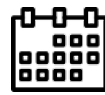


2026 혜택 안내

연례 변경 통지

동봉해드린 안내문을 통해 현재 가입 중인 보장 내역을 살펴보고, 내년도에 제공될 새로운 플랜과 비교해보실 수 있습니다. 연례 가입 기간(Annual Enrollment period, AEP)은 10월 15일에 시작하여 12월 7일에 종료됩니다.



따로 취하실 조치는 없습니다.

귀하의 가입은 자동으로 갱신됩니다. 소책자에 명시된 모든 플랜 변경 사항은 내년 1월 1일에 발효됩니다.



반가운 소식을 확인해 보십시오!

귀하의 메디케어 혜택에 대해 Clever Care Health Plan을 신뢰해 주셔서 감사드립니다. 회원님들의 말씀을 늘 소중히 여기고, 그 의견에 진심으로 귀 기울이고 있습니다. 회원 여러분께서 보내주신 소중한 의견 덕분에, 내년도 플랜에 다음과 같은 향상된 혜택을 자신 있게 소개드릴 수 있게 되었습니다:

- **치과 수당**은 연 2회로 나누어 지급되며, 초기 금액을 더 많이 받으실 수 있어 치과 진료 시 더욱 유연하게 활용하실 수 있습니다.
- **플렉스 수당 잔액**은 다음 분기로 이월됩니다.
- **Costco Vision, Walmart** 등은 이제 Clever Care 시력 네트워크의 일부가 되었습니다.
- 추가 치과, 안경류 및/또는 보청기 비용을 포함하여 **플렉스 수당을 사용할 수 있는 방법**이 더 많아졌습니다. 또한 귀하가 확인된 적격 만성 질환이 있는 경우, 플렉스 수당을 사용하여 식료품을 구매하실 수 있습니다.^[1]

함께해 주셔서 감사드리며, 앞으로도 저희 Clever Care Health Plan과의 여정을 이어가 주시기를 바랍니다.



Karen Johnson
Karen Johnson
최고경영자



Richard Greene
Richard Greene
사장

중요한 플랜 자료

귀하의 편의를 위해 Clever Care는 당사 웹사이트에 아래 문서를 제공하며 10월 15일에 이용하실 수 있습니다.

보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC) – EOC는 귀하의 의료 및 처방약 혜택과 비용에 대한 세부 정보를 제공합니다.
ko.clevercarehealthplan.com/eoc

의료 서비스 제공자 명부 – 의사와 전문의 등을 포함한 의료 서비스 제공자 목록을 검색하실 수 있습니다.
ko.clevercarehealthplan.com/provider

약국 명부 – 지역 내 네트워크 소속 약국을 찾아보실 수 있습니다.
ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy

처방집 – 보장 약 전부가 열거되어 있으므로 의사와 의약품 옵션에 대해 상의하실 수 있습니다. ko.clevercarehealthplan.com/formulary

맞춤형 언어 지원 서비스

의료 서비스 제공자, 약국 또는 특정 의약품을 찾는 데 도움이 필요하시거나 이러한 문서의 인쇄본을 우편으로 받길 원하시는 경우, 고객 서비스에 전화 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지, 그리고 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

Clever Care Health Plan, Inc.는 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다.

[1] 언급된 혜택은 만성 질환 회원을 위한 특별 보충 프로그램의 일부입니다. 기타 자격 및 보장 기준이 적용됩니다. 모든 회원에게 자격이 부여되지는 않습니다.

Clever Care Longevity (HMO) 2026에 대한 연례 변경 통지

귀하는 Clever Care Longevity의 회원으로 가입되었습니다.

이 자료는 플랜의 내년도 비용 및 혜택 변경 사항을 설명합니다.

- 귀하의 내년도 메디케어 보장 변경을 10월 15일~12월 7일 사이에 해 주시기 바랍니다. 2025년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 귀하는 Clever Care Longevity 가입 상태가 유지됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 www.Medicare.gov를 방문하거나 *메디케어와 가입자 (Medicare & You) 2026* 소책자 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오.
- 이는 단지 변경사항의 요약임을 유의하십시오. 비용, 혜택 및 규칙에 대한 자세한 정보는 *보장 범위 증명서*에 나와 있습니다. ko.clevercarehealthplan.com/eoc에서 사본을 받거나 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 우편으로 사본을 받으십시오.

