2027년 1월 1일~2027년 12월 31일

2027년 보장 범위 증명서:

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 가입자의 Medicare 의료 혜택과 서비스 및 의약품 보장

이 문서는 2027년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 의료 서비스 및 의약품 보장에 관한 자세한 정보를 제공합니다. **이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 문서를 안전한 곳에 보관하십시오.**

이 문서는 귀하의 혜택 및 권리에 관해 설명합니다. 이 문서를 사용하여 다음 내용을 확인할 수 있습니다.

- 가입자의 플랜 보험료와 비용 분담
- 귀하의 의료 및 의약품 혜택
- 서비스 또는 치료에 만족하지 못하는 경우 불만사항을 제기하는 방법
- 플랜에 연락하는 방법
- Medicare 법률에 따라 요구되는 기타 보호책

이 문서에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 전화하십시오. (TTY 사용자는 711로 전화). 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.

이 플랜 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC.에서 제공합니다. (이 *보장 범위 증명서*에서 '당사가', '당사를' 또는 '당사의'라고 할 때는 HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC.를 의미합니다. '플랜' 또는 '당사 플랜'이라고 할 때는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)를 의미합니다.)

이 문서는 스페인어, 아랍어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어, 중국어로 무료 제공됩니다. (위에 나열된 언어에 더하여) 영어 이외의 언어나 대체 형식(예: 점자, 오디오 또는 대형 인쇄)으로 자료를 보내드릴 수 있습니다. 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

혜택, 공제액, 및/또는 코페이먼트/공동보험료는 2028년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108559_CA7CNCEOCKOR_M_0009
H3561009000

당사의 처방규정, 약국 네트워크 및/또는 서비스 제공자 네트워크는 언제라도 변경될 수 있습니다. 최소 30일 전에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항에 대한 통지를 받게 됩니다.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 국가 품질 보증 위원회(NCQA)로부터 진료 모델 검토를 바탕으로 2027년까지 특별 요구 플랜(SNP)으로의 운영을 승인받았습니다.

목차

1장: 가입자로서의 시작 5

섹션 1 귀하는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입자입니다 5

섹션 2 플랜 자격 요건 6

섹션 3 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것 8

섹션 4 중요한 가입자 자료 9

섹션 5 2027년 중요 비용 요약 11

섹션 6 월 플랜 보험료에 대한 자세한 정보 15

섹션 7 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하기 16

섹션 8 가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법 16

2장: 전화번호 및 리소스 18

섹션 1 당사 플랜 연락처 18

섹션 2 Medicare로부터 도움 받기 23

섹션 3 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP) 24

섹션 4 품질 개선 기관(QIO) 25

섹션 5 사회보장국 26

섹션 6 Medicaid 27

섹션 7 처방약 비용 지원 프로그램 29

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 32

섹션 9 그룹 보험 또는 기타 직장 건강 보험에 가입되어 있는 경우 32

3장: 의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 당사 플랜 이용 33

섹션 1 당사 플랜 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받는 방법 33

섹션 2 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 의료 서비스 및 기타 서비스를 받으십시오 35

섹션 3 가입자가 응급 상황, 재난 상황에 처하거나 긴급한 치료가 필요한 경우 서비스를 받는 방법 40

섹션 4 보장되는 서비스의 의료비 총액에 대해 가입자가 직접 청구서를 받았을 경우 어떻게 합니까? 42

목차

섹션 5 임상 연구의 의료 서비스 43
섹션 6 종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받기 위한 규칙 44
섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙 45

4장: 의료 혜택표 (보장 사항) 47
섹션 1 보장 서비스 이해하기 47
섹션 2 의료 혜택표에는 가입자의 의료 혜택과 비용이 나와 있습니다 48
섹션 3 플랜 외부에서 보장되는 서비스 97
섹션 4 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스(제외 사항) 98

5장: 파트 D 의약품에 대한 플랜 보장 사용 101
섹션 1 파트 D 약 보장 기본 규칙 101
섹션 2 네트워크 소속 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제하기 102
섹션 3 가입자가 사용하는 약은 당사 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있어야 합니다 106
섹션 4 보장에 제한이 있는 의약품 108
섹션 5 의약품 중 하나가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 취할 수 있는 조치 110
섹션 6 의약품 목록은 연중 변경될 수 있습니다 112
섹션 7 보장되지 않는 의약품의 종류 114
섹션 8 처방약 조제 방법 115
섹션 9 특별한 상황에서의 파트 D 약 보장 116
섹션 10 의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램 117

6장: 파트 D 의약품에 대한 가입자 부담분 120
섹션 1 파트 D 의약품에 대한 가입자 부담분 120
섹션 2 플랜 가입자의 약물 지급 단계 122
섹션 3 *파트 D 혜택 설명서*는 가입자가 어떤 지불 단계에 있는지 설명합니다 122
섹션 4 공제액 단계 124
섹션 5 초기 보장 단계 125
섹션 6 고액 보장 단계 131
섹션 7 파트 D 백신에 대한 가입자 부담분 131

목차

7장: 보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대해 당사의 분담분을 지불하도록 요청하는 경우 134

섹션 1 가입자가 보장 서비스 또는 의약품에 대해 당사에 지불하도록 요청해야 하는 상황 134

섹션 2 환불을 요청하거나 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요청하는 방법 137

섹션 3 저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다 138

8장: 가입자의 권리 및 책임 139

섹션 1 당사 플랜은 플랜 가입자의 권리와 문화적 감수성을 존중합니다 139

섹션 2 당사 플랜 가입자로서의 책임 150

9장: 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 (보장 결정, 이의 신청, 불만사항 제기) 152

섹션 1 문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 합니까? 152

섹션 2 더 많은 정보와 개별적인 도움을 받을 수 있는 곳 152

섹션 3 가입자의 문제에 사용할 절차 154

섹션 4 가입자의 Medicare 혜택에 관한 문제의 처리 154

섹션 5 보장 결정 및 이의 신청에 대한 가이드 155

섹션 6 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는법 157

섹션 7 가입자의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법 164

섹션 8 조기 퇴원되고 있다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법 174

섹션 9 보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법 178

섹션 10 3, 4, 5차 단계로 이의 신청하기 182

섹션 11 건강 관리의 질, 대기 시간, 고객 서비스부 또는 다른 고려사항에 대한 불만사항 제기 방법 185

섹션 12 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문제 처리 188

목차

10장: 플랜 가입 종료 189

섹션 1 플랜 가입 종료 189

섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까? 189

섹션 3 어떻게 당사 플랜 가입을 종료합니까? 192

섹션 4 가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품 보장을 받아야 합니다 193

섹션 5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 특정 상황에서 가입자의 플랜 가입을 종료해야 합니다 194

11장: 법적 고지 196

섹션 1 준거법에 대한 고지 196

섹션 2 차별금지에 대한 고지 196

섹션 3 Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지 196

섹션 4 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택 회수 197

섹션 5 가입자 카드 198

섹션 6 독립 계약자 199

섹션 7 건강 플랜 사기 199

섹션 8 플랜이 통제할 수 없는 상황 199

12장: 정의 200

1장:
가입자로서의 시작

섹션 1 귀하는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입자입니다

섹션 1.1 귀하는 Medicare 특별 요구 플랜인 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에 가입되어 있습니다

귀하는 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid)의 보장을 모두 받고 있습니다:

- **Medicare**는 만 65세 이상인 자, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(신장기능부전)을 앓는 분들을 위한 연방 건강 플랜 프로그램입니다.
- **Medicaid**는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 연합 프로그램입니다. Medicaid 보장은 주와 가입자의 Medicaid 유형에 따라 달라집니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용 지불에 관한 지원을 받습니다. 또한 다른 사람들은 Medicare에서 보장되지 않는 추가 서비스 및 의약품에 대한 보장을 받습니다.

귀하는 저희 플랜인 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)를 통해 Medicare 의료 서비스와 의약품 보장을 받기로 선택하셨습니다. 저희 플랜은 모든 파트 A 및 파트 B 서비스를 보장합니다. 그러나 당사 플랜의 비용 분담 및 의료 제공자 이용은 Original Medicare와 다릅니다.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 특수 진료가 필요한 사람을 위해 혜택이 설계된 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특별 요구 플랜)입니다. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 Medicare 가입자 및 California Medi-Cal (Medicaid)의 지원을 받을 수 있는 사람을 대상으로 설계되었습니다.

가입자의 Medicare Part A 및 B 비용분담분(공제액, 코페이먼트 및 공동보험료)에 대해 California Medi-Cal (Medicaid)의 지원을 받고 있기 때문에 Medicare 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. 또한 California Medi-Cal (Medicaid)은 Medicare에서 보통 보장되지 않는 의료 서비스를 보장함으로써 기타 혜택을 제공합니다. 가입자는 또한 Medicare 의약품 비용에 대해 Medicare의 추가 지원(Extra Help)을 받습니다. 저희 플랜은 가입자가 받을 수 있는 의료 서비스 및 납부 지원을 받을 수 있도록 이러한 모든 혜택의 관리를 지원합니다.

저희 플랜은 민간 업체가 운영합니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로 Medicare 특별 요구 플랜은 Medicare가 승인합니다. 당사 플랜은 또한 California Medicaid 프로그램과 계약하여 가입자의 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택을 조율합니다. 저희는 의약품 보장을 포함한 Medicare 보장을 기꺼이 제공합니다.

섹션 1.2 *보장 범위 증명서*에 대한 법적 정보

이 *보장 범위 증명서*는 저희 플랜이 가입자가 받는 진료 보장에 대해 계약자와 체결한 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 가입자 등록 양식, *보장 의약품 목록*(처방규정), 당사로부터 받은 보장에 영향을 미치는 보장 변경 또는 조건에 관한 고지서가 포함됩니다. 이러한 고지문은 *부칙* 또는 *개정문*이라고도 합니다.

이 계약은 2027년 1월 1일에서 2027년 12월 31일 사이에 플랜에 등록한 달 동안 유효합니다.

Medicare는 매년 저희가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉 2027년 12월 31일 이후에는 저희 플랜의 비용 및 혜택이 변경될 수 있음을 의미합니다. 또한, 당사는 2027년 12월 31일 이후 귀하의 서비스 지역에서 당사 플랜을 제공하지 않을 수도 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터) 및 California Medi-Cal (Medicaid)은 매년 저희 플랜을 승인해야 합니다. 저희가 이 플랜을 계속 제공하고 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid)에서 이 플랜의 승인을 갱신하는 한, 귀하는 저희 플랜의 가입자로서 매년 Medicare 보장을 지속적으로 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 자격 요건

섹션 2.1 가입자의 자격 요건

다음 조건을 모두 충족하는 한 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

- Medicare Part A 및 Medicare Part B에 둘 다 가입하고 있는 경우.
- 당사의 지리적 서비스 지역에 거주하는 경우(섹션 2.3에 설명됨). 수감 중인 사람은 물리적으로 해당 지역에 있더라도 지리적 서비스 지역 내에 있는 것으로 간주되지 않습니다.
- 미국 시민 또는 국적이거나 적격한 비시민인 경우.
- 아래 설명된 특별 자격 요건을 충족하는 경우.

플랜의 특별 자격 요건

저희 플랜은 특정 Medicaid 혜택을 받는 사람의 필요를 충족하도록 설계되었습니다. (Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다). 저희 플랜을 위한 자격을 갖추려면 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid)에 의한 Medicaid 전체 혜택 비용 분담 지원을 위한 자격을 갖추어야 합니다.

참고: California Medi-Cal (Medicaid) 자격을 상실했지만 3개월 이내에 가입 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상되는 경우 여전히 가입 자격을 유지할 수 있습니다. 4장, 섹션 2에서는 이 기간 동안의 보장 및 비용 분담에 대해 설명합니다.

섹션 2.2 Medicaid

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. 각 주에서 무엇이 소득 및 자원에 산입될지, 누가 자격이 있는지, 어떤 서비스가 보장되는지 그리고 서비스 비용을 결정합니다. 또한 주에서는 어떻게 연방 기준을 지키며 프로그램을 운영할 것인지 결정할 수 있습니다.

그뿐 아니라, Medicaid는 Medicare 보험료 등 사람들이 Medicare 비용을 지불하는 데 도움을 주기 위한 프로그램을 제공합니다. 이러한 Medicare 절약 프로그램은 매년 소득과 자원이 제한된 사람들이 비용을 절약할 수 있도록 지원합니다.

- **유자격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicare Part A 및 Part B 보험료, 기타 비용 분담(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 플러스(SLMB+):** Part B 보험료 납부를 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **전적인 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicaid는 Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용 분담(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원할 수 있습니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.

섹션 2.3 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 당사 플랜 서비스 지역에 거주하는 사람들에게만 제공됩니다. 당사 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 당사 플랜 서비스 지역에 계속해서 거주해야 합니다. 이 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

당사 서비스 지역에는 California 주의 Imperial, Kern, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco 카운티가 포함됩니다.

새로운 주로 이주할 계획이라면 해당 주의 Medicaid 사무실에 연락하여 Medicaid 혜택에 어떤 변화가 있는지 문의하십시오. 이 문서의 제2장, 섹션 6에서 Medicaid의 전화번호를 찾으실 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사할 경우 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 새로운 지역에서 가입한 플랜이 있는지 확인하십시오. 이사를 할 경우에는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 거주지에서 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간을 이용할 수 있습니다.

가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우, 사회보장국에 전화를 하는 것이 중요합니다. 사회보장국에 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 전화하십시오.

섹션 2.4 미국 시민 또는 국적이거나 적격한 비시민

Medicare 건강 플랜 가입자가 되려면 미국 시민 또는 국적이거나 적격한 비시민이어야 합니다. 가입자가 이러한 기준에 따라 당사 플랜의 가입자 자격을 유지하지 못할 경우, Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에 이를 통보할 것입니다. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 귀하가 이 요건을 충족시키지 못하는 경우 탈퇴시켜야 합니다.

섹션 3 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

섹션 3.1 건강 위험 평가

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

가입자는 HRA를 완료해야 합니다. HRA는 귀하의 개별 의료 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, 메일, 이메일, 문자 메시지 또는 안전한 가입자 포털을 통해 HRA를 완료할 수 있습니다. HRA에 관한 자세한 내용은 귀하께 보내 드립니다. 이후, 요구 사항이 변경되었는지 확인하기 위해 매년 업데이트를 위한 연락을 드리겠습니다.

섹션 3.2 진료 팀과 의료 플랜

진료 팀은 귀하가 필요한 서비스를 계속 받도록 도울 수 있습니다. 진료 팀은 가입자의 의사, 케어 코디네이터, 전문의, 혹은 가입자가 선택한 기타 의료 전문가가 포함됩니다.

진료 팀과 함께 귀하의 선호도에 따라 진료 계획을 수립합니다. 의료 플랜을 바탕으로 귀하와 귀하의 의사 및 기타 의료 전문가에게 귀하가 필요로 하는 서비스와 이를 받는 방법을 알 수 있습니다. 여기에는 귀하의 의료, 행동 건강 및 기타 서비스가 포함됩니다.

귀하의 의료 플랜에는 다음 내용이 포함됩니다.

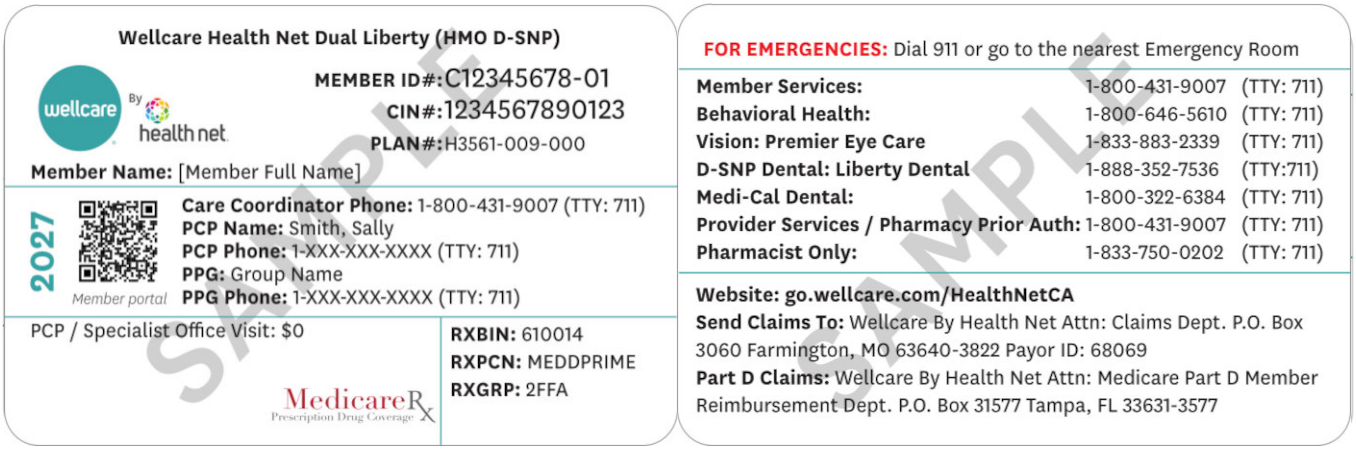
- 귀하에 의해 우선 순위가 설정된 귀하의 건강 관리 목표, 또한
- 필요한 서비스를 받을 수 있는 일정.

HRA를 마친 후에 귀하의 진료 팀과 만나게 됩니다. 이들은 귀하께 필요한 서비스에 대해 질문할 것입니다. 또한, 혹시 받기를 원할 수도 있는 서비스에 대해서도 알려 드립니다. 담당 진료 팀은 귀하와 협력하여 적어도 매년 또는 건강 상태에 변화가 있을 경우 필요에 따라 치료 계획을 업데이트합니다.

섹션 4 중요한 가입자 자료

섹션 4.1 플랜 가입자 카드

가입자는 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받거나 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 때마다 가입자 카드를 사용해야 합니다. 또한 가입자는 의료 제공자에게 California Medi-Cal (Medicaid) 카드를 제시해야 합니다. 샘플 가입자 카드:



이 플랜에 가입한 동안 보장되는 진료에 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. 만약 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 회원권 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우 의료 서비스의 총 비용을 가입자가 지불해야 할 수 있습니다. Medicare 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스 또는 Medicare에서 승인한 임상 연구(또는 임상 시험)에 참여해야 하는 경우 카드를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

플랜 가입자 카드가 손상, 손실되거나 카드를 도난 당한 경우, 가입자 서비스부 1-800-431-9007 (TTY 사용자는 711)에 즉시 전화하시면 저희가 새로운 카드를 보내 드립니다.

섹션 4.2 의료 제공자 및 약국 명부

의료 제공자 및 약국 명부 go.wellcare.com/2027providerdirectories는 당사의 현재 네트워크 의료 제공자 목록을 제공합니다. **네트워크 소속 의료 제공자**란 완불금으로서 저희의 지불금 및 모든 플랜의 비용분담을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설을 의미합니다.

의료 그룹은 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 주치의(PCP) 및 전문의, 병원을 포함한 기타 의료 제공자를 포함한 의사 협회입니다.

가입자는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 진료 및 서비스를 받아야 합니다. 또한 가입자는 자신의 주치의(PCP) 의료 그룹 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. PCP 의료 그룹 소속이 아닌 의료 제공자의 진료를 받으려면 PCP를 바꿔야 할 수 있습니다. 또한 가입자는 담당 주치의(PCP)의 네트워크 및/또는 의료 그룹 네트워크 소속 의료 제공자로 제한될 수 있습니다. 즉, 선택한 PCP 및/또는 의료 그룹에 따라 이용 가능한 전문의 및 병원이 달라질 수 있습니다. 적절한 승인 없이

다른 서비스 제공자를 이용할 경우 가입자는 전체 비용을 지불해야 합니다. 단, 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없을 때(즉, 네트워크 내 서비스를 이용하는 것이 비합리적이거나 불가능한 경우) 긴급하게 필요한 서비스, 서비스 지역 이외에서의 투석 서비스, 그리고 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)가 네트워크 비소속 의료 제공자의 이용을 승인한 경우에 한합니다.

최근에 작성된 의료 제공자 목록은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에 나와 있습니다.

*의료 제공자 및 약국 명부*가 없는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 사본을 요청할 수 있습니다(전자 또는 서면 형식). 종이 형태로 요청한 *의료 제공자 및 약국 명부*는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

의료 제공자 및 약국 명부 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서 당사의 네트워크 약국 목록을 확인할 수 있습니다. **네트워크 약국**이란 본 플랜 가입자들을 위해 처방전을 조제하는 데 동의하는 약국을 뜻합니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에서 이용하고자 하는 네트워크 소속 약국을 찾으실 수 있습니다. 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 약국 이용에 관한 정보는 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.

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

*의료 제공자 및 약국 명부*가 없는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 사본을 요청할 수 있습니다. 이 정보는 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서도 확인할 수 있습니다.

섹션 4.3 의약품 목록(처방규정)

당사 플랜에는 *보장 의약품 목록*(의약품 목록 또는 처방규정이라고도 함)이 있습니다. 이 목록에서 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에 포함된 파트 D 혜택에 따라 보장되는 처방약을 확인할 수 있습니다. 이 목록에 수록된 약들은 당사 플랜이 의사 및 약국들의 협조를 받아 선정한 것입니다. 이 의약품 목록은 모든 Medicare 요건에 부합합니다. Medicare 의약품 가격 협상 프로그램에 포함된 의약품은 5장, 섹션 6에 설명된 대로 제거 또는 교체되지 않은 한 가입자의 의약품 목록에 포함됩니다. Medicare는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 의약품 목록을 승인했습니다.

또한 의약품 목록은 의약품 보장을 제한하는 규칙이 있는지 여부를 알려 줍니다.

저희는 의약품 목록 사본을 가입자에게 발송해 드립니다. 보장되는 처방약에 관한 최신 전체 정보는 go.wellcare.com/2027providerdirectories를 방문하거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 번으로(TTY 사용자는 711로 전화) 전화해 주십시오.

섹션 5 2027년 중요 비용 요약

	2027년 가입자 비용
플랜 월 보험료* * 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 5.1을 참조하십시오.	**$0**
가입자 부담 최대한도액 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 가입자가 본인부담금으로 지불하는 최대 금액을 말합니다. (자세한 내용은 4장 섹션 1을 참조하십시오.)	**$9,850** **귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.**
일차의료소 방문	**방문당 코페이먼트 $0**
전문의 방문	**방문당 코페이먼트 $0**
입원 진료 급성 치료, 재활 및 장기 치료와 같은 다양한 입원 치료가 포함됩니다. 입원 치료는 의사의 지시에 따라 공식적으로 입원하는 날에 시작하여 퇴원하기 전날에 종료됩니다.	**Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당:** **병원 입원당 코페이먼트 $0.**
파트 D 약 보장 (연간 공제액, 초기 보장 및 고액 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 6장을 참조하십시오).	**파트 D 약 보장 공제액** **보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인용 파트 D 백신을 제외하고 $700.** **초기 보장 단계의 코페이먼트/공동보험료:** **의약품 범주 1:** **표준 비용 분담: 코페이먼트 $15** **우대 비용 분담: 코페이먼트 $0**

	2027년 가입자 비용
	의약품 범주 **2:** 표준 비용 분담: 공동보험료 **25%** 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 **$35** 이하를 지불합니다. 우대 비용 분담: 공동보험료 **20%** 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 **$35** 이하를 지불합니다. 의약품 범주 **3:** 표준 비용 분담: 공동보험료 **41%** 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 **$35** 이하를 지불합니다. 우대 비용 분담: 공동보험료 **41%** 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 **$35** 이하를 지불합니다. 의약품 범주 **4:** 표준 비용 분담: 공동보험료 **15%** 우대 비용 분담: 공동보험료 **0%** 의약품 범주 **5:** 표준 비용 분담: 공동보험료 **25%** 우대 비용 분담: 공동보험료 **25%** 의약품 범주 **6:** 표준 비용 분담: 코페이먼트 **$0** 우대 비용 분담: 코페이먼트 **$0**
	고액 보장 단계: 이 지불 단계에서 가입자는 가입자의 보장된 파트 **D** 약 및 강화된 혜택에 따라 보장되는 제외 의약품에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

가입자가 지불하는 비용에는 다음이 포함됩니다.

- 플랜 보험료(섹션 5.1)
- 월별 Medicare Part B 보험료(섹션 5.2)
- 파트 D 등록 지연 벌금(섹션 5.3)
- 소득 관련 월별 조정 금액(섹션 5.4)
- Medicare 처방전 지불 플랜 금액(섹션 5.5)

섹션 5.1 플랜 보험료

추가 지원 프로그램은 가입자를 대신하여 보험료를 지불하기 때문에 가입자는 당사 플랜에 대해 별도의 월 보험료를 지불하지 않습니다.

섹션 5.2 월별 Medicare Part B 보험료

다수의 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

일부 가입자는 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 섹션 2에서 설명했듯이 저희 플랜의 자격을 얻으려면 California Medi-Cal (Medicaid) 자격을 유지하고, Medicare Part A와 Medicare Part B에 가입해야 합니다. California Medi-Cal (Medicaid)은 대부분의 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 가입자를 위해 파트 A 보험료(자동적으로 자격을 갖게 되지 않는 경우) 및 파트 B 보험료를 부담합니다.

California Medi-Cal (Medicaid)에서 가입자의 Medicare 보험료를 지불하지 않으면 당사 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해 가입자가 Medicare 보험료를 지속적으로 지불해야 합니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 보험료가 없는 파트 A를 받을 자격이 없는 가입자는 파트 A에 대한 보험료를 지불할 수도 있습니다.

섹션 5.3 파트 D 등록 지연 벌금

가입자가 이중 자격을 갖추면 이중 적격 상태를 유지하는 한 LEP가 적용되지 않습니다. 그러나 이중 적격 상태를 상실하면 LEP가 발생할 수 있습니다. 초기 등록 기간이 끝난 후 어느 시점에서든 가입자가 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 기간이 63일 이상인 경우, 파트 D 등록 지연 벌금은 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 만한 처방약 보장이란 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 의약품 보장만큼 지불할 것으로 기대되는 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보장을 말합니다. 등록 지연 벌금의 금액은 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 지낸 기간에 따라 달라집니다. 일반적으로 가입자가 파트 D 보장에 가입되어 있는 한 이 벌금을 지불해야 합니다.

다음의 경우 파트 D 등록 지연 벌금을 납부할 필요가 **없습니다**.

- 귀하가 가입자의 의약품 비용을 지원하는 Medicare의 추가 지원을 받는 경우.
- 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 보장이 없는 기간이 연속으로 63일 미만인 경우.

- 이전 고용주, 노조, TRICARE 또는 재향군인 건강 관리국(VA) 등의 다른 출처를 통해 신뢰할 만한 보장을 받는 경우. 가입자의 보험사 또는 인사부에서 매년 가입자의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지에 대해 알려 드릴 것입니다. 가입자는 해당 플랜에서 발송하는 서신 또는 뉴스레터에서 이 정보를 입수할 수 있습니다. 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 이 정보가 필요할 수 있으므로 잘 보관해 두십시오.
    - **참고:** 해당 서신이나 고지문에는 가입자가 Medicare의 표준 의약품 플랜이 부담하는 것만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 신뢰할 만한 처방약 보장을 갖추었다는 사실이 반드시 언급되어야 합니다.
    - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약품 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 아닙니다.

Medicare는 파트 D 등록 지연 벌금 금액을 결정합니다. 이용 방법은 다음과 같습니다.

- 가입자가 Medicare 약 보장 등록 자격을 얻은 후에, 등록을 지연한 개월 수를 계산합니다. 또는 보장 공백이 63일 이상 발생한 경우, 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 개월 수를 계산합니다.
- 그러면 Medicare는 전년도의 Medicare 의약품 플랜에 대한 국내 월 플랜 평균 보험료(국가 기본 수혜자 보험료) 금액을 토대로 하여 결정합니다. 2027년의 평균 보험료 금액은 $41.33입니다.
- 월별 벌금액을 계산하기 위해 Medicare는 보장되지 않은 개월 수(벌금 비율)에 국가 기본 수혜자 보험료 1%를 곱한 후 그 금액을 가장 가까운 10센트 단위로 반올림합니다. 예를 들어, 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 보장 없이 14개월 동안 있었다면 위약금은 14% 곱하기 $41.33인 $5.79에 해당합니다. 이를 반올림하면 $5.80가 됩니다. 이 금액은 **파트 D 등록 지연 벌금이 부과된 가입자의 월별 플랜 보험료**에 합산됩니다.

월 파트 D 등록 지연 벌금에 대해 유의해야 할 세 가지 중요사항이 있습니다.

- **벌금은 매년 변경될 수 있습니다.** 이는 전국 기본 수혜자 보험료가 매년 변경될 수 있게 때문입니다.
- **가입자가 플랜을 변경하더라도** Medicare Part D 의약품 혜택이 제공되는 플랜에 등록되어 있는 한, 가입자는 매달 계속해서 벌금을 납부합니다.
- 65세 *미만*이고 Medicare에 가입되어 있는 경우, 65세가 되면 파트 D 등록 지연 벌금이 재설정됩니다. 만 65세가 넘은 가입자에게 부과되는 파트 D 등록 지연 벌금은 가입 가능한 연령이 되었을 때 Medicare 초기 등록 기간 이후에도 보장에 가입하지 않은 개월 수에만 근거하여 결정됩니다.

파트 D 등록 지연 벌금에 반대하는 경우, 가입자 또는 그의 대리인은 벌금 재고려(이의 신청)를 요청할 수 있습니다. 재고려는 본사와 연관이 없는 독립 검토 기관에 의해 실시됩니다. 일반적으로 가입자는 등록 지연 벌금을 납부해야 한다는 내용의 첫 번째 서신을 받은 날로부터 반드시 **60일 이내**에 이러한 재고려를 요청해야 합니다. 그러나 당사 플랜에 가입하기 전에 벌금을 내고 있었다면, 일반적으로 등록 지연 벌금에 대한 재고려 요청을 할 기회가 없을 것입니다.

섹션 5.4 소득 관련 월별 조정 금액

가입자의 소득 변경으로 인해 이 플랜의 자격을 상실하는 경우, 일부 가입자는 파트 D 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA)이라고 하는 Medicare 플랜에 대한 추가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전부터 IRS 소득 신고에 신고된 대로 조정된 총수입을 이용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정 금액을 초과할 경우, 가입자는 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA를 납부하게 됩니다. 본인의 소득 기준으로 납부해야 할 추가 금액에 관한 자세한 정보는 Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs에서 알아보십시오.

추가 IRMAA를 지불해야 하는 가입자에게는 해당 가입자의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국에서 추가 금액이 명시된 서신을 발송합니다. 가입자의 월 혜택 금액이 이 추가 금액을 충분히 커버할 수 없는 경우를 제외하고, 가입자가 보통 어떤 방식으로 보험료를 납부하는지에 관계없이 사회보장국, 철도청 은퇴자 위원회 또는 인사관리국으로부터 받는 혜택 수표에서 추가 금액이 원천징수됩니다. 가입자가 받는 혜택 수표가 이 추가 금액을 커버하기에 충분하지 않다면, Medicare로부터 별도의 청구서를 받게 됩니다. **가입자는 정부에 반드시 추가 IRMAA를 지불해야 합니다. 이 추가 금액은 가입자의 플랜 월 보험료와 함께 지불할 수 없습니다. 추가 IRMAA를 지불하지 않으면 플랜 가입이 취소되고 처방약 보장을 잃게 됩니다.**

추가 IRMAA 지불에 대해 동의하지 않는 경우, 사회보장국에 이러한 결정을 검토해 달라고 요청할 수 있습니다. 이러한 조치를 취하는 방법에 대해 알아보려면, 사회보장국에 1-800-772-1213 (TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 문의하십시오.

섹션 5.5 Medicare 처방전 지불 플랜 금액

Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하고 있는 경우 매월 플랜 보험료(있는 경우)를 지불하고 (약국에 지불하는 대신) 처방약에 대한 건강 또는 약 플랜으로부터 청구서를 받게 됩니다. 월별 청구서는 귀하가 받은 처방전에 대해 부담하는 것과 이전 달의 잔액을 연내 남은 월 수로 나눈 것에 기반합니다.

2장, 섹션 7에서는 Medicare 처방전 지불 플랜에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우 9장의 단계를 따라 불만사항 또는 이의 신청을 수행할 수 있습니다.

섹션 6 월 플랜 보험료에 대한 자세한 정보

섹션 6.1 가입자의 플랜 월 보험료는 연중에 변경되지 않습니다

저희는 연에 플랜 월 보험료 금액을 변경할 수 없습니다. 다음 해의 플랜 월 보험료에 변경사항이 있을 경우, 저희는 9월에 가입자에게 통보하며 새로운 보험료는 1월 1일부터 발효됩니다.

그러나 경우에 따라 가입자는 연체료가 있는 경우 등록 지연 벌금 납부를 중단하거나 등록 지연 벌금 납부를 시작해야 할 수 있습니다.

- 추가 지원을 상실하는 경우 플랜에서 탈퇴하고 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 채 연속 63일 이상 경과하면 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

추가 지원에 관한 자세한 내용은 2장, 섹션 7을 참조하십시오.

섹션 7 플랜 가입자 기록을 최신으로 유지하기

저희는 주소 및 전화번호 등 가입자 기록은 해당 정보를 가입 신청서에서 취합합니다. 이는 가입자의 주치의/의료 그룹 등 가입자의 특정 플랜적용범위를 명시합니다.

당사 플랜 네트워크 소속 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 제공자는 가입자 기록을 이용하여 **보장되는 서비스와 의약품 및 가입자의 비용 분담에 관한 정보를 파악합니다.** 따라서 가입자의 정보를 최신 상태로 유지하는 것이 매우 중요합니다.

이러한 변경 사항이 있는 경우 다음 사항을 당사에 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소 또는 전화번호의 변경사항
- 가입자가 가입한 다른 모든 건강 보장 변경사항(예: 가입자, 가입자의 배우자 또는 동거인의 직장, 산재보험 또는 California Medi-Cal (Medicaid))
- 교통사고로 인한 청구 등 책임 보험 청구
- 요양원에 입원한 경우
- 다른 지역 또는 네트워크 외 병원이나 응급실에서 치료를 받는 경우
- 가입자에게 지정된 책임자(간병인 등)에 변경사항이 있을 경우
- 임상 연구에 참여하는 경우(**참고**: 참여하려는 임상 연구에 대해 당사 플랜에 알려야 할 필요는 없으나 당사는 이를 알려주실 것을 권장합니다.)

이 정보가 변경되면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하여 알려주십시오.

또한 가입자가 이사하거나 가입자의 우편 주소가 변경될 경우 사회보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 사회보장국에 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 전화하십시오.

섹션 8 가입자가 가입한 다른 보험과 저희 플랜 간의 보장 조율 방법

Medicare는 당사 플랜에 따른 혜택과 다른 보장을 조정할 수 있도록 가입자가 가지고 있는 다른 의료 또는 의약품 보장에 대한 정보를 수집하도록 요구합니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

저희는 귀하가 가입하고 있는 다른 의료 또는 의약품 보장 정보를 수록한 서신을 매년 한 번 발송해 드립니다. 이 정보를 유의하여 읽으십시오. 서신 내용이 정확할 경우, 가입자는 아무 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 정확하지 않거나 목록에 없는 다른 보장이 있는 경우, 가입자 서비스부에

1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 가입자의 청구서가 적시에 정확히 지불될 수 있도록 가입자는 다른 보험사에 플랜 가입자 ID 번호를 제공해야 할 수 있습니다 (해당 보험사의 신원 확인 후).

가입자가 다른 보험(직장 단체 의료 보험 등)에도 가입했을 때, Medicare 규칙은 당사 플랜 또는 가입자의 다른 보험 중 어느 쪽이 먼저 지불하는지를 결정합니다. 첫 번째로 지불하는 보험("1차 지불 보험")이 자체 보장 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험("2차 지불 보험")은 1차 보험에 의해 보장되지 않은 비용이 남아 있을 경우에만 지불합니다. 단, 이차 지불 보험은 이러한 미보장 비용 전액을 지불하지는 않을 수도 있습니다. 다른 보험에도 가입된 가입자는 담당 의사, 병원 및 약국에 이를 알려야 합니다.

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

- 가입자가 은퇴자 보장에 가입한 경우, Medicare에서 먼저 지불합니다.
- 가입자의 그룹 건강 플랜이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 직장에 기초할 경우, 먼저 지불하는 보험은 가입자의 나이, 가입자의 직장에 고용된 사람 수 그리고 가입자가 자신의 나이, 장애 또는 말기 신장질환(ESRD)로 인해 Medicare에 가입했는지 여부에 따라 달라집니다:
    - 가입자가 만 65세 미만이고 장애인이며 가입자 또는 가입자의 가족 구성원이 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 100명 이상이거나 복수의 직장 보험에서 최소 한 직장의 직원 수가 100명을 초과하면 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
    - 가입자가 만 65세 이상이고 가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)가 아직 직장에 다니고 있을 경우, 이 직장의 직원 수가 20명 이상이거나 복수의 직장 건강 플랜에서 최소한 한 직장의 직원 수가 20명을 초과하면 단체 의료 보험에서 먼저 지불합니다.
- ESRD 때문에 가입자가 Medicare에 가입한 경우, 가입자의 그룹 건강 플랜은 가입자가 Medicare 가입 유자격 후 처음 30개월 동안 먼저 지불합니다.

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

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

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

2장:
전화번호 및 리소스

섹션 1 당사 플랜 연락처

보험금 청구, 청구서 또는 가입자 카드와 관련해 도움이 필요하면 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하거나 서신을 보내 주십시오. 저희가 기꺼이 도와드리겠습니다.

가입자 서비스부 – 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007이 전화는 무료입니다. 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. 근무 시간 이후 기준으로 4월 1일부터 9월 30일까지 주말과 연방 공휴일에는 자동 전화 시스템이 전화를 받을 수 있습니다. 음성 메시지를 남긴 경우, 이름과 전화번호를 포함하면 팀 구성원이 영업일 기준 하루(1일) 이내에 전화를 드립니다. 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)에서는 비영어 구사자를 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
우편 주소	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

가입자의 의료 서비스에 대해 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 하는 방법

보장 결정은 가입자의 보험 혜택 및 적용 범위 또는 가입자의 의료 서비스나 파트 D 의약품에 있어서 저희가 지불하는 금액에 대한 저희의 결정입니다. 이의 신청이란 저희 보장 결정을 검토하고

변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다. 가입자의 의료 서비스 또는 파트 D 약에 대한 보장 결정 또는 이의 신청을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

의료 서비스 보장에 대한 결정 – 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
우편 주소	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

파트 **D** 약 보장에 대한 보장 결정 **-** 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
팩스	1-866-226-1093

파트 **D** 약 보장에 대한 보장 결정 **-** 연락처 정보	
우편 주소	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
웹사이트	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

의료 서비스에 대한 이의 신청 – 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
팩스	1-844-273-2671
우편 주소	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

파트 **D** 약에 대한 이의 신청 **-** 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.

파트 **D** 약에 대한 이의 신청 **-** 연락처 정보	
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
팩스	1-866-388-1766
우편 주소	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

의료 진료에 대한 불만사항 제기 방법

가입자는 의료 서비스 품질에 관한 불만사항 등을 포함하여 저희 또는 네트워크 소속 의료 제공자나 약국에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다. 이러한 유형의 불만 제기는 보장 범위나 비용 분쟁과 관련이 없는 것입니다. 의료 진료에 대한 불만사항 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

의료 서비스에 대한 불만사항 – 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
팩스	1-844-273-2671

의료 서비스에 대한 불만사항 – 연락처 정보	
우편 주소	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 웹사이트	Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에 대한 불만사항을 Medicare에 직접 제기하려면 Medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오.

파트 **D** 약에 대한 불만 **-** 연락처 정보	
전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 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.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
팩스	1-844-273-2671
우편 주소	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Medicare 웹사이트	Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에 대한 불만사항을 Medicare에 직접 제기하려면 Medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오.

가입자가 받은 의료 서비스 또는 의약품 비용의 지불을 요청하는 방법

당사가 지불해야 한다고 생각하는 서비스에 대한 청구서(의료 제공자 청구서 등)를 받았거나 귀하가 비용을 지불한 경우에 상환 또는 의료 제공자 청구서에 대한 비용 지불을 요청해야 할 수 있습니다. 자세한 내용은 7장을 참조해 주십시오.

가입자가 저희에게 지불 요청서를 보냈으나 저희가 해당 요청의 일부 사항에 대해 지불을 거절한 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 내용은 9장을 참조해 주십시오.

지급 요청 – 연락처 정보	
우편 주소	의료 서비스 지불 요청: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 파트 D 지불 요청: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

섹션 2 Medicare로부터 도움 받기

Medicare는 만 65세 이상인 자, 일부 만 65세 미만의 장애인 및 말기 신장질환(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(CMS)입니다. 이 기관은 당사 플랜을 포함한 Medicare Advantage 기관과 계약을 체결합니다.

Medicare - 연락처 정보	
전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영.

Medicare - 연락처 정보	
TTY	1-877-486-2048 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
실시간 채팅	Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간으로 채팅하십시오.
우편 주소	PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 서신 발송
웹사이트	Medicare.gov • 지불하는 비용 및 제공하는 서비스 등을 포함하여 가입자의 지역에 있는 Medicare 건강 및 의약품 플랜에 대한 정보를 확인하십시오. • Medicare 참여 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾아보십시오. • 예방 서비스(예: 선별검사, 주사 또는 백신, 연례 "웰니스" 방문)를 포함하여 Medicare에서 보장하는 사항을 확인하십시오. • Medicare 이의 신청 정보 및 양식을 받으십시오. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 관리 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원환자 재활 시설 및 장기요양 병원에서 제공하는 의료의 질에 대한 정보를 받으십시오. • 유용한 웹사이트 및 전화번호를 찾아보십시오. 또한 Medicare.gov 를 방문하여 당사의 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 알릴 수 있습니다. **Medicare에 불만사항을 제출하려면** Medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다.

섹션 3 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 훈련을 받은 상담원들을 보유한 정부 프로그램으로, 무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변을 제공합니다. California에서 SHIP은 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 부릅니다.

California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공하도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 독립 주 정부 프로그램(보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없음)입니다.

California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 상담원은 가입자의 Medicare 권리의 이해와 의료 서비스 또는 치료에 대한 불만사항을 제기할 수 있고, Medicare 청구서에 대한 문제를 해결해 줍니다. 또한 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 상담원은 Medicare 문의 사항 또는 문제에 대한 도움을 제공하고 가입자의 Medicare 플랜 선택에 관한 이해를 도와 드리며 다른 플랜으로의 전환에 관한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

California 건강보험 상담 및 지원 프로그램**(HICAP) -** 연락처 정보	
전화	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

섹션 4 품질 개선 기관(QIO)

지정된 품질 개선 기관(QIO)은 각 주의 Medicare 가입자에게 서비스를 제공합니다. California에서는 품질 개선 기관을 커먼스 헬스(California의 품질 개선 기관)라고 합니다.

커먼스 헬스(California의 품질 개선 기관)는 Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질을 점검하고 개선하도록 Medicare에서 채용한 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. 커먼스 헬스(California의 품질 개선 기관)는 독립 조직입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음의 경우 커먼스 헬스(California의 품질 개선 기관)에 문의하십시오.

- 가입자가 받은 서비스의 품질에 관해 불만사항이 있는 경우. 서비스 품질에 대한 우려의 예로는 잘못된 약물, 불필요한 검사 또는 절차, 오진 등이 있습니다.
- 가입자가 자신의 병원 입원에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.
- 가입자가 자신의 재택 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우.

커먼스 헬스(**California**의 품질 개선 기관) - 연락처 정보	
전화	1-877-588-1123 현지 시간 기준 월요일~금요일 오전 9시~오후 5시, 현지 시간 기준 토요일~일요일 오전 10시~오후 4시
TTY	711
우편 주소	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
웹사이트	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다. 또한 사회보장국은 높은 소득으로 인해 파트 D 약 보장에 대해 추가 금액을 지불해야 하는 사람을 결정할 책임이 있습니다. 추가 금액을 지불해야 함을 명시한 편지를 사회보장국으로부터 받은 가입자가 해당 금액에 관한 질문이 있거나 인생의 중대사로 인해 소득이 줄었을 경우, 해당 가입자는 사회보장국에 재고를 요청하도록 문의할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 바뀐 경우 사회보장국에 연락해서 이를 알려주십시오.

사회보장국 - 연락처 정보	
전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 연락 가능합니다. 사회보장국에서 하루 24시간 제공하는 자동응답 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화기가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 연락 가능합니다.
웹사이트	SSA.gov

섹션 6 Medicaid

저희 플랜의 가입자는 Medicare와 California Medi-Cal (Medicaid) 모두 자격이 됩니다. Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 연합 프로그램입니다.

또한 California Medi-Cal (Medicaid)을 통해 Medicare 보험료 등 Medicare 가입자들의 Medicare 비용을 지원하는 프로그램이 제공되고 있습니다. 이러한 Medicare 절약 프로그램은 매년 소득과 자원이 제한된 사람들이 비용을 절약할 수 있도록 지원합니다.

- **유자격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicare Part A 및 Part B 보험료, 기타 비용 분담(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 플러스(SLMB+):** Part B 보험료 납부를 지원합니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.
- **전적인 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicaid는 Medicare Part A 및 Part B 보험료 그리고 기타 비용 분담(공제액, 공동보험료 및 코페이먼트)을 지원할 수 있습니다. 또한 유자격 수혜자는 전적인 Medicaid 혜택을 받습니다.

이 플랜의 가입자가 되려면 Medicare와 California Medi-Cal (Medicaid)에 이중 등록되어 있어야 하며 등록 시점에 다른 모든 플랜 자격 요건을 충족해야 합니다. Medicaid로부터 받을 수 있는 지원에 관한 문의는 California Medi-Cal (Medicaid)로 문의하십시오.

California Medi-Cal (Medicaid) - 연락처 정보	
전화	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 월요일~금요일, 태평양시(PT) 오전 8시~오후 5시
TTY	1-800-430-7077 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

California 장기 케어 옴부즈맨 프로그램은California Medi-Cal (Medicaid) 가입자의 서비스 또는 청구 문제를 도와드립니다. 사무국은 가입자가 플랜에 고충 접수 또는 이의 신청을 하는 것을 지원합니다.

California Long-Term Care 옴부즈맨 프로그램 **-** 연락처 정보	
전화	1-916-419-7510 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 4시
TTY	711
우편 주소	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/

California 장기 간병 옴부즈맨 프로그램은 가입자가 요양원에 대한 정보를 얻고, 요양원과 거주자 또는 가족 사이의 문제를 해결하도록 도와줍니다.

California 장기 간병 옴부즈맨 프로그램 **-** 연락처 정보	
전화	1-916-419-7510 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시
TTY	711
우편 주소	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

섹션 7 처방약 비용 지원 프로그램

Medicare 웹사이트(Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 아래 프로그램은 소득이 제한된 사람들을 도울 수 있습니다.

Medicare에서 제공하는 추가 지원

가입자는 California Medi-Cal (Medicaid) 자격 대상이기 때문에, 가입자는 Medicare에서 추가 지원을 받아 처방약 플랜 비용을 납부할 자격이 있으며 이러한 지원을 받고 있습니다. 가입자가 이 추가 지원을 이용하기 위해 추가로 해야 할 일은 없습니다.

추가 지원에 관한 질문이 있다면 다음 번호로 연락해 주십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- 사회보장국에 1–800–772–1213번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화하시면 됩니다.
- 가입자의 주 Medicaid 사무소에 1-800-541-5555, TTY는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

약국의 처방전에 대해 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각되는 경우, 당사 플랜에는 가입자가 적절한 코페이먼트 금액에 대한 증빙 자료를 확보하는 데 도움이 되는 절차가 마련되어 있습니다. 적절한 금액의 증거가 이미 있는 경우, 당사는 가입자가 이 증거를 당사와 공유할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화를 걸어 담당자에게 귀하가 추가 지원 자격이 있는 것 같다고 말씀해 주십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다(최상의 가용 증거).
    - 이전 연도의 6월 이후 수혜자 이름과 자격 개시 날짜가 포함된 수혜자의 California Medi-Cal (Medicaid) 카드 사본
    - 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 California Medi-Cal (Medicaid) 가입 상태를 확인해주는 주 발행 문서 사본
    - 이전 연도의 6월 이후 California Medi-Cal (Medicaid) 가입 상태를 확인해주는 주의 전자식 등록 파일의 화면 인쇄물
    - 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 California Medi-Cal (Medicaid) 가입 상태를 확인해주는 주 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물
    - 이전 연도의 6월 이후 특정 월의 California Medi-Cal (Medicaid) 가입 상태를 확인해주는 주 발행 기타 문서
    - 개인이 보조적 소득 보장(SSI)을 받고 있음을 보여 주는 사회보장국(SSA)으로부터 받은 서신
    - 수혜자가 "…자동으로 추가 지원 자격을 획득"한 것을 확인하는 적격자로 간주되는 사람이 접수한 신청서(SSA 간행물 HI 03094.605)

  입원했는데 비용 분담을 하지 않을 자격이 된다고 생각되면 이 책자의 가입자 서비스부에 전화하여 추가 지원을 받을 자격이 있다고 생각한다고 담당자에게 알리십시오. 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다.

