



Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 플랜 가입자 핸드북

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.
4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



2024 년 1 월 1 일 – 2024 년 12 월 31 일

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 따른 가입자의 건강 및 의약품 보장

가입자 핸드북 소개

이 가입자 핸드북(보장 범위 증명서)은 2024 년 12 월 31 일까지 당사 플랜에 따른 가입자의 보장 내용을 안내합니다. 본 안내서는 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 의약품 남용 장애) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 주요 용어와 정의는 가입자 핸드북의 12 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 문서를 안전한 곳에 보관하십시오.

이 가입자 핸드북에 '당사가', '당사를', '당사의' 또는 '당사의 플랜'이라고 명시되어 있으면 이는 Medicare Medi-Cal 플랜인 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)을 의미합니다.

이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.

이 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화를 걸어 대형 인쇄, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 이 문서를 무료로 받을 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

Wellcare by Health Net 은 귀하가 본인의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 '지속 요청'이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.

아래와 같은 경우라면 전화해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 771)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는

CA4CNCEOC35804K_0008

H3561_008

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 2



상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday - Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday -Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Someone that speaks your language can help you. This is a free service.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 3



Arabic

نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY : 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Armenian

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

Cambodian

យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគាំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគាំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Farsi

برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY : 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 4



French

Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

French Creole

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Hindi

हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

Italian

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 5



German

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Japanese

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007 (TTY : 711) にお電話ください。担当者の対応時間は、10月1日から3月31日までは、月曜～日曜日、午前8時～午後8時です。4月1日から9月30日までは、月曜日～金曜日、午前8時～午後8時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

Korean

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງ ເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 6



Mien

Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

Polish

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00. Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

Portuguese

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Punjabi

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 7



Russian

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Spanish

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Tagalog

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Thai

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 8



Ukrainian

Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 9



2024 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 핸드북

목차

1 장: 가입자로서의 시작	12
2 장: 중요한 전화번호 및 자료.....	24
3 장: 가입자의 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 당사 플랜의 보장 이용	48
4 장: 혜택표	76
5 장: 외래환자 처방약 조제	149
6 장: Medicare 및 Medi-Cal Medicaid 처방약에 대해 가입자가 지불하는 부분.....	170
7 장: 가입자가 받은 보장 서비스나 의약품 청구서에 대한 지불 요구.....	178
8 장: 가입자의 권리 및 책임	185
9 장: 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장에 대한 결정, 이의 신청, 불만사항)	215
10 장: 플랜 가입 종료	269
11 장: 법적 고지	278
12 장: 주요 용어 정의	283

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 10



면책 조항

- ❖ Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며 승인된 Part D 제공자입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 저희 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- ❖ 네트워크 비소속/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 비롯한 자세한 내용은 가입자 서비스부 전화번호로 전화하시거나 *가입자 핸드북*을 참조해 주십시오.
- ❖ Medicare는 Wellcare가 Value-Based Insurance Design 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.
- ❖ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 미국 국립의료질평가위원회(NCQA)로부터 치료 모델 검토를 바탕으로 2024년까지 특별 요구 플랜(SNP) 운영을 승인받았습니다.
- ❖ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 보장은 '최소 필수 보장'이라는 적격 건강 보장입니다. 이 보장은 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 개인별 공동책임 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 방문하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 11



1장: 가입자로서의 시작

개요

이 장에는 모든 Medicare 서비스를 보장하고 가입자와 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 조정하는 건강 플랜인 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사에서 얻을 수 있는 혜택 및 기타 정보를 알려줍니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 플랜 가입을 환영합니다.....	14
B. Medicare 및 Medi-Cal 에 대한 정보	14
B1. Medicare	14
B2. Medi-Cal	15
C. 당사 플랜의 장점	15
D. 플랜의 서비스 지역.....	16
E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?.....	16
F. 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것.....	17
G. 진료 팀과 의료 플랜.....	18
G1. 진료 팀.....	18
G2. 의료 플랜.....	18
H. Wellcare by Health Net 의 월 지불 비용.....	19
I. <i>가입자 핸드북</i>	19
J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보	19
J1. 가입자 ID 카드.....	19
J2. 의료 제공자 및 약국 명부.....	20

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 12



J3. 보장 의약품 목록	21
J4. 혜택 설명서.....	22
K. 가입자 최신 정보 유지	22
K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인 정보 보호.....	23

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 13



A. 플랜 가입을 환영합니다

당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램 자격을 모두 갖춘 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 일상 서비스 및 지원 의료 제공자, 행동 건강 의료 제공자, 기타 의료 제공자를 포함합니다. 또한 케어 코디네이터 및 진료 팀을 두고 귀하의 의료 제공자들과 서비스를 귀하가 관리할 수 있도록 돕습니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력합니다.

신뢰할 수 있는 경험

귀하는 신뢰할 수 있는 건강 플랜에 등록되었습니다.

Wellcare by Health Net에서는 Medicare와 Medi-Cal에 가입한 California 주민들이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 돕고 있습니다. 당사는 귀하가 Medicare 및 Medi-Cal 혜택과 서비스를 더욱 간편하게 활용하실 수 있도록 지원하며, 이외에도 더 많은 혜택을 제공합니다.

- 가입자 여러분께 훌륭한 가입자 서비스를 제공할 수 있어 자랑스럽습니다. 이러한 서비스는 적극적으로 개인별로 초점을 맞춰 주의를 기울임으로써 이루어집니다. 훈련받은 가입자 서비스부 담당 직원이 있으므로 가입자는 기다리실 필요 없이 통역 서비스를 통하여 다국어 지원을 받으실 수 있습니다. 가족을 돌보듯 '컨시어지' 수준의 서비스를 제공하여 귀하께서 혜택을 둘러보고 빠르게 답변을 받을 수 있도록 도와 드립니다.
- 당사는 약 25년 동안 고품질의 의사 네트워크를 구축해 왔습니다. Wellcare by Health Net 네트워크에 속한 의사와 전문가들이 진료 그룹을 만들어 여러분이 필요한 진료를 필요할 때 받을 수 있도록 협력합니다.
- 귀하의 지역사회는 당사의 지역사회입니다. 저희는 지역사회 기반의 국가 기업이기 때문입니다. 당사의 많은 직원들이 여러분이 살고 있는 곳에서 살고 있습니다. 당사는 다음과 같은 지원을 통해 지역사회를 지원합니다.
 - 지역 건강 이벤트 및 커뮤니티 센터에서 건강 선별검사 실시
 - 무료 건강 교육 수업

B. Medicare 및 Medi-Cal 에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare 는 다음 분들을 위한 연방정부 건강 보험 프로그램입니다.

- 65 세 이상인 분들,
- 65 세 미만이나 장애가 있으신 분들 및
- 말기 신장질환(신부전증)이 있는 분들.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 14



B2. Medi-Cal

Medi-Cal 은 California 주에서 실시하는 Medi-Cal 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal 은 주에서 운영하며, 주 및 연방 정부에서 지불합니다. Medi-Cal 은 소득과 자산이 제한된 분들의 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS), 의료비용 지불을 돕습니다. 또한 Medicare 에서 보장하지 않은 추가 서비스나 일부 의약품을 보장합니다.

각 주의 결정은 다음과 같습니다.

- 소득과 자산 인정,
- 자격 요건,
- 보장 서비스 및
- 서비스 비용.

주에서는 어떻게 연방 규칙을 지키며 프로그램을 운영할 것인지 결정할 수 있습니다.

Medicare 와 California 주에서 당사의 플랜을 승인했습니다. 당사의 플랜을 통해 다음의 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용할 수 있습니다.

- 당사가 플랜을 제공하도록 결정하고
- Medicare 와 California 주정부로부터 플랜을 계속 제공할 수 있는 허가를 받은 경우.

만일 미래에 당사 플랜이 운영을 중단한다고 해도 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 귀하의 자격 상태에는 지장이 없습니다.

C. 당사 플랜의 장점

이제 처방약을 비롯한 Medicare 및 Medi-Cal 의 모든 보장 서비스를 당사 플랜에서 받으시게 됩니다. **본 건강 플랜에 가입하기 위해 귀하가 추가로 지불하는 비용은 없습니다.**

당사는 Medicare, Medi-Cal 양쪽 혜택을 귀하가 더욱 손조롭게 받으실 수 있도록 도울 것입니다. 장점 중 몇 가지는 다음과 같습니다.

- 귀하는 당사와 함께 **대부분의** 의료 요구 사항을 관리합니다.
- 귀하는 진료 팀을 갖게 되며, 이 팀 구성에는 귀하가 참여합니다. 귀하의 진료 팀에는 귀하 자신, 케어 의료 제공자, 의사, 간호사, 카운슬러, 기타 건강 전문의 등이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 진료 관리자와 연락하실 수 있습니다. 진료 관리자는 귀하, 당사 플랜, 귀하의 진료 팀과 함께 진료 플랜을 짜는 일을 돕는 사람입니다.
- 귀하는 진료 팀과 진료 관리자의 도움을 받아 자신의 진료를 지시할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 15



- 귀하의 진료 팀과 진료 관리자는 귀하와 협력하여 **귀하의 건강 필요를 충족하기 위해** 제작된 진료 플랜을 만듭니다. 진료 팀은 귀하가 필요로 하는 서비스의 조정을 돕습니다. 예를 들어, 귀하의 진료 팀은 다음을 확인합니다.
 - 귀하가 복용하는 모든 약을 귀하의 의사들이 알게 함으로써 올바른 약을 복용하는지 확인하고 약 때문에 생길 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 해 줍니다.
 - 검사 결과를 모든 의사가 공유하고 적절한 상황에서 기타 의료 제공자들도 공유할 수 있도록 해 줍니다.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 등록을 요청한 다음달 1 일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 문의 사항은 당사에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

D. 플랜의 서비스 지역

당사의 서비스 지역에는 California 주의 Los Angeles, Sacramento 및 Tulare 카운티가 포함되어 있습니다.

당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 당사 플랜에 가입하실 수 있습니다.

서비스 지역 밖으로 이사하는 경우에는 당사 플랜을 유지할 수 없습니다. 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우에 발생하는 영향은 *가입자 핸드북 8 장*을 참조하십시오.

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까?

다음과 같은 요건을 갖춘 분은 저희 플랜에 가입할 수 있는 자격이 있습니다.

- 당사 서비스 지역에 **거주하고**(수감된 경우 물리적으로 당사 서비스 지역에 있다고 하더라도 서비스 지역에 거주하는 것으로 보지 않음)
- 등록 당시 21 세 **이상이며**
- Medicare Part A, Medicare Part B 둘 다 소지하고 **있으며**
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 체류하고 있는 **분이며**
- 현재 Medi-Cal 에 대한 자격이 **있고**

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 16



Medi-Cal 가입 자격을 상실했지만 6개월 이내에 가입 자격을 다시 얻을 것으로 예상되는 경우 여전히 당사 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

당사의 플랜에 처음 가입하면 등록 유효 날짜 이전 또는 이후 90일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받게 됩니다.

가입자는 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA는 귀하의 개별 진료 플랜을 짜는 데 기초가 됩니다. HRA에는 귀하의 의료적, 행동 건강 및 기능적 필요를 파악하는 질문이 포함됩니다.

HRA를 완성하기 위해 귀하께 연락을 드립니다. 직접 방문, 전화 통화 또는 우편으로 HRA를 완료할 수 있습니다.

HRA에 관한 자세한 내용은 귀하께 보내 드립니다.

당사의 플랜이 처음이며 현재 담당 의사가 당사 네트워크에 속해 있지 않은 경우에는 일정 기간 동안 해당 의사를 계속 이용할 수 있습니다. 당사는 이를 진료의 지속성이라고 합니다. 해당 의사가 당사 네트워크에 속해 있지 않으며, 아래 모든 조건에 부합된다면, 가입 당시 현재의 의료 제공자와 이용 중인 서비스 승인을 최대 12개월간 유지하실 수 있습니다.

- 가입자의 대리인 또는 의료 제공자가 현재 의료 제공자의 진료를 계속 받을 수 있도록 당사에 요청합니다.
- 당사는 귀하가 주치의나 전문의와 이미 관계가 성립되었음을 입증합니다. 단, 예외가 있습니다. 기존 관계란 첫 당사 플랜 가입일 이전 12개월 사이에 비응급 방문으로 네트워크 비소속 의료 제공자를 최소 한 번 방문하셨음을 의미합니다.
 - 당사는 이용할 수 있는 귀하의 의료 정보 또는 귀하가 당사에 제공하는 정보를 검토하여 기존 관계의 성립 여부를 결정합니다.
 - 귀하의 요청에 답변하는 데 30일이 소요됩니다. 귀하는 빠른 결정을 당사에 요구하실 수 있으며, 당사는 15일 안에 반드시 답변해야 합니다. 귀하가 피해를 입을 위험이 있을 경우 당사는 3일 이내에 답변해야 합니다.
 - 귀하가 요청하시는 경우, 귀하나 귀하의 의료 제공자는 기존 관계를 증명하는 서류를 제출해야 하며 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 내구성 의료 장비(DME) 공급업체에 대해 90일 이상 또는 당사가 새 대여를 승인하고 네트워크 소속 의료 제공자가 대여 서비스를 제공할 때까지 이 요청을 할 수 있습니다. 운송 공급자 또는 기타 보조 공급업체에 이 요청할 수 없지만, 당사 플랜에 포함되지 않은 운송 서비스 또는 기타 보조 서비스에 대한 요청을 할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 17



지속적 진료 기간이 끝난 후, 가입자는 주치의 의료 그룹과 제휴하고 있는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 네트워크 소속 의사 및 기타 의료 제공자의 진료를 받으셔야 합니다. 단, 당사가 네트워크 비소속 의사와 협약을 맺고 있다면 그렇지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다. 저희 플랜에 등록하시면 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 네트워크에서 참여 의료 그룹이 지정됩니다. 이 참여 의료 그룹의 PCP 도 귀하를 지정할 수 있습니다. 담당 PCP 를 선택하려면 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하여 당사 플랜 네트워크에서 PCP 를 선택하십시오. 가입자 서비스부는 PCP 를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP 를 선택했다면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 전화하십시오. PCP 는 당사 네트워크 소속이어야 합니다. 의료 서비스를 받는 것에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 3 장** 섹션 D 의 52 페이지를 참조하십시오.

G. 진료 팀과 의료 플랜

G1. 진료 팀

진료 팀은 귀하가 필요한 서비스를 계속 받도록 도울 수 있습니다. 의료팀은 가입자의 의사, 진료 관리자, 혹은 고객이 선택하신 기타 의료전문가가 포함됩니다.

진료 관리자는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 관리할 때 도움을 주도록 훈련된 담당자입니다. 당사 플랜에 등록하시면 진료 관리자가 배정됩니다. 진료 관리자는 당사 플랜이 제공하지 않을 수 있는 다른 커뮤니티 자원을 귀하에게 소개하고 귀하의 진료 팀과 협력하여 귀하의 진료를 조정하도록 돕습니다. 페이지 하단의 번호로 전화하여 담당 진료 관리자 및 진료 팀에 대한 자세한 내용을 문의하십시오.

G2. 의료 플랜

진료 팀이 귀하의 의료 플랜을 만들어 드립니다. 의료 플랜을 바탕으로 귀하와 귀하의 의사에게 귀하가 필요로 하는 서비스와 이를 받는 방법을 알 수 있습니다. 여기에는 귀하의 의료, 행동 건강 및 LTSS 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

귀하의 의료 플랜에는 다음 내용이 포함됩니다.

- 귀하의 건강 관리 목표 및
- 필요한 서비스를 받을 수 있는 일정.

HRA 를 마친 후에 귀하의 진료 팀과 만나게 됩니다. 이들은 귀하께 필요한 서비스에 대해 안내해 드립니다. 또한, 혹시 받기를 원할 수도 있는 서비스에 대해서도 알려 드립니다. 귀하의 의료 플랜은 귀하의 요구 사항 및 목표를 바탕으로 만들어집니다. 귀하의 진료 팀은 최소 1 년에 한 번 가입자와 함께 의료 플랜을 갱신합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오. 18



H. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 월 지불 비용

당사의 플랜에는 플랜 월 보험료가 없습니다.

I. 가입자 핸드북

본 **가입자 핸드북**은 당사와 가입자 간 계약의 일부입니다. 즉 본 문서의 모든 규칙을 당사가 반드시 따라야 한다는 뜻입니다. 만일 당사가 이 규칙에 위배되는 행위를 했다고 생각하시면, 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청에 대해서는 **가입자 핸드북의 9장**, 섹션 D, 220페이지를 참조하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 **가입자 핸드북**을 요청하실 수 있습니다. 페이지 하단의 웹 주소로 당사 웹사이트를 방문하여 **가입자 핸드북**을 참조하실 수도 있습니다.

이 계약은 2024년 1월 1일에서 2024년 12월 31일 사이에 플랜에 등록된 달 동안 유효합니다.

J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보

당사에서 귀하에게 제공하는 기타 중요 정보에는 가입자 ID 카드, 의료 제공자 및 약국 명부를 이용하는 방법 및 처방규정이라고도 하는 **보장 의약품 목록**을 이용하는 방법이 포함됩니다.

J1. 가입자 ID 카드

플랜에 가입하시면 LTSS, 특정 행동 건강 서비스, 처방약을 포함하여 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 이용에 쓰실 카드 한 장이 발급됩니다. 모든 서비스와 처방약 수령 시 이 카드를 제시하십시오. 다음은 가입자 ID 카드 견본입니다.

	<p>Wellcare By Health Net Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) CMS#: H3561-008 Effective Date: MM/DD/YYYY</p>	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>
<p>MEMBER INFORMATION Name: First MI Last Member ID#: XXXXXXXX-XXX Care Coordinator Phone: 1-800-431-9007</p>	<p>PHARMACY INFORMATION MedicareRx Prescription Drug Coverage</p>	<p>FOR MEMBERS Member Services: 1-800-431-9007 (TTY: 711) Mental Health Benefits: 1-800-646-5610 (TTY: 711) Nurse Advice Line: 1-800-893-5597 (TTY: 711) Access2Care Transportation: 1-844-515-6876 (TTY: 711) Delta Dental: 1-855-643-8515 (TTY: 711) Enroll Vision: 1-866-392-6058 (TTY: 711)</p>
<p>PROVIDER INFORMATION PPG Name: Provider Group Name PPG Phone: X-XXX-XXX-XXXX PCP Name: Last, First Name PCP Phone: X-XXX-XXX-XXXX MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/Specialist Office Visit: \$0 FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER).</p>	<p>Rx Processor Part D: Express Scripts® RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA RxID: XXXXXXXXXX</p>	<p>FOR PROVIDERS For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: 1-800-431-9007 Medical Claims: Wellcare By Health Net Attn: Claims Payor ID: 68069 P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640-9030 Pharmacy prior auth: 1-800-867-6564 For help: (PHARMACY USE ONLY) 1-833-750-0202 Submit Part D Drug Claims to: Wellcare By Health Net Attn: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577</p>

가입자 ID 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우, 곧바로 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오. 새 카드를 보내드리겠습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 19

당사 플랜의 가입자로 계시는 동안에는 대부분의 서비스를 받기 위해 귀하의 적, 백, 청색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 이러한 카드는 추후에 필요하게 될 때를 대비해서 안전한 곳에 두십시오. 귀하께서 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제출하실 경우, 의료 제공자가 당사 플랜 대신 Medicare 에 서비스 이용료를 청구하여 귀하께서 요금을 부담해야 할 수 있습니다. 의료 제공자로부터 청구를 받은 경우 어떻게 해야 하는지 알아보려면 **가입자 핸드북 7 장**, 섹션 A, 179 페이지를 참조하십시오.

다음 서비스를 이용하시려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요합니다.

- 가정 지원 서비스(IHSS)
- 카운티 특수 정신 건강 및 약물 남용 장애(SUD) 서비스
- 다목적 시니어 지원 서비스 프로그램(MSSP) 서비스
- Medi-Cal 보장 Rx 서비스 또는 의료 제공자('Medi-Cal Rx')
- Medi-Cal 보상 치과 서비스
- 가정 및 지역사회 기반 면제 서비스(HCBS)

J2. 의료 제공자 및 약국 명부

의료 제공자 및 약국 명부에는 당사 플랜 네트워크 소속 의료 제공자와 약국이 나와 있습니다. 당사 플랜에 가입자로 계시는 동안 반드시 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다.

의료 제공자 및 약국 명부는 (전자적으로 또는 하드 카피 형태로) 페이지 하단에 있는 번호로 전화하여 가입자 서비스부에 요청하실 수 있습니다. 하드 카피 제공자 및 약국 명부 요청은 영업일 기준 3 일 이내에 우편으로 발송됩니다.

페이지 하단의 웹 주소에서 **의료 제공자 및 약국 명부**를 참조하실 수도 있습니다.

가입자 서비스부 및 웹사이트를 통해 네트워크 소속 의료 제공자와 약국의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받을 수 있습니다. 이 **의료 제공자 및 약국 명부**에는 가입자가 Wellcare by Health Net 가입자 자격으로 방문할 수 있는 의료 전문가(의사, 전문 간호사 및 심리학자 등), 시설(병원이나 진료소 등), 보조 의료 제공자(지역사회 기반 성인 서비스 등)가 나와 있습니다. 또한 처방약을 받기 위해 사용할 수 있는 약국도 포함되어 있습니다. 이 **의료 제공자 및 약국 명부**에 등록된 약국 중에는 일반 판매, 통신 판매, 재택 투여, 장기 의료(Long-Term Care, LTC) 서비스 등을 제공하는 약국도 포함됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 20



네트워크 소속 의료 제공자의 정의

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자는 다음으로 구성됩니다.
 - 당사 플랜의 가입자로서 방문할 수 있는 의사, 간호사, 기타 의료 전문가
 - 당사 플랜을 통해 건강 서비스를 제공하는 진료소, 병원, 요양시설, 기타 서비스 시설 및
 - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 간호 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업체에 및 Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 얻을 수 있는 제품과 서비스를 제공하는 기타 업체.

네트워크 소속 의료 제공자들은 보장된 서비스에 대한 당사 플랜의 지불금을 지불금 전액으로 수락하는 것에 동의합니다.

네트워크 소속 약국의 정의

- 네트워크 소속 약국이란 본 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의하는 약국을 뜻합니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에서 이용할 네트워크 소속 약국을 찾으실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고, 당사의 플랜을 통해 비용을 지불할 수 있도록 하려면 당사의 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제해야 합니다.

이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 자세한 내용을 요청하시면 저희가 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부 및 웹사이트를 통해 네트워크 소속 의료 제공자와 소속 약국의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받으실 수 있습니다.

J3. 보장 의약품 목록

이 플랜에는 *보장 의약품 목록*이 포함됩니다. 간단히 '의약품 목록'이라고도 합니다. 이 목록은 당사 플랜에서 보장하는 처방약을 알려줍니다.

또한 의약품 목록은 지원 금액 한도 등 어떤 약물에 대한 규칙이나 제한 사항이 있는지 알려줍니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 C, 160 페이지를 참조하십시오.

매년 의약품 목록의 이용 방법이 나온 정보를 보내 드립니다. 단, 내용은 연중에 바뀔 수 있습니다. 보장 의약품에 대한 최신 정보를 받으려면 가입자 서비스부에 연락하거나 페이지 하단의 웹사이트 주소를 방문하여 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 21



J4. 혜택 설명서

Medicare Part D 처방약 혜택을 이용하시면 요약본을 보내 드립니다. 이 보고서를 통해 Medicare Part D 처방약 지불 내역을 이해하고 추적하는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 이 요약 보고서는 **혜택 설명서(EOB)**라 불립니다.

EOB 는 그 달에 Medicare Part D 처방약에 귀하 또는 귀하를 대신하여 다른 분이 지불한 총액과 Medicare Part D 처방약마다 당사가 지불한 금액의 총액을 알려 드립니다. 이 EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 는 가입자가 복용하는 의약품에 대한 보다 자세한 정보를 포함하고 있습니다. **가입자 핸드북 6 장**, 섹션 A, 173 페이지에서는 EOB 에 관한 자세한 정보와 가입자의 의약품 보장을 추적하는 방법을 알려 드립니다.

가입자는 EOB 를 요청하실 수도 있습니다. 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

K. 가입자 최신 정보 유지

가입자 정보가 변경되는 경우, 이를 당사에 알려 주시면 가입자 기록을 갱신하실 수 있습니다.

당사는 귀하에 대한 정확한 정보를 당사 기록으로 보관하기 위해 이 정보가 필요합니다. 당사의 네트워크 소속 의료 제공자와 약국 또한 귀하에 대한 정확한 정보가 필요합니다. **그들은 귀하가 어떤 서비스와 약을 받는지를 알기 위해, 또 귀하가 지불하는 비용은 얼마일지를 정하는 데 귀하의 가입자 기록을 이용합니다.**

다음 사항에 대해 즉시 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소 또는 전화번호의 변경사항
- 고용주를 통한 보험, 배우자의 고용주를 통한 보험, 동거인의 고용주를 통한 보험 또는 산업 재해 보험과 같은 가입자가 지닌 다른 건강 보험의 보장 범위가 변경된 경우
- 교통사고 관련 청구 등 일체의 배상책임 청구
- 요양시설 또는 병원 입원
- 병원 또는 응급실에서 받은 진료
- 간병인(또는 담당자) 변경 **및**
- 가입자가 임상 연구에 참여하는 경우 (**참고:**귀하가 참여하고 있거나 참여하게 된 임상 연구에 대해 알려줄 필요는 없지만 그렇게 하도록 권장하고 있습니다).

정보가 변경되는 경우, 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 번호로 전화하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 22



K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인 정보 보호

가입자 기록 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방 정부, 주 정부 법에 따라 당사는 귀하의 PHI 를 보호해야 합니다. 당사는 가입자의 PHI 를 보호합니다. PHI 를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 8 장*, 섹션 C1, 205 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 23



2장: 중요한 전화번호 및 자료

개요

이 장에는 당사 플랜과 건강 보험 혜택에 대하여 궁금한 점을 알아볼 수 있는 중요한 자료의 연락처 정보가 담겨 있습니다. 케어 코디네이터나 가입자를 대변할 수 있는 사람에게 연락하는 방법에 대한 정보도 나와 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자 서비스부	26
B. 케어 코디네이터	29
C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)	32
D. 간호사 상담 전화	33
E. 행동 건강 위기 관련 상담 전화	34
F. 품질 개선 기관(QIO).....	35
G. Medicare	36
H. Medi-Cal.....	37
I. Medi-Cal Managed Care 및 정신 건강 옴부즈맨 사무실	38
J. 카운티 사회 보장 서비스	39
K. 카운티 전문 정신 건강 플랜.....	41
L. California 보건 관리부	42
M. 처방약 비용을 지원하는 프로그램	43
M1. Extra Help	43
N. 사회보장국	44
O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB).....	45

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



P. 기타 리소스 46

Q. Medi-Cal 치과 프로그램 47

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 가입자 서비스부

전화	<p>1-800-431-9007 통화는 무료입니다.</p> <p>10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
TTY	<p>711 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.</p>
우편 주소	<p>Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105</p>
웹사이트	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

가입자 서비스부에 문의하여 도움을 받으십시오.

- 플랜에 대한 질문
- 청구 또는 청구서에 대한 질문
- 의료 서비스에 대한 보장 범위 결정
 - 귀하의 의료 서비스에 대한 보장 범위 결정은 다음을 포함합니다.
 - 혜택 및 보장 서비스 또는

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 귀하가 받은 의료 서비스에 당사가 지불하는 금액
 - 귀하의 의료 서비스에 대한 보장 범위 결정에 대해 질문이 있는 경우 당사로 연락하십시오.
 - 보장 결정에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 E, 221 페이지를 참조하십시오.
- 진료에 대한 이의 신청
 - 이의 신청이란 당사가 실수를 했다고 생각하시거나 해당 결정에 동의하지 않을 때 귀하의 보장에 대한 당사 결정을 재검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청하는 방법입니다.
 - 이의 신청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 E, 221 페이지를 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 진료에 대한 불만사항
 - 당사나 의료 제공자(네트워크 비소속 및 소속 제공자 모두 포함)에 대한 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 플랜과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다. 또한 귀하가 받은 치료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관(QIO)에 불만사항을 제기할 수 있습니다(**섹션 F**, 35 페이지 참조).
 - 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 당사에 연락하여 불만사항을 전달할 수 있습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
 - 가입자의 불만사항이 진료에 대한 보장 범위 결정에 관한 것이라면 이의 신청을 하실 수 있습니다(위 섹션 참조).
 - 가입자는 Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
 - 1-888-804-3536 번으로 전화하여 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다.
 - 진료에 대한 불만사항 제기에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 K, 262 페이지를 참조하십시오.
- 의약품에 대한 보장 결정

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 귀하의 의약품에 대한 보장 결정은 다음을 포함합니다.
 - 귀하가 받는 혜택 및 보장약 또는
 - 귀하의 의약품에 대해 당사가 지불하는 금액
- 비처방(OTC) 약물 및 특정 비타민 등 Medicare 비보장 의약품은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다.
- Medicare 처방약 관련 보장 결정에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장, G, 238* 페이지를 참조하십시오.
- 귀하의 의약품에 대한 이의 신청
 - 이의 신청이란 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것입니다.
 - 처방약 관련 이의 신청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장, 섹션 G, 238* 페이지를 참조하십시오.
- 의약품에 대한 불만사항
 - 귀하는 당사나 약국에 대한 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 처방약에 대한 불만사항도 포함됩니다.
 - 불만사항이 귀하의 처방약에 대한 보장 결정에 관한 것이라면, 귀하는 이의 신청을 하실 수 있습니다. (위의 섹션 참조)
 - 가입자는 Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
 - 처방약 관련 불만사항 제기에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장, 섹션 K, 262* 페이지를 참조하십시오.
- 귀하가 이미 지불한 진료비나 약제비의 지급
 - 환급 또는 가입자가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법은 *가입자 핸드북 7 장, 섹션 A, 179* 페이지를 참조하십시오.
 - 귀하가 청구서 지불을 당사에 요청했는데 당사가 이를 부분적 또는 전체적으로 거부했다면 귀하는 당사의 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다. *가입자 핸드북 9 장, 섹션 E, 221* 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



B. 케어 코디네이터

케어 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험, 귀하의 의사 및 기타 의료 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다.

가입자 서비스부에서 케어 코디네이터에게 연락하는 방법을 알려드리기도 합니다. 케어 코디네이터의 역할:

- 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다.
- 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다.
- 귀하의 진료 팀에 누구를 포함시킬지에 대한 귀하의 결정을 돕습니다.
- 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다.

케어 코디네이터에게 연락할 때 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다. 케어 코디네이터를 바꾸기 원하거나 추가 질문이 있으시면 아래 전화번호로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 케어 코디네이터가 연락하기 전에 귀하께서 먼저 케어 코디네이터에게 연락하실 수도 있습니다. 아래 번호로 전화하여 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

전화	1-833-340-0083 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지(EST) 상담원과 통화하실 수 있습니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지(EST) 상담원과 통화하실 수 있습니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net, Attention: Care Coordination Team 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



다음과 같은 도움을 받으려면 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

- 진료에 대한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 물질사용장애) 서비스에 대한 질문
- 치과 혜택에 대한 질문
- 예약 장소까지의 교통편에 대한 질문

장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)에는 지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS) 및 요양시설(NF) 등이 있습니다.

경우에 따라 귀하가 일상 건강 관리 및 생활 관련 요구를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)
- 전문 요양원
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회 서비스 및
- 가정 간호 관리
- 카운티 사회 보장 서비스 기관을 통한 가정 내 지원 서비스 및
- 지역사회 지원 혜택.

지역사회 기반 성인 서비스(CBAS):

Medi-Cal 가입자들 중 18세 이후 신체적, 정신적, 사회적 장애가 일어난 사람은 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 수령 자격이 있을 수도 있습니다.

유자격 가입자들은 하기의 조건 중 하나를 충족해야 합니다.

- 전문적인 간호 서비스, 전문적인 간호 관찰, 약물 관리, 신체적 제약 및/또는 정신적 제약 지원 등 간호 시설 수준의 돌봄 A(NF-A)를 충족하기에 충분할 만큼 중대한 필요.
- 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 알츠하이머나 기타 치매를 포함한 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 인지 장애.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 발달 장애
- 알츠하이머나 치매를 포함한 가벼운 수준에서 중간 수준의 인지 장애 및 다음 중 두 가지 사항에 대한 지원 또는 감독 필요:
 - 목욕
 - 옷 입기
 - 독립적인 식사
 - 화장실 사용
 - 보행
 - 이송
 - 투약 관리
 - 위생
- 만성 정신 질환 또는 뇌 손상 및 다음 중 두 가지 사항에 대한 지원 또는 감독 필요:
 - 목욕
 - 옷 입기
 - 독립적인 식사
 - 화장실 사용
 - 보행
 - 이송
- 투약 관리, 또는 위의 목록에서 한 가지 필요 사항과 다음 중 한 가지 사항에 대한 지원 또는 감독:
 - 위생
 - 현금 관리
 - 리소스 이용
 - 식사 준비
 - 교통편
- 예방 서비스가 현재 수준의 기능을 유지 또는 개선할 것이라는 합리적인 기대(예: 외상 또는 감염으로 인한 뇌손상의 경우)
- CBAS 가 이용 가능하지 않을 시 더욱 악화되거나 입소가 필요해질 수 있다는 높은 가능성(예를 들어, 뇌 종양 또는 HIV 관련 치매)

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 Medicare 가입자에게 무료 건강보험 상담을 제공합니다. California 주에서는 SHIP 를 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 어떻게 처리해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP 는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP 은 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되지 않습니다.

전화	1-800-434-0222(월요일~금요일 오전 9:00~오후 5:00)
TTY	711(전국 중계 서비스) 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일 오전 9:00~오후 5:00
우편 주소	HICAP 카운티 사무소 위치는 https://cahealthadvocates.org/hicap/ 를 방문하십시오.
웹사이트	https://cahealthadvocates.org/hicap/

다음과 같은 도움을 받으려면 HICAP 에 연락하십시오.

- Medicare 에 대한 질문
- HICAP 카운슬러는 새 플랜으로 변경하는 것에 대한 귀하의 질문에 답하고 다음과 같은 도움을 줄 수 있습니다.
 - 가입자의 권리 이해
 - 가입자의 플랜 선택 이해
 - 의료 서비스나 진료에 대한 불만사항 제기 및
 - 청구서 관련 문제 해결

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



D. 간호사 상담 전화

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 간호사 상담 회선은 무료 전화를 이용한 간호 지원 및 상담 서비스로서, 훈련된 임상 전문가가 주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일 대기하는 서비스입니다. 간호사 상담 전화는 가입자가 현재 필요로 하는 진료의 수준을 정할 수 있도록 돕는 실시간 의료평가 서비스를 제공합니다. 임상가가 일대일 상담을 진행하며 의료 관련 질문에 답하고 증상 관리를 지원하여 가입자 스스로 확신을 가지고 적절한 치료나 처치를 받을 수 있도록 돕습니다. 가입자는 가입자 ID 카드의 뒷면에 있는 Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 연락하셔서 간호사 상담 전화를 이용하실 수 있습니다. 건강 또는 진료에 관한 문의 사항은 간호사 상담 전화로 문의하실 수 있습니다.

전화	<p>1-800-893-5597 통화는 무료입니다.</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 운영</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
TTY	<p>711 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 운영</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



E. 행동 건강 위기 관련 상담 전화

관리 건강 네트워크(MHN)는 이러한 유형의 지원이 필요한 가입자를 위해 연중무휴 24 시간 행동 건강 위기 관련 상담 전화를 운영하고 있습니다. 가입자는 통화 중 언제라도 면허가 있는 임상사와 통화를 요청하여 자신에게 필요한 서비스에 도움을 받을 수 있습니다. 가입자는 아래 번호로 전화하여 이 위기 관련 상담 전화를 사용할 수 있습니다.

전화	<p>1-855-464-3571 통화는 무료입니다.</p> <p>면허 소지 행동건강 임상 전문가가 주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일 대기합니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
TTY	<p>711(전국 연결 서비스) 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>면허 소지 행동건강 임상 전문가가 주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일 대기합니다.</p>

다음과 같은 도움을 받으려면 행동 건강 위험 상담 전화에 연락하실 수 있습니다.

- 행동 건강 및 약물 남용 치료 서비스에 대한 질문

Wellcare by Health Net에서는 24 시간 내내 의료 정보 및 자문을 제공합니다. 전화를 걸면 당사의 행동 건강 전문가가 웰니스와 관련된 질문에 답변해 드립니다. 긴급한 건강 관련 도움이 필요하지만 응급 상황은 아니라면, 주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일 운영되는 당사 행동 건강 위기 관련 상담 전화에 전화하여 행동 건강 임상 관련 문의 사항을 전달하실 수 있습니다. 가입자의 카운티 특수 정신 건강 서비스에 대해 질문이 있으시면 **섹션 K**를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



F. 품질 개선 기관(QIO)

우리 주는 Livanta 라는 조직을 보유하고 있습니다. 이 조직은 Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 전문가들의 그룹입니다. Livanta 는 당사 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	www.livantaqio.com

다음에 관한 도움을 받으려면 Livanta 에 연락하시기 바랍니다.

- 진료 권리에 대한 질문
- 아래의 경우에 해당된다면 귀하가 받은 진료에 대해 불만사항 제기:
 - 치료 품질에 문제가 있거나
 - 병원 입원 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 또는
 - 자신의 재택 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



G. Medicare

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

Medicare 를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)입니다.

전화	<p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오.</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 무료로 연락하실 수 있습니다.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p>
웹사이트	<p>www.medicare.gov</p> <p>이것은 Medicare 를 위한 공식 웹사이트입니다. 이를 통해 Medicare 에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 또한, 병원, 요양시설, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활 시설, 호스피스 등에 대한 정보도 제공됩니다.</p> <p>유용한 웹사이트와 전화번호도 찾을 수 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄하실 수 있는 문서들도 있습니다.</p> <p>컴퓨터가 없으시면 가까운 도서관이나 복지 회관을 방문하시면 자체 보유 컴퓨터로 이 웹사이트를 방문하는 것을 도와 드립니다. 또는 위의 번호로 Medicare 에 전화하여 원하는 것에 관해 문의하실 수 있습니다. 담당 직원이 웹사이트에서 해당 정보를 찾아 귀하와 함께 검토해 드릴 것입니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



H. Medi-Cal

Medi-Cal 은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다. 이 프로그램은 자녀가 있는 가족, 노인, 장애를 가진 사람, 가정 위탁 어린이 및 청소년 및 임산부를 포함한 저소득층 개인에게 필요한 건강 관리 서비스를 제공하는 공공 의료 보험 프로그램입니다. Medi-Cal 은 주 정부 및 연방 정부 기금을 지원 받습니다.

Medi-Cal 혜택에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원이 포함됩니다.

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 에 등록되어 있습니다. Medi-Cal 의 혜택에 대해 문의 사항이 있으면 플랜 케어 코디네이터에게 전화하십시오. Medi-Cal 플랜 등록에 대해 궁금한 사항이 있으면 Health Care Options 에 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시
TTY	711 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



I. Medi-Cal Managed Care 및 정신 건강 옴부즈맨 사무실

옴부즈맨 사무실은 귀하를 대변하는 역할을 합니다. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다. 또한 옴부즈맨 사무실은 서비스 또는 청구 문제에 도움을 줍니다. 당사의 플랜 또는 보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되어 있지 않습니다. 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00
TTY	711 통화는 무료입니다.
우편 주소	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOmbudsmanOfficeoftheOmbudsman.aspx

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



J. 카운티 사회 보장 서비스

카운티 사회 보장 서비스에서 지원하는 서비스(예: IHSS 및 Medi-Cal 가입 자격 등 적용 가능한 혜택) 관련 도움이 필요하시면, 지역 카운티 사회 보장 서비스 기관에 문의하십시오.

카운티 사회 보장 서비스 기관에 문의하여 가정 내 지원 서비스를 신청하십시오. 이 서비스는 귀하가 집에서 안전하게 머무를 수 있도록 귀하에게 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 서비스 유형에는 집 청소, 식사 준비 지원, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 간병 서비스(대소변 배출, 목욕, 치장, 준의료 서비스 등), 의료 예약 동행, 정신 장애인을 위한 보호 감독 등이 있습니다.

Medi-Cal 가입 자격에 대한 질문은 해당 카운티의 사회 보장 서비스 기관에 문의하십시오.

Los Angeles 카운티	
전화	1-866-613-3777 통화는 무료입니다. 공휴일 제외: 월요일~금요일 오전 7:30~오후 7:30 토요일: 오전 8:00~오후 4:30
TTY	711 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일 오전 7:30~오후 7:30 토요일: 오전 8:00~오후 4:30
우편 주소	가장 가까운 사회 보장 서비스 사무소는 다음 웹 사이트를 참조하십시오. https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
웹사이트	dpss.lacounty.gov

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Sacramento 카운티	
전화	1-916-874-2888 통화는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8:00~오후 5:00
TTY	711 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일 오전 8:00~오후 5:00
우편 주소	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
이메일	hhs-pa@saccounty.net
웹사이트	http://pubauth.saccounty.net/

Tulare 카운티	
전화	1-800-571-9555 통화는 무료입니다. 월요일~목요일: 오전 7:30~오후 5:00 금요일: 오전 8:00~오후 12:00
TTY	711 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~목요일: 오전 7:30~오후 5:00 금요일: 오전 8:00~오후 12:00
우편 주소	Tulare County Human Services 4025 W. Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
웹사이트	www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



K. 카운티 전문 정신 건강 플랜

이용 기준에 부합된다면, 카운티 전문 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다.

전화	<p>Los Angeles 카운티 정신보건부(DMH) 직통전화:</p> <p>긴급: 액세스 센터 전화 1-800-854-7771 이 번호는 무료 통화입니다.</p> <p>일반: 800-854-7771</p> <p>약물 남용 장애(SUD): 약물 남용 서비스 상담 전화(SASH) 844-804-7500</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일</p> <p>영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.</p>
TTY	<p>711(전국 중계 서비스) 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간, 1 년 365 일</p>

다음과 같은 도움을 받으려면 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하십시오.

- 카운티에서 제공하는 특수 정신 건강 서비스에 대한 질문
- 시기를 불문하고, 무료의 비공개 정신건강 정보, 의료 제공자로의 진료 의뢰, 위기 상담 등이 필요하시면, Los Angeles 정신건강부 상담 전화(핫라인)에 전화하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



L. California 보건 관리부

California 보건 관리부(DMHC)에서는 건강 보험을 규제하고 있습니다. DMHC 지원 센터에서는 Medi-Cal 서비스에 관련된 이의 신청과 불만사항 접수를 도와 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 DMHC 담당 직원과는 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00 에 통화할 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



M. 처방약 비용을 지원하는 프로그램

Medicare.gov 웹사이트(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)는 처방약 비용 절감 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명된 기타 지원 프로그램도 있습니다.

M1. Extra Help

가입자가 Medi-Cal 자격 대상이기 때문에 Medicare 에서 'Extra Help'를 받아 처방약 플랜 비용을 납부할 자격이 있으며 받고 있습니다. 이 'Extra Help'를 이용하기 위해 해야 할 일은 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 무료로 연락하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



N. 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 처리합니다. 65 세 이상의 미국 시민 및 합법적 영주권자, 장애인이나 말기 신장질환(ESRD)을 앓고 있으며 특정 조건에 부합되는 분은 Medicare 가입 자격이 있습니다. 이미 사회보장 수표를 받고 있는 사람은 Medicare 에 자동 가입됩니다. 사회보장 수표를 받고 있지 않는 사람은 Medicare 에 가입해야 합니다. Medicare 가입 신청을 하려면 사회보장국에 전화하거나 가입 신청자가 거주하는 현지 사회보장국을 방문하십시오.

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

전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 7:00 사이에 연락 가능. 가입자는 하루 24 시간 동안 제공하는 자동응답 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
웹사이트	www.ssa.gov

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB)

RRB는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. RRB를 통해 Medicare를 받는 가입자는 이사할 때나 우편 주소가 변경될 때 이를 위원회에 알려주는 것이 중요합니다. RRB로부터 받는 혜택에 관해 질문이 있을 경우, 이 기관에 문의하십시오.

전화	<p>1-877-772-5772</p> <p>이 전화는 무료입니다.</p> <p>'0'번을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분 사이, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다.</p> <p>'1'번을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 언제든지 자동 RRB Help Line 과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>이 전화는 무료가 <i>아닙니다</i>.</p>
웹사이트	<p>www.rrb.gov</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



P. 기타 리소스

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 건강 보험 혜택을 얻거나 유지하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 지원하고 건강 보험 관련 문제를 해결하기 위해 무료 지원을 제공합니다.

다음에 관한 문제가 있는 경우:

- Medi-Cal
- Medicare
- 가입자의 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 제공이 거부된 서비스, 의약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 이의 신청
- 의료 청구서
- 가정 지원 서비스(IHSS)

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 불만사항 제기, 이의 신청 및 공청회를 지원합니다. Ombuds 프로그램의 전화번호는 1-888-804-3536 번입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Q. Medi-Cal 치과 프로그램

특정 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있으며 다음과 같은 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 초기 검사, X-레이, 스케일링 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재배열

전화	<p>1-800-322-6384</p> <p>통화는 무료입니다.</p> <p>Medi-Cal Dental Fee-for-Service 및 Dental Managed Care(DMC) 프로그램을 통해 치과 혜택을 누릴 수 있습니다. Medi-Cal Dental Fee-for-Service 프로그램 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 5:00 까지 고객을 지원할 수 있습니다.</p>
TTY	<p>1-800-735-2922</p> <p>이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p>
웹사이트	<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>

Medi-Cal Dental Fee-for-Service 프로그램 외에도 치과 관리 치료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 치료 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 추가 정보가 필요하시거나, 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00 사이에 1-800-430-4263(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 Health Care Options 에 문의하십시오. 통화는 무료입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



3장: 가입자의 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 당사 플랜의 보장 이용

개요

이 장에는 당사 플랜을 통해 의료 및 기타 보장 서비스를 받기 위해 알아야 하는 특정 용어와 규칙이 나와 있습니다. 또한 케어 코디네이터에 관해 설명하고, 다양한 의료 제공자와 특수 상황(네트워크 비소속 의료 제공자나 약국 포함)에서 어떻게 진료받는지, 본 플랜의 보장 서비스에 대해 직접 청구를 받은 경우의 대처, 내구성 의료 장비(DME) 소유에 관한 규칙 등에 대해 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스 및 의료 제공자 정보.....	50
B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙.....	50
C. 케어 코디네이터.....	52
C1. 케어 코디네이터란.....	52
C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법.....	52
C3. 케어 코디네이터 변경 방법.....	52
D. 의료 제공자의 진료.....	52
D1. 주치의(PCP)에게서 받는 진료.....	52
D2. 전문의 및 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 받는 진료.....	56
D3. 의료 제공자가 플랜을 떠날 때.....	58
D4. 네트워크 비소속 의료 제공자.....	59
E. 장기 서비스 및 지원(LTSS).....	59
F. 행동 건강(정신 건강 및 물질사용장애) 서비스.....	61
F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스.....	61

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



G. 교통편 서비스.....	65
G1. 비응급 상황 시 의료 수송.....	65
G2. 비의료적 교통편	66
H. 의료적 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재해 발생 시 보장 서비스.....	67
H1. 의료적 응급 상황 시 진료.....	67
H2. 긴급하게 필요한 진료	69
H3. 재난 발생 시 진료.....	70
I. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우에 해야 할 일.....	70
I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 할 일	70
J. 임상 연구에서 의료 서비스 보장.....	71
J1. 임상 연구의 정의	71
J2. 임상 연구에 참여 중인 경우 서비스 비용 지불.....	71
J3. 임상 연구 시험에 대해 자세히 알아보기	72
K. 종교적 비의학적 의료 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법	72
K1. 종교적 비의학적 의료 기관의 정의.....	72
K2. 종교적 비의학적 의료 기관에서 받는 진료.....	72
L. 내구성 의료 장비(DME).....	73
L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME	73
L2. Original Medicare 로 전환하는 경우 DME 소유권	74
L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택.....	74
L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비	75

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 서비스 및 의료 제공자 정보

서비스는 진료, 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 행동 건강 서비스, 처방약 및 비처방 의약품, 장비 및 기타 서비스입니다. **보장 서비스**는 당사의 플랜이 비용을 지불하는 이러한 서비스입니다. 보장 진료, 행동 건강 및 LTSS 는 **가입자 핸드북 4 장**에 나와 있습니다. 처방약 및 비처방 보장 서비스에 대해서는 **가입자 핸드북 5 장**에서 확인하실 수 있습니다.

