

2025년 1월 1일~12월 31일

보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC):

Kaiser Permanente Dual Complete(HMO D-SNP) 가입자로서의 Medicare 건강 혜택 및 서비스 및 처방약 보험금 지급 범위

이 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지의 Medicare 건강 관리 및 처방약 보장에 대한 세부 정보를 제공합니다. 이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관하여 주시기 바랍니다.

이 문서에 대한 질문이 있으시면 1-800-805-2739로 회원 서비스에 문의해 주세요. (TTY 사용자는 711로 연락하십시오.) 운영 시간은 오전 8시~오후 8시이며 연중무휴로 운영합니다. 이 통화는 무료입니다.

Kaiser Permanente Dual Complete Plan이라는 이 플랜은 Kaiser Foundation Health Plan(건강보험)에서 제공합니다. 본 **보장 범위 증명서**에서 "저희", "저희를", "저희의"를 의미합니다. 보장 증명서에서 "플랜" 이나 "저희 플랜"은 Kaiser Permanente Dual Complete를 의미합니다.

본 문서는 무료로 다른 언어로도 제공됩니다. 더 자세한 정보를 원하시면 저희 가입자 서비스 전화번호 1-800-805-2739로 연락주시기 바랍니다. (TTY 사용자는 711로 연락하십시오.) 운영 시간은 오전 8시~오후 8시이며 연중무휴로 운영합니다.

필요하신 경우 가입자 서비스로 연락하시면 본 문서를 큰 글씨나 점자, 오디오 파일, CD로도 제공해드릴 수 있습니다(전화번호는 본 책자 겉표지 후면에 인쇄되어 있습니다).

혜택, 보험료, 공제금 및/또는 정액 본인 부담금/공동 보험금은 2026년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다. 처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요 시 변경에 대한 통지를 보내 드립니다. 영향을 받는 등록자에게는 최소 30일 전에 변경 사항을 통지해 드립니다.

이 문서에서는 귀하의 혜택과 권리를 설명합니다. 이 문서를 사용하여 다음 내용을 알아보세요.

- 귀하의 계획 보험료 및 부담 비용;
- 귀하의 의료 및 처방약 혜택;
- 서비스 또는 치료에 만족하지 못할 경우 불만을 제기하는 방법;
- 추가 지원이 필요한 경우 당사에 연락하는 방법 및
- Medicare 법에 따라 요구되는 기타 보호 조치들.

2025 보장 범위 증명서

목차

제1장: 신규 가입자를 위한 안내	7
1항 소개.....	7
2항 플랜 가입자가 되기 위해 필요한 자격.....	8
3항 가입자에게 제공되는 중요한 멤버십 자료.....	10
4항 저희 플랜에 대한 월 비용.....	11
5항 월 보험료에 관한 추가 정보.....	14
6항 플랜 가입자 자격 기록을 최신 상태로 유지.....	15
7항 다른 보험의 적용을 받는 경우 저희 플랜이 작용하는 방식.....	15
제2장: 중요한 전화번호 및 리소스	17
1항 Kaiser Permanente Dual Complete 연락처(가입자 서비스 연락 방법 등 저희에게 연락하실 수 있는 수단).....	17
2항 Medicare(연방 Medicare 프로그램에서 직접 도움과 정보를 얻는 방법).....	21
3항 State Health Insurance Assistance Program(Medicare에 관한 무료 도움, 정보 및 질문에 대한 답변).....	22
4항 품질 향상 기관(Quality improvement organization, QIO).....	23
5항 Social Security.....	24
6항 Medicaid.....	25
7항 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보.....	27
8항 Railroad Retirement Board에 연락하는 방법.....	29
제3장: 가입자의 의료 서비스에 대해 저희 플랜 이용하기	30
1항 저희 플랜의 가입자로서 의료 진료를 받으실 때 알아두셔야 할 사항.....	30
2항 당사 네트워크의 의료 서비스 제공자를 통해 의료 진료.....	32
3항 응급 상황 또는 긴급 의료 서비스가 필요할 때나 재난 상황 시 서비스를 받는 방법.....	36
4항 보장된 서비스의 모든 비용에 대해 직접 청구서를 받는 경우는 어떻게 해야합니까?.....	38
5항 가입자가 임상 시험에 참여 중일 때 의료 서비스는 어떻게 보장이 됩니까?.....	39
6항 종교적 비의학적 보건 의료 기관에서 진료를 받기 위한 규칙.....	40
7항 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙.....	41

제4장: 의료 보험 혜택표(보장 내용 및 가입자 부담금).....	43
1항 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담금 이해하기.....	43
2항 의료 보험 혜택표를 이용하여 가입자의 보장 내용과 부담금 확인하기.....	45
3항 저희 플랜이 보장하지 않는 서비스는 무엇입니까?.....	92
4항 저희 플랜이 보장하지 않는 서비스는 무엇일까요?.....	93
제5장: 가입자의 파트 D 처방약에 대해 저희 플랜의 보장 이용하기.....	102
1항 소개.....	102
2항 네트워크 약국 또는 저희 우편 주문 서비스를 통해 처방 약물을 조제 하십시오.....	103
3항 가입자의 약물은 약물 목록에 수록되어 있어야 합니다.....	106
4항 몇몇 약물에 대한 보장에는 제한이 있습니다.....	108
5항 가입자가 원하는 보장 방법으로는 일부 약물이 보장되지 않는 경우는 어떻게 합니까?.....	108
6항 가입자의 약물 중 하나에 대한 보장이 변경되는 경우는 어떻게 합니까?.....	111
7항 저희 플랜이 보장하지 않는 약물의 유형은 어떤 것이 있습니까?.....	113
8항 우편으로 처방전 조제.....	114
9항 특수 상황에서 파트 D 약물에 대한 보장.....	115
10항 약물 안전 및 약물 관리 프로그램.....	116
제6장: 파트 D 처방약에 대한 가입자 부담금.....	118
1항 소개.....	118
2항 약물에 대한 식품 의약청은 가입자께서 약물을 수령하실 때 어떤 "약물 비용 지급 단계"에 있느냐에 따라 달라집니다.....	120
3항 가입자의 약물 부담금 및 어떤 부담 단계에 속해 있는지를 설명해 드리는 보고서를 보내드립니다.....	120
4항 공제금 단계에서 가입자는 3, 4, 5등급 약물의 전체 비용을 부담합니다.....	122
5항 첫 보장 단계에서는 저희와 가입자가 각자 약물 비용을 부담합니다.....	122
6항 재난 보장 단계에 도달하면 가입자께서는 보장되는 파트 D 약물에 대해 부담하지 않습니다.....	126
7항 파트 D 백신. 부담금은 어디서 어떻게 그것을 구매하시느냐에 따라 달라 집니다.....	126

제7장: 보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 수령한 부담금 지급 요청	129
1항 보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 저희가 부담해야 할 부분을 가입자께서 요청해야 하는 상황.....	129
2항 저희에게 상환 또는 수령하신 청구서에 대한 지급을 요청하는 방법.....	131
3항 저희는 가입자의 비용 지급 요청을 검토한 후 가부 결정을 내릴 것입니다.....	132
제8장: 귀하의 권리 및 책임	134
1항 저희는 플랜 가입자의 권리와 문화적 민감성을 존중합니다.....	134
2항 가입자께서는 저희 플랜의 회원으로서 몇 가지 책임을 집니다.....	139
제9장: 문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기)	141
1항 소개.....	141
2항 자세한 정보와 개인화된 지원을 받을 수 있는 곳.....	141
3항 저희 플랜의 Medicare 및 Medicaid 불만 제기 및 재심 이해하기	142
가입자의 혜택 관련 문제.....	143
4항 보장 범위 결정과 재심.....	143
5항 보장 범위 결정과 재심의 기초에 대한 안내.....	143
6항 의료 진료: 보장 범위 결정을 요청하거나 보장 범위 결정에 재심을 신청하 는 방법.....	146
7항 파트 D 처방약: 보장 범위 결정을 요청하거나 재심을 신청하는 방법.....	155
8항 조기에 퇴원 조치된다고 생각하는 경우 저희에게 장기 병원 입원 보장을 요청하는 방법.....	164
9항 보장이 너무 짧다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스에 대해 지속적인 보장을 요청하는 방법.....	170
10항 3단계 이상 재심으로 이행하기.....	176
11항 의료 서비스의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 및 기타 우려 사항에 관한 불만 제기를 하는 방법.....	180
제10장: 가입한 플랜에 대한 멤버십 해지	184
1항 저희 플랜에서 가입자의 멤버십 해지 소개.....	184
2항 언제 플랜을 해지할 수 있습니까?.....	184
3항 플랜 멤버십 해지는 어떻게 하면 됩니까?.....	187
4항 가입자의 멤버십이 해지될 때까지, 가입자께서는 반드시 저희 플랜을 통 해 의료 품목, 서비스 및 약물 보장을 계속 받으셔야 합니다.....	188
5항 저희는 특정 상황에서 반드시 가입자의 플랜 멤버십을 해지해야만 합니다.....	189

제11장: 법적 통지	191
1항 준거법에 관한 통지.....	191
2항 차별금지에 관한 통지.....	191
3항 Medicare 이차 지급 보험 대위권에 관한 통지.....	191
4항 본 보장 범위 증명서의 관리.....	191
5항 신청서 및 진술서.....	191
6항 양도.....	192
7항 변호사, 변호사 수입료 및 비용.....	192
8항 혜택의 조정.....	192
9항 고용주의 책임.....	192
10항 가입자에게 적용되는 보장 범위 증명서.....	192
11항 정부 기관의 책임.....	193
12항 가입자의 책임 제한.....	193
13항 면제 금지.....	193
14항 통지서.....	193
15항 초과지급분 환급.....	193
16항 제3자 배상책임.....	193
17항 미국 제대군인부.....	194
18항 산재보험 또는 고용주 배상책임보험.....	194
19항 대리모.....	195
20항 법적 구속력 있는 중재.....	195
제12장: 중요 용어 정의	200

제1장: 신규 가입자를 위한 안내

1항 소개

1.1항 가입자께서는 전문 Medicare Advantage 플랜(Special Needs 플랜)인 Kaiser Permanente Dual Complete에 가입하셨습니다

귀하는 Medicare와 Medicaid 모두에 의해 보장됩니다:

- **Medicare**는 65세 이상의 사람, 특정 장애가 있는 65세 미만의 사람, 말기 신장질환(신부전) 환자를 위한 연방 의료 보험 프로그램을 지칭합니다.
- **Medicaid**는 소득과 자원이 제한된 특정한 분들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부의 연합 프로그램입니다. Medicaid 보장 범위는 주와 귀하가 보유한 Medicaid 유형에 따라 다릅니다. Medicaid에 가입한 일부 사람들은 Medicare 보험료 및 기타 비용을 부담하는 데 도움을 받습니다. 다른 사람들은 또한 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약품에 대한 보장을 받습니다.

가입자께서는 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜을 통해 Medicare 건강 관리와 처방약 보장을 받기로 선택하셨습니다. 모든 파트 A 및 파트 B 서비스는 저희가 부담합니다. 단, 본 플랜의 분담 비용 및 의료 서비스 제공자 이용은 Original Medicare와 차이가 있습니다.

Kaiser Permanente Dual Complete는 전문 Medicare Advantage 플랜 (Medicare Special Needs 플랜)으로, 특별한 보건 의료가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택을 제공합니다.

Kaiser Permanente Dual Complete는 Medicare 가입자인 동시에 Medicaid 지원 대상인 사람을 위해 설계되었습니다.

Medicaid를 통해 Medicare 파트 A 및 B 분담 비용 (공제금, 환자 분담금 및 공동 보험금)에 대한 지원을 받기 때문에 Medicare 건강 관리 서비스에 대해서는 비용을 부담하지 않을 수 있습니다. Medicaid는 또한 일반적으로 Medicare에서 보장하지 않는 건강 관리 서비스, 처방약, 장기 치료 및/또는 가정 및 지역사회 기반 서비스를 보장함으로써 귀하에게 다른 혜택을 제공할 수도 있습니다. 또한 Medicare 처방약 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받게 됩니다. 저희 플랜은 귀하가 받을 자격이 있는 건강 관리 서비스 및 지불 지원을 받을 수 있도록 이러한 모든 혜택을 관리하는 데 도움을 드릴 것입니다.

Kaiser Permanente Dual Complete는 비영리 단체에서 운영합니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로 이 Medicare Special Needs 플랜은 Medicare의 승인을 받았습니다. 또한 이 플랜은 Hawaii Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 귀하의 Medicaid 혜택을 조정합니다. 귀하의 처방 약 보장을 포함한 Medicare 건강 관리 보장을 제공하게 되어 기쁘게 생각합니다.

이 플랜의 보장 범위는 적격 건강 보험(Qualifying Health Coverage, QHC)으로 적합하며 환자 보호 및 적정 의료법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) 개인의 공동 책임 요건을 충족합니다. 자세한 사항은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를 방문하시기 바랍니다.

1.2항 보장 범위 증명서 책자에서 다루는 내용.

본 **보장 범위 증명서**에는 가입자가 Medicare 진료와 처방약을 보장받을 수 있는 방법이 수록되어 있습니다. 가입자의 권리와 책임, 보장 내용과 저희 플랜의 회원으로서 가입자께서 지급하셔야 하는 내역 및 결정이나 치료에 만족하지 못할 경우 불만을 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

보장 및 보장 서비스란 용어는 저희 플랜의 가입자로서 받으시는 의료 진료 및 서비스와 처방약을 지칭합니다.

저희 플랜의 규정과 가입자가 받으실 수 있는 서비스에 대해 알아두셔야 합니다. 본 **보장 범위 증명서**를 가까이 두고 전부 읽어 보시기를 권유해드립니다.

혼동되거나 우려되는 점이 있거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

1.3항 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

본 **보장 범위 증명서**는 가입자의 의료 서비스를 저희가 보장해 드리는 방법과 관련하여 가입자가 체결한 계약의 일부입니다. 본 계약의 다른 부분에는 가입자의 가입 양식, **저희 보장 약물 목록(의약품집)**, 그리고 가입자의 보장 내용 변경 또는 보장 내용에 영향을 주는 조건에 관한 저희의 통지문이 포함됩니다. 이러한 통지문은 종종 **추가 보장 범위** 또는 **개정**이라고도 합니다.

본 계약은 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지 기간 중 가입자가 Kaiser Permanente Dual Complete에 가입한 월부터 효력을 발생합니다.

각 해의 시작마다 Medicare는 저희가 제공하는 플랜에 대한 변경을 허용해주고 있습니다. 이는 2025년 12월 31일 이후에 플랜의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한 2025년 12월 31일 이후에 플랜 제공을 중단하거나 해당 서비스 지역에서 제공하도록 선택할 수 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 반드시 매해 저희 플랜을 승인해야 합니다. 저희가 저희 플랜을 계속 제공하기로 하고 Medicare가 저희 플랜에 대한 승인을 갱신해주는 한 저희 플랜의 회원으로서 가입자께서는 매년 Medicare 보장을 계속 받으실 수 있습니다.

2항 플랜 가입자가 되기 위해 필요한 자격.

2.1항1 자격 요건

다음의 요건을 만족하면 가입자께서는 저희 플랜의 회원이 될 자격을 보유합니다.

- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 둘 다 적용 대상임.
- -- **맞**-- 지리적 서비스 지역에 거주하는 경우(아래 2.3항에서 저희 서비스 지역에 관해 설명). 수감된 개인은 물리적으로 서비스 지역에 있더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않음.
- -- **맞**-- 가입자가 미국 시민이거나 미국 내에 합법적으로 거주하고 있음.
- -- **맞**-- 아래 설명된 특수 자격 요건 충족.

저희 플랜의 특수 자격 요건

저희 플랜은 특정 Medicaid 혜택을 받는 사람들의 요구사항을 충족하도록 설계되었습니다. (Medicaid는 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부의 연합 프로그램입니다.) 저희 플랜에 가입하려면 Medicare 및 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있어야 합니다. 귀하의 Medicaid 플랜은 Kaiser Permanente에 등록되어 있어야 합니다.

다음 사항을 참고하시기 바랍니다. 자격을 상실했지만 6개월 이내에 자격을 다시 얻을 수 있다고 합리적으로 기대할 수 있는 경우에는 저희 플랜의 가입자 자격이 유지됩니다(제4장 섹션 2.1에는 이 기간의 보장 및 분담 비용에 관한 내용이 나와 있으며, 이를 자격에 대한 지속성이라고 함).

2.2항 Medicaid란?

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부의 연합 프로그램입니다. 각 주는 소득 및 자원으로 간주되는 항목, 자격이 있는 사람, 보장되는 서비스 및 서비스 비용을 결정합니다. 주정부는 또한 연방 규칙을 따르는 한 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

또한, Medicaid를 통해 Medicare 보험료와 같이 Medicare 비용을 지급하는 Medicare 가입자를 지원하는 프로그램이 있습니다. 이 "Medicare Savings Program"들은 매해 소득과 자원이 제한된 사람들을 지원해 드리고 있습니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료, 기타 비용 분담금(예: 공제액, 공동 보험 및 공동 부담금) 지불을 돕습니다. (QMB의 적용을 받는 분들 중에는 전체 Medicaid 혜택(QMB+)의 자격 또한 보유하고 계신 분들이 있습니다.)
- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료 지불을 돕습니다. (QMB의 적용을 받는 분들 중에는 전체 Medicaid 혜택(SLMB+)의 자격 또한 보유하고 계신 분들이 있습니다.)

2.3항 Kaiser Permanente Dual Complete에 대한 플랜 서비스 지역

저희 플랜은 저희 서비스 지역에 거주하시는 분만 이용 가능합니다. 저희 플랜의 회원 자격을 유지하시려면 반드시 플랜 서비스 지역에 계속 거주하셔야 합니다.

서비스 지역에는 하와이주의 Honolulu 카운티가 포함됩니다.

또한, 저희 서비스 지역에는 캘리포니아주 Maui 카운티 내 지역 중 다음 우편번호에 해당하는 곳도 포함됩니다. 96708, 96713, 96732, 96733, 96753, 96761, 96767-96768, 96779-96784, 96788, 96790, 96793.

가입하신 플랜의 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우, 저희 플랜의 회원 자격을 유지하실 수 없습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 이주하시게 되는 경우 Original Medicare로 전환하거나 이주하시는 지역에서 사용 가능한 Medicare 의료 또는 약물 플랜으로 전환하기 위한 특별 등록 기간을 갖게 됩니다.

이주하시거나 우편주소를 변경하시는 경우 Social Security에 연락하셔야 합니다. 제2장 5항에 수록된 Social Security 전화번호와 연락처 정보를 참조하십시오.

2.4항 미국 시민권자 또는 합법적 거주자

Medicare 의료 플랜의 회원은 반드시 미국 시민권자이거나 미국 내 합법적으로 거주하는 분이어야만 합니다. Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 본 기준을 근거로 회원 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통지할 것입니다. 본 요건을 충족하지 못하는 경우 저희는 가입자의 가입을 반드시 취소해야 합니다.

3항 가입자에게 제공되는 중요한 멤버십 자료

3.1항 멤버십 카드

본 플랜에서는 Medicare 및 Medicaid 서비스를 위한 카드를 하나만 발급해 드립니다. 저희 플랜의 회원이신 동안, 저희 플랜을 통해 보장되는 서비스를 받으시거나 네트워크 약국에서 처방약을 받으실 때마다 반드시 저희 플랜을 위한 멤버십 카드를 사용하셔야만 합니다. 아래는 소지하시게 될 카드의 외견을 보여주는 멤버십 카드의 견본 이미지입니다.



저희 플랜에 가입한 상태에서는 대부분의 서비스를 받기 위해 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드나 Medicaid 카드를 사용할 필요가 없습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 멤버십 카드 대신 Medicare 카드를 사용하는 경우 의료 서비스 비용 전액을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 및 Medicaid 카드를 안전한 장소에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare에서 승인한 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여하는 경우 Medicare 카드를 제시해야 할 수 있습니다 또한 Medicaid에서만 보장되는 서비스가 필요한 경우 Medicaid 카드를 제시해야 할 수 있습니다.

플랜 멤버십 카드가 손상되었거나, 분실, 도난당한 경우, 저희 회원 서비스 센터로 바로 연락을 주시면 신규 멤버십 카드를 보내드립니다.

3.2항 의료 서비스 제공자 및 약국 목록.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록에는 저희의 현재 네트워크 의료 서비스 제공자와 내구성 의료 장비 공급업체가 기재되어 있습니다. **네트워크 의료 서비스 제공자**는 총 지급액으로서 저희를 통한 비용 지급 및 모든 플랜의 분담 비용을 수락하기로 저희와 합의한 의사와 그 외 의료 서비스 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급업체, 병원, 그리고 기타 의료 서비스 시설을 의미합니다.

의료 진료를 받으려면 네트워크 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 승인 없이 다른 곳에서 서비스를 받는 경우 전액을 본인이 부담해야 합니다. 단, 응급 상황, 네트워크를 이용할 수 없는 경우 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내에서 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외 투석 서비스, 당사 플랜에서 네트워크외 제공자 이용을 승인한 경우에는 예외가 적용됩니다.

가장 최근의 의료 서비스 제공자와 의료 장비 공급업체의 목록은 저희 웹사이트 kp.org/directory에서 확인하실 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록(kp.org/directory)에는 저희 네트워크 약국 목록이 있습니다. **네트워크 약국**은 저희 플랜 회원들에게 보장된 처방전을 조제하기로 합의한 모든 약국을 의미합니다. **의료 서비스 제공자 및 약국 목록**을 참조하면 이용하려는 네트워크 약국을 찾을 수 있습니다. 해당 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국을 사용할 수 있는 경우에 대한 자세한 내용은 제5장의 2.5항을 참조하시기 바랍니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록이 없는 경우 가입자 서비스에 요청하여 (전자 또는 인쇄본으로) 받을 수 있습니다. 의료 서비스 제공자 목록의 인쇄본을 요청하시면 근무일 기준 3일 이내에 가입자에게 우편으로 보내 드립니다. 또한 저희 웹사이트 kp.org/directory 에서도 본 정보를 찾으실 수 있습니다.

3.3항 저희 플랜의 보장 약물 목록(처방집)

저희 플랜에는 **보장 약물 목록(의약품집)**이 있습니다. 이를 줄여서 "약물 목록"이라고 부릅니다. 이 목록은 어떤 파트 D 처방약이 저희 플랜에 포함된 파트 D 혜택 하에서 보장되는지를 알려줍니다. 목록 상의 해당 약물은 의사와 약사로 구성된 팀의 도움으로 저희 플랜에 의해 선택됩니다. 본 목록은 반드시 Medicare에서 설정한 요건을 만족해야만 합니다. Medicare는 저희 약물 목록을 승인했습니다.

본 약물 목록은 또한 가입자의 약물 보장을 제한하는 규칙이 있는지 그 여부를 알려줍니다.

저희는 가입자에게 약물 목록 사본을 제공할 것입니다. 보장되는 약물에 대한 가장 완전한 최신 정보를 얻으려면 가입자 서비스에 전화하거나 당사 웹사이트 (kp.org/seniorrx)를 방문하십시오.

4항 저희 플랜에 대한 월 비용

가입자 비용에는 다음이 포함됩니다.

- 플랜 보험료(4.1항).
- 월 Medicare 파트 B 보험료(4.2항).

- 파트 D 등록 지연 벌금(4.3항).
- 소득별 월 조정 보험료(4.4항).
- Medicare 처방 지불 계획(4.5항).

4.1항 플랜 보험료

Kaiser Permanente Dual Complete의 경우 별도로 월별 보험료를 지불하지 않습니다.

4.2항 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 회원께서는 기타 Medicare 보험료를 납입하셔야 합니다

일부 회원께서는 기타 Medicare 보험료를 납입하셔야 합니다. 위의 2항에서 설명한 대로, 저희 플랜의 요건을 충족하기 위해서는 Medicaid뿐 아니라 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B의 가입 자격을 둘 다 유지해야 합니다. 저희 플랜 가입자 대부분의 경우 Medicaid가 파트 A 보험료(자동으로 자격을 보유하지 않는 경우)와 파트 B 보험료를 지불합니다.

가입자의 Medicare 보험료를 Medicaid가 납입하지 않는 경우 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하기 위해서는 가입자가 반드시 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다. 여기에는 파트 B 보험료가 포함됩니다. 또한 무료 파트 A 보험료 대상이 아닌 가입자에게는 파트 A 보험료도 포함될 수 있습니다.

4.3항 파트 D 등록 지연 과태료

귀하는 이중 자격을 갖추었으므로 이중 자격 상태를 유지하는 동안 등록 지연 과태료(Late Enrollment Penalty, LEP)가 적용되지 않지만, 이중 자격 상태를 잃게 되면 LEP가 부과될 수 있습니다. 파트 D 등록 지연 과태료는 첫 가입 기간이 종료된 이후 연속 63일 이상의 기간에 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장을 갖추지 않은 경우 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 만한 처방약 보장은 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 예상되기 때문에 Medicare의 최소 기준에 부합하는 보장을 말합니다. 등록 지연 과태료의 비용은 가입자께서 얼마나 오랫동안 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장을 갖추지 않았는지에 따라 결정됩니다. 파트 D 보장을 받으시는 한 이 과태료를 납입하셔야 합니다.

다음과 같은 경우 비용을 부담할 필요가 없습니다.

- 처방약 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받는 경우.
- 신뢰할 만한 보장이 없던 기간이 연속 63일 미만인 경우.
- 이전 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 재향군인 보건국(VA) 등을 통해 신뢰할 만한 약물 보장을 갖춘 경우가 해당됩니다. 가입하신 보험업체 또는 인사부가 매년 가입자의 약물 보장이 신뢰할 만한 보장인지 그 여부를 알려드릴 것입니다. 본 정보는 서신으로 발송될 수도 있고 플랜 뉴스레터에 포함되어 있을 수도 있습니다. 이후 Medicare 약물 플랜에 가입하실 경우 필요할 수도 있으므로 본 정보를 보관하여 주시기 바랍니다.

- **참고:** 가입자가 Medicare의 표준 처방약 플랜이 지급하는 만큼 지급될 것으로 기대되는 신뢰할 만한 처방약 보장을 받으셨다는 점이 명시된 통지서가 있어야만 처방약 보장이 신뢰할 만한 것이었다는 것을 확신할 수 있습니다.
- **참고:** 다음은 신뢰할 수 있는 처방약 보장이 *아닙니다*. 처방약 할인 카드, 무료 진료소 및 약품 할인 웹사이트.

Medicare가 과태료 금액을 결정합니다. 과태료는 다음과 같이 결정합니다.

- 우선, 가입 자격을 획득하신 후 Medicare 약물 플랜 가입까지 등록을 지연한 총 개월 수를 계산합니다. 또는 비 보장기간이 63일 이상이었던 경우, 신뢰할 만한 처방약 보장에 가입되어 있지 않았던 총 개월 수를 계산합니다. 과태료는 신뢰할 만한 보장을 갖추지 않으신 모든 달에 대해 1%입니다. 예를 들어, 14개월동안 보장이 없었다면 과태료는 14%입니다.
- 이후, Medicare가 국내 Medicare 약물 플랜에 대한 평균 월 보험료를 결정합니다. 2025년의 본 평균 보험료는 \$36.78입니다.
- 월 과태료 금액을 계산하려면, 과태료 퍼센티지와 평균 월 보험료를 곱하고 10센트 단위에서 반올림하십시오. 예를 들면, \$36.78에 14%를 곱하면 \$5.14가 됩니다. 이를 반올림하면 \$5.10이 됩니다. 이 금액은 **파트 D 등록 지연 과태료가 부과된 가입자의 월 보험료**에 추가됩니다.

파트 D 등록 지연 과태료 월 금액에 대한 세 가지 중요한 참고사항이 있습니다.

- 첫째, 평균 월 보험료가 매년 변경되므로 **과태료도 매년 변경될 수 있습니다**.
- 둘째, 플랜을 변경하시더라도 Medicare 파트 D 약물 혜택이 포함된 플랜에 가입하시는 한 매월 **과태료를 계속해서 납입**하시게 됩니다.
- 셋째, 65세 **미만**이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우 파트 D 등록 지연 벌금은 65세가 되면 재설정됩니다. 65세 이후에 파트 D 등록 지연 벌금은 Medicare에 가입 가능한 초기 가입 기간 이후에 보장이 없는 달에만 적용됩니다.

파트 D 등록 지연 과태료에 동의하지 않으시는 경우, 가입자 또는 가입자의 대리인은 해당 결정에 대한 검토를 요청하실 수 있습니다. 일반적으로 가입자는 등록 지연 과태료 납입을 알리는 첫 서신을 받은 시점에서 **60일 이내**에 반드시 해당 결정에 대한 검토를 요청하셔야 합니다. 하지만 만일 저희 플랜에 가입하시기 전에 과태료를 납입하고 계셨다면, 등록 지연 과태료에 대한 검토 요청을 하실 기회가 없었을 수도 있습니다.

4.4항 소득별 월 조정 보험료

일부 가입자는 파트 D 소득별 월 조정 보험료(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)라고 하는 추가 요금을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총 소득을 기준으로 계산됩니다. 이 금액이 특정 기준을 초과하면 표준 보험료와 추가 IRMAA를 지불해야 합니다. 소득에 따라 추가로 지불해야 할 보험료에 대한 자세한 내용은 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>에서 **확인**하세요.

추가 금액을 납입하셔야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 Social Security에서 추가 금액을 서신으로 알려드릴 것입니다. 추가 금액은 평소에 보험료를 어떻게 납입했는지와 상관 없이, 월별 혜택이 가입자께서 납입해야 할 추가 금액을 보장하기에 충분하지 않는 한, Social Security, 철도은퇴위원회 또는 인사관리실 혜택 수표에서 원천징수합니다. 가입자의 혜택 수표가 추가 금액을 보장하기에 충분하지 않는 경우, Medicare로부터 청구서를 받게 됩니다. 가입자께서는 반드시 정부에 추가 금액을 납입해야 합니다. 추가 금액은 월 보험료와 함께 납입할 수 없습니다. 가입자께서 추가 금액을 납입하지 않은 경우, 가입하신 플랜은 해지되며 처방약 보장을 받지 못하게 됩니다.

추가 금액 납입에 동의하지 않는 경우, Social Security에 해당 결정에 대한 검토를 요청할 수 있습니다. 요청 방법에 관한 자세한 내용은 Social Security 전화 1-800-772-1213(TTY 1-800-325-0778)으로 연락하십시오.

4.5항 Medicare 처방 지불 계획

Medicare 처방 지불 계획에 참여하는 경우 매달 플랜 보험료(해당되는 경우)를 지불하며, 처방약에 대해 약국에 직접 지불하는 대신 의료 보험 또는 약물 플랜으로부터 청구서를 받게 됩니다. 매달 청구되는 금액은 받은 처방전에 대한 금액과 이전 달의 잔액을 기준으로 하며, 해당 연도에 남은 개월 수로 나누어 계산됩니다.

제2장 7항에서 Medicare 처방 지불 계획을 상세히 설명합니다. 이 결제 옵션으로 청구된 금액에 동의하지 않는 경우, 9장에 나와 있는 절차에 따라 불만을 제기하거나 재심을 요청할 수 있습니다.

5항 월 보험료에 관한 추가 정보

5.1항 저희가 연중에 가입자의 월 보험료를 변경할 수 있을까요?

아닙니다. 저희는 연중에 저희 플랜의 월 보험료에 대한 부과 금액을 변경할 수 없습니다. 만일 내년에 월 보험료가 변경된다면, 저희는 9월에 이 내용을 알려드리며 변경은 내년 1월 1일부로 효력이 발생합니다.

그러나 어떤 경우에는 납부해야 할 연체 등록 벌금을 중단할 수 있습니다. 또는 등록이 늦어지면 벌금을 내야 할 수도 있습니다. 이는 연중에 가입자께서 “추가 지원” 프로그램의 자격을 보유하고 계시거나 “추가 지원” 프로그램에 대한 자격을 상실하게 되는 경우에 발생할 수도 있습니다.

- 현재 Part D 등록 연체 벌금을 내고 있고 그 해에 "추가 지원"을 받을 자격이 생기면 벌금 납부를 중단할 수 있습니다.
- "추가 지원"을 잃게 되면 파트 D 또는 기타 믿을 만한 처방약 보장 없이 63일 이상 지속된 경우 등록 지연 과태료가 부과될 수 있습니다.

제2장, 7항에서 "추가 지원" 프로그램에 대한 자세한 내용을 확인하실 수 있습니다.

6항 플랜 가입자 자격 기록을 최신 상태로 유지

가입자의 멤버십 기록에는 주소와 전화번호 등 저희가 가입 양식에서 입수한 정보가 포함되어 있습니다. 여기에는 1차 진료 제공자를 포함한 구체적인 플랜 보장이 나와 있습니다.

저희 네트워크에 소속된 의사, 병원, 약사, 기타 의료 서비스 제공자는 가입자의 정확한 정보가 필요합니다. 이러한 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자의 멤버십 기록을 참조하여 어떤 서비스와 약물이 보장되는지 그리고 가입자에 대한 분담 비용 금액이 얼마나 되는지 알 수 있습니다. 이러한 이유로, 가입자께서는 저희가 가입자의 최신 정보를 유지하도록 도와주셔야 합니다.

다음 항목에 대한 변동 사항을 알려주십시오.

- 가입자의 이름, 주소, 전화번호상의 변동.
- 가입자의 고용주, 배우자 또는 동거인의 고용주, 산재보상 또는 Medicaid와 같은 기타 건강 보험 보장에 대한 변경 사항.
- 자동차 사고로 인한 청구와 같은 배상책임 청구를 하셔야 하는 경우, 이와 관련한 변동 내용.
- 사설 요양원에 입원하신 경우, 이와 관련한 변동 내용.
- 지역 외 또는 외부 네트워크 병원 또는 응급실에서 의료 서비스를 받으신 경우, 이와 관련한 변동 내용.
- (간병인과 같은) 지정 책임 당사자가 변경된 경우, 이와 관련한 변동 내용.
- 가입자께서 임상 연구 실험에 참여하는 경우, 이와 관련한 변동 내용. (참고: 가입자가 참여하려는 임상 연구에 대해 저희에게 알려줄 필요는 없지만 알려주면 좋습니다).

정보가 변경된 경우 가입자 서비스에 전화로 알려주시기 바랍니다.

이주하시거나 우편주소를 변경하시는 경우 Social Security에 연락하셔야 합니다. 제2장 5항에 수록된 Social Security 전화번호와 연락처 정보를 참조하십시오.

7항 다른 보험의 적용을 받는 경우 저희 플랜이 작용하는 방식

다른 보험

Medicare는 저희가 가입자께서 보유하고 계신 다른 의료 또는 약물 보험 보장에 관한 정보를 수집하도록 요청하고 있습니다. 이는 가입자께서 보유하신 기타 보장의 내용과 저희 플랜을 통한 혜택을 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

매년 한 번, 저희는 가입자에게 저희가 알고 있는 기타 의료 또는 약물 보험 보장 목록을 서신으로 보내드립니다. 본 정보를 꼼꼼히 읽어보시기 바랍니다. 정보가 정확하다면, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 만일 정보가 정확하지 않거나 목록에 없는 다른 보장을 받고 계신 경우, 저희 가입자 서비스로 전화를 주시기 바랍니다. 가입자께서는 다른 보험업자에게 (그들의 신상 파악을 완료하신 후에) 플랜 회원 ID 번호를 제공하여 청구된 보험료가 정확히 제때에 지급되도록 하셔야 할 수도 있습니다.

가입자께서 (고용주의 단체 의료 보장과 같은) 기타 보험의 적용을 받으시는 경우, Medicare는 저희 플랜과 보유하신 다른 보험 중 어떤 보험이 우선적으로 보험금을 지급하게 되는지에 대한 규칙을 설정해두었습니다. 우선적으로 보험료를 지급해야 하는 보험을 1차 지급 보험이라고 하며 해당 보험이 보장하는 한계까지 보험료를 지급합니다. 두번째로 보험료를 지급하는 보험을 이차 지급 보험이라고 하며 1차 보장에 의해 보장되지 않고 남은 비용이 있는 경우에만 보험료를 지급합니다. 이차 지급 보험이 보장되지 않고 남은 비용을 전부 지급하지는 않을 수도 있습니다. 가입자께서 다른 보험의 적용을 받는 경우, 의사, 병원, 약국에 이 사실을 알려주십시오.

다음 규칙은 고용주 또는 노동조합 단체 의료 플랜 보장에 대해 적용되는 규칙입니다.

- 퇴직자 보장을 받고 계신 경우, Medicare가 우선적으로 지급합니다.
- 가입자의 그룹 의료 보험 보장이 가입자 또는 가족 구성원의 현재 고용 상태에 기반한 경우, 가입자의 연령, 가입자의 고용주가 고용한 직원 수, 그리고 가입자가 연령, 장애 또는 말기 신장질환(ESRD)에 기반하여 Medicare를 보유하셨는지에 따라 우선 지급 보험이 달라집니다.
 - 가입자께서 65세 미만이며 장애인이고 가입자 또는 가입자의 가족 구성원이 직업이 있는 경우, 고용주가 100명 이상의 직원을 두었거나 적어도 다중 고용주 플랜에 가입한 하나의 고용주가 100명보다 많은 직원을 두었다면 가입자의 그룹 의료 보험이 우선 지급하게 됩니다.
 - 가입자께서 65세 이상이며 가입자나 가입자의 배우자 또는 동거인이 직업이 있는 경우, 고용주가 20명 이상의 직원을 두었거나 적어도 다중 고용주 플랜에 가입한 하나의 고용주가 20명보다 많은 직원을 두었다면 가입자의 그룹 의료 보험이 우선 지급하게 됩니다.
- 만일 가입자께서 ESRD로 인해 Medicare의 적용을 받는다면, 가입자께서 Medicare에 대한 자격을 보유하신 이후 첫 30개월 동안 가입자의 단체 의료 플랜이 우선 지급을 하게 될 것입니다.

다음의 보장 유형은 대개 각 유형과 관련된 서비스에 대해 우선 지급을 하게 됩니다.

- 노폴트 보험(자동차 보험 포함).
- 배상책임보험(자동차 보험 포함).
- 진폐급여.
- 직장 상해 보험.

Medicaid 및 TRICARE는 어떠한 경우에도 Medicare 보장 서비스에 대해 우선 지급을 하지 않습니다. 이들은 Medicare 및/또는 고용주 그룹 의료 보험이 지급한 후에만 보험금을 지급합니다.

제2장: 중요한 전화번호 및 리소스

1항 Kaiser Permanente Dual Complete 연락처(가입자 서비스 연락 방법 등 저희에게 연락하실 수 있는 수단)

저희 플랜의 가입자 서비스에 연락하실 수 있는 수단

보험금 청구에 대한 지원, 청구서, 또는 멤버십 카드에 관련된 문의를 위해서는 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스로 전화 또는 서신으로 연락하시기 바랍니다. 저희는 기쁜 마음으로 가입자 여러분을 도와드리도록 하겠습니다.

방법	가입자 서비스 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영. 또한 회원 서비스 센터에는 영어를 못 하시는 분을 위한 무료 통역 서비스 또한 준비되어 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
서신	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
웹사이트	kp.org

의료 진료에 대한 보장 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법

보장 결정이란 가입자의 혜택과 보장 또는 가입자의 의료 서비스에 대해 저희가 지급하는 금액에 대한 저희의 결정을 의미합니다. 의료 진료와 관련된 보장 결정에 대한 자세한 정보는 제9장 (문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기))를 참조하십시오.

방법	의료 진료에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.

1-800-805-2739(TTY 711), 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지.

방법	의료 진료에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
팩스 번호	1-808-432-5691
서신	Kaiser Permanente Attn: 승인 및 진료 의뢰 관리 2828 Paa Street Honolulu, HI 96819
웹사이트	kp.org

파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청할 때 저희에게 연락하는 방법

보장 결정이란 가입자의 혜택 및 보장 또는 가입자의 플랜에 포함된 파트 D 혜택을 통해 보장되는 처방약에 대해 저희가 지급하는 금액에 관한 결정을 의미합니다. 파트 D 처방약과 관련된 보장 결정에 대한 자세한 정보는 제9장(문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기))를 참조하십시오.

방법	파트 D 처방약에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	1-888-277-3917 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
팩스 번호	1-844-403-1028
서신	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
웹사이트	kp.org

의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 재심 요청 시 저희에게 연락하는 방법

이의 제기란 저희가 내린 보장 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 수단입니다. 의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 재심에 관련된 자세한 정보는 제9장(문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기))를 참조하십시오.

방법	의료 진료 또는 파트 D 처방약에 대한 재심 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영. 재심이 제9장의 설명 대로 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우 1-866-233-2851 또는 1-808-432-7503으로 전화하십시오. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
팩스 번호	1-808-432-5260
서신	Kaiser Permanente Attn: 가입자 관리 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813 이메일 주소: KPHawaii.appeals@kp.org
웹사이트	kp.org

의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 불만 제기 시 저희에게 연락하는 방법

가입자께서는 케어의 서비스 품질에 관한 불만 등 저희 또는 저희의 네트워크 서비스 제공자 또는 약국에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 이러한 유형의 불만에는 보장 또는 지급 분쟁이 포함되지 않습니다. (귀하의 문제가 저희 플랜의 보장 또는 지불에 관한 것이라면, 보장 결정 요청 또는 재심에 대한 위 섹션을 확인해야 합니다.) 의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 불만 제기에 관련된 자세한 정보는 제9장(문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기))를 참조하십시오.

방법	의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 불만 제기 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.

1-800-805-2739(TTY 711), 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지.

방법	의료 진료 또는 파트 D 처방약에 관한 불만 제기 - 연락처 정보
팩스 번호	1-808-432-5260
서신	Kaiser Permanente Attn: 가입자 관리 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
MEDICARE 웹사이트	저희 플랜에 대한 불만을 Medicare에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만 제기를 하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에 접속하시기 바랍니다.

가입자께서 받으신 의료 진료 또는 약물에 대한 저희의 분담 비용금 지급을 위한 요청서를 보내실 곳

서비스에 대한 청구서(의료 서비스 제공자의 청구서 등)를 받았거나 비용을 부담한 경우 그 비용을 당사가 부담해야 한다고 생각하신다면, 상환을 요청하거나 의료 서비스 제공자의 청구서를 지불해 달라고 요청하셔야 할 수도 있습니다. 제7장(보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 수령한 청구서의 당사 분담금 지급 요청)을 참조하시기 바랍니다.

다음 사항을 참고하시기 바랍니다. 저희에게 지급 요청서를 보내셨지만 저희가 가입자의 요청의 일부에 대해 지급을 거절한 경우, 가입자는 저희의 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 자세한 정보는 제9장(문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 제심 및 불만 제기))를 참조하십시오.

방법	지급 요청 - 연락처 정보
전화	1-877-875-3805 이 전화는 무료입니다. 월요일~ 금요일, 오전 8 시~ 오후 5 시
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 월요일~ 금요일, 오전 8 시~ 오후 5 시
서신	Kaiser Permanente 청구 부서 Hawaii Region P.O. Box 378021 Denver, CO 80237
웹사이트	kp.org

2항 Medicare(연방 Medicare 프로그램에서 직접 도움과 정보를 얻는 방법)

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

Medicare를 담당하는 연방 기관을 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(줄여서 CMS)라고 합니다. 이 기관은 저희 플랜을 비롯하여 Medicare Advantage 기관들과 계약을 맺었습니다.

방법	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 전화는 무료입니다. 주 7일 하루 24시간 연중무휴.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화장비가 필요하며 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들만을 위한 것입니다. 이 전화는 무료입니다.
웹사이트	<p>www.Medicare.gov</p> <p>이는 Medicare 공식 정부 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 Medicare 및 최근 Medicare 문제에 관한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양소, 의사, 재택 건강 관리 기관 및 투석 시설에 관한 정보를 수록하고 있습니다. 이 웹사이트는 가입자의 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있는 문서를 수록하고 있습니다. 또한 여기서 거주하시는 주의 Medicare 연락처를 찾으실 수 있습니다.</p> <p>Medicare 웹사이트는 또한 가입자의 Medicare 자격 및 등록 옵션에 관한 상세한 정보를 다음의 도구들을 통해 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 자격 도구: Medicare 자격 상태 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 찾기: 거주하시는 지역에서 사용 가능한 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap(Medicare 보조 보험) 정책에 관한 맞춤 정보를 제공합니다. 이 도구들은 다양한 Medicare 플랜에 따라 가입자의 본인 부담금이 어떻게 달라지는지 견적을 알려드립니다. <p>가입자는 또한 이 웹사이트를 통해 저희 플랜에 관한 불만을 Medicare에 제기하실 수 있습니다.</p>

방법	Medicare – 연락처 정보
웹사이트	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에 불만 사항 알리기: 저희 플랜에 대한 불만을 Medicare에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare에 불만 제기를 하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 접속하시기 바랍니다. Medicare는 가입자께서 제기하신 불만을 진지하게 받아들이고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 가입자의 불만 사항 정보를 활용할 것입니다. <p>컴퓨터가 없는 경우 지역 도서관이나 시니어 센터의 컴퓨터를 이용해 이 웹사이트를 방문하실 수 있습니다. 또는 Medicare에 전화하셔서 가입자께서 찾으시는 정보에 대해 문의하실 수 있습니다. 담당자가 이 웹사이트에서 정보를 찾아 가입자와 함께 정보를 검토할 것입니다. (24시간, 연중 무휴로 운영되는 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.)</p>

3항 State Health Insurance Assistance Program(Medicare에 관한 무료 도움, 정보 및 질문에 대한 답변)

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)은 모든 주에서 시행 중이며 훈련된 상담원들이 배치된 정부 프로그램입니다. 하와이에서 SHIP는 하와이주 건강 보험 지원 프로그램(하와이 SHIP)이라고 합니다.

하와이 SHIP는 연방 정부로부터 지원금을 받아 Medicare의 적용을 받는 분들에게 무료 지역 의료 보험 상담을 제공하는 독립적인(보험 회사나 의료 보험과 연계되지 않음) 주 프로그램입니다.

