



SCAN Health Plan 이 제공하는 SCAN Heart First(HMO C-SNP)

2024년 연례 변경 통지서

귀하는 현재 SCAN Heart First의 가입자로 가입되어 있습니다. 내년에는 플랜의 비용과 혜택에 변경이 있을 것입니다. **보험료를 포함한 중요 비용 요약은 4페이지를 참조해 주십시오.**

이 문서에서는 플랜의 변경 사항에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 관한 자세한 정보는 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com에 있는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 검토해 주십시오. 가입자 서비스부에 전화하여 **보장 증명서**를 우편을 발송하도록 요청하실 수도 있습니다.

- 가입자는 **10월 15일부터 12월 7일까지** 내년에 대한 **Medicare** 보장을 변경해야 합니다.

지금 해야 할 일

1. 질문: 귀하에게 적용되는 변경 사항

- 당사의 혜택과 비용에 대한 변경사항을 확인하여 가입자에게 영향을 주는지 확인해 주십시오.
 - 의료비(의사, 병원)의 변경사항을 검토해 주십시오.
 - 승인 요건 및 비용을 포함하여 약 보장의 변경 사항을 검토하십시오.
 - 보험료, 공제액 및 비용 분담에 얼마를 지출할지 생각해 보십시오.
- 2024년 "의약품 목록"의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약이 계속 보장되는지 확인하십시오.
- 내년에 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 서비스 제공자가 저희 네트워크에 있는지 확인하세요.
- 저희 플랜에 만족하시는지 생각해 보십시오.

2. 비교: 다른 플랜 선택에 대해 알아보기

- 해당 지역의 플랜 보장 및 비용을 확인하십시오. 웹사이트 www.medicare.gov/plan-compare에서 Medicare 플랜 찾기를 사용하시거나 **Medicare 그리고 당신은 2024년(Medicare & You 2024)** 안내서 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오.
- 선호 플랜으로 선택 범위를 좁히면 플랜 웹사이트에서 귀하의 비용과 보장을 확인하십시오.

3. 선택: 플랜을 변경할지 결정합니다.

- 2023년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으시면 SCAN Heart First를 이용하게 됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 변경할 수 있습니다. 새로운 보장은 **2024년 1월 1일**에 시작됩니다. 이렇게 하면 SCAN Heart First 가입이 종료됩니다.
- 최근에 이사를 했거나 현재 거주하고 있거나 기관에서 이사한 경우(예: 전문 간호 시설 또는 장기 치료 병원), 플랜을 변경하거나 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜 유무에 관계없이)로 변경할 수 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 한국어로 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보가 필요하시면 저희 가입자 서비스부에 1-800-559-3500번으로 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 711번) 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지 매일 오전 8시~오후 8시이고 4월 1일부터 9월 30일까지는 월~금 오전 8시~오후 8시입니다. 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 이 통화는 무료입니다.
- 또한 무료로 대형 활자체, 점자체, 오디오 녹음 또는 기타 필요한 경우 대안적 형식으로 정보를 제공할 수도 있습니다.
- 본 플랜에 따른 보장은 **Qualifying Health Coverage(유자격 건강 보장, QHC)**로서 자격이 주어지며, 환자 보호 및 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 공동 책임 요건을 충족합니다. 자세한 내용은 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문해 주십시오.

SCAN Heart First 소개

- SCAN Heart First(HMO C-SNP)는 Medicare와 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.
- 이 문서에 "저희" 또는 "당사"라는 말은 SCAN Health Plan을 의미합니다. "플랜" 또는 "저희 플랜"이라는 말은 SCAN Heart First를 의미합니다.

