

2025



연간 변경 통지

CalOptima Health OneCare Complete (H5433-001)
(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



CalOptima Health 에서 제공되는 CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

2025년 연례 변경 사항 통지문

서문

귀하는 현재 저희 플랜의 회원으로 가입되어 있습니다. 내년에 저희의 혜택, 보장, 규정, 보험금에 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. 본 연례 변경 사항 통지문을 통해 변경 사항과 자세한 정보를 어디에서 찾을 수 있는지 알려드립니다. 보험금, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 내용은 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare에 있는 *회원 안내서*를 검토하십시오. 주요 용어 및 정의는 *회원 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서대로 나와 있습니다.

추가 자원

- 이 문서는 무료로 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 제공됩니다.
- 이 연례 변경 사항 통지문은 큰 활자체, 점자, 데이터 CD 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받으실 수 있습니다. 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 기타 언어 및/또는 대체 형식으로 된 자료를 얻기 위해 영구 요청을 할 수도 있습니다.
 - 기타 자료는 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어 및 아랍어로 제공됩니다.
 - 다른 형식은 큰 활자체, 점자, 데이터 CD 및/또는 오디오로 가능합니다.
 - 영구 요청은 모든 우편물 및 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.
 - 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

이용 가능 여부 통지서

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**. These services are free.

Arabic

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك، اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** هذه الخدمات مجانية.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով: Հաշմանդամ մարդկանց տրամադրվող աջակցությունները և ծառայությունները, ինչպիսիք են բրայլյան այբուբենով և խոշոր տպագիր փաստաթղթերը, նույնպես հասանելի են: Զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով: Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese Simplified

注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。也为残障人士提供帮助和服务, 例如盲文和大字体的文件。请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。这些服务是免费的。



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Chinese Traditional

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助, 請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。也為殘障人士提供幫助和服務, 例如盲文和大字體的文件。請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。這些服務是免費的。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਫਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Hindi

ध्यान दें: अगर आपको हिन्दी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। विकलांगता वाले लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ़्त हैं।

Hmong

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua yog lus Hmong, hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg tsis taus, zoo li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille thiab luam ntawv loj, kuj muaj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no pub dawb.

Japanese

注: お客様の言語でのお手伝いが必要な場合は、**1-877-412-2734** (TTY **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方のために、点字や大きな文字での文書など支援とサービスをご用意しています。**1-877-412-2734** (TTY **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Korean

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글자 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

Laotian

ການເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາລາວ, ໂທຫາ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບ ຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ເປັນຕົວພິມໃຫຍ່, ແມ່ນ ຍັງມີຢູ່. ໂທຫາ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnavg oc.

Mon-Khmer, Cambodian

ប្រុងស្មារតី៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាសម្រាប់មនុស្សដែលពិការ ដូចជាឯកសារនៅក្នុង អក្សរប្រាសាទ និង អក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)**។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Persian (Farsi)

توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید، با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند مطالب با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. شماره تماس **1-877-412-2734** (TTY 711). این خدمات رایگان هستند.

Russian

ВНИМАНИЕ. Если вы хотите получить поддержку на своем языке, звоните по тел. **1-877-412-2734** (TTY 711). Также доступны вспомогательные устройства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Обращайтесь по тел. **1-877-412-2734** (TTY 711). Услуги предоставляются бесплатно.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY 711). También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-877-412-2734** (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

ATENSYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY 711). Libre ang mga serbisyong ito.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Thai

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ ให้โทรศัพท์ไปที่ **1-877-412-2734 (TTY 711)** การให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในภาษาเบรลล์และเอกสารที่มีตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ ยังมีให้บริการ โทรศัพท์ **1-877-412-2734 (TTY 711)** บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте на номер **1-877-412-2734 (телетайп 711)**. Доступні допоміжні засоби й послуги для людей з обмеженими можливостями, зокрема документація, надрукована шрифтом Брайля, а також із великим розміром тексту. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (телетайп 711)**. Ці послуги надаються безкоштовно.