하와이 SHIP 상담원은 가입자께서 보유하신 Medicare 권리를 이해할 수 있도록 설명해드리며, 의료 진료 또는 치료에 관한 불만 제기를 할 수 있도록 도와드리고, 가입자의 Medicare 청구서와 관련된 문제가 해결되도록 지원해드립니다. 또한 하와이 SHIP 상담원은 Medicare 관련 질문이나 문제 관련 도움을 드리고 가입자가 선택한 Medicare 플랜을 이해하도록 도와드리며 플랜 변경에 관한 질문에 답해드릴 수 있습니다.

SHIP 및 기타 리소스에 액세스하는 방법:

- <https://www.shiphelp.org> 접속(페이지 가운데에 있는 SHIP LOCATOR를 클릭하세요)
- 목록에서 귀하의 주를 선택합니다. 그러면 해당 주에 해당하는 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

방법	하와이 SHIP - 연락처 정보
전화	1-888-875-9229 이 전화는 무료입니다. 월요일~일요일: 사전 녹음된 상담 전화(영업일 기준 5일 이내에 회답).
TTY	1866-8104379 이 번호는 특수 전화장비가 필요하며 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들만을 위한 것입니다.
서신	Executive Office on Aging No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
웹사이트	www.hawaiiiship.org

4항 품질 향상 기관(Quality improvement organization, QIO)

각 주에는 Medicare 수혜자들을 돕기 위해 지정된 품질 개선 기관이 있습니다. 하와이에서는 품질 향상 기관을 Livanta라고 합니다.

Livanta는 Medicare 가입자를 위한 진료의 질을 점검하고 개선하기 위해 Medicare에서 고용한 의사 및 기타 의료 진료 전문가 그룹을 보유하고 있습니다. Livanta는 독립적인 조직이며 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

다음과 같은 상황에서는 Livanta에 연락을 주십시오.

- 가입자께서 받으신 케어의 서비스 품질에 관한 불만이 있으신 경우.
- 가입자의 병원 입원에 대한 보장이 너무 짧다고 생각하시는 경우.
- 가입자의 재택 건강 관리, 전문 요양 시설 케어, 또는 Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (종합 외래 재활 시설, CORF) 서비스 기간이 너무 짧다고 생각하시는 경우.

방법	Livanta(하와이 품질 향상 기관) - 연락처 정보
전화	1-877-588-1123 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 9시~오후 5시 주말 및 공휴일, 오전 11시~오후 3시 연락 가능.

방법	Livanta(하와이 품질 향상 기관) – 연락처 정보
TTY	1-855-887-6668 이 번호는 특수 전화장비가 필요하며 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들만을 위한 것입니다.
서신	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	www.livantaqio.com

5항 Social Security

Social Security는 Medicare에 대한 자격 결정 및 등록 취급을 담당합니다. 미국시민 및 65세 이상 합법적 영주권자 또는 장애나 말기 신부전증이 있으신 분, 그리고 일정 조건에 부합하시는 분은 Medicare의 자격을 보유합니다. 가입자께서 이미 Social Security 수표를 받고 계신 경우, Medicare에 자동으로 등록됩니다. 가입자께서 Social Security 수표를 받지 않으시는 경우, 가입자께서는 Medicare에 등록하셔야 합니다. Medicare에 등록 신청을 하시려면, Social Security에 전화를 주시거나 지역 Social Security 사무실을 방문하십시오.

Social Security는 또한 고소득으로 인한 파트 D 약물 보장에 대한 추가 금액을 누가 지급해야 하는지 결정할 책임을 지고 있습니다. 만일 가입자께서 추가 금액 납입을 알리는 서신을 Social Security에서 받으셨으나 금액에 대한 의문점이 있으신 경우, 또는 삶에 중대한 영향을 끼친 사건으로 인해 가입자의 소득이 줄어든 경우, 가입자는 Social Security에 연락하여 재고를 요청할 수 있습니다.

이주하시거나 우편주소를 변경하시는 경우, Social Security에 가입자의 연락처를 알려주셔야 합니다.

방법	Social Security– 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 연락 가능. 연중 무휴로 운영되는 Social Security의 자동응답 전화 서비스를 활용하여 녹음된 정보를 확인하고 사무를 보실 수 있습니다.

방법	Social Security- 연락처 정보
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 특수 전화장비가 필요하며 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들만을 위한 것입니다. 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 연락 가능.
웹사이트	www.ssa.gov

6항 Medicaid

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정한 분들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 정부의 연합 프로그램입니다.

또한, Medicaid를 통해 Medicare 보험료와 같이 Medicare 비용을 지급하는 Medicare 가입자를 지원하는 프로그램이 있습니다. 이 "Medicare Savings Program"들은 매해 소득과 자원이 제한된 사람들을 지원해 드리고 있습니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료, 기타 비용 분담금(예: 공제액, 공동 보험 및 공동 부담금) 지불을 돕습니다. QMB의 적용을 받는 분들 중에는 전체 Medicaid 혜택(QMB+)의 자격 또한 보유하고 계신 분들이 있습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료 지불을 돕습니다. SLMB의 적용을 받는 분들 중에는 전체 Medicaid 혜택(SLMB+)의 자격 또한 보유하고 계신 분들이 있습니다.

Medicaid가 제공하는 지원에 대한 궁금한 점은 하와이주 인적서비스부 Med-QUEST 부서에 문의하십시오.

방법	인적서비스부 Med QUEST 부서(하와이 Medicaid 프로그램) - 연락처 정보
전화	1-808-524-3370 또는 1-8003168005 월요일~금요일, 오전 7:45~오후 4:30
TTY	711
서신	귀하 근처 사무실의 우편 주소를 확인하려면 https://medquest.hawaii.gov/en/contact-us.html 를 방문하세요.
웹사이트	www.medquest.hawaii.gov

하와이 건강 관리 서비스부 옴부즈맨 사무소는 Medicaid 가입자의 서비스 또는 청구 문제에 도움을 드립니다. 당사 플랜과 관련한 불만 제기 또는 재심 청구를 지원합니다.

방법	하와이 건강 관리 서비스부 옴부즈맨 사무소 - 연락처 정보
전화	1-888-488-7988 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7:45~오후 4:30 (하와이주 공휴일 제외)
TTY	711
서신	Koan Risk Solutions 1580 Makaloa St. #550 Honolulu, HI 96814
웹사이트	www.himedicaidombudsman.com/
이메일	hiombudsman@koanrisksolutions.com

하와이주 장기 치료 옴부즈맨 프로그램은 요양원 관련 정보를 얻고 요양원과 요양원 거주자 또는 그 가족 간 문제를 해결하는 데 도움을 드립니다.

방법	하와이 장기 치료 옴부즈맨 프로그램 - 연락처 정보
전화	1-888-229-2231 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 7:45~오후 4:30
서신	Executive Office on Aging 하와이주 보건부 No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813
웹사이트	www.hi-ltc-ombudsman.org
이메일	info@hi-ltc-ombudsman.org

7항 처방약 비용을 지원하는 프로그램에 관한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>)는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명한 것처럼 지원해주는 다른 프로그램도 있습니다.

Medicare의 "추가 지원" 프로그램

가입자께서는 Medicaid 자격이 있으시기 때문에 처방약 플랜 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받을 자격이 있고 지원을 받고 계십니다. 이 "추가 지원"을 받기 위해 추가로 아무 조치도 취할 필요가 없습니다.

"추가 지원"에 대한 질문이 있는 경우 다음 번호로 전화하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 24시간, 연중무휴로 운영되는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Social Security 사무국 1-800-772-1213, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화하십시오. 또는
- 거주하시는 주의 Medicaid 사무국(연락처 정보는 본 장의 6항 참조)으로 전화해주십시오.

약국에서 처방전을 받을 때 잘못된 분담 비용을 부담하고 있다고 생각하는 경우, 저희 플랜에는 적절한 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 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 증거는 주 Medicaid 또는 사회보장 사무소에서 보낸 편지로, 가입자께서 "추가 지원"을 받을 자격이 있음을 확인합니다. 증거는 또 가정 및 지역 사회 기반 서비스와 관련된 가입자의 자격 정보가 포함된 주에서 발행한 문서일 수도 있습니다.

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

- 다음 주소를 통해 Kaiser Permanente로 서신을 보내주십시오.

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

- 팩스 번호: 1-877-528-8579.
- 네트워크 약국으로 가져오십시오.

저희가 가입자의 정액 본인 부담금 수준을 보여주는 증거물을 받게 되면, 다음 번에 약국에서 처방전을 받으실 때 정확한 정액 본인 부담금을 내실 수 있도록 저희 시스템을 업데이트할 것입니다. 만일 가입자의 정액 본인 부담금보다 초과 지급하신 경우, 저희가 상환해드립니다. 가입자에게 초과 지급 금액을 수표로 전해드리거나 향후 정액 본인 부담금에서 차감해드리겠습니다. 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 이를 지급할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

당사 가입자 대부분은 처방약 플랜 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받을 자격이 있으며 이미 지원을 받고 있습니다.

AIDS Drug Assistance Program(ADAP)에서 추가 지원 및 보장을 받는 경우는 어떻습니까?

AIDS Drug Assistance Program(ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS Drug Assistance Program(ADAP)는 ADAP 자격을 보유한 HIV/AIDS 보균자들의 연명을 위해 HIV 약물을 구할 수 있도록 지원하는 프로그램입니다. ADAP 의약품집에도 포함된 Medicare 파트 D 처방약은 HIV Drug Assistance Program(HDAP)을 통해 처방전 분담 비용 지원을 받을 수 있습니다. **참고:** 거주하시는 주에서 운영하는 ADAP에 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. 플랜을 변경할 경우 지원을 계속 받을 수 있도록 현지 ADAP 등록 담당자에게 알려주시기 바랍니다. 자격 기준, 보장되는 약물, 프로그램에 등록하는 방법에 대한 정보는 HIV Drug Assistance Program(HDAP)에 **1-808-733-9360**번으로 문의하시기 바랍니다.

Medicare 처방 지불 계획

Medicare Prescription Payment 플랜은 현재의 약물 보장 범위에 대해 적용되는 새로운 지불 옵션으로, **1년 동안(1월~12월) 변화하는 월별 지불로** 약물 비용을 분산시켜 비용을 관리하는 데에 도움이 될 수 있습니다. **이 결제 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 돈을 절약해 주거나 약물 비용을 낮추어 주지는 않습니다.** 자격을 갖춘 사람들을 위한 Medicare의 "추가 지원", SPAP 및 ADAP의 지원은 Medicare 처방 지불 계획에 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 회원은 수입에 상관없이 이 지불 옵션에 참여할 자격이 있으며, 약물 보장이 포함된 모든 Medicare 약물 플랜 및 Medicare 의료 보험은 반드시 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 결제 옵션이 귀하에게 적합한지 알아보려면 당사에 연락하거나 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)를 방문해 문의하십시오.

방법	Medicare 처방 지불 계획 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영. 또한 회원 서비스 센터에는 영어를 못 하시는 분을 위한 무료 통역 서비스 또한 준비되어 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
서신	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
웹사이트	kp.org

8항 Railroad Retirement Board에 연락하는 방법

Railroad Retirement Board는 독립 연방 기관으로 국내 철도 노동자와 그들의 가족들을 위한 포괄적인 보험 혜택 프로그램을 관장합니다. 만일 Railroad Retirement Board를 통해 Medicare를 적용받으신다면, 이주하시거나 우편주소가 변경될 경우 해당 기관에 알려주셔야 합니다. Railroad Retirement Board가 가입자에게 제공하는 보험 혜택에 대한 문의 사항은 해당 기관에 직접 연락하시기 바랍니다.

방법	Railroad Retirement Board - 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 전화는 무료입니다. "0"번을 누르시면 RRB 직원과 상담하실 수 있습니다. 상담 시간은 오전 9시~오후 3시 30분(월, 화, 목, 금)이며 수요일에는 오전 9시~정오입니다. "1"번을 누르시면 RRB 상담 전화 자동응답 서비스를 통해 연중무휴 24시간 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다(주말 및 공휴일 포함).
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 특수 전화장비가 필요하며 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들만을 위한 것입니다. 이 전화는 무료가 아닙니다.
웹사이트	rrb.gov/

제3장: 가입자의 의료 서비스에 대해 저희 플랜 이용하기

1항 저희 플랜의 가입자로서 의료 진료를 받으실 때 알아두셔야 할 사항

본 장에서는 가입자의 의료 케어 보장을 받기 위해 저희 플랜을 이용하실 때 알아두셔야 할 것에 대해 설명해드립니다. 용어에 대한 정의와 저희 플랜이 보장하는 의료 치료, 서비스, 장비, 처방약 및 기타 의료 진료를 받기 위해 따르셔야 할 규칙을 설명해드립니다.

어떤 의료 진료가 저희 플랜을 통해 보장되며 해당 케어를 받을 때 어느 정도의 금액을 지급하셔야 하는지에 대한 상세한 내용은, 다음 장인 제4장(의료 보험 혜택표(보장 내용 및 가입자께서 지급하셔야 할 내역))의 혜택표를 참조하시기 바랍니다.

1.1항 네트워크 의료 서비스 제공자와 보장 서비스란 무엇입니까?

- **의료 서비스 제공자**는 주에서 면허를 받고 의료 서비스와 진료를 제공하는 의사 및 기타 의료 진료 전문가를 의미합니다. 의료 서비스 제공자라는 용어는 또한 병원과 기타 보건 의료 시설을 포함합니다.
- **네트워크 의료 서비스 제공자**는 총 지급액으로서 저희를 통한 비용 지급 및 가입자의 분담 비용을 수락하기로 저희와 합의한 의사와 그 외 의료 진료 전문가, 의료 단체, 병원, 그리고 기타 의료 진료 시설을 의미합니다. 저희 플랜 회원들에게 보장된 서비스를 제공하기 위해 저희는 이러한 의료 서비스 제공자들과 사전 협의를 했습니다. 저희 네트워크의 의료 서비스 제공자들은 자신들이 가입자에게 제공한 케어에 대한 비용을 저희에게 직접 청구합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 때 가입자는 일반적으로 보장 서비스에 대해서는 비용을 부담하지 않습니다.
- **보장 서비스**에는 저희 플랜이 보장하는 의료 진료, 건강 관리 서비스, 의료 용품 및 의료 장비와 처방약이 포함됩니다. 의료 진료에 대한 보장 서비스는 제4장의 혜택표에 나열되어 있습니다. 처방약에 대한 보장 서비스는 제5장에서 설명합니다.

1.2항 저희 플랜이 보장하는 의료 진료를 받기 위한 기본 규칙

Medicare 의료 보험에 따라 당사의 플랜은 Original Medicare로 보장되는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

저희는 다음과 같은 조건이 만족되는 경우 귀하의 의료 케어를 보장해드립니다.

- 가입자께서 받으시는 의료 서비스가 저희 플랜의 의료 보험 혜택표에 포함되어 있는 경우(본 표는 본 문서 제4장에 수록되어 있습니다).
- 귀하께서 받으시는 의료 서비스가 의학적으로 필요한 것으로 간주될 경우. 의학적으로 필요하다고 하는 것은 서비스, 물품, 장비 및 의약품이 가입자의 질병을 예방, 진단 또는 치료하는데 필요하고 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.
- 가입자께서 받으시는 의료 서비스를 제공하고 감독하는 네트워크 1차 진료 제공자(PCP)가 있는 경우. 저희 플랜의 가입자께서는 네트워크 PCP를 반드시 선택하셔야 합니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 2.1항 참조).

- 대부분의 경우, 가입자의 네트워크 1차 진료의(Primary Care Physician, PCP)는 가입자에게 저희 플랜 네트워크의 다른 의료 서비스 제공자(전문의, 병원, 전문요양원 또는 가정 간호 진료 기관)의 서비스를 이용하시기 전에 반드시 가입자에게 진료 의뢰를 해드려야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 자세한 내용은 본 장의 2.3항을 참조하십시오.
- 일차 의료 서비스 제공자의 진료 의뢰는 응급 의료 서비스 또는 긴급 진료 서비스를 받아야 하는 경우에는 필요하지 않습니다. 또한 사전에 PCP에게서 승인을 받지 않고 받을 수 있는 몇 가지 기타 의료 서비스가 있습니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 2.2항 참조).
- 가입자께서는 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료를 받으셔야 합니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 2항 참조). 대부분의 경우, 네트워크외 의료 서비스 제공자(저희 플랜 네트워크의 소속이 아닌 의료 서비스 제공자)를 통해 받으신 진료는 보장되지 않습니다. 이러한 경우 가입자는 제공받은 서비스에 대해 의료 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 합니다. *다음 4가지 경우는 예외입니다.*
 - 저희는 가입자께서 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받으신 응급 의료 서비스 또는 긴급 진료 서비스를 보장해드립니다. 이에 대한 자세한 정보 및 응급 서비스 또는 긴급 진료 서비스의 의미는 이 장의 3항을 참조하시기 바랍니다.
 - 만일 가입자께서 Medicare가 저희 플랜이 보장하도록 요구하는 진료를 받고자 하지만 저희 네트워크에 이러한 의료 서비스를 제공할 전문의가 없는 경우, 해당 진료를 받기 전 저희가 또는 저희 의료 그룹이 승인하면 가입자께서 네트워크외 의료 서비스 제공자에게 네트워크에서 일반적으로 지불하는 것과 동일한 분담 비용으로 이러한 의료 서비스를 받으실 수 있습니다. 이러한 경우 당사는 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받은 것과 같이 해당 서비스를 보장합니다. 네트워크외 의사의 진료를 받기 위한 승인에 관한 정보는 본 장의 2.4항을 참조하시기 바랍니다.
 - 당사는 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 해당 서비스에 대한 귀하의 의료 서비스 제공자가 일시적으로 이용 가능하지 않거나 접근할 수 없는 경우 Medicare 공인 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 투석에 대한 당사 플랜에서 가입자의 분담 비용은 Original Medicare의 분담 비용을 초과할 수 없습니다. 가입자가 플랜의 서비스 지역을 벗어나 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 투석을 받은 경우 가입자의 분담 비용은 네트워크에서 가입자가 분담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 그러나 가입자가 투석을 위해 일반적으로 이용하는 네트워크 의료 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없어 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받도록 선택한 경우 투석에 대한 분담 비용은 커질 수 있습니다.
 - 이 장의 2.4항에서 설명한 다른 Kaiser Permanente 지역에서 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받는 경우입니다.

2항 당사 네트워크의 의료 서비스 제공자를 통해 의료 진료

2.1항 가입자는 진료를 제공하고 감독할 1차 진료의(Primary Care Physician, PCP)를 선택해야 합니다

PCP란 무엇이며 PCP가 가입자에게 제공하는 내용.

가입자는 이용 가능한 네트워크 의료 서비스 제공자 중 하나를 귀하의 1차 진료 제공자로 선택해야 합니다. 일차 의료 서비스 제공자는 주가 규정하는 요건을 만족하고 가입자에게 일차 진료를 제공하도록 훈련을 받은 의사를 의미합니다. 귀하의 PCP는 일반적으로 일반 의학(성인 또는 내과 및 가정의라고도 함)과 때로는 산부인과를 진료합니다. 일부 네트워크 시설에서는, 가입자께서 원하시는 경우 간호사 또는 의사 보조사를 일차 의료 서비스 제공자로 선택하실 수도 있습니다. PCP는 *의료 서비스 제공자 및 약국 명부*에 식별되어 있습니다.

귀하의 PCP는 의학적으로 필요한 보장 서비스를 제공, 처방 또는 승인합니다. 귀하의 PCP는 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 PCP의 승인을 먼저 받아야 합니다(이를 전문의에게 "진료 의뢰"를 한다고 합니다). 먼저 PCP에게 연락하지 않고 스스로 받을 수 있는 보장 서비스에는 몇 가지 유형이 있습니다(이 장의 2.2항 참조).

귀하의 PCP는 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 PCP는 저희에게서 사전 허가(사전 승인)를 받아야 할 필요가 있습니다(자세한 내용은 이 장의 2.3항 참조).

가입자가 PCP를 선택 또는 교체하는 방법.

가입자의 PCP가 더 이상 당사 서비스 제공자 네트워크에 속해 있지 않기 때문에 새로운 PCP를 선택해야 하는 경우를 포함하여 가입자의 PCP는 이유와 시간에 관계없이 당사의 이용 가능한 PCP에서 변경할 수 있습니다. 귀하의 PCP 선택은 즉시 적용됩니다.

PCP를 선택하거나 교체하려면 kp.org를 방문하거나 가입자 서비스에 전화(전화번호는 본 문서의 겹표지 후면에 인쇄되어 있음)하십시오.

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

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

2.2항 전담 PCP의 진료 의뢰 없이 받을 수 있는 의료 진료.

가입자께서 PCP의 사전 승인 없이 아래 목록에 있는 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 유방 검사, 선별 유방 촬영 사진(유방 엑스레이), 자궁경부세포도말검사, 골반 검사를 포함하는 여성의 정기 검진.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 독감 예방주사(또는 백신), COVID-19 백신 접종, 폐렴 백신 접종.
- 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 응급 서비스.
- 응급 상황은 아니지만 즉각적인 의료 처치가 필요한 서비스로, 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 시간, 장소, 상황상 플랜 계약에 따른 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 것이 불합리한 경우에 제공되는 긴급히 필요한 플랜 보장 서비스. 긴급 진료 서비스의 예로는 예상하지 못한 의학적 질병, 상해 또는 기존 질환의 갑작스러운 악화 등이 있습니다. 그러나 연례 검진 등의 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.
- 가입자가 일시적으로 저희 서비스 지역 외에 있을 때 Medicare 승인 투석 시설에서 신장 투석 서비스를 받은 경우. 가능한 경우 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스에 전화하여 부재 중인 동안 유지 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 하와이 섬(빅 아일랜드)을 방문하는 경우 Kaiser Permanente 의료 시설에서 진료를 받는 것을 권장합니다.

2.3항 전문의 및 다른 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받는 방법

전문의는 특정 질병 또는 신체의 일부에 대한 의료 서비스를 제공하는 의사를 의미합니다. 다양한 전문의가 있으며 다음은 그 몇 가지 예시입니다.

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

전담 PCP의 진료 의뢰

가입자는 대부분의 정기 의료 서비스를 전담 일차 의료 서비스 제공자의 진료를 통해 우선적으로 받게 될 것입니다. 본 장의 2.2항에 설명된 대로 PCP에게 우선적으로 승인을 받지 않고 가입자께서 직접 받을 수 있는 보장 서비스는 몇 가지밖에 없습니다.

네트워크 의료 서비스 제공자로의 진료 의뢰

귀하의 PCP가 PCP가 제공할 수 없는 진료(예: 전문 진료)를 처방할 때 필요에 따라 네트워크 전문의 또는 다른 네트워크 제공자를 만날 수 있는 진료 의뢰서를 드립니다. PCP가 네트워크 전문의에게 의뢰한다면, 이는 특정 치료를 목적으로 한 것입니다. 전문의의 지속적인 치료가 처방되는 경우 치료 플랜에 상시 진료 의뢰가 포함될 수 있습니다. 네트워크 전문의와의 초기 상담 또는 지정된 횟수의 방문을 승인하기 위해 서면 추천서를 보내드립니다. 네트워크 전문의와의 초기 상담이 끝난 뒤에는, 추가 방문이 승인되어 있지 않는 한, PCP에게 돌아가셔야 합니다. 의뢰서에 추가 방문이 승인되어 있지 않는 한, 초기 상담이 끝난 뒤 네트워크 전문의를 방문하지 마십시오. 승인 없이 방문하시는 경우, 서비스가 보장되지 않을 수 있습니다.

사전 승인

아래 나열된 서비스 및 항목에 대해 네트워크 의료 서비스 제공자는 사전에 당사 플랜 또는 의료 그룹의 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 경우, 제9장에 설명된 대로 이의를 제기할 수 있습니다.

- 제4장에서 각주(†)로 식별된 서비스 및 항목.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자께서 요청하신 보장된 서비스가 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받을 수 없는 것으로 결정하는 경우, 일차 의료 서비스 제공자는 의료 그룹에게 저희 서비스 지역 내외에 있는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료 의뢰하게 될 것입니다. 적절한 Medical Group의 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 처치 이후 가입자께 안정 후 진료가 필요한 것으로 네트워크의 의료 서비스 제공자가 저희에게 통지한다면, 이후 저희는 네트워크의 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 3.1항을 참조하시기 바랍니다.
- 의학적으로 필요한 성전환 수술 및 관련 절차.
- 이 장의 6항에 설명된 종교적 비의료 보건 의료 기관의 치료.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 이식 수술을 위한 진료 의뢰서를 문서 또는 전자 방식으로 작성한 경우, 의료 그룹의 지역 이식 수술 자문 위원회 또는 이사회(존재하는 경우)는 해당

수술이 의학적으로 필요하거나 Medicare 지침에 의거 보장될 수 있는 것으로 판단한다면 이는 허가될 것입니다. 이식 수술 위원회 또는 이사회가 없는 경우, 의료 그룹은 가입자에게 이식 수술 센터를 추천해줄 것이며 해당 이식 수술 센터의 의료진이 해당 수술이 의학적으로 필요하거나 Medicare 지침에 의거 보장될 수 있는 것으로 판단하면 의료 그룹은 이를 허가할 것입니다.

전문의 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우는 어떻게 됩니까?

저희는 플랜의 일부인 병원, 의사, 전문의(의료 서비스 제공자)를 연중 상시로 변경할 수도 있습니다. 가입자의 의사 또는 전문의가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우 가입자는 아래에 요약된 특정 권리와 보호를 받습니다.

- 저희 네트워크 의료 서비스 제공자가 연중 상시 변경되더라도 Medicare는 가입자께서 자격을 보유한 의사와 전문의로부터 중단없이 서비스를 받을 수 있도록 조치를 취하고 있습니다.
- 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 치료 지속을 위해 이용할 수 있는 자격을 갖춘 새로운 네트워크 의료 서비스 네트워크 의료 서비스 제공자드릴 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.
- 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 가입자의 의료적 요구 사항을 충족하기에 부족한 경우 의료 서비스 제공자 네트워크 외부에서 의료적으로 필요한 보장 혜택을 네트워크 분담 비용으로 제공하도록 조정합니다. 그러기 위해서는 사전 승인이 필요합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사의 플랜 또는 의료 그룹에서 사전 승인을 받아야 합니다.
- 의사 또는 전문의가 가입자의 플랜의 일원으로서 활동을 중지하면, 저희에게 연락을 주시기 바랍니다. 가입자께서 새로운 의료 서비스 제공자를 찾으실 수 있도록, 그리고 진료를 관리하실 수 있도록 지원해드리겠습니다.
- 당사가 가입자의 이전 의료 서비스 제공자를 대체할 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자를 제공하지 않았거나 가입자의 진료를 적절하게 관리하지 못한다고 생각하면 가입자는 QIO, 치료 품질 고충 위원회 또는 둘 다에 치료 품질에 대한 불만을 제기할 권리가 있습니다. 제9장을 참조하십시오.

2.4항 네트워크의 의료 서비스 제공자에게 진료를 받는 방법

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 3항을 참조하시기 바랍니다.
- 당사 또는 의료 그룹은 본 장의 2.3항에 설명된 대로 네트워크외 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 지역의 서비스 지역을 방문하시는 경우, 해당 서비스 지역의 지정된 의료 서비스 제공자에게 본 **보장 범위 증명서**에 보장된 특정 의료 서비스를 받으실 수 있습니다. 보장 정보 및 시설 위치를 포함하여 다른 Kaiser Permanente Region 서비스 지역을 방문할 때 치료를 받는 경우에 관해 자세히 알고 싶으신 경우, 가정 외 진료 여행 번호 1-951-268-3900(TTY 711)(공휴일 제외 연중무휴 24시간 운영)으로 문의하시거나 웹사이트 kp.org/travel를 방문하시기 바랍니다. Kaiser Permanente는 캘리포니아, 컬럼비아 특별구, 콜로라도, 조지아, 하와이, 메릴랜드, 오리건, 버지니아 및 워싱턴에 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.

3항 응급 상황 또는 긴급 의료 서비스가 필요할 때나 재난 상황 시 서비스를 받는 방법

3.1항 의료 응급 상황인 경우 진료 받기

의료 응급 상황이란 무엇이며 이러한 상황이 발생하면 어떻게 해야 합니까?

의학적 응급 상황은 본인이나 일반적인 수준의 건강 및 의학적 지식을 가진 신중한 모든 비전문가가 가입자 본인이 목숨을 잃거나(임신 중인 여성인 경우, 유산 포함) 사지나 사지 기능의 상실, 신체 기능에 대한 심각한 장애를 막기 위해 즉각적인 처치가 필요한 의학적 증상이 있다고 판단하는 경우를 말합니다. 의학적 증상으로는 질환, 상해, 심각한 통증 또는 급속히 나빠지는 질병 등이 있습니다.

의료 응급 상황 발생 시 다음 지침을 따르십시오.

- **가능한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하여 도움을 요청하시거나 가장 가까운 응급실 또는 병원에 내원하십시오. 필요하신 경우 앰블런스를 부르십시오. 전담 일차 의료 서비스 제공자의 승인 또는 진료 의뢰를 우선적으로 받으실 필요는 없습니다. 네트워크 소속 의사를 이용할 필요가 없습니다. 미국 또는 미국 영토 내 어느 곳이든 가입자는 필요 시 응급 의료 진료에 대한 보장을 받을 수 있습니다.
- **가능한 빨리 가입자의 응급 상황에 관해 저희 플랜 측에 전달해주십시오.** 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 48시간 이내에 이뤄져야 합니다. 가입자의 플랜 멤버십 카드 후면에 전화번호가 기재되어 있습니다.

의료 응급 상황 발생 시 무엇이 보장됩니까?

앰블런스가 아닌 기타 수단으로 응급실로 가시는 것이 가입자의 건강에 위해를 끼칠 수 있는 상황인 경우 앰블런스 서비스를 보장해드립니다. 저희는 응급 상황 중 의료 서비스도 보장합니다. 가입자에게 응급 의료 서비스를 제공하는 의료진은 가입자의 상태가 안정적이며 의료 응급 상황을 벗어난 시기를 판단하게 될 것입니다.

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. 저희는 Medicare 지침에 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 해주어야 합니다. 대부분의 경우, 외부 네트워크 의료 서비스 제공자나 저희가 가입자의 잠재적 책임에 관해 가입자에게 통지해드린 경우, 가입자께서는 재정적인 책임만을 지시게 됩니다.

외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 응급 의료 서비스를 제공한 경우, 저희는 가입자의 의학적 상태와 상황이 허락되는 대로 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자의 의료 서비스를 이어 받도록 조치를 취할 것입니다.

의료 응급 상황이 아닌 경우는 어떻습니까?

종종 의료 응급 상황인지 아닌지 파악하기 힘든 경우가 있습니다. 예를 들어, 본인은 심각하게 위험한 건강 상태라고 생각하시고 응급 처치를 받으러 갔으나 의사는 의료 응급 상황이 전혀 아니라는 소견을 낼 수도 있습니다. 응급 상황이 아닌 것으로 판명되는 경우, 저희는 가입자께서 본인이 심각하게 위험한 건강 상태였다고 합리적으로 판단을 내린 한 가입자의 진료에 대해 보장을 해드립니다.

그러나 의사가 응급 상황이 *아니었다고* 소견을 낸 경우, 저희는 가입자께서 다음 두 가지 방법 중 하나를 통해 추가 의료 서비스를 받은 *경우에만* 보장을 해드립니다.

- 추가 의료 서비스를 받기 위해 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료를 받은 경우.
- 또는제공받는 추가 진료가 긴급하게 필요한 의료 서비스로 간주하여 해당 긴급 진료를 제공받기 위한 규정을 따름(자세한 정보는 아래 3.2항 참조).

3.2항 긴급 상황 시 진료 받기**긴급 진료 서비스란 무엇입니까?**

응급 상황은 아니지만 즉각적인 의료 처치가 필요한 플랜 보장 서비스란 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 시간, 장소, 상황상 플랜 계약에 따른 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 서비스를 받는 것이 불합리한 경우에 제공되는 긴급히 필요한 서비스입니다. 긴급 진료 서비스의 예로는 예상하지 못한 의학적 질병, 상해 또는 기존 질환의 갑작스러운 악화 등이 있습니다. 그러나 연례 검진 등의 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.

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 할지 안내해드리거나 그 다음에는 어떻게 해야 할지 조언을 드릴 수도 있습니다. 또한 의학적으로 적절한 경우 당일 긴급 의료 서비스 예약을 해드릴 수도 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 상담 간호사와 상담하거나 상담을 예약하려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에 수록된 예약 및 상담 전화번호를 참조하시기 바랍니다.

당사의 플랜은 미국 또는 미국 영토 밖에서 일어난 응급 서비스, 긴급 진료 서비스 또는 그 외 진료 서비스를 보장하지 않습니다.

3.3항 재난 상황 시 진료 받기

거주하시는 주의 주지사, 미국 보건복지부 장관, 또는 미합중국 대통령이 재난 상황 또는 거주하시는 지역의 위기 상황을 선포하는 경우에도 가입자께서는 저희의 의료 서비스를 받으실 자격을 보유하게 됩니다.

재난 발생 시 필요한 진료를 받는 방법에 관해 자세한 사항은 kp.org를 참조하십시오.

재난 상황 시 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하실 수 없는 경우, 저희는 네트워크 분담 비용으로 네트워크의 의료 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받으실 수 있도록 허가해드립니다. 재난 상황 시 네트워크 약국을 이용하실 수 없는 경우, 가입자께서는 외부 네트워크 약국에서 처방약을 조제받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 제5장의 2.5항을 참조하시기 바랍니다.

4항 보장된 서비스의 모든 비용에 대해 직접 청구서를 받는 경우는 어떻게 해야 하나요?

4.1항 가입자께서는 보장된 서비스에 대해 저희에게 분담금을 지급하도록 요청하실 수 있습니다

보장 서비스에 대해 가입한 플랜의 분담 비용 이상으로 지급하신 경우나 보장된 의료 서비스의 총 비용에 대한 청구서를 받으신 경우, 제7장(보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 수령한 부담금 지급 요청)에서 대처 방안에 대한 정보를 확인하시기 바랍니다.

4.2항 서비스가 플랜에서 보장되지 않는 경우 어떻게 해야 하나요?

당사는 이 문서 제4장의 의료 보험 혜택표에 포함된 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장합니다. 플랜이 보장하지 않는 서비스나 네트워크 외부에서 허가받지 않은 서비스를 받은 경우 가입자가 해당 서비스의 전체 비용을 부담해야 합니다.

보험 혜택의 제한이 있는 보장 서비스에 대해, 가입자께서는 그러한 유형의 보장 서비스에 대한 혜택을 모두 이용한 후에는 모든 서비스에 대한 총 비용을 부담하셔야 합니다. 혜택이 소진된 후 지불하는 금액은 최대 본인 부담 금액으로 계산되지 않습니다.

참고: 어떤 서비스를 저희 플랜이 보장하지 않는 경우 Medicare가 보장할 수 있습니다. 특정 서비스의 Medicaid 보장 여부와 해당 서비스를 받는 방법에 대한 자세한 내용은 가입자의 주에 있는 Medicaid 기관에 문의하시기 바랍니다.

5항 가입자가 임상 시험에 참여 중일 때 의료 서비스는 어떻게 보장이 됩니까?

5.1항 임상 연구란 무엇입니까?

임상 연구(임상 시험이라고도 함)는 새로운 항암제가 얼마나 잘 작용하는지 등을 알아보기 위해 의사와 과학자들이 새로운 유형의 치료를 테스트하는 방법입니다. 특정 임상 연구는 Medicare의 승인을 받습니다. Medicare에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 해당 연구에 참여할 지원자를 모집합니다.

Medicare에서 임상 연구를 승인하면하고 귀하가 관심을 표시하면, 해당 연구의 관계자가 가입자에게 연락하여 연구 내용을 자세히 설명하고 연구를 진행하는 과학자들이 설정한 요건에 가입자께서 부합하는지 확인합니다. 가입자께서 임상 연구의 요건에 부합하는 것에 *더해서* 연구 참여 시 무슨 일이 일어나는지 완전히 이해한 후 이를 수락하시는 한 해당 연구에 참여하실 수 있습니다.

Medicare가 승인한 임상 연구에 참여하시는 경우, Original Medicare가 해당 연구의 일부로서 가입자께서 받으시는 보장 서비스에 대한 비용 대부분을 부담합니다. 귀하가 자격을 갖춘 임상 시험에 참여 중이라고 알려주시면 해당 시험에서 받는 서비스에 대한 네트워크 분담 비용만 지불하시면 됩니다. 예를 들어, 이미 Original Medicare 분담 비용을 부담하여 더 많이 지불한 경우, 가입자가 지불한 비용과 네트워크 분담 비용의 차액을 환급해드립니다. 하지만 지불한 금액이 명시된 문서를 제출해야 합니다. 임상 연구에 참여 중이신 경우, 가입자께서는 저희 플랜에 가입하신 채로 남아있을 수 있으며 저희 플랜을 통해 남아있는 의료 서비스(해당 연구에 관련되지 않은 의료 서비스)를 계속 받으실 수 있습니다.

Medicare가 승인한 임상 연구에 참여하기를 원하시는 경우 가입자는 저희에게 알려주시거나 1차 진료의(Primary Care Physician, PCP)의 승인을 받을 필요가 없습니다. 임상 연구의 일부로서 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자가 반드시 저희 플랜의 의료 서비스 제공자 네트워크의 일원일 필요는 *없습니다*. 여기에는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 레지스트리를 구성 요소로 포함하여 저희 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않는다는 점에 유의하십시오. 여기에는 증거 개발을 통한 보장을 필요로 하는 국가 보장 결정(NCDs-CED) 및 검사 기기 시험 예외(IDE) 연구에 명시된 특정 혜택이 포함되며 사전 승인 및 기타 플랜 규칙이 적용될 수 있습니다.

Original Medicare가 Medicare Advantage 등록자에게 보장해 드리는 임상 연구에 참여하는 데 저희 플랜의 허가를 받을 필요는 없지만, Medicare가 인정한 임상 시험에 참여하기로 한 경우 사전에 저희에게 알려주시기 바랍니다.

Medicare에서 승인하지 않은 연구에 참여하는 경우 연구 참여에 따른 비용은 모두 가입자께서 부담하셔야 합니다.

5.2항 가입자께서 임상 시험에 참여하실 때 누가 무엇을 부담하게 됩니까?

Medicare가 승인한 임상 연구에 참여하신 후, Original Medicare가 연구의 일환으로서 제공되는 정기적인 품목 및 서비스에 대해 다음과 같이 보장합니다.

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

Medicare가 이러한 서비스에 대한 분담 비용을 지급한 경우, 저희 플랜이 비용의 나머지를 부담합니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로 가입자는 임상 연구에서 받는 보장 서비스에 대해 비용을 부담할 필요가 없습니다.

가입자께서 임상 연구에 참여하실 때 **Medicare** 및 **저희 플랜**은 다음 사항에 대해서 비용을 부담하지 않습니다.

- 일반적으로 Medicare가 보장하는 물품이나 서비스가 아닌 한 Medicare는 임상 연구에서 시험 중인 새로운 물품이나 서비스에 대한 비용을 부담하지 않으며, 이는 가입자께서 임상 연구에 참여하지 않으시는 경우에도 마찬가지로 적용됩니다.
- 제공되는 물품이나 서비스는 자료 수집만을 위한 것이며 가입자의 보건 의료에 직접적으로 사용되지 않습니다. 예를 들어, 가입자의 질병과 관련하여 일반적으로 컴퓨터단층촬영법(Computed Tomography, CT) 1회만이 요구되는 경우, Medicare는 임상 연구의 일환으로 이뤄진 추가적인 월 CT 촬영에 대한 비용을 부담하지 않습니다.
- 연구 후원자가 시험에 참여하는 모든 등록자에게 무료로 제공하는 물품 및 서비스.

더 자세히 알고 싶으십니까?

임상 시험에 참여하는 방법에 관한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 웹사이트를 방문해 Medicare 및 임상 연구를 읽어보시거나 다운받으시기 바랍니다. (해당 간행물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf에서 확인할 수 있습니다.) 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에도 일주일 내내 하루 24시간 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

6항 종교적 비의학적 보건 의료 기관에서 진료를 받기 위한 규칙**6.1항** 종교적 비의료 보건 의료 기관의 정의.

종교적 비의학적 보건 의료 기관은 병원 또는 전문 간병 기관에서 일반적으로 취급되는 질병에 대해 의료 서비스를 제공하는 시설을 의미합니다. 병원 또는 전문 간병 기관에서 받는 의료 서비스가 회원의 종교적 신념에 반하는 경우, 저희는 이를 대신하여 종교적 비의학적 의료 기관의 의료 서비스에 대한 보장을 제공합니다. 이 혜택은 오직 파트 A 입원 서비스(비의학적 건강 관리 서비스)에 대해서만 제공됩니다.

6.2항 종교적 비의료 기관에서 진료 받기

종교적 비의학적 의료 기관에서 의료 서비스를 받으려면, 가입자께서는 반드시 양심적으로 **예외가 아닌** 의료 치료를 받는 것에 반대함을 나타내는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- **예외가 아닌** 의료 진료 또는 치료는 **자발적**이며 연방, 주, 현지 법률이 요구하지 않는 모든 의료 진료 또는 치료입니다.
- **예외인** 의료 치료는 자발적으로 받는 것이 아니거나 연방, 주, 현지 법률이 **요구하는** 의료 진료 또는 치료입니다.

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

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 반드시 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 가입자께서 받으신 서비스에 대한 저희 플랜의 보장은 의료 서비스의 **비종교적인** 측면에 한정됩니다.
- 가입자께서 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받으신 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
 - 가입자의 질병이 병원 입원 의료 서비스 또는 전문요양시설 의료 서비스와 관련하여 보장되는 서비스가 필요한 질병이어야 합니다.
 - **그리고** 가입자께서는 시설에 입소하기 전 저희 플랜으로부터 사전 승인을 반드시 받아야 하며 그렇지 않은 경우 가입자의 입원 비용은 보장되지 않습니다.

참고: 보장 서비스는 제4장과 제12장에 설명된 바와 같은 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공한 서비스에 요구되는 것과 동일한 한계 및 분담 비용을 적용받습니다.

7항 내구성 의료 장비의 소유권에 대한 규칙

7.1항 저희 플랜의 보장 아래 일정 횟수 지급을 한 후 내구성 의료 장비를 소유하시겠습니까?

내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME)에는 산소 호흡 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동 매트리스 시스템, 목발, 당뇨 환자 용품, 음성 재생 장치, 정맥주사(Intravenous, IV) 주입 펌프, 네블라이저, 가정내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대와 같은 품목을 포함됩니다. 가입자께서는 보조기기와 같은 특정 품목을 항상 소유합니다. 본 섹션에서는, 가입자께서 반드시 임대해야 하는 기타 유형의 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 플랜에 가입하기 전 Original Medicare의 보장 아래 DME 품목에 대하여 12회 연속 지급을 하셨다 하더라도, 저희 플랜의 가입자이신 동안에는 해당 품목에 대한 정률 본인 부담금 지급 횟수와 상관없이 가입자께서는 소유권을 획득하지 못할 것입니다.

가입자께서 **Original Medicare**로 전환하신 경우, 내구성 의료 장비에 대한 지급은 어떻게 됩니까?

가입자께서 저희 플랜에 가입하신 동안 DME 품목의 소유권을 획득하지 못하신 경우, 해당 품목을 소유하시기 위해서는 **Original Medicare** 전환 후 처음부터 새로 13회 연속 지급을 하셔야 합니다. 저희 플랜에 가입하신 동안 가입자께서 지급한 내역은 적용되지 않습니다.

예 1: **Original Medicare**에서 해당 품목에 대해 12회 이하로 연속 지급한 후 저희 플랜에 가입하셨습니다. **Original Medicare**에서 지급한 금액은 적용되지 않습니다. 해당 품목을 소유하기 위해서는 저희 플랜에 13회 지급해야 합니다.

예 2: **Original Medicare**에서 해당 품목에 대해 12회 이하로 연속 지급한 후 저희 플랜에 가입하셨습니다. 저희 플랜에 가입해 있었지만 가입 기간에 해당 품목을 소유하지 못하고 **Original Medicare**로 돌아왔습니다. 해당 품목을 소유하시기 위해서는 **Original Medicare**로 다시 돌아온 후에 처음부터 새로 13회 연속 지급을 하셔야 합니다. 이전에 지급한 모든 금액(저희 플랜이든 **Original Medicare**든)은 인정되지 않습니다.

7.2항 산소 장비, 의료 용품 및 유지 보수에 대한 규칙

어떤 산소 혜택을 받을 자격이 있습니까?

Medicare의 산소 호흡 장비 보장을 받을 자격이 된다면 플랜에서 보장하는 내역은 다음과 같습니다.

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

플랜을 떠나거나 의학적으로 산소 장비가 더 이상 필요하지 않은 경우 산소 장비는 반환해야 합니다.

플랜을 탈퇴하고 **Original Medicare**로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 공급업체가 5년간 서비스를 제공하도록 요구합니다. 첫 36개월 동안은 가입자가 장비를 임대하고, 나머지 24개월은 공급업체가 장비와 유지보수를 제공합니다(산소에 대한 정액 본인 부담금은 계속 가입자의 책임). 5년이 지나면 같은 회사를 계속 이용하거나 다른 회사로 변경하도록 선택할 수 있습니다. 이 시점에서 같은 회사를 계속 이용하더라도 5년 주기가 다시 시작되며, 첫 36개월 동안 정액 본인 부담금을 지불해야 합니다. 저희 플랜에 가입하거나 플랜을 탈퇴할 경우 5년 주기가 다시 시작됩니다.

제4장: 의료 보험 혜택표(보장 내용 및 가입자 부담금)

1항 보장 서비스에 대한 가입자 본인 부담금 이해하기

본 장에는 가입자께서 보장받는 서비스의 목록과 저희 플랜의 가입자로서 각 보장 서비스에 대해 가입자 본인이 부담하셔야 할 금액이 수록된 의료 보험 혜택표가 포함되어 있습니다. 본 장의 마지막 부분에는 보장이 되지 않는 의료 서비스에 관한 정보를 다루고 있습니다. 또한 특정 서비스에 대한 제한 사항을 설명해드립니다. 이외에도 추가 보장 정보와 제한 사항(예: 보험 혜택 조율, 내구성 의료 장비, 가정 간호 진료, 전문 간병 기관의 의료 서비스, 제삼자 책임)에 대해서는 제3장, 제11장, 제12장을 참조하시기 바랍니다.

