Clever Care Health Plan Medicare Advantage (HMO) 및 (HMO C-SNP) 플랜 2023년 연례 변경 고지의 추가 변경문

2023년 3월

이것은 귀하의 Clever Care Medicare Advantage (HMO) 또는 (HMO C-SNP) 플랜 보장에 대한 중요한 변경 사항입니다.

저희는 이전에 당사 플랜에 가입하신 회원님께 보장 범위에 대한 변경이 있다는 정보를 알려드리는 연례 변경 고지(ANOC)를 보내드렸습니다. 본 고지문은 이전에 보내드렸던 ANOC에 적힌 오류에 대해 알려드리는 것입니다. 아래에서 오류에 관한 설명과 올바른 정보를 보실 수 있습니다. 참고용으로 이 고지문을 보관하십시오. 올바른 ANOC는 저희 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다 ko.clevercarehealthplan.com.

ANOC 변경 사항

2023 ANOC에서 오류가 있었던 부분	기존 정보	올바른 정보	이것은 가입자에게 무엇을 의미합니까?
섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항 Medicare 파트 B 의약품	항암 화학요법 의약품의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 기타 파트 B 의약품에 대해 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금	항암 화학요법 및 기타 파트 B 의약품의 경우 비용의 20% 공동보험금 또는 Medicare에서 허용하는 공동보험금 중 낮은 금액. 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 비용 분담금은 항암 화학요법 또는 기타 파트 B 의약품에 대한 20% 공동보험금를 초과하지 않습니다. 2023년 7월 1일부터 파트 B에서 보장되는 인슐린의 1개월분 공급량은 $35를 초과하지 않습니다.	항암 화학요법 의약품 또는 기타 Medicare 파트 B 의약품의 소매 비용의 20%를 초과하여 지불하지 않습니다. 인슐린 1개월분 공급량에 대해 35달러를 초과하여 지불하지 않습니다.

이 문서에 대해 어떠한 조치도 취할 필요는 없지만, 나중에 참조할 수 있도록 이 정보를 보관하는 것을 권장합니다. 문의 사항은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 1-833-808-8164(TTY 711)로 당사에 전화하실 수 있습니다.

H7607_23_CM1535_M 02132023

Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다.
등록은 계약 갱신에 달려있습니다.

귀하의 Medicare 보장에 대해 Clever Care Health Plan을 선택하고 믿어주셔서 감사합니다. 저희는 작년 한 해 동안 귀하의 건강에 필요한 종합적인 서비스를 제공할 수 있는 기회를 가질 수 있었음을 영광으로 생각합니다.

Medicare 연례 가입 기간 (Annual Enrollment period, AEP)은 10월 15일에 시작하여 12월 7일에 종료됩니다. 이 기간 동안 Clever Care를 계속 유지하거나, 새로운 플랜으로 전환하거나, Original Medicare로 다시 변경하실 수 있습니다.

함께 보내드리는 통지 내용을 통해 귀하는 현재 보장 내역을 검토해보고 내년에 당사가 제공하는 보장 내역과 이를 비교하실 수 있습니다. 이 소책자에 명시된 모든 플랜 변경 사항은 내년 1월 1일에 발효될 것입니다.

내년에도 Clever Care 와 함께 하기를 원하시는 경우, 아무 조치도 취하실 필요가 없습니다. 귀하는 자동으로 재가입 될 것입니다.

이 통지 내용과 기재된 혜택에 대해 질문이 있으실 경우, 저희에게 **(833) 808-8164 (TTY: 711)** 번으로 문의해주시기 바랍니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시 ~ 오후 8시 사이에 전화가 가능합니다.

Clever Care는 귀하의 전통과 가치관, 그리고 모국어 선호를 존중하며 우선시 합니다. 또한 종합적이고 보다 비용적으로 효율적인 보건의료를 제공하기 위해 변함없이 최선을 다하겠습니다.

Myong Lee | 명 리
Clever Care Health Plan, Inc.의 공동 설립자

Hiep Pham
Clever Care Health Plan, Inc.의 공동 설립자

추가 정보 ▶

Clever Care HEALTH PLAN

중요한 플랜 자료

Clever Care는 귀하의 편의를 위해 당사 웹사이트에서 귀하의 보장 범위 증명서(EOC), 의료 서비스 제공자 및 약국 명부 그리고 처방집(약품 목록)을 제공합니다. 모든 문서는 10월 15일부터 제공됩니다.

당사 웹사이트 방문

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

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

약국 명부 – 지역 근처의 네트워크 소속 약국의 위치를 찾아볼 수 있습니다.
ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy

처방집 – 의사와 의약품 옵션을 논의할 수 있도록 보장되는 모든 약품의 목록을 제공합니다.
ko.clevercarehealthplan.com/formulary

전화

고객 맞춤형 언어 지원 서비스

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

Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare와 계약이 있는 HMO및 HMO C-SNP 보험사입니다. 가입은 계약 갱신에 달려있습니다.

H7607_23_CM1300_C 07262022

M10005-EMN (10/22)_KO

Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO)는 Clever Care Health Plan, Inc.가 제공합니다.