Vietnamese

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng trợ giúp và cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và chữ in khổ lớn. Xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Những dịch vụ này đều miễn phí.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો આપ ગુજરાતીમાં સહાયતા ઈચ્છો છો તો, કોલ કરો **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટે મદદ અને સેવા, જેમ કે બ્રેઈલમાં દસ્તાવેજો અને મોટા અક્ષરની પ્રિન્ટ, પણ ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-877-412-2734 (TTY 711)**. આ સેવાઓ મફત છે.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

Portuguese

ATENÇÃO: Se você precisa de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Estão disponíveis também auxílio e serviços (documentos em braile ou impressão grande) para pessoas com deficiências. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Todos esses serviços são gratuitos.

Romanian

ATENȚIE: Dacă aveți nevoie de ajutor în limba dumneavoastră, sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Pentru persoanele cu dizabilități sunt disponibile diferite facilități și servicii, precum documente în Braille și în format mare. Sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.

Turkish

DİKKAT: Kendi dilinizde yardım almak için **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayabilirsiniz. Engelli bireyler için Braille alfabesi ve büyük punto ile yazılmış belgeler gibi yardım ve hizmetlerimiz bulunmaktadır. **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayabilirsiniz. Bu hizmetler ücretsizdir.

Urdu

توجہ: اگر آپ کو اردو میں مدد چاہیے تو، **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ معذور افراد کے لیے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ **1-877-412-2734 (TTY 711)** پر کال کریں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문**

차례

- A. 면책 조항..... 9**
- B. 내년도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토 9**
 - B1. CalOptima Health OneCare Complete 에 대한 정보..... 9
 - B2. 조치를 취해야 할 중요 사항 9
- C. 저희 플랜의 이름 변경 11**
- D. 저희 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항 11**
- E. 내년도 혜택 변경 사항 12**
 - E1. 의료 서비스 혜택 변경 사항 12
 - E2. 처방약 보장에 대한 변경 사항 13
 - E3. 1 단계: “초기 보장 단계”..... 15
 - E4. 2 단계: “비상 보장 단계”..... 16
- F. 플랜 선택..... 17**
 - F1. 저희 플랜 유지하기 17
 - F2. 플랜 변경하기 17
- G. 도움받기..... 22**
 - G1. 저희 플랜 22
 - G2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)..... 22
 - G3. 옴부즈 프로그램 22
 - G4. Medicare 23



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2025년 연례 변경 사항 통지문

A. 면책 조항

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 는 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따릅니다. CalOptima Health OneCare 는 해당 연방 민권법을 준수하며, 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 여부 또는 성별에 근거해 차별 대우를 하지 않습니다. 주 7일, 24시간 운영되는 CalOptima Health OneCare 고객 서비스부 무료 전화 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 연락하십시오. **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하실 수도 있습니다.

이것은 완전한 목록이 아닙니다. 혜택 정보는 간략한 요약이며 완전한 혜택 설명이 아닙니다. 자세한 내용은 플랜에 문의하거나 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서* 를 참조하십시오.

B. 내년도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토

내년에도 해당 보장 내용이 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는지 여부를 지금 확인해야 합니다. 보장 내용이 귀하의 필요를 충족시키지 않는다면 저희 플랜을 선택하지 않아도 됩니다. 내년 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 E** 를 참조하십시오.

저희 플랜을 선택하지 않으시기로 한다면, 귀하의 회원 자격은 취소 신청을 한 달의 말일에 종료됩니다. 자격이 되는 한 여전히 Medicare 와 Medi-Cal 혜택을 받으실 수 있습니다.

저희 플랜을 탈퇴하는 경우 다음과 같은 귀하의 정보를 받을 수 있습니다:

- 18 페이지 **섹션 F2** 에 있는 Medicare 선택권.
- 21 페이지 **섹션 F2** 에 있는 Medi-Cal 선택권 및 서비스.

