

2021 年 1 月 1 日至 12 月 31 日

2021 福利摘要

Kaiser Permanente Medicare Advantage High Plan VA (HMO)、Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard Plan VA (HMO) 及 Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Plan VA (HMO)

以上計劃包含 Medicare D 部分處方藥保險

H2172_20_191CH_M
2020AR1779-CH

PBPs 008, 009 & 010

與本福利摘要有關的資訊

感謝您考慮參加 Kaiser Permanente Medicare Advantage。您可以使用這份福利摘要以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
- 誰具備入保資格
- 承保規定
- 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。

瞭解詳情

本文件是 3 項 Kaiser Permanente Medicare Advantage 計劃的摘要，這些計劃包含 Medicare D 部分處方藥保險。本文件並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《承保範圍說明書》(EOC)，您可在 kp.org/eocmasma 網站找到該文件，或請致電 **1-888-777-5536**（聽障及語障電話專線 **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。

我們也提供一項不包含 D 部分藥物保險的計劃。如果您需要其他計劃的資訊，請致電 **1-877-408-8607**（聽障及語障電話專線 **711**），服務時間為每週 7 天上午 8:00 至晚上 8:00，或瀏覽 kp.org/medicare。

有疑問嗎？

- 如果您不具備會員身分，請致電 **1-877-408-8607**（聽障及語障電話專線 **711**）。
- 如果您具備會員身分，請致電 **1-888-777-5536**（聽障及語障電話專線 **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

†可能需獲得事先授權。

福利與保費	透過 Value VA plan， 您將需支付	透過 Standard VA plan，您將需支付	透過 High VA plan， 您將需支付
計劃月保費	\$0	\$22	\$142
免賠額	無	無	無
您需負擔的自付上限 不包含 Medicare D 部 分藥物	\$6,900	\$6,900	\$5,700
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 \$275， 剩餘的住院時間 \$0	住院的第 1 天至 第 5 天，每天 \$200， 剩餘的住院時間 \$0	住院的第 1 天至 第 5 天，每天 \$200， 剩餘的住院時間 \$0
門診醫院承保範圍*†	每次就診 \$0–\$275	每次就診 \$0–\$125	每次就診 \$0–\$100
門診手術中心*†	每次就診 \$275	每次就診 \$125	每次就診 \$100
醫生看診			
• 基本保健業者	每次就診 \$10	每次就診 \$5	每次就診 \$5
• 專科醫生*†	每次就診 \$45	每次就診 \$35	每次就診 \$30
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 \$45	每次診所就診 \$35	每次診所就診 \$30
診斷服務、化驗及 造影*†			
• 化驗	\$0	\$0	\$0
• 診斷檢測和程序 （如 EKG）			
• X 光檢查	每次就診 \$20	每次就診 \$10	每次就診 \$10
• 其他造影程序（如 MRI、CT 和 PET）	每項診療程序 \$175	每項診療程序 \$65	每項診療程序 \$40

