H8794_27A009KO_M
4422927541_S001_009_KO
PBP #: 009

Kaiser Permanente Dual Complete South P9(HMO D-SNP) 제공 기관:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc. 남부 캘리포니아 지역

2027 년 연례 변경 안내문

소개

귀하는 현재 본 플랜의 가입자입니다. 내년에는 당사의 혜택, 보장 범위, 규칙 및 비용이 일부 변경 사항이 있을 예정입니다. 본 **연례 변경 안내문**은 변경 사항과 관련 정보를 어디에서 확인할 수 있는지 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 정보는 웹사이트 kp.org/eocscal (영문) 에 게시된 **가입자 안내서** *(Member Handbook)* 를 참조하십시오. 우편으로 사본을 받으려면 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 주요 용어와 그 정의는 **가입자 안내서** 마지막 장에 알파벳순으로 나와 있습니다.

추가 자료

- 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 본 **연례 변경 안내문은** 다음과 같은 다른 형식으로도 무료로 제공됩니다. 큰 활자, 점자, 오디오 파일 또는 데이터 파일. 1-800-443-0815 (TTY 711)로 전화하십시오.
- 다음을 요청하려면 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 1-800-443-0815 (TTY 711)로 전화하십시오:
  - 영어 이외의 선호 언어 및/또는 대체 형식.
  - 향후 우편물 및 안내에 대한 상시 요청, **그리고**
  - 선호 언어 및/또는 형식에 대한 상시 요청 변경.

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

질문이 있는 경우 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 1-800-443-0815 (TTY 711)로 가입자 서비스에 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**, kp.org/medicare (영문) 를 방문하십시오.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 of charge.

ARABIC

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

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՝ փաստաթղթեր բրայլով 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)。殘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)。以上服務爲免費提供。

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 ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई 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 मुफ़्त दी जाती 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、無料で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. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

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.

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 лиц 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 son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) **นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ 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 є безкоштовними.

VIETNAMESE

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

목차

A. 면책 조항 9

B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 보장 검토 9

B1. 당사 플랜에 대한 정보 10

B2. 해야 할 중요한 일 11

C. 플랜명 변경 12

D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항 12

E. 내년 혜택 및 비용 변경 사항 12

E1. 의료 서비스 혜택 및 비용 변경 12

E2. 약품 보장 변경 사항 17

E3. 1 단계: '첫 보험 보장 단계' 19

E4. 2 단계: '비상 보장 단계' 20

F. 관리 변경 사항 21

G. 플랜 선택 21

G1. 플랜 유지 21

G2. 플랜 변경 21

H. 도움 받기 26

H1. 저희 플랜 26

H2. 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 26

H3. 옴부즈맨 프로그램 26

H4. Medicare 27

H5. 캘리포니아 관리 보건 의료부 27

H6. Medicare 처방약 지불 플랜 28

A. 면책 조항

❖ Kaiser Permanente 는 Medicare 와 계약을 맺고 있으며 Medi-Cal 프로그램과도 계약을 맺은 HMO D-SNP" to "HMO 이중 자격 특별 필요 플랜 (Health Maintenance Organization, HMO / Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) 플랜입니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다.

❖ 건강식 혜택은 만성질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 가입자가 자격을 갖는 것은 아닙니다. 자격을 갖추려면 당뇨병, 비만, 심혈관 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환과 같은 특정 만성질환이 있어야 합니다. 그 밖에도 이 혜택의 자격 요건에 해당할 수 있는 질환이 있습니다. 질환만을 근거로 이 혜택의 자격을 보장할 수는 없습니다. 혜택을 받으려면 해당되는 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 문의해 주십시오.

B. 내년 Medicare 및 Medi-Cal 보장 검토

내년에도 보장이 계속 귀하의 필요에 맞는지 확인하기 위해 지금 보장 내용을 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 멤버십은 탈퇴를 요청한 달의 말일에 종료됩니다. 자격이 있는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에는 계속 포함됩니다.

저희 플랜을 탈퇴하시면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다.

