

2024

福利摘要

SCAN Balance (HMO C-SNP) SCAN Heart First (HMO C-SNP) 阿拉米達郡和聖馬刁郡 (Alameda and San Mateo Counties)

2024 年 1 月 1 日 — 2024 年 12 月 31 日

SCAN Balance (HMO C-SNP) 和 SCAN Heart First (HMO C-SNP) 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 部分保費。

所提供的福利資訊並未列出我們承保的所有服務，也未列出每項限制或排除情況。如需獲得我們承保服務的完整清單，請撥打本文檔所列的電話號碼以聯絡我們的會員服務部或線上瀏覽 www.scanhealthplan.com 索取「承保範圍說明書」。

Y0057_SCAN_20560_2024_M

8/23 24C-CASMB0101CH

保費和福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	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 \$0	您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。
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 \$2,800	每年 \$2,800	您本年度為 Medicare 承保的醫療服務 所支付的共付額和共同保險的最高金額。
住院治療承保範圍	第 1-7 天，您每天需支付 \$150 的共付額 第 8-90 天及之後，您需支付 \$0	第 1-7 天，您每天需支付 \$150 的共付額 第 8-90 天及之後，您需支付 \$0	我們的計劃承保不限天數的住院治療。 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 每次就診，您需支付 \$0-\$125 的共付額	您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$0-\$125 的共付額	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	Medicare 在合約年度內批准的任何額外預防性服務都將獲承保。 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	如果您立即入院，則將免除急診室共付額。 您享有全球範圍內的緊急服務承保。

保費和福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	您應瞭解的事宜
急症治療服務	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您在全球接受的急症護理服務均獲承保。
診斷服務 / 化驗 / 影像 <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 (例如 MRI、CT) 	您需支付 \$0 您需支付 \$0 您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$60 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 \$60 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 個月為您承保最多 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 個月為您承保最多 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和助聽器。

保費和福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	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 次就診</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 次就診</p>	<p>事先授權規則適用於 Medicare 承保的牙科服務。</p> <p>支付額外保費即可享受常規牙科福利。</p> <p>請參閱本文檔末尾的「可選補充福利」圖表。</p>
視力服務 <ul style="list-style-type: none"> • 用於診斷 / 治療眼部疾病的 Medicare 承保的視力檢查 • Medicare 承保的白內障手術後佩戴的眼鏡 • 非 Medicare 承保的（常規）視力檢查 • 非 Medicare 承保的（常規）視力承保範圍限制 	<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 24 個月為您承保最多 \$235 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 24 個月為您承保最多 \$235 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 簽約的視力服務提供者處獲得常規視力服務。</p>

保費和福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	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 • 精神科醫生門診個人 / 團體治療就診 	第 1-6 天，您每天需支付 \$250 的共付額 第 7-90 天，您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$10 的共付額 每次就診，您需支付 \$10 的共付額	第 1-6 天，您每天需支付 \$250 的共付額 第 7-90 天，您需支付 \$0 每次就診，您需支付 \$10 的共付額 每次就診，您需支付 \$10 的共付額	事先授權 規則適用於住院精神健康服務。您每個福利期最多可獲承保 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 1-20 天，您需支付 \$0 第 21-100 天，您每天需支付 \$75 的共付額	第 1-20 天，您需支付 \$0 第 21-100 天，您每天需支付 \$75 的共付額	事先授權 規則適用於專業護理機構服務。您每個福利期最多可獲承保 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 \$180 的共付額	每次單程載送，您需支付 \$180 的共付額	

