

2023

福利摘要

SCAN Classic (HMO)
SCAN Prime (HMO)
橘郡 (Orange County)

2023 年 1 月 1 日 - 2023 年 12 月 31 日

SCAN Classic (HMO) 和 SCAN Prime (HMO) 均是與 Medicare 簽有合約的 HMO 計劃。能否參保 SCAN Health Plan 視合約續簽情況而定。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。

本福利資訊並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉每種限制或排除在外的項目。如需獲得我們承保服務的完整清單，請撥打本文件所列的電話號碼聯絡會員服務部或登入網站 www.scanhealthplan.com 獲取「承保範圍說明書」。

Y0057_SCAN_20013_2023_M

08/22 23C-CASMB3001CH



保費和福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
月繳健康計劃保費	您每月需支付 \$0	您每月需支付 \$26	您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。
自付額	您需支付 \$0	您需支付 \$0	本計劃沒有自付額。
最高自付費用責任 (不包括處方藥)	每年 \$499	每年 \$299	您本年度為 Medicare 承保的醫療服務支付的共付額和共同保險的最高金額。
住院治療承保	您需支付 \$0	您需支付 \$0	我們的計劃承保不限制天數的住院治療。事先授權規則適用。
醫院門診服務 <ul style="list-style-type: none"> 門診手術中心 醫院門診 	您需支付 \$0 您需支付 \$0	您需支付 \$0 您需支付 \$0	事先授權規則適用於醫院門診服務。
醫生看診 <ul style="list-style-type: none"> 主治醫生 專科醫生 	您需支付 \$0 您需支付 \$0	您需支付 \$0 您需支付 \$0	事先授權規則適用於專科醫生看診。
預防保健	您需支付 \$0	您需支付 \$0	合約期內 Medicare 批准的所有額外預防性服務將獲承保。事先授權規則適用。
緊急醫療護理	每次就診，您需支付 \$90 的共付額	每次就診，您需支付 \$90 的共付額	如果您直接入院，則將免除急診室共付額。 您在世界各地接受的緊急醫療服務均獲承保。
急症治療服務	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您在全世界任何地方接受的急症治療護理服務均獲承保。

保費和福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
診斷服務/化驗/影像拍攝 <ul style="list-style-type: none"> • 化驗服務 • 診斷檢查和程序 • 門診 X 光檢查 • 放射線治療 • 放射線診斷服務 (如 MRI、CT 等) 	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$50 的共付額 您需支付 \$0	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$50 的共付額 您需支付 \$0	事先授權規則適用於診斷、化驗和影像拍攝服務。
聽力服務 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的聽力和平衡診斷檢查 • 非 Medicare 承保的 (常規) 聽力檢查 • 非 Medicare 承保的 (常規) 助聽器 	您需支付 \$0 您需支付 \$0，每 12 個月最多 1 次就診 您需為每個 TruHearing Advanced 助聽器支付 \$450 的共付額，或為每個 TruHearing Premium 助聽器支付 \$750 的共付額 每 12 個月最多為您承保 2 個助聽器	您需支付 \$0 您需支付 \$0，每 12 個月最多 1 次就診 您有以下 3 種福利選擇：1) 為每個 TruHearing Advanced 助聽器支付 \$200 的共付額，或 2) 為每個 TruHearing Premium 助聽器支付 \$400 的共付額，或 3) 領取 \$3,000 的補貼，用於購買 TruHearing Choice 產品系列的各類助聽器。 每 12 個月最多為您承保 2 個助聽器	事先授權規則適用於 Medicare 承保的聽力和平衡診斷檢查。 您必須從 SCAN 的簽約服務提供者處接受常規聽力檢查及獲取助聽器。

保費和福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
牙科服務 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務 • 非 Medicare 承保的（常規）口腔檢查 • 非 Medicare 承保的（常規）洗牙 • 非 Medicare 承保的（常規）牙科 X 光檢查 	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 次就診</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 次就診</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 個系列</p>	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 次就診</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 次就診</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 2 個系列</p>	<p>事先授權規則適用於 Medicare 承保的牙科服務。</p> <p>支付額外保費時，您還可以享受常規牙科福利。</p> <p>請參見本文件末尾的「可選補充福利」圖表。</p>
視力服務 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的視力檢查，用於診斷/治療眼科疾病 • Medicare 承保的白內障手術後眼鏡 • 非 Medicare 承保的（常規）視力檢查 • 非 Medicare 承保的（常規）視力承保限制 	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 1 次就診</p> <p>每 12 個月為您承保最多 \$250 的鏡框、鏡片和鏡片選擇或隱形眼鏡費用</p>	<p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0</p> <p>您需支付 \$0，每 12 個月最多 1 次就診</p> <p>每 12 個月為您承保最多 \$345 的鏡框、鏡片和鏡片選擇或隱形眼鏡費用</p>	<p>事先授權規則適用於 Medicare 承保的視力檢查和白內障手術後的眼鏡。</p> <p>常規視力服務無需事先授權。</p> <p>您必須從 SCAN 的簽約視力服務提供者處接受常規視力服務。</p>

