

2026



연간 변경 통지

CalOptima Health OneCare Flex Plus (H5433-003)
(HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan



CalOptima Health에서 제공되는 CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

2026 년 연례 변경 사항 통지문

서문

귀하는 현재 저희 플랜의 회원으로 가입되어 있습니다. 내년에 귀하께서 가입하신 플랜의 혜택, 보장, 규정, 부담금과 관련해 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. 본 연례 변경 사항 통지문을 통해 변경 및 자세한 정보를 어디에서 찾을 수 있는지 알려드립니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 자세한 내용을 알아보려면 저희 웹사이트 www.caloptima.org/onecare 에 있는 [회원 안내서](#)를 참조하십시오. 더 많은 정보가 필요하시면 페이지 하단에 있는 번호를 이용해 고객 서비스로 전화하십시오. 주요 용어 및 그에 대한 정의는 귀하의 [회원 안내서](#) 마지막 장에 알파벳 순서로 기재되어 있습니다.

추가 자원

- 이 문서는 무료로 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어로 제공됩니다.
- 이 연례 변경 사항 통지문을 큰 활자, 점자, 오디오 등 다른 형태로 된 것을 무료로 받아 보실 수 있습니다. 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
- 또한 임계 언어 및/또는 대안 형식으로 자료를 받도록 영구 요청을 하실 수 있습니다:
 - 임계 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구적으로 요청하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 보안 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login> 에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
 - 영구 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다.
 - 영구 요청을 취소 또는 변경하려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 으로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가용성 공지서

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 of charge.

(Arabic) العربية

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្ម ទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意:如果您需要以您的母语提供帮助,请致电 **1-877-412-2734** (TTY 711)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务,例如盲文和大字体阅读,提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734** (TTY 711)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

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)。為殘障人士也提供幫助和服務,例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734** (TTY 711)。這些服務是免費的。

(Farsi) فارسی

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید, با **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ, نیز موجود است. با **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY 711). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY 711). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734** (TTY 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。**1-877-412-2734** (TTY **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-877-412-2734** (TTY **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (TTY **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734** (TTY **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ |

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

(Urdu) اردو ٹیگ لائن

توجہ: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**. معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

**CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문**

차례

- A. 면책조항 9**
- B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토 9**
 - B1. CalOptima Health OneCare Flex Plus 에 대한 정보 10
 - B2. 조치를 취해야 할 중요 사항 10
- C. 플랜 이름 변경 안내 11**
- D. 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항..... 11**
- E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항 12**
 - E1. 의료 서비스 혜택 변경 사항 12
 - E2. 처방약 혜택에 대한 변경 사항 14
 - E3. 1 단계: “최초 보장 단계” 15
 - E4. 2 단계: “비상 보장 단계” 16
- F. 행정 변경 사항 17**
- G. 플랜 선택 17**
 - G1. 저희 플랜 유지 17
 - G2. 플랜 변경 17
- H. 도움 받기 23**
 - H1. 저희 플랜 23
 - H2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램
(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)..... 23
 - H3. 옴부즈맨 프로그램..... 23
 - H4. Medicare..... 24
 - H5. Medicare 처방전 지불 플랜..... 24



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026년 연례 변경 사항 통지문

A. 면책조항

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 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. 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

이것은 완전한 목록이 아닙니다. 혜택 정보는 간단한 요약이며 완전한 혜택 설명이 아닙니다. 자세한 정보를 위해 플랜에 연락하거나 또는 *회원 안내서*를 참고하십시오.

2026년 CalOptima Health OneCare Complete 식료품 및 농산물 혜택은 만성 질병 환자를 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 모든 회원이 자격이 있는 것은 아닙니다. 식료품 및 농산물 혜택을 이용하려면, OneCare Complete 회원은 생명을 위협하거나 가입자의 전반적인 건강이나 기능을 크게 제한하는 하나 이상의 합병증이 있거나 의학적으로 복잡한 만성 질환을 앓고 있어야 합니다. 자격이 되는 질환에는 심혈관 질환, 당뇨병, 만성 심부전, 만성 폐 질환 또는 말기 신장 질환이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 회원이 만성 질환이 있어도 반드시 식료품 및 농산물 혜택을 받는 것은 아닙니다. 식료품 및 농산물 혜택을 받는 것은 회원이 입원 또는 기타 건강 문제에 대한 높은 위험과 집중 치료 조정이 필요한지에 따라 달라집니다. OneCare Complete 회원은 식료품점까지 이동하는 교통편을 이용할 수 없습니다.