B1. CalOptima Health OneCare Complete 에 대한 정보

- CalOptima Health OneCare Complete 는 Medicare 및 Medi-Cal 과 계약을 맺고 회원들께 두 가지 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다.
- CalOptima Health OneCare Complete 는 “최소 필수 혜택” 자격 요건을 갖춘 한정 건강 보험입니다. 이 플랜은 환자 보호 및 적정 부담 보험법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 책임 부담 요건을 충족합니다. 개인 책임 부담 요건에 관한 상세 정보는 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 참조하십시오.
- 본 연례 변경 사항 통지문의 “우리”, “저희” 또는 “저희 플랜” 은 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

B2. 조치를 취해야 할 중요 사항

- **저희 혜택에 귀하께 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문**

- 혜택 변경 사항을 검토하고 내년에도 귀하에게 알맞는 선택인지 확인하십시오.
- 플랜의 혜택 변경에 관한 정보는 **섹션 E1** 을 참조하십시오.
- **처방약 보장 사항에 귀하에게 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하의 약품이 보장됩니까? 그러한 약이 다른 비용 부담 구간에 있습니까? 동일한 약국을 이용할 수 있습니까?
 - 변경 사항을 검토하여 내년에도 귀하에게 알맞는 선택인지 확인하십시오.
 - 약품 보장 내용에 관한 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 E2** 를 참조하십시오.
- **귀하의 의료 제공자와 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
 - 전문의를 포함한 귀하의 의사가 저희 네트워크에 포함됩니까? 이용하시는 약국은 어떻습니까? 이용하시는 병원이나 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
 - 저희 *의료 제공자 및 약국 목록*에 대한 내용은 **섹션 D** 를 참조하십시오.
- **플랜의 전체 비용을 고려해보십시오.**
 - 그러한 총 부담금은 다른 보장 선택권과 비교하여 어떻습니까?
- **저희의 플랜이 만족스러운지 생각해 보십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete 를 계속 이용하기로 결정하실 경우:	플랜을 변경하기로 결정하실 경우:
<p>내년에도 저희와 함께하고자 하신다면, 아무것도 하지 않으셔도 됩니다. 아무것도 변경하지 않으시면 자동적으로 CalOptima Health OneCare Complete 가입 상태를 유지하게 됩니다.</p>	<p>다른 보장 내용이 귀하의 필요에 더 부합한다고 결정하신 경우, 다른 플랜으로 변경하실 수도 있습니다 (자세한 정보는 섹션 F2 를 참조하십시오). 새로운 플랜에 가입하거나 원래 Medicare 를 변경하시면 귀하의 새로운 보장 내용은 다음 달의 첫날부터 적용됩니다.</p>



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

C. 저희 플랜의 이름 변경

2025년 1월 1일, 저희 플랜 이름인 OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 에서 CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan으로 변경됩니다.

1월 1일 이전에 새로운 CalOptima Health OneCare Complete ID 카드를 우편으로 보내드릴 것입니다. 플랜 이름이 참조되는 앞으로의 소통에서 새로운 플랜 이름이 반영된 것을 보실 수 있습니다. 이 변경에 대한 질문이 있으면 고객 서비스 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 전화하십시오.

D. 저희 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

2025년 의료 제공자 및 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다.

저희의 **2025년 의료 제공자 및 약국 목록**을 검토하여 귀하의 의료 제공자 또는 약국이 저희 네트워크에 포함되어 있는지 확인하십시오. 업데이트된 **의료 제공자 및 약국 목록**은 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare**에 있습니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하여 업데이트된 의료 제공자 정보에 대해 문의하시거나 **의료 제공자 및 약국 목록 우편** 우송을 요청하실 수 있습니다.

연중에도 네트워크에 변경 사항이 있을 수 있음을 반드시 알아두십시오. 귀하의 의료 제공자가 저희 플랜을 떠날 경우, 귀하에게는 일정한 권리와 보호가 부여됩니다. 더 자세한 정보는 **회원 안내서 제 3 장**을 참고하십시오.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 **www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

E. 내년도 혜택 변경 사항

E1. 의료 서비스 혜택 변경 사항

내년 특정 의료 서비스에 변화가 있습니다. 다음 표는 변경 사항을 정리한 것입니다.

