

**Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 남부 캘리포니아 지부에서 제공하는  
Kaiser Permanente Dual Complete South P1(HMO D-SNP)**

## 2025년 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 통지서*에는 변경 내용과 함께 해당 변경 내용의 상세한 정보를 확인할 수 있는 위치가 나와 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 정보를 얻으려면 *가입자 안내서*를 살펴보십시오. 이 안내서는 당사 웹사이트 [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal)에서 찾을 수 있습니다. *가입자 안내서*의 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 통지서*는 큰 활자체, 점자, 오디오 파일 또는 데이터 CD 등 다른 형태로 무료로 얻을 수 있습니다. 1-800-443-0815(TTY 711)로 주 7일간 오전 8시~오후 8시에 전화로 문의하시기 바랍니다. 이 통화는 무료입니다.
- 다음을 요청하려면 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 전화로 문의하시기 바랍니다(주 7일, 오전 8시~오후 8시).
  - 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

---

OMB Approval 0938-1444 (Expires June 30, 2026)



**질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면** [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## 목차

A. 면책 조항 .....	3
B. 내년도의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 범위 검토 .....	3
B1. 저희 플랜에 대한 정보 .....	4
B2. 해야 할 중요한 일 .....	5
C. 플랜 이름 변경 .....	6
D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항 .....	6
E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항 .....	7
E1. 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 .....	7
E2. 처방약 보장 변경 사항 .....	8
E3. 1단계: "첫 보험 보장 단계" .....	10
E4. 2단계: "비상 보장 단계" .....	11
F. 관리 변경 사항 .....	11
G. 플랜 선택 .....	11
G1. 저희 플랜 유지 .....	11
G2. 플랜 변경 .....	12
H. 도움 받기 .....	17
H1. 저희 플랜 .....	17
H2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) .....	17
H3. Ombuds 프로그램 .....	17
H4. Medicare .....	18
H5. 캘리포니아 보건 관리부(DMHC) .....	18
H6. Medicare Prescription Payment 플랜 .....	19



**질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

---

## 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. 내년도의 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.

- Medicare 옵션은 **섹션 G2**에 표로 정리되어 있습니다.
- Medi-Cal 옵션 및 서비스는 **섹션 G2**에 정리되어 있습니다.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## B1. 저희 플랜에 대한 정보

- Kaiser Permanente는 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 맺고 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하는 의료 보험입니다.
- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 플랜의 보장 범위는 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보험입니다. 이 보장 범위는 환자보호 및 적정 의료법(ACA) 개인의 공동 책임 요건을 충족합니다. 개인 분담 책임 요건에 대한 자세한 정보를 보려면 미국 국세청(IRS) 웹사이트 [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 방문하시기 바랍니다.
- 본 연례 변경 내용 통지에서 "저희", "저희를", "저희의" 또는 "저희의 플랜"이라고 하면 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미하는 것입니다.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## 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? 사전 승인 등의 변경 사항이 존재하나요?
  - 내년에도 저희 약물 보장 범위가 귀하에게 적용되는지 변경 사항을 살펴보십시오.
  - 저희 약품 보장 관련 변경 사항에 관한 정보는 **섹션 E2**를 참조하십시오.
  - 지난해부터 의약품 비용이 상승했을 수도 있습니다.
    - 이용 가능한 더 낮은 비용의 대안에 대해 의사와 상담하십시오. 이를 통해 연간 본인 부담금을 절약할 수 있습니다.
    - 귀하의 플랜 혜택에 따라 약품 비용이 정확히 얼마나 변경되는지가 결정된다는 점에 유의하십시오.
- 귀하가 이용하는 의료 서비스 제공자와 약국이 내년에도 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**를 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.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

**Kaiser Permanente Dual Complete South P1을 계속 이용하기로 결정한 경우:**

내년에도 저희 플랜을 이용하고 싶다면 간단합니다. 아무것도 하실 필요가 없습니다. 변경하지 않고 그대로 두시면 Kaiser Permanente Dual Complete South P1의 등록 상태가 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**

2025년 1월 1일에 플랜 이름이 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1에서 Kaiser Permanente Dual Complete South P1로 변경됩니다.

