

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 남부 캘리포니아 지부에서 제공하는  
Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1(HMO D-SNP)

## 가입자 안내서

2024년 1월 1일~2024년 12월 31일

**Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 남부 캘리포니아 지부에서 제공하는 Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) 에 따른 의료 및 약품 보장**

### 가입자 안내서 소개

보장 범위 증명서라고도 하는 본 가입자 안내서는 2024년 12월 31일까지 저희 플랜이 적용되는 귀하의 보장 범위에 대해 알려드립니다. 이 안내서에서는 건강 관리 서비스, 행동 건강(정신건강 및 화학 물질 사용 장애) 서비스, 처방약 보장, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 본 가입자 안내서의 제 12 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

본 책자는 중요한 법적 문서이므로 안전한 장소에 보관하여 주시기 바랍니다.

본 가입자 안내서에서 "저희", "저희를", "저희의" 또는 "저희의 플랜"은 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal** 을 의미합니다.

본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어로 무료로 제공됩니다.

이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하면 본 문서를 큰 활자체, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 얻을 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.

가입자 서비스에 전화하여 다음 사항을 요청하십시오.

- 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서,
- 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청 및
- 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

---

언어 지원은 주 7 일, 하루 24 시간 동안 무료로 제공됩니다. 통역사 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식을 요청할 수 있습니다. 저희 시설에서 보조 기구와 장치를 요청할 수도 있습니다. **1-800-464-4000** 으로 연락해 주십시오. 주 7 일, 하루 24 시간 운영합니다(공휴일 휴무). TTY 사용자는 **711** 로 연락해 주십시오.

## 면책 조항

- ❖ Kaiser Permanente 는 Medicare 와 계약을 맺고 있는 HMO D-SNP 플랜으로서 Medi-Cal 프로그램과도 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente 에의 가입은 계약의 갱신에 따라 달라집니다.
- ❖ 이 플랜의 보장 범위는 "최소 필수 보장"이라고 하는 적격 건강 보험으로, 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)의 개인 부담 책임 요건을 만족합니다. 개인 부담 책임 요건에 대한 자세한 정보를 보려면 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트([www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families))를 방문하시기 바랍니다.
- ❖ Medi-Cal 에 따라 Kaiser Permanente 가입자에게 제공되는 건강 관리 서비스는 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.와 캘리포니아 의료 서비스부(Department of Health Care Services, DHCS) 간의 계약 조항, 조건, 제한 및 예외 사항에 따르며, 본 가입자 안내서 및 모든 개정본에 기재되어 있는대로 적용됩니다.

# 제 1 장: 신규 가입자를 위한 안내

---

## 소개

이 장에는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**, 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 다루고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스와 가입자 자격을 조정하는 건강 보험 플랜에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입자가 저희에 대해 기대할 수 있는 내용과 저희가 제공할 수 있는 기타 정보도 알려드립니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

## 제 1 장 목차

- A. 플랜 가입 환영 ..... 3
- B. Medicare 및 Medi-Cal 에 대한 정보..... 3
  - B1. Medicare ..... 3
  - B2. Medi-Cal..... 3
- C. 저희 플랜의 장점 ..... 4
- D. 저희 플랜의 서비스 지역 ..... 5
- E. 플랜 가입자가 되기 위해 필요한 자격 ..... 5
- F. 저희 의료 보험 플랜에 처음 가입할 때 예상되는 사항 ..... 6
- G. 가입자의 진료팀 및 진료 플랜 ..... 8
  - G1. 진료팀 ..... 8
  - G2. 진료 플랜 ..... 8
- H. Medicare Medi-Cal(HMO D-SNP) 플랜에 대한 월 비용 ..... 9
- I. 가입자 안내서 ..... 9
- J. 가입자가 당사로부터 얻는 기타 중요한 정보..... 9
  - J1. 가입자 ID 카드 ..... 9
  - J2. 의료 서비스 제공자 및 약국 목록 ..... 10
  - 네트워크 의료 서비스 제공자의 정의 ..... 11

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



네트워크 약국의 정의..... 11

J3. 보장 약물 목록..... 11

J4. 보험 혜택 설명서..... 11

K. 멤버십 기록을 최신 상태로 유지 ..... 12

K1. 개인 의료 정보(Personal Health Information, PHI)의 보호 ..... 13

## A. 플랜 가입 환영

저희 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램 혜택을 둘 다 받을 수 있는 개인에게 해당 서비스를 제공합니다. 저희 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 제공자 및 기타 제공자가 포함됩니다. 또한 서비스 제공자와 서비스를 관리를 돕는 진료 조정자와 진료팀이 있습니다. 진료 조정자와 진료팀은 함께 협력하여 필요한 치료를 제공합니다.

Kaiser Permanente 는 통합 의료 진료 프로그램을 통해 가입자에게 직접 건강 관리 서비스를 제공합니다. Health Plan, Plan Hospitals 및 the Southern California Permanente Medical Group("Medical Group")이 협력하여 가입자에게 양질의 치료를 제공합니다. 당사의 의료 진료 프로그램은 일반 진료, 병원 진료, 검사실 서비스, 응급 처치, 긴급 치료, 본 가입자 안내서에 설명된 기타 혜택 등 가입자가 필요로 하는 보장 서비스에 접근할 수 있는 권한을 제공합니다. 또한 당사의 건강 교육 프로그램은 귀하의 건강을 보호하고 개선할 수 있는 훌륭한 방법을 제공합니다.

## B. Medicare 및 Medi-Cal 에 대한 정보

### B1. Medicare

Medicare 는 다음과 같은 개인을 위한 연방 의료 보험 프로그램입니다.

- 65 세 이상의 개인,
- 특정 장애가 있는 만 65 세 미만의 개인 및
- 말기 신장 질환(신부전)이 있는 개인.

### B2. Medi-Cal

Medi-Cal 은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal 은 캘리포니아주에서 운영하며 캘리포니아주와 연방 정부에서 비용을 지불합니다. Medi-Cal 은 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원(Long-term Services and Supports, LTSS)과 의료 비용을 지불하도록 돕습니다. Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약품을 보장합니다.

각 주에서는 다음 사항을 결정합니다.

- 소득 및 자원으로 간주되는 항목,
- 자격 대상자,
- 보장되는 서비스 및
- 서비스 비용

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

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

Medicare 와 캘리포니아주가 저희 플랜을 승인했습니다. 다음과 같은 경우 저희 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

- 저희가 플랜을 제공하기로 선택한 경우 및
- Medicare 와 캘리포니아주가 저희가 이 플랜을 계속 제공하도록 허가한 경우.

당사 플랜의 운영이 향후 중단되라도 Medicare 및 Medi-Cal 서비스에 대한 가입자의 자격은 달라지지 않습니다.

---

## C. 저희 플랜의 장점

이제 가입자는 처방약을 포함하여 저희 플랜에서 보장하는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 이 건강 보험 플랜에 가입하기 위해 추가 비용을 지불할 필요가 없습니다.

저희는 가입자의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택이 함께 더욱 잘 작동하여 가입자에게 더 나은 혜택을 제공할 수 있도록 지원할 것입니다. 가입자가 누릴 수 있는 장점은 다음과 같습니다.

- 가입자의 대부분의 보건의료 필요에 대해 저희가 도와 드릴 수 있습니다.
- 가입자에게 도움을 드릴 진료팀이 있습니다. 진료팀에는 가입자 본인, 가입자의 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 진료 조정자를 이용할 수 있습니다. 진료 조정자란 가입자 본인, 저희 플랜, 가입자의 진료팀과 함께 진료 플랜 작업을 돕는 사람입니다.
- 가입자는 진료팀 및 진료 조정자의 도움을 받아 자신의 진료를 어떻게 진행할지 요청할 수 있습니다.
- 진료팀과 진료 조정자는 가입자와 상의하여 가입자의 의학적 요구 사항을 충족하기 위한 진료 플랜을 세웁니다. 진료팀은 가입자에게 필요한 서비스를 조정하도록 지원합니다. 예를 들어, 이는 가입자의 진료팀이 다음 사항을 보장한다는 의미입니다.
- 담당 의사가 가입자가 복용 중인 모든 약에 대해 파악하고 있어 가입자가 올바른 약을 복용 중인지 확인할 수 있고 약으로 인한 부작용을 줄일 수 있습니다.
- 가입자의 검사 결과가 모든 담당 의사 및 적절한 경우에는 기타 제공자와 공유됩니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 신규 가입자:** 대부분의 경우 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 에 등록해달라고 요청한 달의 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 위한 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜에 등록됩니다. 가입자는 한 달 동안 추가로 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 이후 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 연락해 주시기 바랍니다. 시간은 주 7 일간 오전 8 시부터 오후 8 시까지입니다.

## D. 저희 플랜의 서비스 지역

이 플랜의 서비스 지역에는 캘리포니아 주의 **Orange 카운티**가 포함됩니다. 또한 저희 서비스 지역에는 다음과 같습니다.

- Catalina Island 를 제외한 **Los Angeles 카운티**
- **Riverside 카운티**, 다음 우편번호 제외: 92028,92225-26, 92239, 92254, 92274, 92536, 92539, 92549, 92561.
- **San Bernardino 카운티**, 다음 우편번호 제외: 92242, 92252, 92256, 92267-68, 92277-78, 92280, 92284-86, 92301, 92304, 92309-12, 92323, 92327, 92332, 92338, 92342, 92347, 92356, 92363-66, 92368, 92398, 93516, 93555, 93562, 93592.
- **San Diego 카운티**, 다음 우편번호 제외: 91905-06, 91934, 91948, 92004, 92036, 92066, 92070.

저희 서비스 지역에 거주하는 사람만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

저희 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 플랜을 유지할 수 없습니다. 저희 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 발생하는 영향은 본 가입자 안내서 제 10 장을 참조하십시오.

## E. 플랜 가입자가 되기 위해 필요한 자격

다음의 요건을 만족하면 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

- 저희 서비스 지역에 거주 중임(수감된 개인은 물리적으로 서비스 지역에 있더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않음) 및
- 가입 당시 만 21 세 이상임 및
- Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 둘 다 적용 대상임 및
- 가입자가 미국 시민이거나 미국 내에 합법적으로 거주하고 있음 및
- 현재 Medi-Cal 에 대한 자격이 있는 경우.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

Medi-Cal 가입 자격을 상실했지만 4 개월 이내에 가입 자격을 다시 얻을 수 있다고 기대할 수 있는 경우에는 저희 플랜의 가입자 자격이 유지됩니다.

자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.

## F. 저희 의료 보험 플랜에 처음 가입할 때 예상되는 사항

처음으로 저희 플랜에 가입하시면 등록 효력 발생일 전 또는 후 90 일 이내에 건강 위해성 평가(Health Risk Assessment, HRA)를 받게 됩니다.

HRA 은 가입자를 대신해 저희가 작성해야 합니다. HRA 는 가입자의 진료 플랜을 개발하기 위한 토대입니다. HRA 에는 가입자의 의료, 행동 건강 및 기능적 요구 사항을 파악하기 위한 문항이 포함되어 있습니다.

HRA 작성을 위해 저희가 연락드립니다. HRA 는 저희가 직접 방문하거나, 전화 통화 또는 우편으로 작성할 수 있습니다.

HRA 에 대한 자세한 정보를 보내드리겠습니다.

저희 플랜에 처음 가입하신 경우, 담당 의사가 네트워크에 없는 경우 일정 시간 동안 현재의 담당 의사에게 계속 진료를 볼 수 있습니다. 저희는 이것을 진료 연속성이라고 부릅니다. 담당 의사가 저희 네트워크에 있는 경우 다음 조건이 모두 충족되면 가입자는 가입 당시 이용 중인 제공자 및 서비스 권한을 최대 12 개월 동안 유지할 수 있습니다.

- 가입자, 가입자의 대리인 또는 가입자의 제공자가 가입자가 현재 제공자를 계속 이용할 수 있게 해달라고 저희에게 요청합니다.
- 저희는 가입자가 일부 예외를 제외하고는 주치의 또는 전문 진료 제공자와 기존 관계가 있었음을 확인합니다. 저희가 "기존 관계"라고 하면 이는 가입자가 저희 플랜에 처음 등록한 날짜 이전 12 개월 동안 비응급 방문을 위해 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자에게 최소 한 번 이상 진료를 받았다는 것을 의미합니다.
  - 저희는 확인 가능한 건강 정보나 가입자가 제공한 정보를 검토하여 기존 관계를 결정합니다.
  - 저희가 가입자의 요청에 응답할 수 있는 기간은 30 일입니다. 가입자는 더 빨리 결정하도록 요청할 수 있으며 저희는 15 일 이내에 응답해야 합니다. 가입자가 피해를 입을 위험이 있는 경우 저희는 3 일 이내에 응답해야 합니다.
  - 가입자 또는 가입자의 제공자는 가입자가 요청할 때 기존 관계에 대한 문서를 제시하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



**참고:** 가입자는 저희가 새로운 대역을 승인하고 네트워크 의료 서비스 제공자가 대역을 제공하도록 할 때까지 최소 90 일 동안 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 제공자에게 이렇게 요청할 수 있습니다. 가입자는 교통 서비스 제공자 또는 기타 보조 서비스 제공자에게는 이렇게 요청할 수 없지만 저희 플랜에 포함되지 않은 교통 서비스 또는 기타 보조 서비스는 요청할 수 있습니다.

저희가 가입자의 네트워크 소속이 아닌 의사와 계약을 맺지 않는 한 진료의 연속성 기간이 종료되면 가입자는 저희 Medicare Medi-Cal 플랜 네트워크에 속한 의사 및 다른 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 제공자는 건강 보험 플랜과 협력하는 제공자입니다. 진료 받기에 대한 자세한 정보는 가입자 안내서 제 3 장을 참조하십시오.

가입자의 의료 서비스 제공자가 저희와 협력하는 것을 중단한 경우에도 해당 의료 서비스 제공자로부터 계속 서비스를 받을 수 있습니다. 이는 진료의 연속성을 보장하기 위한 일환입니다.

가입자가 당사와의 계약이 종료된 의료 서비스 제공자 집단에 배정된 경우, 당사는 종료 60 일 전에 서면으로 통지합니다(또는 가능한 한 빨리). 또한 가입자의 거주지 15 마일 이내 위치한 병원과의 계약을 종료하기 최소 60 일 전에 가입자에게 서면으로 알립니다. 가입자는 최대 12 개월, 특정한 상황에서는 그 이상 해당 의료 서비스 제공자 집단의 제공자 또는 해당 병원으로부터 계속해서 의료 서비스를 받을 수 있습니다.

위에 나온 기준 외에도 연속적인 진료를 받으려면 다음과 같은 경우여야 합니다.

- 가입자의 Medi-Cal 보장이 가입자가 서비스를 받는 날짜에 유효합니다
- 의료 서비스 제공자가 저희의 표준 계약 조건에 동의합니다
- 서비스가 의학적으로 필요하며, 네트워크 의료 서비스 제공자에게 받았다면 본 가입자 안내서에 따라 보험이 적용되는 서비스입니다
- 다음과 같이 필요한 기간 내에 진료 연속성을 요청합니다.
- 신규 가입자인 경우 표준 진료 연속성에 따라 보장 발효일로부터 30 일 이내(또는 합리적으로 최대한 빨리). 30 일 이후에 접수된 요청은 케이스별로 결정됩니다.
- 의료 서비스 제공자가 Medi-Cal 의료 서비스 제공자 네트워크를 떠난 날로부터 30 일 이내. 30 일 이후에 접수된 요청은 케이스별로 결정됩니다.
- Kaiser Permanente 에는 네트워크 외 의료 서비스 제공자와 관련하여 문서화된 진료 품질 문제가 없습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

다음 중 하나에 해당하는 경우 네트워크 외 의료 서비스 제공자의 진료 연속성을 보장하지 않습니다.

- 해당 서비스를 Medicare Medi-Cal 플랜에서 보장하지 않는 경우
- 가입자의 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 저희와 협력하지 않는 경우. 가입자는 새로운 네트워크 의료 서비스 제공자를 찾아야 합니다

모든 서비스가 진료의 연속성을 보장하는 것은 아닙니다. 진료 연속성에 대한 자세한 내용을 확인하거나 서비스 또는 저희의 "보장 서비스 완료" 정책 사본을 요청하려면 가입자 서비스에 문의하십시오.

진료 받기에 대한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 3 장을 참조하십시오.

## G. 가입자의 진료팀 및 진료 플랜

### G1. 진료팀

진료팀은 가입자가 필요한 진료를 계속 받도록 도와드릴 수 있습니다. 진료팀에는 가입자의 담당 의사, 진료 조정자 또는 가입자가 선택한 기타 의료인이 포함될 수 있습니다.

진료 조정자는 가입자가 필요한 진료를 관리하도록 도울 수 있게 교육을 받은 사람입니다. 저희 플랜에 가입하면 진료 조정자가 지정됩니다. 또한 진료 조정자는 저희 플랜에서 제공할 수 없는 다른 지역사회 자원을 가입자에게 소개하고 가입자의 진료팀과 협력하여 진료 조정을 지원합니다. 진료 조정자 및 진료팀에 대한 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 저희에게 전화해 주십시오.

### G2. 진료 플랜

진료팀은 가입자와 협력하여 진료 플랜을 세웁니다. 진료 플랜은 가입자와 담당 의사에게 가입자에게 필요한 서비스와 해당 서비스를 제공하는 방법을 알려줍니다. 여기에는 가입자의 의료, 행동 건강 및 LTSS 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

진료 계획에는 다음이 포함됩니다.

- 가입자의 건강 관리 목표 및
- 필요한 서비스를 받기 위한 일정

가입자의 진료팀은 HRA 후에 가입자를 만납니다. 진료팀은 가입자에게 필요한 서비스에 대해 물어봅니다. 또한 가입자가 받고자 하는 서비스에 대해서도 알려줍니다. 진료 플랜은 가입자의 요구 사항과 목표에 따라 작성합니다. 진료팀은 가입자와 협력하여 최소 년 1 회 가입자의 진료 플랜을 업데이트합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## H. Medicare Medi-Cal(HMO D-SNP) 플랜에 대한 월 비용

저희 플랜에는 보험료가 없습니다.

## I. 가입자 안내서

본 가입자 안내서는 저희와 가입자가 맺은 계약의 일부입니다. 즉, 우리는 본 문서의 모든 규칙을 따라야 합니다. 가입자가 저희가 이러한 규칙에 어긋나는 행위를 했다고 생각하면 저희의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 대한 정보는 본 가입자 안내서 제9장을 참조하거나 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화하십시오.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 가입자 안내서를 요청할 수 있습니다. 페이지 하단의 웹 주소로 이동해 저희 웹사이트에서 가입자 안내서를 참조하거나 다운로드할 수 있습니다.

계약은 2024년 1월 1일~2024년 12월 31일 사이에 가입자가 저희 플랜에 등록한 기간(월) 동안 유효합니다.

## J. 가입자가 당사로부터 얻는 기타 중요한 정보

저희가 가입자에게 제공하는 기타 중요한 정보에는 가입자 신분증, 의료 서비스 제공자 및 약국 목록에 액세스하는 방법과 보장 약품 목록(의약품집이라고도 알려짐)에 액세스하는 방법에 대한 정보가 있습니다.

### J1. 가입자 ID 카드

저희 플랜에 따라 가입자에게는 LTSS, 특정 행동 건강 서비스 및 처방전을 포함하여 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 위한 카드가 하나 지급됩니다. 서비스나 처방을 받을 때 가입자는 이 카드를 보여줍니다. 가입자 ID 카드 샘플은 다음과 같습니다.



가입자 ID 카드가 손상되거나, 분실되거나 도난당한 경우 페이지 하단에 있는 번호로 즉시 가입자 서비스에 전화하십시오. 새 카드를 보내 드리겠습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

저희 플랜에 가입한 상태에서는 대부분의 서비스를 받기 위해 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용할 필요가 없습니다. 해당 카드는 나중에 필요할 수 있으므로 안전한 장소에 보관하십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 제공자가 저희 플랜 대신 Medicare 에 청구할 수 있어 가입자에게 청구서가 발송될 수 있습니다. 의료 서비스 제공자로부터 청구서를 받은 경우 어떻게 해야 할지 알아보려면 본 가입자 안내서 제 7 장을 참조하십시오.

다음 서비스를 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요합니다.

- 카운티 정신 의료 보험(Mental Health Plan, MHP)에서 받을 수 있는 전문 정신 건강 서비스.
- Medi-Cal Rx 서비스
- 가정 내 지원 서비스
- 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 면제 서비스
- Medi-Cal 치과 서비스

## J2. 의료 서비스 제공자 및 약국 목록

의료 서비스 제공자 및 약국 목록에는 저희 플랜의 네트워크에 속한 제공자와 약국이 나와 있습니다. 저희 플랜에 가입한 동안 보장되는 서비스를 받으려면 네트워크 제공자를 이용해야 합니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 (전자 또는 인쇄된 형식으로) 요청할 수 있습니다. **의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 에서 참조할 수도 있습니다.** 의료 서비스 제공자 및 약국 목록의 인쇄본을 요청하시면 근무일 기준 3 일 이내에 가입자에게 우편으로 보내 드립니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록에는 저희 네트워크 의료 서비스 제공자와 내구성 의료 장비 공급업체가 기재되어 있습니다. 당사의 네트워크 소속 의료 서비스 제공자는 모두 달리 언급된 경우를 제외하고 Medicare 와 Medicaid 를 둘 다 허용합니다. Medi-Cal 에서 보장하지만 저희 플랜에서는 보장하지 않는 서비스가 필요한 경우 저희는 가입자의 Medi-Cal 보장 치료를 제공할 수 있는 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 찾을 수 있도록 가입자를 주 Medi-Cal 기관으로 안내할 수 있습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)** 를 방문하십시오.

## 네트워크 의료 서비스 제공자의 정의

- 당사의 네트워크 제공업체는 다음과 같습니다.
- 저희 플랜의 가입자가 이용할 수 있는 의사, 간호사 및 기타 의료 전문가
- 저희 플랜에서 의료 서비스를 제공하는 클리닉, 병원, 요양 시설 및 기타 장소 및
- LTSS, 행동 건강 서비스, 재택 건강 관리 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업체 및 가입자가 Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 받는 상품 및 서비스를 제공하는 기타 제공자

네트워크 제공자는 보장 서비스에 대한 플랜의 지불을 완불로 수납하는 데 동의합니다.

## 네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 플랜 가입자의 처방전을 조제하는 데 동의하는 약국입니다. **제공자 및 약국 목록**을 참조하면 이용하려는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다.
- 응급 상황을 제외하고 저희 플랜의 약물 비용 혜택을 받으려면 가입자는 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 처방전을 조제해야 합니다.

자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 가입자 서비스와 저희 웹사이트에서 모두 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 관한 가장 최신 정보를 얻을 수 있습니다.

## J3. 보장 약물 목록

플랜에는 **보장 약물 목록**이 있습니다. 이를 줄여서 "약물 목록"이라고 부릅니다. 이 목록을 보면 저희 플랜이 보장하는 처방약을 알 수 있습니다.

또한 약물 목록에는 가입자가 받을 수 있는 금액에 대한 제한과 같이 약물에 대한 규칙이나 제한 사항이 있는지도 나와 있습니다. 자세한 정보는 본 **가입자 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.

매년 약물 목록에 액세스하는 방법에 대한 정보를 보내드리지만 해당 연도 중 내용이 일부 변경될 수 있습니다. 어떤 약물이 보장되는지에 대한 최신 정보를 얻으려면 가입자 서비스에 전화하거나 웹사이트 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 를 방문하십시오.

## J4. 보험 혜택 설명서

Medicare 파트 D 처방약 혜택을 이용하는 경우 Medicare 파트 D 처방약에 대해 이해하고 계속해서 금액 지급을 추적할 수 있도록 요약 보고서를 보내드립니다. 이 요약 보고서를 **혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)**라고 합니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

EOB 에서는 가입자 또는 가입자의 대리인이 Medicare 파트 D 처방약 구매에 사용한 총 금액과 해당 기간(월) 동안 구매한 각 Medicare 파트 D 처방약에 대해 저희가 지급한 총 금액을 알려드립니다. 이 EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 에는 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다(예: 가격 인상 및 이용 가능한데 비용 부담금이 더 낮은 다른 약품).

가입자는 더 저렴한 비용 옵션에 대해 처방자와 상의할 수 있습니다. 본 가입자 안내서의 제 6 장 에는 EOB 에 대한 자세한 정보와 EOB 가 약물 보장을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지 나와 있습니다.

EOB 를 요청할 수도 있습니다. 본 요약 보고서의 사본을 받으려면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 문의하십시오.

또한 우편이 아닌 온라인으로 파트 D EOB 를 조회하실 수도 있습니다.

[kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) 을 방문하고 등록하여 온라인에서 가입자의 파트 D EOB 를 안전하게 조회하도록 선택하는 방법에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다.

## K. 멤버십 기록을 최신 상태로 유지

가입자의 정보가 변경될 때 당사에 알려주시면 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지할 수 있습니다.

저희 기록에 정확한 가입자 정보를 저장했는지 확인하기 위해 이 정보가 필요합니다. 또한 저희 네트워크 의료 서비스 제공자와 약국에는 가입자에 대한 정확한 정보가 필요합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자와 약국에서는 가입자의 멤버십 기록을 사용하여 가입자가 받는 서비스 및 약품과 그 비용을 파악합니다.

다음에 사항에 대해 저희에게 즉시 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소, 전화번호상의 변동
- 가입자의 고용주, 배우자의 고용주, 동거인의 고용주 또는 산재보상과 같은 기타 건강 보험 보장에 대한 변경 사항
- 배상책임 청구(예: 자동차 사고로 인한 청구)
- 요양 시설이나 병원에 입원
- 병원이나 응급실에서 받은 치료
- 가입자의 간병인(또는 가입자를 책임지는 사람) 변경 및
- 가입자가 임상 연구에 참여한다는 사실 (참고: 가입자가 참여하거나 참여하게 된 임상 연구 연구에 대해 저희에게 알려줄 필요는 없지만 알려주면 좋음)

정보가 변경된 경우 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**K1. 개인 의료 정보(Personal Health Information, PHI)의 보호**

가입자 멤버십 기록의 정보에는 개인 의료 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방법 및 주법에 따라 당사는 가입자의 PHI 를 비공개로 유지해야 합니다. 당사는 가입자의 PHI 를 보호합니다. 가입자의 보호된 건강 정보 (Protected Health Information, PHI)를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 8 장을 참조하십시오.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
? [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## 제 2 장: 중요한 전화번호 및 리소스

### 소개

이 장에서는 저희 플랜 및 의료보험 혜택에 대한 가입자의 질문에 답하는 데 도움이 될 수 있는 중요한 리소스에 대한 연락처 정보를 제공합니다. 또한 이 장에서는 진료 조정자와 가입자를 대리하는 다른 사람들에게 연락하는 방법에 대한 정보를 얻을 수 있습니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 2 장 목차

A. 가입자 서비스 .....	15
의료 진료에 관한 보장 결정, 이의 제기, 불만 제기 .....	16
파트 D 처방약에 대한 보장 결정 .....	18
파트 D 처방약에 대한 이의 제기 .....	19
파트 D 처방약에 대한 불만 제기 .....	20
지불 요청 .....	21
B. 진료 조정자 .....	22
C. 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) .....	23
D. 간호사 상담 전화 .....	24
E. 품질 향상 기관(Quality improvement organization, QIO) .....	25
F. Medicare .....	26
G. Medi-Cal .....	27
H. 옴부즈맨의 Medi-Cal 관리 진료 및 정신건강 사무소 .....	28
I. 카운티 사회 복지 사업 .....	29
J. 카운티 전문 정신건강 플랜 .....	31
K. 캘리포니아 보건 관리부(California Department of Managed Health Care, DMHC) .....	33
L. 사람들이 처방약 비용을 지불하도록 돕는 프로그램 .....	33
L1. 추가 지원 .....	34

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.





L2. AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ..... 35

M. 사회보장국 ..... 35

N. 철도 퇴직자 위원회(Railroad Retirement Board, RRB) ..... 36

O. 기타 참고 자료 ..... 37

P. Medi-Cal Dental 프로그램 ..... 38

**A. 가입자 서비스**

전화	<b>1-800-443-0815</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
TTY	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.
서신	가입자의 가입자 서비스 지역 사무소(위치는 의료 서비스 제공자 및 약국 목록 참조).
웹사이트	<b>kp.org</b>

다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.

- 플랜에 대해 궁금한 점.
- 보상액 또는 청구에 대해 궁금한 점.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

의료 진료에 관한 보장 결정, 이의 제기, 불만 제기

전화	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p> <p>만일 가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 제 9 장에 설명된 대로 신속한 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 월요일에서 토요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시에 신속 심사 부서에 <b>1-888-987-7247</b> 로 연락해 주십시오.</p>
TTY	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.</p>
팩스 번호	<p>만일 가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사 부서 팩스번호 <b>1-888-987-2252</b> 로 가입자의 요청서를 보내주시기 바랍니다.</p>
서신	<p>표준 보장 결정 또는 불만 제기를 하시려면 가입자의 지역 가입자 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 <b>의료 서비스 제공자 및 약국 목록</b> 참조).</p> <p>표준 이의 제기를 하시려면, 저희가 보내드린 거부 통지서에 적혀있는 주소로 서신을 보내시기 바랍니다.</p> <p>만일 가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.</p> <p><b>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</b></p>
웹사이트	<p>저희 플랜에 대한 불만을 Medicare 에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만을 제기하려면 <b>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</b> 로 이동하십시오.</p>

도움을 받으려면 위의 번호로 연락해주시기 바랍니다.

- 가입자의 보건 의료에 대한 보장 결정.
- 가입자의 보건 의료에 대한 보장 결정은 다음 사항에 대해 결정하는 것입니다.
  - 가입자의 혜택 및 보장 서비스 또는
  - 가입자에게 제공되는 의료 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액.
- 가입자의 건강 관리에 대한 보장 결정에 관해 궁금한 점이 있는 경우 당사로 전화해 주십시오.
- 보장 결정에 대해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- 가입자의 보건 의료에 대한 이의 제기.
- 이의 제기는 당사가 귀하의 보장에 대해 내린 결정을 검토하도록 당사에 요청하고 가입자가 당사가 실수했다고 생각하거나 결정에 동의하지 못하는 경우 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의 제기에 대해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하거나 가입자 서비스에 연락하십시오.
- 가입자의 보건 의료에 대한 불만.
- 가입자는 당사 또는 모든 의료 서비스 제공자(네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 포함)에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사의 플랜에 협력하는 제공자입니다. 또한 가입자는 받은 치료의 품질에 대해 저희 또는 품질 개선 기관(QIO)에 불만을 제기할 수도 있습니다(섹션 F 참조).
- 다음 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하여 당사에 불만 사항을 설명할 수 있습니다. 해당 번호의 운영 시간은 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시입니다.
- 건강 관리에 대한 보장 결정에 불만이 있는 경우 가입자가 이의를 제기할 수 있습니다(위 섹션 참조).
- 저희 플랜에 대한 불만을 Medicare 로 보낼 수 있습니다.  
**www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화를 걸어 도움을 요청할 수 있습니다.
- **1-888-804-3536** 으로 전화하여 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 저희 플랜에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시(공휴일 휴무).
- 가입자의 보건 의료에 대한 불만 제기에 대해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**파트 D 처방약에 대한 보장 결정**

<b>전화</b>	<b>1-877-645-1282</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
<b>TTY</b>	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.
<b>팩스 번호</b>	<b>1-844-403-1028</b>
<b>서신</b>	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
<b>웹사이트</b>	<b>kp.org</b>

도움을 받으려면 위의 번호로 연락해주시기 바랍니다.

- 가입자의 약품에 대한 보장 결정.
- 가입자의 약물에 대한 보장 결정은 다음에 대해 결정하는 것입니다.
  - 가입자의 혜택 및 보장 약물 또는
  - 가입자의 약물에 대해 당사가 지불하는 금액.
- 일부 일반의약품(Over-The-Counter, OTC) 및 특정 비타민과 같은 비 Medicare 보장 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 **1-800-977-2273(TTY 711)**으로 전화하셔도 됩니다.
- 처방약의 보장 결정에 관한 자세한 정보는 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**파트 D 처방약에 대한 이의 제기**

<b>전화</b>	<b>1-866-206-2973</b> 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시 사이 연락가능. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
<b>TTY</b>	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 연락 가능.
<b>팩스 번호</b>	<b>1-866-206-2974</b>
<b>서신</b>	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>웹사이트</b>	<b>kp.org</b>

도움을 받으려면 위의 번호로 연락해주시기 바랍니다.

- 가입자의 약품에 대한 이의 제기.
- 이의 제기는 보장 결정의 변경을 요청하는 방법입니다.
- 처방약에 대한 이의 제기에 관한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



**파트 D 처방약에 대한 불만 제기**

<b>전화</b>	<b>1-800-443-0815</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영. 귀하의 불만 사항이 빠른 결정에 해당하는 경우 파트 D 부서에 다음으로 전화하십시오. <b>1-866-206-2973</b> , 월요일~금요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시. 가입자의 문제가 신속 결정에 대한 자격 요건을 구성하는지 알아보시려면 <b>제 9 장</b> 을 참고하시기 바랍니다. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
<b>TTY</b>	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.
<b>팩스 번호</b>	가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 구성하는 경우, 파트 D 부서 팩스번호 <b>1-866-206-2974</b> 로 가입자의 요청서를 보내시기 바랍니다.
<b>서신</b>	표준 불만 제기를 하시려면 가입자의 지역 가입자 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 <b>의료 서비스 공급자 및 약국 목록</b> 참조). 만일 가입자의 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.  Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>웹사이트</b>	저희 플랜에 대한 불만을 Medicare 에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만을 제기하려면 <b>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</b> 로 이동하십시오.

도움을 받으려면 위의 번호로 연락해주시기 바랍니다.

- 가입자의 약품에 대한 불만.
- 가입자는 당사 또는 약국에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 처방약에 대한 불만이 포함됩니다.
- 불만 사항이 처방약에 대한 보장 결정에 관한 것이라면 가입자가 이의를 제기할 수 있습니다. (위 섹션 참조)

저희 플랜에 대한 불만을 Medicare 로 보낼 수 있습니다.

**www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화를 걸어 도움을 요청할 수 있습니다.

처방약에 대한 불만에 관한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 **제 9 장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

지불 요청

전화	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.</p> <p><b>참고:</b> 네트워크 제공자가 처방하고 네트워크 약국에서 구입한 파트 D 약품에 대한 지불을 요청하는 경우 다음 번호로 파트 D 부서에 전화하십시오. <b>1-866-206-2973</b>. 월요일에서 금요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시 연락 가능.</p> <p>영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p>
TTY	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.</p>
서신	<p>의료 서비스를 받으려면 다음 주소로 서신을 보내십시오.</p> <p><b>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</b></p> <p>파트 D 약물의 경우 다음 주소로 서신을 보내십시오.</p> <p>네트워크 제공자가 처방하고 제공한 파트 D 약품에 대한 지불을 요청하는 경우 다음 번호로 팩스를 보낼 수 있습니다. <b>1-866-206-2974</b> 또는 다음 주소로 우편 발송하십시오.</p> <p><b>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</b></p>
웹사이트	<p><b>kp.org</b></p>

도움을 받으려면 위의 번호로 연락해주시기 바랍니다.

- 가입자가 이미 지불한 의료 서비스 또는 약품에 대한 비용.

당사에 상환을 요청하는 방법 또는 수령하신 청구서에 대한 지급을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 본 **가입자 안내서 제 7 장**을 참조하십시오.

당사에 청구서에 대한 지급을 요청했지만 저희가 가입자의 요청 일부에 대해 지급을 거절한 경우 가입자는 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 본 **가입자 안내서 제 9 장**을 참조하십시오.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## B. 진료 조정자

당사는 가입자의 보건 의료상의 요구를 조정하도록 돕는 서비스를 무료로 제공하고 있습니다. 당사는 다른 프로그램과 협력하여 가입자가 **Medi-Cal** 또는 **Medicare** 에서 보장하는 서비스 중 의료적으로 필요한 모든 서비스를 받을 수 있도록 할 것입니다. 이는 저희가 아닌 다른 프로그램에서 보장하는 서비스의 경우에도 마찬가지입니다.

<b>전화</b>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p> <p>주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.</p> <p>영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.</p>
<b>서신</b>	<p>가입자의 가입자 서비스 지역 사무소(위치는 <b>의료 서비스 제공자 및 약국 목록</b> 참조).</p>
<b>웹사이트</b>	<p><b>kp.org</b></p>

다음 사항과 관련하여 도움을 받으려면 담당 진료 조정자에게 문의하십시오.

- 가입자의 보건 의료에 대해 궁금한 점.
- 행동 건강(정신 건강 및 화학 물질 사용 장애) 서비스 받기에 관해 궁금한 점.
- 치과 혜택에 대한 질문.
- 진료 예약을 위한 교통편에 대한 질문.

장기 서비스 및 지원(LTSS)은 지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS) 및 요양 시설(Nursing Facilities, NF)로 구성됩니다

때로는 일상적인 건강 관리 및 생활상의 필요에 대해 도움을 받을 수 있습니다. 저희는 자격이 있는 가입자에게 다음과 같은 유형의 장기 요양 시설 또는 가정에서 제공되는 장기 서비스 및 지원을 보장합니다.

- 전문 요양 시설
- 아급성 치료 시설
- 다음 시설을 포함한 중간 치료 시설:
- 중간 치료 시설/발달 장애인("ICF/DD")

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- 중간 치료 시설/발달 장애인 훈련("ICF/DD-H")
- 중간 치료 시설/발달 장애인 간호("ICF/DD-N")

귀하가 장기 요양 서비스를 받을 자격이 있는 경우 귀하의 의학적 필요에 가장 적합한 수준의 치료를 제공하는 보건 의료 시설 또는 가정에 귀하를 배치할 것입니다.

가입자는 다음과 같은 서비스도 받을 수 있습니다.

- 지역사회 기반 성인 서비스
- 카운티 사회 복지 기관을 통한 가정 내 지원 서비스

### C. 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)은 Medicare 가입자에게 무료 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP 상담원은 가입자가 궁금해 하는 점에 대해 답변하고 문제를 처리하기 위해 해야 할 일을 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 모든 카운티에는 HICAP 의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP 는 다른 보험회사 또는 의료 보험과 연계되지 않은 프로그램입니다.

전화	<b>1-800-434-0222</b> 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시까지 연락 가능.
TTY	<b>711</b>
서신	거주하시는 카운티의 HICAP 사무실.
웹사이트	<a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>

다음 사항과 관련하여 도움이 필요하면 HICAP 에 연락하십시오.

- 저희 플랜 또는 Medicare 에 대해 궁금한 점.
- HICAP 상담원은 새로운 플랜으로 변경하는 것과 관련된 궁금증에 답변하고 가입자가 다음을 수행하도록 지원할 수 있습니다.
- 가입자의 권리 이해
- 가입자의 플랜 선택 이해
- 가입자의 건강 관리 또는 치료에 대해 불만 제기 및
- 가입자의 청구서와 관련된 저희의 문제 해결

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



## D. 간호사 상담 전화

간혹 가입자에게 어떤 유형의 의료 서비스가 필요한지 파악하기 힘든 경우가 있습니다.

간혹 가입자에게 어떤 유형의 의료 서비스가 필요한지 파악하기 힘든 경우가 있습니다. 당사에는 주 7 일, 24 시간 연중무휴 전화로 도움을 받을 수 있는 면허가 있는 보건의료 전문가가 있습니다. 가입자는 다음을 수행할 수 있습니다.

- 의료 질문에 답변하고, 치료 상담을 제공하며, 당장 의료 제공자의 진료를 받아야 할지 결정하는 데 도움을 줄 수 있는 의료 전문가와의 상담.
- 가입자의 증상에 어떤 종류의 의료 서비스 제공자가 적합한지에 대한 조언을 비롯하여 당뇨병 또는 천식과 같은 질병에 대한 도움 받기.
- 진료가 필요한 상황인데 보험 기관이 휴무이거나 가입자가 서비스 지역 외부에 있는 경우 도움 받기

귀하가 전화하면 숙련된 지원 담당자가 귀하가 전화한 용건을 어떻게 처리해야 하는지 판단하는 데 필요한 질문을 할 수 있습니다.

<b>전화</b>	<p><b>1-833-574-2273</b></p> <p>이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 운영됩니다.</p> <p>영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## E. 품질 향상 기관(Quality improvement organization, QIO)

당사가 위치한 주에는 Livanta 라는 조직이 있습니다. 이 조직은 Medicare 가입자를 위한 진료의 질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다. Livanta 는 당사 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

전화	<b>1-877-588-1123</b>
TTY	<b>1-855-887-6668</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
서신	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	<b>www.livantaqio.com</b>

다음 사항과 관련하여 도움이 필요하면 Livanta 에 문의하십시오.

- 가입자의 보건 의료 권한에 대해 궁금한 점.
- 다음과 같은 경우 가입자가 받은 진료에 대한 불만 제기.
- 진료의 질에 문제가 있는 경우
- 입원 기간이 너무 짧은 경우 또는
- 가입자의 가정 의료 서비스, 전문 요양 시설 진료 또는 종합 외래 재활 시설 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스 기간이 너무 짧은 경우

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## F. Medicare

Medicare 는 65 세 이상의 사람, 장애가 있는 65 세 미만의 사람 및 말기 신부전 환자(투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전증 환자)를 위한 연방 의료 보험 프로그램을 지칭합니다.

Medicare 를 담당하는 연방 기관을 Centers for Medicare & Medicaid Services 즉, "CMS"라고 합니다.

전화	<p><b>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)</b></p> <p>이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영됩니다.</p>
TTY	<p><b>1-877-486-2048</b> 이 통화는 무료입니다.</p> <p>이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.</p>
웹사이트	<p><b>medicare.gov</b></p> <p>Medicare 공식 정부 웹사이트입니다. 여기서는 Medicare 에 대한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양 시설, 의사, 재택 건강 관리 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활 시설 및 호스피스에 대한 정보도 제공합니다.</p> <p>여기에는 유용한 웹사이트와 전화번호가 나와 있습니다. 또한 컴퓨터에서 바로 인쇄할 수 있는 문서도 있습니다.</p> <p>컴퓨터가 없는 경우 지역 도서관이나 시니어 센터의 컴퓨터를 이용해 이 웹사이트를 방문하실 수 있습니다. 또는 위의 번호로 Medicare 에 전화하여 궁금한 내용을 말할 수 있습니다. 담당자가 이 웹사이트에서 정보를 찾아 가입자와 함께 정보를 검토할 것입니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## G. Medi-Cal

Medi-Cal 은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다. 자녀가 있는 가족, 노인, 장애인, 위탁 아동 및 청소년, 임산부를 포함하여 저소득층 개인에게 필요한 건강 관리 서비스를 제공하는 공공 건강 보험 프로그램입니다. Medi-Cal 은 주 및 연방 정부 기금에서 자금을 조달합니다.

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

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 에 등록되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 플랜 진료 조정자에게 문의하십시오. Medi-Cal 플랜 등록에 대해 질문이 있는 경우 Health Care Options(보건 의료 옵션)에 전화하십시오.

전화	<b>1-800-430-4263</b> 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시.
TTY	<b>1-800-430-7077</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
서신	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	<b><a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a></b>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)** 를 방문하십시오.

## H. 옴부즈맨의 Medi-Cal 관리 진료 및 정신건강 사무소

옴부즈맨 사무소는 가입자를 대신하여 옹호자 역할을 합니다. 가입자에게 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 답하고 무엇을 해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨 사무소는 서비스 또는 청구 문제에 대해서도 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 사무소는 저희 플랜을 비롯하여 어떤 보험사나 건강 보험 플랜과도 연계되어 있지 않습니다. 이 프로그램에서 제공하는 서비스는 무료입니다.

전화	<b>1-888-452-8609</b> 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시.
TTY	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다.
서신	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	<b>MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov</b>
웹사이트	<b><a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a></b>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## I. 카운티 사회 복지 사업

Medi-Cal 진료별 수가제 혜택에 대해 도움이 필요하시면 지역 카운티 사회 복지 사업 기관에 연락해 주십시오.

카운티 사회 복지 기관에 연락하여 가정 내 지원 서비스를 신청하면 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 제공된 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁물 쇼핑 또는 교통편에 대한 도움이 포함될 수 있습니다.

귀하의 Medi-Cal 자격에 대한 질문은 해당 카운티 사회 복지 기관에 문의하십시오.

### Los Angeles 카운티 사회복지부

전화	<b>1-866-613-3777</b> <b>1-626-569-1399</b> <b>1-310-258-7400</b> <b>1-818-701-8200</b>  이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7 시 - 오후 7 시 30 분 토요일 오전 8 시 ~오후 4 시 30 분 공휴일 제외.
TTY	<b>711</b>
서신	신청할 가장 가까운 지역 사무소 찾기.
웹사이트	<a href="https://dpss.lacounty.gov/en.html">https://dpss.lacounty.gov/en.html</a>

### Orange 카운티 사회복지국

전화	<b>1-855-541-5411</b>  이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 연중무휴.
TTY	<b>711</b>
서신	가까운 사무실 찾기.
웹사이트	<a href="https://ssa.ocgov.com">ssa.ocgov.com</a> <a href="https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links">https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links</a>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



**Riverside 카운티 공공사회복지부**

전화	<b>1-877-410-8827</b> 이 통화는 무료입니다.
TTY	<b>711</b>
서신	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
웹사이트	<a href="https://rivcodpss.org/">https://rivcodpss.org/</a>

**San Bernardino 카운티 노인 및 성인 서비스**

전화	<b>1-909-891-3900</b>
TTY	<b>711</b>
서신	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
웹사이트	<a href="https://dpss.lacounty.gov/en.html">https://dpss.lacounty.gov/en.html</a>

**San Diego 카운티 보건복지부**

전화	<b>1-866-262-9881</b> 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7 시~오후 5 시.
TTY	<b>711</b>
서신	가장 가까운 지역 사무소 찾기.
웹사이트	<a href="https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html">https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html</a>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.





## J. 카운티 전문 정신건강 플랜

Medi-Cal 전문 정신건강 서비스는 가입자가 접근 기준을 충족하는 경우 카운티 정신건강 플랜(MHP)을 통해 이용할 수 있습니다.

### Los Angeles 카운티 정신건강국

전화	<b>1-800 854-7771</b> 이 통화는 무료입니다. 이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영됩니다. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
TTY	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다

### Orange 카운티 정신건강 및 회복 서비스국

전화	<b>1-855 625-4657</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 연중무휴. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
TTY	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다

### Riverside 카운티 정신건강국

전화	<b>1-800-706-7500</b> 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 연중무휴. 영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.
TTY	<b>711</b> 이 통화는 무료입니다

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**San Bernardino 카운티 행동 건강부**

<b>전화</b>	<p><b>1-888 743-1478</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p> <p>주 7 일 하루 24 시간 연중무휴.</p> <p>영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p>

**San Diego 카운티 행동건강서비스부**

<b>전화</b>	<p><b>1-888-724-7240</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p> <p>주 7 일 하루 24 시간 연중무휴.</p> <p>영어를 구사하지 못하는 사람들을 위한 무료 통역 서비스를 제공해 드리고 있습니다.</p>
<b>TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>이 통화는 무료입니다.</p>

다음 사항과 관련하여 도움이 필요하면 카운티 특수 정신 의료 보험에 문의하십시오.

- 카운티에서 제공하는 특수 정신건강 서비스에 대해 궁금한 점.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## K. 캘리포니아 보건 관리부(California Department of Managed Health Care, DMHC)

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)은 의료 보험에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC 지원 센터는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의 제기 및 불만 사항을 처리하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	<b>1-888-466-2219</b> DMHC 담당자의 근무 시간은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시입니다.
TDD	<b>1-877-688-9891</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
서신	지원 센터 캘리포니아 보건 관리부 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스 번호	<b>1-916-255-5241</b>
웹사이트	<b>www.dmhc.ca.gov</b>

## L. 사람들이 처방약 비용을 지불하도록 돕는 프로그램

Medicare.gov 웹사이트([www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) 는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명한 것처럼 지원해주는 다른 프로그램도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

### L1. 추가 지원

귀하는 Medi-Cal 자격이 있기 때문에 처방약 플랜 비용을 지불하기 위해 Medicare 로부터 "추가 지원"을 받을 자격이 있고 지원을 받고 있습니다. 이 "추가 지원"을 받기 위해 아무 조치도 취할 필요가 없습니다.

<b>전화</b>	<b>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)</b> 이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영됩니다.
<b>TTY</b>	<b>1-877-486-2048</b> 이 통화는 무료입니다. 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
<b>웹사이트</b>	<b>www.medicare.gov</b>

약국에서 처방전을 받을 때 잘못된 비용 분담 금액을 지불하고 있다고 생각하는 경우, 저희 플랜에는 올바른 본인 부담 수준에 대한 증거를 얻기 위해 도움을 요청하거나 이미 증거가 있는 경우 이 증거를 저희에게 제공하는 절차가 있습니다.

어떤 증거물을 제시해야 하는지 확실하지 않으신 경우, 네트워크 약국 또는 저희 회원 서비스 센터에 문의하시기 바랍니다. 가입자께서 주 Medicaid 또는 사회보장국 사무국으로부터 받으신, 가입자께서 "추가 지원"에 대한 자격을 보유함을 확인해주는 서신이 종종 이러한 증거물이 될 수 있습니다. 해당 증거는 또한 가입자의 주거 및 지역사회 기반 서비스와 연관된 자격 정보가 담긴 주에서 발급한 문서가 될 수도 있습니다.

가입자 또는 가입자께서 지정한 대리인은 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)가 가입자의 현재 조건에 기록을 업데이트할 때까지 저희가 적절한 비용 분담금을 부과할 수 있도록 보장된 파트 D 처방전을 획득할 때 네트워크 약국에 해당 증거를 제시해야 할 수도 있습니다. 일단 CMS 가 기록을 업데이트하게 되면, 가입자는 더 이상 약국에 증거를 제시하지 않으셔도 됩니다. 다음 중 한가지 방법으로 가입자의 증거를 제시하시면 CMS 측이 업데이트할 수 있도록 저희가 센터에 전달할 수 있습니다.

- 다음 주소를 통해 Kaiser Permanente 로 서신을 보내주십시오.

California Service Center  
Attn: Best Available Evidence  
P.O. Box 232407  
San Diego, CA 92193-2407

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- **1-877-528-8579** 로 팩스를 보내주십시오.
- 해당 증거를 네트워크 약국 또는 네트워크 시설에 있는 지역 회원 서비스 사무실에 가지고 오십시오.

저희가 가입자의 정액 본인 부담금 수준을 보여주는 증거물을 받게 되면, 다음 번에 약국에서 처방전을 받으실 때 정확한 정액 본인 부담금이 부과될 수 있도록 저희 시스템을 업데이트할 것입니다. 만일 가입자의 정액 본인 부담금보다 초과 지급하신 경우, 저희가 환급해 드립니다. 가입자에게 초과 지급 금액을 수표로 보내드리거나 향후 정액 본인 부담금에서 해당 금액을 공제해 드리겠습니다. 약국이 가입자의 정액 본인 부담금을 받지 못해 이를 채무로 기록해둔 경우, 저희는 약국에 직접 이를 지급할 수 있습니다. 가입자를 대신하여 주에서 지급한 경우, 저희는 주에 직접 지급할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

## L2. AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

ADAP 는 HIV/AIDS 를 앓고 있는 ADAP 자격이 있는 개인이 생명을 구하는 HIV 약품에 접근할 수 있도록 도와줍니다. ADAP 처방집에도 있는 Medicare 파트 D 처방약은 처방 비용 분담 지원을 받을 자격도 있습니다. 참고: 거주하시는 주에서 운영하는 ADAP 에 대한 자격을 보유하시려면 해당 개인은 반드시 해당 주 거주 증명서 및 HIV 상태 증명서, 주에서 정한 저소득 증명서 및 무보험/일부 보험 상태 증명서 등을 포함한 특정 기준에 부합해야 합니다. 계획을 변경하는 경우 자격 기준, 보장 약품 또는 프로그램 등록 방법과 관련된 정보에 대한 지원을 계속 받을 수 있도록 해당 지역의 ADAP 등록 담당자에게 알려주십시오. ADAP 콜센터로 월요일~금요일(공휴일 제외) 오전 8 시~오후 5 시에 **1-844-421-7050** 으로 전화하십시오.

## M. 사회보장국

사회보장국에서 자격을 결정하고 Medicare 등록을 처리합니다. 미국시민 및 65 세 이상 합법적 영주권자 또는 장애나 말기 신장 질환(End-Stage Renal Disease, ESRD)이 있으신 분, 그리고 일정 조건에 부합하시는 분은 Medicare 자격을 보유합니다. 가입자께서 이미 사회보장국 수표를 받고 계신 경우, Medicare 에 자동으로 등록됩니다. 가입자께서 사회보장국 수표를 받지 않으시는 경우, 가입자께서는 Medicare 에 등록하셔야 합니다. Medicare 에 등록 신청을 하시려면, 사회보장국에 전화를 주시거나 지역 사회보장국 사무실을 방문하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

이주하시거나 우편주소를 변경하시는 경우, 사회보장국에 가입자의 연락처를 알려주셔야 합니다.

<b>전화</b>	<b>1-800-772-1213</b> 이 전화는 무료입니다. 이용 가능한 시간은 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 7 시입니다. 하루 24 시간 연중 무휴로 운영되는 사회보장국의 자동응답 전화 서비스를 활용하여 녹음된 정보를 확인하고 사무를 보실 수 있습니다.
<b>TTY</b>	<b>1-800-325-0778</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
<b>웹사이트</b>	<b>www.ssa.gov</b>

## N. 철도 퇴직자 위원회(Railroad Retirement Board, RRB)

RRB 는 독립 연방 기구로 국내 철도 노동자와 그들의 가족들을 위한 포괄적인 보험 혜택 프로그램을 관장합니다. 만일 RRB 를 통해 Medicare 를 적용받으신다면 이주하시거나 우편주소가 변경될 경우 해당 기관에 알려주셔야 합니다. RRB 의 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 해당 기관에 문의하십시오.

<b>전화</b>	<b>1-877-772-5772</b> 이 전화는 무료입니다. "0"번을 누르시면 RRB 직원과 상담하실 수 있습니다. 상담 시간은 오전 9 시~오후 3 시 30 분(월, 화, 목, 금)이며 수요일에는 오전 9 시~정오입니다. "1"번을 누르시면 RRB 상담 전화 자동응답서비스를 통해 연중무휴 24 시간 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다(주말 및 공휴일 포함).
<b>TTY</b>	<b>1-312-751-4701</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 이 전화는 무료가 아닙니다.
<b>웹사이트</b>	<b>www.rrb.gov</b>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## O. 기타 참고 자료

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 건강 보장을 받거나 유지하고 건강 보험 플랜 문제를 해결하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 돕기 위해 무료로 지원을 제공합니다.

다음 문제가 있는 경우

- Medi-Cal
- Medicare
- 가입자 건강 보험 플랜
- 의료 서비스 이용
- 거부된 서비스, 약물, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등에 대한 이의신청
- 의료비 청구
- 가정 내 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

Medicare Medi-Cal 옴부즈 프로그램은 불만 제기, 이의 제기 및 공청회를 지원합니다. Ombuds 프로그램 전화번호는 **1-888-804-3536** 입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## P. Medi-Cal Dental 프로그램

Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 다음을 포함한 일부 치과 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 초기 검사, X 선 검사, 클리닝, 불소 치료
- 복원 및 크라운
- 치근관 치료
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 침상

전화	<b>1-800-322-6384</b> 이 통화는 무료입니다. 치과 혜택은 Medi-Cal Dental Fee-for-Service 및 Dental Managed Care (DMC) 프로그램을 통해 제공됩니다. Medi-Cal Dental Fee-For-Service 프로그램의 상담원이 월요일부터 금요일 오전 8 시~오후 5 시까지 도움을 드립니다.
TTY	<b>1-800-735-2922</b> 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화를 걸려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	<a href="https://smilecalifornia.org/">https://smilecalifornia.org/</a>

Medi-Cal Dental Fee-For-Service 프로그램의 혜택 외에도 치아 관리형 치료 플랜을 통해 치과 혜택을 누리실 수 있습니다. 치아 관리형 치료 플랜은 Los Angeles 카운티에서 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 관해 더 알고 싶거나, 치과 플랜을 변경하고 싶은 경우 Health Care Options 에 **1-800-430-4263**(TTY 사용자인 경우 **1-800-430-7077**)으로 연락 주시기 바랍니다. 월요일에서 금요일 오전 8 시~오후 6 시까지 이용하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815** (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



## 제 3 장: 가입자의 보건 의료 및 기타 보장 서비스에 당사 플랜의 보장 사용

### 소개

이 장에는 당사 플랜을 통해 의료 및 기타 보장 서비스를 받기 위해 가입자가 알아야 할 특정 용어와 규칙이 나와 있습니다. 또한 가입자의 진료 조정자, 특수 상황(네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자 또는 약국 포함)에서 다양한 종류의 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받는 방법, 당사가 보장하는 서비스에 대해 가입자에게 직접 청구서가 발송된 경우 해야 할 일, 내구성 의료 장비(DME) 소유 규칙에 대해 설명합니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 3 장 목차

A. 서비스 및 의료 서비스 제공자에 대한 정보 .....	42
B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙 .....	42
C. 진료 조정자 .....	44
C1. 진료 조정자란 .....	44
C2. 진료 조정자에게 연락하는 방법 .....	44
C3. 진료 조정자를 변경하는 방법 .....	44
D. 의료 서비스 제공자의 치료 .....	44
D1. 1 차 진료 제공자 치료 .....	44
PCP의 정의와 가입자를 위해 PCP가 하는 일 .....	44
가입자의 PCP 선택 .....	44
PCP 변경 옵션 .....	45
가입자가 PCP의 승인 없이 받을 수 있는 서비스 .....	45
D2. 전문의 및 기타 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료 .....	46
전담 PCP의 진료 의뢰 .....	47
네트워크 의료 서비스 제공자에 진료 의뢰 .....	47
사전 허가 .....	48

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- D3. 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우..... 49
- D4. 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 공급자 ..... 50
- E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)..... 51
- F. 행동 건강(정신건강 및 화학 물질 사용 장애) 서비스 ..... 51
  - F1. 저희 플랜을 벗어나 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 ..... 52
    - 외래 서비스 ..... 52
    - 재가 서비스 ..... 52
    - 입원 서비스 ..... 52
- G. 이송 서비스 ..... 54
  - G1. 비응급 상황에서 의료 이송 ..... 54
    - 의료 이송 제한 ..... 54
  - G2. 비의료 이송 ..... 55
    - 비의료 이송 제한 ..... 56
- H. 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 의료 응급 상황에서 보장되는 서비스 ..... 56
  - H1. 의료 응급 상황에서의 치료 ..... 56
    - 의료 응급 상황에서 보장되는 서비스 ..... 56
    - 안정후 진료 ..... 57
    - 응급 상황이 아닌데 응급 치료를 받은 경우 ..... 58
  - H2. 긴급하게 필요한 치료 ..... 58
    - 당사 플랜의 서비스 지역 내에서 받은 긴급하게 필요한 치료 ..... 58
    - 저희 플랜의 서비스 지역 밖에서 받은 긴급하게 필요한 진료 ..... 59
  - H3. 재난 발생 시의 치료 ..... 59

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- I. 저희 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우  
해야 할 일 ..... 60
  - I1. 저희 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일..... 60
- J. 임상 연구에서 건강 관리 서비스의 보장 범위..... 61
  - J1. 임상 연구의 정의..... 61
  - J2. 임상 연구에 참여할 경우 서비스 비용 지급..... 61
  - J3. 임상 연구에 대한 자세한 내용..... 62
- K. 종교적 비의료 기관에서 건강 관리 서비스를 보장 받는 방법 ..... 62
  - K1. 종교적 비의료 기관의 정의..... 62
  - K2. 종교적 비의료 기관에서 받는 치료..... 62
- L. 내구성 의료 장비(DME) ..... 63
  - L1. 플랜 가입자에게 제공되는 DME ..... 63
  - L2. Original Medicare 로 전환하는 경우 DME 의 소유권..... 63
  - L3. 플랜 가입자에게 제공되는 산소 호흡 장비 혜택 ..... 64
  - L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환  
시 산소 장비 ..... 65



## A. 서비스 및 의료 서비스 제공자에 대한 정보

서비스는 건강 관리, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 소모품, 행동 건강 서비스, 처방전 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스입니다. **주요 보장 서비스**는 당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스입니다. 보장되는 보건 의료, 행동 건강 및 LTSS 는 본 가입자 안내서의 **제 4 장**에 나와 있습니다. 귀하의 처방전 보장 서비스는 본 **가입자 안내서의 제 5 장**에 나와 있습니다.

**의료 서비스 제공자**는 가입자에게 서비스 및 진료를 제공하는 의사, 간호사 및 기타 사람들입니다. 의료 서비스 제공자에는 병원, 채택 건강 관리 기관, 진료소와 가입자에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS 을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

**네트워크 의료 서비스 제공자**는 당사 플랜에 협력하는 제공자입니다. 이러한 의료 서비스 제공자는 총 지급액으로 당사의 분담금을 수락하는 데 동의합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자에게 제공한 진료에 대한 비용을 당사에게 직접 청구합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 때 가입자는 일반적으로 보장 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

## B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙

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

일반적으로 당사 플랜은 가입자가 당사 규칙을 따를 때 받는 의료 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS 에 대한 비용을 지불합니다. 저희 플랜의 보장을 받으려면 다음과 같아야 합니다.

- 가입자가 받은 진료가 **플랜 혜택**이어야 합니다. 즉, 해당 진료가 본 **가입자 안내서 제 4 장**의 의료 보험 혜택표에 포함되어 있습니다.
- 진료가 반드시 **의학적으로 필요**해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 합리적이고 생명을 보호하는 데 중요한 서비스임을 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료는 개인이 중병에 걸리거나 장애가 생기지 않도록 하고, 질병 또는 부상을 치료하여 심한 통증을 줄이기 위해 필요합니다.
- 의료 서비스의 경우 가입자에게는 진료를 지시하거나 다른 의사에게 가보라고 권하는 **네트워크 1 차 진료 제공자(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자는 네트워크 의료 서비스 제공자를 PCP 로 선택해야 합니다.
- 대부분의 경우 가입자가 PCP 가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하거나 당사 플랜 네트워크 내 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려면 먼저 네트워크 PCP 가 승인해야 합니다. 이를 **진료 의뢰**라고 합니다. 가입자가 승인을 받지 못하면 당사가 서비스를 보장하지 못할 수도 있습니다. 진료 소개에 대한 자세한 내용은 이 장의 **섹션 D** 를 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 응급 진료 또는 긴급히 필요한 진료, 여성의 건강 의료 서비스 제공자 이용 또는 PCP 의 진료 소개서 없이 다른 종류의 진료를 받기 위해 PCP 의 진료 소개서가 필요하지 않습니다(이 사항에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 **D1** 참조).
- **네트워크 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받아야 합니다.** 일반적으로 당사는 저희 의료 보험에 협력하지 않는 의료 서비스 제공자의 치료는 보장하지 않습니다. 이러한 경우 가입자는 제공받은 서비스에 대해 전액을 지불해야 합니다. 다음은 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 경우입니다.
- 저희는 네트워크외 의료 서비스 제공자로부터 받은 응급 의료 서비스 또는 긴급 진료 서비스는 보장합니다(자세한 내용은 이 장의 섹션 **H** 참조).
- 가입자가 저희 플랜이 보장하는 진료가 필요한데 당사 네트워크 의료 서비스 제공자가 해당 진료를 제공할 수 없는 경우, 진료를 받기 전에 당사 또는 당사 **Medical Group** 이 서비스를 승인하면 가입자가 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 당사는 마치 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받은 것처럼 치료를 보장합니다.
- 당사는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 일시적으로 이용 가능하지 않거나 접근할 수 없는 경우 신장 투석 서비스를 보장합니다. 신장 투석 서비스는 **Medicare** 인증 투석 시설에서 받을 수 있습니다. 투석에 대한 가입자의 비용 부담금은 **Original Medicare** 의 비용 부담금을 초과할 수 없습니다. 가입자가 플랜의 서비스 지역을 벗어나 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자로부터 투석을 받은 경우 가입자의 비용 부담금은 네트워크 내에서 가입자가 부담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 그러나 가입자가 투석을 위해 일반적으로 이용하는 네트워크 내 의료 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없어 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받도록 선택한 경우 투석에 대한 비용 부담금은 커질 수 있습니다.
- 저희 플랜에 처음 가입할 때 가입자는 현재 의료 서비스 제공자를 계속 사용하도록 요청할 수 있습니다. 일부 예외를 제외하고 당사는 가입자가 의료 서비스 제공자와 기존에 관계를 맺고 있음을 입증할 수 있는 경우 이 요청을 승인해야 합니다. 본 **가입자 안내서 제 1 장**을 참조하십시오. 당사가 가입자의 요청을 승인하면 가입자는 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자를 최대 12 개월 동안 계속 이용할 수 있습니다. 그 동안 의료 조정자가 가입자에게 연락하여 당사 네트워크에서 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다. 12 개월이 지난 후에도 가입자가 당사 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 계속 이용하는 경우 당사는 가입자에게 더 이상 치료를 보장하지 않습니다.
- **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 신규 가입자: 대부분의 경우 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 에 등록해달라고 요청한 달의 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 위한 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜에 등록됩니다. 가입자는 한 달 동안 추가로 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 이후 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 연락해 주시기 바랍니다. 시간은 주 7 일간 오전 8시부터 오후 8시까지입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
 ? **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## C. 진료 조정자

### C1. 진료 조정자란

Special Needs 플랜 프로그램 조정자는 가입자의 진료 조정을 담당합니다. 이들은 건강 위해성 평가를 위해 매년 그리고 병원 퇴원 후 가입자에게 연락합니다. (자세한 내용은 제 2 장, 섹션 G 를 참조하십시오.)

### C2. 진료 조정자에게 연락하는 방법

진료 조정자에게 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 G 를 참조하십시오.

### C3. 진료 조정자를 변경하는 방법

진료 조정자를 변경하려면 진료 조정자에게 문의하시기 바랍니다(자세한 내용은 제 2 장, 섹션 G 참조).

## D. 의료 서비스 제공자의 치료

### D1. 1 차 진료 제공자 치료

가입자는 진료를 제공하고 감독할 1 차 의료 서비스 제공자(PCP)를 선택해야 합니다.

#### PCP 의 정의와 가입자를 위해 PCP 가 하는 일

1 차 의료 서비스 제공자는 주가 규정하는 요건을 만족하고 가입자에게 일차 진료를 제공하도록 훈련을 받은 의사를 의미합니다. 귀하의 PCP 는 또한 귀하의 진료를 조정할 것입니다. 가입자께서 받으시는 진료를 "조율"한다는 것에는 가입자께서 받으시게 되는 의료 서비스와 그 진행 방법에 관해 다른 네트워크 의료 서비스 제공자와 함께 확인 또는 상담하는 것을 포함합니다. 특정한 경우, 전담 PCP 는 저희에게서 사전 허가(사전 승인)을 받아야 할 필요가 있습니다(자세한 내용은 이 장의 D2 참조).

