

2027



## 연간 변경 통지

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



# CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 CalOptima Health에서 제공

## 2027 년 연례 변경 사항 통지문

### 서문

귀하는 현재 저희 플랜 회원으로 가입되어 계십니다. 내년에 플랜의 혜택, 보장, 규정, 부담금과 관련해 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. 본 연례 변경 사항 통지문은 변경 사항 및 추가 정보를 확인할 수 있는 위치를 안내합니다. 비용, 혜택 또는 규정에 대한 추가 정보를 확인하시려면 저희 웹사이트 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 에 게시된 **회원 안내서**를 검토하시기 바랍니다. 우편으로 사본을 받고자 하시는 경우, 페이지 하단에 기재된 고객 서비스 연락처로 전화해 주십시오. 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 형식으로 무료로 받아 보실 수 있습니다. 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 전화하십시오.
- 또한 임계 언어 및/또는 대체 형식으로 자료를 받도록 상시 요청을 하실 수 있습니다:
  - 기준 언어 또는 대체 형식으로 자료를 상시 요청하시려면, 페이지 하단에 기재된 고객 서비스 번호로 연락하거나 보안 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login> 에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
  - 상시 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다.
  - 상시 요청을 취소하거나 변경하시려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 공휴일 또는 업무 시간 외에 접수된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 회신해 드립니다. 통화는 무료입니다.



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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 بريـل 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 կրթեր: 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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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. کمک ها 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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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 กรุณา โทรศัพทไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพทไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://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.

## **اردو ٹیگ لائن (Urdu)**

توجہ: اگر آپ کو 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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

# CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2027 년 연례 변경 사항 통지문

## 차례

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A. 면책조항 .....</b>                                                                     | <b>9</b>  |
| <b>B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토 .....</b>                                         | <b>9</b>  |
| B1. CalOptima Health OneCare Complete 에 대한 정보 .....                                      | 9         |
| B2. 조치를 취해야 할 중요 사항 .....                                                                | 10        |
| <b>C. 저희 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항 .....</b>                                            | <b>11</b> |
| <b>D. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항 .....</b>                                                        | <b>12</b> |
| D1. 의료 서비스 혜택 변경 사항 .....                                                                | 12        |
| D2. 처방약 보장에 대한 변경 사항 .....                                                               | 13        |
| <b>E. 행정 변경 사항 .....</b>                                                                 | <b>15</b> |
| <b>F. 플랜 선택하기 .....</b>                                                                  | <b>16</b> |
| F1. 저희 플랜 유지하기.....                                                                      | 16        |
| F2. 플랜 변경하기 .....                                                                        | 16        |
| <b>G. 도움 받기 .....</b>                                                                    | <b>21</b> |
| G1. 저희 플랜 .....                                                                          | 21        |
| G2. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램<br>(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)..... | 21        |
| G3. 옴부즈맨 프로그램 .....                                                                      | 21        |
| G4. Medicare.....                                                                        | 22        |



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호  
**1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이)는 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이  
그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이)는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오.  
통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

# CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2027 년 연례 변경 사항 통지문

## A. 면책조항

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 공휴일 또는 업무 시간 외에 접수된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 회신해 드립니다. 저희 웹사이트 **[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)** 를 방문하십시오.

이내용은 전체 목록이 아닙니다. 혜택 정보는 요약이며, 모든 혜택 내용을 완전히 설명하지 않습니다. 자세한 정보를 위해 플랜에 연락하거나 또는 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서*를 참고하십시오.

이 혜택은 만성 질환자 특별 추가 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)입니다. 만성 질환자 특별 추가 혜택(SSBCI)을 받기 위해서는 심장 질환, 당뇨병, 암, 폐 질환 또는 치매와 같은 해당되는 만성 질환이 있어야 합니다. 만성 질환이 있는 모든 회원이 수혜 자격이 되는 것은 아닙니다. 만성 질환의 전체 목록이나 SSBCI 혜택 자격에 필요한 기타 자격 요건에 대해 자세히 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서* 제 4장을 참조하십시오.

