

## 2025 년 연례 변경 내용 통지

귀하는 현재 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid 의 회원으로 가입되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용 및 혜택이 변경될 것입니다. **보험료를 포함한 중요한 비용 요약은 4 페이지를 참조하십시오.**

이 문서는 귀하의 플랜에 대한 변경 사항에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 정보를 얻으려면 **보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC)**를 살펴보십시오. 이 증명서는 당사 웹사이트 [kp.org](http://kp.org) 에서 찾을 수 있습니다. 또한 가입자 서비스에 전화하셔서 **보장 범위 증명서**를 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

### 지금 해야 할 일

#### 1. 물어보기: 귀하에게 적용되는 변경 사항

- 당사의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 귀하에게 영향을 미치는지 확인하십시오.
  - 의료 진료 비용(의사, 병원)에 대한 변경 사항을 검토하십시오.
  - 보장 제한 및 분담 비용을 포함한 약물 보장에 대한 변경 사항을 검토하십시오.
  - 보험료, 공제금, 분담 비용에 얼마를 지출하게 될지 생각해보십시오.
  - 당사의 2025 년 "약물 목록"에 대한 변경 사항을 확인하고 현재 복용 중인 약물이 여전히 보장되는지 확인하십시오.
  - 2024 년 플랜과 2025 년 플랜에 대한 정보를 비교하여 이들 약물 중 다른 분담 비용 등급으로 이동하거나 2025 년에 대한 사전 승인(Prior Authorization, PA) 등 다른 제한 사항이 적용되는지 확인하십시오.
- 내년에 귀하의 1 차 진료 의사, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 의료 서비스 제공자가 저희 네트워크 내에 있는지 확인하십시오.
- 처방약 비용 지불에 대한 도움을 받을 자격이 있는지 확인하십시오. 수입이 제한된 분들은 Medicare 의 "추가 지원(Extra Help)"에 대한 자격이 있을 수도 있습니다.
- 귀하가 저희 플랜에 만족하는지 생각해 보십시오.

## 2. 비교하기: 다른 플랜 선택에 대해 알아보십시오

- 거주하시는 지역에서 플랜의 보장 범위 및 비용을 확인하십시오. 웹사이트([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))에서 Medicare 플랜 찾기를 사용하거나 *Medicare & You 2025* 안내서의 뒷부분에 있는 목록을 확인하십시오. 추가 지원에 대해서는 주정부 건강보험 지원 프로그램 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에 문의하여 훈련된 상담사와 이야기하십시오.
- 선호하는 플랜으로 선택 범위를 좁히고, 플랜의 웹사이트에서 비용과 보장 범위를 확인하십시오.

## 3. 선택하기: 계획 변경 여부를 결정하십시오

- 2024년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으면 Kaiser Permanente Dual Complete 을 계속 유지하게 됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 10월 15일~12월 7일 사이에 플랜을 전환할 수 있습니다. 새로운 보장 범위는 **2025년 1월 1일**부터 적용됩니다. 이에 따라 귀하의 Kaiser Permanente Dual Complete 가입이 종료될 것입니다.
- 선택에 대한 자세한 내용은 15 페이지의 섹션 5를 참조하십시오.
- 최근에 기관(전문 간병 기관 또는 장기 요양 병원 등)에 입원했거나 현재 기관에서 살고 계신다면, 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜에 관계 없이)로 전환할 수 있습니다. 최근에 기관에서 퇴원한 경우, 퇴원한 달로부터 2개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

## 추가 자료

- 본 문서는 무료로 다른 언어로도 제공됩니다. 더 자세한 정보를 원하시면 저희 가입자 서비스 전화번호 1-800-805-2739 번으로 연락주시기 바랍니다. (TTY 사용자께서는 711 로 연락하십시오.) 운영 시간은 오전 8시~오후 8시이며 연중무휴로 운영합니다. 이 통화는 무료입니다.
- 필요한 경우 가입자 서비스로 연락 주시면 본 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 파일 또는 데이터 CD 로도 제공해드립니다.
- 이 플랜의 보장 범위는 **적격 건강 보험(Qualifying Health Coverage, QHC)**으로 적합하며 환자보호 및 적정 의료법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 개인의 공동 책임 요건을 충족합니다. 더 자세한 내용을 확인하려면 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트([www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families))를 방문하십시오.

## Kaiser Permanente Dual Complete 소개

- Kaiser Permanente 는 Medicare 와 계약을 맺고 있는 HMO D-SNP 플랜으로서 주정부 Medicaid 프로그램과도 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente 에의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- 이 문서에서 "저희"라는 단어가 등장하는 경우 하와이 Kaiser Foundation Health Plan(의료 보험)을 의미합니다. 이 문서에서 "플랜"이라는 단어가 등장하는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 을 의미합니다.