H5425-028

Y0057_SCAN_20653_2024_M

2024년 연례 변경 통지서 목차

| | |
|--|-----------|
| 2024년 중요 비용 요약 | 4 |
| 섹션 1 내년 혜택 및 비용 변경 | 7 |
| 섹션 1.1 – 월 보험료 변경 | 7 |
| 섹션 1.2 – 최대 본인 부담액 변경..... | 7 |
| 섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 | 8 |
| 섹션 1.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경..... | 8 |
| 섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장의 변경 | 10 |
| 섹션 2 관리 변경 | 12 |
| 섹션 3 선택할 플랜 결정 | 13 |
| 섹션 3.1 – SCAN Heart First를 유지하려는 경우 | 13 |
| 섹션 3.2 – 플랜을 변경하려는 경우..... | 13 |
| 섹션 4 플랜 변경 기한 | 13 |
| 섹션 5 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 | 14 |
| 섹션 6 처방약 지불을 도와주는 프로그램 | 14 |
| 섹션 7 질문이 있으십니까? | 15 |
| 섹션 7.1 – SCAN Heart First의 도움 받기 | 15 |
| 섹션 7.2 – Medicare의 도움 받기 | 16 |

2024년 중요 비용 요약

아래 표는 몇 가지 중요한 분야에서 SCAN Heart First의 2023년 비용과 2024년 비용을 비교합니다. 이것은 단지 비용 요약에 불과합니다.

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|--|---|---|
| 월 플랜 보험료* * 귀하의 보험료가 이 금액보다 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 1.1을 참조하십시오. | \$0 | \$0 |
| 최대 본인부담 금액 이것은 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 귀하가 본인 부담액으로 지불하는 <u>최대</u> 한도입니다. (자세한 내용은 섹션 1.2 참조) | \$499 | \$199 |
| 의사 진료소 방문 | 주치의 방문: 방문당 자기부담금 \$0. 전문의 방문: 방문당 자기부담금 \$0. | 주치의 방문: 방문당 자기부담금 \$0. 전문의 방문: 방문당 자기부담금 \$0. |
| 입원환자 병원 입원 | 자기부담금 하루당 \$0(일수 무제한). | 자기부담금 하루당 \$0(일수 무제한). |
| 파트 D 처방약 보장 (자세한 내용은 섹션 1.5 참조) | 공제액: \$0 초기 보장 단계 동안의 자기부담금/공동보험액: ● 1단계 약: 처방당 \$5(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$0(선택 비용 분담 30일치) ● 2단계 약: 처방당 \$9(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$0(선택 비용 분담 30일치) | 공제액: \$0 초기 보장 단계 동안의 자기부담금/공동보험액: ● 1단계 약: 처방당 \$5(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$0(선택 비용 분담 30일치) ● 2단계 약: 처방당 \$9(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$0(선택 비용 분담 30일치) |

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|------------------------------------|---|---|
| <p>파트 D 처방약 보장 (계속)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 3단계 약: 다른 약에 대한 처방당 \$47(표준 비용 분담 30일치) 가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$35을 지불합니다. (표준 비용 분담 30일치) 다른 약에 대한 처방당 \$25(선호 비용 분담 30일치) 가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$25을 지불합니다. (선호 비용 분담 30일치) ● 4단계 약: 처방당 \$100(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$95(선호 비용 분담 30일치) ● 5단계 약: 총 비용의 33%(표준 비용 분담 30일치) 총 비용의 33%(선호 비용 분담 30일치) | <ul style="list-style-type: none"> ● 3단계 약: 다른 약에 대한 처방당 \$47(표준 비용 분담 30일치) 가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$35을 지불합니다. (표준 비용 분담 30일치) 다른 약에 대한 처방당 \$35(선호 비용 분담 30일치) 가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$25을 지불합니다. (선호 비용 분담 30일치) ● 4단계 약: 처방당 \$100(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$95(선호 비용 분담 30일치) ● 5단계 약: 총 비용의 33%(표준 비용 분담 30일치) 총 비용의 33%(선호 비용 분담 30일치) |

