

Health Net Community Solutions, Inc.에서 제공하는
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

2022년도 연간 변경 고지문

개요

귀하는 현재 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 본 플랜의 혜택, 보장, 규칙, 비용이 일부 변경될 것입니다. 이 *연간 변경 고지문*에는 변경 사항 및 그에 대한 자세한 내용을 어디서 찾을 수 있는지 설명되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 면책 고지.....	3
B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토.....	3
B1. 추가 자원.....	4
B2. Health Net Cal MediConnect 에 관한 정보.....	6
B3. 확인해야 할 중요한 사항:	7
C. 네트워크 공급자 및 약국 변경 사항.....	8
D. 내년도 보험 혜택 및 비용 변경 사항.....	9
D1. 의료 서비스에 대한 보험 혜택 및 비용 변경 사항.....	9
D2. 처방약 보장 변경 사항.....	11
D3. 1 단계: "초기 보장 단계".....	13
D4. 2 단계: "재난적 보장 단계".....	15
E. 플랜 선택 방법.....	15
E1. 당사 플랜 가입을 유지하는 방법.....	15
E2. 플랜 변경 방법.....	15
F. 도움을 받는 방법.....	19

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



F1. Health Net Cal MediConnect 에서 도움 받기	19
F2. 주 보험 가입 브로커의 도움 받기	19
F3. Cal MediConnect 옴부즈 프로그램에서 도움 받기	19
F4. 건강보험 상담 및 옹호 프로그램에서 도움 받기	20
F5. Medicare 에서 도움 받기.....	20
F6. 캘리포니아 관리의료부에서 도움 받기	21



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

A. 면책 고지

- ❖ 본 문서는 완전한 목록이 아닙니다. 이 보험 혜택 정보는 간략한 요약서이며 보험 혜택에 대한 완전한 설명서가 아닙니다. 자세한 내용은 본 플랜에 문의하시거나 Health Net Cal MediConnect 가입자 안내서를 참조해 주십시오.


B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토

내년에도 계속해서 귀하에게 필요한 사항을 충족시킬 수 있도록 지금 보장을 검토하는 것이 중요합니다. 보험 혜택이 귀하에게 필요한 사항을 충족하지 않으면 본 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 E2 를 참조해 주십시오.

Health Net Cal MediConnect 를 탈퇴하기로 선택하신 경우, 가입자 자격은 귀하의 요청을 받은 달의 말일에 종료됩니다.

당사 플랜을 탈퇴해도 자격이 되는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 계속 남아있게 됩니다.

- 가입자는 Medicare 혜택을 받는 방법을 선택하시게 됩니다(16 페이지 참조).
- 가입자는 선택하신 Medi-Cal Managed Care 플랜을 통해 Medi-Cal 혜택을 받으시게 됩니다(자세한 내용은 18 페이지 참조).

 문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

B1. 추가 자원

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуг переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Ang inyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **請注意:** 如果您使用中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線: 711)。週一至週五, 上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日, 您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

- ԾՈՒՄՈՒՄՆԵՐԻՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY: 711) 8 ժամ 8 րոպեից 8 ամսվա ընթացքում: Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاستشارة في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- 무료로 이 연간 변경 고지문을 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 받으실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.

아래와 같은 경우라면 연락하십시오.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.

또는

- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 근무 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시입니다. 근무 시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

B2. Health Net Cal MediConnect 에 관한 정보

- Health Net Community Solutions, Inc.는 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 제공하도록 양 프로그램과 계약을 맺은 건강보험입니다.
- Health Net Cal MediConnect 하의 보장은 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 이는 환자보호 및 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 분담 책임요건을 충족합니다. 개인 책임분담 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families 를 참조해 주십시오.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 Health Net Community Solutions Inc.가 제공합니다. 이 *연간 변경 고지문*에서 "당사" 또는 "우리"라는 말은 Health Net Community Solutions Inc.를 의미합니다. "본 플랜" 또는 "당사 플랜"이라는 말은 Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)을 의미합니다.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