## 2025 년 연례 변경 내용 통지

### 목차

<b>2025 년의 중요한 비용 요약</b> .....	<b>4</b>
<b>섹션 1</b> 플랜 이름을 변경합니다 .....	<b>7</b>
<b>섹션 2</b> 내년 혜택 및 비용에 대한 변경 사항 .....	<b>7</b>
섹션 2.1 – 월 보험료에 대한 변경 사항.....	7
섹션 2.2 – 최대 자기 부담금에 대한 변경 사항.....	7
섹션 2.3 – 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크에 대한 변경 사항.....	8
섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용에 대한 변경 사항.....	9
섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장 범위에 대한 변경 사항.....	11
<b>섹션 3</b> 행정적 변경 .....	<b>16</b>
<b>섹션 4</b> 선택할 플랜 결정 .....	<b>16</b>
섹션 4.1 – Kaiser Permanente Dual Complete 을 계속 이용하기 원하는 경우 .....	16
섹션 4.2 – 플랜 변경을 원하는 경우.....	17
<b>섹션 5</b> 플랜 변경 기한.....	<b>18</b>
<b>섹션 6 Medicare 및 Medicaid 에 대해 무료 상담을 제공하는 프로그램</b> .....	<b>18</b>
<b>섹션 7</b> 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램 .....	<b>19</b>
<b>섹션 8</b> 질문이 있는 경우 .....	<b>20</b>
섹션 8.1 – 플랜에서 도움 받기.....	20
섹션 8.2 – Medicare 에서 도움 받기.....	21
섹션 8.3 – Medicaid 에서 도움 받기.....	21

## 2025 년의 중요한 비용 요약

아래 표는 몇 가지 중요한 영역에서 Kaiser Permanente Dual Complete 에 대한 2024 년 비용과 2025 년 비용을 비교한 것입니다. 이는 비용 변경 사항에 대한 단순 요약이라는 점에 유의하십시오.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<b>월 보험료*</b> * 귀하의 보험료가 이 금액보다 높을 수 있습니다. (자세한 내용은 섹션 2.1 참조.)	"추가 지원"에 대한 자격이 없는 경우 <b>\$40.80</b> .	<b>\$0</b>
<b>진료실 방문</b>	1 차 진료 방문: <b>\$0</b>  전문의 방문: <b>\$0</b>	1 차 진료 방문: <b>\$0</b>  전문의 방문: <b>\$0</b>
<b>입원환자 병원 입원</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>파트 D 처방약 보장</b> (자세한 내용은 섹션 2.5 참조.)	공제금: <b>\$545</b> 단, 보장되는 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신은 예외.  "추가 지원" 자격이 없는 경우 초기 보장 단계(최대 30 일 공급) 동안 분당 비용: <b>25%</b> 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b> 를 지불합니다.  비상 보장: 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 약물에 대한 비용을 전액 지불합니다. 귀하의 비용을 전혀 지불하지 않습니다.	공제금: <b>\$580</b> (3, 4, 5 등급) 단, 보장되는 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신은 예외.  "추가 지원" 자격이 없는 경우 초기 보장 단계(최대 30 일 공급) 동안 분당 비용: 1 등급 약물: <b>\$0</b> 2 등급 약물: 총 비용의 <b>4%</b> 를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$0</b> 를 부담합니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		<p>3 등급 약물: 총 비용의 <b>24%</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b>를 부담합니다.</p> <p>4 등급 약물: 총 비용의 <b>25%</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b>를 부담합니다.</p> <p>5 등급 약물: 총 비용의 <b>25%</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b>를 부담합니다.</p> <p>6 등급 약물 - 주사 가능한 파트 D 백신: 귀하는 처방당 <b>\$0</b>를 부담합니다.</p> <p>비상 보장: 이 지불 단계 동안 귀하는 보장되는 파트 D 약물에 대해 비용을 전혀 지불하지 않습니다.</p>
<p><b>최대 자기 부담금</b></p> <p>이는 보장되는 파트 A 와 파트 B 서비스에 대해 귀하가 지불해야 하는 가장 큰 자기 부담금입니다. (자세한 내용은 섹션 2.2 참조.)</p>	<p><b>\$7,550</b></p> <p>귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 자기 부담금에</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 자기 부담금에 대해 자기</p>

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
	대해 자기 부담금을	부담금을 지불할 책임이 지불할 책임이 없습니다.

## 섹션 1 플랜 이름을 변경합니다

2025 년 1 월 1 일에 플랜 이름이 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medicaid 에서 Kaiser Permanente Dual Complete 으로 변경됩니다.

새 가입자 신분증이 2025 년 1 월까지 발송됩니다.

## 섹션 2 내년 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

### 섹션 2.1 – 월 보험료에 대한 변경 사항

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<b>월 보험료</b> (또한 Medicare 파트 B 보험료는 Medicaid 에 의해 대신 납부되지 않는 한 귀하가 계속 납부해야 합니다.)	<b>\$40.80</b> – "추가 지원" 자격이 없는 경우. "추가 지원" 자격이 있는 경우 \$0 를 납부합니다.	<b>\$0</b>

### 섹션 2.2 – 최대 자기 부담금에 대한 변경 사항

Medicare 는 모든 의료 보험이 해당 연도 동안 귀하가 자기 부담금으로 지불해야 할 금액을 제한하도록 합니다. 이 한도를 최대 자기 부담금이라고 합니다. 이 금액에 도달하면 일반적으로 귀하는 그 해 나머지 기간 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스(및 *보장 범위 증명서*의 제 4 장에 설명된 대로 Medicare 에서 보장하지 않는 기타 건강 관리 서비스)에 대해서는 아무런 금액도 지불하지 않습니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<p><b>최대 자기 부담금</b></p> <p>회원들은 또한 Medicaid 에서도 지원을 받으므로 극소수의 회원만이 이 최대 자기 부담금에 도달합니다.</p> <p>귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 자기 부담금에 대해 자기 부담금을 지불할 책임이 없습니다.</p> <p>보험 적용 의료 서비스에 대한 귀하의 비용(예: 코페이)은 최대 자기 부담금에 포함됩니다.</p> <p>처방약에 대해 귀하가 부담하는 비용은 최대 자기 부담금에 포함되지 않습니다.</p>	<p><b>\$7,550</b></p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스 (및 Medicare 에서 보장하지 않는 특정 건강 관리 서비스)에 대해 \$9,350 의 자기 부담금을 지불하면, 귀하는 해당 역년의 나머지 기간 동안 이러한 보장 서비스에 대해서는 아무런 금액도 지불하지 않습니다.</p>

