Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

가입자 안내서

H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268K_C

CA5CNCEOC60375K_0008
H3561008000

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다

기타 언어 및 형식

다른 언어

가입자 안내서 및 기타 플랜 자료를 다른 언어로도 무료로 받으실 수 있습니다. Wellcare by Health Net은 자격을 갖춘 번역가로부터 서면 번역을 제공합니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스와 같은 의료 언어 지원 서비스에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하십시오.

기타 형태의 정보

이 정보는 점자, 20포인트 폰트 대형 인쇄물, 오디오 및 접근 가능한 전자 형식과 같은 다른 형식으로 무료로 얻을 수 있습니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화는 무료입니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)
H3561_008_2025_CA_EOC_DSNP_155268K_C

통역사 서비스

Wellcare by Health Net은 자격을 갖춘 통역사가 제공하는 수화 등 구두 통역 서비스를 24시간 내내 무료로 제공합니다. 가족이나 친구에게 통역을 요청하실 필요가 없습니다. 당사는 응급 상황이 아닌 한 미성년자를 통역사로 사용하지 않도록 권장합니다. 통역사, 언어 및 문화 서비스는 무료로 제공됩니다. 서비스는 주 7일 하루 24시간 이용하실 수 있습니다. 귀하의 언어로 도움을 받거나 이 *가입자 안내서*를 다른 언어로 받으시려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

2025년 1월 1일 ~ 12월 31일

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

가입자 안내서 소개

이 *가입자 안내서*(*보장 범위 증명서*)는 2025년 12월 31일까지 당사 플랜에 따른 가입자의 보장 내용을 안내합니다. 본 안내서는 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 의약품 남용 장애) 서비스, 처방약 보장, 장기 일상 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 **12장**에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 문서를 안전한 곳에 보관하십시오.

이 *가입자 안내서*에 '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.

1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화를 걸어 대형 인쇄, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 이 문서를 무료로 받을 수 있습니다. 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.

Wellcare by Health Net은 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'이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.

아래와 같은 경우라면 문의해 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: 711)번으로 문의해 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. 하지만 4월 1일부터 9월 30일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-800-431-9007 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

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.

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.

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). Libre ang mga serbisyong ito.

โปรดทราบ: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร** 1-800-431-9007 (TTY: 711) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

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 безкоштовні.

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 miễn phí.

2025 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) *가입자 안내서*

목차

1장	가입자로서 시작하기	9
2장	중요한 전화번호 및 자료	20
3장	가입자의 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 당사 플랜의 보장 이용	41
4장	혜택표	69
5장	외래환자 처방약 조제	152
6장	Medicare, Medi-Cal 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분	173
7장	가입자가 받은 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 지불 요구	180
8장	가입자의 권리 및 책임	187
9장	가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만 제기)	212
10장	플랜 가입 종료	261
11장	법적 고지	271
12장	중요 단어 정의	278

면책 고지

- Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 상표로서 Medicare와 계약이 되어 있는 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며, 파트 D 스폰서 승인을 받았습니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 체결했습니다. 당사 플랜 등록은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- 네트워크 비소속/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 비롯한 자세한 정보는 가입자 서비스부 전화번호로 문의하시거나 가입자 안내서를 참조해 주십시오.
- Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 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 2025년까지 특수 요구 플랜(SNP) 운영을 승인받았습니다.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 따른 보장은 “최소 필수 보장”이라고 하는 적격 의료 보험입니다. 이는 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 개인별 공동책임 요건에 대한 자세한 내용을 살펴보려면 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 방문하십시오.

1장: 가입자로서의 시작

소개

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 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 플랜 가입을 환영합니다 10

B. Medicare와 Medi-Cal에 대한 정보 10

B1. Medicare 10

B2. Medi-Cal 11

C. 당사 플랜의 장점 11

D. 플랜의 서비스 지역 12

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격 12

F. 건강 보험에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것 13

G. 진료 팀과 의료 플랜 14

G1. 진료 팀 14

G2. 의료 플랜 15

H. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 월 지불 비용 15

H1. 플랜 보험료 15

I. 가입자 안내서 15

J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보 16

J1. 귀하의 가입자 ID 카드 16

J2. *제공자 및 약국 명부* 17

J3. *보장 의약품 목록* 18

J4. *혜택 설명서* 18

K. 가입자 최신 정보 유지 19

K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호 정책 19

A. 플랜 가입을 환영합니다

당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 자격을 모두 갖춘 사람에게 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 협력해서 일합니다.

신뢰할 수 있는 경험

귀하는 믿을 수 있는 건강 플랜에 가입하셨습니다.

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.

- 당사는 가입자 여러분께 훌륭한 가입자 서비스를 제공하고 있다는 점에 큰 자부심을 갖고 있습니다. 이러한 서비스는 가입자 개인별로 초점을 맞춰 긍정적인 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 25년 이상 수준 높은 의사 네트워크를 구축해왔습니다. 네트워크에 속한 의사와 전문의들이 진료 그룹을 만들어 여러분이 필요한 진료를 필요할 때 받도록 협력합니다.
- 귀하의 지역사회는 당사의 지역사회입니다. 저희는 지역사회 기반의 국가 기업이기 때문입니다. 당사의 많은 직원들이 여러분이 살고 있는 곳에서 살고 있습니다. 당사는 지역 사회를 다음과 같이 지원합니다.
    - 지역 건강 이벤트 및 커뮤니티 센터에서 건강 선별검사 실시
    - 무료 건강 교육 과정 제공

B. Medicare와 Medi-Cal에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음 분들을 위한 연방정부 건강 보험 프로그램입니다.

- 65세 이상인 분들,
- 65세 미만이나 장애가 있으신 분들 **및**

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 말기 신장 질환(신부전) 환자

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주에서 실시하는 Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal은 주 정부에서 운영하며 주 정부 및 연방 정부에서 지불합니다. Medi-Cal은 소득과 자산이 제한된 분들의 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS), 의료비용 지불을 돕습니다. 또한, Medicare에서 보장하지 않은 추가 서비스나 약을 보장합니다.

각 주에서 결정하는 내용은 다음과 같습니다

- 소득과 자산 인정
- 자격 요건
- 보장 서비스 **및**
- 서비스 비용

주정부는 연방 규칙을 준수하는 한 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

Medicare와 California 주에서 당사의 플랜을 승인했습니다. 귀하는 다음 조건에 부합하는 한 당사 플랜을 통해 Medicare, Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 당사가 플랜을 제공하도록 **결정하고**
- 당사는 Medicare와 California 주정부로부터 플랜을 계속 제공할 수 있는 허가를 받습니다.

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-Cal의 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 순조롭게 받으실 수 있도록 도울 것입니다. 플랜의 장점에는 하기 사항이 포함됩니다.

- 귀하는 당사와 함께 **대부분의** 의료 요구 사항을 관리합니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 귀하는 진료 팀을 갖게 되며, 이 팀 구성에는 귀하가 참여합니다. 귀하의 진료 팀에는 귀하 자신, 케어 서비스 제공자, 의사, 간호사, 카운슬러, 기타 건강 전문의 등이 포함될 수 있습니다.
- 귀하는 케어 코디네이터와 연락하실 수 있습니다. 케어 코디네이터는 귀하, 당사 플랜, 귀하의 진료 팀과 함께 진료 플랜을 짜는 일을 돕는 사람입니다.
- 귀하는 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 자신의 진료를 지시할 수 있습니다.
- 귀하의 진료 팀과 케어 코디네이터는 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 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달 간 더 제공 받습니다. 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 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.

D. 플랜의 서비스 지역

저희의 서비스 지역에 포함된 California 주의 카운티는 다음과 같습니다: Los Angeles, Sacramento, Tulare.

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 안내서* **8장**을 참조해 주십시오.

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격

아래 요건이 충족되는 한 귀하는 당사 플랜 자격을 유지하실 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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

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

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

F. 건강 보험에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

당사의 플랜에 처음 가입하면 유효 등록 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 처음이시라면, 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 기존 관계가 성립되었음을 확증합니다. 단, 예외가 있습니다. “기존 관계”란 첫 당사 플랜 가입일 이전 12개월 사이에 비응급 방문으로 네트워크 비소속 의료 서비스 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 당사는 30일 안에 답변해야 합니다. 귀하는 빠른 결정을 당사에 요구하실 수 있으며, 당사는 15일 안에 반드시 답변해야 합니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하여 이 요청을 하실 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. 만약 귀하께서 피해를 입을 위험이 있는 경우, 당사는 3일 이내에 답변을 해야 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 당사가 새 대여를 승인하고 네트워크 소속 의료 제공자가 대여 서비스를 제공할 때까지 90일 이상 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.

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 CalViva Health Dual Align(HMO D-SNP) 네트워크에서 참여 의료 그룹이 지정됩니다. 이 참여 의료 그룹의 PCP도 귀하를 지정할 수 있습니다. PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하여 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 가입자 서비스부는 PCP를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP를 선택했으면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 문의하십시오. PCP는 당사 네트워크 소속이어야 합니다. 의료 서비스를 받는 것에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **섹션 D**의 **3장**을 참조해 주십시오.

G. 진료 팀과 의료 플랜

G1. 진료 팀

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

케어 코디네이터는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 관리할 때 도움을 주도록 훈련된 담당자입니다. 당사 플랜에 등록하시면 의료 코디네이터가 배정됩니다. 의료 코디네이터는 당사 플랜이 제공하지 않을 수 있는 다른 커뮤니티 자원을 귀하에게 소개하고 귀하의 진료 팀과 협력하여 귀하의 진료를 조정하도록 돕습니다. 페이지 하단의 번호로 연락하여 담당 의료 코디네이터 및 진료 팀에 대한 자세한 정보를

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.

HRA를 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 일 년에 한 번 가입자와 함께 의료 플랜을 갱신합니다.

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

당사의 플랜에는 보험료가 없습니다.

H1. 플랜 보험료

“추가 지원”(Extra Help) 프로그램은 귀하가 당사 플랜에 가입할 때 귀하를 대신하여 Medicare Part D 보험료를 납부합니다.

I. 가입자 안내서

본 *가입자 안내서*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 안내서* **9장**의 **섹션 D**를 참조하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의해 주십시오.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 *가입자 안내서*를 요청하실 수 있습니다. 페이지 하단의 웹 주소로 당사 웹사이트를 방문하여 *가입자 안내서*를 참조하실 수도 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

이 계약은 2025년 1월 1일에서 2025년 12월 31일 사이에 플랜에 등록한 달 동안 유효합니다.

J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보

당사에서 귀하에게 제공하는 기타 중요 정보에는 가입자 ID 카드, *의료 공급자 및 약국 명부*를 이용하는 방법 및 *처방규정*이라고도 하는 *보장 의약품 목록*을 이용하는 방법이 포함됩니다.

J1. 귀하의 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.

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

당사 플랜의 가입자로 계시는 동안에는 대부분의 서비스를 받기 위해 귀하의 적, 백, 청색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 그 카드들은 추후에 필요하게 될 때를 대비해서 안전한 곳에 두십시오. 귀하께서 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제출하실 경우, 의료 제공자가 당사 플랜 대신 Medicare에 서비스 이용료를 청구하여 귀하께서 청구를 받으실 수 있습니다. 의료 제공자로부터 청구를 받은 경우 어떻게 해야 하는지 알아보려면 *가입자 안내서* **7장**의 **섹션 A**를 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 노인 서비스 프로그램(MSSP) 서비스

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- Medi-Cal 보장 Rx 서비스 또는 의료 제공자('Medi-Cal Rx')
- Medi-Cal 보상 치과 서비스
- 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS)

J2. *제공자 및 약국 명부*

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

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

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

의료 제공자 명부를 통해 네트워크 소속 의료 제공자의 이름, 주소, 전화번호, 전문 분야 등을 포함한 정보를 찾을 수 있습니다.

가입자 서비스부 및 웹사이트를 통해 네트워크 소속 의료 제공자와 약국의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받으실 수 있습니다. 이 의료 공급자 및 약국 명부에는 가입자가 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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 명부에 등록된 약국 중에는 일반 판매, 통신 판매, 재택 투여, 장기 간병 서비스(LTC) 등을 제공하는 약국도 포함됩니다.

네트워크 의료 서비스 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, 요양 시설, 기타 서비스 시설 **및**
  - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 간호 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업체에 및 Medicare 또는 Medi-Cal을 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 약국의 정의

- 네트워크 약국이란 본 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의하는 약국을 뜻합니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에서 이용할 네트워크 약국을 찾으실 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고 당사 네트워크 약국을 통해 처방약을 받아야만 당사 플랜에서 이에 대한 비용을 지원합니다.

이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 자세한 정보를 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*

본 플랜에는 *보장 의약품 목록*이 있습니다. 간단히 "*의약품 목록*"이라고도 합니다. 이 목록은 당사 플랜에서 보장하는 처방약을 알려줍니다.

또한 *의약품 목록*에서는 받을 수 있는 수량 제한 등 약에 따른 규칙이나 제한 사항이 있는지도 확인할 수 있습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 C**를 참조해 주십시오.

매년 *의약품 목록*에 접속하는 방법에 대한 정보를 보내드리지만, 내용은 연중에 바뀔 수 있습니다. 보장 의약품에 대한 최신 정보를 받으려면 가입자 서비스부에 연락하거나 페이지 하단의 웹사이트 주소를 방문하여 주십시오.

J4. *혜택 설명서*

Medicare Part D 처방약 혜택을 이용하시면 요약을 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.

EOB는 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 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 귀하가 복용하시는 의약품에 대한 자세한 정보가 있습니다. *가입자 안내서* **6장**의 **섹션 A**에서는 EOB에 관한 자세한 정보와 가입자의 의약품 보장을 추적하는 방법을 알려드립니다.

가입자는 EOB를 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 산재 보상과 같은 가입자가 지닌 다른 건강 보험의 보장 범위가 변경된 경우
- 교통사고로 인한 청구 등 책임 보험 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.

K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호 정책

가입자 기록 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방 정부, 주 정부 법에 따라 당사는 귀하의 PHI를 보호해야 합니다. 당사는 가입자의 PHI를 보호합니다. PHI를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **8장**, **섹션 C1**을 참조해 주십시오.

2장: 중요 전화번호 및 리소스

소개

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 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자 서비스부 21
B. 케어 코디네이터 24
C. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 27
D. 간호사 상담 전화 28
E. 행동 건강 위기 관련 상담 전화 28
F. 품질 개선 기관(QIO) 29
G. Medicare 30
H. Medi-Cal 31
I. Medi-Cal 관리형 치료 및 정신 건강 옴부즈맨 사무국 32
J. 카운티 사회 보장 서비스 32
K. 카운티 행동 건강 서비스 기관 34
L. California 주 보건 관리국 36
M. 처방약 비용을 지원하는 프로그램 37
M1. 추가 지원 37
N. 사회보장국(Social Security) 37
O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 38
P. 기타 리소스 39
Q. Medi-Cal 치과 프로그램 40

A. 가입자 서비스부

전화	1-800-431-9007 본 통화는 무료입니다. 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 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 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 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.
우편 주소	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

가입자 서비스부에 문의하여 도움을 받으십시오.

- 플랜에 관한 질문
- 청구 또는 청구서에 대한 질문
- 진료에 대한 *보장* 결정

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 귀하의 건강 진료 보장 결정이란 다음에 대한 결정입니다.
  - 혜택 및 보장 서비스 **또는**
  - 귀하가 받은 의료 서비스에 당사가 지불하는 금액
- 귀하의 건강 진료에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있으시면 당사에 문의해 주십시오.
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**, **섹션 E**를 참조해 주십시오.

• 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 안내서* **9장**, **섹션 E**를 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

• 귀하가 받은 진료에 대한 불만

- 당사나 의료 제공자(네트워크 비소속 및 소속 공급 모두 포함)에 대한 불만을 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** 참조).
- 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 당사에 연락하여 불만사항을 전달할 수 있습니다. 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.
- 가입자의 불만이 진료에 대한 보장 범위 결정에 관한 것이라면 이의 신청을 하실 수 있습니다(위 섹션, 21페이지 참조).
- 가입자는 Medicare에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다. 온라인 신청서 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 나와 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
- 1-855-501-3077번으로 전화하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다.

  - 진료에 대한 불만 사항 제기에 관한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**의 **섹션 K**를 참조해 주십시오.

- 귀하의 약 보장범위 결정

  - 귀하의 약 보장범위 결정이란 다음에 대한 결정입니다.
    - 귀하가 받는 혜택 및 보장약 **또는**
    - 귀하의 의약품에 대해 당사가 지불하는 금액
  - 비처방(OTC) 약물 및 특정 비타민 등 Medicare 비보장 의약품은 Medi-Cal Rx에서 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 800-977-2273번으로 문의할 수도 있습니다.
  - 처방약 관련 보장 결정에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**의 **섹션 G**를 참조해 주십시오.

- 귀하의 약에 대한 이의 신청
  - 이의 신청란 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것입니다.
  - 처방약 관련 이의 신청에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**의 **섹션 G**를 참조하십시오.

- 약에 대한 불만
  - 귀하는 당사나 약국에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 처방약에 대한 불만도 포함됩니다.
  - 불만이 귀하의 처방약에 대한 보장 결정에 관한 것이라면, 귀하는 이의 신청을 하실 수 있습니다. (위의 섹션 참조)
  - 가입자는 Medicare에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다. 온라인 신청서 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 나와 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
  - 처방약 관련 불만사항 제기에 관한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**의 **섹션 K**를 참조하십시오.

- 귀하가 이미 지불한 진료비나 약제비의 지급
  - 환급 또는 가입자가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법은 *가입자 안내서* **7장**의 **섹션 A**를 참조해 주십시오.

- 귀하가 청구서 지불을 당사에 요청했는데 당사가 이를 부분적 또는 전체적으로 거부했다면 귀하는 당사의 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다. *가입자 안내서* **9장**의 **섹션 E**를 참조해 주십시오.

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 전화해 주십시오. 케어 코디네이터를 바꾸기 원하거나 추가 질문이 있으시면 아래 전화번호로 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. 케어 코디네이터가 연락하기 전에 귀하께서 먼저 케어 코디네이터에게 연락하실 수도 있습니다. 아래 번호로 전화하셔서 귀하의 케어 코디네이터와 상담하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.

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 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지(EST) 상담원과 통화하실 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

우편 주소	Wellcare By Health Net Attention: Care Coordination Team PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

다음과 같은 도움을 받으려면 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

- 진료에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 장애) 서비스 이용에 대한 질문
- 치과 혜택에 대한 질문
- 예약 장소까지의 교통편에 대한 질문
- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양시설(NF)을 포함한 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)에 대한 질문

하기의 서비스를 받으실 수도 있습니다.

- 지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS)
- 전문 간호 진료
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 건강 관리
- 카운티 사회 보장 서비스 기관을 통한 가정 내 지원 서비스(IHSS)
- 귀하는 때로 일상적 진료나 생활상의 필요에도 도움을 받으실 수가 있습니다
- 지역사회 지원 서비스

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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 또는 심각한 수준의 인지적 장애, 중간 또는 심각한 수준의 알츠하이머 또는 기타 치매를 포함
- 발달 장애
- 온건 또는 중간 수준의 인지적 장애, 알츠하이머와 치매 포함, 아래 둘 중 하나에 도움이나 감독이 필요함.
  - 목욕
  - 스스로 먹기
  - 화장실 가기
  - 걸어다니기
  - 투약 관리
  - 개인 위생
- 만성 정신 질병 또는 뇌 부상이 있어 아래 둘 중 하나에 도움이나 감독이 필요함
  - 목욕
  - 옷 입기
  - 스스로 먹기
  - 화장실 가기
  - 걸어다니기
  - 이동하기
- 투약 관리 또는 위의 목록 중 하나와 아래 목록 중 하나에 도움이나 감독이 필요함
  - 개인 위생
  - 돈 관리
  - 자원 이용
  - 식사 준비
  - 교통편
- 예방적 의료 서비스가 신체 기능의 현 수분을 유지하거나 향상시킨다는 타당한 기대(예를 들어, 충격이나 염증으로 야기된 뇌 부상의 경우)

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- CBAS가 이용 가능하지 않을 시 더욱 악화되거나 입소가 필요해질 수 있다는 높은 가능성(예를 들어, 뇌 종양 또는 HIV 관련 치매)

C. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 Medicare 가입자에게 무료 건강 보험 상담 서비스를 제공합니다. California 주에서는 SHIP를 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 해결하기 위해서는 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP은 어떤 보험 회사나 건강 보험과도 관계가 없습니다.

전화	1-800-434-0222 월요일~금요일 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711(전국 연결 서비스) 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일 오전 9시~오후 5시
우편 주소	California 노인부 카운티 사무소 위치는 https://www.aging.ca.gov/hicap/을 방문하십시오
이메일	공공 기록 요청 제출
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/hicap/

다음과 같은 도움을 받으려면 HICAP에 연락하십시오.

- Medicare에 대한 질문
- HICAP 카운셀러는 신규 플랜으로 변경하는 데 대한 질문에 답변하며 다음 사항에 도움을 드립니다.
  - 가입자의 권리 이해
  - 플랜 선택사항의 이해
  - 의료 서비스나 진료에 대한 불만 제기 **및**

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 귀하가 받은 청구서와 관련된 문제 정리

D. 간호사 상담 전화

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 간호사 상담 전화는 무료 전화를 이용한 간호 지원 및 상담 서비스로서, 훈련된 임상 전문가가 주 7일, 하루 24시간, 일 년 365일 대기하는 서비스입니다. 간호사 상담 전화는 가입자가 현재 필요로 하는 진료의 수준을 정할 수 있도록 돕는 실시간 의료평가 서비스를 제공합니다. 임상의가 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 연락하실 수 있습니다.

전화	1-800-893-5597 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.

E. 행동 건강 위기 관련 상담 전화

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)는 행동 건강 관련 지원이 필요한 가입자를 위하여 행동 건강 위기 관련 상담 전화를 주 7일 하루 24시간 운영합니다. 가입자는 통화 중 언제라도 면허가 있는 임상의와 통화를 요청하여 자신에게 필요한 서비스에 도움을 받을 수 있습니다. 응급 전화 서비스를 이용하시려면 아래 전화번호로 연락하시면 됩니다.

전화	1-800-646-5610 통화는 무료입니다. 면허 소지 행동건강 임상 전문가가 연중 365일 주 7일 하루 24시간 대기합니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

TTY	711(전국 연결 서비스) 통화료는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 면허 소지 행동건강 임상 전문가가 연중 365일 주 7일 하루 24시간 대기합니다.

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

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문

Wellcare by Health Net에서는 이십사 시간 내내 의료 정보 및 자문을 제공합니다. 전화를 주시면 당사 행동 건강 전문가들이 보건 및 복지 관련 질문에 답변해 드릴 것입니다. 긴급한 건강 관련 도움이 필요하지만 응급 상황은 아니라면, 연중 365일 주 7일 하루 24시간 운영되는 당사 행동 건강 위기 관련 상담 전화에 연락하여 행동 건강 임상 관련 질문을 문의해 주십시오. 가입자의 카운티 특수 정신 건강 서비스에 대해 질문이 있으시면 이 장의 **섹션 K**를 참조해 주십시오.

F. 품질 개선 기관(QIO)

우리 주에는 California 주의 품질 개선 기관인 Livanta라는 조직이 있습니다. 이 조직은 의사 및 기타 의료 전문가로 구성되어 있으며, Medicare 가입자들이 받는 진료의 품질 향상을 도모합니다. Livanta - California의 품질 개선 기관은 당사 플랜과 관련이 없습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	711 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
우편 주소	Livanta LLC/BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	https://www.livantaqio.cms.gov/en

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

Livanta - California의 품질 개선 기관에 다음 내용을 문의하실 수 있습니다:

- 진료 권리에 대한 질문
- 아래의 경우에 해당된다면 귀하가 받은 진료에 대해 불만사항 제기:
  - 진료의 품질에 문제가 있는 경우
  - 병원 입원 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 **또는**
  - 가정 건강 의료 서비스, 전문 요양 시설 케어, 포괄 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우

G. Medicare

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

Medicare를 담당하는 연방 정부 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터, 즉 CMS입니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 귀하는 주 7일 하루 24시간 이 번호로 무료 전화를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.

웹사이트	www.medicare.gov 이것은 Medicare 공식 웹사이트입니다. Medicare에 관한 최신 정보가 제공됩니다. 또한, 병원, 요양시설, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활 시설, 호스피스 등에 대한 정보도 제공됩니다. 유용한 웹사이트와 전화번호도 찾을 수 있습니다. 컴퓨터에서 직접 인쇄하실 수 있는 문서들도 있습니다. 컴퓨터가 없으시면 가까운 도서관이나 복지 회관을 방문하시면 자체 보유 컴퓨터로 이 웹사이트를 방문하는 것을 도와 드립니다. 또는 위에 나온 번호로 Medicare에 전화하여 원하는 내용을 알려주십시오. 담당 직원이 웹사이트에서 해당 정보를 인쇄하여 귀하와 함께 검토할 것입니다.

H. Medi-Cal

Medi-Cal은 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-Cal은 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-Cal에 등록되어 있습니다. Medi-Cal의 혜택에 대해 문의 사항이 있으면 플랜 케어 코디네이터에게 전화하십시오. Medi-Cal 플랜 등록에 대해 궁금한 사항이 있으면 건강 관리 옵션에 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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/

I. Medi-Cal 관리형 치료 및 정신 건강 옴부즈맨 사무국

옴부즈맨 사무국은 귀하를 대변하는 역할을 합니다. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다. 또한 옴부즈맨 사무국은 서비스 또는 청구 문제를 도와드립니다. 이들은 저희 플랜이나 다른 보험사 또는 어떤 건강 플랜과도 관계가 없습니다. 이 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	711 통화료는 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/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. 카운티 사회 보장 서비스

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

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁, 쇼핑 또는 교통편에 대한 도움이 포함될 수 있습니다.

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

Los Angeles 카운티	
전화	1-866-613-3777 본 통화는 무료입니다. 휴일 제외: 월요일~금요일: 오전 7시 30분~오후 7시 30분 토요일: 오전 8시~오후 4시 30분
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일: 오전 7시 30분~오후 7시 30분 토요일: 오전 8시~오후 4시 30분
우편 주소	가장 가까운 사회 보장 서비스 사무소는 https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html을 참조하십시오.
웹사이트	dpss.lacounty.gov

Sacramento 카운티	
전화	1-916-874-2888 통화는 무료입니다. 월요일~금요일: 오전 8시~오후 5시
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~금요일: 오전 8시~오후 5시

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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 7시 30분~오후 5시 금요일: 오전 8시~오후 12시
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 월요일~목요일: 오전 7시 30분~오후 5시 금요일: 오전 8시~오후 12시
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/

K. 카운티 행동 건강 서비스 기관

Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스 및 약물 남용 장애 서비스는 이용 기준을 충족하는 경우 카운티를 통해 이용할 수 있습니다.

Los Angeles 카운티	
전화	액세스 센터 라인: 1-800-854-7771 약물 남용 서비스 핫라인(SASH): 1-844-804-7500 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.

Sacramento 카운티	
전화	1-888-881-4881 본 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 (정신 건강 위기 통화의 경우 주 7일 하루 24시간) 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

Tulare 카운티	
전화	정신 건강 위기 지원: 1-800-320-1616 약물 남용 장애 액세스: 1-866-732-4114 통화료는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.
TTY	711 본 통화는 무료입니다. 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.

카운티 행동 건강 기관 플랜에 연락하여 다음에 대한 도움을 받으십시오:

- 카운티에서 제공하는 특수 정신 건강 서비스에 대한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 남용 장애 서비스에 대한 질문
- 언제든지 무료로 비밀이 보장되는 정신 건강 정보, 의료 제공자로의 진료 의뢰, 위기 상담 등이 필요하시면 상기 귀하의 카운티에 연락하십시오.

L. California 주 보건 관리국

California 주 보건 관리국(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 8시~오후 6시 사이에 통화할 수 있습니다.

TDD	1-877-688-9891 이 번호는 듣기나 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화입니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
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/

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)에서는 처방약 비용을 줄이는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명된 기타 지원 프로그램도 있습니다.

M1. 추가 지원

가입자가 Medi-Cal 자격 대상이기 때문에 Medicare에서 "추가 지원"을 받아 처방약 플랜 비용을 납부할 자격이 있으며 받고 있습니다. 이 "추가 지원"을 이용하기 위해 해야 할 일은 없습니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 귀하는 주 7일 하루 24시간 이 번호로 무료 전화를 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
웹사이트	www.medicare.gov

N. 사회보장국(Social Security)

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 가입을 처리합니다. 65세 이상의 미국 시민 및 합법적

영주권자, 장애인이나 말기 신장질환(ESRD)을 앓고 있으며 특정 조건에 부합되는 분은 Medicare 가입 자격이 있습니다. 귀하가 사회 보장 수표를 받고 계시다면 Medicare 등록은 자동적으로 이루어집니다. 사회 보장 수표를 받고 있지 않는 사람은 Medicare에 가입해야 합니다. Medicare에 등록하시려면 사회보장국에 전화하시거나 귀하가 사는 지역의 사회 보장 사무소를 방문해 주시기 바랍니다.

이사하거나 우편 주소가 바뀐 경우 사회보장국에 연락해서 이를 알리는 것이 중요합니다.

전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 연락 가능. 가입자는 하루 24시간 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. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
웹사이트	www.ssa.gov/

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	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. “0”번을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분 사이, 수요일에는 오전 9시~오후 12시 사이에 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. ‘1’번을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 언제든지 자동 RRB 헬프라인과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 이 전화는 무료가 *아닙니다*.
웹사이트	www.rrb.gov

P. 기타 리소스

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램은 의료 보험 보장을 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 내 지원 서비스(IHSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램은 불만사항 제기, 이의 신청 및 공청회를 지원합니다. 옴부즈 프로그램의 전화번호는 1-855-501-3077입니다.

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, 엑스레이, 스케일링 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재배열

치과 혜택은 Medi-Cal 치과 서비스별 수가제(FFS) 및 치과 관리 진료(DMC) 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다.

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 프로그램 담당자가 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 도와 드릴 수 있습니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다.
웹사이트	smilecalifornia.org

Medi-Cal 치과 서비스별 수가제(FFS) 프로그램 대신, 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 8시~오후 6시 사이에 1-800-430-4263(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. 통화는 무료입니다. DMC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx에서도 확인할 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

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

소개

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 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 서비스 및 의료 제공자 정보 43
B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙 43
C. 케어 코디네이터 45
C1. 케어 코디네이터란 45
C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법 45
C3. 케어 코디네이터 변경 방법 45
D. 의료 제공자의 진료 46
D1. 주치의(PCP)에게서 받는 진료 46
D2. 전문의나 다른 네트워크 의료 서비스 제공자에게 받는 진료 49
D3. 의료 제공자가 플랜을 떠날 때 50
D4. 네트워크 비소속 의료 제공자 51
E. 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS) 52
F. 행동 건강(정신 건강 및 물질사용장애) 서비스 53
F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 53
G. 교통편 서비스 57
G1. 비응급 상황 시 의료 수송 57

G2. 비의료 이송 58
H. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재해 발생 시 보장되는 서비스 59
H1. 의료 응급 상황 시 진료 59
H2. 긴급하게 필요한 치료 61
H3. 재난 상황 중 의료 서비스 62
I. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우에 해야 할 일 62
I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 할 일 62
J. 임상 연구 시험의 의료 서비스 보장 63
J1. 임상 연구의 정의 63
J2. 임상 연구 실험 참여 시 서비스 이용 요금 64
J3. 임상 연구 시험에 대해 자세히 알아보기 64
K. 종교적 비의료 서비스 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법 64
K1. 종교적 비의료 서비스 기관의 정의 64
K2. 종교적 비의료 서비스 기관에서 받는 진료 65
L. 내구성 의료 장비(DME) 65
L1. 당사 플랜의 회원으로서 DME 65
L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권 66
L3. 당사 플랜 가입자로서 산소 장비 혜택 67
L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비 67

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 당사 플랜이 지불하는 모든 해당 서비스를 말합니다. 보장 진료, 행동 건강 및 LTSS는 *가입자 안내서* **4장**에 나와 있습니다. 처방약 및 비처방 보장 서비스에 대해서는 *가입자 안내서* **5장**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 LTSS를 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 아무것도 지불하시지 않습니다.

B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙

당사 플랜은 Medicare에서 보장하는 모든 서비스 및 대부분의 Medi-Cal 서비스를 보장합니다. 여기에는 특정 행동 건강 및 LTSS가 포함됩니다.

당사 플랜은 일반적으로 가입자가 당사 규칙을 준수할 경우에 가입자가 받는 진료 서비스, 행동 건강 서비스 및 여러 LTSS의 비용을 지불합니다. 당사 플랜이 보장하는 내용은 다음과 같습니다.

- 귀하가 받으시는 진료는 반드시 **플랜 혜택** 대상이어야 합니다. 이는 *가입자 안내서* **4장**의 **섹션 D**에 있는 혜택 표에 이를 포함한다는 의미입니다.
- 진료는 반드시 **의학적으로 필요한** 것이어야 합니다. 당사에서 말하는 의료적으로 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 PCP로 선택하셔야 합니다.
    - 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP가 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.

- 당사 플랜의 PCP는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 담당 PCP를 선택하실 때 연계 의료 그룹도 선택하게 됩니다. 이는 PCP가 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 PCP의 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. 그러나 이 규칙이 적용되지 않는 아래와 같은 경우들이 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. 이러한 서비스는 Medicare 인증 투석 시설에서 받으실 수 있습니다.
  - 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 안내서* **1장**을 참조하시기 바랍니다. 요청이 승인되면 가입자의 현재 의료 제공자로부터 해당 서비스를 최대 12개월 계속해서 받으실 수 있습니다. 이 기간에 귀하의 케어 코디네이터가 연락해서 담당 PCP 의료 그룹과 연계된 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 찾도록 도와 드릴 것입니다. 12개월 후에도 당사 네트워크 소속이 아니고 담당 PCP 의료 그룹과 연계되지 않은 의료 서비스 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우, 당사는 가입자의 진료에 대해 더 이상 보장하지

않습니다.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록하도록 요청한 후 다음 달 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달 간 더 제공 받습니다. 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 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.

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 귀하는 자신에게 맞게 선택할 수 있습니다.

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

가입자 서비스부에서 케어 코디네이터에게 연락하는 것을 도와드릴 수 있습니다. 의료 코디네이터가 귀하의 의료적 필요에 도움을 드릴 수 있습니다. 당사의 케어 코디네이션 팀이 귀하에게 전화하여 케어 매니저와 상담하고 싶은지 물어볼 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 PCP를 선택하셔야 합니다. 당사 플랜의 PCP는 의료 그룹과 연계되어 있습니다. 담당 PCP를 선택하실 때 연계 의료 그룹도 선택하게 됩니다.

주치의(PCP)의 정의와 역할

당사 플랜에 가입하시면, 귀하는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 네트워크 소속 의료 제공자 한 명을 담당 PCP로 선택하셔야 합니다. PCP란 요구조건에 부합되는 의사이며 귀하에게 기본적인 진료를 제공할 수 있도록 교육받은 사람을 말합니다. 여기에는 일반의 및/또는 가정의, 내과의, 여성 진료를 담당하는 산부인과 전문의(OB/GYN)가 포함됩니다.

대부분의 일상 또는 기본 진료는 PCP에게서 받게 될 것입니다. 귀하의 PCP는 당사 플랜의 가입자로서 귀하가 받는 나머지 보장 서비스를 관리하는 업무도 담당합니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다:

- 엑스레이,
- 병리 검사,
- 치료 요법,
- 전문의의 진료,
- 병원 입원, 및
- 후속 진료.

보장 서비스를 '조정'하는 데에는 귀하가 받는 진료에 대해 플랜 의료 제공자를 상대로 점검하고 진행 상태에 대해 자문을 받는 일이 포함됩니다. 특정한 보장 서비스나 소모품이 필요한 경우, 반드시 귀하의 PCP에게 사전 승인을 받아야 합니다(예를 들면 전문의를 보기 위해 소개를 받는 것). 일부 서비스에 대해서는 귀하의 PCP가 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 귀하가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이면, PCP가 당사 플랜 또는 귀하의 의료 그룹 측에 승인을 요청할 것입니다. 가입자의 PCP가 의료 관리를 제공하고 조율하기 때문에 가입자는 담당 PCP의 진료실로 자신의 모든 과거 의료 기록을 보내야 합니다.

위에서 설명한 대로, 대부분의 일상적 진료를 귀하의 PCP에게서 먼저 받게 될 것입니다. PCP가 전문의 진료가 필요하다고 생각하면 플랜 전문의나 다른 의료 제공자를 만나 볼 수 있도록 귀하에게 의뢰서(사전 승인)를 제공해야 합니다. 앞서 설명드린 대로, PCP의 허가를 받지 않고 받을 수 있는 보장 서비스는 몇

되지 않습니다.