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

- 위에서 설명한 서류를 제공할 수 없고 추가 지원 자격이 있다고 생각하는 경우 가입자 서비스부에 연락하면 담당자가 도와드릴 것입니다.
- 당사가 가입자의 올바른 코페이먼트 수준을 보여주는 증거를 수령하면 다음 처방전을 받을 때 올바른 금액을 지불할 수 있도록 당사에서 시스템을 업데이트합니다. 가입자가 코페이먼트를 초과 지불한 경우, 당사는 수표 또는 향후 코페이먼트 크레딧으로 이를 환급해 드립니다. 약국이 가입자에게서 코페이먼트를 받지 못해 이를 가입자가 갚아야 하는 경우, 저희가 해당 약국에 직접 비용을 지불할 수 있습니다. 주에서 가입자를 대신하여 지불한 경우에는 저희가 주에 직접 지불할 수 있습니다. 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

가입자가 AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)으로 추가 지원 및 보장을 받는 경우는 어떻습니까?

AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)이란 HIV/AIDS를 앓고 있는 사람들이 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 약을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. ADAP 처방규정에서도 보장되는 Medicare Part D 의약품은 California AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 비용분담분 지원을 받을 수 있습니다.

California AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)은 가입자 주의 ADAP입니다.

해당 주의 California AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)은 아래에 나와 있습니다.

California AIDS 약 지원 프로그램**(ADAP) -** 연락처 정보	
전화	1-844-421-7050 월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 5시(공휴일 제외)
TTY	711
우편 주소	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
웹사이트	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

참고: 거주자의 주에서 운영되는 ADAP에 가입할 자격을 갖추려면, 해당 주 거주 및 HIV 상태 증명, (해당 주에서 정한) 저소득 기준, 그리고 무보험/과소 보험 상태 등의 특정 기준에 부합해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우, 계속 지원을 받을 수 있도록 현지 ADAP 등록 담당자에게 알리십시오. 가입 자격 기준, 보장약 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 California AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)에 전화하십시오.

Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜은 현재 의약품 보장과 함께 작동하는 새로운 지불 옵션이며 당사의 플랜에 의해 보장되는 의약품에 대한 본인부담금을 **달력 연도**(1월~12월)로 분산하여 관리하는 데 도움이 될 수 있습니다. 의약품 보장을 갖춘 Medicare 의약품 플랜 또는 Medicare 건강 플랜(의약품 보장을 갖춘 Medicare Advantage 플랜 등)에 가입한 모든 분들은 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절약하거나 약 비용을 절감하지는 않습니다. Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하고 동일한 파트 D 플랜에 계속 참여하면 자동으로 2027년 참여가 갱신됩니다. 2027년에 참여를 계속하려면 새로운 선정 요청을 제출할 필요가 없습니다.** Medicare의 추가 지원과 적격 인원을 위한 SPAP 및 ADAP의 도움은 Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 Medicare.gov를 방문하십시오.

Medicare 처방전 지불 플랜 **-** 연락처 정보	
전화	1-833-750-9969 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)에서는 비영어 구사자를 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	1-800-716-3231 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다.
우편 주소	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
웹사이트	go.wellcare.com/CA-MPPP

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회(RRB)

철도청 은퇴자 위원회는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. 철도청 은퇴자 위원회를 통해 Medicare를 받는 가입자는 이사할 때나 우편 주소가 변경될 때 이를 위원회에 알려 주십시오. 철도청 은퇴자 위원회로부터 받는 혜택에 관해 질문이 있을 경우, 이 기관에 문의하십시오.

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

섹션 9 그룹 보험 또는 기타 직장 건강 보험에 가입되어 있는 경우

가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)가 이 플랜의 일환으로 가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)의 직장 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받고 있을 경우, 문의 사항이 있는 해당 가입자는 직장/노동조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)에 전화하십시오. 가입자의(또는 가입자 배우자의 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 관해 문의할 수 있습니다 (가입자 서비스부의 전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨). 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 이 플랜에서의 Medicare 보장에 대해 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

가입자가 자신의(또는 배우자 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 그룹을 통해 다른 의약품 보장에 가입한 경우 **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의해 주십시오. 혜택 관리자는 가입자의 현재 의약품 보장이 저희 플랜과 상충되지 않는지 이해할 수 있습니다.

3장:
의료 서비스 및 기타 보장 서비스를 위한 당사 플랜 이용

섹션 1 당사 플랜 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받는 방법

이 장에서는 가입자가 받은 의료 서비스 및 기타 서비스에 대해 보장을 받기 위해 당사 플랜 이용 시 알아 두어야 할 사항에 관해 설명합니다. 당사 플랜에서 보장하는 의료 및 기타 서비스에 대한 자세한 내용은 4장의 의료 혜택표를 참조하십시오.

섹션 1.1 네트워크 소속 의료 제공자 및 보장되는 서비스

- **의료 제공자**란 주 면허가 있는 의사 및 기타 의료 전문가로, 환자를 치료하고 의료 서비스를 제공합니다. 또한 "의료 제공자"라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **네트워크 소속 의료 제공자**란 완불금으로서 저희의 지불금을 받기로 저희와 계약을 체결한 의사와 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 저희는 이 의료 제공자들과의 협의를 통해 이들이 저희 플랜 가입자들에게 보장되는 서비스를 제공하도록 조치해 놓았습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자에게 제공한 진료에 대해 저희에게 직접 청구서를 보냅니다. 가입자가 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받을 경우 보장 서비스에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.
- **보장 서비스**에는 당사 플랜에서 보장하는 모든 의료, 건강 관리 서비스, 용품 및 장비, 처방약이 포함됩니다. 귀하의 의료 보장 서비스는 4장의 의료 혜택표에 수록되어 있습니다. 귀하의 처방약에 대한 보장 서비스는 5장에서 설명합니다.

섹션 1.2 당사 플랜의 의료 서비스 및 기타 서비스 보장에 대한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜인 저희 플랜은 Original Medicare가 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare에 따른 보장 이외에도 기타 서비스를 제공할 수 있습니다. 플랜에서 보장하는 서비스는 4장을 참조하십시오.

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

- 4장에 있는 **당사 플랜의 의료 혜택표에 가입자가 받은 진료가 포함되어 있는 경우.**
- **가입자가 받은 의료 서비스가 의학적으로 필요한 것으로 간주되는 경우.** 의학적으로 필요하다는 표현은 서비스, 용품, 장비 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.

- **가입자에게 의료 서비스를 제공하고 주관하는 네트워크 소속 주치의(PCP)가 있는 경우.** 당사 플랜 가입자로서 귀하는 네트워크 소속 PCP를 선택해야 합니다(이에 관한 자세한 정보는 섹션 2.1 참조).
  - 대부분의 상황에서 가입자는 전문의, 병원, 전문요양시설 또는 재택 건강 관리 기관 등 당사 플랜의 네트워크에 소속한 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 가입자의 네트워크 소속 PCP의 사전 승인(진료 의뢰)을 받아야 합니다. 자세한 내용은 섹션 2.3을 참조하십시오.
  - 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스의 경우, PCP의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 담당 PCP의 사전 승인 없이 가입자가 받을 수 있는 다른 유형의 치료에 대해 알아보려면, 섹션 2.2를 참조하십시오.
- **네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받아야 하는 경우**(섹션 2 참조). 대부분의 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자(당사 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 의료 제공자)로부터 받은 가입자의 진료는 보장되지 않습니다. 즉, 제공받은 서비스에 대해 의료 제공자에게 전액을 지불해야 합니다. *다음 세 가지 예외가 있습니다.*
  - 당사 플랜은 가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 이에 관한 자세한 정보 및 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스가 의미하는 내용은 섹션 3을 참조하십시오.
  - 가입자에게 필요한 의료 서비스 중 Medicare 또는 California Medi-Cal (Medicaid)에서 저희 플랜으로 하여금 보장하기를 원하지만 해당 진료를 제공하는 네트워크 소속 전문의가 없는 경우, 가입자는 일반적으로 네트워크에서 지불하는 것과 동일한 비용 분담으로 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 이러한 진료를 받을 수 있습니다(사전 승인이 필요함). 가입자가 이러한 진료를 받기 전에 준수해야 할 승인 규칙에 관해 저희에게 전화해 주십시오. 이러한 상황에서 저희는 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받는 것처럼 이러한 서비스를 보장합니다. 네트워크 비소속 의사의 진료를 받기 위한 승인을 받는 데 관한 정보는 섹션 2.4를 참조하십시오.
  - 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 이외에 일시적으로 머물거나 이 서비스를 제공하는 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우에 Medicare 인증 투석 시설에서 받게 되는 신장 투석 서비스를 당사 플랜에서 보장해 드립니다. 가입자가 투석에 대해 당사 플랜에 지불하는 비용 분담은 Original Medicare의 비용 분담을 절대 초과할 수 없습니다. 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 당사 플랜의 네트워크 외부에 있는 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 가입자의 비용 분담은 가입자가 네트워크에서 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 투석을 위해 일반적으로 이용하는 네트워크 소속 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 당사 플랜 네트워크 외부의 의료 제공자로부터 서비스 지역 내부에서 서비스를 받을 경우, 투석의 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자로부터 의료 서비스 및 기타 서비스를 받으십시오

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

PCP는 누구이며, PCP는 가입자를 위해 무엇을 합니까?

플랜의 가입자가 될 때 귀하는 플랜 제공자 중에서 귀하의 PCP를 선택해야 합니다. PCP는 건강 파트너로서, 의료 서비스를 제공하거나 조율합니다. 가입자의 PCP는 주에서 정한 요건에 부합되고 가입자에게 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육 받은 의료 전문가입니다. 여기에는 가족 진료, 일반 진료, 내과 전문의가 포함됩니다.

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

- X선,
- 검사실 검사,
- 물리 치료, 작업 치료 및/또는 언어 치료,
- 전문의 치료,
- 병원 입원 및
- 후속 치료

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

때에 따라 담당 PCP, 전문의 또는 기타 의료 제공자가 특정 유형의 보장 서비스 및 품목에 대해 사전 승인(사전 허가)을 받아야 할 수도 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스 및 품목은 본 문서의 4장을 참조하십시오.

정규 업무 시간 후에 담당 의사와 상담해야 하는 경우, 담당 의사에게 전화하면 담당 의사, 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 지침이 있는 자동 응답기 또는 보장을 제공하는 다른 의사에게 연결됩니다. 응급 상황이 발생한 경우 즉시 911로 전화하십시오.

PCP 선택 방법

저희 플랜에 등록하시면 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 네트워크에서 참여 의료 그룹을 선택하실 수 있습니다. 이 참여 의료 그룹에서도 PCP를 선택하실 수 있습니다. PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories를 방문하여 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 가입자 서비스부는 PCP를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP를 선택했으면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 전화하십시오. PCP는 당사 네트워크 소속이어야 합니다.

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

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

담당 PCP 변경 방법

가입자는 언제든지 이유를 불문하고 PCP를 교체할 수 있습니다. 또한 담당 PCP가 당사 플랜의 네트워크를 탈퇴할 수 있으며, 이 경우 가입자는 새로운 PCP를 선정해야 합니다. 특정 상황에서 당사의 의료 제공자는 네트워크를 떠난 후에도 계속 관리해야 할 의무가 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

의료 그룹 또는 PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 각 플랜 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 일부 그룹 PCP는 제한적이거나 특정 진료 의뢰 네트워크에 참여하므로, 사용자가 선택하는 플랜 의료 그룹 및 PCP가 귀하가 이용할 전문가 및 병원을 결정할 수 있습니다. 이용하려는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 플랜 의료 그룹 및 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 사용하는지 확인하십시오.

PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 변경사항은 다음달 첫째 날부터 유효합니다. 참고: 배정된 PCP가 아닌 다른 PCP를 이용하는 경우, 더 높은 비용 분담금이 발생하거나 청구가 거부될 수 있습니다.

섹션 2.2 PCP 진료 의뢰 없이 가입자가 받을 수 있는 의료 서비스 및 기타 서비스

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

- 유방 검사, 유방암 선별검사(유방 X선), 자궁경부 세포검사, 골반 검사를 포함하여 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 여성의 정기적인 검진.
- 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 독감 질병예방 주사, COVID-19 예방접종 및 폐렴 예방접종
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 치료
- 긴급하게 필요한 서비스는 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나, 가입자의 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 플랜과 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우 즉각적인 치료가 필요한 서비스입니다(응급 상황은

아님). 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예측하지 못한 의료 질환 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문(예: 연례 검진)은 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

- 가입자가 일시적으로 당사 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스. 가능한 경우, 가입자가 이 플랜의 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)에 연락하시면 저희는 가입자의 서비스 지역 이외 체재 중 지속적으로 투석을 받을 수 있도록 조정할 수 있습니다.

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

전문의란 특정 질환 또는 신체의 특정 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사입니다. 많은 분야에 걸쳐 전문의가 있습니다. 예를 들면:

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

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

전문의가 가입자에게 추가 치료를 위해 재방문을 원할 경우, 가입자는 첫 방문 시에 담당 PCP로부터 진료 의뢰가 해당 전문의 재방문 시에도 적용이 되는지 먼저 확인해야 합니다. 일부 경우, 가입자 또는 가입자의 대리인이나 담당 PCP/의료 제공자는 플랜으로부터 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스에 대한 정보는 4장, 섹션 2을 참조해 주십시오.

각 의료 그룹 및 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 이는 귀하가 선택하는 의료 그룹 및 PCP가 귀하가 이용할 수 있는 전문의나 병원을 결정할 수 있다는 의미입니다. 귀하가 진료받으려는 특정 전문의나 병원이 있으면 귀하의 의료 그룹이나 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 이용하는지 확인하십시오. 가입자가 플랜 전문의에게 진료를 받고 싶거나 현재 담당 PCP가 추천할 수 없는 병원에 가고 싶은 경우 언제든지 PCP를 교체할 수 있습니다. 섹션 2.1의 “담당 PCP 변경 방법” 에서 PCP 변경 방법을 알려 드립니다.

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

저희는 연중 당사 네트워크의 일부인 병원, 의사 및 전문의(의료 제공자)를 교체할 수 있습니다. 만약 담당 의사 또는 전문의가 당사 플랜을 떠나는 경우에 귀하는 다음과 같은 권리를 보유하고 보호를 받습니다.

- 연도 중간에 저희의 네트워크 소속 의료 제공자에게 변경사항이 있을 수 있지만, Medicare 에서는 가입자가 자격이 있는 의사 및 전문의의 진료를 지속적으로 받을 수 있도록 요구합니다.

- 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 확보할 수 있도록 당사는 이를 통보합니다.
    - 가입자의 주치의 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 떠나는 경우, 가입자가 지난 3년 내에 해당 의료 제공자를 방문했다면 가입자에게 통보해 드릴 것입니다.
    - 가입자 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 떠나는 경우, 가입자가 해당 의료 제공자에게 배정되었거나, 현재 진료를 받고 있거나, 지난 3개월 이내에 진료실을 방문했다면 가입자가 통보해 드릴 것입니다.
- 지속적인 치료를 위해 자격을 갖춘 새로운 네트워크 소속 의료 제공자를 선택하실 수 있도록 도와드립니다.
- 가입자가 의료 제공자로부터 의학적 치료 또는 요법을 받고 있다면, 가입자는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법을 계속 받도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 가입자가 계속 진료를 받을 수 있도록 노력할 것입니다.
- 당사는 가입자에게 제공되는 가입 기간 및 플랜 변경 관련 이용 가능한 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의학적 요구를 충족하기에 부적절한 경우, 당사는 당사의 의료 제공자 네트워크 외부이지만 네트워크 내 비용 분담으로 의학적으로 필요한 보장 혜택을 받을 수 있도록 할 것입니다. 저희 플랜에서 네트워크 소속 의료 제공자가 없다는 점을 확인해야 하며, 네트워크 비소속 의료 제공자가 플랜에 연락하여 귀하가 서비스를 받을 수 있도록 권한을 요청해야 합니다. 승인되면, 네트워크 비소속 의료 제공자에게 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됩니다. 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스를 받을 수 있습니다. 또한 저희 플랜은 플랜의 서비스 지역을 벗어나 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 말기 신장질환(ESRD)이 있는 가입자를 위한 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 공인 투석 시설에서 받아야 합니다.
- 담당 의사 또는 전문의가 당사 플랜을 떠난다는 사실을 알게 되는 경우, 당사에 연락하시면 치료를 관리할 새로운 의료 제공자를 선택하실 수 있도록 도와드리겠습니다.
- 저희가 가입자에게 이전의 의료 제공자를 대체할 유자격 의료 제공자를 배치하지 않았다고 생각하시거나 가입자의 치료가 적절히 관리되지 않고 있다고 생각하시는 경우 귀하에게는 QIO에 진료 품질 불만사항을 제기하거나 본 플랜에 진료 품질 고충을 제기하거나 둘 다 제기할 수 있는 권리가 있습니다(9장 참조).

섹션 2.4 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받는 방법

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

또한 Medicare에서 보장하는 의료 서비스가 필요하고 네트워크 소속 의료 제공자가 이 관리를 제공할 수 없다면 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 관리를 받을 수 있습니다. 저희 플랜에서 네트워크 소속 의료 제공자가 없다는 점을 확인해야 하며, 네트워크 비소속 의료 제공자가 플랜에 연락하여 귀하가 서비스를 받을 수 있도록 권한을 요청해야 합니다. 승인되면, 네트워크 비소속 의료 제공자에게 서비스를 제공할 수 있는 권한이 부여됩니다.

플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

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

- 가입자의 대리인 또는 의료 제공자가 현재 의료 제공자의 진료를 계속 받을 수 있도록 당사에 요청합니다.
- 당사는 귀하가 주치의나 전문의와 이미 관계가 성립되었음을 확증합니다. 단, 예외가 있습니다. 기존 관계란 첫 당사 플랜 가입일 이전 12개월 사이에 비응급 방문으로 네트워크 비소속 의료 제공자를 최소 한 번 방문하셨음을 의미합니다.
    - 당사는 이용할 수 있는 귀하의 의료 정보 또는 귀하가 당사에 제공하는 정보를 검토하여 기존 관계의 성립 여부를 결정합니다.
    - 귀하의 요청에 답변하는 데 30일이 소요됩니다. 귀하는 빠른 결정을 당사에 요구하실 수 있으며, 당사는 15일 안에 반드시 답변해야 합니다. 1-800-431-9007번, TTY 711번으로 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 전화하십시오. 귀하가 피해를 입을 위험이 있을 경우 당사는 3일 이내에 답변해야 합니다.
    - 귀하가 요청하시는 경우, 귀하나 귀하의 의료 제공자는 기존 관계를 증명하는 서류를 제출해야 하며 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 내구성 의료 장비(DME) 공급업체에 대해 90일 이상 또는 당사가 새 대여를 승인하고 네트워크 소속 의료 제공자가 대여 서비스를 제공할 때까지 이 요청을 할 수 있습니다.

지속적 진료 기간이 끝난 후, 가입자는 주치의 의료 그룹과 제휴하고 있는 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 네트워크 소속 의사 및 기타 의료 제공자의 진료를 받으셔야 합니다. 단, 당사가 네트워크 비소속 의사와 협약을 맺고 있다면 그렇지 않습니다.

섹션 3 가입자가 응급 상황, 재난 상황에 처하거나 긴급한 치료가 필요한 경우 서비스를 받는 방법

섹션 3.1 가입자에게 의료적 응급 상황이 발생하는 경우의 치료

의료적 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 자신의 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 상실 또는 팔다리 기능의 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 신체장애를 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

가입자에게 의료적 응급 상황이 발생한 경우 다음 조치를 취합니다.

- **최대한 신속하게 도움을 받습니다.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 이동합니다. 가입자에게 필요할 경우 구급차를 부릅니다. 가입자는 담당 PCP의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 없습니다. 네트워크 소속 의사를 사용할 필요가 없습니다. 필요한 경우 미국 또는 해당 영토에서 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 적절한 주 면허 등록을 가진 의료 제공자에게서 보장 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다. Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에는 전 세계 응급/긴급 보장이 포함되어 있습니다.
- **최대한 신속하게 가입자의 응급 상황에 관해 저희 플랜에 알려야 합니다.** 저희는 가입자의 응급 치료에 대해 후속 조치를 취해야 합니다. 일반적으로 48시간 이내에 귀하 혹은 다른 사람이 귀하의 응급 치료에 대해 당사에 알려주셔야 합니다. 도움이 필요한 경우 가입자 카드 뒷면에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다.

의료적 응급 상황 시 보장 서비스

저희 플랜은 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 앰뷸런스 서비스를 보장해 드립니다. 또한 저희는 응급 상황에서 의료 서비스를 보장합니다.

가입자에게 응급 치료를 제공하는 의사는 가입자의 상태가 안정적이며 의료적 응급 상황이 끝났는지 여부를 결정합니다.

응급 상황이 끝난 후에도 가입자는 안정적인 상태를 유지할 수 있도록 의학적으로 필요한 후속 치료를 받을 수 있습니다. 의사들은 귀하의 의학적 상태가 안정될 때까지 계속해서 치료할 것이며, 적절한 경우에 당사와 추가적인 치료를 계획하기 위해 당사와 협력할 것입니다.

귀하의 회복을 지원하기 위해 일반적으로 응급 치료를 받은 후 5~7일 이내에 주치의 또는 치료 제공자와 후속 조치를 취할 것을 권장합니다. 그러나 응급 서비스 보장을 위해 후속 조치가 필요한 것은 아니며, 특정 기간 내에 후속 방문을 예약할 수 없는 경우 보장에 영향을 미치지 않습니다.

당사 진료 조율 서비스의 일환으로, 필요한 경우 후속 진료 예약을 돕거나 추가 지원 자원과 연계해 드리기 위해 진료 팀에서 연락을 드릴 수 있습니다. 귀하의 플랜에서 보장하는 의학적으로 필요한 후속 진료는 귀하의 플랜의 비용 분담 규칙에 따라 지급됩니다.

가입자의 응급 치료가 네트워크 비소속 의료 제공자에 의해 제공될 경우 저희는 가입자의 의학적 상태 및 조건이 허락하는 대로 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자를 치료할 수 있도록 조정할 것입니다.

의료적 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 해야 합니까?

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

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

- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자에게 가서 추가적 치료를 받습니다.
- 가입자가 받는 추가 치료가 긴급하게 필요한 서비스로 간주되며 가입자가 이 긴급 진료를 받기 위한 규정을 따릅니다.

섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요한 경우 치료 받기

즉각적인 치료가 필요한 서비스(응급 상황은 아님)는 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나, 가입자의 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예측하지 못한 의료 질환 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 하지만 연례 검진 등 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문은 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

긴급 진료가 필요한 경우, PCP 진료실로 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오. 네트워크 소속의 긴급 진료 센터에서 긴급 진료를 받도록 안내 받을 수 있습니다. 네트워크 소속 긴급 진료 센터의 목록은 *의료 제공자 및 약국 명부*나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서 확인할 수 있습니다. 담당 의사 진료실에서 긴급 진료 서비스를 받는 경우 가입자는 진료실 방문 코페이먼트를 지불하지만, 네트워크 소속 긴급 진료 센터 또는 워크인 클리닉에서 긴급 진료 서비스를 받는 경우 긴급 진료 센터 코페이먼트를 지불하게 되며, 그 금액은 다를 수 있습니다. 의사 진료실 또는 네트워크 소속 긴급 진료 센터나 예약이 필요 없는 진료소에서 제공하는 서비스에 적용되는 코페이먼트에 대한 정보는 4장 의료 혜택표를 참조하십시오.

가입자는 또한 간호사 상담 라인으로 언제든지 연락하실 수 있습니다. 전문 간호사가 주 7일, 하루 24시간 언제든지 상주하여 문의 사항에 답변해 드립니다. 간호사 상담 라인에 관한 자세한 내용은 4장의 건강 및 웰니스 교육 프로그램 혜택 카테고리를 참조하거나 가입자 서비스부로 전화하십시오.

당사 플랜은 아래와 같은 상황 하에 미국 이외 지역에서 전 세계 응급 서비스와 긴급 진료 서비스를 보장합니다.

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

참고: Medicare는 미국 및 미국령 이외의 지역에서 받은 응급 의료 서비스에 대해 보장하지 않지만, 당사 플랜은 이를 추가 혜택으로 보장합니다.

자세한 내용은 본 책자의 4장에 있는 의료 혜택표의 '응급 치료' 및 '긴급하게 필요한 서비스'를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 3.3 재난 기간 동안 치료 받기

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

재난 기간 동안 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보는 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

재난 기간 동안에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우에는 당사 플랜에서 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료받는 것을 허용하며 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 때와 동일한 방식의 비용 분담이 적용됩니다. 재난 기간 동안 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 조제해도 됩니다. 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.

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

보장 서비스에 대해 지불하셨거나 보장 의료 서비스에 대한 청구서를 받으셨다면 7장의 해야 할 일 관련 정보를 참조해 주십시오.

섹션 4.1 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스인 경우

당사 플랜은 4장 의료 혜택표에 나열된 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 귀하가 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나, 승인 없이 네트워크 밖에서 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스가 아닌 서비스를 받는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액을 지불해야 할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스 비용을 지불하기 이전에 해당 서비스를 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하는지 여부를 확인해야 합니다.

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

섹션 5 임상 연구의 의료 서비스

섹션 5.1 임상 연구란 무엇입니까

임상 연구(또는 *임상 시험*)란 의사와 과학자들이 새로운 항암제의 약효 시험 등 새로운 유형의 치료를 시험하는 방식입니다. Medicare에서는 특정 임상 연구를 승인합니다. Medicare에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 지원자에게 연구 참여를 요청합니다. 임상 연구 참여 시, 가입자는 당사의 플랜에 여전히 가입된 상태로 플랜을 통해 나머지 진료(연구와 관련되지 않은 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

가입자가 Medicare 승인 연구에 참여할 경우, Original Medicare는 연구의 일환으로 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 가입자가 적격 임상 시험에 참여한다고 말할 경우, 가입자는 해당 시험의 서비스에 대한 네트워크 내 비용 분담에 대해서만 책임을 집니다. 가입자가 더 많이 지불했다면, 예를 들어 Original Medicare 비용 분담액을 이미 지불했다면, 당사는 가입자가 지불한 금액과 네트워크 비용 분담의 차액을 환급합니다. 가입자는 지불 금액을 알려주는 문서를 제공해야 합니다.

모든 Medicare 승인 임상 연구에 참여하고자 하는 가입자는 저희에게 알리거나 당사 또는 PCP의 승인을 받을 필요가 없습니다. 임상 연구의 일환으로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 제공자는 당사 플랜의 네트워크의 일부일 필요가 없습니다. 이는 증거 개발(NCD-CED) 및 임상시험용 기기 면제(IDE) 연구를 통한 보장이 필요한 특정 혜택을 포함하여 혜택을 평가하기 위해 임상 시험 또는 등록이 필요한 보장 혜택에는 적용되지 않습니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수도 있습니다.)

임상 연구에 참여하기 위해 당사 플랜의 허가를 받을 필요는 없으나 Medicare 인증 임상 시험에 참여하려는 경우 사전에 저희에게 알려주실 것을 권장합니다.

가입자가 Medicare에서 승인하지 않은 연구에 참여할 경우, 가입자는 연구 참여에 드는 모든 비용을 부담해야 합니다.

섹션 5.2 임상 연구 서비스에 대한 비용 지불 주체

가입자는 Medicare 승인 임상 연구에 참여하면 Original Medicare에서 연구의 일환으로 받게 되는 다음의 정기적인 서비스 및 품목을 보장합니다:

- 귀하가 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare가 지불하는 병원 입원을 위한 병실 및 숙식.

- 임상 연구의 일환인 수술 또는 기타 시술.
- 새로운 치료법과 관련된 부작용 및 합병증 치료.

Medicare에서 이러한 서비스에 대한 비용분담분을 지불한 후 저희 플랜이 나머지를 지불합니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로 가입자가 임상 연구에 참여하는 보장 서비스에 대한 비용을 가입자가 지불하지 않아도 됩니다.

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

- 일반적으로, Medicare는 연구에서 시험되고 있는 새로운 항목 또는 서비스에 대해서는 지불하지 않습니다. 단, 가입자가 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 해당 항목 또는 서비스를 보장하는 경우는 예외입니다.
- 가입자의 치료에 직접 사용되지 않고 데이터를 수집하기 위해서만 제공되는 품목 또는 서비스. 예를 들어, 가입자의 의학적 상태에 따라 정상적으로 단 일회의 CT 스캔만 필요할 경우, Medicare 연구의 일환으로 시행되는 월별 CT 스캔에 대해서는 지불하지 않습니다.
- 연구 후원자가 임상시험 참여자에게 무료로 제공하는 품목 및 서비스.

임상 연구 참여에 대한 자세한 정보 확인

임상 연구 시험에 참여하는 것에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies에서 Medicare 출판물 *Medicare 및 임상 연구*를 참조하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 6 종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 의료 기관

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

섹션 6.2 종교적 비의학적 의료 기관으로부터 치료 받기

종교적 비의학적 의료 기관의 치료를 받고자 하는 가입자는 **비 예외** 치료를 받는 것을 양심에 따라 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- **비 예외** 의료 서비스 및 치료는 자발적이며 연방, 주 또는 현지 법에 의해 요구되지 않는 의료 서비스 또는 치료입니다.

- **예외** 치료는 비자발적이며 연방, 주 또는 지방 법률에 따르며 요구되는 의료 또는 치료입니다.

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

- 치료를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 당사의 플랜은 치료의 *비종교적* 측면만을 보장합니다.
- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받았을 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
    - 병원 입원 치료 또는 전문요양시설에서의 간호를 위해 보장 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
    - *- 그리고 - 가입자는* 시설에 입소하기 전에 당사 플랜에서 사전 승인을 받아야 하며, 사전 승인을 받지 않을 경우 가입자의 시설 입원은 보장되지 않습니다.

저희 플랜에서 사전 승인(허가)을 받지 않았을 경우 가입자의 종교적 비의학적 의료 기관 입원은 저희 플랜에 의해 보장되지 않으며, 입원 중에 또는 전문요양시설에서의 간호를 받을 경우와 동일한 보장 한도가 적용됩니다. 병원 입원 및 전문요양시설 이용 시 적용되는 보장 규칙과 비용 분담 및 제한사항에 관한 자세한 내용은 4장의 의료 혜택표를 참조해 주십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

섹션 7.1 가입자가 저희 플랜에 따라 특정 횟수의 대금을 지불한 후에는 일부 내구성 의료 장비를 소유할 수 없습니다

내구성 의료 장비(DME)에는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동 매트리스 장치, 목발, 당뇨 용품, 음성 생성 장치, IV 주입 펌프, 네뷸라이저 및 가입자를 위해 가정용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 등의 품목이 포함됩니다. 가입자는 항상 보철과 같은 일부 DME 품목을 소유합니다. 다른 유형의 DME는 가입자가 대여해야 합니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여하는 사람들은 13개월 간 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 해당 장비를 소유하게 됩니다. 당사 플랜의 가입자로서, 지정된 기간 동안 해당 품목에 대한 코페이먼트를 지불한 후 소유할 특정 유형의 DME가 있습니다. Original Medicare에 가입했을 때, 이전에 DME 품목에 대해 지불했던 금액은 저희 플랜의 가입자인 동안 지불하는 금액에 포함되지 않습니다. 저희 플랜의 가입자인 동안 DME 품목의 소유권을 취득하고 장비를 유지 보수해야 하는 경우, 의료 제공자는 수리 비용에 대해 플랜에 청구할 수 있습니다. 또한 저희 플랜의 가입자인 동안 품목에 대해 아무리 비용을 많이 지불해도 소유권을 확보할 수 없는 특정 유형의 DME도 있습니다. 가입자 서비스부(1-800-431-9007(TTY 사용자는 711))에 전화하여 DME의 임대 또는 소유 요구조건과 제출하여야 하는 서류에 대해 알아보실 수 있습니다.

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

가입자는 저희 플랜 가입 기간 중 DME 품목의 소유권을 얻지 않았을 경우 DME 품목의 소유권을 확보하기 위해 Original Medicare로 전환한 후 새로 13회 연속 납부해야 합니다. 당사 플랜에 가입한 동안 귀하가 지불한 금액은 이러한 13회 지불에 산입되지 않습니다.

예 1: Original Medicare에서 해당 항목에 대해 연속하여 12회 이하의 비용을 지불한 경우. Original Medicare에서 지불한 내역은 산입하지 않습니다. 가입자는 품목을 소유하기 전에 플랜에 13회의 지불을 해야 합니다.

예 2: Original Medicare에서 해당 항목에 대해 연속하여 12회 이하의 비용을 지불한 경우. 당사 플랜에 가입한 동안에는 해당 품목에 대한 소유권을 얻지 못합니다. 그 후 Original Medicare로 돌아갑니다. Original Medicare에 다시 가입하여 해당 품목을 소유하려면 새로운 비용을 연속하여 13회 지불해야 합니다. 가입자가 이미 지불한 금액(당사 플랜 또는 Original Medicare에 대한 금액)은 포함되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 용품, 유지관리에 관한 규칙

Medicare 산소 장비 보장 자격 대상인 경우 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 다음을 보장해 드립니다.

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

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)를 탈퇴하거나 더 이상 산소 장비가 의학적으로 필요하지 않은 경우 산소 장비를 반환해야 합니다.

당사 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 5년 동안 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 산소 공급업체가 필요합니다. 처음 36개월은 장비를 대여합니다. 나머지 24개월 동안 공급업체는 장비 및 유지관리 서비스를 제공합니다(가입자는 여전히 산소 이용에 대한 비용 분담금을 부담합니다). 5년 후에는 같은 제공업체를 계속 이용하거나 다른 업체를 이용할 수 있습니다. 이 시점에서 5년 주기가 다시 시작되며, 동일한 업체를 계속 이용하더라도 처음 36개월 동안 코페이먼트를 다시 지불해야 합니다. 당사 플랜에 가입하거나 탈퇴하는 경우 5년 주기가 새로 시작됩니다.

4장:
의료 혜택표
(보장 사항)

섹션 1 보장 서비스 이해하기

당사 플랜 가입자의 보장 서비스가 나열된 의료 혜택표가 수록되어 있습니다. 이 섹션에서는 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보도 제공하고 특정 서비스에 대한 제한 사항을 설명합니다.

섹션 1.1 가입자는 보장 서비스에 대해 아무것도 납부하지 않습니다

California Medi-Cal (Medicaid)에서 지원을 받기 때문에 치료를 받기 위한 당사 플랜 규칙을 준수하는 한 가입자는 보장 서비스에 대한 비용을 부담하지 않습니다 (진료를 위한 당사 플랜 규칙의 자세한 정보를 확인하려면 3장으로 가십시오.)

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

참고: 당사의 가입자는 Medicaid의 지원 또한 받기 때문에 소수의 가입자만 본인부담금 최대한도액에 도달합니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

Medicare Advantage 플랜은 Medicare Part A와 Part B에서 보장하는 의료 서비스에 대해 매년 가입자가 본인부담금으로 지불해야 하는 금액의 한도를 정합니다. 이 한도를 의료 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액(MOOP)이라고 합니다. **달력 연도 기준 2027년 MOOP 금액은 $9,850입니다.**

보장 서비스에 대해 코페이먼트 및 공동보험료로 납부하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다. 파트 D 약 구입 시 납부하는 금액은 가입자 부담 최대한도액으로 산입되지 않습니다. 또한 일부 서비스에 대해 지불하는 금액도 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다. 이에 해당하는 서비스는 의료 혜택표에 별표(*)로 표시되어 있습니다. 가입자 부담 최대한도액인 $9,850에 도달하게 되면, 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 해당 연도의 남은 기간 동안 더 이상 본인부담금을 지불하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare Part B 보험료는 계속 납부해야 합니다(California Medi-Cal (Medicaid) 또는 기타 제3자가 파트 B 보험료를 대신 납부해 주는 경우 제외).

섹션 2 의료 혜택표에는 가입자의 의료 혜택과 비용이 나와 있습니다

다음 페이지에 수록된 의료 혜택표에는 플랜에서 보장하는 서비스가 나와 있습니다(파트 D 의약품 보장 범위는 5장 참조). 의료 혜택표에 나열된 서비스는 다음과 같은 요건이 충족된 경우에만 보장됩니다.

- Medicare 보장 서비스는 Medicare 보장 가이드라인에 따라 제공되어야 합니다.
- 가입자의 서비스(의료, 서비스, 용품, 장비, 파트 B 약 포함)는 *반드시* 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 표현은 서비스, 용품 또는 의약품이 가입자의 의학적 상태에 대한 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 일반적으로 인정된 진료 표준에 부합됨을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, MA Coordinated Care 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새 MA 플랜이 실제 치료 과정에 대해 사전 승인을 요구하지 않을 수 있으며, 이는 치료 과정이 네트워크 비소속 의료 제공자를 통해 시작된 서비스를 위한 것이었더라도 마찬가지입니다.
- 가입자에게 의료 서비스를 제공하고 주관하는 주치의(PCP)가 있는 경우. 대부분의 경우, PCP는 가입자가 당사 플랜의 네트워크에 소속된 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 가입자에게 반드시 사전 승인(진료 의뢰)을 해야 합니다.
- 의료 혜택표에 나열된 서비스 가운데 일부는 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 사전에 당사로부터 승인을 받은 *경우에만* 보장됩니다(사전 승인이라고도 함). 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택표에서 기울임꼴로 표시되어 있습니다.
- 귀하의 조정된 의료 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인하는 경우, 해당 보장 기준, 병력 및 치료를 제공한 의료 제공자의 권고에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 승인이 유효해야 합니다.

보장에 대해 알아 두어야 할 기타 중요 사항:

- 귀하는 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid)의 보장을 모두 받고 있습니다. Medicare는 의료 서비스 및 처방약을 보장합니다. California Medi-Cal (Medicaid)은 귀하의 California Medi-Cal (Medicaid) 적합성 분류에 따라 입원 및 외래 환자를 위한 병원 서비스 및 의사 진료실 방문을 위한 플랜 의료비 공제액 및 코페이먼트 또는 공동보험료 금액을 포함한 Medicare 서비스에 대한 비용 분담을 보장할 수 있습니다. 또한 California Medi-Cal (Medicaid)는 장기요양, 일부 비처방 약, 가정 및 지역사회 기반 서비스와 같이 Medicare에서 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 저희도 Original Medicare에서 보장하는 모든 사항을 보장합니다 (보장 사항 및 Original Medicare에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 *2027년 Medicare와 가입자* 핸드북을 참조하십시오. Medicare.gov 에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 사본을 요청하십시오. TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다.)

- Original Medicare에서 무료로 보장하는 모든 질병예방 서비스는 저희도 무료로 보장해 드립니다.
- Medicare가 2027년도에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜에서 이들 서비스를 보장해 드립니다.
- California Medi-Cal (Medicaid) 자격을 상실했으나 3개월 내에 다시 회복할 것으로 예상되는 경우 Medicare Advantage 플랜으로 보장하는 Medicare 혜택을 계속 제공해 드립니다. 하지만 이 기간 중에 Medicare Advantage 플랜은 가입자의 Medicaid 주 플랜에 포함될 수 있는 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택의 보장에 대한 책임이 없습니다. 가입 자격에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

가입자는 위에 설명된 보장 요건을 충족하는 한 의료 혜택표 상에 나열된 서비스에 대한 비용을 납부하지 않습니다.

만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

- 아래에 기재된 만성 질환이 있다고 진단받고 특정한 기준에 부합하는 경우, 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택을 받을 자격이 될 수도 있습니다.
  - **자가면역 질환**
  - **암**
  - **심혈관 질환**
  - **만성 알코올 남용 장애 및 기타 약물 남용 장애(SUD)**
  - **만성 및 장애 정신 건강 상태:**
  - **시력, 청력(난청), 미각, 촉각 및 후각을 저해하는 만성 상태**
  - **만성 위장관 질환**
  - **만성 심부전**
  - **만성 신장 질환(CKD)**
  - **만성 폐 질환**
  - **인지 장애와 관련된 상태**
  - **개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태**
  - **기능적 어려움이 있는 상태**
  - **치매**
  - **진성 당뇨병**
  - **자궁내막증**
  - **HIV/AIDS**
  - **면역결핍 및 면역억제 질환**
  - **신경 질환**
  - **과체중, 비만 및 대사 증후군**
  - **장기 이식 후**

- **중증 혈액 질환**
- **뇌졸중**
- 귀하의 플랜은 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)을 제공합니다. 이러한 혜택은 하나 이상의 적격 만성 질환으로 진단받고 CMS가 정의한 적합성 기준 요건을 **모두** 충족하는 가입자에게 제공됩니다.
  - 가입자의 전반적인 건강 또는 기능을 유의성 있게 제한하거나 생명을 위협하는 한 가지 이상의 동반 이환 및 의학적 복합 만성 질환이 있는 경우
  - 입원 또는 기타 유해한 건강 결과가 발생할 위험이 높은 경우
  - 집중 치료 조정이 필요한 경우

  만성 질환 진단만으로 적합성을 보장할 수는 없습니다. **하나 이상의 적격한 만성 질환이 있을 뿐만 아니라, 다음 중 한 가지 이상의 조건이 있는 가입자만이 SSBCI에 대한 적합성이 입증됩니다.**
  - 입원 또는 응급실 방문 과거력 및/또는
  - 외래환자 서비스 또는 전문 의료서비스의 빈번한 사용 및/또는
  - 질병 조절이나 투약 순응도가 낮다는 증거 및/또는
  - 건강 결과에 영향을 미치는 비의료적 사회적 요구(SDOH)

  적합성은 플랜에 등록된 후 의료 기록, 청구, 진료 관리 평가, 의료 제공자 문서 및 기타 지원 정보와 같은 이용 가능한 정보를 기반으로 객관적이고 문서화된 기준을 사용하여 결정됩니다.

  충분한 청구 기록이 없는 신규 가입자의 경우, 적합성 검토를 지원하기 위해 의료 공급자의 진술서를 제출할 수 있습니다. 적합성은 가입자가 모든 필수 적합성 기준을 충족하는지 여부에 따라 결정되므로 진술서 제출이 승인을 보장하지는 않습니다.

  혜택을 받기 전에 모든 적합성 조건이 충족되었는지 확인해야 합니다. Wellcare는 자격이 있을 경우 가입자에게 통지하며, SSBCI 혜택을 이용하는 방법에 대한 지침을 제공할 것입니다 이러한 혜택 또한 적합성에 대한 질문이 있으신 경우, 가입자 ID 카드 뒷면에 나와 있는 가입자 서비스부 번호로 전화하십시오.

  SSBCI 적합성은 현재 플랜 연도에만 적용되며 12월 31일에 종료됩니다. 가입자가 이러한 혜택을 계속 받으려면 플랜 연도마다 적합성 요건을 충족해야 합니다.

- 더 자세한 사항은 아래의 의료 혜택표 *만성 질병에 대한 특별 보조 혜택* 행을 참조하십시오.
- 귀하가 받을 수 있는 혜택을 정확히 알고 싶으시다면 저희에게 연락해 주십시오.

이 사과는 의료 혜택표의 예방 서비스를 보여줍니다.

의료 혜택표

보장 서비스	가입자 지불
California Medi-Cal (Medicaid) 보장 서비스의 경우, Medicaid에서 보장하는 전체 혜택 목록은 플랜 혜택 요약서를 참조해 주십시오. 혜택 요약서를 받지 못했다면 가입자 서비스부에 전화하여 사본을 요청해 주십시오. Medicaid 보장 서비스에 대한 보장 및 비용 분담은 Medicaid 자격 수준을 기반으로 합니다. 귀하의 보장 및 비용 분담 수준을 확인하려면 해당 주의 Medicaid 기관에 문의해 주십시오.	
복부 대동맥류 선별검사 위험군에 속하는 분들을 대상으로 선별검사 목적의 초음파 1회 실시. 특정 위험 요인이 있으며 그 요인으로 담당 의사, 의사 보조 인력(PA), 실무 전문 간호사(NP) 또는 임상 간호 전문가(CNS)로부터 진료 의뢰를 받는 경우에만 당사 플랜에서 선별검사를 보장해 줍니다.	이 질병예방 선별검사를 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
만성 요통을 위한 침술 치료 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 다음 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문을 보장합니다. 이 혜택에 대하여 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12주 이상 지속되는 경우 • 식별 가능한 조직적 원인이 없는 불특정한 경우(즉 전이성, 염증성, 전염성 질병 등과 관련이 없는 경우) • 수술과 관련이 없는 경우 • 임신과 관련이 없는 경우 개선이 확인되는 환자의 경우 8회의 세션이 추가로 보장됩니다. 매년 20개 이하의 침술 치료를 받을 수 있습니다.	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 지압사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술에 대해 코페이먼트 $0.

보장 서비스	가입자 지불
만성 요통을 위한 침술 치료 - 계속 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. **의료 제공자 요건:** 의사는 적용 가능한 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조 인력(PA), 실무 전문 간호사(NP)/임상 간호전문가(CNS) 및 보조 의료진은 해당되는 모든 상태 요건을 충족하고 다음을 보유하고 있는 경우 침술을 제공할 수 있습니다: • 침술 및 한의학 인증 위원회(ACAOM)에서 인가한 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 • 미국의 주, 영토 또는 연방국(즉, Puerto Rico) 또는 District of Columbia에서 침술을 시행할 수 있는 현행의, 완전하고, 활성 상태의 무제한 면허 침술을 제공하는 보조 의료인은 규정에 따라 요구되는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 합니다.	*진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
앰뷸런스 서비스 응급 상황이든 비응급 상황이든 관계없이 보장되는 앰뷸런스 서비스에는 다른 운송 수단이 개인의 건강을 위험에 빠뜨릴 수 있는 질병을 가진 가입자에게 제공되거나 당사 플랜에서 승인한 경우에만 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 적절한 시설로의 고정익, 회전익 및 지상 구급차 서비스가 포함됩니다. 보장되는 앰뷸런스 서비스가 응급 상황에 대한 것이 아니라면, 가입자의 증상으로 인해 다른 교통수단을 사용하면 건강을 위협할 수 있다는 사실 및 구급차 이송이 의학적으로 요구된다는 사실을 문서화해야 합니다.	Medicare에서 보장하는 지상 구급차 서비스에 대해 편도 교통편당 코페이먼트 $0. *고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 항공 구급 서비스 편도 교통편당 코페이먼트 $0. *고정익 항공기 및 비응급 수송에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
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. 다음은 검사 중에 수행하거나 주문할 수 있는 서비스의 예입니다: • 정기적인 측정(신장, 체중, 혈압) • 예방 가능한 질병에 대한 위험 요인 평가 • 반사 및 활력 징후 확인 • 실험실 검사(소변 및 혈액 검체)	연례 정기 건강 검진에 대한 코페이먼트 $0.*
연례 웰니스 방문 파트 B에 12개월 넘게 가입된 경우, 가입자의 현재 건강 및 위험요인에 근거하여 맞춤식 질병예방 플랜을 개발하거나 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 실시할 수 있습니다. 당사 플랜은 달력일 기준 1년에 한 번 열리는 연례 웰니스 방문을 보장합니다. **참고:** 첫 번째 연례 웰니스 방문은 질병예방을 위한 *Medicare 첫 방문* 후 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B에 가입된 이후에는 *Medicare 첫* 방문을 별도로 하지 않아도 연례 웰니스 방문을 보장받을 수 있습니다.	연례 웰니스 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
골밀도 측정 유자격 개인(일반적으로 골밀도 손실 위험이나 골다공증 위험이 있는 개인)의 경우, 검진 결과의 의사 판독을 포함하여 골밀도 측정, 골 손실 측정, 골 품질 측정 등을 위한 시술이 의학적으로 필요하다면 24개월마다 또는 더 자주 보장됩니다.	Medicare 보장 골밀도 측정에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
유방암 선별검사(X-레이 투영법) 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 만 35~39세에서 유방 X-레이 투영법 베이스라인 1회 • 만 40세 이상 여성의 경우 매 12개월마다 유방 X-레이 투영법 선별검사 1회 • 매 24개월마다 유방 임상검사 1회	보장되는 유방 X-레이 투영법 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 심장 재활 서비스 종합 프로그램은 일정한 조건을 충족하며 의사의 진료 의뢰를 받은 가입자를 대상으로 보장됩니다. 귀하가 이러한 상태 중 최소 한 가지가 있던 경우 당사 플랜은 이러한 종합 프로그램을 보장합니다. • 지난 12개월 동안의 심장마비 • 관상동맥 우회술 • 안정 협심증(흉통) • 심장 판막 복구 또는 교체 • 관상동맥 혈관성형술(막힌 동맥을 개방하기 위해 사용되는 의학적 시술) 또는 관상동맥 스텐트(동맥을 개방 상태로 유지하기 위해 사용되는 시술) • 심장 또는 심장 및 폐 이식 • 만성 심부전 보장 제한: 최대 36회의 심장 재활 세션을 받을 수 있습니다. 하루에 2회의 세션을 받을 수 있으며(각각 1시간 지속), 프로그램은 최대 36주까지 지속할 수 있습니다. 자격 요건을 충족하는 경우, 더 장기간에 걸쳐 나누어 받을 수 있는 36회의 추가 세션이 제공될 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 집중 심장 재활 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
심혈관계 질환 위험 감소 방문(심혈관계 질환 치료) 심혈관계 질환 위험을 낮추기 위해 주치의를 연 1회 방문하는 것을 보장합니다. 이와 같은 방문 시, 담당 의사는 아스피린 사용(적절한 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공합니다.	집중 행동치료 심혈관계 질환 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
심혈관계 질환 선별검사 심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험 증가와 관련한 이상 증세)을 발견하기 위한 혈액 검사를 5년(60개월)마다 1회 실시.	5년마다 1회 보장되는 심혈관계 질환 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
자궁경부암 및 질암 선별검사 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 모든 여성에게 24개월마다 1회씩 자궁 경부 세포 검사와 골반 검사 • 자궁경부암 또는 질암 고위험군에 속하거나, 가임 연령이고 과거 3년 내에 자궁 경부 세포 검사 결과에 이상이 있는 경우 12개월마다 자궁 경부 세포 검사 1회	Medicare에서 보장하는 질병예방 목적의 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
지압요법 서비스 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 척추 아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료하는 것만 보장됩니다	Medicare에서 보장하는 지압요법 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
대장암 선별검사 다음 선별검사를 보장합니다. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 위험이 크지 않은 환자의 경우 120개월(10년)에 1회, 또는 대장암 위험이 크지 않는 환자의 경우 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 후 48개월에 1회, 그리고 이전에 대장내시경 검사를 받은 고위험 환자의 경우 24개월에 1회 보장됩니다. • 대장암 위험이 높지 않은 45세 이상의 환자를 위한 컴퓨터 단층촬영 대장조영술로, 마지막 선별검사 컴퓨터 단층촬영 대장조영술을 실시한 달 이후 최소 59개월이 경과했거나 마지막 선별검사 연성 S상 결장경 검사 또는 선별검사 대장내시경 검사를 실시한 달 이후 47개월이 경과한 경우에 보장됩니다. 대장암 위험이 높은 환자의 경우, 마지막 선별검사 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 또는 마지막 선별검사 대장내시경 검사를 실시한 달로부터 최소 23개월이 지난 후에 실시한 선별검사 컴퓨터 단층촬영 대장조영술에 대한 보장이 이루어질 수 있습니다. • 45세 이상 환자를 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다 1회. 고위험 환자의 경우 마지막 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 또는 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 이후 48개월마다 1회. • 45세 이상 환자를 위한 선별 대변 잠혈 검사. 12개월마다 1회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 만 45~85세 환자를 위한 다중 표적 대변 DNA. 3년마다 1회. • 고위험 기준을 충족하지 않는 만 45~85세 환자를 위한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년마다 1회. • 대장암 선별검사에는 Medicare 보장 비침습성 대변 기반 대장암 선별검사 결과 양성 판정 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다. • 대장암 선별검사에는 조직이나 기타 물질을 제거하는 계획된 유연한 선별 유연성 내시경 검사 또는 선별검사와 동일한 임상적 충돌과 관련하여 제공되는 기타 절차가 포함됩니다.	Medicare에서 보장하는 대장암 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 대장내시경 검사 또는 유연한 내시경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 발견하고 제거할 경우 선별검사는 진단검사가 되며 의사 서비스에 대해 코페이먼트 $0가 적용됩니다.

