2022년 1월 1일~12월 31일

보장 범위 증명서:

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자의 Medicare 의료 혜택, 서비스 및 처방약 보장

이 책자는 2022년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 의료 서비스 및 처방약 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다. 이 책자는 가입자에게 필요한 의료 서비스 및 처방약 보장을 받는 방법에 관해 설명합니다. **이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 안전한 곳에 이 책자를 보관하십시오.**

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 플랜은 Health Net Of California,Inc.가 제공합니다(이 *보장 범위 증명서*에서 "저희" 또는 "당사"라고 언급할 때 이는 Health Net Of California,Inc.를 의미합니다. 또한 "플랜" 또는 "저희 플랜"이라고 할 때는 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)을 의미합니다).

이 문서는 다음 언어에 대해 무료로 제공됩니다.

- 스페인어
- 중국어

추가 정보를 원할 경우 저희 가입자 서비스부에 전화번호 1-800-275-4737번으로 문의하십시오(TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오). 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.

저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다.

혜택 및/또는 코페이먼트/공동보험료는 2023년 1월 1일 일요일에 변경될 수 있습니다.

처방규정, 네트워크 소속 약국 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든 변경될 수 있습니다. 필요하면 고지 내용을 보내 드립니다.

OMB Approval 0938-1051
(Expires: February 29, 2024)
CA2CNCEOC81201K_0118
H0562_CNC_79402K_C CMS_Accepted
H0562118000

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您説中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke walaʻau Hawaiʻi ʻoe, loaʻa ke kōkua ma ka unuhi ʻōlelo me ke kāki ʻole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hōʻike ʻia no kou mokuʻāina ma kēia ʻaoʻao aʻe.

전화 한 통화로
연락이 가능합니다

ARKANSAS
- HMO, HMO D-SNP
- **1-855-565-9518**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellAR**을 방문

ARIZONA
- HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP
- **1-800-977-7522**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellAZ**를 방문

CALIFORNIA
- HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO
- **1-800-275-4737**
- 또는 **www.wellcare.com/healthnetCA**를 방문

FLORIDA
- HMO D-SNP
- **1-877-935-8022**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellFL**을 방문

GEORGIA
- HMO
- **1-844-890-2326**

- HMO D-SNP
- **1-877-725-7748**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellGA**을 방문

INDIANA
- HMO, PPO
- **1-855-766-1541**

- HMO D-SNP
- **1-833-202-4704**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellIN**을 방문

KANSAS
- HMO, PPO
- **1-855-565-9519**

- HMO D-SNP
- **1-833-402-6707**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellKS**를 방문

LOUISIANA
- HMO
- **1-855-766-1572**

- HMO D-SNP
- **1-833-541-0767**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellLA**를 방문

MISSOURI
- HMO
- **1-855-766-1452**

- HMO D-SNP
- **1-833-298-3361**
- 또는 **www.wellcare.com/allwellMO**를 방문

MISSISSIPPI

HMO

1-844-786-7711

HMO D-SNP

1-833-260-4124

또는 **www.wellcare.com/allwellMS**를 방문

NEBRASKA

HMO, PPO

1-833-542-0693

HMO D-SNP, PPO D-SNP

1-833-853-0864

또는 **www.wellcare.com/NE**를 방문

NEVADA

HMO, HMO C-SNP, PPO

1-833-854-4766

HMO D-SNP

1-833-717-0806

또는 **www.wellcare.com/allwellNV**를 방문

NEW MEXICO

HMO, PPO

1-833-543-0246

HMO D-SNP

1-844-810-7965

또는 **www.wellcare.com/allwellNM**을 방문

NEW YORK

HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

1-800-247-1a447

또는**www.fideliscare.org/wellcaremedicare**를 방문

OHIO

HMO, PPO

1-855-766-1851

HMO D-SNP

1-866-389-7690

또는 **www.wellcare.com/allwellOH**를 방문

OKLAHOMA

HMO. PPO

1-833-853-0865

HMO D-SNP

1-833-853-0866

또는 **www.wellcare.com/OK**를 방문

OREGON

HMO, PPO

1-844-582-5177

또는 **www.wellcare.com/healthnetOR**을 방문

HMO D-SNP

1-844-867-1156

또는 **www.wellcare.com/trilliumOR**을 방문

PENNSYLVANIA

HMO, PPO

1-855-766-1456

HMO D-SNP

1-866-330-9368

또는 **www.wellcare.com/allwellPA**를 방문

SOUTH CAROLINA

HMO, HMO D-SNP

1-855-766-1497

또는 **www.wellcare.com/allwellSC**를 방문

TEXAS

HMO

1-844-796-6811

HMO D-SNP

1-877-935-8023

또는 **www.wellcare.com/allwellTX**를 방문

WASHINGTON

PPO

1-844-582-5177

또는 **www.wellcare.com/healthnetOR**을 방문

WISCONSIN

HMO D-SNP

1-877-935-8024

또는 **www.wellcare.com/allwellWI**를 방문

모든 주에 대한 TTY: 711

영업 시간

10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시

4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시

2022년 보장 범위 증명서

목차

이 책자를 사용하려면 우선 각 장과 페이지 번호가 수록된 아래 목차를 참조하십시오. 필요한 정보를 찾기 위해 더 자세한 도움이 필요하면 각 장의 첫 페이지로 가십시오. **각 장의 첫 부분에 자세한 주제 목록이 나와 있습니다**.

1장. 가입자로서의 시작 9
Medicare 건강 플랜 가입의 의미와 이 책자의 사용법에 관해 설명합니다. 저희가 가입자에게 발송하는 자료, 가입자의 보험료, Part D 등록 지연 벌금, 플랜 가입자 카드 및 가입자 기록을 최신으로 유지하는 것에 관해 논의합니다.

2장. 중요한 전화번호 및 자료 29
저희 플랜 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 및 Medicare, 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP), 품질 개선 기관, 사회보장국, Medicaid (저소득자를 위한 주 건강보험 프로그램), 처방약 비용을 지원하는 프로그램, 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 등 기타 기관에 연락하는 방법을 소개합니다.

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용 47
저희 플랜의 가입자들이 의료 서비스를 받기 위해 알고 있어야 할 중요한 사항에 관해 설명합니다. 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자들로부터 의료 서비스를 받고 가입자에게 응급 상황이 발생했을 때 치료를 받는 방식 등의 내용이 포함됩니다.

4장. 의료 혜택표 (보장 사항 및 가입자 부담분) 67
저희 플랜 가입자들이 받는 치료 중 보장이 되는 것과 되지 *않는* 것에 관한 자세한 사항을 수록하고 있습니다. 보장되는 치료에 대한 가입자의 비용분담분 액수에 대해 설명합니다.

5장. Part D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용 120
가입자가 Part D 약을 받을 때 준수해야 하는 규칙을 설명합니다. 플랜의 *처방 의약품 목록(처방규정)*을 활용해 어떤 의약품이 보장되는지 알아보는 방법을 알려줍니다. 보장되지 *않는* 종류의 의약품에 관해 설명합니다. 특정 처방약 보장에 적용되는 각종 제약 사항에 관해 설명합니다. 처방약을 조제하는 약국을 소개합니다. 처방약 안전 및 약물 관리를 위한 플랜의 프로그램에관해 설명합니다.

6장. Part D 처방약에 대한 가입자 부담분 148
처방약 보장의 3단계(초기 보장 단계, 보장 공백 단계, 고액 보장 단계) 및 각 단계가 가입자의 처방약 비용분담분에 미치는 영향에 대해 설명합니다. 가입자의 Part D 약에 대한다섯 가지 비용 분담 범주를 설명하고 각 비용 분담 범주에서 약에 대해 얼마를 지불해야 하는지를 설명합니다.

7장. 가입자가 받은 보장 의료 서비스나 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구 170

가입자가보장 서비스 또는 처방약에 대한 저희의 분담분 환급을 요청할 때 저희에게 청구서를 보내는 시기 및 방식에 관해 설명합니다.

8장. 가입자의 권리 및 책임 178

저희 플랜 가입자로서의 권리 및 책임에 관해 설명합니다. 가입자가 자신의 권리가 존중되지 않는다고 생각할 경우 취할 수 있는 조치에 관해 논합니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정 이의 신청, 불만사항) 191

저희 플랜 가입자에게 문제 또는 우려 사항이 있을 경우 단계적으로 취할 조치에 관해 소개합니다.

- 가입자의 입장에서 저희 플랜에서 보장한다고 생각하는 의료 관리 또는 처방약을 받는 데 문제가 발생할 경우 저희에게 보장 범위 결정 및 이의 신청을 요청하는 방식에 관해 설명합니다. 여기에는 가입자의 처방약 보장 관련 규칙 또는 추가 제약 사항에 대한 예외를 저희에게 요청할 뿐 아니라, 가입자가 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우에 병원 치료 및 특정 유형의 진료에 대한 보장 기간 연장을 저희에게 요청하는 것이 포함됩니다.
- 의료 서비스의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 및 기타 우려 사항에 대해 가입자가 불만사항을 제기하는 방식을 설명합니다.

10장. 플랜 가입 종료 250

가입자가 플랜을 종료할 수 있는 시기 및 방식에 관해 설명합니다. 저희 플랜이 가입자의 가입을 취소해야 하는 상황에 관해 설명합니다.

11장. 법적 고지 260

준거법 및 차별 금지에 관한 고지문을 포함합니다.

12장. 주요 용어 정의 267

이 책자에서 사용되는 중요한 용어를 설명합니다.

1장

가입자로서의 시작

1장. 가입자로서의 시작

섹션 1 개요 11
섹션 1.1 귀하는 현재 전문 Medicare Advantage 플랜(특별 요구 플랜)인 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 가입되어 있습니다 11
섹션 1.2 *보장 범위 증명서* 책자는 어떤 내용입니까? 11
섹션 1.3 *보장 범위 증명서*에 대한 법적 정보 12
섹션 2 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까? 12
섹션 2.1 가입자의 자격 요건 12
섹션 2.2 Medicare Part A 및 Medicare Part B란 무엇입니까? 13
섹션 2.3 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 플랜 서비스 지역은 다음과 같습니다 13
섹션 2.4 미국 시민 또는 합법적 체류자 14
섹션 3 가입자에게 기타 어떤 자료들이 제공됩니까? 14
섹션 3.1 플랜 가입자 카드 – 보장되는 모든 치료와 처방약을 받기 위해 사용하십시오 14
섹션 3.2 *의료 제공자 및 약국 명부*: 플랜의 네트워크에 소속된 전체 의료 제공자 및 약국에 대한 안내 15
섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록*(처방규정)* 16
섹션 3.4 *Part D 혜택 설명서*(이하 "Part D EOB"): 가입자의 Part D 처방약에 대한 지급 요약 보고서 17
섹션 4 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 월 보험료 17
섹션 4.1 가입자의 보험료는 얼마입니까? 17
섹션 5 Part D의 "등록 지연 벌금"을 납부해야만 합니까? 18
섹션 5.1 Part D의 "등록 지연 벌금"이란 무엇입니까? 18
섹션 5.2 Part D의 등록 지연 벌금은 얼마입니까? 19
섹션 5.3 일부 상황에서, 가입자는 늦게 등록할 수 있으며 벌금을 납부하지 않아도 됩니다 19
섹션 5.4 Part D 등록 지연 벌금 부과에 대해 동의하지 않는 경우, 어떤 조치를 취할 수 있습니까? 20

섹션 6 가입자의 소득을 이유로 하여 Part D 금액을 추가로 납부해야 합니까? 21
섹션 6.1 소득을 이유로 하여 Part D 금액을 추가로 납부해야 하는 사람은 누구입니까? 21
섹션 6.2 Part D 추가 금액은 얼마입니까? 21
섹션 6.3 Part D 추가 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우, 어떤 조치를 취할 수 있습니까? 21
섹션 6.4 Part D 추가 금액을 납부하지 않을 경우, 어떤 상황이 벌어집니까? 21
섹션 7 월 보험료에 대한 자세한 정보 22
섹션 7.1 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 하는 가입자는 다양한 방식으로 납부할 수 있습니다 22
섹션 7.2 저희가 연도 중간에 가입자의 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까? 24
섹션 8 귀하의 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하십시오 24
섹션 8.1 가입자에 관한 정보의 정확성을 유지하는 방법 24
섹션 9 저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다 25
섹션 9.1 저희는 가입자의 건강 정보를 보호합니다 25
섹션 10 가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법 26
섹션 10.1 가입자가 다른 보험에 가입한 경우, 어느 플랜에서 먼저 지불합니까? 26

섹션 1 개요

섹션 1.1 귀하는 현재 전문 Medicare Advantage 플랜(특별 요구 플랜)인 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 가입되어 있습니다

귀하는 Medicare의 보장을 받으며, 저희 플랜인 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)을 통해 Medicare 의료 서비스와 처방약 보장을 받기로 선택하셨습니다.

Medicare 건강 플랜은 종류가 다양합니다. Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 Medicare에서 승인을 받은 Medicare Advantage HMO (Health Maintenance Organization) 플랜 중 하나이며 민간 회사에서 운영합니다.

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 그 혜택이 특별한 의료적 필요가 있는 사람을 위해 설계된 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare "특별 요구 플랜") 입니다. Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 심혈관계 장애, 만성 심부전 및/또는 당뇨병 환자에게 도움이 되는 추가 건강 혜택을 제공하기 위한 플랜입니다.

저희 플랜은 심혈관계 장애, 만성 심부전 및/또는 당뇨병 치료를 전문으로 하는 의료 제공자들을 포함합니다. 당뇨병 환자의 특수한 요구사항을 해결하도록 마련된 건강 프로그램도 포함되어 있습니다. 또한 저희 플랜은 일반적으로 심혈관계 장애, 만성 심부전 및/또는 당뇨병 치료에 사용되는 약을 포함한 대부분의 의학적 질환을 치료하는 처방약을 보장합니다. 저희 플랜의 가입자는 질병에 맞게 특별히 맞춤화된 혜택을 받으며, 저희 플랜을 통해 모든 서비스를 조율할 수 있습니다.

다른 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로 Medicare Advantage 특별 요구 플랜은 Medicare가 승인했으며 민간 업체가 운영합니다.

이 플랜에서 제공하는 보장은 적격 건강 보장(QHC)의 자격을 갖추었으며 환자 보호 및 의료비 합리화법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 자세한 내용은 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families에서 확인할 수 있습니다.

섹션 1.2 *보장 범위 증명서* 책자는 어떤 내용입니까?

이 *보장 범위 증명서* 책자는 가입자가 저희 플랜을 통해 보장되는 Medicare 의료 및 처방약 혜택을 받는 방법에 관한 설명을 수록하고 있습니다. 이 책자는 가입자의 권한과 책임, 보장범위 그리고 플랜 가입자가 납부하는 보험료에 관해 설명합니다.

"보장 범위" 및 "보장되는 서비스"라는 용어는 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 가입자에게 제공되는 의료 및 서비스 그리고 처방약을 가리킵니다.

플랜의 규칙이 무엇인지 그리고 어떤 서비스를 제공받을 수 있는지에 대해 숙지하는 것이 중요합니다. 충분한 시간을 들여 이 *보장 범위 증명서* 책자를 읽어 보실 것을 권장합니다.

혼동스럽거나 우려사항 또는 질문이 있는 경우, 플랜의 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 1.3 *보장 범위 증명서*에 대한 법적 정보

이는 저희와 가입자 간 계약의 일부입니다.

이 *보장 범위 증명서*는 저희 플랜이 가입자가 받는 진료 보장에 대해 계약자와 체결한 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 가입 양식, *보장 의약품 목록 (처방규정)* 그리고 보장범위 또는 이에 영향을 미치는 조건의 변경 내역에 관해 저희가 가입자에게 발송하는 고지문이 포함됩니다. 이러한 고지문은 "특약" 또는 "개정문"이라고도 합니다.

이 계약은 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일 사이에 가입자가 플랜에 가입되어 있는 동안 유효합니다.

매년 Medicare에서는 저희가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉 2022년 12월 31일 이후에는 저희 플랜의 비용 및 혜택이 변경될 수 있음을 의미합니다. 또한 2022년 12월 31일 토요일 이후에 저희는 이 플랜을 제공하지 않거나 다른 서비스 지역에서 제공하기로 선택할 수도 있습니다.

Medicare는 매년 저희 플랜을 승인해야 합니다

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 매년 저희 플랜을 승인해야 합니다. 저희가 이 플랜을 계속 제공하고 Medicare에서 이 플랜의 승인을 갱신하는 한, 귀하는 저희 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 지속적으로 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?

섹션 2.1 가입자의 자격 요건

귀하는 다음에 해당하는 한 저희 플랜의 멤버십 자격 대상입니다.

- Medicare Part A와 Medicare Part B를 둘 다 갖고 있는 분(섹션 2.2에서 Medicare Part A와 Medicare Part B에 대해 설명합니다)
- -- *그리고* -- 저희의 서비스 지역에 거주하는 분(아래의 섹션 2.3에서 서비스 지역에 대해 설명합니다)

- -- *그리고* -- 미국 시민이거나 미국의 합법적 거주자인 경우
- -- *그리고* -- 가입자는 아래 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

플랜의 특별 자격 요건

저희 플랜은 특정 의학적 질환을 가진 사람의 특수한 요구사항을 충족하도록 설계되었습니다. 저희 플랜에 가입하려면 심혈관계 장애, 만성 심부전 및/또는 당뇨병을 앓고 있어야 합니다.

- 유의 사항: 가입자가 가입 자격을 상실하였지만 1개월 이내에 가입 자격을 다시 얻을 것으로 예상되는 경우, 여전히 저희 플랜에 가입할 자격이 있습니다 (4장, 섹션 2.1에서 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간의 보장 및 비용 분담에 관해 설명합니다).

섹션 2.2 Medicare Part A 및 Medicare Part B란 무엇입니까?

가입자가 Medicare에 처음 가입할 때, 가입자는 Medicare Part A 및 Medicare Part B에 따라 보장되는 서비스에 관한 정보를 받게 됩니다. 다음 사항을 유의하십시오.

- Medicare Part A는 일반적으로 병원(입원 환자 서비스, 전문요양시설 또는 가정 건강 기관)에서 제공하는 서비스를 보장합니다.
- Medicare Part B는 그 외 대부분의 의료 서비스(의사의 서비스, 자가 투여 요법 및 기타 외래환자 서비스 등) 및 특정 품목(내구성 의료 장비(DME)와 용품)에 적용됩니다.

섹션 2.3 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 플랜 서비스 지역은 다음과 같습니다

Medicare는 연방 프로그램이지만, 저희 플랜은 저희 플랜 서비스 지역에 거주하는 가입자에게만 제공됩니다. 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 이 플랜 서비스 지역에 지속적으로 거주해야 합니다. 이 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

당사의 서비스 지역에는 California 주의 Fresno 및 San Francisco 카운티가 포함되어 있습니다.

서비스 지역 외로 이사할 계획이 있으실 경우, 가입자 서비스부에 연락해 주십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 이사를 할 경우에는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 거주지에서 제공되는 Medicare 건강 플랜 또는 처방약 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간을 이용할 수 있습니다.

또한 가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우, 사회보장국에 전화하여 주소 변경을 통보하는 것이 중요합니다. 2장의 섹션 5에 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보가 수록되어 있습니다.

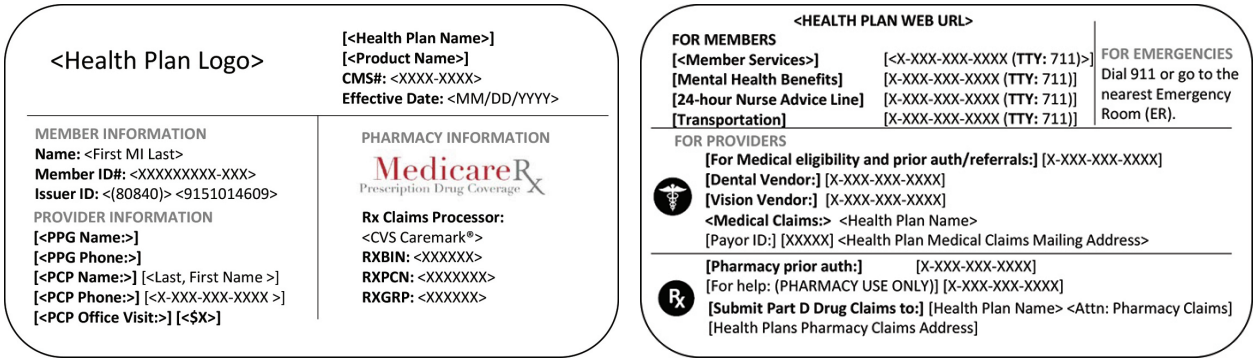
섹션 2.4 미국 시민 또는 합법적 체류자

Medicare 건강보험의 가입자는 미국 시민권자 또는 미국에 합법적으로 거주하는 자이어야 합니다. 가입자가 이러한 자격 기준에 부합하지 못할 경우, Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에게 이를 통보할 것입니다. Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 가입자가 이 요건을 충족하지 않을 경우 탈퇴해야 합니다.

섹션 3 가입자에게 기타 어떤 자료들이 제공됩니까?

섹션 3.1 플랜 가입자 카드 - 보장되는 모든 치료와 처방약을 받기 위해 사용하십시오

저희 플랜에 가입해 있는 동안 가입자는 이 플랜이 보장하는 모든 치료 서비스 및 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 때마다 저희 플랜의 가입자 카드를 사용해야 합니다. 가입자는 해당되는 경우, 의료 제공자에게 Medicaid 카드를 제시해야 합니다. 가입자카드의 견본은 아래와 같습니다.



이 플랜에 가입한 동안 보장되는 진료에 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. 귀하가 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우, 의료 서비스 비용의 전액을 귀하가 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스 또는 일상적인 연구 조사에 참여해야 하는 경우 카드를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

이것이 중요한 이유: 귀하가 플랜 가입자인 기간 동안 이 플랜의 가입자 카드를 사용하지 않고 적색, 백색, 청색으로 된 Medicare 카드를 사용하여 보장 서비스를 받을 경우, 가입자는 해당 비용 총액을 가입자 본인부담금으로서 지불해야 할 수 있습니다.

플랜 가입자 카드가 손상, 손실되거나 도난 당한 경우, 가입자 서비스부에 즉시 전화하시면 저희가 새로운 카드를 보내 드립니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 3.2 *의료 제공자 및 약국 명부*: 플랜의 네트워크에 소속된 전체 의료 제공자 및 약국에 대한 안내

의료 제공자 및 약국 명부는 네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 소속 약국 목록입니다.

"네트워크 소속 의료 제공자"란 무엇입니까?

네트워크 소속 의료 제공자는 완불금으로서 저희의 지불금 및 모든 플랜 비용분담분을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설을 의미합니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다.

의료 그룹은 등록자에게 서비스를 제공하기 위해 HMO와 계약한 PCP, 전문의를 비롯한 의사 및 병원을 비롯한 기타 의료 제공자의 단체입니다. 일부 의료 그룹에는 공식적인 의뢰망이 있으며 이는 의료 제공자가 환자를 같은 의료 그룹에 소속된 다른 의료 제공자에게만 의뢰한다는 의미입니다.

의료 제공자의 최신 목록은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 보실 수 있습니다.

저희 네트워크에 어떤 의료 제공자가 소속되어 있는지를 알아야 하는 이유는 무엇입니까?

저희 네트워크에 어떤 의료 제공자가 소속되어 있는지를 아는 것은 매우 중요한데, 이는 일부 예외를 제외하고 저희 플랜의 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 치료 및 의료 관리를 받아야 하기 때문입니다. 또한 가입자는 자신의 주치의(PCP)의 의료 그룹/IPA 내 의사를 이용해야 합니다.

또한 가입자는 자신의 주치의(PCP) 의료 그룹/IPA 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. 담당 PCP의 의료 그룹/IPA 소속이 아닌 의료 제공자의 진료를 받으려면 PCP를 변경해야 합니다. 또한 가입자는 담당 주치의(PCP)의 네트워크 및/또는 의료 그룹 네트워크 소속 의료 제공자로 제한될 수 있습니다. 즉, 선택한 PCP 및/또는 의료 그룹에 따라 이용 가능한 전문의 및 병원이 달라질 수 있습니다. IPA는 PCP, 전문의 그리고 병원을 비롯한 기타 의료 공급업체를 포함하는 의사 협회로 이 플랜과 계약을 맺고 가입자들에게 의료 서비스를 제공합니다. 단, 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없을 때(일반적으로, 가입자가 서비스 지역 이외에 있을 때) 긴급하게 필요한 서비스, 서비스 지역 이외에서의

투석 서비스 그리고 저희 플랜이 네트워크 비소속 의료 제공자의 이용을 승인한 경우에 한합니다. 응급 상황, 네트워크 비소속 및 서비스 지역 이외 보장범위에 관한 자세한 정보는 3장(*의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용*)을 참조하십시오.

의료 제공자 및 약국 명부 사본이 없을 경우, 가입자 서비스부에 사본을 요청할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 자격 요건 등 네트워크 소속 의료 제공자에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 의료 제공자 및 약국 명부는 www.wellcare.com/healthnetCA에서도 확인할 수 있습니다. 가입자 서비스부 및 웹사이트는 가입자에게 네트워크 소속 의료 제공자 관련 변경사항에 관한 최신 정보를 제공합니다.

"네트워크 소속 약국"이란 무엇입니까?

네트워크 소속 약국은 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 처방약을 제공하기로 계약을 맺은 모든 약국을 의미합니다.

네트워크 소속 약국을 파악하고 있어야 하는 이유는 무엇입니까?

*의료 제공자 및 약국 명부*를 참조해 이용하고자 하는 네트워크 소속 약국을 찾으실 수 있습니다. 내년의 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다. 업데이트된 *의료 제공자 및 약국 명부*는 당사의 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에 나와 있습니다. 또한 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 요청하거나 저희에게 *의료 제공자 및 약국 명부*를 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다. **어떤 약국이 네트워크에 속해 있는지 알아보려면 2022년 *의료 제공자 및 약국 명부*를 검토해 주십시오.**

*의료 제공자 및 약국 명부*에는 일부 의약품에 대해 다른 네트워크 소속 약국이 제공하는 표준 비용 분담보다 낮은 우대 비용 분담이 적용되는 네트워크 소속의 약국도 표시되어 있습니다.

의료 제공자 및 약국 명부, 사본이 없는 가입자는 가입자 서비스부에 사본을 요청하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 가입자는 언제든지 가입자 서비스부에 전화하여 네트워크 소속 약국의 변경에 관한 최신 정보를 입수할 수 있습니다. 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서도 이 정보를 찾을 수 있습니다.

섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록*(처방규정)*

이 플랜에는 *보장 의약품 목록(처방규정)*이 있습니다. 간단히 "의약품 목록"이라고도 합니다. 이 의약품 목록을 통해 저희 플랜에 포함된 Part D 혜택 하에서 어떤 Part D 약을 보장하는지 알 수 있습니다. 이 목록에 수록된 처방약은 의사 및 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 이 플랜에 의해 선정되었습니다. 이 목록은 Medicare에서 설정한 요건에 부합해야 합니다. Medicare는 플랜의 의약품 목록을 승인했습니다.

또한 의약품 목록은 가입자의 처방약 보장을 제한하는 규칙이 있는지 여부를 가입자에게 알려 줍니다.

저희는 의약품 목록 사본을 가입자에게 제공합니다. 보장 약에 관한 완전한 최신 정보는 플랜 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetca)를 방문하거나 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)에 문의하여 확인할 수 있습니다.

섹션 3.4 *Part D 혜택 설명서*(이하 "Part D EOB"): 가입자의 Part D 처방약에 대한 지급 요약 보고서

가입자가 Part D 약 혜택을 이용할 때, 저희는 가입자에게 요약 보고서를 발송하여 Part D 약에 대한 지불금을 지속적으로 파악하고 이해하는 데 도움을 드립니다. 이 요약 보고서를 *Part D 혜택 설명서*(또는 "Part D EOB")라고 합니다.

*Part D 혜택 설명서*는 가입자, 가입자를 대신하는 주체 및 당사가 가입자의 Part D 처방약에 대해 지급한 금액의 합계 및 Part D 혜택이 사용되는 매월 각 Part D 처방약에 대해 지급한 금액의 합계를 알려 줍니다. Part D EOB는 가격 인상분 및 이용 가능한 더 낮은 비용 분담의 다른 약 등, 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 이러한 저비용 옵션에 대해서는 처방자와 상의해야 합니다. 6장(*Part D 처방약에 대한 가입자 분담분*)은 *Part D 혜택 설명서* 및 가입자가 누리는 처방약 보장에 대해 지속적으로 파악할 수 있는 방법에 관한 자세한 정보를 제공합니다.

또한 *Part D 혜택 설명서*는 요청 시 제공됩니다. 사본을 원할 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

CVS Caremark를 통해 전자적인 방법으로 *Part D 혜택 설명서*를 입수하는 옵션도 있습니다. 전자식 Part D EOB(Part D eEOB)는 우편 발송된 Part D EOB와 동일합니다. 데스크톱이나 모바일 웹 브라우저를 사용하여 보고, 다운로드하고, 인쇄하고 저장할 수 있습니다. Part D EOB가 열람 가능하도록 준비되었을 때 이메일이 발송됩니다. 전자식 Part D EOB 수령을 선택하려면 http://Caremark.com을 방문하여 등록해 주십시오. 언제든지 취소할 수 있습니다.

섹션 4 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 월 보험료

섹션 4.1 가입자의 보험료는 얼마입니까?

저희 플랜에 대해 가입자는 별도의 플랜 월 보험료를 납부하지 않습니다. 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속 납부해야 합니다(단, 가입자를 대신하여 Medicaid 또는 제3자가 가입자의 Part B 보험료를 납부해 주는 경우는 예외임).

어떤 경우에는 가입자의 보험료가 상승할 수 있습니다

어떤 경우, 가입자의 보험료는 위의 섹션 4.1에 수록된 금액 이상이 될 수 있습니다. 이러한 경우에 대해 아래에서 설명합니다.

- 일부 가입자는 처음 가입 자격을 갖추었을 때 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않았거나 연속 63일 이상의 기간 동안 "신뢰할 만한" 처방약 보장을 갖추지 않았기 때문에 Part D **등록 지연 벌금**을 납부해야 합니다("신뢰할 만하다"라는 표현은 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 약 보장을 의미합니다). 이러한 가입자의 경우 Part D 등록 지연 벌금이 플랜의 월 보험료에 추가됩니다. 이 가입자들의 보험료는 플랜 월 보험료에 Part D 등록 지연 벌금을 합한 금액입니다.
  - Part D 등록 지연 벌금을 지불해야 하는 경우, 벌금액은 Part D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 지낸 기간에 따라 달라집니다. 1장의 섹션 5에는 Part D 등록 지연 벌금에 대해 설명되어 있습니다.
  - Part D 등록 지연 벌금이 부과된 가입자가 이를 납부하지 않을 경우, 플랜 등록이 취소될 수 있습니다.
- 일부 가입자는 2년 전 국세청(IRS)에 보고한 수정된 조정총소득(MAGI)이 특정 금액을 초과하므로 IRMAA라고도 하는 Part D 소득 관련 월별 조정 금액을 추가 요금으로 납부해야 할 수 있습니다. IRMAA의 적용을 받는 가입자는 표준 보험료 금액과 보험료에 추가되는 이 추가 요금을 함께 납부해야 합니다. 1장 섹션 6에서 IRMAA를 더 자세하게 설명합니다.

섹션 5 Part D의 "등록 지연 벌금"을 납부해야만 합니까?

섹션 5.1 Part D의 "등록 지연 벌금"이란 무엇입니까?

참고: 처방약 비용을 납부할 때 Medicare로부터 "Extra Help"를 받는 경우에는 등록 지연 벌금을 납부하지 않아도 됩니다.

등록 지연 벌금은 Part D 보험료에 합산되는 금액입니다. 초기 등록 기간이 종료된 후 어느 시점에서든 가입자가 연속 63일 또는 그 이상 동안 Part D 또는 그 외에 신뢰할 만한 처방약 보장을 갖추고 있지 않다면, Part D 등록 지연 벌금이 부과될 수 있습니다("신뢰할 만한 처방약 보장"은 평균적으로 적어도 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 지불할 것으로 예상되기 때문에 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보장입니다). 등록 지연 벌금은 Part D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 지낸 기간에 따라 다릅니다. 가입자가 Part D 보장에 가입되어 있는 한 이 벌금을 납부해야만 합니다.

저희 플랜에 처음 가입하시면 해당 벌금액이 얼마인지 알려 드립니다. 가입자의 Part D 등록 지연 벌금은 보험료로 간주됩니다.

섹션 5.2 Part D의 등록 지연 벌금은 얼마입니까?

벌금액은 Medicare가 정합니다. 벌금액은 다음과 같이 산출됩니다.

- 가입자가 Medicare 약 보장 등록 자격을 얻은 후에, 등록을 지연한 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 공백이 63일 이상 발생한 경우, 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 개월 수를 계산합니다. 벌금액은 가입자가 신뢰할 만한 보장에 가입되어 있지 않은 각각의 달에 대해 1%가 부과됩니다. 예를 들어, 보장 없이 14개월이 지났다면, 벌금액은 14%가 됩니다.
- 그러면 Medicare는 전년도의 Medicare 의약품 플랜에 대한 국내 월 평균 보험료 금액을 토대로 하여 결정합니다. 2022년의 경우, 이 평균 보험료 금액은 $33.37입니다.
- 월 단위 벌금을 산출하려면 벌금률에 월 평균 보험료를 곱해서 나온 수치를 10센트 자리에서 반올림하면 됩니다. 예를 들어, 14% X $33.37 = $4.67가 됩니다. 이것은 $4.70로 반올림합니다. 이 금액은**Part D 등록 지연 벌금이 부과된 가입자에 대한 월 보험료에 합산됩니다.**

이러한 월 단위 Part D 등록 지연 벌금에 대해 유의해야 할 세 가지 중요사항은 다음과 같습니다.

- 첫째, **벌금은 매해 변동될 수 있습니다.** 매해 평균 월 보험료가 변동될 수 있기 때문입니다. 국내 평균 보험료(Medicare가 정하는)가 늘어나면 가입자의 벌금액도 늘어납니다.
- 둘째, **가입자가 플랜을 변경하는 경우에도 Medicare Part D 약 혜택이 제공되는 플랜에 등록되어 있는 한, 가입자는 매달 계속해서 벌금을 납부하게 됩니다**.
- 셋째, 가입자가 만 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, Part D 등록 지연 벌금은 만 65세가 되는 시점에 다시 결정됩니다. 만 65세가 넘은 가입자에게 부과되는 Part D 등록 지연 벌금은 가입 가능한 연령이 되었을 때 Medicare 초기 등록 기간 이후에도 보장에 가입하지 않은 개월 수에만 근거하여 결정됩니다.

섹션 5.3 일부 상황에서, 가입자는 늦게 등록할 수 있으며 벌금을 납부하지 않아도 됩니다

가입자가 Medicare Part D 보장을 제공하는 플랜에 가입할 자격이 처음 생겼을 때 이 해당 플랜에 늦게 등록하더라도 Part D 등록 지연 벌금을 납부하지 않아도 되는 경우가 있습니다.

다음과 같은 상황이라면 등록 지연 벌금을 납부하지 않아도 됩니다.

- 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 처방약 보장을 갖추고 있을 경우. Medicare에서는 이를 가리켜 **"신뢰할 만한 약 보장"**이라고 부릅니다. 참고:
  - 신뢰할 만한 보장에는 전 직장 또는 노동조합, TRICARE 또는 재향군인국으로부터 제공되는 약 보장이 포함될 수 있습니다. 가입자의 보험사 또는 인사부에서 매년 가입자의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지에 대해 알려드릴 것입니다. 이 정보는 가입자에게 서신으로 발송되거나 해당 플랜의 뉴스레터에 수록됩니다. 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 이 정보가 필요할 수 있으므로 잘 보관해 두십시오.
    - 참고: 건강 보험이 종료되는 시점에 "신뢰할 만한 보장 가입증서"를 받더라도 가입자의 처방약 보장이 신뢰할 만한 것임을 의미하지 않을 수 있습니다. 해당 고지문에는 가입자가 Medicare의 표준 처방약 플랜이 부담하는 것만큼 비용을 부담할 것으로 기대된 "신뢰할 만한" 처방약 보장을 갖추었다는 사실이 반드시 언급되어야 합니다.
  - 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약품 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 *아닙니다*.
  - 신뢰할 만한 보장에 대한 자세한 정보는 *2022년 Medicare & You* 핸드북에서 찾아보거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화번호로 연락하실 수 있습니다.
- 신뢰할 만한 보장이 없었으나, 그 기간이 연속 63일 미만인 경우.
- 가입자가 Medicare로부터 "Extra Help"를 받고 있는 경우.

섹션 5.4 Part D 등록 지연 벌금 부과에 대해 동의하지 않는 경우, 어떤 조치를 취할 수 있습니까?

Part D 등록 지연 벌금 부과에 대해 반대하는 경우, 가입자 또는 그의 대리인은 등록 지연 벌금 결정에 대한 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로 이러한 검토는 등록 지연 벌금을 납부해야 한다고 기재된 가입자가 받은 첫 서신에 나온 날짜로부터 반드시 **60일 이내**에 요청해야 합니다. 가입자가 저희 플랜에 가입하기 전에 벌금을 내고 있었다면, 등록 지연 벌금에 대해 재검토해달라는 요청을 할 기회가 없을 수도 있습니다. 고객 서비스부에 연락하여 이러한 조치를 취하는 방법에 대해 자세히 알아보십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 6 가입자의 소득을 이유로 하여 Part D 금액을 추가로 납부해야 합니까?

섹션 6.1 소득을 이유로 하여 Part D 금액을 추가로 납부해야 하는 사람은 누구입니까?

2년 전부터 국세청(IRS)에 보고한 수정된 조정총소득(MAGI)이 특정 금액을 초과할 경우, 표준 보험료와 IRMAA라고도 하는 소득 관련 월별 조정 금액을 납부합니다. IRMAA는 보험료에 추가적으로 부과되는 금액입니다.

추가 금액을 납부해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아니라 사회보장국이 해당 추가 금액이 얼마인지 그리고 이를 어떻게 납부하면 되는지에 대한 서신을 보내옵니다. 가입자의 월 혜택 금액이 이 추가 금액을 충분히 커버할 수 없는 경우를 제외하고, 가입자가 보통 어떤 방식으로 보험료를 납부하는지에 관계없이 사회보장국, 철도청 은퇴자 위원회 또는 인사관리국으로부터 받는 혜택 수표에서 추가 금액이 원천징수됩니다. 가입자가 받는 혜택 수표가 이 추가 금액을 커버하기에 충분하지 않다면, Medicare로부터 별도의 청구서를 받게 됩니다. **가입자는 정부에 반드시 추가 금액을 납부해야 합니다. 이 추가 금액은 가입자의 플랜 월 보험료와 함께 납부할 수 없습니다.**

섹션 6.2 Part D 추가 금액은 얼마입니까?

국세청 세금보고서 상에 보고한 수정된 조정총소득(MAGI)이 일정 금액을 초과하는 경우, 가입자는 플랜 월 보험료 이외에 추가 금액을 납부해야 합니다. 본인의 소득 기준으로 납부해야 할 추가 금액에 관한 자세한 정보는 www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html에서 알아보십시오.

섹션 6.3 Part D 추가 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우, 어떤 조치를 취할 수 있습니까?

가입자 자신의 소득 때문에 추가 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우, 사회보장국에 이러한 결정을 검토해 달라고 요청할 수 있습니다. 이러한 조치를 취하는 방법에 대해 자세히 알아보시려면, 사회보장국에 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)번으로 연락하십시오.

섹션 6.4 Part D 추가 금액을 납부하지 않을 경우, 어떤 상황이 벌어집니까?

Medicare Part D에 대한 추가 금액이 정부(Medicare 플랜이 아닌)에 직접 납부됩니다. 추가 금액을 납부해야 하는 가입자가 이를 납부하지 않을 경우, 법에 의해 플랜 가입이 취소되고 처방약 보장을 잃게 될 것입니다.

섹션 7 월 보험료에 대한 자세한 정보

다수의 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

다수의 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 2장에서 설명한 대로, 저희 플랜에 가입할 수 있는 자격을 갖추기 위해서는 Medicare Part A 및 Medicare Part B가 모두 있어야 합니다. 일부 플랜 가입자(보험료 무료 Part A 자격이 없는 사람)는 Medicare Part A 보험료를 납부합니다. 대부분의 가입자는 Medicare Part B의 보험료를 납부합니다. **이 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 Medicare 보험료를 지속적으로 납부해야 합니다.**

2년 전부터 국세청(IRS)에 보고한 수정된 조정총소득(MAGI)이 특정 금액을 초과할 경우, 표준 보험료와 IRMAA라고도 하는 소득 관련 월별 조정 금액을 납부합니다. IRMAA는 보험료에 추가적으로 부과되는 금액입니다.

- **추가 금액을 납부해야 하는 가입자가 이를 납부하지 않을 경우, 플랜 가입이 취소되고 처방약 보장을 <u>잃게</u> 될 것입니다.**
- 추가 금액을 납부해야 하는 가입자에게는 해당 가입자의**Medicare 플랜이**아닌 사회보장국에서 추가 금액이 명시된 편지를 발송합니다.
- 소득에 근거한 Part D 보험료에 관한 자세한 정보는 이 책자의 1장의 섹션 6을 참조하십시오. 또한 웹에서 <u>www.medicare.gov</u>를 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 또는 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화하셔야 합니다.

Medicare & You 2022 핸드북 사본은 "2022 Medicare 비용" 섹션에서 Medicare Part B 및 Part D 보험료에 대한 정보를 제공합니다. 이것은 Medicare Part B 및 Part D 보험료가 서로 다른 소득을 가진 사람에게 어떻게 다른지 설명합니다. Medicare 가입자는 매년 가을에 2022년 *Medicare & You* 사본을 받아 볼 수 있습니다. Medicare 신규 가입자는 처음 가입한 날로부터 1개월 내 사본이 발송됩니다. 또한 *2022년 Medicare & You* 핸드북 사본을 Medicare 웹사이트(<u>www.medicare.gov</u>)에서 다운로드할 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 인쇄본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다.

섹션 7.1 Part D 등록 지연 벌금을 납부해야 하는 가입자는 다양한 방식으로 납부할 수 있습니다

Part D 등록 지연 벌금을 납부하는 가입자는 4가지 방식으로 납부할 수 있습니다. 보험료 납부 옵션은 가입 신청서에 명시되어 있으며, 가입 시에 납부 방식을 선택합니다. 선택한 보험료 납부 옵션을 변경하고자 할 경우에는 가입자 서비스부에 문의하여 변경할 수 있습니다.

가입자는 Part D 등록 지연 벌금 납부 방식을 변경하기 원할 경우, 새로운 납부 방식 발효일까지 최대 3개월이 걸릴 수 있습니다. 저희가 가입자의 납부 방식 변경 요청을 처리하는 동안 해당 가입자는 Part D 등록 지연 벌금을 적시에 납부해야 할 책임이 있습니다.

옵션 1: 가입자는 수표로 납부할 수 있습니다

Part D 등록 지연 벌금을 저희 플랜에 수표나 우편환으로 직접 납부하도록 정할 수 있습니다. 납부 시 플랜 가입자 ID 번호를 포함하십시오.

Part D 등록 지연 벌금은 매월 1일까지 납부해야 합니다. 가입자는 수표 또는 머니 오더를 송금 명세서와 함께 다음 주소로 보내 납부할 수 있습니다:

Health Net of California

PO Box 748658

Los Angeles, CA 90074-8658

수표 및 우편환의 수취인은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)나 미국 보건복지부(HHS)가 아닌 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)으로 해야 합니다. 등록 지연 벌금은 플랜 사무실에서 납부할 수 없습니다.

옵션 2: 가입자는 온라인으로 납부할 수 있습니다

수표를 매월 우편으로 발송하는 대신 체킹이나 세이빙 계좌에서 Part D 등록 지연 벌금을 납부하거나 신용카드로 결제할 수도 있습니다. 일시불 결제 또는 월간 일정 설정은 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 가능합니다. 반드시 기존 계정으로 로그인하십시오. 신규 사용자의 경우 계정을 만들어야 합니다. 가입자의 Part D 등록 지연 벌금을 납부하는 방식에 관한 자세한 정보는 고객 서비스부에 문의하십시오. 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

옵션 3: 가입자 본인의 월별 사회보장 수표에서 Part D 등록 지연 벌금이 공제되도록 설정할 수 있습니다

가입자 본인의 월별 사회보장 수표에서 Part D 등록 지연 벌금이 공제되도록 설정할 수 있습니다. 이러한 가입자의 벌금을 납부하는 방식에 관한 자세한 정보는 고객 서비스부에 문의하십시오. 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

옵션 4: 가입자는 매월 자신의 철도청 은퇴자 위원회 수표에서 Part D 등록 지연 벌금이 공제되도록 설정할 수 있습니다

가입자는 매월 자신의 철도청 은퇴자 위원회 수표에서 Part D 등록 지연 벌금이 공제되도록 설정할 수 있습니다. 이러한 가입자의 벌금을 납부하는 방식에 관한 자세한 정보는 고객 서비스부에 문의하십시오. 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다 (가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

가입자의 Part D 등록 지연 벌금 납부에 문제가 있을 경우 취해야 할 조치

Part D 등록 지연 벌금 납부 기한은 저희 사무국 접수 기준으로 매월 1일입니다.

기한 내에 Part D 등록 지연 벌금을 납부하는 데 문제가 있는 경우 고객 서비스부에 연락하여 Part D 등록 지연 벌금과 관련하여 도움이 되는 프로그램에 관해 문의하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 7.2 저희가 연도 중간에 가입자의 플랜 월 보험료를 변경할 수 있습니까?

아니요. 저희는 연도 중간에 플랜 월 보험료를 추가로 부과할 수 없습니다. 다음 해의 플랜 월 보험료에 변경사항이 있을 경우, 저희는 9월에 가입자에게 통보하며 변경사항은 새해 1월 1일부터 발효됩니다.

그러나 어떤 경우에 가입자는 등록 지연 벌금 납부를 시작해야 하거나 납부를 중지해야 할 수 있습니다("신뢰할 만한" 처방약 보장이 없는 상태에서 63일 이상의 연속 기간을 유지한 경우 등록 지연 벌금이 부과될 수 있습니다). 이는 "추가지원(Extra Help)" 프로그램에 대한 자격이 되거나 해당 연도에 "추가지원(Extra Help)" 프로그램에 대한 자격을 상실한 경우 발생할 수 있습니다.

- 가입자가 현재 Part D 등록 지연 벌금을 납부하고 있는 상황에서 "Extra Help" 가입 자격을 갖게 된 경우, 가입자는 벌금 납부를 중단할 수 있습니다.
- Extra Help를 상실하는 경우 Part D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않고 연속 63일 이상 경과하면 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

2장의 섹션 7에 "Extra Help" 프로그램에 관한 자세한 내용이 수록되어 있습니다.

섹션 8 귀하의 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하십시오

섹션 8.1 가입자에 관한 정보의 정확성을 유지하는 방법

저희는 주소 및 전화번호 등 가입자 기록은 해당 정보를 가입 신청서에서 취합합니다. 이는 가입자의 의료 제공자/의료 그룹/Independent Practice Association(IPA) 등 가입자의 특정 플랜 적용범위를 명시합니다.

IPA는 PCP, 전문의 그리고 병원을 비롯한 기타 의료 공급업체를 포함하는 의사 협회로 이 플랜과 계약을 맺고 가입자들에게 의료 서비스를 제공합니다.

플랜의 네트워크 소속 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 제공자는 가입자에 관한 정확한 정보를 유지해야 합니다. **이러한 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자 기록을 이용하여 보장되는 서비스와 처방약 및 가입자의 비용분담분에 관한 정보를 파악합니다.** 이러한 이유 때문에 저희가 가입자의 최신 정보를 유지할 수 있도록 가입자가 협조하는 일은 매우 중요합니다.

저희에게 다음 변경사항을 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소 또는 전화번호의 변경사항
- 가입자가 가입한 다른 모든 건강 플랜의 보장 변경사항(예: 가입자의 직장, 가입자 배우자의 직장, 산재보험 또는 Medicaid 등)
- 교통사고 관련 청구 등 가입자가 일체의 배상책임 청구를 할 경우
- 가입자가 요양원에 입소할 경우
- 가입자가 서비스 지역 이외 또는 네트워크 비소속 병원 또는 응급실에서 치료를 받았을 경우
- 가입자에게 지정된 책임자(간병인 등)에 변경사항이 있을 경우
- 가입자가 임상 연구에 참여하고 있을 경우

이러한 정보에 변경사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 전화하여 저희에게 알려주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

또한 가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우 사회보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 2장의 섹션 5에 사회보장국의 전화번호 및 연락처 정보가 수록되어 있습니다.

가입자가 가입한 다른 보험에 관해 저희가 가입자에게 발송한 정보를 읽어 보십시오

Medicare의 요구에 따라 저희는 가입자가 가입한 다른 의료 또는 처방약 보험에 관한 정보를 가입자로부터 수집해야 합니다. 그 이유는 귀하가 가입한 다른 보험과 저희 플랜에 따라 귀하가 받는 혜택을 조율해야 하기 때문입니다(가입자가 다른 보험에 가입했을 때 저희의 보장 적용범위가 어떻게 되는지에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하십시오).

저희는 가입자가 가입해 놓은 다른 건강 플랜 또는 처방약 보험 정보를 수록한 서신을 매년 한 번 발송해 드립니다. 이 정보를 유의하여 읽으십시오. 서신 내용이 정확할 경우, 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다. 반면 정보에 오류가 있거나, 서신 상에 포함되어 있지 않은 다른 보험에 가입자가 가입한 경우 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 9 저희는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

섹션 9.1 저희는 가입자의 건강 정보를 보호합니다

연방법 및 주법은 가입자의 의료 기록 및 개인 건강 정보를 보호합니다. 저희는 이러한 법에 준해 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

저희가 어떻게 가입자의 개인 건강 정보를 보호하는지에 관한 자세한 정보는 이 책자의 8장의 섹션 1.3를 참조하십시오.

섹션 10 가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법

섹션 10.1 가입자가 다른 보험에 가입한 경우, 어느 플랜에서 먼저 지불합니까?

가입자가 다른 보험(직장 그룹 건강 플랜 등)에도 가입했을 때, 저희 플랜 또는 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불하는지를 결정하는 Medicare 규칙이 있습니다. 첫 번째로 지불하는 보험을 "1차 지불 보험"이라고 하며, 이는 자체 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험은 "2차 지불 보험"이라고 하며, 이는 1차 보험에 의해 보장되지 않은 비용이 남아 있을 경우에만 지불합니다. 단, 2차 지불 보험은 이러한 미보장 비용 전액을 지불하지는 않을 수도 있습니다.

이러한 규칙은 직장 또는 노동조합 그룹 건강 플랜에 대해 다음과 같이 적용됩니다.

- 가입자가 은퇴자 보장에 가입한 경우, Medicare에서 먼저 지불합니다.
- 가입자의 건강 플랜 보장이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태를 기반으로 하는 경우, 먼저 지급하는 사람은 가입자 연령, 가입자의 고용주가 고용한 사람 수 및 연령, 장애 또는 말기 신장질환(ESRD)을 기반으로 하는 Medicare 가입 여부에 따라 다릅니다.
  - 가입자가 만 65세 미만이고 장애인이며 가입자 또는 가입자의 가족 구성원이 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 100명 이상이거나 복수의 직장 보험에서 최소 한 직장의 직원 수가 100명을 초과하면 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
  - 가입자가 만 65세 이상이고 가입자 또는 가입자의 배우자가 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 20명 이상이거나 복수의 직장 건강 플랜에서 최소한 한 직장의 직원 수가 20명을 초과하면 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
- ESRD 때문에 가입자가 Medicare에 가입한 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜은 가입자가 Medicare 가입 유자격 후 처음 30개월 동안 먼저 지불합니다.

이러한 유형의 보장은 대개 다음과 같은 각 유형과 관련된 서비스에 대해 먼저 지불합니다.

- 무과실 보험(자동차 보험 등)
- 책임 보험(자동차 보험 등)
- 진폐증 혜택
- 산재보험

Medicaid 및 TRICARE는 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 어떤 경우에도 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare, 직장 그룹 건강 플랜 및/또는 Medigap에서 먼저 지불한 후에만 지불합니다.

다른 보험에도 가입된 가입자는 담당 의사, 병원 및 약국에 이를 알려야 합니다. 어느 보험이 먼저 지불하는지에 대해 의문이 있는 가입자나 다른 보험 정보를 업데이트해야 하는 가입자는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 가입자의 청구서가 적시에 지불될 수 있도록 가입자는 다른 보험사에 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수 있습니다(해당 보험사의 신원 확인 후).

2장

중요한 전화번호 및 자료

2장. 중요한 전화번호 및 자료

섹션1 **플랜 연락처** (플랜의 고객 서비스부에 문의하는 방법을 포함한 저희에게 연락하는 방법)..... **30**

섹션 2 **Medicare** (연방 Medicare 프로그램으로 직접 도움과 정보를 받는 방법)..... **35**

섹션 3 **주 건강 보험 지원 프로그램** (Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함).....**37**

섹션 4 **품질 개선 기관** (Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하도록 Medicare에서 채용한 기관) **38**

섹션 5 **사회보장국** **39**

섹션 6 **Medicaid** (저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램).....**40**

섹션 7 **가입자들의 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보** **41**

섹션 8 **철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법**..... **45**

섹션 9 **"그룹 보험" 또는 기타 직장 건강보험에 가입되어 있습니까?**..... **45**

섹션1 플랜 연락처
(플랜의 고객 서비스부에 문의하는 방법을 포함한 저희에게 연락하는 방법)

저희 플랜의 가입자 서비스부에 문의하는 방법

청구, 청구서 발부 또는 가입자 카드와 관련하여 도움이 필요한 경우 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자 서비스부에 전화하거나 편지를 보내주시기 바랍니다. 저희는 기꺼이 가입자를 도와드리겠습니다.

방법	가입자 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 공휴일에는 자동 전화 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지, 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetca

가입자가 의료 관리 보장에 대한 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법

보장에 대한 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의료 서비스를 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 의료 관리에 관한 보장 결정을 요청하는 것에 대한 자세한 정보는 9장*(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*을 참조하십시오.

저희의 보장에 대한 결정 절차에 관해 질문이 있을 경우 저희에게 문의하십시오.

방법	의료 서비스 보장 결정 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Medical Management 21281 Burbank Boulevard Woodland Hills, CA 91367-6607

의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법

이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다. 가입자가 의료 관리와 관련해 이의를 신청하는 것에 대한 자세한 정보는 9장*(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치 (보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 대한 이의 신청 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

가입자가 의료 관리에 대해 불만사항을 제기할 때 저희에게 연락하는 방법

가입자는 진료 품질에 대한 불만사항 등을 포함하여 저희 또는 네트워크 소속 의료 제공자에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만사항에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다(플랜의 보장범위 또는 지불에 문제가 있는 경우 이의 신청에 대한 위의 섹션을 확인해야 합니다). 의료 관리에 관한 불만사항 제기에 관한 자세한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)*)을 참조하십시오.

방법	의료 서비스에 대한 불만사항 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
팩스	1-844-273-2671
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 웹사이트	가입자는 Medicare에 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. 온라인으로 Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오.

가입자가 Part D 처방약 보장에 대한 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법

보장에 대한 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자의 플랜에 포함된 Part D 혜택 하에서 보장하는 처방약을 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 내리는 결정입니다. 가입자가 Part D 약의 적용범위 결정을 요청하는 것에 관한 자세한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항*이 있을 경우 취할 조치(*보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항*))을 참조하십시오.

방법	Part D 처방약 보장에 대한 결정 - 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
팩스	1-866-226-1093
우편 주소	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

가입자가 Part D 약에 대해 이의 신청을 할 때 저희에게 연락하는 방법

이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다. 가입자가 Part D 약과 관련해 이의를 신청하는 것에 대한 자세한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치 (보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항*))을 참조하십시오.

방법	Part D 처방약에 대한 이의 신청 - 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
팩스	1-866-388-1766

방법	Part D 처방약에 대한 이의 신청 - 연락처 정보
우편 주소	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

가입자가 Part D 약에 대해 불만사항을 제기할 때 저희에게 연락하는 방법

가입자는 진료 품질에 관한 불만사항 등을 포함하여 저희 또는 네트워크 소속 약국에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만사항에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다(플랜의 보장범위 또는 지불에 문제가 있는 경우 이의 신청에 대한 위의 섹션을 확인해야 합니다). 가입자가 Part D 처방약의 적용범위 결정을 요청하는 것에 관한 자세한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치*(*보장에 대한 결정, 이의 신청 및 불만사항*))을 참조하십시오.

방법	Part D 처방약에 대한 불만사항 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다.
팩스	1-844-273-2671
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
MEDICARE 웹사이트	가입자는 Medicare에 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. 온라인으로 Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오.

가입자가 받은 의료 관리 또는 처방약에 대해 저희가 저희 비용분담분을 지불할 것을 요청하는 요청서를 보내는 곳

가입자가 의료 제공자로부터 받은 청구서에 대해 저희가 환급 또는 지불을 하도록 가입자가 요청할 수 있는 상황에 대한 자세한 정보는 7장*(가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구)*을 참조하십시오.

유의 사항: 가입자가 저희에게 지불 요청서를 보냈으나 저희가 해당 요청의 일부 사항에 대해 지불을 거절한 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 정보는 9장*(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치 (보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*을 참조하십시오.

방법	지급 요청 - 연락처 정보
우편 주소	의료비 지불 요청: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 Part D 지불 요청: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

섹션 2 Medicare
(연방 Medicare 프로그램으로 직접 도움과 정보를 받는 방법)

Medicare는 만 65세 이상인 자, 일부 만 65세 미만의 장애인 및 말기 신장질환(ESRD) (투석이나 신장 이식을 해야 하는 영구 신장기능 부전)을 앓는 분들을 위한 연방 건강 플랜 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(별칭은 "CMS")입니다. 이 기관은 저희를 비롯한 Medicare Advantage 기관들과 계약을 체결했습니다.

방법	Medicare - 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.

방법	Medicare - 연락처 정보
TTY	1-877-486-2048 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
웹사이트	www.medicare.gov 이것은 Medicare를 위한 공식 정부 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 가입자에게 Medicare 및 현재의 Medicare 문제에 관한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 재택 건강 관리 기관 및 투석 시설에 관한 정보를 수록하고 있습니다. 가입자는 이 사이트에서 책자를 컴퓨터로 직접 인쇄할 수 있습니다. 또한 가입자가 거주하는 주의 Medicare 연락처 정보를 수록하고 있습니다. Medicare 웹사이트는 또한 다음과 같은 도구를 통해 Medicare 가입 자격 및 가입 옵션에 관한 자세한 정보를 제공합니다. • **Medicare 가입 자격 도구:** Medicare 가입 자격 정보를 제공합니다. • **Medicare 플랜 찾기:** 해당 지역의 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap(Medicare 보충 보험) 보험증권에 대한 맞춤형 정보를 제공합니다. 이러한 도구는 다양한 Medicare 플랜에서 가입자의 본인부담금 *추정치*를 제공합니다. 가입자는 또한 웹사이트를 사용하여 저희 플랜에 관한 불만사항을 Medicare에 제기할 수 있습니다. • **Medicare에 가입자의 불만사항 제기:** 가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다. 컴퓨터가 없는 가입자는 현지 도서관 또는 시니어 센터의 컴퓨터를 사용하여 이 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화하여 원하는 정보에 관해 문의할 수 있습니다. 담당 직원이 웹사이트에서 해당 정보를 인쇄하여 가입자에게 발송해 드릴 것입니다(가입자는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오).

섹션 3 주 건강 보험 지원 프로그램
(Medicare에 관한 가입자의 질문에 대해 도움, 정보 및 답변을 무료로 제공함)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 시행되고 있으며 전문 상담원이 주재하고 있는 정부 프로그램입니다. California에서 SHIP은 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 부릅니다.

California건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 독립 프로그램(보험사 또는 건강 플랜과 연계되어 있지 않음)입니다. 이는 주 프로그램으로 연방 정부에서 예산을 받아 Medicare 가입자들에게 무료 현지 건강 보험 상담을 제공하고 있습니다.

California Health Insurance Counseling and Advocacy 프로그램(HICAP)의 상담사는 가입자의 Medicare 관련 질문 또는 문제와 관련하여 도움을 제공합니다. 상담원은 가입자의 Medicare 권리 이해를 돕고, 의료 관리 또는 치료에 관해 가입자가 불만사항을 제기하는 것을 도와드리며, 가입자의 Medicare 청구서와 관련된 문제 해결에 도움을 드립니다. 또한 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 상담원은 가입자의 Medicare 플랜 선택에 관한 이해를 도와 드리며 다른 플랜으로의 전환에 관한 질문에 답변해 드립니다.