	2024 (올해)	2025 (내년)
종합 치과	<p>종합 치과는 보장이 되지 않습니다.</p>	<p>종합 및 보철 치과가 보장됩니다.</p> <p>포함 내용:</p> <p>제한된 구강 평가, 진단용 엑스레이, 치주과 서비스, 근관 치료 서비스, 보철, 구강 및 악안면 수술 및 기타 일반 치과 서비스. 보장되지 않는 내용은 Medi-Cal Dental 을 통해 제공됨.</p> <p>승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 제공자와 상담하여 의뢰를 받으십시오.</p>
비-의료 교통편	<p>의학적으로 필요한 보장 서비스를 위해 승인된 장소로의 무제한 교통.</p> <p>이 플랜에서 헬스클럽 회원권이 보충 혜택으로 제공되므로, 헬스장을 오가는 무제한 이동도 포함됩니다.</p> <p>헬스장으로 가는 교통편은 승용차, 택시 또는 기타 대중/개인 교통 수단을 이용할 수 있습니다.</p>	<p>의학적으로 필요한 보장 서비스를 위해 승인된 장소로의 무제한 교통.</p> <p>이 플랜에서 헬스클럽 회원권이 보충 혜택으로 제공되므로 헬스장 왕복 무제한 이동과 식료품점 편도 100 회 이동도 포함됩니다. 헬스장 및 식료품점 이동은 반경 10 마일 이내로 제한됩니다.</p> <p>헬스장과 식료품점으로 가는 교통편은 버스 패스, OC Access 바우처, 택시로 만 제공됩니다. 개인 승용차를 이용한 교통편에 대한 환불은 제공되지 않습니다.</p>



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

	2024 (올해)	2025 (내년)
Flex Card(플렉스 카드): OTC(Over the Counter, 오버-더-카운터) 및 식료품 수당	감기약과 기침약과 같이 처방전이 필요 없는 제품을 주문하기 위해 분기당 지출 한도에 대한 \$100 허용. 품목은 귀하의 집으로 직접 배송되며 남은 잔액은 다음 분기로 이월되지 않습니다.	분기당 지출 한도에 대한 \$135 플렉스 카드 허용 한도로 감기약 및 기침약과 같이 처방전이 필요 없는 식료품 및 일반 의약품을 구매할 수 있습니다. 참여 소매점에서 구매할 수 있습니다. 일반 의약품은 카탈로그 주문을 통해 구매할 수도 있으며 집으로 직접 배송됩니다. 남은 잔액은 다음 분기로 이월되지 않습니다.
시력 관리	매년 정기적인 눈 검사 1 회 및 안경(프레임 및 렌즈) 또는 콘택트 렌즈에 대한 매년 최대 \$250 보장.	매년 정기적인 눈 검사 1 회 및 안경(프레임 및 렌즈) 또는 콘택트 렌즈에 대한 매년 최대 \$300 보장.
관찰 서비스	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인이 필요하지 않습니다.
발 전문의 서비스	사전 승인이 필요하지 않습니다.	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.
정신과 서비스를 위한 개별 세션	사전 승인이 필요하지 않습니다.	전기경련요법(ECT), 경두자기자극(TMS), 심리테스트를 위한 사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.

E2. 처방약 보장에 대한 변경 사항

약품 목록에 대한 변경 사항

가장 최신 혜택 적용 약품 목록을 원하시면 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오. 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스로 전화하여 업데이트된 약품 정보를 물어보시거나 혜택 적용 약품 목록을 이메일로 요청하실 수 있습니다.

이 혜택 보장 약품 목록은 약품 목록이라고도 합니다.

저희는 **약물 목록**을 변경했습니다. 여기에는 약물 제거 또는 추가, 보장하는 약물 변경, 특정 약물에 대한 보장에 적용되는 제한 사항 변경이 포함될 수 있습니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2025년 연례 변경 사항 통지문

약품 목록을 검토하여 **내년도 약품 보장 여부** 및 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

약품 목록의 대부분 변경 사항은 매년 초에 새로 적용됩니다. 그러나 Medicare 및/또는 주에서 허용하는 다른 변경 사항을 만들 수 있으며, 이는 계획 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다. 저희는 최신 약물 목록을 제공하기 위해 최소한 한 달에 한 번 온라인 **약품 목록**을 업데이트합니다. 귀하가 복용 중인 약물에 영향을 미치는 변경 사항이 있는 경우 변경 사항에 대한 알림을 보내드립니다.