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|--------------------------------|---|--|
| <p>파트 D 처방약 보장 (계속)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 6단계 약: 해당 사항 없음 <p>재해성 보장:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 이 지급 단계에서 플랜은 보장되는 약에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. ● 각 처방에 대해 가입자는 약 비용의 5%에 해당하는 지불액(공동보험액이라고 함) 또는 자기부담금(복제약 또는 복제약처럼 취급되는 약의 경우 \$4.15, 기타 모든 약의 경우 \$10.35) 중 더 큰 금액을 지불합니다. | <ul style="list-style-type: none"> ● 6단계 약: 처방당 \$0(표준 비용 분담 30일치) 처방당 \$0(선호 비용 분담 30일치) <p>재해성 보장:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 이 지급 단계에서 플랜은 보장되는 파트 D 약에 대한 전체 비용을 지불합니다. 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다. |

섹션 1 내년 혜택 및 비용 변경

섹션 1.1 - 월 보험료 변경

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|---|-----------------|-----------------|
| 월 보험료 (또한 Medicare 파트 B 보험료도 계속 납부해야 합니다.) | \$0 | \$0 |
| 월 선택적 보조 플랜 보험료 | 치과 PPO 플랜: \$42 | 치과 PPO 플랜: \$42 |

- 월 플랜 보험료는 63일 이상 Medicare 약 보장("크레딧이 적용되는 보장"이라고도 함)만큼 좋은 다른 약 보장 없이 가는 것에 대해 평생 파트 D 지연 등록 벌금을 납부해야 할 경우 더 높아집니다.
- 소득이 높을 경우 Medicare 처방약 보장을 위해 매달 추가 금액을 정부에 직접 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 1.2 - 최대 본인 부담액 변경

Medicare는 모든 건강 플랜이 한 해 동안 "본인 부담액"을 지불하는 금액을 제한하도록 규정합니다. 이 한도를 "최대 본인 부담액"이라고 합니다. 이 금액에 도달하면 귀하는 일반적으로 나머지 연도 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|---|-----------|--|
| 최대 본인부담 금액 보장되는 의료 서비스(자기부담금 등)에 대한 귀하의 비용은 최대 본인 부담액에 포함됩니다. 처방약에 대한 귀하의 비용은 최대 본인 부담액에 포함되지 않습니다. | \$499 | \$199 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 \$199의 본인 부담액을 지불한 후에는 역년의 나머지 연도 동안 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에는 비용을 지불하지 않습니다. |

섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경

업데이트된 디렉토리는 당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com에 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 요청하거나 명부를 우편으로 보내달라고 요청할 수 있으며, 이러한 명부는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

내년에는 서비스 제공자 네트워크에 변경 사항이 있습니다. **2024년 서비스 제공자 및 약국 명부를 검토하여 귀하의 서비스 제공자(일차 진료 제공자, 전문의, 병원 등)가 저희 네트워크에 있는지 확인해 주십시오.**

내년에는 저희 네트워크 약국에 변경 사항이 있습니다. **2024년 서비스 제공자 및 약국 명부를 검토하여 어떤 약국이 저희 네트워크에 소속되어 있는지 확인해 주십시오.**

저희가 귀하의 플랜에 소속된 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자) 및 약국에 대한 변경을 할 수 있다는 것을 아는 것이 중요합니다. 서비스 제공자의 올해 중반 변경이 가입자에게 영향을 줄 경우, 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 드릴 수 있습니다.

섹션 1.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용 변경

우리는 내년에 특정 의료 서비스에 대한 비용과 혜택을 변경할 것입니다. 아래의 정보는 이러한 변경 사항을 설명합니다.