### 섹션 2.3 – 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크에 대한 변경 사항

처방약에 대한 귀하의 부담금은 귀하가 이용하는 약국에 따라 달라질 수 있습니다. Medicare 약물 플랜에 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방전은 저희 네트워크 약국 중 한 곳을 통해 조제된 경우에 *만* 보장됩니다.

업데이트된 목록은 저희 웹사이트([kp.org/directory](http://kp.org/directory))에서 찾으실 수 있습니다. 또한 가입자 서비스에 전화하여 업데이트된 의료 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 보내달라고 요청하실 수 있으며 저희에게 목록을 메일로 보내달라고 요청하는 경우 영업일 기준 3 일 이내에 보내드립니다.

내년에는 저희 의료 서비스 제공자 네트워크에 변경이 있을 예정입니다.

**2025 년 의료 서비스 제공자 및 약국 목록([kp.org/directory](http://kp.org/directory))**을 검토하여 귀하의 의료 서비스 제공자(1 차 진료 제공자, 전문의, 병원 등)가 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오.

내년에는 저희 약국 네트워크에 변경이 있을 예정입니다.

**2025 년 의료 서비스 제공자 및 약국 목록([kp.org/directory](http://kp.org/directory))**을 검토하여 어떤 약국이 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오.



해당 연도 동안 플랜의 일부인 병원, 의사 및 전문의(의료 서비스 제공자), 약국이 변경될 수 있음을 아는 것이 중요합니다. 연도 중간의 의료 서비스 제공자 변경이 귀하에게 영향을 미치는 경우 가입자 서비스에 문의하면 저희가 도와드릴 수 있습니다.

**섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용에 대한 변경 사항**

본 연례 변경 내용 통지에는 귀하의 Medicare 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 나와 있습니다.

내년에 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택이 변경될 예정입니다. 아래 정보는 이러한 변경 사항을 설명한 것입니다.

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<b>치과 서비스</b> 보장되는 예방적 치과 서비스는 Hawaii Dental Service(HDS) Medicare Advantage 네트워크가 제공합니다.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>일반 부속 서비스</li> </ul>	공동 부담금의 <b>30%</b> 를 부담합니다.	<b>\$0</b> 를 부담합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>불소 치료</li> </ul>	보장되지 <b>않음</b> .	보장됨. 연당 2 회의 도포에 대해 <b>\$0</b> 를 부담합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>교합 보호대</li> </ul>	보장되지 <b>않음</b> .	보장됨. 5년마다 한 번의 이갈이 방지 장치에 대해 <b>\$0</b> 를 부담합니다.
<ul style="list-style-type: none"> <li>치근단, 교합, 교익 및/또는 파노라마 영상 등 특정 X-선</li> </ul>	공동 부담금의 <b>0~30%</b> 를 부담합니다.	<b>\$0</b> 를 부담합니다(한도가 적용될 수 있음).

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<p><b>Medicare 에 의해 보장되지 않는 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)</b> 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.</p>	<p>보장되지 않음.</p>	<p>다음 질환에 대한 자외선 치료 장비에 대해 \$0 를 부담합니다. 피부 림프종, 편평 태선, 피부의 경화, 백반증, 습진(아토피 피부염, 특발성 피부염), 소양증, 결절성 가려움 발진, 고리 육아종, 림프종 모양 구진증, 태선 모양 잔비늘증, 이식편 대 숙주 질환.</p>
<p><b>피트니스 혜택</b></p>	<p>표준 헬스장 멤버십이 포함된 Silver&amp;Fit 피트니스 프로그램, 실내에서 운동할 수 있는 가정용 피트니스 키트(활동 추적기가 포함된 키트를 선택할 수도 있음)에 대해 \$0 를 부담합니다.</p>	<p>네트워크 헬스장, 온라인 피트니스 수업 및 자료, 가정용 피트니스 키트, 온라인 뇌 건강 프로그램이 포함된 One Pass™ 피트니스 프로그램에 대해 \$0 를 부담합니다.</p> <p><b>1 월 1 일부터,</b> 다음을 위해 <a href="http://www.YourOnePass.com">www.YourOnePass.com</a> 를 방문하거나 월요일에서 금요일까지, 오전 6 시~오후 7 시에 1-877-614-0618 (TTY 711)번으로 전화하실 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 헬스장 또는 피트니스 시설에 제출할 액세스 코드 받기.</li> </ul>

비용	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 참여하는 헬스장 및 피트니스 장소, 프로그램 혜택에 대한 정보를 받거나 온라인 계정 만들기.</li> </ul>

**섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장 범위에 대한 변경 사항**

**당사 약물 목록 변경**

보장되는 약물 목록을 의약품집 또는 약물 목록이라고 합니다. 약물 목록 사본은 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 에서 전자적으로 제공됩니다.

