

Medi-Cal 101 – Medi-Cal에 관한 질문과 답변

MEDI-CAL에서 제공하는 혜택에 대해 알아보고 자격이 되는지 확인하기





내 Medi-Cal 로드맵: 요약



Medi-Cal 신청 및 건강을 위한 계획 세우기

www.CoveredCA.com 또는 **www.BenefitsCal.com**에서 온라인으로 Medi-Cal을 신청할 수 있습니다. 우편이나 전화로 또는 지역 카운티 사회복지 서비스 기관을 직접 방문하여 신청할 수도 있습니다. 신청서가 제출되면 지역 카운티 사회복지 서비스 기관에서 귀하에게 Medi-Cal 수혜 자격이 있는지 또는 추가 정보가 필요한지 결정합니다.

자격이 있는 경우:

1. 우편으로 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 받게 됩니다.
2. 건강 보험을 선택합니다.
3. 의사를 선택합니다.
4. 건강 보험 ID 카드를 받습니다.
5. Medi-Cal 혜택 이용을 시작합니다!

Medi-Cal은 어떤 혜택을 제공합니까?

Medi-Cal 혜택에는 다음과 같은 서비스가 포함되어 있습니다.

- 사례 관리
- 치과 진료
- 내구성 의료 장비
- 응급 서비스
- 입원
- 호스피스 의료 서비스
- 임상 병리 및 방사선 서비스 (예: x-레이)
- 정신 건강 서비스
- 산과 및 신생아 진료
- 24시간 연중무휴 이용 가능한 간호사 상담 전화
- 외래 환자 서비스
- 처방약
- 교통편 등





Medi-Cal 101 – 개요

Medi-Cal이란 무엇입니까?

Medi-Cal은 California 주에서 무료 또는 저렴한 비용으로 건강 보장을 제공하는 주 정부 건강 보험 프로그램이며 대상자는 다음과 같습니다.

- 성인
- 자녀가 있는 가족
- 고령자
- 장애인
- 임산부
- 위탁 보호 중인 아동
- 26세 이하의 기존 위탁 청소년

알고 계셨습니까?

자격이 있는 사람은 연중 언제든지 Medi-Cal에 가입할 수 있습니다.
또한 **California에 거주하는 모든 유자격 개인은 이민 신분 관계없이 Medi-Cal에 가입할 수 있습니다.** 전체 의료 보장에는 다음이 포함됩니다.

\$0 의사 방문

\$0 처방약 보장

\$0 월 플랜 보험료

\$0 건강 교육 프로그램

\$0 예방 접종

자주 묻는 질문

Medi-Cal에 가입해야 하는 이유는 무엇입니까?

의료 보장은 삶의 일부이므로 가입하는 것이 좋습니다! 또한 Medi-Cal은 **귀하의 지불 능력과 관계없이** 의료 및 치과 보장을 제공합니다. 뿐만 아니라 지속적으로 예방 의료 서비스를 받으면 장기적으로 최고의 건강 목표를 달성하는 데 도움이 됩니다.

의료 서비스를 받으면 대인관계와 정신적, 신체적 건강도 개선되어 전반적인 생활 수준을 높이는 데 도움이 될 수 있습니다.

Medi-Cal을 통한 건강 보험은 **자격이 되는 모든 California 주민**에게 제공됩니다.

 몸과 마음 건강 유지:	 아프거나 다쳤을 때 도움받기:	 미소 잃지 않기:	 임신과 아기를 위한 계획 및 관리:	 약 받기:	 무료 차량 이용하기:
• 건강 선별 검사 • 백신 • 정기 건강 검진 • 행동 건강 • 식단 및 운동 계획 • 물리 치료 • 치과 및 시력 진료	• 주치의 방문 • 원격 진료 예약 • 긴급 진료 • ER	• 치과 검진 • 치아 클리닝 • 응급 서비스 • 불소 치료	• 가족 계획 • 임신 테스트 • 산전 진료 • 백신 및 선별 검사 • 아동 건강 검진 및 학교 신체검사	• 무료 처방약	• 의료 방문 예약 • 치과 방문 • 약국 • 투석 및 기타 지속 치료 • 치료사(약물 남용 치료를 위한 방문 포함) • 전문의 진료 예약 • 의료 장비 수령 • 퇴원



Medi-Cal 예방 진료 선별 검사에는 어떤 것이 있습니까?