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|----------------|--|--|
| 행동 원격 의료 | 행동 원격 의료는 보장되지 <u>않습니다.</u> | 각각의 가상 의사 방문에 대해 납부하는 자기부담금은 \$0입니다. 자세한 정보는 <u>보장 증명서(Evidence of Coverage)</u> 를 참조해 주십시오. |
| 내구성 의료 장비(DME) | 가입자는 비용이 \$0-\$99인 품목에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 가입자는 비용이 \$100 이상인 품목에 대해 총 비용의 20%를 납부합니다. | 가입자는 \$0의 자기부담금을 납부합니다. |

| 비용 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|--|--|---|
| Fitbit Care(Google 기능 탑재) | Fitbit Care(Google 기능 탑재)는 보장되지 <u>않습니다</u> . | Fitbit Care(Google 기능 탑재)에 대해 납부하는 자기부담금은 \$0입니다. 자세한 정보는 <u>보장 증명서(Evidence of Coverage)</u> 를 참조해 주십시오. |
| 비처방(OTC) 품목 | 분기마다 SCAN OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 제공되는 비처방 품목의 최대 \$75가 보장됩니다. 사용하지 않은 잔액은 매 분기마다 이월됩니다. | 분기마다 SCAN OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 제공되는 비처방 품목의 최대 \$115가 보장됩니다. 사용하지 않은 잔액은 매 분기마다 이월됩니다. |
| <p>파트 B 처방약</p> <p>2023년 4월 1일부터 Medicare 파트 B 처방약에 대해 Medicare 승인 금액의 \$0-20%를 납부합니다.</p> <p>2023년 7월 1일부터 가입자는 의학적으로 필요한 인슐린 펌프와 같은 내구성 의료 장비를 통해 제공되는 파트 B 인슐린의 1개월치에 대해 \$35 이하를 납부합니다.</p> <p>사전 허가 규칙이 적용됩니다.</p> <p>자세한 정보는 <u>보장 증명서(Evidence of Coverage)</u>를 참조해 주십시오.</p> | | |
| 발 관리 서비스(정기/ Medicare 비보장) | 매년 최대 6회 방문에 대해 방문할 때마다 \$0의 자기부담금을 지불합니다. | 정기적인(Medicare 보장이 아닌) 발 관리 서비스는 보장되지 <u>않습니다</u> . |
| 보철 기기 및 관련 의료용품 | 가입자는 비용이 \$0-\$99인 품목에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 가입자는 비용이 \$100 이상인 품목에 대해 총 비용의 20%를 납부합니다. | 가입자는 \$0의 자기부담금을 납부합니다. |
| <p>함께 생활하기 위한 솔루션</p> <p>– Headspace – 마음챙김/명상 앱</p> | 가입자는 Headspace 앱 사용에 대해 \$0를 지불합니다. | Headspace 는 보장되지 <u>않습니다</u> . |

섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장의 변경

"의약품 목록"의 변경

저희 보장 의약품 목록은 처방집 또는 "의약품 목록"이라고 합니다. "의약품 목록" 사본은 전자식으로 제공됩니다.

당사는 "의약품 목록"을 변경하였으며, 여기에는 의약품 제거 또는 추가, 특정 의약품에 대한 보장에 적용되는 제한사항 변경 또는 다른 비용 분담 군으로 이동한 내용이 포함될 수 있습니다. "의약품 목록"을 검토하여 내년에 약이 보장되는지 확인하고 제한사항이 있는지 또는 약이 다른 비용 분담 군으로 이동되었는지 확인하십시오.

"의약품 목록"의 변경 대부분은 매년 초에 새로 추가됩니다. 하지만 연중에는 Medicare 규칙에서 허용하는 다른 변경도 가능합니다. 예를 들어, FDA가 안전하지 않다고 여기거나 제품 제조업체가 시장에서 철수한 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 온라인 "의약품 목록"을 업데이트합니다.

연초 또는 연중에 약 보장 변경의 영향을 받을 경우, 보장 증명서 9장을 검토하고 담당 의사와 상의하여 임시 분량 요청, 예외 적용 및/또는 새로운 약을 찾기 위한 노력과 같은 옵션을 알아보십시오. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하실 수도 있습니다.