B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토

내년에도 해당 보장 내용을 검토하여 귀하께 필요한 서비스를 제공하는지 여부를 지금 확인해야 합니다. 보장 내용이 귀하의 필요를 충족시키지 않는다면 저희 플랜을 떠날 수도 있습니다. 내년 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 E**를 참조하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원: 대부분의 경우 귀하는 CalOptima Health OneCare Complete에 가입을 요청한 후 다음 달 1일에 CalOptima Health OneCare Complete에 가입되어 Medicare 혜택을 받을 수 있게 됩니다. 귀하는 추가로 한 달 동안 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 귀하의 Medi-Cal 서비스를 받으실 수도 있습니다. 그 이후에는 CalOptima Health OneCare Complete를 통해 귀하의 Medi-Cal 서비스를 받으실 것입니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에 공백은 없을 것입니다. 질문이 있으시면 페이지 하단에 있는 전화번호로 저희에게 전화하십시오.

저희 플랜을 탈퇴하기로 결정하신다면, 귀하의 회원 자격은 탈퇴 신청을 하신 달의 말일에 종료됩니다. 저희 플랜을 떠나시는 경우에도, 자격이 되는 한, 여전히 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 유지할 것입니다.

저희 플랜을 탈퇴하면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다:

- **섹션 G2**의 도표에 있는 Medicare 옵션을 참조.
- **섹션 G2**의 도표에 있는 Medi-Cal 옵션을 참조.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

B1. CalOptima Health OneCare Flex Plus 에 대한 정보

- CalOptima Health OneCare Flex Plus 는 Medicare 및 Medi-Cal과 계약하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다.
- 이 연례 변경 사항 통지문에서 “저희”, “당사”, “우리” 또는 “저희 플랜”은 Medicare Medi-Cal 플랜을 뜻합니다.

B2. 조치를 취해야 할 중요 사항

- **저희 혜택과 비용이 귀하께 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하께서 이용하는 서비스에 영향을 미치는 변경 사항이 있습니까?
 - 내년에 귀하에게 유리할지 확인하기 위해 혜택과 비용의 변경 사항을 검토하십시오.
 - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 자세한 내용은 섹션 E1을 참조하십시오.
- **처방약 보장 사항에 귀하에게 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하의 약물이 혜택에 적용됩니까? 동일한 약국을 계속 이용하실 수 있습니까? 사전 승인, 단계 치료, 수량 제한 등의 변경 사항이 있습니까?
 - 변경사항을 검토하여 약물 보장 내용이 내년에 귀하께 유효한지를 확인하는 것이 중요합니다.
 - 저희 약물 보장 내용에 관한 변경 사항의 자세한 내용은 **섹션 E2** 를 참조하십시오.
 - 약물 가격이 작년에 비해 올랐을 수도 있습니다.
 - 낮은 가격의 다른 선택권이 있는지 귀하의 의사와 상담하십시오. 이것은 귀하의 연중 부담금을 줄일 수도 있습니다.
 - 플랜 혜택에 따라 귀하의 약물 비용이 얼마나 변경될 수 있는지 정확히 결정됩니다.
- **귀하의 의료 제공자와 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
 - 귀하의 전문의를 포함하여, 귀하의 의사들이 저희 네트워크에 속해 있습니까? 귀하가 이용하시는 약국은 어떻습니까? 귀하가 이용하시는 병원이나 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
 - **섹션 D** 에서 **의료 제공자 및 약국 목록**에 대한 정보를 찾아보십시오.
- **플랜의 전체 비용을 생각해 보십시오.**
 - 귀하가 정기적으로 이용하는 서비스와 처방약에 대한 귀하의 본인부담금은 얼마나 됩니까?
 - 그러한 총 부담금은 다른 혜택 선택권과 비교하여 어떻습니까?
- **저희의 플랜이 만족스러운지 생각해 보십시오.**

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

만약 CalOptima Health OneCare Complete 를 계속 이용하기로 결정하시면:	플랜을 변경하기로 결정하실 경우:
내년에도 저희 플랜을 유지하신다면, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 아무것도 변경하지 않으시면, 자동적으로 CalOptima Health OneCare Complete의 가입 상태를 유지하게 됩니다.	다른 보장이 귀하의 필요에 더 부합한다고 결정하시면 다른 플랜으로 변경하실 수도 있습니다 (자세한 정보는 섹션 G2 를 참조하십시오). 새로운 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우, 귀하의 새로운 보장은 다음 달의 첫 날부터 적용됩니다.

