

2023

혜택 요약서

SCAN Heart First (HMO SNP) 오렌지 카운티 (Orange County)

2023년 1월 1일 - 2023년 12월 31일

SCAN Heart First(HMO SNP)는 Medicare와 계약을 맺은 HMO 플랜입니다. SCAN Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.

제공된 혜택 정보에는 당사가 보장하는 서비스나 제한 또는 예외 사항이 전부 포함되어 있지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 받으시려면, 본 문서에 기재된 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하시거나 웹사이트 www.scanhealthplan.com에 접속하셔서 "보장 증명서(Evidence of Coverage)"를 요청해 주십시오.

Y0057_SCAN_20024_2023_M

08/22 23C-CASMB1000KO



보험료 및 혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
월 플랜 보험료	가입자 월 납부액 \$0	가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
공제액	가입자 납부액 \$0	이 플랜은 공제액이 없습니다.
최대 본인 부담액(여기에는 처방약은 포함되지 않습니다)	연간 \$499	한 해 동안 Medicare 보장 의료 서비스 에 대해 가입자가 자기부담금 및 공동보험으로 납부하는 최대 금액.
입원환자 병원 진료 보장	가입자 납부액 \$0	저희 플랜은 입원환자 병원 입원 일수를 무제한 보장합니다. 사전 허가 규칙이 적용됩니다.
외래환자 병원 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 외래 수술 센터 • 외래환자 병원비 	가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 외래환자 병원 서비스에 대해 적용됩니다.
의사 방문 <ul style="list-style-type: none"> • 일차 진료 • 전문의 	가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 전문의 방문에 적용됩니다.
예방 진료	가입자 납부액 \$0	계약 연도 동안 Medicare가 승인한 추가의 예방 서비스가 보장됩니다. 사전 허가 규칙이 적용됩니다.
응급 진료	방문당 \$90의 자기부담금 납부	즉시 병원에 입원할 경우 응급실 자기부담금은 면제됩니다. 전 세계 지역에서 받는 응급 진료가 보장됩니다.
긴급 진료	가입자 납부액 \$0	전 세계 지역에서 받은 긴급 진료가 보장됩니다.

보험료 및 혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
진단 서비스/검사실 검사/영상 <ul style="list-style-type: none"> • 검사실 서비스 • 진단 검사 및 시술 • 외래환자 엑스레이 • 치료 방사선학 • 진단 방사선학(예: MRI, CT) 	가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0 방문당 \$50의 자기부담금 납부 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 진단 서비스, 검사실 검사 및 영상 서비스에 적용됩니다.
청력 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 진단 청력 및 균형 검사 • 비 Medicare 보장(정기) 청력 검사 • 비 Medicare 보장(정기) 보청기 	가입자 납부액 \$0 12개월마다 1회 방문까지 가입자 납부액 \$0 TruHearing Advanced 보청기에 대해 개당 \$450의 자기부담금 또는 TruHearing Premium 보청기에 대해 개당 \$750의 자기부담금 납부 12개월마다 2개까지 보청기에 대해 보장	사전 허가 규칙이 Medicare에서 보장하는 진단 청력 및 균형 검사에 적용됩니다. 정기 청력 검사와 보청기를 받으시려면 SCAN과 계약된 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다.
치과 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 치과 서비스 • 비 Medicare 보장(정기) 구강 검사 • 비 Medicare 보장(정기) 치아 클리닝 • 비 Medicare 보장(정기) 치아 엑스레이 	가입자 납부액 \$0 12개월마다 2회 방문까지 가입자 납부액 \$0 12개월마다 2회 방문까지 가입자 납부액 \$0 12개월마다 시리즈 2개까지 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 Medicare에서 보장하는 치과 서비스에 적용됩니다. 정기 치과 혜택도 추가로 보험료를 납부하여 이용할 수 있습니다. 이 문서의 마지막 부분에 있는 "선택적 보조 혜택"을 참조하십시오.