약품 보장 변경 사항으로 인해 영향을 받게 되는 경우 다음과 같이 조치하십시오:

- 귀하의 의사 (또는 다른 처방자) 와 함께 저희가 보장하는 다른 약품을 찾아보십시오.
 - 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하거나 개인 건강관리 코디네이터에게 연락하여 동일한 질환을 치료하는 **보장 약품 목록**을 요청할 수 있습니다.
 - 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과적인 약품을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 약품의 일시적 공급을 보장받을 수 있는지 저희에 문의하십시오.
 - 일부 상황에서는 당해 첫날부터 90 일간 **일시적으로** 약품을 제공하기도 합니다.
 - 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30 일간 가능합니다. (일시적 공급 요청 기간과 요청 방법에 대해서는 **회원 안내서의 제 5 장**을 참조하십시오.)
 - 약품을 일시적으로 구입하는 경우, 이 임시 복용 분량이 소진되면 어떻게 할 것인지 귀하의 의사와 상의합니다. 저희 플랜에서 보장하는 다른 약품으로 바꾸거나 현재 약품을 보장하도록 예외 적용 요청을 할 수 있습니다.

포뮬러리 예외는 당해연도에 대해 인정되며 12월 31일에 만료됩니다. 귀하가 현재 포뮬러리 예외를 가지고 계신 경우, 내년에 새로운 예외를 신청해야 할 수 있습니다. 귀하가 새롭게 예외 신청을 해야 하는지 알아보려면 고객 서비스에 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

현재 저희는 동일하거나 더 낮은 비용 부담 계층과 동일하거나 더 적은 규칙이 있는 새로운 일반 약품 버전으로 대체하는 경우 **약품 목록**에서 브랜드 약물을 즉시 제거할 수 있습니다. 또한 새로운 일반 약품을 추가할 때 약물 목록에 브랜드 약물을 유지하지만 즉시 다른 비용 부담 계층으로 이동하거나 새로운 규칙을 추가하거나 둘 다 하기로 결정할 수도 있습니다.

2025 년부터 저희는 원래 생물학적 제품을 특정 바이오시밀러로 즉시 대체할 수 있습니다. 예를 들어 바이오시밀러로 대체되는 원래 생물학적 제품을 복용하는 경우 변경하기 30 일 전에 변경에 대한 통지를 받지 못하거나 네트워크 약국에서 원래 생물학적 제품의 한 달 분을 받지 못할 수 있습니다. 저희가 변경을 할 당시 원래 생물학적 제품을 복용하고 있는 경우 변경 사항에 대한 구체적인 정보는 여전히 받을 수 있지만 변경 후에 도착할 수 있습니다.

이러한 약물 유형 중 일부는 귀하에게 생소할 수 있습니다. 약물 유형에 대한 정의는 **회원 안내서의 12 장**을 참조하십시오. 식품의약청(FDA)도 약물에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트를 참조하십시오: www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 문의하거나 의료 서비스 제공자, 처방자 또는 약사에게 자세한 정보를 요청할 수도 있습니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare**를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

처방약 비용 변경 사항

2025 년에도 처방약에 지불하는 금액에는 변동이 없습니다. 처방약 보장에 대한 자세한 내용은 아래를 읽어보십시오.

저희 플랜의 경우 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 두개의 비용 부담액 단계가 있습니다. 귀하가 부담하는 액수는 처방약 조제 또는 보충 시점에 귀하가 속해 있는 단계에 따라서 달라집니다. 이 두 단계는 다음과 같습니다:

1 단계 최초 보장 단계	2 단계 비상 보장 단계
<p>이 단계에서는 저희 플랜이 귀하의 약품 비용 중 일부를 지불하고 귀하는 본인의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 공동 부담금이라고 합니다.</p> <p>해가 바뀌어 처음 처방약을 조제 받을 때 이 단계에서 시작합니다.</p>	<p>이 단계에서는 플랜에서 2025 년 12 월 31 일까지 회원의 약품 비용 전액을 부담합니다.</p> <p>귀하가 일정 금액의 본인 부담금을 내면 이 단계가 시작됩니다.</p>