의료 제공자란 의사, 간호사, 기타 가입자에게 서비스와 간호를 제공해 주는 사람을 말합니다. 의료 제공자에는 병원, 가정 건강 기관, 클리닉 및 기타 장소(의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS 를 제공하는 곳)도 포함됩니다.

네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜과 함께 일하는 의료 제공자를 말합니다. 이러한 의료 제공자들은 당사의 지불금을 전액 지불금으로 받는 데 동의합니다. 네트워크 소속 의료 제공자들은 가입자에게 제공한 진료에 대해 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받으시면 보장 서비스에 대해서는 대개 아무 것도 지불하지 않습니다.

B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙

당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 모든 서비스를 보장합니다. 여기에는 특정 행동 건강 및 LTSS 가 포함됩니다.

당사 플랜은 일반적으로 가입자가 당사 규칙을 준수할 경우에 가입자가 받는 진료 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS 의 비용을 지불합니다. 당사 플랜의 보장을 받으려면 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 가입자가 받는 진료가 **플랜 혜택**이어야 합니다. 이는 **가입자 핸드북 4 장**, 섹션 D, 81 페이지에 있는 혜택표에 이를 포함한다는 의미입니다.
- 진료는 반드시 **의학적으로 필요한 것**이어야 합니다. 당사에서 말하는 의학적으로 필요하다는 것은 합리적이며 생명을 보호하는 중요한 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 진료는 사람이 중병에 걸리거나 장애를 갖지 않도록 하고 질환, 질병 또는 부상을 치료하여 심한 통증을 줄이기 위해 필요합니다. 의료 서비스의 경우 진료를 지시하거나 다른 의사의 진료를 받을 것을 안내하는 네트워크 소속 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서, 귀하는 네트워크 소속 의료 제공자를 담당 PCP 로 선택하셔야 합니다.
 - 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 의료 제공자 또는 본 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자로부터 진료를 받기 전, 가입자의 네트워크 소속 PCP 또는 당사 플랜이 이를 승인해야 합니다. 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다. 승인을 받지 않으면 해당 서비스에 대한 보장을 받지 못할 수 있습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 D, 52 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 담당 PCP 를 선택하실 때 관련 의료 그룹도 선택하게 됩니다. 이는 PCP 가 소속 의료 그룹과 연계된 전문의 및 서비스에 가입자의 진료를 의뢰하는 것을 뜻합니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약을 맺은 PCP, 전문의, 기타 의료 제공자 집단입니다.
- 응급 치료나 긴급하게 필요한 진료 또는 여성 건강 의료 제공자로부터 진료를 받는 데에는, 또는 이 장의 섹션 D1 에 나와 있는 기타 서비스에 대해서는 PCP 의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.
- **가입자는 담당 PCP 의료 그룹과 연계된 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받아야 합니다.** 일반적으로 당사는 당사의 건강 플랜 및 귀하의 PCP 의료 그룹과 협력하지 않는 의료 제공자가 제공하는 진료를 보장하지 않습니다. 즉, 제공받은 서비스에 대해 의료 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 이 규칙이 적용되지 않는 다음과 같은 몇 가지 사례가 있습니다.
 - 당사는 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다(자세한 내용은 이 장의 섹션 H 참조).
 - 당사 플랜이 보장하지만 당사 네트워크 소속 의료 제공자들이 귀하에게 필요한 진료를 제공할 수 없는 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다. 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받으셔야 하는 경우, 사전 승인(PA)이 필요합니다. 사전 승인이 되면 요청한 의료 제공자와 수락한 의료 제공자는 승인에 대한 통지를 받게 됩니다. 이 경우에 당사는 해당 진료를 가입자에게 무료로 보장합니다.
 - 당사는 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 단기간 있는 경우 또는 귀하의 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 액세스할 수 없는 경우에 신장 투석 서비스를 보장합니다. Medicare 공인 투석 시설에서 이러한 서비스를 받아야 합니다.
 - 당사 플랜에 처음 가입하실 때 가입자의 현재 의료 제공자로부터 계속해서 진료받을 수 있도록 요청하실 수 있습니다. 몇몇 예외 사항을 제외하고, 당사는 귀하가 의료 제공자와 기존 관계를 유지하고 있었음을 증명할 수 있는 경우에는 이러한 요청을 승인해야 합니다. *가입자 핸드북의 1 장, 섹션 F, 17 페이지를 참조하십시오.* 요청이 승인되면 가입자의 현재 의료 제공자로부터 해당 서비스를 최대 12 개월 계속해서 받으실 수 있습니다. 이 기간에 귀하의 케어 코디네이터가 연락해서 담당 PCP 의료 그룹과 연계된 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 찾으려 도와 드릴 것입니다. 12 개월 후에도 당사 네트워크 소속이 아니고 담당 PCP 의료 그룹과 협약하지 않은 의료 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우, 당사는 가입자의 진료에 대해 더 이상 보장하지 않습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 등록을 요청한 다음달 1 일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 문의 사항은 당사에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

C. 케어 코디네이터

C1. 케어 코디네이터란

케어 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험, 의료 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자를 뜻합니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 필요를 충족하기 위해 의료 서비스를 조정하는 것을 돕습니다. 케어 코디네이터는 귀하와 함께 귀하의 진료 플랜을 짭니다. 케어 코디네이터는 귀하의 진료 팀 구성에 대한 귀하의 결정을 돕습니다. 귀하의 케어 코디네이터는 귀하가 받는 의료 서비스의 관리를 위해 필요한 정보를 귀하께 드립니다. 이를 통해 귀하에게 적합한 선택을 하도록 도움을 드립니다.

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

케어 코디네이터는 귀하가 플랜에 가입하실 때 귀하에게 지정됩니다. 플랜 가입 시 담당 케어 코디네이터가 가입자에게 연락을 드립니다. 가입자 서비스부에서 케어 코디네이터에게 연락하는 방법을 알려드리기도 합니다. 케어 코디네이터에게 연락할 때 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

C3. 케어 코디네이터 변경 방법

자신의 케어 코디네이터를 바꾸고 싶으시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

D. 의료 제공자의 진료

D1. 주치의(PCP)에게서 받는 진료

가입자는 진료를 제공하고 관리하는 PCP 를 선택하셔야 합니다. 당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 담당 PCP 를 선택하실 때 관련 의료 그룹도 선택하게 됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



주치의(PCP)의 정의와 역할

당사 플랜에 가입하시면, 귀하는 Wellcare by Health Net 네트워크 소속 의료 제공자 한 명을 담당 PCP 로 선택하셔야 합니다. 가입자의 PCP 는 주에서 정한 요건에 부합되고 가입자에게 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육 받은 의사입니다. 여기에는 일반의 및/또는 가정의, 내과의, 여성 진료를 담당하는 산부인과 전문의(OB/GYN)가 포함됩니다.

가입자는 PCP의 정기 진료 또는 기본 진료를 최대한 활용할 수 있습니다. 귀하의 PCP는 당사 플랜의 가입자로서 귀하가 받는 나머지 보장 서비스를 관리하는 업무도 담당합니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

- X-레이,
- 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 보장 서비스나 용품이 필요한 경우, 담당 PCP로부터 미리 승인을 받아야 합니다(전문 의 진료 의뢰를 하는 등). 특정 서비스의 경우, PCP는 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 귀하가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이라면, PCP가 당사 플랜 또는 귀하의 의료 그룹 측에 승인을 요청할 것입니다. 가입자의 PCP가 의료 서비스를 제공하고 조율하기 때문에 가입자는 담당 PCP의 진료실로 자신의 모든 과거 의료 기록을 보내야 합니다.

위의 설명대로 가입자는 일반적으로 대부분의 정기적인 진료를 받을 때 담당 PCP의 진료를 먼저 받습니다. PCP가 전문의 진료가 필요하다고 생각하면 플랜 전문의나 다른 의료 제공자를 만나 볼 수 있도록 귀하에게 진료 의뢰(사전 승인)를 제공해야 합니다. 아래 설명과 같이 먼저 PCP의 승인을 받지 않으면 몇 가지 유형의 보장 서비스만 받을 수 있습니다.

각 가입자에 대하여 개별적으로 PCP를 지명합니다. PCP는 진료소일 수도 있습니다. 여성은 PCP로 OB/GYN 또는 가족 계획 진료소를 선택할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



가입자는 비의사 의료 전문가를 주치의(PCP)로 선택할 수 있습니다. 비의사 의료 전문가는 공인 산파, 전문 간호사, 임상 간호 전문가, 의사 보조원 등이 있습니다. 가입자는 감독 PCP에 연결되지만, 가입자가 선택한 비의사 의료 전문가의 서비스를 계속 받게 됩니다. 가입자는 감독 PCP를 변경하여 의료 전문가의 선택을 변경할 수 있습니다. 가입자의 ID 카드는 감독 PCP의 이름으로 인쇄됩니다. 전문의가 귀하의 주치의(PCP)가 될 수도 있습니다. 전문의는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 제공할 의지와 능력을 갖추어야 합니다.

PCP로 연방 인증 건강 센터(FQHC) 또는 지방 진료소(RHC) 선택하기

FQHC 또는 RHC는 진료소이며 귀하의 PCP가 될 수 있습니다. FQHC 또는 RHC는 1차 진료서비스를 제공하는 건강 센터입니다. Wellcare by Health Net과 협약된 FQHC 및 RHC의 이름 및 주소에 대해서는 가입자 서비스부로 전화하거나 *의료 제공자 및 약국 명부*에서 찾으실 수 있습니다.

PCP의 선택

당사 플랜에 가입하실 때 귀하는 당사 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하게 됩니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약을 맺은 PCP, 전문의, 기타 의료 제공자 집단입니다. 또한 이 계약 의료 그룹에서 PCP를 선택하게 됩니다. 담당 주치의의 진료실은 쉽게 갈 수 있어야 합니다. 가입자는 거주지나 근무지에서 30분 또는 10마일 이내에 있는 PCP를 요청할 수 있습니다. 의료 그룹(및 연계 PCP와 병원)은 *의료 제공자 및 약국 명부*나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서 확인하실 수 있습니다.

이용 가능한 의료 제공자를 확인하시거나 특정 PCP에 대한 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰하고 네트워크 내에 있는 특정 병원을 이용합니다. 이용하기 원하시는 특정 플랜 전문의 및 병원이 있다면 그 전문의나 병원이 의료 그룹과 PCP의 네트워크 안에 들어 있는지를 먼저 확인하십시오. 담당 PCP의 이름과 진료실 전화번호는 가입자 카드에 인쇄되어 있습니다.

귀하가 의료 그룹 또는 PCP를 선택하지 않으셨거나 본 플랜에서 이용할 수 없는 의료 그룹 또는 PCP를 선택하신 경우, 당사가 귀하의 집에서 가까운 의료 그룹 및 PCP를 자동으로 지정해 드립니다.

담당 PCP를 변경하는 방법은 아래 'PCP 변경 옵션'을 참조해 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



담당 PCP 변경 옵션

가입자는 언제든지 이유를 불문하고 PCP 를 교체할 수 있습니다. 또한 PCP 가 당사 플랜의 네트워크를 떠날 수도 있습니다. 귀하의 PCP 가 당사 네트워크를 떠나는 경우 당사는 귀하가 당사 네트워크 소속 PCP 를 찾도록 도울 수 있습니다.

귀하의 요청은 당사 플랜이 귀하의 요청을 받은 날의 다음달 첫째 날에 적용됩니다. PCP 를 변경하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 통화 가능 시간은 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다. 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에서 요청하실 수도 있습니다.

문의 시, 전문의를 만나고 있거나 PCP의 승인이 필요한 기타 보장 서비스(예: 가정 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 반드시 알려 주십시오. 가입자 서비스부에서는 귀하가 PCP를 바꿀 때 귀하가 받아 오신 특별 진료나 기타 서비스를 계속해서 받을 수 있는 방법을 알려 드릴 것입니다. 또한 귀하가 원하는 PCP가 새로운 환자를 수용할 수 있는지를 확인해 줄 것입니다. 가입자 서비스부에서는 새 PCP의 이름이 나오도록 귀하의 가입자 카드를 새로 만들어 드리며 새 PCP로의 변경이 언제부터 효력을 발생하는지를 알려 드릴 것입니다.

또한 가입자 서비스부에서는 새로운 PCP 의 이름과 전화번호가 명시된 새로운 가입자 카드를 가입자에게 보냅니다.

당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 담당 PCP 를 변경하시면 의료 그룹도 변경될 수 있습니다. 담당 PCP 교체를 요구하실 때는 전문의 진료를 받거나 PCP 승인이 필요한 기타 보장 서비스를 받고 있는지 가입자 서비스부에 말씀하십시오. 가입자 서비스부에서는 가입자가 PCP 를 변경할 때 받고 있는 특별 치료나 기타 서비스를 계속 받을 수 있도록 도움을 드립니다.

담당 PCP 의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우, 다른 의료 제공자로부터 진료를 받기 전에 담당 PCP 의 승인이 필요합니다. 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다. 아래에 나열된 서비스들은 PCP 의 승인을 받지 않고도 받으실 수 있습니다.

- 네트워크 내의 의료 제공자나 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 응급 시에 받는 서비스
- 네트워크 소속 의료 제공자들에게서 받은 긴급하게 필요한 진료
- 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받은 긴급하게 필요한 진료(예를 들어 귀하가 플랜 서비스 지역 밖에 있는 경우)

참고: 긴급하게 필요한 진료는 즉시 필요하며 의학적으로 필요한 것이어야 합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 가입자가 당사 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스. 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 전화하십시오. 떠나 계시는 동안 투석을 받을 수 있도록 당사가 도와 드립니다.
- 독감 주사 및 COVID-19 백신, B 형 간염 백신, 폐렴 백신. 단 네트워크 소속 의료 제공자에게서 받는 것이어야 함.
- 정기적인 여성 진료 및 가족 계획 서비스. 여기에는 유방 검사, 유방암 선별검사(유방 X-레이), 팍 테스트, 자궁 경부암 검사 등이 포함됩니다. 단 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받아야 합니다.
- 또한, 인디언 의료 제공자에게서 서비스를 받을 자격이 되는 경우에는 진료 의뢰 없이 해당 의료 제공자들로부터 진료를 받으실 수 있습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 비소속 의료 제공자의 가족 계획 서비스.
- 기본적인 산전 관리, 성매개 질환 서비스 및 HIV 검사.

담당 PCP 의 진료 의뢰 또는 사전 승인이 필요할 수 있는 보장 서비스에 대한 자세한 내용은 **4 장**, 섹션 D, 81 페이지를 참조하십시오.

D2. 전문의 및 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 받는 진료

전문이란 특정 질환 또는 신체의 특정 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 다음과 같은 여러 분야의 전문의가 있습니다.

- 암 환자를 치료하는 종양 전문의.
- 심장 문제를 치료하는 심장병 전문의.
- 골, 관절 또는 근육 문제가 있는 환자를 치료하는 정형외과의.

서면 진료 의뢰는 한 번 방문일 수도 있고, 진행 중인 서비스가 필요한 경우 두 번 이상의 상시 진료 의뢰일 수도 있습니다. 당사는 다음과 같은 질환에 대하여 자격을 갖춘 전문의로의 상시 진료 의뢰를 가입자에 제공해야 합니다.

- 만성(진행성) 질환
- 생명을 위협하는 정신적 또는 신체적 질병
- 퇴행성 질환 또는 장애
- 전문의의 치료가 필요할 만큼 중대하거나 복합적인 모든 질환 또는 질병

필요 시 서면 진료 의뢰를 받지 못한 경우, 청구서가 지불되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



자격을 갖춘 플랜 네트워크 소속 의료 제공자를 찾을 수 없는 경우, 당사는 다음과 같은 질환에 대하여 자격을 갖춘 전문의의 상시 서비스 승인을 가입자에게 제공해야 합니다.

- 만성(진행성) 질환
- 생명을 위협하는 정신적 또는 신체적 질병
- 퇴행성 질환 또는 장애
- 전문의의 치료가 필요할 만큼 중대하거나 복합적인 모든 질환 또는 질병

필요 시 당사의 서비스 승인을 받지 못한 경우, 청구서가 지불되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 인쇄된 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

전문의를 진료 받으시려면 대개 PCP의 서면 승인(이것을 전문의에게 '진료 의뢰' 받는다고 함)을 우선 받아야 합니다. 플랜 전문의 또는 어떤 다른 의료 제공자를 보시기 전에 PCP의 진료 의뢰(사전 승인)를 받는 것이 매우 중요합니다(일상적 여성 건강 진료를 포함해서 몇 가지 예외가 적용됩니다). 전문의로부터 서비스를 받기 전에 서면으로 진료 의뢰(사전 승인)를 받지 않으면, 이런 서비스에 대해 가입자 부담으로 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

전문이가 가입자에게 추가 치료를 위해 재방문을 원할 경우, 가입자는 첫 방문 시에 담당 PCP로부터 받은 서면 진료 의뢰(사전 승인)가 해당 전문의 재방문 시에도 적용이 되는지 먼저 확인해야 합니다.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰하고 네트워크 내에 있는 특정 병원을 이용합니다. 이는 귀하가 선택하는 의료 그룹 및 PCP가 귀하가 이용할 수 있는 전문의나 병원을 결정할 수 있다는 의미입니다. 귀하가 진료받으려는 특정 전문의나 병원이 있으면 귀하의 의료 그룹이나 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 이용하는지 확인하십시오. 가입자가 플랜 전문의에게 진료를 받고 싶거나 현재 담당 PCP가 추천할 수 없는 병원에 가고 싶은 경우 언제든지 PCP를 교체할 수 있습니다. 이 장의 'PCP 변경 옵션' 아래에서 담당 PCP를 변경하는 방법에 관해 설명합니다.

일부 유형의 서비스의 경우 당사 플랜이나 귀하의 의료 그룹으로부터 서면으로 사전에 승인을 받아야 합니다(이를 '사전 승인'이라 함). 사전 승인은 특정 서비스를 받기 전에 이루어지는 승인 과정입니다. 가입자가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이라면, 가입자의 PCP 나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 당사 플랜 또는 가입자의 의료 그룹 측에 사전 승인을 요청할 것입니다. 요청이 검토되고 의사 결정(기관 판단)이 귀하 및 귀하의 의료 제공자에게 전송됩니다. 사전 승인이 필요한 특정 서비스에 대해서는 이 책자 **4 장**, 섹션 D, 80 페이지에 있는 혜택을 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



D3. 의료 제공자가 플랜을 떠날 때

귀하가 이용하는 네트워크 소속 의료 제공자가 당사 플랜을 떠날 수도 있습니다. 귀하의 의료 제공자 중 한 명이 당사 플랜을 탈퇴할 경우, 귀하는 아래에 요약된 특정 권리 및 보호를 받습니다.

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 연중 변경되더라도 당사는 귀하가 자격을 갖춘 의료 제공자의 서비스를 지속적으로 받으실 수 있도록 해야 합니다.
- 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 확보할 수 있도록 당사는 이를 통보합니다.
 - 귀하의 주치의 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 떠나면, 당사는 귀하가 지난 3년 내에 해당 의료 제공자에게 진료를 받았다면 귀하에게 통보할 것입니다.
 - 귀하의 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 떠나는 경우, 당사는 귀하가 의료 제공자에게 배정되거나, 현재 제공자로부터 진료를 받거나, 지난 3개월 이내에 진료를 받았다면 귀하에게 통보할 것입니다.
- 당사는 귀하가 자격을 갖춘 새로운 네트워크 소속 의료 제공자를 선택하시도록 도와 귀하의 건강 관리 요구를 지속적으로 관리합니다.
- 귀하는 현재의 의료 제공자로부터 치료를 받고 있다면, 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 계속되도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 이를 보장하기 위하여 협조합니다.
- 당사는 귀하에게 제공되는 다양한 등록 기간 및 플랜 변경 옵션 관련 정보를 제공합니다.
- 당사에서 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 소속의 자격을 갖춘 전문의를 찾지 못하는 경우, 네트워크 소속 의료 제공자나 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의료적 요구를 충족하기에 부족하다면 당사는 귀하에게 진료를 제공할 네트워크 비소속 전문의를 배정해야 합니다. 귀하는 이에 대해 사전에 서면으로 승인을 받아야 합니다. 그렇지 않으면 청구서 대금이 지급되지 않습니다.
- 당사가 이전 의료 제공자를 자격을 갖춘 의료 제공자로 대체하지 않았거나 귀하의 진료를 적절하게 관리하지 않는다고 생각하시면 QIO에 진료 품질 불만사항, 진료 품질 고충을 제기하거나 또는 둘 다 제출할 수 있는 권리가 있습니다 (자세한 내용은 **9 장**을 참조하십시오).

귀하의 의료 제공자 중 한 사람이 당사 플랜을 떠나는 것을 알게 된 경우 당사에 문의하십시오. 새로운 의료 제공자를 찾고 진료를 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 당사에 문의하려면 이 페이지 하단의 정보를 참조해 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



D4. 네트워크 비소속 의료 제공자

응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스의 경우 진료 의뢰, 즉 사전 승인 없이 네트워크 비소속 의료 제공자에게 갈 수 있습니다. 플랜의 서비스 지역을 벗어난 ESRD 가입자를 위한 투석 서비스도 사전 승인 없이 적용됩니다.

- 그렇지 않고 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 경우, 가입자는 사전 서면 승인을 받아야 합니다. 당사는 귀하에게 서비스를 제공하도록 승인되지 않은 네트워크 비소속 의료 제공자에게 비용을 지불할 수 없습니다.
- 승인되지 않은 의료 제공자 이용을 선택한 경우, 받는 서비스의 전체 비용을 가입자가 지불해야 합니다.

가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자의 진료를 받으신 경우, 해당 의료 제공자는 반드시 Medicare 또는 Medi-Cal 참여 자격이 있어야만 합니다.

- 당사는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 에 참여할 자격이 없는 의료 제공자에게 지불할 수 없습니다.
- Medicare 참여 자격이 없는 의료 제공자의 진료를 받으시면, 받으신 서비스 전액에 대해 가입자가 지불하셔야 합니다.
- 의료 제공자는 Medicare 에 참여할 자격이 없다면 이를 반드시 귀하에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS 는 다양한 서비스를 포함하는 Medi-Cal 혜택 서비스로서, 자격을 갖춘 수혜자가 일상적인 지원 요구를 충족하고 삶의 질을 개선할 수 있도록 지원합니다. 목욕, 옷 입기 및 일상 생활과 자기 관리에 대한 기타 기본적인 활동을 지원하는 것은 물론 세탁, 쇼핑, 교통과 같은 일상적인 일에 대한 지원을 예로 들 수 있습니다. LTSS 는 장기간에 걸쳐 주로 가정 및 지역사회에서 제공되며, 요양시설과 같은 시설 기반 환경에서도 제공됩니다. WIC 섹션 14186.1 에서 설명한 바와 같이 Medi-Cal 보장 LTSS 에는 다음이 모두 포함됩니다.

- a. **3 장**의 California Welfare and Institutions Code(섹션 12300 으로 시작) 제 7 조, 섹션 14132.95, 14132.952 및 14132.956 에 따라 제공되는 가정 지원 서비스(IHSS)
- b. 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)
- c. 다목적 시니어 지원 서비스 프로그램(MSSP) 서비스
- d. 전문간호시설 서비스 및 아급성 진료 서비스.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



LTSS 는 가정에 머물면서 병원 또는 전문간호시설 입원을 피할 수 있도록 도와드립니다. 귀하는 전문요양시설에서의 간호, 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 지역사회 지원을 포함한 당사의 플랜을 통해 특정 LTSS 를 이용할 수 있습니다. 다른 유형의 LTSS 인 가정 내 지원 서비스 프로그램은 해당 카운티의 사회 보장 서비스 기관을 통해 제공됩니다.

가입자가 LTSS 를 이용하려면 다음 항목들 중 하나 (1) 이상에 대한 자격 요건 및 지정된 기준을 충족해야 합니다.

1. 요양시설-A(NF-A) 수준 이상의 치료 수준, 그리고 Welfare and Institutions Code, 섹션, 14525(a), (c), (d) 및 (e), 그리고 14526.1 (d)(1), (3), (4) 및 (5), 14526 (e)에 포함된 자격 및 의료적 필요 기준을 충족하는 가입자.
2. 유기, 후천성 또는 외상성 뇌 손상 및/또는 만성 정신 질환이 있고 최소한 다음 사항에 대한 지원 또는 감독 필요성이 있는 개인:
 - a. 다음과 같은 일상 생활 활동/수단적 일상 생활 활동(ADL/IADL) 중 2 가지 활동: 목욕, 옷 입기, 독립적인 식사, 화장실 사용, 보행, 이동, 투약 관리 및 위생 또는
 - b. 위에 나열된 ADL/IADL 1 가지 및 다음 중 1 가지: 현금 관리, 리소스 이용, 식사 준비 또는 교통.
3. 다음과 같은 단계의 특징을 보이는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 알츠하이머병 또는 기타 치매 환자인 가입자:
 - a. 5 단계: 다소 심각한 인지 저하: 기억력의 커다란 차이와 인지 기능의 결손이 발생합니다. 일상 활동에 대한 어느 정도의 지원이 필수적입니다.
 - b. 6 단계: 심각한 인지 저하: 기억력 장애가 계속 악화되고, 심각한 인격 변화가 발생할 수 있으며, 영향을 받는 사람은 일상 활동에 대한 광범위한 도움이 필요합니다.
 - c. 7 단계: 매우 심각한 인지 저하: 이것은 질환의 마지막 단계이며, 환자가 환경에 대한 반응 능력, 말하기 능력, 그리고 궁극적으로 움직임을 조절하는 능력을 상실합니다.
4. 다음 중 1 가지 이상의 특징을 보이는, 경증 또는 초기 알츠하이머병으로 정의되는 4 단계 알츠하이머병의 기술어로 특징지어지는 중등도 알츠하이머병 또는 기타 치매를 비롯한 경도 인지 장애가 있는 가입자:
 - a. 최근의 일에 대한 지식 감소.
 - b. 어려운 정신 산술 수행의 장애 또는 불능.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- c. 복잡한 작업 수행 능력 감퇴.
 - d. 개인사에 대한 기억 축소.
 - e. 영향을 받는 사람은 특히 사회적 또는 정신적으로 어려운 상황에서 억제되거나 위축된 것처럼 보일 수 있습니다.
 - f. 또한 수혜자는 ADLs/IADLs(목욕, 옷 입기, 독립적인 식사, 화장실 사용, 보행, 이동, 투약 관리 및 위생) 중 2 가지에 대한 지원 또는 감독이 필요합니다.
5. 지역 센터 기준 및 자격 요건을 충족하는 발달 장애가 있는 개인.

F. 행동 건강(정신 건강 및 물질사용장애) 서비스

귀하는 Medicare 와 Medi-Cal 에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal Managed Care 에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 특수 정신 건강 또는 카운티 물질 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 지역 행동 보건 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기준을 충족하는 경우 카운티 특수 정신 건강(MHP)을 통해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 아래 표에 열거된 기관이 제공하는 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 주간 집중 치료
- 주간 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 주거형 치료 서비스
- 위기 주거형 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 대상 사례 관리

이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하는 경우 Medi-Cal 또는 Drug Medi-Cal 조직 전달 시스템 서비스는 Medi-Cal FFS(서비스별 요금) 제공자를 통해 제공됩니다. Los Angeles, Sacramento 및 Tulare 카운티에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스는 다음과 같습니다.

카운티	기관
Los Angeles	SAPC(Substance Abuse Prevention and Control) Los Angeles County Health Agency
Sacramento	Department of Health Services Substance Use Prevention and Treatment Services
Tulare	Alcohol and Other Drug (AOD) Prevention, Treatment and Recovery Services

- 집중 외래 치료 서비스
- 주거형 치료 서비스
- 외래환자 약물 극복 서비스
- 마약 치료 서비스
- 오피오이드 의존성을 위한 날트렉손 서비스

의약품 Medi-Cal 체계적 배송 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 및 집중적인 외래환자 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(투약 지원 치료)
- 거주/입원 환자
- 금단 치료
- 마약 치료 서비스
- 회복 서비스
- 진료 조율

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



위에 나열된 서비스뿐만 아니라 귀하가 기준에 부합된다면 자발적 입원환자 해독 서비스를 이용하실 수도 있습니다.

또한 Medicare에서 보장하고 Wellcare by Health Net Behavioral Health 서비스를 통해 관리되는 의학적으로 필요한 다음과 같은 행동 건강 서비스를 받으실 수도 있습니다.

- 외래환자 서비스: 물질사용장애와 관련된 외래환자 위기 개입, 단기 평가 및 치료 요법, 중장기 특화 치료 요법, 재활 치료.
- 입원환자 서비스 및 용품: 시설에서 일반적으로 제공하는 특수 치료 장치, 용품 및 보조 서비스를 포함하여 2개 이상의 병상이 방에서의 숙박.
- 입원환자 및 대체 치료 수준: Medicare 인증 시설에서의 부분 입원 및 집중적인 외래 환자 서비스.
- 해독: 물질사용장애와 관련된 급성 해독 치료 및 급성 의학적 상태의 치료를 위한 입원 서비스.
- 응급 서비스: 정신과적 응급 의학적 상태인지를 결정하기 위한 선별검사, 검사, 평가 및 정신과적 응급 의학적 상태의 완화 또는 제거를 위해 필요한 진료 및 치료.

의료 제공자 관련 자세한 내용은 의료 제공자 및 약국 명부를 확인해 주십시오. Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 WellCare 에 문의하실 수도 있습니다. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 또는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항

행동 보건 서비스 제외 및 제한 사항 목록은 **4장**, 섹션 F, 147페이지: 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 *보장하지 않는* 혜택을 참조해 주십시오.

행동 건강 서비스에 대한 의학적 필요성을 결정하는 데 사용되는 절차

플랜은 보장되는 특정 행동 건강 서비스 및 용품을 승인해야 합니다. 사전 승인이 요구되는 서비스에 대한 자세한 내용은 **4장**, 섹션 D, 81페이지를 참조해 주십시오. 이러한 서비스에 대한 사전 승인을 받으려면 Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해야 합니다. 10월 1일부터 3월 31일 사이에는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일 사이에는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 연락하실 수 있습니다. 이 플랜은 추가 치료가 필요한지 판단하기 위해 귀하를 평가할 가까운 계약 정신 건강 전문가에게 귀하를 소개할 것입니다. 치료가 필요한 경우 계약 정신 건강 전문가가 치료 계획을 세워 Wellcare by Health Net의 검토를 받기 위해 제출할 것입니다. 치료 계획에 포함된 서비스는 플랜이 승인하면 보장됩니다. 플랜이 치료 계획을 승인하지 않을 경우 그 병증에 관련된 서비스

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



또는 소모품이 더 이상 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 필요한 치료를 받을 수 있도록 가입자를 카운티 정신 건강 부서로 안내할 수 있습니다.

Wellcare by Health Net과 Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH), Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 사용 장애 예방 및 관리)(DPH/SAPC) 간의 진료 의뢰 절차, Riverside 카운티 정신 보건부, San Bernadino 행동보건국 및 San Diego 카운티 행동보건서비스국:

Wellcare by Health Net 행동 건강 서비스 의뢰는 많은 곳에서 받을 수가 있습니다. 여기에는 카운티 행동 건강 의료 제공자, 카운티 사례 관리자, PCP, 가입자나 가입자의 가족 등이 포함됩니다. 이러한 진료 의뢰자들은 가입자 ID 카드에 나와 있는 전화번호로 전화하여 당사에 문의하시면 됩니다. 당사는 자격 여부를 확인하고 적절한 경우 서비스를 승인합니다.

당사는 카운티 당국과 연계하여 귀하를 위한 적절한 진료 의뢰를 제공하고 진료를 조정할 것입니다.

카운티 특수 정신 건강(County Specialty Mental Health) 또는 알코올 및 의약품 치료 서비스(Alcohol & Drug Services)로의 진료 의뢰는 귀하가 직접 하실 수도 있습니다.

진료 조정 서비스에는 PCP, 카운티 행동 건강 의료 제공자, 카운티 사례 관리자, 가입자, 가입자의 가족이나 간병인 사이에서 이루어지는 서비스의 적절한 조정이 포함됩니다.

행동 건강 서비스에 대해 문제나 불만사항이 있는 경우 할 수 있는 일

이 섹션에 포함된 혜택은 다른 혜택과 같은 이의 신청 절차가 적용됩니다. 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **9장**, 섹션 K, 262페이지를 참조하십시오.

행동 건강 서비스를 받고 있는 가입자를 위한 지속적인 진료

귀하가 현재 행동 건강 서비스를 받고 있다면, 귀하의 의료 제공자로부터 계속 진료받을 수 있도록 요청하실 수 있습니다. 자신의 의료 제공자와의 관계가 이미 가입 12개월 이전부터 존재하고 있었음을 귀하가 보여 줄 수 있는 경우 당사는 그러한 요청을 승인해야 합니다. 귀하의 요청이 승인되면 자신의 현재 의료 제공자를 12개월까지 계속해서 보실 수 있습니다. 첫 12개월 후에도 귀하가 계속해서 네트워크 비소속 의료 제공자의 진료를 받으실 경우, 당사는 귀하의 진료에 대해 더 이상 보장하지 않을 수도 있습니다. 가입자의 요청에 대한 지원을 받으시려면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



G. 교통편 서비스

G1. 비응급 상황 시 의료 수송

예약 장소까지 자동차, 버스 또는 택시를 이용할 수 없는 의료적 필요가 있는 경우 비응급 의료 수송편을 이용할 수 있습니다. 비응급 의료 수송은 의료, 치과, 정신 건강, 물질이용 및 약국 예약과 같은 보장 서비스에 제공될 수 있습니다. 비응급 의료 수송이 필요한 경우 PCP 에게 문의하여 이를 요청할 수 있습니다. PCP 가 귀하의 요구에 맞는 최적의 수송 유형을 결정할 것입니다. 귀하에게 비응급 의료 운송이 필요한 경우 PCP 또는 기타 의료 제공자가 양식을 작성하여 승인을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 제출하여 이를 처방합니다. 의학적 필요에 따라 해당 승인은 1 년 동안 유효합니다. 귀하의 PCP 는 12 개월마다 재승인을 위해 비응급 의료 수송의 필요성을 재평가합니다.

비응급 의료 수송은 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 항공 수송을 의미합니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 예약 장소까지 수송 수단이 필요할 때 가장 저렴한 비용으로 보장되는 교통수단과 의학적 필요에 가장 적합한 비응급 의료 수송편을 제공합니다. 예를 들어, 휠체어 밴을 사용하여 귀하를 신체적 또는 의학적으로 수송할 수 있는 경우 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 구급차 비용을 지불하지 않습니다. 귀하의 의학적 상태로 인해 지상 수송이 불가능한 경우에 항공 수송을 제공받을 수 있습니다.

비응급 의료 수송은 다음과 같은 경우에 이용해야 합니다.

- 귀하가 예약 시간에 버스, 택시, 자동차 또는 밴을 사용할 수 없기 때문에 PCP 또는 기타 의료 제공자의 서면 승인에 따라 결정된 대로 신체적 또는 의학적으로 수송이 필요한 경우.
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 오가기 위해 운전사의 도움이 필요한 경우.

담당 의사가 비응급 **정기 일정**에 처방한 의료 수송에 대해 문의하려면 **예약 시간** 최소 72 시간 전에(월요일~금요일) Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. **긴급한 예약**인 경우 가능한 한 빨리 전화하십시오. 전화 시 가입자 ID 카드가 필요합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 연락하실 수 있습니다. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

의료 수송 제한

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 자택에서 이용할 수 있는 가장 가까운 의료 제공자에게 갈 수 있는 의학적 필요를 충족하는 가장 저렴한 의료 수송을 보장합니다. Medicare 또는 Medi-Cal 이 해당 서비스를 보장하지 않는 경우 의료 수송이 제공되지 않습니다. 해당 예약 유형이

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



해당 건강 플랜이 아닌 Medi-Cal 에서 보장되는 경우 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 수송편 일정을 잡을 수 있도록 도와 드립니다. 보장 서비스 목록은 본 핸드북 4 장에서 확인할 수 있습니다. 사전 승인이 없는 한 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 네트워크 또는 서비스 지역 밖에서는 수송을 보장하지 않습니다.

G2. 비의료적 교통편

비의료 이송 혜택에는 귀하의 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 예약 장소까지 오가는 여행이 포함됩니다. 다음과 같은 경우 무료로 탑승할 수 있습니다.

- 귀하의 의료 제공자가 승인한 서비스를 위해 예약 장소를 오가는 여행, 또는
- 처방전 및 의료 용품 수취.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 은 귀하가 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 자동차, 택시, 버스 또는 기타 공공/개인적인 수단을 사용하여 비의료 예약 장소에 갈 수 있도록 허용합니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 Access2Care 를 사용하여 비의료적 교통편을 준비합니다. 당사는 가장 저렴한 비용으로 귀하의 요구를 충족하는 비의료 교통수단을 보장합니다.

때에 따라 귀하가 예약한 개인 차량을 이용한 내역에 대해 환급받을 수 있습니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 귀하가 해당 차량에 탑승하기 전에 이를 승인해야 하며, 귀하는 버스 탑승 등 다른 방법을 이용할 수 없었던 이유를 당사에 알려주셔야 합니다. 전화 또는 이메일, 대면으로 알려주실 수 있습니다. **직접 운전하는 경우 환급을 받을 수 없습니다.**

마일리지 상환을 위해서는 다음이 필요합니다.

- 운전자의 운전 면허증
- 운전자의 차량 등록
- 운전자의 자동차 보험 증빙

승인된 서비스에 대한 수송을 요청하려면 최소 예약 일정 전 72 시간(월요일~금요일) 전에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. **긴급한 예약인 경우 가능한 한 빨리 전화하십시오.** 전화 시 가입자 ID 카드가 필요합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 연락하실 수 있습니다.

참고: 아메리카 원주민은 해당 지역 인디언 건강 클리닉에 연락하여 비의료 수송을 요청하실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



비의료 이송 제한

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 자택에서 이용할 수 있는 가장 가까운 의료 제공자에게 갈 수 있는 필요를 충족하는 가장 저렴한 비의료 수송을 제공합니다. **직접 운전하거나 직접 환급을 받을 수 없습니다.**

다음의 경우 비의료 이송은 적용되지 **않습니다**.

- 서비스를 받으려면 구급차, 밴, 휠체어 밴 또는 기타 비응급 의료 수송 수단이 필요합니다.
- 신체적 또는 의학적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소를 오가기 위해 운전사의 도움이 필요한 경우.
- 휠체어를 타고 운전자의 도움 없이는 차량 내외부로 이동할 수 없습니다.
- Medicare 또는 Medi-Cal에서 해당 서비스를 보장하지 않습니다.

H. 의료적 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재해 발생 시 보장 서비스

H1. 의료적 응급 상황 시 진료

의료적 응급 상황은 심각한 통증이나 심각한 부상 등의 증상이 있는 의학적 상태입니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 귀하 혹은 타인이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다.

- 귀하 혹은 귀하의 태아에 대한 심각한 건강상 위협이 될 위험 상황 **또는**
- 신체 기능의 중대한 피해 **또는**
- 신체 기관이나 부위의 중대한 기능 장애 **또는**
- 진통 중인 임산부의 경우:
 - 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않을 때.
 - 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우.

가입자에게 의료적 응급 상황이 발생한 경우 다음 조치를 취합니다.

- **최대한 신속하게 도움을 받습니다.** 911 에 전화하시거나 가장 가까운 응급실 또는 종합 병원을 이용하십시오. 가입자에게 필요할 경우 구급차를 부릅니다. 가입자는 담당 PCP 의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 **없습니다**. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하지 않아도 됩니다. 미국, 미국 영토 또는 전 세계 어디에서나 필요할 때마다 적합한 주 면허가 있는 의료 제공자로부터 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 67



- **가능한 한 빨리 당사에 귀하의 응급 상황에 대하여 알려 주십시오.** 저희는 가입자의 응급 치료에 대해 후속 조치를 취합니다. 일반적으로 48 시간 이내에 귀하 혹은 다른 사람이 귀하의 응급 치료에 대해 당사에 알려주셔야 합니다. 그러나 당사에 알리지 않는 경우 응급 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 이 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

의료적 응급 상황 시 보장 서비스

응급실에 도착하기 위해 구급차가 필요한 경우, 저희 플랜에서는 보장해 드립니다. 또한 저희는 응급 상황에서 의료 서비스를 보장합니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 4 장*, 섹션 D, 81 페이지의 혜택표를 참조하십시오.

미국 이외 지역에서 응급 의료 서비스를 보장받을 수 있습니다. 이 혜택은 연간 \$50,000 로 제한됩니다. 자세한 내용은 본 책자 **4 장**, 섹션 D, 81 페이지의 의료 혜택표에서 '국제 응급/긴급 보장' 항목을 보거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

가입자에게 응급 치료를 제공하는 의료 제공자는 가입자의 상태가 안정적이며 의료적 응급 상황이 끝났는지 여부를 결정합니다. 의료 제공자는 지속해서 귀하를 치료하고 개선을 위한 후속 진료가 필요한 경우에 플랜을 세우기 위해 당사에 연락합니다.

당사 플랜은 귀하의 후속 치료를 보장합니다. 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 응급 치료를 받으실 경우, 가능하면 빨리 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 진료를 맡게 되도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닌 경우 응급 치료 받기

가끔 가입자에게 의료적 응급 상황 또는 행동 건강 응급 상황이 발생했는지를 파악하는 것이 힘들 때가 있습니다. 응급 치료를 받으러 갔는데 의사가 응급 상황이 아니라고 말할 수가 있습니다. 귀하의 건강이 심각한 위험에 처한 상황이었다고 합리적으로 생각하신 한, 당사는 귀하가 받으신 진료를 보장합니다.

의사가 응급 상황이 아니었다고 말한 후에는 아래의 조건에 해당할 때만 추가 진료를 보장합니다.

- 귀하가 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하는 경우 **또는**
- 귀하가 받은 추가 진료가 '긴급하게 필요한 진료'로 간주되고 귀하가 진료를 받기 위한 규칙을 귀하가 따른 경우. 다음 섹션을 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



H2. 긴급하게 필요한 진료

긴급하게 필요한 진료란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료를 요하는 상황을 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 재발하거나 주말 동안 심한 인후통이 발생하여 치료가 필요할 수 있습니다.

당사 플랜 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 진료

대부분의 경우에 다음 조건에 부합할 때만 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다.

- 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받은 경우, **그리고**
- 본 장에 설명된 규칙들을 귀하가 따른 경우.

귀하가 네트워크 소속 의료 제공자에게 진료를 받는 것이 불가능하거나 합리적이지 않은 경우 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받은 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다.

심각한 응급 상황: '911'에 전화하시거나 가장 가까운 종합 병원을 방문하십시오.

상황이 심각하지 않은 경우: 귀하의 PCP나 의료 그룹에 전화하십시오. 전화를 할 수 없거나 즉시 진료가 필요하다면 가까운 의료 센터, 긴급 진료 센터, 종합 병원을 방문하십시오.

응급 상황인지 긴급 진료가 필요한지 확실하지 않은 경우, 당사 간호사 상담 전화를 밤낮으로 언제든지 이용하실 수 있습니다. 가입자는 1-800-893-5597(TTY 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 당사의 간호사 상담 라인으로 연락하실 수 있습니다.

Wellcare by Health Net 가입자는 주 7일, 하루 24시간, 1년 365일 중증도 분류 또는 선별검사 서비스를 이용할 수 있습니다. 또한 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 ID 카드 뒷면의 번호 또는 이 페이지 아래쪽의 번호로 전화를 걸어 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 가입자 서비스부에서 간호사 상담 전화로 연결해 드릴 수도 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 밖에서 긴급하게 필요한 진료

귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우, 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받을 수가 없는 경우도 있습니다. 그런 경우, 당사 플랜은 귀하가 어떤 의료 제공자에게서 받은 긴급하게 필요한 진료를 보장해 드립니다.

당사 플랜은 미국 외 지역에서 받은 긴급하게 필요한 진료 또는 기타 모든 진료를 보장하지 않습니다.

미국 외 지역에서 받은 *긴급하게 필요한* 서비스는 전 세계 응급/긴급 상황 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 본 책자 **4 장**, 섹션 D, 81 페이지의 혜택표에서 '응급 치료' 항목을 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



H3. 재난 발생 시 진료

California 주의 주지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 가입자의 거주 지역을 재난상황 또는 응급 상황이라고 선포할 경우에도 당사 플랜으로부터 치료를 보장받을 권리가 있습니다.

재난 발생 시 필요한 치료를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

재난 상황 중에 네트워크 소속 의료 제공자의 서비스를 받으실 수 없을 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자의 서비스를 무료로 받으실 수 있습니다. 재난 상황 중에 네트워크 소속 약국을 이용하실 수 없는 경우, 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 A8, 156 페이지를 참조하십시오.

I. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우에 해야 할 일

의료 제공자가 청구서를 당사 플랜에 보내는 대신 귀하에게 직접 보냈다면, 당사에 지불을 요청해야 합니다.

귀하가 직접 비용을 지불하시면 안 됩니다. 직접 지불하시면 당사는 귀하에게 환급해 드리지 못할 수 있습니다.

보장 서비스 비용을 지불했거나 보장 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우에 해야 할 일을 알아보려면 *가입자 핸드북 7 장*, 섹션 A, 179 페이지를 참고하시기 바랍니다.

I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 할 일

당사 플랜은 다음과 같은 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요한 것으로 결정된 서비스 및
- 당사 플랜의 혜택표(*가입자 핸드북 4 장*, 섹션 D, 81 페이지 참조)에 수록된 서비스 그리고
- 플랜의 규칙에 따라 귀하가 받는 서비스.

당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받는 경우에는 당사 플랜 이외의 다른 Medi-Cal 프로그램이 보장하지 않는 한, **귀하가 서비스 비용 전체를 지불**해야 합니다.

당사가 어떤 의료 서비스 또는 진료를 지불하는지 알기 원하신다면, 귀하는 당사에게 이를 문의하실 권리가 있습니다. 또한 가입자는 서면으로 이를 요청할 권리가 있습니다. 저희가 가입자의 서비스 비용을 지불하지 않는다고 할 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



가입자 핸드북 9 장, 섹션 E, 221 페이지에서는 당사가 의료 서비스 또는 품목을 보장하기를 원할 때 어떻게 해야 하는지를 설명합니다. 당사의 보장 결정에 대해 이의 신청하는 방법도 나와 있습니다. 이의 신청에 대한 귀하의 권리에 대해서는 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사는 특정 한도까지 일부 서비스에 대해 지불합니다. 그 한도 이상을 사용한 경우에 동종 서비스를 더 받으시려면 귀하가 전액을 지불해야 합니다. 구체적인 혜택 한도는 **4 장**을 참조하십시오. 혜택 한도와 귀하가 사용한 혜택 비용을 확인하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오.

J. 임상 연구에서 의료 서비스 보장

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 시험이라고도 함)는 의사들이 신종 치료 또는 의약품을 시험하는 방법입니다. Medicare 에서 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 지원자를 연구에 참여시켜 줄 것을 요청합니다.

Medicare 에서 귀하가 참여를 원하는 연구를 승인하고 귀하가 관심을 표현하면 연구 담당자가 귀하에게 연락합니다. 그 담당자가 해당 연구에 대해 설명하고 가입자의 참가 자격 여부를 확인합니다. 귀하가 필요한 조건을 충족하는 한 연구에 참여할 수 있습니다. 귀하는 이 연구에서 자신이 무엇을 해야 하는지를 반드시 이해하고 이를 수락해야 합니다.

귀하가 연구에 참여하는 동안 당사 플랜 등록 상태를 유지할 수 있습니다. 이러한 방식으로 당사 플랜은 연구와 관련이 없는 서비스 및 진료에 대한 보장을 계속해서 귀하에게 적용합니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하고 싶으신 경우, 당사에 알리거나 당사나 주치의로부터 승인을 받으실 필요가 **없습니다**. 연구의 일환으로 귀하에게 진료를 제공하는 의료 제공자는 네트워크 소속일 필요가 **없습니다**. 여기에는 구성 요소로서 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 기록이 포함되는, 당사 플랜이 책임질 수 있는 혜택이 포함되지 않는다는 점에 유의해 주십시오. 여기에는 국가 보장 판단(NCD) 및 IDE(Investigational Device Trials)에 명시된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수 있습니다.

당사는 귀하가 임상 연구에 참여하시기 전에 당사에 이를 알려 주실 것을 권장합니다.