새 신분증이 2025년 1월까지 발송됩니다.

---

**D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항**

처방 약물에 대한 가입자의 부담금은 귀하가 사용하시는 약국에 따라 다릅니다. 저희 플랜에는 약국 네트워크가 포함되어 있습니다. 대부분의 경우, 여러분의 처방전은 저희 네트워크 약국 중 한 곳을 통해 조제된 경우에 *만* 보장됩니다.

2025년을 대비해 저희의 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크가 변경되었습니다.

귀하의 의료 서비스 제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되어 있는지 알아보시려면 **2025년 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 검토하십시오**. 업데이트된 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*은 저희 웹사이트 [kp.org/directory](http://kp.org/directory)에서 찾으실 수 있습니다. 또한 본 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화해 업데이트된 의료 서비스 제공자 정보를 요청하거나 귀하의 이메일로 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

저희 네트워크는 2025년 중에도 변경될 수 있다는 점에 유의하시기 바랍니다. 귀하의 의료 서비스 제공자가 저희 플랜을 떠나더라도 귀하는 특정한 권리를 가지며 보호를 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 안내서 **3장**을 참조하십시오.



**질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.**

## E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항

### E1. 의료 서비스 혜택 및 비용 변경

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

	2024년(올해)	2025년(내년)
구급차 서비스	가입자가 Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 대상인 경우 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. 그렇지 않으면 가입자는 편도 이송당 <b>\$150</b> 를 부담해야 합니다.	가입자가 Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 대상인 경우 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. 그렇지 않으면 가입자는 편도 이송당 <b>\$50</b> 를 부담해야 합니다.
치과 서비스 DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램을 통해 보장되는 예방적이고 포괄적인 치과 서비스.	가입자 지불금: <b>\$0</b> .	<b>보장되지 않음.</b> Medi-Cal 치과 플랜을 통해 치과 서비스는 계속 보장됩니다.
피트니스 혜택	기본 헬스장 멤버십, 온라인 피트니스 수업 및 자료, 가정용 피트니스 키트(키트 중 하나에 활동 추적기 포함)가 포함된 Silver&Fit® Healthy Aging 및 Exercise 프로그램을 <b>\$0</b> 로 이용하실 수 있습니다.	네트워크 헬스장, 온라인 피트니스 수업 및 자료, 가정용 피트니스 키트, 온라인 뇌 건강 프로그램이 포함된 One Pass™ 피트니스 프로그램을 <b>\$0</b> 로 이용하실 수 있습니다.
일반 의약품(OTC) 건강 및 웰니스 OTC 카탈로그에 나열된 OTC 품목은 무료 택배로 제공됩니다.	분기별 혜택 한도인 <b>\$250</b> 까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다.	분기별 혜택 한도인 <b>\$200</b> 까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## E2. 처방약 보장 변경 사항

### 당사의 **약품 목록**에 대한 변경 사항

업데이트된 **보장 약품 목록**은 저희 웹사이트 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)에서 확인할 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 업데이트된 약품 정보를 확인하거나 **보장 약품 목록**을 보내달라고 요청할 수 있습니다.

저희는 **약품 목록**을 변경했으며, 여기에는 약품의 추가 또는 제거, 보장되는 약품의 변경, 저희의 특정 약품에 대한 보장에 적용되는 제한사항의 변경 또는 다른 분담 비용 등급으로의 약품 이동이 포함될 수 있습니다.

**약품 목록**을 검토하여 **내년에도 약품이 보장되는지 확인**하고 제한 사항이 있는지, 그리고 약품이 다른 비용 분담 등급으로 이동되었는지 확인하십시오.

**약품 목록** 변경의 대부분은 매년 초에 실시됩니다. 그러나 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 또는 **Medicare**가 허용한 다른 변경 사항이 이루어질 수도 있습니다. 저희는 최신 **약품 목록**을 제공하기 위해 온라인 **약품 목록**을 최소 매달 업데이트합니다. 여러분이 사용 중인 약품에 영향을 미치는 변경 사항이 이루어지는 경우 변경 사항에 대한 알림을 보내드립니다.

