

Health Net Community Solutions, Inc.에서 제공하는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

2024년 변경 사항 연간 공지

귀하는 현재 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 가입되어 있습니다. 내년에는 이 플랜의 비용과 혜택에 몇 가지 변경이 있을 예정입니다. **보험료를 포함한 중요 비용 요약은 4페이지를 참조해 주십시오.**

이 문서에는 귀하의 플랜에 대한 변경 사항이 설명되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사의 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서 **보장 범위 증명서**를 검토해 주십시오. 또한 가입자 서비스부에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 보내줄 것을 요청하실 수도 있습니다.

취해야 할 조치

1. 문의하기: 본인에게 해당하는 변경 사항

- ☐ 혜택과 비용에 적용되는 변동 사항을 살펴보고 자신에게 해당되는지 확인하십시오.
 - 의료 비용(의사, 병원)에 대한 변경 사항을 검토하십시오.
 - 승인 요구 사항 및 비용을 포함한 의약품 보장에 대한 변경 사항을 검토하십시오.
 - 보험료, 공제액 및 비용 분담에 어느 정도의 비용을 지출할지 생각해 보십시오.
- ☐ 2024년 “의약품 목록”의 변경 사항을 참조하여 현재 복용 중인 의약품이 계속 보장되는지 확인하십시오.
- ☐ 담당 주치의, 전문의, 병원 및 기타 의료 제공자(약국 포함)가 내년에 당사 네트워크에 소속되는지 확인하십시오.
- ☐ 당사의 플랜에 만족하시는지에 대해 생각해 보십시오.

2. 비교하기: 기타 플랜 선택 항목에 대해 알아보기

- ☐ 해당 지역의 플랜 보장과 비용에 대해 확인하십시오. 당사의 웹사이트 www.medicare.gov/plan-compare에서 Medicare 플랜 찾기를 사용하거나 *Medicare & You 2024* 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오.
- ☐ 선호하는 플랜으로 검색 범위를 좁혔으면 해당 플랜의 웹사이트에서 비용과 보장 범위를 확인하십시오.

3. 선택하기: 플랜 변경 여부 결정하기

- 2023년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으면 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 계속 유지하시게 됩니다.
- **다른 플랜으로 변경**하려면 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 전환하실 수 있습니다. 새 보장은 **2024년 1월 1일**부터 시작됩니다. 그러면 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에서 탈퇴됩니다.
- 가입자의 선택 항목에 대한 자세한 내용은 섹션 4, 18페이지를 참조해 주십시오.
- 가입자께서 최근에 전문간호시설이나 장기요양 병원과 같은 기관에 들어갈 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 기관에서 최근에 나왔을 경우 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부에 관계없이)로 전환할 수 있습니다.

기타 정보 자료

- 이 문서는 스페인어, 중국어, 한국어, 베트남어, 아랍어 및 페르시아어로 무료로 이용하실 수 있습니다.
- 추가 정보를 원할 경우 저희 가입자 서비스부에 전화번호 1-800-431-9007번으로 문의해 주십시오(TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오). 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다.
- 저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 오디오, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- **이 플랜에서 제공하는 보장은 적격 건강 보장(QHC)의 자격을 갖추었으며** 환자 보호 및 의료비 합리화법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 자세한 내용은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트, www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문해 주십시오.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 소개

- Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며 승인된 Part D 제공자입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- 이 문서에서 “당사” 또는 “당사” 라고 언급할 때 이는 Health Net Community Solutions, Inc.를 의미합니다. “플랜” 또는 “당사 플랜” 이라고 언급할 때는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 의미합니다.

H3561_009_H0562_129_2024_CA_ANOC_DSNP_126450K_M

2024년 변경 사항 연간 공지 목차

2024년 중요 비용 요약	4
섹션 1 다른 플랜을 선택하지 않을 경우, 2024년에 자동으로 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에 가입됩니다.....	5
섹션 2 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항	5
섹션 2.1 – 월 보험료의 변경 사항.....	5
섹션 2.2 – 가입자 부담 최대 한도액의 변경 사항.....	5
섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크에 대한 변경 사항.....	6
섹션 2.4 – 혜택 및 의료 서비스 비용 변경 사항.....	6
섹션 2.5 – Part D 처방약 보장에 대한 변경 사항	14
섹션 3 행정적 변경 사항.....	16
섹션 4 선택할 플랜의 종류 결정하기.....	17
섹션 4.1 – Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 계속 이용하려는 경우.....	17
섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우.....	18
섹션 5 플랜 변경.....	18
섹션 6 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램.....	19
섹션 7 처방약 비용 지불에 도움이 되는 프로그램.....	19
섹션 8 질문이 있으십니까?	20
섹션 8.1 – Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 통해 도움 받기	20
섹션 8.2 – Medicare로부터 도움 받기	21
섹션 8.3 – Medicaid로부터 도움 받기	21

2024년 중요 비용 요약

아래 표는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)의 2023년 비용과 2024년 비용의 몇 가지 중요한 사항을 비교한 것입니다. 이러한 내용은 비용을 요약한 것에 불과하다는 점에 유의해 주십시오.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 2.1을 참조하십시오.	\$0	\$0
의사 진료실 방문	주치의(PCP) 방문: 방문당 코페이먼트 \$0 전문의 방문: 방문당 코페이먼트 \$0	주치의(PCP) 방문: 방문당 코페이먼트 \$0 전문의 방문: 방문당 코페이먼트 \$0
입원 치료	보장되는 입원에 대해 입원 1 회당: 보장되는 병원 입원당 코페이먼트 \$0.	보장되는 입원에 대해 입원 1 회당: 보장되는 병원 입원당 코페이먼트 \$0.
Part D 처방약 보장 (자세한 내용은 섹션 2.5를 참조하십시오.)	공제액: \$0 초기 보장 단계의 코페이먼트: 보장되는 모든 Part D 약에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 고액 보장 단계: 이 지불 단계에서는 보장되는 Part D 약에 대해 플랜이 전체 비용을 납부합니다. 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.	공제액: \$0 초기 보장 단계의 코페이먼트: 보장되는 모든 Part D 약에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 고액 보장 단계: 이 지불 단계에서는 보장되는 Part D 약에 대해 플랜이 전체 비용을 납부합니다. 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.
가입자 부담 최대한도액 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 가입자가 본인부담금으로 지불하는 <u>최대</u> 금액을 말합니다 (자세한 내용은 섹션 2.2를 참조하십시오).	\$8,300 귀하는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.	\$8,850 귀하는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

섹션 1 다른 플랜을 선택하지 않을 경우, 2024년에 자동으로 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에 가입됩니다.

2024년 1월 1일, Health Net Community Solutions, Inc.는 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)와 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 중 하나를 결합할 예정입니다. 이 문서에 담긴 정보는 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에서 귀하가 현재 받고 계신 혜택과 2024년 1월 1일자로 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입자로서 받게 될 혜택의 차이점에 관해 설명하고 있습니다.

2023년에 아무런 조치를 취하지 않으시면 당사의 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에 자동 가입됩니다. 이는 2024년 1월 1일부터 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 통해 병원 보장과 처방약 보장을 받게 됨을 의미합니다. 플랜을 바꾸거나 Original Medicare로 변경하고 처방약 플랜을 통해 처방약 보장을 받고자 하는 경우 10월 15일부터 12월 7일 사이에 그렇게 해야 합니다. 변경 사항은 2024년 1월 1일에 적용됩니다.

섹션 2 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 2.1 – 월 보험료의 변경 사항

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
월 보험료 (또한 Medicaid에서 귀하를 대신해 납부하는 것이 아니라면, 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.)	\$0	\$0

섹션 2.2 – 가입자 부담 최대한도액의 변경 사항

Medicare는 모든 건강 플랜에 한 해 동안 본인부담금으로 지불해야 하는 금액의 한도를 정하고 있습니다. 이 한도액이 가입자 부담 최대한도액입니다. 이 한도 금액에 도달하면 일반적으로 가입자는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대해 해당 연도의 나머지 기간 동안 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
가입자 부담 최대한도액 당사의 가입자가 Medicaid로부터도 지원을 받기 때문에 본인부담금 최대 한도액에 도달하는 가입자는 극소수입니다. 귀하는 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다. 보장받는 의료 서비스에 대한 가입자의 비용(예: 코페이먼트)은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다. 가입자의 처방약에 대한 비용은 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다.	\$8,300	\$8,850 Part A 및 Part B 보장을 받는 서비스에 대해 가입자가 본인부담금 \$8,850를 지불한 경우, 가입자는 해당 년도의 나머지 기간 동안 보장되는 Part A 및 Part B 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크에 대한 변경 사항

업데이트된 명부는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에 나와 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 업데이트된 의료 제공자 및/또는 약국 정보를 요청하실 수도 있으며, 또는 저희에게 명부를 우편으로 보내 달라고 요청하시면 3영업일 이내에 우편을 보내드립니다.

내년에는 당사의 제공자 네트워크에 변경 사항이 발생합니다. **2024년 의료 제공자 및 약국 명부를 검토하여 가입자의 의료 제공자(주치의(PCP), 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 소속되어 있는지 확인해 주십시오.**

내년의 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다. **네트워크에 어느 약국이 있는지 확인하려면 2024년 의료 제공자 및 약국 명부를 검토해 주십시오.**

연중 상시 플랜 소속의 병원, 의사, 전문의(의료 제공자) 및 약국은 변경될 수 있음에 유의해 주십시오. 연중 당사 의료 제공자 변경이 귀하께 영향을 줄 경우 도움을 드릴 수 있도록 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

섹션 2.4 – 혜택 및 의료 서비스 비용 변경 사항

변경 사항 연간 공지는 가입자의 Medicare 혜택과 비용에 대한 변경 사항에 대해 설명한다는 점을 유의해 주십시오.

내년 특정 의료 서비스에 대한 비용 및 혜택을 변경할 예정입니다. 아래의 정보는 이러한 변경 사항을 나타냅니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
사전 승인	사전 승인 요건에 변경이 있는 네트워크 소속 혜택은 다음과 같습니다.	
	외래 병원 관찰은 사전 승인이 필요할 수 있습니다.	외래 병원 관찰은 사전 승인이 필요하지 <u>않습니다</u>.
진료 의뢰	진료 의뢰 요건에 변경이 있는 네트워크 소속 혜택은 다음과 같습니다.	
	- 일반 침술에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 심장 및 폐 재활 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 지압요법 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 보청기에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 청력 검사에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 가정 간호에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 입원환자 진료에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 안경류에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 외래 수술(병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) - 외래 병원 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 진단 방사선 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 치료 방사선 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 엑스레이 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. - 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 기타 의료 전문가에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	- 일반 침술에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 심장 및 폐 재활 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 지압요법 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 보청기에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 청력 검사에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 가정 간호에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 입원환자 진료에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 안경류에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 외래 수술(병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) - 외래 병원 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 진단 방사선 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 치료 방사선 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 엑스레이 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. - 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 기타 의료 전문가에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
	• Medicare 보장 바륨 관장제에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 당뇨병 자가 관리 교육에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • Medicare 보장 디지털 직장 검사에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • Medicare 보장 환영 방문 후속 EKG에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 녹내장 선별검사에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 기타 Medicare 보장 예방 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 - 외래 혈액 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • PT 및 언어 병리학 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 외래 재활 서비스 - 작업 치료에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 외래 수술(병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) - 통원 수술 센터에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 의사/개업의 서비스 (의사 진료실 방문 포함) - 전문의에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	• Medicare 보장 바륨 관장제에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 당뇨병 자가 관리 교육에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • Medicare 보장 디지털 직장 검사에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • Medicare 보장 환영 방문 후속 EKG에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 녹내장 선별검사에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 기타 Medicare 보장 예방 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 - 외래 혈액 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • PT 및 언어 병리학 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 외래 재활 서비스 - 작업 치료에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 외래 수술(병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스 포함) - 통원 수술 센터에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
	• 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 추가 원격의료 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 족부 치료 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 눈 검사에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 신장병 및 신장 질환 치료를 위한 서비스 - 투석 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 신장병 및 신장 질환 치료를 위한 서비스 - 신장병 교육 서비스에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. • 감독 하의 운동 치료(SET)에는 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	• 의사/개업의 서비스 (의사 진료실 방문 포함) - 전문의에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 의사/개업의 서비스(의사 진료실 방문 포함) - 추가 원격의료 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 족부 치료 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 눈 검사에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 신장질환 치료를 위한 서비스(투석 서비스 포함)에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 신장병 및 신장 질환 치료를 위한 서비스 - 신장병 교육 서비스에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>. • 감독 하의 운동 치료(SET)에는 진료 의뢰가 필요하지 <u>않습니다</u>.
응급 치료 - 전 세계 응급 치료 보장	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95를 납부합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u>.	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100를 납부합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u>.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
Healthy Foods Card Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.	참가 소매점에서 적격 식료품 제품을 구매할 수 있도록 매월 \$50의 보조금이 지급됩니다. 이 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다.	Healthy Foods Card는 이제 Wellcare Spendables™에서 보장됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오.
식사 - 만성 질병(제한 및 예외사항이 적용됨)	가입자는 만성 질병 식사에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 최대 28일까지 하루 최대 3끼, 1달 최대 84끼의 식사가 보장됩니다. 최대 3개월 동안 혜택을 받을 수 있습니다.	식사 혜택 - 만성 질병은 보장되지 <u>않습니다</u>.
외래 정신 건강 관리 - 비정신의학 서비스 - 그룹 세션	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 슬픔, 결혼과 관계, 갈등 해소 및 삶의 변화에 대한 대처 방식 관련 상담 서비스는 보장되지 <u>않습니다</u>.	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 슬픔, 결혼과 관계, 갈등 해소 및 삶의 변화에 대한 대처 방식 관련 상담 서비스는 보장됩니다.
외래 정신 건강 관리 - 비정신의학 서비스 - 개별 세션	Medicare에서 보장하는 개별 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 슬픔, 결혼과 관계, 갈등 해소 및 삶의 변화에 대한 대처 방식 관련 상담 서비스는 보장되지 <u>않습니다</u>.	Medicare에서 보장하는 개별 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 슬픔, 결혼과 관계, 갈등 해소 및 삶의 변화에 대한 대처 방식 관련 상담 서비스는 보장됩니다.
비처방 혜택	가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 가입자는 우편 주문 또는 참여 소매 약국을 통해 적격 한 비처방(OTC) 제품에 지출한 금액에 대해 분기마다 \$260를 수령합니다. 이 혜택은 다음 기간으로 이어지지 <u>않습니다</u>.	이제 비처방 품목은 Wellcare Spendables™에서 보장되지 <u>않습니다</u>. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
만성 질환에 대한 특별 보완 혜택 (SSBCI) - 유틸리티 지원 언급된 혜택은 만성 질환자에 대한 특별 보충 혜택의 일부일 수 있습니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 다음 플랜 혜택에 대한 자격 지침을 충족해야 합니다.	유틸리티 지원: 가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우, 플랜은 가입자 가정의 유틸리티 이용 요금을 보장하기 위해 매월 \$75의 한도로 선불 Visa 직불 카드를 제공합니다. 사용하지 않은 유틸리티 지원 혜택 금액은 매월 말에 만료됩니다. 이 혜택에 대해 승인된 유틸리티 서비스는 다음과 같습니다. - 전기, 가스, 위생 및 수도 유틸리티 - 유선 전화 서비스 - 케이블 TV 서비스 - 특정 석유 비용	유틸리티 지원은 SSBCI에서 보장되지 <u>않습니다</u>. 당사의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램(VBID)에 참여하므로, 이제 Wellcare Spendables™에 따라 유틸리티 지원이 보장됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오. 혜택을 받기 위해 가입자가 자격 및 참여 지침을 충족하지 않아도 됩니다.
비용급 상황에서의 의료 교통편	귀하는 매년 당사 서비스 지역 내에서 48회의 편도 비용급 이동에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 이동은 편도당 75마일로 제한됩니다. 정기적인 진료의 경우, 최대 1개월 및 최소 3일 전에 미리 전화하십시오. 당일 이동은 이용 가능 여부에 따라 달라집니다. 이동은 택시, 밴 또는 승차 공유 서비스를 사용하여 의료 서비스 제공 장소로 이동하는 편도 수송으로 간주됩니다.	귀하는 매년 당사 서비스 지역 내에서 24회의 편도 비용급 이동에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다. 이동은 편도당 75마일 및 일일 편도 최대 4회로 제한됩니다. 정기적인 진료의 경우, 최대 1개월 및 최소 3일 전에 미리 전화하십시오. 당일 이동은 이용 가능 여부에 따라 달라집니다. 이동은 택시, 밴 또는 승차 공유 서비스를 사용하여 의료 서비스 제공 장소로 이동하는 편도 수송으로 간주됩니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
긴급하게 필요한 서비스 – 전 세계 긴급 진료 서비스	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95를 납부합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다.</u>	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100를 납부합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다.</u>
안과 진료 – 추가적인 일상 안경류	모든 추가적인 안경류에 대한 매년 최대 \$400의 총 크레딧	모든 추가적인 안경류에 대한 매년 최대 \$300의 총 크레딧
Wellcare Spendables™	Wellcare Spendables™ 카드는 보장되지 <u>않습니다.</u>	가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 아래에 설명된 혜택에 사용할 수 있는 월 \$75 의 보조금을 지급받습니다. 보조금은 매월 초에 Wellcare Spendables™ 카드에 자동으로 충전됩니다. 사용하지 않은 모든 보조금은 다음 달로 이월되고 매년 말에 만료됩니다. 최대 혜택은 연간 \$900입니다. 카드의 최대 잔액을 초과하지 않는 경우 필요에 맞게 이 카드의 금액을 다음 중 하나에 사용할 수 있습니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
		비처방(OTC) 품목 플랜이 승인한 비처방 품목에 Wellcare Spendables™ 카드를 사용할 수 있습니다. 가정 배송을 위해 온라인 또는 모바일 앱을 통해 참여 소매점에서 카드를 사용할 수 있습니다. Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 다음 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다. 귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다. 회발유(주유기에서 결제) Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 주유기에서 직접 회발유 요금을 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 회발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다. 건강 식품 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하면 참여 소매점에서 승인된 건강 및 영양 식품과 농작물을 결제할 수 있습니다. 준비된 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다. 이 보조금은 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다.

비용	2023년(올해)	2024년(내년)
		승인된 품목: • 육류와 가금류 • 과일과 채소 • 영양 음료 • 기타 내용 유틸리티 지원 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 다음과 같은 플랜이 승인한 가정용 유틸리티에 대한 요금을 지불할 수 있습니다. • 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 • 유선 및 휴대 전화 서비스 • 인터넷 서비스 • 케이블 TV(스트리밍 서비스 제외) • 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 임대 지원 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 집 임대 비용을 지원할 수 있습니다.

섹션 2.5 – Part D 처방약 보장에 대한 변경 사항

“의약품 목록”에 관계된 변경 사항

당사의 보장 의약품 목록은 처방규정 또는 "의약품 목록"이라고 합니다. 당사의 “의약품 목록” 사본은 전자적으로 제공됩니다.

당사가 “의약품 목록”을 변경하며 의약품 목록에 의약품 제거 또는 추가가 포함될 수 있어, 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항을 변경하거나 다른 비용 분담 범주로 이동시킬 수 있습니다.

내년에 보장되는 의약품과 어떤 제한사항이 적용될지 또는 귀하의 의약품이 다른 비용 분담 범주로 이동했는지 확인하려면 “의약품 목록”을 검토하십시오.

“의약품 목록”의 대부분의 변경 사항은 매년 초에 새로 변경된 사항입니다. 하지만 Medicare 규칙으로 허용된 변경사항이 연중 있을 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 FDA가 안전하지 않은 것으로 간주하거나 제품 제조사에서 판매를 중단한 의약품을 즉시 제거할 수도 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 온라인 “의약품 목록”을 갱신합니다.

올해 초 또는 연중 의약품 보장의 변화에 영향을 받는 경우, 보장 범위 증명서 9장을 검토하고 담당 의사와 상담하여 임시 공급분 요청, 예외 처리 요청 및/또는 새 의약품 찾기 등과 같은 옵션을 확인해 주십시오. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하셔도 됩니다.

처방약 비용 변경 사항

약 비용 지불 단계에는 4가지가 있습니다. 아래 정보는 첫 두 단계인 연간 공제액 단계와 초기 보장 단계로의 변경 사항을 보여줍니다 (대부분의 가입자는 나머지 두 단계인 보장 공백 단계나 고액 보장 단계에 도달하지 않습니다).

공제액 단계에 대한 변경 사항

단계	2023년(올해)	2024년(내년)
1단계: 연간 공제액 단계	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 지불 단계는 귀하께 적용되지 않습니다.	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 지불 단계는 귀하께 적용되지 않습니다.

초기 보장 단계에서 가입자의 비용 분담에 대한 변경 사항

단계	2023년(올해)	2024년(내년)
2단계: 초기 보장 단계 이 단계 동안 플랜은 의약품 비용의 당사 부담금을 부담하고 귀하는 비용의 귀하 부담금을 납부합니다. 이 행의 비용은 표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제할 때 1개월(30일) 공급분에 대한 것입니다. 장기 공급분 또는 우편 주문 처방약 비용에 대한 정보는 보장 범위 증명서 6장 을 참조하십시오. 대부분의 성인 Part D 백신 비용은 무료입니다.	표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 1개월 분량 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 비용: 보장되는 모든 Part D 약에 대해 처방당 코페이먼트 \$0를 납부합니다. _____ 약 비용 총액이 \$4,660에 도달하면, 다음 단계로 진행합니다(보장 공백 단계).	표준 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 1개월 분량 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 비용: 보장되는 모든 Part D 약에 대해 처방당 코페이먼트 \$0를 납부합니다. _____ 약 비용 총액이 \$5,030에 도달하면, 다음 단계로 진행합니다(보장 공백 단계).

단계	2023년(올해)	2024년(내년)
Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 더 낮은 코페이먼트/공동보험료를 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다. VBID 혜택에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.		

보장 공백 및 고액 보장 단계에 대한 변경 사항

나머지 두 단계인 보장 공백 단계 및 고액 보장 단계는 약 지출 비용이 많은 분들을 위한 약 보장 단계입니다. 대부분의 가입자는 보장 공백 단계나 고액 보장 단계에 도달하지 않습니다.

2024년부터는 가입자가 고액 보장 단계에 도달하면 보장되는 모든 Part D 약에 대해 아무것도 지불하지 않습니다.

이러한 단계에서의 비용에 대한 특정 정보는 동봉한 보장 범위 증명서 6장 섹션 6 및 7을 참조하십시오.

섹션 3 행정적 변경 사항

아래 행정적 변경 사항 그리드의 정보는 혜택이나 비용 분담에 직접적인 영향을 미치지 않는 연간 플랜의 변경 사항을 반영합니다.

설명	2023년(올해)	2024년(내년)
약 혜택 관리자(PBM) 변경 Wellcare는 약 혜택 관리자(PBM)와 협력하여 약 혜택을 관리합니다. 2024년의 PBM 파트너는 Express Scripts®로 변경됩니다. 가입자는 업데이트된 Wellcare ID 카드를 받게 됩니다. 2024년 1월 1일부터 업데이트된 ID 카드를 사용해 주십시오. 약국에서 가입자의 최신 정보를 확보할 수 있도록 2024년 1월 1일 당일 또는 이후에 처음으로 처방약 조제 시 Wellcare의 새로운 ID 카드를 제시해 주십시오. 약국에서 처방약을 구입할 때 새 ID 카드를 지참하고 있지 않다면, 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻으라고 약국 측에 요청하십시오. 이때 약국이 필요한 정보를 얻지 못하는 경우에는 가입자가 처방약을 받을 때 비용 전액을 납부하고 추후에 환급을 신청해야 할 수도 있습니다.	CVS Caremark	Express Scripts®
귀하의 플랜이 변경됩니다	귀하는 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)의 가입자이며 Health Net Medi-Cal 플랜에 자동으로 배정되었습니다.	귀하는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입자이며 Health Net 또는 다른 회사를 통해 제공되는 별도의 Medi-Cal 플랜을 선택할 것입니다.

섹션 4 선택할 플랜의 종류 결정하기

섹션 4.1 – Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 계속 이용하려는 경우

플랜을 유지하시려는 경우 별다른 조치는 필요하지 않습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않는 경우, 자동으로 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에 가입됩니다.

섹션 4.2 – 플랜을 변경하려는 경우

귀하께서 내년에도 가입하신 플랜을 유지하시길 바라지만, 혹시라도 2024년 플랜 변경을 원하시면 다음의 단계를 따라 주십시오.

1단계: 선택 사항을 알아보고 비교하기

- 다른 종류의 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있으며,
- –또는– Original Medicare로 변경할 수 있습니다. Original Medicare로 변경할 경우 가입자는 Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 여러 유형의 Medicare 플랜에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면 Medicare 플랜 찾기 (www.medicare.gov/plan-compare)를 사용하거나, 2024년도 *Medicare & You* 핸드북을 읽어 보거나, 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 6 참조) 또는 Medicare(섹션 8.2 참조)로 전화하십시오.

2단계: 보장 변경

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경**하려면 새 플랜에 가입하십시오. 그러면 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- **처방약 플랜이 있는 Original Medicare로 변경**하려면 새 의약품 플랜에 가입하십시오. 그러면 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- **처방약 플랜이 없는 Original Medicare로 변경**하려면 가입자는 다음 중 한 가지를 해야 합니다.
 - 당사에 탈퇴 요청서를 보내십시오. 자세한 방법은 가입자 서비스부에 문의하십시오.
 - – 또는 – **Medicare**에 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 **않은** 경우, 자동 가입 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

섹션 5 플랜 변경

내년에 다른 플랜 또는 Original Medicare로 변경하고자 하는 경우에는 **10월 15일부터 12월 7일까지** 변경할 수 있습니다. 변경 사항은 2024년 1월 1일에 적용됩니다.

변경이 가능한 연중 다른 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 시기에도 변경이 가능합니다. 예를 들어, Medicaid 가입자, 의약품 비용을 지원하는 "Extra Help"를 받는 가입자와 직장 보험을 보유하고 있거나 탈퇴 예정인 가입자 그리고 서비스 지역에서 외부로 이사하는 가입자가 이러한 상황에 해당합니다.

귀하는 California Medi-Cal (Medicaid)에 가입되어 있으므로, 다음의 각 **특별 등록 기간**에 저희 플랜에서 탈퇴하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

2024년 1월 1일부터 Medicare Advantage 플랜에 가입한 경우 그리고 자신의 플랜 선택이 마음에 들지 않는 경우, 2024년 1월 1일에서 3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부에 관계없이) 또는 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부에 관계없이)으로 전환할 수 있습니다.

가입자께서 최근에 (전문간호시설이나 장기요양 병원과 같은) 기관에 들어갈 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 기관에서 최근에 나왔을 경우 Medicare 보장을 **언제든지** 변경할 수 있습니다. 가입자께서는 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부에 관계없이)으로 변경할 수 있거나, 언제든지 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 여부에 관계없이)로 전환할 수 있습니다.

섹션 6 Medicare 및 Medicaid에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 시행되고 있으며 전문 상담원이 주재하고 있는 독립 정부 프로그램입니다. California에서 SHIP은 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 부릅니다.

이는 주 프로그램으로서 연방 정부에서 예산을 받아 Medicare 가입자들에게 **무료** 현지 건강 보험 상담을 제공하고 있습니다. California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)의 상담사는 가입자의 Medicare 관련 질문 또는 문제와 관련하여 도움을 제공합니다. 또한 Medicare 플랜 선택 사항을 파악하는 데 도움을 드리고 플랜 전환에 관한 문의에 답변해 드릴 수 있습니다. California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번(TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오)으로 전화하실 수 있습니다. 가입자는 웹사이트(<https://www.aging.ca.gov/hicap/>)를 방문하여 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문의 사항은 California Medi-Cal (Medicaid)에 1-800-541-5555(TTY 1-800-430-7077)번으로 PT 기준 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 California Medi-Cal (Medicaid) 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

섹션 7 처방약 비용 지불에 도움이 되는 프로그램

귀하는 처방약 비용을 보조 받을 자격이 있을 수 있습니다. 다양한 종류의 지원이 다음과 같이 제공됩니다.

- **Medicare의 "Extra Help".** 귀하는 Medicaid에 가입되어 있으므로 "Extra Help"(저소득층 보조금이라고도 함)에 이미 등록된 것입니다. "Extra Help"는 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험료의 일부를 납부합니다. 적격자이므로 보장 공백이나 등록 지연 벌금이 없습니다.

"Extra Help"에 관한 질문이 있다면 다음 번호로 전화하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 7시까지 대리인으로 문의해 주십시오. 자동 메시지는 연중무휴 24시간 이용할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778번 또는
- 거주하는 주의 Medicaid 사무국(가입 신청 관련)을 이용해 주십시오.
- **귀하가 거주하시는 주의 의약품 지원 프로그램의 지원.** California는 사람들이 재정적인 필요, 나이 또는 의학적 상태에 근거하여 처방약 비용을 지불하도록 돕는 California MediCal Rx Customer Service Center라는 프로그램을 보유하고 있습니다. 이 프로그램에 대해 자세히 알아보시려면 주 건강보험 지원 프로그램에 확인하십시오.
- **HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원.** AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)이란 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 적격 개인이 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 약을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. 개인은 해당 주 거주 및 HIV 상태 증명, 해당 주에서 정한 저소득 그리고 무보험/일부 보험 상태 등의 특정 기준에 부합해야 합니다. ADAP로도 보장되는 Medicare Part D 처방약은 California AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 의약품 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 California AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP)에 1-916-558-1784(TTY 711)번으로 현지 시간 기준 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 전화해 주십시오.

섹션 8 질문이 있으십니까?

섹션 8.1 – Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)를 통해 도움 받기

문의 사항이 있으십니까? 정성껏 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오). 통화 가능 시간의 경우 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.

2024년 보장 범위 증명서를 읽어 보십시오(내년도 혜택과 비용이 자세히 설명되어 있습니다)

이 변경 사항 연간 공지는 2024년도의 가입자 혜택과 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)의 2024년 보장 범위 증명서를 참고하십시오. 보장 범위 증명서는 가입자의 플랜 혜택을 법에 근거해 자세히 기재한 설명문입니다. 귀하가 보장 서비스 및 처방약 구매를 위해 준수해야 할 권리 및 규칙을 설명합니다. 보장 범위 증명서 사본은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에 나와 있습니다. 또한 가입자 서비스부에 전화하여 보장 범위 증명서를 우편으로 보내줄 것을 요청하실 수도 있습니다.

당사 웹사이트를 방문해 주십시오

당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하셔도 됩니다. 다시 한번 말씀드리자면, 당사의 웹사이트는 의료 제공자 네트워크(의료 제공자 및 약국 명부)와 보장 의약품 목록(처방규정/의약품 목록)에 관한 최신 정보를 제공합니다.

섹션 8.2 – Medicare로부터 도움 받기

Medicare를 통해 직접 정보를 얻고자 하는 경우:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오

주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

Medicare 웹사이트를 방문하십시오

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 귀하의 지역 내 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 범위 및 품질 별점 등급에 대한 정보를 확인하실 수 있습니다. 플랜 정보를 확인하시려면 www.medicare.gov/plan-compare를 방문하십시오.

2024년도 'Medicare & You'를 읽어 보십시오

2024년도 'Medicare & You' 핸드북을 읽어 보십시오. 매년 가을 이 문서를 Medicare 가입자에게 우편으로 보내 드립니다. 이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호 장치에 관한 요약에 담고 있으며 Medicare에 관한 가장 자주 묻는 질문에 답하는 내용을 포함합니다. 이 책자가 없으신 경우, Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 받으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 8.3 – Medicaid로부터 도움 받기

Medicaid로부터 정보를 얻으려면 California Medi-Cal (Medicaid)에 1-800-541-5555번으로 전화하여 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 PT 기준 1-800-430-7077번을 오전 8시부터 오후 5시까지 이용해 주십시오.

차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare By Health Net은 주 및 연방 시민법을 준수합니다.

Wellcare By Health Net은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare By Health Net은 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare By Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 전화하여 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 이용하실 수 있습니다. 듣지 못하거나, 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711** 번으로 전화해 주십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 대형 활자본, 오디오 카세트 또는 전자 양식으로 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 다음 번호로 전화를 하거나 서신을 보내 주십시오.

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

고충 접수 방법

Wellcare By Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향에 따라 차별한다고 생각되는 경우가입자 서비스부에 고충을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 또는 전자 방식으로 고충을 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare By Health Net의 시민권리 코디네이터에게 문의하십시오. 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만사항 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

- **직접:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net을 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- **전자:** Wellcare By Health Net 웹사이트 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 - California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 TTY 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

불만사항 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 - U.S. Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별한다고 생각되는 경우 미국 보건복지부, 시민권리 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

불만사항 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** 시민권리 관련 불만사항 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal), 주소: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyonang ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.