福利與保費	透過 Value VA plan， 您將需支付	透過 Standard VA plan， 您將需支付	透過 High VA plan， 您將需支付
聽力服務* • 疾病診斷評估 註：除非您註冊自選福利，否則助聽器不屬於承保範圍（詳情請參閱「Advantage Plus」。）	每次就診 \$45	每次就診 \$35	每次就診 \$30
牙科服務 • 預防性牙科護理 • 綜合牙科護理*†	大多數預防保健服務每次就診 \$30 （每年限 2 次就診，適用於口腔檢查、洗牙、X 光咬翼片及 1 次塗氟治療）。 您需支付的金額會隨服務項目而異，詳情請參閱 EOC 。	大多數預防保健服務每次就診 \$30 （每年限 2 次就診，適用於口腔檢查、洗牙、X 光咬翼片及 1 次塗氟治療）。 您需支付的金額會隨服務項目而異，詳情請參閱 EOC 。	大多數預防保健服務每次就診 \$30 （每年限 2 次就診，適用於口腔檢查、洗牙、X 光咬翼片及 1 次塗氟治療）。 您需支付的金額會隨服務項目而異，詳情請參閱 EOC 。
視力服務* • 診斷和治療眼部疾病和病症的看診 • 例行眼睛檢查 • 預防性青光眼篩檢及糖尿病視網膜病變服務	• 驗光配鏡師每次看診 \$10 • 眼科醫生每次看診 \$45 \$0	• 驗光配鏡師每次看診 \$5 • 眼科醫生每次看診 \$35 \$0	• 驗光配鏡師每次看診 \$5 • 眼科醫生每次看診 \$30 \$0
• 白內障手術後的眼鏡或隱形眼鏡	20% 共保額，以 Medicare 的限額為上限，但您需支付超過該限額的任何金額。	20% 共保額，以 Medicare 的限額為上限，但您需支付超過該限額的任何金額。	20% 共保額，以 Medicare 的限額為上限，但您需支付超過該限額的任何金額。
• 其他視力矯正器（每日曆年度提供一次補助）。如果您有註冊自選福利，補助將會增加，每 24 個月提供一次（詳情請參閱「Advantage Plus」）。	如果您的視力矯正器費用超過 \$50，您將需支付差額。	如果您的視力矯正器費用超過 \$100，您將需支付差額。	如果您的視力矯正器費用超過 \$50，您將需支付差額。
精神健康服務* • 門診團體治療 • 門診個人治療	每次就診 \$10 每次就診 \$20	每次就診 \$10 每次就診 \$20	每次就診 \$5 每次就診 \$10

福利與保費	透過 Value VA plan， 您將需支付	透過 Standard VA plan，您將需支付	透過 High VA plan， 您將需支付
專業護理院* 每個福利期我們最多承保 100 天。	每個福利期： • 第 1 天至第 20 天， 每天 \$0 • 第 21 天至第 100 天，每天 \$167	每個福利期： • 第 1 天至第 20 天， 每天 \$0 • 第 21 天至第 100 天，每天 \$160	每個福利期： • 第 1 天至第 20 天， 每天 \$0 • 第 21 天至第 100 天，每天 \$110
物理治療*	每次就診 \$40	每次就診 \$35	每次就診 \$30
救護車	單程每趟 \$275	單程每趟 \$200	單程每趟 \$200
交通運輸 我們每個日曆年度最多承保 24 次單程接送服務，以載您往返網絡保健業者處。	\$0	\$0	\$0
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。請參閱 EOC 以瞭解詳情，並參閱《藥房名錄》以查看首選和標準計劃藥房的所在地點。 • 必須由保健專業人員施用的藥物	\$0	\$0	\$0
• 非品牌藥最多 30 天藥量	• 在首選計劃藥房 \$15 • 在標準計劃藥房 \$20	• 在首選計劃藥房 \$12 • 在標準計劃藥房 \$20	• 在首選計劃藥房 \$12 • 在標準計劃藥房 \$20
• 品牌藥最多 30 天藥量	• 在首選計劃藥房 \$45 • 在標準計劃藥房 \$47	• 在首選計劃藥房 \$45 • 在標準計劃藥房 \$47	• 在首選計劃藥房 \$42 • 在標準計劃藥房 \$47

Medicare D 部分處方藥保險†

您需為藥物支付的費用金額會隨下列事項而異：

- 您入保的計劃（Value、Standard 或 High）。
- 您藥物所屬的層級。一共有 6 個藥物層級。如欲查詢您的藥物屬於 6 個層級中的哪個層級，請參閱 D 部分承付藥物手冊，網址為 kp.org/seniorrx，或致電 1-888-777-5536（聽障及語障電話專線 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。
- 您取得的藥量天數（例如 30 天或 90 天藥量）。註：並非所有藥物都有提供超過 30 天藥量。
- 您領取處方藥的計劃藥房類型（首選藥房、標準藥房或郵購藥房）。如欲查詢藥房地點，請參閱《藥房名錄》，網址為 kp.org/directory。註：並非所有藥物都可以郵寄。
- 您所處的承保階段（初始、承保缺口或重大傷病承保階段）。