추가 자료

- 이 문서는 중국어, 한국어, 스페인어 및 베트남어로 무료 제공됩니다.
- 당사 플랜은 언어 지원 서비스, 적절한 보조 지원 및 서비스를 무료로 제공합니다.
- 추가 정보는 회원 서비스에 1-833-808-8164로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다). 시간은 10월 1일~3월 31일 주 7일 오전 8시~오후 8시; 4월 1일~9월 30일 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 이 통화는 무료입니다.
- 이 정보는 필요에 따라 큰 활자, 오디오 또는 기타 대체 형식을 포함한 다른 형식으로도 제공될 수 있습니다. 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 상기 번호로 회원 서비스에 전화하시기 바랍니다.

Clever Care Longevity 소개

- Clever Care Health Plan, Inc.는 메디케어 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다.
- 이 자료에서 “당사” 또는 “우리”라 함은 Clever Care Health Plan, Inc.을(를) 의미합니다. “플랜” 또는 “당사 플랜”이라 함은 Clever Care Longevity을(를) 의미합니다.
- 2025년 12월 7일까지 아무것도 하지 않으면 자동으로 Clever Care Longevity에 가입됩니다. 2026년 1월 1일부터 시작하여 Clever Care Longevity까지 의료 및 약 보장을 받으실 수 있습니다. 플랜 변경 방법 및 변경 기한에 대한 자세한 내용은 섹션 3을(를) 참조하십시오.

목차

2026년도 중요 비용 요약.....	5
섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경.....	6
섹션 1.1 플랜 월 보험료 변경.....	6
섹션 1.2 가입자 부담 최대 한도액의 변경.....	7
섹션 1.3 서비스 제공자 네트워크의 변경.....	7
섹션 1.4 약국 네트워크의 변경.....	8
섹션 1.5 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경.....	8
섹션 1.6 파트 D 처방약 보장의 변경.....	11
섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용의 변경.....	11
섹션 2 행정적 변경.....	13
섹션 3 플랜 변경 방법.....	14
섹션 3.1 플랜 변경 마감일.....	15
섹션 3.2 변경할 수 있는 연중 다른 시기가 있습니까?.....	15
섹션 4 처방약 비용 지불 도움 받기.....	15
섹션 5 질문이 있으신가요?.....	16
Clever Care Longevity에서 도움 받기.....	16
메디케어에 관한 무료 상담 받기	17
메디케어로부터 도움 받기.....	17

2026년도 중요 비용 요약

	2025(금년)	2026(내년)
플랜 월 보험료*	\$0	\$0
* 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 1.1을(를) 참조하십시오.		
본인부담 공제액	\$0	\$0
가입자 부담 최대 한도액	\$1,200	\$500
이는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스를 위해 귀하가 부담할 <u>최대</u> 금액입니다. (자세한 내용은 섹션 1.2을(를) 참조하십시오.)		
일차 진료실(주치의) 방문	방문당 \$0	방문당 \$0
전문의 진료실 방문	방문당 \$0	방문당 \$0
병원 입원	각 메디케어 보장 입원에 대해: 각 혜택 기간당 본인부담 공제액: \$0 1~90일차: 일당 \$0 예약 91일차 이상: 일당 \$0	각 메디케어 보장 입원에 대해: 각 혜택 기간당 본인부담 공제액: \$0 1~90일차: 일당 \$0 예약 91일차 이상: 일당 \$0
파트 D 약 보장 본인부담 공제액	\$0	\$0
(자세한 내용은 섹션 1을(를) 참조하십시오.)		

	2025(금년)	2026(내년)
파트 D 약 보장 (연간 본인부담 공제액, 초기 보장 및 재난적 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 섹션 1.6을 참조하십시오.)	초기 보장 단계 동안의 코페이먼트/코인슈런스: - 계층 1 약: \$0 - 계층 2 약: \$0 - 계층 3 약: \$47 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 4 약: \$99 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 5 약: 33% 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 6 약: \$0 재난적 보장 단계: 이 지불 단계 동안, 귀하는 보장 파트 D 의약품 그리고 당사의 높아진 혜택으로 보장되는 제외된 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.	초기 보장 단계 동안의 코페이먼트/코인슈런스 : - 계층 1 약: \$0 - 계층 2 약: \$0 - 계층 3 약: \$40 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 4 약: \$99 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 5 약: 33% 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35을(를) 지불합니다. - 계층 6 약: \$0 재난적 보장 단계: 이 지불 단계 동안, 귀하는 보장 파트 D 약 그리고 당사의 높아진 혜택으로 보장되는 제외된 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경