2023 년도 연례 변경 고지

귀하는 현재 Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO) 회원으로 등록되어 있습니다. 이 플랜은 내년에 비용과 혜택이 일부 변경될 예정입니다. ***보험료를 포함한 중요한 비용 요약 내용은 4 페이지를 참조하십시오.***

이 문서는 귀하의 플랜 *변경 사항*에 대해 설명합니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트(ko.clevercarehealthlplan.com)에 있는 *보장 범위 증명서*를 참조하십시오. 또한 고객서비스 전화를 통해서도 *보장 범위 증명서*를 우편으로 요청할 수 있습니다.

- **내년도를 위한 귀하의 Medicare 보장을 10 월 15 일 ~ 12 월 7 일 사이에 해주시기 바랍니다.**

지금 해야 할 조치

1. 질문하십시오: 어떤 변경이 본인에게 해당되는가

☐ 우리의 혜택과 비용의 변경이 귀하에게 영향을 미치는지 체크하십시오.

- 진료비 변경 사항 검토(의사, 병원)
- 승인 요건 및 비용을 포함한 의약품 보장에 대한 변경 사항 검토
- 보험료, 본인부담금 및 비용 분담에 얼마를 지출할 것인지 생각해 보십시오.

☐ 2023 년 약 리스트의 변경 사항을 확인하여 현재 복용 중인 약품이 여전히 보장되는지 확인하십시오.

☐ 귀하의 주치의, 전문의, 병원 및 약국을 포함한 기타 의료 서비스 제공자가 내년에 저희 네트워크에 포함되는지 확인하십시오.

☐ 우리 플랜에 대한 만족 여부에 대해 생각하십시오.

2. 비교하십시오. 다른 플랜 옵션에 대해 알아보십시오

☐ 귀하 지역 내 플랜의 보장과 비용을 체크하십시오.
웹사이트(www.medicare.gov/plan-compare)에 있는 Medicare 플랜 파인더를 사용하거나 *Medicare & You 2023* 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토하십시오.

☐ 귀하의 선택을 어떤 선호 플랜으로 좁혔으면 해당 플랜의 웹사이트에서 본인의 비용과

보장을 확정하십시오.

3. **선택하십시오.** 본인의 플랜 변경 여부를 결정하십시오
   - 2022 년 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하지 않을 경우 귀하는 Clever Care Longevity Medicare Advantage 가입 상태가 유지됩니다.
   - 귀하에게 더 적합한 **다른 플랜**으로 변경하는 경우에는 10 월 15 일~12 월 7 일 사이에 플랜을 전환할 수 있습니다. 새로운 보장은 **2023 년 1 월 1 일**부터 시작됩니다. 그 결과 Clever Care Longevity Medicare Advantage 가입이 해지됩니다.
   - 최근에 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나, 현재 거주 중이거나, 최근에 퇴원한 경우, 언제든지 (별도의 Medicare 처방약 플랜 유무와 관계없이) 플랜을 전환하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

추가 자료

- 이 문서는 무료로 중국어, 크메르어, 한국어, 베트남어 및 스페인어로 제공됩니다.
- 자세한 내용은 고객서비스 전화 1-833-808-8164 번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711 로 전화하셔야 합니다.) 보험 업무 시간은 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시에서 오후 8 시까지이며, 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 평일 오전 8 시에서 오후 8 시까지입니다.
- 본 정보는 큰 활자 인쇄물, 오디오 또는 필요에 따라 다른 형태로도 제공이 가능합니다. 플랜 정보를 다른 형식으로 받아보고 싶으신 분은 상기 전화번호의 고객서비스로 문의하시기 바랍니다.
- **본 플랜에 의거한 보장은 적격 건강 보장(QHC)에 해당되며** 환자보호 및 적정가케어법(ACA)의 개별 책임 공유 요건을 만족합니다. 상세 정보는 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 방문하십시오.

Clever Care Longevity Medicare Advantage 소개

- Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare 와 계약을 체결한 HMO 보험사입니다. 가입은 계약 갱신에 달려 있습니다.
- 이 문서에 명시된 “우리”, “우리를” 또는 “우리의”라는 단어는 Clever Care Health Plan 을 의미합니다. “플랜” 또는 “우리 플랜”이라고 말할 때 그것은 Clever Care Longevity Medicare Advantage 를 의미합니다.

H7607_23_CM1313_M Pending Accepted mmddyy

2023 년도 연례 변경 고지
목차

2023 년도 중요 비용 요약 4

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항 6

섹션 1.1 – 월 보험료 변경 6

섹션 1.2 – 최대 본인 부담 금액의 변경 6

섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항 6

섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항 7

섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항 13

섹션 2 어느 플랜을 선택할지 결정하기 17

섹션 2.1 – Clever Care Longevity Medicare Advantage 유지를 원하는 경우 17

섹션 2.2 – 플랜 변경을 원하는 경우 17

섹션 3 플랜 변경 마감일 18

섹션 4 Medicare 에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램 18

섹션 5 처방약 지불을 돕는 프로그램 18

섹션 6 질문? 19

섹션 6.1 – Clever Care Longevity Medicare Advantage 로부터 도움 받기 19

섹션 6.2 – Medicare 로부터 도움 받기 20

2023 년도 중요 비용 요약

아래 표는 Clever Care Longevity Medicare Advantage 의 2022 년 비용과 2023 년 비용을 여러 중요 영역에서 비교한 것입니다. **이 정보는 비용에 대한 요약 내용임에 유의하십시오.**