선별 검사에는 다음이 포함됩니다.

초기 건강 검진(IHA) - 귀하가 건강해야 가족이 더 건강합니다. IHA에는 나이에 맞는 건강 병력과 신체검사가 포함됩니다. 본인과 가족의 건강을 위해 웰니스 방문을 가장 우선순위에 두십시오.

아동 건강 검진 및 예방 접종 - 미국 소아과 학회(AAP)의 건강 검진 일정을 따르는 것이 중요합니다. 아동 건강 검진 및 예방 접종을 통해 자녀가 아프기 전에 건강을 돌볼 수 있습니다.

청소년 방문 및 예방 접종 - 청소년의 건강 유지를 도와주십시오!
청소년이 건강 검진을 받도록 하는 것이 중요합니다. 청소년의 현재 및 지속적인 건강을 위해 청소년 건강 검진을 예약하십시오.

여성 건강 - 유방 조영술은 혹을 발견하는 데 도움이 될 수 있습니다. 자궁 경부암은 천천히 진행되기 때문에 **건강 유지를 위해서는 정기적인 검진이 필요합니다.** 건강을 위한 계획을 세우고 실천하십시오.

일반 건강 - 혈압 조절과 함께 완전한 당뇨병 예방 및 관리를 포함합니다. 예방 관리를 최우선 목표로 삼고 자신을 돌보는 것에 대해 만족감을 느껴보십시오.



연방 빈곤선이란 무엇입니까?

연방 빈곤선(FPL)은 측정 기준입니다. 미국 보건복지부(DHHS)는 FPL을 사용하여 Medi-Cal과 같은 정부 관리 프로그램 및 서비스 수혜 대상자인지 확인합니다.

정부 기관은 매년 FPL 금액을 수정하여 발표합니다. 최신 FPL 정보는 보건복지부(DHCS) 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx에서 확인할 수 있습니다.

2025년 연방 빈곤선에 따른 프로그램 자격 요건

재정 지원과 다양한 Covered California 또는 Medi-Cal 프로그램 자격 여부는 연방 빈곤선(FPL)을 기준으로 소득에 따라 달라집니다.



COVERED
CALIFORNIA

SEE NOTE BELOW
FOR INCOMES IN
THIS RANGE

Federal Premium Tax Credit*

Tax credit continues beyond 400%

American Indian / Alaska Native (AIAN) Zero Cost Sharing
(100%-300%)

AIAN Limited Cost Sharing **
(over 300%)

Silver 94
(100%-150%)

Silver 87
(>150%-200%)

Silver 73
(>200%)

% FPL	0%	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%*	
Household Size	1	\$0	\$15,060	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$32,078	\$37,650	\$40,060	\$45,180	\$48,494	\$60,240
	2	\$0	\$20,440	\$28,208	\$30,660	\$40,880	\$43,538	\$51,100	\$54,371	\$61,320	\$65,817	\$81,760
	3	\$0	\$25,820	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$54,997	\$64,550	\$68,682	\$77,460	\$83,141	\$103,280
	4	\$0	\$31,200	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$66,456	\$78,000	\$82,992	\$93,600	\$100,464	\$124,800
	5	\$0	\$36,580	\$50,481	\$54,870	\$73,160	\$77,916	\$91,450	\$97,303	\$109,740	\$117,788	\$146,320
	6	\$0	\$41,960	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$89,375	\$104,900	\$111,614	\$125,880	\$135,112	\$167,840
	7	\$0	\$47,340	\$65,330	\$71,010	\$94,680	\$100,835	\$118,350	\$125,925	\$142,020	\$152,435	\$189,360
	8	\$0	\$52,720	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$112,294	\$131,800	\$140,236	\$158,160	\$169,759	\$210,880
add'l, add	\$0	\$5,380	\$7,425	\$8,070	\$10,760	\$11,460	\$13,450	\$14,311	\$16,140	\$17,324	\$21,520	



Medi-Cal

Medi-Cal for Adults

Medi-Cal for Pregnant Individuals

Medi-Cal Access Program
(for Pregnant Individuals)

Medi-Cal for Kids
(0-18 Yrs.)