#### 가입자의 PCP 선택

귀하의 PCP 는 일반적으로 일반 의학(성인 또는 내과학 및 가정의라고도 함)과 때로는 산과학/부인병학을 진료합니다. 일부 네트워크 시설에서는, 가입자께서 원하시는 경우 간호사 또는 의사 보조사를 1 차 의료 서비스 제공자로 선택하실 수도 있습니다. PCP 는 의료 서비스 제공자 및 약국 목록에 식별되어 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
kp.org/medicare 를 방문하십시오.

귀하의 PCP 는 의학적으로 필요한 보장 서비스를 제공, 처방 또는 승인합니다. 귀하의 PCP 는 귀하의 일상적 또는 기본적 치료의 대부분을 제공하고 귀하가 필요로 하는 다른 치료를 위해 다른 네트워크 제공자를 만나기 위해 필요에 따라 의뢰를 제공할 것입니다. 예를 들어, 전문의의 진료를 받기 위해서는, 일반적으로 전담 1 차 의료 서비스 제공자의 승인을 먼저 받아야 합니다(이를 전문의에게 "진료 의뢰"를 한다고 합니다). 먼저 PCP 에게 연락하지 않고 스스로 받을 수 있는 보장 서비스에는 몇 가지 유형이 있습니다(이 장의 "PCP 의 승인 없이 받을 수 있는 서비스" 참조).

귀하의 의료 서비스 제공자 및 약국 목록 또는 가입자 서비스에 전화하여 PCP 선택 및 새 환자를 받는 의료 서비스 제공자에 대한 자세한 정보를 얻으십시오.

### PCP 변경 옵션

가입자는 언제든지 어떤 이유로든 PCP 를 변경할 수 있습니다. 또한 가입자의 PCP 가 당사 플랜의 네트워크에서 탈퇴할 수도 있습니다. 가입자의 PCP 가 당사 네트워크를 탈퇴하는 경우 당사는 가입자가 저희 네트워크에서 새로운 PCP 를 찾는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 가입자의 PCP 선택은 즉시 적용됩니다.

PCP 를 선택하거나 변경하려면 개인 주치의 선택 번호 1-888-956-1616 번으로 전화하십시오. (TTY 711), 월요일~금요일, 오전 7 시~오후 7 시 [kp.org/finddoctors](http://kp.org/finddoctors) 에서도 선택할 수 있습니다.

전화할 때 전문의를 만나고 있는지 또는 PCP 의 승인이 필요한 기타 보장 서비스(예: 가정 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 알려주십시오. 서비스를 계속하기 위해 새 PCP 로부터 진료 의뢰를 받아야 하는지 여부를 알려드릴 수 있습니다. 가입자께서 이용하기를 원하시는 특정 네트워크 전문의 또는 병원이 있는 경우, 우선 전담 PCP 가 해당 전문의에게 진료 의뢰를 하거나 또는 해당 병원을 이용하도록 할 수 있는지 확인하시기 바랍니다.

### 가입자가 PCP 의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려고 하면 PCP 의 승인이 필요합니다. 이 승인을 **진료 의뢰**라고 합니다. 가입자는 PCP 의 승인 없이 아래 목록에 있는 것과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자가 제공하는 응급 서비스.
- 네트워크 의료 서비스 제공자의 긴급 치료.
- 네트워크 의료 서비스 제공자에게 갈 수 없을 때(예: 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 주말 동안) 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 치료 **참고:** 긴급하게 필요한 치료는 즉시 필요하고 의학적으로 필요해야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

- 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있을 때 Medicare 승인 투석 시설에서 받은 신장 투석 서비스. 서비스 지역을 벗어나기 전에 가입자 서비스부에 전화하십시오. 서비스 지역을 벗어난 동안 가입자가 투석을 받도록 도와드릴 수 있습니다.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 독감 예방주사, COVID-19 백신 접종, B형 간염 백신 접종, 폐렴 백신 접종.
- 정기적인 여성의 보건 의료 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 유방 검사, 유방 조영상(유방 X 선), 자궁경부세포도말검사 및 골반 검사가 포함됩니다.
- 다른 네트워크 의료 서비스 제공자로부터의 2 차 의견.
- 다음 분야의 진료 예약: 검안, 약물 남용 및 정신과.
- 네트워크 제공자로부터 받는 한 Medicare 에서 보장하는 카이로프랙틱 진료.
- 복부 대동맥류 스크리닝 검사, 의학적 영양 치료, 에스상 결장 내시경 검사, 선별 대장내시경 검사, 골밀도 측정, 실험실 진단 검사를 제외한 예방 의료 서비스.
- 또한 인도 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 자격이 있는 경우 진료 의뢰 없이 해당 의료 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다.
- 민감 서비스 예약

## D2. 전문의 및 기타 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료

전문의는 특정 질병 또는 신체의 일부에 대한 진료를 제공하는 의사를 의미합니다. 다음과 같이 다양한 전문의가 있습니다.

- 종양학전문의는 암 환자에게 의료 서비스를 제공합니다.
- 심장전문의는 심장 문제가 있는 환자에게 의료 서비스를 제공합니다.
- 정형외과전문의는 특정 뼈, 관절, 근육과 관련된 문제가 있는 환자에게 의료 서비스를 제공합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## 전담 PCP 의 진료 의뢰

가입자는 대부분의 정기 의료 서비스를 전담 1 차 의료 서비스 제공자의 진료를 통해 우선적으로 받게 될 것입니다. 섹션 **D1** 에 설명된 대로 **PCP** 에게 먼저 승인을 받지 않고 가입자가 직접 받을 수 있는 보장 서비스는 몇 가지밖에 없습니다.

서면 진료 의뢰는 1 회 방문에 대한 것일 수도 있고 지속적인 서비스가 필요한 경우 2 회 이상의 방문에 대한 상시 진료 의뢰일 수도 있습니다. 다음 조건에 대해 자격을 갖춘 전문가에게 상시 진료 의뢰를 제공해야 합니다.

- 만성(진행 중인) 상태
- 생명을 위협하는 정신적 또는 육체적 질병
- 퇴행성 질병 또는 장애
- 전문의의 치료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 상태 또는 질병

필요할 때 서면 진료 의뢰를 받지 않으면 청구서가 지급되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

## 네트워크 의료 서비스 제공자에 진료 의뢰

귀하의 **PCP** 가 **PCP** 가 제공할 수 없는 진료(예: 전문 진료)를 처방할 때 필요에 따라 네트워크 전문의 또는 다른 네트워크 제공자를 만날 수 있는 진료 의뢰서를 드립니다. **PCP** 가 네트워크 전문의에게 의뢰한다면, 이는 특정 치료를 목적으로 한 것입니다. 지속적인 전문의 진료를 처방받는 경우, 가입자의 치료 플랜에 상시 진료 의뢰가 포함될 수 있습니다. 네트워크 전문가와의 초기 상담 또는 지정된 횟수의 방문을 승인하기 위해 서면 추천서를 보내드립니다. 네트워크 전문의와의 초기 상담이 끝난 후에는, 제공된 서면 의뢰서에 추가 방문이 명시적으로 승인되어 있지 않은 한, 1 차 의료 서비스 제공자에게 돌아가셔야 합니다. 의뢰서에 추가 방문이 승인되어 있지 않은 한, 초기 상담이 끝난 뒤 네트워크 전문의를 방문하지 마십시오. 승인 없이 방문하시는 경우, 서비스가 보장되지 않을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 사전 허가

아래 나열된 서비스 및 항목에 대해 네트워크 제공자는 사전에 당사 플랜 또는 **Medical Group**의 승인을 받아야 합니다(이를 "사전 승인"이라고 함). 승인 요청에 관한 결정은 면허가 있는 의사 또는 기타 적절한 면허가 있는 의료 전문가에 의해서만 이루어집니다. 승인 결정에 동의하지 않는 경우에 **제 9 장**에 설명된 대로 이의를 제기할 수 있습니다.

- **제 4 장**에서 각주(†)로 식별된 서비스 및 항목.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자께서 요청하신 보장된 서비스가 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받을 수 없는 것으로 결정하는 경우, 1 차 의료 서비스 제공자는 의료 그룹에게 저희 서비스 지역 내외에 있는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료 의뢰하게 될 것입니다. 적절한 **Medical Group**의 피지명자는 보장된 서비스가 의학적으로 필요한지 그리고 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공할 수 없는 것인지 판단한 후 해당 서비스를 허가할 것입니다. 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰는 특정 치료 플랜을 위한 것이며, 여기에는 지속적인 의료 서비스가 처방된 경우 상시 진료 의뢰가 포함됩니다. 추가 승인 없이 진료 의뢰 기간을 지정합니다. 확실하지 않으면 네트워크 의료 서비스 제공자에게 어떤 서비스가 승인되었는지 문의하십시오. 외부 네트워크 전문의가 가입자께 추가 진료를 위해 다시 내원할 것을 요청하는 경우, 진료 의뢰가 추가 진료를 보장하는지를 확인하시기 바랍니다. 보장이 되지 않는 경우, 네트워크 의료 서비스 제공자에게 문의하시기 바랍니다.
- 응급 진료 이후 가입자께 안정 후 진료가 필요한 것으로 외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 저희에게 통지한다면, 이후 저희는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자와 함께 가입자의 상태에 대해 상의하게 될 것입니다. 안정 후 진료가 가입자에게 필요한 것이며 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받았을 때 보장될 수 있는 진료인 것으로 판단받는다면, 저희가 네트워크 의료서비스 제공자(또는 다른 지명 의료 서비스 제공자)를 통해 해당 진료를 제공하도록 조치하지 못할 경우, 저희는 가입자께서 외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 진료를 받으실 수 있도록 허가할 것입니다. 자세한 정보는 이 장의 **섹션 H**를 참조하시기 바랍니다.
- 의학적으로 필요한 성전환 수술 및 관련 절차.
- 이 장의 **섹션 J**에 설명된 종교적 비의료 보건 기관의 치료.
- 네트워크 제공자가 이식 평가를 위해 서면 또는 전자 의뢰를 하는 경우, **Medical Group**의 지역 이식 자문 위원회 또는 이사회 또는 사례 회의(존재하는 경우)는 귀하가 장기 이식 및 서비스의 잠재적 후보자라고 판단하는 경우 의뢰를 승인합니다. **Medicare** 지침에 따라 보장됩니다. 이식 수술 위원회 또는 이사회가 없는 경우, **Medical Group**은 가입자께 이식 수술 센터를 추천해줄 것이며 해당 이식 수술 센터의 의료진이 해당 수술이 의학적으로 필요하거나 **Medicare** 지침에 의거 보장될 수 있는 것으로 판단하면 **Medical Group**은 이를 허가할 것입니다. 참고: 네트워크 의사는 의료 그룹의 이식 수술 허가 절차를 밟지 않고도 각막 이식 수술을 제공하거나 허가할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

### D3. 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우

가입자가 이용하는 네트워크 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우가 발생할 수 있습니다. 가입자가 이용하는 의료 서비스 제공자 중 하나가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우 가입자는 아래에 요약된 특정 권리와 보호를 받습니다.

- 연중 당사의 의료 서비스 제공자 네트워크가 변경되더라도 당사는 가입자가 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자를 중단 없이 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 저희는 귀하가 새로운 의료 서비스 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 귀하의 의료 서비스 제공자가 저희 플랜을 떠나는 것을 알려드릴 것입니다.
  - 귀하의 1차 진료 제공자 또는 행동 건강 서비스 제공자가 저희 플랜을 떠나는 경우, 귀하가 지난 3년 이내에 해당 의료 서비스 제공자를 방문했다면 알려드릴 것입니다.
  - 귀하의 다른 의료 서비스 제공자가 저희의 플랜을 떠나는 경우 귀하가 의료 서비스 제공자에게 배정되었고, 의료 서비스 제공자로부터 현재 진료를 받고 있으며 또는 지난 3개월 이내에 의료 서비스 제공자를 본 적이 있다면 알려드립니다.
- 저희는 가입자가 자신의 건강 관리 요구 사항을 계속 관리할 수 있는 자격을 갖춘 새로운 네트워크 의료 서비스 제공자를 선택하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 귀하가 현재 의료 서비스 제공자로부터 의료 치료 또는 요법을 받고 있는 경우 귀하는 요청할 권리가 있으며 저희는 귀하가 받고 있는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 보장하기 위해 귀하와 협력합니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 다양한 등록 기간과 플랜을 변경할 수 있는 옵션에 대한 정보를 제공할 것입니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 자격이 있는 네트워크 전문의를 찾을 수 없는 경우, 저희는 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의학적 필요를 충족하기에 부적절할 때 귀하에게 진료를 제공할 네트워크 외 전문의를 추천해야 합니다. 적절한 **Medical Group**의 피지명자는 보장된 서비스가 의학적으로 필요하지 그리고 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공할 수 없는 것인지 판단한 후 해당 서비스를 허가할 것입니다. 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰는 특정 치료 플랜을 위한 것이며, 여기에는 지속적인 의료 서비스가 처방된 경우 상시 진료 의뢰가 포함됩니다. 추가 승인 없이 진료 의뢰 기간을 지정합니다. 확실하지 않으면 네트워크 의료 서비스 제공자에게 어떤 서비스가 승인되었는지 문의하십시오. 외부 네트워크 전문의가 가입자에게 추가 진료를 위해 다시 내원할 것을 요청하는 경우, 진료 의뢰가 추가 진료를 보장하는지를 확인하시기 바랍니다. 보장이 되지 않는 경우, 네트워크 의료 서비스 제공자에게 문의하시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 당사가 가입자의 이전 의료 서비스 제공자를 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자로 교체하지 않았거나 가입자의 치료를 잘 관리하지 못한다고 생각하면 가입자는 QIO, 치료 품질 고충 위원회 또는 둘 다에 치료 품질에 대한 불만을 제기할 권리가 있습니다. (자세한 내용은 제 9 장을 참조하십시오.)

가입자가 이용 중인 의료 서비스 제공자 중 하나가 당사 플랜에서 탈퇴하는 경우 당사로 문의해 주십시오. 가입자가 새로운 의료 서비스 제공자를 찾고 진료를 관리하는 데 저희가 도움을 드릴 수 있습니다. 오전 8 시~오후 8 시, 주 7 일 운영하는 **1-800-443-0815 (TTY 711)**번으로 연락을 주시기 바랍니다.

#### D4. 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 공급자

네트워크 외 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 해당 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 에 참여할 자격이 있어야 합니다.

- 저희는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 에 참여할 자격이 없는 의료 서비스 제공자에게는 비용을 지불할 수 없습니다.
- Medicare 에 참여할 자격이 없는 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 가입자가 본인이 받는 서비스의 비용 전액을 지불해야 합니다.
- Medicare 에 참여할 자격이 없는 의료 서비스 제공자의 경우 가입자에게 해당 사실을 알려야 합니다.

외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게 받으시는 의료 서비스는 다음 상황이 아닌 경우에는 보장되지 않습니다.

- 가입자께서 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받으신 응급 의료 서비스 또는 긴급 진료 서비스인 경우. 이에 대한 자세한 정보 및 응급 의료 서비스 또는 긴급 진료 서비스가 의미하는 바에 대해서는 이 장의 **D1** 를 참조하시기 바랍니다.
- 저희 또는 Medical Group 은 이 장의 **섹션 D2** 에 설명된 대로 네트워크 외 의료 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰를 허가합니다.
- 가입자가 일시적으로 저희 서비스 지역 외에 있을 때 Medicare 승인 투석 시설에서 신장 투석 서비스를 받은 경우.
- 다른 Kaiser Permanente Region 의 서비스 지역을 방문하시는 경우, 해당 서비스 지역의 지정된 의료 서비스 제공자에게 본 가입자 안내서에 보장된 특정 Medicare 보장 진료를 받으실 수 있습니다. 보장 정보 및 설비 위치를 포함하여 다른 Kaiser Permanente Region 서비스 지역을 방문하여 치료를 받는 경우에 관해 자세히 알고 싶으신 경우, 지역 외 여행 라인 **19512683900(TTY 711)**(공휴일 제외 주 7 일, 하루 24 시간 연중무휴 운영)으로 문의하시거나 웹사이트 **kp.org/travel** 을 방문하시기 바랍니다. Kaiser Permanente 는 California, District of Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia 및 Washington 에 위치하고 있습니다. 참고: 저희의 지역 외 여행 라인은 또한 환급을 받는 방법을 포함하여 네트워크 외부에서 받는 보장되는 응급 또는 긴급 치료 서비스에 대한 질문에 답변할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- **Medi-Cal** 서비스의 경우 응급 서비스 또는 특정한 민감한 치료 서비스를 받기 위해 진료 의뢰 또는 사전 승인 없이 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 찾아갈 수 있습니다. 또한 가입자는 당사의 서비스 지역이 아닌 지역에 있을 때 외부 지역 긴급 진료를 받기 위해 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 찾아갈 수 있습니다. 외래 환자 정신 건강 서비스가 필요한 경우에는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 찾아가거나 사전 승인 없이 카운티 정신 건강 의료 보험 제공자를 찾아갈 수 있습니다. 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자가 제공하는 기타 모든 서비스의 경우 진료 의뢰 또는 사전 승인을 받아야 하며, 그러지 않은 경우 해당 서비스는 보장되지 않습니다.
- **참고:** 가입자가 아메리칸 인디언인 경우 진료 의뢰 없이 당사 의료 서비스 제공자 네트워크 외부에 있는 원주민 의료 제공자의 치료를 받을 수 있습니다.

## E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS 는 귀하가 집에 머물면서 병원이나 전문 요양 시설에 머무르지 않도록 도와드릴 수 있습니다. 귀하는 전문 요양 시설 치료, 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 지역사회 지원을 포함하여 저희 플랜을 통해 특정 LTSS 을 이용할 수 있습니다. 또 다른 유형의 LTSS 인 가정 내 지원 서비스 프로그램은 카운티 사회 복지 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

- LTSS 에 대한 자세한 내용은 담당 의사나 진료 조정자에게 문의하실 수 있습니다.

## F. 행동 건강(정신건강 및 화학 물질 사용 장애) 서비스

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 에서 보장하는 행동 건강 서비스와 Medi-Cal 에서 보장하는 경증에서 중등도의 행동 건강 상태를 위한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있도록 합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 에서 보장하는 전문 정신 건강 서비스를 보장하지 않지만 가입자는 카운티 정신 건강 의료 보험을 통해 해당 서비스를 이용할 수 있습니다. 카운티 정신 건강 플랜에서 제공하는 정신 건강 서비스에 대한 자세한 내용은 다음 연락처로 문의하십시오.

- Los Angeles 카운티 정신건강국: **1-800-854-7771(TTY 711)**
- Orange 카운티 정신건강 및 회복 서비스국: **1-855-625-4657(TTY 711)**
- Riverside 카운티 정신건강국: **1-800-706-7500(TTY 711)**
- San Bernardino 행동 건강부: **1-888-743-1478(TTY 711)**
- San Diego 카운티 행동 건강 서비스국: **1-888-724-7240(TTY 711)**

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**F1. 저희 플랜을 벗어나 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스**

전문 정신 건강 서비스를 이용하기 위한 기준을 충족하는 경우 가입자는 카운티의 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스를 이용할 수 있습니다.

- Medi-Cal 전문 정신건강 서비스, **Los Angeles** 카운티 정신건강국에서 보장, **1-800-854-7771(TTY 711)**
- Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스, **Orange** 카운티 정신건강 및 회복 서비스국에서 보장, **1-855-625-4657(TTY 711)**
- Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스, **Riverside** 카운티 정신건강국, **1-800-706-7500(TTY 711)**
- Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스, **San Bernardino** 행동 건강부, **1-888-743-1478(TTY 711)**
- Medi-Cal 전문 정신건강 서비스, **San Diego** 카운티 행동 건강 서비스국, **1-888-724-7240(TTY 711)**

**외래 서비스**

- 정신 건강 서비스(평가, 계획 개발, 요법, 재활 및 보조).
- 약물 치료 지원 서비스.
- 당일 집중 치료 서비스.
- 당일 재활 서비스.
- 위기 개입 서비스.
- 위기 안정화 서비스.
- 표적 증례 관리 서비스.
- 행동 치료 서비스.

**재가 서비스**

- 성인 재가 치료 서비스
- 위기 재가 치료 서비스.

**입원 서비스**

- 급성 정신과 입원 서비스.
- 정신과 입원 병원 전문인 서비스.
- 정신과 보건 시설 서비스.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 다음 사항을 통해 Medi-Cal 또는 Drug Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스를 이용할 수 있습니다.

- Los Angeles 카운티 정신건강국: **1-800-854-7771(TTY 711)**
- Orange 카운티 정신건강 및 회복 서비스국: **1-855-625-4657(TTY 711)**
- Riverside 카운티 정신건강국: **1-800-706-7500(TTY 711)**
- San Bernardino 행동 건강부: **1-888-743-1478(TTY 711)**
- San Diego 카운티 행동 건강 서비스국: **1-888-724-7240(TTY 711)**

Drug Medi-Cal 서비스는 다음과 같습니다.

- 집중 외래 치료 서비스.
- 재택 치료 서비스.
- 외래 비약물 치료 서비스.
- 마약 치료 서비스.
- 아편유사제 의존성에 대한 날트렉손 치료 서비스.

Drug Medi-Cal 체계적 전달 시스템 서비스는 다음과 같습니다.

- 외래 및 집중 외래 치료 서비스.
- 중독 치료를 위한 약(약물 보조 치료라고도 함).
- 재택/입원 치료.
- 금단 증상 관리.
- 마약 치료 서비스.
- 회복 서비스.
- 진료 조정.

위에 나열된 서비스 이외에도 기준을 충족하는 경우 자발적 약물 중독 입원 치료 서비스를 받을 수 있습니다.

## G. 이송 서비스

### G1. 비용급 상황에서 의료 이송

가입자는 자동차, 버스, 기차 또는 택시를 이용해 의료 예약 장소로 이동할 수 없는 의학적 필요가 있는 경우 비용급 의료 이송 서비스를 받을 자격이 있습니다. 비용급 의료 이송은 의료, 치과, 정신건강, 약품 사용 및 약국 서비스 이용 예약 등 가입자의 보장 서비스 이용을 위해 제공될 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자, 치과 의사 또는 약품 사용 장애 서비스 제공자에게 문의하여 비용급 의료 이송을 요청할 수 있습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하가 필요로 하는 올바른 유형의 교통편을 결정할 것입니다. 비용급 의료 이송은 구급차, 들것이 들어가는 밴, 휠체어 밴 또는 항공 이송일 수 있습니다.

다음과 같은 경우에는 비용급 의료 이송을 사용해야 합니다.

- 예약을 위해 방문하는 데 버스, 택시, 자동차 또는 밴을 물리적 또는 의료적으로 이용할 수 없는 경우.
- 신체 장애 또는 정신 장애로 인해 가입자의 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.
- 네트워크 의사의 요청 및 사전 승인을 받음.

의사가 가입자에게 의료 이송이 필요하다고 결정한 경우 가입자를 위해 해당 의료 이송을 처방합니다. 의료 이송 예약 방법에 대한 자세한 내용을 알아보려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

### 의료 이송 제한

비용급의 경우, 저희는 자택에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료 서비스 제공자까지 이송이라는 의학적 필요를 충족하는 가장 저렴한 비용을 보장합니다. 즉, 예를 들어 휠체어 밴으로 신체적 또는 의료적으로 이송이 가능한 경우 저희는 구급차 비용은 부담하지 않습니다. 의학적으로 필요한 경우 항공 수송편이 보장됩니다. Medicare 또는 Medi-Cal 이 서비스를 보장하지 않는 경우 의료 이송을 이용할 수 없습니다.

Medi-Cal 이 진료 예약 유형을 보장하지만 건강 보험 플랜을 통해서도 보장하지 않는 경우, 저희는 의료 이송을 보장하지 않습니다. 그러나 필요한 교통편을 예약하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 서비스 지역에 의료 이송이 필요하거나 네트워크 외 의료 서비스 제공자에게 가야 하는 경우, 저희는 귀하에게 승인한 경우에만 의료 이송을 보장합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## G2. 비의료 이송

비의료 이송의 혜택에는 가입자의 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 예약 장소로 오고 갈 때의 이동. 다음과 같은 경우에는 무료로 이송 서비스가 제공됩니다.

- 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 받기 위한 예약 장소와 가입자 자택 간 이동 또는
- 처방약 및 의료 용품 수령

저희 플랜은 가입자의 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 비의료 예약 장소로 이동하기 위해 승용차, 택시, 버스, 또는 기타 공공적/민간적 방법을 사용하는 것을 허용합니다. 저희는 가입자의 필요에 맞는 가장 저렴한 비의료 이송 유형을 보장해 드립니다.

경우에 따라서는 가입자가 예약한 민간 차량 탑승에 대한 비용을 상환 받을 수 있습니다. 저희 플랜에서는 탑승 전 이러한 탑승을 승인해야 하며 가입자는 버스 등과 같이 다른 수단을 이용할 수 없는 이유를 설명해야 합니다. **직접 운전한 경우에는 상환 받을 수 없습니다.** 마일리지 상환을 받으려면 다음 정보가 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량 등록증
- 운전자의 차량 보험증

승인된 서비스를 받기 위해 이송을 요청하려면 예약 시간 전 영업일(월~금) 기준 최소 3일 이전에 이송 서비스 제공자에게 **1-844-299-6230(TTY 711)**번으로 전화해 주십시오. **긴급한 예약**의 경우에는 가급적 빨리 전화해 주십시오. 전화하실 때에는 다음 사항을 모두 확인하십시오.

- Kaiser Permanente ID 카드
- 의료 예약 날짜와 시간
- 픽업 장소 주소 및 목적지 주소
- 왕복 교통편이 필요한지 여부
- 동행하는 사람이 있는지(예: 부모님/법적 보호자 또는 간병인)

**참고:** 미국 원주민의 경우 비의료 이송을 요청하기 위해 현지 원주민 의료 클리닉으로 문의할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 비의료 이송 제한

저희 플랜에서는 자택에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료 서비스 제공자까지 이송이라는 가입자의 필요를 충족하는 가장 저렴한 비용을 제공합니다. **가입자가 직접 운전할 수 없으며 직접 상환 받을 수 없습니다.**

다음과 같은 경우 비응급 의료 이송 혜택이 적용되지 **않습니다**.

- 서비스를 받기 위해 앰블런스, 들것이 들어가는 밴, 휠체어 밴 또는 기타 비응급 의료 이송 형태가 필요한 경우.
- 신체 장애 또는 정신 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.
- 가입자가 휠체어에 타고 있어 운전자의 도움 없이는 차량에 승하차가 불가능한 경우.
- 이 Medicare 서비스는 당사에서 보장하지 않습니다.
- 이 서비스는 Medi-Cal 에서 보장하지 않습니다.

---

## H. 긴급하게 필요한 경우 또는 재난 발생 시 의료 응급 상황에서 보장되는 서비스

### H1. 의료 응급 상황에서의 치료

의료 응급 상황은 심한 고통 또는 심한 통증 등의 증상을 보이는 의학적 상태입니다. 해당 상태는 매우 심각하여 즉각적인 치료를 받지 않을 경우 가입자 또는 건강 및 약물에 대해 평균적인 지식을 갖춘 사람이면 누구나 다음과 같은 결과를 예측할 수 있습니다.

- 가입자의 건강 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 **또는**
- 신체 기능에 심각한 손상 초래; **또는**
- 신체 장기 또는 부위에 심각한 장애 발생; **또는**
- 다음과 같은 상황에서 진통이 있는 임산부의 경우:
- 가입자를 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족한 경우.
- 다른 병원으로 이송이 가입자 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우.

### 의료 응급 상황에서 보장되는 서비스

저희는 응급 상황 중 의료 서비스를 보장합니다. 가입자에게 응급 의료 서비스를 제공하는 의료진은 가입자의 상태가 안정적이며 의료 응급 상황을 벗어난 시기를 판단하게 될 것입니다. 미국 내외 어느 곳이든 가입자는 필요 시 응급 의료 진료에 대한 보장을 받을 수 있습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

의료 응급 상황 발생 시 다음 지침을 따르십시오.

- **가능한 빨리 도움을 받으십시오. 911**에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원에 내원하십시오. 필요하신 경우 앰블런스를 부르십시오. 전담 PCP의 승인 또는 진료 의뢰를 받으실 필요는 **없습니다**. 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용할 필요가 없습니다. 가입자는 미국 전역, 그 영토 또는 전 세계 어디에서든 적절한 주 면허를 취득한 모든 의료 서비스 제공자로부터 필요한 경우 항상 구급차 서비스를 비롯한 응급 치료를 받을 수 있습니다.

## 안정후 진료

가급적 빨리 가입자의 응급 상황을 저희 플랜에 알려주시기 바랍니다. 저희는 가입자의 응급 의료 서비스와 관련한 후속 조치를 할 것입니다. 가입자 또는 어느 누구든지 가입자의 응급 의료 서비스에 관해 저희에게 연락을 해주셔야 하며, 이는 보통 48 시간 이내에 이뤄져야 합니다. 해당 사실을 늦게 알려주시면 응급 서비스에 대한 비용을 지급 받을 수 없습니다. 가입자의 플랜 멤버십 카드 후면에 전화번호가 기재되어 있습니다.

저희는 응급 처치를 제공하는 의료진과 협력하여 가입자의 의료 서비스에 대한 관리와 후속 조치를 하도록 지원해드립니다. 응급 상황에서 벗어난 후에도, 가입자께서는 지속적으로 안정적인 상태를 유지하도록 후속 진료를 받으실 자격이 있습니다. 해당 의료진이 저희에게 연락하여 추가 치료 계획을 세울 때까지 계속해서 가입자를 치료합니다. 당사는 해당 법률에 따라 후속 안정 후 의료 서비스를 보장합니다. 가입자께서 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받기 전 안정 후 의료 서비스에 대해 허가를 받을 수 있도록 반드시 가입자의 의료 서비스 제공자가 저희에게 연락을 해줘야 합니다. 귀하를 치료한 의료 서비스 제공자는 저희가 안정후 진료에 대해 지불하기 전에 저희로부터 승인을 받아야 합니다. 대부분의 경우, 외부 네트워크 의료 서비스 제공자나 저희가 가입자의 잠재적 책임에 관해 가입자에게 통지해드린 경우, 가입자께서는 재정적인 책임만을 지시게 됩니다.

네트워크에 소속되지 않은 외부 의료 서비스 제공자로부터 안정후 진료를 받기 위한 사전 승인을 요청하려면 해당 서비스 제공자에게 **1-800-225-8883(TTY 711)**번으로 전화해야 합니다. Kaiser Permanente ID 카드 뒷면에 적힌 번호로 연락하셔도 됩니다. 의료 서비스 제공자는 귀하에게 서비스를 제공하기 전 저희에게 전화로 연락해야 합니다.

의료 서비스 제공자가 저희에게 전화하면, 저희가 귀하를 치료하고 있는 의사와 귀하의 건강 상태에 대해 이야기할 것입니다. 귀하에게 안정후 진료가 필요하다고 판단되는 경우, 저희는 이 서비스를 승인합니다. 일부의 경우, 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 통해 치료를 받도록 조정할 수도 있습니다.

저희가 네트워크 병원, 숙련 간호 시설 또는 다른 의료 서비스 제공자가 치료를 제공해야 한다고 결정한다면, 귀하를 의료 서비스 제공자에게 보내드리기 위해 의학적으로 필요한 운송 서비스를 승인할 수도 있습니다. 여기에는 일반적으로는 보험 혜택이 적용되지 않는 운송 서비스가 포함될 수도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

의료 서비스 제공자에게 저희가 어떤 치료(이송 서비스 포함)를 승인했는지 반드시 물어보십시오. 저희는 저희가 승인한 서비스 또는 관련 운송 서비스만 보장합니다. 귀하가 보험이 적용되지 않는 서비스를 요청해 이용하는 경우, 저희는 해당 서비스에 대해서는 서비스 제공자에게 그 비용을 지불하지 않습니다.

내구성 의료 장비("DME")는 다음 조건이 모두 충족되는 경우에만 안정 후 치료 관리로 볼 수 있습니다.

- DME 품목은 본 가입자 안내서 제 4 장에 나와 있습니다.
- 퇴원 후 의료상으로 필요해 소지해야 하는 DME 품목
- 병원에서 받은 응급치료와 관련이 있는 DME 품목

### 응급 상황이 아닌데 응급 치료를 받은 경우

종종 의료 또는 행동 건강 응급 상황인지 아닌지 파악하기 힘든 경우가 있습니다. 응급 상황인줄 알고 갔는데 의사가 응급 상황이 아니라고 말할 수 있습니다. 가입자가 본인의 건강에 심각한 위험이 있다고 합리적으로 판단한 경우에는 저희가 해당 치료를 보장합니다.

의사가 응급 상황이 아니라고 판단한 후에는 다음과 같은 경우에만 추가 비용을 보장해 드립니다.

- 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 또는
- 가입자가 받은 추가 치료가 "긴급하게 필요한 치료"로 간주되며 가입자가 해당 서비스를 받을 때 규정을 따른 경우. 다음 섹션 참조.

## H2. 긴급하게 필요한 치료

긴급하게 필요한 치료는 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 상황에 받는 치료입니다. 예를 들어, 주말에 기존에 가지고 있던 질병 또는 심한 인후통이 갑자기 발현하여 치료가 필요할 수 있습니다.

### 당사 플랜의 서비스 지역 내에서 받은 긴급하게 필요한 치료

대부분의 경우 저희는 다음과 같은 상황에서만 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다.

- 가입자가 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 치료를 받은 경우 및
- 이 장에서 설명한 규칙에 따른 경우.

네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없거나 이용하는 것이 합리적이지 않은 경우 저희는 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 받은 긴급하게 필요한 치료를 보장할 것입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
kp.org/medicare 를 방문하십시오.

간혹 가입자에게 어떤 유형의 의료 서비스가 필요한지 파악하기 힘든 경우가 있습니다. 이럴 때에는 전화 상담 간호사를 통해 도움을 받으시기 바랍니다. 저희 상담 간호사는 의학적 증상을 평가하고 의학적으로 적절한 경우 전화 상으로 상담을 제공하도록 특별히 훈련을 받은 등록된 간호사입니다. 상담이나 진료 예약 모두 상담 간호사에게 전화로 문의하실 수 있습니다.

상담 간호사는 종종 사소한 우려 사항에 관해 답변을 드릴 수도 있으며, 네트워크 시설이 문을 닫은 경우 어떻게 해야 할 지 안내해드리거나 그 다음에는 어떻게 해야 할 지 조언을 드릴 수도 있습니다. 또한 의학적으로 적절한 경우 당일 긴급 의료 서비스 예약을 해드릴 수도 있습니다. 주 7 일, 하루 24 시간 상담 간호사와 상담하거나 상담을 예약하려면 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**에 수록된 예약 및 상담 전화번호를 참조하시기 바랍니다.

### 저희 플랜의 서비스 지역 밖에서 받은 긴급하게 필요한 진료

당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우에는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받을 수 없습니다. 이러한 경우 당사 플랜에서는 어떤 의료 서비스 제공자든 상관 없이 가입자가 받은 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다.

저희 플랜은 다음과 같은 상황에서 받는 미국 외 지역에서 전 세계 긴급 진료 서비스를 보장해 드립니다.

- 귀하가 일시적으로 서비스 지역 외부에 있는 경우.
- 귀하의 건강 상태가 심각히 악화되는 것을 방지하기 위해 예기치 못한 질병 또는 상해 치료에 필요한 서비스.
- 저희 서비스 지역으로 돌아오기까지 치료를 미루는 것이 합리적이지 않은 경우.
- 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받을 수 있었던 서비스를 받은 경우.

### H3. 재난 발생 시의 치료

캘리포니아의 주지사, 미국 보건복지부 장관, 또는 미합중국 대통령이 재난 상황 또는 거주하시는 지역의 위기 상황을 선포하는 경우에도 가입자께서는 저희 플랜의 진료를 받으실 자격을 보유하게 됩니다.

위기 상황 선포 중 필요한 치료를 받는 방법은 저희 웹사이트 당사 웹사이트를 참조하십시오. **kp.org**.

위기 상황 선포 중 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 내부 네트워크 비용 부담금을 내고 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자의 치료를 받을 수 있습니다. 위기 상황 선포 중 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 가입자는 외부 네트워크 약국에서 처방약을 조제 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## I. 저희 플랜에서 보장하는 서비스 비용이 가입자에게 직접 청구된 경우 해야 할 일

의료 서비스 제공자가 저희 플랜에 청구서를 보내지 않고 가입자에게 보낸 경우 가입자는 저희에게 해당 청구서의 저희 비용 분담금을 지급할 것을 요청해야 합니다.

이러한 경우 가입자가 청구서의 비용을 직접 지불하면 안 됩니다. 직접 지불한 경우 저희가 환불해 드리지 못할 수 있습니다.

보장 서비스의 비용을 지불한 경우, 보장 서비스의 본인 플랜 비용 분담금보다 더 많이 지불한 경우, 보장 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우 가입자 안내서 제 7 장에서 해야 할 일을 확인하십시오.

### II. 저희 플랜에서 서비스를 보장하지 않는 경우 해야 할 일

저희 플랜에서는 다음과 같은 서비스는 모두 보장합니다.

- 의학적으로 필요한 것으로 판단되는 서비스 및
- 의료 보험 혜택표에 나와 있는 서비스(가입자 안내서 제 4 장 참조) 및
- 플랜 규정에 따라 받은 서비스.

저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받은 경우 가입자가 직접 전체 비용을 지불합니다.

당사가 의료 서비스 또는 치료 비용을 지급하는지 알고 싶다면 가입자는 언제든지 문의할 권리가 있습니다. 또한 가입자께서는 이를 서면으로 문의할 권리가 있습니다. 가입자가 받은 서비스에 대한 비용 부담을 저희가 거부하는 경우 가입자에게는 거절 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

본 가입자 안내서 제 9 장에서는 저희가 의료 서비스 또는 의료 품목을 보장하길 원하는 경우 가입자가 해야 할 일에 대해 설명합니다. 또한 당사의 보장 결정에 대해 이의를 제기하는 방법도 설명합니다. 가입자의 이의 신청 권리에 대해 자세히 알아보려면 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.

당사는 특정 한도까지 일부 서비스 비용을 지급합니다. 한도를 초과한 경우 해당 유형의 서비스를 더 받으려면 가입자가 전체 비용을 부담합니다. 특정 혜택 제한에 대해 제 4 장을 참조하십시오. 혜택 한도 및 가입자가 이미 받은 혜택 금액이 궁금하면 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
kp.org/medicare 를 방문하십시오.

## J. 임상 연구에서 건강 관리 서비스의 보장 범위

### J1. 임상 연구의 정의

임상 연구("임상 시험"이라고도 함)는 새로운 유형의 치료 또는 약물을 시험하는 방법입니다. Medicare 에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 해당 연구에 참여할 지원자를 모집합니다.

가입자가 참여하기를 원하는 임상 연구를 Medicare 에서 승인하면 해당 임상 연구 관계자가 가입자에게 연락합니다. 임상 연구 관계자는 가입자에게 임상 연구에 대해 설명하고 가입자가 참여할 자격이 되는지 알아봅니다. 필요한 조건을 충족하기만 하면 가입자는 임상 연구에 참여할 수 있습니다. 가입자는 임상 시험에서 본인이 해야 할 일을 이해하고 이에 동의해야 합니다.

임상 연구에 참여 중 가입자는 저희 플랜에 등록 상태를 유지할 수 있습니다. 따라서 저희 플랜은 계속해서 임상 연구와 관련이 없는 서비스 및 치료를 보장해 드립니다.

Medicare 가 승인한 임상 연구에 참여하기를 원하시는 경우 가입자는 저희에게 알려주시나 1 차 진료 제공자의 승인을 받을 필요가 없습니다. 임상 연구의 일부로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 서비스 제공자는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자일 필요가 없습니다. 여기에는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 레지스트리를 구성 요소로 포함하여 저희 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않는다는 점에 유의하십시오. 여기에는 국가 보장 결정(NCD) 및 검사 기기 시험(IDE)에 명시된 특정 혜택이 포함되며 사전 승인 및 기타 플랜 규칙이 적용될 수 있습니다.

가입자는 임상 연구에 참여하기 전 당사에 알릴 것을 권장합니다.

Original Medicare 의 등록자를 위해 보장되는 임상 연구에 참여할 계획이라면 저희는 귀하 또는 귀하의 진료 조정자가 가입자 서비스에 연락하여 임상 시험에 참여할 것을 알려 주도록 권장합니다.

### J2. 임상 연구에 참여할 경우 서비스 비용 지급

Medicare 에서 승인한 임상 연구에 지원한 경우 가입자는 해당 임상 연구에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다. Medicare 에서 해당 임상 연구에서 보장하는 서비스와 가입자의 치료와 관련된 일상적인 비용을 지불합니다. Medicare 가 승인한 임상 연구에 참여한 후 가입자는 연구의 일환으로서 받게 되는 대부분의 서비스 및 품목에 대해 보장을 받습니다. 이 같은 문제에는 다음이 포함됩니다:

- 가입자가 임상 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare 가 부담하게 되었을 병원 입원 시의 숙식 요금.
- 임상 연구의 일환인 경우 수술 또는 기타 의료 절차.
- 새로운 치료법으로 인한 부작용 및 합병증의 치료.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

Medicare 에서 승인하지 않은 임상 연구에 참여 중인 경우에는 가입자가 해당 연구에 참여함으로써 발생하는 모든 비용을 부담해야 합니다.

### J3. 임상 연구에 대한 자세한 내용

임상 연구에 참여하는 방법에 관한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 웹사이트([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf))에서 "Medicare & Clinical Research Studies(Medicare 와 임상 연구)"를 읽어보시기 바랍니다. 또한 주 7 일, 24 시간 연중무휴로 운영되는 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해주십시오.

## K. 종교적 비의료 기관에서 건강 관리 서비스를 보장 받는 방법

### K1. 종교적 비의료 기관의 정의

종교적 비의료 기관은 병원 또는 전문요양시설에서 일반적으로 받을 수 있는 치료를 제공하는 곳을 의미합니다. 병원 또는 전문요양시설에서 받는 치료가 가입자의 종교적 신념에 반하는 경우 저희는 종교적 비의료 기관에서 받는 치료를 보장해 드립니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 서비스(비의료 서비스)에만 해당됩니다.

### K2. 종교적 비의료 기관에서 받는 치료

종교적 비의료 기관에서 의료 서비스를 받으려면 가입자는 반드시 "예외가 아닌" 의료 치료를 받는 것에 반대함을 나타내는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- "예외가 아닌" 치료는 자발적이며 연방, 주, 현지 법률이 요구하지 않는 모든 진료입니다.
- "예외인" 의료 치료는 자발적으로 받는 것이 아니거나 연방, 주, 현지 법률이 요구하는 치료입니다.

저희 플랜의 보장을 받으려면, 종교적 의무 의료 기관으로부터 가입자가 제공받는 의료 서비스는 반드시 다음의 조건을 만족해야 합니다.

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 반드시 Medicare 의 인증을 받아야 합니다.
- 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 치료의 비종교적인 측면에 한정됩니다.
- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받는 경우:
- 가입자의 질병이 병원 입원 의료 서비스 또는 전문요양시설 의료 서비스와 관련하여 보장되는 서비스가 필요한 질병이어야 합니다.
- 그리고 가입자는 시설에 입원하기 전 저희 플랜으로부터 사전 승인을 반드시 받아야 하며 그렇지 않은 경우 가입자의 입원 비용은 보장되지 않습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



**참고:** 보장된 서비스는 동일한 한계를 지니며 제 4 장과 제 12 장에 설명된 것처럼 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공한 서비스에 대해서는 비용 분담을 하게 됩니다.

## L. 내구성 의료 장비(DME)

### L1. 플랜 가입자에게 제공되는 DME

내구성 의료 장비("DME")는 다음 기준을 충족하는 품목입니다.

- 이 품목은 반복 사용을 위한 것입니다
- 이 품목은 의료 목적을 위해 주로, 그리고 통상적으로 사용됩니다
- 이 품목은 일반적으로 질병이나 부상을 당한 개인에게만 유용합니다
- 가정에서 사용하기에 적합한 품목입니다
- 이 품목은 일상 생활 활동(Activities of daily living, ADL)에서 가입자를 돕는 데 필요합니다.

사전 승인이 필요한 내구성 의료 장비 보험 적용은 귀하의 의학적 필요에 적절하게 부합하는 최저가 용품에 한합니다. 판매자는 저희가 선택합니다. 당사가 더 이상 장비를 보장하지 않을 경우, 귀하는 해당 장비를 당사에 반환하거나 공정 시장 가격을 지불해야 합니다.

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 환자 용품, 가정 내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대, 정맥내(Intravenous, IV) 주입 펌프, 음성 재생 장치, 산소 호흡 장비 및 소모품, 네블라이저, 보행기와 같이 의료 서비스 제공자가 주문한 의학적으로 필요한 품목이 포함됩니다.

가입자는 보조기와 같은 특정 품목을 항상 소유합니다.

본 섹션에서는 가입자가 임대한 DME 대해 알아볼 것입니다. Original Medicare에서는, 특정 유형의 DME를 임대하신 분은 해당 품목에 대해 13개월간 정률 본인 부담금을 지급한 후에는 해당 장비를 소유하게 됩니다. 저희 플랜의 가입자는 해당 장비의 임대 기간에 상관 없이 DME를 소유하지 않습니다.

저희 플랜에 가입하기 전 Medicare에서 제공하는 DME를 최대 12개월 동안 이용했다 하더라도 가입자가 해당 장비를 소유할 수는 없습니다.

### L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME의 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME를 임대한 사람들은 13개월 후에 DME를 소유하게 됩니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서 플랜은 사람들이 특정 유형의 DME를 소유하기 전에 임대해야 하는 개월 수를 설정할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
kp.org/medicare 를 방문하십시오.

**참고:** Original Medicare 및 MA 플랜의 정의는 제 12 장에서 확인하실 수 있습니다. *Medicare & You 2024* 안내서에서 이에 대한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 이 소책자가 없으시면 Medicare 웹사이트([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) 또는 주 7 일 하루 24 시간 연중무휴로 운영되는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**에 연락하시길 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해주십시오.

Medi-Cal 를 선택하지 않았다면 다음과 같은 경우 DME 품목을 소유하려면 Original Medicare 에 따라 연속으로 13 회 비용을 지불하거나 MA 플랜에서 설정한 연속 지불 횟수만큼 지불해야 합니다.

- 가입자가 저희 플랜을 이용하는 동안 DME 품목의 소유자가 되지 않은 경우 및
- 가입자가 저희 플랜을 떠나 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜의 건강 보험 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 받는 경우.

저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 MA 플랜에 따라 DME 품목에 대한 비용을 지불한 경우, **Original Medicare 또는 MA 플랜 지불은 저희 플랜을 떠난 후 지불해야 하는 비용에 포함되지 않습니다.**

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare 에서 연속으로 13 회 새로 비용을 지불하거나 MA 플랜에서 설정한 새로운 비용을 연속으로 여러 번 지불해야 합니다.
- 가입자께서 Original Medicare 또는 MA 플랜으로 다시 전환을 한 경우에도 이 사례에는 예외가 적용되지 않습니다.

### L3. 플랜 가입자에게 제공되는 산소 호흡 장비 혜택

Medicare 에서 보장하는 산소 호흡 장비 혜택을 받을 자격이 있는데 저희 플랜에 가입한 경우 저희가 보장하는 내역은 다음과 같습니다.

- 산소 장비 대여.
- 산소 및 산소 함량의 전달.
- 산소 및 산소 내용물의 전달을 위한 튜브 및 관련 부속품
- 산소 장비의 유지 보수 및 수리.

의학적으로 더 이상 필요 없는 경우 또는 저희 플랜에서 탈퇴하는 경우 산소 호흡 장비를 반납해야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

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

산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한데 **저희 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare 로 전환하는 경우** 공급업체로부터 36 개월 동안 임대합니다. 가입자가 부담하는 월 임대료에는 산소 호흡 장비 및 물품과 위에 나열된 서비스 비용이 포함됩니다.

**36 개월 동안 임대한 이후에도** 산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한 경우 공급업체에서는 다음 항목을 제공해야 합니다.

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

**5 년의 보장 기간이 종료된 시점에서** 계속 산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한 경우:

- 공급업체에서는 더 이상 제공할 의무가 없으며 가입자가 임의의 공급업체에서 교체 장비를 대여할지 선택할 수 있습니다.
- 5 년의 기간이 새로 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36 개월 동안 임대합니다.
- 공급업체에서는 추가 24 개월 동안 산소 호흡 장비, 물품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 호흡 장비가 의학적으로 필요할 때까지 5 년의 임대 주기가 새로 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **저희 플랜을 떠나 다른 MA 플랜으로 전환하는 경우**, 플랜은 최소한 Original Medicare 가 보장하는 사항을 보장합니다. 새 MA 플랜에서 보장하는 산소 장비 및 공급품과 비용이 얼마인지 물어볼 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## 제 4 장: 혜택표

### 소개

이 장에서는 저희 플랜에서 보장하는 서비스, 해당 서비스에 대한 모든 제한 및 한도 그리고 각 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용이 나와 있습니다. 또한 저희 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 나와 있습니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

**Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 신규 가입자:** 대부분의 경우 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 에 등록해달라고 요청한 달의 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 위한 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜에 등록됩니다. 가입자는 한 달 동안 추가로 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 이후 가입자는 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 을 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 연락해 주시기 바랍니다. 시간은 주 7 일간 오전 8 시부터 오후 8 시까지입니다.

### 제 4 장 목차

A. 보장 서비스 및 자기 부담금.....	68
A1. 공중 보건 응급 상황 시.....	68
B. 보장 서비스에 대해 가입자에게 비용을 청구한 의료 서비스 제공자에 대한 규정.....	68
C. 플랜의 의료 보험 혜택표 정보.....	69
D. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표.....	71
E. 저희 플랜 범위 외의 보장 혜택.....	139
E1. 캘리포니아 커뮤니티 전환(CCT).....	139
CCT 전환 조정 서비스의 경우.....	139
CCT 전환과 관련 없는 서비스의 경우.....	139
의약품 보장 혜택은 변동 없음.....	139
E2. Medi-Cal Dental 프로그램.....	140

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



E3. 호스피스 진료 ..... 140

E4. 가정 내 지원 서비스(IHSS)..... 141

E5. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS) 면제 프로그램..... 142

E6. 지역 교육국(Local Education Agency, "LEA") 평가 서비스 ..... 144

E7. Title 22 CCR 섹션 51360 에 명시된 LEA 서비스 ..... 144

E8. 실험실 서비스는 주 혈청 알파 태아 단백 시험 프로그램에 따라 제공됩니다. .... 145

E9. 기도 또는 영적 치유 ..... 145

F. 저희 플랜이나 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택..... 145

DeltaCare USA 제외 사항..... 150

## A. 보장 서비스 및 자기 부담금

이 장에서는 저희 플랜에서 보장하는 서비스, 각 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용이 나와 있습니다. 또한 보장되지 않는 서비스에 대해서도 나와 있습니다. 약품 혜택에 대한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오. 또한 일부 서비스에 대한 한도도 설명합니다.

일부 서비스의 경우 가입자에게 코페이라고 하는 자기 부담금이 청구됩니다. 이는 해당 서비스를 받을 때마다 가입자가 지불해야 하는 고정 비용입니다(예: \$5). 코페이는 의료 서비스를 받을 때 지불합니다.

보장되는 서비스를 파악하는 데 도움이 필요한 경우 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화해 주십시오.

### A1. 공중 보건 응급 상황 시

질병으로 인해 공중 보건 응급 상황이 선포되는 경우, 다음 서비스를 무료로 보장해 드립니다.

- 미국 예방 서비스 태스크 포스의 "A" 또는 "B" 권장 사항에 따른 예방 접종을 포함한 예방 서비스.
- 공중 보건 응급 상황의 대상이 되는 질병의 선별, 검사, 진단에 필요한 서비스 및 제품.
- 미국 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)가 질병 치료를 위해 승인하거나 응급 사용 허가를 받은 치료제.

## B. 보장 서비스에 대해 가입자에게 비용을 청구한 의료 서비스 제공자에 대한 규정

저희 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자에게 보장 서비스에 대해 비용을 청구할 수 없습니다. 당사는 저희 의료 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급하고 가입자에게 어떠한 비용도 청구되지 않도록 합니다. 이는 의료 서비스 제공자가 해당 서비스에 대해 청구하는 것보다 더 적은 비용을 당사가 지급하는 경우에도 해당합니다.

의료 서비스 제공자는 보장되는 서비스에 대해 가입자에게 청구서를 보내면 안 됩니다. 청구서를 받은 경우 본 가입자 안내서 제 7 장을 참조하거나 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## C. 플랜의 의료 보험 혜택표 정보

의료 보험 혜택표에는 당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스가 나와 있습니다. 이 표에는 보장되는 서비스가 사전순으로 정리되어 있으며 설명도 함께 나와 있습니다.

다음 규칙이 충족되면 당사는 의료 보험 혜택표에 나와 있는 서비스 비용을 부담합니다.

- 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 에 설정된 규정에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 보장합니다.
- 가입자가 받은 서비스(진료, 서비스, 의료 용품, 의료 장비 및 파트 B 처방 약물 포함)는 반드시 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. "의학적으로 필요"라고 하는 것은 서비스, 물품 및 의약품이 가입자의 질병을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.
- 가입자는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사와 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. 대부분의 경우 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 치료는 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 치료가 아니거나 가입자의 플랜 또는 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 소개하지 않는다면 보장되지 않습니다. 이 **가입자 안내서 제 3 장**에는 네트워크 소속 및 네트워크외 의료 서비스 제공자에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.
- 가입자에게 치료를 제공하고 관리하는 1 차 진료 제공자(PCP) 또는 의료팀이 있습니다. 대부분의 경우 가입자가 담당 PCP 가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하거나 플랜의 네트워크 소속 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려면 담당 PCP 가 가입자에게 사전 승인을 제공해야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 이 **가입자 안내서 제 3 장**에는 진료 소개서 받기 및 진료 소개서가 필요없는 경우에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.
- 당사는 가입자의 담당의 또는 다른 네트워크 소속 의료 서비스 제공자가 사전에 당사의 승인을 받을 경우에만 보험 혜택표에 나열된 일부 서비스를 보장합니다. 이를 사전 승인(Prior Authorization, PA)이라고 합니다. 의료 보험 혜택표에서 PA 가 필요한 보장 서비스에는 각주(†)가 표시되어 있습니다. 또한 의료 보험 혜택표에 나열되지 않은 PA 가 필요한 기타 서비스를 포함하여 PA 에 대한 자세한 정보는 **제 3 장**을 참조하십시오.
- 모든 예방 서비스는 무료로 제공됩니다. 의료 보험 혜택표에서 예방 서비스 옆에는 사과 🍏 모양이 표시되어 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.


- **지역 사회 지원:** 지역 사회 지원은 개인별로 맞춤형된 진료 계획에 따라 제공될 수 있습니다. 지역 사회 지원은 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 설정입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 가입자에게 서비스를 받을 자격이 있는 경우 이러한 서비스를 가입자가 더욱 독립적으로 삶을 영위하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이러한 지원은 가입자가 **Medi-Cal** 에 따라 이미 받은 혜택을 대체하지 **않으며**, 일부 지역에서는 사용할 수 없습니다. 지역 사회 지원을 받을 수 없는 가입자도 있습니다. 지원 자격을 얻으려면 특정 기준을 충족해야 합니다. 지역 사회 지원에 대한 자세한 내용이 궁금하면 **PCP** 또는 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



**D. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표**

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>복부 대동맥류 스크리닝</b></p> <p>당사는 위험군에 대해 1 회 초음파 스크리닝에 대한 비용을 부담합니다. 저희 플랜은 가입자에게 특정 위험 요소가 있는 경우와 주치의, 의사 보조사, 전문 간호사 또는 임상 전문 간호사에게 진료 의뢰를 받은 경우에 스크리닝을 보장해드립니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p><b>만성 요통 치료를 위한 침술 치료†</b></p> <p>저희는 월 최대 2 회까지 외래 환자에 대한 침술 서비스를 제공하고 의학적으로 필요한 경우에는 제공 횟수가 늘어날 수 있습니다.</p> <p>또한 다음과 같은 만성 요통이 있는 경우 90 일 동안 최대 12 회 침술 치료 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 주 이상 지속되는 경우</li> <li>• 비특이적인 경우(전이성, 염증성 또는 감염성 질병과 관련이 없음 등과 같이 특정할 수 있는 전신적 원인이 없음)</li> <li>• 수술과 관련이 없는 경우 및</li> <li>• 임신과 관련이 없는 경우</li> </ul> <p>또한 저희는 가입자의 요통 증상이 개선되는 경우 8 회의 추가 침술 치료 비용을 부담합니다. 만성 요통 치료를 위한 해에 받을 수 있는 침술 치료 횟수는 최대 20 회입니다.</p> <p>더 이상 호전되지 않거나 악화되는 경우 침술 치료를 중단해야 합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medicare</b> 에서 보장하지 않는 침술†</p> <p>당사는 일반적으로 구역질 치료 또는 만성 통증 치료를 위한 종합적인 통증 관리 프로그램의 일부로만 제공되는 침술 서비스를 보장합니다.</p> <p>또한 <b>Medi-Cal</b> 보장을 통해 침술 서비스를 이용할 수도 있습니다. <b>Medi-Cal</b> 에 따라 당사는 일반적으로 인정되는 질병으로 인해 발생하는 지속적이고 심각한 만성 통증을 방지, 개선 또는 완화하기 위해 의학적으로 필요한 침술 서비스를 보장합니다. 외래 침술 서비스에는 진료 의뢰 또는 사전 허가가 필요하지 않습니다. 이러한 침술 서비스는 당사 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 또는 <b>American Specialty Health</b> 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 통해 받는 경우 보장됩니다. <b>Medi-Cal</b> 에서 보장하는 침술 서비스에 대한 자세한 내용은 <b>1-800-678-9133(TTY 711)</b>으로 <b>American Specialty Health</b> 에 문의해 주시기 바랍니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medi-Cal 에 따라 보장되는 민감한 성인 치료</b></p> <p>성인(만 18 세 이상)은 특정 민감한 치료 또는 사적인 치료를 받기 위한 PCP 방문을 꺼릴 수 있습니다. 이러한 경우 다음 치료 유형을 담당하는 의사 또는 클리닉을 선택할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 가족 계획/피임(불임 서비스 포함)</li> <li>● 임신 테스트 및 상담</li> <li>● HIV/AIDS 예방/테스트/치료</li> <li>● 성매개감염병 예방/테스트/치료</li> <li>● 성폭행 진료</li> <li>● 외래 임신 중절 서비스</li> </ul> <p>임신 테스트, 가족 계획 서비스, 피임 서비스 또는 성매개감염병 치료 서비스의 경우 의사 또는 클리닉이 Kaiser Permanente 네트워크 소속일 필요가 없습니다. 가입자는 아무 Medi-Cal 의료 서비스 제공자 중에서 선택하고 진료 의뢰 또는 사전 허가 없이 방문할 수 있습니다. Kaiser Permanente 네트워크 소속이 아닌 Medi-Cal 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스 연락 센터로 전화해 주십시오.</p> <p>네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자의 민감한 치료와 관련이 없는 서비스는 보장 대상이 아닙니다. 이러한 서비스를 제공하는 의사 또는 클리닉을 찾는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스 연락 센터에 문의해 주시기 바랍니다. 또한 주 7 일로 하루 24 시간 언제든지 예약 및 상담 전화로 전화해 면허가 있는 의료 전문가와 상담할 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>알코올 오용 스크리닝 및 상담</b></p> <p>당사는 알코올을 오용하고 있지만 알코올 의존증은 아닌 성인에 대한 알코올 오용 스크리닝(SABIRT) 1 회에 대한 비용을 부담합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다.</p> <p>알코올 오용 스크리닝 결과가 양성인 경우 가입자는 자격을 갖춘 1 차 진료 제공자(PCP) 또는 개업의가 일차 진료 시설에서 제공하는 대면 상담 세션을 연 4 회까지 받으실 수 있습니다(가입자가 상담을 받을 수 있어야 하며 상담 중 맑은 정신 상태를 유지할 수 있어야 함).</p> <p>Medicare 의 보장 범위를 벗어나는 추가 상담 및 치료 서비스가 필요한 경우 카운티 정신 건강 플랜을 통해 서비스를 받을 수도 있습니다. 카운티에서는 의학적 필요 규정을 충족하는 Medi-Cal 가입자에게 화학 물질 사용 장애 서비스를 제공합니다. 온라인으로 모든 카운티의 전화번호를 찾으려면 다음 웹사이트를 방문하십시오.</p> <p><b><a href="http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx</a></b></p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>앰블런스 서비스</b></p> <p>보장되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터)이 포함됩니다. 앰블런스는 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 곳으로 환자를 이송합니다.</p> <p>치료 장소로 이동하기 위해 다른 방법을 사용했을 때 가입자의 건강 또는 생명이 위협해질 수 있을 만큼 가입자의 상태가 심각해야 합니다.</p> <p>다른 사례(비응급 상황)에 구급차 서비스를 이용하려면 저희의 승인이 필요합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 저희가 앰블런스 서비스에 대한 비용을 부담할 수 있습니다. 치료 장소로 이동하기 위해 다른 방법을 사용했을 때 가입자의 건강 또는 생명이 위협해질 수 있을 만큼 가입자의 상태가 심각해야 합니다. 비응급 이송에 관한 추가 정보는 <b>제 3 장</b>을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>가입자께서 응급 의료 상황에 처해있으며 가입자 자신의 상태로 인해 앰블런스 이송 서비스의 의료 지원이 필요하다고 합리적으로 판단할 시, 저희는 또한 사전 허가 없이 전 세계 어디서든 면허를 보유한 앰블런스 서비스를 보장해드립니다(가능한 경우 911 응급 구조 시스템을 통한 이송을 포함).</p>	<p>가입자가 Medi-Cal 에 따라 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. 그렇지 않으면 가입자는 편도 이송당 <b>\$150</b> 를 부담해야 합니다.</p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스		가입자의 필수 부담금
 <p><b>연례 정기 신체 검사</b></p> <p>정기 신체 검사가 일반적으로 허용되는 의료전문가 실무 기준에 따라 의학적으로 적절한 질병 예방 관리를 위한 검사인 경우에 이를 보장해드립니다.</p>	\$0	
 <p><b>연례 웰니스 방문</b></p> <p>가입자는 연 1 회 검진을 받을 수 있습니다. 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하거나 업데이트합니다. 당사는 12 개월마다 한 번씩 검진 비용을 부담합니다.</p> <p><b>참고:</b> 가입자의 첫 연례 웰니스 방문은 "Medicare 가입 환영" 방문 이후 12 개월 이내에는 실시될 수 없습니다. 그러나 가입자께서 파트 B 혜택을 12 개월 받은 이후에 연례 웰니스 방문을 받기 위해 "Medicare 가입 환영" 방문을 굳이 받으셔야 할 필요는 없습니다.</p>	\$0	
<p><b>천식 예방 서비스</b></p> <p>천식이 잘 조절되지 않는 사람들을 위해 가정에서 흔히 볼 수 있는 유발 요인에 대해 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.</p>	\$0	
 <p><b>골밀도 측정</b></p> <p>당사는 자격 있는 가입자(일반적으로 골밀도 손실 또는 골다공증 위험이 있는 사람)를 위한 특정 절차 비용을 부담합니다. 이러한 절차에서는 골밀도, 골손실 또는 골질을 파악합니다.</p> <p>당사는 의학적으로 필요한 경우 24 개월마다 또는 더 자주 해당 서비스 비용을 부담합니다. 또한 의사가 결과를 살펴보고 상담하는 비용도 부담합니다.</p>	\$0  의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.	