비용	2022(금년)	2023(내년)
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 액수보다 더 높을 수 있습니다. 세부 내역은 섹션 1.1 을 참조하십시오.	$0	$0
최대 본인 부담 금액 이는 보장 서비스를 위해 본인이 부담할 최대 액수입니다. (세부 내역은 섹션 1.2 를 참조하십시오.)	$1,700	$1,700
의사 진료실 방문	일차 진료 방문: 방문당 $0 코페이 전문의 방문: 방문당 $0 코페이	일차 진료 방문: 방문당 $0 코페이 전문의 방문: 방문당 $0 코페이
병원 입원	입원당 $0 의 코페이 지급	입원당 $0 의 코페이 지급
파트 D 처방약 보장 (세부 내역은 섹션 1.5 를 참조하십시오.)	본인부담 공제액: 0 달러 초기 보장 단계 시 해당되는 경우 코페이먼트/코인슈런스:	본인부담 공제액: 0 달러 초기 보장 단계 시 해당되는 경우 코페이먼트/코인슈런스:

비용	2022(금년)	2023(내년)
	약 계층 1: $0 의 코페이 약 계층 2: $0 의 코페이 약 계층 3: $35 의 코페이 약 계층 4: $99 의 코페이 약 계층 5: 33%의 코인슈런스 약 계층 6: $0 의 코페이	약 계층 1: $0 의 코페이 약 계층 2: $0 의 코페이 약 계층 3: $35 의 코페이 약 계층 4: $99 의 코페이 약 계층 5: 33%의 코인슈런스 약 계층 6: $0 의 코페이
파트 D 시니어 할인 모델 선정 인슐린 어느 약이 선정 인슐린인지 확인하려면 우리가 전자적으로 제공한 최신 약 리스트를 참조하십시오. 약 리스트 관련 질문도 고객서비스로 전화하시기 바랍니다. (고객서비스 전화번호는 이 브로셔 뒷면에 나와 있습니다).	최저가 인슐린은 $0 코페이 지불 최고가 인슐린은 $35 코페이 지불	최저가 인슐린은 $0 코페이 지불 최고가 인슐린은 $35 코페이 지불

섹션 1 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 1.1 – 월 보험료 변경

비용	2022(금년)	2023(내년)
월 보험료 (또한 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.)	$0	$0

- 적어도 Medicare 약 보장만큼 좋은 다른 보장("신용할 만한 보장"이라고도 함)을 63 일 이상 동안 없이 지낸 데 대해 귀하가 평생 파트 D 지체 등록 벌금을 납부해야 하는 경우, 귀하의 플랜 월 보험료는 *증가*할 것입니다.
- 귀하의 소득이 증가한 경우, 본인의 Medicare 처방약 보장을 위해 매월 추가 금액을 직접 정부에 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 1.2 – 최대 본인 부담 금액의 변경

Medicare 는 모든 건강보험에서 귀하가 연중에 지불하는 "본인 부담 금액"의 한도를 정할 것을 요구합니다. 이 한도를 "최대 본인 부담 금액"이라고 합니다. 귀하가 이 한도에 도달하면 귀하는 일반적으로 그 해의 나머지 동안 보장 대상 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.

비용	2022(금년)	2023(내년)
최대 본인 부담 금액 귀하의 보장 의료 서비스를 위한 비용(예: 코페이)은 귀하의 최대 본인 부담 금액에 계상됩니다. 귀하의 처방약 비용은 최대 본인 부담 금액에 계상되지 않습니다.	$1,700	$1,700 보장 대상 서비스를 위해 $1,700 의 본인 부담금을 지불하면 귀하는 그 역년의 나머지 동안 보장 대상 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않을 것입니다.

섹션 1.3 – 서비스 제공자 및 약국 네트워크 변경 사항

업데이트된 디렉터리는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 확인할 수 있습니다. 또한 고객서비스에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 및/또는 약국 정보를 확인하거나

디렉터리를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

내년도 서비스 제공자 네트워크에 변동 사항이 있습니다. **2023 년도 서비스 제공자 디렉터리에서 귀하의 서비스 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 우리 네트워크에 있는지 확인하십시오.**

내년도 약국 네트워크에 변동 사항이 있습니다. **2023 년도 약국 디렉터리에서 어느 약국이 우리 네트워크에 있는지를 확인하십시오.**

귀하는 해당 년도 중에 우리가 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사, 전문의(서비스 제공자) 및 약국을 변경할 수 있음을 반드시 인지하고 있어야 합니다. 당해 중간에 바뀌는 서비스 제공자 변동 사항이 귀하에게 영향을 미치는 경우, 고객서비스에 연락하여 도움을 받으십시오.

섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항

우리는 내년도 특정 의료 서비스에 대한 비용과 혜택을 변경하고 있습니다. 아래 정보는 그러한 변경 사항을 기술하고 있습니다.

비용	2022(금년)	2023(내년)
교통편 (비 응급)	매년 25 마일 반경 이내 보건 관련 비응급 교통편을 위한 편도 36 회의 경우 귀하는 $0 를 지불합니다.	매년 25 마일 반경 이내 보건 관련 비응급 교통편을 위한 편도 48 회의 경우 귀하는 $0 를 지불합니다.