보험료 및 혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
안과 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 눈 질환의 진단/치료를 위한 Medicare 보장 안과 검사 • 백내장 수술 후 Medicare에서 보장하는 안경 • 비 Medicare 보장(정기) 시력 검사 • 비 Medicare 보장(정기) 안과 보장 제한 사항 	가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0 12개월마다 1회 방문까지 가입자 납부액 \$0 12개월마다 안경테, 렌즈, 렌즈 또는 콘택트렌즈에 대해 \$345까지 보장됩니다.	사전 허가 규칙이 백내장 수술 후 Medicare에서 보장하는 안과 검사 및 안경에 적용됩니다. 정기 시력 서비스는 사전 허가가 필요하지 않습니다. 정기적인 안과 서비스를 받으시려면 SCAN과 계약한 안과로 가셔야 합니다.
정신 건강 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문 • 외래환자 개인/그룹 치료를 위한 방문 • 정신과 의사에게 외래환자 개인/그룹 치료를 받기 위한 방문 	제1 ~ 90일에 대해 가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 입원환자 정신 건강 입원 기간에 적용됩니다. 혜택 기간마다 90일까지 보장됩니다.* 사전 허가 규칙이 외래환자의 정신 건강 서비스에 적용됩니다.
전문 간호 시설	제1 ~ 100일에 대해 가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 전문 간호 시설 서비스에 적용됩니다. 혜택 기간마다 100일까지 보장됩니다.* 사전 입원이 필요하지 않습니다.
물리 치료	가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 외래환자 물리 치료 서비스에 적용됩니다.
구급차	편도 이동마다 \$100의 자기부담금 납부	

*혜택 기간은 병원이나 SNF를 방문한 날에 시작됩니다. 혜택 기간은 60일 연속으로 입원환자 병원 서비스 또는 SNF 서비스를 받지 않을 때 종료됩니다.

보험료 및 혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
<p>교통편(비 Medicare 보장 — 정기)</p>	<p>연간 34회까지 편도 이동에 대해 가입자 납부액 \$0</p> <p>34회의 편도 이동 중 의료 외 목적지(식료품점, 헬스클럽 또는 시니어 센터)로 16회까지 사용할 수 있습니다. 특정한 기준이 적용됩니다.</p> <p>매회 편도 이동에 대해 75마일의 한도 적용</p>	<p>정기 교통편 서비스에 대해서는 사전 허가 규칙이 적용됩니다.</p> <p>정기 교통편 서비스를 이용하시려면 SCAN과 계약된 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다.</p>
<p>Medicare 파트 B 약</p>	<p>화학요법과 기타 파트 B 약에 대해 가입자는 총 비용의 20%를 납부</p>	<p>사전 허가 규칙이 약 선택 시 적용됩니다.</p>

외래환자 처방약(파트 D 약):

SCAN HEART FIRST — 납부 내용은 다음과 같습니다.

약 단계(Drug Tier)	소매				우편 주문	
	우선적		표준		우선적	표준
	30일치	100일치	30일치	100일치	100일치	100일치
파트 D 공제액 — 자기부담금 \$0						

초기 보장 단계

1단계 (우선적 복제약)		가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$5	가입자 납부액 \$10	가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$10
2군 (복제약)		가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$9	가입자 납부액 \$18	가입자 납부액 \$0	가입자 납부액 \$18
3군 (우선적 브랜드 약)	일부 인슐린	가입자 납부액 \$25	가입자 납부액 \$55	가입자 납부액 \$35	가입자 납부액 \$85	가입자 납부액 \$55	가입자 납부액 \$85
	기타 의약품	가입자 납부액 \$25	가입자 납부액 \$55	가입자 납부액 \$47	가입자 납부액 \$121	가입자 납부액 \$55	가입자 납부액 \$121
4군 (비우선적 약)		가입자 납부액 \$95	가입자 납부액 \$265	가입자 납부액 \$100	가입자 납부액 \$280	가입자 납부액 \$265	가입자 납부액 \$280
5군 (특수군)		가입자 납부액 33%	해당 사항 없음	가입자 납부액 33%	해당 사항 없음	해당 사항 없음	해당 사항 없음

보장 공백 단계

연간 총 약 비용(플랜이 지불한 금액과 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,660에 도달한 후 시작됩니다.