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스		가입자의 필수 부담금
 <p><b>유방암 스크리닝(유방촬영술)</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35~39 세에서 베이스라인 유방촬영술 1 회.</li> <li>• 40 세 이상의 여성에 대해 매 12 개월마다 스크리닝 유방촬영술 1 회.</li> <li>• 매 24 개월마다 임상 유방 검사 1 회.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>	
<p><b>심장 재활 서비스</b></p> <p>당사는 운동, 교육 및 상담 등 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 특정 조건 및 의사의 지시를 충족해야 합니다.</p> <p>또한 재활 프로그램보다 더 강도가 높은 집중적인 심장 재활 프로그램도 보장해드립니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>	
 <p><b>심혈관계(심장) 질환 위험 경감 방문(심장 질환을 위한 치료)</b></p> <p>저희는 가입자의 심장 질환 위험을 줄이기 위한 1 차 진료 제공자(PCP)의 연 1 회 방문 비용을 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 이 횟수는 늘어날 수 있습니다. 방문 중 의사는 다음과 같이 할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 아스피린 사용에 대해 이야기하기</li> <li>• 가입자의 혈압 검사 및/또는</li> <li>• 건강한 식습관을 위한 조언 제공</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>	
 <p><b>심혈관계(심장) 질환 테스트</b></p> <p>당사는 5 년(60 개월)마다 한 번씩 심혈관계 질환을 검사하기 위한 혈액 검사 비용을 부담합니다. 이러한 혈액 검사 시 높은 심장 질환 위험으로 인한 문제도 확인합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>	


질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>자궁경부암 및 질암 스크리닝</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>모든 여성의 경우: 24 개월마다 자궁경부세포도말검사 (Papanicolaou Test, P) 및 골반검사</li> <li>자궁경부암 및 질암 고위험군 여성: 12 개월마다 1 회의 자궁경부세포도말검사.</li> <li>지난 3 년 이내 시행한 자궁경부세포도말검사에서 이상 소견이 있었던 가입 연령대 여성: 12 개월마다 1 회의 자궁경부세포도말검사.</li> <li>만 30~65 세 여성: 5 년마다 인유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 Pap plus HPV 검사</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>척추 교정 서비스†</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>올바른 정렬을 위한 척추 교정. 이러한 Medicare 보장 서비스는 네트워크 척추 지압사가 제공합니다. 네트워크 척추교정의 목록은 <b>의료 서비스 제공자 및 약국 목록</b>을 참조하십시오.</li> <li>Medi-Cal 은 Kaiser Permanente 네트워크 내 연방 정부가 인가한 보건 센터(Federally Qualified Health Center, FQHC), 농촌 건강 클리닉(Rural Health Clinic, RHC)에서 받는 경우 지압 요법을 보장할 수 있습니다. FQHC 및 RHC 는 서비스를 받으려면 의사 의뢰를 받아야 할 수도 있음 FQHC 또는 RHC 에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 전화하시기 바랍니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>





질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>대장암 스크리닝</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월(10 년)마다, 대장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전 유연 에스상 결장 내시경 검사 후 48 개월마다, 고위험군 환자의 경우 이전 대장내시경 검사 또는 바륨 관장 후 24 개월마다 1 회 보장됩니다.</li> <li>• 45 세 이상인 환자를 위한 유연 에스상 결장 내시경 검사. 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월에 한 번. 마지막 유연 에스상 결장 내시경 검사 또는 바륨 관장 관련 고위험 환자의 경우 48 개월에 한 번.</li> <li>• 45 세 이상 환자의 대변 잠혈 선별검사. 12 개월에 한 번.</li> <li>• 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85 세 환자의 다중 표적 대변 DNA. 3 년에 한 번.</li> <li>• 45 세~85 세이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자에 대한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3 년에 한 번.</li> <li>• 마지막 바륨 관장 선별검사 또는 마지막 선별 대장내시경 검사 이후 24 개월이 경과한 고위험 환자를 위한 대장내시경 검사의 대안인 바륨 관장.</li> <li>• 고위험군이 아닌 45 세 이상의 환자를 위한 유연 에스상 결장 내시경 검사의 대안인 바륨 관장. 마지막 바륨 관장 선별검사 또는 유연 에스상 결장 내시경 선별검사 후 최소 48 개월에 한 번.</li> <li>• 대장암 선별 테스트에는 Medicare 에서 보장하는 비침습적 대변 기반 대장암 선별 테스트에서 양성 결과가 나온 후 실시하는 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>치과 서비스</b></p> <p>Health Plan 은 Delta Dental of California("Delta Dental")와 계약을 맺어 가입자에게 DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램을 제공해드리고 있습니다. DeltaCare USA 는 치과 서비스 제공을 위해 Delta Dental 과 계약을 맺은 네트워크 치과 의사들을 통해 종합 치과 진료를 제공합니다. 치과 의료 서비스 제공자에 대한 정보는 <b>치과 의료 서비스 제공자 목록</b>을 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>이 차트 끝에 나오는 "치아 관리 (DeltaCare USA Dental HMO 프로그램)" 섹션에서 설명하는 보장 서비스의 경우 <b>\$0</b>.</p>
<p>저희는 세척, 충전재 및 의치를 포함하되 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 사항은 <b>섹션 E</b>에 설명된 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p> <b>우울증 스크리닝</b></p> <p>저희는 매년 1 회의 우울증 스크리닝 비용을 지불합니다. 이 선별 검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 일차 진료 시설에서 실시해야 합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p> <b>당뇨병 스크리닝</b></p> <p>당사는 다음 위험 요소가 있는 경우 이 스크리닝(공복 혈당 검사 포함) 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 혈압(고혈압)</li> <li>• 비정상적인 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치(이상지질혈증)의 병력</li> <li>• 비만</li> <li>• 고혈당(포도당)의 병력</li> </ul> <p>귀하가 과체중이고 당뇨병의 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다.</p> <p>검사 결과에 따라 12 개월마다 최대 2 회의 당뇨병 검진을 받을 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>당뇨병 자기 관리 교육, 서비스 및 의료 용품</b></p> <p>저희는 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용 여부에 관계없이)에 대해 다음 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• †다음에 포함한 혈당 모니터링 용품:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 혈당 모니터.</li> <li>• 혈당 테스트 스트립.</li> <li>• 란셋 장치 및 란셋.</li> <li>• 테스트 스트립 및 모니터의 정확도를 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션.</li> </ul> </li> <li>• †심각한 당뇨병 발 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우 다음 비용을 지불합니다.</li> <li>• 피팅을 포함한 치료 맞춤형 성형 신발 한 켤레(인서트 포함) 및 매년 추가 인서트 두 켤레 <b>또는</b></li> <li>• 피팅을 포함한 깊이 신발 한 켤레와 매년 3 켤레의 인서트(해당 신발과 함께 제공되는 맞춤 제작되지 않은 착탈식 인서트는 제외)</li> <li>• †어떤 경우에는 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 저희가 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.</li> </ul> <p><b>참고:</b> 미국 당뇨병 협회에서 인정하고 Medicare 에서 승인한 플랜 외부의 프로그램에서 당뇨병 자가 관리 교육을 받도록 선택할 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>조산사 서비스</b></p> <p>임신한 가입자의 경우 당사는 산전 및 산후 기간에 조산사 9 회 방문과 진통 및 분만 중 지원 비용을 지불합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>내구성 의료 장비(DME) 및 연관 의료 용품†</b></p> <p>"내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 본 가입자 안내서의 <b>제 12 장</b>을 참조하십시오.</p> <p>또한 다음 품목을 보장해드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 휠체어, 전동 휠체어 포함</li> <li>● 목발</li> <li>● 전동 매트리스 시스템</li> <li>● 매트리스용 견식 압력 패드</li> <li>● 당뇨 용품</li> <li>● 가정용으로 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대</li> <li>● 정맥내(IV) 주입 펌프 및 링거대</li> <li>● 음성 생성 장치</li> <li>● 산소 호흡 장비 및 용품</li> <li>● 네블라이저</li> <li>● 보행 보조기</li> <li>● 표준 곡선 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 용품</li> <li>● 경추 견인(문 위)</li> <li>● 골 자극기</li> <li>● 투석 치료 장비.</li> </ul> <p>다른 품목이 보장될 수 있습니다.</p> <p>저희는 Medicare 와 Medi-Cal 이 일반적으로 지불하는 의학적으로 필요한 모든 DME 비용을 지불합니다. 거주하는 지역의 저희 의료 장비 공급업체가 특정 브랜드 또는 제조사의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 가입자는 해당 업체에게 특별 주문이 가능한지 문의하실 수 있습니다. 가장 최근의 의료 장비 공급업체의 목록은 저희 웹사이트 <b>kp.org/directory</b> 에서 확인하실 수 있습니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	<p>가입자가 Medi-Cal 에 따라 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. 그렇지 않을 경우 가입자는 <b>20%</b> 공동 보험료를 지불합니다. 이때, 예외적으로 최고 유량계 및 자외선 치료 장비에 대한 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>내구성 의료 장비(DME) 및 연관 의료 용품(계속)</b></p> <p>또한 의학적으로 필요한 경우 Medicare 에서 보장하지 않는 다음 DME 도 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 침대 확장이 필요한 병원 침대용 침대 액세서리.</li> <li>• 고급 압력 완화 장비 사용을 방지하거나 최소화하기 위한 발뒤꿈치 또는 팔꿈치 보호대.</li> <li>• 발한 억제제가 금기이고 다한증이 의학적 합병증(예: 피부 감염)을 일으키거나 일상 생활 활동을 방해하는 경우 다한증을 치료하기 위한 이온 영동 장치.</li> <li>• 기관절개술 환자가 심각한 분비물 관리 문제가 있는 경우 소생 백을 통한 심호흡의 도움을 받는 세척 및 흡입 기술이 필요합니다.</li> <li>• 의학적으로 필요한 건선 이외의 상태에 대한 자외선 치료 장비, 여기에는 (1) 제 3 장에서 설명한 것처럼 저희 플랜의 사전 승인 절차를 통해 가입자에게 해당 장비의 사용이 승인된 경우 및 (2) 해당 장비가 저희 서비스 지역 내에서 제공되는 경우 가정용 자외선 치료 장비가 포함됩니다. (자외선 치료 장비에 대한 보장은 귀하의 의학적 필요를 적절하게 충족시키는 장비의 표준 품목으로 제한됩니다. 장비 임대 또는 구매 여부를 결정하고 공급 업체를 선택합니다. 당사가 더 이상 장비를 보장하지 않을 경우, 귀하는 해당 장비를 당사에 반환하거나 공정 시장 가격을 지불해야 합니다.)</li> </ul>	

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>응급진료</b></p> <p>응급 진료는 다음과 같은 서비스를 의미합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 서비스 제공자가 제공하는 서비스 및</li> <li>• 의학적 응급 상황을 치료하는 데 필요한 서비스</li> </ul> <p>의학적 응급 상황이란 심한 통증이나 심한 부상이 있는 의학적 상태를 말합니다. 건강과 의학에 평균적인 지식을 가진 사람이 보기에 매우 위중하여 즉시 치료를 받지 않으면 다음과 같은 결과가 예상되는 경우입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자의 건강 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위협 또는</li> <li>• 신체 기능에 심각한 손상 초래; 또는</li> <li>• 신체 장기 또는 부위에 심각한 장애 발생 또는</li> <li>• 다음과 같은 상황에서 진통이 있는 임산부의 경우:</li> <li>• 가입자를 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족한 경우.</li> <li>• 다른 병원으로 이송이 가입자 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우.</li> </ul> <p>외부 네트워크에서 제공하는 필요한 응급 서비스에 대한 비용 부담은 내부 네트워크에서 제공하는 응급 서비스의 경우와 동일합니다.</p> <p>가입자께서는 전 세계에서 응급 의료 서비스 보장을 받으실 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>†외부 네트워크 병원에서 응급 진료 서비스를 받았고 응급 상태가 안정화된 후 입원이 필요하신 경우, 가입자가 계속 의료 서비스에 대한 보장을 받기 위해서는 반드시 네트워크 병원에 입원하거나 저희 플랜이 허가한 외부 네트워크 병원에서 입원 의료 서비스를 받아야 하며 비용은 네트워크 병원에서 부담하는 자기 부담금만 부담하면 됩니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>가족 계획 서비스</b></p> <p>법에 따라 귀하는 특정 가족계획 서비스에 대해 네트워크 의료 서비스 제공자든 네트워크외 의료 서비스 제공자든 상관없이 어떤 의료 서비스 제공자든 선택할 수 있습니다. 이는 모든 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족계획 시설을 의미합니다.</p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가족계획 검사 및 의학적 처치.</li> <li>• 가족계획 실험실 및 진단 검사.</li> <li>• 가족계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링).</li> <li>• 처방전이 있는 가족계획 용품(콘돔, 스펀지, 거품, 필름, 가로막, 캡).</li> <li>• 불임증 및 관련 서비스에 관한 상담 및 진단.</li> <li>• 성매개성 감염(<b>Sexually Transmitted Infection, STI</b>)에 관한 상담, 검사, 치료.</li> <li>• HIV, AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 상담 및 검사.</li> <li>• 영구 피임(이 가족계획 방법을 선택하려면 21 세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소 30 일~180 일 이내에 연방 불임 수술 동의서에 서명해야 합니다.)</li> <li>• 유전 상담.</li> </ul> <p>당사는 또한 일부 다른 가족 계획 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 그러나 다음 서비스에 대해서는 당사 의료 서비스 제공자 네트워크의 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 불임 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적인 방법은 포함되지 않음.).</li> <li>• AIDS 및 기타 HIV 관련 질환의 치료.</li> <li>• 유전자 검사.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>피트니스 혜택(Silver&amp;Fit® Healthy Aging 및 Exercise 프로그램)</b></p> <p>Silver&amp;Fit 프로그램에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 참여하는 Silver&amp;Fit 피트니스 센터에 가입하고 피트니스 센터의 표준 멤버십에 포함된 서비스를 이용할 수 있습니다(예: 피트니스 센터 장비 사용 또는 추가 비용이 필요 없는 강사 주도형 수업). Silver&amp;Fit 피트니스 센터 멤버십에 가입하면 다음이 적용됩니다.</li> <li>• 피트니스 센터는 시설 및 장비 오리엔테이션을 제공합니다.</li> <li>• 피트니스 센터가 제공하는 서비스는 센터마다 다릅니다. 일반적으로 추가 요금이 필요한 비표준 피트니스 센터 서비스는 Silver&amp;Fit 프로그램을 통한 표준 피트니스 센터 멤버십에 포함되지 않습니다(예: 코트 요금 또는 개인 트레이너 서비스).</li> <li>• 참여 Silver&amp;Fit 피트니스 센터에 가입하려면 <a href="http://kp.org/SilverandFit">kp.org/SilverandFit</a> 를 통해 등록 후 위치를 선택합니다. 그런 다음 선택한 피트니스 센터에 제공할 피트니스 ID 번호가 있는 Silver&amp;Fit 카드가 포함된 "Welcome Letter"를 인쇄하거나 다운로드할 수 있습니다.</li> <li>• 가입하면 한 달에 한 번 다른 참여 Silver&amp;Fit 피트니스 센터로 전환할 수 있으며 변경 사항은 다음 달 1일부터 적용됩니다(피트니스 센터에서 새 멤버십 계약서를 작성해야 할 수도 있음).</li> <li>• 집에서 운동하고 싶다면 1년에 하나의 홈 피트니스 키트를 선택할 수 있습니다. 웨어러블 피트니스 트래커, 필라테스, 근력, 수영 및 요가 키트 옵션을 포함하여 선택할 수 있는 홈 피트니스 키트가 많이 있습니다. 키트는 변경될 수 있으며 한 번 선택하면 교환할 수 없습니다. 키트를 선택하려면 <a href="http://kp.org/SilverandFit">kp.org/SilverandFit</a> 를 방문하거나 Silver&amp;Fit 고객 서비스에 전화하십시오.</li> </ul> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>피트니스 혜택(Silver&amp;Fit® Healthy Aging 및 Exercise 프로그램)(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>kp.org/SilverandFit</b> 에서 주문형 운동 비디오, 운동 계획, 웰빙 클럽, 뉴스레터 및 기타 유용한 기능을 제공하는 Silver&amp;Fit 온라인 서비스를 이용할 수 있습니다. Silver&amp;Fit 웹사이트의 개선된 웰빙 클럽 기능을 통해 가입자는 맞춤형 리소스를 보고 라이브 스트리밍 클래스 및 이벤트에 참석할 수 있는 기회를 가질 수 있습니다.</li> </ul> <p>Silver&amp;Fit 프로그램 및 참여 피트니스 센터 및 홈 키트 목록에 대한 자세한 내용은 <b>kp.org/SilverandFit</b> 에 방문하시거나 Silver&amp;Fit 고객 서비스 전화번호 <b>1-877-750-2746 (TTY 711)</b> 으로 연락을 주시기 바랍니다. 운영 시간은 월요일에서 금요일, 오전 5 시~오후 6 시입니다. (태평양 표준시).</p> <p>Silver&amp;Fit 프로그램은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사인 American Specialty Health Fitness, Inc.에서 제공하는 프로그램입니다. Silver&amp;Fit 은 ASH 의 연방 등록 상표이며 그 사용이 허가 되었습니다. 참여 피트니스 센터 및 피트니스 체인은 위치에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다.</p>	



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>건강 및 웰니스 교육 프로그램</b></p> <p>우리는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 많은 프로그램을 제공합니다. 다음을 예로 들 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강교육 교실</li> <li>• 영양 교육 수업</li> <li>• 흡연 및 담배 사용 중단 및</li> <li>• 간호 핫라인</li> </ul> <p>건강한 생활 방식 프로그램의 일환으로 저희 플랜은 다음을 포함한 여러 그룹 건강 교육 수업을 다룹니다. "건강한 심장" (healthy heart), "만성 질환 및 우울증과 함께 생활" (living with chronic conditions and depression). <b>Healthy Lifestyle Program</b> 은 인증받은 건강 교육자 또는 기타 인증받은 건강 전문가에 의해 제공되는 프로그램입니다.</p> <p>또한 (당뇨병 및 천식과 같은) 만성 질환에 대한 프로그램 등 가입자께서 적극적으로 건강을 지키고 개선하는 데 도움을 드릴 수 있는 다양한 건강 교육 상담, 프로그램, 자료를 보장해드립니다. 가입자께서는 저희가 보장하지 않는 프로그램에 참여하실 수 있으며 해당 교육 비용은 본인 부담입니다.</p> <p>보건 교육 상담, 프로그램, 자료에 대한 자세한 내용은 거주지의 보건 교육부에 문의하시거나 가입자 서비스 센터에 전화하시거나, 저희 웹사이트 <b>kp.org</b> 를 방문하여 확인하시기 바랍니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>청력 서비스</b></p> <p>저희는 귀하의 제공자가 수행한 청력 및 균형 시험 비용을 지불합니다. 이 검사는 치료가 필요한지 여부를 알려줍니다. 의사, 청능사 또는 기타 자격을 갖춘 제공자로부터 진료를 받을 경우 외래 진료로 보장됩니다.</p> <p><b>보청기</b></p> <p>당사는 다음과 같은 경우 보청기를 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 청력 손실 검사를 받은 경우</li> <li>• 보청기가 의학적으로 필요한 경우</li> <li>• 가입자가 의사로부터 처방을 받은 경우</li> </ul> <p>보험 보장은 귀하의 의학적 필요에 부합하는 최저가 보조기구에 한합니다. 보청기 공급자는 저희가 결정합니다. 한 쪽 귀에 보청기를 착용할 때 보다 그 결과가 월등히 좋아 각 귀에 보청기가 모두 필요한 경우가 아닌 한 저희는 하나의 보청기에 보험을 적용합니다.</p> <p>당사는 보장된 각 보청기에 대해 다음 품목을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 보청기 착용에 필요한 귀 모형 귀꽂이</li> <li>• 표준 배터리 팩 한 개</li> <li>• 보조기구가 제대로 작동하는지를 확인하기 위한 방문</li> <li>• 보청기 세척 및 맞춤 방문</li> <li>• 보청기 수리</li> </ul> <p>당사는 다음과 같은 경우 교체용 보청기를 보장해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자의 청력 손실이 현재 보청기로 교정할 수 없는 상태인 경우</li> <li>• 보청기를 분실하거나, 도난당하거나, 보청기가 고장났는데(고칠 수 없음) 가입자의 잘못이 아닌 경우 가입자는 문제가 발생한 경위를 저희에게 서면으로 알려야 합니다.</li> </ul> <p>보장에 다음은 포함되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 교체용 보청기 배터리</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스		가입자의 필수 부담금
 <p><b>HIV 스크리닝</b></p> <p>다음과 같은 사람들의 경우 12 개월마다 1 회의 HIV 스크리닝 검사 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV 선별 검사를 요청하는 사람 또는</li> <li>• HIV 감염 위험이 높은 사람</li> </ul> <p>임산부의 경우 임신 기간 동안 최대 3 회의 HIV 선별 검사 비용을 저희가 부담합니다.</p> <p>또한 의료 제공자가 권장하는 경우 추가 HIV 검사 비용을 지불합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>	
<p><b>가정-배달 식사</b></p> <p>Medi-Cal 에 따라 지역 사회 지원으로 가정으로 배달되는 식사에 대해 보장을 받을 수도 있습니다. 지역 사회 지원은 일부 영역에서는 이용할 수 없으며 가입자가 특정 자격 기준을 충족해야 합니다. Medi-Cal 지역 사회 지원에 대한 자세한 정보는 담당 의사에게 문의하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p>	



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>가정간호기관의 의료 서비스</b></p> <p>가정 건강 서비스를 받기 전에 의사는 가입자가 필요하다고 알려야 하며 가정 건강 기관에서 제공해야 합니다. 가입자께서는 재가 상태, 즉 외출을 하려면 많은 노력이 필요한 상태여야 합니다.</p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스(가정 간호 혜택을 받으려면 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스를 합한 총 시간이 하루 8 시간 및 주당 35 시간 미만이어야 합니다.)</li> <li>• 물리 요법, 직업 요법 및 언어 요법</li> <li>• 의료 사회복지 서비스</li> <li>• 의료 장비 및 의료 용품.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p> <p><b>참고: Medicare</b> 지침에 따라 제공된 가정간호 서비스와 관련 품목에 대해서는 비용 부담금이 적용되지 않습니다. 그러나, 다른 혜택을 통해 보장되는 품목의 경우 이 의료 보험 혜택표 상에 수록된 해당 비용 부담금이 적용될 것입니다. 예를 들어, 내구성 의료 장비는 가정간호 서비스 기관이 제공하지 않습니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>가정 주입 치료†</b></p> <p>저희 플랜은 정맥에 투여하거나 피부 아래에 적용하고 집에서 제공하는 약물 또는 생물학적 물질로 정의되는 가정 주입 요법에 대해 비용을 지불합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 항바이러스제 또는 면역글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질,</li> <li>• 펌프와 같은 장비 및</li> <li>• 튜브 또는 카테터와 같은 용품.</li> </ul> <p>저희 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 간호 서비스를 포함한 전문 서비스는 치료 계획에 따라 제공됩니다.</li> <li>• DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 교육 및 교육,</li> <li>• 원격 모니터링 및</li> <li>• 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스.</li> </ul>	<p>전문 서비스, 교육 및 모니터링은 <b>\$0</b>. 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소(예: Medicare 파트 B 약, DME 및 의료 용품)는 품목에 따라 이 의료 혜택표의 다른 곳에 나열된 해당 비용 부담의 대상이 될 수 있습니다.</p>
<p>다음 모든 사항에 해당되는 경우 가정 주입 용품 및 약품을 보장해드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자의 처방약이 Medicare 파트 D 처방집에 포함된 경우.</li> <li>• 가정 주입 치료를 위해 저희가 가입자의 처방약을 승인한 경우.</li> <li>• 가입자의 처방전이 네트워크 의료 서비스 제공자가 작성한 것이며 네트워크 가정 주입 약국에 조제한 경우.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p><b>참고:</b> 보장되는 가정 주입 공급품 또는 약품이 네트워크 가정 주입식 약국에 의해 채워지지 않는 경우, 공급품 또는 약품은 서비스에 따라 이 책자의 다른 곳에 나열된 해당 비용 부담금의 적용을 받을 수 있습니다.</p>


질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>호스피스 진료</b></p> <p>가입자의 상태를 현재 제공자 및 호스피스 의료 책임자 측에서 말기 예후로 판단하는 경우 가입자께서는 호스피스를 선택하실 수 있습니다. 말기 예후란 불치병을 앓고 있으며 임종까지 6 개월이 채 남지 않은 상태를 말합니다. Medicare 에서 인증한 모든 호스피스 프로그램을 통해 치료를 받으실 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자가 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾으도록 도와야 합니다. 내외부의 네트워크 의료 서비스 제공자 모두 가입자의 호스피스 의사가 될 수 있습니다.</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 증상 및 고통을 치료하기 위한 약물.</li> <li>• 단기 임시 간호.</li> <li>• 가정 간호.</li> </ul> <p>말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장하는 호스피스 서비스 및 서비스는 Medicare 에 청구됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 자세한 정보는 이 장의 섹션 E 를 참조하십시오.</li> </ul> <p>저희 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 가 보장하지 않는 서비스의 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장되지 않는 서비스를 보장합니다. 저희는 해당 서비스가 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계없이 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대해 가입자는 플랜 비용 부담금만 부담하면 됩니다.</li> </ul> <p>저희 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약물:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장을 해드리지 않습니다. 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.</li> </ul> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>호스피스 진료(계속)</b></p> <p><b>참고:</b> 비 호스피스 치료가 필요한 경우 진료 조정자 및/또는 가입자 서비스에게 연락하여 조율하시기 바랍니다. 비호스피스 간호는 말기 예후와 관련이 <b>없습니다</b>.</p> <p>저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1 회만)를 보장합니다.</p>	
<p> <b>예방 접종</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 폐렴 백신.</li> <li>• 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 접종을 포함한, 가을과 겨울 독감 시즌마다 실시하는 독감 예방접종.</li> <li>• 가입자가 B 형 간염 발병 고위험군 또는 중위험군에 속한 경우 B 형 간염 예방접종.</li> <li>• COVID-19 백신.</li> <li>• 가입자께서 위험군에 속하며 해당 백신의 접종이 Medicare 파트 B 보장 규정에 해당되는 경우 기타 백신 접종.</li> </ul> <p>저희는 Medicare 파트 D 보장 규칙을 충족하는 다른 백신에 대해 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 6 장을 참조하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>입원환자 병원 진료</b></p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2~3 인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인용 병실).</li> <li>• 특별식을 포함한 식사.</li> <li>• 정기 간호 서비스.</li> <li>• 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등).</li> <li>• 의약품.</li> <li>• 실험실 검사.</li> <li>• X선 및 기타 방사선 서비스.</li> <li>• 필수 수술용품 및 의료용품.</li> <li>• 휠체어와 같은 장비.</li> <li>• 수술실 및 회복실 서비스.</li> <li>• 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료.</li> <li>• 입원 약물 남용 치료 서비스.</li> <li>• 어떤 경우에는 다음과 같은 유형의 이식이 있습니다. 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기 세포 및 장/다장기.</li> </ul> <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p> <p>응급 상황이 안정화된 후 네트워크 외부 병원에서 입원 환자 치료를 받으려면 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>입원환자 진료(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>이식이 필요한 경우 Medicare 에서 승인한 이식 센터에서 사례를 검토하고 이식 대상인지 여부를 결정합니다. 이식 수술 서비스 제공자는 인근 지역 또는 서비스 지역 외부에 있을 수도 있습니다. 지역 이식 제공자가 Medicare 요율을 기꺼이 수락하면 이식 서비스를 지역에서 또는 지역사회의 치료 패턴 외부에서 받을 수 있습니다. 저희 플랜이 저희 지역사회를 위한 치료 패턴 이외의 이식 서비스를 제공하고 가입자가 그곳에서 이식을 받기로 선택한 경우, 저희는 여행 및 숙박 지출에 따라 가입자와 다른 한 사람의 숙박 및 여행 비용을 주선하거나 지불합니다. 가입자 서비스에서 이용할 수 있습니다.</li> <li>혈액, 보관 및 주입 포함</li> <li>의사 서비스.</li> <li><b>참고:</b> 입원환자가 되려면 가입자의 의료 서비스 제공자가 반드시 가입자에게서 해당 병원의 환자로서 입원하는 것을 공식적으로 승인하는 지시서를 작성해야 합니다. 밤새 병원에 있더라도 여전히 "외래 환자"로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않은 경우 병원 직원에게 문의해야 합니다.</li> <li>또한 "저는 병원 입원환자인가요 외래환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하세요!"라는 Medicare 팩트 시트를 통해 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 본 팩트 시트는 웹사이트 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 를 방문하거나 <b>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)</b>로 연락하여 구하실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 <b>1-877-486-2048</b> 번으로 전화해 주십시오. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.</li> </ul>	



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>정신 병원의 입원 서비스</b></p> <p>저희는 입원이 필요한 정신 건강 관리 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>65 세 이상인 경우 저희는 정신 질환 연구소(Institute for Mental Diseases, IMD)에서 받는 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p><b>입원환자 체류: 비보장 입원 중전문요양시설(Skilled Nursing Facility, SNF)의 보장 서비스</b></p> <p>저희는 가입자의 입원이 합당하지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 입원 비용을 지불하지 않습니다.</p> <p>그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정한 상황에서 당사는 요양 시설에서 가입자가 받은 서비스 비용을 부담할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.</p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>의사 서비스.</li> <li>실험실 검사와 같은 진단 검사.</li> <li>기사용 자료 및 서비스를 포함한 X-선, 라듐 및 동위원소 치료.</li> <li>외과용 붕대.</li> <li>골절과 탈구를 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치.</li> <li>해당 장치의 교체 또는 수리를 포함한 치과 이외의 보철 및 교정 장치. 이러한 장치는 다음의 전체 또는 일부를 대체하는 장치입니다.</li> <li>내부 장기(인접 조직 포함) 또는</li> <li>작동하지 않거나 오작동하는 내부 장기의 기능.</li> <li>다리, 팔, 등, 목 버팀대, 트러스, 인공 다리, 팔, 눈. 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 가입자의 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다.</li> <li>물리 요법, 언어 요법 및 직업 요법.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>


질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>신장 질환 서비스 및 용품</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 신장 관리 방법을 교육하고 가입자가 올바른 정보에 근거하여 신장 관리에 대한 결정을 내릴 수 있도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. IV기 만성 신장 질환이 있어야 하며 의사가 가입자의 치료를 의뢰해야 합니다. 저희는 최대 6 가지 세션의 신장 질환 교육 서비스를 보장합니다.</li> <li>• 특별 치료를 위해 병원에 입원 환자로 수속된 경우 입원 투석 치료.</li> <li>• 가입자 또는 가정 투석 치료를 돕는 다른 분에 대한 교육을 비롯한 자가 투석 교육.</li> <li>• 특정한 가정 지원 서비스(필요한 경우, 훈련 받은 투석 전문가가 방문하여 제공하는 가정 투석 점검, 응급 상황 지원, 투석 장비 및 용수 공급 점검과 같은 서비스).</li> <li>• 투석 효과를 모니터링하기 위한 정기 실험실 검사.</li> <li>• 월 1 회 정기 신장과 진료실 방문.</li> <li>• 특정 기준에 부합하는 경우 외래 병원 시설에서 제공되는 혈관 및 복막 접근 수술.</li> <li>• 비정기 신장과 진료실 방문.</li> <li>• 진료실에서 제공되는 혈관 및 복막 접근 수술.</li> </ul> <p>Medicare 파트 B 약물 혜택은 투석을 위한 일부 약물 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 의료 보험 혜택표의 "Medicare 파트 B 처방약"을 참조하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스		가입자의 필수 부담금
<p><b>신장 질환 서비스 및 용품(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>가정 투석 장비 및 관련 용품.</li> <li>외래 환자 투석 치료. 여기에는 이 가입자 안내서 제 3 장에서 설명하는 것처럼 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 해당 의료 서비스 제공자를 일시적으로 사용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 받는 투석 치료가 포함됩니다.</li> </ul>	<p>가입자가 Medi-Cal 에 따라 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 가입자 부담금은 <b>\$0</b> 입니다. 그렇지 않으면 가입자가 <b>20%</b> 공동 보험료를 부담합니다.</p>	
<p> <b>폐암 선별 검사</b></p> <p>저희 플랜은 다음과 같은 경우 12 개월마다 폐암 선별 검사 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>연령이 50~77 세인 경우 및</li> <li>담당 의사 또는 기타 자격을 보유한 의료 서비스 제공자와 상담 및 공유 의사 결정 방문을 받은 경우 및</li> <li>20 년 동안 하루 1 갑 이상 담배를 피웠거나 폐암의 징후나 증상이 없었거나 현재 담배를 피우거나 지난 15 년 이내에 끊은 사람.</li> </ul> <p>첫 번째 검진 후 저희 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 자격을 갖춘 제공자의 서면 지시에 따라 매년 또 다른 검진 비용을 지불합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>	



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>의학적 영양 치료</b></p> <p>이 혜택은 투석을 하지 않는 당뇨병이나 신장 질환이 있는 사람들을 위한 것입니다. 또한 담당 의사가 지시한 경우 신장 이식 이후를 위한 혜택입니다.</p> <p>당사는 가입자가 Medicare 에 따라 의료 영양 요법 서비스를 받은 첫 해에 3 시간의 일대일 상담 서비스 비용을 지불합니다. 저희는 의학적으로 필요한 추가 서비스를 사전 승인할 수 있습니다.</p> <p>그 이후에는 매년 2 시간의 일대일 상담 서비스 비용을 지불합니다. 가입자의 조건, 치료, 또는 진단이 변경되는 경우, 가입자는 의사의 주문을 통해 추가 치료 시간을 받으실 수도 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방하고 갱신해야 합니다. 주문하다 다음 연도에 치료가 필요한 경우 매년. 저희는 의학적으로 필요한 추가 서비스를 사전 승인할 수 있습니다.</p> <p>저희는 또한 당뇨병이나 ESRD 와 관련이 없는 네트워크 제공자와의 영양/식이 상담도 보장합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p> <b>Medicare 당뇨병 예방 프로그램(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP):</b></p> <p>저희 플랜은 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP 는 건강한 행동을 향상시키는 데 도움이 되도록 설계되었습니다. 다음과 같은 실습 교육을 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 장기적인 식단 변화 및</li> <li>• 신체 활동 증가 및</li> <li>• 체중 감소와 건강한 생활 방식을 유지하는 방법.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medicare 파트 B 처방약†</b></p> <p>이러한 약물은 Original Medicare 의 파트 B 에서 보장됩니다. 저희 플랜은 다음 약품에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사, 병원 외래 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 일반적으로 자신에게 제공하지 않고 주사 또는 주입되는 약품.</li> <li>• 내구성 의료 장비(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프) 물품을 통해 제공되는 인슐린.</li> <li>• 저희 플랜이 허가한 내구성 의료 장비(예: 네블라이저)를 사용하여 복용하는 약품.</li> <li>• 혈우병을 앓고 계신 경우, 주사를 통해 주입하는 혈액응고인자.</li> <li>• 장기 이식 수술 당시에 Medicare 파트 A 에 가입되어 있었던 경우, 면역억제약품.</li> <li>• 주사하는 골다공증 약물. 가입자가 집 안에서만 생활하는 환자이고, 폐경 후 골다공증과 관련이 있는 것으로 의사가 인정한 골절이 있으며, 직접 약품을 투여하지 못하는 경우 당사자 이러한 약품에 대한 비용을 부담합니다.</li> <li>• 항원.</li> <li>• 특정 경구용 항암 약물 및 구토 억제제.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	<p><b>\$0</b></p>



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medicare 파트 B 처방약(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제, 국소 마취제 및 적혈구 생성 자극제(<b>Epogen®</b>, <b>Procrit®</b>, <b>Epoetin Alfa</b>, <b>Aranesp®</b> 또는 <b>Darbepoetin Alfa</b> 등)를 포함한 가정 내 투석을 위한 특정 약물.</li> <li>• 주요 면역결핍질환의 가정 치료를 위한 IV 면역글로불린</li> </ul> <p>저희는 Medicare 파트 D 처방약 혜택에 따라 일부 백신 접종도 보장해드립니다.</p> <p>이 가입자 안내서 제 5 장에서는 저희의 외래 처방약 혜택을 설명합니다. 처방전을 보장받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 설명합니다.</p> <p>이 가입자 안내서 제 6 장에서는 저희 플랜을 통해 보장 받는 외래 처방약에 대한 가입자 부담금에 대해 설명합니다.</p>	




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medicare</b> 에서 보장되는 요양 시설 진료</p> <p>요양 시설(NF)은 집에서 진료를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 치료를 제공하는 곳입니다. 저희가 비용을 지불하는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 2~3 인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인용 병실).</li> <li>● 특별식을 포함한 식사.</li> <li>● 간호 서비스.</li> <li>● 물리 요법, 직업 요법 및 언어 요법</li> <li>● 호흡기 치료.</li> <li>● 가입자가 치료 플랜의 일환으로 받는 약물. (여기에는 혈액 응고 인자처럼 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.)</li> <li>● 혈액, 보관 및 주입 포함</li> <li>● 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품.</li> <li>● 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 검사실 검사.</li> <li>● 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스.</li> <li>● 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 기구 사용.</li> <li>● 의사/개업의 서비스.</li> <li>● 내구성 의료 장비.</li> <li>● 의치 등 치과 서비스.</li> <li>● 안과 혜택.</li> <li>● 청력 검사</li> <li>● 지압 요법 진료</li> <li>● 발 질환 치료 서비스</li> </ul> <p style="text-align: right;">이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.





당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>Medicare</b> 에서 보장되는 요양 시설 진료(계속)</p> <p>가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 진료를 받습니다. 그러나 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 진료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서 진료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원에 가기 직전에 거주하고 있는 요양 시설 또는 지속 관리를 위한 은퇴자 커뮤니티(요양 시설 진료를 제공하는 한).</li> <li>• 가입자가 퇴원할 당시 가입자의 배우자 또는 동거 파트너가 살고 있는 요양 시설.</li> </ul>	
<p> <b>체중 감량을 위한 비만 검사 및 치료</b></p> <p>신체질량지수가 30 이상인 경우 저희는 가입자의 체중 감소를 위한 상담 비용을 부담합니다. 1 차 진료 환경에서 상담을 받아야 합니다. 그렇게 하면 전체 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 1 차 진료 제공자와 상담하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>아편유사제 치료 프로그램(Opioid Treatment Program, OTP) 서비스</b></p> <p>저희 플랜은 아편 유사제 사용 장애(Opioid Use Disorder, OUD)를 치료하기 위해 다음 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 섭취 활동.</li> <li>• 정기 평가.</li> <li>• 미국 식품의약국(FDA) 승인 의약품. 해당하는 경우 이러한 의약품을 관리하여 가입자에게 제공.</li> <li>• 약물 남용 치료 상담.</li> <li>• 개인 및 그룹 치료.</li> <li>• 가입자 체내 약물 또는 화학물질 검사(독성 검사).</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>외래 진단 검사, 치료 서비스와 치료 용품</b></p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• X 선.</li> <li>• 방사선 기사용 자료 및 치료 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료.</li> <li>• 봉대와 같은 수술 용품.</li> <li>• 골절과 탈구를 위해 사용하는 부목, 석고봉대 및 기타 장치.</li> <li>• 실험실 검사.</li> <li>• 혈액, 보관 및 주입 포함.</li> <li>• 기타 외래환자 진단 검사.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>외래 병원 징후 관찰</b></p> <p>징후 관찰 서비스는 병원 외래 서비스로 입원 환자로서 입원해야 하는지 아니면 퇴원해야 하는지의 여부를 결정하기 위해 수행합니다.</p> <p>외래 환자 징후 관찰 서비스에 대한 보장을 받기 위해서는, 해당 서비스가 Medicare 의 기준에 부합하며 합리적이고 필수적인 것으로 간주되어야 합니다. 징후 관찰 서비스는 환자의 병원 입원 또는 외래 검사 지시를 내릴 목적으로 의사의 명령 또는 주 면허법이 승인한 그 외 개인 및 병원 직원을 통해 법에 따라서만 제공됩니다.</p> <p><b>참고:</b> 가입자께서 병원에 입원할 수 있도록 의료 서비스 제공자가 지시서를 작성하지 않는 한, 가입자께서는 외래환자로 간주되며 외래 병원 서비스에 대한 비용 부담금을 부담하셔야 합니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 "외래환자"로 간주될 수도 있습니다. 외래환자인지 확실하지 않으신 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다.</p> <p>또한 "저는 병원 입원환자인가요 외래환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하세요!"라는 Medicare 팩트 시트를 통해 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 본 팩트 시트는 웹사이트 <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 를 방문하거나 <b>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)</b>로 연락하여 구하실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 <b>1-877-486-2048</b> 번으로 전화해주시요. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>외래 병원 서비스</b></p> <p>당사는 질병 또는 상해에 대한 진단 또는 치료와 관련하여 병원의 외래 부서에서 받는 의학적으로 필요한 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 관찰 서비스 또는 외래 수술과 같이 응급실 또는 외래 클리닉에서 제공되는 서비스</li> <li>● 관찰 서비스는 가입자가 "입원 환자"로 병원에 입원해야 하는지 여부를 의사가 알 수 있도록 도와줍니다.</li> <li>● 때에 따라 가입자가 밤새 병원에 입원해도 여전히 "외래 환자"일 수 있습니다.</li> </ul> <p>이 팩트 시트에서 입원 또는 외래 환자에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다.  <b>www.medicare.gov/media/11101</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 실험실 및 진단 검사는 병원에서 해당 비용을 청구합니다.</li> <li>● 의사가 정신 건강 치료가 이뤄지지 않는 경우 입원 치료가 필요함을 공인하는 경우, 부분 입원 프로그램을 통한 치료 등의 정신 건강 치료.</li> <li>● X선 및 기타 방사선 검사 서비스는 병원에서 해당 비용을 청구합니다.</li> <li>● 부목 또는 석고붕대와 같은 의료 용품.</li> <li>● 의료 보험 혜택표에는 예방 선별 검사 및 서비스가 나열되어 있습니다.</li> <li>● 스스로 투여할 수 없는 특정 약물</li> <li>● 네트워크 시설에서 실시되는 치과 수술의 경우 다음 조건이 모두 충족될 시 전신 마취 및 마취 관련 시설 서비스를 제공해드립니다.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 발달 장애가 있거나 건강 문제가 있는 경우.</li> <li>○ 임상 상태 또는 기본적인 의학 조건으로 인해 병원 또는 통원 수술 센터에서 제공하는 치과 수술이 필요하신 경우.</li> <li>○ 치과 수술은 일반적으로 전신 마취가 필요하지 않습니다.</li> </ul> </li> <li>● DeltaCare 또는 Medi-Cal Dental 이 보장하는 서비스가 아닌 한 저희는 치과 의사의 서비스와 같이 치과 수술과 관련된 기타 서비스는 보장하지 않습니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>정신 건강 외래 진료</b></p> <p>저희는 다음 사람이 제공하는 정신 건강 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주 면허를 취득한 정신과전문의 또는 의사.</li> <li>• 임상 심리학자.</li> <li>• 임상 사회 복지사.</li> <li>• 임상 간호 전문가.</li> <li>• 면허가 있는 전문 상담사(Licensed Professional Counselor, LPC).</li> <li>• 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT).</li> <li>• 임상 간호사(Nurse Practitioner, NP).</li> <li>• 의료 보조자(Physician Assistant, PA).</li> <li>• 해당하는 주 법이 허용하는 기타 Medicare 공인 정신 건강 치료 전문가.</li> </ul> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 클리닉 서비스.</li> <li>• 주간 치료.</li> <li>• 심리사회적 재활 서비스.</li> <li>• 부분 입원 또는 집중 외래 프로그램.</li> <li>• 개별 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료.</li> <li>• 정신 건강 결과 평가를 위해 임상적으로 권고되는 심리 검사.</li> <li>• 약물 요법 모니터링을 위한 외래 환자 서비스.</li> <li>• 외래 검사실, 약물, 용품, 보조제.</li> <li>• 정신과 전문의 자문.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>외래 재활 서비스</b></p> <p>당사는 물리치료, 직업 요법 및 언어 요법 비용을 부담합니다.</p> <p>병원 외래 환자 부서, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다.</p> <p>다음의 경우에도 보험 처리를 해 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 주치의의 지시한 경우 낙상의 위험이 있는 성인을 위한 낙상 방지 물리 치료.</li> <li>• 조직화된 여러 전문분야 재활 주간 치료 프로그램에서 제공되는 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p><b>외래 약물 남용 치료 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 알코올 오용 스크리닝 및 상담</li> <li>• 약물 남용 치료</li> <li>• 면허를 소지한 결혼 및 가족 치료사(LMFT)를 포함하여 자격 있는 임상역사의 그룹 및 개인 상담.</li> <li>• 거주 중독 프로그램의 아급성 해독</li> <li>• 집중적인 외래 환자 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스</li> <li>• 날트렉손(vivitrol) 서방정 치료.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>외래 환자 수술</b></p> <p>당사는 병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 외래 수술 및 서비스 비용을 부담합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>일반 의약품(OTC) 건강 및 웰니스</b></p> <p>당사는 OTC 카탈로그에 나열된 OTC 품목은 무료 택배를 보장합니다. 분기별 혜택 한도인 <b>\$250</b> 까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다. 각 주문 금액은 최소 <b>\$25</b> 여야 합니다. 주문은 귀하의 분기별 혜택 한도를 초과하지 않아야 합니다. 분기별 혜택 한도 중 미사용분은 다음 분기로 이월되지 않습니다. (가입자의 혜택 한도는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 초기화됩니다).</p> <p>카탈로그를 보고 온라인으로 주문하려면 <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a> 를 방문하십시오. 월요일~금요일 오전 7 시~오후 6 시태평양 표준시 사이에 <b>1-833-569-2360(TTY 711)</b>번으로 연락하여 전화 주문하시거나 목록의 인쇄본을 우편으로 보내달라고 요청하실 수 있습니다.</p> <p>가입자는 Medi-Cal Rx 프로그램을 통해 Medi-Cal 에서 보장하는 특정 OTC 품목에 대해 추가 보장을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx 에 대한 자세한 내용을 알아보려면 주 7 일, 24 시간 연중무휴 <b>1-800-977-2273</b> 번으로 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 <b>711</b> 번으로 전화할 수 있습니다. 또한 Medi-Cal Rx 웹사이트 <a href="https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/">https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</a> 을 방문하실 수 있습니다.</p>	<p>가입자는 분기별 혜택 한도인 <b>\$250</b> 까지 <b>\$0</b> 로 주문할 수 있습니다.</p>
<p><b>니코틴 대체를 위한 일반의약품(OTC) 품목</b></p> <p>저희는 처방전 없이 구입할 수 있는 특정 FDA 승인 니코틴 대체 요법을 보장합니다. 해당 품목은 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 주문해야 하며 네트워크 약국을 통해 수령하셔야 합니다. 해당 연도에 최대 100 일분을 2 회까지 제공해드립니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>부분 입원 서비스</b></p> <p>부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 병원 외래환자 서비스 또는 지역사회 정신건강센터에서 제공합니다. 부분 입원은 의사나 치료사의 진료실에서 받는 치료보다 더 집중적인 치료입니다. 부분 입원 치료를 받으면 병원에 입원해야 하는 상황을 피하는 데 도움이 될 수 있습니다.</p> <p>집중 외래 환자 서비스는 병원 외래 환자 서비스, 지역 사회 정신건강 센터, 연방 자격을 갖춘 건강 센터 또는 시골 건강 클리닉에서 제공되는 적극적인 행동(정신) 건강 요법 치료의 구조화된 프로그램으로, 귀하의 의사 또는 치료사 진료실에서 받는 치료보다는 더 강도가 높지만 부분 입원보다는 강도가 약합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>완화의학과</b></p> <p>저희는 <b>Medi-Cal</b> 수혜 자격을 갖춘 가입자에게 완화 치료를 보장합니다. 완화 치료는 중증 질환을 가진 가입자의 신체적, 정신적, 사회적 및 영적인 고통을 덜어주는 치료입니다. 완화 간호는 치료와 동시에 제공될 수 있습니다.</p> <p>완화 간호에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사전 진료 계획</li> <li>• 완화 간호 평가 및 상담</li> <li>• 승인된 모든 완화 간호 및 치료를 포함한 치료 계획</li> <li>• 진료팀의 계획. 진료팀에는 다음 사람이 포함되지만 이에 국한되지 않음.             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사 또는 정골 의사</li> <li>• 의사 보조원</li> <li>• 공인 간호사</li> <li>• 유면허 직업 간호사 또는 전담 간호사</li> <li>• 사회 복지사</li> <li>• 군목 서비스</li> </ul> </li> <li>• 진료 조정</li> <li>• 통증 및 증상 관리</li> <li>• 정신건강 서비스 및 의료 사회 봉사</li> </ul> <p>21 세 이상의 성인은 완화 치료와 호스피스 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 현재 완화 치료를 받고 있고 호스피스 진료 자격 요건을 충족하는 경우, 언제든지 호스피스 진료로 변경하도록 요청할 수 있습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음과 같은 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 건강 관리 또는 수술 서비스:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사의 진료실</li> <li>• 공인 통원 수술 센터</li> <li>• 병원 외래 부서</li> </ul> </li> <li>• 전문의료진이 제공하는 상담, 진단 및 치료.</li> <li>• 가입자에게 치료가 필요한지 알아보기 위해 주치의가 지시한 경우 1 차 진료 제공자가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사.</li> <li>• 저희는 서비스가 수혜자의 주요 의료 상태와 관련된 특정한 치료의 필수적인 부분인 경우 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 몇 가지 예로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 등이 있습니다.</li> <li>• 저희는 또한 동종 줄기 세포/골수, 심장, 신장, 간, 폐, 췌장 및 다기관 이식을 위한 이식 대기자 명단에 오르기 전에 구강이 감염되지 않았는지 확인하는 데 필요한 치과 서비스를 보장합니다. 긴급 이식의 경우 이러한 서비스는 이식 후에 수행될 수 있습니다. 진료 과목:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• 구강의 검사 및 평가.</li> <li>• 이식에 필요한 추출을 포함한 치료 서비스.</li> <li>• 관련 치과 엑스레이.</li> <li>• 클리닝.</li> <li>• 불소 치료.</li> </ul> </li> <li>• 네트워크 의료 서비스 제공자가 결정에 따라 가정에서 치료를 받는 것이 가장 효과적인 경우, 서비스 지역 내 네트워크 의사(또는 등록된 간호사로서 네트워크 의료 서비스를 제공하는 자)의 왕진.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>일부 특수 서비스 및 치과 서비스에는 진료 의뢰가 필요합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 자외선 치료.</li> <li>• 수술 전 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 이차 소견. <b>Medi-Cal</b> 보장을 받는 상태에서 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없거나 다른 서비스 제공에 대한 이차 소견이 필요한 경우 당사에서는 이를 주선합니다.</li> <li>• 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 일차 치료 및 특수 치료. 여기에는 입원 서비스, 전문 요양 시설 서비스, 심장 재활 서비스, 폐 재활 서비스, 응급 서비스, 긴급하게 필요한 진료 서비스, 부분 입원, 재택 건강 관리 서비스, 직업 요법 서비스, 정신건강, 발 질환, 정신 질환 치료 및 언어병리학 서비스, 아편유사제 치료 프로그램 서비스, 외래 환자 X-선 서비스, 외래 환자 병원 서비스, 관찰 서비스, 외래 환자 약품 남용 치료, 투석 서비스, 영양/식이 요법, 건강 교육, 신장 질환 교육 서비스, 당뇨병 자가 관리 훈련 및 청력 검사, 수술 또는 입원 준비, 입원, 수술 또는 응급실 방문 이후의 후속 방문이 포함됩니다. 위의 서비스는 해당 서비스를 제공하는 네트워크 의료 서비스 제공자가 임상적으로 적절하다고 간주하는 경우에만 원격 의료를 통해 제공됩니다.</li> <li>• 귀하는 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 의료를 통해 받을 수 있는 선택권을 보유하고 있습니다. 원격 의료로 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택한 경우 원격 의료 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 다음과 같은 원격 의료 수단을 제공해 드립니다.</li> <li>• 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 인터랙티브 비디오를 통한 의료 서비스가 제공될 수 있는 경우, 전문의료진 서비스를 위한 인터랙티브 비디오 방문.</li> <li>• 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 예약 전화 방문을 통한 의료 서비스가 제공될 수 있는 경우, 전문의료진 서비스를 위한 예약 전화 방문.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 기반 또는 긴급 이용 병원 기반 신장투석센터, 신장투석시설 또는 가정에서 가정 내 투석을 하는 가입자를 위한 월별말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스.</li> <li>• 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스</li> <li>• 위치에 관계없이 약물 남용 장애 또는 동시 발생 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스</li> <li>• 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 맨 처음 원격 의료 방문을 받기 전 6 개월 이내에 직접 방문한 경우.</li> <li>• 가입자는 원격 의료 서비스를 받으면서 12 개월마다 직접 방문할 수 있습니다.</li> <li>• 특정 상황에서는 위 사항에 대한 예외가 발생할 수 있습니다.</li> </ul> </li> <li>• 농촌 건강 클리닉 및연방 정부가 인가한 보건 센터에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스.</li> <li>• 다음과 같은 경우 5~10 분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅):             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 및</li> <li>• 체크인이 지난 7 일 이내의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및</li> <li>• 체크인은 24 시간 이내 또는 가능한 가장 빠른 약속 시간 내에 진료실 방문으로 이어지지 않습니다.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스(계속)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 의사에게 보낸 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가, 다음과 같은 경우 24 시간(주말 및 공휴일 제외) 이내에 의사의 해석 및 후속 조치:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 및</li> <li>• 평가가 지난 7 일 이내의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및</li> <li>• 평가는 24 시간 이내 또는 가능한 가장 빠른 약속 시간 내에 진료실 방문으로 이어지지 않습니다.</li> </ul> </li> <li>• 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 한 상담</li> </ul> <p><b>Medi-Cal 보장에 따른 원격 의료:</b> 원격 의료는 의료 서비스 제공자와 물리적으로 같은 공간에 존재하지 않는 상태에서 서비스를 받는 방법입니다. 원격 의료에는 의료 서비스 제공자와의 실시간 대화가 포함될 수 있습니다. 또는 원격 의료에는 실시간 대화 없이 의료 서비스 제공자와의 정보 공유가 포함될 수 있습니다. 가입자는 원격 의료를 통해 다양한 서비스를 받을 수 있습니다. 그러나 일부 보장 서비스의 경우 원격 의료를 제공할 수 없습니다. 가입자는 의료 서비스 제공자에게 연락해 원격 의료를 통해 받을 수 있는 서비스 유형을 확인할 수 있습니다. 가입자와 가입자의 의료 서비스 제공자 둘 다 특정 서비스에 대한 원격 의료가 가입자에게 적절한지 동의해야 합니다. 가입자는 대면 서비스를 받을 권리를 보유하며, 의료 서비스 제공자가 가입자에게 적절하다고 동의하더라도 원격 의료를 이용할 필요는 없습니다.</p>	



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스		가입자의 필수 부담금
<p><b>발 질환 치료 서비스</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (망치 발가락 또는 발뒤꿈치 통증과 같은)족부 상해 및 질환의 진단 및 의료 또는 수술 치료.</li> <li>• 당뇨병과 같이 다리에 영향을 주는 질환이 있는 회원을 위한 일상적인 발 관리.</li> </ul> <p>Medi-Cal 보장에 따라 당사는 환자 발의 진단과 의학적, 수술적, 기계적, 수기적, 전기적 치료에 필요한 필수 의학적 족질환 서비스를 보장드립니다 여기에는 발에 삽입되는 발목과 힘줄, 그리고 발의 기능을 관장하는 다리 근육과 힘줄의 비수술적 치료가 포함됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>	
<p> <b>전립선암 선별 검사</b></p> <p>50 세 이상 남성에게 대해 당사는 다음 서비스 비용을 12 개월마다 1 회 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 디지털 직장 검사.</li> <li>• 전립선 특이 항원(Prostate Specific Antigen, PSA) 검사.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>	

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>보철 장치 및 관련 의료 용품†</b></p> <p>보철 장치는 신체 일부 또는 기능의 전체 또는 일부를 대체합니다. 저희는 다음과 같은 보철 장치에 대해 비용을 지불하며 여기에 나열되지 않은 다른 장치도 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 장루 주머니 및 인공 항문 개설술과 관련이 있는 의료 용품</li> <li>• 장관 및 비경구 영양법, 여기에는 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 솔루션 및 자가 투여 주사를 위한 용품이 포함됩니다.</li> <li>• 맥박 조정기</li> <li>• 치열 교정기</li> <li>• 정형제화</li> <li>• 인공 팔 및 다리</li> <li>• 가슴 보형물(유방절제수술 후 착용하는 외과용 브래지어 포함)</li> <li>• 질병, 부상 또는 선천적인 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위의 전부 또는 일부를 대체하는 보형물</li> <li>• 실금 크럼 및 기저귀</li> </ul> <p>저희는 보철 장치와 관련된 일부 소모품 비용을 지불합니다. 저희는 또한 보철 장치를 수리하거나 교체하는 데 비용을 지불합니다.</p> <p>백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트 뒷부분의 "시력 관리"를 참조하십시오.</p> <p><b>Medicare</b> 에서 보장하지 않는 다음 항목도 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 림프부종을 위한 구배 압박 스타킹.</li> <li>• 외래 환자 방문 시 제공되는 수술 후 특정 수술용 부츠.</li> <li>• 성 기능 장애를 위한 진공 발기 장치.</li> <li>• 의학적으로 필요한 상처 치료에 필요한 특정 피부 밀봉제, 보호제, 보습제, 연고.</li> <li>• 당사는 "치과 서비스"에서 설명하는 경우를 제외하고 보철용 치과 장치에 대한 비용을 부담하지 않습니다.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</b></p>	<p><b>\$0</b></p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>보철 장치 및 관련 의료 용품†(계속)</b></p> <p>Medi-Cal 보장에 따라 당사는 다음 조건을 모두 충족한 경우에는 보철 및 정형용 장치를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 해당 품목이 신체 일부가 기능하는 방식을 복구하는 데 의학적으로 필요한 경우(보철물에만 해당)</li> <li>• 해당 품목이 가입자에게 처방된 경우</li> <li>• 해당 품목이 신체 일부를 지지하는 데 의학적으로 필요한 경우(보조기에만 해당)</li> <li>• 해당 품목이 가입자가 일상 생활 활동을 수행하는 데 의학적으로 필요한 경우</li> <li>• 해당 품목이 가입자의 전반적인 건강 상태에 적절한 경우</li> <li>• 해당 품목을 Medi-Cal 에서 보장하는 경우</li> <li>• 해당 품목을 가입자에게 사용하려면 사전 승인을 받아야 하는 경우. 여기에는 이식형 보청기, 가슴 보형물/유방 절제술 후 브라, 화상 압축 의류와 기능 복원 또는 신체 일부를 대체하거나 약하거나 변형된 신체 일부를 지지하기 위한 보철물이 포함됩니다. 가입자의 의학적 필요에 부합하는 가장 저렴한 품목에 한해 보험 혜택이 보장됩니다. 판매자는 저희가 선택합니다.</li> </ul>	
<p><b>폐 재활 서비스</b></p> <p>저희는 중등도에서 중증의 만성 폐쇄성 폐질환 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)이 있는 회원을 위한 폐 재활 프로그램 비용을 지불합니다. COPD 를 치료하는 의사 또는 의료 서비스 제공자의 폐 재활에 대한 지시가 있어야 합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.





당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>화학 물질 사용 장애 및 정신 건강 치료†</b></p> <p>면허를 보유한 기숙 치료 시설에서 24 시간 개인별로 이루어지는 약물사용장애 치료 또는 정신 건강 치료를 받는 경우, 면허를 보유한 기숙 치료 시설의 약물사용장애 또는 정신 건강 기숙 치료 프로그램에서 일반적으로 그리고 관행적으로 제공되는 치료를 받는 경우, 그리고 그러한 치료가 보호 관리 수준 이상의 목적으로 이루어지는 경우, 다음과 같은 서비스를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 개인 및 단체 상담.</li> <li>• 의료 서비스.</li> <li>• 투약 모니터링.</li> <li>• 병실 및 식사 제공.</li> <li>• 의료진이 기숙 치료 시설에서 약물을 가입자에게 투여하는 것을 조건으로, 저희 약물 처방집 지침에 따라 기숙 치료 시설에서 가입자의 의료 서비스 플랜의 일환으로 네트워크 의료 서비스 제공자가 처방한 약물.</li> <li>• 퇴원 계획.</li> </ul> <p>네트워크 제공자가 처방한 경우 정신 건강 상태와 약물 남용을 치료하기 위해 거주 치료 프로그램에서 의학적으로 필요한 일수에는 제한이 없습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p> <b>성 매개성 감염(STI) 선별 검사 및 상담</b></p> <p>저희는 클라미디아, 임질, 매독 및 B 형 간염에 대한 검진 비용을 부담합니다. 이러한 검진은 임신부와 STI 의 위험이 높은 일부 사람들에게 대해 보장됩니다. 1 차 진료 제공자가 검사를 지시해야 합니다. 매 12 개월마다 검사 1 회 또는 임신 기간 중 일정 회수를 보장해드립니다.</p> <p>또한 당사는 STI 고위험군에 속하는 활발하게 성생활을 하는 성인에 대해 매년 대면 고강도 개인 행동 상담 세션 비용을 최대 2 회까지 부담합니다. 각 세션의 길이는 20~30 분입니다. 저희는 1 차 진료 제공자가 제공한 경우에만 예방 서비스로 이러한 상담 세션 비용을 지불합니다. 세션은 진료실과 같은 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>


질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>전문 요양 시설(SNF) 진료</b></p> <p>당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2~3 인용 병실 또는 의학적으로 필요한 경우 1 인용 병실.</li> <li>• 특별식을 포함한 식사.</li> <li>• 간호 서비스.</li> <li>• 물리 요법, 직업 요법 및 언어 요법.</li> <li>• 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 치료 계획의 일부로 받는 약물.</li> <li>• 혈액, 보관 및 주입 포함.</li> <li>• 요양 시설에서 제공하는 의료 및 수술 용품.</li> <li>• 요양 시설에서 실시하는 실험실 시험.</li> <li>• 요양 시설에서 제공하는 X-선 및 기타 방사선 서비스.</li> <li>• 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 장비.</li> <li>• 의사/의료 서비스 제공자 서비스.</li> </ul> <p>가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 그러나 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서 진료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원에 가기 직전에 거주한 요양 시설 또는 지속 관리를 위한 은퇴자 커뮤니티(해당 시설이나 커뮤니티에서 요양 시설 치료를 제공하는 한).</li> <li>• 가입자가 퇴원할 당시 가입자의 배우자 또는 동거 파트너가 살고 있는 요양 시설.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>흡연 및 담배 사용 중단</b></p> <p>담배를 사용하는 경우 담배 관련 질병의 징후나 증상이 없고 금연을 원하거나 필요로 하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>저희는 예방 서비스로 12 개월 동안 2 번의 금연 시도에 대해 비용을 지불합니다. 이 서비스는 무료입니다. 각 금연 시도에는 최대 4 회의 대면 상담 방문이 포함됩니다.</li> </ul> <p>가입자께서 담배를 이용하시며 담배와 관련된 질병이 있는 것으로 진단 받으시거나 담배의 영향을 받을 만한 약물을 복용 중인 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>저희는 12 개월 동안 2 번의 금연 시도 상담에 대해 비용을 지불합니다. 각 시도 상담에는 최대 4 회의 대면 방문이 포함됩니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>
<p><b>감독 하 운동 요법(Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>저희는 말초동맥질환(Peripheral Artery Disease, PAD)의 징후가 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자에 대해 SET 비용을 부담합니다.</p> <p>저희 플랜은 다음 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SET 요건이 모두 충족되는 경우 12 주 동안 최대 36 회 치료 세션을 보장해드립니다.</li> <li>의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단한 경우 장기간에 걸쳐 36 회 세션이 추가로 제공됩니다.</li> </ul> <p>SET 프로그램은 다음 사항을 충족해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>불량한 혈류로 인한 다리 저림(질뚝거림) 증상이 있는 가입자를 대상으로 한 PAD 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60 분 세션</li> <li>병원 외래 시설 또는 의사의 진료실에서 진행될 것</li> <li>본 프로그램을 통한 이득이 손해보다 크도록 보장할 수 있고 PAD 치료를 위한 운동 요법 훈련을 받은 자격 있는 사람이 프로그램을 진행할 것</li> <li>기본 및 고급 생명 유지 기술을 둘 다 훈련받은 의사, 의사 보조사, 간호사/임상간호전문가의 직접적인 감독 하에 진행될 것</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>이송 수단: 비응급 의료 이송†</b></p> <p>이 혜택을 통해 가장 비용 효율적이고 접근 가능한 이송 수단을 이용할 수 있습니다. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다. 구급차, 쓰레기 밴, 휠체어 밴 의료 운송 서비스 및 보조 대중 교통 조정.</p> <p>운송 형태는 다음과 같은 경우에 승인됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자의 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중 교통 또는 개인 교통 수단으로 이동할 수 없는 경우 및</li> <li>• 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</li> </ul> <p>비응급 의료 이송을 요청하는 방법은 <b>제 3 장</b>을 참조하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p><b>이송 수단: 비의료 이송†</b></p> <p>이 혜택은 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중 교통/개인 교통 수단으로 의료 서비스를 받을 수 있도록 합니다.</p> <p>이송이 치과 치료 예약 장소로 이동, 처방약 픽업 등을 비롯하여 필요한 치료를 받기 위해 필요합니다.</p> <p>이 혜택은 비응급 의료 교통편 혜택을 제한하지 않습니다.</p> <p>비의료 이송을 요청하는 방법은 <b>제 3 장</b>을 참조하십시오.</p>	<p><b>\$0</b></p> <p>의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>




질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>긴급하게 필요한 진료</b></p> <p>긴급하게 필요한 진료는 다음 항목을 치료하기 위해 제공되는 진료입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 즉각적인 치료가 필요한 비응급 상황 또는</li> <li>• 갑작스러운 질병 또는</li> <li>• 부상 또는</li> <li>• 즉시 치료가 필요한 상태입니다.</li> </ul> <p>긴급하게 필요한 치료가 필요한 경우 먼저 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받으십시오.</p> <p><b>서비스 지역 내부:</b> 드물고 특수한 상황(예를 들어, 대형 재난)으로 인해 일시적으로 저희 의료 서비스 제공자 네트워크 이용이 불가능하거나 이에 접근할 수 없는 경우를 제외하고, 가입자께서는 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 긴급 진료를 받으셔야 합니다.</p> <p><b>서비스 지역 외부:</b> 여행 시 예상하지 못한 질병이나 상해로 인해 즉각적인 치료가 필요한 경우, 그리고 저희 서비스 지역으로 돌아오기까지 치료를 지연하게 되는 경우 가입자의 건강이 심각하게 악화될 것이라는 합리적 판단이 드는 경우, 가입자께서는 전 세계 어디서든 긴급 진료 보장을 받으시게 됩니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p> <b>시력 관리</b></p> <p>당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 매년 1 회의 정기 시력 검사.</li> <li>• 눈의 질병과 상해에 대한 진단과 치료를 위한 외래 진료 서비스. 예를 들어, 여기에는 당뇨병 환자를 위한 당뇨병성 망막병증에 대한 연례 시력 검사와 연령 관련 황반변성에 대한 치료가 포함됩니다.</li> <li>• 당뇨병 환자의 경우 당뇨병성 망막병증을 선별하고 모니터링합니다.</li> <li>• 시야 검사.</li> </ul> <p>녹내장 고위험군에 속한 경우 매년 녹내장 선별 검사 1 회를 보장해드립니다. 녹내장 고위험군은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 녹내장 가족력이 있는 경우</li> <li>• 당뇨병 환자</li> <li>• 50 세 이상 아프리카계 미국인</li> <li>• 65 세 이상 히스패닉계 미국인</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>안과 진료의 경우 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.</p>
<p><b>백내장 수술 후 안경류:</b> 저희는 다음 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사가 인공수정체를 삽입하는 경우 백내장 수술 후 매번 안경 또는 콘택트 렌즈 한 쌍. 백내장 수술을 두 번 받은 경우 각 수술 후에 안경을 하나씩 착용해야 합니다. 1 차 수술 후 안경을 착용하지 않았더라도 2 차 수술 후 안경 2 개를 받을 수 없습니다.</li> <li>• 렌즈 삽입이 없는 백내장 수술 후 필요한 교정렌즈/안경테(및 대체품).</li> </ul>	<p>Medicare 지침에 따른 안경류에 대한 비용은 <b>\$0</b> 입니다.</p> <p><b>참고:</b> 구매하신 안경류의 비용이 Medicare 에서 보장하는 것보다 많은 경우, 차액을 부담하셔야 합니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>안경 및 콘택트 렌즈:</b> 안경 및 콘택트 렌즈: 매 12 개월마다 한 번, 의사 또는 검안사가 시력 교정을 위한 안경 또는 콘택트 렌즈를 처방해준 경우, 플랜 안과 시설에서 안경류의 비용으로 충당할 수 있도록 최대 <b>\$350</b> 의 비용을 지원해드립니다. 이 비용은 다음과 같은 품목 지불에 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 네트워크 의료 서비스 제공자가 렌즈를 안경테에 설치하는 경우 안경 렌즈.</li> <li>• 네트워크 의료 서비스 제공자가 렌즈 두 개(적어도 하나는 반드시 굴절값이 있어야 함)를 안경테에 설치하는 경우 안경 렌즈.</li> <li>• 콘택트렌즈, 맞춤 및 지급 서비스.</li> </ul> <p>저희가 만일 이전 12 개월 내에 렌즈와 안경테에 대해 비용을 제공(또는 보장)해드린 경우, 이 비용을 제공해드리지 않습니다.</p> <p>이 비용은 오직 첫 구매 시에만 사용 가능합니다. 첫 구매 시 이 비용을 모두 사용하지 않는 경우, 나중에 사용하실 수 없습니다.</p>	<p>구입한 안경류의 가격이 <b>\$350</b> 를 넘는 경우, 차액은 가입자가 부담합니다.</p> <p>Medi-Cal 은 24 개월마다 금액이 <b>\$80</b> 미만인 새 안경테 및 교체용 안경테를 보장합니다. 구입한 안경테의 가격이 <b>\$80</b> 가 넘는 경우 차액은 가입자가 부담합니다.</p>
<p><b>Medi-Cal 보장에 따른 안경 렌즈:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 새로운 안경 렌즈 또는 교체용 안경 렌즈는 DHCS 의 안경 렌즈 제공자가 제공합니다. DHCS 제공자가 가입자에게 필요한 렌즈를 제공하지 못하는 경우 당사는 다른 안경원에서 가입자가 사용할 렌즈를 만들도록 주선합니다. DHCS 의 제공자가 가입자의 안경 렌즈를 만들 수 없어 당사가 해당 안경 렌즈를 만들 제공자를 찾아야 하는 경우 가입자가 부담해야 할 추가 비용은 없습니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p> <p>가입자에게 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 안경 렌즈 또는 기능이 필요한 경우 가입자는 해당 업그레이드에 대한 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.