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

- 주치의(또는 다른 처방자)와 상의하여 저희가 보장하는 다른 약물을 찾으십시오.
  - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 **보장 약품 목록**을 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 역년의 첫 90일 동안 **일시적으로** 약물 공급을 보장해 드리는 경우가 있습니다.
  - 이 일시적 공급은 최대 30일 동안 제공됩니다. (일시적 공급을 받을 수 있는 시기와 요청 방법에 대한 자세한 정보는 **가입자 안내서의 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.



**질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면** [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

현재 저희는 브랜드 약물을 동일 또는 더 낮은 분당 비용 등급에 속하며 교체하는 브랜드 약물보다 같거나 더 적은 규칙을 가지는 새로운 제네릭 약물로 교체하는 경우 **약품 목록**에서 브랜드 약물을 즉시 제거할 수 있습니다. 또한 신규 제네릭 약물을 추가하는 경우, 해당 브랜드 약물을 **약품 목록**에 그대로 둘 수도 있으나, 즉시 다른 비용 분당 등급으로 옮기거나 새로운 규칙을 추가하거나 또는 두 가지 모두 진행할 수 있습니다.

2025년부터 저희는 원조 생물학적 제제를 특정 바이오시밀러로 즉시 교체할 수 있습니다. 이는 예를 들어 여러분이 바이오시밀러로 대체될 기존의 생물학적 제제를 복용하고 있는 경우 변경사항이 적용되기 30일 전 또는 네트워크 약국에서 기존 생물학적 제제 1개월분을 받기 전에 고지를 받지 못할 수도 있다는 것을 의미합니다. 저희가 변경사항을 적용하는 시점에서 귀하가 기존 생물학적 제제를 복용하고 있는 경우에도 귀하는 저희가 적용한 구체적인 변경사항에 대한 정보를 받게 되지만, 이 정보는 변경사항이 적용된 이후 받게 될 수도 있습니다.

이러한 약품 유형 중 일부는 귀하가 처음 접하는 것일 수 있습니다. 약품 유형에 대한 정의는 *가입자 안내서*의 **12장**을 참조하십시오. 식품 의약국(Food and Drug Administration, FDA) 또한 의약품에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트를 참조하십시오: [www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). 더 많은 정보는 페이지 하단의 연락처를 사용해 가입자 서비스에 연락하거나 의료 진료 제공자, 처방자 또는 약사에게 문의하십시오.

**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
이 단계에서는 저희 플랜이 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 부담금을 지불합니다. 가입자의 본인 부담금을 코페이라고 합니다.  해당 연도에 처음으로 처방전을 조제할 때 이 단계부터 시작하게 됩니다.	이 단계에서 플랜은 2025년 12월 31일까지 귀하의 모든 약제비를 지불합니다.  일정 금액의 가입자 자기 부담금을 지불한 후 이 단계를 시작합니다.

첫 보험 보장 단계는 처방약에 대한 가입자 자기 부담금 총액이 **\$2,000**에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다. 처방약에 얼마를 지불하게 될지 자세히 알아보려면 *가입자 안내서* **6장**을 참조하십시오.

---

 **질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면** [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

2025년부터 제조업체 할인 프로그램에 따라 약품 제조업체가 첫 보험 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학적 제제에 대한 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인 금액은 자기 부담금에 포함되지 않습니다.

**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 부담 단계와 약물을 수령하는 장소에 따라 달라집니다. 코페이는 처방약을 조제할 때마다 지불합니다. 보장된 약물의 비용이 코페이보다 낮으면 가입자의 자기 부담금은 더 낮아집니다.

장기 공급 시의 비용에 대한 정보는 *가입자 안내서 6장, 섹션 D*를 참조하십시오.