保費和福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
精神健康服務 <ul style="list-style-type: none"> • 住院就診 • 門診個人/團體治療就診 • 精神科醫師門診個人/團體治療就診 	第 1-90 天，您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0	第 1-90 天，您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0	事先授權規則適用於精神健康住院服務。您每個受益期最多可受保 90 天。* 事先授權規則適用於精神健康門診服務。
專業護理機構	第 1-100 天，您需支付 \$0	第 1-100 天，您需支付 \$0	事先授權規則適用於專業護理機構服務。您每個受益期最多可受保 100 天。* 無需事先住院。
物理治療	您需支付 \$0	您需支付 \$0	事先授權規則適用於物理治療門診服務。
救護車	每次單程載送，您需支付 \$100 的共付額	每次單程載送，您需支付 \$100 的共付額	
載送服務 (非 Medicare 承保 — 常規)	您需支付 \$0，每年最多 32 次單程載送 每次單程載送不超過 75 英里	您需支付 \$0，每年最多 44 次單程載送 每次單程載送不超過 75 英里	事先授權規則適用於常規載送服務。 您必須從 SCAN 的簽約服務提供者處獲得常規載送服務。
Medicare B 部分藥物	您需支付化學療法與其他 B 部分藥物總費用的 20%	您需支付化學療法與其他 B 部分藥物總費用的 20%	事先授權規則適用於選定藥物。

*受益期從您進入醫院或 SNF 當天開始。受益期到您連續 60 天未接受任何住院護理或 SNF 護理之時結束。

門診處方藥（D 部分藥物）：

SCAN CLASSIC — 您支付以下費用：

藥物等級	零售				郵購	
	首選		標準		首選	標準
	30 天份的藥量	100 天份的藥量	30 天份的藥量	100 天份的藥量	100 天份的藥量	100 天份的藥量
D 部份自付額 — 您支付 \$0						

初始承保階段

第 1 級 (首選普通藥)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$7	您需支付 \$14	您需支付 \$0	您需支付 \$14	
第 2 級 (普通藥)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$15	您需支付 \$30	您需支付 \$0	您需支付 \$30	
第 3 級 (首選品 牌藥)	特定胰島素	您需支付 \$25	您需支付 \$55	您需支付 \$35	您需支付 \$85	您需支付 \$55	您需支付 \$85
	其他藥物	您需支付 \$25	您需支付 \$55	您需支付 \$47	您需支付 \$121	您需支付 \$55	您需支付 \$121
第 4 級 (非首選藥物)	您需支付 \$95	您需支付 \$265	您需支付 \$100	您需支付 \$280	您需支付 \$265	您需支付 \$280	
第 5 級 (特殊級藥)	您需支付 33%	不 適用	您需支付 33%	不 適用	不 適用	不 適用	

承保缺口階段

當年度總藥費（包括我們計劃支付和您支付的費用）達到 \$4,660 後，即進入此階段。

對於第 1 級、第 2 級和第 3 級（僅限特定胰島素）藥物，您需要支付等同於初始承保階段的共付額。對於其他等級的藥物，您需要為品牌藥支付 25% 的議定價格（以及部分配藥費），為普通藥支付 25% 的費用。

重大傷病承保階段

在您的年度自付藥費達到 \$7,400 後，您需支付下述較高者：

- 費用的 5%，或
- 普通藥（包括視作普通藥的藥物）的 \$4.15 共付額及所有其他藥物的 \$10.35 共付額。

特定胰島素的共付額適用於沒有資格參加幫助支付藥費（「額外補助」）的計劃的會員。特定胰島素是我們以電子形式提供的最新版藥物清單上承保的第 3 級胰島素筆和瓶裝藥物。如果您對藥物清單有疑問，請致電會員服務部。