당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>교체 렌즈:</b> 만일 저희가 제공(또는 보장)해드린 비용으로 안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈를 처음 구매한 지 12 개월 이내에 처방전 상에서 한 쪽 또는 양쪽 눈의 시력이 최소 0.50 디옵터만큼 변경된 경우, 저희는 0.50 디옵터만큼 시력이 변경된 눈에 대해 동일한 유형(안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈, 맞춤 및 지급)의 대체 품목의 구매를 위한 비용을 제공해드립니다. 이러한 대체 렌즈 하나에 대한 비용은 단일 시력 안경 렌즈 또는 콘택트렌즈(맞춤 및 지급)에 대해 <b>\$30</b>, 그리고 다초점 또는 돋보기 안경 렌즈에 대해 <b>\$45</b> 를 지원해드립니다.</p>	<p>만일 구매하신 렌즈 비용이 단일 시력 렌즈에 대해 <b>\$30</b> 이상 또는 다초점이나 돋보기 안경 렌즈에 대해 <b>\$45</b> 이상인 경우, 가입자께서는 지원 비용 초과분을 부담하셔야 합니다.</p>
<p><b>특수 콘택트 렌즈:</b> 저희는 네트워크 의사 또는 검안사인 네트워크 제공자가 처방한 경우 다음과 같은 특수 콘택트 렌즈를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 무홍채증(홍채 손실) 치료를 위해 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈(맞춤 및 지급 포함)는 각 눈에 대해 12 개월에 최대 렌즈 2 개씩 무료로 제공.</li> <li>• 만일 안경 렌즈로는 되지 않지만 콘택트 렌즈(무홍채증을 위한 콘택트 렌즈 제외)로 상당한 시력 개선이 가능한 경우, 콘택트 렌즈 한 쌍(맞춤 및 지급 포함) 또는 일회용 콘택트 렌즈(맞춤 및 지급 포함)에 대한 첫 공급 분량을 매 12 개월마다 1 회 이하로 보장해드립니다. 그러나, 직전 12 개월 이내에 콘택트 렌즈 구매를 위해 저희가 비용을 제공(또는 보장)해드린 경우, 무홍채증을 위한 보장된 콘택트 렌즈를 제외한 다른 콘택트 렌즈의 비용은 보장해드리지 않습니다.</li> </ul>	<p><b>\$0</b></p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.





당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스	가입자의 필수 부담금
<p><b>저시력 장치:</b> 저희는 다음 조건이 충족될 때 Medi-Cal 에 따라 저시력 장치를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>가장 좋은 교정 시력은 더 좋은 쪽 눈에서 20/60 미만이거나 시선고정점에서 한 쪽 눈의 시야 제한이 10 도 미만인 경우</li> <li>시력 저하를 일으키는 조건이 만성적이고 의료적 또는 수술적 수단으로 완화할 수 없는 경우</li> <li>수혜자의 신체 및 정신적 상태가 보장 혜택이 수혜자의 일상적인 기능 개선에 사용될 것이라고 합리적으로 기대할 수 있는 정도인 경우</li> </ul> <p>보험 적용은 가입자의 필요에 부합하는 최저가 장치에 한합니다. Medi-Cal 보장에는 전자식 확대 장치와 눈에 사용하기 위해 렌즈를 통합하지 않는 장치는 포함되지 않습니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>
<p> <b>"Medicare 에 오신 것을 환영합니다" 예방 방문</b></p> <p>저희는 질병 예방을 위한 "Medicare 환영" 방문을 1 회 보장해드립니다. 방문에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>가입자의 건강 점검</li> <li>필요한 예방 서비스(검진 및 예방 주사 포함)에 대한 교육 및 상담 및</li> <li>필요한 경우 기타 진료 의뢰</li> </ul> <p><b>참고:</b> 저희는 가입자가 첫 12 개월 이내에 Medicare 파트 B 에 가입한 경우에만 질병 예방을 위한 "Medicare 환영" 방문을 보장해드립니다. 방문 일정을 잡을 때에는 의사의 진료실에 질병 예방을 위한 "Medicare 환영" 방문 일정을 예약하는 것임을 알려주시기 바랍니다.</p>	<p><b>\$0</b></p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

<p><b>가입자에게 보장되는 서비스</b></p>	<p><b>이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수</b></p>
<p><b>추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)</b></p> <p>Health Plan 은 Delta Dental of California ("Delta Dental")와 계약을 맺어 가입자에게 DeltaCare USA Dental HMO 프로그램을 제공해드리고 있습니다. DeltaCare USA 는 치과 서비스 제공을 위해 Delta Dental 과 계약을 맺은 네트워크 치과 의사들을 통해 종합 치과 진료를 제공합니다. 치과 의료 서비스 제공자에 대한 정보는 치과 의료 서비스 제공자 목록을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>아래에 게재된 보험 혜택은 본 장에서 언급된 제한 및 예외 사항의 적용을 받는 DeltaCare USA 소속 치과 의사를 통해 받으실 수 있습니다. 회원께서는 서비스를 받으시기 전 DeltaCare USA 치과 의사와 모든 치료 옵션에 대해 상의하셔야 합니다. 지정된 계약 치과 의사가 열거된 시술에 대한 서비스를 수행하는 경우 가입자는 지정된 자기 부담금을 지불합니다. 치과 의사가 전문의 서비스를 제공하도록 요구하고 지정된 계약 치과 의사가 추천한 시술을 Delta Dental 의 승인을 받아야 합니다. 가입자는 그러한 서비스에 대해 지정된 자기 부담금을 지불합니다.</p> <p>아래 목록에 게재된 절차가 아닌 경우, 보장되지 않습니다. 참고: 아래에 별표(*)가 표시된 모든 서비스는 별표가 표시되지 않은 다른 나열된 서비스와 함께 제공되는 경우에만 보장되는 혜택입니다.</p> <p>아래 목록의 이탤릭체로 된 텍스트는 해당 혜택이 DeltaCare USA Dental HMO 프로그램이 제공하는 보험 혜택임을 강조하기 위한 것이며, 본 텍스트가 최신 치과 전문용어(Current Dental Terminology, CDT) 2024 절차 코드, 미국 치과 협회(American Dental Association, ADA)가 저작권을 보유한 학명 또는 기술어로 해석되지 않도록 하기 위한 것입니다. ADA 는 주기적으로 CDT 코드 또는 정의를 변경할 수 있습니다. 이러한 업데이트된 코드, 설명자 또는 명칭은 연방 법률에 따라 이러한 적용 시술을 설명하는 데 사용될 수 있습니다.</p>	
<p><b>진단(D0100-D0999)†</b></p> <p>D0120: 정기적인 구강 검진 – 기존 환자.</p> <p>D0140: 제한된 구강 검진 – 문제 중심.</p> <p>D0150: 종합적인 구강 검진 – 신규 또는 기존 환자.</p>	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D0160: 상세하고 광범위한 구강 검진 - 문제별, 보고별.	\$0
D0180: 종합적인 치주 평가 - 신규 또는 기존 환자.	\$0
D0210: 구강 내 - 방사선 사진 종합 시리즈 - 매 24 개월마다 1 시리즈로 한정.	\$0
D0220: 구강 내 - 치근단의 첫 번째 방사선 사진.	\$0
D0230: 구강 내 - 치근단의 각 추가 방사선 사진.	\$0
D0240: 구강 내 - 교합 방사선 사진.	\$0
D0250: 구강 외 - 고정 방사선 소스, 검출기를 사용하여 생성된 2D 프로젝션 방사선 사진.	\$0
D0251: 구강 외 후부 치과용 방사선 사진.	\$0
D0270: 교익 - 단일 방사선 사진.	\$0
D0272: 교익 - 두 개의 방사선 사진.	\$0
D0274: 교익 - 방사선 사진 4 장 - 6 개월마다 1 시리즈로 제한.	\$0
D0330: 파노라마 방사선 사진.	\$0
D0350: 내외부에서 촬영한 2D 구강 내/안면 방사선 사진 - 방사선 사진상에 명확하게 나타나지 않는 특정 임상 조건 진단 및 치료용 - 서비스 일자별로 4 장.	\$0
D0396: 3D 치과 표면 스캔의 3D 프린팅.	\$0
D0419: 측정에 의한 타액 흐름 평가 - 12 개월마다 1 회.	\$0
D0502: 기록별 기타 구강 병리적 기술.	\$0



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D0999: 기록별 비지정 진단 시술 - 방문당 진료실 방문 포함(기타 서비스와 함께).	\$0
<b>예방(D1000-D1999)</b> D1110: 예방 목적 클리닝 - 성인 - 6 개월마다 D1110 또는 D4346 1 회.	\$0
D1206: 국소 불소 도포 바니시 포함 - 6 개월마다 1 회씩 D1206 또는 D1208 도포.	\$0
D1208: 국소 불소 도포 - 바니시 제외 - 6 개월마다 1 회씩 D1206 또는 D1208 도포.	\$0
충치를 억제하는 약제 D1354 도포 - 개별 치아당 - 6 개월마다 1 회	\$0
<b>복구(D2000-D2999)†</b> 연마, 모든 부착 및 점착제, 간접 치수 복조법, 베이스, 라이너, 산 부식 절차가 포함됩니다. 크라운, 인레이, 아웃레이 교체는 기존에 받으셨던 복원 서비스가 5 년 이상이 된 경우에만 가능합니다.	
D2140: 아말감 - 1 면, 유치 또는 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2150: 아말감 - 2 면, 유치 또는 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2160: 아말감 - 3 면, 유치 또는 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2161: 아말감 - 4 면 이상, 유치 또는 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2330: 컴포짓 레진 - 1 면, 전치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2331: 컴포짓 레진 - 2 면, 전치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2332: 컴포짓 레진 - 3 면, 전치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2335: 컴포짓 레진 - 4 면 이상(전치) - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D2390: 킴포짓 레진 크라운, 전치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2391: 킴포짓 레진 - 1 면, 구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2392: 킴포짓 레진 - 2 면, 구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2393: 킴포짓 레진 - 3 면, 구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2394: 킴포짓 레진 - 4 면 이상, 구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2910: 인레이, 온레이, 비니어 보강 또는 부분 복원 - 12 개월에 1 회로 제한.	\$0
D2920: 보강 또는 재부착 크라운 - 사전 주조 크라운 또는 실험 가공된 크라운을 처음 시술한 이후 12 개월 이내에 발생하는 모든 재보강에 대한 책임은 기본 제공자에게 있습니다. 처음 1 개월 이후 12 개월마다 1 회로 제한됩니다.	\$0
D2928 사전 주조 도재/세라믹 크라운 - 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2931: 사전 주조 스테인리스 스틸 크라운 - 영구치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2932: 사전 주조 레진 크라운 - 유치의 전치 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2933: 사전 주조 스테인리스 스틸 크라운과 레진 윈도우 - 36 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D2940: 보호 복원 - 6 개월에 1 회로 제한.	\$0
D2952: 크라운 외에 포스트 및 코어, 간접적으로 가공된 것 - 근관 준비 포함 - 식립된 포스트 수에 관계없이 치아당 한 번, 허용되는 크라운(조립식 또는 기공소 가공)과 함께 사용할 경우에만 해당됩니다.	\$0



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
<p><b>D2954:</b> 크라운 외에 조립식 포스트 및 코어 - 베이스 금속 포스트, 근관 준비 포함 - 식립된 포스트 수에 관계없이 치아당 한 번, 치근관 치료된 영구치에 허용되는 크라운(조립식 또는 검사실 가공)과 함께 사용할 경우에만 포함됩니다.</p>	\$0
<p><b>D2976:</b> 밴드 안정화 - 치아당 - 치아당 일생에 한 번으로 제한됨</p>	\$0
<p><b>D2989:</b> 치아를 발치하여 수복 불가 판정을 받은 경우</p>	\$0
<p><b>근관치료(D3000-D3999)†</b>  <b>D3110:</b> 치수 복조 - 간접(최종 복원 제외).</p>	\$0
<p><b>D3346:</b> 이전 치근관 치료의 재치료 - 전치 - 첫 치료 후 12 개월 이내인 경우 기본 제공자가 책임집니다.</p>	\$0
<p><b>치주병(D4000-D4999)†</b>                      수술 전 및 수술 후 평가와 국소 마취 하 치료 포함.</p> <p><b>D4341:</b> 치주 스케일링 및 치근 활택술 - 사분면당 4 개 이상의 치아 - 24 개월에 사분면당 1 회로 제한.</p>	\$0
<p><b>D4342:</b> 치주 스케일링 및 치근 활택술 - 사분면당 1~3 개의 치아 - 24 개월에 사분면당 1 회로 제한.</p>	\$0
<p><b>D4346:</b> 전반적인 중증도 또는 심각한 치은 염증이 있는 경우 스케일링 - 구강 검진 후, 구강 전체 <b>D1110</b> 또는 <b>D4346</b> - 6 개월마다 1 회</p>	\$0
<p><b>D4355:</b> 차후 방문시 포괄적 치주 평가 및 진단을 위한 구강 전체 괴사 조직 제거 - 연속 12 개월 내 치료 1 회로 제한.</p>	\$0
<p><b>D4910:</b> 치주 관리 - 전문 요양 시설이나 중급 치료 시설에 거주하며, 먼저 치주 스케일링 및 치근 활택술(<b>D4341-D4342</b>)을 받은 경우 또는 필요한 모든 스케일링과 치근 활택술을 완료한 환자에게만 혜택이 적용됩니다. 이때 마지막 스케일링 및 치근 활택술을 시술받은 이후, 달력 분기당 1 회로 제한하고, 24 개월 이내에만 서비스를 받으실 수 있습니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
<p><b>치과 보철, 탈착형(D5000-D5899)†</b></p> <p>리베이스, 이장 및 조직 조절은 연속 12 개월 동안 틀니당 1 회로 제한됩니다. 의치 교체 또는 부분 의치 교체는 기존 의치가 5 년 이상이 지난 경우일 때 가능합니다. <b>참고:</b> 나열된 모든 의치에 대해 가철성 보철물, 침상, 조직 조절 또는 수리에 대한 자기부담금에는 서비스 날짜로부터 6 개월 동안 필요한 모든 조정이 포함됩니다. 가입자는 계속 자격을 갖추어야 하며 의치가 원래 전달된 계약 치과 의사 시설에서 서비스를 제공해야 합니다.</p>	
D5110: 전체 틀니 – 상악.	\$0
D5120: 전체 틀니 – 하악.	\$0
D5130: 즉시 틀니 – 상악.	\$0
D5140: 즉시 틀니 – 하악.	\$0
D5410: 전체 틀니 조정 – 상악 – 서비스 일자별 1 회, 즉, 12 개월에 2 회.	\$0
D5411: 전체 틀니 조정 – 하악 – 서비스 일자별 1 회, 즉, 12 개월에 2 회.	\$0
D5511: 부서진 전체 틀니 베이스 수리, 하악. 서비스 일자별 아치당 1 회, 즉, 12 개월에 2 회로 제한.	\$0
D5512: 부서진 전체 틀니 베이스 수리, 상악. 서비스 일자별 아치당 1 회, 즉, 12 개월에 2 회로 제한.	\$0
D5520: 빠지거나 부러진 치아 교체 – 전체 틀니(각 치아) – 제공자별로 서비스 일자에 따라 아치당 최대 4 개까지 가능, 12 개월에 아치당 2 회로 제한.	\$0
D5611: 레진 부분 틀니 베이스 수리, 하악. 서비스 일자별 아치당 1 회, 즉, 12 개월에 2 회로 제한.	\$0
D5612: 레진 부분 틀니 베이스 수리, 상악. 서비스 일자별 아치당 1 회, 즉, 12 개월에 2 회로 제한.	\$0

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D5730: 상악 의치 전체를 첨상(체어사이드) – 12 개월에 의치 시술당 1 회로 제한.	\$0
D5731: 하악 의치 전체 첨상(체어사이드) – 12 개월에 의치 시술당 1 회로 제한.	\$0
D5750: 상악 의치 전체 첨상(기공소) – 12 개월에 의치 시술당 1 회로 제한.	\$0
D5751: 하악 의치 전체 첨상(기공소) – 12 개월에 의치 시술당 1 회로 제한.	\$0
D5850: 상악 조직 컨디셔닝 – 36 개월에 틀니 시술당 2 회로 제한.	\$0
D5851: 하악 조직 컨디셔닝 – 36 개월에 틀니 시술당 2 회로 제한.	\$0
D5863: 중첩 틀니 – 상악 전체 – 5 년마다 1 회로 제한.	\$0
D5865: 중첩 틀니 – 하악 전체 – 5 년마다 1 회로 제한.	\$0
<p><b>임플란트 서비스(D6000-D6199)†</b></p> <p>예외적인 의학적 상태를 문서로 기록하거나 의학적 필요성을 검토 받은 경우에만 혜택이 적용되며 그러기 위해서는 사전 승인이 필요합니다. 제한 및/또는 예외 내용을 참고하십시오. 임플란트/어버트먼트 지지형 크라운을 처음 시술한 이후 초기 12 개월 이내에 발생하는 모든 재보강은 기본 제공자가 책임집니다. 그 이후 동일 제공자가 이전 재보강 이후 12 개월마다 1 회로 제한적 서비스를 제공합니다.</p>	
D6092: 재부착 임플란트/어버트먼트 지지형 크라운 재부착.	\$0
D6093: 재부착 임플란트/어버트먼트 고정형 부분 틀니 재부착.	\$0
D6096: 임플란트의 부서진 고정 나사 제거.	\$0
D6100: 임플란트 외과적 제거.	\$0
D6105: 뼈 제거나 플랩 용기가 필요하지 않은 임플란트 본체 제거.	\$0

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.





가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D6197: 나사로 고정된 임플란트 지지 보철물의 접근 구멍을 닫는데 사용되는 복원 재료를 임플란트별로 교체합니다.	<b>\$0</b>
<p><b>치과 보철, 고정형(D6200-D6999)†</b></p> <p>각 리테이너와 폰틱은 고정형 부분 틀니 또는 교의치 단위로 구성되어 있습니다. 크라운, 폰틱, 인레이, 온레이 또는 완압장치 교체는 기존 교의치가 5년 이상 지난 경우에 가능합니다.</p>	
D6930: 고정형 부분 의치 재부착 또는 재결합.	<b>\$0</b>
D6999: 기록별 비지정 고정형 보철 시술.	<b>\$0</b>
<p><b>구강 및 상악안면수술(D7000-D7999)†</b></p> <p>수술 전 및 수술 후 평가와 국소 마취 하 치료 포함.</p>	
D7111: 발치, 관상 잔존물 – 유치.	<b>\$0</b>
D7140: 발치, 정출 치아 또는 뿌리 노출(고도 및/또는 핀셋 제거).	<b>\$0</b>
D7210: 발치, 골 제거 및/또는 치아 절개가 필요한 정출 치아, 지시된 경우 점막 경골 플랩의 상승을 포함.	<b>\$0</b>
D7220: 매복 치아 제거 – 연조직.	<b>\$0</b>
D7230: 매복 치아 제거 – 부분적으로 골.	<b>\$0</b>
D7240: 매복 치아 제거 – 완전히 골.	<b>\$0</b>
D7241: 매복 치아 제거 – 완전히 뼈가 있는, 특이한 외과적 합병증.	<b>\$0</b>
D7250: 잔존 치근 제거(절단 수술).	<b>\$0</b>
D7270: 우발적 탈락 치아나 변위 치아의 재이식 또는 안정화 – 영구 전치인 경우만 해당되며 아치당 1 회.	<b>\$0</b>
D7284: 경미한 침샘의 절제 생검.	<b>\$0</b>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D7286: 구강의 연조직 검사에는 병리학 실험 기술이 포함되지 않습니다.	\$0
<b>일반 부속 서비스(D9000-D9999)†</b>	
D9110: 치과 통증의 완화 치료 – 방문당.	\$0
D9210: 수술 또는 외과 시술과는 관련이 없는 국소 마취.	\$0
D9211: 국소 블록 마취.	\$0
D9212: 삼차 분열 구획 마취.	\$0
D9215: 수술 또는 외과 시술과 관련된 국소 마취.	\$0
D9222: 깊은 진정/일반 마취-처음 15 분	\$0
D9223: 깊은 진정/전신 마취 – 매 15 분마다의 투입.	\$0
D9230: 이산화 질소/무통증, 항불안제 흡입 마취.	\$0
D9239: 정맥 내 주사 의식 완화 진정제/마취 – 초기 15 분.	\$0
D9243: 정맥 내 중등도(의식적) 진정/진통 – 각 15 분씩 증가.	\$0
D9248: 비정맥 중등도(의식적) 진정제. 서비스 일자별 1 회로 제한.	\$0
D9310: 상담 – 치과 의사 또는 의사가 제공하는 진단 서비스로, 의뢰하는 치과 의사 또는 의사가 아닌 다른 의사가 해당 서비스를 제공해야 합니다. 이 시술은 D0120, D0140, D0150, D0160 진단 시술로만 청구됩니다.	\$0
D9311: 보건 의료 전문가와 상담.	\$0
D9430: 관찰을 위한 진료실 방문(정기 일정시간 동안) – 다른 서비스는 수행하지 않습니다. 서비스 일자별 1 회.	\$0

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
D9440: 진료실 방문 – 정기 일정시간 후 – 서비스 일자별 1 회 및 혜택이 있는 치료에 한함.	\$0
D9910: 탈감작 약물의 적용 – 영구치에 한함 – 12 개월마다 1 회로 제한.	\$0
D9930: 합병증 치료(수술 후) – 기록별 특이 상황. 서비스 일자별 1 회.	\$0
D9986: 24 시간 전까지 고지 없이 예약 시간을 지키지 않는 경우.	\$0
D9987: 24 시간 전까지 고지 없이 예약을 취소한 경우.	\$0
D9990 인증 번역 또는 수어 서비스 – 방문당.	\$0
D9991: 치과 사례 관리 – 예약 준수 고충 사항 대응.	\$0
D9992: 치과 사례 관리 – 의료 서비스 조정.	\$0
D9995: 원격치과진료 - 동기식, 실시간 검사.	\$0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D9996: 원격치과진료 - 비동기식, 향후 검토를 위해 정보가 저장되고 치과 의사에게 전달됨.</li> </ul>	\$0
<p><b>응급 치과 진료*</b></p> <p>응급 치과 치료가 필요한 경우 배정된 DeltaCare USA 치과 의사 또는 Delta Dental 고객 서비스에 연락해야 합니다. <b>1-877-644-1774</b>, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시 동부 표준시, 주 7 일 10 월 1 일~3 월 31 일, 오전 8 시~오후 8 시 EST(TTY 사용자께서는 <b>711</b> 번으로 전화해 주십시오.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 지정 DeltaCare USA 치과 의사가 제공한 보장된 응급 치과 진료.</li> </ul>	\$0



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담하셔야 하는 자기 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> <li>지정된 <b>DeltaCare USA</b> 치과 의사가 아닌 다른 치과 의사에게 보장 응급 치과 진료를 받으신 경우, 가입자의 자기 부담금을 제외하고 응급 진료당 <b>\$100</b> 로 보장이 제한됩니다. 또한, 보장 응급 진료는 필수 진료로 가입자의 상태 안정화와 통증 완화를 위해 필요한 것으로 제한됩니다. 이외에도, 다음과 같은 조건에 부합하지 않는 경우, 가입자께서는 해당 치과 진료의 모든 비용에 대한 부담 책임을 지시게 됩니다.</li> <li>가입자께서 지정 <b>DeltaCare USA</b> 치과 의사를 방문하려고 합리적인 시도를 하셨으나 <b>24</b> 시간 이내에 해당 의사에게 진료를 받지 못하신 경우, 또는 지정 <b>DeltaCare USA</b> 치과 의사가 있는 곳으로 이동하시는 것이 가입자의 상태를 고려했을 때 비합리적이거나 불가능한 경우. 신규로 가입하여 치과 의사를 아직 지정 받지 못하신 경우, 가입자께서는 <b>Delta Dental</b> 고객 서비스 센터의 도움을 받아 <b>DeltaCare USA</b> 치과 의사가 어디 있는지 파악하셔야 합니다.</li> <li>응급 치과 진료를 받으시기 전 <b>Delta Dental</b> 고객 서비스 센터에 연락하셨거나 가입자의 조건과 상황을 고려했을 때 고객 서비스 센터에 전화하지 않고 곧바로 응급 치과 진료를 받으시는 것이 합리적인 경우.</li> <li>보장된 응급 치과 진료 서비스에 대한 청구서는 반드시 <b>Delta Dental</b> 에 치료 일자로부터 <b>90</b> 일 이내에 제출하셔야 하며, <b>90</b> 일 이내에 제출하는 것이 불가능하다는 것을 증명하실 수 없다면 어떠한 예외도 적용되지 않습니다. <b>90</b> 일 이내에 제출하는 것이 불가능한 경우, 가입자께서는 청구서를 치료 일자로부터 <b>1</b> 년 이내에 제출하실 수 있습니다. 다음 주소로 클레임을 보내십시오. <b>Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.</b></li> </ul>	<p>가입자께서 최대 보상 범위 <b>\$100</b> 을 초과하는 비용은 부담하셔야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## E. 저희 플랜 범위 외의 보장 혜택

당사에서 보장하지 않는 다음 서비스를 Original Medicare 또는 Medi-Cal 진료별 수가제를 통해 받으실 수 있습니다.

### E1. 캘리포니아 커뮤니티 전환(CCT)

캘리포니아 커뮤니티 전환(CCT) 프로그램에서는 지역 Lead Organization 을 활용하여 최소 연속 90 일 이상 입원 시설에 거주한 적격 Medi-Cal 수혜자가 커뮤니티 환경으로 돌아가 안전하게 지낼 수 있도록 지원하고 있습니다. CCT 프로그램을 통해 사전 전환 기간 및 전환 후 365 일 동안 전환 조정 서비스를 바탕으로 경제적 도움을 드려 수혜자가 커뮤니티 환경으로 복귀할 수 있도록 지원합니다.

가입자께서 거주하고 있는 카운티에 서비스를 제공하는 모든 CCT Lead Organization 에서 전환 조정 서비스를 받으실 수 있습니다. 보건부의 다음 웹사이트에서 CCT Lead Organization 및 서비스 제공 카운티 목록을 확인해 보십시오.

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT).

#### CCT 전환 조정 서비스의 경우

Medi-Cal 에서 전환 조정 서비스에 대한 비용을 지불하므로 가입자께서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요가 없습니다.

#### CCT 전환과 관련 없는 서비스의 경우

제공자가 가입자에게 제공된 서비스에 대한 비용을 당사에 청구합니다. 당사 플랜에서 가입자의 전환 이후 제공되는 서비스 비용을 부담하므로 가입자께서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요가 없습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받으시는 동안 저희에서 **섹션 D** 의 혜택표에 나와 있는 서비스 비용을 지불합니다.

#### 의약품 보장 혜택은 변동 없음

CCT 프로그램에서는 약물 보장 혜택을 적용받으실 수 없습니다. 가입자께서는 당사 플랜을 통해 기본 약물 혜택을 계속 보장받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

**참고:** 비 CCT 전환 치료가 필요한 경우 의료 서비스 조정 담당자에게 연락하여 조율하시기 바랍니다. 비 CCT 전환 치료는 기관이나 시설의 전환과는 관련이 없는 서비스입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## E2. Medi-Cal Dental 프로그램

Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 다음을 포함한 일부 치과 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 초기 검사, X 선 검사, 클리닝, 불소 치료.
- 복원 및 크라운.
- 치근관 치료.
- 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 침상.

[Medi-Cal Dental 개인 부담 서비스 프로그램에서 치과 혜택을 제공합니다. 더 자세한 내용이나 Medi-Cal Dental 프로그램을 지원하는 치과 의사를 알아보려면 고객 서비스 라인에 **1-800-322-6384** 로 연락 주시기 바랍니다(TTY 사용자인 경우 **1-800-735-2922**). 이 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental 서비스 프로그램의 상담원이 월요일부터 금요일 오전 8 시~오후 5 시까지 도움을 드립니다. 자세한 내용은 <https://smilecalifornia.org/>에서 참조하실 수도 있습니다.

Medi-Cal Dental Fee-For-Service 프로그램의 혜택 외에도 치아 관리형 치료 플랜을 통해 치과 혜택을 누리실 수 있습니다. 치아 관리형 치료 플랜은 Los Angeles 카운티에서 이용할 수 있습니다. 치과 플랜에 관해 더 알고 싶거나, 치과 플랜을 변경하고 싶은 경우 Health Care Options 에 **1-800-430-4263**(TTY 사용자인 경우 **1-800-430-7077**)으로 연락 주시기 바랍니다. 월요일에서 금요일 오전 8 시~오후 6 시까지 이용하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.

당사 플랜을 이용하면 추가 치과 서비스를 받으실 수 있습니다. **섹션 D** 에 나와 있는 혜택표로 이동하여 더 자세한 내용을 확인해 보십시오.

## E3. 호스피스 진료

가입자의 상태를 현재 제공자 및 호스피스 의료 책임자 측에서 말기 예후로 판단하는 경우 가입자께서는 호스피스를 선택하실 수 있습니다. 말기 예후란 불치병을 앓고 있으며 임종까지 6 개월이 채 남지 않은 상태를 말합니다. Medicare 에서 인증한 모든 호스피스 프로그램을 통해 치료를 받으실 수 있습니다. 플랜을 통해 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도움을 드립니다. 내외부의 네트워크 의료 서비스 제공자 모두 가입자의 호스피스 의사가 될 수 있습니다.

가입자가 호스피스 진료 서비스를 받는 동안 당사가 지불하는 비용에 대한 자세한 내용은 **섹션 D** 에 나와 있는 혜택 차트에서 참고하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## 호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련된 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장하는 서비스

- 호스피스 제공자는 가입자 서비스 비용을 Medical 에 청구합니다. Medicare 에서 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스 비용을 지불하므로 가입자께서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요가 없습니다.

## Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 가 적용되고 말기 예후와 관련되지 않은 서비스

- 제공자는 Medicare 에 서비스에 대한 비용을 청구합니다. Medicare 에서 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 로 보장되는 서비스 비용을 지불하므로 가입자께서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요가 없습니다.

## 저희 플랜의 Medicare 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약물

- 호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장을 해드리지 않습니다. 자세한 정보는 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

**참고:** 비 호스피스 치료가 필요한 경우 의료 서비스 조정 담당자에게 연락하여 조율하시기 바랍니다. 비 호스피스 치료는 말기 예후와는 관련이 없는 서비스입니다.

## E4. 가정 내 지원 서비스(IHSS)

- IHSS 프로그램은 귀하가 자택에 안전하게 머물 수 있도록 귀하에게 제공되는 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS 는 요양원이나 숙박 및 치료 시설과 같은 가정 외 간호의 대안으로 간주됩니다.
- IHSS 를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 배변 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 의료 보조 서비스), 진료 예약 동반 및 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다.
- 진료 조정자는 가입자가 해당 카운티 사회 복지 기관에 IHSS 신청을 하도록 도와드릴 수 있습니다.
  - Los Angeles 카운티 사회복지부: **1-866-613-3777(TTY 711)**.
  - Orange 카운티 사회복지국: **1-855-541-5411(TTY 711)**.
  - Riverside 카운티 공공사회복지부: **1-877-410-8827(TTY 711)**.
  - San Bernardino 카운티 노인 및 성인 복지국: **1-909-891-3900(TTY 711)**.
  - San Diego 보건복지부: **1-866-262-9881(TTY 711)**.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## E5. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS) 면제 프로그램

### 보조 주택 면제(Assisted Living Waiver, ALW)

- 보조 주택 면제(ALW)는 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자에게 요양 시설에 장기간 배치되는 대안 생활 보조 시설에 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW의 목표는 요양 시설을 가정과 같은 지역 사회 환경으로 다시 전환하는 것을 장려하거나 요양 시설 배치가 절박한 수혜자의 전문 간호 시설 입소를 방지하는 것입니다.
- ALW에 등록되어 있고 Medi-Cal 관리형 진료로 전환된 회원은 ALW에 등록된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 ALW 진료 조정 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 조정자가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다.

### 발달 장애가 있는 캘리포니아 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

### 발달 장애가 있는 개인을 위한 캘리포니아 자기 결정 프로그램(California Self-Determination Program, SDP) 면제

- HCBS-DD 면제 및 SDP 면제라는 두 가지 1915(c) 면제가 포함되어 있으며, 이를 통해 개인의 18세 생일 이전에 시작되어 무기한 지속될 것으로 예상되는 발달 장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 면제 모두 발달 장애가 있는 사람이 승인된 보건 시설에 거주하지 않고 집이나 지역 사회에서 살 수 있도록 하는 특정 서비스에 자금을 지원하는 방법입니다. 이러한 서비스 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 캘리포니아주에서 공동으로 지원합니다. 진료 조정자가 DD 면제 서비스 연결을 도와드릴 수 있습니다.

### 가정 및 지역사회 기반 대안(Home and Community-Based Alternative, HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원이나 시설에 배치될 위험이 있는 사람에게 치료 관리 서비스를 제공합니다. 치료 관리 서비스는 간호사와 사회 복지사로 구성된 여러 전문분야로 이루어진 치료 관리 팀에서 제공합니다. 이 팀은 면제 및 주정부 플랜 서비스(예: 의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조정하고 지역 사회에서 이용할 수 있는 기타 장기 서비스 및 지원을 추천합니다. 진료 관리 및 면제 서비스는 참가자의 커뮤니티 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유이거나, 임차인 임대 계약을 통해 확보하거나, 참가자의 가족 구성원의 거주지가 될 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- HCBA 면제에 등록되어 있고 Medi-Cal 관리형 진료로 전환된 회원은 HCBA 면제에 등록된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 HCBA 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 조정자가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다.

### Medi-Cal 면제 프로그램(Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)은 요양 시설 치료 또는 입원에 대한 대안으로 HIV 감염인에게 포괄적인 사례 관리 및 직접 치료 서비스를 제공합니다. 사례 관리는 공인 간호사와 사회 복지 사례 관리자로 구성된 참여자 중심적인 팀 접근 방식입니다. 사례 관리자는 참가자 및 1차 진료 제공자, 가족, 간병인 및 기타 서비스 제공자와 협력하여 참가자가 가정과 지역 사회에 머물도록 하기 위한 치료 요구 사항을 평가합니다.
- MCWP 의 목표는 다음과 같습니다. (1) 기관 서비스가 필요한 HIV 환자에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공합니다. (2) 참가자의 HIV 건강 관리를 지원합니다. (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 개선합니다. (4) 의료 서비스 제공자를 조정하고 중복된 서비스를 제거합니다.
- MCWP 면제에 등록되어 있고 Medi-Cal 관리형 진료로 전환된 회원은 MCWP 면제에 등록된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 MCWP 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 조정자가 MCWP 신청을 도와드릴 수 있습니다.

### 다목적 노인 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)은 개인이 자택과 지역사회에 머물 수 있도록 사회 및 건강 관리 서비스를 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자는 가정 내 지원 서비스도 받는 반면, MSSP 는 지속적인 진료 조정을 제공하고, 참가자를 필요한 다른 지역사회 서비스 및 리소스에 연결하고, 의료 서비스 제공자와 조정하고, 시설 수용을 방지하거나 지연하기 위해 달리 이용할 수 없는 일부 필요한 서비스를 구매합니다. 치료 관리 및 기타 서비스의 연간 총 합산 비용은 전문 요양 시설에서 치료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 건강 및 사회 서비스 전문가 팀은 각 MSSP 참여자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 완전한 건강 및 심리사회적 평가를 제공합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참여자, 담당 의사, 가족 및 다른 사람들과 협력하여 개인 맞춤형 치료 플랜을 개발합니다. 진료 과목:
  - 사례 관리.
  - 성인 보호 시설.
  - 사소한 집 수리/유지보수.
  - 추가적인 가정 내 집안일, 개인 관리 및 보호 감독 서비스.
  - 임시 서비스.
  - 이송 서비스.
  - 상담 및 치료 서비스.
  - 식사 서비스.
  - 커뮤니케이션 서비스.
- MSSP 면제에 등록되어 있고 Medi-Cal 관리형 진료로 전환된 회원은 MSSP 면제에 등록된 상태를 유지하면서 저희 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 MSSP 제공자와 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 조정자가 MSSP 신청을 도와드릴 수 있습니다.

#### **E6. 지역 교육국(Local Education Agency, "LEA") 평가 서비스**

Title 22 CCR 섹션 51190.1 에 따라 LEA 서비스를 받을 자격이 있는 가입자에게 제공되는 경우 Health Plan 은 Title 22 CCR 섹션 51360(b)에 명시된 LEA 평가 서비스에 대한 보장을 책임을 지지 않습니다.

#### **E7. Title 22 CCR 섹션 51360 에 명시된 LEA 서비스**

Title 22 CCR 섹션 51360 에 설명된 바와 같이 Health Plan 은 섹션 56340 등의 교육법에 명시된 개별 교육 계획(Individualized Education Plan, IEP) 또는 정부법 섹션 95020 에 명시된 개별 가족 서비스 계획(Family Service Plan, IFSP)에 따라 제공되는 LEA 서비스 또는 개인 건강 및 지원 계획(Individualized Health and Support Plan, IHSP)에 따라 제공되는 LEA 서비스에 대한 보장을 책임을 지지 않습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**E8. 실험실 서비스는 주 혈청 알파 태아 단백 시험 프로그램에 따라 제공됩니다.**

주 혈청 알파 태아 단백 시험 프로그램에 따른 서비스는 FFS Medi-Cal 에 의해 보장됩니다.

**E9. 기도 또는 영적 치유**

Title 22 CCR 섹션 51312 에 명시된 기도 또는 영적 치유는 FFS Medi-Cal 을 통해 이용할 수 있습니다. 해당 카운티에 연락하여 이 서비스 이용 방법에 대해 자세히 알아보십시오.

**F. 저희 플랜이나 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택**

이 섹션에서는 저희 플랜에서 제외하는 혜택을 알려드립니다. "제외됨"은 당사에서 이러한 혜택을 제공하기 위해 비용을 지불하지 않음을 뜻합니다. Medicare 와 Medi-Cal 도 마찬가지로 지불하지 않습니다.

아래 목록에서는 어떠한 조건에서도 당사에서 보장하지 않는 일부 서비스 및 항목과 일부 건에서만 당사가 예외로 적용하는 경우에 관해 설명합니다.

저희는 이 섹션(또는 가입자 안내서의 다른 부분)에 나열된 의료 혜택 제외의 경우에 비용을 지불하지 않습니다. 단, 나열된 특정 조건은 예외로 적용합니다. 응급 시설에서 서비스를 받으시는 경우에도 플랜을 통해서 서비스에 대한 비용을 받으실 수 없습니다. 보장되지 않는 서비스에 대해 당사 플랜에서 비용을 지불해야 한다고 생각하는 경우 이의 제기 권리를 행사하실 수 있습니다. 항소에 대한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

혜택 차트에 명시된 모든 제외 또는 제한 서비스 외에도 당사 플랜에서는 다음과 같은 항목 및 서비스를 보장하지 않습니다.

- Medicare 와 Medi-Cal 에 따라 보장 범위에 해당하는 서비스라고 명시하지 않는 한 "합당하고 의학적으로 필요한 치료"가 아닌 것으로 간주되는 서비스. 다음의 제외된 서비스는 Original Medicare 가 보장하지는 않지만 저희 플랜은 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.
- 실험적 의료 및 수술 절차, 장비 및 약물. 실험적 절차 및 품목은 저희 플랜과 Original Medicare 가 의료 커뮤니티에서 일반적으로 수용되지 않는 것으로 판단한 품목과 절차입니다. Medicare 가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare 가 보장할 수도 있습니다. (임상 연구에 관한 자세한 정보는 제 3 장을 참조하시기 바랍니다.)
- 병원의 개인실(의학적으로 필요한 경우 제외).
- 일대일 전담 간호.
- 병원 또는 요양시설의 병실 내 개인용 물품.
- 가입자의 가정 내 상주 간호.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 가입자의 가까운 친척이나 가정 구성원이 청구하는 비용.
- 선택적 또는 자원적 강화 시술 또는 서비스(체중 감소, 모발 손실, 성기능, 운동기능, 미용 목적, 안티에이징, 정신기능 포함)(의학적으로 필요한 경우 제외).
- 카이로프랙틱 치료. 보장 지침에 따른 척추 수기 교정 치료 제외.
- 일상적인 발 관리. 섹션 D 의 의료 보험 혜택표에 있는 "족부 치료 서비스"에 설명된 경우 제외.
- 정형외과용 신발이나 지지 장치. 신발이 다리 보형물의 일부이거나 보형물 구매 비용에 포함된 경우, 또는 신발이 당뇨병 족부질환을 앓고 계신 분을 위한 것인 경우 제외.
- 시력 교정 수술(예: 라식 수술).
- 불임복원 시술. 비처방 피임약 품목은 **Medi-Cal Rx** 의 보장을 받습니다.
- 자연 요법 서비스(자연 또는 대체 치료 이용).
- 국가보훈처(**Veterans Affairs, VA**) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스. VA 병원에서 응급 서비스를 받으시고 저희 플랜에서 보장하는 비용 분담금보다 VA 비용 분담금이 더 많은 경우, 저희는 그 차액을 퇴역 군인에게 상환해드립니다. 그래도 가입자는 비용 분담액에 대한 책임이 있습니다.
- 특정 시험, 서비스:
  - 취직
  - 보험 가입
  - 각종 면허 취득
  - 법원 명령 또는 가석방 또는 보호관찰
  - 네트워크 소속 의사가 해당 서비스를 의학적으로 필요하다고 판단하는 한, 본 제외 조항은 적용되지 않습니다.
- 안정 또는 편의 용품. **Medi-Cal** 은 편의, 편리 또는 고급 장비 또는 기능을 보장하지 않습니다. 여기에는 전적으로 가입자, 가입자 가족 또는 가입자의 의료 진료 제공자의 안정 또는 편의를 위한 용품이 포함됩니다. 임신 후 여성에게 제공되는 유축기는 여기에 적용되지 않습니다. 또한 지역 사회 지원에 의해 가입자에게 승인된 항목도 적용되지 않습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 성형 수술 또는 시술. 본 제외 조항은 다음의 경우 적용되지 않습니다.
  - 보험이 적용되는 재건 수술의 일부로 이식되는 고환 이식물.
  - 유방 절제술 또는 흑 절제술 후 필요한 가슴 보형물.
  - 안면 전체 또는 일부를 대체하는 보형물.
- 일회용품. Medi-Cal 은 다음 가정용 일회용품을 보장하지 않습니다. 반창고, 가제, 테이프, 소독약, 드레싱 및 Ace 류의 붕대. 본 제외 조항은 본 가입자 안내서 제 4 장("혜택 및 서비스")에서 설명한 다음의 보험 혜택 일부로 제공되는 일회용품에는 적용되지 않습니다.
  - 투석/혈액투석 치료.
  - 내구성 의료 장비.
  - 가정 간호.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 의료 용품, 장비 및 기구.
  - 처방약.
  - 보철 장치 및 관련 의료 용품.
- 불임 서비스:
  - 자발적이고 외과적으로 유발된 불임증을 복원하는 서비스 및 임신 촉진 서비스.
  - 시험관내 수정, 수정란 나팔관내 이식, 난자 이식 및 생식 세포 난관 내 이식과 같은 인공적인 수단에 의한 수태(Medicare 에서 보장하는 인공수정 및 관련 서비스 제외).
- ILOS 프로그램 또는 내구성 의료 장비에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal 의 승인을 받은 경우를 제외한 건강 관리 품목 및 서비스가 아닌 품목 및 서비스. 예를 들어 다음 내용은 보장하지 않습니다.
  - 예절과 에티켓 교육.
  - 일일 활동 계획 및 프로젝트 또는 업무 계획과 같은 계획하는 기술을 개발하기 위한 교육 및 지원 서비스.
  - 학문적 지식 또는 기술 향상을 위한 품목, 서비스.
  - 지능을 높이기 위한 교육, 지원 서비스.
  - 문법, 수학, 시간 관리 등의 기술을 위한 학업 코칭 또는 과외.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
 1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
 kp.org/medicare 를 방문하십시오.

- 난독증 유무에 관계없이 읽는 방법 교육.
- 교육용 테스트.
- 미술, 무용, 승마, 음악, 놀이 또는 수영 교육. 단, 본 "놀이 교육" 제외 조항은 행동 건강 치료 계획의 일부이며 제 4 장에 따라 보장되는 서비스에는 적용되지 않습니다.
- 고용 또는 직업 목적을 위한 기술 교육.
- 직업 훈련 또는 직업 기술 교육.
- 전문가 성장 과정.
- 특정 직업을 위한 교육 또는 고용 상담.
- 의료상 필요하다고 확인되었거나 지역 사회 지원에 따라 승인된 임시 변경 사항이 아닌, 집 또는 차량 개조.
- 수중 요법 및 기타 물을 이용한 치료. 수중 요법 및 기타 물을 이용한 치료법에 대한 이러한 제외조항은 물리 치료 계획의 일부이며 다음과 같은 혜택의 일부로 적용되는 치료 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 가정 간호.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 재활 및 생활 훈련 서비스.
  - 전문 간병 기관 서비스.
- 마사지 요법. 이러한 제외조항은 물리 치료 계획의 일부이며 다음과 같은 혜택의 일부로 적용되는 치료 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 가정 간호.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 재활 및 생활 훈련 서비스.
  - 전문 간병 기관 서비스.

- 일상 생활 활동 지원 같은 개인 간병 서비스(보호 간병)(예: 걷기, 침대에 출입하기, 목욕, 드레싱, 수유, 화장실, 약 복용). 본 제외 조항은 다음 섹션에 따라 보장되는 일상생활활동 지원에는 적용되지 않습니다.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 장기 의료 서비스 및 지원.
  - 전문요양/중간치료/아급성 치료 시설.
  - 지역 사회 지원.
- 연방 식품 의약국의 승인을 받지 않은 서비스. 법률에 따라 미국에서 판매되기 위해 연방 식품 의약국("FDA") 승인이 필요하지만 FDA의 승인을 받지 않은 약물, 보충제, 테스트, 백신, 장치, 방사성 물질, 기타 서비스는 보장하지 않습니다. 이 제외 사항은 다음 상황에는 적용되지 않습니다.
  - 임상 시험에 의해 보장되는 서비스.
  - 보장되는 검사 서비스의 일부로 제공된 서비스.
- 면허가 없는 사람들이 수행하는 서비스. 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 주정부의 면허나 인증을 필요로 하지 않는 사람들이 가입자의 상태가 면허가 있는 의료 진료 제공자가 제공하는 서비스를 필요로 하지 않는 경우에 안전하고 효과적으로 수행하는 서비스는 일반적으로 보장하지 않습니다. 이 제외가 적용되지 않는 경우는 다음과 같습니다.
  - 보장되는 서비스는 본 가입자 안내서 제 4 장에 나와 있습니다.
  - 가입자에 대해 승인되고 보장되는 지역 사회 지원.
  - 보장되는 조산사 서비스.
  - 보장되는 지역 사회 의료계 종사자 서비스.
- 보장되지 않은 서비스와 관련된 서비스. 서비스가 보장되지 않을 때는 해당 보험 비적용 서비스 관련한 서비스는 모두 제외됩니다. 이러한 제외는 보험 비적용 서비스로 인해 발생하는 합병증이 달리 보장되지 않는 경우 해당 합병증에 적용되지 않습니다. 예를 들어 보장되지 않은 성형 수술을 받는 경우, 수술 준비 또는 후속 치료를 위해 받는 서비스는 보장되지 않습니다. 나중에 심각한 감염과 같이 생명을 위협하는 합병증을 앓게 되는 경우, 이 제외 사항은 적용되지 않으며 해당 합병증을 치료하기 위해 필요한 서비스가 본 가입자 안내서에서 보장하는 한 해당 서비스를 모두 보장합니다.
- 카운티 보건부에서 제공한 소아기 납 중독 사례 관리. 해당 카운티에 연락하여 납 중독 사례 관리 서비스에 대해 자세히 알아보십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## DeltaCare USA 제외 사항

지정된 계약 치과 의사가 열거된 시술에 대한 서비스를 수행하는 경우 가입자는 지정된 자기 부담금을 지불합니다. 치과 의사가 전문의 서비스를 제공하도록 요구하고 지정된 계약 치과 의사가 추천한 시술을 Delta Dental의 승인을 받아야 합니다. 가입자는 그러한 서비스에 대해 지정된 자기 부담금을 지불합니다.

다음 서비스 및 항목은 DeltaCare USA 치과 혜택으로 보장되지 않습니다.

- 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"에 구체적으로 나열되지 않은 모든 시술.
- 병원, 외래 환자 수술 센터, 연장 치료 시설 또는 기타 유사한 치료 시설에서의 입원, 사용 또는 체류에 대한 모든 관련 비용.
- 전체 틀니, 공간 유지 장치 및 크라운의 분실 또는 도난.
- 보장 자격 종료 후 시작된 치과 시술과 관련하여 발생한 치과 비용.
- 이 선불 치과 프로그램에 대한 가입자의 자격을 갖추기 전에 치과 시술과 관련하여 발생한 치과 비용. 예시는 다음과 같습니다. 치아, 크라운, 부분, 의치, 근관 치료를 위해 준비된 치아.
- 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"에 포함되지 않은 선천성 기형(예: 선천적 결손 치아, 과잉치, 에나멜 및 상아질 형성 이상 등).
- 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"에 포함되지 않은 경우, 일반적인 치과 시설에서 제공되지 않는 약품 조제.
- 계약 치과 의사, 계약 전문가 또는 치과 플랜 컨설턴트의 전문적인 견해로는
  - 치아 또는 치아 및/또는 주변 구조의 상태에 따라 성공적인 결과와 합리적인 수명에 대한 예후가 불량한 경우 또는
  - 치과에서 일반적으로 인정되는 표준과 일치하지 않습니다.
- 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"의 "응급 치과 진료"에 명시적으로 승인되거나 인용된 경우를 제외하고, 치과 전문의의 서비스를 포함하여 할당된 계약 치과 의사 이외의 치과 시설에서 받은 치과 서비스. 서면 승인을 얻으려면 가입자는 고객 서비스 부서에 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 **1-877-644-1774** 로 연락해야 합니다. 동부 표준시, 주 7일 10월 1일~3월 31일, 오전 8시~오후 8시 EST(TTY 사용자께서는 **711** 번으로 전화해 주십시오).
- 보장되지 않는 보험 혜택에 대한 상담.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



- 미용, 찰과상, 마모, 부식, 수직 치수의 복원 또는 변경, 선천적 또는 후천적 치아 기형으로 인한 수복물.
- 예방, 근관 또는 수복 절차는 과치에 대해 유지되는 치아에 대한 이점이 아닙니다.
- 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"에 포함되지 않는 한, 수직 치수를 늘리고, 마모와 치아 재정렬, 치주 부목, 잇몸 기록, 턱관절(Temporomandibular Joint, TMJ) 장애의 평형 또는 치료에 의한 치아 구조 손실을 대체 또는 안정화하는 데 필요한 기기 또는 수복물.
- 10 개 이상의 크라운이 있는 치아의 교합 접촉을 제거하고 재건하는 초기 치료 계획은 선불 치과 프로그램에서 전체 구강 재건으로 간주됩니다. 그러한 치료 계획과 관련된 크라운은 보장되는 혜택이 아닙니다. 이 제외는 다른 보장 서비스에 대한 혜택을 제거하지 않습니다.
- 가철식 기기용 귀금속, 전체 의치용 금속 또는 영구 연질 베이스, 도자기 의치 치아, 전체 의치의 개인화 및 특성화.
- 치아가 제 3 대구치의 제거를 포함하나 이에 제한되지 않는 무증상/비병리학적(병리 또는 감염의 징후 또는 증상이 없는) 경우 치아의 발치.
- 이같이증 치료만을 위한 보철, 치열 교정, 전체 또는 부분 교합 재할 또는 TMJ 기능 장애 절차를 포함하는 측두하악 관절 기능 장애 치료 양식.
- 동일한 아치에서 발치(D7111-D7250)와 동일한 서비스 날짜에 수행된 구강 전정 성형술/용기 확장 시술.
- 진통제, 불안 해소, 아산화 질소 흡입 또는 정맥 의식 진정제/진통제 등의 서비스 제공 날짜와 같은 보장된 시술에 대한 깊은 진정제/진통제.
- 진통제, 불안 해소, 아산화 질소 흡입 또는 깊은 진정제/진통제 등의 서비스 제공 날짜와 같은 보장된 시술에 대한 정맥 의식 진정제/진통제.
- 보장된 다른 진정 시술 시 함께 투여된 아산화 질소 흡입.
- 치열 교정 치료는 면허가 있는 치과 의사가 제공해야 합니다. 자가 관리 치열 교정은 보장되지 않습니다.
- 치료 완료 이외의 이유로 교정 교정기구를 제거하는 것은 보장되지 않습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## DeltaCare 미국 제한 사항

다음 서비스 및 항목은 가입자의 DeltaCare 미국 치과 혜택으로 보장되지 않습니다.

- 특정 혜택의 빈도는 제한되어 있습니다. 모든 빈도 제한은 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA 치과 HMO 프로그램)" 항목에 나열되어 있습니다.
- 충전물은 충치 제거, 치아 구조의 경미한 치료 또는 손실된 충전물 대체에 대한 혜택입니다.
- 크라운은 충전물을 지지할 기능이 충분하지 않거나, 기존 크라운이 기능을 상실하였거나 복구 불가하고 5년 이상의 제한을 충족하며 해당 크라운을 교체할 치아 구조가 불충분할 때의 혜택입니다.
- 기존 크라운 또는 제거 가능한 전체 의치의 교체가 보장되는 경우는 다음과 같습니다.
  - 기존 수복물/의치가 더 이상 작동하지 않으며 수리 또는 조정으로 작동할 수 없는 경우
  - 기존의 비 기능적 수복/의치가 교체하기 5년 이상 전에 장착된 경우.
- 임시 부분 틀니(스테인플레이트)는 고정 또는 제거 가능한 장치와 함께 기존 부분 틀니에 치아를 추가할 수 없는 치유 기간 동안 성인을 위해 발치된 전치부를 교체하는 것으로 제한됩니다.
- 연조직 관리 프로그램에 대한 혜택은 이 장의 "추가 치과 진료(DeltaCare® USA Dental HMO 프로그램)"에 나열된 보장 서비스에 해당하는 부분으로 제한됩니다. 가입자가 연조직 관리 프로그램 내에서 비보장 서비스를 거부하더라도 다른 보장 혜택이 제거되거나 변경되지 않습니다.
- 새로운 제거 가능한 완전 또는 보장 즉시 의치는 가입자가 계속 자격이 있고 의치가 원래 전달되었던 계약 치과의사 시설에서 서비스가 제공되는 경우 배치 후 처음 6개월 동안 추가 비용 없이 시술 후 조절 및 조직 조절을 포함합니다.
- 혜택은 매년 구강 내 포괄적인 시리즈 방사선 영상(D0210) 또는 파노라마 방사선 영상(D0330) 중 하나로 제한됩니다.
- 포괄적인 구강 내 영상에는 치근단과 교익의 모든 조합이 포함될 수 있습니다.
- 파노라마 영상은 포괄적인 구강 내 시리즈의 일부로 간주되지 않습니다.
- 특별한 상황이 보장되지 않는 한 구강 내 포괄적인 구강 내 시리즈 후 6개월 이내에는 모든 유형의 교익형 영상이 허용되지 않습니다.
- 다음 조건 중 하나 이상이 존재하면 즉시 의치가 적용됩니다.
- 방사선 사진에 광범위하거나 만연한 우식이 전시됩니다. 또는

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 심각한 치주 침범이 나타났습니다. 또는
- 수많은 치아가 빠져서 씹는 능력이 저하되어 가입자의 건강에 악영향을 미칩니다.
- 임플란트 서비스는 예외적인 의학적 상태가 문서화된 경우에만 혜택이며 의학적 필요성에 대해 검토되어야 하며 사전 승인됩니다. 예외적인 건강 상태에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.
  - 남아있는 골 구조가 기존의 치과 보철물을 지지할 수 없는 경우 치조골의 파괴로 이어지는 절제 수술 및/또는 방사선을 필요로 하는 경우임.
  - 전정 연장 시술 또는 골절 증강 시술로 교정할 수 없는 하악 및/또는 상악의 심각한 위축이 있으며, 가입자는 기존의 보철물로 기능할 수 없습니다.
  - 기존의 보철물 사용을 배제하는 골격 기형. 예: 관절 경화, 외배엽 이형성증, 부분 동맥 경화증, 쇄골 이형성증.
- 전문가가 수행한 특정 시술은 가입자의 건강 보험에 따라 1 차로 간주 될 수 있습니다. 이에 따라 치과 혜택이 조정됩니다.
- 보장된 시술을 위한 심 부정맥/일반 전신 마취 또는 정맥 내 의식 진정/무통증은 정신적 또는 신체적 제한 또는 국소 마취제에 대한 금기 사항에 근거하여 의학적 필요성을 정당화하기 위한 문서가 필요합니다.
- 깊은 진정/전신 마취(D9223), 아산화질소(D9230), 정맥 의식 진정/진통제(D9243), 치료 비경구 약물(D9610)의 투여는 지불 가능한 관련 절차와 관련된 혜택입니다. 동일한 의료 제공자의 모든 관련 절차가 거부되는 경우 사전 승인 또는 지불이 거부됩니다. 투여 방법이나 사용 약물에 관계없이 서비스 날짜당 하나의 마취 시술만 지불 가능합니다.
- 비정맥 의식 진정(D9248)의 투여는 환자가 치료를 수행하려는 제공자의 시도에 반응하지 못하게 하는 신체적, 행동적, 발달적 또는 정서적 상태에 기초한 의학적 필요성을 정당화하기 위한 문서가 필요합니다. 깊은 진정/전신 마취(D9223), 진통, 불안 완화, 아산화질소 흡입(D9230) 또는 정맥 의식 진정/진통(D9243)과 서비스 날짜가 동일하거나 동일한 의료 공급자의 서비스와 동일한 날짜에 관련 시술이 거부된 경우 혜택이 아닙니다.
- 합병증의 치료(수술 후) - 보고(D9930)에 따른 비정상적인 상황은 발치 서비스 날짜로부터 30 일 이내에 건식 소켓 또는 과도한 출혈을 치료하거나 30 일 이내에 뼈 조각을 제거하는 경우에 대한 혜택입니다. 추출 서비스 날짜의 일.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 제 5 장: 외래 처방약 받기

### 소개

이 장에서는 외래 처방약을 받기 위한 규칙을 설명합니다. 이는 약국이나 우편 주문을 통해 의료 제공자가 가입자를 대신하여 주문하는 약품입니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal 에서 보장하는 약물이 포함됩니다. 해당 약물에 대해 지불하는 비용은 본 가입자 안내서 제 6 장에서 확인하실 수 있습니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

또한 이 장에서 논의되지 않는 약물이지만 다음과 같은 약물에 대해서도 다룹니다.

- Medicare 파트 A 가 보장하는 약품. 여기에는 일반적으로 병원이나 요양 시설에 계시는 동안 제공되는 약물이 포함됩니다.
- Medicare 파트 B 가 보장하는 약품. 여기에는 일부 화학 요법 약물, 의사나 다른 의료 제공자를 방문하였을 때 가입자에게 제공되는 일부 약물 주사 및 투석 클리닉에서 제공되는 약물이 포함됩니다. Medicare 파트 B 약품에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 4 장의 의료 보험 혜택표를 참조하십시오.
- 가입자가 Medicare 호스피스에 있는 경우 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 외에도 Original Medicare 에서 가입자의 의약품을 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 F "가입자가 Medicare 공인 호스피스 프로그램에 있는 경우"를 참조하십시오.

### 저희 플랜의 외래환자 약품 보장에 대한 규칙

가입자가 이 섹션의 규칙을 따르는 한 저희는 일반적으로 가입자의 약물을 보장합니다.

1. 해당 주법에 적법하게 의사 또는 기타 의료 제공자가 처방전을 작성하게 해야 합니다. 이는 가입자의 주치의(Primary Care Provider, PCP)인 경우가 많습니다. 또한 PCP 가 진료를 소개한 경우에는 다른 의료 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.
2. 가입자의 처방자는 절대로 Medicare 의 제외 목록 또는 비슷한 Medi-Cal 목록에 포함된 사람이 아니어야 합니다.
3. 가입자께서는 일반적으로 처방약물 조제를 받기 위해 반드시 네트워크 약국을 이용하셔야만 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

4. 가입자의 처방약은 반드시 저희 플랜의 **보장 약품 목록**에 있어야 합니다. 이를 줄여서 "약품 목록"이라고 부릅니다.
  - 약물 목록에 없는 경우에는 예외를 통해 보장할 수도 있습니다.
  - 예외 요청에 대한 자세한 내용은 제 9 장을 참조하십시오.
  - 또한 처방약에 대한 보상 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가됩니다.
5. 가입자의 약물은 반드시 의학적으로 인정된 증상에 대해 사용해야 합니다. 이는 해당 약품의 사용이 식품 의약국(FDA)의 승인을 받거나 특정 의학적 참고문헌에 의해 뒷받침됨을 의미합니다. 의사는 가입자께서 요청하시는 처방약 사용을 뒷받침하는 의학적 참고문헌을 식별하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

## 제 5 장 목차

A. 처방전 받기 .....	157
A1. 네트워크 약국에서 처방전 받기 .....	157
A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 사용 .....	157
A3. 네트워크 약국을 변경한 경우 가입자가 할 일 .....	157
A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 가입자가 할 일 .....	157
A5. 전문 약국 이용 .....	158
A6. 우편 주문 서비스를 통해 약물 받기 .....	158
우편으로 처방전 조제 .....	159
우편 주문 절차 .....	159
A7. 장기 약물 공급 받기 .....	160
A8. 저희 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 활용 .....	160
A9. 처방전 비용 지불 .....	161
B. 저희 플랜의 약물 목록 .....	161
B1. 약물 목록에 있는 약물 .....	161
B2. 약물 목록에서 약물을 찾는 방법 .....	162
B3. 약물 목록에 없는 약물 .....	163

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- C. 일부 약물에 대한 제한..... 164
- D. 가입자의 약물이 보장되지 않을 수도 있는 이유..... 165
  - D1. 임시 공급 받기 ..... 165
  - D2. 임시 공급 요청 ..... 167
  - D3. 예외 요청 ..... 167
- E. 귀하의 약에 대한 보장 변경..... 168
- F. 특별 사례 시 약물 보장..... 170
  - F1. 병원 또는 전문 요양 시설에서 저희 플랜이 보장하는 입원 기간 동안..... 170
  - F2. 장기요양시설에서..... 170
  - F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램에서..... 170
- G. 약물 안전 및 약물 관리 프로그램 ..... 171
  - G1. 가입자가 안전하게 약물을 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램..... 171
  - G2. 약물 관리에 도움이 되는 프로그램..... 171
  - G3. 아편 계열 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램 ..... 172



## A. 처방전 받기

### A1. 네트워크 약국에서 처방전 받기

대부분의 경우 저희는 저희 네트워크 약국에서 조제된 처방약에 대해서만 비용을 지불합니다. 네트워크 약국은 플랜 가입자의 처방전을 조제하기로 동의하는 약국입니다. 가입자께서는 저희 네트워크 약국 어떤 곳이든 가셔도 좋습니다.

네트워크 약국을 찾으려면 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 확인하거나, 저희 웹사이트를 방문하거나, 가입자 서비스에 문의하십시오.

### A2. 처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 사용

처방전을 작성하려면 네트워크 약국에서 **가입자 ID 카드를 보여주십시오**. 네트워크 약국은 가입자의 보장 처방약 중 저희 비용 분담금을 저희에게 청구합니다. 가입자는 처방전을 받을 때 코페이를 약국에 지불해야 할 수도 있습니다.

Medi-Cal Rx 보장 약물을 사용하려면 **Medi-Cal 카드 또는 혜택 ID 카드(BIC)**가 필요합니다.

처방전 조제 시 가입자 ID 카드나 BIC 를 갖고 계시지 않은 경우, 약국에서 저희에게 전화하여 필요한 정보를 받도록 요청하십시오.

만일 약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우, 가입자께서는 처방전 수령 시 해당 비용 전부를 부담하셔야 할 수도 있습니다. 그 후에 가입자께서는 저희 비용 분담금에 대한 상황을 요청하실 수 있습니다. **약품 대금을 지불할 수 없으면 가입자 서비스에 즉시 연락하십시오.** 최선을 다해 도와드리겠습니다.

- 환불을 요청하려면 본 **가입자 안내서 제 7 장**을 참조하십시오.
- 처방약을 조제하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

### A3. 네트워크 약국을 변경한 경우 가입자가 할 일

네트워크 약국을 변경하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

### A4. 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 가입자가 할 일

사용하시는 약국이 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우 새 네트워크 약국을 찾으셔야 합니다.

신규 네트워크 약국을 찾으려면 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 확인하거나, 저희 웹사이트를 방문하거나, 가입자 서비스에 문의하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## A5. 전문 약국 이용

때때로 전문 약국에서 처방약물을 조제해야만 하는 경우가 있습니다. 특수 약국에는 다음과 같은 약국이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료를 위한 약물을 공급하는 약국.
- 요양 시설과 같은 장기 요양 시설 거주자에게 의약품을 공급하는 약국.
  - 일반적으로 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 가입자가 장기 요양 시설의 거주자인 경우 해당 시설의 약국에서 필요한 약물을 구할 수 있는지 확인합니다.
  - 장기 요양 시설의 약국이 저희 네트워크에 없거나 장기 요양 시설에서 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.
- **Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health** 프로그램에 서비스를 제공하는 약국. 응급 상황 외에는 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- **FDA**가 특정 지역에서만 조제하도록 제한했거나 특수한 취급, 의료 서비스 제공자 조율, 또는 이러한 약물 사용에 대한 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. (참고: 이러한 상황은 거의 발생하지 않습니다.)

전문 약국을 찾으려면 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 확인하거나, 당사 웹사이트를 방문하거나 가입자 서비스에 문의하십시오.

## A6. 우편 주문 서비스를 통해 약물 받기

일부 유형의 약물에 대해서 가입자께서는 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 제공해드리는 약물은 만성 또는 장기 질병을 위해 정기적으로 복용하시는 약물입니다. 저희 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 사용 가능한 약물은 약물 목록 상에 "우편 주문" 약물로 표시되어 있습니다.

저희 우편 주문 서비스를 통해 최대 **100** 일분을 주문하실 수 있습니다. **100** 일분 공급량은 **1** 개월 공급량과 코페이가 같습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## 우편으로 처방전 조제

우편을 통한 처방 약품 조제에 관한 정보는 현지 네트워크 약국을 방문하시거나 저희 웹사이트 [kp.org/refill](http://kp.org/refill) 페이지를 통해 확인하시기 바랍니다. 가입자께서는 다음과 같은 방법을 통해 처방전 조제를 편리하게 주문하실 수 있습니다.

- [kp.org/refill](http://kp.org/refill) 에서 온라인으로 안전하게 등록 및 주문하세요.
- 월요일에서 금요일, 오전 7:00~오후 7:00 에 운영되는 전화번호 **1-866-206-2983 (TTY 711)**로 연락하시거나, 처방전 라벨 상에 강조되어 있는 전화번호로 연락하셔서 지시 메시지를 따르십시오. 지시 메시지를 들으시고 우편 배송 옵션을 선택하십시오.
- Kaiser Permanente 네트워크 약국에서 사용 가능한 우편 주문 양식을 통해 처방전을 우편으로 전송하시거나 재조제 요청을 하십시오.

