

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) |
2024 혜택 요약서

2024

혜택 요약서

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP) 및
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 (HMO D-SNP)

소개

본 문서는 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서 보장하는 혜택 및 서비스를 간략하게 요약한 것입니다. 주요 질문 모음에 대한 답변, 중요한 연락처 정보, 제공되는 혜택 및 서비스 개요, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자로서의 권리 정보가 포함됩니다. 주요 용어 및 정의는 *보장 범위 증명서*의 마지막 장에 알파벳 순으로 나열되어 있습니다.

목차

A. 면책 조항	3
B. 주요 질문 모음(FAQ)	4
C. 보장 서비스 목록	12
D. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 외부에서 보장되는 혜택	29
E. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicare, Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스	30
F. 플랜 가입자로서의 권리	33
G. 거절되거나, 지연되거나, 변경된 서비스에 대해 불만이나 이의를 제기하는 방법	36
H. 부정이 의심되는 경우 대처 방법	43

A. 면책 조항



본 문서는 2024년 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal에서 보장하는 건강 서비스의 요약서입니다. 이 **혜택 요약서**에는 다음 플랜이 포함되어 있습니다.

- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2

위에 나열된 플랜 중 하나에 가입하면 Medi-Cal 관리 진료 혜택을 위해 Kaiser Permanente에도 배정됩니다.

본 문서는 요약서일 뿐입니다. 전체 혜택 목록은 **보장 범위 증명서**를 읽어보십시오. 자세한 내용은 웹사이트 kp.org/eocncal 또는 kp.org/eocscal에 있는 **보장 범위 증명서**를 참조하거나 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하여 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영하는 가입자 서비스 부서로부터 사본을 요청하십시오.

- ❖ 당사는 건강 또는 약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 찾으려면 연중무휴로 운영하는 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 연락하기만 하면 됩니다.
- ❖ Kaiser Permanente는 Medicare와 협업하고 있는 HMO D-SNP 플랜으로서 Medi-Cal 프로그램과도 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다.
- ❖ **Medicare**에 관한 자세한 내용은 **Medicare & You** 핸드북을 참조하십시오. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 있습니다. 핸드북은 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드하거나 연중무휴로 운영되는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화하여 요청하십시오. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오. **Medi-Cal**에 대한 자세한 내용은 캘리포니아 의료 서비스국(California Department of Healthcare Services, DHCS) 웹사이트(www.dhcs.ca.gov)에서 확인하거나 월~금요일, 오전 8시~오후 5시에 Medi-Cal 옴부즈맨 오피스 **1-888-452-8609**에 문의할 수 있습니다. 또한 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입한 가입자를 위한 특별 옴부즈맨은 월~금요일, 오전 9시~오후 5시에 **1-855-501-3077** 번으로 전화하실 수 있습니다.
- ❖ 본 문서는 큰 활자, 점자, 오디오 등의 다른 형태로 무료로 받아보실 수 있습니다. 추가 내용은 가입자 서비스 부서 **1-800-443-0815** 번으로 전화하십시오. (TTY 사용자는 **711**로 연락하십시오.) 운영 시간은 오전 8시~오후 8시이며 연중무휴로 운영합니다. 이 전화는 통화료가 부과되지 않습니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare를 확인하십시오.

- ❖ 다음 관련 내용은 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스 부서 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하여 요청하십시오.
 - 영어 이외의 선호 언어 및/또는 대체 형식
 - 향후 우편 서비스 및 커뮤니케이션을 위한 대기 요청
 - 선호 언어 또는 형식에 대한 대기 요청 변경

B. 주요 질문 모음(FAQ)

다음 표는 주요 질문 모음을 나열한 것입니다.

주요 질문 모음	답변
Medicare-Medi-Cal 플랜이란 무엇입니까?	<p>Medicare-Medi-Cal 플랜은 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하기 위해 Medicare 및 Medi-Cal 과 모두 계약을 체결한 의료 보험입니다. Medicare 파트 A 와 파트 B 를 모두 가지고 있으며, Medi-Cal 자격을 갖춘 만 21 세 이상이라면 가입할 수 있습니다. Medicare-Medi-Cal 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원(Long-term Services and Supports, LTSS) 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 조직입니다. 또한 귀하의 모든 의료 서비스 제공자 및 서비스, 지원 관리를 도와주는 관리 코디네이터도 있습니다. 이들은 귀하에게 필요한 치료를 제공하기 위해 함께 협력합니다.</p>

주요 질문 모음	답변
<p>지금 받고 있는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서도 동일하게 받게 됩니까?</p>	<p>받고 계신 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 대부분을 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서 직접 받게 됩니다. 의료 서비스 제공자 팀이 귀하와 협력하여 귀하의 요구 사항을 가장 잘 충족시킬 수 있는 서비스가 무엇인지 결정하는 것을 도울 것입니다. 이것은 귀하께서 현재 받고 계신 서비스의 일부가 귀하의 요구 사항, 의사 및 진료팀 평가에 따라 변경될 수 있다는 것을 의미합니다. 또한 가정 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS), 전문 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스, 지역 센터 서비스 등 의료 보험 이외의 다른 혜택을 현재와 같은 방식으로 주 또는 카운티 기관에서 바로 받으실 수 있습니다.</p> <p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에 가입하시면 귀하의 개인적인 기호와 목표를 반영하여 건강 및 지원 요구를 해결할 수 있는 의료 계획을 개발하기 위해 진료팀이 귀하와 협력할 것입니다.</p> <p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 일반적으로 보장하지 않는 Medicare 파트 D 처방약을 복용하고 있는 경우 임시로 제공받을 수 있으며, 다른 약으로 바꾸거나 의학적으로 필요한 경우 약을 보장받을 수 있게 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에 대한 예외 조치를 받도록 지원해드릴 것입니다. 자세한 내용은 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