보장 서비스	가입자 지불
치과 서비스 일반적으로, 질병예방 목적의 치과 서비스(스케일링, 치과 정기 검사, 치아 X선 등)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 제한된 수의 환경에서, 특히 서비스가 개인의 일차 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수 부분인 경우 일부 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 예시로는 골절 또는 부상 후의 턱 재건, 턱 관련 암에 대한 방사선 치료 준비 시 발치 또는 장기 이식 전 구강검진이 포함됩니다. 또한 당사는 다음을 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 치과 서비스당 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
<u>보충적(즉, 정기적) 치과 서비스</u>	
• **종합 치과 진료**보장되는 서비스는 다음이 포함됩니다	
o 수복 서비스 - 7 플랜 연도마다 치아당 1회	수복 서비스당 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
o 고정 보철 - 7 플랜 연도마다 치아당 1회	고정식 보철 서비스당 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
o 탈착식 보철 - 서비스 유형에 따라 2~3 플랜 연도마다 1회로 제한	탈착식 보철 서비스당 코페이먼트 $0. * *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
o 일반 부속 서비스 - 매년 1회	일반 부속 서비스당 코페이먼트 $0. * *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
서비스를 받기 전, 가입자는 선택 가능한 치료 종류에 대해 치과 정기 서비스의 참여 제공자와 상의할 것을 권장합니다. 치료는 플랜 가입 연도에 플랜이 보장하는 동안 시작되고 종료되어야 합니다. 이 플랜에서 보장되지 않는 치과 서비스 비용은 가입자가 부담합니다.	

보장 서비스	가입자 지불
치과 서비스 - 계속 **추가(즉, Medicare에서 보장하지 않는 정기 서비스) 치과 서비스는 참여 제공자에게 받는 경우에만 플랜에서 보장합니다.** **의료 제공자를 찾는 방법, 청구를 제기하거나 추가 정보를 찾는 방법에 대한 문의사항은 가입자 서비스부에 전화하십시오.** **보장 절차의 자세한 목록을 포함한 추가 치과 보장 정보는 치과 혜택 세부사항** go.wellcare.com/dental-ca에서 확인할 수 있습니다	
우울증 선별검사 우울증 선별검사가 매년 1회 보장됩니다. 우울증 선별검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료기관에서 실시되어야 합니다.	연례 우울증 선별검사 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
당뇨병 선별검사 가입자에게 고혈압, 고콜레스테롤 및 고지혈증(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당(포도당) 병력 등 위험 요인 중 하나라도 있는 경우 이 선별검사(공복 혈당 검사 포함)를 받을 수 있습니다. 또한 가입자가 과체중이며 가족 병력 중에 당뇨병이 있는 등 기타 요건에 부합하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 선별검사일 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별검사를 받을 자격이 있을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 가입자(인슐린 사용자와 비사용자 모두 포함)의 경우 다음을 포함한 보장 서비스: • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터(전통적인 손가락 스틱 혈당 모니터), 연속 혈당 모니터(CGM), 혈당 검사용 스트립, 채혈기 및 채혈침 그리고 검사용 스트립과 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션.	Medicare 보장 혈당 모니터(전통적인 손가락 스틱 혈당 모니터)에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 - 계속	
	Medicare 보장 연속 혈당 모니터(CGM)에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare 보험 보장 혈당 검사용 스트립, 채혈기 및 채혈침, 혈당 조절 솔루션에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 그러나 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하지 않는 상품에 대해서는 여전히 금액의 최대 20%를 부담해야 할 수 있습니다.
• 중증 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우, 달력 연도당 치료용 맞춤 신발 1켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 삽입물 2쌍 추가 또는 속이 깊은 신발 1켤레 및 삽입물 3쌍(해당 신발과 함께 제공되며 맞춤 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 미포함).	중증 당뇨병성 족부질환이 있는 당뇨병 환자를 위한 Medicare에서 보장하는 치료용 신발 또는 삽입물에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 그러나 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하지 않는 상품에 대해서는 여전히 금액의 최대 20%를 부담해야 할 수 있습니다.
• 다음 조건 하에서 당뇨병 자가 관리 교육.	Medicare에서 보장하는 당뇨병 자가 관리 교육에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨병 관련 서비스 및 용품 - 계속	
Accu-Chek™ Guide 및 True Metrix™는 당사의 우대 당뇨병 검사 용품(혈당 모니터 및 검사용 스트립)입니다. Dexcom 및 FreeStyle Libre는 당사의 우대 연속 혈당 모니터 브랜드입니다. 우대 당뇨 검사 및 모니터 용품 목록에 있는 품목에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 이 플랜에서 우대하는 당뇨 관련 검사 및 모니터 용품 이외의 제품을 사용하고자 할 경우, 담당 의사에게 문의하여 새 처방전을 받거나 비지정 혈당 모니터 및 검사용 스트립에 대한 사전 승인을 요청해야 합니다.	그러나 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하지 않는 상품에 대해서는 여전히 금액의 최대 20%를 부담해야 할 수 있습니다.
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비의 정의는 12장과 3장을 참조하십시오) 보장되는 품목은 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 관련 용품, 가정에서 사용하기 위해 공급자가 주문한 병원 침상, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 분무기 및 보행기를 포함하지만 이에 국한되지 않습니다. Original Medicare에서 보장하며 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장해 드립니다. 가입자 지역에 위치한 저희 공급업체가 특정 브랜드 또는 특정 제조자의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 특별 주문을 할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 최근에 작성된 공급업체 목록은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에 나와 있습니다.	Medicare에서 보장하는 내구성 의료 장비에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare 산소 장비 보장에 대한 비용 분담은 36개월마다 코페이먼트 $0입니다. 가입 후 36개월 동안 귀하의 비용 분담금은 변경되지 않습니다. 저희 플랜에 가입하기 전에 산소 장비 보장에 대한 36개월의 대여료를 납부했다면, 저희 플랜에서 가입자의 비용분담분은 코페이먼트 $0입니다.

보장 서비스	가입자 지불
응급 치료 응급 치료는 다음과 같은 서비스를 지칭합니다. • 응급 서비스 제공 자격을 갖춘 의료 제공자가 제공하는 서비스 • 응급 의학적 상태를 평가하거나 안정화하는 데 필요한 서비스 의료적 응급 상황이란 가입자 또는 평균 수준의 의료 지식을 가진 기타 신중한 일반인이 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 손실 또는 팔다리 기능의 손실을 막기 위해 즉시 치료가 필요한 의학적 증상이 가입자에게 있다고 믿는 때를 의미합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공하는 필수 응급 서비스에 대한 비용분담분은 네트워크 내에서 가입자가 받는 서비스와 동일합니다. 미국 이외 국가에서의 응급 서비스는 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 응급실 방문에 대해 코페이먼트 $0. 네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상황이 안정화된 후에 입원 치료가 필요한 경우, 치료를 계속 보장받으려면 네트워크 소속 병원에 입원하거나 플랜이 승인한 네트워크 비소속 병원에서 입원 치료를 받아야 하며 가입자의 비용은 네트워크 소속 병원에서 납부하는 비용 분담금입니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스에 대해 코페이먼트 $115.* 같은 질환에 대해 병원에 입원해도 가입자는 이 금액을 지불하지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 $50,000까지 보장됩니다.
건강 및 웰니스 교육 프로그램 • **간호사 상담 라인** 교육을 받고 면허를 소지한 공인 간호사의 무료 전화 간호사 상담 라인, 주 7일, 하루 24시간 이용 가능. 간호사는 건강 관련 질문에 대한 안내를 제공하고, 가입자가 가장 적절한 수준의 진료를 판단할 수 있도록 도우며, 비응급 건강 문제에 대한 지원을 제공합니다. 가입자 서비스부에 전화를 걸고 간호사 상담 라인 연결을 요청하여 간호사 상담 라인에 연락할 수 있습니다.	간호사 상담 라인에 대한 코페이먼트 $0.*

보장 서비스	가입자 지불
청력 서비스 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 가입자가 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 의료 제공자로부터 진단 목적의 청력 및 균형감각 평가를 받을 때 의료 제공자가 수행하는 이러한 평가는 외래 진료로서 보장합니다.	Medicare 보장 청력 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다. • 1년마다 정기적인 청력 검사 1회.	매년 정기적인 청력 검사 1회에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 1년마다 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회.	매년 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회에 대한 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
이 플랜에서 보장하는 전적인 청력 혜택을 받으려면 반드시 벤더 네트워크 소속 참여 제공자로부터 정기적 청력 서비스를 받아야 합니다. 청력 관련 공급업체의 연락처 정보 및 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.	
HIV 선별검사 HIV 선별검사를 요청하는 분 또는 HIV 감염 위험이 높은 분에 대해 다음 사항이 보장됩니다. • 12개월마다 선별검사 1회 임신한 경우 당사는 다음을 보장합니다. • 임신 중 선별검사 최대 3회.	Medicare에서 보장하는 HIV 선별검사 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
가정간호 기관의 간호 가정 건강 서비스를 받기 전에 가입자에게 가정 건강 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 반드시 확인해 주어야 하며 의사가 가정간호 기관에게 가정 건강 서비스를 제공할 것을 지시해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: • 파트타임 또는 간헐적인 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스(가정 간호 혜택 보장을 받으려면 전문요양 및 가정 간호 도우미 서비스를 합한 총 시간이 하루 8시간 및 주당 35시간 미만이어야 함) • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품	각 Medicare 보장 가정간호 기관의 간호 서비스마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
가정 약물 투약 가정 약물 투약은 가정에서 개인에게 약이나 생물학적 제제를 정맥 또는 피하로 투여하는 것을 포함합니다. 가정 약물 투약을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 약(예: 항바이러스, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프), 용품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다.	간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 주치의(PCP)의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 $0. 간호 서비스, 훈련 및 교육, 원격 모니터링 및 모니터링 서비스를 포함한 전문의의 전문 서비스에 대한 코페이먼트 $0.
보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: • 간호 서비스를 포함한 전문 진료는 당사 관리 플랜에 따라 제공됩니다. • 별도로 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 내구성 의료 장비 혜택 하에 제공 • 원격 모니터링 • 유자격 가정 약물 투약 공급업체가 제공하는 가정 약물 투약 및 의약품 공급을 위한 모니터링 서비스	*진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
가정 약물 투약 - 계속	
	자가 투여 요법 장비 및 용품은 내구성 의료 장비(DME) 혜택에 따라 보장됩니다. 비용 분담 정보는 '내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품' 섹션을 참조하시기 바랍니다. 자가 투여 요법 약물은 Medicare Part B 처방약 혜택에 따라 보장됩니다. 비용 분담 정보는 'Medicare Part B 처방약' 섹션을 참조하시기 바랍니다.
호스피스 간호 의사 및 호스피스 의사로부터 현재 말기 질환 상태이며 해당 질환이 정상 속도로 진행될 경우 생존 기간이 6개월 이내일 것으로 확인받은 경우 호스피스 혜택을 이용할 자격이 있습니다. 귀하는 어떠한 Medicare 공인 호스피스 프로그램에서도 간호를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 반드시 당사가 소유, 관리 또는 투자하는 사람들을 포함하여 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 당사 플랜 서비스 지역에서 찾을 수 있도록 지원할 의무가 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자일 수 있습니다.	Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록한 경우, 호스피스 서비스 그리고 말기 예후와 관련된 파트 A 또는 파트 B 서비스는 저희 플랜이 아니라 Original Medicare에서 비용을 부담합니다.
보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 증상 조절용 및 통증 완화용 약품 • 단기 휴식치료 • 가정간호 호스피스에 입원하는 경우, 가입자는 당사 플랜을 계속 유지할 수 있는 권리가 있습니다. 가입자가 당사 플랜을 유지하는 경우 플랜 보험료를 계속 지불해야 합니다. **호스피스 서비스 및 Medicare Part A 또는 B에 의해 보장되는 말기 예후와 관련된 서비스의 경우:** Original Medicare(당사 플랜이 아님)에서 호스피스 의료 제공자에게 귀하의 호스피스 서비스, 말기 예후와 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스 비용을 부담합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare에서 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare에 비용을 청구합니다. Original Medicare 비용 분담분이 가입자에게 청구됩니다.	호스피스 상담 서비스에 의사 서비스 비용 분담이 적용될 수 있습니다. 비용 분담에 대한 자세한 내용은 이 표의 '의사/개업의 서비스' 섹션을 참조하십시오.

보장 서비스	가입자 지불
호스피스 간호 - 계속 **Medicare Part A 또는 B에서 보장되는 말기 예후와 관련이 없는 서비스의 경우**: Medicare Part A 또는 B에서 보장되는 말기 예후와 관련이 없는 서비스로서 긴급하게 요구되지 않은 긴급하게 필요하지 않은 서비스가 필요한 경우, 해당 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용은 가입자가 플랜의 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하고 (사전 승인 획득 요건과 같은) 플랜 규칙을 따르는 지에 따라 달라집니다. • 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 받기 위해 플랜 규칙을 따르는 경우, 가입자는 네트워크 소속 서비스에 대해 플랜의 비용 분담분만 지불하면 됩니다. • 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 가입자는 Original Medicare 하에서의 비용 분담분을 지불합니다. **당사 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:** 당사 플랜에서는 가입자의 말기 예후와 관련이 있는지의 여부에 관계없이 저희 플랜에서 보장되나 파트 A 또는 B에서는 보장되지 않는 서비스를 계속 보장해 드립니다. 이들 서비스에 대해 당사 플랜의 비용 분담분을 납부하면 됩니다. **플랜의 파트 D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우:** 이러한 의약품이 가입자의 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우 가입자가 비용 분담액을 지불합니다. 만약 의약품이 가입자의 말기 호스피스 상태와 관련이 있다면 가입자는 Original Medicare 비용 분담액을 지불합니다. 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 정보는 5장의 섹션 9.4를 참조하십시오. **참고:** 호스피스 간호 이외의 치료 (말기 예후와 관련되지 않은 치료)가 필요한 경우, 해당 서비스를 받으려면 당사에 연락하십시오. 저희 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자에게 호스피스 상담 서비스(1회만 가능) 제공을 보장해 드립니다.	

보장 서비스	가입자 지불
예방접종 Medicare Part B 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 시즌마다 가을과 겨울에 맞는 독감/인플루엔자 예방주사(또는 예방접종), 의학적으로 필요한 경우 추가의 독감/인플루엔자 예방주사(또는 예방접종) • B형 간염 백신 이전에 전체 시리즈를 완료한 적이 없거나, 백신 접종 이력을 알 수 없거나, B형 간염 감염 위험이 높거나 중간 정도인 기타 질환이 있는 경우 • COVID-19 백신 • 가입자에게 기타 질환의 위험이 있으며, Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 기타 백신 또한 저희는 파트 D 의약품 혜택 하에서 대부분의 기타 성인 백신을 보장해 드립니다. 자세한 정보는 6장, 섹션 7을 참조하십시오. 당사의 플랜은 대부분의 성인 파트 D 백신을 19세 이상의 가입자에게 무료로 제공합니다.	폐렴, 독감/인플루엔자, B형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 다른 Medicare 보장 예방접종의 경우(위험에 노출되었으며 Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 경우), 해당 비용 분담에 대해서는 이 표의 Medicare Part B 처방약 섹션을 참조해 주십시오. *일부 파트 B 약은 사전 승인을 받아야 보장받을 수 있습니다.*
입원 치료 급성 환자 입원치료, 입원 환자 재활, 장기 치료 병원 및 기타 유형의 입원 서비스가 포함됩니다. 입원 치료는 가입자가 의사의 지시로 정식으로 병원에 입원하는 날부터 시작됩니다. 퇴원하기 전날이 마지막 입원일입니다. Medicare에서 보장하는 입원환자의 입원은 90일 동안 보장됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 정기적인 간호 서비스 • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등) • 의약품 및 약물 • 실험실 검사	Medicare 보장 입원의 경우 입원당: 입원당 코페이먼트 $0. 최대 입원 일수 1일당 코페이먼트 $0. 최대 입원 일수란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다. 가입자는 평생 동안 총 60 예비일을 사용할 수 있습니다.

보장 서비스	가입자 지불
병원 입원 치료 - 계속 • X선 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술용품 및 의료용품 • 휠체어와 같은 장비의 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 약물 남용 환자 입원 서비스 • 특정한 조건 하에서, 다음과 같은 유형의 이식이 보장됩니다 - 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. 이식이 필요한 경우, 저희는 Medicare의 승인을 받은 이식센터에 가입자 케이스 검토를 의뢰하고 이식 수술 후보가 될 수 있는지 판단하도록 조치합니다. 이식 수술 제공자는 인근 지역에 있을 수도 있고, 서비스 지역 이외 지역에 있을 수도 있습니다. 네트워크 소속 이식 서비스가 커뮤니티 치료 패턴을 벗어나는 경우 인근 지역에 있는 이식 수술 제공자가 Original Medicare 보상률을 인정하는 한 인근 또는 먼 지역에 있는 이식 수술 제공자 중에서 선택할 수 있습니다. 저희 플랜이 가입자 커뮤니티에서 이식에 대한 치료 패턴을 벗어나는 위치에서 이식 서비스를 제공하며 가입자가 이러한 먼 지역에서 이식 수술을 받기로 선택하는 경우, 저희는 가입자 본인과 동행인에게 적절한 숙박 및 교통을 마련해 드리거나 숙박비, 교통비를 보상해 드립니다. • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 다른 모든 성분은 처음 사용된 파인트부터 보장됩니다. • 의사 서비스 **참고:** 가입자가 입원을 하려면 의료 제공자가 가입자를 정식으로 입원시켜야 한다는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 자신이 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의하십시오. • Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있는 Medicare 팩트시트 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 얻으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.	응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
정신병원 입원환자 서비스 보장 서비스에는 입원을 요하는 정신건강 관리 서비스가 포함됩니다. Medicare 보장 입원은 입원당 90일 동안 보장됩니다. 정신병원에서 제공하는 입원 환자 정신건강 서비스에 대해 평생 동안 190일 한도가 적용됩니다. 190일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 저희 플랜에 가입하기 전에 190일 Medicare 평생 혜택 중 일부를 사용했다면 평생 일수의 나머지만 받을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: 정신건강 관리 입원당 코페이먼트 $0. 최대 입원 일수 1일당 코페이먼트 $0. 최대 입원 일수란 가입자의 입원 기간이 이 플랜에서 보장된 일수를 초과할 경우 플랜에서 비용을 부담해 주는 초과일을 의미합니다. 가입자는 평생 동안 총 60 예비일을 사용할 수 있습니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 응급 상황이 안정화된 후에 네트워크 비소속 병원에서 허가된 입원 치료를 받을 경우, 가입자는 네트워크 소속 병원에 납부해야 할 비용분담분만큼만 부담하면 됩니다.
입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장 서비스 입원 혜택을 다 사용했거나 입원의 합당성 및 필요성이 없는 경우, 당사는 입원에 대해 보장해 드리지 않습니다. 일부 경우에 한해, 당사는 병원 또는 전문요양시설(SNF)에서 지내는 동안 받은 특정 서비스에 대해 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: • 의사 서비스 • 진단 목적의 검사(임상실험실 검사 등) • 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 X선, 라듐 및 동위원소 치료	나열된 서비스는 특정 서비스에 대한 혜택표에 표시된 비용분담분으로 계속 보장됩니다.

보장 서비스	가입자 지불
입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장 서비스 - 계속 • 외과용 붕대 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 내장기관(인접 조직 포함)의 전부나 일부 또는 영구적으로 기능을 상실했거나 잘못 기능하는 내장기관의 전부나 일부를 대체하는 보철 장치 및 보조기(치과용은 제외)로, 이러한 장치의 교체 또는 수리가 포함됨 • 다리,팔, 허리 및 목 보호대; 트러스, 인조 다리, 팔 및 눈. 여기에는 손상, 마모, 손실 또는 환자의 신체 조건 상 변화로 인해 요구되는 조정, 수리, 교체가 포함됨 • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	
임상 영양 치료 이 혜택은 담당 의사가 주문했을 때 당뇨병 환자, 신장질환 환자(단, 투석 환자는 제외) 또는 신장 이식을 받은 환자에게 제공됩니다. Medicare(저희 플랜, 기타 모든 Medicare Advantage 플랜, 또는 Original Medicare 포함) 하에서 임상 영양 치료를 받는 첫 해 동안에는 총 3시간, 이후에는 매년 총 2시간의 일대일 상담 서비스를 보장해 드립니다. 가입자의 증세, 치료 또는 진단 상에 변화가 있을 경우, 의사로부터 지시서를 받아 치료 시간을 늘릴 수 있습니다. 다음 달력 연도에도 치료가 필요한 경우에는 의사가 반드시 해당 서비스를 처방하고 지시서를 매년 갱신해야 합니다.	Medicare 보장 임상 영양 치료 서비스 자격을 갖춘 가입자에게는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.
Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP) **MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에서 자격 있는 사람들에게 보장됩니다.** MDPP는 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 과제를 극복하기 위해 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에 대한 실용적인 훈련을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 중재 프로그램입니다.	MDPP 혜택의 경우 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
Medicare Part B 의약품 **이들 약은 Original Medicare의 파트 B에서 보장됩니다. 당사 플랜의 가입자는 당사의 플랜을 통해 이들 약에 대한 보장을 받습니다. 보장약에는 다음 사항이 포함됩니다.** • 일반적으로 환자가 자가 투여하지 않는 약품의 경우, 의사, 병원 외래 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입됩니다. • 내구성 의료 장비 품목(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린 • 본 플랜이 보장하는 내구성 의료 장비(예를 들면 분무기)를 통해 투여하는 의약품 • Alzheimer 약물, Leqembi®(제네릭명 레카네맙)을 정맥주사로 투여합니다. 약물 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 전체 비용에 추가될 수 있는 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일환으로 필요할 수 있는 스캔 및 검사에 대해 담당 의사와 상의하십시오 • 혈우병이 있는 경우 주사로 자가 주입하는 응고 인자 • 이식/면역억제제: Medicare는 장기 이식을 위해 Medicare가 지불한 경우 이식 의약품 요법을 보장합니다. 보장되는 이식 당시 파트 A에 가입되어 있어야 하며 면역억제제를 복용하고 있을 때 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B에서 면역억제제를 보장하지 않는 경우 Medicare Part D에서 이를 보장합니다. • 외출이 불가능하고 의사가 진단한 골절이 폐경 후 골다공증과 관련이 있으며 약물을 자가 투여할 수 없는 경우, 주사형 골다공증 약물 • 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 인력(환자이신 귀하가 될 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 제공합니다	일부 약물은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. 약국은 아래 표시된 비용 분담분으로 파트 B 약을 받을 수 있도록 당사 플랜과 California Medi-Cal (Medicaid) 모두에 청구를 제출해야 할 수 있습니다. **Medicare Part B 인슐린 약** Medicare에서 보장하는 파트 B 인슐린 약에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* **기타 Medicare Part B 의약품** Medicare에서 보장하는 파트 B 의약품에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* **Medicare Part B 화학요법/방사선 약** Medicare에서 보장하는 파트 B 화학요법 약에 대한 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
Medicare Part B 의약품 - 계속 • 특정 경구용 항암제: Medicare는 동일한 약이 주사 제형으로 이용 가능하거나 약물이 전구약물(섭취했을 때 동일한 주사용 약물에 있는 활성 성분으로 분해되는 약의 경구 제형)인 경우 입을 통해 복용하는 일부 경구용 항암제를 보장합니다. 새로운 경구용 항암제를 이용할 수 있게 됨에 따라, 파트 B가 이를 보장할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않으면 파트 D가 보장합니다 • 경구용 구토억제제: Medicare는 화학요법 전, 치료 시 또는 48시간 이내에 투여되거나 정맥 주사 구토억제제를 전면 대체하여 요법에 사용하는 경우 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 구토억제제를 보장합니다 • Medicare Part B에서 보장하는 특정 경구용 말기 신장질환(ESRD) 의약품 • 정맥주사약 Parsabiv® 및 경구약 Sensipar®를 포함한 ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 수용체 및 인산염 결합체 약물 • 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제인 헤파린을 포함한 가정 투석용 특정 약물 및 국소 마취제 • 적혈구생성자극제: Medicare는 말기 신장질환(ESRD)이 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 주사를 통한 에리스로포이에틴을 보장합니다(Retacrit® 등) • 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 정맥내 면역글로불린 • 경장영양 및 정맥영양(정맥주사 및 튜브영양) 다음은 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 의약품 목록으로 연결되는 링크입니다: go.wellcare.com/CAStepTherapy 또한 파트 B 하에서의 일부 백신과 파트 D 의약품 혜택 하에서의 대부분의 성인 백신을 보장해 드립니다. 제5장에서는 처방약을 보장받기 위해 반드시 따라야 할 규칙을 포함하여 파트 D 의약품 혜택에 대해 설명합니다. 당사 플랜을 통해 납부하는 파트 D 의약품에 대한 비용은 제6장에 설명되어 있습니다.	

보장 서비스	가입자 지불
지속 가능한 체중 감량을 도모하기 위한 비만 선별검사 및 치료 체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움을 주는 집중 상담을 보장해 드립니다. 이 상담은 종합 예방계획과 협진하는 1차 진료 기관에서 받는 경우에 한해 보장됩니다. 자세한 정보를 얻으려면, 주치의 또는 개업의와 상담하십시오.	예방 목적의 비만 선별검사 및 치료에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(OUD)를 보장하는 당사 플랜의 가입자는 다음과 같은 서비스를 포함하는 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD 치료 서비스 보장을 받을 수 있습니다: • 미국 Food and Drug Administration(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 약물 보조 치료(MAT)의 약물 • MAT 약물 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 남용 치료 상담 • 개별 및 집단 치료 • 독성 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가	Medicare에서 보장하는 오피오이드 치료 서비스마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: • X선	Medicare에서 보장하는 X선에 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 - 계속	
• 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료	Medicare에서 보장하는 치료용 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 붕대 등 수술 용품 • 골절, 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치	석고 및 부목을 포함한 Medicare에서 보장하는 의료 용품에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 실험실 검사	Medicare에서 보장하는 검사 서비스당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 기타 성분에 대한 보장은 첫 번째 파인트 사용분부터 시작됩니다	Medicare에서 보장하는 혈액 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 의사 또는 기타 의료 제공자가 의학적 문제를 치료하기 위해 지시할 때 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 진단 비실험실 검사	Medicare에서 보장하는 진단 방사선 서비스에 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 기타 외래 환자 진단용 검사	Medicare에서 보장하는 진단 시술 및 검사에 대해 코페이먼트 $0를 납부합니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
외래진료기관 관찰 관찰 서비스는 가입자가 입원할지 또는 퇴원할지 결정하기 위한 병원 외래환자 서비스입니다. 외래진료기관 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준에 부합하고 타당성과 필요성이 있어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 정부의 허가를 받은 개인 및 병원 직원이 법에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다. **참고:** 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 외래 환자를 위한 병원 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 외래 환자인지 아닌지 잘 모르겠으면 병원 직원에게 물어보십시오. Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 확인할 수 있는 Medicare 팩트시트 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 얻으십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.	Medicare에서 보장하는 관찰 서비스마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
외래 환자를 위한 병원 서비스 당사 플랜에서는 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장해 드립니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다: • 관찰 서비스나 통원 수술 등 응급실 또는 외래 클리닉에서 이루어지는 서비스 • 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 • 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 이러한 프로그램에서 이루어지는 관리를 포함한 정신건강 관리 • 병원에서 청구한 X선 및 기타 방사선 서비스 • 부목, 석고붕대 등 의료 용품 • 자가 투여할 수 없는 특정 약품 및 생물학적제제	특정 서비스에 대해 이 의료 혜택표에 표시된 해당 비용분담분을 납부합니다.

보장 서비스	가입자 지불
외래 환자를 위한 병원 서비스 - 계속 **참고:** 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 외래 환자를 위한 병원 서비스에 대해 비용분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 외래 환자인지 아닌지 잘 모르겠으면 병원 직원에게 물어보십시오.	
외래 환자의 정신건강 관리 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 해당 주에서 자격증을 취득한 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사(CSW), 임상 전문 간호사(CNS), 면허를 받은 전문 카운슬러(LPC), 공인 부부 및 가족 치료사(LMFT), 전문 간호사(NP), 의사 보조 인력(PA) 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 정신건강 서비스.	
• 정신과 의사가 제공하는 서비스	정신과 의사의 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
	정신과 의사의 Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
외래 환자의 정신건강 관리 - 계속	
• 다른 정신건강 관리 의료 제공자가 제공하는 서비스	기타 정신건강 관리 의료 제공자의 Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 기타 정신건강 관리 의료 제공자의 Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래 재활 서비스 보장되는 서비스에는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료가 포함됩니다. 외래 재활 서비스는 병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.	
• 물리 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 물리 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
외래 재활 서비스 - 계속	
• 작업 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 작업 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 음성 언어 치료사가 제공하는 서비스	Medicare에서 보장하는 음성 언어 치료 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
외래환자 약물 남용 서비스 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호전문가, 실무 전문 간호사, 의사 보조 인력 또는 해당 주법에서 허용되고 기타 Medicare에서 자격을 인정한 정신건강 관리 전문가가 제공하는 개별 및 그룹 치료 세션과 같은 약물 남용 장애 서비스.	Medicare에서 보장하는 개인 치료 방문 시마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 그룹 치료 방문 시마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
병원 외래시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 통원 수술 **참고:** 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 의료 제공자에게 가입자 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지를 확인해야 합니다. 의료 제공자가 가입자에게 입원 지시서를 써 주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자이며 통원 수술에 대해 비용 분담분을 부담해야 합니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다.	

보장 서비스	가입자 지불
병원 외래시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 통원 수술 - 계속	
• 외래 병원에서 제공되는 서비스	Medicare에서 보장하는 외래 병원 시설 방문당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스	Medicare에서 보장하는 통원 수술 센터 방문에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스	
*부분 입원*이란 병원 외래시설 또는 커뮤니티 정신건강 센터에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 정신과 치료 프로그램을 의미합니다. 이러한 치료 프로그램은 의사, 치료사, 공인 부부 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 관리보다 더 집중적이며, 병원 입원을 대체하는 성격입니다.	Medicare에서 보장되는 각 부분 입원 서비스 비용에 대해 하루당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
*집중 외래 서비스*는 병원 외래 부서, 커뮤니티 정신 건강 센터, 연방 인증 건강 센터 또는 지방 진료소에서 제공하는 구조를 갖춘 적극적인 행동(정신) 건강 치료프로그램을 의미합니다. 이러한 치료 프로그램은 의사, 치료사, 공인 부부 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 관리보다는 더 집중적이지만 부분 입원보다는 덜 집중적입니다.	Medicare에서 보장하는 각 집중 외래 서비스에 대해 1일당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.	
• 주치의가 의사 진료실에서 제공하는 의학적으로 필요한 내과적 진료 및 외과적 서비스	Medicare에서 보장하는 PCP 진료실 방문마다 코페이먼트 $0.
• 인증된 통원 수술 센터, 병원 외래병동 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스	통원 수술 센터 방문 또는 병원 외래 환경에서 적용되는 비용분담분에 대해서는 이 차트 앞부분의 '외래 수술'을 참조하십시오.
• 전문의의 자문, 진단 및 치료	Medicare에서 보장하는 전문의 방문마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 기타 의료 전문가	기타 의료 전문가를 방문할 때마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 가입자에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 담당 의사가 청력 및 균형감각 기본 검사를 지시할 경우, *PCP 또는 전문의*가 수행하는 이러한 검사	Medicare에서 보장하는 청력 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 긴급하게 필요한 서비스, 가정 건강 서비스, 주치의, 작업 치료, 전문의, 정신 건강 관리 개별 및 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 건강 관리 전문가, 정신질환 개별 및 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리학 서비스, 외래 약물 남용 개별 및 그룹 세션, 당뇨병 자가 관리 교육.	플랜의 가상 진료 제공자를 통한 가상 진료 서비스에 대한 코페이먼트 $0.

보장 서비스	가입자 지불
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 - 계속	
○ 가입자는 이러한 서비스를 직접 방문하여 받거나 원격의료를 통해 받는 것으로 선택할 수 있습니다. 원격 진료를 통해 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택하시면, 원격 진료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다.	**참고 사항:** 위의 $0 코페이먼트는 플랜의 가상 진료 의료 제공자를 통해 서비스를 받을 때만 적용됩니다.
○ 가상 방문(원격의료 또는 화상진료라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다.	
○ 당사 플랜은 다양한 건강 관련 우려 사항/질문에 대응할 수 있도록, 가상 진료 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 24시간 7일 내내 면허가 있는 의사와의 가상 진료 서비스를 제공합니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 자세한 내용이 필요하거나 가상 진료 네트워크 소속 의료 제공자를 찾으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오.	가상 방문 의료 제공자가 아닌 네트워크 소속 의료 제공자로부터 직접 또는 원격 의료 서비스를 받는 경우, 이 혜택표에 설명된 대로 해당 의료 제공자에 대한 비용 분담분을 지불하게 됩니다(예: PCP에게 원격 의료 서비스를 받는 경우 PCP 비용 분담분 지불). *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare에서 승인한 지역에 있는 환자를 위해 의사 또는 개업의가 제공하는 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스. • 병원 또는 긴급 이용 병원의 신장 투석 센터, 신장 투석 시설, 가입자의 가정에서 가정 투석을 하는 가입자의 매월 말기 신장질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 • 위치에 관계 없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스 • 위치에 관계 없이 약물 남용 장애 또는 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스	가입자는 의료 제공자에 적용되는 비용 분담금을 납부해야 합니다(위의 '의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스' 참조).

보장 서비스	가입자 지불
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 - 계속	
• 정신건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 • 지방 진료소 및 연방 인증 건강 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스	
• **다음의 경우** 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. o 신규 환자가 **아니어야 하고** o 진료는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 **없으며** o 진료 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우	가입자는 의료 제공자에 적용되는 비용 분담금을 납부해야 합니다(위의 '의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스' 참조).
• **다음의 경우**, 담당 의사는 24시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다. o 신규 환자가 **아니어야 하고** o 평가는 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 **없으며** o 평가가 24시간 이내 또는 가장 빠른 예약을 통한 진료소 방문으로 이어지지 않을 경우	가입자는 의료 제공자에 적용되는 비용 분담금을 납부해야 합니다(위의 '의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스' 참조).
• 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용	가입자는 의료 제공자에 적용되는 비용 분담금을 납부해야 합니다(위의 '의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스' 참조).
• 수술 전에 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 2차 소견	가입자는 의료 제공자에 적용되는 비용 분담금을 납부해야 합니다(위의 '의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스' 참조).

보장 서비스	가입자 지불
의사 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스 - 계속	상기의 비용 분담뿐 아니라 내구성 의료 장비 및 용품, 보철 장치 및 용품, 외래 진단 검사 및 치료 서비스, 백내장 수술 후 안경 및 콘택트렌즈, 파트 D 처방약, Medicare Part B 처방약에 대한 의학적으로 필요하고 Medicare에서 보장하는 서비스가 있는 경우, 이 혜택표에 기술된 대로 코페이먼트 및/또는 공동보험료가 적용됩니다.
족부 치료 서비스 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 발에 발생한 상해 및 질병(망치 발가락 또는 족저근막염 등)에 대한 진단 및 의학적 또는 수술적 치료 • 다리에 영향을 미치는 특정 질환이 있는 가입자에 대한 정기적인 발 진료	Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
HIV 예방을 위한 사전 노출 예방(PrEP) HIV가 없지만 의사나 기타 의료진이 HIV에 대한 위험성이 높은 것으로 판단하는 경우, 당사는 사전 노출 예방(PrEP) 약물 및 관련 서비스를 보장합니다. 적격한 경우, 보장되는 서비스: • 해당되는 경우 약물 주사 수수료를 비롯하여 FDA 승인 경구 또는 주사용 PrEP 약물 • 12개월마다 최대 8회의 개별 상담 세션(HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 약물 복용 준수 포함). • 12개월마다 최대 8회의 HIV 선별검사 • 일회성 B형 간염 바이러스 선별검사	PrEP 혜택의 경우 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
전립선암 선별검사 만 50세 이상 남성의 경우, 12개월마다 1회 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다.	
• 디지털 직장 검사	Medicare에서 보장하는 연간 직장검사에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
보철 장치 및 보조기 장치와 관련 용품 신체 부위 또는 신체 기능의 전부 또는 일부를 대체하는(치과 장치 이외의) 장치. 여기에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. 여기에는 보철 장치 및 보조기 사용과 관련된 테스트, 피팅 또는 교육뿐만 아니라 인공항문 형성술 치료와 직접적으로 관련된 배변 주머니 및 용품, 맥박조정기, 치열교정기, 정형제화, 의수족, 유방보형물 (유방 절제수술 후 착용하는 외과 브래지어 포함) 등이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 보철 장치 및 보조기 장치와 관련된 특정 용품, 보철 장치 및 보조기 장치 수리 및/또는 교체를 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후의 일부 보장을 포함합니다. 자세한 내용은 이 표의 후반부에 나오는 *시력 관리* 부분을 참조하십시오.	Medicare에서 보장하는 보철 장치 및 보조기에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* 보철 장치와 관련된 Medicare에서 보장하는 의료용품에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
폐 재활 서비스 호흡 재활 종합 프로그램은 중증도 내지 아주 심한 정도의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있으며 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사로부터 호흡 재활의 진료 의뢰를 받은 가입자에 대해 보장해 드립니다.	Medicare에서 보장하는 폐 재활 서비스당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 알콜을 오용하나 알콜 의존증은 없는 성인(임신한 여성 포함)에게 알콜 오용 선별검사 일회를 보장해 드립니다. 알콜 오용 선별검사 결과가 양성인 경우, 유자격 주치의 또는 개업의로부터 1차 진료 시설에서 매년 최대 4회까지 간략한 대면 상담 세션을 받을 수 있습니다(단 귀하께서 상담에 적극 참여할 수 있고 집중할 수 있어야 합니다).	알콜 오용을 줄이기 위한 선별검사 및 상담 등 Medicare에서 보장하는 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사 유자격자의 경우 LDCT는 12개월마다 보장됩니다. **적격 가입자:** 50~77세 사이로, 폐암의 증상이 없지만 담배를 연간 20갑 이상 흡연한 내력이 있거나 현재 흡연 중이거나 지난 15년 내에 금연한 자, 폐암 선별검사 상담 및 공동 의사결정 방문 동안 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하고 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 제공한 LDCT에 대한 지시서를 받은 자. *초기 LDCT 선별검사 후 LDCT 폐암 선별검사의 경우:* 가입자는 LDCT 폐암 선별검사에 대한 지시서를 받아야 하며, 이는 적절한 방문 동안 의사 또는 유자격 비의사 의료인에 의해 제공될 수 있습니다. 의사 또는 유자격 비의사 의료인이 LDCT를 이용한 이후 폐암 선별 검사를 위해 폐암 선별 검사 카운셀링과 공동 의사결정 방문을 제공하도록 선택하는 경우, 방문은 이러한 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문이나 LDCT에 대해 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 없습니다.
C형 간염 바이러스 감염 선별검사 주치의나 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 C형 간염 선별검사를 지시하고 가입자가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 당사는 해당 선별검사를 한 번 보장합니다. • 불법 주사형 의약품을 사용하거나 사용한 적이 있으므로 위험성이 높습니다. • 1992년 이전에 수혈을 받은 적이 있음. • 1945~1965년 사이에 태어남. 1945~1965년 사이에 태어났지만 고위험으로 간주되지 않는 경우, 당사는 선별검사 비용을 1회 보장합니다. 위험성이 높은 경우(예를 들어, 이전에 C형 간염 선별검사 결과가 음성으로 나온 이후 불법 주사형 의약품을 계속 사용한 경우), 당사는 매년 선별검사를 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 C형 간염 바이러스 선별검사에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
성매개감염(STI) 선별검사 및 STI 질병예방 상담 클라미디어, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 STI 선별검사를 보장해 드립니다. 주치의로부터 이들 선별검사를 지시 받은 임신한 여성 및 STI에 걸릴 위험이 높은 분을 대상으로 보장해 드립니다. 이들 검사를 12개월마다 1회 또는 임신 기간 중 특정 시기에 실시하는 것을 보장합니다. 또한 STI에 걸릴 위험이 높으며 성생활이 왕성한 성인을 대상으로 20~30분간 대면 방식으로 진행되는 고강도의 행동 상담 세션을 매년 최대 2회 보장합니다. 주치의가 상담을 제공하며 의사 진료실과 같은 일차 의료 시설에서 이루어질 때만 질병 예방 서비스로서의 상담 세션을 보장합니다.	STI 선별검사 및 STI 상담 등 Medicare 보장 질병예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
신장병 치료를 위한 서비스 신장 질환 및 투석 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 가입자에게 신장 관리에 대해 교육하고 자신의 신장을 관리할 때 올바른 정보에 근거한 의사결정을 내릴 수 있도록 도와 주는 신장 질환 교육 서비스. 가입자가 의사로부터 진료 의뢰를 받은 만성신장병 IV기 환자인 경우, 신장 질환 교육 서비스 세션을 일생 동안 최대 6회까지 보장해 드립니다.	Medicare에서 보장하는 신장 질환 교육 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 통원 투석 치료(3장에 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우의 투석 치료 또는 이 서비스를 제공하는 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 포함)	Medicare에서 보장하는, 외래 신장 투석 치료에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 특별 치료를 위한 병원 입원 환자인 경우 입원환자 투석 치료	입원 투석 치료에 적용되는 비용분담분에 대해서는 '병원 입원 치료'를 참조하십시오.
• 자가 투석 교육(환자 본인 및 환자의 가정 투석 치료를 도와 주는 타인을 대상으로 한 교육 포함)	Medicare에서 보장하는 자가 투석 교육에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
신장병 치료를 위한 서비스 - 계속	
• 가정 투석장치 및 용품	Medicare에서 보장하는 가정 투석 장비에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* Medicare에서 보장하는 당뇨병 용품당 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 가정 지원 서비스(필요 시, 훈련 받은 투석 전문가가 방문하여 가정 투석이 제대로 진행되는지 확인하고, 응급 상황 시 도움을 제공하며, 투석장치 및 용수 공급을 확인하는 것 등)	Medicare에서 보장하는 가정 지원 서비스에 대해 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
Medicare Part B 하에서 투석용 특정 약품이 보장됩니다. 파트 B 약 보장 정보를 보시려면, 이 표의 **Medicare Part B 의약품**을 참조하십시오.	
전문요양시설(SNF)에서의 간호 (전문요양시설에서의 간호에 대한 용어 정의는 12장을 참조하십시오. 전문요양시설은 SNF로 불리기도 합니다.) 가입자는 입원당 100일 동안 보장을 받습니다. 이전에 병원 입원을 하지 않아도 됩니다. 보장되는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) • 특별식을 포함한 식사 • 전문요양 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 치료 계획의 일부로서 가입자에게 투여되는 약품 (여기에는 혈액응고인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.)	Medicare에서 보장하는 입원에 대해 입원 1회당: Medicare에서 보장하는 전문간호시설 입원당 코페이먼트 $0. 가입자는 100일 차 이후 1일당 비용을 모두 지불해야 합니다. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
전문요양시설(SNF)에서의 간호 - 계속 • 혈액 – 보관 및 주입 포함. 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 오직 필요한 첫 번째 농축 적혈구부터 적용됩니다. 혈액의 다른 모든 성분은 처음 사용된 파인트부터 보장됩니다. • SNF에서 일상적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF에서 일상적으로 제공하는 임상실험실 검사 • SNF에서 일상적으로 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • SNF에서 일상적으로 제공하는 휠체어와 같은 장치 사용 • 의사/개업의 서비스 일반적으로 가입자는 네트워크 소속 시설에서 SNF 치료를 받습니다. 아래 나열된 특정 조건 하에서 해당 시설이 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 플랜의 지불액을 수락하는 경우라면, 가입자가 네트워크 소속 비용 분담만 납부하는 것도 가능할 수도 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속적 은퇴관리 커뮤니티(이곳에서 전문요양시설에서의 간호를 제공하는 한) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 SNF.	
금연 및 담배 사용 중단(금연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) 금연 및 담배 사용 중단 상담은 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에 대해 보장됩니다. • 담배 관련 질병의 징후 또는 증상을 보이는지 여부와 관계없이 흡연을 합니다. • 상담 중에 의식이 있고 판단력이 있음 • 자격을 갖춘 의사 또는 기타 Medicare 공인 의료인이 상담을 제공합니다. 당사는 연간 2회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4회의 중간 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 환자는 연간 최대 8회의 세션을 받게 됩니다).	Medicare 보장 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
사회적 지원 플랫폼 당사 플랜은 전반적인 웰빙을 지원하는 데 도움이 되는 온라인 사회적 지원 플랫폼을 제공합니다. 이 플랫폼은 스트레스와 불안을 관리할 수 있도록 치료 활동, 커뮤니티 참여, 플랜 지원 리소스를 제공합니다. 이 플랫폼을 사용하면 쉽게 참여할 수 있으며 행동 건강 필요성의 관리를 지원할 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 온라인으로 언제든지 이용할 수 있습니다. 사회적 지원 플랫폼에 포함되는 사항: • 맞춤형 웰빙 프로그램: 맞춤형 4주 자기주도 프로그램은 신체 및 정서 웰빙을 향상시키도록 설계되었으며, 건강한 노후 전문가의 인사이트를 바탕으로 가입자를 특별히 지원합니다. 본인만의 속도로 프로그램을 따라 진행 상황을 추적하여 건강 개선 사항을 모니터링합니다. • 동료 및 전문가 지원: 동료 및 자격을 갖춘 의료 전문가와 상호 작용할 수 있는 온화한 공간에서 온라인 커뮤니티와 연결합니다. 임상 검토된 문서에 대한 이용 권한을 획득하고 사용자의 소통 및 식별된 필요성에 따라 추가 Wellcare 서비스에 대한 맞춤형 권장 사항을 수신합니다. • 개인화된 디지털 건강 도구: 인지 행동 요법, 마음 챙김 및 긍정적인 심리학 속에서 소통형 활동, 명상 및 게임에 참여합니다. 이러한 도구는 건강한 노후, 격리 관리, 부양, 슬픔 및 노후 생활 속 목적 찾기 등과 같은 주제를 다룹니다. 가입자는 본인의 가입자 포털 go.wellcare.com/member에 로그인하거나 가입자 서비스부에 전화를 걸어 플랫폼을 이용할 수 있습니다. 가입 후 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰을 통해 언제든지 플랫폼을 바로 이용할 수 있습니다.	사회적 지원 플랫폼에 대해 코페이먼트 $0.*
만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)의 자격을 갖췄다면 당사 플랜은 추가 혜택을 제공합니다. 하나 이상의 자격 조건에 대한 문서화된 활성 진단을 받는 것을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. 상태가 생명을 위협하거나 전반적인 건강 또는 기능을 상당히 제한해야 합니다. 또한, 입원 또는 기타 유해한 건강 결과가 발생할 위험이 높아야 하며 집중 치료 조정이 필요해야 합니다. 자격을 갖춘 만성 질환: 자가면역질환, 암, 심혈관계 질환, 만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애(SUD), 만성 및 장애 정신 건강 상태, 시력, 청력(난청), 미각, 촉각 및 냄새를 손상시키는 만성 상태	만성 질환에 대한 특별 보충 혜택에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.