온라인, 전화, 또는 서신을 통해 택배로 재조제를 주문하신 경우, 가입자께서는 반드시 주문하실 때 가입자의 비용 분담금을 지불하셔야 합니다(일반 USPS 우편 배달에 대한 배송 비용은 없습니다). 원하시는 경우, 조제된 약을 수령하고 처방전 비용을 지급할 네트워크 약국을 지정하실 수도 있습니다. 처방전이 우편으로 전송될 수 있는지의 여부에 관한 문의 사항이 있으신 경우 네트워크 약국에 연락하시거나, 우편 배송이 가능한 약물에 관한 정보는 약물 목록을 참조하시기 바랍니다.

일반적으로 우편 주문 처방전은 5 일 이내에 도착합니다. 우편 주문 처방전이 지연되는 경우, 상기 전화번호로 연락하시거나 처방전 병의 라벨의 전화번호를 통해 지원을 받으시기 바랍니다. 또한, 가입자께서 저희 우편 주문 약국에서 처방전이 도착하기까지 기다리실 수 없는 경우, **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**에 수록된 현지 네트워크 소매 약국에 전화를 주시거나 [kp.org/directory](http://kp.org/directory) 를 통해 긴급 약품 공급을 받으실 수 있습니다. 저희 우편 주문 약국이 아닌 네트워크 소매 약국에서 100 일분을 받으시는 경우 가입자께서는 더 많은 비용을 부담할 수도 있으니 유의하여 주시기 바랍니다.

## 우편 주문 절차

우편 주문 서비스는 가입자로부터 받는 새로운 처방전, 의료 서비스 제공자의 진료소에서 직접 받는 새 처방전, 우편 주문 처방전 재조제에 대한 절차가 각각 다릅니다.

### 1. 약국이 가입자의 의료 서비스 제공자 진료실로부터 받는 새 처방전

약국은 의료 서비스 제공자로부터 처방전을 받은 후 가입자에게 연락하여 약물을 즉시 조제할 것인지 나중에 조제할 것인지 결정합니다.

- 이를 통해 가입자는 약국에서 올바른 약물(강도, 수량, 형태 포함)을 제공하고 있는지 확인할 수 있으며 필요한 경우 청구서가 발송되고 약물이 배송되기 전에 주문을 중단하거나 지연할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

- 약국에서 가입자에게 연락할 때는 항상 응답함으로써 새 처방전을 어떻게 조제할지 알리고 배송 지연을 방지하십시오.

## 2. 우편 주문 처방전의 재조제

- 재조제 약의 경우, 다음 주문이 제시 시간에 배송될 수 있도록 현재 처방전이 소진되기 5 일 전에 약국에 문의하십시오.

배송 전에 주문 확인을 위해 연락할 수 있도록 약국에 가장 좋은 연락 방법을 알려주십시오. 주문하실 때, 저희가 가입자에게 연락을 드려야 할 경우를 위해 가입자의 현재 연락처 정보를 제공하여 주시기 바랍니다.

### A7. 장기 약물 공급 받기

저희 플랜의 약물 목록에서 관리 약물을 장기 공급 받으실 수 있습니다. 일반적으로, 관리 약물은 만성 또는 장기 질병 치료를 위해 정기적으로 복용하시는 약물입니다.

저희 네트워크의 몇몇 소매 약국은 가입자에게 관리 약물을 장기 공급 해드리고 있습니다. 100 일분 공급량은 1 개월 공급량과 코페이 가 같습니다. **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**에서 어떤 약국에서 관리 약품 장기 공급을 받을 수 있는지 확인하실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수도 있습니다.

특정 종류의 약물의 경우, 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 통해 관리 약물을 장기 공급 받으실 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대해 알아보시려면 **섹션 A6** 을 참고하십시오.

### A8. 저희 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 활용

일반적으로 저희는 가입자께서 네트워크 약국을 사용할 수 없는 경우에 한해서만 외부 네트워크 약국에서 조제한 약물을 보장해드립니다.

네트워크에 속하지 않은 약국에서 조제된 처방약에 대한 비용을 지불하는 경우는 다음과 같습니다.

- 가입자께서 미국 및 미국 영토 내이지만 서비스 지역 외에서 여행하시는 중에 질병을 앓게 되거나 보장된 파트 D 처방약을 모두 소진하신 경우, 저희는 저희 Medicare 파트 D 처방집 지침에 따라 제한적이고 비정기적인 상황에서 외부 네트워크 약국에서 조제한 처방전을 보장해드립니다.
- 가입자께서 보장된 외부 네트워크 응급 진료 또는 외부 지역 긴급 진료와 연계된 Medicare 파트 D 처방약이 필요하신 경우, 저희는 외부 네트워크 약국에서 최대 30 일분까지 보장해드립니다. 참고: 보장된 응급 또는 긴급 진료의 일환으로 미국 및 미국 영토 외부에서 처방되고 제공된 처방약은 30 일 주기로 최대 30 일분까지 보장됩니다. 이러한 약물은 Medicare 파트 D 를 통해 보장되지 않으며, 이에 이러한 약물의 비용은 재난 보장 단계로 산입되지 않습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 자동차 운전으로 합리적으로 다다를 수 있는 거리에 24 시간 서비스를 제공하는 네트워크 약국이 없어 저희 서비스 지역 내에서 적절한 시간에 보장된 약물을 받으실 수 없는 경우. 일반 영업 시간 동안 네트워크 약국에서 약물을 구매할 수 있는 적절한 사람이 있었던 경우, 저희는 가입자의 처방전을 보장해드리지 않을 수도 있습니다.
- 이용 가능한 네트워크 약국이나 이용 가능한 우편 주문 약국(고가 약물 포함)이 정기적으로 비축해두지 않는 약물을 처방받으시려는 경우.
- 재난 상황에서 네트워크 약국을 통해 처방전을 받으실 수 없는 경우.

이러한 경우에는 먼저 가입자 서비스에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 알아보십시오.

### A9. 처방전 비용 지불

네트워크의 약국을 이용해야 하는 경우 일반적으로 처방전을 받을 때 코페이가 아닌 전체 비용을 지불해야 합니다. 가입자께서는 저희 비용 분담금에 대한 상황을 요청하실 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 가 보장할 수 있는 처방전을 가입자가 전액 부담하시는 경우 Medi-Cal Rx 가 처방전 비용을 부담한 후에 약국에서 상환 받을 수 있습니다. 또는 Medi-Cal Rx 에 "Medi-Cal 자기 부담금 상환(Conlan)" 청구서를 제출하여 환불을 요청할 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트에서 확인하실 수 있습니다.

[medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

이에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 7 장을 참조하십시오.

## B. 저희 플랜의 약물 목록

저희는 **보장 약물 목록**이 있습니다. 이를 줄여서 "약물 목록"이라고 부릅니다.

저희는 의사와 약사 팀의 도움을 받아 약물 목록에 있는 약물을 선택합니다. 약물 목록에는 약물을 받기 위해 따라야 하는 규칙도 나와 있습니다.

이 장에서 설명하는 규칙을 따르는 경우에 저희는 일반적으로 플랜의 약물 목록에 있는 약물을 보장합니다.

### B1. 약물 목록에 있는 약물

저희의 의약품 목록에는 Medicare 파트 D 에 따라 보장되는 의약품이 포함되어 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

약국에서 받는 처방약은 대부분들 가입자의 플랜으로 포장됩니다. 일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터인 1-800-977-2273 번으로 전화하십시오. Medi-Cal Rx 로 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 가져 가십시오.

약물 목록에는 브랜드 약물과 제네릭 약물, 바이오시밀러가 수록되어 있습니다.

브랜드 약물은 약물 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방 약물입니다. 일반 약물(예: 단백질 기반 의약품)보다 복잡한 브랜드 약물을 생물학적 제품이라고 합니다. 약물 목록에서 "약물"은 약물이나 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다.

제네릭 약물은 브랜드 약물과 활성 성분이 같습니다. 생물학적 제품은 일반 약물보다 복잡하기 때문에 제네릭 형태가 아닌 바이오시밀러라는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약물 및 바이오시밀러는 브랜드 약물 또는 생물학적 제품과 효능이 같지만 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 여러 브랜드 약물 및 일부 생물학적 제품 대신 사용할 수 있는 제네릭 약물 또는 바이오시밀러가 있습니다. 제네릭 약물 또는 브랜드 약물이 가입자 요구 사항을 충족시킬 수 있는지에 대한 질문이 있는 경우 의료 서비스 제공자에게 문의하십시오.

## B2. 약물 목록에서 약물을 찾는 방법

가입자가 복용하는 약이 저희 약물 목록에 있는지 알아보려면 다음을 수행하십시오.

- 저희 웹사이트에서 온라인으로 제공해드리는 최신 약물 목록을 확인하십시오.
- 저희 플랜의 웹사이트 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 를 방문하십시오. 웹사이트상의 약물 목록은 항상 가장 최신 버전입니다.
- 약물이 저희 약물 목록에 있는지 알아보거나 목록 사본을 요청하려면 가입자 서비스에 전화하십시오.
- 파트 D 에서 보장하않는 약물은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))를 방문하십시오.
- "실시간 혜택 도구"를 사용하거나 [kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx) 또는 가입자 서비스에 전화하십시오. 이 도구를 사용하면 의약품 목록에서 의약품을 검색하여 지불할 예상 금액과 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 의약품 목록에 있는지를 확인할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

### B3. 약물 목록에 없는 약물

저희는 모든 처방약을 보장하지 않습니다. 일부 약물은 해당 약물에 대한 보장을 법으로 허용하지 않기 때문에 약물 목록에 없습니다. 또한 특정 상황에서 저희가 약물 목록상의 특정 약품을 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.

저희 플랜은 이 섹션에 설명된 의약품 종류에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 이는 **제외 약물**이라고 합니다. 제외 약물에 대한 처방전을 받은 경우, 본인이 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 가입자의 사례로 인해 저희가 제외 약물에 대한 비용을 지불해야 한다고 생각하시는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 항소에 대한 자세한 정보는 본 **가입자 안내서 제 9 장**을 참조하십시오.

제외 약물에 대해서는 다음과 같은 세 가지 일반 규칙이 있습니다.

- 저희 플랜의 외래 환자 약품 보장(Medicare 파트 D 약품 포함)은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 가 이미 보장하는 약품에 대해 비용을 지불할 수 없습니다. 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장되는 의약품을 무료로 보장하지만 이러한 의약품은 외래 처방약 혜택에 속하는 것으로 간주되지 않습니다.
- 저희 플랜은 미국과 미국 영토 외에서 구매하신 약물에 대해 보장해드릴 수 없습니다.
- 약품의 사용은 FDA 의 승인을 받거나 특정 의학적 참고 자료에 의해 가입자의 건강 상태에 대한 치료로 뒷받침되어야 합니다. 가입자의 의사는 가입자의 건강 상태를 치료하기 위해 해당 상태를 치료하도록 승인되지 않은 약품을 처방할 수도 있습니다. 이것을 "허가 외 사용"이라고 합니다. 저희 플랜은 일반적으로 허가 외 사용을 위해 처방된 약을 보장하지 않습니다.
- Medi-Cal 에 따라 Medi-Cal Rx 에서 보장하는 대부분의 외래 환자 처방약은 FFS Medi-Cal 을 통한 서비스로 비용을 지불해드립니다. Medi-Cal Rx 의 보장을 받으려면 해당 품목이 Medi-Cal 계약 약물 목록("CDL")에 있거나 Medi-Cal Rx 의 사전 승인을 받아야 합니다. 의료 서비스 제공자는 약물이 Medi-Cal Rx CDL 에 있는지 알려드릴 수 있습니다.

또한 법에 따라 Medicare 또는 Medi-Cal 은 아래 나열된 약물 유형을 보장할 수 없습니다.

- 임신 촉진을 위한 약물.
- 기침 또는 감기 증상 완화 용도의 약물.\*
- 미용 목적 또는 발모 촉진 용도의 약물.
- 임신부용 비타민 및 불소\* 조제품을 제외한 처방전 비타민 및 미네랄 제품.
- 성기능장애 또는 발기부전 치료용 약물.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 신경성식욕부진증, 체중 감소 또는 체중 증가 치료용 약품.\*
- 검사나 서비스는 해당 회사에서만 받아야 한다고 하는 회사에서 만든 외래 환자 약물.
- \*일부 제품은 Medi-Cal 에서 보장받을 수 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 참조하십시오.

## C. 일부 약물에 대한 제한

특정 처방약의 경우 특별 규정에 따라 플랜이 보장하는 방법과 시기를 제한합니다. 일반적으로, 저희 규정은 가입자의 건강 상태에 효능을 발휘하며 안전하고 효과적인 약을 구입하실 것을 권장하고 있습니다. 안전한 저비용 약물이 고비용 약물만큼 효과가 있을 때 저희는 가입자의 의료 서비스 제공자가 저비용 약물을 처방하실 것이라 기대합니다.

가입자의 약물에 대한 특별 규정이 있다면, 이는 일반적으로 가입자 또는 가입자의 의료 서비스 제공자가 약물을 보장하기 위한 추가 조치를 취해야 합니다. 예를 들어, 의료 서비스 제공자는 먼저 귀하의 진단을 저희에게 알리거나 혈액 검사 결과를 제공해야 할 수 있습니다. 가입자 또는 가입자의 의료 서비스 제공자가 저희 규칙이 가입자의 상황에 적용되어서는 안 된다고 생각하는 경우에는 예외를 요청하십시오. 저희는 가입자가 추가 조치를 취하지 않고 약물을 사용하는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다.

예외 요청에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

### 1. 제네릭 버전이 있는 경우 브랜드 약물 사용 제한

일반적으로, "제네릭" 약물은 브랜드 약물과 동일한 효력을 나타내며 보통 비용이 적게 듭니다. 만약 브랜드 약물에 대응되는 제네릭 약물이 있다면, 저희 네트워크 약국은 제네릭 약물을 제공해드릴 것입니다.

- 제네릭 제품을 사용할 수 있다면 저희는 일반적으로 브랜드 약물에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 의료 서비스 제공자가 저희에게 제네릭 약물이거나 동일한 조건의 다른 보장된 약물 모두 효능이 없음을 나타내는 의학적 근거를 제공해주시는 경우, 저희는 브랜드 약물을 보장해드립니다.
- 브랜드 약물 또는 오리지널 생물학적 제제의 경우 제네릭 약물 또는 대체 가능한 바이오시밀러보다 코페이아가 더 많을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## 2. 사전 플랜 승인 받기

일부 약물의 경우 처방전을 조제하기 전에 가입자 또는 가입자의 의사가 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 가입자가 승인을 받지 못하면 저희는 약을 보장하지 않을 수도 있습니다.

## 3. 수량 제한

일부 약물에 대해 보유 가능한 약물의 양을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 처방전을 조제할 때마다 받을 수 있는 약물의 양을 제한할 수 있습니다.

가입자께서 복용하고 있거나 복용하기를 원하시는 약물에 적용되는 이러한 규칙에 대해 알아보시려면, 저희 약물 목록을 확인하여 주시기 바랍니다. 최신 정보를 원하시면 가입자 서비스에 전화하시거나 저희 웹사이트([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))를 확인해 보십시오. 가입자가 위의 이유 중 하나에 따라 저희의 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

---

## D. 가입자의 약물이 보장되지 않을 수도 있는 이유

저희는 가입자에게 맞는 약물을 보장해 드리도록 노력하지만 때로는 약물이 가입자가 원하는 방식으로 보장되지 않을 수 있습니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- 저희 플랜은 가입자가 복용하려는 약물을 보장하지 않습니다. 그 약물은 저희 약물 목록에 없을 수도 있습니다. 저희는 약물의 제네릭 버전은 보장할 수 있지만 가입자가 복용하려는 브랜드 이름 버전은 보장하지 않습니다. 새로운 약물일 수 있으며 저희는 아직 그 안전성과 유효성에 대해 검토하지 않았습습니다.
- 저희 플랜은 해당 약품을 보장하지만 보장에 대한 특별한 규칙이나 제한이 마련되어 있습니다. **섹션 C**에서 설명했듯이 저희 플랜이 보장하는 일부 의약품에는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 어떤 경우에는 가입자 또는 가입자의 처방자가 저희에게 예외를 요청할 수 있습니다.

가입자가 원하는 방식으로 약물을 보장하지 않는 경우 가입자가 할 수 있는 일이 있습니다.

### D1. 임시 공급 받기

어떤 경우에는 약이 저희 약물 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한이 있을 때 저희는 가입자에게 약물을 일시적으로 제공할 수 있습니다. 이를 통해 다른 약물을 구입하는 것 관련하여 의료 서비스 제공자와 상의하거나 약을 보장해 줄 것을 요청할 시간을 벌게 됩니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

약물을 임시 공급 받으려면 아래 두 가지 규칙을 충족해야 합니다.

**1. 복용하고 있는 약물:**

- 더 이상 약물 목록에 없음 또는
- 이전에도 저희 약물 목록에 없었음 또는
- 이제 어떤 식으로든 제한되었음.

**2. 다음 상황 중 하나가 해당되어야 합니다.**

- 가입자는 작년에 저희 플랜에 있었습니다.
  - 저희는 가입자의 약물에 대해 해당 역년의 첫 90 일 동안 임시 공급을 보장합니다.
  - 이 일시적 공급은 최대 30 일 동안 제공됩니다.
  - 가입자께서 받으신 처방전이 며칠 분량밖에 되지 않는 경우, 저희는 최대 30 일분까지 중복 재조제를 허용해드립니다. 반드시 네트워크 약국에서 조제하셔야 합니다.
  - 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 처방약을 한 번에 소량으로 제공할 수 있습니다.
- 귀하는 저희 플랜에 처음 참여하셨습니다.
  - 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입한 첫 90 일 동안 약물의 임시 공급을 보장합니다.
  - 이 일시적 공급은 최대 30 일 동안 제공됩니다.
  - 가입자께서 받으신 처방전이 며칠 분량밖에 되지 않는 경우, 저희는 최대 30 일분까지 중복 재조제를 허용해드립니다. 반드시 네트워크 약국에서 조제하셔야 합니다.
  - 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 처방약을 한 번에 소량으로 제공할 수 있습니다.



- 귀하가 저희 플랜에 가입하신 후 90 일이 초과되었고 장기 요양 설비에 거주하고 계시며 즉시 공급이 필요합니다.
  - 저희는 31 일분의 공급을 보장하며, 또는 그보다 적은 기간 동안 처방전이 작성된 경우 그 이하를 보장합니다. 이는 위의 일시적 공급 상황에 추가되는 상황입니다.
  - 병원, 전문 요양 시설 또는 장기 요양 시설에 입소하거나 퇴원하여 다른 요양 시설이나 자택으로 옮기는 경우, 이를 요양 수준 변경이라고 합니다. 요양 등급을 변경하시는 경우, 복용 중인 약물에 대한 추가 조제가 필요할 수도 있습니다. 복용 중인 약물이 저희 약물 목록에 없는 경우라 하더라도 요양 등급 전환 기간 동안에는 보통 파트 D 약물공급 1 달치를 보장해 드립니다.

## D2. 임시 공급 요청

약물의 임시 공급을 요청하려면 가입자 서비스에 전화하십시오.

일시적 약물 공급을 받으면 공급 받은 약물이 다 떨어졌을 때 어떻게 해야 하는지 가능한 빨리 의사와 상의하십시오. 선택 사항은 다음과 같습니다.

- 다른 약물로 변경하십시오.

저희 플랜은 귀하에게 효과가 있는 다른 약물을 보장할 수 있습니다. 해당 건강 상태를 치료하기 위한 보장 약물 목록을 요청하시려면 저희 가입자 서비스에 문의하여 주시기 바랍니다. 이 목록은 의료 서비스 제공자가 가입자에게 효능이 있는 보장된 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

또는

- 예외를 요청하십시오.

귀하와 귀하의 서비스 제공자는 저희에게 예외를 요청하실 수 있습니다. 예를 들어, 귀하는 저희 약물 목록에 없는 약물을 보장해 달라고 요청하거나 약물을 제한 없이 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자가 예외에 대한 합당한 의학적 이유가 있다고 할 경우에는 예외를 요청하는 데 도움이 될 수 있습니다.

## D3. 예외 요청

귀하가 복용하는 약이 내년에 저희 약물 목록에서 삭제되거나 어떤 식으로든 제한될 경우 내년이 되기 전에 예외를 요청할 수 있습니다.

- 저희는 다음 연도의 약물 보장에 대한 변경 사항에 대해 알려드립니다. 귀하가 원하는 방식으로 예외를 적용하고 내년에도 약물을 보장해 달라고 저희에게 요청하십시오.
- 저희는 귀하의 요청(또는 이를 뒷받침하는 처방자의 진술)을 받은 후 72 시간 이내에 예외 요청에 응답합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

예외 요청에 대한 자세한 내용은 본 **가입자 안내서 제 9 장**을 참조하십시오.

예외를 요청하는 데 도움이 필요하다면 가입자 서비스에 문의하십시오.

## E. 귀하의 약에 대한 보장 변경

약물 보장에 대한 대부분의 변경 사항은 1월 1일에 발생하지만 해당 연도 중 약물 목록에 약물이 추가되거나 제거될 수 있습니다. 또한 약물에 대한 규정을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.

- 약품에 대한 사전 승인(PA)(약품을 받으시기 전에 저희의 허가)을 요구할지를 결정합니다.
- 받을 수 있는 약물의 양을 추가하거나 변경합니다(수량 제한).
- 약물에 대한 단계적 치료 제한을 추가하거나 변경합니다(저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약물을 시도하셔야 합니다).

이러한 약물 규칙에 대한 자세한 내용은 **섹션 C** 를 참조하십시오.

저희가 해당 연초에 보장하는 약을 복용하시는 경우 일반적으로는 해당 연도의 나머지 기간 동안에 해당 약물의 보장을 제거하거나 변경하지 않습니다.

- 현재 저희의 약물 목록에 있는 약물과 동일한 효과가 있는 저렴한 새 약물이 시장에 나와 있습니다. 또는
- 저희가 어떤 약물이 안전하지 않다는 것을 알게 되거나
- 약이 시장에서 제거됩니다.

약물 목록이 변경되면 어떻게 되는지에 대한 자세한 정보를 얻으려면 언제든지

- 현재 약품 목록을 온라인([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))으로 확인하시거나
- 현재 약물 목록을 확인하시려면 가입자 서비스에 전화하십시오.

즉시 약물 목록에 일부 사항이 변경됩니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- **새로운 제네릭 약물이 출시됩니다.** 때로는 새로운 제네릭 약물이 현재 저희 약물 목록에 있는 브랜드 약물과 같은 효과가 있습니다. 이 경우 브랜드 약물을 제거하고 새로운 제네릭 약물을 추가할 수 있지만 신약에 대한 귀하의 비용은 동일하게 유지되거나 더 낮아질 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

새로운 제네릭 약물을 추가할 때는 브랜드 약물을 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

- 이렇게 변경하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수도 있지만 일단 특정 변경 사항이 발생하면 해당 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다.
- 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자는 이러한 변경 사항에 대해 "예외"를 요청할 수 있습니다. 저희는 예외를 요청하시기 위해 취할 수 있는 단계가 포함된 통지문을 보내드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.
- **약이 시장에서 퇴출됩니다.** FDA가 가입자가 복용하고 있는 약품이 안전하지 않다고 결정하거나 해당 약품의 제조사가 해당 약품을 시장에서 판매하지 않는 경우, 저희는 해당 약품을 약품 목록에서 제외합니다. 귀하가 해당 약물을 복용 중이신 경우 알려드립니다. 처방자 또한 해당 변경 사항에 대해 알게 될 것이며, 가입자와의 상의를 통해 건강 상태에 알맞은 다른 약물을 찾아드릴 것입니다.

저희는 그 외 사항을 변경할 수 있으며 이는 귀하가 복용하는 약물에 영향을 미칠 수 있습니다. 저희는 약물 목록에 대한 이러한 기타 변경 사항에 대해 미리 알려드립니다. 이러한 변경이 발생하는 경우는 다음과 같습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우.
- 저희는 시장에 존재하는 제네릭 약물을 추가합니다. 그리고
  - 현재 자사 약물 목록에 있는 브랜드 약물을 대체합니다. 또는
  - 브랜드 약물에 대한 보장 규칙 또는 한도를 변경합니다.

이러한 변경 사항이 발생할 경우 저희는

- 약물 목록을 변경하기 최소 30 일 전에 알려드립니다. 또는
- 해당 사항을 알려 드리고 리필을 요청하신 약의 30 일분을 제공합니다.

그동안 의사나 다른 처방자와 상담하실 수 있습니다. 이는 다음을 결정하시는 데 도움이 됩니다.

- 저희 약물 목록 중에 대신 복용하실 수 있는 유사한 약물이 있는지 여부. 또는
- 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청해야 할지 여부. 예외 요청에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

저희는 현재 가입자가 복용하시는 약물 중 가입자에게 영향을 미치지 않는 약물을 변경할 수 있습니다. 해당 변경 관련하여, 저희가 연초에 변경한 약물을 복용하고 계신다면 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안에는 약물에 대한 보장을 없애거나 변경하지 않습니다.

- 예를 들어, 만약 가입자가 복용하고 계는 약물의 사용을 저희가 제한한다면, 이 변경 사항은 해당 연도의 남은 기간 동안에는 가입자의 약물 사용에 영향을 미치지 않습니다.

## F. 특별 사례 시 약물 보장

### F1. 병원 또는 전문 요양 시설에서 저희 플랜이 보장하는 입원 기간 동안

가입자께서 병원 또는 전문요양시설에서 자사 플랜이 보장하는 입원을 하신 경우, 저희는 일반적으로 입원 기간 동안 받으신 처방약 비용을 보장해드립니다. 코페이는 지불하지 않습니다. 병원 또는 전문요양시설에서 퇴원하시면, 해당 약물이 저희 보장 규정 전체에 부합하는 경우에 한해 가입자의 약물을 보장해드립니다.

약물 보장 및 지불 금액에 대해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 6 장을 참조하십시오.

### F2. 장기요양시설에서

보통 요양 시설과 같은 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있거나 거주자들에게 의약품을 공급하는 약국이 있습니다. 가입자께서 장기요양시설의 거주자인 경우, 해당 시설이 저희 네트워크 소속인 시설 내 약국을 통해 처방약을 받으실 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록에서 장기 요양 시설의 약국이 저희 네트워크에 소속되어 있는지 확인하시기 바랍니다. 그렇지 않거나 추가 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

### F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램에서

호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장을 해드리지 않습니다.

- Medicare 호스피스에 등록되어 있고, 말기 예후 및 상태와 관련이 없기 때문에 호스피스가 보장하지 않는 통증, 구역질, 완하제 또는 항불안제가 필요하신 경우가 있을 수 있습니다. 그런 경우, 저희 플랜은 저희가 해당 약물을 보장하기 전에 처방자나 가입자의 호스피스 제공자로부터 해당 약물이 관련이 없다는 통지를 받아야 합니다.
- 저희 플랜이 보장해 드려야 하는 질환과 관련 없는 약물을 받으실 때 지연을 방지하기 위해, 약국에서 처방전 조제를 받기 전에 호스피스 의료 서비스 제공자나 처방자에게 해당 약물이 연관이 없음을 알리는 통지를 저희에게 보내도록 요청하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자가 호스피스를 떠나는 경우 저희 플랜은 가입자의 모든 약을 보장합니다. Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서 지연되는 것을 방지하려면 약국에 문서를 가지고 가서 호스피스를 떠났다는 것을 확인하십시오.

저희 플랜이 보장하는 약물에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 4 장을 참조하십시오.

## G. 약물 안전 및 약물 관리 프로그램

### G1. 가입자가 안전하게 약물을 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램

처방전을 작성할 때마다 저희는 다음과 같은 약물 오류 또는 약물 등 발생 가능한 문제를 찾습니다.

- 같은 작용을 하는 다른 약을 복용하기 때문에 필요하지 않을 수 있음.
- 연령이나 성별에 따라 안전하지 않을 수 있음.
- 동시에 복용하면 해를 끼칠 수 있음.
- 알레르기를 일으키거나 알레르기 발생 가능성이 있는 성분이 있는 경우.
- 위험한 양의 아편유사진통제를 포함하는 경우.

약물 사용 시 발생 가능한 문제를 발견하는 경우, 저희는 해당 문제를 해결하기 위해 가입자의 의료 서비스 제공자와 함께 협력할 것입니다.

### G2. 약물 관리에 도움이 되는 프로그램

저희 플랜에는 복잡한 건강 문제가 있는 가입자를 돕는 프로그램이 있습니다. 그러한 경우, 가입자는 약물 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램을 통해 무료 서비스를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료입니다. 이 프로그램은 가입자와 가입자의 서비스 제공자가 해당 약물이 가입자의 건강을 개선하는 데 효과가 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 가입자에게 프로그램에 대한 자격이 있는 경우, 약사 또는 기타 건강 전문가가 가입자의 의약품 전체를 포괄적으로 검토하고 다음 사항에 대해 말씀드릴 것입니다.

- 복용 약물을 최대한 활용하는 방법.
- 투약 비용 및 약물 반응과 같은 우려 사항.
- 약물을 복용하는 가장 좋은 방법.
- 처방전 및 일반의약품에 대한 질문이나 문제.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

그런 후에 다음 사항을 제공할 것입니다.

- 이 논의의 서면 요약본. 요약본에는 약물을 최대한 활용하기 위해 권장하는 약물 사용 조치 계획이 포함되어 있습니다.
- 가입자가 복용하는 모든 의약품과 그 복용량, 복용 시기, 복용 이유가 포함된 개인 약 목록.
- 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 관한 정보.

행동 계획과 약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것이 좋습니다.

- 병원을 방문하실 때나 의사, 약사, 기타 의료 서비스 제공자와 상담하실 때 약물 사용 조치 계획과 약물 목록을 지참하시기 바랍니다.
- 병원이나 응급실을 방문하는 경우 해당 약물 목록을 지참하십시오.

MTM 프로그램은 자발적이며 자격이 있는 회원에게는 무료입니다. 가입자의 필요에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 저희는 자동으로 가입자를 해당 프로그램에 가입시켜드린 후 해당 정보를 보내드릴 것입니다. 프로그램 참여를 원하지 않으시면 저희에게 알려주시면 프로그램에서 제외하겠습니다.

이러한 프로그램에 대해 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

### G3. 아편 계열 약물의 안전한 사용을 위한 약물 관리 프로그램

저희는 회원 여러분이 아편 계열 약물, 또는 남용되는 경우가 많은 기타 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 Drug Management 프로그램(Drug Management Program, DMP)라고 합니다.

여러 의사 또는 약국에서 구입한 아편유사제 약물을 사용하고 있거나 최근에 아편유사제 과다복용을 한 경우 당사는 의사와 상의하여 아편유사제 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인할 수 있습니다. 의사와 협력하여 처방 아편유사제 또는 벤조디아제핀 약물의 사용이 안전하지 않다고 결정하면 해당 약물을 얻는 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 특정 약국 및/또는 특정 의사로부터 해당 약물에 대한 모든 처방전을 받을 것을 요구합니다.
- 저희가 가입자를 위해 보장하는 약물의 양을 제한합니다.

가입자에게 위의 제한 사항 중 하나 이상이 적용되어야 하는 것으로 여겨지는 경우, 저희는 가입자에게 미리 서신으로 통지해드릴 것입니다. 이 서신을 통해 가입자를 위해 해당 약품의 보장을 제한할지 또는 가입자가 특정 의료 서비스 제공자 또는 약국에서만 해당 약품에 대한 처방전을 받아야 하는지 알려드립니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자 역시 선호하시는 의사 또는 약국과 저희가 알아야 할 중요하다고 생각하는 기타 정보에 대해 저희에게 말할 기회가 있을 것입니다. 가입자에게 응답할 기회가 주어진 후 저희가 이러한 약물에 대한 보장을 제한하기로 결정한 경우, 제한을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다.

저희가 실수했다고 생각하거나 처방약 오용의 위험이 있다는 데 동의하지 않거나 제한에 동의하지 않는 경우 가입자와 가입자의 처방자는 이의를 제기하실 수 있습니다. 가입자가 이의를 제기하면 가입자의 사례를 검토하고 결정을 알려드립니다. 이러한 의약품에 대한 가입자의 접근 제한과 관련된 이의 제기의 일부를 계속 거부하시는 경우 저희는 가입자의 사례를 자동으로 독립 검토 기관(Independent Review Organization, IRO)으로 보냅니다. (이의 제기에 대해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.)

다음과 같은 경우 DMP 가 적용되지 않을 수 있습니다.

- 암이나 겸상 적혈구병과 같은 특정 질병이 있는 경우.
- 호스피스 간호나 완화 치료 또는 임종 간호를 받으시거나
- 장기요양시설에서 거주하시는 경우.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약에 대한 지불액

### 소개

이 장에서는 외래 처방약 지불 비용에 대해 설명합니다. "약물"이란 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 B 처방약 및
- Medi-Cal Rx 에 따라 보장되는 약물 및 품목 및
- 플랜에서 추가 혜택으로 보장하는 약물 및 품목.
- 가입자는 Medicare 에 대한 자격이 있으므로 Medicare 로부터 Medicare 파트 D 처방약 비용 지불을 지원하는 "추가 지원"을 받습니다. ("저소득층 보조금 추가 사항" 또는 "저소득 보조금(Low-Income Subsidy, LIS) 추가사항"으로도 알려져 있는)"처방약에 대해 추가 지원금을 받는 이를 위한 보장 범위 증명서 추가 사항"이라고 하는 가입자의 약물 보장 내용이 수록된 별도의 부석 문서를 보내드립니다. 본 부석 문서가 없으신 경우, 저희 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 "LIS 추가 사항"을 요청하시기 바랍니다.

추가 지원은 소득과 자원이 제한된 이들의 보험료, 공제금 및 코페이와 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 줄이는 데 도움이 되는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 "저소득 보조금(LIS)"라고 합니다.

가입자 안내서의 마지막 장에는 기타 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

처방약에 대해 자세히 알아보려면 다음을 참조하십시오.

- 보장 약물 목록.
  - 저희는 이를 "약물 목록"이라고 부르는데 그 내용은 다음과 같습니다.
    - 저희가 지불하는 약물.
    - 약물에 제한이 있는지 여부.
  - 약물 목록 사본이 필요하시면 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 저희 웹사이트([kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx))에서 최신 약물 목록 사본을 찾으실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



- 약국에서 받는 처방약은 대부분들 저희의 플랜으로 보장됩니다. 일부 일반 의약품(OTC) 약물 및 특정 비타민과 같은 기타 약물은 Medi-Cal Rx 로 보장 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/))를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터인 **1-800-977-2273** 번으로 전화하십시오. Medi-Cal Rx 로 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 가져가십시오.
- 본 가입자 안내서 제 5 장.
  - 저희 플랜을 통해 외래 환자 처방약을 받는 방법을 알려줍니다.
  - 따라야 할 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 저희 플랜이 보장하지 않는 처방약 유형도 알려줍니다.
  - 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 약물 보장을 조회할 때(참조: **제 5 장 섹션 B2**) 표시되는 비용은 "실시간"으로 제공되며, 이는 도구에 표시되는 비용이 특정 시점을 반영하여 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금의 추정치를 제공한다는 의미입니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수 있습니다.
- 의료 서비스 제공자 및 약국 목록.
  - 대부분의 경우 보장되는 약을 받으려면 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 네트워크 약국은 저희와 협력하기로 동의한 약국입니다.
  - **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**에는 네트워크 약국 목록이 있습니다. 네트워크 약국에 대한 추가 정보는 본 **가입자 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.

## 제 6 장 목차

A. 보험 혜택 설명서(EOB).....	177
B. 약물 비용을 추적하는 방법.....	178
C. Medicare 파트 D 약물에 대한 약물 지불 단계 .....	180
D. 1 단계: 첫 보험 보장 단계 .....	180
D1. 가입자의 약국 선택 .....	181
D2. 장기간 약물 공급 받기.....	181
D3. 가입자 지불 금액.....	181
D4. 첫 보험 보장 단계의 종료 .....	182
E. 2 단계: 재난 보장 단계 .....	183
F. 의사가 월 전체 공급분 미만으로 처방한 경우 가입자의 약제비.....	183
G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 분담 비용 지원.....	184
G1. AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP).....	184
G2. ADAP 에 가입되어 있지 않은 경우.....	184
G3. ADAP 에 가입되어 있는 경우 .....	184
H. 예방접종.....	184
H1. 예방접종을 받기 전에 알아야 할 사항 .....	185
H2. Medicare 파트 D 예방접종에 대한 가입자의 부담 .....	185



## A. 보험 혜택 설명서(EOB)

저희 플랜은 가입자의 처방약을 추적합니다. 추적하는 비용의 유형은 다음 두 가지입니다.

- 가입자의 **자기 부담금**. 이는 가입자 또는 가입자를 대신하는 다른 이들이 처방약에 대해 지불하는 금액입니다.
- 가입자의 **총 약제비**. 이는 가입자 또는 가입자를 대신하는 다른 이들이 가입자의 처방약에 대해 지불하는 금액에 저희가 지불하는 금액을 더한 금액입니다.

저희 플랜을 통해 처방약을 받으면 **보험 혜택 설명서** 요약본을 보내 드립니다. 가입자께서 직전 월에 플랜을 통해 한 건 이상의 처방전을 조제하셨다면 **보험 혜택 설명서**를 보내 드립니다. 이는 이를 줄여서 **EOB** 라고 부릅니다. **EOB** 는 청구서가 아닙니다. **EOB** 에는 가입자가 복용하는 약에 대한 자세한 정보가 있습니다. **EOB** 에 포함된 내용은 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 요약서에는 이전 달에 받은 처방약이 나와 있습니다. 여기에는 총 약제비, 저희가 지불한 금액, 가입자와 다른 이들이 지불한 금액이 표시됩니다.
- **연누계 정보**. 이는 1월 1일 이후로 발생한 가입자의 총 약제비 및 총 지불액입니다.
- **약값 정보입니다**. 이는 약품의 총 가격과 첫 조제 이후 약품값의 백분율 변화입니다.
- **저렴한 대안**. 가능한 경우에는 현재 약물 아래 요약에 표시됩니다. 자세한 내용은 처방자와 상담하실 수 있습니다.

저희는 Medicare 에서 보장하지 않는 약물을 보장합니다.

- 이러한 약물에 대한 지불은 총 자기 부담금에 포함되지 않습니다.
- 약국에서 받는 처방약은 대부분들 플랜으로 보장됩니다. 일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 더 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) 를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터인 1-800-977-2273 에 전화하십시오. Medi-Cal Rx 로 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 혜택 ID 카드(BIC)를 가져 가십시오.
- 저희 플랜이 보장하는 약물을 알아보려면 약물 목록을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## B. 약물 비용을 추적하는 방법

가입자의 약물 비용과 약물에 대한 납부액을 계속 추적하기 위해, 저희는 가입자와 약국이 제공하는 기록을 이용합니다. 다음은 가입자가 저희를 도울 수 있는 방법입니다.

### 1. 가입자 ID 카드 사용.

처방전을 받을 때마다 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 이는 가입자가 조제하는 처방전과 지불하는 금액을 저희가 파악하는 데 도움이 됩니다.

### 2. 저희에게 필요한 정보를 제공해 주십시오.

가입자가 지불한 보장 의약품에 대한 영수증 사본을 제공해 주십시오. 가입자께서는 해당 약물의 저희 비용 분담금에 대한 상황을 요청하실 수 있습니다.

다음은 영수증 사본을 제공하셔야 하는 경우입니다.

- 가입자께서 특가로 네트워크 약국에서 보장된 약물을 구매하셨거나 저희 플랜의 보험 혜택이 아닌 할인 카드를 사용하여 구매하신 경우.
- 제약회사의 환자 지원 프로그램에 따라 받는 약물에 대한 본인부담금을 지불하는 경우
- 네트워크에 소속되지 않은 약국에서 보장 약을 구입하는 경우
- 보장되는 약의 전체 가격을 지불하는 경우

환불 요청에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 7 장 약물에 대한 저희 비용 분담금을 참조하시기 바랍니다.

### 3. 다른 분이 가입자를 대신하여 비용을 부담하신 경우 해당 납부액에 관한 정보를 보내주십시오.

특정 다른 사람과 조직이 지불한 금액도 자기 부담금으로 계산됩니다. 예를 들어, AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP), Indian Health Service 가 부담한 비용, 그리고 대부분의 기부금이 가입자 부담 비용으로 산입됩니다. 이는 비상 보장에 대한 자격을 갖추는 데 도움이 될 수 있습니다. 비상 보장 단계가 되시면 저희 플랜이 해당 연도의 나머지 기간 동안 가입자의 Medicare 파트 D 약품 비용을 모두 지불합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

#### 4. 보내드리는 EOB 를 확인하십시오.

우편으로 EOB 를 받으면 전체가 정확하게 전달되었는지 확인하십시오.

- **각 약국의 이름을 알고 계십니까?** 날짜를 확인하십시오. 그날 약을 받으셨습니까?
- **목록에 있는 약을 받으셨습니까?** 영수증에 기재된 사항과 일치합니까? 약이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수 있습니다.

#### 이 요약서에서 오류를 발견하면 어떻게 합니까?

이 EOB 에 혼란스럽거나 올바르지 않은 내용이 있는 경우 가입자 서비스에 전화하십시오.

#### 사기 가능성이 있는 경우 어떻게 합니까?

만일 본 요약서에 귀하가 복용 중이 아닌 의약품이 표시되어 있거나 의심스러운 내용이 있는 경우 다음 연락처로 저희에게 알려주십시오.

- 가입자 서비스로 저희에게 전화해 주십시오.
- 아니면 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.
- Medi-Cal 을 받는 의료 서비스 제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저질렀다고 의심되는 경우 가입자에게는 기밀이 보장되는 수신자 부담 전화번호 **(1-800-822-6222)**로 전화하여 신고할 권리가 있습니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 다음 사이트에서 확인할 수 있습니다.  
**[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)**.

잘못되었거나 누락된 것이 있다고 생각되거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 우편이 아닌 온라인으로 EOB 를 확인할 수도 있습니다.

**kp.org/goinggreen** 을 방문하여 등록해 온라인에서 가입자의 EOB 를 안전하게 조회하도록 선택하는 방법에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다.

이 EOB 를 보관하십시오. 이 보고서는 가입자의 약물 비용에 대한 중요한 기록입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

### C. Medicare 파트 D 약물에 대한 약물 지불 단계

저희 플랜에 따라 Medicare 파트 D 처방약 보장에 대한 지불 단계는 두 가지입니다. 약물에 대한 자기 부담금은 가입자가 처방전을 조제하는 시점 또는 재조제하는 시점 중 어떤 단계에 있느냐에 따라 달라집니다. 두 단계는 아래와 같습니다.

1 단계: 첫 보험 보장 단계	2 단계: 비상 보장 단계
<p>이 단계에서는 저희가 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 부담금을 지불합니다. 가입자의 본인 부담금을 코페이이라고 합니다.</p> <p>해당 연도에 처음으로 처방전을 조제하실 때 이 단계부터 시작하시게 됩니다.</p>	<p>이 단계에서 저희는 2024년 12월 31일까지 가입자의 모든 약제비를 지불합니다.</p> <p>이 단계에서는 처음에 일정 금액의 자기 부담금을 지불합니다.</p>

### D. 1 단계: 첫 보험 보장 단계

첫 보험 보장 단계 동안, 저희는 가입자의 보장된 처방약에 대한 비용 부담금을 부담하며, 가입자는 가입자 비용 부담금을 납부하게 됩니다. 가입자의 본인 부담금을 코페이이라고 합니다. 코페이는 약물의 부담 비용 단계와 약물을 수령하는 장소에 따라 달라집니다.

비용 부담 단계는 동일한 본인 부담금이 있는 의약품 그룹입니다. 저희 플랜의 약물 목록에 있는 모든 약물은 두 개의 부담 비용 단계 중 하나에 포함됩니다. 일반적으로 등급 번호가 높을수록 본인 부담금이 높아집니다. 해당 의약품의 비용 부담 단계를 찾으려면 의약품 목록을 참조하십시오.

- 1 단계 및 2 단계 약물은 코페이가 가장 낮습니다. 이들은 제네릭 약물일 수도 있습니다. 코페이는 소득에 따라 \$0 에서 \$4.50 까지입니다.
- 3, 4, 5 단계 약물의 코페이가 가장 높습니다. 이들은 브랜드 약물 또는 특수 약물입니다. 코페이는 소득에 따라 \$0 에서 \$11.20 까지입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.



## D1. 가입자의 약국 선택

약품 구매에 대한 부담 금액은 다음 중 어디에서 약품을 구매하는지에 따라 달라집니다.

- 네트워크 약국 또는
- 네트워크에 속하지 않은 약국.

저희는 제한된 상황에서만 외부 네트워크에서 조제한 처방전을 보장해드립니다. 해당 경우에 관해서는 본 **가입자 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.

약국 선택에 대해 자세히 알아보려면 **가입자 안내서 제 5 장** 및 저희 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 참조하십시오.

## D2. 장기간 약물 공급 받기

일부 약물에 대해서 가입자께서는 처방전 조제 시 장기 공급량("연장 공급"으로도 지칭)을 받으실 수 있습니다. 장기 공급량은 최대 100 일분의 공급량에 해당합니다. 비용은 1 개월 공급분과 동일합니다.

장기 약품 공급을 받는 곳과 그 방법에 대한 자세한 내용은 본 **가입자 안내서 제 5 장** 또는 저희 플랜의 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 참조하십시오.

## D3. 가입자 지불 금액

첫 보험 보장 단계 동안, 가입자는 처방약을 조제할 때마다 코페이를 지불할 수 있습니다. 보장된 약물의 비용이 코페이보다 낮으면 가입자의 자기 부담금은 더 낮아집니다.

가입자 서비스에 연락하여 보장되는 약품에 대한 공동 보험금이 얼마인지 알아보십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

보장된 처방약 한 달분 또는 장기 공급량을 받은 경우 가입자 비용 분담금:

	네트워크 약국 또는 저희 플랜의 우편 주문 서비스  최대 100 일분	네트워크 장기요양 약국  최대 31 일분	네트워크에 속하지 않은 약국  최대 30 일분. 보장은 특정한 경우로 제한됩니다. 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.
분담 비용 <b>1 단계</b> (제네릭 약물)	처방전당 <b>\$0~\$4.50</b> , 귀하의 추가 지원 수준에 따라 다름		
분담 비용 <b>2 단계</b> (브랜드 약물 및 특수 약물)	처방전당 <b>\$0~\$11.20</b> , 귀하의 추가 지원 수준에 따라 다름		

어떤 약국이 장기 공급을 제공할 수 있는지에 대한 정보는 저희 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 참조하시기 바랍니다.

**D4. 첫 보험 보장 단계의 종료**

첫 보험 보장 단계는 가입자의 총 자기 부담금이 **\$8,000**에 도달하면 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희는 그때부터 연말까지 모든 약제비를 보장합니다.

가입자의 **EOB**를 통해 가입자가 한 해 동안 약물 비용으로 지불한 금액을 추적할 수 있습니다. 저희가 가입자가 **\$8,000**에 도달하면 알려 드립니다. 일년 내에 도달하시는 분은 별로 없습니다.



질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.



## E. 2 단계: 재난 보장 단계

처방약에 대한 자기 부담금 한도인 **\$8,000**에 도달하면 비상 보장 단계가 시작됩니다. 해당 연도가 종료될 때까지 비상 보장 단계로 유지됩니다. 이 단계에서 저희 플랜은 가입자의 Medicare 약물에 대한 모든 비용을 지불합니다.

## F. 의사가 월 전체 공급분 미만으로 처방한 경우 가입자의 약제비

일반적으로, 가입자는 보장되는 약물의 월 전체 공급분에 대해 코페이를 지불합니다. 그러나 의사가 한 달치 공급분 미만으로 처방해줄 수도 있습니다.

- 가입자가 의사에게 약물을 한 달치 미만으로 처방해줄 것을 요청하고 싶은 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약물을 처음으로 복용하게 되는 경우).
- 의사가 동의할 경우, 가입자는 특정 약물의 월 전체 공급분에 대한 비용을 부담하지 않게 됩니다.

한 달치 공급분 미만의 약물을 제공받는 경우, 가입자가 부담하는 금액은 약물을 받은 일수를 기준으로 합니다. 저희는 가입자의 약물에 대해 하루당 본인 부담 비용을 계산하여("일일 비용 분담률") 가입자가 제공받은 약물 분량의 일수를 곱합니다.

- 예를 들면 다음과 같습니다. 예를 들어, 한 달치 약물 공급분(30 일치)에 대한 코페이가 \$1.35라고 가정해 보겠습니다. 이는 가입자가 약물에 대해 지불하는 금액이 하루당 \$0.05 미만임을 의미합니다. 가입자가 7 일분의 약물을 받았다면 가입자가 부담할 금액은 하루당 \$0.05 미만이며 7 일을 곱하여 총 \$0.35 미만입니다.
- 일일 비용 분담금 제도를 통해 가입자는 약물의 한 달치 공급분에 대한 비용을 부담하기 전에 그 효능을 확인할 수 있습니다.
- 가입자는 다음과 같은 목적으로 의료 서비스 제공자에게 월 전체 공급분 미만의 약물을 처방해 달라고 요청할 수도 있습니다.
  - 약물을 재조제할 시기를 더 잘 계획하고,
  - 가입자가 투약하는 다른 약물로 재조제를 조정하며,
  - 약국에 가는 횟수를 줄이기 위해.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## G. HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 분담 비용 지원

### G1. AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)

ADAP 는 자격에 해당되는 HIV/AIDS 보균자들이 생명을 구하는 HIV 의약품을 구할 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. ADAP 에 의해서도 보장을 받는 외래 환자 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP 에 등록된 개인을 위해 캘리포니아 공중 보건부 AIDS 사무국을 통해 처방약 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

### G2. ADAP 에 가입되어 있지 않은 경우

자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 **1-844-421-7050** 으로 전화하시거나 ADAP

웹사이트([www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx)) 를 참조하시기 바랍니다.

### G3. ADAP 에 가입되어 있는 경우

ADAP 에서는 ADAP 처방집에 수록된 약물에 대한 Medicare 파트 D 처방약 비용 분담 지원을 ADAP 고객에게 계속 제공할 수 있습니다. 이 지원을 계속 받으려면 지역 ADAP 가입 담당자에게 Medicare 파트 D 플랜명 또는 보험증권 번호의 변경사항을 알려주시기 바랍니다. 가장 가까운 ADAP 가입 기관 및/또는 가입 담당자를 찾는 데 도움이 필요하다면 **1-844-421-7050** 으로 전화하시거나 위에 기재된 웹 사이트에서 확인하시기 바랍니다.

## H. 예방접종

백신과 관련된 가입자의 지불에 관한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 보험 혜택으로 간주됩니다. 기타 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주됩니다. 플랜의 **보장 의약품 목록(처방집)**에서 등록된 이러한 백신을 확인할 수 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 저희 플랜의 **보장 의약품 목록(처방집)** 또는 특정 백신에 대한 보장 및 비용 분담 세부 사항에 대해서는 회원 서비스에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 예방접종에 대한 보장은 다음과 같이 두 부분으로 구성되어 있습니다.

1. 첫 번째 부분은 백신 자체 비용에 대한 보장입니다. 백신은 처방 약품입니다.
2. 두 번째 부분은 **백신 접종 비용에 대한 보장**입니다. 예를 들어, 때때로 가입자는 의사의 접종으로 백신을 제공받을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## H1. 예방접종을 받기 전에 알아야 할 사항

예방접종을 받을 계획이라면 저희 가입자 서비스에 문의하실 것을 권장합니다.

- 저희 플랜이 예방접종을 어떻게 보장하는지 알려드릴 수 있습니다.
- 네트워크 약국 및 의료 서비스 제공자를 이용하여 가입자의 비용을 줄이는 방법을 알려드릴 수 있습니다.
- 가입자가 네트워크 의료 서비스 제공자와 약국을 이용할 수 없는 경우, 가입자가 저희에게 비용 분담금을 상환해 달라고 요청하기 위해 취해야 할 조치를 알려드릴 수 있습니다.

## H2. Medicare 파트 D 예방접종에 대한 가입자의 부담

예방접종에 대해 가입자가 부담하는 금액은 백신의 유형(예방접종으로 예방하고자 하는 대상)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 약물이 아닌 의료 혜택으로 간주됩니다. 이들 백신은 가입자의 비용 부담 없이 보장됩니다. 이들 백신의 보장 범위에 대한 내용은 본 **가입자 안내서 제 4 장의 의료 보험 혜택표를 참조하시기 바랍니다.**
- 기타 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주됩니다. 저희 플랜의 약품 목록에서 이들 백신을 확인할 수 있습니다. 가입자는 Medicare 파트 D 백신에 대해 코페이를 지불해야 할 수도 있습니다. 만약 **예방접종 자문위원회(Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP)**라는 기관에서 성인에게 백신을 권장하는 경우 가입자는 백신 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

가입자가 Medicare 파트 D 예방접종을 받을 수 있는 세 가지 일반적인 방법입니다.

### 1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 제공받고 접종을 받는 경우.

- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우 가입자는 백신에 대해 코페이를 지불합니다.

### 2. 진료실에서 Medicare 파트 D 백신을 제공받고 의사에게 백신을 접종받는 경우.

- 귀하는 백신 접종에 대해 의사에게 코페이를 지불합니다.
- 저희 플랜은 예방접종에 드는 비용을 지불합니다.
- 이 상황에서는 의사 진료실에서 저희 플랜에 전화하여 백신에 대한 코페이만 지불하면 된다는 점을 진료실에서 확실히 알 수 있도록 해야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

3. Medicare 파트 D 백신 의약품을 약국에서 제공받고 진료실에 가서 접종을 받는 경우.

- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 가입자는 백신 자체에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우 가입자는 백신에 대해 코페이를 지불합니다.
- 저희 플랜은 예방접종에 드는 비용을 지불합니다.

## 제 7 장: 보장된 서비스 또는 의약품에 대한 비용의 저희 분담금 지급 요청

---

### 소개

본 장에서는 지급 요청을 위해 저희에게 청구서를 보내는 방법과 시기에 대해 설명합니다. 또한 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의 신청을 제기하는 방법도 설명합니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 7 장 목차

A. 가입자의 서비스 또는 약물에 대한 지급을 저희에게 요청하는 경우 .....	188
B. 저희에게 지급 요청서 보내기 .....	192
C. 보장 결정 .....	193
D. 재심 .....	194

## A. 가입자의 서비스 또는 약물에 대한 지급을 저희에게 요청하는 경우

보건 의료 서비스 또는 약물의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 청구서를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 청구서를 보내시려면 **섹션 B** 를 참조하시기 바랍니다.

- 저희가 서비스나 약물을 보장하는 경우, 저희가 직접 의료 서비스 제공자에게 비용을 지급합니다.
- 저희가 서비스나 약물을 보장하고 가입자가 이미 비용 분담액보다 더 많은 금액을 지급했다면 가입자는 상환 받을 권리가 있습니다.
  - 가입자가 Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우 환불해 드립니다.
- 가입자가 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우 다음 조건을 모두 충족하면 환급(상환)을 받을 수 있습니다.
  - 가입자가 받은 서비스는 저희가 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
  - 자격을 갖춘 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자가 된 후 보장 서비스를 받은 경우.
  - 가입자가 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환불을 요청하는 경우.
  - 의료 서비스 제공자로부터 받은 자세한 영수증처럼 보장 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제시한 경우.
  - 가입자가 저희 네트워크의 Medi-Cal에 등록된 의료 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받은 경우. 가입자가 응급 치료, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 사전 승인(사전 허가) 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스에 일반적으로 사전 승인(사전 허가)이 필요한 경우, 가입자는 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 의료 서비스 제공자의 증거를 제시해야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 저희는 조치 통지서라는 서신으로 가입자에게 환급할지 여부를 알려드릴 것입니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal에 등록된 의료 서비스 제공자는 가입자가 지불한 모든 금액을 가입자에게 환급해야 합니다. 의료 서비스 제공자가 가입자에게 환급하는 것을 거부하는 경우, 저희 플랜은 가입자가 지불한 전액을 환급해드릴 것입니다. 청구 접수 후 영업일 기준 45일 이내에 환불해 드립니다. 의료 서비스 제공자가 Medi-Cal에 등록되어 있지만 저희 네트워크에 속하지 않고 가입자에게 환불을 거부하는 경우, 저희 플랜은 최대 FFS Medi-Cal이 지불할 금액까지만 환불해드립니다. 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal에서 사전 승인 없이 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공하도록 허용한 기타 서비스에 대한 본인 부담금 전액을 환급해 드립니다. 위의 조건 중 하나라도 충족하지 않으면 환급해드리지 않습니다.
- 다음과 같은 경우 환급해 드리지 않습니다.
  - 미용 서비스와 같이 Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받은 경우.
  - Senior Advantage Medicare Medi-Cal에서 보장되는 서비스가 아닌 경우.
  - 가입자가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 방문했고 어쨌든 진찰을 받기를 원하며 서비스 비용은 가입자가 직접 지불한다는 내용의 양식에 서명한 경우.
- 저희가 서비스나 약물을 보장하지 않는 경우에는 저희가 가입자에게 알려드릴 것입니다.

질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 어떤 비용을 지급했어야 하는지 모르는 경우나 청구서를 받았지만 어떻게 처리해야 할지 모르는 경우에는 저희가 도와드리겠습니다. 또한 가입자는 이미 저희에게 보내주신 비용 지급 요청서에 관한 정보를 전화를 통해 저희에게 제공하실 수도 있습니다.

다음은 가입자가 저희에게 상환을 요청하거나 가입자가 받은 청구서의 지급을 요청할 수 있는 경우의 예입니다.

### 1. 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 응급 의료 또는 긴급 의료 서비스를 받은 경우.

의료 서비스 공급자로 하여금 저희에게 청구하도록 요청하시기 바랍니다.

- 가입자가 진료를 받을 때 전체 비용을 지급한 경우, 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 상환하도록 저희에게 요청하시기 바랍니다. 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 가입자는 본인이 부담하지 않아도 된다고 생각되는 비용을 요청하는 청구서를 의료 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.
- 해당 의료 서비스 제공자가 지급을 받아야 한다면 저희가 직접 의료 서비스 제공자에게 지급할 것입니다.
- 이미 Medicare 서비스에 대해 가입자의 비용 분담금보다 더 많이 지불하신 경우, 저희는 가입자의 부담 비용을 파악한 후 저희가 부담해야 할 분담금의 금액을 환급해드립니다.

## 2. 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 청구서를 보낸 경우

네트워크 의료 서비스 제공자는 항상 저희에게 지급을 청구해야 합니다. 서비스나 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 의료 서비스 제공자가 실수로 가입자에게 귀하의 서비스 비용 또는 비용 분담금보다 더 많은 비용을 지불하라고 요구하는 경우가 때때로 있습니다. **청구서를 받으면 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.**

- 플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 코페이를 지불합니다. 저희는 의료 서비스 공급자가 이 금액을 초과하여 가입자에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이는 서비스에 대해 의료 서비스 제공자가 청구한 금액보다 더 적은 금액을 저희가 해당 의료 서비스 제공자에게 지급하는 경우에도 마찬가지입니다. 저희가 일부 비용을 지급하지 않기로 결정하더라도 가입자는 여전히 비용을 부담하지 않습니다.
- 가입자가 부담해야 할 금액보다 더 많다고 생각되는 금액을 네트워크 의료 서비스 제공자가 청구할 때마다, 저희에게 해당 청구서를 보내주시기 바랍니다. 저희가 해당 의료 서비스 제공자와 직접 접촉하여 문제를 처리하겠습니다.
- 가입자가 Medicare 보장 서비스와 관련하여 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받은 청구 금액을 이미 지급했으나 너무 많은 금액을 지급했다고 생각되면 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 가입자가 지급한 금액과 저희 플랜에 따라 지급해야 하는 금액 간의 차액을 저희가 상환해 드리겠습니다.

## 3. 가입자가 소급하여 저희 플랜에 가입하신 경우

경우에 따라 플랜 등록이 소급 적용될 수 있습니다. (즉, 등록한 첫날이 지났다는 의미입니다. 작년에도 그랬을 겁니다.)

- 소급하여 등록했고 등록일 이후에 청구 비용을 지불한 경우, 환급을 요청할 수 있습니다.
- 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



#### 4. 처방전 조제를 받기 위해 외부 네트워크 약국을 이용하신 경우

가입자가 네트워크 외부 약국을 이용하는 경우, 가입자가 처방약 비용 전액을 부담합니다.

- 몇 가지 경우에 한해서만 저희는 네트워크 외 약국에서 조제된 처방약을 보장합니다. 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 상환 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다.
- 네트워크외 약국에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서의 제 5 장을 참조하시기 바랍니다.

#### 5. 가입자가 플랜 ID 카드를 지참하지 않아 Medicare 파트 D 처방약 비용 전액을 부담하는 경우

가입자가 가입자 ID 카드를 지참하고 있지 않은 경우, 약국에서 저희에게 연락하여 가입자의 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청하시기 바랍니다.

- 그러나 약국에서 즉시 가입 정보를 입수할 수 없는 경우, 가입자께서는 처방전에 대한 총 비용을 직접 부담하거나 가입자 ID 카드를 지참하여 약국에 재방문하셔야 할 수도 있습니다.
- 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 상환 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다.

#### 6. 보장되지 않는 약품에 대한 Medicare 파트 D 처방 비용 전액을 부담하는 경우

해당 약물이 보장되지 않기 때문에 가입자가 처방약 비용 전액을 부담할 수 있습니다.

- 해당 약물이 저희 웹사이트의 **보장 약품 목록**(약품 목록)에 수록되어 있지 않은 경우, 또는 가입자가 알지 못하거나 가입자에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건과 제한 사항이 있는 경우가 이에 해당합니다. 해당 약물을 제공받기로 결정하는 경우, 가입자는 해당 약물의 총 비용을 부담해야 할 수도 있습니다.
  - 해당 약물에 대한 비용을 가입자가 지불하지 않고 저희가 보장해야 한다고 생각하는 경우, 가입자는 보장 결정을 요청할 수 있습니다(본 가입자 안내서의 제9장 참조).
  - 가입자와 의사 또는 기타 처방자가 가입자에게 해당 약품이 즉시(24시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우, 가입자는 신속 보장 결정을 요청할 수 있습니다(본 가입자 안내서의 제9장 참조).
- 상환 요청을 하려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다. 경우에 따라 해당 약물 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 상환해드리기 위해 가입자의 의사나 기타 처방자로부터 추가 정보를 제공받아야 할 수도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자가 저희에게 지불 요청을 보내주시면 저희가 이를 검토하여 서비스 또는 약물의 보장 여부를 결정합니다. 이는 “보장 결정”이라 합니다. 저희가 서비스 또는 약물을 보장해야 한다고 결정하면, 저희는 해당 비용 분담금을 지불합니다.

저희가 가입자의 지급 요청을 거부하는 경우, 가입자는 저희 결정에 대해 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 이의 신청의 방법에 대해서는 본 가입자 안내서의 제 9 장을 참조하시기 바랍니다.

## B. 저희에게 지급 요청서 보내기

이의 제기 신청을 서신으로 보내면 상환 요청 가능. 서면으로 요청서를 보내시려면 청구서와 가입자께서 Medicare 서비스와 관련하여 부담하신 모든 비용에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 기록을 위해 수령하신 청구서와 영수증의 사본을 만들어 두시는 것을 권장해드립니다. 서비스를 받은 날짜로부터 **12 개월(파트 C 의료 청구의 경우) 및 36 개월(파트 D 약물 청구의 경우) 이내에** 청구를 제출해야 합니다.

저희가 결정을 내리기 위해 필요한 모든 정보를 저희에게 제공하기 위해, 가입자께서는 비용 지급 요청을 위해 청구 양식을 작성하실 수 있습니다. 해당 양식을 사용하지 않으셔도 좋으나, 청구 양식을 사용하시면 저희가 더 빨리 보내주신 정보를 처리해드릴 수 있습니다. 다음을 통해 지불을 요청하는 청구를 제출할 수 있습니다.

- **kp.org** 에서 전자 양식 작성 및 제출하고 지원 문서를 업로드합니다.
- 당사 웹사이트(**kp.org**) 또는 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하여 양식을 보내달라고 요청하십시오. 작성된 양식을 아래 나열된 청구 부서 주소로 우송하십시오.
- 양식을 받을 수 없는 경우 아래 나열된 청구 부서 주소로 다음 정보를 보내 지불 요청을 제출할 수 있습니다.
  - 다음 정보가 포함된 진술:
  - 귀하의 이름(가입자/환자 이름) 및 의료/건강 기록 번호.
  - 서비스를 받은 날짜.
  - 서비스를 받은 곳입니다.
  - 서비스를 제공한 사람.
  - 우리가 서비스 비용을 지불해야 한다고 생각하는 이유.
  - 귀하의 서명 및 서명 날짜. (귀하가 아닌 다른 사람이 요청하기를 원하는 경우, "대리인 임명" 양식을 작성해야 합니다. 이 양식은 **kp.org**에 있습니다.)
  - 청구서 사본, 이러한 서비스에 대한 의료 기록 및 서비스 비용을 지불한 경우 영수증.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

청구서나 영수증과 함께 지급 요청서를 다음의 주소로 우송하여 주시기 바랍니다.

- 청구서나 지불된 영수증과 함께 의료 비용 지급 요청서를 다음의 주소로 우송하여 주시기 바랍니다.

Kaiser Permanente  
Claims Department  
P.O. Box 7004  
Downey, CA 90242-7004

네트워크 의료 서비스 제공자의 처방을 받아 네트워크 약국에서 수령한 **Part D** 약물에 대한 지급을 요청하려면, 아래의 주소로 보내주시기 바랍니다. 다른 모든 파트 D 요청의 경우 위 주소로 요청을 보내십시오.

Kaiser Permanente  
Medicare Part D Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 어떤 비용을 부담했어야 했는지 모르는 경우, 또는 청구서를 받았지만 어떻게 처리해야 하는지 모르는 경우에는 저희가 도와드리겠습니다. 또한 가입자께서는 이미 저희에게 보내주신 비용 지급 요청서에 관한 추가 정보를 저희에게 전화를 통해 제공해주실 수도 있습니다.

## C. 보장 결정

가입자의 지급 요청을 받으면 저희는 보장 결정을 내립니다. 즉, 플랜이 가입자의 서비스나 항목, 약물을 보장할지 결정합니다. 또한 가입자가 지불해야 할 금액(있는 경우)도 결정합니다.

- 가입자에 대한 추가 정보가 필요한 경우 알려드립니다.
- 저희 플랜이 해당 서비스, 품목 또는 약품을 보장한다고 결정되고 가입자가 이를 받기 위한 모든 규칙을 준수하였다면 그에 대한 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 지급해 드립니다. 가입자께서 만일 이미 해당 서비스나 약물에 대해 비용을 지불하신 경우, 저희는 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 해당하는 수표를 우편으로 보내드립니다. 가입자가 지불하지 않은 경우에는 저희가 해당 의료 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

본 가입자 안내서의 제 3 장에는 서비스 보장을 받기 위한 규칙이 설명되어 있습니다.  
본 가입자 안내서의 제 5 장에는 Medicare 파트 D 처방약 보장을 받기 위한 규칙이 설명되어  
있습니다.