* 福利期從您入住醫院或專業護理機構 (SNF) 當天開始。福利期到您連續 60 天未接受任何住院護理或 SNF 護理時結束。

保費和福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	您應瞭解的事宜
<p>載送服務 (非 Medicare 承保的 — 常規)</p>	<p>您需支付 \$0 的共付額，每年最多 24 次單程載送</p> <p>在這 24 次單程載送中，您每年最多可使用 12 次單程載送前往非醫療目的地 (雜貨店、健身俱樂部或長者中心)。特定條件適用。</p> <p>每次單程載送不超過 75 英里</p>	<p>您需支付 \$0 的共付額，每年最多 24 次單程載送</p> <p>在這 24 次單程載送中，您每年最多可使用 12 次單程載送前往非醫療目的地 (雜貨店、健身俱樂部或長者中心)。特定條件適用。</p> <p>每次單程載送不超過 75 英里</p>	<p>事先授權規則適用於常規載送服務。</p> <p>您必須從 SCAN 簽約的服務提供者處獲得常規載送服務。</p>
<p>Medicare B 部分藥物</p>	<p>您需為 B 部分化療和其他 B 部分藥物支付 \$0 到 Medicare 核准金額的 20%</p> <p>您需為透過耐用醫療設備項 (例如具有醫療必需性的胰島素泵) 配備的一個月供應量的 B 部分胰島素支付的費用不會超過 \$35</p>	<p>您需為 B 部分化療和其他 B 部分藥物支付 \$0 到 Medicare 核准金額的 20%</p> <p>您需為透過耐用醫療設備項 (例如具有醫療必需性的胰島素泵) 配備的一個月供應量的 B 部分胰島素支付的費用不會超過 \$35</p>	<p>事先授權規則適用於選定藥物。</p>

門診處方藥（D 部分藥物）：

SCAN BALANCE — 您需支付以下費用：

藥物等級	零售				郵購	
	首選		標準		首選	標準
	30 天份量	100 天份量	30 天份量	100 天份量	100 天份量	100 天份量

D 部分自付額 — 您需支付 \$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 \$10	您需支付 \$20	您需支付 \$0	您需支付 \$20
第 3 級 (首選品 牌藥)	胰島素	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0
	其他藥物	您需支付 \$40	您需支付 \$100	您需支付 \$47	您需支付 \$121	您需支付 \$100	您需支付 \$121
第 4 級 (非首選藥物)		您需支付 \$90	您需支付 \$250	您需支付 \$100	您需支付 \$280	您需支付 \$250	您需支付 \$280
第 5 級 (特殊級藥)		您支付 33%	不 適用	您支付 33%	不 適用	不 適用	不 適用
第 6 級 (選擇性護理藥物)		您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0

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 \$5,030 後，即進入此階段。

對於第 1 級和第 2 級藥物，您需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（和分配藥費），為普通藥支付 25% 的費用。承保缺口階段共同保險要求不適用於 D 部分承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀疱疹、破傷風和旅行疫苗。

重大傷病承保階段

當您的年度自付藥費達到 \$8,000 後，您在當年剩餘時間內需為所有承保處方藥支付 \$0。

在初始承保階段和承保缺口階段，無論分攤費用等級如何，您需為「藥物清單」（處方藥一覽表）上我們計劃承保的每種胰島素產品一個月供應量支付的費用不會超過 \$0。對於透過承保範圍裁決、上訴或過渡服務承保的每種胰島素產品的一個月供應量，您需支付的費用不會超過 \$35。在重大傷病承保階段，您需為所有承保的胰島素產品支付 \$0。

即使您沒有支付自付額，在所有 D 部分福利階段，我們的計劃也免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。請參閱您計劃的「藥物清單」（處方藥一覽表）或聯絡會員服務部，瞭解特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳情。

我們的一些網絡內藥房提供首選分攤費用。如果您使用這些藥房，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、標準零售、首選郵購、標準郵購、長期護理 (LTC)、居家輸液等）、您獲得的是一個月還是三個月的藥量、您進入 D 部分福利的另一個階段的時間或您是否獲得了「額外補助」。如需更多資訊，請撥打本文檔所列的電話號碼以聯絡我們的會員服務部或線上獲取您的承保範圍說明書。如果您居住在長期護理機構，則 31 天份量的分攤費用與標準零售藥房 30 天份量的分攤費用相同。您可在網絡外藥房配藥，但可能會比在網絡內藥房支付的費用高。

