



## 對您的計劃的重要更改

☎ 免費電話: 1-800-750-4776  
本地: 650-616-2133  
TTY: 1-800-735-2929 或撥 7-1-1

🌐 [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org)

**我們有正確的郵寄地址嗎？**

如果沒有，請告知我們，以便我們隨時通知您您的福利。

為了維持您的 Medi-Cal 福利，及時瞭解最新資訊並迅速採取行動至關重要。  
及時查收郵件、更新聯絡方式並立即報告變更，有助於避免承保的延遲或中斷。

**請確保您的聯絡方式是最新的，並迅速採取行動以保住您的福利！**

 當您收到來自聖馬刁縣人類服務局 (Human Services Agency, HSA) 或加州健康護理服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 的信件時：

- 請拆閱信件，仔細閱讀並儘快回復
- 填寫表格並附上相關文件 (如工資單等)，並在截止日期前寄回。
- 如果錯過了截止日期，請務必仍將資訊寄出。資訊在 90 天內可能仍被接受。

 如果您的地址或電話號碼發生變更：

- 請立即線上更新您的資訊。造訪 [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com) 或掃描二維碼。  
還沒有帳戶嗎？請立即註冊。
- 或致電聖馬刁縣 HSA：

**1-800-223-8383**

**TTY: 1-800-735-2929 或 7-1-1**

工作時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。



 如果您的移民身份發生變更：

- 請向 DHCS 報告此變更。致電 **1-800-541-5555**。
- 查找您附近的辦公室：  
[www.dhcs.ca.gov/Medi-Cal/Pages/county-office.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Medi-Cal/Pages/county-office.aspx)

移民身份變動可能會使您的福利資格發生變化。

## 需要幫助或有疑問？

請致電 HSA，電話：**1-800-223-8383**。

查找您附近的辦公室：[www.smcgov.org/hsa/contact-us](http://www.smcgov.org/hsa/contact-us)

為我們的會員提供醫療保健服務是我們的首要任務。HPSM 保護所有會員的個人資訊。  
我們遵守所有私隱法律。詳情請瀏覽 [www.hpsm.org/privacy](http://www.hpsm.org/privacy)

2026 年 5 月 28 日

## 對 2026 年 Medi-Cal 會員手冊所做的變更

尊敬的會員：

幫助會員瞭解自身福利有助於我們確保會員能夠保持健康。您會收到此通知是因為在 2026 年 Medi-Cal 會員手冊中以下項目有所變更：

- 第 3 章 如何獲得照護
- 第 4 章 福利與服務
- 第 6 章 報告及解決問題
- 第 7 章 權利與責任

變更詳情請見隨附通知。如果您想要參閱最新的 Medi-Cal 會員手冊，請造訪：

[www.hpsm.org/medi-cal-materials](http://www.hpsm.org/medi-cal-materials)。

若您對此通知有任何疑問，請撥打 **1-800-750-4776** (免付費電話) 或 **650-616-2133** 聯絡會員服務部。（TTY：1-800-735-2929 或撥打 7-1-1。）客服中心辦公時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。

誠摯敬上，

Health Plan of San Mateo

# 3. 如何獲得照護

## 事先核准 (或預先授權):

對於某些種類的照護服務，您的主診醫生 (PCP) 或專科醫師需要先徵得 HPSM 的許可，您才能接受服務。這稱為請求事先核准或預先授權。這表示 HPSM 必須確保該服務屬於醫療上必需 (有醫療需求)。

醫療上必需的服務對於保護您的生命、防止您患重病或失能，或者減輕已確診疾病或傷害帶來的劇烈疼痛是合理且必需的服務。對於 21 歲以下的會員，Medi-Cal 服務包括在醫療上對修復或協助緩解身體或精神疾病或症狀有必要的照護。