- 만약 저희가 서비스나 약품 비용 중 저희가 부담해야 할 부담금을 지급하지 않기로  
결정한 경우에는 그 사유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할  
수 있는 가입자의 권리도 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 대한 자세한 내용은 제 9 장을 참조하시기 바랍니다.

## D. 재심

저희가 비용 지급 요청을 거절한 것이 잘못되었다고 생각되면 가입자는 결정 변경을 요청할  
수 있습니다. 이것을 "이의 제기"라고 합니다. 저희가 지급하는 금액에 동의하지 않는  
경우에도 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다.

공식적인 이의 제기 과정에는 세부 절차와 기한이 있습니다. 재심에 대한 자세한  
내용은 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

- 의료 서비스에 대한 비용 상환과 관련하여 이의를 제기하려면 **섹션 F** 를 참조하시기  
바랍니다.
- 약품에 대한 비용 상환과 관련하여 이의를 제기하려면 **섹션 G** 를 참조하시기  
바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
kp.org/medicare 를 방문하십시오.

## 제 8 장: 귀하의 권리 및 책임

### 소개

본 장에서는 저희 플랜의 가입자로서의 귀하의 권리와 책임에 대해 설명합니다. 저희는 가입자의 권리를 존중해야 합니다. 본 **가입자 안내서**의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 8 장 목차

- A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리..... 196
- B. 보장된 서비스와 약품에 대한 가입자의 적시 접근을 위한 저희의 책임..... 197
- C. 보호된 건강 정보(PHI)를 보호할 저희의 책임 ..... 199
  - C1. 가입자의 PHI 를 보호하는 방법..... 200
  - C2. 가입자의 의료 기록 열람 권리..... 200
- D. 가입자에게 정보를 제공해야 할 저희의 책임..... 200
- E. 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자에게 직접 청구할 수 없습니다..... 201
- F. 플랜을 탈퇴할 수 있는 가입자의 권리 ..... 202
- G. 자신의 보건 의료에 대해 결정할 수 있는 가입자의 권리 ..... 202
  - G1. 자신의 치료 방안을 알고 결정할 가입자의 권리..... 202
  - G2. 가입자가 스스로 의료 결정을 스스로 내릴 수 없는 경우 원하는 것을 말하는 것은 귀하의 권리입니다..... 203
  - G3. 지시를 따르지 않은 경우 취할 조치..... 204
- H. 불만 사항을 제기하고 결정을 재고하도록 저희에게 요청할 가입자의 권리 ..... 204
  - H1. 부당한 대우에 대해 취할 조치 또는 가입자의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법..... 204
- I. 신기술 평가에 관한 정보 ..... 205
- J. 가입자는 권리와 책임에 관해 제안할 수 있습니다. .... 205
- K. 플랜 가입자로서 귀하의 책임..... 205

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 모든 서비스가 문화적으로 수준 높고 접근 가능한 방식으로 가입자에게 제공되도록 보장해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(제 2 장 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
  - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
  - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관 및
  - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**. 24 시간 주 7 일로 통화 가능합니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해주십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국 전화번호 **1-916-440-7370**. TTY 사용자께서는 **711** 번으로 전화해 주십시오.

미 보건복지부 민권사무소 전화번호 **1-800-368-1019** 로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-800-537-7697** 번으로 전화해주십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## B. 보장된 서비스와 약품에 대한 가입자의 적시 접근을 위한 저희의 책임

귀하는 저희 플랜의 가입자로서 권리를 보유하고 있습니다.

- 가입자는 저희 네트워크에서 1차 진료 제공자(PCP)를 선택할 권리를 보유하고 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사와 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. PCP 역할을 할 수 있는 의료 서비스 제공자의 유형 및 PCP 선택 방법에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서의 제 3 장에서 확인하실 수 있습니다.
  - 네트워크 의료 서비스 제공자와 신규 환자를 받는 의사에 대해 더 자세히 알아보려면 가입자 서비스에 전화하거나 의료 서비스 제공자 및 약국 목록을 확인하시기 바랍니다.
- 가입자는 본 가입자 안내서의 제 3 장에 설명되어 있는 기타 의료 서비스 제공자뿐만 아니라 여성 건강 전문가를 진료 의뢰 없이 방문할 권리를 보유하고 있습니다. 진료 의뢰는 가입자의 PCP가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하도록 가입자의 PCP가 승인하는 것을 말합니다.
- 가입자는 합리적인 기간 내에 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 보장된 서비스를 받을 권리를 보유하고 있습니다.
  - 여기에는 적시에 전문의가 제공하는 진료 서비스를 받을 권리가 포함됩니다.
  - 합리적인 기간 내에 진료 서비스를 받을 수 없는 경우, 저희는 네트워크 외부 진료에 대한 비용을 지급해야 합니다.
- 가입자는 사전 승인(PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스 또는 진료를 받을 권리를 보유하고 있습니다.
- 가입자는 오래 기다리지 않고 저희 모든 네트워크 약국에서 처방약을 조제받을 권리를 보유하고 있습니다.
- 가입자는 네트워크 외부 의료 서비스 제공자를 언제 사용할 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 외부 의료 서비스 제공자에 대한 내용은 본 가입자 안내서의 제 3 장을 참조하시기 바랍니다.
- 저희 플랜에 처음 가입 시, 가입자는 특정 조건이 충족되는 경우 현재 의료 서비스 제공자 및 서비스 권한을 최대 12개월 동안 유지할 권리를 보유하고 있습니다. 의료 서비스 제공자 및 서비스 권한 유지에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서의 제 1 장을 참조하시기 바랍니다.
- 가입자는 진료팀 및 진료 조정자의 도움을 받아 자신의 건강관리에 대해 결정할 권한이 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 귀하에게는 다음 권리가 있습니다.
  - 귀하의 개인정보 보호 및 의료 정보의 기밀 유지 필요에 대해 사려 깊고 존엄성을 존중 받을 권리
  - 보장 서비스, 네트워크 의료 서비스 제공자, 가입자 권리 및 책임을 포함한 플랜과 관련 서비스에 대한 정보를 받을 권리.
  - 네트워크에 소속된 1 차 진료 제공자(PCP)를 선택할 권리.
  - 치료를 제공하는 사람의 이름 및 그들이 어떤 훈련을 받았는지 알 권리.
  - 안전하고 보안 시설을 갖추고 있으며 깨끗하고 접근이 용이한 장소에서 치료를 받을 권리.
  - 네트워크 소속 의사로부터 언제든지 2 차 소견을 들을 권리.
  - 제공받은 의료 기관 또는 서비스에 대해 구두나 서면으로 불만 또는 이의를 표명할 권리.
  - 진료 조정을 받을 권리.
  - 거부되거나 연기 또는 제한된 서비스와 혜택에 대한 결정에 이의를 제기할 권리.
  - 통역 서비스를 가입자의 언어로 무료로 제공받을 권리.
  - 가입자의 지역 법률 지원 사무소 또 기타 그룹에서 무료 법조인의 도움을 받을 권리.
  - 사전 의향서를 작성할 권리.
  - 서비스나 혜택이 거부될 경우 주정부 심의회를 요청할 권리. 주정부 심의회는 저희에게 이미 이의를 제기하고 해당 결정에 만족하지 않으시는 경우에만 요청할 수 있습니다. 또한 저희에게 제기한 이의에 대한 결정을 30 일 이내에 받지 못한 경우 주정부 심의회를 요청할 수 있습니다. 긴급 심의회가 가능한 상황에 대한 정보를 포함하여 주정부 심의회를 요청할 권리.
  - 가입자의 의료 기록을 열람하고, 의료 기록 사본을 얻고, 의료 기록을 수정 또는 정정할 권리.
  - 가입자의 요청이 있을 때 W&I 규약 14182 (b) (12) 요건에 따라 점자, 대형 판본, 오디오, 장애인 전용 전자 양식 등 가입자 정보를 다른 형식으로 무료로 요청된 시기에 적합한 형식으로 무료로 받을 권리.
  - 직원에 의한 강압, 규율, 편의 또는 보복의 수단으로 이용되는 어떠한 형태의 구속 및 격리로부터도 자유로울 권리.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- 비용 또는 보장 범위에 관계없이 가입자의 건강 상태에 적합한 방식으로 제공 가능한 치료 옵션 및 대안에 대해 솔직하게 논의할 권리.
- 45 연방규제규약(Code of Federal Regulations, CFR) 섹션 164.524 및 164.526 에 명시된 대로 귀하의 의료 기록 사본을 받아 볼 수 있고 수정하거나 정정하도록 요청할 권리.
- Kaiser Permanente, 의료 제공자 또는 주 정부로부터 받는 대우에 부정적인 영향을 받지 않고 이러한 권리를 자유롭게 행사할 권리.
- 연방법에 의거해서 가족계획 서비스, Freestanding Birth Center, 연방 정부가 인가한 보건 센터, 인디언 의료 서비스 제공자, 조산사 서비스, 농촌 건강 클리닉, 성매개성 감염 서비스 및 응급 서비스를 Kaiser Permanente 네트워크 외부에서 이용할 수 있는 권리.

본 가입자 안내서의 제 9 장에는 합리적인 기간 내에 진료 서비스나 약품을 받지 못한다고 생각되는 경우 가입자가 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 또한 저희가 가입자에 대한 서비스 또는 약품의 보장을 거부하였고 가입자가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다.

### C. 보호된 건강 정보(PHI)를 보호할 저희의 책임

저희는 연방법 및 주법에서 요구하는 바에 따라 가입자의 PHI 를 보호합니다.

- PHI 에는 가입자가 저희 플랜에 등록할 때 제공한 정보가 포함됩니다. 여기에는 가입자의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.
- 가입자는 본인의 정보에 대한 권리를 보유하며 자신의 PHI 가 사용되는 방식을 통제할 권리를 보유합니다. 저희는 이러한 권리와 저희가 가입자의 PHI 를 보호하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 보내드립니다. 이 통지를 "개인정보보호 실천 방안에 대한 통지"라고 합니다.
- 민감 서비스 제공에 동의하는 가입자는 민감 서비스를 제공받기 위해 다른 사람의 승인을 얻거나 민감 서비스에 대한 청구를 제출할 필요가 없습니다.  
Kaiser Permanente 는 민감 서비스에 관한 통신을 가입자의 대체 지정된 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내거나, 지명자가 없는 경우 파일에 있는 주소 또는 전화 번호로 가입자의 이름으로 전달합니다. Kaiser Permanente 는 치료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 사람에게 공개하지 않습니다. Kaiser Permanente 는 요청된 양식 및 형식 또는 대체 위치에서 쉽게 생산될 수 있는 경우에 요청된 양식과 형식으로 된 기밀 통신 요청을 수용합니다. 민감 서비스와 관련된 가입자의 기밀 통신 요청은 가입자가 해당 요청을 취소하거나 새로운 기밀 통신 요청을 제출할 때까지 유효합니다.
- 가입자는 kp.org 의 "기밀 통신 양식 요청"에서 기밀 통신 요청 양식을 작성하여 기밀 통신을 요청할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## C1. 가입자의 PHI 를 보호하는 방법

저희는 권한 없는 자가 가입자의 기록을 조회하거나 변경할 수 없도록 합니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 저희는 가입자의 진료 서비스를 제공하거나 가입자의 진료 비용을 지불하지 않는 자에게 가입자의 PHI 를 제공하지 않습니다. 그럴 경우 저희는 먼저 가입자에게 서면 허가를 받아야 합니다. 가입자 또는 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

저희가 먼저 가입자의 서면 허가를 받을 필요가 없는 경우가 있습니다. 이러한 예외는 법률상 허용되거나 요구되는 것입니다.

- 저희는 저희 플랜의 진료 품질을 점검하는 정부 기관에 PHI 를 공개해야 합니다.
- 저희는 법원 명령이 있는 경우 PHI 를 공개해야 합니다.
- 저희는 Medicare 에 가입자의 PHI 를 제공해야 합니다. Medicare 가 가입자의 PHI 를 연구 또는 기타 용도를 위해 공개하는 경우, 이는 연방법에 따라 이루어질 것입니다.

## C2. 가입자의 의료 기록 열람 권리

- 가입자는 자신의 의료 기록을 열람하고 그 사본을 제공받을 권리를 보유하고 있습니다. 저희는 귀하의 의료 기록 사본을 작성하는 데 수수료를 부과할 수 있습니다
- 가입자는 자신의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하도록 저희에게 요청할 권리를 보유하고 있습니다. 가입자가 이러한 요청을 하는 경우, 저희는 의료 진료 제공자와 함께 변경 여부를 결정할 것입니다.
- 가입자는 저희가 가입자의 PHI 를 다른 사람과 공유하는지 여부와 그 방법을 알 권리를 보유하고 있습니다.

가입자의 PHI 보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

---

## D. 가입자에게 정보를 제공해야 할 저희의 책임

저희 플랜의 가입자로서 귀하는 저희로부터 저희 플랜, 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 가입자의 보장 서비스에 관한 정보를 제공받을 권리를 보유하고 있습니다.

영어에 익숙하지 않은 경우에 대비해 저희 플랜에 대한 질문에 답변해 드릴 통역 서비스가 제공됩니다. 통역 서비스를 받으시려면 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 통역은 무료 서비스입니다. 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어로 제공되며, 가입자 서비스에 전화하여 이용할 수 있습니다. 또한 큰 활자, 점자, 또는 음성 형식의 정보를 제공해드릴 수 있습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

다음 사항에 대한 정보가 필요한 경우 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함한 저희 플랜 정보:
  - 재정 정보.
  - 플랜 가입자의 저희에 대한 평가.
  - 가입자가 제기한 이의 제기 건수.
  - 저희 플랜의 탈퇴 방법.
- 다음을 포함한 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 네트워크 약국 정보:
  - 1차 진료 제공자 선택 또는 변경 방법.
  - 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국의 적격성.
  - 네트워크 내 의료 서비스 제공자에 대한 저희의 지불 방법.
- 다음 사항을 포함한 보장 서비스 및 의약품:
  - 저희 플랜이 보장하는 진료 서비스(본 가입자 안내서의 제 3 장과 제 4 장 참조) 및 약물(본 가입자 안내서의 제 5 장과 제 6 장 참조).
  - 보장 및 약품에 대한 제한.
  - 보장된 진료 서비스 및 약품을 받기 위해 준수해야 할 규칙.
- 보장이 제한된 이유 및 다음 사항을 저희에게 요청하는 것을 포함하여 이에 대해 가입자가 취할 수 있는 조치(본 가입자 안내서의 제 9 장 참조)
  - 보장이 제한되는 사유의 서면 제출.
  - 저희가 내린 결정의 변경.
  - 가입자가 받은 청구서에 대한 지불.

## E. 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자에게 직접 청구할 수 없습니다

저희 네트워크의 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자는 가입자로 하여금 보장 서비스 비용을 지불하게 할 수 없습니다. 또한 저희가 의료 서비스 제공자가 청구한 금액보다 적게 지급하는 경우에도 결산 청구하거나 가입자에게 청구할 수 없습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자가 보장 서비스에 대해 비용을 청구하려고 하는 경우 취해야 할 조치에 대해서는 본 가입자 안내서의 제 7 장을 참조하시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## F. 플랜을 탈퇴할 수 있는 가입자의 권리

가입자는 원하는 경우 언제든지 저희 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.

- 가입자는 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 대부분의 건강 관리 서비스를 받을 권리를 보유하고 있습니다.
- 가입자는 처방약 플랜이나 다른 MA 플랜에서 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 본 가입자 안내서 제 10 장을 참조하십시오.
  - 가입자가 새로운 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보.
  - 가입자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는 방법에 대한 정보.

## G. 자신의 보건 의료에 대해 결정할 수 있는 가입자의 권리

가입자는 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 제공하는 완전한 정보를 제공받아 자신의 의료 서비스에 대해 결정할 권리를 보유하고 있습니다.

### G1. 자신의 치료 방안을 알고 결정할 가입자의 권리

의료 서비스 제공자는 반드시 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 가입자의 질병과 치료 방안에 대해 설명해야 합니다. 귀하에게는 다음 권리가 있습니다.

- **선택 사항을 알 권리.** 가입자는 모든 치료 옵션에 대해 설명을 받을 권리를 보유하고 있습니다.
- **위험 사항을 알 권리.** 가입자는 수반되는 모든 위험 사항에 대해 알 권리를 보유하고 있습니다. 의료 서비스 또는 치료가 연구 시험의 일환인 경우 저희는 반드시 가입자에게 사전 고지를 해야 합니다. 가입자는 시험적 치료를 거부할 권리를 보유하고 있습니다.
- **2차 소견을 들을 권리.** 가입자는 치료에 대해 결정하기 전에 다른 의사를 활용할 권리를 보유하고 있습니다.
- **거절할 권리.** 가입자는 어떤 치료도 거절할 권리를 보유하고 있습니다. 여기에는 의사가 계속 입원할 것을 권유함에도 불구하고 병원이나 기타 의료 시설에서 퇴원할 권리가 포함됩니다. 가입자는 처방약 복용을 중단할 권리를 보유하고 있습니다. 가입자가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 저희는 가입자를 저희 플랜에서 제외하지 않을 것입니다. 그러나 가입자가 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단하는 경우, 가입자가 자신에게 발생하는 일에 대한 모든 책임을 지게 됩니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- **의료 서비스 제공자가 진료를 거부한 이유에 대한 설명을 저희에게 요청할 권리.** 의료 서비스 제공자가 가입자가 받아야 할 것으로 생각하는 진료를 거부한 경우, 가입자는 이에 대한 설명을 저희에게 제공받을 권리를 보유하고 있습니다.
- 저희가 거부했거나 일반적으로 보장되지 않는 서비스 또는 약품에 대한 보장을 요청할 권리. 이것을 보장 결정이라고 합니다. 본 가입자 안내서의 제 9 장에는 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

## **G2. 가입자가 스스로 의료 결정을 스스로 내릴 수 없는 경우 원하는 것을 말하는 것은 귀하의 권리입니다.**

종종 어떤 의료 서비스를 받아야 하는지 스스로 결정할 수 없는 경우가 있습니다. 이런 경우가 발생하기 전에 다음과 같은 조치를 할 수 있습니다.

- 다른 사람에게 가입자를 대신하여 의료 서비스에 관한 결정을 내릴 수 있는 권리를 부여하는 서면 양식을 작성합니다.
- 가입자가 원하지 않는 서비스를 포함하여 가입자가 직접 의사 결정을 내릴 수 없게 되는 경우 가입자의 의료 서비스를 처리하는 방법에 관한 서면 지시를 의사에게 제공해 주십시오.

의료 지시를 내릴 때 사용하는 법적 문서를 "사전 의향서"라고 합니다. 사전 의료 지시는 종류와 명칭이 다양합니다. 그 예로는 의료 서비스에 대한 생전 유언장과 위임장이 있습니다.

가입자에게 사전 의향서가 반드시 필요한 것은 아니지만 사용 가능합니다. 가입자가 사전 의향서를 사용하려는 경우 취할 조치는 다음과 같습니다.

- **양식을 받습니다.** 의사, 변호사, 법률 서비스 기관 또는 사회 복지사로부터 해당 양식을 받을 수 있습니다. 약국과 의료 서비스 제공자 진료실에 이 양식이 비치되어 있는 경우가 있습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 연락하여 이 양식을 요청할 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사, 또는 가족이나 PCP 와 같이 믿을 수 있는 사람의 도움을 받아 양식을 작성하는 것이 좋습니다.
- **알아야 할 사람들에게 사본을 제공합니다.** 사본 한 부는 의사에게 제공합니다. 또한 가입자를 대신하여 의사 결정을 할 수 있도록 가입자가 지명한 사람에게 사본 한 부를 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 제공할 수 있습니다. 사본 한 부를 집에 보관하시기 바랍니다.
- 가입자가 입원 중이고 사전 의향서에 서명한 경우, **양식 사본 한 부를 병원에 제출하기.**
- 병원 측에서는 가입자가 사전 의향서 양식에 서명했는지 여부와 서명된 양식을 지참하고 있는지 여부를 물어볼 것입니다.
- 서명된 사전 의향서가 없는 경우, 해당 병원에 사전 의향서 양식이 비치되어 있다면 병원 측에서는 이에 서명할 것인지 여부를 가입자에게 물어볼 것입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

귀하에게는 다음 권리가 있습니다.

- 사전 의향서를 의료 기록에 포함시킬 권리.
- 사전 의향서를 언제든지 변경하거나 취소할 권리.
- 사전 의향서 관련 법률의 변경 사항에 대해 알아볼 권리. 저희 플랜은 변경 후 90 일 이내에 주법 변경에 대해 고지할 것입니다.

자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.

### G3. 지시를 따르지 않은 경우 취할 조치

가입자가 사전 의향서에 서명했고 의사나 병원이 해당 지시를 따르지 않았다고 생각되는 경우, 가입자는 본 가입자 안내서의 제 2 장 섹션 F 에 수록된 품질 개선 기관에 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

## H. 불만 사항을 제기하고 결정을 재고하도록 저희에게 요청할 가입자의 권리

본 가입자 안내서의 제 9 장에는 보장되는 서비스나 진료에 대해 문제나 우려 사항이 있는 경우 가입자가 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 가입자는 예를 들어 저희가 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 보장 결정 변경을 위해 이의를 제기하거나, 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

가입자는 다른 플랜 가입자가 저희에게 제기한 이의와 불만 사항에 관한 정보를 제공받을 권리를 보유하고 있습니다. 이에 대한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

### H1. 부당한 대우에 대해 취할 조치 또는 가입자의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법

저희가 가입자를 부당하게 대우했다고 생각하면, 이는 본 가입자 안내서의 제 11 장에 나와 있는 이유로 인한 차별에 관한 것이 **아니고**, 또는 가입자의 권리에 대한 추가 정보를 원하시면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- 가입자 서비스부 전화번호 **1-800-443-0815**, 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시 TTY 사용자께서는 **711** 번으로 전화해 주십시오.
- 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP): **1-800-434-0222**. HICAP 에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서의 제 2 장, 섹션 E 를 참조하시기 바랍니다.
- Medicare 및 Medi-Cal Ombuds 프로그램: **1-888-804-3536**. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서의 제 2 장을 참조하시기 바랍니다.
- DHCS 옴부즈맨 프로그램에는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 **1-888-452-8609** 번으로 연락하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- Medicare 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**, 하루 24 시간 주 7 일. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오. (Medicare 웹사이트 [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) 를 방문하여 "Medicare 권리와 보호"를 읽거나 다운로드할 수 있습니다.

## I. 신기술 평가에 관한 정보

빠르게 변화하는 기술은 다른 업계 만큼 의료 진료와 약물에 대해서도 영향을 줍니다. 신약이나 기타 의료 개발품의 장기 혜택 여부를 결정하기 위해, 저희 플랜은 신기술을 보장된 보험 혜택으로써 포함시키기 위해 이를 유심히 모니터하고 평가합니다. 이러한 기술에는 의료 절차, 의료 장비 및 신약이 포함됩니다.

## J. 가입자는 권리와 책임에 관해 제안할 수 있습니다.

저희 플랜의 회원은 본 장에 포함된 권리와 책임에 관한 제안을 하실 권리를 보유하고 있습니다. 제안 사항이 있으면 가입자 서비스에 전화하시기 바랍니다.

## K. 플랜 가입자로서 귀하의 책임

플랜 가입자로서 귀하는 아래 열거된 사항을 수행할 책임이 있습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

- **가입자 안내서를 읽어** 저희 플랜이 보장하는 내용과 보장되는 서비스 및 약품을 제공받기 위해 준수해야 할 규칙에 대해 알아보시기 바랍니다. 자세한 내용은 다음과 같습니다.
  - 가입자의 보장 서비스에 대해서는 이 **가입자 안내서의 제 3 장과 제 4 장**을 참조하시기 바랍니다. 해당 장에는 보장되는 항목, 보장되지 않는 항목, 준수해야 할 규칙 및 지불해야 할 비용에 대한 설명이 나와 있습니다.
  - 보장 약물에 대해서는 이 **가입자 안내서의 제 5 장과 제 6 장**을 참조하시기 바랍니다.
- 가입자가 받는 기타 건강 또는 처방약 보장에 대해 알려주십시오. 저희는 귀하가 의료 서비스를 받을 때 모든 보장 옵션을 사용하도록 해야 합니다. 다른 보장이 있는 경우 가입자 서비스에 전화하십시오.
- 가입자께서 저희 플랜에 가입하셨다는 것을 **의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 알려주셔야 합니다.** 서비스나 약품을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

- **의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 최상의 치료를 제공할 수 있도록 협조해 주십시오.**
  - 가입자 본인과 가입자의 건강에 대해 필요한 정보를 제공하십시오. 가입자 본인의 건강 문제에 대해 최대한 많이 배우십시오. 가입자와 의료 서비스 제공자가 함께 동의한 치료 계획과 지침을 따라주십시오.
  - 귀하가 복용하는 모든 약에 대해 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 알려주십시오. 여기에는 처방약, 일반 의약품, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.
  - 궁금한 점이 있으면 물어보세요. 의사와 기타 의료 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 문의를 하셨으나 받은 답변 내용이 이해가 가지 않는 경우 다시 문의하여 주십시오.
- **연례 건강 위해성 평가 완료를 비롯하여 진료 조정자와 협력하십시오.**
- **배려해주십시오.** 당사는 모든 플랜 가입자가 다른 사람의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 저희는 가입자가 진료실 및 병원에서 정중하게 행동하고 다른 의료 서비스 제공자 사무소를 존중하기를 기대합니다.
- **부담 금액을 납부하여 주십시오.** 저희 플랜의 가입자께서는 다음과 같은 비용을 납부하실 책임을 집니다.
  - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 플랜 가입자의 경우 Medi-Cal 은 가입자의 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare 파트 B 보험료를 부담합니다.
  - 저희 플랜이 보장해드리는 장기 서비스 및 지원 또는 약품 중 일부의 경우 가입자는 반드시 해당 서비스와 약품을 받을 때 자기 부담금을 납부하셔야 합니다. 제 4 장에서는 장기 서비스 및 지원에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액에 대해 설명합니다. 제 6 장을 통해 약값으로 지불해야 하는 금액을 알 수 있습니다.
  - 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스나 약품을 받는 경우 가입자는 비용 전액을 지불해야 합니다. (참고: 만일 서비스 또는 약품을 보장하지 않는다는 저희의 결정에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 재심을 요청하실 수 있습니다. 재심을 요청하는 방법은 제 9 장을 참조하십시오.)



- **이주하시는 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사를 계획 중이면 바로 말씀해주세요. 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
  - 당사 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 가입자는 플랜을 유지할 수 없습니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 사람들만 이 플랜에 가입할 수 있습니다. 당사 서비스 지역에 대한 자세한 내용은 **가입자 안내서 제 1 장**을 참조하십시오.
  - 가입자가 당사의 서비스 지역 외부로 이사하는지 알 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 특별 등록 기간에는 새로 이사한 곳에서 **Original Medicare** 로 전환하거나 **Medicare** 건강 또는 처방약 플랜에 등록할 수 있습니다. 이사한 지역에서 저희 플랜에 가입할 수 있는지 여부를 확인해 드릴 수 있습니다.
  - 이사하는 경우 **Medicare** 와 **Medi-Cal** 에 새 주소를 알려주십시오. **Medicare** 및 **Medi-Cal** 전화번호는 본 **가입자 안내서 제 2 장**을 참조하십시오.
  - **이사를 하고 당사 서비스 지역에 머무르는 경우에도 저희가 알아야 합니다.** 당사는 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 알고 있어야 합니다.
- **새 전화를 받았거나 가입자에게 연락할 수 있는 더 나은 방법이 있는 경우 알려주십시오.**
- 문의 사항이나 우려 사항이 있으신 경우 저희 가입자 서비스로 연락해주시기 바랍니다.

## 제 9 장. 문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 이의 제기 및 불만 제기)

### 소개

이 장에는 가입자의 권리에 대한 정보가 나와 있습니다. 다음과 같은 경우 해야 할 일을 알아보려면 이 장을 읽어보십시오.

- 플랜에 문제가 있거나 불만이 있는 경우
- 플랜에서 보장하지 않는 서비스, 품목 또는 약품이 필요한 경우
- 가입자가 치료에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우
- 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우
- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF)을 포함한 장기 서비스 및 지원에 문제 또는 불만 사항이 있는 경우

이 장은 필요한 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 섹션으로 구성되어 있습니다. 문제나 우려 사항이 있는 경우 본 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분만 읽으시면 됩니다.

가입자는 치료 계획의 일부로 가입자의 치료에 필요하다고 의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 결정하는 의료, 약물, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. 치료에 문제가 있는 경우 **Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 1-888-804-3536** 으로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. 이 장에서는 다양한 문제 및 불만 사항에 대해 귀하가 선택할 수 있는 다양한 옵션에 대해 설명하지만 언제든지 옴부즈 프로그램에 전화하여 문제를 안내하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 우려 사항을 해결하기 위한 추가 리소스와 해당 리소스에 연락하는 방법은 이 가입자 안내서 제 2 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**제 9 장 목차**

- A. 문제나 우려 사항이 있는 경우 해야 할 일..... 211
  - A1. 법률 용어 소개 ..... 211
- B. 도움을 받을 수 있는 곳..... 211
  - B1. 자세한 정보와 지원 ..... 211
- C. 당사 플랜에서 Medicare 및 Medi-Cal 불만제기 및 재심 이해하기..... 213
- D. 가입자의 혜택 관련 문제..... 214
- E. 보장 결정 및 이의 제기..... 214
  - E1. 보장 결정..... 214
  - E2. 재심..... 215
  - E3. 보장 결정 및 이의 제기 관련 지원..... 216
  - E4. 이 장에서 가입자에게 도움이 되는 섹션..... 217
- F. 의료 진료..... 217
  - F1. 이 섹션 사용 ..... 218
  - F2. 보장 결정 요청..... 219
  - F3. 1 단계 이의 제기 ..... 221
  - F4. 2 단계 이의 제기 ..... 225
  - F5. 비용 부담 문제..... 231
- G. Medicare 파트 D 처방약..... 233
  - G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의 제기 ..... 233
  - G2. Medicare 파트 D 예외 ..... 235
  - G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요 사항 ..... 235
  - G4. 예외를 포함하여 보장 결정 요청 ..... 236
  - G5. 1 단계 이의 제기 ..... 238
  - G6. 2 단계 이의 제기 ..... 240

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- H. 입원 기간 연장 보장 요청 ..... 242
  - H1. 가입자의 Medicare 권리 알기 ..... 243
  - H2. 1 단계 이의 제기 ..... 244
  - H3. 2 단계 이의 제기 ..... 246
  - H4. 1 단계 대체 이의 제기 ..... 247
  - H5. 2 단계 대체 이의 제기 ..... 248
- I. 저희에게 특정 의료 서비스 보장을 계속할 것을 요청 ..... 248
  - I1. 가입자 보장이 끝나기 전에 사전 통지 ..... 249
  - I2. 1 단계 이의 제기 ..... 249
  - I3. 2 단계 이의 제기 ..... 251
  - I4. 1 단계 대체 이의 제기 ..... 252
  - I5. 2 단계 대체 이의 제기 ..... 252
- J. 2 단계 이후의 재심 ..... 253
  - J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 ..... 253
  - J2. 추가 Medi-Cal 이의 제기 ..... 255
  - J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 이의 제기 3, 4, 5 단계 ..... 255
- K. 불만제기 방법 ..... 257
  - K1. 어떤 문제가 불만이 됩니까 ..... 257
  - K2. 내부 불만 ..... 258
  - K3. 외부 불만 ..... 259



## A. 문제나 우려 사항이 있는 경우 해야 할 일

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법을 설명합니다. 문제 유형에 따라 다른 프로세스를 사용합니다. **보장 결정 및 이의 제기**에 한 가지 프로세스를 사용했으면 **고충**이라고도 하는 **불만 제기**에는 다른 프로세스를 사용합니다.

공정성과 신속한 처리를 보장하기 위해 각 프로세스에는 당사와 가입자가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

### A1. 법률 용어 소개

이 장에는 일부 규칙 및 마감일에 대한 법률 용어가 나와 있습니다. 이러한 용어 중 상당수는 이해하기 어려울 수 있으므로 가능한 경우 특정 법률 용어 대신 더 이해하기 쉬운 용어를 사용하십시오. 당사는 가급적 약어를 적게 사용합니다.

예를 들어 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.

- "고충 접수"가 아닌 "불만 제기".
- "기관 판결", "혜택 판결", "위험에 대한 판결" 또는 "보장 판결" 대신 "보장 결정".
- "신속 판결" 대신 "신속 보장 결정".
- "독립 심사체"(IRE) 대신 "독립의료심사기구"(IRO)

적절한 법률 용어를 알면 더 명확하게 의사 소통하는 데 도움이 될 수 있으므로 법률 용어도 제공합니다.

## B. 도움을 받을 수 있는 곳

### B1. 자세한 정보와 지원

문제 해결을 위한 과정 시작이나 과정 전반을 따라가기가 어려울 때가 종종 있습니다. 몸이 좋지 않거나 기력이 부족한 경우 특히 그러하실 것입니다. 때로는 다음 단계를 밟기 위한 관련 지식이 없을 수도 있습니다.

#### 의료보험 상담 및 옹호 프로그램의 지원

의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)으로 전화하십시오. HICAP 상담원은 가입자가 궁금해 하는 점에 대해 답변하고 문제를 처리하기 위해 해야 할 일을 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. HICAP 는 저희 또는 다른 보험회사 또는 의료 플랜과 연계되어 있지 않습니다. 모든 카운티에는 HICAP 의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 의 전화번호는 **1-800-434-0222** 입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## Medicare Medi-Cal Ombuds Program 의 지원

Medicare Medi-Cal Ombuds Program 에 전화하여 가입자의 건강 보장 질문에 대해 지원 제공자와 이야기할 수 있습니다. 여기서는 무료 법률 지원을 제공합니다. Ombuds 프로그램은 저희를 비롯하여 어떤 보험사나 건강 보험 플랜과도 연계되어 있지 않습니다. 전화번호는 **1-888-804-3536** 이며, 웹사이트는 **www.healthconsumer.org** 입니다.

## Medicare 의 지원 및 정보

자세한 정보와 지원이 필요하면 Medicare 에 문의하십시오. Medicare 가 제공하는 지원을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 주 7 일, 24 시간 연중 무휴 운영되는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화를 걸어 주십시오. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해주십시오.
- Medicare 웹사이트(**www.medicare.gov**)를 방문합니다.

## 캘리포니아 의료 서비스부의 지원

캘리포니아 의료 서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 진료 옴부즈맨도 도움이 될 수 있습니다. 이들은 건강 플랜 가입, 변경 또는 탈퇴와 관련하여 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 또한, 가입자가 이사를 한 후 자신의 Medi-Cal 을 이주한 새 카운티로 이전하는데 문제가 발생한 경우에도 도와 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨에는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 **1-888-452-8609** 번으로 연락하실 수 있습니다.

## 캘리포니아 관리보건국의 지원

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 연락해 무료 지원을 받을 수 있습니다. DMHC 는 의료 보험을 감독할 책임이 있습니다. DMHC 는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의를 제기하는 이들을 지원합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219** 입니다. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TDD 무료 전화인 **1-877-688-9891** 번으로 전화하실 수 있습니다. DMHC 의 웹사이트 **www.HealthHelp.ca.gov** 에서 확인할 수도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

캘리포니아 관리보건국은 의료 보험사를 규제하는 기관입니다. 가입자가 의료 보험사에 대해 고충이 있는 경우 이 부서에 연락하기 전에 먼저 가입자의 의료 보험사 **1-800-464-4000(TTY 711)**에 전화하여 의료 보험사의 불만 제기 절차를 이용하셔야 합니다. 이 고충 처리 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용할 수 있는 잠재적인 법적 권리나 구제 조치가 금지되는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련된 불만, 건강 플랜으로 만족스럽지 못한 불만 또는 30 일 이상 해결되지 않은 불만에 대해 도움이 필요한 경우, 부서에 도움을 요청하십시오. 또한 독립 의료 심사("IMR")를 받을 자격이 될 수도 있습니다. 만약 귀하가 IMR 을 받을 자격이 되면, IMR 과정은 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 연구적 성격의 치료의 보장에 관한 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지불에 관한 분쟁과 관련하여 의료 보험사가 내린 의학적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 이 부서에는 무료 전화 번호 **(1-888-466-2219)**도 있으며 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 전화 **(1-877-688-9891)**도 있습니다. 이 부서의 인터넷 웹 사이트 <https://www.dmhca.gov> 에서 불만제기 양식, IMR 신청 양식, 작성 요령 등을 온라인상으로 받으실 수 있습니다.

---

### C. 당사 플랜에서 Medicare 및 Medi-Cal 불만제기 및 재심 이해하기

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 을 보장 받습니다. 이 장의 정보는 가입자가 받는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 전체에 적용됩니다. Medicare 와 Medi-Cal 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 이를 "통합 프로세스"라고도 합니다.

Medicare 와 Medi-Cal 프로세스를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이러한 상황에서 가입자는 Medicare 혜택에 하나의 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에 대해 다른 프로세스를 사용합니다. **섹션 F4**에서는 이러한 상황을 설명합니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## D. 가입자의 혜택 관련 문제

문제나 우려 사항이 있는 경우 본 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분만 읽으시면 됩니다. 다음 차트는 이 장에서 문제 또는 불만 사항에 해당하는 올바른 섹션을 찾는 데 도움이 됩니다.

<p><b>문제나 우려 사항이 보험 혜택이나 보장과 관련된 것입니까?</b></p> <p>여기에는 특정 의료 진료나 처방약이 보장되는지의 여부, 이들에 대한 보장 방법과 관련된 문제, 그리고 의료 진료나 처방약 비용 납부에 관련된 문제가 포함됩니다.</p>	
<p><b>예.</b> 보험 혜택 또는 보장과 관련된 문제입니다. <b>섹션 E, "보장 결정 및 이의 제기"</b>를 참조하십시오.</p>	<p><b>아니요,</b> 제 문제는 보험 혜택 또는 보장과 관련된 것이 아닙니다. <b>섹션 K, "불만 제기 방법"</b>을 참조하십시오.</p>

## E. 보장 결정 및 이의 제기

보장 결정을 요청하고 이의를 제기하는 프로세스는 가입자의 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 여기에는 지불 문제도 포함됩니다.

### E1. 보장 결정

보장 결정이란 가입자의 혜택과 보장 또는 가입자의 의료 서비스나 약물에 대해 저희가 지급하는 금액에 대한 저희의 결정을 의미합니다. 예를 들어 가입자의 플랜 네트워크 의사는 가입자가 진료를 받을 때마다 가입자를 위해 (유리한) 보장 결정을 내립니다(참조: 본 가입자 안내서 제 4 장 섹션 H 참조).

가입자 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 가입자 또는 가입자의 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 가입자가 필요하다고 생각하는 치료의 제공을 당사가 거부할 수 있는지 여부를 잘 모를 수 있습니다. **가입자가 의료 서비스를 받기 전에 해당 의료 서비스의 보장 여부를 알고 싶은 경우 가입자는 본인에 대한 보장 결정을 저희에게 요청하실 수 있습니다.**

가입자에 대해 무엇을 보장할 지, 그리고 저희가 부담할 분담금을 결정할 때마다 저희는 가입자에 대한 보장 결정을 내리고 있습니다. 몇몇 경우, 가입자에 대해 어떤 서비스나 약물은 보장되지 않는다거나 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 더 이상 보장하지 않는다고 결정을 내릴 수도 있습니다. 만일 저희가 내린 보장 거부 결정에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 이의 제기를 하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## E2. 재심

저희가 보장 결정을 내렸으나 가입자가 이에 만족하지 않는 경우 가입자는 해당 결정에 대한 "이의 제기"할 수 있습니다. 이의 제기란 저희가 내린 보장 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 수단입니다.

결정 사안에 대해 이의 제기를 처음 하시는 경우, 이를 1 단계 이의 제기라고 합니다. 이의 제기 시 당사는 모든 규칙을 제대로 따랐는지 확인하기 위해 저희가 내린 보장 결정을 검토합니다. 맨 처음 불리한 결정을 내린 심사위원과 다른 심사위원이 가입자의 이의 제기를 처리합니다.

대부분의 경우 이의 제기는 1 단계에서 시작해야 합니다. 가입자의 건강 문제가 긴급하거나 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우 또는 가입자에게 심한 통증이 있어 즉각적인 결정이 필요한 경우 가입자는 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 에 문의하여 관리보건국의 IMR 의뢰 심사를 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 이 장의 뒷부분에 나오는 "관리보건국에 이의 제기 및 독립 의료 심사("IMR")" 섹션을 참조하십시오.

이들이 심사를 완료하면 해당 결정 내용을 가입자에게 전해드립니다. 이 장의 뒷부분에서 설명하는 특정한 상황에서 가입자는 신속한 또는 "빠른 보장 결정"이나 보장 결정에 대한 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

저희가 가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부하면 가입자에게 서신을 보내드립니다. 가입자의 문제가 Medicare 의료 서비스, 품목 또는 파트 B 의약품의 보장에 관한 내용인 경우 서신으로 2 단계 이의 제기를 위해 가입자의 사례를 독립의료심사기구(IRO)에 보냈다는 사실을 알려드립니다. 가입자의 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 2 단계 이의 제기를 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다. 2 단계 이의 제기에 관한 정보는 섹션 F4 를 참조하십시오. 귀하의 문제가 Medicare 와 Medicaid 모두에서 보장되는 서비스 또는 품목의 보장에 관한 것이라면 서신에서 두 가지 유형의 2 단계 이의 제기에 관한 정보를 알려 드립니다.

2 단계 이의 제기의 결정에 만족하지 않으면 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**E3. 보장 결정 및 이의 제기 관련 지원**

다음 중 한 곳에서 도움을 요청할 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
- Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램: 1-888-804-3536.
- 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP), 전화번호: 1-800-434-0222
- 보건 관리부(DMHC)의 지원 센터에서는 무료로 지원을 받을 수 있습니다. DMHC 는 의료 보험 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의를 제기하는 이들을 지원합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219** 입니다. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TDD 무료 전화인 **1-877-688-9891** 번으로 전화하실 수 있습니다. DMHC 의 웹사이트 **www.HealthHelp.ca.gov** 에서 확인할 수도 있습니다.
- 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자. 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 친구 또는 가족. 가입자가 보장 결정 요청이나 이의 제기 신청을 하기 위해 "대리인"으로 활동할 사람을 지명할 수 있습니다.
- 변호사. 가입자는 변호사를 선임할 권리가 있지만 보장 결정 또는 이의 제기를 요청하기 위해 변호사를 선임할 필요는 없습니다.
  - 가입자는 선임한 변호사에게 전화하거나 거주 지역의 변호사 협회 또는 기타 변호사 소개 서비스에서 변호사를 추천받을 수 있습니다. 자격이 있는 경우 일부 법률 그룹에서는 가입자에게 무료 법률 서비스를 제공합니다.
  - Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 **1-888-804-3536** 으로 연락하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.
- 변호사나 다른 사람이 가입자의 대리인 역할을 하도록 하려면 대리인 지정 양식을 작성하십시오. 이 양식은 다른 사람에게 가입자를 대신할 수 있는 권한을 부여합니다.
- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 '대리인 지정' 양식을 요청하십시오. 가입자는 **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** 를 방문하거나 저희 웹사이트(**kp.org**)에서 이 양식을 받을 수도 있습니다. 가입자는 서명된 양식의 사본을 저희에게 보내주셔야만 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**E4. 이 장에서 가입자에게 도움이 되는 섹션**

보장 결정 및 이의 제기와 관련하여 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 기한이 다릅니다. 이 장의 별도 섹션에서 각 상황에 대한 세부 정보를 제공합니다. 다음 중 해당하는 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F, "의료"**
- **섹션 G, "Medicare 파트 D 처방약"**
- **섹션 H, "입원 기간 연장 보장 요청"**
- **섹션 I, "당사에 특정 의료 서비스의 지속적인 보장 요청(이 섹션은 재택의료서비스, 전문요양시설 및 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 적용됨).**

어떤 섹션을 참조해야 할지 잘 모르면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오. 또한 가입자는 주정부 건강보험 지원 프로그램과 같은 정부 기관이 제공하는 지원이나 정보를 받을 수 있습니다(이 가입자 안내서 제 2 장 섹션 E 에서 이 프로그램의 전화번호를 확인할 수 있음).

---

**F. 의료 진료**

이 섹션에서는 가입자가 의료 진료에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 가입자가 받은 진료에 대한 비용 중 저희가 부담할 분담금에 대한 상환 요청을 하는 경우에 취해야 할 조치에 대해 알려드립니다.

이 섹션에서는 본 가입자 안내서 제 4 장에서 설명하는 의료 진료 및 서비스에 대해 가입자가 받는 혜택에 대해 다룹니다. 저희는 일반적으로 이 섹션의 나머지 부분에서 "의료 서비스 보장" 또는 "의료 서비스"를 언급합니다. "의료 서비스"라는 용어에는 의료 서비스 및 품목과 의사 또는 의료 전문가가 투여하는 약품인 Medicare 파트 B 처방약이 포함됩니다. Medicare 파트 B 처방약에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 이러한 경우 저희는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 규칙이 의료 서비스 및 품목에 대한 규칙과 어떻게 다른지 설명합니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## F1. 이 섹션 사용

본 섹션에서는 다음 상황 중 하나가 발생한 경우 가입자가 해야 할 일에 대해 설명합니다.

1. 가입자는 당사가 가입자에게 필요한 의료 서비스를 보장한다고 생각하지만 해당 서비스를 받지 못하고 있는 경우

**가입자가 할 일:** 당사에 보장 결정을 요청할 수 있습니다. **섹션 F2** 를 참조하십시오.

2. 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 가입자에게 제공하기를 원하고 가입자가 당사가 제공해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 당사가 승인하지 않은 경우

**가입자가 할 일:** 이 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F3** 를 참조하십시오.

3. 가입자가 보장된다고 생각하는 의료 서비스를 받았지만 당사에서 해당 비용을 부담하지 않는 경우

**가입자가 할 일:** 부담하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

4. 가입자가 보장된다고 생각한 의료 서비스를 받고 비용을 지불했으며, 당사가 해당 비용을 상환하기를 원하는 경우

**가입자가 할 일:** 가입자께서는 상환을 요청하실 수 있습니다. **섹션 F5** 를 참조하십시오.

5. 당사가 특정 의료 서비스에 대한 가입자의 보장을 축소하거나 중단했는데 가입자는 해당 결정이 자신의 건강을 해칠 수 있다고 생각하는 경우.

**가입자가 할 일:** 의료 서비스를 줄이거나 중단하기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F4** 를 참조하십시오.

- 보장 범위가 병원 치료, 재택 건강 관리, 전문 요양 시설 치료 또는 CORF 서비스인 경우 특별 규칙이 적용됩니다. 자세한 정보는 **섹션 H** 또는 **섹션 I** 를 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 보장을 축소 또는 중단하는 것과 관련된 기타 모든 상황의 경우 이 섹션(**섹션 F**)을 안내서로 사용하십시오.

6. 치료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

- **가입자가 할 일:** 가입자는 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2** 를 참조하십시오.

**F2. 보장 결정 요청**

보장 결정에 가입자의 의료 서비스가 연관된 경우 이를 "**통합 기관 결정**"이라고 합니다.

- 가입자, 담당 의사 또는 가입자의 대리인은 다음을 통해 보장 결정을 요청할 수 있습니다.
- 전화하기: **1-800-443-0815**, 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지, TTY: **711**. 가입자의 보장 결정, 이의 제기 또는 불만 사항이 빠른 결정에 해당하는 경우 월요일~토요일, 오전 8 시 30 분~오후 5 시에 **1-888-987-7247** 번으로 빠른 심사 부서에 전화하십시오.
- 팩스: **1-888-987-2252**.
- 서면:
  - 표준 보장 결정 또는 불만제기를 하시려면 가입자의 지역 가입자 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록** 참조).
  - 표준 이의 제기를 하시려면, 저희가 보내드린 거부 통지서에 적혀있는 주소로 서신을 보내시기 바랍니다. 만일 가입자의 보장 결정 또는 이의 제기, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.  
Kaiser Permanente  
Expedited Review Unit  
P.O. Box 1809  
Pleasanton, CA 94566

**표준 보장 결정**

저희가 내린 결정을 전해드릴 때, "신속" 마감 기한을 사용하기로 동의하지 않은 한 "표준" 마감 기한을 사용합니다. 표준 보장 결정이란 당사가 가입자에게 다음 사항에 대한 답변을 제공하는 것을 의미합니다.

- 가입자의 요청을 접수한 후 역일 기준 **14 일** 이내에 제공되는 의료 서비스 또는 품목. Knox-Keene 플랜의 경우 요청을 받은 후 영업일 기준 **5 일** 이내, 역일 기준 **14 일** 이내.
- 가입자의 요청을 접수한 후 **72 시간** 이내에 제공되는 Medicare 파트 B 처방약

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 신속 보장 결정

"신속 보장 결정"의 법률 용어는 "신속 판결"이라고 합니다.

가입자가 본인의 의료 서비스에 대한 보장 결정을 저희에게 요청했는데 가입자의 건강 상태에 빠른 응답이 필요한 경우 저희에게 "신속 보장 결정"을 내리도록 요청하십시오. 신속 보장 결정이란 다음과 같은 사항에 대한 답변을 제공한다는 의미입니다.

- 가입자의 요청을 받은 후 **72 시간** 이내에 의료 서비스나 품목을 제공하거나 가입자의 의료적 상태로 인해 더 빠른 응답이 필요해 더 빨리 제공하는 경우.
- 가입자의 요청을 접수한 후 **24 시간** 이내에 제공되는 Medicare 파트 B 처방약

신속 보장 결정을 받기 위해서 가입자께서는 다음 두 가지 요건을 충족하셔야 합니다.

- 가입자가 **받지 못한** 의료 진료에 대한 보장을 요청합니다.
- 표준 마감 기한을 사용하면 **가입자의 건강에 심각한 위해가 발생하거나** 가입자의 신체 기능이 손상될 수 있습니다.

가입자의 담당 의사가 귀하의 건강에 필요하다고 말한 경우 저희는 신속 보장 결정을 자동으로 제공합니다. 의사의 지원 없이 요청하시는 경우 신속 보장 결정을 받을지 여부는 저희가 결정합니다.

만일 가입자의 건강 상태가 신속 보장 결정을 위한 요건에 부합하지 않는 것으로 저희가 판단하는 경우, 저희는 이러한 내용을 서면으로 통지해드릴 것입니다(그리고 표준 마감 기한을 대신 사용하게 될 것입니다). 서면으로 알려드리는 내용은 다음과 같습니다.

- 가입자의 담당 의사가 요청할 경우 저희는 신속 보장 결정을 자동으로 제공합니다.
- 신속 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 저희 결정에 대해 "신속 불만"을 제기하는 방법. 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 관한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하시기 바랍니다.

저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 그 이유를 설명하는 편지를 보내드립니다.

- 저희가 **거절**로 응답하는 경우 가입자는 이의를 제기할 권리를 보유하고 있습니다. 저희가 실수를 했다고 생각하는 경우 이의를 제기하는 것은 저희 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의를 제기하기로 결정한 경우 이는 1 단계 이의 제기 과정을 진행함을 의미합니다(**섹션 F3** 참조).

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

제한된 상황에서 보장 결정에 대한 요청은 기각되며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청이 불완전한 경우,
- 누군가가 가입자를 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 또는
- 가입자가 자신의 요청을 철회하도록 요청하는 경우

저희가 보장 결정 요청을 기각하는 경우 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다

### F3. 1 단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 가입자, 가입자의 의사, 또는 가입자의 대리인이 반드시 저희에게 연락을 해야 합니다. 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

표준 이의 제기를 요청하거나 서면으로 또는 가입자 서비스에 전화하여 신속 이의 제기를 요청하십시오.

- 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자가 이의 제기 중에 가입자가 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 보장해 달라고 요청하는 경우 가입자는 이들을 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 가입자의 담당 의사가 아닌 다른 사람이 가입자를 대신하여 이의를 제기하는 경우 해당 사람이 가입자를 대리할 수 있도록 승인하는 대리인 지정 양식을 포함하십시오. 이 양식은 [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 를 방문하거나 저희 웹사이트([kp.org](http://kp.org)) 에서 얻을 수 있습니다.
- 대리인 지정 양식 없이 이의 제기를 접수할 수는 있지만, 이 양식을 받기 전까지는 심사를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 가입자의 이의 제기 신청을 받은 후 30 일 이내에 대리인 지정 양식을 받지 못한 경우:
  - 당사는 가입자의 요청을 기각하며,
  - 저희는 가입자에게 서면 통지서를 통해 저희가 내린 이의 제기 기각 결정에 대해 IRO 에 심사를 요청할 권리가 있다고 설명해드릴 것입니다.

가입자는 저희가 결정을 알리기 위해 서면 통지서를 보낸 날로부터 **60 일** 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.

가입자가 이 마감일자를 놓쳤는데 충분한 사유가 있는 경우, 이의 제기를 위한 시간을 추가로 제공해드릴 수도 있습니다. 적절한 사유에는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 당사가 마감일자에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우를 예로 들 수 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

가입자는 이의 제기와 관련된 정보의 무료 사본을 저희에게 요청할 권리를 보유합니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제공할 수도 있습니다. 이 요청은 서면으로 이루어져야 합니다.

가입자의 건강 상태가 빠른 응답을 필요로 하는 경우, 신속 이의 제기를 신청하십시오.

"신속 이의 제기"의 법률 용어는 "신속 재고"입니다.

- 가입자가 받지 못한 치료에 대한 보장에 대해 당사가 결정한 사항에 이의를 제기하는 경우 가입자 및/또는 가입자의 담당 의사는 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.

가입자의 담당 의사가 가입자의 건강 상태가 신속한 이의 제기가 필요한 상태인 것으로 판단하는 경우, 저희는 자동으로 신속 이의 제기를 진행할 것입니다. 의사의 지원 없이 요청하시는 경우 신속 이의 제기를 받을지 여부는 저희가 결정합니다.

- 만일 가입자의 건강 상태가 신속 이의 제기를 위한 요건에 부합하지 않는 것으로 저희가 판단하는 경우, 저희는 이러한 내용을 서면으로 통지해드릴 것입니다(그리고 표준 마감 기한을 대신 사용하게 될 것입니다). 서면으로 알려드리는 내용은 다음과 같습니다.
  - 가입자의 담당 의사가 요청할 경우 저희는 신속 이의 제기를 자동으로 제공합니다.
  - 신속 이의 제기 대신 표준 이의 제기를 내리기로 한 저희 결정에 대해 "신속 불만"을 제기하는 방법. 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 관한 자세한 정보는 **섹션 K** 를 참조하시기 바랍니다.

가입자가 이미 받고 있는 서비스 또는 품목의 보장을 중단하거나 축소한다고 저희가 알려드리는 경우 가입자는 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 품목을 계속 요청할 수 있습니다.

- 당사가 가입자가 받는 서비스나 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 가입자는 1 단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- 당사의 통지서에 표기된 날 또는 조치 효력 발생일 중 더 늦은 날로부터 로부터 10 일 이내에 1 단계 이의 제기를 요청하면 계속해서 서비스 또는 품목을 보장 받을 수 있습니다.
  - 이 기한을 지키면 가입자는 1 단계 이의 제기가 보류 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 품목을 보장 받습니다.
  - 또한 변경 없이 (이의 제기의 대상이 아닌) 다른 모든 서비스 또는 품목을 받게 됩니다.
  - 이러한 날짜 이전에 재심을 요청하지 않으면 재심에 대한 결정을 기다리는 중 가입자에게 보장되는 서비스 또는 항목이 중단됩니다.

저희는 가입자의 이의 제기를 고려한 후 답변을 해드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 이의 제기를 심사할 때, 의료 진료 보장을 위한 가입자의 요청에 관한 모든 정보를 한 번 더 유심히 검토할 것입니다.
- 당사는 가입자의 요청을 거절할 때 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집합니다. 저희는 추가 정보 수집을 위해 가입자나 의사에게 연락을 할 수도 있습니다.

신속 이의 제기에는 마감일자가 있습니다.

- 신속 마감일을 사용할 때 저희는 가입자에게 이의 제기를 받은 날로부터 72 시간 이내 또는 가입자의 건강에 따라 신속 응답이 필요한 경우 더 빨리 답변을 제공해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해주어 드립니다.
- 72 시간 이내에 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의 제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관과 2 단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다. 가입자의 문제가 일반적으로 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2 단계 이의 제기를 직접 신청할 수 있습니다. 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대한 2 단계 이의 제기는 저희가 자동으로 신청하지 않습니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 저희가 승인하면 저희는 재심 접수 후 72 시간 이내(또는 가입자의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리)에 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 저희가 거부하면 저희는 2 단계 재심을 위해 귀하의 재심을 IRO 에 보냅니다.



**표준 이의 제기에는 마감일자가 있습니다.**

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 가입자가 받지 못한 서비스 보장에 대해 이의 제기를 접수한 후 **30 일 이내**에 저희는 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 대해 이의 제기를 요청한 경우 이의 제기 접수 **7 일 이내**에 또는 가입자의 건강에 해당 약물이 필요한 경우에는 더 빨리 저희가 답변을 드립니다.
  - 마감일까지 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의 제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서 이 기관에 대해 설명하고 2 단계 재심 절차에 대해 설명합니다. Medi-Cal 이 일반적으로 보장하는 서비스 또는 항목에 관한 문제인 경우 직접 2 단계 재심을 신청할 수 있습니다. 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대한 2 단계 이의 제기는 저희가 자동으로 신청하지 않습니다.

가입자가 요청의 일부 또는 전부에 예라고 답한 경우, 저희는 가입자의 이의 제기 요청을 받은 날로부터 역일 기준 30 일 이내에, 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 경우에는 최대한 빨리, 저희의 결정을 변경한 날로부터 72 시간 이내에 또는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 이의 제기를 받은 날짜로부터 역일 기준 7 일 이내에 제공하겠다고 동의한 보장을 승인하고 제공해야 합니다.

당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 가입자에게는 다음과 같은 추가 이의 제기 권리가 있습니다.

- 당사가 가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부하면 가입자에게 서신을 보내드립니다.
- 가입자의 문제가 Medicare 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신으로 2 단계 이의 제기를 위해 귀하의 사례를 IRO 에 보냈다는 사실을 알립니다.
- 가입자의 문제가 Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 2 단계 이의 제기를 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다.

## F4. 2 단계 이의 제기

저희가 1 단계 이의 제기 내용 중 일부 또는 전부를 거부하면 가입자에게 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는지 여부가 나와 있습니다.

- 가입자의 문제가 **Medicare** 는 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 저희는 1 단계 이의 제기가 완료되는 즉시 가입자의 사례를 2 단계 이의 제기 절차로 자동으로 보냅니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medi-Cal** 에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2 단계 이의 제기를 직접 신청할 수 있습니다. 서신에는 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다. 또한 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다.
- 가입자의 문제가 **Medicare 및 Medi-Cal 둘 다** 에서 보장할 수 있는 서비스 또는 항목에 관한 내용이면 가입자는 IRO 에서 2 단계 재심을 자동으로 받게 됩니다. 이의 제기 자동 2 단계 외에도 주 공청회 및 독립 의료 심사를 주정부에 요청할 수 있습니다. 그러나 주 공청회에서 이미 증거를 제시한 경우 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

1 단계 이의 제기를 신청했을 때 계속해서 혜택을 받을 자격이 있는 경우 이의 제기 중 서비스, 품목 또는 약물에 대한 혜택이 2 단계 이의 제기 중에도 계속 보장될 수 있습니다. 1 단계 이의 제기 중 지속적인 혜택 보장에 대한 내용은 **섹션 F3** 을 참조하십시오.

- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medicare** 에서만 보장되는 서비스에 관한 내용인 경우 해당 서비스에 대해 가입자가 받는 혜택은 IRO 과의 2 단계 이의 제기 절차 중 계속해서 보장되지 않습니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medi-Cal** 에서만 보장되는 서비스에 관한 내용이면 당사의 결정 통지서를 받은 날로부터 역일 기준 10 일 이내에 가입자가 2 단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 보장됩니다.

가입자의 문제가 **Medicare** 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우

IRO 는 가입자의 이의 제기를 검토합니다. 이 기관은 Medicare 에서 고용한 독립적인 조직입니다.

"독립의료심사기구"(IRO)의 공식 명칭은 "**독립 심사체(Independent Review Entity)**"이며 종종 "**IRE**"로 불리기도 합니다.

- 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. Medicare 는 IRO 가 될 회사를 선택했고 Medicare 가 업무를 감독합니다.
- 당사는 가입자의 이의 제기에 대한 정보(가입자의 "사례 파일")를 이 기관에 보냅니다. 가입자는 사례 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 가입자께서는 이의 제기를 뒷받침하기 위한 추가 정보를 IRO 에 제공할 권리를 보유합니다.
- IRO 의 심사위원은 가입자의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.

**1 단계에서 신속 이의 제기를 진행했다면 가입자는 2 단계에서도 신속 이의 제기를 진행하게 됩니다.**

- 1 단계에서 저희에게 신속 이의 제기를 진행하셨다면 가입자는 자동으로 2 단계 신속 이의 제기를 받게 됩니다. IRO 은 반드시 가입자의 이의 제기를 받은 때로부터 **72 시간 이내**에 2 단계 이의 제기에 대한 답변을 드려야 합니다.

**1 단계에서 표준 이의 제기를 진행했다면 가입자는 2 단계에서도 표준 이의 제기를 받게 됩니다.**

- 1 단계에서 표준 이의 제기를 진행한 경우 가입자는 2 단계에서도 자동으로 표준 이의 제기를 받습니다.
- 가입자가 의료 품목 또는 서비스에 대해 이의 제기를 요청하는 경우 IRO 는 가입자의 이의 제기 접수 후 **역일 기준 30 일 이내**에 2 단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기를 요청한 경우 IRO 는 가입자의 이의 제기 접수 후 반드시 **역일 기준 7 일 이내**에 2 단계 이의 제기에 대한 답변을 드려야 합니다.

IRO 는 서면으로 답변을 제공하고 이유를 설명합니다.

- IRO 가 의료 품목 또는 서비스에 대한 모든 또는 일부 이의 제기 요청을 승인하면 저희는 즉시 해당 결정을 이행해야 합니다.
  - 72 시간 이내 의료 진료 보장 승인 또는
  - 표준 요청에 대해 IRO 의 결정을 받은 후 **영업일 기준 5 일 이내**에 서비스 제공 또는
  - 신속 요청에 대한 IRO 의 결정을 받은 날로부터 **72 시간 이내**에 서비스 제공.
- IRO 가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 신청 중 일부 또는 전체를 승인한 경우 저희는 분쟁 중인 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
  - 표준 요청에 대한 IRO 의 결정을 받은 후 72 시간 이내에 서비스 제공 또는
  - 신속 요청에 대한 IRO 의 결정을 받은 날로부터 24 시간 이내에 서비스 제공.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- **IRO 에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하면** 이는 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)를 승인할 수 없다는 저희의 결정에 주 심의 사무소가 동의했다는 것을 의미합니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의 제기 거절"이라고 합니다.
  - 가입자의 사건이 요건을 충족하는 경우, 가입자는 다음 이의 제기 단계를 밟을지 여부를 선택합니다.
  - 총 5 단계 중 2 단계 이후의 이의 제기 과정에는 3 번의 추가 단계가 있습니다.
  - 가입자의 2 단계 이의 제기가 반려되었으나 다음 이의 제기 단계로 이행할 요건을 충족하시는 경우, 가입자는 반드시 3 단계로 이행하여 3 번째 이의 제기를 할 것인지 여부를 결정해야만 합니다. 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2 단계 이의 제기 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
  - 3 단계 이의 제기는 행정법 판사(AIJ)나 변호 재판관이 담당합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 J** 를 참조하십시오.

가입자의 문제가 **Medi-Cal** 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우

### (1) 독립 의료 심사

Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 2단계 이의 신청을 하는 방법 두 가지는 다음과 같습니다. (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사 또는 (2) 주 공청회.

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)의 지원 센터에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC는 저희의 결정을 심사하고 결정을 내립니다. IMR은 Medi-Cal 보장 서비스 또는 본질적으로 의료적인 품목을 사용할 수 있습니다. IMR은 저희 플랜에 속하지 않은 DMHC의 일원인 의사가 가입자 사례를 검토하는 것입니다. IMR이 가입자에게 유리하게 결정된다면 저희는 가입자가 요청한 서비스나 품목을 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 지불하지 않습니다.

저희 플랜이 다음과 같은 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 저희 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 결정하기 때문에 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연하는 경우.
- 심각한 의학적 상태에 대한 실험적 또는 연구용 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우.
- 외과 서비스 또는 수술이 본질적으로 미용적이거나 재건적인지 여부에 대해 이의를 제기하는 경우.
- 가입자가 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해서 비용을 지불하지 않는 경우.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- **Medi-Cal 서비스과 관련된 1 단계 이의 제기의 경우 역일 기준 30 일 이내에 표준 이의 제기를 해결하지 못했거나 건강상 필요한 신속한 이의제기의 경우 72 시간이나 더 빠른 시간 이내에 해결하지 못했습니다.**

**참고:** 가입자의 의료 서비스 제공자가 가입자를 위해 이의를 제기했지만 저희가 가입자의 대리인 임명 양식을 받지 못한 경우, 해당 이의 제기는 심한 통증, 잠재적인 생명 손실, 사지 또는 주요 신체 기능을 포함하되 이에 국한되지 않는 가입자의 건강에 대한 임박하고 심각한 위협과 관련되지 않는다면 가입자는 관리 의료부에 2단계 IMR을 제출하기 전에 저희에게 이의를 다시 제기해야 합니다.

가입자는 IMR과 주 공청회 모두에 대한 자격이 있지만 주 공청회에서 이미 증거를 제시한 경우 동일한 문제에 대한 주 공청회가 있었다면 IMR에 대한 자격이 없습니다.

대부분의 경우 IMR을 요청하기 전에 저희에게 이의를 제기해야 합니다. 1단계 재심 절차에 대한 정보는 **섹션 G5**를 참조하십시오. 결정에 동의하지 않는 경우 DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 지원 센터에 IMR을 요청할 수 있습니다.

가입자의 치료가 실험적이거나 조사 중이었기 때문에 거부된 경우 IMR을 신청하기 전에 이의 제기 절차에 참여할 필요가 없습니다.

가입자의 문제가 긴급하거나 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우 또는 가입자가 심한 고통을 겪고 있는 경우 먼저 이의 제기 절차를 거치지 않고 즉시 DMHC에 알릴 수 있습니다.

가입자의 이의 제기에 대한 서면 결정문을 보낸 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 가입자가 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없는 질병을 앓고 있었거나 IMR 절차에 대해 적절한 통지를 받지 못한 것처럼 타당한 이유가 있다면 6개월이 지난 후에도 가입자의 신청을 수락할 수 있습니다.

IMR을 요청하려면 다음과 같이 하십시오.

- 독립 의료 심사 신청서/불만 양식을 **[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)** 에서 작성하거나 DMHC 지원 센터에 1-888-466-2219 로 전화하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-688-9891 번으로 전화해 주십시오.
- 가지고 있는 경우 저희가 거부한 서비스나 품목에 대한 서신이나 기타 문서의 사본을 첨부하십시오. 이렇게 하면 IMR 절차가 빨리 진행될 수 있습니다. 원본이 아닌 문서 사본을 보내십시오. 지원 센터는 어떠한 문서도 반환할 수 없습니다.
- 누군가가 가입자의 IMR 을 도와주고 있다면 공인 보조원 양식을 작성하십시오. **[www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx)** 에서 양식을 얻거나 해당 부서의 지원 센터에 1-888-466-2219 로 전화하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-688-9891 번으로 전화해 주십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)** 를 방문하십시오.

