

이 안내문은 모든 Kaiser Permanente Medicare 건강 보험 회원에게 보내는 교육용 서신입니다. 귀하의 건강 관리 상황이나 귀하가 받을 수 있는 모든 치료에 특별히 관련된 내용은 아닙니다.

가입자님께,

이 정보는 오직 아편유사제 약물에 대한 교육용으로 모든 Kaiser Permanente Medicare 의료 보험 가입자들에게 제공됩니다. 옥시코돈(Percocet®), 하이드로코돈(Norco®), 펜타닐, 몰핀과 같은 아편유사제 약물은 강한 약물입니다. 해당 약물에는 심각한 중독증 및 과량 투여의 위험이 있습니다. 저희는 의료 보험 제공자로서 아편유사제의 잠재력 위험에 대해 알려드리고자 합니다.

아편유사제 약물이란?

아편유사제 약물은 다른 방법이 효과가 없을 때 중증도 통증 내지는 심한 통증을 치료하는 데 도움이 될 수 있습니다. 모든 통증을 개선하지 못할 수도 있고 시간이 지남에 따라 아편유사제 약물은 뇌가 통증 신호를 처리하는 방법을 바꿀 수도 있습니다. 이로 인해 훨씬 큰 고통 및/또는 기분이나 수면 변화 등 다른 건강 증상이 발생할 수 있고 일상 활동을 수행하는 능력이 떨어질 수 있습니다. 때문에 아편유사제 약물을 장기 사용할 때는 의사가 면밀히 관찰해야 합니다.

아편유사제의 부작용과 장기적인 위험은 무엇입니까?

- **내성** - 시간이 지남에 따라 아편유사제의 효과가 줄어들어 사람들은 동일한 수준의 통증 완화를 위해 더 많은 용량을 필요로 하게 됩니다.
- **신체적 의존** - 갑자기 약품 복용을 중단하거나 용량을 많이 줄였을 때 금단 현상이 나타날 수 있습니다.
- **중독증** - 아편 유사제 사용을 통제하지 못하게 될 수 있습니다.
- **신체 부작용** - 아편 유사제는 구역질, 구토, 변비를 유발할 수 있습니다.
- **졸림증** - 아편 유사제는 판단 및 의사 결정에 영향을 줄 수 있습니다. 이러한 부작용은 심각한 부상을 수반하는 낙상 및 차 사고를 유발할 수 있습니다.
- **피로, 에너지 부족, 우울증** - 이러한 부작용은 일과 일상 활동을 하는 사람의 능력에 영향을 미칠 수 있습니다.
- **무현 무호흡증 또는 수면 중 호흡 장애** - 아편 유사제를 부적절하게 사용할 경우 낮에 피로를 유발할 수 있고, 사고 기능을 손상시킬 수 있으며, 어떤 경우에는 호흡 속도를 늦추거나 심지어는 멈추게 하는 수면 문제를 유발할 수도 있습니다.
- **남성 호르몬(테스토스테론) 수치 저하** - 아편 유사제를 장기간 사용 시 성욕 저하, 에너지 저하, 우울한 기분, 근육 부상 시 더딘 회복, 뼈가 가늘어지는 증상으로 이어집니다.
- **우발적 과량 투여 및 사망** - 이러한 위험으로 아편 유사제를 더 오래 복용하게 됩니다.

아편 유사제를 안전하게 복용하려면 어떻게 해야 하나요?

- **지시를 철저히 따릅니다.** 항상 의사의 지시를 따르고 타인과 약물을 공유하지 않습니다.
- **조심합니다.** 처방 받은 약물보다 더 많이 복용하지 않습니다. 추가 약물을 복용하기 전에 담당 의사나 약사와 상담하십시오.

- **위험한 약물 상호 작용을 피합니다.** 모든 약물을 복용하기 전에 담당 의사나 약사와 상담하십시오. 다음 아편 유사제를 혼합하면 과량 투여의 위험이 크게 증가할 수 있습니다. **알코올**, 수면제(예: 졸피뎴[Ambien®] 또는 자레프론[Sonata®]), **항불안제** (예: 디아제팜 [Valium®], 알프라졸람[Xanax®], 로라제팜[Ativan®]), **근육이완제**(예: 카리소프로돌[Soma®], 바클로펜[Lioresal®]).
- **대체 진통제에 관해 의사와 상담해 보십시오.** 통증이 억제되고 있다면 의사에게 복용 주기를 늘려야 하는지 또는 다른 통증 완화 옵션으로 바뀌어야 하는지 문의하십시오.
- **날록손: 의사나 약사에게 날록손 구조 키트에 대해 문의하십시오.** 마약성 진통제로 인해 호흡 속도가 느려지거나 심지어는 멈출 수 있습니다. 날록손은 몸에서 마약성 진통제의 효과를 상쇄하는 약입니다. 날록손은 안전하고 생명을 어떻게 구할 수 있습니다. 의사나 약사에게 상담하여 처방을 받을 수 있는지 확인하십시오. 정기적으로 마약성 진통제를 복용하는 환자는 모두 날록손을 가까이 두는 것이 좋습니다.
- **마약성 진통제의 안전한 보관.** 마약성 진통제를 원래 포장과 원래 라벨과 함께 보관하십시오. 어린이의 손이 닿지 않고 타인이 쉽게 접근할 수 없는 장소(예: 잠긴 캐비닛)에 보관하십시오.
- **안전한 폐기 절차를 따르십시오.** 안전상의 이유로 사용하지 않은 약물은 여러 Kaiser Permanente 약국에서 사용할 수 있는 수거 키오스크에 보관하거나 승인된 전달 봉투를 사용하거나 "약 복용 반환일" 행사에서 즉시 폐기하셔야 합니다. 전달 봉투는 가입자들이 엄선된 Kaiser Permanente 약국에서 사용할 수 있습니다.