下列服務**始終**需要事先核准 (預先授權)，即使您從 HPSM 網路內的提供者接受服務亦不例外：

- 非緊急情況下的住院
- 在 HPSM 服務區域外接受的服務，若此服務為非緊急照護或非急診照護
- 門診手術
- 照護機構 (包含與醫療保健服務部門亞急性照護單位簽約的成人及兒童亞急性照護機構)，或是中間照護機構 (包含發展障礙者中間照護機構 (ICF/DD)、ICF/DD 復健機構 (ICF/DD-H)、ICF/DD 照護機構 (ICF/DD-N)) 的長期照護或專業照護服務
- 專科治療、影像檢查、測試及程序
- 非緊急情況下的醫療運輸服務

救護車服務不需要事先核准 (預先授權)。

對於標準事先核准 (預先授權) 請求，HPSM 必須依您的健康狀況所需盡快回復您的請求，但不得超過自 HPSM 收到其合理要求用以裁定 (核准、更改或拒絕) 您的請求所需資訊之日起五個工作日。HPSM 必須在收到您的請求起不超過七個日曆日內回復您的請求。

如果提供者或 HPSM 認定，依循標準時限會嚴重危害您的生命、健康，或是您獲得、維持或恢復最佳身體機能的能力，HPSM 將會做出更快的加急事先核准 (預先授權) 決定。HPSM 將依您的健康狀況所需盡快給予回復，但不得超過自 HPSM 收到您的請求後 72 小時。

在某些情況下，HPSM 可能需要更多資訊，才能就您的事先核准 (預先授權) 請求做出決定 (核



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

准、修訂或拒絕)。倘若出現這種情況，HPSM 可最多再獲得 14 個日曆日來做出決定。一旦 HPSM 取得所需資訊，便必須依您的健康狀況所需盡快做出決定，但對於標準請求不得超過五個工作日，對於加急請求則不得超過 72 小時。您的提供者可申請延期，以便 HPSM 回復標準請求。您亦可就標準請求或加急請求要求申請延期。事先核准 (預先授權) 請求由臨床或醫療人員 (包括醫生、護士及藥劑師) 審核。

HPSM 不會以任何方式干預審核人員作出的拒絕、修訂或核准保險或服務的決定。若 HPSM 不核准請求，會向您郵寄「行動通知書 (NOA)」，當中會說明如果您不同意有關決定，應如何提出上訴。

假如 HPSM 需要更多資訊或更多時間審核您的請求，其會主動聯絡您。

緊急照護無需事先核准 (預先授權)，即使該服務是在 HPSM 網路之外或您的服務區域之外提供，同樣適用。此服務包括孕婦分娩服務。某些敏感照護服務同樣無需事先核准 (預先授權)。如要進一步瞭解敏感照護服務，請參閱本章後文「敏感照護」。

如對事先核准 (預先授權) 有任何疑問，請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。

---

## 第二意見

對於您的醫療提供者認為您需要的照護，或對於您的診斷結果或治療方案，您可能想尋求第二意見。舉例來說，您可能想確認診斷結果是否正確、不確定是否需要接受醫生開立的治療或手術，或是您已經遵從治療方案但沒有效果，這些情況都可以尋求第二意見。

只要您或您的網路內醫療提供者提出申請，且您從網路內醫療提供者取得了第二意見，HPSM 會承擔相關費用。您從網路內醫療提供者取得第二意見，無需要先獲得 HPSM 的事先核准 (預先授權)。如果您需要尋求第二意見，我們會將您轉診至合資格的網路內醫療提供者。

如需要請求第二意見，或是需要協助選擇醫療提供者，請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。您的網路內醫療提供者亦可以協助您完成轉診，以便您取得第二意見。

如果 HPSM 網路內沒有醫療提供者可以為您提供第二意見，HPSM 會承擔您向網路外醫療提供者取得第二意見的相關費用。HPSM 會依您的健康狀況所需，盡快告知您選擇為您提供第二意見的提供者是否獲得核准，但不得超過自 HPSM 收到其合理要求用以裁定您的請求所需資訊之日起五個工作日，HPSM 必須在收到您的請求後七個日曆日內回復。