## B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 검토 하기

내년에도 해당 보장 내용을 검토하여 필요한 서비스를 제공하는지 여부를 지금 확인해야 합니다. 플랜이 귀하의 필요를 충족하지 못한다면 저희 플랜을 탈퇴하실 수도 있습니다. 내년 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 D**를 참조하십시오.

저희 플랜을 탈퇴하기로 선택하시면, 귀하의 요청이 접수된 달의 마지막 날에 가입이 종료됩니다. 귀하께서 자격을 유지하는 한, Medicare 와 Medi-Cal 프로그램에는 계속 가입되어 있습니다.

저희 플랜을 탈퇴하면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다:

- **섹션 F2**의 도표에 있는 Medicare 옵션을 참조.
- **섹션 F2**의 도표에 있는 Medi-Cal 옵션을 참조.

### B1. CalOptima Health OneCare Complete 에 대한 정보

- CalOptima Health OneCare Complete 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.



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan**  
**2027 년 연례 변경 사항 통지문**

**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 이 혜택과 비용 변경 사항이 귀하에게 적합한지 반드시 검토하십시오.
  - 저희 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 D1**을 참조하십시오.
- **처방약 보장 사항에 귀하에게 영향을 미칠 수도 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
  - 귀하의 약물이 보장됩니까? 다른 비용 분담 등급이 변경되었습니까? 동일한 약국을 계속 이용하실 수 있습니까? 사전 승인, 단계 치료 또는 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 D2**를 참조하십시오.
- **귀하의 의료 제공자와 약국이 내년에도 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.**
  - 귀문의를 포함하여, 귀하의 의사들이 저희 네트워크에 속해 있습니까? 이용하시는 약국은 어떻습니까? 이용하시는 병원이나 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
  - **섹션 C**에서 *의료 제공자 및 약국 목록*에 대한 정보를 찾아보십시오.
- **플랜의 전체 비용을 생각해 보십시오.**
  - 총 부담금은 다른 혜택 옵션과 비교하여 어떻습니까?
- **저희의 플랜이 만족스러운지 생각해 보십시오.**

| 만약 CalOptima Health OneCare Complete<br>를 계속 이용하기로 결정하시면:                                | 플랜을 변경하기로 결정하실 경우:                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 내년에도 저희 플랜을 유지하신다면, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 아무것도 변경하지 않으시면, 자동적으로 저희 플랜의 가입 상태를 유지하시게 됩니다. | 다른 보장이 귀하의 필요에 더 부합한다고 결정하시면 다른 플랜으로 변경하실 수도 있습니다 (자세한 정보는 <b>섹션 F2</b> 를 참조하십시오). 새로운 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우, 귀하의 새로운 보장은 다음 달의 첫 날부터 적용됩니다. |



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)를 방문하십시오.**

### C. 네트워크 의료 제공자 및 약국에 대한 변경 사항

2027년 의료 제공자 및 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다.

**2027년 의료 제공자 및 약국 목록을 검토**하여 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 연락하여 최신 제공자 정보를 확인하거나 **의료 제공자 및 약국 목록**을 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

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



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan**  
**2027 년 연례 변경 사항 통지문**