初始承保階段

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 **\$4,130** 為止，最多 30 天藥量。（年度藥物總費用是指在一個日曆年度期間，由您和任何 D 部分計劃所支付的金額。）如果您在 2021 年的年度藥物總費用達到 \$4,130 的限額，您便會進入承保缺口階段且承保範圍將會有所變更。

藥物層級	首選計劃藥房			標準計劃藥房
	最多 30 天藥量			
	Value plan	Standard plan	High plan	所有計劃
層級 1（首選非品牌藥）	\$3	\$3	\$3	\$10
層級 2（非品牌藥）	\$15	\$12	\$12	\$20
層級 3（首選品牌藥）	\$45	\$45	\$42	\$47
層級 4（非首選品牌藥）	\$100	\$100	\$80	\$100
層級 5（專科藥物）	33% 共保額			
層級 6（疫苗）	\$0			

31 天至 90 天藥量

如果您透過首選郵購藥房領取層級 1 藥物 31 天至 90 天藥量，您需支付 **\$0**。

針對所有其他處方藥，上表所列的共付額將需乘以以下倍數：

- 如果您透過我們的零售藥房或標準郵購藥房領取 31 天至 60 天的藥量，您需支付 2 倍共付額。
- 如果您透過我們的零售藥房或標準郵購藥房領取 61 天至 90 天的藥量，您需支付 3 倍共付額。
- 如果您透過我們的首選郵購藥房領取層級 2、3 或 4 藥物 31 天至 90 天的藥量，您需支付 2 倍共付額。

註：若要領取有共保額規定之藥物的 31 天至 90 天藥量，您需支付上表所列的共保額。

承保缺口階段

如果您或 D 部分計劃在 2021 年支付的藥物費用達到 **\$4,130**，您將開始進入承保缺口階段。在承保缺口階段期間，您需支付下列共付額和共保額：

藥物層級	透過 Standard 或 Value plan， 您需支付	透過 High plan，您需支付
層級 1 和 2	25% 共保額	同上列您在初始承保階段期間需支付的共付額
層級 3、4 和 5	25% 共保額	25% 共保額
層級 6	\$0	\$0

重大傷病承保階段

如果您在 2021 年為 D 部分處方藥支付的費用達到 **\$6,550**，您便會進入重大傷病承保階段。大多數人從未進入此階段，但如果您進入此階段，在 2021 年的剩餘時間裡，您的共付額和共保額將會有所變動。在重大傷病承保階段，您需為每份處方支付的費用如下：

- 非品牌藥或品牌藥 **5%** 共保額
- 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**且您透過其藥房領取藥物，您需支付的費用將與您在標準計劃藥房領藥時相同，而且您最多可取得 **31** 天的藥量。
- 屬於承保範圍的 D 部分**居家靜脈注射**藥物由計劃居家靜脈注射藥房免費提供。
- 如果您透過非計劃藥房取得 D 部分承保藥物，您需支付的費用將與您在標準計劃藥房領藥時相同，而且您最多可取得 **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領取的藥物。請參閱《**承保範圍說明書**》以瞭解詳情。

Advantage Plus（自選福利）

除了計劃福利以外，您可選擇購買名為 Advantage Plus 的補充福利組合。Advantage Plus 將會為您提供額外承保，但您需支付額外月費，此費用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	\$25
額外視力矯正器補助*† 除了前文視力服務所述的年度視力矯正器補助之外，每 24 個月會額外提供一次 \$175 補助。	如果您的視力矯正器費用超過補助合計金額（High plan 或 Value plan 會員為 \$225，Standard plan 會員為 \$275），您將需支付差額。
助聽器*† 每 3 年 \$1,000 補助供您每耳購買 1 個助聽器	如果您的助聽器費用每耳超過 \$1,000，您將需支付差額。
牙科服務 • 預防性服務	口腔檢查、2 次洗牙、1 次塗氟治療及 X 光檢查 每次就診 \$10 。
• 綜合服務	您需支付的金額會隨服務項目而異，詳情請參閱 EOC 。