최초 보장 단계는 처방약에 대한 귀하가 지불하는 약품 비용이 총 **\$2,000** 에 이르면 종료됩니다. 이 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 귀하의 모든 약품 비용을 부담합니다. *회원 안내서 제 6 장*에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

2025 년부터 제조업체 할인 프로그램에 따라 제약 회사는 초기 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학 제품에 대한 계획의 전체 비용의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인은 자기 부담 비용에 포함되지 않습니다.

E3. 1 단계: “초기 보장 단계”

최초 보장 단계에서, 저희 플랜은 회원의 보장 대상 처방약 비용 중에서 플랜의 몫을 지불하고, 회원은 자신의 몫을 지불합니다. 귀하의 몫을 공동 부담금이라고 합니다. 공동 부담금은 해당 약품이 속한 비용 분담 구간 및 회원이 보장받는 프로그램에 따라 달라집니다. 회원은 처방약을 받을 때마다 공동 부담금을 지불합니다. 혜택 대상 약품의 약제비가 공동 부담금보다 적을 경우 더 적은 금액을 지불합니다.

장기 공급 (100일 공급) 비용에 대한 정보는 *회원 안내서*의 **6 장 섹션 D** 를 참조하십시오.

몇 가지 약품들은 저희 약품 목록에서 더 높거나 낮은 구간으로 옮겨졌습니다. 귀하의 약품에 구간 간 이동이 발생한 경우 귀하의 공동 부담금에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 약품이 다른 구간에 속하는지 알아보려면 저희 약품 목록에서 해당 약품을 찾아보십시오. 대부분의 성인들은 파트 D 백신들이 무료로 보장됩니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

저희의 2가지 약품 구간별 약품 비용은 다음의 표에 나와 있습니다. 이 금액은 귀하가 최초 보장 단계에 해당하는 경우에만 적용됩니다.

	2024 (올해)	2025 (내년)
1 구간 약품 <i>(일반 약품)</i> 네트워크 약국에서 보충된 1 구간 약품의 한 달 복용분 비용	귀하의 한 달 (30 일) 복용분은 일반 및 브랜드 약물 모두 처방전 당 \$0 입니다.	귀하의 한 달 (30 일) 복용분은 처방전 당 \$0 입니다.
2 구간 약품 <i>(브랜드 약품)</i> 네트워크 약국에서 보충된 2 구간 약품의 한 달 복용분 비용	브랜드 약물은 이제 1단계에서 보장됩니다. 귀하의 한 달 (30일) 복용분은 처방전 당 \$0 입니다.	귀하의 한 달 (30 일) 복용분은 처방전 당 \$0 입니다.

최초 보장 단계는 해당 연도에 대한 귀하의 약품 비용이 총 **\$2,000** 에 이르면 종료됩니다. 이 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희 플랜은 그때부터 연말까지 귀하의 모든 약품 비용을 부담합니다. *회원 안내서 제6 장* 에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

E4. 2 단계: “비상 보장 단계”

2025 년부터 제약사는 재난적 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학제에 대한 계획의 전체 비용의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인은 자기부담 비용에 포함되지 않습니다.

처방약에 대한 약품 비용이 총 **\$2,000** 에 이르면 비상 보장 단계가 시작되고 귀하는 보장된 약물에 대해 아무것도 지불하지 않아도 됩니다. 귀하는 연말까지 비상 보장 단계에 머무르게 됩니다.

비상 보상 단계에서의 비용에 대한 자세한 내용은 *회원 안내서 6 장* 을 참조하십시오.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

F. 플랜 선택

F1. 저희 플랜 유지하기

계속해서 저희 플랜 회원으로 남아 주시기를 바랍니다. 저희 플랜과 관련하여 아무것도 하지 않으셔도 됩니다. 또 다른 Medicare 플랜으로 변경하지 **않거나** Original Medicare 로 변경하는 경우 자동적으로 2025년 저희 플랜 회원으로 가입됩니다.