CCHIP (San Francisco,
San Mateo, and Santa
Clara county residents)

Note: Most consumers up to 138% FPL will be eligible for Medi-Cal. If ineligible for Medi-Cal, consumers may qualify for a Covered California health plan with financial help including: federal premium tax credit, Enhanced Silver (94, 87, 73) plans and Zero Cost Sharing and Limited Cost Sharing AIAN plans.

Enhanced Silver 94, 87 and 73 plans have no deductibles, and lower co-pays and out-of-pocket maximum costs.

* Consumers at 400% FPL or higher may receive a federal premium tax credit to lower their premium to a maximum of 8.5 percent of their income based on the second-lowest-cost Silver plan in their area. See the chart on page 2 for more information.

** AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73.

Covered California. 연방 빈곤선. Covered California, www.coveredca.com/support/financial-help/federal-poverty-level/.

Medi-Cal 프로그램

7페이지의 Covered California 차트를 참조하십시오.

The column headings shaded in orange are associated with eligibility ranges for Medi-Cal programs:

Medi-Cal uses FPL limits for the current year, [as calculated by the Department of Health Care Services](#), to determine eligibility for its programs.

Medi-Cal for Adults	up to 138% FPL
Medi-Cal for Children	up to 266% FPL
Medi-Cal for Pregnant Individuals	up to 213% FPL
MCAP (for Pregnant Individuals)	over 213%–322% FPL
CCHIP (for Children in San Mateo, San Francisco, and Santa Clara counties)	over 266%–322% FPL



지불 비용과 비용 부담금의 감면 혜택을 받을 수 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

Medi-Cal을 받으려면 **특정 소득, 가족 수, 나이 기준을 충족해야 합니다.** Medi-Cal을 받으려면 연간 소득이 FPL의 138% 미만이어야 합니다. 1인 가구의 경우 해당 금액은 월 \$1,732(또는 연 \$20,783)이며 4인 가구의 경우 해당 금액은 월 \$3,588(또는 연 \$43,056)입니다.

Medi-Cal을 받을 수 없으면 어떻게 합니까?

재정 지원(예: 연방 세금 공제 또는 California 주정부 보조금)을 위해 Medi-Cal을 받을 수 없는 독신자 또는 가족은 **Covered California 건강 보험 가입 자격이 될 수 있습니다.** 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- Enhanced Silver 플랜
- American Indian/Alaska Native(AIAN) 플랜

Medi-Cal을 받을 수 있는지 확인하려면 **www.CoveredCA.com** 또는 **www.BenefitsCal.com**에서 Covered California 계정 또는 **BenefitsCal** 계정을 업데이트하십시오.



7페이지의 Covered California
차트를 참조하십시오.

Covered California 프로그램

The unshaded column headings are associated with eligibility ranges for Covered California programs and financial help:

Covered California uses FPL limits from the previous year to determine eligibility for its programs.

Federal Premium Tax Credit	100%–400%+ FPL
Silver 94	100%–150% FPL
Silver 87	over 150%–200% FPL
Silver 73	over 200% FPL
AIAN Zero Cost Sharing	100%–300% FPL
AIAN Limited Cost Sharing**	over 300% FPL

**AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73



실업 보험(UI)도 소득으로 간주합니까?

예. Covered California를 통해 건강 보장을 신청할 때 예상되는 UI 금액을 **보고해야 합니다**. 신청서를 작성할 때 보장 연도의 소득을 최대한 정확하게 예상해야 합니다. 이렇게 하면 Covered California가 추정하는데 도움이 됩니다.



건강 보험에서 가입을 도와줍니까?