저희는 **약품 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 **약품 목록**에서 해당 약물을 찾아보십시오. 대부분의 성인 파트 D 백신은 비용이 들지 않습니다.

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

	2024년(올해)	2025년(내년)
<b>1~2 등급의 약품(제네릭 약품 포함) 네트워크 약국에서 조제되는 1, 2등급 약물 1개월분의 비용</b>	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 <b>처방전당 \$0~\$4.50</b> 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 <b>처방전당 \$0~\$4.90</b> 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.
<b>3~5 등급의 약품(브랜드 약물 및 특수 약물 포함) 네트워크 약국에서 조제되는 3~5 등급 약물 1개월분의 비용</b>	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 <b>처방전당 \$0~\$11.20</b> 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.	1개월(30일분)에 대한 귀하의 코페이는 <b>처방당 \$0~\$12.15</b> 로, 귀하의 "추가 지원" 수준에 따라 다릅니다.

첫 보험 보장 단계는 가입자의 총 자기 부담금이 **\$2,000**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*의 **6장**을 참조하십시오.

 **질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.**

**E4. 2단계: "비상 보장 단계"**

2025년부터 약품 제조업체는 비상 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인 금액은 자기 부담금에 포함되지 않습니다.

처방약에 대한 자기 부담금이 한도인 **\$2,000**에 도달하면 비상 보장 단계가 시작되며 여러분은 보장된 약품에 대한 비용을 지불하지 않게 됩니다. 해당 연도가 종료될 때까지 비상 보장 단계로 유지됩니다.

비상 보장 단계에서의 비용에 대한 더 많은 정보는 *가입자 안내서 6장*을 참조하십시오.

**F. 관리 변경 사항**

또한 내년에는 관리 변경 사항이 예정되어 있습니다. 아래 표에는 이러한 변경 사항이 정리되어 있습니다.

	2024년(올해)	2025년(내년)
<b>Medicare Prescription Payment 플랜</b>	해당 없음	Medicare Prescription Payment 플랜은 약품 비용을 연중 월 지불로 분산하여 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 이 페이지 하단의 전화번호로 연락하거나 <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> 를 방문해 주십시오.

**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** 2025년에 저희 플랜의 가입자로 등록된 상태가 자동으로 유지됩니다.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 여러분은 Medi-Cal이 있기 때문에 연중 언제든지 플랜에서 멤버십을 종료할 수 있습니다.

또한 다음 기간 동안 플랜 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 기간에 새 플랜을 선택하면 새 플랜의 가입자 자격이 다음 달 1일부터 시작됩니다.

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

- 저희 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격이 변경되는 경우 또는
- 최근에 기관(예를 들어 전문 간병 기관 또는 장기 요양 병원)에 입원했거나, 해당 시설에서 현재 치료를 받고 있는 경우. 최근에 기관에서 퇴원한 경우, 퇴원한 달로부터 2개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 변경할 수 있습니다.

### 가입자의 Medicare 서비스

연중 언제라도 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 아래에 나열되어 있습니다. **연간 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 가입 등록 기간** 또는 **섹션 G2**에 명시된 상황을 포함한 특정 시기에는 아래 명시된 추가적인 옵션을 가지게 됩니다. 이 중 하나를 선택하면 저희 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

<p><b>1. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p><b>Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)</b>은 <b>Medicare Advantage</b> 플랜의 한 유형입니다. 이는 <b>Medicare</b>와 <b>Medi-Cal</b>에 모두 등록되어 있는 사람들을 위한 것으로, <b>Medicare</b>와 <b>Medi-Cal</b> 보장을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다. <b>Medi-Medi</b> 플랜은 두 프로그램 전반에 걸쳐 모든 <b>Medicare</b> 및 <b>Medi-Cal</b> 보장 서비스를 포함한 모든 보장 및 서비스를 조정합니다. <b>참고:</b> Medi-Medi 플랜이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 자격 대상 특수 필요 플랜(D-SNP)의 이름입니다.</p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 연락해 주십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222로 전화해 주십시오(TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>을 방문하시기 바랍니다.</li> </ul> <p><b>또는</b></p> <p>새로운 <b>Medi-Medi</b> 플랜에 등록하십시오.</p> <p>새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다. <b>Medi-Cal</b> 플랜이 <b>Medi-Medi</b> 플랜과 일치하도록 변경됩니다.</p>
---	---