B3. 확인해야 할 중요한 사항:

- 당사의 혜택 및 비용에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.
 - 이용하시는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
 - 내년엔 당사의 보험 혜택 및 비용 변경 사항이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하는 것이 중요합니다.
 - 당사 플랜의 보험 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 내용은 섹션 D 를 참조해 주십시오.
- 귀하에게 영향을 줄 수 있는 당사의 처방약 보장에 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.
 - 귀하의 의약품이 보장됩니까? 귀하의 의약품이 다른 비용 부담 군에 있습니까? 같은 약국을 계속 이용하실 수 있습니까?
 - 내년엔 당사의 의약품 보장이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하는 것이 중요합니다.
 - 당사의 의약품 보장 변경 사항에 관한 내용은 섹션 D2 를 참조해 주십시오.
 - 작년 이후 의약품 비용이 상승했을 수 있습니다.
 - 저렴한 비용의 대체 의약품을 이용할 수 있는지에 대해 담당 의사와 상의해 주십시오. 일 년 내내 연간 본인 부담금을 절약하실 수 있습니다.
 - 의약품 가격에 대한 추가 정보를 원하시면 www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage 를 참조해 주십시오. (페이지 하단의 유의사항 내용 중간에 있는 "대시보드" 링크를 클릭해 주십시오. 이 대시보드에는 가격을 인상한 제조업체가 강조 표시되어 있고, 매년 변동하는 의약품 가격 정보도 나와 있습니다.)
 - 귀하의 플랜 혜택에 따라 귀하의 의약품 비용이 바뀐다는 점을 유념해 주십시오.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



- 내년에 귀하의 공급자 및 약국이 당사 네트워크에 소속되는지 확인해 주십시오.
 - 전문의를 포함한 담당 의사가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 귀하가 이용하시는 약국이 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 귀하가 이용하시는 병원이나 기타 공급자가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까?
 - 당사 *공급자 및 약국 명부*에 관한 정보는 **섹션 C**를 참조해 주십시오.
- 플랜에서의 전반적인 비용을 고려하세요.
 - 정기적으로 이용하시는 의료 서비스 및 처방약에 대해 본인 부담 비용을 얼마나 부담하시겠습니까?
 - 총비용이 다른 보장 옵션과 비교해서 어떻게 됩니까?
- 당사 플랜에 만족하고 계신지 고려해 주십시오.

Health Net Cal MediConnect에 가입 유지를 결정한 경우:

내년에도 당사 플랜에 계속 가입하기를 원하시는 경우, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 변경하지 않으시면 자동으로 당사 플랜에 가입 상태가 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하에게 필요한 사항을 더 잘 충족시킬 것으로 판단하시면 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 내용은 **섹션 E2** 참조). 신규 플랜에 가입하시면 다음 달 1일에 새로운 보장이 시작됩니다. 선택 사항에 대한 자세한 내용은 16 페이지 **섹션 E2**를 참조해 주십시오.

C. 네트워크 공급자 및 약국 변경 사항

당사 공급자 및 약국 네트워크가 2022년에 대하여 변경되었습니다.

현재 *공급자 및 약국 명부*를 검토하여 귀하의 공급자 또는 약국이 여전히 당사 네트워크에 소속되어 있는지 알아볼 것을 강력히 권장합니다. 갱신된 공급자 및 약국 명부는 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor에 나와 있습니다. 갱신된 공급자 정보를 원하시거나 공급자 및 약국 명부를 우편으로 보내 달라고 요청하시려면 회원 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 문의하실 수도 있습니다.

해당 연도 중에 당사 네트워크가 변경될 수도 있음을 인지하시는 것이 중요합니다. 귀하의 공급자가 본 플랜을 떠날 경우, 귀하에게는 일정한 권리와 보호 조치가 주어집니다. 자세한 내용은 가입자 안내서 3장을 참조해 주십시오.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com을 참조해 주십시오.