1.1항 보장 서비스에 대해 본인이 부담해야 하는 가입자 본인 부담금의 유형

본 장에서 알려드리는 부담금에 관한 정보를 이해하려면, 보장받는 서비스에 대해 본인이 부담해야 하는 가입자 부담 비용의 유형에 대해 아셔야 합니다.

- **정액 본인 부담금**은 특정 의료 서비스를 받으실 때 매번 가입자께서 부담하셔야 하는 고정 비용입니다. 저희가 비용 분담금 전부를 징수하지 않고 가입자께 후에 청구서를 보내지 않는 한, 가입자께서는 의료 서비스를 받으셨을 때 정액 자기 부담금을 부담하시게 됩니다. (2항의 의료 보험 혜택표를 통해 정액 본인 부담금에 대해 더 자세히 알려드립니다.)
- **공동 보험금**은 특정 의료 서비스의 총 비용에서 본인이 부담하는 부담금의 퍼센티지를 말합니다. 저희가 비용 분담금 전부를 징수하지 않고 가입자에게 후에 청구서를 보내지 않는 한, 가입자께서는 의료 서비스를 받으셨을 때 정률 자기 부담금을 부담하시게 됩니다. (2항의 의료 보험 혜택표를 통해 공동 보험금에 대해 더 자세히 알려드립니다.)

1.2항 Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장하는 의료 서비스에 대한 최대 본인 부담금은 얼마입니까?

참고: 가입자는 또한 Medicaid에서도 지원을 받으므로 극소수의 회원만이 이 최대 본인 부담금에 도달합니다. 귀하는 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 본인 부담금에 대해 본인 부담금을 지불할 책임이 없습니다.

가입자께서 Medicare Advantage 플랜에 가입하셨으므로 Medicare 파트 A와 파트 B를 통해 보장되는 네트워크의 의료 서비스에 대해 매해 지불하는 본인 부담금에는 한도가 있습니다. 이러한 한도를 의료 서비스에 대한 최대 본인 부담금(MOOP)이라고 합니다. 2025년 이 금액은 **\$9,350**입니다.

내부 네트워크에서 보장되는 서비스에 대한 정액 자기 부담금과 정률 자기 부담금의 금액은 최대 자기 부담금에 산입됩니다. 가입자께서 파트 D 처방약에 대해 부담하는 금액은 최대 식품 의약청에 산입되지 않습니다. 이에 더해, 일부 서비스에 대한 부담금은 최대 자기 부담금에 산입되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 보험 혜택표에 별표(*)로 표시되어 있습니다. **\$9,350**의 최대 본인 부담금에 도달한 경우 네트워크가 보장하는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 해당 연도의 나머지 기간에 가입자는 본인 부담금을 지불하지 않아도 됩니다. 다만 (가입자의 파트 B 보험료를 Medicaid 또는 제3자가 납입하지 않는 한) 가입자는 반드시 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.

1.3항 저희 플랜은 의료 서비스 제공자가 "결산 청구"를 하도록 허용하지 않습니다

저희는 저희 플랜의 회원으로서, 가입자께서 저희 플랜이 보장하는 서비스를 받으실 때 가입자의 부담 비용금만 지불하실 수 있도록 중요한 보호를 제공해드리고 있습니다. 의료 서비스 제공자는 추가로 별도의 비용 청구, 즉 **결산 청구**를 할 수 없습니다. (가입자께서 식품 의약청 이상을 납입하지 않으셔도 됨을 보장하는) 이러한 보호 장치는 의료 서비스 제공자가 서비스에 대해 청구한 비용보다 적은 금액을 저희가 부담할 때, 그리고 분쟁이 발생하여 저희가 의료 서비스 제공자에게 부담금을 지급하지 않을 때에도 마찬가지로 적용됩니다.

다음은 이 보호 장치가 어떻게 적용되는지에 대한 내용입니다.

- 만일 가입자의 비용 부담금이 정액 자기 부담금(예를 들어, \$15와 같이 정해진 금액)인 경우, 가입자께서는 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공한 보장 서비스에 대해 해당 금액만 부담하시면 됩니다.
- 만일 가입자의 비용 부담금이 정률 자기 부담금(총 비용의 퍼센티지)인 경우, 가입자께서는 그 퍼센티지 이상을 내실 필요가 없습니다. 그러나, 가입자의 비용은 어떤 유형의 의료 서비스 제공자에게 진료를 받는가에 따라 다음과 같이 달라집니다.
 - 만일 네트워크 의료 서비스 제공자에게 보장된 서비스를 받으시는 경우, 가입자께서는 저희 플랜의 환급률(의료 서비스 제공자와 저희 플랜 간 계약에 따라 결정됨)에 공동 부담금의 백분율을 곱한 금액을 부담하시게 됩니다.
 - 만일 Medicare에 참여하는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에서 보장 서비스를 받으시는 경우, 가입자께서는 Medicare에 참여하는 의료 서비스 제공자에 대한 Medicare 부담률에 정률 자기 부담금을 곱한 금액을 부담합니다. (네트워크 외부 제공업체의 서비스는 특정 상황(추천을 받은 경우, 응급 상황 또는 긴급히 필요한 서비스 등)에서만 보장됩니다.)
 - 만일 Medicare에 참여하지 않는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자에서 보장 서비스를 받으시는 경우, 가입자께서는 Medicare에 참여하지 않는 의료 서비스 제공자에 대한 Medicare 부담률에 공동 부담금 백분율을 곱한 금액을 부담합니다. (네트워크 외부 제공업체의 서비스는 특정 상황(추천을 받은 경우, 응급 상황 또는 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 서비스)에서만 보장됩니다.)
- 의료 서비스 제공자가 결산 청구를 했다고 생각되면 가입자 서비스에 전화하세요.

저희는 의료 서비스 제공자가 가입자에게 보장 서비스에 대해 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 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 제공자에게 청구서를 받으신다면 가입자 서비스로 전화하세요.

2항 의료 보험 혜택표를 이용하여 가입자의 보장 내용과 부담금 확인하기

2.1항 플랜 가입자의 의료 보험 혜택과 비용

다음 페이지의 의료 보험 혜택표에는 저희가 보장하는 서비스와 각 서비스에 대한 자기 부담금이 수록되어 있습니다. 파트 D 처방약 보장은 제5장을 참조하시기 바랍니다. 의료 보험 혜택표에 수록된 서비스는 다음 보장 조건을 충족하는 경우에만 보장됩니다.

- 가입자의 Medicare 보장 서비스는 반드시 Medicare가 제공하는 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 가입자가 받은 서비스(의료 진료, 서비스, 의료 용품, 의료 장비, 파트 B 처방약 포함)는 반드시 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요라고 하는 것은 서비스, 물품 및 의약품이 가입자의 질병을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.
- 신규 등록자의 경우 가입자의 MA 조율 진료 플랜은 최소한 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 모든 진행 중인 치료 과정을 해당 치료 과정이 네트워크의 의료 서비스 제공자로부터 시작된 서비스라 하더라도 사전 승인을 요구할 수 없습니다.
- 가입자께서는 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받습니다. 대부분의 경우 네트워크의 의료 서비스 제공자로부터 받는 치료는 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 치료가 아니거나 가입자의 플랜 또는 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 진료 의뢰를 하지 않는다면 보장되지 않습니다. 이러한 경우 가입자는 제공받은 서비스에 대해 의료 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 합니다.
- 가입자께 의료 서비스를 제공하고 이를 감독하는 일차 의료 서비스 제공자가 있으신 경우, 대부분의 경우 가입자의 1차 진료의(Primary Care Physician, PCP)는 반드시 가입자께서 저희 플랜의 네트워크에 참여한 다른 의료 서비스 제공자에게 진료를 받으시기 전에 사전 승인을 해야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다.
- 의료 보험 혜택표에 수록된 일부 서비스는 가입자의 의사 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 저희에게서 사전 승인(종종 사전 허가라고 함)을 받은 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 보험 혜택표에 특수 기호(†)로 표시되어 있으며 이에 관한 각주 설명이 제공됩니다. 또한 의료 보험 혜택표에 나열되지 않은 사전 승인이 필요한 기타 서비스를 포함하여 사전 승인에 대한 자세한 정보는 제3장의 2.3항을 참조하십시오.
- 조율 진료 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인한 경우, 해당 승인은 적용 가능한 보장 기준, 가입자의 병력, 치료 제공자의 권고에 따라 의료적으로 합리적이고 필요한 경우에 한해 치료의 중단을 피하기 위해 유효해야 합니다.

저희 보장에 관해 아셔야 할 기타 중요한 내용은 다음과 같습니다.

- 귀하는 Medicare와 Medicaid 모두에 의해 보장됩니다. Medicare는 보건 의료와 처방약을 보장합니다. Medicaid는 가입자의 Medicare 서비스의 비용 부담을 보장해 드립니다. Medicaid는 Medicare에서 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 의료 보험에서와 마찬가지로, 저희는 Original Medicare가 보장하는 모든 서비스를 보장해드립니다. (Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 더 알고 싶으시면, 가입자께서 가지고 계신 Medicare & You 2025 핸드북을 참조해주시고. 또한 www.medicare.gov에서 온라인으로 핸드북을 보시거나 24시간, 연중 무휴로 운영되는 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하셔서 사본을 요청하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.)
- Original Medicare가 무료로 보장하는 모든 질병 예방 서비스에 대해 저희 또한 무료로 해당 서비스를 보장해드립니다. 그러나 가입자께서 또한 질병 예방 서비스를 받기 위해 의료 서비스 제공자를 방문하시는 동안 기존 질병에 대해 치료 또는 모니터링을 받으시는 경우, 부담 비용은 기존 질환과 관련한 진료에 적용됩니다.




의료 보험 혜택표의 질병 예방 서비스 옆에는 이 사과 기호가 표시되어 있습니다.

- Medicare가 2025년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜은 해당 서비스를 보장해드립니다.
- Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 Medicare와 Medicaid 둘 다에 가입한 고객을 위해 혜택과 치료를 더 잘 조정하도록 설계되었으며, 모든 보건 의료 요구 사항과 관련하여 가입자에게 도움이 될 것입니다. Medicaid 혜택 및 부담 비용 요약은 의료 보험 혜택표 마지막에 있는 "Medicaid 보장 혜택 요약"을 참조하시기 바랍니다.
- 가입자가 저희 플랜의 6개월 간의 자격에 대한 지속성 기간 내에 있는 경우, 저희는 Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공할 것입니다. 그러나 이 기간에 Medicaid와 상의하여 저희 플랜에서 보장하지 않지만 Medicaid에서 보장하는 서비스를 Medicaid에서 보장하는 것이 있는지 확인하셔야 합니다. 또한 가입자께서 저희에게 지불하는 파트 D 약물의 부담 비용은 변경될 수 있습니다. Medicare 보장 서비스에 대해 지불하시는 금액은 이 기간 중 증가할 수 있습니다.

위에서 설명한 보장 요건을 충족하는 경우 가입자는 의료 보험 혜택표에 수록된 서비스에 대한 비용을 부담할 필요가 없습니다.



의료 보험 혜택표

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 복부 대동맥류 스크리닝†</p> <p>위험군에 속한 분들을 위한 초음파 스크리닝 1회. 저희 플랜은 가입자께서 특정 위험 요소를 보유하신 경우 및 주치의, 의사 보조사, 전문 간호사 또는 임상 전문 간호사에게서 진료 의뢰를 받으신 경우에 스크리닝을 보장해드립니다.</p>	<p>본 질병 예방 스크리닝에 대한 자격을 보유한 회원께서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>만성 요통에 대한 침술†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <p>Medicare 수혜자는 다음과 같은 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문을 보장합니다.</p> <p>이 혜택을 위해 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12주 이상 지속되는 경우 • 확인 가능한 전신적 원인이 없다는 점에서 비특이적(즉, 전이성, 염증성, 감염병 등의 질병과 관련이 없음), • 수술과 관련이 없음, • 임신과 관련이 없음. <p>개선을 보이는 환자를 위해 추가로 8회의 세션이 제공됩니다. 침술 치료는 연간 20회를 초과할 수 없습니다.</p> <p>환자가 개선되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다.</p> <p>공급자 요구 사항</p> <p>의사(사회 보장법(법)의 1861(r)(1) 정의에 따름)는 해당 주 요구 사항에 따라 침술을 제공할 수 있습니다.</p> <p>의사 보조(PA), 임상 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS)(법 1861(aa)(5)에 명시된 대로) 및 보조</p>	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.



**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>직원은 모든 해당 주 요구 사항을 충족하고 다음을 충족하는 경우 침술을 제공할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACAOM(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine)의 인증을 받은 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 그리고, • 미국의 주, 준주 또는 영연방(예: 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현재 완전하고 활동적이며 무제한적인 면허. <p>침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 감독 하에 있어야 합니다.</p>	
<p>앰블런스 서비스</p> <p>응급 상황이건 비응급 상황이건 관계없이 앰블런스 보장 서비스에는 의료 서비스를 제공할 수 있는 가장 가깝고 적합한 시설까지 이송해주는 비행기, 헬리콥터 및 지상 앰블런스 서비스가 포함됩니다. 가입자께서 다른 이송 수단을 이용하시는 경우 건강에 위해를 끼칠지도 모르는 의학적 상태에 처해있으시거나 저희 플랜이 허가한 경우에만 이러한 서비스가 제공됩니다. 응급 상황이 아닐 때 보장 대상 앰블런스 서비스를 사용하려면 가입자의 상태로 인해 다른 이송 수단 이용 시 건강이 위협받을 수 있으며 의학적으로 앰블런스 이송이 필요하다는 사실이 문서화된 경우여야 합니다.</p>	<p>\$0</p>
<p> 연례 정기 신체 검사†</p> <p>정기 신체 검사가 일반적으로 허용되는 의료전문가 실무 기준에 따라 의학적으로 적절한 질병 예방 관리를 위한 검사인 경우에 이를 보장해드립니다.</p>	<p>이러한 질병 예방 관리에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 연례 웰니스 방문†</p> <p>가입자께서 12개월 이상 파트 B 혜택을 받으신 경우, 현재 건강 상태와 위험 요소에 기반한 맞춤형 질병</p>	<p>연례 웰니스 방문에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.




**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>예방 플랜의 수립 또는 업데이트를 위해 연례 웰니스 방문을 받으실 수 있습니다. 이 서비스는 12개월마다 1회 보장됩니다.</p> <p>참고: 가입자의 첫 연례 웰니스 방문은 <i>Medicare</i> 가입 환영 예방 방문 이후 12개월 이내에는 실시될 수 없습니다. 그러나, 가입자께서 파트 B 혜택을 12개월 받은 이후에 연례 웰니스 방문 보장을 받기 위해 <i>Medicare</i> 가입 환영 방문을 굳이 받으셔야 할 필요는 없습니다.</p>	<p>부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 골밀도 측정†</p> <p>자격을 갖춘 개인(일반적으로 이것은 골량 손실 위험이 있거나 골다공증 위험이 있는 사람을 의미함)의 경우 다음 서비스가 24개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 보장됩니다. 결과에 대한 의사의 해석을 포함하여 골량을 확인하거나, 골 손실을 감지하거나, 골질을 결정하기 위한 절차.</p>	<p><i>Medicare</i>의 보장을 받는 골밀도 측정에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 유방암 스크리닝(유방촬영술)†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35~39세에서 베이스라인 유방촬영술 1회. • 40세 이상의 여성에 대해 매 12개월마다 스크리닝 유방촬영술 1회. • 매 24개월마다 임상 유방 검사 1회. 	<p>보장받는 스크리닝 유방촬영술에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>심장 재활 서비스†</p> <p>운동, 교육, 상담을 포함한 심장 재활 서비스 종합 프로그램은 일정 조건을 만족하며 의사의 지시가 떨어진 회원을 대상으로 보장됩니다. 저희 플랜은 또한 일반적인 심장 재활 프로그램보다 더 강도가 높거나 더 집중적인 심장 재활 프로그램도 보장해드립니다.</p>	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.


**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 심혈관계 질환 위험 경감 방문(심혈관계 질환을 위한 치료)†</p> <p>저희는 가입자의 심혈관계 질환 위험을 줄이기 위해 일차 의료 서비스 의사의 연 1회 방문을 보장해드립니다. 본 방문 동안에 주치의는 아스피린 사용(적절한 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 측정하며, 건강한 식습관을 위한 조언을 제공할 것입니다.</p>	<p>집중 행동 치료 심혈관계 질환 예방 보험 혜택에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 심혈관계 질환 검사†</p> <p>심혈관계 질환(또는 심혈관계 질환의 위험성 증가와 관련된 이상 증세)의 발견을 위해 5년(60개월)마다 혈액 검사 실시.</p>	<p>5년마다 보장되는 심혈관계 질환 검사에 대해서는 공동 보험금, 정액 본인 부담금 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 자궁경부암 및 질암 스크리닝†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 모든 여성의 경우: 모든 여성에게 자궁경부세포도말검사 및 골반검사가 매 24개월마다 보장됩니다. ● 가입자께서 자궁경부암 또는 질암 고위험군이거나 가입 연령대이면서 지난 3년 이내 시행한 자궁경부세포도말검사에서 이상 소견이 있었던 경우: 12개월마다 1회의 Pap 검사. 	<p>Medicare의 보장을 받는 질병 예방을 위한 자궁경부세포도말검사 및 골반 검사에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>척추 교정 서비스†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 저희는 아탈구 교정을 위한 손으로 직접 하는 척추 치료만을 보장합니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 이러한 Medicare 보장 서비스는 네트워크 척추 지압사가 제공합니다. 네트워크 카이로프랙터 목록을 보려면 http://www.ashlink.com/ASH/KaiserHIC 를 	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>방문하고 Medicare 회원을 위한 "Medicare 제공자 검색" 링크를 클릭하세요.</p>	
<p> 결장 직장암 스크리닝†</p> <p>다음 선별 검사가 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다, 대장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전 유연 에스상 결장 내시경 검사 후 48개월마다, 고위험군 환자의 경우 이전 대장내시경 검사 또는 바륨 관장 후 24개월마다 1회 보장됩니다. • 45세 이상인 환자를 위한 유연 에스상 결장 내시경 검사. 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월에 한 번. 마지막 유연 에스상 결장 내시경 검사 또는 바륨 관장 관련 고위험 환자의 경우 48개월에 한 번. • 45세 이상 환자의 대변 잠혈 선별검사. 12개월에 한 번. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자의 다중 표적 대변 DNA. 3년에 한 번. • 45세~85세이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자에 대한 혈액 기반 바이오마커 검사. 3년에 한 번. • 마지막 바륨 관장 선별 검사 또는 마지막 선별 대장내시경 검사 이후 24개월이 경과한 고위험군 환자를 위한 대장내시경 검사의 대안인 바륨 관장. • 고위험군이 아닌 45세 이상의 환자를 위한 유연 에스상 결장 내시경 검사의 대안인 바륨 관장. 마지막 바륨 관장 선별검사 또는 유연 에스상 결장 내시경 선별검사 후 최소 48개월에 한 번. <p>대장암 선별 검사에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 대장암 선별 검사에서 양성</p>	<p>Medicare의 보장을 받는 대장암 스크리닝 검사에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p> <p>의사가 대장내시경 또는 S상 결장경 검사 중 용종이나 다른 조직을 발견하고 제거하는 경우, 선별 검사는 진단 검사로 변경되며 본인 부담금은 \$0입니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>결과가 나온 후 실시하는 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 선별 결장 내시경 검사 중에 수행되는 절차(예: 용종 제거). 	\$0
<p>†치과 서비스*</p> <p>일반적으로 예방적 치과 치료(클리닝, 정기 치과 검진, 치과 엑스레이)는 Original Medicare에서 보장되지 않습니다. 그러나 Medicare는 현재 제한적인 상황에서 치과 서비스에 대한 비용을 부담하며, 특히 해당 서비스가 수혜자의 주요 의료 질환 치료에 필수적인 부분일 때 그러합니다. 몇 가지 예로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 신장 이식 이전의 구강 검사를 들 수 있습니다.</p> <p>또한 저희는 Hawaii Dental Service (HDS)와의 계약을 통해 특정 예방 및 종합 치과 서비스†(마취, 상담 및 경미한 통증 완화)를 보장합니다. HDS는 치과 서비스 제공을 위해 HDS과 계약을 맺은 네트워크 치과 의사들을 통해 하기 목록에 기재된 종합 치과 진료를 제공합니다.</p> <p>보장은 "HDS 허용 금액"을 기준으로 하며, 이는 참여 치과 의사가 보장 혜택에 해당하는 서비스에 대해 수용하기로 동의한 금액입니다. HDS Medicare Advantage 네트워크 치과 의사로부터 서비스를 받을 때, HDS 허용 금액의 일정 비율(각 보장 서비스에 대해 아래 명시)을 본인이 부담합니다. 참고: HDS Medicare Advantage 네트워크에 참여하지 않는 치과 의사로부터 서비스를 받는 경우, 해당 서비스는 당사 플랜에서 보장하지 않으며(응급 상황 제외), 주 또는 연방법에 달리 명시되지 않는 한 서비스 비용 전액을 본인이 부담해야 합니다. 치과 의사가 환자에게 전가한 것인지와 상관없이, 청구된 모든 비용과 관련하여 부과되거나 발생한 하와이 일반 소비세는</p>	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>당사 플랜에서 보장되지 않으며 본인이 부담해야 합니다.</p> <p>나열된 절차에 대한 서비스를 HDS Medicare Advantage 네트워크 치과 의사를 통해 받은 경우, HDS 처리 지침에 명시된 제한 및 제외 사항에 따라 명시된 본인 부담금을 지불하게 됩니다. 청구는 청구 처리 시점에 유효한 처리 지침에 따라 처리됩니다.</p> <p>치과 질환에 대해 여러 가지 전문적으로 인정되는 치료법이 있는 경우, HDS는 가장 저렴한 전문적으로 인정되는 치료법을 혜택으로 결정하고 대체 치료법을 고려합니다. 이 결정은 치과 의사의 치료 계획에 대해 부정적인 영향을 미치거나 어떤 치료를 제공해야 하는지 권장하기 위한 것이 아닙니다. 이는 가입자의 HDS 플랜 보장 약관에 따른 혜택 결정입니다. 치료 과정을 결정하는 것은 가입자와 담당 치과 의사입니다. 가입자의 부담금은 HDS가 결정한 가장 저렴한 전문적으로 인정되는 치료법과 해당 치료법에 대한 HDS 허용 금액과 담당 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 기준으로 합니다.</p> <p>미국 치과 협회(American Dental Association, ADA)는 주기적으로 최신 치과 전문용어(Current Dental Terminology, CDT) 절차 코드 및 명칭 또는 차트에 표시된 설명자를 업데이트할 수 있습니다. 이러한 업데이트는 연방 법규를 준수하는 보장 절차를 설명하는 데 사용될 수 있습니다.</p> <p>치과 혜택 또는 참여 치과 의사 목록에 대한 자세한 내용은 HDS 웹사이트(hawaiidental.com)를 방문하거나 HDS 고객 서비스(1-808-529-9248 또는 수신자 부담 전화 1-844-379-4325)에 월요일부터 금요일까지 오전 7시 30분부터 오후 4시 30분까지 문의하십시오.</p> <p>치과 의료가 적용하려면 응급 상황 외에는 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage 네트워크 치과 의사가 의료 서비스를 제공해야 합니다. 보장, 제한 및 제외 사항은 동일한 HDS 약관이 적용됩니다.</p>	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 치과 의사를 찾으려면 해당 주의 Delta Dental 지사에 문의하십시오.	
예방 및 진단 서비스 치아 청소 - 세척 연 2회: <ul style="list-style-type: none"> • D1110: 예방(세척) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D4355: 차후 방문시 포괄적 구강 평가 및 진단을 위한 전악 변연 절제술(환자의 연간 치아 청소 혜택에 적용) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D4346: 전반적인 중등도 또는 중증 치은 염증이 있는 경우 스케일링 - 구강 검진 후, 구강 전체(환자의 연간 치아 청소 혜택에 적용) 	\$0
불소 <ul style="list-style-type: none"> • D1206: 연 2회 불소 바니시의 국소 적용(D1208과 결합된 빈도 제한) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D1208: 연 2회 불소의 국소 적용(D1206과 결합된 빈도 제한) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D1354: 12개월 기간에 치아당 두 번, 서비스 날짜당 치아 여섯 개에 임시 우식 억제 약물 적용 	\$0
검사 - 연 2회 (별도 언급 없는 한): <ul style="list-style-type: none"> • D0120: 정기적인 구강 검진 - 기존 환자 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0140: 제한적 구강 검진 - 문제 중심 (환자의 연간 검진 혜택에 적용되지 않음) 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0150: 종합적인 구강 검진 - 신규 또는 기존 환자 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0160: 상세하고 광범위한 구강 검진 - 문제별, 보고별 	\$0**

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> • D0170: 재검진 - 제한된, 문제 중심(기존 환자, 수술 후 방문이 아님) 	\$0**
<ul style="list-style-type: none"> • D0180: 종합적인 치주 평가 - 신규 또는 기존 환자 	\$0
<p>교익 X레이 촬영— 연 1회:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D0270: 교익 - 단일 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0272: 교익 - 두 개의 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0273: 교익 - 3개의 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0274: 교익 - 4개의 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0277: 수직 교익 - 방사선 사진 7~8매 	\$0
<p>기타 X레이: 동일한 치과 의사/치과에서 동일한 날짜에 촬영된 근단, 교합, 교익 및/또는 파노라마 이미지의 조합은 총 비용이 전체 시리즈(D0210) 비용 이상인 경우 전체 시리즈(D0210)로 처리됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • D0210: 구강 내 - 전체 방사선 이미지 시리즈 (전체 구강 X-레이) - 5년에 한 번으로 제한 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0220: 구강 내 - 치근단의 첫 번째 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0230: 구강 내 - 치근단의 각 추가 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0240: 구강 내 - 교합 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0250: 구강 외 - 고정 방사선 소스, 검출기를 사용하여 생성된 2D 프로젝션 방사선 사진 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • D0330: 파노라마 방사선 이미지 - D0210 빈도에 포함되며 5년에 한 번으로 제한 	\$0


†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
• D0372: 구강 내 단층 촬영 - 방사선 사진 종합 시리즈	\$0**
• D0373: 구강 내 단층 촬영 - 교익 방사선 이미지	\$0**
• D0374: 구강 내 단층 촬영 - 근단 방사선 이미지	\$0**
• D0419: 측정에 의한 타액 흐름 평가	\$0
• D0460: 펄프 활력 테스트	\$0
• D0472: 조직 채취, 육안 검사, 서면 보고서 준비 및 전송	\$0
• D0473: 조직 채취, 육안 및 현미경 검사, 서면 보고서 준비 및 전송.	\$0
• D0474: 조직 채취, 육안 및 현미경 검사, 질병 존재에 대한 절제면 평가 포함, 보고서 준비 및 전송.	\$0
• D0480: 조직 채취, 육안 및 현미경 검사, 서면 보고서 준비 및 전송.	\$0
• D0484: 다른 곳에서 준비된 슬라이드에 대한 상담	\$0
• D0485: 의뢰원에서 제공한 생검 자료의 슬라이드 준비를 포함한 상담	\$0**
†일반적인 부가 서비스(마취, 상담 및 경미한 통증 완화)	
• D2799: 임시 크라운 - 최종 인상 채득 전 추가 치료 또는 진단 필요	\$0
• D2940: 임시 직접 복원의 배치	\$0
• D9110: 치과 통증의 완화(응급) 치료 - 사소한 시술	\$0
• D9222: 깊은 진정/일반 마취-처음 15분	\$0

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.



**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
• D9223: 깊은 진정/일반 마취-각 15분씩 증가	\$0
• D9239: 정맥 내 중등도 (의식 있는) 진정/진통 – 초기 15분	\$0
• D9243: 정맥 내 중등도 (의식 있는) 진정/진통 – 각 15분씩 증가	\$0
• D9310: 상담 – 치과 의사 또는 의사가 제공하는 진단 서비스로, 의뢰하는 치과 의사 또는 의사가 아닌 다른 의사가 해당 서비스를 제공해야 합니다.	\$0
• D9430: 관찰을 위한 진료실 방문(정기 일정시간 동안) – 다른 서비스는 수행하지 않습니다	\$0
• D9440: 진료소 방문 – 정기 일정시간 후	\$0
• D9930: 합병증 치료(수술 후) – 기록별 특이 상황	\$0
• D9944 교합 가드 - 단단한 장치, 전체 치아 교정기 - 5년마다 가드 1개로 제한	\$0
• D9945 교합 가드 - 연한 장치, 전체 치아 교정기 - 5년마다 가드 1개로 제한	\$0
• D9946 교합 가드 - 단단한 장치, 부분 치아 교정기 - 5년마다 가드 1개로 제한	\$0
• D9999: 보고서에 의한 지정되지 않은 보조 시술, 보고별	\$0
 우울증 스크리닝† 저희는 우울증에 대해 연 1회 스크리닝을 보장해드립니다. 이 스크리닝은 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 일차 의료 서비스 환경에서 실시되어야만 합니다.	연례 우울증 스크리닝 방문에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 당뇨병 스크리닝†</p> <p>다음 위험 요소가 있는 경우 이 검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 고혈압(고혈압), 비정상적인 콜레스테롤 및 중성지방 수치(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당(포도당)의 병력. 또한 가입자께서 과체중 및 당뇨 가족력이 있으신 경우 등 기타 요건을 충족할 시 검사가 보장될 수도 있습니다.</p> <p>가장 최근 당뇨병 선별 검사 이후 매 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별 검사를 받을 수 있습니다.</p>	<p>Medicare의 보장을 받는 당뇨병 스크리닝 검사에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>당뇨병 자기 관리 교육, 당뇨병 서비스 및 의료 용품</p> <p>당뇨병을 앓고 계신 모든 분께(인슐린 및 비인슐린 사용자) 보장되는 서비스로는 다음이 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사용 스트립, 채혈 장치 및 채혈침, 검사용 스트립과 모니터의 정확도 체크를 위한 혈당 조절 솔루션. • †심각한 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 1년마다 치료용 맞춤형 신발 1켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 추가로 제공되는 삽입물 2쌍, 또는 깊이가 깊은 신발 1켤레와 삽입물 3쌍(해당 신발과 함께 제공되는 비맞춤형 탈착식 삽입물 미포함)을 제공. 맞춤형에 대한 보장도 포함됩니다. •  특정한 조건에서는 당뇨병 자기 관리 교육이 보장됩니다. 	<p>\$0</p>
<p>내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME) 및 연관 의료 용품†</p> <p>(내구성 의료 장비의 정의는 본 문서 12장 및 3장 7항을 참조하십시오.)</p> <p>보장된 품목은 다음을 포함하나 이것이 보장 품목의 전부는 아닙니다. 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템,</p>	<p>\$0</p> <p>산소 장비</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>당뇨 환자 용품, 가정 내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대, IV 주입 펌프, 음성 재생 장치, 산소 호흡 장비, 네블라이저, 보행기와 같은 품목 등입니다.</p> <p>Original Medicare가 보장하는 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장해드립니다. 거주하시는 지역의 저희 의료 장비 공급업체가 특정 브랜드 또는 제조사의 제품을 구비하고 있지 않은 경우, 가입자께서는 해당 업체에게 특별 주문이 가능한지 문의하실 수 있습니다. 가장 최근의 의료 장비 공급업체의 목록은 저희 웹사이트 kp.org/directory에서 확인하실 수 있습니다.</p> <p>또한, 우리는 Medicare에서 보장하지 않는 다음과 같은 DME 품목을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음 상태에 대한 자외선 치료 장비: 피부 림프종, 홍반성 태선증, 경화증, 백반병, 습진(아토피성 피부염, 특발성 피부염), 가려움증, 결절성 가려움증, 고리모양 육아종증, 림프종양성 유두종증, 피티리아시스 태선증, 이식 대 숙주병. 	<p>Medicare 산소 장비 보장에 대한 가입자의 부담 비용은 장비를 받을 때마다 \$0입니다.</p> <p>가입자의 부담 비용은 36개월 동안 등록된 후에도 변경되지 않습니다.</p>
<p>응급 처치</p> <p>응급 치료는 다음과 같은 서비스를 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급 서비스 제공 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 제공하는 서비스, 그리고 • 응급 의료 상태를 평가하거나 안정화하는 데 필요한 서비스. <p>의료 응급 상황은 가입자 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 신중한 일반인이 생명 손실(임산부인 경우 태아 손실), 팔다리 손실 또는 팔다리 기능 손실을 방지하기 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 믿는 경우입니다. 의학적 증상으로는 질환, 상해, 심각한 통증 또는 급속히 나빠지는 질병 등이 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>†외부 네트워크 병원에서 응급 의료 서비스를 받으셨고 응급 상태가 안정화된 후 입원이 필요하신 경우, 가입자께서 계속 의료 서비스에 대한 보장을 받으시기 위해서는 반드시 네트워크 병원에 입원하시거나 저희 플랜이 허가한 외부 네트워크 병원에서 입원 의료 서비스를 받으셔야 하며 비용은 네트워크 병원에서 부담하는</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>외부 네트워크에서 제공하는 필요한 응급 서비스에 대한 비용 부담은 내부 네트워크에서 제공하는 응급 서비스의 경우와 동일합니다.</p> <p>가입자는 미국 및 해당 영토 내에서 응급 치료 보장을 받습니다.</p>	<p>자기 부담금만 부담하시면 됩니다.</p>
<p>피트니스 혜택(One Pass™)</p> <p>피트니스 혜택은 회원이 건강을 제어하고 최상의 기분을 느낄 수 있도록 One Pass 프로그램을 통해 제공됩니다. One Pass 프로그램에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 체육관 및 피트니스 위치: 코어 및 프리미엄 네트워크를 통해 다양한 네트워크 체육관을 이용할 수 있는 멤버십을 받게 됩니다. 피트니스 장소에는 국가, 지역 및 커뮤니티 피트니스 센터 및 부티크 스튜디오가 포함됩니다. 원하는 네트워크 위치를 이용할 수 있으며, 같은 달에 여러 개의 플랜에 참여하는 피트니스 위치를 이용할 수 있습니다. • 온라인 피트니스: One Pass 회원 웹사이트 또는 모바일 앱을 통해 실시간, 디지털 피트니스 수업과 주문형 워크아웃에 접근할 수 있습니다. • 피트니스 및 사회 활동: 또한 One Pass 회원 웹사이트를 통해 그룹, 클럽 및 사교 행사에 접근할 수 있습니다. • 홈 피트니스 키트: 집에서 운동하는 것을 선호한다면 역년당 하나의 근력, 요가 또는 댄스 홈 피트니스 키트를 선택할 수도 있습니다. 키트는 변경될 수 있으며 한 번 선택하면 교환할 수 없습니다. • 뇌 건강: 온라인 뇌 인지 훈련 프로그램에 대한 접근. <p>참여하는 체육관 및 피트니스 위치나 프로그램 혜택에 대해 더 알아보거나 온라인 계정을 설정하려면 www.YourOnePass.com을 방문하거나 월요일~금요일,</p>	<p>\$0</p>


†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>오전 3시~오후 4시(하와이 표준시간)에 1-877-614-0618(TTY 711)번으로 전화하십시오</p> <p>다음은 보장되지 않습니다: 추가 서비스(예: 개인 트레이닝, 유료 그룹 피트니스 수업, 확장된 이용 가능 시간 또는 표준 멤버십에서 제공되는 것 이상의 추가 수업).</p> <p>One Pass®는 미국 및 기타 관할 지역에서 Optum, Inc.의 등록 상표이며 자발적인 프로그램입니다. One Pass 프로그램 및 편의 시설은 플랜, 지역, 위치에 따라 다를 수 있습니다. 이 프로그램에서 제공되는 정보는 일반적인 정보 제공 목적만을 위한 것이며 의학적 조언으로 해석할 수 없습니다. One Pass는 제삼자가 제공하는 서비스 또는 정보에 대해 책임을 지지 않습니다. 운동 프로그램을 시작하기 전에 그리고/또는 자신에게 적합한 것이 무엇인지 결정하기 전에 적절한 의료 진료 전문가와 상담해야 합니다.</p>	
<p> 건강 및 웰니스 교육 프로그램</p> <p>건강한 생활 방식 프로그램의 일환으로 저희 플랜은 다음을 포함한 여러 그룹 건강 교육 수업을 다룹니다. Aging with Grace, Bone Health for Older Adults, Senior Summit Balance and Fitness Testing, Senior Summit Seminars 및 Senior Wellness 그룹. Healthy Lifestyle Program은 건강 교육자, 라이프스타일 코치 또는 기타 자격을 갖춘 건강 전문가에 의해 제공되는 프로그램입니다.</p> <p>건강 교육 프로그램에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하거나 당사 웹사이트 kp.org/classes를 방문하십시오.</p>	\$0
<p>청력 서비스†</p> <p>†의료 치료가 필요한지의 여부를 결정하기 위해 의료 서비스 제공자가 수행하는 청력 진단 및 균형 평가는</p>	\$0

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>의사, 청능사, 또는 기타 인증된 의료 서비스 제공자가 해당 의료 서비스를 제공할 시 외래 의료 서비스로 보장됩니다.</p>	
<p> HIV 스크리닝†</p> <p>HIV 스크리닝 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 높은 상황에 처한 경우 보장되는 항목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12개월마다 1회 선별 검사. • 임신부에게는 임신 기간 동안 스크리닝 검사 3회를 보장해드립니다. 	<p>Medicare가 보장하는 질병 예방 HIV 스크리닝에 대한 자격을 보유하신 회원께서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>가가정 간호 기관의 의료 서비스†</p> <p>가정간호서비스를 받으시기 이전, 의사는 반드시 가입자에게 해당 서비스가 필요하다는 사실을 공인해야 하며 그 이후 해당 서비스를 제공할 것을 가정간호서비스기관에 요청할 것입니다. 가입자께서는 재가 상태, 즉 외출을 하려면 많은 노력이 필요한 상태여야 합니다.</p> <p>주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시간제 또는 간헐적 숙련 간호 및 가정 간호 보조인 서비스 (가정 간호 진료 혜택에 따라 보장받으려면, 숙련 간호 및 가정 간호 보조인 서비스를 합한 시간이 하루 8시간 미만, 주 35시간 미만이어야 합니다). • 물리 요법, 직업 요법 및 언어 요법 • 의료 사회복지 서비스 • 의료 장비 및 의료 용품 	<p>\$0</p> <p>참고: Medicare 지침에 따라 제공된 가정간호서비스와 관련 품목에 대해서는 비용 부담금이 적용되지 않습니다. 그러나, 다른 혜택을 통해 보장되는 품목의 경우 의료 보험 혜택표 상에 수록된 해당 비용 부담금이 적용될 것입니다. 예를 들어, 내구성 의료 장비는 가정간호서비스기관이 제공하지 않습니다.</p>
<p>가정 주입 치료†</p>	<p>전문 서비스, 교육 및 모니터링은 \$0.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>가정 주입 요법은 집에서 개인에게 약물 또는 생물학적 제제를 정맥내 또는 피하 투여하는 것을 포함합니다. 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소에는 약물(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 소모품(예: 튜브 및 카테터)이 포함됩니다.</p> <p>주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 간호 서비스를 포함한 전문 서비스는 치료 계획에 따라 제공됩니다. • 내구성 의료 장비 혜택에서 달리 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육. • 원격 모니터링. • 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스. 	<p>참고: 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소(예: Medicare 파트 B 약, DME 및 의료 용품)는 품목에 따라 이 의료 혜택 차트의 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"> • 가입자의 처방약이 Medicare 파트 D 처방집에 포함된 경우. • 가정 주입 치료를 위해 저희가 가입자의 처방약을 승인한 경우. • 가입자의 처방전이 네트워크 의료 서비스 제공자가 작성한 것이며 네트워크 가정용 주사약 조제 약국이 조제한 경우. 	<p>\$0</p> <p>참고: 보장되는 가정 주입 공급품 또는 약품이 네트워크 가정 주입식 약국에 의해 채워지지 않는 경우, 공급품 또는 약품은 서비스에 따라 이 문서의 다른 곳에 나열된 해당 부담 비용의 적용을 받을 수 있습니다.</p>
<p>호스피스 치료</p> <p>주치의와 호스피스 의료 관리자가 가입자께서 말기 질환 상태이며 일반적인 방식으로 질환이 진행될 때 생존 기간이 6개월 이하인 것으로 확인하는 말기 예후 진단을 내린 경우, 가입자께서는 호스피스 혜택을 받으실 자격을 보유합니다. 가입자는 Medicare 공인 호스피스 프로그램의 간호를 받으실 수 있습니다. 가입자의 플랜은 가입자가 플랜 서비스 지역 내에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾으도록 돕는</p>	<p>가입자께서 Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록한 경우, 가입자의 말기 예후 진단과 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스는 저희 플랜이 아닌 Original Medicare가 그 비용을 부담합니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>의무가 있으며, 여기에는 MA 조직이 소유, 통제 또는 재정적 이해관계를 가지고 있는 프로그램도 포함됩니다. 가입자의 호스피스 의사는 네트워크 제공자 또는 네트워크 외부 제공자가 될 수 있습니다. 다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증상 조절용 및 통증 완화용 약물. • 단기 임시 간호. • 가정 간호. <p><u>*호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장되고 가입자의 말기 예후와 관련된 서비스의 경우:</u> 가입자의 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스에 대해서는 (저희 플랜이 아닌) Original Medicare가 가입자의 호스피스 제공자에게 비용을 부담할 것입니다. 가입자께서 호스피스 프로그램에 있으신 동안, 가입자의 호스피스 의료 서비스 제공자는 Original Medicare가 비용을 부담하는 서비스에 대해서는 Original Medicare에 비용을 청구하게 됩니다. 가입자는 Original Medicare 본인 부담금을 청구받게 됩니다.</p> <p><u>Medicare 파트 A 또는 B가 적용되고 말기 예후와 관련되지 않은 서비스:</u> Medicare 파트 A 또는 B에서 보장되고 말기 예후와 관련이 없는 비응급, 긴급하지 않은 서비스가 필요한 경우, 이러한 서비스에 대한 가입자의 비용은 당사 플랜 네트워크 내 제공자를 이용하고 플랜 규칙(예: 사전 승인 필요 여부)을 준수하는지에 따라 달라집니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스를 받고 서비스 이용에 대한 플랜 규칙을 준수하는 경우, 가입자께서는 오직 내부 네트워크 서비스에 대한 플랜 비용 부담금만 부담하시면 됩니다. • *외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스를 받으시는 경우, 가입자께서는 진료당 	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금*은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>비용 지급 Medicare(Original Medicare)에 따라 비용 부담금을 부담하시게 됩니다.</p> <p><u>저희 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B가 보장하지 않는 서비스의 경우:</u> 저희는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계없이 파트 A 또는 B에 따라 보장되지 않는 플랜 보장 서비스에 대해 계속 보장할 것입니다. 이러한 서비스에 대해 가입자께서는 플랜 비용 부담금만 부담하시게 됩니다.</p> <p><u>저희 플랜의 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약품의 경우:</u> 이러한 약물이 가입자의 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우, 가입자는 본인 부담금을 지불합니다. 말기 호스피스 상태와 관련된 경우에는 Original Medicare 본인 부담금을 지불합니다. 호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장을 해드리지 않습니다. 자세한 내용은 제5장의 9.3항(Medicare 공인 호스피스에 입소중인 경우)를 참조하시기 바랍니다.</p> <p>참고: 가입자께서 호스피스가 아닌 치료 의료 서비스(가입자의 말기 예후 진단과 관련이 없는 의료 서비스)를 필요로 하시는 경우, 가입자께서는 저희에게 연락하셔야 합니다.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 호스피스 혜택을 선택하지 않으신 말기 질병 환자께서는 호스피스 상담 서비스를 보장해드립니다. 	<p>\$0</p>
<p> 예방 접종†</p> <p>보장되는 Medicare 파트 B 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 폐렴 백신. • 독감 예방 접종 (또는 백신), 매년 가을과 겨울 독감 시즌에 한 번씩, 필요한 경우 추가 접종 가능. • 가입자가 B형 간염 발병 고위험군 또는 중위험군에 속한 경우 B형 간염 예방접종. 	<p>폐렴, 독감/인플루엔자 및 B형 간염, 코로나 19 백신에 대해서는 정률 본인 부담금, 정액 본인 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 백신. • 가입자께서 위험군에 속하며 해당 백신의 접종이 Medicare 파트 B 보장 규정에 해당되는 경우 기타 백신 접종. <p>당사는 또한 파트 D 처방약 혜택에 따라 대부분의 다른 성인 백신을 보장합니다. 자세한 내용은 제6장, 7항을 참조하십시오.</p>	
<p>입원 환자 병원 치료†</p> <p>여기에는 급성 입원 환자 치료, 입원 환자 재활, 장기 치료 병원 및 기타 유형의 입원 환자를 위한 병원 치료가 포함됩니다. 입원 환자를 위한 병원 치료는 가입자께서 의사의 공식적 허가를 받아 병원에 입원하시는 날부터 시작됩니다. 퇴원하시기 전날이 가입자의 마지막 입원일입니다.</p> <p>일반적이고 관례적으로 급성 환자 치료를 위해 종합병원이 제공하는 의학적으로 필요한 입원에 관하여, 입원일 또는 서비스의 수에는 제한이 없습니다. 주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2~3인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인용 병실). • 특별식을 포함한 식사. • 정기 간호 서비스. • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥 질환 치료실 등). • 의약품 • 실험실 검사. • X선 및 기타 방사선 서비스. • 필수 수술용품 및 의료용품. • 휠체어와 같은 장비의 이용. • 수술실 및 회복실 비용. • 물리치료, 작업치료, 언어치료. • 입원 약물 남용 장애 서비스. 	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> • 특정 조건에서 다음 유형의 이식이 보장됩니다. 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기 세포 및 장/다장기. 이식 수술이 필요하신 경우, 가입자께서 이식 수술 대상인지의 여부를 판단하는 Medicare 승인 이식 수술 센터가 가입자의 사례를 검토할 수 있도록 해당 센터와 연결해드립니다. 이식 수술 서비스 제공자는 인근 지역 또는 서비스 지역 외부에 있을 수도 있습니다. 만일 내부 네트워크의 이식 수술 서비스 제공자가 커뮤니티 의료 서비스망 외부에 있는 경우, 가입자께서는 지역 이식 수술 제공자가 Original Medicare 보상을 수락하는 한 인근 지역의 서비스 제공자를 선택하실 수 있습니다. 가입자께서 거주하시는 커뮤니티의 이식 수술 의료 서비스망 외부의 지역에서 저희가 이식 수술을 제공하게 되고, 가입자께서 해당 원격지에서 이식 수술을 받기를 원하시는 경우, 가입자와 동행자의 적절한 숙박 및 교통을 위한 비용을 마련해 드리거나 이를 보상해드립니다. • 혈액—보관 및 주입 포함. • 의사 서비스. 	
<p>참고: 입원환자가 되려면 가입자의 의료 서비스 제공자가 반드시 가입자께서 해당 병원의 환자로서 입원하는 것을 공식적으로 승인하는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 외래환자로 간주될 수도 있습니다. 입원환자인지 외래환자인지 확실하지 않으신 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다.</p> <p>또한 자세한 정보는 "<i>저는 병원 입원 환자인가요 외래환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하세요!</i>"라는 Medicare 팩트 시트에서 확인할 수 있습니다. 이 사실 자료는 웹 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 또는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 확인할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.</p>	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.