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

如果您患有慢性、重度或嚴重疾病，或是您的健康面對即時且嚴重的威脅 (包括但不限於失去生命、肢體、主要身體部位或身體機能)，HPSM 會在收到您的請求後 72 小時內以書面通知您結果。

如果 HPSM 拒絕了您的第二意見請求，您可以提出申訴。想要進一步瞭解申訴相關資訊，請參閱本手冊第 6 章「投訴」的內容。



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。  
HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。  
或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

# 4. 福利與服務

## 由 HPSM 承保的 Medi-Cal 福利

### 牙科服務

自 2026 年 7 月 1 日起：

若您是 Health Plan of San Mateo (HPSM) 的會員，您的 Medi-Cal 牙科服務亦由 HPSM 提供，惟部分情況例外。若您不符合聯邦政府全面 Medi-Cal 的資格，且至少 19 歲，下列情況下，您可能不再符合透過 HPSM 獲得牙科福利的資格：

- 您未懷孕或產後 (孕後) 時間已超過一年，或未被縣政府指定為寄養青年或前寄養青年：您僅可前往任何按服務收費 (Fee-for-Service, FFS) 的 Medi-Cal 牙科服務提供者處接受**緊急牙科服務**。
- 您被縣政府指定為懷孕或產後 (孕後) 時間不超過一年。您可前往任何 FFS Medi-Cal 牙科提供者處接受**全面 Medi-Cal 服務**。
- 您被縣政府指定為 26 歲以下的寄養青年或前寄養青年，且在 18 歲生日時處於寄養狀態。您可以前往任何 FFS Medi-Cal 牙科服務提供者處接受**全面 Medi-Cal 服務**。

HPSM 會員如需協助尋找牙醫或獲取牙科服務，可致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。如果您是 Kaiser Foundation Health Plan 的會員，需要協助尋找牙醫或想進一步瞭解牙科服務，請致電 Medi-Cal 牙科電話服務中心，號碼為 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 或 711)。或瀏覽 Medi-Cal 牙科網站 <https://www.dental.dhcs.ca.gov> 或 <https://smilecalifornia.org/>。

自 2026 年 7 月 1 日起，Medi-Cal 為以下會員承保牙科服務：

- 符合聯邦政府全面 Medi-Cal 資格的會員
- 不符合聯邦政府全面 Medi-Cal 資格，但符合以下三項例外情況中至少一項的會員：
  - 未滿 19 歲，



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

- 被縣政府指定為懷孕 (及產後不超過一年), 及/或
- 被縣政府指定為 26 歲以下的寄養青年或前寄養青年, 且在 18 歲生日時處於寄養狀態。

牙科服務包含以下項目:

- 全口及局部假牙
- 牙冠 (預製/實驗室定型)
- 診斷性及預防性牙科服務, 例如檢查、X 光及洗牙
- 止痛緊急照護
- 補牙
- 符合資格兒童的齒顎矯形
- 根管治療 (前牙/後牙)
- 牙結石刮除及牙根整平術
- 拔牙
- 局部氟化物治療

## 牙科檢查

每天請用洗臉巾輕柔擦拭寶寶的牙齦, 保持牙齦清潔。寶寶大概在 4 至 6 個月大時會開始長牙, 也就是「出牙」。當宝宝长出第一顆牙後, 或是在宝宝一歲生日前 (以較早者為準), 您必須進行預約完成寶寶的第一次看牙就診。

以下 Medi-Cal 牙科服務是免費服務或低收費服務:

### 0 至 3 歲嬰幼兒

- 嬰幼兒第一次看牙就診
- 嬰幼兒首次牙科評估
- 牙科檢查 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- X 光照射
- 洗牙 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- 氟化物治療 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- 補牙
- 拔牙 (牙齒拔除)
- 緊急牙科服務
- \*
- \*鎮靜治療 (如果醫療上必需)