각 가입자에 대하여 개별적으로 PCP를 지명합니다. PCP는 심지어 진료소(클리닉)이 될 수도 있습니다. 여성은 네트워크 소속 산부인과전문의(OB/GYN) 또는 가족 계획 의원을 PCP로 선택할 수 있습니다. 가입자는 비의사 의료 전문가를 PCP로 선택할 수 있습니다. 비의사 의료인에는 인증 간호조무사, 인증 전문간호사, 보조 의사가 포함됩니다. 귀하는 감독 주치의와 연결이 되지만 계속해서 자신이 선택한 비의사 의료 전문가로부터 서비스를 받게 됩니다. 귀하는 감독 PCP를 변경함으로써 선택하신 비의사 임상의를 변경하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에는 감독 PCP의 이름이 적히게 됩니다. 전문의가 귀하의 PCP가 될 수도 있습니다. 전문의는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 제공할 의지와 능력을 갖추어야 합니다.

연방정부 자격 인증 보건 센터(FQHC) 또는 지방 보건소(RHC)를 PCP로 선택하기

FQHC 또는 RHC는 클리닉으로서, PCP가 그 역할을 맡을 수 있습니다. FQHC 또는 RHC는 일차 의료 서비스를 제공하는 건강 센터입니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)과 협약된 FQHC 및 RHC의 이름 및 주소에 대해서는 가입자 서비스부로 전화하거나 의료 제공자 및 약국 명부에서 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 선택하시게 됩니다. 담당 주치의의 진료실은 쉽게 방문할 수 있어야 합니다. 거주지 또는 직장에서 10마일 또는 30분 이내에 있는 PCP를 요청하실 수 있습니다. 의료 그룹(및 연계 PCP와 병원)은 의료 제공자 및 약국 명부나 당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서 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. 귀하의 PCP 이름 및 사무실 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.

PCP 변경 옵션

어떤 이유에서든 언제든지 담당 PCP를 변경하실 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP가 저희 플랜 네트워크를 떠날 수도 있습니다. 귀하의 PCP가 당사 네트워크를 떠나는 경우 당사는 귀하가 당사 네트워크 소속 PCP를 찾도록 도울 수 있습니다.

귀하의 요청은 당사 플랜이 귀하의 요청을 접수한 날 다음 달의 첫 번째 날부터 유효합니다. PCP를 변경하려면 페이지 하단의 가입자 서비스부에 문의하십시오.

당사에 연락하실 때, 귀하가 PCP의 승인을 필요로 하는 전문의 진료나 기타 보장 서비스(예: 가정 건강 서비스, 내구성 의료 장비)를 받고 계시다면 이를 꼭 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 바꾸고 싶어하는 PCP가 새로운 환자를 받는지도 확인할 것입니다. 가입자 서비스부에서는 새 PCP의 이름이 나오도록 귀하의 가입자 카드를 새로 만들어 드리며 새 PCP로의 변경이 언제부터 효력을 발생하는지를 알려 드릴 것입니다.

또한 새 담당 PCP의 이름과 전화번호가 기재된 새 가입자 카드를 보내 드립니다.

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

담당 PCP의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

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

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

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

- 가입자가 당사 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스. 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 연락하시면, 떠나 계시는 동안 투석을 받을

수 있도록 당사가 도와드릴 수 있습니다.

- 독감 주사 및 COVID-19 백신, B형 간염 백신, 폐렴 백신. 단 네트워크 소속 의료 제공자에게서 받는 것이어야 함.
- 정기적인 여성 건강 진료 및 가족 계획 서비스. 유방 검사, 유방조영상 선별검사(유방 방사선 촬영 검사), 펩테스트, 자궁 경부암 검사. 단 네트워크 의료 제공자로부터 받는 것이라야 함.
- 또한 아메리카 원주민 가입자인 경우 네트워크 PCP의 진료 의뢰 또는 사전 승인 없이 선택한 인디언 건강 관리 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의나 다른 네트워크 의료 서비스 제공자에게 받는 진료

전문의는 특정 질병이나 신체 특정 부위를 진료하는 의사를 말합니다. 다음과 같은 여러 분야의 전문의가 있습니다.

- 암 전문의는 암 환자를 진료합니다.
- 심장 전문의는 심장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 정형외과 의사는 뼈, 관절, 근육 문제를 가진 환자를 진료합니다.

전문의의 진료를 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 의뢰(사전 승인)을 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.

전문의가 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 확인해 주십시오. 일반적으로, 현재 PCP가 진료 의뢰해 줄 수 없는 플랜 전문의나 병원에 가고 싶으시다면 언제라도 담당 PCP를 변경하실 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 일어나는 승인 절차를 말합니다. 가입자가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이면, 가입자의 PCP나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 당사 플랜 또는 가입자의 의료 그룹 측에 사전 승인을 요청할 것입니다. 요청이 검토되고 의사 결정(조직 결정)이 귀하 및 귀하의 의료 제공자에게 전송됩니다. 본 책자 **4장**의 의료 혜택 차트에 사전 승인을 요하는 서비스가 구체적으로 나와 있습니다.

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 가입자에게 제공해야 합니다.

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

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 기타 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.

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 떠난 경우, 당사는 귀하가 지난 삼 년 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 삼 개월 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 내용**은 9장을 참조해 주십시오.)

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

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

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

E. 장기 일상 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS는 가정에 머물면서 병원 또는 전문간호시설 입원을 피할 수 있도록 도와드립니다. 귀하는 전문 요양 시설 케어, 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 지역사회 지원을 포함하여 당사의 플랜을 통해 특정 LTSS를 이용할 수 있습니다. 다른 유형의 LTSS인 가정 지원 서비스 프로그램은 해당 카운티의 사회 보장 서비스 기관을 통해 제공됩니다.

LTSS를 받으려면 다음 범주 중 하나(1) 이상에 대한 임상 기준을 충족해야 합니다.

1. 요양 시설-A(NF-A) 치료 수준 이상, 그리고 자격 및 의학적 필요성 기준을 충족하는 가입자.
2. 유기, 후천성 또는 외상성 뇌 손상 및/또는 만성 정신 질환이 있고 특정 일상 활동 또는 특정 도구적 일상 활동에 대한 지원 또는 감독이 필요함을 입증한 개인.
3. 5단계, 6단계 또는 7단계의 특징을 보이는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 알츠하이머병 또는 기타 치매 환자인 가입자.
4. 4단계 알츠하이머병을 특징으로 하는 중등도 알츠하이머병 또는 기타 치매를 포함한 경도 인지 장애가 있는 가입자.
5. 지역 센터 기준 및 자격 요건을 충족하는 발달 장애가 있는 개인.

LTSS를 받는 방법에 관해 자세히 알아보려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가정 지원 서비스(IHSS) 프로그램에 대한 자세한 내용은 **4장**, **섹션 F4**를 참조하십시오.

F. 행동 건강(정신 건강 및 물질사용장애) 서비스

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료에서 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 기존을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(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
- 약 지원 서비스
- 일일 집중 치료
- 일일 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 대상 사례 관리
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 치료 행동 서비스

- 집중 치료 조정
- 가정 기반 집중 서비스

이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하는 경우 약 Medi-Cal 조직 전달 시스템 서비스는 Medi-Cal FFS(서비스별 요금) 제공자를 통해 제공됩니다. 약 Medi-Cal 서비스는 다음 업체에서 제공합니다.

카운티	대행업체
Los Angeles	약물 남용 방지 및 통제(SAPC) Los Angeles 카운티 보건국
Sacramento	보건서비스부 약물 사용 예방 및 치료 서비스
Tulare	알코올 및 기타 약물(AOD) 방지, 치료 및 회복 서비스

- 집중 외래환자 치료 서비스
- 주산기 거주 약물 남용 치료
- 외래환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물(투약 지원 치료)
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스

의약품 Medi-Cal 체계적 배송 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 치료 서비스
- 집중 외래환자 치료 서비스
- 부분적 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(투약 지원 치료)
- 주거형 치료 서비스
- 퇴원 관리 서비스

- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조율
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 비상 관리 서비스

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

또한 Medicare에서 보장하고 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 행동 건강 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.
- 입원 서비스 및 용품: 두 대 이상의 침대가 있는 병실에서의 숙식(특수 치료과, 용품, 시설에서 통상적으로 제공하는 부가 서비스 포함).
- 입원 및 치료 수준의 변경 Medicare 인증 시설에서의 부분적 입원 및 집중 외래환자 서비스.
- 해독 치료: 물질사용장애와 관련된 급성 해독 치료 및 급성 의료 상태의 치료를 위한 입원 서비스.
- 응급 서비스: 정신과적 응급 의료 상태인지를 결정하기 위한 선별검사, 검사, 평가 및 정신과적 응급 의료 상태의 완화 또는 제거를 위해 필요한 진료 및 치료.

의료 제공자 관련 자세한 내용은 의료 제공자 및 약국 명부를 참조해 주십시오. 또한 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의할 수도 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. 또는 당사 웹사이트(www.2025wellcaredirectories.com)를 참조하시기 바랍니다.

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항 목록은 **4장 섹션 G**: 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 *않는* 혜택을 참조하십시오.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

행동 건강 서비스를 위한 의학적 필요성을 결정하는 데 이용되는 절차

보장받기 위해서는 반드시 본 플랜에서 특정 행동 건강 서비스 및 용품을 승인해야 합니다. 사전 승인이 필요할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 **4장**, **섹션 D**를 참조하십시오. 이러한 서비스에 대한 사전 승인을 받으려면 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해야 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 Dual Align (HMO D-SNP)의 검토를 받기 위해 해당 계획을 제출할 것입니다. 치료 계획에 포함되는 서비스는 본 플랜이 승인하는 경우 보장됩니다. 플랜이 치료 계획을 승인하지 않을 경우 그 병증에 관련한 서비스 또는 소모품이 더 이상 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 귀하가 필요로 하는 진료 수령에 도움을 받을 수 있도록 카운티 정신 건강국으로 귀하를 연결시켜 드릴 수 있습니다.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)과 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:

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 카드 또는 이 페이지의 하단에 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) 및/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 불편 사항이 있는 경우 할 수 있는 일

이 섹션에 포함된 혜택은 다른 혜택과 같은 이의 신청 절차가 적용됩니다. 불만 제기에 대한 자세한 내용은 **9장**, **섹션 K**를 참조해 주십시오.

현재 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, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 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.

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 PCP에게 문의하여 이를 요청할 수 있습니다. PCP가 귀하의 요구에 맞는 최적의 수송 유형을 결정할 것입니다. 귀하에게 비응급 의료 수송이 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 일 년 동안 유효합니다. 귀하의 PCP는 12개월마다 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 건강 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 PCP의 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 72시간 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 문의하십시오. 문의 시 가입자 ID 카드가 필요합니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

자세한 정보가 필요한 경우에도 연락하실 수 있습니다. 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.

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-Cal이 해당 서비스를 보장하지 않는 경우 의료 수송이 제공되지 않습니다. 해당 예약 유형이 해당 건강 플랜이 아닌 Medi-Cal에서 보장되는 경우 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 수송편 일정을 잡을 수 있도록 도와 드립니다. 보장 서비스 목록은 본 안내서 **4장**에서 확인할 수 있습니다. 사전 승인이 없는 한 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 네트워크 또는 서비스 지역 밖에서는 수송을 보장하지 않습니다.

G2. 비의료 이송

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 Access2Care를 사용하여 Medicare에서 보장하는 비의료 수송 및 Medi-Cal에서 보장하는 비의료 수송을 위한 ModivCare를 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 72시간(월요일~금요일) 전에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. **긴급한 예약**인 경우 가능한 한 빨리 문의하십시오. 문의 시 가입자 ID 카드가 필요합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 연락하실 수 있습니다.

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

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 정신적 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. 의료 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재해 발생 시 보장되는 서비스

H1. 의료 응급 상황 시 진료

의료적 응급 상황이란 심각한 통증이나 심각한 부상 등 의료적 상태나 병증이 있는 것을 말합니다. 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**
- 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산:

- 해산 전까지 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우.
- 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우.

의료 응급 상황에 처할 경우:

- **최대한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하시거나 가장 가까운 응급실 또는 종합 병원을 이용하십시오. 필요하다면 구급차를 부르십시오. 가입자는 담당 PCP의 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.

의료적 응급 상황에서 보장되는 서비스

응급실로 가기 위해 구급 이송이 필요하신 경우 당사 플랜에서는 이를 보장합니다. 또한 저희는 응급 상황에서 의료 서비스를 보장합니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **4장**, **섹션 D**의 혜택 표를 참조해 주십시오.

미국 외 지역에서 응급 진료를 보장받으실 수도 있습니다. 이 혜택은 연간 $50,000로 제한합니다. 자세한 내용은 본 책자 **4장**, **섹션 D**의 의료 혜택표에서 '국제 응급/긴급 보장' 항목을 보거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 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.

가입자에게 응급 치료를 제공하는 의료 제공자는 가입자의 상태가 안정적이며 의학적 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 진료를 받으실 경우, 가능하면 빨리 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 진료를 맡게 되도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닌 경우 받은 응급 진료

때로는 자신이 의료적 응급 상황 또는 행동 건강 응급 상황에 처한 것인지 아닌지를 알기가 쉽지 않습니다. 응급 진료를 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.

H2. 긴급하게 필요한 치료

긴급하게 필요한 진료란 응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료를 요하는 상황을 말합니다. 예를 들어, 기존 상태의 급성 악화 또는 예상치 못한 질병이나 부상이 있을 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.

시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 귀하가 네트워크 소속 의료 제공자에게 진료를 받는 것이 불가능하거나 합리적이지 않은 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받은 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다.

심각한 응급 상황에는: '911'에 전화하시거나 가장 가까운 종합 병원을 방문해 주십시오.

상황이 그렇게 심각하지 않다면: 귀하의 PCP나 의료 그룹에 문의해 주십시오. 전화를 할 수 없거나 즉시 진료가 필요하면 가까운 의료 센터, 긴급 의료 센터, 종합 병원을 방문해 주십시오.

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.

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 받든 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 국제 응급/긴급 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 본 책자 **4장**, **섹션 D**의 의료 혜택 차트에서 "응급 치료" 항목을 참조해 주십시오.

H3. 재난 상황 중 의료 서비스

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 참조해 주십시오.

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 안내서* **5장**, **섹션 A8**을 참조해 주십시오.

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.

청구 비용을 가입자가 직접 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 안내서* **7장**, **섹션 A**를 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 혜택 표(*가입자 안내서* **4장**, **섹션 D** 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. 귀하에게는 서면으로 다음에 대하여 문의할 권리가 있습니다. 귀하가 받으신 서비스에 대해 당사가 지불하지 않는 경우, 귀하는 당사의 결정에 이의를 신청하실 권리가 있습니다.

가입자 안내서 **9장**, **섹션 E**에서는 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 문의해 주십시오.

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

J. 임상 연구 시험의 의료 서비스 보장

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구 실험(임상 실험이라고도 함)은 의사들이 신종 치료 또는 의약품을 시험하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 지원자를 연구에 참여시켜 줄 것을 요청합니다.

Medicare에서 귀하가 참여를 원하는 연구를 승인하고 귀하가 관심을 표현하면 연구 담당자가 귀하에게 연락합니다. 그 담당자가 해당 연구에 대해 설명하고 가입자의 참가 자격 여부를 확인합니다. 귀하가 요구 조건에 부합되는 한 연구에 참여하실 수가 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 근거 창출을 통한 보장을

요구하는 국가 보장 판단(NCD-CED) 및 연구용 기기 면제(IDE) 연구에 명시된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수 있습니다.

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

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

J2. 임상 연구 실험 참여 시 서비스 이용 요금

Medicare에서 승인하는 임상 연구에 지원하는 경우에 귀하는 해당 연구에서 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 귀하의 진료와 관련된 일상적인 비용뿐만 아니라 연구에서 보장하는 서비스에 대한 비용을 지불합니다. Medicare 승인 임상 연구 실험에 참가하시게 되면, 실험의 일환으로 받는 대부분의 서비스 및 항목을 보장받습니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다:

- 가입자가 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare에서 지불했을 병원 입원 시의 숙식
- 해당 연구의 일환으로 받는 수술 및 기타 의료 시술
- 새로운 진료의 부작용 및 합병증 치료

귀하가 Medicare가 승인하지 **않은** 실험에 참여한다면, 실험 참여에 드는 모든 비용을 귀하가 지불합니다.

J3. 임상 연구 시험에 대해 자세히 알아보기

임상 연구 실험에 참여하는 것에 대한 자세한 내용은 'Medicare & 임상 조사 연구'라는 제하의 글을 Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)에서 참조해 주십시오. 고객은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

K. 종교적 비의료 서비스 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법

K1. 종교적 비의료 서비스 기관의 정의

종교적 비의료 서비스 기관이란 일반적으로 병원이나 전문 간호 시설에서 받는 진료를 제공하는 장소를

말합니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 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 비의료 서비스 기관에서 받는 진료

종교적 비의료 서비스 기관에서 진료를 받으시려면 '비제외' 치료를 받는 것에 반대한다는 법적 서류에 서명하셔야 합니다.

- '비제외' 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.

당사 플랜의 보장을 받으려면 종교적 비의료 서비스 기관에서 받는 치료가 반드시 아래 조건에 부합되어야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare 인증 시설이어야 합니다.
- 당사 플랜이 보장하는 서비스는 진료의 비종교적 측면으로 제한됩니다.
- 귀하가 시설에 머무는 동안 이러한 기관으로부터 서비스를 받으신 경우:
  - 입원 병원 진료 또는 전문 요양 시설 케어를 통해 보장 서비스를 받을 수 있게 해 주는 병증을 갖고 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 회원으로서 DME

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 관련 공급품, 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대, 정맥(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 임대하는 DME에 대해 설명합니다. Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여하는 사람들은 13개월간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 저희 플랜 회원으로서, 귀하는 의학적으로 필요하고 그 품목을 장기간 필요로 하는 한 임대한 내구성 의료기기의 소유권을 획득할 수도 있습니다. 또한 해당 품목은 반드시 귀하의 PCP, 의료 그룹 및/또는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 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. 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.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여하는 사람들은 13개월간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 저희 플랜의 가입자로서, 지정된 기간 동안 당사가 해당 품목을 보장한 후 소유할 특정 유형의 DME도 있습니다.

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

소유권을 획득하지 않는 특정 유형의 DME도 있습니다. 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**.

L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME를 임대한 사람들은 13개월 동안 임대한 후에 소유하게 됩니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서는 장비를 소유하기 전에 사람들이 특정 유형의 DME를 임차해야 하는 개월 수를 플랜에서 정할 수 있습니다.

참고: Original Medicare와 MA 플랜의 정의는 **12장**에 나와 있습니다. Medicare와 여러분 2025 안내서에서도 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 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Medi-Cal을 선택하지 않으면, Original Medicare 하에서 지불금을 13회 연속으로 지불하시거나 MA 플랜에서 정한 연속 지불 횟수대로 지불하신 후, 아래 경우에 해당하면 DME 품목을 소유하실 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 플랜 가입 기간 동안 DME 품목의 소유자가 되지 못하신 경우, **그리고**
- 당사 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜에 속한 건강 플랜 이외의 Medicare 혜택을 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 13회 연속으로 지불하시거나 MA 플랜에서 정한 새로운 연속 지불 횟수대로 지불하셔야 합니다.
- Original Medicare 또는 MA 플랜으로 돌아가도 여기에는 예외가 없습니다.

L3. 당사 플랜 가입자로서 산소 장비 혜택

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

- 산소 장비 임대
- 산소 및 산소 함유물 배송
- 산소 및 산소 함유물 배송을 위한 튜브 및 관련 부속품
- 산소 장비 유지 보수 및 수리

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

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

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **귀하가 당사 플랜을 떠나 Original Medicare로 전환하는 경우**, 귀하는 공급업체로부터 36개월 동안 해당 장비를 임대하게 됩니다. 월 임대료에는 위에 명시된 산소 장비, 용품, 서비스가 포함됩니다.

산소 장비를 **36개월 동안 임대한 후**에도 의학적으로 필요한 경우 공급업체는 다음을 제공해야 합니다.

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

5년이 지난 후에도 산소 장비가 여전히 의학적으로 필요한 경우:

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

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

4장: 혜택표

소개

이 장에는 당사 플랜의 보장 서비스와 제한 사항 또는 한도가 나와 있습니다. 본 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 소개합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*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 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달 간 더 제공 받습니다. 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 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.

목차

A. 보장 서비스 70
- A1. 공중 보건 응급 상황 기간 중 70

B. 보험 회원에게 진료비를 청구하는 제공자에 대한 규칙 70

C. 당사 플랜의 혜택표 71

D. 본 플랜의 혜택표 72

E. 커뮤니티 지원 136

F. 당사 플랜 외 보장 혜택 142
- F1. California 커뮤니티 전환(CCT) 142
- F2. Medi-Cal 치과 143
- F3. 호스피스 간호 144
- F4. 가정 지원 서비스(IHSS) 145
- F5. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램 145
- F6. 당사 계획 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스) 147

G. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택 149

A. 보장 서비스

본 장은 당사 플랜에서 보장하는 서비스에 대해 알려 줍니다. 보장되지 않는 서비스가 무엇인지도 말해 줍니다. 의약품 혜택에 대한 정보는 *가입자 안내서* **5장**의 **섹션 A**에 설명되어 있습니다. 본 장은 일부 서비스에 가해지는 제한 사항을 설명해 줍니다.

귀하는 Medi-Cal의 지원을 받으시기 때문에 당사 플랜 규칙을 따르는 한, 보장 서비스에 대해서 아무것도 지불하시지 않습니다. 플랜의 규칙에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **3장**의 **섹션 B**를 참조해 주십시오.

보장 서비스를 이해하는 데 도움이 필요하시면 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)로 전화하십시오. 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.

A1. 공중 보건 응급 상황 기간 중

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 공중 보건 응급 상황(PHE)과 관련된 모든 주 및/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/healthnetCA를 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하셔도 됩니다. 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.

B. 보험 회원에게 진료비를 청구하는 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 안내서* **7장**의 **섹션 A**를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

C. 당사 플랜의 혜택표

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-Cal에서 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 의료 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 가입자가 병원 또는 요양 시설에 입원하지 않도록 예방하는 의료 서비스도 포함됩니다. 이는 또한 해당 서비스, 용품 또는 의약품이 용인된 의료 행위 표준에 부합됨을 뜻합니다. 생명을 보호하고 중대한 질병이나 심각한 장애를 예방하거나 중증 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요할 때 "의료적으로 필요한 서비스"입니다.
- 신규 가입자의 경우, 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 네트워크 비소속 의료 제공자로 시작된 서비스에 대한 치료 과정이라도 유효한 치료 과정에 대한 사전 승인이 필요하지 않을 수 있습니다.
- 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 안내서* **3장**의 **섹션 D**에서 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 방법에 대해 자세하게 확인하실 수 있습니다.
- 귀하는 주치의(PCP) 또는 진료 팀이 있으며 이들이 귀하가 받는 진료를 제공하고 관리합니다. 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP가 아닌 PCP 또는 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 PCP가 이를 승인해야 합니다. 이것을 진료 의뢰라고 합니다. *가입자 안내서* **3장**의 **섹션 D**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. PA가 필요한 보장 서비스는 혜택표에서 기울임꼴 형식으로 표시됩니다.

- 귀하의 플랜이 치료 과정에 대한 PA 요청을 승인하는 경우, 해당 승인은 보장 기준, 귀하의 의학적 병력 및 치료 제공자의 권고에 따른 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다.
- Medi-Cal 혜택을 상실한 경우, 지속적인 자격으로 간주되는 6개월 기간 내에 이 플랜의 Medicare 혜택은 계속됩니다. 하지만 Medi-Cal 서비스는 보장되지 않을 수 있습니다. Medi-Cal 자격에 대한 정보는 카운티 자격 사무소 또는 건강 관리 옵션에 문의하십시오. Medicare 혜택은 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.

“추가 지원” 자격을 갖춘 가입자를 위한 중요 혜택 정보:

- 보험료, 공제액 및 본인 부담률과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하기 위해 ‘추가 지원’을 받는 경우, 다른 대상 추가 혜택 및/또는 대상 감소 비용 분담을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- 자세한 내용은 **4장 섹션 D**의 의료 혜택표를 참조해 주십시오.
- 가입자들은 파트 D 의약품에 대한 비용 분담을 없앨 자격이 있습니다. 자세한 내용은 **6장**을 참조하십시오.

Medicare는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)이 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.

모든 예방 서비스는 무료입니다. 혜택 차트의 예방 서비스 옆에 이러한 사과 모양이 표시됩니다.

D. 본 플랜의 혜택표

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	복부 대동맥류 검사 당사는 위험률이 높은 분들을 위해 초음파 검사 일 회에 대한 비용을 지불합니다. 특정 위험 요인이 있으며 그 요인으로 담당 의사, 의사 보조 인력, 실무 전문 간호사 또는 임상 간호 전문가로부터 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. 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	침술 당사는 한 달에 최대 이 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 외래환자 침술 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 또한, 당사는 다음과 같이 정의된 만성 요통의 경우 90일 동안 최대 12회 침술 치료 방문에 대해 지불합니다. • 12주 이상 지속. • 특정할 수 없음(확인할 수 있는 구체적 원인이 없음. 예: 전이성, 염증성 또는 전염성 질병과 관련이 없음). • 수술과 관련이 없음. **그리고** • 임신과 관련이 없음. 또한, 당사는 만성 요통이 개선된 경우 추가 팔 회의 침술에 대한 비용을 지불합니다. 만성 요통에 대한 침술 치료는 연간 20회를 초과하여 받으실 수 없습니다. 호전되지 않거나 악화되는 경우에는 침술 치료를 중단해야 합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	알코올 남용 선별검사 및 상담 당사는 알코올 남용 선별검사(SBIRT)를 술을 남용하지만 술에 의존적이지 않은 성인에 대해 일 회에 한해 지불합니다. 여기에는 임신 여성도 포함됩니다. 알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 자격을 갖춘 주치의(PCP)나 일차 의료 환경의 임상의로부터 연간 사 회까지 간단한 대면 상담을 받으실 수 있습니다(상담 참여 능력이 있고 기민한 경우).	$0

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	앰뷸런스 서비스 응급 상황이든 비응급 상황이든 보장되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터) 서비스가 포함됩니다. 구급차는 귀하에게 진료를 제공할 수 있는 가까운 장소로 데려가 줍니다. 귀하의 상태가 심각해서 다른 방편으로 진료 장소로 이동하는 것은 귀하의 건강이나 생명에 위험한 상황이어야 합니다. 다른 경우(비응급)를 위한 구급차 서비스는 당사의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우, 당사가 구급 이송 서비스에 대해 지불할 수도 있습니다. 귀하의 상태가 심각해서 다른 방편으로 진료 장소로 이동하는 것이 귀하의 생명이나 건강에 위험한 상황이어야 합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0
	연례 정기 건강 검진 연례 건강 선별검사 – 연례 웰니스 방문에 포함된 서비스에 추가하여 심장, 폐, 복부 및 신경계 검사 그리고 신체 부위(머리, 목, 손발 등)를 의사가 손으로 진료하고 병력/가족력을 상세히 조사하는 것이 포함됩니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	연례 웰니스 방문 귀하는 연례적 건강검진을 받을 수 있습니다. 이것은 귀하의 현재 위험 인자에 근거해서 예방 플랜을 짜거나 이를 업데이트하는 것을 말합니다. 당사는 연례적 건강검진을 12개월마다 한 번씩 지불합니다. **참고:** 첫 번째 연례 웰니스 방문은**Medicare에 오신 것을 환영합니다** 방문 시점으로부터 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B에 가입된 이후에는 연례 웰니스 방문을 위해**Medicare에 오신 것을 환영합니다** 방문 시에 이루어지는 방문을 별도로 할 필요가 없습니다.	$0
	천식 예방 서비스 천식을 조절이 어려운 경우 가정에서 쉽게 발견되는 유발 요인에 대해 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0
	골밀도 측정 당사는 자격이 있는 가입자들(대개 골밀도 손실이나 골다공증 위험이 높은 사람)을 위해 일부 의료 절차를 지불합니다. 그러한 절차는 골밀도, 골손실, 골의 질을 알기 위한 절차입니다. 당사는 해당 서비스에 대해 24개월마다 한 번씩 또는 의료적으로 필요하다면 더 자주 지불합니다. 또한 의사가 검사 결과를 살펴보고 설명해 주는 서비스에 대해 지불합니다.	$0
	유방암 선별검사(유방 조영상) 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 만 35~39세에서 유방 X-레이 투영법 베이스라인 일 회 • 만 40세 이상 여성의 경우 매 12개월마다 유방 X-레이 투영법 선별검사 일 회 • 임상적 유방 검사는 24개월마다 일 회	$0

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	심장 재활 서비스 당사는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스에 대해 지불합니다. 가입자들은 특정 조건에 부합되어야 하고 의사의 진료 의뢰가 있어야 합니다. 당사는 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	심장 질환 위험인자 축소 방문(심장 질환 치료요법) 본 플랜에서는 심장 질환 위험 인자를 낮추기 위한 주치의(PCP) 방문에 대해 1년에 일 회 혹은 의학적으로 필요한 경우 일 회 이상 지불합니다. 방문 중 귀하의 의사는 아래의 항목을 수행할 수 있습니다. • 아스피린 사용에 대해 상담 • 혈압 측정 **및/또는** • 영양섭취에 대한 조언 제공	$0
	심장 질환 검사 당사는 매 오 년(60개월)마다 한 번씩 심장 질환을 검사하기 위한 혈액 검사에 대해 대금을 지불합니다. 이 혈액 검사는 심장 질환 위험 인자가 높은 경우 문제가 없는지를 검사합니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	자궁경부암, 질암 선별검사 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 여성 가입자: 펩테스트와 골반 검사는 매 24개월마다 일 회씩 • 자궁경부암 또는 질암 위험 인자가 높은 여성의 경우 12개월마다 일 회씩 펩테스트 • 최근 삼 년 이내에 자궁 경부 세포 검사 결과가 비정상으로 나왔으며 가임 연령인 여성의 경우: 12개월마다 자궁 경부 세포 검사 일 회 • 만 30세~만 65세 여성의 경우: 5년마다 인체 유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 자궁 경부암 검사 일 회	$0
	척추교정 서비스 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 척추를 바로잡기 위한 교정 치료 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	대장암 선별검사 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 위험이 크지 않은 환자의 경우 120개월(10년)에 일 회, 또는 대장암 위험이 크지 않는 환자의 경우 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 48개월에 일 회, 그리고 이전에 대장내시경 검사 또는 바륨 관장을 받은 후 고위험 환자의 경우 24개월에 일 회 보장됩니다. • 45세 이상 환자를 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사.	$0

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 위험이 높지 않은 환자의 경우 120개월마다 일회. 마지막 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 또는 바륨 관장에서 고위험 환자의 경우 48개월에 일 회. • 45세 이상 환자를 위한 선별 대변 잠혈 검사. 12개월마다 일회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자를 위한 다중 표적 대변 DNA. 3년마다 일회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년마다 일회. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	대장암 선별검사(계속) • 바륨 관장은 고위험군 환자를 위한 대장내시경 검사의 대안으로, 마지막 선별 바륨 관장 또는 마지막 선별 대장내시경 이후 24개월이 지난 경우에 사용할 수 있습니다. • 바륨 관장은 위험이 크지 않은 45세 이상의 환자들을 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사의 대안으로 사용됩니다. 마지막 선별 바륨 관장 또는 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 최소 48개월에 일회. 대장암 선별 검사에는 Medicare 보장 비침습성 대변 기반 대장암 선별 검사 결과 양성 판정 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS) CBAS는 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. CBAS 프로그램은 적절한 건강, 재활, 개인 관리 및 사회 서비스의 도움을 받아 집에서 생활할 수 있는 Medi-Cal 수혜자를 위한 기관 치료의 대안입니다. CBAS 프로그램은 개인의 독립성 유지를 위해 노력하면서 참가자, 가족 및/또는 간병인, 주치의 및 커뮤니티와의 파트너십을 강조합니다. 센터에서 제공하는 서비스는 다음과 같습니다. • 전문적인 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료 및 언어치료 • 정신 건강 서비스 • 치료 활동 • 사회복지 서비스 • 개인 관리 • 따뜻한 식사와 영양 상담 • 참가자의 거주지를 왕복하는 교통편 **참고:** CBAS 시설을 이용할 수 없는 경우, 당사는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	치과 서비스 Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 치과 서비스를 통해 다양한 표준 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 치과 검사(12개월마다 일 회) • 치아 스케일링(12개월마다 일 회) • 스케일링 및 치근평활 • 불소 도포(12개월마다 일 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 Medi-Cal 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 https://smilecalifornia.org를 참조하거나 1-800-322-6384번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 치과 혜택은 Medi-Cal 치과 서비스별 수가제 및 치과 관리 진료(DMC) 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다. Medi-Cal 치과 서비스별 수가제 프로그램 담당자가 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 도와드릴 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	치과 서비스(계속) TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-800-735-2922번입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 이 번호에 전화하시려면 특수 전화 장비가 필요합니다. 당사는 서비스가 수혜자의 일차 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. 당사 플랜은 가입자의 Medi-Cal 치과 혜택 외에도 추가적인 치과 서비스 및 시술을 보장합니다. 이러한 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. • 크라운(귀금속): 치아 하나 당 달력 연도 기준 5년에 한 번 • 보철술(의치) – 아치당 달력 연도 기준 2년마다 • 브릿지 - 치아당 5년마다 예외 및 제한이 적용됩니다. 보장 시술, 예외 및 제한 사항 세부 목록을 포함한 추가 치과 보장 정보도 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하여 웹페이지 상단에서 Shop for Plan을 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. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	우울증 선별검사 당사는 해마다 일 회 우울증 선별검사 비용을 지불합니다. 이 선별검사는 후속 치료 및/또는 진료 의뢰로 이어질 수 있도록 반드시 일차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0
	당뇨병 선별검사 귀하가 아래 위험 인자 중 하나라도 있는 경우 당사는 이 선별검사(공복 글루코스 검사 포함)에 대해 비용을 지불합니다. • 고혈압 • 비정상적 콜리스테롤 및 트리글리세라이드 수준 병력(이상지혈증) • 비만 • 고혈당(글루코스) 병력 다른 몇몇 경우 검사가 보장될 수 있습니다. 예를 들면 귀하가 과체중이고 당뇨 가족력이 있는 경우. 가장 최근의 당뇨병 선별검사일 이후 12개월마다 최대 이 회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	당뇨병 자기 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 당사는 당뇨병이 있는 분들(인슐린 사용 여부에 관계없이)에 대해 아래 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 아래 품목을 포함하는 혈당 측정 용품: ○ 혈액 글루코스 모니터 ○ 혈액 글루코스 검사 스트립 ○ 피침 기기 및 피침 ○ 검사 용지 및 모니터의 정확성 확인을 위한 정도 관리물질 • 당뇨병 환자 중 심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 경우, 당사는 다음에 대한 비용을 지불합니다. ○ 깔개를 포함한 치료용 맞춤형 신발 1쌍(피팅 포함) 및 매 달력 연도마다 깔개 2쌍 **또는** ○ 매해 피팅을 포함하여 깊이 신발 한 쌍 및 깔개 세 쌍(신발에 딸려오는 비맞춤형 탈착식 깔개는 비포함) • 때에 따라 당사는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. Lifescan의 OneTouch™ 제품은 당사가 선호하는 당뇨병 검사 용품입니다(혈당 모니터 및 검사용 스트립). 다른 브랜드는 의학적으로 필요하고 사전 승인을 받지 않는 한 보장되지 않습니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	임산부 도우미 서비스 임산부의 경우 산전 및 산후 기간 동안 임산부 도우미 서비스를 포함하여 구 회의 방문과 진통 및 분만 지원에 대한 비용을 지불합니다.	$0