關於您支付胰島素費用的重要資訊 - 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月供應量，您支付的費用不會超過 \$35，無論該藥物處於哪個費用分攤級別。

關於您支付疫苗費用的重要資訊 - 我們的計劃免費為您承保大部分 D 部分疫苗。請致電會員服務部瞭解更多資訊。

我們的某些網絡內藥房提供首選分攤費用。如果使用這些藥房，您支付的某些藥物費用可能會較少。您的分攤費用可能因以下情況而有所不同：您所選擇的藥房（例如首選零售藥房、標準零售藥房、首選郵購藥房、標準郵購藥房、長期護理藥房 (LTC) 或居家輸液藥房等）、您所獲得的藥量（一個月或三個月的供藥）、在您進入 D 部分福利的另一個階段時或者如果您獲得了「額外補助」。如需更多資訊，請撥打本文件所列的電話號碼致電我們的會員服務部索取或線上獲取「承保範圍說明書」。如您居住在長期護理機構，則在此處獲取 31 天份量的供藥與在標準零售藥房獲取 30 天份量的供藥所需支付的分攤費用相同。您可在網絡外藥房獲取藥物，但可能會比網絡內藥房的費用高。

門診處方藥（D 部分藥物）：

SCAN PRIME — 您支付以下費用：

藥物等級	零售				郵購	
	首選		標準		首選	標準
	30 天份的藥量	100 天份的藥量	30 天份的藥量	100 天份的藥量	100 天份的藥量	100 天份的藥量
D 部份自付額 — 您支付 \$0						

初始承保階段

第 1 級 (首選普通藥)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$5	您需支付 \$10	您需支付 \$0	您需支付 \$10	
第 2 級 (普通藥)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$12	您需支付 \$24	您需支付 \$0	您需支付 \$24	
第 3 級 (首選品牌藥)	特定胰島素	您需支付 \$25	您需支付 \$55	您需支付 \$35	您需支付 \$85	您需支付 \$55	您需支付 \$85
	其他藥物	您需支付 \$25	您需支付 \$55	您需支付 \$47	您需支付 \$121	您需支付 \$55	您需支付 \$121
第 4 級 (非首選藥物)	您需支付 \$95	您需支付 \$265	您需支付 \$100	您需支付 \$280	您需支付 \$265	您需支付 \$280	
第 5 級 (特殊級藥)	您需支付 33%	不 適用	您需支付 33%	不 適用	不 適用	不 適用	

承保缺口階段

當年度總藥費（包括我們計劃支付和您支付的費用）達到 \$4,660 後，即進入此階段。

對於第 1 級、第 2 級和第 3 級（僅限特定胰島素）藥物，您需要支付等同於初始承保階段的共付額。對於其他等級的藥物，您需要為品牌藥支付 25% 的議定價格（以及部分配藥費），為普通藥支付 25% 的費用。

重大傷病承保階段

在您的年度自付藥費達到 \$7,400 後，您需支付下述較高者：

- 費用的 5%，或
- 普通藥（包括視作普通藥的藥物）的 \$4.15 共付額及所有其他藥物的 \$10.35 共付額。

特定胰島素的共付額適用於沒有資格參加幫助支付藥費（「額外補助」）的計劃的會員。特定胰島素是我們以電子形式提供的最新版藥物清單上承保的第 3 級胰島素筆和瓶裝藥物。如果您對藥物清單有疑問，請致電會員服務部。

關於您支付胰島素費用的重要資訊 - 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月供應量，您支付的費用不會超過 \$35，無論該藥物處於哪個費用分攤級別。

關於您支付疫苗費用的重要資訊 - 我們的計劃免費為您承保大部分 D 部分疫苗。請致電會員服務部瞭解更多資訊。

我們的某些網絡內藥房提供首選分攤費用。如果使用這些藥房，您支付的某些藥物費用可能會較少。您的分攤費用可能因以下情況而有所不同：您所選擇的藥房（例如首選零售藥房、標準零售藥房、首選郵購藥房、標準郵購藥房、長期護理藥房 (LTC) 或居家輸液藥房等）、您所獲得的藥量（一個月或三個月的供藥）、在您進入 D 部分福利的另一個階段時或者如果您獲得了「額外補助」。如需更多資訊，請撥打本文件所列的電話號碼致電我們的會員服務部索取或線上獲取「承保範圍說明書」。如您居住在長期護理機構，則在此處獲取 31 天份量的供藥與在標準零售藥房獲取 30 天份量的供藥所需支付的分攤費用相同。您可在網絡外藥房獲取藥物，但可能會比網絡內藥房的費用高。

