



MICHELLE BAASS  
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency  
Department of Health Care Services



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

건강 보험 혜택에 대한 중요 소식  
Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program

수혜자님께,

귀하는 Coronavirus (COVID-19) Uninsured Group Program 에 등록되어 있습니다. 이는 의학적으로 필요한 COVID-19 검사, 검사 관련 서비스 및 치료에만 적용됩니다.

**COVID-19 Uninsured Group Program 은 May 31, 2023 에 종료됩니다.**  
법이 변경되었기에 프로그램이 종료됩니다.

**Medi-Cal 또는 Covered California 수혜 자격이 있는지 알아보세요**  
Medi-Cal 또는 Covered California 를 통해 무료 또는 저비용 건강 보험을 신청할 수 있습니다. 하나의 신청서로 두 프로그램 모두를 신청할 수 있습니다.

다음 중 하나의 방법으로 오늘 신청하세요:

- **온라인** [CoveredCA.com](http://CoveredCA.com), [MyBenefitsCALWIN.org](http://MyBenefitsCALWIN.org) 또는 [BenefitsCal.com](http://BenefitsCal.com)
- **우편**  
이 서신과 함께 제공된 건강 보험 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내주십시오:  
Covered California  
P.O. Box 989725  
West Sacramento, CA, 95798-9725  
  
또는 지역 카운티 사무소로 우편으로 보내주십시오. <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서 지역 카운티 사무소 정보를 찾으십시오. 또는 Medi-Cal 헬프라인에 800-541-5555 로 문의하십시오.  
  
<https://www.dhcs.ca.gov/applyformedi-cal> 에서 여러 언어로 된 신청서를 다운로드할 수도 있습니다.
- **전화**  
Covered California 에 800-300-1506 으로 문의하십시오. 또는 지역 카운티 사무소에 문의하십시오. <http://dhcs.ca.gov/COL> 에서 지역 카운티 사무소를 찾으십시오. 또는 Medi-Cal 헬프라인에 800-541-5555 로 문의하십시오.
- **직접 방문**

지역 카운티 사무소에서 직접 Medi-Cal 또는 Covered California 보험 혜택을 신청하십시오. [Http://dhcs.ca.gov/COL](http://dhcs.ca.gov/COL) 에서 지역 카운티 사무소 정보를 찾으십시오. 또는 800-541-5555 로 문의하십시오.

## **COVID-19 Uninsured Group Program 보험 혜택이 종료되기 전에 Covered California 를 신청하세요!**

COVID-19 공중 보건 비상 사태로 인해 Covered California 는 특별 등록 기간을 제공합니다. 공중 보건 비상 사태가 종료되는 달의 마지막 날로부터 **60일** 후에 종료됩니다. 다른 적절한 생애 사건이 있는 경우에도 등록할 수 있습니다. 또는 Covered California 의 공개 등록 기간 동안 등록하십시오.

Covered California 를 온라인으로 신청하려면 [CoveredCA.com/apply](https://CoveredCA.com/apply) 로 이동하십시오.

- “Special Enrollment” 드롭다운 메뉴에서 적격 생애 사건으로 “Pandemic (COVID-19)/공중 보건 비상 사태” 를 선택하십시오.
- 적격 생애 사건의 날짜는 현재 날짜를 입력합니다.

## **COVID-19 검사 또는 치료에 대한 청구서를 받으면 어떻게 해야 하나요?**

- 프로그램이 종료되기 **전에** COVID-19 검사 또는 치료에 대한 청구서를 받았다면 청구 Medi-Cal 제공자에게 이야기하여 귀하에게 청구하지 않고 Medi-Cal 에 청구서를 제출하도록 하십시오.
- 프로그램 종료 **후** COVID-19 검사 또는 치료를 받은 경우, 보험 혜택의 자격이 있는 경우 Medi-Cal 을 신청하고 서비스를 받을 수 있습니다. 여기에는 최대 3개월의 소급 Medi-Cal 보험 혜택이 포함됩니다. Covered California 에 등록하는 경우 청구인에게 이야기하여 건강 보험 회사에 청구서를 제출하도록 하십시오.
- COVID-19 Uninsured Group Program 에 있는 동안 COVID-19 검사 또는 치료 비용을 지불한 경우 환부를 요청할 수 있습니다. Medi-Cal Beneficiary Service Center 에 916-403-2007 로 문의하십시오. 환부에 대한 자세한 내용은 <https://www.dhcs.ca.gov/conlan> 에서 Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan) 웹 페이지를 참조하십시오.

## **이 프로그램이 종료되면 COVID-19 백신, 검사 또는 치료를 받을 수 있나요?**

이 프로그램이 종료된 후에도 무료로 백신 접종을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 [www.myturn.ca.gov](http://www.myturn.ca.gov) 를 참조하십시오.

이 프로그램이 종료된 후 COVID-19 검사 또는 치료가 필요한 경우 Medi-Cal 또는 Covered California 를 신청할 수 있습니다. 자격이 되면 COVID-19 서비스 등에 대한 보험 혜택을 받을 수 있습니다.

## **질문이 있으신가요?**

- [COVID19Apps@dhcs.ca.gov](mailto:COVID19Apps@dhcs.ca.gov) 로 이메일을 보내주십시오.
- 또는 916-552-9200 으로 문의하십시오.
- 또는 다음 주소로 우편으로 보내십시오:  
Department of Health Care Services  
Medi-Cal Eligibility Division, MS 4607  
P.O. Box 997417  
Sacramento, CA 95899-7417

다른 언어로 무상 도움을 받으시려면 이 서신과 함께 제공된 Notice of Language Services 에 나열된 전화 번호를 사용하십시오.

감사합니다,

Department of Health Care Services  
State of California

### 공정한 청문회 권리에 대한 중요한 정보

COVID-19 Uninsured Group Program 은 May 31, 2023, 에 종료됩니다. 법이 변경되어 프로그램 종료에 대해 항소할 수 없습니다. (항소는 결정에 이의를 제기하고 공정한 심리를 요청하여 결정을 검토하는 과정입니다) Medi-Cal 애플리케이션, 혜택 또는 서비스와 관련된 결정에 동의하지 않을 경우 공정한 청문회를 요청할 수 있습니다. 청문회 요청 방법에 대한 자세한 내용은 다음 사이트에서 확인할 수 있습니다:

<https://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing>.

또는 1-800-743-8525 (TTY: 1-800-952-8349) 로 전화하시면 됩니다.