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

B1. 당사 플랜에 대한 정보

- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 과 모두 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자에게 제공하는 의료 보험입니다.
- 본 **연례 변경 안내문**에서 '당사', '당사를', '당사의' 또는 '당사 플랜'은 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

B2. 해야 할 중요한 일

- **귀하에게 영향을 미칠 수 있는 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
  - 귀하가 사용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
  - 내년에 본 혜택과 비용 변경 사항이 귀하에게 적합한지 검토하십시오.
  - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경에 대한 정보는 **섹션 E1** 을 참조하십시오.
- **귀하에게 영향을 미칠 수 있는 약품 보장에 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
  - 귀하가 사용하는 약은 보장됩니까? 분담 비용 등급이 다릅니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까? 사전 승인과 같은 변경 사항이 있습니까?
  - 변경 사항을 검토하여 저희 약품 보장이 내년에도 귀하에게 적합한지 확인하십시오.
  - 저희 약품 보장 변경 사항에 관한 정보는 **섹션 E2** 를 참조하십시오.
  - 귀하가 부담하는 의약품 비용이 작년보다 올랐을 수 있습니다.
    - 이용 가능한 더 저렴한 대안에 대해 의사와 상담하십시오. 이를 통해 연간 본인 부담금을 절약할 수 있습니다.
    - 귀하의 플랜 혜택에 따라 귀하가 부담하는 의약품 비용이 정확히 얼마나 달라질 수 있는 지가 결정된다는 점에 유의하십시오.
- **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** (Provider and Pharmacy Directory) 에 관한 정보는 **섹션 D** 를 참조하십시오.
- **플랜의 전체 비용을 따져보십시오.**
  - 정기적으로 이용하는 서비스와 약품에 대해 본인 부담금으로 얼마만큼 지출합니까?
  - 다른 보장 옵션과 비교했을 때 총 비용은 어떻습니까?
- **귀하가 저희 플랜에 만족하고 있는지 생각해 보십시오.**

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 을 계속 이용하기로 결정한 경우:	**플랜을 변경하기로 결정한 경우:**
내년에도 저희 플랜을 이용하고 싶다면 간단합니다. 아무것도 하실 필요가 없습니다. 변경하지 않으면 Kaiser Permanente Dual Complete South P9 에 자동으로 계속 가입됩니다.	다른 보장이 귀하의 필요에 더 잘 맞다고 판단되면 플랜을 전환할 수 있습니다(자세한 정보는 **섹션 G2** 참조). 새 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경하는 경우 새 보장은 다음 달 1 일에 시작됩니다.

C. 플랜명 변경

2027 년 1 월 1 일부터 플랜명이 Kaiser Permanente Dual Complete South P1 에서 Kaiser Permanente Dual Complete South P9 으로 변경됩니다. 가입자 플랜 정보를 확인할 때 새 플랜명을 사용하십시오.

2027 년 1 월까지 새 ID 카드를 받게 됩니다.

D. 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

약품에 대한 본인 부담금은 이용하는 약국에 따라 다릅니다. 저희 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 처방약은 오직 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제하는 경우**에만** 보장됩니다.

당사의 의료 서비스 제공자 및 약국 네트워크가 2027 년에 변경됩니다.

***2027* 년 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 검토**하여 귀하의 의료 서비스 제공자(1 차 진료 의료 서비스 제공자, 전문의, 병원 등) 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오. 업데이트된 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**은 저희 웹사이트 kp.org/directory (영문) 에서 찾으실 수 있습니다. 또한 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 전화하여 최신 의료 서비스 제공자 정보를 요청하거나 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 우편으로 보내 달라고 요청할 수 있습니다.

당사 네트워크가 연중 변경될 수 있다는 점에 유의하시기 바랍니다. 귀하의 의료 서비스 제공자가 저희 플랜을 떠나더라도 귀하는 특정한 권리를 가지며 보호를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 3 장**을 참조하거나 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 전화하여 도움을 받으십시오.