가입자는 1군, 2군 및 3군(일부 인슐린만) 약에 대해 초기 보장 단계에서와 같은 자기부담금을 부담합니다. 다른 군에 속한 약의 경우 가입자는 브랜드 약에 대해 계약 가격의 25% (및 조제비의 일부)를 지불하고 복제약에 대해 비용의 25%를 지불합니다.

재해성 보장 단계

연간 본인 부담 비용이 \$7,400에 도달한 후에 가입자는 다음 중에서 더 큰 금액을 부담합니다.

- 비용의 5%
- 복제약에 대해 \$4.15의 자기부담금(복제약으로 취급받는 약 포함)과 다른 모든 약에 대해 \$10.35의 자기부담금

일부 인슐린에 대한 자기부담금은 약 비용 지불 지원 프로그램("추가 지원") 이용 자격이 없는 가입자에게 적용됩니다. 일부 인슐린은 온라인으로 제공되는 의약품 목록 최신본에서 보장되는 3군의 모든 인슐린 펜 및 바이알입니다. 의약품 목록에 대해 궁금한 점은 가입자 서비스부로 문의해 주십시오.

인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지 - 가입자는 어떤 비용 부담 군에 관계 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1달치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

백신 비용에 대한 중요 메시지 - 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

당사의 네트워크 약국 중 일부는 우선적 비용 부담을 적용합니다. 이러한 약국을 이용할 경우, 특정 약 비용이 저렴할 수 있습니다. 비용 부담액은 선택하는 약국에 따라(가령, 우선적 소매 약국, 표준 소매 약국, 우선적 우편 주문 약국, 표준 우편 주문 약국, 장기 치료(LTC) 약국 또는 재택 주입 약국 등), 또는 1개월치를 받는지 아니면 3개월치를 받는지에 따라, 또는 파트 D 혜택의 다른 단계에 들어갈 때 또는 귀하께서 "추가 지원"을 받는지 여부에 따라 변할 수 있습니다. 자세한 정보는 본 문서에 기재된 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 온라인에서 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조하시기 바랍니다. 장기 치료 시설에 거주하시는 분은 31일치에 대한 비용 부담이 표준 소매 약국에서의 30일치 비용 부담과 같습니다. 네트워크 외부 약국에서 약을 받으실 수도 있지만 네트워크 내 약국에 내는 것보다 더 많은 금액을 낼 수도 있습니다.

추가 혜택

플랜은 파트 C 혜택 및 파트 D 혜택에 더하여 보조 혜택을 제공할 수 있습니다.

혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
침술 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 침술 서비스 • 정기 침술 치료 	가입자 납부액 \$0 방문당 \$5의 자기부담금 납부	사전 허가 규칙이 적용됩니다. 첫 번째 정기 침술 방문에 대해 진료 추천을 받지 않아도 됩니다. 후속 방문에는 사전 허가 가 필요합니다.
지압 요법 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 지압 요법 서비스 • 정기 지압 요법 	가입자 납부액 \$0 방문당 \$5의 자기부담금 납부	사전 허가 규칙이 적용됩니다. 첫 번째 정기 지압 요법 방문에 대해 진료 추천을 받지 않아도 됩니다. 후속 방문에는 사전 허가 가 필요합니다.
가정 간호 (Medicare 보장)	가입자 납부액 \$0	사전 허가 규칙이 적용됩니다.