고려해야 할 대체 통증 관리 옵션은 무엇입니까?

마약성 진통제를 사용하지 않고 통증을 관리하는 방법과 가장 적합한 방법에 관해 의사와 상의하십시오. 이 중에는 효과가 더 탁월하고 위험과 부작용이 더 적은 옵션이 있을 수 있습니다. 현재 경험하시는 통증 유형에 따라 다음 옵션이 포함될 수 있습니다:

- 이부프로펜(Motrin®), 아세트아미노펜(Tylenol®), 나프록센(Aleve®) 또는 캡사이신, 다이클로페낙 젤(Voltaren®) 또는 트롤라민 살리실레이트(Aspercreme®) 등 국부 진통제와 같은 처방전이 필요 없는 약물.
- 벨록시캄(Mobic®), 디클로페낙(Voltaren®), 에토돌락(Lodine®) 등 처방 강도의 소염제. 부작용 위험 때문에 노인들은 장기 사용하지 않는 것이 좋습니다.
- 가바펜틴(Neurontin®) 및 프레가발린(Lyrica®) 등 통증을 유발하는 신경을 대상으로 하는 비아편 계열의 처방 약물.
- 척추 지압사 서비스, 물리 치료 및 기타 치료, 온찜질 또는 냉찜질, 운동, 침술, 인지 행동 요법. 의사가 플랜에서 보장하지 않는 치료 옵션을 권고할 수도 있습니다. 이 경우 신분증 뒷면의 전화 번호로 가입자 서비스에 연락하시거나 Medicare 파트 A 및 B에 따른 보장을 설명하는 CMS 웹 페이지를 방문하여 가입자 옵션(<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>)을 확인하십시오.

어떤 아편유사제 치료 서비스를 사용할 수 있습니까?

파트 B(의료 보험)에 따라 Medicare는 아편 유사제 사용 장애(OUD) 치료를 위한 아편유사제 치료 프로그램(OTP)을 보장합니다. 약물 보조 치료, 정신건강, 상담 서비스를 포함한 처방 약물 남용 치료 관련한 가입자 플랜의 혜택 관련 정보는 **보장 범위 증명서**를 확인하시거나 신분증 뒷면에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

저희가 도와드리겠습니다.

이 부속 문서에 제공된 정보 관련하여 의문 사항이 있거나 통증 관리 방법에 관해 더 자세히 알고 싶으신 경우 신분증 뒷면에 있는 전화 번호로 가입자 서비스에 전화해 주십시오.

감사합니다.

Kaiser Permanente

**Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 남부 캘리포니아 지부에서 제공하는
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜
(HMO D-SNP)**

2024년 연례 변경 내용 통지

소개

귀하는 현재 저희 플랜의 회원으로 등록되어 있습니다. 내년에는 당사의 혜택, 보장 범위, 규칙 및 비용이 일부 변경될 것입니다. 본 연례 변경 내용 통지서에는 변경 내용과 함께 상세한 정보를 확인할 수 있는 위치가 나와 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 정보를 얻으려면 가입자 안내서를 살펴보십시오. 이 안내서는 당사 웹사이트 kp.org/eocscal에서 찾을 수 있습니다. 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

추가 자원

- 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 본 연례 변경 내용 통지서는 큰 활자체, 점자 또는 오디오 등 다른 형태로 무료로 얻을 수 있습니다. 주 7일 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 전화로 문의하시기 바랍니다. 이 통화는 무료입니다.
- 다음을 요청하려면 주 7일 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 전화로 문의하시기 바랍니다.
 - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서
 - 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청 및
 - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경
- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks *English* can help you. This is a free service.

- تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي (TTY) **711**)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث *Arabic* مساعدتك. هذه خدمة مجانية.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



