيد من المساعدة اتصل بقسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. العربية Arabic

**Key Pab Txhais Lus Dawb.** Koj tuaj yeem txais ib tug kws txhais lus thiab txais kev nyeem cov ntaub ntawv ua koj hom lus. Koj tuaj kheev thov kom muab cov ntaub ntawv txhais mus ua koj hom lus los sis xa ua lwm hom ntawv tuaj rau koj huv si. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj uas sau nyob rau ntawm koj daim npav cim thawj los sis 1-800-788-0710. Rau kev pab ntxiv, hu rau CA Chaw Ua Hauj Lwm Tswj Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. Cov neeg siv TTY hu rau 711. Hmong

**बिना किसी लागत के भाषा सेवाएँ।** आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं और दस्तावेज़ आपको आपकी भाषा में पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। आप सामग्रियों को अपनी भाषा या आपको भेजे जाने वाले वैकल्पिक प्रारूप में अनुवाद करवाने के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। सहायता के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नम्बर या 1-800-788-0710 पर हमें कॉल करें। अधिक सहायता के लिए कैलिफोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ़ इंशोरेंस को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। TTY प्रयोक्ता 711 पर कॉल करें। हिंदी: Hindi

**บริการด้านภาษาที่ไม่คิดค่าบริการ** คุณสามารถขอใช้บริการล่ามและบริการอ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ คุณอาจขอเอกสารที่แปลเป็นภาษาของคุณหรือในรูปแบบอื่นที่ส่งถึงคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏบนบัตรประจำตัวของคุณหรือติดต่อหมายเลข 1-800-788-0710 หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดติดต่อกรมการประกันภัยของรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 ผู้ใช้เครื่อง TTY โปรดติดต่อหมายเลข 711 Thai