D. 내년도 보험 혜택 및 비용 변경 사항**D1. 의료 서비스에 대한 보험 혜택 및 비용 변경 사항**

당사는 특정 의료 서비스에 대한 보장과 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하시는 비용을 내년에 변경할 것입니다. 아래 표에는 이러한 변경 사항이 설명되어 있습니다.

	2021 년(올해)	2022 년(내년)
보청기	<p>코페이 \$0 를 지불합니다</p> <p>보청기 혜택은 회계연도 (7 월 1 일~6 월 30 일)당 \$1,510 이며 틀, 수정 용품 및 액세서리를 포함합니다.</p>	<p>코페이 \$0 를 지불합니다</p> <p>보청기에 대한 최대 플랜 혜택 보장 금액은 회계연도(7 월 1 일~6 월 30 일)당 \$1,510 입니다.</p> <p>수혜자의 통제 밖 상황에서 분실, 도난 또는 수리가 불가능할 정도로 손상된 보청기의 교체비는 최대 플랜 혜택 보장 금액인 \$1,510 에 포함되지 않습니다.</p> <p>보청기 혜택에는 틀, 수정, 용품, 액세서리, 일부 수리, 교육, 조정 및 피팅이 포함됩니다. 일부 보청기 서비스에는 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



	2021 년(올해)	2022 년(내년)
식사 혜택	<p>코페이 \$0 를 지불합니다</p> <p>플랜은 입원 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원 후 가정 배달 식사를 보장합니다. 서비스는 사례 관리 심의 및 공급업체에 대한 사전 승인에 따라 결정됩니다.</p>	<p>코페이 \$0 를 지불합니다</p> <p>플랜은 가입자의 회복을 돕기 위해 입원환자의 입원 기간 직후 가정 배달 식사를 제공합니다.</p> <p>총 혜택은 14 일 동안 매일 3 회 식사를 제공하는 것으로, 연간 발생 횟수에 제한 없이 발생 건당 최대 42 회 식사를 제공합니다.</p>
<p>Multipurpose Senior Service 프로그램(MSSP)</p> <p>(이 섹션은 다음 페이지로 계속됩니다.)</p>	<p>코페이 \$0 를 지불합니다</p> <p>MSSP 는 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS)를 Medi-Cal 수혜 자격이 있는 분들에게 제공하는 사례 관리 프로그램입니다.</p> <p>자격을 갖추려면 65 세 이상으로 현장 서비스 지역 내에 거주해야 하고, MSSP 비용 제한 수준 내에서 서비스를 받을 수 있어야 하며, 케어 관리 서비스에 적절해야 하고, 현재 Medi-Cal 수혜 자격이 있으며, 요양원 입소가 확인되거나 확인 가능해야 합니다.</p> <p>MSSP 서비스에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 성인 데이 케어/지원 센터 • 주거 지원 	<p>Multi-Purpose Senior Services 프로그램(MSSP) 은 보장되지 않습니다.</p>



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

	2021 년(올해)	2022 년(내년)
Multipurpose Senior Service 프로그램(MSSP) (계속)	<ul style="list-style-type: none"> • 가사일 및 개인적 케어 지원 • 보호적 감독 • 요양 관리 • 임시 간호 • 교통편 • 식사 서비스 • 사회복지 서비스 • 소통 서비스 이 혜택은 연간 최대 \$5,356.25 까지 보장됩니다.	
사전 승인	다음 항목은 사전 승인이 필요하지 않습니다. 보청기	다음 항목은 사전 승인이 필요합니다. 보청기

D2. 처방약 보장 변경 사항

당사 의약품 목록 변경 사항

갱신된 **보장 의약품 목록**은 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com/formulary 에 나와 있습니다. 갱신된 의약품 정보를 원하시거나 **보장 의약품 목록**을 우편으로 보내 달라고 요청하시려면 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 문의해 주십시오.

보장 의약품 목록은 "의약품 목록"이라고도 합니다.

보장되는 의약품의 변경 및 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항의 변경을 포함하여, 의약품 목록을 변경했습니다.