**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>정신 병원의 입원 서비스†</p> <p>보장 서비스에는 하루 입원이 필요한 정신 건강 치료가 포함됩니다.</p>	<p>\$0</p>
<p>입원환자 체류: 보장되지 않는 입원 기간 동안 병원 또는 SNF에서 받은 보장 서비스†</p> <p>가입자께서 전문 간병 기관(SNF) 혜택을 모두 소진한 경우, 또는 합리적이거나 필요한 SNF 입원이 아닌 경우, 저희는 가입자의 입원 또는 SNF 입원을 보장해드리지 않습니다. 그러나 일부 경우 저희는 가입자께서 병원 또는 SNF에서 머무르는 동안 받으신 일부 서비스를 보장해드립니다. 주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사 서비스. • (실험실 검사와 같은)진단 검사. • 기사용 자료 및 서비스를 포함한 방사선, 라듐 및 동위원소 치료. • 외과용 붕대. • 골절과 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치. • 인체 내장 기관(인접 조직 포함) 전체 또는 일부, 또는 영구적으로 기능을 상실하였거나 제대로 기능을 하지 못하는 인체 내장 기관의 전체 또는 일부를 대체하는 인공기관 및 교정장치(치과용 제외). 이러한 장치의 교체 또는 수리 비용 또한 포함됨. • 다리, 팔, 등, 목 보호대, 탈장대, 인공 다리, 팔 및 눈(손상, 마모, 손실 또는 환자의 신체 조건상 변화로 인한 조절, 수리 및 교체 포함). • 물리 요법, 언어 요법 및 직업 요법. 	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 의학적 영양 치료†</p> <p>이 혜택은 당뇨, (신장 투석이 아닌)신장 질환, 또는 주치의가 주문 시 신장 이식 수술을 받은 분들을 위한 혜택입니다.</p> <p>Medicare가 보장하는 의학적 영양 치료 서비스를 받으신 첫 해 동안 1대1 상담 서비스 3시간을 보장해드리며(여기에는 저희 플랜, 그 외 Medicare Advantage 플랜, 또는 Original Medicare가 포함됩니다), 그 후에는 매년 2시간을 보장해드립니다. 가입자의 조건, 치료, 또는 진단이 변경되는 경우, 가입자께서는 의사의 주문을 통해 추가 치료 시간을 받으실 수도 있습니다. 의사는 반드시 이러한 서비스를 처방해야 하며, 다음 연도에도 해당 치료가 가입자에게 필요한 경우에는 주문을 연 단위로 갱신해야 합니다.</p>	<p>Medicare가 보장하는 의학적 영양 치료 서비스에 대한 자격을 보유한 회원께서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p> Medicare 당뇨병 예방 프로그램(Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)†</p> <p>Medicare 의료 보험 하에서 Medicare 수혜자 자격을 보유한 분들을 위해 MDPP 서비스를 보장해드립니다.</p> <p>MDPP는 체계적인 건강 행동변화 개입프로그램으로, 실용적인 교육을 통해 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 및 체중 감소와 건강한 라이프 스타일을 유지하기 위해 반드시 극복해야 할 문제에 대한 해결 전략을 제공합니다.</p>	<p>MDPP 혜택에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>Medicare 파트 B 처방약†</p> <p>이러한 약물은 Original Medicare의 Part B에서 보장됩니다. 저희 플랜의 회원께서는 플랜을 통해 이러한 약물에 대한 보장을 받습니다. 보장 약물은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 환자께서 직접 투여하지 않는 약물 및 의사의 진료, 병원 외래 진료, 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입되는 약물. 	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.


**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> ● 내구성 의료 장비(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프) 물품을 통해 제공되는 인슐린. ● 저희 플랜이 허가한 내구성 의료 장비(예: 네블라이저)를 사용하여 복용하는 기타 약품. ● 정맥 주사(IV)로 투여되는 알츠하이머병 약물, 레캠비®(제네릭 약물 레카네맙). 약값 외에도 치료 전이나 치료 중에 추가적인 검사나 진단이 필요할 수 있으며, 이로 인해 총 비용이 증가할 수 있습니다. 치료의 일부로 어떤 검사 및 진단이 필요할 수 있는지 의사와 상담하십시오. ● 혈우병을 앓고 계신 경우, 주사를 통해 주입하는 혈액응고인자. ● 이식/면역억제제: Medicare는 Medicare가 장기 이식술 비용을 지불한 경우 이식 관련 약물요법을 보장합니다. 보장되는 이식술 시점에 파트 A를 적용받아야 하며, 면역억제제를 수령하는 시점에 파트 B를 적용받아야 합니다. 파트 B에서 보장하지 않는 면역 억제제는 Medicare 약물 보장(파트 D)에서 보장한다는 점에 유의하십시오. ● 가입자께서 외출이 힘든 재가 환자이고, 폐경 후 골절과 관련이 있는 것으로 의사가 인정한 골절이 있으며, 직접 약물을 투여하지 못하는 경우, 이를 위한 주사용 골다공증 약물. ● 일부 항원: Medicare는 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(고객, 즉 환자일 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 투여하는 경우 항원을 보장합니다. ● 특정 경구 항암제: Medicare는 동일한 약물이 주사 형태로 제공되거나 해당 약물이 주사 가능한 약물의 전구 약물(섭취 시 주사 약물에서 찾을 수 있는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구 약물)인 경우 일부 경구 항암제를 보장합니다. 새로운 경구 항암제가 출시되면 파트 B에서 해당 약품을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 이를 보장하지 않는 경우 파트 D가 보장합니다. 	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> 경구 구토예방제: Medicare는 항암 화학 요법의 일부로서 사용하는 경구 구토예방제를 화학 요법 전후 48시간 또는 도중 투여하거나 정맥주사 구토예방제의 완전한 치료적 대체품으로 사용하는 경우 이를 보장합니다. 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약품, 해당 약품이 주사 형태로 이용 가능하며 파트 B ESRD 혜택이 이를 보장하는 경우. ESRD 지불 시스템의 적용을 받는 칼슘 수용체 약물, 정맥 주사 약물 파사비브® 및 경구 약물 센시파르® 포함. 헤파린, 헤파린용 해독제 및 의학적으로 필요한 경우 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약물. 적혈구 조혈 자극제: Medicare는 고객이 말기 신장 질환(ESRD)을 앓고 있기 때문에 또는 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 주사로 투여되는 에리스로포이에틴을 필요로 하는 경우 이 약물(Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa)을 보장해 드립니다. 주요 면역결핍질환의 가정 치료를 위한 정맥 주사용 면역글로블린. 비경구 영양 및 장관 영양(정맥 및 튜브 섭식). 	
<p>참고:</p> <ul style="list-style-type: none"> 당사는 또한 당사 파트 B를 통해 일부 백신을, 당사 파트 D 처방약 혜택을 통해 대부분의 성인 백신을 보장합니다. 제5장에서는 처방 약물 보장을 받기 위해 반드시 따르셔야 할 규칙 등 파트 D 처방약 혜택에 대해 설명해드립니다. 저희 플랜을 통해 보장 받으시는 파트 D 처방약에 대한 부담금은 제6장에서 설명해드립니다. 	
<p> 지속적인 체중 감소를 촉진하기 위한 비만 스크리닝 및 치료†</p> <p>신체질량지수가 30 이상인 경우 저희는 가입자의 체중 감소를 위해 집중 상담을 보장해드립니다. 일차 의료 서비스 기관에서 종합질병예방플랜과 함께 상담이</p>	<p>비만예방스크리닝 및 치료에 대한 자격을 보유하신 회원께서는 정률 자기 부담금,</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>진행되는 경우에만 이러한 상담 서비스를 보장됩니다. 자세한 사항은 가입자의 주치의 또는 개업의에게 문의하시기 바랍니다.</p>	<p>정액 자기 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>
<p>아편유사제 치료 프로그램 서비스†</p> <p>아편 유사체 사용 장애(ODU)가 있는 저희 플랜의 가입자는 다음 서비스를 포함하는 아편 유사체 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD를 치료하기 위한 서비스의 보장을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 미국 식품의약국(FDA) 승인 아편유사 작용제 및 대항제 약물 보조 치료(MAT) 약물. • MAT 약물의 분배 및 투여(해당되는 경우). • 화학 물질 사용 장애 상담. • 개인 및 그룹 치료. • 독성학 검사. • 섭취 활동. • 정기 평가. 	<p>\$0</p>
<p>외래 진단 검사, 치료 서비스와 치료 용품†</p> <p>주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • X선. • 초음파. • 심전도(EKG), 뇌전도(EEG), 심혈관 스트레스 검사 및 폐기능 검사. • 실험실 검사. • 붕대와 같은 수술 용품. • 골절과 탈구를 줄이기 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치. • 혈액—보관 및 주입 포함. • 방사선 기사용 자료 및 치료 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료. • 자기공명영상법 (Magnetic Resonance Imaging, MRI), 컴퓨터단층촬영법 (Computed Tomography, CT) 및 	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
양전자방사단층촬영법 (Positron Emission Tomography, PET).	
<p>외래 병원 징후 관찰</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 Medicare의 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>참고: 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 외래환자로 간주될 수도 있습니다. 외래환자인지 확실하지 않으신 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다.</p> <p>또한 자세한 정보는 "<i>저는 병원 입원 환자인가요 외래환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하세요!</i>"라는 Medicare 팩트 시트에서 확인할 수 있습니다. 이 사실 자료는 웹 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 또는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 확인할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.</p>	<p>\$0</p>
외래 병원 서비스†	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>질병 또는 상해에 대한 진단 또는 치료와 관련하여 병원의 외래 부서에서 받으시는 의학적으로 필요한 서비스를 보장해드립니다.</p> <p>주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 관찰 서비스 또는 외래 수술과 같이 응급실 또는 외래 클리닉에서 이뤄지는 서비스. • 실험실 및 진단 검사는 병원에서 해당 비용을 청구합니다. • 의사가 정신 건강 치료가 이뤄지지 않는 경우 입원 치료가 필요함을 공인하는 경우, 부분 입원 프로그램을 통한 치료 등의 정신 건강 치료. • X선 및 기타 방사선 검사 서비스는 병원에서 해당 비용을 청구합니다. • 부목 또는 석고붕대와 같은 의료 용품. • 스스로 투여할 수 없는 특정 약물 또는 생물학적 약물. <p>참고: 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 외래환자로 간주될 수도 있습니다. 외래환자인지 확실하지 않으신 경우, 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다.</p> <p>또한 자세한 정보는 "저는 병원 입원 환자인가요 외래환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하세요!"라는 Medicare 팩트 시트에서 확인할 수 있습니다. 이 사실 자료는 웹 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 또는 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 확인할 수 있습니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 이들 전화번호는 하루 24 시간 일주일에 7 일 내내 무료로 전화 가능합니다.</p>	
<p>정신 건강 외래 치료†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <p>주에서 허가받은 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회 복지사, 임상 간호 전문가, 허가받은 전문 상담사(LPC), 허가받은 결혼 및 가족</p>	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
치료사(LMFT), 간호사(NP), 의사 보조(PA) 또는 해당 주 법률에 따라 허용되는 기타 Medicare 자격을 갖춘 정신 건강 관리 전문가가 제공하는 서비스.	
<p>외래 재활 서비스†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다. 물리 요법, 작업 요법 및 음성-언어 치료.</p> <p>외래 재활 서비스는 병원 외래 부서, 독립 치료실 및 종합 외래 재활 시설 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)과 같은 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.</p>	\$0
<p>외래 약물 사용 장애 치료 서비스</p> <p>저희는 약물 남용을 진단하고 치료하기 위한 치료 및 상담 서비스를 제공합니다 (개인 및 그룹 치료 방문 포함).</p>	\$0
<p>병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 외래 수술†</p> <p>참고: 병원 시설에서 수술을 받으시는 경우, 가입자께서는 본인이 입원환자인지 외래환자인지 의료 서비스 제공자에게 확인을 받으셔야 합니다. 가입자께서 병원에 입원할 수 있도록 의료 서비스 제공자가 지시서를 작성하지 않는 한, 가입자께서는 외래환자로 간주되며 외래 수술에 대한 비용 부담금을 부담하셔야 합니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 외래환자로 간주될 수도 있습니다.</p>	\$0
<p>부분 입원 서비스 및 집중 외래 진료 서비스†</p> <p>부분 입원은 병원 외래 서비스 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공되는 적극적인 정신과 치료 프로그램으로, 가입자의 의사, 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 허가받은 전문 상담사</p>	\$0

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>사무실에서 받는 치료보다 더 집중적이며 입원 치료의 대안입니다.</p> <p>참고: 네트워크에 커뮤니티 정신 건강 센터가 없어 부분 입원은 병원 외래 서비스로만 제공됩니다.</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, 가입자의 의사 또는 치료사, 허가받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 허가받은 전문 상담사를 통해 받는 치료보다는 더 강도가 높지만 부분 입원보다는 강도가 약합니다.</p>	\$0
<p>의사의 진료실 방문을 포함한 의사/개업의 서비스</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사의 진료실, 공인 통원 수술 센터†, 병원 외래 부서†, 또는 다른 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료 또는 수술 서비스.† • †전문의료진이 제공하는 상담, 진단 및 치료. • †가입자에게 의료 치료가 필요한지 알아보기 위해 주치의가 지시한 경우 네트워크 의료 서비스 제공자가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사. • †수술 전 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 이차 소견. • †비정기적 치과 진료(보장 서비스 유형은 턱 또는 관련 골구조 수술, 턱 또는 안면골 골절 접합술, 종양성 암 질환 방사선 치료 전 턱 준비를 위한 발치, 또는 의사에게 받으셨다면 보장되었을 서비스로 제한됩니다). 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • †다음에 포함한 특정 원격 의료 서비스: 1차 치료 및 특수 치료. 여기에는 입원 서비스, 전문 간병 기관(SNF) 서비스, 심장 및 폐 재활 서비스, 응급 서비스, 긴급 진료 서비스, 가정 간호 서비스, 작업 	\$0

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금*은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>요법 서비스, 정신 건강, 정신과 서비스, 물리 치료 및 말하기 언어 병리학 서비스, 외래 약물 남용, 투석 서비스, 신장 질환 교육 및 당뇨병 자가 관리 교육, 수술 또는 입원 준비, 입원, 수술 또는 응급실 방문 후 후속 방문. 위의 서비스는 해당 서비스를 제공하는 네트워크 의료 서비스 제공자가 임상적으로 적절하다고 간주하는 경우에만 원격 의료를 통해 제공됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. ○ 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 인터랙티브 비디오를 통한 의료 서비스가 제공될 수 있는 경우, 전문의료진 서비스를 위한 인터랙티브 비디오 방문. ○ 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 예약 전화 방문을 통한 의료 서비스가 제공될 수 있는 경우, 전문의료진 서비스를 위한 예약 전화 방문. ● 병원 기반 또는 긴급 이용 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석시 설 또는 가입자의 가정에서 가정 내 투석을 하는 가입자를 위한 월 말기 신부전 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스. ● 위치에 관계없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스. ● 위치에 관계없이 약물 남용 장애 또는 동시 발생 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스. ● 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스: 	


†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> ○ 맨 처음 원격 의료 방문을 받기 전 6개월 이내에 직접 방문한 경우 ○ 가입자는 원격 의료 서비스를 받으면서 12개월마다 직접 방문할 수 있습니다. ○ 특정 상황에서는 위 사항에 대한 예외가 발생할 수 있습니다. ● Rural Health Clinics 및 Federally Qualified Health Centers에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. ● 다음과 같은 경우 5~10분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅): <ul style="list-style-type: none"> ○ 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 및 ○ 체크인이 지난 7일 이내의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및 ○ 체크인은 24시간 이내 또는 가능한 가장 빠른 약속 시간 내에 진료실 방문으로 이어지지 않습니다. ● 가입자가 의사에게 보낸 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가, 다음과 같은 경우 24시간(주말 및 공휴일 제외) 이내에 의사의 해석 및 후속 조치: <ul style="list-style-type: none"> ○ 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 및 ○ 평가는 24시간 이내 또는 가능한 가장 빠른 약속 시간 내에 진료실 방문으로 이어지지 않습니다. ● 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담합니다. 	
<p>발 질환 치료 서비스†</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (추상 발가락 또는 발뒤꿈치 통증과 같은)족부 상해 및 질환의 진단 및 의료 또는 수술 치료. ● 하지에 영향을 끼치는 특정 질병을 앓고 있는 회원에 대한 정기적인 족부 치료. 	<p>\$0</p>



†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 전립선암 선별 검사†</p> <p>50세 이상 남성의 경우, 12개월마다 한 번 다음 서비스가 보장됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 디지털 직장 검사. • 전립선 특이 항원 (Prostate Specific Antigen, PSA) 검사. 	<p>연간 디지털 직장 검사 또는 PSA 검사에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>보철 및 치과 교정 장치 및 관련 의료 용품†</p> <p>신체의 일부 또는 신체 기능의 전체 또는 일부를 대체하는 장치(치과용 장치 제외). 여기에는 다음 항목과 함께 보철 및 정형 장치의 사용에 대한 검사, 피팅 또는 교육이 포함되지만 이에 국한되는 것은 아닙니다. 장루 주머니 및 인공 항문 개설술과 직접적으로 관련이 있는 의료 용품, 맥박 조정기, 치열교정기, 정형제화, 의수족, 및 유방보형물 (유방절제수술 후 착용하는 외과용 브래지어 포함). 보철 및 교정 장치와 관련이 있는 특정 의료 용품 및 보철 장치의 수리 및/또는 교체가 포함됩니다. 일부 보장되는 항목에는 다음의 백내장 제거 또는 백내장 수술이 포함됩니다(자세한 내용은 본 항의 마지막에 소개되는 시력 관리를 참조하시기 바랍니다).</p>	<p>\$0</p>
<p>폐 재활 서비스†</p> <p>포괄적인 폐 재활 프로그램은 중증에서 매우 심각한 정도의 만성폐쇄성 폐질환 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)을 앓고 있는 가입자를 대상으로 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사가 폐 재활을 지시한 경우에 보장됩니다.</p>	<p>\$0</p>
<p>주거 약물 의존 치료 서비스†</p> <p>가입자께서 의료 그룹에서 서면으로 승인한 전문 알코올 또는 약물 의존 치료 병동 또는 시설에서 재가 서비스를 받을 수 있습니다. 모든 보장 약물 의존 서비스는 특정 기간 동안 승인된 개별 치료 계획에 따라 제공됩니다.</p>	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.


**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 알콜 오용을 줄이기 위한 스크리닝 및 상담†</p> <p>Medicare 가입자로서 알콜을 오용하고 있지만 알콜 의존증은 아닌 성인(임산부 포함)에 대해 알콜 오용 스크리닝 1회를 보장해드립니다.</p> <p>알콜 오용 스크리닝 결과가 양성인 경우, 가입자께서는 자격을 보유한 주치의 또는 개업의가 1차 진료 시설에서 제공하는 대면 상담 세션을 연 4회까지 받으실 수 있습니다(가입자께서 상담을 받을 자격을 보유하며 해당 상담에 집중할 수 있어야 합니다).</p>	<p>알콜 오용 감소 예방 혜택에 대해 Medicare가 보장하는 스크리닝 및 상담에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p> 저선량 전산화 단층촬영(Low-Dose Computed Tomography, LDCT)을 통한 폐암 스크리닝†</p> <p>자격을 보유하신 분를 대상으로 LDCT를 매 12개월마다 보장해드립니다.</p> <p>적격 가입자: 폐암의 징후나 증상은 없지만 흡연 이력이 최소 20 갑년이며 현재 흡연 중이거나 지난 15년 이내에 금연한 50세~77세 사이 폐암 검진 상담 및 공유 의사 결정 방문 중에 LDCT(저선량 흉부 CT) 검사를 처방받은 사람. 해당 방문은 Medicare 기준을 충족해야 하며 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 전문가가 제공해야 합니다.</p> <p>초기 LDCT 검진 후 LDCT 폐암 검진의 경우: 해당 회원께서는 반드시 의사 또는 개업의가 적절한 방문 동안에 제공한 LDCT 폐암 스크리닝 지시서를 받으셔야 합니다. 의사 또는 자격을 보유한 개업의가 후속 LDCT 폐암 스크리닝을 위해 폐암 스크리닝 상담 및 공유 의사 결정 방문을 제공하기로 결정하는 경우, 해당 방문은 그러한 방문에 대한 Medicare의 기준에 반드시 부합해야만 합니다.</p>	<p>Medicare가 보장하는 상담 및 공유 의사 결정 방문 또는 LDCT에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p> 성 매개성 감염 (Sexually Transmitted Infection, STI) 스크리닝 및 STI 예방 상담(STIs)†</p> <p>클라미디아, 임질, 매독, 및 B형 간염에 대한 성매개감염(STI) 스크리닝을 보장해드립니다. 이러한 스크리닝은 일차 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우 임산부와 STI 고위험군에 해당하는 특정 사람에 대해 보장됩니다. 매 12개월마다 검사 1회 또는 임신 기간 중 일정 회수를 보장해드립니다.</p> <p>또한 STI 고위험군에 속하는 활발하게 성생활을 하는 성인에 대해 매년 20~30분의 대면 고강도 개인 행동 상담 세션을 최대 2회까지 보장해드립니다. 1차 의료 서비스 제공자가 제공한 경우 및 의사의 진료실과 같은 1차 의료 시설에서 제공된 경우에 한해서만 이러한 질병 예방 서비스로서의 상담 세션을 보장해드립니다.</p>	<p>Medicare가 보장하는 STI 스크리닝 및 STI 예방을 위한 상담 혜택에 대해서는 정률 자기 부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.


**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>신장 질환 치료를 위한 서비스</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • †신장 관리 방법을 교육하고 회원께서 올바른 정보에 근거하여 신장 관리에 대한 결정을 내릴 수 있도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. • †외래 환자 투석 치료(이 가입자 안내서 제3장에서 설명하는 것처럼 일시적으로 서비스 지역을 벗어난 경우 또는 해당 의료 서비스 제공자를 일시적으로 사용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 받는 투석 치료를 포함). • 자가 투석 교육(가입자 또는 가정 투석 치료를 돕는 다른 분에 대한 교육 포함). • †가정 투석 장비 및 관련 용품. • 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). • †입원 투석 치료(특별 치료를 위해 병원에 입원 환자로 수속된 경우). 	<p>\$0</p>
<p>특정 투석 약물은 Medicare 파트 B 약물 혜택을 통해 보장됩니다. 파트 B 약물 보장에 대한 정보는 "<i>Medicare 파트 B 처방약</i>". 항목을 참조하시기 바랍니다.</p>	
<p>전문 간병 기관(Skilled Nursing Facility, SNF) 치료†</p> <p>(전문 간병 기관에 대한 정의는 본 문서의 제12장을 참조하시기 바랍니다. 전문 간병 기관은 SNF라고도 합니다.)</p> <p>Medicare 지침에 따라 전문요양시설에서 받으신 전문입원환자서비스 보험 혜택 기간 당 최대 100일까지 보장해드립니다(사전 입원은 필수 사항이 아닙니다). 주요 보장 서비스는 다음과 같습니다.</p>	<p>혜택 기간 당, 가입자는 하루에 다음 금액을 부담합니다.</p> <p>1~100일은 \$0 입니다.</p> <p>보험 혜택 기간은 가입자께서 Medicare가 보장하는 입원 병원 또는 전문요양시설 (skilled nursing facility, SNF)에</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> ● 2~3인용 병실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인용 병실). ● 특별식을 포함한 식사. ● 전문 간호서비스. ● 물리치료, 작업치료 및 언어치료 ● 가입자의 의료 서비스 플랜의 일환으로 가입자에게 부여된 약물(여기에는 혈액응고인자와 같이 인체에 자연적으로 존재하는 물질도 포함). ● 혈액, 보관 및 주입 포함 ● SNF가 일상적으로 제공하는 의료 용품 및 수술 용품. ● SNF가 일상적으로 제공하는 실험실 검사. ● SNF가 일상적으로 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스. ● SNF가 일상적으로 제공하는 휠체어와 같은 장비 사용. ● 의사/개업의 서비스. <p>일반적으로, 가입자께서는 네트워크 시설에서 SNF 의료 서비스를 받게 됩니다. 단, 아래 나열된 특정 조건 하에서는 당사 플랜의 지불 금액을 시설에서 수용하는 경우 네트워크 제공자가 아닌 시설에서 치료를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 가입자께서 병원에 가기 직전 거주하시던 요양원 또는 지속 관리를 위한 은퇴자 커뮤니티(해당 시설이 전문요양시설 의료서비스를 제공하는 한). ● 가입자가 퇴원할 당시 가입자의 배우자 또는 동거 파트너가 살고 있는 SNF. 	<p>입소하는 첫 날부터 시작됩니다. 보험 혜택 기간은 가입자께서 연속 60일간 병원 또는 SNF에서 입원하지 않는 경우, 입원을 중단하는 시점까지 지속됩니다.</p>
<p> 흡연 및 담배 사용 중단(금연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담)*</p> <p>담배를 사용하지만 담배 관련 질병의 징후나 증상이 없는 경우: 저희는 예방 서비스로 12개월 이내에</p>	<p>Medicare가 보장하는 금연 및 담배 사용 중단 질병 예방 혜택에 대해서는 정률 자기</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>2회의 금연 시도 상담을 무료로 보장합니다. 각 시도 상담에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다.</p> <p>가입자께서 담배를 이용하시며 담배와 관련된 질병이 있는 것으로 진단 받으시거나 담배의 영향을 받을 만한 약물을 복용 중인 경우 우리는 금연 상담 서비스를 보장합니다. 12개월 이내에 금연 시도 상담 2회를 보장해드립니다. 그러나 해당되는 비용 부담금은 본인이 부담하셔야 합니다. 각 시도 상담에는 최대 4회의 대면 방문이 포함됩니다.</p>	<p>부담금, 정액 자기 부담금, 또는 공제금이 적용되지 않습니다.</p>
<p>감독 하 운동 요법(Supervised Exercise Therapy, SET)†</p> <p>SET는 회원께서 말초동맥질환 (Peripheral Artery Disease, PAD)의 징후가 있으신 경우 및 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 경우 보장됩니다.</p> <p>SET 프로그램의 요건이 충족되는 경우 12주 동안 최대 36회 치료 세션을 보장해드립니다.</p> <p>SET 프로그램은 다음 사항을 충족해야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30~60분간 지속되는 세션으로 구성되어 있으며, 발 절뚝거리기 증상이 있는 환자의 PAD 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성되어 있을 것. • 병원 외래 시설 또는 의사의 진료실에서 진행될 것. • 본 프로그램을 통한 혜택이 피해를 상회하도록 하기 위한 목적으로, 그리고 PAD 치료를 위한 운동 치료 훈련을 받은 자격을 보유한 보조 의료 서비스 제공자가 프로그램을 제공할 것. • 기본 및 고급 생명 유지 기술을 필수로 훈련받은 의사, 의사 보조사, 간호사/임상간호전문가의 직접적인 감독 하에 진행될 것. <p>참고: SET은 의료 진료 제공자가 의학적으로 필요하다고 간주할 경우, 12주 동안 36회를 넘어 연장된 기간 동안 추가 36회까지 보장될 수도 있습니다.</p>	<p>\$0</p>



†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.

*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.

**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 치과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<p>긴급 진료 서비스</p> <p>응급 상황은 아니지만 즉각적인 치료가 필요한 플랜 보장 서비스는 가입자가 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 외부에 있거나, 당사 플랜의 서비스 지역 내에 있더라도 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 당사 플랜과 계약된 네트워크 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우 긴급 필요 서비스로 간주됩니다. 가입자의 플랜은 긴급 진료 서비스를 보장해야 하며 네트워크 내 본인 부담금만 청구해야 합니다. 긴급 진료 서비스의 예로는 예상하지 못한 의학적 질병, 상해 또는 기존 질환의 갑작스러운 악화 등이 있습니다. 그러나 연례 검진 등의 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 서비스 지역 내부: 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. • 서비스 지역 외부: 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 미국 및 그 영토 내에서 긴급 진료 보장을 받으시게 됩니다. <p>자세한 정보는 제3장의 3항을 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>\$0</p>
<p>시력 관리</p> <p>다음과 같은 서비스에는 보험이 적용됩니다.</p>	<p>\$0</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
<ul style="list-style-type: none"> • †노령과 관련된 황반 퇴화 등 눈의 질병과 상해에 대한 진단과 치료를 위한 외래 진료 서비스. • †시야 검사. • †당뇨병 환자의 경우 당뇨병 망막 병증을 선별하고 모니터링합니다. •  녹내장 고위험군에 속한 분들께 매년 녹내장 스크리닝 1회를 보장해드립니다. 녹내장 가족력이 있으신 분들을 포함한 녹내장 고위험군에 속한 분, 당뇨병이 있는 분, 50세 이상의 아프리카계 미국인, 65세 이상의 히스패닉계 미국인. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 안구 내 렌즈 삽입 수술을 포함하는 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트 렌즈 한쌍. (2회에 걸쳐 별도의 백내장 수술을 받으신 경우, 가입자께서는 첫 수술 이후 해당 혜택의 자격을 받으실 수 없으며 두 번째 수술 후 안경 두 개를 구매하실 수 없습니다.) 렌즈 삽입이 없는 백내장 수술 후 필요한 교정렌즈/안경테(및 대체품). 	<p>Medicare 지침에 따른 안경류에 대한 비용은 \$0*입니다.</p> <p>*참고: 구매하신 안경류의 비용이 Medicare에서 보장하는 것보다 많은 경우, 차액을 부담하셔야 합니다.</p>
<p> Medicare 예방 방문에 잘 오셨습니다†</p> <p>저희는 질병 예방을 위한 Medicare 환영 예방 방문을 보장합니다. 해당 방문에는 가입자의 건강 검토, 가입자에게 필요한 질병 예방 서비스에 대한 교육과 상담(특정 스크리닝 및 주사(또는 백신) 포함), 그리고 필요 시 기타 의료 서비스를 위한 진료 의뢰가 포함됩니다.</p> <p>중요: 가입자께서 첫 12개월 이내에 Medicare 파트 B에 가입하신 경우에만 질병 예방을 위한 Medicare 환영방문을 보장해드립니다. 방문 일정을 잡으실 때에는 의사의 진료실에 질병 예방을 위한 Medicare 환영 예방 방문을 예약하는 것임을 알려주시기 바랍니다.</p>	<p>"Medicare 환영" 예방 방문에 대해서는 공동 부담금, 본인 부담금 또는 공제액이 적용되지 않습니다.</p>

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

가입자에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 시 부담해야 하는 본인 부담금 액수
참고: 본 의료 혜택표에 설명된 모든 보장 서비스에 적용되는 혜택 조정에 대한 정보는 1장 7항 및 11장을 참조하십시오.	

†가입자의 의료 서비스 제공자는 반드시 저희 플랜의 사전 승인을 받아야만 합니다.
*이 서비스나 품목에 대한 비용 부담금은 최대 식품 의약청에 적용되지 않습니다.
**공제금 외에, 해당 치료에 대해 HDS가 허용한 금액과 초과 의사가 청구하는 금액의 차액을 초과하는 금액은 귀하가 책임져야 합니다.

Medicaid 보장 혜택 요약

아래에 설명된 혜택은 Medicaid에서 보장하는 혜택입니다. 이 차트에서 이전에 설명된 혜택은 Medicare에서 보장하는 혜택입니다. 아래 나열된 각 혜택에 대해 Medicaid에서 보장하는 부분과 Kaiser Permanente에서 보장하는 부분을 확인할 수 있습니다. 보장된 서비스에 대해 지불해야 하는 금액은 Medicaid 자격 수준에 따라 달라질 수 있습니다. Medicaid 혜택에 대한 자세한 정보는 Kaiser Permanente QUEST Integration 가입자 안내서를 참조하십시오.

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete
투석	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
내구성 의료 장비(DME) 및 의료 용품(보철 및 교정 포함)	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 사전 승인이 필요합니다.	Medicare 보장 용품에 대한 본인 부담금 \$0.
응급 서비스 및 안정화 이후 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
가족 계획 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
훈련 서비스 (청력 서비스, 작업 요법, 물리 요법, 음성-언어 치료, 시력 서비스, 보완 의사소통 장치, 읽기 장치, 시각 보조기구)	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 보완 의사소통 장치, 읽기 장치, 시각 보조기구는 보장되지 않음.
가정 보건 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
비응급 의료 이송 서비스†	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 사전 승인이 필요합니다.	보장되지 않음

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete
영양 상담	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicare에서 보장하는 의료 영양 치료 서비스 본인 부담금 \$0.
외래 병원 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
의사 서비스.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
임신 관련 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
처방약	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicare 파트 B 약물: 자기 부담 \$0. Medicare 파트 D 약물: 0-25%
예방 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
방사선학, 실험실 및 기타 진단 서비스.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
재활 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
금연 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
원격 의료 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
긴급 진료 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0. 21세 이상 가입자는 지역 외 긴급 치료	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete
	서비스가 보장되지 않음.	
시력 및 청력 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
행동 건강 서비스를 위한 급성 정신과 입원 서비스.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
외래 환자 정신 건강 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
정신과 의사, 심리학자, 상담사, 사회복지사, 등록 간호사 등 전문인의 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
약물 남용 치료 서비스	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
처방약, 약물 관리 및 환자 상담 포함	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
정신과 또는 심리 평가	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
전문 간병 기관	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.
가정 및 지역사회 기반 서비스*: (집안일, 성인 데이 건강, 개인 관리, 성인 데이 케어, 개인 응급 대응 시스템, 숙련 간호, Community Care Foster Family Home 또는 Expanded Adult Residential Care	Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.	보장되지 않음

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete
Home과 같은 주거 케어) *I개인은 장기 서비스 및 지원(LTSS) 자격을 갖춰야 합니다.		
기본 치과 혜택	<p>Department of Human Services (DHS) Med-QUEST (DHS) Med-QUEST에서 보장합니다. 구강 질환 관리 및 일부 저작 기능 회복 (진단, 청소, 충전, 일부 근관 치료, 일부 크라운 및 일부 틀니)에 중점을 둔 모든 연령층을 위한 서비스입니다. 치과 의사 찾기 도움이 필요하면 Community Case Management Corporation (CCMC)에 1-808-792-1070 또는 수신자 부담 전화 1-888-792-1070번으로 문의하십시오. CCMC는 보장되는 치과 혜택을 설명하고 가까운 치과 의사를 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.</p>	<p>\$0 아래 나열된 보장 예방 치과 서비스는 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage Network에서 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 연 2회 예방 구강 검진 및 치아 청소† • 연 1회 교익 X-레이† • 구강 전체 X-레이 촬영† • 연 2회 불소 도포† • 보조 일반 서비스: 마취, 상담 및 경미한 통증 완화(5년마다 교합 가드 1개 포함)† <p>HDS Medicare Advantage Network 치과 의사 목록은 hawaiidentalsservice.com을 방문하거나 HDS 고객 서비스 1-844-379-4325(월요일~금요일 오전 7시 30분~오후 4시 30분)에 문의하십시오. 참고: 치과 의료가 적용되려면 응급 상황 외에는 Hawaii Dental Service (HDS) Medicare Advantage 네트워크 치과 의사가 의료 서비스를 제공해야 합니다. 보장, 제한 및 제외 사항은 동일한 HDS 약관이 적용됩니다. Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 치과 의사를 찾으려면 해당 주의 Delta Dental 지사에 문의하십시오.</p>
심각한 정신 질환(SMI)이 있는 성인 가입자를 위한 행동 건강 서비스	서비스는 Community Care Services (CCS)에서 보장합니다.	보장되지 않음

3항 저희 플랜이 보장하지 않는 서비스는 무엇입니까?

<h4>3.1항 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스</h4>

다음 서비스는 저희 플랜에서 보장하지 않지만 Medicaid를 통해 이용할 수 있습니다.

- 의료 진료 서비스를 받기 위한 교통편.
- 시력 서비스(24개월에 1회 정기 안과 검진 및 24개월에 1회 안경 1개).
- 청력 서비스.

참고: 이것은 전체 목록이 아닙니다. 플랜 유형(예: 행위별 수가제 또는 관리 의료 플랜)을 포함하여 가입자의 Medicaid 플랜이 보장하는 항목과 보장되지 않는 항목에 대한 자세한 내용은 주 Medicaid 기관에 문의하십시오. 또한 저희 플랜이 보장하지 않는 네트워크 제공자로부터 Medicaid 보장 서비스를 받는 경우 서비스를 받을 때 Medicaid 카드를 제시해야 합니다.

4항 저희 플랜이 보장하지 않는 서비스는 무엇일까요?

4.1항 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스(예외 조항)

이 항에서는 보장되지 않는 서비스에 대해 설명합니다.

아래 차트는 당사 플랜에서 어떤 조건에서도 보장되지 않거나 특정 조건에서만 보장되는 일부 서비스 및 항목에 대해 설명합니다.

제외된(보장되지 않은)서비스를 받으시는 경우, 가입자께서는 아래 나열된 특정 조건을 제외하고 직접 해당 서비스의 비용을 부담하셔야 합니다. 응급 시설에서 받으신 서비스라고 할지라도, 제외된 서비스라면 해당 서비스는 보장되지 않을 것이며 저희 플랜은 이에 대한 비용을 부담하지 않을 것입니다. 유일한 예외는 서비스에 대한 재심이 접수되어 재심을 통해 가입자의 특정 상황으로 인해 당사가 비용을 부담하거나 보장해야 하는 의료 서비스로 결정된 경우입니다. (의료 서비스를 보장하지 않기로 한 저희의 결정에 대한 재심과 관련된 정보는 본 문서의 제9장, 6.3항을 참조하시기 바랍니다.)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
침술		만성 요통이 있는 사람들에게 특정 상황에서 제공됨.
중간 또는 주거 요양 시설, 생활 보조 시설 또는 성인 위탁 가정에서의 보살핌		본 의료 보험 혜택표의 "주거 약물 의존 치료 서비스"항에서 설명된 대로 보장해드립니다.
시험관 수정, 난관 내 수정란 이동, 난자 이식 및 생식 세포 난관 내 이식과 같은 인공적인 수단에 의한 수태(Medicare에서 보장하는 인공 수정 및 관련 서비스 제외)	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
성형 수술 또는 시술		사고로 인한 부상이나 기형 신체 부위의 기능 개선을 위해 보장됨. 유방 절제술 후 유방의 모든 단계의 재건뿐만 아니라 대칭을

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
		위해 영향을 받지 않은 유방에 대해 보장됨.
<p>양육 관리</p> <p>보호 간호란 목욕 또는 상처 드레싱과 같이 일상 생활 활동을 도와드리는 간호 등 교육받은 의료 또는 의료보조 종사자의 지속적인 간호가 필요하지 않은 개인 간호를 말합니다.</p>	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
<p>선택적 또는 자원적 강화 시술 또는 서비스(체중 감소, 모발 성장, 성기능, 운동기능, 미용 목적, 안티에이징, 정신기능 포함)</p>		<p>의학적으로 필요하고 Original Medicare에서 보장하는 경우 보장해드립니다.</p>
<p>실험적 의료 및 수술 절차, 장비 및 약물.</p> <p>실험적 절차 및 품목은 저희 플랜과 Original Medicare가 의료 커뮤니티에서 일반적으로 수용되지 않는 것으로 판단한 품목과 절차입니다.</p>		<p>Medicare가 승인한 임상 연구 하에서 Original Medicare가 보장할 수도 있습니다. (임상 연구에 관한 자세한 정보는 제3장의 5항을 참조하시기 바랍니다.)</p>
<p>안경 및 콘택트렌즈</p>		<p>백내장 수술 후 안경(또는 콘택트렌즈) 한 쌍이 보장됨.</p>
<p>가입자의 가까운 친척이나 가정 구성원이 청구하는 비용</p>	어떤 조건에서도 보장되지 않음	

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서든 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
가입자의 가정 내 상주 간호.	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
보청기 또는 보청기 맞춤을 위한 검사		본 제외 사항은 Medicare가 보장하는 달팽이관 이식 및 골유착성 외부 보청기에 대해서는 적용되지 않습니다.
가정 배달 식사	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
가사 서비스에는 가벼운 수준의 가정 살림이나 식사 준비와 같은 기본 가사 지원이 포함됩니다.	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
마사지 요법	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
자연 요법 서비스(자연 또는 대체 치료 이용)	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
백내장 수술에 뒤따르는 비재래식 안구 내 렌즈 (IntraOcular Lens, IOL)(예를 들어, 노안 교정 IOL)	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
정형 외과 신발 또는 발 지원 장치		다리 보조기의 일부로 포함된 신발. 당뇨병 발 질환을 앓고 있는 분을 위한 정형 또는 치료용 신발.
휴대폰이나 텔레비전 등 병원 또는 전문 간병 기관의 병실 내 개인용 물품	어떤 조건에서든 보장되지 않음	

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
신체 검사 및 (1) 취업 유지 또는 직원 프로그램 참여에 필요하거나, (2) 보험 또는 면허 취득에 필요하거나, (3) 법원 명령 또는 가석방 또는 집행 유예를 위해 요구되는 기타 서비스.		네트워크 의사가 해당 서비스가 의학적으로 필요하거나 의학적으로 적절한 예방 진료로 판단하는 경우 보장해드립니다.
개인 임무 간호	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
병원 개인 병실		의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
능력, 적성, 지능 또는 관심에 대한 심리 테스트	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
방사선 각막절개술, 레이저 각막 회복 (Laser Assisted in Situ Keratomileusis, LASIK) 수술 및 기타 저시력 보조 지원	어떤 조건에서도 보장되지 않음	
외모 상 최소한의 개선만 제공되거나, 외모 개선을 위해 정상적인 신체 구조를 변경 또는 변형하기 위해 수행되는 재건 수술		네트워크 의사가 가능한 한 최대 기능을 개선하거나 정상적인 외모로 만들어주는 것이 필요하다고 판단한 경우, 선천적 결함, 발달 이상, 사고로 인한 상해, 외상, 감염, 종양 또는 질병으로 인한 신체의 비정상적 구조를 교정하거나 고치는 재건 수술을 보장해드립니다.
난관복원수술 및 비처방 피임 용품	어떤 조건에서도 보장되지 않음	

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서든 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
정기적 척추 교정 치료		아탈구 교정을 위한 손으로 직접 하는 척추 치료만 보장해드립니다.
정기 시력 검사	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
정기적 족부 치료		Medicare 지침에 따라 일부 제한적인 보장이 제공됩니다(예를 들어, 당뇨병을 앓고 있는 경우).
정기적 청력 검사, 보청기, 또는 보청기 맞춤을 위한 검사.	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
Original Medicare의 기준에 의거, 합리적이며 필요한 것으로 간주되지 않는 서비스		다음의 제외된 서비스는 Original Medicare가 보장하지는 않지만 저희 플랜은 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.
국가보훈처 (Veterans Affairs, VA) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스		VA 병원에서 응급 서비스를 받으시고 저희 플랜에서 보장하는 부담 비용보다 VA 부담 비용이 더 많은 경우, 저희는 그 차액을 퇴역 군인에게 환급해드립니다. 가입자는 여전히 당사의 플랜에 따른 부담 비용 금액에 대한 책임이 있습니다.
보험이 적용되지 않는 서비스 또는 품목에 관련된 서비스		서비스 또는 품목이 보장되지 않는 경우, 보장되지 않는 서비스 또는 품목과 관련된 서비스는 모두 제외됩니다. 단 (1) 보장되지 않은 서비스 또는 품목 가운데

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서든 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
		저희가 합병증 치료를 위해 보장해 드렸을 서비스 또는 품목과 (2) Medicare 지침을 따라 보장되는 것은 제외합니다.
자발적이고 외과적으로 유발된 불임을 복원하는 서비스	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
네트워크 의료 서비스 제공자가 있는 장소로 이동하는 데 구급차 서비스가 유일한 수단인 경우에도 자동차, 택시, 버스, 환자이송용 밴, 휠체어 밴, (정식 등록된 구급차가 아닌)기타 이송 수단을 이용한 이송	어떤 조건에서든 보장되지 않음	
여행 및 숙박 비용		당사는 여행 및 숙박 지침에 따라 사전 승인한 특정 비용을 지불할 수 있습니다.

4.2항 하와이 치과 서비스 치과 예외 조항 및 제한

제외

다음은 예외 조항이며 HDS 플랜에서는 지불하지 않습니다.