- 가입자의 양식과 첨부 파일을 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내주십시오.  
지원 센터  
보건 관리부  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 1-916-255-5241
- 또한, 가입자는 독립 의료 심사 신청서/불만 양식을 제출할 수 있으며 공인 보조원 양식을 온라인으로 제출할 수 있습니다. [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

가입자가 IMR 에 대한 자격이 있는 경우 DMHC 는 가입자의 사례를 검토하고 역일 기준 7 일 이내에 IMR 에 대한 자격이 있다고 알리는 서신을 보내드립니다. 가입자의 플랜에서 가입자의 신청서와 증빙 서류를 받은 후 IMR 결정은 역일 기준 30 일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 역일 기준 45 일 이내에 IMR 결정을 가입자에게 보내드립니다.

가입자의 사례가 긴급하고 가입자가 IMR 에 대한 자격이 있는 경우 DMHC 는 가입자의 사례를 검토하고 역일 기준 2 일 이내에 IMR 에 대한 자격이 있다고 알리는 서신을 보내드립니다. 가입자의 플랜에서 가입자의 신청서와 증빙 서류를 받은 후 IMR 결정은 역일 기준 3 일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 역일 기준 7 일 이내에 IMR 결정을 가입자에게 보내드립니다. IMR 결과가 만족스럽지 않은 경우에도 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

DMHC 가 가입자 또는 가입자를 치료한 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하는 경우 IMR 은 시간이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 가입자의 건강 보험 플랜 네트워크에 속하지 않은 의사를 이용하는 경우 해당 의사로부터 가입자의 의료 기록을 받아 저희에게 보내는 것이 중요합니다. 가입자의 건강 보험 플랜은 네트워크에 있는 의사로부터 가입자의 의료 기록 사본을 받아야 합니다.

DMHC 에서 가입자의 사례가 IMR 에 적합하지 않다고 결정하는 경우 DMHC 는 일반 소비자 불만 처리 절차를 통해 가입자의 사례를 심사합니다. 가입자의 불만 사항은 작성된 신청서 제출 후 역일 기준 30 일 이내에 해결해야 합니다. 가입자의 불만 제기가 긴급한 경우 더 빨리 해결됩니다.

## (2) 주 심의회

Medi-Cal 보장 서비스 및 품목에 대해 주정부 심의회를 신청할 수 있습니다. 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 저희가 승인하지 않는 서비스 또는 품목을 요청하거나 가입자가 이미 받은 서비스 또는 품목에 대해 저희가 계속해서 비용을 지불하지 않고 1 단계 이의 제기에 대해 거절로 답해드리는 경우 가입자는 주정부 심의회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분의 경우 "이의 제기 결정 서신"에 대한 통지서를 우편으로 받은 후 120 일 이내에 주 공청회를 요청할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**참고:** 현재 가입자가 받고 있는 서비스가 변경 또는 중지될 예정이라는 알림을 받았기 때문에 가입자가 주정부 심의회를 요청했는데 주정부 심의회가 보류 중인 기간에도 해당 서비스를 계속 받으려는 경우 요청 제출 기간은 더 짧습니다. 자세한 정보는 이 장의 "2 단계 이의 제기 기간 중에서 혜택 계속 보장"을 참조하십시오.

주정부 심의회 요청 방법에는 다음 두 가지가 있습니다.

1. 조치 통지서 뒷면에서 "주정부 심의회 요청"을 작성할 수 있습니다. 전체 이름, 주소, 전화번호, 플랜 이름 또는 가입자에게 조치를 취한 카운티, 관련 보조 프로그램, 심의회를 요청한 상세한 사유 등 요청되는 정보를 모두 제공해야 합니다. 그런 다음 아래 방법 중 하나를 사용하여 요청을 제출할 수 있습니다.
  - 통지서에 표기된 주소로 카운티 복지과에 제출
  - 다음 주소로 캘리포니아 사회복지부에 제출  
 State Hearings Division  
 P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
 Sacramento, California 94244-2430
  - 팩스 번호 **1-916-651-5210** 또는 **1-916-651-2789** 번으로 주 심리 담당부서에 제출.
2. **1-800-743-8525**번으로 캘리포니아 사회복지부에 전화할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 **1-800-952-8349**번으로 전화해 주십시오. 전화로 주정부 심의회를 요청하기로 결정한 경우 통화량이 많아 통화가 쉽게 연결되지 않을 수 있다는 점을 감안해야 합니다.

주정부 심의회 또는 IMR에 대해서는 비용을 부담할 필요가 없습니다.

가입자는 주정부 심의회와 IMR을 신청할 수 있습니다. 하지만 먼저 신청한 주정부 심의회가 이미 진행되었다면 IMR을 신청할 수 없습니다. 이 경우, 주정부 심의회 결정이 최종 결정이 됩니다. Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택 결정은 IMR 절차를 따르지 않습니다.

주정부 심의회와 IMR 요청 방법에 관한 상세 정보는 아래의 주정부 심의회 섹션을 참조하십시오.

Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택과 관련된 불만 및 이의 제기는 Kaiser Permanente에서 처리하지 않습니다. **1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273번으로 전화하여 5 또는 711 누르기)**번으로 전화하여 Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택에 대한 불만 제기 및 이의 제기를 제출할 수 있습니다. 그러나 Medi-Cal Rx에 해당하지 않는 약국 보험 혜택과 관련된 불만 및 이의 제기는 독립 의료 심사 대상일 수 있습니다. Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택과 관련된 결정에 동의하지 않는다면, 주정부 청문회를 요청할 수 있습니다.

참고: 또한 지역 사회 지원에 의해 가입자에게 승인된 품목 및 서비스는 IMR 대상이 아닙니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



주 공청회 부서에서는 가입자에게 결정 사항 및 사유에 대한 설명을 서면으로 전해드릴 것입니다.

- 주 심의 부서에서 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우, 당사는 결정을 통보 받은 후 **72 시간 이내에** 해당 서비스 또는 항목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주 공청회 부서에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하면 이는 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)를 승인할 수 없다는 저희의 결정에 주 공청회 사무소가 동의했다는 것을 의미합니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의 제기 거절"이라고 합니다.

IRO 또는 주 공청회 부서에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우 가입자에게는 추가 이의 제기 권리가 있습니다.

가입자의 2 단계 이의 제기가 IRO 로 넘어간 경우 가입자는 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 특정 최소 금액을 충족하는 경우에만 다시 이의를 제기할 수 있습니다. ALJ 또는 변호사 심판관이 3 단계 이의 제기를 처리합니다. IRO 에서 받은 통지서에는 가입자가 행사할 수 있는 추가 이의 제기 권리가 설명되어 있습니다.

주 공청회 부서에서 받은 통지서에는 다음 이의 제기 옵션에 대한 설명이 나와 있습니다.

2 단계 이후 가입자의 이의 제기 권리에 관한 정보는 **섹션 J** 를 참조하십시오.

## F5. 비용 부담 문제

당사는 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 보장되는 서비스 및 품목 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이는 의료 서비스 제공자가 보장되는 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 것보다 더 적은 비용을 당사가 지급하는 경우에도 해당합니다. 가입자는 청구서의 잔액을 지불할 필요가 없습니다. 가입자가 부담해야 할 유일한 금액은 구급차, 투석, 제 4 장 의료 보험 혜택표에 나와 있는 특정 DME 품목에 대한 코페이 또는 제 6 장에서 설명하는 비용 분담금입니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 코페이보다 더 큰 비용이 청구된 경우 해당 청구서를 저희에게 보내주십시오. 이러한 경우 가입자가 청구서의 비용을 직접 지불하면 안 됩니다. 저희가 해당 의료 서비스 제공자와 직접 접촉하여 문제를 처리하겠습니다. 가입자가 청구서의 비용을 지불한 경우 서비스 또는 품목을 받기 위한 규칙을 따랐다면 환불을 받을 수 있습니다.

자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 7 장을 참조하십시오. 여기에는 환급을 요청하거나 의료 서비스 제공자로부터 받은 청구서의 비용을 지불해야 할 수 있는 상황이 설명되어 있습니다. 또한 저희가 부담해야 하는 분담금을 지급하도록 요청하는 서류를 보내는 방법에 대해서도 알려드립니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

환급을 요청하는 경우 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 가입자가 비용을 지불한 서비스 또는 품목이 보장 대상인지 그리고 가입자가 보장 사용에 대한 모든 규칙을 따랐는지 확인할 것입니다.

- 가입자가 비용을 부담한 서비스 또는 품목이 보장 대상이며 가입자가 모든 규칙을 준수한 경우, 저희는 가입자의 요청을 받은 때로부터 **60** 일 이내에 해당 서비스 또는 품목에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 상환해드릴 것입니다.
- 가입자가 아직 해당 서비스 또는 품목에 대해 비용을 부담하지 않은 경우 저희는 해당 의료 서비스 제공자에게 비용을 직접 지급합니다. (저희가 분담금을 보내드리는 경우, 이는 가입자의 보장 요청을 위한 요청에 **승인**으로 답해드리는 것과 동일합니다.)
- 서비스 또는 품목이 보장 대상이 아니거나 가입자가 일부 규칙을 따르지 않은 경우 당사는 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않을 것임을 알리고 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

지불하지 않기로 한 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 **가입자는 이의를 제기할 수 있습니다.** **섹션 F3** 에 설명된 이의 제기 절차를 따르십시오. 이러한 지침을 따를 때 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사에서 환급하도록 가입자가 이의를 제기하는 경우 당사는 이의 제기가 접수된 후 **30** 일 이내에 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자가 받은 치료에 대해 지불한 비용에 대해 환급을 요청하는 경우 가입자는 신속 이의 제기를 요청할 수 없습니다.

이의 제기에 대한 답변이 **거부**이고 **Medicare** 에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는 경우 저희는 가입자의 사례를 **IRO** 로 보냅니다. 이런 일이 발생하면 당사는 서면으로 알려 드립니다.

- **IRO** 이 저희의 결정을 파기하고 가입자에게 해당 비용을 지급해야 한다고 결정하는 경우 저희는 해당 비용을 가입자나 의료 서비스 제공자에게 역일 기준 **30** 일 이내에 지급해야 합니다. 2 단계 이후의 이의 제기 과정에서 가입자의 이의 제기에 대한 답변이 **승인**일 경우, 저희는 **60** 일 이내에 해당 비용을 가입자나 의료 진료 제공자에게 지급해야 합니다.
- **IRO** 가 가입자의 이의 제기를 **거부**하는 것은 저희가 가입자의 요청을 승인하면 안 된다는 데 동의하는 것입니다. 이것을 "결정 유지" 또는 "이의 제기 거절"이라고 합니다. 가입자는 행사할 수 있는 추가 이의 제기 권리를 설명하는 서신을 받게 됩니다. 이의 제기의 추가 단계에 관한 정보는 **섹션 J** 를 참조하십시오.

가입자의 이의 제기에 대한 당사의 답변이 **거부**이고 **Medi-Cal** 에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는 경우 가입자는 2 단계 이의 제기를 직접 제출할 수 있습니다. 자세한 정보는 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## G. Medicare 파트 D 처방약

저희 회원으로서 누리시는 보험 혜택은 많은 처방약에 대한 보장을 포함합니다. 이 중 대부분은 Medicare 파트 D 약품입니다. Medicare 파트 D에서는 보장하지 않지만 Medi-Cal에서는 보장할 수 있는 몇 가지 약품이 있습니다. 이 섹션은 Medicare 파트 D 약품 이의 제기에만 적용됩니다. 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 "Medicare 파트 D 약품"이라고 하는 대신 그냥 "약품"이라고 지칭하겠습니다.

보장 받기 위해서는 해당 약물은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. 이는 해당 약물이 식품 의약국(Food and Drug Administration, FDA)의 승인을 받거나 특정 의학적 참고문헌에 의해 뒷받침됨을 의미합니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

### G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의 제기

Medicare 파트 D 약품에 대해 가입자께서 요청하시는 보장 결정의 몇 가지 사례는 다음과 같습니다.

- 가입자가 당사에 다음을 요청하는 것을 포함하여 예외를 요청합니다.
  - 저희 플랜의 약품 목록에 없는 Medicare 파트 D 약품 보장 또는
  - 약물에 대한 당사 보장 제한(예: 가입자가 받을 수 있는 금액에 대한 제한).
- 가입자가 약물이 보장 대상인지 문의함(예: 가입자가 복용하는 약이 당사 플랜의 약품 목록에 있지만 보장하려면 당사가 가입자를 대신해 승인해야 하는 경우).

**참고:** 약국에서 처방전을 서면으로 조제할 수 없다고 말하면 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 가입자에게 제공할 것입니다.

가입자의 Medicare 파트 D 약품에 관한 초기 보장 결정을 "보장 판결"이라고 합니다.

- 가입자가 이미 구매한 약물에 대한 분담금을 당사가 지급하도록 요청합니다. 이는 비용에 관한 보장 결정 요청입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

저희가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우 가입자는 저희 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 본 섹션에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기를 하는 방법에 대해 알려드립니다. 아래 차트를 사용하면 도움이 됩니다.

다음 중 어떤 상황에 처해 있습니까?			
<p>저희 약물 목록에 수록되지 않은 약물이 필요하거나 저희가 보장해드리는 약물에 적용된 규정이나 제한에 대한 면제가 필요한 경우</p> <p>가입자께서는 예외를 요청하실 수 있습니다. (이는 보장 결정의 유형입니다.)</p> <p>섹션 G2 로 시작한 다음 섹션 G3 및 G4 를 참조하십시오.</p>	<p>저희 약물 목록에 수록된 약물을 보장 받고 싶고 필요한 해당 약물에 대해 (사전 승인과 같은) 플랜 규정이나 제한에 부합한다고 생각하는 경우</p> <p>가입자께서는 보장을 요청하실 수 있습니다.</p> <p>섹션 G4 를 참조하십시오.</p>	<p>가입자가 이미 받았거나 비용을 지급한 약물에 대해 상환을 요청하고 싶은 경우</p> <p>가입자께서는 상환을 요청하실 수 있습니다. (이는 보장 결정의 유형입니다.)</p> <p>섹션 G4 를 참조하십시오.</p>	<p>당사가 가입자가 원하는 방식으로 약물을 보장하거나 비용을 부담하지 않을 것이라고 말했습니다.</p> <p>이의 제기를 신청하실 수 있습니다. (즉, 당사에 재고를 요청한다는 의미입니다.)</p> <p>섹션 G5 를 참조하십시오.</p>



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## G2. Medicare 파트 D 예외

당사가 가입자가 원하는 방식으로 약물을 보장하지 않는 경우 가입자는 "예외"를 요청할 수 있습니다. 당사가 가입자의 예외 요청을 거절하는 경우 가입자는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

예외를 요청하는 경우 가입자의 의사 또는 다른 처방자가 가입자의 요청 대로 예외가 필요한 의학적 사유를 설명해야 합니다.

당사 약물 목록에 수록되지 않은 약물에 대한 보장 또는 약물에 대한 제한 제거를 요청하는 것을 종종 "처방집 예외" 요청이라고 부릅니다.

다음은 가입자 또는 의사나 다른 처방자가 저희에게 요청할 수 있는 몇가지 예외 사례입니다.

### 약물 목록에 수록되지 않은 약물 보장

- 예외를 적용하여 당사의 약물 목록에 없는 약물을 보장하는데 저희가 동의하는 경우 가입자는 당사의 모든 약물에 적용되는 코페이를 부담합니다.
- 가입자는 해당 약품에 대해 요구되는 코페이에 대해 예외를 받을 수 없습니다.

### 보장되는 약물에 대한 제한 제거

- 당사 약물 목록에 수록된 특정 약물에는 추가 규칙 또는 제한 사항이 적용됩니다(자세한 내용은 **가입자 안내서 제 5 장** 참조).
- 특정 약물에 대한 추가 규칙 및 제한 사항은 다음과 같습니다.
  - 브랜드 약물 대신에 제네릭 버전의 약물 사용을 요청 받는 경우.
  - 저희가 약물 보장에 동의하기 전 플랜의 사전 승인을 받는 경우. 이를 종종 "사전 승인"(PA)이라고 합니다.

## G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요 사항

**가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자가 의학적 사유를 알려야 합니다.**

의사나 다른 처방자가 반드시 저희에게 예외 요청을 위한 의학적 사유를 설명하는 진술서를 보내야만 합니다. 빠른 결정을 위해 예외를 요청하실 때 의사 또는 다른 처방자가 제공하는 의학적 정보를 첨부하여 주시기 바랍니다.

당사 약물 목록에는 특정 질병을 치료하는 하나 이상의 약물이 수록되어 있습니다. 이러한 약물을 "대체" 약물이라고 합니다. 대체 약이 가입자가 요청한 약만큼 효과적이며, 더 많은 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우 일반적으로 당사는 가입자의 예외 요청을 승인하지 **않습니다**.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

저희는 가입자의 요청에 대해 승인 또는 거절로 답해드릴 수 있습니다.

- 당사가 가입자의 예외 요청을 승인하면 해당 예외는 일반적으로 해당 연도의 말까지 지속됩니다. 의사가 계속해서 가입자에게 약물을 처방하는 한, 그리고 해당 약물이 계속해서 안전하며 가입자의 질병 치료에 효능이 있는 한 유효 기간에는 변경이 없습니다.
- 당사가 가입자의 예외 요청을 거부하면 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다. 당사가 거부한 경우 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 G5** 를 참조하십시오.

다음 항에서는 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명해드립니다.

#### G4. 예외를 포함하여 보장 결정 요청

- 가입자 서비스에 전화를 걸거나, 서면으로 또는 당사로 팩스를 보내 원하는 보장 결정 유형을 요청합니다. 가입자, 가입자의 대리인, 또는 가입자의 의사(또는 다른 처방자)가 이를 수행할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 대한 정보를 포함해 주십시오.
- 가입자나 의사(또는 다른 처방자) 또는 가입자를 대신하는 사람은 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 가입자는 자신을 대신하는 변호사를 고용할 수도 있습니다.
- 다른 사람을 대리인으로 지정하는 방법은 **섹션 E3** 을 참조하십시오.
- 가입자는 자신을 대신하여 보장 결정을 요청하도록 의사 또는 기타 처방자에게 서면 허가를 제공할 필요가 없습니다.
- 약값을 환불해 달라고 저희에게 요청하려면 이 **가입자 안내서 제 7 장** 을 참조하십시오.
- 예외를 요청하는 경우 "뒷받침하는 진술"을 제공하십시오. 뒷받침하는 진술에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 사유가 포함됩니다.
- 담당 의사 또는 기타 처방자가 뒷받침하는 진술을 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 이들은 당사에 전화로 연락한 다음 뒷받침하는 진술을 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.

가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 "신속 보장 결정"을 요청하시기 바랍니다.

"신속 마감일자" 사용에 동의하지 않는 한 당사는 "표준 마감일자"를 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이라 함은 저희가 의사의 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 답변을 해드림을 의미합니다.
- **신속 보장 결정**이라 함은 저희가 의사의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 답변을 해드림을 의미합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

"신속 보장 결정"은 "신속 보장 판결"이라 부릅니다.

다음과 같은 경우 신속 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- 가입자가 받지 못한 약에 대한 결정인 경우. 이미 구입한 약물에 대해 상환을 요청하는 경우에는 신속 보장 결정을 받을 수 없습니다.
- 표준 마감일자를 사용하면 가입자의 건강이나 신체 기능이 심각하게 해를 입을 수 있는 경우

가입자의 담당 의사나 기타 처방자가 가입자의 건강에 신속 보장 결정이 필요하다고 말하면 당사는 이에 동의하고 가입자에게 제공합니다. 저희는 가입자에게 해당 내용을 알리는 통지서를 보내 드립니다.

- 의사나 다른 처방자의 지원 없이 신속 보장 결정을 요청하는 경우 신속 보장 결정을 받을지 여부는 당사가 결정합니다.
- 가입자의 건강 상태가 신속 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단되면 당사는 대신 표준 마감일자를 사용합니다.
  - 저희는 가입자에게 해당 내용을 알리는 통지서를 보내 드립니다. 이 통지서에는 당사의 결정에 대한 불만 제기 방법도 나와 있습니다.
  - 신속 불만 제기를 신청하면 24 시간 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 신속 불만 제기를 포함한 불만 제기에 관한 자세한 정보는 **섹션 K**를 참조하시기 바랍니다.

### 신속 보장 결정의 마감일자

- 신속 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 요청 접수 후 24 시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 예외를 요청하는 경우 당사는 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 답변을 드립니다. 가입자의 건강 상태에 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못하면 저희는 IRO의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 2 단계 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인하면 당사는 가입자의 요청 또는 담당 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 그 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 방법도 나와 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare**를 방문하십시오.

### 가입자가 받지 않은 약에 대한 표준 보장 결정 기한

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 요청 접수 후 **72 시간** 이내에 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 예외를 요청하는 경우 당사는 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 **72 시간** 이내에 답변을 드립니다. 가입자의 건강 상태에 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
- 이 기한을 지키지 못하면 저희는 IRO의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의 제기 절차로 보냅니다.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인하면 당사는 가입자의 요청 또는 담당 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 **72 시간** 이내에 보장을 제공합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 그 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 방법도 나와 있습니다.

### 가입자가 이미 받은 약물에 대한 표준 보장 결정 마감일자

- 저희는 가입자의 요청을 받은 지 **14 일** 이내에 반드시 답변을 드려야 합니다.
- 이 기한을 지키지 못하면 당사는 독립 심사 기관의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의 제기 절차로 보냅니다.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인하면 **14 일** 이내에 환불해 드립니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 그 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 방법도 나와 있습니다.

### G5. 1 단계 이의 제기

Medicare 파트 D 약품 보장 결정에 관해 저희 플랜에 이의 제기를 하는 것을 플랜 "재판결"이라고 합니다.

- 1-866-206-2973** 으로 전화하거나, 서면을 작성하거나, 팩스를 보내 **표준 또는 신속 재심**을 시작하십시오. 가입자, 가입자의 대리인, 또는 가입자의 의사(또는 다른 처방자)가 이를 수행할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 이의 제기에 대한 정보를 포함해 주십시오.
- 가입자는 저희가 결정을 알리기 위해 서면 통지서를 보낸 날로부터 **60 일** 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.
- 가입자가 이 마감일자를 놓쳤는데 충분한 사유가 있는 경우, 이의 제기를 위한 시간을 추가로 제공해드릴 수도 있습니다. 적절한 사유에는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 당사가 마감일자에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우를 예로 들 수 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 지연된 이유를 설명하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



- 가입자는 이의 제기와 관련된 정보의 무료 사본을 저희에게 요청할 권리를 보유합니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제공할 수도 있습니다.

가입자의 건강 상태가 빠른 응답을 필요로 하는 경우, 신속 이의 제기를 신청하십시오.

신속 이의 제기는 또한 "신속 재판결"이라고도 합니다.

- 가입자가 받지 않은 약에 대해 당사가 내린 결정에 대해 가입자가 이의를 제기하는 경우 가입자와 가입자의 의사 또는 기타 처방자가 신속 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 신속 이의 제기를 위한 요건은 신속 보장 결정의 요건과 같습니다. 자세한 정보는 **섹션 G4** 를 참조하십시오.

저희는 가입자의 이의 제기를 고려한 후 답변을 해드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 이의 제기를 심사할 때, 가입자의 보장 요청에 관한 모든 정보를 한번 더 유심히 검토할 것입니다.
- 당사는 가입자의 요청을 거부할 때 모든 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 저희는 추가 정보 수집을 위해 가입자 또는 의사나 다른 처방자에게 연락을 할 수도 있습니다.

### 1 단계 신속 재심의 마감일자

- 신속 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 이의 제기 접수 후 **72 시간 이내**에 답변을 전달해야 합니다.
  - 가입자의 건강 상태에 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
  - 72 시간 이내에 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의 제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의 제기 절차에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 을 참조하십시오.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **승인**하면 저희는 재심 접수 후 72 시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우 저희는 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 1 단계 표준 재심 마감일자

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 가입자가 받지 못한 약물에 대해 이의 제기를 접수한 후 **7 일 이내**에 저희는 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 약물을 받지 않았는데 가입자의 건강 상태에 필요한 경우 당사는 더 빨리 결정을 내립니다. 가입자의 건강 상태가 빠른 응답을 필요로 한다고 판단한 경우, 신속 이의 제기를 신청합니다.
  - 저희가 7 일 이내에 가입자에게 결정을 알려드리지 않으면 저희는 가입자 요청을 이의 제기 과정의 2 단계로 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의 제기 절차에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 을 참조하십시오.

저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우

- 저희는 반드시 최대한 빠른 시일 내에 가입자 건강 상태에 필요하고 저희가 제공하기로 한 **보장을 제공**해야 하며, 가입자의 이의 신청을 접수한 후 **역일 기준 7 일**을 넘기지 않아야 합니다.
- 저희는 가입자의 이의 신청을 접수한 후 **30 일 이내**에 가입자가 구매하신 약물에 대한 **비용을 지급**해야 합니다.

저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우

- 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.
- 저희는 가입자가 구매하신 약물의 비용 지급 관련 답변을 가입자의 이의 신청을 접수한 후 **14 일 이내**에 제공해야 합니다.
  - 저희가 14 일 이내에 가입자에게 결정을 알려드리지 않으면 저희는 가입자 요청을 이의 제기 과정의 2 단계로 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의 제기 절차에 대한 자세한 내용은 **섹션 G6** 을 참조하십시오.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우 저희는 가입자 요청을 받은 후 **30 일 이내**에 가입자에게 비용을 지급해야 합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거절**하는 경우 저희는 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

## G6. 2 단계 이의 제기

가입자의 1 단계 이의 제기를 저희가 **거절**하는 경우 가입자는 저희의 결정을 승인하거나 또 다른 이의 제기를 하실 수 있습니다. 다른 이의 제기를 하기로 결정한 경우에는 2 단계 이의 제기 과정을 사용합니다. 저희가 가입자의 첫 번째 이의 제기를 거부하는 경우 IRO 에서 저희의 결정을 검토합니다. 이 기관은 저희가 결정을 변경해야 하는지를 결정합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

"독립의료심사기구"(IRO)의 공식 명칭은 "독립 심사체"이며 종종 "IRE"로 불리기도 합니다.

2 단계 이의 제기를 하시는 경우, 가입자(또는 가입자의 대리인 또는 의사나 다른 처방자)는 반드시 IRO 에 서면으로 연락하여 가입자의 사건을 심사하도록 요청하셔야 합니다.

- 저희가 1 단계 이의 제기를 거부한 경우, 저희는 가입자에게 서신을 통해 IRO 에 2 단계 이의 제기를 하는 방법에 관한 지침을 알려드립니다. 이러한 지침을 통해 누가 2 단계 이의 제기를 할 수 있는지, 준수해야 할 마감일자는 언제인지, 그리고 해당 기관에 연락하는 방법에 대해 알려 드립니다.
- IRO 에 이의 제기를 하실 경우, 저희가 보유한 귀하의 이의 제기 정보를 해당 기관에 전달할 것입니다. 이 정보를 "사건 파일"이라고 합니다. 가입자는 사건 파일의 무료 사본을 보유할 권리가 있습니다.
- 가입자께서는 이의 제기를 뒷받침하기 위한 추가 정보를 IRO 에 제공할 권리를 보유합니다.

IRO 는 가입자의 Medicare 파트 D 2 단계 이의 제기를 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO 에 대한 자세한 내용은 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

## 2 단계 신속 재심의 마감일자

- 가입자의 건강 상태가 빠른 응답을 필요로 하는 경우, IRO 에 신속 이의 제기를 신청하십시오.
- 해당 기관에서 빠른 이의 제기에 동의한다면 가입자의 이의 제기 요청을 받은 후 **72 시간 안에** 답변해야 합니다.
- 해당 기관에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우 저희는 IRO 의 결정을 받은 후 **24 시간 안에** 승인된 약품 보장을 제공해야 합니다.

## 2 단계 표준 재심 마감일자

2 단계 표준 이의 제기가 있는 경우 IRO 는 다음과 같이 답변을 제공해야 합니다.

- 가입자가 받지 못한 약물에 대한 이의 제기를 받은 후 **7 일 안에**.
- 가입자가 구입한 약물 상황에 대한 이의 제기를 받은 후 **14 일 안에**.

IRO 가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인하는 경우:

- 저희는 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 내에** 승인된 약품 보장을 제공해야 합니다.
- 저희는 IRO 의 결정을 받은 후 역일 기준 **30 일 내에** 가입자가 구매하신 약품의 비용을 환급해야 합니다.
- IRO 가 가입자의 이의 제기를 거부하는 경우, 해당 기관은 가입자의 요청을 승인하지 않겠다는 저희의 결정에 동의하는 것입니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의 제기 거절"이라고 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자의 2 단계 이의 제기를 IRO 가 거부하는 경우, 가입자는 자신이 요청하는 약품 보장의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족한다면 3 단계 이의를 제기할 권리가 있습니다. 가입자가 요청하는 약물 보장의 달러 가치가 요구되는 최소 금액보다 적은 경우에는 다른 이의를 제기할 수 없습니다. 이 경우 2 단계 이의 제기 결정 이후로는 진행하실 수 없습니다. IRO 는 가입자에게 3 단계 이의 제기를 계속하기 위해 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

요청의 달러 가치가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2 단계 이후 이의 제기 과정에는 세 가지의 추가 단계가 있습니다.
- 가입자의 2 단계 이의 제기를 IRO 가 거부하고 가입자가 이의 제기 과정을 계속하기 위한 요건을 충족하는 경우:
  - 3 단계 이의 제기 여부를 결정합니다.
  - 3 단계 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 2 단계 이의 제기 후 IRO 에서 보낸 서신을 참조하십시오.
- ALJ 또는 변호사 심판관이 3 단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 J** 를 참조하십시오.

## H. 입원 기간 연장 보장 요청

병원에 입원하신 경우, 가입자는 가입자의 질병 또는 상해에 대한 진단 및 치료에 필요하며 저희가 보장하는 모든 병원 서비스를 받을 권리를 보유하고 있습니다. 저희 플랜의 병원 보장에 대한 자세한 내용은 본 **가입자 안내서 제 4 장** 을 참조하십시오.

보장된 입원 기간 동안, 의사와 병원 직원들은 가입자께서 퇴원하시는 날을 준비하기 위해 가입자와 협력합니다. 이들은 또한 퇴원 후 필요할 수도 있는 진료 예약을 도와드립니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 가입자의 "퇴원일"이라고 합니다.
- 의사나 병원 직원이 퇴원 날짜를 알려드릴 것입니다.

너무 이른 시기에 퇴원시키려고 한다고 생각하시거나 퇴원 후 관리에 대해 염려하시는 경우, 가입자께서 입원 연장을 요청하실 수 있습니다. 본 항에서는 이를 어떻게 요청하는지 알려드립니다.

본 **섹션 H** 에서 논의된 이의 제기에도 불구하고 가입자는 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하여 입원을 계속할 수도 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4** 를 참조하십시오. 3 단계 이의 제기에 추가로 혹은 그 대신 독립 의료 평가를 요청하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## H1. 가입자의 Medicare 권리 알기

가입자 입원 후 2 일 이내에 간호사나 사회복지가와 같은 병원의 누군가가 **"Medicare 가 드리는 가입자의 권리에 관한 중요한 메시지"**라는 서면 통지서를 제공할 것입니다. Medicare 가입자는 누구나 병원에 입원할 때마다 이 통지서의 사본을 받습니다.

가입자께서 이 통지서를 받지 못하신 경우, 병원 직원에게 이를 요청하십시오. 도움이 필요하시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 주 7 일, 24 시간 연중무휴로 운영되는 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 로 전화해 주십시오.

- **해당 통지서를 꼼꼼히 읽으신 후** 이해가 되지 않는 부분은 문의하시기 바랍니다. 통지서는 다음과 같은 권리를 포함하여 병원 환자로서의 가입자 권리를 알려드립니다.
  - 입원 중에 그리고 퇴원 후에 Medicare 보장 서비스를 받으십시오. 가입자는 이러한 서비스에는 어떤 것이 있는지, 누가 비용을 부담하는지, 그리고 언제 이러한 서비스를 받을 수 있는지 알 권리가 있습니다.
  - 입원 기간에 대한 모든 결정에 참여하십시오.
  - 병원 진료의 품질에 관해 갖게 된 우려 사항을 알릴 신고처를 파악하십시오.
  - 너무 빨리 퇴원한다고 생각되면 이의를 제기하십시오.
- **통지서에 서명하여** 통지서를 받았고 가입자 권리를 알고 있음을 표시합니다.
  - 가입자 또는 가입자를 대리하는 사람이 통지서에 서명할 수 있습니다.
  - 이 통지서에 서명하는 것은 **단지** 가입자의 권리에 관한 정보를 수령하였음을 나타내는 것뿐입니다. 서명한다고 해서 의사나 병원 직원이 알려준 퇴원일에 동의하는 것은 아닙니다.
- 필요한 경우 정보를 얻을 수 있도록 서명한 통지서의 **사본을 보관**하십시오.
  - 병원에서 퇴원하기 전 이틀보다 앞선 시기에 이 통지서에 서명하신 경우, 가입자께서는 퇴원 전에 통지서의 사본을 받으실 것입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 다음과 같은 경우 통지서 사본을 미리 볼 수 있습니다.
  - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오
  - 주 7 일, 24 시간 운영되는 **1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화를 걸어 Medicare 로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오.
  - 방문 **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.**

## H2. 1 단계 이의 제기

저희가 가입자의 입원 서비스를 연장하여 보장하기 원하시면 이의를 제기하십시오. 품질 개선 기관(QIO)은 계획된 퇴원일이 의학적으로 적합한지 알아보기 위해 1 단계 이의 제기를 검토합니다.

QIO 는 연방 정부에서 고용한 의료진과 의료 진료 전문가들로 구성되어 있습니다. 이 전문가들은 Medicare 가입자를 위해 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 그들은 저희 플랜에 포함되어 있지 않습니다.

캘리포니아에서 QIO 는 Livanta 입니다. **1-877-588-1123** 으로 전화하여 문의하시기 바랍니다. 연락처 정보는 "Medicare 가 드리는 가입자의 권리에 관한 중요 한 메시지"라는 통지문과 제 2 장에도 나와 있습니다.

병원을 떠나기 전 그리고 늦어도 계획된 퇴원 날짜 이전에 QIO 에 전화하십시오.

- 퇴원 전에 전화하시면 예정된 퇴원일이 지나도 가입자의 이의 제기에 대한 QIO 의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 병원에 머무를 수 있습니다.
- 이의 제기를 위해 전화하지 않고 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 계속 입원하기로 결정하신 경우, 가입자께서는 예정된 퇴원일 이후에 받으신 모든 병원 진료에 대한 비용을 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 이의 제기에 관해 QIO 에 연락을 취할 마감일자를 놓치신 경우, 대신에 저희 플랜에 직접 이의를 제기하실 수 있습니다. 저희에 대한 이의 제기 관련 정보는 **섹션 G4** 를 참조하십시오.
- 입원은 Medicare 뿐 아니라 Medi-Cal 도 보장하기 때문에 QIO 이 입원을 계속해 달라는 가입자 요청을 듣지 못하거나, 가입자 상황이 급하거나, 가입자 건강에 심각한 위협이 있다고 생각하거나, 심한 통증을 겪고 있다면, 캘리포니아 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4** 를 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**필요한 경우 지원을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우에는 언제든지 저희에게 전화 주십시오.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
- 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 전화번호 **1-800-434-0222** 로 전화하십시오.

**빠른 심사를 요청하십시오.** 서둘러 QIO 에 연락하여 병원 퇴원일에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

"빠른 심사"는 법적 용어로 "즉석 심사" 또는 "신속 심사"라고도 합니다.

**빠른 심사 기간 동안 무슨 일이 일어납니까**

- QIO 의 심사위원은 가입자 또는 가입자 대리인에게 계획된 퇴원일 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 꼭 진술서를 작성해야 하는 것은 아니지만 하셔도 무방합니다.
- 심사위원은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 병원측과 저희 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 검토자가 가입자의 이의 제기에 대해 저희 플랜에 알린 다음 날 정오까지, 저희는 계획된 퇴원 날짜가 적힌 서신을 가입자에게 보내드립니다. 또한, 이 서신에는 가입자의 담당의사와 병원 및 저희가 해당 날짜를 가입자에게 의학적으로 적절한 퇴원 날짜라고 여기는 이유가 나와 있습니다.

이 서면 설명서의 법적 용어는 퇴원에 대한 상세 내역 통지서입니다. 샘플을 받으시려면 페이지 하단의 가입자 서비스 번호 또는 주 7 일, 24 시간 연중무휴 운영하는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화주시기 바랍니다. (TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오.) 샘플 통지서를 온라인([www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices))에서도 확인하실 수 있습니다.

QIO 가 필요한 모든 정보를 입수한 후 만 1 일 이내에 가입자의 이의 제기에 답변을 해드릴 것입니다.

QIO 가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:

- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:**

- 해당 기관은 가입자의 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 믿습니다.
- 가입자의 입원 서비스에 대한 보장은 QIO 가 가입자의 이의 제기에 대해 답변을 드린 날의 정오에 종료될 것입니다.
- 가입자는 QIO 가 가입자의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 치료 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- QIO 가 가입자의 단계 1 이의 제기를 반려하였고 또한 가입자께서 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 입원하시려는 경우라면 가입자께서는 2 단계 이의 제기를 진행하실 수 있습니다.

**H3. 2 단계 이의 제기**

2 단계 이의 제기와 관련하여 가입자께서는 QIO 에 1 단계 이의 제기에 대해 내린 결정을 한 번 더 심사하도록 요청하시게 됩니다. **1-877-588-1123** 으로 전화하여 문의하시기 바랍니다.

가입자께서는 1 단계 이의 제기를 QIO 가 거부한 날로부터 반드시 **역일 기준 60 일** 이내에 이러한 심사를 요청하셔야 합니다. 이러한 심사 요청은 진료에 대한 보장이 종료된 일자 이후에 병원에 입원한 **경우에만** 가능합니다.

QIO 검토자는 다음과 같이 합니다.

- 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 자세히 살펴봅니다.
- 가입자의 두 번째 검토 요청을 받은 후 14 일 이내에 2 단계 이의 제기에 대한 결정을 알려줍니다.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:**

- 저희는 QIO 가 가입자의 1 단계 이의 제기를 거부한 날의 다음 날 정오 이후로 저희가 분담하는 병원 치료 비용을 가입자에게 상환해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:**

- 해당 기관은 가입자의 1 단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의 제기 과정을 계속하고 3 단계 이의 제기를 하려할 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.
- 입원을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 E4** 를 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



ALJ 또는 변호사 심판관이 3 단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **J** 항을 참조하십시오.

#### H4. 1 단계 대체 이의 제기

1 단계 이의 제기를 위한 QIO 문의 마감일은 60 일 이내 또는 예정된 퇴원일 이전입니다. 1 단계 이의 제기 마감일을 놓친 경우 "대체 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 연락하여 퇴원일의 "빠른 심사"를 요청합니다.

"빠른 심사" 또는 "신속 이의 제기"의 법적 용어는 "신속 이의 신청"입니다.

- 저희는 입원에 관한 모든 정보를 살펴봅니다.
- 저희는 첫 번째 결정이 공정하고 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 당사는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 적용하며 가입자가 빠른 심사를 요청하신 후 72 시간 이내에 결정을 알려 드립니다.

저희가 가입자의 신속 이의 제기를 승인하는 경우

- 저희는 가입자가 퇴원일 이후에 병원에 계셔야 한다는 데 동의합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.
- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 상환합니다.

저희가 가입자의 신속 이의 제기를 거절하는 경우

- 가입자의 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절했다는 데 동의합니다.
- 입원 병원 서비스에 대한 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 이 날짜 이후에는 비용 분담금을 지불하지 않습니다.
- 가입자가 병원에 계속 입원하신다면 예정된 퇴원일 이후에 받은 병원 치료 비용 전액을 지불하셔야 할 수도 있습니다.
- 저희는 저희가 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 가입자의 이의 제기를 QIO 에 보냅니다. 이 경우 가입자의 사례는 자동으로 2 단계 이의 제기 과정으로 넘어갑니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## H5. 2 단계 대체 이의 제기

저희는 가입자의 1 단계 이의 제기를 거부한 후 24 시간 이내에 가입자의 2 단계 이의 제기에 대한 정보를 QIO 에 보냅니다. 저희는 이를 자동으로 수행합니다. 가입자는 별도로 조치할 것이 없습니다.

저희가 이 마감일자 또는 다른 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 가입자께서는 불만을 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 관련 정보는 **섹션 K** 를 참조하십시오.

IRO 는 가입자의 이의 제기를 빠르게 검토합니다. 해당 기관은 가입자의 퇴원에 대한 모든 정보를 주의 깊게 살피고 대개 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

IRO 가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:

- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 상환합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

IRO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:

- 해당 기관은 가입자의 계획된 퇴원일 의학적으로 적절하다는 데 동의합니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의 제기 과정을 계속하고 3 단계 이의 제기를 하려할 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.

ALJ 또는 변호사 심판관이 3 단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **J** 항을 참조하십시오.

입원을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하고 독립의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4** 를 참조하십시오. 3 단계 이의 제기에 추가로 혹은 그 대신 독립 의료 평가를 요청하실 수 있습니다.

## I. 저희에게 특정 의료 서비스 보장을 계속할 것을 요청

이 섹션은 가입자가 받으실 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 재택의료서비스.
- 전문 간병 기관에서 받는 전문 영양 관리 및
- Medicare 승인 CORF 에서 외래 환자로 재활 치료. 보통 이는 가입자께서 질병이나 사고, 또는 중대한 수술에서 회복시 받는 치료를 의미합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자는 이 세 가지 유형의 서비스 중 어느 것이든 의사가 필요하다고 말하는 한 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.

저희가 이들 중 하나에 대한 보장을 중단하기로 결정하면 반드시 가입자의 서비스가 종료되기 전에 알려야 합니다. 해당 서비스에 대한 보장이 종료되면 저희는 비용 지불을 중단합니다.

만일 진료 보장이 너무 짧다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 본 항에서는 이의 제기를 어떻게 하는지 알려드립니다.

## 11. 가입자 보장이 끝나기 전에 사전 통지

가입자 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2 일 전에 가입자에게 서면 통지를 보내드립니다. 이는 "Medicare 비보장 통지서"라고 합니다. 통지서에는 저희가 가입자 치료에 대한 보장을 중단하는 날짜와 저희 결정에 이의를 제기하는 방법이 나와 있습니다.

가입자 또는 가입자의 대리인은 통지서를 받았음을 보여주기 위해 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 단지 해당 정보를 받았음을 보여줍니다. 서명한다고 해서 가입자가 저희의 결정에 동의하시는 것은 아닙니다.

## 12. 1 단계 이의 제기

만일 진료 보장이 너무 짧다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 저희 결정에 대해 이의 제기를 하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 1 단계 이의 제기 절차와 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **마감일자를 지키십시오.** 마감일자는 중요합니다. 가입자께서 반드시 해야 할 것들에 적용되는 마감일자를 알고 반드시 지키십시오. 저희 플랜도 마감일을 따라야 합니다. (저희가 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 불만 제기를 하실 수 있습니다. 불만 제기 관련 정보는 **K 항**을 참조하십시오.)
- **필요한 경우 지원을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우에는 언제든지 저희에게 전화 주십시오.
  - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
  - HICAP 에 **1-800-434-0222** 로 전화하십시오.
- **QIO 에 문의하십시오.**
  - QIO 및 연락 방법에 대한 자세한 정보는 **섹션 H2** 또는 본 가입자 안내서 제 2 장을 참조하십시오.
  - 이의 제기를 검토하고 저희 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정하도록 요청하십시오.
- **신속하게 행동하고 "신속 이의 제기를 요청하십시오.** 가입자의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO 에 문의하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

### 이 조직에 연락하기 위한 마감일자

- 이의 제기를 시작하려면 저희가 가입자에게 보내드린 **Medicare** 비보장 통지서의 발효일 전날 정오까지 **QIO**에 연락해야 합니다.
- **QIO**에 연락을 취할 마감일자를 놓치신 경우, 대신에 저희에게 직접 이의 제기하실 수 있습니다. 그 방법에 관한 자세한 내용은 **섹션 14**을 참고하십시오.
- **QIO**가 가입자의 건강 관리 서비스 보장을 계속해 달라는 가입자 요청을 듣지 못하거나, 가입자 상황이 급하거나, 가입자 건강에 심각한 위협이 있다고 생각하거나, 심한 통증을 겪고 있다면 캘리포니아 보건 관리부(**DMHC**)에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. **DMHC**에 불만을 제기하거나 독립의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **F4**를 참조하십시오.

이 통지서의 법적 용어는 **Medicare 비보장 통지서**입니다. 견본을 받으시려면 페이지 하단의 가입자 서비스 번호 또는 주 7 일, 24 시간 연중무휴 운영하는 **Medicare** 전화번호인 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화주시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오. 또는 온라인으로 **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**에서 사본을 받아보실 수 있습니다.

### 신속 이의 제기 중 발생하는 일

- **QIO**의 심사위원은 가입자 또는 가입자 대리인에게 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 꼭 진술서를 작성해야 하는 것은 아니지만 하셔도 무방합니다.
- 심사위원은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 저희 플랜은 또한 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 가입자에게 보냅니다. 가입자는 심사위원이 가입자의 이의 제기에 대해 저희에게 통보한 날이 끝날 때에 통지서를 받게 됩니다.

이러한 통지 설치서의 법적 용어는 "**비보장 상세 설명서**"입니다.

- 심사위원은 필요한 모든 정보를 얻은 후 하루 안에 가입자에게 결정을 알려줍니다.

**QIO**가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:

- 저희는 가입자에게 의료적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:**

- 가입자의 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 통지서상의 날짜에 해당 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금에 대한 지급을 중단할 것입니다.
- 만일 가입자께서 재택 건강 관리 서비스 또는 전문요양시설 의료 서비스, CORF 서비스를 보장이 종료된 일자 이후에도 계속 받기로 결정하신 경우, 가입자께서는 해당 진료에 대한 총 비용을 직접 부담하셔야 합니다.
- 가입자는 이러한 서비스를 계속하고 2 단계 이의를 제기할 것인지 결정합니다.

**13. 2 단계 이의 제기**

2 단계 이의 제기와 관련하여 가입자께서는 QIO 에 1 단계 이의 제기에 대해 내린 결정을 한 번 더 심사하도록 요청하시게 됩니다. **1-877-588-1123** 으로 전화하여 문의하시기 바랍니다.

가입자께서는 1 단계 이의 제기를 QIO 가 거부한 날로부터 반드시 역일 기준 60 일 이내에 이러한 심사를 요청하셔야 합니다. 이러한 심사 요청은 진료에 대한 보장이 종료된 일자 이후에 계속 진료를 받은 경우에만 가능합니다.

QIO 검토자는 다음과 같이 합니다.

- 이의 제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 자세히 살펴봅니다.
- 가입자의 두 번째 검토 요청을 받은 후 14 일 이내에 2 단계 이의 제기에 대한 결정을 알려줍니다.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:**

- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 상환합니다.
- 저희는 의학적으로 필요한 기간 동안 진료에 대한 보장을 계속 제공할 것입니다.

**QIO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:**

- 그들은 가입자의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의 제기 과정을 계속하고 3 단계 이의 제기를 하려할 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.
- 건강 관리 서비스 보장을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4** 를 참조하십시오. 3 단계 이의 제기에 추가로 혹은 그 대신 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

ALJ 또는 변호사 심판관이 3 단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 J**를 참조하십시오.

#### 14. 1 단계 대체 이의 제기

**섹션 12**에 설명된 대로 신속하게 행동하여 QIO에 연락하여 1 단계 이의 제기를 시작해야 합니다. 마감일을 놓치면 "대안 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스에 연락하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

"빠른 심사" 또는 "신속 이의 제기"의 법적 용어는 "신속 이의 신청"입니다.

- 저희는 가입자의 사례에 대한 모든 정보를 검토합니다.
- 가입자의 서비스에 대한 보장 종료일을 정할 때 첫 번째 결정이 공정하고 규칙을 따랐는지 확인합니다.
- 당사는 표준 마감일 대신 빠른 마감일을 적용하며 가입자가 빠른 심사를 요청하신 후 72 시간 이내에 결정을 알려 드립니다.

저희가 가입자의 신속 이의 제기를 **승인**하는 경우

- 가입자의 서비스를 연장해야 한다는 데 동의합니다.
- 저희는 가입자에게 서비스가 의료적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.
- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 상환하기로 동의합니다.

저희가 가입자의 신속 이의 제기를 **거절**하는 경우

- 이러한 서비스에 대한 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 이 날짜 이후에는 비용 분담금을 지불하지 않습니다.
- 보장이 종료된다고 알려드린 날짜 이후에도 계속해서 이러한 서비스를 받으시는 경우 해당 서비스의 전체 비용을 지불하셔야 합니다.
- 저희는 저희가 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 가입자의 이의 제기를 QIO에 보냅니다. 이 경우 가입자의 사례는 자동으로 2 단계 이의 제기 과정으로 넘어갑니다.

#### 15. 2 단계 대체 이의 제기

2 단계 이의 제기 중에 저희는 가입자의 1 단계 이의 제기를 거부한 후 24 시간 이내에 가입자의 2 단계 이의 제기에 대한 정보를 IRO에 보냅니다. 저희는 이를 자동으로 수행합니다. 가입자는 별도로 조치할 것이 없습니다.

저희가 이 마감일자 또는 다른 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 가입자께서는 불만을 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 관련 정보는 **섹션 K**를 참조하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare**를 방문하십시오.

IRO 는 가입자의 이의 제기를 빠르게 검토합니다. 해당 기관은 가입자의 퇴원에 대한 모든 정보를 주의 깊게 살피고 대개 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

IRO 가 가입자의 이의 제기를 승인할 경우:

- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 상환합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

IRO 가 가입자의 이의 제기를 거부할 경우:

- 그들은 가입자의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의 제기 과정을 계속하고 3 단계 이의 제기를 하려할 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.
- 가입자는 건강 관리 서비스 보장을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. DMHC 에 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **섹션 F4** 를 참조하십시오. 3 단계 이의 제기에 추가로 혹은 그 대신 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

3 단계 이의 제기는 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. 3, 4, 5 단계 이의 제기에 관한 정보는 **섹션 J** 를 참조하십시오.

## J. 2 단계 이후의 재심

### J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

Medicare 서비스 또는 품목에 대해 1 단계 이의 제기와 2 단계 이의 제기를 했으나 두 이의 제기가 모두 거부된 가입자에게 추가 단계의 이의 제기를 하실 권리가 있을 수 있습니다.

가입자가 이의 제기한 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 못하는 경우는 더 이상 이의 제기하실 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 이의 제기 과정을 계속하실 수 있습니다. 2 단계 이의 제기를 위해 IRO 에서 받은 서신에는 3 단계 이의 제기를 요청하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

### 3 단계 재심

3 단계 이의 제기 절차는 ALJ 공청회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호 재판관입니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의 제기를 승인하는 경우, 저희는 가입자에게 유리한 3 단계 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기**하기로 결정하는 경우, 저희는 가입자에게 4 단계 이의 제기 요청서 사본과 부속 문서를 보내드릴 것입니다. 저희는 분쟁 중에 있는 해당 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4 단계 이의 제기 결정을 기다릴 수도 있습니다.
- 만일 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기하지 않기로** 결정하는 경우, 저희는 반드시 ALJ 또는 변호 재판관이 내린 결정을 받은 후 60 일 이내로 해당 서비스를 승인하거나 가입자에게 제공해드려야만 합니다.
- ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의 제기를 **거절**하는 경우 해당 이의 제기 과정이 끝나지 않았을 수 있습니다.
- 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 **수락**하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
- 가입자가 이의 제기를 반려하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 검토 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 4 단계 이의 제기를 위해 하셔야 할 일을 알려 드릴 것입니다.

### 4 단계 재심

Medicare 이의 제기 위원회(위원회)가 가입자의 이의 제기를 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 본 위원회는 연방 정부의 기관입니다.

해당 위원회가 가입자의 4 단계 이의 제기를 **승인**하거나 가입자에게 유리한 3 단계 이의 제기 결정을 검토해 달라는 저희의 요청을 거부하는 경우, 저희는 5 단계에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 만일 저희가 해당 결정에 **이의를 제기**하기로 결정하는 경우, 가입자에게 서면으로 알려드리도록 하겠습니다.
- 만일 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기하지 않기로** 결정하는 경우, 저희는 반드시 위원회가 내린 결정을 받은 후 60 일 이내로 해당 서비스를 승인하거나 가입자에게 제공해드려야만 합니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



해당 위원회가 저희의 검토 요청을 **거절**하거나 거부하는 경우 해당 이의 제기 과정이 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 **수락**하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
- 가입자가 이의 제기를 반려하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 검토 절차의 다음 단계 진행이 가능할 수도 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 5 단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

## 5 단계 재심

- 연방 지방 법원 판사는 가입자의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **거절**을 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

## J2. 추가 Medi-Cal 이의 제기

가입자의 이의 제기가 Medi-Cal 이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관련 다른 이의를 제기할 권리도 있습니다. 주 공청회 부서에서 받은 서신에서는 이의 제기 과정을 계속하기를 원하시는 경우 어떻게 해야 할지 알려드릴 것입니다.

## J3. Medicare 파트 D 약품 요청에 대한 이의 제기 3, 4, 5 단계

이 항은 가입자께서 1 단계 및 2 단계 이의 제기를 하셨으나 두 번 모두 다 반려된 경우에 도움이 될 것입니다.

가입자께서 이의 제기를 하신 약물의 가치가 특정 최소 달러 기준에 부합한다면, 가입자께서는 추가적인 이의 제기 단계로 이행하실 수도 있습니다. 2 단계 이의 제기에 대해 받으신 서면 응답서는 누구에게 연락을 하고 3 단계 이의 제기를 하기 위해 어떤 조치를 취하셔야 하는지 설명해드립니다.

## 3 단계 재심

3 단계 이의 제기 절차는 ALJ 공청회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호 재판관입니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의 제기를 승인하는 경우

- 이의 제기 과정은 종료되었습니다.
- 저희는 반드시 72 시간 이내(이의 신속 처리 시 24 시간 이내)에 승인된 약물 보장을 허가 또는 제공하거나 해당 결정을 받은 후 30 일 이내에 비용을 지급해야만 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의 제기를 **거절**하는 경우 해당 이의 제기 과정이 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 **수락**하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
- 가입자가 이의 제기를 반려하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 검토 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 **4 단계** 이의 제기를 위해 하셔야 할 일을 알려 드릴 것입니다.

#### 4 단계 재심

위원회가 가입자의 이의 제기를 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 본 위원회는 연방 정부의 기관입니다.

위원회가 가입자의 이의 제기를 **승인**할 경우

- 이의 제기 과정은 종료되었습니다.
- 저희는 반드시 **72 시간** 이내(이의 신속 처리 시 **24 시간** 이내)에 승인된 약물 보장을 허가 또는 제공하거나 해당 결정을 받은 후 **30 일** 이내에 비용을 지급해야만 합니다.

위원회가 가입자의 이의 제기를 **거절**할 경우 이의 제기 과정이 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 **수락**하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
- 가입자가 이의 제기를 반려하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 검토 절차의 다음 단계 진행이 가능할 수도 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 **5 단계** 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

#### 5 단계 재심

- 연방 지방 법원 판사는 가입자의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **거절**을 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후의 다른 이의 제기 단계는 없습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## K. 불만제기 방법

### K1. 어떤 문제가 불만이 됩니까

불만 제기 과정은 예를 들면 치료의 질, 대기 시간, 치료 조정, 고객 서비스 등 특정 유형의 문제에 대해서만 사용합니다. 다음은 불만 제기 과정을 통해 해결할 수 있는 문제의 예시입니다.

불만	예
의료 진료 품질	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 병원 내 진료 등 가입자께서 받으신 진료의 품질이 만족스럽지 않습니다.</li> </ul>
가입자의 프라이버시 존중	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 누군가가 가입자의 프라이버시권을 존중하지 않았거나 기밀로 유지해야 하는 개인 정보를 공유했다고 생각합니다.</li> </ul>
무례, 조악한 고객 서비스, 또는 기타 부정적인 행위	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료 진료 제공자 또는 직원이 가입자에게 무례했습니다.</li> <li>• 저희 직원이 가입자를 당신을 부적절하게 대했습니다.</li> <li>• 저희가 가입자를 플랜에서 제외하고 있다고 생각합니다.</li> </ul>
접근성 및 언어 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사나 의료 서비스 제공자의 사무실에서 건강 관리 서비스 및 시설에 물리적으로 접근할 수 없습니다.</li> <li>• 의사나 서비스 제공자는 가입자가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어) 통역사를 제공하지 않습니다.</li> <li>• 의료 서비스 제공자가 가입자가 필요로 하고 요청하는 기타 합당한 편의를 제공하지 않습니다.</li> </ul>
대기 시간	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 예약하기가 어렵거나 대기 시간이 너무 깁니다.</li> <li>• 의사, 약사 또는 기타 의료 서비스 전문가, 가입자 서비스 또는 기타 플랜 직원이 가입자를 너무 오래 기다리게 합니다.</li> </ul>
청결도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 진료소, 병원 또는 진료소가 깨끗하지 않다고 생각합니다.</li> </ul>

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

불만	예
가입자가 저희로부터 얻은 정보	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입자가 받았어야 할 통지서 또는 서신을 저희가 제공하지 못했다고 생각합니다.</li> <li>• 저희가 가입자에게 보낸 서면 정보가 너무 어렵다고 생각합니다.</li> </ul>
보장 결정 또는 이의 제기와 관련된 적시성	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저희가 보장 결정을 내리거나 가입자 이의 제기에 응답할 때 기한을 지키지 않았다고 생각합니다.</li> <li>• 저희가 가입자에게 유리한 보장 결정 또는 항소 결정을 받은 후 서비스를 승인 또는 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 환급 시기한을 지키지 못했다고 생각합니다.</li> <li>• 저희가 가입자의 사례를 IRO 에 제때 보내지 않았다고 생각합니다.</li> </ul>

다양한 종류의 불만이 있습니다. 내부 불만 및/또는 외부 불만을 제기할 수 있습니다. 내부 불만 사항은 당사 플랜에 제출되고 검토됩니다. 외부 불만은 저희 플랜과 제휴를 맺지 않은 조직에 제출되고 검토됩니다. 내부 불만 및/또는 외부 불만 제기에 대한 도움이 필요하시면, 가입자 서비스에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오.

"불만"의 법적 용어는 "고충"입니다.  
"불만 제기"의 법적 용어는 "고충 접수"입니다.

## K2. 내부 불만

내부 불만을 제기하시려면 가입자 서비스에 **1-800-443-0815(TTY 711)**로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오. Medicare 파트 D 약품에 관한 것이 아니라면 언제든지 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 사항이 Medicare 파트 D 약품에 관한 경우 불만을 제기하려는 문제가 발생한 때로부터 **역일 기준 60 일** 이내에 불만을 제기하셔야 합니다.

- 가입자께서 하셔야 하는 것이 있다면 저희 가입자 서비스가 알려드릴 것입니다.
- 불만 사항을 작성하여 저희에게 보내셔도 됩니다. 가입자께서 서면으로 불만 제기를 접수하시는 경우, 저희는 가입자의 불만에 서면으로 응답해드릴 것입니다.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

저희는 반드시 가입자의 불만 제기를 받은 후 30 일 이내에, 건강 상태에 따라 될 수 있는 한 빠르게 가입자의 고충에 응답해드려야만 합니다.

"신속 불만 제기"의 법적 용어는 "고충 신속 처리"입니다.

가능한 경우, 저희는 곧바로 가입자에게 답변을 드립니다. 가입자께서 전화로 불만 제기를 하신 경우, 저희는 해당 전화 통화 중에 가입자에게 답변을 드릴 수도 있습니다. 만일 가입자의 건강 상태가 빠른 답변을 필요로 하는 경우, 저희는 곧바로 답변을 드리게 될 것입니다.

- 저희는 대부분의 불만 사항에 대해 30 일 이내에 답변을 해드립니다. 추가 정보가 필요하여 저희가 30 일 이내에 결정을 내리지 않으면 서면으로 알려드립니다. 또한 상태 업데이트와 답변을 받으실 예상 시간도 알려 드립니다.
- 저희가 가입자의 "신속 보장 결정" 또는 "신속 이의 제기" 요청을 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 저희는 자동으로 "신속 불만 제기"를 제공하고 가입자의 불만에 24 시간 이내에 응답합니다.
- 심한 통증이나 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적 손실을 포함하되 이에 국한되지 않는 건강에 대한 심각한 위협과 관련된 불만을 제기하는 경우 "빠른 불만"을 제공하고 불만에 대해 24 시간.

저희가 가입자의 불만 사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않는 경우에는 가입자에게 그 이유를 알려드릴 것입니다. 저희는 가입자의 불만 제기에 동의하는지 여부를 응답해드립니다.

### K3. 외부 불만

#### Medicare

불만 사항을 Medicare 에 알리거나 Medicare 에 보내실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식은 다음에서 구하실 수 있습니다.

[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx).

Medicare 에 불만을 제기하시기 전에는 저희 플랜에 불만을 제기하지 않아도 됩니다.

Medicare 는 가입자께서 제기하신 불만을 진지하게 받아들이고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 가입자의 불만 사항 정보를 활용합니다.

가입자께서 피드백이나 우려 사항이 있으신 경우 또는 건강 보험 플랜 측이 가입자의 문제에 대응해드리지 않는다고 생각하시는 경우, 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 연락을 주셔도 됩니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 로 전화하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

**Medi-Cal**

또한 캘리포니아 의료 서비스부(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman 에 **1-888-452-8609** 로 전화하여 불만을 제기하실 수 있습니다. TTY 사용자는 **711** 로 전화하실 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 전화해 주십시오.

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하실 수 있습니다. DMHC 는 의료 보험 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 지원 센터에 전화하여 Medi-Cal 서비스에 대한 불만제기 관련 지원을 받으실 수 있습니다. 긴급하지 않은 문제의 경우 1 단계 이의 제기 결정에 동의하지 않거나 역일 기준 30 일 후에도 플랜에서 불만 사항을 해결하지 못한 경우 DMHC 에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제 또는 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 문제와 관련 있거나 심한 통증을 겪고 있거나, 가입자 불만에 대한 저희의 플랜 결정에 동의하지 않거나, 저희 플랜이 역일 기준 30 일이 지난 후에도 가입자 불만을 해결하지 못한 경우 1 단계 이의 제기를 하지 않고 DMHC 에 연락하실 수 있습니다.

지원 센터로부터 도움을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- **1-888-466-2219** 로 전화합니다. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TTY 무료 전화인 **1-877-688-9891** 번으로 전화하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.
- 캘리포니아 관리 보건부 웹사이트([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov))를 방문합니다.

**민권사무소(OCR)**

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시면 보건복지부 민권사무소에 불만을 제기하실 수 있습니다. 예를 들어, 장애인 지원이나 언어 지원에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다. OCR 전화번호는 **1-800-368-1019** 입니다. TTY 사용자께서는 **1-800-537-7697** 번으로 전화해 주십시오. 자세한 정보는 [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) 를 방문하십시오.

다음 주소로 현지 OCR 사무소에 연락할 수도 있습니다.

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

고객 응대 센터: **1-800- 368-1019**  
팩스 번호: **1-202-619-3818**  
TDD: **1-800-537-7697**  
이메일: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

미국 장애 복지법(ADA)에 따른 권리가 있을 수도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815** (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## QIO

가입자 불만이 진료의 질에 관한 것일 때는 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 진료 품질에 대한 불만을 QIO 에 직접 제기할 수 있습니다.
- 가입자는 QIO 및 저희 플랜에 불만을 제기하실 수 있습니다. 가입자께서 QIO 에 불만을 제기하시는 경우, 저희는 이들과 협력하여 가입자의 불만 사항을 해결해드릴 것입니다.

QIO 는 연방 정부가 고용한 개업의 및 기타 보건 의료 전문가 단체로 Medicare 에 가입한 환자가 받은 진료를 점검하고 개선하는 업무를 담당합니다. QIO 에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 2 장 또는 섹션 H2 를 참조하십시오.

캘리포니아에서는 QIO 를 Livanta 라고 합니다. 전화번호는 **1-877-588-1123** 입니다.

## 제 10 장. 가입한 플랜에 대한 가입자 자격 해지

---

### 소개

이 장에서는 저희 플랜의 멤버십을 해지하는 방법과 저희 플랜을 해지한 후의 다른 건강보험 옵션에 대해 알려드립니다. 저희 플랜을 해지하셔도 자격이 있는 가입자는 여전히 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 속해 있습니다. 본 **가입자 안내서**의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 10 장 목차

- A. 플랜 멤버십 해지는 언제 가능합니까 ..... 263
- B. 플랜 멤버십 해지는 어떻게 하면 됩니까..... 264
- C. 별도의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받는 방법 ..... 264
  - C1. 가입자의 Medicare 서비스 ..... 265
  - C2. 가입자의 Medi-Cal 서비스 ..... 267
- 저희 플랜에서 가입자 자격이 해지될 때까지 받는 의료 서비스와 의약품 ..... 268
- D. 저희 플랜의 가입자 멤버십이 종료되는 기타 상황 ..... 268
- E. 저희가 건강 관련 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청하는 것에 대한 규정 ..... 269
- F. 저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우 불만을 제기하실 가입자 권리 ..... 270
- G. 플랜 가입자 자격 종료에 대한 추가 정보를 얻는 방법 ..... 270





## A. 플랜 멤버십 해지는 언제 가능합니까

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal 에 가입되어 있기 때문에 다음 특별 가입 기간에 각각 저희 플랜의 가입자 자격을 종료하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1 월~3 월
- 4 월~6 월
- 7 월~9 월

이 3 회의 특별 가입 기간 외에도 다음 해 기간 동안 저희 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **연간 가입 기간:** 10 월 15 일~12 월 7 일. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 저희 플랜의 멤버십은 12 월 31 일에 종료되고 새 플랜의 멤버십이 다음 해 1 월 1 일에 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 가입 등록 기간:** 1 월 1 일~3 월 31 일. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜의 멤버십이 다음 달 1 일부터 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 경우도 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우:

- 가입자가 저희 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격이 변경되는 경우 또는
- 최근에 사설 요양 시설 또는 장기 요양 병원에 입원했거나, 해당 시설에서 현재 치료를 받고 있거나, 해당 시설에서 퇴원한 경우.

가입자 멤버십은 저희가 가입자의 플랜 변경 요청을 받은 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어, 1 월 18 일에 가입자 요청을 받은 경우 저희 플랜의 보장은 1 월 31 일에 종료됩니다. 가입자의 새 보장은 다음 달 1 일(이 예에서는 2 월 1 일)에 시작됩니다.

저희 플랜을 탈퇴하시면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다.

