Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

가입자 핸드북

H3561_010_001_2027_CA_EOC_DSNP_7001172KOR_C 7108563_CA7CNCEOCKOR_M_0010

2027년 1월 1일~2027년 12월 31일

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

가입자 핸드북 소개

이 *가입자 핸드북*, 다른 말로 *보장 범위 증명서*는 2027년 12월 31일까지 당사 플랜에 따른 가입자의 보장 내용을 안내합니다. 이 핸드북은 의료 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 의약품 남용 장애) 서비스, 의약품 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 핸드북*의 **12장**에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 책자는 중요한 법적 문서입니다. 문서를 안전한 곳에 보관하십시오.

이 *가입자 핸드북*에 '당사가', '당사를', '당사의' 또는 '당사의 플랜'이라고 명시되어 있으면 이는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)을 의미합니다.

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

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

- 귀하의 요청이 있을 경우 , 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다 . 이를 " 정기 요청 " 이라고 합니다 . 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다 .
- 정기 요청을 하거나 , 대기 요청을 변경하거나 , 일회성 요청을 하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY:711) 번으로 문의하십시오 . 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일 ~ 일요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 . 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일 ~ 금요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 .

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-431-9007 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-431-9007 (TTY: 711). These services are free of charge.

Arabic

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

Armenian

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

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。這些服務均為免費。

Punjabi

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

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

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

Japanese
注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-800-431-9007（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。これらのサ ービスは無料です。

Korean

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການເຊັ່ນ:ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນແລະຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien

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

Cambodian

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Farsi

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

Russian

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish
ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog
ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

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

Ukrainian
УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Vietnamese
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

기타 언어
다른 언어로 작성된 이 *가입자 핸드북* 및 기타 플랜 자료는 무료로 제공됩니다. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 자격을 갖춘 번역가의 작업을 거친 서면 번역을 제공합니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 통역사 및 번역 서비스 등 의료 언어 지원 서비스에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*을 읽어보십시오.

기타 형식

이 정보는 제 시간에 추가 비용 없이 점자, 20포인트 폰트 대형 활자본, 오디오, 형식 및 귀하가 접근 가능한 전자 형식(데이터 CD)으로 제공됩니다. 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 접근 서비스

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 24시간 단위로 인증된 통역사로부터 수화를 포함한 구술 통역 서비스를 제공합니다. 가족이나 친구에게 통역을 요청하실 필요가 없습니다. 당사는 응급 상황이 아닌 한 가족이나 친구, 특히 미성년자를 통역사로 사용하지 않도록 권장합니다. 통역사 서비스를 포함한 언어 접근 서비스는 무료로 이용할 수 있습니다. 통역사 서비스는 주 7일, 하루 24시간 이용 가능합니다. 귀하의 언어로 도움을 받거나 이 핸드북을 다른 언어로 받으시려면 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

2027 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

가입자 핸드북

목차

1장: 가입자로서의 시작 12

2장: 중요한 전화번호 및 자료 25

3장: 가입자의 의료 서비스 및 기타 보장 서비스에 대한 당사 플랜의 보장 이용 47

4장: 혜택표 74

5장: 외래 의약품 조제 166

6장: Medicare 및 Medi-Cal 의약품에 대해 가입자가 지불하는 부분 188

7장: 가입자가 받은 보장 서비스 및 의약품 청구서에 대한 저희의 분담분 지불 요구 200

8장: 가입자의 권리 및 책임 207

9장: 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치(보장 결정, 이의 신청, 불만사항) 231

10장: 플랜 가입 종료 281

11장: 법적 고지 292

12장: 주요 용어 정의 299

면책 조항

- Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 체결한 HMO, PPO, PDP 플랜이자 승인된 파트 D 후원사입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 저희 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.

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

- 네트워크 비소속/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 비롯한 자세한 내용은 가입자 서비스부 전화번호로 전화하시거나 *가입자 핸드북*을 참조해 주십시오.

- 언급된 혜택은 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택의 일부입니다. 일부 가입자는 혜택을 받지 못할 수 있습니다. 고위험 외에도 암, 심혈관 질환, 만성 및 장애 정신 건강 상태, 만성 폐 질환, 당뇨병 등 하나 이상의 만성 질환이 있어야 합니다. 기재되지 않은 다른 적격 조건도 있습니다. 귀하의 상태만으로 이 혜택을 받을 수 있는 자격을 보장할 수 없습니다. 혜택이 제공되기 전에 적용 가능한 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 당사에 문의하거나 플랜의 가입자 핸드북을 참조하십시오.

- 혜택 및/또는 코페이먼트는 2028년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

- 당사의 보장약, 약국 네트워크 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 최소 30일 전에 가입자에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항 관련 고지를 받습니다.

1장: 가입자로서의 시작

개요

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

목차

A. 플랜 가입을 환영합니다 14

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보 14

B1. Medicare 14

B2. Medi-Cal 15

C. 당사 플랜의 장점 15

D. 당사 플랜의 서비스 지역 16

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까 16

F. 당사 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것 17

G. 진료 팀과 의료 플랜 18

G1. 진료 팀 18

G2. 의료 플랜 19

H. 중요 비용 요약 19

H1. 플랜 보험료 19

H2. Medicare 처방전 지불 금액 19

I. 이 *가입자 핸드북* 20

J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보 20
J1. 가입자 ID 카드 20
J2. *의료 제공자 및 약국 명부* 21
J3. *보장 의약품 목록* 22
J4. *혜택 설명서* 23
K. 가입자 최신 정보 유지 23
K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인 정보 보호 24

A. 플랜 가입을 환영합니다

당사 플랜은 두 프로그램 모두에 자격을 갖춘 개인을 대상으로 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사의 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 의료 서비스 제공자, 행동 건강 의료 제공자 및 기타 의료 제공자가 포함됩니다. 또한 케어 코디네이터 및 진료 팀을 두고 귀하의 의료 제공자들과 서비스를 귀하가 관리할 수 있도록 돕습니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력합니다.

신뢰할 수 있는 경험

귀하는 신뢰할 수 있는 건강 플랜에 가입되었습니다.

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

- 고객 여러분께 훌륭한 고객 서비스를 제공할 수 있어 자랑스럽습니다 . 이러한 서비스는 적극적으로 개인별로 초점을 맞춰 주의를 기울임으로써 이루어집니다 . 훈련받은 가입자 서비스부 담당 직원이 있으므로 가입자는 기다리실 필요 없이 통역 서비스를 통하여 다국어 지원을 받으실 수 있습니다 . 저희는 가족의 혜택을 챙기듯 고객님의 혜택을 꼼꼼히 살펴드리고 , 필요한 의료 서비스를 이용하실 수 있도록 필요한 답변을 신속하게 제공해 드립니다 .
- 당사는 약 25 년 동안 고품질의 의사 네트워크를 구축해 왔습니다 . 네트워크에 속한 의사와 전문가들이 진료 그룹을 만들어 여러분이 필요한 진료를 필요할 때 받을 수 있도록 협력합니다 .
- 귀하의 커뮤니티는 당사의 커뮤니티입니다 . 저희는 커뮤니티 기반의 국가 기업이기 때문입니다 . 당사의 많은 직원들이 여러분이 살고 있는 곳에서 살고 있습니다 .

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음 분들을 위한 연방정부 건강 보험 프로그램입니다.

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

B2. Medi-Cal

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

각 주의 결정은 다음과 같습니다

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

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

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

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

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

C. 당사 플랜의 장점

이제 의약품을 비롯한 Medicare 및 Medi-Cal의 모든 보장 서비스를 당사 플랜에서 받으시게 됩니다. **이 건강 플랜에 가입하기 위해 귀하가 추가로 지불하는 비용은 없습니다.**

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

- 귀하는 당사와 함께 **대부분의** 의료 요구 사항을 관리합니다 .
- 귀하는 진료 팀을 갖게 되며 , 이 팀 구성에는 귀하가 참여합니다 . 귀하의 진료 팀에는 귀하 자신 , 케어 의료 제공자 , 의사 , 간호사 , 카운슬러 , 기타 건강 전문의 등이 포함될 수 있습니다 .

- 귀하는 진료 관리자와 연락하실 수 있습니다 . 진료 관리자는 귀하 , 당사 플랜 , 귀하의 진료 팀과 함께 의료 플랜을 짜는 일을 돕는 사람입니다 .
- 귀하는 진료 팀과 진료 관리자의 도움을 받아 자신의 진료를 지시할 수 있습니다 .
- 귀하의 진료 팀과 진료 관리자는 귀하와 협력하여 **귀하의** 건강 필요를 충족하기 위해 제작된 의료 플랜을 만듭니다 . 진료 팀은 귀하가 필요로 하는 서비스의 조정을 돕습니다 . 예를 들어 , 귀하의 진료 팀은 다음을 확인합니다 .
  - 귀하가 복용하는 모든 약을 귀하의 의사들이 알게 함으로써 올바른 약을 복용하는지 확인하고 약 때문에 생길 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 해 줍니다 .
  - 검사 결과를 모든 의사가 공유하고 적절한 상황에서 기타 의료 제공자들도 공유할 수 있도록 해 줍니다 .

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입을 요청한 다음달 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 가입됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 질문이 있는 경우 페이지 하단에 있는 번호로 당사에 전화해 주십시오.

D. 당사 플랜의 서비스 지역

당사 서비스 지역에는 California 주의 Los Angeles 카운티가 포함되어 있습니다.

당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 당사 플랜에 가입하실 수 있습니다.

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

E. 플랜 가입자가 될 수 있는 자격은 무엇입니까

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

- 당사 서비스 지역에 거주하고 있음 (수감된 경우 물리적으로 당사 서비스 지역에 있다고 하더라도 서비스 지역에 거주하는 것으로 보지 않음), **그리고**
- 가입 당시 만 21 세 **이상이며**
- Medicare Part A, Medicare Part B 둘 다 소지하고 **있으며**

- 미국 시민 또는 국적 또는 적격한 비시민인 경우 , **그리고**
- 현재 Medi-Cal 에 대한 자격을 갖춘 분입니다 .
- Medi-Cal 자격을 상실했으나 3 개월 내에 다시 회복할 것으로 예상되는 경우 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 에서 보장하는 Medicare 혜택을 계속 제공해 드립니다 . Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 가입자의 Medi-Cal 혜택에 대해 지급하지 않습니다 . Medi-Cali 를 상실하지 않은 경우 당사는 Medi-Cal 에서 지급한 모든 Medicare 비용 분담 비용을 지불합니다 . 추가 정보는 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오 .

  Medi-Cal 자격을 다시 얻도록 도와드리겠습니다. Medicare 보장을 위해 당사에 등록되어 있을 때 Medi-Cal 자격이 복원되면 당사는 Medi-Cal 혜택을 위한 결제를 재개하며, 귀하의 당사 등록 사항은 계속 진행됩니다. 3개월 내에 Medi-Cal 자격을 다시 회복할 수 없는 경우 당사는 가입자를 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 탈퇴시킵니다. 탈퇴된 후 Medi-Cal 자격을 다시 얻는 경우, 플랜에 다시 등록하려면 당사에 연락을 주셔야 합니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 당사 건강 플랜에 처음 가입하고 나서 예상할 수 있는 것

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

가입자는 HRA를 완료해야 합니다. 이 HRA는 귀하의 개별 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 또는 우편으로 HRA를 완료할 수 있습니다. 당사는 매년 연락을 통해 귀하의 요구 사항이 변경되었는지 확인할 것입니다.

HRA에 관한 자세한 내용은 귀하께 보내 드립니다.

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

- 가입자의 대리인 또는 의료 제공자가 현재 의료 제공자의 진료를 계속 받을 수 있도록 당사에 요청합니다 .

- 당사는 귀하가 주치의나 전문의와 이미 관계가 성립되었음을 확증합니다 . 단 , 예외가 있습니다 . 기존 관계란 첫 당사 플랜 가입일 이전 12 개월 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. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하여 요청하시면 됩니다. 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 당사가 새 DME 대여를 승인하고 네트워크 소속 의료 제공자가 대여 서비스를 제공할 때까지 최소 90일 동안 이 요청을 할 수 있습니다. 운송 의료 제공자 또는 기타 보조 공급업체에 이 요청을 할 수 없지만, 당사 플랜에 포함되지 않은 운송 서비스 또는 기타 보조 서비스에 대한 요청을 할 수 있습니다.

지속적 진료 기간이 끝난 후, 가입자는 주치의 의료 그룹과 제휴하고 있는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 네트워크 소속 의사 및 기타 의료 제공자의 진료를 받으셔야 합니다. 단, 당사가 네트워크 비소속 의사와 협약을 맺고 있다면 그렇지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 건강 플랜과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다. 당사 플랜에 가입하시면 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 네트워크에서 참여 의료 그룹이 지정됩니다. 이 참여 의료 그룹의 PCP도 귀하를 지정할 수 있습니다. 담당 PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하여 당사 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 가입자 서비스부는 PCP를 선택하는 것을 도와드릴 수 있습니다. PCP를 선택했으면 선택한 항목으로 가입자 서비스부에 전화하십시오. PCP는 당사 네트워크 소속이어야 합니다. 의료 서비스를 받는 것에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북* 의 **3장**을 참조하십시오.

G. 진료 팀과 의료 플랜

G1. 진료 팀

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

진료 관리자는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 관리할 때 도움을 주도록 훈련된 담당자입니다. 당사 플랜에 가입하시면 진료 관리자가 배정됩니다. 진료 관리자는 당사 플랜이 제공하지 않을 수 있는 다른 커뮤니티 자원을 귀하에게 소개하고 귀하의 진료 팀과 협력하여

귀하의 진료를 조정하도록 돕습니다. 페이지 하단의 번호로 전화하여 담당 진료 관리자 및 진료 팀에 대한 자세한 내용을 문의하십시오.

G2. 의료 플랜

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

귀하의 의료 플랜에는 다음 내용이 포함됩니다.

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

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

H. 중요 비용 요약

가입자가 지불하는 비용에는 다음이 포함됩니다.

- 플랜 보험료 (**섹션 H1**)
- Medicare 처방전 지불 플랜 금액 (**섹션 H2**)

어떤 경우에는 가입자의 보험료가 줄어들 수 있습니다.

H1. 플랜 보험료

'추가 지원(Extra Help)' 프로그램은 귀하가 당사의 플랜에 가입하면 귀하를 대신하여 Medicare Part D 보험료를 지불합니다.

H2. Medicare 처방전 지불 금액

Medicare 처방전 지불 플랜에 참여하시는 경우 (약국에 지불하는 대신) 의약품에 대한 청구서를 당사 플랜으로부터 받게 됩니다. 월별 청구서는 귀하가 받은 처방전에 대해 부담하는 것과 이전 달의 잔액을 연내 남은 월 수로 나눈 것에 기반합니다.

제2장에서는 Medicare 처방전 지불 플랜에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구되는 금액에 동의하지 않는 경우 **9장**의 단계를 따라 불만사항 또는 이의 신청을 수행할 수 있습니다.

I. 이 *가입자 핸드북*

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

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

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

J. 당사에서 제공하는 기타 중요 정보

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

J1. 가입자 ID 카드

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

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

당사 플랜의 가입자로 계시는 동안에는 대부분의 서비스를 받기 위해 귀하의 적, 백, 청색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 이러한 카드는 추후에 필요하게 될 때를 대비해서 안전한 곳에 두십시오. 귀하께서 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제출하실 경우, 의료 제공자가 당사 플랜 대신 Medicare에 서비스 이용료를 청구하여 귀하께서 요금을 부담해야 할 수 있습니다. 병원 서비스, 호스피스 서비스 또는 Medicare에서 승인한

임상 연구(또는 임상 시험)에 참여해야 하는 경우 Medicare 카드를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다. 의료 제공자로부터 청구를 받은 경우 어떻게 해야 하는지 알아보려면 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오.

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

- 가정 내 지원 서비스 (IHSS)
- 카운티 특수 정신 건강 및 약물 남용 장애 (SUD) 서비스
- Multipurpose Senior Services 프로그램 (MSSP) 서비스
- Medi-Cal 보장 Rx 서비스 또는 의료 제공자 ('Medi-Cal Rx')
- Medi-Cal 보상 치과 서비스
- 가정 및 커뮤니티 기반 면제 서비스 (HCBS)
- 커뮤니티 기반 성인 서비스 (CBAS)
- 아급성 및 중급간호시설을 포함한 장기요양 (LTC)

J2. *의료 제공자 및 약국 명부*

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

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

또한 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서 *의료 제공자 및 약국 명부*를 확인하실 수 있습니다.

*의료 제공자 및 약국 명부*는 주소, 전화번호, 업무 시간 등의 정보를 제공합니다. 해당 지역에 장애인을 위한 편의 시설이 있는지 알려줍니다. *의료 제공자 및 약국 명부*에는 의료 제공자가 신규 환자를 받는지, 그리고 다른 언어를 구사하는지도 나와 있습니다. 가입자 서비스부와 및 웹사이트를 통해 의료 제공자와 약국의 변경 사항에 관한 최신 정보를 제공받으실 수 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국을 찾는 데 도움이 필요하시면, 가입자 서비스부로 전화하십시오. *의료 제공자 및 약국 명부*를 우편으로 받으려면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자의 정의

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

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

네트워크 소속 약국의 정의

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

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

J3. *보장 의약품 목록*

당사 플랜에는 *보장 의약품 목록*이 포함됩니다. 간단히 *의약품 목록*이라고도 합니다. 이 목록은 당사 플랜에서 보장하는 의약품을 알려줍니다. 이 목록에 있는 의약품은 의사 및 약사의 도움을 받아 당사 플랜에 포함된 것입니다. *의약품 목록*은 Medicare의 요건을 충족해야 합니다. Medicare 약품 가격 협상 프로그램에 따라 가격이 협상된 의약품은 **5장, 섹션 E**에 설명된 대로 제거 및 교체되지 않는 한 귀하의 *의약품 목록*에 포함됩니다. Medicare는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) *의약품 목록*을 승인했습니다.

또한 *의약품 목록*은 지원 금액 한도 등 어떤 의약품에 대한 규칙이나 제한 사항이 있는지 알려줍니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.

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

J4. *혜택 설명서*

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

EOB는 그 달에 Medicare Part D 약에 귀하 또는 귀하를 대신하여 다른 분이 지불한 총액과 Medicare Part D 약마다 당사가 지불한 금액의 총액을 알려 드립니다. 이 EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB는 가입자가 복용하는 의약품에 대한 자세한 정보를 포함하고 있습니다. 예를 들어 가격 상승이나 이용 가능한 다른 의약품 중 분담해야 하는 비용이 더 낮은 의약품 등에 관한 정보가 있을 수 있습니다. 분담 비용이 더 낮은 이러한 의약품에 대해서는 처방자와 상담하실 수 있습니다. 이 *가입자 핸드북*의 **6장**에는 EOB에 관한 자세한 정보와 가입자의 의약품 보장을 추적하는 방법에 대한 자세한 정보가 수록되어 있습니다.

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

파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)를 종이로 받는 대신 이제 이메일을 통해 전자 버전을 받을 수 있습니다. https://www.express-scripts.com/rx을 방문하여 이를 요청할 수 있습니다. 수신을 선택하는 경우, 파트 D EOB 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 완료되면 이메일로 알려드립니다. 전자 파트 D EOB는 종이 없는 파트 D EOB라고도 합니다. 이는 인쇄된 파트 D EOB와 정확히 일치하는 사본(이미지)입니다.

이러한 EOB를 유지합니다. 이들 자료는 가입자의 의약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

K. 가입자 최신 정보 유지

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

당사는 귀하에 대한 정확한 정보를 당사 기록으로 보관하기 위해 이 정보가 필요합니다. 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.

다음 사항에 대해 즉시 알려주십시오.

- 이름 , 주소 또는 전화번호 변경
- 고용주를 통한 보험 , 배우자의 고용주를 통한 보험 , 동거인의 고용주를 통한 보험 또는 산업 재해 보험과 같은 가입자가 지닌 다른 건강 보험의 보장이 변경된 경우
- 교통사고 관련 청구 등 일체의 배상책임 청구
- 요양시설 또는 병원 입원
- 병원 또는 응급실에서 받은 진료
- 간병인 (또는 담당자) 변경 **및** ,
- 가입자가 임상 연구에 참여하는 경우 (**참고 :** 참여하려는 임상 연구에 대한 계획을 당사에 알려야 할 필요는 없으나 당사는 이를 알려주실 것을 권장합니다 .)

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

최신 내용은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하여 확인할 수도 있습니다. “Login(로그인)” 버튼을 클릭합니다. 로그인하거나 새 계정을 만듭니다. 그런 다음 보안 메시지를 보내 주십시오. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 개인 정보 보호

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

2장: 중요한 전화번호 및 자료

개요

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

목차

A. 가입자 서비스부 27

B. 케어 코디네이터 30

C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP) 32

D. 간호사 상담 라인 33

E. 행동 건강 위기 상담 전화 33

F. 품질 개선 기관(QIO) 34

G. Medicare 35

H. Medi-Cal 37

I. Medi-Cal Managed Care 및 옴부즈맨 정신건강 사무국 37

J. 카운티 사회 보장 서비스 39

K. 카운티 행동 건강 서비스 기관 39

L. California 보건 관리부 40

M. 건강 소비자 연합(HCA) 41

N. 의약품 비용을 지원하는 프로그램 41

- **N1. Medicare에서 제공하는 추가 지원** 41
- **N2. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)** 43
- **N3. Medicare 처방전 지불 플랜** 43

O. 사회보장국 43
P. 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 44
Q. 고용주의 단체 보험 또는 기타 보험 45
R. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 45
S. Medi-Cal 치과 46

A. 가입자 서비스부

전화	1-800-431-9007 통화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 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. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711. 통화는 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

가입자 서비스부에 문의하여 도움을 받으십시오.

- 플랜에 대한 질문
- 청구 또는 청구서에 대한 질문
- 의료 서비스에 대한 보장 결정
    - 귀하의 의료 서비스에 대한 보장 결정은 다음을 포함합니다 .
        - 혜택 및 보장 서비스 **또는**
        - 귀하가 받은 의료 서비스에 당사가 지불하는 금액

- 귀하의 의료 서비스에 대한 보장 결정에 대해 질문이 있는 경우 당사로 연락하십시오 .
- 이에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .

- 진료에 대한 이의 신청
  - 이의 신청이란 당사가 실수를 했다고 생각하시거나 해당 결정에 동의하지 않을 때 귀하의 보장에 대한 당사 결정을 재검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청하는 방법입니다 .
  - 이의 신청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하시거나 가입자 서비스부에 문의하십시오 .

- 진료에 대한 불만사항
  - 당사나 의료 제공자 (네트워크 비소속 및 소속 제공자 모두 포함) 에 대한 불만사항을 제기하실 수 있습니다 . 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 플랜과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다 . 또한 귀하가 받은 치료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관 (QIO) 에 불만사항을 제기할 수 있습니다 (**섹션 F** 참조).
  - 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 당사에 연락하여 불만사항을 전달할 수 있습니다 .
  - 가입자의 불만사항이 진료에 대한 보장 결정에 관한 것이라면 이의 신청을 하실 수 있습니다 (위 섹션 참조).
  - 가입자는 Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다 . www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다 . 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다 .
  - 1-855-501-3077 번으로 전화하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제기할 수 있습니다 .
  - 진료에 대한 불만사항 제기 관련 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .

- 의약품에 대한 보장 결정
  - 귀하의 의약품에 대한 보장 결정은 다음을 포함합니다 .
    - 귀하가 받는 혜택 및 보장약 **또는**

  - 귀하의 의약품에 대해 당사가 지불하는 금액
  - 비처방 (OTC) 약물 및 특정 비타민 등 Medicare 비보장약은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다 . 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) 를 방문해 주십시오 . 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다 .
  - 의약품 관련 보장 결정에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .
- 귀하의 의약품에 대한 이의 신청
  - 이의 신청이란 보장 결정을 변경하도록 당사에 요청하는 것입니다 .
  - 의약품에 대한 이의 신청 관련 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .
- 의약품에 대한 불만사항
  - 귀하는 당사나 약국에 대한 불만사항을 제기하실 수 있습니다 . 여기에는 의약품에 대한 불만사항도 포함됩니다 .
  - 불만사항이 귀하의 의약품에 대한 보장 결정에 관한 것이라면 , 귀하는 이의 신청을 하실 수 있습니다 (위의 섹션 참조)
  - 가입자는 Medicare 에 당사 플랜에 대한 불만사항을 보낼 수 있습니다 . www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다 . 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다 .
  - 의약품에 대한 불만사항 제기 관련 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .
- 귀하가 이미 지불한 진료비나 약제비의 지급
  - 환급 또는 가입자가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법은 이 *가입자 핸드북*의 **7 장**을 참조하십시오 .
  - 귀하가 청구서 지불을 당사에 요청했는데 당사가 이를 부분적 또는 전체적으로 거부했다면 귀하는 당사의 결정에 대해 이의 신청을 하실 수 있습니다 . 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .

B. 케어 코디네이터

케어 코디네이터는 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하를 돕고, 건강 플랜, 귀하의 의사 및 기타 의료 제공자와 함께 일할 수 있습니다.

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

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

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

전화	1-833-340-0083 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지(EST). 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. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711. 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지(EST). 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

다음과 같은 도움을 받으려면 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

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

다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스 (CBAS)
- 전문간호시설
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회복지 서비스
- 가정 간호 관리
- 카운티 사회 보장 서비스 기관을 통한 가정 내 지원 서비스 (IHSS)
- 경우에 따라 귀하가 일상 건강 관리 및 생활 관련 요구를 해결하는 데 도움을 받을 수 있음
- 커뮤니티 지원 서비스
    - 주택 전환 탐색 서비스
    - 주택 보증금
    - 주택 임차 및 지속형 서비스

- 주간 재활 프로그램
- 회복 치료
- 임시 간호 서비스
- 환경 접근성 적응
- 의학적 맞춤형 식사 / 의학적 지원형 음식
- 금주 센터
- 천식 치료 교육
- 과도기 임대료

C. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 훈련을 받은 상담원들을 보유한 정부 프로그램으로, 무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변을 제공합니다. California 주에서는 SHIP를 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제를 어떻게 처리해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP는 연방 정부로부터 자금을 받는(보험 회사나 건강 플랜과 무관한) 독립적인 주 정부 프로그램으로, Medicare 가입자를 대상으로 무료 현지 건강 보험 상담을 제공합니다.

전화	1-800-434-0222 현지 시간 월요일~금요일 오전 8시~오후 4시
TTY	1-800-735-2929
우편 주소	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

다음과 같은 도움을 받으려면 HICAP에 연락하십시오.

- Medicare 에 대한 질문
- HICAP 카운슬러는 새 플랜으로 변경하는 것에 대한 귀하의 질문에 답하고 다음과 같은 도움을 줄 수 있습니다 .
  - 가입자의 권리 이해
  - 가입자의 플랜 선택 이해
  - 플랜 전환 관련 질문에 대한 답변
  - 의료 서비스나 진료에 대한 불만사항 제기 **및**
  - 청구 문제에 대한 지원 .

D. 간호사 상담 라인

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

전화	1-800-431- 9007 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영

E. 행동 건강 위기 상담 전화

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 이러한 유형의 지원이 필요한 가입자를 위한 행동 건강 상담 전화를 운영하고 있습니다. 행동 건강 위기 서비스를 받는 가입자는 주 7일,

하루 24시간 면허가 있는 임상의와 통화를 요청하여 자신에게 필요한 서비스에 도움을 받을 수 있습니다. 아래 전화번호로 당사에 전화하십시오.

전화	1-800-646-5610 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간, 1년 365일. 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. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
TTY	711. 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간, 1년 365일.

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

- 행동 건강 및 약물 남용 치료 서비스에 대한 질문

가입자의 카운티 특수 정신 건강 서비스에 대해 질문이 있으시면 **섹션 K**를 참조하십시오.

F. 품질 개선 기관(QIO)

저희 주에는 커먼스 헬스라는 기관이 있습니다. 이 조직은 Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 전문가들의 그룹입니다. 커먼스 헬스는 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123
TTY	711
우편 주소	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	www.commencehealthqio.cms.gov/en

다음 사항에 대한 도움이 필요한 경우 커먼스 헬스에 문의하십시오.

- 진료 권리에 대한 질문
- 아래의 경우에 해당된다면 귀하가 받은 진료에 대해 불만사항 제기 :
  - 잘못된 약물 받기 , 불필요한 검사 또는 절차 또는 오진 등의 의료의 질 문제가 있는 경우 ,
  - 병원 입원 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각하는 경우 **또는**
  - 자신의 재택 건강 관리 , 전문요양시설에서의 간호 또는 종합외래재활시설 (CORF) 서비스에 대한 보험 적용 기간이 너무 짧다고 생각하는 경우 .

G. Medicare

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 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)입니다. 이 기관은 당사 플랜을 포함한 Medicare Advantage 기관과 계약을 체결합니다.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. 주 7일, 하루 24시간 언제든지 무료로 연락하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
실시간 채팅	www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간으로 채팅하십시오.
우편 주소	PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 서신 발송

웹사이트	www.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. Medicare에 불만사항을 제출하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오. Medicare는 가입자의 불만사항을 진지하게 접수하고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 이러한 정보를 사용할 것입니다.

H. Medi-Cal

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

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

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. Medi-Cal의 혜택에 대해 문의 사항이 있으면 플랜 케어 코디네이터에게 전화하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 대해 궁금한 사항이 있으면 건강 관리 옵션 부서에 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시
TTY	1-800-430-7077 이 전화번호는 듣기 및 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화번호입니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal Managed Care 및 옴부즈맨 정신건강 사무국

옴부즈맨 사무국이 중립적인 관점에서 문제를 해결하여 당사 가입자가 의학적으로 필요한 모든 보장 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 이들은 가입자의 말을 듣고, 질문에 답하고, 상황을 분석하고, 정책과 절차를 설명하고, 정보, 조언 및 옵션을 제공하고, 적절한 진료 의뢰를 제안합니다. 의료 서비스 이용 문제에 대한 공정한 해결책을 개발하는 것은 그들의 임무입니다. 보험 옴부즈맨 사무소는 당사 플랜이나 보험회사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	1-800-430-7077 이 전화번호는 듣기 및 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화번호입니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. 카운티 사회 보장 서비스

가정 내 지원 서비스(IHSS) 혜택 또는 Medi-Cal 자격 요건에 대한 도움이 필요한 경우 현지 카운티 사회 보장 서비스 기관에 문의하십시오.

카운티 사회 보장 서비스 기관에 문의하여 가정 내 지원 서비스를 신청하십시오. 이 서비스는 귀하가 집에서 안전하게 머무를 수 있도록 귀하에게 제공되는 서비스에 대한 비용을 지불하는 데 도움이 됩니다. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁 쇼핑 또는 교통편이 포함될 수 있습니다.

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

Los Angeles 카운티	
전화	1-866-613-3777 통화는 무료입니다. 공휴일 제외 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	711
우편 주소	가장 가까운 사회 보장 서비스 사무소는 https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html을 참조하십시오.
웹사이트	dpss.lacounty.gov

K. 카운티 행동 건강 서비스 기관

Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스 및 약물 남용 치료 서비스는 이용 기준을 충족하면 카운티에서 제공합니다.

Los Angeles 카운티	
전화	액세스 센터 전화: 1-800-854-7771 약물 남용 치료 서비스 핫라인(SASH): 1-844-804-7500 이 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영 영어를 사용하지 않는 분들을 위해서 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.

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

Los Angeles 카운티	
TTY	711. 통화는 무료입니다. 주 7일, 하루 24시간 운영

다음과 같은 도움을 받으려면 카운티 행동 건강 기관에 문의하십시오.

- 카운티에서 제공하는 특수 정신 건강 서비스에 대한 질문
- 카운티에서 제공하는 약물 남용 치료 서비스에 대한 질문
- 무료 , 기밀 정신 건강 정보 , 의료 제공자에 보내는 진료 의뢰 , 언제든지 위기 상담 . 위의 번호로 전화하여 귀하의 카운티에 대해 문의하십시오 .

L. California 보건 관리부

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

전화	1-888-466-2219 DMHC 담당 직원과는 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 통화할 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 전화번호는 듣기 및 말하기에 어려움이 있는 분들을 위한 전화번호입니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 주소	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

M. 건강 소비자 연합(HCA)

건강 소비자 연합(HCA)은 California 주민이 건강 보장에 가입하거나 보장을 유지하는 데 겪는 어려움을 해결하고, 건강 플랜과 관련된 문제를 해결할 수 있도록 온라인, 전화 또는 대면 방식으로 무료 법률 지원을 제공하는 주 전역의 협력체입니다. HCA에 대해 자세히 알아보거나 도움을 받으려면 1-888-804-3536번으로 전화하거나 또는 www.healthconsumer.org/를 방문하십시오.

N. 의약품 비용을 지원하는 프로그램

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)는 의약품 비용을 절감하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명된 기타 지원 프로그램도 있습니다.

N1. Medicare에서 제공하는 추가 지원

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

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

약국에서 처방전에 대해 잘못된 금액을 지불한다고 생각되는 경우, 당사 플랜은 올바른 코페이먼트 금액에 대한 증거를 확보하는 데 도움이 되는 프로세스를 제공합니다. 적절한 금액의 증거가 이미 있는 경우, 당사는 가입자가 이 증거를 당사와 공유할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

- 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 전화를 걸어 귀하가 " 추가 지원 " 을 받을 자격이 있다고 생각한다는 것을 알려 주십시오 . 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다 (최상의 가용 증거).

- 이전 연도의 6 월 이후 귀하 이름과 자격 개시 날짜가 포함된 귀하의 Medi-Cal 카드 사본
- 이전 연도의 6 월 이후 특정 월의 Medi-Cal 가입 상태를 확인해주는 주 발행 문서 사본 .
- 이전 연도의 6 월 이후 Medi-Cal 가입 상태를 확인해주는 주의 전자식 등록 파일의 화면 인쇄물 .
- 이전 연도의 6 월 이후 특정 월의 Medi-Cal 가입 상태를 확인해주는 주 발행 기타 문서 .
- 이전 연도의 6 월 이후 특정 월의 Medi-Cal 가입 상태를 확인해주는 Medi-Cal 시스템의 화면 인쇄물
- 귀하가 보조적 소득 보장 (SSI) 을 받고 있음을 보여 주는 사회보장국 (SSA) 으로부터 받은 서신
- 귀하가 "... 자동으로 추가 지원 자격을 획득함 ...." 을 확인해주는 적격자가 접수한 신청서 (SSA 출판물 HI 03094.605).

- 입원한 상태에서 비용 분담금을 내지 않아도 된다고 생각하는 경우 , 가입자 서비스부에 연락하여 담당자에게 ' 추가 지원 ' 자격을 가지고 있다고 생각한다는 것을 알려주십시오 . 다음 유형의 문서 중 하나를 제공해야 할 수 있습니다 .
  - 이전 연도의 6 월 이후 만 1 개월 기간에 대해 가입자를 대신하여 Medicaid 지불금이 표시된 해당 시설의 송금 ,
  - 이전 연도의 6 월 이후 만 1 개월에 대해 가입자를 대신하여 기관에 Medicaid 지불을 확인해 주는 주 기록문서 또는
  - Medicaid 지불 목적으로 이전 연도의 6 월 이후 최소 만 1 개월 입원 (입소) 기준으로 가입자의 월중 시설 내 자격을 보여주는 주의 Medicaid 시스템의 화면 인쇄물 .
- 위에서 설명한 서류를 받을 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 지불하는 경우 , 당사는 수표 또는 향후 코페이먼트 신용으로 가입자에게 금액을 돌려드립니다 . 약국이 코페이먼트를 받지 않고 가입자의 외상으로 둔 경우 , 당사가 약국에 직접 지불할 수도 있습니다 . 주에서 가입자를 대신하여 지불한

경우에는 당사가 주에 직접 지불할 수 있습니다 . 문의 사항이 있으시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오 .

N2. AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)

ADAP란 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 적격자가 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 의약품을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. ADAP 처방규정에서도 보장되는 Medicare Part D 약은 AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 비용 분담 관련 도움을 받을 수 있습니다. 참고: 해당 주의 ADAP 이용 자격을 얻으려면, 주 거주 여부, HIV 상태, 주에서 규정한 저소득층 구분, 무보험/부족한 보험 상태에 대한 증명서를 포함하여 특정 조건을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 계속 지원을 받을 수 있도록 현지 ADAP 등록 담당자에게 알리십시오. 자격 기준, 보장약 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 관한 정보는 AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)에 1-844-421-7050(TTY 711)번으로 현지 시간 기준 월요일~금요일(공휴일 제외), 오전 8시부터 오후 5시까지 전화해 주십시오.

N3. Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜은 최신 의약품 보장과 함께 작동하여 달력 연도(1월~12월)에 걸쳐 당사 플랜의 보장약에 대한 본인부담금을 관리하는 데 도움을 주는 지불 옵션입니다. 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 플랜을 유지하고 있다면 아무 것도 하지 않아도 이 옵션을 계속 이용할 수 있습니다.** Medicare의 '추가 지원'과 SPAP 및 ADAP의 도움을 받을 수 있는 자격이 있으신 분들은 소득 수준에 관계없이 이 결제 옵션에 참여하는 것보다 더 유리하며, 의약품 보장이 포함된 플랜은 이러한 결제 옵션을 제공해야 합니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

O. 사회보장국

사회보장국은 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다.

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

전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 통화 가능 시간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시입니다. 가입자는 하루 24시간 동안 제공하는 자동응답 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣고 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

P. 철도청 은퇴자 위원회(RRB)

RRB는 독립적인 연방 기관으로 미국 철도 근로자 및 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리합니다. RRB를 통해 Medicare에 가입한 경우, 이사를 가거나 우편물 수령 주소가 바뀌면 반드시 해당 기관에 알립니다. RRB의 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 해당 기관에 문의하십시오.

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

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

Q. 고용주의 단체 보험 또는 기타 보험

가입자(또는 가입자의 배우자 또는 동거인)가 이 플랜의 일환으로 가입자의(또는 가입자 배우자의 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받고 있을 경우, 질문은 페이지 하단에 있는 전화번호로 직장/노동조합 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 전화하십시오. 가입자의(또는 가입자 배우자의 또는 동거인의) 직장 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 관해 문의할 수 있습니다. 또한 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.

R. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램

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

다음에 관한 문제가 있는 경우:

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

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

S. Medi-Cal 치과

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

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

전화	1-800-322-6384 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과(FFS) 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 가입자를 지원할 수 있습니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각에 문제가 있거나 말하기에 어려움이 있는 분들이 사용할 수 있습니다. 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Medi-Cal 치과 행위별 수가제 대신 치과 관리 의료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 의료 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜에 관한 추가 정보가 필요하시면 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 1-800-430-4263번으로(TTY 이용자는 1-800-430-7077번으로 전화) 건강 관리 옵션 부서에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 치과 관리 치료 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx에서도 제공됩니다.

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

개요

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

목차

A. 서비스 및 의료 제공자 정보 49

B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙 49

C. 케어 코디네이터 51

C1. 케어 코디네이터란 51

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법 51

C3. 케어 코디네이터 변경 방법 51

D. 의료 제공자의 진료 52

D1. 주치의(PCP)에게서 받는 진료 52

D2. 전문의 및 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 받는 진료 55

D3. 의료 제공자가 플랜을 떠날 때 55

D4. 네트워크 비소속 의료 제공자 57

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS) 57

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 치료) 서비스 58

F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 58

G. 교통 서비스 62
G1. 비응급 상황에서의 의료 교통편 62
G2. 비의료적 교통편 63
H. 의료적 응급 상황, 긴급하게 필요한 경우 또는 재해 발생 시 보장 서비스 64
H1. 의료적 응급 상황 시 진료 64
H2. 긴급하게 필요한 진료 66
H3. 재난 발생 시 진료 67
I. 보장 서비스에 대해 직접 청구를 받는 경우 68
I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 할 일 68
J. 임상 연구에서 의료 서비스 보장 69
J1. 임상 연구의 정의 69
J2. 임상 연구에 참여하는 경우 서비스 비용 지불 69
J3. 임상 연구에 대해 자세히 알아보기 70
K. 종교적 비의학적 의료 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법 70
K1. 종교적 비의학적 의료 기관의 정의 70
K2. 종교적 비의학적 의료 기관에서 받는 진료 70
L. 내구성 의료 장비(DME) 71
L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME 받기 71
L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권 71
L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택 72
L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비 72

A. 서비스 및 의료 제공자 정보

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

의료 제공자란 주 정부가 허가한 의사, 간호사, 기타 가입자에게 서비스와 간호를 제공해 주는 사람을 말합니다. 의료 제공자에는 병원, 가정 건강 기관, 진료소 및 기타 장소(의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS를 제공하는 곳)도 포함됩니다.

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

B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규칙

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

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

- 귀하가 받는 진료는 이 *가입자 핸드북*의 **4 장**에 있는 의료 혜택표에 반드시 포함되어야 합니다 .
- 진료는 반드시 **의학적으로 필요한** 것이어야 합니다 . 의학적으로 필요하다는 것은 당사는 가입자의 의학적 상태를 진단하고 치료하는 데 합리적이고 필요한 서비스를 의미합니다 . 의학적으로 필요한 진료는 사람이 중병에 걸리거나 장애를 갖지 않도록 하고 질환 , 질병 또는 부상을 치료하여 심한 통증을 줄이기 위해 필요합니다 .
- 의료 서비스의 경우 가입자의 진료를 제공하고 감독하는 네트워크 소속 **주치의 (PCP)** 가 지정되어 있습니다 . 플랜 가입자로서 귀하는 PCP 로 네트워크 소속 의료 제공자를 선택해야 합니다 (자세한 정보는 **섹션 D1** 참조).
    - 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 의료 제공자 또는 이 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자로부터 진료를 받기 전 , 가입자의 네트워크 소속 PCP 또는 당사 플랜이 이를 승인해야 합니다 . 이것을 **진료 의뢰**라고 합니다 . 승인을 받지 않으면 해당 서비스에 대한 보장을 받지 못할 수 있습니다 .

- 당사 플랜의 PCP 는 의료 그룹과 연계되어 있습니다 . 담당 PCP 를 선택하실 때 관련 의료 그룹도 선택하게 됩니다 . 이는 PCP 가 소속 의료 그룹과 연계된 전문의 및 서비스에 가입자의 진료를 의뢰하는 것을 뜻합니다 . 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약을 맺은 PCP, 전문의 , 기타 의료 제공자 집단입니다 .

- 응급 치료나 긴급하게 필요한 진료 또는 여성 건강 의료 제공자로부터 진료를 받는 데에는 , 또는 **섹션 D1** 에 나와 있는 기타 서비스에 대해서는 PCP 의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다 .

- **네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받아야 합니다** (자세한 내용은 이 장의 **섹션 D** 참조). 일반적으로 당사는 당사의 건강 플랜과 협력하지 않는 의료 제공자가 제공하는 진료를 보장하지 않습니다 . 즉 , 제공받은 서비스에 대해 의료 제공자에게 전액을 지불해야 합니다 . 이 규칙이 적용되지 않는 다음과 같은 몇 가지 케이스가 있습니다 .

  - 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 또는 긴급하게 필요한 진료가 필요한 경우 (자세한 내용은 **섹션 H** 참조).

  - 당사 플랜이 보장하지만 당사 네트워크 소속 의료 제공자들이 필요한 진료를 제공할 수 없는 경우 , 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다 . 사전 승인 (PA) 이 필요한 경우는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 진료를 받으셔야 하는 경우입니다 . 사전 승인이 되면 요청한 의료 제공자와 수락한 의료 제공자는 승인에 대한 통지를 받게 됩니다 . 이 경우에 당사는 해당 진료를 가입자에게 무료로 보장합니다 . 네트워크 비소속 의료 제공자 이용을 위한 승인 획득 관련 자세한 내용은 **섹션 D4** 를 참조하십시오 .

  - 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 단기간 있는 경우 또는 가입자의 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 액세스할 수 없는 경우 가입자에게 신장 투석 서비스가 필요하다면 , 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 치료를 받을 수 있습니다 .

  - 당사 플랜에 처음 가입하신 경우 가입자의 현재 의료 제공자로부터 계속해서 진료받을 수 있도록 요청하실 수 있습니다 . 몇몇 예외 사항을 제외하고 , 당사는 귀하가 의료 제공자와 기존 관계를 유지하고 있었음을 증명할 수 있는 경우에는 이러한 요청을 승인해야 합니다 . 이 *가입자 핸드북*의 **1 장**을 참조하십시오 . 요청이 승인되면 가입자의 현재 의료 제공자로부터 해당 서비스를 최대 12 개월 계속해서 받으실 수 있습니다 . 이 기간에 귀하의 케어 코디네이터가 연락해서 담당 PCP 의료 그룹과 연계된 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 찾도록 도와 드릴 것입니다 . 12 개월 후에도 당사 네트워크 소속이 아니고 담당 PCP 의료 그룹과 협약하지 않은 의료 제공자의 진료를 계속해서 받으실 경우 , 당사는 가입자의 진료에 대해 더 이상 보장하지 않습니다 .

기타 건강 보장: 가입자는 Medi-Cal이 마지막 지불자이기 때문에 1차 건강 보험 보장에 따라 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우 Medi-Cal 이전에 다른 모든 건강 보험 보장을 활용해야 합니다. 이는 대부분의 경우 Medi-Cal이 Medicare 의 2차 지불자가 되며, Medicare 또는 다른 의료 보장에서 Medi-Cal 요율까지 지불하지 않은 보조금 비용을 보장한다는 뜻입니다.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입을 요청한 다음달 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 가입됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 최대 2개월간 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 질문이 있는 경우 페이지 하단에 있는 번호로 당사에 전화해 주십시오.

C. 케어 코디네이터

C1. 케어 코디네이터란

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

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

가입자 서비스부는 귀하가 케어 코디네이터에게 문의할 수 있도록 도움을 드릴 수 있습니다. 케어 코디네이터는 가입자의 의료 관련 요구를 지원할 수 있습니다. 당사의 진료 조율 팀이 가입자에게 전화해 케어 매니저와 소통하고 싶은지를 질문할 수 있습니다.

C3. 케어 코디네이터 변경 방법

케어 코디네이터를 변경하려는 경우 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

D. 의료 제공자의 진료

D1. 주치의(PCP)에게서 받는 진료

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

PCP의 정의와 PCP의 역할

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, 산부인과(OB/GYN), 노인병학 전문의가 포함됩니다.

가입자는 비의사 의료 전문가를 PCP로 선택할 수 있습니다. 비의사 의료인으로는 공인 조산사, 실무 전문 간호사(NP) 또는 의사 보조 인력(PA)이 있습니다. 가입자는 감독 PCP에 연결되지만, 가입자가 선택한 비의사 의료 전문가의 서비스를 계속 받게 됩니다. 가입자는 감독 PCP를 변경하여 의료 전문가의 선택을 변경할 수 있습니다. 가입자의 ID 카드는 감독 PCP의 이름으로 인쇄됩니다. 전문의가 귀하의 PCP가 될 수도 있습니다. 전문의는 가입자가 필요로 하는 의료 서비스를 제공할 의지와 능력을 갖추어야 합니다.

선택할 수 있는 주치의는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에 참가하는 데 동의한 전문의 또는 시설로 제한됩니다. 이 플랜을 선택함으로써 해당 서비스에 대해 특정 의료 제공자만을 이용해야 하므로 해당 의료 제공자 목록에 정기적으로 이용하는 의료 제공자가 포함되어 있는지 꼼꼼하게 검토해야 합니다. 의료 제공자 명부는 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에 나와 있습니다.

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

- X선 ,
- 검사실 검사 ,
- 요법 ,
- 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 (예: 전문의에게로의) 진료 의뢰 및/또는 사전 승인(미리 받는 승인)을 받아야 합니다. 귀하가 필요로 하는 서비스가 사전 승인을 요하는 것이면, PCP가 당사 플랜 또는 귀하의 의료 그룹 측에 승인을 요청할 것입니다. 진료 의뢰 및/또는 사전 승인이 필요한 서비스 및 품목은 본 *가입자 핸드북* **4장**을 참조하십시오.

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.

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.

PCP의 선택

당사 플랜에 가입하실 때 귀하는 당사 네트워크에서 계약 의료 그룹을 선택하게 됩니다. 의료 그룹은 서로 협력하고 당사 플랜과 협력하기로 계약을 맺은 PCP, 전문의, 기타 의료 제공자 집단입니다. 또한 이 계약 의료 그룹에서 PCP를 선택하시게 됩니다. 담당 주치의의 진료실은 쉽게 갈 수 있어야 합니다. 가입자는 거주지나 근무지에서 30분 또는 10마일 이내에 있는 PCP를 요청할 수 있습니다. 의료 그룹(및 연계 PCP와 병원)은 *의료 제공자 및 약국 명부*나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2027providerdirectories에서 확인하실 수 있습니다.