- 의료 혜택 차트에 혜택으로 포함되지 않는 서비스
- HDS 시술 코드 지침에 따라 시술 코드가 적용되지 않는 서비스
- 구개열, 상악 및 하악 기형, 사기질 형성 부전, 불소증, 무치아증 등 선천적 기형을 교정하거나 또는 완화하기 위한 서비스입니다.
- 교합을 교정하는 서비스와 충치로 인한 구조 손실을 대체하는 서비스 이외의 서비스로, 수직 고경 증가, 균형, 치주 질환 스플린팅, 교정 치료 스플린팅, 기타 스플린팅 치료, 마모,

찰과상, 치아의 부분적인 손실 또는 측두하악관절(TMJ)로 인해 손실된 치아 구조의 복원, 치아 부정렬에 대한 복원, 악동작 기록, 측두 하악 관절 장애 치료 등 교합을 변경, 회복 또는 유지하는 데 필요한 서비스입니다.

- 응급실 방문을 포함한 입원 비용
- 직장 상해 보험이나 기타 고용주 책임법에 따라 보호되는 부상이나 질환을 교정하거나 치료하는 서비스
- 미용 수술, 범랑질 저형성, 불소증, 무치증 등을 포함하되 이에 국한되지 않는 미용 서비스
- 치근 치료로 인한 치아 변색 및/또는 임상적으로 치아가 죽었다는 결정과 같은 특수한 상황을 제외한 치아 미백;
- 구급차 서비스 및 기타 운송 수단
- 정부 기관, 가입자의 의료 계획 또는 다른 당사자가 지불해야 하는 서비스
- 회원이 받은 서비스에 부과되는 모든 세금.

보장 제한

- 서비스는 임상적으로 필요해야 하고, 전문적인 진료 표준 내에서 제공되어야 하며, HDS 플랜에서 지불 가능한 보장 혜택이 있어야 합니다. 임상적으로 필요한 경우, 전문적 진료 표준 범위 내에서 제공되는 진단 및 예방 서비스가 포함됩니다. HDS 플랜에서는 혜택이 적용되지만 임상적으로 필요하지 않거나 전문적인 진료 표준을 충족하지 못하는 서비스는 지불하지 않습니다.
- HDS 플랜에 플랜 최대 한도가 있는 경우 HDS가 회원에게 지불해야 하는 총 HDS 부담금은 플랜 최대 한도를 초과하지 않습니다. 그러나 HDS 플랜에 진단 및 예방 면제 조항이 있는 경우 진단 및 예방 서비스에 대한 HDS 부담금은 플랜 최대 한도에 적용되지 않습니다. HDS 플랜에서는 플랜 최대 한도를 초과하는 서비스 비용을 지불하지 않습니다.
- HDS 플랜에 환자 부담 최대 한도가 설정되어 있는 경우 HDS 플랜은 환자 부담 최대 한도를 초과하는 경우 100%의 HDS 공제금 비율로 보장된 혜택에 대해 지불합니다. 본인 부담 최대 금액을 계산하는 목적으로 환자가 부담하는 금액에는 보장되지 않는 서비스에 대한 지불 금액, 제출한 금액과 대체 혜택에 대해 허용된 금액의 차액, 제출한 금액과 참여하지 않는 치과의사로부터 받은 서비스에 대해 허용된 금액의 차액은 포함되지 않습니다.
- 혜택 범주에 최대값이 있는 경우, HDS가 회원의 혜택 범주 내 서비스에 대해 지불해야 하는 총 HDS 부담금은 최대값을 초과하지 않습니다. HDS 플랜에서는 최대 한도를 초과하는 혜택 범주의 서비스 비용을 지불하지 않습니다.

- HDS 플랜에 서비스에 대한 공제액이 있는 경우, 공제액이 충족될 때까지 HDS 플랜에서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- HDS 플랜에 서비스에 대기 기간이 있는 경우, 가입자가 대기 기간에 계속해서 등록될 때까지는 HDS 플랜에서 해당 서비스에 대한 비용을 부담하지 않습니다.
- 연령 제한이 있는 서비스를 연령 제한에 부합하지 않는 회원에게 제공하는 경우 HDS 플랜에서는 비용을 부담하지 않습니다.
- 다른 플랜에서 이미 서비스를 결제한 경우라도 빈도 제한을 초과하는 서비스는 HDS 플랜에서 결제하지 않습니다.
- HDS 시술 코드 지침에 명시된 기준을 충족하지 못하는 서비스는 HDS 플랜에서 부담하지 않습니다.
- 치과 의사 둘 이상이 한 치료 플랜에 따라 수행한 서비스는 HDS 플랜에 따라 한 치과 의사에게만 지불됩니다.
- 회원은 HDS 플랜에 따른 보장 내용을 치과의사에게 알려야 합니다. 회원이 HDS 플랜에 따른 보장 내용을 치과 의사에게 알리지 않을 경우, HDS는 해당 서비스 비용을 부담할 의무가 없으며, 회원은 해당 서비스 비용을 부담해야 합니다.
- 모든 서비스 청구는 서비스 날짜로부터 12개월 이내에 HDS에서 허용하는 형식에 따라 모든 필수 서류와 함께 HDS에 제출해야 합니다. 청구서 양식은 HDS 웹사이트에서 받으실 수 있습니다. HDS 참여 치과 의사 또는 Delta Dental 참여 치과 의사가 서비스를 제공한 경우, 해당 치과 의사가 서비스 날짜로부터 12개월 이내에 HDS에서 허용하는 형식과 모든 필수 서류를 첨부하여 HDS에 (보험 보상) 청구를 제출하지 못하면 HDS와 가입자 모두 해당 서비스에 대한 비용을 부담할 의무가 면제됩니다. 비참여 치과 의사가 서비스를 제공한 경우, 해당 치과 의사가 서비스 날짜로부터 12개월 이내에 HDS에서 허용하는 형식과 모든 필수 서류를 첨부하여 HDS에 (보험 보상) 청구를 제출하지 못하면 HDS는 해당 서비스에 대한 비용을 부담할 의무가 면제됩니다.
- 혜택 조정
 - 회원은 서비스를 받을 당시 자신이 가입한 모든 치과 보험 상품을 치과 의사에게 알려야 합니다.
 - HDS는 가입자가 치과 보험 두 가지 이상에 가입되어 있는 경우 각 치과 보험의 지불 순서 결정 시 전국보험감독관협회 규칙을 적용합니다.
 - 가입자가 복수의 치과 보험 플랜에 가입되어 있는 경우 HDS 부담금과 기타 치과 보험 플랜 지불금의 총액은 HDS 플랜에 따라 보장되는 혜택에 대해 허용되는 금액을 초과하지 않습니다.
 - HDS 플랜이 기본 플랜인 경우, HDS 플랜에 따른 가입자의 보장(항목)이 다른 치과 플랜보다 먼저 결정되어 지급됩니다.

- HDS 플랜이 다른 치과 플랜에 후순위인 경우, HDS 플랜에 따른 가입자의 보장(항목)은 다른 치과 플랜에서 지불한 후에 결정되어 지불됩니다. 1차 치과 보험 플랜에서 지불한 금액으로 인해 HDS 플랜에 따른 HDS 부담금이 줄어들거나 없어질 수 있습니다.

제5장: 가입자의 파트 D 처방약에 대해 저희 플랜의 보장 이용하기

가입자의 약 값에 관한 정보는 어디서 얻을 수 있습니까?

가입자께서는 Medicaid 자격이 있으시기 때문에 처방약 플랜 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받을 자격이 있고 지원을 받고 계십니다. 가입자께서는 "추가 지원" 프로그램에 속해 있기 때문에, **이 보장 범위 증명서에 있는 파트 D 처방약 비용에 관한 정보는 가입자에게 적용되지 않습니다.** (저소득층 보조금 추가 보장 범위 또는 LIS 추가 보장 범위라고도 하는) "처방약에 대해 추가 지원금을 받는 이를 위한 보장 범위 증명서 추가 보장 범위"이라고 하는 가입자의 약물 보장 내용이 수록된 별도의 삽지를 보내드립니다. 본 부속 문서가 없으신 경우, 저희 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 "LIS 추가 사항"을 요청하시기 바랍니다. (저희 가입자 서비스의 전화번호는 본 문서의 표지 후면에 인쇄되어 있습니다.)

1항 소개

본 장에서는 파트 D 약물에 대한 보장 사용에 관한 규칙을 설명해드립니다. Medicare 파트 B 약물 혜택 및 호스피스 약물 혜택에 대해서는 4장을 참조하십시오.

Medicare에서 보장하는 약 외에 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다. 약물 목록은 Medicaid 약물 보장에 대해 어떻게 확인할 수 있는지 알려줍니다.

1.1항 저희 플랜의 파트 D 약물 보장에 대한 기본 규칙

저희 플랜은 다음 기본 규칙을 준수하시는 한 일반적으로 가입자의 약물을 보장해드립니다.

- 가입자의 제공자(의사, 치과 의사 또는 기타 처방자)가 처방전을 작성해야 하며, 해당 처방전은 적용 가능한 주 법률에 따라 유효해야 합니다.
- 가입자의 처방자는 절대로 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 포함된 사람이 아니어야 합니다.
- 가입자께서는 일반적으로 처방약물 조제를 받기 위해 반드시 네트워크 약국을 이용하셔야만 합니다. (이 장의 2항 **네트워크 약국 또는 저희 우편 주문 서비스를 통해 처방약물을 조제하십시오**를 참조하시기 바랍니다.)
- 가입자의 약물은 반드시 **보장 약물 목록(의약품집)**(간략히 "약물 목록"이라고 합니다)에 수록되어 있어야 합니다. (본 장의 3항을 참조하십시오.)
- 가입자의 약물은 반드시 의학적으로 인정된 증상에 대해 사용해야 합니다. "의학적으로 인정된 적응증"은 미국 식품 의약청(Food and Drug Administration)이 승인하거나 특정 참고 자료를 통해 뒷받침될 수 있는 약물에 대한 사용을 의미합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 정보는 3항을 참조하십시오.)
- 가입자의 약물은 보장되기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. (보장 제한에 대한 자세한 내용은 이 장의 4항을 참조하십시오.)

2항 네트워크 약국 또는 저희 우편 주문 서비스를 통해 처방 약물을 조제하십시오

2.1항 네트워크 약국 사용하기

대부분의 경우, 가입자의 처방전은 오직 저희 네트워크 약국을 통해 조제된 경우에만 보장됩니다. (저희가 네트워크의 약국이 조제한 처방약물을 보장하는 경우에 관한 정보는 2.5항을 참조하시기 바랍니다.)

네트워크 약국은 가입자에게 처방약을 제공하기 위해 저희 플랜과 계약을 맺은 약국입니다. "보장된 약물"이라는 용어는 저희 플랜의 약물 목록에서 보장되는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

2.2항 네트워크 약국

거주하시는 지역의 네트워크 약국을 어떻게 찾을 수 있습니까?

신규 네트워크 약국을 찾으려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 확인하거나, 저희 웹사이트(kp.org/directory)를 방문하거나, 가입자 서비스에 문의하십시오.

가입자께서는 저희 네트워크 약국 어떤 곳이든 이용하셔도 좋습니다.

가입자가 이용하던 약국이 네트워크에서 탈퇴하면 어떻게 됩니까?

가입자께서 이용하시던 약국이 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴하게 되는 경우, 가입자께서는 저희 네트워크 내에 있는 새로운 약국을 찾으셔야 합니다. 거주하시는 지역의 해당 지역의 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스에 문의하거나 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 이용하십시오. 당사 웹사이트 kp.org/directory에서도 정보를 찾을 수 있습니다.

전문 약국이 필요한 경우는 어떻게 해야 합니까?

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

- 가정 주입 치료를 위한 약물을 공급하는 약국.
- 장기요양 (Long-Term Care, LTC) 시설 입소자를 위해 약물을 공급하는 약국. 일반적으로 (사설 요양원과 같은) LTC 시설은 자체 약국을 보유하고 있습니다. 만일 LTC 시설에서 파트 D 혜택을 받으시는 데 어려움이 있으신 경우, 저희 가입자 서비스에 알려주시기 바랍니다.
- Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program을 제공하는 약국(이하 I/T/U 약국)(Puerto Rico에서는 사용 불가). 응급 상황을 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 저희 네트워크에 소속된 이러한 약국을 이용할 수 있습니다. I/T/U 약국은 반드시 저희 서비스 지역 내에 있어야 합니다.
- FDA가 특정 지역에서만 조제하도록 제한했거나 특수한 취급, 의료 서비스 제공자 조율, 또는 이러한 약물 사용에 대한 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*(kp.org/directory)을 확인하거나 가입자 서비스에 문의하십시오.

2.3항 우편 주문 서비스 이용하기

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

저희 우편 주문 서비스를 통해 최대 90일분까지 주문하실 수 있습니다.

우편으로 처방약을 조제하는 방법에 대한 정보를 얻으려면, 가까운 Kaiser Permanente 약국을 방문하거나 1-808-643-7979 (TTY 711)로 우편 주문 약국에 전화하십시오 (월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지). 가입자께서는 다음과 같은 방법을 통해 처방전 조제를 편리하게 주문하실 수 있습니다.

- kp.org/refill에서 온라인으로 안전하게 등록 및 주문.
- 1-808-643-7979 (TTY 711)로 우편 주문 약국에 전화하십시오

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 약국 주문은 5일 이내에 배송됩니다. 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* 또는 (kp.org/directory)에 수록된 가까운 네트워크 소매 약국에 전화하시면 긴급 공급을 받으실 수 있습니다. 저희 우편 주문 약국이 아닌 네트워크 소매 약국에서 90일분을 받으시는 경우 가입자께서는 더 많은 비용을 부담할 수도 있으니 유의하여 주시기 바랍니다.

우편 주문 처방전의 재조제. 재조제 약이 다음 주문이 제시간에 배송될 수 있도록 현재 처방전이 소진되기 적어도 5일 전에 약국에 문의하십시오.

2.4항 장기 약물 공급을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

장기 약물 공급을 받으시게 되면 가입자의 비용 분담금은 낮아질 수도 있습니다. 저희 플랜은 두 가지 방법을 통해 저희 플랜의 약물 목록상 "관리" 약물의 장기 약물 공급(또한 "연장 공급"으로도 지칭)을 해드리고 있습니다. 일반적으로, 관리 약물은 만성 또는 장기 질병 치료를 위해 정기적으로 복용하시는 약물입니다.

- 저희 네트워크의 몇몇 소매 약국은 가입자에게 관리 약물에 대한 장기 공급을 해드리고 있습니다. *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*(kp.org/directory)에서 어떤 약국에서 관리

약품 장기 공급을 받을 수 있는지 확인하실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수도 있습니다.

- 관리 약물은 당사의 우편 주문 프로그램을 통해서도 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 2.3항을 참조하십시오.

2.5항 네트워크의 약국을 언제 이용할 수 있습니까?

가입자의 처방전은 일부 상황에서 보장될 수 있습니다.

일반적으로 저희는 가입자께서 네트워크 약국을 사용할 수 없는 경우에 *한해서만* 네트워크의 약국에서 조제한 약물을 보장해드립니다. 이러한 경우에는 먼저 가입자 서비스에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 알아보십시오. 가입자께서는 외부 네트워크 약국에서 구매한 약물의 비용과 내부 네트워크 약국에서 구매하셨을 시 저희가 보장해드릴 비용의 차액을 부담하셔야 할 수도 있습니다.

네트워크의 약국에서 조제된 처방약에 대한 비용을 지불하는 경우는 다음과 같습니다.

- 가입자가 미국 및 미국 영토 내이지만 서비스 지역 외에서 여행하는 중에 질병을 앓게 되거나 보장된 파트 D 처방약을 모두 소진한 경우, 당사는 당사 Medicare 파트 D 의약품집 가이드라인에 따라 제한적이고 비정기적인 상황에서 네트워크의 약국에서 조제한 처방전을 보장합니다.
- 가입자가 보장된 네트워크의 응급 진료 또는 외부 지역 긴급 진료와 연계된 Medicare 파트 D 처방약이 필요로 하는 경우, 당사는 네트워크의 약국에서 이를 최대 30일분까지 보장해드립니다. 참고: 보장된 응급 또는 긴급 진료의 일환으로 미국 및 미국 영토 외부에서 처방되고 제공된 처방약은 30일 주기로 최대 30일분까지 보장됩니다. 이러한 약물은 Medicare 파트 D를 통해 보장되지 않으며, 이에 이러한 약물의 비용은 재난 보장 단계로 산입되지 않습니다.
- 자동차 운전으로 합리적으로 다다를 수 있는 거리에 24시간 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.

가입한 플랜에서 환급을 요청하는 방법은 무엇입니까?

반드시 네트워크의 약국을 사용하셔야 하는 경우, 일반적으로 가입자께서 처방전을 조제하실 때 (보통 분담 비용이 아닌) 총 비용을 부담하셔야 합니다. 가입자께서는 저희 비용 분담금에 대한 상환을 요청하실 수 있습니다. (제7장의 2항을 통해 환급 요청 방법을 설명해드립니다.)

3항 가입자의 약물은 약물 목록에 수록되어 있어야 합니다.**3.1항 약물 목록에는 어떤 파트 D 약물이 보장되는지 수록되어 있습니다**

당사 플랜에는 *보장 약물 목록(의약품집)*이 있습니다. 이 *보장 범위 증명서*, 예서는 이를 *간단히 약 목록*이라고 부릅니다.

목록 상의 해당 약물은 의사와 약사로 구성된 팀의 도움으로 저희 플랜에 의해 선택됩니다. 본 목록은 반드시 Medicare에서 설정한 요건을 만족해야만 합니다.

약물 목록에는 Medicare 파트 D에 따라 보장되는 약물이 포함됩니다. Medicare에서 보장하는 약물 외에도 Medicaid 혜택에 따라 일부 처방 약물이 추가로 보장됩니다. 약물 목록은 Medicaid 약물 보장에 대해 어떻게 확인할 수 있는지 알려줍니다.

가입자께서 본 장에서 설명된 다른 보장 규칙을 준수하고 의학적으로 인정된 적응증에 해당 약물을 사용하는 한 일반적으로 저희 플랜의 약물 목록에 수록된 약물을 보장해드립니다. "의학적으로 인정된 적응증"이란 다음 중 *하나*의 약물의 사용을 의미합니다.

- 연방 식품 의약청이 처방되는 진단 또는 질병에 대한 약물을 승인하였음
- American Hospital Formulary Service Drug Information 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참조에 의해 지원됨.

당사의 *약품 목록*에는 *브랜드 약물, 제네릭 약물 및 생물학적 제제(바이오시밀러가 포함될 수 있음)*가 포함됩니다.

브랜드 약물은 약물 제조업체가 소유한 상표명으로 판매되는 처방 약물입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 약물 목록에서 약물은 약물이나 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다.

제네릭 약물은 브랜드 약물과 같은 동일한 유효 성분이 포함된 처방약입니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 불리는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약물 및 바이오시밀러는 브랜드 약물 또는 생물학적 제품과 효능이 같지만 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 여러 브랜드 약물 및 일부 원조 생물학적 제제 대신 사용할 수 있는 제네릭 약물 또는 바이오시밀러 대안이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 호환성이 있는 바이오시밀러로 주법에 따라서는 브랜드 약물을 제네릭 약물로 대체할 수 있는 것과 같이 새로운 처방전 없이 약국에서 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

제12장에서 *약품 목록*에 포함될 수 있는 *약품 유형*에 대한 정의를 참조하십시오.

약품 목록에 수록되지 않은 것은 무엇입니까?

저희 플랜이 모든 처방약을 보장해드리는 것은 아닙니다.

특정 상황에서, 법률적으로 Medicare 플랜이 특정 유형의 약물을 보장할 수 없는 경우가 있습니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 7.1항을 참조하십시오).

또한 특정 상황에서, 저희가 약물 목록상의 특정 약물을 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다. 어떤 경우에는 약 목록에 없는 약을 구할 수 있습니다. (자세한 정보는 본 9장을 참조하시기 바랍니다.)

Medicaid에서 어떤 약물이 보장되는지 알아보려면 Medicaid에 문의하십시오(연락처 정보는 2장 참조).

3.2항 저희 약물 목록상의 약물에 대해 분담 비용 6 단계가 있습니다.

저희 플랜의 약물 목록에 있는 약물은 모두 두 분담 비용 등급 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 높은 분담 비용 단계일수록 약물에 대해 더 많은 비용을 부담하시게 됩니다.

- 많이 이용되는 제네릭 약물에 대한 분담 비용 **1등급** (이 등급에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 제네릭 약물에 대한 분담 비용 **2등급** (이 등급에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 분담 비용 **3등급** 선호 브랜드 의약품.
- 많이 이용되지 않는 브랜드 약물에 대한 분담 비용 **4등급** (이 등급에는 일부 제네릭 약물이 포함됨).
- 특별 등급 약물에 대한 분담 비용 **5등급** (이 단계에는 제네릭 약물과 브랜드 약물이 포함됨).
- 파트 D 주사용 백신에 대한 분담 비용 **6등급** (이 등급에는 브랜드 약물만 포함됨).

사용하시는 약물이 어떤 분담 비용 단계에 속해있는지 확인하시려면 저희 약물 목록을 확인하여 주시기 바랍니다. 각 분담 비용 단계의 약물에 대한 가입자의 분담금은 제6장(파트 D 처방약에 대한 가입자 분담금)에 수록되어 있습니다.

3.3항 특정 약물이 약물 목록에 수록되었는지 어떻게 알 수 있습니까?

다음과 같은 4가지 방법이 있습니다.

1. 온라인으로 제공해드리는 최신 약물 목록을 확인하십시오.
2. 저희 웹사이트 (kp.org/seniorrx)을 방문하십시오. 이 웹사이트에 있는 **보장 약물 목록(의약품집)**은 항상 최신의 내용을 담고 있습니다.
3. 특정 약물이 저희 플랜의 **보장 약물 목록(의약품집)**에 수록되어 있는지 확인하시려면 저희 가입자 서비스 센터에 문의하시거나 약물 목록의 사본을 요청하시기 바랍니다.
4. "실시간 혜택 도구"(kp.org/seniorrx)를 사용하거나 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.

4항 몇몇 약물에 대한 보장에는 제한이 있습니다.

4.1항 몇몇 약물에 대한 보장에 제한이 있는 이유는 무엇입니까?

특정 처방약의 경우 특별 규정에 따라 플랜이 보장하는 방법과 시기를 제한합니다. 의사와 약사 팀은 가입자와 가입자의 의료 서비스 제공자가 가장 효과적인 방식으로 약물을 사용하도록 장려하기 위해 이러한 규칙을 개발했습니다. 가입자께서 복용하고 있거나 복용하기를 원하시는 약물에 적용되는 이러한 제한 사항에 대해 알아보시려면, 해당 약물 목록을 확인하여 주시기 바랍니다. 안전한 저가의 약물이 고가의 약물과 의학적으로 동일한 효능을 낸다면, 저희 플랜의 규정은 가입자와 의료 서비스 제공자가 저가 약물을 사용하도록 권장하도록 구성되어 있습니다.

어떤 약물은 저희 약물 목록에 두 번 이상 나오는 경우가 있음을 유의하여 주시기 바랍니다. 이는 동일한 약물이라도 의료 진료 제공자가 처방하는 약물의 강도, 양 또는 형태에 따라 다를 수 있으며, 약물의 다른 버전(예: 10mg 대 100mg, 하루 1회 대 하루 2회, 정제 대 액체)에 따라 다른 제한 또는 본인 부담금이 적용될 수 있기 때문입니다.

4.2항 어떤 종류의 제한이 있습니까?

아래의 항목에서 특정 약물에 대해 저희가 사용하는 제한 유형을 알려드리겠습니다.

사용하시는 약물에 대해 제한이 있는 경우, 이는 보통 저희가 약물을 보장해드리기 위해 가입자 또는 의료 서비스 제공자가 추가적인 단계를 거쳐야 함을 의미합니다. 약물 보장을 받기 위해 가입자 또는 가입자의 의료 서비스 제공자가 해야 할 일에 대해 알아보려면 가입자 서비스에 문의하십시오. 저희가 해당 제한 사항을 면제해드리기를 원하시는 경우, 가입자께서는 보장 결정 과정을 통해 예외 적용을 요청하셔야 합니다. 저희는 제한 사항 면제 요청에 동의하거나 거절할 수도 있습니다. (제9장을 참고하십시오.)

사전 플랜 승인 받기

특정 약물에 대해서 해당 약물에 대한 보장에 동의해드리기 전에 가입자나 의료 서비스 제공자는 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인(Prior Authorization, PA)**이라고 합니다. 이는 약물 안전을 보장하고 특정 약물의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 사전 승인을 받지 못하는 경우, 저희 플랜은 가입자의 약물을 보장해드리지 않을 수도 있습니다.

5항 가입자가 원하는 보장 방법으로는 일부 약물이 보장되지 않는 경우는 어떻게 합니까?

5.1항 가입자가 원하는 방법으로는 약물이 보장되지 않는 경우 가입자께서 취하실 수 있는 몇 가지 방법이 있습니다.

가입자가 복용하고 있는 처방약이나 가입자와 가입자의 의료 서비스 제공자가 가입자가 복용해야 한다고 생각하는 처방약이 의약품집에 없거나 제한 사항이 있는 경우가 있습니다. 그 예는 다음과 같습니다.

- 전혀 보장 혜택을 받지 못하는 약물이었거나, 해당 약물의 제네릭 버전은 보장되지만 복용하고자 하시는 브랜드 버전은 보장되지 않는 경우.
- 4항에서 설명한 대로, 해당 약물이 보장은 되나 이에 대한 보장에 추가 규정 또는 제한 사항이 적용되는 경우.
- 해당 약물이 보장은 되나 해당하는 분담 비용 단계로 인해 가입자가 생각했던 것보다 더 큰 분담 비용을 하게 되는 경우.
- 가입자가 원하는 방법으로는 약물이 보장되지 않는 경우 가입자께서 취하실 수 있는 몇 가지 방법이 있습니다.
- 가입자의 약물이 저희 약물 목록에 수록되어 있지 않거나 제한을 받고 있는 경우, 5.2항에서 어떤 것을 하실 수 있는지 확인하시기 바랍니다.
- 가입자의 약물이 생각하셨던 것보다 더 많은 비용을 부담하게 하는 분담 비용 단계로 분류되어 있는 경우, 5.3항에서 어떤 것을 하실 수 있는지 확인하시기 바랍니다.

5.2항 가입자의 약물이 저희 약물 목록에 수록되어 있지 않거나 특정한 방식으로 제한을 받고 있는 경우, 무엇을 할 수 있습니까?

가입자의 약물이 저희 약물 목록에 수록되어 있지 않거나 제한을 받고 있는 경우, 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 가입자께서는 약물을 일시적으로 공급을 받으실 수 있습니다.
- 가입자께서는 다른 약물로 변경하실 수 있습니다.
- 가입자께서는 저희에게 예외 신청 및 해당 약물에 대한 보장 또는 제한 철회를 요청하실 수 있습니다.

가입자께서는 일시적으로 공급을 받으실 수 있습니다.

특정 상황에서는 당사 플랜에서 가입자가 이미 복용 중인 약물을 일시적으로 공급해야 합니다. 이러한 일시적인 공급은 가입자가 변경 사항에 대해 의료 서비스 제공자와 상담할 시간을 제공합니다.

일시적인 공급을 받으려면 가입자가 복용하던 약물이 더 이상 저희 플랜의 **약물 목록에 없거나 현재 어떤 방식으로든 제한**되어야 합니다.

- **신규 회원인 경우**, 저희는 가입자가 저희 플랜에 가입한 첫 90일 동안 약물의 임시 공급을 보장합니다.
- **작년에 당사 플랜에 가입했던 경우**, 저희는 가입자의 약물에 대해 해당 연도의 첫 90일 동안 임시 공급을 보장합니다.
- 이러한 일시적 공급은 최대 30일분까지 적용됩니다. 가입자께서 받으신 처방전이 며칠 분량밖에 되지 않는 경우, 저희는 최대 30일분까지 중복 조제를 허용해드립니다. 해당 처방전은 네트워크 약국에서 조제받으셔야 합니다. (장기요양약국에서는 약물 낭비를 방지해야 하는 상황인 경우 약물을 소량으로 공급할 수도 있음에 유의하여 주시기 바랍니다.)

- 저희 플랜에 90일 이상 가입했으며 장기 요양(LTC) 시설에 거주하며 즉시 공급이 필요한 가입자의 경우: 저희는 특정 약에 대해 31일분 응급 공급을 보장하거나 처방전이 더 적은 기간으로 작성된 경우에는 그 미만을 보장합니다. 이는 위의 일시적인 공급 외에 추가로 제공됩니다.
- 치료 수준이 변경된 현재 가입자의 경우: 병원, 전문 요양 시설 또는 장기 요양 시설에 입소하거나 퇴원하는 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 없어도 요양 등급 전환 기간 동안에는 보통 파트 D 약물 공급 1달치를 보장해 드립니다.

임시 공급에 대한 문의사항은 가입자 서비스에 전화하십시오.

일시적으로 약물을 공급받으시는 동안, 가입자께서는 일시적으로 공급받은 약물이 소진되면 어떻게 할지 결정하기 위해 의료 서비스 제공자와 상의를 해야 합니다. 이 때 두 가지 옵션이 있습니다.

1) 가입자께서는 다른 약물로 변경하실 수 있습니다.

의사와 상담하여 가입자에게 똑같이 효과가 있을 수 있는 다른 약이 저희 플랜에서 보장되는지 확인하십시오. 동일한 질병을 치료하기 위한 보장 약물 목록을 요청하시려면 저희 회원 서비스 센터에 문의하여 주시기 바랍니다. 이 목록은 의료 서비스 제공자가 가입자에게 효능이 있는 보장된 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

2) 예외를 요청하실 수 있습니다.

가입자와 의료 서비스 제공자는 저희에게 저희가 가입자에 대한 예외를 적용하도록, 그리고 원하시는 방법으로 해당 약물을 보장하도록 요청하실 수 있습니다. 예외 적용 요청을 정당화할 수 있는 의학적 근거가 있다고 의료 서비스 제공자가 판단하는 경우, 의료 서비스 제공자는 예외 요청을 지원해드릴 수 있습니다. 예를 들어, 가입자께서는 저희 플랜의 약물 목록 상에 수록되어 있지 않은 약물에 대해서도 보장을 요청하실 수 있습니다. 또는 예외를 적용하고 제한 없이 약물을 보장하도록 요청하실 수 있습니다.

가입자와 의료 서비스 제공자가 예외 적용을 요청하시려는 경우, 제9장의 7.4항을 통해 무엇을 해야 하는지 알려드립니다. 가입자의 요청이 즉각적으로 공정하게 취급되도록 Medicare가 규정한 절차와 기한에 대해 설명해드리고 있습니다.

5.3항 약물이 가입자가 생각하기에 너무 높은 분담 비용 단계에 속한 경우 어떻게 해야 합니까?

약물이 가입자께서 생각하시기에 너무 높은 분담 비용 단계에 속한 경우, 다음과 같이 대처하실 수 있습니다.

가입자께서는 다른 약물로 변경하실 수 있습니다

가입자께서 생각하시기에 약물이 너무 높은 분담 비용 단계에 속한 경우, 우선 의료 서비스 제공자와 상담하시기 바랍니다. 아마도 낮은 분담 비용 단계에 속해있으며 가입자에게 효능이 있는 다른 약물이 있을 수도 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.

예외를 요청하실 수 있습니다

가입자와 의료 서비스 제공자는 비용을 덜 부담하도록 해당 약물에 대한 분담 비용 단계에 예외를 적용하도록 요청하실 수도 있습니다. 예외 적용 요청을 정당화할 수 있는 의학적 근거가 있다고 의료 서비스 제공자가 판단하는 경우, 의료 서비스 제공자는 해당 규정에 대한 예외 요청을 지원해드릴 수 있습니다.

가입자와 의료 서비스 제공자가 예외 적용을 요청하시려는 경우, 제9장의 7.4항을 통해 무엇을 해야 하는지 알려드립니다. 가입자의 요청이 즉각적으로 공정하게 취급되도록 Medicare가 규정한 절차와 기한에 대해 설명해드리고 있습니다.

저희 특수 단계(5단계)에 속한 약물은 이러한 유형의 예외에 대한 대상이 될 수 없습니다. 이 단계 약물에 대해서는 약물 분담금을 낮춰드리지 않습니다.

6항 가입자의 약물 중 하나에 대한 보장이 변경되는 경우는 어떻게 합니까?

6.1항 약물 목록은 그 해에 변경될 수 있습니다

약물 보장 변경의 대부분은 매해 초(1월 1일)에 발생합니다. 그러나 한 해 동안에도 저희는 약물 목록을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 저희는 다음과 같이 변경을 할 수 있습니다.

- 약물 목록에서 약물을 추가하거나 제거합니다.
- 약물의 분담 비용 단계를 높이거나 낮춥니다.
- 약물 보장 제한 추가 또는 제거합니다.
- 제네릭 버전이 있는 경우 브랜드 약물 사용 제한.

약물 목록 상의 변경을 하기 전에 저희는 Medicare의 요건을 반드시 준수해야 합니다.

약품 유형에 대한 정의는 가입자 안내서의 12장을 참조하십시오.

6.2항 가입자께서 복용하시는 약물에 대한 보장이 변경되면 어떤 일이 일어납니까?

약물 보장 변경에 대한 정보

약물 목록에 변경이 있는 경우, 저희는 해당 변경 정보를 저희 웹사이트에 게재합니다. 저희는 또한 온라인 약 목록을 정기적으로 업데이트합니다. 이 항에서는 약 목록에 저희가 적용할 수 있는 변경 유형과 복용 중인 약에 변경 사항이 발생했을 경우 가입자에게 직접 통지되는 시점에 대해 설명합니다.

현재 플랜 연도 도중 가입자에게 영향을 미치는 저희 약품 목록에 대한 변경사항

- 새로운 약물을 약 목록에 추가하고 즉시 유사 약물을 제거하거나 변경하는 경우.
 - 새로운 버전의 약물을 약 목록에 추가할 때, 저희는 즉시 유사 약물을 약 목록에서 제거하거나, 유사 약물을 다른 본인 부담 등급으로 이동하거나, 새로운 제한을

추가하거나, 둘 다 할 수 있습니다. 새로운 버전의 약물은 동일하거나 더 낮은 본인 부담 등급에 속하며 동일하거나 더 적은 제한이 적용됩니다.

- 저희는 브랜드 의약품의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 약 목록에 있는 원본 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경을 수행합니다.
- 저희는 가입자가 제거하거나 변경하려는 약물을 복용하고 있더라도 즉시 이러한 변경을 수행하고 나중에 가입자에게 알릴 수 있습니다. 변경 시점에 유사 약물을 복용하고 있는 경우, 저희는 가입자에게 변경된 내용을 구체적으로 알려드릴 것입니다.
- **저희 약물 목록에 약물을 추가하고 유사 약물을 사전 통지 후 제거하거나 변경하는 경우.**
 - 다른 버전의 약물을 약 목록에 추가할 때, 저희는 유사 약물을 약 목록에서 제거하거나, 유사 약물을 다른 본인 부담 등급으로 이동하거나, 새로운 제한을 추가하거나, 둘 다 할 수 있습니다. 저희가 추가하는 새로운 버전의 약물은 동일하거나 더 낮은 본인 부담 등급에 속하며 동일하거나 더 적은 제한이 적용됩니다.
 - 저희는 브랜드 의약품의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 약 목록에 있는 원본 생물학적 제제의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 수행합니다.
 - 저희는 변경하기 최소 30일 전에 가입자에게 알리거나 변경 사항을 알리고 가입자가 복용 중인 약물 버전에 대한 30일분을 보장합니다.
- **안전하지 않은 약물 및 시장에서 철수된 기타 약물을 약 목록에서 제거하는 경우.**
 - 때때로 약물이 안전하지 않다고 판단되거나 다른 이유로 시장에서 철수될 수 있습니다. 이러한 일이 발생할 경우, 저희는 즉시 약물 목록에서 해당 약물을 삭제할 수 있습니다. 해당 약물을 복용하는 경우, 당사는 변경사항이 이루어진 뒤 안내를 보내드립니다.
- **약 목록에 있는 약물에 대한 기타 변경 사항.**
 - 저희는 연초에 약물에 대해 기타 변경을 할 수도 있으며, 이는 복용하시는 약물에 영향을 줄 수 있습니다. 예를 들어, FDA의 상자 내 경고 문구에 기반하여, 또는 Medicare가 발견한 새로운 임상 지침을 따라 변경을 할 수도 있습니다.
 - 저희는 변경하기 최소 30일 전에 가입자에게 알리거나 변경 사항을 알리고 가입자가 복용 중인 약물 버전에 대한 30일분을 추가로 보장합니다.

가입자가 복용 중인 약물에 대해 이러한 변경 사항이 발생하는 경우, 처방 의사와 상담하여 가입자에게 가장 적합한 옵션(다른 약물로 변경하여 질환을 치료하거나 복용 중인 약물에 대한 새로운 제한 사항을 충족하기 위해 보장 결정 요청 등)에 대해 논의하십시오. 가입자 또는 가입자의 처방 의사는 당사에 예외를 요청하여 가입자가 복용해 온 약물 또는 약물 버전을 계속 보장받을 수 있습니다. 보장 결정(예외 포함) 요청 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 동안 가입자에게 영향을 주지 않는 약품 목록의 변경 사항

저희는 위에서 설명하지 않은 특정 변경 사항을 저희 약물 목록에 적용할 수도 있습니다. 이러한 경우, 변경 시점에 가입자가 해당 약물을 복용하고 있다면 변경 사항이 적용되지 않으나, 동일한 플랜에 계속 가입하는 경우 다음 플랜 연도 1월 1일부터 이러한 변경 사항이 가입자에게 영향을 미칠 수 있습니다.

일반적으로 현재 플랜 연도 중 가입자에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 가입자의 약물을 높은 분담 비용 단계로 이동하는 경우.
- 가입자의 약물 사용에 새로운 제한 사항을 적용하는 경우.
- 가입자의 약물을 저희 약물 목록에서 삭제하는 경우.

만일 이러한 변경이 복용하고 계신 약물에 발생하는 경우(그러나 시장 철수, 제네릭 약물이 브랜드 약물을 대체하는 경우, 위의 항에서 알려드린 기타 변경이 사유가 아닌 경우는 제외), 해당 변경 사항은 그 다음 해 1월 1일까지 약물 사용 또는 분담 비용금에 영향을 끼치지 않습니다.

저희는 현재 플랜 연도 중에 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접적으로 알려드리지 않습니다. 가입자는 다음 플랜 연도의 약품 목록을 확인하여(가입 등록 기간에 목록 이용 가능) 다음 플랜 연도에 영향을 미칠 복용 중인 약물에 대한 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

7항 저희 플랜이 보장하지 않는 약물의 유형은 어떤 것이 있습니까?

7.1항 보장되지 않는 약물의 유형

본 항에서는 어떤 유형의 처방약이 제외"되는지 알려드립니다. 이는 Medicare가 이러한 약물에 대한 비용을 부담하지 않음을 의미합니다.

가입자가 이의를 제기하고 요청된 약물이 파트 D에서 제외되지 않는 것으로 확인되면, 저희는 해당 약물에 대한 비용을 지불하거나 보장할 것입니다. (재심에 관한 정보는 제9장을 참조하십시오.)

다음은 Medicare 약물 플랜이 파트 D 하에서 보장하지 않는 약물에 관한 세 가지 일반 규칙입니다.

- 저희 플랜의 파트 D 약물 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B가 보장할 수도 있는 약물에 대해 보장해드릴 수 없습니다.
- 저희 플랜은 미국 또는 미국 영토 외에서 구매하신 약물에 대해 보장해드릴 수 없습니다.
- 일반적으로 *허가 외* 사용에 대한 보장은 American Hospital Formulary Service Drug Information 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참조에 의해 사용이 지원되는 경우에만 허용됩니다. *허가 외* 사용은 연방 식품 의약청에서 승인한 약물의 용도를 표시한 라벨상에 표시되어있는 방법이 아닌 다른 방법으로 약물을 사용하는 것을 의미합니다.

또한 법에 따라 Medicare는 아래 나열된 약물 유형을 보장할 수 없습니다. 그러나 이들 약물 중 일부는 가입자의 Medicaid 약물 보장에 따라 보장될 수 있습니다(자세한 내용은 Medicaid에 문의하십시오).

- 비처방전 약물(일반의약품으로 불리기도 함).
- 임신 촉진을 위한 약물.
- 기침 또는 감기 증상 완화 용도의 약품.
- 미용 목적 또는 발모 촉진 용도의 약물.
- 임신부용 비타민 및 불소 조제품을 제외한 처방전 비타민 및 미네랄 제품.
- 성기능장애 또는 발기부전 치료용 약품.
- 신경성식욕부진증, 체중 감소 또는 체중 증가 치료용 약품.
- 제약회사가 판매를 조건으로 관련 검사 또는 모니터링 서비스에 대한 비용을 독립적으로 제약회사가 부담할 것을 요청하는 외래 약물.

"처방약 비용 지원(Extra Help)"을 받는 경우, "처방약 비용 지원" 프로그램은 일반적으로 보장되지 않는 약물에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다. 그러나 가입자께서 Medicaid를 통해 약물 보장을 받고 있는 경우, 거주하시는 주의 Medicaid 프로그램이 Medicare 약물 플랜에서는 일반적으로 보장해주지 않는 처방약 일부를 보장해드릴 수도 있습니다. 가입자께서 거주하시는 주의 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 약물 보장이 가입자에게 해당될 수 있는지 문의하여 결정에 도움을 받으십시오. (제2장 6항에 수록된 Medicaid 전화번호와 연락처 정보를 참조하십시오.)

8항 우편으로 처방전 조제

8.1항 가입자 멤버십 정보 제공

처방약을 조제하려면 선택한 네트워크 약국에 멤버십 카드에 있는 플랜 멤버십 정보를 제공하십시오. 네트워크 약국은 가입자의 보장 처방약 중 저희 분담 비용금을 저희에게 자동으로 청구합니다. 가입자께서는 가입자분담 비용금을 처방전 수령 시 약국에 지급하셔야 합니다. Medicaid 파트 D에서 제외된 Medicaid 보장 약물을 받을 때는 Medicaid ID 카드를 제시해야 합니다.

8.2항 가입 정보를 갖고 있지 않은 경우에는 어떻게 됩니까?

처방약을 조제할 때 플랜 멤버십 정보를 가지고 있지 않은 경우, 가입자 또는 약국에서 당사 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻거나 약국에 가입자의 플랜 등록 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

만일 약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우, 가입자께서는 처방전 수령 시 해당 비용 전부를 부담하셔야 할 수도 있습니다. 그 후에 가입자께서는 저희에게 분담 비용금에 대한 환급을 요청하실 수 있습니다. 환급 요청 방법에 관한 정보는 제7장의 2항을 참조하시기 바랍니다.

9항 특수 상황에서 파트 D 약물에 대한 보장

9.1항 플랜이 보장하는 병원 또는 전문 간병 기관 입원의 경우에는 어떻게 됩니까?

가입자께서 저희 플랜이 보장하는 입원을 하기 위해 병원 또는 전문요양시설에 입원하신 경우, 저희는 일반적으로 입원 기간 동안 받으신 처방약에 대한 비용을 보장해드립니다. 병원 또는 전문 간병 기관에서 퇴원하시면, 해당 약물이 본 장에 설명된 저희 보장 규정 전체에 부합하는 경우에 한해 가입자의 처방 약물을 보장해드립니다.

9.2항 장기 진료(LTC) 시설의 거주자인 경우 어떻게 됩니까?

장기 진료(LTC) 시설(예:요양원)에는 자체 약국이 있거나 거주자들에게 의약품을 공급하는 약국이 있습니다. 가입자께서 LTC 시설의 거주자인 경우, 해당 시설이 저희 네트워크에 속하는 한, 시설의 약국 또는 시설에서 이용하는 약국을 통해 처방약을 받으실 수 있습니다.

의료 서비스 제공자 및 약국 목록(kp.org/directory)에서 가입자의 LTC 시설의 약국 또는 그것이 이용하는 것이 저희 네트워크에 소속되어 있는지 확인하시기 바랍니다. 그렇지 않거나 추가 정보 또는 도움이 필요한 경우 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 가입자께서 LTC 시설에 입소하신 경우, 저희는 반드시 가입자께서 파트 D 혜택을 저희 네트워크 LTC 약국을 통해 정기적으로 받으실 수 있도록 해야합니다.

가입자가 장기 진료(LTC) 시설 거주자이고 저희 약물 목록에 없는 약물 또는 어떤 방식으로든 제한된 약물이 필요한 경우 어떻게 해야 하나요?

일시적 또는 응급 공급에 대한 내용은 5.2항을 참조하십시오.

9.3항 Medicare 공인 호스피스에 입원한 경우는 어떻게 됩니까?

호스피스와 저희 플랜은 동시에 동일한 약물을 보장해 드리지 않습니다. 가입자께서 Medicare 호스피스에 가입하셨으며, 가입자의 말기 질환 및 관련 상태와 연관이 없는 관계로 호스피스에서 보장해드리지 않는 특정 약물(항구토제, 완하제, 진통제, 또는 항불안제)을 요청하시는 경우, 저희 플랜은 반드시 처방자나 호스피스에게서 해당 약품이 연관이 없음을 알리는 통지를 받아야 해당 약물에 대한 보장을 해드릴 수 있습니다. 저희 플랜에서 보장되어야 하는 이러한 약물의 수령 지연을 방지하려면 호스피스 제공자 또는 처방 의사에게 처방전이 조제되기 전에 통지해 달라고 요청하십시오.

호스피스의 선택을 거부하거나 호스피스에서 퇴원하시는 경우, 저희 플랜은 본 문서에 설명한대로 가입자의 모든 약물을 보장해드려야 합니다. Medicare 호스피스 보험 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 막기 위해서는, 가입자의 거부 또는 퇴원을 증명하는 서류를 약국에 제출하셔야 합니다.

10항 약물 안전 및 약물 관리 프로그램

10.1항 가입자의 안전한 약물 사용을 지원하는 프로그램

저희는 회원 여러분을 위한 약물 사용 검토를 수행하여 회원 여러분이 안전하고 적절한 의료 서비스를 받도록 지원해드리고 있습니다.