주요 질문 모음	답변
<p>현재 방문하는 의사로부터 진료받을 수 있습니까?</p>	<p>대부분의 경우 가능합니다. 의료 서비스 제공자(의사, 병원, 치료사, 약국 및 기타 의료 서비스 제공자 포함)가 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 과 협력하고 저희와 계약을 체결한 경우, 동일한 의사에게 진료받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 저희와 계약한 의료 서비스 제공자는 "네트워크 해당" 제공자입니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사 플랜에 참여합니다. 즉, 이들은 당사 플랜의 가입자를 수용하고 당사 플랜이 보장하는 서비스를 제공합니다. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 네트워크에 속한 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크에 속하지 않는 의료 서비스 제공자나 약국을 이용하는 경우 플랜에서 이러한 서비스 또는 약품에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. • 긴급이나 응급 치료 또는 지역 외 투석 서비스가 필요한 경우 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 플랜에 속하지 않은 의료 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. • Medi-Cal 서비스의 경우, 응급 서비스 또는 특정 민감성 진료 서비스에 대한 진료 소개서나 사전 승인 없이 네트워크외 의료 서비스 제공자에게 진료받을 수 있습니다. 당사가 운영되지 않는 지역에 있는 경우 지역 외 긴급 진료를 위해 네트워크외 의료 서비스 제공자에게 진료받을 수도 있습니다. 외래 정신 건강 서비스가 필요한 경우에는 사전 승인 없이 네트워크 의료 서비스 제공자나 카운티 정신 건강 플랜 의료 서비스 제공자에게 진료받을 수 있습니다. 기타 모든 네트워크외 서비스에는 진료 소개서 또는 사전 승인이 있어야 합니다. 그렇지 않은 경우 보장되지 않습니다. 참고: 아메리칸 인디언인 경우 진료 소개서 없이 당사 의료 서비스 제공자 네트워크외 인디언 의료 진료 제공자에게 진료받을 수 있습니다. • 현재 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 네트워크외 의료 서비스 제공자에게 치료를 받고 있거나 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 네트워크외 의료 서비스 제공자와 관계를 구축한 경우 가입자 서비스에 전화하여 관계 유지에 관해 확인하고 진료 연속성에 대해 물어보십시오. 귀하가 특정 기준을 만족하거나 의료 서비스 제공자가 당사 이용약관에 동의하는 경우 최대 12 개월까지 네트워크 외 의료 서비스 제공자에게 계속 진료받을 수 있습니다. 등록 30 일 이내에 진료 연속성을 요청해야 합니다. 진료 연속성 서비스에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스부로 전화하십시오.

주요 질문 모음	답변
	<p>담당 의사가 플랜의 네트워크에 속해 있는지 알아보려면 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하거나 플랜 웹사이트 kp.org/directory 에서 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 확인하십시오. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 새 가입자인 경우 귀하와 함께 귀하의 요구 사항을 해결하기 위한 치료 계획을 개발할 것입니다.</p>
<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 관리 코디네이터란 무엇입니까?</p>	<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 관리 코디네이터는 귀하가 주로 연락하는 사람입니다. 이 사람은 귀하의 모든 의료 서비스 제공자 및 서비스 관리를 도우며 귀하의 요구 사항을 충족하도록 지원해드립니다.</p>
<p>장기 서비스 및 지원(LTSS)이란 무엇입니까?</p>	<p>장기 서비스 및 지원은 목욕, 화장실 가기, 옷 입기, 요리하기, 약 복용하기 등 일상적인 일을 하는 데 도움이 필요한 사람을 위한 서비스입니다. 서비스 대부분은 귀하의 집이나 지역 사회에서 제공되지만 요양원이나 병원에서 제공될 수도 있습니다. 일부 경우에는 카운티 또는 기타 기관이 이러한 서비스를 관리할 수 있으며, 귀하의 관리 코디네이터 또는 진료팀이 해당 기관과 협력합니다.</p>
<p>다목적 노인 서비스 프로그램 (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)이란 무엇입니까?</p>	<p>MSSP 는 의료 보험이 이미 제공하는 것 이외에 의료 진료 제공자와의 지속적인 진료 협력을 제공하며, 기타 필요한 지역사회 서비스 및 자원에 연결할 수 있습니다. 이 프로그램을 통해 귀하가 집에서 독립적으로 생활하는 데 도움이 되는 서비스를 받을 수 있습니다.</p>
<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 네트워크에서 제공하지 않는 서비스가 필요한 경우 어떻게 합니까?</p>	<p>대부분의 서비스는 저희 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공합니다. 귀하가 필요한 서비스를 네트워크 내에서 제공할 수 없는 경우, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 네트워크외 의료 서비스 제공자의 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 확인하십시오.

주요 질문 모음	답변
<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 을 어디에서 이용할 수 있습니까?</p>	<p>이 플랜의 서비스 지역은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 남부 캘리포니아 지역의 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜: <ul style="list-style-type: none"> ○ 샌타카탈리나 섬을 제외한 Los Angeles 카운티 전역. ○ Orange 카운티 전역. ○ Riverside 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501-09, 92513-14, 92516-19, 92521-22, 92530-32, 92543-46, 92548, 92551-57, 92562-64, 92567, 92570-72, 92581-87, 92589-93, 92595-96, 92599, 92860, 92877-83. ○ San Bernardino 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 91701, 91708-10, 91729-30, 91737, 91739, 91743, 91758-59, 91761-64, 91766, 91784-86, 92305, 92307-08, 92313-18, 92321-22, 92324-25, 92329, 92331, 92333-37, 92339-41, 92344-46, 92350, 92352, 92354, 92357-59, 92369, 92371-78, 92382, 92385-86, 92391-95, 92397, 92399, 92401-08, 92410-11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880. ○ San Diego 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-28, 92029-30, 92033, 92037-40, 92046, 92049, 92051-52, 92054-61, 92064-65, 92067-69, 92071-72, 92074-75, 92078-79, 92081-86, 92088, 92091-93, 92096, 92101-24, 92126-32, 92134-40, 92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93 및 92195-99.

주요 질문 모음	답변
	<ul style="list-style-type: none"> • 북부 캘리포니아 지역의 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Noth P2 플랜: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sacramento 및 San Mateo 카운티 전역. ○ Fresno 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 93242, 93602, 93606-07, 93609, 93611-13, 93616, 93618-19, 93624-27, 93630-31, 93646, 93648-52, 93654, 93656-57, 93660, 93662, 93667-68, 93675, 93701-12, 93714-18, 93720-30, 93737, 93740-41, 93744-45, 93747, 93750, 93755, 93760-61, 93764-65, 93771-79, 93786, 93790-94, 93844, 93888. ○ Kings 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 93230, 93232, 93242, 93631, 93656. ○ Madera 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720). ○ Santa Clara 카운티의 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 94022-24, 94035, 94039-43, 94085-89, 94301-06, 94309, 94550, 95002, 95008-09, 95011, 95013-15, 95020-21, 95026, 95030-33, 95035-38, 95042, 95044, 95046, 95050-56, 95070-71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108-13, 95115-36, 95138-41, 95148, 95150-61, 95164, 95170, 95172-73, 95190-94 및 95196. <p>플랜에 가입하려면 이러한 지역 중 한 곳에 거주해야 합니다.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