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.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
구급차 서비스	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 편도 1 회당 **$400** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 편도 1 회당 **$290** 를 지불합니다.
당뇨병 치료용 신발 및 깔창	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 **20%**의 공동 보험금을 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) **가입자 안내서 제 12 장**을 참조하여 '내구성 의료 장비(DME)'의 정의는 가입자 안내서에서 확인하십시오.	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 품목에 따라 **0%** 또는 **20%**의 공동 보험금을 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
응급 부서	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 방문 1 회당 **$115** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
안경류 지급 한도액	12 개월마다 **$350** 의 안경류 지원금을 받습니다. 구입한 안경류의 가격이 지급 한도액을 초과하면 차액을 지불해야 합니다.	12 개월마다 **$500** 의 안경류 지원금을 받습니다. 구입한 안경류의 가격이 지급 한도액을 초과하면 차액을 지불해야 합니다.
입원 환자 급성 질환 치료	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 1 회 입원당 **1~5** 일은 하루 **$475** 를 지불합니다(나머지 입원 기간은 **$0**).	가입자는 **$0** 를 지불합니다.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
입원 환자 정신 건강 진료	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 1 회 입원당 **1~5** 일은 하루 **$405** 를 지불합니다(나머지 입원 기간은 **$0**).	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
의료 용품	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 품목에 따라 **0%** 또는 **20%**의 공동 보험금을 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
자기공명영상 (Magnetic Resonance Imaging, MRI), 컴퓨터 단층촬영 (Computed Tomography, CT) 및 양전자방출단층촬영 (Positron Emission Tomography, PET)	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 시술 1 회당 **$500** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 시술 1 회당 **$50** 를 지불합니다.
관찰 서비스	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우, 응급 부서에서 관찰을 위해 전원되거나 외래 환자 수술 후에는 **$0** 를 지불하며, 관찰을 위해 외래 환자로 병원에 직접 입원하는 경우에는 입원 1 회당 **$115** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
외래 환자 병원 서비스	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 서비스에 따라 방문 1 회당 **$0~$475** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
외래 수술 센터에서의 외래 환자 수술	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 시술 1 회당 **$475** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.
일반 의약품(OTC) 품목	온라인과 Kaiser Permanente 소매 약국을 포함한 참여 소매점에서 자격이 되는 OTC 품목을 구입할 수 있도록, 분기마다 **$100** 가 **미리 충전된 건강 추가 혜택 카드가** 제공됩니다.	온라인과 Kaiser Permanente 소매 약국을 포함한 참여 소매점에서 자격이 되는 OTC 품목을 구입할 수 있도록, 분기마다 **$170** 가 미리 충전된 **건강 추가 혜택 카드가 제공**됩니다. **만성질환자를 위한 특별 보충 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)**의 **자격 요건을 충족하는 경우**('만성질환자를 위한 특별 보충 혜택' 행 참조), 이 지원금을 건강식 구입에도 사용할 수 있습니다. 가입자의 카드는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 재충전됩니다. 분기별 지원금 중 사용하지 않은 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 참고: 지원금은 팁이나 수수료(예: 배달료 또는 배송료)에 사용할 수 없습니다.
보철 장치	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 **20%**의 공동 보험금을 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
주거형 약물 사용 장애 및 정신 건강 치료	**Dual Complete 플랜에서 Medicare 혜택으로 보장됩니다.** 가입자는 **$0** 를 지불합니다. 상실하는 경우 입원 1 회당 **$100** 를 지불합니다.	**Dual Complete 플랜에서 Medicare 혜택으로 보장되지 않습니다.** **거주형 약물 사용 장애 및 정신 건강 치료는 카운티 행동건강기관에서 제공하는 Medi-Cal 혜택으로 Dual Complete 플랜에서 보장됩니다.**
전문 간병 기관(Skilled Nursing Facility, SNF) 치료	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 혜택 기간별 **1~20** 일은 **$0** 를 지불하고, **21~100** 일은 하루 **$214** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다. 전체 Medi-Cal 보장을 상실하는 경우 혜택 기간별 **1~20** 일은 **$0** 를 지불하고, **21~100** 일은 하루 **$221** 를 지불합니다.
만성질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI) - 건강식 건강식 혜택은 만성질환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 가입자가 자격을 갖는 것은 아닙니다. 자격을 갖추려면 당뇨병, 비만, 심혈관 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환과 같은 특정 만성질환이 있어야 합니다. 그 밖에도 이 혜택의 자격 요건에 해당할 수 있는 질환이 있습니다. 질환만을 근거로 이 혜택의 자격을 보장할 수는 없습니다. 혜택을 받으려면 해당되는 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 문의해 주십시오.	보장되지 **않습니다.**	**SSBCI 자격 요건을 충족하는 경우 보장됩니다.** 플랜에서 이 혜택의 기준을 충족한다고 확인된 가입자는 OTC 행에 설명된 **미리 충전된 건강 추가 혜택 카드**를 사용하여 OTC 품목뿐 아니라 농산물과 같은 건강식을 온라인 및 참여 소매점에서 구입할 수 있습니다. 가입자의 카드는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 재충전됩니다. 분기별 지원금 중 사용하지 않은 금액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 참고: 지원금은 팁이나 수수료(예: 배달료 또는 배송료)에 사용할 수 없습니다. 자세한 내용은 **가입자 안내서**를 참조하십시오.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
교통 서비스 - Medicare 에서 보장하지 않는 비응급 의료 교통 네트워크 의료 서비스 제공자의 지시에 따라, 입원 또는 특정 응급·긴급 진료·외래 병원 진료 직후 자택(100 마일 이내), 전문 간병 기관(SNF) 또는 더 높은 수준의 치료 시설로 이동하는 데 의학적으로 필요한 비응급 교통을 허가된 들것/거니 차량 또는 휠체어 차량으로 제공합니다.	보장되지 **않습니다.**	보장됩니다. 가입자는 **$0** 를 지불합니다.