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 '내구성 의료 장비(DME)'의 정의에 대해서는 *가입자 안내서* **12장**을 참조하십시오. 당사는 다음 항목을 보장합니다. • 휠체어(전동 휠체어 포함) • 목발 • 전동식 매트리스 • 매트리스용 건식 압력 패드 • 당뇨 용품 • 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 • 정맥(IV) 주입 펌프 및 폴 • 언어 생성 장치 • 산소 장비 및 용품 • 분무기 • 보행 보조기 • 표준 곡선형 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 용품 • 경추 견인(문 위) • 뼈 자극 장치 • 투석 장비 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품(계속) 다른 품목들이 보장될 수도 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 통상적으로 지불하는, 의학적으로 필요한 모든 DME에 대한 비용을 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 당사 공급업체가 특정 상표나 제조사의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다. 특정 품목을 제공할 수 있는 다른 공급업체를 찾는 데 도움을 받으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 자택 밖에서 사용되는 Medicare 비보장 내구성 의료 장비도 보장됩니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	응급 진료 응급 진료란 아래의 서비스를 말합니다. • 응급 서비스를 제공하도록 교육 받은 의료 제공자가 제공함, **그리고** • 의료적 응급 상황 치료를 위해 필요함. 의료적 응급 상황은 심각한 통증이나 심각한 부상을 동반한 의료적 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** • 장기나 인체 부위에 심각한 기능 장애 • 임신한 여성의 경우, 실제적인 해산, 즉 아래의 상황이 발생할 수 있는 출산: ○ 해산 전까지 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않은 경우. ○ 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 귀하가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 차후에 응급 상황이 안정된 뒤 입원 환자 치료가 필요하면, 반드시 네트워크 병원으로 복귀해야만 귀하가 받는 치료가 계속해서 지불됩니다. 당사 플랜에서 네트워크 비소속 병원에 머무르도록 승인한 경우에만 그 병원에서 입원 환자 치료를 받을 수 있습니다.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	응급 진료(계속) 전 세계 응급/긴급 상황 보장. 미국 밖에서 받게 되는 응급, 긴급, 안정후 진료로 정의됩니다. • 미국 내에서 받았다면 응급, 긴급, 안정 후 진료로 분류되는 서비스로 제한됩니다. • 응급실로 이동할 때 일상적 교통 수단을 이용하는 것이 귀하의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 구급 이송 서비스가 보장됩니다. • 외국 세금과 수수료는 포함되지 않습니다(환율 전환 또는 거래 수수료를 포함하지만 이에 제한되지 않습니다). 전 세계 응급/긴급 상황 보장 범위는 연간 $50,000로 제한됩니다. 미국은 50개 주, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, American Samoa를 의미합니다.	$110 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 지역에서 응급실/긴급하게 필요한 서비스 방문 비용 분담분이 면제되지 않습니다.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	가족 계획 서비스 법에서는 특정 가족 계획 서비스를 위해 네트워크 소속 또는 비소속 의료 제공자를 가입자가 선택하는 것을 허용합니다. 의사, 진료소, 병원, 약국, 가족 계획 사무소 등에서 선택할 수 있습니다. 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 가족 계획 검사 및 치료 • 가족 계획 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 가족 계획용 용품 처방(콘돔, 스폰지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) • 불임 인식 기법에 대한 상담 및 교육 및/또는 성매개감염(STI)에 대한 임신 전 건강 상담, 검사 및 치료와 같은 제한적인 불임 서비스 • HIV, AIDS 및 기타 HIV 관련 병증 상담과 검사 • 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소 30일~180일 전에 연방 불임술 동의서에 서명해야 함) • 유전자 상담 당사는 기타 가족 계획 서비스 중 일부를 지불합니다. 그러나 다음의 서비스에 대해서는 반드시 당사의 의료 제공자 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. • 불임의 의료적 상태 치료(이 서비스는 임신하기 위한 인공적 방법을 포함하지 않습니다). • AIDS 및 기타 HIV 관련 병증 • 유전자 검사	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	건강 및 웰니스 교육 프로그램 당사는 특정 병증에 중점을 두는 여러 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. • 건강 교육 수업(심장, 천식 및 당뇨병) • 영양 교육 수업 • 금연 **및** • 간호 상담 핫라인 • 피트니스 혜택 저희 플랜은 대형 헬스센터나 지역의 피트니스 센터에서 사용할 수 있는 월간 크레딧을 통해 융통성 있는 피트니스 프로그램의 회원권을 제공합니다. 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. 피트니스 가입자 자격에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetCA)를 방문하여 확인해 주십시오.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	청력 서비스 당사는 귀하의 의료 제공자가 하는 청각 및 균형 감각 검사에 대한 대금을 지불합니다. 이런 검사들로 귀하가 치료가 필요한지 아닌지를 알 수 있습니다. 의사, 청력학자, 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 외래환자 진료로 제공하는 이러한 검사들은 보장됩니다. 또한 당사는 다음을 포함하여 의사 또는 기타 유자격 의료 제공자가 처방한 보청기 비용을 지불합니다. • 틀, 용품, 삽입 부품 • 수리 • 초기 배터리 세트 • 귀하가 보청기를 받고 나서 동일 공급업체에서 받는 교육, 조정, 피팅 목적의 방문 육 회 • 보청기 임대 시험 기간 • 보조 청각 장치, 표면 착용 골전도 청각 장치 또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다. • 매년 정기적인 청력 검사 1회. • 매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회. • 일 년에 귀 한 개당 최대 $1,000의 비이식형 보청기 1개. 매년 2개 비이식형 보청기로 제한됨. 혜택에는 2년 공급 배터리의 손실 및 손상을 포함한 3년 보증이 포함됩니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	HIV 선별검사 당사는 아래에 해당되는 가입자에게 매 12개월마다 일 회 HIV 선별검사에 대해 대금을 지불합니다. • HIV 선별검사를 요청한 사람 **또는** • HIV 감염 위험이 큰 사람 임신 여성의 경우, 당사는 임신 중 최대 삼 회의 HIV 선별검사에 대한 비용을 지불합니다. 또한 의료 제공자가 권장하는 경우 당사가 추가 HIV 검사 비용도 지불합니다.	$0
	가정 간호 기관 케어 가정 건강 서비스를 받기 위해서는 귀하가 이 서비스가 필요하다는 의사의 말이 반드시 필요하며 가정 건강 관리 기관이 제공하는 것이라야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다. 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. • 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 서비스(가정 건강 서비스 혜택으로 보장받고 있으며 총 의료 서비스 합계 시간이 하루 8시간 미만 또는 일주일에 35시간 미만이어야 합니다) • 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료 • 의료 및 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	가정 주입 요법 당사 플랜은 정맥 투여나 피하주사를 통해 가정에서 제공하는 의약품 또는 생물제로 정의되는 가정 주입 요법에 대한 비용을 지불합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다. • 항바이러스 성 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물제 • 펌프와 같은 장비 **및** • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 당사 플랜은, 예를 들어, 아래의 품목을 포함하는 가정 주입 서비스를 보장합니다. • 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는, 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 **및** • 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 의약품 제공을 위한 모니터링 서비스 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	호스피스 간호 귀하에게는 귀하의 의료 제공자 및 호스피스 진료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 말기 질환을 앓고 있고 육 개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다. 귀하는 Medicare에서 인증하는 어떠한 호스피스 프로그램에서도 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 네트워크 비소속 의료 제공자 모두 다 가능합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 증세와 통증을 치료하기 위한 의약품 • 단기 임시 간호 서비스 • 홈 의료 **Medicare에 청구되는 말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스** • 자세한 내용은 본 장의 **섹션 G**를 참조해 주십시오. **당사 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:** • 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 당사는 말기 예후 관련 여부와 관계없이 해당 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대하여 가입자는 아무것도 지불하지 않습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	호스피스 간호(계속) **당사 플랜의 Medicare Part D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우:** • 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 F3**을 참조해 주십시오. **참고:** 심각한 질병이 있는 경우, 귀하의 삶의 질을 개선하기 위해 팀 기반 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완치/정기 진료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 완화 치료 섹션을 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 전화하여 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 **않은** 간호를 말합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 가입자에게 호스피스 상담 서비스(일 회로 제한)를 보장합니다. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.* *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	예방 접종 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 예방 주사(가을과 겨울 매 독감/인플루엔자 시즌에 일 회), 의학적으로 필요한 경우 추가 독감/인플루엔자 예방 주사 • B형 간염 고위험군 또는 중위험군에 속한 가입자에 대해 B형 간염 예방접종 • COVID-19 백신 • 인간 유두종바이러스(HPV) 백신 • 감염 위험성이 있으며 Medicare Part B 보장 규정을 충족하는 기타 백신 당사는 Medicare Part D 보장 규칙에 부합되는 기타 백신에 대한 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **6장**, **섹션 D**를 참조해 주십시오.	$0
	입원 치료 당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별한 식단을 포함한 식사 • 일반 간호 서비스 • 집중 관리 치료 비용, 예를 들면 중환자실 또는 심장 동맥 질환 치료병동 • 의약품 및 약물 • 검사실 검사 • X-레이 및 기타 방사선 서비스 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정된 후 네트워크 비소속 병원에서 받는 입원 환자 치료를 받으시려면 당사 플랜의 승인이 있어야 합니다.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	입원 치료(계속) • 필요한 수술 및 의료 용품 • 휠체어 등 기구 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 입원환자 약물 남용 서비스 • 일부의 경우 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 심폐, 골수, 줄기세포, 장기/다장기. 이식이 필요한 경우 Medicare가 승인한 이식 센터에서 가입자의 사례를 검토하여 이식받으실 수 있는지 결정합니다. 이식 의료 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도, 외에 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. • 혈액(저장 및 수혈 포함) • 의사 서비스 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	입원 치료(계속) **참고:** 가입자가 입원을 하려면 의료 제공자가 가입자를 정식으로 입원시켜야 한다는 지시서를 작성해야 합니다. 하루 이상 병원에 입원한 경우에도 "외래 환자"로 간주될 수 있습니다. 본인이 입원 환자인지 외래 환자인지 불확실한 경우에는 병원 직원에게 물어보아야 합니다. 또한 Medicare 팩트 시트 "당신은 외래 환자입니까, 아니면 입원 환자입니까? Medicare 가입자인 경우, 주저 말고 질문하십시오!"에서 자세한 정보를 찾으실 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서, 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 얻을 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	정신과 병원 입원 서비스 당사는 병원 입원이 필요한 입원환자 정신 건강 치료 서비스에 대해 대금을 지불합니다. • 단독 건물 정신과 병원에서 입원환자 서비스가 필요하다면, 당사는 첫 190일에 대한 대금을 지불합니다. 이후 지역 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 정신과 입원 서비스에 대해 지불합니다. 190일이 지난 후의 치료 승인은 지역 카운티 정신 건강 기관과 함께 조정됩니다. ○ 190일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원환자 정신 건강 관리에는 적용되지 **않습니다**. • 귀하가 65세 이상인 경우 당사는 정신 질환 관리 기관(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 귀하가 받는 서비스에 대해 대금을 지불합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것

	입원 치료: 보장되지 않는 입원환자 체류 중 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서의 보장 서비스
	
	귀하가 모든 입원 혜택을 사용한 경우 또는 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 귀하의 입원 치료 비용을 당사는 지불하지 않습니다.
	
	그러나 입원 환자 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서는 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 귀하가 받은 서비스에 대해 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
	
	당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다.
	• 의사 서비스
	• 진단 검사, 예를 들면 병리 검사
	• 테크니션 사용 재료와 서비스 등을 포함한 X-레이, 라듐, 동위원소 치료
	• 외과적 드레싱
	• 부목, 캐스트 및 골절 및 탈구에 사용되는 다른 장치
	• 보철 장치 및 보조기, 치과는 제외, 그와 같은 장치의 교체품 또는 수리 포함. 다음과 같은 장치의 전체 또는 일부를 대체합니다.
	  ○ 내부 신체 기관(근접하 조직 포함) **또는**
	  ○ 정상적으로 움직이지 않거나 오작동하는 내부 장기의 기능.
	• 다리, 팔, 등, 목 교정기, 트러스, 인공 다리, 팔, 눈 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 귀하의 상태 변화로 인해 필요하게 된 교정, 수리, 교체가 포함됩니다.
	• 물리 치료, 언어 치료, 작업 치료
	보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.
		$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	신장 질환 서비스 및 소모품 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 신장 치료 교육 및 좋은 진료 결정을 도와주는 신장 질환 교육 서비스. 반드시 제IV기 만성 신장 질환이 있어야 하며 의사의 의뢰가 있어야 합니다. 당사는 신장 질환 교육 서비스를 육 회까지 보장합니다. • *가입자 안내서* **3장**, **섹션 D4**에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 벗어나거나 이 서비스 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료를 포함한 외래 투석 치료. • 특별 치료를 위한 병원 입원 환자인 경우 입원환자 투석 치료 • 자가 투석 교육, 가입자과 가정 투석 치료를 돕는 간병인에 대한 교육을 포함 • 가정 투석 장비 및 소모품 • 특정 가정 지원 서비스(예: 가정 투석 확인, 비상 시 지원, 가정 투석 장비 및 투석액 확인을 위해 투석 전문가의 필요한 방문) Medicare Part B 의약품 혜택에서 일부 투석약에 대해 지불합니다. 자세한 내용은 이 표에서 'Medicare Part B 처방약'을 참조해 주십시오. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	폐암 선별검사 당사 플랜은 귀하가 다음에 해당하는 경우 매 12개월마다 폐암 선별검사를 지불합니다. • 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. 첫 번째 선별검사 후 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자의 서면 지시가 있을 때, 당사 플랜은 매년 추가 선별검사에 대해 지불합니다.	$0
	의료적 영양 치료 이 혜택은 당뇨병이나 신장 질환이 있으며 투석을 하지 않는 사람들을 위한 것입니다. 귀하가 신장 이식을 받았으면 의사가 지시한 경우 이 치료를 받을 수 있습니다. 당사는 귀하가 Medicare를 통해 의료적 영양 치료를 받으시는 첫해 동안 일대일 상담 서비스에 대해 최대 세 시간의 비용을 지불합니다. 당사는 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 후에는 매년 일대일 상담 서비스에 대해 최대 두 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. 당사는 의학적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 당사 플랜은 MDPP 서비스에 대한 비용을 지불합니다. MDPP는 건강한 행동 증진에 도움이 되도록 설계합니다. 이것은 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다. • 장기적인 식이 변화, **그리고** • 신체 활동 증가, **그리고** • 체중 감량 상태와 건강한 생활습관을 유지하는 방법	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Medicare Part B 처방약 다음과 같은 의약품은 Medicare Part B를 통해 보장됩니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대한 비용을 지불합니다. • 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 • 정맥주사(IV)로 투여하는 알츠하이머 약인 레켐비(제네릭 레카네맙) • 혈우병이 있는 경우 직접 자가 주사해야 하는 혈액 응고 인자 • 이식/면역억제 약물: Medicare는 Medicare가 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 치료를 보장합니다. 보장되는 이식 시점에 파트 A에 가입되어 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. Medicare Part D는 파트 B가 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장함 • 주사용 골다공증 치료제 이동이 불편하여 집에서 머물며 지내야 하며 폐경 후 골다공증과 관련된 골절이 있다는 의사의 증명이 있으며 치료제를 자가 투여할 수 없는 경우에 당사는 해당 의약품의 비용을 지불합니다. • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하일 수 있는 환자)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 이를 보장합니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Medicare Part B 처방약(계속) • 특정 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약을 주사형으로 이용할 수 있거나 해당 약이 전구약물(음용 시 주사형 약에서 발견되는 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구 형태의 약)인 경우 경구로 복용하는 일부 구강암 약을 보장합니다 새로운 구강암 약물이 출시되면 파트 B에서 이를 보장할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보장함 • 경구 항오심제: Medicare는 화학요법 전, 화학요법 시 또는 화학요법 후 48시간 이내에 투여되거나 정맥주사용 항구토제의 완전한 치료 대체제로 사용되는 경우 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 항구토제를 보장합니다. • 동일한 약물이 주사 가능한 형태로 제공되고 파트 B ESRD 혜택에서 보장하는 경우 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 의약품 • 정맥주사 약물인 Parsabiv 및 경구 약물인 Sensipar를 포함한 ESRD 지불 시스템 하의 복합제 • 헤파린(의학적으로 필요 시 헤파린 해독제) 및 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 일부 의약품 • 적혈구 생성 자극제: Medicare는 ESRD가 있거나 특정 기타 질환(Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® 또는 Methoxy 폴리에틸렌 글리콜-에포틴 베타 등)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 에리스로포이에틴을 주사로 보장합니다. • 일차 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 면역 글로불린 정맥주사(IV) • 비경구 및 장관 영양법(IV 및 튜브 영양법) **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Medicare Part B 처방약(계속) 다음 링크는 단계별 요법이 적용될 수 있는 Medicare Part B 약품 목록으로 이동합니다: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. 또한 일부 백신을 Medicare Part B에 따라 보장하고, 대부분의 성인 백신을 Medicare Part D 처방약 혜택에 따라 보장합니다. *가입자 안내서* **5장**, **섹션 A**는 당사의 외래환자 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 처방약을 보장받기 위하여 가입자가 따라야 하는 규칙이 설명되어 있습니다. *가입자 안내서* **6장**, **섹션 C2**는 당사 플랜을 통해 외래환자 처방약에 대해 지불하는 비용을 설명합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	요양 시설 서비스 요양 시설(NF)은 가정에서 간호를 받을 수 없지만 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 간호를 제공하는 시설입니다. 당사가 지불하는 서비스에는 아래 항목이 포함되나 이에 제한되지는 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별한 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료 • 호흡기 치료 • 치료 계획에 따라 주어지는 의약품. (신체에 자연적으로 존재하는 혈액 응고 인자 등의 물질을 포함합니다). • 혈액(저장 및 수혈 포함) • 요양 시설에서 통상적으로 주어지는 의료 및 수술 용품 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	요양 시설 서비스(계속) • 요양 시설에서 통상적으로 주어지는 병리 검사 • 요양 시설에서 통상적으로 주어지는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 통상적으로 주어지는 기구의 사용, 예를 들면 휠체어 • 의사/개업의 서비스 • 내구성 의료 장비 • 치과 서비스, 의치 포함 • 시력 혜택 • 청력 검사 • 카이로프랙틱 치료 • 족부 치료 서비스 귀하는 대개 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료받습니다. 그러나 당사 네트워크 안에 있지 않은 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜 금액을 지불금으로 수락하는 한 귀하는 다음의 장소에서 진료를 받으실 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양시설 또는 연속 보호 은퇴 주거단지(요양시설 진료를 제공하는 한) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설. 귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	비만 선별검사 및 체중 감량을 위한 치료 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 당사는 체중 감량을 위한 상담에 대해 비용을 지불합니다. 귀하는 반드시 일차 의료 상황에서 상담을 받아야 합니다. 그럼으로써 전체 예방 플랜 하에서 관리가 가능해집니다. 자세한 내용은 주치의와 상담해 주십시오.	$0
	오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스 당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불합니다. • 섭취 활동 • 정기 평가 • FDA의 승인을 받은 약물 및 해당되는 경우 이러한 약물의 관리 및 제공 • 약물 남용 장애 상담 • 개별 및 집단 치료 • 신체 내의 의약품 또는 화학물질 검사(독성 검사) *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다. • X-레이 • 테크니션 사용 재료와 용품 등을 포함한 방사선(라듐, 동위원소) 치료 • 드레싱을 포함한 외과적 용품 • 부목, 캐스트 및 골절 및 탈구에 사용되는 다른 장치 • 검사실 검사 • 혈액(저장 및 수혈 포함) • 기타 외래환자 진단 검사(CT, MRI, MRA, SPECT 등의 복잡한 검사를 포함) *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것

	외래환자 병원 서비스
	
	귀하가 병원 외래환자 부서에서 받는 다음과 같은 질병이나 부상의 진단 또는 치료를 위한 의학적으로 필요한 서비스에 대해 지불합니다.
	• 외래 수술 또는 관찰 서비스 등과 같은 응급실 또는 외래환자 클리닉에서의 서비스
	  ○ 관찰 서비스를 통해 의사는 귀하가 "입원 환자"로 병원에 입원해야 하는지 알 수 있습니다.
	  ○ 병원에서 하룻밤을 보내더라도 여전히 "외래환자"인 경우가 있습니다.
	  ○ 입원환자 또는 외래환자에 대한 자세한 정보는 이 팩트 시트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare_Hospital-Benefits.pdf에서 확인할 수 있습니다.
	• 병원에서 청구하는 병리 검사 및 진단 테스트
	• 부분적 입원 프로그램 관리 등을 포함한 정신 건강 관리, 단 그러한 관리가 없이는 입원 치료가 필요해진다는 의사의 인증 필요
	• X-레이 및 병원이 청구하는 다른 방사선 서비스
	• 부목 및 캐스트 등의 의료 용품
	• 혜택 차트에 나열된 예방 선별검사 및 서비스
	• 자가 투여할 수 없는 특정 의약품
		$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	외래 환자의 정신건강 관리 당사는 아래의 사람이 제공한 외래환자 정신 치료에 대해 비용을 지불합니다. • 주 정부 발행 면허 소지 정신치료자 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 소셜 워커 • 임상 간호 전문가 • 면허를 소지한 전문 상담사(LPC) • 면허를 소지한 결혼 및 가정 전문 상담치료사(LMFT) • 간호사(NP) • 의사 보조(PA) • 기타 해당 법규 하에 허용된 Medicare 유자격 건강 관리 전문인 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. • 진료소 서비스 • 주간 치료 • 심리 재활 서비스 • 부분입원 또는 집중 외래환자 프로그램 • 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과 평가가 임상적으로 필요할 시 심리 검사 • 감독 의약품 요법 목적의 외래환자 서비스 • 외래환자 랩, 의약품, 용품 및 보충 품목 • 심리 상담 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	외래 재활 서비스 당사는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 지불합니다. 병원 외래 부서, 독립 치료사 치료실, 종합 외래환자 재활 시설(CORF), 기타 시설 등에서 외래환자 재활 서비스를 받으실 수 있습니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0
	외래 약물 사용 장애 서비스 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. • 알코올 남용 검사 및 상담 • 의약품 남용 치료 • 유자격 클리니션과의 그룹 또는 개인 상담 • 주거 중독 프로그램을 통한 아급성 해독 치료 • 집중 외래환자 치료센터에서의 알코올 또는 의약품 치료 서비스 • 서방형 Naltrexone(비비트롤) 치료 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	외래 수술 당사는 병원 외래환자 시설 및 통원 수술 센터에서 받는 외래환자 수술 및 서비스에 대해 비용을 지불합니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	완화 치료 완화 치료는 당사 플랜에서 보장합니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 사람들을 위한 것입니다. 이는 고통을 예측, 예방 및 치료함으로써 삶의 질을 개선하는 환자 및 가족 중심의 치료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 **아니므로** 완화 치료를 받기 위해 기대 수명이 육 개월 이하일 필요는 없습니다. 완화 치료는 근치적/정기적 치료와 동시에 제공됩니다. 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. • 고급 진료 계획 • 완화 치료 평가 및 상담 • 정신 건강 및 의료 사회 서비스를 포함한 모든 승인된 완화 및 근치 치료를 포함한 치료 플랜 • 지정된 진료 팀의 서비스 • 진료 조율 • 통증 및 증상 관리 21세 이상일 경우 호스피스 치료와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 치료 자격을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 치료로 변경하도록 요청할 수 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	부분적 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스 부분적 입원이란 활동적 심리 치료의 조직적 프로그램입니다. 병원 외래환자 서비스 또는 지역 사회 정신 건강 센터에서 제공됩니다. 의사, 치료사, 면허를 소지한 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 소지한 전문 상담사 진료실에서 받는 진료보다 더 집중적입니다. 이를 통해 가입자는 병원 입원을 하지 않아도 됩니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래 서비스, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 인증 건강 센터 또는 농촌 건강 클리닉으로 제공되는 활동적인 행동(정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 면허를 소지한 전문 상담사의 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적이지만 부분적 입원보다 덜 집중적입니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.* **참고:** 당사 네트워크 내에는 지역사회 정신 건강 센터가 없기 때문에 저희는 병원 외래환자 서비스로서만 부분입원 서비스를 보장합니다.	$0
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 다음과 같은 장소에서 제공되는, 의료적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스: • 의사 진료실 • 공인 이동 수술 센터 • 병원 외래 병동 • 전문의 상담, 진단 및 치료 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속) • 기본 청력 및 균형 검사이며 치료가 필요한지 살피기 위해 가입자의 주치의가 수행합니다. • 다음을 포함한 특정 원격 진료 서비스: 긴급하게 필요한 서비스, 가정 간호 서비스, 주치의(PCP), 작업치료, 전문의, 정신건강 개인 및 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 건강관리 전문가, 정신질환 개인 세션, 물리치료 및 언어치료, 병리학 서비스, 외래환자 약물 남용을 위한 개인 및 그룹 세션, 당뇨병 자가관리 훈련. ○ 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 진료를 통해 받을 수 있는 옵션이 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하시면, 원격 진료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다. ○ 당사 플랜은 Teladoc를 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 화상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. ○ 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다. ○ 자세한 정보를 원하거나 약속을 예약하려면 Teladoc에 1 800-835-2362(TTY: 711)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속) • 병원 기반 또는 중환자 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 집에서 가정 투석 가입자에 대한 매월 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 진료 서비스 • 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 진료 서비스 • 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. • 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 보건소 및 연방정부 자격 인증 보건 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 진료 서비스. • **다음의 경우** 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. ○ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ○ 체크인이 지난 7일간의 진료소 방문과 관련이 없는 경우 **및** ○ 체크인이 24시간 이내 또는 가장 빠른 예약을 통한 진료소 방문으로 이어지지 않을 경우 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속) • **다음의 경우**, 담당 의사는 24시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다. ○ 신규 환자가 아닌 경우 및 ○ 평가가 지난 7일간의 진료소 방문과 관련이 없는 경우 **및** ○ 평가가 24시간 이내 또는 가장 빠른 예약을 통한 진료소 방문으로 이어지지 않을 경우 • 신규 환자가 아닌 경우 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 담당 의사가 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 소속 의료 제공자의 이차 소견 • 비정기 치과 진료. 보장된 서비스는 다음에 국한됩니다. ○ 턱 수술 또는 관련 구조물 ○ 턱 또는 얼굴뼈 골절 맞추기 ○ 신생 암 방사선 치료 전 발치 ○ 의사가 제공했을 경우 보장되는 서비스 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	족부 치료 서비스 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 발 부상과 질병(망치족지와 족저근막염 등)의 진단, 약물 및 수술 치료 • 당뇨병 등 발에 영향을 주는 병증을 가진 가입자들을 위한 일반 발 진료 추가 정기 발 관리는 연간 12회 방문으로 제한됩니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	전립선암 선별검사 50세 이상 남자인 경우 매 12개월마다 한 번씩 다음 서비스에 대해 대금을 당사가 지불합니다. • 직장손가락검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사 *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	보철 장치 및 보조기와 관련 용품 보철 장치는 신체의 전체 또는 한 부위의 기능을 대체합니다. 여기에는 다음이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. • 보철 장치 및 보조기 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육 • 결장조루술 진료 관련 결장조루술 백 및 소모품 • 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브와 어댑터, 용액 및 자가 투여 주사용 용품을 포함한 장내 및 비경구 영양 • 심박조율기 • 보호대 • 의족용 신발 • 인공 팔, 다리 • 유방 보형물(유방 절제술 뒤 수술용 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천성 장애로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 모든 부분을 대체하는 보형물 • 요실금 크림 및 기저귀 당사는 보철 장치 및 보조기 용품 일부에 대해 비용을 지불합니다. 또한 당사는 보철 장치 및 보조기 수리 또는 교체품에 대해 비용을 지불합니다. 당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후의 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 본 표 뒷부분에 나오는 '시각 진료'를 참조해 주십시오. 당사는 보철 치과 장치에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	폐 재활 서비스 당사는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자를 위한 폐 재활 프로그램에 대해 지불합니다. 반드시 COPD를 치료하는 의사나 제공자로부터 폐 재활에 대한 진료 의뢰가 있어야 합니다. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0
	성매개감염(STI) 선별검사 및 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염에 대한 선별검사에 대해 비용을 지불합니다. 이러한 선별검사는 임신 여성과 STI의 위험이 높은 일부 사람들을 위한 것입니다. 반드시 주치의가 이러한 검사들을 지시해야 합니다. 당사는 이러한 검사를 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 보장합니다. 당사는 성관계를 갖는 성인 중 STI의 위험이 높은 사람들에 대하여 해마다 이 회까지 고집중도의 행동 대면 상담 세션에 대해 비용을 지불합니다. 매 세션의 길이는 20분에서 30분이 될 수 있습니다. 당사는 주치의가 제공한 경우에만 예방 서비스로서 이러한 상담 세션 비용을 지불합니다. 이러한 세션은 반드시 의사 진료실 등 일차 의료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0
	전문요양시설(SNF)에서의 간호 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. • 준개인 병실 또는 의학적으로 필요한 경우 개인 병실 • 특별한 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 직업 치료, 언어 치료 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	전문요양시설(SNF)에서의 간호(계속) • 혈액 응고 인자 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여, 귀하의 치료 플랜의 일환으로 받는 약 • 혈액(저장 및 수혈 포함) • 요양 시설에서 주어지는 의료 및 수술 용품 • 요양 시설에서 주어지는 병리 검사 • 요양 시설에서 주어지는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 주어지는 기구의 사용, 예를 들면 휠체어 • 의사/개업의 서비스 귀하는 대개 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료받습니다. 그러나 당사 네트워크 안에 있지 않은 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜 금액을 지불금으로 수락하는 한 귀하는 다음의 장소에서 진료를 받으실 수 있습니다. • 병원으로 가기 전에 거주했던 요양 시설 또는 평생 의료관리 은퇴 공동체(해당 기관에서 요양 시설 의료 서비스를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설 *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	금연 귀하가 담배를 이용하나 담배 관련 질병의 징조나 증세가 없고 금연을 원하거나 금연이 필요한 경우: • 저희는 예방 서비스로서 12개월 기간 동안 두 차례 이용 중지에 대한 비용을 지불합니다. 귀하는 본 서비스를 무료로 받으십니다. 각 이용 중지 시도는 최대 사 회의 대면 상담 방문을 포함합니다. 가입자가 담배 사용자이며, 담배 관련 질병을 진단 받았거나 담배의 영향을 받을 만한 약품을 복용 중인 경우: • 저희는 12개월 기간 동안 두 차례 금연 상담 비용을 지불합니다. 각 상담 시도에는 최대 사회의 대면 방문이 포함됩니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	소셜 지원 플랫폼 당사의 플랜은 가입자의 전반적인 웰빙을 지원하는 온라인 소셜 지원 플랫폼을 제공합니다. 가입자는 지역사회, 치료 활동 및 플랜이 후원하는 자원을 이용하여 스트레스와 불안을 관리할 수 있습니다. 가입자는 이 플랫폼을 통해 쉽게 가입하고 계속 참여하여 건강한 행동 건강 여정을 유지할 수 있습니다. 온라인에서 주 7일 24시간 이용할 수 있으므로 원할 때에는 언제든지 이용할 수 있습니다. Twill 플랫폼에는 다음이 포함됩니다. • 맞춤형 웰빙 프로그램: 건강한 노화 전문가의 통찰력을 통합하여 가입자를 구체적으로 지원함으로써 신체적 및 정서적 웰빙을 향상하도록 설계된 Twill 치료법의 맞춤형 4주 자기 주도형 프로그램에 액세스하십시오. 자신의 속도로 프로그램을 따르고 진행 상황을 추적하여 건강 개선 상태를 모니터링합니다. • 동료 및 전문가 지원: 적절한 커뮤니티 공간에서 Twill 케어와 연결하여 동료 및 의료 전문가와 소통하십시오. 임상적으로 검토된 기사를 이용하고 가입자의 상호 작용과 확인된 필요에 따라 추가 Wellcare 서비스에 대한 맞춤형 추천을 받을 수 있습니다. • 맞춤형 디지털 건강 도구: 인지 행동 치료, 마음챙김 및 긍정적인 심리학에 기반한 대화식 활동, 명상 및 게임에 참여하십시오. 이러한 도구는 건강한 노화, 고립 관리, 간병, 슬픔, 노화 목적 찾기 등과 같은 주요 주제를 다룹니다. 가입자는 www.wellcare.com/healthnetCA 가입자 포털에 로그인하거나 가입자 서비스부에 전화하여 플랫폼에 액세스할 수 있습니다. 등록한 후에는 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰에서 언제든지 플랫폼에 직접 액세스할 수 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	감독 운동치료 요법(SET) 당사는 말초 동맥 질환(PAD) 증상이 있고 PAD 치료 담당 의사로부터 PAD 치료를 위해 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용을 지불합니다. 당사 플랜은 다음의 비용을 지원합니다. • SET 요건을 모두 충족한 경우 12주 동안 최대 36회 세션 • 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우, 시간 경과에 따라 36회의 추가 세션 SET 프로그램의 요건: • 원활하지 않은 혈액순환으로 인한 절뚝거림(파행) 증상이 있는 가입자의 PAD 치료를 위한 운동 프로그램 30~60분 세션 • 병원 외래환자 또는 의사 진료실에서 • 해로움보다 유익이 크다는 것을 보장하고, PAD 운동 치료 요법에 관한 교육을 받은, 유자격 담당자가 제공 • 기본 및 고급 생명 유지 장치 기법에 관한 훈련을 받은 의사, 보조 의사 또는 전문 간호사/임상 간호 전문가의 직접 감독 하에 시행 *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	교통편: 비응급 의료 수송 이 혜택은 가장 비용 효율적이며 접근성이 뛰어난 이송 방법입니다. 여기에는 구급차, 비응급 이송 밴, 휠체어 밴 의료 이송 서비스, 장애인 이송 조정이 포함될 수 있습니다. 다음의 경우 이송 방법이 승인됩니다. • 가입자의 의료 상태가 버스, 승용차, 택시 또는 다른 유형의 대중 교통 수단 또는 사설 운송 수단으로 이동할 수 없을 때 **및** • 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	교통편: 비의료 이송 이 Medicare와 Medi-Cal의 혜택을 통해 승용차, 택시 또는 기타 형태의 공공/민간 교통 형태로 의료 서비스 교통편을 이용할 수 있습니다. 수송은 치과 예약 장소로 이동하거나 처방약을 수취하는 것을 비롯하여 필요한 의료 서비스를 받는 목적으로 필요합니다. 이 혜택은 비응급 의료 수송 혜택을 제한하지 않습니다. 당사 Medicare 플랜은 매년 서비스 지역 내에서 총 12회의 편도 비응급 지상 수송 이동을 보장합니다. 12회 이상의 교통편 이용은 Medi-Cal의 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. 이동("여행"이라고도 함)은 75마일, 편도, 일일 최대 사 회의 편도 이동으로 제한됩니다. 이동을 예약하려면 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 교통편 번호로 전화하십시오. 정기적인 진료의 경우, 최대 1개월 및 최소 3일 전에 미리 전화하십시오. 당일 이동은 이용 가능 여부에 따라 달라집니다. 이동에는 택시, 승용차, 휠체어 밴 및 승차 공유 서비스(Uber 또는 Lyft 등)가 포함되어 건강상의 필요 사항을 충족시켜 드립니다. 플랜에서 보장받으려면 해당 혜택을 사용하여 의료 서비스 제공 장소로 이동해야 합니다. 이동 시 복수의 가입자가 동시에 탑승할 수 있으며, 탑승 중 목적지가 아닌 다른 장소에 정차할 수 있습니다. 예약 시 휠체어 사용 또는 차량까지 이동하는 데 추가 시간 필요 등의 선호 사항을 반드시 언급하십시오. 비응급 의료 수송을 지원받는 방법에 대한 자세한 내용은 **3장, 섹션 G2**를 참조해 주십시오. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	긴급하게 필요한 치료 긴급하게 필요한 치료란 다음에 대한 치료를 말합니다. • 긴급한 진료를 요하는 비응급 상황 **또는** • 예상치 못한 질병 **또는** • 부상 **또는** • 즉시 치료가 필요한 질환 긴급하게 치료가 필요한 경우 먼저 네트워크 소속 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받도록 시도해야 합니다. 그러나 귀하의 시간, 장소 또는 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).	$0
	가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다. VBID 혜택을 받으려면 이 플랜에 계속 가입되어 있고 LIS 자격이 있어야 합니다. 이 보조금은 OTC 혜택과 함께 제공됩니다. Wellcare Spendables 카드에 대한 자세한 내용은 이 차트의 Wellcare Spendables 섹션을 참조하십시오. **휘발유(주유기에서 결제)** 카드를 사용하여 가맹점의 주유소에서 직접 주유비를 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 휘발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	가치 기반 보험 설계(VBID)(계속) **건강 식품** 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: • 육류와 가금류 • 과일과 채소 • 영양 음료 • 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오. **가정 개선 및 안전 항목** 카드를 사용하여 가정 개선 및 안전 품목 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 승인된 품목을 구매하십시오. 승인된 품목: • 손잡이 또는 문손잡이 및 미끄럼 방지 바닥 커버 • 안전 의자 및 욕실 개조 보조기 • 휴대용 에어컨 및 공기질 관련 제품 • 해충 및 곤충 관리 용품 **임대료 지원** 카드를 사용하여 집 대여 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 공급업체에 지불하거나, 결제가 허용되는 곳에서 공급업체에 직접 지불하십시오. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	가치 기반 보험 설계(VBID)(계속) 유틸리티 지원 카드를 사용하여 집 유틸리티 비용을 지원할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하거나 결제가 허용되는 곳에서 유틸리티 공급업체에 직접 지불하십시오. 카드는 자동 반복 결제를 설정하는 데 사용할 수 없습니다. 이 혜택에 대해 승인된 비용은 다음과 같습니다. • 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 • 유선 및 휴대 전화 서비스 • 인터넷 서비스 • 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외) • 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	시각 진료 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. 당사는 눈 질병 및 부상의 진단과 치료에 대해서는 외래환자 의사 서비스 비용을 지불합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병을 가진 사람의 당뇨망막병증에 대한 연간 눈 검사와 노화와 관련된 황반변성 치료가 포함됩니다. 녹내장 위험이 높은 분들에 대해서 당사는 녹내장 선별검사에 대해 매년 일 회 비용을 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 분들은 다음과 같습니다. • 녹내장 가족력이 있는 사람 • 당뇨병이 있는 사람 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상의 히스패닉계 미국인 당사는 의사가 안구 내 렌즈를 삽입한 경우 매번 백내장 수술 뒤 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대한 대금을 지불합니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	안과 진료(계속) 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. 또한 당사 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다. • 매년마다 정기적인 눈 검사 1회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 선별검사 및 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다. • 매년 최대 $100의 혜택을 받을 수 있는 처방 안경 무제한. 보장되는 안경에는 다음이 포함됩니다. ○ 안경(안경테 및 렌즈) 또는 ○ 안경 렌즈만 또는 ○ 안경테만 또는 ○ 안경 대신 콘택트렌즈 또는 ○ 비전 하드웨어 업그레이드 **참고:** 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 보장해 드립니다. 플랜 최대 혜택 보장 금액인 매년 $100에는 안경테 및/또는 렌즈(틴트, 코팅 등 렌즈 옵션 포함)의 소매가격이 적용됩니다. 보충적(즉, 정기적) 안경류에 대한 최대 혜택을 초과하는 모든 비용은 가입자가 부담합니다. Medicare에서 보장하는 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare에서 보장하는 안경에 대한 보장 범위를 늘릴 수 없습니다. **참고:** 정기적인 안과 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다. Medicare 및 Medicaid는 이들 서비스 비용의 본인부담금을 지불하지 않습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	안과 진료(계속) 안과 서비스는 플랜의 안과 네트워크에서 받아야 합니다. 의료 제공자를 찾는 방법에 대한 질문이 있거나 더 알아보려면 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 (www.wellcare.com/healthnetCA)를 방문하십시오. *보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.* *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	
	"Medicare에 오신 것을 환영합니다" 예방 진료 방문 당사는 한 차례 'Medicare에 오신 것을 환영합니다' 예방 진료 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자의 건강 진단 • 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 주사 포함) **및** • 필요한 경우 다른 치료를 위한 리퍼럴 **참고:** 'Medicare에 오신 것을 환영합니다' 예방 진료 방문은 Medicare Part B를 받게 된 첫 12개월 동안만 보장합니다. 방문 약속을 잡을 때 의사의 진료실 측에 'Medicare에 오신 것을 환영합니다' 예방 진료 방문을 예약하고 싶다고 말씀해 주십시오. *귀하의 의료 서비스 제공자와 상의하시고 진료 의뢰를 받으셔야 합니다.*	$0

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Wellcare Spendables™ 귀하에게는 Wellcare Spendables™ 카드에 **매월 $66**이 충전 상태로 제공됩니다. 귀하의 월 보조금은 사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 플랜 연도 말에 만료됩니다. **귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.** **비처방(OTC) 품목** 귀하의 카드는 모바일 앱을 통해 참여 소매점에서 사용할 수 있으며, 가입자 포털에 로그인하여 홈 배송을 주문할 수 있습니다. 보장 품목에는 다음이 포함됩니다. • 브랜드 약 및 제네릭 약 비처방 품목 • 비타민, 진통제, 감기 및 알레르기 품목, 당뇨병 품목 • 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하거나 카탈로그를 참조하십시오. 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. **귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 카드를 사용할 수도 있습니다:** • 휘발유(주유기에서 결제) • 건강 식품 • 가정 개선 및 안전 항목 • 임대료 지원 • 유틸리티 지원 이러한 혜택에 대한 자세한 내용은 이 차트의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델을 참조하십시오. **카드 사용 방법:** • 사용하기 전에 카드를 활성화하십시오. 지침은 카드와 함께 제공된 서신에 나와 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	코페이먼트는 없습니다. 일부 주문에는 무료 배송에 대해 최소 $35가 적용될 수 있습니다. 매장 내 구매에 대한 최소 요건은 없습니다.