보장 서비스	가입자 지불
만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 - 계속 만성 위장관 질환, 만성 심부전, 만성 신장 질환(CKD), 만성 폐 질환, 인지 장애와 관련된 상태, 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스를 필요로 하는 상태, 기능적 문제가 있는 상태, 치매, 당뇨병, 자궁내막증, HIV/AIDS, 면역결핍 및 면역억제제 질환, 신경계 질환, 과체중, 비만 및 대사 증후군 장기 이식 후, 중증 혈액학적 장애, 뇌졸중. 자격 기준에 대한 자세한 내용은 4장, 섹션 2를 참조하십시오. 아래 혜택에 대한 자격은 당사 플랜에 가입한 후 결정됩니다. **가입자는 적격한 경우, Wellcare Spendables® 보조금을 아래에 기재된 추가 혜택에 사용할 수 있습니다. Wellcare Spendables® 비처방(OTC) 품목 혜택에는 동일한 보조금이 적용됩니다. 적격하다고 결정된 후에는 영업일 기준 7~10일 내에 이러한 확장된 혜택을 이용할 수 있습니다. 보조금은 사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 플랜 연도의 연말에 만료됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables® 혜택을 참조하십시오.** • **휘발유(주유기에서 결제)** 카드를 사용하여 참여 주유소에 있는 주유기에서 직접 휘발유 요금을 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 가입기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 휘발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다. 전기차(EV) 충전은 카드 결제가 허용되는 참여 장소에서도 적용될 수 있습니다. • **건강 식품** 참가 소매점에서 건강 식품과 농산물 구입을 위해 카드를 사용할 수 있습니다. 적격한 식료품 품목에 대한 배송 옵션을 이용할 수 있습니다. 준비된 식사와 농산물 상자는 온라인 가입자 포털을 통해 주문할 수 있습니다. 카드는 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다. 승인된 품목: o 과일과 채소 o 통곡물과 밀가루, 향신료 및 상온 보관 식재료 등의 기본 식료품 o 유제품 및 유제품 대용품, 우유, 요거트, 치즈 o 육류, 가금류, 해산물, 달걀, 콩, 콩류, 견과류 및 씨앗 등 단백질 공급원 o 영양 쉐이크 및 영양 바	

보장 서비스	가입자 지불
만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 - 계속 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하십시오. • **개인 간병 용품** 참여 소매점에서 개인 간병 용품 및 생필품 구입을 위해 카드를 사용할 수 있습니다. 적격 품목에 대한 배달 옵션을 이용할 수 있습니다. 승인된 품목: o 비누, 샴푸, 컨디셔너 o 휴지, 종이 타월 o 데오드란트, 세안제, 바디 워시와 같은 개인 위생 용품 o 소독용 물티슈나 다용도 소독 스프레이와 같이 감염 관리를 지원하는 청소 용품 및 제품 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하십시오. • **해충 방제** 참여 소매점에서 집 주변에 사용할 해충 방제 품목 구입을 위해 카드를 사용할 수 있습니다. 적격 품목에 대한 배달 옵션을 이용할 수 있습니다. 이 혜택에 대해 승인된 품목은 다음과 같습니다. o 살충 스프레이 및 해충 기피제 o 개미, 바퀴벌레 및 설치류 방제 제품 o 해충 포획기 및 유인 먹이통 o 모기 관리 제품 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하십시오. • **대여 지원** 카드를 사용하여 집 대여 비용을 지원할 수 있습니다. 임차료/대출금 제공자 포털에 로그인하여 직접 지불하거나 카드를 통한 지불이 허용되는 임차료 제공자가 지불하게 합니다. 사용 가능한 보조금 액수까지만 카드를 사용할 수 있습니다. 카드는 자동 반복 결제를 설정하는 데 사용할 수 없습니다.	

보장 서비스	가입자 지불
만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 - 계속 • **도우미 로봇 펫** 가입자 포털을 통해 도우미 로봇 펫을 주문할 수 있습니다. 이용 가능한 옵션에는 동반 고양이, 개 또는 새가 포함될 수 있습니다. 이러한 펫은 편안함과 친밀감을 느낄 수 있도록 설계되어 전반적인 안녕을 지원합니다. 사용 가능한 보조금 액수까지만 카드를 사용할 수 있습니다. 주문 방법 및 이용 가능한 옵션에 대한 자세한 내용을 확인하려면 가입자 포털에 로그인하거나 당사로 문의하십시오. • **유틸리티 지원** 카드 보조금을 사용하여 집 유틸리티 비용을 지원할 수 있습니다. 유틸리티 제공자 포털에 직접 로그인하여 카드를 사용하여 지불하십시오. 카드는 자동 반복 결제를 설정하는 데 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지만 카드를 사용할 수 있습니다. 이 혜택에 대해 승인된 비용은 다음과 같습니다. o 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 o 유선 및 휴대 전화 서비스 o 인터넷 서비스 o 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외) o 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 게임 및 스트리밍(음악 및 독서 플랫폼 등) 및 기타 구독 기반 서비스를 포함한 온라인 엔터테인먼트 서비스는 혜택에서 제외됩니다.	
감독이 필요한 운동치료(SET) SET는 증후성 말초동맥질환(PAD)이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자에게 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된다면 12주 기간에 걸쳐 최대 36회의 세션이 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 감독이 필요한 운동치료마다 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스	가입자 지불
감독이 필요한 운동치료(SET) - 계속 SET 프로그램의 필수 사항: • 파행(절뚝거림) 환자의 PAD 치료 목적의 운동 훈련 프로그램으로 구성되는 30~60분간의 세션으로 구성 • 병원 외래환자 시설 또는 의사 진료실에서 실시 • PAD에 대한 운동 치료에 전문 훈련을 받았으며 혜택이 피해보다 더 크도록 하는데 필요한 자질을 갖춘 보조 인력에 의해 실시 • 기본 및 고급 생명 유지 기술 전부를 훈련해야 하는 의사, 의사 보조(PA) 또는 실무 간호사(NP)/임상 간호 전문가(CNS)의 직접 감독을 받음 SET는 12주간 36회, 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우 연장된 기간 동안 추가 36회로 보장될 수도 있습니다.	
긴급하게 필요한 서비스 응급 상황이 아닌 즉각적인 의학적 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나, 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 시간과 장소, 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 비합리적인 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 당사 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장해야 하며 네트워크 내 비용분담분만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예측하지 못한 의료 질환 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문(예: 연례 검진)은 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.	Medicare에서 보장하는, 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대해 코페이먼트 $0.
미국 이외 지역에서의 긴급하게 필요한 서비스가 보장됩니다.	미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스 방문에 대한 코페이먼트 $115.*

보장 서비스	가입자 지불
긴급하게 필요한 서비스- 계속	같은 질환에 대해 병원에 입원해도 가입자는 이 금액을 지불하지 않습니다. 미국 이외 지역에서 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 $50,000까지 보장됩니다.
시력 관리 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. • 눈 질병 및 상해의 진단과 치료를 위한 외래 의사 서비스로, 노화성 황반쇠퇴 치료를 포함합니다. Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 정기적인 눈 검사(안굴절)는 보장하지 않습니다.	눈 질병의 진단 및 치료를 위한 모든 기타 눈 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 녹내장 위험이 높은 사람의 경우 매년 녹내장 선별 검사 1회를 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람에는 녹내장 가족 병력이 있거나, 당뇨병 환자거나, 만 50세 이상의 아프리카계 미국인 및 만 65세 이상인 히스패닉계 미국인이 포함됩니다.	Medicare에서 보장하는 녹내장 검사 대한 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
• 당뇨병이 있는 경우, 당뇨병성 망막증에 대한 선별검사는 매년 한 번 보장됩니다.	당뇨병 환자 가입자를 위한 Medicare에서 보장하는 망막 검사 또는 눈 검사에 대해 코페이먼트 $0. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 인공수정체 삽입을 포함한 백내장 수술 이후 안경 1개 또는 콘택트렌즈 1쌍 백내장 수술을 2회 받은 경우, 일차 수술 후에 혜택을 유보하여 이차 수술 후에 안경 2개를 구입할 수는 없습니다.	Medicare 보장 안경류에 대해 코페이먼트 $0.

보장 서비스	가입자 지불
시력 관리 - 계속 **또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 안과 서비스도 보장해 드립니다.**	
• 정기 눈 검사 1년마다 정기적인 눈 검사 1회. 정기적인 눈 검사에는 녹내장 위험이 있는 분을 위한 녹내장 선별검사 그리고 당뇨병 환자를 위한 망막 검사가 포함됩니다.	매년 정기적인 눈 검사 1회에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 안경류 장착 매년 1회 방문으로 제한됨. 안경류 장착에 대한 방문은 정기 눈 검사가 아닙니다. 서비스에는 안경류(콘택트렌즈, 안경 프레임/렌즈) 장착이 포함됩니다.	매년 안경류 장착 방문 1회에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
• 안경류 매년 최대 $100의 혜택을 받을 수 있는 무제한 안경 처방을 제공합니다. 보장되는 안경에는 다음이 포함됩니다. o 안경(안경테 및 렌즈) 또는 o 안경 렌즈만 또는 o 안경테만 또는 o 안경 대신 콘택트렌즈 또는 o 비전 하드웨어 업그레이드	안경류에 대해 코페이먼트 $0.* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
참고: 콘택트렌즈 적합성 검사 요금을 플랜에서 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. Medicare 보장 안경류는 보충적(즉, 정기적) 최대 혜택에 포함되지 않습니다. 가입자는 추가 안경 혜택을 이용하여 Medicare에서 보장하는 안경류에 대한 보장을 늘릴 수 없습니다. 안과 서비스는 플랜의 안과 네트워크에서 받아야 합니다. 의료 제공자를 찾는 방법 또는 추가 정보를 찾는 방법에 대한 문의사항은 가입자 서비스부에 전화하십시오.	

보장 서비스	가입자 지불
질병예방을 위한 Medicare 첫 방문 당사 플랜에서는 질병예방을 위한 *Medicare 첫* 방문을 일회 보장해 드립니다. 이 방문에는 가입자의 건강에 대한 평가, 필요한 질병 예방 서비스와 관련된 교육 및 상담(특정 선별검사 및 접종(또는 백신) 포함), 필요한 경우 기타 진료에 대한 진료 의뢰가 포함됩니다. **중요:** 질병예방을 위한 *Medicare 첫* 방문은 가입자가 Medicare Part B에 가입된 최초 12개월 이내에만 보장됩니다. 방문 일정을 잡을 때, 질병예방을 위한 *Medicare 첫* 방문 일정을 잡는 것이라고 의사 진료실에 밝히십시오.	질병예방을 위한 *Medicare 첫* 방문에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다.
• *Medicare 첫 방문* 후 Medicare 보장 EKG마다 코페이먼트 $0.	질병예방을 위한 *Medicare 첫* 방문 후 Medicare 보장 EKG당 코페이먼트 $0. *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
Wellcare Spendables® 귀하가 SSBCI에 적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드에 충전되어 총 **매달 $10**가 OTC 품목에 대해 지출됩니다. • 귀하의 월 보조금은 **사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 플랜 연도의 연말에 만료됩니다.** **<u>귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.</u>** **비처방(OTC) 품목:** 귀하의 카드는 모바일 앱을 통해 참여 소매점에서 비처방(OTC) 품목 구입을 위해 사용하거나, 가입자 포털에 로그인하여 홈 배송을 주문할 때 사용할 수 있습니다. 보장 OTC 품목에는 다음이 포함됩니다. • 알레르기, 감기, 기침, 독감 및 부비동 제품 • 통증 완화, 소화 건강 및 수면 보조 제품 • 비타민 및 보조제 • 응급 처치 용품 및 비처방 의료용품	Wellcare Spendables® 카드에는 공동보험료, 코페이먼트 또는 공제액이 적용되지 않습니다. 매장 내 구매에 대한 최소 요건은 없습니다.

보장 서비스	가입자 지불
Wellcare Spendables® - 계속 • 일반 구강 관리, 눈 관리 및 귀 관리 용품 • 요실금 용품, 여성 건강 제품 및 일상 생활 보조 기구 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하십시오. **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. **만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI):** **아래에 언급된 혜택은 SSBCI의 일부입니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 다음 플랜 혜택에 대한 자격 기준을 충족해야 합니다.** **적격한 경우 귀하의 월간 카드 보조금은 다음을 위해서도 사용할 수 있습니다.** • 휘발유(주유기에서 결제) • 건강 식품 • 개인 간병 용품 • 해충 방제 품목 • 대여 지원 • 도우미 로봇 펫 • 유틸리티 지원 이러한 혜택에 대한 자세한 내용은 이 차트의 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)을 참조하십시오. **카드 사용 방법:** 1. 사용하기 전에 카드를 활성화하십시오. 2. 참여 소매점을 방문하거나, 아래 나열된 포털 링크에 로그인하거나, Wellcare Spendables® 모바일 앱을 다운로드하십시오. 3. 승인된 품목 또는 서비스를 선택합니다. 4. 매장에서 소매점의 계산대로 이동하여 Wellcare Spendables® 카드로 결제하십시오. 온라인 또는 모바일 앱 주문의 경우 로그인하여 혜택에 액세스하고 이용하십시오. 5. 귀하의 카드는 신용 카드가 아니지만 결제 시 "신용"으로 입력될 수 있습니다. 메시지가 나타나면 카드를 활성화할 때 생성한 PIN을 입력하십시오.	

보장 서비스	가입자 지불
Wellcare Spendables® - 계속 **알아야 할 추가 정보:** • 일단 지출 보조금을 사용하면 귀하는 구매 비용 잔액을 부담합니다. • 매장에서 구매한 품목은 소매업체의 반품 및 교환 정책에 따라 반품될 수 있습니다. 온라인으로 구매한 품목은 최종 판매입니다. 품목이 손상 또는 훼손된 경우 당사로 문의해 주십시오. • 카드가 제대로 작동하지 않거나 기술적인 문제가 발생한 경우 아래 번호를 사용하여 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. • 일부 혜택은 결제에 실패할 경우 환급을 받을 수 있습니다. 당사에 문의하거나 검토를 위해 가입자 포털을 통해 환급 요청을 제출하십시오. 환급 요청은 품목 또는 서비스를 구매한 플랜 연도 중에 제출해야 합니다. 자격을 갖춘 구매를 확인하기 위한 추가 정보가 필요할 수 있습니다. • 한도 및 제한 사항이 적용될 수 있으며 승인된 품목만 보장됩니다. **Wellcare Spendables® 카드에 대한 자세한 내용이나 카탈로그를 요청하려면** 1-800-431-9007번, TTY: 711번으로 전화해 주십시오. 운영 시간: 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. **또한 온라인으로** go.wellcare.com/member를 방문하실 수도 있습니다.	

섹션 3 플랜 외부에서 보장되는 서비스

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에서는 보장되지 않지만 California Medi-Cal (Medicaid)을 통해 이용할 수 있는 서비스가 있습니다. California Medi-Cal (Medicaid)에서 제공하는 지원에 관한 질문이 있는 경우 California Medi-Cal (Medicaid)에 1-800-541-5555(TTY 사용자: 1-800-430-7077)번으로 문의하십시오. 운영 시간: 태평양시(PT) 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시.

Medi-Cal 치과 프로그램

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

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

Medi-Cal Dental 행위별 수가제(FFS) 프로그램에서 치과 혜택을 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 1-800-322-6384번으로 Medi-Cal Dental 프로그램에 문의하십시오(TTY 사용자는 1-800-735-2922로 전화). 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 가입자를 지원할 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 SmileCalifornia.org를 방문하셔도 됩니다.

섹션 4 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스(제외 사항)

이 섹션에서는 제외되는 서비스에 대해 설명해 드립니다.

아래 표에는 어떤 조건에서도 보장되지 않거나 특정 조건에서만 제외되는 서비스 및 품목 목록이 나와 있습니다.

가입자가 보장에서 제외되는(보장되지 않는) 서비스를 받을 경우, 가입자 본인은 아래에 나열된 특정 상황에 처한 경우를 제외하고 이에 대한 비용을 반드시 부담해야 합니다. 보장 제외 서비스를 응급 시설에서 받더라도 제외된 서비스는 보장을 받을 수 없으며 플랜에서 비용을 지불해 드리지 않습니다. 단, 유일한 예외는 의료 서비스에 대해 이의 신청이 제기되고 이의 신청에 따라 가입자의 특정 상황으로 인해 저희가 지불하거나 보상했어야 하는 의료 서비스로 결정된 경우입니다. (의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희 플랜의 결정사항을 상대로 이의를 신청하는 방법에 대한 정보는 9장, 섹션 6.3을 참조하십시오.)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
침술	특정 상황에서 만성 요통이 있는 분들을 위해 제공됩니다.
성형 수술 또는 시술	사고에 따른 상해로 인하거나 신체의 기형 부위를 개선하기 위한 목적인 경우 보장됨 유방 절제수술 이후, 형태의 대칭을 이루기 위해 절제된 쪽과 보존된 쪽에 실시하는 모든 단계의 재건이 보장됨

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
보호 치료 보호 치료란 목욕이나 옷 입기 등 일상 생활 활동을 도와주는 간호로, 숙련된 의료인 또는 응급 구조인의 계속적인 돌봄을 필요로 하지 않는 간호입니다.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
실험적인 내과적 및 외과적 시술, 장비 및 의약품 실험적인 시술 및 품목이란 의료계에서 일반적으로 인정되지 않는 것이라고 Original Medicare에서 판단한 품목 및 시술을 의미합니다.	Medicare가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare가 또는 당사 플랜에서 보장을 제공할 수도 있음 (임상 연구에 대한 자세한 정보는 3장, 섹션 5를 참조하십시오.)
가까운 친척이나 가족이 간호를 제공하여 청구하는 비용	어떤 조건에서도 보장되지 않음
풀타임 가정간호	어떤 조건에서도 보장되지 않음
가정 배달 식사	자세한 내용은 의료 혜택표의 SSBCI 섹션에서 '건강 식품' 혜택을 참조하십시오.
가정 건강 서비스	Medicare는 의학적으로 필요한 시간제 또는 간헐성 전문 간호 진료를 보장합니다.
가사 서비스에는 간단한 가사 활동이나 간단한 식사 준비 등 기본적인 가사 보조가 포함됩니다.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
자연요법 서비스(자연치료 또는 대체 치료 사용)	어떤 조건에서도 보장되지 않음
교정 신발 또는 발에 사용하는 보조 장치	다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함된 신발. 당뇨성 족부 질환 환자를 위한 정형외과 신발 또는 치료용 신발

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
전화기나 TV 등 병원 또는 전문요양시설 내 병실에 제공되는 개인용 물품.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
병원 내 개인 병실	의학적으로 필요한 경우에만 보장됨
불임복원술 및/또는 비처방 피임용품	어떤 조건에서도 보장되지 않음
정기적 지압요법 진료	아탈구를 교정하기 위해 손을 사용하여 척추를 치료하는 것만 보장됨.
다음과 같은 정기 치과 진료: • **스케일링(질병예방)** • **불소 처치** • **치아 교정 서비스** • **근관치료술** • **치주치료술** • **임플란트 서비스** • **악안면 보철술**	어떤 조건에서도 보장되지 않음 혜택 패키지의 일환으로 플랜이 보장하는 정기 치과 진료에 대해서는 의료 혜택표의 치과 진료 서비스 혜택을 참조하십시오.
정기적인 발 진료(족부 치료)	Medicare 지침에 따라 (당뇨병 환자 등의) 가입자에게는 일부 제한적 보장이 제공됩니다.
정기 보청기 또는 보청기 맞춤을 위한 검사.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
Original Medicare 기준에 따라 비합리적이거나 불필요하다고 간주되는 서비스.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
시력 관리: 방사상 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력보조기구	어떤 조건에서도 보장되지 않음
시력 관리: 정기 눈 검사, 안경	혜택 패키지의 일환으로 플랜이 보장하는 정기 시력 서비스에 대해서는 의료 혜택표의 시력 관리 서비스 혜택을 참조하십시오.

5장:
파트 D 의약품에 대한 플랜 보장 사용

가입자의 약 비용에 관한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

가입자가 California Medi-Cal (Medicaid) 자격 대상이기 때문에, 가입자는 Medicare에서 추가 지원을 받아 처방약 플랜 비용을 납부할 자격이 있으며 이러한 지원을 받고 있습니다. 귀하는 추가 지원 프로그램에 가입되어 있기 때문에 이 *보장 범위 증명서*에 수록된 파트 D 처방약 비용 관련 정보 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 *처방약 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 부칙*(*저소득층 보조 부칙* 또는 *LIS 부칙*이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 가입자 서비스부에 전화하여 *LIS 부칙*을 요청해 주십시오. (가입자 서비스부의 전화번호는 이 문서의 뒤표지에 안내됨).

섹션 1 파트 D 약 보장 기본 규칙

Medicare Part B 약 혜택 및 호스피스 의약품 혜택에 대해서는 4장의 의료 혜택표를 참조하십시오.

Medicare가 보장하는 약에 더해 일부 처방약은 가입자의 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 의해 보장됩니다. Medicaid의 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 California Medi-Cal (Medicaid)에 문의하여 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하십시오. (California Medi-Cal (Medicaid) 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

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

- 가입자는 의료 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 해당 주법에 따라 유효한 처방전을 작성하도록 해야 합니다.
- 가입자의 처방자는 Medicare의 예외 또는 제외 목록에 포함되지 않아야 합니다.
- 일반적으로, 처방약을 조제하려면 반드시 네트워크 소속 약국을 이용해야 하며(섹션 2 참조) 또는 *플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.*
- 귀하의 약이 당사 플랜의 의약품 목록에 있어야 합니다(섹션 3 참조).
- 가입자가 이용하는 약은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"은 FDA의 승인을 받거나 특정 참조 자료에 의해 뒷받침되는 약의 사용을 의미합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보는 섹션 3을 참조하십시오.)
- 귀하의 약은 당사가 보장에 동의하기 전에 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (자세한 내용은 섹션 4를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 소속 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제하기

대부분의 경우, 당사 플랜 네트워크에 소속된 약국에서 처방약을 조제하는 *경우에만* 보장을 받습니다 (네트워크 비소속 약국에서 조제하는 처방약을 보장받을 수 있는 경우에 대한 정보는 섹션 2.4를 참조하십시오.)

네트워크 소속 약국이란 보장되는 의약품을 제공하기로 당사 플랜과 계약을 체결한 약국을 의미합니다. "보장약"이란 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 파트 D 의약품을 의미합니다.

섹션 2.1 네트워크 소속 약국

가입자 지역에서 네트워크 소속 약국 찾기

네트워크 소속 약국을 찾으려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하거나, 당사 웹사이트(go.wellcare.com/2027providerdirectories)를 방문하고/하거나, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

네트워크에 소속된 어느 약국이라도 이용하실 수 있습니다. 일부 네트워크 소속 약국은 우대 비용 분담 방식을 제공하며, 이는 표준 비용 분담을 제공하는 약국의 비용 분담보다 낮을 수 있습니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에서는 우대 비용 분담 방식을 채택한 네트워크 소속 약국을 확인할 수 있습니다. 약품마다 가입자 본인부담금이 어떻게 다른지 자세히 알아보려면 저희에게 연락하시기 바랍니다.

약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우

귀하가 이용해 온 약국이 당사 플랜 네트워크를 떠나는 경우, 네트워크 소속의 새로운 약국을 찾으셔야 합니다. 이용 중인 약국이 네트워크 내에 있지만 더 이상 우대 비용 분담 방식을 제공하지 않는 경우, 가능하다면 다른 네트워크나 우대 약국으로 전환할 수 있습니다. 귀하의 지역에 있는 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 받거나 *의료 제공자 및 약국 명부*를 이용할 수 있습니다. 또한 가입자는 저희 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서도 이 정보를 찾을 수 있습니다.

전문 약국

일부 처방전은 반드시 전문약국에서 약을 구입해야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 약물 투약에 사용되는 약을 공급하는 약국.
- 장기요양(LTC) 시설 입소자를 위한 약을 공급하는 약국. 일반적으로 LTC 시설(요양원 등)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- 아메리카 원주민 건강 서비스/부족/도시 거주 아메리카 원주민 건강 프로그램을 대상으로 하는 약국(Puerto Rico에서는 제공되지 않음). 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 Alaska 원주민만이 이들 네트워크 소속 약국을 이용할 수 있습니다.

- FDA가 특정 지역에 대해 공급을 제한한 약을 공급하거나 특별 취급, 의료 제공자의 협조 또는 사용법 교육을 요하는 약을 공급하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 가입자의 *의료 제공자 및 약국 명부* go.wellcare.com/2027providerdirectories를 확인하거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로(TTY 사용자는 711로 전화) 전화하십시오.

섹션 2.2 당사 플랜의 우편 주문 서비스

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

당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해서는 **최소 35일 이상 최대 100일 공급 분량 이내의 약을 주문할 수 있습니다.**

플랜의 우대 우편 주문 서비스를 사용할 경우 코페이먼트가 더 낮을 수 있습니다. 자세한 내용은 6장, 섹션 5.2 및 5.4의 표를 참조하십시오.

우편으로 처방약을 받기 위한 주문서와 관련된 자세한 내용을 확인하려면 Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201 (TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 전화하십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오. 플랜 네트워크에 소속되지 않은 우편 주문 약국을 이용할 경우, 처방약을 보장해 드리지 않습니다.

일반적으로 우편 주문 서비스로 의약품을 주문하면 14일 이내에 배송됩니다. 그러나 우편 주문 서비스로 처방약을 보낼 경우, 배송이 지연되는 경우가 있습니다. 장기간(35~100일) 필요한 약물이 지금 당장 필요한 경우, 의사에게 참여 소매약국에서 조제할 수 있는 30일 분량의 약물 그리고 우편으로 공급 받을 수 있는 장시간 약물, 두 가지 처방전을 요청하십시오. 우편 주문 처방전이 지연되어 참여 소매 약국에서 30일분을 구입하는 데 문제가 있는 경우, 소매 약국에서 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252)번으로 의료 제공자 서비스 센터에 전화하도록 해 주십시오. 주 7일, 하루 24시간 지원을 받을 수 있습니다. 가입자는 Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 연락하실 수 있습니다. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

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

- 가입자가 이전에 이 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 경우 또는
- 가입자가 의료 제공자로부터 직접 모든 새 처방전의 자동 배송을 신청한 경우. Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 연락하여 주 7일, 하루 24시간 모든 새 처방전의 자동 배송을 요청할 수 있습니다. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

원하지 않는 처방전을 우편을 통해 자동으로 발송받았고, 배송 전에 처방전 필요 여부를 확인하기 위한 연락을 받지 못한 경우, 환불을 받을 수 있습니다.

이전에 우편 주문 서비스를 이용했으나 약국에서 자동으로 각 새 처방전을 조제하여 배송하기를 원하지 않는 경우, Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 전화로 연락하십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

우편 주문 배송을 이용한 적이 없고/없거나 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하고자 하는 경우, 약국에서는 의료 제공자로부터 새 처방전을 받을 때마다 가입자에게 연락해 의약품이 조제되어 즉시 배송되기를 원하는지 확인하게 됩니다. 약국에서 연락이 올 때마다 응답하여 새 처방전을 배송, 연기 또는 취소할지 여부를 알려 주십시오.

의료 제공자 진료실에서 직접 받은 새 처방전의 자동 배송을 거부하려면 Express Scripts® Pharmacy에 1-833-750-0201(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 연락하여 저희에게 문의해 주십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

우편 주문 처방약 재구입. 의약품을 재조제하려면 자동 재조제 프로그램에 가입할 수 있습니다. 이 프로그램에서는 기록상 약이 떨어질 때가 되면 자동으로 다음 재조제 과정을 시작합니다. 재조제 약물을 배송하기 전에 약국에서 가입자에게 연락하여 약물이 더 필요하신지 확인합니다. 약물이 충분히 있거나 약물이 변경된 경우에는 예약된 재조제를 취소하실 수 있습니다.

자동 재구입 프로그램을 사용하지 않지만 우편 주문 약국에서 처방약을 보내주기를 원하는 경우에는 처방약을 다 사용하기 21일 전에 약국에 문의해 주십시오. 이렇게 하면 주문한 약이 제때 배송됩니다.

우편 주문 처방약의 재조제를 자동으로 처리하는 프로그램의 이용을 중지하려면 우편 주문 약국으로 전화하여 당사에 연락하십시오.

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201(TTY 사용자를 위한 전화번호는 711번).**

우편을 통해 자동으로 원하지 않는 재조제를 받는 경우 환불을 받을 수 있습니다.

섹션 2.3 장기간 이용할 의약품을 어떻게 받을 수 있습니까?

당사 플랜은 플랜의 의약품 목록에 수록된 유지의약품을 장기 공급(연장 공급이라고도 함)받을 수 있는 두 가지 방법을 제공합니다. (유지약은 만성 또는 장기 의학적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 의약품입니다.)

1. 네트워크에 소속된 소매약국 중 일부는 유지의약품을 장기적으로 공급해 줍니다. *의료 제공자 및 약국 명부* go.wellcare.com/2027providerdirectories에는 네트워크 소속 약국들 가운데 어느 곳에서 유지의약품을 장기적으로 공급해 줄 수 있는지 나와 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오.
2. 당사 우편 주문 프로그램을 통해 유지의약품을 받을 수도 있습니다. 자세한 정보는 섹션 2.2를 참조하십시오.

섹션 2.4 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국 이용

일반적으로 당사는 가입자가 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 *경우에만* 네트워크 비소속 약국에서 조제된 의약품에 대해 보장합니다. 또한 당사는 당사 서비스 지역 밖에도 귀하가 본 플랜의 회원으로서 귀하의 처방을 조제받을 수 있는 네트워크 약국을 두고 있습니다. **먼저 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하여** 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하십시오.

당사는 다음 상황에서만 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다.

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

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

- 미국 및 미국령 지역에서 여행 중에 몸이 아프거나, 처방약을 분실했거나, 처방약이 다 떨어진 경우, 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약을 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 처방약 청구 양식을 제출하여 당사가 부담하는 비용에 대한 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 환급 요청을 위한 처방약 청구 제출 방법에 대해 확인하려면 7장, 섹션 2를 참조하십시오.

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

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

의료적 응급 상황 시: 의료적 응급 상황이 발생했거나 긴급 진료가 필요하여 처방전이 필요한 경우 어떻게 합니까?

- 해당 처방전이 의료적 응급 상황에 대한 치료 또는 긴급 진료와 관련된 경우에는 네트워크 비소속 약국에서 구입한 처방약에 대해서도 보장해 드립니다. 이러한 상황에서는 처방약을 구입할 때 약 비용 전체(코페이먼트 또는 공동보험료만 부담하는 것이 아님)를 가입자가 부담해야 합니다. 비용청구서를 제출하여 저희 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 비소속 약국을 이용할 경우, 네트워크 소속 약국 이용 시 납부해야 할 처방약 가격과 네트워크 비소속 약국에서 실제로 청구하는 처방약 가격 간의 차액을 가입자가 부담해야 할 수 있습니다. 비용청구서 제출 방법에 대해 확인하려면 7장, 섹션 2를 참조하십시오.

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

- 다음 중 적어도 한 가지가 적용되는 경우에는 네트워크 비소속 약국을 이용하더라도 처방약을 보장해 드립니다.
    - 24시간 서비스를 제공하며 합당한 운전 거리 이내에 위치한 네트워크 소속 약국이 없어서 서비스 지역 내에서 적절한 시기에 보장약을 구할 수 없는 상황.
    - 방문할 만한 거리에 위치한 네트워크 소속 소매약국 또는 우편 주문 약국에 정기적으로 구비되어 있지 않은 처방약(고비용 및 고유 약품 포함)을 구입하려는 상황.
    - 의학적으로 필요하나 Medicare Part B에서 보장되지 않는 예방접종을 의사 진료실에서 받는 상황.
    - 환자가 외래 외과 진료소 또는 기타 외래 환자 치료 환경에서 기관 기반 약국에서 보장하는 처방약을 받는 상황.
- 위에 나온 모든 상황에서, 가입자는 최대 30일분의 처방약을 받을 수 있습니다. 추가적으로, 가입자는 네트워크 비소속 약국이 청구하는 약 비용을 납부하고 플랜으로부터 비용 보장을 받기 위해 관련 서류를 제출해야 할 가능성이 있습니다. 서류 작성 시, 네트워크 비소속 약국을 이용해야만 했던 상황에 대해 설명해 주십시오. 그러면 환급 신청을 처리하는 데 도움이 됩니다.

네트워크 비소속 약국을 이용해야만 한다면 처방약을 구입하는 시점에 일반적으로(가입자의 일반적인 비용분담분이 아니라) 약 비용의 전액을 납부해야 합니다. 당사에 당사 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. (당사 플랜에 환급을 요청하는 방법에 대한 정보는 7장, 섹션 2를 참조하십시오.) 단, 네트워크 비소속 약국에서의 구입가격 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

섹션 3 가입자가 사용하는 약은 당사 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있어야 합니다

섹션 3.1 의약품 목록에서는 파트 D 약 가운데 어떤 것이 보장되는지 알려 줍니다

당사 플랜에는 *보장 의약품 목록*(처방규정)이 있습니다. 이 *보장 범위 증명서*에서는 **이를 의약품 목록이라고 합니다.**

이 목록에 있는 의약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 당사 플랜에 포함된 것입니다. 이 목록은 Medicare의 요구 사항을 만족하고 Medicare의 승인이 있어야 합니다.

의약품 목록은 Medicare Part D에 따라 보장되는 약만 보여줍니다. Medicare가 보장하는 약에 더해, 일부 처방약은 가입자의 Medicaid 혜택에 의해 보장됩니다. Medicaid의 의약품 보장에 대한 자세한 내용은 California Medi-Cal (Medicaid)에 문의하여 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하십시오. (California Medi-Cal (Medicaid) 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

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

- 처방된 진단 또는 상태에 대해 FDA의 승인을 받음, 또는
- American Hospital Formulary Service Drug Information 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료로 뒷받침되는 약의 사용.

의약품 목록에는 브랜드 약, 제네릭 약 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함됩니다.

브랜드 약은 의약품 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 제제는 일반 의약품보다 더 복잡한 의약품입니다. 의약품 목록에서 의약품이라고 부르는 경우 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약이란 브랜드 약과 주 성분이 동일한 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대체재가 있습니다. 일반적으로 제네릭 약 및 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제와 동일한 효능을 지니며 가격은 더 저렴합니다. 다수의 브랜드 약에 대한 제네릭 약 대체재와 일부 오리지널 생물학적 제제에 대한 바이오시밀러 대체재를 이용할 수 있습니다. 일부 바이오시밀러는 대체 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 브랜드 약을 대체할 수 있는 제네릭 약과 마찬가지로 새 처방전이 필요 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다.

의약품 목록에 있을 수 있는 의약품 유형의 정의는 12장을 참조하십시오.

의약품 목록에 없는 의약품

당사 플랜에서 모든 처방약을 보장해 드리는 것은 아닙니다.

- 경우에 따라, 어떤 Medicare 플랜에서도 특정 유형의 약을 보장하지 못하도록 법에서 정한 경우가 있습니다. (자세한 내용은 섹션 7을 참조하십시오.)
- 또는 저희 플랜이 특정 약을 의약품 목록에 포함시키지 않기로 한 경우도 있습니다.
- 일부 경우에는 당사의 의약품 목록에 없는 의약품을 받을 수 있습니다. (자세한 내용은 9장을 참조하십시오.)
- California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하는 처방약은 의약품 목록에 없습니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 California Medi-Cal (Medicaid)에 문의하시기 바랍니다. (California Medi-Cal (Medicaid) 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

섹션 3.2 의약품 목록에 수록된 의약품에 대한 여섯 가지 비용 분담 범주

당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6개의 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로 범주가 높을수록 가입자가 부담하는 의약품 비용도 높습니다.

- 범주 1(제네릭 약)에는 선호하는 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.

- 범주 2(우대 브랜드 약)에는 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 3(비우대 약)에는 비우대 브랜드 약 및 제네릭 약이 포함됩니다.
- 범주 4(주사용 약물)에는 주사를 통해 투여되거나 질병을 예방하는 데 사용되는 일부 약물(백신)이 포함되어 있습니다.
- 범주 5(특수범주 약)에는 고비용 브랜드 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 높은 범주입니다.
- 범주 6(선별 치료 약)에는 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 일부 제네릭 약 및/또는 브랜드 약이 포함됩니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 낮은 범주입니다.

해당 약이 어떤 비용 분담 범주에 속하는지 확인하려면, 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오. 각 비용 분담 범주 의약품에 대한 가입자의 지불금은 6장에 소개되어 있습니다.

섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 수록되어 있는지 확인하는 방법

다음 옵션을 통해 의약품이 당사의 의약품 목록에 있는지 확인할 수 있습니다.

- 전자식으로 제공한 최신 의약품 목록을 확인하십시오.
- 플랜의 웹사이트(go.wellcare.com/HealthNetCA)를 방문하십시오. 웹사이트에는 항상 최신 상태의 의약품 목록이 게시되어 있습니다.
- 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있는지 확인하거나 의약품 목록 사본을 요청하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 연락하십시오.
- 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"(go.wellcare.com/HealthNetCA)를 사용하여 의약품 목록에서 의약품을 검색하여 귀하가 지불할 비용에 대한 추정치를 구하고 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 의약품 목록에 있는지 확인하십시오. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오.

섹션 4 보장에 제한이 있는 의약품

섹션 4.1 왜 일부 약에는 제한사항이 적용됩니까?

특정 처방약의 경우, 언제, 어떻게 당사 플랜이 해당 약을 보장하는지에 대해 제한하는 특별 규칙이 적용됩니다. 가입자와 가입자의 의료 제공자가 가장 효과적인 방식으로 약을 사용하도록 의사 및 약사로 구성된 팀이 이러한 규칙을 개발했습니다. 이들 제한사항이 가입자가 복용하거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면, 의약품 목록을 확인하십시오.

당사 플랜의 규칙은 저비용의 안전한 약이 보다 고비용의 약만큼 의학적 효능을 발휘하는 경우에 가입자 및 의료 제공자가 저비용의 약을 선택할 것을 권장하도록 마련되었습니다.

어떤 약은 의약품 목록에 두 번 이상 나오는 경우가 있음에 유의하십시오. 이는 동일한 의약품이 의료 제공자가 처방한 약의 효능, 함량 또는 제형에 따라 달라질 수 있으며 의약품의 버전에 따라 다른 제한 사항 또는 비용 분담이 적용될 수 있기 때문입니다(예를 들어, 10mg 또는 100mg, 하루 1회 또는 하루 2회, 알약 또는 물약).

섹션 4.2 제한사항의 유형

가입자가 사용하는 약에 제한사항이 있다면, 이는 통상적으로 의약품 보장을 위해서 가입자 또는 의료 제공자가 추가 조치를 취해야 함을 의미합니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 가입자 또는 가입자의 의료 제공자가 의약품 보장을 받기 위해 취할 수 있는 조치에 대해 알아보십시오. **가입자에게 제한사항이 적용되지 않도록 하려면 보장 결정 절차를 밟아 저희에게 예외 적용을 요청하셔야 합니다.** 이에 대해 저희는 동의할 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있습니다 (9장을 참조하십시오.)

플랜으로부터 사전 승인 얻기

일부 약의 경우, 저희가 해당 약을 보장해 드린다고 동의하기 전에 특정 기준에 따라 가입자 또는 의료 제공자가 당사 플랜으로부터 승인을 얻어야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이는 의약품 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 사전 승인을 받지 못하면 당사 플랜에서 약을 보장받지 못할 수 있습니다. 당사 플랜의 사전 승인 기준은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/enhanced-select-pa에서 확인할 수 있습니다.

다른 의약품 시도해 보기

이 요건은 당사 플랜에서 어떤 약을 보장해 주기 전에 일반적으로 이 약과 효능은 동일하나 비용은 더 낮은 약을 가입자가 시도해 볼 것을 권장합니다. 예를 들어, A와 B라는 각각의 약이 동일한 의학적 상태에 대한 치료제이고 A 약이 더 저렴하다면, 당사 플랜에서는 A 약을 먼저 시도해 볼 것을 요구할 것입니다. 만일 가입자에게 A약이 효능을 발휘하지 못하는 경우, 당사 플랜에서는 B약을 보장해 드립니다. 다른 약을 먼저 시도해 보라는 이 요건을 가리켜 **단계적 치료법**이라고 합니다. 당사 플랜의 단계적 치료법 기준은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/enhanced-select-st에서 확인할 수 있습니다.

분량 제한

특정 의약품의 경우 당사는 처방전을 조제받을 때마다 받는 의약품의 수량을 제한합니다. 예를 들어, 어떤 약이 하루 한 정만 복용해야 안전하다고 일반적으로 간주되는 경우, 저희는 하루 한 정 이하로 처방약 보장을 제한할 수 있습니다.

섹션 5 의약품 중 하나가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 취할 수 있는 조치

가입자가 복용하는 처방약 또는 가입자와 의료 제공자가 복용해야 한다고 생각하는 처방약이 당사의 의약품 목록에 없거나 제한사항이 있는 상황이 있습니다. 예를 들면:

- 해당 약이 전혀 보장되지 않을 수도 있습니다. 또는 해당 약에 대응하는 제네릭 약은 보장되나 가입자가 복용하고자 하는 브랜드 약은 보장되지 않을 수도 있습니다.
- 해당 약이 보장은 되나, 추가 규칙 또는 제한사항이 보장에 적용될 수 있습니다.
- 해당 약이 보장은 되나, 생각보다 가입자의 비용 분담분이 더 높아지는 비용 분담 범주에 속하게 되는 경우가 있습니다.

가입자가 부담할 비용이 생각보다 더 높아지는 비용 분담 범주에 해당 약이 속해 있다면, 섹션 5.1으로 가서 가입자가 취할 수 있는 방법에 대해 알아보십시오.

해당 약이 의약품 목록에 없거나 제한되어 있는 경우, 취할 수 있는 조치에 대해 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 의약품의 임시 공급분을 받을 수 있습니다.
- 가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다
- 가입자는 **예외**를 요청하고, 당사 플랜 측에 해당 약을 보장하거나 제한사항을 적용하지 않을 것을 요구할 수 있습니다.

임시 공급분을 받을 수도 있습니다

특정 상황에서 당사 플랜은 가입자가 이미 복용하고 있는 의약품의 임시 공급분을 제공해야 합니다. 임시 공급분을 받음으로써 가입자가 의료 제공자와 논의할 수 있는 시간이 마련됩니다.

임시 공급분을 받을 자격을 갖추려면 **복용하는 해당 의약품이 더 이상 이 플랜의 의약품 목록에 없거나,** 또는 **현재 어떤 식으로든 제한되어 있어야 합니다**.

- **신규 가입자인 경우,** 당사는 귀하가 플랜에 가입한 후 첫 **90일** 동안 기존에 복용하던 의약품의 임시 공급분을 보장합니다.
- **작년에 당사 플랜의 가입자였던 경우,** 당사는 달력 연도의 첫 **90일** 동안의 귀하 의약품의 임시 공급분을 보장할 것입니다.
- 이 임시 공급분은 소매 약국에서 최대 30일분, 장기요양 약국에서 31일분입니다. 이보다 적게 처방된 경우, 소매 약국에서 최대 30일분 또는 장기 요양 약국에서 31일분만큼 약을 제공할 수 있도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 구입해야 합니다 (장기 요양 약국에서는 약의 낭비를 방지하기 위해 한 번에 작은 분량만 드리는 경우가 있습니다).

- **귀하가 당사 플랜에 가입한 지 90일 이상 지났고, 장기요양 시설에 거주하고, 약 공급이 즉시 필요한 경우:**

  당사는 특정 의약품의 31일 응급 상황 공급분 일회, 또는 이보다 적은 일수에 대해 처방을 받은 경우에는 그 미만으로 보장해 드립니다. 이것은 위에서 말한 임시 공급분에 추가하여 보장됩니다.

- **치료 수준의 변화를 경험하고(장기요양 시설 또는 병원으로 이동) 공급분이 즉시 필요한 경우:**

  당사는 30일 공급분을 1회 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장합니다(이 경우 최대 총 30일분 만큼 의약품을 제공하도록 여러 차례 구입하는 것을 허용합니다).

임시 공급분에 대한 질문은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 문의하십시오.

임시 공급분을 사용하는 동안, 가입자는 의료 제공자와 상의하여 이 공급분이 소진될 때 어떤 조치를 취해야 할지 정해야 합니다. 가입자에게는 두 가지 옵션이 있습니다.

옵션 1. 가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

가입자에게 효능이 있을 수 있는 다른 의약품을 당사 플랜에서 보장하는지에 대해 의료 제공자와 상담하십시오. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하십시오. 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다

옵션 2. 예외를 요구할 수 있습니다

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

가입자와 의료 제공자가 예외 적용을 요청하고자 할 경우 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 알아보려면 9장, 섹션 7.4를 참조하십시오. 이 섹션에서는 가입자의 요청이 신속하고 공정하게 다루어질 수 있도록 Medicare에서 정한 절차 및 기한에 대한 설명이 나와 있습니다.

섹션 5.1 해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는 어떻게 해야 합니까?

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

가입자는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

해당 약이 너무 비싸다고 생각되는 비용 분담 범주에 속한 경우에는, 담당 의료 제공자와 상의하십시오. 동일한 효능을 지니고 더 낮은 비용 분담 범주에 속하는 다른 약이 존재할 수도 있습니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 연락하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하십시오. 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다

예외를 요구할 수 있습니다

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

가입자와 의료 제공자가 예외 적용을 요청하고자 할 경우 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해서는 9장, 섹션 7.4를 참조하십시오. 이 섹션에서는 가입자의 요청이 신속하고 공정하게 다루어질 수 있도록 Medicare에서 정한 절차 및 기한에 대한 설명이 나와 있습니다.

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

섹션 6 의약품 목록은 연중 변경될 수 있습니다

약 보장에 대한 변경은 대부분 매년 시작일(1월 1일)에 발생합니다. 그러나 연중에 당사 플랜에서 의약품 목록에 대해 일부 변경을 할 수도 있습니다. 예를 들어, 당사 플랜에서 다음과 같은 변경을 할 수 있습니다.

- **약을 의약품 목록에 추가하거나 목록에서 제거합니다.**
- **약을 더 높거나 더 낮은 비용 분담 범주로 이동함.**
- **의약품에 대한 보장 사항에 제한을 추가하거나 제거합니다.**
- **브랜드 약을 제네릭 약 버전으로 대체합니다.**
- 오리지널 생물학적 제제를 생물학적 제제의 대체 바이오시밀러 버전으로 교체합니다.

당사는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 반드시 준수합니다.

약 보장 변경에 관한 정보

의약품 목록 변경이 있는 경우, 당사의 웹사이트에 그 변경 내용을 게시합니다. 또한 당사는 정기적으로 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 가입자가 복용하는 약에 변경이 있을 경우, 때때로 가입자는 직접 통지를 받게 됩니다.