귀하가 Original Medicare 에서 등록자를 위해 보장하는 임상 연구에 참여할 계획이라면, 귀하나 귀하의 케어 코디네이터가 가입자 서비스부에 연락하여 귀하가 임상 시험에 참여한다는 사실을 알리는 것이 좋습니다.

J2. 임상 연구에 참여 중인 경우 서비스 비용 지불

Medicare 에서 승인하는 임상 연구에 지원하는 경우에 귀하는 해당 연구에서 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다. Medicare 는 귀하의 진료와 관련된 일상적인 비용뿐만 아니라 연구에서 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불합니다. Medicare 승인 임상 연구에 참가하시게

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



되면, 연구의 일환으로 받는 대부분의 서비스 및 항목을 보장받습니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

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

귀하가 Medicare 가 승인하지 않은 실험에 참여한다면, 실험 참여에 드는 모든 비용을 귀하가 지불합니다.

J3. 임상 연구 시험에 대해 자세히 알아보기

임상 연구에 참여하는 것에 대한 자세한 내용은 'Medicare & Clinical Research Studies'라는 제하의 글을 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)에서 참조하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

K. 종교적 비의학적 의료 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법

K1. 종교적 비의학적 의료 기관의 정의

종교적 비의학적 의료 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문간호시설에서 받는 의료 서비스를 제공하는 곳입니다. 병원 또는 전문간호시설에서 받는 진료가 가입자의 종교적 신념에 위배된다면, 대신 종교적 비의학적 의료 기관을 통해 받는 진료를 보장합니다.

이 혜택은 Medicare Part A 입원 서비스(비의료 건강 진료 서비스)를 통해서만 제공됩니다.

K2. 종교적 비의학적 의료 기관에서 받는 진료

종교적 비의학적 의료 기관에서 진료를 받으시려면 '비예외' 치료 받는 것에 반대한다는 법적 서류에 서명하셔야 합니다.

- '비예외' 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 **요구되지 않는, 자발적인** 모든 진료를 말합니다.
- '제외' 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 **요구되는, 자발적이지 않은** 진료를 말합니다.

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

- 치료를 제공하는 시설은 Medicare 의 인증을 받아야 합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 72

- 저희 플랜의 서비스 보장은 치료의 비종교적 측면에 한정됩니다.
- 귀하가 시설에 머무는 동안 이러한 기관으로부터 서비스를 받으신 경우:
 - 병원 입원 치료 또는 전문요양시설에서의 간호를 위해 보장 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
 - 그 시설에 입원하기 전에 당사 플랜의 사전 승인을 반드시 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원이 보장되지 **않습니다**.

가입자가 위 요건을 충족하는 한 입원 치료에 대해 무제한 보장이 적용됩니다.

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대, 정맥내(IV) 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 비품, 분무기, 보행보조기 등 의료 제공자가 주문한 의학적 필요가 있는 특정 항목이 포함됩니다.

보철 같은 일정 품목은 가입자가 언제든지 소유합니다. 본 섹션에서는 귀하가 대여하는 DME에 대해 설명합니다. Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여하는 사람들은 13개월 간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 당사 플랜의 가입자로서, 해당 품목이 의학적으로 필요하고 장기간 필요로 하는 한, 가입자는 대여한 DME의 소유권을 가지게 되실 수도 있습니다. 또한 해당 품목은 반드시 귀하의 PCP, 의료 그룹 및/또는 Wellcare by Health Net에서 승인, 마련 및 조정해야 합니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 전화하여 내구성 의료 장비의 대여나 소유 또는 가입자가 제출해야 하는 서류에 대하여 자세히 알아보십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지 통화 가능 시간은 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다.

당사 플랜 가입자으로 계신 동안 내구성 의료 장비의 소유권을 획득한 상태에서 기기의 정비나 수리가 필요한 경우, 의료 제공자가 수리비용을 귀하에게 청구할 수도 있습니다.

특정 상황에서 당사는 귀하에게 DME 품목의 소유권을 이전합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 요구조건과 제출하여야 하는 서류에 대해 알아보실 수 있습니다. 당사 플랜에 가입하기 전에 Medicare에서 최대 12개월 연속으로 DME를 보유했더라도 가입자는 장비를 소유하지 **않습니다**.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



L2. Original Medicare 로 전환하는 경우 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME 를 임차하는 사람들은 13 개월 후에 해당 장비를 소유합니다. Medicare Advantage (MA) 플랜에서는 장비를 소유하기 전에 사람들이 특정 유형의 DME 를 임차해야 하는 개월 수를 플랜에서 정할 수 있습니다.

참고: Original Medicare 와 MA 플랜의 정의는 **12 장**에 나와 있습니다. *Medicare & You* 2024 핸드북에서도 정보를 찾을 수 있습니다. 본 책자가 없으신 경우, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/medicare-and-you)에서 받으시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7 일 하루 24 시간 언제든지 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

Medi-Cal 을 선택하지 않으면, Original Medicare 하에서 지불금을 13 회 연속으로 지불하시거나 MA 플랜에서 정한 연속 지불 횟수대로 지불하신 후, 아래 경우에 해당하면 DME 품목을 소유하실 수 있습니다.

- 당사 플랜에 가입한 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않은 경우, **그리고**
- 당사 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜에 속한 건강 플랜 이외의 Medicare 혜택 받는 경우.

당사 플랜에 가입하기 전에 가입자가 Original Medicare 또는 MA 플랜에 따라 DME 품목에 대한 지불을 한 경우, 이러한 **Original Medicare 또는 MA 플랜 지불금은 플랜 탈퇴 후 가입자가 지불해야 하는 지불금에 포함되지 않습니다.**

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare 하에서 지불금을 새로 13 회 연속으로 지불하시거나 MA 플랜에서 정한 새로운 연속 지불 횟수대로 지불하셔야 합니다.
- Original Medicare 또는 MA 플랜으로 돌아가도 여기에는 예외가 없습니다.

L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택

Medicare 에서 보장하는 산소 장비에 대한 자격이 있고 당사 플랜의 가입자인 경우, 당사는 다음을 보장합니다.

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

산소 장비는 더 이상 의학적으로 필요하지 않거나 플랜을 탈퇴하는 경우 반환해야 합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 74



L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하고 귀하가 당사 플랜을 떠나 Original Medicare 로 전환하는 경우, 귀하는 공급업체로부터 36 개월 동안 해당 장비를 대여하게 됩니다. 월별 대여 지불금은 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스를 보장합니다.

산소 장비를 36 개월 동안 대여한 후에도 의학적으로 필요한 경우 공급업체는 다음을 제공해야 합니다.

- 추가 24 개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스.
- 의학적으로 필요한 경우 최대 5 년 동안 산소 장비 및 용품.

5 년이 지난 후에도 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체는 더 이상 이를 제공할 필요가 없으며, 귀하는 어떤 공급업체든지 교체 장비를 받도록 선택하실 수 있습니다.
- 새로운 5 년의 기간이 다시 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36 개월 동안 대여합니다.
- 공급업체가 추가 24 개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 한, 5 년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 귀하가 당사 플랜을 떠나 다른 MA 플랜으로 전환하는 경우, 본 플랜은 최소한 Original Medicare 가 보장하는 서비스를 보장합니다. 귀하는 새 MA 플랜에 어떤 산소 장비와 용품을 보장하며 비용이 얼마인지 문의할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



4장: 혜택표

개요

이 장에는 당사 플랜의 보장 서비스와 제한 사항 또는 한도가 나와 있습니다. 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 설명합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 등록을 요청한 다음달 1 일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 문의 사항은 당사에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. 보장 서비스	78
A1. 공공 보건 응급 상황 기간 중	78
B. 보험 가입자에게 진료비를 청구하는 의료 제공자에 대한 규칙	78
C. 당사 플랜의 혜택표 관련 정보	79
D. 당사 플랜의 혜택표.....	81
E. 당사 플랜 외 보장 혜택.....	141
E1. California 지역사회 전환	141
E2. Medi-Cal 치과 프로그램	142
E3. 호스피스 간호	143
E4. 가정 지원 서비스(IHSS).....	143
E5. 1915(c) 가정과 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램.....	144
F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택.....	147

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

A. 보장 서비스

본 장은 당사 플랜에서 보장하는 서비스에 대해 알려 줍니다. 또한 보장되지 않는 서비스에 대해서도 알아볼 수 있습니다. 의약품 혜택에 대한 정보는 *가입자 핸드북*의 **5 장** 섹션 A, 154 페이지에 설명되어 있습니다. 이 장에서는 일부 서비스의 한도에 대한 설명도 제공됩니다.

귀하는 Medi-Cal 의 지원을 받으시기 때문에 당사 플랜 규칙을 따르는 한, 보장 서비스에 대해서 아무것도 지불하지 않습니다. 플랜의 규칙에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북* **3 장**, 섹션 B 50 페이지를 참조하십시오.

보장 서비스를 이해하는 데 도움이 필요하시면 케어 코디네이터 *뮷/또는* 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

A1. 공공 보건 응급 상황 기간 중

Wellcare by Health Net 은 공중 보건 응급 상황(PHE)과 관련된 모든 주 *뮷/또는* 연방 지침을 준수합니다. PHE 기간 동안, 플랜은 당사 가입자에게 필요한 모든 보장 혜택을 제공할 것입니다. 보장 범위는 제공받은 서비스와 PHE 기간에 따라 달라질 수 있습니다.

PHE 기간 중 진료를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트

www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하시거나 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하셔도 됩니다. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

B. 보험 가입자에게 진료비를 청구하는 의료 제공자에 대한 규칙

저희는 당사 의료 제공자들이 네트워크 내 보장 서비스에 대해 귀하께 지불 요청하는 것을 허락하지 않습니다. 당사는 의료 제공자들에게 직접 대금을 지불하며, 모든 지불 청구로부터 귀하를 보호합니다. 의료 제공자가 서비스에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다.

귀하는 의료 제공자에게서 보장 서비스에 대한 지불 청구서를 받으시면 안 됩니다. 받은 경우, *가입자 핸드북* **7 장**, 섹션 A, 179 페이지를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



C. 당사 플랜의 혜택표 관련 정보

혜택표는 당사 플랜이 지불하는 서비스를 말해 줍니다. 보장 서비스를 알파벳 순서로 나열하고 소개합니다.

당사는 아래 규칙이 준수되는 경우에 혜택표에 열거된 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 아래에 설명된 보장 요건을 준수하는 한 귀하는 혜택표에 나열된 서비스에 대해서는 아무것도 지불하지 않습니다.

- 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 정한 규칙에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다.
- 해당 서비스들(의료 서비스, 행동 건강 및 약물 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원, 용품, 의료 장비, 의약품 포함)은 의학적으로 필요한 것이라야 합니다. 의학적으로 필요한 것은 가입자가 의학적 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 병원 또는 요양시설에 입원하지 않도록 하는 진료가 포함됩니다. 또한 이는 서비스, 용품 또는 의약품이 진료의 승인된 기준을 충족함을 의미합니다. 생명을 보호하고 중대한 질병이나 심각한 장애를 예방하거나 중증 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요할 때 '의학적으로 필요한 서비스'입니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자에게서 서비스를 받습니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사와 협약한 의료 제공자를 뜻합니다. 대부분의 경우 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받는 진료는 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료이거나 플랜 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 진료 의뢰를 제공한 경우 외에는 보장되지 않습니다. **가입자 핸드북 3 장, 섹션 D, 52 페이지**에서 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 방법에 대해 자세하게 확인하실 수 있습니다.
- 가입자에게는 진료를 제공하고 이를 전반적으로 관리하는 주치의(PCP) 또는 진료 팀이 있습니다. 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 PCP 또는 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 PCP 가 이를 승인해야 합니다. 이것을 진료 의뢰라고 합니다. **가입자 핸드북 3 장, 섹션 D, 52 페이지**에서 진료 의뢰를 받는 것과 진료 의뢰가 필요하지 않은 경우에 대해 자세히 확인하실 수 있습니다.
- 당사는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 당사의 승인을 먼저 얻은 경우에 한해 혜택표에 있는 일부 서비스를 보장합니다. 이것을 사전 승인(PA)이라고 합니다. PA 가 필요한 보장 서비스는 혜택표에서 기울임꼴 형식으로 표시됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

웰니스 및 건강 의료 플랜(WHP) 서비스에 참여하는 모든 등록자를 위한 중요 혜택 정보

- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 Value-Based Insurance Design 및 Health Care Design 프로그램에 참여하고 있으므로 귀하는 사전 의료 플랜(ACP) 서비스를 포함한 다음과 같은 WHP 서비스를 이용할 수 있습니다.
 - 향후 의료 분야에 대해 스스로 결정을 내릴 수 없다면 의료 전문가가 귀하의 소원을 따를 수 있습니다. 사전 의료 플랜은 미래에 귀하가 원하는 치료에 대해 대화를 나누고 결정을 내리는 것을 의미합니다.
 - 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 누군가에게 부여하는 데 필요한 양식을 지원해 드립니다.
- 언제든지 당사 플랜에 문의하여 사전 의료 플랜 지원을 받을 수 있습니다.
- WHP 및 ACP는 자발적인 서비스이며 귀하는 이러한 서비스를 거부할 수 있습니다.
- 보험료, 공제액 및 공동보험료와 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 'Extra Help'를 받는 경우, 다른 대상 추가 혜택 및/또는 대상 감소 비용 분담을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 자세한 내용은 **4 장, 섹션 D**, 81 페이지의 의료 혜택표를 참조해 주십시오.
- 가입자들은 Part D 약에 대한 비용 분담을 없앨 자격이 있습니다. 자세한 내용은 **6 장**을 참조하십시오.

Medicare 는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)이 Value-Based Insurance Design 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare 는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.

- 모든 예방 서비스는 무료입니다. 혜택표의 예방 서비스 옆에 이러한 사과 🍏모양이 표시됩니다.
- **커뮤니티 지원:** 커뮤니티 지원은 개별 치료 계획을 통해 이용하실 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 의료적으로 적합하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 자격을 갖춘 경우 이러한


문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

서비스를 통해 더 독립적으로 생활할 수 있습니다. 이러한 서비스는 Medi-Cal 에 따라 이미 받은 혜택을 대체하지 않습니다. 당사가 제공하는 커뮤니티 지원의 예에는 의학적으로 도움이 되는 식품 및 식사 또는 의학적으로 짜인 식사, 귀하 또는 귀하의 간병인을 위한 지원 또는 샤워 손잡이와 경사로가 포함됩니다. 도움이 필요하시거나 이용할 수 있는 커뮤니티 지원에 대해 알아보시려면 가입자 서비스부(1-800-431-9007(TTY: 711)), 케어 코디네이터 또는 의료 서비스 공급자에게 전화하십시오. 가입자 서비스부 시간: 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지 통화 가능 시간은 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시입니다.

D. 당사 플랜의 혜택표

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
 복부 대동맥류 선별검사 당사는 위험률이 높은 분들을 위해 초음파 검사 1 회에 대한 비용을 지불합니다. 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.	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>침술</p> <p>당사는 한 달에 최대 2 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 외래환자 침술 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <p>또한, 당사는 다음과 같이 정의된 만성 요통의 경우 90 일 동안 최대 12 회 침술 치료 방문에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 통증이 12 주 이상 이어짐 • 불특정함(전이성 질환, 염증성 질환 또는 감염성 질환과 관련 없는 것과 같이, 확인할 수 있는 조직적 원인이 없음) • 수술과 관련이 없음. 그리고 • 임신과 관련이 없는 경우. <p>또한, 당사는 만성 요통이 개선된 경우 추가 8회의 침술에 대한 비용을 지불합니다. 매년 만성 요통을 위한 침술 치료 횟수는 20회 이하가 될 수 있습니다.</p> <p>호전되지 않거나 악화되는 경우에는 침술 치료를 중단해야 합니다.</p> <p>또한 당사 플랜은 추가(Medicare 미적용) 침술 서비스를 매년 총 24회까지 제공합니다.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>침술(계속)</p> <p>대부분의 경우 계약된 의료 제공자를 사용하여 보장 서비스를 받아야 합니다. 이 혜택을 사용하는 방법에 대해 질문이 있는 경우 저희 플랜에 문의해 주십시오.</p> <p>보장되는 침술 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) • 후속 진료실 방문—침술 서비스 또는 재검사가 포함될 수 있습니다 • 네트워크 소속 다른 의료 제공자의 2차 소견 • 긴급 및 응급 서비스 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	
<p> 알코올 남용 선별검사 및 상담</p> <p>당사는 술 남용 선별검사(SABIRT)를 술을 남용하지만 술에 의존적이지 않은 성인에 대해 1회에 한해 지불합니다. 여기에는 임신부가 포함됩니다.</p> <p>알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 1차 진료 환경에서 자격을 갖춘 주치의(PCP)나 임상외과와 연간 4회까지 간단한 대면 상담을 받으실 수 있습니다(상담 참여 능력이 있고 기민한 경우).</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.





www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>앰블런스 서비스</p> <p>응급 상황이든 비응급 상황이든 관계없이 보장되는 구급차 서비스에는-고정 날개, 회전 날개 및 지상 구급차 서비스가 포함됩니다. 구급차가 의료 서비스를 제공할 수 있는 가장 가까운 장소로 데려가 드릴 것입니다.</p> <p>진료 장소로 이송하기 위해 다른 방법을 사용하면 건강이나 생명이 위험할 만큼 상태가 위중해야 합니다.</p> <p>다른 경우(비응급)를 위한 구급차 서비스는 당사의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에 당사가 구급차 비용을 지불할 수 있습니다. 진료 장소로 이송하기 위해 다른 방법을 사용하면 생명이나 건강이 위험할 만큼 상태가 위중해야 합니다.</p>	\$0
<p>연례 정기 건강 검진</p> <p>연례 건강 검진 – 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.</p>	\$0
<p> 연례 웰니스 방문</p> <p>귀하는 연례적 건강검진을 받을 수 있습니다. 이는 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하거나 업데이트하기 위한 것입니다. 당사는 연례적 건강검진을 12개월마다 한 번씩 지불합니다.</p> <p>참고: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 Welcome to Medicare 방문 시점으로부터 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 Part B에 가입된 이후에는 연례 웰니스 방문을 위해 Wecome to Medicare 시에 이루어지는 방문을 별도로 할 필요가 없습니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.






www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스		이들 서비스를 받을 경우
	<p>천식 예방 서비스</p> <p>천식을 조절이 어려운 경우 가정에서 쉽게 발견되는 유발 요인에 대해 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.</p>	\$0
	<p>골밀도 측정</p> <p>당사는 자격이 있는 가입자들(대개 골밀도 손실이나 골다공증 위험이 높은 사람)을 위해 일부 의료 절차를 지불합니다. 이 절차를 통해 골밀도를 확인하고, 골손실을 발견하거나, 골의 질을 찾아냅니다.</p> <p>당사는 해당 서비스에 대해 24 개월마다 한 번씩 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 지불합니다. 또한 의사가 검사 결과를 살펴보고 설명해 주는 서비스에 대해 지불합니다.</p>	\$0
	<p>유방암 선별검사(X-레이 투영법)</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 만 35~39 세에서 유방 X-레이 투영법 베이스라인 1 회 만 40 세 이상 여성의 경우 매 12 개월마다 유방 X-레이 투영법 선별검사 1 회 매 24 개월마다 유방 임상검사 1 회 	\$0
	<p>심장 재활 서비스</p> <p>당사는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스에 대해 지불합니다. 가입자들은 특정 조건에 부합되어야 하고 의사의 진료 의뢰가 있어야 합니다.</p> <p>또한 당사는 심장 재활 프로그램보다 강력한 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
 <p>심혈관계(심장) 질환 리스크 경감 방문(심장 질환 치료)</p> <p>본 플랜에서는 심장 질환 위험 인자를 낮추기 위한 주치의(PCP) 방문에 대해 1 년에 1 회 혹은 의학적으로 필요한 경우 1 회 이상 지불합니다. 방문 중 의사는 다음을 할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 아스피린 사용 상담 • 혈압 체크 및 /또는 • 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공 	\$0
 <p>심혈관계(심장) 질환 검사</p> <p>5 년마다(60 개월) 심혈관 질환을 확인하기 위해 혈액 검사 비용을 지불합니다. 또한 이러한 혈액 검사를 통해 심장 질환의 높은 위험으로 인한 장애를 확인합니다.</p>	\$0
 <p>자궁경부암 및 질암 선별검사</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 여성 대상: 24 개월마다 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사 1 회 • 자궁경부암 또는 질암의 위험성이 높은 여성 대상: 12 개월마다 자궁 경부 세포 검사 1 회 • 최근 3 년 이내에 자궁 경부 세포 검사 결과가 비정상적으로 나왔으며 가임 연령인 여성의 경우: 12 개월마다 자궁 경부 세포 검사 1 회 • 만 30 세~만 65 세 여성의 경우: 5 년마다 인체 유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 자궁 경부암 검사 1 회 	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>지압요법 서비스</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 척추 조정을 통한 정렬 교정 <p>또한 당사는 매년 최대 24회의 추가(Medicare 비보장) 지압요법 서비스를 보장합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0
<p> 대장암 선별검사</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 위험이 크지 않은 환자의 경우 120 개월(10 년)에 1 회, 또는 대장암 위험이 크지 않은 환자의 경우 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 48 개월에 1 회, 그리고 이전에 대장내시경 검사 또는 바륨 관장을 받은 후 고위험 환자의 경우 24 개월에 1 회 보장됩니다. <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>대장암 선별검사(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> 45 세 이상 환자를 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 위험이 높지 않은 환자의 경우 120 개월마다 1 회. 마지막 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 또는 바륨 관장에서 고위험 환자의 경우 48 개월에 1 회. 45 세 이상 환자를 위한 선별 대변 잠혈 검사. 12 개월마다 1 회. 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85 세 환자를 위한 다중 표적 대변 DNA. 3 년마다 1 회. 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85 세 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3 년마다 1 회. 바륨 관장은 고위험군 환자를 위한 대장내시경 검사의 대안으로, 마지막 선별 바륨 관장 또는 마지막 선별 대장내시경 이후 24 개월이 지난 경우에 사용할 수 있습니다. 바륨 관장은 위험이 크지 않은 45 세 이상의 환자들을 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사의 대안으로 사용됩니다. 마지막 선별 바륨 관장 또는 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 최소 48 개월에 1 회. <p>대장암 선별 검사에는 Medicare 보장 비침습성 대변 기반 대장암 선별 검사 결과 양성 판정 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)</p> <p>CBAS 는 만성 의료, 인지 또는 행동 건강 상태 및/또는 장애가 있어 기관 치료가 필요한 위험이 있는 노인과 성인에게 서비스를 제공하는 커뮤니티 기반의 주간 건강 프로그램입니다.</p> <p>CBAS 프로그램은 적합한 건강, 재활, 개인 간호 및 사회적 서비스의 도움을 받아 자택에서 생활할 수 있는 Medi-Cal 수혜자에 대한 기관 진료의 대안입니다. CBAS 프로그램은 참여자, 가족 및/또는 간병인, 주치의 및 개인의 독립성을 유지하기 위해 노력하고 있는 커뮤니티와의 파트너십을 강조합니다.</p> <p>센터에서 제공하는 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전문적인 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 정신 건강 서비스 • 치료 활동 • 사회 서비스 • 개인 관리 • 따뜻한 식사와 영양 상담 • 참가자의 거주지를 왕복하는 교통편 <p>참고: CBAS 시설을 이용할 수 없는 경우 당사는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>치과 서비스</p> <p>Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 다양한 표준 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치과 검사(12 개월마다 1 회) • 치아 스케일링(12 개월마다 1 회) • 스케일링 및 치근평활 • 불소 도포(12 개월마다 1 회) • X-레이 • 충전 • 크라운(구치 또는 소구치(뒷니)는 일부 경우에 보장될 수 있음) • 근관 • 부분 의치 및 전체 의치 • 의치 재배열 • 발치 • 응급 서비스 <p>Medi-Cal 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 https://smilecalifornia.org 를 참조하거나 1-800-322-6384 번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>치과 서비스(계속)</p> <p>Medi-Cal Dental Fee-for-Service 및 Dental Managed Care(DMC) 프로그램을 통해 치과 혜택을 누릴 수 있습니다.</p> <p>Medi-Cal Dental Fee-for-Service 프로그램 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 5:00 까지 고객을 지원할 수 있습니다.</p> <p>TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-800-735-2922 번입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p> <p>당사는 서비스가 수혜자의 1 차 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수 부분인 경우 일부 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 몇 가지 예로는 골절 또는 부상 후의 턱 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료 준비 시 발치 또는 신장 이식 전 구강 검사가 있습니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.





www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>치과 서비스(계속)</p> <p>Wellcare Dual Align 플랜은 가입자의 Medi-Cal 치과 혜택 외에도 추가적인 치과 서비스 및 기술을 보장합니다. 이러한 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 크라운(귀금속): 치아 하나 당 달력 연도 기준 5 년에 한 번 • 보철술(의치) – 아치당 달력 연도 기준 2 년마다 • 브리지 - 치아당 달력 연도 기준 5 년마다 <p>예외 및 제한 사항이 적용됩니다.</p> <p>보장 기술, 예외 및 제한 사항 세부 목록을 포함한 추가 치과 보장 정보도 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.</p> <p>www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하여 웹페이지 상단에서 Shop for Plan 을 클릭한 다음 플랜 혜택 자료를 선택하십시오. 보장 범위 증명서(EOC)를 선택하십시오. 목록에서 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)을 찾아서 이 플랜의 치과 혜택에 대한 자세한 내용을 찾으십시오.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스		이들 서비스를 받을 경우
 <p>우울증 선별검사</p> <p>당사는 해마다 1 회 우울증 선별검사 비용을 지불합니다. 이 선별검사는 후속 치료 및/또는 진료 의뢰로 이어질 수 있도록 반드시 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.</p>	\$0	
 <p>당뇨병 선별검사</p> <p>귀하가 아래 위험 인자 중 하나라도 있는 경우 당사는 이 선별검사(공복 혈당 검사 포함)에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 이상 콜레스테롤 및 트리글리세라이드 수치(이상지질혈증) 병력 • 비만 • 고혈당 병력 <p>과체중 및 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다.</p> <p>이 검사 결과에 따라 12 개월마다 당뇨병 선별검사를 최대 2 회까지 받을 수 있습니다.</p>	\$0	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 당뇨병 자가관리 교육, 서비스 및 용품</p> <p>당사는 당뇨병이 있는 분들(인슐린 사용 여부에 관계없이)에 대해 아래 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음을 포함한 혈당 모니터링 용품: <ul style="list-style-type: none"> ○ 혈당 모니터 ○ 혈당 검사용 스트립 ○ 채혈기 및 채혈침 ○ 검사용 스트립 및 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션 • 당뇨병 환자 중 심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 경우, 당사는 다음에 대한 비용을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 깔개를 포함한 치료용 맞춤형 신발 1 쌍(피팅 포함) 및 매 달력 연도마다 깔개 2 쌍 또는 ○ 깔개를 포함한 깊은 신발 1 켤레 및 매년 삽입물 3 쌍(맞춤 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 비포함) • 때에 따라 당사는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. <p>Lifescan의 OneTouch™ 제품은 당사가 선호하는 당뇨병 검사 용품입니다(혈당 모니터 및 검사용 스트립). 다른 브랜드는 의학적으로 필요하고 사전 승인을 받지 않는 한 보장되지 않습니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>임산부도우미 서비스</p> <p>임산부의 경우 산전 및 산후 기간 동안 임산부도우미 서비스를 포함하여 9 번의 방문과 진통 및 분만 지원에 대한 비용을 지불합니다.</p>	\$0
<p>내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품</p> <p>'내구성 의료 장비(DME)'의 정의에 대해서는 <i>가입자 핸드북 12 장</i>을 참조하십시오.</p> <p>당사는 다음 항목을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 휠체어(전동 휠체어 포함) • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 건식 압력 패드 • 당뇨병 용품 • 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 • 정맥내(IV) 주입 펌프 및 풀 • 음성 발생 장치 • 산소 장비 및 용품 • 분무기 • 보행기 <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 표준 곡선형 손잡이 또는 4 발드 지팡이 및 교체 용품 • 경추부 견인(문 위) • 골 자극기 • 투석 치료 장비 <p>다른 품목이 보장될 수 있습니다.</p> <p>당사는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 통상적으로 지불하는, 의학적으로 필요한 모든 DME 에 대한 비용을 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 당사 공급업체가 특정 상표나 제조사의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다.</p> <p>특정 품목을 운반할 수 있는 다른 공급업체를 찾으려면 가입자 서비스부에 문의하십시오.</p> <p>자택 밖에서 사용되는 Medicare 비보장 내구성 의료 장비도 보장됩니다.</p> <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다. 보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>응급 치료</p> <p>응급 치료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급 서비스를 제공하도록 교육 받은 의료 제공자가 제공함, 그리고 • 의료적 응급 상황을 치료하기 위해 필요. <p>의료적 응급 상황은 심각한 통증이나 심각한 부상이 있는 의학적 상태입니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 사람이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하 혹은 귀하의 태아에 대한 심각한 건강상 위협이 될 위험 상황 또는 • 신체 기능의 중대한 피해 또는 • 장기나 인체 부위에 심각한 기능 장애 • 진통 중인 임산부의 경우: <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p> <p>귀하가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 차후에 응급 상황이 안정된 뒤 입원 치료가 필요하다면, 반드시 네트워크 병원으로 복귀해야만 귀하가 받는 치료가 계속해서 지불됩니다. 당사 플랜에서 네트워크 비소속 병원에 머무르도록 승인한 경우에만 그 병원에서 입원 치료를 받을 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>응급 치료 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않을 때. ○ 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우. <p>전 세계 응급/긴급 상황 보장.</p> <p>미국 이외의 국가에서 받는 긴급, 응급 및 안정 후 진료로 정의됩니다.</p> <p>미국 내에서 받게 되었을 때 응급, 긴급, 안정 후 진료로 분류될 수 있는 진료 서비스로 제한합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위협에 처하게 할 수 있는 상황에서 구급차 서비스가 보장됩니다. ● 해외 세금 및 수수료(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)는 보장되지 않습니다. <p>전 세계 응급/긴급 상황 보장에는 연간 \$50,000의 제한이 있습니다.</p> <p>미국은 50 개 주, Columbia 특별구, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, American Samoa 를 의미합니다.</p>	<p>\$100</p> <p>입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 지역에서 응급실/긴급하게 필요한 서비스 방문 비용 부담액이 면제되지 않습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>가족 계획 서비스</p> <p>법에서는 특정 가족 계획 서비스를 위해 네트워크 소속 또는 비소속 의료 제공자를 가입자가 선택하는 것을 허용합니다. 이는 모든 의사, 진료소, 병원, 약국 또는 가족 계획 사무소를 의미합니다.</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족 계획 검사 및 치료 • 가족 계획 검사실 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전이 있는 가족 계획 용품(콘돔, 스펀지, 폼, 필름, 피임용 격막, 캡) • 불임 및 관련 서비스의 상담 및 진단 • 성매개감염(STI)의 상담, 검사 및 치료 • HIV 및 AIDS, 그리고 기타 HIV 관련 상태에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21 세 이상이어야 합니다. 귀하는 연방 불임 동의서에 최소 30 일 전, 수술 날짜 전 180 일 이내에 서명해야 합니다.) • 유전자 상담 <p>당사는 기타 가족 계획 서비스 중 일부를 지불합니다. 그러나 다음의 서비스에 대해서는 반드시 당사의 의료 제공자 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 불임증의 의학적 상태에 대한 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적 방법이 포함되지 않음) • AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 치료 • 유전자 검사 	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 건강 및 웰니스 교육 프로그램</p> <p>당사는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 다양한 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 금연 및 담배 사용 중단, 그리고 • 간호 서비스 핫라인 • 피트니스 혜택 <p>저희 플랜은 대형 헬스센터나 지역의 피트니스 센터에서 사용할 수 있는 월간 크레딧을 통해 융통성 있는 피트니스 프로그램의 회원권을 제공합니다.</p> <p>귀하는 매월 32 크레딧을 지급받습니다. 크레딧은 무제한 방문이 포함된 매월 헬스센터 회원권 및/또는 피트니스 센터 수업, 가정용 피트니스 박스, 피트니스 비디오에 사용할 수 있습니다. 월간 크레딧에서 미사용분이 있더라도 다음 달로 이월되지 않습니다.</p> <p>피트니스 가입자 자격에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하여 확인해 주십시오.</p> <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>건강 및 웰니스 교육 프로그램 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> 개인 응급 대응 시스템(PERS): <p>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.</p> <p>가입자는 유선으로 연결된 기존의 '고정 배선' PERS 시스템을 선택하거나 무선 시스템을 선택할 수 있습니다. 유선 시스템의 경우 기존 일반 전화가 필요합니다.</p> <p>자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>청력 서비스</p> <p>당사는 귀하의 의료 제공자가 하는 청각 및 균형 감각 검사에 대한 대금을 지불합니다. 이러한 검사를 통해 의학적 치료가 필요한지 여부를 알 수 있습니다. 의사, 청력학자, 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 외래환자 진료로 제공하는 이러한 검사들은 보장됩니다.</p> <p>임신 중이시거나 요양시설에 거주하시는 경우 당사는 보청기 및 다음 품목에 대한 비용도 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 몰드, 용품 및 인서트 • 수리당 25 달러 이상의 비용이 드는 수리 • 초기 배터리 세트 • 보청기를 받은 후 동일한 공급업체의 교육, 조정 및 피팅을 위한 6 회 방문 • 보청기의 시험사용 기간 대여 • 보조 청각 장치, 표면 착용 골전도 청각 장치 <p>또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 년마다 정기적인 청력 검사 1 회. • 1 년마다 보청기 적합성 확인 및 피팅 1 회. • 1 년에 귀 1 개당 최대 \$1,000 의 비이식형 보청기 1 개. 매년 2 개 비이식형 보청기로 제한됨. 1 년 표준 보증 및 배터리 1 패키지가 제공 혜택에 포함됩니다. <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
 <p>HIV 선별검사</p> <p>당사는 아래에 해당되는 가입자에게 매 12 개월마다 1 회 HIV 선별검사에 대해 대금을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV 선별검사를 요청한 사람 또는 • HIV 감염 위험이 높은 사람. <p>임신 여성의 경우, 당사는 임신 중 최대 3 회의 HIV 선별검사에 대한 비용을 지불합니다.</p> <p>또한 의료 제공자가 권장하는 경우 당사가 추가 HIV 검사 비용도 지불합니다.</p>	\$0
<p>가정간호 기관의 간호</p> <p>가정간호 서비스를 받기 전에 의사가 가입자에게 서비스가 필요하다고 당사에 알려야 하며, 이러한 서비스는 가정간호 기관이 제공해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다.</p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 파트타임 또는 간헐적인 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스(가정 간호 혜택 보장을 받으려면 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스를 합한 총 시간이 하루 8 시간 및 주당 35 시간 미만이어야 함) • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>가정 약물 투약</p> <p>당사 플랜은 정맥 투여나 피하주사를 통해 가정에서 제공하는 의약품 또는 생물제로 정의되는 가정 약물 투약에 대한 비용을 지불합니다. 가정 약물 투약을 수행하려면 다음이 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 항바이러스 성 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물제 • 펌프와 같은 장비 및 • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 <p>당사 플랜은, 예를 들어, 아래의 품목을 포함하는 가정 약물 투약 서비스를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는, 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 및 • 유자격 가정 투여 요법 제공자가 제공하는 가정 약물 투약 및 가정 투약 약물에 대한 모니터링 서비스. <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>호스피스 간호</p> <p>귀하에게는 귀하의 의료 제공자 및 호스피스 진료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 귀하의 질병이 말기이며 6 개월 이하의 생존을 기대할 수 있음을 의미합니다. 귀하는 Medicare 가 인증한 호스피스 프로그램으로부터 간호를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 가입자를 도와야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 비소속 의료 제공자 모두 가능합니다.</p> <p>보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증상과 통증을 치료하기 위한 의약품 • 단기 휴식치료 • 가정간호 <p>Medicare 에 청구되는 말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자세한 내용은 본 장의 섹션 F, 147 페이지를 참조하십시오. <p>당사 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 에서 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 당사는 귀하의 말기 예후와 관련이 있든 없든 이러한 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다. <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>호스피스 간호 (계속)</p> <p>당사 플랜의 Medicare Part D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 <i>가입자 핸드북 5 장, 섹션 F3</i>, 167 페이지를 참조하십시오. <p>참고: 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 전화하여 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다.</p> <p>당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 가입자에게 호스피스 상담 서비스(1 회로 제한)를 보장합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	
<p> 예방접종</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 폐렴 예방접종 • 독감 시즌마다 가을과 겨울에 맞는 독감 예방주사 의학적으로 필요한 경우 추가의 독감 예방주사 • B 형 간염 고위험군 또는 중위험군에 속한 가입자에 대한 B 형 간염 예방접종 • COVID-19 백신 • 가입자에게 기타 질환의 위험이 있으며, Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 기타 예방접종 <p>당사는 Medicare Part D 보장 규칙에 부합되는 기타 백신에 대한 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 <i>가입자 핸드북 6 장, 섹션 D</i>, 177 페이지를 참조하십시오.</p> <p><i>일부 Part B 약품은 보장을 받으려면 사전 승인을 받아야 합니다.</i></p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>가정 내 지원 서비스</p> <p>특정 임상 기준을 충족하는 경우, 가벼운 청소, 가사일 및 식사 준비와 같은 가정 내 지원 서비스를 제공할 수 있을 뿐만 아니라 일상생활에 도움을 받을 수 있습니다.</p> <p>Medi-Cal FFS IHSS 혜택을 사용하려면 Wellcare Dual Align IHSS 혜택을 활용해야 합니다.</p> <p>면허가 있는 플랜의 임상이나 면허가 있는 플랜 의료 제공자가 추천하거나 요청하는 서비스여야 합니다. 가입자가 케이스 관리에 참여하거나 케이스 관리자의 평가를 받을 수도 있습니다.</p> <p>서비스를 받기 위해서는 다음 중 한 가지에 대한 입증 자료가 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 알츠하이머/기타 치매 진단 • 관절 치환 수술 • 낙상 회복 • 사지 절단 • 백내장/ 망막/ 기타의 안구 수술 • 진행성 심폐 질환 • 뇌졸중 <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>가정 내 지원 서비스 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보조 장치가 필요한 보행 • 시력 장애 • 빈번한 입원 • 빈번한 응급실 방문 • 당뇨병, COPD, 울혈성 심부전(CHF), 요로 감염(UTI), 신장 질환, 암 또는 행동 건강 진단 중 하나를 포함하는 만성 질환이 있는 상태의 수술 후. <p>서비스는 4 시간 단위로 제공되며, 연간 최대 12 회 방문할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.</p>	
<p>입원 치료</p> <p>당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 정기적인 간호 서비스 • 집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등 특별 치료실 비용 • 약품 <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p> <p>응급 상황이 안정된 후 네트워크 비소속 병원에서 받는 입원환자 치료를 받으시려면 당사 플랜의 승인이 있어야 합니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>입원 치료 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 실험실 검사 • X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 장치 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 약물 남용 환자 입원 서비스 • 일부의 경우 다음과 같은 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/취장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. <p>이식이 필요한 경우 Medicare 가 승인한 이식 센터에서 가입자의 사례를 검토하여 이식받으실 수 있는지 결정합니다. 이식 수술 제공자는 인근 지역에 있을 수도 있고, 서비스 지역 이외 지역에 있을 수도 있습니다. 지역 내 이식 의료 제공자가 Medicare 요율을 수락할 의향이 있다면, 가까운 지역에서 이식 서비스를 받으실 수도 있고 거주 지역 외부에서 받으실 수도 있습니다. 당사 플랜에서 제공하는 이식 서비스가 당사의 서비스 지역 외부이고 가입자가 해당 지역에서 이식받기로 선택하신 경우, 당사는 가입자와 보호자 한 명에 한해 숙박과 교통비를 지불합니다.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>입원 치료 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보관 및 주입 포함 혈액 • 의사 서비스 <p>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 물어 보아야 합니다.</p> <p>또한 자세한 정보를 원하시면 '당신은 외래 환자입니까, 입원 환자입니까? Medicare 가입자인 경우, 주저 말고 질문하십시오!'라는 Medicare 팩트시트를 참고하십시오. 이 팩트시트는 웹사이트 www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048 번입니다. 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 전화번호로 연락하실 수 있습니다.</p> <p>응급 상황이 안정된 후 네트워크 외에서 받는 입원환자 치료를 계속 받으시려면 플랜의 승인이 있어야 합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>정신병원 입원환자 서비스</p> <p>당사는 병원 입원이 필요한 입원환자 정신 건강 치료 서비스에 대해 대금을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 단독 건물 정신과 병원에서 입원환자 서비스가 필요하다면, 당사는 첫 190 일에 대한 대금을 지불합니다. 이후 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 정신과 입원 서비스에 대해 지불합니다. 190 일이 지난 후의 치료 승인은 지역 카운티 정신 건강 기관과 함께 조정됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 190 일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 관리에는 적용되지 않습니다. • 귀하가 65 세 이상인 경우 당사는 정신 질환 관리 기관(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 귀하가 받는 서비스에 대해 대금을 지불합니다. <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0
<p>입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 전문간호시설(SNF)에서 받은 보장 서비스</p> <p>귀하가 모든 입원 혜택을 사용한 경우 또는 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 귀하의 입원 치료 비용을 당사는 지불하지 않습니다.</p> <p>그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서는 병원 또는 요양시설에 있는 동안 귀하가 받은 서비스에 대해 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 전문간호시설(SNF)에서 받은 보장 서비스 (계속)</p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사 서비스 • 임상실험실 검사 등 진단 목적의 검사 • 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 X-레이, 라듐 및 동위원소 치료 • 외과용 붕대 • 골절, 탈구에 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 치과 이외의 보철 장치 및 보조기(해당 장치의 교체 또는 수리 포함). 다음과 같은 장치의 전체 또는 일부를 대체합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 내부 신체 기관(근접하 조직 포함) 또는 ○ 정상적으로 움직이지 않거나 오작동하는 내부 장기의 기능. • 다리, 팔, 허리, 목 보호대, 트러스, 의족, 의수, 의안과 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 귀하의 상태 변화로 인해 필요하게 된 교정, 수리, 교체가 포함됩니다. • 물리치료, 언어치료 및 작업치료 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>신장 질환 서비스 및 용품</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 신장 치료 교육 및 좋은 진료 결정을 도와주는 신장 질환 교육 서비스 귀하가 4 기 만성 신장 질환이 있어야 하며, 담당 의사가 귀하를 진료 의뢰해야 합니다. 당사는 신장 질환 교육 서비스를 6 회까지 보장합니다. • <i>가입자 핸드북 3 장, 섹션 D4, 59 페이지에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 벗어나거나 이 서비스 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료를 포함한 외래 투석 치료.</i> • 특별 치료를 위한 병원 입원 환자인 경우 입원환자 투석 치료 • 자가 투석 교육, 가입자과 가정 투석 치료를 돕는 간병인에 대한 교육을 포함 <p>신장 질환 서비스 및 용품</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가정 투석장치 및 용품 • 특정 가정 지원 서비스(예: 가정 투석 확인, 비상 시 지원, 가정 투석 장비 및 투석액 확인을 위해 투석 전문가의 필요한 방문) <p>Medicare Part B 의약품 혜택에서 일부 투석약에 대해 지불합니다. 자세한 내용은 이 표에서 'Medicare Part B 처방약'을 참조하십시오.</p> <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.





www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 폐암 선별검사</p> <p>당사 플랜은 귀하가 다음에 해당하는 경우 매 12 개월마다 폐암 선별검사를 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50~77세 그리고 • 담당 의사 또는 다른 유자격 의료 제공자와 상담하고, 공유 의사 결정 방문을 가진 경우, 그리고 • 폐암의 징후나 증상 없이 20년 동안 최소 하루 1갑을 피웠거나 현재 흡연하고 있거나 지난 15년 이내에 금연한 경우. <p>첫 번째 선별검사 후 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자의 서면 지시가 있을 때, 당사 플랜은 매년 추가 선별검사에 대해 지불합니다.</p>	\$0
<p>식사 혜택</p> <p>급성 치료 후 식사:</p> <p>입원시설(병원, 전문간호시설 또는 입원환자 재활)에서 퇴원한 가입자의 경우, 이 플랜은 14일 동안 하루 최대 3끼, 총 42끼를 무료로 제공합니다. 신선 냉동 식품, 상온 보관 식품 또는 영양 셰이크를 받을 수 있습니다. 식품 및 셰이크 조합을 총 혜택 한도 내에서 선택할 수 있으며, 사례당 최대 1개의 셰이크를 받을 수 있습니다.</p> <p>식사 배달을 예약하시려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 전화번호는 이 페이지의 하단에 기재되어 있습니다.</p> <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 임상 영양 치료</p> <p>이 혜택은 투석을 하지 않는 당뇨병 환자나 신장 질환자를 위한 것입니다. 귀하가 신장 이식을 받았으면 의사가 지시한 경우 이 치료를 받을 수 있습니다.</p> <p>당사는 귀하가 Medicare 를 통해 의료적 영양 치료를 받으시는 첫해 동안 일대일 상담 서비스에 대해 최대 3 시간의 비용을 지불합니다. 의학적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p> <p>그 후에는 매년 일대일 상담 서비스에 대해 최대 2 시간의 비용을 지불합니다. 귀하의 병증, 치료, 진단이 변경되면 의사의 지시를 받아 치료 시간이 상향 조정될 수 있습니다. 다음 연도에도 치료가 필요한 경우 의사는 이러한 서비스를 매년 처방하고 지시를 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p>	\$0
<p> Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)</p> <p>당사 플랜은 MDPP 서비스에 대한 비용을 지불합니다. MDPP 는 건강한 행동을 강화할 수 있도록 설계되었습니다. 이것은 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 장기적인 식이 변화, 그리고 • 신체 활동 증가, 그리고 • 체중 감량 상태와 건강한 생활 습관을 유지하는 방법 	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Medicare Part B 처방약</p> <p>다음과 같은 의약품은 Medicare Part B 를 통해 보장됩니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사, 병원 외래환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 일반적으로 환자가 자가 투여할 수 없으며 주사 또는 주입되어야 하는 의약품 • 내구성 의료 장비 품목(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린 • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용하여 투여하는 기타 의약품 • 혈우병이 있는 경우 주사로 자가 주입하는 응고 인자 • 면역억제제, 장기 이식 당시 Medicare Part A 에 가입한 경우 • 주입되는 골다공증 의약품. 이동이 불편하여 집에서 머물며 지내야 하며 폐경 후 골다공증과 관련된 골절이 있다는 의사의 증거가 있으며 치료제를 자가 투여할 수 없는 경우에 당사는 해당 의약품의 비용을 지불합니다. • 항원 • 항암용 경구 복용약 및 구토억제제 • 헤파린을 포함한 특정 가정 투석 의약품, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국소 마취제, 적혈구 생성 촉진제(Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa 등) 	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Medicare Part B 처방약 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 IV 면역 글로불린 <p>다음 링크를 통해 단계적 치료법의 대상이 될 수 있는 Medicare Part B 의약품 목록을 확인하실 수 있습니다. www.wellcare.com/healthnetCA.</p> <p>또한 Medicare Part B 및 Medicare Part D 처방약 혜택에 따라 일부 백신을 보장합니다.</p> <p><i>가입자 핸드북 5 장, 섹션 A, 153 페이지는 당사의 외래환자 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 여기서는 처방약 보장을 위해 가입자가 따라야 하는 규칙을 설명합니다.</i></p> <p><i>가입자 핸드북 6 장, 섹션 C2, 176 페이지는 당사 플랜을 통해 외래환자 처방약에 대해 지불하는 비용을 설명합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet




당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>요양 시설 서비스</p> <p>요양 시설(NF)은 가정에서 치료를 받을 수 없지만 병원에 있을 필요는 없는 사람을 돌보는 곳입니다.</p> <p>당사가 지불하는 서비스에는 아래 항목이 포함되나 이에 제한되지는 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 호흡기 치료 • 치료 계획에 따라 주어지는 의약품 (여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다). • 보관 및 주입 포함 혈액 • 일반적으로 요양시설에서 제공하는 의료 및 수술 용품 • 일반적으로 요양시설에서 실시하는 검사실 검사 • 일반적으로 요양시설에서 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양시설에서 제공하는 휠체어와 같은 장치의 사용 • 의사/개업의 서비스 • 내구성 의료 장비 • 의치 포함 치과 서비스 • 안과 혜택 • 청력 검사 <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>요양 시설 서비스 (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 지압요법 진료 • 족부 치료 서비스 <p>귀하는 대개 네트워크 의료 제공자에게 진료받습니다. 그러나 귀하는 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 시설이 당사 플랜의 지급 금액을 수락하면 귀하는 다음과 같은 시설에서 진료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양시설 또는 연속 보호 은퇴 주거단지(요양시설 진료를 제공하는 한) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양시설. <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	
<p> 비만 선별검사 및 체중 감량을 위한 치료 요법</p> <p>귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 당사는 체중 감량을 위한 상담에 대해 비용을 지불합니다. 귀하는 반드시 1 차 진료 상황에서 상담을 받아야 합니다. 이런 식으로 전체 예방 계획을 통해 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의와 상담하십시오.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스</p> <p>당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 섭취 활동 • 정기 평가 • FDA의 승인을 받은 약물 및 해당되는 경우 이러한 약물의 관리 및 제공 • 약물 남용 치료 상담 • 개별 및 집단 치료 • 신체 내의 의약품 또는 화학물질 검사(독성 검사) <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품</p> <p>당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • X-레이 • 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료 • 봉대 등 수술 용품 • 골절, 탈구에 사용하는 부목, 석고봉대 및 기타 장치 • 실험실 검사 • 보관 및 주입 포함 혈액 • 기타 외래 환자 진단용 검사 <ul style="list-style-type: none"> ○ (CT, MRI, MRA, SPECT 등의 복잡한 검사 포함) <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>외래 환자를 위한 병원 서비스</p> <p>저희 플랜에서는 다음과 같은 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스의 비용을 지불해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 외래 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급 병동 또는 외래 병동에서의 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ○ 관찰 서비스를 통해 의사는 귀하가 '입원 환자'로 병원에 입원해야 하는지 알 수 있습니다. ○ 병원에서 하룻밤을 보내더라도 여전히 '외래환자'인 경우가 있습니다. ○ 이 팩트시트 (www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 입원환자 또는 외래환자에 대한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다. ● 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 ● 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 부분 입원 프로그램의 치료를 포함한 정신 건강 치료 ● 병원에서 청구한 X-레이 및 기타 방사선 서비스 ● 부목, 석고붕대 등 의료 용품 ● 혜택표 전체에 나열된 예방 선별검사 및 서비스 ● 자가 투여할 수 없는 일부 의약품 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>외래 환자의 정신건강 관리</p> <p>당사는 아래의 사람이 제공한 외래환자 정신 치료에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주에서 면허를 받은 정신과의사 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 사회복지사 • 임상 전문 간호사 • LPC(Licensed Professional Counselor) • LMFT(Licensed Marriage and Family Therapist) • NP(Nurse Practitioner) • PA(Physician Assistant) • 및 적용 가능한 주 법률에 따라 허용되는 Medicare 에서 자격을 인정한 기타 정신 건강 치료 전문가 <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 진료소 서비스 • 주간 치료 • 사회심리적 재활 서비스 • 부분 입원 또는 집중 외래환자 프로그램 • 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과를 평가하기 위해 임상적으로 필요한 경우의 심리학적 검사 • 감독 의약품 요법 목적의 외래환자 서비스 • 외래 환자 실험실, 약물, 공급품 및 보충제 • 정신과 자문 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>외래 재활 서비스</p> <p>당사는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 지불합니다.</p> <p>병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 재활 서비스를 받을 수 있습니다.</p> <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0
<p>약물 남용 외래 환자 서비스</p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 알코올 남용 선별검사 및 상담 • 의약품 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상외과가 그룹 또는 개별 상담 • 주거 중독 치료 프로그램의 아급성 해독 치료 • 집중 외래환자 치료센터에서의 알코올 또는 의약품 치료 서비스 • 서방형 날트렉손(비비트롤) 치료 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0
<p>외래 수술</p> <p>당사는 병원 외래환자 시설 및 통원 수술 센터에서 받는 외래환자 수술 및 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>부분 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스</p> <p>부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 이 서비스는 병원 외래환자 서비스로서 또는 지역사회 정신건강 센터 센터에서 제공됩니다. 이는 의사나 치료사의 진료실에서 받는 진료보다 더욱 집중적입니다. 병원 입원을 하지 않도록 도움을 줄 수 있습니다.</p> <p>집중 외래환자 서비스는 병원 외래환자 서비스, 커뮤니티 정신 건강 센터, 연방 인증 건강 센터 또는 의사나 치료사의 진료실에서 받는 것보다 더욱 집중적이지만 부분 입원보다 덜 집중적인 외과 의료 진료소에서 제공되는 적극적 행동(정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램입니다.</p> <p>참고: 당사 네트워크 내에는 지역사회 정신 건강 센터가 없기 때문에 저희는 병원 외래환자 서비스로서만 부분 입원 서비스를 보장합니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하.</i></p>	\$0
<p>의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음과 같은 장소에서 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스: • 의사 진료실 • 인증된 통원 수술 센터 • 병원 외래 병동 • 전문의의 자문, 진단 및 치료 • 기본 청력 및 균형 검사이며 치료가 필요한지 살피기 위해 가입자의 주치의가 수행합니다. <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>가입자는 이러한 서비스를 직접 방문하여 받거나 원격의료를 통해 받는 것으로 선택할 수 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하시면, 원격 진료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사는 플랜은 Teladoc 을 통해 면허가 있는 의사를 주 7 일, 하루 24 시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. <p>보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다.</p> <p>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.</p> <p>자세한 정보를 원하거나 약속을 예약하려면 Teladoc 에 1-800-835-2362(TTY: 711)로 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare 에서 승인한 지역에 있는 가입자를 위해 의사 또는 개업의에 의한 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격의료 서비스 • 병원 기반 또는 중환자 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 집에서 가정 투석 가입자에 대한 매월 말기 신장질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 진료 서비스 <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격진료 • 약물 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 진료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 진료 서비스를 제공합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6개월 이내에 직접 방문 ○ 이러한 원격 진료 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문 ○ 특정 상황에서는 위에 대한 예외가 발생할 수 있음 • 지방 진료소 및 연방 인증 건강 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 다음의 경우 5~10 분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 진료는 지난 7 일 동안의 진료실 방문과 관련이 없으며 ○ 진료 결과 24 시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 • 다음의 경우, 담당 의사는 24 시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 평가는 지난 7 일 동안의 진료실 방문과 관련이 없으며 ○ 평가 결과 24 시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 <p>담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 의료 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용(기존 환자일 경우)</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** 다음 웹사이트를 방문하십시오.