C. 플랜 이름 변경 안내

2026년 1월 1일부터 플랜 이름이 OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 에서 OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan으로 변경됩니다.

1월 1일 이전에 새로운 CalOptima Health OneCare Complete ID 카드를 우편으로 보내 드리겠습니다. 새로운 플랜 이름은 향후 안내드릴 때마다 플랜 이름이 언급되는 부분에서 확인하실 수 있습니다. 본 변경에 대한 질문이 있는 경우, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일, 24시간 전화하십시오.

D. 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

약물 비용은 이용하시는 약국에 따라 달라집니다. 저희 플랜은 약국 네트워크를 갖추고 있습니다. 대부분의 경우, 저희 네트워크 약국에서 처방약을 구입하는 경우에 만 처방약 비용을 보장해 드립니다.

2026년 의료 제공자 및 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다.

2026년 의료 제공자 및 약국 목록을 검토하여 귀하의 제공자(주치의, 전문의, 병원 등) 또는 약국이 저희 네트워크에 있는지 확인하십시오. 업데이트된 **의료 제공자 및 약국 목록**은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 최신 제공자 정보를 확인하거나 **의료 제공자 및 약국 목록**을 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

연중에도 네트워크에 변경 사항이 있을 수 있음을 반드시 알아두셔야 합니다. 귀하의 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우, 귀하는 특정한 권리와 보호가 있습니다. 자세한 내용은 **회원 안내서 제 3장**을 참조하시거나 페이지 하단의 고객 서비스 번호로 전화해 도움을 받으십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스 혜택 변경 사항

내년에는 특정 의료 서비스에 대한 보장이 변경됩니다. 다음 도표는 변경 사항을 정리한 것입니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
안과	매년 정기적인 안과 검진 1회 및 매년 안경(프레임 및 렌즈), 콘택트 렌즈 및 수리에 대한 최대 \$300.	매년 정기적인 안과 검진 1회 및 2년마다 안경(프레임 및 렌즈), 콘택트 렌즈 및 수리에 대한 최대 \$500.
보청기	Medi-Cal 한도금액 \$1,510에서 추가로 \$1,000의 청각 하드웨어.	OneCare Complete 에서 Medi-Cal 허용 수당 \$1,510 에 앞서 청각 하드웨어 허용 수당 \$500를 보장하며, 총 수당 \$2,010.
오버 더 카운터 (Over the counter, OTC) 그리고 식료품 및 농산물 플렉스 카드	분기당 \$245 이며 미사용 금액은 이월되지 않습니다 (식품 및 농산물은 특정 만성 질환이 있는 회원에게만 제공됨)	분기당 \$167 이며 미사용 금액은 이월되지 않습니다 (식품 및 농산물은 특정 만성 질환이 있는 회원에게만 제공됨)
향상된 약물 혜택	발기부전 치료제는 월 4정 (제네릭)을 보장합니다.	발기부전 치료제는 월 6정 (제네릭)을 보장합니다.
In-Home Support Services (가정 내 지원 서비스) - Companion Care (동반자 서비스)	In-Home Support Services - Companion Care 은 보장되지 않습니다.	회원은 연간 최대 90시간의 서비스를 받을 수 있습니다
발 전문의 서비스	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인을 필요로 하지 않습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.**

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
관찰 서비스	의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	의뢰를 필요로 하지 않습니다.
대장암 검진	의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	의뢰를 필요로 하지 않습니다.
<u>치과 서비스</u>		
진단 및 예방 치과 서비스	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인을 필요로 하지 않습니다.
구강 검진	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인을 필요로 하지 않습니다. 의뢰를 필요로 하지 않습니다.
보철학, 가철성	사전 승인을 필요로 하지 않습니다. 의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다..	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의뢰를 필요로 하지 않습니다.
보철학, 고정성	의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	의뢰를 필요로 하지 않습니다.
보철 서비스	의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	의뢰를 필요로 하지 않습니다.
보조 일반 서비스	사전 승인을 필요로 하지 않습니다. 의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.	사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다. 의뢰를 필요로 하지 않습니다.
치과 엑스레이 기타 진단 치과 진료 근관치료 치주치료 구강악안면외과	CalOptima Health OneCare 를 통해 보장됩니다.	Medi-Cal Dental을 통해 보장될 수 있습니다. Medi-Cal Dental 에서 보장하는 서비스의 전체 목록을 위해 번호 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 또는 www.smilecalifornia.org 을 방문하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