저희는 약물 목록을 변경했으며, 여기에는 약물의 제거 또는 추가, 특정 약물에 대한 보장에 적용되는 제한 사항의 변경 또는 다른 분담 비용 등급으로의 약물 이동이 포함될 수 있습니다. **약물 목록을 검토하여 내년에도 약물이 보장되는지 확인하고 제한 사항이 있는지, 또는 약물이 다른 분담 비용 등급으로 이동되었는지 확인하십시오.**

약물 목록 변경의 대부분은 매년 초에 실시됩니다. 그러나 플랜 연도 동안 Medicare 규칙에 의해 허용되며 귀하에게 영향을 미칠 다른 변경 사항이 이루어질 수도 있습니다. 저희는 최신 약물 목록을 제공하기 위해 온라인 약물 목록을 최소 매달 업데이트합니다. 귀하가 복용 중인 약물 이용에 영향을 미치는 변경이 이루어지는 경우 변경 사항에 대한 공지를 보내드립니다.

해당 연도 초반 또는 연도 중 약물 보장 범위에 대한 변경의 영향을 받는다면, *보장 범위 증명서* 제 9 장을 검토하고 의사와 이야기하여 임시 공급분 받기, 예외 신청 및/또는 새로운 약물 찾기 등 귀하에게 이용 가능한 옵션을 찾아보십시오. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수도 있습니다.

현재 저희는 브랜드 약물을 교체하는 브랜드 약물과 동일 또는 더 낮은 분담 비용 등급에 속하며 동일 또는 더 적은 제한 사항을 가지는 새로운 제네릭 약물 버전으로 교체하는 경우 약물 목록에서 브랜드 약물을 즉시 제거할 수 있습니다. 또한, 신규 제네릭 약물을 추가하는 경우, 해당 브랜드 약물을 약물 목록에 그대로 둘 수도 있으나, 즉시 다른 분담 비용 등급으로 옮기거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 또는 두 가지 모두 진행할 수 있습니다.

2025 년부터 저희는 원조 생물학적 제제를 특정 바이오시밀러로 즉시 교체할 수 있습니다. 이는, 예를 들어, 귀하가 바이오시밀러로 대체될 원조 생물학적 제제를 복용하고 있는 경우 변경사항이 적용되기 30 일 전에 고지를 받지 못하거나 네트워크 약국에서 원조 생물학적 제제 1 개월분을 받지 못할 수도 있다는 것을 의미합니다. 저희가 변경 사항을 적용하는 시점에서 귀하가 원조 생물학적 제제를 복용하고 있는 경우에도, 귀하는 저희가

적용한 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 받게 되지만, 이 정보는 변경 사항이 적용된 이후 받게 될 수도 있습니다.

이러한 약물 유형 중 일부는 귀하가 처음 접하는 것일 수 있습니다. 약물 유형에 대한 정의는 *보장 범위 증명서* 제 12 장을 참조하십시오. 식품 의약국(Food and Drug Administration, FDA) 또한 약물에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트를 참조하십시오: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. 더 많은 정보는 가입자 서비스에 연락하거나 의료 진료 제공자, 처방자 또는 약사에게 문의하실 수도 있습니다.

### 처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

귀하가 "추가 지원"을 받아 Medicare 처방약에 대한 금액을 지불하고 있는 경우, 파트 D 약물에 대한 분담 비용 감소 또는 면제 대상일 수 있습니다. 이 섹션에서 설명하는 일부 정보는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. **참고:** 귀하가 약물 비용 지불을 도와주는 프로그램("추가 지원")에 속해 있는 경우, **파트 D 처방약 비용에 관한 정보는 귀하에게 적용되지 않습니다.** *처방약 금액 지불에 대해 "추가 지원"을 받는 이를 위한 보장 범위 증명서 추가 사항*("저소득층 보조금 추가 사항" 또는 "Low Income Subsidy(LIS) 추가 사항"으로도 불림)이라고 하는 별도의 삽지를 보내드렸습니다. 삽지에는 귀하의 약물 비용에 대해 나와 있습니다. 귀하가 "추가 지원"을 받고 있지만 2024년 9월 30일까지 이 삽지를 받지 못한 경우, 가입자 서비스에 연락하셔서 "LIS 추가 사항"을 요청하시기 바랍니다.

2025년부터, "약물 비용 지불 단계"에는 세 단계가 적용됩니다: 연간 공제금 단계, 첫 보험 보장 단계, 비상 보장 단계. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

보장 공백 할인 프로그램 또한 제조업체 할인 프로그램으로 대체됩니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 약물 제조업체가 첫 보험 보장 단계 및 비상 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.

공제금 단계에 대한 변경 사항

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<p><b>1 단계: 연간 공제금 단계</b> 이 단계 동안 귀하는 연간 공제금에 도달할 때까지 <b>3 등급(지정 브랜드), 4 등급(비지정), 5 등급(특수)</b> 약물 비용을 전부 부담합니다. 공제금은 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신(대상포진, 파상풍 및 여행 백신 포함)에는 적용되지 않습니다.</p>	<p>"추가 지원" 대상이 아닌 경우 공제금은 <b>\$545</b> 입니다.</p>	<p>"추가 지원" 대상이 아닌 경우 공제금은 <b>\$580</b> 입니다.</p> <p>이 단계 동안 최대 30 일의 공급에 대해 다음 분담 비용을 부담합니다:</p> <p><b>1 등급</b> 약물에 대해 <b>\$0</b>, <b>2 등급</b> 약물에 대해 총 비용의 <b>4%</b>, <b>6 등급</b> 약물에 대해 <b>\$0</b>.</p> <p>귀하는 연간 공제금에 도달할 때까지 <b>3 등급(지정 브랜드), 4 등급(비지정), 5 등급(특수 등급)</b> 약물 비용을 전부 부담합니다.</p>