비용	2022(금년)	2023(내년)
침술 서비스	***무제한*** 네트워크 내 침술 방문 서비스에 방문당 $0의 코페이 지불. 이 플랜은 역년당 최대 **12회 웰니스 서비스**를 제공합니다. 최대 허용 방문 횟수 및 시간까지 방문당 0달러의 코페이먼트. **동양 웰니스 서비스** • 부항/쑥뜸 • Tui Na • Gua Sha • Med-X • 반사 요법 적외선 요법 – 추가 서비스로 사용하는 경우 12회 방문 한도로 계산되지 않습니다.	***무제한*** 네트워크 내 침술 방문 서비스에 연간 최대 $3,000까지 방문당 $0의 코페이 지불. 이 플랜은 역년당 최대 **24회 웰니스 서비스**를 제공합니다. 최대 허용 방문 횟수까지 방문당 $0의 코페이 지불. **동양 웰니스 서비스** • 부항/쑥뜸 • Tui Na • Gua Sha • Med-X • 반사 요법

비용	2022(금년)	2023(내년)
건강 및 웰니스 서비스 • 피트니스 • 일반의약품(OTC) • 허브 보충제 수당	유연한 건강 및 웰니스 지출 수당. 세부 사항은 아래를 참조하십시오. 이 플랜은 피트니스 활동, 보장 대상 OTC 품목 및/또는 천연약재에 지출하도록 3 개월마다(1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에) $185 의 수당을 제공할 것입니다. 귀하가 선택하는 적격 서비스에서 수당 금액까지 $0 의 코페이. 피트니스 활동, 보장 대상 OTC 품목 및/또는 허브 보충제에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 3 개월 기간 말까지 사용하지 않은 금액은 만료됩니다.	귀하가 선택하는 적격 서비스에서 수당 금액까지 $0 의 코페이. 이 플랜은 피트니스 활동, 보장 대상 OTC 품목 및/또는 허브 보충제에 지출하도록 귀하의 유효일(예: 1 월 1 일)에 개시하여 3 개월마다(예: 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에) $300 의 수당을 제공합니다. 플랜의 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 각 3 개월 기간 말까지 사용하지 않은 금액은 만료됩니다. 현금과 교환할 수 없습니다. 당사의 네트워크 제휴사들 중 일부는 배송을 위해 최소 금액의 구매를 요구할 수도 있습니다.
퇴원 후 식사	보장 안 됨	연간 84 회 한도 내에서 28 일 동안 1 일 3 식에 $0 의 코페이 지불. 이 혜택은 병원 입원 또는 전문요양시설(SNF) 입원 후 제공됨. 외래 수술 방문 후에는 이 혜택을 이용할 수 없음.
24 시간 Nurseline	보장 안 됨	1 년 365 일, 하루 24 시간 통화당 $0 의 코페이 지불.

비용	2022(금년)	2023(내년)
개인응급응답시스템 (PERS)	보장 안 됨	기기 1 대에 $0 의 코페이 지불.
원격의료 진료	보장 안 됨	Teladoc 의료 서비스 제공자 네트워크를 통한 원격진료에 $0 의 코페이 지불. Teladoc 의료 서비스 제공자 네트워크를 통한 정신 건강 원격진료에 $40 의 코페이 지불.

비용	2022(금년)	2023(내년)
치과 서비스 • 예방 및 종합 서비스에 대한 PPO 보장	귀하는 수당 금액까지 $0 의 코페이를 지불합니다. 이 플랜은 귀하에게 치아 임플란트를 제외하고 예방 및 종합 서비스를 위해 6 개월마다(1 월 1 일 및 7 월 1 일에) $1,250 의 수당을 제공합니다. 첫 번째 6 개월 기간이 끝나도 사용하지 않은 금액은 두 번째 6 개월 기간으로 이월되며 연도 말에 만료됩니다. 귀하는 본인이 선택하는 어느 치과의사든 방문할 수 있습니다. 그러나 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 경우 회원의 본인 부담 비용이 더 낮아질 수 있습니다. 치과 서비스에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다.	귀하는 수당 금액까지 $0 의 코페이를 지불합니다. 이 플랜은 예방 및 종합 서비스를 위해 귀하의 유효일(예: 1 월 1 일)에 개시하여 $2,500 한도에서 3 개월마다(예: 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일) $625 의 수당을 제공합니다. 치과 임플란트의 외과적 배치는 제외됩니다. 각 3 개월 기간 종료 시 미사용 금액은 다음 기간으로 이월되며 연도 말에 만료됩니다. 치과 서비스에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 귀하는 본인이 선택하는 어느 치과의사든 방문할 수 있습니다. 그러나 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 경우 회원의 본인 부담 비용이 더 낮아질 수 있습니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하는 경우에는 허용 금액과 청구 금액의 차액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다. 다시 하는 크라운과 고정 보철물(브릿지, 틀니 등)은 사전 치료 승인이 필요합니다.