이용 가능한 의료 제공자를 확인하시거나 특정 PCP에 대한 문의 사항이 있으시면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

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

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

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

담당 PCP 변경 옵션

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

귀하의 요청은 당사 플랜이 귀하의 요청을 받은 날의 다음달 첫째 날에 적용됩니다. PCP를 변경하려면 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

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

또한 가입자 서비스부에서는 새로운 PCP의 이름과 전화번호가 명시된 새로운 가입자 카드를 가입자에게 보냅니다.

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

담당 PCP의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

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

- 네트워크 소속 의료 제공자나 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 응급 시에 받는 서비스
- 긴급하게 필요한 보장 서비스는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역을 일시적으로 벗어나 있거나 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받기 위해 시간 , 장소 및 상황을 고려할 때 즉각적인 치료가 필요한 서비스 (응급 상황은 아님) 입니다 . 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예측하지 못한 의료 질환 및 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급격한 재발 등이 있습니다 . 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 (연례 검진 같은) 의학적으로 필요한 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다 .
- 가입자가 당사 플랜 서비스 지역 외에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 결석 서비스 . 가입자가 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 전화하시면 저희는 가입자의 서비스 지역 이외 체재 중 투석을 받을 수 있도록 도움을 드릴 수 있습니다 .
- 독감 주사 및 COVID-19 백신 , B 형 간염 백신 , 폐렴 백신 . 단 네트워크 소속 의료 제공자에게서 받는 것이어야 함 .

- 정기적인 여성 진료 및 가족 계획 서비스 . 여기에는 유방 검사 , 유방암 선별검사 (유방 X 선), 팹 테스트 , 자궁 경부암 검사 등이 포함됩니다 . 단 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받아야 합니다 .

또한, 귀하가 아메리카 원주민 가입자일 경우, 네트워크 소속 PCP의 진료 의뢰 또는 사전 승인 없이 귀하가 선택한 원주민 의료 제공자부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의 및 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 받는 진료

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

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

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 D1**에 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 내용은 가입자 핸드북 **4장**을 참조하십시오.

각 플랜 PCP는 특정 플랜 전문의에게 진료 의뢰를 할 수 있으며 해당 네트워크 내의 특정 병원을 사용합니다. 일부 PCP는 제한적이거나 특정 진료 의뢰 네트워크에 참여하므로, 사용자가 선택하는 PCP가 귀하가 이용할 전문가 및 병원을 결정할 수 있습니다. 이용하려는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 플랜 PCP가 해당 전문의 또는 병원을 사용하는지 확인하십시오. 가입자가 플랜 전문의에게 진료를 받고 싶거나 현재 담당 PCP가 추천할 수 없는 병원에 가고 싶은 경우 언제든지 PCP를 교체할 수 있습니다. **섹션 D1**에서 PCP를 변경하는 방법을 설명합니다.

D3. 의료 제공자가 플랜을 떠날 때

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

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 연중 변경되더라도 당사는 귀하가 자격을 갖춘 의료 제공자의 서비스를 지속적으로 받으실 수 있도록 해야 합니다 .
- 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 , 귀하가 새로운 의료 제공자를 선택할 수 있는 시간을 확보할 수 있도록 당사는 이를 통보합니다 .
    - 가입자의 주치의 또는 행동 건강 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우 , 당사는 가입자가 지난 3 년 내에 해당 의료 제공자를 방문한 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다 .
    - 귀하의 다른 의료 제공자가 당사의 플랜을 탈퇴하는 경우 , 당사는 가입자가 해당 의료 제공자에게 배정되거나 , 현재 해당 의료 제공자로부터 치료를 받고 있거나 , 지난 3 개월 이내에 방문한 적이 있을 경우 가입자에게 통보할 것입니다 .
- 당사는 귀하가 자격을 갖춘 새로운 네트워크 소속 의료 제공자를 선택하시도록 도와 귀하의 건강 관리 요구를 지속적으로 관리합니다 .
- 가입자가 현재 의료 제공자로부터 의학적 치료 또는 요법을 받고 있다면 , 가입자는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법을 네트워크 외부 의료 제공자로부터 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 .
- 당사에서 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 소속의 자격을 갖춘 전문의를 찾지 못하는 경우 , 네트워크 소속 의료 제공자나 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의료적 요구를 충족하기에 부족하다면 당사는 귀하에게 진료를 제공할 네트워크 비소속 전문의를 배정해야 합니다 . 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 .
- 귀하의 의료 제공자 중 한 사람이 당사 플랜을 떠나는 것을 알게 된 경우 당사에 문의하십시오 . 새로운 의료 제공자를 선택하고 진료를 관리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다 .
- 당사가 이전 의료 제공자를 자격을 갖춘 의료 제공자로 대체하지 않았거나 귀하의 진료를 적절하게 관리하지 않는다고 생각하시면 품질 개선 기관 (QIO) 에 진료 품질 불만사항 , 진료 품질 고충을 제기하거나 또는 둘 다 제출할 수 있는 권리가 있습니다 . (자세한 내용은 **9 장**을 참조하십시오).

D4. 네트워크 비소속 의료 제공자

응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스의 경우 진료 의뢰, 즉 사전 승인 없이 네트워크 비소속 의료 제공자에게 갈 수 있습니다. ESRD를 앓는 가입자를 위한 투석 서비스는 가입자가 계획된 서비스 지역 외부로 여행 중이거나 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없는 경우 사전 승인 없이 보장됩니다. 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 경우, 가입자는 사전 서면 승인을 받아야 합니다. 당사는 귀하에게 서비스를 제공하도록 승인되지 않은 네트워크 비소속 의료 제공자에게 비용을 지불할 수 없습니다. 승인되지 않은 의료 제공자 이용을 선택한 경우, 받는 서비스의 전체 비용을 가입자가 지불해야 합니다.

가입자가 네트워크 비소속 의료 제공자의 진료를 받으신 경우, 해당 의료 제공자는 반드시 Medicare 또는 Medi-Cal을 수락해야 합니다.

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

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

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

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

1. 요양시설-A(NF-A) 치료 이상의 수준, 자격 요건 및 의학적 필요성 기준을 충족하는 가입자.
2. 기질적, 후천적 또는 외상성 뇌 손상 및/또는 만성 정신 질환을 앓고 있으며, 일상 생활의 특정 활동이나 일상 생활의 특정 도구적 활동에 대한 지원이나 감독의 필요성을 보여주는 개인.
3. 5기, 6기 또는 7기의 특징을 보이는 중등도~중증 수준의 Alzheimer병 또는 기타 치매 환자를 앓는 가입자.
4. 중등도 Alzheimer 또는 4기 Alzheimer가 특징인 기타 치매를 포함한 경증 인지 손상을 앓는 가입자.
5. 지역 센터 기준 및 자격 요건을 충족하는 발달 장애가 있는 개인.

LTSS를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가정 지원 서비스(IHSS) 프로그램에 대한 자세한 내용은 **4장**을 참조하십시오.

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 남용 치료) 서비스

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 권리가 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal Managed Care에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 특수 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 치료 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 지역 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

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

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

- 정신 건강 서비스
- 투약 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 중재 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 주거형 치료 서비스
- 위기 주거형 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 대상 케이스 관리
- 사법 관련 사회 복귀
- 적극적 지역사회 기반 치료 (ACT)
- 법의학 적극적 지역사회 기반 치료 (FACT)

- 초발 정신병 (FEP) 에 대해 조정된 특별 치료 (CSC)
- 클럽 하우스 서비스
- 향상된 커뮤니티 보건 종사자 (CHW) 서비스
- 고용 지원
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 치료상 행동 서비스
- 치료적 위탁 보호
- 중환자실 조정
- 집중 가정 기반 서비스

아래 카운티 주체에서 제공하는 약물 Medi-Cal(DMC) 서비스는 다음과 같습니다.

카운티	기관
Los Angeles	Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH) 및 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리)(DPH/SAPC)

- 집중 외래 치료 서비스
- 주산기 주거형 약물 남용 치료
- 외래 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약물 (투약 지원 치료)
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스

이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하면 Drug Medi-Cal 조직 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스는 Medi-Cal 행위별 수가제(FFS) 의료 제공자를 통해 제공됩니다. DMC-ODS 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물 (투약 지원 치료)
- 주거형 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조율
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 우발 사태 관리 서비스
- 조기 개입 서비스 (만 21 세 미만 가입자 대상)
- 조기 정기 선별검사 , 진단 및 치료 (만 21 세 미만 가입자 대상)
- 입원 치료 서비스

위에 나열된 서비스뿐만 아니라 귀하가 기준에 부합된다면 자발적 입원 해독 치료를 이용하실 수도 있습니다.

또한 Medicare에서 보장하고 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 행동 건강 서비스를 통해 관리되는 다음과 같지만 이에 국한되지는 않는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받으실 수도 있습니다.

- 외래 서비스 : 약물 남용 장애와 관련된 외래 위기 개입 , 단기 평가 및 치료 요법 , 중장기 특화 치료 요법 , 재활 치료 .
- 입원 서비스 및 용품 : 시설에서 일반적으로 제공하는 특수 치료 장치 , 용품 및 보조 서비스를 포함하여 2 개 이상의 병상이 방에서의 숙박 .

- 입원 및 대체 치료 수준 : Medicare 인증 시설에서의 부분 입원 및 집중적인 외래 환자 서비스 .
- 해독 : 약물 남용 장애와 관련된 급성 해독 치료 및 급성 의학적 상태의 치료를 위한 입원 서비스 .
- 응급 서비스 : 정신과적 응급 의학적 상태인지를 결정하기 위한 선별검사 , 검사 , 평가 및 정신과적 응급 의학적 상태의 완화 또는 제거를 위해 필요한 진료 및 치료 .

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항

행동 건강 서비스 제외 및 제한 사항 목록은 **4장** 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal이 보장하지 않는 혜택을 참조해 주십시오.

행동 건강 서비스에 대한 의학적 필요성을 결정하는 데 사용되는 프로세스

플랜은 보장되는 특정 행동 건강 서비스 및 용품을 승인해야 합니다. 사전 승인이 요구되는 서비스에 대한 자세한 내용은 **4장**을 참조해 주십시오. 이러한 서비스에 대한 사전 승인을 받으려면 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해야 합니다. 10월 1일부터 3월 31일 사이에는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일 사이에는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 연락하실 수 있습니다. 이 플랜은 추가 치료가 필요한지 판단하기 위해 귀하를 평가할 가까운 계약 정신 건강 전문가에게 귀하를 소개할 것입니다. 치료가 필요하면 계약 정신 건강 전문가가 치료 계획을 세워 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 검토를 받기 위해 제출할 것입니다. 치료 계획에 포함된 서비스는 플랜이 승인하면 보장됩니다. 플랜이 치료 계획을 승인하지 않을 경우 그 병증에 관련한 서비스 또는 소모품이 더 이상 보장되지 않습니다. 그러나 플랜은 필요한 치료를 받을 수 있도록 가입자를 카운티 정신 건강 부서로 안내할 수 있습니다.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 및 카운티 기관 간의 진료 의뢰 절차:

행동 건강 서비스에 대한 진료 의뢰는 당사 플랜과 다음 카운티 기관 간에서 이루어질 수 있습니다.

카운티	기관
Los Angeles	Los Angeles 카운티 정신 보건부(DMH) 및 Los Angeles 카운티 공중 보건부(약물 남용 예방 및 관리)(DPH/SAPC)

행동 건강 서비스 진료 의뢰는 많은 곳에서 받을 수가 있습니다. 여기에는 카운티 행동 건강 의료 제공자, 카운티 케이스 관리자, PCP, 가입자나 가입자의 가족 등이 포함됩니다. 이러한 진료 의뢰자들은 가입자 ID 카드나 이 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 전화하여 당사에 문의하시면 됩니다. 당사는 자격 여부를 확인하고 적절한 경우 서비스를 승인합니다.

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

카운티 특수 정신 건강 또는 알코올 및 의약품 치료 서비스로의 진료 의뢰는 귀하가 직접 하실 수도 있습니다.

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

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

이 섹션에 포함된 혜택은 다른 혜택과 같은 이의 신청 절차가 적용됩니다. 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **9장**을 참조하십시오.

G. 교통 서비스

G1. 비응급 상황에서의 의료 교통편

예약 장소까지 자동차, 버스 또는 택시를 이용할 수 없는 의료적 요구가 있는 경우 비응급 상황에서의 의료 교통편(NEMT)을 이용할 수 있습니다. NEMT는 의료, 치과, 정신 건강, 물질이용 및 약국 예약과 같은 모든 Medi-Cal 보장 서비스에 제공될 수 있습니다. NEMT가 필요한 경우 PCP에게 문의하여 이를 요청할 수 있습니다. PCP가 귀하의 요구에 맞는 최적의 수송 유형을 결정할 것입니다. 귀하에게 NEMT가 필요한 경우 PCP 또는 기타 의료 제공자가 양식을 작성하여 승인을 위해 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 제출하여 이를 처방합니다. 의학적 필요에 따라 최대 12개월 동안 승인을 받을 수 있습니다. PCP는 최대 12개월 동안 NEMT의 필요성을 재평가합니다.

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

다음 경우에 NEMT를 사용해야 합니다.

- 귀하가 예약 시간에 버스 , 택시 , 자동차 또는 밴을 사용할 수 없기 때문에 PCP 의 서면 승인에 따라 결정된 대로 신체적 또는 의학적으로 수송이 필요한 경우 .

- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지 , 차량 또는 치료 장소를 오가기 위해 운전사의 도움이 필요한 경우 .

담당 의사가 비응급 **정기 일정**에 처방한 의료 수송에 대해 문의하려면 예약 시간 최소 72시간 전에(월요일~금요일) Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. **예약**인 경우 가능한 한 빨리 문의하십시오. 전화 시 가입자 ID 카드가 필요합니다. 자세한 정보가 필요한 경우에도 연락하실 수 있습니다.

의료 수송 제한

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 자택에서 이용할 수 있는 가장 가까운 의료 제공자에게 갈 수 있는 의학적 필요를 충족하는 가장 저렴한 의료 수송을 보장합니다. Medicare 또는 Medi-Cal이 해당 서비스를 보장하지 않는 경우 의료 수송이 제공되지 않습니다. 해당 예약 유형이 해당 건강 플랜이 아닌 Medi-Cal에서 보장되는 경우 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 수송편 일정을 잡을 수 있도록 도와 드립니다. 보장 서비스 목록은 본 *가입자 핸드북* **4장**에서 확인할 수 있습니다. 사전 승인이 없는 한 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 네트워크 또는 서비스 지역 밖에서는 수송을 보장하지 않습니다.

G2. 비의료적 교통편

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

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

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

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

마일리지 상환을 위해서는 다음이 필요합니다.

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

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

참고: 아메리카 원주민 가입자는 해당 지역 원주민 건강 진료소에 연락하여 비의료 교통편을 요청하실 수 있습니다.

비의료 이송 제한

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

다음과 같은 경우에는 NMT가 적용되지 **않습니다.**

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

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

H1. 의료적 응급 상황 시 진료

의료적 응급 상황은 질환, 심각한 통증, 심각한 부상 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태와 같은 증상이 있는 의학적 상태입니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 귀하 혹은 타인이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다.

- 귀하 또는 태아의 생명에 심각한 위험을 초래할 수 있는 상황 **또는**
- 신체 기능의 상실이나 중대한 피해 , **또는**
- 신체 기관이나 부위의 중대한 기능 장애 **또는**
- 진통 중인 임산부의 경우 :
    - 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않을 때 .

- 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우 .

가입자에게 의료적 응급 상황이 발생한 경우 다음 조치를 취합니다.

- **최대한 신속하게 도움을 받습니다 .** 911 에 전화하시거나 가장 가까운 응급실 또는 종합 병원을 이용하십시오 . 가입자에게 필요할 경우 구급차를 부릅니다 . 가입자는 담당 PCP 의 승인 또는 진료 의뢰를 받을 필요가 **없습니다** . 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 필요는 없습니다 . 필요한 경우 미국이나 그 영토 어디에서나 네트워크 소속 의료 제공자가 아니더라도 적절한 주 면허를 가진 의료 제공자에게서 보장 응급 의료 서비스를 받을 수 있습니다 .

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

의료적 응급 상황 시 보장 서비스

저희 플랜은 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 시 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 앰뷸런스 서비스를 보장해 드립니다. 또한 저희는 응급 상황에서 의료 서비스를 보장합니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북의* **4장**에 있는 혜택표를 참조하십시오.

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

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

당사 플랜은 귀하의 후속 치료를 보장합니다. 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 응급 치료를 받으실 경우, 가능하면 빨리 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 진료를 맡게 되도록 노력할 것입니다. 응급 치료를 받은 후 5~7일 이내에 주치의의 후속 조치를 받는 것을 권장합니다. 필요한 후속 예약을 확보하고 다른 유용한 회복 혜택을 받을 수 있도록 저희 진료 팀이 전화를 드릴 수 있습니다.

응급 상황이 아닌 경우 응급 치료 받기

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

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

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

H2. 긴급하게 필요한 진료

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

당사 플랜 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 진료

다음 조건에 부합할 때만 긴급하게 필요한 진료를 보장합니다.

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

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

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

상황이 심각하지 않을 경우 PCP 또는 의료 그룹에 문의하십시오. 전화를 걸 수 없거나 즉시 의료 진료가 필요한 경우 가까운 의료 센터, 긴급 진료 센터 또는 병원으로 이동하십시오.

응급 상황인지 긴급 진료가 필요한지 확실하지 않은 경우, 당사 간호사 상담 라인을 밤낮으로 언제든지 이용하실 수 있습니다. 가입자는 1-800-431-9007(TTY 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 전화하여 당사의 간호사 상담 라인으로 연락하실 수 있습니다.

또한 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요한 경우 가입자 ID 카드 뒷면의 번호 또는 이 페이지 아래쪽의 번호로 전화를 걸어 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 가입자 서비스부에서 간호사 상담 라인으로 연결해 드릴 수도 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 밖에서 긴급하게 필요한 진료

귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우, 네트워크 소속 의료 제공자에게서 진료를 받을 수가 없는 경우도 있습니다. 그런 경우, 당사 플랜은 귀하가 어떤 의료 제공자에게서 받든 긴급하게 필요한 진료를 보장해 드립니다. 그러나 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 연례 검진 같은, 의학적으로 필요한 정기적 제공자 방문은 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

저희 플랜은 아래와 같은 상황 하에 미국 및 그 영토 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 $50,000 금액을 보장받습니다. 이 금액을 초과하는 비용은 보장되지 않습니다.

다른 국가에서 미국으로 돌아오는 교통편과 미국 외 지역에서 구입한 의약품은 보장되지 않습니다. 또한 입원 치료를 위해 입원한 경우에는 전 세계 응급실 비용 분담이 면제되지 않습니다.

가능하면 48시간 이내에 연락하여 응급실 방문에 대해 알려주십시오.

자세한 내용은 본 *가입자 핸드북*의 **4장**에 있는 혜택표의 '응급 치료' 및 '긴급하게 필요한 서비스'를 참조하거나 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

미국 외 지역에서 받은 긴급하게 필요한 서비스는 전 세계 응급/긴급 상황 보장 혜택 하에서의 응급 상황으로 간주될 수도 있습니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **4장**에 있는 혜택표에서 '응급 치료' 항목을 참조하십시오.

H3. 재난 발생 시 진료

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

재난 발생 시 필요한 치료를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

재난 상황 중에 네트워크 소속 의료 제공자의 서비스를 받으실 수 없을 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자의 서비스를 무료로 받으실 수 있습니다. 재난 상황 중에 네트워크 소속 약국을 이용하실 수 없는 경우, 네트워크 비소속 약국에서 의약품을 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.

I. 보장 서비스에 대해 직접 청구를 받는 경우

보장 서비스 비용을 지불**했거나** 보장 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우에 해야 할 일을 알아보려면 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참고하시기 바랍니다.

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

I1. 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 할 일

당사 플랜은 다음과 같은 모든 서비스를 보장합니다.

- 의학적으로 필요한 것으로 결정된 서비스 , **그리고**
- 당사 플랜의 혜택표 (이 *가입자 핸드북*의 **4 장** 참조) 에 수록된 서비스 **그리고**
- 플랜의 규칙에 따라 귀하가 받는 서비스 .

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

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

이 *가입자 핸드북*의 **9장**에서는 당사가 의료 서비스 또는 품목을 보장하기를 원할 때 어떻게 해야 하는지를 설명합니다. 당사의 보장 결정에 대해 이의 신청하는 방법도 나와 있습니다. 이의 신청에 대한 귀하의 권리에 대해서는 가입자 서비스부에 전화하십시오.

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

J. 임상 연구에서 의료 서비스 보장

J1. 임상 연구의 정의

임상 연구(임상 시험이라고도 함)는 의사들이 신종 치료 또는 의약품을 시험하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상 연구에서는 일반적으로 지원자를 연구에 참여시켜 줄 것을 요청합니다. 임상 연구 참여 시, 가입자는 당사의 플랜에 여전히 가입된 상태로 플랜을 통해 나머지 진료(연구와 관련되지 않은 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

Medicare 승인 임상 연구에 참여하고 싶으신 경우, 당사에 알리거나 당사나 주치의로부터 승인을 받으실 필요가 **없으나**, 당사에 알려 주시기를 권장합니다. 연구의 일환으로 귀하에게 진료를 제공하는 의료 제공자는 네트워크 소속일 필요가 **없습니다**. 이는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 등록을 요하는 보장 혜택에 적용되지 않으며, 증거 개발(NCDs-CED) 및 시험 기기 면제(IDE)가 포함된 보장이 필요한 특정 혜택을 포함합니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규칙의 적용을 받을 수도 있습니다.

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

J2. 임상 연구에 참여하는 경우 서비스 비용 지불

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

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

귀하가 Medicare가 승인하지 **않은** 연구에 참여한다면, 연구 참여에 드는 모든 비용을 귀하가 지불합니다.

J3. 임상 연구에 대해 자세히 알아보기

Medicare 웹사이트(https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)에서 "Medicare 및 임상 연구"를 읽어 보시면 임상 연구 참여에 관한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

K. 종교적 비의학적 의료 기관에서 의료 서비스를 보장받는 방법

K1. 종교적 비의학적 의료 기관의 정의

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

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

K2. 종교적 비의학적 의료 기관에서 받는 진료

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

- '비 예외' 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 **요구되지 않는, 자발적인** 모든 진료 또는 치료를 말합니다.
- '예외적' 의학적 치료란 연방 정부, 주 정부, 지방 법규에 **요구되는, 자발적이지 않은** 진료 또는 치료를 말합니다.

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

- 치료를 제공하는 시설은 Medicare 의 인증을 받아야 합니다.
- 당사의 플랜은 치료의 비종교적 측면만을 보장합니다.
- 귀하가 시설에 머무는 동안 이러한 기관으로부터 서비스를 받으신 경우:
  - 병원 입원 치료 또는 전문요양시설에서의 간호를 위해 보장 서비스를 받아야 하는 가입자의 의학적 상태가 있어야 합니다.
  - 시설에 입원하기 전에 당사 플랜의 사전 승인을 반드시 받아야 합니다. 그렇지 않으면 입원이 보장되지 **않습니다**.

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

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 당사 플랜의 가입자로서 DME 받기

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

보철 같은 일정 DME 품목은 가입자가 소유합니다.

본 섹션에서는 귀하가 대여하는 DME에 대해 설명합니다. 당사 플랜의 가입자로서, 해당 품목이 의학적으로 필요하고 장기간 필요로 하는 한, 가입자는 대여한 DME의 소유권을 가지게 되실 수도 있습니다. 또한 해당 품목은 반드시 귀하의 PCP, 의료 그룹 및/또는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 승인, 마련 및 조정해야 합니다. 내구성 의료 장비의 임대 또는 소유 요건과 제출 문서에 관한 정보는 이 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

저희 플랜의 가입자인 동안 DME 품목의 소유권을 취득하고 장비를 유지 보수해야 하는 경우, 의료 제공자는 수리 비용에 대해 플랜에 청구할 수 있습니다. 소유권을 획득하지 않는 특정 유형의 DME도 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 DME의 임대 또는 소유 요구조건과 제출하여야 하는 서류에 대해 알아보실 수 있습니다.

당사 플랜에 가입하기 전에 Medicare에서 최대 12개월 연속으로 DME를 보유했더라도 가입자는 장비를 소유하지 **않습니다**.

L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

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

더 이상 Medi-Cal에 가입되어 있지 않으시다면 Original Medicare 하에서 지불금을 13회 연속으로 지불하시거나 MA 플랜에서 정한 연속 지불 횟수대로 지불하신 후, 아래 경우에 해당하면 DME 품목을 소유하실 수 있습니다.

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

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

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

L3. 당사 플랜 가입자의 산소 장비 혜택

Medicare에서 보장하는 산소 장비에 대한 자격을 갖추시면 당사는 다음을 보장합니다.

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

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

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

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **귀하가 당사 플랜을 떠나 Original Medicare로 전환하는 경우**, 귀하는 공급업체로부터 36개월 동안 해당 장비를 대여하게 됩니다. 월별 대여 지불금은 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스를 보장합니다. Medicare와 Medi-Cal에 아직 가입되어 있으신 경우 Medicare 및 Medi-Cal은 이러한 지불을 보장합니다.

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

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

5년이 지난 후에도 산소 장비가 여전히 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체는 더 이상 이를 제공할 필요가 없으며 , 귀하는 어떤 공급업체든지 교체 장비를 받도록 선택하실 수 있습니다 .

- 새로운 5 년의 기간이 다시 시작됩니다 .
- 공급업체로부터 36 개월 동안 대여합니다 .
- 공급업체가 추가 24 개월 동안 산소 장비 , 용품 및 서비스를 제공합니다 .
- 산소 장비가 의학적으로 필요한 한 , 5 년마다 새로운 주기가 시작됩니다 .

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

4장: 혜택표

개요

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

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입을 요청한 다음달 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 가입됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 보장에는 공백 기간이 발생하지 않습니다. 문의 사항은 당사에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

목차

A. 보장 서비스 76
B. 가입자에게 진료비를 청구하는 의료 제공자에 대한 규칙 76
C. 당사 플랜의 혜택표 정보 76
D. 당사 플랜의 혜택표 80
E. 커뮤니티 지원 151
F. 당사 플랜 외 보장 혜택 156
F1. California 커뮤니티 전환(CCT) 156
F2. Medi-Cal 치과 157
F3. 가정 지원 서비스(IHSS) 158
F4. 1915(c) 가정과 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램 158
F5. 당사 플랜 외로 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 치료 서비스) 161
G. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않는 혜택 164

A. 보장 서비스

본 장은 당사 플랜에서 보장하는 서비스에 대해 알려 줍니다. 보장되지 않는 서비스에 대해서도 알아볼 수 있습니다. 약물 유익성에 대한 정보는 이 *가입자 핸드북*의 **5장**에 나와 있습니다 이 장에서는 일부 서비스에 대한 제한도 설명합니다.

귀하는 Medi-Cal의 도움을 받으시기 때문에 당사 플랜 규칙을 따르는 한, 보장 서비스에 대해서 아무 것도 지불하시지 않습니다. 당사 플랜의 규칙에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **3장**을 참조하십시오.

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

B. 가입자에게 진료비를 청구하는 의료 제공자에 대한 규칙

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

귀하는 의료 제공자에게서 보장 서비스에 대한 지불 청구서를 받으시면 안 됩니다. 받은 경우, 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

C. 당사 플랜의 혜택표 정보

혜택표는 당사 플랜이 지불하는 서비스를 말해 줍니다. (의약품 보장은 **5장**에 나와 있습니다.) 보장 서비스를 알파벳 순서로 나열하고 소개합니다.

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

- 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 정한 규칙에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 제공합니다 .
- 의료 , 행동 건강 및 약물 남용 치료 서비스 , 장기 서비스 및 지원 , 용품 , 장비 및 의약품을 포함하는 서비스는 ' 의학적으로 필요한 ' 것이어야 합니다 . 의학적으로 필요하다는 말은 가입자가 의학적 상태를 예방 , 진단 , 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스 , 용품 또는 의약품을 뜻합니다 . 여기에는 병원 또는 요양시설에 입원하지 않도록 하는 진료가 포함됩니다 . 또한 이는 서비스 , 용품 또는

의약품이 진료의 승인된 기준을 충족함을 의미합니다 . 생명을 보호하고 중대한 질병이나 심각한 장애를 예방하거나 중증 통증을 완화하기 위해 합리적이고 필요할 때 " 의학적으로 필요한 서비스 " 입니다 .

- 신규 가입자의 경우 , 처음 90 일 동안은 네트워크 비소속 의료 제공자 이용으로 시작된 서비스에 대한 치료 과정이 있었더라도 활성 치료 과정에 대한 사전 승인을 받지 않아도 됩니다 .

- 네트워크 소속 의료 제공자에게서 서비스를 받습니다 . 네트워크 소속 의료 제공자란 당사와 협약한 의료 제공자를 뜻합니다 . 대부분의 경우 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받는 진료는 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료이거나 플랜 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 진료 의뢰를 제공한 경우 외에는 보장되지 않습니다 . 이는 가입자가 받는 네트워크 비소속 서비스에 대해 가입자가 의료 제공자에게 전액을 지불해야 한다는 것을 의미할 수 있습니다 . 이 *가입자 핸드북*의 **3 장**에서 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 방법에 대해 자세하게 확인하실 수 있습니다 .

- 가입자에게는 진료를 제공하고 이를 전반적으로 관리하는 주치의 (PCP) 또는 진료 팀이 있습니다 . 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 PCP 또는 당사 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 방문하기 전에 PCP 가 이를 승인해야 합니다 . 이것을 진료 의뢰라고 합니다 . 이 *가입자 핸드북* **3 장**에서 진료 의뢰를 받는 것과 **진료 의뢰가 필요하지 않은** 경우에 대해 자세히 확인하실 수 있습니다 .

- 당사는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 당사의 승인을 먼저 얻은 경우에 한해 혜택표에 있는 일부 서비스를 보장합니다 . 이것을 사전 승인 (PA) 이라고 합니다 . PA 가 필요한 보장 서비스는 혜택표에서 기울임꼴 형식으로 표시됩니다 .

- 당사 플랜이 치료 과정에 대한 PA 요청을 승인하는 경우 , 해당 승인은 보장 기준 , 귀하의 의학적 병력 및 치료 제공자의 권고에 따른 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다 .

- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로 , 저희도 Original Medicare 에서 보장하는 모든 사항을 보장합니다 (보장 사항 및 Original Medicare 에 대한 자세한 내용을 알아보시려면 2027 년 *Medicare 와 가입자* 핸드북을 참조하십시오 . www.Medicare.gov 에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 문의하여 사본을 요청하십시오 . TTY 사용자를 위한 전화번호는 1-877-486-2048 번입니다 .)

- Medicare 가 2027 년도에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우 , Medicare 또는 저희 플랜에서 이들 서비스를 보장해 드립니다 .

- 가입자가 저희 플랜의 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 3 개월의 기간 중에 Medi-Cal 을 상실하는 경우 , 저희는 모든 Medicare Advantage 플랜 보장 Medicare 혜택을 계속 제공합니다 . 그러나 Medi-Cal 보장은 당사 Medicare 보장에 비해 더 빨리 종료될 수 있습니다 . Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 가입자의 Medi-Cal 혜택에 대해 지급하지 않습니다 . Medi-Cali 를 상실하지 않은 경우 당사는 Medi-Cal 에서 지급한 모든 Medicare 비용 분담 비용을 지불합니다 . 추가 정보는 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오 .

  Medi-Cal 자격을 다시 얻도록 도와드리겠습니다. Medicare 보장을 위해 당사에 등록되어 있을 때 Medi-Cal 자격이 복원되면 당사는 Medi-Cal 혜택을 위한 결제를 재개하며, 귀하의 당사 등록 사항은 계속 진행됩니다. Medicare 보장에서 당사가 귀하를 탈퇴시킨 후 Medi-Cal 자격을 다시 얻고자 하는 경우, 플랜에 다시 등록하려면 당사에 연락을 주셔야 합니다.

특정 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 SSBCI 에 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 . Wellcare 는 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 12 월 31 일에 종료됩니다 . 가입자가 이러한 혜택을 계속 받으려면 플랜 연도마다 적합성 요건을 충족해야 합니다 .

- 더 자세한 사항은 아래 혜택표의 만성 질환 관련 특별 추가 혜택 III 행을 참조하십시오 .
- 귀하가 받을 수 있는 혜택을 정확히 알고 싶으시다면 저희에게 연락해 주십시오 .

모든 예방 서비스는 무료입니다. 이 사과 🍎는 혜택표의 예방 서비스를 나타냅니다.

D. 당사 플랜의 혜택표

보장 서비스		가입자 지불
🍎	**복부 대동맥류 선별검사** 당사는 위험률이 높은 분들을 위해 초음파 검사 1회에 대한 비용을 지불합니다. 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.	$0
	침술 당사는 한 달에 최대 이 회 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 외래환자 침술 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 또한, 당사는 다음과 같이 정의된 만성 요통의 경우 90일 동안 최대 12회 침술 치료 방문에 대해 지불합니다. • 통증이 12주 이상 이어짐 • 불특정함(전이성 질환, 염증성 질환 또는 감염성 질환과 관련 없는 것과 같이, 확인할 수 있는 조직적 원인이 없음) • 수술과 관련이 없는 경우, • 임신과 관련이 없는 경우. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	침술 (계속) 또한, 당사는 만성 요통이 개선된 경우 추가 8회의 침술에 대한 비용을 지불합니다. 매년 만성 요통을 위한 침술 치료 횟수는 20회 이하가 될 수 있습니다. 호전되지 않거나 악화되는 경우에는 침술 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 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	침술 (계속) 침술을 제공하는 보조 의료인은 규정에 따라 요구되는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독을 받아야 합니다. Medicare 혜택을 모두 소진한 후에는, 다음 서비스 중 월 최대 2회까지만 이용할 수 있으며, 서로 다른 서비스를 조합하는 경우에도 합산하여 월 2회로 제한됩니다: 침술, 지압요법, 작업 치료, 언어 치료, 청각학 서비스 또는 족부 의학 서비스. **또한 당사 플랜은 추가(Medicare 미적용) 침술 서비스를 매년 총 24회까지 제공합니다.** 대부분의 경우 계약된 의료 제공자를 사용하여 보장 서비스를 받아야 합니다. 이 혜택을 사용하는 방법에 대해 질문이 있는 경우 저희 플랜에 문의해 주십시오. 보장되는 침술 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. ● 새로운 건강 문제 또는 갑작스럽게 새로 재발한 환자를 처음 평가하기 위한 새로운 환자 검사 또는 확정된 환자 검사 ● 확정된 환자 검사(새 검사 후 3년 이내) ● 후속 진료실 방문—침술 서비스 또는 재검사가 포함될 수 있습니다 ● 네트워크 소속 다른 의료 제공자의 2차 소견 ● 긴급 및 응급 서비스 네트워크 소속 의료 제공자를 찾는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	알코올 남용 선별검사 및 상담 당사는 알코올 남용 선별검사(SABIRT)를 알코올을 남용하지만 알코올에 의존적이지 않은 성인에 대해 1회에 한해 지불합니다. 여기에는 임산부가 포함됩니다. 알코올 남용 선별검사 결과가 양성인 경우, 1차 진료 환경에서 자격을 갖춘 주치의(PCP)나 임상의와 연간 4회까지 간단한 대면 상담을 받으실 수 있습니다(상담 참여 능력이 있고 기민한 경우).	$0
	앰뷸런스 서비스 보장 앰뷸런스 서비스에는 응급 상황이든 비응급 상황이든 지상과 공중(비행기 및 헬리콥터)이 포함합니다, 구급차가 의료 서비스를 제공할 수 있는 가장 가까운 장소로 데려가 드릴 것입니다. 진료 장소로 이송하기 위해 다른 방법을 사용하면 건강이나 생명이 위험할 만큼 상태가 위중해야 합니다. 다른 경우(비응급)를 위한 앰뷸런스 서비스는 당사의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에 당사가 구급차 비용을 지불할 수 있습니다. 진료 장소로 이송하기 위해 다른 방법을 사용하면 생명이나 건강이 위험할 만큼 상태가 위중해야 합니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*
	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)	$0

보장 서비스		가입자 지불
	연례 웰니스 방문 귀하는 연례적 건강검진을 받을 수 있습니다. 이는 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하거나 업데이트하기 위한 것입니다. 당사는 연례적 건강검진을 12개월마다 한 번씩 지불합니다. **참고**: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 **Medicare 첫** 방문 시점으로부터 12개월 이내에는 실시할 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B에 가입된 이후에는 연례 웰니스 방문을 위해 **Medicare 첫** 방문 시에 이루어지는 방문을 별도로 할 필요가 없습니다.	$0
	천식 예방 서비스 천식을 조절이 어려운 경우 가정에서 쉽게 발견되는 유발 요인에 대해 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0
	골밀도 측정 당사는 자격이 있는 가입자들(대개 골밀도 손실이나 골다공증 위험이 높은 사람)을 위해 일부 의료 절차를 지불합니다. 이 절차를 통해 골밀도를 확인하고, 골손실을 발견하거나, 골의 질을 찾아냅니다. 당사는 해당 서비스에 대해 24개월마다 한 번씩 또는 의학적으로 필요하다면 더 자주 지불합니다. 또한 의사가 검사 결과를 살펴보고 설명해 주는 서비스에 대해 지불합니다.	$0
	유방암 선별검사(X-레이 투영법) 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 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	$0

보장 서비스		가입자 지불
	심장 재활 서비스 당사는 운동, 교육, 상담과 같은 심장 재활 서비스에 대해 지불합니다. 가입자들은 특정 조건에 부합되어야 하고 의사의 진료 의뢰가 있어야 합니다. 귀하가 이러한 상태 중 최소 한 가지가 있던 경우 당사는 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.	$0 *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	심혈관계(심장) 질환 리스크 경감 방문(심장 질환 치료) 본 플랜에서는 심장 질환 위험 인자를 낮추기 위한 주치의(PCP) 방문에 대해 1년에 1회 혹은 의학적으로 필요한 경우 1회 이상 지불합니다. 방문 중 의사는 다음을 할 수 있습니다. ● 아스피린 사용 상담 ● 혈압 체크 **및 /또는** ● 올바른 영양 섭취를 위한 도움말을 제공	$0
	심혈관계(심장) 질환 선별검사 5년마다(60개월) 심혈관 질환을 확인하기 위해 혈액 검사 비용을 지불합니다. 또한 이러한 혈액 검사를 통해 심장 질환의 높은 위험으로 인한 장애를 확인합니다.	$0
	자궁경부암 및 질암 선별검사 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 모든 여성 대상: 24개월마다 자궁 경부 세포 검사 및 골반 검사 1회 ● 자궁경부암 또는 질암의 위험성이 높은 여성 대상: 12개월마다 자궁 경부 세포 검사 1회 ● 최근 3년 이내에 자궁 경부 세포 검사 결과가 비정상으로 나왔으며 가임 연령인 여성의 경우: 12개월마다 자궁 경부 세포 검사 1회 ● 만 30세~만 65세 여성의 경우: 5년마다 인체 유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 Pap +HPV 검사 1회	$0

보장 서비스		가입자 지불
	지압요법 서비스 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. • 척추 조정을 통한 정렬 교정 임신 중인 회원이나 전문간호시설 또는 장기요양시설에 거주하는 가입자를 제외하고, 척추 또는 목의 염좌, 좌상 또는 탈구를 교정하기 위한 지압요법 혜택은 계약된 지압요법 제공자가 서비스를 제공하는 경우에 한해 Medi-Cal 회원에게 보장됩니다. 네트워크 비소속 FQHC, RHCS 및 IHCP에 대한 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. 지압요법 서비스: • 청각학, 침술, 작업 치료, 언어 치료 서비스와 함께 한 달에 최대 두 가지 서비스로 제한됩니다. 만 21세 미만의 청소년 및 아동인 가입자, 임산부 가입자 또는 전문간호시설 또는 장기 요양시설 거주자에게는 제한이 적용되지 않습니다. • 손을 사용한 척추 치료로 제한(동일한 수령인과 서비스 날짜에 동일한 의료 제공자가 청구하는 경우 한 번의 손을 사용한 지압요법 치료만 환급 가능). 관리 치료는 의학적으로 합리적이고 필요한 것으로 간주되지 않기에 보장되지 않습니다. 지압요법 서비스의 보장은 California 주 정부가 허가한 지압요법 의사, 정골요법 의사 또는 의학 박사가 수행하는 서비스로 제한됩니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	대장암 선별검사 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 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 이상 환자의 전산화단층 대장조영술은 마지막 선별검사 전산화단층 대장조영술이 실시된 달 이후 최소 59개월이 경과했거나, 마지막 선별검사 연성 S상결장검사 또는 선별 대장내시경 검사를 실시한 달 이후 47개월이 지난 시점에 보장됩니다. 대장암 위험이 높은 환자의 경우, 마지막 선별검사에서 전산화단층 대장조영술 또는 마지막 선별 대장내시경 검사를 실시한 달 후에 최소 23개월이 지난 후에 수행된 선별검사 전산화단층 대장조영술에 대한 금액을 지불할 수 있습니다. ● 45세 이상 환자를 위한 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사. 환자가 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험이 아닌 환자의 경우 120개월마다 1회. 마지막 유연한 내시경을 이용한 직장경 검사 또는 전산화단층 대장조영술에서 고위험 환자의 경우 48개월에 1회. ● 45세 이상 환자를 위한 선별 대변 잠혈 검사. 12개월마다 1회. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	대장암 선별검사 (계속) ● 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.	

보장 서비스		가입자 지불
	커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) CBAS는 만성 의료, 인지 또는 행동 건강 상태 및/또는 장애가 있어 기관 치료가 필요한 위험이 있는 노인과 성인에게 서비스를 제공하는 커뮤니티 기반의 주간 건강 프로그램입니다. CBAS 프로그램은 적절한 건강, 재활, 개인 관리 및 사회 서비스의 도움을 받아 집에서 생활할 수 있는 Medi-Cal 수혜자를 위한 기관 치료의 대안입니다. CBAS 프로그램은 개인의 독립성 유지를 위해 노력하면서 참가자, 가족 및/또는 간병인, 주치의 및 커뮤니티와의 파트너십을 강조합니다. 센터에서 제공하는 서비스는 다음과 같습니다. ● 전문적인 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 정신 건강 서비스 ● 치료 활동 ● 사회 서비스 ● 개인 관리 ● 따뜻한 식사와 영양 상담 ● 참가자의 거주지를 왕복하는 교통편 **참고:** CBAS 시설을 이용할 수 없는 경우 당사는 이러한 서비스를 별도로 제공할 수 있습니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	치과 서비스 당사는 스케일링, 충전재, 의치 등을 포함한 특정 치과 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 아래 **섹션 F2**에 설명되어 있는 Medi-Cal 치과를 통해 보장하지 않는 사항을 확인할 수 있습니다. 당사는 서비스가 개인의 1차 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. Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal 치과를 통해 다양한 표준 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 치과 검사(12개월마다 1회) • 치아 스케일링(12개월마다 1회) • 스케일링 및 치근평활 • 불소 도포(12개월마다 1회) • X선 • 충전 • 크라운 • 근관 • 부분 의치 및 전체 의치 • 의치 재배열 • 발치 • 응급 서비스 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	치과 서비스 (계속) Medi-Cal 치과 프로그램에서 제공하는 치과 혜택에 대한 자세한 정보를 얻거나 Medi-Cal을 허용하는 치과를 찾는 데 도움이 필요하시면, 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922)로 전화 서비스 센터에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 가입자를 지원할 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 smilecalifornia.org를 방문하셔도 됩니다. 당사 플랜은 가입자의 Medi-Cal 치과 혜택 외에도 추가적인 치과 서비스 및 시술을 보장합니다. 이러한 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다. ● **종합 치과 진료** 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다 ○ 수복 서비스 - 7 플랜 연도마다 치아당 1회 ○ 탈착식 보철 - 서비스 유형에 따라 2~3 플랜 연도마다 1회로 제한 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	치과 서비스 (계속) ○ 고정 보철 - 7 플랜 연도마다 치아당 1회 ○ 일반 부속 서비스 - 매년 1회 **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 당사는 해마다 1회 우울증 선별검사 비용을 지불합니다. 이 선별검사는 후속 치료 및/또는 진료 의뢰로 이어질 수 있도록 반드시 1차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	당뇨병 선별검사 귀하가 아래 위험 인자 중 하나라도 있는 경우 당사는 이 선별검사(공복 글루코스 검사 포함)에 대해 비용을 지불합니다. ● 고혈압 ● 이상 콜레스테롤 및 트리글리세라이드 수치(이상지질혈증) 병력 ● 비만 ● 고혈당 병력 과체중 및 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다. 귀하는 가장 최근의 당뇨병 선별검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별검사를 받을 수 있습니다.	$0
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 용품 당사는 당뇨병이 있는 분들(인슐린 사용 여부에 관계없이)에 대해 아래 서비스에 대한 비용을 지불합니다. ● 다음을 포함한 혈당 모니터링 용품: ○ 혈당 모니터 ○ 혈당 검사용 스트립 ○ 채혈기 및 채혈침 ○ 검사용 스트립 및 모니터의 정확성을 확인해 주는 혈당 조절 솔루션 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 용품 (계속) ● 당뇨병 환자 중 심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 경우, 당사는 다음에 대한 비용을 지불합니다. ○ 깔개를 포함한 치료용 맞춤형 신발 1쌍(피팅 포함) 및 매 달력 연도마다 깔개 2쌍 **또는** ○ 깔개를 포함한 깊은 신발 1켤레 및 매년 삽입물 3쌍(맞춤 제작되지 않은 탈착식 삽입물은 비포함) ● 때에 따라 당사는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 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. 소매 약국에서 당뇨병 검사 용품을 구매하면 Medi-Cal BIC 카드를 약사에게 제출하면 Medi-Cal Rx뿐만 아니라 당사의 플랜에 적절히 청구할 수 있습니다.	.