F2. 플랜 변경하기

Medicare 를 이용하는 사람들 대부분이 해당 연도의 특정 시기에 회원 자격을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal 을 이용하고 있으므로, 귀하는 일년 중 언제든지 저희 플랜의 회원권을 종료할 수 있습니다.

다음 기간 동안 저희 플랜의 회원 자격을 종료할 수 있습니다:

- **연례 가입 기간**은 10 월 15 일부터 12 월 7 일까지입니다. 이 기간에 새로운 플랜을 선택하면 저희 플랜의 회원 자격이 12 월 31일에 종료되며 새로운 플랜의 회원 자격이 1월 1일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지입니다. 이 기간에 새로운 플랜을 선택하면 새로운 플랜의 회원 자격이 다음 달 첫날 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같은 경우입니다:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우,
- Medi-Cal 또는 추가 지원 자격이 변경된 경우, **또는**
- 최근 시설(예로 전문 간호 시설 또는 장기 요양 병원)로 이사했거나 현재 그곳에서 치료를 받고 있는 경우. 최근에 시설에서 이사한 경우 이사한 달로부터 2 개월 동안 플랜을 변경하거나 원래 Medicare 로 변경할 수 있습니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

Medicare 서비스

연중 어느 달이든 아래에 나열된 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. **연간 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 또는 **섹션 F2**에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간에는 아래에 나열된 추가 옵션이 있습니다. 이러한 옵션 중 하나를 선택하면 자동으로 저희 플랜의 회원권이 종료됩니다.

1. 다음으로 변경하실 수 있습니다:

Medicare Medi-Cal Plan(Medi-Medi Plan)은 Medicare Advantage Plan의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal을 모두 보유한 사람들을 위한 플랜이며, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합합니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 적용 서비스를 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

참고: Medi-Medi Plan이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 적격 특수 요구 사항 플랜 (D-SNP)의 이름입니다.

다음과 같이 하십시오:

주 7일, 하루 24시간 연락할 수 있는 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, 노인 종합 관리 프로그램) 관련 정보는 1-855-921-PACE (7223)로 전화하십시오.

도움이거나 자세한 정보가 필요한 경우:

- 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 번호 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번으로 전화해야 합니다. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오.

또는

새로운 Medi-Medi 플랜에 가입합니다.

새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경됩니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

<p>2. 다음으로 변경하실 수 있습니다:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>다음과 같이 하십시오:</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 연락할 수 있는 Medicare, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">● 월~금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 번호 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 번으로 전화해야 합니다. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입합니다.</p> <p>Original Medicare 플랜이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하가 변경을 요청하지 않는 한 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
--	--



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

3. 다음으로 변경하실 수 있습니다:

별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare

참고: Original Medicare 로 변경한 후 Medicare 처방약 플랜에 따로 가입하지 않으면 Medicare 에 약품 플랜 가입을 원치 않는다고 말하지 않는 경우를 제외하고 Medicare 가 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

고용주나 노동조합과 같은 기타 경로를 통해 약품 보장을 받는 경우에는 처방약 보장만 제외시켜야 합니다. 약품 보장 필요 여부에 대한 문의 사항은 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 번호 1 800-434-0222 번으로 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면, www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

다음과 같이 하십시오:

주 7 일, 하루 24 시간 연락할 수 있는 Medicare, 1-800-MEDICARE (1-80-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:

- 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5 시 사이에 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 번호 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면, www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/를 방문하십시오.

Original Medicare 플랜이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.