첫 보험 보장 단계에서 분담 비용에 대한 변경 사항

1 등급 약물 - 지정 제네릭 약물 및 6 등급 약물 - 주사 가능한 파트 D 백신의 경우, 첫 보험 보장 단계에서 귀하의 분담 비용은 공동 부담금에서부터 자기 부담금으로 변경됩니다. 2024 년과 비교했을 때 2025 년에 어떻게 변경되었는지는 다음 표에 나와 있습니다.

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
<p><b>2 단계: 첫 보험 보장 단계</b></p> <p>귀하가 연간 공제금을 지불하면 첫 보험 보장 단계로 이동합니다. 이 단계 동안, 플랜은 귀하의 약물에 대한 분담 비용을 부담하며 <b>귀하는 귀하의 분담 비용을 납부합니다.</b></p> <p>귀하가 "추가 지원" 대상이 아닌 경우 2024년에는 1 등급 - 지정 제네릭 및 6 등급 - 주사 가능한 파트 D 백신에 대해 25%의 공동 보험금을 부담했습니다. 2025년에 귀하는 이 세 등급 약물에 대해 \$0의 자기 부담금을 지불합니다.</p> <p>이 행의 비용은 네트워크 약국에서 처방약을 조제할 때 1개월(30일) 분량에 대한 비용입니다.</p> <p>장기 공급 시의 비용에 대한 정보는 <i>보장 범위 증명서</i> 제 6장 섹션 5를 참조하십시오.</p> <p>"약물 목록"에서 일부 약물의 등급을 변경했습니다. 귀하가 사용하는 약물이 다른 등급에 있는지 확인하려면 "약물 목록"에서 찾아보십시오.</p> <p>대부분의 성인 파트 D 백신은 무료로 보장됩니다.</p>	<p>귀하가 "추가 지원" 대상이 아닌 경우, 표준 분담 비용으로 네트워크 약국에서 조제한 1개월 공급분에 대해 귀하가 부담하는 비용:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 총 비용의 <b>25%</b>를 부담합니다. 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b>를 지불합니다. 1개월 분량의 우편 주문 처방 비용은 총 비용의 <b>25%</b>입니다.</li> </ul> <p>총 약물 비용이 <b>\$5,030</b>에 도달하면, 다음 단계(보장 공백 단계)로 넘어갑니다.</p>	<p>귀하가 "추가 지원" 대상이 아닌 경우, 표준 분담 비용으로 네트워크 약국에서 조제한 1개월 공급분에 대해 귀하가 부담하는 비용:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 등급 약물 - 지정 제네릭 약물: <b>\$0</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$0</b>를 부담합니다. 1개월 분량의 우편 주문 처방 비용은 <b>\$0</b>입니다.</li> <li>• 2 등급 약물 - 제네릭 약물: 총 비용의 <b>4%</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$0</b>를 부담합니다. 1개월 분량의 우편 주문 처방 비용은 <b>\$0</b>입니다.</li> <li>• 3 등급 약물 - 지정 브랜드 약물: 총 비용의 <b>24%</b>를 부담합니다. 이 등급의 각 보장되는 인슐린 제품의 매월 공급분당 <b>\$35</b>를 부담합니다. 1개월 분량의 우편</li> </ul>

단계	2024 년(올해)	2025 년(내년)
		<p>주문 처방 비용은 총 비용의 <b>24%</b>입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 등급 약물 - 비지정 약물: 총 비용의 <b>25%</b>를 부담합니다.</li> <li>• 5 등급 약물 - 특수 등급 약물: 총 비용의 <b>25%</b>를 부담합니다.</li> <li>• 6 등급 약물 - 주사 가능한 파트 D 백신: 귀하는 처방당 <b>\$0</b> 를 부담합니다.</li> </ul> <p>귀하가 파트 D 약물에 대해 자기 부담금 <b>\$2,000</b> 를 지불하면, 다음 단계(비상 보장 단계)로 이동합니다.</p>

**비상 보장 단계에 대한 변경 사항**

비상 보장 단계는 세 번째이자 마지막 단계입니다. 2025 년부터, 약물 제조업체는 비상 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학적 제제에 대해 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인 금액은 자기 부담금에 포함되지 않습니다.

비상 보장 단계의 비용에 대한 구체적인 정보는 *보장 범위 증명서* 제 6 장 섹션 6 을 참조하십시오.

### 섹션 3 행정적 변경

설명	2024 년(올해)	2025 년(내년)
Medicare 처방 지불 계획	해당 없음	<p>Medicare Prescription Payment 플랜은 현재의 약물 보장 범위에 대해 적용되는 새로운 지불 옵션으로,</p> <p><b>1년 동안(1월~12월)</b> 변화하는 월별 지불로 약물 비용을 분산시켜 비용을 관리하는 데에 도움이 될 수 있습니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 1-800-805-2739 번으로 전화주시거나 <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> 를 방문하십시오.</p>

### 섹션 4 선택할 플랜 결정

#### 섹션 4.1 – Kaiser Permanente Dual Complete 을 계속 이용하기 원하는 경우

저희 플랜을 계속 유지하고 싶다면, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare 로 변경하지 않으면, Kaiser Permanente Dual Complete 으로 자동 가입됩니다.