당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 수술 전 다른 네트워크 소속 의료 제공자의 2 차 소견 • 비정기적 치과 진료 보장 서비스는 다음으로 제한됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 턱 또는 관련 구조의 수술 ○ 턱이나 얼굴 뼈의 골절 고정 ○ 종양 암 방사선 치료 전 발치 ○ 의사가 제공할 경우 보장 서비스 <p><i>귀하의 의료 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.</i></p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	
<p>족부 치료 서비스</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 발에 발생한 상해 및 질병(추상족지증 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등)의 진단 및 의학적 또는 수술 치료 • 당뇨병 등 발에 영향을 주는 병증을 가진 가입자들을 위한 일반 발 진료 <p>추가 정기 발 진료는 연간 12 회 방문으로 제한됩니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	\$0
<p> 전립선암 선별검사</p> <p>50 세 이상 남자인 경우 매 12 개월마다 한 번씩 다음 서비스에 대해 대금을 당사가 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사 	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>보철 장치 및 관련 용품</p> <p>보철 장치는 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 당사는 다음의 보철 장치에 대한 비용을 지불하며, 여기에 기재되지 않은 다른 장치에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 인공항문 형성술 치료와 관련된 배변 주머니 및 용품 • 영양공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액 및 자가 투여 용품을 비롯한 장 및 비경구적 영양법 • 심박조율기 • 치열교정기 • 정형제화 • 의수족 • 유방 보형물(유방절제술 후 착용하는 외과 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천적 장애로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 모든 부분을 대체하는 보형물 • 요실금 크림 및 기저귀 <p>당사는 보철 장치 관련 용품 일부에 대해 비용을 지불합니다. 또한 당사는 보철 장치 수리 또는 교체품에 대해 비용을 지불합니다.</p> <p>당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 어느 정도 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 본 표 뒷부분에 나오는 '시각 진료'를 참조하십시오.</p> <p>당사는 치과 보철 장치에 대해 비용을 지불하지 않습니다.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>폐 재활 서비스</p> <p>당사는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자를 위한 폐 재활 프로그램에 대해 지불합니다. 반드시 COPD 를 치료하는 의사나 의료 제공자로부터 폐 재활에 대한 진료 의뢰가 있어야 합니다.</p>	\$0
<p> 성매개감염(STI) 선별검사 및 상담</p> <p>당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 선별검사 비용을 지불합니다 이러한 선별검사는 임신부와 STI 에 걸릴 위험이 높은 분을 대상으로 보장해 드립니다. 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 이들 검사를 12 개월마다 1 회 또는 임신 기간 중 특정 시기에 실시하는 것을 보장합니다.</p> <p>당사는 성관계를 갖는 성인 중 STI 의 위험이 높은 사람들에 대하여 해마다 2 회까지 고집중도의 행동 대면 상담 세션에 대해 비용을 지불합니다. 각 세션의 길이는 20~30 분입니다. 당사는 주치의가 제공한 경우에만 예방 서비스로서 이러한 상담 세션 비용을 지불합니다. 이러한 세션은 반드시 의사 진료실 등 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.</p>	\$0
<p>전문요양시설(SNF)에서의 간호</p> <p>당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인 입원실 또는 의학적으로 필요한 경우 개인 입원실 <p>이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>전문요양시설(SNF)에서의 간호(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 특별식을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 치료 계획의 일부로 제공받는 의약품(혈액 응고 인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질 포함) • 보관 및 주입 포함 혈액 • 요양 시설에서 제공하는 의료 및 수술 용품 • 요양 시설에서 실시하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양시설에서 제공하는 휠체어와 같은 장치 • 의사/의료 제공자 서비스 <p>귀하는 대개 네트워크 의료 제공자에게 진료받습니다. 그러나 귀하는 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 시설이 당사 플랜의 지급 금액을 수락하면 귀하는 다음과 같은 시설에서 진료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원 입원 바로 전에 거주한 요양시설 또는 지속적 퇴직자 케어 전용시설(단 요양시설 서비스를 제공해야 합니다) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양시설 <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 금연 및 담배 사용 중단</p> <p>귀하가 담배를 사용한다면, 담배 관련 질병의 징후 또는 증상이 없고 금연을 원하거나 금연할 필요가 있는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 저희는 예방 서비스로서 12 개월 기간 동안 두 차례 이용 중지에 대한 비용을 지불합니다. 이 서비스는 무료로 제공됩니다. 각 이용 중지 시도는 최대 4 회의 대면 상담 방문을 포함합니다. <p>가입자가 담배 사용자이며, 담배 관련 질병을 진단 받았거나 담배의 영향을 받을 만한 약품을 복용 중인 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 저희는 12 개월 기간 동안 두 차례 금연 상담 비용을 지불합니다. 각각의 상담 시도에는 최대 4 회의 대면 방문이 포함됩니다. 	\$0
<p>감독이 필요한 운동치료(SET)</p> <p>당사는 말초 동맥 질환(PAD) 증상이 있고 PAD 치료 담당 의사로부터 PAD 치료를 위해 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용을 지불합니다.</p> <p>당사 플랜은 다음의 비용을 지원합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> SET 요건이 모두 충족된다면 12 주의 기간 동안 최대 36 회의 세션 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우, 시간 경과에 따라 36 회의 추가 세션 <p>SET 프로그램의 필수 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> 원활하지 않은 혈액순환으로 인한 절뚝거림(파행) 증상이 있는 가입자의 PAD 치료를 위한 운동 프로그램 30~60 분 세션 병원 외래 시설 또는 의사 진료실 잃는 것보다 얻는 것이 더 많도록 하고 PAD 운동 치료에 관한 훈련을 받은 자격을 갖춘 보조 인력이 제공 기본 및 고급 생명 유지 기술 전부를 훈련한 의사, 의사 보조 또는 간호사/임상 전문 간호사의 직접적인 감독 	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>수송: 비의료적 교통편</p> <p>이 Medicare 와 Medi-Cal 의 혜택을 통해 승용차, 택시 또는 기타 형태의 공공/민간 교통 형태로 의료 서비스 교통편을 이용할 수 있습니다.</p> <p>수송은 치과 예약 장소로 이동하거나 처방약을 수취하는 것을 비롯하여 필요한 의료 서비스를 받는 목적으로 필요합니다.</p> <p>이러한 혜택은 비응급 의료 교통편 혜택을 제한하지 않습니다.</p> <p>당사의 Medicare 플랜은 서비스 지역 내에서 24 회의 편도 교통편을 보장합니다. 24 회 이상의 교통편 이용은 Medi-Cal 의 혜택에서 보장됩니다. 이러한 혜택은 필요한 진료 및 서비스를 받는 데 도움이 됩니다. 의사, 전문의 및 치과 의사 등 의료 서비스 제공 장소로 이동할 수 있습니다.</p> <p>이 플랜에서 사전에 승인하지 않는 한, 이동 거리는 편도 75 마일로 제한됩니다. 이동을 예약하려면 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 교통편 번호로 전화하십시오. 정기적인 진료의 경우, 최대 1 개월 및 최소 3 일 전에 미리 전화하십시오. 당일 이동은 이용 가능 여부에 따라 달라집니다. 플랜에서 승인한 위치에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.</p> <p>유의 사항: 이 플랜에서 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.</p> <p>비응급 의료 교통편을 지원받는 방법에 대한 자세한 내용은 3 장, 섹션 G2, 66 페이지를 참조해 주십시오.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	<p>\$0</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>긴급하게 필요한 진료</p> <p>긴급하게 필요한 진료는 다음을 치료하기 위해 제공되는 진료입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 즉각적인 치료가 필요한 비응급 또는 • 갑작스러운 의료 질환 또는 • 부상 또는 • 즉시 진료가 필요한 상태. <p>긴급하게 필요한 진료가 필요하신 경우, 먼저 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료받는 것을 시도하셔야 합니다. 그러나 상황을 고려하여 네트워크 소속 의료 제공자의 서비스를 받는 것이 불가능하거나 비합리적이기 때문에 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 수 있습니다(예: 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 보이지 않는 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황이 아닌 경우).</p>	\$0
<p> 시력 관리</p> <p>당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년 정기 눈 검사 1 회 및 <p>당사는 눈 질병 및 부상의 진단과 치료에 대해서는 외래환자 의사 서비스 비용을 지불합니다. 예를 들어,</p> <p>여기에는 당뇨병을 가진 사람의 당뇨망막병증에 대한 연간 눈 검사와 노화와 관련된 황반변성 치료가 포함됩니다.</p> <p>녹내장 위험이 높은 분들에 대해서 당사는 녹내장 선별검사에 대해 매년 1 회 비용을 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 녹내장의 가족력이 있는 사람 • 당뇨병이 있는 사람 <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>시력 관리(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 세 이상의 아프리카계 미국인 • 65 세 이상의 히스패닉계 미국인 <p>당사는 의사가 안구 내 렌즈를 삽입한 경우 매번 백내장 수술 뒤 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대한 대금을 지불합니다.</p> <p>두 차례의 백내장 수술을 했다면 각 수술 후마다 안경 한 쌍씩을 받아야 합니다. 첫 수술 뒤에 안경 한 쌍을 받지 못했다고 할지라도 두 번째 수술 뒤에 안경 두 쌍을 한꺼번에 받을 수 없습니다.</p> <p>또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 년마다 정기적인 눈 검사 1 회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 선별검사 그리고 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다. • 매년 최대 \$300 의 혜택을 받을 수 있는 처방 안경 무제한. 보장되는 안경에는 다음이 포함됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 안경(안경테 및 렌즈) 또는 ○ 안경 렌즈만 또는 ○ 안경테만 또는 ○ 안경 대신 콘택트렌즈 또는 ○ 비전 하드웨어 업그레이드 <p>참고: 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 플랜에서 보장해 드립니다.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.




당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>시력 관리(계속)</p> <p>플랜 최대 혜택 보장 금액인 매년 \$300 에는 안경테 및/또는 렌즈(틴트, 코팅 등 렌즈 옵션 포함)의 소매가격이 적용됩니다.</p> <p>보충적(즉, 정기적) 안경류에 대한 최대 혜택을 초과하는 모든 비용은 가입자가 부담합니다.</p> <p>Medicare 보장 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare 에서 보장하는 안경에 대한 보장 범위를 늘릴 수 없습니다.</p> <p>참고: 정기적인 안과 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다. Medicare 및 Medicaid 는 이들 서비스 비용의 본인 부담액을 지불하지 않습니다.</p> <p>안과 서비스는 플랜의 안과 네트워크에서 받아야 합니다. 의료 제공자를 찾는 방법에 대한 질문이 있거나 더 알아보려면 가입자 서비스부에 전화하거나 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.</p> <p><i>보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.</i></p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p> 질병예방을 위한 'Welcome to Medicare' 방문</p> <p>당사는 질병예방을 위한 'Medicare 가입 환영' 방문을 1 회 보장해 드립니다. 방문에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 상태 검토 • 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 주사 포함) 및 • 필요한 경우 다른 진료 의뢰 <p>참고: 질병예방을 위한 'Welcome to Medicare' 방문은 가입자가 Medicare Part B 에 가입된 최초 12 개월 동안에만 보장됩니다. 방문 일정을 잡을 때, 질병예방을 위한 'Welcome to Medicare' 방문 일정을 잡는 것이라고 의사 진료실에 말하십시오.</p>	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Wellcare Spendables™</p> <p>귀하에게는 Wellcare Spendables™ 카드에 매월 \$75 이 충전 상태로 제공됩니다. 최대 혜택은 매년 \$900 입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 월 보조금은 사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 연말에 만료됩니다. <p><u>귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.</u></p> <p>비처방(OTC) 품목</p> <p>귀하의 카드를 사용하여 참여 소매점, 모바일 앱 또는 가입자 포털에 로그인하여 홈 배송을 주문할 수 있습니다. 보장 품목에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 브랜드 약 및 제네릭 약 비처방(OTC) 품목 • 비타민, 진통제, 감기 및 알레르기 품목, 당뇨병 품목 • 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오. <p>참고: 특정 상황에서 진단 장비 및 금연 보조 도구는 플랜의 의료 혜택에 따라 보장됩니다. 이러한 품목에 대한 OTC 보조금을 지출하기 전에 (가능한 경우) 플랜의 의료 혜택을 사용해야 합니다.</p> <p><u>귀하의 플랜이 Value-Based Insurance Design 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 카드를 사용할 수도 있습니다.</u></p> <p>건강 식품</p> <p>참가 소매점에서 건강 식품과 농산물 구입을 위해 카드를 사용할 수 있습니다. 준비된 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다. 카드는 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다. 승인된 품목:</p> <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	<p>Wellcare Spendables™ 카드에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p> <p>보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - OTC 품목 - 건강 식품 - 휘발유(주유기에서 결제) - 유틸리티 지원 - 대여 지원 <p>온라인 배송 및 배송 수수료는 보조금 자금을 사용합니다. 최소 35 달러의 배송료가 무료입니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Wellcare Spendables™ (계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 육류와 가공류 • 과일과 채소 • 영양 음료 • 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오. <p>휘발유(주유기에서 결제) 카드를 사용하여 주유기에서 직접 휘발유 요금을 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지만 카드를 사용할 수 있습니다.</p> <p>유틸리티 지원 카드를 사용하여 집 유틸리티 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 유틸리티 공급업체에 지불하거나, 결제가 허용되는 곳에서 유틸리티 공급업체에 직접 지불하십시오. 카드는 자동 반복 결제를 설정하는 데 사용할 수 없습니다.</p> <p>이 혜택에 대해 승인된 비용은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 • 유선 및 휴대 전화 서비스 • 인터넷 서비스 • 케이블 TV(스트리밍 서비스 제외) • 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 <p>대여 지원 카드를 사용하여 집 대여 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 공급업체에 지불하거나, 결제가 허용되는 곳에서 공급업체에 직접 지불하십시오.</p> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Wellcare Spendables™(계속)</p> <p>카드 사용 방법:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 사용하기 전에 카드를 활성화하십시오. 지침은 카드와 함께 제공된 서신에 나와 있습니다. • 참여 소매점을 방문하거나, 아래 나열된 포털 링크에 로그인하거나, 모바일 앱을 다운로드하십시오. • 승인된 품목/서비스를 선택합니다. • 소매점의 계산대로 이동하여 Wellcare Spendables™ 카드로 결제하십시오. 온라인 또는 모바일 앱 주문의 경우 결제 시 카드 번호를 입력하십시오. • 귀하의 카드는 신용 카드가 아니지만 결제를 위해 '신용'으로 입력될 수 있습니다. 메시지가 나타나면 PIN 은 카드 번호의 마지막 4 자리 숫자입니다. <p>참고:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일단 지출 보조금을 사용하면 귀하는 구매 비용 잔액을 부담합니다. • 매장에서 구매한 품목은 소매업체의 반품 및 교환 정책에 따라 반품될 수 있습니다. • 카드가 제대로 작동하지 않거나 기술적인 문제가 발생한 경우 아래 번호로 당사에 문의해 주십시오. • Wellcare 는 분실 또는 도난 카드에 대해 책임을 지지 않습니다. • Wellcare Spendables™ 카드는 개인적인 용도로만 사용할 수 있고 판매 또는 양도할 수 없으며 현금 가치가 없습니다. <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.</p>	

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

당사 플랜이 비용을 지원하는 서비스	이들 서비스를 받을 경우
<p>Wellcare Spendables™(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 한도와 제한 사항이 적용될 수 있습니다. • 이것은 Medicaid 혜택이 아닙니다. <p>Wellcare Spendables™ 카드에 대한 자세한 내용 또는 카탈로그 신청은 1-855-744-8550, TTY: 711 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에, 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 또는 온라인에서 member.membersecurelogin.com 을 방문하십시오.</p>	

E. 당사 플랜 외 보장 혜택

당사는 다음 서비스를 보장하지 않으나 해당 서비스는 Original Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 진료별 비용을 지불하여 이용할 수 있습니다.

E1. California 지역사회 전환

California Community Transitions (CCT) 프로그램은 해당 지역에서 선도 조직을 이용해 최소 90 일 이상 연속해서 입원 시설에 체류하였던 자격 있는 Medi-Cal 수혜자들이 다시 사회로 복귀하고 안전하게 살아갈 수 있도록 돕습니다. CCT 프로그램은 선전환 기간과 전환 후 365 일 동안 전환 조정 서비스에 대한 자금을 공급하여 수혜자들이 커뮤니티 환경에 복귀할 수 있도록 도움을 제공합니다.

가입자는 거주하는 카운티에 서비스를 제공하는 모든 CCT 선도 조직에서 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 선도 조직 및 CCT 선도 조직이 서비스를 제공하는 카운티 목록은 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT 에서 확인할 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스

Medi-Cal 은 전환 조정 서비스를 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



CCT 전환과 관련되지 않은 서비스

의료 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 당사에 청구합니다. 당사 플랜은 전환 후 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받는 동안 당사는 **섹션 D**의 혜택표에 나열된 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

의약품 보장 혜택에는 변경 없음

CCT 프로그램은 의약품을 보장하지 **않습니다**. 당사 플랜을 통해 계속해서 일반적인 의약품 혜택을 받습니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 F, 166 페이지를 참조하십시오.

참고: 비 CCT 전환 관리가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 전화하여 서비스를 조정하십시오. 비 CCT 전환 관리는 기관/시설로부터의 전환과 관련되지 **않은** 간호를 말합니다.

E2. Medi-Cal 치과 프로그램

특정 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있으며 다음과 같은 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 초기 검사, X-레이, 스케일링 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재배열

Medi-Cal Dental Fee-for-Service 프로그램에서 치과 혜택을 이용할 수 있습니다. 추가 정보가 필요하시거나 Medi-Cal 을 받는 치과 의사를 찾는 데 도움이 필요하시면, 1-800-322-6384(TTY 사용자: 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스부에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 서비스 프로그램 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8:00 부터 오후 5:00 까지 고객을 지원할 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 www.dental.dhcs.ca.gov 를 방문하셔도 됩니다.

Medi-Cal Dental Fee-for-Service 프로그램 외에도 치과 관리 치료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 치료 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 추가 정보나 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00 사이에 1-800-430-4263(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 Health Care Options 에 문의하십시오. 통화는 무료입니다.

참고: 당사 플랜은 추가 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 내용은 **섹션 D**의 혜택표를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



E3. 호스피스 간호

귀하에게는 귀하의 의료 제공자 및 호스피스 진료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 귀하의 질병이 말기이며 6 개월 이하의 생존을 기대할 수 있음을 의미합니다. 귀하는 Medicare 가 인증한 호스피스 프로그램으로부터 간호를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하가 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와야 합니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자 모두 다 가능합니다.

귀하가 호스피스 의료 서비스를 받는 동안 당사가 지불하는 비용에 대한 자세한 내용은 **섹션 D**의 혜택표를 참조하십시오.

말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스

- 호스피스 의료 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare 에 청구합니다. Medicare 는 말기 예후와 관련한 호스피스 서비스에 대해 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

말기 예후와 관련되지 않은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 가 보장하는 서비스

- 의료 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare 에 청구합니다. Medicare 는 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 가 보장하는 서비스 비용을 지불합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다.

당사 플랜의 Medicare Part D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우

- 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, **섹션 F3**, 167 페이지를 참조하십시오.

참고: 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 전화하여 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다.

E4. 가정 지원 서비스(IHSS)

- IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공된 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS 는 요양원, 기숙 및 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안으로 간주됩니다.
- IHSS 를 통해 승인 받을 수 있는 서비스 유형에는 집 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 간병 서비스(대소변 배출, 목욕, 치장, 준의료 서비스 등), 의료 예약 동행, 정신 장애인을 위한 보호 감독 등이 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



- 케어 코디네이터가 카운티 사회 보장 서비스 기관에 IHSS 를 신청할 수 있도록 도움을 줄 수 있습니다. 카운티 사회적 서비스 기관 연락처 정보는 **2 장**, 섹션 J, 39 페이지를 참조하십시오.

E5. 1915(c) 가정과 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램

생활 보조 면제(ALW)

- 생활 보조 면제(ALW)는 Medi-Cal 적격 수혜자에게 요양시설에서의 장기간 배치에 대한 대안으로 생활 보조 환경에서 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW 의 목표는 요양시설을 가정 같은 환경 및 지역사회 환경으로 다시 전환하도록 촉진하거나, 요양시설 배치 필요성이 임박한 수혜자를 위해 전문 요양시설 입원이 발생하지 않도록 하는 것입니다.
- ALW 에 등록되어 Medi-Cal Managed Care 로 전환한 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 ALW 등록을 유지할 수 있습니다. 당사 플랜은 가입자의 ALW 진료 조율 기관과 가입자가 받는 서비스를 조율합니다.
- 케어 코디네이터가 가입자의 ALW 신청에 도움을 줄 수 있습니다. 참여 중인 ALW 진료 조율 기관의 현재 목록은 <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx> 를 참조하십시오.

발달 장애가 있는 California 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS-DD)

발달 장애가 있는 개인에 대한 California 자기 결정 프로그램(SDP) 면제

- 개인의 18 세 생일 이전에 시작되어 무기한 지속될 것으로 예상되는 발달 장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공하는 두 가지 1915 (c) 면제, 즉 HCBS-DD 면제 및 SDP 면제가 있습니다. 두 면제는 발달 장애가 있는 사람이 허가 받은 건강 시설에 거주하지 않고 가정 또는 지역사회에서 살 수 있도록 특정 서비스에 자금을 지원하는 방법입니다. 이러한 서비스 비용 자금은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 California 주에서 공동으로 조달합니다. 케어 코디네이터가 DD 면제 서비스에 가입자를 연결할 수 있도록 도움을 줄 수 있습니다.

가정 및 지역사회 기반 대안(HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원 또는 기관 배치 위험이 있는 사람에게 진료 관리 서비스를 제공합니다. 진료 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 여러 전문 분야를 아우르는 진료 관리팀이 제공합니다. 이 팀은 면제 및 주 플랜 서비스(예: 의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조율하고 다른 장기 서비스와 지역사회에서 이용할 수 있는 지원을 준비합니다. 진료 관리 및 면제 서비스는 참가자의 지역사회

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

기본 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유일 수 있으며, 임차 계약을 통해 확보하거나 참가자 가족의 거주지일 수 있습니다.

- HCBA 면제에 등록되어 Medi-Cal Managed Care 로 전환한 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 HCBA 면제의 등록을 유지할 수 있습니다. 당사 플랜은 가입자의 HCBA 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다.
- 케어 코디네이터가 가입자의 ALW 신청에 도움을 줄 수 있습니다. 자세한 내용은 [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx) 를 참조하십시오.

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)은 요양시설 진료 또는 입원의 대안으로서 HIV 보균자들에게 포괄적인 환자 관리 및 직접 진료 서비스를 제공합니다. 환자 관리는 등록된 간호사와 사회복지사 환자 관리자로 구성된 참가자 중심의 팀 접근법입니다. 환자 관리자는 참가자 및 주치의, 가족, 간병인 및 기타 의료 제공자와 협력하여 참가자가 본인의 집과 지역사회에 머물 수 있도록 하는 진료 요구사항을 평가합니다.
- MCWP의 목표는 (1) 기관 서비스가 필요할 수도 있는 HIV 보균자들을 위해 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공하고, (2) HIV 건강 관리로 참가자를 지원하며, (3) 사회 및 행동 보건 지원에 대한 접근을 개선하고, (4) 의료 제공자를 조정하여 서비스 중복을 제거하는 것입니다.
- MCWP 면제에 등록되어 Medi-Cal Managed Care 로 전환한 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 MCWP 면제의 등록을 유지할 수 있습니다. 당사 플랜은 가입자의 MCWP 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다.
- 케어 코디네이터가 가입자의 MCWP 신청에 도움을 줄 수 있습니다. 자세한 내용은 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx 를 방문해 주십시오.

다목적 시니어 지원 서비스 프로그램(MSSP)

- MSSP(Multipurpose Senior Services Program)는 가정과 지역사회에서 개인들이 남을 수 있도록 지원하기 위해 사회 및 의료 관리 서비스를 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자들은 가정 내 지원 서비스도 받지만, MSSP는 지속적인 진료 조율을 제공하고, 참가자를 기타 필요한 지역사회 서비스 및 리소스에

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

연결하며, 의료 제공자와 협력하고, 기관 입소를 방지하거나 지연시키기 위해 지원받지 못할 수도 있는 일부 필요한 서비스를 구매합니다. 연간 진료 관리 및 기타 서비스의 총액은 전문간호시설에서 진료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.

- 보건 및 사회 서비스 전문가로 구성된 팀이 각 MSSP 참가자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 완전한 건강 및 사회심리적 평가를 제공합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참가자, 의사, 가족 및 기타 사람들과 협력하여 개별화된 진료 계획을 개발합니다. 포함되는 서비스:
 - 진료 관리
 - 성인 데이 케어
 - 경미한 주택 수리/유지 관리
 - 추가적인 집안일, 개인 관리, 보호 감독 서비스
 - 임시 간호 서비스
 - 교통편 서비스
 - 상담 및 치료 서비스
 - 식사 서비스
 - 소통 서비스
- MSSP 면제에 등록되어 Medi-Cal Managed Care 로 전환한 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 MSSP 면제의 등록을 유지할 수 있습니다. 당사 플랜은 가입자의 MSSP 제공자와 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다.
- 케어 코디네이터가 가입자의 MSSP 신청에 도움을 줄 수 있습니다.

기관 연락처 정보

- San Diego 카운티: Aging and Independent Services, 전화번호: 1-855-964-3900 (TTY-711)
- Tulare 카운티: Kings-Tulare Area Agency on Aging, 전화번호: 1-559-623-0199 (TTY-711)
- Sacramento 카운티: California Health Collaborative, 전화번호: 1-916-374-7739 (TTY-711)

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



- Los Angeles 카운티:
 - Human Services Association, 전화번호: 1-626-358-1185 (TTY-711)
 - Huntington Hospital, 전화번호: 1-626-397-3110 (TTY-711)
 - Jewish Family Services of LA, 전화번호: 1-310-247-0864 (TTY-711)
 - Partners in Care, 전화번호: 1-818-837-3775 (TTY-711)
 - Scan Independence at Home, 전화번호: 1-866-421-1964 (TTY-711)

F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택

이 섹션에서는 당사의 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 설명합니다. '제외'라는 말은 당사가 그러한 혜택을 지불하지 않는다는 뜻입니다. Medicare 와 Medi-Cal 에서도 지불하지 않습니다.

아래 목록은 어떤 조건에서도 보장되지 않는 서비스 및 항목과 특정 조건에서만 제외되는 서비스 및 항목들을 설명하고 있습니다.

명시된 특정 조건을 제외하고, 당사는 본 섹션에 나열된(또는 본 *가입자 핸드북* 어딘가에 나열된) 의료 혜택 제외 항목에 대해서는 대금을 지불하지 않습니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 본 플랜은 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스를 당사 플랜이 지불해야 한다고 생각하신다면, 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북* 9 장, 섹션 E, 221 페이지를 참조하십시오.

혜택표에 설명된 예외 또는 제한 사항 외에 당사 플랜은 다음 항목 및 서비스를 보장하지 않습니다.

- 당사에서 해당 보장 서비스를 기재하지 않는 한 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 '합리적이고 의학적으로 필요한' 것으로 간주되지 않는 서비스.
- Medicare, Medicare 에서 승인한 임상 연구 또는 당사 플랜이 해당 서비스를 보장하지 않는 한 실험 의료 및 외과 치료, 항목 및 의약품. 임상 연구 실험에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북* 3 장, 섹션 I, 70 페이지를 참조하십시오. 실험 치료 및 항목은 일반적으로 의료계에서 용인되지 않습니다.
- 병적 비만을 위한 외과적 치료. 의학적으로 필요하며 Medicare 에서 지불하는 경우는 예외입니다.
- 병원의 개인실. 의학적으로 필요하다고 간주된 경우는 예외입니다.
- 개인 간호사

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.

www.wellcare.com/healthnet



- 전화나 TV 와 같이 병원이나 요양시설 방 안의 개인 물품.
- *풀타임 가정간호
- 가까운 친척이나 가족이 청구하는 비용
- 임의로 선택한 혹은 자발적으로 선택한 처치나 서비스(체중 감량, 체모 성장, 성적 기능, 운동 성능, 미용, 노화방지 및 정신 기능을 포함). 단, 의학적으로 필요한 경우는 예외입니다.
- 성형 수술 또는 성형 작업. 우발적 상해로 인해 필요한 경우 또는 올바른 모양이 아닌 신체 부위를 개선하기 위해 필요한 경우는 제외합니다. 그러나 당사는 유방 절제술 후의 유방 재건술 및 모양을 맞추기 위한 나머지 유방에 대한 치료에 대해 비용을 지불합니다.
- 보장 지침에 부합하는 손을 사용한 척추 치료가 아닌 지압요법 진료
- 섹션 D 의 혜택표에 있는 족부 치료 서비스에 설명된 경우를 제외한 일상적인 발 진료
- 다리 보조기에 붙어 있는 신발로서 그 비용이 다리 보조기 비용에 포함되었거나 당뇨병 족부 질환 환자를 위한 신발인 경우를 제외한 정형외과 신발
- 당뇨병 족부 질환 환자를 위한 정형외과 신발 또는 치료용 신발을 제외한 발 지지 장치
- 방사상 각막 절개술, 라식(LASIK) 수술 및 기타 시력보조기구
- 불임복원술 및 비처방 피임용품
- 자연요법 서비스(자연치료 또는 대체 치료 사용)
- 재향군인국(VA) 시설의 보훈자에게 제공되는 서비스. 그러나 보훈자가 보훈 병원(VA hospital)에서 응급 진료를 받고 보훈 비용 부담액이 본 플랜에서의 비용 부담액보다 클 때, 당사는 그 차액을 보훈자에게 실비로 정산해 드립니다. 가입자는 여전히 가입자의 비용 부담액에 대한 책임이 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 다음 웹사이트를 방문하십시오.



www.wellcare.com/healthnet

5장: 외래환자 처방약 조제

개요

이 장에서는 외래환자 처방약 조제를 위한 규칙을 설명합니다. 이 의약품은 가입자의 의료 제공자가 지시하여 가입자가 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 의약품을 말합니다. 여기에는 Medicare Part D 및 Medi-Cal 에서 보장하는 의약품이 포함됩니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서는 다루지 않으나 당사는 다음 의약품을 보장합니다.

- **Medicare Part A 가 보장하는 의약품.** 여기에는 일반적으로 고객이 병원 또는 요양시설에 머무는 동안 주어진 의약품이 포함됩니다.
- **Medicare Part B 가 보장하는 의약품.** 여기에는 항암 화학요법 의약품 일부, 의사나 기타 의료 제공자가 진료실 방문 시 고객에게 투여한 의약품 일부, 투석 클리닉에서 고객이 받은 의약품이 포함됩니다. Medicare Part B 약 중 무엇이 보장되는지에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 4 장*, 섹션 D, 81 페이지의 혜택표를 참조하십시오.
- 플랜의 Medicare Part D 및 의료 혜택 보장 외에도, 가입자가 Medicare 호스피스에 입소 중인 경우에는 Original Medicare 에서도 약품을 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **5 장**, 섹션 F, 166 페이지 'Medicare 공인 호스피스 프로그램에 있는 경우'를 참조해 주십시오.

외래환자 의약품 보장에 관한 당사 플랜의 규칙

본 섹션에 명시된 규칙을 고객이 따르는 한 당사는 대부분 고객의 의약품을 보장합니다.

가입자는 관련 주 법률에 따라 유효한 처방전을 작성하는 의사 또는 기타 의료 제공자가 있어야 합니다. 이 사람은 대개 귀하의 주치의(PCP)입니다. 가입자의 PCP 가 진료를 위해 가입자를 진료 의뢰했다면 다른 의료 제공자가 될 수도 있습니다.

가입자의 처방자는 Medicare 의 예외 또는 제외 목록 또는 Medi-Cal 목록에 포함되지 **않아야** 합니다.

일반적으로, 처방약을 조제하려면 반드시 네트워크 소속 약국을 이용해야 합니다

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



고객의 처방약은 반드시 당사 플랜의 **보장 의약품 목록**에 들어 있어야 합니다. 간단히 '의약품 목록'이라고도 합니다.

- 그 의약품이 의약품 목록에 없는 경우, 당사는 예외 처리를 통해 이를 보장해 드릴 수도 있습니다.
- 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 **9장**, G2, 240 페이지를 참조하십시오.
- 또한 처방약 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가합니다.

가입자가 이용하는 약은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. 이는 의약품의 사용이 식품 의약국(FDA)에 의해 승인되거나 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침된다는 뜻입니다. 의사는 요청된 처방약 사용을 지원하기 위해 의료 참고 자료를 식별하는 데 도움을 줄 수 있습니다. Medi-Cal 보장 의약품의 경우, 이는 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 해당 의약품의 사용이 합리적이고 필요하다는 것을 뜻합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. 처방약 조제	153
A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제	153
A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시	153
A3. 네트워크 소속 약국을 변경하고 싶은 경우.....	153
A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 해야 합니까	154
A5. 전문 약국 이용	154
A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기	154
A7. 의약품의 장기 공급	156
A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기	156
A9. 처방약 비용 환급.....	157
B. 당사 플랜의 의약품 목록	157
B1. 의약품 목록에 있는 의약품	157
B2. 의약품 목록에서 의약품 찾는 방법.....	158
B3. 의약품 목록에 없는 의약품	158
C. 일부 의약품 제한 사항	160
D. 귀하의 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유.....	161
D1. 임시 공급분 제공.....	162
D2. 임시 공급분 요청.....	163
D3. 예외 요청	164
E. 의약품의 보장 범위 변경	164
F. 특별한 경우에서의 의약품 보장.....	166
F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문간호시설 입원.....	166

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



F2. 장기요양 시설.....	166
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램	167
G. 의약품 안전 및 의약품 관리에 대한 프로그램.....	167
G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램.....	167
G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램.....	168
G3. 아편계 약물의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램.....	169

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 처방약 조제

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사는 당사의 네트워크 소속 약국에서 조제되는 경우에 처방약 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 약국이란 당사 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 뜻합니다. 당사 네트워크 소속 약국 중 어디든지 가셔도 됩니다.

네트워크 소속 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시

처방약을 조제하시려면 네트워크 소속 약국에서 **가입자 ID 카드를 제시**하십시오. 네트워크 소속 약국은 귀하의 보장 처방약에 대한 비용을 당사에 청구합니다.

Medi-Cal Rx 보장약을 이용하려면 가입자 ID 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)가 필요합니다.

처방약을 구입할 때 가입자 ID 카드를 지참하고 있지 않다면, 플랜에 연락하여 필요한 정보를 얻으라고 약국 측에 요청하거나, 약국 측에 귀하의 플랜 등록 정보를 조회하라고 요청하면 됩니다.

약국이 필요한 정보를 확인할 수 없는 경우, 귀하는 조제된 처방 비용 전액을 부담해야 할 수도 있습니다. 그리고 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **가입자가 의약품 비용을 지불할 수 없는 경우, 가입자 서비스부에 즉시 문의하십시오.** 당사가 할 수 있는 것을 도와 드리도록 하겠습니다.

- 당사에 환급을 요청하려면 *가입자 핸드북 7 장*, 섹션 A, 179 페이지를 참조하십시오.
- 처방약을 조제 받는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 귀하의 케어 코디네이터에 문의하실 수 있습니다.

A3. 네트워크 소속 약국을 변경하고 싶은 경우

약국을 변경하고 처방약을 재조제해야 하는 경우, 의료 제공자에게 새 처방전을 써 줄 것을 요청하시거나 재조제 분량이 남아 있으면 기존 약국에 이 처방전을 새 약국으로 이전해 달라고 요청하실 수 있습니다.

네트워크 소속 약국 변경에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 해야 하나요

가입자가 이용하시는 약국이 당사 플랜 네트워크를 탈퇴하는 경우, 새로운 네트워크 소속 약국을 찾으셔야 합니다.

새 네트워크 소속 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

A5. 전문 약국 이용

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

- 가정 투여 요법에 사용되는 약을 공급하는 약국.
- 요양시설 등 장기요양 시설 입소자를 위한 약을 공급하는 약국.
 - 일반적으로 장기요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기요양 시설의 입소자인 경우 시설의 약국에서 필요한 약을 얻을 수 있는지 확인합니다.
 - 가입자의 장기요양 시설 약국이 당사의 네트워크에 속하지 않은 경우 또는 장기요양 시설에서 의약품 받는 데 어려움이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health 프로그램에 서비스를 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 Alaska 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).

전문 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기

일부 약 종류의 경우, 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 사용할 수 있습니다. 일반적으로 우편 주문을 통해 이용할 수 있는 의약품은 고객이 만성적 혹은 장기적 의학적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다. 이 플랜 우편 주문 서비스를 통해 이용할 수 **없는** 의약품은 당사의 의약품 목록에 'NM'으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스로 최대 100일 공급분까지 주문 가능합니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



우편으로 처방약 조제하기

처방약 우편 조제에 관한 주문 양식 및 정보를 얻으려면, 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하시거나 가입자 서비스부에 전화(전화번호는 이 페이지의 하단에 나와 있음)하십시오.

일반적으로 우편 주문 처방약은 10~14 일 이내에 도착합니다. 우편 주문이 지연되는 경우 Express Scripts® Pharmacy 에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스에는 귀하에게서 받은 새 처방전, 귀하의 의료 제공자 진료실에서 직접 받은 새 처방전, 귀하의 우편 주문 처방약 재조제 등 다양한 절차가 있습니다.

1. 가입자가 약국에 제출한 새 처방전

약국은 귀하로부터 받은 새 처방전을 자동으로 조제하여 전달합니다.

2. 의료 제공자 사무실에서 약국에 제출한 새 처방전

약국은 다음과 같은 경우 가입자에게 먼저 확인하지 않고 의료 제공자로부터 받은 새로운 처방전을 자동으로 조제하여 배달합니다.

- 가입자가 이전에 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 경우 또는
- 의료 제공자로부터 직접 받는 모든 새로운 처방전을 자동으로 배달하도록 등록한 경우. 지금 또는 언제든지 모든 새 처방전의 자동 배송을 요청하시려면 Express Scripts® Pharmacy 에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

이전에 우편 주문 서비스를 이용했으나 약국에서 자동으로 각 새 처방전을 조제해 배송하기를 원하지 않는 경우, Express Scripts® Pharmacy 에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 전화하여 당사에 문의하십시오.

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 확인합니다.

- 이 때, 약국이 정확한 약(성능, 함량, 제형 등)을 배송하는지 확인하고, 필요 시에는 물품 배송을 하기 전에 주문을 취소하거나 연기할 수 있는 기회가 마련됩니다.
- 약국에서 연락이 올 때마다 응답해 새 처방전에 대해 어떻게 할지 알리고 배송 지연을 방지하십시오.

의료 제공자로부터 직접 새 처방전의 자동 배송을 신청하려면, Express Scripts® Pharmacy에

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 전화하여 당사에 문의하십시오.

3. 우편 주문 처방약 재조제

처방약을 이어서 구입하려면 자동 재조제(리필) 프로그램에 가입할 수 있습니다. 이 프로그램에서는 기록상 약이 떨어질 때가 되면 자동으로 다음 재조제 과정을 시작합니다.

- 재조제 약물을 배송하기 전에 약국에서 가입자에게 연락하여 약물이 더 필요하신지 확인합니다. 약물이 충분히 있거나 약물이 변경된 경우에는 예약된 재조제를 취소하실 수 있습니다.
- 자동 재조제 프로그램을 사용하지 않기로 선택하신 경우, 다음 주문이 적시에 배송될 수 있도록 현재 처방약이 다 떨어지기 21 일 전에 약국으로 문의하십시오.

우편 주문 약품 재구입을 자동으로 준비해 주는 당사 프로그램에 가입하지 않으려면, 고객 서비스부 또는 우편 주문 약국인 Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 연락하십시오.

배송 전 주문 확인을 위해 연락할 수 있도록 약국에 귀하에게 연락할 수 있는 가장 좋은 방법을 알려주십시오. 주문을 할 때마다, 자동 리필 프로그램에 가입할 때 또는 연락처 정보가 변경될 때마다 연락처 정보를 확인해야 합니다.

A7. 의약품의 장기 공급

귀하는 당사 플랜의 의약품 목록에 포함된 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있습니다. 유지 의약품이란 만성 또는 장기 의학적 상태에 대해 정기적으로 복용하는 약입니다.

네트워크 소속 약국 중 일부는 유지 의약품을 장기적으로 공급해 줍니다. 100 일-공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다. 약국이 유지 치료약의 장기 공급분을 제공하는지를 알기 원하시면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 보십시오. 자세한 내용은 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하실 수도 있습니다.

특정 종류의 의약품의 경우 가입자는 유지 치료약의 장기 공급분을 받기 위해 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 **섹션 A6**, 154 페이지를 참조하십시오.

A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기

일반적으로 당사는 가입자가 네트워크 소속 약국을 이용하실 수 없는 경우에만 네트워크 비소속 약국에서 조제된 의약품에 대해 지불합니다. 저희 플랜에서는 여러분이 가입자로서 처방약을 구입할 수 있도록 서비스 지역 이외 지역에도 네트워크 소속 약국을 지정해 놓았습니다.

당사는 다음의 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제된 처방약에 대해 지불합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 플랜의 서비스 지역 밖에서 여행하고 있고 가까운 네트워크 소속 약국에서 구할 수 없는 의약품이 필요한 경우.
- 급히 의약품을 복용해야 하며 가까운 곳에 영업을 하고 있는 네트워크 소속 약국이 없는 경우.
- 연방 정부 재난 또는 기타 공공 보건 응급 상황으로 인해 집을 떠나야 하는 경우.

일반적으로 이러한 상황에서는 네트워크 비소속 약국에서 최대 30 일 동안 한 번 조제받을 수 있습니다.

그런 상황에서는 먼저 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해서 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지를 확인하십시오.

A9. 처방약 비용 환급

귀하가 네트워크 비소속 약국을 이용하셔야 하는 경우, 일반적으로 귀하는 처방약 조제 시 처방약 비용 전액을 지불하셔야 합니다. 환불을 요청하실 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있는 처방약의 전체 비용을 지불하신 경우 Medi-Cal Rx 에서 처방약 비용을 지불하면 해당 약국에서 환급받을 수 있습니다. 또는 'Medi-Cal 본인부담금 환급(Conlan)' 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx 에 환급을 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/를 참조해 주십시오.