섹션 1.1 플랜 월 보험료 변경

	2025 금년	2026 내년
월 보험료 (또한 메디케어 파트 B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.)	\$0	\$0
파트 B 보험료 인하 이 금액은 파트 B 보험료에서 공제됩니다. 이는 귀하가 파트 B에 대해 더 적은 비용을 지불할 것임을 의미합니다.	\$1.20 (San Diego 카운티만 해당)	\$0 (모든 카운티)

파트 D 보험료 금액을 변경할 수 있는 요인

- 가입 지연 벌금 - 메디케어 의약품 보장과 동등한 수준이거나 그 이상의 다른 약 보장(“신용할 만한 보장”이라고도 함)을 63일 이상 동안 없이 지낸 데 대해 귀하가 평생 부과되는 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 하는 경우, 귀하의 플랜 월 보험료는 증가할 것입니다.
- 고소득 추가 요금 - 귀하의 소득이 증가한 경우, 메디케어 의약품 보장을 위해 매월 추가 금액을 직접 정부에 납부해야 하실 수 있습니다.

섹션 1.2 가입자 부담 최대 한도액의 변경

메디케어는 모든 헬스 플랜에 귀하가 연중에 지불하는 본인 부담 금액의 한도를 정할 것을 요구합니다. 이 한도를 가입자 부담 최대 한도액이라고 합니다. 이 금액을 지불한 후에는 일반적으로 해당 연도의 나머지 기간 동안 보장되는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

	2025 금년	2026 내년
가입자 부담 최대 한도액 귀하의 보장 의료 서비스에 대한 비용(예: 코페이먼트)은 귀하의 가입자 부담 최대 한도액에 포함됩니다. 귀하의 처방약 비용은 가입자 부담 최대 한도액에 포함되지 않습니다.	\$1,200	\$500 보장 서비스에 대해 \$500의 본인 부담 금액을 지불하면 귀하는 해당 연도의 나머지 기간에는 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 1.3 – 서비스 제공자 네트워크의 변경

내년도 의료 서비스 제공자 네트워크에 변경 사항이 있습니다. 2026년도 *의료 서비스 제공자 명부*를 ko.clevercarehealthplan.com/provider에서 검토하여 귀하의 의료 서비스 제공자

(주치의, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 있는지 확인하십시오. 업데이트된 *의료 서비스 제공자 명부*를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/provider 방문.
- 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 현재의 의료 서비스 제공자 정보를 얻거나 *의료 서비스 제공자 명부*를 우편으로 보내달라고 요청하십시오.

당사는 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문의(의료 서비스 제공자)를 연중에 변경할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자의 연중 변경으로 인해 귀하에게 영향이 있는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 요청하십시오. 네트워크 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우의 귀하의 권리에 관한 자세한 정보는 *보장 범위 증명서*의 제3장, 섹션 2.3을 참조하십시오.

섹션 1.4 약국 네트워크의 변경

귀하가 처방약에 대해 지불하는 금액은 귀하가 어느 약국을 이용하느냐에 따라 달라질 수 있습니다. 메디케어 의약품 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 귀하의 처방약은 당사 네트워크 약국 중 하나에서 조제되는 *경우에만* 보장됩니다.

내년도 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다. 2026년도 *약국 명부* ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy에서 어느 약국이 당사 네트워크에 있는지 확인하십시오. 업데이트된 *약국 명부*를 받는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy 방문.
- 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 현재 약국 정보를 얻거나 *약국 명부*를 우편으로 보내달라고 요청하십시오.

당사는 연중에도 플랜의 일부인 약국을 변경할 수 있습니다. 당사 약국의 연중 변경이 귀하에게 영향을 미치는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 요청하십시오.

섹션 1.5 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경

	2025 (금년)	2026 (내년)
24시간 Optum® 간호사 상담전화	\$0 코페이먼트 통화당	보장되지 <u>않습니다</u> .
침술 서비스(정기)	\$0 코페이먼트 연간 수당 최대 한도 \$1,900까지 무제한 방문.	\$0 코페이먼트 연간 수당 최대 한도 \$2,000까지 무제한 방문.
치과 수당(정기)	분기당 \$550. 미사용 잔액은 이월됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.	6개월마다 \$1,100. 미사용 잔액은 이월됩니다. 치아 교정은 제외됩니다.
종합적 치과 서비스	진료 추천서가 필요합니다.	진료 추천서는 필요하지 <u>않습니다</u> .
치과 진단 및 예방 서비스	사전 승인이 필요합니다.	사전 승인은 필요하지 <u>않습니다</u> .