## 섹션 4.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

저희는 귀하가 내년에도 저희 회원 자격을 유지하시기를 희망하지만 귀하가 2025 년에 대한 플랜 변경을 원하신다면 다음 단계를 따르십시오:

### 1 단계: 귀하의 선택에 대해 알아보고 비교합니다

- 다른 Medicare 의료 보험에 가입할 수 있습니다.
- **또는** – Original Medicare 로 변경할 수 있습니다. Original Medicare 로 변경하면 Medicare 약물 플랜 가입 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 다양한 유형의 Medicare 플랜에 대한 자세한 내용은 Medicare 플랜 찾기([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare))를 사용하거나 *Medicare & You 2025* 안내서를 읽어보거나 주정부 건강보험 지원 프로그램에 전화하거나(섹션 6 참조) Medicare 에 전화하십시오(섹션 8.2).

참고로 말씀드리지만, Kaiser Permanente 는 다른 Medicare 의료 보험을 제공합니다. 이러한 다른 플랜들은 보장 범위, 월 보험료 및 분담 비용이 다를 수 있습니다.

### 2 단계: 보장 범위를 변경합니다

- 다른 **Medicare** 의료 보험으로 변경하려면, 새 플랜에 가입하십시오. 귀하는 자동으로 Kaiser Permanente Dual Complete 에서 탈퇴하시게 됩니다.
- 처방약 플랜이 포함된 **Original Medicare** 로 변경하려면, 새 약물 플랜에 가입하십시오. 귀하는 자동으로 Kaiser Permanente Dual Complete 에서 탈퇴하시게 됩니다.
- 처방약 플랜이 포함되지 않은 **Original Medicare** 로 변경하려면, 다음 중 하나를 실시하셔야 합니다:
  - 저희에게 서면 탈퇴 요청서를 보내십시오. 요청서를 보내는 방법에 대한 세부 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 연락하십시오.
  - – **또는** – 24 시간, 연중 무휴로 운영되는 **Medicare** 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하셔서 탈퇴 요청을 하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 **않은** 경우, 자동 가입을 선택 해제하지 않는 한 Medicare 는 귀하를 약물 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

## 섹션 5 플랜 변경 기한

내년에 다른 플랜 또는 Original Medicare 로 변경하려는 경우, **10 월 15 일부터 12 월 7 일**까지 변경하실 수 있습니다. 변경 사항은 2025 년 1 월 1 일부터 적용됩니다.

### 연중 다른 변경 시기가 있습니까?

어떤 상황에서는 연중 다른 시기에도 변경이 허용됩니다. Medicaid 를 가진 자, 약물 비용 지불에 대해 "추가 지원"을 받는 자, 고용주 보험 혜택을 받거나 받지 않는 자, 서비스 지역을 떠나는 자를 예로 들 수 있습니다.

귀하는 Medicaid 가 있기 때문에 연중 어느 달에나 플랜에서 멤버십을 종료할 수 있습니다. 또한 어느 달에나 다음을 포함한 또 다른 Medicare 에 가입할 수 있는 옵션이 있습니다:

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare,
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare(이 옵션을 선택하는 경우, 자동 가입을 선택 해제하지 않는 한 Medicare 는 귀하를 약물 플랜에 가입시킬 수 있습니다.), 또는
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare 를 제공하고 Medicaid 의 대부분 또는 모든 혜택 및 서비스를 하나의 플랜에서 제공하는 통합 D-SNP.

2025 년 1 월 1 일 Medicare Advantage 플랜에 가입했는데 플랜 선택이 마음에 들지 않으면, 2025 년 1 월 1 일부터 3 월 31 일 사이에 또 다른 Medicare 의료 보험(Medicare 처방약 보장 여부에 관계 없이) 또는 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 여부에 관계 없이)로 전환하실 수 있습니다.

최근에 기관(전문 간병 기관 또는 장기 요양 병원 등)에 입원했거나 현재 기관에서 살고 계신다면, **언제든지** Medicare 보장 범위를 변경할 수 있습니다. 또 다른 Medicare 의료 보험(Medicare 처방약 보장 여부에 관계 없이)으로 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜에 관계 없이)로 언제든지 전환하실 수 있습니다. 최근에 기관에서 퇴원한 경우, 퇴원한 달로부터 2 개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

## 섹션 6 Medicare 및 Medicaid 에 대해 무료 상담을 제공하는 프로그램

주정부 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 모든 주에서 시행 중이며 훈련된 상담원들이 배치된 독립 정부 프로그램입니다. 하와이에서 SHIP 은 하와이 SHIP 으로 불립니다.

이는 연방 정부로부터 지원금을 받아 Medicare 의 적용을 받는 분들에게 무료 지역 의료 보험 상담을 제공하는 주 프로그램입니다. 하와이 SHIP 상담원은 귀하의 Medicare 에 관련된 질문이나 문제 해결을 도와드릴 수 있습니다. 상담원들은 귀하가 선택한 Medicare 플랜을 이해하도록 도와드리며 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. 1-888-875-9229 번을 통해 하와이 SHIP 에 무료로 전화할 수 있습니다 (TTY 사용자께서는 1-866-810-4379 번으로 전화해 주십시오).