이에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 7 장*, 섹션 A, 179 페이지를 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 의약품 목록

당사에는 *보장 의약품 목록*이 있습니다. 간단히 '의약품 목록'이라고도 합니다.

당사는 의사와 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 의약품 목록의 의약품을 선정합니다. 의약품 목록을 보시면 고객이 의약품을 받는 데 따라야 하는 규칙을 확인하실 수 있습니다.

당사는 대개 이 장에서 설명하는 규칙을 귀하가 준수하는 경우에 의약품 목록에 있는 의약품을 보장합니다.

B1. 의약품 목록에 있는 의약품

당사의 의약품 목록은 Medicare Part D 에서 보장하는 의약품이 포함됩니다.

약국에서 얻는 대부분의 처방약은 가입자 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참해 주십시오.

'당사의 의약품 목록에는 브랜드 약, 제네릭 약 및 바이오시밀러가 포함되어 있습니다.

브랜드 약은 해당 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반 의약품(예: 단백질 기반 의약품)보다 복합적인 브랜드 약을 생물학적 제품이라고 합니다. 당사 의약품 목록에서 당사가 '의약품'이라고 하는 경우는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약과 브랜드 약의 성분은 동일합니다. 생물학적 제제는 일반 의약품보다 복합적이므로 제네릭 형태가 아닌 바이오시밀러라는 대체재가 있습니다. 일반적으로 제네릭 약 및 바이오시밀러는 브랜드 약과 동일한 효능을 지니며 가격은 더 저렴합니다. 많은 수의 브랜드 약을 대체하는 제네릭 약이 시중에 나와 있습니다. 일부 생물학적 제제에 사용할 수 있는 바이오시밀러 대체재가 있습니다. 제네릭 약 또는 브랜드 약이 귀하의 요구에 맞는지 알아보려면 귀하의 의료 제공자에게 문의하십시오.

B2. 의약품 목록에서 의약품 찾는 방법

귀하가 복용하는 의약품이 당사의 의약품 목록에 있는지 확인하려면 다음 방법이 있습니다.

- 당사 플랜 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오. 당사 웹사이트에 있는 의약품 목록은 언제나 최신 목록입니다.
- 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해서 어떤 의약품이 당사의 의약품 목록에 있는지 문의하시거나 목록의 사본을 보내 달라고 요청하십시오.
- Part D 에서 보장하지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문해 주십시오.
- 당사의 'Real Time Benefit Tool'을 www.wellcare.com/healthnetCA 에서 사용하거나 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하십시오. 이 도구로 의약품 목록에서 의약품을 검색하여 귀하의 지불액 추정치를 얻을 수 있고, 의약품 목록에 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다. 플랜은 'Real Time Benefit Tool'를 사용하는 등록자에게 제공할 수 있는 보상 및 인센티브 등 Real Time Benefit Tool 에 대한 추가 정보를 삽입할 수 있습니다.

B3. 의약품 목록에 없는 의약품

당사는 모든 처방약을 보장하지는 않습니다. 일부 의약품은 법률에서 해당 의약품의 보장을 허용하지 않기 때문에 의약품 목록에 없습니다. 그 외에는 당사가 해당 의약품을 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정한 것입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



당사 플랜은 이 섹션에 설명된 종류의 의약품 비용을 지불하지 않습니다. 이런 의약품들은 **제외된 의약품**이라 불립니다. 고객이 제외된 약 처방전을 받았다면 고객이 직접 해당 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 고객의 상황으로 인하여 당사가 제외된 의약품을 지불해야 한다고 생각하시면, 이의를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*을 참조하십시오.

다음은 제외된 의약품에 대한 세 가지 일반적인 규칙입니다.

1. 당사 플랜의 외래환자 의약품 보장(Medicare Part D 포함)은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 에서 이미 보장하고 있는 의약품 비용을 지불할 수 없습니다. 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B 에서 보장하는 의약품을 무료로 보장하지만 해당 의약품은 귀하의 외래환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 플랜에서는 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입한 약에 대해서는 보장해 드릴 수 없습니다.
3. FDA 의 승인을 받았거나 귀하의 병증에 대한 치료책으로서 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 의약품만 사용해야 합니다. 귀하의 의사가 귀하의 증세를 치료하기 위한 어떤 약을 처방했는데 그 약이 그 증세의 치료책으로 승인되지 않을 수도 있습니다. 이것을 '오프라벨(off-label)' 이용이라 부릅니다. 당사의 계획은 일반적으로 허가사항 외 사용을 위해 처방되는 약물에는 적용되지 않습니다.

또한 법률에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal 은 아래에 기재된 의약품 유형은 보장할 수 없습니다.

- 가임 능력을 촉진하기 위해 사용되는 의약품
- 기침 또는 감기 증상을 완화하기 위해 사용하는 약*
- 미용 목적을 위해 또는 모발성장을 촉진하기 위해 사용된 의약품
- 임신부용 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*
- 해당 회사에서만 검사나 서비스를 받아야 한다고 하는 회사에서 만든 외래환자 의약품

*일부 제품은 Medi-Cal 이 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문해 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



C. 일부 의약품 제한 사항

일부 처방약에 대해서는 당사 플랜이 어떤 식으로 어떤 경우에 보장하는지를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 일반적으로 당사 규칙은 고객이 고객의 의학적 상태에 잘 듣고 안전하며 효과적인 의약품을 받도록 장려합니다. 안전하고 저렴한 의약품이 더 비싼 의약품과 똑같이 잘 듣는 경우, 당사는 귀하의 의료 제공자가 더 저렴한 의약품을 처방할 것을 기대합니다.

특별 규칙이 적용되는 의약품이 있다면, 일반적으로 당사가 해당 약을 보장하도록 귀하나 귀하의 의료 제공자가 추가 단계를 밟아야 한다는 의미입니다. 예를 들어, 귀하의 의료 제공자는 귀하가 받은 진단 또는 혈액 검사 결과를 당사에 먼저 알려 주어야 할 수도 있습니다. 귀하나 귀하의 의료 제공자가 생각하기에 당사의 규칙이 귀하의 상황에 적용되지 않아야 한다면, 귀하는 당사에 예외 처리를 요청하십시오. 당사는 추가 단계 없이 해당 의약품 이용에 데 동의하거나 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.

1. 제네릭 약 또는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전이 있는 경우 브랜드 약 또는 원래의 생물학적 제제의 사용 제한

일반적으로 제네릭 약 또는 상호 교환 가능한 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 원래의 생물학적 제제와 동일한 효능을 지니며 가격은 더 낮은 편입니다. 대부분의 경우, 브랜드 약 또는 원래의 생물학적 제제의 제네릭 약 버전 또는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전이 있으면 당사 네트워크 소속 약국에서는 제네릭 약이나 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 일반적으로 당사는 제네릭 버전이 있는 경우 브랜드 약이나 원래의 생물학적 제품의 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 귀하의 의료 제공자가 제네릭 약 또는 상호 교환 가능한 바이오시밀러가 귀하에게 효과가 없는 의학적 이유를 당사에 설명했거나, **또는** 브랜드 약 또는 원래의 생물학적 제품에 대한 귀하의 처방전에 '대체 없음'을 기재했거나, **또는** 동일한 상태를 치료하는 제네릭 약, 상호 교환 가능한 바이오시밀러, 기타 보장약 등이 귀하에게 효과가 없는 의학적 이유를 당사에 설명했다면 당사는 브랜드 약을 보장합니다.

2. 플랜으로부터 사전 승인 얻기

일부 의약품에 대해서는 고객이 처방전을 조제하기 전에 고객 또는 고객의 의사가 먼저 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 않으면 해당 의약품에 대한 보장을 받지 못할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



3. 다른 약 시도해 보기

일반적으로, 당사는 고객이 종종 효과는 동일한 더 저렴한 약을 더 비싼 약보다 먼저 시도하기를 원합니다. 예를 들어, A와 B라는 각각의 약이 동일한 의학적 상태에 대한 치료제이고 A 약이 B 약보다 더 저렴하다면, 당사는 A 약을 먼저 시도해 볼 것을 요구할 것입니다.

A 약이 효과가 **없다면** 당사는 B 약을 보장합니다. 이를 단계적 치료법이라고 합니다.

4. 분량 제한

일부 의약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 의약품의 수량을 제한합니다. 이를 분량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 당사는 처방전을 조제받을 때마다 받는 의약품의 수량을 제한할 수 있습니다.

상기 규칙 중 하나라도 귀하가 복용하거나 복용하려는 의약품에 적용되는지 알고 싶다면, 당사의 의약품 목록을 확인하십시오. 가장 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 전화하시거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 를 확인하십시오. 위의 이유 중 하나로 당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을하실 수 있습니다. 이에 대한 자세한 정보를 확인하려면 **가입자 핸드북 9 장의 섹션 E, 221 페이지를** 참조하십시오.

D. 귀하의 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유

당사는 고객에게 의약품이 잘 보장되도록 노력합니다. 그러나 때로는 의약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않을 수도 있습니다. 예를 들면:

- 당사 플랜에서 귀하가 원하는 의약품을 보장하지 않습니다. 해당 의약품이 당사의 의약품 목록에 올라 있지 않을 수 있습니다. 당사가 해당 의약품을 귀하가 원하는 브랜드 버전이 아닌 제네릭 버전으로 보장할 수 있습니다. 어떤 의약품은 신약이라 당사가 안정성과 효율성 검토를 아직 하지 않았을 수도 있습니다.
- 당사 플랜에서 해당 의약품을 보장하지만 보장에 대한 특별한 규칙이나 제한이 있습니다. 이 장의 위 섹션 160 페이지에서 설명했듯이, 당사 플랜에 의해 보장되는 일부 의약품에는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 일부 경우, 귀하나 귀하의 처방자는 예외 처리를 요청할 수가 있습니다.

귀하가 원하는 방식으로 당사에서 의약품을 보장하지 않는 경우에 귀하가 할 수 있는 일이 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



D1. 임시 공급분 제공

경우에 따라 의약품이 당사 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한되어 있을 때 의약품의 임시 공급분을 귀하에게 제공할 수 있습니다. 그럼으로써 귀하의 의료 제공자와 다른 의약품에 대해서 의논하거나 당사에 의약품 보장을 요청할 시간이 생깁니다.

어떤 의약품의 임시 공급분을 받으려면 먼저 하기의 두 가지 규칙에 부합해야 합니다.

1. 고객이 복용하는 의약품 조건:

- 더 이상 의약품 목록에 **없거나**
- 의약품 목록에 실린 적이 **없거나**
- 어떤 방식으로든 제한됨.

2. 이러한 상황 가운데 하나에 반드시 속해야 합니다.

- 작년 당사 플랜에 가입되어 있었습니다.
 - 당사는 **달력상 연도의 첫 90 일 동안**의 귀하 의약품의 임시 공급분을 보장합니다.
 - 이 임시 공급분은 **소매 약국의 경우 최대 30 일**, 장기 관리 약국의- 경우 최대 31 일 복용량입니다.
 - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제 받는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.
 - 장기 치료 약국에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 적은 분량으로 처방약을 제공합니다.
- 당사 플랜의 신규 가입자입니다.
 - 당사는 귀하가 **당사 플랜에 가입한 후 첫 90 일 동안** 기존에 복용하던 의약품의 임시 공급분을 보장합니다.
 - 이 임시 공급분은 **소매 약국의 경우 최대 30 일**, 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 복용량입니다.
 - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 공급분의 약물을

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



제공하도록 여러 번 재조제 받는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.

- 장기 치료 약국에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 적은 분량으로 처방약을 제공합니다.
- 귀하가 당사 플랜에 가입한 지 90 일 이상 지났고 장기요양 시설에 거주하고, 의약품 공급이 즉시 필요한 경우:
 - 당사는 31 일 공급량을 1 회 보장합니다. 귀하의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급량을 보장합니다. 이것은 위에 설명한 임시 공급분에 추가되는 것입니다.
 - 치료 수준이 변경될 경우 당사는 약의 임시 공급분을 보장합니다. 퇴원할 때 치료 수준이 변경됩니다. 장기요양 시설로 옮기거나 시설에서 나오는 경우에도 발생합니다.
 - 장기요양 시설이나 병원에서 집으로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 30 일 공급분 1 회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30 일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.
 - 집이나 병원에서 장기요양 시설로 옮기고 임시 공급분이 필요한 경우 31 일 공급분 1 회를 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 31 일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.

D2. 임시 공급분 요청

의약품의 임시 공급분을 요청하려면, 가입자 서비스부에 전화하십시오.

의약품의 임시 공급분을 받으면 가능한 한 빨리 의료 제공자와 상의하여 공급량이 소진되었을 때 해야 할 일을 결정하십시오. 다음 중에서 선택할 수 있습니다.

- 다른 의약품으로 변경.

당사 플랜은 귀하에게 효과가 있는 다른 의약품을 보장할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 당사에서 보장하는 의약품 목록을 요청하십시오. 해당 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효력이 있는 보장 의약품을 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.

또는

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 예외 요청.

고객 또는 고객의 의료 제공자는 당사로 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하가 원하는 당사에 의약품 목록에 없는 의약품을 보장할 것을 요청하거나 해당 의약품을 제한 사항 없이 보장할 것을 요청할 수 있습니다. 가입자의 의료 제공자가 가입자는 예외 처리의 충분한 사유가 있다고 말하면, 해당 의료 제공자는 예외 처리에 대해 가입자를 도와 드릴 수 있습니다.

D3. 예외 요청

귀하가 복용 중인 의약품이 다음 연도에 당사의 의약품 목록에서 제외되거나 어떤 방식으로든 제한될 경우, 다음 연도 이전에 예외를 요청하실 수 있습니다.

- 다음 연도 의약품 보장 범위의 변경에 대해 알려 드립니다. 예외를 적용하고 귀하가 원하는 방식으로 내년도 의약품을 보장해 달라고 당사에게 요청하십시오.
- 요청(또는 처방자의 근거 진술서)을 받은 후 72시간 이내에 귀하의 예외 처리 요청에 대한 답변을 드립니다.

예외 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9장*, 섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.

예외 처리 요청에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

E. 의약품의 보장 범위 변경

대부분의 의약품 보장 변경은 1 월 1 일에 발생합니다. 그러나 연중에도 당사 의약품 목록에 의약품을 추가하거나 삭제할 수 있습니다. 당사는 또한 약에 관련된 당사의 규칙을 변경할 수 있습니다. 예를 들어 당사는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 의약품에 대한 사전 승인(PA)을 요구할지 결정합니다(의약품을 받기 위한 당사의 허가).
- 고객이 받아갈 수 있는 약의 수량을 추가하거나 변경합니다(분량 제한).
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가하거나 변경합니다(당사에서 다른 의약품을 보장하기 전에 한 의약품을 시도해야 함).

이러한 의약품 규정에 대한 자세한 내용은 **섹션 C** 를 참조하십시오.

연초에 보장된 의약품을 가입자가 복용하는 경우, **연중 나머지 기간**에 해당 의약품의 보장을 삭제하거나 변경하는 일은 일반적으로 없지만 다음 상황은 예외입니다.

- 현재 의약품 목록에 등재된 의약품과 효과가 동일하고 더 저렴한 새로운 의약품의 시판 또는

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 목록의 약이 안전하지 않음을 알게 되거나,
- 목록의 약이 시장에서 퇴출되는 경우는 해당하지 않습니다.

의약품 목록이 변경되면 어떻게 되는지 자세한 내용은 항상 다음에서 알아볼 수 있습니다.

- 당사의 현재 의약품 목록을 온라인(www.wellcare.com/healthnetCA)에서 확인하거나, 또는
- 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 현재 의약품 목록을 확인하십시오.

의약품 목록의 일부 사항은 즉시 변경됩니다. 예를 들면:

- **제네릭 약이 새로 나왔습니다.** 때때로 현재 의약품 목록의 브랜드 약만큼 효과가 있는 새로운 제네릭 약이 시장에 진출하기도 합니다. 그러면 브랜드 약을 삭제하고 새로운 제네릭 약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 의약품에 지불하는 비용은 동일합니다.

당사가 새로운 제네릭 약을 추가할 경우 목록 상의 브랜드 약을 유지하되 관련 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

- 이러한 변경은 사전에 가입자에게 알리지 않고 진행되나, 일단 결정되면 구체적인 변경 내용을 알려드립니다.
- 가입자 또는 가입자의 제공자는 이러한 변경에 대한 '예외'를 요청할 수 있습니다. 그러면 당사가 예외 처리를 요청하기 위해 밟아야 할 단계를 알려드립니다. 예외 처리에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **9장**, 섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.
- **약이 시장에서 퇴출되는 경우.** 미국 식품 의약국(FDA)이 안전하지 않다고 발표하거나 의약품 제조사에서 판매를 중지하는 경우, 해당 의약품을 당사 의약품 목록에서 삭제합니다. 해당 의약품을 복용 중인 가입자에게는 당사가 공지합니다. 다른 옵션에 대해 귀하의 의사와 상담할 수 있습니다.

당사가 가입자가 복용 중인 약에 영향을 미치는 기타 다른 변경을 행할 수 있습니다. 여기에 해당하는 의약품 목록의 변경 사항은 가입자에게 사전에 고지합니다. 이러한 변경은 다음의 경우에 생길 수 있습니다.

- 식품의약국(FDA)에서 새로운 지침을 보내오거나 약에 대한 새로운 임상 지침이 생길 경우.
- 시장에 이미 진출한 제네릭 약을 추가하고

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 현재 당사 의약품 목록에 있는 브랜드 약을 대체하거나 **또는**
- 해당 브랜드 약에 대한 보장 규칙이나 한도가 변경되는 경우.

이러한 변경이 발생하면 당사는 다음을 수행합니다.

- 의약품 목록을 변경하기 최소 30일 전에 고지합니다. **또는**
- 가입자가 재조제를 요청한 후에는 변경 사실을 알림과 함께 30일분의 약을 제공합니다.

그러면 이 기간 동안 가입자는 담당 의사 또는 기타 처방자와 충분히 상담할 수 있습니다. 이들은 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.

- 대신 복용할 만한 비슷한 약이 당사 의약품 목록에 있는지 **또는**
- 이러한 변경 사항에서 예외 처리를 요청해야 할지 예외 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.

당사는 현재 귀하에게 영향을 주지 않는 의약품을 변경할 수 있습니다. 이러한 변경의 경우, **연초**에 보장된 의약품을 가입자가 계속 복용 중인 경우, 당사는 일반적으로 **연중 나머지 기간**에 해당 의약품의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어 귀하가 복용 중인 의약품을 당사가 제거하거나 사용을 제한하는 경우 해당 변경 사항은 해당 연도의 나머지 기간 동안 귀하의 의약품 사용에 영향을 미치지 않습니다.

F. 특별한 경우에서의 의약품 보장

F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문간호시설 입원

고객이 당사 플랜에 의해 보장되는 병원 입원 또는 전문간호시설에 입원한 경우, 당사는 일반적으로 고객의 입원 기간 동안의 처방약 비용을 보장합니다. 고객은 코페이먼트를 지불하지 않습니다. 고객이 병원이나 전문간호시설에서 퇴원하면 당사는 의약품이 당사의 보장 규칙을 모두 충족하는 한 고객의 의약품을 보장합니다.

F2. 장기요양 시설

대체로 요양시설 같은 장기요양 시설은 자체 약국을 두고 있거나 모든 입소자에게 의약품을 공급하는 약국을 두고 있습니다. 귀하가 장기요양 시설에 거주하고 있으면, 귀하는 그 시설의 약국이 저희 네트워크의 일부인 한 그 시설의 약국을 통해서 귀하의 처방약을 구할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



고객의 장기요양 시설의 약국이 당사 협력업체의 일부인지 알아보려면 고객의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 살펴보십시오. 그렇지 않은 경우 또는 자세한 내용을 원하시면, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램

약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다.

- Medicare 호스피스에 가입되어 있고 귀하의 말기 예후 및 관련 상태와 관계 없기에 호스피스에 의해 보장되지 않는 특정 의약품(예: 진통제, 항오심제, 설사제, 항불안제 등)이 필요할 경우, 당사 플랜은 반드시 처방자 또는 귀하의 호스피스 의료 제공자로부터 해당 의약품이 관련 없다라는 통지서를 당사가 해당 의약품을 보장할 수 있기 전에 받아야 합니다.
- 당사 플랜에서 보장해야 할 관련 없는 의약품 수량이 지연되는 것을 방지하기 위해 약국에 처방전을 작성하도록 요청하기 전에 호스피스 제공자 또는 처방자에게 해당 의약품이 관련이 없다는 통보를 당사가 받도록 요청할 수 있습니다.

호스피스를 떠날 경우, 당사 플랜은 고객의 모든 의약품을 보장합니다. 고객의 Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연이 발생하는 것을 방지하려면 고객이 호스피스를 떠났다는 것을 확인하기 위해 해당 약국에 서류를 지참하십시오.

당사 플랜에서 보장하는 의약품에 대해서는 이 장의 이전 부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 4 장*, 섹션 E3, 141 페이지를 참조하십시오.

G. 의약품 안전 및 의약품 관리에 대한 프로그램

G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램

고객이 처방전을 받아 약을 구입할 때마다 당사는 의약품 오류 같은 발생 가능한 문제들을 점검합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 효과가 동일한 다른 약을 복용 중이기 때문에 불필요할 수도 있는 약
- 연령 또는 성별에 따라 안전하지 않을 수 있는 약
- 동시에 복용할 경우 해로울 수 있는 약
- 알레르기 반응을 보일 수 있는 성분이 포함된 약
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 진통제가 포함된 약물

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



당사는 가입자의 처방약 사용에 문제 가능성을 발견한 경우, 문제를 바로잡기 위해 가입자의 의료 제공자와 협력합니다.

G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램

당사의 플랜은 복잡한 건강 요구를 가진 가입자를 지원하는 프로그램을 갖추고 있습니다. 이런 경우에 의약품 치료법 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램에는 자발적으로 참여할 수 있으며 무료입니다. 이 프로그램은 가입자와 의료 제공자가 가입자가 복용 중인 약물이 가입자의 건강 향상에 도움이 되는지 확인하는 것을 돕습니다. 고객이 프로그램 참여 자격이 있다면, 약사나 다른 보건 전문가가 고객에게 고객의 모든 약물에 대해 포괄적인 검토를 제공하고 다음에 대해 상담할 것입니다.

- 복용하고 있는 의약품으로부터 최대한의 혜택을 받는 방법
- 약물 비용, 의약품 반응 등 우려 사항
- 약물을 복용하는 최선의 방법
- 처방약 및 비처방(OTC) 약물에 관한 질문 또는 문제

그리고 다음을 제공할 것입니다.

- 상담의 서면 요약서. 본인의 약물을 최대한 활용할 수 있는 방법을 권장하는 약물 행동 계획이 요약서에 담겨져 있습니다.
- 복용 중인 모든 약, 복용량, 복용 시기 및 각각의 복용 이유가 기재된 개인 의약품 목록.
- 규제 약물인 처방 약물의 안전하게 폐기하기 위한 정보.

사용 계획 및 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것이 좋습니다.

- 의사와의 진료 예약 또는 의사, 약사, 기타 건강 의료 제공자와 상담할 때마다 행동 계획 및 약물 목록을 지참하십시오.
- 병원이나 응급실을 방문하시는 경우 약 목록을 지참하십시오.

MTM 프로그램은 자발적이며 자격이 있는 가입자에게 무료로 제공됩니다. 고객의 필요에 맞는 프로그램이 있으면 당사는 고객을 그 프로그램에 등록시키고 고객에게 정보를 보내드립니다. 프로그램 참여를 원치 않으시면 당사에 알려 주십시오. 당사는 가입자를 프로그램에서 제외해 드릴 것입니다.

이 프로그램에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부 또는 귀하의 케어 코디네이터에 문의하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



G3. 아편계 약물의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램

당사 플랜에는 가입자가 처방받은 오피오이드 약물 또는 기타 오용하기 쉬운 약물을 안전하게 사용하도록 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. 의사에게 확인한 결과 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물을 사용하는 것이 안전하지 않다고 판단하면, 당사는 해당 약물의 구입 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항은 다음과 같습니다.

- 특정 약국 및/또는 특정 의사로부터 해당 약물에 대한 모든 처방을 받아야 함
- 당사의 보장을 받는 해당 의약품의 분량 제한

제한 사항을 두 가지 이상 적용해야 한다고 생각하는 경우 사전에 서신으로 고지합니다. 이 서신은 당사가 귀하를 위해 이러한 약물의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 의료 제공자 또는 약국에서만 이러한 약물에 대한 처방전을 받아야 하는지를 알려 줍니다.

가입자는 선호하는 의사 또는 약국 및 당사가 알아야 할 중요한 모든 정보를 당사에 알릴 기회가 있습니다. 귀하에게 응답할 기회가 주어진 후 해당 약물에 대한 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보냅니다.

당사의 실수라고 생각하거나, 처방약 오용 위험이 있다는 의견에 동의하지 않거나, 제한 사항에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방자는 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 가입자가 이의 신청을 제기하면, 당사는 가입자의 사례를 검토하고 당사의 결정을 가입자에게 알려 드립니다. 당사가 이러한 약물에 대한 접근 제한과 관련된 귀하의 이의 신청 일부를 계속해서 거부하는 경우, 당사는 귀하의 사례를 자동으로 독립 검토 기관(IRO)으로 보냅니다 (이의 신청 및 IRO에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9장*, 섹션 G6, 246 페이지를 참조하십시오).

다음과 같은 경우에는 DMP가 적용되지 않을 수 있습니다.

- 암 또는 검상 적혈구 질환 등 특정 의학적 상태,
- 호스피스, 고통 완화 또는 시한부 치료를 받는 중 또는
- 장기요양 시설에 거주함.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



6장: Medicare 및 Medi-Cal Medicaid 처방약에 대해 가입자가 지불하는 부분

개요

이 장에서는 외래환자 처방약에 대한 가입자 부담분을 다룹니다. '의약품'의 의미는 다음과 같습니다.

- Medicare Part D 처방약, **그리고**
- Medi-Cal Rx 에서 보장되는 의약품과 물품, **그리고**
- 추가 혜택으로서 당사 플랜이 보장하는 의약품과 품목

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로 Medicare Part D 처방약에 대한 지불금에 대해 Medicare 의 'Extra Help'를 받고 있습니다. 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 '처방약 'Extra Help'를 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 특약'('저소득층 보조금 특약' 또는 'LIS 특약'이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 전화하여 'LIS 특약'을 요청해 주십시오.

Extra Help 란 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 자기부담금 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. Extra Help 는 '저소득 보조금' 또는 'LIS'라고도 합니다.

기타 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

처방약에 대해 자세히 알아보려면 다음을 살펴보십시오.

- 당사의 **보장 의약품 목록**
 - 당사는 이것을 '의약품 목록'이라고 부릅니다. 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다.
 - 당사가 지불하는 의약품
 - 의약품에 대한 제한이 있는지 여부

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사 의약품 목록 사본이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에서도 현재 의약품 목록 사본을 찾으실 수 있습니다.
- 약국에서 얻는 대부분의 처방약은 당사 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 가져와 주십시오.
- **가입자 핸드북 5 장**, 섹션 A, 153 페이지
 - 이 장은 외래환자 처방약을 당사 플랜을 통해서 받는 방법을 설명합니다.
 - 여기에는 귀하가 따라야 할 규칙이 포함됩니다. 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 처방약 유형을 알려 줍니다.
 - 플랜의 'Real Time Benefit Tool'을 사용하여 의약품 보장 범위를 찾는 경우(**5 장**, 섹션 B2, 158 페이지 참조), 표시된 비용은 '실시간'으로 제공됩니다. 즉, 도구에 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담금 비용의 추정치를 제공하는 시간을 반영합니다. 자세한 내용은 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다.
- **당사 의료 제공자 및 약국 명부**.
 - 대부분의 경우 귀하는 네트워크 소속 약국을 이용하여 보장 의약품을 받아야 합니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다.
 - **의료 제공자 및 약국 명부**는 네트워크 소속 약국 목록입니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 5 장**, 섹션 A, 153 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. <i>혜택 설명서(EOB)</i>	173
B. 고객의 의약품 비용을 추적하는 방법	174
C. 귀하는 1 개월 또는 장기 의약품 공급에 대해 아무런 비용도 지불하지 않습니다.....	175
C1. 의약품의 장기 공급.....	176
C2. 가입자 지불	176
D. 백신 접종	177
D1. 예방 접종 전에 알아야 할 사항	177

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 혜택 설명서(EOB)

- 귀하의 **약 비용 총액**. 이것은 귀하 또는 귀하를 대신하는 다른 사람이 귀하의 처방약에 대해 지불하는 금액과 당사가 지불하는 금액을 합한 것입니다.

당사 플랜을 통해 처방약을 받으신 경우 당사는 **혜택 설명서**라 불리는 요약물 가입자에게 보내 드립니다. 당사는 이를 줄여서 EOB 라고 부릅니다. EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 는 가입자가 복용하는 의약품에 대한 자세한 정보를 포함하고 있습니다. 예를 들어 가격 상승이나 이용 가능한 다른 의약품 중 분담해야 하는 비용이 더 낮은 의약품 등에 관한 정보가 있을 수 있습니다. 분담 비용이 더 낮은 이러한 의약품에 대해서는 처방자와 상담하실 수 있습니다. EOB 에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 이 요약에는 가입자가 지난 달에 어떤 처방약을 받았는지 기재되어 있습니다. 이것은 약 비용 총액, 당사가 부담한 금액, 그리고 가입자 및 가입자를 위해 지불하는 다른 주체가 부담한 금액을 보여줍니다.
- **연초부터 오늘까지 정보**. 이는 1 월 1 일부터 귀하의 약 비용 총액과 총 지불액을 보여 줍니다.
- **의약품 가격 정보**. 이는 총 가격 및 첫 번째 처방 이후 의약품 가격의 변동 비율입니다.
- **더 저렴한 대체품**. 사용 가능한 경우 현재 의약품의 요약에 표시됩니다. 자세한 정보를 알고 싶으신 경우 처방자와 상담하실 수 있습니다.

당사는 Medicare 에서 보장하지 않는 의약품에 대한 보장을 제공합니다.

- 이러한 의약품에 대한 지불금은 귀하의 본인부담금에 계산되지 않습니다.
- 약국에서 얻는 대부분의 처방약은 본 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참해 주십시오.
- 어느 의약품이 당사 플랜에서 보장되는지를 알아보시려면 당사 의약품 목록을 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



B. 고객의 의약품 비용을 추적하는 방법

고객의 의약품 비용과 지불하신 금액을 추적하기 위해 당사는 고객으로부터 또 고객의 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 다음은 귀하가 당사에 도움을 줄 수 있는 방법입니다.

1. 가입자 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 조제받으실 때 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 그럼으로써 귀하가 어떤 처방약을 조제받았으며 얼마를 지불했는지 당사가 알 수 있습니다.

2. 당사에 필요한 정보를 제공하십시오.

귀하가 지불하신 보장 의약품 영수증 사본을 당사에 제공하십시오. 가입자는 의약품 비용의 환급을 당사에 요청할 수 있습니다.

다음은 귀하가 영수증의 사본을 제출해야 하는 경우입니다.

- 고객이 보장되는 의약품을 네트워크 소속 약국에서 특별 가격으로 구매하거나 본 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인카드를 사용해서 산 경우
- 고객이 약 제조업체측의 환자 지원 프로그램 하에 제공되는 의약품에 자기부담금을 지불하는 경우
- 고객이 네트워크 비소속 약국에서 보장 의약품을 사는 경우
- 고객이 보장 의약품의 비용 전액을 지불하는 경우

의약품 비용의 환급 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 7 장*, 섹션 A, 179 페이지를 참조하십시오.

3. 가입자를 위해 다른 사람이 지불한 지불금에 대한 정보를 당사로 보내주십시오.

다른 사람이나 기관에서 지불한 지불금도 가입자의 본인부담금에 가산됩니다. 예를 들어, AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP), 아메리카 원주민 건강 서비스 그리고 대부분의 자선단체에서 납부해 주는 금액은 가입자 본인부담금에 산입됩니다.

4. 당사가 발송해 드리는 EOB 를 확인하십시오.

EOB 를 우편으로 받으시면 내용이 빠짐 없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다.

- **각 약국의 이름을 알고 계십니까?** 날짜를 확인하십시오. 그날 의약품을 받았습니까?

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- **목록의 의약품을 받았습니까?** 영수증에 기재된 것과 일치합니까? 의약품이 귀하의 의사가 처방한 것과 일치합니까?

자세한 내용은 Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 전화하거나, Wellcare by Health Net *가입자 핸드북*을 참조하실 수 있습니다. 핸드북은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에서 확인할 수 있습니다.

이 요약에서 실수를 발견하면 어떻게 하나요?

이 EOB 에 무언가 문제가 있거나 올바르게 보이지 않는 경우, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. *당사 웹사이트* (www.wellcare.com/healthnetCA)에서 다양한 질문에 대한 답변을 찾을 수도 있습니다.

사기 가능성은 어떻습니까?

이 요약에서 귀하가 복용하고 있지 않은 의약품 또는 의심스러워 보이는 다른 어떤 것이 보이면, 당사에 문의해 주십시오.

- Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 전화번호로 연락하실 수 있습니다.

Medi-Cal 을 받은 의료 제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저지른 것으로 의심되는 경우, 1-800-822-6222 번(비밀 수신자 부담 전화)으로 전화하여 신고하는 것이 귀하의 권리입니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx 에서 확인할 수 있습니다.

무언가 잘못되었거나 빠진 부분이 있다고 생각하거나 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 이러한 EOB 를 유지합니다. 이들 자료는 가입자의 약 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. 귀하는 1 개월 또는 장기 의약품 공급에 대해 아무런 비용도 지불하지 않습니다

당사 플랜에 따라 귀하는 당사 규칙을 준수하는 한 보장약에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



C1. 의약품의 장기 공급

일부 약의 경우, 가입자는 처방약 구입 시에 장기 공급분('연장 공급분'이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 90 일 공급분에 해당합니다. 귀하는 장기 공급량에 대해 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다.

약의 장기 공급분을 어디서 어떻게 구입할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 A7, 156 페이지 또는 당사 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

C2. 가입자 지불

약국에서 얻는 대부분의 처방약은 본 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문해 주십시오. 또한 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참해 주십시오.

보장되는 처방약의 1 개월 또는 장기 공급분을 다음으로부터 구매할 때 가입자의 비용 부담액:

	네트워크 소속 약국	당사 플랜의 우편 주문 서비스	네트워크 장기 치료 약국	네트워크 비소속 약국
	1 개월 또는 최대 100 일 공급분	1 개월 또는 최대 100 일 공급분	(최대 31 일 공급분)	최대 30 일 공급분 보장 범위는 특정 사례로 제한됩니다. 자세한 내용은 <i>가입자 핸드북 5 장</i> , 섹션 A8, 156 페이지를 참조하십시오.
비용 부담 범주 1 (모든 Part D 약)	\$0	\$0	\$0	\$0

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



어느 약국에서 장기 공급분을 구매할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 당사 플랜의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D. 백신 접종

귀하의 백신 관련 지불에 대한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 기타 백신들은 Medicare Part D 약으로 간주됩니다. 이들 예방접종은 *플랜의 보장 의약품 목록(처방규정)에 나열되어 있습니다.* 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare Part D 백신을 무료로 보장합니다. 귀하가 가입한 플랜의 *보장 의약품 목록(처방규정)*을 참조하거나 특정 백신에 대한 보장 범위 및 비용 분담에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.

Medicare Part D 백신 접종에 대한 당사의 보장에는 두 부분이 있습니다.

1. 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 두 번째 부분은 가입자에게 **예방접종을 제공**하는 비용입니다 예를 들어, 때때로 의사가 귀하에게 투여한 주사로 예방접종을 받을 수 있습니다.

D1. 예방 접종 전에 알아야 할 사항

당사는 가입자가 예방 접종을 받을 계획이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하시기를 권장합니다.

- 당사 플랜이 백신 접종을 어떻게 보장하는지 알려드릴 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



7장: 가입자가 받은 보장 서비스나 의약품 청구서에 대한 지불 요구

개요

이 장에서는 지불을 요청하는 청구서를 당사에 보내는 방법과 시기를 알려 줍니다. 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 신청하는 방법도 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자의 서비스나 의약품에 대한 지불 요구.....	179
B. 당사에 지급 요청 발송	183
C. 보장 결정	184
D. 이의 신청	184

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 가입자의 서비스나 의약품에 대한 지불 요구

네트워크 내 서비스 또는 약품에 대한 청구서를 받아서는 안 됩니다. 당사 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자가 보장 서비스 및 의약품을 받은 후에 플랜에 비용을 청구해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 건강보험과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다.

당사는 Wellcare by Health Net 의료 제공자들이 고객에게 이러한 서비스 및 의약품에 대해 청구하도록 허용하지 않습니다. 당사는 의료 제공자들에게 직접 대금을 지불하며, 모든 지불 청구로부터 귀하를 보호합니다.

귀하가 진료 또는 의약품에 대한 청구서를 받는 경우 비용을 지불하지 마시고 당사로 청구서를 보내 주십시오. 청구서를 보내려면 이 장의 **섹션 B**, 183페이지를 참조하십시오.

당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하는 경우 당사에서 의료 제공자에게 직접 비용을 지불합니다.

- 당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하고 귀하가 비용을 이미 지불한 경우 귀하는 환급을 받을 권리가 있습니다.
 - 귀하가 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 당사는 귀하에게 환급해 드립니다.
- 이미 받은 Medi-Cal 서비스를 결제하신 경우 다음 조건을 모두 충족하는 경우 상환(환급)을 받을 수 있습니다.
 - 귀하가 받은 서비스가 당사가 지불 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. 당사는 Wellcare by Health Net이 보장하지 않는 서비스에 대해서는 귀하에게 상환하지 않습니다.
 - 자격 있는 Wellcare by Health Net 가입자가 된 후에 보장 서비스를 받았습니다.
 - 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 요청합니다.
 - 귀하는 보장 서비스에 대해 귀하가 지불한 증빙 자료(예: 의료 제공자의 상세 영수증)를 제공합니다.
 - Wellcare by Health Net의 네트워크 소속 Medi-Cal 등록 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니다. 응급 치료, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal에서 네트워크 비소속 의료 제공자가 사전 승인 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 보장 서비스가 일반적으로 사전 승인을 요구하는 경우, 귀하는 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 나타내는 의료 제공자의 증빙 자료를 제공해야 합니다.
- Wellcare by Health Net에서는 집행 통지서라는 서신으로 상환 여부를 귀하에게 알려 줍니다. 위의 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal 등록 의료 제공자는 귀하가 지불한 전체 금액을 환급해야 합니다. 의료 제공자가 귀하에게 환급을 거부하면 Wellcare by Health Net이 귀하가 지불한 전체 금액을 환급해 줍니다. 당사는 클레임 접수 후 영업일 기준으로 45일 이내에 상환해 드릴 것입니다. 의료 제공자가 Medi-Cal에 등록되었지만 당사 네트워크 소속이 아니고 환급을 거부한다면, Wellcare by Health Net이 환급해 주지만 FFS Medi-Cal이 지불할 금액까지만 환급합니다. Wellcare by Health Net은 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal에서 네트워크 비소속 의료 제공자가 사전 승인 없이 제공할 수 있도록 허용하는 다른 서비스에 대한 전체 본인 부담 금액을 귀하에게 환급해 드립니다. 위 조건 중 하나를 충족하지 못할 경우 당사는 귀하에게 환급해 드리지 않습니다.
- 당사는 다음과 같은 경우에는 귀하에게 환급해 드리지 않습니다.
 - 미용 서비스 등 Medi-Cal에서 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받은 경우.
 - 서비스가 Wellcare by Health Net의 보장 서비스가 아닌 경우.
 - Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 가서, 어쨌든 진료를 원한다고 기술된 양식에 서명했으며, 직접 서비스에 대한 비용을 지불하게 된 경우.
- 당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하지 않는 경우에는 당사에서 이를 알려 드립니다.

문의 사항은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자가 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모를 경우 저희가 도와 드릴 수 있습니다. 또한 저희에게 이미 보내주신 지불 요구서에 관한 정보를 당사에 제공하기를 원한다면 저희에게 연락하셔도 됩니다.

가입자가 저희에게 환급을 요구하거나 가입자가 받은 청구서 대금을 지불하도록 요구할 수 있는 몇 가지 경우의 예를 들면 다음과 같습니다.

1. 고객이 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료를 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받은 경우.

해당 의료 제공자에게 청구서를 당사로 보낼 것을 요청하십시오.

- 치료를 받을 때 전액을 납부하는 경우 저희에게 환급해 주도록 요청하십시오. 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 귀하는 귀하가 낼 필요가 없다고 생각하는 지불을 요청하는 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.
 - 의료 제공자가 지불을 받아야 하는 것이라면, 당사는 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
 - 가입자가 Medicare 서비스 비용을 이미 지불한 경우, 저희가 환불해 드립니다.

2. 네트워크 소속 의료 제공자가 고객에게 청구서를 보내는 경우

네트워크 소속 의료 제공자는 언제나 당사로 청구서를 보내야 합니다. 서비스나 처방약을 받으실 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 하지만 때로는 실수를 하여 가입자 서비스 또는 비용 분담액보다 더 많은 금액을 결제해 달라고 요구하기도 합니다. **청구서를 받은 경우** 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- 당사가 고객의 서비스에 대한 전체 비용을 지불하기 때문에, 고객은 어떤 비용 분담금의 부담도 지지 않습니다. 의료 제공자는 이런 서비스에 대한 어떤 비용도 가입자에게 청구하지 않아야 합니다.
- 청구서를 네트워크로부터 받는 경우, 그 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 문제를 해결하겠습니다.
- Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 네트워크 소속 의료 제공자에게 받은 청구서를 고객이 이미 지불하신 경우 그 청구서와 고객의 지불 증거를 당사에 보내 주십시오. 가입자가 받으신 보장 서비스에 대해 당사가 환급해 드리겠습니다.

3. 저희 플랜에 소급해서 가입할 경우

때로는 귀하가 플랜에 소급해서 가입할 수 있습니다 (즉, 기준이 되는 가입 첫날이 지나갔음을 뜻합니다. 심지어 작년이었을 수도 있습니다).

- 소급해서 가입했고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우, 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다.
- 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.

4. 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 받을 경우

네트워크 비소속 약국을 이용하시는 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 지불합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사는 드문 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. 저희에게 환급을 청구할 때 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **5장**을 참조하십시오.

5. 가입자 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 Medicare Part D 처방약 비용을 납부하는 경우

가입자 ID 카드를 소지하지 않은 경우, 약국 측에 당사에 전화해 보라고 하거나 귀하의 플랜 등록 정보를 조회해 보라고 요청할 수 있습니다.

- 해당 약국에서 해당 정보를 바로 얻을 수 없는 경우 귀하는 전체 처방약 비용을 지불하거나 가입자 ID 카드를 소지하여 약국을 재방문해야 할 수 있습니다.
- 저희에게 환급을 청구할 때 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오.

6. 보장되지 않는 Medicare Part D 처방약 비용을 귀하가 지불하는 경우

해당 의약품이 보장되지 않으므로 귀하는 전체 처방약 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- 해당 의약품이 당사 웹사이트의 *보장 의약품 목록*(의약품 목록)에 없거나 귀하가 모르거나 귀하에게 적용된다고 생각하지 않는 요건이나 제한 사항이 있을 수 있습니다. 귀하가 의약품을 구매하기로 결정한다면 귀하가 그 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
 - 가입자가 약 비용을 지불하지 않고 당사가 해당 의약품을 보장하는 것이 합당하다고 생각한다면, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 핸드북 9장*, 섹션 G4, 241페이지 참조).
 - 가입자, 가입자의 주치의 또는 다른 처방자가 가입자에게 해당 약이 당장(24시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우, 가입자는 신속한 보장 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 핸드북 9장*, 섹션 G4, 228페이지 참조).
- 저희에게 환급을 청구할 때 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오. 일부 상황에서는 해당 의약품의 비용을 환급하기 위해 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 더 많은 정보가 필요할 수 있습니다.

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 이를 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것도 '보장 결정'의 한 종류입니다. 당사가 해당 서비스나 의약품을 보장해야 한다고 결정하는 경우 당사가 비용을 지불합니다.

저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 9장*, 섹션 G5, 244페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



B. 당사에 지급 요청 발송

청구서와 가입자의 Medicare 서비스 지불 증거를 당사로 보내 주시거나 당사에 전화하십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 의료 제공자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다.

기록관리용으로 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다. 케어 코디네이터에게 도움을 요청할 수 있습니다. 서비스나 품목 또는 의약품을 받은 날로부터 30일 이내에 귀하의 정보를 당사로 보내주셔야 합니다.

당사가 결정하는 데 필요한 모든 정보를 귀하가 당사에 제공하도록 하기 위해, 귀하는 당사의 청구 양식을 작성하여 지불 요청을 하실 수 있습니다.

- 귀하가 해당 양식을 사용할 필요가 없더라도 해당 양식을 작성하면 당사가 관련 정보를 더 빨리 처리할 수 있습니다.
- 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetCA)에서 해당 양식을 받거나 가입자 서비스부로 연락하여 양식을 요청하실 수 있습니다.

귀하의 지불 요청서를 청구서나 영수증과 함께 당사에 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오.

의료 클레임 주소:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

서비스 또는 품목을 받은 날로부터 **1년 이내에 당사에 클레임을 제출해야 합니다.**

약국 클레임 주소:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

의약품을 받은 날로부터 **3년 이내에 당사에 클레임을 제출해야 합니다.**

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



C. 보장 결정

가입자의 지불 요청을 받으면 당사는 보장 결정을 내립니다. 즉, 당사는 당사 플랜이 귀하의 서비스, 항목 또는 의약품을 보장할 것인지 결정합니다. 당사는 귀하가 지불해야 할 비용이 있다면 그 금액을 결정합니다.

- 가입자로부터 추가 정보를 받아야 한다면 당사는 이를 가입자에게 알려 드립니다.
- 당사가 당사 플랜이 해당 서비스, 항목 또는 의약품을 보장하고 귀하가 모든 규칙을 준수했다고 결정하면 당사가 비용을 지불합니다. 귀하가 이미 그 서비스나 의약품에 비용을 지불했다면 당사는 귀하가 지불한 금액을 수표로 귀하에게 발송할 것입니다. 귀하가 비용을 지불하지 않은 경우 당사가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.

가입자 핸드북 3장, 섹션 B, 50페이지에서는 가입자의 서비스를 보장받기 위한 규칙을 설명합니다.

가입자 핸드북 5장, 섹션 A, 153페이지에서는 가입자의 Medicare Part D 처방약을 보장받기 위한 규칙을 설명합니다.

- 당사가 해당 서비스나 의약품에 대해 비용을 지불하지 않기로 결정하는 경우, 그 이유와 함께 서신을 귀하에게 발송합니다. 이 서신에는 귀하의 이의 신청 권리가 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 9장, 섹션 E, 221페이지를 참조하십시오.

D. 이의 신청

가입자의 지불 요청을 거부한 것이 당사의 실수라고 생각하시면, 가입자는 결정을 변경하도록 당사에 요청할 수 있습니다. 이것을 '이의 신청'이라 부릅니다. 또한 당사가 지불하는 금액에 동의하지 않으시는 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다.

공식적인 이의 신청에는 자세한 절차와 기한이 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 9장, 섹션 E2, 221페이지를 참조하십시오.