- **섹션 C1** 에 표로 정리된 Medicare 옵션.
- **섹션 C2** 의 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

다음으로 전화하여 멤버십을 종료하는 방법에 대한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. TTY 사용자의 번호도 나열되어 있습니다.
- Medicare 전화번호 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**, 하루 24 시간 주 7 일. TTY 사용자께서는 **1-877-486-2048** 번으로 전화해 주십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)에 **1-800-434-0222** 로 전화해 주십시오., (TTY 사용자께서는 **711** 번으로 전화해 주십시오.) 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 **https://aging.ca.gov. Health Care Options: 1-800-430-4263**, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시 TTY 사용자께서는 **1-800-430-7077** 번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman(관리형 진료 ombudsman): **1-888-452-8609**, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시 또는 이메일(**MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.)

**참고:** 만일 가입자께서 약물 관리 프로그램에 참여 중이신 경우, 플랜 변경이 불가능할 수도 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

## B. 플랜 멤버십 해지는 어떻게 하면 됩니까

회원 자격을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다. 그러나 가입자께서 저희 플랜에서 Original Medicare 로 전환하고자 하지만 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 경우, 가입자께서는 반드시 저희 플랜에 대한 탈퇴를 신청하셔야 합니다. 탈퇴 신청 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 서면으로 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요하면 이 페이지 하단에 있는 번호로 회원 서비스에 문의하십시오.
- 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영되는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 전화를 걸어 Medicare 로 연락하십시오. TTY 사용자(듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들)는 **1-877-486-2048** 로 전화하셔야 합니다. **1-800-MEDICARE** 에 전화하여 다른 Medicare 건강 보험 플랜 또는 약품 플랜에 가입하실 수도 있습니다. 가입자가 저희 플랜을 탈퇴하실 때 받는 Medicare 서비스에 관한 자세한 내용은 **C** 항에 있는 차트를 참고하십시오.
- Health Care Options 에 **1-800-430-4263** 으로 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시에 전화해 주십시오 TTY 사용자께서는 **1-800-430-7077** 번으로 전화해 주십시오.
- 아래 **C** 항에는 저희 플랜의 가입자 멤버십도 종료할 다른 플랜에 가입할 수 있는 단계가 포함되어 있습니다.

## C. 별도의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받는 방법

저희 플랜을 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있는 선택권이 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

### C1. 가입자의 Medicare 서비스

Medicare 서비스를 받는 세 가지 옵션이 아래에 나열되어 있습니다. 이 중 하나를 선택하면 저희 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.

<p><b>1. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p><b>다른 Medicare 의료 보험(Medicare 및 Medi-Cal 보장을 결합하는 플랜 포함)</b></p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영되는 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>로 전화를 걸어 Medicare 로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 <b>1-877-486-2048</b> 번으로 전화해주십시오.</p> <p>올인클루시브 노인 진료 프로그램(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)에 대한 문의가 있으시면 <b>1-855-921-PACE(7223)</b>로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <p>캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 전화번호인 <b>1-800-434-0222</b> 로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 <b>711</b> 로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <b><a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b> 를 참조하십시오.</p> <p><b>또는</b></p> <p>새로운 Medicare 플랜에 등록하십시오.</p> <p>새 플랜의 보장이 시작되면 가입자는 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴됩니다. 가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</p>
---	--



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

<p><b>2. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare</b></p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영되는 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>로 전화를 걸어 Medicare 로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 <b>1-877-486-2048</b> 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 전화번호인 <b>1-800-434-0222</b> 로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 <b>711</b> 로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <b><a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b> 를 참조하십시오.</li> </ul> <p><b>또는</b></p> <p>신규 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하시게 됩니다.</p>
--	--



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **[kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)** 를 방문하십시오.

<p><b>3. 다음 서비스로 변경하는 경우:</b></p> <p><b>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare</b></p> <p><b>참고:</b> Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우 Medicare 에 가입하지 않는다고 의사를 밝히지 않으면 Medicare 는 가입자를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노동 조합 등 다른 곳으로부터 약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지 여부에 대해 궁금한 점이 있는 경우 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 <b>1-800-434-0222</b> 로 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> 를 참조하십시오.</p>	<p><b>수행할 작업은 다음과 같습니다.</b></p> <p>주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영되는 <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>로 전화를 걸어 Medicare 로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 <b>1-877-486-2048</b> 번으로 전화해 주십시오.</p> <p>도움이거나 추가 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 캘리포니아주 의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 전화번호인 <b>1-800-434-0222</b> 로 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 <b>711</b> 로 전화해 주십시오. 더 자세한 정보가 필요하거나 해당 지역의 HICAP 사무실을 찾으려면 <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> 를 참조하십시오.</li> </ul> <p>Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴하시게 됩니다.</p>
--	--

**C2. 가입자의 Medi-Cal 서비스**

저희 플랜을 탈퇴하신 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대해 궁금한 점이 있으면 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시에 **1-800-430-4263**로 Health Care Options에 연락해 주십시오. TTY 사용자께서는 **1-800-430-7077**번으로 전화해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare에 다시 가입하면 Medi-Cal 보장을 받는 방법이 달라지는지 문의해 보십시오.



질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## 저희 플랜에서 가입자 자격이 해지될 때까지 받는 의료 서비스와 의약품

가입자께서 저희 플랜을 탈퇴하시는 경우, 멤버십이 해지되어 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작하기까지는 시간이 소요됩니다. 이 기간 동안 가입자의 새 플랜이 시작하기 전까지 저희 플랜을 통해 처방약 및 보건의료를 계속 받으십니다.

- 의료 서비스를 받으려면 저희 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하십시오.
- 저희 우편 주문 약국 서비스를 포함한 저희 네트워크 약국을 통해 처방전을 조제하십시오.
- **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 가입자 자격이 종료되는 날 입원하시는 경우 저희 플랜은 가입자가 퇴원하실 때까지 입원을 보장해 드립니다. 가입자가 퇴원하기 전에 새로운 건강 보장이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

## D. 저희 플랜의 가입자 멤버십이 종료되는 기타 상황

다음은 저희가 저희 플랜에서 가입자 멤버십을 종료해야만 하는 상황입니다.

- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보장이 중단된 경우.
- 가입자가 더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우. 저희 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 자격을 보유한 분을 대상으로 합니다. 가입자가 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜을 탈퇴하셔야 하기 전에 Medicaid 자격을 다시 얻는 데 4 개월의 유예 기간이 있다는 점을 서면으로 알려 드립니다. **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜 가입이 종료되기 전에 저희는 다른 저희 Senior Advantage 플랜에 가입하실 수 있는 기회를 드리고자 연락할 것입니다. 이런 플랜의 혜택 및 자가 부담금은 **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** 플랜의 혜택 및 자가 부담금과 다를 수 있습니다.
- 가입자께서 저희 서비스 지역 외로 이주하시는 경우.
- 가입자께서 6 개월 이상 저희 서비스 지역 외에 계시게 되는 경우.
  - 가입자께서 이주하시거나 장기간 여행을 떠나시는 경우, 저희 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 이주 지역 또는 여행지가 저희 플랜 서비스 지역인지 여부를 확인하십시오.
- 범죄로 감옥이나 교도소에 수감되는 경우.
- 처방약에 대해 보유한 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 제공하지 않으시는 경우.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

- 가입자가 미국 시민이 아니거나 미국 내 법적으로 거주할 권한이 없는 경우.
  - 저희 플랜에 가입하시려면 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하셔야 합니다.
  - Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 본 기준을 근거로 가입자 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통지합니다.
  - 본 요건을 충족하지 못하는 경우 저희는 가입자의 가입을 반드시 취소해야 합니다.

가입자가 저희 플랜의 4 개월 간의 자격에 대한 지속성 기간 내에 있는 경우, 저희는 Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공할 것입니다. 그러나 이 기간에 Medi-Cal 과 상의하여 저희 플랜에서 보장하지 않지만 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스를 Medi-Cal 에서 보장하는 것이 있는지 확인하셔야 합니다. 또한 파트 D 약물에 대한 비용 부담금과 가입자가 저희에게 지불하는 보험료가 변경될 수 있습니다. Medicare 보장 서비스에 대해 지불하시는 금액은 이 기간 중 증가할 수 있습니다. 가입자는 먼저 Medicare 및 Medi-Cal 의 먼저 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다.

- 저희 플랜에 가입 시 저희 플랜에 대한 가입자의 자격에 영향을 주는 부정확한 정보를 고의적으로 제공하신 경우.
- 가입자께서 계속하여 규정을 어기셔서 저희가 가입자와 다른 가입자들과 의료 진료 보장을 제공하기 어렵게 되는 경우.
- 다른 사람이 의료 진료를 받도록 가입자의 가입자 ID 카드를 사용하게 해준 경우. (이 사유로 가입자의 멤버십을 해지하는 경우, Medicare 는 감사관을 통해 해당 사건을 조사할 수도 있습니다.)

## E. 저희가 건강 관련 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청하는 것에 대한 규정

저희는 가입자의 건강과 관련된 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청할 수 없습니다. 저희가 건강 관련 사유로 저희 플랜을 탈퇴하도록 요청한다고 생각하시는 경우, Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 이 전화번호는 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 1-800-443-0815 (TTY 711)로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

---

## F. 저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우 불만을 제기하실 가입자 권리

저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우, 저희는 반드시 가입자에게 서면으로 멤버십 해지의 사유를 알려드려야만 합니다. 또한 저희는 반드시 고충 접수 방법 또는 멤버십 해지 결정에 관한 불만제기 방법을 설명해드려야 합니다. 불만제기에 관한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하셔도 됩니다.

---

## G. 플랜 가입자 자격 종료에 대한 추가 정보를 얻는 방법

질문이 있거나 가입자 자격 종료에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 회원 서비스에 연락하실 수 있습니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



## 제 11 장: 법적 통지

---

### 소개

이 장에는 저희 플랜의 가입자 멤버십에 적용되는 법적 통지가 포함되어 있습니다. 본 가입자 안내서의 마지막 장에는 주요 용어와 그 정의가 영문자순으로 정리되어 있습니다.

### 제 11 장 목차

A. 법률에 관한 고지 .....	273
B. 차별금지에 대한 고지 .....	273
C. 2 차 부담자인 Medicare 및 최종 부담자인 Medi-Cal 에 대한 고지 .....	274
D. Medi-Cal 자산 회수에 대한 통지 .....	274
E. 본 가입자 안내서 관리 .....	275
F. 신청서 및 진술서 .....	275
G. 법적 구속력 있는 중재 .....	275
중재 범위 .....	275
절차 규칙 .....	276
중재 시작 .....	277
중재에 대한 수요 제공 .....	277
접수비 .....	277
총 인원 .....	277
중재자 비용, 경비 지불 .....	278
비용 .....	278
일반 조항 .....	278
H. 양도 .....	279
I. 변호사와 대변자 수입료 및 비용 .....	279

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

J. 혜택의 조정 .....	279
K. 고용주 책임 .....	280
L. 가입자 안내서의 가입자에 대한 구속력 .....	280
M. 정부 기관의 책임 .....	280
N. 가입자의 책임부존재 .....	280
O. 면제 금지 .....	280
P. 통지 .....	280
Q. 초과지급분 상환 .....	281
R. 제 3 자 배상책임 .....	281
S. 미국 재향군인부 .....	282
T. 근로자 보상 또는 고용주의 책임 혜택 .....	282
U. 대리모(代理母) 자격 .....	283

## A. 법률에 관한 고지

본 가입자 안내서에는 다수의 법률이 적용됩니다. 이 법률은 본 가입자 안내서에 수록되거나 설명되어 있지 않은 경우에도, 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주된 법률은 Medicare 프로그램 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 법률 및 주정부 법률입니다. 다른 연방 및 주 법률도 적용될 수 있습니다.

## B. 차별금지에 대한 고지

저희는 가입자의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 신체적 성, 사회적 성, 연령, 성적 지향, 정신적 및 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전 정보, 보험에 가입할 수 없다는 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 가입자를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 혈통, 인종 그룹 식별, 성별, 결혼 여부, 건강 상태 등을 이유로 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

더 많은 정보를 원하시거나 차별 또는 부당한 대우에 대한 우려 사항이 있는 경우

- 보건복지부 민권사무소 전화번호 **1-800-368-1019** 로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자는 **1-800-537-7697** 로 전화하실 수 있습니다. 자세한 정보는 **www.hhs.gov/ocr** 를 방문하셔도 됩니다.
- 보건부 민권사무소 전화번호 **1-916-440-7370** 로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자는 **711**(통신 릴레이 서비스)에 전화하실 수 있습니다.

차별을 당했다고 생각하시고 차별 고충 사항을 제기하시려면 다음 방법을 따르십시오.

- **전화:** 주 7 일 하루 24 시간 연중무휴 언제든지(공휴일 제외) 가입자 서비스에 전화하십시오.
- **우편:** 가입자 서비스로 전화하셔서 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 보험 기관에 있는 가입자 서비스 사무소에서 불만제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록** 또는 **kp.org/facilities** 참조).
- **온라인:** 저희 웹 사이트인 **kp.org** 에서 온라인 양식을 사용하십시오.
- 또한 다음 주소에서 Kaiser Permanente 민권 조정관에게 직접 연락할 수도 있습니다

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

가입자 고충 사항이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것이라면 전화, 서면 또는 전자적으로 다음과 같이 보건부 민권사무소에 불만을 제기하실 수 있습니다.

- 전화: **1-916-440-7370** 로 전화합니다. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 **711**(통신 릴레이 서비스)로 전화하십시오.
- 서면: 불만제기 양식을 작성하거나 또는 편지를 써서 다음 주소로 보내시면 됩니다.

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

불만제기 양식은 [dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) 에서 구하실 수 있습니다.

- 전자 형식: **CivilRights@dhcs.ca.gov** 로 이메일을 보내십시오

장애가 있고 건강 관리 서비스나 의료 서비스 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우 가입자 서비스에 전화하십시오. 휠체어 접근성 문제와 같은 사항에 대한 불만 사항이 있으신 경우, 저희 가입자 서비스가 도와드리겠습니다.

## C. 2 차 부담자인 Medicare 및 최종 부담자인 Medi-Cal 에 대한 고지

다른 사람이 먼저 저희가 가입자에게 제공하는 서비스의 비용을 지불해야 할 때도 있습니다. 예를 들어 가입자가 교통사고를 당하거나 일을 하다 다치는 경우, 보험이나 근로자 재해 보상 보험이 먼저 비용을 부담해야 합니다.

저희는 Medicare 가 일차 지급 보험이 아닌 보장된 Medicare 서비스에 대해 징수할 권리와 책임을 보유합니다.

저희는 가입자 건강 관리 서비스에 대한 제 3 자의 법적 책임과 관련된 연방 법규 및 주정부 법규를 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 이 최종 부담자가 되도록 모든 합당한 조치를 취합니다.

## D. Medi-Cal 자산 회수에 대한 통지

Medi-Cal 프로그램은 55 세 생일 이후에 받은 Medi-Cal 혜택과 관련하여 사망한 특정 가입자의 유언이 공증된 자산으로부터 상환을 받아야 합니다. 상환금에는 가입자가 요양 시설에 입원했거나 가정 및 지역사회 기반 서비스 이용 시 받은 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 관련 병원 및 처방약 서비스와 관련된 개인 부담 서비스 및 관리형 진료 보험료/개인별 요금이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 공증된 자산 가치보다 많을 수 없습니다.

자세한 내용을 알고 싶으시면 보건의료서비스국의 자산 복구 웹사이트([www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er))를 참조하거나 **1-916-650-0590** 에 연락하십시오.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) 를 방문하십시오.

## E. 본 가입자 안내서 관리

저희는 본 가입자 안내서의 질서 있고 효율적인 관리를 장려하기 위해 합리적인 정책, 절차, 해석을 채택할 수 있습니다.

## F. 신청서 및 진술서

저희의 정상적인 업무 과정에서나 본 가입자 안내서에서 규정한 바에 따라 저희가 요청하는 모든 신청서, 양식, 또는 진술서를 작성 완료하셔야 합니다.

## G. 법적 구속력 있는 중재

법적 구속력이 있는 중재에 대한 다음의 내용은 다음 회원에게 적용됩니다:

- 2008 년 1 월 1 일 이전의 발효일에 가입한 Kaiser Permanente Senior Advantage Individual Plan 에 가입하신 모든 가입자
- 2008 년 1 월 1 일의 발효일에 Kaiser Permanente's Senior Advantage Individual Plan 에 가입하였거나, 2008 년 1 월 1 일 이후 가입자의 Senior Advantage 발효일의 60 일 이내에 구속적 중재 과정에서 명시적으로 탈퇴하지 않은 모든 가입자.

본 "구속력 있는 중재" 섹션에 해당되는 모든 청구에 대해, 청구자와 피고소인은 모두 배심원 또는 법원 재판에 대한 권리를 포기하고 구속력 있는 중재의 사용을 수락합니다. 이 "법적 구속력이 있는 중재" 절이 Kaiser Permanente 당사자가 주장하는 청구에 적용되는 한, 동 조항은 본 가입자 안내서 발효일 이전에 발생한 모든 미해결 청구에 소급 적용됩니다. 이러한 소급 신청은 Kaiser Permanente 당사자들에게만 구속력이 있습니다.

### 중재 범위

다음 요건을 모두 충족하는 경우 분쟁은 구속력 있는 중재에 회부되어야 합니다.

- 청구 주장의 근거가 되는 법적 이론이 무엇이든 관계없이, 의료 또는 병원 과실(의료 서비스 또는 의료 항목이 불필요했거나 무단으로 이뤄진 경우, 또는 부적절하거나 과실이었거나 무능하게 이뤄졌다는 내용의 청구)에 대한 청구, 시설소유관리자배상책임 청구, 또는 서비스나 품목의 보장이나 전달에 관련된 청구를 포함해 본 가입자 안내서 또는 회원 당사자와 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan)와의 관계에서 발생했거나 그와 관련한 업무 중 사고 위반 혐의에서 청구가 비롯되거나 그런 혐의와 관련된 경우.
- 회원 당사자 1 인 이상이 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상을 상대로, 또는 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상이 회원 당사자 1 인 이상을 상대로 청구를 주장하는 경우.
- 준거법에서 법적 구속력이 있는 중재를 사용한 문제 해결을 제한하지 않는 경우.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

본 가입자 안내서 하에서 등록된 회원이 법원 또는 배심원 재판을 이용할 권리를 포기하고, 대신에 법적 구속력이 있는 중재를 이용하기로 수락한 경우. 단 다음 유형의 청구는 법적 구속력이 있는 중재의 적용을 받지 않음.

- 소액재판소의 관할권에 속하는 청구.
- Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal 플랜 가입자에게 적용되는 Medicare 재심 절차가 적용되는 청구(Medicare 재심 관련 정보는 제 9 장 참조).
- 준거법 하에서 법적 구속력이 있는 중재가 적용될 수 없는 청구.

이 "구속력 있는 중재" 섹션에서 언급된 "가입자 당사자들"에는 다음이 포함됩니다.

- 회원.
- 회원의 후계자, 친척, 또는 개인적 대리인
- 자신의 의무가 회원과 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상 간의 관계에서 비롯된다고 주장하는 자.

"카이저 퍼머넌트당사자"는 다음과 같습니다.

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- 모든 Southern California Permanente Medical Group 또는 Permanente Medical Group 의사.
- 회원 당사자 1 인 이상이 제기한 청구의 중재를 필요로 하는 계약을 상기 기관과 체결한 개인 또는 조직.
- 상기 기관의 직원 또는 대리인.

"청구인"이란 상기 설명된 청구를 신청하는 회원 당사자 또는 Kaiser Permanente 당사자를 지칭합니다. "응답자"란 청구를 받은 상대방인 회원 당사자 또는 Kaiser Permanente 당사자를 지칭합니다.

### 절차 규칙

중재는 독립행정국에서 Kaiser Permanente 와 중재감독위원회의 자문을 거쳐 수립한 독립행정국 감독 하의 **Kaiser Permanente 회원 중재 규칙("절차 규정")**에 따라 실시됩니다. 절차 규칙 사본은 가입자 서비스에서 얻을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 중재 시작

신청인이 중재 요청서를 전달함으로써 중재를 개시해야 합니다. 중재 요청에는 피신청인에 대한 청구의 근거가 포함되어야 한다. 청구인이 중재에서 추구하는 손해의 양, 청구인, 변호사의 이름, 주소, 전화번호(있는 경우), 모든 응답자의 이름. 청구인은 중재 요청에 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 피신청인에 대한 모든 청구를 포함시켜야 합니다.

## 중재에 대한 수요 제공

Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC, The Permanente Company, LLC 는 다음 주소의 해당 피신청인을 수신인으로 하는 중재 요청서를 우편으로 발송함으로써 중재 요청서를 전달받아야 합니다.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department, Professional & Public Liability  
373 E. Walnut Street  
Pasadena, CA 91188

해당 피신청인에 대한 전달은 중재 요청서 수령 후 완료된 것으로 간주됩니다. 개인을 포함한 다른 모든 피신청인은 민사 소송을 위한 캘리포니아 민법에서 요구하는 대로 전달받아야 합니다.

## 접수비

청구인은 중재 요구에 명시된 청구 건수 또는 중재 요구서에 명시된 청구인 또는 피고 소인 수에 관계없이 "중재 계좌"에 지불할 수 있는 중재당 \$150의 단일 환불 불가 신고 수수료를 지불해야 합니다.

극도의 어려움을 주장하는 청구인은 독립 관리자 진료소이 제출 수수료와 중립 중재인의 수수료, 비용을 면제하도록 요청할 수 있습니다. 이러한 면제를 요구하는 신청인은 수수료 면제 양식을 작성하여 독립 행정국에 제출하고 동시에 이를 피신청인에게 보내야 합니다. 수수료 면제 양식에는 수수료 면제 기준이 명시되어 있으며 가입자 서비스 연락 센터에 문의하여 받을 수 있습니다.

## 총 인원

중재인의 수는 중립 중재인의 수수료, 비용 지불에 대한 청구자의 책임에 영향을 줄 수 있습니다(절차 규칙 참조).

중재 요구가 \$200,000 이하의 총 손해를 찾는 경우, 분쟁이 발생한 후당사자가 달리 서면으로 동의하지 않고 구속력 있는 중재 요청이 중재에 회부되지 않는 한, 중립 중재인이 분쟁을 듣고 결정해야 합니다. 두 명의 중재인과 한 명의 중립 중재인이 청취할 수 있습니다. 중립 중재인은 \$200,000 가 넘는 금전적 손해 배상 권한을 갖지 않습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

중재 요청서가 \$200,000 가 넘는 총 손해 배상을 요구하는 경우, 분쟁은 중립 중재인 1 인과 당사자 중재인 2 인, 모든 신청인이 공동으로 임명한 1 인, 모든 피신청인이 공동으로 임명한 1 인이 심리하고 결정해야 합니다. 당사자 중재인을 선택할 자격이 있는 당사자들은 이 권리를 포기하기로 동의할 수 있습니다. 모든 당사자가 동의하면 이러한 중재는 단일 중립 중재인이들을 수 있습니다.

### 중재자 비용, 경비 지불

Health Plan 은 절차 규칙에 명시된 특정 조건 하에서 중립 중재인의 수수료 및 비용을 지불합니다. 기타 모든 중재에서 중립 중재인의 수수료 및 비용은 신청인이 절반, 피신청인이 절반을 지불합니다.

당사자들이 당사자 중재인을 선정하는 경우, 신청인은 신청인측 당사자 중재인의 수수료 및 비용을 지불해야 하며, 피신청인은 피신청인측 당사자 중재인의 수수료와 비용을 지불해야 합니다.

### 비용

앞서 언급한 중립 중재인 수수료 및 비용을 제외하고, 그리고 이 "구속적 중재" 절의 중재에 적용되는 법에 따라 달리 규정되지 않은 한, 당사자 측 변호사의 수임료, 증인 비용, 그리고 청구 기소 또는 방어로 인해 발생한 기타 비용은 청구 성격이나 중재 결과에 관계없이 해당 당사자가 부담해야 합니다.

### 일반 조항

(1) 청구의 중재 요구가 제공된 날짜에 민사 소송에서 주장된 경우, 해당 제한 법령에 의해 제공된 피고 소인에 대한 청구가 금지되는 경우, 청구는 면제되고 영원히 배제됩니다.(2) 청구인은 합리적인 근면으로 절차 규칙에 따라 중재 청구를 추구하지 않거나(3)(a) 중재 요구가 제공된 날짜 이전 5년 이내에 중재 심의가 시작되지 않음 여기에 규정된 절차에 따라, 또는(b) 청구와 관련된 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 민사 소송 날짜. 정당한 사유가 있음을 근거로 중립 중재인이 다른 이유로 클레임을 기각할 수 있습니다. 당사자가 정당한 통지를 받은 후 중재 청문회에 참석하지 못한 경우, 중립 중재인은 당사자 부재시 논쟁을 진행할 수 있습니다.

1975년 캘리포니아 의료 사고 보상 개혁법 (이후 개정법 포함), 그리고 환자에게 보험 가입이나 장애 보상 수령 증거를 소개할 권리, 비경제적 손해 보상 제한, 주기적 지급에 부합하는 향후 피해액에 대한 보상액을 수령할 수 있는 권리를 제시하는 항이 전문직업인 과실 또는 법에 의해 허용 또는 요구되는 기타 청구에 적용됩니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



중재는 연방 중재법 2 조의 "구속력 있는 중재" 섹션 및 법령이 적용되는 시점에 유효한 중재와 관련된 캘리포니아 민법 조항의 적용을 받으며, 이는 절차 규칙과 함께 해당 "구속력 있는 중재" 섹션과 일치하지 않는 범위까지입니다. 연방 중재법의 3 조 및 4 조에 따라 적용되는 규칙에 따라, "구속력 있는 중재" 섹션에 따른 중재 권리는 회원 당사자와 Kaiser Permanente 당사자 간의 분쟁이 중재 가능한 클레임 및 중재 불가능한 클레임을 모두 포함하거나 중재에 대한 하나 이상의 당사자가 동일하거나 관련된 거래에서 발생하고 판결 또는 결과의 상충 가능성이 있는 제 3 자와의 계류 중인 법원 소송의 당사자이기 때문에 거부, 유지 또는 달리 방해받지 않아야 합니다.

---

## H. 양도

본 가입자 안내서 또는 사전 서면 동의없이 본 계약에 따른 금전적 권리, 이익 또는 의무에 대한 권리, 이익, 청구에 대한 권리를 양도할 수 없습니다.

---

## I. 변호사와 대변자 수입료 및 비용

가입자와 Health Plan, Medical Group 또는 Kaiser Foundation Hospitals 간에 분쟁이 발생하는 경우, 법에서 달리 요구하지 않는 한 각 당사자는 변호사 수입료, 변호 비용 및 기타 비용을 포함해 자체 수수료 및 비용을 부담해야 합니다.

---

## J. 혜택의 조정

가입자께서 다른 보험에 가입하신 경우, 가입자께서 받으시는 진료에 대한 비용 지급을 위해 다른 보장과 Senior Advantage Medicare Medi-Cal 플랜 가입자로서 받으시는 보장을 조합하여 사용하셔야 합니다. 여기에는 가입자께서 받으실 수 있는 모든 의료 보험 혜택에 대한 조정이 적용되므로 이를 "보험 혜택 조정"이라고 합니다. 가입자께서는 평소에 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 보장된 의료 서비스를 받으실 것이며, 가입하신 기타 보장을 통해서만 단순히 가입자께서 받으시는 진료에 대한 비용 지급 지원이 이뤄집니다.

만일 다른 보장이 일차 지급 보험인 경우, 종종 저희와 직접 비용 부담금 조정을 하게 될 것이며, 가입자께서는 이 조정에 참여하실 필요가 없습니다. 그러나 일차 지급 보험에 의해 저희가 받을 부담금이 가입자에게 직접 지급되는 경우, 가입자께서는 Medicare 법에 의거하여 해당 일차 지급액을 저희에게 지급하셔야 합니다. 3 자 책임 상황의 기본 지불에 대한 자세한 내용은 다음을 참조하십시오. 이 장의 섹션 Q 및 근로자 보상 사례의 기본 지급에 대해서는 이 장의 섹션 R 을 참조하십시오.

가입자께서는 반드시 다른 건강 보험 혜택에 가입하셨는지 저희에게 알려주셔야 하며, 가입자의 추가 보장에서 변경 사항이 있을 때마다 저희에게 반드시 알려주셔야 합니다.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## K. 고용주 책임

법에 따라 고용주가 제공해야 하는 서비스의 경우, 저희는 고용주에게 비용을 지급하지 않으며, 그러한 서비스를 저희가 보장하는 경우, 저희는 고용주로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

## L. 가입자 안내서의 가입자에 대한 구속력

본 가입자 안내서 하에서 보장 내역을 선택하거나 보험 혜택을 수락함으로써 모든 가입자는 계약을 체결할 법적 능력을 지니며, 계약 체결 능력이 없는 모든 가입자의 법적 대리인은 본 가입자 안내서의 모든 조항에 동의하게 됩니다.

## M. 정부 기관의 책임

법적으로 정부 기관만 제공하거나 정부 기관으로부터만 받은 서비스에 대해서는 저희는 정부 기관에 비용을 지급하지 않으며, 그러한 서비스를 저희가 보장하는 경우, 저희는 정부 기관으로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

## N. 가입자의 책임부존재

저희가 네트워크 의료 서비스 제공자와 체결한 계약에 따라 가입자는 저희가 변제해야 하는 금액에 대해 어떤 책임도 지지 않습니다. 그러나, 가입자께서 네트워크 의료 서비스 제공자나 외부 네트워크 서비스 제공자에게서 받으신 비보장 서비스에 대한 비용은 가입자께서 부담하셔야 합니다.

## O. 면제 금지

저희가 본 가입자 안내서의 조항을 시행하지 못한다고 해서 해당 조항 또는 기타 조항의 포기를 구성하지 않으며, 이후 조항의 엄격한 이행을 가입자에게 요구할 수 있는 저희의 권리를 침해하지 않습니다.

## P. 통지

보장 내역에 관한 통지는 가입자의 최근 주소로 발송해 드립니다. 가입자께서는 가입자의 주소 변경에 대한 통지의 의무가 있습니다. 이주하시는 경우 저희 가입자 서비스 연락 센터(전화번호는 본 책자의 뒷표지 후면에 인쇄되어 있습니다) 및 사회보장국 전화번호 **1-800-772-1213(TTY 1-800-325-0778)**로 가능한 빨리 주소 변경 사항을 알려주시기 바랍니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## Q. 초과지급분 상환

서비스에 대해 초과 지급이 이뤄진 경우, 저희는 초과 지급을 받은 자 또는 해당 서비스 비용을 부담할 의무를 지는 사람 또는 기관으로부터 해당 비용을 회수할 수 있습니다.

## R. 제 3 자 배상책임

가입자에게 상해나 질병을 초래한 제 3 자(및/또는 그들의 보험사)는 보통 Medicare 나 저희 플랜보다 먼저 비용을 반드시 지급해야만 합니다. 그러므로, 저희는 이러한 일차 지급액을 추적할 자격을 보유하고 있습니다. 만일 가입자께서 받으신 보장된 서비스에 대해 상해 또는 질병을 야기한 것으로 알려진 제 3 자로부터 또는 제 3 자를 대신하여 판결을 받거나 또는 합의를 하신 경우, 가입자께서는 반드시 저희가 그러한 서비스에 대한 상환을 받도록 하셔야 합니다.

참고: 본 "제 3 자 책임"조항은 이러한 서비스에 대한 가입자의 자기 부담금 지급 의무에 영향을 끼치지 않습니다.

법률에 의해 허용되거나 요구되는 한도 내에서 저희는 제 3 자가 야기한 것으로 알려진 상해나 질병으로 인해 보험사, 정부 프로그램 또는 기타 금전적 손해배상, 보상, 면책에 대한 보상원에 대해 가입자가 보유할 수 있는 모든 청구, 소송 사유 및 기타 권리에 대해 대위변제를 받아야 합니다. 당사는 귀하 또는 귀하의 변호사에게 이 옵션의 행사에 대한 서면 통지를 우편으로 보내거나 전달할 때 대위권을 가지게 됩니다.

당사의 권리를 확보하기 위해 당사는 책임, 무보험 운전자, 보험 부족 운전자, 개인 우산, 산재 보상, 개인 상해, 의료 지불 등 다른 유형의 보장에서 귀하 또는 당사가 제 3 자에 대해 획득한 모든 판결 또는 합의의 수익금에 대한 유치권 및 상환 권리를 갖습니다. 가입자 또는 저희가 받은 모든 판결 또는 합의 과정은 가입자가 완전한지의 여부와 상관없이, 그리고 해당 과정의 총 금액이 가입자에게 실제 발생한 손실 및 손해보다 적은 지 여부와 상관없이 먼저 유치권을 충족시키기 위해 적용됩니다. 저희는 손해 청구를 위해 가입자께서 고용한 변호사에 대한 수수료 또는 비용을 부담하지 않습니다. 법적 조치 없이 환급해 주시면 조달비 할인을 해드립니다. 이익을 집행하기 위해 법적 조치를 취해야 하는 경우 조달 할인은 없습니다.

제 3 자에 대한 클레임 또는 법적 조치를 제기하거나 제출한 후 30 일 이내에 귀하는 해당 클레임 또는 법적 조치에 대한 서면 통지를 다음 주소로 보내야 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은  
**kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

The Rawlings Group  
 Subrogation Mailbox  
 Special Recovery Unit  
 P.O. Box 2000  
 LaGrange, KY 40031  
 Fax: **1-502-753-7064**

당사가 보유한 권리의 존재를 파악하고 해당 권리를 충족시키기 위해서는 변호사, 제 3자를 지시하는 유치권 양식을 포함한 모든 동의, 해제, 승인, 양도, 기타 문서를 작성하여 보내야 합니다. 그리고 제 3자의 책임 보험 회사가 직접 지불해야 합니다. 귀하는 당사의 사전 서면 동의 없이 이 조항에 따른 당사의 권리를 포기, 해제 또는 축소하는 데 동의할 수 없습니다.

귀하의 재산, 부모, 보호자 또는 후견인이 귀하의 부상이나 질병을 근거로 제 3자에 대한 클레임을 주장하는 경우, 해당 재산, 부모, 보호자 또는 후견인이 회수한 합의 또는 판결은 귀하가 제 3자에 대한 클레임을 주장하는 것과 같은 정도로 당사의 유치권 및 기타 권리의 적용을 받습니다. 당사는 당사의 유치권 및 기타 권리를 집행할 권리를 양도할 수 있습니다.

---

## S. 미국 재향군인부

법에 의거 국가보훈처가 제공해야 하는 군 복무로 인한 질병에 대한 서비스의 경우, 저희는 국가보훈처에 비용을 지급하지 않으며, 그러한 서비스에 대해 보험을 적용할 때 저희는 국가보훈처로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

---

## T. 근로자 보상 또는 고용주의 책임 혜택

근로자 보상은 일반적으로 Medicare 또는 저희 플랜보다 먼저 지불해야 합니다. 그러므로, 산재보험법 또는 고용주 배상책임법에 의거하여 저희는 일차 지급액을 추적할 자격을 보유합니다. 근로자 보상 또는 고용주의 책임법에 따라 합의로 받은 금액("금융 혜택"으로 통칭)을 포함하여 지불 또는 기타 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 재정적 혜택을 받을 자격이 있는지 여부가 불분명하더라도 저희는 보장된 서비스를 제공할 것이지만, 저희는 다음과 같은 원천에서 보장된 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

- 재정적 혜택을 제공하는 원천 또는 재정적 혜택을 받는 자
- 가입자가 산재보험법 또는 고용주 배상책임법에 의거하여 재정적 혜택에 대한 권리를 수립하기 위해 성실히 노력한 경우, 재정적 혜택이 제공되거나 될 수 있는 정도, 또는 제공되거나 될 수 있도록 요구된 정도로 가입자로부터.

---

질문이 있는 경우, 주 7일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8시~오후 8시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## U. 대리모(代理母) 자격

가입자가 대리인 역할을 하기 위해 금전적 보상을 받는 상황에서 당사 플랜은 임신, 임신 및/또는 출산과 관련하여 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 모든 플랜 요금의 상환을 추구합니다. 대리모 약정은 여성이 임신하여 아기를 다른 사람이나 양육하려는 사람에게 맡기는 데 동의하는 것입니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

## 제 12 장: 중요 용어 정의

---

### 소개

본 장에는 본 가입자 안내서 전반에서 사용되는 주요 용어와 그 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순서로 나열됩니다. 원하는 용어를 찾을 수 없거나 정의에 포함된 것보다 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

**일상 생활 활동(ADL):** 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕 또는 양치질과 같이 사람들이 평상시에 하는 일.

**행정법 판사:** 3 단계 이의 제기를 검토하는 판사.

**AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP):** HIV/AIDS 를 앓고 있는 자격이 있는 개인이 생명을 구하는 HIV 약품에 접근할 수 있도록 도와드리는 프로그램입니다.

**외래 수술 센터:** 병원 진료가 필요하지 않고 24 시간 이상 진료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 수술을 제공하는 시설.

**이의 신청:** 저희가 실수했다고 생각하시는 경우 저희의 행동에 이의를 제기할 수 있는 방법. 이의를 제기하여 보장 결정을 변경하도록 요청하실 수 있습니다. 본 가입자 안내서의 제 9 장은 이의 신청의 방법 등 이의 신청에 관해 설명합니다.

**행동 건강:** 정신건강 및 화학 물질 사용 장애 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어입니다.

**브랜드 약물:** 원래 해당 약물을 만든 회사에서 만들어 판매하는 처방약. 브랜드 약물은 제네릭 약물과 성분이 동일합니다. 제네릭 약물은 일반적으로 다른 제약 회사에서 제조 및 판매됩니다.

**진료 조정자:** 가입자, 의료 보험, 가입자의 의료 서비스 제공자와 협력하여 가입자가 필요한 치료를 받을 수 있도록 하는 주요한 한 사람.

**진료 계획:** "개인별로 맞춤화된 진료 계획"을 참조하십시오.

**선택적 진료 계획(Care Plan Optional, CPO) 서비스:** 개인별로 맞춤화된 진료 계획(Individualized Care Plan, ICP)에 따라 선택 가능한 추가 서비스. 이러한 서비스는 가입자가 Medi-Cal 에 따라 받을 수 있도록 승인된 장기 서비스 및 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

**진료팀:** "학제간 진료팀"을 참조하십시오.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**비상 보장 단계:** 저희 플랜이 연말까지 가입자의 모든 약품 비용을 지불하는 Medicare 파트 D 약품 혜택의 단계입니다. 귀하(또는 귀하를 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)가 한 해 동안 Medicare 파트 D 보장 약품과 관련하여 \$8,000 를 지출한 경우 이 단계가 시작됩니다. 이 지불 단계에서 플랜은 보장되는 Medicare 파트 D 의약품에 대한 비용 전액을 지불합니다. 가입자는 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

**Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS):** Medicare 를 담당하는 연방 기관. 본 가입자 안내서 제 2 장에서 CMS 에 연락하는 방법에 대해 설명해 드립니다.

**지역사회 기반 성인 서비스(CBAS):** 자격 기준을 충족하는 가입자에게 전문 간호 서비스, 사회복지 서비스, 직업 치료, 언어 치료, 개인 돌봄, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송 및 기타 서비스를 제공하는 외래 시설 기반 서비스 프로그램

**불만:** 보장되는 서비스나 치료에 대해 문제나 우려 사항이 있음을 나타내는 서면 진술 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 품질, 진료 품질, 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 모든 우려 사항이 포함됩니다. "불만제기"의 공식 명칭은 "고충 접수"입니다.

**종합외래재활시설(CORF):** 질병, 사고 또는 큰 수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 물리 치료, 사회복지 또는 심리 서비스, 호흡기 치료, 직업요법, 언어 요법, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

**코페이:** 특정 서비스 또는 처방약을 받으실 때마다 비용의 분담금으로 지불하는 고정 금액. 예를 들어 가입자께서는 한 번의 서비스 또는 한 처방약에 대해 \$2 또는 \$5 를 부담하시게 됩니다.

**비용 분담:** 특정 서비스 또는 처방약을 받을 때 지불하셔야 하는 금액. 비용 분담에는 코페이가 포함됩니다.

**보장 결정:** 저희가 보장하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장되는 약물 및 서비스 또는 가입자의 의료 서비스에 대해 저희가 지불하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 본 가입자 안내서의 제 9 장에는 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

**보험 적용 약품:** 저희 플랜에서 보장하는 모든 처방약 및 일반 의약품(OTC)을 의미하는 데 사용하는 용어입니다.

**보험 혜택 서비스:** 저희 플랜이 보장하는 모든 보건 의료, 장기 서비스 및 지원, 용품, 처방약, 장비 및 기타 서비스를 지칭하는 데 사용되는 일반 용어입니다.

**문화 역량 훈련:** 의료 서비스 제공자가 가입자의 사회, 문화, 언어 요구 사항을 충족하도록 서비스를 조정하기 위해 가입자의 배경, 가치, 신념을 더 잘 이해하는 데 도움이 되는 추가 지침을 제공하는 교육.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**보건부(DHCS):** Medicaid 프로그램(Medi-Cal 으로 알려짐)을 관리하는 캘리포니아 주의 부처.

**관리보건국(DMHC):** 건강 보험 규제를 담당하는 캘리포니아 주의 부처. DMHC 는 Medi-Cal 서비스에 대해 이의를 제기하거나 불만 사항이 있는 이들을 돕습니다. DMHC 는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 수행합니다.

**탈퇴:** 저희 플랜에서 가입자의 멤버십을 종료하는 과정. 탈퇴는 자발적(자신이 선택함)이거나 비자발적(자신이 선택한 것이 아님)일 수도 있습니다.

**약품 관리 프로그램(DMP):** 가입자가 처방받은 오피오이드 및 다른 빈번하게 남용되는 약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램입니다.

**이중 적격 특별 요구 계획(Dual eligible special needs plan, D-SNP):** Medicare 와 Medicaid 모두에 적격한 개인에게 서비스를 제공하는 건강 보험 플랜입니다. 저희의 계획은 D-SNP 입니다.

**내구성 의료 장비(DME):** 의사가 가입자의 가정에서 사용하기 위해 주문한 특정 품목. 이런 품목의 예를 들면 가정 내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 환자 용품, 병원 침대, 정맥주사 주입 펌프, 음성 재생 장치, 산소 호흡 장비 및 용품, 네블라이저, 보행기가 포함됩니다.

**응급:** 가입자 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 사망, 신체 일부 손실 또는 신체 기능의 손실 또는 심각한 손상을 예방하기 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 믿는 의료 응급 상황. 의학적 증상으로는 질환, 상해, 심각한 통증 또는 급속히 나빠지는 질병 등이 있습니다.

**응급 처치:** 응급 서비스를 제공하도록 훈련을 받고 의료 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 의료 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스.

**예외:** 일반적으로 보장되지 않는 약품에 대한 보장을 받거나 특정 규칙 및 제한 없이 약물을 사용할 수 있는 허가.

**제외된 서비스:** 이 건강 보험 플랜이 보장하지 않는 서비스입니다.

**추가 지원:** 소득과 자원이 제한된 이들의 보험료, 공제금 및 코페이와 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 줄이는 데 도움이 되는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 "저소득 보조금(LIS)"라고 합니다.

**제네릭 약물:** 브랜드 약물 대신 사용하도록 연방 정부가 승인한 처방약. 제네릭 약물의 성분은 브랜드 의약품과 같습니다. 일반적으로 브랜드 약물과 동일한 효력을 나타내며 보통 비용이 적게 듭니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.



**고충 사항:** 가입자가 저희 또는 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 약국 중 하나에 대해 제기하는 불만. 여기에는 진료의 질 또는 의료 보험 플랜이 제공하는 서비스의 질에 대한 불만이 포함됩니다.

**의료보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP):** Medicare 에 대한 객관적인 정보와 상담을 무료로 제공하는 프로그램. 본 가입자 안내서 제 2 장에서 HICAP 에 연락하는 방법에 대해 설명해 드립니다.

**의료 보험 플랜:** 의사, 병원, 약국, 장기 의료 서비스 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 조직. 또한 모든 의료 서비스 제공자와 서비스 관리를 지원하는 진료 조정자가 포함됩니다. 이 모두는 협력하여 가입자가 필요한 치료를 제공합니다.

**건강 위해성 평가(HRA):** 가입자 병력 및 현재 상태에 대한 검토. 이는 가입자 건강과 가입자 건강이 미래에 어떻게 바뀔 수 있는지 알기 위해 사용됩니다.

**가정간호도우미:** 개인 간호 지원(목욕, 화장실 사용, 환복, 또는 처방된 운동 실시하기 등)과 같은 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요가 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정간호도우미는 간호사 면허가 없으며 치료를 제공하지 않습니다.

**호스피스:** 말기 예후가 있는 사람들이 편안하게 생활할 수 있도록 보살피고 지원하는 프로그램. 말기 예후란 사람이 의학적으로 말기 진단을 받은 것을 의미하며, 이는 기대 수명이 6 개월 이하임을 의미합니다.

말기 예후가 있는 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.

특히 훈련된 전문가 및 간병인 팀이 신체적, 정서적, 사회적, 영적 필요 등 전인적 치료를 제공합니다.

저희는 가입자의 지역에 있는 호스피스 제공자 목록을 가입자에게 제공해야 합니다.

**부당한/부적절한 청구:** 의료 서비스 제공자(예: 의사 또는 병원)가 서비스에 대한 저희 비용 분담금보다 더 많이 청구하는 상황. 이해할 수 없는 청구서를 받으시면 가입자 서비스에 전화하십시오.

플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 저희 플랜의 비용 분담금을 지불합니다. 저희는 의료 서비스 공급자가 이 금액을 초과하여 가입자에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

**가정 내 지원 서비스(IHSS):** IHSS 프로그램은 귀하가 자택에 안전하게 머물 수 있도록 귀하에게 제공되는 서비스 비용을 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS 는 요양원이나 숙박 및 치료 시설과 같은 가정 외 간호의 대안입니다. IHSS 를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 배변 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 의료 보조 서비스), 진료 예약 동반 및 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다. 카운티 사회 복지 기관은 IHSS 를 관리합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**독립 의료 심사(IMR):** 저희가 가입자의 의료 서비스 또는 치료 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다. 저희 결정에 동의하지 않고 가입자 문제가 DME 용품 및 약물 등 Medi-Cal 서비스에 관한 문제인 경우 캘리포니아 관리보건국에 IMR 을 요청할 수 있습니다. IMR 은 저희 플랜에 속하지 않은 의사가 가입자 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 가입자에게 유리하다면 저희는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 지불하지 않습니다.

**독립의료심사기구(IRO):** 2 단계 이의 제기를 검토하는 Medicare 에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare 는 이 기관의 업무를 감독합니다. 공식 명칭은 독립 심사체입니다.

**개인별로 맞춤화된 진료 계획(ICP 또는 진료 계획):** 가입자가 어떤 서비스를 어떻게 받을 것인지에 대한 계획. 가입자 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

**첫 보험 보장 단계:** 가입자의 총 Medicare 파트 D 약품 비용이 \$8,000 에 도달하기 전의 단계입니다. 여기에는 가입자가 지불한 금액, 저희 플랜이 가입자를 대신하여 지불한 금액, 저소득 보조금이 포함됩니다. 이 단계에서는 저희가 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 부담금을 지불합니다.

**입원 환자:** 가입자가 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우 사용하는 용어. 공식적으로 입원을 하지 않은 경우에는 하룻밤을 지내더라도 입원이 아닌 외래로 간주될 수 있습니다.

**학제간 진료팀(Interdisciplinary Care Team, ICT 또는 진료팀):** 진료팀에는 의사, 간호사, 상담사 또는 가입자가 필요한 진료를 받을 수 있도록 도와주는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 진료팀은 진료 계획을 세우는 데에도 도움을 줍니다.

**보장 약물 목록(약물 목록):** 저희가 보장하는 처방약 및 일반 의약품(OTC) 목록. 저희는 의사와 약사의 도움을 받아 이 목록에 있는 약물을 선택합니다. 약물 목록에는 약물을 받기 위해 따라야 하는 규칙이 나와 있습니다. 약물 목록은 때때로 "처방집"이라고 합니다.

**장기 서비스 및 지원(LTSS):** 장기 서비스 및 지원은 장기 의학적 상태를 개선하는 데 도움이 됩니다. 이러한 서비스의 대부분은 가입자가 사설 요양 시설이나 병원에 갈 필요가 없이 자택에 머무를 수 있도록 도와줍니다. 저희 플랜에서 보장하는 LTSS 에는 지역사회 기반 서비스, 요양 시설(NF) 및 지역사회 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS 입니다.

**저소득 보조금(LIS):** "추가 지원"을 참조하세요.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**우편 주문 프로그램:** 일부 플랜은 자택으로 직접 보내진 처방약을 최대 3 개월까지 공급할 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공할 수도 있습니다. 이는 가입자가 정기적으로 받는 처방전을 조제할 수 있는 비용 효율적이고 편리한 방법일 수 있습니다.

**Medi-Cal:** 이는 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal 은 캘리포니아주에서 관리하며 캘리포니아주와 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원과 의료 비용을 지불하도록 돕습니다.
- Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약품을 일부 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만, 가입자께서 Medicare 와 Medi-Cal 모두에 대한 자격을 보유하신 경우, 대부분의 보건 의료 비용을 보장받게 됩니다.

**Medi-Cal 플랜:** 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 교통편과 같은 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

**Medicaid(또는 의료 지원):** 연방 정부와 주정부가 운영하는 프로그램으로, 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 요양 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다. Medi-Cal 은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다.

**의학적 필요:** 여기에는 질병을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 약품이 설명되어 있습니다. 여기에는 병원 또는 사설 요양 시설 입원을 방지하기 위한 치료가 포함됩니다. 또한 서비스, 물품 또는 약물이 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.

**Medicare:** 만 65 세 이상인 사람, 만 65 세 미만의 특정 장애가 있는 사람, 말기 신장 질환이 있는 사람(일반적으로 투석 또는 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전증이 있는 사람)을 위한 연방 의료 보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 의료 플랜("건강 플랜" 참조)을 통해 Medicare 건강 보장을 받을 수 있습니다.

**Medicare Advantage:** "Medicare 파트 C" 또는 "MA"라고도 하는 Medicare 프로그램으로, 민간 기업을 통해 MA 계획을 제공합니다. Medicare 는 가입자의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 해당 기업에 비용을 지불합니다.

**Medicare 재심 위원회(위원회):** 4 단계 이의 제기를 검토하는 위원회입니다. 본 위원회는 연방 정부의 기관입니다.

**Medicare 에서 보장하는 서비스:** Medicare 파트 A 및 파트 B 가 보장하는 서비스입니다. 저희 플랜을 포함한 모든 Medicare 건강 보험 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 가 보장하는 모든 서비스를 보장해야만 합니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**Medicare 당뇨병 예방 프로그램(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP):** 체계적인 건강 행동 변화 프로그램으로, 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 및 체중 감소와 건강한 라이프 스타일을 유지하기 위해 반드시 극복해야 할 문제에 관한 전략에 대한 교육을 제공합니다.

**Medicare-Medi-Cal 가입자:** Medicare 및 Medi-Cal 보장을 받을 자격이 있는 사람. Medicare-Medicaid 가입자는 "이중 자격이 있는 개인"이라고도 합니다.

**Medicare 파트 A:** 의학적으로 필요한 대부분의 병원, 전문 요양 시설, 가정 건강, 호스피스 간호를 포함하는 Medicare 프로그램.

**Medicare 파트 B:** Medicare 프로그램은 질병이나 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(예: 검사실 검사, 수술 및 의사 방문) 및 용품(예: 휠체어 및 보행기)을 보장합니다. Medicare 파트 B 는 또한 많은 예방 서비스 및 선별 서비스를 보장합니다.

**Medicare 파트 C:** "Medicare Advantage" 또는 "MA"라고도 하는 Medicare 프로그램으로, 민간 건강 보험 기업이 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있게 합니다.

**Medicare 파트 D:** Medicare 처방약 혜택 프로그램. 이 프로그램을 줄여서 "파트 D"라고 합니다. Medicare 파트 D 는 외래 환자 처방약, 백신 및 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid 에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 저희 플랜에는 Medicare 파트 D 가 포함됩니다.

**Medicare 파트 D 약물:** Medicare 파트 D 에 따라 보장되는 약품입니다. 의회는 특정 범주의 약품을 Medicare 파트 D 에 따른 보장에서 제외합니다. Medicaid 는 이러한 약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

**약품 치료 요법 관리(MTM):** 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약사를 포함한 보건 의료 제공자가 제공하는 개별 의료 서비스 그룹 또는 여러 의료 서비스 그룹. 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 5 장을 참조하십시오.

**가입자(저희 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자):** 보장 서비스를 받을 자격이 있는 Medicare 및 Medi-Cal 가입자로, 저희 플랜에 가입했으며 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) 및 주에서 등록을 확인한 사람.

**가입자 안내서 및 공개 정보:** 이 문서는 가입자의 보장 사항, 저희가 해야 할 일, 가입자의 권리, 저희 플랜의 가입자로서 해야 할 일을 설명하며, 가입자 등록 양식 및 기타 첨부 파일 또는 추가 사항과 함께 제공됩니다.

**가입자 서비스:** 멤버십, 혜택, 고충 사항, 이의 제기 관련한 가입자 질문에 답변을 담당하는 저희 플랜의 부서. 가입자 서비스에 대한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 2 장을 참조하십시오.

---

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**네트워크 약국:** 네트워크 약국은 플랜 가입자의 처방전을 조제하기로 동의한 약국입니다. 저희 플랜과 협력하기로 동의했기 때문에 저희는 그들을 "네트워크 약국"이라고 부릅니다. 대부분의 경우 저희는 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제된 처방약에 대해서만 비용을 지불합니다.

**의료 서비스 제공자 네트워크:** "의료 서비스 제공자"는 의사, 간호사 및 의료 서비스와 치료를 제공하는 기타 사람을 지칭하는 일반 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 건강 기관, 진료소 및 건강 관리 서비스, 의료 장비, 장기 서비스 및 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

- 그들은 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 **Medicare** 와 주에서 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 저희 의료 보험 플랜과 협력하고 지불을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 청구하지 않는 데 동의하면 저희는 이들을 "네트워크 의료 서비스 제공자"라고 부릅니다.
- 저희 플랜에 가입한 동안 보장되는 서비스를 받으려면 네트워크 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

**사설 요양원 또는 시설:** 집에서 치료를 받을 수 없지만 병원에 갈 필요가 없는 사람들을 위한 치료를 제공하는 시설입니다.

**옴부즈맨:** 가입자를 대신하여 옹호자 역할을 하는 가입자 주의 사무소. 가입자에게 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 답하고 무엇을 해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. 자세한 정보는 본 **가입자 안내서 제 2 장 및 제 9 장**을 참조하십시오.

**조직 결정:** 저희 플랜은 저희 또는 저희 의료 서비스 제공자가 의료 서비스가 보장되는지 여부 또는 가입자가 해당 서비스에 대해 지불하는 액수에 대해 결정할 때 조직 차원의 결정을 내립니다. 조직 결정은 "보장 결정"이라고 합니다. 본 **가입자 안내서 제 9 장**에서 보장 결정을 설명합니다.

**Original Medicare(기존 Medicare 또는 진료별 수가제 Medicare):** 정부는 Original Medicare 를 제공합니다. Original Medicare 하에서, Medicare 서비스는 의회가 정한 액수를 의사, 병원, 기타 보건 의료 제공자에게 지급함으로써 보장됩니다.

- 가입자께서는 Medicare 를 수락한 의사, 병원 또는 기타 보건 의료 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니다. Original Medicare 는 두 부분으로 구성됩니다. Medicare 파트 A(병원 보험) 및 Medicare 파트 B(의료 보험).
- Original Medicare 는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.
- 저희 플랜에 가입하고 싶지 않다면 Original Medicare 를 선택하실 수 있습니다.

**네트워크에 속하지 않은 약국:** 플랜 가입자에게 보장되는 약물을 조정하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하기로 동의하지 않은 약국. 저희 플랜은 특정 조건이 적용되지 않는 한 네트워크에 속하지 않은 약국에서 구입한 약물의 대부분을 보장하지 않습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**네트워크에 속하지 않은 의료 서비스 공급자 또는 네트워크에 속하지 않은 시설:** 저희 플랜에서 고용하거나, 소유하거나, 운영하지 않고 저희 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하기로 계약하지 않은 의료 서비스 제공자 또는 시설. **네트워크에 속하지 않은 의료 서비스 제공자 또는 시설은 본 가입자 안내서의 제 3 장에서 설명합니다.**

**가입자 부담 비용(Out-of-pocket costs):** 가입자가 받는 서비스나 약물의 일부에 대해 비용을 부담해야 하는 비용 분담 요건을 "자기 부담금" 요건이라고도 합니다. 위의 "비용 분담"에 대한 정의를 참조하십시오.

**일반 의약품(OTC):** 일반 의약품은 보건 의료 전문가의 처방전 없이 살 수 있는 약물 또는 의약품입니다. 일반 의약품 건강 및 웰니스 품목에 관한 정보는 **제 4 장**을 참조하십시오.

**파트 A:** "Medicare 파트 A"를 참조하십시오.

**파트 B:** "Medicare 파트 B"를 참조하십시오.

**파트 C:** "Medicare 파트 C"를 참조하십시오.

**파트 D:** "Medicare 파트 D"를 참조하십시오.

**파트 D 약물:** "Medicare 파트 D 약물"을 참조하십시오.

**개인 의료 정보보호된 건강 정보(PHI)라고도 함):** 가입자 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 방문, 병력과 같은 가입자 및 가입자 건강에 관한 정보. 저희가 가입자의 PHI 를 보호, 사용, 공개하는 방법과 가입자의 PHI 에 대한 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 **개인정보 보호관행 고지**를 참조하십시오.

**1 차 진료 제공자(PCP):** 대부분의 건강 문제에 대해 가입자가 가장 먼저 이용하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자. 그들은 가입자가 건강을 유지하는 데 필요한 치료를 받을 수 있게 합니다.

- 이들은 또한 다른 의사 및 보건 의료 제공자와 함께 가입자의 진료에 관해 함께 상의하며 그들에게 진료 의뢰를 하기도 합니다.
- 많은 Medicare 의료 플랜에서, 가입자께서는 다른 보건 의료 제공자를 사용하기 전에 반드시 1 차 진료 제공자를 사용하셔야 합니다.
- 1 차 진료 제공자 진료 받기에 대한 자세한 정보는 **본 가입자 안내서 제 3 장**을 참조하십시오.

**사전 승인(PA):** 특정 서비스나 약물을 받거나 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하기 전에 저희로부터 받아야 하는 승인입니다. 먼저 승인을 받지 않으시면 저희 플랜에서 서비스나 약품을 보장하지 않을 수도 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

일부 네트워크 의료 서비스는 의사 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자들이 저희로부터 PA 를 받는 경우에만 저희 플랜에서 보장합니다.

- 저희 플랜의 PA 가 필요한 보장 서비스는 본 가입자 안내서의 제 4 장에 표시되어 있습니다.

일부 약품은 저희로부터 PA 를 받으신 경우에만 저희 플랜이 보장합니다.

- 플랜의 PA 가 필요한 보장 의약품은 보장 의약품 목록에 표시되어 있습니다.

**Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):** 자택에서 생활하려면 더 높은 수준의 치료가 필요한 만 55 세 이상의 사람들을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램입니다.

**보철 및 보조기구:** 팔 보호대, 등 보호대, 목 보호대, 인공 팔다리, 인공 눈, 장루 용품과 경장 요법, 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부위 또는 기능을 교체하는 데 필요한 장치를 포함하되 이에 국한되지 않는 의사 또는 기타 보건 의료 제공자가 주문한 의료 기기.

**품질 향상 기관(QIO):** Medicare 가입자를 위한 진료의 질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 보건 의료 전문가 그룹. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO 에 비용을 지불합니다. QIO 에 대한 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 2 장을 참조하십시오.

**수량 제한:** 가입자가 가질 수 있는 약물의 양에 대한 제한. 저희는 처방당 보장하는 약물의 양을 제한할 수 있습니다.

**실시간 혜택 도구:** 가입자가 완전하고, 정확하며, 시기적절하고, 임상적으로 적절한 가입자별 보장 의약품 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 주어진 약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인 또는 수량 제한)이 포함됩니다.

**의뢰:** 소개란 1 차 진료 제공자(PCP)의 소개이거나 저희가 가입자의 PCP 이외의 의료 서비스 제공자를 이용하도록 승인하는 것입니다. 가입자가 먼저 승인을 받지 못하면 저희가 서비스를 보장하지 못할 수도 있습니다. 여성 건강 검진 전문의와 같은 특정 전문의를 이용하려는 경우에는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 의뢰에 자세한 정보는 본 가입자 안내서 제 3 장 및 제 4 장을 참조하십시오.

**재활 서비스:** 질병, 사고 또는 중대한 수술에서 회복하는 데 도움이 되는 치료. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 제 4 장을 참조하십시오.

**민감 서비스:** 정신건강 또는 행동 건강, 성적 건강 및 생식 건강, 가족계획, 성 매개성 감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 화학 물질 사용 장애, 성별 확인 관리, 친밀한 파트너 폭력과 관련된 의료 서비스.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.

**서비스 지역:** 사람들이 거주하는 곳에 기반하여 멤버십이 제한을 받게 되는 경우 의료 플랜이 회원을 받아들이는 지리적 지역. 가입자가 사용할 수 있는 의사 및 병원에 제한을 두는 플랜의 경우, 이는 또한 일반적으로 가입자께서 정기적(응급이 아닌) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 저희 서비스 지역에 거주하는 사람만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

서비스 가능 지역은 비용 분담금, 가입 및 탈퇴와 관련하여 **제 1 장**에 설명되어 있습니다. 보장된 서비스를 받기 위한 목적에 대해서는, 가입자께서는 남부 캘리포니아주 서비스 지역 내 어느 곳에서든 네트워크 의료 서비스 제공자를 통해 진료를 받을 수 있습니다(저희 **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 참조하십시오).

**비용 분담:** 혜택이 효력을 발휘하기 전에 매월 지불해야 할 수 있는 건강 관리 비용의 일부분. 비용 분담 금액은 가입자 소득과 자원에 따라 다릅니다.

**전문 요양 시설(SNF):** 전문 간호 치료를 제공하고 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공하는, 직원과 장비가 있는 요양 시설.

**전문 요양 시설(SNF) 치료:** 전문 요양 시설에서 매일 지속적으로 제공되는 전문 간호 치료 및 재활 서비스. 전문요양시설 진료에는 면허 등록된 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료나 정맥(IV) 주사와 같은 서비스가 있습니다.

**전문의:** 특정 질병이나 신체 일부에 대한 건강 관리를 제공하는 의사.

**전문 약국:** 전문 약국에 대한 자세한 내용은 본 **가입자 안내서 제 5 장**을 참조하십시오.

**주 심의회:** 가입자의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 저희가 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 보유한 Medi-Cal 서비스에 대해 저희가 계속해서 비용을 지불하지 않을 경우, 가입자는 주 심의회를 요청할 수 있습니다. 주 심의회가 가입자에게 유리하게 결정되면 저희는 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

**사회 보장 연금(Supplemental Security Income, SSI):** 소득과 자원이 제한적이거나 장애가 있거나, 실명하였거나, 만 65 세 이상인 사람들에게 사회보장국에서 지급하는 월별 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장국 혜택과는 다릅니다.

**긴급하게 필요한 치료:** 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 갑작스러운 질병, 부상 또는 상태에 대해 받는 치료. 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 네트워크에 속하지 않은 의료 서비스 제공자로부터 긴급하게 필요한 치료를 받을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, 주 7 일 운영하는 가입자 서비스에 오전 8 시~오후 8 시에 **1-800-443-0815 (TTY 711)**로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 **kp.org/medicare** 를 방문하십시오.









# 차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente 는 해당 연방 시민평등권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 바탕으로 차별하지 않습니다. Kaiser Permanente 는 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 특정인을 배제하거나 달리 대하지 않습니다. 또한, 저희는

- 당사와의 원활한 소통을 위해, 장애가 있는 분들께 다음과 같은 도움 및 서비스를 무료로 제공합니다.
  - 자격이 있는 수화 통역사.
  - 큰 활자, 음성, 장애인 이용이 가능한 전자 문서 등 다른 형식으로 된 서면 정보.
- 모국어가 영어가 아닌 분들께는 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
  - 자격이 있는 통역사.
  - 다른 언어들로 작성된 정보.

이러한 서비스가 필요하시면 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이에 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 가입자 서비스에 전화하십시오.

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** 로 민권 코디네이터에게 서면을 통해서 또는 상기 번호로 가입자 서비스에 전화하셔서 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 우편이나 전화로 불만을 접수하실 수 있습니다. 불만을 접수하실 때 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와 드리겠습니다. 또한 귀하께서는 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소에 민권 침해 신고 포털

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** 를 통해 온라인 상으로, 또는 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)** 를 통해 우편 및 전화로 민권 관련 불만 사항을 접수할 수 있습니다. 불만 제기 양식은

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** 에서 찾을 수 있습니다.



## 차별 금지에 관한 고지

차별은 법에 위배됩니다. Kaiser Permanente는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

Kaiser Permanente는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 법에 위배되는 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
  - ◆ 자격이 있는 수화 통역사
  - ◆ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
  - ◆ 자격을 갖춘 통역사
  - ◆ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, 매일 24시간 언제든지(법정 공휴일은 제외) **1-800-464-4000 (TTY 711)**번으로 저희 가입자 서비스 연락 센터에 전화하십시오. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 **711**번으로 전화하십시오.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으시려면, 가입자 서비스 연락 센터에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

### Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, Kaiser Permanente 측에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서 (*Evidence of Coverage*) 또는 보험 증서 (*Certificate of Insurance*) 를 참조해 주십시오. 귀하는 또한 귀하에게 적용되는 옵션에 대해 가입자 서비스 담당자와 상담하실 수 있습니다. 이의 제기에 도움이 필요하신 경우, 가입자 서비스로 전화하십시오.

이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** 하루 24시간, 주 7일(법정 공휴일은 제외) 운영되는 가입자 서비스 전화 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 문의하십시오.
- **우편:** **1 800-464-4000 (TTY 711)**번으로 전화하여 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.

- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities)에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 [kp.org](http://kp.org)에서 온라인 양식을 이용하십시오.

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
 Member Relations Grievance Operations  
 P.O. Box 939001  
 San Diego CA 92193

**캘리포니아 보건부 (Department of Health Care Services)의 민권 사무실에 불만을 제기하는 방법 (Medi-Cal 수혜자 전용)**

또한 캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화: 916-440-7370 (TTY 711)** 번으로 보건부 (Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 편지 발송:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
 Department of Health Care Services  
 Office of Civil Rights  
 P.O. Box 997413, MS 0009  
 Sacramento, CA 95899-7413

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)**

- **온라인:** [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)으로 이메일

**미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법**

미국 보건복지부(Department of Health and Human Services) 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019 (TTY 711 또는 1-800-537-7697)**으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 서신 발송:

U.S. Department of Health and Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다:

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포털 **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** 방문

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



## Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。 TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yidííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiłgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
закладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

## Senior Advantage Medicare Medi-Cal 가입자 서비스

전화	<b>1-800-443-0815</b>  이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 운영.  또한 회원 서비스 센터에는 영어를 못 하시는 분을 위한 무료 통역 서비스 또한 준비되어 있습니다.
TTY	<b>711</b>  이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 연중무휴 오 전 8 시~오후 8 시 운영.
서신	가입자의 가입자 서비스 지역 사무소(위치는 의료 서비스 제공자 및 약국 목록 참조).
웹사이트	<b>kp.org</b>