2024

연간 변경 통지

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

H5433_24MM001TK_M

OneCare
CalOptima Health

***CalOptima Health* 를 통해 제공되는 OneCare (HMO D-SNP), 메디케어 메디-칼 플랜**

2024년 *연례 변경 사항 통지문*

서문

귀하는 현재 저희 플랜의 회원으로 가입되어 있습니다. 내년에 저희의 혜택, 보장, 규정, 보험금에 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. 본 *연례 변경 사항 통지문*을 통해 변경 사항과 자세한 정보를 어디에서 찾을 수 있는지 알려드립니다. 보험금, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 내용은 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare**에 에 있는 *회원 안내서*를 검토하십시오. 주요 용어 및 정의는 *회원 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서대로 나와 있습니다.

추가 자원

- 이 문서는 무료로 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 제공됩니다.
- 이 *연례 변경 사항 통지문*은 큰 활자체, 점자, 데이터 CD 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받으실 수 있습니다. 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 임계 언어 및/또는 대체 형식으로 된 자료를 얻기 위해 영구 요청을 할 수도 있습니다.
    - 임계 언어는 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 제공됩니다.
    - 다른 형식은 큰 활자체, 점자, 데이터 CD 및/또는 오디오로 가능합니다.
    - 영구 요청은 모든 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.
    - 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 번호**1-877-412-2734** (TTY **711**)으로 주7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 저희 건강 또는 약품 플랜에 관한 귀하의 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사의 도움을 받으려면 **1-877-412-2734** (TTY **711**)하루 24시간, 주 7일번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.
- **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, por favor llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.
- **Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 每天24小時，每週7天。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

?

질문이 있으시면, 주 7 일, 하루 24 시간 운영되는 OneCare에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **상세 정보는 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

- **Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 每天24小時，每週7天。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

- **Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

- **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 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

- **Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

- **German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-877-412-2734** (TTY **711**), das 7 Tage pro Woche rund um die Uhr. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

- **Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-877-412-2734** (TTY **711**)하루 24시간, 주 7일번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

- **Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

- **Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-877-412-2734** (TTY **711**) على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

- **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 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

?

질문이 있으시면, 주 7 일, 하루 24 시간 운영되는 OneCare에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **상세 정보는 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

OMB 승인 0938-1444 (만료 날짜: 2026년 6월 30일)

- **Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana. Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.
- **French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 sou 24, 7 jou sou 7. 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 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Ta usługa jest bezpłatna.
- **Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 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がありますございます。通訳をご用命になるには、**1-877-412-2734** (TTY **711**), 24時間・週7日にお電話ください。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。
- **Armenian:** Մենք ունենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու համար առողջապահական կամ դեղերի պլանի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցի: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունն ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ **1-877-412-2734** (TTY **711**), Օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր հեռախոսահամարով: Ձեզ կարող է օգնել մեկն, ով խոսում է հայերեն : Սա անվճար ծառայություն է:
- **Cambodian:** យើងមានសវៅបកប្ររផ្ែទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដលែអ្នកមានស្តីអំពី ផនែការសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្ររផ្ែទាល់មាត់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលខេ **1-877-412-2734** (TTY **711**) 24ម៉ាងក្នុងមួយថ្ងៃ 7ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ។ នរណាម្នាក់ដលែចនេះនិយាយ ភាសាខ្មរែ អាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសវៅឥតគិតថ្លៃ។
- **Farsi:** ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم، فقط با ما تماس بگیرید **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. کسی که انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

?

질문이 있으시면, 주 7 일, 하루 24 시간 운영되는 OneCare에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **상세 정보는 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

OMB 승인 0938-1444 (만료 날짜: 2026년 6월 30일)