예. 모든 플랜이 그렇지는 않지만 대부분의 플랜에서 도움을 제공합니다. 자세한 내용은 선택한 Medi-Cal 건강 보험에 문의하시기 바랍니다. Health Net 가입 담당 부서에 수신자 부담 전화 **1-800-327-0502**번으로 월요일에서 금요일 오전 7:30~오후 6시(태평양 표준시) 사이에 문의하십시오.

어떻게 신청합니까?

Medi-Cal 신청 방법을 알아보려면 www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx를 참조하십시오.

다음 방법으로도 Medi-Cal을 신청할 수 있습니다.

- www.CoveredCA.com 또는 www.BenefitsCal.com에서 온라인으로 신청.
- 우편 신청. 작성하고 서명한 신청서를 해당 지역 카운티 사회복지 기관으로 보내십시오.
- 전화. 지역 카운티 사회복지 기관에 문의하십시오.
- 대면. 지역 카운티 사회복지 기관을 찾으려면 www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx를 방문하십시오.

신청 후에는 어떻게 됩니까?

신청서가 접수되면 해당 지역 카운티 사회복지 기관으로 보내져 자격 여부를 결정합니다.

신청서를 검토한 후 추가 정보가 필요한 경우 해당 카운티에서 연락을 드릴 것입니다. Medi-Cal을 받을 수 있는 경우 우편으로 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 보내드립니다.

BIC를 받은 후 **45일 이내에** 우편으로 정보 패킷을 받게 됩니다. 패킷에는 해당 카운티에서 제공하는 Medi-Cal 건강 보험 옵션과 가입 방법이 설명되어 있습니다.

그 후 **30일** 이내에 건강 보험을 선택해야 합니다. 귀하가 플랜을 선택하지 않으면 **Medi-Cal이 대신 플랜을 선택해 드립니다**. 제공되는 건강 보험은 거주하는 카운티에 따라 다릅니다.

www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov에서 건강 보험을 선택하십시오.

Medi-Cal에 가입되어 있고 건강 보험을 선택해야 하는 경우 Healthcare Options 웹사이트 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov에서 선택할 수 있습니다.

- 목록에 하나의 건강 보험만 있는 경우 **카운티에서 귀하를 위해 이 플랜을 선택하게 됩니다**. 우편으로 건강 보험 정보를 받을 때까지 기다려 주십시오.
- 목록에 두 개 이상의 건강 보험이 있는 경우 각 플랜을 살펴보고 본인과 가족의 요구 사항에 맞는 플랜을 선택하십시오. 건강 보험 정보 우편물을 받은 후 30일 이내에 플랜을 선택하지 않으면 Medi-Cal에서 대신 플랜을 선택해 드립니다.

자세한 내용은 DHCS 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx를 참조하십시오.

질문이 더 있는 경우

계속 읽어보십시오.

실직 또는 근무 시간 단축으로 인해 수입이 변경되었습니다. 지금 건강 보험을 신청할 수 있습니까?

예. 언제든지 Medi-Cal을 신청할 수 있습니다. Medi-Cal을 신청하기 위해 공개 가입 기간까지 기다리거나 COBRA가 종료될 때까지 기다릴 필요가 없습니다. www.CoveredCA.com 또는 www.BenefitsCal.com을 방문하거나 Covered California에 수신자 부담 1-800-300-1506(TTY: 711) 번으로 월요일에서 금요일 오전 8시부터 오후 6시(태평양 표준시) 사이에 문의하십시오. 우편이나 전화로 또는 지역 카운티 사회복지 서비스 기관을 직접 방문하여 신청할 수도 있습니다.

무급 휴직, 무급 휴가 또는 가족 휴가 중인 경우 어떤 옵션이 있습니까?

Medi-Cal에서는 귀하가 직장에 복귀할 때까지 **임시 보장 옵션**을 제공할 수 있습니다. 자세한 내용은 www.CoveredCA.com 또는 www.BenefitsCal.com을 방문하거나 Covered California에 수신자 부담 1-800-300-1506(TTY: 711)번으로 월요일에서 금요일 오전 8시부터 오후 6시(태평양 표준시) 사이에 문의하십시오. 우편이나 전화로 또는 지역 카운티 사회복지 서비스 기관을 직접 방문하여 신청할 수도 있습니다. 직장에 복귀하는 등 상태가 변경되면 **Covered California 계정 또는 BenefitsCal 계정을 업데이트**해야 합니다.