주요 질문 모음	답변
<p>사전 승인이란 무엇입니까?</p>	<p>사전 승인이란 네트워크의 서비스를 찾거나 네트워크에서 일반적으로 보장하지 않는 서비스를 받기 위해 서비스를 받기 전에 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서 받는 승인을 말합니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 서비스, 절차, 물품 또는 약품을 보장하지 않을 수 있습니다.</p> <p>긴급이나 응급 진료 또는 지역 외 투석 서비스가 필요한 경우 먼저 사전 승인을 받을 필요가 없습니다. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 은 서비스가 제공되기 전에 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 사전 승인을 받아야 하는 서비스 또는 절차 목록을 귀하나 귀하의 의료 서비스 제공자에게 제공할 수 있습니다. 특정 서비스, 절차, 물품 또는 약품에 사전 승인이 필요한지에 대한 질문이 있는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하여 도움을 요청하십시오.</p>
<p>진료 소개서란 무엇입니까?</p>	<p>진료 소개서는 귀하가 1 차 진료 제공자(Primary Care Provider, PCP)가 아닌 누군가에게 진료를 받을 수 있도록 PCP 가 승인하는 것을 말합니다. 진료 소개서는 사전 승인과 다릅니다. 진료 소개서가 필요한 서비스에 대해 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료 소개서를 받지 못한 경우 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 은 서비스가 제공되기 전에 진료 소개서를 받아야 하는 서비스 목록을 귀하에게 제공할 수 있습니다.</p> <p>1 차 진료의(Primary Care Physician, PCP)의 진료 소개서를 받아야 하는 경우에 대한 자세한 내용은 <i>보장 범위 증명서</i> 3 장과 4 장을 참조하십시오.</p>
<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 을 이용하려면 월 보험료 (프리미엄이라고도 함)를 지불해야 합니까?</p>	<p>아닙니다. Medi-Cal 에 가입하셨으므로 건강 혜택을 위해 Medicare 파트 B 프리미엄을 포함한 월 보험료를 지불하지 않습니다.</p>
<p>Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 가입자로서 공제금을 지불합니까?</p>	<p>아니요. 귀하는 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서 공제금을 지불하지 않습니다.</p>

주요 질문 모음	답변
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자로서 의료 서비스에 지불하게 될 최대 본인 부담금은 얼마입니까?	Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 에서의 의료 서비스 분담 비용은 없습니다. 연간 본인 부담금은 \$0 입니다.
약에 대한 보장 공백이 있습니까?	아니요. 귀하는 Medicaid 에 가입되어 있기 때문에 약에 대한 보장 공백 단계가 없습니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

C. 보장 서비스 목록

다음은 귀하에게 필요할 수 있는 서비스, 비용, 혜택 관련 규칙을 간략하게 보여주는 도표입니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
병원 치료가 필요함	병원 입원	\$0	의학적으로 필요한 병원 입원 기간에 대한 날짜 제한은 없습니다. 진료 소개서 및 사전 승인이 필요합니다.
	의사 또는 외과의사 진료	\$0	
	징후 관찰을 포함한 외래환자 병원 서비스	\$0	
	외래 수술 센터(Ambulatory surgical center, ASC) 서비스	\$0	
의사가 필요함	상해 또는 질병을 치료하기 위한 방문	\$0	
	전문의 진료	\$0	대부분의 전문의는 진료 소개서가 필요합니다. 진료 소개서가 필요하지 않은 서비스 목록은 보장 범위 증명서 를 참조하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	신체검사 등 건강을 위한 방문	\$0	<p>정기 신체검사가 일반적으로 허용되는 의료 전문가 실무 기준에 따라 의학적으로 적절한 질병 예방 관리를 위한 검사인 경우에 이를 보장해드립니다.</p> <p>가입자의 첫 연례 웰니스 방문은 "Medicare 가입 환영" 질병 예방 방문 이후 12개월 이내에는 불가합니다. 그러나, 파트 B 혜택을 12개월 받은 이후에 연례 웰니스 방문 보장을 받기 위해 "Medicare 가입 환영" 방문은 필요하지 않습니다.</p>
	독감 주사, 암 검진과 같은 질병 예방 관리	\$0	복부 대동맥류 검사, 의학적 영양 치료, 상 결장 검사, 대장내시경 검사, 골밀도 측정, 실험실 진단 검사 등의 예방 의료 서비스에는 진료 소개서가 필요합니다.
	"Medicare 가입 환영"(질병 예방을 위한 방문 1 회만 해당)	\$0	Medicare 파트 B 에 가입한 첫 12 개월 이내에만 질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문을 보장해드립니다. 방문 일정을 잡으실 때는 의사의 진료실에 질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 일정을 예약하는 것임을 알려주시기 바랍니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
응급 치료가 필요함	응급실 서비스	\$0	미국 영토 안팎에서 응급 치료를 받을 수 있습니다. 사전 승인은 필요하지 않습니다.
	긴급 진료	\$0	미국 영토 안팎에서 긴급 진료를 받을 수 있습니다. 사전 승인은 필요하지 않습니다.
의료 검사가 필요함	진단 방사선 서비스(예: 엑스레이, CAT 스캔 또는 MRI 같은 기타 영상의학과)	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
	혈액 검사 등의 실험실 검사 및 진단 절차	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
청력/청각 서비스가 필요함	청력 검사	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
	보청기	\$0	보청기는 Medi-Cal 보장 규칙에 따라 보장됩니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
치과 치료가 필요함	치과 검진 및 예방 진료	\$0	<p>Medicare 치과 보장에 대한 자세한 내용은 <i>보장 범위 증명서</i>를 참조하거나 deltadentalins.com 을 방문하거나 Delta Dental 고객 서비스 부서 1-877-644-1774 번으로 월~금요일, 오전 5 시~오후 6 시에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번으로 전화해야 합니다.</p> <p>Medi-Cal 치과 보장에 관한 정보는 Smile California 에 1 800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)번으로 문의하십시오. 또한, Denti-Cal 웹사이트 smilecalifornia.org 도 참조할 수 있습니다.</p>
	회복 및 응급 치과 진료	\$0	<p>Medicare 치과 보장에 대한 자세한 내용은 <i>보장 범위 증명서</i>를 참조하거나 deltadentalins.com 을 방문하거나 Delta Dental 고객 서비스 부서 1-877-644-1774 번으로 월~금요일, 오전 5 시~오후 6 시에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번으로 전화해야 합니다.</p> <p>Medi-Cal 치과 보장에 관한 정보는 Smile California 에 1 800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922)번으로 문의하십시오. 또한, Denti-Cal 웹사이트 smilecalifornia.org 도 참조할 수 있습니다.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
안과 진료가 필요함	눈 검사	\$0	안과 진료 소개서가 필요합니다.
	안경 또는 콘택트 렌즈	\$0	백내장 수술 후 안경 또는 콘택트 렌즈: Medicare 한도까지는 \$0 이지만 한도 이상의 금액은 가입자가 지불합니다. Medicare 보장을 통한 기타 안경류(12 개월마다 \$350 지급): 안경류 비용이 \$350 를 초과하는 경우 가입자가 차액을 지불합니다.
	기타 안과 진료	\$0	저시력 장비는 Medi-Cal 프로그램 규칙에 따라 보장됩니다.
정신 건강 서비스가 필요함	정신 건강 서비스	\$0	Medicare Medi-Cal 플랜은 입원 및 외래 정신 건강 서비스를 보장합니다. 또한 진료별 수가제 Medi-Cal 을 통해 추가적인 전문 정신 건강 서비스 및 약물 사용 장애 치료 서비스를 보장합니다.
	정신 건강 서비스가 필요한 사람들을 위한 입원 및 외래 진료 및 지역사회 기반 서비스	\$0	Medicare Medi-Cal 플랜은 입원환자와 외래환자의 정신 건강 서비스를 보장합니다. 귀하는 Medi-Cal 에 따라 지역사회 기반 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 담당 진료 코디네이터에게 문의하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
약물 사용 장애 서비스가 필요함	약물 사용 장애 서비스	\$0	<p>다음 서비스에 대한 비용을 지급하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 알코올 오용 검사 및 상담. 약물 남용 치료. 결혼 및 가족 치료사를 포함한 유자격 임상역사의 그룹 또는 개인 상담. 거주 중독 프로그램의 아급성 중독 치료. 집중 외래환자 치료 센터의 알코올 및 약물 서비스. 서방형 날트렉손(비비트롤) 치료. <p>또한 진료별 추가제 Medi-Cal 을 통해 Medicare 가 보장하지 않는 약물 사용 장애 치료 서비스에 대해 보장받을 수 있습니다.</p>
도움을 줄 사람과 함께 거주할 곳이 필요함	숙련된 간호	\$0	진료 소개서 및 사전 승인이 필요합니다.
	사설 요양원 치료	\$0	
	성인 위탁 보호 및 그룹 성인 위탁 보호	\$0	