E2. 처방약 혜택에 대한 변경 사항

약물 목록에 대한 변경 사항

업데이트된 **보장된 약물 목록**은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare에서 확인하실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 최신 약물 정보를 확인하거나 **보장된 약물 목록**을 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

이 **보장된 약물 목록**은 **약물 목록**이라고도 합니다

저희는 **약물 목록**을 변경했는데, 여기에는 약물 제거 또는 추가, 보장 약물 변경, 특정 약물 보장에 적용되는 제한 사항 변경 등이 포함될 수 있습니다.

약물 목록을 검토하여 **내년에 귀하의 복용 약물 보장 여부** 및 제한 사항이 있는지 확인하십시오.

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램으로부터 도움 받기 그러나 Medicare 및/또는 주에서 허용하는 변경 사항이 해당 연도에 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다. 최신 **약물 목록**을 제공하기 위해 저희 온라인 **약물 목록**은 최소 매달 업데이트됩니다. 복용 중인 약물에 영향을 미치는 변경 사항이 있는 경우, 변경 사항에 대한 안내를 보내드립니다.

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

- 귀하의 의사(또는 다른 처방자)와 함께 저희가 보장하는 다른 약물을 찾아 보십시오.
 - 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 개인 관리 코디네이터에게 연락하여 동일한 질환을 치료하는 **보장된 약물 목록**을 요청하십시오.
 - 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과적인 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 저희에게 약물의 일시적 공급을 받을 수 있는지 문의하십시오.
 - 일부 상황에서는 해당 연도 첫 90 일 간 **일시적으로** 약물을 제공하기도 합니다.
 - 이러한 임시 복용 분량 구입은 최대 30 일간 가능합니다. (일시적 공급 요청 기간과 요청 방법에 대해서는 **회원 안내서의 제 5장**을 참조하십시오.)
 - 약물을 임시적으로 구입하는 경우, 이 임시 복용 분량이 소진되면 어떻게 할 것인지 귀하의 의사와 상의하셔야 합니다. 플랜에서 보장하는 다른 약물로 변경하거나 현재 약물을 보장하도록 저희에게 예외 적용 요청을 하실 수 있습니다.

포뮬러리 예외는 해당 연도에 인정되며 12 월 31 일에 만료됩니다. 귀하께서 현재 포뮬러리 예외를 가지고 계신 경우, 내년에 새로운 예외를 신청해야 하실 수도 있습니다. 새로운 예외를 요청해야 하는지 알아보려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 으로 주 7일, 24시간 전화하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

처방약 비용 변경 사항

저희 플랜을 통한 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 두 가지의 비용 부담액 단계가 있습니다. 귀하께서 부담하는 비용은 처방약 조제 또는 제조제 시점에 귀하가 속해 있는 단계에 따라서 달라집니다. 단계들은 다음과 같습니다:

1 단계 최초 보장 단계	2 단계 비상 보장 단계
<p>이 단계에서는 플랜이 귀하의 약물 비용 중 일부를 지불하고 귀하는 본인의 몫을 지불합니다. 귀하의 부담금을 공동 부담금이라고 합니다.</p> <p>해가 바뀌어 처음 처방약을 조제 받을 때 이 단계에서 시작합니다.</p>	<p>이 단계에서는 플랜에서 2026년 12월 31일까지 귀하의 약값 전액을 부담합니다.</p> <p>귀하가 일정 금액의 자비 부담 비용을 냈을 때 이 단계가 시작됩니다.</p>

최초 보장 단계는 처방약에 대한 귀하의 본인부담금이 총 **\$2,100** 에 이르면 종료됩니다. 이 시점에서 비상 보장 단계가 시작됩니다. 그때부터 연말까지는 약물 비용 전액을 저희 플랜이 부담합니다. *회원 안내서 제 6장*에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 더 많은 정보를 알아보십시오.

제조사 할인 프로그램에 따라, 제약 회사는 초기 보장 단계와 재난 보장 단계에서 파트 D 브랜드 약물 및 생물학적 제제에 대한 저희 플랜의 전체 비용 중 일부를 부담합니다. 제조업체 할인 프로그램을 통해 제조사가 지급한 할인은 본인 부담금에 포함되지 않습니다.