보장 서비스		가입자 지불
	임산부 도우미 서비스 임산부의 경우 산전 및 산후 기간 동안 임산부 도우미 서비스를 포함하여 9번의 방문과 진통 및 분만 지원에 대한 비용을 지불합니다. 최대 9회의 추가 산후 서비스도 제공될 수 있습니다.	$0
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 '내구성 의료 장비(DME)'의 정의에 대해서는 이 *가입자 핸드북*의 **12장**을 참조하십시오. 당사는 다음 항목을 보장합니다. ● 휠체어(전동 휠체어 포함) ● 목발 ● 전동 매트리스 시스템 ● 매트리스용 건식 압력 패드 ● 당뇨병 용품 ● 가정 사용용으로 의료 제공자가 주문한 병원 침대 ● 정맥내(IV) 주입 펌프 및 폴 ● 음성 발생 장치 ● 산소 장비 및 용품 ● 분무기 ● 보행기 ● 표준 곡선형 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 ● 용품 ● 경추부 견인(문 위) **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (계속) ● 골 자극기 ● 투석 치료 장비 다른 품목이 보장될 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 통상적으로 지불하는, 의학적으로 필요한 모든 DME에 대한 비용을 지불합니다. 귀하의 지역에 있는 당사 공급업체가 특정 상표나 제조사의 물품을 취급하지 않는 경우, 특별 주문을 해 줄 수 있는지 공급업체에 문의하시기 바랍니다. 특정 품목을 운반할 수 있는 다른 공급업체를 찾으려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 자택 밖에서 사용되는 Medicare 비보장 내구성 의료 장비도 보장됩니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	응급 치료 응급 치료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다. ● 응급 서비스 제공 자격이 있는 의료 서비스 제공자에 의해 제공됨 ● 의료적 응급 상황을 평가 또는 치료하기 위해 필요. 의료적 응급 상황은 질병, 부상, 심각한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 상태가 너무나 심각해서 건강 및 의료에 대한 평균적 지식을 갖춘 사람이 예측하기에 즉각적인 의료적 처치가 없이는 다음의 일이 일어날 것으로 예측할 수 있는 상태입니다. ● 귀하 혹은 귀하의 태아에 대한 심각한 건강상 위협이 될 위험 상황**또는** ● 신체 기능의 중대한 피해 **또는** ● 장기에 심각한 기능 장애 **또는** ● 사지 상실 또는 사지 기능 상실. ● 진통 중인 임산부의 경우: ○ 분만 전에 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 충분치 않을 때. ○ 다른 병원으로 이송 시 가입자나 태아의 건강 또는 안전에 위협을 가할 상황인 경우 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 귀하가 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받고 차후에 응급 상황이 안정된 뒤 입원 치료가 필요하면, 반드시 네트워크 병원으로 이동해야만 귀하가 받는 치료가 계속해서 지불됩니다. 당사 플랜에서 네트워크 비소속 병원에 머무르도록 승인한 경우에만 그 병원에서 입원 치료를 받을 수 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불
	응급 치료 (계속) 전 세계 응급/긴급 상황 보장. 미국 이외의 국가에서 받는 긴급, 응급 및 안정 후 진료로 정의됩니다. ● 미국 내에서 받게 되었을 때 응급, 긴급, 안정 후 진료로 분류될 수 있는 진료 서비스로 제한합니다. ● 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 앰뷸런스 서비스가 보장됩니다. ● 해외 세금 및 수수료(환전 또는 거래 수수료가 포함되지만 이에 국한되지 않음)는 보장되지 않습니다. 미국은 50개 주, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, American Samoa를 의미합니다.	코페이먼트 $115 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 지역에서 응급실/긴급하게 필요한 서비스 방문 비용 분담액이 면제되지 않습니다. 전 세계 응급/긴급 상황 보장에는 연간 $50,000의 제한이 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불
	가족 계획 서비스 법에서는 특정 가족 계획 서비스를 위해 네트워크 소속 또는 네트워크 비소속 의료 제공자를 가입자가 선택하는 것을 허용합니다. 이는 모든 의사, 진료소, 병원, 약국 또는 가족 계획 사무소를 의미합니다. 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 가족 계획 검사 및 치료 ● 가족 계획 검사실 및 진단 검사 ● 가족 계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) ● 처방전이 있는 가족 계획 용품(콘돔, 스펀지, 폼, 필름, 피임용 격막, 캡) ● 가임 능력 인식 기법에 대한 상담 및 교육 및/또는 성매개감염(STI)에 대한 산전 건강 상담, 검사 및 치료와 같은 제한된 수태능 서비스 ● HIV 및 AIDS, 그리고 기타 HIV 관련 상태에 대한 상담 및 검사 ● 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 만 21세 이상이어야 합니다. 귀하는 연방 불임 동의서에 최소 30일 전, 수술 날짜 전 180일 이내에 서명해야 합니다.) ● 유전자 상담 당사는 기타 가족 계획 서비스 중 일부를 지불합니다. 그러나 다음의 서비스에 대해서는 반드시 당사의 의료 제공자 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. ● 불임증의 의학적 상태에 대한 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적 방법이 포함되지 않음) ● AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 치료 ● 유전자 검사	$0

보장 서비스		가입자 지불
	건강 및 웰니스 교육 프로그램 당사는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 다양한 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. ● 건강 교육 수업, ● 영양 교육 수업 ● 금연 및 담배 사용 중단, **그리고** ● 간호 핫라인, ○ 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. ● 피트니스 혜택 ○ 당사 플랜은 전국의 피트니스 장소를 이용할 수 있는 피트니스 프로그램을 제공합니다. ○ 활동적이고 건강한 라이프스타일을 지원하기 위해 다음 기능을 무료로 이용할 수 있습니다. ▪ 피트니스 센터 멤버십: 피트니스 네트워크에 참여하는 다수의 피트니스 센터 중에서 선택하실 수 있습니다. 멤버십에는 표준 피트니스 클럽 또는 피트니스 스튜디오 서비스 및 제공되는 그룹 운동 클래스가 포함됩니다. 피트니스 네트워크에 소속된 하나 이상의 체육관을 이용할 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	건강 및 웰니스 교육 프로그램 (계속) ▪ 가정용 피트니스 키트: 다양한 가정용 피트니스 키트 중에서 선택할 수 있습니다. 1년에 최대 1개의 키트를 받을 수 있습니다. ▪ 디지털 피트니스 프로그램: 디지털 라이브러리를 통해 수천 개의 온디맨드 운동 비디오 중 선택하고, 가상 클래스 및 모바일 앱에 액세스할 수 있습니다. 피트니스 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.	

보장 서비스		가입자 지불
	청력 서비스 당사는 귀하의 의료 제공자가 하는 청각 및 균형 감각 검사에 대한 대금을 지불합니다. 이러한 검사를 통해 의학적 치료가 필요한지 여부를 알 수 있습니다. 의사, 청력학자, 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 외래 진료로 제공하는 이러한 검사들은 보장됩니다. 당사는 또한 다음과 같은 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 처방할 때 보청기에 대한 요금을 지불합니다. ● 몰드, 용품 및 인서트 ● 수리 ● 초기 배터리 세트 ● 보청기를 받은 후 동일한 공급업체의 교육, 조정 및 피팅을 위한 6회 방문 ● 보청기의 시험사용 기간 대여 ● 보조 청각 장치, 표면 착용 골전도 청각 장치 ● 보청기 관련 청각학 및 사후 평가 서비스 또한 저희 플랜에서는 다음과 같은 보충적(즉, 정기적) 청력 서비스도 보장해 드립니다. ● 1년마다 정기적인 청력 검사 1회. ● 1년마다 보청기 적합성 확인 및 피팅 1회. ● 1년에 귀 1개당 최대 $750의 비이식형 보청기 1개. 매년 2개 비이식형 보청기로 제한됨. 혜택에는 분실 및 배터리 공급으로 인한 손상을 포함한 3년 보증이 포함됩니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	HIV 선별검사 당사는 아래에 해당되는 가입자에게 매12개월마다 1회 HIV 선별검사에 대해 대금을 지불합니다. • HIV 선별검사를 요청한 사람 **또는** • HIV 감염 위험이 높은 사람. 임신하신 분의 경우, 당사는 임신 중 최대 3회의 HIV 선별검사에 대한 비용을 지불합니다. 또한 의료 제공자가 권장하는 경우 당사가 추가 HIV 선별검사 비용도 지불합니다.	$0
	가정간호 기관의 간호 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사가 가입자에게 서비스가 필요하다고 당사에 알려야 하며, 이러한 서비스는 가정간호 기관이 제공해야 합니다. 가입자는 외출을 하려면 힘이 많이 드는 이유로 주로 집에서 지내야 하는 칩거 상태여야 합니다. 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. • 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	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	가정 약물 투약 당사 플랜은 정맥 투여나 피하주사를 통해 가정에서 제공하는 의약품 또는 생물제로 정의되는 가정 약물 투약에 대한 비용을 지불합니다. 가정 약물 투약을 수행하려면 다음이 필요합니다. ● 항바이러스 성 또는 면역 글로불린과 같은 의약품 또는 생물제 ● 펌프와 같은 장비 **및** ● 튜브 또는 카테터와 같은 용품 당사 플랜은, 예를 들어, 아래의 품목을 포함하는 가정 주입 서비스를 보장합니다. ● 귀하의 의료 플랜에 따라 제공되는, 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 ● DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육 ● 원격 모니터링 **및** ● 유자격 가정 약물 투약 제공자가 제공하는 가정 투여 요법 및 가정 투여 약물에 대한 모니터링 서비스.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	호스피스 간호 귀하에게는 귀하의 의료 제공자 및 호스피스 진료 팀장이 귀하의 질병이 말기인 것으로 판단한 경우, 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 귀하의 질병이 말기이며 6개월 이하의 생존을 기대할 수 있음을 의미합니다. 귀하는 Medicare가 인증한 호스피스 프로그램으로부터 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. 보장 서비스에는 다음 사항이 포함됩니다. ● 증상과 통증을 치료하기 위한 의약품 ● 단기 휴식치료 ● 가정간호 **호스피스에 입원하는 경우 당사 플랜에 계속 가입할 수 있습니다.** **Medicare에 청구되는 말기 예후와 관련해 Medicare Part A 또는 Medicare Part B가 보장하는 서비스와 호스피스 서비스의 경우:** ● Original Medicare(저희 플랜이 아닌)에서 호스피스 의료 제공자에게 호스피스 서비스 비용, 말기 예후와 관련된 모든 파트 A 또는 파트 B 서비스 비용을 지불합니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare에서 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare에 비용을 청구합니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	호스피스 간호 (계속) **당사 플랜에서는 보장되나 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서는 보장되지 않는 서비스의 경우:** ● 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서 보장되지 않는 서비스를 보장합니다. 당사는 귀하의 말기 예후 관련 여부에 관계없이 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스는 가입자가 지불합니다. **당사 플랜의 Medicare Part D 혜택에서 보장될 수 있는 약품의 경우:** ● 약의 경우, 호스피스 및 저희 플랜에서 결코 동시에 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오. **참고:** 심각한 질병이 있다면 가입자의 삶의 질을 개선하기 위해 환자 및 가족 중심의 치료를 제공하는 완화 치료 자격을 갖추실 수 있습니다. 근치적/정기적 치료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 완화 치료 섹션을 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 간호 서비스가 필요하신 경우 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 전화하여 서비스를 조정하십시오. 비호스피스 간호는 말기 진단에 관련되지 **않은** 간호를 말합니다. 저희 플랜에서는 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 가입자에게 호스피스 상담 서비스(1회만 가능) 제공을 보장해 드립니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	예방접종 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 폐렴 백신 ● 독감/인플루엔자 시즌마다 가을과 겨울에 맞는 독감/인플루엔자 예방 주사, 의학적으로 필요한 경우 추가의 독감/인플루엔자 예방주사 ● 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 ● 인간 유두종 바이러스(HPV) 백신 ● 가입자에게 기타 질환의 위험이 있으며, Medicare Part B 보장 규칙을 충족하는 기타 백신 당사는 Medicare Part D 보장 규칙에 부합되는 기타 백신에 대한 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **6장**을 참조하십시오.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	입원 치료 당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다. ● 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) ● 특별식을 포함한 식사 ● 정기적인 간호 서비스 ● 집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등 특별 치료실 비용 ● 의약품 및 약물 ● 실험실 검사 ● X선 및 기타 방사선 서비스 ● 필요한 수술용품 및 의료용품 ● 휠체어와 같은 장치 ● 수술실 및 회복실 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 약물 남용 환자 입원 서비스 ● 일부의 경우 다음과 같은 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기 이식. 이식이 필요한 경우 Medicare가 승인한 이식 센터에서 가입자의 케이스를 검토하여 이식받으실 수 있는지 결정합니다. 이식 수술 제공자는 인근 지역에 있을 수도 있고, 서비스 지역 이외 지역에 있을 수도 있습니다. 지역 내 이식 의료 제공자가 Medicare 요율을 수락할 의향이 있다면, 가까운 지역에서 이식 서비스를 받으실 수도 있고 거주 지역 외부에서 받으실 수도 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정된 후 네트워크 비소속 병원에서 받는 입원 치료를 받으시려면 당사 플랜의 승인이 있어야 합니다. *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	입원 치료 (계속) 당사 플랜에서 제공하는 이식 서비스가 당사의 서비스 지역 외부이고 가입자가 해당 지역에서 이식받기로 선택하신 경우, 당사는 가입자와 보호자 한 명에 한해 숙박과 교통비를 지불합니다. ● 저장 및 수혈 포함 혈액. 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 환자'로 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.	

보장 서비스		가입자 지불
	정신병원 입원환자 서비스 당사는 병원 입원이 필요한 입원 정신건강 치료 서비스에 대해 대금을 지불합니다. ● 단독 건물 정신과 병원에서 입원 서비스가 필요하다면, 당사는 첫 190일에 대한 대금을 지불합니다. 이후 지역 카운티 정신건강 기관에서 의학적으로 필요한 정신과 입원 서비스에 대해 지불합니다. 190일이 지난 후의 치료 승인은 지역 카운티 정신건강 기관과 함께 조정됩니다. ○ 190일 제한은 종합 병원의 정신 병동에서 제공되는 입원 정신건강 서비스에는 적용되지 **않습니다**. ● 귀하가 만 65세 이상인 경우 당사는 정신 질환 관리 기관(IMD)에서 귀하가 받는 서비스에 대해 대금을 지불합니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 전문간호시설(SNF)에서 받은 보장 서비스 귀하가 모든 입원 혜택을 사용한 경우 또는 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 귀하의 입원 치료 비용을 당사는 지불하지 않습니다. 그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정 상황에서는 병원 또는 요양시설에 있는 동안 귀하가 받은 서비스에 대해 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	입원 치료: 보장되지 않는 입원 치료 동안 병원 또는 전문간호시설(SNF)에서 받은 보장 서비스 (계속) 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. ● 의사 서비스 ● 임상실험실 검사 등 진단 목적의 검사 ● 방사선 기사 자료 및 서비스를 포함한 X선, 라듐 및 동위원소 치료 ● 외과용 붕대 ● 골절, 탈구에 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 ● 치과 이외의 보철 장치 및 보조기(해당 장치의 교체 또는 수리 포함). 다음과 같은 장치의 전체 또는 일부를 대체합니다. ○ 내부 신체 기관(근접하 조직 포함) **또는** ○ 정상적으로 움직이지 않거나 오작동하는 내부 장기의 기능. ● 다리, 팔, 허리, 목 보호대, 트러스, 의족, 의수, 의안과. 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 귀하의 상태 변화로 인해 필요하게 된 교정, 수리, 교체가 포함됩니다. ● 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	

보장 서비스		가입자 지불
	신장 질환 서비스 및 용품 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 신장 치료 교육 및 좋은 진료 결정을 도와주는 신장 질환 교육 서비스 귀하가 4기 만성 신장 질환이 있어야 하며, 담당 의사가 귀하를 진료 의뢰해야 합니다. 당사는 신장 질환 교육 서비스를 6회까지 보장합니다. ● 이 *가입자 핸드북*의 **3장**에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역을 벗어나거나 이 서비스 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료를 포함한 외래 투석 치료. ● 특별 치료를 위한 병원 입원 환자인 경우 입원 투석 치료 ● 자가 투석 교육, 가입자과 가정 투석 치료를 돕는 간병인에 대한 교육을 포함 ● 가정 투석장치 및 용품 ● 특정 가정 지원 서비스(예: 가정 투석 확인, 비상 시 지원, 가정 투석 장비 및 투석액 확인을 위해 투석 전문가의 필요한 방문) Medicare Part B에서 일부 투석약에 대해 지불합니다. 자세한 내용은 이 표에서 'Medicare Part B 의약품'을 참조하십시오.	$0 *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 선별검사 당사 플랜은 귀하가 다음에 해당하는 경우 매12개월마다 폐암 선별검사를 지불합니다. ● 만 50~77세 **그리고** ● 담당 의사 또는 다른 유자격 의료 제공자와 상담하고, 공유 의사 결정 방문을 가진 경우, **그리고** ● 폐암의 징후나 증상 없이 20년 동안 최소 하루 1갑을 피웠거나 현재 흡연하고 있거나 지난 15년 이내에 금연한 경우. 첫 번째 선별검사 후 담당 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자의 서면 지시가 있을 때, 당사 플랜은 매년 추가 선별검사에 대해 지불합니다. 의료 제공자가 폐암 선별검사를 위해 폐암 선별검사 상담과 공유 결정 방문을 제공하도록 선택하는 경우 방문은 이런 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	$0
	임상 영양 치료 이 혜택은 투석을 하지 않는 당뇨병 환자나 신장 질환자를 위한 것입니다. 귀하가 신장 이식을 받았으면 의사가 지시한 경우 이 치료를 받을 수 있습니다. 당사는 귀하가 Medicare를 통해 임상 영양 치료를 받으시는 첫해 동안 일대일 상담 서비스에 대해 최대 3시간의 비용을 지불합니다. 의학적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 후에는 매년 일대일 상담 서비스에 대해 최대 2시간의 비용을 지불합니다. 귀하의 병증, 치료, 진단이 변경되면 의사의 지시를 받아 치료 시간이 상향 조정될 수 있습니다. 다음 연도에도 치료가 필요한 경우 의사는 이러한 서비스를 매년 처방하고 지시를 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP) 당사 플랜은 자격을 갖춘 분들을 위해 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 건강한 행동을 강화할 수 있도록 설계되었습니다. MDPP는 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다. ● 장기적인 식이 변화, **그리고** ● 신체 활동 증가, **그리고** ● 체중 감량 상태와 건강한 생활 습관을 유지하는 방법	$0
	Medicare Part B 의약품 다음과 같은 의약품은 Medicare Part B를 통해 보장됩니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대한 비용을 지불합니다. ● 의사, 외래 병원 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 일반적으로 환자가 자가 투여할 수 없으며 주사 또는 주입되어야 하는 의약품 ● 내구성 의료 장비 품목(의학적으로 필요한 인슐린 펌프 등)을 통해 제공되는 인슐린 ● 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용하여 투여하는 기타 의약품 ● 정맥주사(IV)로 투여하는 Alzheimer 약인 Leqembi®(제네릭 레카네맙) 약 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일환으로 어떤 스캔과 검사가 필요한지 담당 의사와 상담하십시오. ● 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 B가 면역억제제를 보장하지 않는 경우 Medicare Part D에서 면역억제제를 보장합니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	Medicare Part B 의약품 ● 주입되는 골다공증 의약품. 이동이 불편하여 집에서 머물며 지내야 하며 폐경 후 골다공증과 관련된 골절이 있다는 의사의 증명이 있으며 치료제를 자가 투여할 수 없는 경우에 당사는 해당 의약품의 비용을 지불합니다. ● 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 인력(환자이신 귀하가 될 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 제공합니다 ● 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 ● ESRD 지불 시스템 하에 정맥 투여 약물 Parsabiv®와 경구용 약물 Sensipar를 포함한 칼슘 수용체 및 인산염 결합제 약물 ● (의학적으로 필요한 경우) 헤파린, 헤파린용 해독제 및 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 의약품 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	Medicare Part B 의약품 ● 적혈구생성자극제: Medicare는 ESRD가 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우 주사를 통한 에리스로포이에틴을 보장합니다(Retacrit® 등) ● 주요 면역결핍질환에 대한 가정 치료용 IV 면역 글로불린 ● 경장영양 및 정맥영양(IV 및 튜브영양) 다음 링크를 통해 단계적 치료법의 대상이 될 수 있는 Medicare Part B 의약품 목록을 확인하실 수 있습니다. go.wellcare.com/CAStepTherapy. 또한 일부 백신을 Medicare Part B에 따라 보장하고, 대부분의 성인 백신을 Medicare Part D 의약품 혜택에 따라 보장합니다. 이 *가입자 핸드북*의 **5장**에는 당사의 의약품 혜택에 대해 설명합니다. 여기서는 처방약 보장을 위해 가입자가 따라야 하는 규칙을 설명합니다. 이 *가입자 핸드북*의 **6장**은 당사 플랜을 통해 가입자가 지불하는 의약품 비용을 설명합니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	요양시설 서비스 요양시설(NF)은 가정에서 치료를 받을 수 없지만 병원에 있을 필요는 없는 사람을 돌보는 곳입니다. 당사가 지불하는 서비스에는 아래 항목이 포함되나 이에 제한되지는 않습니다. ● 준개인 입원실(또는 의학적으로 필요한 경우, 개인 입원실) ● 특별식을 포함한 식사 ● 간호 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 호흡기 치료 ● 치료 계획에 따라 주어지는 의약품 (여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다). ● 보관 및 주입 포함 혈액 ● 일반적으로 요양시설에서 제공하는 의료 및 수술 용품 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	요양시설 서비스 (계속) ● 일반적으로 요양시설에서 실시하는 검사실 검사 ● 일반적으로 요양시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 ● 일반적으로 요양시설에서 제공하는 휠체어와 같은 장치의 사용 ● 의사/개업의 서비스 ● 내구성 의료 장비 ● 의치 포함 치과 서비스 ● 안과 혜택 ● 청력 검사 ● 지압요법 진료 ● 족부 치료 서비스 귀하는 대개 네트워크 의료 제공자에게 진료받습니다. 그러나 귀하는 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 시설이 당사 플랜의 지급 금액을 수락하면 귀하는 다음과 같은 시설에서 진료를 받을 수 있습니다. ● 병원에 가기 직전에 거주하던 요양시설 또는 연속 보호 은퇴 주거단지(요양시설 진료를 제공하는 한) ● 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양시설.	

보장 서비스		가입자 지불
	비만 선별검사 및 체중 감량을 위한 치료 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우 당사는 체중 감량을 위한 상담에 대해 비용을 지불합니다. 귀하는 반드시 1차 진료 상황에서 상담을 받아야 합니다. 이런 식으로 전체 예방 계획을 통해 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의와 상담하십시오.	$0
	오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스 당사 플랜은 다음 서비스를 포함하는 OTP를 통해 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음과 같은 서비스의 비용을 지불합니다. ● 섭취 활동 ● 정기 평가 ● FDA의 승인을 받은 약물 및 해당되는 경우 이러한 약물의 관리 및 제공 ● 약물 남용 치료 상담 ● 개별 및 집단 치료 ● 신체 내의 의약품 또는 화학물질 검사(독성 검사)	*$0* *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	외래 진단 검사, 치료 서비스 및 용품 당사는 다음 서비스에 비용을 지불하며, 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 다른 서비스에 대해서도 비용을 지불합니다. ● X선 ● 방사선 기사 자료 및 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료 ● 붕대 등 수술 용품 ● 골절, 탈구에 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 ● 실험실 검사 ● 보관 및 주입 포함 혈액 ● 의사 또는 기타 의료 전문가가 의학적 상태를 처리하기 위해 지시할 때 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 비검사실 진단 검사. ● 기타 외래 환자 진단용 검사	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	외래진료기관 관찰 당사는 가입자가 입원할지 또는 퇴원할지 결정하기 위한 외래진료기관 관찰 서비스 비용을 지불합니다. 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사 또는 주 법률 및 병원 직원 내규에 따라 허가된 기타 개인이 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 하도록 지시를 하고 그에 따라 서비스가 제공되는 경우에만 보장됩니다. **참고:** 의료 제공자가 가입자에게 병원 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자입니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다. 자신이 외래환자인지 확실치 않을 경우 병원 직원에게 문의합니다. Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf를 방문하여 확인할 수 있는 Medicare 팩트시트 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 얻으십시오.	$0 *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	외래 환자를 위한 병원 서비스 저희 플랜에서는 다음과 같은 질병이나 상해의 진단 또는 치료를 위해 병원 외래병동에서 받는 의학적으로 필요한 서비스의 비용을 지불해 드립니다. ● 외래 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급 병동 또는 외래 병동에서의 서비스 ● 병원에서 청구한 임상실험실 검사 또는 진단 검사 ● 부분 입원 프로그램에 참여하지 않으면 입원 치료가 요구된다는 사실을 의사가 증명할 경우, 부분 입원 프로그램의 치료를 포함한 정신 건강 치료 ● 병원에서 청구한 X선 및 기타 방사선 서비스 ● 부목, 석고붕대 등 의료 용품 ● 자가 투여할 수 없는 일부 약품 및 생물학적제제	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	외래 환자의 정신건강 관리 당사는 아래의 사람이 제공한 외래 정신 치료에 대해 비용을 지불합니다. ● 주에서 면허를 받은 정신과의사 또는 의사 ● 임상 심리학자 ● 임상 사회복지사(CSW) ● 임상 간호 전문가(CNS) ● 공인 전문 상담사(LPC) ● 공인 부부 및 가족 치료사(LMFT) ● 전문 간호사(NP) ● 의료 보조원(PA) ● 및 적용 가능한 주 법률에 따라 허용되는 Medicare에서 자격을 인정한 기타 정신 건강 치료 전문가 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. ● 진료소 서비스 ● 주간 치료 ● 사회심리적 재활 서비스 ● 부분 입원 또는 집중 외래환자 프로그램 ● 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	외래 환자의 정신건강 관리 (계속) ● 정신 건강 결과를 평가하기 위해 임상적으로 필요한 경우의 심리학적 검사 ● 감독 의약품 요법 목적의 외래 서비스 ● 외래 환자 실험실, 약물, 공급품 및 보충제 ● 정신과 자문	
	외래 재활 서비스 당사는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 지불합니다. 병원 외래병동, 독립 치료사 진료실, 종합외래재활시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 재활 서비스를 받을 수 있습니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	외래환자 약물 남용 서비스 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. ● 알코올 남용 선별검사 및 상담 ● 의약품 남용 치료 ● 자격을 갖춘 임상의가 그룹 또는 개별 상담 ● 주거 중독 치료 프로그램의 아급성 해독 치료 ● 집중 외래 치료센터에서의 알코올 또는 의약품 치료 서비스 ● 서방형 날트렉손(vivitrol) 치료	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	외래 수술 당사는 병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 받는 외래 수술 및 서비스에 대해 비용을 지불합니다. **참고:** 병원 시설에서 수술을 받는 경우, 의료 제공자에게 가입자 자신이 입원 환자인지 외래 환자인지를 확인해야 합니다. 의료 제공자가 가입자에게 병원 입원 지시서를 써주지 않는 이상, 가입자는 외래 환자입니다. 하룻밤 동안 병원에서 지내더라도 외래 환자로 간주되는 경우도 있습니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	완화 치료 당사 플랜은 완화 치료를 보장합니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 분들을 위한 것입니다. 고통을 예측, 예방, 치료함으로써 삶의 질을 개선하는 환자 및 가족 중심 치료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 **아니므로** 완화 치료를 받기 위해 기대 수명이 6개월 이하일 필요는 없습니다. 완화 치료는 근치적/정기적 치료와 동시에 제공됩니다. ● 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. ● 고급 진료 계획 ● 완화 치료 평가 및 상담 ● 정신 건강 및 의료 사회복지 서비스를 포함한 모든 승인된 완화 치료 및 근치적 치료를 포함한 치료 계획 ● 지정 진료 팀이 제공하는 서비스 ● 진료 조율 ● 통증 및 증상 관리 만 21세 이상이면 호스피스 간호와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 귀하가 완화 치료를 받고 호스피스 간호 자격을 충족한다면 언제든지 호스피스 간호로의 변경을 요청할 수 있습니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 담당 의사, 치료사, 공인 부부 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 관리보다 더 집중적인 병원 외래 서비스 또는 커뮤니티 정신 건강 센터 서비스로 제공됩니다. 병원 입원을 하지 않도록 도움을 줄 수 있습니다. 집중 외래 서비스는 병원 외래 서비스, 커뮤니티 정신 건강 센터, 연방 인증 건강 센터 또는 담당 의사, 치료사, LMFT 또는 면허를 받은 전문 카운슬러의 진료실에서 받는 것보다 더욱 집중적이지만 부분 입원보다 덜 집중적인 지방 진료소에서 제공되는 적극적 행동(정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램입니다. **참고:** 당사 네트워크에 소속된 커뮤니티 정신 건강 센터가 없기 때문에 저희는 병원 외래 서비스로서만 부분 입원 서비스를 보장합니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 다음과 같은 장소에서 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스: ○ 의사 진료실 ○ 인증된 통원 수술 센터 ○ 병원 외래 병동 ○ 기타 장소 ● 전문의의 자문, 진단 및 치료 ● 기본 청력 및 균형 검사이며 치료가 필요한지 살피기 위해 가입자의 주치의가 수행합니다. ● 긴급하게 필요한 서비스, 가정 건강 서비스, 주치의, 작업 치료, 전문의, 정신 건강을 위한 개인 및 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 보건 의료 전문가, 정신과 개인 및 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리학 서비스, 외래환자 약물 남용에 대한 개인 및 그룹 세션, 당뇨병 자가 관리 교육을 포함한 특정 원격진료 서비스: ○ 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. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스 (계속) ● 당사 플랜은 Teladoc을 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. ● 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다. ● 특정 시골 지역이나 그 외 Medicare에서 승인한 지역에 있는 가입자를 위해 의사 또는 개업의에 의한 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격의료 서비스 ● 병원 기반 또는 중환자 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 집에서 가정 투석 가입자에 대한 매월 말기 신장질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 진료 서비스 ● 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격진료 ● 위치에 관계없이 약물 남용 장애 또는 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 ● 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 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	의사 진료실 방문을 포함한 의사/의료 제공자 서비스 (계속) ● **다음의 경우** 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅)을 진행합니다. ○ 신규 환자가 **아니어야 하고** ○ 이 진단은 지난 7일간 진료실 방문과 관련이 없습니다. **또한** ○ 진료 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 ● **다음의 경우**, 담당 의사는 24시간 이내에 귀하가 보낸 비디오 및/또는 이미지를 평가 및 해석하고 후속 조치를 취합니다. ○ 신규 환자가 아니어야 하고 ○ 해당 평가가 지난 7일간 진료실 방문과 관련이 없는 경우 **및** ○ 평가 결과 24시간 이내에 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 예약으로 연결되지 않는 경우 ● 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자식 의료 기록을 통해 다른 의사와 상담한 내용(기존 환자일 경우) ● 수술 전 다른 네트워크 소속 의료 제공자의 2차 소견	

보장 서비스		가입자 지불
	족부 치료 서비스 (계속) 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 발에 발생한 상해 및 질병(추상족지증 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등)의 진단 및 의학적 또는 수술 치료 ● 당뇨병 등 발에 영향을 주는 병증을 가진 가입자들을 위한 일반 발 진료 Medicare 혜택을 소진하면 추가 서비스에 대한 승인을 받지 않는 한 달력일 기준 한 달에 최대 2회의 서비스로 제한됩니다.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 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. ● 한 번의 일회성 B형 간염 선별검사.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	전립선암 선별검사 만 50세 이상 남자인 경우 12개월마다 한 번씩 다음 서비스에 대해 대금을 당사가 지불합니다. ● 디지털 직장 검사 ● 전립선 특이 항원(PSA) 검사	$0
	보철 장치 및 보조기 장치와 관련 용품 보철 장치는 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 이는 다음과 같습니다(단, 이에 국한되지 않음). ● 보철 장치 및 보조기의 검사, 피팅 또는 사용 교육, ● 인공항문 형성술 치료와 관련된 배변 주머니 및 용품 ● 영양공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액 및 자가 투여 용품을 비롯한 장 및 비경구적 영양법 ● 심박조율기 ● 치열교정기 ● 정형제화 ● 의수족 ● 유방 보형물(유방절제술 후 착용하는 외과 브래지어 포함) ● 질병, 부상 또는 선천적 장애로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 부위의 모든 부분을 대체하는 보형물 ● 요실금 크림 및 기저귀 당사는 보철 장치 및 보조기 관련 용품 일부에 대해 비용을 지불합니다. 또한 당사는 보철 장치 및 보조기 수리 또는 교체품에 대해 비용을 지불합니다. 당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 어느 정도 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 본 표 뒷부분에 나오는 '시력 관리'를 참조하십시오.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	폐 재활 서비스 당사는 중간 수준에서 매우 심각한 수준의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 가진 가입자를 위한 폐 재활 프로그램에 대해 지불합니다. 반드시 COPD를 치료하는 의사나 의료 제공자로부터 폐 재활에 대한 진료 의뢰가 있어야 합니다.	$0 *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	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 주사 약물을 사용하거나 사용한 적이 있기 때문에 위험이 높습니다. ● 1992년 이전에 수혈을 받은 적이 있음. ● 1945~1965년 사이에 태어남. 1945~1965년 사이에 태어났고 고위험 대상으로 간주되지는 않는 경우, 당사가 한 번 선별검사 비용을 지불합니다. 위험성이 높은 경우(예를 들어, 이전에 C형 간염 선별검사 결과가 음성으로 나온 이후 불법 주사형 의약품을 계속 사용한 경우), 당사는 매년 선별검사를 보장합니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	성매개감염(STI) 선별검사 및 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개감염 선별검사를 보장합니다. 이러한 선별검사는 주치의가 검사를 지시한 경우에 임신 여성 및 STI 위험이 높은 일부 사람들에 대해 보장됩니다. 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 이들 검사를 12개월마다 1회 또는 임신 기간 중 특정 시기에 실시하는 것을 보장합니다. 당사는 성관계를 갖는 성인 중 STI의 위험이 높은 사람들에 대하여 해마다 2회까지 고집중도의 행동 대면 상담 세션에 대해 비용을 지불합니다. 각 세션의 길이는 20~30분입니다. 당사는 주치의가 제공한 경우에만 예방 서비스로서 이러한 상담 세션 비용을 지불합니다. 이러한 세션은 반드시 의사 진료실 등 1차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0
	전문요양시설(SNF)에서의 간호 전문요양시설에서의 간호에 대한 용어 정의는 **12장**을 참조하십시오. 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 수록되지 않은 기타 서비스에 대해서도 지불할 수 있습니다. ● 준개인 입원실 또는 의학적으로 필요한 경우 개인 입원실 ● 특별식을 포함한 식사 ● 전문요양 서비스 ● 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 ● 치료 계획의 일부로 제공받는 의약품(혈액 응고 인자와 같이 체내에 자연적으로 존재하는 물질 포함) **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	전문요양시설(SNF)에서의 간호 ● 보관 및 주입 포함 혈액 ● SNF에서 제공하는 의료 및 수술 용품 ● SNF에서 제공하는 임상 병리 검사 ● 요양시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 ● 일반적으로 요양시설에서 제공하는 휠체어와 같은 장치 ● 의사/의료 제공자 서비스 귀하는 대개 네트워크 소속 시설에서 SNF 진료를 받습니다. 특정 조건에 따라 귀하는 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 시설이 당사 플랜의 지급 금액을 수락하면 귀하는 다음과 같은 시설에서 진료를 받을 수 있습니다. ● 병원 입원 바로 전에 거주한 요양시설 또는 지속적 퇴직자 케어 전용시설(단 요양시설 서비스를 제공해야 합니다) ● 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양시설	
	금연 및 담배 사용 중단 금연 및 담배 사용 중단을 위한 상담은 다음 기준을 충족하는 사람들에게 외래 및 입원 기반으로 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, 연간 최대 8회의 세션을 제공합니다).	$0

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 커뮤니티 참여, 치료 활동, 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. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	사회적 지원 플랫폼 (계속) ● 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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 페이지 하단의 번호로 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하여 플랫폼에 액세스할 수 있습니다. 가입 후 컴퓨터, 태블릿 또는 스마트폰을 통해 언제든지 플랫폼을 바로 이용할 수 있습니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	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), 만성적이며 일상생활에 중대한 지장을 주는 정신건강 질환, 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 질환, 만성 위장관 질환, 만성 심부전, 만성 신장질환(CKD), 만성 폐질환, 인지장애와 관련된 질환, 기능을 유지하거나 보존하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환, 기능상 어려움을 동반하는 질환, 치매, 당뇨병, HIV/AIDS, 면역결핍 및 면역억제 질환, 신경계 질환, 과체중 및 비만 및 대사증후군, 장기 이식 후 상태, 중증 혈액질환, 뇌졸중. 자격 기준에 대한 자세한 내용은 **4장, 섹션 C**를 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 혜택 서비스에는 동일한 보조금이 적용됩니다.** **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 (계속) **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: ○ 과일과 채소 ○ 통곡물과 밀가루, 향신료 및 상온 보관 식재료 등의 기본 식료품 ○ 유제품 및 유제품 대용품, 우유, 요거트, 치즈 ○ 육류, 가금류, 해산물, 달걀, 콩, 콩류, 견과류 및 씨앗 등 단백질 공급원 ○ 영양 쉐이크 및 영양 바 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 (계속) ● **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: ○ 비누, 샴푸, 컨디셔너 ○ 휴지, 종이 타월 ○ 데오드란트, 세안제, 바디 워시와 같은 개인 위생 용품 ○ 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. ○ 살충 스프레이 및 해충 기피제 ○ 개미, 바퀴벌레 및 설치류 방제 제품 ○ 해충 포획기 및 유인 먹이통 ○ 모기 관리 제품 인앱 바코드 스캐너를 사용하여 소매점에서 승인된 품목을 찾거나 가입자 포털에 로그인하십시오. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	만성 질병에 대한 특별 보조 혜택 (계속) ● **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. ● **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. ○ 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 ○ 유선 및 휴대 전화 서비스 ○ 인터넷 서비스 ○ 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외) ○ 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 게임 및 스트리밍(음악 및 독서 플랫폼 등) 및 기타 구독 기반 서비스를 포함한 온라인 엔터테인먼트 서비스는 혜택에서 제외됩니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	감독이 필요한 운동치료(SET) 당사는 말초 동맥 질환(PAD) 증상이 있고 PAD 치료 담당 의사로부터 PAD 치료를 위해 진료 의뢰를 받은 가입자의 SET 비용을 지불합니다. 당사 플랜은 다음의 비용을 지원합니다. • SET 요건이 모두 충족된다면 12주의 기간 동안 최대 36회의 **세션** • 의료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단할 경우, 시간 경과에 따라 36회의 추가 세션 SET 프로그램의 필수 사항: • 원활하지 않은 혈액순환으로 인한 절뚝거림(파행) 증상이 있는 가입자의 PAD 치료를 위한 운동 프로그램 30~60분 세션 • 병원 외래 시설 또는 의사 진료실 • 잃는 것보다 얻는 것이 더 많도록 하고 PAD 운동 치료에 관한 훈련을 받은 자격을 갖춘 보조 인력이 제공 • 기본 및 고급 생명 유지 장치 기법에 관한 훈련을 받은 의사, 보조 의사(PA) 또는 전문 간호사(NP)/임상 간호 전문가(CNS)의 직접 감독 하에 시행	$0 *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	수송: 비응급 상황에서의 의료 교통편 이러한 혜택을 통해 당사 플랜 및 Medicare가 보장하는 서비스를 위한 의료 교통을 이용할 수 있습니다. 여기에는 구급차, 들것 운송 차량, 휠체어 전용 차량 등의 의료 교통 서비스와 장애인 교통 서비스 연계가 포함될 수 있습니다. 교통편 형식은 다음과 같은 경우에 승인됩니다. ● 의료 제공자가 판단하기에 귀하의 의학적·및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 공공·민간 교통편을 이용할 수 없는 경우, 사전 승인이 필요하며, **또한** 교통편 이용을 위해 가입하신 플랜에 연락해 예약을 하셔야 합니다. 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 전화하여 교통편을 예약하십시오.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*
	수송: 비의료적 교통편 이 혜택을 통해 승용차, 택시 또는 기타 형태의 공공/민간 교통 형태로 의료 서비스 교통편을 이용할 수 있습니다. 수송은 치과 예약 장소로 이동하거나 의약품을 수취하는 것을 비롯하여 Medi-Cal에서 보장하는 필요한 의료 서비스를 받는 목적으로 필요합니다. Medi-Cal 및 Medicare가 이중으로 보장하는 교통 서비스는 보장됩니다. 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 전화하여 교통편을 예약하십시오.	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.* *진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.*

보장 서비스		가입자 지불
	긴급하게 필요한 진료 긴급하게 필요한 진료는 다음을 치료하기 위해 제공되는 진료입니다. ● 즉각적인 치료가 필요한 비응급 **또는** ● 예상치 못한 질병 **또는** ● 부상 **또는** ● 즉시 진료가 필요한 상태. 긴급하게 필요한 진료가 필요하신 경우, 먼저 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료받는 것을 시도하셔야 합니다. 그러나 시간, 장소 또는 상황을 고려하여 네트워크 소속 의료 제공자의 이 서비스를 받는 것이 불가능하거나 비합리적이기 때문에 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 수 있습니다(예: 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 보이지 않는 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황이 아닌 경우). 전 세계 응급/긴급 상황 보장: 미국 이외의 국가에서 받는 긴급, 응급 및 안정 후 진료로 정의됩니다. ● 미국 내에서 받게 되었을 때 응급, 긴급, 안정 후 진료로 분류될 수 있는 진료 서비스로 제한합니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 코페이먼트 $115 입원 치료를 받는 경우에는 전 세계 지역에서 응급실/긴급하게 필요한 서비스 방문 비용 분담액이 면제되지 않습니다. 전 세계 응급/긴급 상황 보장에는 연간 $50,000의 제한이 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불
	긴급하게 필요한 진료 (계속) ● 구급차가 아닌 다른 방식으로 응급실로 이동할 경우 가입자의 건강을 위험에 처하게 할 수 있는 상황에서 앰뷸런스 서비스가 보장됩니다. ● 해외 세금 및 수수료(환전 또는 거래 수수료가 포함되지만 이에 국한되지 않음)는 보장되지 않습니다. 미국은 50개 주, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, American Samoa를 의미합니다.	

보장 서비스		가입자 지불
	시력 관리 당사는 다음 서비스에 대해 지불합니다. ● 매년 정기 눈 검사 1회 **및** ● 격년마다 안경(안경테 및 렌즈)에 대해 $100 또는 콘택트 렌즈의 경우 최대 $100 당사는 눈 질병 및 부상의 진단과 치료에 대해서는 외래 의사 서비스 비용을 지불합니다. 예를 들어, 나이 관련 황반변성 치료가 있습니다. 녹내장 위험이 높은 분들에 대해서 당사는 녹내장 선별검사에 대해 매년 1회 비용을 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다. ● 녹내장의 가족력이 있는 사람 ● 당뇨병이 있는 사람 ● 만 50세 이상의 아프리카계 미국인 ● 만 65세 이상의 히스패닉계 미국인 당뇨병 환자의 경우, 우리는 당뇨병성 망막병증에 대한 선별검사 비용을 매년 한 번 지불합니다. 당사는 의사가 안구 내 렌즈를 삽입한 경우 매번 백내장 수술 뒤 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍에 대한 대금을 지불합니다. 두 차례의 백내장 수술을 했다면 각 수술 후마다 안경 한 쌍씩을 받아야 합니다. 첫 수술 뒤에 안경 한 쌍을 받지 못했다고 할지라도 두 번째 수술 뒤에 안경 두 쌍을 한꺼번에 받을 수 없습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0 *사전 승인이 필요할 수 있습니다.*

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. ● 안경류 장착 매년 1회 방문으로 제한됨. 안경류 장착에 대한 방문은 정기 눈 검사가 아닙니다. 서비스에는 안경류(콘택트 렌즈, 안경 프레임/렌즈) 장착이 포함됩니다. ● 안경류 매년 최대 $100의 혜택을 받을 수 있는 무제한 안경 처방을 제공합니다. 보장되는 안경에는 다음이 포함됩니다. ● 안경(안경테 및 렌즈) 또는 ● 안경 렌즈만 또는 ● 안경테만 또는 ● 안경 대신 콘택트렌즈 또는 ● 비전 하드웨어 업그레이드 **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	시력 관리 (계속) **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. 정기적인 안과 서비스에 대한 보장은 이 플랜에서 보충적으로 제공하는 혜택입니다.	
	질병예방을 위한 'Medicare 첫' 방문 당사는 질병예방을 위한 'Medicare 첫' 방문을 1회 보장해 드립니다. 방문에는 다음이 포함됩니다. ● 건강 상태 검토 ● 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(선별검사 및 주사(또는 백신) 포함) **및** ● 필요한 경우 다른 진료 의뢰 **참고:** 당사는 귀하가 Medicare Part B에 가입한 경우 처음 12개월 중의 'Medicare 첫' 예방 방문을 보장합니다. 귀하가 진료 예약을 하는 경우, 귀하가 'Medicare 첫' 예방 방문을 예약하고자 한다는 점을 의사 진료실 측에 알리십시오.	$0

보장 서비스		가입자 지불
	Wellcare Spendables® 귀하가 SSBCI에 적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드에 충전되어 총 **매달 $113**가 OTC 품목, 치과, 안과, 청력 서비스에 대해 지출됩니다. ● 귀하의 월 보조금은 **사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 플랜 연도의 연말에 만료됩니다.** **귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.** **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 ● 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 찾고 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. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불
	Wellcare Spendables® (계속) **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. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스	가입자 지불
Wellcare Spendables® (계속) 3. 승인된 품목/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 결제를 위해 '신용'으로 입력될 수 있습니다. 메시지가 나타나면 카드를 활성화할 때 생성한 PIN을 입력하십시오. **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. ● 카드가 제대로 작동하지 않거나 기술적인 문제가 발생한 경우 아래 번호로 당사에 문의해 주십시오. ● Wellcare는 분실 또는 도난 카드에 대해 책임을 지지 않습니다. ● Wellcare Spendables® 카드는 개인적인 용도로만 사용할 수 있고 판매 또는 양도할 수 없으며 현금 가치가 없습니다. **이 혜택은 다음 페이지로 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불
	Wellcare Spendables® (계속) ● 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 제외 사항이 적용될 수 있으며 승인된 품목만 보장됩니다. ● 이것은 Medicaid 혜택이 아닙니다. **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** go.wellcare.com/member를 방문하실 수도 있습니다.	

E. 커뮤니티 지원

맞춤형 건강 플랜에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주 정부 플랜에 따라 보장되는 의료적으로 적합하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경을 제공합니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 자격을 갖춘 경우 이러한 서비스를 통해 더 독립적으로 생활할 수 있습니다. 이러한 서비스는 Medi-Cal에 따라 이미 받은 혜택을 대체하지 않습니다.

당사가 제공하는 커뮤니티 지원의 예에는 의학적으로 도움이 되는 식품 및 식사 또는 의학적으로 짜인 식사, 귀하 또는 귀하의 간병인을 위한 지원 또는 샤워 손잡이와 경사로가 포함됩니다.

도움이 필요하시거나 이용할 수 있는 지역사회 지원에 대해 알아보시려면 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY: 711)으로 전화하거나 의료 서비스 공급자에게 문의하십시오.

노숙자 및 주택 문제 해결을 위한 서비스:

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
주택 전환 탐색 서비스	**주택 확보를 도와드립니다**. 여기에는 다음 항목에 대한 도움이 포함될 수 있습니다. ● 거주할 장소 찾기. ● 주택 신청 방법. ● 주택 지원 계획 수립. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 현지 노숙자 조정 진입 시스템 또는 유사한 시스템을 통한 주택 관련 도움이 필요한 인원으로 목록에 올라와 있습니다. ● 노숙을 경험하고 있습니다. ● 노숙자가 될 위험이 있습니다.
주택 임차 및 지속형 서비스	**입주 후 주택 유지** 관련 도움을 드립니다. 여기에는 예산 책정, 임대료 적시 지불, 임대 계약 권리 및 책임에 대한 이해 등이 포함될 수 있습니다. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 주택 전환/탐색 서비스를 받고 있습니다. ● 현지 노숙자 조정 진입 시스템 또는 그와 같은 시스템을 통한 주택 관련 도움이 필요한 인원으로 목록에 올라와 있습니다. ● 현재 노숙을 경험하고 있습니다. ● 노숙을 할 위험이 있습니다.

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
주택 보증금	**주택 확보를 도와드립니다**. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다. ● 임대 확보를 위한 보증금. ● 첫 달 유틸리티 비용 보장. ● 입주 전 필요하다면 첫 달과 마지막 달의 임대료. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 주택 전환/탐색 서비스를 받고 있습니다. ● 현지 노숙자 조정 진입 시스템 또는 그와 같은 시스템을 통한 주택 관련 도움이 필요한 인원으로 목록에 올라와 있습니다. ● 노숙을 경험하고 있습니다.

회복 서비스:

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
회복 치료 (의학적 임시 간호)	**부상 또는 질병으로부터 회복이 필요하지만 더 이상 입원이 필요하진 않은 분들을 위한 단기 주택 치료.** 선별된 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우:** ● 입원 위험에 처해있거나 입원 후입니다. ● 공식적인 지원 없이 혼자 살고 있습니다. ● 주택에 관련하여 불안정한 상황을 마주하고 있거나 수정 없이는 건강과 안전을 위협하는 주택을 보유하고 있습니다.

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
임시 간호	**단기로 지원이나 치료가 필요한 분들의 간병인에게 제공되는 단기 교대팀.** 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우:** ● 일상 활동을 제한하는 장소에 거주하고 있습니다. ● 대부분의 지원을 제공하기 위해 간병인을 필요로 하는 상태입니다. ● 요양원이나 그와 같은 장소에 배치되는 것을 방지하기 위해 간병인 교대팀이 필요합니다.
금주 센터	**응급 병동이나 감옥으로 이송되는 대신 알코올이나 음주 관련 문제에 대한 도움을 받을 수 있는 장소.** 선별된 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우:** ● 만 18세 이상이며 취한 상태입니다. ● 응급 병동이나 감옥으로 이송되었습니다. ● 응급 병동으로 보내졌고 금주 센터에 입주하기 적합한 상태입니다.