	2025 (금년)	2026 (내년)
치과 치주요법	주기는 3년입니다.	주기는 2년입니다.
치과 임플란트 서비스	지대주 지지 크라운 주기는 5년입니다.	지대주 지지 크라운 주기는 치아당 1회 5년입니다.
치과 보철, 착탈식	주기는 5년입니다.	제한 없음.
치과 엑스레이	\$0 코페이먼트, 매년 1회.	\$0 코페이먼트 매년 2회.
식품 및 농산물(식료품) - SSBCI	월 \$40 수당.	자격이 있는 경우, 플렉스 수당을 사용하여 건강한 식품 및 농산물을 구매하실 수 있습니다.
건강 및 웰니스 플렉스 혜택 수당	매 분기마다 플렉스 혜택 카드에 \$225의 수당이 추가됩니다. 미사용 잔액은 이월되지 않습니다. 통합 사용: 피트니스, 비처방 의약품 (OTC), 한방 건강 보조제.	매 분기마다 플렉스 혜택 카드에 \$315의 수당이 추가됩니다. 미사용 잔액은 이월됩니다. 통합 사용: 피트니스, 비처방 의약품(OTC), 한방 건강 보조제, 치과/시력/청력 비용, 그리고 적격 만성 질환으로 진단되고 SSBCI 적격자인 경우 식료품.
정신 건강 전문 서비스(그룹 또는 개별)	\$40 코페이먼트 방문당.	\$25 코페이먼트 방문당.
오피오이드 치료 프로그램 서비스	\$40 코페이먼트 방문당.	\$25 코페이먼트 방문당.
정신건강 외래 서비스	\$40 코페이먼트 방문당.	\$25 코페이먼트 방문당.
약물 남용 외래 서비스	\$40 코페이먼트 방문당.	\$25 코페이먼트 방문당.
퇴원 후 식사 배달	\$0 코페이먼트 병원 입원 또는 전문 영양 시설(SNF) 입원 후 연간 84회 한도내에서 28일 동안 1일 최대 3식.	재입원 방지를 참조하십시오.
정신과 서비스	\$40 코페이먼트 방문당.	\$25 코페이먼트 방문당.

	2025 (금년)	2026 (내년)
재입원 방지(가정에서의 회복)	보장되지 <u>않습니다</u> .	\$0 코페이먼트 서비스는 병원 또는 전문 요양 시설 (SNF)에서 퇴원한 후 제공됩니다. 외래 수술 센터에서 퇴원하는 경우는 제외됩니다. 서비스가 승인되려면 퇴원 후 7일 이내에 회원 서비스에 서비스 요청을 하셔야 합니다. 서비스에 포함되는 사항은 다음과 같습니다. • 개인 케어 조정: 72시간 이내에 사례 관리자로부터 개인적인 후속 전화를 받습니다. 회원은 의약품 검토 및 교육, 예약 지원, 의료 장비 지원, 그리고 필요한 기타 지원 서비스 우선 지원을 받게 됩니다. • 재택 지원: 목욕, 옷 입기, 세탁, 침대 이불 교체, 가벼운 집안일, 진료 예약 장소로의 교통편, 식료품점 (마켓), 약 투여 지원 등을 포함한 일상 생활 활동에 연간 최대 60시간을 지원 받을 수 있습니다. • 가정 배달 음식: 영양 상담을 포함하여 연간 84회 한도내에서 최대 28일 동안 1일 최대 3식의 의료 맞춤형 식사를 받을 수 있습니다. 이 혜택은 메디케어 보장 가정 건강 서비스에 추가 될 수 있으나 이를 대체할 수는 없습니다. 식료품 구매는 이 혜택에 포함되지 않습니다.
원격 의료 혜택	\$0 코페이먼트 Teladoc® 의학적 진료; 정신건강 진료에 대해 \$40 코페이.	\$0 코페이먼트 Teladoc® 의료 또는 정신건강 진료.

	2025 (금년)	2026 (내년)
교통편 서비스(비용급)	\$0 코페이먼트 연간 24회 편도 이동, 반경 30마일.	\$0 코페이먼트 플랜이 승인한 건강 장소로 연간 48회 편도 이동, 반경 30마일.
시력 하드웨어 수당(정기)	콘택트렌즈, 렌즈 및 안경테에 대해 매년 \$200의 수당.	콘택트렌즈, 렌즈 및 안경테에 대해 매년 \$300의 수당. 업그레이드에는 표준 누진 렌즈가 포함됩니다.
전 세계 응급/긴급 진료 서비스	\$0 코페이먼트 연간 최대 한도 \$85,000입니다.	\$0 코페이먼트 연간 최대 한도 \$100,000입니다.