門診處方藥（D 部分藥物）：

SCAN HEART FIRST — 您需支付以下費用：

藥物等級	零售				郵購	
	首選		標準		首選	標準
	30 天份量	100 天份量	30 天份量	100 天份量	100 天份量	100 天份量

D 部分自付額 — 您需支付 \$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 \$10	您需支付 \$20	您需支付 \$0	您需支付 \$20
第 3 級 (首選品 牌藥)	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 \$40	您需支付 \$100	您需支付 \$47	您需支付 \$121	您需支付 \$100	您需支付 \$121
第 4 級 (非首選藥物)		您需支付 \$90	您需支付 \$250	您需支付 \$100	您需支付 \$280	您需支付 \$250	您需支付 \$280
第 5 級 (特殊級藥)		您支付 33%	不 適用	您支付 33%	不 適用	不 適用	不 適用
第 6 級 (選擇性護理藥物)		您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0	您需支付 \$0

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 \$5,030 後，即進入此階段。

對於第 1 級和第 2 級藥物，您需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（和分配藥費），為普通藥支付 25% 的費用。承保缺口階段共同保險要求不適用於 D 部分承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀疱疹、破傷風和旅行疫苗。

重大傷病承保階段

當您的年度自付藥費達到 \$8,000 後，您在當年剩餘時間內需為所有承保處方藥支付 \$0。

在初始承保階段和承保缺口階段，即使您沒有支付自付額，您需為我們計劃承保的每種胰島素產品一個月供應量支付的費用也不會超過 \$35，無論其屬於哪個費用分攤等級。在重大傷病承保階段，您需為所有承保的胰島素產品支付 \$0。

即使您沒有支付自付額，在所有 D 部分福利階段，我們的計劃也免費為您承保大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。請參閱您計劃的「藥物清單」（處方藥一覽表）或聯絡會員服務部，瞭解特定疫苗的承保範圍和分攤費用詳情。

我們的一些網絡內藥房提供首選分攤費用。如果您使用這些藥房，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、標準零售、首選郵購、標準郵購、長期護理 (LTC)、居家輸液等）、您獲得的是一個月還是三個月的藥量、您進入 D 部分福利的另一個階段的時間或您是否獲得了「額外補助」。如需更多資訊，請撥打本文檔所列的電話號碼以聯絡我們的會員服務部或線上獲取您的承保範圍說明書。如果您居住在長期護理機構，則 31 天份量的分攤費用與標準零售藥房 30 天份量的分攤費用相同。您可在網絡外藥房配藥，但可能會比在網絡內藥房支付的費用高。

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 BALANCE	SCAN HEART FIRST	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 	您需支付 \$0	您需支付 \$0	事先授權規則適用。
脊椎推拿服務 <ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的脊椎推拿護理 	您需支付 \$0	您需支付 \$0	事先授權規則適用
居家護理 (Medicare 承保)	您需支付 \$0	您需支付 \$0	事先授權規則適用
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>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>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 承保選定制造商生產的血糖監測儀、試紙和血糖控制液等糖尿病用品。刺血針也包括在承保範圍內，可從所有制造商處獲得。</p>

福利	SCAN BALANCE	SCAN HEART FIRST	您應瞭解的事宜
遠程醫療服務	您需支付 \$0	您需支付 \$0	<p>急症護理：</p> <p>持照醫療保健專業人員在您舒適的家中提供服務。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向服務提供者求診。</p> <p>行為健康服務：</p> <p>此項福利可讓您透過預約，使用視訊方式與持照心理學家、碩士水平的治療師或精神科醫生聯絡，每週 7 天都可獲取服務。</p> <p>您可以在您的電腦、平板電腦或智慧型手機上使用安全視訊功能，向執業醫生進行行為遠程醫療就診。行為遠程醫療不可取代您的主治醫生或專科醫生。</p>
非處方 (OTC) 產品	每個季度最多為您承保 \$100	每個季度最多為您承保 \$100	每個季度最多為您承保 2 次寄送，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。