자택 같은 환경에서 장기 웰빙을 위해 제공되는 서비스:

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
천식 치료 교육	**유해한 천식 유발 요인을 제거하기 위해 자택에 적용되는 변경 사항.** 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우:** ● 다음 정의에 따라 지난 12개월 동안 제대로 조절되지 않은 천식이 있었던 경우: ○ 응급 병동 방문. ○ 병원에 입원함. ○ 아프거나 긴급 진료가 필요해서 진행한 두 번의 방문. ● 천식 조절 검사에서 점수가 19점 이하입니다.
주간 재활	**자택 같은 환경에서 거주하는 데 필요한 기술을 배우는 데 도움을 주기 위해 제공되는 프로그램.** 대중교통편 이용 또는 식사 준비 방법에 대한 교육이 포함될 수 있습니다. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 노숙을 경험하고 있습니다. ● 더 이상 노숙하고 있지 않으며 지난 24개월 내에 주택에 입주했습니다. ● 노숙할 위험이 있습니다. 또는 자택과 같은 환경이 개선될 수 있습니다.
환경 접근성 적응	**건강과 안전을 위해 집에 변경 사항을 적용합니다**. 또한 집에서 자유롭게 활용할 수 있는 변경 사항도 있습니다. 여기에는 램프와 가로대가 포함될 수 있습니다. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 요양원에 이송될 위험이 있습니다.

커뮤니티 지원	받을 수 있는 항목
식사/의학적 맞춤형 식사	**귀하의 건강과 식단에 따라 준비되고 조리된 자택으로 배송되는 식사** 여기에는 병원에서 퇴원한 후 필요한 식사가 포함됩니다. 모든 카운티에서 서비스를 이용할 수 있습니다. **서비스를 받을 수 있는 경우**: ● 만성 질환을 앓고 있습니다. ● 병원 또는 전문요양원에서 퇴원했습니다. ● 병원 또는 요양원으로 이송될 위험이 높습니다. ● 주된 진료 관리 필요성이 있습니다. ● 등록 영양사 또는 면허를 받은 영양 전문가가 평가합니다.

도움이 필요하시거나 이용할 수 있는 지역사회 지원에 대해 알아보시려면 가입자 서비스부 1-800-431-9007(TTY: 711)으로 전화하거나 의료 서비스 공급자에게 문의하십시오.

F. 당사 플랜 외 보장 혜택

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

F1. California 커뮤니티 전환(CCT)

California 커뮤니티 전화(CCT) 프로그램은 해당 지역에서 선도 조직을 이용해 최소 60일 이상 연속해서 입원 시설에 체류하였던 자격 있는 Medi-Cal 수혜자들이 다시 사회로 복귀하고 안전하게 살아갈 수 있도록 돕습니다. CCT 프로그램은 선전환 기간과 전환 후 365일 동안 전환 조정 서비스에 대한 자금을 공급하여 수혜자들이 커뮤니티 환경에 복귀할 수 있도록 도움을 제공합니다.

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

CCT 전환 조정 서비스

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

CCT 전환과 관련되지 않은 서비스

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

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

의약품 보장 혜택에는 변경 없음

CCT 프로그램은 의약품을 보장하지 **않습니다**. 당사 플랜을 통해 계속해서 일반적인 의약품 혜택을 받습니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.

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

F2. Medi-Cal 치과

일부 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다.

자세한 내용은 SmileCalifornia.org 웹사이트를 참조하십시오. Medi-Cal 치과에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

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

Medi-Cal 치과에서 이용 가능한 치과 혜택에 대한 자세한 정보가 필요하시거나 Medi-Cal을 수락하는 치과 의사를 찾는 데 도움이 필요하시면, 1-800-322-6384(TTY 사용자: 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스부에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. Medi-Cal 치과 담당자는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지 가입자를 지원할 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 smilecalifornia.org/를 방문하셔도 됩니다.

Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서는 치과 관리 의료 플랜(치과 MCP) 플랜을 통해 Medi-Cal 치과 혜택을 받을 수 있습니다. Medi-Cal 치과 플랜에 관한 추가 정보나 치과 플랜의 변경을 원하시면 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 1-800-430-4263

(TTY 이용자는 1-800-430-7077)번으로 건강 관리 옵션 부서에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. DMC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx에서도 제공됩니다.

www.hpsm.org/dental

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

F3. 가정 지원 서비스(IHSS)

- IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공된 서비스에 대한 비용을 가입된 의료 제공자를 대상으로 지불하는 데 도움을 줍니다 . IHSS 는 요양원 , 기숙 및 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안으로 간주됩니다 .
- 서비스를 받기 위해 평가를 수행하여 필요성에 따라 각 참가자에게 허가될 수 있는 서비스 유형을 결정합니다 . IHSS 를 통해 승인 받을 수 있는 서비스 유형에는 집 청소 , 식사 준비 , 세탁 , 식료품 쇼핑 , 개인 간병 서비스 (대소변 배출 , 목욕 , 치장 , 준의료 서비스 등), 의료 예약 동행 , 정신 장애인을 위한 보호 감독 등이 있습니다 .
- 케어 코디네이터가 카운티 사회 보장 서비스 기관에 IHSS 를 신청할 수 있도록 도움을 줄 수 있습니다 . 카운티 사회적 서비스 기관 연락처 정보는 **2 장**을 참조하십시오 .

F4. 1915(c) 가정과 커뮤니티 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램

생활 보조 면제(ALW)

- 생활 보조 면제 (ALW) 는 Medi-Cal 적격 수혜자에게 요양시설에서의 장기간 배치에 대한 대안으로 생활 보조 환경에서 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다 . ALW 의 목표는 요양시설을 가정 같은 환경 및 지역사회 환경으로 다시 전환하도록 촉진하거나 , 요양시설 배치 필요성이 임박한 수혜자를 위해 전문 요양시설 입원이 발생하지 않도록 하는 것입니다 .
- ALW 에 가입된 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 ALW 가입을 유지할 수 있습니다 . 당사 플랜은 가입자의 ALW 진료 조율 기관과 가입자가 받는 서비스를 조율합니다 .
- 현재 ALW 를 이용할 수 있는 카운티 : Los Angeles.

- 케어 코디네이터가 가입자의 ALW 신청에 도움을 줄 수 있습니다 . 참여 중인 ALW 진료 조율 기관의 현재 목록은 https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx 를 참조하십시오 .

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

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

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

가정 및 커뮤니티 기반 대안(HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원 또는 기관 배치 위험이 있는 사람에게 진료 관리 서비스를 제공합니다 . 진료 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 여러 전문 분야를 아우르는 진료 관리팀이 제공합니다 . 이 팀은 면제 및 주 플랜 서비스 (예 : 의료 , 행동 건강 , 가정 내 지원 서비스 등) 를 조율하고 다른 장기 서비스와 지역사회에서 이용할 수 있는 지원을 준비합니다 . 진료 관리 및 면제 서비스는 참가자의 커뮤니티 기반 거주지에서 제공됩니다 . 이 거주지는 개인 소유일 수 있으며 , 임차 계약을 통해 확보하거나 참가자 가족의 거주지일 수 있습니다 .

- HCBA 면제에 가입된 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 제공자는 HCBA 면제 가입을 유지할 수 있습니다 . 당사 플랜은 가입자의 HCBA 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다 .

- 케어 코디네이터가 가입자의 HCBA 신청에 도움을 줄 수 있습니다 . 자세한 내용은 https://libertana.com/services/hcba-waiver/ 를 참조하십시오 .

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램 (MCWP) 은 요양시설 진료 또는 입원의 대안으로서 HIV 보균자들에게 포괄적인 환자 관리 및 직접 진료 서비스를 제공합니다 . 환자 관리는 등록된 간호사와 사회복지사 환자 관리자로 구성된 참가자 중심의 팀 접근법입니다 . 환자 관리자는 참가자 및 주치의 , 가족 , 간병인 및 기타 의료 제공자와 협력하여 참가자가 본인의 집과 커뮤니티에 머물 수 있도록 하는 진료 요구사항을 평가합니다 .

- MCWP 의 목표는 (1) 기관 서비스가 필요할 수도 있는 HIV 보균자들을 위해 가정 및 커뮤니티 기반 서비스를 제공하고 , (2) HIV 건강 관리로 참가자를 지원하며 , (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근을 개선하고 , (4) 의료 제공자를 조정하여 서비스 중복을 제거하는 것입니다 .
- MCWP 면제에 가입된 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 제공자는 MCWP 면제 가입을 유지할 수 있습니다 . 당사 플랜은 가입자의 MCWP 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다 .
- 케어 코디네이터가 가입자의 MCWP 신청에 도움을 줄 수 있습니다 . 자세한 내용은 https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx 를 방문해 주십시오 .

다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP)

- 다목적 시니어 서비스 프로그램 (MSSP) 은 가정과 커뮤니티에서 개인들이 남을 수 있도록 지원하기 위해 사회 및 의료 관리 서비스를 제공합니다 .
- 대부분의 프로그램 참가자들은 가정 내 지원 서비스도 받지만 , MSSP 는 지속적인 진료 조율을 제공하고 , 참가자를 기타 필요한 커뮤니티 서비스 및 리소스에 연결하며 , 의료 제공자와 협력하고 , 기관 입소를 방지하거나 지연시키기 위해 지원받지 못할 수도 있는 일부 필요한 서비스를 구매합니다 . 연간 진료 관리 및 기타 서비스의 총액은 전문간호시설에서 진료를 받는 비용보다 낮아야 합니다 .
- 보건 및 사회 서비스 전문가로 구성된 팀이 각 MSSP 참가자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 완전한 건강 및 사회심리적 평가를 제공합니다 . 그런 다음 팀은 MSSP 참가자 , 의사 , 가족 및 기타 사람들과 협력하여 맞춤형 건강 플랜을 개발합니다 . 포함되는 서비스 :
  - 진료 관리
  - 성인 데이 케어
  - 경미한 주택 수리 / 유지 관리
  - 추가적인 집안일 , 개인 관리 , 보호 감독 서비스
  - 임시 간호 서비스
  - 교통 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 소통 서비스

- MSSP 면제에 가입된 가입자들은 당사 플랜이 제공하는 혜택을 받으면서 제공자는 MSSP 면제 가입을 유지할 수 있습니다 . 당사 플랜은 가입자의 MSSP 제공자와 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조율합니다 .
- 케어 코디네이터가 가입자의 MSSP 신청에 도움을 줄 수 있습니다 .

  기관 연락처 정보

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

F5. 당사 플랜 외로 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 약물 남용 치료 서비스)

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal Managed Care에서 보장하는 행동 건강 서비스를 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 특수 정신 건강 또는 카운티 약물 남용 치료 서비스를 제공하지 않지만, 이러한 서비스는 가입자가 거주하는 카운티의 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있는 기존을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 가입자가 거주하는 카운티의 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 특수 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

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

- 위기 주거형 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 대상 케이스 관리
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 치료상 행동 서비스
- 치료적 위탁 보호
- 중환자실 조정
- 집중 가정 기반 서비스
- 사법 관련 사회 복귀
- 적극적 지역사회 기반 치료 (ACT)
- 법의학 적극적 지역사회 기반 치료 (FACT)
- 초발 정신병 (FEP) 에 대해 조정된 특별 치료 (CSC)
- 클럽 하우스 서비스
- 향상된 커뮤니티 보건 종사자 (CHW) 서비스

의약품 Medi-Cal(DMC) 서비스는 이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하는 경우 카운티 행동 건강 기관을 통해 제공됩니다.

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

- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 조기 개입 서비스 (만 21 세 미만 가입자 대상)
- 조기 정기 선별검사 , 진단 및 치료 (만 21 세 미만 가입자 대상)

의약품 Medi-Cal 체계적 배송 시스템(DMC-ODS) 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 치료 서비스
- 집중 외래 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약물 (투약 지원 치료)
- 주거형 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조율
- 동료 지원 서비스
- 커뮤니티 기반 모바일 위기 중재 서비스
- 우발 사태 관리 서비스
- 조기 개입 서비스 (만 21 세 미만 가입자 대상)
- 조기 정기 선별검사 , 진단 및 치료 (만 21 세 미만 가입자 대상)
- 입원 치료 서비스

위에 나열된 서비스뿐만 아니라 귀하가 기준에 부합된다면 자발적 입원 해독 치료를 이용하실 수도 있습니다.

또한 Medicare에서 보장하고 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 행동 건강 서비스를 통해 관리되는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 받으실 수도 있습니다. 당사 플랜과 귀하의 카운티 MHP 간의 의료 필요성 및 진료 의뢰를 결정하는 데 사용되는 프로세스를 포함하여 당사 플랜을 통해 이용할 수 있는 행동 건강 서비스에 대한 정보는 **3장**을

참조하십시오. 행동 건강 서비스에 문제가 있거나 불만사항이 있는 경우 불만 제기에 대한 정보는 **9장**을 참조하십시오.

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

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

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

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

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

- 보장 서비스로 나열되지 않는 한 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 '합리적이고 의학적으로 필요한' 것으로 간주되지 않는 서비스 .
- Medicare, Medicare 에서 승인한 임상 연구 또는 당사 플랜이 해당 서비스를 보장하지 않는 한 실험 의료 및 외과 치료 , 항목 및 의약품 . 임상 연구에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **3 장**을 참조하십시오 . 실험 치료 및 항목은 일반적으로 의료계에서 용인되지 않습니다 .
- 병적 비만을 위한 외과적 치료 . 의학적으로 필요하며 Medicare 에서 지불하는 경우는 예외입니다 .
- 병원의 개인실 . 의학적으로 필요하다고 간주된 경우는 예외입니다 .
- 개인 간호사
- 전화나 TV 와 같이 병원이나 요양시설 방 안의 개인 물품 .
- 풀타임 가정간호
- 가까운 친척이나 가족이 청구하는 비용
- 자택으로 배송되는 식사

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

5장: 외래 의약품 조제

개요

이 장에서는 외래 의약품 조제를 위한 규칙을 설명합니다. 이 의약품은 가입자의 의료 제공자가 지시하여 가입자가 약국에서 받거나 우편 주문으로 받는 의약품을 말합니다. 여기에는 Medicare Part D 및 Medi-Cal에서 보장하는 의약품이 포함됩니다. 이 *가입자 핸드북*의 **6장**에서는 이러한 의약품에 대해 어떤 비용을 지불하는지 설명합니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

이 장에서는 다루지 않으나 당사는 다음 의약품을 보장합니다.

- **Medicare Part A 가 보장하는 의약품** . 여기에는 일반적으로 가입자가 병원 또는 요양 시설에 머무는 동안 주어진 의약품이 포함됩니다 .
- **Medicare Part B 가 보장하는 의약품 .** 여기에는 항암 화학요법 의약품 일부 , 의사나 기타 의료 제공자가 진료실 방문 시 가입자에게 투여한 의약품 일부 , 투석 클리닉에서 가입자가 받은 의약품이 포함됩니다 . Medicare Part B 의약품 중 무엇이 보장되는지에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **4 장**에 있는 혜택표를 참조하십시오 .
- 플랜의 Medicare Part D 및 의료 혜택 보장 외에도 , 가입자가 Medicare 호스피스에 입소 중인 경우에는 Original Medicare 에서도 의약품을 보장받을 수 있습니다 . 자세한 내용은 **5 장** , **섹션 F3** “Medicare 공인 호스피스 프로그램에 있는 경우 ” 를 참조해 주십시오 .

외래 의약품 보장에 관한 당사 플랜의 규칙

본 섹션에 명시된 규칙을 가입자가 따르는 한 당사는 대부분 가입자의 의약품을 보장합니다.

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

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

일반적으로, 처방약을 조제하려면 반드시 네트워크 소속 약국을 이용하야 합니다(자세한 내용은 **섹션 A1** 참조). 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.

가입자의 처방약은 반드시 당사 플랜의 *보장 의약품 목록*에 들어 있어야 합니다. 간단히 '*의약품 목록*'이라고도 합니다 (이 장의 **섹션 B**를 참조하십시오).

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

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

가입자의 의약품은 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인을 받아야, 당사가 이를 보장할 수 있습니다 (이 장의 **섹션 C**를 참조하십시오).

목차

A. 처방약 조제 **169**

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제 **169**

A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시 **169**

A3. 네트워크 소속 약국을 변경하고 싶은 경우 **169**

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 해야 합니까 **170**

A5. 전문 약국 이용 **170**

A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기 **170**

A7. 의약품의 장기 공급 **172**

A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기 **173**

A9. 처방약 비용 환급 **174**

B. 당사 플랜의 *의약품 목록* **175**

B1. 당사 *의약품 목록*에 있는 의약품 175
B2. *의약품 목록*에서 의약품을 찾는 방법 175
B3. *의약품 목록*에 없는 의약품 176
B4. *의약품 목록* 비용 분담 범주 177
C. 일부 의약품 제한 사항 178
D. 귀하의 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유 179
D1. 임시 공급분 제공 180
D2. 임시 공급분 요청 181
E. 의약품의 보장 변경 182
F. 특별한 경우에서의 의약품 보장 184
F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문간호시설 입원 184
F2. 장기요양 시설 184
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램 185
G. 의약품 안전 및 의약품 관리에 대한 프로그램 185
G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램 185
G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램 186
G3. 가입자들이 오피오이드 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램(DMP) 187

A. 처방약 조제

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사는 당사의 네트워크 소속 약국에서 조제되는 경우에 처방약 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 약국이란 당사 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 뜻합니다. 당사 네트워크 소속 약국 중 어디든지 가셔도 됩니다 (네트워크 비소속 약국에서 조제되는 처방약을 당사가 보장하는 경우에 대한 정보는 **섹션 A8**을 참조하십시오).

네트워크 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 제시

처방약을 조제하시려면 네트워크 소속 약국에서 **가입자 ID 카드를 제시**하십시오. 네트워크 소속 약국은 가입자의 보장약에 대한 당사의 비용 분담분을 당사에 청구합니다. 그리고 가입자가 처방약을 구입하여 받는 시점에 코페이먼트를 약국에 납부해야 할 수 있습니다.

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

처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 또는 BIC를 지참하고 있지 않다면, 당사에 연락하여 필요한 정보를 얻으라고 약국 측에 요청하거나, 약국 측에 귀하의 플랜 가입 정보를 조회하라고 요청하면 됩니다.

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

- 당사에 환급을 요청하려면 이 *가입자 핸드북*의 **7 장**을 참조하십시오 .
- 처방약을 조제 받는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 귀하의 케어 코디네이터에 문의하실 수 있습니다 .

A3. 네트워크 소속 약국을 변경하고 싶은 경우

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

네트워크 약국 변경에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 해야 합니까

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

새로운 네트워크 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 확인하시거나, 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오.

A5. 전문 약국 이용

어떤 처방전은 반드시 전문 약국에서 약을 조제해야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 약물 투약에 사용되는 약을 공급하는 약국 .
- 요양시설 등 장기요양 시설 입소자를 위한 약을 공급하는 약국 .
    - 일반적으로 장기요양 시설에는 자체 약국이 있습니다 . 장기요양 시설의 입소자인 경우 시설의 약국에서 필요한 약을 얻을 수 있는지 확인합니다 .
    - 가입자의 장기요양 시설 약국이 당사의 네트워크에 속하지 않은 경우 또는 장기요양 시설에서 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 문의하십시오 .
- 원주민 의료 제공자 (IHCP) 약국 . 아메리카 원주민 및 Alaska 원주민 가입자는 가입된 소매 약국이 있는 범위 내에서 원주민 의료 제공자 (IHCP) 의 약국을 이용할 수 있습니다 . 아메리카 원주민 또는 Alaska 원주민이 아닌 경우에도 진료소에 배정되었거나 응급 상황인 경우 IHCP 의 소매 약국에서 서비스를 받을 수 있습니다 .
- FDA 가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급 , 제공자 조정 또는 사용 교육을 요하는 약을 공급하는 약국 (참고 : 이와 같은 상황은 극히 드물게 발생합니다).
- 전문 약국을 찾으시려면 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나 , 당사 웹사이트를 확인하시거나 , 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의해 주십시오 .

A6. 우편 주문 서비스로 의약품 받기

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

당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해서는 최소 35일 이상 최대 100일 공급 분량 이내의 약을 주문할 수 있습니다. 100일 공급분은 한 달 공급분과 코페이먼트가 같습니다.

우편으로 처방약 조제하기

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 처방약은 14일 이내에 도착합니다. 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.

우편 주문 프로세스

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

1. 가입자가 약국에 제출한 새 처방전

약국은 귀하로부터 받은 새 처방전을 자동으로 조제하여 전달합니다.

2. 의료 제공자 사무실에서 약국에 제출한 새 처방전

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

- 가입자가 이전에 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 이용한 경우 **또는**
- 의료 제공자로부터 직접 받는 모든 새로운 처방전을 자동으로 배달하도록 가입한 경우 . 지금 또는 언제든지 모든 새 처방전의 자동 배송을 요청하시려면 Express Scripts® Pharmacy 에 1-833-750-0201(TTY: 711) 번으로 주 7 일 , 하루 24 시간 전화하십시오 . 또는 express-scripts.com/rx 에 로그인하십시오 .

귀하가 자신이 원하지 않는 처방약을 우편으로 자동 수령하거나 배송 전에 희망 여부를 알아보기 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 언제든지 전화로 연락하십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

가입자가 저희의 우편 주문 배송을 전혀 이용한 적이 없는 경우 및/또는 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하고자 하는 경우, 약국에서 의료 제공자로부터 새 처방전을 받을 때마다 가입자에게 연락해 의약품이 조제되어 즉시 배송되기를 원하는지 확인합니다.

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

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

3. 우편 주문 처방약 재조제

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 재조제 프로그램을 사용하지 않기로 선택하신 경우 , 다음 주문이 적시에 배송될 수 있도록 현재 처방약이 다 떨어지기 21 일 전에 약국으로 문의하십시오 .

우편 주문 의약품 재조제를 자동으로 준비해 주는 이 프로그램에 가입하지 않으려면, 주 7일, 하루 24시간 언제든지 우편 주문 가입자 서비스부 전화 1-833-750-0201 (TTY : 711)번으로 연락하십시오. 또는 express-scripts.com/rx에 로그인하십시오.

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

A7. 의약품의 장기 공급

가입자는 당사 플랜의 *의약품 목록*에 포함된 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있습니다. 유지 의약품이란 만성 또는 장기 의학적 상태에 대해 정기적으로 복용하는 의약품입니다.

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

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

A8. 당사의 플랜 네트워크 비소속 약국 이용하기

일반적으로 당사는 가입자가 네트워크 소속 약국을 이용하실 수 없는 경우에만 네트워크 비소속 약국에서 조제된 의약품에 대해 지불합니다. 저희 플랜에서는 여러분이 가입자로서 처방약을 조제할 수 있도록 서비스 지역 이외 지역에도 네트워크 소속 약국을 지정해 놓았습니다. 그런 상황에서는 먼저 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해서 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지를 확인하십시오.

당사는 다음의 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제된 처방약에 대해 지불합니다.

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 . 이 경우 , 가입자가 처방약 비용 전액을 지불해야 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 이 *가입자 핸드북*의 **7 장**을 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 . 이 경우 , 가입자가 처방약 비용 전액을 지불해야 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 이 *가입자 핸드북*의 **7 장**을 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. 비용청구서 제출 방법에 대해 확인하려면 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오.

A9. 처방약 비용 환급

귀하가 네트워크 비소속 약국을 이용하셔야 하는 경우, 일반적으로 귀하는 처방약 조제 시 코페이먼트 대신 처방약 비용 전액을 지불하셔야 합니다. 그런 상황에서는 당사 쪽의 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 단, 네트워크 비소속 약국에서의 구입가격 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

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

이에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 *의약품 목록*

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

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

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

B1. 당사 *의약품 목록*에 있는 의약품

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

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

당사 *의약품 목록*에는 브랜드 약, 제네릭 약 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)가 포함됩니다.

브랜드 약은 해당 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 의약품입니다. 생물학적 제제는 일반 의약품보다 더 복잡한 의약품입니다. 당사 *의약품 목록*에서 당사가 '의약품'이라고 하는 경우는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약과 브랜드 약의 성분은 동일합니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 하는 대체재가 있습니다. 일반적으로 제네릭 약과 바이오시밀러는 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제처럼 작용하고 보통 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 목록*에 있을 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 **12장**을 참조하십시오.

B2. *의약품 목록*에서 의약품을 찾는 방법

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

- 당사 플랜 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA 를 방문하십시오 . 당사 웹사이트에 있는 *의약품 목록*은 언제나 최신 목록입니다 .

- 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해서 어떤 의약품이 당사의 *의약품 목록*에 있는지 문의하시거나 목록의 사본을 보내 달라고 요청하십시오 .
- 파트 D 에서 보장하지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다 . 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문해 주십시오 .
- go.wellcare.com/HealthNetCA에서 당사의 ' 실시간 혜택 도구 ' 를 사용하여 *의약품 목록*에 의약품을 검색한 다음 동일한 질환을 치료할 수 있는 *의약품 목록*에 기재된 대체 의약품이 있는지와 지불 금액에 대한 추정치를 알아보십시오 . 귀하의 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화하실 수도 있습니다 .

B3. *의약품 목록*에 없는 의약품

당사는 모든 의약품을 보장하지는 않습니다.

- 일부 의약품은 법률에서 해당 의약품의 보장을 허용하지 않기 때문에 *의약품 목록*에 없습니다 .
- 그 외에는 당사가 해당 의약품을 *의약품 목록*에 포함하지 않기로 결정한 것입니다 .
- 일부 경우에는 당사의 *의약품 목록*에 없는 의약품을 받을 수 있습니다 . 자세한 내용은 **9 장**을 참조하십시오 .

강화된 의약품 보장 하에서 보장하는 특정 제외 의약품을 제외하고, 당사 플랜은 이 섹션에 설명된 종류에 대해 비용을 부담하지 않습니다. 이런 의약품들은 **제외된 의약품**이라 불립니다. 가입자가 당사 플랜에서 보장하지 않는 제외 의약품 처방전을 받았다면 가입자가 직접 해당 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 가입자의 상황으로 인하여 당사가 제외된 의약품을 지불해야 한다고 생각하시면, 이의를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오.

다음은 제외된 의약품에 대한 세 가지 일반적인 규칙입니다.

1. 당사 플랜의 외래 의약품 보장(Medicare Part D 포함)은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서 이미 보장하고 있는 의약품 비용을 지불할 수 없습니다. 당사 플랜은 Medicare Part A 또는 Medicare Part B에서 보장하는 의약품을 무료로 보장하지만 해당 의약품은 귀하의 외래 의약품 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사의 플랜은 미국 또는 그 영토 이외의 지역에서 구매한 의약품을 보장할 수 없습니다.
3. FDA의 승인을 받았거나 귀하의 병증에 대한 치료책으로서 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침되는 의약품만 사용해야 합니다. 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 귀하의 질환을 치료하기 위한 어떤 의약품을 처방했는데 그 의약품이 그 질환의 치료책으로 승인되지 않을 수도 있습니다. 이를 '오프 라벨 사용'이라고 합니다. 당사의 플랜은 일반적으로 오프 라벨 사용을 위해 처방되는 의약품을 보장하지 않습니다.

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

- 가임 능력을 촉진하기 위해 사용되는 의약품
- 기침 또는 감기 증상을 완화하기 위해 사용하는 약 *
- 미용 목적을 위해 또는 모발성장을 촉진하기 위해 사용된 의약품
- 임산부용 비타민 및 불소 * 적용을 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능이나 발기 부전 치료를 위해 사용되는 약
- 거식증 , 체중감량 또는 체중증가 치료를 위해 사용하는 약 *
- 해당 회사에서만 검사나 서비스를 받아야 한다고 하는 회사에서 만든 외래 의약품

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

B4. *의약품 목록* 비용 분담 범주

당사 *의약품 목록*의 모든 의약품은 여섯 가지 범주 중 하나에 해당합니다. 범주는 일반적으로 동일한 유형(예: 브랜드 약, 제네릭 약 또는 OTC 의약품)의 의약품 그룹입니다. 일반적으로 보다 높은 비용 분담 범주에 속할 수록 가입자가 해당 의약품에 부담해야 하는 비용도 높아집니다.

- 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 .
- 범주 6(선별 치료 약) 에는 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 일부 제네릭 약 및 / 또는 브랜드 약이 포함됩니다 .

해당 의약품이 어떤 비용 분담 범주에 속하는지 확인하려면 당사의 *의약품 목록*에서 의약품을 찾아보십시오.

이 *가입자 핸드북*의 **6장**에서는 각 범주의 의약품에 대해 가입자가 지불하는 금액을 설명합니다.

C. 일부 의약품 제한 사항

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

어떤 약은 *의약품 목록*에 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 사항이 적용될 수 있기 때문입니다(예를 들어, 10mg 또는 100mg, 하루 1회 또는 하루 2회, 알약 또는 물약).

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

예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오.

1. 제네릭 약 또는 대체 바이오시밀러 버전이 있는 경우 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제의 사용 제한

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

- 일반적으로 당사는 제네릭 버전을 이용할 수 있는 경우 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제의 비용을 지불하지 않습니다 .
- 그러나 귀하의 의료 제공자가 제네릭 약 또는 대체 바이오시밀러가 귀하에게 효과가 없는 의학적 이유를 당사에 설명했거나 , ***또는*** 브랜드 약 또는 오리지널 생물학적 제제에 대한 귀하의 처방전에 ' 대체 없음 ' 을 기재했거나 , ***또는*** 동일한 상태를 치료하는 제네릭 약 , 대체 바이오시밀러 , 기타 보장약 등이 귀하에게 효과가 없는 의학적 이유를 당사에 설명했다면 당사는 브랜드 약을 보장합니다 .
- 가입자의 코페이먼트는 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제가 제네릭 약이나 대체 바이오시밀러에 비해 더 클 수 있습니다 .

2. 플랜으로부터 사전 승인 얻기

일부 의약품에 대해서는 가입자가 처방전을 조제하기 전에 가입자 또는 가입자의 처방자가 먼저 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 이는 의약품 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 승인을 받지 않으면 해당 의약품에 대한 보장을 받지 못할 수 있습니다. 사전 승인에 대한 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/enhanced-select-pa를 방문하십시오.

3. 다른 의약품 시도해 보기

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

의약품 A가 효과가 **없는** 경우 당사는 의약품 B를 보장합니다. 이를 단계적 치료법이라고 합니다. 단계적 치료법에 대한 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/enhanced-select-st를 방문하십시오.

4. 분량 제한

일부 의약품의 경우, 당사는 가입자가 받을 수 있는 의약품의 수량을 제한합니다. 이를 분량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 일반적으로 특정 의약품에 대해 하루에 알약 하나만 복용해도 안전하다고 간주되는 경우, 처방전을 조제할 때마다 얼마나 많은 의약품을 복용할 수 있는지 제한할 수 있습니다.

상기 규칙 중 하나라도 귀하가 복용하거나 복용하려는 의약품에 적용되는지 알고 싶다면, 당사의 *의약품 목록*을 확인하십시오. 가장 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 전화하시거나 당사 웹사이트 go.wellcare.com/druglist-6을 확인하십시오. 위의 이유 중 하나로 당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오.

D. 귀하의 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유

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

- 당사 플랜에서 귀하가 원하는 의약품을 보장하지 않습니다 . 해당 의약품이 당사의 *의약품 목록*에 올라 있지 않을 수 있습니다 . 당사가 해당 의약품을 귀하가 원하는 브랜드 버전이 아닌 제네릭 버전으로 보장할 수 있습니다 . 어떤 의약품은 신약이라 당사가 안정성과 효율성 검토를 아직 하지 않았을 수도 있습니다 .

- 당사 플랜에서 해당 의약품을 보장하지만 보장에 대한 특별한 규칙이나 제한이 있습니다 . 이 장의 **섹션 C** 에서 설명했듯이 , 당사 플랜에 의해 보장되는 일부 의약품에는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다 . 일부 경우 , 귀하나 귀하의 처방자는 예외 처리를 요청할 수가 있습니다 .
- 이 의약품이 보장되지만 , 비용 분담 범주에 있으므로 비용을 더 많이 지불할 수 있습니다 .

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

D1. 임시 공급분 제공

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

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

1. 가입자가 복용하는 의약품 조건:
   - 더 이상 *의약품 목록*에 **없거나**
   - *의약품 목록*에 실린 적이 **없거나**
   - 어떤 방식으로든 제한됨 .
2. 이러한 상황 가운데 하나에 반드시 속해야 합니다.
   - 작년 당사 플랜에 가입되어 있었습니다 .
     - 당사는 **달력 연도의 첫 90 일 동안의** 귀하 의약품의 임시 공급분을 보장합니다 .
     - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30 일 , 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 복용량입니다 .
     - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 , 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일 , 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제 받는 것을 허용합니다 . 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다 .
     - 장기 치료 약국에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 적은 분량으로 처방약을 제공합니다 .

- 당사 플랜의 신규 가입자입니다 .
  - 당사는 귀하가 **당사 플랜에 가입한 후 첫 90 일 동안** 기존에 복용하던 의약품의 임시 공급분을 보장합니다 .
  - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30 일 , 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 복용량입니다 .
  - 귀하의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 , 당사는 소매 약국의 경우 최대 30 일 , 장기 약국의 경우 최대 31 일 공급분의 약물을 제공하도록 여러 번 재조제 받는 것을 허용합니다 . 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다 .
  - 장기 치료 약국에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 적은 분량으로 처방약을 제공합니다 .
- 귀하가 당사 플랜에 가입한 지 90 일 이상 지났고 장기요양 시설에 거주하고 , 의약품 공급이 즉시 필요한 경우 :
  - 당사는 31 일 공급량을 일 회 보장합니다 . 귀하의 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급량을 보장합니다 . 이것은 위에 설명한 임시 공급분에 추가되는 것입니다 .
  - 치료 수준이 변경되는 경우 (장기요양 시설 또는 병원 입퇴원) 당사는 약의 30 일 임시 공급분을 보장합니다 . 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 30 일 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다 .

D2. 임시 공급분 요청

의약품의 임시 공급분을 요청하려면, 가입자 서비스부에 전화하십시오.

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

- 다른 의약품으로 변경 .

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

  또는

- 예외 요청 .

  가입자 또는 가입자의 의료 제공자는 당사로 예외 처리를 요청하실 수 있습니다. 예를 들어 귀하는 당사에 *의약품 목록*에 없는 의약품을 보장할 것을 요청하거나 해당 의약품을 제한 사항 없이 보장할 것을 요청할 수 있습니다. 가입자의 의료 제공자가 가입자는 예외 처리의 충분한 사유가 있다고 말하면, 해당 의료 제공자는 예외 처리에 대해 가입자를 도와 드릴 수 있습니다.

  예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오.

  예외 처리 요청에 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

E. 의약품의 보장 변경

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

- 의약품에 대한 사전 승인 (PA) 을 요구할지 결정합니다 (의약품을 받기 위한 당사의 허가).
- 가입자가 받아갈 수 있는 의약품의 수량을 추가하거나 변경합니다 (분량 제한).
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가하거나 변경합니다 (당사에서 다른 의약품을 보장하기 전에 한 의약품을 시도해야 함).
- 오리지널 생물학적 제제를 생물학적 제제의 대체 바이오시밀러 버전으로 교체합니다 .

당사는 플랜의 *의약품 목록*을 변경하기 전에 Medicare 요건을 반드시 준수합니다. 이러한 의약품 규정에 대한 자세한 내용은 **섹션 C**를 참조하십시오.

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

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

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

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

- 당사의 최신 *의약품 목록*을 온라인 go.wellcare.com/druglist-6 에서 확인하거나 , **또는**

- 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 최신 *의약품 목록*을 확인하십시오 .

현재 플랜 연도에 영향을 미치는 *의약품 목록*에 적용할 수 있는 변경 사항

*의약품 목록*의 변경이 즉각적으로 이루어지는 경우도 있습니다. 예를 들면:

제네릭 약이 새로 나왔습니다. 때때로 현재 *의약품 목록*에 있는 브랜드 약이나 오리지널 생물학적 제제만큼 효과가 있는 새로운 제네릭 약이나 바이오시밀러가 출시되기도 합니다. 그러면 브랜드 약을 삭제하고 새로운 제네릭 약을 추가할 수 있습니다. 다만 가입자가 새 의약품에 지불하는 비용은 동일하거나 낮아집니다. 당사가 새로운 제네릭 약을 추가할 경우 목록 상의 브랜드 약을 유지하되 관련 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

- 이러한 변경은 사전에 가입자에게 알리지 않고 진행되나 , 일단 결정되면 구체적인 변경 내용을 알려드립니다 .
- 가입자 또는 의료 제공자는 이러한 변경 사항에서 ' 예외 처리 ' 를 요청할 수 있습니다 . 그러면 당사가 예외 처리를 요청하기 위해 밟아야 할 단계를 알려드립니다 . 예외에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조해 주십시오 .

시중에 나와 있는 안전하지 않은 의약품 및 기타 의약품 제거. 때때로 의약품이 안전하지 않은 것으로 확인되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이 경우 즉시 *의약품 목록*에서 제거할 수 있습니다. 해당 의약품을 복용하고 있으신 경우, 변경 후 고지서를 보내드리겠습니다. 처방자와 상담하면 대신에 복용할 수 있는 유사한 약이 *의약품 목록*에 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다.

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

- FDA 에서 새로운 지침을 보내오거나 의약품에 대한 새로운 임상 지침이 생길 경우 .

이러한 변경이 발생하면 당사는 다음을 수행합니다.

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

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

- 대신 복용할 만한 비슷한 약이 당사 *의약품 목록*에 있는 경우 , **또는**

- 이러한 변경 사항에서 예외를 요청하여 현재 복용 중인 의약품 또는 의약품 버전을 계속 보장받아야 하는 경우 . 예외 처리 요청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9 장**을 참조하십시오 .

본 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 주지 않는 *의약품 목록* 변경

위에서 설명하지 않은 의약품을 변경할 수 있으며 현재 귀하에게 영향을 미치지 않습니다. 이러한 변경의 경우, **연초**에 보장된 의약품을 가입자가 계속 복용 중인 경우, 당사는 일반적으로 **연중 나머지 기간**에 해당 의약품의 보장을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 현재 복용하고 있는 의약품을 제거하거나, 의약품에 대한 비용을 늘리거나, 사용을 제한한다면, 이러한 변화는 해당 의약품의 사용 또는 나머지 기간 동안 귀하가 비용을 지불하는 의약품에 영향을 미치지 않습니다.

복용 중인 의약품에 대해 다음의 변동 중 어느 것이라도 발생하는 경우(위 섹션에 명시된 기타 변경 사항 제외), 그 변동은 다음 연도의 1월 1일까지 의약품 복용에 영향을 주지 않습니다.

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

F. 특별한 경우에서의 의약품 보장

F1. 당사 플랜에서 보장하는 병원 및 전문간호시설 입원

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

의약품 보장과 지불 금액에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **6장**을 참조하십시오.

F2. 장기요양 시설

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

가입자의 장기요양 시설의 약국이 당사 네트워크에 소속되어 있는지 알아보려면 가입자의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 살펴보십시오. 그렇지 않은 경우 또는 자세한 내용을 원하시면, 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램

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

- Medicare 호스피스에 가입되어 있으며 말기 예후 및 상태와 관련이 없기 때문에 호스피스가 제공하지 않는 특정 의약품 (통증 , 구토억제제 , 완하제 또는 항불안제) 이 필요할 수 있습니다 . 이런 경우 , 당사 플랜은 처방자나 귀하의 호스피스 제공자로부터 그 의약품과 관련이 없다는 통보를 받아야만 해당 의약품을 보장할 수 있습니다 .
- 당사 플랜에서 보장해야 할 관련 없는 의약품 수령이 지연되는 것을 방지하기 위해 약국에 처방전을 작성하도록 요청하기 전에 호스피스 제공자 또는 처방자에게 해당 의약품이 관련이 없다는 통보를 당사가 받도록 요청할 수 있습니다 .

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

당사 플랜에서 보장하는 의약품에 대해서는 이 장의 이전 부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의**4장**을 참조하십시오.

G. 의약품 안전 및 의약품 관리에 대한 프로그램

G1. 가입자가 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램

가입자가 처방전을 받아 의약품을 조제할 때마다 당사는 의약품 오류 같은 발생 가능한 문제들을 점검합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 효과가 동일한 다른 유사 의약품을 복용 중이기 때문에 불필요할 수도 있는 의약품
- 연령 또는 성별에 따라 안전하지 않을 수 있는 의약품
- 동시에 복용할 경우 해로울 수 있는 의약품
- 알레르기 반응을 보일 수 있는 성분이 포함된 의약품
- 양 (용량) 에 오류가 있을 수 있는 의약품
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 진통제가 포함된 의약품

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

G2. 가입자 의약품 관리를 돕는 프로그램

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

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

그리고 다음을 제공할 것입니다.

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

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

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

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

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

G3. 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.

- 이러한 약물에 대한 처방을 특정 약국 (들) 에서 받도록 요구함
- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 처방을 특정 처방자에게서 받도록 요구함
- 당사가 가입자에게 보장하는 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 의약품의 보장을 제한하는지 또는 귀하가 특정 의료 제공자 또는 약국에서만 이러한 의약품에 대한 처방전을 받아야 하는지를 알려 줍니다.

가입자는 선호하는 처방자 또는 약국 및 당사가 알아야 할 중요한 모든 정보를 당사에 알릴 기회가 있습니다. 귀하가 답변할 수 있는 기회가 주어진 후 당사가 이러한 의약품의 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 해당 제한을 확인하는 다른 서신을 보내드릴 것입니다.

저희가 실수를 하였다고 생각되거나 당사의 결정이나 제한에 동의하지 않으시면 가입자와 가입자의 처방자가 당사에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청을 하면 귀하의 케이스를 검토하고 새로운 결정을 내릴 것입니다. 약물 접근에 적용되는 제한과 관련된 귀하의 이의 신청 일부를 당사가 계속해서 거부하는 경우, 당사는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 검토 기관(IRO)으로 보냅니다 (이의 신청 및 IRO에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오).

다음과 같은 경우에는 DMP가 적용되지 않을 수 있습니다.

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

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

개요

이 장에서는 외래 의약품에 대한 가입자 부담분을 다룹니다. '의약품'의 의미는 다음과 같습니다.

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

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격이 있으므로 Medicare Part D 약에 대한 지불금에 대해 Medicare의 추가 지원을 받고 있습니다. 귀하의 의약품 보장에 관하여 설명하는 *"처방약 '추가 지원'을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 부칙"*("저소득층 보조금 부칙" 또는 "LIS 부칙"이라고도 함)이라고 하는 별도 삽입지를 발송하였습니다. 해당 삽입지를 받지 못한 경우에는 가입자 서비스부에 전화하여 'LIS 부칙'을 요청해 주십시오.

> **추가 지원**이란 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 코페이먼트 등 Medicare Part D 약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득층 보조' 또는 'LIS'라고도 합니다.

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

의약품에 대해 자세히 알아보려면 다음을 살펴보십시오.

- 당사의 *보장 의약품 목록* .
  - 당사는 이것을 ' *의약품 목록* ' 이라고 부릅니다 . 이 목록을 보면 다음을 알 수 있습니다 .
    - 당사가 지불하는 의약품
    - 6개 범주 중 각 의약품이 속하는 범주
    - 의약품에 대한 제한이 있는지
  - 당사 *의약품 목록* 사본이 필요하시면 가입자 서비스부에 전화하십시오 . 당사 웹사이트 go.wellcare.com/druglist-6 에서도 최신 *의약품 목록* 사본을 확인하실 수 있습니다 .

- 약국에서 받는 대부분의 의약품은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 에서 보장합니다 . 비처방 (OTC) 약물 또는 특정 비타민 등 기타 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다 . 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) 를 방문해 주십시오 . 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다 . Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 신분증 (BIC) 을 지참해 주십시오 .

- 이 *가입자 핸드북*의 **5 장** .
  - 외래환자 의약품을 당사 플랜을 통해서 받는 방법을 설명합니다 .
  - 여기에는 귀하가 따라야 할 규칙이 포함됩니다 . 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 의약품 유형을 알려 줍니다 .
  - 플랜의 ' 실시간 혜택 도구 ' 를 사용해 의약품 보장을 확인할 시 (**5 장** , **섹션 B2** 참조) 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인부담금 추정치입니다 . 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하실 수 있습니다 .

- 당사 *의료 제공자 및 약국 명부* .
  - 대부분의 경우 귀하는 네트워크 소속 약국을 이용하여 보장약을 받아야 합니다 . 네트워크 소속 약국은 당사와 협약을 맺은 약국들입니다 .
  - *의료 제공자 및 약국 명부*는 네트워크 소속 약국 목록입니다 . 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5 장**을 참조하십시오 .

목차

A. *혜택 설명서*(EOB) **190**

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법 **191**

B1. 이 요약에서 실수를 발견하면 어떻게 하나요? **192**

B2. 사기 가능성은 어떻습니까? **193**

C. Medicare Part D 약에 대한 약물 지급 단계 **193**

D. 1단계: 초기 보장 단계 **194**

D1. 약국 선택 194
D2. 의약품의 장기 공급 195
D3. 가입자 지불 195
D4. 초기 보장 단계 종료: 197
E. 2단계: 고액 보장 단계 197
F. 담당 의사가 전월 분량보다 적게 처방하는 경우의 의약품 비용 198
G. 파트 D 백신에 대한 가입자의 지불 내용 198
G1. 백신을 맞기 전에 알아야 할 사항 199
G2. Medicare Part D에서 보장하는 백신에 대해 가입자가 지불하는 비용 199

A. *혜택 설명서*(EOB)

당사 플랜은 약국에서 처방전을 받을 때 발생하는 의약품 비용과 지불액을 추적합니다. 당사는 다음과 같은 두 가지 유형의 비용을 추적합니다.

- 귀하의 **본인부담금** . 이것은 귀하 또는 귀하를 대신하는 다른 사람이 귀하의 처방약에 대해 지불하는 금액입니다 . 여기에는 파트 D 보장약을 받을 때 지불한 금액 , 가족 또는 친구의 의약품 비용 지급 그리고 Medicare, 직장 또는 노동조합 건강 플랜 , 아메리카 원주민 건강 서비스 , AIDS 약 지원 프로그램 , 자선단체 및 대부분의 주 약 지원 프로그램 (SPAP) 의 추가 지원을 통해 귀하의 의약품에 대해 지급한 금액이 포함됩니다 .

- 귀하의 **약 비용 총액** . 이는 귀하의 보장되는 파트 D 약에 대한 모든 지불액 합계입니다 . 여기에는 보장되는 파트 D 약에 대해 플랜이 지불한 금액 , 다른 프로그램 또는 기관이 지불한 금액이 포함됩니다 .

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

- **해당 월에 대한 정보** . 이 요약에는 가입자가 지난 달에 어떤 의약품을 받았는지 기재되어 있습니다 . 이것은 약 비용 총액 , 당사가 부담한 금액 , 그리고 가입자 및 가입자를 위해 지불하는 다른 주체가 부담한 금액을 보여줍니다 .
- **해당 연도의 1 월 1 일 이후 총액 .** 이 정보는 해당 연도가 시작한 후 약 비용 총액 및 총 납부금액을 보여 줍니다 .
- **의약품 가격 정보** . 이는 의약품의 총 가격이며 , 동일한 양의 각 처방 청구서에 대한 첫 번째 조제 이후의 의약품 가격 변동입니다 .
- **더 저렴한 대체품** . 사용 가능한 경우 각 처방 청구서에 대해 더 낮은 비용 분담으로 이용할 수 있는 다른 의약품에 대한 정보 .

당사는 Medicare에서 보장하지 않는 의약품에 대한 보장을 제공합니다.

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

B. 가입자의 의약품 비용을 추적하는 방법

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

1. 가입자 ID 카드를 사용하십시오.

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

2. 당사에 필요한 정보를 제공하십시오.

그런 상황에서는 당사 쪽의 의약품 비용분담분 환급을 요청하실 수 있습니다. 귀하의 지불 요청서를 청구서나 영수증과 함께 당사에 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오.

약국 청구 주소:
Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

다음은 귀하가 영수증의 사본을 제출해야 하는 경우의 예입니다.

- 가입자가 보장되는 의약품을 네트워크 약국에서 특별 가격으로 구매하거나 당사 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인 카드를 사용해서 구입한 경우 .
- 고객이 약 제조업체측의 환자 지원 프로그램 하에 제공되는 의약품에 코페이먼트를 지불하는 경우 .
- 가입자가 네트워크 비소속 약국에서 보장 의약품을 사는 경우 .
- 가입자가 특정 상황에서 보장약의 비용 전액을 지불하는 경우 .

의약품 비용의 당사 분담분 환급 요청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오.

3. 다른 사람이 지불한 금액에 대한 정보를 보내 주십시오.