섹션 1.6 파트 D 처방약 보장의 변경

보장 의약품의 리스트를 처방집 또는 의약품 목록이라고 합니다. 의약품 목록 사본은 전자적(온라인)으로 제공됩니다.

당사는 의약품 목록을 변경하였으며, 이 변경에는 약의 제거 또는 추가, 특정 약의 보장에 적용되는 제한사항의 변경, 또는 다른 비용 분담 계층으로의 약의 이동이 포함될 수 있습니다. 의약품 목록을 검토하여 귀하의 약이 내년에 보장될 것인지, 어떤 제한사항이 있을 것인지, 또는 다른 비용 분담 계층으로 이동되었는지 확인하십시오.

대부분의 의약품 목록 변경은 각 연도의 초에 이루어집니다. 그러나, 귀하에게 영향을 줄, 메디케어 규칙이 허용하는 다른 변경을 플랜 연도 중에도 할 수 있습니다. 당사는 온라인 의약품 목록을 최소 매월 업데이트하여 최신의 의약품 목록을 제공합니다. 복용 종이신 약의 이용에 영향을 줄 변경을 하는 경우, 변경 통지를 보내드릴 것입니다.

연초 또는 연중에 약 보장의 변경으로 인한 영향이 있을 경우, **보장 범위 증명서** 제9장을 검토하고 담당 처방자와 상의하여 임시 공급 요청, 예외 처리 신청 및/또는 새로운 약 찾기와 같은 방법을 찾아보십시오. 자세한 정보는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 문의하십시오.

섹션 1.7 처방약 혜택 및 비용의 변경

약 보장 비용을 지불하기 위해 Extra Help(추가 도움)를 받습니까?

귀하가 약 비용을 지원하는 프로그램(Extra Help(추가 도움))에 가입한 경우에는, **파트 D 처방약 비용에 관한 정보가 귀하에게 적용되지 않습니다.** 당사는 **처방약 비용을 지불하는 데 Extra Help(추가 도움)를 받는 사람들을 위한 보장 범위 증명서 특약**이라는 별도의 자료를 송부하였으며, 이는 귀하의 약 비용에 대해 설명합니다. Extra Help(추가 도움)를 받는 경우 이 삽입자료를 9월 30일까지 받지 못했다면, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 LIS 특약을 요청하십시오.

의약품 지불 단계

연간 본인부담 공제액 단계, 초기 보장 단계, 재난적 보장 단계 **세 가지 약 지불 단계가 있습니다.** 보장 범위 격차 단계 및 보장 범위 격차 할인 프로그램은 더 이상 파트 D 혜택에 존재하지 않습니다.

- **1단계: 연간 본인부담 공제액**

본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.

• **2단계: 초기 보장**

이 단계에서는, 당사 플랜은 귀하의 약 비용 중 플랜 몫을 지불하고, 귀하는 그 비용 중 귀하의 몫을 지불합니다. 귀하는 일반적으로 연초부터 현재까지의 총 약 비용이 \$2,100에 도달할 때까지 이 단계에 남아 있습니다.

• **3단계: 재난적 보장**

이는 세 번째이자 최종 약 지불 단계입니다. 이 단계에서는, 보장 파트 D 약에 대해 귀하는 비용을 지불하지 않습니다. 귀하는 일반적으로 해당 연도의 나머지 기간 동안 이 단계에 속합니다.

보장 범위 격차 할인 프로그램은 제조업체 할인 프로그램으로 대체되었습니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라, 약 제조업체는 초기 보장 단계 및 재난적 보장 단계 동안 보장 파트 D 브랜드약 및 생물학적 제제에 대한 당사 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불한 할인은 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다.

1단계 약 비용: 연간 본인부담 공제액

표는 이 단계 동안의 처방 당 비용을 보여줍니다.

	2025 금년	2026 내년
연간 본인부담 공제액	\$0 본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.	\$0 본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.

2단계 약 비용: 초기 보장

당사는 의약품 목록에 있는 일부 약의 계층을 변경하였습니다. 귀하의 약이 다른 계층에 속하는지 확인하려면 의약품 목록을 살펴보십시오. 대부분의 성인 파트 D 백신은 무상으로 보장됩니다. 백신 비용에 대한 추가 정보 또는 비용에 대한 정보, **보장 범위 증명서**의 제6장을 참조하십시오.

귀하가 파트 D 약에 대해 본인 부담 금액 \$2,100을(를) 지불하고 나면 다음 단계(재난적 보장 단계)로 이동하게 됩니다.