E2. 약품 보장 변경 사항

약품 목록 변경 사항

저희 보장 약품 목록은 처방집 또는 약품 목록이라고도 합니다. 저희 약품 목록은 온라인 kp.org/seniorrx (영문) 에 게시되어 있습니다. 본 보장 **약품 목록**에 변경이 있었으며, 여기에는 약품의 삭제 또는 추가, 보장 약품 변경, 특정 약품에 대한 보장 제한 변경 또는 다른 분담 비용 등급으로 이동이 포함될 수 있습니다.

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

약물 목록의 변경 사항 대부분은 매년 초에 새로 적용됩니다. 그러나 Medicare 및/또는 주에서 허용하는 기타 변경으로 인해 해당 연도 중 귀하에게 영향이 있을 수 있습니다. 저희는 최신 **약품 목록**을 제공하기 위해 온라인 약품 목록을 최소 매달 업데이트합니다. 복용 중인 약품에 영향을 미치는 변경이 있을 경우, 해당 변경 사항에 대한 안내문을 보내드립니다.

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

- 의사(또는 다른 처방자)와 상의하여 저희가 보장하는 다른 약품을 찾으십시오.
  - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 **보장 약품 목록**을 요청할 수 있습니다.
  - 이 목록은 의료 서비스 제공자가 가입자에게 적합할 수 있는 보장 약품을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

- 약물의 일시적 공급을 보장해 달라고 저희에게 요청하십시오.
    - 상황에 따라 해당 역년의 첫 90 일 동안 **일시적으로** 약물 공급을 보장해 드리는 경우가 있습니다.
    - 이 일시적 공급은 최대 30 일 동안 제공됩니다. (일시적 공급을 받을 수 있는 시기와 요청 방법에 대한 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.)
    - 일시적 약물 공급을 받으면 일시적으로 공급받은 약품이 다 떨어졌을 때 어떻게 해야 하는지 의사와 상의하십시오. 귀하는 저희 플랜이 보장하는 다른 약물을 사용하거나 가입자에 대한 예외를 적용하여 현재 복용 중인 약품을 보장하도록 요청하실 수 있습니다.
    - 현재 승인된 모든 처방집 예외는 매년 말일에 만료되므로 새해가 시작될 때 다시 제출하여 승인을 받아야 합니다.

약품 비용 변경

가입자는 Medi-Cal 에 대한 자격이 있으므로 Medicare 로부터 Medicare 파트 D 약물 비용 지불을 지원하는 Extra Help 을 받습니다. 저희는 가입자의 약품 보장에 관한 내용이 담긴 별도의 삽지인 '처방약 비용에 대한 Extra Help 을 받는 사람을 위한 보장 증명서 추가 조항 을 보내드렸습니다. 이 삽지는 '저소득 보조금 추가 조항(Low Income Subsidy Rider)' 또는 'LIS 추가 조항이라고도 합니다. 이 삽지가 없는 경우 가입자 서비스에 전화하여 'LIS 추가 조항'을 요청하십시오.

본 플랜의 Medicare 파트 D 약품 보장에는 두 가지 지불 단계가 있습니다. 지불 금액은 Extra Help 수준과 처방약을 처음 또는 다시 조제받을 때 어느 단계에 있는지에 따라 달라집니다. 두 단계는 아래와 같습니다.