其他福利

除了 C 部分和 D 部分福利外，計劃還可能提供補充福利。

福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
針灸服務 <ul style="list-style-type: none">Medicare 承保的針灸護理常規針灸護理	您需支付 \$0 您每次就診需支付 \$0 的共付額，每年最多 30 次就診（與常規脊椎推拿服務合計）	您需支付 \$0 您需支付 \$0，每年最多 20 次就診（與常規脊椎推拿服務合計）	事先授權規則適用。 首次常規針灸就診無需轉診。所有後續就診均需事先授權。
脊椎推拿服務 <ul style="list-style-type: none">Medicare 承保的脊椎推拿護理常規脊椎推拿護理	您需支付 \$0 您每次就診需支付 \$0 的共付額，每年最多 30 次就診（與針灸服務合計）	您需支付 \$0 您需支付 \$0，每年最多 20 次就診（與針灸服務合計）	事先授權規則適用 首次常規脊椎推拿就診無需轉診。所有後續就診均需事先授權。
居家護理服務 (Medicare 承保)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	事先授權規則適用

福利	SCAN CLASSIC	SCAN PRIME	您應瞭解的事宜
醫療設備/用品 <ul style="list-style-type: none"> • 耐用醫療設備（如輪椅、氧氣設備） • 義肢（如支架、假肢） • 糖尿病用品 	<p>對於採購成本在 \$0 到 \$99 之間（以 Medicare 核准的金額為準）的物品，您需支付 \$0。</p> <p>對於採購成本達 \$100 或以上的物品，您需支付總費用的 20%。</p> <p>對於採購成本在 \$0 到 \$99 之間（以 Medicare 核准的金額為準）的物品，您需支付 \$0。</p> <p>對於採購成本達 \$100 或以上的物品，您需支付總費用的 20%。</p> <p>您需支付 \$0</p>	<p>對於採購成本在 \$0 到 \$99 之間（以 Medicare 核准的金額為準）的物品，您需支付 \$0。</p> <p>對於採購成本達 \$100 或以上的物品，您需支付總費用的 20%。</p> <p>對於採購成本在 \$0 到 \$99 之間（以 Medicare 核准的金額為準）的物品，您需支付 \$0。</p> <p>對於採購成本達 \$100 或以上的物品，您需支付總費用的 20%。</p> <p>您需支付 \$0</p>	<p>事先授權規則適用於受承保的耐用醫療設備、義肢裝置及某些糖尿病用品。</p> <p>SCAN 承保選定製造商生產的血糖監測儀、血糖試紙和血糖品管液等糖尿病用品。採血針亦受到承保，可由任何製造商提供。</p>
遠程醫療服務	<p>您需支付 \$0</p>	<p>您需支付 \$0</p>	<p>在舒適的家中，由持照醫生為您看診。此項福利適用於不危及生命的疾病，包括但不限於咳嗽、流感、噁心、咽喉疼痛、發燒和過敏。</p> <p>您可以透過電話或在電腦或智慧型手機上使用安全的視訊程序來進行就診。</p>
非處方 (OTC) 產品	<p>每個季度最多為您承保 \$75</p>	<p>每個季度最多為您承保 \$100</p>	<p>每個季度您可獲得最多 2 次的寄送承保，任何剩餘的餘額可結轉至下一季度。福利不可結轉至下一曆年。</p>

可選補充福利

牙科服務 — SCAN CLASSIC 和 SCAN PRIME

加州 PPO 牙科計劃

月繳保費

每月 \$42

- 可享受龐大的 Delta Dental DPPO 服務提供者網絡
- 涵蓋 300 多種牙科程序
- 綜合性牙科承保
- 網絡內和網絡外牙醫提供的牙科服務
- 網絡內牙醫所提供的服務具有可預計的共付額
- 非 Delta Dental PPO 牙醫的最高承保金額為 \$2,000

SCAN Classic 和 SCAN Prime 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他醫療服務提供者組成的服務網絡。如果您使用我們網絡外的服務提供者，計劃可能不會支付這些服務的費用。