본 플랜이 지불하는 서비스		귀하가 지불해야 하는 것
	Wellcare Spendables™(계속) • 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 PIN은 카드 번호의 마지막 4자리 숫자입니다. 참고: • 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. • Wellcare는 분실 또는 도난 카드에 대해 책임을 지지 않습니다. • Wellcare Spendables™ 카드는 개인적인 용도로만 사용할 수 있고 판매 또는 양도할 수 없으며 현금 가치가 없습니다. • 제한 및 예외가 적용될 수 있으며 승인된 품목만 보장됩니다. • 이것은 Medicaid 혜택이 아닙니다. **Wellcare Spendables™ 카드에 대한 자세한 내용이나 카탈로그를 요청하려면 1-855-744-8550, TTY: 711을 이용해 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. 전화는 무료이며, 또는 온라인으로 member.membersecurelogin.com를 방문하십시오.**	

E. 커뮤니티 지원

개별 진료 플랜에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 Medi-Cal 주 플랜의 적용을 받는 서비스입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 자격을 갖춘 경우 이러한 서비스를 통해 더 독립적으로 생활할 수 있습니다. 이러한 서비스는 Medi-Cal에 따라 이미 받은 혜택을 대체하지 않습니다.

커뮤니티 지원(CS)은 보건복지부(DHCS)가 도입한 CalAIM(California Advancing and Innovating Medi-Cal)입니다. 이는 주 전역에서 Medi-Cal 가입자의 건강을 개선하는 데 도움이 되는 많은 프로그램 중 하나입니다.

Wellcare by Health Net은 지역사회에서 직접 일하며 회원의 요구를 이해하는 지역 사회 기반 조직인 CS 의료 제공자와 제휴했습니다. 주요 목표는 가입자가 가장 편안하게 느끼는 장소에서 진료를 받고 가정이나 지역사회에서 생활할 수 있도록 하는 것입니다. 아래 표에 설명된 바와 같이 가입자에게 도움이 되는 14가지 유형의 서비스가 있습니다.

도움이 필요하시거나 이용할 수 있는 지역사회 지원에 대해 알아보시려면 가입자 서비스부 1-833-236-2366(TTY: 711)으로 전화하거나 의료 서비스 공급자에게 문의하십시오.

노숙자 및 주거 문제를 해결하기 위한 서비스:

커뮤니티 지원	받을 수 있는 서비스
주거 전환 탐색 서비스	**주거지 마련을 지원합니다.** 여기에는 다음에 대한 지원이 포함될 수 있습니다. • 거주지 또는 주거지 찾기. • 주거 신청 방법. • 주거 지원 계획 수립. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 지역 노숙자 조정 출입 시스템 또는 유사한 시스템을 통해 주거 지원에 대해 등록되어 있는 경우. • 노숙을 겪고 있는 경우. • 노숙자가 될 위험이 있는 경우.

커뮤니티 지원	받을 수 있는 서비스
주택 임대차 및 유지 서비스	**이사한 후에도 주택 유지**에 도움을 드립니다. 여기에는 예산 책정, 임대료 적시 납부, 임대 계약상의 권리 및 책임 이해에 대한 지원이 포함될 수 있습니다. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 주거 전환/탐색 서비스를 받으십시오. • 지역 노숙자 조정 출입 시스템 또는 유사한 시스템을 통해 주거 지원에 대해 등록되어 있는 경우. • 현재 노숙을 겪고 있는 경우. • 노숙의 위험이 있는 경우.
주택 보증금	**주거지 마련을 지원합니다**. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다: • 임대 계약을 맺기 위한 보증금. • 첫 달의 공과금 비용. • 입주 전 필요한 경우 첫 달과 마지막 달 임대료. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 주거 전환/탐색 서비스를 받으십시오. • 지역 노숙자 조정 출입 시스템 또는 유사한 시스템을 통해 주거 지원에 대해 등록되어 있는 경우. • 노숙을 겪고 있는 경우.

회복 서비스:

커뮤니티 지원	받을 수 있는 서비스
회복 치료(의학적 임시 간호)	**더 이상 병원에 입원할 필요가 없지만 여전히 부상이나 질병으로부터 치료해야 하는 사람들을 위한 단기 주거 보호.** 서비스는 일부 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 입원 위험이 있거나 입원 후인 경우. • 공식적인 지원 없이 혼자 생활하는 경우. • 주택 불안정을 겪거나, 개조하지 않으면 건강과 안전이 위협받을 수 있는 주택이 있는 경우.
임시 간호	단기적으로 **돌봄이나 지원이 필요한 사람의 보호자에게 제공되는 단기 구제 조치.** 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 일상 활동을 제한하는 곳에 거주하는 경우. • 대부분의 지원을 제공하기 위해 간병인이 필요한 경우. • 요양원이나 그러한 곳에 입원하지 않으려면 간병인의 구호가 필요한 경우.
단기 입원 후 주거	퇴원하는 즉시 정신 또는 약물 남용 장애에 대한 **치료를 계속 받을 수 있는 장소.** 서비스는 일부 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 치유 치료를 떠나는 경우. • 입원 병원을 떠나는 경우. • 노숙자의 HUD 의미를 충족하는 경우.

커뮤니티 지원	받을 수 있는 서비스
약물 각성 센터	응급실이나 교도소로 이송되는 대신 알코올 섭취 또는 **음주 문제에 대한 도움을 받을 수 있는 장소**. 서비스는 일부 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 만 18세 이상이며 음주한 경우. • 응급실 또는 교도소로 이송된 경우. • 응급실로 이송되었으며 약물 각성 센터에 적합한 경우.

가정과 같은 환경에서의 장기 웰빙을 위한 서비스:

커뮤니티 지원	설명

천식 교정	유해한 천식 유발 요인을 없애기 위한 가정 환경 **변화**.
	서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다.
	다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.
	• 지난 12개월 동안 다음과 같이 정의되는 대로 천식이 제대로 조절되지 않은 경우:
	  ○ 응급실 방문.
	  ○ 병원에 입원하는 경우.
	  ○ 이 회의 질병 또는 긴급 진료 방문.
	• 천식 조절 검사에서 점수가 19점 이하인 경우.

커뮤니티 지원	설명
주간 재활	**가정과 같은 환경에서 생활하는 데 필요한 기술을 배우는 데 도움이 되는 프로그램.** 여기에는 대중교통 이용 또는 식사 준비 방법에 대한 교육이 포함될 수 있습니다. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 노숙을 겪고 있는 경우. • 더 이상 노숙자가 아니며 지난 24개월 동안 주택에 입주한 경우. • 노숙자가 될 위험이 있는 경우. 또는 가정과 같은 환경을 개선할 수 있는 경우.
환경 접근성 적응	**가입자의 건강과 안전을 위해 집에 변경 사항을 가져옴.** 또한 가정에서 자유롭게 기능할 수 있는 변경 사항. 여기에는 경사로와 손잡이가 포함될 수 있습니다. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 요양원에 입소할 위험이 있는 경우.
식사/의료 맞춤형 식사	**가정으로 배달되는 식사로서 건강 및 식단 요구 사항에 따라 준비되고 조리됩니다.** 여기에는 퇴원 후 필요한 식사가 포함됩니다. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 만성 질환을 앓고 있는 경우. • 병원 또는 전문 요양원에서 퇴원하는 경우. • 병원 또는 요양원에 입원할 위험이 높은 경우. • 심각한 치료 관리가 필요한 경우. • 공인 영양사 또는 공인 영양 전문가에 의해 평가되는 경우.

커뮤니티 지원	설명
요양 시설 전환/ALF로 전환	**요양원에서 생활 보조 시설과 같은 지역사회 시설로 이동하는 것을 돕기 위해 제공되는 서비스입니다.** 이는 요양원에 입소하지 않도록 하는 서비스일 수도 있습니다. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** 요양원 전환 • 요양원에서 60일 이상 거주한 경우. • 요양원에 대신 생활 보조 시설(일상적인 의료 요구 사항을 지원하는 장소)에 살 의향이 있는 경우. • 지원을 받아 생활 보조 시설에서 안전하게 생활할 수 있습니다. 요양원 전원 • 지역사회에 머물고자 하는 경우. • 도움을 받아 생활 보조 시설에서 안전하게 생활할 의지와 능력이 있음. • 현재 요양원 서비스를 받고 있거나 요양원 서비스를 받기 위한 가장 낮은 기준을 충족하는 경우.
지역사회 전이 서비스/간호 시설 가정으로의 전환	**요양원으로부터 생활비를 지불해야 하는 가정 환경으로 이동하는 경우 도움을 주기 위해 제공되는 서비스.** 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 현재 의학적으로 필요한 요양원 수준의 치료를 받고 있는 경우. • 요양원 및/또는 의료 임시 간호 시설에서 60일 이상 거주한 경우. • 지역사회로 돌아가고자 하는 경우. • 지원 서비스를 통해 지역사회에서 안전하게 생활할 수 있습니다.

커뮤니티 지원	설명
개인 관리 및 가사 도우미 서비스	목욕, 옷 입기, 집안 청소, 식료품 쇼핑 등 **일상 생활에 도움이 되는 서비스**. 서비스는 모든 카운티에서 제공됩니다. **다음의 경우 서비스를 받을 수 있습니다.** • 병원에 입원하거나 요양원에 입소할 위험이 있는 경우. • 일상적인 도움이 필요하고 다른 지원 시스템이 없는 사람. • 가정 내 지원 서비스에 대해 승인됨.

도움이 필요하시거나 이용할 수 있는 지역사회 지원에 대해 알아보시려면 가입자 서비스부 1-833-236-2366(TTY: 711)으로 전화하거나 의료 서비스 공급자에게 문의하십시오.

F. 당사 플랜 외 보장 혜택

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

F1. California 커뮤니티 전환(CCT)

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

거주하시는 카운티에서 운영되고 있는 CCT 선도 조직으로부터 전환 조정 서비스를 받으실 수 있습니다. 보건복지부 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT에서 CCT 주관 기관 및 운영 카운티 목록을 찾아보실 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스

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

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 이 장의 **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* **5장**, **섹션 F**를 참조해 주십시오.

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

F2. Medi-Cal 치과

일부 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 SmileCalifornia.org 웹사이트를 참조하십시오. Medi-Cal 치과 프로그램에는 다음과 같은 서비스가 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

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

Medi-Cal 치과 프로그램에서 제공하는 치과 혜택에 대한 자세한 정보를 얻거나 Medi-Cal을 허용하는 치과를 찾는 데 도움이 필요하시면, 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922)로 고객 서비스부에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 담당자가 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 도와드릴 수 있습니다. 자세한 내용은 SmileCalifornia.org에서도 확인하실 수 있습니다.

Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서는 치과 관리 치료(DMC) 플랜을 통해 Medi-Cal 치과 혜택을 받을 수 있습니다. Medi-Cal 치과 플랜에 관한 추가 정보나 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 1-800-430-4263(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. 통화는 무료입니다. DMC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx에서도 확인할 수 있습니다.

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

F3. 호스피스 간호

귀하에게는 귀하의 의료 제공자 및 호스피스 진료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 말기 질환을 앓고 있고 육 개월 이하로 생존할 것으로 예상된다는 것을 의미합니다. 귀하는 Medicare에서 인증하는 어떠한 호스피스 프로그램에서도 간호를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하가 Medicare 인증 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 정보는 **섹션 D**의 혜택표를 참조하십시오.

말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스

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

말기 예후와 관련되지 않은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하는 서비스

- 의료 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 Medicare에 청구합니다. Medicare는 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하는 서비스를 지불합니다. 귀하는 그러한 서비스에 대하여 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* **5장**, **섹션 F**를 참조해 주십시오.

참고: 심각한 질병이 있는 경우, 귀하의 삶의 질을 개선하기 위해 팀 기반 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완치/정기 진료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 위의 완화 치료 섹션을 참조하십시오.

참고: 비호스피스 의료 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 문의하여 서비스를 조정해 주십시오. 비호스피스 의료는 말기 진단에 관련되지 않은 간호를 말합니다.

F4. 가정 지원 서비스(IHSS)

- IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공되는 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원, 기숙 및 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안으로 간주됩니다.
- IHSS를 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.
- 케어 코디네이터가 카운티 사회 보장 서비스 기관에 IHSS를 신청할 수 있도록 도움을 줄 수 있습니다. 카운티 사회적 서비스 기관 연락처 정보는 **2장**, **섹션 J**를 참조하십시오.

F5. 1915(c) 가정 및 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. ALW의 목표는 요양시설을 가정 같은 환경 및 지역사회 환경으로 다시 전환하도록 촉진하거나, 요양시설 배치 필요성이 임박한 수혜자를 위해 전문 요양시설 입원이 발생하지 않도록 하는 것입니다.
- ALW에 등록된 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.aspx를 참조하십시오.

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

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

- 개인의 18세 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 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유일 수 있으며, 임차 계약을 통해 확보하거나 참가자 가족의 거주지일 수 있습니다.
- HCBA 면제에 등록된 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 HCBA 신청에 도움을 줄 수 있습니다. 자세한 내용은 https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx를 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 등록된 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.aspx를 방문해 주십시오.

다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)

- 다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)은 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 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 개별 진료 플랜을 개발합니다. 포함되는 서비스:
  - 진료 관리
  - 성인 데이케어
  - 경미한 주택 수리/유지 관리
  - 추가적인 집안일, 개인 관리, 보호 감독 서비스
  - 임시 간호 서비스
  - 교통편 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 커뮤니케이션 서비스
- MSSP 면제에 등록된 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. Fresno-Madera 지역 노령화 기관: 800-510-2020(무료 전화) Tulare 카운티: Kings-Tulare 지역 노령화 기관, 전화번호: 1-559-623-0199(TTY:711)

F6. 당사 계획 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스)

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-

Cal 특수 정신 건강 또는 카운티 물질 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 카운티 행동 보건 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기존을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 귀하의 카운티 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 약 지원 서비스
- 일일 집중 치료
- 일일 재활
- 위기 중재
- 위기 안정화
- 성인 거주 치료 서비스
- 위기 거주 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원환자 병원 서비스
- 대상 사례 관리
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 치료 행동 서비스
- 집중 치료 조정
- 가정 기반 집중 서비스

의약품 Medi-Cal 조직 배송 시스템 서비스는 이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하는 경우 카운티 행동 건강 기관을 통해 제공됩니다. 카운티에서 제공하는 의약품 Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집중 외래환자 치료 서비스
- 주산기 거주 약물 남용 치료
- 외래환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물(투약 지원 치료)

- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스

의약품 Medi-Cal 체계적 배송 시스템 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래환자 치료 서비스
- 집중 외래환자 치료 서비스
- 부분적 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물(투약 지원 치료)
- 주거형 치료 서비스
- 퇴원 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조율
- 동료 지원 서비스
- 지역사회 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 비상 관리 서비스

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

또한 Medicare에서 보장하고 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 행동 건강 서비스를 통해 관리되는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받으실 수 있습니다. 당사 플랜과 귀하의 카운티 MHP 간의 의료 필요성 및 의뢰를 결정하는 데 사용되는 프로세스를 포함하여 당사 플랜을 통해 이용할 수 있는 행동 건강 서비스에 대한 정보는 **3장**, **섹션 F**를 참조하십시오. 행동 건강 서비스에 문제가 있거나 불만 사항이 있는 경우 불만 제기에 대한 정보는 **9장**, **섹션 K**를 참조하십시오.

G. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택

이 섹션에서는 당사의 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 설명합니다. '제외'라는 말은 당사가 그러한 혜택을 지불하지 않는다는 뜻입니다. Medicare와 Medi-Cal에서도 지불하지 않습니다.

아래 목록은 어떤 조건에서도 보장되지 않는 서비스 및 항목과 특정 조건에서만 제외되는 서비스 및 항목들을 설명하고 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

명시된 특정 조건을 제외하고, 당사는 본 섹션에 나열된(또는 본 *가입자 안내서* 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 안내서* **9장**, **섹션 E**를 참조해 주십시오.

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

- 보장된 서비스로 열거되지 않는 한 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 '합리적이고 의학적으로 필요한' 것으로 간주되지 않는 서비스.
- Medicare, Medicare에서 승인한 임상 연구 실험 또는 당사 플랜이 해당 서비스를 보장하지 않는 한 실험 의료 및 외과 치료, 항목 및 의약품. 임상 연구 실험에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **3장**, **섹션 J**를 참조해 주십시오. 실험적 치료 및 품목들은 의료계에서 일반적으로 수용되지 않는 것들입니다.
- 의료적으로 필요한 경우와 Medicare가 비용을 지불하는 경우를 제외하고 질병성 비만에 대한 수술적 치료
- 의료적으로 필요한 경우를 제외하고 병원의 개인실
- 개인 간호사
- 전화나 TV와 같이 병원이나 요양 시설 개인실 안의 개인 물품
- 풀타임 가정간호
- 귀하의 직계가족이나 식구에 의해 부과된 수수료
- 임의로 선택한 혹은 자발적으로 선택한 처치나 서비스(체중 감량, 체모 성장, 성적 기능, 운동 성능, 미용, 노화방지 및 정신 기능을 포함). 단, 의료적으로 필요한 경우는 제외
- 성형 수술 또는 기타 성형 시술. 단, 사고로 인한 부상인 경우 또는 모양이 바르지 않은 신체 부위를 개선하기 위한 경우는 예외 그러나 당사는 유방 절제술 후의 유방 재건술 및 모양을 맞추기 위한 나머지 유방에 대한 치료에 대해 비용을 지불합니다.
- 보장 가이드라인과 일치하는 척추 수동 교정을 제외한 카이로프랙틱 치료
- **섹션 D**의 혜택표에 있는 족부 치료 서비스에 설명된 경우를 제외한 일상적인 발 진료
- 정형외과적 신발. 다만, 그 신발이 다리 보조기이고 보조기 비용에 포함되는 경우 또는 그 신발이 당뇨병 족부질환(diabetic foot disease) 환자용인 경우는 예외입니다

- 발 지지장치 (당뇨병 족부 질환 환자를 위한 정형외과적 혹은 치료 신발 제외)
- 방사상 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 시력보조기구
- 불임복원술
- 자연 요법 서비스(자연 치료 혹은 대체 치료의 사용)
- 보훈처(VA) 시설에서 참전용사에게 제공되는 서비스. 그러나 보훈자가 보훈 병원(VA hospital)에서 응급 서비스를 받고 보훈 비용 분담이 본 플랜에서의 비용 분담보다 클 때, 당사는 그 차액을 보훈자에게 실비로 정산해 드립니다. 가입자는 여전히 가입자의 비용 분담액에 대한 책임이 있습니다.

5장: 외래환자 처방약 조제

소개

본 장에서는 외래환자 처방약을 받기 위한 규칙을 설명합니다. 이 의약품은 가입자의 의료 제공자가 지시하여 가입자가 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 의약품을 말합니다. 이것에는 Medicare Part D 및 Medi-Cal 하에서 보장되는 의약품이 포함됩니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서는 다루지 않으나 당사는 다음 의약품을 보장합니다.

- **Medicare Part A가 보장하는 의약품**. 여기에는 일반적으로 고객이 병원 또는 요양 시설에 머무는 동안 주어진 의약품이 포함됩니다.
- **Medicare Part B가 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 안내서* **4장**, **섹션 D**의 혜택 표를 참조해 주십시오.
- 플랜의 Medicare Part D 및 의료 혜택 보장 외에도, 가입자가 Medicare 호스피스에 입소 중인 경우에는 Original Medicare에서도 약품을 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용은 **5장**, **섹션 F3**의 '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.

의료 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 해당 주법에 따라 유효한 처방전을 작성해야 합니다. 이 사람은 대개 귀하의 주치의(PCP)입니다. 가입자의 PCP가 진료를 위해 가입자를 진료 의뢰했다면 다른 의료 제공자가 될 수도 있습니다.

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

처방약을 조제하려면 일반적으로 네트워크 약국을 이용하셔야 합니다. 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.

고객의 처방약은 반드시 당사 플랜의 *보장 의약품 목록*에 들어 있어야 합니다. 간단히 "*의약품 목록*"이라고도 합니다. (이 장의 **섹션 B**로 가십시오.)

- 그 의약품이 *의약품 목록*에 없는 경우, 당사는 예외 처리를 통해 이를 보장해 드릴 수도 있습니다.
- 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 **9장**, **섹션 G2**를 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 뒷받침 된다는 뜻입니다. 처방자는 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.

귀하의 약은 보장을 받기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. 이 장의 **섹션 C**를 참조하십시오.

목차

A. 처방약 조제받기 155
A1. 네트워크 약국에서 처방전 조제 155
A2. 처방을 조제할 때 고객의 가입자 ID 카드 제시 155
A3. 네트워크 소속 약국을 변경하고 싶은 경우 155
A4. 이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 155
A5. 전문약국의 이용 156
A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기 156
A7. 의약품의 장기 공급분 받기 158
A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기 158
A9. 처방약 비용 환급 159
B. 당사 플랜의 *의약품 목록* 159
B1. *의약품 목록*에 있는 의약품 160
B2. *의약품 목록*에서 의약품 찾는 방법 160
B3. *의약품 목록*에 없는 의약품 161
C. 일부 의약품 제한 사항 162
D. 약을 보장받지 못하는 이유 163
D1. 임시 공급분 받기 164

D2. 임시 공급분 요청 165
D3. 예외 요청 166
E. 의약품의 보장 범위 변경....166
F. 특별한 경우에서의 의약품 보장 168
F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문요양시설 입원 168
F2. 장기 간병 서비스 시설 169
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램....169
G. 약 안전 및 약 관리 프로그램 169
G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램....169
G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램 170
G3. 아편계 약물의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램....171

A. 처방약 조제받기

A1. 네트워크 약국에서 처방전 조제

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

네트워크 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

A2. 처방을 조제할 때 고객의 가입자 ID 카드 제시

처방약을 조제 받으려면 귀하의 네트워크 약국에서 **가입자 ID 카드를 제시**해 주십시오. 네트워크 소속 약국은 귀하의 보장 처방약에 대한 비용을 당사에 청구합니다.

Medi-Cal Rx 보장약을 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드가 필요합니다.

처방약을 구입할 때 가입자 ID 카드 또는 BIC를 지참하고 있지 않다면, 당사에 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 안내서* **7장 섹션 A**를 참조해 주십시오.
- 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 약국 변경에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

A4. 이용하던 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우

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

합니다.

새 네트워크 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

A5. 전문약국의 이용

간혹 전문약국에서 처방약을 조제해야 하는 경우가 있습니다. 전문약국이란 다음 약국들입니다.

- 가정 투여 요법에 사용되는 약을 공급하는 약국.
- 요양 시설과 같은 장기 간병 시설 거주자를 위한 의약품을 공급하는 약국.
  - 대개 장기 간병 시설에는 자체 약국이 있습니다. 장기 간병 서비스 시설의 입소자인 경우 시설의 약국에서 필요한 약을 얻을 수 있는지 확인합니다.
  - 가입자의 장기 간병 시설 약국이 당사의 네트워크에 속하지 않은 경우 또는 장기 간병 시설에서 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 인디언 건강 관리 제공자(IHCP)와 도시 인디언 조직(UIO) 약국에 서비스를 제공하는 약국 인디언 건강 서비스/부족/도시 인디언 건강 프로그램. 응급 상황을 제외하고는 미국 인디언 또는 알래스카 원주민만이 이러한 약국을 사용할 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 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

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 의료적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다. 이 플랜 우편 주문 서비스를 통해 이용할 수 **없는** 의약품은 당사의 *의약품 목록*에 **"NM"**으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스는 최대 100일 공급분까지 주문할 수 있습니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.

우편으로 처방약 조제하기

주문 양식이 필요하거나 우편으로 처방약을 받아보려면 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하거나, 가입자 서비스부에 전화(전화번호는 본 페이지 하단에 나와 있음)하여 도움을 받으십시오.

일반적으로 우편 주문 처방약은 10~14일 이내에 도착합니다. 우편 주문이 지연되는 경우, 1-833-750-0201(TTY:711)로 Express Scripts® Pharmacy에 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. 회원이 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® Pharmacy에 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® Pharmacy에 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 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 전화하여 당사에 문의하십시오.

3. 우편 주문 처방약 재조제

약을 재구입하려면 자동 재구입 프로그램 가입을 선택할 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 21일 전에 약국으로 연락해 주십시오.

우편 주문 자동 리필 프로그램 선택을 해지하려면 가입자 서비스부 또는 우편 주문 약국으로 문의해 주십시오. Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201(TTY: 711)

배송 전 주문 확인을 위해 연락할 수 있도록 약국에 귀하에게 연락할 수 있는 가장 좋은 방법을 알려주십시오. 주문하실 때마다, 자동 재조제 프로그램에 가입하실 때 또는 연락처 정보가 변경되는 경우, 귀하의 연락처 정보를 확인하셔야 합니다.

A7. 의약품의 장기 공급분 받기

가입자는 당사 플랜의 *의약품 목록*에 있는 유지약의 장기 공급분을 구입하실 수 있습니다. 유지약은 만성 혹은 장기 의료 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다.

일부 네트워크 약국에서 유지약의 장기 공급분을 구입하실 수 있습니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다. 약국이 유지 치료약의 장기 공급량을 제공하는지를 알기 원하시면 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오. 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**을 참조해 주십시오.

A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기

일반적으로 당사는 가입자가 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우에만 네트워크 비소속 약국에서

조제된 의약품에 대해 지불합니다. 당사는 당사 서비스 지역 밖에도 귀하가 본 플랜의 회원으로서 귀하의 처방을 조제받을 수 있는 네트워크 약국을 두고 있습니다. 그런 상황에서는 먼저 가입자 서비스부에 문의해서 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지를 확인해 주십시오. 단, 네트워크 비소속 약국에서의 구입 가격, 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

당사는 다음의 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제된 처방약에 대해 지불합니다.

- 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 공중 보건 응급 상황으로 인해 집을 떠나야 하는 경우.

일반적으로 이러한 상황에서는 네트워크 소속 약국이 아닌 약국에서 최대 30일 동안 한 번 조제받을 수 있습니다.

그런 상황에서는 먼저 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에게 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. 고객은 당사로 상환을 요청할 수 있습니다.

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

이에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **7장**, **섹션 A**를 참조해 주십시오.

B. 당사 플랜의 *의약품 목록*

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

당사는 의사와 약사로 구성된 팀의 도움을 받아 *의약품 목록*의 의약품을 선정합니다. *의약품 목록*을 보시면 고객이 의약품을 받는 데 따라야 하는 규칙을 확인하실 수 있습니다.

당사는 대게 이 장에서 설명하는 규칙을 귀하가 준수하는 경우에 *의약품 목록*에 있는 의약품을 보장합니다.

B1. *의약품 목록*에 있는 의약품

당사의 *의약품 목록*은 Medicare Part D에서 보장하는 의약품이 포함됩니다.

약국에서 얻는 대부분의 처방약은 가입자 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 문의할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참해 주십시오.

당사의 *의약품 목록*에는 브랜드 약, 제네릭 약 및 생물학적 제제(바이오시밀러 포함 가능)이 포함되어 있습니다.

브랜드 약은 의약품 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약보다 더 복잡한 약입니다. 당사 *의약품 목록*에서 당사가 '의약품'이라고 하는 경우는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약은 브랜드 약과 동일한 성분을 갖고 있습니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약과 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 생물학적 제제처럼 작용하고 보통 더 저렴합니다. 많은 브랜드 약물에 대한 제네릭 대체제가 있으며, 일부 원래 생물학적 제품에 대한 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 제네릭 약이 브랜드 약으로 대체될 수 있는 것과 마찬가지로 새로운 처방전 없이 약국에서 원래의 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다.

*의약품 목록*에 있을 수 있는 의약품 유형의 정의는 **12장**을 참조하십시오.

B2. *의약품 목록*에서 의약품 찾는 방법

귀하가 복용하는 의약품이 당사의 *의약품 목록*에 있는지 확인하려면 다음 방법이 있습니다.

- 당사 플랜 웹사이트www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. 당사 웹사이트에 있는 *의약품 목록*은 언제나 최신 목록입니다.
- 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해서 어떤 의약품이 당사의 *의약품 목록*에 있는지 문의하시거나 목록의 사본을 보내 달라고 요청하십시오.
- 파트 D에서 보장하지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조해 주십시오.

- 당사의 "실시간 혜택 도구"를 www.wellcare.com/healthnetCA에서 사용하거나 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하십시오. 이 도구로 *의약품 목록*에서 의약품을 검색하여 귀하의 지불액 추정치를 얻을 수 있고, *의약품 목록*에 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 있는지 확인할 수 있습니다.

B3. *의약품 목록*에 없는 의약품

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

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

제외된 의약품에 대한 세 가지 일반적 규칙은 다음과 같습니다.

1. 당사 플랜의 외래 의약품 보장(Medicare Part D 포함)은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서 이미 보장하고 있는 의약품 비용을 지불할 수 없습니다. 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서 보장하는 의약품을 무료로 보장하지만 해당 의약품은 귀하의 외래 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 외 지역에서 구입한 의약품을 보장할 수 없습니다.
3. FDA의 승인을 받았거나 귀하의 병증에 대한 치료책으로서 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 의약품만 사용해야 합니다. 귀하의 의사 또는 다른 제공자가 귀하의 증세를 치료하기 위한 어떤 약을 처방했는데 그 약이 그 증세의 치료책으로 승인되지 않을 수도 있습니다. 이것을 '오프라벨 이용'이라 부릅니다. 당사 플랜은 대개 오프라벨로 처방된 의약품을 보장하지 않습니다.

또한 법률에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal은 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
- 임산부용 비타민 및 불소 적용을 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능이나 발기 부전 치료를 위해 사용되는 약

- 거식증, 체중감량 또는 체중증가 치료를 위해 사용하는 약*
- 해당 회사에서만 검사나 서비스를 받아야 한다고 하는 회사에서 만든 외래환자 의약품

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

C. 일부 의약품 제한 사항

일부 처방약에 대해서는 당사 플랜이 어떤 식으로 어떤 경우에 보장하는지를 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 일반적으로 당사 규칙은 고객이 고객의 의료적 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 의미합니다. 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 요청해 주십시오. 당사는 추가 단계 없이 해당 의약품 이용에 데 동의하거나 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장 섹션 G4**를 참조해 주십시오.

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, 이용 가능한 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 이용 가능한 제네릭 버전이 있는 경우 브랜드 약이나 원래의 생물학적 제제의 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 제제에 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 처방자가 먼저 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 않으면 해당 의약품에 대한 보장을 받지 못할 수 있습니다.

3. 다른 약을 먼저 시도하기

일반적으로, 당사는 고객이 종종 효과는 동일한 더 저렴한 약을 더 비싼 약보다 먼저 시도하기를 원합니다. 예를 들어 A약과 B약이 같은 의료적 상태를 치료하고, A약품이 B약품보다 저렴하다면, 플랜은 A약품을 먼저 시도하도록 고객에게 요구할 수 있습니다.

A 약이 효과가 **없다면** 당사는 B 약을 보장합니다. 이것을 단계적 치료법이라 부릅니다.

4. 분량 제한

일부 의약품의 경우, 당사는 고객이 받을 수 있는 의약품의 수량을 제한합니다. 이것을 수량 제한이라고 부릅니다. 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 목록*을 참조해 주십시오. 가장 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 문의하시거나 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오. 위의 이유 중 하나로 당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을 하실 수 있습니다. *가입자 안내서* **9장**, **섹션 E**를 참조해 주십시오.

D. 약을 보장받지 못하는 이유

당사는 고객에게 의약품이 잘 보장되도록 노력합니다. 그러나 때로는 의약품이 고객이 원하는 방식으로 보장되지 않을 수도 있습니다. 그 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- 당사 플랜에서 귀하가 원하는 의약품을 보장하지 않습니다. 해당 의약품이 당사의 *의약품 목록*에 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 **섹션 C**에서 설명했듯이, 당사 플랜에 의해 보장되는 일부 의약품에는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 일부 경우, 귀하나 귀하의 처방전 서비스 제공자는 예외 처리를 요청할 수가 있습니다.