처방약 비용의 변경

참고: 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원")에 가입되어 있는 경우, **파트 D 처방약 비용에 대한 정보는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 당사는 "처방약 비용에 대해 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 증명서 부칙"(일명 저소득층 보조금 부칙 또는 LIS 부칙)으로서, 약 비용에 대해 설명하는 별도의 안내서를 가입자에게 발송했습니다. "추가 지원"을 받고 2023년 9월 30일까지 이 안내서를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 부칙을 요청해 주십시오.

4가지 약 비용 지급 단계가 있습니다. 아래의 정보는 처음 두 단계(연간 공제액 단계 및 초기 보장 단계)의 변화를 보여줍니다. (대부분의 가입자는 다른 두 단계인 보장 공백 단계 또는 재해성 보장 단계에 도달하지 않습니다.)

공제액 단계의 변경

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 단계 1: 연간 공제액 단계 | 공제액이 없으므로 이 지급 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다. | 공제액이 없으므로 이 지급 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다. |

초기 보장 단계의 비용 분담에 대한 변경

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|---|---|---|
| <p>단계 2: 초기 보장 단계</p> <p>이 단계 동안에는 플랜이 약 비용의 일부를 부담하고 가입자는 가입자의 몫을 부담합니다.</p> <p>이 행의 비용은 네트워크 약국에서 처방약을 기입할 때 1개월치(30일)에 대한 것입니다.</p> <p>장기 분량 또는 우편 주문 처방약에 대한 비용에 대한 정보는 <i>보장 증명서</i>의 6장 섹션 5를 참조하십시오.</p> <p>"의약품 목록"에서 일부 약의 군(Tier)을 변경했습니다. 귀하의 약이 다른 군에 해당하는지 알아보시려면 "의약품 목록"을 찾아보십시오.</p> <p>대부분의 성인용 파트 D 백신은 무료로 보장합니다.</p> | <p>네트워크 약국에서의 1개월치 비용:</p> <p>1단계: 선호 복제약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$5입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>2단계: 복제약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$9입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>3단계: 선호 브랜드 약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 다른 약에 대한 처방당 가입자 납부액은 \$47입니다.</p> <p>가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$35을 지불합니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 다른 약에 대한 처방당 가입자 납부액은 \$25입니다.</p> <p>가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$25을 지불합니다.</p> <p>4단계: 비선호 약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$100입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$95입니다.</p> | <p>네트워크 약국에서의 1개월치 비용:</p> <p>1단계: 선호 복제약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$5입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>2단계: 복제약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$9입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>3단계: 선호 브랜드 약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 다른 약에 대한 처방당 가입자 납부액은 \$47입니다.</p> <p>가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$35을 지불합니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 다른 약에 대한 처방당 가입자 납부액은 \$35입니다.</p> <p>가입자는 이 군에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 월 \$25을 지불합니다.</p> <p>4단계: 비선호 약:</p> <p><i>표준 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$100입니다.</p> <p><i>선호 비용 분담:</i> 처방당 가입자 납부액은 \$95입니다.</p> |

| 단계 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|-------------------------------|--|--|
| 단계 2: 초기 보장 단계 (계속) | 5단계: 특수 단계: 표준 비용 분담: 가입자 납부액은 총 비용의 33%입니다. 선호 비용 분담: 가입자 납부액은 총 비용의 33%입니다. 6단계: 일부 케어 의약품: 해당 사항 없음 | 5단계: 특수 단계: 표준 비용 분담: 가입자 납부액은 총 비용의 33%입니다. 선호 비용 분담: 가입자 납부액은 총 비용의 33%입니다. 6단계: 일부 케어 의약품: 표준 비용 분담: 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다. 선호 비용 분담: 처방당 가입자 납부액은 \$0입니다. |
| | 총 약 비용이 \$4,660에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. | 총 약 비용이 \$5,030에 도달하면 다음 단계(보장 공백 단계)로 이동합니다. |

보장 공백 및 재해성 보장 단계의 변경

다른 두 가지 약 보장 단계인 보장 공백 단계와 재해성 보장 단계는 약 비용이 높은 가입자를 위한 것입니다. 대부분의 가입자는 보장 공백 단계 또는 재해성 보장 단계에 도달하지 않습니다.