다른 사람이나 기관에서 지불한 지불금도 가입자의 본인부담금에 가산됩니다. 예를 들어, 주 약 지원 프로그램, AIDS 약 지원 프로그램(ADAP), 아메리카 원주민 건강 서비스 그리고 대부분의 자선단체에서 납부해 주는 금액은 가입자 본인부담금에 산입됩니다. 이는 고액 보장에 대한 자격을 얻는 데 도움이 될 수 있습니다. 고액 보장 단계에 도달하면, 저희 플랜은 나머지 기간 동안 귀하의 Medicare Part D 의약품 비용을 모두 지불합니다.

4. 당사가 발송해 드리는 EOB를 확인하십시오.

EOB를 우편으로 받으시면 내용이 빠짐 없고 정확한지를 확인하시기 바랍니다.

- **각 약국의 이름을 알고 계십니까 ?** 날짜를 확인하십시오 . 그날 의약품을 받았습니까 ?
- **목록의 의약품을 받았습니까 ?** 영수증에 기재된 것과 일치합니까 ? 의약품이 귀하의 의사가 처방한 것과 일치합니까 ?

B1. 이 요약에서 실수를 발견하면 어떻게 하나요?

이 EOB에 무언가 문제가 있거나 올바르게 보이지 않는 경우, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

B2. 사기 가능성은 어떻습니까?

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

- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하십시오 .
- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 Medicare 에 전화하십시오 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다 . 이 번호는 무료로 이용하실 수 있습니다 .
- Medi-Cal 을 받은 의료 제공자가 사기 , 낭비 또는 남용을 저지른 것으로 의심되는 경우 , 비밀 수신자 부담 전화 1-800-822-6222 번으로 전화하여 신고하는 것의 귀하의 권리입니다 . Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx 에서 확인할 수 있습니다 .

무언가 잘못되었거나 빠진 부분이 있다고 생각하거나 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 전화하십시오. **파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)를 종이로 받는 대신 이제 이메일을 통해 전자 버전을 받을 수 있습니다.** express-scripts.com/rx를 방문하여 이를 요청할 수 있습니다. 수신을 선택하는 경우, 파트 D EOB 보기, 인쇄 또는 다운로드 준비가 완료되면 이메일로 알려드립니다. 전자 파트 D EOB는 종이 없는 파트 D EOB라고도 합니다. 종이 없는 파트 D EOB는 파트 D EOB 인쇄본과 동일한 사본(이미지)입니다. 이러한 EOB를 유지합니다. 이들 자료는 가입자의 의약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. Medicare Part D 약에 대한 약물 지급 단계

당사 플랜에 따라 Medicare Part D 의약품 보장은 두 지불 단계로 이루어집니다. 각 처방전에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액은 처방약을 구입 또는 재구입할 때 귀하의 추가 지원 수준과 어느 단계에 속해 있는지에 따라 달라집니다. 이 두 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 초기 보장 단계	2단계: 고액 보장 단계
이 단계 동안 당사는 의약품 비용의 일부를 부담하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다. 귀하의 부담금은 코페이먼트라고 합니다. 해당 연도에 처음으로 처방약을 조제할 때, 이 단계에서부터 시작합니다.	이 단계에서 당사는 2027년 12월 31일까지 귀하의 의약품 비용을 모두 지불합니다. 이 단계는 일정 본인부담금을 지불하고 나면 시작됩니다.

D. 1단계: 초기 보장 단계

초기 보장 단계 동안 당사는 보장약 비용의 부담금을 지불하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다. 귀하의 부담금은 코페이먼트라고 합니다. 해당 코페이먼트는 해당 의약품이 속한 비용 분담 범주 및 가입자가 수령하는 장소에 따라 다릅니다.

비용 분담 범주는 같은 코페이먼트가 적용되는 의약품 그룹입니다. 당사 플랜의 *의약품 목록*에 있는 모든 의약품은 6개의 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 범주 번호가 높을수록 코페이먼트가 높습니다. 의약품에 대한 비용 분담 범주를 확인하려면 당사 *의약품 목록*을 참조하십시오.

- 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 .
- 범주 6(선별 치료 약) 에는 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 일부 제네릭 약 및 / 또는 브랜드 약이 포함됩니다 .

D1. 약국 선택

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

- 네트워크 소속 소매 약국 **또는**
- 우대 비용 분담을 제공하는 네트워크 소속 소매 약국 우대 비용 분담 방식을 채택한 약국에서 가입자의 비용 부담이 더 낮은 편입니다 .
- 네트워크 비소속 약국 . 당사는 제한된 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다 . 당사가 이를 언제 수행하는지는 이 *가입자 핸드북*의 **5 장**을 참조하십시오 .
- 당사 플랜의 우편 주문 약국 .

이러한 선정에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**과 당사의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D2. 의약품의 장기 공급

일부 약의 경우, 가입자는 처방약 조제 시에 장기 공급분('연장 공급분'이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 100일분에 해당합니다. 한 달분과 동일한 비용이 듭니다.

의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 구입할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장** 또는 당사 플랜의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D3. 가입자 지불

초기 보장 단계 동안 처방약을 조제할 때마다 코페이먼트를 지불할 수 있습니다. 보장약이 코페이먼트보다 저렴할 경우 가입자는 더 낮은 가격을 지불합니다.

보장약에 대한 코페이먼트 금액을 확인하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

보장약의 1개월 또는 장기 공급분을 다음으로부터 구매할 때 가입자의 비용 분담액:

	표준 또는 우대 네트워크 소속 약국 **1개월 또는 최대 30일 공급분**	**네트워크 장기 치료 약국** **(최대 31일 공급분)**	**네트워크 비소속 약국** **최대 30일 공급분** **보장 범위는 특정 사례로 제한됩니다. 자세한 내용은 이 가입자 핸드북의 5장을 참조하십시오.**	**당사 플랜의 표준 또는 우대 우편 주문 서비스** **1개월 또는 최대 34일 공급분.**
비용 분담 범주 1 (제네릭 약) **비용 분담 범주 2** (우대 브랜드 약) **비용 분담 범주 3** (비우대 약) **비용 분담 범주 4** (주사용 약물) **비용 분담 범주 5** (특수범주 약) 조제당 30일분으로 제한됨.	**비용 분담 범주 1~5의 경우:** 모든 의약품의 1개월분에 대한 코페이먼트는 추가 지원 수준에 따라 다를 수 있습니다. 제네릭 약의 경우(제네릭으로 취급되는 브랜드 약 포함) 1개월 공급분에 대해 다음 금액을 지불합니다. • 코페이먼트 $0 또는 • 코페이먼트 $1.65 또는 • 1개월 공급분에 대해 코페이먼트 $5.80 다른 모든 보장약의 경우 1개월 공급분에 대해 다음 금액을 지불합니다. • 코페이먼트 $0 또는 • 코페이먼트 $5 또는 • 1개월 공급분에 대해 코페이먼트 $14.40 추가 지원은 의약품 비용 지불에 도움이 되는 프로그램입니다. 처방약 비용에 대해 추가 지원을 받는 분들을 위한 보장 범위 증명서 부칙이라는 별도의 자료를 보내드렸습니다. 이는 귀하의 의약품 비용에 대한 것입니다. 추가 지원을 받는 와중에 이 자료를 받지 못하신 경우, 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하셔서 LIS 부칙을 요청하십시오.		**모든 비용 분담 범주:** 모든 계층의 의약품에 대해 1개월분(34일 이하)에 대해서는 우편 주문을 사용할 수 없습니다.

	표준 또는 우대 네트워크 소속 약국 **1개월 또는 최대 30일 공급분**	**네트워크 장기 치료 약국** **(최대 31일 공급분)**	**네트워크 비소속 약국** **최대 30일 공급분** **보장 범위는 특정 사례로 제한됩니다. 자세한 내용은 이 가입자 핸드북의 5장을 참조하십시오.**	**당사 플랜의 표준 또는 우대 우편 주문 서비스** **1개월 또는 최대 34일 공급분.**
비용 분담 범주 6 (선별 치료 약)	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0	코페이먼트 $0	1개월분 (34일 이하)에 대해서는 우편 주문을 사용할 수 없습니다.

어느 약국에서 장기 공급분을 구매할 수 있는지에 대한 자세한 내용은 당사의 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

D4. 초기 보장 단계 종료:

초기 보장 단계는 총 본인부담금 비용이 $2,400에 도달하면 종료됩니다. 이때 고액 보장 단계가 시작됩니다. 당사는 그로부터 연말까지 모든 의약품 비용을 보장합니다.

당사는 Medicare 의약품 플랜에서 일반적으로 보장하지 않는 추가 의약품을 제공합니다. 이러한 의약품에 대한 지불금은 귀하의 본인부담금에 계산되지 않습니다.

EOB를 통해 해당 연도 동안 귀하의 의약품에 대해 지불한 금액을 추적할 수 있습니다. 당사는 $2,400 한도에 도달하는지 귀하에게 통보해 드립니다. 소수의 인원만 해당 연도 내에 해당 한도에 도달합니다.

E. 2단계: 고액 보장 단계

의약품에 대한 본인부담금 한도인 $2,400에 도달하면, 고액 보장 단계가 시작됩니다. 가입자는 해당 달력 연도가 끝날 때까지 고액 보장 단계를 유지합니다. 이 단계에서 가입자는 파트 D 보장약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

F. 담당 의사가 전월 분량보다 적게 처방하는 경우의 의약품 비용

일반적으로, 가입자는 보장약에 대한 1개월 공급분 전체에 대한 금액을 보장하는 코페이먼트를 지불합니다. 그러나 의사가 1개월 미만 공급분의 약을 처방할 수도 있습니다.

- 의사에게 1 개월 공급분 미만의 의약품을 처방해 달라고 가입자가 요청하고자 하는 경우도 있을 수 있습니다 (예를 들어 , 의약품을 처음으로 시도해 보고자 하는 경우).
- 담당 의사가 동의하면 특정 의약품에 대한 1 개월 공급분 전체에 대한 비용을 지불하지 않습니다 .

1개월 공급분 미만 분량의 의약품을 받는 경우 지불한 금액은 가입자가 받는 의약품 분량의 일수를 기준으로 합니다. 저희는 가입자가 해당 의약품에 대해 매일 납부하는 금액을 계산하여('일일 비용 분담률'), 여기에 의약품을 받는 일수를 곱합니다.

- 예시 : 1 개월 전체 공급분 (30 일분) 에 대한 코페이먼트가 $1.65 라고 합시다 . 이는 의약품에 대해 지불하는 금액이 하루 $0.06 미만이라는 것을 의미합니다 . 7 일의 의약품 공급분을 받는 경우 , 총 납부금액은 일일 납부금액 $0.06 미만에 7 일을 곱해서 산출된 $0.39 미만이 됩니다 .
- 이와 같은 일일 비용 분담을 통해 가입자는 1 개월 전체 공급분 비용을 지불하기 전에 해당 약이 효과가 있는지 확인할 수 있는 기회가 있습니다 .
- 또한 다음과 같은 경우에 도움을 주기 위해 의약품의 1 개월 전체 공급분보다 적게 처방하도록 의료 제공자에게 요청할 수 있습니다 .
  - 의약품 재조제 시기에 대한 더 나은 계획이 있습니다
  - 약국에 더 적게 방문할 수 있도록 재조제를 다른 약물에 맞춰 조정하십시오

G. 파트 D 백신에 대한 가입자의 지불 내용

백신 지불 비용에 대한 중요한 메시지 - 일부 백신은 의학적 혜택으로 간주되며 Medicare Part B에서 보장됩니다. 기타 백신은 Medicare Part D 약으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사의 *의약품 목록*에 기재되어 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare Part D 백신을 무료로 보장합니다. 특정 백신에 대한 적용 범위 및 비용 분담에 대한 자세한 내용은 당사 플랜의 *의약품 목록*을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Medicare Part D 백신에 대한 당사의 보장에는 두 부분이 있습니다.

1. 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용에 대한 것입니다.
2. 두 번째 부분은 **백신 접종** 비용입니다. 예를 들어, 때때로 의사가 귀하에게 투여한 주사로 예방접종을 받을 수 있습니다.

G1. 백신을 맞기 전에 알아야 할 사항

당사는 가입자가 백신을 맞을 플랜이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하시기를 권장합니다.

- 당사 플랜에서 가입자의 백신을 보장하는 방식에 대해 알려 드리고 가입자의 비용분담분에 대해 설명해 드릴 수 있습니다 .

G2. Medicare Part D에서 보장하는 백신에 대해 가입자가 지불하는 비용

백신에 대한 가입자의 지불 비용은 백신 유형(예방접종 대상 질병)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이 아닌 건강 혜택으로 간주됩니다 . 이러한 백신은 가입자에게 무료로 보장됩니다 . 이러한 백신 보장에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **4 장**에 있는 혜택표를 참조하십시오 .

- 기타 백신들은 Medicare Part D 약으로 간주됩니다 . 당사 플랜의 *의약품 목록*에서 이러한 백신을 찾을 수 있습니다 . Medicare Part D 백신에 대한 코페이먼트를 지불해야 할 수도 있습니다 . 백신이 **예방접종 실무 자문위원회 (ACIP)** 라는 기관에 의해 성인에게 권장되면 해당 백신은 무료로 제공됩니다 .

Medicare Part D 백신을 맞을 수 있는 일반적 방법 세 가지는 다음과 같습니다.

1. 가입자가 네트워크 소속 약국에서 Medicare Part D 백신을 확보해 접종을 받습니다.
   - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 비용을 지불하지 않습니다 .
   - 다른 파트 D 백신의 경우 , 가입자는 백신에 대한 코페이먼트를 지불합니다 .
2. 가입자가 의사 진료실에서 Medicare Part D 백신을 받아 해당 의사가 주사를 놓아줍니다.
   - 가입자는 백신에 대해서 의사에게 코페이먼트를 지불합니다 .
   - 당사 플랜이 가입자의 접종 비용을 지불합니다 .
   - 이 상황에서 해당 의사의 진료실은 그 백신에 대해서 귀하가 코페이먼트를 지불하기만 하면 된다는 것을 확인하기 위해 당사 플랜에 전화해야 합니다 .
3. Medicare Part D 백신을 약국에서 구입해 가입자가 담당 의사 진료실에 가져가 주사를 맞습니다.
   - 대부분의 파트 D 백신의 경우 , 가입자는 백신 자체에 대해 아무 것도 지불하지 않습니다 .
   - 다른 파트 D 백신의 경우 , 가입자는 백신에 대한 코페이먼트를 지불합니다 .
   - 당사 플랜이 가입자의 접종 비용을 지불합니다 .

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

개요

이 장에서는 지불을 요청하는 청구서를 당사에 보내는 방법과 시기를 알려 줍니다. 귀하가 보장 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 신청하는 방법도 알려드립니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 가입자의 서비스나 의약품에 대한 지불 요구 201

B. 당사에 지불 요청 발송 205

C. 보장 결정 206

D. 이의 신청 206

A. 가입자의 서비스나 의약품에 대한 지불 요구

당사 네트워크 소속 의료 제공자는 가입자가 보장 서비스 및 의약품을 받은 후에 플랜에 비용을 청구해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자란 당사 건강 플랜과 협약을 맺은 의료 제공자를 뜻합니다.

당사는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 의료 제공자들이 가입자에게 이러한 서비스 및 의약품에 대해 청구하도록 허용하지 않습니다. 당사는 의료 제공자들에게 직접 대금을 지불하며, 모든 지불 청구로부터 귀하를 보호합니다.

귀하가 진료 또는 의약품의 전체 비용에 대한 청구서를 받는 경우 비용을 지불하지 마시고 당사로 청구서를 보내 주십시오. 청구서를 보내려면 이 장의 **섹션 B**를 참조하십시오.

- 당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하는 경우 당사에서 의료 제공자에게 직접 비용을 지불합니다 .
- 당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하고 귀하가 귀하의 분담분을 초과하는 비용을 이미 지불한 경우 귀하는 환급을 받을 권리가 있습니다 .
    - 귀하가 Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우 , 당사는 귀하에게 환급해 드립니다 .
- 이미 받은 Medi-Cal 서비스를 결제하신 경우 다음 조건을 모두 충족하는 경우 상환 (환급) 을 받을 수 있습니다 .
    - 귀하가 받은 서비스가 당사가 지불 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다 . Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 이 보장하지 않는 서비스에 대해서는 상환해드리지 않습니다 .
    - 귀하는 자격을 갖춘 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자가 된 후에 보장 서비스를 받았습니다 .
    - 보장 서비스를 받은 날로부터 1 년 이내에 환급을 요청합니다 .
    - 귀하는 보장 서비스에 대해 귀하가 지불한 증빙 자료 (예 : 의료 제공자의 상세 영수증) 를 제공합니다 .
    - Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 의 네트워크 소속 Medi-Cal 가입 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니다 . 응급 치료 , 가족 플랜 서비스 또는 Medi-Cal 에서 네트워크 비소속 의료 제공자가 사전 승인 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우 이 조건을 충족할 필요가 없습니다 .

- 보장 서비스가 일반적으로 사전 승인을 요구하는 경우 , 귀하는 보장 서비스에 대한 의료적 필요성을 나타내는 의료 제공자의 증빙 자료를 제공해야 합니다 .
- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 에서는 집행 고지서라는 서신으로 상환 여부를 귀하에게 알려 줍니다 . 위의 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal 가입 의료 제공자는 귀하가 지불한 전체 금액을 환급해야 합니다 . 의료 제공자가 귀하에게 환급을 거부하면 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 이 귀하가 지불한 전체 금액을 환급해 줍니다 . 당사는 청구 접수 후 영업일 기준으로 45 일 이내에 상환해 드릴 것입니다 . 의료 제공자가 Medi-Cal 에 가입되었지만 당사 네트워크 소속이 아니고 환급을 거부한다면 , Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 이 환급해 주지만 FFS Medi-Cal 이 지불할 금액까지만 환급합니다 . Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 은 응급 서비스 , 가족 플랜 서비스 또는 Medi-Cal 에서 네트워크 비소속 의료 제공자가 사전 승인 없이 제공할 수 있도록 허용하는 다른 서비스에 대한 전체 본인 부담 금액을 귀하에게 환급해 드립니다 . 위 조건 중 하나를 충족하지 못할 경우 당사는 귀하에게 환급해 드리지 않습니다 .
- 당사는 다음과 같은 경우에는 귀하에게 환급해 드리지 않습니다 .
  - 미용 서비스 등 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받은 경우 .
  - 이 서비스는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 에서 보장하는 서비스가 아닙니다 .
  - Medi-Cal 을 받지 않는 의사에게 가서 , 어쨌든 진료를 원한다고 기술된 양식에 서명했으며 , 직접 서비스에 대한 비용을 지불하게 된 경우 .
- 당사가 해당 서비스 또는 의약품을 보장하지 않는 경우에는 당사에서 이를 알려 드립니다 .

문의 사항은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자가 무엇을 납부했어야 하는지 모르거나 청구서를 받았는데 어떻게 해야 할지 모를 경우 저희가 도와 드리겠습니다. 또한 저희에게 이미 보내주신 지불 요구서에 관한 정보를 당사에 제공하기를 원한다면 저희에게 연락하셔도 됩니다.

가입자가 저희에게 환급을 요구하거나 가입자가 받은 청구서 대금을 지불하도록 요구할 수 있는 몇 가지 경우의 예를 들면 다음과 같습니다.

1. 가입자가 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 진료를 네트워크 비소속 의료 제공자에게서 받은 경우

해당 의료 제공자에게 청구서를 당사로 보낼 것을 요청하십시오.

- 귀하가 치료를 받을 당시에 비용 전액을 납부할 경우 당사의 비용분담분만큼 환불해 주도록 당사에 요구하셔야 합니다 . 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오 .

- 귀하는 귀하가 낼 필요가 없다고 생각하는 지불을 요청하는 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수도 있습니다 . 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사로 보내 주십시오 .
    - 의료 제공자가 지불을 받아야 하는 것이라면 , 당사는 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다 .
    - 가입자께서 Medicare 서비스 비용의 가입자 분담분 이상을 이미 지불한 경우 , 저희가 얼마를 지불해야 하는지 결정하고 비용의 당사 분담분을 가입자께 상환할 것입니다 .

2. 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자에게 청구서를 보내는 경우

네트워크 소속 의료 제공자는 언제나 당사로 청구서를 보내야 합니다. 서비스 또는 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 경우에 따라 네트워크 소속 의료 제공자가 실수를 하고 가입자에게 서비스 비용을 지불하라고 하거나 가입자 비용 분담분을 초과하는 비용을 지불하도록 요청하는 경우가 있습니다. **청구서를 받은 경우** 이 페이지 하단에 있는 번호로 **가입자 서비스부에 전화하십시오.**

- 플랜 가입자로서 , 귀하는 당사가 보장하는 서비스를 받을 때만 코페이먼트를 지불합니다 . 가입자는 의료 제공자가 이 금액보다 더 많은 금액을 가입자에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다 . 의료 제공자가 서비스에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다 . 당사가 일부 청구액을 지불하지 않기로 결정하더라도 가입자는 해당 금액을 지불하지 않습니다 .
- 가입자가 생각하는 것보다 더 많은 금액이 기재된 청구서를 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우 , 그 청구서를 저희에게 보내 주십시오 . 당사는 의료 제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다 .
- Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 네트워크 소속 의료 제공자에게 받은 청구서를 가입자가 이미 지불했지만 , 너무 많은 금액을 지불했다는 생각이 든다면 그 청구서와 가입자의 지불 증거를 당사에게 보내 주십시오 . 귀하의 보장 서비스에 대해 **또는** 귀하가 지불한 금액과 당사의 플랜에 따라 귀하가 지불해야 하는 금액 간의 차액을 지불합니다 .

3. 당사의 플랜에 소급 가입하는 경우

때로는 귀하가 플랜에 소급해서 가입할 수 있습니다 (즉, 기준이 되는 가입 첫날이 지나갔음을 뜻합니다. 심지어 작년이었을 수도 있습니다).

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

4. 네트워크 비소속 약국에서 처방약을 조제할 경우

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

- 당사는 드문 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방약을 보장합니다 . 당사의 비용 분담분 환급을 청구할 때 영수증 사본을 당사에 보내 주십시오 .
- 네트워크 비소속 약국에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5 장**을 참조하십시오 .
- 단 , 당사는 가입자가 네트워크 비소속 약국에서 지불한 금액 그리고 네트워크 소속 약국 이용 시 보장될 비용 간의 차액을 환급해드리지 않을 수도 있습니다 .

5. 가입자 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 Medicare Part D 처방약 비용 전액을 납부하는 경우

가입자 ID 카드를 소지하지 않은 경우, 약국 측에 당사에 전화해 보라고 하거나 귀하의 플랜 가입 정보를 조회해 보라고 요청할 수 있습니다.

- 해당 약국에서 해당 정보를 바로 얻을 수 없는 경우 귀하는 전체 처방약 비용을 지불하거나 가입자 ID 카드를 소지하여 약국을 재방문해야 할 수 있습니다 .
- 당사의 비용 분담분 환급을 청구할 때 영수증 사본을 당사에 보내 주십시오 .
- 가입자가 지불한 현금 가격이 처방용으로 협상된 금액보다 높을 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 다시 환급해드리지 않을 수 있습니다 .

6. 보장되지 않는 Medicare Part D 처방약 비용 전액을 귀하가 지불하는 경우

해당 의약품이 보장되지 않으므로 귀하는 전체 처방약 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

- 해당 의약품이 당사 웹사이트의 *보장 의약품 목록* (*의약품 목록*) 에 없거나 귀하가 모르거나 귀하에게 적용된다고 생각하지 않는 요건이나 제한 사항이 있을 수 있습니다 . 귀하가 의약품을 구매하기로 결정한다면 귀하가 그 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다 .
  - 가입자가 의약품 비용을 지불하지 않고 당사가 해당 의약품을 보장하는 것이 합당하다고 생각한다면 , 보장 결정을 요청할 수 있습니다 (이 *가입자 핸드북*의 **9 장** 참조).
  - 가입자 , 담당 의사 또는 다른 처방자가 가입자에게 해당 의약품이 당장 (24 시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우 , 가입자는 신속한 보장 결정을 요청할 수 있습니다 (이 *가입자 핸드북*의 **9 장** 참조).

- 저희에게 환급을 청구할 때 영수증 사본을 저희에게 보내 주십시오 . 일부 경우에는 의약품 비용의 당사 분담분을 환급하기 위해 담당 의사 또는 기타 처방자로부터 더 많은 정보를 받는 것이 필요할 수 있습니다 . 가입자가 지불한 가격이 처방용으로 협상된 금액보다 높을 경우 가입자가 지불한 전체 비용을 다시 환급해드리지 않을 수 있습니다 .

가입자가 당사로 지불 요청을 보내시면, 당사는 이를 검토하고 그 서비스나 의약품이 보장되어야 할지를 결정할 것입니다. 이것도 '보장 결정'의 한 종류입니다. 보장이 결정되면, 당사는 서비스 또는 의약품에 대한 비용 분담분을 지불합니다.

저희가 가입자의 지불 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. 이의 신청 방법에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북* **9장**을 참조하십시오.

B. 당사에 지불 요청 발송

청구서와 가입자의 Medicare 서비스 지불 증거를 당사로 보내 주십시오. 지불 증거는 고객이 쓴 수표나 의료 제공자에게서 받은 영수증 사본이 될 수 있습니다. **기록관리용으로서 청구서 및 영수증을 복사해 두는 것이 좋습니다.** 케어 코디네이터에게 도움을 요청할 수 있습니다. 서비스, 품목 또는 의약품을 수령한 날로부터 365일(의료 청구 및 비파트 D 약 청구의 경우) 및 3년(파트 D 약 청구의 경우) 이내에 당사에 정보를 보내셔야 합니다.

당사가 결정하는 데 필요한 모든 정보를 귀하가 당사에 제공하도록 하기 위해, 귀하는 당사의 청구 양식을 작성하여 지불 요청을 하실 수 있습니다.

- 귀하가 해당 양식을 사용할 필요가 없더라도 해당 양식을 작성하면 당사가 관련 정보를 더 빨리 처리할 수 있습니다 .
- 당사 웹사이트 (go.wellcare.com/HealthNetCA) 에서 해당 양식을 받거나 가입자 서비스부로 연락하여 양식을 요청하실 수 있습니다 .

귀하의 지불 요청서를 청구서나 영수증과 함께 당사에 아래 주소로 우편으로 보내 주십시오.

의료 청구 주소:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

C. 보장 결정

가입자의 지불 요청을 받으면 당사는 보장 결정을 내립니다. 즉, 당사는 당사 플랜이 귀하의 서비스, 항목 또는 의약품을 보장할 것인지 결정합니다. 당사는 귀하가 지불해야 할 비용이 있다면 그 금액을 결정합니다.

- 가입자로부터 추가 정보를 받아야 한다면 당사는 이를 가입자에게 알려 드립니다 .
- 당사가 당사 플랜이 해당 서비스 , 항목 또는 의약품을 보장하고 귀하가 모든 규칙을 준수했다고 결정하면 당사가 당사 비용 분담분을 지불합니다 . 귀하가 이미 그 서비스나 의약품에 비용을 지불했다면 당사는 당사의 비용 분담분을 수표로 귀하에게 발송할 것입니다 . 귀하가 의약품 비용 전체를 지불하신 경우 귀하가 지불하신 전체 금액을 환급해드리지 못할 수 있습니다 (예 : 귀하가 네트워크 비소속 약국에서 의약품을 받으신 경우 또는 지불한 현금 가격이 협상된 가격보다 높은 경우). 귀하가 비용을 지불하지 않은 경우 당사가 의료 제공자에게 직접 지불합니다 .

이 *가입자 핸드북*의 **3장**에서는 가입자의 서비스를 보장받기 위한 규칙을 설명합니다. 이 *가입자 핸드북*의 **5장**에서는 가입자의 Medicare Part D 의약품을 보장받기 위한 규칙을 설명합니다.

- 당사가 해당 서비스나 의약품에 대해 당사 비용 분담금을 지불하지 않기로 결정하는 경우 , 그 이유와 함께 서신을 귀하에게 발송합니다 . 이 서신에는 귀하의 이의 신청 권리가 설명되어 있습니다 .
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 **9 장**을 참조하십시오 .

D. 이의 신청

가입자의 지불 요청을 거부한 것이 당사의 실수라고 생각하시면, 가입자는 결정을 변경하도록 당사에 요청할 수 있습니다. 이것을 '이의 신청'이라 부릅니다. 또한 당사가 지불하는 금액에 동의하지 않으시는 경우 이의 신청을 하실 수 있습니다.

공식적인 이의 신청에는 자세한 프로세스와 기한이 있습니다. 이의 신청에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하십시오.

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

8장: 가입자의 권리 및 책임

개요

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

목차

A. 가입자 요건에 맞는 서비스 및 정보를 받을 권리 209

B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무 220

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무 221

C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방식 222

C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리 222

D. 당사의 정보 제공 책임 223

E. 네트워크 소속 의료 제공자의 가입자 직접 청구 불가 224

F. 가입자의 당사 플랜 해지 권리 224

G. 의료 관련 결정을 내릴 권리 224

G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 수 있는 권리 225

G2. 귀하가 스스로 진료 결정을 내릴 수 없는 경우, 원하는 것을 말할 수 있는 권리 225

G3. 가입자의 사전 의료지시서를 따르지 않으면 어떻게 됩니까? 226

H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리 227

H1. 불공정한 처우에 대해 할 수 있는 일 또는 권리에 관한 정보 얻기 227

I. 플랜 가입자의 책임 227

J. 가입자는 당사의 가입자 권리 및 책임 정책에 대해 권고할 권리가 있습니다 229

K. 신기술 평가 229

A. 가입자 요건에 맞는 서비스 및 정보를 받을 권리

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

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

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

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

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

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

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

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

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

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

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

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

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکاOffice for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

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

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "정기 요청"이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

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

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

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

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

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

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

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

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.

- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

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

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

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

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.

- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់តាមកិច្ចសន្យាដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

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

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. 가입자가 보장 서비스와 의약품을 적시에 이용하도록 보장할 의무

귀하는 당사 플랜의 가입자로서의 권리를 가집니다.

- 귀하는 당사 네트워크 소속 주치의 (PCP) 를 선택할 권리가 있습니다 . 네트워크 소속 의료 제공자란 당사와 협약한 의료 제공자를 뜻합니다 . 이 *가입자 핸드북*의 **3 장**에서 PCP 역할을 할 수 있는 의료 제공자 유형과 PCP 선택 방법에 대한 자세한 정보를 찾으실 수 있습니다 .
  - 네트워크 소속 의료 제공자에 대한 자세한 내용 및 신규 환자를 받는 의사를 알아보시려면 , 가입자 서비스부에 전화하시거나 *의료 제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오 .
- 귀하는 진료 의뢰 없이 여성 건강 전문가를 진료 방문할 권리가 있습니다 . 진료 의뢰란 PCP 가 아닌 다른 의료 제공자에게 진료를 받도록 PCP 의 승인을 받는 일입니다 .
- 가입자는 타당한 시간 내에 네트워크 소속 의료 제공자에게서 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다 .
  - 여기에는 전문의에게서 적절한 서비스를 제때 받을 권리가 포함됩니다 .
  - 가입자가 타당한 시간 안에 서비스를 받으실 수 없다면 , 당사는 네트워크 비소속 진료에 대한 비용을 지불해야 합니다 .
- 가입자는 사전 승인 (PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스 또는 진료를 받을 권리가 있습니다 .
- 가입자는 오래 기다리지 않고 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 권리가 있습니다 .
- 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자를 언제 볼 수 있는지 알 권리가 있습니다 . 네트워크 비소속 의료 제공자에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **3 장**을 참조하십시오 .
- 가입자가 당사 플랜에 처음 가입하면 , 가입자는 특정한 조건을 맞출 때는 12 개월까지 가입자의 현 의료 제공자를 유지하고 서비스 승인을 받을 권리가 있습니다 . 가입자의 의료 제공자와 서비스 승인을 유지하는 것에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북* **1 장**을 참조하십시오 .

- 귀하는 진료 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 직접 의료 결정을 할 수 있는 권리를 가지고 있습니다 .

이 *가입자 핸드북*의 **9장**에서는 가입자가 타당한 시간 안에 서비스나 의약품을 받고 있지 않다고 생각할 경우 할 수 있는 일에 대해 설명합니다. 또한 가입자의 서비스 또는 의약품 보장을 당사가 거부했고 가입자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 가입자가 할 수 있는 일에 대해 설명합니다.

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호 의무

당사는 연방 및 주 법률의 요구에 따라 가입자의 PHI를 보호합니다.

가입자의 PHI에는 가입자가 당사 플랜에 가입할 때 당사로 제공한 개인정보가 포함됩니다. 여기에는 가입자의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

가입자는 자신의 정보에 대한 권리 및 PHI 사용 방식을 통제할 권리를 가지고 있습니다. 당사는 이러한 권리에 대한 조언이 되어 있으며 가입자의 PHI를 보호하는 방법을 설명한 서면 고지서를 가입자에게 제공합니다. 이 고지서는 '개인 정보 보호 관행 고지'라고 불립니다.

민감한 서비스를 받는 데 동의하는 가입자는 민감한 서비스를 받거나 민감한 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 민감한 서비스에 관한 커뮤니케이션을 가입자의 대체 지정 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내거나, 지정이 없는 경우 가입된 주소 또는 전화번호에 있는 가입자의 이름으로 전달합니다. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 진료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 요청한 형태와 형식으로 또는 대체 위치에서 쉽게 수행할 수 있는 경우 요청된 형태와 형식으로 비공개 커뮤니케이션을 위한 요청을 수용합니다. 민감한 서비스와 관련된 비공개 커뮤니케이션에 대한 가입자의 요청은 가입자가 요청을 철회하거나 비공개 커뮤니케이션에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

가입자는 건강 플랜에 서면으로 또는 전자 전송을 통해 기밀 통신 요청을 시작할 수 있습니다. 요청 방법에 대한 자세한 내용은 www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html을 방문하거나 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 기밀 통신 요청은 전자 전송 또는 전화 요청을 받은 날로부터 달력일 기준으로 7일 이내에 또는 일급 우편을 통해 서면으로 수신한 날로부터 달력일 기준으로 14일 이내에 의료 보험 회사가 이행해야 합니다.

C1. 당사의 가입자 PHI 보호 방식

저희는 미승인자가 가입자의 기록을 보거나 변경할 수 없도록 합니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 당사는 귀하의 진료를 제공하지 않거나 진료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 PHI를 제공하지 않습니다. 제공하는 경우에는 가입자로부터 먼저 서면 동의서를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 동의서를 제공할 수 있습니다.

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

- 당사는 당사 플랜의 진료 품질을 검토하는 정부 기관에 PHI 를 공개해야 합니다 .
- 당사는 법원의 명령이 내려지면 PHI 를 공개할 수 있지만 , 이는 California 주 법률에서 이를 허용하는 경우에 한합니다 .
- 당사는 Medicare Part D 약에 대한 정보를 포함한 가입자의 PHI 를 Medicare 에 제공해야 합니다 . Medicare 에서 연구나 기타 용도로 귀하의 PHI 를 공개하는 경우 , 연방법을 준수하여야 합니다 . 당사가 Medi-Cal 과 귀하의 정보를 공유하는 경우 , 또한 연방 및 주 법률에 따라 수행될 것입니다 .

C2. 가입자가 자신의 의료 기록을 열람할 권리

- 가입자는 자신의 의료 기록을 조회하고 기록의 사본을 받아 볼 권리를 갖고 있습니다 . 당사는 귀하의 의료 기록 사본을 만들기 위한 수수료를 부과할 수 있습니다 .
- 가입자는 자신의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하도록 당사에 요구할 권리가 있습니다 . 가입자가 그런 변경을 당사로 요청하는 경우 , 당사는 가입자의 보건 의료 제공자와 상의해서 그 변경을 해야 하는지 여부를 결정합니다 .
- 가입자에게는 당사가 가입자의 PHI 를 일반적 목적이 아닌 다른 목적으로 다른 사람과 공유하는지 여부와 그 방법에 대해 알 수 있는 권리가 있습니다 .

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

가입자는 개인정보보호 권리를 고려하여 존중과 존엄을 바탕으로 대우를 받을 권리가 있습니다. 가입자의 구두, 서면 및 전자 정보가 보호되는 방식과 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은, 언제든지 go.wellcare.com/HealthNetCA에서 개인정보보호 방침 고지를 확인하실 수 있습니다.

D. 당사의 정보 제공 책임

귀하는 당사 플랜의 가입자로서 당사 플랜, 네트워크 소속 의료 제공자, 가입자로서의 권리와 책임, 보장 서비스에 대한 정보를 당사로부터 얻을 수 있는 권리를 가지고 있습니다.

가입자가 영어를 구사하지 않는다면 당사 건강 대해 가입자의 질문에 대답해줄 수 있는 통역 서비스가 마련되어 있습니다. 통역사를 이용하려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

- 귀하의 요청이 있을 경우 , 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다 . 이를 " 정기 요청 " 이라고 합니다 . 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다 .
- 정기 요청을 하거나 , 정기 요청을 변경하거나 , 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 적힌 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오 .

당사는 대형 인쇄체, 점자체 또는 오디오 형식으로도 가입자에게 정보를 제공할 수 있습니다.

다음 사항을 알고 싶으신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함하는 당사 플랜 :
    - 재정 정보
    - 가입자의 플랜 평가
    - 가입자들이 한 이의 신청 건수
    - 당사 플랜을 탈퇴하는 방법
- 아래 항목을 포함한 네트워크 소속 의료 제공자 및 네트워크 소속 약국에 관한 정보 :
    - 주치의 선택 또는 변경 방법
    - 당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국의 자격
    - 당사가 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불하는 방식
- 다음을 포함하는 보장 서비스 및 의약품 :
    - 당사 플랜에서 보장하는 서비스(이 *가입자 핸드북*의 **3장 및 4장** 참조) 및 의약품(이 *가입자 핸드북*의 **5장 및 6장** 참조)

- 가입자의 보장 또는 의약품에 가해지는 제한
- 보장 서비스나 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙

- 다음 요청을 포함하여 비보장 이유와 가입자가 취할 수 있는 조치 (이 *가입자 핸드북*의 **9 장** 참조):
  - 보장되지 않는 이유를 서면으로 요청
  - 당사가 내린 결정을 변경하도록 요청
  - 가입자가 받은 청구서를 지불하도록 요청

E. 네트워크 소속 의료 제공자의 가입자 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 의료 제공자들은 보장 서비스에 대해 귀하에게 지불을 요구할 수 없습니다. 당사가 의료 제공자가 청구한 금액보다 적은 금액의 지불을 한다 해도 의료 제공자가 가입자에게 잔액을 청구하거나 지불을 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스에 대해 가입자에게 요금을 청구하려 할 때 어떻게 해야 하는지 알아보려면 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오.

F. 가입자의 당사 플랜 해지 권리

가입자가 원하지 않는다면 그 누구도 가입자를 당사 플랜에 계속 가입시킬 수 없습니다.

- 가입자는 가입자의 의료 서비스 대부분을 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA) 플랜을 통해 받을 권리가 있습니다 .
- 의약품 플랜 또는 다른 MA 플랜에서 Medicare Part D 약 혜택을 받으실 수 있습니다 .
- 이 *가입자 핸드북*의 **10 장**을 참조하십시오 :
  - 새 MA 또는 의약품 혜택 플랜에 가입할 시기에 대한 자세한 내용 .
  - 당사 플랜에서 탈퇴할 경우 Medi-Cal 혜택을 받는 방법에 대한 자세한 내용 .

G. 의료 관련 결정을 내릴 권리

귀하는 귀하의 건강 관리에 대한 결정을 내리는 데 도움이 되도록 의사 및 기타 의료 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다.

G1. 치료 선택 사항을 알고 결정을 내릴 수 있는 권리

귀하의 의료 제공자는 귀하의 상태와 선택한 치료법을 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해 주어야 합니다. 가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **자신의 선택사항에 대하여 알아야 합니다 .** 귀하는 모든 치료 옵션에 대하여 설명 들을 권리가 있습니다 .
- **위험을 파악해야 합니다 .** 가입자는 관련된 위험에 관한 설명을 들을 권리가 있습니다 . 당사는 서비스나 치료가 연구 실험의 일부인 경우 사전에 가입자에게 알려야 합니다 . 가입자는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다 .
- **이차 소견을 받아야 합니다 .** 귀하는 치료를 결정하기 전에 다른 의사를 이용할 권리가 있습니다 .
- **거부하십시오 .** 가입자는 어떤 치료도 거부할 권리가 있습니다 . 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 조언해도 병원이나 기타 의료시설에서 퇴원할 권리도 포함됩니다 . 가입자는 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다 . 귀하가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사는 귀하를 플랜에서 탈퇴시키지 않습니다 . 하지만 가입자가 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단할 경우 자신에게 발생하는 결과에 대해서는 가입자가 전적인 책임을 집니다 .
- **귀하는 의료 제공자가 왜 진료를 거부했는지에 대한 설명을 당사로 요청하실 수 있습니다 .** 귀하는 받아야 한다고 생각하는 치료를 의료 제공자가 거부한 경우 , 당사에게서 설명을 들을 수 있는 권리가 있습니다 .
- **가입자는 당사가 거절했거나 일반적으로 보장되지 않는 서비스나 의약품을 보장할 것을 당사에 요청할 수 있습니다 .** 이것을 보장 결정이라고 합니다 . 보장 결정을 요청하는 방법은 이 *가입자 핸드북* **9 장**에 설명되어 있습니다 .

G2. 귀하가 스스로 진료 결정을 내릴 수 없는 경우, 원하는 것을 말할 수 있는 권리

때로는 스스로 건강 관리 결정을 할 수 없게 되는 경우가 있습니다. 이러한 상황이 발생하기 전에 귀하는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 가입자가 영구히 스스로 결정할 수 없는 상태가 된 경우 **다른 사람에게 가입자를 대신하여 의료 결정을 할 권리를 제공하는** 서면 양식을 작성하십시오 .
- 원하지 **않는** 진료를 포함하여 스스로 결정을 할 수 없는 경우 건강 관리를 처리하는 방법에 대한 **서면 지침을 담당 의사에게 제공하십시오 .**

지침 제공에 사용하는 법적 문서는 '사전 의료지시서'라고 합니다. 사전 의료지시서는 여러 종류가 있고 명칭도 다양합니다. 생존 유서와 건강 관리 결정에 관한 위임장이 그 예입니다.

사전 의료지시서가 반드시 필요한 것은 아니지만 작성할 수 있습니다. 사전 의료지시서를 사용하려는 경우 수행할 작업은 다음과 같습니다.

- **양식을 구함 .** 담당 의사 , 변호사 , 사회복지사 또는 일부 사무용품 매장으로부터 양식을 받을 수 있습니다 . 약국 및 의료 제공자 진료실에는 양식이 있는 경우가 많습니다 . 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다 .
- **양식을 작성하여 서명하십시오 .** 이 양식은 법률 문서입니다 . 변호사나 가족 구성원 또는 PCP 등 신뢰할 수 있는 사람의 도움을 받으십시오 .
- **이에 대해 알아야 할 사람들에게 양식 사본을 주십시오 .** 귀하는 담당 의사에게 양식 사본을 주십시오 . 작성한 양식 사본을 가입자를 대신할 수 있는 의사결정자로 양식에 명시한 사람에게 제공해야 합니다 . 사본을 가까운 친구나 가족에게 제공할 수 있습니다 . 사본을 집에 보관하십시오 .
- 가입자가 입원 중이고 사전 의료지시서에 이미 서명했다면 , **사본을 병원에 가져가십시오** .
    - 병원측은 귀하에게 사전 의료지시서 양식에 서명했는지 여부와 소지 여부를 물어볼 것입니다 .
    - 사전 의료지시서 양식에 서명하지 않았을 경우 병원에 양식이 있으므로 서명할 것인지 물어볼 것입니다 .

가입자에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 사전 의료지시서를 의료 기록에 포함시킵니다 .
- 언제든지 사전 의료지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다 .
- 사전 의료지시법의 변경 사항을 알 수 있습니다 . Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 은 주 법률의 변경 후 90 일 이내에 해당 변경에 대해 알려드릴 것입니다 .

법률에 따라, 누구도 귀하의 사전 의료 지시서 서명 여부에 기반하여 귀하의 의료 서비스를 거절하거나 귀하를 상대로 차별할 수 없습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 전화하십시오.

G3. 가입자의 사전 의료지시서를 따르지 않으면 어떻게 됩니까?

귀하가 사전 의료지시서에 서명하였고 의사나 병원이 해당 지침을 따르지 않는다고 생각하실 경우 지역 민권 사무국에 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

민권 사무국에 1-800-368-1019(TTY: 1-800-537-7697)번으로 연락하실 수 있습니다.

H. 불만사항을 제기하고 당사 결정의 재고를 요청할 권리

이 *가입자 핸드북*의 **9장**에서는 가입자의 보장 서비스 또는 진료에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우 가입자가 할 수 있는 일이 무엇인지를 말해 줍니다. 예를 들어, 당사에 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 이의 신청을 함으로써 보장 결정을 변경하도록 요청하거나, 불만사항을 제기하실 수 있습니다.

귀하는 다른 플랜 가입자들이 당사에 제출한 이의 신청과 불만에 대한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 이 정보를 받으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

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

당사가 귀하를 불공정하게 대하고 이것이 이 *가입자 핸드북*의 **11장**에 기재된 차별 사유에 관한 것이 **아니라고** 생각하시거나 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 원하시면

- 가입자 서비스부에 문의하십시오 .
- 건강보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 1-800-434-0222(TTY: 1-800-735-2929). HICAP 에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **2 장**을 참조하십시오 .
- Medi-Cal 옴부즈맨 1-888-452-8609. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **2 장**을 참조하십시오 .
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 Medicare 에 문의해 주십시오 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다 . (Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 에서 'Medicare 권리 및 보호 ' 를 읽거나 다운로드하실 수 있습니다).

I. 플랜 가입자의 책임

플랜 가입자로서 귀하는 아래에 나열된 사항을 수행할 책임이 있습니다. 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- ***이 가입자 핸드북을 읽고*** 보장 내용과 보장 서비스 및 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규칙을 확인하십시오 . 보장 서비스에 대해
  - 보장 서비스는 이 *가입자 핸드북*의 **3 장과 4 장**을 참조하십시오 . 그 장에서는 보장되는 것과 보장되지 않는 것 , 가입자가 따라야 할 규칙 , 귀하가 지불하는 부분이 설명되어 있습니다 .
  - 보장약은 이 *가입자 핸드북*의 **5 장과 6 장**을 참조하십시오 .
- 귀하가 보유하고 있는 **다른 건강 또는 의약품 보장에 대해 알려주십시오 .** 당사는 가입자가 의료 서비스를 받으실 때 가입자가 가지고 계신 모든 보장 옵션이

사용되는지를 확인해야 합니다 . 다른 보장을 가지고 계신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오 .

- 당사 플랜의 가입자라고 **담당 의사와 기타 의료 제공자에게 말씀하십시오** . 서비스나 의약품을 받으실 때는 가입자 ID 카드를 제시하십시오 .
- 귀하에게 최선의 진료를 제공할 수 있도록 **담당 의사와 기타 의료 제공자를 도와주십시오** .
  - 귀하와 귀하의 건강에 대해 담당 의사와 기타 의료 제공자가 필요로 하는 정보를 제공하십시오 . 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 알아보십시오 . 의료 제공자와 함께 동의한 치료 플랜 및 지침을 따르십시오 .
  - 귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 반드시 알 수 있도록 하십시오 . 여기에는 의약품 , 비처방 의약품 , 비타민 , 보충제가 포함됩니다 .
  - 궁금한 점이 있으면 언제든지 문의하십시오 . 가입자는 자신의 건강 문제를 파악하고 가입자와 담당 의사가 동의하는 치료 목표 설정에 협조할 책임이 있습니다 . 귀하의 의사와 기타 의료 제공자는 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다 . 질문을 하고 나서 대답이 이해되지 않으면 다시 물어 참조하십시오 .
- 연간 건강 위험 평가 작성 등 **케어 코디네이터와 협력하십시오** .
- **배려하십시오 .** 당사는 모든 플랜 가입자가 다른 가입자의 권리를 존중하기를 기대합니다 . 저희는 또한 의사 진료실 , 병원 , 기타 의료 제공자 진료실에서 귀하가 배려있는 행동을 하기를 기대합니다 .
- **본인의 부담금을 납부하십시오 .** 플랜 가입자는 다음과 같은 지불에 대해 책임을 집니다 .
  - Medicare Part A 및 Medicare Part B 보험료 . 대부분의 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자를 위해 Medi-Cal 은 가입자의 Medicare Part A 및 Medicare Part B 보험료를 지급합니다 .
  - **저희의 플랜이 보장하지 않는 서비스나 의약품을 받으려면 귀하가 비용 전액을 납부해야 합니다 (참고 :** 귀하가 어떤 서비스나 의약품을 보장하지 않는다는 당사의 결정에 이의가 있는 경우 , 귀하는 이의를 신청하실 수 있습니다 . 이의 신청 방법에 대해 알아보려면 **9 장**을 참조해 주십시오).