	2025 금년	2026 내년
계층 1: 선호 일반(제네릭) 당사는 의약품 목록에 있는 일부 약의 계층을 변경하였습니다. 귀하의 약이 다른 계층에 속하는지 확인하려면 의약품 목록을 살펴보십시오.	회원 부담 금액 \$0	회원 부담 금액 \$0

	2025 금년	2026 내년
계층 2: 일반(제네릭)	회원 부담 금액 \$0	회원 부담 금액 \$0
계층 3: 선호 브랜드	회원 부담 금액 \$47 1개월분 우편주문 처방약 비용은 \$47입니다.	회원 부담 금액 \$40 1개월분 우편주문 처방약 비용은 \$40입니다.
계층 4: 비선호 약	회원 부담 금액 \$99	회원 부담 금액 \$99
계층 5: 특수 계층	총 비용 중 회원 부담 금액 33%.	총 비용 중 회원 부담 금액 33%.
계층 6: 선별 케어 약품 당사는 의약품 목록에 있는 일부 약의 계층을 변경하였습니다. 귀하의 약이 다른 계층에 속하는지 확인하려면 의약품 목록을 살펴보십시오.	회원 부담 금액 \$0	회원 부담 금액 \$0

재난적 보장 단계의 변경

귀하가 재난적 보장 단계에 도달하면, 귀하는 파트 D 보장 약과 당사의 높아진 혜택에 따라 보장되는 제외 약에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

재난적 보장 단계에서의 귀하의 비용에 대한 구체적 정보는 *보장 범위 증명서*의 제6장 섹션 6을 참조하십시오.

섹션 2 행정적 변경

	2025 (금년)	2026 (내년)
플랜 혜택 패키지(Plan Benefit Package, PBP) 번호가 변경됩니다.	002	014(변경 사항은 본 플랜에서 제공하는 혜택에 영향을 미치지 않습니다.)

	2025 (금년)	2026 (내년)
약국 혜택 관리자(Pharmacy Benefit Manager, PBM) PBM은 할인 협상, 청구 처리, 약 처방 집 작성 및 약국 네트워크 관리를 통해 파트 D 비용을 통제하는 데 도움이 됩니다.	MedImpact Healthcare Systems	CVS Caremark는 새로운 약국 혜택 관리자입니다. 1월 1일부터 약국에서 신규 회원 ID 카드를 제시해야 합니다. 귀하가 현재 우편주문 서비스에 등록되어 있는 경우, 처방전은 CVS Caremark로 전송됩니다.
치과 협력업체	DentaQuest(Sun Life 회사)	Liberty Dental 플랜은 새로운 치과 혜택 제공자입니다. 본 플랜을 통해 면허가 있는 모든 치과 의사를 방문하실 수 있지만, 네트워크 소속 치과 의사 또는 전문의를 이용할 경우 본인 부담 비용이 줄어듭니다.
메디케어 처방약 지불 플랜	메디케어 처방약 지불 플랜은 금년에 시작된 지불 옵션으로서 플랜이 보장하는 약에 대한 본인 부담 비용을 해당 연도 전 기간(1월~12월)에 걸쳐 나눠서 납부할 수 있도록 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 귀하는 이 지불 옵션에 참여하실 수 있습니다.	귀하가 메디케어 처방약 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜에 남아 있는 경우, 귀하의 참여는 2026에 대해 자동으로 갱신됩니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 당사에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 www.medicare.gov (를) 방문하십시오.

섹션 3 플랜 변경 방법

Clever Care Longevity 유지를 원하는 경우, 귀하는 아무 조치도 취하지 않으셔도 됩니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하거나 오리지널 메디케어로 변경하지 않으면, 귀하는 자동적으로 Clever Care Longevity 본 플랜에 가입됩니다.

2026에 대한 플랜을 변경하려면 다음 단계를 따르십시오.

- **다른 메디케어 헬스 플랜으로 변경하려면** 해당 새 플랜에 가입하십시오. Clever Care Longevity에서 자동적으로 탈퇴됩니다.
- **메디케어 의약품 보장이 있는 오리지널 메디케어로 변경하려면** 새로운 메디케어 의약품 플랜에 가입하십시오. Clever Care Longevity에서 자동적으로 탈퇴됩니다.
- **의약품 플랜이 없는 오리지널 메디케어로 변경하려면**, 탈퇴를 위한 서면 요청서를 당사에 보내주시면 됩니다. 자세한 방법은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 문의하십시오. 또는 **메디케어**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화주시기 바랍니다. 메디케어 의약품 플랜에 가입하지 않는 경우, 파트 D 가입 지연 벌금을 납부하셔야 될 수 있습니다(섹션 1.1 참조).
- **오리지널 메디케어 및 다른 유형의 메디케어 플랜에 대해서는** www.Medicare.gov를 방문하거나, *메디케어와 가입자 (Medicare & You)* 2026 핸드북을 확인하거나, 귀하의 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 5 참조)에 전화하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하십시오.