- Մենք առաջարկում ենք անվճար բանավոր թարգմանության ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի վերաբերյալ ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Թարգմանչի ծառայություններ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: *Armenian* լեզվով խոսող որևէ անձնակազմի անդամ կարող է աջակցել ձեզ: Մա անվճար ծառայություն է:
- យើងមានសեវាកները միջնաժամանակակից ցուցանիշներով և արագ և արդյունավետ արժեքներով: Եթե ցանկանում եք ստանալ ավելի մանրամասն տեղեկություններ, քննարկել ձեր օպերացիայի արդյունքները կամ օգնություն ստանալ, արագ և արդյունավետ արժեքներով կապվեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 Եղբայրները 7 օրը 24 ժամ: Ինչպես *Cambodian Khmer* և *Chinese Traditional* լեզուներով: Ինչպես *Chinese Traditional* լեզուներով: Ինչպես *Chinese Traditional* լեզուներով:
- 我們提供免費口譯服務，為您解答有關健康或藥物計劃的任何問題。要獲得口譯服務，1 週 7 天、每天 24 小時請隨時致電 **1-800-464-4000 (TTY 711)**。會說 *Chinese Traditional* 的人可以協助您。這是免費服務。
- برای پاسخ دادن به هر سوال احتمالی شما درباره طرح دارو یا سلامت ما، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای دریافت مترجم شفاهی، کافی است از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان *Farsi* صحبت می‌کند، می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.
- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toute vos questions sur nos assurances santé ou médicaments. Pour obtenir ce service, contactez-nous au **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 h/24 et 7 j/7. Un interprète parlant *French* vous aidera. Il s'agit d'un service gratuit.
- Nou gen sèvis entèpretasyon gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 è sou 24, 7 jou sou 7. Yon moun ki pale *French Creole* ka ede w. Sèvis sa a gratis.
- हमारे पास हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें **1-800-464-4000 (TTY 711)** पर कॉल करें, दिन में 24 घंटे, सप्ताह में 7 दिन। कोई व्यक्ति जो *Hindi* बोलता है, आपकी मदद कर सकता है। यह एक नि: शुल्क सेवा है।



- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas tej zaum koj yuav muaj ntsig txog peb qhov phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau tus neeg pab txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj **1-800-464-4000 (TTY 711)**, hu tau 24 xuaj moos hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Ib tus neeg uas hais *Hmong* yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Abbiamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere ad ogni eventuale domanda riguardante il nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avere un interprete chiamare il **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Quacuno che parla *Italian* potrà aiutarvi. È un servizio gratuito.
- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, mit denen wir alle Fragen beantworten können, die bei Ihnen möglicherweise bezüglich unserer Gesundheits- oder Arzneimittelpläne aufkommen. Um die Dienste eines Dolmetschers in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach unter **1-800-464-4000 (TTY 711)** an. Jemand, der *German* spricht, steht rund um die Uhr zur Verfügung, um Ihnen zu helfen. Dieser Dienst ist kostenlos.
- 当社では、健康プランや薬のプランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しております。通訳をご依頼頂くには、**1-800-464-4000 (TTY 711)** までお電話ください。24 時間年中無休で対応いたします。*Japanese* を話す担当者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。
- 저희는 건강 또는 약품 플랜에 관한 어떠한 질문에도 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역사를 구하려면 **1-800-464-4000(TTY 711)** 번으로 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 전화해 주십시오. *Korean* 를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າ *Laotian* ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- 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 **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi koi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz bouc dauh koi longc 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hngangv.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.



- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby skorzystać z usług tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pomoże Ci osoba mówiąca w języku: *Polish*. Usługa jest bezpłatna.
- Oferecemos serviços gratuitos de interpretação para responder suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para ter acesso ao serviço, ligue para **1-800-464-4000** (TTY 711). O serviço está disponível todos os dias da semana, 24 horas por dia. Alguém que fala *Portuguese brazil* pode ajudar você. Esse serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪੁੱਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ *Punjabi* ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- У нас имеется бесплатный сервис устного перевода, чтобы отвечать на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о медицинском или лекарственном плане. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (TTY 711), который доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Переводчик, который говорит на *Russian*, сможет помочь вам. Этот сервис бесплатный.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un servicio de intérprete, simplemente llámenos al **1-800-464-4000** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable *Spanish US* puede ayudarle. El servicio es gratuito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Matutulungan kayo ng isang taong nagsasalita ng *Tagalog*. Isa itong libreng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาเพื่อตอบคำถามที่คุณสงสัยเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** (TTY 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด *Thai* พร้อมช่วยเหลือคุณ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



- Для того, щоб відповісти на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи ліків, у нас є перекладач, який надає безкоштовні послуги. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000 (TTY 711)** (цілодобово, 7 днів на тиждень). Хтось, хто володіє *Ukrainian*, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được thông dịch viên trợ giúp, quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Ai đó nói tiếng *Vietnamese* có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للفتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն ստանալովել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY **711**), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំនងជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ ຕອກທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໃຫ້ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginvc longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jiiigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidíikíł, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíłts'ííłgíí yidíikíł. Hane' bee bik'i' di'dííłgíí dóó bee hane' didíłts'ííłgíí bina'idíłkíłgí yidíikíł. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá áłahjí', jiiigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.


Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815**
(TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면
 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.

목차

A. 면책 조항.....	10
B. 내년도에 대한 Medicare 및 Medi-Cal 보장 범위 검토.....	10
B1. 저희 플랜에 대한 정보.....	11
B2. 해야 할 중요한 일.....	11
C. 플랜 이름 변경.....	13
D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항.....	13
E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항.....	13
E1. 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항.....	13
E2. 처방약 보장 변경 사항.....	15
E3. 1단계: "첫 보험 보장 단계".....	17
E4. 2단계: "비상 보장 단계(Catastrophic Coverage Stage)".....	18
F. 관리 변경 사항.....	18
G. 플랜 선택.....	18
G1. 저희 플랜 유지.....	18
G2. 플랜 변경.....	18
H. 도움 받기.....	23
H1. 저희 플랜.....	23
H2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP).....	23
H3. Ombuds 프로그램.....	24
H4. Medicare.....	24
H5. 캘리포니아 보건 관리부(California Department of Managed Health Care, DMHC).....	25

A. 면책 조항

- ❖ Kaiser Permanente는 Medicare와 계약을 맺고 있는 HMO D-SNP 플랜으로서 Medi-Cal 프로그램과도 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente에의 등록은 계약의 갱신에 따라 달라집니다.