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

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



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

<p><b>3. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare</b></p> <p><b>참고:</b> 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 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>을 방문하시기 바랍니다.</p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222로 전화해 주십시오(TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>을 방문하시기 바랍니다.</li> </ul> <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>변경을 요청하지 않는 경우 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
---	---



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

<p><b>4. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p>임의의 <b>Medicare</b> 의료 보험, 연간 가입 기간 및 <b>Medicare Advantage</b> 가입 등록 기간 또는 기타 섹션 A에 설명된 상황을 포함한 연중 특정 시기.</p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화를 걸어 Medicare로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 연락해 주십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 캘리포니아주 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222로 전화해 주십시오(TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>을 방문하시기 바랍니다.</li> </ul> <p><b>또는</b></p> <p>새로운 Medicare 플랜에 등록하십시오.</p> <p>새로운 플랜 보장이 시작되면 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</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 1-800-430-4263로 보건 의료 임의 선택 사항에 연락해 주십시오. TTY 사용자께서는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare에 다시 가입하면 Medi-Cal 적용을 받는 방법이 달라지는지 문의해 보십시오.

 **질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 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 안내서*는 저희 플랜이 제공하는 혜택에 대한 합법적이고 상세한 설명을 담고 있습니다. 여기에는 2025년도의 혜택 및 비용에 대한 세부 정보가 나와 있습니다. 가입자 안내서는 여러분의 권리와 저희가 보장하는 서비스 및 처방약을 받기 위해 따라야 할 규칙이 설명되어 있습니다.

2025년 *가입자 안내서*는 10월 15일까지 적용됩니다. *가입자 안내서*의 최신 사본은 저희 웹사이트 [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal)에서 얻을 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 2025년 *가입자 안내서*를 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

#### 저희 웹사이트

저희 웹사이트 [kp.org](http://kp.org)를 방문하실 수도 있습니다. 저희 웹사이트에는 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크(*의료 서비스 제공자 및 약국 목록*) 및 *약품 목록(보장 약품 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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)을 방문하시기 바랍니다.

### 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 1-855-501-3077입니다.



**질문이 있는 경우**, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면** [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

#### H4. Medicare

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

##### Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://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.gov](http://www.medicare.gov)로 이동한 다음 "Find plans[플랜 찾기]"를 클릭하십시오.)

##### Medicare & You 2025

Medicare & You 2025 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](http://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 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

#### H5. 캘리포니아 보건 관리부(DMHC)

캘리포니아 보건 관리부(DMHC) 보건 의료 서비스 플랜을 규제하는 일을 담당합니다. 의료 보험에 대해 불만이 있는 경우 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 **1-800-443-0815**번을 통해 의료 보험에 전화하여 의료 보험의 고충 처리 프로세스를 이용해야 합니다. 이러한 불만 처리 절차를 사용하는 것은 여러분이 사용할 수 있는 잠재적인 법적 권리 또는 조치를 제한하지 않습니다. 응급 상황, 의료 보험을 통해 만족스럽게 해결되지 않은 불만, 또는 30일 이상 해결되지 않은 상태로 남은 불만에 대해 도움이 필요한 경우, 보건 관리부에 도움을 요청할 수 있습니다. 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. 해당 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.gov](http://www.dmhc.ca.gov)에서 불만 제기 양식, IMR 신청 양식, 작성 요령 등을 온라인상으로 받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 *가입자 안내서*의 **9장, 섹션 F4**를 참조해 주십시오.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## H6. Medicare Prescription Payment 플랜

Medicare Prescription Payment 플랜은 약품 비용을 연중 월 지불로 분산하여 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 프로그램은 자기 부담금 총 비용을 낮추지 않습니다. 자격을 갖춘 사람들을 위한 Medicare의 "추가 지원", 해당 주의 의약품 지원 프로그램(state's pharmaceutical assistance program, SPAP) 및 AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)의 도움을 받는 것은 Medicare Prescription Payment 플랜에만 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 등록자는 소득 수준에 관계없이 이 프로그램에 참여할 수 있습니다. 이 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 이 페이지 하단의 전화번호 또는 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문해 연락해 주십시오.