E3. 1 단계: “최초 보장 단계”

최초 보장 단계에서 플랜은 귀하의 보장 대상 처방약 비용 중에서 플랜의 몫을 지불하고, 귀하는 자신의 몫을 지불합니다. 귀하의 부담금을 공동부담금이라고 합니다. 공동부담금은 해당 약물이 속한 비용 분담금 단계 및 귀하가 보장받는 프로그램에 따라 달라집니다. 귀하는 처방약을 받을 때마다 공동부담금을 지불하게 됩니다. 혜택 대상 약물의 비용이 공동부담금보다 적을 경우 더 적은 금액을 지불합니다.

다음 도표는 네트워크 약국에서 1개월분 분량을 조제받는 데 드는 비용과 두 가지 약물 단계에 따른 표준 본인 부담금을 보여줍니다. 이 금액은 초기 보장 단계에 있는 동안 **만** 적용됩니다.

대부분의 성인용 파트 D 백신은 무료로 보장됩니다.

백신 비용, 장기 공급 또는 우편 주문 처방전에 대한 정보는 *회원 안내서 제 6장, 섹션 D*을 참조하십시오.

이 섹션은 다음 페이지에 계속됩니다



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
1 구간 약물 (제네릭 약물) 네트워크 약국에서 조제한 1 구간 약물의 한 달 복용분 비용	귀하의 한달 (30 일) 복용분을 위한 비용은 처방전 당 \$0, \$1.60 또는 \$4.90 입니다. 귀하의 한달 (30 일) 복용분의 각 보장 인슐린 제품 비용은 처방전 당 \$0, \$1.60 또는 \$4.90 입니다.	귀하의 한달 (30 일) 복용분을 위한 비용은 처방전 당 \$0 입니다. 귀하의 한달 (30 일) 복용분의 각 보장 인슐린 제품 비용은 처방전 당 \$0 입니다. 귀하의 3개월 (100 일) 복용분을 위한 비용은 처방전 당 \$0 입니다.
2 구간 약물 (브랜드 약물) 네트워크 약국에서 조제한 2 구간 약물의 한 달 복용분 비용	귀하의 한달 (30 일) 복용분을 위한 비용은 처방전 당 \$0, \$4.80 또는 \$12.15 입니다. 귀하의 한달 (30 일) 복용분의 각 보장 인슐린 제품 비용은 처방전 당 \$0, \$4.80 또는 \$12.15 입니다.	귀하의 한달 (30 일) 복용분을 위한 비용은 처방전 당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 입니다. 귀하의 한달 (30 일) 복용분의 각 보장 인슐린 제품 비용은 처방전 당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 입니다. 귀하의 3개월 (100 일) 복용분 우편 주문 처방약을 위한 비용은 처방전 당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65 입니다.

회원 부담금 총액이 **\$2,100** 이 되면 최초 보장 단계가 끝나게 됩니다. 그 시점부터 비상 보장 단계가 시작됩니다. 그때부터 연말까지는 약물 비용 전액을 저희 플랜이 부담합니다. *회원 안내서 제 6장*에서 처방약 비용 지불 금액에 대한 자세한 정보를 알아보십시오.

E4. 2 단계: “비상 보장 단계”

약물 본인 부담 한도인 **\$2,100**에 도달하면 재난 보장 단계가 시작되어 보장되는 약물에 대한 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 해당 연도 말까지 재난 보장 단계에 유지됩니다.

재난 보장 단계에서의 비용에 대한 자세한 내용은 **제 6장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

F. 행정 변경 사항

CalOptima Health OneCare Flex Plus는 2026년에 CalOptima Health OneCare Complete로 통합됩니다. 2025년에 OneCare Flex Plus에 가입한 회원은 2026년 1월 1일부터 자동으로 OneCare Complete로 전환됩니다.

	2025년 (올해)	2026년 (내년)
플랜의 변경 사항	CalOptima Health OneCare Flex Plus에 가입되어 있습니다.	귀하는 CalOptima Health OneCare Complete로 이동됩니다.
Medicare 처방전 지불 플랜	Medicare Prescription Payment Plan (처방전 지불 플랜)은 귀하의 현재 약물 보장과 함께 적용되는 자발적 지불 옵션으로, 한해(1월~12월)에 걸쳐 Medicare 파트 D 약물 비용을 분산하여 귀하가 직접 부담하는 비용을 관리하는 데 도움을 드립니다.	Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하고 있다면 Medicare 처방약 지불 플랜을 유지하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다.