Covered California를 통해 보험 보장을 가지고 있지만 소득 상실로 인해 플랜 보험료를 지불하는 데 어려움을 겪고 있습니다. 추가 재정 지원을 받을 수 있습니까?

Medi-Cal을 받거나 Covered California 플랜 비용을 지원받을 수 있습니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.

- 연방 세금 공제
- California 주 보조금
- Enhanced Silver 플랜
- American Indian/Alaska Native(AIAN) 플랜

추가 도움을 받을 수 있는지 확인하려면 www.coveredca.com에서 Covered California 계정을 업데이트하거나 Covered California에 수신자 부담 1-800-300-1506(TTY: 711)번으로 월요일에서 금요일 오전 8시부터 오후 6시(태평양 표준시) 사이에 문의하십시오.



임신 중입니다. Medi-Cal에는 어떤 임신 서비스가 제공되니까?

Medi-Cal은 산전 진료, 분만 및 출산, 산후 진료를 보장합니다. 자세한 내용은 www.coveredca.com 또는 www.BenefitsCal.com을 방문하거나 Covered California에 수신자 부담 1-800-300-1506(TTY: 711)번으로 월요일에서 금요일 오전 8시부터 오후 6시(태평양 표준시) 사이에 문의하십시오. 우편이나 전화로 또는 지역 카운티 사회복지 서비스 기관을 직접 방문하여 문의할 수도 있습니다.



이민 신분이 Medi-Cal을 받을 수 있는지에 영향을 미칩니까?

아니요. 가족 구성원 각자가 Medi-Cal 보장을 받을 수 있을 것입니다. 자격이 되는 사람 누구나 의료 서비스를 받을 수 있다는 의미입니다. Medi-Cal로 보장을 받을 수 있습니다. 다음 서비스를 보장하는 Medi-Cal을 무료로 받을 수 있습니다.

- 의사 방문
- 병원 진료
- 임상 병리 검사
- 안과
- 치과¹
- 교통편
- 임신/신생아 진료
- 원격 진료
- 정신 건강 등

참고: 어린이에게 적용되는 Medi-Cal 규칙은 성인에게 적용되는 규칙과 다릅니다. 부모가 다른 플랜에 가입되어 있어도 자녀가 Medi-Cal을 받을 수 있습니다.

유자격 Medi-Cal 가족 구성원은 **이민 신분에 관계없이** 완전한 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants를 참조하십시오.

건강 보험 개혁법에 따라 대부분의 이민자가 건강 보장을 받을 수 있습니다. 여기에는 다음 신분이 포함됩니다.

- 합법적인 영주권자 또는 "영주권 소지자".
- 합법적인 임시 거주자.
- 박해를 피해 도망을 온 사람. 여기에는 난민과 망명 신청자가 포함됩니다.
- 기타 이민자. 여기에는 임시 보호 상태가 부여된 이민자도 포함됩니다.
- 비이민 신분 보유자(예: 취업 비자 및 학생 비자)

Medi-Cal 신청으로 인해 본인 또는 가족의 이민 신분이나 시민권 자격이 변경되지는 않습니다. Health Net은 이민 신분 정보를 수집하거나 보고하지 않습니다.²



¹ 치과 보장은 Los Angeles 및 Sacramento 카운티에서 제공됩니다.

² 정부는 공적 부조 결정의 일부로 귀하가 커뮤니티에서 받는 일반 Medi-Cal 서비스를 고려하지 않습니다. 공적 부조 대상자는 주로 정부 지원에 의존할 가능성이 있는 비시민권자를 말합니다.



산모가 신생아를 Medi-Cal에 등록할 수 있습니까?