이 플랜 연도에 영향을 미치는 의약품 보장 범위에 대한 변경 사항

- **의약품 목록에 새 약을 추가하고 의약품 목록에서 유사 약을 즉시 제거하거나 변경합니다.**
    - 당사는 의약품 목록에서 유사한 의약품을 즉시 제거하거나, 유사한 의약품을 다른 비용 분담 범주로 이동하거나, 새로운 제한사항을 추가하거나, 두 가지 모두를 적용할 수 있습니다. 약의 새로운 버전은 동일하거나 더 낮은 비용 분담 범주에 있으며 제한사항이 동일하거나 더 적습니다.
    - 당사는 새로운 제네릭 버전의 브랜드 약을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 오리지널 생물학적 제제의 새로운 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 즉시 수행합니다.
    - 당사가 제거하거나 변경하려는 약을 가입자가 복용하고 있는 경우에도 당사는 이러한 변경 사항을 즉시 적용하고 추후에 가입자에게 알려드릴 수 있습니다. 당사가 변경을 하는 시점에 가입자가 유사한 약을 복용하고 있는 경우에는 가입자에게 구체적인 변경 사항에 대해 알려드립니다.
- **의약품 목록에 새로운 약을 추가하고 의약품 목록에서 유사한 약을 제거하거나 변경합니다**
    - 의약품 목록에 또 다른 버전의 약물을 추가할 시, 의약품 목록에서 유사 약을 제거하거나 해당 약물을 다른 비용 분담 범주로 이동하거나 새로운 제한 사항을 추가하거나 두 조치 다 취할 수 있습니다. 당사가 추가하는 의약품 버전은 동일하거나 더 낮은 비용 분담 범주에 속하게 되며 제한사항이 동일하거나 더 적습니다.
    - 당사는 새로운 제네릭 버전의 브랜드 약을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 오리지널 생물학적 제제의 새로운 특정 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 수행합니다.
    - 당사는 변경 사항을 적용하기 최소 30일 전에 미리 가입자에게 알려드리거나, 변경에 관해 알려드리고 가입자가 복용 중인 버전 약의 30일 분량을 보장합니다.
- **안전하지 않은 약과 시장에서 회수되고 의약품 목록에 수록된 다른 약을 제거합니다.**
    - 때때로 의약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면, 당사는 해당 약을 의약품 목록에서 즉시 삭제할 수 있습니다. 가입자가 해당 약을 복용 중인 경우에는 변경 후 가입자에게 이를 알려드립니다.
- **의약품 목록에 수록된 약에 대한 기타의 변경 사항을 적용합니다.**
    - 보험 연도가 시작된 후 가입자가 복용하는 약에 영향을 주는 다른 변경을 할 수도 있습니다. 예를 들어 당사는 FDA 박스 경고 또는 Medicare에서 인정한 새로운 임상 지침에 기반했습니다.
    - 당사는 이러한 변경 사항을 적용하기 최소 30일 전에 미리 가입자에게 알려드리거나, 변경에 관해 알려드리고 가입자가 복용하는 약의 30일 분량을 추가로 보장합니다.

귀하가 복용 중인 약에 당사가 이러한 변경을 하는 경우, 귀하의 질환을 치료하기 위해 다른 약으로 변경하거나 복용 중인 약에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위해 보장 결정을 요청하는 등 귀하에게 가장 적합한 옵션에 대해 처방자와 상담하시기 바랍니다. 귀하나 처방자는 귀하가 복용하고 있는 약 또는 해당 약의 버전을 계속 보장하는 예외를 당사에 요청할 수 있습니다. 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

본 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주지 않는 의약품 목록 변경

당사는 위에서 설명하지 않은 의약품 목록에 대한 특정 변경을 가할 수 있습니다. 이러한 경우 해당 변경이 만들어졌을 당시 해당 의약품을 복용 중인 가입자에게는 변경 사항이 적용되지 않습니다. 그러나 이러한 변경 사항은 가입자가 동일한 플랜에 머무는 경우 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 가입자에게 영향을 미칠 것입니다.

일반적으로 현재 플랜 연도에 영향을 주지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 해당 약이 더 높은 비용 분담 범주로 이동하는 경우.
- 당사가 해당 약의 사용에 새로운 제한사항을 가하는 경우.
- 당사가 귀하의 약을 의약품 목록에서 삭제한 경우.

가입자가 복용 중인 약에 대해 다음의 변동 중 어느 것이라도 발생하는 경우(시장 회수, 제네릭 약의 브랜드 약 대체, 또는 위의 섹션에서 명시된 다른 변동 제외), 그 변동은 다음 연도의 1월 1일까지 약 이용이나 비용분담으로서 지불할 금액에 영향을 주지 않습니다.

현재 플랜 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도 중에 귀하가 복용 중인 약에 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 알아보려면 다음 플랜 연도(공개 가입 기간에 목록을 이용할 수 있는 경우)의 의약품 목록을 확인해야 합니다.

섹션 7 보장되지 않는 의약품의 종류

일부 처방약은 *제외됩니다*. 이는 Medicare에서 해당 약의 비용을 부담하지 않는다는 의미입니다.

가입자가 이의를 신청하고 요청한 약이 파트 D에 따라 제외되지 않는 것으로 밝혀지면 당사가 비용을 지불하거나 이를 보장할 것입니다. (이의 신청에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.) 당사 플랜에서 제외된 의약품이 California Medi-Cal (Medicaid)에서도 제외되는 경우, 귀하는 의약품 비용을 직접 지불해야 합니다(강화된 약물 보장에서 보장되는 특정 제외 약물 제외).

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

- 당사 플랜의 파트 D 약 보장에서는 Medicare Part A 또는 Part B에서 보장되는 약을 보장해 드릴 수 없습니다.
- 당사 플랜에서는 미국 또는 미국령 이외 지역에서 구입한 약에 대해서는 보장해 드릴 수 없습니다.

- *허가받지 않은* 용도로의 의약품 사용은 American Hospital Formulary Service Drug Information 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료에 의해 해당 사용이 뒷받침되지 않는 경우, 당사 플랜에서는 보장해 드릴 수 없습니다. *허가받지 않은* 용도로의 사용이란 약 라벨에 표시되었으며 FDA에서 승인한 용도와는 다른 용도로 약을 사용하는 것을 의미합니다.

또한 법적으로 아래에 나열된 의약품 유형은 Medicare 또는 Medicaid에서 보장되지 않습니다. 하지만 이러한 의약품 일부는 California Medi-Cal (Medicaid) 의약품 보장 하에서 보장됩니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 California Medi-Cal (Medicaid)에 문의하시기 바랍니다. (California Medi-Cal (Medicaid) 전화번호 및 연락처 정보는 제2장의 섹션 6에 나와 있습니다.)

- 비처방 의약품(비처방 의약품)
- 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
- 제약업체가 판매 조건으로 관련 검사 또는 모니터링 서비스를 해당 업체로부터만 구입해야 한다고 요구하는 외래환자 의약품

처방약 비용을 지불하기 위해 **Medicare에서 추가 지원**을 받는 경우, 추가 지원은 일반적으로 보장되지 않는 약에 대해서는 지불하지 않습니다. (자세한 내용은 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.) Medicaid를 통해 의약품을 보장받는 경우, 거주하시는 주의 Medicaid 프로그램에서 Medicare 의약품 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 의약품을 보장받을 수도 있습니다. 어떤 의약품 보장을 이용할 수 있는지 확인하려면 해당 주 Medicaid 프로그램에 문의하십시오. (2장, 섹션 6에서 Medicaid 전화번호 및 연락처 정보를 확인하십시오.)

섹션 8 처방약 조제 방법

처방전을 조제하려면 가입자가 선택한 네트워크 소속 약국에 가입자 카드에서 찾을 수 있는 당사 플랜 가입자 정보를 제공하십시오. 해당 네트워크 소속 약국은 가입자의 의약품 비용에 대한 당사 분담분을 당사 플랜에 자동으로 청구합니다. 그리고 가입자가 처방약을 구입하여 받는 시점에 *자신의* 비용 분담분을 약국에 납부해야 합니다.

가입자 또는 약국이 당사 플랜에 연락하여 정보를 입수하거나, 가입자가 약국 측에 당사 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국이 필요한 정보를 확인할 수 없는 경우, **귀하는 조제된 처방 비용 전액을 부담해야 할 수도 있습니다.** 귀하는 저희 쪽의 비용 분담분에 대한 **보상을 요청하실 수** 있습니다. 당사 플랜 측에 보상을 요구하는 방법에 대한 정보는 7장, 섹션 2를 참조하십시오.

섹션 9 특별한 상황에서의 파트 D 약 보장

섹션 9.1 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문요양시설 입원

가입자가 당사 플랜에서 보장하는 병원 입원 또는 전문요양시설 입소 중인 상황에 있다면, 그 기간 동안 저희가 일반적으로 처방약 비용을 보장해 드립니다. 병원에서 퇴원하거나 전문간호시설에서 퇴소하면, 당사 플랜에서는 해당 처방약이 이 장에서 설명하는 당사의 모든 보장 규칙에 부합하는 한 해당 약을 보장해 드립니다.

섹션 9.2 장기 간병(LTC) 시설에 입소한 가입자

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

가입자의 LTC 시설의 약국 또는 해당 시설에서 사용하는 약국이 당사의 네트워크 소속인지 확인하려면 *의료 제공자 및 약국 명부* go.wellcare.com/2027providerdirectories를 확인하십시오. 그렇지 않거나 추가 정보나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 가입자가 LTC 시설에 있는 경우, 당사는 귀하가 당사의 LTC 약국 네트워크를 통해 정기적으로 파트 D 혜택을 받을 수 있는지 확인해야 합니다.

LTC 시설에 거주하고 있으며 당사의 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한된 의약품이 필요한 경우, 섹션 5에서 임시 또는 응급 공급분을 받는 것에 대한 정보를 확인하십시오.

섹션 9.3 직장 또는 은퇴자 그룹 플랜으로부터도 의약품 보장을 받는 경우

가입자가 자신의(또는 배우자 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 그룹을 통해 다른 의약품 보장에 가입한 경우 **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의해 주십시오. 혜택 관리자가 가입자의 현재 의약품 보장이 당사 플랜에서 어떻게 적용되는지 이해할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

일반적으로 가입자에게 직원 또는 은퇴자 그룹 보장이 있는 경우 당사에서 받는 의약품 보장은 그룹 보장에 이은 *이차적*인 것입니다. 이는 그룹 보장에서 먼저 지불한다는 것을 의미합니다.

신뢰할 만한 보장에 대한 설명:

매년, 직장 또는 은퇴자 그룹에서는 가입자의 내년도 의약품 보장이 신뢰할 만한지에 대한 고지문을 발송합니다.

그룹 플랜으로부터 받는 보장이 신뢰할 만하다라는 표현은 해당 플랜이 평균적으로 Medicare의 표준 의약품 보장만큼 비용을 부담할 것으로 기대되는 약 보장을 갖추고 있다는 의미입니다.

신뢰할 만한 보장을 유지했다는 사실을 증명하기 위해 나중에 이러한 고지가 필요할 수 있으므로 **신뢰할 만한 보장에 대한 고지를 보관하십시오.** 신뢰할 만한 보장에 대한 고지문을 받지 못했다면 해당 플랜의 의료혜택 관리자나 직장 또는 노동조합에 고지문 사본을 요청하십시오.

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

호스피스 및 당사 플랜은 동시에 동일한 의약품을 보장하지 않습니다. 가입자가 Medicare 호스피스에 등록되어 있으며 가입자의 말기 질환 또는 관련 상태와 무관하기 때문에 호스피스에서 보장해 주지 않는 특정 의약품(예: 구토억제제, 하제, 진통제 또는 항불안제)을 필요로 할 경우, 저희 플랜에서 해당 약을 보장해 드리기에 앞서 이 약이 가입자의 상태와 무관하다는 사실을 처방자 또는 호스피스 의료 제공자로부터 반드시 통보받아야 합니다. 당사 플랜에서 보장해야 하는 이러한 의약품 수령이 지체되는 것을 방지하려면 호스피스 제공자 또는 처방자에게 처방약을 조제하기 전에 통지해 줄 것을 요청하십시오.

가입자가 호스피스 선택을 취소하거나 호스피스에서 퇴소하는 경우, 저희 플랜은 이 문서에서 설명한 대로 가입자의 의약품을 보장해야 합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료되는 시점에 약국에서의 약 공급이 지연되는 것을 방지하려면 호스피스 선택 취소 또는 퇴소를 입증하는 서류를 약국에 가져 가십시오.

섹션 10 의약품 안전 및 약 관리에 대한 프로그램

저희는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 약 사용에 대한 검토를 실시합니다.

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

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

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

섹션 10.1 가입자들이 오피오이드 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램(DMP)

당사는 가입자가 처방 오피오이드와 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 하는 프로그램을 제공합니다. 이 프로그램을 약물 관리 프로그램(DMP)라고 합니다. 몇 명의 처방자나 여러 약국에서 받은 오피오이드를 사용하고 있거나 최근 오피오이드를 과다복용한 경우, 저희는 가입자의 처방자에게 가입자가 의학적 필요에 따라 적절히 오피오이드 약물을 사용할 수 있도록 하라고 말하기도 합니다. 가입자의 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물 사용이 안전하지 않을 수 있다고 판단되면, 저희는 가입자의 처방자와 협력하여 가입자가 해당 약물을 구할 수 있는 방법을 제한할 수도 있습니다. 당사가 가입자를 DMP에 포함시키는 경우에 제한 사항은 다음과 같습니다.

- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 약국(들)에서 받도록 요구함
- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 처방자에게서 받도록 요구함
- 당사가 가입자에게 보장할 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물의 양을 제한함

이러한 의약품을 어떻게 받을지 또는 얼마나 받을 수 있는지를 당사에서 제한할 플랜이 있는 경우 사전에 통지서를 보내드릴 것입니다. 이 서신은 당사가 귀하를 위해 이러한 약물의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 처방자 또는 약국에서만 이러한 약물에 대한 처방전을 받아야 하는지를 알려 줍니다. 가입자는 어떤 처방자나 약국을 선호하는지 의견을 전달할 수 있으며, 저희가 알아야 할 기타 중요한 정보를 제공할 수 있습니다. 가입자가 응답한 이후에 저희가 해당 약들에 대한 보장 혜택을 제한하기로 결정하는 경우 제한 사항을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다. 저희가 실수를 하였다고 생각되거나 당사의 결정이나 제한에 동의하지 않으시면 가입자와 가입자의 처방자가 당사에 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 이의 신청을 하면 귀하의 케이스를 검토하고 새로운 결정을 내릴 것입니다. 의약품 접근 제한과 관련하여 귀하의 요청 중 어느 부분이라도 계속 거부하는 경우 당사는 귀하의 케이스를 당사의 플랜 이외의 독립 검토 기관에 자동으로 발송할 것입니다. 이의 신청 방법에 관한 정보는 9장을 참조하십시오.

가입자가 암 관련 통증이나 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 질환이 있거나 호스피스 간호, 일시 처방 또는 시한부 환자 간호를 받고 있거나 장기요양 시설에서 살고 있는 경우에는 DMP에 포함되지 않을 수도 있습니다.

섹션 10.2 가입자의 약 관리를 도와주는 약물 치료 관리(MTM) 프로그램

저희는 건강상 복잡한 필요사항을 지닌 가입자들을 도와드리는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램의 명칭은 약물 치료 관리(MTM) 프로그램입니다. 이 프로그램에는 자발적으로 참여할 수 있으며 무료입니다. 약사 및 의사로 구성된 팀에서 당사가 가입자에게 복용하는 의약품에 대한 최대한의 혜택을 제공하도록 해당 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질환이 있고 특정한 의약품 비용 금액을 초과하는 약을 복용 중이거나, 가입자가 오피오이드를 안전하게 사용하도록 지원하는 DMP에 가입한 일부 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 고객이 프로그램 참여 자격이 있다면, 가입자의 모든 약에 대해 약사 또는 기타 의료 전문가가 종합적인 검토를 실시합니다. 검토하는 동안 가입자는 의약품, 비용, 그리고 처방전 및 비처방 의약품에 대한 문제 또는 문의 사항에 대해 이야기할 수 있습니다. 가입자는 의약품을 통해 최상의 효능을 얻기 위해 필요한 단계가 포함된 권장 목록이 있는 서면

요약을 받게 됩니다. 또한 복용 중인 모든 약, 복용량, 복용 시기 및 각각의 복용 이유가 기재된 의약품 목록도 받게 됩니다. 또한 MTM 프로그램 가입자는 관리 대상인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

권장 목록 및 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것이 좋습니다. 검토를 위한 방문 시 또는 의사, 약사 및 기타 의료 전문가와 이야기를 할 때 언제라도 위에 설명한 요약을 지참하십시오. 의약품 목록을 최신으로 유지하고 병원 또는 응급실을 방문할 때 의약품 목록을(예를 들어, ID와 함께) 지참하십시오.

가입자의 필요사항에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 해당 프로그램에 자동으로 등록시켜 드리고 관련 정보를 발송해 드리겠습니다. 프로그램에 참여하고 싶지 않을 경우, 저희에게 이를 알려주시면 등록을 취소할 것입니다. 이 프로그램에 대한 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오.

6장:
파트 D 의약품에 대한 가입자 부담분

섹션 1 파트 D 의약품에 대한 가입자 부담분

이 장에서는 파트 D 처방약을 간단하게 "약"이라고 부르겠습니다. 여기에 해당하는 모든 의약품이 파트 D 약은 아닙니다. 일부 의약품은 법에 따라 파트 D 보장에서 제외됩니다. 파트 D 보장에서 제외되는 어떤 약은 Medicare Part A 또는 Part B에서 또는 Medicaid에서 보장됩니다. 또한 가입자가 의약품 보충 보장을 구입한 경우에는 저희 플랜에서 보장이 제외된 일부 의약품을 보장해 드릴 수도 있습니다.

납부 정보를 이해하려면 어떤 약이 보장되는지, 처방약을 어디에서 구입하는지, 보장약을 받을 때 어떤 규칙을 따르는지에 대해 이해해야 합니다. 이러한 규칙에 대해서는 5장에서 설명합니다. 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 의약품 보장을 조회할 때 go.wellcare.com/HealthNetCA, 가입자가 보는 비용은 가입자가 지불해야 할 본인부담금의 추정치입니다. 또한 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하여 "실시간 혜택 도구"에서 제공된 정보를 입수할 수도 있습니다.

가입자의 약 비용에 관한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

가입자가 California Medi-Cal (Medicaid) 자격 대상이기 때문에, 가입자는 Medicare에서 추가 지원을 받아 처방약 플랜 비용을 납부할 자격이 있으며 이러한 지원을 받고 있습니다. 귀하는 추가 지원을 받을 수 있기 때문에 **이 *보장 범위 증명서*에 수록된 파트 D 처방약 비용 관련 정보 중 일부는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 *처방약 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 부칙*(*저소득층 보조 부칙* 또는 *LIS 부칙*이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 가입자 서비스부에 전화하여 *LIS 부칙*을 요청해 주십시오.

섹션 1.1 보장약에 대해 납부해야 할 본인부담금 유형

파트 D 보장 의약품에 대해 가입자가 지불하도록 요청받을 수 있는 다음 3가지 다른 유형의 본인부담금이 있습니다.

- **공제액**이란 당사 플랜에서 분담금을 지불하기 전에 가입자가 납부해야 할 금액을 의미합니다.
- **코페이먼트**란 처방을 조제할 때마다 납부하는 고정 금액입니다.
- **공동보험료**란 처방을 조제할 때마다 납부하는 총액에 대한 일정 퍼센트입니다.

섹션 1.2 Medicare가 본인부담금을 계산하는 방법

Medicare는 무엇이 가입자 본인부담금에 산입되고, 무엇이 산입되지 않는지에 대해 규칙을 정했습니다. 다음은 본인부담금을 추적하기 위해 따라야 할 규칙입니다.

이들 납부금액은 가입자 본인부담금에 포함됩니다

가입자 본인부담금에는 아래 나열된 납부금액이 **포함됩니다**(이들 납부금액이 파트 D 약에 대한 것이며 가입자가 5장에 설명된 약 보장 규칙을 따르는 경우).

- 가입자가 다음과 같은 약물 지급 단계에 속해 있는 상태에서 해당 약에 대해 납부하는 금액:
  - 공제액 단계
  - 초기 보장 단계
- 달력 연도 기준으로 한 해 동안 가입자가 당사 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 의약품 플랜의 가입자로서 납부한 금액.
- 가족 또는 친구가 지불한 의약품에 대한 모든 비용
- Medicare, 고용주 또는 조합 건강 플랜, 아메리카 원주민 건강 서비스, AIDS 약 지원 프로그램 및 대부분의 자선단체에서 추가 지원을 통해 가입자의 약에 대해 지불한 모든 금액

고액 보장 단계로 이동:

가입자(또는 가입자를 대신하여 납부해 주는 다른 주체)가 달력 기준으로 한 해 동안 가입자 본인부담금으로 총 $2,400를 지출한 경우, 가입자는 초기 보장 단계에서 고액 보장 단계로 넘어갑니다.

이들 납부금액은 가입자 본인부담금에 포함되지 않습니다

본인부담금에는 다음과 같은 지급 유형은 **포함되지 않습니다**.

- 미국 및 미국령 이외 지역에서 구입하는 약
- 당사 플랜에서 보장되지 않는 약
- 네트워크 외부 보장에 대한 플랜의 요건을 충족시키지 않는 네트워크 비소속 약국에서 받는 약
- Medicaid만 보장하는 약
- 파트 A 또는 파트 B에서 보장하는 처방약
- Medicare 의약품 플랜에서 통상적으로 보장되지 않으나 추가 보장 하에서는 보장되는 약에 대해 가입자가 납부하는 금액

- Medicare 의약품 플랜에서 통상적으로 보장되지 않는 의약품에 대해 가입자가 납부하는 금액
- 가입자의 약에 대해 특정 보험 플랜, 그리고 TRICARE 및 재향군인 건강 관리국(VA)과 같은 정부출연 건강 프로그램에서 납부하는 금액
- 처방약에 대해 납부해야 할 법적 의무가 있는 제3자가 가입자의 약에 대해 납부하는 금액(예를 들어, 산재보험)
- 제조사 할인 프로그램에 따라 의약품 제조업체가 지불한 금액

알림: 위에 나열된 곳들과 같은 기타 기관에서 약에 대한 가입자 본인부담금의 일부 또는 전부를 납부하는 경우, 가입자는 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화해 저희 플랜에 이를 알려야 합니다.

본인부담금 총액 추적

- 귀하가 받는 *파트 D 혜택 설명서*(EOB)에는 현재 본인부담금 총액이 포함됩니다. 이 금액이 $2,400에 도달하면 *파트 D EOB*는 가입자가 초기 보장 단계를 벗어나 고액 보장 단계로 이동했다는 사실을 알려 드립니다.
- **당사에 필요한 정보를 제공하십시오.** 섹션 3.1에서 가입자의 지출금액에 대한 저희의 기록이 완전하며 최신 상태를 유지할 수 있도록 하기 위해 가입자가 취할 수 있는 조치에 대해 알아보십시오.

섹션 2 플랜 가입자의 약물 지급 단계

당사의 플랜에 따라 처방약 보장에 대한 **세 가지 약물 지급 단계**가 있습니다. 가입자가 각 처방약에 대해 납부해야 하는 금액은 처방약을 조제 또는 재조제할 때 어느 단계에 속해 있는지에 따라 달라집니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장에서 설명합니다. 단계는 다음과 같습니다.

- **1단계: 연간 공제액 단계**
- **2단계: 초기 보장 단계**
- **3단계: 고액 보장 단계**

섹션 3 *파트 D 혜택 설명서*는 가입자가 어떤 지불 단계에 있는지 설명합니다

당사 플랜에서는 처방약 비용, 그리고 가입자가 약국에서 처방약을 받을 때 납부한 금액을 지속적으로 파악합니다. 이렇게 함으로써 저희는 가입자가 현재의 약물 지급 단계에서 다음 단계로 언제 이동했는지를 알려 드릴 수 있습니다. 당사는 다음 2가지 유형의 비용을 추적합니다.

- **본인부담금:** 가입자가 지불한 금액입니다. 여기에는 파트 D 보장 의약품을 받을 때 가입자가 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 의약품에 대한 금액, Medicare, 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, 아메리카 원주민 건강 서비스, AIDS 약 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 주 약 지원 프로그램(SPAP)에서 추가 지원을 통해 지불한 의약품에 대한 금액이 포함됩니다.
- **약 비용 총액:** 가입자의 파트 D 보장 의약품에 대한 모든 지불액의 합계입니다. 여기에는 당사 플랜이 지불한 금액, 가입자가 지불한 금액, 기타 프로그램 또는 기관에서 가입자의 파트 D 보장 약품에 대해 지불한 금액이 포함됩니다.

이전 달에 당사 플랜을 통해 한 번 이상 처방전을 조제받은 경우, 당사는 가입자에게 *파트 D EOB*를 발송합니다. *파트 D EOB*에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 이 보고서에는 가입자가 이전 달에 조제한 처방전에 대한 비용납부 내역이 나와 있습니다. 이 보고서는 약 비용 총액, 플랜이 부담한 금액, 그리고 가입자 및 다른 주체가 가입자를 대신하여 부담한 금액을 보여 줍니다.
- **해당 연도의 1월 1일 이후 총액.** 이 정보는 해당 연도가 시작한 후 약 비용 총액 및 총 납부금액을 보여 줍니다.
- **의약품 가격 정보.** 이 정보에는 총 약제비 및 동일한 수량의 각 처방전 요구에 대해 첫 번째 조제에서 변경된 가격 정보가 표시됩니다.
- **보다 저렴한 대체 처방을 사용할 수 있습니다.** 이는 해당하는 경우 각 처방 청구서에 대해 더 낮은 비용 분담으로 이용할 수 있는 다른 의약품에 대한 정보를 보여줍니다.

섹션 3.1 저희가 가입자의 납부금액에 대한 정보를 최신 상태로 유지하도록 도와주십시오

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

- **구입한 처방약을 받을 때마다 가입자 카드를 제시하십시오.** 이를 통해 당사는 조제 중인 처방전과 지불 내용을 알 수 있습니다.
- **당사에 필요한 정보를 제공하십시오.** 처방약에 대한 전체 비용을 가입자가 지불하는 경우가 있습니다. 이 때 저희가 본인부담금 추적에 필요로 하는 정보가 저희 측에 자동으로 통보되지 않는 경우가 있습니다. 본인부담금을 추적할 수 있도록 영수증 사본을 제공하십시오. **다음은 귀하가 의약품 영수증의 사본을 제출해야 하는 경우의 예입니다.**
    - 네트워크 소속 약국에서 보장약을 특별가격에 구입하거나, 플랜 혜택에 속하지 않은 할인 카드를 사용하여 구입하는 경우.
    - 제약업체의 환자 지원 프로그램에서 제공하는 약에 대한 코페이먼트를 납부하는 경우.
    - 네트워크 비소속 약국에서 보장약을 구입할 때마다, 또는 특별한 상황에서 보장약의 비용 전액을 납부하는 경우.

- 가입자가 보장약 비용에 대한 청구서를 받으면, 플랜 측에 플랜 분담분 납부를 요구하실 수 있습니다. 그 방법에 대한 지침을 보시려면, 7장의 섹션 2로 가십시오.

- **가입자를 위해 다른 사람이 지불하는 비용에 대한 정보를 당사로 보내주십시오.** 다른 사람이나 기관에서 지불한 지불금도 가입자의 본인부담금에 가산됩니다. 예를 들어, AIDS 약 지원 프로그램(ADAP), 아메리카 원주민 건강 서비스, 그리고 자선단체에서 납부해 주는 금액은 가입자 본인부담금에 산입됩니다. 저희 측에서 가입자의 본인부담금을 파악할 수 있도록, 이러한 납부금액 기록을 보관하셨다가 저희에게 보내 주십시오.

- **저희가 발송해 드리는 서면 보고서를 확인하십시오.** *파트 D EOB*를 받으시면, 정보가 완전하고 정확한지 확인하십시오. 누락된 부분이 있다고 생각되거나 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화해 주십시오. ***파트 D 혜택 설명서*(파트 D EOB)를 종이로 받는 대신 이제 이메일을 통해 전자 버전을 받을 수 있습니다.** https://www.express-scripts.com/을 방문하여 이를 요청할 수 있습니다. 수신을 선택하는 경우, *파트 D eEOB* 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 완료되면 이메일로 알려드립니다. 전자 *파트 D EOB*는 종이 없는 *파트 D EOB*라고도 합니다. 이는 인쇄된 *파트 D EOB*와 정확히 일치하는 사본(이미지)입니다. 이들 보고서를 반드시 보관해 두십시오.

섹션 4 공제액 단계

당사의 가입자 대부분이 처방약 비용과 관련하여 추가 지원을 받기 때문에 공제액 단계는 대부분의 가입자에게 적용되지 않습니다. 추가 지원을 받는 경우, 이 지불 단계는 가입자에게 적용되지 않습니다.

공제액에 대한 정보는 별도 삽입지(*LIS 부칙*)을 참조하십시오.

추가 지원을 받지 않았다면 공제액 단계는 의약품 보장에 있어 첫 번째 지불 단계입니다. 보장되는 인슐린 제품과 대상 포진, 파상풍, 여행 백신을 포함한 대부분의 성인 파트 D 백신에는 공제액이 적용되지 않습니다. 가입자는 범주 3(비우대 약), 범주 5(특수범주 약) 의약품에 대한 연간 $700의 공제액을 부담합니다.

가입자는 당사 플랜의 공제액 금액에 도달할 때까지 **범주 3(비우대 약), 범주 5(특수범주 약) 의약품 비용을 전액 본인이 부담합니다**. 기타 모든 의약품의 경우에는 공제액을 납부할 필요가 없습니다. 당사 플랜은 네트워크 소속 약국의 대부분의 의약품에 대해 더 낮은 비용을 협상했기 때문에 가입자가 부담하는 **비용 전액**은 일반적으로 의약품의 정상 가격보다 낮습니다. 전체 비용은 Medicare 의약품 가격 협상 프로그램에 따라 협상된 가격의 의약품에 대한 최대 공정 가격 + 조제 비용을 초과할 수 없습니다.

범주 3(비우대 약), 범주 5(특수범주 약) 의약품에 대해 $700를 납부하고 나면 공제액 단계를 벗어나 초기 보장 단계로 넘어갑니다.

섹션 5 초기 보장 단계

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

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

당사 플랜에는 여섯 종류의 비용 분담 범주가 있습니다.

당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6개의 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 범주 번호가 높을수록 약 비용도 높습니다.

- 범주 1(제네릭 약)에는 선호하는 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.
- 범주 2(우대 브랜드 약)에는 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다. 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 $35 이하를 지불합니다.
- 범주 3(비우대 약)에는 비우대 브랜드 약 및 제네릭 약이 포함됩니다. 귀하는 이 범주에서 보장되는 각 인슐린 제품에 대해 매월 $35 이하를 지불합니다.
- 범주 4(주사용 약물)에는 주사를 통해 투여되거나 질병을 예방하는 데 사용되는 일부 약물(백신)이 포함되어 있습니다.
- 범주 5(특수범주 약)에는 고비용 브랜드 및 제네릭 약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 높은 범주입니다.
- 범주 6(선별 치료 약)에는 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 일부 제네릭 약 및/또는 브랜드 약이 포함됩니다. 이것은 비용 분담 범주 중 가장 낮은 범주입니다.

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

약국 선택

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

- 네트워크 소속 소매 약국.
- 우대 비용 분담을 제공하는 네트워크 소속 소매 약국 우대 비용 분담 방식을 채택한 약국에서 가입자의 비용 부담이 더 낮은 편입니다.
- 플랜 네트워크에 소속되지 않은 약국 저희는 제한적인 상황에 한해서만 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약에 대해 보장해 드립니다. 네트워크 비소속 약국에서 조제하는 처방약을 보장받을 수 있는 경우에 대한 정보는 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.
- 당사 플랜의 우편 주문 약국.

이들 약국 선택 및 처방약 조제에 대한 자세한 정보는 5장 및 당사 플랜의 *의료 제공자 및 약국 명부* go.wellcare.com/2027providerdirectories를 참조하십시오.

섹션 5.2 보장되는 약의 *1개월* 공급분에 대한 가입자 비용

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

코페이먼트 또는 공동보험료 금액은 비용 분담 범주에 따라 달라집니다.

때때로 의약품 비용이 가입자의 코페이먼트보다 낮습니다. 이러한 경우 코페이먼트 대신 의약품의 더 낮은 가격을 지불합니다.

보장되는 파트 D 의약품의 *1개월* 공급분에 대한 가입자 비용

범주	네트워크 소속 표준 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	네트워크 소속 우대 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	우대 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	장기요양(**LTC**) 비용 분담(최대 **31**일 공급분)	네트워크 비소속 비용 분담(특정 상황에 한해 보장되며 상세한 내용은 **5**장 참조) (최대 **30**일 공급분)
비용 분담 범주 1(제네릭 약 - 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	$15	$0	1개월 (34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월 (34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	$15	$15

범주	네트워크 소속 표준 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	네트워크 소속 우대 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	우대 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	장기요양(**LTC**) 비용 분담(최대 **31**일 공급분)	네트워크 비소속 비용 분담(특정 상황에 한해 보장되며 상세한 내용은 **5**장 참조) (최대 **30**일 공급분)
비용 분담 범주 2(우대 브랜드 약 - 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.)	25%	20%	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	25%	25%
비용 분담 범주 3 (비우대 약 - 비우대 브랜드 약 및 제네릭 약이 포함됩니다.)	41%	41%	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	41%	41%
비용 분담 범주 4 (주사용 약물 - 주사를 통해 투여되거나 질병을 예방하는 데 사용되는 일부 약물(백신) 포함.)	15%	0%	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	15%	15%

범주	네트워크 소속 표준 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	네트워크 소속 우대 소매 비용 분담(최대 **30**일 공급분)	표준 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	우대 우편 주문 비용 분담(최대 **34**일 공급분)	장기요양(**LTC**) 비용 분담(최대 **31**일 공급분)	네트워크 비소속 비용 분담(특정 상황에 한해 보장되며 상세한 내용은 **5**장 참조) (최대 **30**일 공급분)
비용 분담 범주 5 (특수범주 약 - 고비용 브랜드 및 제네릭 약 포함. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다).	25%	25%	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	25%	25%
비용 분담 범주 6 (선별 치료 약 - 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 선별 제네릭 약 및/또는 브랜드 약 포함.)	$0	$0	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	1개월(34일 이하) 우편 주문 처방약은 보장되지 않습니다.	$0	$0

가입자가 공제액을 지불하지 않았더라도 비용 분담 범주와 관계없이 각 보장 인슐린 제품의 1개월분에 대해 $35 이상을 납부하지 않습니다.

파트 D 백신의 비용 분담에 대한 자세한 내용은 섹션 7을 참조하십시오.

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

통상적으로, 가입자가 의약품을 구입할 때 지불하는 금액은 한 달 공급분 전체에 대한 금액입니다. 가입자 또는 담당 의사가 의약품 공급분을 한 달 치 미만으로 요구할 수도 있습니다(예를 들어, 약 복용을 처음 시도하는 경우). 재조제 날짜를 더 잘 계획하는 데 도움이 된다면 담당 의사에게 한 달 분량 미만으로 처방하고 약사에게 조제해 달라고 요청할 수도 있습니다.

특정 약에 대해 한 달 공급분 미만을 처방받은 경우에는 한 달 전체 공급분에 대한 비용을 납부할 필요가 없습니다.

- 공동보험료를 납부해야 하는 경우, 약 비용 총액에 대한 일정 *퍼센트*를 납부합니다. 공동보험료는 약 비용 총액을 기반으로 하며 약 비용 총액이 더 저렴하기 때문에 비용이 절감됩니다.
- 의약품에 대한 코페이먼트를 납부해야 하는 경우, 한 달 전체가 아닌 가입자가 약을 받는 일수만큼만 비용을 납부합니다. 당사는 가입자가 의약품에 대해 하루에 지불하는 금액("일일 비용 분담률")을 계산하여 그 금액에 의약품의 복용 일수를 곱할 것입니다.

섹션 5.4 파트 D 보장 의약품의 *장기*(61~100일) 공급분에 대한 가입자 비용

일부 약의 경우, 가입자는 장기 공급분(공급분이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 61~100일분에 해당합니다

파트 D 보장 의약품의 *장기*(61~100일) 공급분에 대한 가입자 비용

범주	표준 소매 비용 분담(네트워크 소속) (61~100일분)	우대 소매 비용 분담(네트워크 소속) (61~100일분)	표준 우편 주문 비용 분담 (61~100일분)	우대 우편 주문 비용 분담(61~100일 공급분)
비용 분담 범주 1 (제네릭 약 - 우대 제네릭 약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	$45	$0	$45	$0
비용 분담 범주 2 (우대 브랜드 약 - 우대 브랜드 약이 포함되며 일부 제네릭 약이 포함될 수 있습니다.)	25%	20%	25%	20%

범주	표준 소매 비용 분담(네트워크 소속) (61~100일분)	우대 소매 비용 분담(네트워크 소속) (61~100일분)	표준 우편 주문 비용 분담 (61~100일분)	우대 우편 주문 비용 분담(61~100일 공급분)
비용 분담 범주 3 (비우대 약 - 비우대 브랜드 약 및 비우대 제네릭 약이 포함됩니다.)	41%	41%	41%	41%
비용 분담 범주 4 (주사용 약물 - 주사를 통해 투여되거나 질병을 예방하는 데 사용되는 일부 약물(백신) 포함.)	15%	0%	15%	0%
비용 분담 범주 5 (특수범주 약 - 고비용 브랜드 및 제네릭 약 포함. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다).	**범주 5에 속한 약은 장기 공급분으로 받을 수 없습니다.**			
비용 분담 범주 6 (선별 치료 약 - 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 선별 제네릭 약 및/또는 브랜드 약 포함.)	$0	$0	$0	$0

공제액을 지불하지 않았더라도 비용 분담 범주와 관계없이 각각의 보장 인슐린 제품의 최대 2개월 공급분에 대해 $70, 최대 3개월 공급분에 대해 $105를 초과하지 않습니다.

섹션 5.5 가입자의 연간 본인부담금이 $2,400에 도달할 때까지 가입자는 초기 보장 단계에 속합니다

가입자의 총 본인부담금이 $2,400에 도달할 때까지 가입자는 초기 보장 단계에 속합니다. 그 다음 고액 보장 단계로 이동합니다.

당사는 Medicare 의약품 플랜에서 통상적으로 보장되지 않는 일부 처방약에 대해 추가 보장을 제공합니다. 이러한 약에 대한 지불금은 귀하의 총 본인부담금에 계산되지 않습니다.

가입자가 받는 *파트 D EOB*는 가입자, 플랜, 제3자가 연간 가입자를 위해 납부한 금액을 지속해서 파악할 수 있도록 돕습니다. 모든 가입자가 연간 $2,400의 본인부담금 한도에 도달하지는 않습니다.

가입자가 이 금액에 도달할 경우 이를 알려드립니다. Medicare에서 가입자의 본인부담금을 어떻게 계산하는지에 대한 자세한 정보는 섹션 1.2를 참조하십시오.

섹션 6 고액 보장 단계

고액 보장 단계에서 가입자는 보장되는 파트 D 의약품에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다. 가입자 본인부담금이 달력일 기준 한 해의 한도액인 $2,400에 도달하면 가입자는 고액 보장 단계로 넘어갑니다. 가입자가 고액 보장 단계로 넘어오면, 해당 연도가 끝날 때까지 계속 이 단계에 속하게 됩니다.

- 이 지불 단계에서 가입자는 가입자의 보장된 파트 D 약 및 강화된 혜택에 따라 보장되는 제외 의약품 대해 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

섹션 7 파트 D 백신에 대한 가입자 부담분

백신 비용에 대한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 파트 B에서 보장됩니다. 다른 백신은 파트 D 약으로 간주됩니다. 이 백신들은 당사 플랜의 의약품 목록에 수록되어 있습니다. 공제액을 지불하지 않았더라도 당사 플랜은 대부분의 성인 파트 D 백신을 무료로 제공합니다. 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담 세부사항은 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

파트 D 백신 보장은 다음과 같은 2부분으로 구성되어 있습니다.

- 보장의 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용입니다.
- 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용입니다. (이를 가리켜 예방접종 투여라고 부르기도 합니다).

파트 D 백신 접종에 대한 가입자의 납부금액은 다음과 같은 세 가지 사항에 따라 달라집니다.

1. **해당 백신을 예방접종 자문위원회(ACIP)라는 조직에서 성인에게 권장하는지 여부.**
   - 대부분의 성인 파트 D 예방접종은 ACIP에서 권장하며 비용이 들지 않습니다.

2. **백신을 받는 장소.**
   - 백신은 약국이나 의사 사무실에서 제공받을 수 있습니다.

3. **누가 예방접종을 제공하는가.**
   - 약사나 다른 의료 제공자가 약국에서 백신을 제공할 수 있습니다. 또는, 의료 제공자가 의사 진료실에서 제공할 수도 있습니다.

가입자가 파트 D 백신 접종을 받을 때 얼마를 납부하는가는 상황별로, 그리고 가입자가 속한 **약물 지급 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 백신 접종을 받을 때 백신 자체의 비용과 백신 접종 제공자의 비용을 모두 지불해야 하는 경우도 있습니다. 그런 상황에서는 저희 플랜 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 이는 가입자가 지불한 전체 비용을 환급받게 된다는 것을 의미합니다.

- 다른 경우에는 백신 접종을 받을 때 파트 D 혜택에 따른 가입자의 비용 분담분만 지불하게 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 무료입니다.

다음은 파트 D 백신을 접종받을 수 있는 세 가지 방법의 예입니다.

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

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 무료입니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우, 가입자는 백신 접종 비용을 포함하여 백신 자체에 대한 공동보험료 또는 코페이먼트를 약국에 지불합니다.
- 저희 플랜에서는 나머지 비용을 부담합니다.

상황 2: 가입자가 의사 진료실에서 파트 D 백신을 접종합니다.

- 백신을 접종할 때 백신 자체의 총 비용과 예방접종 제공자의 비용을 모두 지불해야 할 때가 있습니다.
- 그런 다음, 가입자는 7장에 설명된 절차를 통해 플랜 측에 플랜 부담분 납부를 요구하실 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 비용을 환급받게 됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우 가입자는 자신이 납부한 금액에서 백신(투여 포함)에 대한 공동보험료 또는 코페이먼트를 제외한 금액, 그리고 의사가 청구한 금액과 당사가 일반적으로 부담하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받게 됩니다. (가입자가 추가 지원을 받는 경우, 저희가 이 차액을 환급해 드립니다.)

상황 3: 가입자가 네트워크 소속 약국에서 파트 D 백신을 구입한 후, 의사 진료실로 가져가 그곳에서 백신을 접종합니다.

- 대부분의 파트 D 백신의 경우, 가입자는 백신 자체에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우, 가입자는 백신 자체에 대한 공동보험료 또는 코페이먼트를 약국에 지불합니다.
- 의사가 예방접종을 제공하면, 가입자는 접종 서비스에 대한 비용 전액을 납부해야 할 수 있습니다.
- 그런 경우, 가입자는 7장의 절차를 통해 플랜 측에 플랜 부담분 납부를 요구하실 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 지불한 전체 비용을 환급받게 됩니다. 기타 파트 D 백신의 경우 가입자는 자신이 납부한 금액에서 백신 투여에 대한 공동보험료를 제외한 금액, 그리고 의사가 청구한 금액과 당사가 일반적으로 부담하는 금액 간의 차액을 차감한 금액을 환급받게 됩니다. (가입자가 추가 지원을 받는 경우, 저희가 이 차액을 환급해 드립니다.)

참고: 가입자가 지불한 현금 가격이 파트 D 백신에 대한 당사의 협상 가격(당사가 일반적으로 지불하는 금액)보다 높은 경우, 당사는 가입자가 의사 진료실 또는 약국에서 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

7장:
보장 의료 서비스 또는 의약품 청구서에 대해 당사의 분담분을 지불하도록 요청하는 경우

섹션 1 가입자가 보장 서비스 또는 의약품에 대해 당사에 지불하도록 요청해야 하는 상황.

당사의 네트워크 소속 의료 제공자는 이 플랜에 직접 가입자의 보장 서비스 및 의약품에 대한 지불을 요구합니다. 가입자가 받는 의료 관리 또는 의약품의 비용 전액에 대한 청구서를 받으면 저희가 납부할 수 있도록 청구서를 송부하십시오. 가입자가 저희에게 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스와 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다.

가입자가 당사 플랜이 보장하는 Medicare 서비스나 품목 비용을 이미 지불한 경우, 가입자는 당사 플랜에 환불을 요구할 수 있습니다(환불을 종종 **환급**이라고도 함). 저희 플랜에서 보장하는 의료 서비스나 약 비용분담분보다 더 많은 금액을 가입자가 지불한 경우 저희 측에 환불을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다. 환불을 받기 위해 준수해야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2로 가십시오. 가입자가 저희에게 이미 납부된 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스 또는 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 해당 서비스 또는 의약품에 대해 환급합니다.

또한 가입자가 받았던 진료비 전액에 대해, 또는 가입자의 비용 분담 몫 이상에 대해 의료 제공자로부터 청구서를 받는 경우도 있습니다. 먼저 의료 제공자와 청구서를 해결하십시오. 해결되지 않는 경우에 직접 지불하는 대신에 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스가 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 의료 제공자에게 직접 대금을 지불합니다. 저희가 지불하지 않기로 결정하면 해당 의료 제공자에게 통지합니다. 플랜이 허용하는 비용 분담액을 초과해 지불하면 안 됩니다. 이 의료 제공자와 계약을 맺은 경우에도 가입자는 치료를 받을 권리가 있습니다.

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

1. **당사 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 응급 진료나 긴급하게 필요한 의료 서비스를 받았을 경우**
   - 가입자는 의료 제공자가 저희 네트워크 소속인지 여부와 관계없이 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이 경우에는 해당 의료 제공자에게 당사 플랜에 청구하도록 요청하십시오.

- 귀하가 치료를 받을 당시에 비용 전액을 직접 지불하는 경우, 저희의 비용분담분을 환불해 줄 것을 저희에게 요청하십시오. 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
- 귀하는 귀하가 낼 필요가 없다고 생각하는 지불을 요청하는 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 이 청구서와 함께 가입자가 지불한 금액에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오.
    - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 저희가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.
    - 가입자가 이미 서비스 비용 중 가입자 분담분 이상을 지불한 경우, 저희는 가입자가 지불해야 할 금액을 결정하고 당사 분담분을 가입자에게 환불해 드립니다.

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

네트워크 소속 의료 제공자는 항상 당사 플랜에 직접 청구를 해야 합니다. 하지만 때로는 실수를 하여 가입자 비용 분담분보다 더 많은 금액을 요구하는 경우가 있습니다.

- 보장 서비스를 받을 경우 가입자는 가입자 비용 분담분만 지불하면 됩니다. 저희는 의료 제공자가 **결산 청구**라고 불리는 별도의 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. 이 보호 장치 (가입자가 비용 분담분 이상의 비용을 절대로 납부하지 않도록 함)는 저희가 서비스에 대해 의료 제공자의 청구액 미만으로 해당 의료 제공자에게 지불하는 경우 및 분쟁 발생 상황에서 저희가 일부 청구액을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.
- 가입자가 생각하는 것보다 더 많은 금액이 기재된 청구서를 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우, 그 청구서를 저희에게 보내 주십시오. 저희가 직접 의료 제공자에 연락하여 청구 문제를 해결하겠습니다.
- 청구서 대금을 네트워크 소속 의료 제공자에게 이미 지불했으나, 지불액이 과다하다고 생각하시는 경우, 청구서와 함께 지불 증빙 서류를 저희에게 보내 주십시오. 귀하가 지불한 금액과 플랜에 따라 지불해야 하는 금액 간의 차액을 환불해 달라고 요청하십시오.

3. 당사의 플랜에 소급 가입하는 경우

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

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

4. 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 조제할 경우

네트워크 비소속 약국을 방문하는 경우에 해당 약국이 저희에게 직접 청구서를 제출하지 못할 수 있습니다. 이 상황이 발생하면 가입자가 처방약 비용 전액을 지불해야 합니다.

영수증을 보관했다가 저희에게 분담분 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오. 당사는 한정된 상황에서만 네트워크 비소속 약국을 보장합니다. 이러한 상황에 대한 자세한 내용은 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오. 단, 당사는 가입자가 네트워크 비소속 약국에서 지불한 금액 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 환급해드리지 않을 수도 있습니다.

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

당사 플랜 가입자 카드를 소지하지 않은 경우, 약국 측에 당사 플랜에 전화해 보라고 하거나 당사 플랜 등록 정보를 조회해 보라고 요청할 수 있습니다. 약국 직원이 필요한 등록 정보를 바로 얻을 수 없을 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 납부하는 것이 필요할 수 있습니다.