SHIP 및 기타 리소스에 접근하는 방법

- 웹사이트 www.medicare.gov를 방문하십시오
- 상단의 메뉴 맨 오른쪽에 있는 **"양식, 도움말 및 리소스"**를 클릭합니다
- 드롭다운에서 **"전화번호 및 웹사이트"**를 클릭합니다.
- 이제 몇 가지 옵션이 있습니다
  - 옵션 #1: **라이브 채팅**을 합니다.
  - 옵션 #2: 하단 메뉴에서 **"주제"** 중 하나를 클릭합니다.
  - 옵션 #3: 드롭다운 메뉴에서 **주**를 선택하고 이동을 클릭합니다. 그러면 해당 주의 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

방법	California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) SHIP
전화	1-800-434-0222
TTY	711
우편 주소	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/hicap/

섹션 4 품질 개선 기관
(Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하도록 Medicare에서 채용한 기관)

각 주에는 Medicare 수혜자에게 도움을 주고자 지정된 품질 개선 기관이 있습니다.

California 주에서는 품질 개선 기관을 Livanta라고 합니다.

Livanta - California 주의 품질 개선 기관에는 연방 정부에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. 이 기관은 Medicare 가입자에 대해 진료 품질을 점검하도록 Medicare에서 비용을 지불하는 기관입니다. Livanta - California 주의 품질 개선 기구는 독립 조직입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음의 경우 California 주의 품질 개선 기구인 Livanta에 문의해야 합니다.

- 가입자가 자신이 받은 서비스의 품질에 관해 불만사항이 있는 경우.
- 가입자가 자신의 병원 입원에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.
- 가입자가 자신의 재택 건강 관리, 전문요양시설 서비스 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

방법	Livanta(California 주의 품질 개선 기관)
전화	1-877-588-1123 월요일~금요일, 현지 시간 현지 시간, 월요일~금요일, 오전 11시 주말 및 공휴일, 현지 시간, 주말 및 공휴일
TTY	1-855-887-6668 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	https://www.livantaqio.com

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 취급하는 책임을 지고 있습니다. 미국 합법적 영주권자, 장애인이나 말기 신장질환(ESRD)을 앓고 있으며 특정 조건에 부합되는 분은 Medicare 가입 자격이 있습니다. 이미 사회보장 수표를 받고 있는 사람은 Medicare에 자동 가입됩니다. 사회보장 수표를 받고 있지 않는 사람은 Medicare에 가입해야 합니다. Medicare 가입 신청을 하려면 사회보장국에 전화하거나 가입 신청자가 거주하는 현지 사회보장국을 방문하십시오.

사회보장국은 또한 고소득으로 인해 Part D 약 보장에 대해 추가 금액을 납부해야 하는 가입자를 결정하는 책임을 지고 있습니다. 추가 금액을 납부해야 함을 명시한 편지를 사회보장국으로부터 받은 가입자가 해당 금액에 관한 질문이 있거나 인생의 중대사로 인해 소득이 줄었을 경우, 해당 가입자는 사회보장국에 재고를 요청하도록 문의할 수 있습니다.

가입자가 이사를 했거나 우편 주소가 변경되었을 경우, 사회보장국에 전화하여 통보하는 것이 중요합니다.

방법	사회보장국 - 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7시~오후 7시 사이에 연락 가능. 가입자는 사회보장국에서 하루 24시간 동안 제공하는 자동응답 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7시~오후 7시 사이에 연락 가능.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid
(저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램)

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. 일부 Medicare 가입자는 또한 Medicaid 가입 자격이 있습니다.

그뿐 아니라, Medicaid를 통해 Medicare 보험료 등 Medicare 가입자들의 Medicare 비용을 지원하는 프로그램이 제공되고 있습니다. 이러한 "Medicare 절약 프로그램"은 다음 프로그램을 통해 매년 소득과 자원이 제한된 사람들을 지원합니다.

- **유자격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용분담분(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다(일부 QMB에 해당하는 분도 또한 전적인 Medicaid 혜택(QMB+)을 받을 자격이 있습니다).
- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Part B 보험료를 지원합니다(일부 SLMB에 해당하는 분도 또한 전적인 Medicaid 혜택(SLMB+)을 받을 자격이 있습니다).
- **유자격 개인(QI):** Part B 보험료를 지원합니다.
- **유자격 장애인 근로자(QDWI):** Part A 보험료를 지원합니다.

Medicaid 및 관련 프로그램에 관해 자세히 알아보려면 California Medi-Cal(Medicaid)로 문의하십시오.

방법	California Medi-Cal(Medicaid) - 연락처 정보
전화	1-800-541-5555 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711
우편 주소	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	https://www.benefits.gov/benefit/1620

섹션 7 가입자들의 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보

Medicare의 “Extra Help” 프로그램

Medicare는 소득과 자원이 제한된 사람들의 처방약 비용을 돕기 위해 “Extra Help”를 제공합니다. 여기에서의 자원에는 가입자의 저축 및 주식은 포함되지만 가입자의 주택 또는 자동차는 포함되지 않습니다. 적격 가입자의 경우 Medicare 처방약 플랜의 월 보험료, 연간 공제액과 처방약 코페이먼트에 대한 지원을 받습니다. 또한 이“Extra Help”는 가입자의 본인부담금에 산입됩니다.

이들 중 일부는“Extra Help” 자격을 자동적으로 갖게 되어 별도로 신청할 필요가 없습니다. Medicare는 “Extra Help” 자격을 자동으로 가진 분들에게 이를 명시한 편지를 보냅니다.

가입자는 처방약의 보험료와 비용을 지원해 주는“Extra Help”를 받을 수 있습니다. “Extra Help”를 받을 수 있는 자격 여부를확인하려면 아래 전화번호로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오.
- 사회보장국(전화: 1-800-772-1213) 통화 가능 시간은 월요일~금요일, 오전 7시~오후 7시입니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778(가입 신청 관련)번으로 연락해 주십시오. 또는
- 거주하는 주의 Medicaid 사무국(가입 신청 관련)으로 문의해야 합니다(연락처 정보는 이 장의 섹션 6에서 참조하십시오).

“Extra Help”를 받을 자격이 있는 가입자가 약국에서 처방약을 받을 때 부정확한 비용분담분을 지불하고 있다고 믿고 있는 경우, 저희 플랜은 가입자가 적절한 코페이먼트 수준의 증거를 확보하는 데 도움을 요청하거나 가입자가 이미 확보한 정보를 저희에게 제공하도록 허용하는 절차를 확립했습니다.

- 이 책자의 뒤표지에 안내된 전화 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 “Extra Help”를 받을 자격이 있는 것 같다고 담당자에게 알리십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다(최상의 가용 증거).
    - 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 수혜자 이름과 자격 개시 날짜가 포함된 수혜자의 Medicaid 카드 사본
    - 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 Medicaid 가입 상태를 확인해주는 주 발행 문서 사본
    - 이전 연도의 6월 이후 Medicaid 가입 상태를 확인해주는 주의 전자식 등록 파일의 화면 인쇄물

- 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 Medicaid 가입 상태를 확인해주는 주 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물
- 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 Medicaid 가입 상태를 확인해주는 주 발행 기타 문서
- 개인이 보조적 소득 보장(SSI)을 받고 있음을 보여 주는 사회보장국으로부터 받은 서신
- 수혜자가 "... 자동으로 Extra Help 자격을 획득"한 것을 확인해 주는 적격자가 접수한 신청서(SSA 간행물 HI 03094.605)

입원했는데 비용 분담을 하지 않을 자격이 된다고 생각되면 이 책자의 뒤표지에 안내된 전화 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 "Extra Help"를 받을 자격이 있다고 생각한다고 담당자에게 알리십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다.

- 이전 연도의 6월 이후 만 1개월 기간에 대해 가입자를 대신하여 Medicaid 지급금이 표시된 해당 시설의 송금,
- 이전 연도의 6월 이후 만 1개월에 대해 가입자를 대신하여 기관에 Medicaid 지급을 확인해 주는 주 기록문서 또는
- Medicaid 지급 목적으로 이전 연도의 6월 이후 최소 만 1개월 입원(입소) 기준으로 가입자의 월중 시설 내 자격을 보여주는 주의 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물.

- 위에서 설명한 서류를 제공할 수 없고 ""Extra Help" 자격이 있다고 생각하는 경우 이 책자의 뒤표지에 안내된 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하면 담당자가 도움을 드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 코페이먼트 수준을 보여주는 증거 서류를 받으면 이에 따라 저희의 시스템을 업데이트하여 다음에 가입자가 약국에서 처방약을 받을 때 정확한 코페이먼트를 지불할 수 있도록 할 것입니다. 가입자가 코페이먼트를 초과 지불한 경우, 저희는 가입자에게 환급해 드립니다. 저희는 가입자의 초과 지불금을 해당 가입자에게 수표로 보내거나 해당 가입자의 향후 코페이먼트에서 차감합니다. 약국이 가입자에게서 코페이먼트를 받지 못해 이를 가입자가 갚아야 할 채무로 기록해 둔 경우, 저희가 해당 약국에 직접 채무를 지불할 수 있습니다. 주에서 가입자를 대신하여 지불한 경우에는 저희가 주에 직접 지불할 수 있습니다. 질문이 있으면 가입자 서비스부에 문의하십시오(해당 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

Medicare 보장 공백 할인 프로그램

Medicare 보장 공백 할인 프로그램(Medicare Coverage Gap Discount Program)은 보장 공백에 도달했지만 "추가지원(Extra Help)"을 받고 있지 않은 Part D 가입자에게 브랜드 약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 브랜드 약의 경우 제조업체가 제공하는 70% 할인은 공백 부분 비용에 대한 약사의 조제료를 제외합니다. 가입자는 브랜드 약에 대해 협상된 가격의 25% 그리고 조제료 일부를 납부합니다.

가입자가 보장 공백에 도달한 경우, 가입자의 처방약에 대해 약국에서 청구서를 보낼 때 저희는 자동적으로 할인가를 적용할 것이며, 가입자의 Part D 혜택 설명서(Part D EOB)는 제공된 할인가를 모두 명시할 것입니다. 가입자가 지불하는 금액과 제약업체가 제공하는 할인 금액은 마치 가입자가 지불하고 보장 공백을 보장받은 것처럼 가입자 본인부담금에 산입됩니다. 플랜에서 부담하는 금액(5%)은 가입자의 본인부담금에 산입되지 않습니다.

가입자는 또한 제네릭 약에 대해서도 일부 보장을 받습니다. 가입자가 보장 공백에 도달할 경우, 플랜에서는 제네릭 약 가격의 75%를 지불하며 가입자는 이 가격의 나머지 25%를 지불합니다. 제네릭 약의 경우, 플랜에서 지불하는 금액(75%)은 가입자 본인부담금에 산입되지 않습니다. 가입자가 납부한 금액만 계상되며, 이를 통해 가입자는 보장 공백을 통과합니다. 또한 조제료는 처방약 비용의 일부로 포함됩니다.

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 선별된 인슐린에 대해 추가 공백 보장을 제공합니다. 보장 공백 단계에서 가입자의 선별 인슐린에 대한 본인부담금이 $0가 됩니다. 보장 공백 단계 중 가입자의 보장에 관한 자세한 정보는 6장, 섹션 6을 참조하십시오. 참고: 이러한 비용분담분은 약 비용 지불을 돕는 프로그램(“Extra Help”)의 대상이 되지 않는 수혜자에게만 적용됩니다. 어떤 약이 선별 인슐린인지 확인하려면 전자식으로 제공한 최신 의약품 목록을 확인하십시오. 의약품 목록에서 "SSM"을 통해 선별 인슐린을 식별할 수 있습니다. 의약품 목록에 관한 질문이 있으면 가입자 서비스부로 연락하십시오(전화번호는 이 책자 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

가입자가 복용하는 처방약에 제공되는 할인가 또는 Medicare 보장 공백 할인 프로그램 전반에 관해 질문이 있으면 고객 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

가입자가 AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)으로부터 보장을 받는 경우는 어떻습니까?
AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)이란 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 적격 개인들에게 생명을 구할 수 있는 HIV 약물을 제공하도록 도움을 주는 프로그램입니다. ADAP 및 Medicare Part D 약에 의해 보장되는 약은 또한 처방약 비용분담분 지원을 받을 수 있습니다.

AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)은 해당 주의 ADAP입니다.

참고: 거주자의 주에서 운영되는 ADAP에 가입할 자격을 갖추려면 개인은 해당 주 거주 및 HIV 상태 증명, 해당 주에서 정한 저소득 그리고 무보험/일부 보험 상태 등의 특정 기준에 부합해야 합니다.

가입자가 현재 ADAP에 가입되어 있을 경우, 이로부터 가입자는 ADAP 처방규정의 처방약에 대해 Medicare Part D 약 비용분담분 지원을 지속적으로 받을 수 있습니다. 이 지원을 계속 받고자 하는 가입자는 현지 ADAP 가입 직원에게 가입자의 Medicare Part D 플랜 이름 또는 보험증권 번호의 변경사항을 통보하십시오.

가입자가 거주하는 주의 AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)은 다음과 같습니다.

방법	AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP) – 연락처 정보
전화	1-916 558-1784 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711
우편 주소	Office of AIDS California Department of Public Health 1616 Capitol Avenue, Suite 616 Sacramento, CA 95814
웹사이트	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

자격 기준, 보장되는 의약품 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP)에 위의 연락처 정보로 문의하십시오.

가입자의 처방약 비용을 지원하는 Medicare의 "Extra Help"를 받을 경우에는 어떻습니까? 가입자는 할인을 받을 수 있습니까?

아니요. 가입자는 "Extra Help"를 받을 경우 보장 공백 중 처방약 비용에 대한 보장을 이미 받고 있습니다.

가입자가 자신에게 적용된다고 생각하는 할인을 받지 못하는 경우는 어떻습니까?

가입자가 보장 공백에 도달했고 브랜드 약에 대한 비용을 지불할 때 할인을 받지 못한 경우, 가입자는 다음 번 *Part D 혜택 설명서*(Part D EOB) 고지문을 검토해야 합니다. 가입자의 *Part D 혜택 설명서*에 할인가가 명시되어 있지 않을 경우, 저희에게 문의하여 가입자의 처방약 기록이 정확하며 최신인지를 확인해야 합니다. 가입자가 할인을 받는 것에 저희가 동의하지 않을 경우, 가입자는 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자는 해당 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)(전화번호는 이 장의 섹션 3에 수록되어 있음)에 이의 신청 지원을 문의하거나 주7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회에 문의하는 방법

철도청 은퇴자 위원회는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도청 은퇴자 위원회로부터 받는 혜택에 관해 질문이 있을 경우, 이 기관에 문의하십시오.

철도청 은퇴자 위원회를 통해 Medicare를 받는 가입자는 이사할 때나 우편 주소가 변경될 때 이를 위원회에 알려주는 것이 중요합니다.

방법	철도청 은퇴자 위원회 - 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. "0"번을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분 사이, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. "1"번을누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 언제든지 자동 RRB HelpLine과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료가 *아닙니다*.
웹사이트	rrb.gov/

섹션 9 "그룹 보험" 또는 기타 직장 건강보험에 가입되어 있습니까?

가입자(또는 가입자의 배우자)가 이 플랜의 일환으로 가입자의(또는 가입자 배우자의) 직장 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받고 있을 경우, 질문이 있는 해당 가입자는 직장/노동조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자의(또는 가입자 배우자의) 직장 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 관해 문의할 수 있습니다(가입자 서비스의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다). 이 플랜에 따른 Medicare 보장과 관련한 질문이 있는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048)로 문의하실 수도 있습니다.

가입자가 자신의(또는 배우자의) 직장 또는 은퇴자 그룹을 통해 다른 처방약 보장에 가입한 경우 해당 **그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 가입자의 현재 처방약 보장이 저희 플랜과 상충되지 않는지 확인할 수 있습니다.

3장

의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

3장. 의료 서비스에 대한 플랜의 보장 혜택 이용

섹션 1 플랜 가입자로서 의료 관리 보장을 받기 위해 알고 있어야 할 사항 ... 49
섹션 1.1 "네트워크 소속 의료 제공자" 및 "보장되는 서비스"란 무엇입니까? ... 49
섹션 1.2 플랜의 의학적 치료 보장에 대한 기본 규칙 ... 49
섹션 2 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터의료 관리를 받으십시오.... 51
섹션 2.1 가입자는 의료 관리를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)를 선택해야 합니다 ... 51
섹션 2.2 담당 PCP의 사전 승인 없이 가입자가 받을 수 있는 의료 관리는무엇입니까? ... 53
섹션 2.3 전문의 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방식 ... 53
섹션 2.4 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법 ... 55
섹션 3 가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 보장 서비스를 받을 수 있는 방법 ... 55
섹션 3.1 가입자에게 의학적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료 ... 55
섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기 ... 57
섹션 3.3 재난 기간 동안 치료 받기 ... 58
섹션 4 보장 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받았을 경우 어떻게 합니까? ... 59
섹션 4.1 가입자는 보장 서비스의 의료비 중 저희 비용분담분을 저희에게 지불하라고 요청할 수 있습니다 ... 59
섹션 4.2 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해 가입자는 비용 총액을 지불해야 합니다 ... 59
섹션 5 가입자가 "임상 연구"에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 진료는 어떻게 보장됩니까? ... 60
섹션 5.1 "임상 연구"란 무엇입니까? ... 60
섹션 5.2 가입자가 임상 연구에 참여하는 동안 누가 어떠한 의료 서비스에 대해 지불합니까? ... 61

섹션 6 "종교적 비의학적 의료 기관"에서 보장하는 치료를 받기 위한 규칙 62
섹션 6.1 종교적 비의학적 의료 기관이란 무엇입니까? 62
섹션 6.2 종교적 비의학적 의료 기관으로부터 관리 받기 62
섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙 63
섹션 7.1 가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 지불금을 납부한 후 해당 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까? 63
섹션 8 산소 장비, 용품, 유지관리에 관한 규칙 64
섹션 8.1 어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까? 64
섹션 8.2 비용분담분은 얼마입니까? 36개월 후에 변경됩니까? 64
섹션 8.3 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까? 65

섹션 1 플랜 가입자로서 의료 관리 보장을 받기 위해 알고 있어야 할 사항

이 장에서는 가입자가 받은 의료 관리에 대해 보장을 받기 위해 이 플랜 이용 시 알아 두어야 할 사항에 관해 설명합니다. 여기에는 용어 정의 및 플랜에서 보장하는 치료, 의료 관리 및 기타 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙에 대한 설명을 수록하고 있습니다.

저희 플랜에서 보장하는 의료 관리 및 이러한 서비스에 대한 가입자의 분담 액수에 관한 자세한 사항은 4장(*의료 혜택표, 보장 사항 및 가입자 부담분*)에 수록된 혜택표를 이용하십시오.

섹션 1.1 "네트워크 소속 의료 제공자" 및 "보장되는 서비스"란 무엇입니까?

다음은 저희 플랜 가입자에 대해 보장되는 치료 및 서비스를 받는 방법을 이해하는 데 유용한 몇 가지 용어의 정의입니다.

- **"의료 제공자"**란 주 면허가 있는 의사 및 기타 의료 전문가로, 환자를 치료하고 의료 서비스를 제공합니다. 또한 "의료 제공자"라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **"네트워크 소속 의료 제공자"**란 완불금으로서 저희의 지불금 및 가입자의 비용분담분을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자에게 제공한 진료에 대해 저희에게 직접 청구서를 보냅니다. 가입자가 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받을 경우 해당 의료 서비스에 대한 가입자 비용분담분만 지불합니다.
- **"보장되는 서비스"**에는 저희 플랜에서 보장하는 모든 치료, 의료 관리, 용품 및 장비가 포함됩니다. 보장되는 치료 및 의료 관리는 4장의 혜택표에 수록되어 있습니다.

섹션 1.2 플랜의 의학적 치료 보장에 대한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜인 저희 플랜은 Original Medicare에 의해 보장되는 모든 의료 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare의 보장 규칙을 준수해야 합니다.

저희 플랜은 일반적으로 다음과 같은 경우에 가입자가 받은 의료 관리에 대해 보장해 드립니다.

- **가입자가 받은 의료 서비스가 이 플랜의 의료 혜택표에 포함됩니다**(이 표는 이 책자의 4장에 수록되어 있음).

- **가입자가 받은 진료가 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.** "의학적으로 필요"하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- **가입자에게는 치료 및 의료 서비스를 제공하고 주관하는 네트워크 소속 주치의(PCP)가 있습니다.** 저희 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 소속 PCP를 선택해야 합니다(이에 관한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2.1을 참조하십시오).
  - 대부분의 상황에서 가입자는 전문의, 병원, 전문요양시설 또는 재택 건강 관리 기관 등 이 플랜의 네트워크에 소속한 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 가입자의 네트워크 소속 PCP의 사전 승인을 받아야 합니다. 이것을 "진료 의뢰"라고 합니다. 이에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2.3을 참조하십시오.
  - 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스의 경우, PCP의 진료 의뢰는 필요하지 않습니다. 그 외 가입자가 담당 PCP의 사전 승인 없이 받을 수 있는 일부 진료가 있습니다(이에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2.2를 참조하십시오).
- **가입자는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받아야 합니다**(이에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 2를 참조하십시오). 대부분의 경우, 네트워크 비소속 의료진(저희 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 의료진)으로부터 받은 가입자의 진료는 보장되지 않습니다. *그러나 다음 세 가지 예외가 있습니다.*
  - 이 플랜은 가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 이에 관한 자세한 정보 및 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스가 의미하는 내용을 확인하려면 이 장의 섹션 3을 참조하십시오.
  - 가입자에게 필요한 의료 관리 중 Medicare에서 저희 플랜으로 하여금 보장하기를 원하지만 네트워크 소속 의료 제공자가 해당 의료 관리를 할 수 없을 경우, 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 이 의료 관리를 받을 수 있습니다. 가입자가 이러한 진료를 받기 전에 준수해야 할 승인 규칙에 관해 저희에게 문의하십시오. 이러한 상황에서 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받을 때와 동일한 진료비를 지불합니다. 네트워크 비소속 의사의 진료를 받기 위해 필요한 승인에 관한 정보는 이 장의 섹션 2.4를 참조하십시오.
  - 가입자가 이 플랜의 서비스 지역 이외에 일시적으로 머물 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받게 되는 신장 투석 서비스를 플랜에서 보장해 드립니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터의료 관리를 받으십시오

섹션 2.1 가입자는 의료 관리를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)를 선택해야 합니다

"PCP"는누구이며, PCP는 가입자를 위해 무엇을 합니까?

이 플랜은 특정 의료 제공자만 사용합니다. 이 플랜의 서비스 지역에서 모든 의료 그룹과 협약 PCP, 전문가 및 시설을 이용할 수 있는 것은 아닙니다. 당사 플랜에 가입하시면 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 네트워크에서 네트워크 소속 의료 제공자 중에서 귀하의 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 또한 Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) 플랜에 참여하기로 동의한 전문가 및 시설로 제한됩니다. 이 플랜을 선택하면 이러한 특정 의료 제공자만 진료에 사용해야 하기 때문에 귀하가 일상적으로 사용하는 의료 제공자가 포함되어 있는지 확인하기 위해 의료 제공자의 목록을 면밀히 검토하는 것이 중요합니다. 이 플랜은 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 확인할 수 있습니다. 가입자의 PCP는 주에서 정한 요건에 부합되고 가입자에게 기본적인 의료 관리를 제공하도록 교육 받은 의료 전문가입니다. 여기에는 가족 진료, 일반 진료, 내과 전문의가 포함됩니다.

가입자는 PCP의 정기 진료 또는 기본 진료를 최대한 활용할 수 있습니다. 담당 PCP도 귀하가 플랜 가입자로서 받는 나머지 보장 서비스에 대해 조정해줍니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 엑스레이,
- 검사실 검사,
- 요법,
- 전문의 치료,
- 병원 입원 및
- 후속 치료

보장 서비스의 "조율"에는 가입자의 치료 및 경과와 관련하여 다른 플랜 의료 제공자를 확인하거나 상담하는 것이 포함됩니다. 특정 유형의 서비스 또는 용품의 경우, PCP는 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 필요한 서비스에 사전 승인이 필요한 경우, PCP는 저희 플랜에 승인을 요청합니다. 가입자의 PCP가 의료 관리를 제공하고 조율하기 때문에 가입자는 담당 PCP의 진료실로 자신의 모든 과거 의료 기록을 보내야 합니다. 가입자는 일반적으로 대부분의 정기적인 진료를 받을 때 담당 PCP의 진료를 먼저 받습니다. PCP가 모든 진료를 조율하도록 하는 것이 좋습니다. 자세한 내용은 이 장의 섹션 2.3을 참조하십시오.

경우에 따라 PCP, 전문의 또는 기타 의료 제공자가 특정 유형의 보장 서비스 및 품목에 대해 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 할 수도 있습니다. 본 책자 4장에 사전 승인을 요하는 서비스와 품목이 나와 있습니다.

정규 업무 시간 후에 담당 의사와 상담해야 하는 경우, 담당 의사에게 전화하면 담당 의사, 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 지침이 있는 자동 응답기 또는 보장을 제공하는 다른 의사에게 연결됩니다. 응급 상황이 발생한 경우 즉시 119로 전화하십시오.

가입자는 담당 PCP를 어떻게 선택합니까?

저희 플랜에 등록하시면 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 네트워크에서 참여 의료 그룹을 선택하실 수 있습니다. 이 참여 의료 그룹에서도 PCP를 선택하실 수 있습니다. PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca로 이동하여 플랜 네트워크에서 PCP를 선택합니다. 가입자 서비스부는 PCP를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP를 선택했으면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 문의하십시오. PCP는 당사 네트워크 소속이어야 합니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 사용하려는 특정 플랜 전문의 또는 병원이 있는 경우 먼저 전문의 및/또는 병원이 의료 그룹 및 PCP의 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오.

의료 그룹 또는 PCP를 선택하지 않거나 이 플랜에 이용할 수 없는 의료 그룹 또는 PCP를 선택한 경우, 자동으로 의료 그룹 및 PCP에 배정됩니다.

담당 PCP 교체

가입자는 언제든지 이유를 불문하고 PCP를 교체할 수 있습니다. 또한 담당 PCP는 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴할 수 있으며, 이 경우 가입자는 새로운 PCP를 찾아야 합니다. 특정 상황에서 당사의 의료 제공자는 네트워크를 떠난 후에도 계속 관리해야 할 의무가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

의료 그룹 또는 PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 각 플랜 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 즉, 선택한 플랜 의료 그룹 및 PCP에 따라 이용할 수 있는 전문의 및 병원이 결정될 수 있습니다. 이용하려는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 플랜 의료 그룹 및 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 사용하는지 확인하십시오.

PCP를 변경하려면 이 책자의 뒤표지에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 변경사항은 다음달 첫째 날부터 유효합니다. 유의 사항: 배정된 PCP가 아닌 다른 PCP를 이용하는 경우, 더 높은 비용 분담금이 발생하거나 청구가 거부될 수 있습니다.

섹션 2.2 담당 PCP의 사전 승인 없이 가입자가 받을 수 있는 의료 관리는무엇입니까?

가입자는 담당 PCP의 사전 승인을 받을 필요 없이 아래 열거된 서비스를 받을 수 있습니다.

- 유방 검사, 유방암 선별검사(유방 X-레이), 자궁경부 세포검사, 골반 검사 등 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 여성의 정기적인 검진.
- 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 독감 질병예방 주사, COVID-19 예방접종 및 폐렴 예방접종
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 치료
- 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 서비스 또는 가입자가 이 플랜의 서비스 지역 외부에서 일시적으로 체재하는 등 네트워크 소속 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 서비스.
- 가입자는 이 플랜의 서비스 지역 이외 지역에 일시적으로 머물 때 Medicare 인증 투석 시설에서 신장 투석 서비스를 받을 수 있습니다(가능한 경우, 가입자가 이 플랜의 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 연락하시면 저희는 가입자의 서비스 지역 이외 체재 중 지속적으로 투석을 받을 수 있도록 조정할 수 있습니다. 가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 2.3 전문의 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방식

전문의란 특정 질환 또는 신체의 특정 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 많은 분야에 걸쳐 전문의가 있습니다. 다음은 전문의의 몇 가지 예입니다.

- 암 환자를 치료하는 종양 전문의.
- 심장병 환자를 치료하는 심장병 전문의.
- 특정 골, 관절 또는 근육 질환을 앓고 있는 환자를 치료하는 정형외과의.

전문의 진료를 받으려면 일반적으로 PCP의 승인을 먼저 받아야 합니다. 이는 전문의에게 "진료 의뢰"하는 것을 말합니다. 플랜 전문가 또는 다른 의료 제공자의 서비스를 받기 전에 PCP로부터 진료 의뢰를 받는 것이 매우 중요합니다. 섹션 2.2에 설명된 것과 같이 여성의 정기적인 검진을 포함한 몇 가지 예외가 있습니다. 전문의 또는 다른 의료 제공자의 서비스를 받기 전에 진료 의뢰를 받지 않으면, 이런 서비스에 대해 가입자 부담으로 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

전문의가 가입자에게 추가 치료를 위해 재방문을 원할 경우, 가입자는 첫 방문 시에 담당 PCP로부터 진료 의뢰가 해당 전문의 재방문 시에도 적용이 되는지 먼저 확인해야 합니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 즉, 선택한 의료 그룹 및 PCP에 따라 이용할 수 있는 전문의 및 병원이 결정될 수 있습니다. 이용하려는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 의료 그룹 및 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 사용하는지 확인하십시오. 가입자가 플랜 전문의에게 진료를 받고 싶거나 현재 담당 PCP가 추천할 수 없는 병원에 가고 싶은 경우 언제든지 PCP를 교체할 수 있습니다. 섹션 2.1의 "PCP 변경"에서 PCP 변경 방법을 알려 드립니다.

참고: 전문의나 기타 의료 제공자가 담당 PCP와 동일한 독립 의사 협회(IPA)에 소속된 경우, 이들의 진료를 받기 위해 진료 의뢰를 반드시 받지 않아도 됩니다. IPA는 PCP, 전문의 그리고 병원을 비롯한 기타 의료 공급업체를 포함하는 의사 협회로 이 플랜과 계약을 맺고 가입자들에게 의료 서비스를 제공합니다. PCP가 IPA 소속인지, 전문의나 동일한 IPA에 소속된 기타 의료 제공자를 이용하기 위해 진료 의뢰를 받아야 하는지 문의해 보십시오.

일부 서비스 유형의 경우 저희 플랜 및/또는 의료 그룹에서 사전 승인을 받아야 합니다. 이를 “사전 승인”이라고 합니다. 필요한 서비스에 사전 승인이 필요한 경우, PCP 또는 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 저희 플랜 및/또는 의료 그룹으로부터 승인을 요청합니다. 요청이 검토되고 의사 결정(조직 결정)이 귀하 및 귀하의 의료 제공자에게 전송됩니다. 사전 승인이 필요한 특정 서비스에 대해서는 이 책자 4장의 섹션 2.1에 있는 의료 혜택표를 참조하십시오.

전문의 또는 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 저희 플랜에서 탈퇴할 경우에는 어떻게 합니까?

저희는 연중 상시 플랜의 일부인 병원, 의사 및 전문의(의료 제공자)를 교체할 수 있습니다. 가입자의 의료 제공자가 가입자의 플랜을 떠나는 이유는 다양하겠지만, 가입자의 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 떠날 경우에 가입자는 아래에 요약된 특정 권리를 보유하고 보호를 받습니다.

- 연도 중간에 네트워크 소속 의료 제공자에게 변경사항이 있을 수 있지만, Medicare에서는 저희에게 가입자들이 유자격 의사 및 전문의의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 하라고 요구합니다.
- 가입자의의료 제공자가 당사의 플랜에서 탈퇴할 경우 저희는 가능하면 가입자에게 최소한 30일 간의 고지 기간을 제공하여 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 드리기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다.
- 저희는 가입자를 도와 가입자의 건강을 지속적으로 관리할 새로운 유자격 의료 제공자를 선택합니다.

- 치료 중인 가입자는 자신이 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며, 저희는 가입자와 협력하여 치료가 중단되지 않도록 최선을 다하고 있습니다.
- 가입자께서 저희가 가입자에게 이전의 의료 제공자를 대체할 유자격 의료 제공자를 배치하지 않았다고 생각하시거나 가입자의 치료가 적절히 관리되지 않고 있다고 생각하시는 경우 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있는 권리가 있습니다.
- 담당 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜을 떠난다는 것을 알았을 경우 저희에게 연락하여 저희가 가입자의 새로운 의료 제공자를 찾고 가입자의 치료를 관리할 수 있게 하십시오.

전문의 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 플랜을 탈퇴해서 지원이 필요한 경우 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 2.4 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법

Medicare에서 보장하는 의료 관리가 필요하고 네트워크 소속 의료 제공자가 이 관리를 제공할 수 없다면 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 관리를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 이용 가능한 네트워크 소속 의료 제공자가 없다는 것을 확인하고 플랜에 연락하여 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있도록 승인을 요청해야 합니다. 승인되면, 네트워크 비소속 의료 제공자에게 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됩니다.

응급 또는 지역 외 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 저희 플랜은 플랜의 서비스 지역을 벗어나 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 말기 신장질환(ESRD)이 있는 가입자를 위한 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 공인 투석 시설에서 받아야 합니다.

섹션 3 가입자가 응급 상황에 처했거나 긴급하게 치료를 받아야 할 필요성이 있거나 재해가 진행되는 동안 보장 서비스를 받을 수 있는 방법

섹션 3.1 가입자에게 의학적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료

"의학적 응급 상황"이란 무엇이며, 가입자에게 응급 상황이 발생한 경우 어떻게 해야 합니까?

"의학적 응급 상황"이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망, 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

가입자에게 의학적 응급 상황이 발생한 경우 다음 조치를 취합니다.

- **최대한 신속하게 도움을 받습니다.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 이동합니다. 가입자에게 필요할 경우 구급차를 부릅니다. 가입자는 담당 PCP의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 *없습니다*.
- **최대한 신속하게 가입자의 응급 상황에 관해 저희 플랜에 알려야 합니다.** 저희는 가입자의 응급 치료에 대해 후속 조치를 취해야 합니다. 대개 48시간 이내에 가입자 또는 누군가가 저희에게 전화하여 가입자의 응급 치료에 관해 설명해 주어야 합니다. 이 책자 뒷면에 나온 번호 또는 가입자 카드 뒷면에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화할 수 있습니다.

가입자에게 의학적 응급 상황이 발생한 경우 무엇이 보장됩니까?

가입자는 미국 또는 미국령 어디에서든 필요할 때 언제든지 응급 진료에 대해 보장을 받을 수 있습니다. Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에는 전 세계 응급/긴급 보장이 포함됩니다. 저희 플랜은 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 구급차 서비스를 보장해 드립니다. 자세한 정보는 이 책자 4장의 의료 혜택표를 참조하십시오.

Medicare는 미국 이외의 지역에서는 응급 치료 서비스를 제공하지 않습니다. 단, 저희 플랜은 아래와 같은 상황 하에 미국 이외 지역에서 전 세계 응급 서비스와 긴급 진료 서비스를 보장합니다.

- 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스 보장에 따라 미국 외 지역으로 여행할 경우 최대 $50,000를 보장받습니다. 이 금액을 초과하는 비용은 보장되지 않습니다.
- 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편과 미국 외 지역에서 구입한 의약품은 보장되지 않습니다. 또한 입원 치료를 위해 입원한 경우에는 전 세계 응급실 비용 분담이 면제되지 않습니다.
- 가능하면 48시간 이내에 연락하여 응급실 방문에 대해 알려주십시오.

자세한 내용은 본 책자의 4장에 있는 의료 혜택표의 “응급 치료 및 긴급하게 필요한 서비스”를 참조하거나 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

가입자에게 응급 상황이 발생하는 경우 저희는 가입자를 응급 치료하는 의사와 논의하여 가입자 치료를 관리하고 후속 조치를 취할 것입니다. 가입자에게 응급 치료를 제공하는 의사는 가입자의 상태가 안정적이며 의학적 응급 상황이 끝났는지 여부를 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후 가입자는 안정적인 상태를 유지하기 위해 후속 치료를 받을 수 있습니다. 가입자의 후속 치료는 저희 플랜에 의해 보장됩니다. 가입자의 응급 치료가 네트워크 비소속 의료 제공자에 의해 제공될 경우 저희는 가입자의 의학적 상태 및 조건이 허락하는 대로 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자를 치료할 수 있도록 조정할 것입니다. 응급 치료 후에 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 후속 진료를 계속 받으려면 플랜의 승인을 받아야 합니다.

의학적 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 해야 합니까?

가끔 가입자에게 의학적 응급 상황이 발생했는지를 파악하는 것이 힘들 때가 있습니다. 예를 들어, 가입자는 자신의 건강이 심각한 위험에 처한 것으로 생각하고 응급실에 입원했지만 의사는 의학적 응급 상황이 아니었다고 진단할 수 있습니다. 응급 상황이 아니었을지라도 가입자가 자신의 건강이 심각한 위험에 처했다고 합리적으로 생각한 경우 저희는 가입자의 치료에 대해 보장해 드립니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니라고* 진단한 후에 가입자가 다음 두 가지 방식 중 하나로 추가적인 치료를 받을 경우에 *한해* 저희는 추가적 치료를 보장해 드립니다.

- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자에게 가서 추가적 치료를 받습니다.
- – *또는* – 가입자가 받는 추가적 치료는 "긴급하게 필요한 서비스"로 간주되며 가입자는 이러한 긴급하게 필요한 서비스를 받기 위한 규칙을 따릅니다(이에 관한 자세한 정보는 아래의 섹션 3.2를 참조하십시오).

섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기

"긴급하게 필요한 서비스"란 무엇입니까?

"긴급하게 필요한 서비스"란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료가 필요한 예상치 못한 질환, 부상 또는 상태입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 예상치 못한 상태란 가입자의 알려진 질환이 갑작스럽게 재발하는 것을 의미할 수 있습니다.

긴급하게 필요한 서비스가 필요한 가입자가 이 플랜의 서비스 지역에 체재한 경우 어떻게 합니까?

긴급하게 필요한 서비스는 항상 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받도록 노력해야 합니다. 그러나 의료 제공자를 일시적으로 찾을 수 없거나 이용할 수 없는 경우 및 네트워크 이용이 가능해지더라도 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받기 위해 기다리는 것이 합당하지 않을 경우에는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 긴급하게 필요한 서비스도 보장해 드립니다.

긴급 진료가 필요한 경우, PCP 진료실로 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 네트워크 소속의 긴급 진료 센터에서 긴급 진료를 받도록 안내 받을 수 있습니다. 네트워크 소속 긴급 진료 센터의 목록은 *의료 제공자 및 약국 명부*나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 확인할 수 있습니다. 담당 의사 진료실에서 긴급 진료 서비스를 받은 경우, 진료실 방문 코페이먼트를 지불하지만, 네트워크 긴급 진료 센터나 예약이 필요 없는 진료소에서 긴급 진료 서비스를 받은 경우, 긴급 진료 센터 코페이먼트를 지불하며, 금액이 다를 수 있습니다. 의사 진료실 또는 네트워크 소속 긴급 진료 센터나 예약이 필요 없는 진료소에서 제공된 서비스에 적용되는 코페이먼트에 대한 정보는 4장, *의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)*를 참조해 주십시오.

가입자는 또한 간호사 상담 라인으로 언제든지 연락하실 수 있습니다. 전문 간호사가 주 7일, 하루 24시간 언제든지 상주하여 문의 사항에 답변해 드립니다. 간호사 상담 라인에 대한 자세한 정보는 4장*(의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분))*의 웰니스 교육 프로그램 혜택 카테고리를 참조하거나 가입자 서비스부로 문의해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

긴급하게 필요한 서비스가 필요한 가입자가 이 플랜의 서비스 지역 밖에 체재하는 경우 어떻게 합니까?

가입자가 서비스 지역 밖에 있으며 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 없을 경우, 저희 플랜은 가입자가 일체의 의료 제공자로부터 받은 긴급하게 필요한 서비스에 대해 보장해 드립니다.

저희 플랜은 아래와 같은 상황 하에 미국 이외 지역에서 전 세계 응급 서비스와 긴급 진료 서비스를 보장합니다. 단, Medicare는 미국 이외의 지역에서는 응급 치료 서비스를 제공하지 않습니다.

- 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스 보장에 따라 미국 외 지역으로 여행할 경우 최대 $50,000를 보장받습니다. 이 금액을 초과하는 *비용은* 보장되지 않습니다.
- 다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편과 미국 외 지역에서 구입한 의약품은 *보장되지* 않습니다. 또한 입원 치료를 위해 입원한 경우에는 전 세계 응급실 비용 분담이 *면제되지* 않습니다.
- 가능하면 48시간 이내에 연락하여 응급실 방문에 대해 알려주십시오.

자세한 내용은 본 책자의 4장에 있는 의료 혜택표의 “응급 치료 및 긴급하게 필요한 서비스”를 참조하거나 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 3.3 재난 기간 동안 치료 받기

미국에서 가입자가 거주하는 주의 주지사가 가입자가 거주하는 주의 주지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 가입자의 거주 지역을 재난상황 또는 응급상황이라고 선포할 경우에도 가입 플랜으로부터 치료를 보장받을 권리가 있습니다.

재난 기간 동안 필요한 치료를 받을 수 있는 방법에 대한 정보를 확인하려면 다음 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하여, 재난 기간 동안 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보를 알아보십시오.

일반적으로, 재난 기간 동안에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 플랜에서 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료받는 것을 허용하며 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때와 동일한 방식의 비용 분담이 적용됩니다. 재난 기간 동안 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 구입해도 됩니다. 자세한 정보를 확인하려면 5장의 섹션 2.5를 참조하십시오.

섹션 4 보장 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받았을 경우 어떻게 합니까?

섹션 4.1 가입자는 보장 서비스의 의료비 중 저희 비용분담분을 저희에게 지불하라고 요청할 수 있습니다

가입자가 보장되는 서비스에 대해 가입자 비용분담분보다 더 많은 금액을 지불했거나 보장되는 의료 서비스의 의료비 총액에 대한 청구서를 받았을 경우 취해야 할 조치에 관한 정보는 7장(*가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구*)을 참조하십시오.

섹션 4.2 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해 가입자는 비용 총액을 지불해야 합니다

저희 플랜은 의학적으로 필요하고 플랜의 의료 혜택표(이 표는 이 책자의 4장에 수록됨)에 이러한 서비스가 명시되어 있으며 플랜의 규칙에 준해 제공되는 모든 의료 서비스에 대해 보장해 드립니다. 플랜에서 보장하지 않는 서비스 또는 승인 받지 않고 네트워크 밖에서 받은 서비스에 대해 저희 플랜에서는 보장하지 않으므로 가입자는 이러한 서비스에 대해의 비용 총액을 지불해야 합니다.

가입자가 고려하고 있는 진료 또는 치료와 관련하여 저희가 보장해 드리는지에 대해 질문이 있을 경우, 가입자는 사전에 저희에게 확인할 권리가 있습니다. 또한 가입자는 서면으로 이를 요청할 권리가 있습니다. 저희가 가입자의 서비스를 보장하지 않는다고 할 경우, 가입자의 치료를 보장하지 않는 저희의 결정에 대해 가입자는 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

가입자가 저희에게 하여금 보장 범위 결정을 내리기 원하거나 저희의 기존 결정에 대해 이의를 신청하기를 원할 경우 취할 조치에 관한 자세한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치*(*보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항*))을 참조하십시오. 또한 자세한 정보를 원하는 가입자는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 가입자는 해당 보장 서비스에 대한 혜택을 전부 사용한 후에는 자신이 받는 모든 서비스에 대해 비용 총액을 지불해야 합니다. 혜택 한도에 도달한 후 비용에 대해 지불한 금액은 본인부담금 최대한도액에 합산되지 않습니다. 예를 들어, 저희 플랜의 지급액이 혜택 한도에 도달한 후 받은 전문요양시설에서의 간호에 대한 전체 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 혜택 한도를 다 사용한 후에 서비스에 대해 추가로 지불한 금액은 연간 최대 가입자 부담 최대한도액에 합산되지 않습니다. 가입자가 받는 혜택 제한이 얼마나 사용되었는지 확인하고자 하는 가입자는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 5 가입자가 "임상 연구"에 참여하고 있을 때 가입자가 이용하는 진료는 어떻게 보장됩니까?

섹션 5.1 "임상 연구"란 무엇입니까?

임상 연구(또는 "임상 시험")란 의사와 과학자들이 새로운 항암제의 약효 시험 등 새로운 유형의 의료 관리를 시험하는 방식입니다. 그들은 자발적 참여자들이 연구에 참여할 것을 요청하여 새로운 의료 관리 시술 및 신약을 시험합니다. 이러한 연구는 의사와 과학자들이 새로운 방식이 효과가 있으며 안전한지 여부를 확인할 수 있는 연구 절차의 마지막 단계에 해당합니다.

저희 플랜 가입자들이 모든 임상 연구에 참여할 수 있는 것은 아닙니다. Medicare에서 먼저 임상 연구를 승인해야 합니다. 가입자가 Medicare에서 승인하지 *않은* 연구에 참여할 경우, *자신의 연구 참여로 인해 소요되는 모든 비용을 부담해야 합니다.*

Medicare에서 연구를 승인할 경우, 해당 연구 관련자가 가입자에게 연락하여 연구에 관해 자세히 설명하고 연구를 주관하는 과학자들이 설정한 요건에 가입자가 부합되는지를 확인합니다. 연구의 요건에 부합되는 가입자는 연구에 참여할 수 있을 *뿐 아니라* 가입자는 연구에 참여할 경우 관련 사항을 완전히 이해하고 수락합니다.

가입자가 Medicare 승인 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 가입자는 임상 연구에 참여하는 동안 저희 플랜에 지속적으로 가입할 수 있고 저희 플랜을 통해 그 외의 치료(연구와 무관한 치료)를 받을 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하고자 하는 가입자는 저희 또는 PCP의 승인을 받을 필요가 *없습니다*. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 제공자는 저희 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자의 일부일 필요가 *없습니다*.

가입자는 임상 연구에 참여하기 위해 저희 플랜의 허락을 받을 필요는 없지만, **가입자는 임상 연구 참여를 시작하기 전에 저희에게 알려야 합니다.**

임상 연구에 참여할 계획이 있으시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 연락하셔서, 임상 시험에 참여할 계획임을 알리고 해당 플랜이 지불할 비용에 관한 더 자세한 정보를 확인하십시오.

섹션 5.2 가입자가 임상 연구에 참여하는 동안 누가 어떠한 의료 서비스에 대해 지불합니까?

가입자는 Medicare 승인 임상 연구에 참여한 후 연구의 일환으로 받게 되는 다음과 같은 정기적인 서비스 및 품목에 대해 보장을 받습니다.

- 가입자가 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare에서 지불했을 병원 입원 시의 숙식.
- 임상 연구의 일환인 수술 또는 기타 시술.
- 새로운 치료법과 관련된 부작용 및 합병증 치료.

Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. Medicare에서 이러한 서비스에 대한 비용분담분을 지불한 후 저희 플랜도 또한 그 비용의 일부를 지불합니다. 저희는 Original Medicare의 비용분담분과 플랜 가입자의 비용분담분 간의 차액을 지불합니다. 이는 가입자가 저희 플랜에서 이러한 서비스를 받을 경우 지불하는 분담분과 동일한 액수의 분담분을 연구의 일환으로 받는 서비스에 대해서도 지불함을 의미합니다.

> *비용분담 방식의 예는 다음과 같습니다.* 조사 연구의 일환으로 비용이 $100인 실험실 테스트가 있다고 가정해 보겠습니다. 또한 이 검사에 대한 가입자의 비용분담분이 Original Medicare에서는 $20라고 합시다. 그러나 이 검사는 저희 플랜 혜택에서는 $10입니다. 이 경우, Original Medicare에서는 이 검사에 대해 $80를 지불하고 저희가 추가로 $10를 더 지불합니다. 이는 가입자가 저희 플랜 혜택에 따라 지불하는 금액과 동일한 금액인 $10를 지불한다는 것을 의미합니다.

저희가 비용분담분을 지불하기 위해서는 가입자가 지불 요청서를 제출해야 합니다. 가입자는 요청서와 함께 Medicare 요약 고지문 사본 또는 연구의 일환으로 가입자가 받은 서비스의 내역 및 가입자가 지불해야 할 금액이 명시된 기타 문서의 사본을 보내야 합니다. 지불 요청서 제출에 관한 자세한 정보는 7장을 참조하십시오.

가입자가 임상 연구에 참여하고 있는 동안에는 **Medicare나 저희 플랜 모두 다음 사항에 대해 지불하지 않습니다.**

- 일반적으로, Medicare는 연구에서 시험되고 있는 새로운 항목 또는 서비스에 대해서는 지불하지*않습니다*(단, 가입자가 연구에 참여하지*않더라도* Medicare에서 해당 항목 또는 서비스를 보장하는 경우는 예외입니다).
- 연구에서 가입자 또는 모든 참가자에게 무료로 제공하는 품목 및 서비스.

- 가입자의 치료에 직접 사용되지 않고 데이터를 수집하기 위해서만 제공되는 품목 또는 서비스. 예를 들어, 가입자의 의학적 상태에 따라 정상적으로 단 1회의 CT 스캔만 필요할 경우, Medicare 연구의 일환으로 시행되는 월별 CT 스캔에 대해서는 지불하지 않습니다.

그 외 궁금한 사항이 있습니까?

"Medicare 및 임상 연구" 간행물을 읽거나 다운로드하려면 Medicare 웹사이트를 방문하여 임상 연구 참여에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다(이 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf에서 확인할 수 있습니다).

또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 6 "종교적 비의학적 의료 기관"에서 보장하는 치료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 의료 기관이란 무엇입니까?

종교적 비의학적 의료 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문요양시설에서 치료하는 질환에 대해 의료 서비스를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문요양시설에서 치료를 받는 것이 가입자의 종교적 믿음에 배치될 경우, 저희는 종교적 비의학적 의료 기관에서 제공하는 치료에 대해 보장해 드립니다. 가입자는 사유를 불문하고 언제든지 의료 관리를 받기로 선택할 수 있습니다. 가입자는 사유를 불문하고 언제든지 의학적 치료를 받기로 선택할 수 있습니다. 이 혜택은 Part A 입원 치료 서비스(비의학적 진료)에 한해 제공됩니다. Medicare에서는 종교적 비의학적 의료 기관에서 제공하는 비의학적 진료에 대해서만 지불합니다.

섹션 6.2 종교적 비의학적 의료 기관으로부터 관리 받기

종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받고자 하는 가입자는 "비필수" 치료를 받는 것을 양심에 따라 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- "비필수" 의료 관리 또는 치료는*자발적이며* 연방, 주 또는 현지 법이*요구하지 않는* 모든 의료 관리 또는 치료입니다.
- "필수" 치료는*비자발적이며* 연방, 주 또는 현지 법에 의해*요구되는* 의료 관리 또는 치료입니다.

가입자가 종교적 비의학적 의료 기관에서 받은 치료에 대해 저희 플랜의 보장을 받으려면 다음 조건에 부합해야 합니다.

- 치료를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 가입자가 받은 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 치료의*비종교적* 측면에 한정됩니다.
- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받았을 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
  - 병원 입원 치료 또는 전문요양시설 치료를 위해 보장되는 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
  - -*그리고*- 가입자는 시설에 입소하기 전에 저희 플랜에서 사전 승인을 받아야 하며, 사전 승인을 받지 않을 경우 가입자의 시설 입원은 보장되지 않습니다.

저희 플랜에서 사전 승인(허가)을 받지 않았을 경우 가입자의 종교적 비의학적 의료 기관 입원은 저희 플랜에 의해 보장되지 않으며, 입원 중에 또는 전문요양시설에서 치료를 받을 경우와 동일한 보장 한도가 적용됩니다. 병원에 입원하거나 전문요양시설을 이용할 때 적용되는 보장 규칙 그리고 비용분담분과 제한에 관한 추가 정보는 4장의 혜택표를 참조하십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1 가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 지불금을 납부한 후 해당 내구성 의료 장비를 소유하게 됩니까?

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동 매트리스 장치, 목발,당뇨 용품,네뷸라이저 및 가정용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 등의 품목이 포함됩니다. 보철 장치를 비롯한 특정 품목은 항상 가입자의 소유입니다. 이 섹션에서는 가입자가 대여해야 하는 기타 유형의 내구성 의료 장비에 대해 다룹니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 내구성 의료 장비를 대여하는 사람들은 13 개월 간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 저희 플랜의 가입자러, 지정된 기간 동안 해당 품목에 대한 비용을 지불한 후 소유할 특정 유형의 내구성 의료 장비도 있습니다. Original Medicare에 가입했을 때, 이전에 내구적 의료 장비 품목에 대해 지불했던 금액은 저희 플랜의 가입자인 동안 지불하는 금액에 포함되지 않습니다. 저희 플랜의 가입자인 동안 내구성 있는 의료 장비 품목의 소유권을 취득하고 장비를 유지 보수해야 하는 경우, 의료 제공자는 수리 비용에 대해 플랜에 청구할 수 있습니다. 또한 저희 플랜의 가입자인 동안 품목에 대해 아무리 비용을 많이 지불해도 소유권을 확보할 수 없는 특정 유형의 내구성 의료 장비도 있습니다. 내구성 의료 장비의 임대 또는 소유 요건과 제출 문서에 관한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

가입자가 Original Medicare로 전환할 경우 지불금을 납부한 내구성 의료 장비는 어떻게 됩니까?

가입자는 저희 플랜 가입 기간 중 내구성 의료 장비 품목의 소유권을 확보하지 않았을 경우 해당 품목의 소유권을 확보하기 위해 Original Medicare로 전환한 후 새로 13회 연속 납부해야 합니다. 저희 플랜 가입 기간에 납부했던 가입자의 지불금은 이러한 13회 연속 납부금에 산입되지 않습니다.

가입자가 저희 플랜에 가입하기 *전에* Original Medicare에서 내구성 의료 장비 품목(DME)에 대해 13회 보다 적게 납부한 경우, 이전의 납부 금액도 13회 연속 납부금에 산입되지 않습니다. 가입자가 그 품목을 소유하기 위해서는 Original Medicare로 되돌아간 후 새롭게 13회 연속 납부해야 합니다. 가입자가 Original Medicare로 되돌아갈 때에도 이 경우에 대한 예외는 없습니다.

섹션 8 산소 장비, 용품, 유지관리에 관한 규칙

섹션 8.1 어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까?

귀하가 Medicare 산소 장비 보험 적용 조건을 충족하는 경우, 가입자로 등록된 기간 동안 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 다음을 보장합니다.

- 산소 장비 대여
- 산소 및 산소 함량 제공
- 산소 및 산소 함량 제공을 위한 튜브 및 관련 산소 액세서리
- 산소 장비의 유지관리 및 수리

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)을 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 필요하지 않은 경우 산소 장비를 소유자에게 반환해야 합니다.

섹션 8.2 비용분담분은 얼마입니까? 36개월 후에 변경됩니까?

Medicare 산소 장비 보험 적용에 대한 비용 분담은 매월 공동보험료 20%입니다.

귀하가 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 가입하기 전에 산소 장비 보험 적용에 대해 36개월치 임대료를 지불한 경우, Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에서 귀하의 비용 분담은 공동보험료 20%입니다.

섹션 8.3 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare로 돌아가면 5년마다 갱신되는 36개월 주기가 새로 시작됩니다. 예를 들어, 귀하가 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 가입하기 전에 36개월분의 산소 장비 임차 비용을 지불하였고, Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 12개월 동안 가입했다가 Original Medicare로 다시 전환하는 경우, 귀하는 산소 장비 보험 적용의 비용분담분 전액을 지불해야 합니다.

마찬가지로, Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 가입한 상태에서 36개월 동안 지불한 뒤에 Original Medicare로 다시 전환하는 경우, 귀하는 산소 장비 보험 적용의 비용분담분 전액을 지불해야 합니다.

4장

의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)

4장. 의료 혜택표 (보장 사항 및 가입자 부담분)

섹션 1 보장 서비스에 대한 가입자의 본인부담금 이해하기 68
섹션 1.1 보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형 68
섹션 1.2 Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대한 가입자의 최대 납부액은 얼마입니까? 68
섹션 1.3 저희 플랜은 의료 제공자가 여러분에게 "결산 청구"를 하는 것을 허용하지 않습니다. 69
섹션 2 *의료 혜택표*를 사용하여 보장 사항 및 납부 금액 찾기 70
섹션 2.1 플랜 가입자의 의료 혜택 및 비용 70
섹션 3 이 플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요? 116
섹션 3.1 보장되지 *않는* 서비스(보장 제외사항) 116

섹션 1 보장 서비스에 대한 가입자의 본인부담금 이해하기

이 장에서는 보장 서비스 그리고 의료 혜택에 대한 가입자 부담분을 중점적으로 다룹니다. 여기에는 보장 서비스가 나열된 의료 혜택표가 수록되어 있으며, 저희 플랜의 가입자로서 여러분이 각 보장 서비스에 대해 얼마를 납부해야 하는지 나와 있습니다. 이 장의 뒷부분에서는 비보장 진료에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 특정 서비스의 한도에 대한 설명도 제공됩니다.

섹션 1.1 보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형

이 장에서 제공하는 납부 정보를 이해하려면 보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형에 대해 알아 두어야 합니다.

- **"코페이먼트"**란 특정 의료 서비스를 받을 때마다 납부하는 고정 금액입니다. 즉, 의료 서비스를 받는 시점에 코페이먼트를 납부합니다(섹션 2에 수록된 의료 혜택표에 코페이먼트에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다).
- "**공동보험료**"란 특정 의료 서비스의 총 비용에 대해 납부하는 일정 퍼센트입니다. 즉, 의료 서비스를 받는 시점에 공동보험료를 납부합니다(섹션 2에 수록된 의료 혜택표에 공동보험료에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다).

Medicaid 또는 유자격 Medicare 수혜자(QMB) 프로그램에 가입할 자격이 있는 대부분의 사람들은 공제금, 코페이먼트 또는 공동보험료를 전혀 내지 않습니다. 해당되는 경우 의료 제공자에게 Medicaid나 QMB 증명서를 반드시 제시하십시오. 부당하게 지불 요구를 받고 있다고 생각되시면 고객 서비스부에 연락하십시오.

섹션 1.2 Medicare Part A 및 Part B 보장 의료 서비스에 대한 가입자의 최대 납부액은 얼마입니까?

여러분은 Medicare Advantage 플랜에 등록되어 있으므로, Medicare Part A와 Part B에서 보장하는 네트워크 소속 의료 서비스에 대해 매년 가입자가 얼마를 부담해야 하는지에 대한 한도가 있습니다(아래의 섹션 2에 나온 의료 혜택표 참조). 이 한도를 의료 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액이라고 합니다.

저희 플랜의 가입자로서, 네트워크 소속 Part A 및 Part B 보장 서비스에 대한 여러분의 2022년도 가입자 본인 부담 최대한도액은 $3,000입니다. 네트워크 소속 보장 서비스에 대한 코페이먼트 및 공동보험료로 납부하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다(Part D 처방약에 대해 지불하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다). 또한 일부 서비스에 대해 지불하는 금액은 최대한도액에 산입되지 않습니다. 이에 해당하는 서비스는 의료 혜택표에 별표(*)로 표시되어 있습니다. 가입자 부담 최대한도액인 $3,000에 도달하게 되면, Part A, Part B 보장 서비스에 대해 해당 연도의 남은 기간 동안 더 이상 본인부담금을 납부하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 기타 제3자가 Part B 보험료를 대신 납부해 주는 경우 제외).

섹션 1.3 저희 플랜은 의료 제공자가 여러분에게 "결산 청구"를 하는 것을 허용하지 않습니다.

저희 플랜의 가입자인 여러분에게는 플랜에서 보장하는 서비스를 받을 때 비용분담분만 납부하면 되도록 하는 중요한 보호 장치가 적용됩니다. 저희는 의료 제공자가 "결산 청구"라고 불리는 별도의 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 장치(가입자가 비용분담분 이상의 비용을 절대로 납부하지 않도록 함)는 저희가 서비스에 대해 의료 제공자의 청구액 미만으로 해당 의료 제공자에게 지불하는 경우 및 분쟁 발생 상황에서 저희가 일부 청구액을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

이 보호 장치가 어떻게 적용되는지 살펴보겠습니다.