하와이 SHIP 웹사이트([www.hawaiiiship.org](http://www.hawaiiiship.org))를 방문하여 하와이 SHIP 에 대해 자세히 알아보실 수 있습니다.

귀하의 Medicaid 혜택에 대한 질문이 있는 경우, 월요일에서 금요일까지, 오전 7:45~오후 4:30 사이에 1-800-316-8005 번(TTY 에 한해, 711 번으로 전화하십시오)을 통해 하와이주 인간 서비스부/Med-QUEST 국(Department of Human Services/Med-QUEST Division)에 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 에 다시 가입하는 것이 Medicaid 의 보장을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

## 섹션 7 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램

귀하는 처방약 비용 지불에 대한 도움을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 아래에는 다양한 종류의 도움이 나열되어 있습니다.

- **Medicare 의 “추가 지원”.** 귀하에게 Medicaid 가 있으므로, 귀하는 이미 저소득층 보조금이라고도 불리는 “추가 지원”에 가입되어 있습니다. “추가 지원”은 처방약 보험료, 연간 공제금 및 공동 부담금 대한 일부 비용을 지불합니다. 귀하는 대상자이므로 등록 지연 과태료가 없습니다. “추가 지원”에 대한 질문이 있는 경우 다음 번호로 전화하십시오:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 24 시간, 연중무휴로 운영되는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.
  - Social Security 사무국 대표 전화 1-800-772-1213, 월요일에서 금요일까지, 오전 8:00~오후 7:00. 자동 메시지는 24 시간 내내 이용 가능합니다. TTY 사용자께서는 1-800-325-0778 번으로 전화해 주십시오; 또는
  - 귀하의 주정부 Medicaid 사무국.

- HIV/AIDS 환자를 위한 처방전 분담 비용 지원.** AIDS Drug Assistance Program(ADAP)은 HIV/AIDS 환자이며 ADAP 자격이 있는 개인이 생명을 구하는 HIV 약물을 이용할 수 있도록 돕습니다. 거주하시는 주에서 운영하는 ADAP 에 대한 자격을 보유하시려면 해당 개인은 반드시 해당 주 거주 증명서 및 HIV 상태 증명서, 주에서 정한 저소득 증명서 및 무보험/일부 보험 상태 증명서 등을 포함한 특정 기준에 부합해야 합니다. ADAP 에 의해서도 보장을 받는 Medicare 파트 D 처방약은 HIV Drug Assistance Program(HDAP)을 통해 처방전 분담 비용 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장되는 약물, 프로그램 가입 방법 또는 귀하의 현재 가입 여부, 지원을 계속 받는 방법에 대한 정보는 1-808-733-9360 번을 통해 HIV Drug Assistance Program(HDAP)으로 전화해 주십시오. 통화 시 직원에게 귀하의 Medicare 파트 D 플랜 이름 또는 보험증서 번호를 꼭 알려주십시오.
- Medicare Prescription Payment 플랜.** Medicare Prescription Payment 플랜은 귀하의 자기 부담금 약물 비용 관리를 돕는 새로운 지불 옵션으로 2025 년부터 시작됩니다. 이 새로운 지불 옵션은 현재의 약물 보장 범위에 대해 적용되며 **1 년 동안(1 월~12 월) 변화하는 월별 지불로** 약물 비용을 분산시켜 비용을 관리하는 데에 도움이 될 수 있습니다. 이 **결제 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 돈을 절약해 주거나 약물 비용을 낮추어 주지는 않습니다.**

자격을 갖춘 사람들을 위한 Medicare 의 "추가 지원", ADAP 의 도움을 받는 것은 Medicare Prescription Payment 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 회원은 수입에 상관없이 이 지불 옵션에 참여할 자격이 있으며, 약물 보장이 포함된 모든 Medicare 약물 플랜 및 Medicare 의료 보험은 반드시 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 1-800-805-2739 번으로 전화 주시거나 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 를 방문하십시오.

## 섹션 8 질문이 있는 경우

### 섹션 8.1 – 플랜에서 도움 받기

질문이 있으십니까? 기꺼이 회원 여러분들을 도와드리겠습니다. 1-800-805-2739 번을 통해 가입자 서비스로 전화해 주십시오. (TTY 에 한해, 711 번으로 전화하십시오). 연중무휴로 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화 통화가 가능합니다. 이 전화번호로 거는 전화는 무료입니다.

**2025 년 보장 범위 증명서를 읽어 보십시오(내년 혜택 및 비용에 대한 자세한 내용이 있습니다)**

이 연례 변경 내용 통지에서는 2025 년의 혜택 및 비용의 변경 사항에 대한 요약 제공합니다. 자세한 내용은 당사 플랜의 2025 년 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 보장 범위 증명서는 플랜 혜택에 대한 법적 상세 설명입니다. 여기서는 귀하의 권리와 보장 서비스 및 처방약을 받기 위한 규칙을 설명합니다. 보장 범위 증명서 사본은 당사 웹사이트 [kp.org/eochi](http://kp.org/eochi) 에 있습니다. 또한 가입자 서비스에 전화하셔서 보장 범위 증명서를 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

### 당사 웹사이트 방문

또한 저희 웹사이트([kp.org](http://kp.org))를 방문하실 수도 있습니다. 다시 말씀드리지만, 저희 웹사이트에는 의료 서비스 제공자 네트워크(의료 서비스 제공자 및 약국 목록) 및 보장 약물 목록(의약품집/약물 목록)에 대한 최신 정보가 있습니다.