2024년부터 재해성 보장 단계에 도달하면 보장되는 파트 D 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

이 단계의 비용에 대한 구체적인 정보는 보장 증명서의 6장, 섹션 6 및 7을 참조하십시오.

섹션 2 관리 변경

아래 표는 내년의 행정 변경 사항을 비교합니다.

| 설명 | 2023년(올해) | 2024년(내년) |
|------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 헬스클럽 멤버십 서비스 제공자 | 헬스클럽 멤버십은 SilverSneakers에서 제공합니다. | 헬스클럽 멤버십은 OnePass에서 제공합니다. |

섹션 3 선택할 플랜 결정

섹션 3.1 – SCAN Heart First를 유지하려는 경우

저희 플랜을 유지하려면 아무것도 하실 필요가 없습니다. 다른 플랜에 가입하지 않거나 12월 7일까지 Original Medicare로 변경되지 않을 경우, 자동으로 SCAN Heart First에 가입됩니다.

섹션 3.2 – 플랜을 변경하려는 경우

내년에는 가입자 자격을 유지하기를 희망하지만 2024년 플랜을 변경하려면 다음 단계를 따릅니다.

1단계: 자신의 선택에 대해 알아보고 비교해 보세요

- 다른 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 또는 -- Original Medicare로 변경할 수 있습니다. Original Medicare로 변경하실 경우, Medicare 약 플랜에 가입할지 결정해야 합니다. Medicare 약 플랜에 가입하지 않은 경우, 잠재적인 파트 D 지연 등록 벌금에 관한 섹션 1.1을 참조해 주십시오.

Original Medicare 및 기타 다양한 유형의 Medicare 플랜에 대해 자세히 알아보려면 Medicare 플랜 찾기(<http://www.medicare.gov/plan-compare>)를 이용하거나, Medicare 그리고 당신은 2024년 안내서를 읽거나, 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하거나(섹션 5 참조), Medicare(섹션 7.2 참조)에 전화하십시오.

2단계: 보장 변경

- 다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면 새 플랜에 가입하십시오. 가입자는 SCAN Heart First에서 자동으로 가입 해지됩니다.
- 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare로 변경하려면 새로운 약 플랜에 가입하십시오. 가입자는 SCAN Heart First에서 자동으로 가입 해지됩니다.
- 처방약 플랜이 없는 Original Medicare로 변경하려면 다음 중 하나에 해당해야 합니다.
 - 탈퇴 요청서를 보내거나 당사의 웹사이트를 방문하여 온라인 탈퇴를 요청하세요. 요청 방법에 대한 자세한 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.
 - 또는 – Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 가입 해지를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 연락해 주십시오.

섹션 4 플랜 변경 기한

다른 플랜 또는 내년 Original Medicare로 변경하려면 10월 15일부터 12월 7일까지 변경할 수 있습니다. 변경은 2024년 1월 1일부터 적용됩니다.

변경할 수 있는 다른 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 시기에도 변경이 허용됩니다. 그 예에는 Medicaid 가입자, 약 비용을 부담하는 "추가 지원"을 받는 사람, 고용주 보장을 가지고 있거나 해지하는 사람, 서비스 지역에서 이사한 사람 등이 있습니다.

2024년 1월 1일에 Medicare Advantage 플랜에 가입했으며 플랜 선택이 마음에 들지 않을 경우(Medicare 처방약 보장 여부에 관계 없이) 다른 Medicare 건강 플랜으로 전환하거나 2024년 1월 1일부터 3월 31일 사이에 Original Medicare(Medicare 처방약 보장 여부에 관계 없이)로 변경할 수 있습니다.