**D. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항**

**D1. 의료 서비스 혜택 변경 사항**

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

|                                                                                                               | 2026 년 (올해)                                                                                                      | 2027 년 (내년)                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>치과 서비스: 스케일링</b>                                                                                           | 예방 스케일링은 보장되지 않습니다.                                                                                              | 연 1회의 예방 스케일링을 받을 수 있습니다.                                                                                                                |
| <b>치과 서비스: 구강 검진</b>                                                                                          | 연 1회의 구강 검사를 받을 수 있습니다.                                                                                          | 연 2회의 구강 검사를 받을 수 있습니다.                                                                                                                  |
| <b>향상된 약물 혜택</b>                                                                                              | 발기부전 치료제는 월 6정(제네릭)을 보장합니다.                                                                                      | 발기부전 치료제는 보장되지 않습니다.                                                                                                                     |
| <b>외래 약물 남용 치료를 위한 그룹 세션</b>                                                                                  | 사전 승인을 필요로 하지 않습니다.                                                                                              | 사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.                                                                                                                    |
| <b>정신과 서비스를 위한 그룹 세션</b>                                                                                      | 사전 승인을 필요로 하지 않습니다.                                                                                              | 사전 승인 규칙이 적용될 수 있습니다.                                                                                                                    |
| <b>가정 지원 서비스(In-Home Support Services)</b>                                                                    | Papa를 통해 연간 최대 90시간의 가정 내 지원을 받을 수 있습니다.<br>의뢰 규칙이 적용될 수 있습니다.                                                   | Papa를 통해 연간 최대 90시간의 가정 내 지원을 받을 수 있습니다.<br>의뢰를 필요로 하지 않습니다.                                                                             |
| <b>OneCare 플렉스 카드:</b><br>• 오버 더 카운터(처방전 없이 구입 가능한 약, OTC)<br><br><b>SSBCI 자격을 충족하는 경우:</b><br>• 건강 식료품 및 농산물 | 분기마다 다음을 위해 \$167을 사용할 수 있습니다<br>• OTC<br>• 건강 식료품 및 농산물 (SSBCI)                                                 | 분기마다 다음을 위해 \$170을 사용할 수 있습니다<br>• OTC<br>• 건강 식료품 및 농산물 (SSBCI)                                                                         |
| <b>비의료 교통편</b>                                                                                                | 의학적으로 필요한 보장 서비스에 대해 플랜에서 승인한 장소까지 무제한 교통편이 제공됩니다.<br><br>보장에는 헬스장 왕복 무제한 교통편도 포함됩니다. 이용 가능 거리는 10마일 반경으로 제한됩니다. | 의학적으로 필요한 보장 서비스에 대해 플랜에서 승인한 장소까지 무제한 교통편이 제공됩니다.<br><br>SSBCI 자격을 충족하는 경우, 식료품점과 헬스장까지 편도 300 회의 이동도 포함됩니다. 이용 가능 거리는 10마일 반경으로 제한됩니다. |



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

## D2. 처방약 혜택에 대한 변경 사항

### 약물 목록에 대한 변경 사항

이 **보장된 약물 목록**은 포뮬러리 또는 **약물 목록**이라고도 합니다. **약물 목록** 사본은 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)에 온라인으로 게시되어 있습니다.

저희 **약물 목록**은 약물 제거 또는 추가, 보장 약물 변경, 특정 약물 보장에 적용되는 제한 사항 변경, 혹은 비용 부담 등급 변경 등을 포함하여 수정되었습니다.

내년에 귀하의 약물이 보장되는지, 그리고 어떤 제한이 있는지 또는 약물이 다른 비용 부담 등급으로 이동되었는지 확인하기 위해 **약물 목록**을 검토하십시오.

**약물 목록**의 대부분의 변경 사항은 매년 초에 새로 적용됩니다. 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, 저희는 변경 사항에 대한 안내를 보내드립니다.

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

- 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 의료 제공자가 귀하에게 효과적인 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.
- 저희에게 약물의 임시 공급을 받을 수 있는지 문의하십시오.
  - 일부 상황에서는 해당 연도 첫 90 일 간 **임시**로 약물을 제공하기도 합니다.
  - 이러한 임시 공급은 최대 30 일 동안 제공됩니다. (임시 공급 요청 기간과 요청 방법에 대해 자세히 알아보려면 **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 달력 연도에 대해 승인되며 12월 31일에 만료됩니다. 현재 포뮬러리 예외를 가지고 계신 경우, 내년에 새로운 예외를 신청해야 하실 수도 있습니다. 새로운 예외 요청이 필요한지 알아보려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이)는 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이)는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 공휴일 또는 업무 시간 외에 접수된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 회신해 드립니다. 통화는 무료입니다.



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이)는 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이)는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan**  
**2027 년 연례 변경 사항 통지문**

**약물 비용 변경 사항**

몇 가지 약물들은 **약물 목록에서 더 높거나 낮은 구간으로 옮겨졌습니다**. 귀하의 약물에 구간 이동이 발생한 경우 귀하의 공동부담금에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 약물이 다른 구간에 속하는지 알아보려면 **약물 목록에서 해당 약물을 찾으십시오**

다음 표는 저희의 2 개 약물 구간 각각에 대한 귀하의 비용을 보여줍니다.