귀하가 변경을 요청하지 않는 한 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

<p>4. 다음으로 변경할 수 있습니다:</p> <p>연간 가입 기간 및 Medicare Advantage 공개 가입 기간 또는 섹션 A 에 설명된 기타 상황을 포함한 특정 기간 동안의 모든 Medicare 건강 플랜.</p>	<p>다음은 해야 할 일입니다:</p> <p>Medicare 에 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.</p> <p>노인 종합 관리 프로그램(PACE)에 대한 문의는 번호 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">● 캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP)에 1-800-434-0222 로 전화하세요. 월요일부터 금요일까지 오전 8 시부터 오후 5 시사이 전화. TTY 사용자는 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 자세한 정보나 귀하 지역의 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>새 플랜의 혜택이 시작되면 자동으로 저의 Medicare 플랜에서 해지됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</p>
--	---

Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 플랜 선택 방법 또는 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 관한 질문은 월~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 Health Care Options (건강 관리 선택권) 번호 1-800-430-4263 로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 로 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 원래 Medicare로 돌아오면 귀하의 Medi-Cal 보장에 어떤 영향이 있는지 문의하십시오.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

G. 도움받기

G1. 저희 플랜

질문이 있으면 저희에게 물어보십시오. 명시된 운영 시간과 요일에 페이지 하단의 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

회원 안내서를 읽어보십시오

회원 안내서는 귀하의 혜택에 관한 상세한 법적 설명서입니다. 여기에는 2025년 혜택이 상세히 나와 있습니다. 또한 여러분의 권리와 저희에서 보장하는 서비스와 처방약을 받기 위해 지켜야 할 사항들이 설명되어 있습니다.

2025년 회원 안내서는 10월 15일까지 제공될 예정입니다. 회원 안내서의 최신 사본은 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서 이용할 수 있습니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 전화하여 2025년 회원 안내서를 이메일로 요청하실 수 있습니다.

저희 웹사이트

또한 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하실 수도 있습니다. 저희 웹사이트에는 의료 제공자 및 약국 네트워크(의료 제공자 및 약국 목록)와 약품 목록(보장 약품 목록)에 대한 최신 정보가 있음을 다시 한번 알려드립니다.

G2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 에 전화하실 수도 있습니다. 캘리포니아 지역에서는 SHIP를 건강보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 이라고 하기도 합니다. HICAP 상담원이 플랜 선택을 도와드리고 플랜 변경에 대한 질문에 대답해 드립니다. HICAP는 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무 관계도 없습니다. HICAP는 카운티마다 훈련된 상담원을 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다 (TTY 1-800-735-2929). 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 찾기 원하시면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/를 방문하십시오.

G3. 옴부즈 프로그램

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램은 저희 플랜에 문제가 있는 경우 도움이 될 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 이용할 수 있습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램:

- 귀하를 대변해 드립니다. 옴부즈맨은 귀하에게 문제 또는 불만 사항이 있을 경우 질문에 답변하고 무엇을 해야 할지 이해할 수 있도록 도와줍니다.
- 권리와 보호 사항에 관련된 정보 및 우려를 해결하는 방법에 대한 정보를 확인하십시오.
- 옴부즈 프로그램은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무 관계도 없습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램 전화번호는 1-888-501-3077입니다.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2025년 연례 변경 사항 통지문

G4. Medicare

Medicare로부터 직접 정보를 얻으려면, 주 7 일, 하루 24 시간 운영하는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 저희 플랜을 해약하고 또 다른 Medicare 플랜에 가입하려면, Medicare 웹사이트에서 플랜과 비교한 비용, 보장 내용 및 품질 수준에 대한 정보를 얻으실 수 있습니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 찾기를 이용하여 여러분의 지역에서 이용할 수 있는 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. (플랜에 관한 정보는 www.medicare.gov에서 “Find plans” [플랜 찾기] 를 클릭하십시오.)

2025 Medicare 와 회원

2025 년 *Medicare 와 회원* 안내서를 읽어보십시오. Medicare 와 함께하시는 분들께서는 매년 가을 이 책자를 받아보실 수 있습니다. 여기에는 Medicare 혜택 요약, 권리 및 보호 사항 및 Medicare 에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변에 대한 요약이 들어 있습니다. 본 안내서는 스페인어, 중국어, 베트남어로도 이용하실 수 있습니다.

이 책자를 받지 못하셨다면 Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 또는 주 7 일, 24 시간 운영하는 1-800-Medicare (1-800-633-4227) 로 전화하셔서 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 전화하십시오.



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보는 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.**



CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan은 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 주 7일, 24시간 연락하십시오. www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

재고 사진. 포즈를 취한 모델.

PRI-030-492 K (09/24)