예! 출산 당시 산모가 Medi-Cal에 가입되어 있었다면 카운티 Medi-Cal 사무소에 연락하십시오. **신생아는 California에 거주하는 경우 최소 한 살까지 Medi-Cal을 받을 수 있습니다.** 신생아가 Medi-Cal에 등록되지 않은 경우 첫 두 달 동안은 귀하의 Medi-Cal 번호로 보장이 제공됩니다.

더 이상 Medi-Cal을 받을 수 없으면 어떻게 됩니까?

Medi-Cal을 더 이상 받을 수 없다는 내용의 Medi-Cal 결정 통지서를 받은 경우, Covered California를 통해 플랜에 가입할 수 있습니다.

자세한 내용은 **www.CoveredCA.com**을 방문하거나 Covered California에 수신자 부담 전화 1-800-300-1506(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 운영시간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시이며 토요일과 일요일은 휴무입니다.

특별 가입을 통해 Covered California에 가입하려면 Medi-Cal 결정 통지서에 **명시된 날짜로부터 60일** 이내에 가입해야 합니다.





Health Net은 적용 가능한 주와 연방 인권법을 준수하고 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 정신적 장애, 신체적 장애, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 종교, 조상, 민족 정체성, 의료 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 젠더를 이유로 사람을 차별하거나 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Health Net 제공 서비스:

- 당사와 효과적으로 소통하실 수 있도록 장애가 있는 분들에게 다음과 같은 보조 인력과 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 수어 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(대형 활자 인쇄본, 오디오, 장애인용 전자 형식 및 기타 형식)
- 영어가 주 언어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 자격을 갖춘 통역사
 - 다른 언어로 작성된 서면 정보
 - 이러한 서비스가 필요하시면 연중무휴 하루 24시간 언제든지 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 Health Net 고객 서비스 센터에 문의해 주십시오.

요청 시 본 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받아보시려면, 다음으로 전화하거나 서신을 보내십시오.

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

고객 서비스 센터 1-800-675-6110(TTY: 711)

California 중계 서비스 711

Health Net에서 이러한 서비스를 제공하지 못했다거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 성별(임신, 성적 지향, 성 정체성 포함), 정신적 장애, 신체적 장애, 종교, 조상, 민족 정체성, 의료 상태, 유전적 정보, 결혼 여부, 젠더에 근거하여 다른 방식으로 차별했다고 생각하는 경우, 1557 Coordinator에 고충 사항을 제기하실 수 있습니다.

대면 또는 우편, 팩스, 이메일을 통해서도 고충 사항을 제기하실 수 있습니다. 고충 사항을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우 1557 Coordinator에서 도와드릴 수 있습니다.

- 전화: 855-577-8234(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
- 팩스: 1-866-388-1769
- 서면: 서신을 작성하여 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631로 보내 주십시오.

온라인: SM_Section1557Coord@centene.com으로 이메일을 보내 주십시오. 이 통지서는 Health Net 웹사이트(https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)에서 확인하실 수 있습니다.

California 보건 복지부 인권 사무국에 전화, 서면 또는 온라인으로 인권 관련 불편 사항을 제기하실 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화해 주십시오. 듣거나 말하는 것이 불편한 경우, 711번으로 전화해 주십시오.

- 서면: 불편 사항 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413으로 보내 주십시오.
불편 사항 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아 보실 수 있습니다.
- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내 주십시오.

미국 보건 복지부 인권 사무국의 인권 사무국 불편 사항 접수 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 통해 인권 관련 불편 사항을 온라인으로 접수하시거나, 우편 또는 전화를 통해 접수하실 수도 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, 1-800-537-7697(TDD)

불편 사항 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>에서 받아 보실 수 있습니다.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃດຍ່ໍໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਿਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

신청서

확인 #: _____

Medi-Cal

혜택 ID #: _____

건강 보험 ID #: _____

자세한 정보 문의처

Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

가입자 서비스

수신자 부담 1-800-675-6110(TTY: 711)

주 7일, 하루 24시간

가입 서비스

수신자 부담 1-800-327-0502(TTY: 711)

월요일~금요일, 오전 7:30~오후 6시

www.healthnet.com

Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 상표입니다. 모든 권리 보유.

BKT1410702KH01w (2/24)