- **Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm yeeb tshuaj. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 teev txhua hnub, 7 hnub txhua lub lis piam. Muaj tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.
- **Laotian:** ພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຂອງທ່ານທີ່ທ່ານອາດມີ ກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-877-412-2734** (TTY **711**), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ທີ່ສາມາດເວົ້າພາສາ ລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ.
- **Mien:** Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiemx zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-877-412-2734** (TTY **711**), 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.
- **Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਦਨਿ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਨਿ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਅਿਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- **Thai:** เรามีบริการล่ามฟรี เพื่อตอบคำถามด้านสุขภาพหรือแผนการใช้ยาใดๆ ที่คุณอาจมีข้อสงสัย หากคุณต้องการรับบริการล่าม กรุณาโทรศัพท์หาเราที่ **1-877-412-2734** (TTY **711**) 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ มีบุคคลที่สามารถพูด ภาษาไทยได้พร้อมช่วยเหลือคุณ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการนี้
- **Ukrainian:** Ми пропонуємо безкоштовні послуги перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб зв'язатися з перекладачем, просто зателефонуйте нам за телефоном **1-877-412-2734** (TTY **711**), цілодобово, 7днів на тиждень. Вам буде надано підтримку українською мовою. Ця послуга є безкоштовною.

차례

A. 면책 조항 6
B. 내년도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토 9
B1. 저희 플랜에 대한 정보 9
B2. 조치를 취해야 할 중요 사항 9
C. 저희 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항 10
D. 내년도 혜택 변경 사항 11
D1. 의료 서비스 혜택 변경 사항 11
D2. 처방약 보장에 대한 변경 사항 11
D3. 1단계: “초기 보장 단계” 13
D4. 2단계: “비상 보장 단계” 13
E. 플랜 선택 12
E1. 저희 플랜 유지하기 12
E2. 플랜 변경하기 12
F. 도움받기 18
F1. 저희 플랜 18
F2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 18
F3. 옴부즈 프로그램 18
F4. Medicare 19

A. 면책 선언

- ❖ OneCare(HMO D-SNP)는 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage 기관입니다. OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따릅니다. OneCare는 해당 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 여부 또는 성별에 근거해 차별 대우를 하지 않습니다. 주 7일, 하루 24시간 운영되는 OneCare 고객서비스부에 수신자부담 전화 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 연락하십시오.
- ❖ 이것은 완전한 목록이 아닙니다. 혜택 정보는 간략한 요약이며 완전한 혜택 설명이 아닙니다. 자세한 내용은 플랜에 문의하거나 OneCare *보장 증명서/회원 안내서*를 참조하십시오.

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734** (TTY **711**). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផង ដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。 我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید.کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-877-412-2734** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइनी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). 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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY **711**) 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。**1-877-412-2734** (TTY **711**) 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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ຍັງມີ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (TTY **711**). 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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਚਿ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵਿੇਂ ਕਾਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

?

질문이 있으시면, 주 7 일, 하루 24 시간 운영되는 OneCare에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **상세 정보는 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

OMB 승인 0938-1444 (만료 날짜: 2026년 6월 30일)

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). 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 **1-877-412-2734** (TTY **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

B. 내년도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토

내년에도 해당 보장 내용이 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는지 여부를 지금 확인해야 합니다. 보장 내용이 귀하의 필요를 충족시키지 않는다면 저희 플랜을 선택하지 않아도 됩니다. 내년 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 D** 를 참조하십시오.

저희 플랜을 선택하지 않으시기로 한다면, 귀하의 회원 자격은 취소 신청을 한 달의 말일에 종료됩니다. 자격이 되는 한 여전히 **Medicare**와 **Medi-Cal** 혜택을 받으실 수 있습니다.

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음과 같은 귀하의 정보를 받을 수 있습니다.

- 15 페이지 **섹션 E2** 표에 있는 Medicare 선택권.
- 17 페이지 **섹션 E2** 에 있는 Medi-Cal 선택권 및 서비스.

B1. 저희 플랜에 대한 정보

- OneCare(HMO D-SNP)는 Medicare 및 Medi-Cal 과 계약을 맺고 회원들께 두 가지 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다.
- OneCare 는 "최소 필수 혜택" 자격 요건을 갖춘 한정 건강 보험입니다. 이 플랜은 환자 보호 및 적정 부담 보험법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 책임 분담 요건을 충족합니다. 개인 책임 분담 요건에 관한 상세 정보는 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 참조하십시오.
- 본 *연례 변경 사항 통지문*의 "우리", "저희" 또는 "저희 플랜"은 Medicare Medi-Cal 조정 플랜을 의미합니다.