B. 내년도에 대한 Medicare 및 Medi-Cal 보장 범위 검토

내년에 귀하의 요구를 충족시킬 수 있도록 지금 보험 적용 범위를 검토하는 것이 중요합니다. 플랜이 귀하의 필요에 맞지 않는 경우 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 내년 혜택의 변경 사항에 대한 자세한 정보는 **섹션 E**를 참조하십시오.

저희 플랜을 탈퇴하기로 선택하면 귀하의 멤버십은 탈퇴를 요청한 해당 월의 말일에 종료됩니다. 자격이 있는 한 여전히 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 속해 있습니다.

저희 플랜을 탈퇴하시면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다.

- **섹션 G2**에 표로 정리된 Medicare 옵션
- Medi-Cal 옵션 및 서비스 **섹션 G2**.



B1. 저희 플랜에 대한 정보

- Kaiser Permanente는 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 맺고 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하고자 하는 의료 보험입니다.
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 플랜의 보장 범위는 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보험으로, 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)의 개인 분담 책임 요건을 만족합니다. 개인 분담 책임 요건에 대한 자세한 정보를 보려면 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문하시기 바랍니다.
- 본 연례 변경 내용 통지에서 "저희", "저희를", "저희의" 또는 "저희의 플랜"이라고 하면 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미하는 것입니다.

B2. 해야 할 중요한 일

- 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 있는지 확인합니다.
 - 귀하가 사용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
 - 혜택 및 비용 변경 사항이 내년에도 계속 귀하에게 도움이 되는지 살펴보십시오.
 - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경에 대한 정보는 **섹션 E1**을 참조하십시오.
- 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 처방약 보장에 변경 사항이 있는지 확인하십시오.
 - 귀하가 사용하는 약은 보장됩니까? 분담 비용 등급이 다른가요? 같은 약국을 이용할 수 있습니까?
 - 내년에도 저희 약물 보장 범위가 귀하에게 적용되는지 변경 사항을 살펴보십시오.
 - 저희 의약품 보장 변경 사항에 관한 정보는 **섹션 E2**을 참조하십시오.



- 지난해부터 의약품 비용이 상승했을 수도 있습니다.
 - 더 낮은 비용 대안에 대해 의사와 상담하십시오. 이를 통해 연중 본인 부담 비용을 절약할 수 있습니다.
 - 귀하의 플랜 혜택에 따라 약제비가 얼마나 변경될 수 있는지가 정확하게 결정됩니다.
- **귀하가 이용하는 의료 서비스 제공자와 약국이 내년에 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
 - 전문의를 포함한 귀하의 담당 의사가 저희 네트워크에 속해 있습니까? 귀하가 이용하는 약국은 어떻습니까? 귀하가 사용하는 병원이나 기타 의료 서비스 제공자는 어떻습니까?
 - 저희 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에 관한 정보는 **섹션 D**을 참조하십시오.
- **플랜의 전체 비용을 따져보십시오.**
 - 정기적으로 사용하는 서비스 및 처방약에 대해 본인 부담금을 얼마만큼 지출합니까?
 - 다른 보장 옵션과 비교했을 때 총 비용은 어떻습니까?
- **귀하가 저희 플랜에 만족하는지 생각해 보십시오.**

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal을 계속 유지하기로 결정한 경우:

내년에도 저희 플랜을 이용하고 싶다면 간단합니다. 아무것도 하실 필요가 없습니다. 변경하지 않고 그대로 두시면 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal에 등록된 상태로 자동으로 계속 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하의 필요에 더 잘 맞다고 판단되면 플랜을 전환할 수 있습니다(자세한 정보는 **섹션 G2** 참조). 새 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우 새 보장은 다음 달 1일에 시작됩니다.



C. 플랜 이름 변경

2024년 1월 1일에 당사 플랜 이름이 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles 플랜에서 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜으로 변경됩니다.

새 신분증은 2024년 1월까지 발송됩니다.

D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

2024년부터 저희 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크가 변경됩니다.

귀하의 의료 서비스 제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 있는지 알아보시려면 **2024년 의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 검토하십시오. 업데이트된 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**은 저희 웹사이트 kp.org/directory에서 찾으실 수 있습니다. 또한 본 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화해 업데이트된 의료 서비스 제공자 정보를 요청하거나 우편으로 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

저희 네트워크는 2023년 중에도 변경될 수 있다는 점에 유의하시기 바랍니다. 귀하의 의료 서비스 제공자가 저희 플랜을 떠나더라도 귀하는 일정 권리와 보호를 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 안내서 **3장**을 참조하십시오.

E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 사항

내년에 특정 의료 서비스에 대한 보장 범위와 보장된 의료 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용이 변경됩니다. 아래 표에는 이러한 변경 사항이 정리되어 있습니다.