1 단계 **첫 보험 보장 단계**	**2 단계** **비상 보장 단계**
이 단계에서는 저희 플랜이 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 분담금을 지불합니다. 가입자의 본인 분담금을 코페이라고 합니다. 해당 연도에 처음으로 처방약을 조제받을 때 이 단계가 시작됩니다.	이 단계에서는 플랜이 2027 년 12 월 31 일까지 귀하의 모든 약품 비용을 지불합니다. 일정 금액의 본인 부담금을 지불한 후 이 단계를 시작합니다.

첫 보험 보장 단계는 약품에 대한 총 본인 부담금이 **$2,400** 에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다. 약품에 대해 가입자가 지불하는 금액에 관한 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 6 장**을 참조하십시오.

E3. 1 단계: '첫 보험 보장 단계'

첫 보험 보장 단계 중 저희 플랜은 보장된 약품 비용의 분담금을 지불하고 가입자는 본인 분담금을 지불합니다. 가입자의 본인 분담금을 코페이라고 합니다. 코페이는 약품의 분담 비용 등급과 약품을 수령하는 장소에 따라 달라집니다. 코페이는 처방약을 조제할 때마다 지불합니다. 보장된 약품의 비용이 코페이보다 낮으면 더 낮은 금액을 지불합니다.

저희는 약품 목록에 있는 일부 약품을 더 낮거나 더 높은 약품 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.

다음 표는 6 가지 약품 등급에 대한 표준 코페이를 적용하여 네트워크 약국에서 1 개월 분량을 조제받는 데 드는 비용을 보여줍니다. 해당 금액은 첫 보험 보장 단계**에만** 적용됩니다.

대부분의 성인 파트 D 백신은 비용이 들지 않습니다. 장기 공급 비용에 대한 정보는 **가입자 안내서 제 6 장 섹션 D** 를 참조하십시오.

	2026 년(올해)	**2027 년(내년)**
1~2 등급 약물 (제네릭 약물 포함) 네트워크 약국 또는 우편 주문 서비스 약국에서 조제한 1 등급 및 2 등급 약품의 1 개월분 비용	1 개월(30 일분) 공급의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.10** 입니다. 보장되는 각 인슐린 제품의 1 개월(30 일분) 공급 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.10** 입니다. 1 개월(30 일분) 우편 주문 처방의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.10** 입니다.	1 개월(30 일분) 공급의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.80** 입니다. 보장되는 각 인슐린 제품의 1 개월(30 일분) 공급 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.80** 입니다. 1 개월(30 일분) 우편 주문 처방의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$5.80** 입니다.

	2026 년(올해)	2027 년(내년)
3~5 등급 약물 (브랜드 약물 및 특수 약물 포함) 네트워크 약국 또는 우편 주문 서비스 약국에서 조제한 3~5 등급 약품의 1 개월분 비용	1 개월(30 일분) 공급의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$12.65** 입니다. 보장되는 각 인슐린 제품의 1 개월(30 일분) 공급 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$12.65** 입니다. 1 개월(30 일분) 우편 주문 처방의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$12.65** 입니다.	1 개월(30 일분) 공급의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$14.40** 입니다. 보장되는 각 인슐린 제품의 1 개월(30 일분) 공급 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$14.40** 입니다. 1 개월(30 일분) 우편 주문 처방의 코페이는 'Extra Help' 수준에 따라 **처방전당 $0~$14.40** 입니다.
6 등급 약물 (파트 D 백신 포함)	가입자는 **$0** 를 지불합니다.	가입자는 **$0** 를 지불합니다.

첫 보험 보장 단계는 총 본인 부담금이 **$2,400** 에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다. 약품에 대해 가입자가 지불하는 금액에 관한 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 6 장**을 참조하십시오.

E4. 2 단계: '비상 보장 단계'

약품에 대한 본인 부담금이 **$2,400** 한도에 도달하면 비상 보장 단계가 시작되며 보장 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 해당 연도가 종료될 때까지 비상 보장 단계로 유지됩니다.

비상 보장 단계의 비용에 대한 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 6 장**, **섹션 E** 를 참조하십시오.

F. 관리 변경 사항

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

	2026 년(올해)	**2027 년(내년)**
플랜 혜택 패키지(Plan Benefit Package, PBP) 번호	현재 플랜인 Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) 플랜은 PBP #001 로도 알려져 있습니다.	새 플랜인 Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) 플랜은 PBP #009 로도 알려져 있습니다.