의약품 목록을 검토하셔서 내년에 귀하의 의약품이 보장되는지 확인하시고 제한 사항이 있는지 확인해 주십시오.

의약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 다음을 권장해 드립니다.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

- 보장되는 다른 의약품 찾기 위해 담당 의사(또는 기타 처방의)와 상의해 주십시오.
 - 동일한 의료 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하시려면, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오.
 - 이 목록은 귀하의 공급자가 귀하에게 적합한 보장 의약품 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 본 플랜에 해당 의약품의 임시 공급분을 보장해 줄 것을 요청하십시오.
 - 어떤 상황의 경우 당사는 해당 달력 연도의 첫 90일 동안 해당 의약품의 임시 공급분을 보장해 드립니다.
 - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 요양 약국의 경우 최대 31일 공급분입니다. (임시 공급분을 받을 수 있는 시기와 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* 5장을 참조해 주십시오.)
 - 의약품의 임시 공급분을 받으시면, 담당 의사와 상의하여 임시 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지를 결정하셔야 합니다. 본 플랜이 보장하는 다른 의약품으로 바꾸거나 본 플랜에 예외 적용을 요청하여 현재 복용 중이신 의약품을 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법을 알아보려면 2022년 가입자 안내서의 9장 섹션 F를 참조하거나 가입자 서비스에 전화하십시오.
 - 본 플랜에 가입하신 지 90일이 지났고 장기 요양 시설에 거주하시는 경우에는 31일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다. 이것은 장기 요양 전환 공급분에 추가하여 보장됩니다.
 - 장기 요양 시설이나 병원에서 가정으로 거주지를 옮기는 경우에는 30일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 30일 공급분의 약품이 허용됩니다).
 - 가정이나 병원에서 장기 요양 시설로 거주지를 옮기는 경우에는 31일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 31일 공급분의 약품이 허용됩니다). 처방전은 반드시 네트워크 약국에서 조제받아야 합니다.

 문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

일부 의약품 목록 예외 적용의 경우 내년에도 계속 보장됩니다. 이러한 예외 사항은 귀하께 보내드릴 승인 서신을 통해 알려드립니다. 승인 서신에는 특정 의약품 예외 적용 및 예외 적용의 요청 만료 날짜에 대한 자세한 정보가 포함되어 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법을 알아보려면 2022 년 가입자 안내서의 9 장 섹션 F 를 참조하거나 가입자 서비스에 전화하십시오.

처방약 비용 변경 사항

Health Net Cal MediConnect 를 통한 Medicare Part D 처방약 보장에는 두 가지 지불 단계가 있습니다. 가입자가 얼마를 지불하는지는 처방약을 조제 또는 재조제받을 당시 가입자가 어떤 단계에 속해 있는지에 따라 다릅니다. 두 단계는 다음과 같습니다.

1 단계 초기 보장 단계	2 단계 재난적 보장 단계
<p>이 단계에서 본 플랜은 귀하의 의약품 비용 중 일부를 지불하고, 가입자는 가입자 부담액을 지불합니다. 가입자 부담분을 코페이라고 합니다.</p> <p>해당 연도의 첫 처방약을 조제받을 때 이 단계가 시작됩니다.</p>	<p>이 단계에서 본 플랜은 2022 년 12 월 31 일까지의 가입자 의약품 비용을 전액 지불합니다.</p> <p>가입자가 일정액에 달하는 본인 부담 비용을 지불하신 후 이 단계가 시작됩니다.</p>

초기 보장 단계는 처방약에 대한 가입자의 총 본인 부담금이 \$7,050 에 도달했을 때 종료됩니다. 그 시점에서 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 본 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지의 가입자 의약품 비용을 전액 보장합니다. 가입자의 처방약 비용 부담분에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* 6 장을 참조해 주십시오.