비용	2022(금년)	2023(내년)
시력 서비스 • 안경류 (테, 렌즈 또는 콘택트렌즈)	귀하는 안경류를 위해 2 년마다 $480 의 수당을 받습니다. 귀하는 일상적 눈 검사당 $0 코페이를 지불합니다.	귀하는 안경류에 대해 매년 $300 의 수당을 받습니다. 귀하는 일상적 눈 검사당 $0 코페이를 지불합니다.
청력 서비스 • 진단, 맞춤 및 보청기류	이 보험은 매년 보청기에 대해 귀 한쪽당 최대 **500달러**까지 보장합니다. 일상적인 청력 검사 1회당 $0 코페이. 연도당 맞춤 제작 및 평가 최대 3회까지 $0 코페이. 보청기에 대해 최대 보험 혜택 금액까지 $0 코페이.	귀하는 매년 1회의 일상적 청력 검사 및 최대 3회의 맞춤 제작 및 평가에 대해 $0의 코페이를 지불합니다. 이 보험은 매년 보청기에 대해 귀 한쪽당 최대 **1,500달러**까지 보장합니다. 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 분실, 도난 또는 손상된 보청기 교체에 1회 본인부담금 적용.

비용	2022(금년)	2023(내년)
만성 질병을 위한 특별 보충 혜택 다음 만성 질환을 가진 사람은 추가 보충 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 신경 장애 • 뇌졸중 이 혜택의 자격을 갖추려면 케이스 관리 프로그램에 참여하고 규정된 목표와 결과 척도가 있는 활동을 끝까지 완수해야 합니다.	<u>식사 혜택</u> 입원 후 연간 최대 28 일의 식사 택배 서비스를 받을 자격이 있는 회원의 경우 $0 의 코페이 지불.	<u>만성 질환을 위한 식사</u> 자격을 갖춘 회원은 최대 42 회 식사(14 일간 1 일 3 식)에 대해 $0 의 코페이 지불.

섹션 1.5 – 파트 D 처방약 보장 변경 사항

약 리스트의 변경

보장 대상 약의 리스트를 의약품집 또는 "약 리스트"라고 합니다. 약 리스트 사본이 전자적으로 제공됩니다.

우리가 보장하는 약에 대한 변경과 특정 약에 대한 보장에 적용되는 제한사항의 변경을 포함하여 약 리스트를 변경하였습니다. **약 리스트를 검토하여 내년에 귀하의 약이 보장될 것인지를 확인하고 어떤 제한사항이 있을 것인지도 확인하십시오.**

대부분의 약 리스트 변경은 각 연도의 초에 이루어집니다. 그러나, 연중에도, 우리는 Medicare

규칙이 허용하는 다른 변경을 할 수 있습니다. 예를 들어, FDA 가 안전하지 않다고 간주하거나 제품 제조사가 시장에서 철수한 약을 즉시 제거할 수 있습니다. 우리는 온라인 의약품 목록을 업데이트하여 최신 의약품 목록을 제공합니다.

연초 또는 연중에 약품 보장의 변경으로 인한 영향이 있을 경우, 귀하의 보장 범위 증명서 제 9 장을 검토하고 담당 의사와 상의하여 임시 공급 요청, 예외 신청 및/또는 신약 찾기 노력과 같은 방법을 찾아보십시오. 자세한 내용은 고객서비스를 통해서도 문의할 수 있습니다.

처방약 비용의 변경

참고: 약 비용을 지원하는 (“추가 지원”) 프로그램에 가입한 경우에는 **파트 D 처방약 비용에 대한 정보가 적용되지 않을** 수 있습니다. 우리는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내었으므로, 귀하의 약 비용에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. “추가 지원”을 받고 있어서 이 자료를 9 월 30 일까지 받지 못했다면 고객서비스에 전화하여 “LIS 특약”을 요청하십시오.

“약 결제 단계”에는 4 단계가 있습니다. 아래 정보는 첫 두 단계인 년 본인부담 공제액 단계와 초기 보장 단계의 변경 내용입니다. (대부분의 회원은 다른 두 단계인 보장 범위 격차 단계 또는 재앙적 보장 단계에 도달하지 않습니다.)

본인부담 공제액 단계의 변경

단계	**2022(금년)**	**2023(내년)**
단계 1: 년 본인부담 공제액 단계	본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다. 선정된 인슐린의 경우 Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO)를 위한 본인부담 공제액은 없습니다. 선정된 인슐린에 대해 $0~$35를 지불합니다.	본인부담 공제액이 없기 때문에 이 지불 단계는 귀하에게 해당되지 않습니다. 선정된 인슐린에는 Clever Care에 대한 본인부담금이 없습니다. 선정된 인슐린 1개월분에 대해 $0~$35를 지불합니다.

초기 보장 단계에서 비용 분담금의 변경

2022 년과 2023 년의 변동 사항은 다음 표를 참조하십시오.