額外福利

非處方用品補助	透過 Value VA plan， 您將需支付	透過 Standard VA plan， 您將需支付	透過 High VA plan， 您將需支付
您可獲得每季補助以用於購買我們目錄中的 OTC 用品。如果您在一季當中所購買的用品超過計劃的補助，您將需支付差額。註：每個日曆年度共有四個季度，且每次訂購總金額必須至少達到 \$20（必須達到最低訂購金額 \$20）。 如欲查看我們的目錄並在線上訂購，請瀏覽 kp.org/otc/mas。您可透過電話訂購，或者致電 1-833-881-1422（聽障及語障電話專線 711）要求我們郵寄一份印刷版的目錄給您，服務時間為週一至週五，上午 9:00 至晚上 7:00。	\$0 ，每季補助最多 \$30 。	\$0 ，每季補助最多 \$50 。	\$0 ，每季補助最多 \$60 。

誰具備入保資格

只要符合下列條件，您便可註冊我們其中一項計劃：

- 您同時享有 Medicare A 部分和 B 部分。（若要取得並保有 Medicare，大多數人皆必須直接向 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。）
- 您是美國公民或美國合法居民。
- 您居住在服務區，其中包括維吉尼亞州的下列郡縣：Arlington、Fairfax、Loudoun、Prince William、Spotsylvania 及 Stafford。我們的服務區也包括維吉尼亞州的下列獨立城市：Alexandria、City of Falls Church、Fairfax、Fredericksburg City、Manassas 及 Manassas Park。

承保規定

我們承保本文件及《承保範圍說明書》中所列的服務和用品，但條件是：

- 該服務或用品屬於醫療上必要的服務或用品。
- 根據 Original Medicare 的標準，該服務和用品屬於合理且必要的服務和用品。
- 您是透過《保健業者名錄》和《藥房名錄》中所列的計劃保健業者取得所有承保服務和用品。但這些規定有例外情況。我們也承保：
 - 由其他 Kaiser Permanente 地區的計劃保健業者所提供的醫護服務
 - 急診護理
 - 區域外洗腎護理
 - 區域外緊急醫護（在服務區內由計劃保健業者所提供的緊急醫護屬於承保範圍，在罕見情況下可承保由非計劃保健業者所提供的緊急醫護）
 - 轉診至非計劃保健業者處，但條件是您有事先獲得本計劃的書面核准（事先授權）

註：若您透過非計劃保健業者取得上列承保醫護服務，您將需支付相同的計劃共付額和共保額。

如需有關承保規定的詳情，包括不屬於承保範圍的服務（不受保項目），請參閱《承保範圍說明書》。

獲取醫護服務

您通常可以在我們大多數的計劃設施取得您所需的所有承保服務，包括專科護理、藥房及化驗。如欲查詢保健業者所在地點，請參閱 kp.org/directory 網站上的《保健業者名錄》或《藥房名錄》；或者致電 **1-888-777-5536**（聽障及語障電話專線 **711**）與會員服務部聯絡以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會隨時變更。您將會在必要時收到通知。

您的個人醫生

您的個人醫生（又稱為基本護理醫生）將會為您提供基本護理且會協助您協調醫護服務，包括住院、專科醫生轉診及事先授權等事宜。大多數個人醫生都屬於內科或家庭醫學科。您必須從可為您提供服務的計劃保健業者中選擇一位保健業者作為您的個人醫生。您可以隨時因任何理由而更換醫生。您可以致電會員服務部或透過 kp.org 網站選擇或更換醫生。

協助控制疾病

如果您患有超過 1 種以上的慢性疾病且需要協助管理您的醫護服務，我們可以提供協助。我們的個案管理計劃集結了護士、社工及個人醫生來協助您控制疾病。該計劃會提供衛教服務且會教導您自我護理的技能。如果您有興趣，請向您的個人醫生洽詢進一步資訊。