질문이 있는 경우, 오전 8시~오후 8시에 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 주 7일 운영하는 가입자 서비스로 문의하십시오. 이 통화는 무료입니다. 자세한 내용을 확인하려면 [kp.org/medicare](https://www.kp.org/medicare)를 방문하십시오.

## 차별 금지에 관한 고지

차별은 법에 위배됩니다. Kaiser Permanente<sup>1</sup>는 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 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 저희 가입자 서비스 연락 센터에 전화 주십시오. 통화는 무료입니다:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

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 얻으시려면, 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. 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서 (*Evidence of Coverage*) 또는 보험 증서 (*Certificate of Insurance*)를 참조해 주십시오. 귀하에게 적용되는 옵션에 대한 자세한 내용을 알아보거나 이의 제기에 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 전화하십시오. 이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** Medi-Cal 가입자는 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 전화하실 수 있습니다. 그 외 모든 가입자는 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 전화하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 도움을 받으실 수 있습니다.
- **우편:** **kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 우편으로 보내 달라고 요청하십시오.

<sup>1</sup> Kaiser Permanente에는 Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group 및 Southern California Medical Group이 포함됩니다.

- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 [kp.org](http://kp.org)에서 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 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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **온라인:** [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)으로 이메일

### 미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부 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:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

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

# Notice of Availability

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-800-443-0815** (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-443-0815** (TTY 711). These services are free.

## ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم **1-800-443-0815** (TTY 711). هذه الخدمات مجانية.

## ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY` 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ բրեյլով փաստաթղթեր կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY` 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

## CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。身障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電**1-800-443-0815** (TTY 711)。以上服務為免費提供。

## HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो

**1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ्त हैं।

## HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu

**1-800-443-0815 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

## JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。**1-800-443-0815 (TTY 711)**までご連絡ください。これらのサービスは、無料をご利用いただけます。

## KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

## LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

## MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

## PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

## PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-443-0815** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер **1-800-443-0815** (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

## SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-800-443-0815** (TTY 711). Estos servicios no tienen costo.

## TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito

## THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) นอกจากนี้ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข **1-800-443-0815** (TTY **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

## UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-443-0815** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

## VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần sự trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, ví dụ như văn bản bằng chữ nổi Braille hoặc chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

# 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 찾는데 도움이 필요하시면 [kp.org/directory](https://kp.org/directory)를 방문하여 온라인 목록을 검색하십시오(참고: 2025년 목록은 Medicare 요건에 따라 2024년 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)번으로 전화를 걸어 요청할 수 있습니다(주 7일 오전 8시~오후 8시 운영).

## 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/seniorrx](https://kp.org/seniorrx)에서 온라인 처방집을 참조하십시오(참고: 2025년 처방집은 Medicare 요건에 따라 2024년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

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

## 보장 범위 증명서(EOC)

EOC는 귀하의 플랜을 통해 의료 서비스 및 처방약을 보장받는 방법에 대해 설명합니다. 여기에는 가입자의 권리와 책임, 보장 내용과 Kaiser Permanente 가입자로서 귀하가 지급해야 하는 내역에 대한 설명이 있습니다. 보장 범위에 대해 궁금한 사항이 있으면 [kp.org/eocncal](https://kp.org/eocncal) 또는 [kp.org/eocscal](https://kp.org/eocscal)을 방문하여 온라인으로 EOC를 참조하십시오(참고: 2025년 EOC는 Medicare 요건에 따라 2024년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

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