최근 입주한 경우, 현재 거주하고 있거나 기관에서 이사한 경우(예: 전문 간호 시설 또는 장기 치료 병원), 언제든지 Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장의 여부에 관계 없이)으로 변경하거나, 언제든지 Original Medicare(별도의 Medicare 처방약 플랜의 여부 여부에 관계 없이)로 변경할 수 있습니다.

섹션 5 Medicare에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주정부 건강 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)은 모든 주에서 교육을 받은 카운셀러가 교육을 받은 독립 정부 프로그램입니다. 캘리포니아주에서 SHIP은 '건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램'(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)이라고 합니다.

주정부 프로그램으로서 연방 정부로부터 자금을 받아 Medicare 가입자에게 무료로 지역 건강 보험 관련 상담을 제공합니다. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 상담원은 Medicare 관련 질문과 문제에 대해 도움을 줄 수 있습니다. 이 안내원은 Medicare 플랜의 선택을 이해하고 플랜 전환에 관한 질문에 답변하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하실 수 있습니다. 웹사이트 (aging.ca.gov/hicap/)를 방문하여 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.

섹션 6 처방약 지불을 도와주는 프로그램

귀하는 처방약 비용 지불에 대해 도움을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 아래의 도움은 다음과 같습니다.

- **Medicare의 "추가 지원"**. 귀하의 소득이 제한적인 경우 Medicare 처방약에 대해 추가 지원을 받으실 수 있습니다. 자격이 되시면 Medicare에서 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험을 포함하여 귀하의 약 비용에 대해 최대 75% 이상을 지불하실 수 있습니다. 또한 자격 요건을 갖춘 사람은 보장 공백 기간이나 가입 지연 벌금이 없습니다. 자격을 확인하시려면 전화로 문의해 주십시오.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 통화하실 수 있습니다.
- 사회보장국 사무소에(1-800-772-1213)번으로 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 7시 사이에 대리인을 요청하십시오. 자동 메시지는 하루 24시간 운영됩니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오. 또는
- 귀하의 주 Medicaid 사무소(신청).
- **주 정부의 의약품 지원 프로그램의 도움.** 캘리포니아주에는 재정적 필요, 나이 또는 의학적 상태에 따라 처방약 비용 지불을 도와주는 유전적 장애인 프로그램(Genetically Handicapped Persons Program, GHPP)이라는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램에 대한 자세한 정보는 주 건강 보험 지원 프로그램에 문의해 주십시오.
- **HIV/AIDS 가입자를 위한 처방 비용 분담 지원.** AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS에 걸린 ADAP 자격이 되는 사람들이 생명을 구할 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 돕습니다. 개인은 주 거주지 및 HIV 상태에 대한 증거, 주정부가 정한 저소득, 보험 미가입/보험 미가입 상태 증거를 비롯한 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP로도 보장되는 Medicare 파트 D 처방약은 캘리포니아주 공공보건부(Department of Public Health, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426) - 감염병 센터 AIDS 사무소를 통해 처방약 비용 분담 지원 자격이 있습니다. 자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050번으로 전화해 주십시오.

섹션 7 질문이 있으십니까?

섹션 7.1 – SCAN Heart First의 도움 받기

질문이 있으신가요? 저희가 항상 돕겠습니다. 가입자 서비스부에 1-800-559-3500번으로 연락해 주십시오. (TTY만, 711번으로 전화해 주십시오.) 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시, 전화 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월~금 오전 8시~오후 8시입니다. 대부분의 국경일은 휴무입니다. 휴무일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.