- **이사할 경우 알려주십시오 .** 이사를 계획하는 경우 저희에게 바로 알려주십시오 . 가입자 서비스부에 전화하십시오 .
  - **서비스 지역 밖으로 이사하실 경우 , 당사 플랜을 유지하실 수 없습니다 .** 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 본 플랜에 가입할 수 있습니다 . 이 *가입자 핸드북* **1 장**에서는 당사의 서비스 지역에 대해 설명합니다 .
  - 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는지 여부를 알 수 있도록 당사가 도와 드리겠습니다 . 특별 등록 기간 동안 가입자는 Original Medicare 로 전환하거나 새 지역 내에 있는 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 가입하실 수 있습니다 . 당사는 가입자의 새 거주지역에 본 플랜이 있는지 여부를 가입자에게 알려드릴 수 있습니다 .
  - 이사를 가신다면 Medicare 와 Medi-Cal 에 새 주소를 알려 주십시오 . Medicare 및 Medi-Cal 의 전화번호는 이 *가입자 핸드북*의 **2 장**을 참조하십시오 .
  - **당사 서비스 지역 내에서 이사하거나 머문다고 해도 당사에 알려주셔야 합니다 .** 당사는 가입자의 가입자 기록을 업데이트해야 하고 가입자의 연락처를 알아야 합니다 .
  - **이 경우 사회보장국 (또는 철도청 은퇴자 위원회) 에도 알립니다 .**
- 더 나은 연락 방법 또는 **새 전화번호가 있는지 알려 주십시오 .**
- **질문이나 우려사항이 있을 경우 가입자 서비스부에 연락하여 도움을 구하십시오 .**

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

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

K. 신기술 평가

새로운 기술에는 특정 질병 또는 상태의 치료를 위해 최근에 개발된 절차, 약물, 생물학적 제제 또는 기기가 포함되며, 기존 절차, 약물, 생물학적 제제 및 기기의 새로운 적용이 포함됩니다. 저희 플랜은 해당되는 경우 Medicare의 국가 및 지역 보장 결정을 따릅니다.

보장 판단이 없을 경우, 당사 플랜은 새로운 기술이나 기존 기술의 새로운 적용을 평가하여 새로운 치료나 진료를 플랜의 혜택에 추가해야 하는지 여부를 결정합니다. 가입자가 안전하고 효과적인 치료를 이용할 수 있도록 하기 위해 플랜이 검토하는 사항:

- 체계적 검토 , 무작위 대조 임상시험 , 코호트 임상시험 , 증례 대조 임상시험 , 안전성 및 유효성을 입증하는 통계적으로 유의한 결과가 있는 진단 검사 임상시험을 포함하여 , 동료 심사 출판자료에서 발표된 최신 의학 문헌 .
- 국가 조직 및 공인 기관에서 개발한 증거 기반 지침 .
- 현직 의사들의 권고와 평가 , 전문의 학회를 포함한 국가적으로 공인된 의학 협회 , 합의 위원회 또는 국가적으로 인정받는 연구 · 기술 평가 기관의 권고와 평가 .
- 정부 기관의 보고서 및 간행물 (예 : Food and Drug Administration(FDA), 질병통제예방센터 (CDC), 국립보건원 (NIH)).

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

개요

이 장에는 귀하의 권리에 대한 정보가 있습니다. 이 장을 읽고 다음과 같은 경우에 어떻게 해야 하는지 알아보십시오.

- 당사 플랜에 대해 문제가 있거나 불만이 있습니다 .
- 당사 플랜이 지불하지 않겠다고 한 서비스 , 품목 , 약물이 필요합니다 .
- 당사 플랜이 가입자의 진료에 대해 내린 결정에 동의하지 않습니다 .
- 가입자가 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각합니다 .
- 가입자가 지역 기반 성인 서비스 (CBAS), 요양시설 (NF) 서비스 같은 가입자의 장기 서비스 및 지원에 문제나 불만사항이 있습니다 .

이 장은 귀하가 원하는 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 나누어져 있습니다. **문제나 우려 사항이 있으시면, 이 장의 내용 중 가입자의 상황에 해당하는 부분만 확인하십시오.**

가입자는 가입자의 의사 및 기타 의료 제공자가 필요하다고 결정한 건강 진료, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 가입자의 의료 플랜의 일환으로서 받아야 합니다. **가입자의 진료와 연관해 문제가 있다면 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하셔서 도움을 받으실 수 있습니다.** 이 장은 가입자가 직면한 여러 문제와 불만에 대해 어떤 옵션이 있는지를 설명합니다. 그러나 가입자는 문제 해결에 관한 도움을 받기 위해 옴부즈맨 프로그램에 언제든지 전화하실 수 있습니다. 불만사항을 해결하기 위한 추가 리소스 및 문의 방법은 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조하십시오.

목차

A. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치 233
A1. 법률 용어에 대해 234
B. 도움을 받을 곳 234
B1. 자세한 정보 및 도움말 234
C. 플랜 내의 Medicare와 Medi-Cal에 대한 불만사항 및 이의 신청 236
D. 가입자의 혜택에 관한 문제 236
E. 보장 결정 및 이의 신청 236
E1. 보장 결정 237
E2. 이의 신청 237
E3. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기 238
E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션 239
F. 의료 서비스 239
F1. 이 섹션의 활용 239
F2. 보장 결정 요청 240
F3. 1차 이의 신청 243
F4. 2차 이의 신청 247
F5. 지불 문제 253
G. Medicare Part D 약 254
G1. Medicare Part D 보장 결정 및 이의 신청 254
G2. Medicare Part D 예외 256
G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점 257
G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청 258
G5. 1차 이의 신청 260
G6. 2차 이의 신청 263

H. 당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기 265
H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기 265
H2. 1차 이의 신청 266
H3. 2차 이의 신청 268
I. 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청 269
I1. 보장 종료 전 사전 고지 269
I2. 1차 이의 신청 270
I3. 2차 이의 신청 271
J. 2차 이상으로 이의 신청 진행하기 272
J1. Medicare 서비스 및 품목을 위한 다음 단계 272
J2. 추가 Medi-Cal 이의 신청 274
J3. Medicare Part D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청 274
K. 불만사항 제기 방법 275
K1. 어떤 문제들이 불만사항이 될 수 있는가? 275
K2. 내부 불만 277
K3. 외부 불만 279

A. 가입자가 문제 또는 불만사항이 있을 경우 취할 조치

이 장에서는 문제와 고려사항을 처리하는 방법에 대해서 설명합니다. 이용하는 프로세스는 겪고 있는 문제 유형에 따라 다릅니다. 한 가지 프로세스는 **보장 결정 및 이의 신청**, 다른 프로세스는 **불만사항 제기**(고충)에 사용합니다.

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

A1. 법률 용어에 대해

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

예를 들어, 당사는 이런 표현을 사용합니다.

- '고충 접수'대신'불만사항 제기'
- '기관 판단','혜택 판단','위험 판단'또는'보장 판단'대신'보장 결정'
- '긴급 판단'대신'신속한 보장 결정'
- '독립 검토 주체'(IRE) 대신'독립 검토 기관'(IRO)

적절한 법률 용어를 알면 보다 명확하게 의사 소통하는 데 도움이 될 수 있으므로 당사는 이를 제공합니다.

B. 도움을 받을 곳

B1. 자세한 정보 및 도움말

때로는 문제 처리 과정을 시작하거나 수행하는 일이 혼란스럽습니다. 가입자의 건강이 좋지 않거나 기운이 없을 때 특히 그럴 수 있습니다. 때로는 가입자가 다음 단계로 가기 위해 필요한 정보가 없을 수도 있습니다.

당사 플랜으로부터 도움 받기

1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사 플랜에 전화하여 문제를 해결하거나 질문에 답하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

건강보험 상담 및 지원 프로그램에서 도움 받기

건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락해 주십시오. https://www.aging.ca.gov/hicap/에서 웹사이트를 검토할 수도 있습니다. HICAP 카운슬러들은 귀하의 질문에 대답해 드리고 문제에 대해 어떤 조치를 취해야 하는지 귀하가 이해하는 것을 돕습니다. HICAP는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 도움

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 연락하여 건강 보장 관련 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 해당 프로그램은 법률 관련 도움을 무료로 제공할 수 있습니다. 옴부즈맨 프로그램은 당사 또는 어떠한 보험 회사나 건강 플랜과도 연관되어 있지 않습니다. 전화번호는 1-855-501-3077이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare의 도움 및 정보

더 많은 정보가 필요하거나 도움이 필요하시면 Medicare로 연락하십시오. 다음의 두 가지 방법을 통해 Medicare에서 도움을 받으실 수 있습니다.

- 1–800–MEDICARE(1–800–633–4227) 로 전화하십시오 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오 .
- Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov) 를 방문하십시오 .

California 보건복지부의 도움 받기

California 보건복지부(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에서 도움을 드릴 수 있습니다. 건강 플랜의 가입, 변경 또는 탈퇴에 문제가 있는 경우 도움이 될 수 있습니다. 또한 귀하가 이사로 인해 Medi-Cal을 새로운 카운티로 옮기는 데 어려움이 있다면 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-888-452-8609번(TTY:711)으로 전화하실 수 있습니다.

California 보건 관리부의 도움 받기

California 보건 관리부(DMHC)에 문의하여 무료로 도움을 요청하십시오. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청에 도움을 드립니다. 전화번호는 **1-888-466-2219**번입니다. 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호, 무료전화 **1-877-688-9891**번을 이용하실 수 있습니다. 또한 DMHC의 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**를 방문하실 수 있습니다.

California 보건 관리부가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 건강 플랜에 **1-800-431-9007(TTY: 711)**번으로 전화하여 건강 플랜의 고충 사항 처리 프로세스를 이용해 주십시오. 이러한 고충 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 고충, 가입자의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충 또는 30일 이상 해결되지 않은 고충의 경우, 보건 관리부에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 가입자는 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 자격을 보유할 수 있습니다. IMR 요청 자격을 보유할 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 플랜이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에

대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 해당 부서는 수신자 부담 전화번호 (**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 번호 (**1-877-688-9891**)을 운영하고 있습니다. 불만사항 제기 양식, IMR 신청서, 온라인 지침은 보건 관리부의 인터넷 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov**에서 찾아보실 수 있습니다.

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

귀하는 Medicare와 Medi-Cal에 가입되어 있습니다. 이 장의 정보는 귀하의 **모든** Medicare 및 Medi-Cal Managed Care 혜택에 적용됩니다. Medicare와 Medi-Cal의 프로세스를 결합 또는 통합한 것이기 때문에 이것을 때때로 '통합 프로세스'라고 합니다.

때로는 Medicare와 Medi-Cal 프로세스를 결합할 수 없습니다. 이 때 귀하는 Medicare 혜택에 대해 하나의 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에 대해 다른 프로세스를 사용합니다. 이러한 상황에 대한 설명은 **섹션 F4**에 나와 있습니다.

D. 가입자의 혜택에 관한 문제

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

가입자의 문제 또는 고려사항이 보험혜택 또는 보장에 관한 것입니까? 특정 의료 서비스(의료품, 서비스 및/또는 파트 B 의약품)에 대한 보장 여부, 보장 방법, 의료 서비스의 지불과 관련된 문제 등이 포함됩니다.	
네, 그렇습니다. 내 문제는 혜택 또는 보장과 관련된 것이 아닙니다. **섹션 E**, “보장 결정 및 이의 신청”을 참조하십시오.	**아니요.** 제 문제는 혜택 또는 보장에 관한 것이 아닙니다. **섹션 K**, '불만사항 제기 방법'을 참조하십시오.

E. 보장 결정 및 이의 신청

보장 결정 요청 및 이의 신청 프로세스는 가입자의 의료 관리를 위해 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다(지불을 포함한 서비스, 품목 및 파트 B 의약품). 간단히 말하자면, 일반적으로 의료품, 서비스 및 파트 B 의약품은 의료 서비스를 의미합니다. 가입자는 보장 여부, 보장 방식 등과 같은 문제에 대해 보장 결정과 이의 신청을 이용할 수 있습니다.

E1. 보장 결정

보장 결정은 가입자의 보험 혜택 및 적용 범위 또는 가입자의 의료 서비스나 의약품에 있어서 저희가 지불하는 금액에 대한 저희의 결정입니다. 가입자 또는 담당 의사가 당사에 요청하여 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 가입자 또는 담당 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스 제공을 당사가 거부할 수 있는지 확신하지 못할 수 있습니다. **의료 서비스를 받으시기 전에 보장이 될지 알기를 원할 경우 가입자는 저희에게 보장 결정을 내려달라고 요청하실 수 있습니다.**

서비스 요청 또는 청구를 검토할 때 보장 결정을 내립니다. 당사는 경우에 따라 서비스나 의약품이 보장되지 않거나 Medicare 또는 Medi-Cal에서 더 이상 보장되지 않는다고 결정할 수 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않으면 이의를 신청할 수 있습니다.

E2. 이의 신청

저희의 보장 결정에 대해 불만이 있으시다면 '이의 신청'을 하실 수 있습니다. 이의 신청은 당사가 내린 보장 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.

보장 결정에 대해 최초로 이의 신청을 하는 것을 1차 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청을 하시면 당사는 모든 규정을 적절히 따랐는지 확인하기 위해 보장 결정을 검토합니다. 기존의 불리한 결정을 내린 검토자들과 다른 검토자들이 이의 신청을 처리합니다.

대부분의 경우, 가입자는 1단계부터 이의 신청을 시작하셔야 합니다. 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우, 극심한 통증이 있어서 더 신속한 결정이 필요한 경우, www.dmhc.ca.gov를 통해 보건 관리부의 IMR 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

당사가 검토를 마치면 결정 내용을 알려 드릴 것입니다. 단, 뒷부분에 구체적으로 설명할 특정 상황에서는 긴급 또는 '신속한 보장 결정', 아니면 보장 결정에 대한 신속 이의 신청을 요청할 수 있습니다.

가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부**한 경우, 가입자에게 서신을 보내 드립니다. Medicare 의료 서비스의 보장에 대한 문제인 경우, 서신으로 귀하의 케이스를 2차 이의 신청을 위해 독립 검토 기관(IRO)으로 송부할 것임을 알려 드립니다. Medicare Part D 또는 Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제일 경우, 서신으로 귀하가 직접 2차 이의 신청을 접수하는 방법을 알려드립니다. 2차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2차 이의 신청 결정에 대해서도 불만이 있으시면 추가 이의 신청 절차를 거칠 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 이의 신청에 도움 받기

다음 방법으로 도움을 요청할 수 있습니다.

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 **가입자 서비스부**에 문의하십시오 .
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 1-855-501-3077.**
- **건강보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP)** 1-800-434-0222.
- 무료로 도움을 받으시려면 **보건 관리부 (DMHC) 지원 센터**에 문의하십시오 . DMHC 는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의 신청에 도움을 드립니다 . 전화번호는 1-888-466-2219 번입니다 . 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TDD 번호 , 무료전화 1-877-688-9891 로 전화하십시오 . 또한 DMHC 의 웹사이트 www.dmhc.ca.gov 를 방문하실 수 있습니다 . DMHC 는 관리형 Medi-Cal 플랜에 가입한 분들을 도울 수는 있지만 , Medicare 플랜에 가입한 사람들과 다음 카운티 조직 건강 시스템 (COHS) 에만 가입한 분들을 도울 수는 없습니다 . Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health 및 CalOptima. 연방 정부는 Medicare 플랜을 규제하고 , 보건복지부는 COHS 플랜을 규제합니다 .
- **담당 의사 또는 기타 의료 제공자** . 귀하의 의사나 기타 의료 제공자는 귀하를 대신해서 보장 결정이나 이의 신청을 요청할 수 있습니다 .
- **친구 또는 가족 구성원** . 귀하는 귀하의 ' 대리인 ' 으로서 귀하를 대신해 보장 결정을 요청하고 이의 신청을 할 다른 사람을 지명할 수 있습니다 .
- **변호사** . 귀하는 변호사를 선임할 권리가 있으나 보장 결정을 요청하거나 이의 신청을 위해서 **그러할 필요가 있는 것은 아닙니다** .
    - 귀하의 변호사에게 전화하거나 또는 지역 변호사 협회나 다른 진료 의뢰기관으로부터 변호사의 이름을 입수하십시오 . 일부 법률 그룹은 귀하가 자격이 된다면 귀하에게 무료 법률 서비스를 제공합니다 .
    - 1-855-501-3077 번으로 연락하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 법률 자문을 제공할 변호사를 요청하십시오 .

변호사 또는 다른 사람이 대리인 역할을 수행하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 타인에게 가입자를 대행할 권한을 부여합니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 '대리인 임명' 양식을 요청하십시오. 또한 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html을 방문하여 양식을 받을 수 있습니다. **또한 서명한 사본을 저희에게 제공해 주셔야 합니다.**

E4. 가입자에게 도움이 될 수 있는 본 장의 섹션

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

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

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

F. 의료 서비스

이 섹션에서는 의료 서비스를 보장받는 것에 관한 문제가 있거나 또는 가입자 진료비용 중에서 저희 비용 분담액을 환급받으려고 할 때 해야 할 일에 관해 설명합니다 입원 연장 요청에 대한 내용은 **섹션 H**를 참조해 주십시오.

이 섹션은 혜택표에 있는 이 *가입자 핸드북*의 **4장**에 설명된 의료 서비스에 대한 혜택을 다룹니다. 경우에 따라 Medicare Part B 의약품에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 이 경우 Medicare Part B 의약품 규칙이 의료 서비스 및 항목 규칙과 어떻게 다른지 설명해 드립니다.

F1. 이 섹션의 활용

본 섹션은 가입자가 아래 상황에 처한 경우에 하실 수 있는 일에 대해 설명합니다.

1. 귀하에게 필요한 의료 서비스를 보장하지만 해당 서비스를 받을 수 없습니다.

   가입자가 취할 수 있는 조치: 당사에 보장 결정을 내려달라고 요청할 수 있습니다. **섹션 F2**를 참조하십시오.

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

   가입자가 취할 수 있는 조치: 당사의 결정에 이의를 신청할 수 있습니다. **섹션 F3**를 참조하십시오.

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

   가입자가 취할 수 있는 조치: 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 신청할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

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

   가입자가 취할 수 있는 조치: 가입자는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.

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

   가입자가 취할 수 있는 조치: 가입자는 해당 의료 서비스를 축소하거나 멈춘 당사의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다. **섹션 F4**를 참조하십시오.

   - 해당 보장이 병원 치료 , 가정 건강 관리 , 전문요양시설에서의 간호 또는 CORF 서비스라면 특별 규칙이 적용됩니다 . 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I** 를 참조하십시오 .

   - 특정 의료에 대한 보장 범위를 축소하거나 중단하는 기타 모든 상황에서는 이 섹션 (**섹션 F**) 을 지침으로 사용하십시오 .

6. 진료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

   가입자가 취할 수 있는 조치: 불만사항을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2**를 참조하십시오.

F2. 보장 결정 요청

> 보장 결정이 가입자의 의료 서비스를 포함할 경우, **통합 기관 판단**이라고 합니다.

가입자, 담당 의사 또는 가입자의 대리인이 다음과 같은 방법으로 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화 : 1-800-431-9007, TTY: 711. 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일 ~ 일요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 . 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일 ~ 금요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 .
- 팩스 : 1-844-222-3180
- 서신 : Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

표준 보장 결정

저희의 결정 제공에 있어서 '빠른' 기한에 저희가 동의하지 않은 이상, '표준' 기한이 사용됩니다. 표준 보장 결정이란 다음에 관한 답을 다음 기한 내에 드리는 것을 의미합니다.

- **당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받는 의료 서비스 또는 품목에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **영업일 기준 5 일** 및 **달력일 기준 7 일** 이하 .
- **다른 모든 의료 서비스 또는 품목에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **영업일 기준 5 일**및 **달력일 기준 14 일**이하 .
- **Medicare Part B 의약품에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **72 시간** .

의료 항목이나 서비스의 경우, 당사가 시간을 더 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 정보(네트워크 비소속 의료 제공자의 의료 기록)가 당사에 더 필요할 경우 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다. 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. **요청 사항이 Medicare Part B 처방약에 대한 것이라면 결정을 내리는 데 추가로 시간이 걸리지 않습니다.**

시간이 더 오래 걸리지 **않아야** 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 “신속 불만사항”을 제기할 수 있습니다. 고객이 신속 불만사항을 제기하면 당사는 고객의 불만에 24시간 이내에 답변합니다. 불만사항 제기 절차와 보장 결정 및 이의 신청 절차는 다릅니다. 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

신속한 보장 결정

> 신속한 보장 결정에 해당하는 법률 용어는 **긴급 판단**입니다.

빠른 대응이 필요한 의료 서비스에 대한 보장 결정을 내리도록 요청할 경우 '신속한 보장 결정'을 요청하십시오. 신속한 보장 결정은 다음과 같이 답변을 제공하는 것을 의미합니다.

- **의료 서비스 또는 품목에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **72 시간** .
- **Medicare Part B 의약품에 대한** 가입자의 요청을 받은 후 **24 시간** .

가입자에게 유리한 정보가 제출되지 않았거나(네트워크 비소속 의료 제공자에게 입수한 의료 기록), 검토를 위한 정보를 저희에게 제공하는 데 시간이 걸린다면 **의료 용품 또는 서비스의 경우, 달력일 기준으로 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 결정에 시간이 더 걸릴 경우에는 서면으로 알려 드립니다. **요청 사항이 Medicare Part B 의약품에 대한 것이라면 추가로 시간이 걸리지 않습니다.**

보장 결정을 내리는 데 시간이 더 오래 걸리지 **않아야** 한다고 생각하신다면 저희 결정이 지체되는 것에 대해 "신속 불만사항"을 제기하십시오 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오. 결정이 나면 바로 전화를 드릴 것입니다.

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

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

의사가 귀하의 건강에 필요한 것이라고 말한다면 당사는 자동으로 신속한 보장 결정을 제공합니다. 의사의 지원이 없이 가입자가 요청하는 경우 신속한 보장 결정의 적용 여부는 당사가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속한 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우 , 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드리며 표준 기한을 사용합니다 . 이 서신에는 다음 내용이 포함됩니다 .
  - 의사가 요청할 경우 자동으로 신속한 보장 결정을 제공합니다 .
  - 가입자에게 신속한 보장 결정이 아닌 표준 보장 결정을 내린 당사 결정에 대한 ' 신속 불만사항 ' 제기 방법 . 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오 .

요청 내용의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 이유를 설명하는 서신을 보내 드립니다.

- 당사가 **거부**한 경우 귀하는 이의 신청을 할 수 있는 권리가 있습니다 . 당사가 실수를 했다고 생각하신다면 이의 신청은 당사의 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다 .
- 이의 신청을 하기로 결정하시면 **1** 차 이의 신청을 하게 되는 것입니다 (**섹션 F3** 참조).

제한된 상황에서는 보장 결정에 대한 귀하의 이의 신청 요청이 기각될 것이며, 이 경우 당사는 요청을 검토하지 않습니다. 당사가 기각하는 요청은 다음과 같습니다.

- 요청이 완료되지 않은 경우
- 법적 권한이 없는 사람이 귀하를 대신하여 요청한 경우 **또는**
- 귀하가 요청의 철회를 요청하는 경우 .

보장 결정에 대한 요청을 기각하는 경우, 요청을 기각한 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 고지서를 귀하에게 보내드립니다. 이 검토를 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청은 다음 섹션에서 설명합니다.

F3. 1차 이의 신청

거부된 서비스 또는 품목에 관련된 또는 이미 받고 있는 서비스 또는 품목을 계속 받기 위한 **이의 신청을 시작하려면,** 가입자, 담당 의사, 또는 가입자의 위임 대리인이 반드시 당사에 연락해야 합니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 당사에 전화하십시오.

서면으로 또는 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하여 **표준 이의 신청 또는 신속 이의 신청을 요청하십시오**.

- 귀하의 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 이의 신청 중에 이미 받고 있는 서비스 또는 항목을 계속 제공하도록 요청하는 경우 귀하를 대신할 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다 .
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 귀하를 대신하여 이의를 신청할 경우 , 그 사람에게 귀하를 대신할 권한을 부여하는 대리인 임명 양식을 포함하십시오 . www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html 을 방문하여 양식을 받을 수 있습니다 .
- 양식이 제출되지 않아도 이의 신청은 접수하실 수 있지만 양식이 제출될 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수는 없습니다 . 당사의 이의 신청 결정 기한 전에 양식을 받지 못하는 경우 :

- 당사는 요청을 기각하며
- IRO 에게 가입자의 이의 신청에 대한 저희의 기각 결정을 검토해줄 것을 요청하실 권리를 설명하는 서면 고지서를 발송해 드립니다 .

- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 달력일 기준으로 65 일 이내에 이의 신청을 하셔야 합니다 .
- 가입자가 기한을 놓쳤지만 정당한 사유가 있는 경우 , 당사는 가입자에게 이의 신청 접수를 위한 시간을 더 드릴 수 있습니다 . 정당한 사유란 가입자가 심각한 질병이 있었거나 , 당사가 가입자에게 이의 신청 요청 기한에 대한 잘못된 정보를 제공한 경우입니다 . 이의 신청 시 귀하는 이의 신청이 지연된 이유를 설명합니다 .
- 가입자는 가입자의 이의 신청에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다 . 또한 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다 .

가입자의 건강 때문에 신속한 응답이 필요하면, 가입자는 '신속 이의 신청'을 요청해야 합니다.

> '신속 이의 신청'에 해당하는 법률 용어는 '**긴급 재고려**'입니다.

- 진료에 대한 저희의 보장 결정에 대해 이의 신청을 하신다면 가입자 및 / 또는 담당 의사는 신속 이의 신청을 요청할 수 있습니다 .

의사가 귀하의 건강에 필요한 것이라고 말한다면 당사는 자동으로 신속 이의 신청을 제공합니다. 의사의 지원 없이 가입자가 요청하는 경우 신속 이의 신청의 적용 여부는 당사가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속 이의 신청을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단될 경우 , 가입자에게 그 사실을 서신으로 보내 드리며 표준 기한을 사용합니다 . 이 서신에는 다음 내용이 포함됩니다 .
  - 의사가 요청할 경우 자동으로 신속 이의 신청을 제공합니다 .
  - 가입자에게 신속 이의 신청이 아닌 표준 이의 신청을 제공한 당사 결정에 대한 ' 신속 불만사항 ' 제기 방법 . 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오 .

저희가 귀하가 이미 받고 있는 서비스나 항목을 중단하거나 줄일 것이라고 알린 경우, 귀하는 이의 신청 중에 해당 서비스나 항목을 계속 받을 수 있을 것입니다.

- 귀하가 받고 있는 서비스나 품목의 보장을 변경하거나 중단하기로 저희가 결정한 경우 , 조치를 취하기 전에 고지서를 송부해 드립니다 .
- 당사의 결정에 동의하지 않으시면 1 차 이의 신청을 할 수 있습니다 .
- 저희 서신을 보낸 날짜로부터 달력일 기준으로 10 일이나 해당 조치의 예정 발효일 중 나중 날짜 이내에 1 차 이의 신청을 하는 경우 해당 서비스나 품목을 계속 보장합니다 .
    - 이 기한을 충족하면 1 차 이의 신청의 결정을 기다리는 동안 현재 받고 있는 서비스나 품목을 변동없이 받게 됩니다 .
    - (이의 신청하지 않은) 다른 서비스나 품목에 대해서도 변동없이 받으실 수 있습니다 .
    - 해당 날짜 이전에 이의 신청을 하지 않는 경우 귀하의 서비스나 품목은 이의 신청 결정을 기다리는 동안 계속해서 제공되지 않습니다 .

가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 플랜에서 가입자의 이의 신청 검토 시 , 저희는 의료 서비스 보장에 대한 가입자의 요청을 위해 모든 정보를 신중하게 검토합니다 .
- 당사가 가입자의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다 .
- 필요한 경우 , 더 많은 정보를 수집합니다 . 더 많은 정보를 구하기 위해 가입자 또는 가입자의 의사에게 연락드릴 수도 있습니다 .

신속 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 신속한 기한을 사용할 경우 , 저희는 반드시 **이의 신청이 접수된 후 72 시간 이내에 , 또는 가입자의 건강이 더욱 신속한 응답을 요구할 경우에는 더 빠르게** 답변을 제공해야 합니다 . 당사가 신속 이의 신청을 거부하는 경우 당사는 가입자 , 담당 의사 , 처방자 또는 대표자에게 구두 확인을 제공합니다 .
    - 당사가 72 시간 이내에 답변을 드리지 못한다면 , 당사는 고객의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다 . 그 다음에는 IRO 가 검토합니다 . IRO 는 가입자의 이의 신청을 접수하면 서면으로 통지합니다 . 이 장의 뒷부분에서 이 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다 . Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우 , 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2 차 주 공청회를 신청할 수 있습니다 . California 에서는 주 공청회를 주 공청회라고 합니다 . **섹션 F4** 를 참조하여 주 공청회를 신청하십시오 .

- **가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우** , 저희는 반드시 가입자의 이의 신청을 받은 후 72 시간 이내에 또는 가입자의 건강 상태에 따라 그보다 더 빨리 동의한 보장을 승인 또는 제공해야 합니다 .

- **가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 거부한 경우** , 가입자의 이의 신청을 2 차 이의 신청 단계인 IRO 로 보냅니다 .

표준 이의 신청에는 기한이 있습니다.

- 당사가 표준 기한을 사용할 경우 당사는 가입자가 받지 않은 서비스에 대한 가입자의 이의 신청을 접수하고 **달력일 기준으로 30 일 이내**에 답변을 제공해야 합니다 .

- 가입자의 요청이 아직 받지 못한 Medicare Part B 의약품에 대한 것일 경우 가입자 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 7 일 이내**에 답변을 제공합니다 .

    - 당사가 기한 내에 답변을 드리지 못한다면 , 당사는 고객의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다 . 그 다음에는 IRO 가 검토합니다 . 이 장의 뒷부분에서 이 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 대해 설명합니다 . Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 문제인 경우 , 가입자는 시간이 임박하면 즉시 주를 상대로 직접 2 차 주 공청회를 신청할 수 있습니다 . California 에서는 주 공청회를 주 공청회라고 합니다 . **섹션 F4** 를 참조하여 주 공청회를 신청하십시오 .

가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 동의하는 경우, 당사는 귀하의 이의 신청 요청을 받은 날로부터 30일 이내에 또는 귀하의 건강 상태가 요구하는 만큼 신속하게, 그리고 만약 귀하의 요청이 Medicare Part B 의약품을 위한 것이라면 당사가 결정을 변경한 날로부터 72시간 이내에 또는 당사가 귀하의 이의 신청을 접수한 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 당사가 제공하는 데 동의한 보상을 승인하거나 제공해야 합니다.

가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부한 경우**, **가입자는 추가로 이의 신청을 할 권리**가 있습니다.

- 가입자의 일부 또는 전체 요청을 저희가 **거부**한 경우 , 가입자에게 서신을 보내 드립니다 .

- Medicare 서비스나 품목의 보장에 대한 문제인 경우 , 서신으로 귀하의 케이스를 2 차 이의 신청을 위해 IRO 로 송부할 것임을 알려 드립니다 .

- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 문제인 경우 , 이 서신은 2 차 이의 신청을 가입자가 직접 제기하는 방법을 알려 드립니다 .

F4. 2차 이의 신청

가입자의 1차 이의 신청의 일부 또는 전부를 당사가 **거부**한 경우, 당사는 가입자에게 결정문을 보내 드립니다. 이 결정문은 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 서비스나 항목을 보장하는지 알려줍니다.

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

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

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

일반적으로 Medicare가 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

IRO가 귀하의 이의 신청을 검토합니다. 이 기관은 Medicare에서 고용한 독립 조직입니다.

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

- 이 기관은 저희와 관련이 없으며 정부 기관도 아닙니다 . Medicare 는 IRO 로 이 회사를 선택했고 , Medicare 는 이 회사의 업무를 감독합니다 .
- 당사는 귀하의 이의 신청 정보 (' 케이스 파일 ') 를 이 기관에 전송합니다 . 가입자는 가입자의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다 .
- 가입자는 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO 에 제출할 권리가 있습니다 .
- IRO 의 검토자들은 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 신중하게 검토합니다 .

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

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

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

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

IRO가 서면으로 답변하고 그 이유를 설명합니다.

- **IRO 에서 의료 용품 또는 서비스에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우** , 당사는 즉시 해당 결정을 시행해야 합니다 .
  - 의료 서비스 보장을 **72 시간 이내에 승인하거나**
  - **표준 요청**에 대한 IRO 의 **결정을 받은 후 영업일 기준으로 5 일 이내에 서비스를 제공하거나**
  - IRO 로부터 **긴급 요청에 대한 결정을 받은 날로부터 72 시간 이내에** 서비스를 제공합니다 .
- **IRO 에서 Medicare Part B 의약품에 대한 일부 또는 전체 요청에 동의하는 경우 , 당사는 분쟁 중인 Medicare Part B 의약품을 승인하거나 제공해야 합니다 .**
  - **표준 요청**에 대한 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내 , 또는**
  - **긴급 요청**에 대해 IRO 의 결정을 받은 날로부터 **24 시간 이내 .**
- **IRO 에서 가입자의 이의 신청의 일부 또는 전부를 거부할 경우** , 사무소가 의료 서비스에 대한 가입자의 의료 서비스 보장 요청 (의 부분 또는 전체) 을 승인할 수 없다는 플랜의 결정에 동의하는 것을 의미합니다 . 이것은 ' 결정의 인정 ' 또는 ' 가입자의 이의 신청 거부 ' 라고도 불립니다 .
  - 가입자의 케이스가 요건을 충족한다면 이의 신청을 계속할지 선택합니다 .

- 2 차 이의 신청 단계 이후 3 개의 단계가 더 있어 총 5 단계의 이의 신청 프로세스가 있습니다 .
- 2 차 이의 신청이 거부되었고 이의 신청을 계속 할 요건이 충족되신다면 , 3 차 이의 신청을 하실지를 결정하셔야 합니다 . 이에 대한 구체적인 방법은 2 차 이의 신청 후 받은 서면 고지서에 기재되어 있습니다 .
- 행정법 판사 (ALJ) 또는 대리 재판관은 3 차 이의 신청을 처리합니다 . 3 차 , 4 차 및 5 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오 .

일반적으로 Medi-Cal이 보장하는 서비스나 품목에 대한 문제일 경우

Medi-Cal 서비스나 품목에 대해 2차 이의 신청을 하는 방법은 두 가지, 즉 (1) 불만사항 제기 또는 독립 의료 심사 신청 또는 (2) 주 공청회 입니다.

(1) 보건 관리부(DMHC)

귀하는 DMHC 지원 센터에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 신청하실 수 있습니다. 불만사항을 제기하면 DMHC가 당사의 결정을 검토합니다. DMHC는 불만사항에 대해 자체 조사를 수행하거나 해당 케이스가 IMR에 적합한지 여부를 결정합니다. 특성상 의료적인 모든 Medi-Cal 보장 서비스 또는 품목에 대해 IMR을 적용할 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜 또는 DMHC에 속하지 않은 전문가들이 가입자의 케이스를 검토하는 것입니다. IMR이 가입자에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 가입자가 요청한 서비스나 품목을 반드시 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

다음의 경우 불만사항을 제기하거나 IMR을 신청하실 수 있습니다.

- 당사 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 판단하여 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부 , 변경 또는 지연하는 경우 .
- 당사 플랜이 중대한 의학적 상태에 대한 실험 또는 조사 목적의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않으려는 경우 .
- 당사 플랜이 수술 서비스 또는 절차가 본질적으로 미용 또는 재건을 위한 것이었는지 의심하는 경우 .
- 당사 플랜이 귀하가 이미 받은 응급 서비스 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불하지 않으려는 경우 .
- 당사 플랜이 Medi-Cal 서비스에 대한 가입자의 1 차 이의 신청을 표준 이의 신청은 휴일 포함 30 일 , 귀하의 건강 상태에 따라 신속 이의 신청은 72 시간 안에 결정짓지 않은 경우 .

대부분의 경우 IMR을 요청하기 전에 이의를 신청해야 합니다. 당사의 1차 이의 신청 프로세스에 대한 자세한 내용은 **섹션 F3**을 참조하십시오. 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 DMHC에 IMR 신청/불만사항 양식을 제출할 수 있습니다.

참고: 가입자의 의료 제공자가 가입자를 대신하여 이의를 신청하였으나 당사가 가입자의 대리인 임명서를 받지 못한 경우, 가입자의 이의 신청이 심한 통증, 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적인 손실 등을 포함하되 이에 국한되지 않는 가입자의 건강에 임박하고 중대한 위협과 관련되지 않은 이상, 가입자는 DMHC에 2차 IMR을 제출하기 전에 먼저 당사에 이의를 신청해야 합니다

가입자는 IMR과 주 공청회를 신청할 수 있지만, 주 공청회에서 이미 증거를 제출했거나 주 공청회가 같은 문제로 실시된 경우 IMR을 진행할 수 없습니다.

치료가 실험적 또는 연구적이라는 이유로 거부되었다면, 가입자는 IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 신청 프로세스를 거칠 필요가 없습니다.

문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우 또는 극심한 통증이 있는 경우, 당사의 이의 신청 프로세스를 먼저 진행할 필요 없이 즉시 DMHC에 도움을 요청하실 수 있습니다.

고객은 이의 신청에 대한 당사의 서면 결정서가 발송된 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. 가입자가 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없었던 의학적 상태였거나 IMR 프로세스에 대한 당사의 적절한 고지를 받지 못한 경우에 DMHC는 6개월 후에 타당한 이유로 귀하의 신청을 수락할 수 있습니다.

불만사항을 제기하거나 IMR을 요청하는 방법:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에 있는 IMR/ 불만사항 제기 양식을 작성하시거나 1-888-466-2219 번으로 DMHC 지원 센터에 전화하십시오 . TTY 사용자는 1-877-688-9891 번으로 전화하셔야 합니다 .
- 해당되는 경우 당사가 거부한 서비스 또는 품목에 대한 서신 또는 기타 문서의 사본을 첨부하십시오 . 이를 통해 IMR 프로세스가 빨라질 수 있습니다 . 원본이 아닌 문서 사본을 보내주십시오 . 지원 센터는 어떠한 문서도 반환할 수 없습니다 .
- IMR 관련해서 누군가의 도움을 받고 있다면 승인된 보조 인력 양식을 작성하십시오 . 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 받으시거나 1-888-466-2219 번으로 보건 관리국 지원 센터에 문의하여 받을 수 있습니다 . TTY 사용자는 1-877-688-9891 번으로 전화하셔야 합니다 .

- 온라인 www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint 으로 IMR/ 불만사항 제기 양식 및 첨부 파일을 DMHC 에 제출하십시오 .

  우편 또는 팩스 제출:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

7일 이내에 DMHC에서 신청서를 검토하고 수신 서신을 보내드립니다. DMHC에서 해당 케이스가 IMR에 적격하다고 판단하면 모든 필수 문서를 수령한 후 45일 이내에 IMR 결정을 내립니다.

가입자의 케이스가 긴급하고 IMR에 적격하면 일반적으로 모든 필수 문서를 수령한 후 7일 이내에 IMR 결정을 내립니다.

가입자가 IMR 결정에 만족하지 않는 경우, 가입자는 여전히 주 공청회를 요청하실 수 있습니다.

DMHC가 가입자 또는 가입자의 치료 담당 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못할 경우 IMR이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자의 건강 플랜 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받으시는 경우, 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 당사에 보내는 것이 중요합니다. 가입자의 건강 플랜은 가입자의 의료 기록 사본을 네트워크 소속 의사로부터 받아야 합니다.

DMHC에서 가입자의 사례가 IMR에 적격하지 않다고 결정하는 경우, DMHC는 일반 소비자 불만사항 처리 절차를 통해 가입자 사례를 검토합니다. 가입자의 불만사항 제기는 신청서 제출일로부터 30일 이내에 처리됩니다. 불만사항 제기가 시급한 경우 더 빨리 처리될 것입니다.

(2) 주 공청회

가입자는 Medi-Cal 보장 서비스 및 품목에 대해 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 당사가 승인하지 않은 서비스나 품목을 요청하는 경우 또는 가입자가 이미 받은 서비스나 품목에 대해 당사가 계속해서 지불하지 않고 가입자의 1차 이의 신청을 거부한 경우, 가입자는 주 공청회를 요청하실 권리가 있습니다.

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

참고: 현재 받고 계신 서비스가 변경되거나 중단될 것임을 당사가 통지했기에 주 공청회를 요청하신 경우, 주 공청회가 보류 중인 동안 해당 서비스를 계속 받고자 하신다면 **해당 요청을 제출할 기간이 더 짧아집니다**. 자세한 내용은 247페이지의 “내가 받는 혜택은 2차 이의 신청 기간에 계속되는가?”를 참조해 주십시오.

다음 방법으로 주 심리를 요청할 수 있습니다.

- 온라인 www.cdss.ca.gov.
- 전화 : 1-800-743-8525 번으로 전화하십시오 . 이 번호는 매우 사용량이 많을 수 있습니다 . 나중에 다시 전화하라는 메시지를 들을 수 있습니다 . 말하기나 듣기에 어려움이 있으시면 , TTY/TDD 1-800-952-8349 번으로 전화해 주십시오 .
- 서면 : 주 공청회 양식을 작성하거나 서신을 보내십시오 . 우편 또는 팩스 :
- 우편 : California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 팩스 : (916) 309-3487; 수신자부담 전화 : 1-833-281-0903
- 가입자는 조처 고지서 뒷면에 있는 ' 주 공청회 요청서 ' 를 작성할 수 있습니다 . 이름 , 주소 , 전화번호 , 사회 보장 번호 및 / 또는 CIN 번호 , 주 공청회를 원하는 이유를 반드시 기입하십시오 . 다른 사람이 주 공청회를 요청하는 데 도움을 주고 있는 경우 , 양식 또는 서신에 그 사람의 이름 , 주소 및 전화 번호를 추가하십시오 . 통역사가 필요한 경우 , 주 청문회 부서에 어떤 언어를 구사하는지 알려주십시오 . 가입자는 통역사에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다 . 주 공청회 담당 부서에서 마련해 드릴 것입니다 . 장애가 있는 경우 , 주 공청회 담당 부서는 공청회에 참여하는 데 도움을 드리기 위해 특별 숙박비를 무료로 드릴 수 있습니다 . 장애와 숙소에 대한 정보를 포함시켜 주십시오 .

주 공청회 담당 부서에서 서면으로 결정 사항을 알려드리고 그 이유를 설명합니다.

- 주 공청회 담당 부서가 의료 용품이나 서비스에 대한 일부 또는 전체 요청에 **동의**하는 경우 **,** 당사는 사무소의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에 해당 서비스나 용품을 승인하거나 제공해야 합니다 .
- 주 공청회 담당 부서가 가입자의 이의 신청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 , 사무소가 의료 서비스에 대한 가입자의 의료 서비스 보장 요청 (의 부분 또는 전체) 을 승인할 수 없다는 플랜의 결정에 동의하는 것을 의미합니다 . 이것은 ' 결정의 인정 ' 또는 ' 가입자의 이의 신청 거부 ' 라고도 불립니다 .

IRO 또는 주 공청회에서 요청의 전부 또는 일부에 대해 **거부** 결정을 내리는 경우, 가입자는 추가로 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

2차 이의 신청이 **IRO**로 간 경우, 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 일정 최소 금액을 만족하는 경우에만 다시 이의 신청을 할 수 있습니다. ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. **가입자가 IRO에서 받는 편지에는 추가 이의 신청에 대한 가입자의 권리가 설명되어 있습니다.**

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

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

F5. 지불 문제

저희는 당사 네트워크 소속 의료 제공자들이 보장 서비스 및 품목에 대해 귀하께 지불 요청하는 것을 허락하지 않습니다. 의료 제공자가 보장 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 금액보다 낮은 금액을 당사가 지불하더라도 그렇습니다. 가입자는 청구서의 금액을 지불할 필요가 없습니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받은 경우, 저희에게 청구서를 보내주십시오. 청구서 금액을 직접 지불하지 마십시오. 당사는 의료 제공자에게 직접 연락하여 문제를 처리할 것입니다. 만약 청구 금액을 지불하신 경우, 서비스 또는 품목을 받는 것에 대한 규칙을 따르셨다면 당사 플랜으로부터 환불을 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **7장**을 참조하십시오. 해당 장에서는 환급 또는 의료 제공자에게서 받은 청구서에 대한 지불을 요청해야 하는 상황이 나와 있습니다. 지불 요청 관련 문서를 저희에게 제출하시는 방법도 설명합니다.

이것의 상환을 요청한다면 가입자는 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장되는지 확인할 것이고, 가입자가 보장 이용에 대한 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.

- 가입자가 지불한 서비스나 품목이 보장되고 가입자가 모든 규칙을 준수했다면 , 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 통상적으로 달력일 기준으로 30 일 이내에 그러나 달력을 기준으로 60 일 넘지 않게 해당 서비스 또는 품목에 대한 비용을 가입자의 서비스 제공자에게 보냅니다 . 그 후에 의료 제공자는 가입자에게 지불금을 지급합니다 .

- 가입자가 해당 서비스나 품목의 비용을 아직 지불하지 않았다면 , 당사는 지불금을 해당 의료 제공자에게 직접 보냅니다 . 당사가 금액을 지급하면 귀하의 보장 결정 요청에 당사가 **동의**하는 것과 같습니다 .

- 서비스나 품목이 보장되지 않거나 가입자가 모든 규칙을 준수하지 않았다면 , 당사는 해당 서비스나 품목에 대한 지불하지 않을 것과 그 이유를 설명하는 편지를 보내 드립니다 .

지불을 거절하는 당사의 결정에 가입자가 동의하지 않는 경우, **가입자는 이의 신청을 접수하실 수 있습니다**. **섹션 F3**에 설명된 이의 신청 프로세스를 따라 주십시오. 가입자가 이 지침을 따르실 때, 다음을 주의하십시오.

- 가입자가 환불을 요청하는 이의 신청을 할 경우 , 당사는 이의 신청을 받은 날로부터 30 일 이내에 가입자에게 답변해야 합니다 .

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

- IRO 에서 당사의 결정을 번복하고 당사가 고객에게 지불해야 한다고 한다면 , 당사는 반드시 휴일 포함 30 일 이내에 고객 또는 고객의 의료 제공자에게 지불금을 보내야 합니다 . 2 차 이의 신청 후의 단계에서 이의 신청이 **승인**되면 당사는 지급 금액을 가입자 또는 의료 제공자에게 달력일 기준으로 60 일 이내에 지불해야 합니다 .
- IRO 에서 가입자의 이의 신청을 거부할 경우 , 이는 가입자의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다 . 이것은 ' 결정의 인정 ' 또는 ' 가입자의 이의 신청 거부 ' 라고도 불립니다 . 가입자가 가질 수 있는 추가 이의 신청 권리를 설명하는 서신을 받게 됩니다 . 추가 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J** 를 참조하십시오 .

귀하의 이의 신청에 대해 당사가 **거부** 답변을 하고 Medi-Cal이 일반적으로 서비스 또는 항목을 보장하는 경우 가입자가 직접 2차 이의 신청을 할 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오.

G. Medicare Part D 약

저희 플랜 가입자에 대한 혜택에는 많은 의약품들이 포함됩니다. 이 중 대부분은 Medicare Part D 약입니다. Medicare Part D는 보장하지 않지만 Medi-Cal이 보장할 수도 있는 의약품이 몇 있습니다. **이 섹션은 Medicare Part D 약 이의 신청에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 'Medicare Part D 약'이라는 표현 대신 '의약품'이라는 표현을 사용하겠습니다. Medi-Cal에서만 보장되는 의약품은 **섹션 E**에 나와 있는 절차를 따릅니다.

보장을 받으려면 약이 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다 이는 의약품이 Food and Drug Administration(FDA)에 의해 승인되거나 특정 의료 참고 문헌에 의해 뒷받침된다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대해서는 이 *가입자 핸드*북의 **5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare Part D 보장 결정 및 이의 신청

다음은 Medicare Part D 약에 대한 보장 결정 요청의 예시입니다.