### 4 至 12 歲兒童

- 牙科檢查 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- X 光照射
- 氟化物治療 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- 洗牙 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- 大牙紋溝封閉劑
- 補牙
- 拔牙 (牙齒拔除)
- 根管
- 緊急牙科服務
- \*鎮靜治療 (如果醫療上必需)

**13 至 21 歲青少年** (自 2026 年 7 月 1 日起, 下面會有一些例外情況)

- 牙科檢查 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- X 光照射
- 氟化物治療 (每六個月一次, 有時會更頻繁)
- 洗牙 (每六個月一次, 有時會更頻繁)



致電會員服務部: 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪: [www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

- 符合資格人士可接受齒顎矯正 (牙箍) 服務
- 補牙
- 牙冠
- 根管
- 局部假牙及全口假牙
- 牙結石刮除及牙根整平術
- 拔牙 (牙齒拔除)
- 緊急牙科服務
- \*鎮靜治療 (如果醫療上必需)

\* 當醫療提供者判斷並記錄局部麻醉在醫療上不適合，且牙科治療已獲事先核准或無需事先核准 (預先授權) 時，應考慮使用鎮靜治療及全身麻醉。

以下是無法使用局部麻醉，可能需要改用鎮靜治療或全身麻醉的常見原因：

- 患者的身體、行為、發展或情緒狀況，導致醫療提供者無法順利開展治療
- 大型修復或外科手術
- 兒童不配合
- 注射位置出現急性感染
- 局部麻醉無法有效止痛

自 **2026 年 7 月 1 日** 起，會有一些例外情況。若您不符合聯邦政府全面 **Medi-Cal** 的資格，且至少 **19 歲**，下列情況下，您可能不再符合透過 **HPSM** 獲得牙科福利的資格：

- 您未懷孕或產後 (孕後) 時間已超過一年，或未被縣政府指定為寄養青年或前寄養青年：您僅可前往任何按服務收費 (FFS) 的 **Medi-Cal** 牙科服務提供者處，接受緊急牙科服務。
- 您被縣政府指定為懷孕或產後 (孕後) 時間不超過一年。您可以前往任何 **FFS Medi-Cal** 牙科服務提供者處接受全面 **Medi-Cal** 服務。
- 您被縣政府指定為 **26 歲** 以下的寄養青年或前寄養青年，且在 **18 歲** 生日時處於寄養狀態。您可以前往任何 **FFS Medi-Cal** 牙科服務提供者處接受全面 **Medi-Cal** 服務。

如果您有疑問或想瞭解更多關於牙科服務的資訊，請致電 **Medi-Cal** 牙科客戶服務專線 **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** 或 **711**)，或瀏覽 <https://smilecalifornia.org/>。



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

# 6. 報告及解決問題

## 州聽證會

州聽證會是一場與 HPSM 以及來自加州社會服務部 (CDSS) 法官舉行的會議。法官會協助解決您的問題，並裁決 HPSM 原先的決定是否正確。如果您已經向 HPSM 提出上訴，但仍不滿意我們的裁決，或是您提出上訴後超過 30 日仍未收到裁決結果，您有權要求舉行州聽證會。

如果您想要舉行州聽證會，則必須在接獲此「上訴決議通知書」之日起 120 天內提出要求。如果您在上訴期間已獲得「待裁決援助」，而您希望該援助維持至州聽證會做出裁決為止，您必須在我們寄出 NAR 信件的 10 日內，或是在我們指明的服務停止日期前提出要求，以較遲的日期為準。

如果您需要協助確保「待裁決援助」維持至州聽證會得出最終裁決，可於週一至週五上午 8:00 至下午 6:00 致電 HPSM：1-800-750-4776。如果您有聽力或語言問題，請致電 1-800-735-2929 或 711。您的獲授權代表或服務提供者可在取得您的書面許可後替您申請州聽證會。

有時，您無需完成我們的上訴程序，亦可要求舉行州聽證會。

舉例來說，如果 HPSM 沒有準確及時地告訴您服務時間，您無需完成我們的上訴程序，亦可要求舉行州聽證會，這稱為「視為窮盡救濟手段」(Deemed Exhaustion)。以下是「視為窮盡救濟手段」的幾個例子：