영수증을 보관했다가 저희에게 분담분 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오. 가입자가 지불한 현금 가격이 처방용으로 협상된 금액보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 환급해드리지 않을 수 있습니다.

6. 가입자가 다른 상황에서 처방약 비용 전액을 납부할 경우

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

- 예를 들어, 해당 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있지 않거나 가입자가 알지 못하고 또는 가입자에게 적용해서는 안 된다고 생각하는 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 약을 즉시 구입해야 할 경우 약 비용 전액을 납부해야 할 수 있습니다.

- 영수증을 보관했다가 저희에게 환급을 청구할 때 사본을 보내 주십시오. 일부 상황에서는 약 비용의 저희 분담분을 환급하기 위해 담당 의사로부터 더 많은 정보를 받는 것이 필요할 수 있습니다. 가입자가 지불한 현금 가격이 처방용으로 협상된 금액보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 환급해드리지 않을 수 있습니다.

7. California Medi-Cal (Medicaid) 가입 자격이 있었기 때문에 당사 플랜에 소급 가입한 경우

Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정인들을 위해 의료비를 지원해 주는 주와 연방 정부 연합 프로그램입니다. Medicaid 가 있는 일부 사람들은 처방약 보장을 받기 위해 저희 플랜에 자동으로 가입됩니다. 때로는 플랜에 소급해서 가입하는 경우가 있습니다 (소급이라는 의미는 기준이 되는 가입 첫날이 이미 지나갔음을 뜻합니다. 심지어 가입 일자가 작년인 경우도 있습니다).

저희 플랜에 소급하여 가입하고 가입 일자 이후에 가입자 약에 대해 본인부담금을 지불한 경우, 저희 분담분만큼 환불해 달라고 요구할 수 있습니다. 환급 처리를 하려면 영수증 및 청구서 등의 서류를 제출해야 합니다.

- 저희에게 환급을 청구할 때 사본을 저희에게 보내 주십시오.

- 공제액에 대한 지불을 요청해야 합니다(다른 보험에서 지불한 비용은 해당 안 됨).

    - 이 플랜은 당사의 의약품 목록에 없는 약물에 대해서는 지불하지 않을 수 있습니다. 위의 모든 예시는 보장 결정의 유형을 나타냅니다. 즉 저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이 문서의 9장에 이의 신청 방법에 관한 정보가 나와 있습니다.

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 가입자의 요청을 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것도 **보장 결정**의 한 종류입니다. 보장되어야 한다고 결정하면, 당사는 서비스나 의약품 대금에서 당사가 분담하는 부분을 지불할 것입니다. 저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 제9장에는 이의 신청 방법에 관한 정보가 나와 있습니다.

섹션 2 환불을 요청하거나 가입자가 받은 청구서 대금의 지불을 요청하는 방법

가입자는 서면으로 요청을 보내 당사에 환불을 요청할 수 있습니다. 서면 요청을 보내는 경우, 가입자의 청구서 및 지불한 비용에 관한 문서를 보내 주십시오. 기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다. **서비스, 품목 또는 의약품을 수령한 날로부터 365일 (의료 청구의 경우) 및 3년(의약품 청구의 경우) 이내에** 당사에 청구서를 제출해야 합니다.

당사가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 귀하가 당사에 제공하도록 하기 위해, 귀하는 당사의 클레임 양식을 작성하여 지불 요청을 하시면 됩니다.

- 이 양식을 사용하지 않아도 되지만 정보를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다. 가입자 보상의 경우, 당사는 웹 포털을 통해 청구 양식을 이용할 수 있습니다. 당사의 가입자는 이 양식을 사용하는 것이 좋지만 모든 문서를 제출할 필요는 없습니다. 또한 양식 없이 청구서 사본을 제출할 수도 있습니다. 어떤 방식으로든 의료 제공자 정보, 서비스 날짜, 해당하는 경우 현행 절차 용어(CPT) 코드, 진단 코드 또는 설명 및 청구 금액, 그리고 이용 가능한 모든 의료 기록, 그리고 필요한 경우 진료가 필요한 이유에 대한 간략한 설명이 포함되어야 합니다. 또한 가입자는 청구서를 제출할 때 동시에 결제 증빙 서류도 제출해야 합니다. 유효한 결제 증빙 서류는 은행 또는 신용 카드 명세서 또는 지불된 수표 사본입니다.
- 당사 웹사이트(go.wellcare.com/HealthNetCA)에서 양식 사본을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 양식을 요청하십시오.

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

지급 요청 주소
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

파트 D 지불 요청 주소
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

섹션 3 저희가 지불 요구서를 심사하여 지불 여부를 알려 드립니다

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

- 치료나 의약품이 보험 적용 대상이라는 결정이 나고, 가입자가 모든 해당 규칙을 준수한 경우, 당사는 해당 서비스 또는 의약품 비용에 대한 저희의 분담분만큼을 지불해 드립니다. 가입자가 서비스나 약품 비용을 이미 지불한 경우 저희 분담분을 우편으로 보상해 드립니다. 가입자가 의약품 비용 전액을 지불한 경우, 가입자는 지불한 전액을 환급받지 못할 수 있습니다(예를 들어, 네트워크 비소속 약국에서 약을 받은 경우 또는 약에 대해 지불한 현금 가격이 협상된 가격보다 높은 경우). 가입자가 서비스나 약 비용을 아직 지불하지 않았을 경우 그 금액을 의료 제공자에게 직접 송금합니다.
- 치료나 약품이 보장 대상이 *아니라는* 결정이 나거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 *않았을* 경우, 치료 또는 의약품에 대해 저희의 분담분을 지불하지 않습니다. 지불액을 송금하지 않은 이유와 그 결정에 대한 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

섹션 3.1 저희가 치료비나 약품 비용의 전부 또는 일부를 지불하지 않는다고 고지할 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다

가입자의 지불 요구를 거절한 것이나 저희가 지불한 금액이 저희의 실수라고 판단되는 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 저희가 지불 요구를 거절했던 결정을 변경하라고 가입자가 요구하는 것입니다. 이의 신청 절차는 세부 절차와 중요한 기한이 있는 공식적 절차입니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

8장:
가입자의 권리 및 책임

섹션 1 당사 플랜은 플랜 가입자의 권리와 문화적 감수성을 존중합니다

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 분담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением

английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.
В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicarę по звонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình của chúng tôi phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-800-431-9007 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或。（其他替代格式等

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用戶呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

섹션 1.2 가입자가 보장 서비스 및 약품을 적시에 받을 수 있도록 보장합니다

가입자는 보장 서비스를 제공하고 주선할 주치의(PCP)를 플랜 네트워크 내에서 선택할 권리가 있습니다. 가입자는 또한 진료 의뢰가 없어도 여성 건강 전문가(예를 들면 부인과 의사)를 방문할 수 있습니다.

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

합리적인 기간 내에 의료 서비스 또는 파트 D 약을 받지 못한다고 생각할 경우 9장에서 가입자가 취할 수 있는 조치를 확인할 수 있습니다.

섹션 1.3 당사는 가입자의 개인 건강 정보를 보호합니다

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

- 가입자의 개인 건강 정보에는 플랜 등록 시에 제공한 개인 정보와 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 가입자는 가입자의 정보 및 가입자의 건강 정보가 사용되는 방식을 관리할 수 있는 권리를 가집니다. 저희는 *개인정보보호 실행방안 고지*라고 하는 고지서를 보내어 그러한 권리를 알려 드리고 가입자 건강 정보를 보호하는 방법을 설명합니다.

가입자 건강 정보를 어떻게 보호합니까?

- 저희는 미승인자가 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 합니다.
- 아래에 명시된 상황을 제외하고 당사는 가입자의 진료를 제공하지 않거나 비용을 지불하지 않는 사람에게 가입자의 건강 정보를 제공하려는 경우 *가입자 또는 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람으로부터 서면 허가를 받아야 합니다.*
- 가입자로부터 사전 서면 허가를 받지 않아도 되는 예외적 상황이 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허용하거나 요구하는 것입니다.
    - 치료 품질을 점검하는 정부 당국에 건강 정보를 공개하도록 요구 받을 때가 있습니다.
    - 귀하는 Medicare를 통한 당사 플랜 가입자이므로, 당사는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함한 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도로 가입자의 정보를 공개하는 경우, 이는 연방 법규 및 규정을 따릅니다. 일반적으로 사용자를 식별할 수 있는 고유한 정보는 공유하지 않습니다.

가입자는 자신의 기록에서 정보를 볼 수 있고 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다

가입자는 당사 플랜에 보유 중인 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고 있습니다. 저희는 사본 준비 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 가입자는 또한 자신의 의료 기록 내용을 추가 또는 정정하도록 저희에 요구할 권리가 있습니다. 귀하가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우, 당사는 가입자의 보건 서비스 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정할 것입니다.

귀하는 일반적이지 않은 목적으로 본인의 건강 정보를 타인과 공유하는 방법에 대해 알 권리를 가집니다.

개인 건강 정보의 보호와 관련하여 궁금한 사항이나 우려 사항이 있는 경우 1-800-431-9007 (TTY 사용자는 711)번으로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 1.4 저희는 당사 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 보장 서비스에 관한 정보를 제공해야 합니다

저희 플랜 가입자는 저희로부터 몇 가지 정보를 받을 권리를 갖고 있습니다.

다음과 같은 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

- **플랜에 관한 정보.** 여기에는 예를 들어 당사 플랜의 재정 상태에 관한 정보가 포함됩니다.
- **당사의 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국에 관한 정보.** 가입자는 저희 네트워크에 속한 의료 제공자와 약국의 자격에 관한 정보, 소속 의료 제공자에 대한 저희의 결제 방법에 관한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
  - 자격 요건, 출신 의대, 레지던트 과정 완료 등 네트워크 소속 의료 제공자에 관한 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부 및 웹사이트는 가입자에게 네트워크 소속 의료 제공자 관련 변경사항에 관한 최신 정보를 제공합니다. 이 정보는 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서 확인할 수 있습니다.
- **가입자의 보장범위와 가입자가 보장범위를 활용할 때 준수해야 할 규칙에 관한 정보.** 3장과 4장에서는 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 5장과 6장에서는 파트 D 약 보장 범위에 대한 정보를 제공합니다.
  - **참고:** 당사 플랜은 위임된 기관의 검토를 포함하여 활용 검토를 수행하는 의사, 의료 제공자 또는 직원에게 보상을 제공하지 않습니다. Utilization Management (UM)는 진료 및 서비스의 적합성과 보장 여부에 따라서만 진료 결정을 내립니다. 또한, 이 플랜은 보장을 거부한 개업의나 기타 개인에게 구체적으로 보상을 제공하지 않습니다. UM 의사 결정자를 위한 재정적 인센티브는 활용도가 낮은 의사 결정을 장려하지 않습니다.
- **보장되지 않는 이유와 이 경우 해야 할 일에 대한 정보.** 9장에서는 의료 서비스 또는 파트 D 약이 보장되지 않는 이유 또는 보장 범위가 제한되는 이유에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 또한 제9장에서는 당사에 결정을 변경할 것을 요청하는 이의 신청에 대한 정보를 제공합니다.

섹션 1.5 치료 옵션에 대해 이해하고 건강 관리에 대한 결정에 참여할 가입자의 권리

가입자는 의사와 기타 의료 제공자에게서 모든 정보를 받을 권리가 있습니다. 해당 의료 제공자는 가입자의 의학적 상태와 치료 선택권을 가입자가 *이해할 수 있는 방법으로* 설명해야 합니다.

또한 가입자의 건강 관리에 관한 의사결정에 완전히 참여할 권리도 갖고 있습니다. 가입자에게 가장 적합한 치료가 무엇인지 의사와 결정하는 데 도움을 받기 위한 가입자의 권리에는 다음 사항이 포함됩니다.

- **모든 선택 항목에 대해 알 권리.** 가입자는 비용이나 저희 플랜의 보장 여부와 관계없이 가입자의 질환에 대해 권고할 수 있는 모든 치료 옵션에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 또한 여기에는 저희 플랜이 가입자들의 의약품 관리 및 안전한 약품 사용을 돕기 위해 제공하는 프로그램에 관한 설명도 포함됩니다.

- **위험에 관하여 알 권리.** 가입자는 치료와 관련된 위험에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다. 제시된 의료 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우에는 사전에 설명을 들어야 합니다. 가입자는 항상 실험적 치료를 거절할 선택권을 갖고 있습니다.
- **'아니요'라고 말할 권리.** 가입자는 권장하는 치료를 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 조언해도 병원이나 기타 의료시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다. 또한 가입자는 약물 복용을 중단할 권리도 있습니다. 치료를 거부하거나 약 복용을 중단할 경우, 그 결과 신체에 발생하는 일에 대해 귀하가 완전한 책임을 지게 됩니다.

가입자는 스스로 의학적 결정을 내릴 수 없는 경우 취해야 할 사전 의료지시서를 제공할 수 있는 권리가 있습니다

때로는 사고나 심각한 질환 때문에 스스로 건강 관리 결정을 할 수 없게 되는 경우가 있습니다. 가입자는 그러한 상황에서 어떻게 할 것인지에 관하여 말할 권리가 있습니다. 즉 *가입자가 원할 경우*, 가입자는 다음 조치를 할 수 있습니다.

- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 **다른 사람에게 가입자를 대신하여 의료 결정을 할 법적 권한을 제공하는** 서면 양식을 작성하십시오.
- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 의사에게 어떤 방식의 치료를 원하는지에 관하여 **담당 의사에게 서면 지침을 제공하십시오**.

이 상황에서 사전에 지침을 제공할 때 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 의료지시서**라고 합니다. 사전 의료지시서의 예로는 **생존 유서** 및 **건강 관리 결정에 관한 위임장** 등의 문서가 있습니다.

지침을 제공하기 위해 사전 의료지시서를 설정하는 방법:

- **양식을 받으십시오.** 가입자는 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 매장에서 사전 의료지시서 양식을 구할 수 있습니다. 때로는 Medicare에 관한 정보를 제공하는 조직에서 사전 의료지시서 양식을 얻을 수도 있습니다.
- **양식을 작성하여 서명하십시오.** 이 양식의 출처와 관계없이, 이는 법적 문서입니다. 변호사에게 의뢰하여 문서 작성에 도움을 받는 것을 고려하십시오.
- **양식 사본을 적절한 사람에게 제공합니다.** 작성한 양식 사본을 의사와 가입자를 대신할 수 있는 의사결정자로 양식에 명시한 사람에게 제공하십시오. 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수 있습니다. 사본을 집에 보관하십시오.

곧 입원한다는 것을 알고 있으며 사전 의료지시서에 서명한 경우, **병원에 사본을 가지고 가십시오**.

- 병원측은 귀하에게 사전 의료지시서 양식에 서명했는지 여부와 그것을 가져왔는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 사전 의료지시서 양식에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다.

사전 의료지시서를 작성할 것인지 여부(입원한 상태에서 양식에 서명할 것인지 여부 포함)는 가입자의 선택사항입니다. 법률에 따라 사전 의료지시서에 서명했는지의 여부 때문에 치료를 거절당하거나 차별을 받을 수 없습니다.

가입자의 지시 사항이 지켜지지 않은 경우

가입자가 사전 의료지시서에 서명했으나 의사나 병원에서 그 지침을 따르지 않을 경우 California 법무 장관실에 1-916-210-6276번으로 불만사항을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하거나 https://oag.ca.gov/consumers/general/care를 방문하십시오.

섹션 1.6 가입자는 불만을 제기하고 저희의 결정을 재고하도록 요구할 권리가 있습니다

문제, 우려 사항 또는 불만사항이 있고 보장을 요청하거나 이의 신청을 해야 하는 경우, 이 문서의 9장은 여러분이 할 수 있는 일을 알려줍니다. 보장 결정, 이의 신청 또는 불만사항 제기 등 가입자가 무엇을 하더라도 **당사는 가입자를 공정하게 대우해야 합니다**.

섹션 1.7 가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 건의할 권리가 있습니다.

권리 및 책임에 대한 질문이나 우려 사항이 있거나 가입자 권리 정책을 개선할 수 있는 제안 사항이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하여 의견을 공유하십시오.

섹션 1.8 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.

Medicare 보장 판단이 없는 경우, 저희 플랜은 동료 심사 공개를 통해 현재 발표된 의학 문헌에 대한 비판적 평가를 수행함으로써 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용할 수 있도록 신규 기술 또는 기존 기술의 새로운 적용을 해당 혜택 플랜에 포함시킬 대상으로 평가합니다. 이를 위해 체계적 검토, 무작위 대조 시험, 코호트 연구, 결과가 안전성과 효과를 입증하는 통계적으로 유의미한 진단 시험 연구 및 증거 검토 등, 사례 관리 연구, 통계적으로 유의미한 결과가 있는 진단 테스트 연구, 안전 및 효과성을 입증하고 국가 기관 및 공인 기관에서 개발한 증거 기반 지침 검토를 수행합니다. 또한 저희 플랜은 의사, 국가적으로 인정된 의사 전문 협회를 포함한 의사 전문 학회, 합의 패널 또는 기타 국가적으로 인정된 연구 또는 기술 평가 기관, 정부 기관, 보고서 및 정부 기관의 간행물 (예: Food and Drug Administration(FDA), 질병 관리 예방 센터(CDC), NIH(정신건강 연구소))에 따른 의견, 권장 사항 및 평가를 고려합니다.

섹션 1.9 가입자가 부당한 대우를 받거나 권리를 존중 받지 못하다고 판단하는 경우

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신념(믿음), 연령 또는 국적 때문에 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중 받지 못했다고 생각되면 사회복지부의 **민권 사무국**에 1-800-368-1019(TTY 사용자는 1-800-537-7697)번으로 전화하거나 현지 민권 사무국으로 전화하십시오. 귀하는 귀하의 존엄성을 존중하고 인정하는 대우를 받을 권리가 있습니다.

가입자가 부당한 대우를 받았거나 권리를 존중받지 못했다고 판단하고 이것이 차별에 관한 내용이 *아닐 경우*, 아래 방법을 통해 가입자의 문제를 해결하기 위한 도움을 받을 수 있습니다.

- **당사 플랜의 가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로(TTY 사용자는 711로 전화) 전화하십시오.**
- 1-800-434-0222번으로 **현지 SHIP에 전화하십시오.**
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 **Medicare에 전화하십시오**(TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오)

섹션 1.10 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 입수하는 방법

다음 위치에서 가입자의 권리에 대한 자세한 정보를 얻으십시오.

- **가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 문의하십시오(TTY 사용자는 711로 전화)**
- 1-800-434-0222번으로 **현지 SHIP에 전화하십시오.**
- **Medicare에 연락**
  - Medicare.gov를 방문하여 *Medicare 권리 및 보호 간행물*(Medicare Rights & Protections에서 확인 가능)을 읽어 보십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오(TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화)

섹션 2 당사 플랜 가입자로서의 책임

당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일은 다음과 같습니다. 질문이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 문의해 주십시오.

- **가입자가 보장 서비스와 그 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 할 규칙을 숙지하십시오.** 이 *보장 범위 증명서*를 사용하여 보장 사항 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 알아보십시오.
  - 3장과 4장에서는 의료 서비스에 자세한 정보를 제공합니다.
  - 5장과 6장에는 파트 D 약 보장에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.
- **당사 플랜 이외에도 다른 건강 보험 보장이나 의약품 보장이 있을 경우, 저희에게 알려 주셔야 합니다.** 1장에서는 이러한 혜택 조정에 대해 설명합니다.
- **담당 의사와 다른 보건 의료 제공자에게 가입자가 저희 플랜에 가입되어 있다는 사실을 알리십시오.** 가입자가 치료나 파트 D 약을 받을 때에는 항상 당사 플랜 가입자 카드와 California Medi-Cal (Medicaid) 카드를 제시하십시오.
- **담당 의사 및 기타 의료 제공자들에게 정보를 제공하고 질문하고 치료에 대한 후속 관리를 함으로써 그들이 가입자를 도와 주도록 하십시오.**

- 최상의 서비스를 받을 수 있도록 담당 의사 또는 기타 의료 제공자에게 귀하의 건강 문제를 알려주십시오. 귀하와 담당 의사가 합의한 치료 계획 및 지시를 따르도록 하십시오.
- 비처방, 비타민, 보조식품 등을 포함하여 가입자가 복용 중인 모든 약을 의사에게 알려야 합니다.
- 문의 사항이 있으면 반드시 물어보고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오. 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다.

- **배려하십시오.** 당사는 당사의 가입자가 다른 환자의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 가입자가 이용하는 의원, 병원 또는 기타 진료실이 원활히 운영되도록 도와 주는 방식으로 행동할 것을 기대합니다.
- **본인의 부담금을 납부하십시오.** 플랜 가입자는 다음과 같은 지불에 대해 책임을 집니다.
  - 당사 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 Medicare 보험료를 지속적으로 납부해야 합니다.
  - 플랜에서 보장하는 대부분의 의료 서비스나 약품의 경우 구입할 때 가입자가 본인부담금을 지불해야 합니다.
- 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 알 수 있도록 **저희의 플랜 서비스 지역 *내에서* 이사를 하더라도 저희에게 알려주셔야 합니다.**
- **당사의 플랜 서비스 지역 *밖으로* 이사할 경우, 당사 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다.**
- **이 경우 사회보장국(또는 철도청 은퇴자 위원회)에도 알립니다.**

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

섹션 1 문제가 있거나 불만사항이 있으면 어떻게 해야 합니까?

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 절차에 대해서 설명합니다. 다음 두 가지 사항에 따라 문제를 해결할 때 사용하는 절차:

1. 가입자의 문제가 **Medicare** 또는 **Medicaid** 중 어디서 보장하는 혜택에 관한 것인지의 여부. Medicare 절차나 California Medi-Cal (Medicaid) 절차 또는 둘 다의 이용 여부를 결정하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하십시오.
2. 가입자의 문제 유형은 다음과 같습니다.
    - 일부 문제에 대해서는 **보장 결정 및 이의 신청 절차**를 이용해야 합니다.
    - 다른 문제에 대해서는 **불만사항 제기 절차**(고충이라고도 함)를 이용해야 합니다.

이 절차는 모두 Medicare의 승인을 받은 것입니다. 각 절차에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 기한이 있습니다.

이 장의 정보는 사용할 올바른 절차와 해야 할 일을 파악하는 데 도움이 됩니다.

섹션 1.1 법률 용어

이 장에서 설명하는 일부 규칙, 절차 및 기한에 대한 법적 용어가 있습니다. 대부분의 사람들은 이런 용어에 익숙하지 않습니다. 이 장에서는 몇 가지 법률 용어 대신 더 익숙한 단어를 사용합니다.

그러나 때로는 올바른 법률 용어를 아는 것이 중요합니다. 올바른 도움말이나 정보를 얻기 위해 어떤 용어를 사용해야 하는지 알 수 있도록 특정 상황을 처리할 때 제공해 드리는 자료에는 이러한 법적 용어들이 포함되어 있습니다.

섹션 2 더 많은 정보와 개별적인 도움을 받을 수 있는 곳

저희는 항상 가입자를 도와 드릴 수 있습니다. 가입자가 당사의 대우에 대해 불만사항을 가지더라도 당사는 가입자가 불만사항을 제기할 수 있는 권리를 존중할 의무가 있습니다. 항상 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 요청해야 합니다. 일부

경우에 가입자는 저희와 상관이 없는 누군가로부터 도움을 받거나 지침을 받길 원하실 수 있습니다. 도움을 줄 수 있는 두 기관은 다음과 같습니다.

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)

각 주에는 숙련된 상담사가 있는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강 플랜과 아무런 관련이 없습니다. 이 프로그램의 상담원들은 가입자가 문제 처리를 위해 어떤 절차를 이용해야 할지 이해하실 수 있도록 도와줄 것입니다. 가입자의 질문에 대답 및 정보를 제공하고 무엇을 하셔야 하는지 가이드해 줄 수 있습니다.

SHIP 상담원 서비스는 무료입니다.
California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929번으로 전화하시면 됩니다.
월요일~금요일, 현지 시간 오전 8시~오후 4시

Medicare

또한 Medicare에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다.

- 1–800–MEDICARE(1–800–633–4227)번으로 주 7일 하루 24시간 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- 또는 Medicare.gov.를 방문하세요.

California Medi-Cal (Medicaid)에서 도움 및 정보를 받으실 수 있습니다

California Medi-Cal (Medicaid) - 연락처 정보	
전화	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 월요일~금요일, 태평양시(PT) 오전 8시~오후 5시
TTY	1-800-430-7077 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

섹션 3 가입자의 문제에 사용할 절차

가입자가 Medicare 가입자이며, California Medi-Cal (Medicaid)의 지원을 받기 때문에 문제나 불만사항 처리하는 데 이용할 수 있는 다양한 절차가 있습니다. 가입자가 사용하는 절차는 문제가 Medicare 혜택에 관한 것인지 또는 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 관한 것인지 여부에 따라 달라집니다. 가입자의 문제가 Medicare에서 보장되는 혜택에 관한 것이면 가입자는 Medicare 절차를 이용하십시오. 가입자의 문제가 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하는 혜택에 관한 것이면 California Medi-Cal (Medicaid) 절차를 이용하십시오. Medicare 절차나 California Medi-Cal (Medicaid) 절차의 이용 여부를 결정하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하십시오.

Medicare 절차 및 California Medi-Cal (Medicaid) 절차는 이 장의 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어떤 부분을 읽어야 하는지 알기 위해서, 아래의 표를 사용하십시오.

가입자의 문제가 Medicare 혜택 또는 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 관한 것입니까?

나의 문제는 **Medicare** 혜택에 관한 것입니다.

섹션 4, 가입자의 Medicare 혜택에 관한 문제 처리를 참조하십시오.

나의 문제는 **California Medi-Cal (Medicaid)** 보장에 관한 것입니다.

섹션 12, California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문제 처리를 참조하십시오.

섹션 4 가입자의 Medicare 혜택에 관한 문제의 처리

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보장에 관한 것입니까?

의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 의약품)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.

네, 그렇습니다.

섹션 5, 보장 결정 및 이의 신청에 대한 가이드를 참조하십시오.

아니요.

섹션 11, 의료 서비스 품질, 대기 시간, 고객서비스 또는 다른 우려사항에 대한 불만 제기 방법을 참조하십시오.

보장 결정 및 이의 신청

섹션 5 보장 결정 및 이의 신청에 대한 가이드

보장 결정 및 이의 신청은 가입자의 의료 서비스를 위해 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다(지불을 포함한 서비스, 품목 및 파트 B 의약품). 단순성을 위해 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare Part B 의약품을 **의료 관리**로 지칭합니다. 가입자는 보장 여부, 보장 방식 등과 같은 문제에 대해 보장 결정과 이의 신청을 이용할 수 있습니다.

서비스를 받기 전에 보장 결정 요청

의료 서비스를 받으시기 전에 보험 적용이 될지 알기를 원할 경우 가입자는 저희에게 보장 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다. 보장 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의료 서비스를 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 예를 들어, 당사 플랜 네트워크 의사가 네트워크 외부의 의료 전문가에게 귀하를 의뢰하는 경우, 귀하 또는 귀하의 네트워크 소속 의사가 귀하가 이 의료 전문가에 대해 표준 거부 고지서를 받았음을 입증할 수 있거나, 진료 의뢰된 서비스가 어떤 조건에서도 보장되지 않는다고 *보장 범위 증명서*에 명시되지 않은 이상, 이러한 진료 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 가입자 또는 가입자의 의사는 특정 의료 서비스가 보험에 적용이 되는지 확실하지 않을 경우, 또는 적용이 될 것이라고 생각했는데 의사가 거부할 경우 당사에 연락하실 수 있습니다.

제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 요청이 기각될 것이며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

당사는 무엇이 가입자에게 보장되는지와 당사가 얼마를 지불하는지를 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 일부 경우, 저희는 의료 서비스에 대한 보장을 하지 않거나 더 이상 보장을 제공하지 않는 것을 결정할 수 있습니다. 이러한 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을 하실 수 있습니다.

이의 신청

혜택을 받기 전이나 후에 당사가 보장 결정을 내렸으나 가입자가 만족하지 못하는 경우, 가입자는 해당 결정에 대해 **이의 신청**을 할 수 있습니다. 이의 신청은 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다. 특정 상황에서는 보장 결정에 대해 긴급 또는 **신속 이의 신청**을 요청할 수 있습니다. 가입자으 이의 신청을 기존 결정을 내린 검토자와 다른 검토자가 처리합니다.

보장 결정에 대해 최초로 이의 신청을 하는 것을 1차 이의 신청이라고 합니다. 이 이의 신청에서 당사는 규칙을 적절하게 따르고 있는지 확인하기 위해 당사가 내린 보장 결정을 검토합니다. 당사가 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다.

제한된 상황에서는 1차 이의 신청 요청이 기각되며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 예로는 요청이 완료되지 않은 경우, 다른 사람이 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 권한이 없는 경우, 또는 요청을 철회하도록 요청하는 경우가 있습니다. 1차 이의 신청 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 보내드립니다.

당사가 가입자의 의료 서비스에 대한 1차 이의 신청의 일부 또는 전부를 거부하면, 가입자의 이의 신청은 당사와 관련이 없는 독립 검토 기관이 수행하는 2차 이의 신청으로 자동으로 진행됩니다.

- 가입자는 2차 이의 신청을 시작하는 그 어떤 조치도 취할 필요가 없습니다. Medicare 규칙은 가입자의 1차 이의 신청에 완전히 동의하지 않을 경우 당사가 의료 서비스에 대한 이의 신청을 2차로 자동으로 보내도록 의무화하고 있습니다.
- 의료 서비스에 대한 2차 이의 신청에 관한 자세한 정보는 **섹션 6.4**를 참조하십시오.
- 파트 D 이의 신청은 섹션 7에서 논의됩니다.

2차 이의 신청 결정에 대해 불만이 있으시면 다른 단계의 이의 신청을 통해 이 절차를 지속하실 수 있습니다(이 장에서 3차, 4차, 5차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다).

섹션 5.1 보장 결정을 요청하거나 또는 이의 신청을 할 때 도움을 받는 방법

다음은 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의 신청을 하는 경우에 사용할 수 있는 리소스입니다.

- **가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 문의하십시오(TTY 사용자는 711로 전화)**
- 주 건강보험 지원 프로그램으로부터 **무료로 도움**을 받으실 수 있습니다.
- **가입자의 의사가 대신 신청을 할 수 있습니다.** 담당 의사가 2차 이의 신청 이후의 이의 신청을 돕는 경우 담당 의사를 대리인으로 임명해야 합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 *대리인 임명* 양식을 요청하십시오(이 양식은 CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf or on our website at go.wellcare.com/HealthNetCA에서 얻을 수 있습니다).
  - 의료 서비스에 대해 가입자의 의사는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청이 1차에서 거부되면 자동으로 2차로 신청이 보내집니다.
  - 파트 D 의약품에 대해 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자는 보장 결정을 요청하거나 가입자를 대신하여 1차 이의 신청을 할 수 있습니다. 가입자의 1차 이의 신청이 거부되면 담당 의사 또는 처방자가 2차 이의 신청을 요청할 수 있습니다.
- **다른 사람을 대리인으로 요청할 수 있습니다** 귀하는 귀하의 대리인으로서 귀하를 대신해 보장 결정을 하거나 이의 신청을 할 다른 사람을 지명할 수 있습니다.
  - 가입자의 친구나 친척 또는 다른 사람이 가입자의 대리인이 되기를 원한다면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 *대리인 임명* 양식을 요청하십시오 (이 양식은CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트(go.wellcare.com/HealthNetCA)에서 입수할 수 있습니다.) 이 양식은 해당인에게 가입자를 대리할 수 있는 권한을 부여합니다. 가입자 및 대리인은 이 양식에 반드시 서명해야 합니다. 또한 서명한 사본을 저희에게 제공해 주셔야 합니다.
  - 양식이 제출되지 않아도 대리인의 이의 신청은 접수하실 수 있지만 양식이 제출될 때까지 검토를 완료할 수는 없습니다. 가입자의 이의 신청에 대해 결정을 내리는 마감일

전에 양식이 제출되지 않으면 이의 신청이 취소됩니다. 취소될 경우, 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드릴 것입니다.

- **변호사를 고용할 수 있는 권리도 있습니다.** 가입자는 본인의 변호사에게 연락을 하거나 지역 변호사협회 또는 기타 진료 의뢰 서비스를 이용하여 변호사 이름을 구할 수 있습니다. 자격이 되는 이들에게 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹들도 있습니다. 하지만 보장 결정이나 이의 신청을 요청하는 데 있어 **반드시 변호사를 고용해야 하는 것은 아닙니다**.

섹션 5.2 다양한 상황에 대한 규칙 및 기한

보장 결정 및 이의 신청이 포함되는 상황에는 네 가지가 있습니다. 각 상황마다 규칙과 기한이 다릅니다. 당사는 다음 각 상황에 관한 세부사항을 제공합니다.

- **섹션 6:** 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는법
- **섹션 7:** 가입자의 파트 D 의약품: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법
- **섹션 8:** 조기에 퇴원된다고 생각하는 경우, 더 장기간의 병원 입원에 대해 보장을 요청하는 방법
- **섹션 9**: 보장의 종료 시점이 너무 이르다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 방법(*이 섹션은 다음 서비스에만 적용됨*: 가정간호 기관의 간호, 전문요양시설에서의 간호 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스)

어떤 정보가 귀하에게 적용되는지 잘 모르겠다면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화해 주십시오. SHIP으로부터 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다.

섹션 6 가입자의 의료 관리: 보장 결정을 요청하거나 이의 신청하는법

섹션 6.1 의료 서비스의 보험 적용에 문제가 있거나 가입자가 지불하신 비용을 저희가 환불해야 하는 경우 어떻게 해야 합니까?

귀하의 의료 서비스 혜택은 4장의 의료 혜택표에 수록되어 있습니다. 때에 따라 파트 B 의약품 요청에 대해 다른 규칙이 적용됩니다. 이러한 경우, 파트 B 의약품 규칙이 의료품 및 서비스 규칙과 어떻게 다른지 설명해 드립니다.

본 섹션은 가입자가 다음 다섯 가지 상황에 처한 경우에 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

1. 가입자가 원하는 의료 진료를 받지 못하고 있으며, 가입자는 당사 플랜이 이 진료를 보장한다고 생각하시는 경우. **보장 결정 요청. 섹션 6.2.**
2. 담당 의사나 기타 의료 제공자가 제공하려는 의료 진료를 당사 플랜이 승인하지 않았지만 당사 플랜이 이 진료를 보장한다고 생각하시는 경우. **보장 결정 요청. 섹션 6.2.**

3. 가입자가 당사 플랜에서 보장할 것이라고 생각한 의료 서비스를 받았지만 당사는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 것이라고 말한 경우. **이의 신청. 섹션 6.3.**

4. 가입자는 플랜이 보장해 줘야 한다고 믿는 의료 관리를 받고 비용을 지불했으며 이제 저희 플랜에 이 비용을 환급해 달라고 요청하려고 합니다. **당사에 청구서 제공. 섹션 6.5.**

5. 플랜이 이전에 승인했으며 가입자가 받아온 특정 치료에 대해 보장이 축소되거나 중단될 예정이며, 이 치료를 축소 또는 중단할 경우, 건강에 위협이 될 수 있다고 생각하시는 경우. **이의 신청. 섹션 6.3.**

참고: 중단되는 보장이 병원 치료, 가정 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스에 대한 것인 경우 섹션 8 및 섹션 9를 참조하십시오. 이러한 서비스 유형에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 6.2 보장 결정 요청 방법

법률 용어:

보장 결정이 가입자의 의료 서비스를 포함할 경우, 이는 **기관 판단**이라고 불립니다.

신속한 보장 결정은 **긴급 판단**이라고 불립니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속한 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 일반적으로 의료 품목 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받는 경우 달력일 기준 7일 이내, 기타 모든 품목 및 서비스의 경우 달력일 기준 14일 이내, 파트 B 의약품의 경우 72시간 이내에 이루어집니다. 신속한 보장 결정은 의료 서비스의 경우 72시간 이내, 또는 파트 B 약의 경우 24시간 이내에 내려집니다. 가입자는 표준 마감일을 사용하면 가입자의 건강이 심각하게 손상될 수 있거나 가입자의 기능을 회복하는 능력이 손상될 수 있는 경우에만 신속한 보장 결정을 받을 수 있습니다.

가입자의 건강에 대해 의사가 신속한 보장 결정을 요구하는 경우, 저희는 신속한 보장 결정을 제공하는 것에 대해 자동으로 동의할 것입니다.

의사의 도움 없이 가입자가 직접 신속한 보장 결정을 요청하시면, 저희는 가입자의 건강이 신속한 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다. 당사가 신속한 보장 결정을 승인하지 않는 경우 당사는 다음 내용의 결정문을 발송합니다.

- 표준 기한을 사용할 것이라는 내용.
- 가입자의 의사가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 당사가 자동으로 신속한 보장 결정을 제공할 것이라는 설명.
- 또한 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 어떻게 하면 신속한 불만사항을 접수할 수 있는지에 대한 설명.

2단계: 당사 플랜에 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 요청합니다.

- 먼저 당사 플랜에 전화, 서면 또는 팩스를 보내 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장을 제공하도록 요청하십시오. 가입자나 가입자의 의사 또는 대리인이 하면 됩니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 저희는 의료 서비스 보장에 대한 가입자의 요청을 고려하여 답변을 제공합니다.

표준 보장 결정의 경우 당사는 표준 기한을 사용합니다.

즉, 당사는 사전 승인 규칙이 적용되는 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청을 받은 후 달력일 기준으로 7일 이내에 답변을 드립니다. 요청하신 의료 품목 또는 서비스에 당사의 사전 승인 규칙이 적용되지 않는 경우, 당사는 가입자의 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 이내에 답변을 드립니다. 요청 사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 가입자의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 드립니다.

- **하지만** 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다**. 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.

- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야 한다고* 생각하신다면 *신속 불만사항*을 제기하십시오. 당사가 결정을 내리자마자 불만사항에 대한 답변을 드리겠습니다. (불만사항 제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 불만사항에 대한 자세한 정보는 이 장의 섹션 11을 참조하십시오.

신속한 보장 결정의 경우 당사는 긴급한 기간을 사용합니다.

신속한 보장 결정은 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청일 경우 72시간 이내에 답변을 드립니다. 요청 사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 24시간 이내에 답변을 드립니다.

- **하지만** 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다**. 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.

- 시간이 더 오래 걸리지 *않아야 한다고* 생각하신다면 *신속 불만사항*을 제기하십시오. (불만사항에 대한 정보는 섹션 11을 참조하십시오). 결정이 나면 바로 전화를 드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다.

4단계: 가입자의 의료 서비스 보장 요청을 거부하는 경우 이의 신청을 할 수 있습니다.

당사가 결정을 거부하면 고객은 이의 신청을 통해 당사로 그 결정의 재고려할 것을 요청할 권리가 있습니다. 즉, 귀하가 원하는 의료 서비스 보장을 받기 위해 다시 요청하는 것을 의미합니다. 이의 신청을 한다는 것은 1차 이의 신청을 진행한다는 것을 의미합니다.

섹션 6.3 1차 이의 신청 방법

법률 용어:

의료 관리 보장 결정에 대해 당사 플랜에 이의 신청을 하는 것은 플랜 **재고려**라고 합니다.

신속 이의 신청은 **긴급 재고려**라고 불립니다.

1단계: 표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청이 필요한지 결정합니다.

파트 B 약에 대한 표준 이의 신청은 일반적으로 달력일 기준 30일 또는 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의 신청은 일반적으로 72시간 이내에 내려집니다.

- 아직 받지 않은 의료 서비스에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 및/또는 가입자의 의사는 신속 이의 신청을 원하는지 결정하셔야 합니다. 가입자의 건강에 대해 의사가 신속 이의 신청이 필요하다고 할 경우 저희는 이의 신청을 신속히 처리해 드립니다.
- 신속 이의 신청의 요건은 이 장의 섹션 6.2에서 신속한 보장 결정의 요건과 동일합니다.

2단계: 당사 플랜에 이의 신청 또는 신속 이의 신청을 요청합니다.

- **표준 이의 신청을 요청하는 경우 표준 이의 신청을 서면으로 제출하십시오.** 가입자는 전화로 당사에 이의 신청을 요청하실 수도 있습니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- **귀하가 신속 이의 신청을 요청하는 경우 서면으로 이의 신청을 하시거나 당사에 전화를 주십시오.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 보장 결정에 대한 답변이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 **달력일 기준으로 65일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명하십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 당사에 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 당사에서 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공한 경우입니다.
- **가입자의 의료 결정 관련 정보의 사본을 요청하실 수 있습니다. 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.**

3단계: 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 가입자의 이의 신청을 검토할 때, 저희는 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집하여 가입자 또는 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

신속 이의 신청 기한

- 신속 이의 신청의 경우 반드시 **이의 신청을 접수한 뒤 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
    - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 달력일 기준 **최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청 사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 추가로 시간이 걸리지 않습니다.
    - 72시간(또는 시간이 연장된 경우 그 기간의 마지막 날까지) 내에 답변을 드리지 않는 경우, 가입자의 요청은 자동으로 2차 이의 신청으로 전송되며, 독립 검토 기관에서 검토하게 됩니다. 해당 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다. 섹션 6.4에서는 2차 이의 신청 절차를 설명합니다.
- **당사가 가입자의 요청 중 일부 또는 전체에 대해 수락하는 경우** 이의 신청을 접수한 시점으로부터 72시간 이내에 당사가 합의한 해당 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **당사가 가입자의 요청 중 일부 또는 전체에 대해 거부하는 경우,** 저희는 당사의 결정을 서면으로 발송하며 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관으로 자동으로 전달합니다. 해당 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다.

표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 저희는 이의 신청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 요청이 아직 받지 못한 파트 B 의약품에 대한 것일 경우 당사는 가입자의 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 7일 이내**에 답변을 제공합니다. 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 결정을 제공해 드릴 수도 있습니다.
    - 하지만 가입자가 더 많은 시간을 요청하거나 저희에게 가입자에게 유리한 정보가 더 필요한 경우, 의료 용품 또는 서비스 요청이라면 달력일 기준 **최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 요청사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸릴 수 있습니다.
    - 시간이 더 오래 걸리지 *않아야 한다고* 생각하신다면 신속 불만사항을 제기하십시오. 신속 불만사항을 접수하시면, 24시간 내에 불만사항에 대해 답변을 드릴 것입니다. (불만사항에 대한 정보는 섹션 11을 참조하십시오).
    - 당사가 기한(또는 연장된 기간 말까지) 내에 답변을 드리지 않으면 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 해당 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다. 섹션 6.4에서는 2차 이의 신청 절차를 설명합니다.
- **당사가 가입자의 요청 중 일부 또는 전체에 대해 수락하는 경우, 저희는 가입자 요청이 의료 품목 또는 서비스에 관한 것이라면 달력일 기준 30일 이내에, 또는 가입자 요청이 파트 B 의약품일 경우 달력일 기준 7일 이내**에 승인하거나 보장을 제공해야 합니다.

- **가입자의 이의 신청 일부 또는 전부를 저희가 거부한 경우,** 저희는 가입자의 이의 신청을 2차 이의 신청 단계인 독립 검토 기관으로 자동 발송합니다. 해당 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다.

섹션 6.4 2차 이의 신청 절차

법률 용어:

독립 검토 기관의 정식 명칭은 **독립 검토 주체**입니다.
때로는 **IRE**라고 지칭합니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 심사합니다.

- 저희는 이 기관으로 가입자의 이의 신청 내용을 전송합니다. 이 정보는 가입자의 **케이스 파일**이라고 불립니다. **가입자는 가입자의 케이스 파일 사본을 요청하실 권리가 있습니다**.
- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청에 관한 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

1차 신청에서 '신속 이의 신청'을 하셨다면 2차 신청에서도 '신속 이의 신청'을 진행합니다.

- 신속 이의 신청의 경우 독립 검토 기관은 가입자의 이의 신청을 받은 후 **72시간 이내**에 가입자의 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 가입자의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것이라면, 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

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

- 표준 이의 신청의 경우 가입자의 요청사항이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 독립 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준 30일 이내**에 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 요청사항이 파트 B 의약품에 대한 것이라면 독립 검토 기관은 이의 신청을 접수한 후 2차 이의 신청에 대해 **달력일 기준 7일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.

- 가입자의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 독립 검토 기관이 가입자에게 유리한 정보를 더 수집하기 위해 시간이 필요한 경우 **달력일 기준 최대 14일까지 시간이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 소요되는 경우에는 서면으로 알려 드립니다. 가입자의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것이라면, 독립 검토 기관은 결정을 내리는 데 추가로 시간을 사용할 수 없습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관이 서면으로 결정 및 이유를 알려 드릴 것입니다.

- **독립 검토 기관이 가입자의 의료 용품 또는 서비스 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우**, 저희는 **72시간** 이내에 의료 서비스 보장을 승인하거나, **표준 요청**의 경우 독립 검토 기관으로부터 결정을 통보받은 후 달력일 기준 14일 이내에 서비스를 제공해야 합니다. **긴급 요청**의 경우, 독립 검토 기관으로부터 결정을 통보받은 시점부터 **72시간** 이내에 처리해야 합니다.

- **독립 검토 기관이 파트 B 의약품 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우**, 저희는 **표준 요청**에 대한 독립 검토 기관의 결정을 통보받은 후 **72시간** 이내에 파트 B 의약품을 승인하거나 제공해야 합니다. **긴급 요청**의 경우, 독립 검토 기관으로부터 결정을 통보받은 시점부터 **24시간** 이내에 처리해야 합니다.

- **독립 검토 기관이 가입자의 일부 또는 전체 이의 신청을 거부하는 경우**, 이는 의료 서비스 보장에 대한 가입자의 요청(일부 또는 전체)이 승인될 수 없다는 저희의 결정에 동의함을 의미합니다. (이것은 **결정 인용** 또는 가입자의 **이의 신청 기각**이라고 불립니다.) 이 경우 독립 검토 기관은 가입자에게 다음 내용의 서신을 발송합니다.

  - 결정을 설명합니다.
  - 가입자가 요청하는 의료 서비스 보장의 달러 가치가 특정 최소값을 충족하는 경우 3차 이의 신청 제기 권리에 관하여 가입자에게 알려줍니다. 독립 검토 기관에서 보낸 서면 통지는 이의 신청 절차를 계속하기 위해 충족해야 하는 달러 금액을 알려줍니다.
  - 3차 이의 신청 방법을 안내합니다.

3단계: 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다 (총 다섯 단계의 이의 신청). 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.

- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

섹션 6.5가입자가 받은 의료 서비스 청구서에 대해 저희에게 지불을 요청하는 경우

귀하가 당사 플랜이 보장하는 California Medi-Cal (Medicaid) 서비스나 품목 비용을 이미 납부한 경우, 당사 플랜에 환급(보상)을 요청하십시오. 당사 플랜에서 보장하는 의료 서비스나 의약품

비용을 가입자가 지불한 경우 당사에 지불을 요구하는 것은 가입자의 권리입니다. 가입자가 저희에게 이미 납부된 청구서를 보내면, 저희가 청구서를 검토하여 그 서비스 또는 의약품이 보장 대상인지 여부를 결정합니다. 보장 대상이라고 판단되면 저희가 해당 서비스 또는 의약품에 대해 환급합니다.

환불 요청은 보장 결정을 요청하는 것입니다.

가입자가 당사에 상환을 요청하는 서류를 보내는 것은 보장 결정을 요청하는 것입니다. 보장 결정을 내리기 위해서는 지불하신 의료 서비스 비용이 보장되는지 확인해야 합니다. 또한 의료 서비스에 대한 보장 관련 규정을 따르셨는지 확인합니다.

- **당사가 가입자의 요청을 승인하는 경우:** 해당 의료 서비스가 보장 서비스이며 가입자가 규칙을 따랐다면 저희는 가입자의 요청을 받은 후 일반적으로 달력일 기준 30~60일 이내에 해당 비용을 보내드립니다. 가입자가 의료 서비스의 비용을 지불하지 않았다면, 당사는 지불금을 해당 의료 제공자에게 직접 보냅니다.
- **당사가 가입자의 요청을 거부하는 경우:** 해당 의료 서비스가 보장되지 않는 서비스이거나 가입자가 모든 규칙을 따르지 *않았다면* 저희는 해당 비용을 보내드리지 않습니다. 그 대신 의료 서비스에 대한 당사의 지불 거절 사실 및 그 이유를 포함한 서신을 가입자에게 발송합니다.

저희의 거부 결정에 동의하지 않으시면 **이의 신청을 하실 수 있습니다**. 이의 신청은 저희의 지불 요청 거부 결정을 변경하시는 것을 요청하시는 것을 의미합니다.