	2023년(올해)	2024년(내년)
앰블런스 서비스	가입자가 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 \$0입니다. 그러지 않으면 가입자는 편도 이송당 \$200를 부담해야 합니다.	가입자가 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 \$0입니다. 그러지 않으면 가입자는 편도 이송당 \$150를 부담해야 합니다.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



	2023년(올해)	2024년(내년)
<p>Medicare 혜택에 따른 가정 배달 식사 울혈성 심부전 입원 환자가 네트워크 병원에서 퇴원한 후 즉시 집으로 식사가 배달됩니다.</p> <p>참고: 이 변경 사항은 Medi-Cal에 따른 귀하의 혜택에는 적용되지 않습니다.</p>	<p>1년에 한 번, 연속 4주 기간 동안 하루에 최대 두 끼의 식사를 보장합니다. 진료 소개서가 필요합니다.</p>	<p>보장되지 않음</p>
<p>정신 건강 입원 치료</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 저희는 Medicare 공인 정신과 병원 입원에 대해 평생 190일까지 보장해드립니다. • 종합병원 내 정신의학 유닛에서의 정신 건강 관련 입원에는 190일 제한이 적용되지 않습니다. 또한 특정 건강 상태와 연관되어 정신 병원에 입원하는 경우에도 적용되지 않습니다. 	<p>저희는 입원을 무제한 보장합니다.</p>

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



	2023년(올해)	2024년(내년)
<p>일반 의약품(OTC) 건강 및 웰니스 OTC 카탈로그에 나열된 OTC 품목은 무료 택배로 제공됩니다. 각 주문 금액은 최소 \$25여야 합니다. 주문은 귀하의 분기별 혜택 한도를 초과하지 않아야 합니다. 분기별 혜택 한도 중 미사용분은 다음 분기로 이월되지 않습니다. (가입자의 혜택 한도는 1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에 초기화됩니다).</p> <p>카탈로그를 보고 온라인으로 주문하려면 kp.org/otc/ca를 방문하십시오. 월요일~금요일 오전 7시~오후 6시(PST) 사이에 1-833-569-2360 (TTY 711)번으로 연락하여 전화 주문하시거나 목록의 인쇄본을 우편으로 요청하실 수 있습니다.</p>	<p>분기별 혜택 한도인 \$100까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다.</p>	<p>분기별 혜택 한도인 \$250까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다.</p>

E2. 처방약 보장 변경 사항

당사 약물 목록 변경

업데이트된 **보장 약물 목록**은 저희 웹사이트 kp.org/seniorrx에서 확인할 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 업데이트된 약물 정보를 확인하거나 **보장 약물 목록**을 보내달라고 요청할 수 있습니다.

보험 적용 약물 변경 및 특정 약물에 대한 보장에 적용되는 제한 사항 변경을 포함하여 약물 목록을 변경했습니다.

약물 목록을 검토하여 **내년에 귀하 사용하는 약물이 보장되는지 확인**하고 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

약물 보장 변경으로 인해 영향을 받는 경우 다음과 같은 조치를 취하시길 바랍니다.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.**



- 주치의(또는 다른 처방자)와 상의하여 저희가 보장하는 다른 약물을 찾으십시오.
 - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 동일한 질병을 치료하는 보장 약품 목록을 요청할 수 있습니다.
 - 이 목록은 의료 서비스 제공자가 가입자에게 효능이 있는 보장된 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 약물의 일시적 공급을 보장해 달라고 저희에게 요청하십시오.
 - 상황에 따라 해당 연도의 첫 90일 동안 **일시적** 약물 공급을 보장해 드립니다.
 - 이 일시적 공급은 최대 30일 동안 제공됩니다. (일시적 공급을 받을 수 있는 시기와 요청 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서 5장*을 참조하십시오.)
 - 일시적 약물 공급을 받으면 일시적으로 공급 받은 약물이 다 떨어졌을 때 어떻게 해야 하는지 의사와 상의하십시오. 귀하는 저희 플랜이 보장하는 다른 약물을 사용하거나 가입자에 대한 예외를 적용하여 현재 복용 중인 약물을 보장하도록 요청하실 수 있습니다.
 - 현재 승인된 모든 처방집 예외는 매년 말일에 만료되므로 새해가 시작될 때 다시 제출하여 승인을 받아야 합니다.

처방약 비용 변경 사항

저희 플랜에 따라 Medicare 파트 D 처방약 보장에 대한 지불 단계는 두 가지입니다. 약물에 대한 자기 부담금은 가입자가 처방전을 조제하는 시점 또는 재조제하는 시점 중 어떤 단계에 있느냐에 따라 달라집니다. 두 단계는 아래와 같습니다.

1단계 첫 보험 보장 단계	2단계 비상 보장 단계 (Catastrophic Coverage Stage)
<p>이 단계에서는 저희 플랜이 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 부담금을 지불합니다. 가입자의 본인 부담금을 코페이이라고 합니다.</p> <p>해당 연도에 처음으로 처방전을 조제할 때 이 단계부터 시작하게 됩니다.</p>	<p>이 단계에서 플랜은 2024년 12월 31일까지 귀하의 모든 약제비를 지불합니다.</p> <p>일정 금액의 가입자 자기 부담금을 지불한 후 이 단계를 시작합니다.</p>

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



첫 보험 보장 단계는 처방약에 대한 가입자 자기 부담금 총액이 **\$8,000**에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다. 처방약에 대한 가입자의 부담금에 관한 자세한 정보는 *가입자 안내서 6장*을 참조하십시오.