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
뇌졸중 또는 사고 후 치료가 필요함	직업 치료, 물리 치료, 언어 치료	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
보건 서비스를 받는 데 도움이 필요함	구급차 서비스	\$0	Medicaid 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있는 경우 \$0. 그렇지 않은 경우 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜에 등록했다면 편도당 \$150, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 플랜에 등록했다면 편도당 \$200.
	응급 이송	\$0	Medicaid 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있는 경우 \$0. 그렇지 않은 경우 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜에 등록했다면 편도당 \$150, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 플랜에 등록했다면 편도당 \$200.
	의료 예약 및 서비스 시설까지의 교통수단	\$0	Medi-Cal 은 가입자가 직접 갈 수 있는 방법이 없을 때 예약 시설 및 약국에 갈 수 있도록 비용급 의료 이송(진료 소개서 필요) 및 비의료 이송을 보장합니다. 비용급 구급차 서비스의 경우 가입자가 구급차 본인부담금을 지불합니다(상기 "구급차 서비스" 참조).

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
질병이나 건강 상태를 치료하기 위해 약물이 필요함(다음 페이지에 계속)	Medicare 파트 B 처방약	\$0	Part B 약품에는 의사가 진료실에서 제공한 약품, 일부 구강암 약, 특정 의료 장비와 함께 사용하는 일부 약품이 포함됩니다. 이러한 약품에 대한 자세한 내용은 <i>보장 범위 증명서</i> 를 참조하십시오.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
질병이나 건강 상태를 치료하기 위해 약물이 필요함(계속)	제네릭 약물(브랜드명 없음)	처방약에 대한 본인 부담금은 귀하가 받는 추가 지원 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 더 자세한 정보를 원하시면 플랜에 연락해 주십시오.	<p>보장되는 약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 혜택 약물 목록(약 목록)을 참조하십시오.</p> <p>귀하 또는 귀하를 대신하여 다른 사람이 \$8,000 를 지불하면 귀하는 재해 보장 단계에 도달한 것이며 역년 중 남은 기간에 귀하는 모든 Medicare 파트 D 약에 \$0 를 지불합니다. 이 단계에 대한 자세한 내용은 <i>보장 범위 증명서</i>를 참조하십시오.</p> <p>백신 관련 귀하의 지불에 관한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 기타 백신은 Part D 약품으로 간주됩니다. 플랜의 보장 약품 목록(약품 목록)에서 이러한 백신 목록을 확인할 수 있습니다. 당사의 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.</p> <p>소매 약국 또는 당사 우편 주문 약국에서 장기 복용 분량(최대 100 일 또는 3 개월)을 구입할 수도 있습니다. 분담 비용은 한 달 공급 금액과 동일합니다. 일부 약품은 우편 주문으로 구매할 수 없습니다.</p>

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	브랜드 약물	처방약에 대한 본인 부담금은 귀하가 받는 추가 지원 수준에 따라 달라질 수 있습니다. 더 자세한 정보를 원하시면 플랜에 연락해 주십시오.	<p>보장되는 약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. 자세한 내용은 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 의 혜택 약물 목록(약 목록)을 참조하십시오.</p> <p>귀하 또는 귀하를 대신하여 다른 사람이 \$8,000 를 지불하면 귀하는 재해 보장 단계에 도달한 것이며 역년 중 남은 기간에 귀하는 모든 Medicare 파트 D 약에 \$0 를 지불합니다. 이 단계에 대한 자세한 내용은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p> <p>백신 관련 귀하의 지불에 관한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 기타 백신은 Part D 약물로 간주됩니다. 플랜의 보장 약품 목록(약품 목록)에서 이러한 백신 목록을 확인할 수 있습니다. 당사의 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.</p> <p>소매 약국 또는 당사 우편 주문 약국에서 장기 복용 분량(최대 100 일 또는 3 개월)을 구입할 수도 있습니다. 분담 비용은 한 달 공급 금액과 동일합니다. 일부 약품은 우편 주문으로 구매할 수 없습니다.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	비처방(Over-the-counter, OTC) 약품	<p>네트워크 약국의 니코틴 대체 요법 비용은 \$0.</p> <p>당사 OTC 카탈로그의 기타 OTC 품목에 대해서는 \$0(플랜 혜택 한도 적용)</p>	<p>처방전 없이 구입할 수 있는 특정 식품 의약품(Food and Drug Administration, FDA) 승인 니코틴 대체 요법을 보장합니다. 해당 품목은 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 주문해야 하며 네트워크 약국을 통해 수령하셔야 합니다. 해당 역년 동안 최대 100 일분을 2 회까지 제공해드립니다.</p> <p>OTC 카탈로그에 나열된 OTC 품목은 무료 택배로 제공됩니다. 플랜의 분기별 혜택 한도까지 다음과 같이 OTC 품목을 주문할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 플랜에 가입하는 경우 \$250. • Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal North P2 플랜에 가입하는 경우 \$140. <p>각 주문 금액은 \$25 이상이어야 합니다. 주문은 분기별 혜택 한도를 초과하지 않아야 합니다. 분기별 혜택 한도 중 미사용분은 다음 분기로 이월되지 않습니다. (혜택 한도는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 재설정됩니다.)</p>