이의 신청을 하시려면 섹션 6.3에 설명된 이의 신청 절차를 따르십시오. 상환에 대한 이의 신청의 경우 다음을 참조하십시오.

- 당사는 가입자의 이의 신청을 접수한 후 달력일 기준 60일 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다. 지불하신 의료 서비스 비용에 대한 지불을 요청하시는 경우, 신속 이의 신청을 접수하실 수 없습니다.
- 독립 검토 기관에서 당사가 지불해야 한다고 결정하는 경우, 저희는 가입자 또는 해당 의료 제공자에게 달력일 기준 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다. 2차 이후 어떤 단계에서든지 가입자의 이의 신청을 인정했다면, 당사는 달력일 기준 60일 이내에 가입자가 요청한 대금을 가입자 또는 의료 서비스 제공자에게 보낼 것입니다.

섹션 7 가입자의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청하는 방법

섹션 7.1 이 섹션에서는 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 약 비용에 대한 당사의 환급을 원하는 경우 취해야 할 조치를 설명합니다

가입자의 혜택에는 많은 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 보장을 받으려면 약이 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다 (의학적으로 인정된 적응증에 대해서는 5장을 참조하십시오.) 파트 D 약, 규칙, 제한사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장 및 6장을 참조하십시오. **이 섹션은 가입자의 파트 D 약에만 관한 것입니다.** 이 섹션에서는 *보장 외래 처방*약 또는 *파트 D 약*

대신 일반적으로 모두 *의약품*이라고 부르겠습니다. 당사는 *보장 의약품 목록* 또는 처방규정 대신 의약품 목록이라는 용어를 사용합니다.

- 의약품의 보장 여부 또는 규칙 준수 여부에 대해 알지 못한다면 당사에 문의하실 수 있습니다. 일부 의약품은 당사가 보장하기 전에 당사의 승인을 얻어야 합니다.
- 약국에서 처방전에 적힌 대로 제조할 수 없다고 할 경우, 약국에서는 보장 결정 요청을 하실 수 있도록 저희에게 연락하는 방법이 적힌 서면 고지서를 제공합니다.

파트 D 보장 결정 및 이의 신청

법률 용어:

가입자의 파트 D 약에 대한 초기 보장 결정은 **보장 판단**이라고 합니다.

보장 결정이란 가입자가 받는 혜택 및 보장 또는 가입자가 이용하는 의약품을 위해 저희가 지불하는 금액과 관련하여 저희가 내리는 결정입니다. 본 섹션은 가입자가 아래 상황에 처한 경우에 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

- 당사 플랜의 의약품 목록에 없는 파트 D 의약품 보장 요청. **예외 요청. 섹션 7.2**
- 당사에 플랜의 의약품 보장 제한을 없애 달라고 요청(받을 수 있는 의약품의 양 제한 등) **예외 요청. 섹션 7.2**
- 더 높은 비용 분담 범주에서 보장되는 약에 대해 더 낮은 비용 분담 금액을 지불하도록 요청. **예외 요청. 섹션 7.2**
- 의약품에 대한 사전 승인 요청. **보장 결정 요청. 섹션 7.4**
- 이미 구입한 처방약 비용을 지불합니다. **당사에 환불 요청. 섹션 7.4**

당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다.

이 섹션에서는 보장 결정을 요청하고 이의 신청하는 법에 대해서 모두 설명합니다.

섹션 7.2 예외 요청

법률 용어:

의약품 목록에 없는 약에 대해 보장을 요청하는 것은 종종 **처방규정 예외** 요청이라고 합니다.

의약품 보장에 대한 제한 취소를 요청하는 것은 **처방규정 예외**라고 합니다.

보장되는 비우대 약에 대해 더 낮은 지불 금액을 요청하는 것을 **예외 범주**라고 합니다.

약이 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우에는 **예외**를 요청하실 수 있습니다. 예외 경우도 보장 결정의 한 종류입니다.

당사에서 귀하의 예외 요청을 고려하려며 가입자의 의사나 다른 처방자가 예외의 경우로 승인이 되어야 하는 의료적 사유를 설명해야 합니다. 가입자나 의사 또는 처방자가 요청할 수 있는 세 가지 경우가 있습니다.

1. **당사 의약품 목록에 없는 파트 D 약 보장.** 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장에 동의하는 경우, 가입자는 범주 3(비우대 약)에 적용되는 비용 분담액을 지불해야 합니다. 의약품 목록에 없는 약에 대한 보장에 동의하는 경우, 의약품에 대해 가입자가 지불하도록 요구하는 비용 분담 금액에 대한 예외를 요청하실 수 없습니다.

2. **보장약에 대한 제한 취소.** 5장은 의약품 목록의 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙 또는 제한사항을 설명합니다. 당사가 예외 처리와 제한을 면제하는 데 동의하면, 당사가 가입자에게 의약품에 대해 지불하도록 요구하는 비용 분담액에 예외 처리를 요청하실 수 있습니다.

3. **비용 분담 범주를 낮추기 위해 약의 보장 변경.** 저희의 의약품 목록에 있는 모든 약은 여섯 개의 비용 분담 범주로 나뉘어집니다. 일반적으로 비용 분담 범주가 낮을수록 약 비용의 가입자 분담액도 적어집니다.

    - 당사의 의약품 목록에 귀하의 약보다 더 비용 분담이 더 낮은 비용 분담 범주의 대체 치료 약이 포함되어 있는 경우, 대체 약에 적용되는 비용 분담액으로 귀하의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다.

    - 귀하가 복용하고 있는 약이 생물학적 제제인 경우, 귀하의 약에 대한 비용을 더 낮은 비용 분담액으로 보장해 달라고 당사에 요청하실 수 있습니다. 이는 귀하의 증상을 치료하기 위한 생물학적 제제에 대한 대안이 포함된 가장 낮은 범주입니다.

    - 귀하가 복용 중인 약이 브랜드 약인 경우, 귀하의 증상을 치료하는 대체 브랜드 약이 포함된 가장 낮은 범주에 적용되는 비용 분담 금액으로 귀하의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다.

- 가입자가 복용 중인 약이 제네릭 약인 경우, 가입자의 증상을 치료하는 대체 제네릭 약이 포함된 가장 낮은 범주에 적용되는 비용 분담 금액으로 가입자의 약을 보장해 달라고 당사에 요구할 수 있습니다.
- 가입자는 당사에 범주 5(특수범주 약)의 약에 대해 비용 분담 범주를 변경해 줄 것을 요구할 수 없습니다.
- 당사가 귀하의 예외 범주 요청을 승인하고, 귀하가 복용할 수 없는 대체 약이 포함된 더 낮은 비용 분담 범주가 한 가지 이상 있는 경우, 귀하는 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불합니다.

섹션 7.3 예외 요청 시 알아야 할 중요 사항

가입자의 의사가 의료적 이유를 저희에게 알려주어야 합니다

가입자의 의사나 기타 처방자는 예외를 요청하는 의학적 이유를 당사에게 제공해야 합니다. 신속한 결정을 원할 경우 예외 경우를 요청하실 때 가입자의 의사나 처방자로부터 이러한 의료적 정보를 함께 제공하십시오.

일반적으로 저희 의약품 목록에는 특정 상태를 치료하기 위해 하나 이상의 약이 포함되어 있습니다. 이러한 다른 약들은 **대체** 약이라고 불립니다. 대체 약이 가입자가 요청하는 약만큼 효력이 있거나 다른 부작용이나 건강상의 문제를 유발하지 않을 경우, 당사는 일반적으로 예외 요청을 승인하지 않습니다. 예외 범주를 요청할 경우, 더 낮은 비용 분담 범주의 대체약이 효과가 없는 경우 또는 부작용이나 기타 위해를 초래할 가능성이 있는 경우를 제외하고 일반적으로 가입자의 요청을 승인하지 않습니다.

저희는 요청을 승인하거나 거부할 수 있습니다.

- 예외 경우에 대해 가입자의 요청이 승인되면 당사 플랜 연도 말까지 승인이 유효하게 됩니다. 이것은 가입자의 의사가 계속하여 처방을 하고 그것이 치료에 안전하고 유효할 경우에만 해당됩니다.
- 저희가 가입자의 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의 신청을 통해 추가 검토를 요청하실 수 있습니다.

섹션 7.4 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어:

신속한 보장 결정은 **긴급 보장 판단**이라고 불립니다.

1단계: 표준 보장 결정 또는 신속한 보장 결정이 필요한지 결정합니다.

표준 보장 결정은 당사에서 가입자의 요청을 받은 후 **72시간** 이내에 내려집니다. **신속한 보장 결정**은 당사에서 가입자의 요청을 받은 후 **24시간** 이내에 내려집니다.

***건강 상태로 인해 필요하신 경우 신속한 보장 결정을 요청하십시오.* 신속한 보장 결정을 받으시려면 다음과 같은 두 가지 사항이 충족되어야 합니다.**

- 아직 받지 않은 의약품을 요청해야 합니다. (이미 구입한 의약품에 대해 환급을 받기 위해 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 가입자의 건강에 심각한 해를 입히거나 기능을 손상시킬 수 있습니다.
- **가입자의 담당 의사나 처방자가 가입자의 건강 상태로 인해 신속한 보장 결정이 필요하다고 하면, 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 내립니다.**
- **직접 신속한 보장 결정을 요청하시면 저희는 담당 의사 또는 기타 처방자의 도움 없이 가입자의 건강이 신속한 보장 결정을 필요로 하는지를 결정할 것입니다.** 당사가 신속한 보장 결정을 승인하지 않는 경우 당사는 다음 내용의 결정문을 발송합니다.
    - 표준 기한을 사용할 것이라는 내용.
    - 가입자의 의사나 기타 처방자가 신속한 보장 결정을 요청할 경우, 당사가 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 수 있음을 설명합니다.
    - 요청하신 신속한 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 제공하는 것에 대해 가입자가 신속 불만사항을 제기하는 방법에 대해 설명합니다. 당사는 접수 후 24시간 이내에 귀하의 불만사항에 대해 답변을 드립니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 신속한 보장 결정을 요청합니다.

먼저 당사 플랜에 전화를 하거나, 서신 또는 팩스를 보내 귀하가 원하는 의료 서비스를 승인하거나 보장을 제공하도록 요청하십시오. 또한 당사 웹사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스하실 수 있습니다. 당사는 *CMS 모델 보장 판단 요청 양식*을 통해 제출된 요청을 포함한 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 해당 양식은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations에서 확인할 수 있습니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다. 가입자의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 가입자의 이름, 연락처 정보 및 거부된 청구에 대해 이의 제기 중인지 보여주는 정보를 포함해 주십시오.

가입자,가입자의 의사(또는 기타 처방자) 또는 대리인이 하면 됩니다. 또한 대리인으로 변호사를 고용하실 수 있습니다. 이 장의 섹션 5.1에서는 대리인 역할을 하도록 다른 사람에게 서면 허가를 제공하는 방법에 관해 설명합니다.

- **가입자가 예외를 요청하는 경우 근거 진술서를 제출하십시오.** 이는 예외에 대한 의학적 근거가 됩니다. 가입자의 의사 또는 다른 처방자는 저희에게 진술서를 팩스나 우편으로 전송해 주시면 됩니다. 가입자의 의사나 처방자는 전화로 알려주신 후 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 보내 주셔도 됩니다.

3단계: 저희는 가입자의 요청을 고려하여 답변을 드립니다.

신속한 보장 결정 기한

- 당사는 일반적으로 요청을 접수한 후 **24시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
    - 예외의 경우, 담당 의사의 근거 진술서를 받은 후 24시간 이내에 답변을 드립니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
    - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다.
- **저희가 가입자 요청 사항의 일부 또는 전부에 동의하면**, 저희는 가입자의 요청 또는 그 요청을 뒷받침하는 의사의 진술서를 받은 후 24시간 이내에 저희가 제공하기로 했던 보장을 제공해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 서신에는 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함됩니다.

귀하가 아직 받지 않은 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사는 일반적으로 요청을 접수한 후 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
    - 예외의 경우, 담당 의사의 근거 진술서를 받은 후 72시간 이내에 답변을 드립니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.
    - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다.
- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우**, 가입자의 요청 또는 그 요청을 뒷받침하는 의사의 진단서를 받은 후 **72시간 이내**에 당사가 제공하기로 동의한 **보장을 제공해야** 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 서신에는 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함됩니다.

가입자가 이미 구매한 의약품의 지불에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 요청을 접수 후부터 **달력일 기준으로 14일 이내**에 대답을 제공해야 합니다.
    - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다.

- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 가입자에게 금액을 지급해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 서신에는 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함됩니다.

4단계: 저희가 가입자의 보장 요청을 거부하면 이의 신청을 할 수 있습니다.

- 당사가 결정을 거부하면 고객은 이의 신청을 통해 당사로 그 결정의 재고려할 것을 요청할 권리가 있습니다. 즉, 가입자가 원하는 의약품 보장을 받기 위해 다시 요청하는 것입니다. 이의 신청을 한다는 것은 1차 이의 신청을 진행한다는 것을 의미합니다.

섹션 7.5 1차 이의 신청 방법

법률 용어:

당사 플랜에 파트 D 의약품 보장 결정에 대한 이의 신청을 하는 것은 플랜 재판단이라고 불립니다.

신속 이의 신청은 **긴급 재판단**이라고 불립니다.

1단계: 표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청이 필요한지 결정합니다.

표준 이의 신청은 일반적으로 달력일 기준 7일 내에 내려집니다. 신속 이의 신청은 일반적으로 72시간 이내에 내려집니다. 가입자의 건강 때문에 신속한 응답이 필요하면, 가입자는 '신속 이의 신청'을 요청해야 합니다.

- 아직 받지 않은 의약품에 대한 당사의 결정에 이의 신청을 하신다면 가입자나 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자는 신속 이의 신청이 필요한지 결정해야 합니다.
- 신속 이의 신청의 요건은 이 장의 섹션 7.4에서 신속한 보장 결정의 요건과 동일합니다.

2단계: 가입자, 가입자의 대리인, 의사 또는 기타 처방자는 당사에 연락하여 1차 이의 신청을 해야 합니다. 가입자의 건강에 따라 신속한 답변을 필요로 하는 경우 신속 이의 신청을 합니다.

- **표준 이의 신청의 경우 서면 요청을 제출하거나 당사에 연락하십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.**
- **신속 이의 신청은 서면으로 제출하거나 당사에 1-800-431-9007번(TTY 사용자는 711로 전화)으로 전화해 주십시오.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 당사 웹사이트 go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations에서 제공되는 *CMS 모델 재판단 요청 양식*으로 제출되는 요청을 포함하여 **저희는 반드시 모든 서면 요청을 다 수락해야 합니다.** 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 가입자의 이름, 연락처 정보 및 청구에 관한 정보를 포함하십시오.

- 보장 결정에 대한 답변이 서면 고지서에 기재된 날짜부터 **달력일 기준으로 65일 이내에 이의 신청을 제출하셔야 합니다.** 합당한 이유로 기한을 놓치셨다면 이의 신청 시 이의 신청이 늦어진 이유를 설명하십시오. 이의 신청 기한을 연장해 드릴 수도 있습니다. 합당한 이유란 당사에 연락하기 힘들 정도로 아프셨거나 당사에서 잘못된 또는 완전하지 않은 이의 신청 기한 정보를 제공한 경우입니다.

- **이의 신청에 대한 정보 사본을 요청하여 내용을 추가하실 수 있습니다.** 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.

3단계: 가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 이의 신청을 검토할 때 귀하의 보장 결정에 대한 모든 정보를 다시 한 번 면밀하게 살펴봅니다. 요청이 거부된 경우, 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.

- 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자, 가입자의 의사나 다른 처방자에게 연락드릴 수 있습니다.

신속 이의 신청 기한

- 신속 이의 신청의 경우 반드시 **이의 신청을 접수한 뒤 72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 저희는 가입자의 건강 상태에 따라 더 빨리 답변을 제공할 것입니다.

    - 당사가 72시간 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다. 섹션 7.6은 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 가입자의 이의 요청을 받은 후 당사가 제공하기로 동의한 보장을 72시간 이내에 제공해야 합니다.

- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부할 경우,** 당사는 거부 사유 및 당사 결정에 대해 이의 신청을 하는 방법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.

아직 받지 않은 약에 대한 표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 저희는 이의 신청을 접수한 후부터 **달력일 기준으로 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 약을 아직 받지 못하고 건강 상태로 인해 필요한 경우 더 빨리 결정을 내릴 것입니다.

    - 당사가 달력일 기준 7일 이내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다. 섹션 7.6은 2차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 가입자의 건강 상태에 따라 가능한 한 빨리 보장을 제공해야 하나, 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7일** 이내에 제공해야 합니다.

- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부할 경우,** 당사는 거부 사유 및 당사 결정에 대해 이의 신청을 하는 방법에 대한 내용이 포함된 서신을 발송해 드립니다.

이미 구매한 약의 지급에 대한 표준 이의 신청 기한

- 저희는 요청을 접수 후부터 **달력일 기준으로 14일 이내**에 대답을 제공해야 합니다.
    - 당사가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면, 가입자의 요청은 2차 이의 신청 단계로 전송되며, 독립 검토 기관이 해당 이의 신청을 검토하게 됩니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다.
- **당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우,** 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 가입자에게 금액을 지급해야 합니다.
- **저희가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 거부하면** 거부 사유를 설명하는 서신을 발송합니다. 서신에는 이의 신청을 하는 법에 대한 내용이 포함됩니다.

***4단계:* 가입자의 이의 신청이 거부된 경우, 가입자는 계속해서 또 다른 이의 신청을 할 것인지를 결정하셔야 합니다.**

- 또 다른 이의 신청을 하기로 하면 2차 이의 신청 절차로 넘어가게 됩니다.

섹션 7.6 2차 이의 신청 방법

법률 용어

독립 검토 기관의 정식 명칭은 **독립 검토 주체**입니다.
때로는 **IRE**라고 지칭합니다.

독립 검토 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다.

1단계: 가입자(또는 가입자의 대리인이나 의사 또는 처방자)가 반드시 독립 검토 기관에 연락하여 가입자의 사례 심사를 요청해야 합니다.

- 저희가 1차 이의 신청을 거부했다면, 발송되는 서면 고지서에는 **독립 검토 기관에 2차 이의 신청을 하는 방법에 대한 지침**이 포함됩니다. 이러한 지침은 누가 이러한 2차 이의 신청을 할 수 있고 기한은 어떻게 되며 독립 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다.
- **서면 고지서를 받은 날짜로부터 달력일 기준 65일 이내에 반드시** 이의 신청을 해야 합니다.
- 당사가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사의 약물 관리 프로그램에 따라 **위험** 결정에 대한 불리한 결정을 내리는 경우, 당사는 가입자의 요청을 독립 검토 주체에 자동으로 전달합니다. 귀하의 요청이 독립 검토 기관에 전송되었는지 서면으로 알려드리겠습니다.

- 당사는 가입자의 이의 신청에 대한 정보를 독립 검토 기관에 보냅니다. 이 정보는 가입자의 **케이스 파일**이라고 불립니다. **가입자는 가입자의 케이스 파일 사본을 요청하실 권리가 있습니다.**
- 가입자는 독립 검토 기관에게 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 심사합니다.

- 독립 검토 기관의 검토자들은 가입자의 이의 신청에 관한 모든 정보를 신중하게 검토할 것입니다.

신속 이의 신청 기한

- 건강 상태에 따라 독립 검토 기관에 신속 이의 신청을 요청하실 수 있습니다.
- 독립 검토 기관이 신속 이의 신청을 제공하는 것에 대해 동의하면 독립 검토 기관은 2차 이의 신청을 요청을 접수한 후 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의 신청 기한

- 표준 이의 신청의 경우 독립 검토 기관은 가입자가 아직 받지 않은 의약품에 대한 이의 신청의 경우, 이의 신청을 접수한 후 **달력일 기준 7일 이내**에 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 이미 구입한 약에 대해 환급을 요청하는 경우, 독립 검토 기관은 요청을 접수한 후 **달력일 기준 14일 이내**에 2차 이의 신청에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 검토 기관이 가입자에게 답변을 제공합니다.

신속 이의 신청의 경우:

- **독립 검토 기관이 가입자의 일부 또는 전체 요청을 승인하는 경우,** 당사는 독립 검토 기관의 결정을 접수한 후 **24시간 이내**에 독립 검토 기관이 승인한 **의약품 보장을 반드시 제공해야 합니다.**

표준 이의 신청의 경우:

- **독립 검토 기관이 가입자의 보장 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우,** 당사는 독립 검토 기관의 결정을 접수한 후 **72시간 이내에** 독립 검토 기관이 승인한 **의약품 보장을 반드시 제공해야 합니다.**
- **독립 검토 기관이** 이미 구입한 의약품에 대한 환급 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, **당사는 독립 검토 기관의 결정을 접수한 후** 달력일 기준 30일 이내에 금액을 송금해야 합니다.

독립 검토 기관이 이의 신청을 거부하면 어떻게 됩니까?

독립 검토 기관이 이의 신청의 일부 또는 전체를 거부하는 경우, 이는 가입자의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않은 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이것은 **결정의 인정**이라고 불립니다. 또한 **가입자의 이의 신청 거부**라고도 불립니다). 이 경우 독립 검토 기관은 가입자에게 다음 내용의 서신을 발송합니다.

- 결정을 설명합니다.
- 가입자가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 특정 최소값을 충족하는 경우 3차 이의 신청 제기 권리에 관하여 가입자에게 알려줍니다. 가입자가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 너무 낮을 경우 이의 신청을 하실 수 없고 2차 결정이 최종 결정이 됩니다.
- 이의 신청 절차를 지속하기 위해 충족해야 하는 달러 가치 안내.

4단계: 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다 (총 다섯 단계의 이의 신청).
- 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다.

섹션 8 조기 퇴원되고 있다고 생각되는 경우, 더 장기간 입원하는 것에 대해 보장을 요청하는 법

가입자가 병원에 입원하시면, 가입자는 병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요하고 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다.

가입자가 입원해 있는 동안, 가입자의 의사와 병원 직원은 가입자와 합심해서 가입자가 퇴원하게 될 날을 대비할 것입니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 도와 드릴 것입니다.

- 병원을 떠나는 날은 **퇴원일**이라고 합니다.
- 가입자의 퇴원일이 결정되면 담당 의사나 병원 직원이 알려 드릴 것입니다.
- 퇴원일이 너무 빠르다고 생각되면 병원 입원 연장을 요청하셔서 검토받으실 수 있습니다.

섹션 8.1 입원 기간 중에, Medicare로부터 가입자의 권리에 대한 서면 고지서를 받게 됩니다

병원에 입원한 후 달력일 기준 2일 이내에 *Medicare로부터 가입자의 권리에 대한 중요한 메시지*를 받게 될 것입니다. Medicare에 가입한 모든 사람은 이 통지서 사본을 받습니다. 병원의 누군가(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 이 통지서를 받지 못한 경우 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. (TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048번입니다.)

1. **이 고지서를 주의 깊게 읽은 후, 이해가 되지 않는 부분이 있다면 문의하십시오.** 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다.
   - 입원 중 및 퇴원 후, 의사의 지시에 따라 Medicare에서 보장하는 서비스를 받을 권리. 이것은 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 받을 수 있는지를 알 권리를 포함합니다.
   - 병원 입원에 관한 모든 결정에 참여할 가입자의 권리.
   - 병원 치료의 질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
   - 퇴원이 너무 이르다고 생각할 때 퇴원 결정에 대해 **즉각 검토를 요청할** 권리. 이는 장기간의 입원에 대해 보험 처리를 할 수 있게 퇴원일을 법적으로 연장시키는 것입니다
2. **서면 고지서를 받았고 자신의 권리에 대해 이해했다는 것을 나타내기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.**
   - 가입자나 가입자의 대리인이 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다
   - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 것*만을* 나타내는 것입니다. 이 고지서는 퇴원일을 제공하지 않습니다. 고지서에 서명하는 것은 퇴원일에 동의하는 것을 **의미하지 않습니다**.
3. **필요한 경우 이의 신청(또는 의료 서비스 품질에 대한 우려 사항 보고)에 관한 정보를 손쉽게 확보할 수 있도록 고지서** 사본을 가까운 곳에 보관하십시오.
   - 달력일 기준 퇴원일 2일 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원예정일 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.
   - 이 고지서의 사본을 미리 보려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화) 또는 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 또한 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로 고지서를 받을 수도 있습니다.

섹션 8.2 병원 퇴원 날짜 변경을 위해 1차 이의 신청을 하는 방법

입원 서비스에 대해 더 오랜 기간 동안 보장을 받으시려면, 이 요청을 하기 위해 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- **절차를 따르십시오**
- **기한을 지키십시오**
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하십시오. 또는 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 개인적인 도움을 받을 수도 있습니다. SHIP 연락처 정보 2장, 섹션 3에서 확인할 수 있습니다.

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토합니다. 이 기관은 가입자의 예정된 퇴원일이 의료적으로 가입자에게 적합한지를 확인합니다. **품질 개선 기관**은 연방 정부로부터 고용된 의사 및 다른 의료 전문가 그룹으로 Medicare 가입자에게 제공된 서비스의 질을 확인하고 개선합니다. 이것은 Medicare를 받는 사람들의 병원 퇴원일 검토를 포함합니다. 이 전문가들은 당사 플랜의 일부가 아닙니다.

1단계: 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관에게 연락해서 병원 퇴원일의 '즉각 검토'를 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받은 서면 고지서(*Medicare가 알리는 가입자의 권리에 대한 중요 메시지*)에는 이 기관에 연락하는 방법이 기재되어 있습니다 또는 2장에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오.

빨리 조치하십시오.

- 이의 신청을 하시려면 예정된 퇴원일 *전에*, **병원을 떠나는 날 자정 전에** 품질 개선 기관에 반드시 연락하셔야 합니다
  - **이 기한을 충족하면** 품질 개선 기관의 결정을 기다리는 동안 *비용 지불을 하지 않으면서* 퇴원일 *이후에도* 병원에 머무르실 수 있습니다.
  - **이 기한을 지키지 못할 경우 당사에 연락해 주십시오.** 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머무르기로 결정하였다면 퇴원 예정일 이후에 받은 병원 치료에 대해 *모든 비용을 지불하여야 할 수 있습니다.*
- 가입자가 병원 퇴원일에 대해 즉각 검토를 요청하면 품질 개선 기관에서 당사에 연락합니다. 당사가 연락을 받은 다음 날 정오까지 가입자에게 **상세 퇴원 고지서**를 제공해 드립니다. 이 고지서는 가입자의 계획된 퇴원일을 안내하고 담당 의사, 병원 및 당사가 가입자가 해당 날짜에 퇴원하는 것이 적합(의료적으로 적합)하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.
- 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하면 **상세 퇴원 고지서** 샘플을 입수할 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.) 또는 CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로 샘플 고지서를 받을 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(*검토자*)는 가입자 (또는 가입자의 대리인에게) 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 가입자는 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없지만, 가입자가 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 의사와 연락하고, 당사와 병원이 이들에게 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 다음 날 정오까지 검토자들이 당사로 가입자의 이의 신청에 대해 알려주고, 가입자는 계획된 퇴원일을 안내하는 서면 고지서를 받게 됩니다. 이 고지서에는 고객의 의사, 병원, 그리고

당사가 그 날짜에 가입자가 퇴원하는 것이 고객에게 적합(의료적으로 적합)하다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 뒤에 품질 개선 기관에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

승인이 되면 어떻게 됩니까?

- 독립 검토 기관이 *승인*하면 **저희는 해당 서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 입원 서비스에 대한 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 추가로 가입자의 병원 서비스에 대한 보험 적용에 제한이 있을 수 있습니다

거부되면 어떻게 됩니까?

- 독립 검토 기관이 *거부하면*, 이는 가입자의 퇴원 예정일이 의학적으로 적합하다는 것입니다. 이런 경우, 가입자의 **입원 서비스에 대한 보장 제공은** 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 *후* 정오에 끝나게 됩니다.
- 독립 검토 기관이 가입자의 이의 신청을 *거부*했지만 병원에 계속 머무르고자 할 경우, 품질 개선 기관에서 귀하의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 이후 정오부터 가입자가 받는 병원 치료에 대해 **비용 전액을 지불**해야 할 수 있습니다.

4단계: 1차 이의 신청이 거부되었다면 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 이의 신청을 *거부했고* 가입자가 퇴원 예정일 후에도 계속해서 병원에 머무른다면 또 다른 이의 신청을 하실 수 있습니다. 다른 이의 신청을 한다는 것은 **2차** 이의 신청을 한다는 것을 의미합니다.

섹션 8.3 병원 퇴원 날짜 변경을 위해 2차 이의 신청을 하는 방법

2차 이의 신청 기간 동안, 일차 이의 신청 결정을 재검토할 것을 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 2차 이의 신청을 거부한다면 퇴원예정일 이후 머물렀던 모든 병원 비용을 직접 지불하셔야 합니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락해서 재검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 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 경우에만 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 심사자들은 귀하의 이의 신청에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.

3단계: 2차 이의 신청 요청을 받은 후 달력일 기준으로 14일 내에 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내린 후 알려 드릴 것입니다.

독립 검토 기관이 승인하는 경우:

- 당사는 품질 개선 기관이 일차 이의 신청을 거부한 날 이후 정오부터 가입자가 받은 모든 병원 비용에 대한 당사의 부담분을 가입자에게 **반드시 환급해야 합니다. 저희는 반드시 의학적으로 필요할 때까지 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.**
- 가입자는 본인의 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 하며 보험 적용 제한이 적용될 수 있습니다.

독립 검토 기관이 거부하는 경우:

- 1차 이의 신청에 대한 그들의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.
- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하고자 할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 3차 이의 신청을 하실 것인지 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 이후 세 개의 단계가 더 있습니다 (총 다섯 단계의 이의 신청). 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후에 받으시는 서면 고지서에 그 자세한 방법이 기재되어 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 9 보장이 곧 끝난다고 생각할 때 특정 의료 서비스에 대한 보장을 유지하도록 요청하는 법

보장된 **가정 건강 서비스, 전문 요양 시설 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 받는 경우** 가입자는 가입자의 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 진료가 있는 한 해당 유형의 진료에 대해 서비스를 계속해서 받을 권리가 있습니다.

당사에서 이러한 세 가지 종류의 관리에 대한 보장을 중지해야 한다고 결정하는 경우, 가입자에게 미리 알려야 합니다. 해당 진료 서비스에 대한 가입자의 보장이 종료되면 *저희는 진료 서비스에 대한 ┌ ┌지불을 중지할 것입니다.*

치료에 대한 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하시는 경우 **당사 결정에 대한 이의를 신청하실 수 있습니다**. 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

섹션 9.1 보장이 언제 종료되는지 미리 알려 드립니다

법률 용어:

Medicare 보장 비제공 고지서. 이 고지서는 **신속 이의 신청**을 요청하는 방법에 대해 설명합니다. 신속 이의 신청은 귀하의 치료를 중단할 시기에 대한 당사의 보장 결정을 변경하도록 공식적 및 법적으로 요청하는 것입니다.

1. 당사 플랜이 가입자의 치료에 대한 보장을 중단하기 달력일 기준 최소 2일 전에 **서면 통지를 받게 됩니다.** 이 고지서는 다음을 안내합니다.
   - 가입자의 진료 보장을 중단하는 날짜.
   - 신속 이의 신청을 요청하여 가입자의 치료를 더 오래 보장하도록 요청하는 방법.
2. **가입자 또는 가입자의 대리인은 서면 고지서를 받았다는 것을 표시하기 위해 반드시 고지서에 서명하셔야 합니다.** 고지서에 서명하는 것은 가입자가 보험 적용의 중지 날짜에 대한 정보를 받았음을 *것만을* 나타내는 것입니다. **서명을 하는 것은** 가입자가 당사 플랜의 진료 중단 결정에 동의하는 것을 의미하지 않습니다.

섹션 9.2 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 1차 이의 신청을 하는 방법

더 긴 기간 동안 진료를 보장해 달라고 요청하려면, 이의 신청 절차를 밟으셔야 합니다. 이의 신청을 하시기 전에 무엇을 언제까지 하셔야 하는지 이해하십시오.

- **절차를 따르십시오**
- **기한을 지키십시오**
- **필요하시면 도움을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)번으로 전화하십시오. 또는 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 개인적인 도움을 받을 수도 있습니다. SHIP 연락처 정보 2장, 섹션 3에서 확인할 수 있습니다.

1차 이의 신청 시 품질 개선 기관이 가입자의 이의 신청을 검토합니다. 이는 가입자의 진료 종료 날짜가 의료적으로 적합한지 결정합니다. **품질 개선 기관**은 Medicare 환자들에게 제공되는 치료 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체입니다. 여기에는 특정 의료 서비스의 보장을 종료할 시기에 대한 플랜 결정을 검토하는 것이 포함됩니다. 이 전문가들은 당사 플랜의 일부가 아닙니다.

1단계: 1차 이의 신청을 하십시오. 품질 개선 기관에 연락하셔서 신속 이의 신청을 요청하십시오. 빨리 조치를 취하셔야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락을 합니까?

- 가입자가 받은 서면 고지서(*Medicare 보장 비제공 고지서*)에는 어떻게 이 기관에 연락하실 수 있는지 기재되어 있습니다. (또는 2장에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 찾아보십시오).

빨리 조치하십시오.

- 이의를 신청하려면 **Medicare 보장 비제공 고지서의 발효일 전날** 정오까지 품질 개선 기관에 반드시 문의하셔야 합니다.
- 마감일이 지났지만 이의 신청을 하려는 경우에도 여전히 이의 신청 권리가 있습니다. Medicare 보장 비제공 고지서에 있는 연락처 정보를 사용하여 품질 개선 기관에 문의하십시오. 2장에서 가입자의 주에 있는 품질 개선 기관의 이름, 주소 또는 전화번호를 확인할 수도 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 케이스에 대해 독립 검토를 진행합니다.

법률 용어:

보장 비제공에 대한 상세 설명서. 보장 종료 이유에 대한 세부 정보를 제공하는 고지서.

이 검토에서 무엇을 합니까?

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(검토자)는 가입자 또는 가입자의 대리인에게 왜 이 서비스에 대해 계속 보장을 제공해야 하는지를 문의할 것입니다. 가입자는 아무것도 서면으로 준비할 필요가 없지만, 가입자가 원한다면 준비할 수 있습니다.
- 독립 검토 기관은 가입자의 의료 정보를 검토하고, 가입자의 담당 의사와 연락하고, 당사 플랜이 이들에게 제공하는 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자는 그날 저희에게 가입자의 이의 신청을 알리며, 가입자는 가입자의 서비스 보장을 종료하는 상세한 이유를 설명하는 *보장 비제공에 대한 상세 설명서*를 당사로부터 받게 됩니다.

3단계: 모든 정보를 다 입수한 후 1일 내에 검토자들이 결정을 알려 드립니다.

심사자들이 승낙하는 경우는 어떻게 되는가?

- 검토자가 가입자의 이의 신청을 *승인*하면 저희는 해당 **서비스가 의학적으로 필요한 경우 계속하여 서비스에 대한 보장을 반드시 제공해야 합니다**.
- 가입자는 비용분담분을 계속해서 지불하셔야 합니다(적용되는 경우, 공제액 또는 코페이먼트 등). 가입자의 보장 서비스에 대한 제한이 있을 있습니다.

심사자들이 거절하는 경우는 어떻게 되는가?

- 검토자가 *거부하면* **가입자의 보장은 당사가 말씀드린 날짜에 만료됩니다.**

- 가입자가 보험 보장이 끝난 *이후에도* 재택 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하면 **가입자가 이 치료 비용 전액을 직접 지불해야 합니다.**

4단계: 1차 이의 신청이 거부되었다면 이의 신청을 계속할지 결정합니다.

- 검토자들이 가입자의 1차 이의 신청을 *거부*하고 가입자가 보장 종료 후에도 계속하여 서비스를 받기로 선택하면 2차 이의 신청을 할 수 있습니다.

섹션 9.3 플랜에서 더 오랜 기간 동안 보장을 제공하도록 2차 이의 신청을 하는 방법

2차 이의 신청 기간에 1차 이의 신청 결정을 재검토할 것을 품질 개선 기관에 요청합니다. 품질 개선 기관이 가입자의 2차 이의 신청을 거부하면, 가입자의 보험 적용 만료일 *이후의* 모든 재택 건강 관리, 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설(CORF) 서비스 비용을 직접 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락해서 재검토를 요청합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 1차 이의 신청을 *거부*한 후 **달력일 기준 60일 이내**에 재검토를 요청하셔야 합니다. 가입자는 가입자의 케어 보장이 끝나는 날짜 이후에도 계속 케어를 받은 경우에만 이 검토를 요청할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대해 2차 검토를 진행합니다.

- 품질 개선 기관의 심사자들은 귀하의 이의 신청에 관련된 모든 정보를 또 한 번 신중히 살펴볼 것입니다.

3단계: 이의 신청을 받은 후 달력일 기준 14일 내에 품질 개선 기관 검토자들이 이의 신청에 대한 결정을 내린 후 알려 드릴 것입니다.

독립 검토 기관이 승인하면 어떻게 됩니까?

- 당사는 당사가 말한 가입자의 보장이 끝나는 날짜 이후로 가입자가 받은 케어의 비용의 당사 측 분담액을 **가입자에게 반드시 상환해야 합니다. 당사는 반드시 의학적으로** 필요한 한 계속해서 입원 서비스 비용에 대해 보장을 제공해야 합니다.

- 가입자는 반드시 계속해서 가입자의 분담분을 지불하셔야 하며 보험 적용에는 제한이 있을 수 있습니다.

독립 검토 기관이 거부하면 어떻게 됩니까?

- 이것은 1차 이의 신청에 대한 결정에 동의한다는 것을 의미합니다.

- 가입자가 받으시는 고지서에는 검토 절차를 계속하고자 할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다. 여기에는 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리하는 다음 단계의 이의 신청을 어떻게 하는지에 대한 구체적인 사항도 담고 있습니다.

4단계: 이의 신청이 거부된 경우, 계속해서 이의 신청을 더 할 것인지에 대해 결정해야 합니다.

- 2차 이의 신청 단계 후 세 개의 추가 단계(총 다섯 개의 이의 신청 단계)가 있습니다. 3차 이의 신청을 진행하려면 2차 이의 신청 결정 후 받는 서면 통지서에 자세한 방법이 나와 있습니다.
- 3차 이의 신청은 행정법 판사 또는 대리 재판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 3차, 4차 및 5차 이의 신청 절차에 대해 더 구체적인 설명을 제공합니다.

섹션 10 3, 4, 5차 단계로 이의 신청하기

섹션 10.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청과 2차 이의 신청을 한 경우, 그리고 이 두 차수의 이의 신청이 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 신청한 품목 또는 의료 서비스의 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 해당 금액이 최소 수준보다 적으면, 가입자는 이의 신청을 그 이상 할 수 없습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 3차 이의 신청을 하는 방법이 기재되어 있습니다.

이의 신청과 관련된 대부분의 경우, 마지막 세 단계의 이의 신청은 첫 번째 2차 이의 신청과 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청

연방 정부의 **행정법 판사 또는 대리 재판관**이 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다.

- **만약 행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 승인하면 이의 신청 절차가 *끝이 날 수도 있고, 끝나지 않을 수도 있습니다.*** 2차 이의 신청과는 다르게 당사는 가입자에게 유리한 3차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 당사가 이의 신청을 결정하면 4차 이의 신청을 진행하게 됩니다.
  - 당사가 이의 신청을 하지 *않기로* 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준 60일 이내에 반드시 진료를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 당사가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정한 경우, 당사는 4차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다. 문제의 진료를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다.
- **행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청 절차가 *끝날 수도 있고* 또는 *끝나지 않을 수도 있습니다.***
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다.
  - 가입자가 결정을 받아들이길 원하지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 고지서는 4차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청

Medicare 항소 의회(의회)는 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 위원회는 연방 정부의 일원입니다.

- **승인되거나 이의 신청 의회가 3차 이의 신청 결과에 대한 저희의 검토 요청을 거부했다면 이의 신청 절차가 *끝날 수도 있고*, *끝나지 않을 수도* 있습니다.** 2차 이의 신청과는 다르게 당사는 가입자에게 유리한 4차 결정 사항에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 당사는 5차 이의 신청을 할 것인지 여부를 결정합니다.
  - 저희가 결정에 대해 이의 신청을 *하지 않는 경우*, 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60일 이내에 반드시 진료를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 당사가 결정에 대해 이의 신청을 하기로 결정하는 경우, 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다.
- **결과가 거부로 나오거나 의회가 검토 요청을 거부하면 이의 신청 절차는 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을* 수도 있습니다.**
  - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다.
  - 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 심의회가 가입자의 이의 신청을 거부하는 경우, 가입자가 받는 고지서에는 규정에 따라 5차 이의 신청을 지속할 수 있는지와 5차 이의 신청을 계속하는 방법이 나와 있습니다.

5차 이의 신청

연방 법원의 판사가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 요청에 대한 *승인* 또는 *거부* 여부를 결정합니다. 이 결정은 최종 답변입니다. 연방 법원 이후에는 추가 이의 신청 단계가 없습니다.

섹션 10.2 파트 D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 신청과 2차 이의 신청을 한 경우, 그리고 이 두 차수의 이의 신청이 모두 거부된 경우에 해당합니다.

이의 신청한 의약품 금액이 특정 최소 금액을 만족할 경우, 다음 단계의 이의 신청을 하실 수 있습니다. 해당 금액이 특정 최소 금액에 해당하지 않으면 더 이상 이의 신청을 하실 수 없습니다. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

이의 신청과 관련된 대부분의 경우, 마지막 세 단계의 이의 신청은 첫 번째 2차 이의 신청과 거의 다 동일합니다. 다음에서는 이러한 각 단계에서 가입자의 이의 신청을 누가 처리할 것인지 설명합니다.

3차 이의 신청

연방 정부의 **행정법 판사 또는 대리 재판관**이 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다.

- **이의 신청이 승인되면 이 절차는 종료됩니다.** 당사는 결정문을 받은 후 **72시간(신속 이의 신청의 경우 24시간) 이내에** 행정법 판사 또는 대리 재판관의 승인을 받은 **약의 보장을 승인 또는 제공**해야 하며, 또는 **달력일 기준 30일 이내에 지불을 해야 합니다**.
- **행정법 판사 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 거부하면 이의 신청 절차가 *끝날 수도 있고* 또는 *끝나지 않을 수도 있습니다*.**
    - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다.
    - 가입자가 결정을 받아들이길 원하지 않으시면, 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 귀하가 받는 고지서는 4차 이의 신청 방법을 안내합니다.

4차 이의 신청

Medicare 항소 의회(의회)는 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 위원회는 연방 정부의 일원입니다.

- **이의 신청이 승인되면 이 절차는 종료됩니다.** 당사는 의회의 승인을 받은 의약품 보장에 대해 결정문을 받은 후 **72시간 이내(신속 이의 신청의 경우는 24시간 이내)에 승인 또는 제공을 하거나 달력일 기준으로 늦어도 30일 이내에 지불을 해야 합니다**.
- **결과가 거부로 나오거나 의회가 검토 요청을 거부하면 이의 신청 절차는 *끝날 수도 있고, 끝나지 않을* 수도 있습니다.**
    - 가입자가 이의 신청 거부를 받아들이시면 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다.
    - 가입자가 결정을 받아들이고 싶지 않으시면 다음 단계로 계속하여 검토 절차를 진행하실 수 있습니다. 심의회가 가입자의 이의 신청을 거부하는 경우, 가입자가 받는 고지서에는 규정에 따라 5차 이의 신청을 지속할 수 있는지와 5차 이의 신청을 계속하는 방법이 나와 있습니다.

5차 이의 신청

연방 법원의 판사가 가입자의 이의 신청을 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토하고 요청에 대한 *승인* 또는 *거부* 여부를 결정합니다. 이 결정은 최종 답변입니다. 연방 법원 이후에는 추가 이의 신청 단계가 없습니다.

불만사항 제기

섹션 11 건강 관리의 질, 대기 시간, 고객 서비스부 또는 다른 고려사항에 대한 불만사항 제기 방법

섹션 11.1 불만사항 절차에서 다루는 문제 유형

불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제에*만* 적용됩니다. 여기에는 진료 품질, 대기 시간, 그리고 고객 서비스와 관련한 문제가 포함됩니다. 불만사항 제기 프로세스에서 처리되는 문제의 예는 다음과 같습니다.

불만사항	예
의료 서비스의 질	• 이용하신 의료 서비스(병원 내에서의 서비스 포함)에 대해 불만족하십니까?
개인정보보호 준수	• 누군가가 가입자의 개인 정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 비밀 정보를 공유했습니까?
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	• 누군가가 무례하거나 기만했다고 생각합니까? • 가입자 서비스부에 만족하지 않으십니까? • 플랜을 탈퇴하라는 권유를 받는 것 같습니까?
대기 시간	• 약속을 잡는 것이 어렵거나 기다리는 시간이 너무 깁니까? • 의사, 약사 또는 다른 건강 전문의를 기다리는 시간이 너무 길었습니까? 또는 당사 가입자 서비스부나 당사 플랜의 다른 직원들을 오래 기다렸습니까? o 예를 들어 유선상 또는 검사실, 처방약 조제 시 너무 오래 기다린 경우를 포함합니다.
청결도	• 진료소, 종합 병원 또는 개인 병원의 청결도나 상태에 불만족하십니까?

불만사항	예
저희가 제공한 정보	• 당사에서 필수 고지서를 제공하지 않았습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 종류의 불만사항은 모두 보장 결정 및 이의 신청과 관련된 저희 조치의 *적시성*과 관련이 있습니다)	보장 결정을 요청하셨거나 이의 신청을 하셨는데 빠른 답변을 받지 못한다고 느끼시면 당사의 느린 업무 처리에 대해 불만사항 접수를 하실 수 있습니다. 다음의 예를 참조하십시오. • 가입자가 *신속한 보장 결정* 또는 *신속 이의 신청*을 요청하고 당사가 거부하면 불만사항을 제기할 수 있습니다. • 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 기한을 당사가 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다. • 승인된 특정 의료 품목 또는 서비스 또는 의약품에 대한 보장 또는 상환 기한을 당사가 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다. • 저희가 가입자의 사례를 독립 검토 기관에 전달하는 기한을 맞추지 못했다고 생각하시면 불만사항을 접수할 수 있습니다.

섹션 11.2 불만사항 접수 방법

법률 용어:

불만사항은 **고충**이라고도 합니다.

불만사항 제기는 **고충 접수**라고도 합니다.

불만사항 접수 절차 사용은 **고충 접수 절차 사용**이라고도 부릅니다.

신속 불만사항은 **긴급 고충**이라고도 합니다.

1단계: 저희에게 전화나 서면으로 즉시 연락주십시오.

- **가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화하는 것이 일반적으로 첫 번째 단계입니다.** 그 외에 해야 할 일이 있으시면 가입자 서비스부에서 알려 드립니다.
- **전화 통화를 원하지 않을 경우(또는 전화를 하셨고 불만족하셨을 경우), 불만사항을 서면으로 작성하여 보내 주셔도 됩니다.** 서면으로 불만사항을 제기하시면 서면으로 저희가 불만사항에 대한 답변을 드립니다.

- **전화로 불만사항을 해결할 수 없는 경우 불만사항을 검토할 공식적인 절차가 있습니다. 이를 고충 절차라고 합니다.** 불만사항을 제기하거나 이 절차에 대해 궁금한 점이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 또는 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항* 또는 *파트 D 의약품에 대한 불만사항*에 나와 있는 주소로 당사에 서면 요청서를 우편으로 보내실 수 있습니다.
    - 서면 답변을 요청하거나 서면 불만사항(고충)을 제기하거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우 서면으로 답변해 드리겠습니다.
    - 이벤트 후 달력일 기준으로 60일 이내에 불만사항을 제기해야 합니다. 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항* 또는 *파트 D 의약품에 대한 불만사항*에 기재된 주소로 불만사항을 공식적으로 서면으로 제출할 수 있습니다.
    - 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 귀하의 케이스에 필요한 만큼 신속하게 불만사항에 대한 결정을 통지해야 합니다. 단, 불만사항 접수 후 달력일 기준 30일 이내에 통보해야 합니다. 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하여 지연이 귀하에게 가장 이익이 되는 경우 일정을 최대 14일까지 연장할 수 있습니다.
    - 경우에 따라 불만사항에 대한 신속한 심사를 요청할 권리가 있습니다. 이를 긴급 고충 절차라고 합니다. 다음과 같은 상황에서 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 불만사항을 신속하게 검토할 수 있습니다.
        - 저희는 의료 서비스 또는 파트 D 약 요청에 대한 신속한 심사 요청을 거부합니다.
        - 저희는 거부된 서비스 또는 파트 D 약 이의 신청에 대한 신속한 검토 요청을 거부합니다.
        - 의료 서비스 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
        - 거부된 의료 서비스에 대한 이의 신청을 검토하기 위해 추가 시간이 필요하다고 결정합니다.
- 이 유형의 불만사항은 가입자 서비스부에 전화를 걸어 제출할 수 있습니다. 또한 본 문서 2장의 *의료 서비스에 대한 불만사항* 또는 *파트 D 의약품에 대한 불만사항*에 기재된 주소로 당사에 불만사항을 서면으로 제출할 수 있습니다. 긴급 고충을 접수하면 임상의가 사례를 검토하여 신속한 검토 요청의 거부 이유 또는 사례 연장이 적절했는지 여부를 판단합니다. 불만사항을 접수 후 24시간 이내에 구두 및 서면으로 신속한 사례의 결정을 통지합니다.
- 불만사항 제기 **기한**은 불만사항을 제기하고자 하는 문제가 발생한 때부터 달력일 기준 60일입니다.