- 건강 진료 서비스에 관한 상황에 대하여 이의를 신청하고 싶다면 9장, 섹션 E, 221페이지를 참조하십시오.
- 약에 관한 상황에 대하여 이의를 신청하고 싶다면 9장, 섹션 G5, 224페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



8장: 가입자의 권리 및 책임

개요

본 장에는 플랜 가입자로서 가입자의 권리와 책임을 설명합니다. 당사는 가입자의 권리를 존중해야 합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs	187
B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무.....	204
C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무	205
C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방식.....	206
C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리.....	206
D. 당사의 정보 제공 책임	206
E. 네트워크 소속 의료 제공자의 고객 직접 청구 불가.....	208
F. 고객의 당사 플랜 해지 권리	209
G. 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리	209
G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 수 있는 권리	209
G2. 귀하가 스스로 진료 결정을 내릴 수 없는 경우,원하는 것을 말할 수 있는 권리.....	210
G3. 귀하의 지시사항이 지켜지지 않는 경우 취할 수 있는 조치?.....	211
H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리	211
H1. 불공정한 처우에 대해 할 수 있는 일 또는 권리에 관한 정보 얻기.....	211
I. 플랜 가입자의 책임.....	212

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



J. 가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 대해 권고할 권리가 있습니다.....	214
K. 신기술 평가.....	214

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711) or write to:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a “standing request.” We will document your choice. Please call us if:

- You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese, Hmong or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
- You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare by Health Net Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم كل الخدمات لك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711) أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711) կամ գրել՝

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների մասին: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



«մշտական խնդրանք»: Մենք կարծանագրենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

- Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
- Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների կենտրոն՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք զանգահատ ներկայացնել, ապա զանգահարեք

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Զաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

մուտքի սահման Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 1-800-431-9007(TTY: 711) օգնությամբ խոսակցությանը միացե՛ք: 10 օգոստոսից 3 օգոստոսի 31-ը մինչև 3 օգոստոսի 31-ը, օրը 8 օր: 4 օգոստոսից 9 օգոստոսի 30-ը մինչև 9 օգոստոսի 30-ը, օրը 8 օր: Խոսակցությանը միացնելու համար անհատական օգնությունները օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Խոսակցությանը միացնելու համար անհատական օգնությունները օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:



សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មនិងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថាសេវាកម្ម **ទាំងអស់**នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកតាមរបៀបដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របតាមវប្បធម៌។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអ្នកអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួយណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ឬសរសេរទៅកាន់៖

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជានិមិត្តរូបផ្សេងទៀត បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

- អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជានិមិត្តរូបផ្សេងៗ អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជានិមិត្តរូបផ្សេងបាន។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពីការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងគរ ទោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

- 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوهی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوئیم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



○ تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای به این شماره تماس بگیرید
1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا
8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در
دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را
اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز
و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران
TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록
해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수
있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해
가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에
문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료
통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오
형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로
자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로
문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해
주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에
통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에
통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를
방문하십시오.



Wellcare by Health Net는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7일 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и

с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

- Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.

- Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi,

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.

- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc viết thư cho:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

- Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
- Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697. Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Koj li kev muaj cai kom tau txais cov kev pab cuam thiab ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas yuav ua tau raws li koj cov kev xav tau

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau. Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txojphiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia rau koj hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txojphiaj xwm tuav pov hwm.

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txojphiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug hauv lwm hom lus.
- Tsis tas li ntawd, peb txojphiaj xwm tuav pov hwm tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj **hauv cov hom lus uas tsis yog Lus Askiv thiab** hauv hom ntaub ntwav xws li ntawv luam loj, los sis ua suab lus hais. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv ib hom ntawm lwm hom nab ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711) los sis sau ntawv mus rau:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj tej ntaub ntawv qhia paub txog txojphiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv rau koj hauv lwm hom lus los

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua "kev thov qhov yus xaiv." Peb yuav teev tseg koj qhov kev xaiv no cia. Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav kom tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenian, Kas Pus Cias (Lus Khmer), Lus Suav (ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv. Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
- Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog koj txoj phiaj xwm cov ntaub ntawv, thov tiv tauj Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau Lub Kaum Hli Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom los pab cuam hauv Hnub Monday–Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj Nyob Rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev khoom lus pab cuam hauv Hnub Monday–Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv lus tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare tau ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaw Meskas Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무

가입자가 보장 서비스를 받기 위해 적시에 진료 예약을 할 수 없거나, 담당 의사가 생각하기에 가입자가 진료 예약을 더 이상 기다릴 수 없다고 판단하면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하실 수 있습니다. 10월 1일부터 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하시면 도와드릴 수 있습니다. 가입자가 타당한 시간 안에 서비스를 받으실 수 없다면, 당사는 네트워크 비소속 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다.

귀하는 당사 플랜의 가입자로서의 권리를 가집니다.

- 귀하는 당사 네트워크 내에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사와 협약한 의료 제공자를 뜻합니다. **가입자 핸드북 3장, 섹션 D, 52페이지**에서 PCP 역할을 할 수 있는 의료 제공자 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 정보를 찾으실 수 있습니다.
 - 네트워크 소속 의료 제공자에 대한 자세한 내용 및 신규 환자를 받는 의사를 알아보시려면, 가입자 서비스부에 전화하시거나 **의료 제공자 및 약국 명부**를 확인하십시오.
- 귀하는 진료 의뢰 없이 여성 건강 전문가를 진료 방문할 권리가 있습니다. 진료 의뢰란 PCP가 아닌 다른 의료 제공자에게 진료를 보도록 PCP의 승인을 받는 일입니다.
- 고객은 타당한 시간 내에 협력업체 의료 제공자에게서 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 여기에는 전문의에게서 적절한 서비스를 제때 받을 권리가 포함됩니다.
 - 가입자가 타당한 시간 안에 서비스를 받으실 수 없다면, 당사는 네트워크 비소속 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다.
- 가입자는 사전 승인(PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스 또는 진료를 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 오래 기다리지 않고 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자를 언제 볼 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 의료 제공자에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 3장, 섹션 D4, 59페이지**를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 고객이 당사 플랜에 처음 가입하면, 고객은 특정한 조건을 맞출 때는 12개월까지 고객의 현 의료 제공자를 유지하고 서비스 승인을 받을 권리가 있습니다. 가입자의 의료 제공자와 서비스 승인을 유지하는 것에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 1장*, 섹션 F, 17페이지를 참조하십시오.
- 귀하는 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 직접 의료 결정을 할 수 있는 권리를 가지고 있습니다.

가입자 핸드북 9장, 섹션 E, 221페이지에서는 가입자가 타당한 시간 안에 서비스나 의약품을 받고 있지 않다고 생각할 경우 할 수 있는 일에 대해 설명합니다. 또한 가입자의 서비스 또는 의약품 보장을 당사가 거부했고 가입자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 가입자가 할 수 있는 일에 대해 설명합니다.

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무

당사는 연방 및 주 법에서 요구에 따라 고객의 PHI를 보호합니다.

고객의 PHI에는 고객이 당사 플랜에 등록할 때 당사로 제공한 정보가 포함됩니다. 여기에는 고객의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

고객은 자신의 정보에 대한 권리 및 PHI 사용 방식을 통제할 권리를 가지고 있습니다. 당사는 이러한 권리가 명시되어 있으며 고객의 PHI를 보호하는 방법을 설명한 서면 통지서를 고객에게 제공합니다. 이 통지서는 '개인 정보 보호 관행 통지'라고 불립니다.

민감한 서비스를 받는 데 동의하는 가입자는 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다. 가입자는 건강 플랜에 서면으로 또는 전자 전송을 통해 기밀 통신 요청을 시작할 수 있습니다. 기밀 통신 요청은 전자 전송 또는 전화 요청을 받은 날로부터 달력일 기준으로 7일 이내에 또는 일급 우편을 통해 서면으로 수신한 날로부터 달력일 기준으로 14일 이내에 의료 보험 회사가 이행해야 합니다. Wellcare by Health Net은 민감한 서비스에 관한 커뮤니케이션을 가입자의 대체 지정 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내거나, 지정이 없는 경우 등록된 주소 또는 전화번호에 있는 가입자의 이름으로 전달합니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 진료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 요청한 형태와 형식으로 또는 대체 위치에서 쉽게 수행할 수 있는 경우 요청된 형태와 형식으로 비공개 커뮤니케이션을 위한 요청을 수용합니다. 민감한 서비스와 관련된 비공개 커뮤니케이션에 대한 가입자의 요청은 가입자가 요청을 철회하거나 비공개 커뮤니케이션에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방식

저희는 미승인자가 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 합니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 당사는 귀하의 진료를 제공하지 않거나 진료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 PHI를 제공하지 않습니다. 제공하는 경우에는 고객으로부터 먼저 서면 동의를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 동의를 제공할 수 있습니다.

때에 따라 당사는 귀하의 서면 동의를 먼저 얻을 필요가 없습니다. 이 예외는 법에 의해 허용되거나 요구되는 것들입니다.

- 당사는 당사 플랜의 진료 품질을 검토하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 법원 명령에 따라 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 Medicare에 귀하의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare에서 연구나 기타 용도로 귀하의 PHI를 공개하는 경우, 연방법을 준수하여야 합니다. 당사가 Medi-Cal과 귀하의 정보를 공유하는 경우, 또한 연방 및 주 법률에 따라 수행될 것입니다.

C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리

- 가입자는 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고 있습니다.
- 가입자는 자신의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하도록 당사에 요구할 권리가 있습니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 고객의 보건 의료 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정합니다.
- 귀하는 당사가 귀하의 PHI를 다른 사용자와 공유했는지, 그리고 어떻게 공유했는지 알 권리가 있습니다.

귀하의 PHI 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 전화하십시오.

D. 당사의 정보 제공 책임

귀하는 당사 플랜의 가입자로서 당사 플랜, 네트워크 소속 의료 제공자 및 보장 서비스에 대한 정보를 당사로부터 얻을 수 있는 권리를 가지고 있습니다.

고객이 영어를 구사하지 않는다면 당사 건강 대해 고객의 질문에 대답해줄 수 있는 통역 서비스가 마련되어 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 가입자 서비스부에

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다. 당사는 대형 인쇄체, 점자체 또는 오디오 형식으로도 고객에게 정보를 제공할 수 있습니다. 고객은 또한 하기의 언어로 본 정보 핸드북을 무료로 받으실 수 있습니다.

- 아랍어
- 아르메니아어
- 캄보디아어
- 중국어
- 몽어
- 페르시아어
- 한국어
- 러시아어
- 있습니다.
- 타갈로그어
- 베트남어

다음 사항을 알고 싶으신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함하는 당사 플랜:
 - 재정 정보

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 가입자의 플랜 평가
- 가입자들이 한 이의 신청 건수
- 당사 플랜을 탈퇴하는 방법
- 아래 항목을 포함한 네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 소속 약국에 관한 정보:
 - 주치의 선택 또는 변경 방법
 - 당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국의 자격
 - 당사가 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불하는 방식
- 다음을 포함하는 보장 서비스 및 의약품:
 - 당사 플랜에서 보장하는 서비스(*가입자 핸드북 3장 및 4장* 참조) 및 의약품(*가입자 핸드북 5장 및 6장* 참조)
 - 고객의 보장 또는 의약품에 가해지는 제한
 - 보장 서비스나 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙
- 다음 요청을 포함하여 비보장 이유와 고객이 취할 수 있는 조치(*가입자 핸드북 9장*, 섹션 D, 220페이지 참조):
 - 보장되지 않는 이유를 서면으로 요청
 - 당사가 내린 결정을 변경하도록 요청
 - 고객이 받은 청구서를 지불하도록 요청

E. 네트워크 소속 의료 제공자의 고객 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 의료 제공자들은 보장 서비스에 대해 귀하에게 지불을 요구할 수 없습니다. 당사가 의료 제공자가 청구한 금액보다 적은 금액의 지불을 한다 해도 의료 제공자가 고객에게 결산 청구 또는 지불을 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스에 대해 가입자에게 지불 청구를 하려 할 때 어떻게 해야 하는지는 *가입자 핸드북 7장*, 섹션 A, 179페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



F. 고객의 당사 플랜 해지 권리

고객이 원하지 않는다면 그 누구도 고객을 당사 플랜에 계속 가입시킬 수 없습니다.

- 고객은 고객의 보건 서비스 대부분을 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜을 통해 받을 권리가 있습니다.
- 처방약 플랜 또는 다른 MA 플랜에서는 Medicare Part D 처방약 혜택을 받으실 수 있습니다.
- 다음에 대해 **가입자 핸드북 10장**, 섹션 C, 272페이지를 참조하십시오.
 - 새 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 시기에 대한 자세한 내용.
 - 당사 플랜을 떠날 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 자세한 내용.

G. 건강 관리에 대한 결정을 내릴 권리

귀하는 귀하의 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 의사 및 기타 의료 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 수 있는 권리

귀하의 의료 제공자는 귀하의 상태와 선택한 치료법을 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해 주어야 합니다. 가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **자신의 선택사항에 대하여 알아야 합니다.** 귀하는 모든 치료 옵션에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다.
- **위험을 파악해야 합니다.** 가입자는 관련된 위험에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 당사는 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 사전에 고객에게 알려야 합니다. 가입자는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **이차 소견을 받아야 합니다.** 귀하는 치료를 결정하기 전에 다른 의사를 이용할 권리가 있습니다.
- **거부할 수 있어야 합니다.** 가입자는 어떤 치료도 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 조언해도 병원이나 기타 의료시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 고객은 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사는 귀하를 플랜에서 탈퇴시키지 않습니다. 하지만 가입자가 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단할 경우 자신에게 발생하는 결과에 대해서는 가입자가 전적인 책임을 집니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- **귀하는 의료 제공자가 왜 진료를 거부했는지에 대한 설명을 당사로 요청하실 수 있습니다.** 귀하는 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료 제공자가 거부한 경우, 당사에게서 설명을 들을 수 있는 권리가 있습니다.
- **고객은 당사가 거절했거나 일반적으로 보장되지 않는 서비스나 의약품을 보장할 것을 당사에 요청할 수 있습니다.** 이것을 보장 결정이라고 합니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 *가입자 핸드북 9장*, 섹션 E, 221페이지에 설명되어 있습니다.

G2. 귀하가 스스로 진료 결정을 내릴 수 없는 경우, 원하는 것을 말할 수 있는 권리

때로는 스스로 건강 관리 결정을 할 수 없게 되는 경우가 있습니다. 이러한 상황이 발생하기 전에 귀하는 다음을 수행할 수 있습니다.

- **귀하를 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있는 권리를 부여하는 서면 양식을 작성하십시오.**
- **원하지 않는 진료를 포함하여 스스로 결정을 할 수 없게 된 경우 건강 관리를 처리하는 방법에 대한 서면 지침을 담당 의사에게 제공하십시오.**

귀하의 지침을 제공하는 데 사용하는 법률 문서를 '사전 의료지시서'라고 합니다. 여러 유형의 사전 의료지시서가 있으며 여러 이름이 있습니다. 생존 유서와 건강 관리 결정에 관한 위임장이 그 예입니다.

사전 의료지시서가 반드시 필요한 것은 아니지만 작성할 수 있습니다. 사전 의료지시서를 사용하려는 경우 수행할 작업은 다음과 같습니다.

- **양식을 구함.** 해당 양식은 의사, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회복지사에게서 구하실 수 있습니다. 약국 및 의료 제공자 사무실에서 해당 양식을 가지고 있는 경우도 있습니다. 온라인으로 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다.
- **양식을 작성하여 서명하십시오.** 이 양식은 법률 문서입니다. 변호사나 가족 구성원 또는 PCP 등 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받으십시오.
- **이에 대해 알아야 할 사람들에게 사본을 주십시오.** 귀하는 담당 의사에게 양식 사본을 주어야 합니다. 귀하는 귀하를 위해 결정을 내릴 사람으로 지정한 사람에게도 사본을 주어야 합니다. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수 있습니다. 사본을 집에 보관하십시오.
- **고객이 입원 중이고 사전 의료지시서에 이미 서명했다면, 사본을 병원에 가져가십시오.**
 - 병원측은 귀하에게 사전 의료지시서에 서명했는지 여부와 소지 여부를 물어볼 것입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.**



- 사전 의료지시서에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다.

가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 사전 의료지시서를 의료 기록에 포함시킵니다.
- 언제든지 사전 의료지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다.
- 사전 의료 지시법의 변경 사항을 알 수 있습니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 주 법률의 변경 후 90일 이내에 해당 변경에 대해 알려드릴 것입니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.

G3. 귀하의 지시사항이 지켜지지 않는 경우 취할 수 있는 조치?

귀하가 사전 의료지시서에 서명하였고 의사나 병원이 해당 지침을 따르지 않는다고 생각하실 경우 지역 인권 사무국에 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 연락하실 수 있습니다.

H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리

가입자 핸드북 9장, 섹션 D, 220페이지에서는 가입자의 보장 서비스 또는 진료에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우 가입자가 할 수 있는 일이 무엇인지를 말해 줍니다. 예를 들어, 당사에 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 이의 신청을 함으로써 보장 결정을 변경하도록 요청하거나, 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

귀하는 다른 플랜 가입자들이 당사에 제출한 이의 신청과 불만에 대한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 이 정보를 받으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

H1. 불공정한 처우에 대해 할 수 있는 일 또는 권리에 관한 정보 얻기

당사가 귀하를 불공정하게 대하고 이것이 *가입자 핸드북 11장*에 기재된 차별 사유에 관한 것이 **아니라고** 생각하시거나 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면

- 가입자 서비스부

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 1-800-434-0222(TTY: 711). HICAP에 대한 자세한 내용은 **2장**, 섹션 E, 34페이지를 참조하십시오.
- Ombuds 프로그램(1-888-452-8609). 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **2장**, 섹션 I, 38페이지를 참조하십시오.
- 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. (Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에서 'Medicare 권리 및 보호'를 읽거나 다운로드하실 수 있습니다).

I. 플랜 가입자의 책임

플랜 가입자로서 귀하는 아래에 나열된 사항을 수행할 책임이 있습니다. 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- **가입자 핸드북을 읽고** 보장 내용과 보장 서비스 및 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙을 확인하십시오. 자세한 내용은 다음을 참조하십시오.
 - 보장 서비스는 가입자 핸드북 **3장과 4장**을 참조하십시오. 이 장들에서는 보장 서비스, 보장되지 않는 내용, 따라야 할 규칙 및 지불 금액을 설명합니다.
 - 보장약은 **가입자 핸드북의 5장과 6장**을 참조하십시오.
- **귀하가 보유하고 있는 다른 건강 또는 처방약 보장에 대해 알려주십시오.** 당사는 가입자가 의료 서비스를 받으실 때 가입자가 가지고 계신 모든 보장 옵션이 사용되는지를 확인해야 합니다. 다른 보장을 가지고 계신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 당사 플랜의 가입자라고 **담당 의사와 기타 의료 제공자에게 말씀하십시오.** 서비스나 의약품 받으실 때는 가입자 ID 카드를 제시하십시오.
- 귀하에게 최선의 진료를 제공할 수 있도록 의료 제공자와 **담당 의사를 도와주십시오.**
 - 귀하와 귀하의 건강에 대해 담당 의사와 기타 의료 제공자가 필요로 하는 정보를 제공하십시오. 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 배우십시오. 귀하와 귀하의 의료 제공자가 동의하는 치료 계획 및 지시 사항을 준수하십시오.
 - 귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 반드시 알 수 있도록 하십시오. 여기에는 처방약, 비처방 의약품, 비타민, 보충제가 포함됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 궁금한 점이 있으면 언제든지 문의하십시오. 귀하의 의사와 기타 의료 제공자는 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 질문을 하고 나서 대답이 이해되지 않으면 다시 물어 참조하십시오.
- 연간 건강 위험 평가 작성 등 케어 **코디네이터와 협력**하십시오.
- **배려하십시오.** 당사는 모든 플랜 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 저희는 또한 의사 진료실, 병원, 기타 서비스 공급자 진료실에서 귀하가 배려있는 행동을하기를 기대합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 가입자는 플랜 가입자로서 아래 금액을 납부할 책임이 있습니다.
 - Medicare Part A 및 Medicare Part B 보험료. 대부분의 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자를 위해 Medi-Cal은 가입자의 Medicare Part A 및 Medicare Part B 보험료를 지급합니다.
 - **저희의 플랜이 보장하지 않는 서비스나 의약품을 받으려면 귀하가 비용 전액을 납부해야 합니다 (참고: 귀하가 어떤 서비스나 의약품에 보장하지 않는다는 당사의 결정에 이의가 있는 경우, 귀하는 이의를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 9장, 섹션 E2, 221페이지를 참조해 주십시오).**
- **이사할 경우 알려주십시오.** 이사를 계획하는 경우 저희에게 바로 알려주십시오. 가입자 서비스부에 전화하십시오.
 - **서비스 지역 밖으로 이사하실 경우, 당사 플랜을 유지하실 수 없습니다.** 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 본 플랜에 가입할 수 있습니다. *가입자 핸드북 1장, 섹션 D, 16페이지*에서는 당사의 서비스 지역에 대해 설명합니다.
 - 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는지 여부를 알 수 있도록 당사가 도와 드리겠습니다. 특별 등록 기간 동안 고객은 Original Medicare로 전환하거나 새 지역 내에 있는 Medicare 건강 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 당사는 고객의 새 거주지역에 본 플랜이 있는지 여부를 고객에게 알려드릴 수 있습니다.
 - 이사를 가신다면 Medicare와 Medi-Cal에 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal의 전화번호는 *가입자 핸드북의 2장, 섹션 G, 36페이지*를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.**



- 당사 서비스 지역 내에서 이사하거나 머문다고 해도 당사에 알려주셔야 합니다. 당사는 가입자의 가입자 기록을 업데이트해야 하고 가입자의 연락처를 알아야 합니다.
- 새 전화 번호 또는 더 나은 연락 방법이 있는지 알려 주십시오.
- 질문이나 우려사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 구하십시오.

J. 가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 대해 권고할 권리가 있습니다

질문이나 우려 사항이 있거나 가입자 권리 정책을 개선할 수 있는 제안 사항이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하여 의견을 공유하십시오.

K. 신기술 평가

새로운 기술에는 특정 질병 또는 상태의 치료를 위해 최근에 개발된 절차, 약물, 생물학적 제제 또는 기기가 포함되며, 기존 절차, 약물, 생물학적 제제 및 기기의 새로운 적용이 포함됩니다. 저희 플랜은 해당되는 경우 Medicare의 국가 및 지역 보장 결정을 따릅니다.

보장 판단이 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))에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



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

개요

이 장에는 귀하의 권리에 대한 정보가 있습니다. 이 장을 읽고 다음과 같은 경우에 어떻게 해야 하는지 알아보십시오.

- 플랜과 문제가 있거나 플랜에 불만사항이 있습니다.
- 고객은 플랜이 지불하지 않겠다고 한 서비스, 품목, 약물이 필요합니다.
- 고객은 고객의 플랜이 고객의 진료에 대해 내린 결정에 동의하지 않습니다.
- 가입자가 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각합니다.
- 가입자가 지역 기반 성인 서비스(CBAS), 요양시설(NF) 서비스 같은 가입자의 장기 서비스 및 지원에 문제나 불만사항이 있습니다.

본 장은 귀하가 원하는 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 나누어져 있습니다. **문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인하십시오.**

고객은 고객의 의사 및 기타 의료 제공자가 필요하다고 결정한 건강 진료, 의약품, 장기 일상 서비스 및 지원을 고객의 진료 플랜의 일환으로서 받아야 합니다. **고객의 진료와 관련해 문제가 있다면 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077 번으로 전화하셔서 도움을 받으실 수 있습니다.** 본 장은 가입자가 직면한 여러 문제와 불만에 대해 어떤 옵션이 있는지를 설명합니다. 그러나 가입자는 문제 해결에 관한 도움을 받기 위해 Ombuds 프로그램에 언제든지 전화하실 수 있습니다. 불만사항을 해결하기 위한 추가 리소스 및 문의 방법은 *가입자 핸드북 2 장*, 섹션 1, 38 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치.....	218
A1. 법률 용어에 대해.....	218
B. 도움을 받을 곳.....	218
B1. 자세한 정보 및 도움말.....	218
C. 플랜 내의 Medicare와 Medi-Cal에 대한 불만 및 이의 신청.....	220
D. 가입자의 혜택에 관한 문제.....	220
E. 보장 결정 및 이의 신청.....	221
E1. 보장 결정.....	221
E2. 이의 신청.....	221
E3. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기.....	222
E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션.....	223
F. 의료 서비스.....	223
F1. 이 섹션의 활용.....	224
F2. 보장 결정 요청.....	225
F3. 1차 이의 신청.....	227
F4. 2차 이의 신청.....	230
F5. 지불 문제.....	236
G. Medicare Part D 처방약.....	238
G1. Medicare Part D 보장 결정 및 이의 신청.....	238
G2. Medicare Part D 예외.....	240
G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점.....	240
G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청.....	241
G5. 1차 이의 신청.....	244

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



G6. 2차 이의 신청.....	246
H. 당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기.....	248
H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기	248
H2. 1차 이의 신청.....	249
H3. 2차 이의 신청.....	252
H4. 1차 대체 이의 신청.....	252
H5. 2차 대체 이의 신청.....	253
I. 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청.....	254
I1. 보장 종료 전 사전 통지.....	255
I2. 1차 이의 신청	255
I3. 2차 이의 신청	257
I4. 1차 대체 이의 신청	258
I5. 2차 대체 이의 신청	258
J. 2단계 이상으로 이의 신청 진행하기.....	259
J1. Medicare 서비스 및 품목을 위한 다음 단계.....	259
J2. 추가 Medi-Cal 이의 신청.....	261
J3. Medicare Part D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청	261
K. 불만사항 제기 방법.....	262
K1. 어떤 문제들이 불만사항이 될 수 있는가?	262
K2. 내부 불만.....	264
K3. 외부 불만.....	266

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 방법에 대해서 설명합니다. 이용하는 절차는 겪고 있는 문제 유형에 따라 다릅니다. 한 가지 절차는 **보장 결정 및 이의 신청**, 다른 절차는 **불만사항 제기(고충)**에 사용됩니다.

공정성과 신속성을 보장하기 위해 각 프로세스에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어에 대해

이 장에는 일부 규칙 및 기한에 대한 법적 용어가 있습니다. 이 용어 중 많은 것들은 이해하기 어렵기 때문에 당사는 어떤 법률 용어들을 같음하여 더 간단한 단어들을 사용했습니다. 당사는 축약어를 가능한 적게 사용합니다.

예를 들어, 당사는 이런 표현을 사용합니다.

- '고충 접수' 대신 '불만사항 제기'
- '기관 판단', '혜택 판단', '위험 판단' 또는 '보장 판단' 대신 '보장 결정'
- '긴급 판단' 대신 '신속한 보장 결정'
- '독립 검토 주체'(IRE) 대신 '독립 검토 기관'(IRO)

적절한 법률 용어를 알면 보다 명확하게 의사 소통하는 데 도움이 될 수 있으므로 당사는 이를 제공합니다.

B. 도움을 받을 곳

B1. 자세한 정보 및 도움말

때로는 문제 처리 과정을 시작하거나 수행하는 일이 혼란스럽습니다. 가입자의 건강이 좋지 않거나 기운이 없을 때 특히 그럴 수 있습니다. 때로는 가입자가 다음 단계로 가기 위해 필요한 정보가 없을 수도 있습니다.

건강보험 상담 및 지원 프로그램에서 도움 받기

건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 프로그램에 전화하실 수 있습니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제에 대해 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP 는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP 는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 번입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램의 도움

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 연락하여 건강 보험 관련 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 무료로 법적 도움을 제공합니다. 이 Ombuds 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. Health Consumer Alliance 의 전화 번호는 1-888-804-3536 이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org 입니다.

Medicare의 도움 및 정보

더 많은 정보가 필요하거나 도움이 필요하시면 Medicare 로 연락하십시오. 다음의 두 가지 방법을 통해 Medicare 에서 도움을 받으실 수 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 주 7 일 하루 24 시간 전화하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048 번입니다.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

Medi-Cal의 도움과 정보

California 보건복지부의 도움 받기

California 보건복지부(DHCS) Medi-Cal Managed Care 옴부즈맨에서 도움을 드릴 수 있습니다. 건강 플랜의 가입, 변경 또는 탈퇴에 문제가 있는 경우 도움이 될 수 있습니다. 또한 귀하가 이사로 인해 Medi-Cal 을 새로운 카운티로 옮기는 데 어려움이 있다면 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨은 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00 에 1-888-452-8609 번으로 전화하실 수 있습니다.

California 보건 관리부의 도움 받기

California 보건 관리부(DMHC)에 연락하여 무료 지원을 요청하십시오. DMHC 는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC 에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청을 지원합니다. 전화번호는 1-888-466-2219 번입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891 번을 이용하실 수 있습니다. 또한 DMHC 의 웹사이트 www.HealthHelp.ca.gov 를 방문하실 수도 있습니다.

California 보건 관리부가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 건강 플랜에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하여 당사의 고충 사항 처리 절차를 이용하십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 담당자와 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 통화하실 수 있습니다. 이러한 고충 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

응급조치와 관련된 고충, 가입자의 건강 보험에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충 또는 30 일 이상 해결되지 않은 고충의 경우, 보건 관리부에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다.

가입자는 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 자격을 보유할 수 있습니다. IMR 요청 자격을 보유할 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 플랜이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 보건 관리부는 수신자 부담 전화번호(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선(**1877-688-9891**)을 운영합니다. 불만사항 제기 양식, IMR 신청서, 온라인 지침은 보건 관리부의 인터넷 웹사이트 www.dmhca.gov 에서 찾아보실 수 있습니다.

C. 플랜 내의 Medicare 와 Medi-Cal 에 대한 불만 및 이의 신청

귀하는 Medicare 와 Medi-Cal 에 가입되어 있습니다. 이 장에 기재된 정보는 귀하의 모든 Medicare 및 Medi-Cal 혜택에 적용됩니다. Medicare 와 Medi-Cal 의 절차를 결합 또는 통합한 것이기 때문에 이것을 때때로 '통합 절차'라고 합니다.

때로는 Medicare 와 Medi-Cal 프로세스를 결합할 수 없습니다. 이 때 귀하는 Medicare 혜택에 대해 하나의 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에 대해 다른 프로세스를 사용합니다. 이러한 상황에 대한 설명은 이 장의 **섹션 F4**, 230 페이지에 나와 있습니다.

D. 가입자의 혜택에 관한 문제

문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인하십시오. 다음 표는 문제나 불만사항에 대해 귀하가 본 장의 알맞은 섹션을 찾을 수 있도록 도와 줍니다.

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니까?	
<p>여기에는 특정 의료 서비스(의료 용품, 서비스 및/또는 Part B 처방약) 보장 여부, 보장 방식, 그리고 의료 서비스 지불과 관련된 문제가 포함됩니다.</p>	
<p>예. 내 문제는 혜택 또는 보장과 관련된 것입니다.</p> <p>섹션 E, 221 페이지의 '보장 결정 및 이의 신청'을 참조하십시오.</p>	<p>아니요. 내 문제는 혜택 또는 보장과 관련된 것이 아닙니다.</p> <p>섹션 K, 263 페이지의 '불만사항 제기 방법'을 참조하십시오.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



E. 보장 결정 및 이의 신청

보장 결정 요청 및 이의 신청 접수 절차는 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 귀하의 의료 서비스(지불을 포함한 서비스, 품목 및 Part B 처방약).

E1. 보장 결정

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 소속 의사는 가입자가 의료 서비스를 받을 때마다 가입자를 위해 보장 결정을 내립니다(*가입자 핸드북의 4 장*, 섹션 H 참조).

가입자 또는 담당 의사가 당사에 요청하여 신속 결정을 요청할 수 있습니다. 가입자 또는 담당 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 당사가 거부할 수 있는지 확신하지 못할 수 있습니다. **의료 서비스를 받으시기 전에 보험 적용이 될지 알기를 원할 경우 가입자는 저희에게 보장 범위 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다.**

당사는 무엇이 고객에게 보장되는지와 당사가 얼마를 지불하는지를 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 일부 경우, 저희는 서비스나 의약품에 대한 보장을 하지 않거나 가입자에 대해 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 더 이상 보장을 제공하지 않는 것으로 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을 하실 수 있습니다.

E2. 이의 신청

저희의 보장 결정에 대해 불만이 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 1 차 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청을 하시면 당사는 모든 규정을 적절히 따랐는지 확인하기 위해 보장 결정을 검토합니다. 기존의 불리한 결정을 내린 검토자들과 다른 검토자들이 이의 신청을 처리합니다.

대부분의 경우, 가입자는 1 단계부터 이의 신청을 시작하셔야 합니다. 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우, 극심한 통증이 있어서 즉각적인 결정이 필요한 경우, www.dmhc.ca.gov를 통해 관리의료부의 IMR 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 본 장의 223 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



당사가 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다. 단, 뒷부분의 208 페이지와 212 페이지에 구체적으로 설명할 특정 상황에서는 긴급 또는 '신속한 보장 결정', 아니면 보장 결정에 대한 신속 이의 신청을 요청할 수 있습니다.

가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부한 경우**, 가입자에게 서신을 보내 드립니다. Medicare 의료 서비스나 품목 또는 Part B 의약품의 보장에 대한 문제인 경우, 서신으로 귀하의 케이스를 2 차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관(IRO)으로 송부할 것임을 알려드립니다. Medicare Part D 또는 Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제일 경우, 서신으로 귀하가 직접 2 차 이의 신청을 접수하는 방법을 알려드립니다. 2 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오. 귀하의 문제가 Medicare 와 Medicaid 가 모두 적용되는 서비스 또는 품목의 보장에 관한 경우, 서신은 2 차 이의 신청 두 가지 유형 모두에 관한 정보를 귀하에게 제공합니다.

2 차 이의 신청 결정에 대해서도 불만이 있으시면 추가 이의 신청 절차를 거칠 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기

다음 방법으로 도움을 요청할 수 있습니다.

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 **가입자 서비스부**에 문의하십시오.
- **Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램 1-855-501-3077.**
- **건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 1-800-434-0222.**
- **무료로 도움을 받으시려면 보건 관리국(DMHC) 지원 센터**에 문의하십시오. DMHC 는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC 에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청을 지원합니다. 전화번호는 1-888-466-2219 번입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891 번을 이용하실 수 있습니다. 또한 DMHC 의 웹사이트 www.HealthHelp.ca.gov 를 방문하실 수 있습니다.
- **담당 의사 또는 기타 의료 제공자.** 귀하의 의사나 기타 의료 제공자는 귀하를 대신해서 보장 결정이나 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족 구성원.** 귀하는 귀하의 '대리인'으로서 귀하를 대신해 보장 결정을 요청하고 이의 신청을 할 다른 사람을 지명할 수 있습니다.
- **변호사.** 귀하는 변호사를 선임할 권리가 있으나 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 위해서 **그러할 필요가 있는 것은 아닙니다.**
 - 귀하의 변호사에게 전화하거나 또는 지역 변호사 협회나 다른 진료 의뢰기관으로부터 변호사의 이름을 입수하십시오. 일부 법률 그룹은 귀하가 자격이 된다면 귀하에게 무료 법률 서비스를 제공합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 1-888-804-3536 번으로 연락하여 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램의 법률 자문을 제공할 변호사를 요청하십시오.

변호사 또는 다른 사람이 대리인 역할을 수행하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 타인에게 가입자를 대행할 권한을 부여합니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 '대리인 임명' 양식을 요청하십시오. 또한 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 을 방문하여 양식을 받을 수 있습니다. 또한 서명한 사본을 저희에게 제공해 주셔야 합니다.

E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 기한이 다릅니다. 이 장의 별도 섹션에서 각 상황을 자세히 설명합니다. 해당 섹션을 참조하십시오.

- 이 장의 섹션 F, '의료 서비스'
- 이 장의 섹션 G, 'Medicare Part D 처방약'
- 이 장의 섹션 H, '당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기'
- 이 장의 섹션 I, '특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법'(이 섹션은 재택 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 해당됩니다.)

어떤 섹션을 사용해야 할지 잘 모르는 경우 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 의료 서비스

이 섹션에서는 의료 서비스를 보장받는 것에 관한 문제가 있거나 또는 가입자 진료비용 중에서 저희 비용 부담액을 환급받으려고 할 때 해야 할 일에 관해 설명합니다

이 섹션은 *가입자 핸드북 4 장*, 섹션 D, 80 페이지에 설명된 의료 및 서비스 혜택에 관한 것입니다. 본 섹션의 나머지 부분에서는 일반적으로 '의료 서비스 보장' 또는 '의료 서비스'라고 합니다. '의료 서비스'라 함은 의료 서비스 및 항목뿐 아니라 의사 또는 의료 전문가가 투여하는 의약품인 Medicare Part B 처방전 약물을 포함합니다. Medicare Part B 처방약에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 이 경우 Medicare Part B 처방약 규칙이 의료 서비스 및 항목 규칙과 어떻게 다른지 설명해 드립니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



F1. 이 섹션의 활용

본 섹션은 가입자가 아래 상황에 처한 경우에 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

1. 귀하에게 필요한 의료 서비스를 보장하지만 해당 서비스를 받을 수 없습니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 당사에 보장 결정을 내려달라고 요청할 수 있습니다. **섹션 F2**, 225 페이지를 참조하십시오.

2. 귀하의 의사나 기타 의료 제공자가 귀하에게 처방하고 싶은 의료 서비스를 당사가 승인하지 않지만, 귀하는 승인해야 한다고 생각합니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 당사의 결정에 이의를 신청할 수 있습니다. **섹션 F3**, 227 페이지를 참조하십시오.

3. 고객이 당사가 보장하는 것으로 생각한 의료 서비스를 이용하였으나 당사에서 비용을 지불하지 않습니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 신청할 수 있습니다. **섹션 F5**, 236 페이지를 참조하십시오.

4. 고객이 당사가 보장하는 것으로 생각하여 이용하고 비용을 지불한 의료 서비스에 대해 당사가 비용을 환급하기를 원합니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **섹션 F5**, 236 페이지를 참조하십시오.

5. 당사가 특정 의료 서비스에 대한 보장을 줄이거나 멈추었는데, 이러한 당사의 결정이 귀하의 건강에 해를 끼친다고 생각합니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 가입자는 해당 의료 서비스를 축소하거나 멈춘 당사의 결정에 이의를 신청할 수 있습니다. **섹션 F4**, 230 페이지를 참조하십시오.

- 해당 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 CORF 서비스라면 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H**, 248 페이지 또는 **섹션 I**, 254 페이지를 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소하거나 중단하는 기타 모든 상황에서는 이 섹션(**섹션 F**, 223 페이지)을 지침으로 사용하십시오.

6. 진료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

가입자가 취할 수 있는 조치: 불만사항을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2**, 264 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



F2. 보장 결정 요청

보장 결정이 가입자의 의료 서비스를 포함할 경우, '통합 기관 판단'이라고 합니다.

가입자, 담당 의사 또는 가입자의 대리인이 다음과 같은 방법으로 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: 1-800-431-9007(TTY: 711) 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- 팩스: 1-844-273-2671
- 서신: Wellcare by Health Net
4191 E. Commerce Way
Sacramento, CA 95834

표준 보장 범위

저희의 결정 제공에 있어서 '빠른' 기한에 저희가 동의하지 않은 이상, '표준' 기한이 사용됩니다. 표준 보장 결정이란 다음에 관한 답을 드리는 것을 의미합니다.

- 당사가 요청받은 후로부터 달력일 기준으로 14 일 이내의 의료 서비스 또는 품목. Knox-Keene 플랜의 경우, 영업일 기준 5 일 이내 그리고 귀하의 요청 접수일로부터 14 일 이내.
- 당사가 요청받은 후로부터 72 시간 이내의 Medicare Part B 처방약.

신속한 보장 결정

'신속한 보장 결정'에 해당하는 법률 용어는 '긴급 판단'입니다.

귀하의 의료 서비스 및 건강에 대한 보장 결정에 대해 빠른 답변이 필요한 경우 당사에 '신속한 보장 결정'을 요청하십시오. 신속한 보장 결정은 당사가 다음에 대한 답변을 귀하에게 제공하는 것을 의미합니다.

- 당사가 요청받은 후로부터 72 시간 이내, 또는 의학적 상태가 더 빠른 대응을 요구하는 경우 더 빨리 의료 서비스 또는 용품.
- 당사가 요청받은 후로부터 24 시간 내의 Medicare Part B 처방약.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



신속한 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.

- 귀하는 **제공받지 않은** 의료 용품 및/또는 서비스에 대한 보장을 요청해야 합니다. 이미 받은 품목 또는 서비스에 대한 비용에 대해서는 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하는 것이 **귀하의 건강에 중대한 피해를 미치거나** 기능에 피해를 입힐 수 있습니다.

의사가 귀하의 건강에 필요한 것이라고 말한다면 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 제공합니다. 의사의 지원이 없이 고객이 요청하는 경우 신속한 보장 결정의 적용 여부는 당사가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속한 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우, 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드리며 표준 기한을 사용합니다. 이 서신에는 다음 내용이 포함됩니다.
 - 의사가 요청할 경우 자동으로 신속한 보장 결정을 제공합니다.
 - 가입자에게 신속한 보장 결정이 아닌 표준 보장 결정을 내린 당사 결정에 대한 '신속 불만사항' 제기 방법. 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K, 262 페이지**를 참조하십시오.

요청 내용의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 이유를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

- 당사가 **거부**한 경우 귀하는 이의 신청을 할 수 있는 권리가 있습니다. 당사가 실수를 했다고 생각하신다면 이의 신청은 당사의 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의 신청을 하기로 결정하시면 1 차 이의 신청을 하게 되는 것입니다(아래의 **섹션 F3, 213 페이지** 참조).

제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 귀하의 이의 신청 요청이 기각될 것이며, 이 경우 당사는 요청을 검토하지 않습니다. 당사가 기각하는 요청은 다음과 같습니다.

- 요청이 완료되지 않은 경우
- 법적 권한이 없는 사람이 귀하를 대신하여 요청한 경우 **또는**
- 귀하가 요청의 철회를 요청하는 경우.

보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 귀하에게 보내드립니다. 이 검토를 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청은 다음 섹션에서 설명합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



F3. 1 차 이의 신청

이의 신청을 시작하려면 가입자, 의사 또는 대리인이 반드시 저희에게 연락을 해야 합니다.

1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 당사에 전화하십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청을 위해 서면 또는 전화 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

- 귀하의 담당 의사 또는 기타 처방자가 이의 신청 중에 이미 받고 있는 서비스 또는 항목을 계속 제공하도록 요청하는 경우 귀하를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 귀하를 대신하여 이의를 신청할 경우, 그 사람에게 귀하를 대신할 권한을 부여하는 대리인 임명 양식을 포함하십시오.
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html> 을 방문하여 양식을 받을 수 있습니다.
- 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 양식이 제출될 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다. 이의 신청을 받은 후 달력일 기준으로 44 일 이내에 양식을 받지 못한 경우:
 - 당사는 요청을 기각하며
 - IRO 에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드립니다.
- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 달력일 기준으로 60 일 이내에 이의 신청을 하셔야 합니다.
- 가입자가 기한을 놓쳤지만 정당한 사유가 있는 경우, 당사는 가입자에게 이의 신청 접수를 위한 시간을 더 드릴 수 있습니다. 정당한 사유란 가입자가 심각한 질병이 있었거나, 당사가 가입자에게 이의 신청 요청 기한에 대한 잘못된 정보를 제공한 경우입니다. 이의 신청 시 귀하는 이의 신청이 지연된 이유를 설명합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 고객은 고객의 이의 신청에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다.

고객의 건강 때문에 신속한 응답이 필요하다면, 고객은 '신속 이의 신청'을 요청해야 합니다.

'신속 이의 신청'에 해당하는 법률 용어는 '긴급 재고려'입니다.

- 아직 받지 않은 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 및/또는 담당 의사는 신속 이의 신청을 원하시는지 결정하셔야 합니다.

의사가 귀하의 건강에 필요한 것이라고 말한다면 당사는 자동으로 신속 이의 신청을 제공합니다. 의사의 지원이 없이 고객이 요청하는 경우 신속 이의 신청의 적용 여부는 당사가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속 이의 신청을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우, 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드리며 표준 기한을 사용합니다. 이 서신에는 다음 내용이 포함됩니다.
 - 의사가 요청할 경우 자동으로 신속 이의 신청을 제공합니다.
 - 가입자에게 신속 이의 신청이 아닌 표준 이의 신청을 제공한 당사 결정에 대한 '신속 불만사항' 제기 방법. 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**, 262 페이지를 참조하십시오.

저희가 귀하가 이미 받고 있는 서비스나 항목을 중단하거나 줄일 것이라고 알린 경우, 귀하는 이의 신청 중에 해당 서비스나 항목을 계속 받을 수 있을 것입니다.

- 귀하가 받고 있는 서비스나 품목의 보장을 변경하거나 중단하기로 저희가 결정한 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 송부해 드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않으시면 1 차 이의 신청을 할 수 있습니다.
- 저희 서신을 보낸 날짜로부터 달력일 기준으로 10 일이나 해당 조치의 예정 발효일 중 나중 날짜 이내에 1 차 이의 신청을 하는 경우 해당 서비스나 품목을 계속 보장합니다.
 - 이 기한을 충족하면 1 차 이의 신청의 결정을 기다리는 동안 현재 받고 있는 서비스나 품목을 변동없이 받게 됩니다.
 - (이의 신청하지 않은) 다른 서비스나 품목에 대해서도 변동없이 받으실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 해당 날짜 이전에 이의 신청을 하지 않는 경우 귀하의 서비스나 품목은 이의 신청 결정을 기다리는 동안 계속해서 제공되지 않습니다.

가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 플랜에서 가입자의 이의 신청 검토 시, 저희는 의료 서비스 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 위해 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- 당사가 가입자의 요청을 거부했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다.
- 필요한 경우, 더 많은 정보를 수집합니다. 더 많은 정보를 구하기 위해 가입자 또는 가입자의 의사에게 연락드릴 수도 있습니다.

신속 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 신속한 기한을 사용할 경, 저희는 반드시 **이의 신청이 접수된 후 72 시간 이내에, 또는 가입자의 건강이 더욱 신속한 응답을 요구할 경우에는 더 빠르게** 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
- 당사가 72 시간 이내에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그 다음에는 IRO 가 검토합니다. 이 섹션의 뒷부분(섹션 F4, 210 페이지)에서 이 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다. Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2 차 주 공청회를 신청할 수 있습니다. California 에서는 주 공청회를 **주 공청회**라고 합니다. 주 공청회를 신청하려면 **12 장**, 293 페이지를 참조하십시오.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우**, 저희는 반드시 가입자의 이의 신청에 받은 후 72 시간 이내에 또는 고객의 건강 상태에 따라 그보다 더 빨리 동의한 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우**, 가입자의 이의 신청을 2 차 이의 신청 단계인 IRO 로 보냅니다.

표준 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 당사가 표준 기한을 사용할 경우 당사는 가입자가 받지 않은 서비스에 대한 가입자의 이의 신청을 접수하고 **달력일 기준으로 30 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 아직 받지 못한 Medicare Part B 처방약에 대한 것일 경우 가입자 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7 일 이내에** 답변을 제공합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사가 기한 내에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그 다음에는 IRO 가 검토합니다. 이 섹션의 뒷부분(섹션 F4, 217 페이지)에서 이 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다. Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2 차 주 공청회를 신청할 수 있습니다. California 에서는 주 공청회를 **주 공청회**라고 합니다. **주 공청회를 신청하려면 12 장, 293 페이지를 참조하십시오.**

가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우, 당사는 귀하의 이의 신청 요청을 받은 날로부터 30 일 이내에 또는 귀하의 건강 상태가 요구하는 만큼 신속하게, 그리고 만약 귀하의 요청이 Medicare Part B 처방약을 위한 것이라면 당사가 결정을 변경한 날로부터 72 시간 이내에 또는 당사가 귀하의 이의 신청을 접수한 날로부터 7 일 이내에 당사가 제공하는 데 동의한 보상을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부한 경우**, 가입자는 **추가로 이의 신청을 할 권리가** 있습니다.

- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부한 경우**, 가입자에게 서신을 보내 드립니다.
- Medicare 서비스나 품목의 보장에 대한 문제인 경우, 서신으로 귀하의 케이스를 2 차 이의 신청을 위해 IRO 로 송부할 것임을 알려 드립니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 서신은 2 차 이의 신청을 가입자가 직접 제기하는 방법을 알려 드립니다.

F4. 2 차 이의 신청

고객의 1 차 이의 신청의 일부 또는 전부를 당사가 **거절**한 경우, 당사는 고객에게 편지를 보내 드릴 것입니다. 이 결정문은 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 서비스나 항목을 보장하는지 알려줍니다.

- 일반적으로 **Medicare** 가 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, 1 차 이의 신청이 완료된 후 바로 귀하의 케이스를 2 차 이의 신청으로 자동으로 발송합니다.
- 일반적으로 **Medi-Cal** 에서 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, 가입자가 직접 2 차 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 결정문에는 이의 신청 방법이 명시되어 있습니다. 또한 이 장의 뒷부분(219 페이지)에서 더 많은 정보를 제공합니다.
- **Medicare 와 Medi-Cal 이 모두** 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, IRO 에 자동으로 2 차 이의 신청이 이루어집니다. 자동 2 차 이의 신청 외에도 가입자는 주를 상대로 주 공청회와 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



그러나 주 공청회에서 이미 증거를 제시한 경우에는 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

1 차 이의 신청 시 혜택 지속 대상에 해당하는 경우, 해당 신청 하의 서비스, 품목 또는 의약품 혜택은 2 차 이의 신청 중에도 계속될 수 있습니다. 1 차 이의 신청 중 혜택 유지에 대한 정보는 **섹션 F3**, 227 페이지를 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare 에서만 보장하는 서비스에 대한 문제일 경우, 해당 서비스에 대한 혜택은 IRO 에서 진행하는 2 차 이의 신청 기간에 지속되지 않습니다.
- 일반적으로 Medi-Cal 에서만 보장하는 서비스에 대한 문제일 경우, 당사의 결정문을 받은 후 10 일 이내에 2 차 이의 신청을 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

일반적으로 Medicare가 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

IRO 가 귀하의 이의 신청을 검토합니다. 이 기관은 Medicare 에서 고용한 독립 조직입니다.