저희는 가입자께서 처방전을 조제하실 때마다 검토를 합니다. 또한 정기적으로 저희 기록을 검토합니다. 이러한 검토가 진행되는 동안, 다음과 같은 잠재적인 문제들을 찾아냅니다.

- 발생 가능한 투약 오류.
- 동일한 질병을 치료하기 위한 유사 약물을 이미 복용 중이기에 필요하지 않을 수도 있는 약물.
- 가입자의 연령 또는 성별로 인해 복용하는 것이 안전하지 않거나 부적절한 약물.
- 동시에 투약하는 경우 가입자에게 해를 끼칠 수 있는 특정 약물의 조합.
- 가입자께서 알레르기 반응을 보이는 성분을 함유한 약물에 대한 처방전.
- 복용하시는 약물의 용량(복용량)에서 발생 가능한 오류.
- 위험한 양의 아편유사진통제.

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

10.2항 가입자가 안전하게 아편 계열 약물을 사용하도록 지원하기 위한 Drug Management Program(DMP)

저희는 가입자분께서 처방 오피오이드 및 기타 남용되기 쉬운 약물을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 Drug Management 프로그램(Drug Management Program, DMP)라고 합니다. 여러 처방자 또는 약국에서 구입한 아편유사제 약물을 사용하고 있거나 최근에 아편유사제 과다복용을 한 경우 당사는 담당 처방자와 상의하여 아편유사제 사용이 적절하고 의학적으로 필요인지 확인할 수 있습니다. 담당 처방자와 협력하여 처방 아편유사제 또는 벤조디아제핀 약물의 사용이 안전하지 않을 수 있다고 결정하면 해당 약물을 얻는 방법을 제한할 수 있습니다. 저희가 가입자를 DMP에 등록하는 경우, 다음과 같은 제한이 적용될 수 있습니다.

- 가입자께서 특정 약국에서 아편 계열 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 모든 처방전을 조제받으시도록 요청.
- 가입자께서 특정 의사에게서 아편 계열 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 모든 처방전을 조제받으시도록 요청.
- 저희가 보장해드릴 아편 계열 또는 벤조디아제핀 약물에 대한 용량을 제한.

가입자께서 위의 제한 사항 중 하나 이상이 적용되어야 하는 것으로 생각하는 경우, 저희는 가입자께서 미리 서신으로 통지해드릴 것입니다. 이 서신을 통해 가입자를 위해 해당 약품의 보장을 제한할지 또는 가입자가 특정 처방자 또는 약국에서만 해당 약품에 대한 처방전을 받아야 하는지

알려드립니다. 가입자는 또한 가입자가 선호하는 처방자 또는 약국과 저희가 알아야 할 중요하다고 생각하는 기타 정보에 대해 저희에게 말할 기회가 있을 것입니다. 귀하가 응답할 기회를 얻은 후, 저희가 이러한 약품에 대한 귀하의 보장을 제한하기로 결정하면 제한을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다. 저희가 실수했다고 생각하거나 저희의 결정 또는 제한에 동의하지 않는 경우 가입자와 가입자의 처방자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 가입자가 이의를 제기하면 가입자의 사례를 검토하고 새로운 결정에 대해 알려드립니다. 귀하의 의약품 접근에 적용되는 제한과 관련된 귀하의 요청을 계속 거부하는 경우, 귀하의 사례를 당사 플랜 외부의 독립적인 검토자에게 자동으로 보냅니다. 재심을 요청하는 방법에 관한 정보는 제9장을 참조하시기 바랍니다.

암 관련 통증이나 곁상 적혈구 질환과 같은 특정 질환이 있거나, 호스피스, 완화 치료 또는 생애 말기 치료를 받고 있거나, 장기 요양 시설에 거주하는 경우에는 DMP에 등록되지 않습니다.

10.3항 가입자의 약물 관리를 지원하는 Medication Therapy Management(MTM) 프로그램

저희는 복잡한 의료 서비스가 필요하신 회원들을 지원해드리는 프로그램을 운영하고 있습니다. 저희는 이 프로그램을 Medication Therapy Management(MTM) 프로그램이라 부릅니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료입니다. 약사 및 의사 팀은 가입자께서 복용하는 약물로부터 최대한의 혜택을 얻을 수 있도록 당사 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질환을 앓고 있거나 특정 금액을 초과하는 약물 비용이 발생하는 약물을 복용하는 가입자 또는 오피오이드를 안전하게 사용할 수 있도록 DMP에 참여하는 가입자는 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 가입자에게 프로그램에 대한 자격이 있는 경우, 약사 또는 기타 건강 전문가가 가입자의 의약품 전체를 포괄적으로 검토할 것입니다. 검토가 이루어지는 동안, 가입자께서는 복용 약물, 약물 비용, 처방전과 일반의약품에 관한 문제나 의문점을 이들에게 문의하실 수 있습니다. 가입자는 약물 복용으로부터 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계를 포함하는 권장 사항 목록이 있는 서면 요약물 받게 될 것입니다. 가입자가 복용하는 모든 의약품과 그 복용량, 복용 시기, 복용 이유가 포함된 개인 약 목록. 또한 MTM 프로그램의 가입자는 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 대한 정보를 받게 됩니다.

권장 사항 목록과 약물 목록에 대해 의사와 상담하는 것이 좋습니다. 진료 예약 또는 의사, 약사 및 기타 의료 진료 제공자와 상담할 때마다 요약본을 지참하십시오. 또한 가입자께서 병원이나 응급실에 가시는 상황을 대비하여 (가령, 가입자의 신분증과 함께) 개인용 약물 목록을 최신으로 유지하시기 바랍니다.

가입자의 필요에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 저희는 자동으로 가입자를 해당 프로그램에 가입시켜드린 후 해당 정보를 보내드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 참여하지 않기로 하시는 경우, 저희에게 통지하여 주시면 탈퇴 처리를 해드리도록 하겠습니다. 본 프로그램에 대해 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

제6장: 파트 D 처방약에 대한 가입자 부담금

가입자의 약 값에 관한 정보는 어디서 얻을 수 있습니까?

가입자께서는 Medicaid 자격이 있으시기 때문에 처방약 플랜 비용을 부담하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받을 자격이 있고 지원을 받고 계십니다. 가입자께서 "추가 지원" 프로그램에 속해 있기 때문에, 이 **보장 범위 증명서에 있는 파트 D 처방약 비용에 관한 정보는 가입자에게 적용되지 않습니다.** (저소득층 보조금 추가 사항 또는 Low Income Subsidy(LIS) 추가사항으로도 알려져 있는) **처방약에 대해 추가 지원금을 받는 이를 위한 보장 증명서 추가 사항**이라고 하는 가입자의 약물 보장 내용이 수록된 별도의 부속 문서를 보내드립니다. 본 부속 문서가 없으신 경우, 저희 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 LIS 추가 사항을 요청하시기 바랍니다.

1항 소개

1.1항 가입자의 약물 보장을 설명하는 다른 자료와 함께 이번 장을 참조하십시오

본 장에서는 파트 D 처방약에 대해 가입자께서 부담하시는 금액을 주로 설명해드립니다. 간단하게 이번 장에서 사용하는 **약물**이란 단어는 파트 D 처방약을 의미하는 것으로 사용하겠습니다. 5장에 설명된 대로 모든 약이 파트 D 약은 아닙니다. 일부 약은 법에 따라 파트 D 보장에서 제외됩니다. 파트 D 보장에서 제외되는 약품 중 일부는 Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medicaid에 따라 보장됩니다.

지금 정보를 이해하시려면, 어떤 약물이 보장되는지, 어디서 처방전을 조제해야 하는지, 보장된 약물을 수령하기 위해서는 어떤 규정을 준수해야 하는지에 알아두셔야 합니다. 5장 1항부터 4항에서 이 규칙을 설명합니다. 저희 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 약품 보장을 조회할 때(참조: 제5장 3.3항) 표시되는 비용은 "실시간"으로 제공되며, 이는 도구에 표시되는 비용이 특정 시점을 반영하여 가입자께서 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금 비용의 추정치를 제공한다는 의미입니다. 가입자 서비스에 전화하여 "실시간 혜택 도구"에서 제공하는 정보를 얻을 수도 있습니다.

1.2항 보장받는 약물에 대해 본인이 부담해야 하는 본인 부담금 비용의 유형

파트 D 약품에 대한 본인 부담금 비용에는 여러 유형이 있습니다. 구매하시는 약물의 금액을 **분담 비용금**이라 하며 세 가지 방법으로 이 비용을 부담하실 수 있습니다.

- **공제금**은 저희 플랜이 플랜 측의 부담금을 지급하기 전에 가입자께서 약물 구매에 대해 부담하시는 금액입니다.
- **정액 식품 의약청**은 처방전을 조제하실 때마다 부담하시는 정해진 금액입니다.
- **공동 보험금**은 처방전을 조제하실 때마다 총 비용 중 일정 퍼센티지로 부담하시는 금액입니다.

1.3항 Medicare가 처방약에 대한 식품 의약청을 산정하는 방법

Medicare에는 본인 부담금 비용에 포함되는 항목과 포함되지 않는 항목에 대한 규칙이 있습니다. 다음은 본인 부담금 비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

이 금액은 가입자의 본인 부담금 비용에 포함됩니다

(해당 약물이 파트 D 보장 약물이며 가입자께서 5장에서 설명된 약물 보장 규칙을 준수하시는 한) **본인 부담금 금액**에는 아래에 제시된 금액이 포함됩니다.

- 다음의 약물 비용 지급 단계에 해당하는 경우 약물에 대해 부담하는 금액.
 - 공제금 단계
 - 초기 보장 단계.
- 저희 플랜에 가입하시기 전 다른 Medicare 처방약 플랜의 회원으로서 이번 해에 납부하신 모든 부담금.

누가 부담하느냐가 중요합니다.

- 이러한 부담금을 직접 납부하시는 경우, 해당 금액은 본인 부담금 금액에 포함됩니다.
- 또한 이러한 부담금은 *다른 개인 또는 기관*이 가입자를 대신하여 납부한 경우 가입자의 본인 부담금 금액에 **포함됩니다**. 여기에는 친구 또는 친척, 대부분의 자선기금, AIDS 약물 지원 프로그램, 고용주 또는 조합 의료 보험 또는 Indian Health Service가 가입자를 대신하여 납부한 금액이 포함됩니다. Medicare의 “추가 지원” 프로그램이 대신 부담한 금액 또한 여기에 포함됩니다.

재난 보장 단계로 변경:

가입자(또는 가입자를 대신하여 비용을 부담하는 이)께서 그 해 안에 식품 의약청 상한선인 총 \$2,000 를 소진하신 경우, 가입자께서는 최초 공백 단계에서 재난 보장 단계로 넘어가시게 됩니다.

이 부담금은 가입자의 본인 부담금 금액에 포함되지 않습니다

가입자의 본인 부담금 비용에는 이런 유형의 부담금은 **포함되지 않습니다**.

- 미국 및 미국 영토 외 지역에서 구매하는 약물.
- 저희 플랜이 보장하지 않는 약물.
- 외부 네트워크 보장에 대한 저희 플랜의 요건에 부합하지 않는 외부 네트워크 약국에서 구매한 약물.
- 파트 A 또는 파트 B가 보장하는 처방약을 포함한 비 파트 D 약물 및 Medicare가 보장에서 제외한 기타 약물.
- 가입자의 약품에 대해 재향군인 건강 관리청(Veterans Health Administration VA)이 부담한 금액.
- 가입자의 약물에 대해 처방전 비용을 부담할 법적 의무가 있는 제3자가 부담한 비용(예를 들어, 산재보험 보상금).
- 약품 제조업체에서 제조업체 할인 프로그램에 따라 부담한 금액.

알림: 위에 제시된 것과 같은 기타 다른 기관에서 약품에 대한 본인 부담금 금액을 일부 또는 전부 부담한 경우, 가입자께서는 가입자 서비스에 전화하시어 해당 사항을 저희 플랜측에 알려주셔야 합니다.

가입자의 식품 의약청 총액을 어떻게 추적할 수 있습니까?

- 저희가 도와드리겠습니다. 받아 보시는 파트 D 보험 혜택 설명서(EOB) 요약에는 가입자의 현재 본인 부담금 비용 액수가 수록되어 있습니다. 이 금액이 **\$2,000**에 도달한 경우, 저희는 1차 보장 단계에서 재난 보장 단계로 전환되었음을 이 보고서를 통해 가입자에게 알려드릴 것입니다.
- 저희에게 필요한 정보를 제공해 주십시오. 3.2항에서 저희가 가입자의 부담금 내역을 완전하고 최신 상태로 보유할 수 있도록 도와주실 수 있는 방법을 알려드립니다.

2항 약물에 대한 식품 의약청은 가입자께서 약물을 수령하실 때 어떤 "약물 비용 지급 단계"에 있느냐에 따라 달라집니다

2.1항 Kaiser Permanente Dual Complete 회원에 대한 약품 비용 지급 단계란 무엇입니까?

저희 플랜에 따라 Medicare 파트 D 처방약 보장에는 "약품 지불 단계"가 셋 있습니다. 약물에 대한 식품 의약청은 가입자가 처방전을 조제하는 시점 또는 재조제하는 시점 중 어떤 단계에 있느냐에 따라 달라집니다. 이 장의 4-6항에서 각 단계에 대한 세부 사항을 설명합니다. 단계는 아래와 같습니다.

1단계: 연간 공제금 단계

2단계: 첫 보험 보장 단계

3단계: 비상 보장 단계

3항 가입자의 약물 부담금 및 어떤 부담 단계에 속해 있는지를 설명해 드리는 보고서를 보내드립니다

3.1 가입자에게 파트 D 혜택 설명서(파트 D EOB)라고 하는 월별 요약을 보내드립니다

저희 플랜은 처방약 비용과 가입자께서 약국에서 처방전을 조제하시거나 재조제하실 때 납부하신 부담금을 추적하고 있습니다. 이렇게 함으로써, 저희는 가입자께서 어떤 약물 비용 지급 단계로 이동하셨는지 알려드릴 수 있습니다. 특히, 저희가 계속해서 추적하는 두 가지 유형의 비용이 있습니다.

- 저희는 가입자께서 얼마나 비용을 부담하셨는지 추적합니다. 이 비용을 가입자 본인 부담금" 비용이라고 합니다. 여기에는 보장되는 파트 D 약품을 받았을 때 지불한 금액, 가족 또는 친구가 지불한 가입자 약품에 대한 지불금, Medicare, 고용주 또는 노동조합 의료 보험, TRICARE, 원주민 건강 서비스, AIDS 약품 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 State Pharmaceutical Assistance Programs(SPAP)의 "추가 지원"을 통해 가입자의 약물에 대해 지불된 금액을 포함합니다.

- 저희는 가입자의 **총 약물** 비용을 추적합니다. 이 항목은 보장되는 파트 D 약에 대한 모든 지불금의 총액입니다. 여기에는 플랜이 지불한 금액과 가입자 부담액, 보장되는 파트 D 약품에 대해 다른 프로그램 또는 조직이 지불한 금액이 포함됩니다.

가입자께서 직전 월에 플랜을 통해 처방을 한 건 이상 받으셨다면 **파트 D EOB**를 보내 드립니다. **파트 D EOB**에는 다음이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 본 보고서는 가입자께 직전 월 동안 조제하신 처방전에 대해 부담하신 부담금의 상세 내역을 알려드리고 있습니다. 또한 총 약물 비용, 플랜 부담금, 그리고 가입자나 다른 분이 가입자를 대신해서 부담하신 금액을 보여드립니다.
- **1월 1일 이후의 연도 집계입니다.** 이를 "연간 누계" 정보라고 합니다. 이 정보는 해당 연도가 시작된 이후 총 약물 비용과 가입자의 약물에 대한 총 납부액을 보여줍니다.
- **약물 가격 정보.** 이 정보에는 총 약가와 동일한 수량의 각 처방약 청구에 대한 첫 번째 조제에서 가격 변동에 대한 정보가 표시됩니다.
- **사용 가능한 저렴한 대체 처방.** 여기에는 이용 가능한 각 처방약 청구에 대해 분담 비용이 더 낮은 기타 이용 가능한 약품에 대한 정보가 포함됩니다.

3.2항 저희가 가입자의 납부액에 관한 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 협조해주시요

가입자의 약물 비용과 약물에 대한 납부액을 계속 추적하기 위해, 저희는 약국에서 제공하는 기록을 이용합니다. 다음은 가입자의 약물 비용과 납부액을 정확하고 최신 상태로 유지하도록 협조해주시 수 있는 방법입니다.

- **처방전을 받을 때마다 가입자 신분 카드를 제시하십시오.** 이는 가입자가 조제하는 처방전과 부담하는 금액을 저희가 파악하는 데 유용합니다.
- **저희에게 필요한 정보를 제공해 주십시오.** 가입자가 처방약 비용 전액을 부담해야 할 수도 있습니다. 이 경우 가입자의 본인 부담금 비용을 계속 추적하기 위해 필요한 정보가 자동으로 저희에게 전달되지 않습니다. 저희가 가입자 부담 비용을 계속 추적할 수 있도록 영수증 사본을 저희에게 전달해 주십시오. **다음은 영수증 사본을 제공하셔야 하는 경우의 예입니다.**
 - 가입자께서 특가로 네트워크 약국에서 보장된 약물을 구매하셨거나 저희 플랜의 보험 혜택이 아닌 할인 카드를 사용하여 구매하신 경우.
 - 제약업체의 환자 지원 프로그램에서 제공하는 약물에 대해 정액 식품 의약품을 납부하신 경우.
 - 외부 네트워크 약국에서 보장된 약물을 구매하신 경우마다, 또는 특수한 상황에서 보장된 약물에 대해 총 금액을 부담하신 경우.

(가입자께서 보장된 약물에 대한 청구서를 받으신 경우, 저희 플랜이 부담해야 할 분담 비용을 지급하도록 요청하실 수 있습니다. 이 작업을 수행하는 방법에 대한 지침을 보려면 7장 2항으로 이동하십시오.)

- **다른 분이 가입자를 대신하여 비용을 부담하신 경우 해당 납부액에 관한 정보를 보내주십시오.** 다른 사람과 조직이 부담한 금액도 본인 부담금 비용으로 계산됩니다.

예를 들어, AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP), 미국 원주민 보건 서비스(Indian Health Service)에서 부담한 비용, 대부분의 기부금이 본인 부담금 비용으로 계산됩니다. 이 납부 기록을 보관하셨다가 저희가 가입자의 비용을 추적할 수 있도록 보내주십시오.

- 저희가 보내드린 서면 보고서를 확인하시기 바랍니다. 파트 D EOB를 받으면 정보가 정확하게 전달되었는지 확인하십시오. 누락된 것이 있다고 생각되거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 우편이 아닌 온라인으로 파트 D EOB를 조회하실 수도 있습니다. kp.org/goinggreen을 방문하여 등록해 온라인에서 가입자의 파트 D EOB를 안전하게 조회하도록 선택하는 방법에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다. 반드시 이 보고서를 보관하여 두시기 바랍니다.

4항 공제금 단계에서 가입자는 3, 4, 5등급 약물의 전체 비용을 부담합니다.

저희 가입자 대부분이 처방약 비용과 관련하여 "추가 지원"을 받기 때문에 공제금 단계는 대부분의 가입자에게 적용되지 않습니다. "추가 지원"을 받는 경우 이 지불 단계는 가입자에게 적용되지 않습니다.

"추가 지원"을 받지 않으면 공제금 단계가 약물 보장의 첫 지불 단계가 됩니다. 공제금은 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 포함하여, 보장되는 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신에는 적용되지 않습니다. 3, 4등급 약물에 대해 연간 공제금은 \$580입니다.

가입자는 플랜의 공제금에 도달할 때까지 본인 3, 4, 5등급 약물에 대한 전체 비용을 부담해야 합니다. 그 외 약물은 모두 공제금을 일절 부담할 필요가 없습니다. 저희 플랜은 네트워크 약국에서 판매하는 대부분의 약물에 대해 더 낮은 비용으로 협상했기 때문에 전체 비용은 일반적으로 약물의 정가보다 더 저렴합니다.

가입자께서 3, 4, 5 등급 약물에 대해 \$580을 지불하면, 공제금 단계를 지나 첫 보험 보장 단계로 이동합니다.

5항 첫 보장 단계에서는 저희와 가입자가 각자 약물 비용을 부담합니다

5.1항 약물에 대한 가입자의 부담금은 약물에 따라 그리고 어디서 처방전을 조제하느냐에 따라 달라집니다

초기 보장 단계 동안, 저희는 가입자의 보장된 처방약에 대한 비용 부담금을 부담하며, 가입자께서는 가입자 비용 부담금을 납부하시게 됩니다(가입자의 정액 자기 부담금 또는 정률 자기 부담금). 가입자의 부담금은 약물에 따라 그리고 어디서 처방전을 조제하느냐에 따라 달라집니다.

저희 플랜에서는 비용을 6 등급으로 부담합니다

저희 플랜의 약물 목록에 있는 약물은 모두 두 분담 비용 등급 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 높은 분담 비용 등급일 수록 약물에 대해 더 많은 비용을 부담하시게 됩니다.

- 많이 이용되는 제네릭 약물에 대한 분담 비용 1등급 (이 등급에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).

- 제네릭 약물에 대한 부담 비용 **2등급**(이 등급에는 일부 브랜드 약물이 포함됨). 이 등급에서 가입자는 보장을 받는 각각의 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$0을 부담합니다.
- 많이 이용되는 브랜드 약물에 대한 부담 비용 **3등급**. 이 등급에서 가입자는 보장을 받는 각각의 인슐린 제품 1개월 분에 대해 \$35를 부담합니다.
- 덜 이용되는 약물(제네릭과 브랜드 약물 모두 포함)에 대한 부담 비용 **4등급**. 이 등급에서 가입자는 보장을 받는 각각의 인슐린 제품 1개월 분에 대해 \$35를 부담합니다.
- 특수 등급 약물(제네릭과 브랜드 약물 모두 포함)에 대한 부담 비용 **5등급**. 이 등급에서 가입자는 보장을 받는 각각의 인슐린 제품 1개월 분에 대해 \$35를 부담합니다.
- 파트 D 주사용 백신에 대한 부담 비용 **6등급**(이 등급에는 브랜드 약물만 포함됨).

사용하시는 약물이 어떤 부담 비용 등급에 속해있는지 확인하시려면 저희 약물 목록을 확인하여 주시기 바랍니다.

가입자의 약국 선택

약물 구매에 대한 부담금은 어디서 약물을 구매하시느냐에 따라 달라집니다.

- 네트워크 소매 약국.
- 저희 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국. 저희는 제한된 상황에서만 외부 네트워크에서 조제한 처방전을 보장해드립니다. 저희가 네트워크 외 약국에서 조제한 처방전을 보장하는 경우에 관해서는 제5장의 2.5항을 참조하시기 바랍니다.
- 저희 플랜의 우편 주문 서비스 약국.

이 약국들과 처방전 조제에 관한 자세한 정보는 본 책자의 5장과 저희 플랜의 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*(kp.org/directory)을 참조하시기 바랍니다.

5.2항 한 달치 약물에 대한 비용을 보여주는 표

초기 보장 단계 동안, 보장된 약물에 대한 가입자의 자기 부담금은 정액 자기 부담금 또는 정률 자기 부담금 둘 중에 하나입니다.

아래 표에 나온 대로, 식품 의약청 또는 공동 부담금은 가입자의 약물이 어떤 부담 비용 등급으로 분류되어 있는지에 따라 달라집니다.

보장된 파트 D 처방약 한 달분을 받은 경우 가입자 부담 비용금:

등급	소매 비용 분담금(내부 네트워크) (최대 30일분)	우편 주문 비용 분담금 (최대 30일분)	장기요양(Long- Term Care, LTC)비용 분담금 (최대 31일분)	네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됩니다. 자세한 내용은 5장 참조) (최대 30일분)
1단계 - 많이 이용되는 제네릭 약물	\$0			
2단계 - 제네릭 약물*	공동 부담비 4%	\$0	공동 부담비 4%	공동 부담비 4%
3등급 - 많이 이용되는 브랜드 약물*	공동 부담비 24%			
4등급 - 많이 이용되지 않는 약물*	공동 부담비 25%			
5 등급 - 특수 등급 약물*	공동 부담비 25%			
단계 6 - 파트 D 주사용 백신	\$0	우편 주문은 이용하실 수 없습니다.	\$0	

*참고: 아직 공제금을 지불하지 않으셨어도 부담 비용 등급에 관계없이 보장되는 각 인슐린 제품의 1개월분 공급량에 대해 2등급 약물의 경우 \$0, 3~5등급 약물의 경우 \$35를 초과하여 지불하지 않으셔도 됩니다.

파트 D 백신에 대한 부담 비용에 관한 자세한 정보는 본 장의 7항에서 확인하시기 바랍니다.

5.3항 의사가 한 달치 공급량 미만으로 처방해주는 경우, 가입자께서는 해당 월 전체 공급량에 대한 비용을 부담하지 않을 수도 있습니다.

보통, 처방약에 대한 가입자 부담 비용금은 월 전체 공급량에 대한 것입니다. 가입자가 의사에게 약물을 한 달치 미만으로 처방해줄 것을 요청하고 싶은 경우가 있을 수도 있습니다(예를 들어, 어떤 투약을 처음으로 시도하는 경우). 또한 다른 처방전에 대한 재조제 일자를 계획하기 수월한 경우, 가입자께서는 약물을 한 달 미만으로 의사가 처방하고 약사가 조제할 수 있도록 요청하실 수도 있습니다.

만일 어떤 약물을 한 달치 미만으로 처방을 받으시는 경우, 가입자께서는 한 달치를 납부하지 않으셔도 됩니다.

- 공동 부담금을 납부해야 하는 경우, 가입자께서는 약물 총 비용의 일정 퍼센티지를 납부하시게 됩니다. 공동 부담금은 약물의 총 비용을 기준으로 하므로 약물의 총 비용이 내려가면 비용도 내려갑니다.
- 약물에 대해 식품 의약청을 납부해야 하는 경우 1개월이 아니라 받으신 약물 일수에 대해서만 부담하시게 됩니다. 저희는 가입자의 약물에 대해 하루 분담 비용(일일 분담 비용을)을 계산하여 가입자께서 받으신 약물 분량의 일수를 곱합니다.

5.4항 장기 약물 공급(최대 90일분) 대한 비용을 보여주는 표

일부 약물에 대해서는 가입자께서 장기 공급량(연장 공급이라고도 함)을 받으실 수 있습니다. 장기 공급량은 최대 90일분의 공급량에 해당합니다.

아래의 표는 가입자께서 장기 약물 공급량(최대 90일분)을 받으신 경우 부담하실 금액을 보여줍니다.

보장된 파트 D 처방약을 장기 공급량으로 받은 경우 가입자 분담 비용금.

등급	소매 분담 비용(네트워크(해당))	우편 주문 분담 비용
	31~90일분 공급량	31~90일분 공급량
1단계 - 많이 이용되는 제네릭 약물	\$0	
2단계 - 제네릭 약물*	공동 부담비 4%	\$0
3등급 - 많이 이용되는 브랜드 약물*	공동 부담비 24%	
4등급 - 많이 이용되지 않는 약물*	공동 부담비 25%	
5 등급 - 특수 등급 약물*	공동 부담비 25%	
단계 6 - 파트 D 주사용 백신	장기 공급량에 대해서는 이용할 수 없습니다.	

*참고: 다음 금액 이상은 지불하지 않으셔도 됩니다:

- 2단계 약물의 경우 최대 3개월 공급에 대해 \$0
- 3~5등급 약물의 최대 2개월 공급에 대해 \$70
- 공제금을 아직 지불하지 않았더라도 분담 비용 등급에 상관없이 각 보장 인슐린 제품의 3~5단계 약물에 대해 최대 3개월분을 \$105에 구입할 수 있습니다.

5.5항 해당 연도 식품 의약청이 \$2,000에 도달하기까지 가입자께서는 첫 보장 단계를 적용 받으시게 됩니다.

첫 보험 보장 단계는 가입자의 총 식품 의약청이 \$2,000에 도달할 때까지 계속됩니다. 이어서 재난 보장 단계의 적용을 받게 됩니다.

가입자께서 받으시는 *파트 D EOB*를 통해 가입자를 대신하여 비용을 부담한 제3자를 포함하여 가입자와 저희 플랜이 부담한 금액을 추적할 수 있습니다. 가입자 모두가 연간 \$2,000 본인 부담금 한도에 도달하는 것은 아닙니다.

가입자께서 이 금액에 도달하시면 알려드리겠습니다. 위의 한도 금액에 도달하는 경우, 가입자께서는 첫 보장 단계의 다음인 재난 보장 단계로 넘어가시게 됩니다. Medicare가 처방약에 대한 본인 부담금을 산정하는 방법은 1.3항을 참조해 주십시오.

6항 재난 보장 단계에 도달하면 가입자께서는 보장되는 파트 D 약물에 대해 부담하지 않습니다.

그 해에 본인 부담금 상한선인 \$2,000에 도달하시면 가입자께서는 재난 보장 단계로 진입하시게 됩니다. 가입자께서 재난 보장 단계로 넘어오시게 되면, 그 해 마지막 날까지 이 비용 부담 단계의 적용을 받으시게 됩니다.

이 지불 단계 동안 귀하는 보장되는 파트 D 약물에 대해 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

7항 파트 D 백신. 부담금은 어디서 어떻게 그것을 구매하시느냐에 따라 달라집니다

백신 부담금 관련 중요 안내사항 - 일부 백신은 의료 혜택으로 간주하여 Medicare 파트 B에서 보장합니다. 다른 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주합니다. 저희 플랜의 *보장 약물 목록(의약품집)*에 등록된 이 백신을 확인할 수 있습니다. 저희 플랜은 공제금 미납인 경우에도 대부분의 성인 Medicare 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 저희 *보장 약물 목록(의약품집)* 또는 특정 백신에 대한 보장 및 부담 비용 세부 사항에 대해서는 회원 서비스에 문의하십시오.

파트 D 백신에 대한 보장은 두 부분으로 구성되어 있습니다.

- 첫 번째 부분은 **백신 자체**의 비용에 대한 보장입니다.
- 두 번째 부분은 **백신 접종 비용**에 대한 보장입니다. (이를 백신 투여라고 부르기도 합니다.)

파트 D 백신에 대한 가입자의 부담금은 다음 세 가지 조건에 따라 달라집니다.

1. **예방접종 자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**라고 하는 기관에서 성인에게 백신을 권장하는지.
 - 성인 파트 D 백신은 대부분 ACIP에서 권장하며 비용이 들지 않습니다.

2. 백신 접종을 받는 장소.

- 백신 자체는 약국에서 조제하거나 의사 진료실에서 제공할 수 있습니다.

3. 백신 접종을 하는 자.

- 약사 또는 다른 제공자가 약국에서 백신을 접종할 수 있습니다. 또는 의료진이 진료실에서 접종할 수도 있습니다.

파트 D 백신을 접종받는 때의 가입자 부담금은 상황과 가입자의 현재 **약물 지불 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 때로는 가입자가 백신을 접종받으실 때 백신 자체의 비용과 백신을 접종한 의료 서비스 제공자에 대한 비용을 모두 부담해야 합니다. 가입자께서는 저희 비용 부담금에 대한 상환을 요청하실 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신은 가입자가 부담한 비용을 전액 환급해 드립니다.
- 그 외에는 가입자께서 백신을 접종받으실 때 파트 D 혜택에 따라 비용 중 본인 부담금만 부담하시면 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.

다음은 가입자께서 파트 D 백신을 접종하시는 방법 세 가지의 예입니다.

상황 1: 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 접종하는 경우. (가입자의 거주지에 따라 이러한 선택을 할 수 있는지가 달라집니다. 몇몇 주에서는 약국에서 특정 백신 투여를 하지 못하게 하고 있습니다.)

- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우, 가입자께서 백신 투여 비용을 포함해 백신에 대한 식품 의약청 또는 공동 부담금을 약국에 납부하셔야 합니다.
- 저희 플랜은 나머지 비용을 부담하게 됩니다.

상황 2: 의사의 진료실에서 파트 D 백신을 접종받으시는 경우.

- 가입자가 백신을 접종받으실 때는 백신 자체의 비용과 접종한 의료 서비스 제공자에 대해 비용 전체를 부담해야 할 수 있습니다.
- 그리고 나서 제7장에 설명된 절차를 통해 저희가 부담해야 할 비용 부담금을 지급하도록 저희 플랜에 요청하실 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신은 가입자가 부담한 비용을 전액 환급해 드립니다. 그 밖의 파트 D 백신의 경우, 가입자가 부담한 금액에서 백신(접종 포함)에 대한 공동 부담금 또는 식품 의약청을 제외한 금액을 환급해 드립니다.

상황 3: 가입자께서 파트 D 백신 자체를 네트워크 약국에서 구매하시고 백신을 접종해주는 의사의 진료실에서 접종을 받으시는 경우.

- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 가입자는 백신 자체에 대한 비용을 지불하지 않습니다.

- 다른 파트 D 백신의 경우 가입자께서 백신 자체에 대한 공동 부담금 또는 식품 의약청 비용을 약국에 납부하셔야 합니다.
- 의사가 백신을 접종하는 경우, 가입자께서 접종 서비스에 대한 전체 비용을 부담하시게 될 수도 있습니다. 그리고 나서 제7장에 설명된 절차를 통해 저희가 부담해야 할 비용 부담금을 지급하도록 요청하실 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신은 가입자가 부담한 비용을 전액 환급해 드립니다. 그 밖의 파트 D 백신의 경우, 가입자가 지불한 금액에서 백신 접종에 대한 부담 비용을 제외한 금액을 환급해 드립니다.

중요 사항: 보장되는 파트 D 백신과 그 투여에 대한 비용은 무료입니다. 그러나 의료 서비스 제공자 진료실을 방문하는 동안에 백신을 투여받은 경우 진료실 방문 요금이 청구될 수 있습니다.

제7장: 보장된 의료 서비스 또는 약품에 대해 수령한 부담금 지급 요청

1항 보장된 의료 서비스 또는 약품에 대해 저희가 부담해야 할 부분을 가입자께서 요청해야 하는 상황

저희 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자의 보장 서비스 및 약품에 대해 플랜에 직접 청구합니다. 가입자께서 받으신 의료 진료 또는 약품의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 저희가 지불할 수 있도록 이 청구서를 저희에게 보내주셔야 합니다. 가입자께서 저희에게 청구서를 보내주시면 저희가 이를 검토하여 서비스와 약품의 보장 여부를 결정합니다. 해당 서비스를 보장하기로 판단하는 경우, 저희는 직접 의료 서비스 제공자에게 비용을 지급합니다.

플랜에서 보장해 드리는 Medicare 서비스 또는 품목에 대해 이미 지불을 하셨다면 저희에게 환급을 요청하실 수 있습니다(환급은 보전이라고도 합니다). 저희 플랜이 보장하는 의료 서비스 또는 약품에 대한 가입자의 비용 부담금보다 더 많이 납부하신 경우라면 가입자께서는 언제든지 저희 플랜이 해당 비용을 상환하도록 요청하실 수 있는 권리를 보유하고 계십니다. 환급을 받으시려면 지켜야 하는 기한이 있을 수도 있습니다. 이 장의 2항을 참조해 주십시오. 가입자께서 이미 지불한 청구서를 저희에게 보내 주시면 저희가 청구서를 검토하여 서비스 또는 약품이 보장되어야 하는지를 결정합니다. 보장 대상으로 판명되면 서비스나 약품에 대한 비용을 환급해 드립니다.

또한 이 문서에서 설명한 대로 의료 서비스 제공자로부터 가입자께서 받으신 의료 진료 비용 전액 또는 가입자의 부담 비용보다 더 많은 금액이 청구될 수도 있습니다. 먼저 의료 서비스 제공자와 청구서 해결을 시도하십시오. 해결되지 않으면 청구서를 결제하지 마시고 저희에게 청구서를 보내 주십시오. 저희는 해당 청구서를 검토하여 해당 서비스에 대한 보장 여부를 판단하게 됩니다. 해당 서비스를 보장하기로 판단하는 경우, 저희는 직접 의료 서비스 제공자에게 비용을 지급합니다. 저희가 결제하지 않기로 결정하면 의료 서비스 제공자에게 통보합니다. 플랜에서 허용하는 부담 비용보다 더 지불해서는 안 됩니다. 이 의료 서비스 제공자가 계약 상태라면 가입자께서는 여전히 치료를 받으실 권리가 있습니다.

다음은 저희에게 비용 상환을 요청하시거나 수령하신 청구서를 지급하도록 요청하실 수 있는 몇 가지 상황입니다.

1. 가입자께서 응급 진료 또는 긴급하게 필요한 의료 진료를 저희 플랜 네트워크에 속하지 않는 의료 서비스 제공자에게서 받으시는 경우

저희 네트워크 소속 유무와 관계 없이 어떤 의료 서비스 제공자에게서든 응급 서비스 또는 긴급히 필요한 서비스를 받으실 수 있습니다. 이 경우 의료 서비스 공급자에게 플랜에 청구하도록 요청하십시오.

- 진료를 받으셨을 때 직접 총 비용을 부담하신 경우, 가입자께서는 저희가 부담해야 할 부담금을 저희가 상환하도록 요청하십시오. 가입자께서 부담하신 모든 비용에 대한 서류와 함께 청구서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.
- 가입자께서는 본인이 부담하지 않아도 된다고 생각되는 비용을 요청하는 청구서를 의료 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 가입자께서 이미 부담하신 모든 비용에 대한 서류와 함께 이러한 청구서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.

- 해당 의료 서비스 제공자가 받아야 할 비용이 있다면 저희가 직접 의료 서비스 제공자에게 지급할 것입니다.
- 이미 해당 서비스에 대해 가입자의 비용 분담금보다 더 많이 지급하신 경우, 저희는 가입자의 부담 비용을 파악한 후 저희가 부담해야 할 분담금 만큼을 환급해드립니다.

2. 가입자께서 부담해서는 안되는 것으로 생각하는 비용에 대해 의료 서비스 제공자가 청구서를 보낸 경우

네트워크 의료 서비스 제공자는 항상 저희에게 직접 청구해야 합니다. 그러나 의료 서비스 제공자가 실수로 가입자에게 비용 분담금보다 더 많은 비용을 지불하라고 요구하는 경우가 간혹 있습니다.

- 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 해당 청구 문제를 해결해드리겠습니다.
- 가입자께서 네트워크 의료 서비스 제공자에게 청구서를 결제했으나 너무 많은 금액을 결제했다고 생각하신다면 청구서와 결제 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 가입자께서 결제하신 금액과 저희 플랜에 따라 지급해야 하는 금액 간의 차액을 저희에게 환급해 줄 것을 요청하셔야 합니다.

3. 소급하여 당사 플랜에 가입한 경우

간혹 저희 플랜에 대한 가입이 소급 처리될 때가 있습니다. (즉, 등록한 첫날이 지났다는 의미입니다. 가입일은 작년이었을 수도 있습니다.)

만일 저희 플랜에 소급하여 가입하시고 가입일 이후 보장된 서비스나 약물에 대한 식품 의약청을 납부하신 경우, 저희가 부담하는 비용 분담금에 대한 상환을 요청하실 수 있습니다. 상환 처리를 하기 위해서는 저희에게 영수증과 청구서 같은 관련 서류를 제출하셔야 합니다.

4. 처방전 조제를 받기 위해 외부 네트워크 약국을 이용하신 경우

처방전 조제를 위해 네트워크외 약국을 방문하시는 경우, 해당 약국은 비용 청구를 저희에게 직접 하지 못할 수도 있습니다. 이런 일이 발생할 경우, 가입자께서는 처방전에 대한 총 비용을 부담하셔야 합니다.

영수증을 보관하여 두시고 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 상환 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주십시오. 저희는 제한된 상황에서만 네트워크외 약국을 보장해 드립니다. 제한된 상황에 대해서는 제5장 2.5항을 참조하십시오. 가입자는 네트워크외 약국에서 구매한 약물의 비용과 네트워크 약국에서 구매하였을 때 저희가 보장할 비용의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

5. 플랜 멤버십 카드를 지참하고 있지 않아서 처방전에 대한 총 비용을 부담하시는 경우

플랜 멤버십 카드를 지참하고 있지 않은 경우, 약국이 저희에게 전화를 걸어 가입자의 플랜 가입 정보를 조회하도록 요청해주시십시오. 그러나 약국에서 즉시 가입 정보를 입수할 수 없는 경우, 가입자께서는 처방전에 대한 총 비용을 부담하셔야 할 수도 있습니다. 영수증을 보관하여 두시고 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 상환 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주십시오. 가입자께서 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 저희의 협상된 가격보다 높은 경우 가입자가 지불한 전체 금액이 환불되지 않을 수 있습니다.

6. 기타 상황에서 처방전에 대한 총 비용을 부담하는 경우

구입하시려는 약물이 어떤 이유로 보장되지 않는다는 것을 알게되었기에 가입자께서는 처방전의 총 비용을 부담하실 수도 있습니다.

- 예를 들면 해당 약물이 저희 **보장 약물 목록(의약품집)**에 수록되어 있지 않은 경우, 또는 가입자가 알지 못하거나 가입자에게 적용되지 않는다고 생각되는 요건과 제한 사항이 있는 경우가 이에 해당합니다. 즉시 해당 약물을 받고자 하시는 경우, 가입자께서는 해당 약물의 총 비용을 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 영수증을 보관하여 두시고, 상환 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주십시오. 상황에 따라서는 해당 약물 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 환급해드리기 위해 가입자의 의사에게 추가 정보를 받아야 할 수도 있습니다. 가입자께서 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 저희의 협상된 가격보다 높은 경우 가입자가 지불한 전체 금액이 환불되지 않을 수 있습니다.

가입자가 저희에게 지불 요청을 보내주시면 저희가 요청을 검토하여 서비스 또는 약물의 보장 여부를 결정합니다. 이것을 **보장 결정**이라고 합니다. 저희가 보장해야 한다고 결정하면 서비스나 약품 비용 중 저희 분담금을 부담합니다. 저희가 가입자의 지급 요청을 거부하는 경우, 가입자는 저희 결정에 대해 이의 신청을 제기할 수 있습니다. 본 문서 제9장에 재심에 관한 사항이 나와 있습니다.

2항 저희에게 상환 또는 수령하신 청구서에 대한 지급을 요청하는 방법

이의 제기 신청을 서신으로 보내면 상환 요청 가능. 서면으로 요청서를 보내시려면 수령하신 청구서와 가입자께서 부담하신 모든 비용에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 기록을 위해 수령하신 청구서와 영수증의 사본을 만들어 두시는 것을 권장해드립니다. 서비스, 품목 또는 약물을 받은 날짜로부터 12개월(파트 C 의료 청구의 경우) 및 36개월(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.org에서 전자 양식을 작성 및 제출하고 증빙 문서를 업로드합니다.
- 저희 웹사이트(kp.org)에서 청구 양식 사본을 다운로드하시거나 저희 가입자 서비스 센터에 전화하셔서 해당 양식을 보내달라고 요청하시기 바랍니다. 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. (가입자가 아닌 다른 사람이 요청하기를 원하는 경우, "대리인 임명" 양식을 작성해야 합니다. 이 양식은 kp.org에 있습니다.)
 - 청구서 사본, 이러한 서비스에 대한 의료 기록 및 서비스 비용을 지불한 경우 영수증.
- 청구서나 지불 영수증과 함께 비용 지급 요청서를 다음의 주소로 우송하여 주시기 바랍니다.

Kaiser Permanente
청구 부서
Hawaii Region
P.O. Box 378021
Denver, CO 80237

3항 저희는 가입자의 비용 지급 요청을 검토한 후 거부 결정을 내릴 것입니다

3.1항 저희가 해당 서비스나 약품을 부담해야 하는지, 그리고 얼마나 부담해야 하는지 확인해야 합니다

저희가 가입자의 비용 지급 요청서를 접수했을 때 추가 정보가 더 필요한 경우에는 가입자에게 알려드릴 것입니다. 그렇지 않다면, 저희는 가입자의 요청을 검토한 후 보장 결정을 내리게 될 것입니다.

- 저희가 해당 의료 진료나 약품을 보장 대상으로 판단하고 가입자께서 규칙을 모두 준수하였다면 해당 서비스 또는 약품의 비용 중 저희가 부담해야 할 부분을 부담합니다. 가입자께서 만일 이미 해당 서비스나 약물에 대해 비용을 부담하신 경우, 저희는 저희가 부담해야 할 비용 분담금만큼의 상환금을 우편으로 보내드립니다. 가입자께서 약품의 비용 전체를 지불한 경우 지불한 전체 금액을 환급받지 못할 수도 있습니다(예: 약품을 네트워크의 약국에서 수령하였거나 약물에 대해 지불한 현금 금액이 저희의 협상된 금액보다 높은 경우). 아직 해당 서비스나 약물에 대해 비용을 부담하지 않으신 경우, 저희는 해당 의료 서비스 제공자에게 비용을 직접 우편으로 지급합니다.
- 만일 해당 의료 진료나 약품이 보장되지 않거나, 가입자께서 규정을 준수하지 않으신 것으로 판단되는 경우, 저희는 저희가 부담해야 할 진료 또는 약품의 비용 분담금을 부담하지 않습니다. 해당 금액을 왜 보내드리지 않았는지에 대한 사유와 이에 대한 가입자의 재심 권리에 대해 설명이 수록된 서신을 보내드립니다.

3.2항 저희가 모든 또는 일부 의료 진료나 약물에 대해 비용을 부담하지 않을 것으로 통지해드리는 경우, 가입자께서는 재심을 요청하실 수 있습니다

가입자의 지급 요청에 대한 저희의 거부 판단이나 저희가 지급해 드리는 금액에 실수가 있었다고 생각하시는 경우 저희에게 재심을 신청하실 수 있습니다. 이의 제기를 하시는 경우, 이는 저희가 가입자의 비용 지급 요청을 거부한 것에 대해 재고를 요청하는 것임을 의미합니다. 이의 제기

과정은 세세한 절차와 중요한 마감 기한이 설정되어 있는 공식적인 과정입니다. 재심 요청 방법에 대해서는 본 문서의 제9장을 참조하시기 바랍니다.