단계	2022(금년)	2023(내년)
단계 2: 초기 보장 단계 이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 약 비용의 플랜 몫을 지불하고 **귀하는 그 비용의 본인 몫을 지불합니다.** 2022년 6등급 보장 의약품에는 비아그라 복제약이 포함되었습니다. 2023년 6등급 보장 의약품에는 비아그라 복제약에 더해 처방약 비타민과 기침약이 포함됩니다.	표준 비용 분담으로 네트워크 약국에서 짓는 1개월분을 위한 귀하의 비용: **계층 1: 선호 복제약** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **계층 2: 복제약** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **계층 3: 선호 상표약** 귀하는 처방당 $35를 지불합니다. **계층 4: 비선호 상표약** 귀하는 처방당 $99를 지불합니다. **계층 5: 전문 계층 약** 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다. **계층 6: 보조 약물** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **시니어 절약 선정 인슐린:** 일부 인슐린에 대해 $0~$35를 지불합니다. 장기 처방전은 90일분으로 조제되었습니다.	표준 비용 분담으로 네트워크 약국에서 짓는 1개월분을 위한 귀하의 비용: **계층 1: 선호 복제약** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **계층 2: 복제약** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **계층 3: 선호 상표약** 귀하는 처방당 $35를 지불합니다. **계층 4: 비선호 상표약** 귀하는 처방당 $99를 지불합니다. **계층 5: 전문 계층 약** 귀하는 총 비용의 33%를 지불합니다. **계층 6: 보조 약물** 귀하는 처방당 $0를 지불합니다. **시니어 절약 선정 인슐린:** 일부 인슐린에 대해 $0~$35를 지불합니다. 장기 처방전은 100일분으로 조제됩니다.

단계	2022(금년)	2023(내년)
단계 2: 초기 보장 단계 (계속) 이 행의 비용은 귀하가 처방약을 표준 비용 분담을 제공하는 네트워크 약국에서 지을 때 1개월(30일)분에 대한 것입니다. 장기 공급을 위한 또는 우편 주문 처방약을 위한 비용에 대한 정보는 *보장범위 증명서*의 제6장, 섹션 5를 참조하십시오. Clever Care는 일부 인슐린에 추가 격차 보장을 제공합니다. 보장 범위 격차 단계에서 일부 인슐린의 본인 부담 비용은 일부 인슐린 1개월분에 $0~$35 코페이입니다. 우리는 약 리스트에 있는 일부 약물의 등급을 변경하였습니다. 귀하의 약이 다른 등급으로 변경되는지 확인하려면 약 리스트를 확인하십시오.	귀하의 총 약 비용이 $4,430에 도달하면 그 다음 단계(보장 범위 격차 단계)로 이동합니다.	귀하의 총 약 비용이 $4,660에 도달하면 그 다음 단계(보장 범위 격차 단계)로 이동합니다.

백신에 대해 귀하가 지불하는 것에 대한 중요 메시지 - 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 고객 서비스에 문의하십시오.

인슐린에 대해 귀하가 지불하는 금액에 대한 중요 메시지 - 귀하는 비용 분담 등급에 관계없이 우리 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 개월치 공급분에 대해 $35 를 초과하여 지불하지 않습니다. 일부 셀렉트 인슐린은 $0 코페이먼트입니다. 자세한 내용은 고객 서비스에 문의하십시오.

섹션 2 어느 플랜을 선택할지 결정하기

섹션 2.1 – Clever Care Longevity Medicare Advantage 유지를 원하는 경우

플랜을 유지하길 원하는 경우, 별도로 해야 할 일은 없습니다. 12 월 7 일까지 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 변경하지 않으면, 귀하는 자동적으로 Clever Care Longevity Medicare Advantage 에 등록됩니다.

섹션 2.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

우리는 귀하가 내년에도 가입을 유지하시길 희망하지만, 2023 년에 플랜 변경을 원하시는 경우에는 다음 단계를 밟으십시오.

단계 1: 귀하의 선택에 대해 배우고 비교하십시오

- 다른 Medicare 건강보험에 가입할 수 있습니다.
- *또는*-- Original Medicare 로 변경할 수 있습니다. Original Medicare 로 변경하는 경우, Medicare 약 플랜 가입 여부를 결정할 필요가 있을 것입니다. Medicare 약 플랜에 가입하지 않는 경우, 가능한 파트 D 지체 가입 벌금 관련 섹션 2.1 을 참조하십시오.

Original Medicare 및 다른 유형의 Medicare 플랜에 대해 자세히 알아보려면 Medicare 플랜 파인더(www.medicare.gov/plan-compare)를 이용하거나, *Medicare & You 2023* 핸드북을 읽어보거나, 귀하의 주 건강보험 지원 프로그램(섹션 4 참조)에 전화하거나, Medicare 에 전화하십시오(섹션 6.2 참조).

단계 2: 보장 변경

- **다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면** 해당 새 플랜에 가입하십시오. 귀하는 자동적으로 Clever Care Longevity Medicare Advantage 에서 가입이 해제될 것입니다.
- **처방약 플랜과 함께 Original Medicare 로 변경하려면** 해당 새 약 플랜에 가입하십시오. 귀하는 자동적으로 Clever Care Longevity Medicare Advantage 에서 가입이 해제될 것입니다.
- **처방약 플랜 없이 Original Medicare 로 변경하려면**:
  - 우리에게 가입 해제 요청서를 보내주십시오. 그렇게 하는 방법에 대한 상세 정보가 필요한 경우에는 고객서비스에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 섹션 6.1 에 있음).
  - – *또는* – **Medicare** 의 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 가입 해제를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 3 플랜 변경 마감일

내년을 위해 다른 플랜으로 또는 Original Medicare 로 변경하기를 원하는 경우, **10 월 15 일부터 12 월 7 일까지** 그렇게 할 수 있습니다. 변경 발효일은 2023 년 1 월 1 일입니다.