- 비용분담 방식이 코페이먼트(예를 들어, $15.00와 같은 고정 금액)라면, 여러분은 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받은 보장 서비스에 대해 이 금액만 납부하면 됩니다.
- 또는 비용분담 방식이 공동보험료(총 청구액의 일정 퍼센트)라면, 여러분은 해당 퍼센트 금액 이상은 절대로 납부하지 않아도 됩니다. 단, 납부 비용은 여러분이 진료를 받게 될 의료 제공자의 유형에 따라 달라집니다.
  - 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 이 플랜의 환급률(의료 제공자와 플랜 간에 체결된 계약에 따라 결정됨)을 곱해 산출한 금액을 납부합니다.
  - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다(네트워크 비소속 의료 제공자로부터의 서비스는 진료 의뢰를 받은 경우와 같이 특정 상황에서만 보장해 준다는 점에 유의하십시오).
  - 네트워크 비소속이면서 Medicare에 참여하지 않는 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 공동보험료 퍼센트에 비참여 제공자에 대한 Medicare 지불률을 곱해 산출한 금액을 납부합니다(네트워크 비소속 의료 제공자로부터의 서비스는 진료 의뢰를 받은 경우와 같이 특정 상황에서만 보장해 준다는 점에 유의하십시오).
- 의료 제공자가 가입자에게 "결산 청구"를 했다고 생각될 경우 고객 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 2 *의료 혜택표*를 사용하여 보장 사항 및 납부 금액 찾기

섹션 2.1 플랜 가입자의 의료 혜택 및 비용

다음 페이지에 수록된 의료 혜택표에는 플랜에서 보장하는 서비스 및 각 보장 서비스에 대한 가입자의 본인부담금이 나와 있습니다. 의료 혜택표에 나열된 서비스는 다음과 같은 보장 요건이 충족된 경우에만 보장됩니다.

- 가입자의 Medicare 보장 서비스는 Medicare가 수립한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 가입자의 서비스(의료, 서비스, 의료용품, 의료 장비 포함)는*반드시* 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. "의학적으로 필요"하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 의료를 받아야 합니다. 대부분의 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 의료는 보장되지 않습니다. 3장에서는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때 요구되는 사항 및 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 서비스를 보장해 주는 상황에 대한 자세한 정보를 제공합니다.
- 가입자에게는 의료를 제공하고 이를 전반적으로 살피는 주치의(PCP)가 있습니다. 대부분의 경우, PCP는 가입자가 이 플랜의 네트워크에 소속된 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 가입자에게 반드시 사전 승인을 주어야 합니다. 이것을 "진료 의뢰"라고 합니다. 3장에서는 진료 의뢰 받기 및 진료 의뢰를 받지 않아도 되는 상황에 대한 자세한 정보를 제공합니다.
- 의료 혜택표에 나열된 서비스 가운데 일부는 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 저희로부터 사전 승인을 받는 *경우에만* 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택표에서 기울임꼴로 표시되어 있습니다.

보장에 대해 알아 두어야 할 기타 중요 사항:

- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 저희도 Original Medicare에서 보장하는 모든 사항을 보장합니다. 이들 혜택 가운데 일부에 대해서는 가입자가 Original Medicare에서보다 저희 플랜에서*더 많은* 비용을 납부해야 합니다. 반면 다른 혜택에 대해서는 더 *적은* 비용을 납부합니다(보장 사항 및 Original Medicare에 대한 자세한 내용은 *2022년 Medicare & You* 핸드북을 참조하십시오. 웹사이트 www.medicare.gov에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하여 사본을 요청하십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오).

- Original Medicare에서 무료로 보장하는 모든 질병예방 서비스는 저희도 여러분에게 무료로 보장해 드립니다. 단, 질병예방 서비스를 받기 위해 의료 제공자를 방문한 동안 기존의 의학적 상태에 대한 치료 또는 모니터링 받을 경우, 해당 상태를 대상으로 받은 의료에 대한 코페이먼트가 적용됩니다.
- Medicare가 해당 연도에 새로운 서비스에 대해 Original Medicare 보장을 추가하는 경우가 종종 있습니다. Medicare가 2022년도에 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜에서 이들 서비스를 보장해 드립니다.
- 저희 플랜의 1개월 연장 자격에 부합할 경우, 모든 플랜 보장 혜택을 계속 제공하며, 비용분담분은 이 기간에 변동되지 않습니다.

혜택표의 질병 예방 서비스에 이 사과 기호가 표시되어 있습니다.

의료 혜택표

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
복부 대동맥류 선별검사 위험군에 속하는 분들을 대상으로 선별검사 목적의 초음파 1회 실시. 특정 위험 요인이 있으며 그 요인으로 담당 의사, 의사 보조 인력, 실무 전문 간호사 또는 임상 간호전문가로부터 진료 의뢰를 받는 경우에만 플랜에서 선별검사를 보장해 줍니다.	이 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
만성 요통을 위한 침술 치료 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. Medicare 수혜자는 다음 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문을 제공받습니다. 이 혜택에 대하여 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 통증이 12주 이상 이어짐 • 식별 가능한 조직적 원인이 없는 불특정한 경우 (즉 전이성, 염증성, 전염성 질병과 관련이 없는 경우) • 수술과 관련이 없는 경우 및 • 임신과 관련이 없는 경우.	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 지압사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
개선이 확인되는 환자의 경우 8개의 세션이 추가로 보장됩니다. 매년 20개 이하의 침술 치료를 받을 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 의료 제공자 요건: 사회보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된 의사는 해당 주의 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조 인력(PA), 실무 전문 간호사(NP)/임상 간호전문가(CNS)(법 1861(aa)(5)에 확인) 및 보조 의료진은 해당되는 모든 상태 요건을 충족하고 다음을 보유하고 있는 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)에서 인가한 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 • 미국의 주, 영토 또는 연방국(즉, 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현행의, 완전하고, 활성 상태의 무제한 면허 침술을 제공하는 보조 의료인은 42 CFR § 410.26 및 410.27의 규정에 따라 요구되는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 합니다.	*진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
당사 플랜은 매년 최대 24건의 보충(Medicare 비보장) 침술 방문을 포함합니다. 대부분의 경우 보장 서비스를 받으려면 계약한 의료 제공자를 이용해야 합니다. 이 혜택을 사용하는 방법에 대해 질문이 있는 경우 저희 플랜에 문의하십시오. 보장되는 침술 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 새로운 건강 문제 또는 갑작스럽게 새로 재발한 환자를 처음 평가하기 위한 새로운 환자 검사 또는 확정된 환자 검사 • 확정된 환자 검사(새 검사 후 3년 이내)	매년 24회 보충적 (Medicare 비보장) 침술 방문마다 코페이먼트 $0.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 후속 진료실 방문—침술 서비스 또는 재검사가 포함될 수 있습니다 • 네트워크 소속 다른 의료 제공자의 2차 소견 • 긴급 및 응급 서비스 청구 양식을 구하거나 추가 정보를 얻거나 네트워크 소속 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.	
앰뷸런스 서비스 • 보장되는 앰뷸런스 서비스에는 가장 인근에 위치한 적합한 의료 시설로 이송해 주는 항공기, 헬기 및 지상 앰뷸런스 서비스가 포함됩니다. 이에 해당하는 앰뷸런스 서비스는 의학적 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있는 경우 또는 이 플랜에서 허가하는 경우에 가입자에게 제공되는 서비스입니다. • 가입자의 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있다는 사실 및 앰뷸런스 이송이 의료적으로 요구된다는 사실이 문서화된 경우, 앰뷸런스를 이용한 비응급 교통이 적합합니다.	Medicare 보장 지상 구급차 서비스에 대해 편도당 공동 부담금 $95. *고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다. Medicare 보장 항공 구급차 서비스에 대해 편도당 공동 부담금 $95. *고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 입원 치료를 받는 경우에는 비용분담분이 면제되지 않습니다.
연례 정기 건강 검진 연례 건강 선별검사 연례 웰니스 방문에 포함된 서비스에 추가하여 심장, 폐, 복부 및 신경계 검사 그리고 신체 부위(머리, 목, 손발 등)를 의사가 손으로 진료하고 병력/가족력을 상세히 조사하는 것이 포함됩니다.	연례 정기 건강 검진에 대해 코페이먼트 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
연례 웰니스 방문 Part B에 12개월 넘게 가입된 경우, 가입자의 현재 건강 및 위험요인에 근거하여 맞춤식 질병예방 플랜을 개발하거나 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 실시할 수 있습니다. 매 12개월마다 1회 보장됩니다. **참고:** 첫 번째 연례 건강 검진은 질병예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 후 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 Part B에 가입된 이후에는 연례 웰니스 방문을 보장받기 위해 "Medicare 가입"시에 이루어지는 방문을 별도로 할 필요가 없습니다.	연례 웰니스 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
골밀도 측정 유자격 개인(일반적으로 골밀도 손실 위험이나 골다공증 위험이 있는 개인)의 경우, 검진 결과의 의사 판독을 포함하여 골밀도 측정, 골 손실 측정, 골 품질 측정 등을 위한 시술이 의학적으로 필요하다면 24개월마다 또는 더 자주 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 골밀도 측정에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
유방암 선별검사(X-레이 투영법) 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 만 35-39세에서 유방 X-레이 투영법 베이스라인 1회 • 만 40세 이상 여성의 경우 매 12개월마다 유방 X-레이 투영법 선별검사 1회 • 매 24개월마다 유방 임상검사 1회 • 의학적으로 필요한 경우 유방 X-레이 투영법 진단 1회	보장되는 유방 X-레이 투영법 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 의학적으로 필요한 경우 진단 유방조영술 1회에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인*이 필요할 수 있습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 심장 재활 서비스 종합 프로그램은 일정한 조건을 충족하며 의사의 진료 의뢰를 받은 가입자를 대상으로 보장됩니다. 또한 이 플랜은 일반적인 심장 재활 프로그램보다 더 집중적이거나 강도가 높은 심장 재활 집중 프로그램도 보장해 줍니다.	Medicare에서 보장하는 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 집중 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
심혈관계 질환 리스크 경감 방문(심혈관계 질환 치료) 심혈관계 질환 위험을 낮추기 위해 주치의를 연 1회 방문하는 것을 보장합니다. 이와 같은 방문 시, 담당 의사는 아스피린 사용(적절한 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공합니다.	집중 행동치료 심혈관계 질환 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
심혈관계 질환 검사 심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험 증가와 관련한 이상 증세)을 발견하기 위한 혈액 검사를 5년(60개월)마다 1회 실시.	5년마다 1회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
자궁경부암 및 질암 선별검사 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 모든 여성 대상: 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사가 24개월마다 1회 보장됩니다. • 자궁경부암 또는 질암 고위험군에 속하거나, 가임연령이고 과거 3년 내에 자궁 경부 세포 검사 결과에 이상이 있는 경우: 12개월마다 1회 보장	Medicare에서 보장하는 질병예방 목적의 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
척추교정 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료	Medicare에서 보장하는 지압요법 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
저희 플랜은 팔과 다리의 등, 목 또는 관절을 지지하기 위한 보충적 (Medicare에서 보장되지 않는) 방문도 보장합니다. 의료 필요성에 따라 제한되는 보충적 (Medicare에서 보장되지 않는) 치료. 보장되는 지압요법 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 초기 검사(새 환자 검사 또는 새 건강 문제 또는 새로운 소각 증상의 첫 번째 평가를 위한 재진 환자 검사) • 재검사(진행 상황을 평가하거나 치료를 수정하기 위해 필요한 경우 재진 환자 검사) 척추 또는 관절의 교정 및/또는 기타 서비스(이러한 서비스는 검사와 동일한 방문에서 제공될 수 있음) • 계약된 지압사가 제공하거나 진료 의뢰를 한 경우 엑스레이 및 검사실 서비스. 신규 또는 재진 환자 방문 이외의 목적으로 엑스레이 및 검사실 서비스를 시행하면 개별 코페이먼트를 평가할 수 있습니다. 청구 양식을 구하거나 추가 정보를 얻거나 네트워크 소속 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.	매년 24회 보충적 (Medicare에서 보장되지 않는) 지압사 방문마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
대장암 선별검사 만 50세 이상에 대해 다음 사항이 보장됩니다. • 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사(또는 대체방법으로서 선별검사 목적의 바륨 관장), 48개월마다 1회 보장 다음 12개월 중 하나: • 구아약 기반 대변 잠혈 검사(gFOBT) • 분변 면역화학 검사(FIT) DNA 기반 대장암 선별검사, 3년마다	Medicare에서 보장하는 대장암 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
대장암 고위험군에 속한 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다. • 선별검사 목적의 대장내시경 검사(또는 대체방법으로서 선별검사 목적의 바륨 관장), 24개월마다 1회 실시 대장암 고위험군에 속하지 않는 분에 대해서는 다음 사항이 보장됩니다. • 선별검사 목적의 대장내시경 검사, 10년(120개월)마다 1회 실시하며 선별검사 목적의 직장경 검사를 받은 이후 48개월 이내에는 보장되지 않음	
• Medicare 보장 바륨 관장 서비스	Medicare에서 보장하는 바륨 관장 서비스마다 $0의 코페이먼트를 납부합니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
치과 서비스 일반적으로, 질병예방 목적의 치과 서비스(치아 세척, 치과 정기 선별검사, 치아 X-레이 등)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 저희는 다음 사항을 보장해 드립니다.	
• Medicare 보장 치과 진료 - 보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 고정, 턱에 발생한 종양 암 질환에 대한 방사선 치료 준비 목적의 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스로 제한됨	Medicare에서 보장하는 서비스 Medicare 보장 치과 서비스마다 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
	추가 서비스
• 예방 치과 치료(보장 서비스에는 다음이 포함됩니다). ○ 구강검진: 매년 2회	예방 치과 구강 검진에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
○ 클리닝(프로필락시스) – 매년 2회	세척당 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 불소치료: 매년1회	각 불소치료에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 치과 엑스레이 촬영 – 매년 1세트	방문당 치과 엑스레이 촬영에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 종합 치과 치료(보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.	종합 치과
○ 비정기 서비스 - 매년 무제한의 비정기 서비스	각 비정기적 서비스에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 진단 서비스 - 매년 무제한 진단 서비스	각 진단 서비스에 대해 공제액 $0~$15.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 수복 서비스 - 매년 무제한 수복 서비스	각 수복 서비스에 대해 공제액 $0~$300.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 근관 치료 - 매년 무제한 근관 치료 서비스	각 근관 치료 서비스당 $5~$275.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 치주 치료 - 6~36개월마다 1회	각 치주 치료 서비스에 대해 공제액 $0~$375.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
○ 발치 - 매년 무제한 발치	각 발치에 대해 공제액 **$15 ~$150.*** *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 의치를 포함한 보철 - 매년 무제한 서비스	각 보철 서비스에 대해 공제액 **$0~$2,250.*** *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
○ 구강/악안면 수술 - 매년 무제한 서비스 제공 제한 및 예외사항이 적용됩니다. 서비스를 받기 전, 가입자는 선택 가능한 치료 종류에 대해 치과 정기 서비스에 참여하는 의료 제공자와 상의할 것을 권장합니다. 치료는 플랜 가입 연도에 플랜이 보장하는 동안 시작되고 종료되어야 합니다. 이 플랜에서 보장되지 않는 치과 서비스 비용은 가입자가 부담합니다. **보충적(즉, 정기적) 치과 서비스가 이 플랜에서 보장을 받으려면, 반드시 참여 Medicare 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. 의료 제공자를 찾거나 청구를 제기하는 방법, 보장 절차의 자세한 목록에 대한 질문이 있거나 더 자세히 알아보려면 가입자 서비스부에 1-800-275-4737 (TTY:711) 문의하거나 저희 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.**	각 구강 악안면 서비스에 대해 공제액 **$0~$2,250. *** *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
우울증 선별검사 우울증 선별검사가 매년 1회 보장됩니다. 우울증 선별검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료기관에서 실시되어야 합니다.	연례 우울증 선별검사 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
당뇨병 선별검사 가입자에게 다음과 같은 위험 요인이 있는 경우, 저희 플랜에서 당뇨병 선별검사(공복 혈당 검사 포함)가 보장됩니다. 고혈압, 고콜레스테롤 및 고지혈증(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 병력을 보장해 드립니다. 또한 가입자가 과체중이며 가족 병력 중에 당뇨병이 있는 등 기타 요건에 부합하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 이들 검사 결과에 근거하여 12개월마다 당뇨병 선별검사를 최대 2회까지 받을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 분(인슐린 사용자와비사용자 모두 포함). 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사용 스트립, 채혈기 및 채혈침 그리고 검사용 스트립과 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션	Medicare 보장 당뇨병 모니터링 용품에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 중증 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 역년당 치료용 맞춤 신발 1켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 삽입물 2쌍 추가 또는 깊이가 깊은 신발 1켤레 및 삽입물 3쌍(해당 신발과 함께 제공되며 맞춤 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 비포함). 신발에 대한 적합성 확인 즉 피팅도 보장됩니다.	중증 당뇨병성 족부질환이 있는 당뇨병 환자를 위한 Medicare에서 보장하는 치료용 신발 또는 삽입물에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 당뇨병 자가관리 교육은 다음과 같은 조건 하에서 보장됩니다. Lifescan의 OneTouch™ 제품은 당사가 선호하는 당뇨병 검사 용품입니다(혈당 모니터 및 검사용 스트립). 우대하는 당뇨 테스트 용품 목록에 있는 품목에 대해 자세한 정보를 얻으려면 이 책자 뒤표지에 나와 있는 가입자 서비스부 전화번호로 문의하십시오. 이 플랜에서 우대하는 당뇨 관련 용품 이외의 제품을 사용하고자 할 경우, 담당 의사에게 문의하여 새 처방전을 받거나 비지정 혈당 모니터 및 검사용 스트립에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다.	Medicare에서 보장하는 당뇨병 자가관리 훈련에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 ("내구성 의료 장비"에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 책자의 12장을 참조하십시오). 보장되는품목은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 관련 용품, 가정에서 사용하기 위해 공급자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 분무기 및 보행기. Original Medicare에서 보장하며 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장해 드립니다. 가입자 지역에 위치한 저희 공급업체가 특정 브랜드 또는 특정 제조자의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 가장 최근에 작성된 공급업체 목록은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에 나와 있습니다.	Medicare 보장 내구성 의료 장비에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare 보장 의료 용품에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
응급 치료 응급 치료는 다음과 같은 서비스를 지칭합니다. • 응급 서비스 제공 유자격 의료 제공자가 제공하는 서비스 그리고 • 응급 의료 상황을 평가하거나 안정화하는 데 필요한 서비스. 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망, 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필요한 응급 서비스에 대한 비용분담분은 네트워크 내에서 제공되는 서비스와 동일합니다.	Medicare 보장 응급실 방문에 대한 코페이먼트 $120. 24시간 내에 병원에 입원한 경우에는 이 금액을 지불하지 않습니다. 네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상황이 안정된 후에 입원 진료가 필요한 경우, 치료에 대한 보장을 계속 받으려면 네트워크 소속 병원으로 돌아가거나 플랜이 승인한 네트워크 비소속 병원에서 입원 치료를 받아야 하며, 이 경우 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만 부담하면 됩니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
미국 이외 국가에서의 응급 서비스는 보장되지 않습니다.	미국 이외 지역에서 제공하는 응급 서비스에 대한 코페이먼트 $120.* 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 응급실 비용분담분이 면제되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 $50,000까지 보장됩니다.
건강 및 웰니스 교육 프로그램 **간호사 상담 회선** 숙련된 임상의가 무료 전화상담 및 간호사 상담을 제공합니다. 건강 관련 질문에 대한 도움이 필요한 경우 주 7일, 하루 24시간 언제든지 간호사 상담 라인을 이용하실 수 있습니다. 가입자 ID 카드의 전화번호를 통해 간호사 상담 라인에 연락하거나 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)에 전화를 걸어 간호사 상담 라인으로 연결할 수 있습니다.	간호사 상담 라인에 대한 코페이먼트 $0.
피트니스 혜택 피트니스 회원은 네트워크 소속 시설에서 $0의 코페이먼트로 보장되는 월 헬스센터 회원권 또는 다양한 수업, 가정용 피트니스 비디오 및/또는 피트니스 박스 중에서 선택할 수 있습니다. 가입자는 참여 시설 또는 가정용 피트니스 키트 이용에 사용할 수 있도록 매월 32포인트를 받습니다. 피트니스 혜택에 대한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조하십시오.	피트니스 혜택에 대해 코페이먼트 $0.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
개인 응급 대응 시스템(PERS) 평생 또는 매월 개인 응급 의료 대응 장치 1대 보장. 개인 응급 의료 대응 장치는 응급 상황 및 비응급 상황 요구에 대해 마음의 평화를 제공하고 주 7일 24시간 대응할 수 있도록 해줍니다. 가입자는 유선으로 연결된 기존의 "고정 배선" PERS 시스템을 선택하거나 무선 시스템을 선택할 수 있습니다. 유선 시스템의 경우 기존 일반 전화가 필요합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).	개인 응급 시스템(PERS) - 의료 알림 시스템에 대한 코페이먼트 $0*.
청력 서비스 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 의료 제공자가 진단 목적의 청력 및 균형감각 평가를 외래 진료로서 수행하는 경우 이를 보장합니다.	Medicare 보장 청력 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다.	보충적(즉, 정기적) 청력 서비스:
• 1년마다 정기적인 청력 검사 1회.	매년 정기적인 청력 검사 1회에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 1년마다 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회.	매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 귀당 비이식형 보청기 1개, 연간 최대 $1,500. 1년 표준 보증 및 배터리 1패키지가 제공 혜택에 포함됩니다.	매년 보청기 2개에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
참고: 이 플랜에서 정기적 청력 서비스를 보장 받으려면 반드시 참여 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. $1,500 이상의 비용은 가입자 부담이며, 추가 보청기는 보장되지 않습니다. 청력 관련 공급업체의 연락처 정보 및 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서 확인할 수 있습니다.	
HIV 선별검사 HIV 선별검사를 요청하는 분 또는 HIV 감염 위험이 높은 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다. • 12개월마다 선별검사 1회 임신 중인 여성에 대해 다음 사항이 보장됩니다. • 임신 중에는 선별검사 최대 3회	Medicare에서 보장하는 HIV 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
가정간호 기관의 간호 가정간호 서비스를 받기 전, 가입자에게 가정간호 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 반드시 확인해 주어야 하며 의사가 가정간호 기관에게 가정간호 서비스를 제공할 것을 지시해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 파트타임 또는 간헐적인 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스(가정간호 혜택 하에서 보장을 받으려면 전문요양과 가정 간호 도우미 서비스 시간의 합계가 하루에 8시간 미만, 1주일에 35 시간 미만이어야 함) • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품	각 Medicare 보장 가정 건강 기관의 진료 서비스마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
가정 약물 투약 가정 투여 요법은 가정에서 개인에게 약이나 생물학적 제제를 정맥 또는 피하로 투여하는 것을 포함합니다. 가정 투여 요법을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 약(예: 항바이러스, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프), 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 간호 서비스를 포함한 전문 진료는 관리 플랜에 따라 제공됩니다. • 별도로 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 내구성 의료 장비 혜택 하에 제공 • 원격 모니터링 • 유자격 가정 약물 투약 공급업체가 제공하는 가정 약물 투약 및 의약품 공급을 위한 모니터링 서비스	간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 주치의(PCP)의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 $0. 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 전문의의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 자가 투여 요법 장비 및 용품은 내구성 의료 장비(DME) 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품” 섹션을 참조하시기 바랍니다. 자가 투여 요법 약물은 Medicare Part B 처방약 혜택에 따라 보장됩니다. 비용분담 정보는 “Medicare Part B 처방약” 섹션을 참조하시기 바랍니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
호스피스 간호 Medicare 공인 호스피스 프로그램의 관리를 받을 수 있습니다. 의사 및 호스피스 의사로부터 현재 말기 질환 상태이며 해당 질환이 정상 속도로 진행될 경우 생존 기간이 6개월 이내일 것으로 확인받은 경우 호스피스 혜택을 이용할 자격이 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 비소속 의료 제공자 모두 가능합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 증상 조절용 및 통증 완화용 약품 • 단기 휴식치료 • 가정간호 호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B에서 보장되고 말기 예후와 관련된 서비스의 경우: Original Medicare(당사 플랜이 아님)는 호스피스 서비스와 말기 예후와 관련된 모든 Part A 및 Part B 서비스에 대한 비용을 지급합니다. 가입자가 호스피스 프로그램에 있는 동안, Original Medicare가 비용을 부담하는 서비스에 대해서는 호스피스 의료 제공자가 Original Medicare에게 비용을 청구합니다. Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우: Medicare Part A 또는 B에서 보장되며 말기 예후와 관련이 없는 서비스로서 긴급하게 요구되지 않은 비응급 서비스가 필요한 경우, 해당 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용은 의료 제공자의 플랜 네트워크 소속 여부에 따라 달라집니다. • 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 네트워크 소속 서비스에 대해 플랜의 비용분담분만 납부하면 됩니다. • 반면, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 가입자는 행위별 수가제 Medicare(Original Medicare) 하에서의 비용분담분을 납부합니다.	Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록한 경우, 호스피스 서비스 그리고 말기 예후와 관련된 Part A 또는 Part B 서비스는 저희 플랜이 아니라 Original Medicare에서 비용을 부담합니다. 호스피스 상담 서비스에 의사 서비스 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 비용 분담에 대한 자세한 내용은 이 표의 "의사/개업의 서비스" 섹션을 참조하십시오.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
호스피스 간호(계속) 저희 플랜에서는 보장되나Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우: 저희 플랜에서는 가입자의 말기 예후와 관련이 있는지의 여부에 관계없이 저희 플랜에서 보장되나 Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스를 계속 보장해 드립니다. 이들 서비스에 대해 플랜의 비용분담분을 납부하면 됩니다. 플랜의 Part D 혜택으로 보장될 수 있는 약의 경우: 약물은 호스피스와 저희 플랜에서 동시에 적용되지 않습니다. 자세한 정보는 5장의 섹션 9.4*(Medicare 공인 호스피스에 입소 중인 경우)를 참조하시기 바랍니다.* **참고:** 호스피스 이외의 치료(말기 예후와 관련되지 않은 치료)가 필요한 경우, 해당 서비스를 받기 위해 저희에게 연락하셔야 합니다. 저희 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스(1회만 가능) 제공을 보장해 드립니다.	
예방접종 Medicare Part B 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 폐렴 예방접종 • 독감 시즌마다 가을과 겨울에 맞는 독감 예방 주사, 의학적으로 필요한 경우 추가의 독감 예방주사 • B형 간염 고위험군 또는 중위험군에 속한 가입자에 대해 B형 간염 예방접종 • COVID-19 예방접종 • 가입자에게 다른 질환의 위험이 있으며 해당 예방접종이 Medicare Part B의 보장 규칙에 부합하는 경우, 해당 예방접종 또한 저희는 Part D 약 혜택 하에서 일부 예방접종을 보장해 드립니다.	Medicare 보장 폐렴, 인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 예방접종에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 다른 Medicare 보장 예방접종의 경우 (위험에 노출되었으며 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우), 해당 비용 분담에 대해서는 이 표의 Medicare Part B 처방약 섹션을 참조하십시오. *일부 Part B 약품은 보장을 받으려면 사전 승인을 받아야 합니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
입원 치료 급성 환자 입원치료, 입원 환자 재활, 장기 치료 병원 및 기타 유형의 입원 서비스가 포함됩니다. 입원 치료는 가입자가 의사의 지시로 정식으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원하기 전날이 마지막 입원일입니다. Medicare 보장 입원환자의 입원은 무제한으로 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare가 보장하는 병원 진료에 대해 1일당 코페이먼트 $60(1~2일 차) 및 1일당 코페이먼트 $0(3~90일 차). 보장되는 추가 일수에 대한 코페이먼트 $0.* 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다.
보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 정기적인 간호 서비스 • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등) • 약품 • 실험실 검사 • X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 장비의 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 약물 남용 환자 입원 서비스	* Original Medicare는 90일 동안의 급성 입원 환자 치료를 보장합니다. 당사 플랜은 의학적으로 필요한 경우 무제한 추가 일수를 제공합니다. 해당 일수에 대한 비용 분담이 있는 경우 최대 본인부담금에 적용되지 않습니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
입원 치료(계속) • 특정한 조건 하에서, 다음과 같은 유형의 이식이 보장됩니다 - 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. 이식이 필요한 경우, 저희는 Medicare의 승인을 받은 이식센터에게 가입자 케이스 검토를 의뢰하고 이식 수술 후보가 될 수 있는지 판단하도록 조치합니다. 이식 수술 제공자는 인근 지역에 있을 수도 있고, 서비스 지역 이외 지역에 있을 수도 있습니다. 네트워크 소속 이식 서비스가 커뮤니티 치료 패턴을 벗어나는 경우 인근 지역에 있는 이식 수술 제공자가 Original Medicare 보상률을 인정하는 한 인근 또는 먼 지역에 있는 이식 수술 제공자 중에서 선택할 수 있습니다. 저희 플랜이 가입자 커뮤니티에서 이식에 대한 치료 패턴을 벗어나는 위치에서 이식 서비스를 제공하며 가입자가 이러한 먼 지역에서 이식 수술을 받기로 선택하는 경우, 저희는 가입자 본인과 동행인에게 적절한 숙박 및 교통을 마련해 드리거나 숙박비, 교통비를 보상해 드립니다. • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다. • 의사 서비스 **참고:** 가입자가 입원을 하려면 의료 제공자가 가입자를 정식으로 입원시켜야 한다는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 “외래 환자”로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 입원 환자인지 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어보아야 합니다.	Medicare의 병원 혜택 기간이 적용되지 않습니다. 입원 치료의 경우, 위에서 설명한 비용분담분은 병원에 입원할 때마다 적용됩니다. 분리된 시설로의(급성 입원 재활 병원 또는 또 다른 급성 치료 병원과 같은) 이송은 신규 입원으로 간주됩니다. 비용분담분은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
입원 치료(계속) 또한 자세한 정보를 원하시면 “당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!” 이 자료표는 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.	
입원 환자의 정신건강 관리 보장되는 서비스에는 입원을 요하는 정신건강 관리 서비스가 포함됩니다. Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원당 90일 동안 보장됩니다. 정신병원에서 제공하는 입원 환자 정신건강 서비스에 대해 평생 동안 190일 한도가 적용됩니다. 이 190일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공하는 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 저희 플랜에 가입하기 전에 190일 Medicare 평생 혜택 중 일부를 사용했다면 플랜 혜택에서 이미 사용한 평생 일수의 차액만 받을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare가 보장하는 정신 건강 진료에 대해 1일당 코페이먼트 $50(1~8일 차) 및 1일당 코페이먼트 $0(9~90일 차). 최대 입원 일수 일당 코페이먼트 $0. 최대 입원일이란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다. 가입자에게는 응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외 병원에서 승인된 입원 치료를 받는 경우 평생 사용할 수 있는 총 60일의 예비일 수가 있습니다. 이 경우 비용은 네트워크 내 병원에서 지급할 비용 분담금과 같습니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
	Medicare의 병원 혜택 기간이 적용되지 않습니다. 입원 환자의 정신건강 관리의 경우, 상기 설명한 비용분담분이 병원에 입원할 때마다 적용됩니다. 분리된 시설로의(급성 입원 재활 병원 또는 또 다른 급성 치료 병원과 같은) 이송은 신규 입원으로 간주됩니다. 비용분담분은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.
입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장되는 서비스 입원 혜택을 다 사용했거나 입원의 합당성 및 필요성이 없는 경우, 저희는 입원에 대해 보장해 드리지 않습니다. 그러나 일부 경우에 한해, 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서 지내는 동안 받은 특정 서비스에 대해 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 목적의 검사(임상실험실 검사 등) • 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 X-레이, 라듐 및 동위원소 치료 • 외과용 붕대 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치	나열된 서비스는 특정 서비스에 대한 혜택표에 표시된 비용분담분으로 계속 보장됩니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 내장기관(인접 조직 포함)의 전부나 일부 또는 영구적으로 기능을 상실했거나 잘못 기능하는 내장기관의 전부나 일부를 대체하는 보철 장치 및 보조기(치과용은 제외)로, 이러한 장치의 교체 또는 수리가 포함됨 • 다리, 팔, 허리 및 목 보호대; 트러스, 인조 다리, 팔 및 눈. 여기에는 손상, 마모, 손실 또는 환자의 신체 조건 상 변화로 인해 요구되는 조정, 수리, 교체가 포함됨 • 물리치료, 언어치료 및 작업치료	
식사 급성 치료 후 식사: • 입원시설(병원, 전문요양시설 또는 입원환자 재활시설)에서 퇴원한 가입자의 경우, 플랜은 본인 부담금 없이 14일의 혜택 기간 동안 하루 3끼씩 최대 총 42끼를 제공합니다. 신선 냉동 식품, 상온 보관 식품 또는 영양 쉐이크를 받을 수 있습니다. 식품 및 쉐이크 조합을 총 혜택 한도 내에서 선택할 수 있으며, 사례당 최대 1개의 쉐이크를 받을 수 있습니다.	플랜에서 보장하는 의학적으로 필요한 급성 치료 후 식사마다 코페이먼트 $0.* *진료 의뢰*가 필요할 수 있습니다.
임상 영양 치료 이 혜택은 담당 의사가 주문했을 때 당뇨병 환자, 신장질환 환자(단, 투석 환자는 제외) 또는 신장 이식을 받은 환자에게 제공됩니다. Medicare(저희 플랜, 기타 모든 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 포함) 하에서 임상 영양 치료를 받는 첫 해 동안에는 총 3시간, 이후에는 매년 총 2시간의 일대일 상담 서비스를 보장해 드립니다. 가입자의 증세, 치료 또는 진단 상에 변화가 있을 경우, 의사로부터 지시서를 받아 치료 시간을 늘릴 수 있습니다. 달력 기준으로 다음 년도에도 치료가 필요한 경우에는 의사가 반드시 해당 서비스를 처방하고 지시서를 매년 갱신해야 합니다.	Medicare가 보장하는 임상 영양 치료 서비스 자격요건에 부합하는 가입자는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 치료 플랜에서 자격 있는 Medicare 수혜자에 대해 보장됩니다. MDPP는 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 과제를 극복하기 위해장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에 대한 실용적인 훈련을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.	MDPP 혜택의 경우 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
Medicare Part B 처방약 이들 약품은 Original Medicare의 Part B에서 보장됩니다. 저희 플랜의 가입자는 플랜을 통해 이들 약에 대한 보장을 받습니다. 보장약에는 다음 사항이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않는 약품의 경우, 의사, 병원 외래 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입됩니다. • 이 플랜에서 허가 받은 내구성 의료 장비(분무기 등)를 사용하여 복용하는 약품 • 혈우병 환자인 경우, 자가 주사로 체내에 주입하는 응고인자 • 장기 이식 당시에 Medicare Part A에 등록된 경우, 면역억제제 • 칩거 상태이고, 폐경에 따른 골다공증과 관련이 있다고 의사가 인정한 골절을 당했으며, 약을 자가 투여할 수 없는 상태의 가입자를 위한 주사용 골다공증 약	일부 약물은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. Medicare 보장 Part B 의약품에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 항원 • 항암용 경구 복용약 및 구토억제제 • 헤파린, 의학적으로 필요 시 헤파린 해독제, 국소 마취제, 적혈구 생성 자극제(Procrit® 등)를 포함한 가정 투석용 일부 의약품 • 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 정맥내 면역글로불린 다음 링크는 단계적 치료법의 대상이 될 수 있는 Part B 의약품 목록으로 이동합니다. https://wellcare.healthnetcalifornia.com/steptherapyb	Medicare 보장 Part B 화학요법 의약품에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
또한 저희는 Part B 및 Part D 약 혜택에 따라 일부 예방접종을 보장해 드립니다. 5장에서는 처방약을 보장받기 위해 반드시 따라야 할 규칙을 포함하여 Part D 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 저희 플랜을 통해 납부하는 Part D 처방약에 대한 비용은 6장에 설명되어 있습니다.	
영양/식이요법 상담 혜택 저희는 귀하의 건강 상태를 개선할 수 있는 귀하의 행동에 대한 변화를 해결하기 위해 담당 의사의 지시에 따라 등록된 영양사나 영양 전문가를 통해 상담 세션을 보장합니다. 영양 상담은 우선 순위를 정하고, 목표를 설정하고, 자기 관리에 대한 책임을 인정하고 장려하는 개별화된 행동 계획을 수립하기 위한 지원 과정입니다.	단체나 개인 영양/식이요법 상담 방문당 코페이먼트 $0.*
지속적인 체중 감량을 촉진하기 위한 비만 선별검사 및 치료 체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움을 주는 집중 상담을 보장해 드립니다. 이 상담은 종합 예방계획과 협진하는 1차 진료 기관에서 받는 경우에 한해 보장됩니다. 자세한 정보를 얻으려면, 주치의 또는 개업의와 상담하십시오.	예방 목적의 비만 선별검사 및 치료에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(OUD)를 보장하는 저희 플랜의 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 Opioid Treatment 프로그램(OTP)을 통해 OUD 치료 서비스 보장을 받을 수 있습니다. • 미국 식품의약국(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT)의 약물. • MAT 약물 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 남용 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 독성 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가	Medicare에서 보장하는 오피오이드 치료 서비스마다 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다.	
• X-레이	Medicare에서 보장하는 X-레이에 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료	Medicare 보장 치료용 방사선 서비스에 대한 공동보험료 20%. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 붕대 등 수술 용품 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치	석고 및 부목을 포함한 Medicare 보장 의료 용품에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 실험실 검사	Medicare에서 보장하는 검사 서비스(예: 소변 검사)에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다.	Medicare에서 보장하는 혈액 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 기타 외래환자 진단검사 - 비방사선 진단 서비스 (예: 알레르기 검사 또는 EKG)	Medicare에서 보장하는 진단 검사 및 시술(예: 알레르기 검사 또는 EKG)에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 기타 외래 환자 진단 검사(CT, MRI, MRA, SPECT와 같은 복잡한 검사 포함) – 방사선 진단 서비스, 평면 필름 X선 제외	Medicare에서 보장하는 진단적 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 $25. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• DEXA 스캔	*DEXA 스캔에 대해 코페이먼트 $0.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 같은 날 동일한 서비스 범주에서 여러 서비스를 받는 경우 해당 위치에서 해당 서비스 범주에 대한 최대 본인 부담금을 지급합니다. 그러나, 단일 서비스의 혜택이 코페이먼트이고 다른 서비스의 혜택이 공동보험료일 때, 가입자는 코페이먼트 및 공동보험료를 모두 납부하도록 요청받을 수 있습니다.
외래진료기관 관찰 관찰 서비스는 가입자가 입원할지 또는 퇴원할지 결정하기 위한 병원 외래환자 서비스입니다. 외래진료기관 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준에 부합하고 타당성과 필요성이 있어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 정부의 허가를 받은 개인 및 병원 직원이 법에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다.	외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 $25의 공제액을 납부합니다. 응급실에서 관찰 상태에 들어가는 경우 외래환자 관찰 서비스에 대한 코페이먼트 $120.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 "외래 환자"로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어 보아야 합니다. 또한 자세한 정보를 원하시면 "당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!" 이 자료표는 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화번호로 연락하실 수 있습니다.	Medicare Part B 처방약에 대해서는 추가 비용이 적용됩니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래 환자를 위한 병원 서비스 저희 플랜에서는 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 관찰 서비스나 통원 수술 등 응급실 또는 외래 클리닉에서 이루어지는 서비스 • 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 • 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 이러한 프로그램에서 이루어지는 관리를 포함한 정신건강 관리 • 병원에서 청구한 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 부목, 석고붕대 등 의료 용품 • 자가 투여할 수 없는 특정 약품 및 생물학적 제제	특정 서비스에 대해 이 의료 혜택표에 표시된 해당 비용분담분을 납부합니다. 석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품의 경우 특정 서비스가 제공되는 경우의 비용분담분을 납부합니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
참고: 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 "외래 환자"로 간주되는 경우도 있습니다. 본인이 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어 보아야 합니다. 또한 자세한 정보를 원하시면 "당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자라면 주저 말고 물어보세요!" 이 자료표는 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf에서 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.	
외래 환자의 정신건강 관리 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 해당 주에서 라이선스를 받은 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 정신건강 서비스.	
• 정신과 의사가 제공하는 서비스	정신과 의사가 제공하는 Medicare 보장 개인 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 정신과 의사가 제공하는 Medicare 보장 단체 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 다른 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 서비스	기타 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 Medicare 보장 개인 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 정신과의사와 함께 하는 그룹치료 방문당 Medicare 보장 그룹 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
Medicare에서 보장하는 외래환자 정신건강 혜택 외에도 결혼, 가족, 슬픔과 같은 일반적인 주제에 대한 상담도 제공합니다. Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 전문가를 만나거나, 전화 및 당사 플랜의 원격 의료 제공자인 Teladoc™을 통해 온라인으로 이러한 추가 서비스를 이용할 수 있습니다. 행동 건강 방문은 주 7일 현지 시간으로 오전 7시~오후 9시에 예약할 수 있습니다. Teladoc™ 전화번호 1-800-835-2362(TTY:711)로 문의하십시오.	Teladoc™ 의료 제공자가 제공하는 상담 방문당 코페이먼트 $0.
외래 재활 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 물리치료, 작업치료 및 언어치료. 외래 재활 서비스는 병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.	
• 물리 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 물리치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 음성 언어 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 작업치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 작업 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 음성 언어 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
약물 남용 외래 환자 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 개별 및 그룹 치료 세션과 같은 약물 남용 장애 서비스.	Medicare 보장 개인 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare 보장 그룹 치료 방문당 코페이먼트 $25. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
병원 외래시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 통원 수술 **참고:** 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 의료 제공자에게 가입자 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지를 확인해야 합니다. 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써 주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 병원 외래 수술에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 "외래 환자"로 간주되는 경우도 있습니다.	
• 외래 병원에서 제공되는 서비스	Medicare에서 보장하는 수술 목적의 외래 병원 시설 방문당 코페이먼트 $25. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스	Medicare에서 보장하는 통원 수술 센터 방문당 코페이먼트 $25. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
일반의약품 가입자 본인만 이 혜택을 이용할 수 있으며, OTC 품목은 가입자 본인만 사용하는 것이어야 합니다. 해당 품목은 다음과 같은 방법으로 손쉽게 구할 수 있습니다. 저희 플랜은 CVS를 통해 플랜에서 비처방으로 승인된 품목에 3개월마다 $40 의 혜택을 제공합니다. 귀하는 전화, 온라인 또는 참여 CVS 소매점에서 가입자 ID 카드를 사용하여 카탈로그에서 적합한 OTC 품목을 융통성 있게 구매할 수 있습니다. www.cvs.com/otchs/healthnet의 온라인 카탈로그를 통해 주문하거나 1-866-528-4679로 전화하여 주문할 수 있으며 추가 비용 없이 품목을 자택까지 배달해 드립니다. OTC 카탈로그는 매년 변경될 수 있습니다. 어떤 품목이 신규인지 확인하고 지난 해와 다른 품목이 무엇인지 식별하기 위해 최신 카탈로그를 검토해야 합니다. 우편 주문은 분기당 3건의 제한이 있습니다. 카탈로그에 나와 있는 분기당 특정 품목의 수량에 추가 제한이 적용될 수 있습니다. 참고: 특정 상황하에서 진단 기기(혈압 , 콜레스테롤, 당뇨, 대장암 선별검사, HIV를 진단하는 기기 등) 및 금연 보조 도구는 플랜의 의료 혜택 하에서 보장됩니다. 위의 품목 및 기기를 받으려면, OTC 달러 보조금을 사용하는 대신 당사 플랜의 기타 혜택을 사용해야 합니다(가능한 경우).	코페이먼트 $0.
부분 입원 서비스 "부분 입원"이란 병원 외래시설 또는 커뮤니티 정신건강 센터에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 정신과 치료 프로그램을 의미합니다. 이러한 프로그램은 의사나 치료사의 진료실에서 받는 관리보다 더 집중적이며, 병원 입원을 대체하는 성격입니다.	Medicare 보장 부분 입원에 대해 1일당 코페이먼트 $55. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 주치의가 진료실에서 제공하는 의학적으로 필요한 치료 또는 수술 서비스	Medicare에서 보장하는 주치의(PCP) 진료실 방문당 코페이먼트 $0.
• 의사 진료실, 인증된 통원 수술 센터, 병원 외래병동 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스	통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용분담분에 대해서는 이 표 앞부분의 "외래 수술"을 참조하십시오.
• 전문의의 자문, 진단 및 치료	Medicare에서 보장하는 전문의 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 기타 의료 전문가	다른 의료전문가를 방문하는 경우 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 담당 의사가 청력 및 균형감각 기본 검사를 지시할 경우, PCP 또는 전문의가 수행하는 이러한 검사	Medicare에서 보장하는 청력 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 긴급하게 필요한 서비스, 가정 건강 서비스, 주치의, 작업치료, 전문의, 정신건강 개별 세션, 족부 치료 서비스, 기타 건강관리 전문가, 정신질환 개별 세션, 물리치료 및 음성 언어 병리학 서비스, 외래 약물 남용 개별 세션, 당뇨병 자가관리 교육.	Teladoc™를 통해 수행된 가상 방문 서비스에 대해 코페이먼트 $0. 유의 사항: 위의 코페이먼트 $0는 Teladoc™에서 서비스를 받은 경우에만 적용됩니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
○ 가입자는 이러한 서비스를 직접 방문하여 받거나 원격의료를 통해 받는 것으로 선택할 수 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격의료로 받을 경우, 원격의료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. 당사 플랜은 Teladoc™을 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다. 자세한 정보를 원하거나 예약 일정을 잡으려면 Teladoc™에 1-800-835-2362(TTY: 711)로 주 7일, 24시간 문의하십시오. • 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare에서 승인한 지역에 있는 환자를 위해 의사 또는 개업의에 의한 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격의료 서비스 • 병원 또는 긴급 이용 병원의 신장 투석 센터, 신장 투석 시설, 가입자의 가정에서 가정 투석을 하는 가입자의 매월 만성신부전(ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 • 위치에 관계없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스 • 위치에 관계 없이 약물 남용 장애 또는 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스	가상 방문 벤더가 아닌 네트워크 소속 의료 제공자로부터 직접 또는 원격 의료 서비스를 받는 경우, 이 혜택표에 설명된 대로 해당 의료 제공자에 대한 비용분담분을 지불하게 됩니다(예: PCP에게 원격 의료 서비스를 받는 경우 PCP 비용분담분 지불). *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• **<u>다음의 경우</u>** 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다**.** ○ 신규 환자가 아니어야 **하고** ○ 진료는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 **없으며** ○ 진료 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우	전문의 서비스에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다(위의 "의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스" 참조).
• **<u>다음의 경우</u>**, 담당 의사는 24시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다**.** ○ 신규 환자가 아니어야 **하고** ○ 평가는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 **없으며** ○ 평가 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우	전문의 서비스에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다(위의 "의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스" 참조).
• 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용	전문의 서비스에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다(위의 "의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스" 참조).
• 수술 전에 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 2차 소견	전문의 서비스에 적용되는 비용 분담금을 지불해야 합니다(위의 "의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스" 참조).

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 비정기적 치과 진료(보장되는 서비스는 턱 또는 관련 구조에 대한 수술, 턱 또는 안면뼈 골절부위 고정, 턱에 발생한 종양 암 질환에 대한 방사선 치료 준비 목적의 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장되는 서비스로 제한됨)	Medicare 보장 치과 서비스마다 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 상기의 비용분담뿐만 아니라 내구성 의료 장비 및 용품, 보철 장치 및 용품, 외래 진단 검사 및 치료 서비스, 백내장 수술 후 안경 및 콘택트렌즈, Part D 처방약, Medicare Part B 처방약에 대한 의학적으로 필요하고 Medicare에서 보장하는 서비스가 있는 경우, 이 혜택표에 기술된 대로 코페이먼트 및/또는 공동보험료가 적용됩니다.
족부 치료 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 발에 발생한 상해 및 질병(망치 발가락 또는 족저근막염 등)에 대한 진단 및 의학적 또는 수술적 치료 • 다리에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자에 대한 정기적인 발 진료 추가 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 보충적(Medicare 비보장) 발 진료(매년 6회로 제한됨).	Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* 매년 6회 보충적 (Medicare에서 보장되지 않는) 족부 진료 방문마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
전립선암 선별검사 만 50세 이상 남성의 경우, 12개월마다 1회 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.	
• 디지털 직장 검사	Medicare에서 보장하는 연간 직장검사에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
보철 장치 및 관련 용품 신체 부위 또는 신체 기능의 전부 또는 일부를 대체하는(치과 장치 이외의) 장치. 여기에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. 인공항문 형성술 치료와 직접적으로 관련된 배변 주머니 및 용품, 맥박조정기, 치열교정기, 정형제화, 의수족, 유방보형물(유방 절제수술 후 착용하는 외과 브래지어 포함). 보철 장치와 관련된 특정 용품, 보철 장치 수리 및/또는 교체를 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후의 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용을 확인하려면 이 섹션 후반에 나오는 “시력 관리” 부분을 - 참조하십시오.	Medicare 보장 보철 장치 및 보조기에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 보철 장치와 관련된 Medicare 보장 의료용품에 대한 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
호흡 재활 서비스 폐 재활 종합 프로그램은 중증도나 아주 심한 정도의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있으며 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 호흡 재활 진료 의뢰를 받은 가입자에 대해 보장해 드립니다.	Medicare에서 보장하는 폐 재활 서비스당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 Medicare 가입자로서 알콜을 오용하나 알콜 의존증은 없는 성인(임신한 여성 포함)에게 알콜 오용 선별검사 1회를 보장해 드립니다.	알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 등 Medicare에서 보장하는 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
알콜 오용 선별검사 결과가 양성인 경우, 유자격 주치의 또는 개업의로부터 1차 진료 시설에서 매년 최대 4회까지 간략한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다(단 귀하께서 상담에 적극 참여할 수 있고 집중할 수 있어야 합니다).	
저선량 컴퓨터단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사 유자격 자의 경우 LDCT는 12개월마다 보장됩니다. **적격 가입자:** 55~77세 사이로, 폐암의 증상이 없지만 담배를 연간 30갑 이상 흡연한 내력이 있거나 현재 흡연 중이거나 지난 15년 내에 금연한 자, 폐암 선별검사 카운셀링과 공유 결정 방문 동안 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하고 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 제공한 LDCT에 대한 서면 지시서를 받은 자. *초기 LDCT 후에 LDCT 폐암 선별검사의 경우:* 가입자는 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 적절한 방문 동안 제공할 수 있는 LDCT 폐암 선별검사에 대한 서면 지시서를 받아야 합니다. 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 LDCT를 이용한 후속 폐암 선별검사를 위해 폐암 선별검사 카운셀링과 공유 결정 방문을 제공하도록 선택하는 경우 방문은 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문이나 LDCT에 대해 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.
성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담 클라미디어, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 STI 선별검사를 보장해 드립니다. 주치의로부터 이들 선별검사를 지시 받은 임신한 여성 및 STI에 걸릴 위험이 높은 분을 대상으로 보장해 드립니다. 이들 검사를 12개월마다 1회 또는 임신 기간 중 특정 시기에 실시하는 것을 보장합니다.	STI 선별검사 및 STI 질병예방 카운셀링 등 Medicare에서 보장하는 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
또한 STI에 걸릴 위험이 높으며 성생활이 왕성한 성인을 대상으로 20~30분간 대면 방식으로 진행되는 고강도의 행동 상담 세션을 매년 최대 2회 보장합니다. 주치의가 상담을 제공하며 의사 진료실과 같은 1차 진료 시설에서 이루어질 때만 질병예방 서비스로서의 상담 세션을 보장합니다.	
신장질환 치료를 위한 서비스 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.	
• 가입자에게 신장 관리에 대해 교육하고 자신의 신장을 관리할 때 올바른 정보에 근거한 의사결정을 내릴 수 있도록 도와 주는 신장병 교육 서비스. 가입자가 의사로부터 진료 의뢰를 받은 만성신장병 4기 환자인 경우: 신장병 교육 서비스 세션을 일생 동안 최대 6회까지 보장해 드립니다.	Medicare 보장 신장병 교육 서비스에 대한 공동보험료 20%. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 통원 투석 치료(3장에 설명된 바와 같이, 일시적으로 서비스 지역 이외의 지역에 있을 때 받는 투석 치료 포함)	Medicare 보장 외래 신장 투석 치료에 대한 공동보험료 20%. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 입원 투석 치료(특별 치료를 위해 입원한 경우)	입원 투석 치료에 적용되는 비용분담분에 대해서는 "입원 치료"를 참조하십시오.
• 자가 투석 교육(환자 본인 및 환자의 가정 투석 치료를 도와 주는 타인을 대상으로 한 교육 포함)	Medicare 보장 자가 투석 교육에 대한 공동보험료 20%. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 가정 투석장치 및 용품	Medicare에서 보장하는 가정용 투석 장비에 대해 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 가정 지원 서비스(필요 시, 훈련 받은 투석 전문가가 방문하여 가정 투석이 제대로 진행되는지 확인하고, 응급 상황 시 도움을 제공하며, 투석장치 및 용수 공급을 확인하는 것 등) Medicare Part B 약품 혜택 하에서 투석용 특정 약품이 보장됩니다. Part B 약품 보장에 대한 정보는 "Medicare Part B 처방약"섹션을 참조하십시오.	Medicare에서 보장하는 투석 용품에 대해 공동보험료 20%. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 가정 지원 서비스에 대해 공동보험료 20%. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
전문요양시설(SNF)에서의 간호 ("전문요양시설에서의 간호"에 대한 용어 정의를 보시려면, 이 책자의 12장을 참조하십시오. 전문요양시설은 "SNF"로 불리기도 합니다.) SNF 또는 대체 시설에서 각 혜택 기간 동안 최대 100일간 보장되는 전문 요양 서비스는 플랜의 보장범위와 Medicare 보장 지침을 충족하는 경우에 보장되는 서비스입니다. 이전에 병원 입원을 하지 않아도 됩니다. 혜택 기간당 100일에는 혜택 기간 동안 플랜이나 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage Organization을 통해 받는 SNF 일수가 포함됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실)	Medicare에서 보장하는 입원의 경우, 입원/혜택 기간당: Medicare에서 보장하는 전문요양시설 치료에 대해 1일당 코페이먼트 $0(1~20일 차) 및 1일당 코페이먼트 $50(21~100일 차). 당신은 매일 100일 이후 매일 모든 비용을 지불합니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 특별식을 포함한 식사 • 전문요양 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 치료 계획의 일부로서 가입자에게 투여되는 약품(여기에는 혈액응고인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다). • 혈액 - 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 구성요소들에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다. • SNF에서 일상적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF에서 일상적으로 제공하는 임상실험실 검사 • SNF에서 일상적으로 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF에서 일상적으로 제공하는 휠체어와 같은 장치 사용 • 의사/개업의 서비스	
일반적으로 가입자는 네트워크 소속 시설에서 SNF 치료를 받게 됩니다. 그러나 아래 나열된 특정 조건 하에서 해당 시설이 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 플랜의 지불액을 수락하는 경우라면, 가입자가 네트워크 소속 비용분담분만 납부하는 것도 가능할 수도 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속적 은퇴관리 커뮤니티(이곳에서 전문요양시설 간호를 제공하는 한) • 가입자가 병원에서 퇴원할 당시 배우자가 거주하고 있는 SNF	혜택 기간은 전문요양 시설에 입소하는 첫날부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 SNF에서 60일 연속으로 서비스를 받지 않은 시점에 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문요양시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다. 비용분담분은 입원 첫날부터 적용되고 퇴원일은 포함되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) 흡연을 하지만, 흡연과 관련한 질환의 징후 또는 증상이 없는 경우: 질병예방 서비스로서 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 무료로 보장해 드립니다. 각각의 상담 시도에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다. 흡연을 하고 흡연과 관련된 질환으로 진단되었거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용하고 있는 경우: 금연 상담 서비스를 보장합니다. 12개월 기간 내에 두 차례의 상담 금연 시도를 보장해 드립니다. 단, 가입자는 해당하는 비용분담분을 납부해야 합니다. 각각의 상담 시도에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다.	Medicare에서 보장하는 흡연 및 담배 사용 중단 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
추가 금연: 또한 저희 플랜은 최대 5회의 추가온라인 및 전화 금연 상담 방문을 포장합니다. 숙련된 임상의가 방문 시 변경, 계획, 상담 및 교육 단계에 대한 지침을 제공합니다. 이 혜택은 원격 의료 제공자 ™을 통해서만 이용할 수 있습니다. 자세한 내용을 보거나 예약 일정을 잡으려면 Teladoc™에 1-800-835-2362(TTY: 711)로 주 7일, 24시간 문의하십시오. 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒤표지에 안내됨)로 문의하거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca를 방문하십시오.	추가 금연 세션에 대해 코페이먼트 $0.*
감독이 필요한 운동치료(SET) SET는 말초 동맥 질환(PAD) 증상이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자에게 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된다면 12주 기간에 걸쳐 최대 36회의 세션이 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 감독 하의 운동 치료마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
SET 프로그램의 필수 사항: • 파행(절뚝거림) 환자들에서 치료 목적의 운동 훈련 프로그램으로 구성되는 30~60분간의 세션으로 구성 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • PAD에 대한 운동 치료에 전문 훈련을 받아 혜택이 피해보다 더 크도록 하는데 필요한 자질을 갖춘 보조 인력에 의해 실시 • 생활 지원에 있어 기초 및 고급 기법의 훈련을 받아야 하는 의사, 의사 보조 또는 간호사/임상 간호 전문가의 직접 감독을 받음 SET는12주간 36회, 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장된 기간 동안 추가 36회로 보장될 수도 있습니다.	
교통편(추가 경로) 저희 플랜은 서비스 지역 내에서 비응급 지상 교통편을 포함합니다. 이 혜택은 의학적으로 필요한 의료 및 서비스를 받을 수 있도록 제공됩니다. 이 플랜에서 승인하지 않는 한, 이동 거리는 편도 75 마일로 제한됩니다. 정기적인 이동에 대한 일정을 잡으려면 최소한 72시간 전화하거나 긴급한 이동의 경우 언제든지 연락하십시오. 일부 지역은 제외될 수 있습니다. 플랜에서 승인 받은 지역에 대한 자세한 정보를 보시려면, 가입자 서비스부에 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 유의 사항: 이 플랜에서 의학적으로 필요한 교통편 서비스에 대해 보장을 받으려면, 반드시 네트워크 소속 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. 차량은 복수의 승객을 동시에 수송하며 이동 중에 가입자의 목적지 이외의 장소에서 정차할 수 있습니다. 차량을 예약할 때는 특별한 요구 사항이나 선호 사항을 반드시 참고하시기 바랍니다.	매년 48회 이동당 코페이먼트 $0. 택시, 밴 또는 승차 공유 서비스를 이용하여 플랜이 승인한 의료 관련 장소로 편도 이동한 것을 1회 이동으로 간주합니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
긴급하게 필요한 서비스 긴급하게 필요한 서비스란 응급하지 않으며 예기치 않은 의학적 질병, 부상 또는 질환으로서 즉각적인 치료가 필요한 상태를 해결하기 위해 제공하는 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필수적이며 긴급하게 필요한 서비스의 비용분담분은 네트워크 내부에서 제공되는 그러한 서비스의 경우와 같습니다. 미국 이외 지역에서의 긴급하게 필요한 서비스가 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 $5. 같은 질환에 대해 24시간 내에 병원에 입원할 경우 이 금액을 지불하지 않습니다. 미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대해 코페이먼트 $120. 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 긴급히 필요한 서비스 방문 비용분담분이 면제되지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 $50,000까지 보장됩니다.
시력 관리 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 눈 질병 및 상해의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스로, 노화성 황반쇠퇴 치료를 포함합니다. Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기적인 눈 검사(안굴절)는 보장하지 않습니다.	눈 질병의 진단 및 치료를 위한 모든 기타 눈 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 녹내장 위험이 높은 사람의 경우 매년 녹내장 1회의 선별검사를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람: 녹내장 가족 병력이 있거나, 당뇨병 환자거나, 만 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 만 65세 이상인 히스패닉계 미국인을 포함합니다.	Medicare 보장 녹내장 검사 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 당뇨병이 있는 경우, 당뇨병성 망막증에 대한 선별 검사는 매년 한번 보장됩니다.	당뇨병 가입자를 위한 Medicare에서 보장하는 망막 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 안구 내 렌즈 삽입이 포함되는 백내장 수술 후 한 쌍의 안경이나 콘텍트렌즈(두 번의 백내장 수술을 따로 받은 경우, 첫 번째 수술 후의 혜택을 보류하여 두 번째 수술 후 두 개의 안경을 구입할 수 없습니다). ○ 저희 플랜에서는 다음 사항을 보장해 드립니다. ■ Medicare에서 보장하는 안경류 처방을 목적으로 제공되는 눈 굴절력 측정. ■ Medicare에서 보장하는 콘택트렌즈를 위한 콘택트렌즈 적합성 검사 요금.	Medicare에서 보장하는 안경류에 대해 코페이먼트는 $0*로, 플랜 가입자의 경우 다음 사항이 포함됩니다. • Medicare에서 보장하는 안경류 처방을 목적으로 제공되는 안굴절 검사. • Medicare에서 보장하는 콘택트렌즈를 위한 콘택트렌즈 적합성 검사. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다. • 1년마다 정기적인 눈 검사 1회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 검사 그리고 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다.	보충적(즉, 정기적) 안과 서비스: 매년 정기적인 눈 검사 1회에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 처방 받은 안경류 매년 무제한. 다음 중 모든 사항에 대해 매년 최대 혜택 $300: ○ 안경(안경테 및 렌즈) 또는 ○ 안경 렌즈만 또는 ○ 안경테만 또는 ○ 안경 대신 콘택트렌즈 또는 ○ 비전 하드웨어 업그레이드 참고: 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 플랜에서 보장해 드립니다. 플랜 최대 혜택 보장액인 $300. 안경테 및/또는 렌즈(틴트, 코팅 등 렌즈 옵션 포함) 소매가격에 매년 적용됩니다. Medicare에서 보장하는 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 참고: 보충적(즉, 정기적) 안경류에 대한 최대 혜택 $300를 초과하는 모든 비용은 가입자가 부담합니다. 참고: 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스를 이 플랜에서 보장 받으려면, 반드시 참여 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받아야 합니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare에서 보장하는 안경에 대한 보장 범위를 늘릴 수 없습니다. 의료 제공자를 찾는 방법에 대한 질문이나 자세한 정보는 저희 가입자 서비스부에 연락해주십시오 (전화번호는 본 책자의 뒤표지에 안내됨).	안경류에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
질병예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 이 플랜에서는 질병예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문을 1회 보장해 드립니다. 이 방문에는 가입자의 건강에 대한 검토, 필요한 질병예방 서비스에 대한 교육 및 상담(특정 선별검사 및 주사) 그리고 기타 진료가 필요한 경우 그에 대한 진료 의뢰서 발급이 포함됩니다. **중요:** 질병예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문은 가입자가 Medicare Part B에 가입된 최초 12개월 이내에만 보장됩니다. 방문 일정을 잡을 때, 질병예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 일정을 잡는 것이라고 의사 진료실에 밝히십시오.	질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

가입자를 위해 보장되는 서비스	이들 서비스를 받을 경우 **납부해야 할 금액**
• 가입 환영 예방 검진 서비스 이후 Medicare 보장 EKG	가입 환영 예방 서비스 후 Medicare 보장 EKG당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

섹션 3 이 플랜에서 보장되지 않는 서비스에는 어떤 것이 있나요?