제8장: 귀하의 권리 및 책임

1항 저희는 플랜 가입자의 권리와 문화적 민감성을 존중합니다

1항. 저희는 가입자에게 맞게 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공합니다(영어가 아닌 언어, 큰 글꼴, 점자, 오디오 파일 또는 데이터 CD)

저희 플랜은 영어 실력과 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자 모두가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 임상 및 비임상 서비스를 제공해야 합니다. 저희 플랜이 이 같은 접근성 요건을 충족하는 방법으로는 번역 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터 또는, TTY(문자 전화 또는 텔레타이프라이터 전화) 연결 등이 있습니다.

저희 플랜은 영어를 사용하지 않는 가입자 여러분의 문의에 답변을 드리기 위해 전문 직원과 무료 통역 담당자를 두고 있습니다. 또한 필요하신 경우 큰 글꼴, 점자, 오디오 파일 또는 데이터 CD로 된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 저희는 이용 가능하고 적절한 형식으로 준비된 저희 플랜의 보험 혜택에 관한 정보를 가입자에게 제공해드릴 의무가 있습니다. 가입자에게 맞는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

저희 플랜은 여성 가입자에게 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 받을 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

저희 네트워크 내에 의료 서비스 제공자가 없다면 네트워크 밖에서 필요한 진료를 해 드릴 수 있는 전문 의료 서비스 제공자를 저희가 찾아 드립니다. 이 경우 가입자께서는 네트워크(해당) 분담 비용만 부담하시면 됩니다. 저희 네트워크에 필요한 서비스를 담당하는 전문가가 없는 상황이라면 네트워크(해당) 분담 비용으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 안내해드립니다.

저희 플랜에서 가입자께서 이용 가능하고 적절한 형식으로 준비된 정보를 받아보시는 데 어려움이 있으신 경우, 저희 가입자 서비스를 통해 민원을 제기하시기 바랍니다. 또한 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 불만을 제기하시거나 민권 사무소(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)로 직접 연락하시기 바랍니다.

1.2항 저희는 가입자께서 보장된 서비스와 약물을 적시에 받으실 수 있도록 보장합니다

가입자께서는 저희 네트워크에서 1차 진료의(PCP)를 선택하여 보장 서비스를 제공 받고 주선할 권리가 있습니다. 또한 가입자께서는 제3장의 2.2항에 설명되어 있는 기타 의료 서비스 제공자뿐만 아니라(부인과 의사와 같은) 여성 의료 전문가 등 같은 의료 서비스 제공자를 진료 의뢰 없이 방문할 권리가 있습니다.

가입자께서는 *적당한 기간 내에* 저희 의료 서비스 제공자 네트워크에게 예약과 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 필요시 적시에 전문의가 제공하는 진료 서비스를 받을 권리가 포함됩니다. 또한 가입자께서는 오래 기다리지 않고 저희 모든 네트워크 약국에서 처방전을 조제하거나 재조제받을 권리를 보유하고 있습니다.

적당한 기간 내에 의료 진료나 파트 D 약물을 받지 못한다고 생각하시는 경우, 제9장에 이에 대한 조치 방법이 있으니 참조해주시기 바랍니다.

1.3항 저희는 가입자의 개인 의료 정보를 보호합니다

연방 및 주 법은 가입자의 의료 기록 및 개인 의료 정보를 보호하도록 명시하고 있습니다. 저희는 관련 법에 따라 가입자의 개인 의료 정보를 보호합니다.

- 가입자의 "개인 의료 정보"에는 가입자의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보뿐만 아니라 저희 플랜에 가입하실 때 제공해주신 **개인 정보**가 포함됩니다.
- 가입자께서는 본인의 정보와 관련된 권리가 있으며 본인의 건강 정보가 사용되는 방식을 통제할 권리가 있습니다. 저희는 이러한 권리와 저희가 가입자의 의료 정보를 보호하는 방법을 수록한 *프라이버시 수칙 고지*라고 하는 서면 통지서를 보내드립니다.

가입자의 개인 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호합니까?

- 저희는 권한 없는 자가 가입자의 기록을 조회하거나 변경할 수 없도록 합니다.
- 아래에 명시된 경우를 제외하고, 저희가 가입자를 진료하거나 진료비를 부담하지 않는 자에게 가입자의 건강 정보를 제공하려는 경우 *저희는 먼저 가입자 또는 법적 권한 수탁자에게 서면 허가를 받아야 합니다.*
- 가입자에게 서면 허가를 우선 받지 않아도 되는 특정한 예외적 상황이 있습니다. 이러한 예외는 법률이 허가하거나 요구하는 것입니다.
 - 저희는 진료 품질을 점검하는 정부기관에 의료 정보를 제공해야 합니다.
 - Medicare를 통해 저희 플랜의 가입자이 되셨기에, 저희는 Medicare측에 가입자의 파트 D 처방약 정보를 포함하여 가입자의 의료 정보를 제공해야 합니다. Medicare가 가입자의 정보를 연구 또는 기타 용도를 위해 제공하는 공개하는 경우, 이는 연방 법률과 규정을 따릅니다. 이 경우 일반적으로 가입자 본인의 신원을 알 수 있는 정보는 공유하지 않습니다.

가입자께서는 자신의 기록에서 정보를 조회하고 해당 정보가 다른 주체와 어떻게 공유되었는지 확인할 수 있습니다.

가입자께서는 저희 플랜이 보유한 가입자의 의료 기록을 조회하고 이의 사본을 받을 권리를 보유하고 있습니다. 저희는 사본 복사 수수료를 가입자에게 부과할 수 있습니다. 또한 가입자께서는 자신의 의료 기록에 추가 또는 정정을 요청할 권리를 보유하고 있습니다. 가입자께서 이러한 요청을 하시는 경우, 저희는 의료 서비스 제공자와 함께 이러한 변경이 이뤄져야 하는지 판단할 것입니다.

가입자께서는 일상적인 목적이 아닌 기타의 목적으로 다른 주체에게 자신의 의료 정보가 어떻게 공유되었는지 아실 권리가 있습니다.

가입자의 개인 건강 정보의 프라이버시에 관해 궁금한 점이나 우려가 있다면 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

1.4항 저희는 가입자에게 저희 플랜, 의료 서비스 제공자 네트워크, 보장된 서비스에 관한 정보를 알려드립니다

저희 플랜의 회원은 저희가 제공하는 다양한 유형의 정보를 받아보실 권리를 보유하고 있습니다.

다음과 같은 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

- **저희 플랜에 대한 정보.** 예를 들면 저희 플랜의 재정 상태에 관한 정보를 말합니다.
- **저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국에 관한 정보.** 가입자께서는 저희 네트워크 내 의료 서비스 제공자와 약국에 대한 자격증에 관련된 정보와 저희 네트워크 내 의료 서비스 제공자에게 저희가 비용을 지급하는 방법과 관련된 정보를 저희에게 제공받으실 권리가 있습니다.
- **가입자의 보장 및 이를 사용할 때 반드시 준수해야 하는 규정에 관한 정보.** 제3장과 제4장에 의료 서비스에 관한 사항이 나와 있습니다. 제5장과 제6장에 파트 D 처방약 보장에 관한 사항이 나와 있습니다.
- **어떤 약물은 왜 보장이 되지 않는지, 그리고 어떤 조치를 취할 수 있는지에 관한 정보.** 제9장에 의료 서비스나 파트 D 약물이 보장되지 않는 경우, 또는 가입자의 보장이 제한을 받는 경우 서면 설명을 요청하는 절차가 설명되어 있습니다. 제9장에는 재심이라고도 하는 결정 번복 요청에 대한 사항도 나와 있습니다.

1.5항 가입자의 진료에 관한 의사 결정 권한을 지원해드립니다

가입자께서는 치료 옵션에 대한 알 권리와 의료 진료에 관한 결정에 참여할 권리가 있습니다

가입자께서는 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 제공하는 완전한 정보를 받으실 권리가 있습니다. 의료 서비스 제공자는 반드시 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 가입자의 질병과 치료 방안에 관해 설명해드려야 합니다.

또한 가입자께서는 의료 진료에 관한 결정 전반에 참여할 권리를 보유하고 있습니다. 어떤 치료가 가입자에게 가장 적합한지에 관해 의사와 함께 수월하게 결정을 내리도록 하기 위해, 가입자의 권리에에는 다음과 같은 사항이 포함됩니다.

- **가입자가 선택할 수 있는 모든 것에 대해 알 권리.** 가입자께서는 비용과 상관없이 또는 플랜 보장 여부와 상관없이 가입자의 상태에 대해 권장되는 모든 치료 옵션에 관해 할 권리가 있습니다. 또한 이는 가입자께서 약물을 관리하고 안전하게 사용할 수 있도록 지원하는 저희 플랜의 프로그램에 관해 아셔야 할 권리를 포함합니다.
- **위험에 대해 알 권리.** 가입자께서는 받으실 진료 과정에 수반되는 모든 위험 사항에 대해 알 권리를 보유하고 있습니다. 제안 받으신 의료 진료 또는 치료가 연구의 일환인 경우 가입자께서는 반드시 사전에 고지를 받으셔야 합니다. 가입자께서는 항상 이러한 실험적 치료를 거부할 선택권을 보유하고 있습니다.
- **거절할 권리.** 가입자는 어떤 권장 치료든 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 계속 입원할 것을 권유할 때에도 병원이나 기타 의료 시설을 퇴원할 권리가 포함됩니다. 또한 가입자께서는 약물 복용을 중단하실 권리를 보유하고 있습니다. 물론, 가입자께서 치료를

거부하시거나 약물 복용을 중단하시는 경우, 가입자께서는 그 결과로 가입자의 신체에 발생하는 일에 대한 모든 책임을 지시게 됩니다.

가입자께서는 직접 의료 결정을 내리실 수 없는 경우 어떻게 해야 하는지에 관해 지시를 내릴 권리가 있습니다

중증 사고 또는 중대한 질병으로 인해 직접 어떤 의료 서비스를 받아야 하는지 결정을 내리실 수 없는 경우가 있습니다. 가입자께서는 자신이 이러한 상황에 처한 경우 어떻게 일을 진행하고 싶으신지 말할 권리를 보유하고 있습니다. 이는 *원하실 경우* 가입자께서 다음과 같이 하실 수 있음을 의미합니다.

- 가입자께서 직접 의사 결정을 내리실 수 없게 되는 경우 **누군가가 가입자를 대신하여 의료 결정을 내리도록** 법적 권한을 이양하는 서면 양식을 작성합니다.
- 가입자께서 직접 의사 결정을 내리실 수 없게 되는 경우 **의사들이 어떻게 의료 진료를 제공할지에 관한** 서면 지시를 의사에게 제공합니다.

이러한 상황에 대해 사전에 지시를 내리기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전(연명)의료의향서**라고 합니다. 사전의사결정서에는 다양한 유형이 있으며 다양한 이름으로 불립니다. 사전(연명)의료의향서의 예로는 **생전 유언장과 의료 진료에 대한 위임장**이 있습니다.

"사전의사결정서"를 사용하여 지시를 내리고자 할 경우, 다음과 같이 하시기 바랍니다.

- **양식을 받습니다.** 사전(연명)의료의향서는 가입자의 변호사나 사회 복지사, 문구점에서 구하실 수 있습니다. 종종 Medicare에 관한 정보를 제공하는 기관에서 사전의사결정서를 구하실 수도 있습니다. 가입자 서비스에 이 양식을 요청하셔도 됩니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 양식을 입수한 장소와 상관없이, 이 양식은 법적 문서임에 유의하여 주시기 바랍니다. 변호사를 고용하여 양식 작성을 돕도록 하는 방안도 고려하십시오.
- **적절한 사람에게 사본을 제공하십시오.** 가입자께서는 사본 한 부를 의사에게, 그리고 가입자께서 의사 결정을 하실 수 없는 경우 대신하여 의사 결정을 내릴 사람으로 양식에 기재한 자에게 사본 한 부를 송부하십시오. 가까운 친구나 가족에게 사본을 제공할 수 있습니다. 사본 한 부를 집에 보관하시기 바랍니다.

입원하게 되실 것을 사전에 알게 되는 경우, 그리고 사전의사결정서에 서명하신 경우, **사본 한 부를 병원 입원 시 지참해주시기 바랍니다.**

- 병원 측에서는 가입자가 사전 의향서 양식에 서명했는지와 서명된 양식을 지참하고 있는지를 문의합니다.
- 사전의사결정서에 서명하지 않으신 경우, 해당 병원에 사전의사결정서 양식이 비치되어 있다면 병원은 이에 서명하실 것인지 여부를 가입자에게 여쭙볼 것입니다.

사전(연명)의료의향서 작성 여부는 가입자의 선택 사항임을 인지하여 주시기 바랍니다(병원에 입원하신 경우 이에 서명할지도 포함합니다). 법률에 의거, 어느 누구도 가입자께서 사전의사결정서에 서명하셨는지의 여부에 따라 가입자에 대한 진료를 거부하거나 차별해서는 안됩니다.

가입자의 지시 사항이 준수되지 않는 경우에는 어떻게 합니까?

사전 의향서에 서명하였고 의사나 병원이 지시사항을 따르지 않았다고 생각될 경우 하와이주 보건부 보건 의료 사무실에 (808) 692-7420번으로 전화하여 불만을 제기하거나 Department of Health, Medicare Section, 601 Kamokila Boulevard, Room 395, Kapolei, HI 96707로 서신을 보내 주십시오.

1.6항 가입자께서는 불만을 제기하실 권리와 저희가 내린 결정에 대한 재고를 요청하실 권리가 있습니다

본 문서의 제9장에는 문제나 우려, 불만이 있어 보장을 요청해야 할 때 가입자가 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기 등 어떤 방법을 취하시더라도 저희는 가입자를 공정하게 대우해야 합니다.

1.7항 불공정한 대우를 받았거나 가입자의 권리를 존중 받지 못했다는 생각이 드는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

가입자께서 차별 대우를 받으신 경우에는 저희 민권 사무국에 연락을 주시기 바랍니다.

만일 불공정한 대우를 받았거나 존엄을 인정받지 못했거나 가입자의 인종, 장애, 종교, 성, 건강 상태, 민족, 신념(믿음), 연령 또는 국적으로 인해 권리를 존중 받지 못했다는 생각이 드는 경우에는 미국 보건사회복지부의 **민권 사무국** 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 연락을 하시거나 가입자 거주 지역의 민권 사무국으로 연락하십시오.

다른 문제입니까?

만일 불공정한 대우를 받았거나 가입자의 권리를 존중받지 못했지만 *차별대우는 아니었던* 경우, 가입자께서는 다음과 같은 수단을 통해 이 문제를 해결하실 수 있습니다.

- 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
- **SHIP**에 연락하십시오. 자세한 내용은 제2장 3항 참조.
- 또는 24시간, 연중 무휴로 운영되는 **Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**(TTY 1-877-486-2048)로 연락하십시오.
- 사회복지부 Med-QUEST과에 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 제2장 6항 참조.
- 하와이 건강 관리 서비스부 옴부즈맨 사무실로 전화하셔도 됩니다. 자세한 사항은 제2장 6항을 참조하십시오.

1.8항 가입자께서 보유하신 권리에 관한 자세한 정보를 얻으시는 방법

가입자께서 보유하신 권리에 관한 자세한 정보를 다양한 곳에서 얻으실 수 있습니다.

- 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
- **SHIP**에 연락하십시오. 자세한 내용은 제2장 3항 참조.

- Medicare에 연락하십시오.
 - Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare 권리와 보호*라는 간행물을 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (간행물 있는 곳: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - 24시간, 연중 무휴로 운영되는 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하셔도 됩니다(TTY 1-877-486-2048).

1.9항 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.

1.10항 가입자의 권리와 책임에 관한 제안을 하실 수 있습니다.

저희 플랜의 회원은 본 장에 포함된 권리와 책임에 관한 제안을 하실 권리를 보유하고 있습니다. 제안 사항이 있으면 가입자 서비스에 전화하시기 바랍니다.

2항 가입자께서는 저희 플랜의 회원으로서 몇 가지 책임을 집니다.

저희 플랜의 회원으로서 하셔야 하는 것들이 아래에 게재되어 있습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

- 가입자의 보장된 서비스와 이를 받기 위해 준수해야 하는 규정을 잘 알아두십시오.
본 *보장 범위 증명서*를 통해 어떤 서비스가 보장되며 보장 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규정에 대해 알아보시기 바랍니다.
 - 제3장과 4장에서 의료 서비스에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.
 - 제5장과 제6장에서 파트 D 처방약 보장에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.
- 저희 플랜 외의 다른 의료 보험 보장 또는 처방약 보장을 추가로 받고자 하시는 경우, 이러한 가입자의 의사를 저희에게 알려주셔야 합니다. 제1장에서 본 혜택의 조정에 대해 자세하게 알려드립니다.
- 가입자께서 저희 플랜에 가입하셨다는 것을 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 알려주셔야 합니다. 의료 진료나 파트 D 처방약을 받으실 때마다 가입자의 플랜 멤버십 카드를 제시해주십시오.
- 의사와 기타 의료 서비스 제공자가 가입자를 도와드릴 수 있도록 그들에게 정보를 제공하고, 질문을 하며, 받으시는 진료를 따르셔야 합니다.
 - 최상의 치료를 받으시도록 의사 및 기타 의료 서비스 제공자에게 가입자의 건강 문제를 알려 주십시오. 가입자와 의사가 함께 동의한 치료 계획과 지침을 따라주십시오.

- 가입자께서 복용하시는 모든 약물과 일반의약품, 비타민 및 보충제에 대해 의사에게 알려주십시오.
- 궁금한 점이 있으시다면 문의하여 이해할 수 있는 답을 얻으십시오.
- **배려해주시십시오.** 저희는 모든 가입자 여러분께서 다른 환자의 권리를 존중하실 것으로 기대합니다. 또한 가입자께서 의사의 진료실, 병원 및 다른 진료실이 원활하게 운영되도록 해주실 것을 기대합니다.
- **부담 금액을 납부해 주십시오.** 저희 플랜의 가입자께서는 다음과 같은 비용을 납부하실 책임을 집니다.
 - 저희 플랜의 가입자 지위를 유지하시려면 반드시 가입자 Medicare 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.
 - 저희 플랜이 보장해드리는 대부분의 의료 서비스와 약물에 대해 가입자께서는 반드시 해당 서비스와 약물을 받으실 때 자기 부담금을 납부하셔야 합니다.
 - 소득 증가(지난 소득 신고서로 증빙)로 파트 D에 대해 추가 금액을 납부 요청받으신 경우, 가입자께서는 반드시 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하시기 위해 정부 당국에 직접 해당 추가 금액을 계속 납부하셔야만 합니다.
- 가입하신 플랜의 서비스 지역 **내**에 이주하시는 경우에도 저희가 가입자의 멤버십 기록을 최신으로 유지하고 연락을 취할 방법을 확보하도록 저희에게 알려주셔야 합니다.
- 가입하신 플랜의 서비스 지역 **밖**으로 이주하시는 경우, 저희 플랜의 가입자 자격을 유지하실 수 없습니다.
- 이주하시는 경우, Social Security(사회보장국)(또는 Railroad Retirement Board(철도은퇴위원회))에 알려주셔야 합니다.

제9장: 문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기)

1항 소개

1.1항 문제나 우려 사항이 있는 경우 해야 할 일

본 장에서는 문제와 우려 사항을 취급하는 과정을 설명해드립니다. 문제를 처리하는 프로세스는 문제의 유형에 따라 달라집니다.

- 일부 유형의 문제에 대해서는 가입자께서 **보장 범위 결정과 재심 절차를 이용하셔야 합니다.**
- 그 외의 유형의 문제에 대해 가입자께서는 민원이라고도 하는 **불만 제기 절차**를 밟으셔야 합니다.

각 프로세스에는 저희와 가입자가 따라야 하는 몇 가지 규칙과 절차, 기한이 있습니다.

3항에서 어떤 절차에 따라 어떤 조치를 해야 하는지 확인하실 수 있습니다.

1.2항 법률 용어는 어떻습니까?

일부 규정, 절차, 기한의 유형에 대한 법률 용어를 본 장에서 설명해드립니다. 이러한 용어의 대다수는 대부분의 사람들에게 익숙하지 않고 이해하기 어렵습니다. 이 장은 편의를 위해 다음과 같이 구성하였습니다.

- 일부 법률 용어는 더 간단한 단어를 사용합니다. 예를 들어, 본 장에서는 일반적으로 민원 접수보다 불만 제기를, 통합 기관 결정이나 보장 결정 또는 위험에 대한 결정보다는 보장 결정을, 독립 심사체보다 독립 심의 기관이라고 합니다.
- 또한 축약어를 가능한 적게 사용합니다.

그러나 때로는 정확한 법적 용어를 아시는 것이 중요하며 유용할 수 있습니다. 어떤 용어를 사용할 지 알면 현재 상황에 대해 올바른 도움과 정보를 얻으실 때 더 정확하게 소통할 수 있습니다. 어떤 용어를 사용할 지에 대해 알려드리기 위해, 특정 유형의 사항에 대해 설명해 드릴 때 사용하는 법적 용어들을 수록해두었습니다.

2항 자세한 정보와 개인화된 지원을 받을 수 있는 곳

저희는 항상 가입자 여러분을 도와드리기 위해 준비하고 있습니다. 가입자께서 치료에 대해 불만이 있는 경우에도 저희는 가입자의 불만 제기를 존중할 의무가 있습니다. 따라서 가입자 서비스에 연락하시어 도움을 받으시기 바랍니다. 하지만 일부 상황에서는 저희와 연결이

되어 있지 않은 쪽에서 지원이나 인도를 받기 원하실 수도 있습니다. 다음 두 기관에서 도움을 받으실 수 있습니다.

주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program SHIP)

각 주에는 훈련된 상담원과 함께 하는 정부 프로그램이 있습니다. 이 프로그램은 저희를 비롯하여 어떤 보험사나 의료 플랜과도 연결이 되어 있지 않습니다. 이 프로그램의 상담원은 가입자께서 처하신 문제를 해결하기 위해 취해야 할 과정에 대해 이해하실 수 있도록 지원해드릴 수 있습니다. 상담원들은 가입자의 문의에 답변을 해드리고 정보를 제공하며 무엇을 해야 할 지 안내해드립니다.

SHIP 상담원의 서비스는 무료로 제공됩니다. 본 문서의 제2장, 3항에서 전화번호와 홈페이지 URL을 확인하실 수 있습니다.

Medicare

지원이 필요하면 Medicare에 문의하셔도 됩니다. Medicare 연락처:

- 24시간, 연중 무휴로 운영되는 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하셔도 됩니다.

또한 Medicaid의 지원과 정보를 받아보실 수 있습니다

자세한 정보 및 문제 처리에 대한 도움이 필요하시면 하와이주 복지부 Med-QUEST과(하와이주 Medicaid 프로그램)에 문의하셔도 됩니다.

Medicaid가 제공하는 정보를 직접 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-808-524-3370 또는 1-800-316-8005번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자께서는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 사회복지부 Med-QUEST과 홈페이지(www.medquest.hawaii.gov)를 참조하셔도 됩니다.

3항 저희 플랜의 Medicare 및 Medicaid 불만 제기 및 재심 이해하기

가입자는 Medicare가 있고 Medicaid에서 지원을 받습니다. 이 장의 정보는 가입자가 받는 Medicare 및 Medicaid 혜택 전체에 적용됩니다. Medicare와 Medicaid 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 이를 "통합 프로세스"라고도 합니다.

Medicare와 Medicaid 프로세스를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이러한 상황에서 가입자는 Medicare에서 보장하는 혜택에는 Medicare 프로세스를, Medicaid에서 보장하는 혜택에는 Medicaid 다른 프로세스를 사용합니다. 이 상황은 이 장의 **6.4항 단계별 안내서: 2단계 재심 방법**.

가입자의 혜택 관련 문제

4항 보장 범위 결정과 재심

문제나 우려 사항이 있으신 경우, 본 장의 가입자의 상황에 부합하는 부분만 읽으시면 됩니다. 다음 정보는 이 장에서 **Medicare 또는 Medicaid에서 보장하는 혜택**에 대한 문제 또는 불만 제기에 해당하는 항목을 찾는 데 도움이 됩니다.

문제나 우려 사항이 보험 혜택이나 보장과 관련된 것입니까?

여기에는 특정 의료 진료(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)가 보장되는지, 이들에 대한 보장 방법과 관련된 문제, 그리고 의료 진료나 처방약 비용 납부에 관련된 문제가 포함됩니다.

예.

이 장의 다음 항인 **5항 보장 범위 결정과 재심의 기초에 대한 안내**로 가십시오.

아닙니다.

다른 부분은 건너뛰고 본 장의 마지막 부분인 **11항 진료 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 관한 불만 제기 방법**으로 가십시오.

5항 보장 범위 결정과 재심의 기초에 대한 안내

5.1항 보장 결정 범위 요청과 재심: 개요

보장 범위 결정과 재심에서는 비용 납부와 관련된 문제를 포함하여 가입자의 보험 혜택과 의료 진료(서비스, 품목, 파트 B 처방약, 결제 포함)에 관한 문제를 다룹니다. 간단한 설명을 위해 저희는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare 파트 B 처방약을 의료 진료라 칭합니다. 가입자께서는 보장 범위 결정과 재심 과정을 어떤 것이 보장되는지, 무엇이 보장되는지와 같은 문제에 대해 적용하실 수 있습니다.

혜택 받기 전 보장 범위 결정 요청

보장 결정이란 가입자의 혜택과 보장 또는 가입자의 의료 진료에 대해 저희가 지급하는 금액에 대한 저희의 결정을 의미합니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 의사가 네트워크에 속하지 않은 전문의에게 가입자를 의뢰하는 경우, 네트워크 의사가 가입자께서 해당 전문의에 대한 표준 거부 통지를 받았음을 입증하거나 **보장 범위 증명서**를 통해 의뢰된 서비스가 어떤 조건에서도 보장되지 않는다는 것이 명확하게 확인되지 않은 한, 이 진료 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 또한 가입자의 의사가 저희가 특정 의료 서비스를 보장하는지의 여부 또는

가입자께서 필요하다고 판단하시는 의료 진료 제공을 거절할 지의 여부에 대해 확실하지 않은 경우 가입자 또는 가입자의 의사는 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 즉 가입자가 의료 서비스를 받기 전에 해당 의료 진료의 보장 범위 여부를 알고 싶은 경우 가입자는 본인에 대한 보장 범위 결정을 저희에게 요청하실 수 있습니다. 제한된 상황에서 보장 결정에 대한 요청은 기각되며, 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예로는 요청이 불완전한 경우, 누군가가 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 또는 귀하가 귀하의 요청을 철회해 달라고 요청하는 경우가 있습니다. 보장 결정 요청을 기각하는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다.

가입자에 대해 무엇을 보장할 지, 그리고 저희가 부담할 분담금을 결정할 때마다 저희는 가입자에 대한 보장 결정을 내리고 있습니다. 경우에 따라서는 가입자에 대해 Medicare에서 의료 진료를 보장하지 않거나 더 이상 보장하지 않는다고 결정을 내릴 수도 있습니다. 만일 저희가 내린 보장 거부 결정에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 이의 제기를하실 수 있습니다.

이의 제기 신청

저희가 혜택 수령 전이든 후든 보장 범위 결정을 내렸으나 가입자가 이에 만족하지 않는 경우 가입자는 해당 결정에 대해 재심을 청구할 수 있습니다. 이의 제기란 저희가 내린 보장 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 수단입니다. 특정한 상황에서는 저희가 사후에 논의하게 되며, 가입자께서 재심이나 보장 범위 결정에 대한 신속 또는 빠른 재심을 신청하실 수 있습니다. 가입자의 재심은 맨 처음 불리한 결정을 내린 심사위원과 다른 심사위원이 처리합니다.

결정 사안에 대해 재심을 처음 하시는 경우, 이를 1단계 재심이라고 합니다. 이 재심에서 저희는 저희가 내린 보장 범위 결정을 검토하여 모든 규칙을 제대로 따랐는지 확인합니다. 이들이 심사를 완료하면 해당 결정 내용을 가입자에게 전해드립니다.

일부 상황에서는 1단계 재심 신청이 기각되기도 합니다. 이는 저희가 요청을 검토하지 않는다는 것을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예로는 요청이 불완전한 경우, 누군가가 귀하를 대신하여 요청을 했지만 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 또는 귀하가 귀하의 요청을 철회해 달라고 요청하는 경우가 있습니다. 저희가 1단계 재심 신청을 기각하는 경우 요청이 기각된 이유와 기각 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다.

저희가 의료 진료에 대한 가입자의 1단계 재심을 전부 또는 일부 기각하는 경우, 가입자의 재심은 저희와 관련이 없는 외부 검토 기관에서 수행하는 2단계 재심으로 자동 진행됩니다.

- 2단계 재심을 시작하기 위해 별도로 취할 조치는 없습니다. Medicare 규정에 따라 저희가 가입자의 1단계 재심에 완전히 동의하지 않으면 자동으로 가입자의 의료 진료 재심을 2단계로 보내야 합니다.
- 2단계 재심에 관해 자세한 사항은 이 장의 **6.4항**을 참조하십시오.
- 파트 D 약물 재심의 경우, 가입자 재심을 일부 또는 전부 저희가 거부하면 가입자가 2단계 재심을 신청하셔야 합니다. 파트 D 재심에 대해서는 이 장의 7항에서 더 설명합니다.

만일 가입자께서 2단계 재심의 결정에 불복하신다면, 가입자께서는 재심 단계를 추가로 계속해서 밟으실 수 있습니다(이 장의 10에서 3, 4, 5단계 재심 프로세스를 설명해 드립니다).

5.2항 보장 결정 요청 또는 재심 신청 시 지원을 받는 방법

어떤 유형이든 보장 결정 요청이나 재심 신청을 하시려는 경우 다음의 자원을 이용하실 수 있습니다.

- 저희 가입자 서비스로 전화합니다.
- 주 건강 보험 지원 프로그램에서 무료 지원을 받을 수 있습니다.
- **담당 의사나 다른 의료 진료 제공자가 신청을 대신 해 드릴 수 있습니다.** 담당 의사가 2단계 이후 재심을 도와주는 경우 가입자의 대리인으로서 선임되어야 합니다. 가입자 서비스에 전화하여 대리인 선임 양식을 요청하십시오. (해당 양식은 또한 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 저희 웹사이트 kp.org에서 사용 가능합니다.)
 - 의료 진료의 경우 담당 의사나 다른 의료 진료 제공자가 보장 범위 결정 또는 1단계 재심을 신청할 수 있습니다. 재심이 1단계에서 기각되면 자동으로 2단계로 넘어갑니다.
 - 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자가 재심 중에 가입자가 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 보장해 달라고 요청하는 경우 가입자는 담당 의사 또는 처방자를 대리인으로 선임해야 할 수도 있습니다.
 - 파트 D 처방약에 대해서는 의사나 다른 처방자가 가입자를 대신해서 보장 결정을 요청하거나 1단계 재심을 신청할 수 있습니다. 1단계 재심이 기각되면 담당 의사 또는 처방자는 2단계 재심을 신청할 수 있습니다.
- **가입자는 본인을 대행할 자를 선임할 수 있습니다.** 원하시는 경우, 보장 범위 결정 요청이나 재심 신청을 하기 위해 가입자의 대리인으로서 활동할 자를 지명할 수 있습니다.
 - 친구나 친척, 그 외 사람을 대리인으로 선임하고자 한다면 가입자 서비스에 전화하여 대리인 선임 양식을 요청하십시오. (해당 양식은 또한 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 저희 웹사이트 kp.org에서 사용 가능합니다.) 이 양식은 그 사람이 귀하를 대신할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 양식은 반드시 가입자와 가입자가 선임한 대리인이 서명해야 합니다. 가입자는 서명된 양식의 사본을 저희에게 보내주셔야만 합니다.
 - 대리인 지명 양식 없이 이의 제기를 접수할 수는 있지만, 이를 받기 전까지는 심사를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 귀하의 항소에 대한 결정을 내리기 위한 마감일 전에 양식을 접수하지 못할 경우, 귀하의 항소 요청은 기각됩니다. 만일 기각 될 경우, 저희는 가입자께 서면 통지서를 통해 저희가 내린 재심 기각 결정에 대해 외부 심의 기관에 심사를 요청할 권리가 있음을 설명해드릴 것입니다.
- 또한 가입자께서는 변호사를 고용할 권리가 있습니다. 가입자께서는 고용하신 변호사와 접견하시거나 가입자께서 거주하시는 지역의 변호사 협회 또는 기타 변호사 소개

서비스에서 변호사를 추천 받으실 수 있습니다. 자격을 보유하신 경우 무료로 법률 서비스를 제공하는 단체 또한 있습니다. 그러나, 보장 결정이나 재심을 신청하기 위해 반드시 변호사를 고용해야만 하는 것은 아닙니다.

5.3항 본 장에서 가입자의 상황에 대해 자세한 내용을 알려주는 항은 어떤 것입니까?

보장 결정 및 재심과 관련하여 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황에 따라 다른 규정과 마감 기한이 설정되어 있으므로, 저희는 각각 별도의 섹션을 통해 자세한 내용을 전해드리고 있습니다.

- 이 장의 6항 "의료 진료: 보장 범위 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법"
- 이 장의 7항 "파트 D 처방약: 보장 범위 결정을 요청하거나 이의를 제기하는 방법"
- 본 장의 8항 "의사가 너무 이른 시기에 퇴원시키려고 한다고 생각하는 경우, 저희에게 장기 병원 입원 보장을 요청하는 방법"
- 본 장의 9항 "가입자의 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스를 계속 보장하도록 요청하는 방법"(이 항이 적용되는 서비스: 가정 간호 진료, 전문 간병 기관, 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스)"

어떤 섹션을 참조해야 할지 잘 모르면 가입자 서비스에 전화하십시오. SHIP과 같은 정부 기관에서도 지원이나 정보를 받으실 수 있습니다.

6항 의료 진료: 보장 범위 결정을 요청하거나 보장 범위 결정에 재심을 신청하는 방법

6.1항 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.

본 항에서는 의료 진료에 대한 가입자의 혜택에 대해 설명합니다. 이 혜택은 본 문서 제4장: *의료 보험 혜택표(보장 내용 및 가입자 분담금)* 일부 경우에는 파트 B 처방약에 대한 요청에 다른 규정이 적용됩니다. 그러한 경우에는 파트 B 처방약에 대한 규정이 의료 품목과 서비스에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명해 드릴 것입니다.

본 항에서는 다음의 5가지 상황 중 하나에 처하신 경우 가입자께서 취해야 할 조치에 대해 알려드립니다.

1. 가입자께서 원하시는 특정 의료 진료를 받지 못하고 계시며 저희 플랜에서 해당 진료를 보장하고 있다고 생각하시는 경우. **보장 범위 결정을 요청합니다. 6.2항.**
2. 담당 의사나 다른 의료 진료 제공자가 제공하려 하는 의료 진료를 저희가 승인하려 하지 않으나 가입자께서는 해당 진료를 저희 플랜이 보장하고 있다고 생각하시는 경우. **보장 범위 결정을 요청합니다. 6.2항.**
3. 저희 플랜이 보장한다고 생각하시는 의료 진료나 서비스를 받으셨으나 해당 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 지급하지 않겠다고 통지한 경우. **재심을 신청하실 수 있습니다. 6.3항.**

- 4. 저희 플랜이 보장한다고 생각하시는 의료 진료나 서비스를 받으셨으며 가입자께서 해당 진료에 대해 저희에게 환급 요청을 하시는 경우, 저희에게 청구서를 보내십시오. **6.5항.**
- 5. 가입자께서 받고 계신 (저희가 전에 승인한) 특정 의료 진료에 대한 보장이 줄어들거나 중단된다고 통지를 받으셨으며 해당 진료에 대한 보장 축소 또는 중단이 가입자의 건강에 위해를 끼칠 수 있다고 생각하시는 경우, 재심을 신청하실 수 있습니다. **6.4항.**

참고: 병원 진료, 가정 간호 진료, 전문 간병 기관 진료, 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대해 보장이 중단되는 경우, 본 장의 8항과 9항을 참조해 주십시오. 이 진료 항목에는 특별 규칙이 적용됩니다.

6.2항 단계별 안내서: 보장 범위 결정 요청 방법

법적 용어
보장 범위 결정에 가입자의 의료 진료가 연관된 경우, 이를 기관 결정이라고 합니다.
신속 보장 범위 결정은 신속 결정이라고 부릅니다.

1단계: 표준 보장 범위 결정과 신속 보장 범위 결정 중 어느 것이 필요한지 정합니다.

표준 보장 범위 결정은 일반적으로 파트 B 약물의 경우 14일 또는 72시간 이내에 나옵니다. 신속 보장 범위 결정은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72시간, 파트 B 약물의 경우 24시간 이내에 나옵니다. 신속 보장 범위 결정을 받기 위해서는 가입자께서 다음 두 가지 요건을 충족하셔야 합니다.

- 의료 품목 및/또는 서비스에 대한 보장 범위 *만* 요청할 수 있습니다(이미 받은 품목 및/또는 서비스에 대한 지불 요청은 불가).
- 표준 기한을 사용하는 경우 *가입자의 건강에 심각한 위해를 끼치게 되거나 기능 손상을 입게 되는 경우에만 신속 보장 범위 결정을 요청하실 수 있습니다.*
- 만일 의사가 가입자의 건강 상태가 신속 보장 범위 결정이 필요한 상황이라고 판단하는 경우, 저희는 자동으로 가입자에게 신속 보장 범위 결정을 내려드리게 됩니다.
- 의사의 지원 없이 직접 신속 보장 범위 결정을 요청하시는 경우, 가입자의 건강 상태가 저희가 신속 보장 범위 결정을 내려드려야 하는지를 결정하게 될 것입니다. 저희가 신속 보장 범위 결정을 승인하지 않으면 다음 내용으로 서신을 가입자에게 보내드립니다.
 - 저희가 표준 기한을 사용한다는 내용
 - 가입자의 의사가 신속 보장 범위 결정을 요청하는 경우 저희가 자동으로 가입자에게 신속 보장 범위 결정을 내린다는 설명
 - 저희가 신속 보장 범위 결정 대신 표준 보장 범위 결정을 내리기로 한 저희 결정에 대해 가입자께서 신속 불만 제기를 하실 수 있다는 설명

2단계: 저희 플랜에 보장 범위 결정 또는 신속 보장 범위 결정을 요청합니다.

- 우선 가입자께서 원하시는 의료 진료에 대한 보장 범위를 승인 또는 제공하도록 저희 플랜에 전화, 서신, 또는 팩스로 요청하십시오. 가입자, 가입자의 의사, 또는 가입자의 대리인이 이를 수행할 수 있습니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 저희는 가입자의 의료 서비스 보장 요청을 고려한 후 답변을 드립니다.

표준 보장 범위 결정에 대해서는 표준 기한을 적용합니다.

이는 저희가 의료 품목 또는 서비스에 대한 가입자의 요청을 받은 후 **14일 이내**에 답변을 해드림을 의미합니다. **Medicare 파트 B** 처방약을 요청하시는 경우, 저희가 가입자의 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 답변해드릴 것입니다.

- 그러나 가입자께서 추가 시간을 요청하시거나 가입자에게 이익이 되는 정보가 필요한 경우, 가입자께서 의료 품목 또는 서비스를 요청했을 때에는 **저희가 최장 14일을 더** 사용할 수 있습니다. 며칠이 더 필요하다면 가입자에게 서면으로 알려드리겠습니다. 가입자가 Medicare 파트 B 처방약을 요청하시는 경우, 저희는 결정을 내리기 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 저희가 일정 추가를 해서는 **안 된다고** 생각하시는 경우, 가입자께서는 신속 불만 제기를 하실 수 있습니다. 저희가 결정을 하면 조속히 가입자의 불만 제기에 답변을 드립니다. (불만 제기 과정은 보장 결정 및 이의 제기 과정과는 다릅니다. 불만 제기에 관한 사항은 이 장의 11항을 참조하시기 바랍니다.)

신속 보장 범위 결정에는 단축 일정을 적용합니다

신속 보장 범위 결정이라 함은 가입자께서 의료 품목 또는 서비스를 요청한 지 **72시간 이내**에 저희가 답변해드림을 의미합니다. **Medicare 파트 B** 처방약을 요청하시는 경우, **24시간 이내**에 답변해드릴 것입니다.

- 그러나 가입자께서 추가 시간을 요청하시거나 가입자에게 이익이 되는 정보가 필요한 경우, **최장 14일을 더** 사용할 수 있습니다. 며칠이 더 필요하다면 가입자에게 서면으로 알려드리겠습니다. 가입자가 Medicare 파트 B 처방약을 요청하시는 경우, 저희는 결정을 내리기 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 저희가 일정 추가를 해서는 **안 된다고** 생각하시는 경우, 가입자께서는 신속 불만 제기를 하실 수 있습니다. (불만 제기에 관한 사항은 이 장의 11항을 참조하시기 바랍니다.) 결정하는 대로 전화드리겠습니다.
- 가입자께서 요청하신 **바의 일부 또는 전부에 대해 거절로** 답해드리는 경우, 거절 사유를 밝힌 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다.

4단계: 저희가 가입자의 의료 진료 보장 요청을 거부하면 가입자는 재심을 신청할 수 있습니다.

- 저희가 거절로 답해드린 경우, 가입자께서는 재심을 신청하여 저희에게 결정의 재고를 요청하실 권리가 있습니다. 이는 가입자께서 원하시는 의료 진료를 받기 위해 한 번 더 시도를 한다는 것을 의미합니다. 또 재심을 신청한다는 것은 가입자께서 1단계 재심 과정을 진행하신다는 의미입니다.

6.3항 단계별 안내서: 1단계 재심 신청 방법

법적 용어

의료 진료 보장 결정에 관해 저희 플랜에 재심을 신청하는 것을 플랜 **재고**라고 합니다.

신속 재심은 또 **신속 재고**라고도 합니다.

1단계: 표준 재심과 신속 재심 중 하나를 선택합니다.

표준 재심은 일반적으로 **파트 B** 약물의 경우 **30일** 또는 **7일** 이내에 나옵니다. 신속 재심은 일반적으로 **72시간** 이내에 나옵니다.

- 만일 가입자께서 아직 받지 않으신 진료에 대한 보장에 관해 저희가 내린 결정에 재심을 신청하시는 경우, 가입자 및/또는 의사는 신속 재심이 필요한지를 결정하셔야 합니다. 가입자의 건강 상태가 신속 재심이 필요한 상태인 것으로 의사가 판단하면, 저희는 신속 재심을 실시합니다.
- 신속 재심을 하기 위한 요건은 본 장의 6.2항에 설명해드린 신속 보장 범위 결정을 할 때와 동일합니다.

2단계: 저희 플랜에 신속 재심을 요청합니다

- 표준 재심을 요청하시는 경우, 서면으로 표준 재심을 제출하십시오. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 신속 재심을 요청하시는 경우, 서면으로 재심을 신청하시거나 전화를 하십시오. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 재심 신청은 반드시 가입자의 보장 범위 결정을 알려드린 서면으로 통지서 일자로부터 65일 이내에 하셔야만 합니다. 이 기한을 놓쳤고 이를 놓친 타당한 이유가 있는 경우 이의 제기를 할 때 이의 제기가 늦은 이유를 설명하십시오. 이의를 제기할 수 있는 시간을 더 드릴 수 있습니다. 정당한 사유란 저희에게 연락을 취할 수 없을 정도로 심각한 질병을 앓고 있었거나 재심 신청을 위한 마감일자 정보를 잘못 알려드렸거나 완전히 알려드리지 않은 경우 등을 말합니다.
- 가입자께서는 의료 결정과 관련된 정보의 무료 사본을 저희에게 요청하실 수 있습니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 재심을 뒷받침하기 위해 정보를 추가로 제출할 수 있습니다.

가입자께서 이미 받고 계시던 서비스 또는 품목의 보장을 중단하거나 축소한다고 저희가 알려드린 경우 가입자께서는 재심 중에 해당 서비스 또는 품목을 계속 보장 받을 수도 있습니다.

- 가입자께서 현재 받고 계시는 서비스나 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우 저희는 해당 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지서를 보내드립니다.
- 저희의 조치에 동의하지 않는 경우 가입자께서는 1단계 재심을 신청할 수 있습니다. 저희 통지서의 소인 일자와 조치 효력 발생일 중 더 늦은 날로부터 10일 이내에 1단계 재심을 신청하면 계속해서 서비스 또는 품목을 보장 받을 수 있습니다.
- 이 기한을 지키면 가입자는 1단계 재심이 보류 중인 한 변경 사항 없이 서비스 또는 품목을 보장 받습니다. 또한 (재심 대상이 아닌) 다른 모든 서비스 또는 품목은 변경 없이 받으시게 됩니다.

3단계: 저희는 가입자의 재심을 검토하고 답변을 해드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 재심을 심의할 때에는 정보 전체를 상세히 살펴봅니다. 저희는 가입자의 요청을 거절한 경우 저희가 모든 규정을 준수하였는지 여부를 확인합니다.
- 저희는 필요하다면 가입자 또는 담당에게 연락하여 정보를 더 수집합니다.

신속 재심 기한

- 신속 재심의 경우 저희는 가입자의 재심 접수 후 72시간 이내에 답을 해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
 - 그러나 가입자께서 추가 시간을 요청하시거나 가입자에게 이익이 되는 정보가 필요한 경우, 가입자께서 의료 품목 또는 서비스를 요청했을 때에는 저희가 **최장 14일을 더 사용할 수 있습니다.** 며칠이 더 필요하다면 가입자에게 서면으로 알려드리겠습니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 기간을 연장할 수 없습니다.
 - 만일 저희가 72시간 이내(또는 저희가 일정을 추가한 경우 연장된 기간의 마지막 날짜)에 답변을 드리지 않는 경우, 저희는 자동으로 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관에서 심의를 합니다. 6.4항에서 2단계 재심 과정을 설명합니다.
 - 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 승인으로 답해드리는 경우, 저희가 가입자의 요청을 받은 지 72시간 이내에 제공해드리기로 동의한 보장을 반드시 승인하거나 제공해드려야 합니다.
 - 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 거절로 답해드리는 경우, 저희는 결정을 서면으로 송부하고 가입자의 재심을 자동으로 외부 심의 기관에 전달하여 2단계 재심을 의뢰합니다. 외부 심의 기관은 가입자 심의를 접수하면 가입자에게 서면으로 통보합니다.