D3. 1 단계: “초기 보장 단계”

초기 보장 단계에서 본 플랜은 귀하의 보장 처방약 비용 중 일부를 지불하고 가입자는 가입자 부담분을 지불합니다. 가입자 부담분을 코페이라고 합니다. 코페이는 해당 의약품이 어느 비용 부담 군에 속하며 가입자가 이를 어디서 받았는지에 따라 다릅니다. 가입자는 매번 처방약을 조제받을 때마다 코페이를 지불합니다. 보장되는 의약품의 비용이 코페이보다 적을 경우, 둘 중 적은 금액을 지불합니다.

의약품 목록에 있는 일부 의약품이 더 낮거나 더 높은 의약품 군으로 변경되었습니다. 의약품의 군이 바뀌면 가입자 코페이에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 의약품이 다른 군에 속해 있는지 확인하시려면 의약품 목록을 참조해 주십시오.

다음 표에는 당사의 3 가지 의약품 군에 속해 있는 의약품에 대한 가입자의 비용이 나와 있습니다. 이 금액은 가입자가 초기 보장 단계일 때만 적용됩니다.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

	2021 년(올해)	2022 년(내년)
<p>1 군 의약품 (1 군 의약품에는 복제약이 포함됩니다.)</p> <p>네트워크 약국에서 조제되는 1 군 의약품의 1 개월 공급분 비용</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0~\$3.70 입니다.</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0~\$3.95 입니다.</p>
<p>2 군 의약품 (2 군 의약품에는 브랜드 약품이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)</p> <p>네트워크 약국에서 조제되는 2 군 의약품의 1 개월 공급분 비용</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0~\$9.20 입니다.</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0~\$9.85 입니다.</p>
<p>3 군 의약품 (3 군 의약품에는 Medi-Cal 에서 보장하는 일부 처방 및 비처방(OTC) 복제약과 브랜드 약품이 포함됩니다.)</p> <p>네트워크 약국에서 조제되는 3 군 의약품의 1 개월 공급분 비용</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0 입니다.</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이는 처방당 \$0 입니다.</p>

초기 보장 단계는 가입자의 총 본인 부담 비용이 \$7,050 에 도달했을 때 종료됩니다. 그 시점에서 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 본 플랜은 그때부터 해당 연도 말까지의 가입자 의약품 비용을 전액 보장합니다. 가입자의 처방약 비용 부담분에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* 6 장을 참조해 주십시오.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

D4. 2 단계: “재난적 보장 단계”

처방약에 대한 본인 부담 한도액인 \$7,050 에 도달하면, 재난적 보장 단계가 시작됩니다. 가입자는 해당 달력 연도 말까지 재난 보장 단계에 있게 됩니다.

- Medi-Cal 과 Medicare 가 보장하는 처방약에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com/formulary 의 *보장 의약품 목록*을 참조해 주십시오.

E. 플랜 선택 방법

E1. 당사 플랜 가입을 유지하는 방법

우리는 귀하가 내년에도 가입자로 남아있으시기를 바랍니다.


현 건강보험을 유지하실 경우 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하지 않거나 Medicare Advantage 플랜으로 변경하지 않거나 Original Medicare 로 변경하지 않으시면 자동으로 2022 년도 당사 플랜의 가입자로 유지됩니다.

E2. 플랜 변경 방법

다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경함으로써 해당 연도 중에 언제든지 가입자 자격을 종료하실 수 있습니다.

Medicare 서비스를 받는 방법

Medicare 서비스를 받으실 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 자동으로 당사 Cal MediConnect 플랜에서 귀하의 가입자 자격이 종료됩니다.