섹션 3.1 보장되지 *않는* 서비스(보장 제외사항)

이 섹션에서는 어떤 서비스가 Medicare 보장에서 "제외되어" 이 플랜에서 보장되지 않는지 설명해 드립니다. 어떤 서비스가 "제외된다"라는 표현은 이 플랜에서 해당 서비스를 보장해 주지 않는다는 의미입니다.

아래 표에는 어떤 조건에서도 보장되지 않는 일부 서비스 및 품목 그리고 특정 조건에서만 제외되는 일부 서비스 및 품목이 나와 있습니다.

가입자가 보장에서 제외되는(보장되지 않는) 서비스를 받을 경우, 가입자 본인이 이에 대한 비용을 반드시 부담해야 합니다. 보장에서 제외되어 아래 표에 나와 있는 진료는 여기에 열거된 특정 조건이 적용되는 경우를 제외하고는 저희 측에서 비용을 지급해 드리지 않습니다. 단, 유일한 예외사항은 다음과 같습니다. 이의 신청이 된 아래 표에 나온 서비스가 가입자가 처한 특정 상황으로 인해 저희 플랜에서 비용을 부담했어야 하거나 보장했어야 하는 의료 혜택인 것으로 판명되는 경우, 저희는 비용을 지불합니다(의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희 플랜의 결정사항을 상대로 이의를 신청하는 방법에 대한 정보를 보시려면, 이 책자의 9장의 섹션 5.3으로 가십시오).

서비스에 대한 모든 예외사항 또는 제한사항은 의료 혜택표 또는 아래 표에 설명되어 있습니다.

보장이 제외되는 서비스를 응급 시설에서 받더라도 해당 서비스는 보장을 받을 수 없으며 플랜에서 비용을 지불해 드리지 않습니다.

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
성형 수술 또는 시술		√ 사고에 따른 상해로 인하거나 신체의 기형 부위를 개선하기 위한 목적인 경우 보장됨. 유방 절제수술 이후, 형태의 대칭을 이루기 위해 절제된 쪽과 보존된 쪽에 실시하는 모든 단계의 재건이 보장됨.
보호 치료란 전문적인 의료 관리나 전문요양이 요구되지 않는 경우에 요양원, 호스피스 또는 기타 시설에서 제공하는 간호를 의미합니다. 보호 치료란 목욕이나 옷 입기 등 일상생활의 활동을 도와 주는 간호로, 숙련된 의료인 또는 응급 구조인의 계속적인 돌봄을 필요로 하지 않는 간호입니다.	√	
실험적인 의료 시술 및 수술, 장비 및 약품. 실험적인 시술 및 사항이란 의료계에서 일반적으로 인정되지 않는 것이라고 저희 플랜 및 Original Medicare에서 판단한 사항 및 시술을 의미합니다.		√ Medicare가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare가 또는 저희 플랜에서 보장을 제공할 수도 있음 (임상 연구에 대한 자세한 정보를 확인하려면 3장의 섹션 5를 참조하십시오).
가까운 친척이나 가족이 간호를 제공하여 청구하는 비용.	√	
풀타임 가정간호.	√	

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
가정 배달 식사		√
가사 서비스에는 간단한 가사 활동이나 간단한 식사 준비 등 기본적인 가사 보조가 포함됩니다.	√	
자연요법 서비스(자연치료 또는 대체 치료 사용)	√	
정형외과 신발		√ 다리 보조기에 붙어 있는 신발로서 그 비용이 다리 보조기 비용에 포함되었거나 당뇨성 족부 질환 환자를 위한 신발인 경우를 제외한 정형외과 신발.
전화기나 TV 등 병원 또는 전문요양시설 내 병실에 제공되는 개인용 물품.	√	
병원 내 개인 병실.		√ 의학적으로 필요한 경우에만 보장됨.
방사상 각막 절개술, 라식(LASIK) 수술 및 기타 시력보조기구.	√	
불임복원술 및/또는 비처방 피임 용품.	√	
Original Medicare 기준에 따라 비합리적이거나 불필요하다고 간주되는 서비스.	√	
다리 지지장치		√ 당뇨성 족부 질환 환자를 위한 정형외과 신발 또는 치료용 신발.

5장

Part D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

5장. Part D 처방약에 대한 플랜의 보장 사용

섹션 1 개요 122
섹션 1.1 이 장에서는 Part D 약에 대한 보장 사항을 설명해 드립니다 122
섹션 1.2 Part D 약품 보장 기본 규칙 123
섹션 2 네트워크 소속 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 구입하기 123
섹션 2.1 처방약을 보장받으려면 네트워크 소속 약국을 이용하십시오 123
섹션 2.2 네트워크 소속 약국 찾기 124
섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용하기 125
섹션 2.4 장기간 이용할 의약품을 어떻게 받을 수 있습니까? 126
섹션 2.5 어떤 경우에 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국을 사용할 수 있습니까? 127
섹션 3 가입자가 사용하는 약은 이 플랜의 "의약품 목록"에 수록되어 있어야 합니다 129
섹션 3.1 "의약품 목록"에서는 Part D 약 가운데 어떤 것이 보장되는지 알려 줍니다 129
섹션 3.2 의약품 목록에 수록된 약에는 여섯 종류의 "비용 분담 범주"가 적용됩니다 130
섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 수록되어 있는지를 어떻게 확인할 수 있습니까? 130
섹션 4 일부 약에 대한 보장에는 제한사항이 있습니다 131
섹션 4.1 왜 일부 약에는 제한사항이 적용됩니까? 131
섹션 4.2 어떤 종류의 제한사항이 있습니까? 131
섹션 4.3 이들 제한사항이 가입자의 약에 적용됩니까? 132

섹션 5 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있다면 어떻게 해야 합니까?..... 133
섹션 5.1 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우에 취할 수 있는 방법들이 있습니다..... 133
섹션 5.2 해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한사항이 적용된다면 어떤 조치를 취할 수 있습니까?..... 134
섹션 5.3 해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는 어떻게 해야 합니까?..... 136
섹션 6 가입자의 약에 대한 보장에 변경이 발생하면 어떻게 해야 합니까?... 137
섹션 6.1 의약품 목록은 연도 중간에 변경될 수 있습니다..... 137
섹션 6.2 복용 중인 약에 대한 보장에 변경이 발생할 경우 어떻게 해야 합니까?..... 137
섹션 7 어떤 유형의 약들이 이 플랜에서 보장되지 *않습니까*?..... 139
섹션 7.1 보장되지 않는 약 유형..... 139
섹션 8 처방약 구입 시, 플랜 가입자 카드를 제시하십시오..... 141
섹션 8.1 플랜 가입자 카드를 제시하십시오..... 141
섹션 8.2 가입자 카드를 지참하고 있지 않은 경우에는 어떻게 해야 합니까?... 141
섹션 9 특별한 상황에서의 Part D 약 보장..... 141
섹션 9.1 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 상황에서는 어떻게 해야 합니까?..... 141
섹션 9.2 장기요양(LTC) 시설에 입소해 있는 가입자라면 어떻게 해야 합니까?..... 142
섹션 9.3 직장 또는 은퇴자 그룹 플랜으로부터도 약 보장을 받는 경우에는 어떻게 해야 합니까?..... 142
섹션 9.4 Medicare 공인 호스피스에 입소해 있는 경우에는 어떻게 해야 합니까?..... 143
섹션 10 의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램 144
섹션 10.1 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램.....144
섹션 10.2 가입자들이 오피오이드 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램(DMP).....144
섹션 10.3 가입자의 약 관리를 도와주는 약물치료관리(MTM) 프로그램 145

의약품 비용을 보조해 주는 프로그램이 있다는 사실을 알고 계셨습니까?

"Extra Help" 프로그램에서는 저소득 가입자를 위해 약 비용을 보조해 드립니다. 자세한 정보는 2장의 섹션 7을 참조하십시오.

현재, 약 비용 지원을 받고 계십니까?

의약품 비용 보조 프로그램에 가입한 경우, **이 *보장 범위 증명서*에 수록된 Part D 약 비용 정보 중 일부는 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 "처방약 Extra Help를 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약"("저소득층 보조금 특약" 또는 "LIS Rider"라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 연락하여 "LIS Rider"를 요청하십시오 (가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 1 개요

섹션 1.1 이 장에서는 Part D 약에 대한 보장 사항을 설명해 드립니다

이 장에서는 **Part D 약에 대한 보장을 이용할 때의 규칙에 대해 설명합니다.** 다음 장에서는 Part D 약(6장, *Part D 약에 대한 가입자 부담분*)에 대해 설명합니다.

Part D 약에 대한 보장에 추가하여, 저희 플랜에서는 플랜의 의료 혜택 하에서 일부 약도 보장해 드립니다. 저희 플랜은 Medicare Part A 혜택 보장을 통해 보장 대상인 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 중에 지급받은 약품을 일반적으로 보장해 드립니다. 그리고 Medicare Part B 혜택 보장을 통해 특정 화학요법 약품, 진료실 방문 시에 접종받는 특정 약품 주사 그리고 투석 시설에서 지급받는 약품을 포함한 약품을 보장해 드립니다. 4장*(의료 혜택표, 보장 사항 및 가입자 부담분)*에서는 보장 대상인 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 중에 지급받은 약품 혜택 및 비용 그리고 Part B 약품의 혜택 및 비용에 대해 알려 드립니다.

가입자가 Medicare 호스피스에 입소 중인 경우, Original Medicare에서도 약품을 보장받을 수 있습니다. 저희 플랜에서는 말기 예후 및 관련 질환과 무관하여 Medicare 호스피스 혜택 하에서 보장되지 않는 Medicare Part A, B, D 서비스 및 약품만 보장해 드립니다. 자세한 정보를 보시려면 섹션 9.4*(Medicare 공인 호스피스에 입소 중인 경우)를 참조하십시오.* 호스피스에 대한 보장 정보를 보시려면, 4장*(의료 혜택표, 보장 사항 및 가입자 부담분)의 호스피스 섹션을 참조하십시오.*

다음 섹션에서는 플랜 Part D 혜택 규칙 하에서의 약품 보장에 대해 다룹니다. 섹션 9, *특별한 상황에서의 Part D 약품 보장*에는 Part D 보장 사항 및 Original Medicare에 대한 자세한 정보가 수록되어 있습니다.

섹션 1.2 Part D 약품 보장 기본 규칙

가입자가 다음과 같은 기본 규칙을 지킬 경우에는 일반적으로 약에 대해 보장해 드립니다.

- 의료 제공자(의사, 치과 의사 또는 기타 처방자)가 반드시 처방전을 써 주어야 합니다.
- 의료 제공자는 Medicare를 수용하든지, 아니면 처방자가 처방전을 써 줄 자격을 갖추었는지를 보여주는 증빙 서류를 CMS에 제출해야 하며, 그렇지 못할 경우 가입자의 Part D 보험금 청구가 거부됩니다. 다음에 처방자에게 연락을 하거나 처방자를 방문할 때 이러한 조건을 갖추었는지에 대해 물어보아야 합니다. 이 조건을 갖추지 않은 경우에는 보험금 처리에 필요한 서류를 처방자가 제출하는 데 다소 시간이 걸린다는 점에 유의하십시오.
- 일반적으로, 처방약을 조제하려면 반드시 네트워크 소속 약국을 이용해야 합니다(섹션 2, *네트워크 소속 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 구입하기를 참조하십시오*).
- 가입자가 사용하는 약은 반드시 이 플랜의*보장 의약품 목록(처방규정)*에 수록되어 있어야 합니다(줄여서 "의약품 목록"이라고 함). (섹션 3, *가입자가 사용하는 약은 이 플랜의 "의약품 목록"에 수록되어 있어야 합니다를 참조하십시오)*.
- 가입자가 이용하는 약은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 미국식품의약청이 승인했거나 특정 참고도서에서 근거를 제공한 약의 사용을 의미합니다(의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보를 보시려면, 섹션 3을 참조하십시오).

섹션 2 네트워크 소속 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 구입하기

섹션 2.1 처방약을 보장받으려면 네트워크 소속 약국을 이용하십시오

대부분의 경우, 플랜 네트워크에 소속된 약국에서 처방약을 조제하는 *경우에만* 보장을 받습니다(네트워크 비소속 약국에서 구입하는 처방약을 보장받을 수 있는 경우에 대한 정보를 보시려면, 섹션 2.5를 참조하십시오).

네트워크 소속 약국이란 보장되는 처방약을 제공하기로 이 플랜과 계약을 체결한 약국을 의미합니다. "보장약"이라는 용어는 이 플랜의 의약품 목록에서 보장하는 모든 Part D 약을 의미합니다.

저희 네트워크에는 표준 비용 분담 방식을 채택한 약국 그리고 우대 비용 분담 방식을 채택한 약국이 모두 포함되어 있습니다. 보장되는 처방약을 받기 위해 이들 두 가지 유형의 네트워크 소속 약국 중 어디라도 이용할 수 있습니다. 우대 비용 분담 방식을 채택한 약국에서 가입자의 비용 분담이 더 낮은 편입니다.

섹션 2.2 네트워크 소속 약국 찾기

가입자 지역에서 네트워크 소속 약국을 어떻게 찾을 수 있습니까?

네트워크 소속 약국은 *의료 제공자 및 약국 명부*를 찾을 수 있으며, 당사 웹사이트 (www.wellcare.com/healthnetca)를 방문하거나 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)에 연락하여 확인할 수 있습니다.

네트워크에 소속된 어느 약국이라도 이용하실 수 있습니다. 그러나 표준 비용 분담 방식을 채택한 네트워크 소속 약국이 아닌 우대 비용 분담 방식을 채택한 네트워크 소속 약국을 이용하면 보장약 비용이 더 낮아집니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에는 네트워크 소속 약국 가운데 어느 곳이 우대 비용 분담 방식을 채택하고 있는지 나와 있습니다. 약품마다 가입자 본인부담금이 어떻게 다른지 자세히 알아보려면 저희에게 연락하시기 바랍니다. 이용하던 네트워크 소속 약국에서 다른 우편 서비스 약국으로 옮기거나 복용하던 처방약을 재구입해야 할 경우, 의료 제공자에게 새 처방전을 써 달라고 요청하거나 옮겨 간 새 네트워크 소속 약국에 기존 처방전을 보내도록 하면 됩니다.

기존에 이용하던 약국이 네트워크에서 탈퇴하면 어떻게 해야 합니까?

기존에 이용하던 약국이 플랜 네트워크에서 탈퇴할 경우, 네트워크에 소속된 새 약국을 찾아야 합니다. 또는 이용 중인 약국이 네트워크 내에 있지만 더 이상 우대 비용 분담을 제공하지 않는 경우 다른 약국으로 전환할 수 있습니다. 해당 지역에서 네트워크 소속 약국을 찾으려면, 고객 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)의 도움을 받거나 *의료 제공자 및 약국 명부*를 이용하실 수 있습니다. 또한 가입자는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서도 이 정보를 찾을 수 있습니다.

전문약국을 이용해야 할 경우는 어떻게 해야 합니까?

어떤 처방전은 반드시 전문약국에서 약을 구입해야 합니다. 전문약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 투여 요법에 사용되는 약을 공급하는 약국.
- 장기요양(LTC) 시설 입소자를 위한 약을 공급하는 약국. 일반적으로 장기요양(LTC) 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. 가입자가 LTC 시설에 있는 경우, 저희는 일반적으로 LTC 시설이 이용하는 약국인 네트워크 소속 LTC 약국을 통해 가입자가 Part D 혜택을 정기적으로 받을 수 있도록 해야 합니다. 장기요양(LTC) 시설에서 Part D 혜택을 이용하는 데 어려움이 있다면 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

- 아메리카 원주민 건강 서비스/부족/도시 거주 아메리카 원주민 건강 프로그램을 대상으로 하는 약국(푸에르토리코에서는 제공되지 않음). 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만이 이들 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역에 대해 공급을 제한한 약을 공급하거나 특별 취급, 의료 제공자의 협조 또는 사용법 교육을 요하는 약을 공급하는 약국(*참고:* 이와 같은 상황은 극히 드물게 발생합니다).

전문약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하거나, 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용하기

일부 약 종류의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문 서비스를 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 질환에 대해 정기적으로 투여하는 약입니다. 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 구할 수 없는 약은 의약품 목록에 "NM"으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스는 **90일분까지 주문 가능합니다.**

주문서 및 우편을 통한 처방전 조제에 대해 알아보려면 가입자 서비스부에 문의하거나 당사 웹사이트를 방문하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

우편 주문 서비스로 약품을 주문하면 최대 14일 후 받으실 수 있습니다. 주문이 지연되는 경우 가입자 서비스부 에 문의하여 도움을 받으십시오(가입자 서비스부에 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

의사 진료실에서 약국으로 직접 보내는 새 처방전.
약국은 다음 중 하나인 경우 자동적으로 가입자에게 먼저 확인을 구하지 않고 의료 제공자로부터 받은 새로운 처방약을 조제해 배송합니다.

- 가입자가 이전에 이 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 경우 또는
- 가입자가 의료 제공자로부터 직접 모든 새 처방전의 자동 배송을 신청한 경우. 우편 주문 가입자 서비스부에 연락하여 지금 또는 언제든지 모든 새 처방전의 자동 배달을 요청할 수 있습니다. 1-888-624-1139(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 또는 caremark.com에 로그인하십시오.

원하지 않는 처방전을 우편을 통해 자동으로 받고 배송 전에 확인하지 않은 경우 환불을 받을 수 있습니다. 이전에 우편 주문 서비스를 이용했으나 약국에서 자동으로 각 새 처방전을 조제하여 배송하기를 원하지 않는 경우, 우편 주문 가입자 서비스부에 1-888-624-1139,(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 또는 caremark.com에 로그인하십시오.

가입자가 저희의 우편 주문 배송을 전혀 이용한 적이 없는 경우 및/또는 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하고자 하는 경우, 약국에서 의료 제공자로부터 새 처방전을 받을 때마다 가입자에게 연락해 의약품이 조제되어 즉시 배송되기를 원하는지 확인을 받게 됩니다. 이 때, 약국이 정확한 약(성능, 함량, 제형 등)을 배송하는지 확인하고, 필요 시에는 대금 청구 및 물품 배송이 이루어지기 전에 주문을 취소하거나 연기할 수 있는 기회가 마련됩니다. 약국에서 연락이 올 때마다 응답해 새 처방전에 대해 어떻게 할지 알리고 배송 지연을 방지하십시오.

의료 제공자 사무실에서 직접 받은 새 처방전의 자동 배송을 거부하려면 우편 주문 가입자 서비스부에 1-888-624-1139,(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락해 주십시오. 또는 caremark.com에 로그인하십시오.

우편 주문 처방약 재구입. 처방약을 이어서 구입하려면 자동 재조제(리필) 프로그램에 가입할 수 있습니다. 가입자가 약을 거의 다 사용한 것으로 저희 기록에 나오면, 이 프로그램에서 자동으로 다음 번 재구입에 대한 처리를 시작합니다. 그러면 약국에서 가입자가 약을 더 필요로 하는지 확인하기 위해 연락을 취해 오며, 이 때 약이 아직 충분히 남아 있거나 이용 약이 변경된 경우에는 예정된 재구입을 취소할 수 있습니다. 자동 재구입 프로그램을 이용하지 않으려면, 다음번 주문품을 제때 받으실 수 있도록 약이 다 떨어지게 될 시점으로부터 최소한 10~14일 전에 미리 약국에 연락하십시오.

우편 주문 처방약의 재조제(리필)를 자동으로 처리하는 프로그램의 이용을 중지하려면 우편 주문 약국:

- **CVS Caremark: 1-888-624-1139(TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오)번으로 연락하십시오.**

약국에서 배송 전에 주문 확인을 위해 가입자에게 연락을 취할 수 있도록 약국에 가장 좋은 연락방법을 알려주십시오. 주문을 할 때마다, 자동 리필 프로그램에 가입할 때 또는 연락처 정보가 변경될 때마다 연락처 정보를 확인해야 합니다.

섹션 2.4 장기간 이용할 의약품을 어떻게 받을 수 있습니까?

장기간 이용할 약을 받으면 비용분담분이 낮아질 수 있습니다. 이 플랜에서는 저희 플랜의 의약품 목록에 수록된 장기간 이용 목적의 "유지" 의약품 공급("연장 공급"이라고도 함)을 두 가지 방법으로 받아보실 수 있습니다(유지의약품이란 만성 또는 장기 질환에 대해 정기적으로 복용하는 약입니다). 이 공급분은 우편 주문(섹션 2.3 참조)을 통해 주문하거나 약국에 갈 수 있습니다.

1. **네트워크에 소속된 소매약국 중 일부**는 유지의약품을 장기적으로 공급해 줍니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에는 네트워크 소속 약국들 가운데 어느 곳에서 유지의약품을 장기적으로 공급해 줄 수 있는지 나와 있습니다. 또한 가입자 서비스부에 연락하여 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

2. 일부 약 종류의 경우, 플랜의 네트워크 **우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다.** 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 구할 수 *없는* 약은 의약품 목록에 **"NM"**으로 표시되어 있습니다. 플랜의 우편 주문 서비스는 최대 90일분까지 주문 가능합니다. 우편 주문 서비스 사용에 대한 자세한 정보는 섹션 2.3을 참조하십시오.

섹션 2.5 어떤 경우에 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국을 사용할 수 있습니까?

가입자의 처방전은 특정 상황에서 보장을 받을 수도 있습니다.

일반적으로, 가입자가 네트워크 소속 약국을 사용할 수 없는 상황에 *한해* 네트워크 비소속 약국에서 구입한 약을 보장해 드립니다. 가입자에게 도움을 드리기 위해 저희 플랜에서는 여러분이 가입자로서 처방약을 구입할 수 있도록 서비스 지역 이외 지역에도 네트워크 소속 약국을 지정해 놓았습니다. 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약을 보장해 드리는 상황은 다음과 같습니다.

- **여행 시:** 가입자가 여행 중이거나 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있는 경우.

  정기적으로 처방약을 투여 받는 상황에서 여행을 가야 할 경우, 여행을 떠나기 전에 약이 충분히 있는지 반드시 확인하십시오. 가급적이면 필요한 약을 다 들고 가십시오. 저희의 우편 주문 약국을 통해 사전에 처방약을 주문할 수 있습니다.

  미국 및 미국령 지역에서 여행 중에 몸이 아프거나, 처방약을 분실했거나, 처방약이 다 떨어진 경우, 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약을 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 비용청구서를 제출하여 저희 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 비용청구서 제출 방법에 대해 확인하려면 7장의 섹션 2.1 비용청구서 제출 방법 및 제출처를 참조하십시오.

  또는 가입자 서비스부에 연락하여 여행 지역에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인할 수도 있습니다.

  단, 의료적인 응급 상황일지라도 미국 및 미국령 이외 지역에 있는 약국에서 구입한 처방약의 비용은 보상해 드리지 않습니다.

- **의료적인 응급 상황 시:** 의료적인 응급 상황 때문에 또는 긴급 진료가 필요했기 때문에 처방전이 필요하다면 어떻게 해야 합니까?

해당 처방전이 의료적인 응급 상황에 대한 치료 또는 긴급 진료와 관련된 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약에 대해서도 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 비용청구서를 제출하여 저희 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 비용청구서 제출 방법에 대해 확인하려면 7장의 섹션 2.1 비용청구서 제출 방법 및 제출처를 참조하십시오.

- **추가적인 상황:** 어떤 상황에서는 네트워크 비소속 약국을 이용하더라도 처방약에 대해 보장을 받습니다.

다음 중 적어도 한 가지가 적용되는 경우에는 네트워크 비소속 약국을 이용하더라도 처방약을 보장해 드립니다.

- 24시간 서비스를 제공하며 합당한 운전 거리 이내에 위치한 네트워크 소속 약국이 없어서 서비스 지역 내에서 적절한 시기에 보장약을 구할 수 없는 상황.
- 방문할 만한 거리에 위치한 네트워크 소속 소매약국 또는 우편 주문 약국에 정기적으로 구비되어 있지 않은 처방약(고비용 및 고유 약품 포함)을 구입하려는 상황.
- 의학적으로 필요하나 Medicare Part B에서 보장되지 않는 예방접종을 받는 상황 및 일부 보장약을 의사 진료실에서 투여 받는 상황.

위에 나온 모든 상황에서, 가입자는 최대 30일분의 처방약을 받을 수 있습니다. 추가적으로, 가입자는 네트워크 비소속 약국이 청구하는 약 비용을 납부하고 플랜으로부터 비용 보장을 받기 위해 관련 서류를 제출해야 할 가능성이 있습니다. 서류 작성 시, 네트워크 비소속 약국을 이용해야만 했던 상황에 대해 설명해 주십시오. 그러면 환급 신청을 처리하는 데 도움이 됩니다.

이러한 상황이 발생하면, **먼저 가입자 서비스부에 연락하여** 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다). 단, 네트워크 비소속 약국에서의 구입가격 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

플랜으로부터 어떻게 비용 환급을 요청하면 됩니까?

네트워크 비소속 약국을 이용해야만 한다면 처방약을 구입하는 시점에 일반적으로 (가입자의 일반적인 비용분담분이 아니라) 약 비용의 전액을 납부해야 합니다. 저희 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다(7장의 섹션 2.1에서는 플랜 측에 비용 환급을 요청하는 방법에 대해 설명합니다).

섹션 3 가입자가 사용하는 약은 이 플랜의 "의약품 목록"에 수록되어 있어야 합니다

섹션 3.1 "의약품 목록"에서는 Part D 약 가운데 어떤 것이 보장되는지 알려 줍니다

이 플랜에는 *"보장 의약품 목록(처방규정)"*이 있습니다. 이 *보장 범위 증명서*에서는 **이를 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다.**

이 목록에 수록된 처방약은 의사 및 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 이 플랜에 의해 선정되었습니다. 이 목록은 Medicare에서 설정한 요건에 부합해야 합니다. Medicare는 플랜의 의약품 목록을 승인했습니다.

의약품 목록에는 Medicare Part D 하에서 보장하는 약들만 수록되어 있습니다(이 장의 앞부분인 섹션 1.1에서 Part D 약에 대해 설명하고 있습니다).

가입자가 이 장에 설명되어 있는 다른 보장 규칙들을 따르며 해당 약을 의학적으로 인정된 적응증에 사용하는 한, 저희는 일반적으로 플랜의 의약품 목록에 수록된 약품을 보장해 드립니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 *다음 두 가지 상황 중 하나*를 의미합니다.

- 미국 식품의약청으로부터 승인을 받은 약의 사용(즉, 처방의 대상이 되는 진단 또는 질환을 위한 약을 미국 식품의약청에서 승인함).
- -- *또는* -- 미국 병원 처방규정 서비스 의약품 정보(American Hospital Formulary Service Drug Information) 및 DRUGDEX 정보 시스템(DRUGDEX Information System) 같은 특정 참고 자료로 뒷받침되는 약의 사용.

의약품 목록에는 브랜드 약과 제네릭 약이 나와 있습니다.

제네릭 약이란 브랜드 약과 주 성분이 동일한 처방약입니다. 일반적으로, 제네릭 약은 브랜드 약과 동일한 효능을 지니며 가격은 더 낮은 편입니다. 많은 수의 브랜드 약을 대체하는 제네릭 약이 시중에 나와 있습니다.

의약품 목록에는 어떤 약이 수록되어 있지 *않습니까*?

플랜에서 모든 처방약을 보장해 드리는 것은 아닙니다.

- 어떤 Medicare 플랜에서도 특정 유형의 약을 보장하지 못하도록 법에서 정한 경우가 있습니다(자세한 정보를 보시려면, 이 장의 섹션 7.1을 참조하십시오).
- 또는 저희 플랜이 특정 약을 의약품 목록에 포함시키지 않기로 한 경우도 있습니다.

섹션 3.2 의약품 목록에 수록된 약에는 여섯 종류의 "비용 분담 범주"가 적용됩니다

플랜의 의약품 목록에 수록된 모든 약은 이 여섯 범주의 비용분담 방식 중 하나에 속하게 됩니다. 일반적으로, 비용 분담 범주가 높을 수록, 약 비용도 높습니다.

- 범주 1(우대 제네릭 약)에는 선호하는 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 2(제네릭 약)에는 선호하는 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 3(우대 브랜드 약)에는 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 4(비우대 약)에는 비우대 브랜드 약 및 비우대 제네릭 약이 포함됩니다.
- 범주 5(특수 범주)에는 고비용 브랜드 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 높은 범주입니다.
- 범주 6(선별된 당뇨 의약품)에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 낮은 범주입니다.

해당 약이 어떤 비용 분담 범주에 속하는지 확인하려면 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오.

각각의 비용 분담 범주에 속한 약에 대한 납부 금액은 6장*(Part D 처방약에 대한 가입자 부담분)에 나와 있습니다.*

섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 수록되어 있는지를 어떻게 확인할 수 있습니까?

세 가지 방법으로 확인할 수 있습니다.

1. 전자식으로 제공한 최신 의약품 목록을 확인하십시오
2. 플랜의 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetca)를 방문하십시오. 웹사이트에는 항상 최신 상태의 의약품 목록이 게시되어 있습니다.
3. 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있는지 확인하거나 의약품 목록 사본을 요청하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 4 일부 약에 대한 보장에는 제한사항이 있습니다

섹션 4.1 왜 일부 약에는 제한사항이 적용됩니까?

특정 처방약의 경우, 언제, 어떻게 플랜이 해당 약을 보장하는지에 대해 제한하는 특별 규칙이 적용됩니다. 가입자들이 가장 효과적인 방식으로 약을 사용하도록 도움을 드리기 위해 의사 및 약사로 구성된 팀이 이러한 규칙을 개발했습니다. 또한 이 특별 규칙은 전반적인 약 비용을 통제하는 데에도 도움이 되며, 더욱 저렴하게 보장을 받을 수 있도록 해 줍니다.

일반적으로, 이 규칙은 가입자가 자신의 의학적 상태에 효능을 발휘하는 동시에 안전하며 효과적인 약을 구할 것을 권장합니다. 이 플랜의 규칙은 저비용의 안전한 약이 보다 고비용의 약만큼 의학적 효능을 발휘하는 경우마다 가입자 및 의료 제공자가 저비용의 약을 선택할 것을 권장하도록 마련되었습니다. 또한 저희는 약 보장 및 비용 분담과 관련하여 Medicare의 규칙 및 규제를 준수해야 합니다.

가입자가 사용하는 약에 제한사항이 있다면, 이는 통상적으로 의약품 보장을 위해서 가입자 또는 의료 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다. 가입자에게 제한사항이 적용되지 않도록 하려면 보장 결정 절차를 밟아 저희에게 예외 적용을 요청하셔야 합니다. 이에 대해 저희는 동의할 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있습니다(예외 요구에 대한 정보를 보시려면, 9장의 섹션 6.2를 참조하십시오).

어떤 약은 의약품 목록에 두 번 이상 나오는 경우가 있음에 유의하십시오. 이는 의료 제공자가 처방한 약의 효능, 함량, 제형 등 요소에 근거하여 각기 다른 제한사항이나 비용 분담 방식이 적용될 수 있기 때문입니다(예를 들어, 10mg 또는 100mg; 하루 1회 또는 하루 2회; 알약 또는 물약).

섹션 4.2 어떤 종류의 제한사항이 있습니까?

가입자들이 가장 효과적인 방식으로 약을 사용하도록 도움을 드리기 위해 저희 플랜에서는 다양한 종류의 제한사항을 적용합니다. 특정 약에 적용되는 제한사항의 유형에 대해 아래에 자세히 설명되어 있습니다.

제네릭 약을 구할 수 있는 경우에 브랜드 약을 제한함

일반적으로, "제네릭 약"은 브랜드 약과 동일한 효능을 지니며 가격은 더 낮은 편입니다. **대부분의 경우, 브랜드 약에 대응하는 제네릭 약을 구할 수 있다면 네트워크 소속 약국에서 이러한 제네릭 약을 가입자에게 드립니다.** 저희는 통상적으로 브랜드 약에 대응하는 제네릭 약을 구할 수 있다면 해당 브랜드 약은 보장해 드리지 않습니다. 그러나 제네릭 약이든, 아니면 그 약과 동일한 질환을 치료하는 기타 보장약이든 가입자에게 효능을 발휘하지 못한다고 의료 제공자가 저희에게 통보하는 경우에는 브랜드 약을 보장해 드립니다(가입자의 비용분담분은 브랜드 약이 제네릭 약에 비해 더 클 수 있습니다).

플랜으로부터 사전 승인 얻기

일부 약의 경우, 저희가 해당 약을 보장해 드린다고 동의하기 전에 가입자 또는 의료 제공자가 플랜으로부터 승인을 얻어야 합니다. 이를 **"사전 승인"**이라고 합니다. 이러한 사전 승인 요건은 특정 약을 적절하게 사용하도록 유도하는 데 도움이 되는 경우가 있습니다. 사전 승인을 받지 못하면 플랜에서 약을 보장받지 못할 수 있습니다.

다른 약 시도해 보기

이 요건은 플랜에서 어떤 약을 보장해 주기 전에 일반적으로 이 약과 효능은 동일하나 비용은 더 낮은 약을 가입자가 시도해 볼 것을 권장합니다. 예를 들어, A와 B라는 각각의 약이 동일한 의학적 상태에 대한 치료제라면, 플랜에서는 A 약을 먼저 시도해 볼 것을 요구할 것입니다. 만일 가입자에게 A 약이 효능을 발휘하지 못하는 경우, 플랜에서는 B 약을 보장해 드립니다. 다른 약을 먼저 시도해 보라는 이 요건을 가리켜**"단계적 치료법"**이라고 합니다.

분량 제한

일부 약에 대해, 저희는 가입자가 처방약 구입 시마다 받을 수 있는 약 분량을 제한함으로써 가입자가 받을 수 있는 약의 분량을 제한합니다. 예를 들어, 어떤 약이 하루 1정만 복용해야 안전하다고 일반적으로 간주되는 경우, 저희는 하루 1정 이하로 처방약 보장을 제한할 수 있습니다.

섹션 4.3 이들 제한사항이 가입자의 약에 적용됩니까?

플랜의 의약품 목록에는 위에 설명한 제한사항에 대한 정보가 나와 있습니다. 이들 제한사항이 가입자가 복용하거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면, 의약품 목록을 확인하십시오. 최신 정보를 보시려면, 가입자 서비스부에 연락하거나(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 당사 웹사이트 (www.wellcare.com/healthnetca)를 확인하십시오.

가입자가 사용하는 약에 제한사항이 있다면, 이는 통상적으로 의약품 보장을 위해서 가입자 또는 의료 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다.
복용하고자 하는 약에 제한사항이 적용될 경우, 가입자 서비스부에 연락하여 가입자 또는 의료 제공자가 보장을 받기 위해 무슨 조치를 취해야 하는지 알아보십시오. 가입자에게 제한사항이 적용되지 않도록 하려면 보장 결정 절차를 밟아 저희에게 예외 적용을 요청하셔야 합니다. 이에 대해 저희는 동의할 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있습니다(예외 요구에 대한 정보를 보시려면, 9장의 섹션 6.2를 참조하십시오).

섹션 5 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있다면 어떻게 해야 합니까?

섹션 5.1 가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우에 취할 수 있는 방법들이 있습니다

저희는 약 보장이 가입자에게 도움이 되기를 희망합니다. 하지만 가입자가 현재 복용 중인 처방약 또는 복용을 해야 한다고 가입자 본인 및 의료 제공자가 생각하는 약이 저희 처방규정에 없거나, 있어도 제한사항이 따르는 수가 있습니다. 예를 들면:

- 해당 약이 전혀 보장되지 않을 수도 있습니다. 또는 해당 약에 대응하는 제네릭 약은 보장되나 가입자가 복용하고자 하는 브랜드 약은 보장되지 않을 수도 있습니다.
- 해당 약이 보장은 되나, 추가 규칙 또는 제한사항이 보장에 적용될 수 있습니다. 섹션 4에서 설명한 바와 같이, 플랜에서 보장하는 약 가운데 일부에는 사용에 제한을 가하는 추가 규칙이 적용됩니다. 예를 들어, 가입자가 복용하고자 하는 약에 대한 보장을 하기 전에 다른 약을 먼저 시도하여 그 약이 효능을 발휘하는지 확인하도록 요구할 수 있습니다. 또는 특정 기간 동안 보장받는 약의 분량(정제 개수 등)을 제한할 수도 있습니다. 어떤 경우에는, 제한사항을 적용하지 말아 달라고 가입자가 저희에게 바랄 수도 있습니다.
- 해당 약이 보장은 되나, 생각보다 가입자의 비용분담분이 더 높아지는 비용 분담 범주에 속하게 되는 경우가 있습니다. 플랜 하에서는 각각의 보장약이 여섯 개의 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 처방약 비용은 해당 약이 어느 비용 분담 범주에 속하는지에 따라 일정 부분 결정됩니다.

가입자의 약 중에서 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 약이 있을 경우에 취할 수 있는 방법들이 있습니다. 가입자가 처한 문제의 유형에 따라 가입자가 선택할 수 있는 방법이 달라집니다.

- 해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 제한사항이 적용된다면, 섹션 5.2로 가서 가입자가 취할 수 있는 방법에 대해 알아보십시오.
- 가입자가 부담할 비용이 생각보다 더 높아지는 비용 분담 범주에 해당 약이 속해 있다면, 섹션 5.3으로 가서 가입자가 취할 수 있는 방법에 대해 알아보십시오.

섹션 5.2 해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한사항이 적용된다면 어떤 조치를 취할 수 있습니까?

해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않다면, 다음과 같은 방법을 취할 수 있습니다.

- 약의 일시적인 공급분만 받을 수도 있습니다(특정 상황에 처한 가입자만이 일시적 공급분을 받을 수 있습니다). 그러면 가입자 및 의료 제공자가 다른 약을 시도하거나 해당 약을 보장해 달라는 요청서를 제출할 수 있는 시간이 마련됩니다.
- 가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다
- 가입자는 예외를 요청하는 한편, 저희 플랜 측에 해당 약을 보장하거나 제한사항을 적용하지 않을 것을 요구할 수 있습니다.

일시적 공급분을 받을 수도 있습니다

해당 약이 의약품 목록에 수록되어 있지 않거나 어떤 식으로든 제한사항이 적용된다면, 특정 상황에 한해 저희 플랜에서 일시적 공급분을 제공해야 합니다. 이렇게 하면 가입자가 의료 제공자와 보장 상의 변경에 대해 논의하며 어떤 조치를 취해야 하는지 생각할 수 있는 시간이 마련됩니다.

일시적 공급분을 받을 자격을 갖추려면, 가입자는 아래와 같은 두 가지 요건을 반드시 충족해야 합니다.

1. **약 보장상의 변경은 반드시 다음 변경 유형 중 하나에 속해야 합니다.**
   - 복용해 오던 약이 **더 이상 의약품 목록에 수록되어 있지 않음**.
   - -- 또는 -- 복용해 오던 약에 **어떤 식으로든 제한사항이 적용됨**(이 장의 섹션 4에 이러한 제한사항에 대한 설명이 나와 있음).
2. **아래 설명된 상황 가운데 하나에 반드시 속해야 합니다.**
   - **신규 가입자 또는 작년에 플랜에 가입한 가입자:**

     이 플랜에 새로 가입한 경우 최소 90일 기간 동안, 그리고 작년에 가입되어 있었던 경우 달력일 기준으로 최초 90일 기간 동안 해당 약을 일시적 공급분만큼 보장해 드립니다. 이 임시 공급분은 소매 약국에서 최대 30일분 장기 치료 약국에서 31일분일 수 있습니다. 이보다 적게 처방된 경우, 소매약국에서 최대 30일분 또는 장기요양 약국에서 31일분만큼 약을 제공할 수 있도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 구입해야 합니다(장기요양 약국에서는 약의 낭비를 방지하기 위해 한 번에 작은 분량만 드리는 경우가 있습니다).

- **90일을 초과한 기간 동안 플랜에 가입되어 있고, 현재 장기요양(LTC) 시설에 입소해 있으며, 약을 즉시 공급받아야 하는 가입자:**

  31일 공급분을 1회 보장해 드리며, 이보다 적은 일수에 대해 처방을 받은 경우에는 그에 맞춰 보장해 드립니다. 이것은 위에 설명한 임시 공급분에 추가되는 것입니다.

- **장기요양(LTC) 시설이나 병원 입원에서 집으로 옮기려고 하며 즉시 임시 공급분이 필요한 플랜의 현재 가입자:**

  이보다 적게 처방된 경우, 최대 30일분 1회 또는 그보다 적게 보장합니다(이 경우 최대 총 30일분 만큼 약을 제공할 수 있도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다).

- **현재 가정 또는 병원 입원에서 장기요양(LTC) 시설로 옮기려고 하며 임시 공급분이 즉시 필요한 플랜의 현재 가입자:**

  이보다 적게 처방된 경우, 최대 31일분 1회 또는 그보다 적게 보장합니다(이 경우 최대 총 31일분 만큼 약을 제공할 수 있도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다).

일시적 공급분을 요청하시려면, 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

일시적 공급분을 받는 기간 동안, 가입자는 의료 제공자와 상의하여 이 공급분이 소진될 때 어떤 조치를 취해야 할지 정해야 합니다. 플랜에서 보장하는 다른 약으로 변경할 수도 있고, 아니면 현재 받아 놓은 약을 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수도 있습니다. 이와 같은 각각의 선택사항에 대한 보다 자세한 설명이 아래에 나와 있습니다.

가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

의료 제공자와 상의하십시오. 플랜에서 보장되며 동일한 효능을 지닌 또 다른 약이 아마 존재할 것입니다. 가입자 서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

예외를 요구할 수 있습니다

가입자 및 의료 제공자는 해당 약을 가입자가 원하는 방식대로 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수 있습니다. 가입자가 예외를 적용해 달라고 요구할 만한 정당한 의학적 이유가 있다고 의료 제공자가 이야기하는 경우, 의료 제공자는 가입자가 규칙에 예외를 적용해 달라고 요청하는 데 도움을 제공할 수 있습니다. 예를 들어, 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있지 않은 약에 대해서도 플랜 측에 보장을 요구할 수 있습니다. 또는 플랜 측에 예외적으로 해당 약을 아무 제한사항 없이 보장해 달라고 요구할 수도 있습니다.

현재 가입자가 복용 중인 약이 내년에 처방규정에서 제거되거나 어떤 방식이든 제한사항이 가해지는 경우, 내년에 처방규정 예외를 적용해 달라는 요청을 사전에 하실 수 있습니다. 내년에 해당 약에 대한 보장에 변경이 있을 경우, 이를 알려 드릴 것입니다. 내년이 시작되기 전에 예외 인정을 요청하시면 해당 요청(또는 처방자의 근거 진술서) 접수 후 72시간 내에 답변을 드리겠습니다. 저희가 이러한 요청을 승인하면, 해당 변경사항이 발효되기 전에 보장을 허가해 드릴 것입니다.

가입자와 의료 제공자가 예외 적용을 요청하고자 할 경우 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 9장, 섹션 6.4에서 알려 드립니다. 이 섹션에서는 가입자의 요청이 신속하고 공정하게 다루어질 수 있도록 Medicare에서 정한 절차 및 기한에 대한 설명이 나와 있습니다.

섹션 5.3 해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는 어떻게 해야 합니까?

해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는 다음과 같은 방법을 취할 수 있습니다.

가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는, 의료 제공자와 상의하십시오. 동일한 효능을 지녔으며 더 낮은 비용 분담 범주에 속하는 또 다른 약이 아마 존재할 것입니다. 가입자 서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다. 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

예외를 요구할 수 있습니다

가입자와 의료 제공자가 플랜 측에 비용 분담 범주에 대해 예외를 적용하여 약 비용 분담을 덜어달라고 요구할 수도 있습니다. 가입자가 예외를 적용해 달라고 요구할 만한 정당한 의학적 이유가 있다고 의료 제공자가 이야기하는 경우, 의료 제공자는 가입자가 규칙에 예외를 적용해 달라고 요청하는 데 도움을 제공할 수 있습니다.

가입자와 의료 제공자가 예외 적용을 요청하고자 할 경우 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 9장, 섹션 6.4에서 알려 드립니다. 이 섹션에서는 가입자의 요청이 신속하고 공정하게 다루어질 수 있도록 Medicare에서 정한 절차 및 기한에 대한 설명이 나와 있습니다.

범주 5의 의약품(특별범주)은 이러한 유형의 예외 적용을 받지 못할 수 있습니다. 이 범주에 속한 약에 대해서는 비용분담분을 낮춰 드릴 수 없습니다.

섹션 6 가입자의 약에 대한 보장에 변경이 발생하면 어떻게 해야 합니까?

섹션 6.1 의약품 목록은 연도 중간에 변경될 수 있습니다

약 보장에 대한 변경은 대부분 매년 시작일(1월 1일)에 발생합니다. 그러나 연도 중간에 의약품 목록에 다양한 종류의 변경을 가할 수도 있습니다. 예를 들어, 플랜에서 다음과 같은 변경을 가할 수 있습니다.

- **약을 의약품 목록에 추가하거나 목록에서 제거합니다.** 신약 및 그에 대응하는 새로운 제네릭 약이 시중에 나올 경우에 해당합니다. 정부가 기존 약에 대한 새로운 사용에 대해 승인한 경우도 있을 수 있습니다. 어떤 약이 리콜 대상이어서 저희가 해당 약을 보장하지 않기로 결정하는 경우도 있습니다. 또는 효능이 없는 것으로 밝혀져서 목록에서 제거시키는 약도 있습니다.
- **약을 더 높거나 더 낮은 비용 분담 범주로 이동함.**
- **약 보장에 가해지는 제한사항을 추가하거나 제거함**(보장에 가해지는 제한사항에 대한 자세한 정보를 보시려면, 이 장의 섹션 4를 참조하십시오).
- **브랜드 약을 제네릭 약으로 대체함.**

당사는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 반드시 준수합니다.

섹션 6.2 복용 중인 약에 대한 보장에 변경이 발생할 경우 어떻게 해야 합니까?

약 보장 변경에 관한 정보

연내에 의약품 목록 변경이 있는 경우, 당사의 웹사이트에 그 변경 내용을 게시합니다. 최종 업데이트 이후에 일어난 변경 사항이 포함되도록 정기적으로 당사의 온라인 의약품 목록을 업데이트하겠습니다. 귀하가 복용하고 있는 약에 변동이 생기면 저희가 직접 통보를 하는 시기를 아래에서 알려드립니다. 또한 가입자 서비스부에 연락하여 자세한 정보를 문의할 수도 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

약 보장에 가해지는 변경이 가입자에게 즉시 영향을 끼칩니까?

올해 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변동 사항: 다음과 같은 경우에 귀하는 현재 연도 동안의 보장 변경에 의해 영향을 받게 됩니다.

- **의약품 목록에 있는 브랜드 약이 새로운 제네릭 약으로 교체됩니다(또는 당사는 비용 분담 범주를 변경하거나 브랜드 약에 새로운 제한 사항을 추가하거나 둘 다 수행합니다)**

- 당사는 브랜드 약을 동일하거나 더 낮은 비용 분담 범주에 있고 제한 사항이 동일하거나 더 적은 승인된 제네릭 버전의 동일한 약으로 대체하는 경우 당사의 의약품 목록에서 해당 브랜드 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 또한 새로운 제네릭 약을 추가할 경우, 당사는 브랜드 약을 당사의 의약품 목록에 계속 두기로 결정할 수도 있지만, 그 약을 높은 비용 분담 범주로 즉시 옮기거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 또는 둘 다 수행할 것입니다.
- 가입자가 현재 해당 브랜드 약을 복용 중이더라도 저희는 그런 변경을 하기 전에 가입자에게 미리 알리지 않을 수도 있습니다.
- 가입자 또는 가입자의 처방자가 당사에 예외를 적용하여 해당 브랜드 약을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외 인정 요청 방법에 관한 정보는 9장(*가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)*)을 참조하십시오.
- 당사가 변경을 하는 시점에 가입자가 해당 브랜드 약을 복용하고 있다면, 당사의 구체적인 변경 사항에 관한 정보를 가입자에게 제공할 것입니다. 여기에는 브랜드 약을 보장받기 위한 예외를 요청할 조치에 관한 정보도 포함될 것입니다. 당사가 변경을 하기 전에는 이 통지를 받지 못할 수도 있습니다.

- **시장에서 회수된 안전하지 않은 약과 의약품 목록에 수록된 다른 약들**
  - 가끔 어떤 약이 갑자기 회수되기도 하는데, 이는 안전하지 않다고 확인되었거나 다른 이유로 시장에서 없어졌기 때문입니다. 이런 일이 발생하면, 당사는 해당 약을 의약품 목록에서 즉시 삭제할 것입니다. 그 약을 복중 중이라면 이 변동 사실을 즉시 알려드리겠습니다.
  - 처방자도 이런 변경사항에 대해 알게 되며, 해당 질환에 대한 또 다른 약을 찾기 위해 가입자와 협력할 수 있습니다.
- **의약품 목록에 수록된 약에 대한 기타의 변경 사항**
  - 보험 연도가 시작된 후 가입자가 복용하는 약에 영향을 주는 다른 변경을 할 수도 있습니다. 예를 들어, 당사는 브랜드 약을 교체하거나 비용 분담 범주를 변경하거나 브랜드 약에 새로운 제한 사항을 추가하거나 또는 둘 다 수행하기 위해 시중에 새로 나온 것이 아닌 제네릭 약을 추가할 수도 있습니다. 또한 당사는 FDA 박스 경고 또는 Medicare에서 인정한 새로운 임상 지침에 따라 변경을 할 수도 있습니다. 가입자에게 최소 30일 전에 변경사항을 통지하거나, 변경사항을 통지 후 네트워크 소속 약국에서 이용하고 계신 30일분의 리필을 제공해야 합니다.
  - 변경사항을 통지 받은 후에 가입자는 처방자와 협력하여 당사가 보장하는 다른 약으로 바꾸어야 합니다.

- 또는 가입자나 가입자의 처방자가 당사에 예외를 적용하여 해당 약을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 예외 인정 요청 방법에 관한 정보는 9장*(문제 또는 불만사항(보장 결정, 이의 신청, 불만사항)이 있는 경우 어떤 조치를 취해야 합니까)*을 참조하십시오.

현재 약을 복용하고 있는 사람들에게 영향을 주지 않는 약품 목록에 있는 약품의 변경 사항: 위에서 설명하지 않은 의약품 목록의 변경에 대해서, 가입자가 현재 그 약을 복용하고 있더라도, 가입자가 플랜 가입을 유지하고 있다면 다음 연도의 1월 1일까지는 다음 유형의 변경 사항이 가입자에게 영향을 주지 않습니다.

- 해당 약이 더 높은 비용 분담 범주로 이동되는 경우.
- 해당 약의 사용에 새로운 제한사항이 가해지는 경우.
- 귀하의 약을 의약품 목록에서 삭제함

복용 중인 약에 대해 다음의 변동 중 어느 것이라도 발생하는 경우(시장 회수 때문이나 제네릭 약이 브랜드 약을 대체하거나 위의 섹션에서 명시된 다른 변동 때문이 아님), 그 변동은 다음 연도의 1월 1일까지 약 이용이나 비용 분담으로서 지불할 금액에 영향을 주지 않습니다. 이 날짜까지는 아마도 가입자가 납부해야 할 금액이 늘어나거나 가입자의 약 사용에 대해 추가적인 제한사항이 발생하지 않을 것입니다. 가입자에게 영향을 주지 않는 변경 사항에 관해서는 이번 연도에 직접 통보하지는 않습니다. 그러나 다음 연도의 1월 1일에는 그 변동이 가입자에게 영향을 미치게 될 것이므로, 약에 변경 사항이 있는지 새로운 혜택 연도의 의약품 목록을 확인하는 것이 중요합니다.

섹션 7 어떤 유형의 약들이 이 플랜에서 보장되지 *않습니까*?

섹션 7.1 보장되지 않는 약 유형

이 섹션에서는 어떤 종류의 처방약이 "제외"되는지 알려줍니다. 이는 Medicare가 이러한 약에 대한 비용을 지불하지 않음을 의미합니다.

가입자가 보장에서 제외되는 약을 받을 경우, 가입자 본인이 반드시 이에 대한 비용을 부담해야 합니다. 저희는 이 섹션에 나열된 약들에 대해 비용을 부담하지 않습니다(저희의 강화된 의약품 보장 하에서 보장하는 특정 제외 약품은 예외임). 단, 유일한 예외사항은 다음과 같습니다. 이의 신청을 통해 요청된 약이 Part D에서 보장이 제외되지 않은 약인 것으로 밝혀지고, 가입자가 처한 특정 상황으로 인해 저희가 이 약에 대한 비용을 부담해야 하거나 보장을 제공해야 할 경우(어떤 약을 보장하지 않기로 한 저희 플랜의 결정사항을 상대로 이의를 신청하는 방법에 대한 정보를 보시려면, 이 책자의 9장의 섹션 6.5로 가십시오).

다음은 Medicare 의약품 플랜이 Part D에서 보장하지 않는 약에 대한 세 가지의 일반 규칙입니다.

- 저희 플랜의 Part D 약 보장에서는 Medicare Part A 또는 Part B에서 보장하는 약을 보장해 드릴 수 없습니다.
- 플랜에서는 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입한 약에 대해서는 보장해 드릴 수 없습니다.
- 플랜은 통상적으로 허가받지 않은 용도로 약을 사용하는 것에 대해 보장해 드릴 수 없습니다. "허가받지 않은 용도로의 사용"이란 약 라벨에 표시되었으며 미국 식품의약청에서 승인한 용도와는 다른 용도로 약을 사용하는 것을 의미합니다.
    - 일반적으로 "허가받지 않은 용도로의 사용"에 대한 보장은 미국 병원 처방규정 서비스 의약품 정보(American Hospital Formulary Service Drug Information) 및 DRUGDEX 정보 시스템(DRUGDEX Information System)과 같은 특정 참고 자료로 뒷받침되는 경우에만 허용됩니다. 해당 사용에 대해 어떤 참고도서에도 근거가 나와 있지 않은 경우에는 저희 플랜에서 그 "허가받지 않은 용도로의 사용"을 보장해 드릴 수 없습니다.

또한 법에 의해, 다음과 같은 약 종류는 Medicare 의약품 플랜에서 보장해 드리지 않습니다.

- 비처방 의약품(일반의약품)
- 임신 능력을 촉진하기 위해 사용하는 약
- 기침 또는 감기 증상을 완화하기 위해 사용하는 약
- 미용 목적으로 또는 모발 성장을 촉진하기 위해 사용하는 약
- 임산부용 비타민 및 불소 적용을 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능이나 발기 부전 치료를 위해 사용되는 약
- 거식증, 체중감량 또는 체중증가 치료를 위해 사용하는 약
- 외래약 제약업체가 판매 조건으로서 관련 검사 또는 모니터링 서비스를 해당 업체로부터만 구입해야 한다고 요구하는 경우에 해당 약

저희는 Medicare 처방약 플랜(강화된 의약품 보장)에서 일반적으로 보장해 드리지 않는 일부 처방약에 대한 추가 보장을 제공합니다. 성기능이나 발기 부전 치료를 위해 사용되는 일부 의약품을 보장합니다. 이러한 의약품은 분량 제한이 있을 수 있습니다. 이들 처방약의 구입비는 고액 보장 단계를 이용할 수 있는 자격을 결정할 때 산입되지 않습니다(고액 보장 단계에 대한 설명은 이 책자의 6장의 섹션 7에 나와 있습니다).

또한 처방약을 구입할 때 **Medicare로부터 "Extra Help"**를 받는 경우, 이 "Extra Help" 프로그램에서는 일반적으로 보장되지 않는 약품에 대해서 비용을 지급하지 않습니다(자세한 정보를 확인하려면 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다). 그러나 Medicaid를 통해 약을 보장받고 있다면, 주 Medicaid 프로그램은 일반적으로 Medicare 약 플랜에서 보장되지 않는 일부 처방약을 보장할 수 있습니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 해당 주 Medicaid 프로그램에 문의하시기 바랍니다(Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 2장의 섹션 6에 나와 있습니다).

섹션 8 처방약 구입 시, 플랜 가입자 카드를 제시하십시오

섹션 8.1 플랜 가입자 카드를 제시하십시오

가입자가 선택한 네트워크 소속 약국에서 처방약을 구입할 때, 플랜 가입자 카드를 제시하십시오. 네트워크 소속 약국에서 플랜 가입자 카드를 제시하면, 약국은 처방약에 대한 *저희의* 비용분담분을 플랜 측에 자동 청구합니다. 그리고 가입자가 처방약을 구입하여 받는 시점에 *자신의* 비용분담분을 약국에 납부해야 합니다.

섹션 8.2 가입자 카드를 지참하고 있지 않은 경우에는 어떻게 해야 합니까?

약국에서 처방약을 구입할 때 가입자 카드를 지참하고 있지 않다면, 플랜에 연락하여 필요한 정보를 얻으라고 당부하십시오.

이때 약국이 필요한 정보를 얻지 못하는 경우에는 **가입자가 처방약을 받을 때 비용 전액을 납부해야 할 수도 있습니다**(저희 쪽의 비용분담분 **환급을 요청**하실 수 있습니다. 플랜 측에 환급을 요구하는 방법에 대한 정보를 보시려면, 7장의 섹션 2.1을 참조하십시오).

섹션 9 특별한 상황에서의 Part D 약 보장

섹션 9.1 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 상황에서는 어떻게 해야 합니까?

가입자가 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 중인 상황에 있다면, 그 기간 동안 저희가 일반적으로 처방약 비용을 보장해 드립니다. 병원에서 퇴원하거나 전문요양시설에서 퇴소하면, 플랜에서는 해당 약이 저희의 모든 보장 규칙에 부합하는 한 해당 약을 보장해 드립니다. 약 보장을 받기 위한 규칙에 대해 설명한 이 섹션의 이전 부분을 참조하십시오. 6장*(Part D 처방약에 대한 가입자 부담분)*에서는 약 보장 및 가입자 부담분에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

참고: 전문 요양 시설에 입소, 거주 또는 퇴소할 때 특별 등록 기간이 주어집니다. 이 기간 동안 가입자는 다른 플랜으로 옮기거나 보장을 변경할 수 있습니다(10장, *플랜 가입 상태 종료에서는 언제 저희 플랜을 종료할 수 있고* 또 다른 Medicare 플랜에 가입할 수 있는지에 대해 설명합니다).

섹션 9.2 장기요양(LTC) 시설에 입소해 있는 가입자라면 어떻게 해야 합니까?

통상적으로, 장기요양(LTC) 시설(요양원 등)에는 자체 약국 또는 모든 입소자를 위한 약을 공급해 주는 약국이 있습니다. 가입자가 장기요양시설 입소자인 경우, 해당 시설의 약국이 저희 네트워크 소속이라면 이 약국을 통해 처방약을 구할 수 있습니다.

장기요양시설의 약국이 네트워크 소속인지 알아보려면, *의료 제공자 및 약국 명부를* 확인하십시오. 만일 해당 약국이 네트워크 소속이 아니거나 자세한 정보가 필요하시면, 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

장기요양(LTC) 시설에 입소해 있는 상태에서 저희 플랜에 새로 가입한 가입자라면 어떻게 해야 합니까?