변경할 수 있는 연중 다른 때가 있는가?

어떤 경우에는 연중 다른 때에도 변경이 허용됩니다. 예를 들어, 여기에는 Medicaid 보유자, 약 비용에 "추가 지원"을 받는 자, 고용주 보장에 가입되어 있거나 해지하는 자, 그리고 서비스 지역 외부로 이사하는 자가 포함됩니다.

2023 년 1 월 1 일에 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입했으나 플랜 선택이 마음에 안 드는 경우에는 2023 년 1 월 1 일~3 월 31 일 사이에 (Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 Medicare 건강보험으로 전환하거나 (Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) Original Medicare 으로 전환할 수 있습니다.

최근 (전문요양시설 또는 장기 요양 병원과 같은) 기관으로 이전했거나, 현재 거주 중이거나, 최근에 퇴원한 경우, **언제든지** Medicare 보장을 변경할 수 있습니다. 귀하는 언제든지 (Medicare 처방약 보장 유무에 관계없이) 다른 Medicare 건강보험으로 변경하거나 (별도의 Medicare 처방약 플랜 유무에 관계없이) Original Medicare 로 전환할 수 있습니다.

섹션 4 Medicare 에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 숙련된 상담사를 두고 있는 독립적인 정부 프로그램입니다. 캘리포니아의 경우, SHIP 은 Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP)이라고 합니다.

이는 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 **무료** 로컬 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다. Health Insurance Counseling & Advocacy Program 카운슬러는 귀하의 Medicare 질문 또는 문제를 도울 수 있습니다. 그들은 귀하가 Medicare 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답할 수 있습니다. HICAP 전화 1-800-434-0222(TTY 사용자는 711) 번으로 전화하시면 됩니다. HICAP 에 대한 상세 정보는 해당 웹사이트를 참조하십시오. Aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling.

섹션 5 처방약 지불을 돕는 프로그램

귀하는 처방약 지불을 돕는 프로그램의 대상일 수 있습니다. 아래에 여러 종류의 지원이 열거되어 있습니다:

- **Medicare 의 "추가 지원".** 소득이 제한된 사람들은 처방 약품 비용을 지불할 수 있도록 추가 지원을 받을 수 있습니다. 자격이 되는 경우에 Medicare 에서 매월 처방약 보험료와 연간 본인부담금, 코인슈런스를 포함하여 약품 비용 가운데 최대 75%를 지급해드릴 수

있습니다. 뿐만 아니라, 자격이 있는 가입자는 보장 차액 또는 지연 가입에 따른 벌금을 적용받지 않습니다. 귀하의 자격 여부를 확인하려면:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 연중무휴 24 시간 전화할 수 있습니다;
- 사회보장실 전화 1-800-772-1213 번으로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 7 시 사이에 담당자에게 문의하십시오. 자동 메시지는 하루 24 시간 이용이 가능합니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 번으로 전화하시면 됩니다.
- 주정부 Medicaid 실(신청).

- **HIV/AIDS 보유자를 위한 처방약 비용 분담.** AIDS Drug Assistance Program (ADAP)은 HIV/AIDS 를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. 개인은 주 거주 및 HIV 지위, 주정부가 정의한 저소득 및 미보험/저보험 지위의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. ADAP 에 의해서도 보장되는 Medicare 파트 D 처방약은 California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 을 통해 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. 자격 기준, 보장 대상 약 또는 본 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 1-844-421-7050 번으로 월요일 ~ 금요일의 오전 8 시 ~ 오후 5 시 사이에 전화하십시오(공휴일 제외).

섹션 6 질문?

섹션 6.1 – Clever Care Longevity Medicare Advantage 로부터 도움 받기

질문이 있으십니까? 우리가 도와드리겠습니다. 고객서비스 전화 **1-833-808-8164 (TTY 전용: 711)**번으로 전화하십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 주 7 일 오전 8 시에서 오후 8 시까지, 그리고 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 평일 오전 8 시에서 오후 8 시까지 전화로 문의할 수 있습니다. 이 번호들은 통화가 무료입니다.

***2023 년도 보장 범위 증명서*를 숙독하십시오(내년도 혜택 및 비용에 대한 세부 내용이 들어있음).**

본 *연례 변경 고지서*는 귀하의 2023 년도 혜택 및 비용에 대한 변경 사항의 요약 내용을 제공합니다. 세부 사항은 Clever Care Longevity Medicare Advantage 를 위한 *2023 년도 보장 범위 증명서*를 참조하십시오. *보장 범위 증명서*는 귀하의 플랜 혜택에 대한 법적인 상세 기술입니다. 이것은 귀하가 보장 서비스 및 처방약을 받으려면 준수해야 하는 규칙과 귀하의 권리를 설명합니다. *보장 범위 증명서* 사본은 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 확인할 수 있으며 고객서비스에 전화하여 *보장 범위 증명서*를 우편으로 요청할 수도 있습니다.