2024년 보장 증명서(내년 혜택 및 비용에 대한 상세 정보)를 읽어 주십시오

연례 변경 통지서에는 2024년 혜택 및 비용에 대한 변경 사항이 요약되어 있습니다. 자세한 내용은 2024년 SCAN Heart First 보장 증명서를 참조하십시오. 보장 증명서는 플랜 혜택에 대한 법적, 상세 설명입니다. 또한 보장 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자의 권리와 준수해야 하는 규칙을 설명합니다. 보장 증명서 사본은 저희 웹사이트 www.scanhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 보장 증명서를 우편을 발송하도록 요청하실 수도 있습니다.

웹사이트를 방문하세요

당사 웹사이트 www.scanhealthplan.com에 방문하셔도 됩니다. 상기와 같이, 당사 웹사이트에는 서비스 제공자 네트워크(서비스 제공자 및 약국 명부)와 보장 의약품 목록(처방집/의약품 목록)에 대한 최신 정보가 있습니다.

섹션 7.2 – Medicare의 도움 받기

Medicare로부터 직접 정보를 얻으시려면:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락해 주십시오

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)는 주 7일 하루 24시간 언제든지 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.

Medicare 웹사이트를 방문하세요

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 거주 지역의 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 및 품질 별점 등급에 대한 정보가 있습니다. 플랜에 관한 정보를 보려면 www.medicare.gov/plan-compare로 이동하십시오.

Medicare 그리고 당신은 2024년 읽기

Medicare 그리고 당신은 2024년 안내서를 읽으십시오. 매년 가을, 이 문서는 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. 이 안내서에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호 그리고 Medicare에 관한 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 요약되어 있습니다. 이 문서의 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락해 주십시오.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하거나 배제시키거나 다르게 대우하지 않습니다. SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 장애를 가진 사람들이 저희와 효과적으로 의사 소통을 할 수 있도록 무료 지원과 서비스를 제공합니다. 제공되는 서비스에는 자격을 갖춘 수화 통역사, 다른 형식의 서면 정보(대형 인쇄본, 오디오, 장애인용 전자 형식, 기타 형식) 등이 있습니다. SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 및 SCAN Health Plan New Mexico는 주 사용 언어가 영어가 아닌 분들을 위해 유자격 통역사와 다른 언어로 작성된 문서 등의 무료 언어 서비스를 제공합니다. 이러한 서비스가 필요하신 경우, SCAN 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

SCAN Health Plan, SCAN Desert Health Plan 또는 SCAN Health Plan New Mexico가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 차별했다고 생각하시는 경우, 직접 방문, 전화, 또는 우편이나 팩스를 통해 불만 제기를 하실 수 있습니다. 주소 및 연락처:

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
팩스: 1-562-989-0958
TTY: 711

또는 당사의 웹사이트 내 “File a Grievance”(불만 제기 접수) 양식을 이용하여 의견을 제출하실 수 있습니다. 주소: <https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

불만 제기를 하는 데 도움이 필요하시면 SCAN 가입자 서비스부에서 도움을 드릴 수 있습니다.

또한 민권 불만 제기를 미국 보건 인적 서비스부(HHS), 시민권 사무소에 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 시민권 사무소 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)

불만 제기 양식은 <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>에 있습니다.

또한 다음과 같이 전화, 서면 또는 온라인으로 캘리포니아주 보건서비스부, 민권 사무국에 민권 관련 불만을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370번으로 연락해 주십시오. 언어 또는 청력에 문제가 있는 경우, 711(통신 중계 서비스)번으로 연락해 주십시오.
- 서신: 불만 제기 양식을 작성하거나 편지를 작성하여 다음으로 보내 주십시오.
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
불만 제기 양식 입수처: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내 주십시오.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-559-3500. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-559-3500. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-559-3500 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-559-3500 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-559-3500. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسست با شماره 1-800-559-3500 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-559-3500. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-559-3500にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-559-3500. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-559-3500 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-559-3500. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-559-3500. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-559-3500. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-559-3500. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-559-3500. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-559-3500. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.