저희 의약품 목록에 수록되어 있지 않으며 어떤 방식이든 제한사항이 적용되는 약이 필요한 경우, 가입한 후 최초 90일 기간 동안 해당 약에 대한 **일시적 공급분을** 보장해 드립니다. 전체 공급분은 최대 31일 공급분이고 해당 처방전이 그보다 적은 일수에 대한 것이라면 그 만큼의 약을 제공합니다(장기 치료 약국(LTC)에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 더 적은 양의 약을 제공할 수 있습니다). 가입자가 당사 플랜에 가입한 기간이 90일 이상이고 당사 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품이 필요한 경우 또는 해당 의약품에 대해 플랜의 제한사항이 적용되는 경우, 당사는 31일분을 1회 보장하며 이보다 적은 일수에 대해 처방을 받은 경우에는 그에 맞춰 보장해 드립니다.

일시적 공급분을 받는 기간 동안, 가입자는 의료 제공자와 상의하여 이 공급분이 소진될 때 어떤 조치를 취해야 할지 정해야 합니다. 플랜에서 보장되며 동일한 효능을 지닌 또 다른 약이 아마 존재할 것입니다. 가입자 및 의료 제공자는 해당 약을 가입자가 원하는 방식대로 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수 있습니다. 가입자와 의료 제공자가 예외 적용을 요청하고자 할 경우 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 9장, 섹션 6.4에서 알려 드립니다.

섹션 9.3 직장 또는 은퇴자 그룹 플랜으로부터도 약 보장을 받는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

현재, 본인의(또는 배우자의) 직장이나 은퇴자 그룹으로부터도 처방약 보장을 받고 계십니까? 그렇다면, **해당 그룹의 의료혜택 관리자**에게 연락하십시오. 현재의 처방약 보장이 저희 플랜과 어떻게 상호 작용할 것인지를 가입자가 결정할 때 도움을 받으실 수 있습니다.

일반적으로, 가입자가 현재 직장이 있는 경우라면 저희 플랜에서 받으시는 처방약 보장이 직장 또는 은퇴자 그룹 보장에 대해 *이차적으로* 적용될 것입니다. 이는 그룹 보장에서 먼저 의료비를 부담해 준다는 것을 의미합니다.

'신뢰할 만한 보장'에 대한 설명:

매년, 직장 또는 은퇴자 그룹에서는 가입자의 내년도 처방약 보장이 "신뢰할 만한지"에 대한 고지문 및 선택 가능한 약 보장 종류에 대한 안내문을 발송합니다.

그룹 플랜으로부터 받는 보장이 **"신뢰할 만하다"**라는 표현은 해당 플랜이 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 약 보장을 갖추고 있다는 의미입니다.

나중에 필요할 수 있기 때문에 **신뢰할 만한 보장에 대한 고지문**을 잘 보관하십시오. Part D 약 보장이 포함된 Medicare 플랜에 등록할 경우, 신뢰할 만한 보장을 유지해 왔다는 사실을 보여 주기 위해 이들 고지문이 필요할 것입니다. 직장 또는 은퇴자 그룹 플랜으로부터 신뢰할 만한 보장에 대한 고지문을 받지 못했다면, 해당 플랜의 의료혜택 관리자나 직장 또는 노동조합으로부터 고지문 사본을 구하실 수 있습니다.

섹션 9.4 Medicare 공인 호스피스에 입소해 있는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 가입자가 Medicare 호스피스에 등록되어 있으며 가입자의 말기 질환 또는 관련 상태와 무관하기 때문에 호스피스에서 보장해 주지 않는 구토억제제, 하제, 진통제 또는 항불안제를 필요로 할 경우, 저희 플랜에서 해당 약을 보장해 드리기에 앞서 이 약이 가입자의 상태와 무관하다는 사실을 처방자 또는 호스피스 의료 제공자로부터 반드시 통보받아야 합니다. 가입자의 상태와 무관하며 저희 플랜에서 보장해야 할 약이 늦게 도착하는 것을 방지하려면 가입자는 처방약을 제공해 달라고 약국에게 요청하기에 앞서 해당 약이 무관하다는 내용의 고지문을 저희가 받을 수 있도록 조치를 취해 달라고 호스피스 의료 제공자 또는 처방자에게 요청할 수 있습니다.

가입자가 호스피스 선택을 취소하거나 호스피스에서 퇴소하는 경우, 저희 플랜은 가입자가 사용하는 모든 약에 대해 보장해 드려야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료되는 시점에 약국에서의 약 공급이 지연되는 것을 방지하려면 가입자는 호스피스 선택 취소 또는 퇴소를 입증하는 서류를 약국에 가져 가야 합니다. Part D에 따라 약 보장을 받기 위한 규칙에 대해 설명한 이 섹션의 이전 부분을 참조하십시오. 6장*(Part D 처방약에 대한 가입자 부담분)*에서는 약 보장 및 가입자 부담분에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

섹션 10 의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램

섹션 10.1 가입자의 안전한 약 사용을 도와주는 프로그램

저희는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 약 사용에 대한 검토를 실시합니다. 이러한 검토는 두 곳 이상의 의료 제공자로부터 약을 처방 받는 가입자들에게 특히 중요합니다.

저희는 가입자가 매번 처방약을 구입할 때마다 이러한 검토를 실시합니다. 또한 정기적으로 저희의 자체 기록도 검토합니다. 검토 중에 저희는 다음과 같은 잠재적인 문제가 있는지 확인합니다.

- 발생 가능한 투약 오류
- 가입자가 동일한 의학적 상태를 치료하기 위해 이미 다른 약을 복용하고 있으므로 불필요할 수 있는 약
- 가입자의 나이 또는 성별 때문에 안전성 또는 적절성에 문제가 있는 약
- 동시에 복용했을 때 가입자에게 해를 끼치는 특정 약 조합
- 가입자가 알레르기 반응을 보이는 성분을 함유한 약에 대한 처방전
- 가입자가 투여받고 있는 약의 용량(투여 용량) 오류 가능성
- 과도한 용량의 오피오이드 진통제

약 사용에 대한 문제 가능성이 보이는 경우, 저희는 이 문제를 시정하기 위해 가입자의 의료 제공자와 협력할 것입니다.

섹션 10.2 가입자들이 오피오이드 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램(DMP)

당사는 가입자들이 처방 오피오이드 약물 및 자주 남용되는 기타의 약물들을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 약물 관리 프로그램(DMP)라고 합니다. 몇 명의 의사나 여러 약국에서 받은 오피오이드를 사용하고 있거나 최근 오피오이드를 과다복용한 경우, 저희는 가입자의 의사에게 가입자가 의학적 필요에 따라 적절히 오피오이드 약물을 사용할 수 있도록 하라고 말하기도 합니다. 가입자의 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물 사용이 안전하지 않다고 판단되면, 저희는 가입자의 의사와 협력하여 가입자가 해당 약물을 구할 수 있는 방법을 제한할 수도 있습니다. 제한 내용:

- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 약국(들)에서 받도록 요구함
- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 의사(들)에게서 받도록 요구함

- 당사가 가입자에게 보장하는 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물의 양을 제한함

만약 저희가 이런 제한 사항 중 한 가지 이상을 가입자에게 적용해야 한다고 판단하면, 가입자에게 미리 서신을 보내드립니다. 그 서신에는 가입자에게 적용될 것으로 생각되는 제한을 설명하는 내용이 포함됩니다. 또한 가입자는 어떤 의사나 약국을 선호하는지 의견을 전달할 수 있으며, 저희가 알아야 할 기타 중요한 정보를 제공할 수 있습니다. 가입자가 응답한 이후에 저희가 해당 약들에 대한 보장 혜택을 제한하기로 결정하는 경우 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다. 저희가 실수를 하였다고 생각되거나 가입자가 처방약 남용의 위험이 있다는 당사의 결정이나 제한에 동의하지 않으시면, 가입자와 가입자의 처방자가 당사에 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 이의 신청을 하는 경우 가입자의 케이스를 검토하고 결정을 제공할 것입니다. 의약품 접근 제한과 관련하여 귀하의 요청 중 어느 부분이라도 계속 거부하는 경우 당사는 귀하의 케이스를 당사의 플랜 이외의 독립 검토 기관에 자동으로 발송할 것입니다. 이의 신청 방법에 관한 정보는 9장을 참조하십시오.

가입자가 암이나 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 질환이 있거나 호스피스 간호, 일시 처방 또는 시한부 환자 간호를 받고 있거나 장기요양 시설에서 살고 있는 경우에는 DMP가 적용되지 않을 수도 있습니다.

섹션 10.3 가입자의 약 관리를 도와주는 약물치료관리(MTM) 프로그램

저희는 건강상 복잡한 필요사항을 지닌 가입자들을 도와드리는 프로그램을 운영하고 있습니다.

이 프로그램에는 자발적으로 참여할 수 있으며, 가입자에게 무료로 제공됩니다. 약사와 의사로 구성된 팀이 이 프로그램을 개발했습니다. 이 프로그램은 가입자들이 약을 복용하면서 최대한의 혜택을 누릴 수 있도록 도와줍니다. 이 프로그램의 명칭은 약물치료관리(MTM) 프로그램입니다.

각기 다른 의학적 상태에 대해 여러 약을 복용하며 약값이 비싸거나 DMP에 가입하여 가입자가 오피오이드를 안전하게 사용하도록 도와주는 일부 가입자들이 MTM 프로그램에 참여할 자격이 있습니다. 가입자가 투여 받는 모든 약에 대해 약사 또는 기타 의료 전문가가 종합적인 검토를 실시합니다. 약을 가장 효과적으로 사용할 수 있는 방법, 본인부담금, 현재 처한 문제나 처방약 및 일반의약품 관련 질문에 대해 상담받을 수 있습니다. 그리고 상의 내용을 요약한 문서를 받게 됩니다. 이 요약서에는 약을 가장 효과적으로 사용하기 위해 취할 수 있는 방법에 대해 권고하는 의약품사용 조치 계획이 수록되어 있으며, 메모 또는 후속 질문을 기록할 공간도 마련되어 있습니다. 또한 복용 중인 모든 약 및 각각의 복용 이유가 기재된 개인 의약품 목록도 받게 됩니다. 또한 MTM 프로그램 가입자는 관리 대상인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

약 사용 계획 및 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의할 수 있도록 연간 "웰니스" 방문 전에 위에 설명한 약에 대해 검토하는 것이 좋습니다. 검토를 위한 방문 시 또는 의사, 약사 및 기타 의료 전문가와 이야기를 할 때 언제라도 위에 설명한 약 사용 계획 및 의약품 목록을 지참하십시오. 또한 병원 또는 응급실을 방문할 때 의약품 목록을(예를 들어, ID와 함께) 지참하십시오.

가입자의 필요사항에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 해당 프로그램에 자동으로 등록시켜 드리고 관련 정보를 발송해 드리겠습니다. 프로그램에 참여하고 싶지 않을 경우, 저희에게 이를 알려주시면 등록을 취소해 드리겠습니다. 이들 프로그램에 대해 질문이 있으시면, 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

6장

Part D 처방약에 대한 가입자 부담분

6장. Part D 처방약에 대한 가입자 부담분

섹션 1 개요 150
섹션 1.1 약 보장에 대해 설명한 다른 자료들과 함께 이 장을 사용하십시오 ... 150
섹션 1.2 보장약에 대해 납부해야 할 본인부담금 유형 151
섹션 2 가입자가 약 구입 시 납부해야 할 금액은 약을 받을 때 어느 "의약품 비용 지불 단계"에 속해 있는지에 따라 달라집니다 151
섹션 2.1 플랜 가입자에 대한 약 비용 지불 단계란 무엇입니까? 151
섹션 3 저희는 가입자가 약 구입 시 납부한 금액 및 가입자가 어느 납부 단계에 속해 있는지를 설명하는 보고서를 발송해 드립니다. 153
섹션 3.1 "Part D 혜택 설명서"("Part D EOB")라는 제목의 월간 보고서를 발송해 드립니다 153
섹션 3.2 저희가 가입자의 납부금액에 대한 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 협조해 주십시오 154
섹션 4 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 공제액은 없습니다 155
섹션 4.1 Part D 약에 대해서는 가입자가 공제액을 납부할 필요가 없습니다 ... 155
섹션 5 초기 보장 단계에서 플랜은 플랜 부담분을, 가입자는 가입자 부담분을 납부합니다 155
섹션 5.1 가입자의 납부금액은 어떤 약인지 그리고 어디에서 처방약을 구입하는지에 따라 달라집니다 155
섹션 5.2 *1개월* 약 공급분에 대한 가입자 비용을 보여 주는 표 156
섹션 5.3 의사가 1개월 미만 공급분의 약을 처방하는 경우, 해당 월 전체 공급분에 대한 비용을 납부하지 않아도 될 수 있습니다. 159
섹션 5.4 *장기*(61~90일) 공급분에 대한 가입자의 비용을 보여 주는 표 160
섹션 5.5 가입자의 연간 약 비용 총액이 $4,430에 도달할 때까지 가입자는 초기 보장 단계에 속합니다 162
섹션 6 보장 공백 단계 동안, 가입자는 브랜드 약에 대해 할인을 받고 제네릭 약은 비용의 25% 이상을 지불하지 않습니다 163
섹션 6.1 가입자 본인부담금이 $7,050에 도달할 때까지 가입자는 보장 공백 단계에 속합니다 163
섹션 6.2 Medicare가 처방약에 대한 가입자의 본인부담금을 어떻게 계산합니까? 164

섹션 7 고액 보장 단계에서 플랜은 가입자 약에 대한 비용의 대부분을 부담합니다. 166

섹션 7.1 가입자가 고액 보장 단계로 넘어오면, 해당 연도의 남은 기간 동안 계속 이 단계에 속하게 됩니다 166

섹션 8 Part D에서 보장하는 예방접종에 대한 가입자의 납부금액은 가입자가 예방접종을 어떻게 그리고 어디서 받는지에 따라 달라집니다 166

섹션 8.1 저희 플랜에서는 Part D 예방접종 자체에 대해 그리고 가입자에게 예방접종을 제공하는 비용에 대해 별도의 보장을 갖추었습니다..... 166

섹션 8.2 예방접종을 받기 전에 가입자 서비스부에 연락해야 합니다..... 168

의약품 비용을 보조해 주는 프로그램이 있다는 것을 알고 계셨습니까?

"Extra Help" 프로그램에서는 저소득 가입자를 위해 약 비용을 보조해 드립니다. 자세한 정보는 2장의 섹션 7을 참조하십시오.

현재, 약 비용 지원을 받고 계십니까?

의약품 비용 보조 프로그램에 가입한 경우, **이 *보장 범위 증명서*에 수록된 Part D 약 비용 정보 중 일부는 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 "처방약 Extra Help를 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약"("저소득층 보조금 특약" 또는 "LIS Rider"라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 연락하여 "LIS Rider"를 요청하십시오 (가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 1 개요

섹션 1.1 약 보장에 대해 설명한 다른 자료들과 함께 이 장을 사용하십시오

이 장에서는 Part D 약에 대한 가입자 부담분에 대해 중점적으로 다룹니다. 편의상, 이 장에서는 Part D 약을 간단하게 "약"이라고 부르겠습니다. 5장에서 설명된 바와 같이 모든 약이 Part D 약은 아닙니다. 즉, 어떤 약은 Medicare Part A또는 Part B에서 보장되며, 다른 약은 법에 의해 Medicare 보장에서 제외됩니다. 가입자가 의약품 보충 보장을 구입한 경우에는 저희 플랜에서 보장이 제외된 일부 약품을 보장해 드릴 수도 있습니다.

이 장에서 설명드리는 납부 정보를 이해하려면 어떤 약이 보장되는지, 처방약을 어디에서 구입하는지, 보장약을 받을 때 어떤 규칙을 따르는지에 대한 기본 사항을 이해해야 합니다. 다음은 이러한 기본 사항을 설명해 주는 자료들입니다.

- **이 플랜의*보장 의약품 목록(처방규정).*** 이 자료를 간단하게 "의약품 목록"이라고 합니다.
  - 이 의약품 목록에는 가입자를 위해 어떤 약들이 보장되는지 나와 있습니다.
  - 또한 각각의 약이 여섯 개의 "비용 분담 범주" 가운데 어디에 속하는지 그리고 약에 대한 보장에 제한사항이 적용되는지의 여부를 알려 줍니다.
  - 의약품 목록 사본이 필요하시면, 가입자 서비스부에 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 또한 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 의약품 목록을 찾으실 수도 있습니다. 웹사이트에는 항상 최신 상태의 의약품 목록이 게시되어 있습니다.

- **이 책자의 5장.** 5장에서는 보장약을 받을 때 따라야 하는 규칙을 포함하여 처방약 보장에 대한 상세 정보를 제공합니다. 또한 5장에는 저희 플랜에서 어떤 유형의 처방약이 보장되지 않는지에 대해서도 설명합니다.

- **플랜의 *의료 제공자 및 약국 명부***. 대부분의 상황에서, 가입자가 보장약을 받으려면 반드시 네트워크 소속 약국을 이용해야 합니다(상세 내용은 5장 참조). *의료 제공자 및 약국 명부*에는 플랜 네트워크에 소속된 약국 목록이 나와 있습니다. 또한 이 명부에는 네트워크에 소속된 약국들 중 어느 곳에서 장기 공급분(처방약 3개월 공급분 구입 등)을 제공할 수 있는지 나와 있습니다.

섹션 1.2 보장약에 대해 납부해야 할 본인부담금 유형

이 장에서 제공하는 납부 정보를 이해하려면 보장 서비스에 대해 납부해야 할 가입자의 본인부담금 유형에 대해 알아 두어야 합니다. 가입자가 약에 대해 납부하는 금액을 "비용분담분"이라고 하며, 다음과 같은 세 가지의 납부 형태가 있습니다.

- "**공제액**"이란 저희 플랜에서 비용분담을 시작하기 전에 가입자가 납부해야 할 금액을 의미합니다.
- **"코페이먼트"**란 가입자가 처방약을 구입할 때마다 납부하는 고정 금액입니다.
- **"공동보험료"**란 가입자가 처방약을 구입할 때마다 총 비용에 대해 납부하는 일정 퍼센트입니다.

섹션 2 가입자가 약 구입 시 납부해야 할 금액은 약을 받을 때 어느 "의약품 비용 지불 단계"에 속해 있는지에 따라 달라집니다

섹션 2.1 플랜 가입자에 대한 약 비용 지불 단계란 무엇입니까?

아래 표에 나온 바와 같이, Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에는 처방약 보장에 대한 "의약품 비용 지불 단계"가 있습니다. 가입자가 약 구입 시 얼마의 금액을 납부해야 하는지는 처방약을 구입 또는 재구입할 때 이들 단계 가운데 어디에 속해 있는지에 따라 달라집니다.

1단계: *연간 공제액 단계*	**2단계:** *초기 보장 단계*	**3단계** *보장 공백 단계*	**4단계** *고액 보장 단계*
이 플랜에는 공제액 제도가 없으므로, 이 단계는 여러분에게 적용되지 않습니다 (상세 내용은 이 장의 섹션 4에 나와 있습니다).	해당 연도에 처음으로 처방약을 구입할 때, 이 단계에서부터 시작합니다. 이 단계 동안 플랜은 의약품 비용의 당사 부담금을 부담하고 **귀하는 비용에 대한 본인부담금을 납부합니다.** 연초부터 오늘까지의 **"약 비용 총액"**(가입자 부담분 및 Part D 플랜 측의 부담분)이 총 $4,430에 도달할 때까지 이 단계에 속하게 됩니다. 이 단계 중에 가입자가 선별 인슐린에 대해 지불하는 본인부담금은 $0가 됩니다 (상세 내용은 이 장의 섹션 5에 나와 있습니다).	올해에는 가입자가 브랜드 약의 경우 비용의 25%와 약간의 조제료를 부담하고 제네릭 약의 경우 25%를 부담합니다. 연초부터 오늘까지의 **"본인부담금"**(가입자의 납부금액)이 총 $7,050에 도달할 때까지 이 단계에 속하게 됩니다. 이러한 금액 및 이 금액에 도달하는 비용을 계산하는 규칙은 Medicare에 의해 설정되었습니다. 이 단계 중에 가입자가 선별 인슐린에 대해 지불하는 본인부담금은 $0가 됩니다 (상세 내용은 이 장의 섹션 6에 나와 있습니다).	이 단계에서 해당 연도의 남은 기간(2022년 12월 31일까지)에 대한 의약품 **비용 대부분을 플랜이 부담**합니다 (상세 내용은 이 장의 섹션 7에 나와 있습니다).

섹션 3 저희는 가입자가 약 구입 시 납부한 금액 및 가입자가 어느 납부 단계에 속해 있는지를 설명하는 보고서를 발송해 드립니다.

섹션 3.1 "Part D 혜택 설명서"("Part D EOB")라는 제목의 월간 보고서를 발송해 드립니다

저희 플랜에서는 처방약의 비용 그리고 가입자가 약국에서 처방약을 구입 또는 재구입할 때 납부한 금액을 지속적으로 파악합니다. 이렇게 함으로써 저희는 가입자가 현재의 약 구입대금 납부 단계에서 다음 단계로 언제 이동했는지를 알려 드릴 수 있습니다. 특히, 저희는 두 가지 유형의 비용을 지속적으로 파악합니다.

- 가입자가 얼마를 납부했는지 파악합니다. 이것을 가리켜 **"본인부담금"**이라고 합니다.
- 저희는 **"약 비용 총액"** 을 지속적으로 파악합니다. 이것은 가입자가 부담하는 금액 또는 다른 주체가 가입자를 대신하여 부담하는 금액에 플랜 측이 부담하는 금액을 합한 금액입니다.

가입자가 전월에 플랜을 통해 1회 이상 처방약을 구입한 적이 있는 경우, 저희는 *Part D 혜택 설명서*("Part D EOB"이라고도 함)라는 제목의 서면 요약서를 작성합니다. 이 보고서에 수록된 내용은 다음과 같습니다. Part D EOB는 가격 인상분 및 이용 가능한 더 낮은 비용 분담의 다른 약 등, 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 이러한 저비용 옵션에 대해서는 처방자와 상의해야 합니다. Part D EOB에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 이 보고서에는 가입자가 이전 달에 구입한 처방약에 대한 비용납부 내역이 나와 있습니다. 이 보고서는 약 비용 총액, 플랜이 부담한 금액 그리고 가입자 및 다른 주체가 가입자를 대신하여 부담한 금액을 보여 줍니다.
- **해당 연도의 1월 1일 이후 총액.** 이것은 "연초부터 오늘까지의" 정보라고 불립니다. 이 정보는 해당 연도가 시작한 후 약 비용 총액 및 총 납부금액을 보여 줍니다.
- **의약품 값 정보.** 이 정보는 총 약 비용 및 동일한 수량의 각 처방전 요구에 대해 첫 번째 조제에서 변경된 백분율이 표시됩니다.
- **보다 저렴한 대체 처방을 사용할 수 있습니다.** 여기에는 각 처방 청구서에 대해 더 낮은 비용 분담이 가능한 다른 약물에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 3.2 저희가 가입자의 납부금액에 대한 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 협조해 주십시오

가입자의 약 비용 및 납부금액을 지속적으로 파악하기 위해, 저희는 약국으로부터 입수하는 기록을 사용합니다. 다음은 저희가 가입자의 납부금액에 대한 정보를 정확한 최신 상태로 유지할 수 있도록 가입자가 협조할 수 있는 방법입니다.

- **구입한 처방약을 받을 때, 가입자 카드를 제시하십시오.** 가입자가 구입하는 처방약 및 가입자의 납부금액을 저희가 파악할 수 있도록, 구입한 처방약을 받으실 때마다 플랜 가입자 카드를 제시하십시오.

- **저희가 필요로 하는 정보를 갖출 수 있도록 해 주십시오.** 가입자가 처방약에 대해 본인부담금을 납부할 때 저희가 필요로 하는 정보가 저희 측에 자동으로 통보되지 않는 경우가 있습니다. 저희가 가입자 본인부담금을 지속적으로 파악하기 위해, 가입자가 구입한 약에 대한 영수증 사본을 제출하셔도 됩니다 (가입자가 보장약 비용에 대한 청구서를 받으면, 플랜 측에 플랜 분담분 납부를 요구하실 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 지침은 이 책자의 7장, 섹션 2를 참조하십시오). 다음은 저희가 가입자의 약 납부비용에 대한 전체 기록을 보유할 수 있도록 가입자가 약 구입 영수증 사본을 제출해야 할 몇 가지 유형의 상황입니다.

  - 네트워크 소속 약국에서 보장약을 특별가격에 구입하거나, 플랜 혜택에 속하지 않은 할인 카드를 사용하여 구입하는 경우.
  - 제약업체의 환자 보조 프로그램에서 제공하는 약에 대한 코페이먼트를 납부한 경우
  - 네트워크 비소속 약국에서 보장약을 구입한 경우마다 또는 그 외에 특별한 상황에서 보장약의 가격 전액을 납부한 경우.

- **다른 주체가 가입자를 대신하여 납부한 금액에 대한 정보를 저희 측에 보내 주십시오.** 특정한 다른 개인 및 기관에서 납부해 주는 금액 역시 가입자 본인부담금에 산입되며, 이를 통해 가입자는 고액 보장을 받을 수 있는 자격을 얻는 데 도움을 받습니다. 예를 들어, AIDS 약 보조 프로그램(ADAP), 아메리카 원주민 건강 서비스 그리고 대부분의 자선단체에서 납부해 주는 금액은 가입자 본인부담금에 산입됩니다. 저희 측에서 가입자의 본인부담금을 파악할 수 있도록, 이러한 납부금액 기록을 보관하셨다가 저희에게 보내 주셔야 합니다.

- **저희가 발송해 드리는 서면 보고서를 확인하십시오.** *Part D 혜택 설명서*("Part D EOB")를 우편으로 받으시면, 보고서에 수록된 정보가 완전하고 정확한지 확인하십시오. 이 보고서 상에 어떤 정보가 누락되었다고 생각되거나 질문할 사항이 있으면, 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 이메일을 통해 종이로 *Part D 혜택 설명서*(Part D EOB)를

받는 대신, 이제 전자 버전의 Part D EOB를 받을 수 있습니다. Caremark.com을 방문하여 요청할 수 있습니다. 동의를 선택하는 경우 Part D EOB가 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 되면 이메일을 받게 됩니다. 전자 Part D EOB는 종이 없는 Part D EOB라고도 합니다. 종이 없는 Part D EOB는 인쇄된 Part D EOB의 정확한 사본(이미지)입니다. **이들 보고서를 반드시 보관해 두십시오. 이들 자료는 가입자의 약 비용에 대한 중요한 기록입니다.**

섹션 4 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 공제액은 없습니다

섹션 4.1 Part D 약에 대해서는 가입자가 공제액을 납부할 필요가 없습니다

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 공제액은 없습니다. 해당 연도에 처음으로 처방약을 구입할 때, 초기 보장 단계에서부터 시작합니다. 초기 보장 단계에서의 가입자 보장에 대한 정보를 보시려면, 섹션 5를 참조하십시오.

섹션 5 초기 보장 단계에서 플랜은 플랜 부담분을, 가입자는 가입자 부담분을 납부합니다

섹션 5.1 가입자의 납부금액은 어떤 약인지 그리고 어디에서 처방약을 구입하는지에 따라 달라집니다

초기 보장 단계에서 보장하는 처방약 비용에 대해 플랜은 플랜 부담분을 가입자는 가입자 부담분(코페이먼트 또는 공동보험료 금액)을 납부합니다. 가입자 부담분은 어떤 약인지 그리고 어디에서 처방약을 구입하는지에 따라 달라집니다.

플랜에는 여섯 종류의 비용 분담 범주가 있습니다

플랜의 의약품 목록에 수록된 모든 약은 이 여섯 범주의 비용분담 방식 중 하나에 속하게 됩니다. 일반적으로 비용 분담 범주 번호가 높을수록 약 비용도 높습니다.

- 범주 1(우대 제네릭 약)에는 선호하는 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 2(제네릭 약)에는 선호하는 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 3(우대 브랜드 약)에는 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 4(비우대 약)에는 비우대 브랜드 약 및 비우대 제네릭 약이 포함됩니다.

- 범주 5(특수 범주)에는 고비용 브랜드 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 높은 범주입니다.
- 범주 6(선별된 당뇨 의약품)에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 낮은 범주입니다.

해당 약이 어떤 비용 분담 범주에 속하는지 확인하려면 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오.

약국 선택

가입자가 약 비용을 얼마나 납부하는지는 다음과 같은 구입처 종류에 따라 달라집니다.

- 표준 비용 분담을 제공하는 네트워크 소속 소매 약국
- 우대 비용 분담을 제공하는 네트워크 소속 소매 약국
- 플랜 네트워크에 소속되어 있지 않은 약국
- 플랜의 우편 주문 약국

이들 약국 선택 및 처방약 구입에 대한 자세한 정보를 보시려면, 이 책자의 5장 및 플랜의 *의료 제공자 및 약국 명부를* 참조하십시오.

일반적으로 저희는 가입자가 네트워크 소속 약국에서 약을 조제한 *경우에만* 해당 처방약을 보장해 드립니다. 일부 네트워크 약국에서도 우대 비용 분담을 제공합니다. 가입자가 보장 처방약을 받으려면, 우대 비용 분담 방식을 채택한 네트워크 소속 약국 또는 표준 비용 분담 방식을 채택한 네트워크에 속한 다른 약국을 이용하면 됩니다. 우대 비용 분담 방식을 채택한 약국에서 가입자의 비용 부담이 더 낮은 편입니다.

섹션 5.2 *1개월* 약 공급분에 대한 가입자 비용을 보여 주는 표

초기 보장 단계에서 처방약에 대한 가입자 부담분은 코페이먼트, 아니면 공동보험료입니다.

- **"코페이먼트"**란 가입자가 처방약을 구입할 때마다 납부하는 고정 금액입니다.
- **"공동보험료"**란 가입자가 처방약을 구입할 때마다 총 비용에 대해 납부하는 일정 퍼센트입니다.

아래 표에 나와 있는 것과 같이, 코페이먼트 또는 공동보험료 금액은 해당 약이 어느 비용 분담 범주에 속해 있는지에 따라 달라집니다. 유의 사항:

- 보장약의 비용이 표에 나열된 코페이먼트 금액보다 낮은 경우, 가입자는 그 낮은 가격을 납부합니다. 가입자는약 비용 전액 *또는* 코페이먼트 금액 중에서 *더 낮은 금액을 납부합니다.*
- 저희는 제한적인 상황에 한해서만 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약에 대해 보장해 드립니다. 네트워크 비소속 약국에서 구입하는 처방약을 보장받을 수 있는 경우에 대한 정보를 보시려면, 5장의 섹션 2.5를 참조하십시오.

가입자가 Part D 약 *1개월* 공급분을 받을 경우 가입자의 비용분담분:

범주	**표준 소매 비용 분담 (네트워크 소속)** (최대 30일 공급분)	**우대 소매 비용 분담 (네트워크 소속)** (최대 30일분)	**표준 우편 주문 비용분담 방식** (최대 30일 공급분)	**우대 우편 주문 비용 분담** (최대 30일 공급분)	**장기요양 (LTC) 비용분담분** (최대 31일 공급분)	**네트워크 비소속 비용 분담 방식** (특정 상황에 한해 보장됨. 자세한 내용은 5장 참조) (최대 30일분)
비용 분담 범주 1 (우대 제네릭 약) 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함됩니다.	$10	$0	$10	$0	$10	$10
비용 분담 범주 2 (제네릭 약 - 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	$20	$0	$20	$0	$20	$20

범주	표준 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (최대 30일 공급분)	우대 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (최대 30일분)	표준 우편 주문 비용분담 방식 (최대 30일 공급분)	우대 우편 주문 비용 분담 (최대 30일 공급분)	장기요양 (LTC) 비용분담분 (최대 31일 공급분)	네트워크 비소속 비용 분담 방식 (특정 상황에 한해 보장됨. 자세한 내용은 5장 참조) (최대 30일분)
비용 분담 범주 3 (우대 브랜드 약) 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함됩니다.	$47	$10	$47	$10	$47	$47
비용 분담 범주 4 (비우대 의약품) 비우대 브랜드 약 및 비우대 제네릭 약이 포함됩니다.	$100	$75	$100	$75	$100	$100
비용분담 범주 5 (특수 범주) 고비용 브랜드 약 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.	33%	33%	33%	33%	33%	33%

범주	표준 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (최대 30일 공급분)	우대 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (최대 30일분)	표준 우편 주문 비용분담 방식 (최대 30일 공급분)	우대 우편 주문 비용 분담 (최대 30일 공급분)	장기요양 (LTC) 비용분담분 (최대 31일 공급분)	네트워크 비소속 비용 분담 방식 (특정 상황에 한해 보장됨. 자세한 내용은 5장 참조) (최대 30일분)
비용 분담 범주 6 (선별된 당뇨 의약품)에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다.	$0	$0	$0	$0	$0	$0
	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.

섹션 5.3 의사가 1개월 미만 공급분의 약을 처방하는 경우, 해당 월 전체 공급분에 대한 비용을 납부하지 않아도 될 수 있습니다.

통상적으로, 가입자가 처방약을 구입할 때 지불하는 금액은 보장약에 대한 1개월 공급분 전체에 대한 금액입니다. 그러나 의사가 1개월 미만 공급분의 약을 처방할 수도 있습니다. 의사에게 1개월 공급분 미만의 약을 처방해 달라고 가입자가 요청하고자 하는 경우도 있을 수 있습니다(예를 들어, 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약을 처음으로 시도해 보고자 하는 경우). 의사가 특정 약에 대해 1개월 공급분 미만을 처방해 줄 경우 가입자는 이 약에 대해 1개월 전체 공급분에 대한 비용을 납부할 필요가 없습니다.

가입자가 1개월 미만 공급분의 약을 받으면서 납부해야 할 금액은 가입자가 공동보험료(총 비용에 대한 일정 퍼센트)와 코페이먼트(일정 금액) 중 어느 쪽을 납부할 책임이 있는지에 따라 달라집니다.

- 공동보험료를 납부해야 하는 경우, 약 비용 총액에 대한 일정 퍼센트를 납부합니다. 해당 처방이 1개월 전체 공급분에 대한 것인지, 아니면 그보다 적은 일수에 대한 것인지에 관계없이 동일한 퍼센트를 납부하면 됩니다. 그러나 1개월 미만 공급분을 받는다면 약 비용 총액도 낮아지므로, 가입자가 납부하는 금액도 낮아집니다.
- 의약품에 대한 코페이먼트를 납부해야 하는 경우, 코페이먼트 금액은 가입자가 며칠분의 약을 받는지에 따라 정해집니다. 저희는 가입자가 해당 약에 대해 매일 납부하는 금액을 계산하여("일일 비용 분담률"), 여기에 약을 받는 일수를 곱합니다.
    - 예시: 1개월 전체 공급분(30일분)에 대한 코페이먼트가 $30라고 합시다. 이것은 해당 약에 대해 가입자가 매일 납부하는 금액이 $1라는 의미입니다. 7일의 약 공급분을 받는 경우, 총 납부금액은 일일 납부금액 $1에 7일을 곱해서 산출된 $7가 됩니다.

이와 같은 일일 비용분담분을 통해 가입자는 1개월 전체 공급분 비용을 납부하기 전에 해당 약이 효과가 있는지 확인할 수 있는 기회가 있습니다. 또한 여러 가지 약을 처방받은 경우 구입 주기가 각기 다를 수 있는데, 담당 의사와 약사에게 한 가지 또는 여러 가지 약을 1개월 미만으로 각각 처방 및 조제해 달라고 요청하면 약국 방문 횟수를 줄여 번거로움을 덜 수 있습니다. 이때 구입 금액은 며칠 분량을 공급받는지에 따라 달라집니다.

섹션 5.4 *장기*(61~90일) 공급분에 대한 가입자의 비용을 보여 주는 표

일부 약의 경우, 가입자는 처방약 구입 시에 장기 공급분("연장 공급분"이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 61~90일분에 해당합니다(약의 장기 공급분을 어디로부터, 언제 받는지에 대한 상세 내용을 보시려면, 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오).

아래 표는 가입자가 장기(61~90일) 공급분을 받는 경우에 얼마의 금액을 납부하는지 보여 줍니다.

- 유의 사항: 보장약의 비용이 표에 나열된 코페이먼트 금액보다 낮은 경우, 가입자는 그 낮은 가격을 납부합니다. 가입자는약 비용 전액 *또는* 코페이먼트 금액 중에서 *더 낮은 금액을 납부합니다.*

가입자가 보장받는 Part D 처방약의 *장기* 공급분을 다음과 같은 대상으로부터 받을 경우 가입자의 비용분담분:

범주	표준 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (61~90일분)	우대 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (61~90일분)	표준 우편 주문 비용 분담 (61~90일분)	우대 우편 주문 비용 분담 (61~90일분)
비용 분담 범주 1 (우대 제네릭 약 - 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	$30	$0	$30	$0
비용 분담 범주 2 (제네릭 약 - 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	$60	$0	$60	$0
비용 분담 범주 3 (우대 브랜드 약 - 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.)	$141	$30	$141	$20
비용 분담 범주 4 (비우대 약 - 비우대 브랜드 약 및 비우대 제네릭 약이 포함됩니다).	$300	$225	$300	$150
비용분담 범주 5 (특수 범주 - 고비용 브랜드 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)	범주 5에 속한 약은 장기 공급분으로 받을 수 없습니다.			

범주	표준 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (61~90일분)	우대 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (61~90일분)	표준 우편 주문 비용 분담 (61~90일분)	우대 우편 주문 비용 분담 (61~90일분)
비용 분담 범주 6 (선별된 당뇨 의약품에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다)	$0	$0	$0	$0
	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.	선별 인슐린에 대해 $0.

섹션 5.5 가입자의 연간 약 비용 총액이 $4,430에 도달할 때까지 가입자는 초기 보장 단계에 속합니다

가입자가 구입 및 재구입한 처방약의 총액이 **초기 보장 단계에 대한 한도인 $4,430**에 도달할 때까지 가입자는 초기 보장 단계에 속합니다.

가입자의 약 비용 총액은 가입자의 부담분과 Part D 플랜의 부담분을 합한 금액에 근거합니다.

- 해당 연도에 최초로 약을 구입한 이후 가입자가 받은 모든 보장약에 대해 **가입자가 납부한 금액**(Medicare에서 가입자의 본인부담금을 어떻게 계산하는지에 대한 자세한 정보를 보시려면, 섹션 6.2를 참조하십시오). 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.
  - 초기 보장 단계에서 약에 대한 가입자 부담분으로 납부한 총 금액.
- **플랜이** 초기 보장 단계에서 약에 대한 플랜 분담분으로 **납부한 금액**(2022년 중 언제라도 또 다른 Part D 플랜에 등록되었다면, 초기 보장 단계에서 그 플랜이 납부한 금액 또한 가입자의 약 비용 총액에 산입됩니다).

저희는 Medicare 처방약 플랜에서 통상적으로 보장되지 않는 일부 처방약에 대해 추가 보장을 제공합니다. 이들 약을 구입하기 위해 가입자가 지불하는 금액은 초기 보장 한도 또는 가입자 본인부담금 총액에 산입되지 않습니다. 저희 플랜에서 어떤 약을 보장하는지 확인하려면 처방규정을 참조하시기 바랍니다.

저희가 보내 드리는 *Part D 혜택 설명서*(Part D EOB)는 가입자와 플랜 그리고 제3자가 가입자를 대신하여 해당 연도에 얼마나 지출해 왔는지를 가입자가 지속적으로 파악하는 데 도움을 제공합니다. 많은 사람들이 한 해에 $4,430라는 한도에 도달하지 못합니다.

가입자가 이 $4,430에 도달할 경우, 이를 알려 드리겠습니다. 이 금액에 도달할 경우, 가입자는 초기 보장 단계를 벗어나 보장 공백 단계로 넘어갑니다.

섹션 6 보장 공백 단계 동안, 가입자는 브랜드 약에 대해 할인을 받고 제네릭 약은 비용의 25% 이상을 지불하지 않습니다

섹션 6.1 가입자 본인부담금이 $7,050에 도달할 때까지 가입자는 보장 공백 단계에 속합니다

보장 공백 단계에서 플랜은 일부 보장을 제공하며, Medicare 보장 공백 할인 프로그램은 브랜드 약에 대해 제약업체 할인을 제공합니다. 가입자는 브랜드 약에 대해 협상된 가격의 25% 그리고 조제료 일부를 납부합니다. 가입자가 지불하는 금액과 제약업체가 제공하는 할인 금액은 마치 가입자가 지불하고 보장 공백을 보장받은 것처럼 가입자 본인부담금에 산입됩니다.

가입자는 또한 제네릭 약에 대해서도 일부 보장을 받습니다. 제네릭 약에 대해서는 비용의 25% 이하를 납부하며, 나머지 부분은 플랜에서 납부합니다. 제네릭 약의 경우, 플랜에서 지불하는 금액(75%)은 가입자 본인부담금에 산입되지 않습니다. 가입자가 납부한 금액만 계상되며, 이를 통해 가입자는 보장 공백을 통과합니다.

연간 가입자 본인부담금이 Medicare에서 정한 최대 금액에 도달할 때까지, 가입자는 브랜드 약의 할인 가격 및 제네릭 약 비용의 25% 이하를 계속 납부합니다. 2022년도의 해당 금액은 $7,050입니다.

Medicare는 무엇이 가입자 본인부담금에 산입되고, 무엇이 그렇지 *않은지에* 대해 규칙을 정했습니다. 가입자가 가입자 본인부담금 한도액인 $7,050에 도달하면, 보장 공백 단계를 벗어나 고액 보장 단계로 넘어갑니다.

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 선별된 인슐린에 대해 추가 공백 보장을 제공합니다. 보장 공백 단계에서 가입자의 선별 인슐린에 대한 본인부담금이 $0가 됩니다. 어떤 약이 선별 인슐린인지 확인하려면 전자식으로 제공한 최신 의약품 목록을 확인하십시오. 의약품 목록에서 "SSM"을 통해 선별 인슐린을 식별할 수 있습니다. 의약품 목록에 관한 질문이 있으면 가입자 서비스부로 연락하십시오(전화번호는 이 책자 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

섹션 6.2 Medicare가 처방약에 대한 가입자의 본인부담금을 어떻게 계산합니까?

다음은 저희가 해당 약에 대한 가입자 본인부담금을 지속적으로 파악할 때 따라야 할 Medicare 규칙입니다.

이들 납부금액은 가입자 본인부담금에 포함됩니다

가입자 본인부담금을 합산할 때, 아래 나열된 납부금액을 **포함시킬 수 있습니다** (이들 납부금액이 Part D 보장약에 대한 것이며 가입자가 이 책자의 5장에 설명된 약 보장 규칙을 따르는 경우).

- 가입자가 다음과 같은 약 비용 납부 단계에 속해 있는 상태에서 해당 약에 대해 납부하는 금액:
  - 초기 보장 단계
  - 보장 공백 단계
- 달력 기준으로 한 해 동안 가입자가 저희 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 처방약 플랜의 가입자로서 납부한 금액.

누가 납부하느냐가 중요합니다.

- **가입자 본인**이 이들 금액을 납부하면, 가입자 본인부담금에 포함됩니다.
- **다른 특정 개인 또는 기관에서** 가입자를 대신하여 이들 금액을 납부해 줄 경우, 이들 금액도*포함됩니다*. 친구나 친척, 대부분의 자선단체, AIDS 약 보조 프로그램 또는 아메리카 원주민 건강 서비스에서 납부해 주는 금액이 여기에 포함됩니다. Medicare의 "Extra Help" 프로그램에서 납부하는 금액도 포함됩니다.
- Medicare 보장 공백 할인 프로그램에서 납부한 금액들 가운데 일부가 포함됩니다. 약 제약업체가 가입자의 브랜드 약에 대해 납부하는 금액이 포함됩니다. 그러나 플랜이 가입자의 제네릭 약에 대해 납부하는 금액은 포함되지 않습니다.

고액 보장 단계로 이동:

가입자(또는 가입자를 대신하여 납부해 주는 다른 주체)가 달력 기준으로 한 해 동안 가입자 본인부담금으로 총 $7,050를 지출한 경우, 가입자는 보장 공백 단계에서 고액 보장 단계로 넘어갑니다.

이들 납부금액은 가입자 본인부담금에 포함되지 않습니다

가입자 본인부담금을 합산할 때, 처방약에 대한 다음과 같은 유형의 납부금액을 포함시켜서는 **안 됩니다** .

- 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입하는 약.
- 당사 플랜에서 보장되지 않는 약.
- 네트워크 비소속 약국에 대한 플랜의 요건을 충족시키지 않는 네트워크 비소속 약국에서 받는 약.
- Part A 또는 Part B에서 보장하는 처방약.
- Medicare 처방약 플랜에서 통상적으로 보장되지 않으나 추가 보장 하에서는 보장되는 약에 대해 가입자가 납부하는 금액.
- Medicare 처방약 플랜에서 통상적으로 보장되지 않는 처방약에 대해 가입자가 납부하는 금액.
- 보장 공백 단계에서 가입자의 브랜드 약 또는 제네릭 약에 대해 플랜에서 납부하는 금액.
- 직장 건강 플랜을 포함하는 그룹 건강 플랜에서 가입자의 약에 대해 납부하는 금액.
- 가입자의 약에 대해 특정 보험 플랜 그리고 TRICARE 및 재향군인국 같은 정부출연 건강 프로그램에서 납부하는 금액
- 처방약에 대해 납부해야 할 법적 의무가 있는 제3자가 가입자의 약에 대해 납부하는 금액(예를 들어, 산재보험).

꼭 기억하세요. 위에 나열된 곳들과 같은 기타 기관에서 약에 대한 가입자 본인부담금의 일부 또는 전부를 납부하는 경우, 가입자는 저희 플랜에 이를 알려야 합니다. 가입자 서비스부에 연락하여 저희에게 알려주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

가입자 본인부담금 총액을 어떻게 지속적으로 파악할 수 있습니까?

- **저희가 도와드리겠습니다.** 가입자께 보내드리는 *Part D 혜택 설명서*(Part D EOB) 보고서에는 가입자 본인부담금의 현재 금액이 수록되어 있습니다 (보고서에 대한 내용은 이 장의 섹션 3에 안내됨). 해당 연도의 총 본인부담금이 $7,050에 도달하면, 이 보고서는 가입자가 보장 공백 단계에서 고액 보장 단계로 전환되었음을 알려줍니다.

- **저희가 필요로 하는 정보를 갖출 수 있도록 해 주십시오.** 섹션 3.2에서는 가입자의 지출금액에 대한 저희의 기록이 완전하며 최신 상태를 유지할 수 있도록 하기 위해 가입자가 취할 수 있는 조치에 대해 다룹니다.

섹션 7 고액 보장 단계에서 플랜은 가입자 약에 대한 비용의 대부분을 부담합니다.

섹션 7.1 가입자가 고액 보장 단계로 넘어오면, 해당 연도의 남은 기간 동안 계속 이 단계에 속하게 됩니다

가입자 본인부담금이 달력 기준 한 해의 한도액인 $7,050에 도달하면 가입자는 고액 보장 단계로 넘어올 수 있는 자격이 생깁니다. 가입자가 고액 보장 단계로 넘어오면, 해당 연도가 끝날 때까지 계속 이 단계에 속하게 됩니다.

이 단계에서, 플랜은 가입자 약에 대한 비용의 대부분을 부담합니다.

- **보장약에 대한 가입자의 비용**분담분은 다음과 같은 공동보험료와 코페이먼트 중 더 *큰* 금액이 됩니다.
  - – *또는* - 약 비용의 5%에 해당하는 공동보험료
  - – *또는* –제네릭 약 또는 제네릭 약으로 취급되는 약에 대해 $3.95 또는 모든 기타 약에 대해 $9.85.
- **저희 플랜에서는 나머지 비용**을 납부합니다.

섹션 8 Part D에서 보장하는 예방접종에 대한 가입자의 납부금액은 가입자가 예방접종을 어떻게 그리고 어디서 받는지에 따라 달라집니다

섹션 8.1 저희 플랜에서는 Part D 예방접종 자체에 대해 그리고 가입자에게 예방접종을 제공하는 비용에 대해 별도의 보장을 갖추었습니다.

저희 플랜에서는 다수의 Part D 예방접종에 대해 보장을 제공합니다. 또한 저희는 의료 혜택으로 간주되는 예방접종도 보장해 드립니다. 4장의 섹션 2.1에 나오는 의료 혜택표를 통해 이들 예방접종 보장에 대해 자세히 파악할 수 있습니다.

Part D 예방접종 보장은 다음과 같은 두 부분으로 구성되어 있습니다.

- 보장의 첫 번째 부분은 **예방접종 자체**에 대한 비용입니다. 예방접종은 처방약입니다.

- 보장의 두 번째 부분은 가입자에게 **예방접종을 제공하는 비용입니다**(이를 가리켜 예방접종 "투여"라고 부르기도 합니다).

Part D 예방접종에 대해 가입자는 얼마를 납부합니까?

Part D 예방접종에 대한 가입자의 납부금액은 다음과 같은 세 가지 사항에 따라 달라집니다.

1. **예방접종 유형**(어떤 질환에 대해 예방접종을 받는가).
   - 일부 예방접종은 의료 혜택으로 간주됩니다. 4장에서 *의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)*를 통해 이들 예방접종 보장에 대해 자세히 파악할 수 있습니다.
   - 다른 예방접종들은 Part D 약으로 간주됩니다. 이들 예방접종은 *플랜의 보장 의약품 목록(처방규정)*에 나열되어 있습니다.
2. **어디에서 예방접종을 받는가.**
3. **누가 예방접종을 제공하는가.**

가입자가 Part D 예방접종을 받을 때 얼마를 납부하는가는 상황별로 달라질 수 있습니다. 예를 들면:

- 예방접종을 제공할 때, 가입자가 주사약 비용과 접종료를 모두 납부해야 하는 상황이 있습니다. 그런 상황에서는 저희 플랜 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다.
- 다른 상황에서, 가입자가 주사약을 받거나 예방접종을 받을 때, 가입자가 자신의 비용분담분만 납부하는 경우도 있습니다.

이것이 어떻게 이루어지는지 보여 드리기 위해, Part D 예방접종을 제공받는 다음과 같은 세 가지 일반적인 방법을 소개합니다. 보장 공백 단계에서 가입자는 예방 주사약(접종 포함)과 관련된 모든 비용을 부담할 책임이 있다는 점을 기억하시기 바랍니다.

상황 1: 가입자가 약국에서 Part D 백신을 구입한 후 네트워크 소속 약국에서 예방접종을 받습니다(가입자에게 이런 선택권이 있는지는 가입자의 거주 지역에 달려있습니다. 일부 주에서는 약국에서 예방접종을 하는 것을 허용하지 않습니다).

- 가입자는 예방접종에 대한 공동보험료 *또는* 코페이먼트 금액과 접종료를 약국에 납부해야 합니다.
- 저희 플랜에서는 나머지 비용을 부담합니다.

상황 2: 가입자가 의사 진료실에서 Part D 예방접종을 받습니다.

- 예방접종을 받을 때, 가입자는 예방 주사약 비용 및 접종료 전액을 납부합니다.
- 그런 다음, 가입자는 이 책자의 7장에 설명된 절차(*가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구*)를 통해 플랜 측에 플랜 부담분 납부를 요구하실 수 있습니다.
- 가입자는 납부한 금액에서 예방접종(접종료 포함)에 대한 일반 공동보험료 *또는* 코페이먼트에서 의사가 청구하는 금액과 당사가 일반적으로 지급하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받을 것입니다(가입자가 "Extra Help"를 받는 경우, 저희가 이 차액을 환급해 드립니다).

상황 3: 가입자가 약국에서 Part D 백신을 구입한 후, 의사 진료실로 가져가 그곳에서 예방접종을 맞습니다.

- 가입자는 예방접종 자체에 대한 공동보험료 *또는* 코페이먼트 금액을 약국에 납부해야 합니다.
- 의사가 예방접종을 제공하면, 가입자는 접종 서비스에 대한 비용 전액을 납부해야 합니다. 그런 다음, 가입자는 이 책자의 7장에 설명된 절차를 통해 플랜 측에 플랜 부담분 납부를 요구하실 수 있습니다.
- 가입자는 예방접종에 대해 의사가 청구한 금액에서 의사의 청구액과 저희가 일반적으로 부담하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받게 됩니다(가입자가 "Extra Help"를 받는 경우, 저희가 이 차액을 환급해 드립니다).

섹션 8.2 예방접종을 받기 전에 가입자 서비스부에 연락해야 합니다

예방접종 보장 규칙은 복잡합니다. 저희가 도움을 드리겠습니다. 예방접종 계획이 있을 때마다 먼저 가입자 서비스부에 연락하실 것을 권장합니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

- 플랜에서 어떻게 예방접종이 보장되는지에 대해 알려 드리고 가입자의 비용분담분에 대해 설명해 드릴 수 있습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국을 이용하여 가입자의 비용 분담을 낮추는 방법에 대해 말씀해 드릴 수 있습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국을 이용할 수 없는 경우, 가입자가 플랜 측으로부터 플랜 부담분을 받고자 할 때 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 알려 드릴 수 있습니다.

7장

가입자가 받은 보장 의료 서비스나 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구

7장. 가입자가 받은 보장 의료 서비스나 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구

섹션 1 보장 서비스 또는 의약품 비용에 대해 가입자가 플랜 분담분 부담을 저희 측에 요구해야 하는 상황 171

섹션 1.1 보장 서비스에 대해 가입자가 플랜 분담분을 지불하거나 또는 청구서를 받을 경우, 저희에게 지불 요구를 할 수 있습니다..... 171

섹션 2 환급 청구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요구하는 방법..... 173

섹션 2.1 지불 요구서를 보내는 방법과 보낼 곳..... 173

섹션 3 당사는 지급 요청을 심사하여 지급 여부를 알려 드립니다. 174

섹션 3.1 서비스나 의약품에 대해 보장을 제공해야 하는지 그리고 저희가 얼마를 부담해야 하는지 확인합니다 174

섹션 3.2 저희가 치료비나 의약품 비용의 전부 또는 일부를 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 할 수 있습니다..... 175

섹션 4 영수증을 보관하여 저희에게 영수증 사본을 보내야 하는 기타 상황..... 175

섹션 4.1 일부 상황에서는 약품에 대한 본인부담금을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 저희에게 송부해야 합니다..... 175

7장. 가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구

섹션 1 보장 서비스 또는 의약품 비용에 대해 가입자가 플랜 분담분 부담을 저희 측에 요구해야 하는 상황

섹션 1.1 보장 서비스에 대해 가입자가 플랜 분담분을 지불하거나 또는 청구서를 받을 경우, 저희에게 지불 요구를 할 수 있습니다

어떤 경우에는 가입자가 치료나 처방약을 받을 때에 비용 전액을 즉시 지불해야 할 때가 있습니다. 또 다른 경우에는 플랜의 보장범위 규칙에 명시된 것보다 더 많은 금액을 가입자가 지불한 경우도 있습니다. 어떤 경우든 가입자는 저희 플랜에 환불을 요구할 수 있습니다(환불을 "환급"이라고도 합니다). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스나 약 비용분담분보다 더 많은 금액을 가입자가 지불한 경우 저희 측에 환불을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다.

또한 가입자가 받았던 진료비 전액에 대한 청구서를 직접 받는 경우도 있습니다. 이때 가입자가 직접 지불하는 대신에 그 청구서를 저희에게 송부해야 하는 경우가 많습니다. 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스가 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다.

가입자가 저희 플랜에 환급을 요구하거나 가입자가 받은 청구서 대금을 지불하도록 요구할 수 있는 몇 가지 상황의 예를 들면 다음과 같습니다.

1. **저희 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 응급 치료나 긴급하게 필요한 서비스를 받았을 경우**

   가입자는 의료 제공자가 당사 네트워크 소속인지와 관계없이 응급 서비스를 받을 수 있습니다. 저희 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 응급 서비스나 긴급하게 필요한 서비스를 받을 경우, 가입자는 전체 비용이 아닌 자신의 비용분담분만 지불할 책임이 있습니다. 이 경우 의료 제공자에게 저희 분담분은 플랜으로 청구하도록 요구해야 합니다.

   - 가입자가 치료를 받을 당시에 비용 전액을 납부할 경우 가입자는 저희의 비용분담분만큼 환불해 주도록 저희에게 요구하셔야 합니다. 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
   - 때로는 가입자가 생각하기에 지불할 필요가 없다고 간주되는 금액 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 이 청구서와 함께 가입자가 이미 지불한 금액에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
     - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 저희가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.
     - 가입자께서 서비스 비용의 가입자 분담분 이상을 이미 지불한 경우, 저희가 얼마를 지불해야 하는지 결정하고 비용의 당사 분담분을 가입자께 상환할 것입니다.

7장. 가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구

2. 네트워크 소속 의료 제공자로부터 가입자가 지불하지 않아도 될 청구서를 받는 경우

네트워크 소속 의료 제공자는 항상 플랜에 직접 청구서를 발행하고, 가입자에게는 가입자 비용분담분만 납부하도록 요구합니다. 하지만 때로는 실수를 하여 가입자 비용분담분보다 더 많은 금액을 요구하기도 합니다.

- 저희가 보장하는 서비스를 받을 경우 가입자는 가입자 비용분담분만 지불하면 됩니다. 저희는 의료 제공자가 "결산 청구"라고 불리는 별도의 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 장치(가입자가 비용분담분 이상의 비용을 절대로 납부하지 않도록 함)는 저희가 서비스에 대해 의료 제공자의 청구액 미만으로 해당 의료 제공자에게 지불하는 경우 및 분쟁 발생 상황에서 저희가 일부 청구액을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다. "결산 청구"에 관한 자세한 내용은 4장의 섹션 1.3을 참조하십시오.
- 가입자가 생각하는 것보다 더 많은 금액이 기재된 청구서를 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우, 그 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 청구 문제를 해결하겠습니다.
- 청구서 대금을 이미 네트워크 소속 의료 제공자에게 이미 지불한 후 너무 많이 지불했다는 생각이 들면, 그 청구서를 지불 증빙 서류와 함께 저희에게 보내 주시고 실제 지불액과 플랜에 따라 지불할 금액 간의 차액을 환불해 달라고 요구하십시오.

3. 저희 플랜에 소급해서 가입할 경우

때로는 플랜에 소급해서 가입하는 경우가 있습니다(소급이라는 의미는 기준이 되는 가입 첫날이 이미 지나갔음을 뜻합니다. 심지어 가입 일자가 작년인 경우도 있습니다).

저희 플랜에 소급하여 가입하고 가입 일자 이후에 가입자가 보장 서비스나 의약품에 대해 본인부담금을 지불한 경우, 저희 분담분만큼 환불해 달라고 요구할 수 있습니다. 환급 처리를 하려면 서류를 제출해야 합니다.

환급 요구 및 요구 기한에 관한 추가 정보가 필요하면 고객 서비스부에 연락하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

4. 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 받을 경우

가입자 카드를 사용해 네트워크 비소속 약국에서 처방전을 받는다면, 해당 약국이 저희에게 직접 청구서를 제출하지 못할 수 있습니다. 이 상황이 발생하면 가입자가 처방약 비용 전액을 지불해야 합니다(일부 상황에 한해 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약을 보장해 드립니다. 자세한 내용은 5장, 섹션 2.5를 참조하십시오).

영수증을 보관했다가 저희에게 분담분 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오.

5. 플랜 가입자 카드를 소지하고 있지 않아서 처방약 비용 전액을 납부할 경우

플랜 가입자 카드를 소지하고 있지 않을 경우 약국 직원에게 플랜에 전화하도록 요청하거나 가입자의 플랜 등록 정보를 찾아 보도록 하십시오. 하지만 약국 직원이 필요한 등록 정보를 바로 얻을 수 없을 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 납부하는 것이 필요할 수 있습니다.

영수증을 보관했다가 저희에게 분담분 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오.

6. 가입자가 다른 상황에서 처방약 비용 전액을 납부할 경우

어떤 이유 때문에 약이 보장되지 않을 경우 가입자가 처방약 비용 전액을 납부할 수 있습니다.

- 예를 들어, 해당 의약품이 *플랜의 보장 의약품 목록(처방규정)에 있지 않거나* 가입자가 알지 못하고 또는 가입자에게 적용해서는 안 된다고 생각하는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 약을 즉시 구입해야 할 경우 약 비용 전액을 납부해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관했다가 저희에게 환급을 청구할 때 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는 저희 분담분을 환급하기 위해 담당 의사로부터 더 많은 정보를 받는 것이 필요할 수 있습니다.

위의 모든 예시는 보장 결정의 유형을 나타냅니다. 즉 저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 책자의 9장 *(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항))*에는 이의 신청 방법에 관한 정보가 수록되어 있습니다.

섹션 2 환급 청구 또는 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요구하는 방법

섹션 2.1 지불 요구서를 보내는 방법과 보낼 곳

지불 요구서는 청구서 및 지불 증빙 서류와 함께 저희에게 보내 주십시오. 기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다.