B2. 조치를 취해야 할 중요 사항

- **저희 혜택에 귀하께 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
  - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
  - 혜택 변경 사항을 검토하고 내년에도 귀하에게 알맞는 선택인지 확인하십시오.
  - 플랜의 혜택 변경에 관한 정보는 **섹션 D1** 을 참조하십시오.
- **처방약 보장 사항에 귀하에게 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
  - 귀하의 약품이 보장됩니까? 그러한 약이 다른 비용 분담 구간에 있습니까? 동일한 약국을 이용할 수 있습니까?
  - 변경 사항을 검토하여 내년에도 귀하에게 알맞는 선택인지 확인하십시오.
  - 약품 보장 내용에 관한 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 D2** 를 참조하십시오.

- **귀하의 의료 제공자와 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
  - 전문의를 포함한 귀하의 의사가 저희 네트워크에 포함됩니까? 이용하시는 약국은 어떻습니까? 이용하시는 병원이나 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
  - 저희 *의료 제공자 및 약국 목록*에 대한 내용은 **섹션 C** 를 참조하십시오.
- **플랜의 전체 비용을 고려해보십시오.**
  - 그러한 총 부담금은 다른 보장 선택권과 비교하여 어떻습니까?
- **저희의 플랜이 만족스러운지 생각해 보십시오.**

OneCare 를 계속 이용하기로 결정하실 경우:	플랜을 변경하기로 결정하실 경우:
내년에도 저희와 함께하고자 하신다면, 아무것도 하지 않으셔도 됩니다. 아무것도 변경하지 않으시면 자동적으로 OneCare 가입 상태를 유지하게 됩니다.	다른 보장 내용이 귀하의 필요에 더 부합한다고 결정하신 경우, 다른 플랜으로 변경하실 수도 있습니다(자세한 정보는 **섹션 E2** 를 참조하십시오). 새로운 플랜에 가입하거나Original Medicare 를 변경하시면 귀하의 새로운 보장 내용은 다음 달의 첫날부터 적용됩니다.

C. 당사저희 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

2024 년 의료 제공자 및 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다.

저희의 2024년 *의료 제공자 및 약국 목록*을 검토하여 귀하의 의료 제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오. 업데이트된 의료 제공자 및 약국 목록는 저희 웹사이트**www.caloptima.org/OneCare** 에 있습니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 물어보시거나 *의료 제공자 및 약국 목록*을 이메일로 요청하실 수 있습니다.

연중에도 네트워크에 변경 사항이 있을 수 있음을 반드시 알아두십시오. 귀하의 의료 제공자가 더 이상 플랜에 속해 있지 않을 경우, 귀하에게는 일정한 권리와 보호가 부여됩니다. 더 자세한 정보는 *회원 안내서* **제3 장**을 참고하십시오.

D. 내년도 혜택 변경 사항

D1. 의료 서비스 혜택 변경 사항

내년 특정 의료 서비스에 변화가 있습니다. 다음 표는 변경 사항을 정리한 것입니다.

	2023(올해)	2024(내년)
연례 신체 검사	보장되지 않음.	이제 1년에 한번의 신체 검사 보장 의사와 진료 일정을 잡는 것을 권장합니다.
개선된 약물 혜택	발기 부전 약물 치료는 월 4정(일반)을 보장합니다.	발기 부전 약물 치료는 보장되지 **않습니다**.
2 단계 약물(브랜드 약물)	2단계 약물에 대한 귀하의 공동부담금은 처방전당 $0, $4.30 또는 $10.35입니다.	브랜드 약물은 이제 1단계에서 보장됩니다 (1개월(30일) 분량에 대한 공동부담금는 처방전당 $0 입니다).
신장 질병 서비스 및 품목	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인이 필요하지 않습니다.
오버-더-카운터(OTC) 용품	분기마다 $80 수당	분기마다 $100수당

D2. 처방약 보장에 대한 변경 사항

약품 목록에 대한 변경 사항

가장 최신 *혜택 적용 약품 목록*을 원하시면 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 방문하십시오. 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스로 전화하여 업데이트된 약품 정보를 물어보시거나 *혜택 적용 약품 목록을* 이메일로 요청하실 수 있습니다.

이 *혜택 적용 약품 목록*은 "약품 목록"이라고도 합니다.

보장되는 약품의 종류와 특정 약품에 대해 우리의 보장 적용을 제한하는 사항이 변경되었습니다.