|                                                                      | 2026 년 (올해)                                                     | 2027 년 (내년)                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>1 구간 의약품</b><br>(제네릭 약물)<br><br>네트워크 약국에서 조제한 1 구간 약물의 한 달 복용분 비용 | 한 달(30일) 분량에 대한 귀하의 본인 부담금은 <b>\$0</b> 입니다.                     | 브랜드 및 제네릭을 포함한 모든 보장 약물에 대한 한 달(30일) 분량의 본인 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. |
| <b>2 구간 약물</b><br>(브랜드 약물)<br><br>네트워크 약국에서 조제한 2 구간 약물의 한 달 복용분 비용  | 한 달(30일) 분량에 대한 귀하의 본인 부담금은 <b>\$0, \$4.90, 또는 \$12.65</b> 입니다. | 브랜드 및 제네릭을 포함한 모든 보장 약물에 대한 한 달(30일) 분량의 본인 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. |



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

**CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan**  
**2027 년 연례 변경 사항 통지문**

**E. 행정 변경 사항**

귀하의 보장과 관련되지 않은 일부 변경 사항을 시행하고 있습니다.

|                           | 2026 년 (올해)                                                                                     | 2027 년 (내년)                                                                                                                                     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medi-Cal 자격</b>        | Medi-Cal 자격을 상실했지만 6개월 이내에 회복할 수 있을 것으로 예상되는 경우, 여전히 CalOptima Health OneCare 의 자격을 유지할 수 있습니다. | Medi-Cal 자격을 상실했지만 3개월 이내에 회복할 수 있을 것으로 예상되는 경우, 여전히 CalOptima Health OneCare 의 자격을 유지할 수 있습니다.                                                 |
| <b>피트니스 혜택</b>            | 피트니스 혜택은 Silver&Fit을 통해 제공됩니다.                                                                  | 피트니스 혜택은 One Pass를 통해 제공됩니다.                                                                                                                    |
| <b>SSBCI를 위한 만성 질환 기준</b> | SSBCI 자격은 심장병, 당뇨병, 암, 폐 질환 또는 치매와 같은 만성 질환을 보유하는 것을 포함합니다.                                     | SSBCI 자격은 심장병, 당뇨병, 암, 폐 질환 또는 치매뿐만 아니라 만성 고혈압 및 만성 고콜레스테롤혈증을 보유하는 것을 포함합니다.                                                                    |
| <b>고객 서비스 운영 시간</b>       | 주 7일, 24시간                                                                                      | (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 공휴일 또는 업무 시간 외에 접수된 메시지는 영업일 기준 1일 이내에 회신해 드립니다. |



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

## F. 플랜 선택하기

### F1. 저희 플랜 유지

내년에도 저희의 회원으로 남아 주시기를 바랍니다. 저희 플랜 유지를 원하시는 경우, 아무것도 하실 필요가 없습니다. 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하지 않는 한, 2027년까지 자동으로 플랜 회원으로 유지됩니다.

### F2. 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 가입은 다음 달 1일부터 시작됩니다.
- Medi-Cal을 보유하고 있기 때문에, 연중 어느 달이라도 저희 플랜 가입을 종료할 수 있는 몇 가지 선택권이 있습니다.

가입 변경 자격이 되는 다른 상황들이 있을 수 있습니다. 예로 다음의 경우:

- 서비스 제공 지역 외부로 이사하는 경우
- 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 Medicare 로 변경할 수 있습니다.

## Medicare 서비스

아래 나열된 Medicare 서비스를 연중 어느 달이든 받을 수 있는 세 가지 선택권이 있습니다. **공개 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 등 특정 기간 동안 또는 **섹션 F2**에 설명된 기타 상황에서는 아래에 나열된 추가 선택권이 제공됩니다. 다음 옵션 중 하나를 선택하시면 자동으로 저희 플랜 가입이 종료됩니다.



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
2027 년 연례 변경 사항 통지문

1. 다음으로 변경하실 수 있습니다:

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

**참고:** Medi-Medi 플랜이라는 용어는 캘리포니아에서 통합 이중 적격 특별 요구 플랜 (integrated dual eligible special needs plans, D-SNP)을 일컫는 이름입니다.

다음과 같이 하십시오:

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

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

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 5시까지 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/) 을 방문하십시오.