혜택	SCAN HEART FIRST	알아야 할 사항
<p>의료 장비/용품</p> <ul style="list-style-type: none"> • 내구성 의료 장비 (예: 휠체어, 산소) • 보철(예: 치아 교정기, 인공 의족 의수) • 당뇨 용품 	<p>Medicare 승인 금액을 기준으로 \$0 ~ \$99의 구매 비용이 소요된 물품에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>가입자는 구매 비용이 \$100 이상인 품목에 대해 총 비용의 20%를 납부</p> <p>Medicare 승인 금액을 기준으로 \$0 ~ \$99의 구매 비용이 소요된 물품에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.</p> <p>가입자는 구매 비용이 \$100 이상인 품목에 대해 총 비용의 20%를 납부</p> <p>가입자 납부액 \$0</p>	<p>사전 허가 규칙이 보장되는 내구성 의료 장비, 보철 기기 및 특정 당뇨 용품에 적용됩니다.</p> <p>SCAN은 특정 제조회사의 혈당 측정기, 검사지 및 조절 솔루션과 같은 당뇨 용품을 보장합니다. 세모날도 보장이 되고 모든 제조회사의 제품을 이용할 수 있습니다.</p>
<p>원격 서비스</p>	<p>가입자 납부액 \$0</p>	<p>가입자의 편의를 위해 자택에서 면허가 있는 의사의 검진 이 혜택은 기침, 독감, 메스꺼움, 목 따가움, 열 및 알레르기 등 치명적이지 않은 질병에 대한 것입니다.</p> <p>의사의 검진은 전화로 또는 가입자의 컴퓨터나 스마트폰에서 보안 비디오 기능을 통해 이루어질 수 있습니다.</p>
<p>비처방(OTC) 품목</p>	<p>분기당 최대 \$75가 보장됩니다.</p>	<p>분기당 최대 2회 배송을 보장 받고 나머지 잔액은 다음 분기로 이월됩니다. 혜택은 다음 달력 연도로 이월되지 않습니다.</p>

선택적 보조 혜택

치과 서비스 – SCAN HEART FIRST

PPO 치과 플랜 캘리포니아

월납 보험료

월 \$42

- Delta Dental DPPO 서비스 제공자 네트워크 이용
- 300여 가지의 치과 시술 포함
- 종합 치과 보장
- 네트워크 내부 및 네트워크 외부 치과에서 제공되는 치과 서비스
- 네트워크 내 치과 의사와 함께 하는 서비스에는 예측 가능한 자기부담금이 있습니다.
- Delta Dental 비 Medicare PPO 치과 의사에 대해 최대 \$2,000 보장

SCAN Heart First는 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자의 네트워크를 보유하고 있습니다. 당사의 네트워크에 참여하지 않는 서비스 제공자를 이용하는 경우, 플랜은 이런 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 수도 있습니다.

SCAN HEART FIRST 소개

가입 대상자는?	자격: <ul style="list-style-type: none"> - Medicare 파트 A와 파트 B 둘 다 가입되어 있음 - 플랜 서비스 지역에 거주(캘리포니아주 Orange 카운티) - 미국 시민권자 또는 합법적인 미국 거주자 - 심혈관계 질병 진단 및/또는 만성 심부전 진단을 받음
전화번호(가입자)	1-800-559-3500
전화번호(비가입자)	1-877-870-4867
TTY	711
영업 시간	10월 1일-3월 31일: 주 7일, 오전 8시 - 오후 8시 4월 1일-9월 30일: 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 1 영업일 이내에 답변을 드립니다.
웹사이트	http://www.scanhealthplan.com

Original Medicare의 보장 내역과 비용에 관한 자세한 정보는 최신 "**Medicare & You**" 안내서를 확인해 주십시오. 웹사이트 <https://www.medicare.gov>에서 보시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 전화하여 사본을 요청하실 수도 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.