- 我們未有以您的首選語言向您提供《行動通知》(NOA) 或 NAR 信件
- 我們犯了影響您任何權利的錯誤
- 我們未向您提供 NOA 信件
- 我們未向您提供 NAR 信件
- 我們在 NAR 信件中出錯了
- 我們未有在 30 日內就您的上訴作出裁決
- 我們判定您的個案屬緊急個案，但未在 72 小時內回應您的上訴

您可以透過以下方式申請舉行州聽證會：

- **電話：**致電 CDSS 的州聽證會部門，電話：1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349 或 711)



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

- **郵寄：**填妥隨上訴裁決通知附上的表格，寄往：

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
744 P Street, MS 09-17-433  
Sacramento, CA 95814

- **線上：**申請線上聽證會，網址為 [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- **電郵：**填妥隨上訴裁決通知附上的表格，電郵至 [Scopeofbenefits@dss.ca.gov](mailto:Scopeofbenefits@dss.ca.gov)
  - 附註：如果您使用電郵送出表格，則請瞭解，您的電郵可能有被州聽證會部門之外的人員截獲的風險。請考慮使用更安全的方法送出您的申請。
- **傳真：**填妥隨上訴裁決通知附上的表格，傳真至州聽證會部門，傳真號碼 916-309-3487 或免費號碼 1-833-281-0903

如果您需要協助來申請州聽證會，我們可為您提供免費語言服務。請致電 1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929 或 711)。

在聽證會上，您需要向法官說明您不同意 HPSM 裁決的原因。HPSM 會向法官解釋我們作出裁決的過程。法官最多需要 90 日就您的個案作出裁決，HPSM 必須遵從法官的裁決。

如果您因為州聽證會的所需時間會危及您的生命、健康或正常生活能力，而希望 CDSS 快速做出裁決，您、您的獲授權代表或您的服務提供者可聯絡 CDSS 申請加急 (快速) 州聽證會。CDSS 必須在從 HPSM 收到您完整個案檔案後的三個工作天內做出裁決。



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

# 7. 權利與責任

身為 HPSM 的會員，您享有特定權利，同時需要履行相關責任。本章將說明這些權利與責任，亦會載明您身為 HPSM 會員依法有權獲得的法律通知。

## 行動通知

每當 HPSM 拒絕、延遲、終止或修改您的醫療服務要求時，都會向您發出《行動通知》(NOA) 信件。如果您不同意 HPSM 的決定，隨時都可以向 HPSM 提出上訴。您可以參閱本手冊第 6 章「上訴」部分，瞭解提交上訴的重要資訊。當 HPSM 向您發出 NOA 時，當中會說明如果您不同意我們的決定，您擁有的所有權利。如果您收到 HPSM 或 HPSM 分包商之外的人士發出的這份通知，請立即聯絡 HPSM。

### 通知內容

如果 HPSM 是基於醫療必要性，全部或部分拒絕、延遲、修改、終止、暫停或削減您的服務，您的 NOA 必須包含以下資訊：

- 說明 HPSM 打算採取的行動
- 清晰簡潔解釋 HPSM 做出有關決定的原因
- 說明 HPSM 的裁決過程，包括 HPSM 所依據的規則
- 有關決定的醫學原因。HPSM 必須清楚說明您的狀況為何不符合相關規則或指引
- 說明您有權免費索取與這份 NOA 相關的所有文件及記錄副本

### 翻譯服務

HPSM 需將會員資訊完整翻譯成常用偏好語言，並提供書面版本，包括所有申訴及上訴通知。

完整翻譯後的通知必須包含 HPSM 做出拒絕、延遲、修改、終止、暫停或削減醫療服務請求決定的醫學原因。

若未有您偏好語言的翻譯版本，HPSM 必須提供您偏好語言的口譯協助，讓您能夠理解收到的資訊。



致電會員服務部：1-800-750-4776 (TTY 1-800-735-2929)。

HPSM 的服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 6:00。此電話免費。

或致電加州中繼服務專線 711。線上造訪：[www.hpsm.org/member/medi-cal](http://www.hpsm.org/member/medi-cal)。