섹션 3.1 플랜 변경 마감일

메디케어 가입자는 매년 **10월 15일~12월 7일**에 보장을 변경하실 수 있습니다.

2026년 1월 1일에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했으나 플랜 선택이 마음에 안 드는 경우에는, 2026년 1월 1일~3월 31일 사이에 (메디케어 의약품 보장 유무에 관계없이) 다른 메디케어 헬스 플랜으로 전환하거나 (별도의 메디케어 의약품 보장 유무에 관계없이) 오리지널 메디케어로 전환하실 수 있습니다.

섹션 3.2 변경할 수 있는 연중 다른 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중에 보장을 변경할 다른 기회가 있을 수 있습니다. 그 예로는 다음과 같은 분들이 포함됩니다.

- Medicaid(메디케이드)를 보유하고 계신 분
- 의약품 비용 지불에 대한 Extra Help(추가 도움)를 받고 계신 분
- 고용주(직장) 보장이 있거나 이에서 탈퇴하시는 분
- 플랜 서비스 지역 밖으로 이사하시는 분

최근 (전문 요양 시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관에 입원했거나 현재 입원 중인 경우, **언제든지** 메디케어 보장을 변경하실 수 있습니다. 귀하는 언제든지(메디케어 의약품 보장 유무에 관계없이) 다른 메디케어 헬스 플랜으로 변경하거나 (별도의 메디케어 의약품 보장 유무에 관계없이) 오리지널 메디케어로 전환하실 수 있습니다. 최근에 기관에서 퇴원한 경우, 퇴원한 달로부터 만 2개월 동안 플랜을 변경하거나 오리지널 메디케어로 전환하실 기회가 있습니다.

섹션 4 처방약 비용 지불 도움 받기

귀하는 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램의 대상자일 수 있습니다. 다양한 종류의 도움을 받을 수 있습니다.

- **메디케어의 Extra Help(추가 도움).** 소득이 제한된 사람들은 처방 약 비용을 지불하기 위해 Extra Help(추가 도움)를 받을 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 메디케어에서 월 약 플랜 보험료, 연간 본인부담 공제액 및 코인슈런스를 포함하여 약 비용의 최대 75% 이상을 지급할 수 있습니다. 또한 자격이 있는 사람들은 가입 지연 벌금이 부과되지 않습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하려면 다음 번호로 전화하십시오:
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 주 7일, 하루 24시간 전화하실 수 있습니다.
 - 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 전화하여 담당자에게 문의하십시오. 자동 메시지는 하루 24시간 이용이 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화하실 수 있습니다.
 - 주 Medicaid(메디케이드) 사무소에 전화하시면 됩니다.
- **주 의약품 지원 프로그램(state pharmaceutical assistance program, SPAP)의 지원.** 캘리포니아에는 재정적 필요, 연령 또는 의학적 상태에 따라 처방약 비용을 지불하는 데 도움이 되는 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)(이)라고 하는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)에 문의하십시오. 해당 주의 전화번호를 받으려면 shiphelp.org를 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하십시오.
- **HIV/AIDS 보유자를 위한 처방약 비용 분담 지원.** AIDS 약 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 HIV/AIDS를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. 귀하가 거주하고 있는 주에서 시행되는 ADAP를 위한 자격이 되려면 귀하는 주 거주 사실 및 HIV 진단 상태, 주 정부가 정의한 저소득층 및 미보험/저보험 상태의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP가 또한 보장하는 메디케어 파트 D 약은 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 자격이 있습니다. 자격 기준, 보장 약, 프로그램 가입 방법, 또는 귀하가 현재 가입되어 있는 경우 도움을 계속 받는 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050에 전화하십시오. 전화할 때 메디케어 파트 D 플랜 이름 또는 보험증권 번호를 알려주십시오.
- **메디케어 처방약 지불 플랜.** 메디케어 처방약 지불 플랜은 귀하의 현재 약 보장과 함께 이용할 수 있는 지불 옵션으로서 당사 플랜이 보장하는 약에 대한 본인 부담 비용을 해당 연도 전 기간(1월~12월)에 걸쳐 나눠서 납부할 수 있도록 관리하는 데 도움이 됩니다. 메디케어 의약품 약 플랜 또는 약 보장이 포함된 메디케어 헬스 플랜(의약품 보장이 포함된 메디케어 어드밴티지 플랜 등) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 이용하실 수 있습니다. 이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움을 드릴 수 있지만, 비용을 절감하거나 처방약 비용을 낮춰 드리지는 않습니다.