본 정보는 혜택에 대한 전체 내용이 아닙니다. 보다 자세한 정보는 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

저희 네트워크 우편 주문 배달 프로그램을 통해 집에서 처방약을 받으실 수 있습니다. Express Scripts PharmacySM는 우선적 우편 주문 약국입니다. 처방약을 저희 네트워크 내 임의의 우편 주문 약국에서 조제하실 수 있으나 우선적 우편 주문 약국을 이용하시면 비용이 적게 듭니다. Express Scripts 우편 주문 약국이 주문을 받으면 일반적으로 14일 이내에 처방약을 받으실 수 있습니다. 이 기간 안에 처방약을 받지 못한 경우, SCAN Health Plan의 가입자 서비스부에 1-800-559-3500로, 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하시기 바랍니다. 4월 1일부터 9월 30일까지, 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 - 오후 8시 운영합니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 1 영업일 이내에 답변을 드립니다. TTY: 711번으로 전화해주십시오. 우편 주문 처방약은 자동 리필 프로그램을 이용하실 수 있습니다. 가입하시려면 Express Scripts Pharmacy에 1-866-553-4125번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오. 자동 배달을 언제든지 취소하실 수 있습니다. 저희 네트워크 안에서 다른 약국도 이용할 수 있습니다.

사전 등록 체크리스트

가입을 결정하시기 전에 저희가 제공하는 혜택과 규칙을 이해하시는 것이 중요합니다. 궁금하신 사항은 고객 서비스 담당자에게 1-877-870-4867(TTY 사용자는 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시-오후 8시 운영합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지, 월요일-금요일, 오전 8시 - 오후 8시. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 1 영업일 이내에 답변을 드립니다.

혜택에 대한 이해

- 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC)에 설명된 혜택의 전체 내용을 검토해 주십시오. 특히, 귀하께서 정기적으로 의사의 진료를 받는 서비스를 면밀히 검토해 주십시오. www.scanhealthplan.com을 방문하시거나 1-877-870-4867번으로 연락하시어 EOC 사본을 보시거나 요청하실 수 있습니다.
- 서비스 제공자 명부를 확인하시어(또는 담당 의사에 관해 문의하여) 현재 귀하께서 이용하시는 의사가 저희 네트워크 소속인지 확인해 주십시오. 담당 의사가 네트워크 소속이 아닌 경우, 새로운 의사를 선택하시게 됩니다.
- 약국 명부를 검토하시어 처방약을 조제하는 약국이 저희 네트워크 소속인지 확인해 주십시오. 해당 약국이 네트워크 소속이 아닌 경우, 처방약 조제를 위해 다른 약국을 선택하시게 됩니다.

중요 규칙에 대한 이해

- 귀하의 월 플랜 보험료 외에도 귀하의 Medicare 파트 B 보험료를 계속해서 반드시 납부하셔야 합니다. 이 보험료는 보통은 귀하의 사회보장국 연금 수표에서 매월 공제될 것입니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험료는 2024년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 응급 상황이나 긴급 진료를 받아야 할 때를 제외하고 네트워크 비소속 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 수록되어 있지 않은 의사)가 제공하는 서비스는 저희 플랜에서 보장되지 않습니다.
- 이 플랜은 만성 증상 특수 요구 플랜(C-SNP)입니다. 플랜 가입 자격은 해당하는 중증 또는 장애성 만성 질환을 가지고 있다는 확인을 기준으로 합니다.

SCAN Health Plan 및 SCAN Desert Health Plan은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별을 하거나 배제시키거나 다르게 대우하지 않습니다. SCAN Health Plan 및 SCAN Desert Health Plan은 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 및 SCAN Desert Health Plan은 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 Plan이 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 Member Services

Attention: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22616, Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Health Plan, California 1-800-559-3500 팩스: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Nevada 1-855-827-7226 팩스: 1-562-989-0958

SCAN Health Plan, Texas 1-855-844-7226 팩스: 1-562-989-0958

SCAN Desert Health Plan, Arizona 1-855-650-7226 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 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 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 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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 panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسٹ با شماره (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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、(CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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 ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬਸ ਸਾਨੂੰ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian: យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226)។ 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). 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 (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226) เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ (CA: 1-800-559-3500)(AZ: 1-855-650-7226)(NV: 1-855-827-7226)(TX: 1-855-844-7226). ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.