'독립 검토 기관'(IRO)의 정식 명칭은 '**독립 검토 주체**'입니다. 때로는 '**IRE**'라고 지칭합니다.

- 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. Medicare 는 IRO 로 이 회사를 선택했고, Medicare 는 이 회사의 업무를 감독합니다.
- 당사는 귀하의 이의 신청 정보('케이스 파일')를 이 기관에 전송합니다. 가입자는 가입자의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 고객은 고객의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO 에 제출할 권리가 있습니다.
- IRO 의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

1차 신청에서 '신속 이의 신청'을 하셨다면 2차 신청에서도 '신속 이의 신청'을 진행합니다.

- 1 차에서 신속 이의 신청을 진행한 경우, 가입자는 2 차에서 자동으로 신속 이의 신청을 진행하게 됩니다. IRO 는 가입자의 이의 신청을 받은 후 **72 시간 이내**에 가입자의 2 차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.

1차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 표준 이의 신청을 진행하게 됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 1 차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2 차 신청에서도 자동으로 표준 이의 신청을 진행하게 됩니다.
- 가입자의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이라면 이 IRO 는 이의 신청을 접수한 후 2 차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 30 일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 이 IRO 는 이의 신청을 접수한 후 2 차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 7 일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.

IRO 가 서면으로 답변하고 그 이유를 설명합니다.

- **IRO 에서 의료 용품 또는 서비스에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 즉시 해당 결정을 시행해야 합니다.
 - 의료 서비스 보장을 **72 시간 이내**에 승인하거나 또는
 - **표준 요청**에 대한 IRO 의 결정을 받은 후 **근무일 기준으로 5 일 이내**에 서비스를 제공하거나
 - IRO 로부터 **긴급 요청**에 대한 결정을 받은 날로부터 **72 시간 이내**에 서비스를 제공합니다.
- **IRO 에서 Medicare Part B 처방약에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 분쟁 중인 Medicare Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
 - **표준 요청**에 대한 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내** 또는
 - **긴급 요청**에 대해 IRO 의 결정을 받은 날로부터 **24 시간 이내**.
- **IRO 에서 가입자의 이의 신청의 일부 또는 전부를 거부할 경우,** 사무소가 의료 서비스에 대한 가입자의 의료 서비스 보장 요청(의 부분 또는 전체)을 승인할 수 없다는 플랜의 결정에 동의하는 것을 의미합니다. 이것은 '결정의 인정' 또는 '가입자의 이의 신청 거부'라고도 불립니다.
 - 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다.
 - 2 차 이의 신청 단계 이후 3 개의 단계가 더 있어 총 5 단계의 이의 신청 절차가 있습니다.
 - 2 차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면, 3 차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다. 이에 대한 구체적인 방법은 2 차 이의 신청 후 받은 서면 고지서에 기재되어 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 행정법 판사(ALJ) 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

일반적으로 Medi-Cal이 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

Medi-Cal 서비스나 품목에 대해 2 차 이의 신청을 하는 방법은 두 가지, 즉 (1) 불만사항 제기 또는 독립 의료 심사 신청 또는 (2) 주 공청회입니다.

(1) 독립 의료 심사

귀하는 California 보건 관리부(DMHC) 지원 센터에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 신청하실 수 있습니다. 불만사항을 제기하면 DMHC가 당사의 결정을 검토하고 결정을 내립니다. 특성상 의료적인 모든 Medi-Cal 보장 서비스 또는 용품에 대해 IMR을 적용할 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜 또는 DMHC에 속하지 않은 의사들이 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR이 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스나 용품을 반드시 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

다음의 경우 불만사항을 제기하거나 IMR을 신청하실 수 있습니다.

- 당사 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 판단하여 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연하는 경우.
- 당사 플랜이 중대한 의학적 상태에 대한 실험 또는 조사 목적의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않으려는 경우.
- 당사 플랜이 수술 서비스 또는 절차가 본질적으로 미용 또는 재건을 위한 것이었는지 의심하는 경우.
- 당사 플랜이 귀하가 이미 받은 응급 서비스 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불하지 않으려는 경우.
- 당사 플랜이 Medi-Cal 서비스에 대한 고객의 1 차 이의 신청을 표준 이의 신청은 휴일 포함 30 일, 귀하의 건강 상태에 따라 빠른 이의 신청은 72 시간 안에 결정짓지 않은 경우.

참고: 고객의 의료 제공자가 고객을 대신하여 이의를 신청하였으나 당사가 고객의 대리인 임명서를 받지 못한 경우, 고객의 이의 신청이 심한 통증, 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적인 손실 등을 포함하되 이에 국한되지 않는 고객의 건강에 임박하고 중대한 위협과 관련되지 않은 이상, 고객은 보건 관리국에 2차 IMR을 제출하기 전에 먼저 당사에 이의를 신청해야 합니다

고객은 IMR과 주 공청회 권한을 모두 갖지만, 같은 문제로 실시된 공청회에서 이미 증거를 제출했다면 IMR 권한을 갖지 못합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



대부분의 경우 고객은 IMR을 요청하기 전에 당사에 이의 신청을 제기해야 합니다. 1차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 213페이지를 참조하십시오. 당사의 결정에 동의하지 않으면, DMHC에 불만사항을 제기하거나 DMHC 지원 센터에 IMR을 요청하실 수 있습니다.

치료가 실험적 또는 연구적이라는 이유로 거부되었다면, 가입자는 IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 신청 절차를 거칠 필요가 없습니다.

문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우 또는 극심한 통증이 있는 경우, 당사의 이의 신청 절차를 먼저 진행할 필요 없이 즉시 DMHC에 도움을 요청하실 수 있습니다.

가입자는 이의 신청에 대한 당사의 서면 결정이 발송된 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**하셔야 합니다. 가입자가 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없었던 의학적 상태였거나 IMR 절차에 대한 당사의 적절한 통지를 받지 못한 경우에 DMHC는 6개월 후에 타당한 이유로 귀하의 신청을 수락할 수 있습니다.

IMR을 요청하는 방법:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에 있는 독립 의료 심사 신청서/불만사항 양식을 작성하시거나 1-888-466-2219 번으로 DMHC 지원 센터에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891 번으로 전화하셔야 합니다.
- 해당되는 경우 당사가 거부한 서비스 또는 품목에 대한 서신 또는 기타 문서의 사본을 첨부하십시오. 이를 통해 IMR 절차가 빨라질 수 있습니다. 원본이 아닌 문서 사본을 보내주십시오. 지원 센터는 어떠한 문서도 반환할 수 없습니다.
- 누군가가 귀하의 IMR 을 도와주고 있다면 수권 지원인 양식을 작성하십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 받으시거나 1-888-466-2219 번으로 보건 관리부 지원 센터에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891 번으로 전화하셔야 합니다.
- 다음 주소로 양식 및 첨부 문서를 우편 또는 팩스로 보내십시오.

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
팩스: 916-255-5241

- 또한 독립 의료 심사 신청서/불만사항 양식 및 수권 지원인 양식을 온라인(www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)으로 제출할 수도 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



가입자가 IMR 자격을 갖추면 DMHC 에서 해당 사례를 검토하고 7 일 이내에 IMR 에 대한 자격을 확인하는 서신을 보냅니다. 플랜이 가입자의 신청서와 증빙 서류를 접수하고 30 일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 45 일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다.

가입자의 사례가 긴급하고 가입자가 IMR 자격을 갖추면 DMHC 에서 해당 사례를 검토하고 2 일 이내에 IMR 에 대한 자격을 확인하는 서신을 보냅니다. 플랜이 가입자의 신청서와 증빙 서류를 접수하고 3 일 이내에 IMR 결정이 내려집니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 7 일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다. 가입자가 IMR 결정에 만족하지 않는 경우, 가입자는 여전히 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

DMHC 가 가입자 또는 가입자의 치료 담당 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못할 경우 IMR 이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자의 건강 보험 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받으시는 경우, 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 당사에 보내는 것이 중요합니다. 가입자의 건강 플랜은 가입자의 의료 기록 사본을 네트워크 소속 의사로부터 받아야 합니다.

DMHC 에서 가입자의 사례가 IMR 자격이 되지 않는다고 결정하는 경우, DMHC 는 일반 소비자 불만사항 처리 절차를 통해 가입자 사례를 검토합니다. 고객의 불만사항 제기는 신청서 제출일로부터 30 일 이내에 처리됩니다. 불만사항 제기가 시급한 경우 더 빨리 처리될 것입니다.

(2)주 공청회

가입자는 Medi-Cal 보장 서비스 및 품목에 대해 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 당사가 승인하지 않은 서비스나 품목을 요청하는 경우 또는 가입자가 이미 받은 서비스나 품목에 대해 당사가 계속해서 지불하지 않고 가입자의 1 차 이의 신청을 거부한 경우, 가입자는 주 공청회를 요청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우 가입자는 '이의 신청 결정서' 통지를 우편으로 받은 뒤 **120 일 이내에 주 공청회를 요청하셔야 합니다.**

참고: 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 주 공청회를 요청하신 경우, 주 공청회가 보류 중인 동안 해당 서비스를 계속 받고자 하신다면 **해당 요청을 제출할 기간이 더 짧아집니다.** 자세한 내용은 217 페이지의 '내가 받는 혜택은 2 차 이의 신청 기간 동안 계속되는가?'를 참조하십시오.

주 공청회를 요청하는 방법에는 두 가지가 있습니다.

1. 고객은 조처 통지서 뒷면에 있는 '주 공청회 요청서'를 작성할 수 있습니다. 이름, 주소, 전화번호, 가입자에게 불리한 조치를 취한 플랜 또는 카운티의 이름, 관련 지원 프로그램, 공청회를 원하는 자세한 이유 등 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 그런 다음 다음과 같은 방법 중 하나로 요청을 제출할 수 있습니다.
 - 통지서에 나와 있는 카운티 복지국 주소

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- California Department of Social Services 주소

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- 주 공청회 담당 부서(팩스 번호: 916-651-5210 또는 916-651-2789)

2. California 사회복지국에 1-800-743-8525번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화하셔야 합니다. 전화로 주 공청회 요청을 결정하는 경우 통화 중일 수 있다는 점을 알고 있어야 합니다.

주 공청회 담당 부서에서 서면으로 결정 사항을 알려드리고 그 이유를 설명합니다.

- 주 공청회 담당 부서가 의료 용품이나 서비스에 대한 일부 또는 전체 요청에 **동의**하는 경우, 당사는 사무소의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에 해당 서비스나 용품을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주 공청회 담당 부서가 가입자의 이의 신청의 일부 또는 전부를 **거부**하면, 사무소가 의료 서비스에 대한 가입자의 의료 서비스 보장 요청(의 부분 또는 전체)을 승인할 수 없다는 플랜의 결정에 동의하는 것을 의미합니다. 이것은 '결정의 인정' 또는 '가입자의 이의 신청 거부'라고도 불립니다.

IRO 또는 주 공청회에서 요청의 전부 또는 일부에 대해 **거부** 결정을 내리는 경우, 가입자는 추가로 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

2 차 이의 신청이 **IRO** 로 간 경우, 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 일정 최소 금액을 만족하는 경우에만 다시 이의 신청을 할 수 있습니다. ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. **가입자가 IRO 에서 받는 편지에는 추가 이의 신청에 대한 가입자의 권리가 설명되어 있습니다.**

주 공청회 담당 부서에서 발송한 서신에 다음 이의 신청 선택에 대해 기재되어 있습니다.

2 차 이의 신청 후의 이의 신청 권리에 대한 정보는 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

F5. 지불 문제

당사는 당사의 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스 및 품목에 대해 가입자에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이는 의료 제공자가 보장 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 의료 제공자에게 지불하더라도 마찬가지입니다. **가입자는 청구서의 금액을 지불할 필요가 없습니다.**

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받은 경우, 저희에게 청구서를 보내주십시오. 귀하가 직접 비용을 지불하시면 안 됩니다. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 문제를 해결하겠습니다. 만약 청구 금액을 지불하신 경우, 서비스 또는 품목을 받는 것에 대한 규칙을 따르셨다면 당사 플랜으로부터 환불을 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 **가입자 핸드북 7 장**을 참조하십시오. 해당 장에서는 환급 또는 의료 제공자에게서 받은 청구서에 대한 지불을 요청해야 하는 상황이 나와 있습니다. 지불 요청 관련 문서를 저희에게 제출하시는 방법도 설명합니다.

이것의 상환을 요청한다면 고객은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장되는지 확인할 것이고, 가입자가 보장 이용에 대한 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.

- 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장되고 가입자가 모든 규칙을 준수했다면, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 60 일 이내에 해당 서비스 또는 품목에 대한 비용을 해당 의료 제공자에게 보냅니다. 그 후에 의료 제공자는 가입자에게 지불금을 지급합니다.
- 가입자가 해당 서비스나 품목의 비용을 아직 지불하지 않았다면, 당사는 지불금을 해당 의료 제공자에게 직접 보냅니다. 당사가 금액을 지급하면 귀하의 보장 결정 요청에 당사가 **동의**하는 것과 같습니다.
- 서비스나 품목이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았다면, 당사는 해당 서비스나 품목에 대한 지불하지 않을 것과 그 이유를 설명하는 편지를 보내 드립니다.

지불을 거절하는 당사의 결정에 가입자가 동의하지 않는 경우, **가입자는 이의 신청을 접수하실 수 있습니다.** **섹션 F3**, 213 페이지에 설명된 이의 신청 절차를 따라 주십시오. 가입자가 이 지침을 따르실 때, 다음을 주의하십시오.

- 고객이 환불을 요청하는 이의 신청을 할 경우, 당사는 이의 신청을 받은 날로부터 30 일 이내에 고객에게 답변해야 합니다.
- 귀하가 받고 지불한 의료 서비스에 대해 환불을 요청하는 경우 신속 이의 신청을 요청할 수 없습니다.

귀하의 이의 신청을 당사가 **거부**하고 **Medicare** 가 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우, 당사는 IRO 에 귀하의 케이스를 보냅니다. 그럴 경우 당사는 이를 고객에게 서신으로 알릴 것입니다.

- IRO 에서 당사의 결정을 번복하고 당사가 고객에게 지불해야 한다고 한다면, 당사는 반드시 휴일 포함 30 일 이내에 고객 또는 고객의 의료 제공자에게

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



지불금을 보내야 합니다. 2 차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 승인되면 당사는 지급 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60 일 이내에 지불해야 합니다.

- IRO 에서 고객의 이의 신청을 **거부**할 경우, 이는 고객의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. 이것은 '결정의 인정' 또는 '가입자의 이의 신청 거부'라고도 불립니다. 가입자가 가질 수 있는 추가 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 가입자는 받게 됩니다. 추가 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오.

귀하의 이의 신청에 대해 당사가 **거부** 답변을 하고 Medi-Cal 이 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우 가입자가 직접 2 차 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4**, 230 페이지를 참조하십시오.

G. Medicare Part D 처방약

저희 플랜 가입자에 대한 혜택에는 많은 처방약들이 포함됩니다. 이 중 대부분은 Medicare Part D 약입니다. Medicare Part D 는 보장하지 않지만 Medi-Cal 이 보장할 수도 있는 의약품이 몇 있습니다. **이 섹션은 Medicare Part D 약 이의 신청에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 'Medicare Part D 약'이라는 표현 대신 '의약품'이라는 표현을 사용하겠습니다.

보장을 받으려면 약이 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다 이는 의약품이 미국 식품 의약품(FDA)에 의해 승인되거나 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침된다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대해서는 **가입자 핸드북 5 장**, 섹션 B3, 158 페이지를 참조하십시오.

G1. Medicare Part D 보장 결정 및 이의 신청

다음은 Medicare Part D 약에 대한 보장 결정 요청의 예시입니다.

- 다음과 같은 요청을 포함한 예외를 요청합니다.
 - 당사 의약품 목록에 없는 Medicare Part D 약 보장 또는
 - 의약품 보장 제한을 없애 달라고 요청(받을 수 있는 의약품의 양 제한 등)
- 고객이 당사에 의약품 보장을 받을 수 있는지 여부(예를 들어 고객의 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있으나, 당사가 고객에게 해당 의약품을 보장하기 전에 당사의 승인을 받도록 한 경우)

참고: 약국에서 처방전에 적힌 대로 제조할 수 없다고 할 경우, 약국에서는 보장 결정 요청을 하실 수 있도록 저희에게 연락하는 방법이 적힌 서면 고지서를 제공합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



가입자의 Medicare Part D 약에 대한 초기 보장 결정은 '보장 판단'이라고 합니다.

- 귀하는 귀하가 이미 구매한 의약품의 비용을 지불할 것을 당사에 요청합니다. 이것은 지불에 관한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 보장 결정을 요청하고 이의 신청하는 법에 대해서 모두 설명합니다. 아래 표를 참조하십시오.

가입자가 처한 상황은 무엇입니까?			
<p>당사의 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하거나 당사가 보장하는 의약품에 대한 규칙이나 제한을 제외하기를 원하는 경우.</p> <p>예외 경우로 처리해 달라고 요청하실 수 있습니다 (이것도 보장 결정의 한 종류입니다).</p> <p>섹션 G2, 240 페이지에서 시작한 다음 섹션 G3 의 240 페이지와 G4 의 244 페이지를 참조하십시오.</p>	<p>당사가 당사 의약품 목록에 있는 의약품을 보장하기를 원하고 귀하가 필요로 하는 의약품에 대한 플랜 규칙 또는 제한 사항(예: 사전 승인)을 충족한다고 생각하는 경우.</p> <p>보장 결정을 요청하실 수 있습니다.</p> <p>섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.</p>	<p>이미 받고 비용을 지불한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶은 경우.</p> <p>환불을 요청하실 수 있습니다 (이것도 보장 결정의 한 종류입니다).</p> <p>섹션 G4, 241 페이지를 참조하십시오.</p>	<p>고객이 원하는 방식으로 의약품을 보장하거나 지불하지 않을 것이라고 당사가 말한 경우.</p> <p>이의 신청을하실 수 있습니다 (당사에 재고를 요청하실 수 있습니다).</p> <p>섹션 G5, 244 페이지를 참조하십시오.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



G2. Medicare Part D 예외

당사가 가입자가 원하는 방식으로 의약품을 보장하지 않으면, 가입자는 당사에 '예외'를 요청할 수 있습니다. 당사가 가입자의 예외 요청을 거절하는 경우 가입자는 당사 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다.

고객이 예외 처리를 요청할 때, 고객의 의사 또는 다른 처방자는 예외 처리가 왜 고객에게 필요한지 의학적 사유를 설명해야 합니다.

의약품 목록에 있는 의약품 보장을 요청하거나 의약품에 대한 제한의 취소를 요청하는 것을 종종 '**처방규정 예외**'라고 합니다.

가입자나 의사 또는 처방자가 요청할 수 있는 몇 가지 경우가 있습니다.

1. 당사 의약품 목록에 없는 의약품 보장

- 해당 의약품에 대한 필수 코페이먼트 금액에는 예외를 요청할 수 없습니다.

2. 보장약에 대한 제한 취소

- 의약품 목록의 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙이나 제한 사항(자세한 내용은 **가입자 핸드북 5 장**, 섹션 C, 148 페이지 참조)
- 특정 의약품에 대한 추가 규칙 및 제한은 다음을 포함합니다.
 - 브랜드 약 대신 제네릭 약을 이용해야 합니다.
 - 당사가 가입자를 위한 의약품 보장에 동의하기 전에 미리 당사의 승인을 받아야 합니다. 이것을 때로 '사전 승인'(PA)이라고 합니다.
 - 고객이 요청하는 의약품을 보장하기로 당사가 동의하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도하도록 요구하는 경우로 이를 때로 '단계적 치료법'이라고 합니다.
 - 분량 제한. 일부 약에 대해서는 받으실 수 있는 약의 수량이 제한됩니다.

G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점

담당 의사나 다른 처방자가 당사에 의학적 사유를 설명해야 합니다

고객의 의사 또는 다른 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명하는 진술서를 당사로 제공해야 합니다. 신속한 결정을 원할 경우 예외 경우를 요청하실 때 가입자의 의사나 처방자로부터 이러한 의료적 정보를 함께 제공하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



당사의 의약품 목록에는 때로 특정 상태를 치료하기 위한 의약품이 하나 이상 포함되어 있습니다. 이들을 '대체' 의약품이라고 합니다. 대체 의약품이 귀하가 요청한 의약품만큼 효과적이고 더 많은 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 가입자의 요청에 동의하거나 거부할 수 있습니다.

- 당사가 가입자의 예외 요청을 승인하는 경우 대개는 당해 역년 말까지 예외처리가 지속될 것입니다. 이것은 가입자의 의사가 계속하여 처방을 하고 그것이 치료에 안전하고 유효할 경우에만 해당됩니다.
- 당사가 가입자의 예외 요청을 거부하는 경우 이의 신청을 할 것인지 결정할 수 있습니다. 당사가 거부하는 경우의 이의 신청에 관해서는 **섹션 G5, 244** 페이지를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외 경우를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청

- 원하는 보장 결정 유형을 요청하려면 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하시거나, 서신 또는 팩스를 이용하십시오. 가입자, 가입자의 대리인 또는 의사(또는 다른 처방자)가 할 수 있습니다. 가입자의 이름, 연락처 및 청구에 대한 정보를 기재해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.
- 고객 또는 고객의 의사(또는 다른 처방자) 또는 고객을 대행하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 대리인으로 변호사를 고용하실 수 있습니다.
- 대리인을 지명하는 방법을 알아보려면 **섹션 E3, 222** 페이지를 참조하십시오.
- 귀하를 대신하여 보장 결정을 요청할 의사나 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 당사에 의약품 비용 환급을 요청하려면 **가입자 핸드북 7 장**을 참조하십시오.
- 예외를 요청할 경우 '근거 진술서'를 제공하십시오. 근거 진술서에는 담당 의사 또는 기타 처방자의 예외 요청에 대한 의학적 근거가 포함됩니다.
- 고객의 의사나 기타 처방자는 당사로 근거 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 전화로 연락한 다음 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다.

고객의 건강 때문에 필요하다면, 당사로 '신속한 보장 결정'을 요청하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



당사는 '신속한 기한'을 사용하기로 동의하지 않은 한, '표준 기한'을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다.
- **신속한 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다.

'신속한 보장 결정'은 '**긴급 보장 판단**'이라고 불립니다.

다음의 경우에 신속한 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- 아직 받지 못한 의약품에 대한 것일 경우. 고객은 고객이 이미 구매한 약에 대해 고객에게 상환하라고 당사로 요청하는 경우에는 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용한다면 귀하의 건강이나 기능이 심각하게 해를 입을 수 있는 경우.

가입자의 의사나 기타 처방자가 당사에 귀하의 건강으로 인해 신속한 보장 결정이 필요하다고 말할 경우 당사는 이에 동의하고 신속한 보장 결정을 제공합니다. 당사는 이 사실을 기재한 서신을 귀하에게 발송합니다.

- 담당 의사나 기타 처방자의 지원 없이 신속한 보장 결정을 요청하는 경우 신속한 보장 결정의 제공 여부는 당사에서 결정합니다.
- 당사가 가입자의 의학적 상태가 신속한 보장 결정의 요건을 충족하지 않는다고 결정하면, 당사는 대신 표준 기한을 사용합니다.
 - 당사는 이 사실을 기재한 서신을 귀하에게 발송합니다. 이 서신에는 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하는 방법이 나와 있습니다.
 - 가입자는 '신속 불만사항'을 제기하셔서 24 시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K, 262** 페이지를 참조하십시오.

신속한 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 24 시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 24 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 고객의

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다.

- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다. 2 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6**, 246 페이지를 참조하십시오.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 근거 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다. 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다.

귀하가 아직 받지 않은 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 72 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다.
- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 예외에 대한 근거 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다. 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다.

고객이 이미 구매한 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 요청을 접수 후부터 달력일 기준으로 14 일 이내에 대답을 제공해야 합니다.
- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 달력일 기준으로 14 일 이내에 비용을 환급합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다. 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다.

G5. 1 차 이의 신청

Medicare Part D 약 보장 결정에 대한 이의 신청을 하는 것은 플랜 '**재판단**'이라고 불립니다.

- **표준** 또는 **신속 이의 신청**을 시작하려면 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하거나 서신 또는 팩스를 발송하십시오. 가입자, 가입자의 대리인 또는 의사(또는 다른 처방자)가 할 수 있습니다. 가입자 이름, 연락처 및 이의 신청 관련 정보를 기재해 주십시오.
- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 **달력일 기준으로 60 일 이내**에 이의 신청을 하셔야 합니다.
- 가입자가 기한을 놓쳤지만 정당한 사유가 있는 경우, 당사는 가입자에게 이의 신청 접수를 위한 시간을 더 드릴 수 있습니다. 정당한 사유란 가입자가 심각한 질병이 있었거나, 당사가 가입자에게 이의 신청 요청 기한에 대한 잘못된 정보를 제공한 경우입니다. 이의 신청 시 귀하는 이의 신청이 지연된 이유를 설명합니다.
- 고객은 고객의 이의 신청에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다. 또한 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다.

고객의 건강 때문에 신속한 응답이 필요하다면, 고객은 '신속 이의 신청'을 요청해야 합니다.

신속 이의 신청은 '**긴급 재판단**'이라고 불립니다.

- 아직 받지 않은 의약품에 대한 당사의 결정에 이의 신청을 하신다면 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자는 신속 이의 신청이 필요한지 결정합니다.
- 신속 이의 신청에 대한 요건은 신속한 보장 결정과 동일합니다. 자세한 내용은 **섹션 G4**, 241 페이지를 참조하십시오.

가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 이의 신청을 검토하고 귀하의 보장 결정에 대한 모든 정보를 다시 한 번 면밀하게 살펴봅니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사가 고객의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다.
- 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자, 가입자의 의사나 다른 처방자에게 연락드릴 수 있습니다.

1차 신속 이의 신청 기한

- 저희가 신속 처리 기한을 사용하면 반드시 이의 신청을 접수한 뒤 **72 시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
 - 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다.
 - 당사가 72 시간 이내에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그러면 IRO가 이를 검토합니다. 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**, 246 페이지를 참조하십시오.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 가입자의 이의 신청을 받은 후 제공하기로 했던 보증을 72 시간 이내에 적용해야 합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다.

1차 표준 이의 신청 기한

- 저희가 표준 기한을 사용한다면 저희는 가입자가 받지 않은 의약품에 대한 가입자의 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7 일 이내**에 반드시 답변을 가입자에게 제공해야 합니다.
- 약을 아직 받지 못하고 건강 상태로 인해 필요한 경우 더 빨리 결정을 내릴 것입니다. 고객의 건강으로 인해 필요한 경우 신속 이의 신청을 요청하십시오.
 - 당사가 달력일 기준으로 7 일 이내에 결정을 내리지 않는 경우 당사는 귀하의 요청을 2차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그러면 IRO가 이를 검토합니다. 검토 기관 및 2차 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**, 246 페이지를 참조하십시오.

당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **승인**하는 경우:

- 저희는 이의 신청을 접수한 뒤 건강 상태에 따라 최대한 빨리 하지만 늦어도 **달력일 기준으로 7 일 이내**에 **보장**을 제공해야 합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 30 일 이내**에 귀하가 구입한 의약품에 대한 **비용을 귀하에게 보내야** 합니다.

당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **거부**하는 경우:

- 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다.
- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 14 일 이내**에 귀하가 구입한 의약품의 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.
 - 당사가 달력일 기준으로 14 일 이내에 결정을 내리지 않는 경우 당사는 귀하의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그러면 IRO 가 이를 검토합니다. 검토 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6, 246 페이지**를 참조하십시오.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 가입자의 요청을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다.

G6. 2 차 이의 신청

당사가 1 차 이의 신청에 **거부** 결정을 한 경우 귀하는 결정을 수용하거나 다시 이의 신청을 할 수 있습니다. 다시 이의 신청을 하기로 한 경우에 2 차 이의 신청 절차를 이용할 수 있습니다. **IRO** 는 첫 번째 이의 신청을 **거부**한 당사의 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사가 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

'독립 검토 기관'(IRO)의 정식 명칭은 '**독립 검토 주체**'입니다. 때때로는 '**IRE**'라고 지칭합니다.

2 차 이의 신청을 하시려면 가입자, 가입자의 대리인이나 의사 또는 처방자가 반드시 가입자의 케이스 검토를 요청하기 위해 IRO 에 **서면**으로 연락해야 합니다.

- 저희가 1 차 이의 신청을 **거부**한다면, 발송되는 고지서에는 IRO 에 **2 차 이의 신청을 하는 방법에 관한 지침**이 포함됩니다. 이 지침은 2 차 이의 신청을 할 수 있는 당사자와 기한, 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다.
- IRO 에 이의 신청을 하실 때 저희는 이 기관에 가입자의 이의 신청 내용을 전달할 것입니다. 이 정보는 가입자의 '케이스 파일'이라고 불립니다. **가입자는 가입자의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.**

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 고객은 고객의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO 에 제출할 권리가 있습니다.

IRO 는 귀하의 Medicare Part D 2 차 이의 신청을 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO 에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**, 230 페이지를 참조하십시오.

2차 신속 이의 신청 기한

건강 상태에 따라 IRO 에 신속 이의 신청을 요청하실 수 있습니다.

- 가입자의 신속 이의 신청에 IRE 가 동의하면, IRE 는 가입자의 요청을 접수한 후 **72 시간 이내**에 답변을 드려야 합니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**한 경우, 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 **24 시간 이내**에 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.

2차 표준 이의 신청 기한

2 차 이의 신청을 표준 이의 신청으로 진행하는 경우 IRO 는 다음 기한 내에 답변을 제공해야 합니다.

- 귀하가 아직 받지 못한 의약품에 대한 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7 일** 이내.
- 귀하가 이미 구입한 의약품에 대한 재지불 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 14 일** 이내.

IRO 에서 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에 승인된 의약품 보장 결정을 제공해야 합니다.
- 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 귀하가 구입한 의약품에 대한 비용을 지불해야 합니다.
- IRO 에서 고객의 이의 신청을 **거부**할 경우, 그것은 그 심사기관은 고객의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. 이것은 '결정의 인정' 또는 '가입자의 이의 신청 거부'라고도 불립니다.

IRO 에서 귀하의 2 차 이의 신청을 **거부**하는 경우, 귀하는 귀하가 요청한 의약품 보장의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족하는 경우 3 차 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 귀하가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 요구되는 최소 금액보다 적으면 다른 이의 신청을 제기할 수 없습니다. 이 경우 2 차 이의 신청 결정이 확정됩니다. IRO 는 3 차 이의 신청을 계속하는 데 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



요청의 달러 가치가 요건을 충족하는 경우 이의 신청을 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2 차 이의 신청 단계 이후 3 개의 단계가 더 있습니다.
- IRO 에서 귀하의 2 차 이의 신청을 **거부**하고 이의 신청 절차를 지속할 수 있는 요건을 충족할 경우 귀하는 다음을 수행할 수 있습니다.
 - 3 차 이의 신청 절차 진행 여부를 결정합니다.
 - 3 차 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 2 차 이의 신청 후 IRO 에서 보낸 서신을 참조하십시오.

ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

H. 당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기

가입자가 병원에 입원하시면, 가입자는 병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한, 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 당사 플랜 병원 보장에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 4 장**, 섹션 D, 81 페이지를 참조하십시오.

고객이 입원해 있는 동안, 고객의 의사와 병원 직원은 고객과 합심해서 고객이 퇴원하게 될 날을 대비합니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 또한 도와 드립니다.

- 병원을 떠나는 날은 '퇴원일'이라고 합니다.
- 담당 의사 또는 병원 직원이 퇴원일을 알려줄 것입니다.

퇴원일이 너무 빠르거나 퇴원 후 진료에 대해 우려되는 경우, 병원 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

이 **섹션 H** 에서 다른 이의 신청에도 불구하고 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 217 페이지 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오. 3 차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기

병원에 입원한 후 2 일 이내에 간호사나 케이스 담당자 등 병원의 누군가가 '고객의 권리에 대해 Medicare 에서 드리는 중요한 메시지'라는 서면 통지서를 제공할 것입니다. Medicare 에 가입된 모든 사람들은 병원에 입원할 때마다 이 고지서를 받습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



이 고지서를 받지 못하셨다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 번호로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 주 7 일, 하루 24 시간 중 언제든지 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

- **이 통지서를 주의 깊게 읽으시고** 이해가 안 되는 부분은 질문하십시오. '중요한 메시지'는 병원 환자로서 다음 권리를 포함한 가입자의 권리에 대하여 설명해 드립니다.
 - 병원 입원 중 및 입원 후 Medicare 에서 보장하는 서비스를 받을 권리. 가입자에게는 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 서비스를 받을 수 있는지에 대해 알 권리가 있습니다.
 - 병원 입원 기간에 대한 모든 의사 결정에 참여할 권리.
 - 병원 의료 서비스 품질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
 - 고객이 너무 빨리 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 이의 신청을 할 고객의 권리.
- 고객은 통지서를 받았고 고객의 권리를 이해했다는 것을 명시하기 위해 **통지서에 서명**.
 - 가입자나 가입자의 대리인이 고지서에 서명할 수 있습니다.
 - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 것만을 나타내는 것입니다. 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 언급했을 수 있는 퇴원 날짜에 동의하는 것은 **아닙니다**.
- 필요한 정보를 확보할 수 있도록 서명한 통지서의 **사본을 보관**하십시오.

퇴원일 최소 2 일 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원하기 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.

다음과 같은 경우 고지서 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 주 7 일, 하루 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 를 방문하십시오.

H2. 1 차 이의 신청

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



고객이 받는 입원환자 병원 서비스를 당사가 더 오래 보장하기 원한다면 고객은 반드시 이의 신청을 요청합니다. 품질 개선 기관(QIO)에서 1 차 이의 신청을 심사하여 가입자의 경우 계획된 가입자의 퇴원 날짜가 의료적으로 적합했는지를 확인합니다.

QIO 에는 연방 정부에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. 이러한 전문가들은 Medicare 가입자를 위해 품질을 확인하고 개선하도록 지원합니다. 이 전문가들은 당사 플랜의 일부가 아닙니다.

California 에서는 QIO 가 Livanta 이며, 연락처는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번입니다. 연락처 정보는 '고객의 권리에 대해 Medicare 에서 드리는 중요한 메시지' 고지서 및 2 장, 섹션 F, 35 페이지에 나와 있습니다.

병원을 퇴원하기 전에, 즉 늦어도 예정 퇴원일 전에 QIO 에 전화하십시오.

- **가입자가 퇴원 전에 연락하시면**, 귀하의 이의 신청에 대한 QIO 의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 예정된 퇴원일 이후에 병원에 머무를 수 있습니다.
- **귀하가 이의 신청을 위해 전화를 하지 않고**, 귀하의 예정 퇴원날짜 이후에도 계속 입원해 있기로 결정하면, 귀하는 본인의 예정 퇴원날짜 이후에 귀하가 받는 병원 치료의 모든 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 가입자가 이의 신청에 대한 QIO 연락 기한을 놓치시면, 가입자는 대신에 당사 플랜에 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 당사에 대한 이의 신청에 관해서는 **섹션 G4**, 241 페이지를 참조하십시오.
- 병원 입원은 Medicare 와 Medi-Cal 이 모두 보장하기 때문에, 품질 개선 기관이 가입자가 입원을 지속하는 것에 대한 요청을 심리하지 않거나, 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나, 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 California 보건 관리부에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 230 페이지의 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오.

필요하시면 도움을 요청하십시오. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우:

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오.

신속한 검토를 요청하십시오. QIO 에 빨리 연락하여 퇴원에 대한 신속한 심사를 요청합니다.

'신속한 심사'에 해당하는 법률 용어는 '즉시 검토' 또는 '긴급 검토'입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



신속한 심사 절차

- QIO의 심사자들은 가입자 또는 대리인에게 예정된 퇴원 날짜 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문합니다. 반드시 진술서를 작성하는 것은 아니나 작성해야 할 수도 있습니다.
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 병원 및 당사가 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 다음 날 정오까지 심사자들은 당사 플랜으로 고객의 이의 신청에 대해 알려주고, 고객은 계획된 퇴원 날짜를 알려주는 편지를 받습니다. 또한 이 편지는 의사, 병원 및 그리고 당사가 그날이 가입자에게 의료적으로 적합한 퇴원 날짜라고 판단하는 이유를 제공합니다.

이 서면 설명서에 해당하는 법률 용어는 '**퇴원에 대한 세부 공지(Detailed Notice of Discharge)**'입니다. 이 공지 샘플을 받으시려면 주 7일 하루 24시간 언제든지 이 페이지 하단에 있는 번호로 고객 서비스부 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하시면 됩니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다). 또한 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서 온라인으로도 샘플 공지를 참조할 수 있습니다.

필요한 모든 정보를 입수한 후 1일 뒤에 QIO에서 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 해당 기관은 귀하의 예정 퇴원일이 의료적으로 적합하다고 생각합니다.
- 가입자의 입원 서비스에 대한 보장 제공은 QIO에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 후 정오에 끝나게 됩니다.
- 가입자는 QIO에서 이의 신청에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후 받은 병원 치료에 대해 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- QIO가 1차 이의 신청을 **거부**하고 예정된 퇴원일 이후에 병원에 계속 머무르는 경우 2차 이의 신청을 하실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



H3. 2 차 이의 신청

2 차 이의 신청의 경우 1 차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO 에 요청합니다.
1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하십시오.

QIO 가 가입자의 1 차 이의 신청을 **거부한 후 달력일 기준으로 60 일 이내에** 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 병원에 머물렀을 경우에만 요청하실 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토합니다.
- 재검토를 위해 귀하의 요청을 수령한 날로부터 14 일 이내에 2 차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 귀하가 QIO 에서 1 차 이의 신청을 거부한 날의 다음 날 정오 이후 받은 병원 치료에 대해 당사 부담액을 환불해야 합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 품질 개선 기관은 1 차 이의 신청에 대한 기관의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.
- 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하시거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 209 페이지 **섹션 E4** 를 참조해 주십시오.

ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

H4. 1 차 대체 이의 신청

1 차 이의 신청을 위해 QIO 에 연락할 수 있는 기한은 60 일 이내 또는 예정 퇴원일 이전입니다.
1 차 이의 신청 기한이 지난 경우 '대체 이의 신청' 절차를 이용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 퇴원일에 대한 '신속한 심사'를 요청하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



'신속한 심사' 또는 '신속 이의 신청'에 해당하는 법률 용어는 '**긴급 이의 신청**'입니다.

- 당사는 가입자의 병원 입원에 대한 모든 정보를 살펴봅니다.
- 당사는 첫 번째 결정이 공정하며 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 당사는 표준 기한 대신 신속한 기한을 사용하며 귀하가 신속한 심사를 요청한 날로부터 72 시간 이내에 결정을 내립니다.

당사가 가입자의 신속 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 퇴원일 이후 병원에 머물러야 한다는 데 동의합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.
- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 반드시 상환합니다.

당사가 가입자의 신속 이의 신청을 **거부**하는 경우:

- 당사는 예정 퇴원일이 의료적으로 적합하다는 데 동의합니다.
- 귀하의 입원 서비스 보장은 귀하가 알린 날짜에 종료됩니다.
- 당사는 이 날짜 이후에 발생한 비용에 대해 당사 부담액을 지불하지 않습니다.
- 귀하는 병원에 계속 입원해 있는 경우 예정 퇴원일 이후에 받은 병원 관리의 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 당사는 귀하의 이의 신청을 IRO 로 보내 당사가 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다. 이 경우 귀하의 케이스는 자동으로 2 차 이의 신청 절차로 보내집니다.

H5. 2 차 대체 이의 신청

2 차 이의 신청에 대한 정보를 1 차 이의 신청을 **거절**한 후 24 시간 이내에 IRO 로 보냅니다. 이 절차는 자동으로 수행됩니다. 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다.

당사가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**, 262 페이지를 참조하십시오.

IRO 는 이의 신청을 신속하게 심사합니다. 이 기관은 병원 퇴원에 대해 모든 정보를 면밀히 살피고 일반적으로 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

IRO 에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 반드시 상환합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

IRO 에서 가입자의 이의 신청을 거부할 경우:

- 이 기관은 예정된 퇴원일이 의료적으로 적합했다는 데 동의합니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.

ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 217 페이지 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오. 3 차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

I. 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청

이 섹션은 귀하가 받을 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 서비스
- 전문간호시설에서 받는 전문 간호 케어 및
- Medicare 승인 CORF 에서 외래환자로서 받는 재활 치료. 이것은 고객이 병이나 사고 때문에 치료를 받고 있다는 것을 또는 중요한 수술을 받고 나서 회복 중이라는 것을 의미합니다.

이런 종류의 간호 중 여하한 것에 대해 고객이 이를 필요로 한다고 의사가 말하는 한 고객은 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.

이 중 하나라도 당사가 보장을 중단하기로 결정하면 당사는 서비스가 끝나기 **전에** 고객에게 이를 알려드려야 합니다. 해당 서비스에 대한 귀하의 보장이 종료되면 당사는 해당 비용을 지불하지 않습니다.

치료에 대한 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하시는 경우 **당사 결정에 대한 이의를 신청하실 수 있습니다.** 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



11. 보장 종료 전 사전 통지

귀하의 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2 일 전에 귀하에게 서면 통지서를 보내드립니다. 이를 'Medicare 보장 비제공 고지서'라고 합니다. 통지서에는 가입자의 치료를 중단하는 날짜와 당사 결정에 대해 이의를 신청하는 방법이 나와 있습니다.

고객 또는 고객의 대리인은 이 통지서를 받았음을 확인하기 위해 이에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 귀하가 정보를 수령한 사실만을 의미합니다. 서명한다고 해서 귀하가 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미하지는 **않습니다**.

12. 1 차 이의 신청

가입자는 당사가 치료에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각하시면, 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 1 차 이의 신청 절차와 귀하가 할 수 있는 일을 설명합니다.

- **기한을 지키십시오.** 기한이 중요합니다. 귀하가 해야 하는 일에 적용되는 기한을 이해하고 따르십시오. 당사 플랜도 기한을 따라야 합니다. 당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 불만사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 K, 262** 페이지를 참조하십시오.
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우:
 - 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.
 - HICAP 에 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오.
- **QIO 에 문의하십시오.**
 - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2, 249** 페이지를 참조하거나 **가입자 핸드북 2 장**을 참조하십시오.
 - 이의 신청을 검토하고 당사 결정의 변경 여부에 대한 결정을 요청하십시오.
- **'신속 이의 신청'을 신속하게 요청하십시오.** 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의료적으로 적합한지 QIO 에 문의하십시오.

이 기관에 연락하는 데 있어 가입자가 지켜야 할 기한

- 이의 신청을 하려면 당사가 발송한 Medicare 보장 비제공 고지서의 발효일 전날 정오까지 QIO 에 연락하셔야 합니다.
- 가입자가 QIO 에 연락할 수 있는 기한을 놓치시면, 가입자는 대신에 당사에 직접 이의 신청을 하실 수 있습니다. 자세한 방법에 대해서는 **섹션 14, 258** 페이지를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 품질 개선 기관이 가입자의 의료 서비스 보장 지속에 대한 요청을 심리하지 않거나, 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나, 극심한 통증이 있는 경우, 가입자는 California 보건 관리부에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 217 페이지 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오.

서면 통지서에 해당하는 법률 용어는 '**Medicare 보장 비제공 고지서**'입니다. 샘플 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호로 주 7 일, 하루 24 시간 언제든지 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 또는 온라인으로 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 에서 사본을 받으실 수 있습니다.

신속 이의 신청 절차

- QIO 의 검토자들은 가입자 또는 대리인에게 해당 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문합니다. 반드시 진술서를 작성하는 것은 아니나 작성해야 할 수도 있습니다.
- 검토자들은 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 또한 당사 플랜은 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 설명서를 발송합니다. 검토자가 귀하의 이의 신청에 대해 저희에게 알리는 날까지 설명서를 받게 됩니다.

서면 설명서를 나타내는 법률 용어는 '**보장 비제공에 대한 구체적인 설명**'입니다.

- 검토자는 필요한 모든 정보를 얻은 후 하루 안에 결정을 알려줍니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 귀하의 보장은 당사가 이를 알린 날에 종료됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



- 설명서 나와 있는 날짜에 이 진료에 대한 당사의 분담액의 지불을 중지할 것입니다.
- 보장 종료일 이후에 가정 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 CORF 서비스를 계속 받기로 결정한 경우 이 치료의 전체 비용을 귀하가 직접 부담합니다.
- 이러한 서비스를 계속 받을지 여부와 2 차 이의 신청 진행 여부를 결정합니다.

13. 2 차 이의 신청

2 차 이의 신청의 경우 1 차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO 에 요청합니다.
1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번으로 전화하십시오.

QIO 가 가입자의 1 차 이의 신청을 **거부**한 후 **달력일 기준으로 60 일 이내**에 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 건강 관리를 계속한 경우**에만** 요청하실 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토합니다.
- 재검토를 위해 귀하의 요청을 수령한 날로부터 14 일 이내에 2 차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 분담액을 고객에게 반드시 상환합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

QIO 에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 이 기관은 귀하의 진료 종료에 대한 당사의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.
- 가입자의 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 217 페이지 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오. 3 차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) DMHC 에 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**, 259 페이지를 참조하십시오.

14. 1 차 대체 이의 신청

섹션 12, 242 페이지에서 설명된 것과 같이 QIO 에 1 차 이의 신청을 하려면 빨리 조치하셔야 합니다. 기한이 지난 경우 '대체 이의 신청' 절차를 이용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 '신속한 심사'를 요청하십시오.

'신속한 심사' 또는 '신속 이의 신청'에 해당하는 법률 용어는 '**긴급 이의 신청**'입니다.

- 저희는 가입자 케이스의 정보를 모두 검토합니다.
- 당사는 귀하의 보장 서비스 종료일을 정할 당시의 첫 번째 결정이 공정하며 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 당사는 표준 기한 대신 신속한 기한을 사용하며 귀하가 신속한 심사를 요청한 날로부터 72 시간 이내에 결정을 내립니다.

당사가 가입자의 신속 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 귀하의 서비스 연장이 필요하다는 데 동의합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.
- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 상환하는 데 동의합니다.
- 당사가 가입자의 신속 이의 신청을 **거부**하는 경우:
 - 해당 서비스의 보장은 당사가 이를 알린 날에 종료됩니다.
 - 당사는 이 날짜 이후에 발생한 비용에 대해 당사 부담액을 지불하지 않습니다.
 - 귀하의 보장이 종료될 것임을 당사가 알린 날 이후에 지속해서 받은 서비스에 대한 전액을 귀하가 지불해야 합니다.
 - 당사는 귀하의 이의 신청을 IRO 로 보내 당사가 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다. 이 경우 귀하의 케이스는 자동으로 2 차 이의 신청 절차로 보내집니다.

15. 2 차 대체 이의 신청

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



2 차 이의 신청 중:

- 2 차 이의 신청에 대한 정보를 1 차 이의 신청을 거절한 후 24 시간 이내에 IRO 로 보냅니다. 이 절차는 자동으로 수행됩니다. 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다.
- 당사가 이 기한 또는 다른 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K, 262** 페이지를 참조하십시오.
- IRO 는 이의 신청을 신속하게 심사합니다. 이 기관은 병원 퇴원에 대해 모든 정보를 면밀히 살피고 일반적으로 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

IRO 에서 가입자의 이의 신청을 승인하는 경우:

- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 케어의 비용의 당사 측 부담액을 고객에게 반드시 상환합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

IRO 에서 가입자의 이의 신청을 거부할 경우:

- 이 기관은 귀하의 진료 종료에 대한 당사의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.

가입자는 또한 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 230 페이지 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오. 3 차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

ALJ 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4, 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J, 259** 페이지를 참조하십시오.