저희의 의사결정에 필요한 모든 정보를 확실히 제출하시려면 지불 요구서 양식을 작성하셔도 됩니다.

- 이 양식을 사용하지 않아도 되지만 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다.
- 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 해당 양식을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 요청하십시오(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

의료 서비스의 경우, 작성하신 지불 요구서 양식을 청구서나 영수증 등과 함께 아래 주소로 보내 주십시오.

지불 요청 주소
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Part D 처방약의 경우, 작성하신 지불 요구서 양식을 청구서나 지불 영수증 등과 함께 아래 주소로 보내 주십시오.

Part D 청구의 경우:

Part D 지불 요청 주소
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

서비스, 품목 또는 의약품을 수령한 날로부터365개월(의료 청구의 경우) 및 3년 (의약품 청구의 경우) 이내에 당사에 청구서를 제출해야 합니다.

질문이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 가입자가 무엇을 지불했어야 하는지 모르거나 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모를 경우 저희가 도와 드릴 수 있습니다. 또한 저희에게 보내 주신 지불 요구서에 관한 추가 정보를 제공하기 위해 저희에게 전화하셔도 됩니다.

섹션 3 당사는 지급 요청을 심사하여 지급 여부를 알려 드립니다.

섹션 3.1 서비스나 의약품에 대해 보장을 제공해야 하는지 그리고 저희가 얼마를 부담해야 하는지 확인합니다

가입자의 지불 요구서가 접수되면 추가 정보가 필요한지 여부를 알려 드립니다. 그렇지 않을 경우 가입자의 요구를 심사하여 보장 결정을 합니다.

- 치료나 약품이 보장 대상이라는 결정이 나고 가입자가 치료나 약품을 받을 때 모든 해당 규칙을 준수한 경우 저희의 분담분만큼을 지불해 드립니다. 가입자가 서비스나 약 비용을 이미 지불한 경우 저희 분담분을 우편으로

환급해 드립니다. 가입자가 서비스나 약 비용을 아직 지불하지 않았을 경우 그 금액을 의료 제공자에게 직접 송금합니다(3장에서는 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 따라야 할 규칙을 설명하고 있습니다. 5장에서는 보장 Part D 약을 받기 위해 따라야 할 규칙을 설명하고 있습니다).

- 치료나 약품이 보장 대상이*아니라는* 결정이 나거나 또는 가입자가 모든 규칙을 준수하지*않았을 경우*, 저희의 분담분을 지불하지 않습니다. 대신에 가입자가 요구한 지불액을 송금하지 않은 이유와 그 결정에 대한 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

섹션 3.2 저희가 치료비나 의약품 비용의 전부 또는 일부를 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 할 수 있습니다

가입자의 지불 요구를 거절한 것이 저희의 실수라고 판단되거나 저희가 지불한 금액에 동의하지 않을 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 저희가 지불 요구를 거절했던 결정을 변경하라고 가입자가 요구하는 것입니다.

이의 신청 방법에 관한 자세한 내용은 이 책자의 9장*(가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)) 을 참조하십시오.* 이의 신청 절차는 세부 절차와 중요한 기한이 있는 공식적 절차입니다. 이의 신청을 처음 해보실 경우 9장의 섹션 4부터 읽어 보시면 도움이 될 것입니다. 섹션 4는 보장 결정 및 이의 신청 절차를 설명하고 "이의 신청"과 같은 용어를 정의하는 소개 섹션입니다. 그런 다음 섹션 4를 읽은 후 상황에 맞는 방법을 알려 주는.9장의 섹션으로 이동할 수 있습니다.

- 진료 환급에 관한 이의 신청을 원할 경우 9장의 섹션 5.3으로 이동하십시오.
- 의약품 환급에 관한 이의 신청을 제기하시려면 9장 섹션 6.5로 이동하십시오.

섹션 4 영수증을 보관하여 저희에게 영수증 사본을 보내야 하는 기타 상황

섹션 4.1 일부 상황에서는 약품에 대한 본인부담금을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 저희에게 송부해야 합니다

가입자가 지불한 약 비용에 대해 저희에게 알려주어야 하는 상황도 있습니다. 이 경우 가입자가 저희에게 지불 요구를 하는 것이 아닙니다. 대신에 가입자의 지불 내역을 알려줌으로써 저희가 가입자의 본인부담금을 정확히 계산할 수 있게 하는 것입니다. 그러면 가입자가 고액 보장 단계를 적용할 자격이 있는지 보다 신속히 파악할 수 있습니다.

7장. 가입자가 받은 보장 의료 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구

가입자가 지불한 약 비용 내역을 저희에게 알려주기 위해 영수증 사본을 저희에게 송부해야 하는 두 가지 상황은 다음과 같습니다.

1. 가입자가 저희 가격보다 낮은 가격으로 약을 구매할 경우

가입자가 보장 공백 단계에 있을 경우, 때로는 저희 가격보다 낮은 가격으로 **네트워크 소속 약국에서** 약품을 구입할 수 있습니다.

- 예를 들어, 약국에서 해당 약에 특별 가격을 적용할 수 있습니다. 또는 저희 혜택 범위 밖에 있으면서 더 낮은 가격을 적용하는 할인 카드를 가입자가 가지고 있을 수 있습니다.
- 특별 조건이 적용되지 않는 한, 가입자는 이 상황에서 반드시 네트워크 소속 약국을 이용해야 하고 해당 약이 저희의 의약품 목록에 있어야 합니다.
- 가입자의 본인부담금을 가입자의 고액 보장 단계 자격에 산입할 수 있도록 영수증을 보관하여 저희에게 사본을 보내 주십시오.
- **참고:** 가입자가 보장 공백 단계에 있을 경우 해당 의약품의 비용에 대해 당사는 어떠한 분담분도 지불하지 않을 수 있습니다. 그러나 영수증 사본을 저희에게 보내 주시면 가입자 본인부담금을 정확히 계산하여 고액 보장 단계에 해당되는지 여부를 보다 신속히 판단하는 데 도움이 됩니다.

2. 약품 제조사의 환자 지원 프로그램을 통해 약을 구입할 경우 제조업체

일부 가입자들은 약 제조사가 제공하지만 저희의 혜택 범위를 벗어나는 환자 지원 프로그램에 등록되어 있습니다. 제약업체가 제공하는 프로그램을 통해 약을 구입할 경우 가입자가 환자 지원 프로그램에 코페이먼트를 지불해야 할 수 있습니다.

- 가입자의 본인부담금을 가입자의 고액 보장 단계 자격에 산입할 수 있도록 영수증을 보관하여 저희에게 사본을 보내 주십시오.
- **참고:** 가입자가 플랜의 혜택이 아닌 환자 지원 프로그램을 통해 의약품을 구입할 경우 당사는 그 약품에 대해 어떠한 분담분도 지급하지 않습니다. 그러나 영수증 사본을 저희에게 보내 주시면 가입자 본인부담금을 정확히 계산하여 고액 보장 단계에 해당되는지 여부를 보다 신속히 판단하는 데 도움이 됩니다.

위에 설명한 두 가지 경우 가입자가 지불 요구를 하지 않기 때문에 이는 보장 결정 상황으로 간주되지 않습니다. 따라서 저희의 결정에 동의하지 않더라도 이의 신청을 할 수 없습니다.

8장

가입자의 권리 및 책임

8장. 가입자의 권리 및 책임

섹션 1 저희 플랜은 플랜 가입자의 권리를 존중합니다 179
섹션 1.1 가입자에게 적절한 방식으로 정보를 제공합니다(영어 외 언어, 오디오, 점자, 큰 활자 또는 대체 형식 등) 179
섹션 1.2 가입자가 보장 서비스와 약품을 적시에 받을 수 있도록 보장합니다 180
섹션 1.3 당사는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다 180
섹션 1.4 저희는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장되는 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다 181
섹션 1.5 가입자가 자신의 치료에 관해 결정을 내릴 권리를 존중합니다. 183
섹션 1.6 가입자는 불만사항을 제기하고 저희의 결정을 재고하도록 요구할 권리가 있습니다 185
섹션 1.7 가입자는 가입자의 권리와 책임에 대해 권고할 권리가 있습니다 185
섹션 1.8 신기술 평가 185
섹션 1.9 가입자가 부당한 대우를 받거나 권리를 존중 받지 못하다고 느낄 때 취할 수 있는 조치는 무엇입니까? 186
섹션 1.10 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법 186
섹션 2 가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다 187
섹션 2.1 가입자의 책임은 무엇입니까? 187

섹션 1 저희 플랜은 플랜 가입자의 권리를 존중합니다

섹션 1.1 가입자에게 적절한 방식으로 정보를 제공합니다(영어 외 언어, 오디오, 점자, 큰 활자 또는 대체 형식 등)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

본인에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 책자 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

당사의 플랜은 영어에 서툰 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 담당 인원도 보유하고 있습니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요 시 오디오, 점자나 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 본인에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오(전화번호는 본 책자 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

플랜으로부터 귀하가 원하는 이용 방식으로 또는 귀하에게 적합한 형식으로 정보를 수령하는 데 문제가 있을 경우, 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒤표지에 인쇄되어 있습니다)로 전화하여 고충을 제기해 주십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시거나 시민권리 담당실에 직접 전화하여 불만사항을 제기를 하실 수도 있습니다. 연락처 정보는 이 보장 범위 증명서 또는 이 우편물에 포함되어 있으며, 기타 정보는 가입자 서비스부로 문의하실 수 있습니다.

섹션 1.2 가입자가 보장 서비스와 약품을 적시에 받을 수 있도록 보장합니다

저희 플랜의 가입자는 보장 서비스를 제공하고 주선할 주치의(PCP)를 플랜 네트워크 내에서 선택할 권리가 있습니다(3장에 보다 자세한 내용 수록). 신규 환자를 받을 수 있는 의사에 관한 정보를 알아보려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 가입자는 또한 진료 의뢰가 없어도 여성 건강 전문가(예를 들면 부인과 의사)를 방문할 수 있습니다.

플랜 가입자는 합리적인 기간 내에 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 필요 시 전문의로부터 적시에 서비스를 받을 권리도 포함됩니다. 가입자는 또한 오래 기다리지 않고 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받거나 재처방약을 받을 권리가 있습니다.

합리적인 기간 내에 치료나 Part D 약을 받지 못한다고 생각할 경우, 이 책자의 9장, 섹션 10을 보시면 가입자가 취할 수 있는 조치가 설명되어 있습니다(당사가 가입자의 치료에 대한 보장을 거절하고 이 결정에 동의하지 않는 경우, 9장 섹션 4에서 귀하가 할 수 있는 조치를 확인하십시오).

섹션 1.3 당사는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

연방법 및 주법은 가입자의 의료 기록 및 개인 건강 정보를 보호합니다. 저희는 이러한 법에 준해 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

- 가입자의 "개인 건강 정보"에는 플랜 등록 시에 제공한 개인 정보와 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 개인정보 보호 법률은 가입자로부터 정보를 얻고 건강 정보 사용 방법을 통제하는 것과 관련된 권리를 부여합니다. 저희는 "개인정보보호 실행방안 고지"라고 하는 고지서를 보내어 그러한 권리를 알려 드리고 가입자 건강 정보를 보호하는 방법을 설명합니다.

가입자 건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 저희는 미승인자가 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 합니다.
- 가입자의 건강 정보를 치료제공자나 치료비 결제자가 아닌 사람에게 제공할 경우 대부분의 상황에서*저희는 먼저 가입자의 서면 승인을 받도록 요구됩니다*. 서면 승인은 가입자가 직접 하거나 가입자의 결정을 대리할 법적 권한이 있는 사람이 할 수 있습니다.
- 가입자의 서면 승인을 먼저 받도록 요구하지 않는 특정 예외 상황이 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허용하거나 요구하는 것입니다.
    - 예를 들어, 치료 품질을 점검하는 정부 당국에 건강 정보를 공개하도록 요구 받을 때가 있습니다.

- 가입자는 Medicare와 연계된 저희 플랜의 가입자이기 때문에 저희는 가입자의 Part D 처방약에 관한 정보를 포함한 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 가입자의 정보를 연구나 다른 용도로 공개할 경우 이는 연방 법률이나 규정에 따라 실시하는 것입니다.

가입자는 자신의 기록에서 정보를 볼 수 있고 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다

가입자는 플랜에 보유 중인 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고 있습니다. 기록을 복사할 때 저희는 수수료를 부과할 수 있습니다. 가입자는 또한 자신의 의료 기록 내용을 추가 또는 정정하도록 저희에 요구할 권리가 있습니다. 이를 요구할 경우 저희는 가입자 담당 보건 의료 제공자와 협의하여 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정합니다.

가입자는 자신의 건강 정보가 일상적 목적이 아닌 특별한 용도로 다른 사람들과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

가입자의 개인 건강 정보 보호에 관한 질문이나 우려가 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 1.4 저희는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장되는 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다

저희 플랜 가입자는 저희로부터 몇 가지 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다(상기 섹션 1.1에서 설명한 바와 같이 가입자는 자신에게 적합한 방식으로 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다. 여기에는 영어 이외의 언어, 큰 글씨로 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 정보를 얻는 것이 포함됩니다).

아래 종류의 정보 중에서 원하는 것이 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨):

- **플랜에 관한 정보.** 여기에는 예를 들어 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다. 또한 가입자의 이의 신청 건수, 플랜의 성과 등급, 플랜 가입자의 평가 결과, 다른 Medicare 건강 플랜과의 비교 정보 등이 포함됩니다.
- **네트워크 소속 약국을 포함한 네트워크 소속 의료 제공자에 관한 정보.**
  - 예를 들어 가입자는 저희 네트워크에 속한 의료 제공자와 약국의 자격에 관한 정보, 소속 의료 제공자에 대한 저희의 결제 방법에 관한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
  - 플랜 네트워크에 속한 의료 제공자와 약국 목록은 *의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.*
  - 저희 의료 제공자 또는 약국에 대한 더 상세한 정보는 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

- **가입자의 보장범위와 가입자가 보장범위를 활용할 때 준수해야 할 규칙에 관한 정보.**
  - 이 책자의 3장과 4장에서는 가입자에게 보장되는 진료, 보장범위의 제한, 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 설명합니다.
  - 참고: 당사 플랜은 위임 기관을 포함하여 사용 검토를 수행하는 의사, 의료 제공자 또는 직원에게 보상을 제공하지 않습니다. Utilization Management (UM)는 진료 및 서비스의 적합성과 보장 여부에 따라서만 진료 결정을 내립니다. 또한, 이 플랜은 보장을 거부한 개업의나 기타 개인에게 구체적으로 보상을 제공하지 않습니다. UM 의사 결정자를 위한 재정적 인센티브는 활용도가 낮은 의사 결정을 장려하지 않습니다.
  - Part D 처방약 보장범위에 관한 자세한 내용은 이 책자의 5장과 6장 및 플랜의*보장 의약품 목록(처방규정)*을 참조하십시오. 이러한 장과 보장 의약품 목록(처방규정)에서는 보장약을 알려주고 여러분이 준수해야 할 규칙과 특정 약에 대한 보장 제한에 관한 내용을 설명합니다.
  - 규칙이나 제한 사항에 관한 질문이 있으면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
- **일부 항목이 보장되지 않는 이유와 그 대응 방법에 관한 정보.**
  - 가입자에게 어떤 진료나 Part D 약품이 보장되지 않거나 가입자의 보장범위가 어떤 식으로든 제한될 경우 가입자는 저희에게 서면 설명을 요구할 수 있습니다. 가입자가 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자나 약국에서 진료나 약품을 받았을 경우에도 이러한 설명을 받을 권리가 있습니다.
  - 가입자에게 보장되는 의료 관리나 Part D 약품에 관한 저희의 결정에 불만이 있거나 동의하지 않을 경우 그 결정을 변경해 달라고 저희에 요구할 권리가 있습니다. 이의 신청을 함으로써 결정을 변경하라고 요구할 수 있습니다. 가입자가 보장되어야 한다고 생각하지만 보장되지 않는 사항에 대해 어떻게 할 것인가에 관한 자세한 내용은 이 책자의 9장을 참조하십시오. 여기서는 가입자가 저희의 결정을 변경하고 싶을 때 이의 신청 방법을 자세히 설명합니다(9장에서는 의료 서비스 품질, 대기 시간 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법도 설명합니다).
  - 가입자가 치료 또는 Part D 약에 대해 받은 청구서에서 저희의 분담분을 지불하도록 저희에게 요구하고 싶으면 이 책자의 7장을 참조하십시오.

섹션 1.5 가입자가 자신의 치료에 관해 결정을 내릴 권리를 존중합니다.

가입자는 치료 옵션을 파악하여 자신의 건강 관리에 관한 결정에 참여할 권리를 갖고 있습니다.

가입자는 의료 관리를 받기 위해 방문할 때 의사나 다른 보건 의료 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다. 해당 의료 제공자는 가입자의 의학적 상태와 치료 선택권을 *가입자가 이해할 수 있는 방법으로 설명해야 합니다.*

또한 가입자의 건강 관리에 관한 의사결정에 완전히 참여할 권리도 갖고 있습니다. 가입자에게 가장 적합한 치료가 무엇인지 의사와 결정하는 데 도움을 받기 위한 가입자의 권리에는 다음 사항이 포함됩니다.

- **가입자의 선택권을 모두 알 권리.** 이는 비용이나 저희 보험의 보장 여부에 관계없이 가입자의 질환에 권고할 수 있는 모든 치료 옵션에 관한 설명을 들을 권리를 의미합니다. 또한 여기에는 저희 플랜이 가입자들의 의약품 관리 및 안전한 약품 사용을 돕기 위해 제공하는 프로그램에 관한 설명도 포함됩니다.
- **위험에 관하여 알 권리.** 가입자는 치료와 관련된 위험에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 제시된 의료 관리나 치료가 연구 실험의 일부인 경우에는 사전에 설명을 들어야 합니다. 가입자는 항상 실험적 치료를 거절할 선택권을 갖고 있습니다.
- **"아니요"라고 말할 권리.** 가입자는 권장하는 치료를 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 조언해도 병원이나 기타 의료시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 또한 가입자는 약물 복용을 중단할 권리도 있습니다. 물론 가입자가 치료를 거절하거나 약물 복용을 중단할 경우 그 결과 자신에게 발생하는 결과에 대해서는 가입자가 전적인 책임을 집니다.
- **치료에 대한 보장을 거절 당한 경우 설명을 받을 권리**. 가입자가 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료 제공자가 거절한 경우 저희로부터 설명을 들을 권리가 있습니다. 이 설명을 받으려면 저희에게 보장범위에 관한 결정을 요구해야 합니다. 이 책자의 9장에서는 플랜에 보장범위 결정을 요구하는 방법을 설명합니다.

가입자는 스스로 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 취해야 할 사전 의료지시서를 제공할 수 있는 권리가 있습니다

때로는 사고나 심각한 질환 때문에 스스로 건강 관리 결정을 할 수 없게 되는 경우가 있습니다. 가입자는 그러한 상황에서 어떻게 할 것인지에 관하여 말할 권리가 있습니다. 즉 *가입자가 원할 경우*, 가입자는 다음 조치를 할 수 있습니다.

- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 **다른 사람에게 가입자를 대신하여 의료 결정을 할 법적 권한을 제공하는** 서면 양식을 작성하십시오.

- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 의사에게 어떤 방식의 치료를 원하는지에 관하여**담당 의사에게 서면 지침을 제공하십시오.**

이러한 상황에서 사전에 지침을 제공하는 데 사용할 수 있는 법률 문서를 "**사전 의료지시서**"라고 합니다. 여러 유형의 사전 의료 지시서가 있으며 여러 이름이 있습니다. 사전 의료지시서를 **"생전 유언장"** 및 **"건강 관리 결정에 관한 위임장"** 이라고도 합니다.

지침을 제공하기 위해 "사전 의료지시서"를 사용하려는 경우 필요한 조치는 다음과 같습니다.

- **양식을 구함.** 사전 의료지시서를 작성하려면 변호사나 사회복지사 또는 기타 사무용품 매장에서 양식을 구할 수 있습니다. 때로는 Medicare에 관한 정보를 제공하는 조직에서 사전 의료지시서 양식을 얻을 수도 있습니다.
- **작성 및 서명.** 양식을 어디서 받든지 간에 법률 문서라는 점에 유의하십시오. 그러므로 작성할 때 변호사의 도움을 받는 것을 고려하십시오.
- **사본을 해당자들에게 제공.** 작성한 양식 사본을 의사와 가입자를 대신할 의사결정자로 양식에 명시한 사람에게 제공해야 합니다. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수도 있습니다. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수도 있습니다. 한 부는 반드시 집에 보관하십시오.

가입자가 입원할 것을 미리 알고 사전 의료지시서에 서명한 경우 **사본을 병원으로 가져 가십시오.**

- 병원에 입원할 경우 직원들이 사전 의료지시서에 서명했는지 그리고 소지하고 있는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 사전 의료지시서에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다.

사전 의료지시서를 작성할 것인지 여부(병원에서 양식에 서명할 것인지 여부 포함)는 가입자의 선택사항이라는 점을 기억하십시오. 법률에 근거하여, 가입자가 사전 의료지시서를 서명했는지 여부에 따라 어느 누구도 가입자의 치료를 거절하거나 차별할 수 없습니다.

가입자의 사전 의료지시서를 따르지 않으면 어떻게 됩니까?

가입자가 사전 의료지시서에 서명했는데 의사나 병원에서 그 지침을 따르지 않을 경우 California Office of the Attorney General에 불만사항을 제기할 수 있습니다.

섹션 1.6 가입자는 불만사항을 제기하고 저희의 결정을 재고하도록 요구할 권리가 있습니다

가입자의 보장 서비스나 치료에 문제나 우려사항이 있을 경우 취할 수 있는 조치에 대해 이 책자의 9장에서 설명합니다. 여기서는 모든 종류의 문제점과 불만사항을 처리하는 방법을 자세히 제시합니다. 문제점이나 우려에 대한 후속 관리를 위해 필요한 조치는 상황에 따라 다릅니다. 저희 플랜에 가입자를 위한 보장범위 결정을 하도록 요구하거나, 보장범위 결정을 변경하도록 이의 신청을 하거나 불만사항을 제기할 수도 있습니다. 가입자가 보장 결정 요청, 이의 신청 또는 불만사항 제기 등 어떤 결정을 내리든 **저희 플랜은 가입자를 공정하게 대우해야 할 의무가 있습니다.**

가입자는 다른 가입자들이 과거에 저희 플랜에 제기했던 이의 신청과 불만사항에 관한 요약 정보를 얻을 권리를 갖고 있습니다. 이 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 1.7 가입자는 가입자의 권리와 책임에 대해 권고할 권리가 있습니다

권리 및 책임에 대한 질문이나 우려사항이 있거나 가입자 권리 정책을 개선할 수 있는 제안사항이 있는 경우 이 책자의 뒤표지에 있는 고객서비스부에 문의하여 의견을 공유해 주십시오.

섹션 1.8 신기술 평가

새로운 기술에는 특정 질병 또는 상태의 치료를 위해 최근에 개발된 절차, 약물, 생물학적 제품 또는 기기가 포함되며, 기존 절차, 약물, 생물학적 제품 및 기기의 새로운 적용이 포함됩니다. 저희 플랜은 해당되는 경우 Medicare의 국가 및 지역 보장 결정을 따릅니다.

Medicare 보장 결정이 없는 경우, 저희 플랜은 동료 심사 공개를 통해 현재 발표된 의학 문헌에 대한 비판적 평가를 수행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용할 수 있도록 신규 기술 또는 기존 기술의 새로운 적용을 해당 혜택 플랜에 포함시킬 대상으로 평가합니다. 이를 위해 체계적 검토, 무작위 대조 시험, 코호트 연구, 결과가 안전성과 효과를 입증하는 통계적으로 유의미한 진단 시험 연구 및 증거 검토 등, 사례 관리 연구, 통계적으로 유의미한 결과가 있는 진단 테스트 연구, 안전 및 효과성을 입증하고 국가 기관 및 공인 기관에서 개발한 증거 기반 지침 검토를 수행합니다. 또한 저희 플랜은 의사, 국가적으로 인정된 의사 전문 협회를 포함한 의사 전문 학회, 합의 패널 또는 기타 국가적으로 인정된 연구 또는 기술 평가 기관, 정부 기관, 보고서 및 정부 기관의 간행물(예: 미국 식품의약국(FDA), 질병 관리 예방 센터(CDC), NIH(정신건강 연구소(NIH))에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

섹션 1.9 가입자가 부당한 대우를 받거나 권리를 존중 받지 못하다고 느낄 때 취할 수 있는 조치는 무엇입니까?

차별에 관한 내용일 경우 시민권리 사무국으로 전화하십시오.

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신념(믿음) 연령 또는 국적 때문에 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중 받지 못했다고 생각되면 보건복지부의 **시민권리** 사무국 전화 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 또는 현지 시민권리 사무국으로 전화하십시오. 귀하는 귀하의 존엄성을 존중하고 인정하는 대우를 받을 권리가 있습니다.

다른 사항에 관한 내용입니까?

가입자가 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중받지 못했다고 생각*되며* 이것이 차별에 관한 내용이 *아닐* 경우, 아래 방법을 통해 상황 해결을 위한 도움을 받을 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
- **주 건강보험 지원 프로그램에 전화**할 수 있습니다. 이 조직에 관한 상세 정보와 연락 방법은 2장의 섹션 3을 참조하십시오.
- 또는 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 연락하실** 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 1.10 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법

가입자는 다음과 같은 몇몇 곳에서 자신의 권리에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
- **주 건강보험 지원 프로그램에 전화**할 수 있습니다. 이 조직에 관한 상세 정보와 연락 방법은 2장의 섹션 3을 참조하십시오.
- **Medicare**에 연락할 수 있습니다.
  - Medicare 웹사이트에 방문하여 간행물 "Medicare 권리 및 보호"를 읽거나 다운로드할 수 있습니다(간행물 다운로드: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - 또는 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 2 가입자에게는 플랜 가입자로서 몇 가지 책임이 있습니다

섹션 2.1 가입자의 책임은 무엇입니까?

플랜 가입자로서 지켜야 할 사항이 아래에 열거되어 있습니다. 질문이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 정성껏 도와드리겠습니다.

- **가입자가 보장되는 서비스와 그 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 숙지하십시오.** 이 *보장 범위 증명서* 책자를 사용하여 가입자에게 보장되는 사항과 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 파악하십시오.
  - 3장과 4장에서는 보장 항목, 보장되지 않는 항목, 준수할 규칙 및 가입자의 부담금 등 의료 서비스에 관한 상세 정보를 제공합니다.
  - 5장과 6장에서는 Part D 약 보장범위에 관한 상세 정보를 제공합니다.
- **저희 플랜 외에 다른 건강 플랜 보장이나 처방약 보장을 받고 있을 경우 저희에게 알려야 합니다.** 가입자 서비스부에 연락하여 저희에게 알려주십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
  - 저희는 가입자가 저희 플랜의 보장 서비스를 받을 때 모든 보장을 함께 받을 수 있도록 하기 위해 Medicare가 수립한 규칙을 준수해야 합니다. 이것을 "혜택 조정" 이라고 하는데 그 이유는 가입자가 받고 있는 다른 건강 및 의약품 혜택과 저희로부터 받는 건강 및 의약품 혜택을 조정하는 것이 필요하기 때문입니다. 저희가 가입자의 혜택을 조정하도록 도와 드립니다 (혜택 조정에 관한 자세한 내용은 1장의 섹션 10을 참조하십시오).
- **담당 의사와 다른 보건 의료 제공자에게 가입자가 저희 플랜에 가입되어 있다는 사실을 알리십시오.**
  가입자가 의료 관리나 Part D 약을 받을 때에는 항상 플랜 가입자 카드를 보여주십시오.
- **담당 의사 및 기타 의료 제공자들에게 정보를 제공하고 질문하고 치료에 대한 후속 관리를 함으로써 그들이 가입자를 도와 주도록 하십시오.**
  - 의사 및 기타 의료 제공자가 가입자에게 최선의 치료를 제공하도록 도와 주려면 가입자 본인의 건강 문제를 최대한 파악하고, 건강에 관하여 그들에게 필요한 정보를 제공하십시오. 담당 의사와 함께 동의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
  - 일반의약품, 비타민, 보조식품 등을 포함하여 가입자가 복용 중인 모든 약을 의사에게 알려야 합니다.

- 질문이 있으면 언제든지 물어 보십시오. 담당 의사와 다른 보건 의료 제공자들이 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명을 해 줄 것입니다. 질문을 했는데 상대방의 답변을 이해할 수 없을 경우 다시 질문하십시오. 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다.

- **배려하십시오.** 모든 가입자들이 다른 환자의 권리를 존중할 것을 기대합니다. 또한 가입자가 이용하는 의원, 병원 또는 기타 진료실이 원활히 운영되도록 도와 주는 방식으로 행동할 것을 기대합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 가입자는 플랜 가입자로서 아래 금액을 납부할 책임이 있습니다.
  - 저희 플랜의 자격을 얻으려면 Medicare Part A와 Medicare Part B에 가입해야 합니다. 플랜의 가입자 자격을 유지하려면 일부 플랜 가입자들은 Medicare Part A 보험료를 납부해야 하고 대부분의 플랜 가입자들은 Medicare Part B 보험료를 납부해야 합니다.
  - 플랜에서 보장하는 대부분의 의료 서비스나 약품의 경우 구입할 때 가입자가 본인부담금을 지불해야 합니다. 이는 코페이먼트(고정 금액) 또는 공동보험료(총 비용의 일정 비율)에 해당합니다. 4장에서는 의료 서비스에 대해 지불해야 할 사항에 대해 설명합니다. 6장에서는 Part D 약 지불액에 대해 설명합니다.
    - 저희의 플랜이나 다른 보험에서 보장하지 않는 진료나 의약품을 받으려면 비용 전액을 납부해야 합니다.
    - 서비스나 의약품 보장을 거절하는 저희의 결정에 동의하지 않으면 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청 방법에 관한 정보는 이 책자의 9장을 참조하십시오.
  - 가입자의 연간 소득이 높기 때문에 Part D에 대해 추가 금액을 납부해야 할 경우, 플랜 가입자 자격을 유지하려면 추가 금액을 정부에 직접 납부해야 합니다.
- **이사할 경우 알려주십시오.** 이사가 예정되어 있으면 저희에게 바로 알려주는 것이 중요합니다. 가입자 서비스부에 전화하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
  - 저희의 플랜 서비스 지역 밖으로 이사할 경우 저희 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다(1장에서는 서비스 영역에 대해 설명합니다). 서비스 지역 밖으로 이동하는지 여부를 파악하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 가입자가 저희 서비스 지역을 떠날 경우 새로운 지역에서 제공되는 모든 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간이 있습니다. 새로운 지역에 저희의 플랜이 있을 경우 알려 드립니다.

- 저희의 서비스 지역 내에서이사를 하더라도 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 저희에게 알려주어야 합니다.
- 이사를 할 경우 사회보장국(또는 철도청 은퇴자 위원회)에 알리는 것이 중요합니다. 이들 조직의 전화번호와 연락 정보는 2장에 나와 있습니다.

- **질문이나 우려사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 구하십시오.** 저희의 플랜 개선을 위해 제안이 있다면 언제든지 환영합니다.
  - 가입자 서비스부 전화번호 및 통화 가능 시간은 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다.
  - 저희에게 연락하는 방법과 우편 주소에 관한 정보는 2장을 참조하십시오.

9장

가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정 이의 신청, 불만사항)

섹션 1 개요 194
섹션 1.1 문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 합니까? 194
섹션 1.2 법률 용어는 어떻게 해야 합니까? 194
섹션 2 저희와 연관이 없는 정부 기관으로부터 도움을 받으실 수 있습니다 195
섹션 2.1 더 많은 정보와 개별화된 도움을 받을 수 있는 곳 195
섹션 3 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까? 195
섹션 3.1 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니까? 아니면 불만사항 제기 절차를 이용해야 합니까? 195
보장 결정 및 이의 신청 196
섹션 4 보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드 196
섹션 4.1 보장 결정 및 이의 신청 요청: 전체적인 내용 196
섹션 4.2 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 어떻게 도움을 받을 수 있습니까? 198
섹션 4.3 이 장의 어느 섹션에서 가입자의 상황에 대한 구체적인 설명을 볼 수 있습니까? 199
섹션 5 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법 199
섹션 5.1 이 섹션에서는 의료 관리의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 비용을 환급받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다 199
섹션 5.2 단계별: 보장 결정을 요청하는 방법(가입자가 원하는 의료 서비스 보장을 승인 또는 제공하도록 요청하는 방법) 201
섹션 5.3 단계별: 1차 이의 신청 방법(당사 플랜에서 결정한 의료 보장 결정의 요청하는 방법) 205
섹션 5.4 단계별: 2차 이의 신청 방법 208
섹션 5.5 가입자는 수령한 의료비 청구서에서 플랜의 부담금 부분에 대한 환급을 요청할 수 있습니까? 210

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

섹션 6 가입자의 Part D 약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법 211

섹션 6.1 이 섹션에서는 Part D 약의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 Part D 약 비용을 저희가 환불해야 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 알려 줍니다 212

섹션 6.2 예외 경우란 무엇입니까? 213

섹션 6.3 예외 경우를 요청할 때 알아야 할 중요 사항 215

섹션 6.4 단계별: 예외 경우를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법 216

섹션 6.5 단계별: 1차 이의 신청 방법(플랜에서 내린 결정의 검토를 요청하는 방법) 219

섹션 6.6 단계별: 2차 이의 신청 방법.....222

섹션 7 의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법 224

섹션 7.1 입원 기간 동안 가입자의 권리에 대해Medicare로부터 서면 고지서를 받게 됩니다 225

섹션 7.2 단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법..... 226

섹션 7.3 단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법 229

섹션 7.4 1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?..... 230

섹션 8 보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 진료에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법.....233

섹션 8.1 *이 섹션은 3개 서비스*(재택 건강 관리, 전문 요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)에만 해당됩니다. 233

섹션 8.2 가입자에 대한 보장 제공이 만료됨을 미리 알려 드릴 것입니다.....233

섹션 8.3 단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법 234

섹션 8.4 단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법 236

섹션 8.5 1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?.....237

섹션 9 3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기..... 240

섹션 9.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청 240

섹션 9.2 Part D 의약품 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청..... 242

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

불만사항 제기 243

섹션 10 의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스부 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법 243

섹션 10.1 불만사항 절차는 어떤 문제를 처리합니까? 244

섹션 10.2 "불만사항 제기"의 공식 명칭은 "고충 접수"입니다 245

섹션 10.3 단계별: 불만사항 제기 246

섹션 10.4 품질 개선 기관에 의료 품질에 대해 불만을 접수할 수도 있습니다. 248

섹션 10.5 Medicare로 불만사항을 제기하실 수 있습니다 248

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

섹션 1 개요

섹션 1.1 문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 합니까?

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 두 가지 절차에 대해서 설명합니다.

- 일부 문제에 대해서는 **보장 결정 및 이의 신청 절차**를 이용해야 합니다.
- 다른 문제에 대해서는 **불만사항 제기 절차**를 이용해야 합니다.

이 두 절차는 Medicare의 승인을 받은 것입니다. 가입자의 문제를 빠르고 공정하게 처리하도록 하기 위해 각 절차는 저희 및 가입자가 따라야 하는 규칙, 절차, 기한을 규정하고 있습니다.

어떤 절차를 사용해야 할까요? 그것은 가입자의 문제 종류에 따라 틀려집니다. 섹션 3의 지침을 보시면 어떤 절차를 사용해야 하는지 확인할 수 있습니다.

섹션 1.2 법률 용어는 어떻게 해야 합니까?

이 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 기한에 대해 기술적인 법률 용어가 사용되었습니다. 대부분의 사람들은 이런 용어에 익숙하지 않으며 잘 이해하지 못합니다.

이 장에서는 편의 상 특정 법률 용어에 대해 더 간단한 용어를 사용하여 법적 규칙 및 절차를 설명합니다. 예를 들면 이 장에서 "고충 접수"보다는 "불만사항 제기", "기관 판단"이나 "보장 판단" 또는 "위험 결정"보다는 "보장 결정" 그리고 "독립 검토 주체"보다는 "독립 검토 기관"이라는 용어를 사용합니다.

하지만 가입자가 처하신 상황에 대한 올바른 법률 용어를 아는 것이 때때로는 중요하고 도움이 될 수 있습니다. 어떤 용어를 사용해야 하는지 아는 것은 가입자의 문제를 처리할 때 더 명확하고 정확하게 의사소통하고 상황에 맞는 도움이나 정보를 받을 수 있도록 도와줍니다. 사용해야 하는 용어를 아실 수 있도록 특정 종류의 상황을 처리할 때 제공해 드리는 자료에는 법률 용어들이 포함되어 있습니다.

섹션 2 저희와 연관이 없는 정부 기관으로부터 도움을 받으실 수 있습니다

섹션 2.1 더 많은 정보와 개별화된 도움을 받을 수 있는 곳

때때로 문제 처리를 시작하거나 절차를 따르는 것이 혼란스러울 수 있습니다. 몸이 편찮거나 기운이 없을 때는 더욱 그렇습니다. 또는 다음 단계를 취하기 위해 필요한 지식이 없을 때도 그럴 수 있습니다.

독립 정부 기관으로부터 도움 받기

저희는 항상 가입자를 도와 드릴 수 있습니다. 하지만 일부 경우에 저희와 상관이 없는 누군가로부터 도움을 받거나 지침을 받길 원하실 수 있습니다. 가입자는 언제든지 **주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)**에 연락하실 수 있습니다. 이 정부 프로그램에서는 모든 주를 대상으로 훈련된 상담원을 제공합니다. 이 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담원들은 가입자가 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 할지 이해하실 수 있도록 도와 줄 것입니다. 가입자의 질문에 대답 및 정보를 제공하고 무엇을 하셔야 하는지 가이드해 줄 수 있습니다.

SHIP 상담원 서비스는 무료입니다. 이 책자의 2장의 섹션 3에서 전화번호를 찾으실 수 있습니다.

Medicare에서도 도움 및 정보를 받으실 수 있습니다

더 많은 정보가 필요하거나 문제 해결에 도움이 필요하시면 Medicare로 연락하십시오. 다음의 두 가지 방법을 통해 Medicare에서 직접 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 주 7일, 하루 24시간 이용 가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수 있습니다.

섹션 3 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 합니까?

섹션 3.1 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니까? 아니면 불만사항 제기 절차를 이용해야 합니까?

문제나 고려사항이 있으시면 이 장에서 가입자의 상황에 맞는 부분만 읽으시면 됩니다. 지침을 따르시는 것이 도움이 될 것입니다.

이 장의 어느 부분이 가입자의 특정 문제나 고려사항에 도움이 될지를 알아보시려면, **여기에서 시작**하십시오.

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니까?

(이것은 특정 의료 관리 또는 처방약이 보험 적용되는지, 어떻게 적용되는지 그리고 의료 관리 또는 처방약과 관련된 문제를 포함합니다)

예. 제 문제는 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니다.

이 장의 다음 섹션인 **섹션 4, "보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드"**로 이동하십시오.

아니요. 제 문제는 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것이 아닙니다.

이 장의 마지막에 있는 **섹션 10 "의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스부 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법"**으로 이동하십시오.

보장 결정 및 이의 신청

섹션 4 보장 결정 및 이의 신청에 대한 기본 가이드

섹션 4.1 보장 결정 및 이의 신청 요청: 전체적인 내용

보장 결정 및 이의 신청 절차는 지불 관련 문제를 포함하여 의료 서비스와 처방약에 대한 가입자의 보험혜택 및 보험 적용 범위와 관련된 문제를 다룹니다. 이것은 어떤 것에 보험이 적용되는지 그리고 어떻게 적용되는지와 같은 이슈에 대해서 이용할 수 있는 절차입니다.

보장 결정 요청

보장 결정은 가입자의 보험 혜택 및 적용 범위 또는 가입자의 의료 서비스나 의약품에 있어서 저희가 지불하는 금액에 대한 저희의 결정입니다. 예를 들면 가입자의 플랜 네트워크 의사는 가입자가 의료 관리를 받을 때 또는 다른 의료 전문인에게 가입자를 배정해 줄 때 (우대하는) 보장 결정을 내립니다. 가입자 또는 가입자의 의사가 특정 의료 관리가 보험에 적용이 되는지 확실하지 않을 경우 또는 적용이 될 것이라고 생각했는데 의사가 거부할 경우 저희에게 연락하실 수

있습니다. 즉, 의료 서비스를 받으시기 전에 보험 적용이 될지 알기를 원할 경우, 가입자는 저희에게 보장 범위 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 요청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

무엇이 적용될지 그리고 얼마를 지불해야 할지에 대해 저희는 언제든지 보장 결정을 내려 드릴 수 있습니다. 일부 경우, 저희는 서비스나 의약품에 대한 보장을 하지 않거나 또는 가입자에 대해 Medicare에서 더 이상 보장을 제공하지 않는 것으로 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을 하실 수 있습니다.

이의 신청

저희의 보장 결정에 대해 불만사항이 있으시다면 “이의 신청”을 하실 수 있습니다. 이의 신청이란 저희가 보장에 대해 내린 결정을 검토하고 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방식입니다.

보장 결정에 대해 최초로 이의 신청을 하는 것을 1차 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청을 하시면 저희는 모든 규정을 적절히 따랐는지 확인하기 위해 보장 결정을 검토합니다. 가입자의 이의 신청은 처음 결정을 한 이들이 아닌 다른 검토자들에 의해 처리될 것입니다. 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다. 단, 뒷부분에 구체적으로 설명할 특정 상황에서는 긴급한 또는 “신속한 보장 결정”, 아니면 보장 결정에 대한 신속한 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 제한된 상황에서는 이의 신청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 이의 신청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

가입자의 1차 이의 신청의 일부 또는 전체가 거절되는 경우, 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다. 2차 이의 신청은 본사와 연관이 없는 독립 검토 기관에 의해 실시됩니다(일부 경우에, 가입자의 케이스는 바로 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관으로 자동 이관됩니다. 다른 상황에서는 레벨 2 이의 제기를 요청해야 합니다). 레벨 2 이의 제기의 결정에 만족하지 않으면 추가 레벨의 이의 제기를 계속할 수 있습니다

섹션 4.2 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 어떻게 도움을 받을 수 있습니까?

도움이 필요하십니까? 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 하실 때 다음과 같이 도움을 얻으실 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다**(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
- 주 건강보험 지원 프로그램으로부터 **무료로 도움을 받으실 수 있습니다**(이 장의 섹션 2 참조).
- **가입자의 의사가 대신 신청을 할 수 있습니다.**
  - 의료 관리 또는 Part B 처방약에 대해 가입자의 의사는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 이의 신청이 1차에서 거부되면 자동으로 2차로 신청이 넘어갑니다. 2차 이의 신청 후에 이의 신청을 다시 하시려면 가입자의 담당 의사를 가입자 대리인으로 지정해야 합니다.
  - Part D 처방약에 대해서 가입자의 의사 또는 다른 처방자는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 또는 2차 이의 신청을 할 수 있습니다. 2차 이의 신청 후에 또 요청을 하시려면 가입자의 의사 또는 다른 처방자가 반드시 가입자의 대리인으로 임명되어야 합니다.
- **다른 사람을 대리인으로 요청할 수 있습니다.** 원할 경우 적용 범위 결정이나 이의 신청을 하기 위해 다른 이를 가입자의 "대리인"으로 임명할 수 있습니다.
  - 주 법에 따라 이미 누군가가 가입자의 대리인 역할을 하도록 법적으로 권한을 부여받았을 수 있습니다.
  - 친구, 친척 또는 의사, 다른 제공자나 다른 이가 가입자의 대리인이 되길 원하신다면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨)로 전화하셔서 "대리인 임명" 양식을 요청하십시오(이 양식은 Medicare의 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서도 이용할 수 있습니다). 이 양식은 대리인에게 본인의 대리 행위를 허가해주는 것입니다. 가입자 및 대리인은 이 양식에 반드시 서명해야 합니다. 또한 서명한 사본을 저희에게 제공해 주셔야 합니다.
- **변호사를 대리인으로 선임하실 권리도 있습니다.** 가입자의 변호사에게 연락을 하거나 지역 변호사협회 또는 기타 의뢰 서비스를 이용하여 변호사 이름을 구할 수 있습니다. 또한 자격이 되는 이들에게 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹들도 있습니다. 하지만, **보장 결정이나 이의 신청을 요청하는 데 있어 반드시 변호사를 고용해야 하는 것은 아닙니다**.

섹션 4.3 이 장의 어느 섹션에서 가입자의 상황에 대한 구체적인 설명을 볼 수 있습니까?

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 상황에는 네 가지 유형이 있습니다. 각 상황에 다른 규정 및 기한이 적용되므로 각각의 장에서 구체적인 사항을 개별적으로 다룹니다.

- 이 장의 **섹션 5**: "가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법"
- 이 장의 **섹션 6**: "가입자의 Part D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법"
- 이 장의 **섹션 7**: "의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법"
- 이 장의 **섹션 8:** "보장의 종료 시점이 너무 이르다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법"*(이 섹션은 다음 서비스에만 해당합니다.* 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)

어느 섹션을 참조해야 할지 불확실할 경우, 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒤표지에 안내됨)에 전화하십시오. 가입자의 SHIP(이 책자의 2장의 섹션 3에 이 프로그램 전화번호가 나와 있음)과 같은 정부 기관에서 도움 또는 정보를 받을 수 있습니다.

섹션 5 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법

이 장의 섹션 4(보장 결정 및 이의 신청의 *"기본" 가이드)를 읽어 보셨습니까?* 안 읽어 보신 경우, 이 섹션을 시작하시기 전에 읽어 보시기 바랍니다.

섹션 5.1 이 섹션에서는 의료 관리의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 비용을 환급받고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 섹션은 가입자의 의료 관리 및 서비스를 위한 보험 혜택에 관한 것입니다. 이러한 혜택은 이 책자의 4장 *의료 혜택표(보장 범위 및 지급 항목)*에서 기술합니다. 지금부터 이 섹션에서는 "의료 관리 또는 치료 또는 서비스"로 매번 반복하기 보다는 "의료 관리 보장" 또는 의료 관리로 지칭하겠습니다. "의료 관리"라는 말은 의료 용품과 서비스, Medicare Part B 처방약을 가리킵니다. 경우에 따라 Part B 처방약 요청에 대해 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, Part B 처방약 규칙과 의료 용품 및 서비스의 규칙과의 차이점에 대해 설명해 드립니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

이 섹션에서는 다음 5가지 상황에서 어떻게 해야 하는지를 알려 줍니다.

1. 가입자가 원하는 의료 관리를 받지 못하고 있는 상태에서 가입자는 이 의료 관리가 저희 플랜의 보험 적용을 받을 수 있다고 믿고 계십니다.

2. 저희 플랜은 가입자의 의사나 의료 제공자가 제공하려고 하는 의료 관리에 대한 보험 처리를 승인하지 않을 것이며 가입자는 이 플랜이 보험 처리가 된다고 믿고 있습니다.

3. 가입자는 보험 처리가 될 것이라고 생각한 의료 관리를 받았지만 저희는 비용을 지불하지 않을 것이라고 말합니다.

4. 가입자는 보험 처리가 될 것이라고 생각한 의료 관리를 받고 비용을 지불했으며 이제 저희 플랜으로 이 비용을 환급해 달라고 요청하려고 합니다.

5. 가입자는 저희가 승인하여 가입자가 받아오신 특정 의료 관리에 대한 보험 적용 금액이 낮아지거나 중지될 것이라는 말을 들었고 가입자는 그렇게 할 경우 건강이 위태로워질 수 있다고 믿습니다.

참고: **중지될 보험 적용이 병원 서비스, 가정 건강 관리, 전문 요양 시설 치료 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스인 경우,** 특별 규칙이 적용되므로 이 장의 다른 섹션을 참고해 주십시오. 아래는 각 상황에 대해 읽어야 하는 부분입니다.

- 9장, 섹션 7: *의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 방법*
- 9장, 섹션 8: *보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법.* 이 섹션은 3개의 서비스 즉, 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 해당됩니다.

받으시던 의료 관리가 중지될 것이라는 것에 관련된 *다른 모든 상황*에 대해서는 이 섹션(섹션 5)을 지침으로 사용하십시오.

가입자가 처한 상황은 무엇입니까?

다음 상황인 경우:	취해야 할 조치:
원하는 의료 관리가 보험 적용이 되는지 알아보고 싶습니까?	보장 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 이 장의 다음 섹션인 **섹션 5.2**로 가십시오.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

다음 상황인 경우:	취해야 할 조치:
가입자가 원하시는 방식대로 보장되거나 지불이 되지 않을 것이라고 저희가 이미 고지를 했습니까?	**이의 신청**을 하실 수 있습니다(저희가 재고려할 것을 요청하시는 것입니다). 이 장의 **섹션 5.3**로 넘어가십시오.
이미 받고 지불하신 의료 관리를 저희가 지불하도록 요청하길 원하십니까?	청구서를 보내 주실 수 있습니다. 이 장의 **섹션 5.5**로 넘어가십시오.

섹션 5.2 단계별: 보장 결정을 요청하는 방법(가입자가 원하는 의료 서비스 보장을 승인 또는 제공하도록 요청하는 방법)

법률 용어
보장 결정이 가입자의 의료 관리를 포함할 경우, **"기관 판단"**이라고 불립니다.

<u>1단계:</u> 요청하시는 의료 관리에 대해 저희 플랜이 보장을 제공하도록 요청합니다. 가입자의 건강 상태가 신속한 응답을 요하는 경우, **"신속한 보장 결정"**을 하도록 요청합니다.

법률 용어
"신속한 보장 결정"은 **"긴급 판단"**이라고 불립니다.

원하시는 의료 관리에 대해 보장을 요청하는 방법

- 저희 플랜에 전화, 편지 또는 팩스를 이용하여 원하시는 의료 관리에 대해 승인 또는 보장을 하도록 요청합니다. 가입자나 가입자의 의사 또는 대리인이 하면 됩니다.
- 저희에게 연락하시는 구체적인 방법에 대해서는 2장, 섹션 1로 가셔서 *가입자가 의료 관리 보장에 대한 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법* 섹션을 참조하시기 바랍니다.

일반적으로 저희는 표준 기한에 따라 저희 결정을 제공합니다.

저희의 결정 제공에 있어서 "빠른" 기한에 저희가 동의하지 않은 이상, "표준" 기한이 사용됩니다. **표준 보장 결정이란 의료 용품 또는 서비스에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **달력일 기준으로 14일 내에 답변을 제공하는 것을 의미합니다.** 요청 사항이 **Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 가입자의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 드립니다.**

- **하지만** 가입자가 시간을 더 요청하거나 가입자에게 유리한 정보(네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 의료 기록)가 필요한 경우 **의료 용품이나 서비스에 대한 요청은 달력일 기준으로 최대 14일이 추가로 소요됩니다**. 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속한 불만사항"을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(불만사항 제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).

건강 상태로 인해 필요하신 경우 "신속한 보장 결정"을 요청하십시오.

- **신속한 보장 결정은 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 72시간 이내에 답변을 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면24시간 이내에 답변을 드립니다.**
  - 하지만, 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우, 가입자에게 유리한 정보가 제출되지 않았거나(네트워크 비소속 의료 제공자에게 입수한 의료 기록), 검토를 위한 정보를 저희에게 제공하는 데 시간이 걸린다면 달력일 기준으로 최대 14일의 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
  - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속한 불만사항"을 접수하십시오(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다). 결정을 내리는 즉시 전화드리겠습니다.

- **신속한 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.**
  - *아직 받지 않은 진료*에 대해 보험 처리를 *요청하시는 경우에만* 신속한 보장 결정을 받으실 수 있습니다(이미 받은 의료 관리에 대한 비용에 관한 것일 경우, 신속한 보장 결정을 받으실 수 없습니다).
  - 표준 기한을 사용할 경우 *가입자의 건강을 심하게 해치거나 기능을 다치게* 할 수 있을 *경우에만* 신속한 보장 결정을 받으실 수 있습니다.
- **가입자의 건강에 대해 의사가 "신속한 보장 결정"을 요구하는 경우, 저희는 신속한 보장 결정을 제공하는 것에 대해 자동으로 동의할 것입니다.**
- 의사의 도움없이 가입자가 직접 신속한 보장 결정을 요청하시면, 저희는 가입자의 건강이 신속한 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다.
  - 가입자의 건강 상태가 신속한 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우, 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드릴 것입니다(또한 표준 기한이 사용될 것입니다).
  - 이 서신에는 가입자의 의사가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 저희가 자동으로 신속한 보장 결정을 제공할 것이라는 내용도 담고 있을 것입니다.
  - 또한 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 어떻게 하면 "신속한 불만사항"을 접수할 수 있는지에 대한 내용도 담고 있을 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).

2단계: 저희는 의료 관리 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

"신속한 보장 결정" 기한

- 일반적으로 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 신속한 보장 결정을 하기 위해 **72시간 이내에** 답변을 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 **24시간 이내에** 답변을 드립니다.
  - 위에 설명된 것과 같이, 특정 상황에서는 달력일 기준으로 최대 14일의 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 보장 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
  - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속한 불만사항"을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).

- 저희가 72시간 내에(또는 기간을 연장할 경우 그 기간이 종료될 때까지) 또는 요청 사항이 Part B 처방약에 대한 것일 때, 저희가 24시간 이내에 답변을 드리지 않는 경우, 가입자는 이의 신청을 할 권리를 가집니다. 아래 섹션 5.3에서는 이의 신청 방법을 안내합니다.

- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우,** 저희는 구체적인 거부 사유를 서신으로 발송할 것입니다.

"표준 보장 결정" 기한

- 일반적으로 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 표준 보장 결정을 하기 위해 **요청을 수령하고 달력일 기준으로 14일 이내에** 답변을 드립니다. 가입자가 Medicare Part B 처방약을 요청하시면, 저희는 요청 수령 후 **72 시간 이내에** 답변을 드립니다.
  - 의료 용품 또는 서비스 요청의 경우, 특정 상황에서 추가로 달력일 기준으로 최대 14일("연장 기간")이 걸릴 수 있습니다. 보장 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
  - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속한 불만사항"을 접수하십시오. 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).
  - 달력일 기준으로 14일 내에 답변을 드리지 않거나(또는 기간을 연장할 경우 그 기간이 종료될 때까지) 또는 요청 사항이 Part B 처방약에 대한 것일 때, 저희가 72시간 이내에 답변을 드리지 않는 경우, 가입자는 이의 신청을 할 권리를 가집니다. 아래 섹션 5.3에서는 이의 신청 방법을 안내합니다.

- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다.

<u>3단계:</u> 의료 관리에 대한 보험 적용 요청을 거부당한 경우, 이의 신청을 제기할 것인지를 결정하십시오.

- 저희가 거부한 경우, 이의 신청을 하여 이 결정을 재심사하고 변경할 것을 요청하실 권리가 있습니다. 이의 신청을 하시는 것은 원하시는 의료 관리에 대한 보장을 다시 받을 수 있도록 시도해보시는 것을 의미합니다.

- 이의 신청을 하기로 결정하시는 것은 1차 이의 신청을 하시는 것을 의미합니다(아래의 섹션 5.3 참조).

섹션 5.3 단계별: 1차 이의 신청 방법(당사 플랜에서 결정한 의료 보장 결정의 요청하는 방법)

법률 용어
의료 관리 보장 결정에 대해 플랜에 이의 신청을 하는 것은 플랜 **"재고려"**라고 합니다.

1단계: 저희에게 연락하셔서 이의 신청을 합니다. 가입자의 건강이 신속한 답변을 필요로 하면 **"신속한 이의 신청"**을 합니다.

취해야 할 조치

- **이의 신청을 시작하려면 가입자, 의사 또는 대리인이 반드시 저희에게 연락을 해야 합니다.** 이의 신청과 관련하여 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장 섹션 1에서 *의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법*을 참조하시기 바랍니다.
- **표준 이의 신청을 하길 원할 경우, 요청을 서면으로 제출하여 이의 신청을 하시면 됩니다.**
  - 가입자의 의사가 아닌 사람이 이의 신청을 하는 경우, 반드시 가입자를 대리하도록 승인하는 위임장을 이의 신청에 포함하여 제출하셔야 합니다. 양식을 받으시려면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자 뒤표지에 안내됨)에 전화하셔서 "위임장" 양식을 요청하십시오. 이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서도 확인할 수 있습니다. 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다. 가입자의 이의 신청이 접수된 후 달력일 기준으로 44일 내에 양식이 제출되지 않으면(이의 신청에 대해 결정을 내리는 기한) 이의 신청이 취소됩니다. 취소될 경우, 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드릴 것입니다.
- **신속한 이의 신청을 요청하시는 경우, 서면으로 이의 신청을 하거나** 2장, 섹션 1(의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법)에 나온 전화번호로 연락주시기 바랍니다.

- 보장 결정 요청에 대한 대답이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 **달력일 기준으로 60일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명해 주십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공받은 경우입니다.
- **가입자의 의료 결정 정보 사본을 요청하거나 이의 신청을 지지하기 위한 정보를 추가하실 수 있습니다.**
  - 가입자는 이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하실 권리가 있습니다.
  - 원할 경우 가입자 및 또는 가입자의 의사가 이의 신청의 근거가 되는 추가 정보를 제공하셔도 됩니다.

건강 상 필요하신 경우, "신속한 이의 신청"(전화로 요청하실 수 있음)을 요청하십시오

법률 용어
"신속한 이의 신청"은 **"긴급 재고려"**라고 불립니다.

- 아직 받지 않은 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 또는 가입자의 의사는 "신속한 이의 신청"을 원하시는지 결정하셔야 합니다.
- "신속한 이의 신청"을 위한 요건 및 절차는 "신속한 보장 결정"을 하기 위한 것과 동일합니다. 신속한 이의 신청을 요청하려면 빠른 범위 보장 결정 지침을 따르십시오(이 지침은 이 섹션의 앞 부분에 제공되었습니다).
- 가입자의 건강에 대해 의사가 "신속한 이의 신청"이 필요하다고 할 경우 저희는 이의 신청을 신속히 처리해 드립니다.

<u>2단계:</u> 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 플랜에서 가입자의 이의 신청을 검토 시, 저희는 의료 관리 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 위해 모든 정보를 신중하게 검토합니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우, 더 많은 정보를 수집할 것입니다. 더 많은 정보를 구하기 위해 가입자 또는 가입자의 의사에게 연락드릴 수도 있습니다.

"신속한 이의 신청" 기한

- 신속 처리 기한을 사용할 경우, 저희는 반드시 이의 신청이 접수된 후 **72 시간 이내에 답변을 제공해야 합니다**. 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공해 드릴 수도 있습니다.
  - 그러나 가입자께서 시간을 더 요청하시거나 저희가 가입자에게 이익이 될 수 있는 더 많은 정보를 모아야 할 필요가 있는 경우, 가입자의 요청이 의료 물품 또는 서비스에 대한 것일 때 달력일 기준으로 최대 14 일이 더 소요될 수 있습니다. 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
  - 72시간 내에 답변을 드리지 않는 경우(또는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지), 저희는 자동적으로 독립 검토 기관이 검토를 하는 2차 이의 신청으로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우**, 저희는 반드시 가입자의 이의 신청을 받은 후 72시간 이내에 동의한 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우,** 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송해드립니다.

"표준 이의 신청" 기한

- 저희가 표준 기한을 사용한다면 저희는 가입자가 받지 않은 서비스에 대한 보험 적용 관련 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 30일 이내에** 반드시 의료 용품 또는 서비스 요청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 요청이 가입자가 아직 받지 못한 Medicare Part B 처방약에 대한 것일 경우, 저희는 가입자의 이의 신청을 수령한 후 **달력일 기준 7일 이내에** 답변을 드릴 것입니다. 가입자의 건강상태에 따라 더 빨리 결정을 제공해 드릴 수도 있습니다.
  - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희가 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 달력일 기준으로최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다. 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
  - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야* 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속한 불만사항"을 접수하십시오 신속한 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다(신속한 불만사항을 포함하여 불만사항 신청 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).

- 저희가 위의 기한까지 답변을 드리지 않는 경우(또는 의료 용품 또는 서비스 요청을 검토하는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지), 저희는 독립 검토 기관이 검토를 하는 2차 이의 신청으로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.

- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 수락한 경우,** 저희는 가입자 요청이 의료 품목 또는 서비스에 관한 것이라면 역일 기준 30일 이내에 또는 가입자 요청이 Medicare Part B 처방약일 경우 **달력일 기준 7일 이내에** 승인하거나 보장을 제공해야 합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우,** 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송해드립니다.

3단계: 가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 저희가 거부한 경우, 가입자의 케이스는 *자동으로* 다음 이의 신청 단계로 보내집니다.

- 신속한 이의 신청에 대해 거절할 때 모든 규칙을 준수하고 있는지 확인하기 위해 **귀하의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다.** 이렇게 하면 자동으로 이의 신청 절차의 다음 단계인 2차 이의 신청으로 전환된다는 의미입니다.