---

## 섹션 8.2 – Medicare 에서 도움 받기

---

다음은 Medicare 에서 직접 정보를 얻는 방법입니다:

### 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하기

24 시간, 연중 무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

### Medicare 웹사이트 방문하기

Medicare 웹사이트([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))에 방문하십시오. 웹사이트에는 귀하의 지역의 Medicare 의료 보험 비교에 도움이 되는 비용, 보장 범위 및 품질 별 평가에 대한 정보가 있습니다. 플랜에 대한 정보를 확인하려면 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 를 방문하십시오.

### Medicare & You 2025 읽기

Medicare & You 2025 안내서를 읽어 보십시오. 매년 가을에 이 문서는 Medicare 가입자에게 우송됩니다. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare 에 관해 가장 자주 하는 질문(FAQ)에 대한 답변이 있습니다. 이 문서가 없으시면 Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에 방문하거나 주 7 일, 24 시간 연중무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 연락하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

---

## 섹션 8.3 – Medicaid 에서 도움 받기

---

Medicaid 에 대한 정보를 얻으려면 월요일에서 금요일까지, 오전 7:45~오후 4:30 사이에 1-800-316-8005 번(TTY 에 한해, 711 번으로 전화하십시오)을 통해 하와이주 인간 서비스부/Med-QUEST 국(Department of Human Services/Med-QUEST Division)에 문의하실 수 있습니다.



### Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스

방법	가입자 서비스 - 연락처 정보
전화	<b>1-800-805-2739</b> 이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 운영. 또한 가입자 서비스에는 영어를 못 하시는 분을 위한 무료 통역 서비스가 준비되어 있습니다.
TTY	<b>711</b> 이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 운영.
서신	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
웹사이트	<a href="http://kp.org">kp.org</a>

# 플랜 정보

이 플랜의 가입자로서 당사는 귀하에게 제공될 수 있는 다른 **Kaiser Permanente** 플랜 또는 제품을 알려드리게 위해 때때로 연락할 수도 있습니다. 이러한 유형의 전화 수신을 원하지 않을 경우, 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

---

## 의료 제공자 디렉토리

네트워크 의료 제공자 또는 약국을 찾는 데 도움이 필요할 경우, [kp.org/directory](https://kp.org/directory)를 방문해 온라인 디렉토리를 검색해 주십시오. (참고: 2025년년도 디렉토리는 Medicare 요구 사항에 따라 2024년 10월 15일부터 온라인에서 확인할 수 있습니다.)

의료 제공자 및 약국 디렉토리를 우편으로 받으려면 Kaiser Permanente에 **1-800-805-2739** (TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

---

## Medicare 파트 D 처방약 처방집

당사 처방집에는 당사가 보장하는 Medicare 파트 D 약물 목록이 있습니다. 처방집은 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요하면 귀하에게 통지하게 됩니다. 보장 약물에 대한 질문이 있을 경우, [kp.org/seniorrx](https://kp.org/seniorrx)에서 온라인 약물 목록을 확인하십시오. (참고: 2025년도 약물 목록은 Medicare 요구 사항에 따라 2024년 10월 15일부터 온라인에서 확인하실 수 있습니다.)

처방집을 우편으로 받으려면 Kaiser Permanente에 **1-800-805-2739** (TTY 711)번으로 전화하면 됩니다. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

---

## 보장 범위 증명서(EOC)

**EOC**는 플랜을 통해 의료 및 처방약을 보장 받는 방법에 대해 설명합니다. 이는 가입자의 권리와 책임, 보장 항목과 Kaiser Permanente 가입자로서 지급해야 하는 내용을 설명합니다. 보장에 대한 질문이 있을 경우, [kp.org/eochi](https://kp.org/eochi)를 방문하여 온라인으로 **EOC**를 확인하십시오. (참고: 2025년도 **EOC**는 Medicare 요구 사항에 따라 2024년 10월 15일부터 온라인에서 확인할 수 있습니다.)

**EOC**를 우편으로 받으려면 Kaiser Permanente에 **1-800-805-2739** (TTY 711)번으로 전화하면 됩니다. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

# 차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente는 해당 연방 시민평등권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 바탕으로 차별하지 않습니다. Kaiser Permanente는 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 **1-800-805-2739(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화하십시오(매일, 오전 8:00-오후 8:00 이용 가능).

Kaiser Permanente가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, 서면(711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813)을 인권 코디네이터에게 보내시거나 상기 번호로 회원 서비스 센터에 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, 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.



**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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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ございます。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (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。

**Tongan:** 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lele'i pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739 (TTY 711)**. 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

**Pohnpeian:** Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY **711**). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

**Samoa:** E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na’o lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY **711**). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

**Laotian:**

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໃບຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY **711**). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີ.

**Bisayan:** Duna mi’y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

**Marshallese:** Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bülāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-800-805-2739** (TTY **711**). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

**Hawaiian:** Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana ‘inikua mālama olakino a i ‘ole ka ‘inikua lā‘au kuhikuhi, loa‘a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Inā makemake ‘oe i kēia kōkua, e ‘olu‘olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY **711**). no ka wala‘au ‘ana e pili ana i kēia mau papahana i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Eia la ke kōkua manuahi.

**Chuukese:** Mi kawor aninisin chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY **711**). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