우리 웹사이트 방문

ko.clevercarehealthplan.com 을 방문하실 수도 있습니다. 다시 말씀드리지만, 우리 웹사이트에는 서비스 제공자 네트워크(*서비스 제공자 디렉터리*)와 보장 대상 처방약 목록(처방집/약 리스트)에 대한 최신 정보도 있습니다.

섹션 6.2 – Medicare 로부터 도움 받기

Medicare 로부터 직접 정보를 얻으려면:

1-800-MEDICARE 로 전화하십시오.(1-800-633-4227)

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

Medicare 웹사이트 방문

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오. 거주하시는 지역의 Medicare 건강보험을 비교하여 비용, 보장 범위 및 품질 별점 평가에 대한 정보를 제공합니다. 플랜에 대한 정보를 보려면 www.medicare.gov/plan-compare 를 방문하십시오.

***Medicare & You 2023* 숙독**

Medicare & You 2023 핸드북을 읽어보십시오. 이 자료는 매년 가을에 Medicare 가입자에게 우편으로 발송됩니다. Medicare 혜택, 권리 및 보호의 요약과 Medicare 에 대해 자주 묻는 질문에 대한 답변이 들어 있습니다. 이 문서의 사본이 없는 경우, Medicare 웹사이트(https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 다운로드하거나, 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

Clever Care Health Plan Inc. (이하 Clever Care) 는 해당 연방 민권 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 성별, 연령, 장애, 혈통, 종교, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 근거로 차별하지 않습니다.

Clever Care:

- 장애인에게는 당사와 효과적으로 의사 소통할 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)
- 1차 언어가 영어가 아닌 사람에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다:
  - 자격이 있는 통역사
  - 다른 언어로 된 서면 정보

이 서비스들이 필요하시면 1-833-388-8168(청각장애자용: 711)로 전화하십시오.

Clever Care가 이 서비스들을 제공하지 않았거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애, 또는 성별에 근거하여 차별을 했다고 생각하실 경우 다음으로 서면을 통해 당사의 민권 코디네이터에게 불만을 제출하실 수 있습니다:

Clever Care Health Plan
Civil Rights Coordinator
660 W Huntington Dr
Suite 200
Arcadia, CA 91007

이메일: civilrightscoordinator@ccmapd.com
전화: 1-833-388-8168(청각장애자용:711)

고충을 제기하는데 도움이 필요할 경우, Clever Care 민권 코디네이터가 도와드릴 수 있습니다.

또한 민권에 대한 진정을 미국 보건복지부, https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf에 있는 민권실 진정 포털을 통해 전자적으로 또는 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(청각장애자용). 진정 양식은 http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 입수할 수 있습니다.

H7607_22_CM0609D_KO_C 07122021

©2021 Clever Care Health Plan, Inc. 판권 소유.

Multi-language Interpreter Services

English: **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (833) 388-8168 (TTY: 711).

Español (Spanish) **ATENCIÓN:** Si habla Español, contamos con servicios de asistencia lingüística gratuitos para usted. Llame al (833) 388-8168 (TTY: 711).

中文 (Chinese) 注意：如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 (833) 808-8153 (普通話) 或者 (833) 808-8161 (廣東話)

Tiếng Việt (Vietnamese) **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Hãy gọi (833) 808-8163 (TTY: 711).

Tagalog (Filipino): **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang libre. Tumawag sa (833) 388-8168 (TTY: 711).

한국어 (Korean) **주의**: 한국어를 말할 수 있는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공될 수 있습니다. (833) 808-8164 (청각장애자용: 711)로 전화하십시오.

Հայերեն (Armenian) **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, կարող եք օգտվել թարգմանչի անվճար ծառայություններից: Զանգահարեք (833) 388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

انگلیسی (Farsi) **توجه:** اگر به زبان انگلیسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی، به صورت رایگان، در دسترس شماست. با شماره (833) 388-8168 (TTY: 711) تماس بگیرید.

По Русски (Russian) **ВНИМАНИЕ!** Если ты говоришь по русски,Вам доступны бесплатные языковые услуги. Позвоните по телефону (833) 388-8168 (TTY: 711).

日本語 (Japanese) 注意：日本語を話される方は、無料の言語支援サービスを利用することができます。(833) 388-8168 (TTY: 711)までお電話ください

العربية (Arabic) **تنبيه:** إذا كنت تتكلم العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل على الرقم (833) 388-8168 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) **ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (833) 388-8168 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ភាសាខ្មែរ (Khmer/Cambodian) **ចំណាប់អារម្មណ៍:** បើអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់លោកអ្នក។ ហៅទូរស័ព្ទទៅ (833) 388-8168 (TTY: 711)។

Lus Hmog (Hmong) **LUS CEEV TSHWJ XEEB::** Yog koj hais Lus Hmog, peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau (833) 388-8168 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) **ध्यानार्थ:** अगर आप हिंदीजीबोलते हैं तो, भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। फोन करें (833) 388-8168 (TTY: 711)।

ภาษาไทย (Thai) **โปรดทราบ:** ถ้าคุณพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีสำหรับคุณ โทร (833) 388-8168 (TTY: 711)

ພາສາອັງກິດ (Lao) **ເຊີນຊາບ:** ຖ້າທ່ານເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ພວກເຮົາມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ (833) 388-8168 (ໂທລະພິມ: 711).