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

D1. 임시 공급분 받기

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

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

1. 고객이 복용하는 의약품 조건:
    - 더 이상 *의약품 목록*에 없거나 **또는**
    - *의약품 목록*에 실린 적이 없거나 **또는**
    - 어떤 방식으로든 제한됨
2. 귀하는 아래 상황 중 하나에 속해야 합니다.
    - 작년 당사 플랜에 가입되어 있었습니다.
        - 당사는 **달력상 연도의 첫 90일 동안의** 귀하 의약품의 임시 공급량을 보장합니다.
        - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 간병 서비스 약국의 경우 최대 31일 복용량입니다.
        - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 간병 서비스 약국의 경우 최대 31일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제 받는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.
        - 장기 간병 서비스 약국에서 낭비를 막기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수도 있습니다.
    - 귀하는 당사 플랜에 새로 가입하셨습니다.
        - 당사는 **귀하가 당사 플랜에 가입한 후 첫 90일 동안** 기존에 복용하던 의약품의 임시 공급량을 보장합니다.
        - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 간병 서비스 약국의 경우 최대 31일 복용량입니다.
        - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면, 당사는 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 간병 서비스 약국의 경우 최대 31일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제 받는

것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.

  - 장기 간병 서비스 약국에서 낭비를 막기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수도 있습니다.

- 귀하가 당사 플랜에 가입한 지 90일 이상 지났고 장기 간병 시설에 거주하고, 의약품 공급이 즉시 필요한 경우:
  - 당사는 31일 공급량을 일 회 보장합니다. 귀하의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급량을 보장합니다. 이것은 위에 설명한 임시 공급분에 추가되는 것입니다.
  - 가입자의 치료 수준이 변경되는 경우(장기 간병 시설 또는 입원하는 경우 등), 당사는 30일분의 임시 공급분을 일 회 보장합니다. 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.

D2. 임시 공급분 요청

의약품의 임시 공급량을 요청하려면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

의약품의 임시 공급량을 받으면 가능한 한 빨리 의료 제공자와 상의하여 공급량이 소진되었을 때 해야 할 일을 결정하십시오. 고객은 아래 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- 다른 의약품으로 변경.

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

또는

- 예외 요청.

고객 또는 고객의 의료 제공자는 당사로 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하는 당사에 *의약품 목록*에 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 목록*에서 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 처방의의 입증 진술서)을 받은 후 72시간 이내에 귀하의 예외 처리 요청에 대한 답변을 드립니다.

예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*의 **9장**, **섹션 G4**를 참조해 주십시오.

예외 처리 요청에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

E. 의약품의 보장 범위 변경

대부분의 의약품 보장 변경은 1월 1일에 발생합니다. 그러나 연중에도 당사 *의약품 목록*에 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(수량 한계).
- 약에 대한 단계별 치료 제한사항의 추가 또는 변경(가입자는 저희가 다른 약을 보장하기 전에 특정 약을 복용해 보아야 합니다).

이러한 의약품 규정에 대한 자세한 내용은 **섹션 C**를 참조해 주십시오.

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

- 현재 *의약품 목록*에 등재된 의약품과 효과가 동일하고 더 저렴한 새로운 의약품의 시판, **또는**
- 목록의 약이 안전하지 않음을 **알게 되거나**,
- 목록의 약이 시장에서 퇴출되는 경우는 해당하지 않습니다.

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

*의약품 목록*이 변경되면 어떻게 되는지 자세한 내용은 항상 다음에서 알아볼 수 있습니다.

- 현재 *의약품 목록*을 www.wellcare.com/healthnetCA 에서 온라인으로 **확인하거나**
- 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하여 현재 *의약품 목록*을 확인할 수도 있습니다.

현재 플랜 연도에 가입자에게 영향을 미치는 *의약품 목록*에 대해 가능한 변경 사항

*의약품 목록*의 변경이 즉각적으로 이루어지는 경우도 있습니다. 그 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- 새로운 복제약이 구매 가능해지는 경우. 때때로 현재 *의약품 목록*에 있는 브랜드 약이나 원래의 생물학적 제제만큼 효과가 있는 새로운 제네릭 약이나 바이오시밀러가 출시되기도 합니다. 그러면 브랜드 약을 삭제하고 새로운 제네릭 약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 의약품에 지불하는 비용은 동일합니다.

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

  - 변경 전에는 알려 드리지 않지만, 일단 변경이 되면 구체적인 변경 정보를 보내 드립니다.
  - 가입자 또는 의료 제공자는 이러한 변경 사항에서 '예외 처리'를 요청할 수 있습니다. 당사는 가입자에게 예외 요청 시 밟아야 할 단계에 대한 통지를 보내 드립니다. 이 핸드북의 **9장**, **섹션 G4**를 참조하십시오.

약이 시장에서 퇴출되는 경우. 미국 식품의약국(FDA)이 귀하가 복용 중인 약물이 안전하지 않거나 효과적이지 않다고 발표하거나 의약품 제조사에서 판매를 중지하는 경우, 해당 의약품을 당사 *의약품 목록*에서 삭제할 수 있습니다. 가입자가 해당 약물을 복용 중인 경우, 변경 후 고지를 보내드립니다. 다른 옵션에 대해 담당 의사와 상담해 주십시오.

당사가 가입자가 복용 중인 약에 영향을 미치는 기타 다른 변경을 행할 수 있습니다. 여기에 해당하는 *의약품 목록*의 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.

이러한 변경이 발생하면 당사는 다음을 수행합니다.

- *의약품 목록*을 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 의료 서비스 제공자와 충분히 상담할 수 있습니다. 이들은 다음에 대한 도움을 줄 수 있습니다.

- 대신 복용할 만한 비슷한 약이 당사 *의약품 목록*에 있거나 **또는**
- 해당 약 또는 가입자가 복용해 온 약 버전을 계속 보장하기 위해 이러한 변경 사항에서 예외 처리를 요청해야 할 경우 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**, **섹션 G4**를 참조하십시오.

이 플랜 연도 중 가입자에게 영향을 미치지 않는 *의약품 목록*의 변경 사항

당사는 위에 설명되지 않은, 현재 귀하에게 영향을 미치지 않는 약물에 대한 변경을 할 수 있습니다. 이러한 변경의 경우, 연초에 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.

복용 중인 약에 대해 이러한 변경 사항이 발생하는 경우(위 섹션에 기재된 변경 사항 제외), 변경 사항은 다음 해 1월 1일까지 약 복용에 영향을 미치지 않습니다.

위와 같은 유형의 변경 사항은 올해 중에 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도 중에 귀하에게 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 알아보려면 다음 플랜 연도의 *의약품 목록*을 확인해야 합니다(공개 등록 기간에 목록을 이용할 수 있는 경우).

F. 특별한 경우에서의 의약품 보장

F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문요양시설 입원

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

F2. 장기 간병 서비스 시설

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

고객의 장기 간병 서비스 시설의 약국이 당사 협력업체의 일부인지 알아보려면 고객의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 살펴보십시오. 그렇지 않은 경우 또는 자세한 내용을 원하시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램

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

- Medicare 호스피스에 등록되어 있는 경우, 말기 예후 및 상태와 관련이 없기 때문에 호스피스가 보장하지 않는 통증, 메스꺼움, 완하제 또는 항불안제 등이 필요할 수 있습니다. 이런 경우, 당사 플랜은 처방자나 귀하의 호스피스 제공자로부터 그 의약품과 관련이 없다는 통보를 받아야만 해당 의약품을 보장할 수 있습니다.

- 당사 플랜에서 보장해야 할 관련 없는 의약품 수령이 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 참조해 주십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 정보는 *가입자 안내서* **4장**을 참조하십시오.

G. 약 안전 및 약 관리 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 유사한 다른 약을 복용 중이기 때문에 불필요할 수도 있는 약

- 고객의 나이나 성별에 불안전할 수 있는 약
- 동시에 복용하면 해로울 수 있는 약
- 알레르기가 있거나 알레르기가 있을 수 있는 성분이 포함된 의약품
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 진통제가 포함된 약물

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(MTM) 프로그램을 통해 무료로 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램에는 자발적으로 참여할 수 있으며 무료입니다. 이 프로그램은 가입자과 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 의약품에 관한 질문 또는 문제

그리고 다음을 제공할 것입니다.

- 상담 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 처방자와 상의하는 것이 좋습니다.

- 의사와의 진료 예약 또는 의사, 약사, 기타 건강 의료 제공자와 상담할 때마다 행동 계획 및 약물

목록을 지참해 주십시오.

- 병원이나 응급실을 방문하시는 경우 약 목록을 지참해 주십시오.

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.

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)이라고 합니다.

여러 처방자 또는 약국에서 받은 오피오이드 약물을 사용하거나 최근에 오피오이드 약물을 과다 복용한 경우, 당사는 귀하의 오피오이드 약물 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 담당 처방자와 상의할 수 있습니다. 처방자에게 확인한 결과 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물을 사용하는 것이 안전하지 않다고 판단하면, 당사는 해당 약물의 구입 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.

- 해당 약물의 모든 처방전을 특정 약국 또는 특정 처방자에게서 받도록 요구
- 당사의 보장을 받는 해당 의약품의 수량 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 처방자 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 처방의는 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**을

참조하십시오).

가입자가 다음 상황인 경우 DMP를 적용하지 않습니다.

- 암 또는 겸상 적혈구 질환 등 특정 의료 상태,
- 호스피스, 고통 완화 또는 시한부 치료를 받는 중 **또는**
- 장기 간병 서비스 시설에 거주함.

6장: Medicare, Medi-Cal 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분

소개

이 장은 고객의 외래환자 처방약에 대해 고객이 지불하는 부분을 설명합니다. "약품"의 의미는 다음과 같습니다.

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

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로 Medicare Part D 처방약에 대한 지불금에 대해 Medicare의 '추가 지원'을 받고 있습니다.

추가 지원이란 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 코페이먼트 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 "저소득 보조금" 또는 "LIS"라고도 합니다.

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

처방약에 대한 자세한 내용은 아래를 참조해 주십시오.

- 당사의 *보장 의약품 목록*.
  - 당사는 이것을 "*의약품 목록*"이라고 부릅니다. 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다.
    - 당사가 어떤 의약품에 대해 지불하는지
    - 의약품에 대한 제한이 있는지
  - 당사 *의약품 목록* 사본이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 웹사이트(www.wellcare.com/healthnetCA)에서도 현재 *의약품 목록* 사본을 찾으실 수 있습니다.
  - 약국에서 얻는 대부분의 처방약은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조해 주십시오. 또한 Medi-Cal Rx

고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 문의할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참하십시오.

- *가입자 안내서*의 **5장, 섹션 A**입니다.
  - 여기에서는 당사 플랜을 통해 외래 처방약을 받는 방법을 설명합니다.
  - 여기에는 가입자가 따라야 할 규칙이 포함됩니다. 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 처방약 유형을 알려 줍니다.
  - 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 의약품 보장 범위를 찾는 경우(**5장**, **섹션 B2** 참조), 표시된 비용은 "실시간"으로 제공됩니다. 즉, 도구에 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담금 비용을 추정하기 위한 특정 시점을 반영합니다. 자세한 내용은 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다.
- 당사 *의료 제공자 및 약국 명부*.
  - 대부분의 경우, 고객은 반드시 보장 약을 받기 위해 협력업체 약국을 이용하셔야 합니다. 네트워크 약국은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다.
  - *의료 제공자 및 약국 명부*는 네트워크 소속 약국 목록입니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 A**를 참조해 주십시오.

목차

A. 혜택 설명서(EOB) 175
B. 귀하의 약 비용 추적하는 방법 176
C. 귀하는 일 개월 또는 장기 의약품 공급에 대해 아무런 비용도 지불하지 않습니다 177
C1. 약품의 장기 공급분 받기 178
C2. 가입자 지불 178
D. 백신 접종 179
D1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 점 179

A. 혜택 설명서(EOB)

당사 플랜은 고객의 처방약을 추적합니다. 당사는 두 가지 종류의 비용을 추적합니다.

- 고객의 **본인부담금**. 이 금액은 고객이 받은 처방약에 대해 고객 또는 타인이 고객을 대신해 지불한 금액을 말합니다. 여기에는 파트 D 보장 의약품을 받을 때 가입자가 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 의약품에 대한 금액, Medicare, 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, TRICARE, 인디언 건강 서비스, AIDS 의약품 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 주 의약품 지원 프로그램(SPAP)에서 "추가 지원"을 통해 지불한 의약품에 대한 금액이 포함됩니다.
- 귀하의 **총 의약품 비용**. 이는 가입자의 파트 D 보장 약품에 대한 모든 지불액의 합계입니다. 여기에는 플랜이 지불한 금액과 기타 프로그램 또는 기관에서 귀하의 보장 파트 D 약품에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

당사 플랜을 통해 처방약을 받으신 경우 당사는 *혜택 설명서(Explanation of Benefits)*라 불리는 요약을 가입자에게 보내 드립니다. 당사는 이를 줄여서 EOB라고 부릅니다. EOB는 청구서가 아니며, EOB에는 귀하가 복용하시는 의약품에 대한 자세한 정보가 있습니다. EOB에는 다음이 포함됩니다.

- **당월 정보**. 이 요약에는 가입자가 지난 달에 어떤 처방약을 받았는지 기재되어 있습니다. 여기서는 총 의약품 비용, 당사가 지불한 부분, 귀하와 귀하를 대신해 다른 사람이 지불한 부분을 보여줍니다.
- **연초 대비 정보**. 이는 1월 1일부터 귀하의 총 약 비용과 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 처방 의사와 상담해 주십시오.

당사는 Medicare에서 보장하지 않는 의약품 보장을 제공합니다.

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

B. 귀하의 약 비용 추적하는 방법

고객의 의약품 비용과 지불하신 금액을 추적하기 위해 당사는 고객으로부터 또 고객의 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 가입자가 당사를 도울 수 있는 방법은 다음과 같습니다.

1. **가입자 ID 카드를 사용해 주십시오.**

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

2. **당사에 필요한 정보를 제공해 주십시오.**

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

   다음은 귀하가 영수증의 사본을 제출해야 하는 경우의 몇 가지 예입니다.

   - 고객이 보장되는 의약품을 네트워크 약국에서 특별 가격으로 구매하거나 본 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인카드를 사용해서 산 경우
   - 고객이 약 제조업체측의 환자 지원 프로그램 하에 제공되는 의약품에 코페이먼트를 지불하는 경우
   - 고객이 네트워크 비소속 약국에서 보장 의약품을 사는 경우
   - 귀하가 보장 의약품에 대해 전액 지불하신 경우

   의약품 비용의 환급 요청에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **7장**, **섹션 A**를 참조해 주십시오.

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

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

4. **당사가 발송해 드리는 EOB를 확인해 주십시오.**

EOB를 우편으로 받으시면 내용이 빠짐 없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다.

- **각 약국의 이름을 알고 계십니까?** 해당 날짜를 확인하십시오. 해당 날짜에 약품을 받으셨습니까?
- **목록에 있는 약품을 받으셨습니까?** 영수증에 열거되어 있는 약품과 일치합니까? 의사가 처방한 약품과 해당 약품이 일치합니까?

자세한 내용은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 문의하거나 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) *가입자 안내서*를 참조해 주십시오. 이 안내서는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서 확인할 수 있습니다.

이 요약에서 실수를 발견하면 어떻게 하나요?

이 EOB에 무언가 문제가 있거나 올바르게 보이지 않는 경우, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. *당사 웹사이트* www.wellcare.com/healthnetCA에서 다양한 질문에 대한 답변을 찾을 수도 있습니다.

잠재적인 사기행위는 어떻게 처리해야 합니까?

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

- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 또는 Medicare 번호인 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.

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

무언가 잘못되었거나 빠진 부분이 있다고 생각하거나 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. *파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)*를 종이로 받는 대신 이제 이메일을 통해 전자 버전의 파트 D EOB를 받을 수 있습니다. https://www.express-scripts.com/을 방문하여 이를 요청할 수 있습니다. 수신을 선택하고, 전자 *혜택 설명서*(eEOB)의 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 완료되면 이메일로 알려드립니다. 전자 EOB(eEOB)는 종이 없는 파트 D EOB라고도 합니다. 종이 없는 파트 D EOB는 파트 D EOB 인쇄본과 동일한 사본(이미지)입니다. 이러한 EOB를 보관합니다. 그러한 보고서는 의약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. 귀하는 일 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. 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

C1. 약품의 장기 공급분 받기

일부 의약품의 경우, 가입자는 처방약을 조제받을 때 장기 공급분('연장 공급분'이라고도 함)을 구입하실 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 100일까지의 공급분을 말합니다. 귀하는 장기 공급분에 대해 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다.

의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 구입할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 A7** 또는 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조해 주십시오.

C2. 가입자 지불

약국에서 얻는 대부분의 처방약은 본 플랜에서 보장됩니다. 비처방(OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조해 주십시오. 또한 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 문의할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참하십시오.

보장되는 처방약의 일 개월 또는 장기 공급량을 다음으로부터 구매할 때 회원의 비용 분담액:

	네트워크 약국 일 개월 또는 100일분 공급량	당사 플랜의 우편 주문 서비스 일 개월 또는 100일분 공급량	네트워크 장기 간병 서비스 약국 일 개월 또는 31일까지의 공급량	네트워크 외의 약국 일 개월 또는 30일분 공급량 보장은 특정 사례에 제한됩니다. *가입자 안내서* **5장**을 참조하시기 바랍니다.
비용 분담 범주(모든 파트 D 약)	$0	$0	$0	$0

어느 약국에서 장기 공급분을 구매할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 당사 플랜의 *의료 제공자 및 약국*

*명부*를 참조해 주십시오.

D. 백신 접종

백신 비용에 대한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Medicare Part B에서 보장됩니다. 다른 백신은 Medicare Part D 의약품으로 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 부분은 **백신 약 자체**의 비용입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장의 둘째 부분은 **고객에게 백신 주사를 놓는** 비용입니다. 예들 들어 고객은 의사에게 백신을 가지고 가서 주사를 맞을 수 있습니다.

D1. 백신 접종을 받기 전에 알아야 할 점

당사는 가입자가 예방 접종을 받을 계획이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하시기를 권장합니다.

- 당사 플랜이 백신 접종을 어떻게 보장하는지 알려드릴 수 있습니다.

7장: 가입자가 받은 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대한 지불 요구

소개

이 장에서는 지불을 요구하는 청구서를 언제 어떻게 당사에 보내는지 설명합니다. 귀하가 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 신청하는 방법도 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 귀하가 받은 서비스나 약 비용을 당사에 요청하기 181
B. 당사에 지급 요청 발송 185
C. 보장 결정 186
D. 이의 신청 186

A. 귀하가 받은 서비스나 약 비용을 당사에 요청하기

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 Dual Align (HMO D-SNP) 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**를 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 서비스는 당사가 지불 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. 당사는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)이 보장하지 않는 서비스에 대해서는 귀하에게 상환하지 않습니다.
  - 자격 있는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자가 된 후에 보장 서비스를 받았습니다.
  - 보장 서비스를 받은 날로부터 일 년 이내에 환급을 요청합니다.
  - 귀하는 보장 서비스에 대해 귀하가 지불한 증빙 자료(예: 의료 제공자의 상세 영수증)를 제공합니다.
  - Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 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.
- 보장 서비스가 일반적으로 사전 승인을 요구하는 경우, 귀하는 보장 서비스에 대한 의료적 필요성을

나타내는 의료 제공자의 증빙 자료를 제공해야 합니다.

- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서는 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 Dual Align (HMO D-SNP)이 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 Dual Align (HMO D-SNP)이 환급해 주지만 FFS Medi-Cal이 지불할 금액까지만 환급합니다. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 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.
  - 이 서비스는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 보장 서비스가 아닙니다.
  - 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 문의해 주십시오. 가입자가 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모를 경우 저희가 도와 드릴 수 있습니다. 또한, 가입자는 가입자가 이미 당사로 보내신 지불 요청서에 대하여 당사로 추가 정보를 알려주고 싶은 경우에도 당사로 전화하실 수 있습니다.

고객이 당사로 상환을 요청해야 하는 경우 또는 고객이 받은 청구서를 지불하라고 당사로 요청해야 하는 경우의 예가 아래에 나와 있습니다.

1. 고객이 응급 상황 또는 긴급히 필요한 진료를 네트워크 외의 제공자에게서 받은 경우

해당 의료 제공자에게 청구서를 당사로 보낼 것을 요청하십시오.

- 귀하가 진료를 받을 때 비용 전액을 지불하신 경우, 당사로 환급을 요청해 주십시오. 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.
- 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. 협력업체 의료 서비스 제공자가 고객에게 청구서를 보내는 경우

협력업체 의료 제공자는 언제나 당사로 청구서를 보내야 합니다. 가입자가 서비스 또는 처방약을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 네트워크 소속 의료 제공자가 실수를 하여 가입자의 서비스 비용 또는 가입자 부담분 이상의 비용을 지불하도록 요청하는 경우가 있습니다.
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.
- 협력업체 제공자로부터 청구서를 받을 때 그 청구서를 당사에게 보내주시기 바랍니다. 당사가 해당 의료 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다.
- Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 네트워크 소속 의료 제공자에게 받은 청구서를 고객이 이미 지불하신 경우 그 청구서와 고객의 지불 증거를 당사에게 보내 주십시오. 고객이 받은 보장 서비스에 대해 당사가 고객께 환급해 드리겠습니다.

3. 저희 플랜에 소급해서 가입할 경우

때로는 귀하가 플랜에 소급해서 가입할 수 있습니다 (이것은 가입 첫날이 지났음을 의미합니다. 작년일 수도 있습니다.)

- 소급해서 가입했고 가입일 이후에 청구서를 지불한 경우, 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다.
- 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오.

4. 귀하가 처방약 조제를 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

네트워크 비소속 약국을 이용하시는 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 지불합니다.

- 당사는 드문 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다. 당사에 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**을 참조해 주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에서의 구입가격, 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의

차액을 환불하지 않을 수도 있습니다.

5. 가입자 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 처방약 비용 전액을 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.
- 당사에 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오.
- 귀하가 지불한 현금 가격이 당사에서 협상한 처방약 가격보다 높을 경우 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 보장되지 않는 처방약 비용 전액을 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 안내서* **9장**, **섹션 G4** 참조).
  - 가입자, 가입자의 주치의 또는 다른 처방자가 가입자에게 해당 약이 당장(24시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우, 가입자는 신속한 보장 결정을 요청할 수 있습니다(*가입자 안내서* **9장**, **섹션 G4** 참조).
- 당사에 환급을 요청하실 때에는 영수증 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는 해당 의약품의 비용을 환급하기 위해 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 더 많은 정보가 필요할 수 있습니다. 귀하가 지불한 가격이 당사에서 협상한 처방약 가격보다 높을 경우 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 이를 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것은 '보장 결정'이라 불립니다. 당사가 해당 서비스나 의약품을 보장해야 한다고 결정하는 경우 당사가 비용을 지불합니다.

당사가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우, 귀하는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **9장**, **섹션 G5**를 참조해 주십시오.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

B. 당사에 지급 요청 발송

청구서와 가입자의 Medicare 서비스 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 의료 제공자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다. **기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다.** 귀하는 의료 서비스 제공자에게 도움을 요청하실 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:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 3060
Farmington, MO 63640

서비스, 품목 또는 의약품을 받은 날로부터 **일 년 이내에 당사에 클레임을 제출해야 합니다**.

약국 클레임 주소:

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

청구서와 가입자의 Medicare 서비스 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 의료 제공자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다. 기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다. 케어 매니저에게 도움을 요청할 수 있습니다. 서비스, 품목 또는 의약품을 수령한 날로부터 365일(의료 청구의 경우) 및 삼년(의약품 청구의 경우) 이내에 당사에 청구서를 제출해야 합니다.

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.

당사는 귀하가 지불해야 할 비용이 있다면 그 금액을 결정합니다.

- 가입자로부터 추가 정보를 받아야 한다면 당사는 이를 가입자에게 알려 드릴 것입니다.
- 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. 가입자가 의약품 비용 전액을 지불한 경우, 가입자는 지불한 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예를 들어, 네트워크 비소속 약국에서 약을 받은 경우 또는 지불한 현금 가격이 협상된 가격보다 높은 경우). 귀하가 비용을 지불하지 않은 경우 당사가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.

가입자 안내서 **3장**, **섹션 B**에서는 가입자의 서비스를 보장받기 위한 규칙을 설명합니다. *가입자 안내서* **5장**, **섹션 A**에서는 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 E1**을 참조하십시오.

D. 이의 신청

가입자의 지불 요청을 거부한 것이 당사의 실수라고 생각하시면, 가입자는 당사에 당사의 결정을 변경하도록 요청하실 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 안내서* **9장**, **섹션 E2**를 참조해 주십시오.

- 의료 서비스 비용 환급에 대한 이의 신청은 **섹션 F**를 참조하십시오.
  - 의약품 비용 환급에 대한 이의 신청은 **섹션 G**를 참조하십시오.

8장: 권리와 책임

소개

본 장에는 플랜 가입자로서 가입자의 권리와 책임을 설명합니다. 당사는 귀하의 권리를 반드시 존중해야 합니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리 188

B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무 201

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무 202

C1. 당사가 가입자의 PHI를 보호하는 방법 203

C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리 204

D. 당사의 정보 제공 책임 204

E. 네트워크 제공자의 고객 직접 청구 불가 206

F. 고객의 당사 플랜 해지 권리 206

G. 자신의 치료를 결정할 고객의 권리 206

G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 수 있는 권리 206

G2. 스스로 치료 결정을 내릴 수 없을 때 대처 방법을 제시할 권리 207

G3. 가입자의 지시 사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것 208

H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리 208

H1. 불공정한 처우에 대해 할 수 있는 일 또는 권리에 관한 정보 얻기 209

I. 플랜 가입자의 책임 209

J. 가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 대해 권고할 권리가 있습니다 211

K. 신기술 평가 211

A. 고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

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 including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 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, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese 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 Dual Align (HMO D-SNP) 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:

- 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.

باید مطمئن شویم که **همه** خدمات با رفتاری شایسته و به گونه‌ای دردسترس و راحت به شما ارائه می‌شود. اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را باید به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هرسال که در طرح ما شرکت می‌کنید حقوقتان را به شما بگوییم.

- 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.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی شامل عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ درشت، بریل، یا صوتی هم در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به نشانی زیر نامه ارسال کنید:

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود اطلاعات طرح سلامت خودتان را متوجه می‌شوید. در صورت درخواست، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌هایی دیگر برای شما ارسال کنیم. به این درخواست «تقاضای ثابت» گفته می‌شود. انتخابتان را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- اگر تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی، یا در قالبی دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.
- اگر تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهیم.

اگر برای درک مفاد طرحتان نیاز به راهنمایی دارید، با «مرکز خدمات اعضا» Wellcare by Health Net به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب دردسترسند.

اگر برای دریافت اطلاعات از طرح ما به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، با یکی از شماره‌های زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- «اداره حقوق مدنی» Medi-Cal با شماره 916-440-7330. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند
- U.S Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

يجب أن نضمن أن نقدّم لك **كل** الخدمات بطريقة متاحة وملائمة من الناحية الثقافية. ويتعين علينا أيضًا أن نطلعك على مزايا خطتنا وعلى حقوقك على نحو يمكنك أن تفهمه. يجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة للإجابة عن الأسئلة الواردة بمختلف اللغات.
- يمكن أن تقدم لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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. يرجى الاتصال بنا في حال:

- تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الهمونجية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- 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 (TTY: 711). الممثلون متاحون في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويمكنك الاتصال على مدار 7 أيام في الأسبوع، 24 ساعة في اليوم. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- U.S Department of Health and Human Services، Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Մենք պետք է վստահ լինենք, որ **բոլոր** ծառայությունները մատուցվում են ձեր մշակույթին համապատասխան եւ դրանք հասանելի են ձեզ համար: Մենք պետք է նաեւ հասկանալի լեզվով ներկայացնենք մեր ապահովագրական պլանում ներառված նպաստները եւ դրանց առնչվող ձեր իրավունքները: Ամեն տարի մենք պետք է ներկայացնենք մեր պլանում ներառված ձեր իրավունքները:

- Հասկանալի տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման ծառայություններ: Մեր ապահովագրական պլանն ունի բանավոր թարգմանչի անվճար ծառայություններ՝ պատասխանելու հարցերին տարբեր լեզուներով:

- Ապահովագրական մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմերերեն), չինարեն (ավանդական տառերով), պարսկերեն, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տպագիրը, բրայլյան գիրը կամ աուդիո ձևաչափով. Այլընտրանքային այս ձևաչափերից որևէ մեկով նյութերը ստանալու համար, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզված լինել, որ լիովին ընկալում եք առողջության ապահովագրության ձեր պլանի տեղեկությունները: Մենք կարող ենք ուղարկել ձեզ նյութեր այլ լեզվով կամ ձեւաչափով, եթե ձևակերպեք այն այս դիմումով: Այն կոչվում է «Մշտական պահանջ»: Մենք կփաստաթղթավորենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

  - Ցանկանում եք ստանալ ձեր նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (կխմեր), չինարեն (ավանդական), ֆարսի, հմոնգ, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ ձևաչափերով: Դուք կարող եք դիմել այս լեզուներից որևէ մեկով նյութերի համար կամ որևէ այլընտրանքային ձեւաչափով:

  - Դուք ցանկանում եք փոխել ուղարկված նյութերի լեզուն կամ ձեւաչափը:

Եթե օգնության կարիք ունեք ընկալելու ձեր պլանի նյութերը, խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net Անդամների սպասարկման ծառայություններ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մինչ մարտի 31-ը, սպասարկող անձնակազմը հասանելի է երկուշաբթի-կիրակի օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ը, սպասարկողները հասանելի են երկուշաբթի-ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m.-8 p.m.:

Եթե մեր պլանի մասին տեղեկություններ ստանալու դժվարություններ ունեք՝ պայմանավորված լեզվական կամ հաշմության խնդիրներով և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն՝ 1-877-486-2048:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտվողները՝ 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության եւ սոցիալական հարցերով դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքի գրասենյակ՝ 1-800-368-1019: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697:

យើងតម្រូវធានាថា សេវាកម្ម**ទាំងអស់**ដែលហានផ្តល់ជូនអ្នកគឺមានសមត្ថភាពផ្ទៃកែវប្បធម៌ និងមាន
លក្ខណៈអាចប្រើប្រាស់ហាន។ យើងក៏តម្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ហាន។
យើងតម្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ
ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលហានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ហាន
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្ទៃកែសេវាកម្មសមាជិក។ គម្រោងរបស់
  យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសា ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស
  រួមមាន អារ៉ាប់ អាមនើ កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (តួអក្សរប្រពណី) ហ្ស្ការ៉ី ម៉ុង ក្ររ៉ូ រុស្សី អេស្پ៉ាញ
  តាកាឡុក វៀតណាម និង ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ
  និងជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលហានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសទាំងនេះ
  សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្ទៃកែសេវាកម្មសមាជិក ឬសរសេរទៅ៖

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net ចង់ធានាថា អ្នកយល់ព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេង ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀត បុរសិនបើអ្នក សុំឯកសារនោះតាមវិធីនេះ។ នេះហៅថា "ការសុំនិយាយ"។ យើងនឹងចងក្រង ឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើង បុរសិនបើ៖

- អ្នកចង់ហានឯកសារជាភាសាអារ៉ាប់ អាមនើ ខ្មែរ (ខ្មែរ) ចិន (តួអក្សរបែបប្រពណី) ហ្ស្ការ៉ាសុ ម៉ុង ក្រូអ៊ីស្យ អេស្پ៉ាញ តាកាឡុក វៀតណាម ឬក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចសុំនិយាយ ភាសាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ជំនួស។
- អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់ដែលយើងផ្ញើឯកសារទៅអ្នក។

បុរសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ឯសារអំពីគម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Wellcare by Health Net (តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711))។ ពីថ្ងៃទី 1 ខតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ពីថ្ងៃទី 1 ខមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

បុរសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យ Office of Civil Rights របស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរស័ព្ទមកលេខ 711។
- ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ក្រសួង U.S Department of Health and Human Services តាមរយៈលេខ1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរស័ព្ទទៅលេខ1-800-537-7697។

我們必須確保所有服務都是以符合文化背景且能輕鬆取得的方式提供給您。我們也必須以您能夠理解的方式向您告知我們計劃的福利以及您的權利。只要您仍參與我們的計劃，我們就必須每年向您告知您的權利。

- 若要以您可以理解的方式取得資訊，請致電會員服務部。我們的計劃提供免費口譯員服務，能以各種語言回答問題。

- 我們的計劃也能為您提供以非英文語言（包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉文）、中文（繁體）、波斯文、苗族文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文）撰寫的資料，並且能以大字版、點字版或語音版等格式提供。若要取得以上述其中一種替代格式提供的資料，請致電會員服務部或是寫信到以下地址：

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解您的健康計劃資訊。如果您提出要求，我們能將以其他語言撰寫或以替代格式提供的資料寄送給您。這稱為「常設要求」。我們將會記錄您的選擇。如有以下情況，請致電我們：

- 您希望取得以阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文（高棉文）、中文（繁體）、波斯文、苗族文、韓文、俄文、西班牙文、菲律賓塔加路文、越南文撰寫或以替代格式提供的資料。您可以要求以替代格式提供上述其中一種語言。
- 您希望變更我們向您寄送資料的語言或格式。

如果您需要瞭解您計劃資料的協助，請致電 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 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。

如果您因語言問題或身心障礙而無法取得我們計劃中的資訊，且您想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是 1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。每週 7 天每天 24 小時皆可撥打。TTY 使用者請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話是 916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711
- 美國衛生署和公眾服務部民權辦公室，電話是 1-800-368-1019。TTY 使用者請撥打 1-800-537-7697。

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 충분하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 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 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오

디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식의 자료가 필요하시다면 가입자 서비스부에 전화하시거나 아래 주소로 서신을 보내주십시오.

Wellcare by Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Wellcare by Health Net은 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. 이러한 언어 중 하나를 대체 형식으로 요청할 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: 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.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 연락해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 언제든 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal Office of Civil Rights는 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하셔야 합니다.

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 нашего 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 получения информации в удобной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского (в том числе на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском), 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 или напишите по адресу:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского 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». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

  - Вы хотите получать материалы в другом формате или на одном из следующих языков: арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), фарси, хмонг, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
  - Вы хотите сменить язык или формат присылаемых вам материалов.

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 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

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). Вы можете звонить круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và quyền lợi của quý vị

theo cách dễ hiểu cho quý vị. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền mà quý vị có mỗi năm trong chương trình của chúng tôi.

- Để lấy thông tin theo cách dễ hiểu cho quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và ở các định dạng như bản in khổ chữ lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc gửi thư đến:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi tài liệu cho quý vị bằng ngôn ngữ khác hoặc định dạng thay thế nếu quý vị yêu cầu theo cách này. Đây được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

  - Quý vị muốn lấy tài liệu của mình bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hmong, Tiếng Hàn, Tiếng Nga, Tiếng Tây Ban Nha, Tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong các ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng mà chúng tôi gửi tài liệu cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để tìm hiểu về tài liệu chương trình, vui lòng liên hệ 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, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, các đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi cho chúng tôi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 877-486-2048.
- Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.
- Phòng Dân Quyền, Bộ Y Tế Và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1- 800-537-7697.

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera culturalmente competente y accesible. Además, debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y de sus derechos de manera tal que usted pueda comprender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que usted permanezca en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, comuníquese con Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean inglés, incluidos árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net desea asegurarse de que entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otro idioma o en un formato alternativo si así lo solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

  - Si desea conseguir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, hmong, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita o en un formato alternativo. Puede solicitar uno de estos idiomas en un formato alternativo.
  - Si desea cambiar el idioma o el formato en que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para comprender los materiales de su plan, comuníquese con 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 problemas para obtener información acerca de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar un reclamo, llame a:

- 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.

- La Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- La Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

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 txoj phiaj 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 paub hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj 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 txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug ua lwm hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv tau rau koj| ua lwm hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Arabic, Lus Armenian, Lus Cas Pus Cia, Lus Suav (niam ntawv suav), Lus Farsi, Lus Hmoob, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj thiab ua hom ntawv xws li ntawv luam loj, ntawv su rau neeg dig muag, los sis ua suab lus. Txhawm rau kom tau ib hom ntaub ntawv ntawm lwm cov hom ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab tau los sis sau ntawv mus rau:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab cov ntaub ntawv qhia paub ntawm koj txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv. Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv tuaj rau koj ua lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv tau yog tias koj thov kom muab li ntawd. Qhov no hu ua “kev thov tas mus li.” Peb yuav teev tseg koj txoj kev xaiv cia. Thov hu rau peb yog tias:

  - Koj xav tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenia, Lus Kas Pus Cias (Khmer), Lus Suav (cov ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Hmoob, 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 cov ntaub ntawv hais txog koj txoj phiaj xwm tuav pov hwm, thov tiv tauj rau Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tus Tswv Cuab tau ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Nyob rau hauv Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom nyob huav Hnub Monday-Hnub 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 yuav khoom hauv Hnub Monday-Hnub 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 kev tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaws Meskas Lub Thawj Fab Saib Xyuas Hauj Lwm Kev Pab Cuam Kev Noj Qab Haus Huv thiab Tib Neeg, Office for Civil Rights tau ntawm 1-800-368-1019. TTY cov neeg siv yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa isang kultural na naaangkop at accessible na paraan. 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 kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ring magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga traditional character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare by Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Gustong tiyakin 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 “standing request.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, 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 inyong 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). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula 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, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무

가입자가 보장 서비스를 받기 위해 적시에 진료 예약을 할 수 없거나, 담당 의사가 더 이상 기다릴 수 없다고 판단하면, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 회원 서비스 부서에 1-800-431-9007(TTY: 711)로 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 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 안내서* **3장**, **섹션 D**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 문의하시거나 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인해 주십시오.
- 귀하는 진료 의뢰 없이 여성 건강 전문의를 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.
- 또한 고객은 오래 지체하지 않고 당사 협력업체의 아무 약국에서나 고객의 처방을 조제받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자를 언제 볼 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 의료 제공자에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **3장**, **섹션 D4**를 참조하십시오.
- 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 안내서* **1장**, **섹션 F**를 참조해 주십시오.
- 귀하는 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 직접 의료 결정을 할 수 있는 권리를 가지고 있습니다.

가입자 안내서 **9장**, **섹션 E**에서는 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 또 고객의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.

고객은 자신의 정보에 대한 권리 및 PHI 사용 방식을 통제할 권리를 가지고 있습니다. 당사는 이러한 권리에 대해 안내하고 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. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)은 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.

가입자는 건강 플랜에 서면으로 또는 전자 전송을 통해 비공개 커뮤니케이션 요청을 시작할 수 있습니다. 비공개 커뮤니케이션 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.

C1. 당사가 가입자의 PHI를 보호하는 방법

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 동의서를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 동의서를 제공할 수 있습니다.

때에 따라 당사는 귀하의 서면 동의서를 먼저 얻을 필요가 없습니다. 이 예외는 법에 의해 허용되거나 요구되는 것들입니다.

- 당사는 당사 플랜의 진료 품질을 검토하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 합니다.
- 당사는 법원의 명령이 있는 경우, 그러나 California 주 법률에서 허용하는 경우에만 PHI를 공개할 수

있습니다.

- 당사는 Medicare에 귀하의 PHI를 제공해야 합니다. Medicare에서 연구나 기타 용도로 귀하의 PHI를 공개하는 경우, 연방법을 준수하여야 합니다. 당사가 가입자의 정보를 Medi-Cal과 공유한다면 이 또한 연방법 및 주 정부 법규에 따라 이루어집니다.

C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리

- 고객은 자신의 의료 기록을 열람하고 복사본을 받을 권리가 있습니다.
- 고객은 고객의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하라고 당사로 요청할 권리가 있습니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 고객의 보건 의료 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정합니다.
- 가입자는 당사가 귀하의 PHI를 다른 사용자와 공유했는지, 그리고 어떻게 공유했는지 알 권리가 있습니다.

귀하의 PHI 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

D. 당사의 정보 제공 책임

귀하는 당사 플랜의 가입자로서 당사 플랜, 네트워크 소속 의료 제공자, 가입자의 권리와 책임 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 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, 브라유식 점자, 오디오로도 정보를 드릴 수 있습니다. 고객은 또한 하기의 언어로 본 정보 안내서를 무료로 받으실 수 있습니다.

- 아라비아어
- 아르메니아어
- 캄보디아어
- 중국어
- 페르시아어

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 몽족어
- 한국어
- 러시아어
- 스페인어
- 타갈로그어
- 베트남어

다음 사항을 알고 싶으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 하기의 항목을 포함한 본 플랜에 대한 정보:
  - 재정 정보
  - 가입자의 플랜 평가
  - 가입자들이 한 이의 신청 건수
  - 당사 플랜을 탈퇴하는 방법
- 아래 항목을 포함한 네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 약국에 관한 정보:
  - 일차 의료 제공자 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 안내서* **3장** 및 **4장** 참조) 및 의약품(*가입자 안내서* **5장** 및 **6장** 참조)
  - 가입자의 보장 또는 의약품에 가해지는 제한
  - 보장되는 서비스나 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙
- 다음 요청을 포함하여 비보장 이유와 고객이 취할 수 있는 조치(*가입자 안내서* **9장**, **섹션 D** 참조):

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 보장되지 않는 이유를 서면으로 요청
- 당사가 내린 결정을 변경하도록 요청
- 고객이 받은 청구서를 지불하도록 요청

E. 네트워크 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 잔액을 청구하거나 지불을 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스에 대해 가입자에게 지불 청구를 하려 할 때 어떻게 해야 하는지는 *가입자 안내서* **7장**, **섹션 A**를 참조해 주십시오.

F. 고객의 당사 플랜 해지 권리

누구도 가입자의 의사에 반하여 당사 플랜을 유지하도록 가입자에게 강요할 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 안내서* **10장**, **섹션 C**를 참조해 주십시오.
  - 새 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 시기에 대한 자세한 내용.
  - 당사 플랜을 떠날 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 자세한 내용.

G. 자신의 치료를 결정할 고객의 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. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **고객의 선택사항에 대하여 알아보기.** 귀하는 모든 치료 옵션에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다.

- **위험이 무엇인지를 아십시오.** 귀하는 모든 위험에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다. 당사는 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 사전에 고객에게 알려야 합니다. 귀하는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **이차 소견을 구할 수 있습니다.** 귀하는 치료를 거부하기 전에 다른 의사를 이용할 권리가 있습니다.
- **귀하는 "거부"할 수 있습니다.** 고객은 모든 치료를 거부할 권리가 있습니다. 이것은 설령 고객의 의사가 고객에게 퇴원하지 말라고 조언하더라도 고객이 병원이나 기타 의료시설을 퇴원할 권리를 포함합니다. 고객은 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사는 귀하를 플랜에서 탈퇴시키지 않습니다. 그러나 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하면, 자신에게 일어나는 일에 대한 전적인 책임은 귀하가 지는 것입니다.
- **귀하는 의료 서비스 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 결정이라 부릅니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 *가입자 안내서* **9장**, **섹션 E**에 설명되어 있습니다.

G2. 스스로 치료 결정을 내릴 수 없을 때 대처 방법을 제시할 권리

때로 사람들은 자신이 직접 건강 진료 결정을 내릴 수가 없게 됩니다. 그런 일이 일어나기 전에 고객은:

- **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.**

지시사항을 주기 위해 사용하는 이 법적 문서는 사전 의료 지시서라 불립니다. 사전 의료지시서는 여러 종류가 있고 명칭도 다양합니다. 예를 들면 사망 선택 유언장 및 건강 진료를 위한 위임장을 들 수 있습니다.

사전 의료 지시서가 반드시 필요한 것은 아니지만 작성할 수 있습니다. 사전 의료 지시서를 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 법적 문서입니다. 변호사나 가족 구성원 또는 PCP 등 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받으십시오.
- **이에 대해 알아야 할 사람들에게 사본을 주십시오.** 귀하는 이 문서의 사본 한 부를 귀하의 의사에게 제공해야 합니다. 귀하는 귀하를 위해 결정을 내릴 사람으로 지정한 사람에게도 사본을 주어야 합니다. 사본을 친구들이나 가족에게 주십시오. 한 부는 집에 보관하십시오.
- 고객이 입원 중이고 사전 의료 지시서에 이미 서명했다면, **사본을 병원에 가져가십시오.**
  - 병원측은 귀하에게 사전 의료 지시서에 서명했는지 여부와 소지 여부를 물어볼 것입니다.
  - 사전 의료 지시서에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다.

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 사전 의료 지시서를 의료 기록에 포함시킵니다.
- 언제든지 사전 의료 지시문을 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 문의해 주십시오.

G3. 가입자의 지시 사항이 지켜지지 않는 경우 할 수 있는 것

귀하가 사전 의료 지시서에 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 사무국에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 연락하실 수 있습니다.

H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리

가입자 안내서 **9장**, **섹션 D**에서는 가입자의 보장 서비스 또는 진료에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

가입자가 할 수 있는 일이 무엇인지를 말해 줍니다. 예를 들어, 당사에 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 이의 신청을 함으로써 보장 결정을 변경하도록 요청하거나, 불만을 제기하실 수 있습니다.

귀하는 다른 플랜 가입자들이 당사에 제출한 이의 신청과 불만에 대한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

H1. 불공정한 처우에 대해 할 수 있는 일 또는 권리에 관한 정보 얻기

당사가 귀하를 불공정하게 대하고 이것이 *가입자 안내서* **11장**에 기재된 차별 사유에 관한 것이 **아니라고** 생각하시거나 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면 다음으로 연락할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부.
- California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 1-800-434-0222(TTY: 711). HICAP에 대한 자세한 내용은 **2장, 섹션 C**를 참조해 주십시오.
- 옴부즈 프로그램(1-888-452-8609). 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 I**를 참조해 주십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 주 7일 하루 24시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. (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. 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- ***가입자 안내서*를 읽고** 보장 내용과 보장 서비스 및 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙을 확인하십시오. 다음에 대한 상세 내용을 파악해야 합니다.
  - 보장 서비스는 *가입자 안내서* **3장과 4장**을 참조하십시오. 그 장에서는 보장되는 것과 보장되지 않는 것, 고객이 따라야 할 규칙, 귀하가 지불하는 부분이 설명되어 있습니다.
  - 보장약은 *가입자 안내서*의 **5장과 6장**을 참조하십시오.
- **다른 건강 보장 또는 처방약 보장이 있으시면 당사에 알려 주십시오.** 당사는 가입자가 의료 서비스를 받으실 때 가입자가 가지고 계신 모든 보장 옵션이 사용되는지를 확인해야 합니다. 다른

보장을 가지고 계신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- 당사 플랜의 가입자라고 **담당 의사와 기타 의료 제공자에게 말씀해 주십시오**. 서비스나 의약품을 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 서비스 제공자가 필요로 하는 정보를 제공해 주십시오. 귀하의 건강 문제에 대해 최대한 배우십시오. 귀하와 귀하의 의료 제공자가 동의하는 치료 계획 및 지시 사항을 준수해 주십시오.
  - 귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 반드시 알 수 있도록 해 주십시오. 여기에는 처방약, 비처방약, 비타민제, 보충제가 포함됩니다.
  - 궁금한 점이 있으면 언제든지 문의하십시오. 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다. 귀하의 의사와 기타 의료 제공자는 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 질문을 하고 나서 대답이 이해되지 않으면 다시 물어 참조해 주십시오.
- 연간 건강 위험 평가 작성 등 **케어 코디네이터와 협력하십시오**.
- **배려하십시오.** 당사는 모든 플랜 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 저희는 또한 의사 진료실, 병원, 기타 의료 제공자 진료실에서 귀하가 배려있는 행동을 하기를 기대합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 이것들을 지불할 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.
  - **당사 플랜이 보장하지 않는 서비스나 의약품을 받으시는 경우, 가입자는 비용 전액을 지불하셔야 합니다. (참고:** 서비스 또는 의약품을 보장하지 않기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청 방법은 **9장**, **섹션 E2**를 참조하십시오.)
- **이사를 하시는 경우 당사에 알려 주십시오.** 이사를 계획하는 경우 저희에게 바로 알려주십시오. 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
  - **서비스 지역 밖으로 이사하실 경우, 당사 플랜을 유지하실 수 없습니다.** 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 본 플랜에 가입할 수 있습니다. *가입자 안내서* **1장**, **섹션 D**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 안내서*의 **2장**, **섹션 G 및 섹션 H**를 참조해 주십시오.
- **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 우려 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.**

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 의결이 없는 경우, 당사 플랜은 동료 심사 간행물 중 현재 공개된 의학 문헌에 대한 중요한 평가를 실행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용하실 수 있도록 적용 가능한 혜택에 포함하기 위한 새로운 기술이나 기존 기술의 새로운 적용을 평가합니다. 여기에는 체계적인 검토, 무작위 배정 대조 시험, 코호트 연구, 사례 통제 연구, 안전성과 유효성을 보여주는 통계적으로 유의한 결과를 갖는 진단 검사 연구, 국가 기관과 인정받은 당국에 의해 개발된 증거 기반 지침의 검토 등이 포함됩니다. 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(예: 미국 식품의약국(FDA), 질병 관리 예방 센터(CDC), 국립 보건원(NIH))의 보고서 및 간행물에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

9장. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기)

소개

본 장은 가입자의 권리에 대한 정보를 담고 있습니다. 하기의 상황에서 어떻게 해야 하는지에 대해 본 장을 읽으십시오.

- 고객은 고객의 플랜에 대해 문제가 있거나 불만이 있습니다.
- 고객은 플랜이 지불하지 않겠다고 한 서비스, 품목, 약물이 필요합니다.
- 고객은 고객의 플랜이 고객의 진료에 대해 내린 결정에 동의하지 않습니다.
- 고객은 고객이 받은 보장 서비스가 너무 빨리 끝난다고 생각합니다.
- 가입자가 지역 사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 서비스 같은 가입자의 장기 일상 서비스 및 지원에 문제나 불만이 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 확인해 주십시오.**

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 연관해 문제가 있다면 Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램에 1-855-501-3077번으로 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 옴부즈 프로그램에 언제든지 전화하실 수 있습니다. 불만 사항을 해결하기 위한 추가 리소스 및 문의 방법은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 I**를 참조해 주십시오.

목차

A. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치 215
A1. 법률 용어 215
B. 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다 215
B1. 자세한 정보 및 도움말 215

C. 플랜 내의 Medicare와 Medi-Cal에 대한 불만 및 이의 신청 217
D. 혜택과 관련된 문제 217
E. 보장 결정 및 이의 신청 218
E1. 보장 결정 218
E2. 이의 신청 218
E3. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기 219
E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션 220
F. 의료 220
F1. 이 섹션의 활용 221
F2. 보장 결정 요청하기 222
F3. 1차 이의 신청 223
F4. 2차 이의 신청 227
F5. 지불 문제 233
G. Medicare Part D 처방약 234
G1. Medicare Part D 보장 결정 및 이의 신청 235
G2. Medicare Part D 예외 236
G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점 237
G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청 238
G5. 1차 이의 신청 240
G6. 2차 이의 신청 242
H. 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기 244
H1. 가입자의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기 245
H2. 1차 이의 신청 246
H3. 2차 이의 신청 248
I. 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청 249
I1. 보장 종료 전 사전 통지 249
I2. 1차 이의 신청 249
I3. 2차 이의 신청 251
J. 2차 이상으로 이의 신청 진행하기 252
J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 252
J2. 추가 Medi-Cal 이의 신청 253

J3. Medicare Part D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청 254
K. 불편 사항 접수 방법 255
K1. 어떤 문제들이 불편 사항이 될 수 있는가? 255
K2. 내부 불편 사항 257
K3. 외부 불편 사항 259

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 **보상 결정 및 이의 제기**, 다른 절차는 **불만사항 제기**(고충)에 사용합니다.

공정성과 신속성을 보장하기 위해 각 프로세스에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어

이 장에는 일부 규칙 및 기한에 대한 법적 용어가 있습니다. 이 용어 중 많은 것들은 이해하기 어렵기 때문에 당사는 어떤 법률 용어들을 갈음하여 더 간단한 단어들을 사용했습니다. 당사는 약어를 가능한 한 적게 사용합니다.

예를 들어, 당사는 이런 표현을 사용합니다.

- ‘불만사항 제기’ 대신 ‘고충 접수 ’
- ‘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)

올바른 법률 용어를 아는 것은 보다 명확한 소통을 하는 데 도움이 되므로, 당사는 그러한 법률 용어도

제공합니다.

B. 도움을 받을 수 있는 기관이 있습니다

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.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램에서 도움 받기

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의하실 수 있습니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에

대답해 드리고 문제에 대해 어떻게 해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램의 도움

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램에 연락하여 의료 보험 관련 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 무료로 법적 도움을 제공합니다. 이 옴부즈 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 전화 번호는 1-855-501-3077이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare의 도움 및 정보

더 많은 정보가 필요하거나 도움이 필요하시면 Medicare로 연락하십시오. 다음은 Medicare의 도움을 받는 두 가지 방법입니다.

- 주 7일, 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문해 주십시오.

Medi-Cal의 도움과 정보

California 보건복지부의 도움 받기

California 보건복지부(DHCS) Medi-Cal 관리형 케어 옴부즈맨에서 도움을 드릴 수 있습니다. 건강 플랜의 가입, 변경 또는 탈퇴에 문제가 있는 경우 도움이 될 수 있습니다. 또한 귀하가 이사로 인해 Medi-Cal을 새로운 카운티로 옮기는 데 어려움이 있다면 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-888-452-8609번으로 전화하실 수 있습니다.

California 관리의료부의 도움 받기

California 보건 관리부(DMHC)에 연락하여 무료 지원을 요청하십시오. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청을 도와드립니다. 전화번호는 **1-888-466-2219입니다**. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 **1-877-688-9891**로 전화하십시오. 또한 DMHC의 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**를 방문하실 수 있습니다.

California 보건관리부가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충사항이 있는 경우, 보건관리부로 연락하기 전에 먼저 귀하의 건강 플랜에 **1-800-431-9007(TTY: 711)**번으로 전화하여 귀하의 건강 플랜의 고충 처리 절차를 이용하시기 바랍니다. 이 고충 처리 절차를 이용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 고충, 가입자의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충, 또는 30일 이상 해결되지 않고 남아 있는 고충의 경우,

보건관리부에 연락하여 도움을 청하실 수 있습니다. 가입자는 독립 의료 검토(IMR)를 요청할 자격이 있을 수 있습니다. IMR 요청 자격이 있는 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 의학적 필요성에 관해 건강 플랜이 내린 의료적 결정, 성격상 실험적이거나 연구적 성격의 치료에 대한 보험 보장 결정, 그리고 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불금 분쟁 등에 대해 공정한 검토를 제공합니다. 또한 관리의료부는 수신자 부담 전화번호**(1-888-466-2219)** 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선 **(1-877-688-9891)**을 운영합니다. 불만제기 양식, IMR 신청서, 지침은 온라인으로 보건관리부의 인터넷 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**에서 찾아보실 수 있습니다.

C. 플랜 내의 Medicare와 Medi-Cal에 대한 불만 및 이의 신청

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. 이 장에 기재된 정보는 귀하의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 관리 의료 혜택에 적용됩니다. Medicare와 Medi-Cal의 절차를 결합 또는 통합한 것이기 때문에 이것을 때때로 '통합 절차'라고 합니다.

때로는 Medicare와 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 **섹션 F4**에 나와 있습니다.

D. 혜택과 관련된 문제

문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인해 주십시오. 다음 표는 문제나 불만사항에 대해 귀하가 본 장의 알맞는 섹션을 찾을 수 있도록 도와 줍니다.

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보험 적용 범위에 관한 것입니까? 특정 의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불에 관한 문제 등이 포함됩니다.	
예. 혜택이나 보장에 관한 문제입니다. **섹션 E**, "보장 결정 및 이의 신청"을 참조하십시오.	**아니요.** 혜택이나 보장에 관한 문제가 아닙니다. **섹션 K**, "불만사항 제기 방법"을 참조하십시오.

E. 보장 결정 및 이의 신청

보장 결정 요청 및 이의 신청 절차는 가입자의 의료 관리를 위해 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다(지불을 포함한 서비스, 품목 및 파트 B 처방약). 단순성을 위해 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 파트 B 처방약을 **의료 관리**로 지칭합니다.

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 (유리한) 보장 결정을 내립니다(*가입자 안내서*의 **7장**, **섹션 C** 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-Cal에서 더 이상 보장을 제공하지 않는 것으로 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않을 경우, 이의 제기를 할 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 1차 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, 고객은 반드시 1차에서 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 보건관리부의 IMR 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4를** 참조해 주십시오.

당사가 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다. 단, 뒷부분의 **섹션 F2** 및 **섹션 F3**에 구체적으로

설명할 특정 상황에서는 긴급 또는 '신속한 보장 결정', 아니면 보장 결정에 대한 '신속 이의 신청'을 요청할 수 있습니다.

가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부**한 경우, 가입자에게 서신을 보내 드립니다. Medicare 의료 서비스 보장에 대한 문제인 경우, 서신으로 귀하의 케이스를 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관(IRO)으로 송부할 것임을 알려드립니다. Medicare Part D 또는 Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제일 경우, 서신으로 귀하가 직접 2차 이의 신청을 접수하는 방법을 알려드립니다. 2차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오. 귀하의 문제가 Medicare와 Medi-Cal이 모두 적용되는 서비스 또는 품목의 보장에 관한 경우, 서신은 2차 이의 신청 두 가지 유형 모두에 관한 정보를 귀하에게 제공합니다.

2차 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 옴부즈 프로그램 1-855-501-3077.**
- **건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)** 1-800-434-0222.
- 무료로 도움을 받으시려면 **보건 관리국(DMHC) 지원 센터에 문의하십시오.** DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청을 도와드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 1-877-688-9891로 전화하십시오. 또한 DMHC의 웹사이트 www.dmhc.ca.gov를 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 의뢰기관으로부터 변호사의

이름을 입수하십시오. 또한 고객이 자격이 되는 경우에 고객에게 무료 법률서비스를 제공할 일부 법률 그룹들도 있습니다.

- 1-855-501-3077번으로 연락하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈 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 문의하여 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.html에서 대리인 임명 양식을 받아 보실 수 있습니다. **서명된 양식의 사본을 당사에 보내셔야 합니다.**

E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 그 규칙과 마감일이 다릅니다. 이 장의 별도 섹션에서 각 상황을 자세히 설명합니다. 해당 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F** '의료'
- **섹션 G** 'Medicare Part D 처방약'
- **섹션 H** '당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기'
- **섹션 I** '특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법'(이 섹션은 다음 서비스에만 해당됩니다. 재택 건강 관리, 전문 요양 시설 케어 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)

어떤 섹션을 사용해야 할지 잘 모르는 경우 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F. 의료

이 섹션에서는 의료 서비스를 보장받는 것에 관한 문제가 있거나 또는 가입자 진료비용 중에서 저희 비용 분담액을 환급받으려고 할 때 해야 할 일에 관해 설명합니다.

이 섹션은 *가입자 안내서* **4장, 섹션 D**에 설명된 의료 혜택에 관한 것입니다. 때에 따라 Medicare Part B 처방약에 대해 다른 규칙이 적용됩니다. 이 경우 Medicare Part B 처방약 규칙이 의료 서비스 및 항목 규칙과 어떻게 다른지 설명해 드립니다.

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 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 가입자는 보장 결정을 해주기를 당사에 요청하실 수 있습니다. **섹션 F2**를 참조하십시오

2. 귀하의 의사나 기타 의료 제공자가 귀하에게 처방하고 싶은 의료 서비스를 당사가 승인하지 않지만, 귀하는 승인해야 한다고 생각합니다.

   가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 귀하는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F3**를 참조하십시오

3. 고객이 당사가 보장하는 것으로 생각한 의료 서비스를 이용하였으나 당사에서 비용을 지불하지 않습니다.

   가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오

4. 고객이 당사가 보장하는 것으로 생각하여 이용하고 비용을 지불한 의료 서비스에 대해 당사가 비용을 환급하기를 원합니다.

   가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 고객은 당사로 상환을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오

5. 당사가 특정 의료 서비스에 대한 보장을 줄이거나 멈추었는데, 이러한 당사의 결정이 귀하의 건강에 해를 끼친다고 생각합니다.

   가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 귀하는 해당 의료 서비스를 축소하거나 멈춘 당사의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. **섹션 F4**를 참조하십시오.

   - 해당 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문 요양 시설 케어 또는 CORF 서비스라면 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I**를 참조해 주십시오.
   - 특정 의료에 대한 보장 범위를 축소하거나 중단하는 기타 모든 상황에서는 이 섹션(**섹션 F**)을 지침으로 사용하십시오.

6. 진료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

   가입자가 하실 수 있는 일은 다음과 같습니다. 가입자는 불만을 접수할 수 있습니다. **섹션 K2**를

참조하십시오.

F2. 보장 결정 요청하기

보장 결정이 가입자의 의료 관리를 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). 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.
- 팩스: 1-844-222-3180.
- 서신: Medical Management
  4191 E. Commerce Way
  Sacramento, CA 95834

표준 보장 결정

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 기준 14일 내의 의료 서비스 또는 항목. Knox-Keene 플랜의 경우, 영업일 기준 5일 이내 그리고 귀하의 요청 접수일로부터 14일 이내.
- 당사가 요청받은 후로부터 72시간 내의 Medicare Part B 처방약.

신속한 보장 결정

'신속한 보장 결정'에 해당하는 법률 용어는 '**긴급 판단(expedited determination)**'입니다.

귀하의 의료 관리 및 건강에 대한 보장 결정에 대해 빠른 답변이 필요한 경우 당사에 '신속한 보장 결정'을 요청하십시오. 신속한 보장 결정은 다음에 대한 답변을 제공하는 것을 의미합니다.

- 당사가 요청받은 후로부터 72시간 이내, 또는 의학적 상태가 더 빠른 대응을 요구하는 경우 더 빨리 의료 서비스 또는 용품.
- 당사가 요청받은 후로부터 24시간 내의 Medicare Part B 처방약.

신속 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.

- **귀하는 제공받지** 않은 의료 용품 및/또는 서비스에 대한 보장을 요청해야 합니다. 이미 받은 의료 품목 및/또는 서비스에 대한 비용에 대해서는 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 기한을 사용하면 **가입자의 건강에 심각한 해를 입히거나 기능을 손상시킬 수 있습니**다.

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 범위 결정을 제공합니다.
  - 가입자에게 신속한 보장 결정이 아닌 표준 보장 결정을 내린 당사 결정에 대한 '신속한 불만사항' 제기 방법. 빠른 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 본 장의 **섹션 K**를 참조해 주십시오.

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 1차 이의 신청을 하게 되는 것입니다(아래의 **섹션 F3** 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.

F3. 1차 이의 신청

이의 신청을 시작하려면 가입자, 의사 또는 대리인이 반드시 저희에게 연락을 해야 합니다. 당사에 1-800-

431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 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.

표준 이의 신청 또는 신속한 이의 신청을 위해 서면 또는 전화 1-800-431-9007(TTY: 711). 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.

- 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.html을 방문하여 양식을 받을 수 있습니다.
- 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 양식이 제출될 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다. 가입자의 이의 신청에 대해 결정을 내리는 마감일 전에 해당 양식이 제출되지 않는 경우:
  - 당사는 요청을 기각하며
  - IRO에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드립니다.
- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 65일 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.
- 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.

건강 상태로 인해 필요하신 경우 신속 이의 신청을 요청하십시오.

‘신속한 이의 신청’에 해당하는 법률 용어는 **‘긴급 재고려(expedited reconsideration)’**입니다.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 아직 받지 않은 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 및/또는 담당 의사는 신속한 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. 빠른 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조해 주십시오.

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 1차 이의 신청을 할 수 있습니다.
- 저희 서신을 보낸 날짜로부터 달력일 기준으로 10일이나 해당 조치의 예정 발효일 중 나중 날짜 이내에 1차 이의 신청을 하는 경우 해당 서비스나 품목을 계속 보장합니다.
  - 이 기한을 충족하면 1차 이의 신청의 결정을 기다리는 동안 현재 받고 있는 서비스나 품목을 변동없이 받게 됩니다.
  - (이의 신청하지 않은) 다른 서비스나 품목에 대해서도 변동없이 받으실 수 있습니다.
  - 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 관리 보험 적용에 대한 가입자의 요청을 위해 모든 정보를 신중하게 검토합니다.
- 당사가 가입자의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다.
- 필요한 경우, 더 많은 정보를 수집합니다. 더 많은 정보를 구하기 위해 가입자 또는 가입자의

의사에게 연락드릴 수도 있습니다.

신속한 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 신속한 기한을 사용할 경우, 저희는 반드시 **이의 신청이 접수된 후 72시간 이내에, 또는 가입자의 건강이 더욱 신속한 응답을 요구할 경우에는 더 빠르게** 답변을 제공해야 합니다. 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 줄 것입니다.
  - 당사가 72시간 안에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그 다음에는 IRO가 검토합니다. 나중에 이 장의 **섹션 F4**에서 이 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2차 주 공청회를 신청할 수 있습니다. California에서는 주 공청회를 **주 공청회**라고 합니다. *주 공청회를 신청하려면* **섹션 F4**를 참조하십시오.
- **가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우,** 저희는 반드시 가입자의 이의 신청에 받은 후 72시간 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 2차 이의 신청 단계인 IRO로 보냅니다.

표준 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 당사가 표준 기한을 사용할 경우 당사는 가입자가 받지 않은 서비스의 보장에 대한 가입자의 이의 신청을 접수하고 **달력일 기준으로 30일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 아직 받지 못한 Medicare Part B 처방약에 대한 것일 경우 가입자의 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 7일 이내** 또는 가입자의 건강 상태 때문에 필요하다면 더 일찍 답변을 제공합니다.
  - 당사가 기한 내에 답변을 드리지 못한다면, 당사는 고객의 요청을 2차 이의 신청 절차로 보내야 합니다. 그 다음에는 IRO가 검토합니다. 나중에 이 장의 **섹션 F4**에서 이 기관 및 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2차 주 공청회를 신청할 수 있습니다. California에서는 주 공청회를 **주 공청회**라고 합니다. *주 공청회를 신청하려면* **섹션 F4**를 참조하십시오.

가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우, 당사는 귀하의 이의 신청 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 또는 귀하의 건강 상태가 요구하는 만큼 신속하게, 그리고 만약 귀하의 요청이 Medicare Part

B 처방약을 위한 것이라면 당사가 결정을 변경한 날로부터 72시간 이내에 또는 당사가 귀하의 이의 신청을 접수한 날로부터 7일 이내에 당사가 제공하는 데 동의한 보상을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 저희가 **거부**한 경우, **가입자는 추가로 이의 신청을 할 권리가 있습니다.**

- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부**한 경우, 가입자에게 서신을 보내 드립니다.
- Medicare 서비스나 품목의 보장에 대한 문제인 경우, 서신으로 귀하의 케이스를 2차 이의 신청을 위해 IRO로 송부할 것임을 알려 드립니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우, 이 서신은 2차 이의 신청을 가입자가 직접 제기하는 방법을 알려 드립니다.

F4. 2차 이의 신청

당사가 1차 이의 신청 중 일부 또는 전체를 **거부**한 경우, 이에 대한 서신이 발송됩니다. 이 결정문은 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 서비스나 항목을 보장하는지 알려줍니다.

- 일반적으로 **Medicare**가 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, 1차 이의 신청이 완료된 후 바로 귀하의 케이스를 2차 이의 신청으로 자동으로 발송합니다.
- 일반적으로 **Medi-Cal**에서 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, 가입자가 직접 2차 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 결정문에는 이의 제기 신청 방법이 명시되어 있습니다. 또한 이 장의 뒷부분 **섹션 I2**에서 더 많은 정보를 제공합니다.
- **Medicare**와 **Medi-Cal**이 모두 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우, IRO에 자동으로 2차 이의 신청이 이루어집니다. 자동 2차 이의 신청 외에도 가입자는 주를 상대로 주 공청회와 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 그러나 주 공청회에서 이미 증거를 제시한 경우에는 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

1차 이의 신청 시 혜택 지속 대상에 해당하는 경우, 해당 신청 하의 서비스, 품목 또는 의약품 혜택은 2차 이의 신청 중에도 계속될 수 있습니다. 1차 이의 신청 중 혜택 유지에 대한 정보는 **섹션 F3**를 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare에서만 보장하는 서비스에 대한 문제일 경우, 해당 서비스에 대한 혜택은 IRO에서 진행하는 2차 이의 신청 기간에 지속되지 않습니다.
- 일반적으로 Medi-Cal에서만 보장하는 서비스에 대한 문제일 경우, 당사의 결정문을 받은 후 10일 이내에 2차 이의 신청을 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

일반적으로 Medicare가 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

IRO가 귀하의 이의 신청을 검토합니다. 이 기관은 Medicare에서 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. Medicare는 IRO로 이 회사를 선택했고, Medicare는 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 IRO에 제출할 권리가 있습니다.
- IRO의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다.

1차 신청에서 신속한 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 신속한 이의 신청을 진행합니다.

- 1차에서 신속한 이의 신청을 진행한 경우, 가입자는 2차에서 자동으로 신속한 이의 신청을 진행하게 됩니다. IRO는 가입자의 이의 신청을 받은 후 **72시간 이내**에 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.

1차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 표준 이의 신청을 진행하게 됩니다.

- 1차 신청에서 표준 이의 신청을 하셨다면 2차 신청에서도 자동으로 표준 이의 신청을 진행하게 됩니다.
- 가입자의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이라면 이 IRO는 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 30일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 이 IRO는 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준으로 7일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.

IRO가 서면으로 답변하고 그 이유를 설명합니다.

- **IRO에서 의료 용품 또는 서비스에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 즉시 해당 결정을 시행해야 합니다.
  - 의료 관리 보장을 **72시간 이내**에 승인하거나
  - **표준 요청**에 대한 IRO의 결정을 받은 후 **근무일 기준으로 5일 이내**에 서비스를 제공하거나

  - IRO로부터 **긴급 요청**에 대한 결정을 받은 날로부터 **72시간 이내**에 서비스를 제공합니다.
- **IRO에서 Medicare Part B 처방약에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우, 당사는 분쟁 중인 Medicare Part B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.**
  - **표준 요청**에 대해 IRO의 결정을 받은 후 **72 시간 이내, 또는**
  - **긴급 요청**에 대해 IRO의 결정을 받은 날로부터 **24시간 이내**.
- **IRO에서 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 계속할 것인지 선택합니다.
  - 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있어 총 다섯 단계의 이의 신청 절차가 있습니다.
  - 2차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면, 3차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다. 이에 대한 구체적인 방법은 2차 이의 신청 후 받은 서면 고지서에 기재되어 있습니다.
  - 행정법 판사(ALJ) 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조해 주십시오.

일반적으로 Medi-Cal이 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

Medi-Cal 서비스나 품목에 대해 2차 이의 신청을 하는 방법은 두 가지입니다. (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사 신청 또는 (2) 주 공청회.

(1) 독립적 의료 심사

귀하는 California 주 보건 관리국(DMHC) 지원 센터에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 신청하실 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC가 당사의 결정을 검토하고 결정을 내립니다. 의료적 성격의 Medi-Cal 보장 서비스 또는 용품에 대해 IMR을 이용할 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜에 속하지 않거나 DMHC에 속한 전문가들이 고객의 사례를 검토하는 것입니다. IMR이 고객에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 고객이 요청한 서비스나 용품을 반드시 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

다음의 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청하실 수 있습니다.

- 당사 플랜에 따라 의료적으로 필요하지 않은 것으로 판단되어 Medi-Cal 서비스나 치료를 거부, 변경 또는 지연한 경우.

- 심각한 건강 상태와 관련된 실험적 또는 연구성 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 당사 플랜이 수술 서비스 또는 절차가 본질적으로 미용 또는 재건을 위한 것이었는지 의심하는 경우.
- 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대하여 지불하지 않는 경우
- 당사 플랜이 Medi-Cal 서비스에 대한 고객의 1차 이의 신청을 표준 이의 신청은 휴일 포함 30일, 귀하의 건강 상태에 따라 빠른 이의 신청은 72시간 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.

대부분의 경우, IMR을 요청하시기 전에 당사에 이의 신청을 제기하셔야 합니다. 1차 이의 신청 절차에 대한 내용은 223페이지를 참조하십시오. 당사의 결정에 동의하지 않으시면, DMHC에 불만을 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.

고객은 이의 신청에 대한 당사의 서면 결정서가 발송된 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. 6개월 이내에 IMR 신청을 하실 수 없는 의료 상태였거나 당사로부터 IMR 절차에 대한 적절한 통지서를 받지 못하는 등 정당한 사유가 있으면 6개월 후에도 DMHC는 가입자의 신청서를 수락할 수 있습니다.

IMR 신청 준비 사항:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에 있는 독립 의료 심사 신청서/불만사항 양식을 작성하시거나 1-888-466-2219번으로 DMHC 지원 센터에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 문의하시면 됩니다.
- 당사가 거부한 서비스나 품목에 대한 편지 사본이나 기타 서류를 가지고 계시면 이를 첨부해 주십시오. 그래야만 IMR 절차를 빠르게 처리할 수 있습니다. 서류의 원본이 아닌 사본을 보내십시오. 지원 센터에서는 어떤 서류도 반환해 줄 수 없습니다.

- 다른 사람이 가입자의 IMR을 도와주는 경우에는 대리인 지정 양식을 작성해 주십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 받으시거나 1-888-466-2219번으로 보건 관리국 지원 센터에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번으로 문의하시면 됩니다.
- 작성한 양식과 기타 첨부 서류를 우편이나 팩스로 보내 주십시오.

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 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.

귀하가 IMR 자격 요건을 갖추었다면 DMHC는 귀하 케이스를 검토하여 달력 기준 7일 이내에 서신을 보내 IMR 자격을 갖추었음을 통보해 드립니다. 귀하의 신청서와 증빙 서류를 보험사로부터 받으면 IMR은 달력 기준으로 30일 이내에 결정을 내립니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 45일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다.

긴급한 사안이고 IMR 자격 요건을 갖추었다면 DMHC는 귀하의 케이스를 검토하여 작성된 신청서 접수 후 48시간 이내에 서신을 통해 IMR 자격을 갖추었음을 통보해 드립니다. 가입자의 신청서와 증빙 서류를 보험사를 통해 전달받으면 IMR은 달력 기준으로 3일 이내에 결정을 내립니다. 가입자는 신청 접수 후 달력 기준으로 7일 이내에 IMR 결정을 받게 됩니다. 가입자가 IMR 결정에 만족하지 않는 경우, 가입자는 여전히 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

DMHC가 가입자 또는 담당 치료 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하면 IMR이 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 보험은 네트워크 소속 의사로부터 가입자의 의료 기록 사본을 받아야 합니다.

DMHC에서 가입자의 사례가 IMR 자격이 되지 않는다고 결정하는 경우, DMHC는 일반 소비자 불만 처리 절차를 통해 가입자 사례를 검토합니다. 고객의 불만 제기는 신청서 제출일로부터 30일 이내에 처리됩니다. 불만 제기가 시급한 경우 더 빨리 처리될 것입니다.

(2) 주 공청회

Medi-Cal이 보장하는 서비스와 품목에 대한 주 공청회를 요청하실 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 1차 이의 신청을 거부한 경우, 가입자는 주 공청회를 요청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우 가입자는 '이의 신청 결정서' 통지를 우편으로 받은 뒤 **120일 이내에 주 공청회를 요청하셔야 합니다.**

참고: 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 주 공청회를 신청하신 경우, 고객이 주 공청회가 진행되는 동안 해당 서비스를 유지하고자 하신다면 **요청 제기 기간이 더 짧아집니다**. 자세한 내용은 227페이지의 "내가 받는 혜택은 2차 이의 신청 기간에 계속되는가?"를 참조해 주십시오.

주 공청회를 요청하는 방법에는 두 가지가 있습니다.

1. 고객은 조처 통지서 뒷면에 있는 '주 공청회 요청서'를 작성할 수 있습니다. 고객은 본명, 주소, 전화번호, 고객에게 불리한 조처를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 연계된 보조 프로그램, 고객이 청문회를 원하는 상세한 이유를 다 제공해야 합니다. 그런 다음 요청서를 아래의 둘 중 하나에 보낼 수 있습니다.
   - 통지서에 나와 있는 카운티 복지국 주소
   - California 사회복지국 주소
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - 주 공청회 부서 수신 팩스 번호 916-309-3487번 또는 수신자 부담 전화 1-833-281-0903.
2. California 사회복지국에 1-800-743-8525번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 문의하시면 됩니다. 만약 전화로 신청하기 전에 통화 대기 시간이 오래 걸릴 수 있음을 알고 계십시오.

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 **72시간 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.

2차 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 3차 이의 신청을 처리합니다. **가입자가 IRO에서 받는 편지에는 추가 이의 신청에 대한 가입자의 권리가 설명되어 있습니다.**

주 공청회 담당 부서에서 발송한 서신에 다음 이의 신청 선택에 대해 기재되어 있습니다.

2차 이의 신청 후의 이의 신청 권리에 대한 정보는 **섹션 J**를 참조하시기 바랍니다.

F5. 지불 문제

당사는 당사 네트워크 의료 서비스 제공자들이 고객에게 보장 서비스 및 품목에 대해 청구하도록 승인하지 않습니다. 의료 제공자가 보장 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다. 가입자는 청구 금액의 잔액을 지불하실 필요가 없습니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받은 경우, 저희에게 청구서를 보내 주십시오. 청구 비용을 가입자가 직접 지불하시면 안 됩니다. 당사가 해당 의료 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다. 만약 청구 금액을 지불하신 경우, 서비스 또는 품목을 받는 것에 대한 규칙을 따르셨다면 당사 플랜으로부터 환불을 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 *가입자 안내서* **제7장**을 참조하십시오. 해당 장에서는 환급 또는 의료 제공자에게서 받은 청구서에 대한 지불을 요청해야 하는 상황이 나와 있습니다. 또한, 당사에 지불을 요청하는 문서를 당사로 보내는 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 통상적으로 달력일 기준으로 30일 이내에 그러나 달력을 기준으로 60일 넘지 않게 해당 서비스 또는 품목에 대한 비용을 가입자의 서비스 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 지불금을 보내는 것은 보장 결정에 대한 가입자의 요청을 **승낙**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**에 설명된 이의 신청 절차를 따라 주십시오. 가입자가 이 지침을 따르실 때, 다음을 주의해 주십시오.

- 고객이 환불을 요청하는 이의 신청을 할 경우, 당사는 이의 신청을 받은 날로부터 30일 이내에 고객에게 답변해야 합니다.
- 귀하가 받고 지불한 의료 서비스에 대해 환불을 요청하는 경우 신속한 이의 신청을 요청할 수 없습니다.

귀하의 이의 신청을 당사가 **거부**하고 **Medicare**가 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우, 당사는 IRO에 귀하의 케이스를 보냅니다. 그럴 경우 당사는 이를 고객에게 서신으로 알릴 것입니다.

- IRO에서 당사의 결정을 번복하고 당사가 고객에게 지불해야 한다고 한다면, 당사는 반드시 휴일 포함 30일 이내에 고객 또는 고객의 의료 제공자에게 지불금을 보내야 합니다. 2차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 **동의**되면 저희는 지불 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60일 이내에 지불해야 합니다.
- IRO에서 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. 귀하가 가질 수 있는 추가 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 추가 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조해 주십시오.

귀하의 이의 신청에 대해 당사가 **거부 답변**을 하고 Medi-Cal이 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우 가입자가 직접 2차 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4를** 참조해 주십시오.

G. Medicare Part D 처방약

플랜 가입자로서 귀하의 혜택은 많은 처방약에 대한 보장을 포함합니다. 이 중 대부분은 Medicare Part D 약입니다. Medicare Part D는 보장하지 않지만 Medi-Cal이 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 의약국(FDA)에 의해 승인되거나 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침된다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 B3**를 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 플랜의 *의약품 목록*에 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 목록*에 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.

가입자의 Medicare Part D 약에 대한 초기 보장 결정은 **'보장 판단'**이라고 합니다.

- 귀하는 귀하가 이미 구매한 의약품의 비용을 지불할 것을 당사에 요청합니다. 이것은 지불금에 대한 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.

고객은 이중 어떤 상황에 있습니까?			
당사의 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하거나 당사가 보장하는 의약품에 대한 규칙이나 제한을 제외하기를 원하는 경우.	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.	이미 받고 비용을 지불한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶은 경우.	고객이 원하는 방식으로 의약품을 보장하거나 지불하지 않을 것이라고 당사가 말한 경우.
가입자는 당사에 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. (이것은 일종의 보장 결정입니다).	**고객은 당사로 보장 결정을 요청할 수 있습니다.**	**고객은 당사로 상환을 요청할 수 있습니다.** (이것은 일종의 보장 결정입니다).	**고객은 이의 신청을 할 수 있습니다.** (당사에 재고를 요청하실 수 있습니다).
섹션 G2부터 시작하여 **섹션 G3 및 G4**를 참조하십시오.	**G4**를 참조하십시오.	**G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오.

G2. Medicare Part D 예외

귀하가 원하는 방식으로 당사가 의약품을 보장하지 않는 경우 귀하는 당사에 '예외'를 요청하실 수 있습니다. 당사가 귀하의 예외 요청을 거절하는 경우 귀하는 당사 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다.

고객이 예외 처리를 요청할 때, 고객의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자는 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 목록*에 없는 의약품 보장

- 해당 의약품에 대한 필수 코페이먼트 금액에는 예외를 요청할 수 없습니다.

2. 보장약에 대한 제한 취소

- *의약품 목록*의 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙이나 제한 사항(자세한 내용은 *가입자 안내서* **5**장, **섹션 C** 참조)
- 특정 의약품에 대한 추가 규칙 및 제한은 다음을 포함합니다.
  - 브랜드 약 대신 제네릭 약을 이용해야 함.
  - 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.
  - 수량 한계. 일부 약에 대해서는 받으실 수 있는 약의 수량이 제한됩니다.

G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점

담당 의사나 다른 처방의가 당사에 의학적 사유를 설명해야 합니다.

고객의 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명하는 진술서를 당사로 제공해야 합니다. 보다 신속한 결정을 위해, 예외를 요청할 때 가입자의 의사나 기타 처방자로부터 받은 이러한 의료적 정보를 함께 제공해 주십시오.

당사의 *의약품 목록*에는 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**.

저희는 요청을 승인하거나 거부할 수 있습니다.

- 가입자의 예외 요청을 당사가 **승낙**하면 대개는 당해 역년 말까지 예외처리가 지속될 것입니다. 가입자의 의사가 가입자에게 그 의약품을 계속 처방하고 그 의약품이 가입자의 상태를 치료하는 데 계속 안전하고 효과적인 한 그렇게 적용됩니다.
- 당사가 가입자의 예외 요청을 **거부**하면 이의 신청을 할 것인지 결정할 수 있습니다. 당사가 **거부**한

경우에 이의 신청을 하는 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션은 예외 처리를 포함한 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청

- 원하는 보장 유형 결정을 요청하려면 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하시거나 서신 또는 팩스를 이용하십시오. 이것은 고객, 고객의 대리인 또는 고객의 의사(또는 다른 처방전 서비스 제공자)가 할 수 있습니다. 가입자의 이름, 연락처 및 청구에 대한 정보를 기재해 주십시오.
- 고객 또는 고객의 의사(또는 다른 처방전 서비스 제공자) 또는 고객을 대행하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 변호사에게 가입자를 대행하게 할 수 있습니다.
- 대리인을 지명하는 방법을 알아보려면 **섹션 E3**를 참조해 주십시오.
- 귀하를 대신하여 보장 결정을 요청할 의사나 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 당사에 의약품 비용 환급을 요청하려면 *가입자 안내서* **7장**을 참조하십시오.
- 예외를 요청하려는 '근거 진술서'를 제공하십시오. 근거 진술서에는 담당 의사 또는 기타 처방자의 예외 요청에 대한 의학적 근거가 포함됩니다.
- 고객의 의사나 기타 처방자는 당사로 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 전화로 연락한 다음 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다.

고객의 건강 때문에 필요하면, 당사로 '신속한 보장 결정'을 요청해 주십시오.

당사는 '신속한 기한'을 사용하기로 동의하지 않은 한, '표준 기한'을 사용합니다.

- **표준 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 72시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다.
- **신속한 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 24시간 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 빠른 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 빠른 보장 결정의 제공 여부는 당사에서 결정합니다.
- 당사가 가입자의 의료 상태가 빠른 보장 결정의 요건을 충족하지 않는다고 결정하면, 당사는 대신 표준 기한을 사용합니다.
  - 표준 기한을 사용할 것임을 알리는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하는 방법이 나와 있습니다.
  - 가입자는 '신속한 불만'을 제기하셔서 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 신속한 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

신속 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우, 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 24시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 24시간 내에 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 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO의 검토를 받게 됩니다. 2차 이의 신청에 대한 자세한 정보는 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 근거 진술서를 받은 후 24시간 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 72시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 72시간 내에 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 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO의 검토를 받게 됩니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 예외에 대한 근거 진술서를 받은 후 72시간 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

- 당사는 고객의 요청을 접수한 후 달력일 기준으로 14일 이내에 고객에게 당사의 답변을 드려야 합니다.
- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO의 검토를 받게 됩니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **동의**하는 경우 당사는 달력일 기준 14일 이내에 비용을 환급합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다. 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다.

G5. 1차 이의 신청

Medicare Part D 약 보장 결정과 관련해 당사 플랜에 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. 이것은 고객, 고객의 대리인 또는 고객의 의사(또는 다른 처방전 서비스 제공자)가 할 수 있습니다. 가입자 이름, 연락처 및 이의 신청 관련 정보를 기재해 주십시오.
- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 **65일 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.
- 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.

건강 상태로 인해 필요하신 경우 신속 이의 신청을 요청하십시오.

신속한 이의 신청은 **'긴급 재판단'**이라고 불립니다.

- 아직 받지 않은 의약품에 대한 당사의 결정에 이의 신청을 하신다면 가입자나 담당 의사 또는 기타 처방자는 신속한 이의 신청이 필요한지 결정합니다.
- 신속한 이의 신청에 대한 요건은 신속한 보장 결정과 동일합니다. 자세한 내용은 **G4**를 참조해 주십시오.

가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 이의 신청을 검토하고 귀하의 보장 결정에 대한 모든 정보를 다시 한 번 면밀하게 살펴봅니다.
- 당사가 고객의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다.
- 당사는 추가 정보를 얻기 위해 고객, 고객의 의사 또는 기타 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

1차 신속한 이의 신청 기한

- 저희가 신속 처리 기한을 사용하면 반드시 이의 신청을 접수한 뒤 **72시간 내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 고객의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다.
  - 당사가 72시간 안에 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 정보는 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 **동의**하면 저희는 가입자의 이의 신청을 받은 후 제공하기로 했던 보험을 72시간 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 7일 이내**에 반드시 답변을 가입자께 제공해야 합니다.
- 약을 아직 받지 못하고 건강 상태로 인해 필요한 경우 더 빨리 결정을 내릴 것입니다. 고객의 건강으로 인해 필요한 경우 신속한 이의 신청을 요청하십시오.
  - 당사가 달력일 기준으로 7일 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 정보는 **섹션 G6**를 참조하십시오.

귀하의 요청 일부나 전체에 당사가 **동의**하는 경우:

- 저희는 이의 신청을 접수한 뒤 건강 상태에 따라 최대한 빨리 하지만 늦어도 **달력일 기준으로 7일 이내**에 **보장을 제공**해야 합니다.
- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 30일 이내**에 귀하가 구입한 의약품에 대한 **비용을 귀하에게 보내야 합니다**.

귀하의 요청 일부나 전체에 당사가 **거부**하는 경우:

- 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다.
- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 14일 이내**에 귀하가 구입한 의약품의 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.
  - 당사가 달력일 기준으로 14일 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 정보는 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **승인**하는 경우 당사는 귀하의 요청받은 후 달력일 기준으로 30일 이내에 비용을 지불합니다.
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다.

G6. 2차 이의 신청

당사가 1차 이의 신청에 **거부** 결정을 한 경우 귀하는 결정을 수용하거나 다시 이의 신청을 할 수 있습니다. 다시 이의 신청을 하기로 한 경우에 2차 이의 신청 절차를 이용할 수 있습니다. **IRO**는 첫 번째 이의 신청을

거부한 당사의 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사가 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

'독립 검토 기관'(IRO)의 정식 명칭은 **'독립 검토 주체'**입니다. 때로는 **'IRE'**라고 지칭합니다.

2차 이의 신청을 하시려면 가입자, 가입자의 대리인이나 의사 또는 처방자가 반드시 가입자의 케이스 검토를 요청하기 위해 IRO에 **서면으로** 연락해야 합니다.

- 저희가 1차 이의 신청을 **거부**한다면, 발송되는 고지서에는 IRO에 **2차 이의 신청을 하는 방법에 관한 지침**이 포함됩니다. 이 지침은 2차 이의 신청을 할 수 있는 당사자와 기한, 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다.
- IRO에 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**. 케이스 파일의 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 1-833-236-2366(TTY:711)번으로 전화하십시오.
- 고객은 고객의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO에 제출할 권리가 있습니다.

IRO는 귀하의 Medicare Part D 2차 이의 신청을 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2차 신속한 이의 신청 기한

건강 상태에 따라 IRO에 신속 이의 신청을 요청하실 수 있습니다.

- 가입자의 신속한 이의 신청에 IRE가 동의하면, IRE는 가입자의 요청을 접수한 후 **72시간 이내**에 답변을 드려야 합니다.
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**한 경우,당사는 IRO의 결정을 받은 후 **24시간 이내**에 승인된 의약품 보장을 제공해야 합니다.

2차 표준 이의 신청 기한

2차 이의 신청을 표준 이의 신청으로 진행하는 경우 IRO는 다음 기한 내에 답변을 제공해야 합니다.

- 귀하가 아직 받지 못한 의약품에 대한 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 7일 이내**.
- 귀하가 이미 구입한 의약품에 대한 재지불 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 14일 이내**.

IRO에서 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 IRO의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 승인된 의약품 보장 결정을 제공해야 합니다.
- 당사는 IRO의 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30일 이내에 귀하가 구입한 의약품에 대한 비용을 지불해야 합니다.
- IRO에서 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.

IRO에서 귀하의 2차 이의 신청을 **거부**하는 경우, 귀하는 귀하가 요청한 의약품 보장의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족하는 경우 3차 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 귀하가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 요구되는 최소 금액보다 적으면 다른 이의 신청을 제기할 수 없습니다. 이 경우 2차 이의 신청 결정이 확정됩니다. IRO는 3차 이의 신청을 계속하는 데 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

요청의 달러 가치가 요건을 충족하는 경우 이의 신청을 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다.
- IRO에서 귀하의 2차 이의 신청을 **거부**하고 이의 신청 절차를 지속할 수 있는 요건을 충족할 경우 귀하는 다음을 수행할 수 있습니다.
  - 3차 이의 신청 절차 진행 여부를 결정합니다.
  - 3차 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 2차 이의 신청 후 IRO에서 보낸 서신을 참조하십시오.

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J를** 참조해 주십시오.

H. 당사로 더 긴 병원 입원 기간 보장을 요청하기

가입자가 병원에 입원하시면, 가입자는 병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요하고 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 당사 플랜의 병원 보장에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **4장**, **섹션 D**를 참조해 주십시오.

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 부릅니다.
- 고객의 의사나 병원 직원은 고객의 퇴원 일자가 언제인지를 알려드릴 것입니다.

퇴원일이 너무 빠르다고 생각하면 병원 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 이 섹션은 이것을 요청하는 방법을 설명합니다.

이 **섹션 H**에서 다룬 이의 신청에도 불구하고 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오. 3차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

H1. 가입자의 Medicare 권리가 무엇인지를 알기

병원에 입원한 후 이 일 이내에 간호사나 케이스 담당자 등 병원의 누군가가 '고객의 권리에 대해 Medicare에서 드리는 중요한 메시지'라는 서면 통지서를 제공할 것입니다. Medicare에 가입된 모든 사람들은 병원에 입원할 때마다 이 고지서를 받습니다.

이 고지서를 받지 못하셨다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 번호로 문의해 주십시오. 고객은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

- **이 통지서를 주의 깊게** 읽으시고 이해가 안 되는 부분은 질문해 주십시오. '중요한 메시지'는 병원 환자로서 다음 권리를 포함한 가입자의 권리에 대하여 설명해 드립니다.
  - 병원 입원 동안 그리고 퇴원 후 Medicare 보장 서비스를 받을 고객의 권리. 고객은 그 서비스들이 무엇인지, 누가 지불하는지, 어디서 받을 수 있는지를 알 권리가 있습니다.
  - 병원 입원 기간에 대한 모든 결정에 참여할 고객의 권리.
  - 고객의 병원 치료의 품질에 대한 고객의 우려 사항을 보고할 곳.
  - 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 것**만을** 나타내는 것입니다. 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 언급했을 수 있는 퇴원 날짜에 동의하는 것은 **아닙니다**.
- 필요한 정보를 확보할 수 있도록 서명한 통지서의 **사본을 보관하십시오**.

병원을 떠나시기 최소 이 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 문의하십시오.
- 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices를 참조해 주십시오.

H2. 1차 이의 신청

고객이 받는 입원환자 병원 서비스를 당사가 더 오래 보장하기 원한다면 고객은 반드시 이의 신청을 요청합니다. 품질 개선 기관(QIO)에서 1차 이의 신청을 심사하여 가입자의 경우 계획된 가입자의 퇴원 날짜가 의료적으로 적합했는지를 확인합니다.

QIO에는 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.

California에서 QIO는 Livanta입니다. 즉, California의 품질 개선 기관의 명칭은 Livanta입니다. 해당 기관의 연락처는 1-877-588-1123(TTY: 711)입니다. 연락처 정보는 “고객의 권리에 대해 Medicare에서 드리는 중요한 메시지” 고지서 및 **2장**에 나와있습니다.

병원을 퇴원하기 전에, 즉 늦어도 예정 퇴원일 전에 QIO에 전화하십시오.

- **가입자가 퇴원 전에 연락하시면**, 귀하의 이의 신청에 대한 QIO의 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.
- 병원 입원은 Medicare와 Medi-Cal이 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 주 보건 관리국(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

필요하시면 도움을 요청하십시오. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우:

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 1-800-434-0222번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의하십시오.

신속 검토를 요청하십시오. QIO에 빨리 연락하여 퇴원에 대한 신속한 심사를 요청합니다.

'신속한 심사'에 해당하는 법률 용어는 **'즉시 심사(immediate review)'** 또는 **'긴급 검토(expedited review)'**입니다.

신속한 검토 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 연락해 주십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.) 또한 온라인으로 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 해당 통지서를 참조하실 수 있습니다.

필요한 모든 정보를 입수한 후 일 일 뒤에 QIO에서 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

QIO에서 귀하의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 해당 기관은 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 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.

H3. 2차 이의 신청

2차 이의 신청의 경우 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO에 요청합니다. 해당 기관의 연락처는 1-877-588-1123(TTY: 711)입니다.

QIO가 가입자의 1차 이의 신청을 **거부**한 후 **달력일 기준으로 60일 이내**에 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보험 적용 날짜가 지난 후에도 병원에 머물렀을 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 14일 이내에 2차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 귀하가 QIO에서 1차 이의 신청을 거부한 날의 다음 날 정오 이후 받은 병원 치료에 대해 당사 분담액을 환불해야 합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다.

QIO에서 귀하의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 품질 개선 기관은 1차 이의 신청에 대한 기관의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.
- 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC에 불만을 제기하시거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J를** 참조해 주십시오.

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 CORF에서 외래환자로서 받는 재활 치료 이것은 고객이 병이나 사고 때문에 치료를 받고 있다는 것을 또는 중요한 수술을 받고 나서 회복 중이라는 것을 의미합니다.

이런 세 가지 종류의 서비스 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 제기하실 수 있습니다**. 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

I1. 보장 종료 전 사전 통지

귀하의 치료 비용 지불을 중단하기 최소 이 일 전에 귀하에게 서면 통지서를 보내드립니다. 이는 'Medicare 비보장 통지서'라는 통지서입니다. 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 사실**만을** 의미합니다. 서명한다고 해서 귀하가 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미하지는 **않습니다**.

I2. 1차 이의 신청

가입자는 당사가 치료에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각하시면, 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 1차 이의 신청 절차와 귀하가 할 수 있는 일을 설명합니다.

- **기한을 지키십시오.** 기한은 중요합니다. 귀하가 해야 하는 일에 적용되는 기한을 이해하고 따르십시오. 당사 플랜도 기한을 따라야 합니다. 당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면, 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조해 주십시오.
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우:

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

  - 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
  - HICAP에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오.
- **QIO에 문의하십시오.**
  - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2** 또는 *가입자 안내서* **2장**을 참조해 주십시오.
  - 이의 신청을 검토하고 당사 결정의 변경 여부에 대한 결정을 요청하십시오.
- **'신속한 이의 신청'을 신속하게 요청하십시오.** 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의료적으로 적합한지 QIO에 문의하십시오.

이 기관에 연락하는 데 있어 가입자가 지켜야 할 기한

- 이의 신청을 하려면 당사가 발송한 Medicare 보장 비제공 고지서의 발효일 전날 정오까지 QIO에 연락하셔야 합니다.
- 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 주 보건 관리국(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

서면 통지서에 해당하는 법률 용어는 **"Medicare 비보장 공지(Notice of Medicare Non-Coverage)"**입니다. 샘플 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또는 온라인으로 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices에서 사본을 받으실 수 있습니다.

신속한 이의 신청 절차

- QIO의 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(Detailed Explanation of Non-Coverage)'**입니다.

- 검토자는 필요한 모든 정보를 얻은 후 하루 안에 결정을 알려줍니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

QIO에서 귀하의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 귀하의 보장은 당사가 이를 알린 날에 종료됩니다.
- 당사는 설명서 나와 있는 날짜에 이 진료의 비용 지불을 중지합니다.
- 보장 종료일 이후에 가정 건강 관리, 전문 요양 시설 케어 또는 CORF 서비스를 계속 받기로 결정한 경우 이 치료의 전체 비용을 귀하가 직접 부담합니다.
- 이러한 서비스를 계속 받을지 여부와 2차 이의 신청 진행 여부를 결정합니다.

I3. 2차 이의 신청

2차 이의 신청의 경우 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO에 요청합니다. 1-877-588-1123(TTY: 1-866-868-2289)번으로 전화하십시오.

QIO가 가입자의 1차 이의 신청을 **거부**한 후 **달력일 기준으로 60일 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 14일 이내에 2차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 당사가 말한 고객의 보장이 끝나는 날짜 이후로 고객이 받은 진료 비용을 고객에게 상환합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

QIO에서 귀하의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 이 기관은 귀하의 진료 종료에 대한 당사의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다.
- 이의 신청 절차를 계속하고 3차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다.
- 가입자의 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오. 3차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조해 주십시오.

J. 2차 이상으로 이의 신청 진행하기

J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

고객이 Medicare 서비스나 품목에 대해 1단계 이의 신청과 2단계 이의 신청을 했고, 두 이의 신청 모두 거절되었다면, 추가 단계의 이의 신청을 할 권리가 있을 수도 있습니다.

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. 2차 이의 신청을 위해 IRO에서 받은 서신에는 3차 이의 신청을 하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3차 이의 신청

3차 이의 신청 절차는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 행정법 판사 또는 연방 정부에 소속된 대리 재판관입니다.

행정법 판사 또는 대리 재판관이 귀하의 이의 신청에 대해 **동의**하면 당사는 귀하에게 유리한 3차 결정에 이의를 신청할 수 있는 권리가 있습니다.

- 결정에 대해 이의 신청을 **하기로 결정했다면** 저희는 4차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다.
- 저희가 결정에 대해 이의 신청을 하지 **않기로 결정하는** 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

  - 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 4차 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 4차 이의 신청에 **동의**하거나 귀하에게 유리한 3차 이의 신청 결정에 대한 당사의 검토 요청을 거부하는 경우 당사는 5차 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 이의 신청을 **하기로 결정**하는 경우, 저희는 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.
- 저희가 결정에 대해 이의 신청을 **하지 않는** 경우, 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

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 5차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다.

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **승인** 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-Cal에서 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 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청 및 2차 이의 신청을 하신 후 신청이 모두 거부된 경우에 읽어 보셔야 하는 부분입니다.

이의 신청한 의약품 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

3차 이의 신청

3차 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 72시간(긴급 이의 신청의 경우 24시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 비용을 지불해야 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 4차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청

의회에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 이 의회는 연방 정부의 일원입니다. 의회가 가입자의 이의 신청에 **동의**한 경우:

- 이의 신청 절차가 종료됩니다.
- 당사는 승인된 의약품 보장을 72시간(긴급 이의 신청의 경우 24시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준 30일 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 않으면** 검토 절차의 다음 단계로 계속 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서는 5차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다.

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **거부** 여부를 결정할 것입니다. 이것은 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후에 추가 이의 신청 단계는 없습니다.

K. 불편 사항 접수 방법

K1. 어떤 문제들이 불편 사항이 될 수 있는가?

불만 처리 과정은 특정 종류의 문제들만 다룹니다. 예를 들면 진료 품질, 대기 시간, 진료 조정, 가입자 서비스 등입니다. 불만 제기 절차에서 다루는 문제들의 종류는 다음과 같습니다.

불만 제기	예
의료 관리의 질	• 고객은 병원에서 받은 진료 등 진료의 품질에 대해 만족하지 않습니다.
개인정보보호 준수	• 타인이 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 비밀 정보를 공유했다고 생각합니다.
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	• 건강 의료 제공자 또는 직원이 고객에게 무례했거나 고객을 존중하지 않았습니다. • 당사 직원의 응대가 미흡했습니다. • 고객은 자신이 플랜에서 억지로 탈퇴당한다고 생각이 드는 경우가 있습니다.

불만 제기	예
접근성 및 언어 지원	• 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	• 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	• 고객은 클리닉, 병원, 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각합니다.
당사가 제공한 정보	• 고객은 자신이 받아야 했던 통지서나 편지를 당사가 드리지 않았다고 생각합니다. • 고객은 당사가 보낸 서면 정보가 이해하기에 너무 어려웠다고 생각합니다.

불만 제기	예
보장 결정 또는 이의 신청과 관련된 적시성	• 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 IRO로 당사가 기한 내에 보내지 않았다고 생각합니다.

다양한 불만사항이 있습니다. 고객은 내부 불만을 접수하거나 외부 불만 접수를 하실 수 있습니다. 내부 불만은 당사 플랜에서 처리되고 검토됩니다. 외부 불만은 당사 플랜과 연관이 없는 기관에서 처리되고 검토됩니다. 내부 및/또는 외부 불만사항을 접수하는 데 도움이 필요하시면, 이 페이지 하단에 인쇄된 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다.

'불만사항'에 해당하는 법률 용어는 **'고충(grievance)'**입니다.

'불만사항 제기'의 법률 용어는 **'고충 접수(filing a grievance)'**입니다.

K2. 내부 불편 사항

내부 불만사항을 제기하려면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. Medicare Part D 약 관련 이외의 불만사항은 언제든지 접수 가능합니다. Medicare Part D 약 관련 불만사항은 고객이 불만사항을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 **달력일 기준으로 60일** 이내에 제기되어야 합니다.

- 가입자가 할 필요가 있는 다른 뭔가가 있으면, 가입자 서비스부가 가입자에게 말씀드릴 것입니다.
- 고객의 불만을 적어서 당사로 보내셔도 됩니다. 고객이 불만을 서면으로 적으면 당사는 고객의 불만에 서면으로 응답할 것입니다.
- 고객이 서면 답변을 요청할 경우 당사는 서면으로 회신합니다. 서면으로 불만사항(고충)을 제기하거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우에는 서면으로 답변해 드리겠습니다.
- 당사는 고객의 불만사항을 접수한 지 5일 이내에 서신을 보내 불만사항이 접수되었음을 알려

드립니다.

당사는 귀하의 불만에 대한 당사의 결정을 고객의 건강 상태에 기초해 최대한 빨리 귀하에게 알려야 하지만, 귀하의 불만을 접수한 후 늦어도 30일 이내에 통지해야 합니다. 어떤 경우, 가입자는 불만 사항에 대한 신속한 검토를 요청할 권리가 있습니다. 이것을 '빠른 불만' 절차라고 부릅니다. 아래 상황에서 고객이 당사 결정에 이의가 있는 경우 고객은 신속 불만사항 검토를 받을 자격이 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.
- 당사가 귀하의 의료 서비스 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정하는 경우.
- 거부된 의료 서비스에 대한 고객의 이의 신청을 심사하기 위해 추가 시간이 필요하다고 당사가 결정하는 경우.

- Medicare Part D 관련 불만은 고객이 불만을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 휴일 포함 반드시 60일 이내에 제기되어야 합니다. 기타 모든 유형의 불만은 반드시 고객이 불만족을 느낀 사건 및 행동 발생 당일로부터 언제든 당사 또는 해당 의료 제공자에 접수되어야 합니다.
- 당사가 '빠른 보장 결정' 또는 '빠른 이의 신청'을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '빠른 불만' 접수권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변해야 합니다.

'빠른 불만 제기'에 해당하는 **법률 용어**는 **'빠른 불만 제기(expedited grievance)'**입니다.

가능하면 바로 답변을 제공합니다. 고객이 당사로 전화로 불만을 제기하면 해당 통화 내에서 답변을 드릴 수 있습니다. 고객의 건강 상태 때문에 당사가 빠르게 답변해야 한다면 당사는 그렇게 할 것입니다.

- 대부분의 불만은 휴일 포함 30일 안에 답변됩니다. 당사가 더 많은 정보를 필요로 하여 30일 이내에 결정을 내리지 못할 경우, 서면으로 고객에게 통지합니다. 당사는 또한 진행 상태 소식과 예상 답변 시간을 제공합니다.
- 당사가 '신속한 보장 결정' 또는 '신속한 이의 신청'을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만을 제기하고 있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '신속한 불만' 접수 권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변합니다.
- 당사가 보장 결정 또는 이의 신청 관련하여 추가적으로 시간을 소요하여 고객이 불만을 제기하고

있다면, 당사는 자동으로 고객에게 '빠른 불만' 접수권한을 부여하고 24시간 안에 고객의 불만에 답변합니다.

당사가 가입자의 불만의 일부 또는 전부에 동의하지 않으면, 가입자에게 이를 알려 드리고 이유를 설명합니다. 저희는 불만사항에 대해 동의 여부를 반드시 알려 드립니다.

K3. 외부 불편 사항

Medicare

고객의 불만을 Medicare에 알리거나 보낼 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용하실 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하기 전에 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 불만사항을 제기하실 필요는 없습니다.

Medicare는 가입자의 불만을 중요하게 생각하며 이러한 정보는 Medicare 프로그램 품질을 개선하는 데 사용됩니다.

다른 의견이나 우려 사항이 있거나 건강 플랜에서 본인의 문제를 다루지 않고 있다고 생각하시는 경우, 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

California 보건복지부(DHCS) Medi-Cal 관리형 치료 Ombudsman에 1-888-452-8609로 전화하여 불만사항을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 문의하시면 됩니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시까지 전화하십시오.

California 보건관리부(DMHC)에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. DMHC는 건강 보험을 규제합니다. 가입자는 DMHC 지원 센터에 연락하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 긴급하지 않은 사안의 경우, 1차 이의 신청의 결정에 동의하지 않거나 달력일 기준으로 30일 후에도 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우 DMHC에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제가 수반된 불만사항 또는 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 불만사항과 관련하여 도움이 필요한 경우, 극심한 통증이 있는 경우, 불만사항에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 30일이 지난 후에도 당사 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우에는 1차 이의 신청을 하지 않고도 DMHC에 문의하실 수 있습니다.

지원 센터의 도움을 받을 수 있는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-888-466-2219번으로 연락해 주십시오. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TTY 번호, 무료전화 1-877-688-9891로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

- 보건관리부 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 참조해 주십시오.

시민권리 사무국(OCR)

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시는 경우 미국 보건복지부(HSS) OCR에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 예를 들면, 장애 관련 또는 언어 관련 보조에 대한 '불만 제기'를 하실 수 있습니다. OCR의 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오.

자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr에서 확인하실 수 있습니다.

다음 연락처로 현지 OCR 사무소에 문의하실 수도 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 권리가 있습니다. 옴부즈 프로그램에 지원을 문의하실 수 있습니다. 전화번호는 1-888-452-8609(TTY: 711)번이며, 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시(PST, 공휴일 제외)까지 문의하실 수 있습니다.

QIO

불만이 진료 품질에 대한 것이면 고객은 두 가지 선택 사항이 있습니다.

- QIO에 직접 진료 품질에 대한 불만사항을 접수하실 수 있습니다.
- QIO와 당사 플랜에 불만사항을 접수하실 수 있습니다. QIO에 불만사항을 접수하시는 경우, 당사는 불만 해결을 위해 이 기관과 협력합니다.

QIO는 Medicare 환자들에게 제공되는 관리의 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 기타 의료 전문가들로 구성된 단체입니다. QIO에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2** 또는 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 F**를 참조하십시오.

California 주에서 QIO는 Livanta - California 주의 품질 개선 기관이라고 합니다. Livanta - California 주의 품질 개선 기관 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 711)입니다.