- 다음과 같은 요청을 포함한 예외를 요청합니다 .
  - 당사 플랜의 *의약품 목록*에 없는 Medicare Part D 의약품 보장 , 또는
  - 의약품 보장 제한을 없애 달라고 요청 (받을 수 있는 의약품의 양 제한 등)

- 고객이 당사에 의약품 보장을 받을 수 있는지 여부 (예를 들어 고객의 의약품이 플랜의 *의약품 목록*에 있으나 , 당사가 고객에게 해당 의약품을 보장하기 전에 당사의 승인을 받도록 한 경우)

참고: 약국에서 처방전에 적힌 대로 제조할 수 없다고 할 경우, 약국에서는 보장 결정 요청을 하실 수 있도록 저희에게 연락하는 방법이 적힌 서면 고지서를 제공합니다.

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

- 귀하는 귀하가 이미 구매한 의약품의 비용을 지불할 것을 당사에 요청합니다 . 이것은 지불에 관한 보장 결정을 요청하는 것입니다 .

당사의 보장 결정에 동의하지 않으시면, 가입자는 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 보장 결정을 요청하고 이의 신청하는 법에 대해서 모두 설명합니다. 아래 표를 참조하십시오.

가입자가 처한 상황은 무엇입니까?			
당사의 *의약품 목록*에 없는 의약품이 필요하거나 당사가 보장하는 의약품에 대한 규칙이나 제한을 제외하기를 원하는 경우.	당사가 당사 *의약품 목록*에 있는 의약품을 보장하기를 원하고 귀하가 필요로 하는 의약품에 대한 플랜 규칙 또는 제한 사항(예: 사전 승인)을 충족한다고 생각하는 경우.	이미 받고 비용을 지불한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하고 싶은 경우.	가입자가 원하는 방식으로 의약품을 보장하거나 지불하지 않을 것이라고 당사가 말한 경우.
예외 경우로 처리해 달라고 요청하실 수 있습니다 (이것도 보장 결정의 한 종류입니다).	**보장 결정을 요청하실 수 있습니다.**	**환불을 요청하실 수 있습니다** (이것도 보장 결정의 한 종류입니다).	**이의 신청을 하실 수 있습니다** (당사에 재고를 요청하실 수 있습니다).
섹션 G2부터 시작하여 **섹션 G3 및 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오.

G2. Medicare Part D 예외

가입자가 원하는 방식으로 당사가 의약품을 보장하지 않으면 '예외'를 적용하도록 요청할 수 있습니다. 저희가 가입자의 예외 처리 요구를 거절할 경우 가입자는 저희의 결정에 이의 신청을 할 수 있습니다.

가입자가 예외 처리를 요청할 때, 가입자의 의사 또는 다른 처방자는 예외 처리가 왜 가입자에게 필요한지 의학적 사유를 설명해야 합니다.

> *의약품 목록*에 없는 의약품 보장을 요청하거나 의약품에 대한 제한의 취소를 요청하는 것을 종종 '**처방규정 예외**'라고 합니다.
>
> 보장되는 비우대 약에 대해 더 낮은 지불금액을 요청하시는 것은 때때로 **예외 범주**라고 불립니다.

가입자나 의사 또는 처방자가 요청할 수 있는 몇 가지 경우가 있습니다.

1. **당사 *의약품 목록*에 없는 의약품 보장**
   - 저희가 예외 경우에 대해 동의하고 *의약품 목록*에 없는 의약품을 보장하면 가입자는 범주 3(비우대 약) 의 의약품에 적용되는 코페이먼트를 지불합니다 .
   - 해당 의약품에 대한 필수 코페이먼트 금액에는 예외를 요청할 수 없습니다 .
2. **보장약에 대한 제한 취소**
   - *의약품 목록*의 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙이나 제한 사항 (자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5 장 , 섹션 C** 참조).
   - 특정 의약품에 대한 추가 규칙 및 제한은 다음을 포함합니다 .
     - 브랜드 약 대신 제네릭 약을 사용해야 함 .
     - 당사가 가입자를 위한 의약품 보장에 동의하기 전에 미리 당사의 승인을 받아야 합니다 . 이것을 때로 ' 사전 승인 '(PA) 이라고 합니다 .
     - 가입자가 요청하는 의약품을 보장하기로 당사가 동의하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도하도록 요구하는 경우로 이를 때로 ' 단계적 치료법 ' 이라고 합니다 .
     - 분량 제한 . 일부 약에 대해서는 받으실 수 있는 약의 수량이 제한됩니다 .
   - 당사가 예외 처리를 하고 제한을 없애는 데 동의하면 가입자는 지불해야 하는 코페이먼트 금액에 대한 예외를 요청할 수 있습니다 .

3. 비용 분담 범주를 낮추기 위해 약의 보장 변경.

저희의 *의약품 목록*에 있는 모든 약은 여섯 개의 비용 분담 범주로 나뉘어집니다. 일반적으로 비용 분담 범주 번호가 낮을수록 필요한 코페이먼트 비용도 낮습니다.

- 당사의 *의약품 목록*에는 때로 특정 상태를 치료하기 위한 의약품이 하나 이상 포함되어 있습니다 . 이들을 ' 대체 ' 의약품이라고 합니다 .
- 귀하의 의학적 상태에 대한 대체 의약품이 귀하가 복용하고 있는 의약품보다 더 낮은 비용 분담 범주에 있는 경우 , 대체 의약품에 대한 비용 분담금으로 이를 보장하도록 당사에 요청할 수 있습니다 . 이러면 의약품에 대한 가입자의 코페이먼트 금액이 낮아집니다 .
  - 가입자가 복용하는 의약품이 생물학적 제제라면 가입자는 당사로 하여금 가입자의 상태에 대한 생물학적 제제 대체재의 가장 낮은 범주에 해당하는 비용 분담금으로 보장할 것을 요청할 수 있습니다 .
  - 가입자가 복용하는 의약품이 브랜드 약이라면 가입자는 당사로 하여금 가입자의 상태에 대한 브랜드 약 대체재의 가장 낮은 범주에 해당하는 비용 분담금으로 보장할 것을 요청할 수 있습니다 .
  - 가입자가 복용하는 의약품이 제네릭 약이라면 가입자는 당사로 하여금 가입자의 상태에 대한 브랜드 약 대체재 또는 제네릭 약 대체재의 가장 낮은 범주에 해당하는 비용 분담금으로 보장할 것을 요청할 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 .

G3. 예외 처리 요청에 대하여 알아야 할 중요한 점

담당 의사나 다른 처방자가 당사에 의학적 사유를 설명해야 합니다

고객의 의사 또는 다른 처방자는 예외를 요청하는 의학적 사유를 설명하는 진술서를 당사로 제공해야 합니다. 신속한 결정을 원할 경우 예외 경우를 요청하실 때 가입자의 의사나 처방자로부터 이러한 의료적 정보를 함께 제공하십시오.

당사의 *의약품 목록*에는 때로 특정 상태를 치료하기 위한 의약품이 하나 이상 포함되어 있습니다. 이들을 '대체' 의약품이라고 합니다. 대체 의약품이 귀하가 요청한 의약품만큼 효과적이고 더 많은 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**. 예외 범주를 요청할 경우 더 낮은 비용 분담 범주의 대체약이 효과가 없는 경우 또는 부작용이나 기타 피해를 초래할 것으로 예상되는 경우를 제외하고 일반적으로 가입자의 예외 처리 요청을 승인하지 **않습니다**.

당사는 가입자의 요청에 동의하거나 거부할 수 있습니다.

- 당사가 가입자의 예외 요청을 **승인**하는 경우 대개는 당해 달력 연도 말까지 예외처리가 지속될 것입니다 . 이것은 가입자의 의사가 계속하여 처방을 하고 그것이 치료에 안전하고 유효할 경우에만 해당됩니다 .

- 당사가 가입자의 예외 요청을 **거부**하는 경우 이의 신청을 할 것인지 결정할 수 있습니다 . 당사가 **거부**한 경우에 이의 신청을 하는 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 G5** 를 참조하십시오 .

다음 섹션에서는 예외 경우를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

G4. 예외 경우를 포함한 보장 결정 요청

- 원하는 보장 결정 유형을 요청하려면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화하시거나 , 서신 또는 팩스를 이용하십시오 . 가입자 , 가입자의 대리인 또는 의사 (또는 다른 처방자) 가 할 수 있습니다 . 가입자의 이름 , 연락처 및 청구에 대한 정보를 기재해 주십시오 .

- 고객 또는 고객의 의사 (또는 다른 처방자) 또는 고객을 대행하는 사람이 보장 결정을 요청할 수 있습니다 . 또한 대리인으로 변호사를 고용하실 수 있습니다 .

- 대리인을 지명하는 방법을 알아보려면 **섹션 E3** 을 참조하십시오 .

- 귀하를 대신하여 보장 결정을 요청할 의사나 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다 .

- 당사에 의약품 비용 환급을 요청하려면 이 *가입자 핸드북*의 **7 장**을 참조하십시오 .

- 예외를 요청하면 ' 근거 진술서 ' 를 제공하십시오 . 근거 진술서에는 담당 의사 또는 기타 처방자의 예외 요청에 대한 의학적 사유가 포함됩니다 .

- 가입자의 의사나 기타 처방자는 당사로 근거 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다 . 또는 전화로 연락한 다음 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다 .

가입자의 건강 때문에 필요하면, 당사로 '신속한 보장 결정'을 요청하십시오.

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

- **표준 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다 .
- **신속한 보장 결정**은 당사가 담당 의사의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 가입자에게 답변을 드리는 것을 의미합니다 .

> '신속한 보장 결정'은 **'긴급 보장 판단'**이라고 합니다.

다음의 경우에 신속한 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- 아직 받지 못한 의약품에 대한 것일 경우 . 가입자는 가입자가 이미 구매한 의약품에 대해 가입자에게 상환하라고 당사로 요청하는 경우에는 신속한 보장 결정을 요청할 수 없습니다 .
- 표준 기한을 사용한다면 귀하의 건강이나 기능이 심각하게 해를 입을 수 있는 경우 .

가입자의 의사나 처방자가 가입자의 건강 상태로 인해 신속한 보장 결정을 요청하는 경우, 저희는 신속한 보장 결정 일정에 따라 가입자의 요청을 검토합니다. 그럴 경우 당사는 이 정보를 가입자에게 서신으로 알릴 것입니다.

- 담당 의사나 기타 처방자의 지원 없이 신속한 보장 결정을 요청하는 경우 신속한 보장 결정의 제공 여부는 당사에서 결정합니다 .
- 당사가 가입자의 의학적 상태가 신속한 보장 결정의 요건을 충족하지 않는다고 결정하면 , 당사는 대신 표준 기한을 사용합니다 .
  - 표준 기한을 사용할 것을 알려주는 서신을 보내드립니다 . 이 서신에는 당사의 결정에 대해 이의를 신청하는 방법이 나와 있습니다 .
  - 가입자는 ' 신속 불만사항 ' 을 제기하셔서 24 시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다 . 신속 불만사항을 비롯한 불만사항 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오 .

신속한 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우 , 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 24 시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다 . 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 24 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다 . 가입자의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다 .

- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면 , 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다 . 2 차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 을 참조하십시오 .
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 근거 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 보장을 제공합니다 .
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다 . 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다 .

귀하가 아직 받지 않은 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 당사가 표준 기한을 사용하는 경우 , 당사는 가입자의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 가입자에게 당사의 답변을 드려야 합니다 . 예외 경우를 요청하시면 담당 의사의 근거 진술서가 접수된 후 72 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다 . 가입자의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다 .
- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면 , 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다 .
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 귀하의 요청이나 담당 의사의 예외에 대한 근거 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 보장을 제공합니다 .
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다 . 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다 .

가입자가 이미 구매한 의약품에 대한 표준 보장 결정 기한

- 저희는 요청을 접수 후부터 달력일 기준으로 14 일 이내에 대답을 제공해야 합니다 .
- 저희가 이 기한 내에 답변을 드리지 못하면 , 가입자의 요청은 2 차 이의 신청 단계로 넘어가서 IRO 의 검토를 받게 됩니다 .
- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 달력일 기준으로 14 일 이내에 비용을 환급합니다 .
- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부하는 경우** 당사는 그 근거를 포함한 결정문을 발송합니다 . 이 결정문에는 이의 신청 방법이 포함되어 있습니다 .

G5. 1차 이의 신청

> Medicare Part D 약 보장 결정과 관련해 당사 플랜에 이의 신청을 하는 것은 플랜 **'재판단'** 이라고 불립니다.

- **표준** 또는 **신속 이의 신청**을 시작하려면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화하거나 서신 또는 팩스를 발송하십시오 . 가입자 , 가입자의 대리인 또는 의사 (또는 다른 처방자) 가 할 수 있습니다 . 가입자 이름 , 연락처 및 이의 신청 관련 정보를 기재해 주십시오 .
- 가입자는 당사의 결정을 알리는 편지의 날짜로부터 **달력일 기준으로 65 일 이내**에 이의 신청을 하셔야 합니다 .
- 가입자가 기한을 놓쳤지만 정당한 사유가 있는 경우 , 당사는 가입자에게 이의 신청 접수를 위한 시간을 더 드릴 수 있습니다 . 정당한 사유란 가입자가 심각한 질병이 있었거나 , 당사가 가입자에게 이의 신청 요청 기한에 대한 잘못된 정보를 제공한 경우입니다 . 이의 신청 시 귀하는 이의 신청이 지연된 이유를 설명합니다 .
- 가입자는 가입자의 이의 신청에 관한 정보의 사본을 당사로 요청할 권리가 있습니다 . 또한 가입자와 담당 의사는 해당 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 당사에 제공할 수 있습니다 .

가입자의 건강 때문에 신속한 응답이 필요하면, 가입자는 '신속 이의 신청'을 요청해야 합니다.

> 신속 이의 신청은 **'긴급 재판단'**이라고 합니다.

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

가입자의 이의 신청을 고려한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 이의 신청을 검토하고 귀하의 보장 결정에 대한 모든 정보를 다시 한 번 면밀하게 살펴봅니다 .
- 당사가 가입자의 요청을 **거부**했을 때 모든 규칙을 준수하였는지 확인합니다 .
- 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자 , 가입자의 의사나 다른 처방자에게 연락드릴 수 있습니다 .

1차 신속 이의 신청 기한

- 저희가 신속 처리 기한을 사용하면 반드시 이의 신청을 접수한 뒤 **72 시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다 .
    - 가입자의 건강상태 때문에 답변을 더 일찍 받을 필요가 있다면 당사는 당사의 답변을 더 일찍 제공합니다 .

- 당사가 72 시간 이내에 답변을 드리지 못한다면 , 당사는 고객의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다 . 그러면 IRO 가 이를 검토합니다 . 검토 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오 .

- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 가입자의 이의 신청을 받은 후 제공하기로 했던 보장을 72 시간 이내에 제공해야 합니다 .

- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다 .

1차 표준 이의 신청 기한

- 저희가 표준 기한을 사용한다면 저희는 가입자가 받지 않은 의약품에 대한 가입자의 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 7 일** 이내에 반드시 답변을 가입자께 제공해야 합니다 .

- 약을 아직 받지 못하고 건강 상태로 인해 필요한 경우 더 빨리 결정을 내릴 것입니다 . 가입자의 건강으로 인해 필요한 경우 신속 이의 신청을 요청하십시오 .

  - 당사가 달력일 기준으로 7 일 이내에 결정을 내리지 않는 경우 당사는 귀하의 요청을 2 차 이의 신청 절차로 보내야 합니다 . 그러면 IRO 가 이를 검토합니다 . 검토 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오 .

당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **승인**하는 경우:

- 저희는 이의 신청을 접수한 뒤 건강 상태에 따라 최대한 빨리 하지만 늦어도 **달력일 기준으로 7 일 이내**에 **보장을 제공**해야 합니다 .

- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준 30 일 이내**에 귀하가 구입한 의약품에 대한 **비용을 귀하에게 보내야 합니다** .

당사가 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **거부**하는 경우:

- 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다 .

- 당사는 이의 신청을 받은 후 **달력일 기준으로 14 일 이내**에 귀하가 구입한 의약품의 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다 .

  - 당사가 달력일 기준으로 14 일 이내에 결정을 내리지 않는 경우 당사는 귀하의 요청을 2 차 이의 신청 프로세스로 보내야 합니다 . 그러면 IRO 가 이를 검토합니다 . 검토 기관 및 2 차 이의 신청 절차에 관한 자세한 정보는 **섹션 G6** 을 참조하십시오 .

- 가입자의 일부 또는 전체 요청에 당사가 **동의**하는 경우 당사는 가입자의 요청을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불합니다 .

- 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 당사가 **거부**하는 경우 당사는 이유를 설명하고 이의 신청 방법을 포함한 결정문을 발송합니다 .

G6. 2차 이의 신청

당사가 1차 이의 신청에 **거부** 결정을 한 경우 귀하는 결정을 수용하거나 다시 이의 신청을 할 수 있습니다. 다시 이의 신청을 하기로 한 경우에 2차 이의 신청 프로세스를 이용할 수 있습니다. **IRO**는 첫 번째 이의 신청을 **거부**한 당사의 결정을 검토합니다. 이 기관은 당사가 결정을 변경해야 하는지 여부를 결정합니다.

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

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

- 저희가 1 차 이의 신청을 **거부**한다면 , 발송되는 고지서에는 IRO 에 **2 차 이의 신청을 하는 방법에 관한 지침**이 포함됩니다 . 이 지침은 2 차 이의 신청을 할 수 있는 당사자와 기한 , 검토 기관에 연락하는 방법 등을 설명합니다 .
- IRO 에 이의 신청을 하실 때 저희는 이 기관에 가입자의 이의 신청 내용을 전달할 것입니다 . 이 정보는 가입자의 ' 케이스 파일 ' 이라고 불립니다 . **가입자는 가입자의 케이스 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다** . 케이스 파일의 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY:711) 번으로 전화하십시오 .
- 가입자는 가입자의 이의 신청을 뒷받침할 추가 정보를 IRO 에 제출할 권리가 있습니다 .

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

2차 신속 이의 신청 기한

건강 상태에 따라 IRO에 신속 이의 신청을 요청하실 수 있습니다.

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

2차 표준 이의 신청 기한

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

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

IRO에서 가입자의 일부 또는 전체 요청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 이내**에 승인된 의약품 보장 결정을 제공해야 합니다 .
- 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 귀하가 구입한 의약품에 대한 비용을 지불해야 합니다 .
- IRO 에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우 , 이는 그 심사기관이 가입자의 요청을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미합니다 . 이것은 ' 결정의 인정 ' 또는 ' 가입자의 이의 신청 거부 ' 라고도 불립니다 .

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

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

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

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 당사에 병원 입원 기간 연장을 보장하도록 요청하기

가입자가 병원에 입원하시면, 가입자는 병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한, 당사가 보장하는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 당사 플랜 병원 보장에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **4장**을 참조하십시오.

가입자가 입원해 있는 동안, 가입자의 의사와 병원 직원은 가입자와 합심해서 가입자가 퇴원하게 될 날을 대비합니다. 퇴원하신 후 필요한 관리를 받으실 수 있도록 또한 도와 드립니다.

- 병원을 떠나는 날은 ' 퇴원일 ' 이라고 합니다 .
- 담당 의사 또는 병원 직원이 퇴원일을 알려줄 것입니다 .

퇴원일이 너무 빠르거나 퇴원 후 진료에 대해 우려되는 경우, 병원 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법에 대해 설명합니다.

이 **섹션 H**에서 다룬 이의 신청에도 불구하고 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4**를 참조해 주십시오. 3차 이의 신청 외에(또는 이를 대신하여) 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다.

H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기

병원에 입원한 후 2일 이내에 간호사나 케이스 담당자 등 병원의 누군가가 '가입자의 권리에 대해 Medicare에서 드리는 중요한 메시지'라는 서면 고지서를 제공할 것입니다. Medicare에 가입된 모든 사람들은 병원에 입원할 때마다 이 고지서를 받습니다.

이 고지서를 받지 못하셨다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 번호로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

- **이 고지서를 주의 깊게 읽으시고** 이해가 안 되는 부분은 질문하십시오 . ' 중요한 메시지 ' 는 병원 환자로서 다음 권리를 포함한 가입자의 권리에 대하여 설명해 드립니다 .
    - 병원 입원 중 및 입원 후 Medicare 에서 보장하는 서비스를 받을 권리 . 가입자에게는 어떤 서비스가 있으며 누가 지불하고 어디에서 서비스를 받을 수 있는지에 대해 알 권리가 있습니다 .
    - 병원 입원 기간에 대한 모든 의사 결정에 참여할 권리 .
    - 병원 의료 서비스 품질에 대한 가입자의 우려를 어디에 보고해야 하는지 알 권리 .
    - 가입자가 너무 빨리 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 이의 신청을 할 가입자의 권리 .

- 가입자는 고지서를 받았고 가입자의 권리를 이해했다는 것을 명시하기 위해 **고지서에 서명합니다** .
  - 가입자나 가입자의 대리인이 고지서에 서명할 수 있습니다 .
  - 고지서에 서명하는 것은 가입자가 자신의 권리에 대한 정보를 받았다는 것**만을** 나타내는 것입니다 . 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 언급했을 수 있는 퇴원 날짜에 동의하는 것은 **아닙니다** .
- 필요한 정보를 확보할 수 있도록 서명한 고지서의 **사본을 보관**하십시오 .

퇴원일 최소 2일 이전에 고지서에 서명하시면 퇴원하기 전에 사본을 하나 더 받을 것입니다.

다음과 같은 경우 고지서 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오 .
- Medicare 에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 전화하십시오 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다 .
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 을 참조하십시오 .

H2. 1차 이의 신청

가입자가 받는 입원 서비스를 당사가 더 오래 보장하도록 요청하기 위해서 가입자는 반드시 이의 신청을 요청합니다. 품질 개선 기관(QIO)에서 1차 이의 신청을 심사하여 가입자의 경우 계획된 가입자의 퇴원 날짜가 의료적으로 적합했는지를 확인합니다.

QIO에는 연방 정부에서 비용을 지불하는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. 이러한 전문가들은 Medicare 가입자를 위해 품질을 확인하고 개선하도록 지원합니다. 이 전문가들은 당사 플랜의 일부가 아닙니다.

California에서 QIO는 커먼스 헬스로 불립니다. 1-877-588-1123(TTY 711)번으로 해당 기관에 전화하십시오. 연락처 정보는 '고객의 권리에 대해 Medicare에서 드리는 중요한 메시지' 고지서 및 **2장**에 나와있습니다.

병원을 퇴원하기 전에, 즉 늦어도 예정 퇴원일 전에 QIO에 전화하십시오.

- **가입자가 퇴원 전에 연락하시면** , 귀하의 이의 신청에 대한 QIO 의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 예정된 퇴원일 이후에 병원에 머무를 수 있습니다 .
- **귀하가 이의 신청을 위해 전화를 하지 않고** , 귀하의 예정 퇴원날짜 이후에도 계속 입원해 있기로 결정하면 , 귀하는 본인의 예정 퇴원날짜 이후에 귀하가 받는 병원 치료의 모든 비용을 지불해야 할 수 있습니다 .

- 병원 입원은 Medicare 와 Medi-Cal 이 모두 보장하기 때문에 , 품질 개선 기관이 가입자가 입원을 지속하는 것에 대한 요청을 심리하지 않거나 , 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나 , 극심한 통증이 있는 경우 , 가입자는 California 보건 관리부 (DMHC) 에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다 . DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오 .

필요하시면 도움을 요청하십시오. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우:

- 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오 .
- 1-800-434-0222 번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 에 문의하십시오 .

신속한 심사를 요청하십시오. QIO에 빨리 연락하여 퇴원에 대한 신속한 심사를 요청합니다.

> **'신속한 심사'**에 해당하는 법률 용어는 **'즉시 심사'** 또는 **'긴급 검토'**입니다.

신속한 심사 절차

- QIO 의 심사자들은 가입자 또는 대리인에게 예정된 퇴원 날짜 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문합니다 . 반드시 진술서를 작성하는 것은 아니나 작성해야 할 수도 있습니다 .
- 검토자는 가입자의 의료 정보를 검토하고 , 가입자의 의사와 연락하고 , 병원 및 당사가 제공한 정보를 검토할 것입니다 .
- 다음 날 정오까지 심사자들은 당사 플랜으로 고객의 이의 신청에 대해 알려주고 , 고객은 계획된 퇴원 날짜를 알려주는 편지를 받습니다 . 또한 이 서신은 의사 , 병원 및 그리고 당사가 그날이 가입자에게 의료적으로 적합한 퇴원 날짜라고 판단하는 이유를 제공합니다 .

> 이 서면 설명의 법적 용어는 **'퇴원에 대한 세부 고지'**입니다. 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 샘플 사본을 받으실 수 있습니다 (TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오). 또한 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로 샘플 고지를 참조할 수도 있습니다.

필요한 모든 정보를 입수한 후 1일 뒤에 QIO에서 이의 신청에 대한 답변을 제공합니다.

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 해당 기관은 귀하의 예정 퇴원일이 의료적으로 적합하다고 생각합니다 .
- 가입자의 입원 서비스에 대한 보장 제공은 QIO 에서 가입자의 이의 신청에 대한 답변을 제공한 후 정오에 끝나게 됩니다 .
- 가입자는 QIO 에서 이의 신청에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후 받은 병원 치료에 대해 전액을 지불해야 할 수 있습니다 .
- QIO 가 1 차 이의 신청을 거부하고 **또한** 가입자가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 계속 머무르는 경우 2 차 이의 신청을 하실 수 있습니다 .

H3. 2차 이의 신청

2차 이의 신청의 경우 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO에 요청합니다. 1-877-588-1123(TTY 711)번으로 해당 기관에 전화하십시오.

QIO가 가입자의 1차 이의 신청을 **거부**한 후 **달력일 기준으로 60일 이내**에 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보장 적용 날짜가 지난 후에도 병원에 머물렀을 경우**에만** 요청하실 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토합니다 .
- 재검토를 위해 귀하의 요청을 수령한 날로부터 14 일 이내에 2 차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 귀하가 QIO 에서 1 차 이의 신청을 거부한 날의 다음 날 정오 이후 받은 병원 치료에 대해 당사 분담액을 환불해야 합니다 .
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장된 입원 서비스를 제공합니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 품질 개선 기관은 1 차 이의 신청에 대한 기관의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다 .

- 이의 신청 프로세스를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다 .
- 가입자는 또한 병원 입원을 지속할 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하시거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다 . DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오 .

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청

이 섹션은 귀하가 받을 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 서비스
- 전문간호시설에서 받는 전문 간호 케어 **및**
- Medicare 승인 CORF 에서 외래환자로서 받는 재활 치료 이것은 가입자가 병이나 사고 때문에 치료를 받고 있다는 것을 또는 중요한 수술을 받고 나서 회복 중이라는 것을 의미합니다 .

이런 종류의 간호 중 여하한 것에 대해 고객이 이를 필요로 한다고 의사가 말하는 한 고객은 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.

이 중 하나라도 당사가 보장을 중단하기로 결정하면 당사는 서비스가 끝나기 **전에** 가입자에게 이를 알려드려야 합니다. 해당 서비스에 대한 귀하의 보장이 종료되면 당사는 해당 비용을 지불하지 않습니다.

치료에 대한 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하시는 경우 **당사 결정에 대한 이의를 신청하실 수 있습니다**. 이 섹션에서는 이의 신청 방법에 대해 설명합니다.

I1. 보장 종료 전 사전 고지

귀하의 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2일 전에 귀하에게 서면 고지서를 보내드립니다. 이는 'Medicare 보장 비제공 고지서'라고 합니다. 해당 고지서에는 당사가 치료 보장을 중단할 시기와 당사 결정에 이의를 신청하는 방식이 기술되어 있습니다.

가입자 또는 가입자의 대리인은 이 고지서를 받았음을 확인하기 위해 이에 서명해야 합니다. 고지서에 서명하는 것은 귀하가 정보를 수령한 사실**만을** 의미합니다. 서명한다고 해서 귀하가 당사의 결정에 동의한다는 것을 의미하지는 **않습니다**.

I2. 1차 이의 신청

가입자는 당사가 치료에 대한 보장을 너무 일찍 끝낸다고 생각하시면, 당사의 결정에 이의 신청을 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 1차 이의 신청 프로세스와 가입자가 할 수 있는 일을 설명합니다.

- **기한을 지키십시오 .** 기한이 중요합니다 . 반드시 해야 할 일에 적용되는 기한을 이해하고 준수하십시오 . 당사 플랜도 기한을 지켜야 합니다 . 당사가 관련 기한을 지키지 않는다고 생각하시면 , 불만사항을 제기하실 수 있습니다 . 불만사항에 대한 자세한 내용은 **섹션 K** 를 참조하십시오 .
- **필요하시면 도움을 요청하십시오 .** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 :
  - 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오 .
  - HICAP 에 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오 .
- **QIO 에 문의하십시오 .**
  - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2** 를 참조하거나 이 *가입자 핸드북*의 **2 장**을 참조하십시오 .
  - 이의 신청을 검토하고 당사 결정의 변경 여부에 대한 결정을 요청하십시오 .
- **' 신속 이의 신청 ' 을 신속하게 요청하십시오 .** 귀하의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의료적으로 적합한지 QIO 에 문의하십시오 .

이 기관에 연락하는 데 있어 가입자가 지켜야 할 기한

- 이의 신청을 하려면 당사가 발송한 Medicare 보장 비제공 고지서의 발효일 전날 정오까지 QIO 에 연락하셔야 합니다 .
- 품질 개선 기관이 가입자의 의료 서비스 보장 지속에 대한 요청을 심리하지 않거나 , 상황이 긴급하고 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 준다고 가입자가 판단하거나 , 극심한 통증이 있는 경우 , 가입자는 California 보건 관리부 (DMHC) 에 불만사항을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다 . DMHC 에 불만사항 제기 및 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오 .

> 서면 고지서에 해당하는 법률 용어는 **'Medicare 보장 비제공 고지서'**입니다. 샘플 사본을 받으시려면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 또는 온라인 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices에서 사본을 받으실 수 있습니다.

신속 이의 신청 절차

- QIO 의 검토자들은 가입자 또는 대리인에게 해당 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 질문합니다 . 반드시 진술서를 작성하는 것은 아니나 작성해야 할 수도 있습니다 .
- 검토자들은 가입자의 의료 정보를 검토하고 , 가입자의 의사와 연락하고 , 저희 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다 .
- 또한 당사 플랜은 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 설명서를 발송합니다 . 검토자가 귀하의 이의 신청에 대해 저희에게 알리는 날까지 설명서를 받게 됩니다 .

> 서면 설명서를 나타내는 법률 용어는 **'보장 비제공에 대한 구체적인 설명'**입니다.

- 검토자는 필요한 모든 정보를 얻은 후 하루 안에 결정을 내립니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 귀하의 보장은 당사가 이를 알린 날에 종료됩니다 .
- 당사는 설명서 나와 있는 날짜에 이 진료의 비용 지불을 중지합니다 .
- 보장 종료일 이후에 가정 건강 관리 , 전문요양시설에서의 간호 또는 CORF 서비스를 계속 받기로 결정한 경우 이 치료의 전체 비용을 귀하가 직접 부담합니다 .
- 이러한 서비스를 계속 받을지 여부와 2 차 이의 신청 진행 여부를 결정합니다 .

I3. 2차 이의 신청

2차 이의 신청의 경우 1차 이의 신청에 대한 결정의 검토를 QIO에 요청합니다. 1-877-588-1123(TTY: 1-866-868-2289)번으로 전화하십시오.

QIO가 가입자의 1차 이의 신청을 **거부**한 후 **달력일 기준으로 60일 이내**에 검토를 요청하셔야 합니다. 이 검토는 가입자의 보장 적용 날짜가 지난 후에도 건강 관리를 계속한 경우**에만** 요청하실 수 있습니다.

QIO 검토자는 다음을 수행합니다.

- 가입자의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 또 다시 신중하게 검토합니다 .
- 재검토를 위해 귀하의 요청을 수령한 날로부터 14 일 이내에 2 차 이의 신청에 대한 결정을 알려드립니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 당사는 당사가 말한 가입자의 보장이 끝나는 날짜 이후로 가입자가 받은 진료 비용을 가입자에게 상환합니다 .
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다 .

QIO에서 가입자의 이의 신청을 **거부**할 경우:

- 이 기관은 귀하의 진료 종료에 대한 당사의 결정에 동의하며 이를 변경하지 않습니다 .
- 이의 신청 프로세스를 계속하고 3 차 이의 신청을 할 수 있는 방법이 담긴 서신을 발송합니다 .
- 가입자의 의료 서비스 보장이 계속될 수 있도록 DMHC 에 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다 . DMHC 독립 의료 심사 요청 방법은 **섹션 F4** 를 참조해 주십시오 . 3 차 이의 신청 외에 (또는 이를 대신하여) DMHC 에 불만사항을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다 .

ALJ 또는 대리 재판관은 3차 이의 신청을 처리합니다. 3, 4 및 5차 이의 신청에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2차 이상으로 이의 신청 진행하기

J1. Medicare 서비스 및 품목을 위한 다음 단계

가입자가 Medicare 서비스나 품목에 대해 1차 이의 신청과 2차 이의 신청을 했고, 두 이의 신청 모두 거절되었다면, 추가 차수의 이의 신청을 할 권리가 있을 수도 있습니다.

귀하가 이의를 신청한 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 못하는 경우, 귀하는 더 이상 이의를 신청할 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높은 경우 귀하는 이의 신청 프로세스를 계속 진행할 수 있습니다. 2차 이의 신청을 위해 IRO에서 받은 서신에는 3차 이의 신청을 하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3차 이의 신청

3차 이의 신청 프로세스는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에 소속된 대리 재판관입니다.

ALJ 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **승인**하면 당사는 가입자에게 유리한 3차 결정에 이의를 신청할 수 있는 권리가 있습니다.

- 결정에 대해 **이의 신청을 하기로** 결정했다면 저희는 4 차 이의 신청 요청문을 관련 문서와 함께 가입자에게 보내 드립니다 . 문제의 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 저희는 4 차 이의 신청 결정을 기다려야 합니다 .
- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하지 않기로** 결정할 경우 , ALJ 또는 대리 재판관의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60 일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다 .
    - ALJ 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **거부**하면 이의 신청 절차가 끝나지 않을 수 있습니다 .
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다 .
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으시면** 이 검토 프로세스의 다음 단계를 진행할 수 있습니다 . 귀하가 받는 고지서는 4 차 이의 신청 방법을 안내합니다 .

4차 이의 신청

Medicare 항소 의회(의회)에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 위원회는 연방 정부의 일원입니다.

의회가 귀하의 4차 이의 신청을 **승인**하거나 귀하에게 유리한 3차 이의 신청 결정에 대한 당사의 검토 요청을 거부하는 경우 당사는 5차 이의 신청을 할 권리가 있습니다.

- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하기로** 결정하는 경우 , 저희는 서면으로 가입자에게 이 사실을 알려 드립니다 .
- 저희가 결정에 대해 **이의 신청을 하지 않기로** 결정하는 경우 , 의회의 결정문을 받은 뒤 달력일 기준으로 60 일 이내에 반드시 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다 .

의회가 동의하지 않거나 검토 요청을 **거부**하면 이의 신청 프로세스는 끝나지 않을 수 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다 .
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으면** 검토 프로세스의 다음 단계로 계속 진행할 수 있습니다 . 귀하가 받는 고지서는 5 차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다 .

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **동의** 또는 **거부** 여부를 결정할 것입니다 . 이는 최종 결정입니다 . 연방 지방 법원 이후에 추가 이의 신청 단계는 없습니다 .

J2. 추가 Medi-Cal 이의 신청

이의 신청이 일반적으로 Medi-Cal에서 보장하는 서비스나 품목에 대한 것일 경우 다른 이의 신청을 할 권리가 있습니다. 이의 신청 및 공청회 담당 부서에서 받은 서신에는 이의 신청 절차를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다.

주 공청회 담당 부서에서 받은 서신에는 이의 신청 프로세스를 계속하길 원할 경우 어떻게 하실 수 있는지 적혀 있습니다.

J3. Medicare Part D 약 요청에 대한 3, 4 및 5차 이의 신청

이 섹션은 1차 이의 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. 가입자의 2차 이의 신청에 대한 서면 답변서에 어디로 어떻게 연락하여 3차 이의 신청을 하실 수 있는지가 기재되어 있습니다.

3차 이의 신청

3차 이의 신청 프로세스는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에 소속된 대리 재판관입니다.

ALJ 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우**:**

- 이의 신청 프로세스가 종료됩니다 .
- 당사는 승인된 의약품 보장을 72 시간 (긴급 이의 신청의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다 .

ALJ 또는 대리 재판관이 가입자의 이의 신청을 **거부**하면 이의 신청 절차가 끝나지 않을 수 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다 .
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으시면** 이 검토 프로세스의 다음 단계를 진행할 수 있습니다 . 귀하가 받는 고지서는 4 차 이의 신청 방법을 안내합니다 .

4차 이의 신청

의회에서 가입자의 이의 신청을 검토하여 답변을 제공합니다. 위원회는 연방 정부의 일원입니다.

의회가 가입자의 이의 신청을 **승인**하는 경우:

- 이의 신청 프로세스가 종료됩니다 .
- 당사는 승인된 의약품 보장을 72 시간 (긴급 이의 신청의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 후 달력일 기준으로 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다 .

의회가 이의 신청을 **거부**하거나 검토 요청을 거부하면 이의 신청 프로세스는 끝나지 않을 수 있습니다.

- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이시면** 이의 신청 프로세스는 끝나게 됩니다 .
- 가입자가 이의 신청 거부를 **받아들이지 않으면** 검토 프로세스의 다음 단계로 계속 진행할 수 있습니다 . 귀하가 받는 고지서는 5 차 이의 신청을 진행할 수 있는지 여부와 그 방법을 안내합니다 .

5차 이의 신청

- 연방 지방 법원 판사는 귀하의 이의 신청과 모든 정보를 검토하고 **동의** 또는 **거부** 여부를 결정할 것입니다 . 이는 최종 결정입니다 . 연방 지방 법원 이후에 추가 이의 신청 단계는 없습니다 .

K. 불만사항 제기 방법

K1. 어떤 문제들이 불만사항이 될 수 있는가?

불만 처리 과정은 특정 종류의 문제들만 다룹니다. 예를 들면 진료 품질, 대기 시간, 진료 조정, 가입자 서비스 등입니다. 불만사항 제기 프로세스에서 처리되는 문제의 예는 다음과 같습니다.

불만사항	예
의료 서비스의 질	• 가입자는 병원에서 받은 진료 등 진료의 품질에 대해 만족하지 않습니다.
개인정보보호 준수	• 타인이 귀하의 개인정보보호 권리를 존중하지 않았거나 귀하에 대한 비밀 정보를 공유했다고 생각합니다.
기만, 미흡한 고객 서비스 또는 다른 부정적인 행위	• 건강 의료 제공자 또는 직원이 가입자에게 무례했거나 가입자를 존중하지 않았습니다. • 당사 직원의 응대가 미흡했습니다. • 가입자는 자신이 플랜에서 억지로 탈퇴당한다고 생각이 드는 경우가 있습니다.
접근성 및 언어 지원	• 가입자는 의사나 의료 제공자 진료실에서 신체적으로 건강 진료 서비스 및 시설 이용에 접근할 수가 없습니다. • 담당 의사나 의료 제공자가 귀하가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역사를 제공하지 않습니다. • 귀하의 의료 제공자는 귀하에게 필요하고 요청하는 기타 합당한 편의를 제공하지 않습니다.
대기 시간	• 가입자가 예약을 하는 데 문제가 있거나 예약하는 데 너무 오래 걸립니다. • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원이 너무 오래 기다리게 합니다.
청결도	• 가입자는 클리닉, 병원, 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각합니다.
저희가 제공한 정보	• 가입자는 받아야 할 고지 또는 서신을 당사가 제공하지 않았다고 생각합니다. • 가입자는 당사가 보낸 서면 정보가 이해하기에 너무 어려웠다고 생각합니다.

불만사항	예
보장 결정 또는 이의 신청과 관련된 적시성	• 당사가 보장 결정 또는 가입자의 이의 신청 답변 시 기한을 준수하지 않았다고 생각합니다. • 가입자는 보장 결정이나 이의 신청 결정을 가입자에게 유리한 쪽으로 받은 뒤에 당사가 가입자의 서비스를 보장하거나 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 가입자에게 상환하는 마감일을 지키지 않았다고 생각합니다. • 귀하의 케이스를 IRO로 당사가 기한 내에 보내지 않았다고 생각합니다.

다양한 불만사항이 있습니다. 고객은 내부 불만사항을 접수하거나 외부 불만사항 접수를 하실 수 있습니다. 내부 불만사항은 당사 플랜에서 처리되고 검토됩니다. 외부 불만사항은 당사 플랜과 연관이 없는 기관에서 처리되고 검토됩니다. 내부 및/또는 외부 불만사항을 접수하는 데 도움이 필요하시면, 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다.

> '불만사항'에 해당하는 법률 용어는 **'고충'**입니다.
>
> '불만사항 제기'의 법률 용어는 **'고충 접수'**입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만사항을 제기하려면, 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락하십시오. Medicare Part D 약 관련 이외의 불만사항은 상시 접수 가능합니다. Medicare Part D 약 관련 불만사항은 고객이 불만사항을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 **달력일 기준으로 60일** 이내에 제기되어야 합니다.

- 가입자가 할 필요가 있는 다른 뭔가가 있으면 , 가입자 서비스부가 가입자에게 말씀드릴 것입니다 .
- 또한 가입자는 서면으로 불만사항을 작성하여 당사에 보낼 수 있습니다 . 서면으로 불만사항을 제기하시면 서면으로 저희가 불만사항에 대한 답변을 드립니다 .
- 가입자가 서면 답변을 요청할 경우 당사는 서면으로 회신합니다 . 서면으로 불만사항 (고충) 을 제기하거나 불만사항이 진료 품질과 관련이 있는 경우에는 서면으로 답변해 드리겠습니다 .
- 당사는 가입자의 불만사항을 접수한 지 달력일 기준 5 일 이내에 서신을 보내 이의 신청을 받았음을 알려 드립니다 .

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. 경우에 따라 불만사항에 대한 신속한 심사를 요청할 권리가 있습니다. 이것을 '신속 불만사항' 절차라고 부릅니다. 다음과 같은 상황에서 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 불만사항을 신속하게 검토할 수 있습니다.

- 의료 서비스 혹은 Medicare Part D 약에 대한 요청을 빠른 심사해 달라는 가입자의 요청을 당사가 거부하는 경우 .
- 거부된 서비스 혹은 Medicare Part D 약에 대한 이의 신청을 빠르게 심사해 달라는 고객의 요청을 당사가 거부하는 경우 .
- 의료 서비스 요청을 검토하는 데 추가 시간이 필요하다고 결정합니다 .
- 거부된 의료 서비스에 대한 이의 신청을 검토하기 위해 추가 시간이 필요하다고 결정합니다 .
- Medicare Part D 관련 불만사항은 고객이 불만사항을 제기하고 싶은 문제를 겪은 후 휴일 포함 반드시 60 일 이내에 제기되어야 합니다 . 기타 모든 유형의 불만은 반드시 고객이 불만족을 느낀 사건 및 행동 발생 당일로부터 언제든 당사 또는 해당 의료 제공자에 접수되어야 합니다 .
- 당사가 ' 신속한 보장 결정 ' 또는 ' 신속 이의 신청 ' 을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기하고 있다면 , 가입자는 ' 신속 불만사항 ' 을 요청할 수 있으며 당사는 24 시간 안에 고객의 불만사항에 답변해야 합니다 .

> '신속 불만사항'에 해당하는 **법률 용어**는 **'긴급 고충'**입니다.

가능하면 바로 답변을 제공합니다. 불만사항에 대해 전화를 하시면 바로 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요하시면 빠르게 답변해 드립니다.

- 당사는 달력일 기준으로 30 일 이내에 대부분의 불만사항에 응답합니다 . 당사가 더 많은 정보를 필요로 하여 30 일 이내에 결정을 내리지 못할 경우 , 서면으로 가입자에게 통지합니다 . 당사는 또한 진행 상태 소식과 예상 답변 시간을 제공합니다 .
- 당사가 ' 신속한 보장 결정 ' 또는 ' 신속 이의 신청 ' 을 위한 고객의 요청을 거부했기 때문에 고객이 불만사항을 제기하고 있다면 , 당사는 자동으로 고객에게 ' 신속 불만사항 ' 접수 권한을 부여하고 24 시간 안에 고객의 불만사항에 답변합니다 .
- 당사가 보장 결정 또는 이의 신청 관련하여 추가적으로 시간을 소요하여 가입자가 불만사항을 제기하고 있다면 , 당사는 자동으로 가입자에게 ' 신속 불만사항 ' 접수 권한을 부여하고 24 시간 안에 가입자의 불만사항에 답변합니다 .

당사가 가입자의 불만사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않으면, 가입자에게 이를 알려 드리고 이유를 설명합니다. 저희는 불만사항에 대해 동의 여부를 반드시 알려 드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

가입자의 불만사항을 Medicare에 알리거나 보낼 수 있습니다. Medicare 불만사항 제기 양식은 www.medicare.gov/my/medicare-complaint에서 받으실 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제기하기 전에 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 불만사항을 제기할 필요는 없습니다.

Medicare는 가입자의 불만사항을 중요하게 생각하며 이러한 정보는 Medicare 프로그램 품질을 개선하는 데 사용됩니다.

다른 의견이나 우려 사항이 있거나 건강 플랜에서 본인의 문제를 다루지 않고 있다고 생각하시는 경우, 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

California 보건복지부(DHCS) Medi-Cal Managed Care 옴부즈맨에 1-888-452-8609번으로 전화하여 불만사항을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자를 위한 전화번호는 711번입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 전화하십시오.

California 보건 관리부(DMHC)에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜을 규제합니다. 가입자는 DMHC 지원 센터에 연락하여 Medi-Cal 서비스 관련 불만에 대한 도움을 받으실 수 있습니다. 긴급하지 않은 사안의 경우, 1차 이의 신청의 결정에 동의하지 않거나 달력일 기준으로 30일 후에도 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우 DMHC에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제가 수반된 불만사항 또는 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 불만사항과 관련하여 도움이 필요한 경우, 극심한 통증이 있는 경우, 불만사항에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우, 30일이 지난 후에도 당사 플랜이 불만사항을 해결하지 못한 경우에는 1차 이의 신청을 하지 않고도 DMHC에 문의하실 수 있습니다.

지원 센터에서 도움을 얻는 방법은 다음 두 가지입니다.

- **1-888-466-2219** 번으로 전화하십시오 . 청각 장애가 있거나 청력에 어려움이 있는 분들은 TTY 번호 , 무료전화 **1-877-688-9891** 번을 이용하실 수 있습니다 . 통화는 무료입니다 .
- 보건 관리부 웹사이트 (**www.dmhc.ca.gov**) 를 방문하십시오 .

민권 사무국(OCR)

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시는 경우 사회복지부(HHS) OCR에 불만사항을 제기하실 수 있습니다. 예를 들면, 장애 관련 또는 언어 관련 보조에 대한 '불만사항 제기'를 하실 수 있습니다. OCR의 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr을 방문하시면 됩니다.

다음 연락처로 현지 OCR 사무소에도 문의할 수 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
전화: 1-800-368-1019
TTY 1-800-537-7697
팩스: 1-202-619-3818

또한 가입자는 미국 장애인법(ADA) 및 언루 인권법에 따른 권리를 갖고 있습니다. 지원은 Medi-Cal Managed Care 및 옴부즈맨 정신건강 사무국에 문의하시면 됩니다. 전화번호는 1-888-452-8609(TTY: 711)번이며 월요일~ 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 문의하실 수 있습니다(PST, 공휴일 제외).

QIO

불만사항이 진료 품질에 대한 것이면 가입자는 2가지 선택 사항이 있습니다.

- 진료 품질에 대한 불만사항을 QIO 에 직접 접수하실 수 있습니다 .
- 가입자는 QIO 와 당사 플랜에 불만사항을 접수할 수 있습니다 . 가입자가 불만사항을 QIO 에 접수하시면 , 당사는 불만사항 해결을 위해 이 기관과 협력합니다 .