通知

上訴與申訴

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用品或服務。如果我們表示拒絕，您可以要求我們重新審查我們的決定。這項程序稱為上訴。如果您認為等待可能會危害您的健康，您可以申請快速決定。如果您的醫生同意，我們將會加速作出決定。

如果您想投訴與承保無關的事宜，您可以向我們提出申訴。請參閱《承保範圍說明書》以瞭解詳情。

Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States 是非營利公司，亦是名為 Kaiser Permanente Medicare Advantage 的 Medicare Advantage 計劃。我們在中大西洋州地區的服務區提供數種 Kaiser Permanente Medicare Advantage 計劃，其中包括哥倫比亞特區以及馬里蘭州和維吉尼亞州的特定地區。

每項計劃都有不同的福利、共付額、共保額、保費和計劃服務區。但您可以透過中大西洋州地區任何地方的計劃保健業者取得醫護服務。

如果您從計劃的服務區搬遷至中大西洋州地區的其他服務區，您將需入保新服務區的 Kaiser Permanente Medicare Advantage 計劃。

語言援助服務

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-888-777-5536(TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (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。
1-888-777-5536（TTY:**711**）まで、お電話にてご連絡ください。

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-888-777-5536 (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Amharic

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነየትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ
ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ**1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می
باشد. با **1-888-777-5536** (TTY: **711**) تماس بگیرید

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم
1-888-777-5536 (رقم هاتف الصم والبكم: **711**)

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche
Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont
proposés gratuitement. Appelez le **1-888-777-5536** (ATS : **711**).

Yoruba

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o.
E pe ero ibanisoro yi **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos,
grátis. Ligue para **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza
linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-888-777-5536** (TTY: 711)।

Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں
1-888-777-5536 (TTY: 711).

French Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.
Rele **1-888-777-5536** (TTY: 711).

Gujarati

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો
1-888-777-5536 (TTY: 711).

反歧視聲明

Kaiser Permanente 遵守適用聯邦民權法律，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而歧視任何人。Kaiser Permanente 不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而將人排除在外或對人有差別待遇。我們同時：

- 為殘障人士提供免費輔助和服務，以便其可以有效地與我們溝通，例如：
 - 合格手語翻譯員。
 - 其他格式的書面資訊，例如大字版、語音版及無障礙電子格式。
- 為母語非英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員。
 - 其他語言版本的書面資訊。

如果您需要上述服務，請致電 **1-888-777-5536**（聽障及語障電話專線 **711**）與會員服務部聯絡，服務時間為每週七天，上午 8:00 至晚上 8:00。

如果您認為 Kaiser Permanente 未能提供上述服務，或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可以寫信至 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 或致電上列電話號碼與會員服務部聯絡以向民權事務協調員提出申訴。您可以透過郵件或電話提出申訴。如果您需要協助提出申訴，我們的民權事務協調員將可為您提供協助。您也可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上向美國衛生與民眾服務部民權辦公室提出民權投訴，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，**1-800-368-1019**、**800-537-7697** (TDD)。投訴表可從以下網站獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

私隱

我們保護您的私隱。請參閱《承保範圍說明書》或在 kp.org/privacy 網站上查看保護私隱通知以瞭解詳情。

實用定義（術語表）

補助

您可以用於購買用品的一定金額。如果該用品的價格超過補助，您將需支付差額。

福利期

計劃評估您使用專業護理院服務的方式。福利期從您入住醫院或專業護理院 (SNF) 當天開始算起。福利期在您連續 60 天未接受任何住院護理或 SNF 專業護理時結束。福利期不限於在一個日曆年度內。您可以擁有的福利期期數或福利期時間長短沒有限制。

日曆年度

日曆年度是從 1 月 1 日開始算起並於 12 月 31 日結束。

共保額

您為某些服務或處方藥支付的費用佔計劃總費用的百分比。例如，一項 \$200 的用品若需 20% 共保額，則代表您需支付 \$40。

共付額

您為承保服務支付的固定金額，例如診所就診需支付共付額 \$20。

《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方式。

自付上限責任

您在每個日曆年度為需遵守自付上限規定之服務所支付的共付額或共保額金額上限。如果您達到自付上限，在該年度的剩餘期間，您在接受需遵守自付上限規定的服務時，就無須再支付任何共付額或共保額。