약품 목록을 검토하여 **내년도 약품 보장 여부** 및 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

약품 보장 변경 사항으로 인해 영향을 받게 되는 경우 다음과 같이 조치하십시오:

- 귀하의 의사(또는 다른 처방자)와 함께 우리가 보장하는 다른 약품을 찾아보십시오.
  - 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하거나 개인 건강관리 코디네이터에게 연락하여 동일한 질환을 치료하는 보장 약품 목록을 요청할 수 있습니다.
  - 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과적인 약품을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 약품의 일시적 공급을 보장받을 수 있는지 저희에 문의하십시오.
  - 일부 상황에서는 당해 첫날부터 90일간 **일시적으로** 약품을 제공하기도 합니다.
  - 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30 일간 가능합니다. (일시적 공급 요청 기간과 요청 방법에 대해서는 *회원 안내서*의 **제5 장**을 참조하십시오.)
  - 약품을 일시적으로 구입하는 경우, 이 임시 복용 분량이 소진되면 어떻게 할 것인지 귀하의 의사와 상의합니다. 저희 플랜에서 보장하는 다른 약품으로 바꾸거나 현재 약품을 보장하도록 예외 적용 요청을 할 수 있습니다.

포뮤러리 예외는 당해연도에 대해 인정되며 12 월 31 일에 만료됩니다. 귀하가 현재 포뮤러리 예외를 가지고 계신 경우, 내년에 새로운 예외를 신청해야 할 수 있습니다. 귀하가 새롭게 예외 신청을 해야 하는지 알아보려면 고객 서비스에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오.

처방약 비용 변경 사항

모든 일반 및 브랜드 약에 대한 비용을 제거하여 처방약 비용을 변경했습니다.

저희 플랜의 경우 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 두 가지의 비용 부담액 단계가 있습니다. 귀하가 부담하는 액수는 처방약 조제 또는 보충 시점에 귀하가 속해 있는 단계에 따라서 달라집니다. 이 두 단계는 다음과 같습니다:

1단계 최초 보장 단계	2단계 비상 보장 단계
이 단계에서는 저희 플랜이 귀하의 약품 비용 중 일부를 지불하고 귀하는 본인의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 공동 부담금이라고 합니다. 해가 바뀌어 처음 처방약을 조제 받을 때 이 단계에서 시작합니다.	이 단계에서는 플랜에서 2024년 12월 31일까지 회원의 약값 전액을 부담합니다. 귀하가 일정 금액의 본인 부담금을 내면 이 단계가 시작됩니다.

최초 보장 단계는 처방약에 대한 귀하가 지불하는 약품 비용이 총 **$8,000** 이르면 종료됩니다. 이 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 귀하의 모든 약품 비용을 부담합니다. *회원 안내서* **제6 장**에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

? **질문이 있으시면**, 주 7 일, 하루 24 시간 운영되는 OneCare에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **상세 정보는 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

OMB 승인 0938-1444 (만료 날짜: 2026년 6월 30일)

D3. 1단계: "초기 보장 단계"

최초 보장 단계에서, 저희 플랜은 회원의 보장 대상 처방약 비용 중에서 플랜의 몫을 지불하고, 회원은 자신의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 공동 부담금이라고 합니다. 공동 부담금은 해당 약품이 속한 비용 분담 구간 및 회원이 보장받는 프로그램에 따라 달라집니다. 회원은 처방약을 받을 때마다 공동 부담금을 지불합니다. 혜택 대상 약품의 약제비가 공동 부담금보다 적을 경우 더 적은 금액을 지불합니다.

몇 가지 약품들은 저희 약품 목록에서 더 높거나 낮은 구간으로 옮겨졌습니다. 귀하의 약품에 구간 간 이동이 발생한 경우 귀하의 공동 부담금에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 약품이 다른 구간에 속하는지 알아보려면 저희 약품 목록에서 해당 약품을 찾아보십시오.