G. 플랜 선택

G1. 저희 플랜 유지

내년에도 저희의 회원으로 남아 주시기를 바랍니다. 귀하가 저희 플랜 유지를 원하는 경우, 아무것도 할 필요가 없습니다. 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하지 않는 한, 2026년까지 자동으로 플랜 회원으로 유지됩니다.

G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 가입을 종료할 수 있습니다.

또한 매년 다음 기간 동안 저희 플랜에서 가입을 종료할 수 있습니다:

- **공개 가입 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 저희 플랜의 가입은 12월 31일에 종료되고 새 플랜의 가입이 1월 1일에 시작됩니다.
- 1월 1일부터 3월 31일까지 지속되는 **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜 가입이 다음 달 1일부터 시작됩니다.
- 귀하에게 Medi-Cal이 있으니 연중 어느 달이든 저희 플랜의 가입을 종료할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026년 연례 변경 사항 통지문

귀하가 자격이 되는 가입을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예로 다음의 경우:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우
- 귀하의 Medi-Cal 자격 또는 추가 도움(Extra Help)에 변경이 있는 경우, 또는
- 최근 (전문 요양 시설이나 장기 요양 병원 등) 시설에 입소했거나 현재 요양을 받고 있는 경우. 최근 시설에서 퇴소한 경우, 퇴소한 달로부터 2개월 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 변경할 수 있습니다.

Your Medicare 서비스를 받는 방법

아래 나열된 Medicare 서비스를 연중 언제든지 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. **공개 가입 기간 및 Medicare Advantage 공개 가입 기간** 등 특정 기간 동안 또는 **섹션 G2**에 설명된 기타 상황에서는 아래에 나열된 추가 옵션이 제공됩니다. 다음 선택권 중 하나를 선택하시면 자동으로 저희 플랜 가입이 종료됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에 계속됩니다



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

1. 다음으로 변경하실 수 있습니다:

Medi-Medi Plan은 Medicare Advantage 플랜의 한 종류입니다. Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있는 분들을 위한 플랜으로, Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 통합합니다. Medi-Medi Plan은 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스나, 자격이 되는 경우 Program of All-inclusive Care for the Elderly (노인 종합 관리 프로그램, PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

참고: Medi-Medi Plan이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 자격 특수 요구 사항 플랜 (D-SNP)을 일컫는 단어입니다.

다음과 같이 하십시오:

Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.

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

도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우:

- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program(캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP)의 전화번호 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오.

또는

새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오.

귀하의 새로운 플랜의 보장이 시작되면, 귀하는 저희 Medicare 플랜에서 해지될 것입니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경됩니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

<p>2. 다음으로 변경하실 수 있습니다:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare 플랜</p>	<p>다음과 같이 하십시오:</p> <p>Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• California Health Insurance Counseling and Advocacy Program(캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP) 의 전화번호 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. <p>또는</p> <p>새 Medicare 처방약 플랜에 가입</p> <p>원래 Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하가 변경을 요청하지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
---	--



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

3. 다음으로 변경하실 수 있습니다:

별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 원래 Medicare

참고: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare에 가입을 원하지 않는다고 알리지 않는한 Medicare는 귀하를 약물 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

고용주나 노동 조합과 같은 다른 출처에서 약물 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지에 대한 질문이 있는 경우, California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP)의 전화번호 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오.

다음과 같이 하십시오:

Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.

도움이거나 자세한 정보가 필요하신 경우:

- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program(캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP)의 전화번호 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오.

Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.

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



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan
2026년 연례 변경 사항 통지문

<p>4. 다음으로 변경하실 수 있습니다:</p> <p>공개 가입 기간 및 Medicare Advantage 공개 가입 기간을 포함한 일년 중 특정 기간 동안의 어느 Medicare 건강 플랜이든 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황.</p>	<p>다음과 같이 하십시오:</p> <p>Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.</p> <p>Program of All-inclusive Care for the Elderly (노인 종합 관리 프로그램, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none">• California Health Insurance Counseling and Advocacy Program(캘리포니아 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램, HICAP) 의 전화번호 1-800-434-0222번으로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5 시사이 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새 Medicare 플랜에 가입</p> <p>새로운 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</p>
--	--

Medi-Cal 서비스

Medi-Cal 플랜 선택 방법이나 플랜 탈퇴 후 Medi-Cal 서비스 이용 방법에 대한 문의는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시사이 번호 1-800-430-4263번으로 Health Care Options에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하는 것이 Medi-Cal 보장 혜택 사용에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

H. 도움 받기

H1. 저희 플랜

저희는 귀하의 모든 질문에 대해 지원하기 위해 있습니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 운영 요일 및 시간에 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다.