자격이 있는 분들을 위한 메디케어의 Extra Help(추가 도움)와 SPAP 및 ADAP의 지원은 메디케어 처방약 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 회원은 메디케어 처방약 지불 플랜 지불 옵션에 참여할 자격이 있습니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 당사에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

섹션 5 질문이 있으신가요?

Clever Care Longevity에서 도움 받기

- **회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오).**
10월 1일~3월 31일 주 7일 오전 8시~오후 8시; 4월 1일~9월 30일 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시 전화 통화를 이용하실 수 있습니다. 이 번호는 통화가 무료입니다.
- **2026 보장 범위 증명서 읽기**
이 연례 변경 통지는 귀하의 2026년도 혜택 및 비용에 대한 변경 사항의 요약 내용을 제공합니다. 자세한 내용은 Clever Care Longevity의 2026 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 보장 범위 증명서는 당사의 플랜 혜택에 대한 법적인 상세 기술입니다. 이는 귀하가 보장 서비스 및 처방약을 받으려면 준수해야 하는 규칙과 귀하의 권리를 설명합니다. 보장 범위 증명서를 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/eoc 또는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711번으로 전화하여 사본을 우편으로 보내 달라고 요청하십시오.
- **ko.clevercarehealthplan.com**
당사 웹사이트에는 서비스 제공자 네트워크(서비스 제공자 명부/약국 명부) 및 보장 약 목록(처방집/의약품 목록)에 대한 최신 정보가 있습니다.

메디케어에 관한 무료 상담 받기

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 속련된 상담사를 두고 있는 독립적인 정부 프로그램입니다. 캘리포니아에서 SHIP은 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)라고 합니다.

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 전화하여 무료 맞춤형 건강 보험 상담을 받으십시오. 해당 번호는 귀하가 메디케어 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답변해드릴 수 있습니다. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)에 (800) 434-0022으로 전화하십시오.(건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP))을 방문하여 aging.ca.gov/hicap에 대해 자세히 알아보십시오.

메디케어로부터 도움 받기

- **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오**
1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화주시기 바랍니다.
- **www.Medicare.gov로 실시간 채팅**
www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간으로 채팅하실 수 있습니다.
- **메디케어에 서신 발송**
메디케어에 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 서신을 보내실 수 있습니다.
- **www.medicare.gov 방문**
메디케어 공식 웹사이트는 귀하 거주 지역의 메디케어 헬스 플랜들을 비교하는데 도움이 될 수 있도록 비용, 보장 범위 및 품질 별점 평가에 대한 정보를 제공합니다.

- **메디케어와 가입자(Medicare & You) 2026 읽기**

메디케어와 가입자(Medicare & You) 2026 소책자는 메디케어 가입자들에게 매년 가을에 우편으로 발송됩니다. 이에는 메디케어 혜택, 권리 및 보호의 요약과 메디케어에 대해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 들어 있습니다. www.Medicare.gov에서 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 받으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화주시기 바랍니다.



차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

Clever Care Health Plan Inc. (이하 Clever Care라 칭함)는 해당 연방 민권 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신, 성적 성향, 성 정체성 포함)을 이유로 차별하지 않습니다. Clever Care는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신, 성적 성향, 성 정체성 포함)을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Clever Care는:

- 장애가 있는 사람에게는 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이 서비스들이 필요하시면 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 전화하십시오.

Clever Care가 이 서비스들을 제공하지 않았거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신 상태, 성적 성향, 성 정체성을 포함)에 근거하여 차별을 했다고 생각하실 경우 다음 접수처로 불만 사항을 접수하실 수 있습니다:

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

이메일: civilrightscoordinator@ccmapd.com
팩스: (657) 276-4721

귀하는 우편, 팩스, 또는 이메일을 통해 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 불만 사항을 접수하는데 도움이 필요하시면, 저희 Clever Care 민권 조정자(Civil Rights Coordinator)가 도움을 드릴 준비가 되어 있습니다.

또한 민권에 대한 진정을 미국 보건복지부, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 민권실 진정 포털을 통해 컴퓨터로 제출 하시거나 다음의 우편 또는 전화로 민권 사무국에 제출할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).
진정 양식은 hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 찾아보실 수 있습니다.

Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਦੁਕਾਨੇ ਪੁਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.



Enrollment Department
7711 Center Ave | Suite 100
Huntington Beach CA 92647