G. 플랜 선택

G1. 플랜 유지

저희는 귀하가 계속해서 플랜 가입자 자격을 유지하시길 바랍니다. 저희 플랜을 유지하기 위해 아무것도 하실 필요가 없습니다. 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경하지 않는 한 2027 년에도 자동으로 저희 플랜 가입자로 유지됩니다.

G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다.

또한 다음 기간 동안 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **가입 등록 기간**은 10 월 15 일부터 12 월 7 일까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택하면 저희 플랜 가입은 12 월 31 일에 종료되고 새 플랜 가입은 1 월 1 일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 가입 등록 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜의 멤버십이 다음 달 1 일부터 시작됩니다.
- Medi-Cal 가입자이므로 연중 어느 달이든 저희 플랜 가입을 종료할 수 있는 등 몇 가지 선택지가 있습니다.

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

- 저희 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우
- Medi-Cal 또는 Extra Help 에 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 2 개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare 로 변경할 수 있습니다.

가입자의 Medicare 서비스

연중 언제라도 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 아래에 나열되어 있습니다. **가입 등록 기간, Medicare Advantage 가입 등록 기간** 또는 **섹션 G2** 에 설명된 기타 상황을 포함해 연중 특정 시기에는 아래의 추가 옵션을 이용할 수 있습니다. 이 중 하나를 선택하면 저희 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.

1. 다음 서비스로 변경하는 경우: **Medi-Medi(Medicare/Medi-Cal 동시 수혜자) 플랜은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. 이는 Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 등록되어 있는 사람들을 위한 것으로, Medicare 와 Medi-Cal 보장을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다.** **Medi-Medi(Medicare/Medi-Cal 동시 수혜자) 플랜은 자격 요건을 충족하는 경우 이용할 수 있는 포괄적 노인 진료 프로그램(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 플랜을 포함하여, Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 모든 서비스와 두 프로그램의 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.** **참고:** Medi-Medi(Medicare/Medi-Cal) 동시 수혜자) 플랜이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 자격 대상 특수 필요 플랜 (D-SNP)의 이름입니다.	**수행할 작업은 다음과 같습니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다. 포괄적 노인 진료 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222 로 전화해 주십시오 (TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi(Medicare/Medi-Cal 동시 수혜자) 플랜에 등록하십시오. 새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다. Medi-Cal 플랜이 Medi-Medi(Medicare/Medi-Cal 동시 수혜자) 플랜과 일치하도록 변경됩니다.

2. 다음 서비스로 변경하는 경우: **별도의 Medicare 약품 플랜이 포함된 Original Medicare**	**수행할 작업은 다음과 같습니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 로 전화해 주십시오 (TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오. **또는** 신규 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. Original Medicare 보장이 시작되면 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 변경을 요청하지 않는 경우 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.

3. 다음 서비스로 변경하는 경우: **유효한 탈퇴 사유가 있는 경우 별도의 Medicare 약품 플랜이 없는 Original Medicare** **참고:** Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 약품 플랜에 가입하지 않은 경우, 약품 플랜에 가입하고 싶지 않다고 Medicare 에 알리지 않는 한 Medicare 는 가입자를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다. 고용주나 노동 조합 등 다른 곳으로부터 약품 보장을 받는 경우에만 약품 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지 여부에 대해 궁금한 점이 있는 경우 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 1-800-434-0222 로 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 방문하십시오.	**수행할 작업은 다음과 같습니다.** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 로 전화해 주십시오 (TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오. Original Medicare 보장이 시작되면 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 변경을 요청하지 않는 경우 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.

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

4. 다음 서비스로 변경하는 경우:	**수행할 작업은 다음과 같습니다.**
가입 등록 기간, Medicare Advantage 가입 등록 기간 또는 **섹션 G** 에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 시기에 이용할 수 있는 **Medicare 의료 보험**.	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다. 포괄적 노인 진료 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 로 전화해 주십시오 (TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 등록하십시오. 새로운 플랜 보장이 시작되면 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하시게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.

가입자의 Medi-Cal 서비스

저희 플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 플랜을 선택하거나 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 질문은 월요일~금요일 오전 8 시부터 오후 6 시까지 의료 서비스 옵션에 1-800-430-4263 으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 에 다시 가입하면 Medi-Cal 적용을 받는 방법이 달라지는지 문의해 보십시오.

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 플랜 혜택을 법적으로 상세히 설명하는 문서입니다. 이 안내서에는 2027 년 혜택과 비용에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다. 가입자의 권리와 저희가 보장하는 서비스 및 약품을 받기 위해 따라야 할 규칙을 설명합니다.

2027 년 **가입자 안내서**는 10 월 15 일까지 제공됩니다. 최신 **가입자 안내서**는 저희 웹사이트 kp.org/eocscal 에서 확인할 수 있습니다. 또한 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 전화하여 2027 년 **가입자 안내서**를 우편으로 보내 달라고 요청할 수 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 kp.org (영문) 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. 의료보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP)

주정부 건강 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에 연락할 수도 있습니다. 캘리포니아주에서는 SHIP 을 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담원이 가입자가 선택할 수 있는 플랜 옵션을 이해하도록 도와드리며 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다. HICAP 는 저희 또는 다른 보험회사 또는 의료 보험과 연계되어 있지 않습니다. 모든 카운티에는 HICAP 의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 입니다. (TTY 711). 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.을 방문하십시오.

H3. 옴부즈맨 프로그램

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

- 문제나 불만 사항이 있을 경우 질문에 답변해 드리며, 필요한 조치를 이해하는 데 도움을 드릴 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 옴부즈맨 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077 번입니다.

H4. Medicare

Medicare 에서 직접 정보를 얻으려면:

- 주 7 일, 24 시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화를 걸어 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다.
- www.Medicare.gov/talk-to-someone 에서 실시간 채팅이 가능합니다.
- Medicare 에 다음 주소로 서신을 보내십시오: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

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.gov 로 이동한 다음 “Find plans"[플랜 찾기]를 클릭하십시오.)

Medicare 와 귀하 *2027*

Medicare & You 2027 (Medicare 와 귀하 *2027)* 안내서를 읽어 보십시오. 매년 가을에 이 책자는 Medicare 가입자에게 우송됩니다. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare 에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 있습니다. 본 안내서는 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

이 책자가 없으신 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 받거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하시면 됩니다.

H5. 캘리포니아 관리 보건 의료부

캘리포니아 관리 보건 의료부는 보건 의료 서비스 플랜을 감독하고 규제하는 기관입니다. 의료 보험에 대한 불만이 있는 경우 이 부서에 연락하기 전에 먼저 **1-800-443-0815** 로 의료 보험에 전화하여 해당 의료 보험의 불만 처리 절차를 이용해야 합니다. 이 불만 제기 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용하실 수 있는 다른 어떤 잠재적인 법적 권리나 해결책을 이용하지 못하게 되지는 않습니다. 응급 상황과 관련한 불만, 귀하의 의료 보험이 만족스럽게 해결하지 못한 불만, 30 일 이상의 기간 동안 해결되지 않은 채 남아 있는 불만에 대해 도움이 필요하시면, 이 부서에 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 받을 자격이 될 수도 있습니다. 만약 귀하가 IMR 을 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 보험이 내린 의학적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 이 부서에는 수신자 부담 전화번호 (**1-888-466-2219**)와 청각 또는 언어 장애인을 위한 TDD 회선(**1-877-688-9891**)도 있습니다.

이 부서의 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov** 에서 불만제기 양식, IMR 신청서 및 안내를 온라인으로 이용할 수 있습니다.

자세한 정보는 **가입자 안내서**의 **제 9 장, 섹션 F4** 를 참조해 주십시오.

H6. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 당사의 플랜에서 보장하는 약제에 대한 본인 부담금을 1 월부터 12 월까지 연중에 걸쳐 월별로 나누어 납부할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다. Medicare 약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 Medicare 의료 보험(예시: 약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜)이 있는 사람은 누구나 이 납부 옵션을 사용할 수 있습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜을 유지하는 경우 2027 년에도 계속 참여하기 위해 별도로 할 일은 없습니다. 이 지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 비용을 절약해 주거나 약품에 대한 총 본인 부담금을 낮춰 주지는 않습니다.

자격이 있는 경우 Medicare 의 'Extra Help', 주 약품 지원 프로그램(State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) 및 AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)의 지원을 받는 것이 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 본 프로그램에 대해 자세히 알아보려면 이 페이지 하단의 전화번호로 연락하시거나 www.medicare.gov 를 방문하십시오.

공공 기록법 *(Public Records Act, PRA)* 공시문 1995 년 서류 간소화법에 따라, 유효한 관리예산처 *(Office of Management and Budget, OMB)* 관리 번호가 명시되어 있지 않은 정보 수집 요청에 대해서는 누구도 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 *OMB* 관리 번호는 *0938-1444* 입니다. 이 양식에 대한 개선 의견이나 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 편지를 보내십시오. *CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

플랜 정보

당사는 이 플랜의 가입자인 귀하에게 제공될 수 있는 다른 Kaiser Permanente 플랜 또는 상품을 알려드리기 위해 때때로 연락할 수도 있습니다. 이러한 유형의 전화 수신을 원하지 않을 경우, 가입자 신분증 뒷면에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 연락해 주십시오.

Kaiser Permanente에서는 이제 건강 정보를 안전하게 공유할 수 있는 새로운 방법을 제공합니다. 지급자 간 애플리케이션 프로그래밍 인터페이스(API)와 의료 서비스 제공자 의료 접근성 API의 작동 방식 및 옵트인 방법에 대해 알아보려면 **kp.org/datasharing**을 방문하십시오.

Kaiser Permanente 의료 서비스 제공자 목록

네트워크 의료(서비스) 제공자나 약국을 찾는 데 도움이 필요한 경우, **kp.org/directory**에서 온라인 목록을 검색하십시오(참고: 2027년도 목록은 Medicare 요구 사항에 따라 2026년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다).

목록을 우편으로 받으시려면 **1-800-443-0815** (TTY **711**)번으로 전화해 주십시오. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시 사이입니다.

Kaiser Permanente Medicare 파트 D 종합 처방집(보장 약물 목록)

당사 처방집에는 당사가 보장하는 Medicare 파트 D 약물 목록이 있습니다. 처방집은 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요 시 가입자에게 통지합니다. 보장 약물에 대한 질문이 있을 경우, **kp.org/seniorrx**에서 온라인 처방집을 확인하십시오(참고: 2027년도 처방집은 Medicare 요구 사항에 따라 2026년 10월 15일부터 온라인에서 확인할 수 있습니다).

처방집을 우편으로 받으시려면 **1-800-443-0815** (TTY **711**)번으로 전화해 주십시오. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시 사이입니다.

Kaiser Permanente 보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC)

EOC에는 플랜을 통해 보장되는 의료 진료 및 처방약을 받는 방법이 설명되어 있습니다. 이 증명서는 Kaiser Permanente 가입자의 권리와 책임, 보장 내용과 가입자가 부담해야 하는 금액을 설명합니다. 보장에 대한 질문이 있을 경우 **kp.org/eocncal** 또는 **kp.org/eocscal**을 방문하여 온라인으로 **EOC**를 확인하십시오(참고: 2027년도 **EOC**는 Medicare 요구 사항에 따라 2026년 10월 15일부터 온라인에서 확인할 수 있습니다).

EOC를 우편으로 받으시려면 **1-800-443-0815** (TTY **711**)번으로 전화해 주십시오. 운영 시간은 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시 사이입니다.

H0524_H8794_00044581KO_C
4383715500_CA_KO
July 2026

KAISER PERMANENTE®

차별 금지에 관한 고지

본 문서에서 "당사", "저희"는 Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. 및 Southern California Medical Group)를 의미합니다. 이 고지 사항은 당사 웹사이트 **kp.org**에서 확인할 수 있습니다.

차별은 법에 위배됩니다. 당사는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

당사는 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 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 아래와 같이 시기적절하게 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 아래 번호로 가입자 서비스 부서로 전화 주십시오. 통화는 무료입니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare (D-SNP 포함): **1-800-443-0815** (TTY **711**), 오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일 이용 가능.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 하루 24 시간, 주 7일 이용 가능.

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

Kaiser Permanente에 민원을 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, 당사에 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. 다음과 같은 방법으로 차별금지 민원을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 가입자 서비스 부서에 전화 주십시오. 전화번호는 위에 기재되어 있습니다.
- **우편: kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 보내 달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 **kp.org/facilities**에서 의료 제공자 목록을 확인)
- **온라인:** 본사 웹사이트 **kp.org**에서 온라인 양식 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

California 보건부의 민권 사무실에 민권에 대한 불만을 제기하는 방법 *(Medi-Cal 수혜자 전용)*

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

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

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 양식은 California 보건부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일 발송

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**)로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 작성하거나 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 연방 보건복지부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
  https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **온라인: 민권 담당국의 불만 접수 포털** 방문**:**
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf