

2026

변경 사항 연간 통지서

**Central Health Medi-Medi Plan II
(HMO D-SNP)**

California H5649-009-000

2026년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함

H5649_26_009_CA_ANOC_M

CA-H5649-9-AC-KO-26-L



Central Health Plan of California, Inc.에서 제공하는 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

2026년도 변경 사항 연간 통지서

귀하는 현재 Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) 가입자로 등록되어 있습니다.

이 자료는 내년에 적용될 플랜의 비용 및 혜택 변경 사항을 설명합니다.

- **10월 15일부터 12월 7일까지 내년도 Medicare 보장 내용을 변경할 수 있습니다.** 2025년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으면, Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)을(를) 유지하게 됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 www.Medicare.gov를 방문하거나 *Medicare & You* 2026 핸드북 뒷부분에 있는 목록을 살펴보십시오.
- 단, 이 문서는 변경 사항에 대한 요약일 뿐입니다. 비용, 혜택, 규정 등에 대한 더 자세한 내용은 **보험 범위 증명서**에 포함되어 있습니다. 사본은 centralhealthplan.com에서 확인하거나, 우편으로 받으시려면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427번으로(TTY 사용자전화 711) 전화하십시오.

추가 자료

- 이 자료는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 몽족어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 자세한 정보는 (866) 314-2427으로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다(TTY 사용자는 711으로 전화해야 함). 운영 시간은 **10월 1일~3월 31일: 8 a.m.~8 p.m.**(현지 시간, 주 7일), **4월 1일~9월 30일**은 월요일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 통화료는 무료입니다.
- 이 문서는 다른 언어 또는 큰 활자, 점자, 음성 등 같은 다양한 형식으로 무료 제공됩니다. (866) 314-2427(TTY:711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 정보

- Central Health Medicare Plan은 Medicare와 계약을 맺은 HMO/HMO SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다. 이 플랜은 California Medicaid 프로그램과 Medicaid 혜택을 조정하기 위한 서면 계약도 체결하고 있습니다.
- 이 자료에서 ‘당사는’, ‘당사에’ 또는 ‘당사의’는 Central Health Plan of California, Inc.을(를) 의미합니다. ‘플랜’ 또는 ‘당사 플랜’은 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)을(를) 의미합니다.

- **2025년 12월 7일까지 아무 조치도 취하지 않으면 자동으로 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)에 등록됩니다.** 2026년 1월 1일부터 귀하는 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)을(를) 통해 의료 및 의약품 보장을 받게 됩니다. 플랜 변경 방법과 변경 기한에 대한 자세한 내용은 섹션 3을 참조하십시오.

H5649_26_009_CA_ANOC_M

2026년도 변경 사항 연간 통지서 목차

2026년 중요 비용 요약	6
섹션 1 내년도 혜택 및 비용 변경 사항	12
섹션 1.1 월별 플랜 보험료 변경 사항	12
섹션 1.2 최대 본인부담금 변경 사항	12
섹션 1.3 의료 제공자 네트워크 변경 사항	13
섹션 1.4 약국 네트워크 변경 사항	14
섹션 1.5 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항	15
섹션 1.6 파트 D 처방약 보장 변경 사항	18
섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용 변경 사항	19
섹션 2 관리 변경	31
섹션 3 플랜 변경 방법	35
섹션 3.1 플랜 변경 기한	36
섹션 3.2 다른 시기에도 플랜을 변경할 수 있나요?	37
섹션 4 처방약 비용 지원 받기	38

섹션 5	궁금한 사항이 있으십니까?	40
섹션 5.1	Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)에 문의하기	40
섹션 5.2	Medicare에 대한 무료 상담 받기	41
섹션 5.3	Medicare에 문의하기	42
섹션 5.4	Medicaid에 문의하기	43

2026년 중요 비용 요약

아래 표는 몇 가지 중요한 영역에서 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)의 2025년 비용과 2026년 비용을 비교한 것입니다. 이것은 단지 비용을 요약한 것일 뿐임을 유념하시기 바랍니다.

	2025(올해)	2026(내년)
월별 플랜 보험료*	\$0	\$0
* 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 1.1 섹션을 참조하십시오.		
주치의 진료실 방문	방문당 \$0의 자기부담금	방문당 \$0의 자기부담금
전문의 방문	방문당 \$0의 자기부담금	방문당 \$0의 자기부담금
병원 입원	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
급성 입원 환자, 입원 환자 재활, 장기 요양 병원 및 기타 유형의 입원 환자 병	이 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 90일의 입원 환자 병원 치료를 보장합니다.	이 플랜은 각 혜택 기간 동안 최대 90일의 입원 환자 병원 치료를 보장합니다.

	2025(올해)	2026(내년)
원 서비스가 포함됩니다. 입원 환자 병원 치료는 의사의 지시에 따라 공식적으로 병원에 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 하루 전이 마지막 입원일입니다.	또한 평생 예비일이라고 하는 60일의 추가 보장이 있습니다. 이 60일은 한 번만 사용할 수 있습니다. 당사는 평생 예비일을 자동으로 적용하기 시작합니다. 단, 귀하가 적용하지 말라고 구체적으로 말하는 경우에는 적용하지 않습니다(혜택 기간에 대한 자세한 내용은 보험 범위 증명서 참조).	또한 평생 예비일이라고 하는 60일의 추가 보장이 있습니다. 이 60일은 한 번만 사용할 수 있습니다. 당사는 평생 예비일을 자동으로 적용하기 시작합니다. 단, 귀하가 적용하지 말라고 구체적으로 말하는 경우에는 적용하지 않습니다(혜택 기간에 대한 자세한 내용은 보험 범위 증명서 참조).
파트 D 의약품 보장	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 네트워크 약국에서 일반 비용 분담금으로 조제한 1개월(31일) 공급분에 대한 귀하의 분담액:	공제액: \$250 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 1단계와 6단계 의약품에 대해 \$0의 비용 분담금을 지불하고 2단계, 3단계, 4단계 및

	2025(올해)	2026(내년)
	복제약 및 우선 다등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다 다른 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지불합니다	5단계 의약품에 대해 해당하는 비용을 지불합니다. 초기 보장 단계 동안 자기부담금: 1단계 의약품: \$0의 자기부담금 2단계 의약품: 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$1.60 또는 \$4의 자기부담금 3단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.60 또는 \$5.10의 자기부담금

	2025(올해)	2026(내년)
		다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65의 자기부담금 4단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기 부담금 \$0, \$1.60 또는 \$5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 \$0, \$4.90 또는 \$12.65. 5단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.60 또는 \$5.10의

	2025(올해)	2026(내년)
		자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65의 자기부담금 6단계 의약품: \$0의 자기부담금 고액 보장: 이 지불 단계 중에 귀하는 보장되는 파트 D 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

	2025(올해)	2026(내년)
최대 본인부담금 이 금액은 귀하가 보장받는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 지불하게 될 <u>최대</u> 본인부담금입니다. (자세한 내용은 1.2 섹션을 참조하십시오.)	\$9,350 귀하가 Medicaid에 따라 Medicare 비용을 부담금을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스의 최대 본인부담금에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.	\$9,250 Medicaid의 Medicare 비용 부담 지원 수혜자의 경우, 파트 A 및 파트 B 보장 서비스의 최대 본인부담금에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

섹션 1 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

섹션 1.1 월별 플랜 보험료 변경 사항

	2025 (올해)	2026 (내년)
월 플랜 보험료 (Medicaid에서 지불하지 않을 경우 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 지불해야 합니다.)	\$0	\$0

섹션 1.2 최대 본인부담금 변경 사항

Medicare는 귀하가 한 해 동안 본인부담금으로 지불하는 금액을 제한하도록 모든 건강 플랜에 요구합니다. 이 한도액을 최대 본인부담금이라고 합니다. 이 금액을 지불했으면 귀하는 일반적으로 해당 달력 연도의 남은 기간 동안 보장되는 파트 A와 파트 B 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
최대 본인부담금	\$9,350	\$9,250

	2025 (올해)	2026 (내년)
당사 가입자도 Medicaid의 도움을 받기 때문에, 이 최대 본인부담금에 도달하는 가입자는 매우 적습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스의 최대 본인부담금에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다. 보장되는 의료 서비스에 대한 비용(예: 자기부담금)은 최대 본인부담금에 포함됩니다. 당사의 플랜 보험료와 처방약 비용은 최대 본인부담금에 포함되지 않습니다.		보장되는 파트 A와 파트 B 서비스에 대해 \$9,250의 본인부담금을 지불한 경우, 귀하는 해당 달력 연도의 남은 기간 동안 보장되는 파트 A와 파트 B 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 1.3 의료 제공자 네트워크 변경 사항

내년도의 당사 의료 제공자 네트워크가 변경되었습니다. centralhealthplan.com에서 2026년 의료 제공자 명부를 검토하여 의료 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 있

는지 확인하십시오. 업데이트된 **의료 제공자 명부**를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사의 웹사이트, centralhealthplan.com을(를) 방문합니다.
- 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화를 걸어 현재 의료 제공자 정보를 받거나 **의료 제공자 명부**를 우편으로 보내줄 것을 요청합니다.

당사는 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문가(의료 제공자)를 연중 변경할 수 있습니다. 당사 의료 제공자의 연중 변경이 귀하에게 영향을 미칠 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 도움을 받으십시오. 네트워크 소속 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴할 때 귀하의 권리에 대한 자세한 내용은 귀하의 **보험 범위 증명서**, 3장 2.3 섹션을 참조하십시오.

섹션 1.4 약국 네트워크 변경 사항

귀하의 처방약 구입 금액은 귀하가 이용하는 약국에 따라 달라질 수 있습니다. Medicare 처방약 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 처방약은 당사 네트워크 약국 중 하나에서 조제될 때만 보장됩니다.

내년도의 당사 약국 네트워크가 변경되었습니다.

centralhealthplan.com에서 2026년 약국 명부를 확인하여 당사

네트워크에 포함된 약국을 확인하십시오. 업데이트된 약국 명부를 받는 방법은 다음과 같습니다:

- 당사의 웹사이트, centralhealthplan.com을(를) 방문합니다.
- 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화를 걸어 현재 약국 정보를 받거나 약국 명부를 우편으로 보내줄 것을 요청합니다.

당사 플랜에 포함된 약국은 연중 변경될 수 있습니다. 당사 약국의 연중 변경이 귀하에게 영향을 미칠 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 도움을 받으십시오.

섹션 1.5 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항

변경 사항 연간 통지서는 Medicare 혜택 및 비용 변경 사항에 대해 알려드립니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 (SSBCI) – 식품 및 농산물	혜택은 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 (SSBCI)으로 보장됩니다. 자격을 충족하는 가입자는 건강에	적격 만성 질환을 가진 가입자는 식품 및 농산물(SSBCI)을 위해 매월 \$200를 제공받습니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
	좋은 식품 및 농산물에 대해 매월 \$45의 보조금을 받습니다. SSBCI 보장은 특정 만성 질환이 있는 가입자에게만 적용됩니다.	
일반 의약품 (Over-the-counter, OTC) 품목(보조)	귀하는 OTC 품목, OTC 보청기에 대한 합산 \$125의 분기보조금이 포함된 사전 충전 MyChoice 직불 카드를 받습니다.	귀하는 OTC 품목에 대한 합산 \$320의 분기 보조금이 포함된 사전 충전 MyChoice 직불 카드를 받습니다.
추가 원격 의료 혜택	귀하는 주치의 서비스, 카이로프랙틱 서비스, 작업 치료 서비스, 전문의 서비스, 정신 건강 전문 서비스에 대한 개별 세션, 정신 건강 전문 서비스에 대한 그	귀하는 심장 재활 서비스, 주치의 서비스, 카이로프랙틱 서비스, 작업 치료 서비스, 전문의 서비스, 정신 건강 전문 서비스에 대한 개별 세션, 정신 건강 전문

	2025 (올해)	2026 (내년)
	룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 의료 전문가, 정신과 서비스에 대한 개별 세션, 정신과 서비스에 대한 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리 서비스, 오피오이드 치료 프로그램 서비스, 외래 환자 약물 남용에 대한 개별 세션, 외래 환자 약물 남용에 대한 그룹 세션을 포함한 특정 원격 의료 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.	문 서비스에 대한 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 의료 전문가, 정신과 서비스에 대한 개별 세션, 정신과 서비스에 대한 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리 서비스, 오피오이드 치료 프로그램 서비스, 외래 환자 약물 남용에 대한 개별 세션, 외래 환자 약물 남용에 대한 그룹 세션을 포함한 특정 원격 의료 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.
교통편 서비스 - 폴 랜에서 승인한 장소 (보조)	매년 24회의 왕복 이동 서비스를 받습니다.	매년 48회의 왕복 이동 서비스를 받습니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
가정 지원 서비스	귀하는 당사 플랜의 승인된 공급업체를 통해 달력 연도마다 최대 20시간에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.	이것은 보장되는 보조 혜택이 아닙니다.
처방 보청기	귀하는 보청기에 대하여 \$3,000의 연간 보조금을 받습니다.	귀하는 플랜에서 승인한 제공자로부터 2년마다 양쪽 귀를 합쳐 최대 2개의 보청기를 사전 선택하여 제공받을 수 있습니다.

섹션 1.6 파트 D 처방약 보장 변경 사항

의약품 목록 변경 사항

보장 의약품 목록은 처방집 또는 의약품 목록이라고 합니다. 의약품 목록 사본은 전자 형식으로 제공됩니다.

당사는 의약품을 빼거나 추가하고, 특정 의약품에 대한 보장 적용 제한을 변경하거나 다른 비용 부담금 단계로 이동하는 등의

약품 목록에 대한 변경을 수행했습니다. 의약품 목록을 검토하여 귀하의 의약품이 내년에도 보장되는지 그리고 제한 사항이 적용되는지 또는 의약품이 다른 비용 부담금 단계로 이동했는지 확인하십시오.

대부분의 의약품 목록 변경 사항은 매년 초에 갱신됩니다. 그러나 당사는 Medicare 규정에 따라 허용되는 다른 변경을 수행할 수 있으며, 이는 달력 연도 동안 귀하에게 영향을 미칠 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 적어도 월 단위로 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 복용 중인 의약품 이용에 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 생길 경우 당사는 해당 변경 사항에 대한 통지를 보내드립니다.

연초 또는 연중에 의약품 보장 범위가 변경되어 영향을 받는 경우, **보험 범위 증명서 9장**을 검토하고 처방의와 상의하여 임시 공급분 요청, 예외 신청 및/또는 새로운 의약품 찾기 위해 노력하는 등의 선택지를 알아보시기 바랍니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용 변경 사항

의약품 보장 비용을 지불하기 위해 Extra Help를 받으니까?

귀하가 의약품 비용 지불을 지원하는 프로그램(Extra Help)에 참여하고 있는 경우 **파트 D 의약품 비용**에 대한 정보는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. 의약품 비용에 대해 설명하는 **처방약 비용 지불 Extra Help를 받는 사람을 위한 보험 범위 증**

명서 특약이라고도 하는 별도의 자료를 보내드렸습니다. Extra Help를 받는 상태에서 9월 30일까지 이 자료를 받지 못하면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화를 해서 LIS 특약을 요청하십시오.

의약품 지불 단계

의약품 지불 단계는 연간 공제액 단계, 초기 보장 단계, 고액 보장 단계, 이렇게 세 단계로 이루어집니다. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

• 1단계: 연간 공제액

달력 연도마다 이 지불 단계에서 시작합니다. 이 단계에서는 연간 공제액에 도달할 때까지 파트 D 의약품의 전체 비용을 지불합니다.

• 2단계: 초기 보장

귀하가 연간 공제액을 지불하고 나면 초기 보장 단계로 이동합니다. 이 단계에서는 귀하의 의약품에 대해 플랜에서 플랜 부담금을 지불하고 귀하는 비용 부담액을 지불합니다. 일반적으로 연초 누계 본인 부담비용이 \$2,100에 도달할 때까지 이 단계에 머무릅니다.

• 3단계: 고액 보장

이것은 세 번째이자 마지막 의약품 지불 단계입니다. 이 단계에서 귀하가 보장되는 파트 D 의약품에 대해 지불하는 비용

은 없습니다. 일반적으로 귀하는 해당 달력 연도의 나머지 기간 동안 이 단계로 유지됩니다.

또한 보장 공백 할인 프로그램은 Manufacturer Discount Program으로 대체되었습니다. Manufacturer Discount Program에 따라, 의약품 제조업체가 초기 보장 단계와 고액 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 의약품 및 바이오의약품에 대한 당사의 플랜 전체 비용의 일부를 지불합니다. Manufacturer Discount Program에 따라 제조업체가 지불한 할인은 본인부담금 비용에 포함되지 않습니다.

표는 이 단계에서 처방전당 비용을 표시합니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
연간 공제액	\$0	\$250 이 단계 동안 귀하는 연간 공제액에 도달할 때까지 1단계와 6단계 의약품에 대해 \$0의 비용 부담금을 지불하고 2단계, 3단계, 4단계 및 5단계 의약품에 대해 해당하는 비용을 지불

	2025 (올해)	2026 (내년)
		합니다.

2단계의 의약품 비용: 초기 보장

표는 표준 비용 분담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 처방전당 비용을 보여줍니다.

대부분의 성인 파트 D 백신은 무료로 제공됩니다. 백신 비용에 대한 자세한 내용이나 비용에 대한 자세한 내용은 **보험 범위 증명서** 6장을 참조하십시오.

보장되는 파트 D 의약품에 대해 \$2,100 본인 부담금을 지불했으면 다음 단계(고액 보장 단계)로 이동합니다.

	2025 (올해)	2026 (내년)
1단계(의약품 우선 복제약): 의약품 목록에 있는 일부 의약품의 단계가 변경되었습니다. 복용 중인 의약품이 다른 단계	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 네트워크 약국에서 일반 비용 분담금으로 조제한 1개월(31일) 공급	총 비용에서 \$0의 자기부담금

	2025 (올해)	2026 (내년)
에 속하게 될지 확인하려면 의약품 목록에서 해당 의약품을 조회하십시오.	분에 대한 귀하의 부담액: 복제약 및 우선 다 등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다. 다른 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지불합니다. 처방전당 \$0를 지불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직접 지불했으면 다음 단계(고액 보장 단계)로 이동합니다. 고액 보장 단계에서 귀하의 비용 부담은 \$0입니다.	

	2025 (올해)	2026 (내년)
2단계(복제약):	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 표준 비용 분담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 비용은 다음과 같습니다. 복제약 및 우선 다등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다. 기타 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직접 지불했으면 다음 단계(고액 보장	모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$1.60 또는 \$4의 자기부담금

	2025 (올해)	2026 (내년)
	단계)로 이동합니다. 고액 보장 단계에서 귀하의 비용 분담은 \$0입니다.	
3단계(우선 브랜드약):	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 표준 비용 분담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 비용은 다음과 같습니다. 복제약 및 우선 다등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다. 기타 모든 의약품:	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.60 또는 \$5.10 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65의 자기부담금.

	2025 (올해)	2026 (내년)
	처방전당 \$0를 지불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직접 지불했으면 다음 단계(고액 보장 단계)로 이동합니다. 고액 보장 단계에서 귀하의 비용 분담은 \$0입니다.	
4단계(비우선 약)	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 표준 비용 분담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 비용은 다음과 같습니다.	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 \$0, \$1.60 또는 \$5.10 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65의 자기부담금.

	2025 (올해)	2026 (내년)
	복제약 및 우선 다 등재약: 처방전당 \$0를 지 불합니다. 기타 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지 불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직 접 지불했으면 다 음 단계(고액 보장 단계)로 이동합니 다. 고액 보장 단계 에서 귀하의 비용 분담은 \$0입니다.	
5단계(특수 의약품):	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하 나의 단계에 있습 니다.	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.60 또는 \$5.10

	2025 (올해)	2026 (내년)
	표준 비용 분담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 비용은 다음과 같습니다. 복제약 및 우선 다등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다. 기타 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직접 지불했으면 다음 단계(고액 보장 단계)로 이동합니다. 고액 보장 단계에서 귀하의 비용 분담은 \$0입니다.	다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.90 또는 \$12.65의 자기부담금.

	2025 (올해)	2026 (내년)
6단계(선별 케어 의약품):	처방집의 파트 D 보장 의약품이 하나의 단계에 있습니다. 표준 비용 부담금이 적용되는 네트워크 약국에서 조제되는 1개월 공급분에 대한 비용은 다음과 같습니다. 복제약 및 우선 다등재약: 처방전당 \$0를 지불합니다. 기타 모든 의약품: 처방전당 \$0를 지불합니다. 파트 D 의약품에 대해 \$2,000를 직접 지불했으면 다음 단계(고액 보장	총 비용의 \$0

	2025 (올해)	2026 (내년)
	단계)로 이동합니다. 고액 보장 단계에서 귀하의 비용 분담은 \$0입니다.	

VBID 파트 D 혜택 변경 사항

2025년에 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) 은 (는) VBID(Value Based Insurance Design) 모델에 참여했으나, 이 프로그램은 올해로 종료됩니다. VBID 모델의 파트 D 혜택의 일부로 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)은 (는) 파트 D 의약품에 대한 비용 분담금을 없앴습니다. 이 프로그램은 종료되었기 때문에 가입자는 모든 보장 단계에서 모든 파트 D 의약품에 대해 비용 분담을 하게 될 수 있습니다. 자세한 사항은 가입자 서비스부로 문의하십시오.

고액 보장 단계에 대한 변경 사항

고액 보장 단계의 비용에 대한 구체적인 정보는 귀하의 **보험 범위 증명서**의 6장, 섹션 6으로 이동하십시오.

섹션 2 관리 변경

내년에는 관리 변경이 있을 예정입니다. 아래 표에 해당 변경 사항에 대한 정보가 나와 있습니다.

	2025년(올해)	2026년(내년)
만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 (SSBCI)	해당 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 적격 만성 질환은 다음과 같습니다: • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 만성 폐 장애 • 신장 질환	해당 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 적격 만성 질환은 다음과 같습니다: • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 만성 폐 장애 • 만성 신장 질환 (CKD)

	2025년(올해)	2026년(내년)
		• 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD) • 암 • 자가면역 질환 • 과체중, 비만 및 대사 증후군 • 만성 위장관 질환 • 중증 혈액 장애 • HIV/AIDS • 만성 및 장애성 정신 질환 • 신경 장애 • 뇌졸중 • 장기 이식 후 • 면역 결핍 및 면역억제성 장

	2025년(올해)	2026년(내년)
		애 • 인지 장애와 관련된 상태 • 기능적 장애가 있는 상태 • 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각을 저하시키는 만성 질환 • 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태
Medicare Prescription Payment Plan	해당 사항 없음	Medicare Prescription Payment Plan은 귀하의 현재 의약품 보장과 함께 적용되는

	2025년(올해)	2026년(내년)
		새로운 지불 옵션으로, 연중(1월~12월) 다양한 월별 지불로 의약품 비용을 분산하여 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 (866) 314-2427(TTY: 711)로 문의하거나 Medicare.gov를 방문하십시오.
Tivity 는 더 이상 2026년 계약 공급업체가 아닙니다.	피트니스/체육관 혜택은 Tivity D.B.A. SilverSneakers에서 관리되었습니다.	Silver&Fit 는 2026년 계약 피트니스/체육관 공급업체입니다.
Healthrageous 는 더 이상 2026년 계약 공급업체가 아닙니다.	식사 서비스는 Healthrageous를 통해 제공되었습니다.	NationsBenefits 는 2026년 계약 식사 공급업체입니다.

	2025년(올해)	2026년(내년)
Aloecare는 이제 2026년도 계약 공급 업체가 아닙니다.	귀하의 PERS 혜택은 Aloecare에서 관리했습니다.	NMedical Guardian는 2026년도 계약 PERS 공급업체입니다.

섹션 3 플랜 변경 방법

Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP) 유지를 위해 귀하가 해야 할 일은 없습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않으면 귀하는 자동으로 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)에 등록됩니다.

2026년 플랜을 변경하려면 다음 단계를 따르십시오.

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면 새 플랜에 가입하십시오.** Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP)의 등록이 자동으로 취소됩니다.
- **Medicare 의약품 보장이 있는 Original Medicare로 변경하려면 새로운 Medicare 의약품 플랜에 가입하십시오.** Central Health Medi-Medi Plan II(HMO D-SNP)의 등록이 자동으로 취소됩니다.
- **의약품 플랜이 없는 Original Medicare로 변경하기 위해 등록 취소 요청을 서면으로 보낼 수 있습니다.** 이 방법에

대한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. 또는 **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화해서 등록 취소를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다. Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않은 경우 파트 D 지연 가입 벌금을 지불할 수 있습니다(보험 범위 증명서 1장, 섹션4.4로 이동).

- **Original Medicare** 및 다른 유형의 **Medicare** 플랜에 대해 자세히 알아보려면, www.Medicare.gov를 방문하거나 *Medicare & You 2026* 핸드북을 확인하거나, 귀하의 State Health Insurance Assistance Program에 전화하거나(섹션 6으로 이동), 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 전화하십시오.

섹션 3.1 플랜 변경 기한

Medicare 이용자는 매년 **10월 15일부터 12월 7일까지** 보장 범위를 변경할 수 있습니다.

2026년 1월 1일 Medicare Advantage 플랜에 등록했지만 플랜 선택이 마음에 들지 않으면 2026년 1월 1일부터 3월 31일까지 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 의약품 보장 여부 관계없음)으로 전환하거나 Original Medicare(별도 Medicare 의약품 보장 여부 관계없음)로 전환할 수 있습니다.

섹션 3.2 다른 시기에도 플랜을 변경할 수 있나요?

특정 상황에서는 사람들이 연중에 플랜을 변경할 수 있는 다른 기회를 가질 수 있습니다. 예로 다음과 같은 사람을 들 수 있습니다.

- Medicaid 가입자
- 의약품 값을 지불해 주는 Extra Help 수혜자
- 고용주 보험에 들어 있거나 탈퇴하는 분
- 해당 서비스 지역에서 벗어나는 분

Medicaid를 보유하고 있기 때문에 연중 언제든지 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 *않은* Original Medicare(이 옵션을 선택하면 자동 등록을 거부하지 않는 한 Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.) 또는
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 귀하의 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

최근에 시설(전문 요양 시설 또는 장기 요양 병원 등)에 입소했거나 현재 시설에서 지내고 있는 경우, 언제든지 Medicare 보장 범위를 변경할 수 있습니다. 귀하는 언제라도 (Medicare 의약품 보장 여부에 관계없이) 다른 Medicare 건강 플랜으로 전환하거나 (별도 Medicare 의약품 보장 여부에 관계없이) Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 시설에서 최근에 퇴소한 경우, 퇴소한 달로부터 2개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

섹션 4 처방약 비용 지원 받기

귀하는 처방약 지불 지원 수혜 자격이 있을 수 있습니다. 다양한 종류의 지원이 제공됩니다.

- **Medicare의 Extra Help.** 소득이 제한적인 사람은 처방약 비용을 지불하기 위한 Extra Help 대상자가 될 수 있습니다. 유자격자가 되시면 Medicare는 월 의약품 플랜 보험료, 연간 공제액 및 공동보험료를 포함하여 귀하의 의약품 비용의 최대 75% 이상을 지불할 수 있습니다. 또한 유자격자에게는 지연 가입 벌금이 부과되지 않습니다. 유자격자인지 확인하려면 다음 번호로 전화하십시오.
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다. 주 7일 24시간 운영합니다.

- 사회 보장국에 1-800-772-1213으로 전화하시면 담당자가 월요일부터 금요일까지 8 a.m.부터 7 p.m. 사이에 도와드립니다. 자동 메시지는 하루 24시간 제공됩니다. TTY 이용자는 1-800-325-0778번으로 전화하실 수 있습니다.
- 해당 주 정부 Medicaid 사무소로 연락하십시오.
- **HIV/AIDS 환자의 처방전 비용 분담 지원 AIDS 의약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)**은 ADAP 자격이 있는 HIV/AIDS 환자들이 생명을 살릴 수 있는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 지원합니다. 거주 중인 주에서 운영되는 ADAP에 대한 자격을 얻으려면 해당 주 거주 증명 및 HIV 상태, 주에서 정한 저소득 기준, 무보험/보험 부족 상태 등의 특정 기준을 충족해야 합니다. 또한 ADAP에 의해 보장되는 Medicare Part D 처방약은 Office of AIDS를 통해 처방전 비용 분담을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 의약품, 프로그램 등록 방법 또는 현재 등록되어 있는 경우 지원을 계속 받는 방법에 대한 자세한 내용은 (916) 449-5900번으로 문의하십시오. 전화할 때는 Medicare Part D 플랜명이나 보험 증서 번호를 알려주십시오.
- **Medicare Prescription Payment Plan** Medicare Prescription Payment Plan은 현재 의약품 보장과 함께 적용되는 지불 옵션으로, 달력 연도(1월 - 12월) 기간에 분담하여 당사 플랜으로 보장되는 의약품에 대한 본인부담금

을 관리하는 데 도움을 줍니다. Medicare 의약품 플랜 또는 의약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜(의약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜 등) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. 이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절감하거나 의약품 비용을 낮추지는 않습니다.

- Medicare의 Extra Help와 SPAP 및 ADAP의 지원을 받을 수 있는 자격이 있는 사람에게는 이러한 지원을 받는 것이 Medicare Prescription Payment Plan에 참여하는 것보다 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 Medicare Prescription Payment Plan에 참여할 수 있습니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하거나 www.Medicare.gov를 방문하십시오.

섹션 5 궁금한 사항이 있으십니까?

섹션 5.1 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)에 문의하기

- (866) 314-2427번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화해야 합니다.)

통화 가능 시간은 운영 시간은 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 4월 1일~9월 30일은 월요일

일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하실 수 있습니다. 이 번호에 대한 통화료는 무료입니다.

- **2026 보험 범위 증명서를 읽으십시오**

이 **변경 사항 연간 통지서**는 2026년 귀하의 혜택 및 비용에 대한 변경 사항을 요약하여 제공합니다. 자세한 내용은 Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)의 2026 **보험 범위 증명서**를 참조하십시오. **보험 범위 증명서**에서는 귀하의 플랜 혜택에 관한 법적 세부 설명을 제공합니다. 귀하의 권리 그리고 보장 서비스 및 처방약을 받기 위해 귀하가 준수해야 할 규정도 설명되어 있습니다. centralhealthplan.com의 당사 웹사이트에서 **보험 범위 증명서**를 받거나 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 복사본을 우편으로 보내줄 것을 요청하십시오.

- **centralhealthplan.com 방문**

당사 웹사이트는 당사 의료 제공자 네트워크(**의료 제공자 명부/약국 명부**) 및 당사 **보장 의약품 목록(처방집/의약품 목록)**에 대한 정보를 항상 최신으로 유지하고 있습니다.

섹션 5.2 Medicare에 대한 무료 상담 받기

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)은 훈련된 상담원을 보유하고 있으며 주 정부마다 독자적으로 운영하는

프로그램입니다. California에서는 SHIP을 Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging 등 이라고 합니다.

Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging 전화하여 맞춤형 건강 보험 상담을 받으십시오. 상담원은 귀하가 Medicare 및 Medicaid 플랜 선택 사항을 이해하도록 도와드리고 플랜 전환에 관한 질문에 답해 드립니다. Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging에 Ventura County: (805) 477-7310번으로 전화하십시오. (<https://www.aging.ca.gov/hicap>)를 방문하여 Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging 자세히 알아보십시오.

섹션 5.3 Medicare에 문의하기

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화**

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다 (연중무휴[24/7] 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다.

- **www.Medicare.gov와 실시간 채팅**

www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간으로 채팅할 수 있습니다.

- **Medicare에 우편 문의**

Medicare(PO Box 1270, Lawrence, KS 66044)에 우편으로 문의할 수 있습니다.

- www.Medicare.gov 방문

공식 Medicare 웹사이트에는 비용, 보장 범위 및 별표 등급 등의 정보들이 게시되어 있어서 해당 지역의 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 유용합니다.

- ***Medicare & You 2026* 읽기**

매년 가을 *Medicare & You 2026* 핸드북을 Medicare 가입자 분들께 보내드립니다. 이 핸드북은 Medicare 혜택, 권리 및 보장, Medicare와 관련해 자주 묻는 질문에 대한 대답을 요약한 내용으로 구성됩니다. www.Medicare.gov를 방문하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 전화해서 복사본을 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다.

섹션 5.4 Medicaid에 문의하기

California Department of Health Care Services에 (916) 449-5000번으로 전화하십시오. TTY 사용자 711.

추가 중요 의료 및 가입자 리소스 정보

- 전자 통지(ELN) - 중요한 문서 제공
- 차별 금지 고지(NDN) - 섹션 1557
- 가용성 고지(NOA) - 언어 지원 서비스
- 개인정보 보호 방침 통지서(NPP)

중요한 플랜 문서 제공



귀하는 당사에 중요한 분입니다! 필요한 정보를 쉽게 받을 수 있습니다. 온라인으로 중요한 플랜 문서를 보고 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국을 검색하십시오. 언제 어디서나 모든 기기를 사용하여 처방약을 찾을 수 있습니다. 보험 범위 증명서, 처방집, 의료 제공자/약국 명부를 포함하는 귀하의 2026년 플랜 문서가 2025년 10월 15일부터 온라인으로 제공됩니다.

플랜 문서는 다음을 포함합니다.

- **보험 범위 증명서(EOC):** 플랜에서 보장하는 항목에 대한 가이드입니다. 여기에는 플랜의 혜택과 보장 범위, 가입자 권리 등에 대한 자세한 정보가 들어 있습니다.
- **처방집(의약품 목록):** 플랜의 보장 의약품 목록입니다.
- **의료 제공자 및 약국 명부:** 전화번호와 주소가 포함된 네트워크 소속 의사, 전문의 및 약국의 목록입니다.

CentralHealthPlan.com/doctor.

- **개인정보 보호 방침 통지서:** 이 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대한 내용이 담겨 있습니다. 이 문서는 당사 웹사이트(CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice)에 있습니다.

플랜 문서 보기, 사본 요청하기

 온라인: CentralHealthPlan.com
언제 어디서나 온라인으로 가입하신 플랜 문서를 보거나 사본을 다운로드할 수 있습니다. 컴퓨터, 태블릿, 휴대전화 등의 기기를 모두 이용할 수 있습니다. 귀하의 년 플랜 문서는 년 10월 15일부터 온라인에서 이용할 수 있습니다.

 온라인: MyCHPportal.com.
셀프 서비스 가입자 포털을 방문하여 연중무휴(24/7) 온라인으로 귀하의 플랜 확인하고 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국을 검색할 수 있습니다. 귀하의 Member Portal에 로그인하거나 MyCHPportal.com에서 계정을 설정하십시오. “Create an Account”(계정 만들기)를 클릭하고 단계별 안내에 따라 계정을 만드십시오.

 수신자 부담 전화 이용.
컴퓨터를 사용할 수 없거나, 종이로 된 EOC 또는 의료 제공자/약국 명부를 우편으로 받기 원하시면 당사에 요청하십시오. 플랜 문서를 인쇄된 형태로 받기 원하시면 가입자 서비스부의 ID 카드 뒷면에 위치한 번호로 월요일~금요일, 현지 시간 8 a.m.부터 8 p.m.까지 수신자 부담 전화로 연락하십시오.

언제든지 도와드리겠습니다

혜택에 대해 궁금한 점이 있거나 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국을 찾는 데 도움이 필요하시면 ID 카드 뒷면에 위치한 번호로 가입자 서비스부에 수신자 부담 전화로 연락하십시오.

차별 금지 고지 섹션 1557

Central Health Plan



차별은 법률에 위배됩니다. Central Health Plan은(는) 주 및 연방 시민권법을 따릅니다. Central Health Plan은(는) 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 사람들을 불법적으로 차별, 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Central Health Plan은 다음을 제공합니다.

- 장애가 있는 사람들이 보다 원활하게 의사소통하는 데 도움이 되도록 적시에 다음의 무료 지원 및 서비스 제공:
 - 자격 있는 수어 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 사용 가능한 온라인 자료, 기타 형식)
- 영어가 제1 언어가 아닌 사람에게 적시에 다음과 같은 무료 언어 서비스
 - 자격 있는 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이런 서비스가 필요한 경우 8 a.m.~8 p.m. 사이에 (866) 314-2427로 전화하여 Central Health Plan(으)로 요청하십시오

오. 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 711로 전화하십시오.
요청 시 이 문서를 귀하에게 접자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는
전자 형식으로 받을 수 있습니다. 이런 대체 형식 중 하나로 이
문서를 받으려면 다음으로 전화하거나 편지를 보내 주십시오.

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

전화: 1-866-606-3889. 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우
711로 전화하십시오.

고충 처리 요청 방법

Central Health Plan이 이런 서비스를 제공하지 않았거나 성별,
인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 정체성, 연령, 정신
장애, 신체 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성
또는 성적 지향을 이유로 다른 방식으로 불법적으로 차별했다
고 생각되는 경우, Central Health Plan 시민권 코디네이터에게
고충 처리를 요청할 수 있습니다. 고충 처리 요청은 전화, 우편,
직접 방문하거나 온라인으로 할 수 있습니다.

- 전화: 8:30 a.m.에서 5:30 p.m. 사이에 1-866-606-3889로
전화하여 Central Health Plan 시민권 코디네이터에게 문
의하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우
711로 전화하십시오.

- 우편: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 써서 다음 주소로 보내 주십시오:
Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802
- 직접 방문: 의사 진료실이나 Central Health Plan을 방문하여 고충 처리를 요청하고 싶다고 말합니다.
- 온라인: Civil.Rights@MolinaHealthcare.com으로 이메일을 보냅니다. 또한 Central Health Plan의 웹사이트 MolinaHealthcare.Alertline.com을 방문할 수도 있습니다.

캘리포니아 주 의료 서비스부 - 민권사무국

또한 전화, 서면, 온라인으로 California 의료 서비스부 민권사무국에 시민권에 관한 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370으로 전화하십시오. 듣거나 말하기에 어려움이 있는 경우, 711(전화 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- 우편: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 써서 다음 주소로 보내 주십시오:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

불만 제기 양식은 DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일을 보냅니다.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별 당했다고 판단되는 경우에는 전화, 서신 또는 온라인으로 U.S. Department of Health and Human Services, 민권사무국(Office for Civil Rights)으로 시민권 관련 불만을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-800-368-1019로 전화하십시오. 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 경우 다음을 이용하십시오. TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- 우편: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 써서 다음 주소로 보내 주십시오:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
불만 제기 양식은 HHS.gov/ocr/office/file/index.html에서 이용할 수 있습니다.

- 온라인: 민권사무국 불만 제기 포털 [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)를 방문하십시오.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (866) 314-2427 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (866) 314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով:

Հաջմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոջոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարե՛ք (866) 314-2427 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចឹម សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរសព្ទមកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (866) 314-2427 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر می خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 314-2427 (866) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 314-2427 (866) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (711) までお電話ください。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ご用意しております。(866) 314-2427 (711) までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (866) 314-2427 (711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (866) 314-2427 (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (866) 314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (866) 314-2427 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (ТТΥ: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (ТТΥ: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (866) 314-2427 (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 (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

개인정보 보호 방침 통지서

이 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대한 내용이 담겨 있습니다. 주의 깊게 검토하십시오.

본 통지서에서는 Molina Healthcare의 제휴 건강 플랜(이하 “**Molina**”, “당사” 또는 “저희”)의 개인정보 보호 관행을 설명합니다. 당사는 Molina 가입자의 건강 혜택을 제공하기 위해 가입자에 관한 보호 대상 건강 정보('PHI')를 사용하고 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다. 또한 법률에 따라 허용되거나 요구되는 다른 이유로 가입자의 PHI를 사용하고 공유합니다. 당사는 회원님의 건강 정보를 비공개로 유지하고 본 통지서의 조건을 준수할 의무가 있습니다. 본 통지서의 발효일은 2026년 1월 1일 목요일입니다.

PHI는 가입자의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며, Molina에서 사용하거나 공유합니다. PHI에는 약물 사용 장애에 대한 건강 정보와 생체 정보(예: 성문)가 포함됩니다.

저희가 PHI를 사용하거나 공유하는 이유는 무엇일까요?

당사는 의료 서비스 혜택을 제공하기 위한 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유합니다. 가입자의 PHI는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 위해서도 사용 또는 공유됩니다.

치료

저희는 의료 서비스를 제공하거나 준비하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 서비스 제공자 사이의 진료협력도 포함됩니다. 예

2026년 1월 1일부터 유효

를 들어, 당사는 전문의와 회원님의 건강 상태에 대한 정보를 공유할 수 있습니다. 이렇게 하면 전문의가 회원님의 담당 의사와 회원님의 치료에 대해 논의하는 데 도움이 됩니다.

비용 지급

저희는 지불 결정을 내리기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인 및 의학적 필요에 대한 결정이 포함될 수 있습니다. 회원님의 이름, 회원님의 질환, 회원님의 치료 및 제공된 용품이 청구서에 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 회원님이 당사 혜택 가입자임을 의사에게 알릴 수 있습니다. 당사는 또한 당사에서 지급할 청구 금액을 의사에게 알려줄 수 있습니다.

의료 서비스 운영

저희는 건강 플랜을 운영하기 위해 귀하에 대한 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 회원님의 청구 정보를 사용하여 회원님에게 도움이 될 수 있는 건강 프로그램을 알려드릴 수 있습니다. 저희는 또한 귀하의 우려 사항을 해결하기 위해서도 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 회원님의 PHI는 또한 청구 금액이 올바르게 지불되었는지 확인하는 데 사용될 수 있습니다.

의료 서비스 운영에는 여러 일상적인 비즈니스 요구가 수반됩니다. 여기에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

- 품질 개선
- 특정 질환(예: 천식)이 있는 가입자를 돕기 위한 건강 프로그램 활동
- 의료 심사 수행 또는 준비

- 사기 및 남용 적발 및 기소 프로그램을 포함한 법률 서비스
- 당사의 법 준수에 도움이 되는 조치
- 불만 및 고충 해결을 포함하여 가입자의 요구 사항 해결

저희는 건강 플랜의 다양한 활동을 수행하는 타 기업(“협력업체”)과 귀하의 PHI를 공유할 것입니다. 또한 회원님의 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 회원님의 PHI를 사용할 수 있습니다. 저희는 귀하에게 다른 치료 또는 다른 의료 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 전달해 드리기 위해 PHI를 사용할 수 있습니다.

저희가 귀하의 서면 허가(승인) 없이 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있는 경우는 언제일까요?

치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영 목적 외에도, 법에서 허용되거나 요구되는 경우 Molin는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

법적 요구 사항

당사는 법에서 요구하는 경우 귀하에 대한 정보를 사용하거나 공유합니다. 당사는 Department of Health and Human Services(HHS) 장관의 요구가 있을 경우 회원님의 PHI를 공유합니다. 이는 법정 소송 사건이나 기타 법적 검토를 위한 것이거나 법 집행 목적으로 필요한 경우일 수 있습니다.

공중 보건

귀하의 PHI는 공중 보건 활동을 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다. 이러한 활동에는 공중 보건 기관이 질병을 예방하거나 통제하도록 지원하는 것이 포함될 수 있습니다.

의료 서비스 감독

귀하의 PHI는 정부 기관에서 사용되거나 정부 기관과 공유될 수 있습니다. 정부 기관은 감사를 위해 회원님의 PHI가 필요할 수 있습니다.

연구

귀하의 PHI는 개인정보 보호 또는 기관생명윤리위원회에서 승인한 경우와 같은 특정한 경우에 연구를 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다.

법적 또는 행정 절차

귀하의 PHI는 법원 명령에 대한 대응과 같은 법적 절차를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

법 집행

귀하의 PHI는 용의자, 목격자 또는 실종자를 찾는 것과 같은 법 집행 목적으로 사용되거나 경찰과 공유될 수 있습니다.

보건 및 안전

귀하의 PHI는 어떤 사람이나 공중의 보건 또는 안전에 대한 심각하고 임박한 위협을 방지하기 위해 공유될 수 있습니다.

정부 기능

귀하의 PHI는 특수 기능을 위해 정부와 공유될 수 있습니다. 예를 들어, 대통령을 보호하기 위해서일 수 있습니다.

학대, 방치 또는 가정 폭력 피해자

귀하의 PHI는 한 개인이 학대 또는 방치의 피해자라고 판단되는 경우 사법 당국과 공유될 수 있습니다.

산재 보상

귀하의 PHI는 산재 보상 법률의 준수를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

기타 공개

귀하의 PHI는 해당 업무 수행 목적을 위해 장의사 또는 검사관들과 공유될 수 있습니다.

사용 및 공개에 대한 추가 제한.

일부 연방 및 주 법률은 특정 유형의 건강 정보의 사용 및 공개를 제한하는 특별한 개인정보 보호를 요구할 수 있습니다. 이런 법률은 다음과 같은 유형의 정보를 보호할 수 있습니다: 알코올 및 약물 사용 장애, 생체 정보, 성폭력을 포함한 아동 또는 성인 학대 또는 방임, 전염병, 유전 정보, HIV/AIDS, 정신 건강, 미성년자 정보, 처방전, 생식 건강 및 성병. 저희는 당사에 적용되는 것보다 엄격한 법률을 따를 것입니다.

약물 사용 장애(SUD) 정보.

당사는 연방법에 따른 약물 사용 장애 치료 프로그램("SUD 프로그램")은 아니지만 SUD 프로그램으로부터 귀하에 대한 정보를 받을 수 있습니다. 당사는 (i) 귀하의 서면 동의 또는 (ii) 당사와 귀하에게 통지 및 의견 진술 기회가 주어진 후 공개를 강제하는 소환장이나 기타 법적 요구가 수반된 법원 명령을 받은 경우가 아닌 한, 귀하에 대한 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에 사용하도록 SUD 정보를 공개하지 않을 수 있습니다.

저희가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하기 위해 서면 허가(승인)를 받아야 하는 때는 언제일까요?

이 통지서에 나와 있는 목적을 제외한 다른 목적으로 PHI를 사용 또는 공유하려는 경우, Molina는 귀하의 서면 승인을 받아야

합니다. 저희는 다음과 같은 경우에 귀하의 PHI를 공개하기 전에 귀하의 허가를 받아야 합니다. (1) 심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI의 판매와 관련된 사용 및 공개. 회원님은 당사에 제공한 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 이러한 취소는 회원님이 이미 당사에 제공한 승인으로 인해 당사에서 이미 취한 조치에는 적용되지 않습니다.

귀하의 건강 정보 권리에는 어떤 것이 있을까요?

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **PHI 사용 또는 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 제한 요청**
귀하는 치료, 지불 및 의료 서비스 운영을 수행하는 데 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 또한 가족, 친구 또는 귀하의 의료 서비스에 관련된 귀하가 지명한 다른 사람과 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 단, 당사가 회원님의 요청에 동의할 필요는 없습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 저희의 양식을 사용해서 요청할 수 있습니다.
- **PHI의 기밀 연락 요청**
귀하는 귀하의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 특정 방식으로 또는 특정 장소에서 귀하의 PHI를 제공해 줄 것을 Molina에 요청할 수 있습니다. 본인의 PHI 전체 또는 일부를 공유하는 것이 본인의 생명에 위협이 될 수 있다고 말씀하시는 경우, 합리적으로 타당한 요청에 대해서는 수용하도록 하겠습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 저희의 양식을 사용해서 요청할 수 있습니다.
- **PHI 검토 및 복사**

귀하에게는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Molina 가입자로서 귀하에 대한 혜택 적용, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 저희의 양식을 사용해서 요청할 수 있습니다. 당사는 기록 복사 및 우편 발송에 대해 합리적인 수준의 수수료를 회원님에게 청구할 수 있습니다. 경우에 따라 당사는 이 요청을 거부할 수 있습니다. **중요 사항:** 당사는 귀하 의료 기록의 전체 사본을 보유하고 있지 않습니다. 의료 기록을 검토하거나 사본을 얻거나 변경하려면 담당 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.

- **PHI 수정**

귀하는 당사에 PHI 수정(변경)을 요청할 수 있습니다. 가입자로서 귀하에 대해 당사가 보관한 기록에 대해서만 수정을 요청할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 저희의 양식을 사용해서 요청할 수 있습니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 회원님은 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.

- **PHI 공개 내역 요청(귀하의 PHI 공유)**

귀하는 요청일 기준으로 과거 6년 동안 당사가 귀하의 PHI를 공유한 특정 대상 목록을 제공해 달라고 요청할 수 있습니다. 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.

- 치료, 비용 지급 또는 의료 서비스 운영 목적으로 공유
- 자신의 PHI에 대하여 해당인에게 공유

- 회원님의 허가에 따라 이루어진 공유
- 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
- 국가 보안 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI
- 관련 법규에 따라 한정된 데이터의 일부로서 공유

12개월 내에 한 번 이상 이 목록을 요청하는 경우 당사는 각 목록에 대해 합당한 수수료를 귀하에게 청구할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 저희의 양식을 사용해서 요청할 수 있습니다.

회원님은 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화 번호로 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 언제든지 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오.

귀하의 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 무엇을 할 수 있습니까?

개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 당사 및 Department of Health and Human Services에 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 회원님의 불만 제기에 대해 어떠한 조치도 취하지 않습니다. 회원님의 케어와 혜택은 어떤 식으로든 변경되지 않습니다.

다음 주소로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화번호로 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오. 또는 다음 주소로 편지를 보내주십시오.

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

*다음 주소로 U.S. Department of Health and Human Services
에 불만을 제기할 수 있습니다.*

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil
Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818(팩스)

당사의 의무는 무엇일까요?
저희는 다음을 해야 합니다.

- 회원님의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 회원의 PHI에 대한 당사 의무 사항 및 개인정보 보호 관행
등과 같은 정보를 서면 형식으로 회원에게 제공합니다.
- 보안 처리되지 않은 PHI에 침해가 발생한 경우 회원님에게
통지합니다.
- 계약 심사 목적으로 회원님의 유전자 정보를 사용하거나 공
개하지 않습니다.
- 본 통지서의 조건을 준수합니다.

본 통지서는 변경될 수 있습니다.

저희는 언제든지 이 통지서의 정보 방침 및 조건을 변경할 권한
이 있습니다. 통지서가 변경될 경우, 당사가 보유하고 있는 모

2026년 1월 1일부터 유효

든 PHI에 새로운 조건 및 관행이 적용됩니다. 중대한 사항이 변경된 경우 저희는 인터넷 홈페이지에 통지서 개정본을 게시하고, 당사의 다음 번 연례 가입자 우편물 발송 시 통지서 개정본을 보내거나 중대한 변경 사항과 통지서 개정본을 입수하는 방법에 대한 정보를 보내 드릴 것입니다. 이 통지서는 당사 웹사이트 MolinaHealthcare.com에서 확인할 수 있습니다.

연락처 정보

이 통지서에 대해 궁금한 점이 있으면 당사에 문의하십시오. ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화번호로 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m. ~ 8 p.m.(현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오. 또는 Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802로 편지를 보내 주십시오.

이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 이용할 수 있습니다. (855) 882-3901(TTY/TDD: 711)번으로 8 a.m.~ 8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

Important Molina Healthcare Information



CAACKO26L01358