또는

새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오.

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



질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
2027 년 연례 변경 사항 통지문

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2. 다음으로 변경하실 수 있습니다:</b></p> <p>별도의 <b>Medicare</b> 처방약 플랜이 있는 <b>Original Medicare</b> 플랜</p> | <p><b>다음과 같이 하십시오:</b></p> <p>Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> 을 방문하십시오.</li></ul> <p><b>또는</b></p> <p>새 Medicare 처방약 플랜에 가입</p> <p>Original Medicare 플랜 혜택이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴됩니다.</p> <p>변경을 요청하지 않는 한 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
2027 년 연례 변경 사항 통지문

**3. 다음으로 변경하실 수 있습니다:**

유효한 탈퇴 사유가 있는 경우, 별도의 **Medicare** 약물 플랜 없이 **Original Medicare**를 선택

**참고:** Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 약물 플랜에 가입하지 않은 경우, Medicare에 가입을 원지 않는다고 알리지 않는한 Medicare는 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 5시까지 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://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 5시까지 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 [www.aging.ca.gov/Programs\\_and\\_Services/Medicare\\_Counseling/](http://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 있으시면,** CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan  
2027 년 연례 변경 사항 통지문

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>4. 다음으로 변경하실 수 있습니다:</b></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><b>다음과 같이 하십시오:</b></p> <p>Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.</p> <p>노인 종합 관리 프로그램 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) 관련 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요하신 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 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 5시까지 전화하십시오. 자세한 정보 또는 가까운 HICAP 사무실을 위해 <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a> 을 방문하십시오.</li></ul> <p><b>또는</b></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 저희 플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스 이용 방법에 대한 문의는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 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 있으시면,** CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**

## G. 도움 받기

### G1. 저희 플랜

저희는 귀하의 모든 질문에 대한 지원해 드립니다. 페이지 하단에 있는 고객 서비스 번호로 운영 요일 및 시간에 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다.

#### 회원 안내서 읽어보기

회원 안내서는 플랜 혜택에 관한 상세한 법적 설명서입니다. 2027년 혜택과 비용에 대한 세부 정보가 포함되어 있습니다. 귀하의 권리와 서비스 및 처방약을 보장 받기 위해 지켜야 할 사항들이 설명되어 있습니다.

2027년 회원 안내서는 10월 15일부터 제공됩니다. 최신 회원 안내서는 저희 웹사이트 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 에서 보실 수 있습니다. 또한 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스에 전화하여 2026년 회원 안내서를 확인하거나 우편으로 보내달라고 요청할 수도 있습니다.

#### 저희 웹사이트

저희 웹사이트 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)를 방문하실 수 있습니다. 저희 의료 제공자 및 약국 네트워크 (의료 제공자 및 약국 목록)와 약물 목록(보장되는 약물 목록)에 대한 최신 정보는 저희 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다.

### G2. 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/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/) 을 방문하십시오.

### G3. 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 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

# CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 2027 년 연례 변경 사항 통지문

## G4. Medicare

Medicare에서 직접 정보를 받으려면:

- 주 7일, 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화하십시오.TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- [www.Medicare.gov/talk-to-someone](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone) 에서 실시간 채팅
- Medicare 서면 주소는 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 입니다.

## Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트 ([www.medicare.gov](http://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](http://www.medicare.gov) 에서 “Find plans”(플랜 찾기)를 클릭하십시오.)

## Medicare & You 2027

Medicare & You 2027 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](http://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 1-877-486-2048로 전화하십시오.

## PRA 공개서

1995년 문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시되어 있는 경우를 제외하고 어떠한 사람도 정보 수집에 응답할 필요는 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-1444입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안이 있으시면 다음 주소로 보내 주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**질문이 있으시면**, CalOptima Health OneCare Complete고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~ 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일~ 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.**



CalOptima Health, A Public Agency  
505 City Parkway West, Orange, CA 92868  
[caloptima.org/OneCare](http://caloptima.org/OneCare)

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 (10월 1일부터 3월 31일사이) 주 7일, 오전 8시~오후 8시사이 그리고 (4월 1일부터 9월 30일사이) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시사이 연락해 주십시오. 저희 웹사이트 [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.