醫療上必要的

為了預防、診斷或治療疾病以及為了滿足獲得認可的醫療執業規範所需的服務、用品或藥物。

非計劃保健業者

未與 Kaiser Permanente 簽有協議為會員提供醫護服務的保健業者或設施。

計劃

Kaiser Permanente Medicare Advantage。

計劃保費

您需為 Kaiser Permanente Medicare Advantage 健康護理和處方藥保險支付的費用。

計劃保健業者

計劃保健業者或網絡保健業者可能包括諸如醫院或藥房等設施，或諸如醫生或護士等保健專業人員。

首選藥房

您可按首選共付額領取處方藥的計劃藥房。這些藥房通常位於計劃診所內（請參閱《藥房名錄》以查詢所在位置）。您在這些藥房支付的費用將會低於您在只提供標準共付額的其他計劃藥房支付的費用，只提供標準共付額的藥房在本文件中稱為標準藥房。

事先授權

某些服務或用品只有在計劃保健業者事先獲得計劃核准的情況下才屬於承保範圍（有時稱為事先授權）。需獲得事先授權的服務或用品在本文件中以†標誌加以標記。

地區

Kaiser Foundation Health Plan 組織。Kaiser Permanente 地區分佈於北加州、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。

標準藥房

您可按標準共付額領取處方藥的計劃藥房。這些藥房通常不位於計劃診所內（請參閱《藥房名錄》以查詢所在位置）。您在這些藥房支付的費用將會高於您在只提供首選共付額的計劃藥房支付的費用，只提供首選共付額的藥房在本文件中稱為首選藥房。

服務區

我們提供 Kaiser Permanente Medicare Advantage 計劃的地區。如欲入保並保有計劃的會員身分，您必須居住在 Kaiser Permanente Medicare Advantage 計劃的服務區之一。

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

如需 Original Medicare 的相關資訊，請參閱《Medicare 與您》手冊。請瀏覽 [medicare.gov](https://www.medicare.gov) 以在線上查看，或致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 以索取一份手冊，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障及語障電話專線使用者請致電 **1-877-486-2048**。

註冊前檢查清單

在做出註冊決定之前，重要的是您必須充分瞭解我們的利益和規則。如有任何疑問，您可以每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點致電 **1-888-777-5536** (TTY 711) 與客戶服務代表通話。

瞭解利益

- ☐ 查看 Evidence of Coverage (EOC) 中的所有利益清單，尤其是對於那些您定期看醫生的服務。請訪問 kp.org/medicare 或致電 1-888-777-5536 (TTY 711)，以查看 EOC 的副本。
- ☐ 查看健保提供者目錄（或詢問您的醫生）以確保您現在看到的醫生在網絡中。如果未列出他們，則意味著您可能必須選擇一名新醫生。
- ☐ 查看藥房目錄，以確保您用於任何處方藥的藥房都在網絡中。如果藥房未被列出，則可能需要為您的處方選擇新藥房。

瞭解重要規則

- ☐ 除了每月計劃保費外，您還必須繼續支付 Medicare B 部分保費。通常每個月都會從您的社會保險支票中扣除該保費。
- ☐ 利益、保費和/或共付額/共同保險會在 2020 年 1 月 1 日更改。
- ☐ 除非急診或緊急情況，否則我們不承保網絡外健保提供者（未在提供商目錄中列出的醫生）提供的服務。

在哥倫比亞特區，Kaiser Permanente 是一項帶有 Medicare 合同的 HMO 計劃。在馬裡蘭州和弗吉尼亞州，Kaiser Permanente 是一項帶有醫療保險合同的 HMO 計劃和成本計劃。Kaiser Permanente 的註冊取決於續簽合同。



H2150_H2172_18_53_CH_C

61132009_2020CH

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States
2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20852

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States。此為非營利公司及健康維護組織 (HMO)