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
			<p>카탈로그를 보고 온라인으로 주문하려면 kp.org/otc/ca를 방문하십시오. 월~금요일, 오전 7 시~오후 6 시(Pacific Standard Time, PST)에 1-833-569-2360 (TTY 711)번으로 연락하여 전화 주문하거나 목록의 인쇄본을 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.</p> <p>Medi-Cal Rx 프로그램을 통해 Medi-Cal 에서 보장하는 특정 OTC 항목에 대한 추가 보장을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx 에 관한 자세한 사항은 24 시간 연중무휴로 운영되는 Medi-Cal Rx 고객 서비스에 1-800-977-2273 번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 711 번으로 전화하실 수 있습니다. 운영 시간은 월~금요일, 오전 8 시~오후 5 시입니다. Medi-Cal Rx 홈페이지 https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/ 을참고하셔도 됩니다.</p>
건강 회복을 위한 도움이 필요하거나 건강 관련 특별 요구 사항 있음	재활 서비스	\$0	
	재택 치료를 위한 의료 장비	\$0	Medi-Cal 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 최고 유량계 및 자외선 치료 비용은 예외로, 가입자가 지불할 비용이 없습니다. 사전 승인이 필요합니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	투석 서비스	\$0	Medi-Cal 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다.
발 치료가 필요함	족병 치료 서비스	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
	치열 교정 서비스	\$0	사전 승인이 필요합니다.
내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)가 필요함 참고: 보장되는 DME 의 전체 목록이 아닙니다. 전체 목록은 가입자 서비스에 문의하거나 보장 범위 증명서 4 장을 참조하십시오.	휠체어, 목발, 보행기	\$0	Medi-Cal 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.
	분무기	\$0	Medi-Cal 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.
	산소 장비 및 용품	\$0	Medi-Cal 에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
집에서 생활하는 데 도움이 필요함	가정 건강 서비스	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
	청소, 살림과 같은 홈 서비스 또는 가로대 등의 주택 변경	\$0	커뮤니티 지원은 Medicare Medi-Cal 플랜에 따라 보장되는 서비스 또는 설정에 적합하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 설정입니다. 자격이 있는 경우 커뮤니티 지원에서 귀하가 더욱 독립적으로 생활하도록 도울 수 있습니다. 이 서비스는 Medicare Medi-Cal 플랜에 따라 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다. 일부 지역에서는 이용할 수 없습니다. 모든 가입자가 커뮤니티 지원을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격이 되려면 특정 기준을 만족해야 합니다. 커뮤니티 지원에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.
	성인 데이 건강, 지역사회 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS) 또는 기타 지원 서비스	\$0	지역사회 기반 성인 서비스("CBAS")는 귀하가 건강 문제로 자신을 돌보는 데 어려움이 있어 추가로 도움이 필요한 경우 받을 수 있는 서비스입니다. CBAS 서비스에 대한 자세한 내용은 귀하의 관리 코디네이터에게 문의하십시오.
	당일 훈련 서비스	\$0	



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	개인 돌봄 서비스만으로 생활할 수 있도록 지원하는 서비스	\$0	Medi-Cal 혜택에 따라 가정 및 지역사회 기반 면제 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 정보는 귀하의 관리 코디네이터에게 문의하십시오.
추가 서비스	척추 교정 서비스	\$0	<p>올바른 정렬을 위한 척추 교정 비용을 보장합니다. 이러한 Medicare 보장 서비스는 네트워크 척추 교정 지압사가 제공합니다. 네트워크 척추 교정의 목록은 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 참조하십시오. 사전 승인이 필요합니다. 북부 캘리포니아 가입자의 경우 진료 소개서가 필요합니다.</p> <p>Medi-Cal 은 Kaiser Permanente 의 네트워크에 해당되는 연방 정부 공인 보건 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC) 또는 농촌 건강 클리닉(Rural Health Clinic, RHC)에서 받은 척추 교정 서비스를 보장할 수 있습니다. FQHC 및 RHC 에서 서비스를 받으려면 진료 소개서가 필요할 수 있습니다. FQHC 또는 RHC 에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.</p>
	당뇨병 용품 및 서비스	\$0	

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 서비스 제공자 비용	제한, 예외, 혜택 정보(혜택 관련 규칙)
	피트니스 혜택 — Silver&Fit® 프로그램	\$0	<p>가입자가 Silver&Fit 프로그램에 참여하는 피트니스 센터의 기본 멤버십에 대해 추가 비용을 지불하지 않습니다. 또한 집에서 건강을 유지하는 데 도움이 되는 키트 중 가정용 피트니스 키트를 한 가지 선택하실 수 있습니다.</p> <p>Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated (ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc.에서 제공하는 프로그램입니다. Silver&Fit 은 ASH 의 연방 등록 상표이며 허가하에 사용되었습니다. 참여 피트니스 센터 및 피트니스 체인은 위치에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다.</p>
	가정 배달 식사	\$0	<p>Medi-Cal 의 경우 커뮤니티 지원에 따른 가정 배달 식사를 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 일부 지역에서는 이용할 수 없으며 특정 자격 기준을 충족해야 합니다. Medi-Cal 커뮤니티 지원에 대한 자세한 내용은 담당 의사에게 문의하십시오.</p>
	보철 서비스	\$0	사전 승인이 필요합니다.
	방사선 치료	\$0	진료 소개서가 필요합니다.
	질병 관리 도움 서비스	\$0	



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

상기 혜택 요약은 정보용으로만 제공되며 전체 혜택 목록이 아닙니다. 전체 목록 및 혜택에 관한 자세한 내용은 **Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 보장 범위 증명서**를 확인하십시오. **보장 범위 증명서**가 없는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 **Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 가입자 서비스에 전화하여 요청하실 수 있습니다. 또한, 문의 사항이 있는 경우 가입자 서비스로 전화하거나 **kp.org/medicare** 를 방문하실 수 있습니다.

D. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 외부에서 보장되는 혜택

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 보장하지는 않지만 Medicare, Medi-Cal 또는 주/카운티 기관이 보장하는 몇 가지 서비스를 받으실 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. 이 서비스에 대해 자세히 알아보려고 하는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

Medicare, Medi-Cal 또는 주 기관이 보장하는 기타 서비스	가입자 비용
Senior Advantage Medicare Medi-Cal 외부에서 보장되는 특정 호스피스 관리 서비스	\$0
심리사회적 재활	\$0
표적 증례 관리	\$0
요양소 병실 및 식사	\$0
Medi-Cal Rx 외래 환자 처방약 프로그램	\$0
Medi-Cal 치과 프로그램 서비스	\$0
약물 사용 장애 치료 서비스	\$0
전문 정신 건강 서비스	\$0
가정 및 지역사회 기반 면제 서비스	\$0
다목적 노인 서비스 프로그램	\$0
Medi-Cal 이 보장하는 지역 센터 서비스	\$0



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

E. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicare, Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스

이것은 전체 목록이 아닙니다. 기타 예외 서비스에 대해 자세히 알아보고자 하는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicare, Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스	
<p>특정 검사 및 서비스 필요:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 취직 또는 직장 유지 • 보험 가입 • 각종 면허 취득 • 법원 명령 또는 가석방 또는 보호관찰 	<p>네트워크 소속 의사가 해당 서비스를 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우, 본 예외 조항은 적용되지 않습니다.</p>
<p>안락, 편리, 편의 또는 고급의 장비나 기능. 전적으로 가입자, 가입자 가족 또는 가입자의 의료 진료 제공자의 안정 또는 편의를 위한 용품이 포함됩니다.</p>	<p>이 예외 조항은 임신 여성에게 제공되는 소매용 유축기에는 적용되지 않습니다. 또한 이 예외 조항은 커뮤니티 지원에 따라 귀하에게 승인된 물품에는 적용되지 않습니다.</p>
<p>미용 서비스. 외모를 바꾸는 서비스(외모를 바꾸기 위해 정상적인 부위에 수행하는 수술 포함).</p>	<p>이 예외 조항은 보장되는 다음 보철물에는 적용되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험이 적용되는 재건 수술의 일부로 이식되는 고환 이식물 • 유방 절제술 또는 종양 절제술 후 필요한 가슴 보형물 • 안면 전체 또는 일부를 대체하는 보형물
<p>실험적 서비스</p>	<p>실험 서비스는 <i>보장 범위 증명서</i>에 설명한 보장되는 임상 시험을 제외하고, 실험실이나 동물 단계에서 검사되고 있는 약물, 장비, 검사 또는 서비스이지만 사람에게에는 아직 적용할 준비가 되지 않은 것을 말합니다.</p>
<p>보건 의료 품목 및 서비스가 아닌 품목 및 서비스</p>	<p>ILOS 프로그램 또는 내구성 의료 장비에 따라 Medi-Cal 혜택에 승인되지 않은 경우.</p>

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicare, Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스	
탈모 또는 모발 성장의 촉진, 예방 또는 기타 치료를 위한 품목, 서비스.	
마사지 요법 서비스.	이 예외 조항은 물리 치료 플랜의 일부인 요법 서비스에는 적용되지 않습니다.
개인 간호사 또는 가입자의 가정 내 상근 간호	
Medicare 에서 보장하지 않는 일상적인 발 진료 및 서비스	
Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 '합리적이며 의학적으로 필요한 것'으로 간주되지 않는 서비스	보장 서비스로 나열하지 않은 경우. 이 예외 조항은 Original Medicare 가 보장하지는 않지만 저희 플랜은 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.
연방 식품 의약청의 승인을 받지 않은 서비스	당사는 미국 내 판매를 위해 법적으로 연방 식품 의약국(FDA)의 승인이 필요하지만 FDA 의 승인을 받지 않은 약물, 보조제, 검사, 백신, 기기, 방사성 물질 및 기타 서비스를 보장하지 않습니다. 이 예외 조항은 캐나다 또는 멕시코에서 받은 보장 응급 서비스, 임상 시험하에 보장되는 서비스, 보장되는 시험적 서비스의 일부로 제공되는 서비스에는 적용되지 않습니다.
국가보훈처(Veterans Affairs, VA) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스	그러나 퇴역 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았으며 저희 플랜에서 보장하는 분담 비용보다 VA 분담 비용이 더 많은 경우, 퇴역 군인에게 해당 차액을 상환해드립니다. 분담 비용이 있는 경우 귀하가 부담합니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicare, Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스

서비스에 보험 적용이 되지 않을 때, 보험 비적용 서비스와 관련된 모든 서비스는 보험에서 제외됩니다.

비보장 서비스로 인한 합병증이 달리 보장되는 경우, 이 예외 조항은 이러한 합병증의 치료에 적용되지 않습니다. 예를 들어 보장되지 않는 성형수술을 받는 경우 수술 준비 후속 진료를 위해 받는 서비스는 보장하지 않습니다. 이후 심각한 감염과 같이 생명을 위협하는 합병증을 겪는 경우, 이 예외 조항이 적용되지 않으며 *보장 범위 증명서*에 서비스가 보장되는 한, 합병증 치료에 필요한 서비스를 보장합니다.

일상생활 활동에 대한 도움 등 의학적으로 필요하지 않은 개인 돌봄 서비스(예: 걷기, 침대 오르고 내리기, 목욕, 옷 입기, 식사, 화장실 사용하기 및 약 복용하기).

이 예외 조항은 다음 섹션에 설명하는 보장의 일부로 제공되는 일상생활 활동 지원에는 적용되지 않습니다.

- 호스피스 및 완화 치료
- 장기 요양 서비스 및 지원
- 숙련 간호/중간/아급성 시설 치료
- 커뮤니티 지원

불임복원술.

무면허자가 제공하는 서비스. 여기에는 건강 관리 서비스 제공에 있어 주 면허증 또는 자격증을 필요로 하지 않는 사람이 안전하고 효과적으로 실시하고, 가입자의 상태가 심각하지 않아 굳이 면허를 갖춘 의료 서비스 제공자에게 받지 않아도 되는 서비스가 포함됩니다.

이 예외 사항은 다음 중 어느 것에도 적용되지 않습니다.

- 가입자에게 승인된 보장 커뮤니티 지원.
- 보장된 산후도우미 서비스.
- 보장된 지역사회 의료계 종사자 서비스.

F. 플랜 가입자로서의 권리

귀하는 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자로서 특정 권리가 있습니다. 귀하는 차별 걱정 없이 이러한 권리를 행사할 수 있습니다. 또한 건강 관리 서비스를 상실하지 않고 이러한 권리를 사용할 수 있습니다. 저희가 적어도 일 년에 한 번, 귀하의 권리에 대해 알려드립니다. 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오. 귀하의 권리에는 다음 항목을 포함하며 이에 국한되지 않습니다.