SCAN CLASSIC 和 SCAN PRIME 簡介

誰可參加？	您必須： <ul style="list-style-type: none">- 同時擁有 Medicare A 部分及 B 部分保險- 居住在本計劃的服務區域（加州橘郡 (Orange County)）- 是美國公民或在美國合法居留
電話號碼（會員）	1-800-559-3500
電話號碼（非會員）	1-877-870-4867
聽障專線	711
工作時間	10 月 1 日至 3 月 31 日： 上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天 4 月 1 日至 9 月 30 日： 週一至週五上午 8 點到晚上 8 點 在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。
網站	http://www.scanhealthplan.com

如需瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用的詳細資訊，參見您當前的「Medicare 與您」手冊。您可以線上瀏覽 <https://www.medicare.gov> 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

本資訊並非完整之福利敘述。請致電 1-800-559-3500（聽障專線：711），瞭解更多資訊。

您可以要求透過網絡內郵購快遞計劃將處方藥送達您的家中。Express Scripts PharmacySM 是我們的首選郵購藥房。您可以選擇任意一間網絡內郵購藥房配取處方藥，但選擇首選郵購藥房時，您能享受更實惠的價格。一般而言，您可在 Express Scripts 郵購藥房接獲訂單後 14 天內收到您的處方藥。如果您未在此時間內收到處方藥，請聯絡 SCAN Health Plan 會員服務部，電話：1-800-559-3500，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點（在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆）。聽障專線：711。要獲得郵購處方藥，您可撥打 1-866-553-4125 聯絡 Express Scripts 藥房，選擇參加一項自動重配計劃，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障人士可致電 711。您可以隨時取消自動配送。我們的網絡中還有其他藥房。

參保前檢查清單

決定參保前，請務必完全瞭解我們的福利與規則。如有任何疑問，請致電 1-877-870-4867（聽障人士可致電 711）聯絡客戶服務部代表。10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

瞭解各種福利

- 查看承保範圍說明書 (EOC) 中的完整福利清單，尤其留意與醫生的常規約診服務。瀏覽 www.scanhealthplan.com 或致電 1-877-870-4867 以檢視 EOC 副本。
- 查看醫療服務提供者目錄（或詢問您的醫生），確保您約診的醫生目前屬於我們的服務網絡。如果他們不在此目錄中，您可能需要重新選擇一位醫生。
- 查看藥房目錄，確保您配取任何處方藥的藥房均屬於我們的服務網絡。如果藥房不在此目錄中，則您可能需要重新選擇一間藥房來配取處方藥。

瞭解重要規則

- 除了您的月繳計劃保費外，您還必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
- 自 2024 年 1 月 1 日起，福利、保費和/或共付額/共同保險可能會有所調整。
- 除了緊急醫療護理或急症護理，我們不會承保由網絡外服務提供者（不在服務提供者目錄中的醫生）提供的服務。

SCAN Health Plan 與 SCAN Desert Health Plan 均遵守適用聯邦民權法，不會基於或因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視、拒絕接納或區別對待任何人。SCAN Health Plan 與 SCAN Desert Health Plan 均向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們與我們進行有效溝通，比如：合格的手語翻譯員，以及其他格式的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）。SCAN Health Plan 與 SCAN Desert Health Plan 均向母語非英語的人員免費提供語言服務，如合格的翻譯員和以其他語言書寫的資訊。如果您需要這些服務，請聯絡 SCAN 會員服務部。

如果您認為 SCAN Health Plan 或 SCAN Desert Health Plan 因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而未能提供這些服務或在其他方面存在歧視行為，您可透過打電話、致函或發傳真的方式向以下機構提出申訴：

SCAN Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan (加州) 1-800-559-3500 傳真：1-562-989-0958

SCAN Health Plan (內華達州) 1-855-827-7226 傳真：1-562-989-0958

SCAN Health Plan (德克薩斯州) 1-855-844-7226 傳真：1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan (亞利桑那州) 1-855-650-7226 傳真：1-562-989-0958

聽障專線：711

或者透過在我們的網站上填寫「提出申訴」表提出申訴：

<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

如果您在提出申訴時需要幫助，SCAN 會員服務部可向您提供幫助。

您還可透過民權辦公室投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子形式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴，或者透過郵件或電話進行此投訴：

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)

投訴表格可在以下網址獲取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

您還可以透過電話、書面或電子方式向加州衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 1-916-440-7370。如果您為聽障或語障人士，請致電 711（電信中繼服務）。
- 書面方式：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
投訴表格可在以下網址獲取 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。
- 電子方式：傳送電郵至 CivilRights@dhcs.ca.gov

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Traditional: 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Simplified: 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسٹ با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、(CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian: យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pab lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pab ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພາສາ.