



2026년 가입자 안내서 부록

2026년 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Medi-Cal 가입자 안내서의 변경 사항에 관한 중요한 정보

가입자 안내서는 통합 보장 범위 증명서 및 공개 양식(“EOC/DF”)이라고도 합니다. 이 부록에는 새로운 연방법에 따른 2026년 가입자 안내서의 변경 사항이 안내되어 있습니다. 이 문서를 2026년 가입자 안내서와 함께 보관해 주시기 바랍니다.

이 가입자 안내서 정오표에서 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.는 때때로 “우리”, “저희” 또는 “당사”로 지칭됩니다. 가입자는 때때로 “귀하”로 지칭됩니다. 이 가입자 안내서에서 대문자로 표기된 일부 단어는 특별한 의미를 가집니다. 알아두어야 할 용어는 가입자 안내서의 제8장 “중요한 전화번호 및 알아두어야 할 용어”를 참조하십시오.

특정 성별 확정 진료

2026년 10월 13일부터 Medi-Cal은 18세 미만의 Medi-Cal 가입자와 19세 미만의 CHIP 가입자의 성별 불쾌감을 치료하기 위해 제공되는 특정 성별 확정 진료에 연방 기금을 사용할 수 없습니다. 이는 새로운 연방법에 따른 변경 사항입니다.

영향을 받는 서비스:

- 유방 절제술 또는 유방 확대술 등의 수술
- 사춘기 억제제
- 에스트로겐 또는 테스토스테론 등의 호르몬 요법



가입자 서비스에 1-855-839-7613(TTY 711)번으로 문의하십시오.

연중무휴, 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다(공휴일 제외). 통화는 무료입니다. kp.org에서 자세한 내용을 확인하십시오.

이는 진료를 받을 수 없다는 의미가 아닙니다. **California** 주는 의학적으로 필요한 진료를 받을 수 있도록 지원합니다. 임상적으로 적절하고, 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 권고하는 경우, 주 정부는 **Medi-Cal** 가입자와 **CHIP** 가입자에게 의학적으로 필요한 성별 확정 진료를 제공하는 데 주 정부 기금을 사용할 것입니다.

California 주 보건 의료 접근성 및 정보부(HCAI)는 영향을 받는 서비스의 비용을 지원할 것입니다. 이 프로그램은 보건 의료 서비스부(DHCS)가 감독하는 **Medi-Cal**과는 별개입니다. 자세한 내용은 확인되는 대로 **HCAI** 웹사이트 및 **DHCS** 웹사이트에 게시될 예정입니다.

Medi-Cal은 18세 미만의 **Medi-Cal** 가입자와 19세 미만의 **CHIP** 가입자에게 제공되는 그 밖의 의학적으로 필요한 성별 확정 진료 서비스에 대해서는 비용을 계속 부담합니다. 여기에는 의학적으로 필요한 경우 진료 방문, 검사실 검사, 언어 치료 및 심리 요법이 포함됩니다. 또한 **Medi-Cal**은 성별 불쾌감이 아닌 다른 의학적 질환을 치료하거나, 이전 시술로 인해 발생했거나 악화된 합병증, 감염, 부상, 질병 또는 장애를 치료하는 경우에도 위에 열거된 서비스를 포함한 의학적으로 필요한 서비스를 계속 보장합니다. **Medi-Cal**은 18세 이상 가입자에 대해서도 위에 열거된 서비스의 비용을 계속 부담합니다.

영향을 받는 서비스 중 하나를 이용하고 계신 경우:

2026년 10월 13일 이후에 제공될 서비스에 대한 승인이 이번 변경의 영향을 받는 경우, 귀하의 **Medi-Cal** 관리 진료 플랜에서 연락을 드릴 것입니다.

- 플랜에서 기존에 승인된 서비스를 종료하거나 축소하는 경우, 서면 조치 통지서가 발송됩니다. 이 통지서에는 해당 조치의 사유와 이의를 신청하고 주 정부 심리를 요청할 수 있는 귀하의 권리가 설명되어 있습니다.
- 귀하의 상황에 따라 이의신청 또는 주 정부 심리가 진행되는 동안에도 혜택을 계속 받을 권리가 있을 수 있습니다.

문의 또는 지원:

- 가입자 서비스에 **1-855-839-7613 (TTY 711)**번으로 문의하십시오. 연중무휴, 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다(공휴일 제외). 통화는 무료입니다.
- 치료와 옵션에 관해 의료 진료 제공자와 상담하실 수도 있습니다.
- **HCAI** 프로그램에 관한 자세한 내용은 확인되는 대로 게시될 예정입니다.

이 공지를 2026년 가입자 안내서/보장 범위 증명서와 함께 보관해 두시기 바랍니다. 이 공지는 2026년 10월 13일부터 적용되는 성별 확정 진료 서비스 관련 내용의 변경 사항을 안내합니다.



가입자 서비스에 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 문의하십시오.

연중무휴, 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다(공휴일 제외). 통화는 무료입니다. kp.org에서 자세한 내용을 확인하십시오.

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 얻으려면, 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>