 문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

<p>1. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>Medicare Advantage 플랜과 같은 Medicare 건강보험 또는 자격 요건을 충족하고 서비스 지역 내에 거주하는 경우, 노인을 위한 포괄적 진료 프로그램(PACE)</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>PACE 에 관한 질문에 대해서는 1-855-921-PACE(7223)로 문의해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 1-800-434-0222 번으로 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조해 주십시오. <p>고객의 새 플랜의 보장이 시작될 때 고객은 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴됩니다.</p>
---	---



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

<p>2. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare Prescription Drug 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 1-800-434-0222 번으로 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aqing.ca.gov/HICAP/를 참조해 주십시오. <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴됩니다.</p>
--	--



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

<p>3. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare Prescription Drug 플랜이 없는 Original Medicare</p> <p>유의사항: Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare Prescription Drug 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 한, Medicare 에서 귀하를 Drug 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>가입자가 고용주나 조합 등 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우, 처방약 보장만 제외하여야 합니다. 의약품 보장에 관한 질문이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조해 주십시오.</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 사이에 1-800-434-0222 번으로 California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조해 주십시오. <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 자동으로 Health Net Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴됩니다.</p>
---	---

Medi-Cal 서비스를 받는 방법

당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하시면, 귀하는 선택하신 Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입됩니다. Medi-Cal 서비스에는 대부분의 장기 일상 서비스 및 지원, 행동 건강 서비스가 포함됩니다.

당사 Cal MediConnect 플랜의 가입자 자격 종료를 요청하실 때, 건강관리 옵션(Health Care Options) 부서에 어떤 Medi-Cal Managed Care 플랜에 가입하고 싶은지 알려셔야 합니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시 사이에 1-844-580-7272 번으로 건강관리 옵션 부서에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오.



문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

F. 도움을 받는 방법

F1. Health Net Cal MediConnect 에서 도움 받기

질문이 있으십니까? 도와 드리겠습니다. 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화를 받을 수 있습니다. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 이 번호로 전화하시면 무료입니다.

2022 년도 가입자 안내서 참조하기

2022 년도 가입자 안내서는 귀하의 플랜 혜택이 상세히 설명되어 있는 법적 문서입니다. 내년도 보험 혜택 및 비용에 대한 자세한 정보가 수록되어 있습니다. 보장 서비스 및 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 할 규칙과 가입자의 권리에 관해 설명합니다.

2022 년도 가입자 안내서는 10 월 15 일부터 이용하실 수 있습니다. 2022 년도 가입자 안내서의 최신 사본은 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com 에서 확인하실 수 있습니다. 2022 년도 가입자 안내서를 우편으로 보내 달라고 요청하시려면, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오.

당사 웹사이트

당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조하실 수도 있습니다. 참고로 당사 웹사이트에는 공급자 및 약국 네트워크(공급자 및 약국 명부), 그리고 당사 의약품 목록(보장 의약품 목록)에 대한 최신 정보가 나와 있습니다.

F2. 주 보험 가입 브로커의 도움 받기

주 보험 가입 브로커는 가입 관련 질문에 도움을 드릴 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시 사이에 1-844-580-7272 번으로 건강관리 옵션 부서에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 문의해 주십시오.

F3. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서 도움 받기

Health Net Cal MediConnect 와 문제가 있으신 경우, Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램의 특징:

- 가입자를 대변하는 역할을 수행합니다. 문제나 불편 사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다.
- 가입자의 권리 및 보호와 관련된 정보 및 우려 사항을 해결하는 방법을 확인해 드립니다.
- 당사나 다른 보험사 또는 건강보험과 관계가 없습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077 번입니다.

문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.



F4. 건강보험 상담 및 옹호 프로그램에서 도움 받기

State Health Insurance Assistance 프로그램(SHIP)에 문의하실 수도 있습니다. 캘리포니아에서는 SHIP 를 Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담사는 가입자가 Cal MediConnect 플랜의 선택 사항을 이해하도록 돕고 플랜 변경에 관한 질문에 답변을 드릴 수 있습니다. HICAP 은 당사나 다른 보험사 또는 건강보험과 관계가 없습니다. HICAP 는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 입니다. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조해 주십시오.

F5. Medicare 에서 도움 받기

Medicare 에서 직접 정보를 받으시려면, 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

Medicare 웹사이트


Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 참조하실 수 있습니다. Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하고 Medicare Advantage 플랜에 가입하기로 결정하신 경우, Medicare 웹사이트에는 Medicare Advantage 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 및 품질 등급에 대한 정보가 있습니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 찾기를 이용하시면 가입자가 거주하는 지역에서 이용 가능한 Medicare Advantage 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. (플랜에 대한 정보를 보시려면, www.medicare.gov에서 “플랜 찾기” 를 클릭해 주십시오.)