E3. 1단계: "첫 보험 보장 단계"

첫 보험 보장 단계 중 저희 플랜은 보장된 처방약 비용의 부담금을 지불하고 가입자는 본인 부담금을 지불합니다. 가입자의 본인 부담금을 코페이라고 합니다. 코페이는 약물의 비용 분담 단계와 약물을 수령하는 장소에 따라 달라집니다. 코페이는 처방약을 조제할 때마다 지불합니다. 보장된 약물의 비용이 코페이보다 낮으면 가입자의 자기 부담금은 더 낮아집니다.

저희는 약물 목록에 있는 일부 약물을 더 낮거나 더 높은 약물 등급으로 옮겼습니다. 귀하의 약물이 등급 간 이동하는 경우 귀하의 코페이에 영향을 미칠 수 있습니다. 귀하의 약물이 다른 등급에 있는지 알아보려면 약물 목록에서 해당 약물을 찾아보십시오.

다음 표는 두 가지 약물 등급별로 가입자가 부담할 약품 비용을 보여줍니다. 아래 금액은 첫 보험 보장 단계에만 적용됩니다.

	2023년(올해)	2024년(내년)
1~2등급 약물 (제네릭 약물 포함) 네트워크 약국에서 조제되는 1등급 및 2등급 약물의 1개월 공급량에 대한 비용	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 처방전당 \$0~\$4.15 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 처방전당 \$0~\$4.50 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.
3~5등급 약물 (브랜드 약물 및 특수 약물 포함) 네트워크 약국에서 조제되는 3등급에서 5등급까지 약물의 1개월 공급량에 대한 비용	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 처방전당 \$0~\$10.35 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 처방전당 \$0~\$11.20 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.

첫 보험 보장 단계는 가입자의 총 자기 부담금이 **\$8,000**에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다. 처방약에 대한 가입자의 지불 비용과 관련된 자세한 정보는 *가입자 안내서 6장*을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



E4. 2단계: "비상 보장 단계(Catastrophic Coverage Stage)"

처방약에 대한 자기 부담금이 한도인 **\$8,000**에 도달하면 비상 보장 단계가 시작됩니다. 해당 연도가 종료될 때까지 비상 보장 단계로 유지됩니다.

- Medicare 및 Medi-Cal이 보장하는 처방전에 대한 자세한 정보를 찾으려면 *보장 약품 목록*을 참조하십시오.

F. 관리 변경 사항

	2023년(올해)	2024년(내년)
계약 및 플랜 혜택 패키지(PBP) 번호	현재 플랜인 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles 플랜은 계약 H0524, PBP #070으로도 알려져 있습니다.	귀하의 새로운 플랜, Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜은 계약 H8794, PBP #001이라고도 합니다.

G. 플랜 선택

G1. 저희 플랜 유지

저희는 귀하가 계속해서 플랜 가입자 자격을 유지하시길 바랍니다. 저희 플랜을 유지하기 위해 아무 것도 하실 필요가 없습니다. 다른 Medicare 플랜 또는 Original Medicare로 변경하지 **않으면** 2024년에 저희 플랜의 가입자로 등록된 상태가 자동으로 유지됩니다.

G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 다음 **특별 등록 기간** 동안 각각 저희 플랜의 멤버십을 종료하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



이 3회의 특별 가입 기간 외에도 다음 기간 동안 저희 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **연간 가입 기간:** 10월 15일~12월 7일. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 저희 플랜의 멤버십은 12월 31일에 종료되고 새 플랜의 멤버십이 다음 해 1월 1일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 등록 기간:** 1월 1일~3월 31일. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜의 멤버십이 다음 달 1일부터 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 경우도 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우:

- 귀하가 저희 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 귀하의 자격이 변경되는 경우 **또는**
- 최근에 간병 기관 또는 장기 진료 병원에 입원했거나, 해당 시설에서 현재 치료를 받고 있거나, 해당 시설에서 퇴원한 경우



가입자의 Medicare 서비스

Medicare 서비스를 받는 방법에는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나를 선택하면 저희 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.

<p>1. 다음 서비스로 변경하는 경우: 다른 Medicare Medi-Cal 플랜을 포함한 다른 Medicare 의료 보험 플랜</p>	<p>수행할 작업은 다음과 같습니다.</p> <p>주 7일, 24시간 연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.</p> <p>Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 (TTY 711)로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하시기 바랍니다. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 등록하십시오.</p> <p>새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</p>
---	--

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.



<p>2. 다음 서비스로 변경하는 경우: 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare</p>	<p>수행할 작업은 다음과 같습니다.</p> <p>연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 (TTY 711)로 전화하십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하시기 바랍니다. <p>또는</p> <p>신규 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>가입자의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
---	---



<p>3. 다음 서비스로 변경하는 경우:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare</p> <p>참고: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우 Medicare에 가입하지 않는다고 의사를 밝히지 않으면 Medicare는 가입자를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노동 조합 등 다른 곳으로부터 약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지 여부에 대해 궁금한 점이 있는 경우 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 1-800-434-0222로 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하시기 바랍니다.</p>	<p>수행할 작업은 다음과 같습니다.</p> <p>연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 (TTY 711)로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하시기 바랍니다. <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>가입자의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
--	---

가입자의 Medi-Cal 서비스

저희 플랜을 탈퇴하신 후 Medi-Cal 플랜을 선택하거나 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대해 궁금한 점이 있으면 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 **1-800-430-4263**로 Health Care Options에 연락해 주십시오. TTY 사용자께서는 **1-800-430-7077**번으로 전화해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare에 다시 가입하면 Medi-Cal 적용을 받는 방법이 달라지는지 문의해 보십시오.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



H. 도움 받기

H1. 저희 플랜

궁금한 점이 있으시면 도와드리겠습니다. 표시된 운영 요일 및 시간 중 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 해당 통화는 무료입니다.