- **존중, 공정, 존엄의 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다.
 - 의료 상태, 건강 상태, 건강 서비스 받기, 청구 경험, 병력, 장애(정신 장애 포함), 결혼 상태, 나이, 성별(성 고정관념 및 성 정체성 포함), 성적 지향, 국적, 인종, 피부색, 종교, 신조 또는 공적 지원에 대한 우려 없이 보장 서비스를 받을 권리
 - 무료로 다른 언어 및 형식(예: 큰 글자, 점자 또는 오디오)으로 정보를 받을 권리
 - 모든 형태의 신체적 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리
- **보건 의료에 대한 정보를 받을 권리.** 치료 및 치료 옵션에 대한 정보가 포함됩니다. 이 정보는 귀하가 이해할 수 있는 언어 및 형식으로 제공되어야 합니다. 다음의 정보를 받을 권리가 포함됩니다.
 - 보장하는 서비스 설명
 - 서비스를 받는 방법
 - 서비스 비용
 - 의료 진료 제공자 이름



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 확인하십시오.

- **치료 거부를 비롯해 진료에 대해 결정할 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다.
 - 1 차 진료 제공자를(PCP) 선택하고 연중 언제라도 PCP 바꿀 수 있는 권리
 - 진료 소개서 없이 여성 의료 진료 제공자에게 진료받을 권리
 - 보장 서비스와 약품을 신속하게 받을 권리
 - 비용이나 보장 여부에 상관없이 모든 치료 옵션에 대해 알 권리
 - 의료 진료 제공자가 반대 권고를 하더라도 치료를 거부할 권리
 - 의료 진료 제공자가 반대 권고를 하더라도 약물을 중단할 권리
 - 2 차 소견을 요청할 권리. Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 2 차 소견 방문 비용을 지불함
 - 사전 의향서에 보건 의료 소망을 작성할 권리
- **의사소통이나 신체적 접근 장벽이 없는 진료를 적시에 이용할 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다.
 - 적시에 의료 진료를 받을 권리
 - 의료 진료 제공자의 진료실을 출입할 권리. 이는 Americans with Disabilities Act(미국 장애인법)에 따라 장애인이 장벽 없이 이용하는 것을 의미함
 - 의료 진료 제공자 및 의료 보험사와 소통하는 데 통역사의 도움을 받을 권리
- **필요한 경우 응급 및 긴급 진료를 받을 권리.** 이는 다음 권리가 있음을 의미합니다.
 - 응급 시 사전 승인 없이 응급 서비스를 받을 권리
 - 필요한 경우 네트워크외 긴급 또는 응급 진료 제공자를 이용할 권리
- **기밀 및 개인정보보호 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다.
 - 귀하가 이해할 수 있는 방법으로 의료 기록 사본을 요청하여 얻고, 기록의 변경 또는 수정을 요청할 수 있는 권리
 - 개인 건강 정보를 기밀로 유지하도록 할 권리

- 거절되거나, 지연되거나, 변경된 서비스에 대해 불만을 제기하거나 이의를 제기할 권리. 아래 섹션 G 를 참고해주시요. 여기에는 다음 권리가 포함됩니다.
 - 당사 또는 당사 의료 서비스 제공자에 대한 불만을 제출할 권리
 - 당사 또는 의료 서비스 제공자의 특정한 결정에 대한 이의를 제기할 권리.
 - 청각 및 언어 장애인을 위한 수신자 부담 전화번호(**1-888-466-2219**) 또는 TDD 전화(**1-877-688-9891**)를 캘리포니아주 관리보건국(Department of Managed Health Care, DMHC)에 불만을 제출할 권리. DMHC 홈페이지(www.dmhc.ca.gov)에는 불만 제출 양식, 독립의료심사(Independent Medical Review, IMR) 신청서, 온라인에서 이용할 수 있는 지침이 있습니다.
 - DMHC 에 Medi-Cal 서비스 또는 의료용 품목의 IMR 을 요청할 권리
 - 주 청문회를 요청할 권리
 - 서비스가 거절된 자세한 이유를 받을 권리 및 결정을 내리는 데 사용한 모든 정보의 사본을 무료로 달라고 요청할 권리.

귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 *보장 범위 증명서*를 참조하십시오. 질문이 있는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자 서비스에 문의하십시오.

또한 Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 가입한 가입자를 위한 특별 옴부즈맨은 월~금요일, 오전 9 시~오후 5 시에 **1-855-501-3077** 번으로 문의하실 수 있습니다. Medi-Cal 옴부즈맨 오피스는 월~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 **1-888-452-8609** 번으로 전화하실 수 있습니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8 시부터 오후 8 시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

G. 거절되거나, 지연되거나, 변경된 서비스에 대해 불만이나 이의를 제기하는 방법

불만이 있거나 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 이 서비스를 부적절하게 거절하거나 변경했다고 생각하시는 경우, 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 당사 결정에 대해 이의를 제기할 수도 있습니다.

불만 및 이의 제기에 대한 궁금한 사항은 **보장 범위 증명서 9** 장을 참조하십시오. 본 페이지 하단에 기재된 번호로 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자 서비스에 연락하셔도 됩니다.

의료 진료에 대한 보장 결정, 이의 제기, 불만

귀하의 보건 의료에 관한 **보장 결정**은 다음에 대한 결정을 말합니다.

- 혜택 및 보장 서비스 또는
- 보건 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액.

이의 제기는 보장에 대한 당사의 결정을 검토할 것을 요청하고 당사가 실수를 했다고 생각하거나 결정에 동의하지 않는 경우 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다.

당사 또는 모든 의료 서비스 제공자(네트워크외 또는 네트워크 의료 서비스 제공자 포함)에 관한 **불만**을 제기할 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사 플랜에 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. 받은 진료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관에 불만을 제기할 수도 있습니다. Medicare 에 저희 플랜에 대한 불만을 제출할 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. **1-888-452-8609** 번으로 전화하여 저희 플랜에 대한 불만을 옴부즈 프로그램에 제기할 수 있습니다. 국가 공휴일을 제외하고 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영됩니다.

전화	<p>1-800-443-0815</p> <p>이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시.</p> <p>영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.</p> <p>가입자의 보장 결정, 이의 제기, 불만 제기가 <i>보장 범위 증명서</i>에 설명된 대로 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사 부서 전화번호 1-888-987-2252 번으로 월~토요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시에 연락하시기 바랍니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시.</p>
팩스	<p>가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사 부서 팩스 번호 1-888-987-2252 번으로 가입자의 요청서를 보내주시기 바랍니다.</p>
서신	<p>표준 보장 결정 또는 불만 제기를 하고자 하는 경우, 가입자의 지역 회원 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 <i>의료 서비스 제공자 및 약국 목록</i>을 참조).</p> <p>표준 이의 제기를 하고자 하는 경우, 저희가 보내드린 거부 통지서에 적혀 있는 주소로 서신을 보내시기 바랍니다.</p> <p>가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
웹사이트	<p>Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만을 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만 제기를 하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에 접속하시기 바랍니다.</p>



문의 사항이 있으시면 오전 8 시부터 오후 8 시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

파트 D 처방약에 대한 보장 결정

Medicare 약품에 관한 보장 결정은 다음에 대한 결정을 말합니다.