2단계: 저희가 가입자의 불만사항을 검토 후 답변을 제공합니다.

- **가능하면 바로 답변을 제공합니다.** 불만사항에 대해 전화를 하시면 바로 답변을 드릴 수도 있습니다.
- **대부분의 불만사항은 달력일 기준으로 30일 내에 처리됩니다.** 더 많은 정보가 필요하거나 지연이 귀하에게 최선의 이익이 되거나 귀하가 추가 시간을 요청하시는 경우, **귀하의 불만사항에 답변하는 데 달력일 기준 14일이 더 걸릴 수 있습니다**(달력일 기준 총 44일). 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다.

- **신속한 보장 결정 또는 신속 이의 신청 요청을 거부한 것에 대한 불만사항 제기는 자동으로 신속 불만 제기로 처리됩니다.** 신속 불만 제기에 대해서는 **24시간 이내에 답변을 제공합니다.**
- **가입자의 불만의 일부 또는 전부에 대해 당사가 동의하지 않거나** 가입자가 불만을 제기하는 문제가 당사의 소관 사항이 아닌 경우에는, 그 이유를 포함해서 답변을 드립니다.

섹션 11.3 품질 개선 기관에 건강 관리의 질에 대해 불만을 접수하셔도 됩니다

가입자의 불만사항이 *의료 서비스 품질*에 관한 것이라면 두 가지 중 하나를 선택하실 수 있습니다.

- **가입자는 품질 개선 기관에 불만사항을 직접 접수할 수 있습니다.** 품질 개선 기관은 Medicare 환자들이 받는 치료를 점검하고 개선하도록 연방 정부가 보수를 지급하는 현역 의사와 기타 의료 전문가로 이루어진 집단입니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

또는

- **가입자는 품질 개선 기관과 당사에 동시에 불만사항을 제기하실 수 있습니다.**

섹션 11.4 Medicare로 불만사항을 제기하실 수 있습니다

가입자는 Medicare에 저희 플랜에 대한 불만사항을 직접 제기할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제출하려면 Medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문제

섹션 12 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문제 처리

가입자가 California Medi-Cal (Medicaid)에서 보장하는 서비스에 대한 서비스나 지불이 부적절하게 거절되었다고 생각될 경우, 당사의 California Medi-Cal (Medicaid) 결정에 대해 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

필요한 경우 당사는 양식을 찾는 수 있도록 도움을 드릴 것입니다. 귀하의California Medi-Cal (Medicaid) 혜택 검토, 보험금 청구 관련 문의, 불만 제기 및/또는 이의신청 등 기타 도움이 필요하시면 주 Medicaid 사무소에 문의하시기 바랍니다. 연락처 정보는 2장 섹션 6에서 확인하실 수 있습니다.

California Medi-Cal (Medicaid) 서비스에 대한 고충(불만사항) 또는 이의 신청을 제기하려면 주 Medicaid 사무소로 문의해 주십시오. 연락처 정보는 2장 섹션 6에서 확인하실 수 있습니다.

10장:
플랜 가입 종료

섹션 1 플랜 가입 종료

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입 종료는 **자발적**(본인의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택이 아님)으로 일어날 수 있습니다.

- 가입자가 탈퇴를 *원한다고* 결정하는 경우 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2 및 섹션 3은 가입자 자격을 자발적으로 종료하는 것에 대한 정보를 제공합니다.
- 당사가 가입자의 가입을 종료해야 하는 제한적인 경우도 있습니다. 섹션 5에서는 저희가 가입을 종료해야 하는 경우에 대해 알려 드립니다.

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 당사 플랜은 가입자 자격이 종료될 때까지 계속해서 의료 서비스 및 처방약을 제공해야 하며, 가입자는 비용분담분을 계속해서 납부하게 됩니다.

섹션 2 언제 플랜 가입을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1

가입자는 Medicare와 Medicaid에 모두 가입되어 있으므로 가입자 자격을 종료할 수 있습니다

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에만 탈퇴할 수 있습니다. 귀하는 Medicaid에 가입되어 있기 때문에 연중 어느 달에나 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare
- 자격이 있는 경우, Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합형 D-SNP.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고, 더 이상 추가 지원을 받지 않고, 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우, 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다. 추가 지원을 받는 경우 Medicare는 귀하가 자동 등록을 선택하지 않는 한 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

- Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보려면 주 Medicaid 사무소에 1-800-541-5555번, TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

- 기타 Medicare 건강 플랜 옵션은 **공개 가입 기간** 동안 이용할 수 있습니다. 섹션 2.2에는 공개 가입 기간에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다.
- **플랜을 변경하려는 가입자의 요청을 수령하면 일반적으로 해당 월의 첫 번째 날에 가입자 자격이 종료됩니다.** 가입자의 새로운 플랜 가입도 이 날 시작됩니다.

섹션 2.2 공개 가입 기간 동안에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 매년 **공개 가입 기간** 동안에 가입을 종료할 수 있습니다. 이 시간 동안 가입자의 건강 및 의약품 보장을 검토하고 다음 연도의 보장에 대해 결정합니다.

- **공개 가입 기간**은 **10월 15일부터 12월 7일**까지입니다.
- **현재의 보장을 유지하거나 다음 해에 받을 보장을 변경합니다.** 신규 플랜으로 변경하기로 결정한 경우, 다음 유형의 보장 중 하나를 선택할 수 있습니다.
  - 의약품 보장과 관계없는 다른 Medicare 건강 플랜,
  - 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *있는* Original Medicare
  - 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *없는* Original Medicare.
  - 자격이 있는 경우, Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합형 D-SNP.

Medicare로부터 처방약 비용을 지원하는 추가 지원을 받는 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 추가 지원을 받지 않으며 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

- 새로운 플랜의 보장이 개시되는 1월 1일에 **당사 플랜 가입이 종료됩니다**.

섹션 2.3 Medicare Advantage 공개 가입 기간에 가입을 종료할 수 있습니다

가입자는 매년 **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 동안에 의료 보험 보장을 *1회* 변경할 수 있습니다.

- **Medicare Advantage 공개 가입 기간은** 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 파트 A 및 파트 B 자격 부여 달부터 3번째 자격 부여 달의 마지막 날까지 MA 플랜에 가입된 신규 Medicare 수혜자의 경우도 해당됩니다.
- **Medicare Advantage 공개 가입 기간에** 귀하는 다음을 할 수 있습니다.
  - 의약품 보장에 관계없이 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 당사의 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장 받기. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 경우 그 기간 동안 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 수도 있습니다.

- 가입자가 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하겠다는 가입자의 요청을 당사에서 접수한 다음 달의 첫 날에 **가입이 종료됩니다.** 또한 Medicare 의약품 플랜에 등록하기로 선택한 경우에는 해당 의약품 플랜이 가입자의 등록 요청을 받은 다음 달 첫 날에 가입이 시작됩니다.

섹션 2.4 특정한 상황에서 특별 등록 기간에 가입을 종료할 수 있습니다.

특정 상황에서는 해당 연도의 다른 시기에도 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 이는 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

다음 상황 중 하나에 해당하는 경우 **특별 등록 기간 동안 가입자 자격을 종료할 수 있습니다**. 이것은 단지 예에 불과합니다. 전체 목록은 당사 플랜에 문의하거나 Medicare에 전화하거나 Medicare.gov를 방문하여 입수할 수 있습니다.

- 일반적으로 이사할 때
- California Medi-Cal (Medicaid)에 가입된 경우
- 가입자가 Medicare 의약품 보장 비용을 지불하는 추가 지원을 받을 자격이 있는 경우
- 저희가 가입자와의 계약을 위반한 경우
- 요양원 또는 장기 간병(LTC) 병원과 같은 시설에서 의료 서비스를 받는 경우.
- 종합 노령인 케어 프로그램(PACE)에 등록하는 경우
- **참고:** 약물 관리 프로그램에 가입되어 있는 경우 특정 특별 등록 기간에만 자격이 있을 수 있습니다. 5장 섹션 10에서 약물 관리 프로그램에 관해 자세히 설명합니다.
- **참고:** 섹션 2.1에는 Medicaid 가입자를 위한 특별 등록 기간이 자세히 설명되어 있습니다.

가입자의 상황에 따라 **등록 기간은 달라질 수 있습니다.**

특별 등록 기간 자격 대상이 되는지 알아보려면, Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 특별한 상황으로 인해 가입을 취소할 수 있는 자격이 있는 경우 Medicare 의료 보험과 의약품 보장을 모두 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.

- 의약품 보장과 관계없는 다른 Medicare 건강 플랜
- 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *있는* Original Medicare,
- 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *없는* Original Medicare.
- 자격이 있는 경우, Medicare와 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합형 D-SNP.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 추가 지원을 받지 않으며 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

Medicare로부터 보장 의약품 비용을 지원하는 추가 지원을 받는 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

일반적으로 가입자의 플랜 변경 요청을 받은 다음 달 첫 날에 **가입이 종료됩니다**.

참고: 섹션 2.1과 2.2에는 Medicaid 및 추가 지원 가입자를 위한 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명되어 있습니다.

섹션 2.5 언제 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?

가입자 자격 종료에 대한 문의 사항이 있는 경우 다음을 할 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 1-800-431-9007번으로 문의하십시오(TTY 사용자는 711로 전화)**
- 해당 정보는 ***2027년 Medicare와 가입자*** 핸드북에서 확인하십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 **Medicare에 전화하십시오**(TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오)

섹션 3 어떻게 당사 플랜 가입을 종료합니까?

아래의 표에서 당사 플랜 가입을 종료하는 방법에 대해 설명합니다.

당사 플랜에서 다음으로 전환하는 방법:	아래와 같이 하시면 됩니다.
다른 Medicare 건강 플랜	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. • 신규 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.
별도의 Medicare 의약품 플랜이 *있는* Original Medicare	• 새로운 Medicare 의약품 플랜에 가입합니다. • 신규 의약품 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.

당사 플랜에서 다음으로 전환하는 방법:	아래와 같이 하시면 됩니다.
별도의 Medicare 의약품 플랜이 *없는* Original Medicare	• **서면 탈퇴 요청서를 보내거나 당사 웹사이트를 방문하여 온라인으로 탈퇴하십시오.** 자세한 방법은 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 문의하십시오. • 또한 **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 탈퇴를 요청할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. • Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 탈퇴하게 됩니다.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 추가 지원을 받지 않으며 63일 이상 연속으로 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 향후 Medicare 의약품 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

California Medi-Cal (Medicaid) 혜택에 대한 문의사항은 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077번으로 월요일~금요일, 태평양시(PT) 오전 8시~오후 5시, 에 연락해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 California Medi-Cal (Medicaid) 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

섹션 4 가입이 종료되기 전까지 계속 저희의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품 보장을 받아야 합니다

귀하의 가입자 자격이 종료되고 귀하의 새로운 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid) 보장이 시작될 때까지 귀하는 계속해서 당사 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 처방약을 받아야 합니다.

- **계속해서 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 의료 서비스를 받으십시오.**
- **계속해서 당사 네트워크 소속 약국 또는 우편 주문을 이용하여 처방약을 조제하십시오.**
- (신규 의료 보험이 개시된 후에 퇴원하는 경우에도) **가입이 종료되는 날에 입원한 경우, 퇴원 시까지의 입원 비용은 당사 플랜으로 보장받을 수 있습니다.**

섹션 5 Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 특정 상황에서 가입자의 플랜 가입을 종료해야 합니다

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 다음 중 한 가지 상황이 발생할 경우에 가입자의 가입을 종료해야 합니다.

- Medicare Part A 및 Part B에서 탈퇴한 경우
- California Medi-Cal (Medicaid) 가입 자격이 더 이상 없는 경우. 1장 섹션 2.1에 명시된 바와 같이, 저희 플랜은 Medicare 및 California Medi-Cal (Medicaid) 자격을 모두 갖춘 사람을 위한 플랜입니다. 당사 플랜의 특별 자격 요건을 더 이상 충족하지 못할 경우, 이 플랜의 가입자 자격은 3개월 후에 종료됩니다. 하지만 이 기간 중에 Medicare Advantage 플랜은 가입자의 Medicaid 주 플랜에 포함될 수 있는 California Medi-Cal (Medicaid) 혜택의 보장에 대한 책임이 없습니다. 가입 종료와 옵션을 알려주는 알림을 받게 됩니다. 가입 자격에 대한 문의 사항은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
    - 이 플랜의 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 3개월입니다. 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실되었다고 당사가 가입자에게 통지한 달의 다음 달 첫 날부터 시작됩니다.
- 해당되는 경우, 의료 비용을 지불하지 않는 경우
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우
- 당사의 서비스 지역을 6개월 이상 떠나게 된 경우.
    - 이사 또는 장기 여행을 가는 경우, 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)에 전화하여 이사 장소 또는 여행지가 당사 플랜 서비스 지역에 해당하는지 여부를 확인하십시오.
- 수감되는 경우(교도소에 가는 경우)
- 더 이상 미국 시민 또는 국적이 아니거나 적격한 비시민이 아닌 경우.
- 보유하고 있는 의약품 보장을 제공하는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 알리지 않은 경우.
- 귀하가 본 플랜에 가입할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하고 그 정보가 본 플랜에 대한 귀하의 적격에 영향을 주는 경우. (당사는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 가입자가 가입자과 본 플랜의 다른 가입자들에게 당사가 의료 서비스를 제공하는 데 지장을 주는 식으로 계속 행동하는 경우. (당사는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 타인에게 가입자 본인의 가입자 카드를 사용해 의료 관리를 받게 한 경우 (당사는 Medicare의 승인을 받기 전에는 해당 사유로 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
    - 이러한 사유로 가입을 종료시키는 경우, Medicare가 해당 가입자의 케이스를 감사관에게 조사하도록 할 수 있습니다.

질문이 있거나 언제 저희가 가입자의 가입을 종료할 수 있는지에 대한 자세한 정보를 얻고 싶은 경우 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)로 연락하십시오.

섹션 5.1 당사는 가입자의 건강과 관련된 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)는 가입자의 건강과 관련된 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

이러한 일이 일어나면 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련된 이유로 저희 플랜 탈퇴 요청을 받았다고 생각한다면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

섹션 5.2 저희가 가입자의 가입을 종료시키는 경우 불만사항을 제기할 수 있는 권리가 있습니다

저희가 가입자의 플랜 가입을 종료시키는 경우 저희는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 저희는 또한 가입 종료 결정에 대해 고충을 접수 또는 불만사항을 제기할 수 있는 방법에 대해 설명해야 합니다.

11장: 법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지

이 *보장 범위 증명서*에 적용되는 주요 법률은 사회 보장법 Title XVIII 및 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회 보장법에 따라 수립한 규정입니다. 또한 기타 연방법이 적용될 수 있으며, 특정 상황에서는 거주 국가의 법률이 적용됩니다. 이는 법률이 이 문서에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

섹션 2 차별금지에 대한 고지

당사의 건강 플랜은 연방 시민권 법률을 준수합니다. **당사는** 인종, 민족성, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전자 정보, 보험 가입 능력 입증, 서비스 지역 내에서의 지리적 위치 등을 바탕으로 차별 대우를 하지 않습니다. Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별을 금지하는 1964년 시민 권리에 관한 법률 Title VI, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별 금지법, 미국 장애인법, 부담적정보험법 1557항을 비롯한 연방법 및 기타 연방 재정 지원을 받는 단체에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률 및 규정을 준수해야 합니다.

차별이나 부당 대우에 관한 추가 정보가 필요하거나 우려사항이 있으면 미국 사회복지부 **민권 사무국** 전화 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)번 또는 현지 민권 사무국으로 전화하십시오. 또한 HHS.gov/ocr/index.html에서 미국 사회복지부 민권 사무국이 제공하는 정보를 검토할 수 있습니다.

장애가 있고 진료를 이용하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711)번으로 전화해 주십시오. 휠체어 접근성 문제 등에 관한 불만사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도와 드립니다.

섹션 3 Medicare 2차 지불자의 대위구상권에 대한 고지

당사는 Medicare가 주 상환자가 아닌 Medicare 보장 서비스에 대해 비용을 수금할 수 있는 권리와 의무가 있습니다. CMS 규정 42 CFR 섹션 422.108과 423.462, *당사 플랜*에 따라, 저희는 Medicare Advantage 조직으로서 주 법률에 우대해 적용되는 42 CFR 파트 411의 하위 파트 B에서 D까지의 CMS 규정과 이 섹션에서 수립된 규정에 의거한 총무의 권리와 동일한 회복권을 행사할 수 있습니다.

섹션 4 Wellcare Health Net Dual Liberty (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, 합의, 판결, 또는 부상, 질병 또는 상태와 관련된 기타 지불을 통해, 부상, 질병 또는 상태로 인해 돈을 받을 자격이 있는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자는 해당 주 법률에 따라 이 플랜을 통해 귀하에게 제공되는 서비스의 가치를 회수할 권리를 보유합니다.

이 조항 전반에 걸쳐 사용되는 '책임 당사자'라 함은 부상, 질병 또는 상태에 대해 실제적 또는 잠재적으로 책임이 있는 개인 또는 단체를 의미합니다. 책임 당사자라는 용어에는 책임자나 법인의 책임 있는 사람 또는 단체의 법적 책임 또는 기타 보험사가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같으며 이에 국한하지 않습니다.

- 교통 사고가 난 경우,
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우.

저희 플랜의 회수 권리는 다음을 포함하여(단, 이에 국한되지 않음) 책임 당사자로부터 받은 모든 금액에 적용됩니다.

- 제3자 또는 제3자를 대신하여 보험 회사에서 지급한 금액,
- 보험이 없거나 부분적으로만 가입한 운전자 보장,
- 개인 상해 보호, 과실 없음 또는 기타 당사자 보장,
- 근로자 보상 또는 장애 보상 또는 결제,
- 자동차 정책, 건물 또는 주택 소유주의 보험 보장 또는 포괄 보장에 따른 의료 지불 보장,
- 소송 또는 기타 법적 소송에서 받은 합의 또는 판결 또는
- 책임 당사자의 작위 또는 부작위에 대한 보상으로 다른 모든 출처로부터 받은 기타 모든 지불.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 저희 플랜이 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인해 수령한 보장 서비스에 대한 혜택을 지급했을 때 적용되는 보상 및 상환에 대한 최우선 권한을 가지고 있으며 귀하 또는 귀하의 대리인은 책임 당사자로부터 금액을 회수하거나 회수할 자격이 있다는 데 동의합니다.

이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 귀하는 (i) 상해, 질병 또는 상태와 관련하여 플랜에서 제공하는 모든 보장 서비스의 전체 비용까지 이용 가능한 모든 보장에서 의료 비용을 회수할 수 있는 권리를 저희 플랜에 양도하고 (ii) 책임 당사자가 귀하를 대신하여 플랜을 직접 상환하도록 구체적으로 지시하는 데 동의합니다.

또한 이 플랜에 따른 혜택을 수락함으로써 저희 플랜에 모든 회수, 합의 또는 판결 또는 기타 보상 출처에 대한 우선 유치권을 부여하고 책임 당사자의 작위 또는 부작위로 인한 귀하의 부상, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지급된 보장 서비스 혜택의 전체 비용에 대해 모두 상환합니다. 이 우선 순위는 금액이 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이 적용됩니다. 당사 플랜은 비교 과실이나 기타 이유로 인해 귀하의 잘못에 대한 청구와 관계없이 본 플랜에서 제공하는 모든 혜택의 전체 비용을 회수할 수 있습니다. 변호사 비용은 저희 플랜의 회수액에서 공제될 수 없으며, 저희 플랜은 책임 당사자에 대한 청구 또는 소송을 진행하기 위해 고용된 또는 변호사에 대한 법정 비용 또는 변호사 비용을 지불하거나 지불하는 데 기여할 필요가 없습니다.

수행해야 하는 단계

책임 당사자로 인해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜 및/또는 치료 제공자의 비용 회수 노력에 협조해야 합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 해당되는 경우, 저희 플랜이나 치료 제공자에게 책임 당사자 및/또는 해당 변호사의 이름과 주소(알고 있는 경우), 변호사의 이름과 주소(변호사를 이용하는 경우), 관련 보험 회사의 이름과 주소를 부상, 질병 또는 상태의 원인에 대한 설명을 포함하여 알려주기.
- 저희 플랜이나 치료 제공자가 유치권 또는 회수권을 집행하는 데 도움이 되도록 합리적으로 요청할 수 있는 모든 서류 작성.
- 저희 플랜 또는 치료 제공자의 케이스 또는 청구의 상태 및 모든 합의 논의에 대한 문의에 신속하게 응답.
- 귀하 또는 귀하의 변호사가 책임 당사자 또는 기타 다른 출처로부터 돈을 받은 즉시 저희 플랜에 통보.
- 의료 비용 회수로 구체적으로 식별되는지 여부와 손실에 대한 전부 또는 전적인 보상 여부와 관계없이, 책임 당사자로 인한 귀하의 상해, 질병 또는 상태와 관련된 플랜에 따라 지불된 전체 혜택 비용에 대한 저희 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여, 회복, 합의, 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지불.
- 위에 명시된 바와 같이 저희 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음. 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 저희 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.
- 가입자 또는 가입자의 변호사가 책임 당사자로부터 또는 다른 어떤 출처로부터 받는 돈을 보관 및 해당하는 경우 귀하가 지불받는 즉시, 회수할 권리를 주장하는 다른 잠재적 유치권자 또는 제3자의 지불 전에 플랜에 따라 회수액에 대해 당사 플랜 또는 의료 제공자에게 상환.
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 저희와 협력해야 합니다.

섹션 5 가입자 카드

이 *보장 범위 증명서*에 따라 당사 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인 목적으로만 발급됩니다. 가입자 카드를 소지하더라도 이 *보장 범위 증명서*에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면 카드 소지자가 보장 자격 대상이어야 하고 이 *보장 범위 증명서*에 따라 가입자로 등록해야 합니다. 이

*보장 범위 증명서*에 따라 자격이 없는 사람이 서비스를 받은 경우 해당 서비스에 대해 지불할 책임이 있습니다. 가입자는 서비스를 받을 때 Medicare 카드가 아닌 플랜의 가입자 카드를 제시해야 합니다. 가입자 카드를 교체해야 하는 경우 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY 사용자: 711)번으로 전화해 주십시오.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 취소될 수 있습니다. 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관 사무실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

섹션 6 독립 계약자

저희 플랜과 각 참여 제공자 간의 관계는 독립 계약자 관계입니다. 참여 제공자는 저희 플랜의 직원 또는 대리인이 아니며, 저희 플랜도, 저희 플랜의 직원도, 참여 제공자의 직원 또는 제공자 대리인도 아닙니다. 어떠한 경우에도 저희 플랜은 참여 의료 제공자 또는 다른 의료 제공자의 과실, 부당 행위 또는 실수에 대해 책임을 지지 않습니다. 저희 플랜이 아닌 참여 의사는 가입자와 의사-환자 관계를 유지합니다. 저희 플랜은 의료 제공자가 아닙니다.

섹션 7 건강 플랜 사기

건강 플랜 사기는 의료 제공자, 가입자, 고용주 또는 그들을 대리하는 사람이 플랜에 대해 속이거나 허위 진술하는 것으로 정의됩니다. 기소될 수 있는 중죄입니다. 예를 들어 허위이거나 기만적인 진술이 포함된 청구서를 제출함으로써 의료 플랜을 속이려 하는 활동에 고의로 알고도 관여하는 사람은 건강 플랜 사기에 해당할 수 있습니다.

청구서 또는 혜택 설명서 양식에 표시된 요금에 대해 우려되거나 불법 행위를 알거나 의심되는 경우, 저희 플랜의 수신자 부담 사기 핫라인(Fraud Hotline)에 1-866-685-8664(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 사기 핫라인은 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격히 기밀로 유지됩니다.

섹션 8 플랜이 통제할 수 없는 상황

자연 재해, 전쟁, 폭동, 내란, 전염병, 시설의 전체 또는 부분 파괴, 핵 폭발 또는 기타 핵 에너지 방출, 중요한 의료 그룹 직원의 장애, 응급 상황 또는 기타 유사한 사건이 당사 플랜의 통제 범위를 벗어나 플랜의 시설 또는 직원이 이 *보장 범위 증명서*에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 배정할 수 없게 되는 경우, 그러한 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 플랜의 의무가 시설 또는 직원의 현재 가용성 내에서 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 해야 한다는 요건으로 제한됩니다.

12장: 정의

통원 수술 센터 - 통원 수술 센터는 입원 치료가 필요하지 않고 센터에 머무는 시간이 24시간을 넘지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하는 목적으로만 운영되는 기관입니다.

이의 신청 - 이의 신청은 의료 서비스 및 처방약 보장 또는 이미 받은 서비스 비용 지불을 거절하는 당사의 결정에 동의하지 않는 경우에 가입자가 취할 수 있는 조치입니다. 귀하가 현재 이용하는 서비스를 플랜이 중단하기로 결정했으며 이에 동의하지 않을 경우에도 이의 제기를 할 수 있습니다.

생물학적 제제 - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아 있는 근원으로 만들어진 처방약입니다. 생물학적 제제는 다른 약보다 더 복잡하며 그대로 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다 (“**오리지널 생물학적 제제**” 및 “**바이오시밀러**” 참조).

바이오시밀러 - 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제제입니다. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하고 효과적입니다.
일부 바이오시밀러는 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다(**"대체 바이오시밀러"** 참조).

브랜드 약 - 원래 해당 의약품을 연구 및 개발한 제약업체에 의해 생산 및 판매되는 처방약입니다. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 버전과 동일한 활성 성분으로 제조됩니다. 그러나 제네릭 약은 다른 제약업체에 의해 제조 및 생산되며 일반적으로 브랜드 약의 특허가 만료하기 전에는 사용할 수 없습니다.

의료 플랜 - 가입자가 받게 되는 서비스 및 서비스를 받는 방법에 대한 플랜. 귀하의 플랜에는 의료 서비스 및 행동 건강 서비스가 포함될 수 있습니다.

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.

고액 보장 단계 - 가입자(또는 가입자를 대신하는 기타 유자격자)가 보장 연도 동안 파트 D 보장약을 위해 $2,400를 지출했을 때 시작되는 파트 D 약 혜택의 단계입니다. 이 지불 단계에서 가입자는 가입자의 보장된 파트 D 약 및 강화된 혜택에 따라 보장되는 제외 의약품에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) - Medicare를 관장하는 연방 기관입니다.

공동보험료 **– 서비스 또는 처방약 비용 중 가입자의 몫으로 백분율(예: 20%)로 표시되는 가입자가 지불해야 할 수 있는 금액.**

불만사항 – 불만사항 제기의 정식 명칭은 **고충 접수**입니다. 불만사항 제기 절차는 특정 종류의 문제에 *대해서만* 사용됩니다. 여기에는 진료 품질, 대기 시간, 그리고 가입자가 받는 고객 서비스와 관련한 문제가 포함됩니다. 또한 당사 플랜이 이의 신청 절차의 기간을 따르지 않는 경우에 불만사항도 포함됩니다.

종합외래재활시설(CORF) - 질병 또는 상해 후 재활 서비스를 제공하는 시설을 말합니다. 물리 치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업 치료, 음성 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트(또는 코페이) - 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같이 의료 서비스나 용품에 대해 본인부담금으로 지불해야 할 수 있는 금액입니다. 코페이먼트는 비율보다는 고정 금액(예: $10)으로 지정됩니다.

비용 분담 - 비용분담분은 서비스 또는 의약품을 받을 때 가입자가 지불하는 금액입니다. 비용 분담 방식은 다음 세 가지 지급 유형의 조합을 포함합니다. (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜에서 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 서비스 또는 의약품을 받을 때 플랜에서 요구하는 고정 코페이먼트 금액 또는 (3) 특정 서비스 또는 의약품을 받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 의약품에 대해 지급한 총금액의 백분율인 공동보험료 금액.

비용 분담 범주 - 보장 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 여섯 가지 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로 보다 높은 비용 분담 범주에 속할 수록 가입자가 해당 의약품에 부담해야 하는 비용도 높아집니다.

보장 판단 - 처방에 대해 가입자가 비용을 부담해야 하는 경우 가입자에게 처방된 의약품이 당사 플랜으로 보장되는지의 여부 및 금액에 대한 결정입니다. 일반적으로 가입자가 처방전을 약국에 가져갔을 때 약국에서 가입자에게 해당 처방전이 당사 플랜으로 보장되지 않는다는 것을 알려주는 것은 보장 판단이 아닙니다. 가입자는 당사 플랜에 전화 또는 서면으로 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판단은 이 문서에서 **보장 결정**이라고도 합니다.

보장약 - 당사 플랜의 혜택 대상인 의약품 전체를 가리키는 용어입니다.

보장 서비스 - 당사 플랜에서 보장하는 전체 의료 서비스 및 용품 전체를 가리키는 용어입니다.

신뢰할 만한 처방약 보장 - 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장 수준에 상당하는 비용을 지원하는 처방약 보장(예: 직장 또는 노동조합을 통한 보장)입니다. Medicare 자격 대상이 되었을 때 이러한 유형의 보장을 보유한 이들은 추후 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정한 경우, 일반적으로 벌금을 내지 않고 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 치료 - 보호 치료는 전문 의료 관리 또는 전문 간호사의 케어를 필요로 하지 않는 경우 요양원 또는 호스피스, 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 치료입니다. 보호 치료는 목욕, 옷 입기, 식사, 침대 또는 의자 사용, 이동, 화장실 사용 등 일상 생활 활동을 돕는 등 전문 기술 또는 훈련을 받지 않는 사람들이 제공하는 서비스입니다. 안약 사용과 같이 대부분이 직접 할 수 있는 의료 관련 관리도 이에 포함될 수 있습니다. Medicare는 보호 치료에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

일일 비용 분담률 - 담당 의사가 특정 의약품에 대해 한 달 공급량보다 적은 양을 처방했고 가입자가 코페이먼트를 납부해야 하는 경우 일일 비용 분담률이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담률은 코페이먼트를 한 달 공급 일수로 나눈 비율입니다. 예시: 특정 의약품에 대한 가입자의 코페이먼트가 한 달에 $30이고 당사 플랜의 한 달 공급 일수가 30일인 경우, 가입자의 일일 비용 분담률은 $1가 됩니다.

공제액 – 저희 플랜이 비용을 지불하기 전에 진료 또는 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액입니다.

가입 취소 또는 **탈퇴** – 가입 종료 절차.

조제료 – 처방전을 준비하고 포장하는 약사의 시간 등 처방약 제조 비용을 지불하기 위해 보장약이 조제될 때마다 청구되는 요금.

이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP) - D-SNP는 Medicare(사회 보장법 Title XVIII)와 Medicaid(Title XIX)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 사람을 등록합니다. 주는 각 주 및 개인의 자격을 바탕으로 일부 또는 전체 Medicare 비용을 보장합니다.

이중 적격 개인 - Medicare와 Medicaid 보장에 대한 자격을 모두 갖춘 개인입니다.

내구성 의료 장비(DME) - 의료적인 이유로 담당 의사가 주문하는 특정 의료 장비입니다. 예를 들어 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스, 당뇨병 용품, 정맥 주입 펌프, 발성기, 산소 장비, 분무기 또는 의료 제공자가 가정용으로 주문한 병상 등이 포함됩니다.

응급 상황 - 의료적 응급 상황이란 가입자 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망(및 임신한 여성인 경우 태아의 사망), 팔다리의 상실 또는 팔다리 기능의 상실, 신체 기능의 상실 또는 심각한 신체장애를 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요하다고 생각되는 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료 – 1) 응급 서비스를 제공할 수 있는 자격을 갖춘 의료 제공자에 의해 제공되고 2) 응급 의학적 상태를 치료, 평가 또는 안정화하는 데 필요한 보장 서비스를 의미합니다.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 – 등록 양식과 기타 첨부 문서, 부칙 또는 기타 선택된 선택적 보장과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 저희의 의무, 가입자의 권리, 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

예외 - 보장 결정의 한 유형으로, 예외가 승인될 경우 가입자가 플랜의 처방규정에 없는 약을 받거나(처방규정 예외) 더 저렴한 비용 분담으로 비우대 약을 받도록(예외 범주 인정) 허용합니다. 또한 가입자는 당사 플랜에서 가입자가 요청하는 의약품을 입수하기 전에 가입자가 다른 의약품을 사용하도록 요청하는 경우, 당사 플랜에서 의약품에 대해 사전 승인을 요구하고 가입자가 당사에 기준 제한 사항을 면제해 주기를 원하는 경우, 또는 당사 플랜이 가입자가 요청하는 의약품의 수량 또는 복용량에 제한을 두는 경우에도 예외를 요청할 수 있습니다(처방규정 예외).

추가 지원 - 소득과 재산이 제한된 이들을 위해 보험료, 공제액 및 공동보험료와 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지원하기 위한 Medicare 프로그램입니다.

제네릭 약 - 브랜드 약과 동일한 활성 성분을 가지고 있는 것으로 FDA에서 승인한 처방약입니다. 일반적으로 '제네릭 약'은 브랜드 약과 동일한 효능을 지니며 가격은 더 낮은 편입니다.

고충 – 진료 품질에 관한 불만사항을 포함하여 당사 플랜, 의료 제공자 또는 약국에 대해 가입자가 제기하는 불만사항 유형입니다. 여기에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다.

건강 위험 평가 - 가입자의 병력 및 현재 상태에 대한 검토입니다. 귀하의 건강 상태를 파악하고 향후 어떻게 변할 것인지 알아보는 데 이용됩니다.

가정 간호 도우미 - 개인 간호(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 수행)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람입니다.

호스피스 – 의학적 진단을 받은 말기, 즉 기대 수명이 6개월 이하인 가입자에게 특별 치료를 제공하는 혜택입니다. 당사 플랜은 가입자에게 해당 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 만약 호스피스를 선택하고 계속해서 보험료를 납부한다면, 여전히 당사 플랜의 가입자로 남게 됩니다. 가입자는 여전히 당사가 제공하는 의학적으로 필요한 서비스와 보조 혜택을 받을 수 있습니다.

입원 치료 – 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원하여 체류하는 경우. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) – 2년 전부터 IRS에 보고한 수정된 조정총소득이 특정 금액을 초과할 경우, 표준 보험료와 IRMAA라고도 하는 소득 관련 월별 조정 금액을 납부합니다. IRMAA는 보험료에 추가적으로 부과되는 금액입니다. Medicare 보유자의 5% 미만에게 적용되는 사항이므로 대부분의 가입자는 보다 높은 보험료를 부담하지 않아도 됩니다.

초기 보장 단계 - 이는 귀하가 공제액을 납부한 후(있는 경우)부터 해당 연도의 가입자 본인부담금이 본인 부담 한도에 도달하기 전의 단계입니다.

초기 등록 기간 - 처음 Medicare 자격 대상 요건을 갖추었을 때 Medicare Part A와 Part B에 가입할 수 있는 기간. 만 65세가 되었을 때 Medicare 자격을 갖추게 되는 경우 초기 등록 기간은 7개월이며 만 65세가 되기 전 3개월 전부터 개시되어 만 65세가 되는 달과 만 65세가 된 후의 3개월이 이에 포함됩니다.

통합형 D-SNP - Medicare 및 Medicaid 모두에 자격을 갖춘 특정인 그룹에 대해 단일 건강 플랜에 따라 Medicare 및 대부분의 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 D-SNP. 이러한 사람은 또한 전체 혜택 이중 적격자라고도 합니다.

대체 바이오시밀러 - 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 원래의 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

보장 의약품 목록(처방규정 또는 의약품 목록) - 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다.

저소득층 보조(LIS) - 추가 지원을 참조하십시오.

제조사 할인 프로그램 - 보장되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 의약품 제조업체가 당사 플랜 비용 전액의 일부를 지불하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 제약회사 사이의 합의를 기준으로 제공됩니다.

최대 공정 가격 - Medicare가 선정약에 대해 협상한 가격입니다.

가입자 부담 최대한도액 – 달력년 기준으로 1년 동안 네트워크 내에서 파트 A 및 파트 B 보장 서비스를 받는 대가로 납부해야 할 가입자 부담분의 최대 금액. 가입자의 Medicare Part A 및 Part B 보험료와 처방약에 대해 지불하는 금액은 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다. (**참고:** 당사의 가입자는 Medicaid의 지원 또한 받기 때문에 소수의 가입자만 본인부담금 최대한도액에 도달합니다.)

Medicaid(또는 Medical Assistance) - 저소득 및 제한된 자원을 지닌 일부 사람들의 의료비를 지원하는 연방 및 주 공동 프로그램입니다. 주 Medicaid 프로그램은 다를 수 있으나 Medicare와 Medicaid 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다.

의료 그룹 – 가입자에게 서비스를 제공하기 위해 플랜과 계약을 맺은 PCP 및 전문의, 병원을 포함한 기타 의료 제공자를 포함한 의사 협회입니다. 1장의 섹션 4.2를 참조하십시오.

의학적으로 인정된 적응증 - FDA의 승인을 받았거나 American Hospital Formulary Service Drug Information 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참조 자료로 뒷받침되는 약의 사용입니다.

의학적으로 필요 – 가입자의 의학적 상태의 예방, 진단에 필요하고 치료의 허용 기준을 준수하는 서비스, 의료 용품, 의약품.

Medicare - 만 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 만 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 건강 플랜 프로그램입니다.

Medicare Advantage 공개 가입 기간 - Medicare Advantage 플랜 가입자가 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare를 통해 보장 혜택을 받을 수 있는 1월 1일부터 3월 31일까지의 기간입니다. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하는 것을 선택하면 그 기간 동안 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 가입자가 처음 Medicare에 대한 자격을 얻은 후 3개월 동안 사용할 수 있습니다.

Medicare Advantage(MA) 플랜 – Medicare Part C라고도 부릅니다. 가입자에게 Medicare Part A와 Part B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 민간 행위별 수가제(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare 의료 저축 계좌(MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜도 SNP(특별 요구 플랜)가 될 수 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜에서는 Medicare Part D(처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 되는 Medicare Advantage 플랜**이라고 합니다.

Medicare에서 보장하는 서비스 – Medicare Part A 및 Part B에서 보장하는 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A 및 B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare에서 보장하는 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력과 같은 추가 혜택이 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 플랜 - Medicare 건강 플랜은 해당 플랜에 등록한 Medicare 가입자에게 파트 A와 파트 B의 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약한 민간 회사가 제공합니다. 이 용어에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare 비용 플랜, 특별 요구 플랜, 시범/시험 프로그램, 종합 노령인 케어 프로그램(PACE)이 포함됩니다.

Medicare 의약품 보장(Medicare Part D) - 외래환자 처방약, 백신 접종, 생물학적 제제, Medicare Part A 또는 Part B에서 보장하지 않는 특정 용품 비용을 지불하기 위한 보험입니다.

약물 치료 관리(MTM) 프로그램 - 특정 요건을 충족하거나 약물 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강 요구를 위한 Medicare Part D 프로그램입니다. MTM 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 제공자와 약물 검토를 위한 논의가 포함됩니다.

Medigap (Medicare 보충 보험) 정책 - Original Medicare의 보장 *공백*을 보완하기 위해 민간 보험 회사가 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 정책은 오로지 Original Medicare와 함께 이용할 수 있습니다 (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아님.)

가입자(저희 플랜 가입자 또는 플랜 가입자) - 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 보유자로서 저희 플랜에 가입했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 가입을 승인 받은 사람입니다.

가입자 서비스부 – 가입, 혜택, 고충, 이의 신청에 대한 문의에 답변을 제공하는 플랜의 부서.

네트워크 소속 약국 – 플랜 가입자가 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사 플랜과 계약한 약국입니다. 대부분의 경우, 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 제조하는 경우에만 보장을 받을 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자 - **의료 제공자**는 의료 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare와 주 정부의 승인 또는 허가를 받은 의사 및 기타 의료 전문가, 병원, 기타 의료 시설을 총칭하는 용어입니다. **네트워크 소속 의료 제공자**는 당사의 지불을 전액 지불로 수락하고 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 제공되는 서비스를 조정하고 제공하기로 당사의 플랜에 동의합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 **플랜 제공자**라고도 합니다.

공개 가입 기간 - 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간으로, 이 기간 동안 가입자는 의료 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

기관 판단 – 당사 플랜이 품목 또는 서비스 보장 여부 또는 보장 품목 또는 서비스에 대해 가입자가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 내리는 결정. 기관 판단은 이 문서에서 보장 결정이라고도 합니다.

오리지널 생물학적 제제 - FDA가 승인하고 바이오시밀러 버전을 생산하는 제조업체의 대조약 역할을 하는 생물학적 제제입니다. 대조약이라고도 합니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare) - Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민간 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare는 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 의회에 의해 수립된 비용 지불 금액을 지불함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. Medicare를 수용하는 모든 의사 또는 병원, 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 가입자는 공제액을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare가 승인한 금액의 부담 부분을 지불하고 가입자는 가입자가 부담하는 부분을 지불합니다. Original Medicare에는 두 개의 파트가 있습니다. 파트 A(병원 보험)와 파트 B(건강 플랜)는 미국 내 어디서든 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국 - 저희 플랜과 계약하여 저희 플랜 가입자에게 보장 의약품을 편성 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국. 네트워크 비소속 약국에서 가입자가 구입한 대부분의 의약품은 특정 조건이 적용되지 않는 한 플랜에서 보장하지 않습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설 - 당사 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정하거나 제공하기 위해 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설입니다. 네트워크 비소속 의료 제공자는 당사 플랜에서 고용, 소유 또는 운영하지 않는 의료 제공자입니다.

본인부담금 - 상기 비용 분담의 정의를 참조하십시오. 이용하는 서비스 또는 의약품 비용의 일부를 가입자 본인이 부담해야 한다는 비용 분담 요건은 가입자의 본인부담 비용 요건이라고도 부릅니다.

본인 부담 한도 - 파트 D 약에 대해 본인이 부담하는 최대 금액입니다.

PACE 플랜 - PACE(종합 노령인 케어 프로그램) 플랜은 의료적, 사회적, 장기 서비스 및 지원(LTSS) 서비스를 결합시켜 가입자가 가능한 한 오랫동안 (요양원으로 이사하지 않고도) 독립적으로 지역 사회에서 살 수 있도록 돕습니다. PACE 플랜에 등록된 가입자는 당사 플랜을 통해 Medicare와 Medicaid 혜택을 모두 받을 수 있습니다.

파트 C -Medicare Advantage(MA) 플랜을 참조하십시오.

파트 D – 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램

파트 D 약 – 파트 D에 따라 보장되는 약. 저희는 모든 파트 D 약을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. 특정 범주의 약은 의회의 파트 D 보장에서 제외되었습니다. 특정 범주의 파트 D 약은 모든 플랜에서 보장되어야 합니다.

파트 D 등록 지연 벌금 - 가입자가 파트 D 플랜에 처음 가입할 수 있는 자격을 가진 후 신뢰할 만한 보장(평균적으로 최소한 표준 Medicare 의약품 보장 수준에 상당하는 비용을 지불해 줄 것으로 기대되는 보장) 없이 연속 63일 이상 경과한 경우 Medicare 의약품 보장에 대한 월 플랜 보험료에 추가로 부과되는 금액입니다. 추가 지원을 상실하는 경우 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 의약품 보장에 가입하지 않고 연속 63일 이상 경과하면 등록 지연 벌금이 적용될 수 있습니다.

우대 비용 분담 - 우대 비용 분담은 특정 네트워크 소속 약국에서 보장되는 특정 파트 D 약에 대한 더 낮은 비용 분담을 의미합니다.

보험료 – 진료 또는 처방약 보장을 받는 대가로 Medicare, 보험 회사 또는 의료 플랜에 정기적으로 납부하는 금액.

예방 서비스 - 건강 상태를 유지하고, 건강 문제를 조기에 발견하고, 가장 효과적인 치료를 결정하고, 특정 질환을 예방하는 데 도움이 되는 의료 서비스. 예방 서비스에는 검진, 주사, 실험실 검사 및 선별검사가 포함됩니다. 또한 건강 모니터링 프로그램, 귀하의 건강을 관리할 수 있는 상담과 교육이 포함될 수 있습니다.

주치의(PCP) – 대부분의 건강 문제에 대해 먼저 진료받는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 주치의를 방문해야 합니다.

사전 승인 - 특정 기준에 따라 서비스 또는 특정 의약품을 받기 위한 사전 승인. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 4장 의료 혜택표에 따로 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장약은 처방규정에 표시되며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시됩니다.

보철 장치 및 보조기 – 팔 보호대, 허리 보호대 및 목 보호대, 인공수족, 인공 눈 및 인공항문성형 용품, 경장영양요법, 정맥영양요법 등 내부 장기나 기능을 대체하는 데 필요한 장비를 포함하며 이에 국한하지 않는 의료 장비입니다.

품질 개선 기관(QIO) - Medicare 환자들에게 제공되는 치료 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체입니다.

분량 제한 - 품질, 안전 또는 활용상의 이유로 의약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구입니다. 제한 대상은 처방약 1회 제조당 혜택 대상 의약품의 양이 될 수도 있고 또는 제조 받을 수 있는 횟수가 될 수도 있습니다.

"실시간 혜택 도구" - 등록자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 처방규정 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 응용 프로그램입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 처방규정 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 분량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰 - 가입자가 전문의를 방문하거나 특정 의료 서비스를 받을 수 있도록 하는 가입자 주치의의 서면 지시입니다. 진료 의뢰가 없으면 당사 플랜은 전문의의 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

재활 서비스 - 이러한 서비스에는 입원 재활 치료, 물리 치료(외래), 언어 치료, 작업 치료가 포함됩니다.

선정약 - Medicare가 최대 공정 가격을 협의한 파트 D에 따라 보장되는 의약품입니다.

서비스 지역 – 특정 건강 플랜에 가입하려면 거주해야 하는 지리적 위치입니다. 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 이는 일반적으로 일상적 (비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역이기도 합니다. 가입자가 당사 플랜 서비스 지역 밖으로 영구적으로 이사하는 경우, 당사 플랜은 가입을 취소해야 합니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호 – 전문간호시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스입니다. 간호의 예로는 정식 간호사나 의사만 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 주사 등이 있습니다.

특별 요구 플랜 - Medicare와 Medicaid를 모두 보유한 사람, 요양원 거주자, 특정 만성 질환 환자 등 특정한 집단의 사람들을 위해 집중 의료 서비스를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜입니다.

표준 비용 분담 - 표준 비용 분담은 네트워크 소속 약국에서 제공되는 우대 비용 분담 이외의 비용 분담입니다.

단계적 치료법 - 의사가 처음 처방한 약물에 대한 보장을 받기 전에 먼저 가입자의 의학적 상태를 치료하기 위해 다른 의약품을 시도해 보는 것을 요구하는 활용 도구입니다.

보조적 소득 보장(SSI) – 사회복지부가 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지불 혜택. SSI 혜택은 사회보장국의 혜택과 다릅니다.

긴급 진료 서비스 - 응급 상황이 아닌 즉각적인 의료 처치가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나, 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받기 위한 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 비합리적인 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예측하지 못한 의료 질환 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 의료 제공자 방문(예: 연례 검진)은 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

Wellcare Spendables® 카드 - 의료 혜택표에 설명된 항목에 대한 지불을 돕는 데 사용할 수 있는 플랜이 미리 충전한 직불 카드.

이 페이지는 의도적으로 공란으로 두었습니다.

Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 가입자 서비스부

방법	가입자 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-800-431-9007이 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. 근무 시간 이후 기준으로 4월 1일부터 9월 30일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 음성 메시지를 남긴 경우, 이름과 전화번호를 포함하면 팀 구성원이 영업일 기준 하루(1일) 이내에 전화를 드립니다. 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY 사용자는 711로 전화)에서는 비영어 구사자를 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 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.
우편 주소	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)
California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 지방 건강보험이 Medicare 보유자에게 무료 상담을 제공할 수 있도록 연방 정부의 재정적 지원을 받는 주 정부 프로그램입니다.

방법	연락처
전화	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 이 전화번호를 사용하기 위해서는 특수 전화 장비가 필요하며 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들만이 사용할 수 있습니다.
우편 주소	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

PRA 공개 선언문 *1995년 서류간소화법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않다면 개인은 정보 수집에 답변할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견 또는 제안 사항은 다음 주소로 알려 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*