가입자 안내서 읽기

가입자 안내서는 저희 플랜이 제공하는 혜택에 대한 합법적이고 상세한 설명을 담고 있습니다. 이 안내서에는 2024년에 적용되는 비용 및 혜택에 대한 자세한 내용이 수록되어 있습니다. 가입자의 권리와 저희가 보장하는 서비스와 처방약을 받기 위한 규칙도 설명합니다.

2024년 가입자 안내서는 10월 15일까지 적용됩니다. 가입자 안내서의 최신 사본은 저희 웹사이트 kp.org/eocscal에서 얻을 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 2024년 가입자 안내서를 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 kp.org/medicare를 방문하실 수도 있습니다. 저희 웹사이트에는 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크(의료 서비스 제공자 및 약국 목록) 및 약물 목록(보장 약물 목록)에 대한 최신 정보가 있습니다.

H2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주정부 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 연락할 수도 있습니다. 캘리포니아주에서는 SHIP을 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담원이 가입자가 선택한 플랜을 이해하도록 도와드리며 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. HICAP는 저희 또는 다른 보험회사 또는 의료 보험과 연계되어 있지 않습니다. 모든 카운티에는 HICAP의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP의 전화번호는 **1-800-434-0222 (TTY 711)**입니다. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



H3. Ombuds 프로그램

저희 플랜에 불편한 점이 있는 경우 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에서 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 제공됩니다. Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램:

- 가입자를 대신하여 변호인으로 활동합니다. 가입자에게 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 답하고 무엇을 해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다.
- 가입자가 자신의 권리 및 보호와 관련된 정보와 우려 사항을 해결할 수 있는 방법을 알고 있는지 확인합니다.
- 저희나 다른 보험회사 또는 의료 보험과 연계되어 있지 않습니다.
Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램의 전화번호는 **1-888-804-3536**입니다.

H4. Medicare

Medicare에서 직접 정보를 얻으려면 연중무휴로 운영되는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048**번으로 전화해주십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 저희 플랜에서 탈퇴하고 다른 Medicare 플랜에 등록하기로 선택한 경우 Medicare 웹사이트에서 플랜 비교에 도움이 되는 비용, 보장 범위 및 품질 등급에 대한 정보를 찾을 수 있습니다.

Medicare 웹사이트에서 Medicare 플랜 찾기를 사용하여 귀하가 거주하시는 지역에서 이용 가능한 Medicare 플랜에 대한 정보를 찾을 수 있습니다. (플랜에 대한 정보를 살펴보려면 www.medicare.gov로 이동한 다음 "Find plans(플랜 찾기)"를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2024

Medicare & You 2024 안내서를 읽어 보십시오. 매년 가을에 이 책자는 Medicare 가입자에게 우송됩니다. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 있습니다. 본 안내서는 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

이 책자의 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)를 방문하거나 연중무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 얻을 수 있습니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048**번으로 전화해주십시오.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



H5. 캘리포니아 보건 관리부(California Department of Managed Health Care, DMHC)

캘리포니아 보건 관리부(California Department of Managed Health Care, DMHC)는 보건 의료 서비스 플랜에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC Help Center는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 제기 및 불만 사항을 처리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하의 의료 플랜에 대해 불만이 있으면, 이 부서에 연락하기 전에 먼저 **1-800-443-0815** 번으로 귀하의 건강 보험 플랜에 전화하여 의료 보험사의 불만 제기 절차를 이용하셔야 합니다. 이 고충 처리 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용할 수 있는 잠재적인 법적 권리나 구제 조치가 금지되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련된 불만, 건강 플랜으로 만족스럽지 못한 불만 또는 30일 이상 해결되지 않은 불만에 대해 도움이 필요한 경우, 부서에 도움을 요청하십시오. 귀하는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 받을 자격이 있을 수도 있습니다. 만약 귀하가 IMR을 받을 자격이 되면, IMR 과정은 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 연구적 성격의 치료의 보장에 관한 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지불에 관한 분쟁과 관련하여 의료 보험사가 내린 의학적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 이 부서에는 무료 전화 번호(**1-888-466-2219**)도 있으며 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 전화(**1-877-688-9891**)도 있습니다. 이 부서의 인터넷 웹 사이트 www.dmhc.ca.gov에서 불만 제기 양식, IMR 신청 양식, 작성요령 등을 온라인상으로 받으실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, Kaiser Permanente 가입자 서비스에 전화하십시오. **1-800-443-0815** (TTY 711), 오전 8시~오후 8시, 주 7일. 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 kp.org/medicare를 방문하십시오.