Medicare & You 2022


Medicare & You 2022 안내서를 읽으실 수 있습니다. 매년 가을 이 책자를 Medicare 가입자에게 우편으로 보내 드립니다. 이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호, Medicare 에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 실린 요약서입니다.

이 책자의 사본이 없으시면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 찾으시거나 연중무휴 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

 문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

F6. 캘리포니아 관리의료부에서 도움 받기

캘리포니아 관리의료부가 건강보험 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 건강 플랜에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 전화하고 관리의료부에 연락하기 전에 귀하 건강 플랜의 고충 처리 절차를 사용해야 합니다. 이러한 고충 사항 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 불만, 해당 건강 보험에서 만족스럽게 해결되지 않은 불만 또는 30 일 이상 해결되지 않은 불만의 경우, 건강관리국에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 가입자는 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 자격이 될 수 있습니다. IMR 요청 자격이 될 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 보험이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 관리의료부는 수신자 부담 전화번호(1-888-466-2219) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선(1-877-688-9891)을 운영합니다. 불편 사항 제기 양식, IMR 신청서, 온라인 지침은 관리의료부의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서 찾아보실 수 있습니다.

 문의 사항은 Health Net Cal MediConnect 에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다. 추가 정보가 필요하시면, mmp.healthnetcalifornia.com 을 참조해 주십시오.

Health Net Cal MediConnect 차별금지 공지

Health Net Community Solutions, Inc.(Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan))는 적용 가능한 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. Health Net Cal MediConnect 는 인종, 피부색, 출신국, es 연령, 장애 또는 성별로 인해 특정인을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net Cal MediConnect:

- 장애가 있는 분들과 효과적으로 소통하기 위해 무료 지원 및 서비스를 제공합니다. 예: 자격을 갖춘 수화 통역사, 다른 형식(대형 활자 인쇄본, 오디오, 접근성을 갖춘 전자 형식, 기타 다른 형식)으로 작성된 서면 정보.
- 유자격 통역사, 다른 언어로 작성된 정보와 같이 영어를 주 언어로 구사하지 않는 분에게 무료 언어 서비스를 제공합니다.

이러한 서비스가 필요하시면 Health Net Cal MediConnect 고객 서비스부에 1-855-464-3571(Los Angeles), 1-855-464-3572(San Diego)(TTY: 711)번으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시에 전화하십시오. 근무시간 이후나 주말, 공휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

Health Net Cal MediConnect 가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 인종, 피부색, 국적, 연령, 장애 또는 성별에 따른 다른 방식으로 차별을 하였다고 생각하시면 위 번호로 전화하여 고충처리를 제기하실 수 있습니다. 고충처리를 제기하는 데 도움이 필요하실 경우, Health Net Cal MediConnect 고객 서비스가 도와드릴 수 있습니다.

또한 미국 보건 복지부 인권 사무국의 인권 사무국 불편 사항 포털

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 통해 온라인으로 인권 관련 불편 사항을 제기하실 수 있습니다. 또는 다음 주소와 전화번호를 통해 우편이나 전화로 인권 관련 불편 사항을 제기하실 수 있습니다. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)번으로 연락하실 수 있습니다. 불편 사항 접수 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 받아보실 수 있습니다.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Korean: 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Thai: เร็ยณ: ถ່ถคฤพฤคภษษไทยคฤคฤสษมมกรลใช้บรกรการช่วยเหลือทางภษษไทยได้ฟรี โทร
1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱՂԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, սպասե՛ք անվճար կայանք և
տրամադրությունները անվճարում: Եթե խոսում եք անգլերեն: Զանգահարեք
1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County),
1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.
Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ
1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні
послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County),
1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Mien: DONGH EIX: Da'faanh Meih Zoux Maiv Qjex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing
Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County),
1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).