섹션 5.4 단계별: 2차 이의 신청 방법

가입자의 1차 이의 신청을 저희가 거부한 경우, 가입자의 케이스는 *자동으로* 다음 이의 신청 단계로 보내집니다. 2차 이의 신청에서는 **독립 검토 기관**이 가입자의 1차 이의 신청에 대한 저희의 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희의 결정 변경 여부를 결정합니다.

법률 용어
"독립 검토 기관"의 정식 명칭은 **"독립 검토 주체"**입니다. 때때로는 **"IRE"**라고 지칭합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 이의 신청을 심사합니다.

- **독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.** 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 저희는 이 기관으로 가입자의 이의 신청 내용을 전송합니다. 이 정보를 "사례 파일"이라고 합니다. **사례 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.**

- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공하실 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

1차 이의 신청에서 "신속한 이의 신청"을 하셨다면 2차 이의 신청에서도 "신속한 이의 신청"을 진행하게 됩니다

- 1차 이의 신청에서 신속한 이의 신청을 하셨다면 2차 이의 신청에서도 자동으로 신속한 서비스를 받게 됩니다. 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 받은 후 **72시간 내**에 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 검토 기관은 가입자의 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

1차 신청에서 "표준 이의 신청"을 하셨다면 2차 신청에서도 "표준 이의 신청"을 진행하시게 됩니다.

- 1차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 자동으로 " 표준 이의 신청"을 진행하시게 됩니다. 가입자의 요청사항이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 이 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 요청이 Medicare Part B 처방약에 대한 것일 경우, 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수한 후 **달력일 기준 7일 이내에** 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 하지만 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 독립 검토 기관은 가입자의 요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

<u>2단계:</u> 독립 검토 기관 조직이 가입자께 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관이 서면으로 결정 및 이유를 알려 드릴 것입니다.

- **검토 기관이 가입자의 의료 용품 또는 서비스 요청의 일부 또는 모두를 승인한다면,** 저희는 72시간 이내 또는 표준 요청에 대한 검토 기관으로부터 결정을 통보받은 후 달력일 기준으로 14일 이내에 또는 긴급 요청에 대한 검토 기관의 결정을 받은 날로부터 72시간 이내에 의료 보험 보장을 승인해야 합니다.

- **검토 기관이 Medicare Part B 처방약 요청의 전체 또는 일부를 승인한 경우,** 저희 플랜에서는 해당 Part B 처방약에 대한 승인 또는 보장 제공을 표준 기한에 따라 검토 기관의 결정이 내려진 후 **72시간 이내에** 또는 검토 기관의 결정이 내려진 후 **24시간 이내에 요청을 신속히 처리해야 합니다.**
- **가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 이 기관이 거부했다면** 의료 관리에 대한 가입자의 요청(부분 또는 전체)이 승인될 수 없다는 저희의 결정에 동의함을 의미합니다(이것은 "결정의 인정"이라고 불립니다. 또한 " 가입자의 이의 신청 거부"라고도 불립니다).
    - 독립 검토 기관이 해당 "결정을 인정"할 경우 가입자는 3차 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 그러나 계속하여 3차 이의 신청을 하시려면 가입자가 요청하시는 의료 관리 보험비가 특정 최소 금액 이상이 되어야 합니다. 요청하시는 보험 적용 금액이 너무 낮으면 더 이상 이의 신청을 계속하지 못하게 되며2차 이의 신청으로 끝나게 됩니다. 독립 검토 기관에서 받은 서면 고지서에서는 이의 신청을 계속하기 위해 충족되어야 하는 금액을 어떻게 알아보실 수 있는지 설명합니다.

<u>3단계:</u> 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청).
- 2차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면, 3차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다. 이것에 대한 구체적인 방법은 2차 이의 신청 후 받은 서면 고지서에 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 5.5 가입자는 수령한 의료비 청구서에서 플랜의 부담금 부분에 대한 환급을 요청할 수 있습니까?

당사에 의료 서비스 비용의 환급을 요청하려면 이 책자의 7장(*보장 의료 서비스 및 의약품 청구에 대한 당사 분담분 지급 요청*)을 읽어 주십시오. 7장에서는 환불 요청을 하거나 제공자에게 받은 청구서를 지불하도록 요청하는 상황들을 설명합니다. 지불 요청 관련 문서를 저희에게 제출하시는 방법도 설명합니다.

환불 요청은 보장 결정을 요청하는 것입니다.

환불을 요청하는 문서를 보내시는 것은 보장 결정을 해 달라고 요청하시는 것입니다(보험 적용에 대한 더 구체적인 정보는 이 장의 섹션 4.1을 참조하시기 바랍니다). 이 보장 결정을 내리기 위해서는 저희는 귀하가 지불한 해당 의료 관리가 보장 서비스인지 확인할 것입니다(4장, *의료 혜택표(보장 사항)*를 참조하십시오). 또한 의료 관리에 대한 보장 관련 모든 규정을 따르셨는지 확인합니다(이러한 규정은 이 책자의 3장 *의료 서비스에 대한 플랜의 보장 이용*에 기재되어 있습니다).

저희는 가입자의 요청을 승인하거나 거부할 것입니다.

- 가입자가 지불하신 의료 비용이 보험 적용되며 가입자가 모든 규정을 준수하셨다면, 요청을 받은 후60 일 내에 의료 비용에 대한 저희 부담액을 가입자께 보내 드릴 것입니다. 또는 서비스 비용을 지불하지 않으셨다면 제공자에게 직접 저희가 비용을 지불할 것입니다 당사가 비용을 지급하면 귀하의 보장 결정 요청을 *승인*하는 것과 같습니다.
- 해당 의료 관리에 보험 적용이 되지*않거나* 가입자가 모든 규정을 준수하지*않으셨다면* 당사에서 지불을 하지 않을 것입니다. 그 대신 구체적인 이유 및 지불하지 않을 것이라는 서신을 가입자에게 발송할 것입니다 (가입자의 지불 요청에 대한 거절은 보장 결정 요청에 대해 저희가 *거부*하는 것과 마찬가지입니다).

지불 요청을 했으나 저희가 지불하지 않으면 어떻게 해야 합니까?

저희의 거부 결정에 동의하지 않으시면, 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 저희의 지불 요청 거부 결정을 변경하시는 것을 요청하시는 것을 의미합니다.

이의 신청을 하시려면 이 섹션 5.3에 설명된 이의 신청 절차를 따르십시오.
단계별 지침은 이 섹션을 참조하십시오. 이 지침을 참조하실 때 다음에 유의하십시오.

- 환불을 위한 이의 신청을 하실 경우, 저희는 이의 신청 접수 후 달력일 기준으로 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다(가입자가 이미 지불하신 의료 관리 비용에 대한 지불을 요청하시는 경우, 신속한 이의 신청을 접수하실 수 없습니다).
- 독립 검토 기관이 지불 거부에 대한 저희 결정을 기각할 경우, 저희는 요청하신 지불 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 30일 내에 지불해야 합니다. 2차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 동의되면 저희는 요청하신 지불 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60일 내에 지불해야 합니다.

섹션 6 가입자의 Part D 약: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는 법

이 장의 섹션 4(*보장 결정 및 이의 신청의 "기본" 가이드)를 읽어 보셨습니까?* 안 읽어 보신 경우, 이 섹션을 시작하시기 전에 읽어 보시기 바랍니다.

섹션 6.1 이 섹션에서는 Part D 약의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 Part D 약 비용을 저희가 환불해야 하는 경우 어떻게 해야 하는지를 알려 줍니다

저희 플랜 가입자에 대한 혜택에는 많은 처방약들이 포함됩니다. 저희 플랜의 *보장 의약품 목록(처방규정)*을 참조하십시오. 보장을 받으려면 약이 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다("의학적으로 인정된 적응증"은 식약청의 승인을 받거나 특정 참고도서의 지지를 받는 약의 사용을 의미합니다. 의학적으로 인정된 적응증에 관한 더 많은 정보는 5장의 섹션 3을 참조하십시오).

- **이 섹션은 가입자의 Part D 약에만 관한 것입니다.** 간단히 하기 위해 저희는 이 섹션에서 매번 "보험 적용되는 외래 환자 처방약" 또는 "Part D 약"이라고 하기보다는 일반적으로 모두 "의약품"이라고 칭합니다.
- Part D 약, *보장 의약품 목록(처방규정),* 보험 적용 규정 및 제한과 비용 정보에 관한 더 구체적인 사항은 5장(Part D 처방약에 대해 플랜의 보험 적용 사용하기) 및 6장 *(Part D 처방약에 대한 자기 지불 금액)을 참조하십시오.*

Part D 보장 결정 및 이의 신청

이 장의 섹션 4에서 논의된 것과 같이, 보장 결정은 가입자의 혜택 및 보험 적용 또는 의약품에 대한 지불 비용에 관한 결정을 의미합니다.

법률 용어
가입자의 Part D 약에 대한 초기 보장 결정은 **"보장 판단"**이라고 합니다.

가입자의 Part D 약에 대해 보장 결정을 요청하시는 예는 다음과 같습니다.

- 다음을 포함한 예외의 경우를 요청합니다.
  - 플랜의*보장 의약품 목록(처방규정)*에 없는 Part D 약의 적용을 요청
  - 플랜의 약 보장 제한을 없애 달라고 요청(받을 수 있는 의약품의 양 제한 등)
  - 더 높은 비용 분담 범주에서 보장하는 약에 대해 낮은 비용분담분을 지불하도록 요청
- 가입자는 의약품에 보험 적용이 되는지 그리고 해당 보험 적용 규정을 가입자 본인이 충족하는지 문의합니다(예를 들면 약이 플랜의 *보장 의약품 목록 (처방규정)*에 있지만 보장을 하기 전에 저희의 승인을 받을 것을 요구하고 있습니다).

- *유의 사항:* 약국에서 처방전에 적힌 대로 제조할 수 없다고 할 경우, 약국에서는 보장 결정 요청을 하실 수 있도록 저희에게 연락하는 방법이 적힌 서면 고지서를 제공할 것입니다.

- 가입자가 이미 구매하신 처방약을 지불할 것을 저희에게 요청합니다. 이것은 지불에 관한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

저희의 결정에 동의하지 않으시면 저희 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다.

이 섹션에서는 보장 결정을 요청하고 이의 신청하는 법에 대해서 모두 설명합니다. 아래 표에서는 어느 부분에서 가입자의 상황에 해당하는 내용을 검토하실 수 있는지 보여 줍니다.

가입자가 처한 상황은 무엇입니까?

다음 상황인 경우:	취해야 할 조치:
저희의 의약품 목록에 없는 약이 필요하거나 보험 처리되는 약에 대한 규정이나 제한이 없기를 원하십니까?	예외 경우로 처리해 달라고 요청하실 수 있습니다(이것도 보장 결정의 한 종류입니다). 이 장의 **섹션 6.2에서** 시작하십시오.
저희의 의약품 목록에 있는 약의 보험 처리를 원하고 필요한 약에 대한 플랜 규정 또는 제한(승인을 미리 받는 것)이 충족된다고 생각하십니까?	보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 이 장의 **섹션 6.4**로 넘어가십시오.
이미 받았고 지불하신 약에 대해 저희가 가입자께 지불하는 것을 요청하길 원하십니까?	환불을 요청하실 수 있습니다(이것도 보장 결정의 한 종류입니다). 이 장의 **섹션 6.4**로 넘어가십시오.
가입자가 보장을 원하거나 지불을 원하시는 약에 대해 이미 보험 적용이 되지 않는다고 저희가 알려 드렸습니까?	이의 신청을 하실 수 있습니다(저희가 재고려할 것을 요청하시는 것입니다). 이 장의 **섹션 6.5**로 넘어가십시오.

섹션 6.2 예외 경우란 무엇입니까?

약의 보험 적용이 원하는 대로 되지 않았다면 “예외 경우”로 처리해 달라고 요청하실 수 있습니다. 예외는 보장 결정 유형입니다. 다른 보험 처리 결정과 비슷하게, 저희가 가입자의 예외 요청을 거부하면 이의 신청을 하실 수 있습니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

예외 경우를 요청할 때 가입자의 의사나 다른 처방자가 예외의 경우로 승인이 되어야 하는 의료적 사유를 설명해야 합니다. 그럴 경우, 저희는 가입자의 요청을 검토합니다. 가입자나 의사 또는 처방자가 요청할 수 있는 3가지의 경우가 있습니다.

1. **저희의*보장 의약품 목록(처방규정)에 없는 Part D 약에 대한 보장***(간단히 "의약품 목록"이라고도 합니다).

법률 용어
의약품 목록에 없는 약에 대해 보장을 요청하는 것은 **"처방규정 예외 경우"**라고 합니다.

   - 저희가 예외 경우에 대해 동의하고 의약품 목록에 없는 약에 대해 보험 처리를 하면 가입자는 범주 4 비우대 의약품에 적용되는 비용분담분을 지불해야 합니다. 약에 대해 가입자가 지불하셔야 하는 코페이먼트 또는 공동보험료 금액에 대한 예외 경우를 요청하실 수 없습니다.

2. **보장되는 약에 대한 보장 범위 제한 취소.** *보장 의약품 목록(처방규정)*의 특정 약에 대해서는 추가로 적용되는 규정 또는 제한이 있습니다(더 많은 정보를 원할 경우 5장의 섹션 4를 참조하십시오).

법률 용어
보험 적용 범위에 대해 제한 취소를 요청하는 것은 때때로 **"처방규정 예외 경우"**를 요청하는 것이라고 합니다.

   - 특정 약에 대해서는 추가적인 보험 적용 규정 및 제한이 있습니다.
     - 브랜드 약 대신*제네릭 약을 사용해야 함.*
     - 저희의 약 보장을 승인받기 전 *미리 플랜 승인받기*(이것은 때때로 "사전 승인"이라고 불립니다).
     - 저희의 약 보장을 승인받기 전에 *다른 약을 먼저 시도해야 함*(이것은 때때로 "단계적 치료법"이라고 불립니다).
     - *분량 제한.* 일부 약에 대해서는 받으실 수 있는 약의 수량이 제한됩니다.
   - 저희가 예외 경우를 승인하고 제한을 없앨 경우, 약에 대해 가입자가 지불하셔야 하는 코페이먼트 또는 공동보험료에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.

3. 비용 분담 범주를 낮추기 위해 약의 보장 변경. 저희의 의약품 목록에 있는 모든 약은 여섯 개의 비용 분담 범주로 나뉘어집니다. 일반적으로 낮은 비용 분담 범주에 있으면 가입자 분담분이 낮아집니다.

법률 용어
보장되는 비우대약에 대해 더 낮은 지불금액을 요청하시는 것은 때때로 **"범주 예외 경우"**라고 불립니다.

- 당사의 의약품 목록에 귀하의 약보다 더 비용분담이 더 낮은 비용 분담 범주의 대체 치료 약이 포함되어 있는 경우, 대체 약에 적용되는 비용분담분으로 귀하의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다. 이것은 가입자의 비용 분담을 줄일 것입니다.
  - 귀하가 복용 중인 약이 브랜드 약인 경우, 귀하의 증상을 치료하는 대체 브랜드 약이 포함된 가장 낮은 범주에 적용되는 비용분담분으로 귀하의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다.
  - 귀하가 복용 중인 약이 제네릭 약인 경우, 귀하의 증상을 치료하는 대체 제네릭 약이 포함된 가장 낮은 범주에 적용되는 비용분담분으로 귀하의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다.
- 가입자는 당사에 범주 5(특별범주)의 약에 대해 비용 분담 범주를 변경해 줄 것을 요구할 수 없습니다.
- 당사가 귀하의 범주 예외 요청을 승인하고, 귀하가 복용할 수 없는 대체 약이 포함된 더 낮은 비용 분담 범주가 한 가지 이상 있는 경우, 귀하는 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불합니다.

섹션 6.3 예외 경우를 요청할 때 알아야 할 중요 사항

가입자의 의사가 의료적 이유를 저희에게 알려주어야 합니다

가입자의 의사나 다른 처방자는 예외 경우를 요청하는 의료적인 이유를 저희에게 제공해야 합니다. 신속한 결정을 원할 경우 예외 경우를 요청하실 때 가입자의 의사나 처방자로부터 이러한 의료적 정보를 함께 제공해 주십시오.

보통, 저희의 의약품 목록에는 특정 상태 치료에 대해 1개 이상의 약이 포함되어 있습니다. 이러한 다른 약들은 "대체" 약이라고 불립니다. 대체약이 가입자가 요청하는 약만큼 효력이 있거나 다른 부작용이나 건강상의 문제를 유발하지 않을 경우, 저희는 일반적으로 예외 경우 요청을 승인하지 *않습니다*. 범주 예외를

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

요청할 경우 더 낮은 비용 분담 범주의 대체약이 효과가 없는 경우 또는 부작용이나 기타 위해를 초래할 가능성이 있는 경우를 제외하고 일반적으로 가입자의 요청을 승인하지 *않습니다*.

저희는 요청을 승인하거나 거부할 수 있습니다.

- 예외 경우에 대해 가입자의 요청이 승인되면 플랜 연도 말까지 승인이 유효하게 됩니다. 이것은 가입자의 의사가 계속하여 처방을 하고 그것이 치료에 안전하고 유효할 경우에만 해당됩니다.
- 예외 경우 요청이 거부되면 이의 신청을 하셔서 재검토를 요청해보실 수 있습니다. 섹션 6.5에서는 거부된 경우 이의 신청을 하는 방법에 대해 설명합니다.

다음 섹션에서는 예외 경우를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 6.4 단계별: 예외 경우를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

<u>1단계:</u> 가입자가 필요한 약 또는 지급에 대한 보장 결정을 요청합니다. 가입자의 건강 상태가 신속한 응답을 요하는 경우, "신속한 보장 결정"을 하도록 요청해야 합니다. 이미 구입한 약에 대해 환불을 요청하는 경우 신속한 보상 결정을 요청할 수 없습니다.

취해야 할 조치

- **원하는 보장 결정 종류를 요청합니다.** 전화, 서면 또는 팩스를 통해 요청을 시작합니다. 가입자, 가입자의 대리인 또는 의사(또는 다른 처방자)가 할 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스하실 수 있습니다. 구체적인 사항은 2장, 섹션 1에서 *가입자의 Part D 약에 대한 보장 결정 요청 시 연락하는 방법*을 참조하십시오. 약에 대한 지불 내역 환불을 요청하시는 경우 *이미 받은 의료 관리 또는 약에 대해 저희 부담금을 지불 요청하기 위해 요청을 보내야 하는 , 곳* 섹션을 참고해 주십시오.
- **가입자 또는 가입자의 의사나 대리인도** 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 이 장의 섹션 4에서는 대리인 역할을 하도록 다른 사람에게 서면 허가를 제공하는 방법에 관해 설명합니다. 또한 대리인으로 변호사를 고용하실 수 있습니다.
- **당사에 의약품 비용의 환급을 요청하려면** 이 책자의 7장(*보장 의료 서비스 및 의약품 청구에 대한 당사 분담분 지급 요청*)을 읽어 주십시오. 7장에서는 환불을 요청하셔야 하는 상황들을 설명합니다. 또한 이미 지불하신 약 비용에 대해 저희의 부담액을 가입자께 지불하도록 하는 문서를 보내시는 방법에 대해서도 설명합니다.

- **예외 경우를 요청하신다면 "근거 진술서"도 제공해 주십시오.** 가입자의 의사 또는 다른 처방자는 반드시 요청하시는 약 예외에 대한 의료적 이유를 제공해야 합니다(이것을 "근거 진술서"라고 합니다). 가입자의 의사 또는 다른 처방자는 저희에게 진술서를 팩스나 우편으로 전송해 주시면 됩니다. 가입자의 의사나 처방자는 전화로 알려주신 후 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 보내 주셔도 됩니다. 예외 경우 요청에 대한 더 많은 정보는 섹션 6.2 및 6.3을 참조하십시오.

- 당사 웹사이트에서 제공되는 CMS Model 보장 판단 요청 양식으로 제출되는 요청을 포함하여 **저희는 반드시 모든 서면 요청을 다 수락해야 합니다.**

법률 용어
"신속한 보장 결정"은 **"긴급 보장 판단"**이라고 불립니다.

건강 상태로 인해 필요하신 경우 "신속한 보장 결정"을 요청하십시오.

- 저희의 결정 제공에 있어서 "빠른" 기한에 저희가 동의하지 않은 이상, "표준" 기한이 사용됩니다. 표준 보장 결정은 의사의 진술서가 접수된 후 72 시간 내에 답변을 드리는 것을 의미합니다. 신속한 보장 결정은 저희가 의사 진술서를 받은 후 24시간 내에 답변을 드리는 것을 의미합니다.
- **신속한 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.**
  - 이미 받지 않은 *약에 대해 요청을 하시는 경우에만* 신속한 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 이미 지불하신 약에 대해 가입자께 환불해 드리는 것을 요청하시는 경우 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
  - 표준 기한을 사용할 경우*가입자의 건강을 심하게 해치거나 기능을 다치게* 할 수 있을*경우에만* 신속한 보장 결정을 받으실 수 있습니다.
- **가입자의 의사나 처방자가 가입자의 건강 상태로 인해 "신속한 보장 결정"을 요청하는 경우, 저희는 자동으로 신속한 보장 결정을 승인합니다.**
- 직접 신속한 보장 결정을 요청하시면(의사나 처방자의 도움이 없이), 저희는 가입자의 건강이 신속한 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다.
  - 가입자의 건강 상태가 신속한 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우, 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드릴 것입니다(또한 표준 기한이 사용될 것입니다).
  - 이 서신에는 가입자의 의사나 처방자가 신속한 보장 결정을 요청할 경우 저희가 자동으로 신속한 보장 결정을 내릴 것이라는 내용을 담고 있습니다.

- 또한 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 저희의 결정에 대한 불만사항을 제기하는 방법도 설명합니다. 가입자의 불만사항에 대해 해당 불만을 접수한 후 24시간 내에 답변을 받으실 수 있도록 하는 "신속한 불만사항"을 접수하는 법을 설명합니다(불만사항 제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 불만사항 제기 절차에 대한 더 많은 정보는 이 장의 섹션 10을 참조하시기 바랍니다).

2단계: 저희는 가입자의 요청을 고려하여 답변을 드립니다.

"신속한 보장 결정" 기한

- 저희가 신속 처리 기한을 사용하면 반드시 **24시간 이내에** 답변을 제공합니다.
  - 일반적으로 이것은 요청을 접수한 뒤 24시간 내를 의미합니다. 예외 경우를 요청하시면 가입자의 요청을 지지하는 의사의 진술이 접수된 후24 시간 내에 답변을 제공할 것입니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
  - 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션 뒷 부분에 저희는 이 검토 기관 및 2차 이의 신청에 대한 구체적인 사항을 설명합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** 저희는 가입자의 요청 또는 요청을 지지하는 의사의 진술서를 받은 후 제공하기로 했던 보험을 24시간 내에 적용해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

아직 받지 않은 약에 대한 "표준 보장 결정" 기한

- 저희가 표준 기한을 사용하면 반드시 **72시간 이내**에 답변을 제공합니다.
  - 일반적으로 이것은 요청을 접수한 뒤 72시간 내를 의미합니다. 예외 경우를 요청하시면 가입자의 요청을 지지하는 의사의 진술이 접수된 후 72시간 내에 답변을 제공할 것입니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
  - 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션 뒷 부분에 저희는 이 검토 기관 및 2차 이의 신청에 대한 구체적인 사항을 설명합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면 -**
  - 저희가 가입자의요청에 동의하면 저희는 가입자의 요청 또는 요청을 지지하는 의사의 진술서를 받은 후 제공하기로 했던보장을 72시간 이내에 반드시제공해야 합니다.

- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

이미 구매한 약에 대한 "표준 보장 결정" 기한

- 저희는 요청을 접수 후부터 달력일 **기준으로 14일 이내에** 대답을 제공해야 합니다.
  - 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션 뒷부분에 저희는 이 검토 기관 및 2차 이의 신청에 대한 구체적인 사항을 설명합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** 저희는 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 이내에 가입자에게 금액을 지불해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

3단계: 가입자의 요청이 거부되었다면 이의 신청을 할 것인지 결정하십시오.

- 거부가 된 경우, 가입자는 이의 신청을 하실 권리가 있습니다. 이의 신청을 하는 것은 저희에게 이 결정을 재심사하고 변경할 것을 요청하시는 것을 의미합니다.

섹션 6.5 단계별: 1차 이의 신청 방법(플랜에서 내린 결정의 검토를 요청하는 방법)

법률 용어
Part D 약 보장 결정에 대한 이의 신청을 하는 것은 플랜 **"재판단"**이라고 불립니다.

1단계: 저희에게 연락하셔서 1차 이의 신청을 합니다. 가입자의 건강이 신속한 답변을 필요로 하면 **"신속한 이의 신청"**을 합니다.

취해야 할 조치

- **이의 신청을 하려면 가입자(또는 대리인이나 의사 또는 다른 처방자)가 반드시 저희에게 연락을 하셔야 합니다.**
  - 이의 신청과 관련되어 전화, 우편, 당사 웹사이트를 통해 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장, 섹션 1에서 *Part D 처방약에 대한 이의 신청 시, 연락 방법*을 참조하시기 바랍니다.

- **표준 이의 신청을 하시는 경우, 서면 요청서를 제출하셔서 이의 신청을 하시면 됩니다.** 또한 2장, 섹션 1*(Part D 처방약에 대한 이의 신청 시, 연락 방법)에서 제공되는 전화번호로 전화하셔서 이의 신청을 하실 수 있습니다.*
- **신속한 이의 신청을 원할 경우 서면으로 하거나 2장, 섹션 1** *(Part D 처방약에 대한 이의 신청 시, 연락 방법)에서 제공되는 전화번호로 전화하셔서 이의 신청을 하실 수 있습니다.*
- 당사 웹사이트에서 제공되는 CMS Model 보장 판단 요청 양식으로 제출되는 요청을 포함하여 **저희는 반드시 모든 서면 요청을 다 수락해야 합니다.**
- 보장 결정 요청에 대한 대답이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 **달력일 기준으로 60일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공받은 경우입니다.
- **이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하여 내용을 추가하실 수 있습니다.**
  - 가입자는 이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하실 권리가 있습니다.
  - 원할 경우 가입자나 의사 또는 다른 처방자가 이의 신청을 지지하기 위한 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

법률 용어
"신속한 이의 신청"은 **"긴급 재고려"**라고도 합니다.

건강 상태에 따라 "신속한 이의 신청"을 요청하실 수 있습니다

- 아직 받지 않은 약에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자나 가입자의 의사 또는 처방자는 "신속한 이의 신청"이 필요하신지 결정해야 합니다.
- "신속한 이의 신청"의 요건은 이 장의 섹션 6.4에서 "신속한 보장 결정"의 요건과 동일합니다.

<u>2단계:</u> 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 가입자의 이의 신청을 검토할 때, 저희는 보험 적용 요청에 대한 모든 정보를 신중하게 다시 검토할 것입니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다. 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자, 가입자의 의사나 다른 처방자에게 연락드릴 수 있습니다.

"신속한 이의 신청" 기한

- 저희가 신속 처리 기한을 사용하면 반드시 **이의 신청을 접수한 뒤 72시간 내에** 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
  - 저희가 72시간 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** 저희는 가입자의 이의 신청을 받은 후 제공하기로 했던 보험을 72시간 이내에 적용해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유 및 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.

"표준 이의 신청" 기한

- 저희가 표준 기한을 사용한다면 저희는 가입자가 받지 않은 의약품에 대한 가입자의 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7일 이내에** 반드시 답변을 가입자께 제공해야 합니다. 약을 아직 받지 못하신 경우 또는 건강 상태가 필요로 하는 경우 더 빨리 답변을 드릴 것입니다. 건강 상태로 인해 필요하다고 생각되시면 "신속한 이의 신청"을 하셔야 합니다.
  - 저희가 7일 이내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션의 뒷부분에서 이 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대한 구체적인 내용을 설명합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** –
  - 보험 적용 요청이 승인되면 저희는 이의 신청을 접수한 뒤 건강 상태에 따라 최대한 빨리 하지만 늦어도 달력일 기준으로 7일 내에 보장을 제공해야 합니다.
  - 이미 구매하신 약에 대해 지불을 승인한 경우, 저희는 이의 신청 요청을 받은 후 달력일 기준으로 30일 내에 금액을지불해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유 및 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.
- 가입자가 이미 구입한 약에 대해 환불을 요청할 경우, 저희는 요청을 접수한 후 **달력일 기준으로 14일 이내에** 답변을 드려야 합니다.
  - 저희가 14일 이내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 독립 검토 기관의 검토를 받게 됩니다. 이 섹션 뒷 부분에 저희는 이 검토 기관 및 2차 이의 신청에 대한 구체적인 사항을 설명합니다.

- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** 저희는 요청을 받은 후 달력일 기준으로 30일 이내에 가입자에게 금액을 지불해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 저희 결정에 이의 신청을 하는 법에 대한 내용도 포함됩니다.

3단계: 가입자의 이의 신청이 거부된 경우, 가입자는 계속해서 *또 다른 이의* 신청을 할 것인지를 결정하셔야 합니다.

- 가입자의 이의 신청이 거부되면 이 결정을 받아들일 것인지 또는 계속해서 이의 신청을 하실 건지 선택합니다.
- 또 다른 이의 신청을 하기로 결정하시면 2차 이의 신청 절차로 넘어가게 되는 것입니다(아래 참조).

섹션 6.6 단계별: 2차 이의 신청 방법

가입자의 이의 신청이 거부되면 이 결정을 받아들일 것인지 또는 계속해서 이의 신청을 하실 건지 선택합니다. 2차 이의 신청을 하기로 결정하시면 **독립 검토 기관**이 가입자의 1차 이의 신청에 대한 저희의 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희의 결정 변경 여부를 결정합니다.

법률 용어

"독립 검토 기관"의 정식 명칭은 **"독립 검토 주체"**입니다. 때때로는 **"IRE"**라고 지칭합니다.

1단계: 2차 이의 신청을 하시려면 가입자(또는 가입자의 대리인이나 의사 또는 처방자)가 반드시 가입자의 케이스 검토를 요청하기 위해 독립 검토 기관에 연락해야 합니다.

- 저희가 1차 이의 신청을 거부했다면, 발송되는 서면 고지서에는 독립 검토 기관에 **어떻게 2차 이의 신청을 하는지에 관한 지침이** 포함됩니다. 이러한 지침은 누가 이러한 2차 이의 신청을 할 수 있고 기한은 어떻게 되며 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다.
- 독립 검토 기관에 이의 신청을 하실 때 저희는 이 기관에 가입자의 이의 신청 내용을 전달할 것입니다. 이 정보를 "사례 파일"이라고 합니다. **사례 파일의 사본을 요청할 권리가 있습니다.**
- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공하실 권리가 있습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 검토하고 답변을 제공합니다.

- **독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.** 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 Part D 혜택에 대한 저희의 결정을 검토하도록 선택한 회사입니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다. 이 기관은 서면으로 결정 및 그 이유를 통보합니다.

2차 "신속한 이의 신청" 기한

- 건강 상태에 따라 독립 검토 기관에 "신속한 이의 신청"을 요청하실 수 있습니다.
- 검토 기관이 "신속한 이의 신청"을 제공하는 것에 대해 동의하면 검토 기관은 요청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- **독립 검토 기관이 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면** 저희는 검토 기관의 결정을 받은 후 반드시 검토 기관이 승인한 약 보장을 **24시간 이내에** 적용해야 합니다.

2차"표준 이의 신청" 기한

- 2차 표준 이의 신청을 하시면 검토 기관은 가입자가 아직 받지 않은 약에 대한 것일 경우, 이의 신청을 접수한 후 **달력일 기준으로 7일 이내에** 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 이미 구입한 약에 대해 환불을 요청하는 경우, 검토 기관은 요청을 접수한 후 달력일 기준으로 **14일 이내에** 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- **독립 검토 기관이 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하면 -**
  - 독립 검토 기관이 보험 적용 요청을 승인하면 저희는 검토 기관의 결정을 받은 후 반드시 검토 기관이 승인한 약에 대해 72시간 이내에 보장을 제공해야 합니다.
  - 독립 검토 기관이 이미 구매하신 약에 대해 지불을 승인한 경우, 저희는 검토 기관의 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30일 내에 금액을 지불해야 합니다.

검토 기관이 이의 신청을 거부하면 어떻게 됩니까?

검토 기관이 이의 신청을 거부하면 가입자의 요청을 승인하지 않은 저희 결정에 동의한다는 것을 의미합니다(이것은 "결정의 인정"이라고 불립니다. 또한 "가입자의 이의 신청 거부"라고도 불립니다).

독립 검토 기관이 해당 "결정을 인정"할 경우 가입자는 3차 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 그러나 계속하여 3차 이의 신청을 하시려면 가입자가 요청하신 약 보험 적용 금액이 반드시 특정 최소 금액을 충족해야 합니다. 보험 적용 금액이 너무 낮을 경우 2차 결정이 최종이 되며 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 독립 검토 기관에 보내 드린 고지서에는 이의 신청을 계속하기 위해 필요한 금액 정보가 포함되어 있습니다.

<u>3단계:</u> 요청하시는 보험 적용 금액이 요건에 맞는 경우, 이의 신청을 계속하실지 선택하십시오.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청).
- 2차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면, 3차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다. 3차 이의 신청을 하기로 결정하신다면 2차 이의 신청 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 7 의사가 조기 퇴원을 시킨다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법

병원에 입원할 경우 가입자의 병이나 상해를 진단 및 치료하기에 필요한 보험 적용이 되는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 병원 치료에 대한 저희의 보험 적용 범위 및 제한 사항에 대한 더 많은 정보는 4장: *의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)를 참조하시기 바랍니다.*

보장을 받는 입원 기간 동안, 가입자의 의사 및 근무자들은 퇴원일을 준비하기 위해 노력할 것입니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 또한 도와 드릴 것입니다.

- 병원을 떠나는 날은**"퇴원일"**이라고 합니다.
- 퇴원일이 결정되면 가입자의 의사나 병원 직원들이 알려 드릴 것입니다.
- 퇴원일이 너무 빠르다고 생각되면 병원 입원 연장을 요청하셔서 검토받으실 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 7.1 입원 기간 동안 가입자의 권리에 대해Medicare로부터 서면 고지서를 받게 됩니다

보장을 받는 입원 기간에 Medicare로부터 *가입자의 권리에 대한 중요한 메시지*를 받게 될 것입니다. Medicare에 가입된 모든 사람들은 병원에 입원할 때마다 이 고지서를 받습니다. 병원에 있는 사람(예를 들면 케이스별 사회복지사 또는 간호사)은 입원한 후 2일 내에 가입자에게 고지서를 제공해야 합니다. 고지서를 받지 못하셨다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

1. **이 고지서를 주의 깊게 읽은 후, 이해가 되지 않는 부분이 있다면 문의하십시오.** 이것은 다음을 포함하는 병원 환자로서의 가입자의 권리를 설명합니다.
   - 입원 중 및 퇴원 후, 의사의 지시에 따라 Medicare에서 보장하는 서비스를 받을 권리 이것은 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 받을 수 있는지를 알 권리를 포함합니다.
   - 병원 입원에 대한 모든 결정에 참여할 권리 및 누가 지불하게 될지를 알 권리.
   - 병원 치료의 질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
   - 퇴원이 너무 이르다고 생각할 때 퇴원 결정에 대해 이의 신청을 할 권리.

법률 용어
Medicare의 서면 고지서는 **"즉시 검토를 요청"**하는 방법을 알려줍니다. 즉각적인 검토를 요청하는 것은 더 오랜 시간 동안 병원 진료를 보장할 수 있도록 퇴원 날짜의 연기를 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다(섹션 7.2에서는 즉각 검토 요청을 하는 방법을 설명합니다).

2. **서면 고지서를 받았고 자신의 권리에 대해 이해했다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.**
   - 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다(이 장의 섹션 4에서는 다른 사람이 가입자의 대리인을 할 수 있도록 서면 승인을 제공하는 법에 대해 설명합니다).
   - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는*것만을* 나타내는 것입니다. 고지서에는 퇴원일이 적혀 있지 않습니다(가입자의 의사나 병원 직원이 퇴원일을 알려 드릴 것입니다). 고지서에 서명하는 것이 퇴원일에 동의하는 것을 **의미하지 *않습니다***.

3. **고지서 사본을 보관**하여 필요한 경우 이의 신청(또는 진료 품질에 대한 우려사항 보고) 관련 정보를 손쉽게 확보할 수 있도록 하십시오.
    - 병원을 떠나시기 최소 2일 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원하기 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.
    - 본 통지서 사본을 미리 보려면, 가입자 서비스부에 문의하거나 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 주 7일, 하루 24시간 운영되는 전화 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)에 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 이 고지서는 온라인으로 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 확인할 수 있습니다.

섹션 7.2 단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법

입원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- **절차를 따르십시오.** 이의 신청의 첫 2단계 절차는 아래에 제공되어 있습니다.
- **기한을 지키십시오.** 기한이 중요합니다. 무엇을 해야 하는지에 대한 기한을 이해하고 따르십시오.
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있으시거나 언제든지 도움이 필요하시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 또는 개별 도움을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(이 장의 섹션 2를 참조하십시오).

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다. 이 기관은 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한지를 확인합니다.

1단계: 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관에게 연락해서 병원 퇴원일의 "신속한 검토"를 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

- 이 기관은 연방 정부가 지불하는 의사 및 다른 건강 관리 전문의 그룹입니다. 이러한 전문가들은 저희 플랜에 소속되어 있지 않습니다. 이 기관은 Medicare 가입자에 대해 진료 품질을 점검하도록 Medicare에서 비용을 지불하는 기관입니다. 이것은 Medicare를 받는 사람들의 병원 퇴원일 검토를 포함합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받은 서면 고지서(Medicare가 알리는 가입자의 권리에 대한 중요 메시지)에는 어떻게 이 기관에 연락하실 수 있는지 기재되어 있습니다(또는 이 책자의 2장, 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

빨리 조치하십시오.

- 이의 신청을 하려면 퇴원하기 전에 **퇴원일 자정 전까지 품질 개선 기관에 연락해야 합니다**(가입자의 "예정된 퇴원일"은 병원을 떠나시도록 예정된 날짜를 말합니다).
  - 이 기한을 충족하면 품질 개선 기관으로부터 이의 신청 결정을 기다리는 동안*비용 지불을 하지 않으면서 퇴원일 이후*에도 머무르실 수 있습니다.
  - 이 기한을 충족하지*못할 경우* 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무르기로 결정하셨다면 퇴원예정일 이후에 받은*모든 건강 관리 비용을 직접 지불하셔야 할 수 있습니다.*
- 이의 신청을 위해 품질 개선 기관에 연락하는 기한을 놓치셨지만 이의 신청을 원하신다면 저희 플랜으로 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 이의 신청 방법에 대한 구체적인 사항은 섹션 7.4를 참조하십시오.

"신속한 검토"를 요청하십시오.

- 가입자는 반드시 퇴원일에 대해 **"신속한 검토"**를 품질 개선 기관에게 요청하셔야 합니다. "신속한 검토" 요청은 기관에게 이의 신청에 대해 표준 기한이 아닌 "빠른" 기한을 사용하도록 요청하는 것을 의미합니다.

법률 용어
"신속한 검토"는 **"즉각 검토"** 또는 **"긴급 검토"**라고 합니다.

<u>2단계:</u> 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

이 검토에서 무엇을 합니까?

- 품질 개선 기관의 건강 전문인("검토자")은 가입자(또는 가입자의 대리인)에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 서면으로 준비하실 것은 없지만 원할 경우 하셔도 됩니다.
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 병원 및 저희가 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 가입자의 이의 신청에 대해 검토자들이 저희의 계획에 대한 정보를 받은 후 그 날 정오까지 가입자는 퇴원예정일 및 가입자의 의사, 병원의 구체적인 사유 그리고 저희가 적합하다(의료적으로)고 생각하는 퇴원일이 담긴 서면 고지서를 받게 되십니다.

법률 용어
이 서면 설명서는 "**퇴원에 대한 상세 통지서**"라고 합니다. 가입자 서비스부에 전화하거나(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 주 7일, 하루 24시간 운영되는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 본 고지서의 샘플을 받을 수 있습니다(TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오). 또한 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로도 샘플 고지서를 확인할 수 있습니다.

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 뒤에 품질 개선 기관에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공할 것입니다.

승인이 되면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 *승인*하면 **저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 입원 서비스에 대한 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 병원 서비스에 대한 보험 적용에 제한이 있을 수 있습니다(이 책자의 4장을 참조하십시오).

거부되면 어떻게 됩니까?

- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을*거부*하면, 그것은 가입자의 퇴원 예정일이 의료적으로 적합하다고 말하는 것입니다. 이런 경우, 가입자의 **입원 서비스에 대한 보장 제공은 품질 개선 기관에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 후, 정오에 끝나게 됩니다**.
- 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부했지만 병원에 계속 머무르고자 할 경우, 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 이후에 정오부터 병원비 **전액을 지불해야 할 수 있습니다**.

4단계: 1차 이의 신청이 거부되었다면 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 이의 신청을*거부했고* 가입자는 퇴원 예정일 후에도 계속해서 병원에 계신다면 또 다른 이의 신청을 하실 수 있습니다. 다른 이의 신청을 한다는 것은 "2차" 이의 신청을 한다는 것을 의미합니다.

섹션 7.3 단계별: 병원 퇴원일 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법

품질 개선 기관이 이의 신청을 *거부했고* 가입자가 퇴원예정일 후에도 계속해서 병원에 계신다면 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다. 2차 이의 신청 기간 동안 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 2차 이의 신청을 거부한다면 퇴원예정일 이후 머물렀던 모든 병원 비용을 직접 지불하셔야 합니다.

다음은 2차 이의 신청 절차입니다.

1단계: 다시 품질 개선 기관에 연락해서 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **60일 이내에** 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 병원에 머물렀을 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토할 것입니다.

3단계: 2차 검토 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 내에 품질 개선 기관 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내린 후 알려 드릴 것입니다.

검토 기관이 승인한 경우:

- 저희는 품질 개선 기관이 1차 이의 신청을 거부한 날 이후 정오부터 가입자가 받은 모든 병원 비용에 대한 저희의 부담분을 가입자에게 **반드시 환불해 드려야 합니다. 저희는 반드시 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 본인의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 하며 보험 적용 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 거부한 경우:

- 1차 이의 신청에 대한 그들의 결정을 바꾸지 않을 것이라는 것을 의미합니다. 이것은 "결정의 인정"이라고 불립니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 3차 이의 신청을 하실 것인지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청). 검토 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 7.4 1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?

저희에게 이의 신청을 하실 수 있습니다.

섹션 7.2에서 설명된 것과 같이 품질 개선 기관에게 퇴원일에 대한 1차 이의 신청을 하려면 빨리 조치하셔야 합니다("신속하게"이란 퇴원하기 전에 늦어도 예정된 퇴원일 중 빠른 날짜를 의미합니다). 이 기관에 연락하기 위한 기한을 놓치면 이의 신청을 할 수 있는 다른 방법이 있습니다.

이 방식으로 이의 신청을 하는 경우, *처음 두 개의 이의 신청 절차는 다릅니다.*

단계별: 1차 대안 이의 신청을 하는 법

품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓친 경우 "빠른 검토"를 요청하면서 당사에 이의 신청을 할 수 있습니다. 빠른 검토는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 사용하는 이의 신청입니다.

법률 용어
"신속한 검토"(또는 "신속한 이의 신청")는 **"긴급 이의 신청"**이라고 불립니다.

<u>1단계:</u> 저희에게 연락하셔서 "신속한 검토"를 요청합니다.

- 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장, 섹션 1에서 *의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법*을 참조하시기 바랍니다.
- **"신속한 검토"를 요청하도록 합니다.** 이 말은 "표준" 기한이 아닌 "빠른" 기한으로 가입자께 저희가 답변을 드리도록 요청하는 것입니다.

<u>2단계:</u> 저희는 가입자의 퇴원 예정일에 대해 "신속한 검토"를 하여 의료적으로 적합한지를 확인합니다.

- 이 검토 시, 저희는 가입자의 입원 정보를 모두 검토합니다. 저희는 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한 것이었는지를 확인합니다. 가입자의 퇴원예정일에 대한 결정이 적합한 것이었고 모든 규정을 따랐던 건지 확인할 것입니다.
- 이 상황에서는 답변을 드리기 위해 표준 기한이 아닌 "빠른" 기한을 사용할 것입니다.

3단계: 저희는 가입자가 "신속한 검토"("신속한 이의 신청")를 요청한 후 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- **저희가 가입자의 신속한 이의 신청을 승인하면,** 가입자가 퇴원일 이후에도 병원에 있어야 하며 저희가 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 비용에 대해 보장을 한다는 것에 동의한다는 것을 의미합니다. 또한 보장되지 않는다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 분담분을 가입자에게 다시 지불하는 것에 동의하는 것을 의미합니다(가입자는 반드시 가입자의 비용분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다).
- **가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 거부하는 경우**이는 가입자의 퇴원예정일이 의료적으로 적합하다고 판단한 것입니다. 가입자의 입원 서비스에 대한 저희의 보험 적용은 만료된다고 말씀드린 날에 만료가 됩니다.
    - 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 계속 계셨다면 퇴원예정일 *이후* 계신 병원 비용에 대해 가입자가 모두 직접 지불하셔야 합니다.

4단계: 가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 *거부*하는 경우 해당 케이스는 *자동으로* 다음 이의 신청 단계로 보내집니다

- 신속한 이의 신청을 거부한 경우 당사가 모든 규칙을 준수하였는지 확인하기 위해 **귀하의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다.** 이는 귀하의 이의 신청이 다음 단계 이의 신청 절차인 레벨 2 이의 신청으로 자동으로 전환된다는 의미입니다.

단계별: 2차 대체 이의 신청 절차

2차 이의 신청 기간 동안, **독립 검토 기관**은 귀하의 "빠른 이의 신청"에 대해 저희가 거절했을 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희가 내린 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

법률 용어
"독립 검토 기관"의 정식 명칭은 **"독립 검토 주체"**입니다. 때때로는 **"IRE"**라고 지칭합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달합니다.

- 저희는 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 뒤 24시간 내에 가입자의 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관에게 정보를 전달해야 합니다(저희가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 불만사항 제기 절차는 이의 신청 절차와는 다릅니다. 이 장의 섹션 10에서는 불만사항 제기 절차를 설명합니다).

2단계: 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청에 대해 "신속한 검토"를 진행합니다. 검토자는 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- **독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.** 이 기관은 저희 플랜과 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 병원 비용에 대한 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.
- **이 기관이 가입자의 이의 신청을 *승인하면*,** 저희는 가입자의 예정된 퇴원일 이후 가입자가 받은 모든 비용 치료 비용에 대한 당사 분담분을 가입자에게 반드시 환불(다시 지불)해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 플랜의 보장을 제공해야 합니다. 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다. 만약 보험 적용에 제한이 있다면 이것은 저희의 환불 금액 및 얼마나 오랜 기간에 대해 보장을 제공하는지에 대한 것일 수 있습니다.
- **이 기관이 가입자의 이의 신청**을 ***거부***하면 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 적합하다는 것에 저희가 동의함을 의미합니다.
  - 가입자가 독립 검토 기관에서부터 받은 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 3차 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청을 계속할지 선택하실 수 있습니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 3개의 단계가 더 있습니다(총 5단계의 이의 신청). 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다.
- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

섹션 8 보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 진료에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법

섹션 8.1 *이 섹션은 3개 서비스*(재택 건강 관리, 전문 요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)에만 해당됩니다.

이 섹션은 다음 종류의 건강 관리*에만* 관련 있습니다.

- 가입자가 받는 **재택 건강 관리 서비스**.
- 전문요양시설에서 환자로 가입자가 받으시는**전문 요양**("전문요양시설"로 고려되는 요건에 대해서는 12장, *주요 용어 정의를 참조하십시오*).
- Medicare에서 승인한 종합외래재활시설(CORF)에서 외래 환자로 가입자가 받는 **재활 치료**. 보통 이것은 병이나 사고로 치료를 받고 계시거나 심각한 수술에서 회복되고 있는 것을 의미합니다(이러한 종류의 시설에 대한 더 많은 정보는 12장의 주요 용어 정의를 참조하십시오).

이러한 종류의 건강 관리를 받고 계실 때에 가입자의 병이나 상해를 진단 및 치료하기 위해 관리가 필요할 때까지 계속해서 보장되는 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 가입자의 자기 부담금 및 적용되는 보험 적용 제한 사항 등을 포함한 더 많은 보험 적용 서비스에 관한 정보는 이 책자의 4장: *의료 혜택표(보장 사항 및 가입자 부담분)를 참조하시기 바랍니다.*

이러한 3가지 종류의 관리에 대한 보장을 중지해야 한다고 결정할 때 저희는 가입자에게 미리 알려 드려야 합니다. 해당 진료 서비스에 대한 가입자의 보장이 종료되면 저희는 *비용분담금 지불을 중지할 것입니다.*

가입자의 진료 보장이 조기 종료되었다고 생각하는 경우, **저희 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다.** 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 8.2 가입자에 대한 보장 제공이 만료됨을 미리 알려 드릴 것입니다

1. **서면으로 고지서를 받습니다.** 저희 플랜이 가입자의 건강 관리에 대한 보장을 중지하기 적어도 2일 전에 가입자는 고지서를 받게 됩니다.
    - 서면 고지서에는 가입자의 보험 적용 만료일이 기재되어 있습니다.
    - 서면 고지서에는 또한 만료일에 대한 결정을 변경하여 어떻게 더 오랜 기간 보장을 요청할 수 있는지에 대한 내용이 담겨져 있습니다.

법률 용어
무엇을 할 수 있는지 알려주는 서면 고지서는 **"신속 이의 신청"**을 요청하는 방법을 알려줍니다. 신속 이의 신청을 요청하는 것은 치료 중지 시기에 대한 당사 보장 범위 결정에 대한 변경을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법입니다(섹션 8.3에서는 신속 이의 신청을 하는 방법을 설명합니다). 서면 고지서는 **"Medicare 보장 비제공 고지서"라고 합니다.**

2. 서면 고지서를 받았다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.

- 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다(섹션 4에서는 다른 사람이 가입자의 대리인을 할 수 있도록 서면 승인을 제공하는 법에 대해 설명합니다).
- 고지서에 서명하는 것은 가입자가 보장 중지 날짜에 대한 정보를 받았음을 나타내는 것*뿐입니다*. **서명을 하는 것은** 가입자가 관리를 그만 받는 것에 대해 동의를 하는 것이 **아닙니다**.

섹션 8.3 단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법

병원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- **절차를 따르십시오.** 이의 신청의 첫 2단계 절차는 아래에 제공되어 있습니다.
- **기한을 지키십시오.** 기한이 중요합니다. 무엇을 해야 하는지에 대한 기한을 이해하고 따르십시오. 저희 플랜이 반드시 준수해야 하는 기한이 있습니다(저희가 이 기한을 지키지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 장의 섹션 10에서는 불만사항 제기 절차를 설명합니다).
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있으시거나 언제든지 도움이 필요하시면 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨) 또는 개별 도움을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(이 장의 섹션 2를 참조하십시오).

1차 이의 신청이 기한 내에 이루어지면 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토하고 저희 플랜의 결정을 변경할지를 결정합니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

<u>1단계:</u> 1차 이의 신청을 하십시오. 가입자의 주의 품질 개선 기관에 연락하셔서 검토를 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇입니까?

- 이 기관은 연방 정부가 지불하는 의사 및 다른 건강 관리 전문의 그룹입니다. 이러한 전문가들은 저희 플랜에 소속되어 있지 않습니다. 이들은 Medicare를 가진 사람들이 받은 건강 관리의 질을 확인하고 특정 의료 관리의 보장을 중지할 시점을 검토합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 받은 서면 고지서에 이 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다(또는 이 책자의 2장, 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

무엇을 요청해야 합니까?

- 이 기관에게 저희가 가입자의 의료 서비스를 중지시키는 것이 의학적으로 적절한지에 대한 "신속 이의 신청"(독립 검토 실시)을 요청하십시오.

이 기관에 연락하는 데 있어 가입자가 지켜야 할 기한.

- 이의 신청을 하려면 Medicare 비보장 고지서(Notice of Medicare Non-Coverage)의 발효일 전날 정오까지 품질 개선 기관에 연락하셔야 합니다.
- 이의 신청을 위해 품질 개선 기관에 연락하는 기한을 놓치셨지만 이의 신청을 원하신다면 저희에게 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 이의 신청 방법에 대한 구체적인 사항은 섹션 8.5를 참조하십시오.

<u>2단계:</u> 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

이 검토에서 무엇을 합니까?

- 품질 개선 기관의 건강 전문인("검토자")은 가입자(또는 가입자의 대리인)에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 서면으로 준비하실 것은 없지만 원할 경우 하셔도 됩니다.
- 검토 기관은 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자는 그날 저희에게 가입자의 이의 신청을 알리며, 또한 가입자는 저희의 보험 적용이 만료되는 사유를 구체적으로 설명하는 서면 고지서를 받을 것입니다.

법률 용어
서면 설명서는 **"보장 비제공에 대한 구체적인 설명"**이라고 합니다.

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 내에 검토자들이 결정한 내용을 알려 드립니다.

검토자가 이의 신청을 승인하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 *승인*하면 저희는 해당 **서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 서비스에 대한 보장을 반드시 제공해야 합니다**.
- 가입자의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 보장 서비스에는 제한이 있을 수 있습니다(이 책자의 4장 참조).

검토자가 이의 신청을 거부하면 어떻게 됩니까?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 *거부하면* **가입자의 보험 적용은 저희가 말씀드린 날짜에 만료됩니다**. 고지서에 나와 있는 날짜에 이 건강 관리에 대한 저희 부담금의 지불을 중지할 것입니다.
- 가입자가 보험 적용일이 끝난 이후에도 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 **비용 전액을 지불해야 합니다.**

4단계: 1차 이의 신청이 거부되었다면 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 이렇게 처음 제기하신 이의 신청은 "1차" 이의 신청입니다. 검토자가 가입자의 1차 이의 신청을 거부하고 가입자가 보험 적용일이 끝난 이후에도 계속하여 관리를 받기로 결정했다면 또 다른 이의 신청을 할 수 있습니다.
- 다른 이의 신청을 한다는 것은 "2차" 이의 신청을 한다는 것을 의미합니다.

섹션 8.4 단계별: 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법

품질 개선 기관이 이의 신청을 거부했고 가입자가 보험 적용 만료 후에도 계속해서 관리를 받기로 결정했다면 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다. 2차 이의 신청 기간 동안 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부하면, 가입자의 보험 적용 만료일 *이후의* 모든 재택 건강 관리, 전문요양시설 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

다음은 2차 이의 신청 절차입니다.

1단계: 다시 품질 개선 기관에 연락해서 검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 후 **60일 이내에** 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 건강 관리를 계속하여 받은 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토할 것입니다.

3단계: 이의 신청을 받은 후 14일 내에 품질 개선 기관 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내린 후 알려 드릴 것입니다.

검토 기관이 이의 신청을 승인하면 어떻게 됩니까?

- 저희는 가입자의 보장이 만료된다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 부담금을 **가입자에게 반드시 다시 환불해야 합니다.** 저희는 반드시 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 **보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 반드시 계속해서 가입자의 분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다.

검토 기관이 거부하면 어떻게 됩니까?

- 이것은 1차 이의 신청에 대한 저희의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 계속해서 이의 신청을 더 할 것인지에 대해 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 3개의 추가 단계, 즉 총 5개의 이의 신청 단계가 있습니다. 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.
- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 8.5 1차 이의 신청 기한을 놓친 경우는 어떻게 합니까?

저희에게 이의 신청을 하실 수 있습니다.

섹션 8.3에 설명된 것과 같이 품질 개선 기관에 1차 이의 신청을 하려면 빨리 연락하여 조치해야 합니다(늦어도 1~2일 내). 이 기관에 연락할 수 있는 기한을 놓치셨다면 다른 방법으로 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 방식으로 이의 신청을 하는 경우, *처음 두 개의 이의 신청 절차는 다릅니다.*

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

단계별: 1차 *대안* 이의 신청을 하는 법

품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓친 경우 "빠른 검토"를 요청하면서 당사에 이의 신청을 할 수 있습니다. 빠른 검토는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 사용하는 이의 신청입니다.

다음은 1차 대안 이의 신청 단계입니다.

법률 용어
"신속한 검토"(또는 "신속한 이의 신청")는 **"긴급 이의 신청"**이라고 불립니다.

1단계: 저희에게 연락하셔서 "신속한 검토"를 요청합니다.

- 저희에게 연락하는 구체적인 방법은 2장, 섹션 1에서 *의료 관리에 대한 이의 신청 시 당사에 연락하는 방법*을 참조하시기 바랍니다.
- **"신속한 검토"를 요청하도록 합니다.** 이 말은 "표준" 기한이 아닌 "빠른" 기한으로 가입자께 저희가 답변을 드리도록 요청하는 것입니다.

2단계: 저희는 가입자의 서비스의 보장 만료 날짜 결정에 대해 "신속한 검토"를 합니다.

- 이 검토 시, 저희는 가입자 케이스의 정보를 모두 검토합니다. 가입자가 받으시는 서비스에 대한 플랜의 보험 적용 만료일을 결정할 때 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 저희는 답변을 드리기 위해 표준 기한이 아닌 "빠른" 기한을 사용할 것입니다.

3단계: 저희는 가입자가 "신속한 검토"("신속한 이의 신청")를 요청한 후 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- **가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 승인했다면** 저희는 가입자가 서비스를 계속 받아야 하며 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속해서 서비스를 보장함에 동의한다는 것을 의미합니다. 또한 보장되지 않는다고 말한 날 이후로 가입자가 받은 치료 비용에 대한 저희 분담분을 가입자에게 다시 지불하는 것에 동의하는 것을 의미합니다(가입자는 반드시 가입자의 비용분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다).
- **가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 거부하는 경우**, 가입자에 대한 보장은 저희가 가입자에게 통보한 날짜에 종료되며 해당일 이후에는 비용분담분을 지불하지 않습니다.

- 저희가 말씀드린 가입자의 보험 적용일이 끝난 *이후에도* 재택 건강 관리, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 **가입자가 비용 전액을 지불해야 합니다**.

4단계: 가입자의 신속한 이의 신청을 저희가 *거부*하는 경우 해당 케이스는 *자동으로* 다음 이의 신청 단계로 보내집니다.

- 신속한 이의 신청을 거부한 경우 당사가 모든 규칙을 준수하였는지 확인하기 위해 **귀하의 이의 신청을 "독립 검토 기관"에 보내야 합니다.** 이는 귀하의 이의 신청이 다음 단계 이의 신청 절차인 레벨 2 이의 신청으로 자동으로 전환된다는 의미입니다.

단계별: 2차 *대안 이의 신청* 절차

2차 이의 신청 기간 동안, **독립 검토 기관**은 저희가 가입자의 "빠른 이의 신청"을 거절했을 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희가 내린 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

법률 용어
"독립 검토 기관"의 정식 명칭은 **"독립 검토 주체"**입니다. 때때로는 **"IRE"**라고 지칭합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달합니다.

- 저희는 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 뒤 24시간 내에 가입자의 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관에게 정보를 전달해야 합니다(저희가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 이 불만사항 제기 절차는 이의 신청 절차와는 다릅니다. 이 장의 섹션 10에서는 불만사항 제기 절차를 설명합니다).

2단계: 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청에 대해 "신속한 검토"를 진행합니다. 검토자는 72시간 내에 답변을 제공합니다.

- **독립 검토 기관은 Medicare가 고용한 독립 기관입니다.** 이 기관은 저희 플랜과 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 Medicare가 독립 검토 기관의 역할을 하도록 선택한 회사입니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

- **이 기관이 가입자의 이의 신청을 *승인하면***, 저희는 보험 적용 만료일 이후 가입자가 받은 모든 치료 비용에 대한 당사 분담분을 가입자에게 환불(다시 지불)해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 건강 관리 비용에 대해 보장을 반드시 제공해야 합니다. 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다. 만약 보험 적용에 제한이 있다면 이것은 저희의 환불 금액 및 얼마나 오랜 기간에 대해 보장을 제공하는지에 대한 것일 수 있습니다.
- **이 기관이 가입자의 이의 신청을 *거부하면*,** 저희 플랜의 1차 이의 신청에 대한 결정에 동의하며 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
  - 가입자가 독립 검토 기관에서부터 받은 고지서에는 검토 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀있습니다. 3차 이의 신청은 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청을 계속할지 선택하실 수 있습니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 3개의 추가 단계, 즉 총 5개의 이의 신청 단계가 있습니다. 검토자가 가입자의 2차 이의 신청을 거부한 경우, 결정을 받아들일지 아니면 3차 이의 신청을 하실지 선택하셔야 합니다. 3차 이의 신청에서는 행정법 판사나 대리 재판관이 가입자의 요청을 심사합니다.
- 이 장의 섹션 9에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 9 3차 또는 그 이상의 단계로 이의 신청하기

섹션 9.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 품목 또는 진료의 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 금액이 특정 최소 금액에 해당하지 않으면 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 금액이 충분하시면 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

대부분의 경우, 마지막 3단계의 이의 신청은 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청	**연방 정부의 판사(행정법 판사라고 함) 또는 대리 재판관이** 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 드립니다.