차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente 는 해당 연방 시민평등권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 바탕으로 차별하지 않습니다. Kaiser Permanente 는 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 특정인을 배제하거나 달리 대하지 않습니다. 또한, 저희는

- 당사와의 원활한 소통을 위해, 장애가 있는 분들께 다음과 같은 도움 및 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격이 있는 수화 통역사.
 - 큰 활자, 음성, 장애인 이용이 가능한 전자 문서 등 다른 형식으로 된 서면 정보.
- 모국어가 영어가 아닌 분들께는 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격이 있는 통역사.
 - 다른 언어들로 작성된 정보.

이러한 서비스가 필요하시면 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 가입자 서비스에 전화하십시오.

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 로 민권 코디네이터에게 서면을 통해서 또는 상기 번호로 가입자 서비스에 전화하셔서 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 우편이나 전화로 불만을 접수하실 수 있습니다. 불만을 접수하실 때 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와 드리겠습니다. 또한 귀하께서는 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소에 민권 침해 신고 포털

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 통해 온라인 상으로, 또는 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)** 를 통해 우편 및 전화로 민권 관련 불만 사항을 접수할 수 있습니다. 불만 제기 양식은

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 찾을 수 있습니다.



차별 금지에 관한 고지

차별은 법에 위배됩니다. Kaiser Permanente는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

Kaiser Permanente는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 법에 위배되는 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격이 있는 수화 통역사
 - ◆ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
 - ◆ 자격을 갖춘 통역사
 - ◆ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, 매일 24시간 언제든지(법정 공휴일은 제외) **1-800-464-4000 (TTY 711)**번으로 저희 가입자 서비스 연락 센터에 전화하십시오. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 **711**번으로 전화하십시오.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으려면, 가입자 서비스 연락 센터에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, Kaiser Permanente 측에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서 (*Evidence of Coverage*) 또는 보험 증서 (*Certificate of Insurance*) 를 참조해 주십시오. 귀하는 또한 귀하에게 적용되는 옵션에 대해 가입자 서비스 담당자와 상담하실 수 있습니다. 이의 제기에 도움이 필요하신 경우, 가입자 서비스로 전화하십시오.

이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** 하루 24시간, 주 7일(법정 공휴일은 제외) 운영되는 가입자 서비스 전화 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 문의하십시오.
- **우편:** **1 800-464-4000 (TTY 711)**번으로 전화하여 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.

- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 kp.org/facilities에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 kp.org에서 온라인 양식을 이용하십시오.

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

캘리포니아 보건부 (Department of Health Care Services)의 민권 사무실에 불만을 제기하는 방법 (Medi-Cal 수혜자 전용)

또한 캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화: 916-440-7370 (TTY 711)** 번으로 보건부 (Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 편지 발송:

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019 (TTY 711 또는 1-800-537-7697)**으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 서신 발송:

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포탈 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** 방문

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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 **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language 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, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). 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 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

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 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。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 **1-800-443-0815** (TTY **711**). 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 **1-800-443-0815** (TTY **711**). 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. 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。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** 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。

플랜 정보

이 플랜의 가입자로서 저희는 귀하에게 제공될 수 있는 다른 Kaiser Permanente 플랜 또는 제품에 대한 정보를 알려드리게 위해 때때로 연락을 드리겠습니다. 이러한 유형의 통화를 받고 싶지 않은 경우, 가입자 ID 카드 뒷면의 전화번호로 가입자 서비스에 문의하십시오.

의료 서비스 제공자 목록

네트워크 의료 서비스 제공자 또는 약국을 찾으려면, kp.org/directory를 방문하여 온라인 목록을 검색하십시오(참고: 2024년 목록은 Medicare 요건에 따라 2023년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

의료 서비스 제공자 목록, 치과 의료 서비스 제공자 목록 또는 약국 목록(해당하는 경우)을 우편으로 받아보려면, Kaiser Permanente에 **1-800-443-0815(TTY 711)**(주 7일, 연중무휴 오전 8시~오후 8시 운영) 번으로 전화를 걸어 요청할 수 있습니다.

Medicare 파트 D 처방약 처방집

당사 처방집에는 당사에서 제공하는 Medicare 파트 D 약품 목록이 나와 있습니다. 처방집은 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 변경에 대한 통지를 받게 됩니다. 보장되는 약품에 대한 질문이 있는 경우, kp.org/seniorrx에서 온라인 처방집을 참조하십시오 (참고: 2024년 처방집은 Medicare 요건에 따라 2023년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

처방집을 우편으로 받으려면 Kaiser Permanente에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화를 걸어 요청할 수 있습니다(주 7일, 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 운영).

보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC)

EOC는 귀하의 플랜을 통해 의료 서비스 및 처방약을 보장받는 방법에 대해 설명합니다. 여기에는 가입자의 권리와 책임, 보장 내용과 Kaiser Permanente 회원으로서 가입자가 지급해야 하는 내역에 대한 설명이 있습니다. 보장 범위에 대해 궁금한 사항이 있으면 kp.org/eocscal을 방문하여 온라인으로 **EOC**를 참조하십시오(참고: Southern California의 2024년 **EOC**는 Medicare 요건에 따라 2023년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

EOC를 우편으로 받아보려면 Kaiser Permanente에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화를 걸어 요청할 수 있습니다(주 7일, 연중무휴 오전 8시~오후 8시 운영).