QIO는 Medicare 환자들에게 제공되는 관리의 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부로부터 보수를 지급받는 의사 및 그 외 의료 전문가들이 모인 단체입니다. QIO에 대한 자세한 내용은 **섹션 H2** 또는 이 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조하십시오.

California 주에서 QIO는 커먼스 헬스로 불립니다. 커먼스 헬스 전화번호는 1-877-588-1123(TTY: 711)번입니다.

10장: 플랜 가입 종료

개요

본 장은 가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 방법과 플랜을 탈퇴한 후에 가입자가 갖는 건강 보험 보장 옵션에 대해 다룹니다. 플랜을 탈퇴하는 경우 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램은 귀하의 자격이 되시는 한 계속 가입 상태로 남아있게 됩니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기 282
B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법 284
C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법 284
C1. Medicare 서비스 284
C2. Medi-Cal 서비스 288
D. 플랜 가입이 종료될 때까지의 의료 용품, 서비스 및 의약품 289
E. 당사 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황 289
F. 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정 291
G. 당사가 이 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만사항을 제기할 귀하의 권리 291
H. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법 291

A. 플랜 가입을 종료할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 연중 언제든 플랜에서 탈퇴하실 수 있습니다.

또한 매년 다음 기간 동안 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- **공개 가입 기간**은 10 월 15 일부터 12 월 7 일까지입니다 . 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 12 월 31 일에 가입 상태가 종료되고 1 월 1 일에 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다 .
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지이며 , 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B 자격 월부터 자격 3 개월째 마지막 날까지입니다 . 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다 .

가입 상태를 변경할 수 있는 또 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음의 경우 가입 상태를 변경할 수 있습니다.

- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 ,
- Medi-Cal 또는 추가 지원 자격이 변경되는 경우 , **또는**
- 요양시설 또는 장기요양 병원으로 최근에 입원했거나 그곳에서 현재 진료 중이거나 막 퇴원한 상태인 경우 .

가입자 자격은 보통 플랜을 떠나려는 가입자의 요청을 당사가 접수한 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어 고객의 요청을 당사가 1월 18일에 받았다면, 당사 플랜 보장은 1월 31일에 종료됩니다. 가입자가 다른 플랜에 등록하는 경우, 가입자의 새 보장은 다음 달 첫째 날(위 예시에서는 2월 1일)에 시작됩니다.

플랜을 탈퇴하면 귀하의 다음 정보를 얻을 수 있습니다.

- **섹션 C1** 의 표에 있는 Medicare 옵션 .
- **섹션 C2** 에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스 .

이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 가입을 종료할 수 있는 방법에 대한

- 자세한 내용을 확인할 수 있습니다 . TTY 사용자를 위한 전화번호도 있습니다 .
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 Medicare 에 문의해 주십시오 . TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오 .
- California 건강보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 에 월요일 ~ 금요일 오전 8 시부터 오후 5 시까지 1-800-434-0222(TTY: 711) 번으로 문의하십시오 . 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP 을 방문해 주십시오 . 건강 관리 옵션 부서에 월요일 ~ 금요일 오전 8 시부터 오후 6 시까지 1-844-580-7272 번으로 문의하십시오 . TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하셔야 합니다 .
- Medi-Cal Managed Care 옴부즈맨에 1-888-452-8609 번으로 월 ~ 금 오전 8 시 ~ 오후 5 시에 연락하시거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내십시오 .

참고: 약물 관리 프로그램(DMP)에 가입되어 있다면, 플랜을 변경하지 못할 수도 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 내용은 *가입자 핸드북* **5장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜에서 탈퇴하는 방법

탈퇴하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환하여 그렇게 할 수 있습니다. 하지만 다른 Medicare 의약품 플랜을 선택하지 않고 저희 플랜에서 Original Medicare로 전환하려는 경우, 저희 플랜에 탈퇴 요청을 해야 합니다. 탈퇴 요청에는 두 가지 방법이 있습니다.

- 저희에 서면으로 요청하실 수 있습니다 . 그 방법에 관한 자세한 내용이 필요하면 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오 .
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 로 Medicare 에 전화하십시오 . TTY 사용자 (난청 또는 언어 장애인) 는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다 . 1-800-MEDICARE 로 전화하면 다른 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 가입할 수도 있습니다 . 당사 플랜 탈퇴 시 Medicare 서비스를 받는 것에 관한 자세한 내용은 섹션 C1 의 차트에 나와 있습니다 .
- 건강 관리 옵션 부서에 월요일 ~ 금요일 오전 8 시부터 오후 6 시까지 1-844-580-7272 번으로 전화하십시오 . TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하셔야 합니다 .
- 아래의 **섹션 C** 에는 다른 플랜에 등록하기 위한 단계가 포함되어 있으며 , 이 경우 당사 플랜 가입이 종료됩니다 .

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하려는 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. Medicare 서비스

아래 나열된 Medicare 서비스를 해당 연도의 언제든 받을 수 있는 네 가지 옵션이 있습니다. **공개 가입 기간**, **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황을 포함하여 해당 연도의 특정 기간 동안 가입자에겐 아래 나열된 추가 옵션이 부여됩니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

1. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다. **Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal 모두에 가입되어 있는 분들을 위한 것이고, Medicare와 Medi-Cal의 혜택을 하나의 플랜에 결합시켰습니다. 가입자가 적격한 경우 Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스 또는 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램 전반에서 모든 혜택과 서비스를 조율합니다.** **참고:** Medi-Medi 플랜이라는 용어는 California 주의 통합형 이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP)의 이름입니다.	**해야 할 일:** Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우 • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 당사 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. Medi-Medi 플랜에 맞춰 Medi-Cal 플랜이 변경됩니다.

2. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.	**해야 할 일:**
별도의 Medicare 의약품 플랜을 포함한 Original Medicare 및 Medi-Cal 플랜.	Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우 ● 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. **또는** 새로운 Medicare 의약품 플랜에 가입해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않으면 Medi-Cal 플랜 가입 상태가 유지됩니다.

3. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다. **유효한 탈퇴 사유가 있는 경우 별도의 Medicare 의약품 플랜이 없는 Original Medicare** **참고:** Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 가입을 원치 않는다고 알리시지 않는 한, Medicare에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주나 노조와 같은 또 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우에만 의약품 보장을 철회해야 합니다. 의약품 보장에 관한 문의 사항이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오.	**해야 할 일:** Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우 • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오. Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않으면 Medi-Cal 플랜 가입 상태가 유지됩니다.

4. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다. **공개 가입 기간** 및 **Medicare Advantage 공개 가입 기간** 또는 **섹션 A**에 설명된 기타 상황을 포함한 연중 특정 기간 동안의 **모든 Medicare 건강 플랜**.	**해야 할 일:** Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오. 도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우 ● 월요일 ~ 금요일 , 오전 8 시 ~ 오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램 (HICAP) 에 전화하십시오 . 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문해 주십시오 . **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입해 주십시오. 새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 당사 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.

C2. Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 건강 관리 옵션 부서에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하셔야 합니다. 또는 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en을 방문하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Medi-Cal 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

D. 플랜 가입이 종료될 때까지의 의료 용품, 서비스 및 의약품

가입자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 가입이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작됩니다. 이 기간에는 새로운 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜에서 의약품 및 진료를 계속해서 받을 수 있습니다.

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오 .
- 우편 주문 약국 서비스를 포함한 네트워크 소속 약국을 사용하여 처방전 정보를 기입하십시오 .
- Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입 자격이 종료되는 날에 병원에 입원한 경우 당사 플랜에서 퇴원할 때까지 입원 기간을 보장합니다 . 이는 새 의료 보험 보장이 가입자가 퇴원하시기 전에 시작된다 해도 마찬가지입니다 .

E. 당사 플랜 가입자 자격이 종료되는 기타 상황

당사가 귀하의 가입자 자격을 반드시 종료해야 하는 경우가 있습니다.

- 가입자의 Medicare Part A 및 Medicare Part B 보장이 중단된 시점이 있는 경우 .
- 더 이상 Medi-Cal 자격을 갖추지 못한 경우 . 당사 플랜은 Medicare 와 Medi-Cal 모두 자격을 갖춘 분들을 위해 제공됩니다 . 참고 : Medi-Cal 에 더 이상 자격이 없다면 당사의 플랜을 통해 Medicare 혜택을 일시적으로 계속 받을 수 있습니다 . 해당 기간에 대한 자세한 내용은 아래를 참조하십시오 . 저희 플랜의 특별 자격 요건을 더 이상 충족하지 못할 경우 , 이 플랜의 회원 자격은 3 개월 (이 플랜의 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간) 후에 종료됩니다 . 가입 자격이 계속되는 것으로 여겨지는 기간은 특별 요구 상태가 상실되었다고 당사가 가입자에게 통지한 달의 다음 달 첫 날부터 시작됩니다 .
- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 .
- 저희의 서비스 지역을 6 개월 이상 떠나게 된 경우 .
    - 가입자는 이사 또는 장기간 여행을 가는 경우 , 해당 지역이 본 플랜의 서비스 지역에 속하는지 가입자 서비스부에 전화해서 확인하십시오 .
- 형사 범죄로 인해 수감되는 경우 .
- 의약품을 제공하는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 알리지 않은 경우 .

- 미국 시민 또는 국적이 아니거나 적격한 비시민이 아닌 경우 .
    - 당사 플랜의 가입자가 되려면 미국 시민 또는 국적이거나 적합한 비시민이어야 합니다 .
    - 가입자가 이러한 기준에 따라 가입자 자격을 계속 유지할 수 없는 경우 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 (CMS) 에서 이를 당사에 통지할 것입니다 .
    - 가입자가 이런 요건을 충족하지 않으면 당사는 가입자를 탈퇴시켜야 합니다 .

Medi-Cal 자격을 상실했으나 3개월 내에 다시 회복할 것으로 예상되는 경우Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 보장하는 Medicare 혜택을 계속 제공해 드립니다. Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 가입자의 Medi-Cal혜택에 대해 지급하지 않습니다. Medi-Cali를 상실하지 않은 경우 당사는 Medi-Cal에서 지급한 모든 Medicare 비용 분담 비용을 지불합니다. 추가 정보는 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Medi-Cal 자격을 다시 얻도록 도와드리겠습니다. Medicare 보장을 위해 당사에 등록되어 있을 때 Medi-Cal 자격이 복원되면 당사는 Medi-Cal 혜택을 위한 결제를 재개하며, 귀하의 당사 등록 사항은 계속 진행됩니다. 3개월 내에 Medi-Cal 자격을 다시 회복할 수 없는 경우 당사는 가입자를 Medi-Cal에서 탈퇴시킵니다. 탈퇴 후 Medi-Cal 자격을 다시 얻으면 플랜 재등록을 위해 당사에 문의해야 합니다.

당사가 Medicare와 Medi-Cal의 허가를 먼저 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 귀하가 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.

- 저희 플랜 가입 시 플랜 가입 자격 여부에 영향을 줄 수 있는 정보에 대해 의도적으로 잘못된 정보를 제공한 경우 .
- 계속적으로 업무에 지장을 주는 방식으로 행동하거나 가입자 본인 또는 다른 플랜 가입자에게 의료 서비스를 제공하기 어렵게 만드는 경우 .
- 가입자가 다른 사람이 가입자의 ID 카드를 사용해 의료 서비스를 받는 것을 허락하는 경우 (이러한 이유로 인해 귀하의 가입 자격을 종료할 경우 Medicare 는 검사관에게 귀하의 케이스를 조사하도록 요청할 수 있습니다).

F. 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴하도록 요구할 경우 적용되는 규정

당사는 가입자의 건강과 관련한 어떠한 이유로도 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다. 건강 관련 이유로 당사가 플랜 탈퇴를 요구한다고 생각하시면, 1−800−MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 문의해 주십시오**. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

G. 당사가 이 플랜에서 가입자격을 종료시켰을 때 불만사항을 제기할 귀하의 권리

저희가 가입자의 플랜 가입을 종료시키는 경우 저희는 가입자에게 가입 종료 이유를 서면으로 고지해야 합니다. 저희는 또한 가입 종료 결정에 대해 고충을 접수 또는 불만사항을 제기할 수 있는 방법에 대해 설명해야 합니다. 또한 불만사항을 제기하는 방법에 대해서는 이 *가입자 핸드북*의 **9장**을 참조하실 수 있습니다.

H. 귀하의 플랜 가입자자격을 종료시키는 데 관해 자세한 정보를 얻는 방법

문의 사항이 있거나 가입자 자격 종료 관련 추가 정보를 원하시면, 이 페이지의 하단에 기재된 가입자 서비스부 전화번호로 전화하실 수 있습니다.

11장: 법적 고지

개요

본 장에는 당사 플랜의 가입자 자격에 적용할 수 있는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어와 정의는 이 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 법규 고지 **293**

B. 비차별에 대한 연방 고지 **293**

C. Medi-Cal에 대한 비차별 고지 **293**

D. 두 번째 지불자로서 Medicare 및 마지막 지불자로서 Medi-Cal에 대한 고지 **294**

E. Medi-Cal 재산 회복 관련 고지 **294**

F. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택 회수 **295**

G. 가입자 카드 **297**

H. 건강 플랜 사기 **298**

I. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 관리를 벗어난 상황 **298**

A. 법규 고지

이 *가입자 핸드북*에는 많은 법규가 적용됩니다. 그 법규들이 이 *가입자 핸드북*에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 그 법규들은 귀하의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주된 법규는 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 대한 연방법 및 주법입니다. 다른 연방법 및 주법도 적용될 수 있습니다.

B. 비차별에 대한 연방 고지

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 VI조, 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.

더 많은 정보를 원하거나 차별 또는 불공정한 대우를 우려하는 경우:

- 미국 사회복지부 민권 사무국에 1-800-368-1019 번으로 문의해 주십시오 . TTY 사용자는 1-800-537-7697 번을 이용해 주십시오 . 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr 에서도 확인하실 수 있습니다 .

C. Medi-Cal에 대한 비차별 고지

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 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 혈통, 인종 구분, 성 정체성, 결혼 여부 또는 의학적 상태에 따라 불법적으로 사람을 차별, 배제 또는 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

더 많은 정보를 원하거나 차별 또는 불공정한 대우를 우려하는 경우:

- 보건복지부 , 민권 사무국에 916-440-7370 번으로 전화하십시오 . TTY 사용자를 위한 전화번호는 711(통신 릴레이 서비스) 번입니다 . 차별을 받았다고 생각하여 차별에 대한 고충을 제기하고자 하는 경우 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 문의하십시오 . 상담원과는 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일 ~ 일요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 . 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일 ~ 금요일 , 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 통화하실 수 있습니다 . 다음을 통해 서면으로 문의하실 수도 있습니다 .

MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10198
Van Nuys, CA 91410-0198
go.wellcare.com/HealthNetCA

귀하의 고충이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것인 경우에 전화, 서면 또는 전자적으로 다음과 같이 보건 복지부 민권 사무국에 불만사항을 제기할 수 있습니다.

- 전화 : 916-440-7370 번으로 전화하십시오 . 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 711(통신 릴레이 서비스) 번으로 전화해 주십시오 .
- 서면 : 불만사항 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오 .

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만사항 제기 양식 확인:
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- 전자 : CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내십시오 .

장애로 인해 건강 보험 서비스나 의료 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 전화하십시오. 휠체어 접근성 문제 등에 관한 불만사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도와 드립니다.

D. 두 번째 지불자로서 Medicare 및 마지막 지불자로서 Medi-Cal에 대한 고지

때로 당사가 가입자에게 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 우선 지불해야 합니다. 예를 들어 가입자가 차 사고를 당했거나 직장에서 다친 경우, 보험 회사 또는 직장 상해 보험에서 먼저 지불해야 합니다.

저희는 Medicare가 첫 번째 지불자가 아닌 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 수금할 수 있는 권리와 의무가 있습니다.

당사는 제3자의 가입자 건강 보험 서비스 제공에 관한 연방 및 주 법률과 규정을 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최종 지불인이 될 수 있도록 타당한 모든 노력을 기울입니다.

Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal이 마지막 지불자이기 때문에 건강 보험 보장에 따라 동일한 서비스를 이용할 수 있는 경우 Medi-Cal 이전에 다른 모든 건강 보험 보장(OHC)을 활용해야 합니다. 이는 대부분의 경우 Medi-Cal이 Medicare OHC의 2차 지불자가 되며, 당사 플랜이나 다른 OHC에서 Medi-Cal 요율까지 지불하지 않은 보조금 비용을 보장합니다.

E. Medi-Cal 재산 회복 관련 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 가입자의 상속 재산을 상환해야 합니다. 상환에는 요양시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스를 위한 서비스 요금 및 치료 보험료/보조금, 가입자가 요양시설 입원 환자이거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있을 때 받은 관련 병원 및 처방약 서비스가 포함됩니다. 상환은 가입자의 상속 재산액을 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 보건복지부의 재산 회복 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er을 참조하거나, 916-650-0590번으로 전화하십시오.

F. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 플랜에 따라 저희 플랜에서 지불한 혜택 회수

부상을 당한 경우

다른 사람, 회사 또는 가입자('책임 당사자')의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현되는 경우, 당사 플랜은 가입자가 받는 보상 서비스에 대한 혜택을 제공합니다. 그러나, 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 책임 있는 사람 또는 단체의 책임이나 다른 보험자가 포함됩니다.

책임 당사자의 행동을 통해 부상을 입거나 질병에 걸리거나 상태가 발현될 수 있는 몇 가지 예는 다음과 같으며 이에 국한하지 않습니다.

- 교통 사고가 난 경우
- 가게에서 미끄러져 넘어진 경우 또는
- 작업 중에 위험한 화학 물질에 노출된 경우 .

저희 플랜의 회수 권리는 다음을 포함하여(단, 이에 국한되지 않음) 책임 당사자로부터 받은 모든 금액에 적용됩니다.

- 제 3 자 또는 제 3 자를 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 지급된 전체 혜택 비용에 대한 저희 플랜에 따른 모든 환급을 포함하여 , 회복 , 합의 , 판결 또는 기타 보상 출처에서 의료 유치권 또는 플랜 회수액 지급 .
- 위에 명시된 바와 같이 저희 플랜의 권리를 침해하는 행위를 하지 않음 . 여기에는 플랜에서 지불한 모든 혜택의 전체 비용을 결제 또는 회수에서 줄이거나 배제하려는 시도 또는 저희 플랜의 최우선 회수 또는 유치권을 거부하려는 시도가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다 .
- 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 제 3 자의 지불 전에 플랜에 따라 회수액에 대해 당사 플랜 또는 의료 제공자에게 상환 .
- 가입자는 그러한 환급 또는 초과 지불 금액에 대해 저희와 협력해야 합니다 .

G. 가입자 카드

이 *가입자 핸드북*에 따라 당사 플랜에서 발급한 가입자 카드는 신분 확인 목적으로만 발급됩니다. 가입자 카드를 소지하더라도 이 *가입자 핸드북*에 따른 서비스 또는 기타 혜택을 받을 수 있는 권리가 있는 것은 아닙니다. 이 *가입자 핸드북*에 따라 서비스 또는 혜택을 받으려면 카드 소지자가 보장 자격 대상이어야 하고 이 *가입자 핸드북*에 따라 가입자로 가입해야 합니다. 이 *가입자 핸드북*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 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다.

참고: 가입자 카드의 남용 또는 오용을 고의로 허용하는 가입자는 가입이 취소될 수 있습니다. 가입자 카드 남용 또는 오용으로 인해 발생한 탈퇴를 감찰관 사무실에 신고해야 하며, 이로 인해 형사 기소될 수 있습니다.

H. 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 핫라인에 1-800-977-3565(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 사기 핫라인은 주 7일, 하루 24시간 운영됩니다. 모든 통화 내용은 엄격히 기밀로 유지됩니다.

I. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 관리를 벗어난 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 저희 플랜의 통제 범위를 벗어나 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 시설 또는 직원이 이 *가입자 핸드북*에 따라 서비스 또는 혜택을 제공하거나 배정할 수 없게 되는 경우, 그러한 서비스 또는 혜택을 제공해야 하는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 의무가 시설 또는 직원의 현재 가용성 내에서 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)이 그러한 서비스 또는 혜택을 제공하거나 제공하기 위해 선의의 노력을 해야 한다는 요건으로 제한됩니다.

12장: 주요 용어 정의

개요

본 장에는 이 *가입자 핸드북*에 사용된 핵심 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나열됩니다. 찾는 용어가 없거나 포함된 정의 이상의 정보가 필요하시면, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

일상 생활 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 칫솔질 등 사람들이 일상에서 수행하는 일.

행정법 판사: 행정법 판사(ALJ)는 정부 기관과 관련된 케이스에 대한 심리를 진행하고 판결을 내리는 판사입니다. 3차 이의 신청을 검토하는 판사.

AIDS 약 지원 프로그램(ADAP): HIV/AIDS를 앓고 있는 적격 개인이 생명 유지에 반드시 필요한 HIV 약물을 제공받을 수 있도록 지원하는 프로그램.

통원 수술 센터: 병원 치료가 필요하지 않고 24시간 이상 치료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설.

이의 신청: 가입자 생각에 당사가 실수를 했을 경우 당사의 조치에 이의를 신청하는 방편. 가입자는 이의 신청을 제기함으로써 당사에 보장 결정 변경을 요청하실 수 있습니다. 이 *가입자 핸드북*의 **9장**에서는 이의 신청을 하는 방법을 포함한 이의 신청에 대한 내용을 설명합니다.

결산 청구: 의료 제공자가 환자의 전체 청구 비용과 환자의 건강 플랜에 의해 지급된 금액 간의 차이를 환자에게 청구하는 관행입니다.

행동 건강: 우리의 감정적, 심리적, 사회적 웰빙을 의미합니다. 간단히 말하자면 우리가 어떻게 생각하고, 느끼고, 다른 사람들과 상호 작용하는지 생각해 보아야 합니다. 정신 건강 및 약물 남용 치료 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어.

생물학적 제제: 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아 있는 근원으로 만들어진 의약품. 생물학적 제제는 다른 약보다 더 복잡하며 그대로 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다 (“오리지널 생물학적 제제” 및 “바이오시밀러”도 참조).

바이오시밀러: 오리지널 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 의약품. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제와 마찬가지로 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러가 새 처방전이 필요 없이 오리지널 생물학적 제제로 대체될 수 있습니다 (“대체 바이오시밀러” 참조).

브랜드 약: 원래 해당 의약품을 제조한 기업이 제조 및 판매하는 의약품. 브랜드 약은 해당 의약품의 제네릭 버전과 성분이 동일합니다. 제네릭 약은 다른 의약품 회사에 의해 생산 및 판매되며 일반적으로 브랜드 약의 특허가 종료될 때까지는 사용할 수 없습니다.

케어 코디네이터: 귀하가 필요로 하는 의료 서비스를 받으실 수 있도록 귀하, 건강 플랜, 의료 제공자와 함께 일하는 한 명의 주요 담당자.

의료 플랜: '맞춤형 건강 플랜'을 참조하십시오.

진료 팀: '학제간 진료 팀'을 참조하십시오.

고액 보장 단계: Medicare Part D 의약품 혜택의 단계로, 저희 플랜이 연말까지 파트 D 약의 모든 비용을 지불합니다. 귀하는 귀하(또는 귀하를 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)가 1년 동안 파트 D 보장약에 $2,400를 지출했을 때 이 단계를 시작합니다. 가입자는 아무 것도 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare를 관장하는 연방 기관. CMS 연락 방법은 이 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조해 주십시오.

커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS): 외래 시설 기반 서비스 프로그램으로 전문 간호 진료, 사회 보장 서비스, 작업 치료 및 언어 치료, 개인 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송, 해당하는 자격 요건 기준에 부합하는 가입자에게 제공되는 기타 서비스.

불만사항: 보장 서비스나 진료에 대한 문제나 우려 사항을 제기하는 서면 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 품질, 진료 품질, 당사 네트워크 소속 의료 제공자 또는 당사 네트워크 소속 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. '불만사항 제기'의 공식 이름은 '고충 접수'입니다.

종합외래재활시설(CORF): 질병, 사고 또는 주요 수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 물리 치료, 사회 또는 심리적 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이먼트: 특정 서비스나 약물을 받을 때마다 비용 분담금으로 지불하는 고정 금액입니다. 예를 들어, 서비스 또는 약물에 대해 $2 또는 $5를 지불할 수 있습니다.

비용 분담: 특정 서비스 또는 약물을 받을 때 지불해야 하는 금액입니다. 비용 분담에는 코페이먼트가 포함됩니다.

비용 분담 범주: 같은 코페이먼트가 적용되는 의약품 그룹. *보장 의약품 목록* (*의약품 목록*이라고도 함)에 있는 모든 의약품은 6가지 비용 분담 범주 중 하나에 속합니다. 일반적으로 보다 높은 비용 분담 범주에 속할 수록 가입자가 해당 의약품에 부담해야 하는 비용도 높아집니다.

보장 결정: 당사가 제공하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장약이나 서비스 또는 귀하의 건강 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 보장 결정을 요청하는 방법은 이 *가입자 핸드북*의 **9장** 에 설명되어 있습니다.

보장약: 당사 플랜이 보장하는 모든 처방약 및 비처방(OTC) 의약품을 가리키기 위해 사용하는 용어.

보장 서비스: 모든 건강 플랜, 장기 일상 서비스 및 지원, 공급, 처방, 비처방 의약품, 장비, 기타 당사 플랜이 보장하는 서비스를 뜻하는 당사의 일반 용어.

문화 역량 교육: 귀하의 배경과 가치, 신념을 잘 이해하고 사회적, 문화적, 언어적 필요에 부합하는 서비스를 제공할 수 있도록 당사 의료 제공자들에게 제공하는 추가 교육.

일일 비용 분담률: 담당 의사가 특정 의약품에 대해 한 달 공급량보다 적은 양을 처방했고 가입자가 코페이먼트를 납부해야 하는 경우 적용될 수 있는 비율. 일일 비용 분담률은 코페이먼트를 한 달 공급 일수로 나눈 비율입니다.

예시: 1개월 전체 공급분(30일분)에 대한 코페이먼트가 $1.65라고 합시다. 이는 의약품에 대해 지불하는 금액이 하루 $0.06 미만이라는 것을 의미합니다. 7일의 의약품 공급분을 받는 경우, 총 납부금액은 일일 납부금액 $0.06 미만에 7일을 곱해서 산출된 $0.39 미만이 됩니다.

보건복지부(DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal)을 관리하는 California 주 부처.

관리의료부(DMHC): 대부분의 건강 플랜 규제를 담당하는 California 주 부처. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 신청 및 불만사항을 제기한 분들을 도와 드립니다. DMHC는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 실시합니다.

탈퇴: 당사 플랜 가입 종료 프로세스. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

약물 관리 프로그램(DMP): 가입자가 처방 오피오이드와 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 지원하는 프로그램.

의약품 범주: 당사의 *의약품 목록*에 포함된 의약품의 그룹. 의약품 범주의 예로는 제네릭 약, 브랜드 약, 비처방(OTC) 약이 있습니다. *의약품 목록*의 모든 의약품은 여섯 가지 범주 중 하나에 해당합니다.

이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP): Medicare와 Medicaid에 모두 적합한 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜. 당사의 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(DME): 담당 의사가 집에서 사용하도록 지시한 특정 품목. 이런 품목의 예는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 의료 제공자가 주문한 가정용 병원 침대, 정맥 주입 펌프, 음성 발생 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등입니다.

응급 상황: 의료적 응급 상황이란 가입자 또는 건강 및 의약품에 대한 평균적 지식을 갖춘 다른 사람이 생각하기에 생명의 상실, 사지의 상실, 사지 기능의 상실을 예방하기 위하여 즉각적인 의료를 필요로 하는 증상을 가입자가 갖고 있다고 보는 상황입니다(임산부의 경우 유산). 이러한 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 치료: 응급 서비스를 제공하도록 교육받은 의료 제공자가 제공하고 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

예외: 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대한 보장 허가 또는 특정 규칙과 제한 없이 의약품을 사용하도록 하는 허가를 뜻합니다.

제외 서비스: 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스.

추가 지원: 소득이나 자원이 제한된 사람들에게 보험료, 공제액, 코페이먼트 등 Medicare Part D 약 비용을 지원하는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 '저소득층 보조' 또는 'LIS'라고도 합니다.

제네릭 약: 브랜드 약을 대신해서 사용할 수 있도록 FDA에서 승인한 의약품. 제네릭 약과 브랜드 약의 성분은 동일합니다. 대개는 더 저렴하면서도 브랜드 약과 효능이 같습니다.

고충: 귀하가 당사나 당사의 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국에 대해 접수하는 불만사항. 여기에는 가입자가 받은 진료 품질에 관한 불만사항이나 건강 플랜이 제공하는 서비스 품질에 관한 불만사항이 포함됩니다.

건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP): Medicare에 대해 자유롭고 객관적인 정보와 상담을 제공하는 프로그램. HICAP 연락 방법은 이 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조해 주십시오.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 일상 의료 제공자, 기타 의료 제공자로 구성된 조직. 또한 케어 코디네이터가 있어서 가입자가 모든 의료 제공자와 서비스를 관리하실 수 있도록 도움을 드립니다. 이들 모두는 가입자가 필요로 하는 진료를 제공하고자 협력합니다.

건강 위험 평가(HRA): 가입자의 병력 및 현재 상태에 대한 검토. 귀하의 건강 상태를 파악하고 향후 어떻게 변할 것인지 알아보는 데 이용됩니다.

가정 간호 도우미: 개인 간호(목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 하기 등)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정 간호 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후를 가진 사람이 편안하게 살 수 있도록 돕는 치료 및 지원 프로그램. 말기 예후란 의학적으로 말기로 진단받아 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다.

- 말기 예후를 가진 가입자에게는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다 .
- 특별한 교육을 받은 전문가 및 간병인 팀이 신체적 , 정서적 , 사회적 , 정신적 요구를 비롯하여 사람 전체를 위한 보살핌을 제공합니다 .
- 당사는 귀하 지역의 호스피스 의료 제공자 목록을 제공해야 합니다 .

부적절한 청구: 의료 제공자(의사나 병원)가 서비스에 대한 당사의 비용 분담액을 초과하여 가입자에게 청구하는 상황. 귀하가 이해할 수 없는 청구서를 받으신 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사가 가입자의 서비스에 대한 비용 전액을 지불하기 때문에, 가입자는 어떠한 비용 분담의 책임도 부담하지 **않습니다**. 의료 제공자는 이런 서비스에 대한 어떤 비용도 가입자에게 청구하지 않아야 합니다.

가정 내 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 가정에서 안전하게 머물 수 있도록 가입자에게 제공된 서비스에 대한 비용을 가입된 의료 제공자에게 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원, 기숙 또는 치료 시설 등 가정 외 간호의 대안입니다. 서비스를 받기 위해 평가를 수행하여 필요성에 따라 각 참가자에게 허가될 수 있는 서비스 유형을 결정합니다. IHSS를 통해 승인 받을 수 있는 서비스 유형에는 집 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 간병 서비스(대소변 배출, 목욕, 치장, 준의료 서비스 등), 의료 예약 동행, 정신 장애인을 위한 보호 감독 등이 있습니다. 카운티 사회 보장 서비스 기관이 IHSS를 관리합니다.

독립 의료 심사(IMR): 당사가 가입자의 의료 서비스나 치료에 대한 가입자의 요청을 거부할 경우, 가입자는 이의 신청을 제기하실 수 있습니다. 가입자가 당사 결정에 동의하지 않고 가입자의 문제가 DME 용품 및 의약품 등 Medi-Cal 서비스에 대한 것이라면, 가입자는 California 보건 관리부에 IMR을 요청하실 수 있습니다. IMR이란 당사 플랜에 속하지 않은 전문가들이 가입자의 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 가입자에게 유리한 경우에 당사는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. IMR은 무료입니다.

독립 검토 기관(IRO): 2차 이의 신청을 검토하는 Medicare가 고용하는 독립 기관. 이 기관은 당사와 관련이 없으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희의 결정이 올바른지 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare에서 과정을 감독합니다. 정식 명칭은 **독립 검토 주체**입니다.

맞춤형 건강 플랜(ICP 또는 의료 플랜): 받게 될 서비스와 서비스 제공 방법에 대한 플랜. 가입자의 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함됩니다.

입원환자: 가입자가 숙련된 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우에 사용하는 용어. 귀하가 공식적으로 입원하지 않은 경우 하룻밤을 보내더라도 입원환자가 아니라 외래환자로 간주될 수 있습니다.

통합형 D-SNP: Medicare와 Medicaid 모두에 대해 자격을 갖춘 특정 그룹의 개인에 대해 단일 건강 플랜 또는 통합 건강 플랜에 따라 Medicare와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 이중 적격 특별 요구 플랜입니다. 이러한 개인은 또한 전적인 혜택 이중 적격 개인으로 알려져 있습니다.

대체 바이오시밀러: 새로운 처방전이 자동 대체 가능성에 대한 추가 요건을 충족하므로 해당 처방전 없이 약국에서 대체될 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

학제간 진료 팀(ICT 또는 진료 팀): 진료 팀에는 의사, 간호사, 상담사 또는 귀하가 필요로 하는 진료 받기를 돕는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 귀하의 진료 팀은 귀하가 의료 플랜을 짜는 것도 도와 드립니다.

보장 의약품 목록(의약품 목록): 당사가 보장하는 처방약 및 비처방 의약품(OTC) 목록. 당사는 의사와 약국의 도움을 받아 이 목록에 있는 의약품을 선택합니다. *의약품 목록*을 보시면 의약품을 받는 데 따라야 하는 어떠한 규칙이 있는지 확인하실 수 있습니다. *의약품 목록*은 때로 '처방규정'이라고 불립니다.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기 의학적 상태의 개선에 도움을 줍니다. 대부분의 이러한 서비스는 가입자가 요양시설이나 병원에 가지 않고 집에서 거주할 수 있도록 도와 줍니다. 당사의 플랜이 보장하는 LTSS에는 성인 주간 의료 서비스, 요양시설(NF) 및 커뮤니티 지원으로도 알려진 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)가 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 당사 플랜 밖에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득층 보조(LIS): '추가 지원'을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램: 일부 플랜은 최대 3개월 분량의 보장 처방약을 집으로 직접 보내드리는 우편 주문 프로그램을 제공할 수 있습니다. 이 방법으로 비용 효율적이며 간편하게 정기적으로 처방약을 조제할 수 있습니다.

Medicaid(또는 Medical Assistance): 소득과 자산이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원과 의료 비용을 지불하는 데 도움을 주는 연방 정부 및 주에서 운영하는 프로그램. Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다.

Medi-Cal: 이는 California Medicaid 프로그램의 명칭입니다. Medi-Cal은 주에서 관리하며, 주 및 연방 정부에서 지불합니다.

- 소득과 자산이 제한된 분들의 장기 서비스 및 지원 , 의료 비용 지불을 돕습니다 .
- 또한 , Medicare 에서 보장하지 않은 추가 서비스나 일부 의약품을 보장합니다 .
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare 와 Medi-Cal 모두의 자격 대상이 된다면 대부분의 진료 비용이 보장됩니다 .

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 운송 등 Medi-Cal의 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

의학적으로 필요: 이 말은 가입자가 의학적 상태를 예방, 진단, 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 뜻합니다. 여기에는 병원 또는 요양시설에 입원하지 않도록 하는 진료가 포함됩니다. 또한 이는 서비스, 용품 또는 의약품이 진료의 승인된 기준을 충족함을 의미합니다. 의학적으로 필요하다는 말은 생명을 보호하거나, 심각한 질병이나 장애를 예방하거나, 질환이나 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 통한 중증 통증의 완화를 위해 합리적이고 필요한 모든 보장 서비스를 말합니다.

Medicare: 만 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. Medicare를 가지신 분들은 Original Medicare나 관리 의료 플랜('건강 플랜' 참조)을 통해 Medicare 건강 보장을 받습니다.

Medicare Advantage: 민간 기업을 통해 MA 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램으로, 'Medicare Part C' 또는 'MA'라고도 합니다. Medicare는 이러한 기업에 지급하여 귀하의 Medicare 혜택을 보장합니다.

Medicare 항소 의회(의회): 4차 이의 신청을 검토하는 의회. 위원회는 연방 정부의 일원입니다.

Medicare에서 보장하는 서비스: Medicare Part A와 Medicare Part B로 보장되는 서비스. 저희 플랜을 비롯하여 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A와 Medicare Part B에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP): 체중 감소와 건강한 라이프스타일을 유지하기 위한 장기적인 식이 변화, 신체 활동 증가 및 문제 해결 전략에서 교육을 제공하는 구조적인 건강 행동 변화 프로그램입니다.

Medicare-Medi-Cal 가입자: Medicare와 Medicaid 보장에 대한 자격을 모두 갖춘 개인. Medicare-Medicaid 가입자는 '이중 적격 개인'이라고도 합니다.

Medicare Part A: 의학적으로 가장 필요한 병원, 전문간호시설, 가정 건강 및 호스피스 간호를 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare Part B: 질병이나 질환을 치료하는 데 의학적으로 필요한 서비스(예: 임상 병리 검사, 수술, 의사 방문) 및 용품(예: 휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare Part B는 다수의 예방 및 선별검사 서비스도 보장합니다.

Medicare Part C: 민간 건강 보험사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램으로 'Medicare Advantage' 또는 'MA'라고도 합니다.

Medicare Part D: Medicare 의약품 혜택 프로그램. 당사는 이 프로그램을 줄여서 '파트 D'라 부릅니다. Medicare Part D는 외래 의약품, 백신, Medicare Part A나 Medicare Part B 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare Part D가 포함됩니다.

Medicare Part D 약: Medicare Part D에 따른 보장약. 의회는 특정 범주의 의약품을 Medicare Part D에 따른 보장에서 제외합니다. Medicaid는 이러한 의약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 관리(MTM): 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. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜: Medi-Medi 플랜은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal 모두에 가입되어 있는 분들을 위한 것이고, Medicare와 Medi-Cal의 혜택을 하나의 플랜에 결합시켰습니다. Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함하여 두 프로그램 모두에서 제공되는 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.

가입자(당사 플랜 가입자 또는 플랜 가입자): 보장 서비스를 받을 수 있는 유자격 Medicare 및 Medi-Cal 보유자로서 당사 플랜에 등록했고 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주에서 등록 승인을 받은 사람입니다.

***가입자 핸드북* 및 공개 정보:** 등록 양식과 기타 모든 첨부 문서, 부칙과 더불어 이 문서는 가입자의 보장, 당사의 의무, 가입자의 권리, 당사 플랜 가입자의 의무에 대해 설명합니다.

가입자 서비스부: 귀하의 가입자 자격, 혜택, 고충, 이의 신청 관련 질문에 대한 답변을 담당하는 당사 플랜의 부서. 가입자 서비스부에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국: 당사 플랜 가입자에게 처방약을 조제하는 데 동의하는 약국(의약품 상점). 이 약국들은 당사 플랜과 협력하기로 동의하므로 당사는 이들을 '네트워크 소속 약국'이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 당사는 당사의 네트워크 소속 약국에서 조제되는 경우에만 처방약 비용을 지불합니다.

네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜과 함께 일하는 의료 제공자를 말합니다. 이러한 의료 제공자들은 당사의 지불금을 전액 지불금으로 받는 데 동의합니다. 당사는 이러한 의료 제공자들이 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 준비했습니다. 네트워크 소속 의료 제공자들은 가입자에게 제공한 진료에 대해 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 소속 의료 제공자의 진료를 받으시면 보장 서비스에 대해서는 대개 아무 것도 지불하시지 않습니다. '의료 제공자'는 의사, 간호사, 가입자에게 서비스 및 진료를 제공해 주는 기타 인력을 나타내는 일반 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 진료소 및 의료 서비스, 의료 장비, 장기 서비스 및 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

요양원 또는 시설: 가정에서는 치료를 받지 못하지만 종합 병원에 들어갈 필요는 없는 사람들을 위해 치료를 제공하는 장소입니다.

옴부즈맨: 귀하를 대신하여 옹호자로 활동하는 주 사무실. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **2장 및 9장**에서 확인할 수 있습니다.

기관 판단: 당사의 플랜은 당사 또는 당사의 의료 제공자가 서비스의 보장 여부 또는 보장 서비스에 대한 지불 금액을 결정할 때 기관 의결을 내립니다. 기관의 판단은 '보장 결정'이라고 합니다. 이 *가입자 핸드북*의 **9장**에서 보장 결정에 관해 설명합니다.

오리지널 생물학적 제제 - FDA의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체에 대한 비교 역할을 하는 생물학적 제제입니다. 대조약이라고도 합니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서 서비스는 의회가 정한 금액을 의사, 병원, 기타 의료 제공자에게 지불함으로써 보장됩니다.

- 가입자는 Medicare 를 수락하는 모든 의사 , 병원 , 기타 의료 제공자에게서 진료를 받으실 수 있습니다 . Original Medicare 에는 Medicare Part A(병원 보험) 와 Medicare Part B(의료 보험) 의 두 부분이 있습니다 .
- Original Medicare 는 미국 어디서나 이용 가능합니다 .
- 귀하가 당사 플랜에 가입되기를 원치 않는다면 Original Medicare 를 선택하실 수 있습니다 .

네트워크 비소속 약국: 당사 플랜과 계약하여 당사 플랜 가입자에게 보장약을 조율 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국입니다. 당사 플랜은 특정한 조건이 적용되지 않는 한 네트워크 비소속 약국에서 제조한 대부분의 의약품을 보장하지 않습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 시설: 당사 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않았으며 당사 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하도록 계약을 맺지 않은 의료 제공자나 시설. 이 *가입자 핸드북* **3장**에서 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

비처방(OTC) 약: 비처방 약은 개인이 의료 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품을 뜻합니다.

파트 A: 'Medicare Part A'를 참조하십시오.

파트 B: 'Medicare Part B'를 참조하십시오.

파트 C: 'Medicare Part C'를 참조하십시오.

파트 D: 'Medicare Part D'를 참조하십시오.

파트 D 약: 'Medicare Part D 약'을 참조하십시오.

개인 건강 정보(보호된 건강 정보라고도 함)(PHI): 사용자 이름, 주소, 주민등록번호, 의사 방문 및 의료 기록과 같은 귀하와 귀하의 건강에 대한 정보. 가입자의 PHI에 관한 가입자의 권리뿐 아니라 당사가 어떻게 가입자의 PHI를 보호하고 사용하며 공개하는지에 관한 자세한 내용은 당사의 개인 정보 보호 관행 고지를 참조하십시오.

예방 서비스: 치료 효과의 가능성이 가장 높을 시 초기에 질병을 예방하거나 질병을 감지하기 위한 의료 서비스(예: Pap 검사, 독감 예방주사 및 선별 유방조영상을 포함한 예방 서비스).

주치의(PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 먼저 이용하는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 주치의는 가입자가 건강을 유지하기 위해 필요한 관리를 받고 있는지 확인합니다.

- 주치의는 가입자의 진료에 대하여 다른 의사나 의료 제공자와 상담하고 가입자의 진료를 의뢰할 수 있습니다 .
- 여러 Medicare 건강 플랜에서 , 가입자는 다른 의료 제공자에게 진료를 받으시기 전에 반드시 먼저 주치의에게 가셔야 합니다 .
- 주치의의 진료를 받는 것에 대한 정보는 이 *가입자 핸드북*의 **3 장**을 참조하십시오 .

사전 승인(PA): 사전 승인은 가입자가 특정 서비스 또는 의약품을 제공받거나 네트워크 비소속 의료 제공자의 진료를 받기 전에 당사로부터 받는 승인입니다. 승인을 받지 않으면 당사 플랜에서 서비스나 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.

당사 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 당사로부터 PA를 얻은 경우에 한하여 일부 네트워크 의료 서비스를 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA 가 필요한 보장 서비스는 이 *가입자 핸드북*의 **4 장**에 표시되어 있습니다 .

당사 플랜은 귀하가 당사로부터 PA를 얻은 경우에 한하여 일부 의약품을 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA 가 필요한 보장약은 *보장 의약품 목록*에 표시되어 있으며 해당 규정은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다 .

종합 노령인 케어 프로그램(PACE): 가정에서 보다 높은 수준의 치료를 받아야 하는 55세 이상의 사람들에게 Medicare와 Medicaid를 함께 보장하는 프로그램.

보철 장치 및 보조기: 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문한 의료 장치로써 팔, 등, 목 교정기, 인공 사지, 인공 눈, 인공 항문 용품, 장관 및 장관 외 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부위나 기능을 대체하기 위해 필요한 기기를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

의료 제공자란 가입자에게 서비스와 간호를 제공하고 주 면허를 소지한 의사, 간호사 및 기타 사람을 말합니다. 의료 제공자에는 병원, 가정 건강 기관, 진료소 및 기타 장소(의료 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS를 제공하는 곳)도 포함됩니다.

품질 개선 기관(QIO): Medicare 가입자에 대한 의료 서비스 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 전문가들의 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO에 비용을 지불합니다. QIO에 대한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **2장**을 참조하십시오.

분량 제한: 가입자가 받을 수 있는 의약품의 양에 대한 제한. 당사는 의약품당 당사가 보장하는 양을 제한할 수 있습니다.

실시간 혜택 도구: 등록자가 완전하고 정확하며 시기 적절하고 임상적으로 적절하며 등록자별 보장약 및 혜택 정보를 찾을 수 있는 포털 또는 컴퓨터 응용 프로그램. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 분량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰: 진료 의뢰는 귀하가 주치의(PCP)가 아닌 의료 제공자를 이용하는 것에 대한 PCP 또는 당사의 승인입니다. 먼저 승인을 받지 않으면 당사는 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의에게 진료를 받아야 할 때는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **3장 및 4장**에서 확인할 수 있습니다.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 주요 수술에서 회복하는 데 도움을 받을 수 있는 치료. 이러한 서비스에는 입원 재활 치료, 물리 치료(외래), 언어 치료, 작업 치료가 포함됩니다. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **4장**을 참조하십시오.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 플랜, 성매개감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 남용 장애, 성별 확증 치료 및 친밀한 파트너 폭력 관련 서비스.

서비스 지역: 건강 플랜이 거주 지역에 따라 가입자를 제한하는 경우, 가입자를 받아 주는 지리적인 지역입니다. 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 이는 일반적으로 일상적(비응급) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 분들만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

전문간호시설(SNF): 전문 요양 치료, 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 건강 서비스를 제공하는 직원 및 장비를 갖춘 요양시설.

전문요양시설(SNF)에서의 간호: 전문간호시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스. 전문요양시설에서의 간호의 예로는 등록된 간호사나 의사가 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥내(IV) 주사가 있습니다.

전문의: 특정 유형의 의료 문제를 치료하는 의사. 예를 들어, 정형외과 의사는 부러진 뼈를 치료하고, 알레르기 전문의는 알레르기를 치료하며, 심장병 전문의는 심장 문제를 치료합니다. 대부분의 경우, 가입자가 전문의의 진료를 받으려면 PCP가 진료 의뢰를 해야 합니다.

전문 약국: 전문 약국에 대한 자세한 내용은 이 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.

주 공청회: 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 Medi-Cal 서비스를 요청하였으나 당사가 승인하지 않은 경우 또는 귀하가 이미 받은 Medi-Cal 서비스 비용을 당사가 계속 지불하지 않은 경우, 주 공청회를 요청하실 수 있습니다. 주 공청회에서 가입자에게 유리하게 결정을 내린다면, 당사는 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

단계적 치료법:귀하가 요청하는 의약품을 당사가 보장하기 전에 다른 의약품 복용을 시도하도록 하는 보장 규칙.

보조적 소득 보장(SSI): 사회복지부가 장애인 또는 시각장애인, 만 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 혜택. SSI 혜택은 사회보장국의 혜택과 다릅니다.

긴급하게 필요한 진료: 예상치 못한 질병, 부상, 또는 응급 상황은 아니지만 즉시 진료가 필요한 상태에 대해 가입자가 받는 진료. 시간, 장소 또는 상황을 고려하여 네트워크 소속 의료 제공자의 이 서비스를 받는 것이 불가능하거나 네트워크 소속 의료 제공자의 서비스를 받는 것이 비합리적인 경우 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 긴급하게 필요한 진료를 받을 수 있습니다(예: 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 보이지 않는 상태에 대해 의학적으로 즉각적인 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황이 아닌 경우).

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입자 서비스부

전화	1-800-431-9007 이 전화는 무료입니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 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. 또한 가입자 서비스부는 영어 외 언어 사용자를 위해 무료 통역 서비스를 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
웹사이트	go.wellcare.com/HealthNetCA

PRA 공개 선언문:

1995년의 문서업무감축법에 따르면 유효한 OMB 제어 번호가 표시되지 않는 한 누구도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1444입니다. 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.