J. 2 단계 이상으로 이의 신청 진행하기**J1. Medicare 서비스 및 품목을 위한 다음 단계**

고객이 Medicare 서비스나 품목에 대해 1 차 이의 신청과 2 차 이의 신청을 했고, 두 이의 신청 모두 거절되었다면, 추가 단계의 이의 신청을 할 권리가 있을 수도 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



귀하가 이의를 신청한 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 못하는 경우, 귀하는 더 이상 이의를 신청할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높은 경우 귀하는 이의 신청 절차를 계속 진행할 수 있습니다. 2 차 이의 신청을 위해 IRO 에서 받은 서신에는 3 차 이의 신청을 하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3차 이의 신청

3 차 이의 신청 절차는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 행정법 판사 또는 연방 정부에 소속된 대리 재판관입니다.

행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **승인**하면 당사는 가입자에게 유리한 3 차 결정에 이의를 신청할 수 있는 권리가 있습니다.

- 결정에 대해 **이의 신청을 하기로** 결정했다면 저희는 4 차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4 차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다.
- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하지 않기로** 결정할 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60 일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **거부**하면 이의 신청 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으시면** 이 검토 절차의 다음 단계를 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4 차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청

Medicare 항소 의회(의회)에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다.

의회가 귀하의 4 차 이의 신청을 **승인**하거나 귀하에게 유리한 3 차 이의 신청 결정에 대한 당사의 검토 요청을 거부하는 경우 당사는 5 차 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하기로** 결정하는 경우, 저희는 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.
- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하지 않기로** 결정하는 경우, 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60 일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



의회가 동의하지 않거나 검토 요청을 **거부**하면 이의 신청 절차는 끝나지 않을 수 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으면** 검토 절차의 다음 단계로 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 5 차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다.

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **동의** 또는 **거부** 여부를 결정할 것입니다. 이것은 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후에 추가 이의 신청 단계는 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 이의 신청

이의 신청이 일반적으로 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스나 품목에 대한 것일 경우 다른 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 주 공청회 담당 부서에서 받은 서신에는 이의 신청 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다.

J3. Medicare Part D 약 요청에 대한 3, 4 및 5 차 이의 신청

이 섹션은 1 차 이의 신청 및 2 차 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. 가입자의 2 차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3 차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

3차 이의 신청

3 차 이의 신청 절차는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 행정법 판사 또는 연방 정부에 소속된 대리 재판관입니다.

행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 이의 신청 절차가 종료됩니다.
- 당사는 승인된 의약품 보장을 72 시간(긴급 이의 신청의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **거부**하면 이의 신청 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으시면** 이 검토 절차의 다음 단계를 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 4 차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청

의회에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다.

의회가 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 이의 신청 절차가 종료됩니다.
- 당사는 승인된 의약품 보장을 72 시간(긴급 이의 신청의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다.

의회가 가입자의 이의 신청을 **거부**하면 이의 신청 절차가 끝날 수도 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 절차는 끝나게 됩니다.
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으시면** 검토 절차의 다음 단계로 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 5 차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다.

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **동의** 또는 **거부** 여부를 결정할 것입니다. 이것은 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후에 추가 이의 신청 단계는 없습니다.

K. 불만사항 제기 방법

K1. 어떤 문제들이 불만사항이 될 수 있는가?

불만사항 처리 과정은 특정 종류의 문제들만 다룹니다. 예를 들면 진료 품질, 대기 시간, 진료 조정, 가입자 서비스 등입니다. 불만사항 제기 절차에서 처리되는 문제의 예는 다음과 같습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



불만사항	예
의료 서비스의 질	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 병원에서 받는 진료 등의 진료 품질에 만족하지 못합니다.
개인정보보호 준수	<ul style="list-style-type: none"> 타인이 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 비밀 정보를 공유했다고 생각합니다.
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	<ul style="list-style-type: none"> 건강 의료 제공자 또는 직원이 고객에게 무례했거나 고객을 존중하지 않았습니다. 당사 직원의 응대가 미흡했습니다. 고객은 자신이 플랜에서 억지로 탈퇴당한다고 생각이 드는 경우가 있습니다.
접근성 및 언어 지원	<ul style="list-style-type: none"> 고객은 의사나 의료 제공자 진료실에서 신체적으로 건강 진료 서비스 및 시설 이용에 접근할 수가 없습니다. 담당 의사나 의료 제공자가 귀하가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역사를 제공하지 않습니다. 귀하의 의료 제공자는 귀하에게 필요하고 요청하는 기타 합당한 편의를 제공하지 않습니다.
대기 시간	<ul style="list-style-type: none"> 고객이 예약을 하는 데 문제가 있거나 예약하는 데 너무 오래 걸립니다. 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 너무 오래 기다리게 합니다.
청결도	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 진료소, 병원 또는 의사의 진료실이 깨끗하지 않다고 생각합니다.
저희가 제공한 정보	<ul style="list-style-type: none"> 귀하는 받아야 할 공지 또는 서신을 당사가 제공하지 않았다고 생각합니다. 고객은 당사가 보낸 서면 정보가 이해하기에 너무 어려웠다고 생각합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



불만사항	예
보장 결정 또는 이의 신청과 관련된 적시성	<ul style="list-style-type: none"> • 당사가 보장 결정 또는 고객의 이의 신청 답변 시 기한을 준수하지 않았다고 생각합니다. • 고객은 보장 결정이나 이의 신청 결정을 고객에게 유리한 쪽으로 받은 뒤에 당사가 고객의 서비스를 보장하거나 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 고객에게 상환하는 마감일을 지키지 않았다고 생각합니다. • 귀하의 케이스를 IRO 로 당사가 기한 내에 보내지 않았다고 생각합니다.

다양한 불만사항이 있습니다. 고객은 내부 불만사항을 접수하거나 외부 불만사항 접수를 하실 수 있습니다. 내부 불만사항은 당사 플랜에서 처리되고 검토됩니다. 외부 불만사항은 당사 플랜과 연관이 없는 기관에서 처리되고 검토됩니다. 내부 및/또는 외부 불만사항을 접수하는 데 도움이 필요하시면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하실 수 있습니다. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다.

'불만사항'에 해당하는 법률 용어는 '고충'입니다.

'불만사항 제기'의 법률 용어는 '고충 접수'입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만사항을 제기하려면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 문의 사항이 있는 경우 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. Medicare Part D 약에 관한 것만 아니면 언제든지 불만사항 제기를 하실 수 있습니다. Medicare Part D 약 관련 불만사항은 고객이 불만사항을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 **달력일 기준으로 60 일 이내**에 제기되어야 합니다.

- 가입자가 할 필요가 있는 다른 뭔가가 있으면, 가입자 서비스부가 가입자에게 말씀드릴 것입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 또한 가입자는 서면으로 불만사항을 작성하여 당사에 보낼 수 있습니다. 서면으로 불만사항을 제기하시면 서면으로 저희가 불만사항에 대한 답변을 드립니다.
- 가입자가 서면 답변을 요청할 경우 당사는 서면으로 회신합니다. 서면으로 불만사항(고충)을 제기하거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우 서면으로 답변해 드리겠습니다.
- 당사는 가입자의 불만사항을 접수한 지 5 일 이내에 서신을 보내 이의 신청을 받았음을 알려 드립니다.

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. 경우에 따라 불만사항에 대한 신속한 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이것을 '신속 불만사항' 절차라고 부릅니다. 다음과 같은 상황에서 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 불만사항을 신속하게 검토할 수 있습니다.

- 의료 서비스 혹은 Medicare Part D 약에 대한 요청을 빠른 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
- 거부된 서비스 혹은 Medicare Part D 약에 대한 이의 신청을 빠르게 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우.
- 의료 서비스 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- 거부된 의료 서비스에 대한 이의 신청을 검토하기 위해 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- Medicare Part D 관련 불만사항은 고객이 불만사항을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 휴일 포함 반드시 60 일 이내에 제기되어야 합니다. 기타 모든 유형의 불만사항은 반드시 고객이 불만족을 느낀 사건 및 행동 발생 당일로부터 언제든지 당사 또는 해당 의료 제공자에 접수되어야 합니다.
- 당사가 '신속한 보장 결정' 또는 '신속 이의 신청'을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '신속 불만사항' 접수 권한을 부여하고 24 시간 안에 고객의 불만사항에 답변해야 합니다.

'신속 불만사항'에 해당하는 **법률 용어**는 '긴급 고충'입니다.

가능하면 바로 답변을 제공합니다. 불만사항에 대해 전화를 하시면 바로 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요하시면 빠르게 답변해 드립니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 당사는 달력일 기준으로 30 일 이내에 대부분의 불만사항에 응답합니다. 당사가 더 많은 정보를 필요로 하여 30 일 이내에 결정을 내리지 못할 경우, 서면으로 고객에게 통지합니다. 당사는 또한 진행 상태 소식과 예상 답변 시간을 제공합니다.
- 당사가 '신속한 보장 결정' 또는 '신속 이의 신청'을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '신속 불만사항' 접수 권한을 부여하고 24 시간 안에 고객의 불만사항에 답변합니다.
- 당사가 보장 결정 또는 이의 신청 관련하여 추가적으로 시간을 소요하여 고객이 불만사항을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '신속 불만사항' 접수 권한을 부여하고 24 시간 안에 고객의 불만사항에 답변합니다.

당사가 가입자의 불만사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않으면, 가입자에게 이를 알려 드리고 이유를 설명합니다. 저희는 불만사항에 대해 동의 여부를 반드시 알려 드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

고객의 불만사항을 Medicare 에 알리거나 보낼 수 있습니다. Medicare 불만사항 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에서 받으실 수 있습니다. Medicare 에 불만사항을 제기하기 전에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 불만사항을 제기할 필요는 없습니다.

Medicare 는 가입자의 불만사항을 중요하게 생각하며 이러한 정보는 Medicare 프로그램 품질을 개선하는 데 사용됩니다.

다른 의견이나 우려 사항이 있거나 건강 플랜에서 본인의 문제를 다루지 않고 있다고 생각하시는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048 번입니다. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

California 보건 관리부(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman 에 1-888-452-8609 번으로 전화하여 불만사항을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 711 번입니다. 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00 에 전화하십시오.

California 보건 관리부(DMHC)에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. DMHC 는 건강 플랜을 규제합니다. 가입자는 DMHC 지원 센터에 연락하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 긴급하지 않은 문제의 경우, 1 차 이의 신청의 결정에 동의하지 않거나, 달력일 기준으로 30 일 후에도 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우 DMHC 에 불만사항을 제기할 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제가 수반된 불만 또는

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 불만과 관련하여 도움이 필요하신 경우, 극심한 통증이 있는 경우, 불만에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 30 일이 지난 후에도 당사 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우, 1 차 이의 신청을 하지 않고도 DMHC 에 문의하실 수 있습니다.

지원 센터에서 도움을 얻는 방법은 다음 두 가지입니다.

- 1-888-466-2219 번으로 전화하십시오. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TTY 번호, 무료전화 1-877-688-9891 번을 이용하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- Department of Managed Health Care 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

OCR(Office for Civil Rights)

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시는 경우 보건 복지부(HSS) OCR 에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 예를 들면, 장애 관련 또는 언어 관련 보조에 대한 '불만사항 제기'를 하실 수 있습니다. OCR 의 전화번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 전화하셔야 합니다. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr 을 방문하여 확인하실 수 있습니다.

다음 연락처로 현지 OCR 사무소에도 문의할 수 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
전화: 1-800-368-1019
TTY 1-800-537-7697
팩스: 1-202-619-3818

또한 가입자는 미국 장애인법(ADA) 및 언루 인권법(Unruh Civil Rights Act)에 따른 권리를 갖고 있습니다. Ombuds 프로그램에 지원을 문의하실 수 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609(TTY: 711)번이며 월요일~ 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하실 수 있습니다(PST, 공휴일 제외).

QIO

불만사항이 진료 품질에 대한 것이라면 고객은 2 가지 선택 사항이 있습니다.

- 진료 품질에 대한 불만사항을 QIO 에 직접 접수하실 수 있습니다.
- 가입자는 QIO 와 당사 플랜에 불만사항을 접수할 수 있습니다. 가입자가 불만사항을 QIO 에 접수하시면, 당사는 불만 해결을 위해 이 기관과 협력합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.



QIO 는 Medicare 환자들에게 제공되는 관리의 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체입니다. QIO 에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2**, 236 페이지 또는 *가입자 핸드북 2 장*을 참조하십시오.

California 에서 QIO 는 Livanta 로 불립니다. Livanta 의 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 1-855-887-6668)번입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



10장: 플랜 가입 종료

개요

본 장은 가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 방법과 플랜을 탈퇴한 후에 가입자가 갖는 건강 보험 보장 옵션에 대해 다룹니다. 플랜을 탈퇴하는 경우 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램은 귀하의 자격이 되시는 한 계속 가입 상태로 남아있게 됩니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기	271
B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법	272
C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법	272
C1. Medicare 서비스	273
C2. Medi-Cal 서비스	275
D. 플랜 가입이 종료될 때까지의 의료 용품, 서비스 및 약	275
E. 당사 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황	276
F. 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정	277
G. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만사항을 제기할 귀하의 권리	277
H. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법	277

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있으므로, 다음의 각 **특별 등록 기간**에 저희 플랜에서 탈퇴하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

이러한 세 번의 특별 등록 기간 외에도 매년 다음 기간 동안 저희 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- **연례 등록 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 12월 31일에 가입 상태가 종료되고 1월 1일에 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.

가입 상태를 변경할 수 있는 또 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음의 경우 가입 상태를 변경할 수 있습니다.

- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우,
- Medi-Cal 또는 Extra Help 자격이 변경되는 경우, 또는
- 요양시설 또는 장기요양 병원으로 최근에 입원했거나 그곳에서 현재 진료 중이거나 막 퇴원한 상태인 경우.

가입자 자격은 보통 플랜을 변경하려는 가입자의 요청을 당사가 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어 고객의 요청을 당사가 1월 18일에 받았다면, 당사 플랜 보장은 1월 31일에 종료됩니다. 고객의 새 보장은 다음 달 첫째 날(위 예시에서는 2월 1일)에 시작됩니다.

플랜을 탈퇴하면 귀하의 다음 정보를 얻을 수 있습니다.

- **섹션 C1** 260페이지 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 C2** 262페이지에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 가입 종료 방법에 관한 추가 정보를 확인할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호도 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8:00부터 오후 5:00까지 1-800-434-0222(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP를 방문해 주십시오. Health Care Options에 월요일~금요일 오전 8:00부터 오후 6:00까지 TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal Managed Care 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 월~금 오전 8:00~오후 5:00에 연락하시거나 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

참고: 약품 관리 프로그램(DMP)에 등록되어 있다면, 플랜을 변경하지 못할 수도 있습니다. 의약품 관리 프로그램에 대한 내용은 가입자 핸드북 **5장**, 섹션 G3, 169페이지를 참조하십시오.

B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법

탈퇴를 결정하면 다른 Medicare 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 하지만 다른 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않고 저희 플랜에서 Original Medicare로 전환하려는 경우, 저희 플랜에 탈퇴 요청을 해야 합니다. 탈퇴 요청에는 두 가지 방법이 있습니다.

- 저희에 서면으로 요청하실 수 있습니다. 그 방법에 관한 자세한 내용이 필요하면 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자(난청 또는 언어 장애인)는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 1-800-MEDICARE로 전화하면 다른 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 등록할 수도 있습니다. 당사 플랜 탈퇴 시 Medicare 서비스를 받는 것에 관한 자세한 내용은 이 장의 257페이지 차트에 나와 있습니다.
- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일 오전 8:00~오후 6:00에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다.
- 아래의 **섹션 C**에는 다른 플랜에 등록하기 위한 단계가 포함되어 있으며, 이 경우 플랜 가입이 종료됩니다.

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하려는 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



C1. Medicare 서비스

아래에 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

<p>1. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>귀하의 Medicare와 Medi-Cal 보장을 결합한 플랜을 포함한 다른 Medicare 건강 플랜</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경됩니다.</p>
---	--

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



<p>2. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p>
--	--

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



<p>3. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare.</p> <p>참고: 귀하가 Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으면 Medicare는 귀하가 Medicare측에 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 한 의약품 플랜에 귀하를 등록시킬 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노조와 같은 또 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 철회해야 합니다. 의약품 보장에 관한 문의 사항이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00에 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오.</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 5:00에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p>
--	---

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 6:00 사이에 1-844-580-7272번으로 Health Care Options에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Medi-Cal 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

D. 플랜 가입이 종료될 때까지의 의료 용품, 서비스 및 약

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작됩니다. 이 기간에는 새로운 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜에서 처방약 및 진료를 계속해서 받을 수 있습니다.

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 네트워크 소속 약국을 사용하여 처방전 정보를 기입하십시오.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입 자격이 종료되는 날에 병원에 입원한 경우 당사 플랜에서 퇴원할 때까지 입원 기간을 보장합니다. 퇴원 전에 새로운 건강 보장이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

E. 당사 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황

당사가 귀하의 가입자 자격을 반드시 종료해야 하는 경우가 있습니다.

- 가입자의 Medicare Part A 및 Medicare Part B 보장이 중단된 시점이 있는 경우.
- 더 이상 Medi-Cal 자격을 갖추지 못한 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal의 자격을 모두 갖춘 사람들을 위한 플랜입니다.
- California 주 또는 Medicare는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에서 귀하를 탈퇴시키며, 귀하는 Original Medicare로 복귀합니다. 가입자가 Medicare Part D 처방약 지불에 대한 Extra Help를 받으시는 경우, CMS는 가입자를 Medicare 처방약 플랜에 자동 가입시킵니다. 가입자가 나중에 다시 Medi-Cal에 대해 자격을 갖추고 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 재가입을 원하시는 경우, 월요일~금요일 오전 8:00~오후 5:00 사이에 1-800-431-9007번으로 전화하셔야 합니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다. 전화 시 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 재가입을 원한다고 말씀하십시오.
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 저희의 서비스 지역을 6개월 이상 떠나게 된 경우. 가입자는 이사 또는 장기간 여행을 가는 경우, 해당 지역이 본 플랜의 서비스 지역에 속하는지 가입자 서비스부에 전화해서 확인하십시오.
- 형사 범죄로 인해 수감되는 경우.
- 처방약을 제공하는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 알리지 않은 경우.
- 미국 시민이 아니거나 합법적인 미국 체류자가 아닌 경우.
 - 귀하는 당사 플랜의 가입자가 되려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 있어야 합니다.
 - Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 가입자가 이런 기준에서 계속 가입자일 수 있는 자격이 없는지를 당사로 통지합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



- 고객이 이런 요건을 충족하지 않으면 당사는 고객을 탈퇴시켜야 합니다.

이 플랜의 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 6개월입니다. 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실된 달의 다음 달 1일부터 시작됩니다.

당사가 Medicare와 Medi-Cal의 허가를 먼저 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 귀하가 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.

- 저희 플랜 가입 시 플랜 가입 자격 여부에 영향을 줄 수 있는 정보에 대해 의도적으로 잘못된 정보를 제공한 경우
- 계속적으로 업무에 지장을 주는 방식으로 행동하거나 가입자 본인 또는 다른 플랜 가입자에게 의료 서비스를 제공하기 어렵게 만드는 경우
- 가입자가 다른 사람이 가입자의 ID 카드를 사용해 의료 서비스를 받는 것을 허락하는 경우 (이러한 이유로 인해 귀하의 가입 자격을 종료할 경우 Medicare는 검사관에게 귀하의 사례를 조사하도록 요청할 수 있습니다).

F. 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정

당사는 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 건강 관련 이유로 당사가 플랜 탈퇴를 요구한다고 생각하시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 전화하십시오**. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다.

G. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만사항을 제기할 귀하의 권리

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. 또한 불만사항을 제기하는 방법에 대해서는 *가입자 핸드북 9장*, 섹션 K, 262페이지를 참조하실 수 있습니다.

H. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법

문의 사항이 있거나 가입자 자격 종료 관련 추가 정보를 원하시면, 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 전화하실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



11장: 법적 고지

개요

본 장에는 당사 플랜의 가입자 자격에 적용할 수 있는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



목차

A. 법률 관련 주의사항.....	280
B. 차별 금지 공지.....	280
C. 두 번째 지불자로서 Medicare 및 마지막 지불자로서 Medi-Cal에 대한 고지.....	281
D. Medi-Cal 재산 회복 관련 고지.....	281
E. 독립 계약자.....	282
F. 의료 플랜 사기.....	282
G. Wellcare by Health Net의 통제 밖의 정황.....	282

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



A. 법률 관련 주의사항

이 가입자 핸드북에는 많은 법규가 적용됩니다. 그 법규들이 가입자 핸드북에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 그 법규들은 귀하의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방법 및 주 법규들입니다. 다른 연방법 및 주 법규들도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지 공지

당사는 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 성적 지향, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험 가입 능력 입증, 서비스 지역 내에서의 지리적 위치 등을 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 혈통, 인종 구분, 성 정체성, 결혼 여부 또는 의학적 상태에 따라 불법적으로 사람을 차별, 배제 또는 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

더 많은 정보를 원하거나 차별 또는 불공정한 대우를 우려하는 경우:

- 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-800-537-7697번입니다. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr에서도 확인하실 수 있습니다.
- 보건복지부(Department of Health Care Services), 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 916-440-7370번으로 전화하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 711(통신 릴레이 서비스)번입니다. 차별을 받았다고 생각하여 차별에 대한 고충을 제기하고자 하는 경우 가입자 서비스부(1-800-431-9007, TTY: 711)로 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 서면으로 연락하실 수도 있습니다.

Wellcare by Health Net
 Appeals & Grievances
 Medicare Operations
 P.O. Box 10450
 Van Nuys, CA 91410-0450
www.wellcare.com/healthnetCA

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



귀하의 고충이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우에 전화, 서면 또는 전자적으로 다음과 같이 보건 복지부 인권 사무국에 불만사항을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.
- 서면: 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- 불만사항 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 확인할 수 있습니다.
- 전자: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

장애로 인해 건강 보험 서비스나 의료 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 전화하십시오. 휠체어 접근성 문제 등에 관한 불만사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도와 드립니다.

C. 두 번째 지불자로서 Medicare 및 마지막 지불자로서 Medi-Cal에 대한 고지

때로 당사가 가입자에게 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 우선 지불해야 합니다. 예를 들어 고객이 차 사고를 당했거나 직장에서 다친 경우, 보험 회사 또는 직장 상해 보험에서 먼저 지불해야 합니다.

저희는 Medicare가 첫 번째 지불자가 아닌 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 수급할 수 있는 권리와 의무가 있습니다.

당사는 제3자의 가입자 건강 보험 서비스 제공에 관한 연방 및 주 법률과 규정을 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최종 지불인이 될 수 있도록 타당한 모든 노력을 기울입니다.

D. Medi-Cal 재산 회복 관련 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 가입자의 상속 재산을 상환해야 합니다. 상환에는 요양시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스를 위한 서비스 요금 및 치료 보험료/보조금, 가입자가 요양시설 입원 환자이거나 가정 및 지역사회 기반

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



서비스를 받고 있을 때 받은 관련 병원 및 처방약 서비스가 포함됩니다. 상환은 가입자의 상속 재산액을 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 Department of Health Care Services의 재산 회복 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er를 참조하거나, 916-650-0590번으로 전화하십시오.

E. 독립 계약자

Wellcare by Health Net과 참여하는 의료 제공자는 독립적인 계약 관계입니다. 참여 의료 제공자는 Wellcare by Health Net의 직원 또는 대리인이 아니며, Wellcare by Health Net도, Wellcare by Health Net의 직원도, 참여 의료 제공자의 직원 또는 제공자 대리인도 아닙니다. 어떤 경우에도 Wellcare by Health Net은 참여하는 의사나 병원 또는 기타 건강 의료 제공자의 태만이나 부당행위, 부작위에 대해 책임을 지지 않습니다. 참여하는 의사는 Wellcare by Health Net이 아니라 가입자와의 사이에서 의사-환자 관계를 유지합니다. Wellcare by Health Net은 건강 의료 제공자가 아닙니다.

F. 의료 플랜 사기

보건 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 직원, 그들의 대행자에 의한 속임이나 허위진술이라고 정의됩니다. 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어, 허위 진술을 포함하는 클레임을 제출하는 등 의료 플랜에 대한 사기 행위에 고의적으로 가담하는 경우 건강 보험 사기죄가 적용됩니다.

청구서 또는 혜택 설명서 양식에 표시된 요금에 대해 우려되거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 저희 플랜의 수신자 부담 사기 핫라인(Fraud Hotline)에 1-800-977-3565(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 사기 핫라인(Fraud Hotline)은 주 7일, 하루 24시간, 1년 365일 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격히 기밀로 유지됩니다.

G. Wellcare by Health Net의 통제 밖의 정황

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 저희 플랜의 통제 범위를 벗어나 Wellcare by Health Net의 시설 또는 직원이 이 *가입자 핸드북*에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 배정할 수 없게 되는 경우, 그러한 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 Wellcare by Health Net의 의무가 시설 또는 직원의 현재 가용성 내에서 Wellcare by Health Net이 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 해야 한다는 요건으로 제한됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



12장: 주요 용어 정의

개요

본 장에는 *가입자 핸드북*에 사용된 핵심 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나열됩니다. 찾는 용어가 없거나 포함된 정의 이상의 정보가 필요하시면, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



일상 생활 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 칫솔질 등 사람들이 일상에서 수행하는 일.

행정법 판사: 3 차 이의 신청을 검토하는 판사.

AIDS Drug Assistance 프로그램(ADAP): HIV/AIDS 를 앓고 있는 적격 개인이 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 약을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램.

통원 수술 센터: 병원 치료가 필요하지 않고 24 시간 이상 치료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설.

이의 신청: 가입자 생각에 당사가 실수를 했을 경우 당사의 조치에 이의를 신청하는 방법. 가입자는 이의 신청을 제기함으로써 당사에 보장 결정 변경을 요청하실 수 있습니다. *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 E, 207 페이지에 이의 신청 방법을 포함한 이의 신청에 관한 설명이 나와 있습니다.

행동 건강: 정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어.

생물학적 제제: 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아 있는 근원으로 만들어진 처방약. 생물학적 제제는 다른 의약품보다 더 복잡하며 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. 바이오시밀러는 일반적으로 원래의 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하게 작동합니다.

바이오시밀러: 기존 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 것으로 간주되는 처방약. 바이오시밀러는 일반적으로 원래의 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하게 작동합니다. 그러나 바이오시밀러가 원래의 생물학적 제제를 대체하기 위해서는 일반적으로 새로운 처방이 필요합니다. 교체 가능한 바이오시밀러는 새로운 처방이 없이 약국에서 원래의 생물학적 제제로 대체될 수 있도록 하는 추가 요건을 충족했으며, 주 법의 적용을 받습니다.

브랜드 약: 원래 해당 의약품을 제조한 기업이 제조 및 판매하는 처방약. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 버전과 성분이 동일합니다. 제네릭 약은 일반적으로 다른 제약회사에서 제조하여 판매합니다.

케어 코디네이터: 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험, 의료 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자.

진료 계획: '개별화된 진료 계획'을 참조하십시오.

CPO 서비스(Care Plan Optional Services): 개별화된 진료 계획(ICP)에 따라 선택 가능한 추가 서비스. 이러한 서비스는 가입자에게 Medi-Cal 에서 받을 수 있도록 허가된 장기적인 서비스와 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

진료 팀: '융합 진료 팀'을 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare 를 관장하는 연방 기관. CMS 연락 방법은 *가입자 핸드북 2 장*, 섹션 G, 36 페이지를 참조해 주십시오.

지역사회 기반 성인 서비스(CBAS): 외래환자, 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 진료, 사회 보장 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송, 해당하는 자격 요건 기준에 부합하는 가입자에게 제공되는 기타 서비스.

불만사항: 보장 서비스나 진료에 대한 문제나 우려 사항을 제기하는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 품질, 진료 품질, 당사 네트워크 소속 의료 제공자 또는 당사 네트워크 소속 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. '불만사항 제기'의 공식 이름은 '고충 접수'입니다.

종합외래재활시설(CORF): 질병, 사고 또는 주요 수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 물리 치료, 사회 또는 심리적 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

보장 결정: 당사가 제공하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장 의약품이나 서비스 또는 귀하의 건강 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 *가입자 핸드북 9 장*, 섹션 E, 207 페이지에 설명되어 있습니다.

보장약: 당사 플랜이 보장하는 모든 처방약 및 비처방(OTC)약을 가리키기 위해 사용하는 용어.

보장 서비스: 모든 건강 플랜, 장기 일상 서비스 및 지원, 공급, 처방, 비처방 의약품, 장비, 기타 당사 플랜이 보장하는 서비스를 뜻하는 당사의 일반 용어.

문화 역량 교육: 귀하의 배경과 가치, 신념을 잘 이해하고 사회적, 문화적, 언어적 필요에 부합하는 서비스를 제공할 수 있도록 당사 의료 제공자들에게 제공하는 추가 교육.

DHCS (Department of Health Care Services): Medicaid 프로그램(Medi-Cal)을 관리하는 California 주 부처.

관리의료부(DMHC): 건강 플랜 규제를 담당하는 California 주 부처. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 신청 및 불만사항을 제기한 분들을 도와 드립니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 실시합니다.

탈퇴: 당사 플랜 가입 종료 절차. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

약물 관리 프로그램(DMP): 가입자가 처방 오피오이드와 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 지원하는 프로그램.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



이중 자격 특별 요구 플랜(D-SNP): Medicare 와 Medicaid 에 모두 적합한 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜. 당사의 플랜은 D-SNP 입니다.

내구성 의료 장비(DME): 의사가 집에서 사용하도록 지시한 특정 품목. 이런 품목의 예는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 의료 제공자가 주문한 가정용 병원 침대, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등입니다.

응급 상황: 의료적 응급 상황이란 가입자 또는 건강 및 의약품에 대한 평균적 지식을 갖춘 다른 사람이 생각하기에 생명의 상실, 사지의 상실, 사지 기능의 상실을 예방하기 위하여 즉각적인 의료를 필요로 하는 증상을 가입자가 갖고 있다고 보는 상황입니다(임산부의 경우 유산). 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료: 응급 서비스를 제공하도록 교육받은 의료 제공자가 제공하고 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

예외: 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대한 보장 허가 또는 특정 규칙과 제한 없이 의약품을 사용하도록 하는 허가를 뜻합니다.

제외 서비스: 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

Extra Help: 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 자기부담금 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램. Extra Help 는 '저소득층 보조' 또는 'LIS'라고도 합니다.

제네릭 약: 브랜드 약을 대신해서 사용할 수 있도록 연방 정부에서 승인한 처방약. 제네릭 약과 브랜드 약의 성분은 동일합니다. 대개는 더 저렴하면서도 브랜드 약과 효능이 같습니다.

고충: 귀하가 당사나 당사의 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국에 대해 접수하는 불만사항. 여기에는 가입자가 받은 진료 품질에 관한 불만사항이나 건강 플랜이 제공하는 서비스 품질에 관한 불만사항이 포함됩니다.

건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP): Medicare 에 대해 자유롭고 객관적인 정보와 상담을 제공하는 프로그램. HICAP 에 연락하는 방법은 *가입자 핸드북 2 장*, 섹션 E, 34 페이지에 설명되어 있습니다.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 일상 의료 제공자, 기타 의료 제공자로 구성된 조직. 또한 케어 코디네이터가 있어서 가입자가 모든 의료 제공자와 서비스를 관리하실 수 있도록 도움을 드립니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력합니다.

건강 위험 평가(HRA): 가입자의 병력 및 현재 상태에 대한 검토. 귀하의 건강 상태를 파악하고 향후 어떻게 변할 것인지 알아보는 데 이용됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



가정 간호 도우미: 개인 간호(목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 하기 등)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정 간호 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후를 가진 사람이 편안하게 살 수 있도록 돕는 치료 및 지원 프로그램. 말기 예후란 의학적으로 말기로 진단 받아 기대 수명이 6 개월 이하임을 의미합니다.

- 말기 예후를 가진 등록자에게는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.
- 특별한 교육을 받은 전문가 및 간병인 팀이 신체적, 정서적, 사회적, 정신적 요구를 비롯하여 사람 전체를 위한 보살핌을 제공합니다.
- 당사는 귀하 지역의 호스피스 의료 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절/부적합 청구: 의료 제공자(의사나 병원)가 서비스에 대한 당사의 비용 부담액을 초과하여 가입자에게 청구하는 상황. 귀하가 이해할 수 없는 청구서를 받으신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사가 가입자의 서비스에 대한 비용 전액을 지불하기 때문에, 가입자는 어떠한 *비용 부담*의 책임도 부담하지 **않습니다**. 의료 제공자는 이런 서비스에 대한 어떤 비용도 가입자에게 청구하지 않아야 합니다.

가정 내 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공된 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS 는 영양원, 기숙 또는 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안입니다. IHSS 를 통해 승인 받을 수 있는 서비스 유형에는 집 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 간병 서비스(대소변 배출, 목욕, 치장, 준의료 서비스 등), 의료 예약 동행, 정신 장애인을 위한 보호 감독 등이 있습니다. 카운티 사회 보장 서비스 기관이 IHSS 를 관리합니다.

독립 의료 심사(IMR):당사가 가입자의 의료 서비스나 치료에 대한 가입자의 요청을 거부할 경우, 가입자는 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 가입자가 당사 결정에 동의하지 않고 가입자의 문제가 DME 용품 및 의약품 등 Medi-Cal 서비스에 대한 것이라면, 가입자는 California 보건 관리부에 IMR 을 요청하실 수 있습니다. IMR 이란 당사 플랜에 속하지 않은 의사들이 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 가입자에게 유리한 경우에 당사는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. IMR 은 무료입니다.

독립 검토 기관(IRO): 2 차 이의 신청을 검토하는 Medicare 가 고용하는 독립 기관. 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare 에서 과정을 감독합니다. 정식 명칭은 **독립 검토 주체**입니다.

개별화된 진료 계획(ICP 또는 진료 계획): 받게 될 서비스와 서비스 제공 방법에 대한 계획. 가입자의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원이 포함됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



입원환자: 고객이 숙련된 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우에 사용하는 용어. 귀하가 공식적으로 입원하지 않은 경우 하룻밤을 보내더라도 입원환자가 아니라 외래환자로 간주될 수 있습니다.

융합 진료 팀(ICT 또는 진료팀): 진료 팀에는 의사, 간호사, 상담사 또는 귀하가 필요로 하는 진료 받기를 돕는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 귀하의 진료 팀은 귀하가 의료 플랜을 짜는 것도 도와 드립니다.

보장 의약품 목록(의약품 목록): 당사가 보장하는 처방약 및 비처방 의약품(OTC) 목록. 당사는 의사와 약국의 도움을 받아 이 목록에 있는 의약품을 선택합니다. 의약품 목록을 보시면 고객이 의약품을 받는 데 따라야 하는 어떠한 규칙이 있는지를 확인하실 수 있습니다. 의약품 목록은 때로 '처방규정'이라고 불립니다.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기 의학적 상태의 개선에 도움을 줍니다. 대부분의 이러한 서비스는 가입자가 요양시설이나 병원에 가지 않고 집에서 거주할 수 있도록 도와 줍니다. 당사 플랜이 보장하는 LTSS에는 지역사회 기반 서비스, 요양시설(NF) 및 지역사회 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 당사 플랜 밖에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득층 보조(LIS): 'Extra Help'를 참조하십시오.

우편 주문 프로그램: 일부 플랜은 최대 3개월 분량의 보장 처방약을 집으로 직접 보내드리는 우편 주문 프로그램을 제공할 수 있습니다. 이 방법으로 비용 효율적이며 간편하게 정기적으로 처방약을 조제할 수 있습니다.

Medi-Cal: 이것은 California Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal은 주에서 관리하며, 주 및 연방 정부에서 지불합니다.

- Medi-Cal은 소득과 자산이 제한된 분들의 장기 서비스 및 지원(LTSS), 의료 비용 지불을 돕습니다.
- 또한, Medicare에서 보장하지 않은 추가 서비스나 일부 의약품을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medi-Cal 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 운송 등 Medi-Cal의 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid(또는 의료 지원): 소득과 자산이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원과 의료 비용을 지불하는 데 도움을 주는 연방 정부 및 주에서 운영하는 프로그램. Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



의학적으로 필요: 이 말은 가입자가 의학적 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 병원 또는 요양시설에 입원하지 않도록 하는 진료가 포함됩니다. 또한 이는 서비스, 용품 또는 의약품이 진료의 승인된 기준을 충족함을 의미합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 합리적이고 필요한 모든 보장 서비스를 말합니다.

Medicare: 만 65 세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65 세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램입니다. Medicare 를 가지신 분들은 Original Medicare 나 관리 진료 플랜('건강 플랜' 참조)을 통해 Medicare 건강 보장을 받습니다.

Medicare Advantage: 민간 기업을 통해 MA 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램으로, 'Medicare Part C' 또는 'MA'라고도 합니다. Medicare 는 이러한 기업에 지급하여 귀하의 Medicare 혜택을 보장합니다.

Medicare 항소 의회(의회): 4 차 이의 신청을 검토하는 의회. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다.

Medicare 에서 보장하는 서비스: Medicare Part A 및 Medicare Part B 에서 보장하는 서비스. 당사 플랜을 비롯하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A 와 Medicare Part B 에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP): 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에서 교육을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 프로그램입니다.

Medicare-Medi-Cal 등록자: Medicare 와 Medicaid 보장에 대한 자격을 모두 갖춘 개인. Medicare-Medicaid 등록자는 '이중 적격 개인'이라고도 합니다.

Medicare Part A: 의학적으로 가장 필요한 병원, 전문간호시설, 가정 건강 및 호스피스 케어를 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare Part B: 질병이나 질환을 치료하는 데 의학적으로 필요한 서비스(예: 임상 병리 검사, 수술, 의사 방문) 및 용품(예: 휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare Part B 는 예방 및 선별검사 서비스도 보장합니다.

Medicare Part C: 민간 건강 보험사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램('Medicare Advantage' 또는 'MA'라고도 함).

Medicare Part D: Medicare 처방약 혜택 프로그램. 당사는 이 프로그램을 줄여서 'Part D'라 부릅니다. Medicare Part D 는 외래환자 처방약, 백신, Medicare Part A 나 Medicare Part B 또는

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Medicaid 에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare Part D 가 포함됩니다.

Medicare Part D 약: Medicare Part D 에서 보장하는 의약품. 의회는 Medicare Part D 에 따라 특정 범주의 의약품을 보장에서 명확하게 제외합니다 Medicaid 는 이러한 의약품 중 일부를 보장할 수도 있습니다.

의약품 치료법 관리(MTM): 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약국을 비롯한 의료 제공자가 제공하는 특정 서비스 그룹 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 G2, 168 페이지를 참조하십시오.

가입자(당사 플랜 가입자 또는 플랜 가입자): 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 및 Medi-Cal 보유자로서 당사 플랜에 등록했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주에서 등록 승인을 받은 사람입니다.

가입자 핸드북 및 공개 정보: 등록 양식과 기타 모든 첨부 문서, 부칙과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 당사의 의무, 가입자의 권리, 당사 플랜 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

가입자 서비스부: 귀하의 가입자 자격, 혜택, 고충, 이의 신청 관련 질문에 대한 답변을 담당하는 당사 플랜의 부서. 가입자 서비스부에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 2 장*, 섹션 A, 26 페이지를 참조하십시오.

네트워크 소속 약국: 당사 플랜 가입자에게 처방약을 조제하는 데 동의하는 약국(의약품 상점). 이 약국들은 당사 플랜과 협력하기로 동의하므로 당사는 이들을 '네트워크 소속 약국'이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 당사는 당사의 네트워크 소속 약국에서 조제되는 경우에만 처방약 비용을 지불합니다.

네트워크 소속 의료 제공자: '의료 제공자'는 의사, 간호사, 가입자에게 서비스 및 진료를 제공해 주는 기타 인력을 나타내는 일반 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 클리닉 및 기타 장소(의료 서비스, 의료 장비, 장기 일상 서비스 및 지원을 제공하는 곳도 포함됩니다).

- 이들은 의료 서비스 제공 시 Medicare 와 주에서 면허를 부여하거나 인증합니다.
- 당사는 플랜에 협력할 것에 동의하고 당사 지불을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 청구하지 않을 것에 동의하는 경우 '네트워크 소속 의료 제공자'로 인정합니다.
- 당사 플랜에 가입자로 계시는 동안 반드시 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장된 서비스를 받으셔야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 또한 '플랜 의료 제공자'라고도 합니다.

요양원 또는 요양시설: 가정에서는 치료를 받지 못하지만 종합 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 치료를 제공하는 장소입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



옴부즈맨: 귀하를 대신하여 옹호자로 활동하는 주 사무실. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 **2 장**, 섹션 I, 38 페이지 및 **9 장**, 섹션 D, 206 페이지에서 확인할 수 있습니다.

기관 판단: 당사의 플랜은 당사 또는 당사의 의료 제공자가 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 지불 금액을 결정할 때 기관 의결을 내립니다. 기관의 판단은 '보장 결정'이라고 합니다. *가입자 핸드북* **9 장**, 섹션 D, 206 페이지에서 보장 결정에 관해 설명합니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): 정부는 Original Medicare 를 제공합니다. Original Medicare 에서 서비스는 의회가 정한 금액을 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 지불함으로써 보장됩니다.

- 가입자는 Medicare 를 수락하는 모든 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다. Original Medicare 에는 Medicare Part A(병원 보험)와 Medicare Part B(의료 보험)의 두 부분이 있습니다.
- Original Medicare 는 미국 어디서나 이용 가능합니다.
- 귀하가 당사 플랜에 가입되기를 원치 않는다면 Original Medicare 를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국: 당사 플랜과 계약하여 당사 플랜 가입자에게 보장 의약품을 조울 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국입니다. 당사 플랜은 특정한 조건이 적용되지 않는 한 네트워크 비소속 약국에서 제조한 대부분의 의약품을 보장하지 않습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설: 당사 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않았으며 당사 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 맺지 않은 의료 제공자나 시설. *가입자 핸드북* **3 장**, 섹션 D4, 59 페이지에서 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

비처방(OTC) 약: 비처방 약은 개인이 의료 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품을 뜻합니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



Part A: 'Medicare Part A'를 참조하십시오.

Part B: 'Medicare Part B'를 참조하십시오.

Part C: 'Medicare Part C'를 참조하십시오.

Part D: 'Medicare Part D'를 참조하십시오.

Part D 약: 'Medicare Part D 약'을 참조하십시오.

개인 건강 정보(보호된 건강 정보라고도 함)(PHI): 사용자 이름, 주소, 주민등록번호, 의사 방문 및 의료 기록과 같은 귀하와 귀하의 건강에 대한 정보. 가입자의 PHI에 관한 가입자의 권리뿐 아니라 당사가 어떻게 가입자의 PHI를 보호하고 사용하며 공개하는지에 관한 자세한 내용은 당사의 개인 정보 보호 관행 통지를 참조하십시오.

주치의(PCP) – 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 보는 의사 또는 기타 의료 제공자. 주치의는 귀하가 건강을 유지하는 데 필요한 진료를 받을 수 있도록 합니다.

- 주치는 가입자의 진료에 대하여 다른 의사나 의료 제공자와 상담하고 가입자의 진료를 의뢰할 수 있습니다.
- 여러 Medicare 건강 플랜에서, 가입자는 다른 의료 제공자에게 진료를 받으시기 전에 반드시 먼저 주치의에게 가셔야 합니다.
- 주치의의 진료를 받는 것에 대한 정보는 *가입자 핸드북 3 장*, 섹션 D, 52 페이지를 참조하십시오.

사전 승인(PA): 사전 승인은 가입자가 특정 서비스 또는 의약품을 제공받거나 네트워크 비소속 의료 제공자의 진료를 받기 전에 당사로부터 받는 승인입니다. 승인을 받지 않으면 당사 플랜에서 서비스나 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

당사 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 당사로부터 PA를 얻은 경우 한하여 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 서비스는 *가입자 핸드북 4 장*에 표시되어 있습니다.

당사 플랜은 귀하가 당사로부터 PA를 얻은 경우 한하여 일부 의약품을 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장약은 *보장 의약품 목록*에 표시되어 있습니다.

고령자를 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE): 가정에서 보다 높은 수준의 치료를 받아야 하는 55 세 이상의 사람들에게 Medicare 와 Medicaid 를 함께 보장하는 프로그램.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



보철 장치 및 보조기: 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문한 의료 장치로써 팔, 등, 목 교정기, 인공 사지, 인공 눈, 내부 신체 부위나 기능을 대체하기 위해 필요한 기기(예: 인공 항문 용품, 장관 및 장관 외 영양 요법을 포함) 등을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

품질 개선 기관(QIO): Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 전문가들의 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO 에 비용을 지불합니다. QIO 에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 2 장*, 섹션 F, 35 페이지를 참조하십시오.

분량 제한: 가입자가 받을 수 있는 의약품의 양에 대한 제한. 당사는 의약품당 당사가 보장하는 양을 제한할 수 있습니다.

실시간 혜택 도구: 등록자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절하며 등록자별 보장약 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 응용 프로그램. 여기에는 비용 부담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 분량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰: 진료 의뢰는 귀하가 주치의(PCP)가 아닌 의료 제공자를 이용하는 것에 대한 주치의 또는 당사의 승인입니다. 먼저 승인을 받지 않으면 당사는 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의에게 진료를 받아야 할 때는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북의 3 장*, 섹션 B, 50 페이지와 *4 장*, 섹션 D, 81 페이지에서 확인할 수 있습니다.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 주요 수술에서 회복하는 데 도움을 받을 수 있는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 4 장*, 섹션 D, 81 페이지를 참조하십시오.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성매개감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 물질사용장애, 성별 확증 치료 및 친밀한 파트너 폭력 관련 서비스.

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 지역입니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 당사 플랜에 등록할 수 있습니다.

비용 부담액: 귀하의 혜택이 효력을 발생하기 전에 가입자가 매달 지불해야 할 수 있는 가입자의 의료 비용 중 일부 금액. 비용 부담액은 소득과 재산에 따라 다릅니다.

전문간호시설(SNF): 전문 영양 치료, 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스를 제공하는 직원 및 장비를 갖춘 영양시설.

전문요양시설(SNF)에서의 간호: 전문간호시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스. 전문요양시설에서의 간호의 예로는 등록된 간호사나 의사가 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥내(IV) 주사가 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



전문의: 특정 질환 또는 신체의 특정 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사.

전문 약국: 전문 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*, 섹션 A5, 154 페이지를 참조하십시오.

주 공청회: 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 Medi-Cal 서비스를 요청하였으나 당사가 승인하지 않은 경우 또는 귀하가 이미 받은 Medi-Cal 서비스 비용을 당사가 계속 지불하지 않은 경우, 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 주 공청회에서 가입자에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

단계적 치료법: 귀하가 요청하는 의약품이 당사가 보장하기 전에 다른 의약품 복용을 시도하도록 하는 보장 규칙.

보조적 소득 보장(SSI): 사회복지부가 장애인 또는 시각장애인, 만 65 세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 혜택. SSI 혜택은 사회 보장 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 진료: 갑작스러운 질병, 부상, 또는 응급 상황은 아니지만 즉시 진료가 필요한 상태에 대해 가입자가 받는 진료. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없을 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 긴급하게 필요한 진료를 받으실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.



차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare By Health Net은 주 및 연방 시민법을 준수합니다.

Wellcare By Health Net은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare By Health Net은 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare By Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 전화하여 문의하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 이용하실 수 있습니다. 듣지 못하거나, 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711** 번으로 전화해 주십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 대형 활자본, 오디오 카세트 또는 전자 양식으로 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 다음 번호로 전화를 하거나 서신을 보내 주십시오.

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

고충 접수 방법

Wellcare By Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향에 따라 차별한다고 생각되는 경우 가입자 서비스부에 고충을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 또는 전자 방식으로 고충을 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare By Health Net의 시민권리 코디네이터에게 문의하십시오. 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만사항 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

- **직접:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net을 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- **전자:** Wellcare By Health Net 웹사이트 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 - California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수 있습니다.

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 TTY 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

불만사항 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 - U.S. Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별한다고 생각되는 경우 미국 보건복지부, 시민권리 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

불만사항 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** 시민권리 관련 불만사항 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal), 주소: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

Wellcare by Health Net 가입자 서비스부

<p>전화</p>	<p>1-800-431-9007</p> <p>이 전화는 무료입니다. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.</p> <p>또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.</p>
<p>TTY</p>	<p>711. 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다.</p> <p>이 전화는 무료입니다. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.</p>
<p>우편 주소</p>	<p>Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658</p>
<p>웹사이트</p>	<p>www.wellcare.com/healthnetCA</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