회원 안내서 읽어보기

귀하의 **회원 안내서**는 귀하의 플랜 혜택에 관한 상세한 법적 설명서입니다. 2026년 혜택과 비용에 대한 세부 정보가 포함되어 있습니다. 귀하의 권리와 서비스 및 처방약을 보장 받기 위해 지켜야 할 사항들이 설명되어 있습니다.

2026년 **회원 안내서**는 10월 15일부터 제공됩니다. 최신 **회원 안내서**는 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서 보실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 2026년 **회원 안내서**를 확인하거나 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

저희 웹사이트

저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare를 방문하실 수 있습니다. 다시 알려드리지만 저희 웹사이트에는 저희 의료 제공자 및 약국 네트워크(**의료 제공자 및 약국 목록**)와 **약물 목록(보장되는 약물 목록)**에 대한 최신 정보가 있습니다.

H2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 주정부 건강 보험 도움 프로그램)에 연락하실 수도 있습니다. 캘리포니아 지역에서는 SHIP 를 건강보험 상담 및 옹호 프로그램 (HICAP) 이라고 하기도 합니다. HICAP 상담원이 귀하의 플랜 선택을 도와드리고 플랜 변경에 대한 질문에 대답해드릴 수 있습니다. HICAP 은 저희나 다른 보험사 또는 다른 건강 플랜과 아무런 관계가 없습니다. HICAP은 모든 카운티에서 상담사를 교육하며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 입니다. 더 자세한 정보 또는 가까운 지역의 HICAP 사무소를 찾기 위해

www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 방문하십시오.

H3. 옴부즈맨 프로그램

Medicare Medi-Cal Ombudsman (옴부즈맨) 프로그램은 저희 플랜과 관련하여 문제가 발생할 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료이며 모든 언어로 제공됩니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 다음과 같은 서비스를 제공합니다:

- 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 답변하고 필요한 조치를 안내해 드립니다.
- 귀하의 권리 및 보호와 관련된 정보를 제공하고 우려 사항을 해결하는 방법을 알려드립니다.
- 저희 또는 다른 보험 회사나 건강 보험과 관련이 없습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 번호 1-855-501-3077번 입니다.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2026년 연례 변경 사항 통지문

H4. Medicare

Medicare에서 직접 정보를 받으려면:

- 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.
- www.Medicare.gov/talk-to-someone 에서 실시간 채팅
- 서면 주소 Medicare PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

메디케어 웹사이트

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

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 찾기를 이용하여 귀하의 지역에서 이용하실 수 있는 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다. (플랜에 대한 정보는 www.medicare.gov 에서 “Find plans”(플랜 찾기)를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2026

Medicare & You 2026 안내서를 읽어 보십시오. 이 책자는 매년 가을 Medicare 수혜자들에게 우송됩니다. 여기에는 Medicare 혜택 요약, 권리 및 보호 사항 및 Medicare에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변에 대한 요약이 들어 있습니다. 이 안내서는 스페인어, 중국어, 베트남어로도 제공됩니다.

이 책자를 받지 못하셨다면 Medicare 웹사이트

(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) 또는 주 7일, 24 시간 운영하는

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

H5. Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜 (Prescription Payment Plan)은 달력 연도(1월~12월)에 걸쳐 약물 비용을 분산하여 회원이 직접 지불하는 Medicare 파트 D 약물 비용을 관리하는 데 도움이 되는 새로운 지불 옵션입니다. 이 프로그램은 비용을 절감하거나 약값을 낮추지 않습니다.

자격이 있는 분들에게는 Medicare의 “추가 지원(Extra Help)”과 주 약물 지원 프로그램(SPAP) 및 AIDS Drug Assistance Program (에이즈 약물 지원 프로그램, ADAP)의 지원을 받는 것이 Medicare 처방약 지불 플랜(Prescription Payment Plan)에만 가입하는 것보다 더 유리합니다. 소득 수준에 관계없이 모든 가입자는 이 프로그램에 참여할 수 있습니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 문의하시거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.



질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Flex Plus 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 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.