저희의 2가지 약품 구간별 약품 비용은 다음의 표에 나와 있습니다. 이 금액은 귀하가 최초 보장 단계에 해당하는 경우에**만** 적용됩니다**.**

	2023(올해)	2024(내년)
1 구간 약품 (*일반 약품*) 네트워크 약국에서 보충된 1구간 약품의 한 달 복용분 비용	귀하의 한 달(30일) 복용분은 **처방전 당 $0** 입니다.	귀하의 한 달(30일) 복용분에 대한 **일반 및 브랜드 약물 모두 처방전 당 $0** 입니다.
2 구간 약품 (*브랜드 약품*) 네트워크 약국에서 보충된 2구간 약품의 한 달 복용분 비용	귀하의 한 달(30일) 복용분은 **처방전 당 $0**입니다.	브랜드 약물은 이제 1단계에서 보장됩니다 (귀하의 한 달(30일) 복용분은 **처방전 당 $0**입니다).

최초 보장 단계는 해당 연도에 대한 귀하의 약품 비용이 총 **$8,000**에 이르면 종료됩니다. 이 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 귀하의 모든 약품 비용을 부담합니다. *회원 안내서* **제6 장**에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

D4. 2단계: "비상 보장 단계"

처방약에 대한 약품 비용이 총 **$8,000**에 이르면 비상 보장 단계가 시작됩니다. 귀하는 연말까지 비상 보장 단계에 머무르게 됩니다.

E. 플랜 선택

E1. 저희 플랜 유지하기

계속해서 저희 플랜 회원으로 남아 주시기를 바랍니다. 저희 플랜과 관련하여 아무것도 하지 않으셔도 됩니다. 또 다른 Medicare 플랜으로 변경하지 **않거나** Original Medicare 로 변경하는 경우 자동적으로 2024년 저희 플랜 회원으로 가입됩니다.

E2. 플랜 변경하기

Medicare를 이용하는 사람들 대부분이 해당 연도의 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal을 이용하고 있으므로, 다음 **특별 등록 기간**마다 한 번 저희 플랜의 회원 자격을 종료하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다:

- 1~3월
- 4~6월
- 7~9월

이 세 번의 특별 가입 기간에 더해 다음 기간 동안 저희 플랜의 회원 자격을 종료할 수 있습니다:

- **연례 가입 기간**은 10 월 15 일부터 12 월 7일까지입니다. 이 기간에 새로운 플랜을 선택하면 저희 플랜의 회원 자격이 12월 31일에 종료되며 새로운 플랜의 회원 자격이 1월 1일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간에 새로운 플랜을 선택하면 새로운 플랜의 회원 자격이 다음 달 첫날 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같은 경우입니다:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우,
- Medi-Cal 또는 추가 지원 자격이 변경된 경우, **또는**
- 최근 양로시설 또는 장기 요양 병원에 들어갔거나 현재 치료를 받고 있거나 막 나온 경우.

귀하의 Medicare 서비스

Medicare 서비스를 받는 데에는 세 가지 선택권이 있습니다. 다음 선택권 중 하나를 선택하면 자동으로 저희 플랜 가입이 종료됩니다.

1. 다음으로 변경하실 수 있습니다: **Medicare 및 Medi-Cal 보장을 결합한 플랜 포함한 다른 Medicare 건강 플랜**	**다음과 같이 하십시오:** 주 7 일, 하루 24 시간 연락할 수 있는 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, 노인 종합 관리 프로그램) 관련 정보는 1-855-921-PACE (7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: ● 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929번으로 전화해야 합니다. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입합니다. 새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의Medi-Cal 플랜은 변경될 수 있습니다.

2. 다음으로 변경하실 수 있습니다: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare**	**다음과 같이 하십시오:** 주 7일, 하루 24시간 연락할 수 있는 Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: ● 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929번으로 전화해야 합니다. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 를 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입합니다. Original Medicare 플랜이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.

3. 다음으로 변경하실 수 있습니다: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare** **참고:** Original Medicare 로 변경한 후 Medicare 처방약 플랜에 따로 가입하지 않으면 Medicare 에 약품 플랜 가입을 원치 않는다고 말하지 않는 경우를 제외하고 Medicare가 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주나 노동조합과 같은 기타 경로를 통해 약품 보장을 받는 경우에는 처방약 보장만 제외시켜야 합니다. 약품 보장 필요 여부에 대한 문의 사항은 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면, www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 를 방문하십시오.	**다음과 같이 하십시오:** 주 7일, 하루 24시간 연락할 수 있는 Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: ● 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929로 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면, www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 를 방문하십시오. Original Medicare 플랜이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.