10장: 플랜 가입 종료

소개

본 장은 가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 방법과 플랜을 탈퇴한 후에 가입자가 갖는 의료 보험 보장 옵션에 대해 다룹니다. 당사 플랜을 탈퇴해도 자격이 되시는 한 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 계속 남아있게 됩니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기 262
B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법 263
C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별개로 받는 방법 263
C1. Medicare 서비스 263
C2. Medi-Cal 서비스 267
D. 플랜 가입이 종료될 때까지의 의료 용품, 서비스 및 약 268
E. 당사 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황 268
F. 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정 269
G. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만을 제기할 귀하의 권리 269
H. 귀하의 플랜 회원자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법 270

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있으므로 연중 언제든지 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있는 선택권이 있습니다.

또한, 매년 다음 기간에 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- **연례 등록 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 신규 플랜을 선택하면 12월 31일에 가입 상태가 종료되고 1월 1일에 신규 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 정기 등록 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B 자격이 부여된 달부터 자격 시작 후 3개월째 달의 마지막 날까지입니다. 이 기간 동안 신규 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 신규 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 추가 지원 자격이 변경되는 경우, **또는**
- 요양시설 또는 장기 간병 서비스 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.

당사 플랜을 탈퇴하시면, 귀하에 관한 다음 정보를 받으실 수 있습니다:

- **섹션 C1**의 표에 있는 Medicare 옵션
- **섹션 C2**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스

다음으로 연락하시면 탈퇴 방법에 대한 자세한 정보를 받으실 수 있습니다. 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호도 나와 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 주 7일 하루 24시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

- California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 5시까지 1-800-434-0222(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/를 참조해 주십시오. 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시, 건강 관리 옵션, 1-844-580-7272. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 문의해 주십시오.
- Medi-Cal 관리형 치료 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 5시까지 연락하시거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

참고: 약품 관리 프로그램(DMP)에 등록되어 있다면, 플랜을 변경하지 못할 수도 있습니다. 약품 관리 프로그램에 대한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 G3**를 참조하십시오.

B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법

탈퇴하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 그러나 별도의 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않고 저희 플랜에서 Original Medicare로 전환하려는 경우, 저희 플랜에 탈퇴 요청을 해야 합니다. 탈퇴 요청에는 두 가지 방법이 있습니다:

- 당사에 서면으로 요청하실 수 있습니다. 이 방법에 대한 자세한 정보가 필요하면 본 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자(난청 또는 언어 장애인)는 1-877-486-2048번으로 문의해 주십시오. 1-800-MEDICARE에 연락하시면 다른 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에도 가입하실 수 있습니다. 당사 플랜 탈퇴 시 Medicare 서비스를 받는 것에 관한 자세한 내용은 264페이지 차트에 나와 있습니다.
- 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 건강 관리 옵션에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 문의해 주십시오.
- 아래의 **섹션 C**에는 다른 플랜에 등록하기 위한 단계가 포함되어 있으며, 이 경우 플랜 가입이 종료됩니다.

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별개로 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하려는 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

연중 언제든지 아래에 열거되어 있는 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. **연례 등록 기간** 및 **Medicare Advantage 정기 등록 기간** 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간

동안 아래에 열거되어 있는 추가 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

1. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다: **Medicare Medi-Cal 플랜 (Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 일종입니다. 이는 Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있으며 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합한 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함한 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조율합니다.** **참고:** Medi-Medi 플랜이라는 용어는 California 주의 통합 이중 자격 특수 요구 플랜(D-SNP)의 이름입니다.	**아래와 같이 하시면 됩니다:** 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우: • California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 정보가 필요하거나 지역 내 현지 HICAP 사무소를 확인하려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/를 참조해 주십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입해 주십시오. 신규 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 귀하의 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경됩니다.

2. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다: 별도의 **Medicare** 처방약 플랜이 있는 **Original Medicare**	아래와 같이 하시면 됩니다: 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우: • California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 정보가 필요하거나 지역 내 현지 HICAP 사무소를 확인하려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/를 참조해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 귀하의 Medal-Cal 플랜이 변경됩니다.

3. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다: **별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare** **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. 고용주나 노조와 같은 또 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 철회해야 합니다. 약품 보장에 관한 질문이 있으실 경우, California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 정보가 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/을 참조해 주십시오.	**아래와 같이 하시면 됩니다:** 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우: • California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 정보가 필요하거나 지역 내 현지 HICAP 사무소를 확인하려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/를 참조해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

4. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다: 연례 등록 기간 및 **Medicare Advantage** 정기 등록 기간 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황을 포함한 연중 특정 기간 동안의 **모든 Medicare 건강 플랜**.	아래와 같이 하시면 됩니다: 주 7일 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우: • California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 정보가 필요하거나 지역 내 현지 HICAP 사무소를 확인하려면 https://www.aging.ca.gov/hicap/를 참조해 주십시오. 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입해 주십시오. 신규 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 건강 관리 옵션에 연락해 주십시오. TTY 사용자들은 1-800-430-7077번으로 문의하시면 됩니다. 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 신규 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜에서 처방약 및 진료를 계속해서 받을 수 있습니다.

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.
- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 네트워크 소속 약국을 사용하여 처방전 정보를 기입하십시오.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 자격이 종료되는 날에 병원에 입원한 경우 당사 플랜에서 퇴원할 때까지 입원 기간을 보장합니다. 이는 새 의료 보험 보장이 가입자가 퇴원하시기 전에 시작된다 해도 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 기간이 있는 경우.
- Medi-Cal 자격이 더 이상 없는 경우. 당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 둘 다에 자격이 있는 분들을 위한 것입니다. 참고: 더 이상 Medi-Cal 가입 자격이 없는 경우 Medicare 혜택을 통해 일시적으로 당사 플랜을 계속 이용하실 수 있습니다. 아래 유예 기간에 대한 정보를 참조해 주십시오.
- California 주 또는 Medicare는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에서 가입자를 탈퇴시키며, 가입자는 Original Medicare로 복귀하게 됩니다. 가입자가 Medicare Part D 처방약 지불에 대한 추가 지원을 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 8시~오후 5시 사이에 1-800-431-9007번으로 전화하셔야 합니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다. 통화 시 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 재가입을 원한다고 말씀하십시오.
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 당사 서비스 지역을 육개월 이상 떠나게 된 경우.
  - 가입자는 이사 또는 장기간 여행을 가는 경우, 해당 지역이 본 플랜의 서비스 지역에 속하는지 가입자 서비스부에 전화해서 확인하십시오.
- 고객이 형사 범죄 때문에 구치소나 감옥에 가는 경우.
- 고객이 처방약 보장을 제공하는 다른 보험에 가입한 사실에 대하여 거짓말을 하거나 관련 정보를 제공하지 않는 경우.

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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

- 고객이 미국 시민이 아니거나 미국에 합법적으로 거주하고 있지 않는 경우.
  - 귀하는 당사 플랜의 가입자가 되려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다.
  - 가입자가 이러한 기준에 따라 가입자 자격을 계속 유지할 수 없는 경우 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 이를 당사에 통지합니다.
  - 고객이 이런 요건을 충족하지 않으면 당사는 고객을 등록 해제해야 합니다.

이 플랜의 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 육 개월입니다. 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실된 달의 다음 달 첫 날부터 시작됩니다.

당사는 우선 Medicare와 Medi-Cal의 허가를 받아야만 아래 이유로 귀하를 당사 플랜에서 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 귀하가 본 플랜에 가입할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하고 그 정보가 본 플랜에 대한 귀하의 적격에 영향을 주는 경우.
- 가입자가 가입자과 본 플랜의 다른 가입자들에게 당사가 의료 서비스를 제공하는 데 지장을 주는 식으로 계속 행동하는 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 문의해 주십시오**. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 주 7일 하루 24시간 연락하실 수 있습니다.

G. 당사가 본 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만을 제기할 귀하의 권리

당사가 가입자의 플랜 가입을 종료하는 경우 당사는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 또한 당사는 가입자 자격을 종료하기로 한 당사의 결정에 대하여 가입자가 고충 사항을 제기하거나 불편 사항을 접수하는 방법도 설명해야 합니다. 또한 불만사항을 제기하는 방법에 대해서는 *가입자 안내서* **9장**, **섹션 K**를 참조하실 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 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 참조해 주십시오.

H. 귀하의 플랜 회원자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법

문의 사항이 있거나 가입자 자격 종료 관련 추가 정보를 원하시면, 이 페이지의 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.

11장: 법적 고지

소개

본 장에는 당사 플랜의 가입자 자격에 적용할 수 있는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 법률 관련 고지 272
B. 차별 금지에 관한 공지 272
C. 이차 지불인 Medicare 및 최종 지불인 Medi-Cal에 대한 고지 273
D. Medi-Cal 재산 회수 관련 고지 273
E. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택 회수 274
F. 가입자 카드 276
G. 독립 계약자 276
H. 보건 플랜 사기 277
I. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 통제를 벗어난 상황 277

A. 법률 관련 고지

본 *가입자 안내서*에는 많은 법규들이 적용됩니다. 그 법규들이 *가입자 안내서*에 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. 기타 연방 및 주 법규들도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 관한 공지

당사는 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 성 정체성, 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 질병에 따라 불법적으로 사람을 차별, 배제 또는 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

차별 또는 부당한 처우에 관한 자세한 정보가 필요하시거나 우려 사항이 있으신 경우:

- 미국 보건복지부 인권 사무국에 1-800-368-1019로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr에서도 확인하실 수 있습니다.
- 보건복지부 인권 사무국에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711(통신 릴레이 서비스)번으로 문의하시면 됩니다. 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 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 또한 서면으로 연락하실 수도 있습니다.

  Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  www.wellcare.com/healthnetCA

귀하의 고충이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우에 전화, 서면 또는 전자적으로 다음과 같이 보건복지부 시민권리 사무국에 불만사항을 제기할 수 있습니다.

- 전화: 1-916-440-7370번으로 연락해 주십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.

- 서면: 불만사항 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 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov에 이메일을 보내 주십시오.

장애로 인해 건강 보험 서비스나 의료 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 가입자가 휠체어 접근 문제 같은 불만이 있는 경우, 가입자 서비스부가 도움을 드릴 수 있습니다.

C. 이차 지불인 Medicare 및 최종 지불인 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 산재 보상에서 먼저 지불해야 합니다.

당사는 Medicare가 일차 지불인이 아닌 보장되는 Medicare 서비스에 대하여 징수할 권리와 책임이 있습니다.

당사는 제삼자의 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 회수 관련 고지

Medi-Cal 프로그램은 사망한 특정 가입자가 55세 생일 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 해당 가입자의 상속 재산으로부터 상환을 요구해야 합니다. 상환에는 가입자가 요양시설 입원 환자였거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받을 때 받은 요양시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 관련 병원 및 처방약 서비스에 대한 행위별 수가제 및 관리형 치료 보험료/일인당 정액 지급금이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 상속 재산액을 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 보건복지부의 재산 회수 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er을 참조하거나, 916-650-0590번으로 문의하십시오.

E. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택 회수

부상을 당한 경우

다른 사람, 회사 또는 가입자("책임 당사자")의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜은 가입자가 받는 보상 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 그러나 부상, 질병 또는 상태로 인해 합의, 판결 또는 부상, 질병 또는 상태와 관련된 다른 지불을 통해 돈을 받거나 돈을 받을 자격이 있는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자는 해당 주법에 따라 이 플랜을 통해 귀하에게 제공된 모든 서비스의 가치를 회수할 권리를 보유합니다.

이 조항 전반에 걸쳐 사용되는 "책임 당사자"라 함은 부상, 질병 또는 상태에 대해 실제적 또는 잠재적으로 책임이 있는 개인 또는 단체를 의미합니다. 책임 당사자라는 용어에는 책임 있는 사람 또는 단체의 책임이나 다른 보험자가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같으며 이에 국한하지 않습니다.

- 교통 사고가 난 경우,
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우.

당사 플랜의 회수 권리는 책임 당사자로부터 수령한 모든 금액에 적용되며 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 제삼자 또는 제삼자를 대신하여 보험 회사에서 지급한 금액,
- 보험이 없거나 부분적으로만 가입한 운전자 보장,
- 개인 상해 보호, 무과실 보장 또는 기타 당사자 보장,
- 산재 보상 또는 장애 보상 또는 합의,
- 자동차 보험, 건물 또는 주택 소유주의 보험 보장 또는 포괄 보장에 따른 의료 지급 보장,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 합의 또는 판결 또는
- 책임 당사자의 작위 또는 부작위에 대한 보상으로 다른 모든 출처로부터 받은 기타 모든 지급.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써, 귀하는 책임 당사자의 행위 또는 부작위로 인해 받은 적용 서비스에 대한 혜택을 이 플랜이 지급하였고 귀하 또는 귀하의 대리인이 책임 당사자로부터 금액을 회수하거나 회수할 자격이 있는 경우 당사 플랜이 우선적으로 대위변제 및 상환권을 가지는 데 동의합니다.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 (i) 상해, 질병 또는 상태와 관련하여 플랜에서 제공하는 모든 보장 서비스의 전체 비용까지 이용 가능한 모든 보장에서 의료 비용을 회수할 수 있는 권리를 당사 플랜에 양도하고 (ii) 책임 당사자가 귀하를 대신하여 플랜을 직접 상환하도록 구체적으로 지시하는 데 동의합니다.

또한 이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 당사 플랜에 모든 회수, 합의 또는 판결 또는 기타 보상 출처에 대한 우선 유치권을 부여하고 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인한 귀하의 부상, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 보장 서비스 혜택의 전체 비용에 대해 모두 상환합니다. 이 우선 순위는 금액이 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이 적용됩니다. 당사 플랜은 과실에 의한 것이든, 다른 방법에 의한 것이든, 귀하의 과실 주장과 관계없이 본 플랜에서 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 회수할 수 있습니다. 변호사 비용은 당사 플랜의 회수액에서 공제될 수 없으며, 당사 플랜은 책임 당사자에 대한 청구 또는 소송을 진행하기 위해 고용된 또는 변호사에 대한 법정 비용 또는 변호사 비용을 지불하거나 지불하는 데 기여할 필요가 없습니다.

수행해야 하는 단계

책임 당사자로 인해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 악화한 경우, 가입자는 당사 플랜 및/또는 치료 제공자의 비용 회수 노력에 협조해야 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 해당되는 경우, 저희 플랜이나 치료 제공자에게 책임 당사자 및/또는 해당 변호사의 이름과 주소(알고 있는 경우), 변호사의 이름과 주소(변호사를 이용하는 경우), 관련 보험 회사의 이름과 주소 등을 부상, 질병 또는 상태의 원인에 대한 설명을 포함하여 알려주기.
- 당사 플랜이나 치료 제공자가 유치권 또는 회수권을 집행하는 데 도움이 되도록 합리적으로 요청할 수 있는 모든 서류 작성.
- 당사 플랜 또는 치료 제공자의 사례 또는 청구의 상태 및 모든 합의 논의에 대한 문의에 신속하게 응답.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자 또는 기타 다른 출처로부터 돈을 받은 즉시 당사 플랜에 통보.
- 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이, 책임 당사자로 인한 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 전체 혜택 비용에 대한 당사 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여, 회복, 합의, 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지급.

- 위에 명시된 바와 같이 당사 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음. 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 당사 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자로부터 또는 다른 어떤 출처로부터 받는 돈을 신탁으로 보관하고, 해당하는 경우 귀하가 지불받는 즉시, 회수할 권리를 주장하는 다른 잠재적 유치권자 또는 제삼자의 지불 전에 플랜에 대한 회수액을 당사 플랜 또는 치료 제공자에게 상환.
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 당사와 협력해야 합니다.

F. 가입자 카드

이 *가입자 안내서*에 따라 당사 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인 목적으로만 발급됩니다. 가입자 카드를 소지하더라도 이 *가입자 안내서*에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 *가입자 안내서*에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면 카드 소지자가 보장 자격을 갖추고 이 *가입자 안내서*에 따라 가입자로 등록해야 합니다. 이 *가입자 안내서*에 따라 자격이 없는 사람이 서비스를 받은 경우 해당 서비스에 대한 비용을 지불할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스를 받을 때 Medicare 카드가 아닌 플랜의 가입자 카드를 제시해야 합니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시부터 오후 8시까지 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하시면 담당자와 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 가입자 카드를 교체해야 하는 경우 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하시면 담당자와 통화하실 수 있습니다.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 정당하게 취소될 수 있습니다. 당사 플랜에서는 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

G. 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.

H. 보건 플랜 사기

의료 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 고용주 또는 그들을 대리하는 사람이 플랜에 대해 속이거나 허위 진술하는 것으로 정의됩니다. 이것은 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어 허위이거나 기만적인 진술이 포함된 청구서를 제출함으로써 의료 플랜을 속이려 하는 활동에 고의로 알고도 관여하는 사람은 의료 플랜 사기에 해당할 수 있습니다.

청구서 또는 *혜택 설명서* 양식에 표시된 요금에 대해 우려 사항이 있거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 저희 플랜의 수신자 부담 사기 핫라인(Fraud Hotline)에 1-800-977-3565(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 사기 응급 전화는 하루 24시간, 주 칠 일 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격하게 비밀이 유지됩니다.

I. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 통제를 벗어난 상황

자연재해, 전쟁, 폭동, 내란, 전염병, 시설의 전체 또는 부분 파괴, 핵 폭발 또는 기타 핵 에너지 방출, 중요한 의료 그룹 직원의 장애, 비상사태 또는 그 외 당사 플랜이 통제할 수 없는 기타 유사한 사건으로 인해 이 *가입자 안내서*에 따른 서비스 또는 혜택을 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 시설이나 인력을 이용하여 제공하거나 주선할 수 없게 되는 경우, 그러한 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 의무는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)의 시설 또는 인력의 현재 가용성 내에서 그러한 서비스나 혜택을 제공하거나 그 제공을 주선하기 위해 신의 성실의 노력을 해야 한다는 요건으로 제한됩니다.

12장: 중요 단어 정의

소개

본 장에는 *가입자 안내서*에 사용된 핵심 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순서로 수록되어 있습니다. 찾는 용어가 없거나 포함된 정의 이상의 정보가 필요하시면, 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

일상 생활 활동(ADL): 식사하기, 화장실 이용하기, 옷 입기, 목욕하기, 양치질하기 등 일상생활에서 하는 일들.

행정법 판사: 3차 이의 신청을 심사하는 판사.

AIDS 처방약 지원 프로그램(ADAP): 유자격 HIV/AIDS 보균자들이 생명 유지에 필요한 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 지원하는 프로그램.

외래 수술 센터: 입원 치료가 필요하지 않은 환자 및 24시간 이상의 치료가 필요할 것으로 예상되지 않는 환자에게 외래 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 안내서* **9장**, **섹션 E**에 이의 신청 방법을 포함한 이의 신청에 관한 설명이 나와 있습니다.

행동 건강: 정신 건강 및 약물 남용 장애 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어.

생물학적 제재: 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. (“오리지널 생물학적 제제” 및 “바이오시밀러”도 참조).

바이오시밀러: 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 의약품. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다. (“상호 교환 가능한 바이오시밀러” 참조).

브랜드 약: 해당 의약품을 처음 만든 회사가 제조하여 판매하는 처방약. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 약과 동일한 성분을 갖고 있습니다. 제네릭 약은 통상적으로 다른 제약 회사가 제조하고 판매합니다.

케어 코디네이터: 귀하가 필요로 하는 진료를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 보험 및 의료 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자.

의료 플랜: ‘개별 진료 플랜’을 참조하십시오.

의료 플랜 선택 서비스(CPO Services): 가입자의 개별 진료 플랜(ICP)에 따라 선택할 수 있는 추가 서비스. 이러한 서비스들은 가입자가 Medi-Cal 하에 받도록 승인된 장기 일상 서비스 및 지원을 대체하고자 의도된 것은 아닙니다.

진료 팀: ‘융합 진료 팀’을 참조하십시오.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare를 담당하는 연방 정부 기관. CMS에 연락하는 방법은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 G**를 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.

불만 제기: 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 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. '불만사항 제기'의 공식 이름은 '고충 접수'입니다.

종합 외래환자 재활 시설(CORF): 주로 질병, 사고, 주요 수술 후 재활 서비스를 제공하는 시설. 이곳에서는 물리 치료, 사회 또는 심리 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 안내서* **9장**, **섹션 E**에 설명되어 있습니다.

보장되는 의약품: 당사 플랜에서 보장하는 모든 처방약과 비처방(OTC)약을 뜻하는 용어.

보장되는 서비스: 모든 건강 보험, 장기 일상 서비스 및 지원, 공급, 처방, 비처방 의약품, 장비, 기타 당사 플랜이 보장하는 서비스를 뜻하는 당사의 일반 용어.

문화적 역량 훈련: 귀하의 배경과 가치, 신념을 잘 이해하고 사회적, 문화적, 언어적 필요에 부합하는 서비스를 제공할 수 있도록 당사 의료 제공자들에게 제공하는 추가 교육

보건복지부(DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal)을 관리하는 California 주 부처.

보건관리부(DMHC): 건강 보험 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: 가입자의 당사 플랜 가입자 자격 종료 절차. 탈퇴는 자발적(귀하 자신이 선택함)이거나 강제적(귀하 자신의 선택이 아님)일 수 있습니다.

약품 관리 프로그램(DMP): 가입자가 처방 오피오이드와 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램.

이중 자격 특수 요구 플랜(D-SNP): Medicare와 Medicaid 자격을 모두 갖춘 개인을 위한 건강 플랜. 당사의 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(DME): 가입자의 집에서 사용하기 위해 담당 의사가 주문하는 특정 품목. 이런 품목들의 예로는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 의료 제공자가 주문한 가정용 병원

침대, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행보조기 등이 있습니다.

응급 상황: 의료적 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 건강 및 의학 지식을 갖춘 다른 사람이 가입자의 사망, 신체 일부의 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 장애(임신부의 경우 유산)를 예방하기 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 생각하는 상황입니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 진료: 응급 서비스를 제공하도록 교육받은 의료 제공자가 제공하고 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

예외: 일반적으로 당사의 의약품 목록에 없는 의약품에 대한 보장 허가 또는 특정 규칙과 제한 없이 의약품을 사용하도록 하는 허가를 뜻합니다.

보장 제외 서비스: 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

추가 지원:소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 자기부담금 등 Medicare Part D 처방약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 '저소득 보조금' 또는 'LIS'라고도 합니다.

제네릭 약: 브랜드 약을 대신해서 사용할 수 있도록 연방 정부에서 승인한 처방약. 제네릭 약은 브랜드 약과 같은 성분을 갖고 있습니다. 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 불만이나 건강 보험이 제공하는 서비스 품질에 관한 불만이 포함됩니다.

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP): Medicare에 대하여 객관적인 무료 정보 및 상담을 제공하는 프로그램. HICAP에 연락하는 방법은 *가입자 안내서* **2장, 섹션 C**를 참조해 주십시오.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 일상 의료 제공자, 기타 의료 제공자로 구성된 조직. 또한 케어 코디네이터가 있어서 가입자가 모든 서비스 제공자와 서비스를 관리하실 수 있도록 도움을 드립니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력합니다.

건강 위험 평가(HRA): 가입자의 병력 및 현 병증에 대한 검토. 가입자의 건강 상태를 파악하고 향후 어떻게 변할 것인지 알아보는 데 이용됩니다.

가정 건강 보조인: 개인 간병 보조(목욕하기, 화장실 이용하기, 옷 입기, 처방된 운동 실시) 등 면허를 소지한 간호사나 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 보조인은 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스: 말기 진단을 받은 분들이 편안하게 지낼 수 있도록 돕기 위한 보살핌 및 지원 프로그램. 말기 예후란 의학적으로 말기로 진단받아 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다.

- 말기 진단을 받는 가입자는 호스피스를 선택할 권리를 갖습니다.

- 물리, 감성, 사회, 영적 필요성을 포함한 전인적 치료를 제공하도록 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀.
- 당사는 귀하 지역의 호스피스 의료 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한/부적합한 청구: 의료 제공자(의사나 병원)가 서비스에 대한 당사의 비용 분담액을 초과하여 가입자에게 청구하는 상황. 귀하가 이해할 수 없는 청구서를 받으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사가 가입자의 서비스에 대한 비용 전액을 지불하기 때문에, 가입자는 어떠한 비용 분담의 책임도 부담하지 **않습니다**. 의료 제공자는 이런 서비스에 대한 어떤 비용도 가입자에게 청구하지 않아야 합니다.

가정 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공되는 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원이나 기숙 시설 및 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안입니다. IHSS를 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 IHSS를 관리합니다.

독립적 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 보건관리부에 IMR을 요청하실 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜에 속하지 않은 의사들이 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 가입자에게 유리한 경우에 당사는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

독립 검토 기관(IRO): 2차 이의 신청을 심사하도록 Medicare에서 고용한 독립 기관. 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다. 정식 명칭은 **독립 검토 주체입니다**.

개별 진료 플랜(ICP 또는 의료 플랜): 가입자가 받게 되는 서비스 및 서비스를 받는 방법에 대한 계획. 가입자의 계획에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 일상 서비스 및 지원이 포함됩니다.

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.

통합 D-SNP: Medicare 및 Medicaid 자격을 모두 갖춘 특정 개인 그룹에 대해 단일 건강 플랜 하에서 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 이중 자격 특수 요구 플랜. 이러한 개인은 전체 혜택 이중 적격 개인으로 알려져 있습니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러: 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하므로 새로운 처방전

없이 약국에서 대체할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서의 자동 대체는 주 법률에 따라 결정됩니다.

융합 진료 팀(ICT 또는 진료 팀): 진료 팀에는 의사, 간호사, 상담사, 또는 가입자가 필요로 하는 진료를 받을 수 있도록 돕는 기타 전문가가 포함될 수 있습니다. 귀하의 진료 팀은 귀하가 의료 플랜을 짜는 것도 도와 드립니다.

***보장 의약품 목록(의약품 목록)*:** 당사가 보장하는 처방약 및 비처방(OTC) 의약품 목록. 당사는 의사와 약국의 도움을 받아 이 목록에 있는 의약품을 선택합니다. *의약품 목록*을 보시면 의약품을 받는 데 따라야 하는 어떠한 규칙이 있는지 확인하실 수 있습니다. *의약품 목록*은 '처방집'이라고도 합니다.

장기 일상 서비스 및 지원(LTSS): 장기 일상 서비스 및 지원이란 장기적인 의료 상태를 개선하는 데 도움이 되는 서비스를 말합니다. 대부분의 이러한 서비스는 가입자가 요양 시설 또는 병원에 입원할 필요가 없도록 가정에서 생활하는 데 도움을 줍니다. 당사 플랜에서 보장하는 LTSS에는 성인 주간 건강 관리라고도 하는 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 및 지역사회 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 당사 플랜 밖에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득 보조금(LIS): '추가 지원'을 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.

- 이는 소득과 자원이 제한된 분들의 장기 일상 서비스 및 지원과 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 일상 서비스 및 지원, 의료 장비 및 이송 등 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별개입니다.

Medicaid(또는 의료 보조): 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 일상 서비스 및 지원과 의료 비용 등을 지급할 수 있도록 돕기 위해 연방 정부와 주 정부가 운영하는 프로그램. Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다.

의학적 필요성: 이는 가입자가 의료적 문제들을 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데

필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 가입자가 병원 또는 요양 시설에 입원하지 않도록 예방하는 의료 서비스도 포함됩니다. 이는 또한 해당 서비스, 용품 또는 의약품이 용인된 의료 행위 표준에 부합됨을 뜻합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 합리적으로 필요한 모든 보장 서비스를 말합니다.

Medicare: 만 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 치료 플랜('건강 플랜' 참조)을 통해 Medicare 의료 보험 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage: 민간 기업을 통해 MA 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램으로, 'Medicare Part C' 또는 'MA'라고도 합니다. Medicare는 해당 회사에 가입자의 Medicare 혜택을 보장하도록 지불합니다.

Medicare 항소 위원회(위원회): 4차 이의 신청을 심사하는 위원회. 위원회는 연방 정부의 일부입니다.

Medicare 보장 서비스: Medicare Part A 및 Medicare Part B에 의해 보장되는 서비스. 당사의 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A 및 Medicare Part B가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP): 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 장기적인 식단 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에 대한 교육을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 프로그램입니다.

Medicare-Medi-Cal 가입자: Medicare 및 Medicaid 보장 자격을 갖춘 사람. Medicare-Medicaid 가입자는 "이중 적격 개인"이라고도 합니다.

Medi-Medi 플랜: Medicare Medi-Cal 플랜 (Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 일종입니다. 이는 Medicare와 Medi-Cal을 모두 가지고 있으며 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합한 사람들을 위한 것입니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함한 두 프로그램의 모든 혜택과 서비스를 조율합니다.

Medicare Part A:의학적으로 가장 필요한 병원, 전문 간호 시설, 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 B는 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 ‘파트 D’라 부릅니다. Medicare Part D는 외래 처방약, 백신, Medicare Part A나 Medicare Part B 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare Part D가 포함됩니다.

Medicare Part D 약: Medicare Part D에 따라 보장되는 의약품. 의회는 특정 범주의 약품을 Medicare Part D의 보장 범위에서 제외했습니다. Medi-Cal은 이러한 약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 관리(MTM): 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약국을 비롯한 의료 제공자가 제공하는 디스팅트 서비스 그룹(distinct group of service) 또는 서비스 그룹입니다.
자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 G2**를 참조해 주십시오.

가입자(당사 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자): 보장 서비스를 받을 자격을 갖추고, 당사의 플랜에 가입했으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주에서 가입을 확인한 Medicare 및 Medi-Cal 이용자.

***가입자 안내서* 및 공개 정보:** 가입 양식, 기타 첨부 문서, 부칙과 함께 본 문서에는 가입자의 보장, 당사가 해야 하는 일, 가입자의 권리, 당사 플랜의 가입자로서 가입자가 해야 하는 사항이 설명되어 있습니다.

가입자 서비스부: 본 플랜에서 귀하의 가입자 자격, 혜택, 불만, 이의 신청에 대한 질문에 대답할 책임이 있는 부서. 가입자 서비스부에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 A**를 참조해 주십시오.

네트워크 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 장소)도 포함됩니다.

- 이들은 Medicare 및 주 정부에서 의료 서비스를 제공할 수 있는 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 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 요양 시설: 가정에서는 치료를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들을 위해

치료를 제공하는 시설입니다.

옴부즈맨: 가입자를 대변하는 역할을 하는 주 사무실. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 I** 및 **9장**, **섹션 B**에서 확인하실 수 있습니다.

기관 의결: 당사의 플랜은 당사 또는 당사의 의료 제공자가 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 지불 금액을 결정할 때 기관 결정을 내립니다.
기관의 결정을 '보장 결정'이라고 합니다. *가입자 안내서* **9장**, **섹션 D**에서 보장 결정에 관해 설명합니다.

오리지널 생물학적 제제: 미국 식품의약국(FDA)의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체들의 비교 대상 역할을 하는 생물학적 제제. 이를 대조약이라고도 합니다.

Original Medicare("기존 Medicare" 또는 "행위별 수가제 Medicare"): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서 서비스는 의회가 정한 금액을 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 지불함으로써 보장됩니다.

- 가입자는 Medicare를 수락하는 모든 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다. Original Medicare는 두 부분으로 되어 있습니다. Medicare Part A(병원 보험) 및 Medicare Part B(의료 보험).
- Original Medicare는 미국 어디서나 이용 가능합니다.
- 귀하가 당사 플랜에 가입되기를 원치 않는다면 Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국: 당사 플랜과 계약하여 당사 플랜 가입자에게 보장 의약품을 조율 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국. 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 제공자 또는 시설. *가입자 안내서* **3장**, **섹션 D4**에서 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

비처방(OTC) 의약품: 비처방 약은 개인이 의료 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품을 뜻합니다.

파트 A: 'Medicare Part A'를 참조하십시오.

파트 B: 'Medicare Part B'를 참조하십시오.

파트 C: 'Medicare Part C'를 참조하십시오.

파트 D: ‘Medicare Part D’를 참조하십시오.

파트 D 약:‘Medicare Part D 약’을 참조하십시오.

개인 건강 정보(보호되는 건강 정보라고도 함)(PHI): 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 진료, 병력과 같이 가입자와 가입자의 건강에 대한 정보. 당사가 가입자의 PHI를 보호, 사용 및 공개하는 방법과 가입자의 PHI에 관한 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 당사의 개인 정보 보호 관행 통지를 참조해 주십시오.

주치의(PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 가입자가 가장 먼저 진료받는 의사 또는 기타 의료 제공자. 이들은 가입자가 건강을 유지하는 데 필요한 케어를 제공합니다.

- 주치의는 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 안내서* **3장**, **섹션 D**를 참조하시기 바랍니다.

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 담당 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 당사로부터 PA를 얻은 경우에 한하여 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 서비스는 *가입자 안내서* **4장**에 표시되어 있습니다. 당사 플랜은

귀하가 당사로부터 PA를 얻은 경우에 한하여 일부 의약품을 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장약은 *보장 의약품 목록*에 표시되어 있으며 해당 규정은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

고령자를 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE): 집에서 생활하려면 보다 높은 수준의 보살핌이 필요한 만 55세 이상의 사람들에게 Medicare와 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램.

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): 의사 및 기타 의료 전문가로 구성되어 있으며, Medicare 가입자들이 받는 진료의 품질 향상을 도모하는 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO에 비용을

지불합니다. QIO에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **2장**, **섹션 F**를 참조해 주십시오.

분량 제한: 가입자가 받을 수 있는 의약품의 양에 대한 제한. 당사는 보장하는 의약품의 처방당 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 분담 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 PCP 또는 당사의 승인입니다. 먼저 승인을 받지 않으면 당사는 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문가와 같은 특정 전문의에게 진료를 받아야 할 때는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **3장**, **섹션 B** 및 **4장**, **섹션 D**에서 확인하실 수 있습니다.

재활 서비스: 질병, 사고, 주요 수술 후 회복을 돕기 위해 받는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **4장**, **섹션 D**를 참조하시기 바랍니다.

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 보험이 거주지를 기준으로 가입자 자격을 제한하는 경우, 가입자를 받는 지리적 지역. 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.

전문요양시설(SNF): 전문 간호 진료를 제공할 수 있는 직원과 장비를 갖춘 요양 시설, 대부분의 경우 전문 재활 서비스와 기타 관련 건강 서비스를 제공합니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호: 전문 간호 시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 진료 및 재활 서비스. 전문 요양 시설 케어의 예로는 물리 치료 및 등록 간호사나 의사가 제공할 수 있는 정맥(IV) 주사가 있습니다.

전문의: 특정 질병이나 신체 특정 부위에 대한 의료를 제공하는 의사.

전문 약국: 전문 약국에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **5장**, **섹션 A5**를 참조해 주십시오.

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 치료: 귀하가 요청하는 의약품을 당사가 보장하기 전에 다른 의약품 복용을 시도하도록 하는 보장 규칙.

보조적 소득 보장(SSI): 사회보장국이 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 자원이 제한적인 사람들에게 제공하는 월간 혜택. SSI 혜택은 사회 보장 연금과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 치료: 예기치 못한 질병, 부상, 또는 응급 상황은 아니지만 즉시 진료가 필요한 상태에 대해 가입자가 받는 진료. 귀하의 시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자의 서비스를 받는 것이 불가능하거나 비합리적이기 때문에 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 긴급하게 필요한 치료를 받을 수 있습니다(예: 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 보이지 않는 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우).

차별 금지 고지

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.

- 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
  - 자격을 갖춘 수화 통역사
  - 다른 형식으로 된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 다음과 같은 무료 언어 서비스:
  - 자격을 갖춘 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 8시~오후 8시 사이에 저희에게 연락하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 연락해 주시기 바랍니다. 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 메시징 시스템을 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. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시. 또는, 듣지 못하거나 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **대면:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net을 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.

- **온라인:** Wellcare By Health Net 웹사이트 **wellcare.com/healthnetCA**를 방문하십시오.

시민권리 사무국 – California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만을 접수할 수 있습니다:

- **전화: 1-916-440-7370**번으로 연락해 주십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 **TTY 711(통신 릴레이 서비스)**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만사항 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

  불만 사항 양식은 **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**에서 이용하실 수 있습니다.
- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov에 이메일을 보내 주십시오.

시민권리 사무국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별로 인해 차별을 당했다고 생각되는 경우, 미국 보건복지부 시민권리 사무국에도 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만을 접수할 수 있습니다:

- **전화: 1-800-368-1019**번으로 연락해 주십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만사항 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

  불만제기 양식은 **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**에서 찾아보실 수 있습니다.
- **온라인: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**에서 인권 사무국 불만 사항 포털을 이용해 주십시오.

Wellcare by Health Net 가입자 서비스부

전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 가입자 서비스부에서는 비영어 사용자를 위하여 무료로 통역 서비스도 제공해 드립니다.
TTY	711을 이용해 주십시오. 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 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 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.
우편 주소	Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658
웹사이트	www.wellcare.com/healthnetCA

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다