- **만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 이의 신청 절차가 끝이 *날 수도 있고*,끝나지 않을 수도 있습니다**. 저희는 이 결정에 대해 4차 이의 신청을 진행할지 여부를 결정합니다. 2차 이의 신청(독립 검토 기관)과는 다르게, 저희는 가입자에게 유리한 3차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.
  - 저희가 결정에 대해 이의 신청을 하지*않기로* 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정했다면 저희는 4차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다.
- **행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청 절차가 *끝날 수도 있고,끝나지 않을 수도 있습니다.***
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
  - 가입자가 결정을 받아들이지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 결정문에서는 어떻게 다음 단계로 이의 신청을 계속하실 수 있는지 설명합니다.

4차 이의 신청	Medicare **항소 의회**(Medicare **Appeals Council**)(의회)에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다..

- **결과가 승인으로 나오거나 이의 신청 의회가 3차 이의 신청 결과에 대한 저희의 검토 요청을 거부했다면 이의 신청 절차가 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.*** 저희는 이 결정에 대해 5차 이의 신청을 진행할지 여부를 결정합니다. 2차 결정(독립 검토 기관)과는 다르게, 저희는 품폭 또는 의료 서비스의 가치가 요구되는 금액에 부합할 경우 가입자에게 유리한 4차 결정에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.
  - 저희가 결정에 대해 이의 신청을*하지 않는 경우*, 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 저희가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정하는 경우, 저희는 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.

- **결과가 거부로 나오거나 의회가 검토 요청을 거부하면 이의 신청 절차는 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도* 있습니다.**
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
  - 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 의회가 가입자의 이의 신청을 거부하면 고지서에는 가입자의 5차 이의 신청이 규정적으로 허용되는지 설명합니다. 규정적으로 허용되는 경우, 고지서에는 어디로 어떻게 연락하여 다음 이의 신청을 하실 수 있는지 기재되어 있습니다.

5차 이의 신청 **연방 법원의 판사**가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 이것은 이의 신청의 마지막 단계입니다.

섹션 9.2 Part D 의약품 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 의약품 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 금액이 특정 최소 금액에 해당하지 않으면 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

대부분의 경우, 마지막 3단계의 이의 신청은 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청 **연방 정부의 판사(행정법 판사라고 함) 또는 대리 재판관이** 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 드립니다.

- **이의 신청이 승인되면 이 절차는 종료됩니다.** 이의 신청을 하신 사항이 승인이 되었습니다. 저희는 결정문을 받은 후 **72시간(신속 이의 신청의 경우 24시간) 이내에** 행정법 판사 또는 대리 재판관의 승인을 받은 **약의 보장을 승인 또는 제공해야 하며 또는 달력일 기준으로 30일 이내에 지불을 해야 합니다**.
- **이의 신청이 거부되면 이 절차가 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.***
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.

- 가입자가 결정을 받아들이지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 결정문에서는 어떻게 다음 단계로 이의 신청을 계속하실 수 있는지 설명합니다.

4차 이의 신청	Medicare **항소 의회**(Medicare **Appeals Council**)(의회)에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다.

- **이의 신청이 승인되면 이 절차는 종료됩니다.** 이의 신청을 하신 사항이 승인이 되었습니다. 저희는 반드시 의회의 승인을 받은 **의약품 보장** 결정문을 받은 후 **72시간 이내(신속한 이의 신청의 경우는 24시간 이내)에 승인 또는 제공을 하거나 달력일 기준으로 30일 이내에는 지불**을 해야 합니다.
- **이의 신청이 거부되면 이 절차가 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.***
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
  - 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 의회가 가입자의 이의 신청을 거부하거나 이의 신청 검토 요청을 거절하면, 가입자가 받으시는 고지서에서 가입자의 5차 이의 신청이 규정적으로 허용되는지를 설명합니다. 규정적으로 허용되는 경우, 고지서에는 어디로 어떻게 연락하여 다음 이의 신청을 하실 수 있는지 기재되어 있습니다.

5차 이의 신청	**연방 법원의 판사**가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 이것은 이의 신청의 마지막 단계입니다.

불만사항 제기

섹션 10 의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객 서비스부 및 기타 우려에 관한 불만사항을 제기하는 방법

혜택, 보험 적용 범위나 지불 결정에 관한 문제라면 이 섹션은 *해당되지 않습니다.* 그 대신 보장 결정 및 이의 신청 절차를 이용해야 합니다. 이 장의 섹션 4로 가십시오.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)

섹션 10.1 불만사항 절차는 어떤 문제를 처리합니까?

이 섹션에서는 불만사항 제기 절차를 사용하는 법에 대해 설명합니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 *문제만* 해당됩니다. 건강 관리의 질, 대기 시간 및 고객 서비스부의 문제가 이에 포함됩니다. 불만사항 제기 절차에서 처리되는 문제의 예는 다음과 같습니다.

다음과 같은 문제가 있으시다면 "불만사항을 제기"하실 수 있습니다.

불만사항	예
의료 관리의 질	• 받은 진료(병원 내에서의 서비스 포함)에 대해 불만사항족하십니까?
개인정보보호 준수	• 누군가가 가입자의 개인정보보호 권리를 준수하지 않았거나 기밀 정보를 공유했다고 생각합니까?
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	• 누군가가 무례하거나 기만했다고 생각합니까? • 가입자 서비스부의 대우에 불만사항족하십니까? • 플랜을 탈퇴하라는 권유를 받는 것 같습니까?
대기 시간	• 약속을 잡는 것이 어렵거나 기다리는 시간이 너무 깁니까? • 의사, 약사 또는 다른 건강 전문의를 기다리는 시간이 너무 길었습니까? 또는 저희 가입자 서비스부나 플랜의 다른 직원들을 오래 기다렸습니까? ○ 전화상에서 너무 오래 기다리는 것 또는 처방약 또는 검사실 대기실에서 너무 오래 기다리는 것 등이 포함됩니다.
청결도	• 진료소, 종합 병원 또는 개인 병원의 청결도나 상태에 불만사항족하십니까?
저희가 제공한 정보	• 저희가 제공해야 하는 고지서를 제공하지 않았다고 생각하십니까? • 저희가 제공한 서면 정보가 이해하기 힘들다고 생각하십니까?

불만사항	예
적시성 (이러한 종류의 불만사항은 보장 결정 및 이의 신청과 관련된 저희 조치의 적시성과 관련이 있습니다)	보장 결정 요청 및 이의 신청의 절차는 이 장의 섹션 4-9에 나와 있습니다. 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하시려면 불만사항 제기가 아닌 그 절차를 이용하시기 바랍니다. 하지만 이미 보장 결정을 요청하셨거나 이의 신청을 하셨는데 빠른 답변을 받지 못한다고 느끼시면 저희의 느린 업무 처리에 대해 불만사항 접수를 하실 수 있습니다. 다음의 예를 참조하십시오. • 가입자가 "신속한 보장 결정" 또는 "신속한 이의 신청"을 요청하셨는데 저희로부터 거절당하셨다면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. • 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 답변 제공에 있어서 저희가 기한을 맞추지 못했다면 불만사항을 접수하실 수 있습니다. • 저희의 보장 결정이 검토되었고 특정 진료나 의약품에 대해 저희가 반드시 보장을 제공하거나 환불을 해야 한다고 할 경우, 기한이 적용됩니다. 저희가 이 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. • 저희가 결정을 제 시간에 제공하지 못한 경우, 저희는 가입자의 케이스를 독립 검토 기관으로 전달해야 합니다. 저희가 요구된 기한 내에 전달하지 못했다면 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.2 "불만사항 제기"의 공식 명칭은 "고충 접수"입니다

법률 용어

- 이 섹션에서 **"불만사항"**은 또한 **"고충"**이라고 불립니다.
- **"불만사항 제기"**는 **"고충 접수"**라고도 불립니다.
- **"불만사항 접수 절차 사용"**은 **"고충 접수 절차 사용"**이라고도 부릅니다.

섹션 10.3 단계별: 불만사항 제기

<u>1단계:</u> 저희에게 전화나 서면으로 즉시 연락주십시오.

- **일반적으로 가입자 서비스부에 전화를 하는 것이 첫 단계입니다.** 해야 하실 일이 있으시면 가입자 서비스부에서 알려 드립니다. 1-800-275-4737, TTY: 711로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~ 오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시.
- **전화 통화를 원하지 않을 경우(또는 전화를 하셨고 불만사항족하셨을 경우), 불만사항을 서면으로 작성하여 보내 주셔도 됩니다.** 서면으로 불만사항을 제기하시면 서면으로 저희가 불만사항에 대한 답변을 드립니다.
- 서면 답변을 요청하시면 서면으로 응답하고, 서면 불만사항(고충)을 제기하시거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우 서면으로 답변해 드리겠습니다. **전화로 불만사항을 해결할 수 없는 경우 불만사항을 검토할 공식적인 절차가 있습니다. 이를 고충 절차라고 합니다.** 불만사항을 제기하거나 이 절차에 대해 궁금한 점이 있으면 위의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 또는 본 책자 2장의 의료 관리에 대한 *이의 신청 또는 의료 관리에 대한 불만사항 및 Part D 처방약 대한 이의 신청 또는 Part D 처방약에 대한 불만사항에 나와 있는 주소로 서면 요청서를 우편으로 보낼 수 있습니다.*
  - 이벤트 후 달력일 기준으로 60일 이내에 불만사항을 제기해야 합니다. 또는본 책자 2장의 *의료 관리에 대한 이의 신청*또는 *의료 관리에 대한 불만사항*및*Part D 처방약 대한 이의 신청*또는 *Part D 처방약에 대한 불만사항에 나와 있는 주소로 서면으로 고충을 제출할 수 있습니다.*
  - 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 귀하의 사례에 필요한 만큼 신속하게 불만사항에 대한 결정을 통지해야 합니다. 단, 불만사항 접수 후 역일 기준 30일 이내에 통보해야 합니다. 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하여 지연이 귀하에게 가장 이익이 되는 경우 일정을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다.
  - 경우에 따라 불만사항에 대한 신속한 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이를 긴급 고충 절차라고 합니다. 다음과 같은 상황에서 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 불만사항을 신속하게 검토할 수 있습니다.
    - 저희는 의료 관리 또는 Part D 약 요청에 대한 신속한 검토 요청을 거부합니다.
    - 저희는 거부된 서비스 또는 Part D 약 이의 신청에 대한 신속한 검토 요청을 거부합니다.

- 의료 관리 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- 거부된 의료 관리에 대한 이의 신청을 검토하기 위해 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.

본 책자의 뒤표지에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하여 이러한 유형의 불만사항을 제출할 수 있습니다. 또는 본 책자 2장의 의료 서비스에 대한 이의 신청 또는 의료 서비스에 대한 불만사항 및 Part D 처방약 대한 이의 신청 또는 Part D 처방약에 대한 불만사항에 나와 있는 주소로 불만사항을 서면으로 제출할 수 있습니다. 긴급 고충을 접수하면 임상의가 사례를 검토하여 신속한 검토 요청의 거부 이유 또는 사례 연장이 적절했는지 여부를 판단합니다. 불만사항을 접수 후 24시간 이내에 구두 및 서면으로 신속한 사례의 결정을 통지합니다.

- **전화 또는 서면을 통해 가입자 서비스부에 바로 연락하셔야 합니다.** 불만사항은 반드시 발생한 지 60일 이내에 접수되어야 합니다.
- **당사가 "신속한 보장 결정" 또는 "신속한 이의 신청"을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기한다면**, 당사는 자동으로 고객에게 "신속한 불만사항" 접수 권한을 부여하고 **24시간 안에 고객의 불만에 답변**해야 합니다.

법률 용어
이 섹션에서 **"신속한 불만사항"**은 또한 **"긴급 고충"**이라고 불립니다.

<u>2단계:</u> 저희가 가입자의 불만사항을 검토 후 답변을 제공합니다.

- **가능하면 바로 답변을 제공할 것입니다.** 불만사항에 대해 전화를 하시면 바로 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요하시면 빠르게 답변해 드립니다.
- **대부분의 불만사항은 달력일 기준으로 30일 내에 처리됩니다.** 더 많은 정보가 필요하거나 가입자를 위해 시간 연장이 필요한 경우 또는 가입자가 더 많은 시간을 요청하실 경우 가입자의 불만사항에 대한 답변을 위해 달력일 기준 14일이 더 걸릴 수 있습니다(달력일 기준 총 44일). 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다.
- **일부 또는 전체의 불만사항에 저희가 동의하지 않을 경우,** 또는 가입자의 불만사항에 저희의 책임이 없는 경우, 해당 사실을 알려 드립니다. 저희의 답변에 대한 이유도 함께 알려 드립니다. 저희는 불만사항에 대해 동의 여부를 반드시 알려 드려야 합니다.

섹션 10.4 품질 개선 기관에 의료 품질에 대해 불만을 접수할 수도 있습니다.

가입자는 위에 기재된 단계별 절차를 이용하셔서 가입자가 받은 의료 서비스 품질에 대한 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

가입자의 불만사항이 *의료 서비스 품질에* 관한 것이라면 2가지 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- **가입자는 품질 개선 기관에 불만사항을 접수할 수 있습니다.** 원할 경우 받은 건강 관리 질에 대한 불만사항을 이 기관에 바로 접수하실 수 있습니다 (저희에게 불만사항을 제기하지 않고).
  - 품질 개선 기관은 연방 정부로부터 고용된 의사 및 다른 건강 관리 전문가 집단으로 Medicare 환자에게 제공된 관리의 질을 확인 및 개선합니다.
  - 이 책자의 2장의 섹션 4에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오. 이 기관으로 불만사항을 제기하신다면 저희는 이 기관과 협력하여 가입자의 불만사항을 처리할 것입니다.
- **또는 양측 모두에게 불만사항을 접수하실 수 있습니다.** 원할 경우 건강 관리의 질에 대한 가입자의 불만사항을 저희 및 품질 개선 기관에 모두 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.5 Medicare로 불만사항을 제기하실 수 있습니다

가입자는 Medicare에 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다.

다른 피드백 또는 고려사항이 있으시거나 플랜이 가입자의 문제를 처리하지 않는다고 생각되시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

10장

플랜 가입 종료

10장. 플랜 가입 종료

섹션 1 개요 251
섹션 1.1 이번 장에서는 저희 플랜 가입 종료에 대해 다룹니다 251
섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까? 251
섹션 2.1 연례 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다 251
섹션 2.2 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다 252
섹션 2.3 특정한 상황에서 특별 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다 253
섹션 2.4 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까? 254
섹션 3 플랜 멤버십 종료 방법 254
섹션 3.1 일반적으로 다른 플랜에 가입하게 되면 현재 플랜의 가입이 종료됩니다 254
섹션 4 멤버십이 종료될 때가지 가입자는 저희 플랜을 통해 진료와 의약품을 계속 받으셔야 합니다 256
섹션 4.1 가입이 종료되기 전까지는 여전히 저희 플랜의 가입자입니다 256
섹션 5 플랜에서 특정 상황에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다 256
섹션 5.1 저희가 가입자의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까? ... 256
섹션 5.2 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입에 필요한 의학적 증상이 가입자에게서 사라진 경우를 제외하고 저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다 257
섹션 5.3 저희가 가입자의 가입을 종료시키는 경우 불만사항을 제기할 수 있는 권리가 있습니다 258

섹션 1 개요

섹션 1.1 이번 장에서는 저희 플랜 가입 종료에 대해 다룹니다

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)의 가입 종료는 **자발적**(본인의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택이 아님)으로 일어날 수 있습니다.

- 가입자의 *개인 의지*에 따라 플랜 탈퇴를 결정할 수 있습니다.
  - 가입자는 특정 기간 또는 특정 상황에서 자발적으로 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 섹션 2에서는가임자가 플랜을 종료할 수 있는 *시기*에 관해 설명합니다.
  - 자발적인 가입 종료 절차는 새로 선택하는 보험의 종류에 따라 달라질 수 있습니다. 섹션 3에서는 각 상황에서 가입을 종료할 수 있는*방법*을 알려 드립니다.
- 가입자가 탈퇴하기로 결정하지 않았음에도 저희가 가입자의 가입을 종료해야 하는 제한적인 경우도 있습니다. 섹션 5에서는 저희가 가입을 종료해야 하는 경우에 대해 알려 드립니다.

저희의 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 관리 보장을 받아야 합니다.

섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

매년 등록 기간으로 알려진 특정 시기에 저희 플랜의 가입을 종료할 수 있습니다. 모든 가입자는 연례 등록 기간 및 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 플랜을 종료할 수 있는 기회가 있습니다. 특정 상황에서는 해당 연도의 다른 시기에도 플랜을 탈퇴할 수 있는 자격을 갖출 수 있습니다.

섹션 2.1 연례 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 **연례 등록 기간**(일명 "연례 정기 등록 기간")에 가입을 종료할 수 있습니다. 이는 가입자가 자신의 의료 및 의약품 보장을 검토하고 다음 해에 받을 보장에 대한 결정을 내리는 시기입니다.

- **연례 등록 기간은 언제입니까?** 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.
- **연례 등록 기간에 어떤 유형의 플랜으로 전환할 수 있습니까?** 현재의 보장을 유지할 수도 있고 다음 해에 받을 보장을 변경할 수도 있습니다. 새로운 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있습니다.

- 다른 Medicare 건강 플랜(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이있는 Original Medicare.
- – *또는* – Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.
  - **처방약 비용을 위해 Medicare로부터 "Extra Help"를 받는 경우:** Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신뢰할 만한 처방약 보장에 연속 63일 이상의 기간 동안 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 Part D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다("신뢰할 만한" 보장은 적어도 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 혜택을 제공하는 보장을 의미합니다). 가입 지연 벌금에 대한 자세한 내용은 1장의 섹션 5를 참조하십시오.

- **언제 가입이 종료됩니까?** 새로운 플랜의 보장이 개시되는 1월 1일에 가입이 종료됩니다.

섹션 2.2 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 **Medicare Advantage 정기 등록 기간**에 의료 보장을 *한 번* 변경할 수 있습니다.

- **연례 Medicare Advantage 정기 등록 기간이 언제입니까?** 매년 1월 1일부터 3월 31일까지입니다.
- **연례 Medicare Advantage 정기 등록 기간에 무슨 종류의 플랜으로 변경할 수 있습니까?** 이 기간 중에 다음이 가능합니다.
  - 다른 Medicare Advantage Plan으로 변경하기(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
  - 당사의 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장 받기. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다.
- **언제 가입이 종료됩니까?** 가입자가 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하겠다는 가입자의 요청을 당사에서 접수한 다음 달의 첫 날에 가입이 해지됩니다. 또한 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택한 경우에는 해당 의약품 플랜이 가입자의 등록 요청을 받은 다음 달 1일에 가입이 종료됩니다.

섹션 2.3 특정한 상황에서 특별 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다

특정한 상황에서 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자는 연중 다른 시기에 가입자 자격을 종료할 수 있습니다. 이는 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

- **누가 특별 등록 기간 자격 대상이 됩니까?** 다음의 상황 중 하나에 해당되는 경우, 특별 등록 기간에 플랜 가입을 종료할 수 있습니다. 이상은 예시일 뿐이며, 전체 목록은 플랜에 문의하거나 Medicare에 전화하거나 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.
  - 일반적으로, 이사한 경우.
  - Medicaid에 가입한 경우.
  - Medicare 처방 비용에 "Extra Help"를 받을 수 있는 자격 대상인 경우.
  - 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우.
  - 요양원 또는 장기요양(LTC) 병원과 같은 시설에서 의료 서비스를 받는 경우.
  - 종합 노령인 케어 프로그램(PACE)에 등록하는 경우.
  - **참고**: 약품 관리 프로그램에 등록되어 있다면, 플랜을 변경하지 못할 수도 있습니다. 5장 섹션 10에서 약품 관리 프로그램에 관해 자세히 설명합니다.
- **특별 등록 기간은 언제입니까?** 등록 기간은 가입자의 상황에 따라 달라질 수 있습니다.
- **무슨 조치를 취해야 합니까?** 특별 등록 기간 자격 대상이 되는지 알아보려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 특별한 상황으로 인해 가입을 취소할 수 있는 유자격 경우 Medicare 의료 보장과 처방약 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 이는 가입자가 다음 유형의 플랜 중 하나를 선택할 수 있다는 의미입니다.
  - 다른 Medicare 건강 플랜(처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다).
  - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *있는* Original Medicare.
  - - *또는* - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare.

처방약 비용을 위해 Medicare로부터 "Extra Help"를 받는 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 Part D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다("신뢰할 만한" 보장은 적어도 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 혜택을 제공하는 보장을 의미합니다). 가입 지연 벌금에 대한 자세한 내용은 1장의 섹션 5를 참조하십시오.

- **언제 가입이 종료됩니까?** 저희가 가입자의 플랜 변경 요청을 받은 다음 달 1일에 가입이 종료됩니다.

섹션 2.4 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

질문이 있거나 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우:

- **가입자 서비스부에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).
- 해당 정보는 ***2022년 Medicare & You*** 핸드북에서 확인할 수 있습니다.
  - Medicare 가입자는 매년 가을에 2022년 Medicare & You 사본을 받아 볼 수 있습니다. Medicare 신규 가입자는 처음 가입한 날로부터 1개월 내 사본이 발송됩니다.
  - Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드 할 수도 있습니다. 또는 아래 번호로 Medicare에 전화하여 인쇄본을 한 부 주문할 수도 있습니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 **Medicare**에 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 3 플랜 멤버십 종료 방법

섹션 3.1 일반적으로 다른 플랜에 가입하게 되면 현재 플랜의 가입이 종료됩니다

일반적으로 저희 플랜 가입을 종료하려면 등록 기간 동안(등록 기간에 대한 정보는 이 장의 섹션 2 참조) 다른 Medicare 플랜에 가입하면 됩니다. 그러나 저희 플랜에서 Medicare 처방약 플랜 *없이* Original Medicare로 전환하고자 하는 경우 저희 플랜에서 탈퇴 요청을 해야 합니다. 탈퇴 요청에는 두 가지 방법이 있습니다.

- 저희에 서면으로 요청하실 수 있습니다. 탈퇴 요청 방법에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

- --*또는*-- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 Medicare에 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 Part D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다("신뢰할 만한" 보장은 적어도 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 혜택을 제공하는 보장을 의미합니다). 가입 지연 벌금에 대한 자세한 내용은 1장의 섹션 5를 참조하십시오.

아래의 표에서 저희 플랜 가입을 종료하는 방법에 대해 설명합니다.

저희 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 하는 경우:	**가입자가 취해야 할 조치:**
• 다른 Medicare 건강 플랜	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *있는* Original Medicare.	• 새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.
• 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *없는* Original Medicare. ○ **참고:**Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 Part D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다. 등록 지연 벌금에 대해서는 1장의 섹션 5를 참조하십시오.	• **탈퇴 요청서를 당사로 보내주십시오.** 탈퇴 요청 방법에 대해 자세히 알아보시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). • 또한 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 **Medicare**에 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

저희 플랜을 다음의 플랜으로 전환하고자 하는 경우:	가입자가 취해야 할 조치:
	• Original Medicare의 보장이 시작되면 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)에서 자동으로 탈퇴하게 됩니다.

섹션 4 멤버십이 종료될 때가지 가입자는 저희 플랜을 통해 진료와 의약품을 계속 받으셔야 합니다

섹션 4.1 가입이 종료되기 전까지는 여전히 저희 플랜의 가입자입니다

가입자가 저희의 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 발효되기까지 시간이 소요될 수 있습니다(새로운 보장이 언제 개시되는지에 대한 정보는 섹션 2를 참조하십시오). 이 시기에 가입자는 계속 저희의 플랜을 통해 의료 관리와 의약품 보장을 받아야 합니다.

- **저희 플랜 가입 종료 시까지 계속 저희 네트워크 소속 약국에서 처방약을 구매해야 합니다.** 일반적으로 처방약은 우편 주문 약국 서비스를 포함하여 네트워크 소속 약국에서 구매하는 경우에만 보장을 받을 수 있습니다.
- **가입이 종료되는 날에 입원한 경우, 일반적으로 퇴원 시까지 입원 비용은** (새로운 의료 보장이 개시된 후에 퇴원하는 경우에도) **저희 플랜으로 보장받을 수 있습니다**.

섹션 5 플랜에서 특정 상황에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다

섹션 5.1 저희가 가입자의 플랜 가입을 종료해야 하는 경우는 언제입니까?

다음 중 한 가지 상황이 발생할 경우에 플랜에서 가입자의 가입을 종료해야 합니다.

- Medicare Part A 및 Part B에서 탈퇴한 경우.
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 저희의 서비스 지역을 6개월 이상 떠나게 된 경우.
  - 이사 또는 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 이사 장소 또는 여행지가 저희 플랜 서비스 지역에 해당하는지 여부를 확인해야 합니다(가입자 서비스부의 전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있습니다).

- 귀하는 1장 섹션 2.1에 명시된 플랜의 특별 자격 요건을 갖추지 않았습니다.
  - 저희 플랜의 특별 자격 요건을 더 이상 충족하지 못할 경우, 이 플랜의 회원 자격은 1개월 후에 종료됩니다. 가입 종료와 옵션을 알려주는 알림을 받게 됩니다. 가입자 자격에 대해 질문이 있으시면, 가입자 서비스부에 연락하십시오(전화번호는 이 책자의 뒤에 안내됨).
  - Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP)의 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 1개월입니다. 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실된 달의 다음 달 1일부터 시작됩니다.
- 수감되는 경우(교도소에 가는 경우).
- 미국 시민이 아니거나 미국에서 합법적 체류자가 아닌 경우.
- 보유하고 있는 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 알리지 않은 경우.
- 가입자가 소득으로 인해 추가 Part D 비용을 부담해야 하는 경우 이를 납부하지 않으면 Medicare가 해당 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시키며 가입자는 처방약 보장을 잃게 될 것입니다.

자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

질문이 있거나 언제 저희가 가입자의 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우:

- **가입자 서비스부**에 연락하여 자세한 정보를 문의할 수 있습니다(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨).

섹션 5.2 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입에 필요한 의학적 증상이 가입자에게서 사라진 경우를 제외하고 저희는 가입자의 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다

대부분의 경우 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)은 가입자의 건강과 관련된 이유로 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 유일하게 허용된 경우는 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입에 필요한 의학적 증상이 가입자에게서 사라진 경우입니다(가입에 필요한 의학적 증상에 대한 정보는 본 책자의 1장 섹션 2.1을 참조해 주십시오).

이러한 일이 일어나면 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련된 이유로 저희 플랜 탈퇴 요청을 받았다고 생각한다면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 상시 이용이 가능합니다.

섹션 5.3 저희가 가입자의 가입을 종료시키는 경우 불만사항을 제기할 수 있는 권리가 있습니다

저희가 가입자의 플랜 가입을 종료시키는 경우 저희는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 저희는 또한 가입 종료 결정에 대해 고충을 접수 또는 불만사항을 제기할 수 있는 방법에 대해 설명해야 합니다. 불만사항 제기 방법에 대한 정보는 9장의 섹션 10을 참조할 수 있습니다.

11장

법적 고지

11장. 법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지 261

섹션 2 차별금지에 대한 고지 261

섹션 3 Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지 261

섹션 4 Wellcare Advantage No Premium (HMO) 플랜에 따라 당사 플랜에서 제공한 혜택 회수 262

섹션 5 가입자 카드 264

섹션 6 독립 계약자 264

섹션 7 의료 플랜 사기 265

섹션 8 플랜이 통제할 수 없는 상황 265

섹션 1 준거법에 대한 고지

*보장 범위 증명서*에는 많은 법률이 적용되며 법률에 따라 특정 추가적인 조항이 적용될 수 있습니다. 이 문서에 포함 또는 설명되지 않은 법률도 가입자의 권리 및 의무에 영향을 줄 수 있습니다. 이 문서에 적용되는 주요 법률은 사회 보장법 Title XVIII 및 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회 보장법에 따라 수립한 규정입니다. 나아가, 기타 연방법이 적용될 수 있으며 특정 상황에서 거주하는 주의 법률이 적용될 수 있습니다.

섹션 2 차별금지에 대한 고지

저희 플랜은 가입자를 차별이나 부당한 대우로부터 보호하는 법률을 준수해야 합니다. 당사는 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험 가입 능력 입증, 서비스 지역 내에서의 지리적 위치 등을 바탕으로 **차별 대우를 하지 않습니다**. Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별을 금지하는 1964년 시민권리에 관한 법률 Title VI, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별 금지법, 미국 장애인법, 의료비용합리화법(AC) 1557항을 비롯한 연방법 및 기타 연방 재정 지원을 받는 단체에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규정을 준수해야 합니다.

차별이나 부당 대우에 관한 추가 정보가 필요하거나 우려사항이 있으면 보건복지부의 **시민권리 사무국** 전화 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)번 또는 현지 시민권리 사무국으로 전화하십시오.

장애가 있어서 치료 받는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스부로 연락하십시오 (전화번호는 이 책자의 뒤표지에 안내됨). 휠체어 접근성 문제 등에 관한 불만사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도와 드립니다.

섹션 3 Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지

저희는 Medicare가 주 상환자가 아닌 Medicare 보장 서비스에 대해 비용을 수금할 수 있는 권리와 의무가 있습니다. CMS 규정 42 CFR 섹션 422.108과 423.462, 저희의 플랜에 따라, 저희는 Medicare Advantage 조직으로서 주 법률에 우대해 적용되는 42 CFR Part 411의 하위 Part B에서 D까지의 CMS 규정과 이 섹션에서 수립된 규정에 의거한 총무의 권리와 동일한 회복권을 행사할 수 있습니다.

섹션 4 Wellcare Advantage No Premium (HMO) 플랜에 따라 당사 플랜에서 제공한 혜택 회수

부상을 당한 경우

다른 사람, 회사 또는 가입자("책임 당사자")의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜은 가입자가 받는 보상 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 그러나, 합의, 판결, 또는 부상, 질병 또는 상태와 관련된 기타 지불을 통해, 부상, 질병 또는 상태로 인해 돈을 받을 자격이 있는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자는 해당 주 법에 따라 이 플랜을 통해 귀하에게 제공되는 서비스의 가치를 회수할 권리를 보유합니다.

이 조항 전반에 걸쳐 사용되는 "책임 당사자"라 함은 부상, 질병 또는 상태에 대해 실제적 또는 잠재적으로 책임이 있는 개인 또는 단체를 의미합니다. 책임 당사자라는 용어에는 책임자나 법인의 책임 있는 사람 또는 단체의 법적 책임 또는 기타 보험사가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같습니다.

- 교통 사고가 난 경우,
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우.

저희 플랜의 회수 권리는 다음을 포함하여(단, 이에 국한되지 않음) 책임 당사자로부터 받은 모든 금액에 적용됩니다.

- 제3자 또는 제3자를 대신하여 보험 회사에서 지급한 금액,
- 보험이 없거나 부분적으로만 가입한 운전자 보장,
- 개인 상해 보호, 과실 없음 또는 기타 당사자 보장,
- 근로자 보상 또는 장애 보상 또는 결제,
- 자동차 정책, 건물 또는 주택 소유주의 보험 보장 또는 포괄 보장에 따른 의료 지급 보장,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 합의,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 판결 또는
- 책임 당사자의 작위 또는 부작위에 대한 보상으로 다른 모든 출처로부터 받은 기타 모든 지급.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 저희 플랜이 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인해 수령한 보장 서비스에 대한 혜택을 지급했을 때 적용되는 보상 및 상환에 대한 최우선 권한을 가지고 있으며 귀하 또는 귀하의 대리인은 책임 당사자로부터 금액을 회수하거나 회수할 자격이 있다는 데 동의합니다.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 (i) 상해, 질병 또는 상태와 관련하여 플랜에서 제공하는 모든 보장 서비스의 전체 비용까지 이용 가능한 모든 보장에서 의료 비용을 회수할 수 있는 권리를 저희 플랜에 양도하고 (ii) 책임 당사자가 귀하를 대신하여 플랜을 직접 상환하도록 구체적으로 지시하는 데 동의합니다.

또한 이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 저희 플랜에 모든 회수, 합의 또는 판결 또는 기타 보상 출처에 대한 우선 유치권을 부여하고 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인한 귀하의 부상, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 보장 서비스 혜택의 전체 비용에 대해 모두 상환합니다. 이 우선 순위는 금액이 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이 적용됩니다. 당사 플랜은 비교 과실이나 기타 이유로 인해 귀하의 잘못에 대한 청구와 관계없이 본 플랜에서 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 회수할 수 있습니다. 변호사 비용은 저희 플랜의 회수액에서 공제될 수 없으며, 저희 플랜은 책임 당사자에 대한 청구 또는 소송을 진행하기 위해 고용된 또는 변호사에 대한 법정 비용 또는 변호사 비용을 지불하거나 지불하는 데 기여할 필요가 없습니다.

수행해야 하는 단계

책임 당사자로 인해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자의 비용 회수 노력에 협조해야 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 해당되는 경우, 저희 플랜이나 치료 제공자에게 책임 당사자 및/또는 해당 변호사의 이름과 주소(알고 있는 경우), 변호사의 이름과 주소(변호사를 아용하는 경우), 관련 보험 회사의 이름과 주소를 부상, 질병 또는 상태의 원인에 대한 설명을 포함하여 알려주기.
- 저희 플랜이나 치료 제공자가 유치권 또는 회수권을 집행하는 데 도움이 되도록 합리적으로 요청할 수 있는 모든 서류 작성.
- 저희 플랜 또는 치료 제공자의 사례 또는 청구의 상태 및 모든 합의 논의에 대한 문의에 신속하게 응답.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자 또는 기타 다른 출처로부터 돈을 받은 즉시 저희 플랜에 통보.
- 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이, 책임 당사자로 인한 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 전체 혜택 비용에 대한 저희 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여, 회복, 합의, 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지급.

- 위에 명시된 바와 같이 저희 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음. 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 저희 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자로부터 또는 다른 어떤 출처로부터 받는 돈을 보관 및 해당하는 경우 귀하가 지불받는 즉시, 회수할 권리를 주장하는 다른 잠재적 유치권자 또는 제3자의 지불 전에 플랜에 따라 회수액에 대해 저희 플랜 또는 치료 제공자에게 상환.
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 저희와 협력해야 합니다.

섹션 5 가입자 카드

이 *보장 범위 증명서*에 따라 저희 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인만을 목적으로 합니다. 가입자 카드를 소지하더라도 본 *보장 범위 증명서*에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면 카드 소지자가 보장 자격 대상이어야 하고 이 *보장 범위 증명서*에 따라 가입자로 등록해야 합니다. 이 *보장 범위 증명서*에 따라 자격이 없는 사람이 서비스를 받은 경우 해당 서비스에 대한 비용을 납부할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스를 받을 때 Medicare 카드가 아닌 플랜의 가입자 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드를 교체해야 하는 경우 이 책자의 뒤표지에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 취소될 수 있습니다. 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관 사무실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

섹션 6 독립 계약자

저희 플랜과 각 참여 의료 제공자 간의 관계는 독립 계약자 관계입니다. 참여 의료 제공자는 저희 플랜의 직원 또는 대리인이 아니며, 저희 플랜도, 저희 플랜의 직원도, 참여 의료 제공자의 직원 또는 제공자 대리인도 아닙니다. 어떠한 경우에도 저희 플랜은 참여 의료 제공자 또는 다른 의료 제공자의 과실, 부당 행위 또는 실수에 대해 책임을 지지 않습니다. 저희 플랜이 아닌 참여 의사는 가입자와 의사-환자 관계를 유지합니다. 저희 플랜은 의료 제공자가 아닙니다.

섹션 7 의료 플랜 사기

의료 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 고용주 또는 그들을 대리하는 사람이 플랜에 대해 속이거나 허위 진술하는 것으로 정의됩니다. 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어 허위이거나 기만적인 진술이 포함된 청구서를 제출함으로써 의료 플랜을 속이려 하는 활동에 고의로 알고도 관여하는 사람은 의료 플랜 사기에 해당합니다.

청구서 또는 혜택 설명 양식에 표시된 요금에 대해 우려되거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 저희 플랜의 수신자 부담 사기 핫라인(Fraud Hotline)에 1-866-685-8664(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 사기 핫라인(Fraud Hotline)은 주 7일 하루 24시간 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격히 기밀로 유지됩니다.

섹션 8 플랜이 통제할 수 없는 상황

자연 재해, 전쟁, 폭동, 내란, 전염병, 시설의 전체 또는 부분 파괴, 핵 폭발 또는 기타 핵 에너지 방출, 중요한 의료 그룹 직원의 장애, 응급 상황 또는 기타 유사한 사건이 당사 플랜의 통제 범위를 벗어나 플랜의 시설 또는 직원이 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 마련할 수 없게 되는 경우, 해당 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 플랜의 의무는 플랜이 현재 이용할 수 있는 시설 또는 직원 내에서 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 기울여야 한다는 요건으로 제한됩니다.

12장

주요 용어 정의

12장. 주요 용어 정의

통원 수술 센터 – 통원 수술 센터는 병원 치료가 필요하지 않고, 센터에 머무는 동안 2시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자들에게 외래 환자 수술을 제공하기 위한 단체입니다.

연례 등록 기간 – 매년 가을 가입자가 의료 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 기간. 연례 등록 기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

이의 신청 – 이의 신청은 의료 서비스 및 처방약 보장 또는 이미 받은 서비스 비용 지불을 거절하는 저희의 결정에 동의하지 않는 경우에 가입자가 취할 수 있는 조치입니다. 받고 있는 서비스를 중단시키는 저희의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의 신청을 할 수 있습니다. 예를 들어, 가입자가 받을 수 있다고 생각하는 의약품 또는 품목, 서비스에 대한 비용을 저희가 지불하지 않은 경우 이의 신청을 요청할 수 있습니다. 이의 신청 절차 등 이의 신청에 관한 내용은 9장을 참조하십시오.

결산 청구 – 의료 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대해 플랜에서 허용하는 비용분담분을 초과하여 개인에게 청구하는 상황을 말합니다. Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자는 저희 플랜으로 보장되는 서비스를 받을 때 저희 플랜의 비용분담분만 내면 됩니다. 저희는 의료 제공자가 가입자에게 "결산 청구" 또는 가입자가 부담하도록 플랜에 명시되어 있는 비용분담분보다 많은 금액을 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

혜택 기간 – 저희 플랜과 Original Medicare가 함께 가입자의 전문요양시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법입니다. 혜택 기간은 전문요양시설에 입소하는 날부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 SNF에서 60일 연속으로 서비스를 받지 않은 시점에 종료됩니다. 한 번의 혜택 기간이 종료된 후 전문요양시설에 입소하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

브랜드 약 – 원래 해당 의약품을 연구 및 개발한 제약업체에 의해 생산 및 판매되는 처방약. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 버전과 동일한 활성 성분으로 제조됩니다. 그러나 제네릭 약은 다른 제약업체에 의해 제조 및 생산되며 일반적으로 브랜드 약의 특허가 만료하기 전에는 사용할 수 없습니다.

고액 보장 단계 – 가입자 또는 가입자를 위해 기타 유자격 자가 보장 연도에 보장약에 $7,050의 비용을 지불한 후 Part D 약 혜택의 단계로 가입자는 코페이먼트 또는 공동보험료를 지불하지 않거나 낮은 금액을 지불.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) – Medicare를 관장하는 연방 기관입니다. CMS 연락 방법은 2장을 참조하십시오.

공동보험료 – 서비스 또는 처방약에 대한 가입자 부담분으로서 지불해야 하는 금액입니다. 일반적으로 공동보험료는 비율(예:20%)로 지정됩니다.

불만사항 - "불만사항 제기"의 정식 명칭은 "고충 접수"입니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제*만* 해당됩니다. 건강 관리의 질, 대기 시간 및 고객 서비스부의 문제가 이에 포함됩니다. 이 주요 용어 정의의 "고충" 항목도 참조하십시오.

종합외래재활시설(CORF) – 주로 질병 또는 상해 후 재활 서비스를 제공하는 시설을 말합니다. 물리치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업치료, 음성 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트(또는 "코페이") – 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같이 의료 서비스나 지급품에 대해 본인부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 코페이먼트는 비율보다는 고정 금액으로 지정됩니다. 예를 들어, 의사 방문 또는 처방약에 대해 $10 또는 $20를 지불할 수 있습니다.

비용분담 – 비용분담분은 서비스 또는 의약품을 받을 때 가입자가 지불하는 금액입니다. 비용 분담 방식은 다음 세 가지 지불 유형의 조합이 포함됩니다. (1) 서비스 또는 의약품 보장 전에 플랜이 부과하는 공제액 또는 (2) 특정 서비스 또는 의약품 이용 시 플랜이 요구하는 고정 "코페이먼트" 금액, (3) "공동보험료" 금액, 즉 특정 서비스 또는 의약품 이용 시 플랜이 요구하는 서비스 또는 의약품의 전체 비용의 특정 비율. 담당 의사가 특정 의약품에 대해 한 달 공급량보다 적은 양을 처방했고 가입자가 코페이먼트를 납부해야 하는 경우 "일일 비용 분담률"이 적용될 수 있습니다.

비용 분담 범주 – 보장 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6가지 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로 보다 높은 비용 분담 범주에 속할 수록 가입자가 해당 의약품에 부담해야 하는 비용도 높아집니다.

보장 판단 – 처방에 대해 가입자가 비용을 부담해야 하는 경우 가입자에게 처방된 의약품이 해당 플랜으로 보장되는지의 여부 및 금액에 대한 결정. 일반적으로 가입자가 처방전을 약국에 가져갔을 때 약국에서 가입자에게 해당 처방전이 가입자의 플랜으로 보장되지 않는다는 것을 알려주는 것은 보장 판단이 아닙니다. 가입자는 해당 플랜에 전화 또는 서면으로 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판단은 이 책자에서 "보장 결정"이라고도 합니다. 9장에서 플랜에 보장 결정을 요청하는 방법을 설명하고 있습니다.

보장약 – 저희 플랜의 혜택 대상인 처방약 전체를 가리키는 용어.

보장 서비스 – 저희 플랜의 혜택이 적용되는 전체 의료 서비스 및 용품을 모두 가리키는 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 – 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 비용을 지원하는 처방약 보장(예: 직장 또는 노동조합을 통한 보장) 입니다. Medicare 자격 대상이 되었을 때 이러한 유형의 보장을 보유한 이들은 추후 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정한 경우, 일반적으로 벌금을 내지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

개인 전담 간호 – 전문 의료 또는 전문 간호가 필요하지 않을 때 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 간호입니다. 보호 치료는 개인 관리로 목욕, 옷 입기, 침대 또는 의자 사용, 이동, 화장실 사용을 돕는 일과 같이 전문 기술 또는 훈련이 필요 없는 서비스를 제공합니다. 안약 사용과 같이 대부분이 직접 할 수 있는 의료 관련 관리도 이에 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 치료에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

일일 비용분담률 – 담당 의사가 특정 의약품에 대해 한 달 공급량보다 적은 양을 처방했고 가입자가 코페이먼트를 납부해야 하는 경우 "일일 비용분담률"이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담률은 코페이먼트를 한 달 공급 일수로 나눈 비율입니다. 예시: 특정 의약품에 대한 가입자의 코페이먼트가 한 달에 $30이고 해당 플랜의 한 달 공급 일수가 30일인 경우, 가입자의 "일일 비용 분담률"은 $1가 됩니다. 이는 가입자가 처방약을 조제받을 때 일일 공급량에 대해 $1를 부담한다는 의미입니다.

공제액– 저희 플랜이 비용을 지불하기 전에 의료 서비스 또는 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액입니다.

가입 취소 또는 탈퇴 – 가입 종료 절차. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

조제료 – 처방약 제조 비용을 지불하기 위해 보장약이 조제될 때마다 청구되는 요금. 조제료는 약사의 처방약 준비 및 포장 시간 등에서 발생하는 비용을 지불합니다.

내구성 의료 장비(DME) – 의료적인 이유로 담당 의사가 주문해 주는 특정 의료 장비. 예를 들어 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스, 당뇨병 용품, 정맥 주입 펌프, 발성기, 산소 장비, 분무기 또는 의료 제공자가 가정용으로 주문한 병상 등이 포함됩니다.

응급 상황 – 의료적 응급 상황이란 가입자 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 부위 기능의 상실 등을 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요하다고 생각되는 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료 – 1) 응급 서비스를 제공할 수 있는 자격을 갖춘 의료 제공자에 의해 제공되고 2) 응급 상태를 치료, 평가 또는 안정화하는 데 필요한 보장 서비스를 의미합니다.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 – 등록 양식과 기타 첨부 문서, 부칙 또는 기타 선택된 선택적 보장과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 저희의 의무, 가입자의 권리, 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

예외 – 보장 결정의 한 유형으로, 예외가 승인될 경우 가입자가 플랜 후원자의 처방규정에 없는 약을 받거나(처방규정 예외) 더 저렴한 우대 비용 분담으로 비우대 약을 받도록(범주 예외 인정) 허용합니다. 가입자는 또한 플랜 제공자가 가입자가 요청한 의약품을 제공하기 전에 다른 의약품을 사용해 볼 것을 요청하는 경우 또는 플랜이 가입자가 요청한 의약품의 수량 또는 복용량에 제한을 둔 경우에도 예외를 요청할 수 있습니다(처방규정 예외).

Extra Help – 소득과 재산이 제한된 이들을 위해 보험료, 공제액 및 공동보험료와 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지원하기 위한 Medicare 프로그램입니다.

제네릭 약 – 브랜드 약과 동일한 활성 성분(들)을 가지고 있는 것으로 식품의약청(FDA)에서 승인한 처방약. 일반적으로, "제네릭 약"은 브랜드 약과 동일한 효능을 지니며 가격은 더 낮은 편입니다.

고충 – 진료 품질에 관한 불만사항을 포함하여 저희 또는 약국에 대해 가입자가 제기하는 불만사항의 일종. 이러한 유형의 불만사항에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다

가정 간호 도우미 – 가정 간호 도우미는 개인 간호(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 실시하기)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 정식 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공합니다. 가정 간호 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스 – 남은 수명이 6개월 이하인 가입자는 호스피스를 선택할 수 있는 권리가 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 거주 지역 내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다. 만약 호스피스를 선택한 경우 가입자는 여전히 저희 플랜 가입자로서 보험료를 지불해야 합니다. 가입자는 여전히 저희가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스와 보조 혜택을 받을 수 있습니다. 호스피스는 가입자의 상태에 대해 특별한 치료를 제공합니다.

입원 치료 – 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원하여 체류하는 경우. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 "외래 환자"로 간주되는 경우도 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) – 2년 전부터 국세청(IRS)에 보고한 수정된 조정총소득(MAGI)이 특정 금액을 초과할 경우, 표준 보험료와 IRMAA라고도 하는 소득 관련 월별 조정 금액을 납부합니다. IRMAA는 보험료에 추가적으로 부과되는 금액입니다. Medicare 보유자의 5% 미만에게 적용되는 사항이므로 대부분의 가입자는 보다 높은 보험료를 부담하지 않아도 됩니다.

독립 의사 협회(IPA) – 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP 및 전문의와 기타 의료 제공자(병원 포함)를 포함한 의사 협회. 1장의 섹션 3.2.1을 참조하십시오.

초기 보장 한도 – 초기 보장 단계에서 보장될 수 있는 최대 한도.

초기 보장 단계 – 이는 가입자가 부담한 전체 의약품 비용과 플랜이 가입자를 위해 부담한 연간 비용이 $4,430에 다다르기 전의 단계입니다.

초기 등록 기간 –처음 Medicare 자격 대상 요건을 갖추었을 때 Medicare Part A와 Part B에 가입할 수 있는 기간. 예를 들어, 만 65세가 되었을 때 Medicare 자격을 갖추게 되는 경우 초기 등록 기간은 7개월이며 만 65세가 되기 전 3개월 전부터 개시되어 만 65세가 되는 달과 만 65세가 된 후의 3개월이 이에 포함됩니다.

보장 의약품 목록(처방규정 또는"의약품 목록") – 플랜에서 보장하는 처방약 목록. 플랜은 의사 및 약사들의 도움을 받아 이 목록에 들어갈 의약품을 선정합니다. 이 목록에는 브랜드 및 제네릭 의약품이 모두 포함되어 있습니다.

저소득층 보조(LIS) – "Extra Help"를 참조하십시오.

가입자 부담 최대한도액 – 달력년 기준으로 1년 동안 네트워크 내에서 Part A 및 Part B 보장 서비스를 받는 대가로 납부해야 할 가입자 부담분의 최대 금액. 가입자의 Medicare Part A 및 Part B 보험료와 처방약에 대해 지불하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 합산되지 않습니다 가입자 부담 최대한도액에 대한 정보는 4장의 섹션 1.2를 참조하십시오.

Medicaid (또는 Medical Assistance) – 저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램. 프로그램은 주마다 다를 수 있으나 Medicare와 Medicaid 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다. 거주하는 주의 Medicaid에 연락하는 방법에 대해서는 2장의 섹션 6을 참조하십시오.

의료 그룹 – 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP 및 전문의, 병원을 포함한 기타 의료 제공자를 포함한 의사 협회. 1장의 섹션 3.2을 참조하십시오.

의학적으로 인정된 적응증 – 식품의약청의 인증을 받았거나 특정 참고도서로 뒷받침되는 의약품의 사용. 의학적으로 인정된 적응증에 대해서는 5장, 섹션 3을 참조하십시오.

의학적으로 필요 – 가입자의 의학적 상태의 예방, 진단에 필요하고 치료의 허용 기준을 준수하는 서비스, 의료 용품, 의약품.

Medicare – 만 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장 질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램입니다. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 PACE 플랜, Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 의료 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage 정기 등록 기간 – 매년 Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare를 통해 보장 혜택을 받을 수 있도록 지정된 기간. 이 기간 동안 Original

Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다. Medicare Advantage 정기등록 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 가입자가 처음 Medicare를 받을 유자격 후 3개월 동안 사용할 수 있습니다.

Medicare Advantage (MA) 플랜 – Medicare Part C라고도 부릅니다. 가입자에게 Medicare Part A와 Part B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 또는 HMO 또는 PPO, 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 또는 Medicare Medical Savings Account (MSA) 플랜일 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 등록하면 Medicare 서비스는 해당 플랜에 의해 보장되며 Original Medicare에서 비용을 지불하지 않습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜에서는 Medicare Part D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 되는 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다. Medicare Part A 및 Part B를 보유한 모든 가입자는 해당 지역에서 제공되는 모든 Medicare Advantage 건강 플랜에 가입할 수 있습니다.

Medicare 보장 공백 할인 프로그램 – 아직 "Extra Help"를 받고 있지 않은 보장 공백 단계에 도달한 Part D 가입자에게 대부분의 Part D 보장 브랜드 약에 대해 할인을 제공하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 특정 제약업체 간의 계약을 기반으로 합니다. 이러한 이유로, 대부분의 브랜드 약에 할인이 적용되지만 모든 브랜드 약에 적용되는 것은 아닙니다.

Medicare에서 보장하는 서비스 – Medicare Part A 및 Part B에서 보장하는 서비스. 저희 플랜을 비롯하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A와 Part B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 건강 플랜 – Medicare 건강 플랜은 해당 플랜에 등록한 Medicare 보유자에게 Part A와 Part B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 시범/시험 프로그램, 종합 노령인 케어(PACE) 프로그램이 포함됩니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare Part D) – 외래환자 처방약, 예방접종, 생물학적 제제, Medicare Part A 또는 Part B에서 보장하지 않는 특정 용품 비용을 지불하기 위한 보험.

"Medigap"(Medicare 보충 보험) 정책 – Original Medicare의 보장 "공백"을 보완하기 위해 민간 보험 회사가 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 정책은 오로지 Original Medicare와 함께 이용할 수 있습니다(Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아닙니다).

가입자(저희 플랜 가입자 또는 "플랜 가입자") – 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 보유자로서 저희 플랜에 가입했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입을 승인받은 사람입니다.

가입자 서비스부 – 가입, 혜택, 고충, 이의 신청에 대한 문의에 답변을 제공하는 플랜의 부서. 가입자 서비스부 연락 방법에 대한 정보는 2장을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국 – 네트워크 소속 약국은 저희 플랜 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있는 약국입니다. 이러한 약국이 저희 플랜과 계약했기 때문에 저희는 이들을 "네트워크 소속 약국"이라고 합니다. 대부분의 경우 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 구매했을 때만 보장을 받을 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자 – "의료 제공자"는 의료 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare와 주 정부의 승인 또는 허가를 받은 의사 및 기타 의료 전문가, 병원, 기타 의료 시설을 총칭하는 저희의 용어입니다. 저희 건강 플랜과 공조하고 저희의 비용 지불을 전체 비용으로서 수락하며 경우에 따라 저희 플랜 가입자를 위해 보장되는 서비스를 편성 또는 제공하는 데 동의한 의료 제공자를 **"네트워크 소속 의료 제공자"**라고 합니다. 저희 플랜은 계약 또는 해당 제공자가 가입자에게 플랜에서 보장된 서비스를 제공하는 데 동의했는지 여부를 기준으로 네트워크 소속 의료 제공자에게 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 "플랜 의료 제공자"라고도 부릅니다.

기관 판단 – Medicare Advantage 플랜은 품목 또는 서비스가 혜택 대상인지 여부 또는 보장 품목 또는 서비스에 대해 가입자가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 기관 판단을 통해 결정합니다. 기관 판단은 이 책자에서 "보장 결정"이라고도 합니다. 9장에서 플랜에 보장 결정을 요청하는 방법을 설명하고 있습니다.

Original Medicare("기존 Medicare" 또는 "행위별 수가제 Medicare") – Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜과 처방약 플랜과 같은 민간 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare는 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 의회에 의해 수립된 비용 지불 금액을 지불함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. Medicare를 수용하는 모든 의사 또는 병원, 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 가입자는 공제액을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare가 승인한 금액의 부담 부분을 지불하고 가입자는 가입자가 부담하는 부분을 지불합니다. Original Medicare에는 두 개의 Part가 있습니다. Part A(병원 보험)와 Part B(건강 플랜)는 미국 내 어디서든 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국 – 저희 플랜과 계약하여 저희 플랜 가입자에게 보장 의약품을 편성 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국. 이 보장 범위 증명서에 설명된 대로 대부분의 의약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한 저희 플랜에서 보장되지 않습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설 – 저희 플랜 가입자에게 보장 서비스를 편성 또는 제공하도록 주선되지 않은 의료 제공자 또는 시설. 네트워크 비소속 의료 제공자는 저희 플랜이 고용, 소유 또는 운영하지 않으며 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 체결하지 않은 의료 제공자입니다. 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설에 관한 설명은 3장을 참조하십시오.

본인부담금 – 상기 "비용분담"의 정의를 참조하십시오. 이용하는 서비스 또는 의약품 비용의 일부를 가입자 본인이 부담해야 한다는 비용분담 요건은 가입자의 본인부담 비용 요건이라고도 부릅니다.

PACE 플랜 – PACE(종합 노령인 케어 프로그램) 플랜은 의료적, 사회적, 장기요양(LTC) 서비스를 결합시켜 가입자가 가능한 오래 필요한 양질의 케어를 받으며 거주하는 지역사회에서 (요양원에 입소하는 대신) 독립적으로 생활할 수 있도록 지원합니다. PACE 플랜에 등록된 가입자는 플랜을 통해 Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받을 수 있습니다.

Part C – "Medicare Advantage(MA) 플랜"을 참조하십시오.

Part D – 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램 (편의상 처방약 혜택 프로그램을 Part D 라고 지칭함).

Part D 약– Part D에 따라 보장되는 의약품. 저희는 모든 Part D 약을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다(구체적인 보장 의약품 목록의 처방규정을 참조하십시오). 특정 범주의 약은 의회에 의해 Part D 약으로 보장되는 것이 특별히 제외되었습니다.

Part D 등록 지연 벌금 – 가입자가 Part D 플랜에 처음 가입할 수 있는 자격을 가진 후 신뢰할 만한 보장(평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 비용을 지불해 줄 것으로 기대되는 보장) 없이 연속 63일 이상 경과한 경우 Medicare 의약품 보장에 대한 월 보험료에 추가로 부과되는 금액. 가입자는 Medicare 의약품 플랜 보유 기간 동안 계속 이러한 높은 금액을 부담하게 됩니다. 몇 가지 예외 사항이 있습니다. 예를 들어, 처방약 비용을 위해 Medicare에서 "Extra Help"를 받는 경우 등록 지연 벌금을 납부할 필요가 없습니다.

우대 비용분담 – 우대 비용 분담은 특정 네트워크 소속 우편 주문 약국에서의 특정 보장 Part D 약에 대한 낮은 비용분담을 의미합니다.

보험료 – 진료 또는 처방약 보장을 받는 대가로 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험에 정기적으로 납부하는 금액.

주치의(PCP) – 주치의는 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 상담하는 의사 또는 의료 제공자입니다. 주치의는 가입자가 건강을 유지하기 위해 필요한 관리를 받고 있는지 확인합니다. 또한 다른 의사 및 의료 제공자와 가입자의 진료에 대해 논의하고 이들에게 의뢰할 수도 있습니다. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 주치의를 방문해야 합니다. 주치의에 대한 정보는 3장의 섹션 2.1을 참조하십시오.

사전 승인 – 저희의 처방규정에 포함 또는 불포함된 특정 서비스 또는 의약품을 이용하기 전에 받는 승인. 네트워크 소속 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 저희 플랜으로부터 "사전 승인"을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장 혜택표에 따로

표시되어 있습니다. 의약품 중에도 귀하의 담당 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 저희로부터 "사전 승인"을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장약은 처방규정에 따로 표시되어 있습니다.

보철 장치 및 보조기 – 보철 장치 및 보조기는 의료 장치로서 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문합니다. 보장되는 품목에는 팔 보호대, 허리 보호대 및 목 보호대, 의수족, 인공 눈 그리고 인공항문성형 용품, 경장영양요법, 정맥영양요법 등 내부 장기나 기능을 대체하는 데 필요한 장비가 포함됩니다.

품질 개선 기관(QIO) – Medicare 환자들에게 제공되는 관리의 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체. 해당 주 QIO에 연락하는 방법에 대해서는 2장의 섹션 4를 참조하십시오.

분량 제한 – 품질 또는 안전, 이용을 위해 선택된 의약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 툴. 제한 대상은 처방약 1회 제조당 혜택 대상 의약품의 양이 될 수도 있고 또는 제조 받을 수 있는 횟수가 될 수도 있습니다.

재활 서비스 – 물리치료, 언어치료, 작업치료가 이러한 서비스에 포함됩니다.

서비스 지역 – 건강 플랜이 거주 지역에 따라 가입자를 제한하는 경우, 가입자를 받아 주는 지리적인 지역입니다. 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 이는 일반적으로 일상적(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 이러한 플랜은 영구적으로 해당 서비스 지역 밖으로 이주한 가입자를 탈퇴시킬 수 있습니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호 – 전문요양시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스입니다. 전문요양시설의 예로는 정식 간호사나 의사만 제공할 수 있는 물리치료 또는 정맥 주사 등이 있습니다.

특별 등록 기간 – 가입자가 의료 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있도록 정해진 기간. 특별 등록 기간 자격 대상이 될 수 있는 상황은 다음과 같습니다. 서비스 지역 밖으로 이사한 경우, 처방약 비용에 "Extra Help"를 받는 경우, 요양원에 입소한 경우, 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우.

특별 요구 플랜 – Medicare와 Medicaid를 모두 보유한 사람, 요양원 거주자, 특정 만성 질환 환자 등 특정한 집단의 사람들을 위해 집중 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

표준 비용 분담 – 네트워크 소속 우편 주문 약국에서 제공되는 우대 비용 분담 이외의 비용분담분입니다.

단계적 치료법 – 저희가 가입자의 의사가 기존에 처방한 의약품에 대한 보장을 제공하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보도록 요청하는 의료 이용 툴.

보조적 소득 보장(SSI) – 사회복지부가 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지불 혜택. SSI 혜택은 사회 복지 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 응급하지 않으며 예기치 않은 의학적 질병, 부상 또는 질환으로서 즉각적인 치료가 필요한 상태를 해결하기 위해 제공하는 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 있지만 네트워크 소속 의료 제공자를 잠정적으로 이용할 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자가 이를 제공할 수 있습니다.

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-800-275-4737 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시입니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 공휴일에는 자동 전화 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetca

California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) SHIP
California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공할 수 있도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 주 정부 프로그램입니다.

방법	연락처 정보
전화	1-800-434-0222
TTY	711
우편 주소	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/hicap/

PRA 공개 선언문 *1995년 서류간소화법(Paperwork Reduction Act)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않다면 개인은 정보 수집에 답변할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견 또는 제안 사항은 다음 주소로 알려 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*