귀하의 Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 플랜 선택 방법 또는 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 관한 질문은 월~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 Health Care Options (건강 관리 선택권) 번호 1-800-430-4263 로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 로 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 돌아오면 귀하의 Medi-Cal 보장에 어떤 영향이 있는지 문의하십시오.

F. 도움받기

F1. 저희 플랜

질문이 있으면 저희에게 물어보십시오. 명시된 운영 시간과 요일에 페이지 하단의 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

*회원 안내서*를 읽어보십시오

*회원 안내서*는 귀하의 혜택에 관한 상세한 법적 설명서입니다. 여기에는 2024년 혜택 및 비용이 상세히 나와 있습니다. 또한 여러분의 권리와 저희에서 보장하는 서비스와 처방약을 받기 위해 지켜야 할 사항들이 설명되어 있습니다.

2024 년 *회원 안내서*는 10월 15일까지 이용할 수 있습니다. 회원 안내서의 최신 사본은 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 에서 이용할 수 있습니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하여 2024년 회원 안내서를 이메일로 요청하실 수 있습니다.

저희 웹사이트

또한 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하실 수도 있습니다 저희 웹사이트에는 의료 제공자 및 약국 네트워크(*의료 제공자 및 약국 목록*)와 약품 목록(*보장 약품 목록*)에 대한 최신 정보가 있음을 다시 한번 알려드립니다.

F2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에 전화하실 수도 있습니다. 캘리포니아 지역에서는 SHIP를 건강보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)이라고 하기도 합니다. HICAP 상담원이 플랜 선택을 도와드리고 플랜 변경에 대한 질문에 대답해 드립니다. HICAP는 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무 관계도 없습니다. HICAP는 카운티마다 훈련된 상담원을 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다(TTY 1-800-735-2929). 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/를 방문하십시오.

F3. 옴부즈 프로그램

Medicare Medi-Cal옴부즈 프로그램은 저희 플랜에 문제가 있는 경우 도움이 될 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 이용할 수 있습니다. Medicare Medi-Cal옴부즈맨 프로그램:

- 귀하를 대변해 드립니다. 옴부즈맨은 귀하에게 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 질문에 답변하고 무엇을 해야 할지 이해할 수 있도록 도와줍니다.
- 권리와 보호 사항에 관련된 정보 및 우려를 해결하는 방법에 대한 정보를 확인하십시오.
- 옴부즈 프로그램은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무 관계도 없습니다. Medicare Medi-Cal옴부즈 프로그램 전화번호는 1-888-804-3536입니다.

F4. Medicare

Medicare 로부터 직접 정보를 얻으시려면, 주 7일, 하루 24시간 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트 Medicare 플랜 찾기를 이용하여 여러분의 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. (플랜에 관한 정보는 www.medicare.gov 에서 “Find plans”(플랜 찾기)를 클릭하십시오.)

Medicare 홈페이지의 Medicare 플랜 찾기를 이용하여 여러분의 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. (플랜에 관한 정보는 www.medicare.gov 에서 “Find plans”(플랜 찾기)를 클릭하십시오.)

2024 Medicare 와 회원

*2024 Medicare 와 회원 안내서*를 읽어보십시오. Medicare와 함께하시는 분들께서는 매년 가을 이 책자를 받아보실 수 있습니다. 여기에는 Medicare 혜택 요약, 권리 및 보호 사항 및 Medicare에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변에 대한 요약이 들어 있습니다. 본 안내서는 스페인어, 중국어, 베트남어로도 이용하실 수 있습니다.

이 책자를 받지 못하셨다면 Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050 medicare and-you.pdf) 또는 주 7일, 하루 24시간 운영하는 1-800-Medicare (1-800-633-4227)로 전화하셔서 얻으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

OneCare (HMO D-SNP), 메디케어 메디-칼 플랜은 메디케어와 계약한 메디케어 어드벤테지(Medicare Advantage) 단체입니다. OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다. OneCare는 적용 대상이 되는 연방 시민권법들을 준수하며, 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 혹은 성별을 기준으로 차별하지 않습니다. OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주7일 24시간 전화하십시오. 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

재고 사진. 포즈를 취한 모델.

PRI-030-429 K (09/23)