可選補充福利

牙科服務 - SCAN BALANCE 與 SCAN HEART FIRST

Essential 牙科計劃

月繳保費

每月 \$10

- 可享受龐大的 Delta Dental DHMO 提供者網絡
- 包括 300 多種牙科手術程序
- 預計共付額
- 全面的牙科承保範圍

SCAN Balance 與 SCAN Heart First 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他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。

關於 SCAN BALANCE 與 SCAN HEART FIRST

<p>誰可以參加？</p>	<p>SCAN Balance 您必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分 - 居住在本計劃的服務區域（加州阿拉米達郡和聖馬刁郡） - 是美國公民或在美國合法居留 - 確診患有糖尿病 <p>SCAN Heart First 您必須：</p> <ul style="list-style-type: none"> - 同時擁有 Medicare A 部分和 B 部分 - 居住在本計劃的服務區域（加州阿拉米達郡和聖馬刁郡） - 是美國公民或在美國合法居留 - 確診患有心血管疾病和 / 或慢性心臟衰竭
<p>電話號碼（會員）</p> <p>電話號碼（非會員）</p> <p>TTY</p>	<p>1-800-559-3500</p> <p>1-877-870-4867</p> <p>撥打此號碼將接通持牌保險經紀。</p> <p>711</p>
<p>工作時間</p>	<p>10月1日至3月31日： 每週7天，上午8點至晚上8點</p> <p>4月1日至9月30日： 週一至週五上午8點至晚上8點</p> <p>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。</p>
<p>網站</p>	<p>http://www.scanhealthplan.com</p>

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**」(Medicare & You) 手冊。請瀏覽 <https://www.medicare.gov> 在網上查看，或每週7天、每天24小時致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 獲取副本。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

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

您可以要求透過我們的網絡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。您可以選擇任何一間網路內郵購藥房配取處方藥，但選擇首選郵購藥房可能享有更實惠的價格。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。如果您在此時間內沒有收到處方藥，請聯絡 SCAN Health Plan 會員服務部，電話：1-800-559-3500，10月1日至3月31日期間的服務時間為每週7天，上午8點至晚上8點。4月1日至9月30日期間，工作時間為上午8點至晚上8點。週一至週五（節假日和工作時間以外收到的留言將在一個工作日內回覆）。TTY：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。TTY 使用者請致電 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，請撥打 1-877-870-4867（TTY 使用者請致電 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 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留言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，則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 2025 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。
- 本計劃是一項慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP)。您必須確診患有符合條件的特定嚴重或致殘慢性疾病才能參保。

SCAN Health Plan、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 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、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 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、SCAN Desert Health Plan 與 SCAN Health Plan New Mexico 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、SCAN Desert Health Plan 或 SCAN Health Plan New Mexico 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

SCAN Health Plan (加州)	1-800-559-3500	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
SCAN Health Plan (新墨西哥州)	1-855-826-7226	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

聽障專線：711

Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616,
Long Beach, CA 90801-5616

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：<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/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)(NM: 1-855-826-7226)(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)(NM: 1-855-826-7226)(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) (NM: 1-855-826-7226)(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) (NM: 1-855-826-7226)(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)(NM: 1-855-826-7226)(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 panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(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) (NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության 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) (NM: 1-855-826-7226)(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 سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسیت با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(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)(NM: 1-855-826-7226) (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) (NM: 1-855-826-7226)(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) (NM: 1-855-826-7226)(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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(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:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(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 peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226) (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)(NM: 1-855-826-7226)(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) (NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພາສາ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທທາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (CA : 1-800-559-3500)(AZ : 1-855-650-7226)(NM : 1-855-826-7226)(NV : 1-855-827-7226)(TX : 1-855-844-7226). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (CA: 1-800-559-3500) (AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226). Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (CA: 1-800-559-3500) (AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226) (NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NM: 1-855-826-7226)(NV: 1-855-827-7226) (TX: 1-855-844-7226). Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.