**This page intentionally left blank.**

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.**

**此頁有意留為空白。**

**Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.**

# 不歧視公告

---

任何歧視皆屬違法行為。聖馬刁健康計劃遵守州和聯邦民權法律，不會基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，對任何人非法歧視、排擠或給予差別待遇。

聖馬刁健康計劃提供：

- 免費的殘障人士協助和服務，幫助他們能更有效溝通，例如：
  - ✓ 合格的手語傳譯員
  - ✓ 其他格式的書面資料（大字版、有聲版、無障礙電子版、其他版本）
- 為主要語言非英語的人士免費提供語言服務，例如：
  - ✓ 合格的口譯員
  - ✓ 其他語言的書面資料

如果需要這些服務，請於週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 致電聖馬刁健康計劃會員服務部，電話是 **1-800-750-4776**。如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。本文件有盲人點字版、大型字體版、電子版或音訊格式，可應要求提供。如需索取這些其他格式版本，請致電或寫信到：

**Health Plan of San Mateo**  
**Attn.: Member Services**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**  
**1-800-750-4776 / 650-616-2133**  
**TTY: 1-800-735-2929 或 7-1-1**

## 如何提出申訴

如果您認為聖馬刁健康計劃基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族裔群體認同、年齡、心理障礙、身體障礙、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向，不提供服務或以其他方式非法歧視，您可以向聖馬刁健康計劃申訴。您可以用電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- 電話：請於週一至週五上午 8:00 至晚上 6:00 致電 **1-800-750-4776**。或者，如果您有聽力或語言障礙，請撥打 TTY (聽力及語言障礙) 專線 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。
- 書面方式：填寫申訴表或寫信，寄到：

**Health Plan of San Mateo**  
**Attn.: Civil Rights Coordinator**  
**801 Gateway Boulevard, Suite 100**  
**South San Francisco, CA 94080**

- 親自辦理：親自前往醫生診所或聖馬刁健康計劃，向他們表示您要提出申訴。
- 電子方式：瀏覽聖馬刁健康計劃網站：[grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

## 民權辦事處 – 加州健康護理服務局

您亦可透過電話、書面或電子方式，向加州健康護理服務局 (California Department of Health Care Services) 的民權辦事處 (Office of Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：致電 **916-440-7370**。如果您有語言或聽力障礙，請撥 **7-1-1 (電信傳譯服務)**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

**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**

投訴表可至以下網址取得：[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- 電子方式：發電子郵件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

## 民權辦事處 – 美國衛生及公共服務部

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、身心障礙或性別而受到歧視，亦可透過電話、書面或電子方式，向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處 (Office for Civil Rights) 提出民權申訴，聯絡資訊如下：

- 電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有聽力或語言障礙，請用 TTY/TDD 撥打 **1-800-537-7697**。
- 書面方式：填寫一份投訴表或寫信寄至：

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

投訴表可至以下網址取得：[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

- 電子方式：前往民權辦事處投訴網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

**This page intentionally left blank.**

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.**

**此頁有意留為空白。**

**Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.**

## 語言協助服務及輔助輔助工具及服務可用性通知

### English

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) These services are free of charge.

### العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 中文 (Chinese)

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务, 例如盲文和需要较大字体阅读, 也是方便取用的。请致电 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

### فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### 日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### 한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຮິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ਆਚਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-750-4776** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-750-4776** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-3000**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

## Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyo ng ito.

## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-750-4776** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

**This page intentionally left blank.**

**Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.**

**此頁有意留為空白。**

**Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.**



Healthy is for everyone

801 GATEWAY BOULEVARD SUITE 100  
SOUTH SAN FRANCISCO CA 94080

PRSR STD  
U.S. POSTAGE  
**PAID**  
HPSM