- 혜택 및 Medicare 보장 약품 또는
- Medicare 약품에 대해 당사가 지불하는 금액.

전화	1-877-645-1282 이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시. 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시.
팩스	1-844-403-1028
서신	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
웹사이트	kp.org

파트 D 처방약에 대한 이의 제기

이의 제기는 보장 결정의 변경을 요청하는 방법입니다.

전화	1-866-206-2973 이 전화는 무료입니다. 월~금요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시. 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 월~금요일, 오전 8 시~오후 8 시.
팩스	1-866-206-2974
서신	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	kp.org



문의 사항이 있으시면 오전 8 시부터 오후 8 시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 확인하십시오.

파트 D 처방약에 대한 불만

당사 또는 모든 약국에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 귀하의 Medicare 처방약에 대한 불만도 포함됩니다.

Medicare 처방약에 대한 보장 결정에 대한 불만인 경우, 이의를 제기할 수 있습니다(상기 '파트 D 처방약에 대한 이의 제기' 참조).

전화	<p>1-800-443-0815</p> <p>이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시.</p> <p>가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 파트 D 부서 전화번호 1-866-206-2973 번으로 연락하시기 바랍니다. 월~금요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시. 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖추었는지에 관한 문제인 경우 제 9 장을 참고하시기 바랍니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>이 전화는 무료입니다. 월~금요일, 오전 8 시~오후 8 시.</p>
팩스	<p>가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 구성하는 경우, 파트 D 부서 팩스 번호 1-866-206-2974 번으로 가입자의 요청서를 보내시기 바랍니다.</p>
서신	<p>표준 불만 제기를 하고자 하는 경우, 가입자의 지역 회원 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 참조).</p> <p>가입자의 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
웹사이트	<p>Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만을 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만 제기를 하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에 접속하시기 바랍니다.</p>

품질 개선 기관(QIO)

캘리포니아주에는 Livanta 라는 기관이 있습니다. 이는 Medicare 가입자의 진료 품질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 의료 진료 전문가 그룹입니다. Livanta 는 당사 플랜과 연계되어 있지 않습니다. 다음 내용은 Livanta 에 문의하십시오.

- 귀하의 보건 의료 권리에 대한 질문
- 다음의 경우에 귀하가 받은 진료에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
 - 진료 품질에 문제가 있는 경우
 - 가입자의 병원 입원에 대한 보장이 너무 짧다고 생각하는 경우
 - 가입자의 가정 간호 진료, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우

전화	1-877-588-1123
TTY	711
서신	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	www.livantaqio.com



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

캘리포니아 관리보건국

캘리포니아주 관리보건국(DMHC)은 의료 보험에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC 고객 센터에서는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 제기 및 불만에 대해 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 월~금요일, 오전 8 시~오후 6 시에 DMHC 대표 전화로 연락하실 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
서신	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

관리보건국(DMHC)에 당사 결정을 검토하도록 하거나 DMHC의 독립의료심사(IMR)를 요청하기 위해 독립의료심사/불만 양식을 제출할 수도 있습니다. DMHC의 IMR 동안 Kaiser Permanente에 소속되지 않은 외부 의사가 귀하의 사례를 검토합니다. DMHC의 무료 전화번호는 **1-888-466-2219**이며 청각 및 언어 장애인을 위한 TTY 전화는 **1-877-688-9891**입니다. DMHC 홈페이지 **www.dmhc.ca.gov**에서 독립의료심사/불만 양식 및 온라인 지침을 확인할 수 있습니다.

H. 부정이 의심되는 경우 대처 방법

서비스를 제공하는 대부분의 의료 진료 전문가와 기관은 정직하게 활동합니다. 하지만 안타깝게도 일부 정직하지 않은 이들이 있을 수도 있습니다.

의사, 병원 또는 기타 약국이 잘못된 행동을 하고 있다고 생각하는 경우 당사로 연락하십시오.

- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 본 페이지 하단에 기재되어 있습니다.
- 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 **1-800-541-5555** 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 **1-800-430-7077** 번으로 전화할 수 있습니다.
- 또는 Medicare 전화번호 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**로 전화하십시오. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 번으로 전화할 수 있습니다. 해당 전화는 무료이며 24 시간 연중무휴로 통화 가능합니다.



문의 사항이 있으시면 오전 8시부터 오후 8시까지 연중무휴로 운영되는 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 를 확인하십시오.

차별 금지에 관한 고지

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

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

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

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 로 민권 코디네이터에게 서면을 통해서 또는 상기 번호로 가입자 서비스에 전화해서서 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 우편이나 전화로 불만을 접수하실 수 있습니다. 불만을 접수하실 때 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와 드리겠습니다. 또한 귀하께서는 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소에 민권 침해 신고 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 통해 온라인 상으로, 또는 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**를 통해 우편 및 전화로 민권 관련 불만 사항을 접수할 수 있습니다. 불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 찾을 수 있습니다.

차별 금지에 관한 고지

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

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

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

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

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

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

Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

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

이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** 하루 24시간, 주 7일(법정 공휴일은 제외) 운영되는 가입자 서비스 전화 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 문의하십시오.
- **우편:** **1 800-464-4000 (TTY 711)**번으로 전화하여 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 kp.org/facilities에서 의료 제공자 목록을 확인).

- **온라인:** 본사 웹사이트 kp.org에서 온라인 양식을 이용하십시오.

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

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

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

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

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

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

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

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

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

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

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

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

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

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

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815** (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815** (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815** (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815** (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815** (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815** (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

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

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

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

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

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

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

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

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

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លែងដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍ និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

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

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

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

Navajo: Doo bik'é asínílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jį́igo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'į́í áą'át'é. Ata' hane' yídíikíł, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éí doodago hane' bee didííts'íłígíí yídíikíł. Hane' bee bik'i' di'díítíłígíí dóó bee hane' didííts'íłígíí bína'ídíłkígdgo yídíikíł. Kojį hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jį́igo dóó tl'ée'go áádóó tsosts'į́í áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éí da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojį dahalne' **711**.

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

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

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

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

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการล่าม แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหา เราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

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

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

❖ 일반적인 질문이나 당사 플랜, 서비스, 서비스 지역, 청구서, 가입자 ID 카드에 관한 질문은 Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자 서비스로 전화하십시오.

1-800-443-0815 (TTY 711).

이 전화는 무료입니다. 연중무휴, 오전 8 시~오후 8 시.

또한 가입자 서비스에는 영어를 사용하지 않는 분을 위한 무료 통역 서비스가 준비되어 있습니다.