표준 재심 기한

- 표준 재심의 경우 저희는 가입자의 재심 접수 후 30일 이내에 답을 해야 합니다. 가입자의 요청이 아직 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 관한 것이라면 가입자의 재심 접수

후 **7일 이내**에 답을 드립니다. 가입자의 건강 조건으로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 결정 사항을 전해드릴 것입니다.

- 그러나 가입자께서 추가 시간을 요청하시거나 가입자께 이익이 되는 정보가 필요한 경우, 가입자께서 의료 품목 또는 서비스를 요청했을 때에는 **최장 14일을 더 사용할 수 있습니다**. 며칠이 더 필요하다면 가입자께 서면으로 알려드리겠습니다. 가입자가 Medicare 파트 B 처방약을 요청하시는 경우, 저희는 결정을 내리기 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 저희가 일정 추가를 해서는 **안 된다고** 생각하시는 경우, 가입자께서는 신속 불만 제기를 하실 수 있습니다. 신속 불만 제기를 하시는 경우, 저희는 24시간 이내에 불만 제기에 대한 답변을 드립니다. 신속 불만 제기를 포함하여 불만제기 과정에 관한 자세한 정보는 본 장의 **11항**을 참조하시기 바랍니다.)
- 이 기한(또는 연장 기한 말)까지 답을 드리지 못하면 저희는 가입자의 요청을 독립 심사 기관의 심사에 보내 2단계 재심을 의뢰합니다. 6.4항에서 2단계 재심 과정을 설명합니다.
- **가입자가 요청한 것을 일부 또는 전부 인정하면**, 저희는 가입자의 재심 접수한 후 **30일** 이내에 보장을 승인하거나 제공해야 합니다. 그러나 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우에는 **7일 이내** 승인 또는 제공해야 합니다.
- **저희가 가입자 재심의 일부 또는 전부를 거부하는 경우 가입자께서는 추가 재심 권리가 있습니다.**
- 저희가 가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 거부하면 가입자에게 서신을 보내드립니다.
 - 가입자의 문제가 Medicare 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 가입자의 사례를 외부 심의 기관에 보내 2단계 재심을 의뢰했다는 내용이 나와 있습니다.
 - 가입자의 문제가 Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 2단계 재심을 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다.

6.4항 단계별 안내서: 2단계 재심 방법

법적 용어

독립 심사 기관의 공식 명칭은 독립 심사체입니다.

때로 **IRE**로 불리기도 합니다.

외부 심의 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

- 가입자의 문제가 **Medicare**에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 저희는 1단계 재심이 완료되는 즉시 가입자의 사례를 2단계 재심 과정으로 자동으로 보냅니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medicaid**에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2단계 재심을 직접 신청할 수 있습니다. 서신에는 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다. 정보는 아래에도 나와 있습니다.
- 가입자의 문제가 **Medicare**와 **Medicaid**에서 모두 다 보장할 수도 있는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 가입자는 외부 심의 기관에서 2단계 재심을 자동으로 받게 됩니다. 또한 주정부에 공정한 심의회를 요청할 수도 있습니다.

1단계 재심을 신청했을 때 계속해서 혜택을 받을 자격이 있는 경우 재심 중 서비스, 품목 또는 약물에 대한 혜택이 2단계 재심 중에도 계속 보장될 수 있습니다. 1단계 재심 중 지속적인 혜택 보장에 대한 내용은 135~137 페이지를 참조하십시오.

- 가입자의 문제가 일반적으로 Medicare에서만 보장되는 서비스에 관한 내용인 경우 해당 서비스에 대해 가입자가 받는 혜택은 외부 심의 기관과의 2단계 재심 절차 중 계속해서 보장되지 않습니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 Medicaid에서만 보장되는 서비스에 관한 내용이면 저희의 결정 통지서를 받은 날로부터 10일 이내에 가입자가 2단계 재심을 신청하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 보장됩니다.

가입자의 문제가 Medicare에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우:

1단계: 외부 심의 기관이 가입자의 재심을 심의합니다.

- 저희는 가입자의 이의 제기에 관한 정보를 이 기관으로 전달합니다. 이 정보를 가입자의 사례 파일이라고 부릅니다. 가입자는 저희에게 사례 파일의 무료 사본을 요청할 권리가 있습니다.
- 가입자께서는 재심을 보완할 목적으로 추가 정보를 외부 심의 기관에 제공할 권리가 있습니다.
- 외부 심의 기관의 심의 위원은 가입자의 재심 신청과 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.

가입자께서 1단계에서 신속 재심을 신청하신 경우, 가입자께서는 2단계에서도 신속 재심을 하게 됩니다.

- 신속 재심의 경우 심의 기관에서는 재심 접수 후 **72 시간 이내**에 2단계 재심에 대한 답을 해야 합니다.
- 의료 품목 또는 서비스를 요청했거나 외부 심의 기관에서 가입자에게 이익이 되는 정보가 필요한 경우 저희가 **최장 14일을 더 사용할 수 있습니다.** 가입자가 Medicare 파트 B 처방약을 요청하는 경우 외부 심의 기관은 결정을 내리기 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

가입자께서 1 단계에서 표준 심의를 하셨던 경우, 가입자께서는 2 단계에서도 표준 심의를 하게 됩니다.

- 표준 심의의 경우 가입자의 신청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이라면 외부 심의 기관은 가입자의 재심 접수 후 **30일 이내**에 2단계 재심에 대한 답을 해야 합니다.
- 가입자의 신청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것이라면 외부 심의 기관은 가입자의 재심 접수 후 반드시 **7일 이내**에 2단계 재심에 대한 답을 드려야 합니다.
- 그러나, 의료 품목 또는 서비스를 요청하셨거나 외부 심의 기관에서 가입자께 이익이 되는 정보가 필요한 경우, **최장 14일을 더 사용할 수 있습니다.** 가입자가 Medicare 파트 B 처방약을 요청하는 경우 외부 심의 기관은 결정을 내리기 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

2단계: 외부 심의 기관이 가입자에게 답을 드립니다.

외부 심의 기관은 가입자에게 서면으로 결정 사항과 사유에 대한 설명을 전해드릴 것입니다.

- 외부 심의 기관이 의료 항목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인으로 답해드린 경우, 저희는 반드시 **72시간 이내**에 의료 진료 보장을 승인하거나 표준 요청의 경우 심의 기관의 결정을 받은 날짜로부터 14일 이내에 또는 신속 요청의 경우 심의 기관의 결정을 받은 날짜로부터 72시간 이내에서 서비스를 제공해야 합니다.
- 외부 심의 기관이 Medicare 파트 B 처방약 요청의 일부 또는 전체에 대해 예라고 답하는 경우 저희는 표준 요청의 경우 결정을 받은 후 72시간 이내에, 신속 요청의 경우 심의 기관의 결정을 받은 날로부터 24시간 이내에 **Medicare 파트 B** 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 만일 가입자의 재심에 대한 일부 또는 모든 사항에 거절로 심의 기관이 답해드린 경우, 이는 의료 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)을 승인할 수 없다는 저희의 결정에 심의 기관이 동의했다는 것을 의미합니다. (이것을 **결정 확인** 또는 **재심 기각**이라고 합니다. 이 경우 외부 심의 기관에서 다음과 같은 내용으로 서신을 보내드립니다.
 - 결정 내용에 대한 설명.
 - 가입자께서 요청하시는 의료 진료 보장의 달러 가치가 반드시 최소값 이상이라면 3단계 재심을 할 수 있다는 내용. 외부 심의 기관에서 보내드린 서면 통지서에는 재심 과정을 계속하기 위해 필요한 달러 금액을 확인하는 방법이 수록돼 있습니다.
 - 3단계 재심 신청 방법.
- 가입자의 2단계 재심이 기각되었으나 다음 재심 단계로 이행할 요건을 충족하시는 경우, 가입자께서는 반드시 3단계로 진행하여 세 번째 재심을 신청할 것인지를 결정해야만 합니다. 이 방법은 2단계 재심 이후에 받게 되는 서면 통지서에 자세히 수록되어 있습니다.

- 3단계 재심은 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. 본 장의 10항에서 3, 4, 5단계 재심의 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

가입자의 문제가 Medicaid에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우:

1단계: 또한 주정부에 공정 심리를 요청할 수도 있습니다.

- 일반적으로 Medicaid에서만 보장되는 서비스에 관한 2단계 재심은 주 내에서 진행되는 공정 심리입니다. 가입자께서는 1단계 재심에 대한 결정 서신을 받으신 날로부터 **120일** 이내에 서면 또는 전화로 공정 심리를 요청해야 합니다. 저희에게 받으시는 서신에 심리 요청을 하는 방법이 나와 있습니다.

2단계: 공정 심리실에서 가입자에게 답을 드립니다.

심리실에서 가입자에게 결정 사항 및 사유에 대한 설명을 서면으로 전해드릴 것입니다.

- 공정 심리실에서 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청 중 일부 또는 전부를 승인하면 저희는 심리실에서 결정을 통보 받은 후 72시간 이내에 해당 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 심리실에서 가입자 재심의 일부 또는 전부를 거부하면 이는 의료 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)을 승인할 수 없다는 저희 플랜의 결정에 심리실이 동의했다는 것을 의미합니다. (이것을 결정 확인 또는 재심 기각이라고 합니다.)

가입자 요청의 일부 또는 전부가 기각되면 가입자는 추가로 재심을 신청할 수 있습니까?

외부 심의 기관 또는 심리실에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우 가입자에게는 추가 재심 권리가 있습니다.

심리실에서 받은 통지서에 다음 재심 옵션에 대한 설명이 나와 있습니다.

2단계 이후 가입자의 재심 권리에 관한 정보는 본 장의 10항을 참조하십시오.

6.5항 가입자가 받은 의료 진료에 대해 저희가 부담해야 하는 분담금을 지급하도록 요청하는 경우에는 어떻게 됩니까?

환급 요청은 저희에게 보장 결정을 요청하는 것입니다.

환급을 요청하는 서류를 보내시는 것은 보장 결정을 요청한다는 의미입니다. 이 결정을 내리기 위해 저희는 가입자께서 지불한 의료 진료에 대해 보장되는지 확인합니다. 저희는 또한 가입자께서 의료 진료 보장을 사용하기 위한 모든 규칙을 따랐는지 확인할 것입니다.

Medicare 서비스 또는 품목에 대해 저희에게 환급을 요청하거나 가입자께서 지불한 Medicaid 서비스 또는 품목에 대해 의료 진료 제공자에게 비용을 지불하도록 요청하는 것은 가입자께서는 저희에 이 보장 범위 결정을 요청한다는 의미입니다. 저희는 가입자께서 지불한 의료 진료에 대해 보장되는지 확인합니다. 저희는 또한 가입자께서 의료 진료 보장을 사용하기 위한 모든 규칙을 따랐는지 확인할 것입니다.

- 저희가 가입자의 요청을 승인하는 경우: 의료 진료가 보장되고 모든 규칙을 준수한 경우, 요청을 받은 날로부터 60일 이내에 저희에서 분담한 비용에 해당하는 금액을 보내드립니다.
- 저희가 가입자의 요청을 거절하는 경우: 만일 해당 의료 진료가 보장되지 않거나, 가입자께서 규정을 준수하지 않으신 것으로 판단되는 경우, 저희는 환급해 드리지 않습니다. 대신에 저희는 해당 의료 진료에 대한 비용 지급 거절 및 그 사유가 상세히 적힌 서신을 보내드립니다.
 - 분담금 지급 요청 반려에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 재심을 신청하실 수 있습니다. 이의 제기를 하시는 경우, 저희가 가입자의 비용 지급 요청을 거부한 것에 대해 보장 결정 변경을 요청하는 것임을 의미합니다.
- 재심을 신청하시려면 5.3항에 설명해드린 재심 절차를 따르시기 바랍니다. 환급과 관련된 재심은 다음 사항을 유념해 주십시오.
 - 저희는 가입자의 재심 신청을 받은 지 30일 이내에 반드시 답을 드려야 합니다. 이미 받으시고 지불하신 의료 진료에 대한 환급을 요청하시는 경우, 가입자께서는 신속 재심을 요청하실 수 없습니다.
 - 만일 외부 심의 기관이 저희에게 지급해야 한다고 결정하는 경우 저희는 해당 금액을 가입자나 의료 서비스 제공자에게 30일 이내에 지급해야 합니다. 2단계 이후 재심 과정에서 가입자의 재심에 대한 답이 승인일 경우, 저희는 60일 이내에 해당 비용을 가입자나 의료 진료 제공자에게 지급해야 합니다.

7항 파트 D 처방약: 보장 범위 결정을 요청하거나 재심을 신청하는 방법

7.1항 본 항에서는 파트 D 약물을 받으실 때 문제가 있거나 파트 D 약물에 대해 저희에게 환급을 요청하실 경우 해야 할 조치들에 대해 알려드립니다.

가입자의 혜택 중에는 여러 처방약에 대한 보장이 포함되어 있습니다. 보장 받기 위해서는 해당 약물은 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용해야 합니다. (의학적으로 인정된 적응증에 관한 자세한 정보는 제5장을 참조하시기 바랍니다.) 파트 D 약물과 규칙, 제한, 비용에 관해 자세한 사항은 제5장과 제6장을 참조하십시오.

- 본 항에서는 파트 D 약물에 관해서만 다룹니다. 편의상, 보장된 외래 처방약 또는 파트 D 약물을 매번 반복하는 대신 본 항의 나머지 부분에서는 약물로 통칭하도록 하겠습니다. 또한 *보장 약물 목록* 또는 *보장 약물 목록(의약품집)* 대신 약물 목록이라는 용어를 이용합니다.
- 어떤 약이 보장되는 것인지, 규칙에 부합하는 것인지 모를 경우 저희에게 문의하실 수 있습니다. 약물 중에는 저희에게 먼저 승인을 받은 후에만 저희가 보장해 드리는 것이 있습니다.
- 약국에서 처방전을 서면으로 조제할 수 없다고 말하면 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 귀하에게 제공할 것입니다.

파트 D 보장 결정 및 재심

법적 용어

가입자의 파트 D 약물에 관한 최초 보장 범위 결정을 **보장 범위 결정**이라고 합니다.

보장 결정이란 가입자의 혜택과 보장 범위 또는 가입자의 약물에 대해 저희가 지급하는 금액에 대한 저희의 결정을 의미합니다. 본 섹션에서는 다음 상황 중 하나가 발생한 경우 가입자가 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **보장 약물 목록에 수록되어 있지 않은 파트 D 약물 보장 요청. 예외를 요청하십시오. 7.2항.**
- (가입자께서 받으실 수 있는 약물의 분량 제한과 같은) 약물에 대한 저희 플랜의 보장 범위 제한 면제 요청. **예외를 요청하십시오. 7.2항.**
- 약물 사전 승인 요청. **보장 범위 결정을 요청합니다. 7.4항.**
- 가입자가 이미 구매한 약물에 대해 지급합니다. **저희에게 환급을 요청합니다. 7.4항.**

저희가 내린 보장 결정에 동의하지 않으시는 경우, 가입자께서는 저희 결정에 대해 이의 제기를하실 수 있습니다.

본 항에서는 보장 결정을 요청하는 방법과 이의 제기를 하는 방법에 대해 알려드립니다.

7.2항 예외란 무엇입니까?

법적 용어

약물 목록 상에 없는 약물에 대한 보장 요청을 **의약품집 예외**라고 하기도 합니다.

약물에 대한 보장 제한 제거를 요청하는 것을 종종 **의약품집 예외** 요청이라고 부릅니다.

가입자께서 보장받고 싶으신 방법으로 어떤 약물이 보장되지 않는다면, 가입자께서는 **예외** 요청을하실 수 있습니다. (예외는 보장 결정의 유형입니다.)

저희가 예외를 요청을 검토할 수 있도록 가입자의 의사 또는 다른 처방자가 가입자의 요청대로 예외가 필요한 의학적 사유를 설명해야 합니다. 다음은 가입자 또는 의사나 다른 처방자가 저희에게 요청할 수 있는 예외의 예 두 가지입니다.

1. **약물 목록에 없는 파트 D 보장.** 저희가 예외를 적용하여 약물 목록에 없는 약물에 대해 보장을 해드리는데 동의하는 경우, 가입자께서는 저희 약물 전체에 적용되는 분담 비용을 부담하시게 됩니다. 가입자께서는 저희가 해당 약물에 대해 요청하는 비용인 분담 비용액에 대한 예외를 요청하실 수는 없습니다.

2. **보장되는 약물에 대한 제한 철폐.** 제5장에서는 저희 약물 목록에 수록된 특정 약물에 적용되는 추가 규칙 또는 제한 사항을 설명합니다.

7.3항 예외 요청에 관해 알아야 할 중요 사항

의사가 반드시 의학적 사유를 알려줘야만 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.

보통 저희 약물 목록에는 특정 질병을 치료하는 하나 이상의 약물이 수록되어 있습니다. 이러한 다양한 선택지를 **대체 약물**이라고 부릅니다. 가입자께서 요청하시는 해당 약물만큼 대체 약물이 효능이 있으며 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우, 저희는 일반적으로 예외 요청을 승인하지 **않을** 것입니다.

저희는 가입자의 요청에 대해 승인 또는 거절로 답해드릴 수 있습니다

- 저희가 가입자의 예외 요청을 승인하는 경우, 해당 승인은 플랜 연도의 마지막까지 유효합니다. 의사가 계속해서 가입자에게 약물을 처방하는 한, 그리고 해당 약물이 계속해서 안전하며 가입자의 질병 치료에 효능이 있는 한 유효 기간에는 변경이 없습니다.
- 저희가 가입자의 예외 요청을 거부하면 가입자는 재심을 신청하여 심의를 더 받을 수 있습니다.

7.4항 단계별 안내서: 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법

법적 용어

신속 보장 범위 결정은 신속 보장 범위 결정이라고 부릅니다.

1단계: 표준 보장 범위 결정과 신속 보장 범위 결정 중 어느 것이 필요한지 정합니다.

표준 보장 범위 결정은 저희가 의사의 소견서를 받은 후 **72시간** 이내에 답을 해 드립니다.

신속 보장 범위 결정은 저희가 담당 의사의 소견서를 받은 후 **24시간** 이내에 답을 해 드립니다.

가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우, 신속 보장 범위 결정을 제공해 드리도록 요청하시기 바랍니다. 신속 보장 결정을 받기 위해서 가입자께서는 다음 두 가지 요건을 충족하셔야 합니다.

- 아직 받지 못한 약물을 요청하셔야 합니다. (이미 구입한 약물에 대해 환급을 요청하는 경우에는 신속 보장 범위 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 마감 기한을 사용하면 가입자의 건강에 심각한 위해가 발생하거나 가입자의 신체 기능이 손상될 수 있습니다.

- 만일 의사 또는 다른 처방자가 가입자의 건강 상태가 신속 보장 범위 결정이 필요한 상황이라고 판단하는 경우, 저희는 자동으로 가입자에게 신속 보장 범위 결정을 내려드리게 됩니다.
- 의사나 다른 처방자의 지원 없이 직접 신속 보장 범위 결정을 요청하시는 경우, 가입자의 건강 상태가 저희가 신속 보장 범위 결정을 내려드려야 하는지를 결정하게 될 것입니다. 저희가 신속 보장 범위 결정을 승인하지 않으면 다음 내용으로 서신을 가입자에게 보내드립니다.
 - 저희가 표준 기한을 사용한다는 내용.
 - 가입자의 의사나 처방자가 신속 보장 범위 결정을 요청한 경우 저희가 자동으로 신속 보장 범위 결정을 내리는지 설명.
 - 신속 보장 범위 결정 대신 표준 보장 범위 결정을 내리기로 한 저희 결정에 대해 신속 불만제기를 하는 방법 설명. 저희는 가입자의 불만 제기 시 24시간 이내에 답을 해 드립니다.

2단계: 표준 보장 범위 결정과 신속 보장 범위 결정 중 하나를 요청합니다.

우선 가입자께서 원하시는 의료 진료에 대한 보장 범위를 승인 또는 제공하도록 저희 플랜에 전화, 서신, 또는 팩스로 요청하십시오. 또한 가입자께서는 저희 웹사이트를 통해 보장 결정 과정에 접근하실 수 있습니다. 저희는 반드시, 저희 웹사이트에서 사용 가능한 *CMS 모델 재결정 요청 양식*에 제출된 요청을 포함해 모든 서면 요청을 수락해야만 합니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다. 요청 처리가 수월하도록 가입자의 이름과 연락처, 거부된 청구에 대한 재심 신청을 확인할 수 있는 정보를 반드시 기재하시기 바랍니다.

가입자, 가입자 담당의(또는 기타 처방자) 또는 대리인이 이를 할 수 있습니다. 또한 가입자는 자신을 대신하는 변호사를 고용할 수도 있습니다. 본 장의 4항은 가입자의 대리인으로서 활동하는 사람에게 서면 허가서를 제공하는 방법에 대해 알려드립니다.

- **예외를 요청하는 경우 사유서를 제출하십시오.** 사유서에는 예외 요청에 대한 의학적 소견을 기재하십시오. 가입자의 담당 의사 또는 기타 처방자는 진술서를 팩스나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 의사나 다른 처방자는 전화를 통해 이를 알려준 후 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 나중에 보낼 수도 있습니다.

3단계: 저희는 가입자의 요청을 검토 후 후 답을 해 드립니다.

신속 보장 결정의 마감일자

- 저희는 일반적으로 가입자의 요청을 받은 지 **24시간 이내**에 반드시 답을 드려야 합니다.
- 예외에 대해서는 의사 소견서 접수 후 24시간 이내에 답을 드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
- 만일 저희가 이 기한까지 답변을 드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다.

- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 승인으로 답해드리는 경우, 저희가 가입자의 요청 또는 의사의 소견서를 받은 지 24시간 이내에 제공해 드리기로 동의한 보장을 반드시 제공해 드려야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 거절로 답해드리는 경우, 거절 사유가 담긴 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다. 또한 재심을 신청하는 방법을 알려드릴 것입니다.

가입자께서 아직 받지 않은 약물에 관한 표준 보장 범위 결정 기한

- 저희는 가입자의 요청을 받은 지 72시간 이내에 반드시 답을 드려야 합니다.
- 예외에 대해서는 의사 소견서 접수 후 72시간 이내에 답을 드립니다. 가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
- 만일 저희가 이 기한까지 답변을 드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 승인으로 답해드리는 경우, 저희가 가입자의 요청 또는 의사의 소견서를 받은 지 72시간 이내에 제공해 드리기로 동의한 보장을 반드시 제공해 드려야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 거절로 답해드리는 경우, 거절 사유가 담긴 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다. 또한 재심을 신청하는 방법을 알려드릴 것입니다.

가입자께서 이미 받은 약물의 비용에 관한 표준 보장 범위 결정 기한

- 저희는 가입자의 요청을 받은 지 14일 이내에 반드시 답을 드려야 합니다.
- 만일 저희가 이 기한까지 답변을 드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 승인으로 답해드리는 경우, 저희는 또한 가입자의 요청을 받은 후 14일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 거절로 답해드리는 경우, 거절 사유가 담긴 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다. 또한 재심을 신청하는 방법을 알려드릴 것입니다.

4단계: 저희가 가입자의 예외 요청을 거부하면 가입자는 재심을 신청할 수 있습니다.

- 저희가 거절로 답해드린 경우, 가입자께서는 재심을 신청하여 저희에게 결정의 재고를 요청하실 권리가 있습니다. 이는 가입자께서 원하시는 약물 보장을 받기 위해 한 번 더 시도를 한다는 것을 의미합니다. 또 재심을 신청한다는 것은 가입자께서 1단계 재심 과정을 진행하신다는 의미입니다.

•

7.5항 단계별 안내서: 1단계 재심 신청 방법

법적 용어

파트 D 약물 보장 결정에 관해 저희 플랜에 재심을 신청하는 것을 플랜 **재결정**이라고 합니다.

신속 재심은 또한 **신속 재결정**이라고도 합니다.

1단계: 표준 재심과 신속 재심 중 하나를 선택합니다.

표준 재심은 일반적으로 7일 이내에 나옵니다. 신속 재심은 일반적으로 72시간 이내에 나옵니다. 가입자의 건강 상태가 이를 요구한다면 신속 재심을 신청하십시오.

- 만일 가입자께서 아직 받지 않으신 약물에 관해 저희가 내린 결정에 재심을 신청하시는 경우, 가입자 및 의사나 다른 처방자는 신속 재심이 필요한지를 결정하셔야 합니다.
- 신속 재심을 하기 위한 요건은 본 장의 6.4항에 설명해드린 신속 보장 범위 결정을 할 때와 동일합니다.

2단계: 가입자, 가입자의 대리인, 의사 또는 다른 처방자가 반드시 저희에게 연락하여 1단계 재심을 해야 합니다. 가입자의 건강 상태가 빠른 응답을 요구한다면, 가입자께서는 반드시 신속 재심을 신청하셔야 합니다.

- 표준 재심은 서면 요청서를 제출해야 합니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 신속 재심은 재심을 서면으로 제출하거나 1-866-233-2851 또는 1-808-432-7503번으로 전화해 주십시오. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 저희는 반드시, 저희 웹사이트(kp.org)에서 사용 가능한 **CMS 모델 재결정 요청 양식**을 통해 제출된 요청을 포함한 모든 서면 요청을 수락해야만 합니다. 가입자의 요청 처리가 수월하도록 가입자의 이름과 연락처, 거부된 청구에 대한 재심 신청을 확인할 수 있는 정보를 반드시 기재하시기 바랍니다.
- 재심 신청은 반드시 가입자의 보장 범위 결정을 알려드린 서면으로 통지서 일자로부터 65일 이내에 하셔야만 합니다. 이 기한을 놓쳤고 이를 놓친 타당한 이유가 있는 경우 이의 제기를 할 때 이의 제기가 늦은 이유를 설명하십시오. 이의를 제기할 수 있는 시간을 더 드릴 수 있습니다. 정당한 사유란 저희에게 연락을 취할 수 없을 정도로 심각한 질병을 앓고 있었거나 재심 신청을 위한 마감일자 정보를 잘못 알려드렸거나 완전히 알려드리지 않은 경우 등을 말합니다.
- 가입자는 재심에 대한 정보의 사본을 요청하고 자세한 정보를 추가할 수 있습니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 재심을 뒷받침하기 위해 정보를 추가로 제출할 수 있습니다. 저희는 가입자에게 해당 정보의 사본 출력 비용 및 우송 비용을 청구할 수 있습니다.

3단계: 저희는 가입자의 이의 제기를 고려하고 답변을 해드릴 것입니다.

- 저희가 가입자의 이의 제기를 심사할 때, 가입자의 보장 요청에 관한 모든 정보를 한 번 더 유심히 검토할 것입니다. 저희는 가입자의 요청을 거절한 경우 저희가 모든 규정을 준수하였는지 여부를 확인합니다. 저희는 추가 정보 수집을 위해 가입자 또는 의사나 다른 처방자에게 연락을 할 수도 있습니다.

신속 재심 기한

- 신속 재심의 경우 저희는 가입자의 재심 접수 후 **72시간 이내**에 답을 해야 합니다. 가입자의 건강 상태로 인해 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해드릴 것입니다.
- 만일 저희가 72시간 이내에 답을 드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다. **7.6항**에서는 2단계 재심 과정을 설명합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 **승인으로 답해드리는 경우**, 저희가 가입자의 요청을 받은 지 72시간 이내에 제공해 드리기로 동의한 보장을 반드시 제공해 드려야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 **거절로 답해드리는 경우**, 거절 사유와 재심을 신청하는 방법을 설명해 드리는 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다.

가입자께서 아직 받지 않은 약물에 대한 표준 재심 기한

- 표준 재심의 경우 저희는 가입자의 재심 접수 후 **7일 이내**에 답을 해야 합니다. 가입자께서 아직 해당 약물을 받지 않으셨으며 가입자의 건강 조건으로 인해 7일 이내에 답변이 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 결정 사항을 전해드릴 것입니다.
- 만일 저희가 7일 이내에 결정된 사항을 알려드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다. **7.6항**에서는 2단계 재심 과정을 설명합니다.
- 저희가 요청을 일부 또는 전부 승인해드리는 경우, 가입자의 건강 상태가 원하는 대로 신속하게 승인해 드린 보장을 가입자의 재심 접수 후 **7일 이내**에 반드시 제공해 드려야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 **거절로 답해드리는 경우**, 거절 사유와 재심을 신청하는 방법을 설명해 드리는 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다.

가입자께서 이미 받은 약물의 지급액에 관한 표준 재심 기한

- 저희는 가입자의 요청을 받은 지 **14일 이내**에 반드시 답을 드려야 합니다.
- 만일 저희가 이 기한까지 답변을 드리지 않는 경우, 저희는 가입자의 요청을 2단계 재심 과정으로 보내드려야 하며, 이를 통해 가입자의 요청은 외부 심의 기관을 통해 심사될 것입니다.

- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 승인으로 답해드리는 경우, 저희는 또한 가입자의 요청을 받은 후 30일 이내에 비용을 지급해야 합니다.
- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 거절로 답해드리는 경우, 거절 사유가 담긴 진술서를 서신으로 보내드릴 것입니다. 또한 재심을 신청하는 방법을 알려드릴 것입니다.

4단계: 가입자의 이의 제기에 저희가 거절로 답해드리는 경우, 가입자께서는 계속해서 다음 이의 제기 과정을 밟을지 여부를 결정합니다.

- 재심을 더 신청하기로 결정하신 경우, 이는 2단계 재심 과정으로 계속 진행한다는 의미입니다.

7.6항 단계별 안내서: 2단계 재심 신청 방법

법적 용어
<p>독립 심사 기관의 공식 명칭은 독립 심사체입니다.</p> <p>때로 IRE로 불리기도 합니다.</p>

외부 심의 기관은 **Medicare**에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

1단계: 가입자(또는 가입자의 대리인 또는 의사나 다른 처방자)는 반드시 외부 심의 기관에 서면으로 연락하여 가입자의 사건을 심사하도록 요청하셔야 합니다.

- 저희가 1단계 재심에 거절로 답해 드린 경우 저희가 가입자에게 보내드릴 서면 통지에는 외부 심의 기관에 **2단계 재심을 신청하는 요령**을 안내해 드립니다. 이러한 지침을 통해 누가 2단계 재심을 할 수 있는지, 준수해야 할 마감일자는 언제인지, 그리고 심의 기관에 연락하는 방법에 대해 알려 드립니다. 단 해당 기간 내에 심의를 완료하지 못했거나 약물 관리 프로그램에 따른 위험 결정에 대해 불리한 결정을 내린 경우, 저희는 자동으로 가입자의 청구를 IRE에 전달합니다.
- 저희는 가입자의 이의 제기에 관한 정보를 이 기관으로 전달합니다. 이 정보를 가입자의 사례 파일이라고 부릅니다. 가입자는 **사례 파일의 사본을 저희에게 요청할 권리가 있습니다.** 저희는 이것을 복사해 보내드리는 비용을 청구할 수 있습니다.
- 가입자께서는 재심을 보완할 목적으로 추가 정보를 외부 심의 기관에 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 외부 심의 기관이 가입자의 재심을 심의합니다.

외부 심의 기관의 심의 위원은 가입자의 재심 신청과 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.

신속 재심 기한

- 가입자의 건강 상태에 따라 필요하면 외부 심의 기관에 신속 재심을 요청하시기 바랍니다.
- 해당 심의 기관이 가입자의 신속 재심 요청에 동의하는 경우, 해당 기관은 가입자의 재심 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 2단계 재심에 대한 답을 반드시 해 드려야만 합니다.

표준 재심 기한

- 표준 재심의 경우, 해당 재심이 가입자께서 아직 받지 않으신 약물에 대한 것이라면 심의 기관은 가입자의 재심 신청을 받은 후 **7일 이내**에 2단계 재심에 반드시 답을 드려야 합니다. 가입자께서 이미 구입하신 약물에 대한 환급을 요청하시는 경우, 해당 심의 기관은 가입자의 요청을 받은 후 **14일 이내**에 가입자의 2단계 재심 요청에 대해 반드시 답을 드려야만 합니다.

3단계: 외부 심의 기관이 가입자에게 답을 드립니다.

신속 재심의 경우:

- 가입자께서 요청하신 바의 일부 또는 전부에 대해 수락으로 외부 심의 기관이 답해드린 경우, 저희는 해당 심의 기관의 결정 사항을 받은 후 **24시간 이내**에 심의 기관이 승인한 약물 보장을 반드시 제공해야만 합니다.

표준 재심의 경우:

- 가입자의 보장 요청 중 일부 또는 전부에 대해 수락으로 외부 심의 기관이 답해 드린 경우, 저희는 해당 심의 기관의 결정 사항을 받은 후 **72시간 이내**에 심의 기관이 승인한 약물 보장을 반드시 제공해야만 합니다.
- 가입자께서 이미 구입하신 약물에 대한 환급 요청을 외부 심의 기관이 승인해 드린 경우, 저희는 해당 심의 기관의 결정 사항을 받은 후 **30일 이내**에 비용을 지급해 드려야 합니다.

만일 독립 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 거절로 답해드릴 경우는 어떻습니까?

이 기관에서 가입자 재심의 일부 또는 전부를 거부하면 이는 의료 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)를 승인할 수 없다는 저희의 결정에 동 기관이 동의했다는 것을 의미합니다. (이것을 결정 확인 또는 재심 기각이라고 합니다.) 이 경우 외부 심의 기관에서 다음과 같은 내용으로 서신을 보내드립니다.

- 결정 내용에 대한 설명.

- 가입자께서 요청하시는 약물 보장의 달러 가치가 최소값 이상이라면 3단계 재심을 할 수 있다는 내용. 가입자께서 요청하신 약물 보장의 달러 가치가 너무 낮은 경우, 가입자께서는 한 번 더 재심을 신청하실 수 없으며, 2단계에서 내린 결정이 최종 결정임을 의미합니다.
- 분쟁 중인 달러 가치라면 재심 과정을 계속하실 수 있다는 내용.

4단계: 가입자의 사건이 요건을 충족하는 경우, 가입자는 다음 이의 제기 단계를 밟을지 여부를 선택합니다.

- 2단계 이후에는 재심을 세 번 더 할 수 있습니다(총 5단계의 재심).
- 3단계 재심을 계속하기를 원한다면, 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 재심 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
- 3단계 재심은 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. 본 장의 10항에서 3, 4, 5단계 재심의 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

8항 조기에 퇴원 조치된다고 생각하는 경우 저희에게 장기 병원 입원 보장을 요청하는 방법

병원에 입원하신 경우, 가입자는 가입자의 질병 또는 상해에 대한 진단 및 치료에 필요한 보장된 모든 병원 서비스를 받을 권리를 보유하고 있습니다.

보장된 병원 입원 기간 동안, 의사와 병원 직원들은 가입자께서 퇴원하시는 날을 준비하기 위해 가입자와 협력할 것입니다. 이들은 또 퇴원 후 필요할 수도 있는 진료 예약도 도와드립니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 가입자의 퇴원일이라고 합니다.
- 퇴원일이 결정되면 의사나 병원 직원이 퇴원 날짜를 알려드릴 것입니다.
- 너무 이른 시기에 퇴원시키려고 한다고 생각하시는 경우, 가입자께서 입원 연장을 요청하시면 병원 측에서 이를 고려할 것입니다.

8.1항 병원 입원 기간에 Medicare에서 가입자에게 서면 통지서를 보내어 가입자의 권한에 대해 알려드릴 것입니다

입원 후 2일 이내에 가입자께서는 Medicare에서 드리는 가입자 권리 안내서(An Important Message from Medicare about Your Rights)라는 서면 통지서를 보내 드립니다. Medicare에 가입하신 분은 모두 이 통지서를 받게 됩니다.

병원 관계자(예: 사회복지사, 간호사)에게 이 통지서를 받지 못하신다면 병원에 요청하셔야 합니다. 도움이 필요하시면 가입자 서비스 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중무휴 24시간 전화해 주십시오(TTY 1-877-486-2048).

1. 이 통지서를 꼼꼼히 읽으신 후 이해가 되지 않는 부분은 문의하시기 바랍니다. 주요 내용은 다음과 같습니다.

- 의사의 지시 대로 병원 입원 기간 동안 및 퇴원 후 Medicare 보장 서비스를 받을 가입자의 권리. 여기에는 이러한 서비스에는 어떤 것이 있는지, 누가 비용을 부담하는지, 그리고 언제 이러한 서비스를 받을 수 있는지 알 권리가 포함됩니다.

- 입원 기간에 대한 모든 결정.
- 병원 진료의 품질에 관해 갖게 된 우려 사항을 알릴 신고처.
- 병원에서 너무 이른 시기에 **퇴원시킨다고 생각하시는 경우** 퇴원 결정에 대해 즉각적인 검토를 요청할 권리. 이는 공식적이며 법적인 방식으로 가입자의 퇴원일에 대해 연기를 요청하는 것으로 이를 통해 가입자의 병원 진료에 대한 보장을 연장하여 보장해드릴 수 있게 됩니다.

2. 가입자께서는 반드시 서면 통지서에 서명을 하심으로써 이를 수령하였고 가입자의 권리를 이해하였음을 나타내셔야 합니다.

- 귀하 또는 귀하를 대리하는 사람이 통지서에 서명하도록 요청받을 것입니다.
- 이 통지서에 서명하는 것은 **단지** 가입자의 권리에 관한 정보를 수령하였음을 나타내는 것뿐입니다. 통지서가 퇴원일을 명시하는 것은 아닙니다. 이 통지서에 서명하는 것이 **가입자께서 퇴원일에 동의함을** 의미하는 것은 아닙니다.

3. 필요하실 때 재심(또는 진료 품질에 관한 우려 사항 보고)에 관한 정보를 찾으실 수 있도록 서명하신 통지서의 사본을 가까이에 보관하십시오.

- 병원을 떠나는 날부터 이틀 전까지 이 통지서에 서명하신 경우, 가입자께서는 퇴원 전에 통지서의 사본을 받으실 것입니다.
- 이 통지를 미리 보시려면 가입자 서비스 또는 주 7일 하루 24시간 연중무휴로 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 연락하시길 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 또한 저희 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices에서 이 통지서를 찾으실 수 있습니다.

8.2항 단계별 안내서: 퇴원 날짜를 변경하기 위해 1단계 재심을 신청하는 방법

연장된 기간 동안 병원 입원 서비스의 보장을 요청하고 싶으신 경우, 이러한 요청을 하기 위한 이의 제기 과정을 사용하셔야 합니다. 시작하시기 전에 가입자께서는 무엇을 해야 하는지와 마감 일자에 대해 아셔야 합니다.

- **과정에 따라 진행하십시오.**
- **마감일자를 지키십시오.**
- **필요한 경우 지원을 요청하십시오.** 문의 사항이 있으시거나 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 연락해주시기 바랍니다. 또는 개인 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program에 연락하십시오.

1단계 재심 기간 동안, 품질 개선 기관이 가입자의 재심을 심사합니다. 이 기관에서는 예정된 퇴원일이 가입자에게 의학적으로 적절한지의 여부를 확인합니다.

품질 개선 기관은 연방 정부가 고용한 의사 및 기타 보건 의료 진료 전문가 단체로 Medicare가 있는 사람들을 위한 진료 수준의 점검 및 개선을 돕는 업무를 담당합니다. 여기에는 Medicare 가입자들을 위한 병원 퇴원일 심사가 포함됩니다. 이 전문가들은 저희 플랜 소속이 아닙니다.

1단계: 가입자께서 거주하신 주의 품질 개선 기관에 연락하여 병원 퇴원일에 대한 즉각적인 심사를 요청하십시오. 가입자께서는 반드시 빠르게 대처하셔야 합니다.

이 기관에는 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 가입자께서 받으신 서면 통지서(*Medicare가 드리는 가입자의 권리에 관한 중요한 메시지*)를 통해 이 기관에 연락하는 방법을 알려드립니다. 또는 제2장에서 가입자께서 거주하시는 주의 품질 관리 기관의 이름, 주소, 전화번호를 확인하실 수 있습니다.

빠르게 대처하십시오.

- 재심을 하시려면 가입자께서 퇴원하시기 전 퇴원 당일 전 자정까지 품질 개선 기관에 반드시 연락하셔야 합니다.
 - 만일 이 기한을 지키신 경우, 가입자께서는 퇴원일 이후에도 품질 개선 기관이 가입자의 재심에 대해 내린 결정을 제공할 때까지 기다리는 동안 비용을 부담하지 않고 병원 입원을 할 수 있게 됩니다.
 - 만약 가입자께서 이 기한을 지키지 못할 경우, 저희에게 연락해 주시기 바랍니다. 재심 신청을 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.
- 품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓쳤지만 여전히 이의를 제기하려면 대신 저희 플랜에 직접 이의를 제기해야 합니다. 이의를 제기하는 다른 방법에 대한 자세한 내용은 이 장의 8.4항을 참조하십시오.

가입자께서 병원 퇴원일에 대한 즉각적인 심사를 요청하시고 나면 품질 개선 기관이 저희에게 연락할 것입니다. 저희가 연락 받는 날의 익일 정오까지 상세 퇴원 통지를 제공할 것입니다. 또한, 이 통지에는 가입자의 예정 퇴원 날짜와 가입자의 담당 의사와 병원 및 저희가 해당 날짜에 가입자께서 퇴원하는 것이 적당하다고(의학적으로 적절하다고) 생각하는 이유가 자세하게 나와 있습니다.

샘플 상세 퇴원 통지는 주 7일, 24시간 운영되는 가입자 서비스 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 연락하셔서 받으실 수 있습니다. (TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.) 또한 저희 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices에서 이 샘플 통지서를 찾으실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 사건에 대한 독립 심사를 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(심사위원)가 가입자(또는 가입자의 대리인)에게 해당 서비스에 대한 보장이 지속되어야 하는지 사유를 청취할 것입니다. 어떤 것도 서면으로 준비하실 필요는 없으나 원하신다면 그렇게 하셔도 좋습니다.
- 또한 심사위원은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 병원측과 저희가 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 검토자가 가입자의 재심에 대해 저희에게 알린 다음 날 정오까지, 가입자는 계획된 퇴원 날짜가 적힌 서면 통지를 받으실 수 있습니다. 또한, 이 통지에는 가입자의 담당

의사와 병원 및 저희가 가입자께서 해당 날짜에 퇴원하는 것이 적당하다고(의학적으로 적절하다고) 생각하는 이유도 상세하게 나와 있습니다.

3단계: 품질 개선 기관이 필요한 모든 정보를 입수한 후 **만 1일 이내에** 가입자의 이의 제기에 답변을 해드릴 것입니다.

승인으로 답변을 받은 경우에는 어떤 일이 일어납니까?

- 해당 심의 기관이 승인으로 답해드린 경우, **의학적으로 이러한 서비스가 필요한 한** 저희는 반드시 가입자에게 보장된 병원 입원 서비스를 제공해드려야만 합니다.
- 가입자께서는 (적용되는 경우, 공제금 또는 정액 본인 부담금과 같은) 자기 부담금을 계속 납부하셔야 합니다. 이외에도, 보장된 병원 서비스에 제한이 적용되어 있을 수도 있습니다.

거절로 답변을 받은 경우에는 어떤 일이 일어납니까?

- 해당 심의 기관이 거절로 답해드린 경우, 이는 해당 기관이 가입자에게 예정된 퇴원일이 **의학적으로 적절하다고** 알려드리는 것입니다. 거절 통지를 받으신 경우, **가입자의 병원입원 서비스에 대한 보장은 품질 개선 기관이 가입자의 재심에 대해 답변을 드린 날의 익일 정오에 종료될** 것입니다.
- 가입자의 재심에 거절로 해당 심의 기관이 답해드렸으나 가입자께서 병원에 입원하시기로 결정하신 경우라면, **품질 개선 기관이 가입자의 재심에 대해 답변을 드린 날의 익일 정오 이후에** 받으신 모든 병원 진료 비용은 가입자께서 부담하셔야 합니다.

4단계: 가입자의 1단계 재심에 대한 답변이 거절인 경우, 다음 재심을 할 것인지를 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 재심을 *거절하였으나* 가입자께서 **예정된** 퇴원일 이후에도 병원에 입원하시려는 경우라면, 가입자께서는 또 다른 재심을 진행하실 수 있습니다. 또 다른 재심을 한다는 것은 가입자께서 2단계 재심 과정을 진행하신다는 의미입니다.

8.3항 단계별 안내서: 퇴원 날짜를 변경하기 위해 2단계 재심을 신청하는 방법

2단계 재심 기간 동안, 가입자께서는 품질 개선 기관에 첫 재심에 대한 결정을 한 번 더 심사하도록 요청하시게 됩니다. 만일 품질 개선 기관이 가입자의 2단계 재심을 반려하는 경우, 가입자는 예정된 퇴원일 이후의 입원에 대한 총 비용을 부담하시게 될 수도 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하셔서 한 차례 더 심사를 요청하세요.

- 가입자께서는 1단계 재심에 **품질 개선 기관이 거절한 날로부터** 반드시 60일 안에 이러한 심사를 요청하셔야 합니다. 이러한 심사 요청은 진료에 대한 보장이 종료된 일자 이후에 병원에 입원한 경우에만 가능합니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대한 2단계 심사를 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 심사위원은 가입자의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 한 번 더 상세히 살펴볼 것입니다.

3단계: 가입자의 2단계 재심 요청을 받은 후 14일 이내에 심사위원은 가입자의 재심에 대한 결정을 알려줍니다.

심사 기관이 승인으로 답해드리는 경우:

- 가입자의 1단계 재심을 품질 개선 기관이 반려한 일자의 정오부터 받은 병원 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 반드시 가입자에게 환급해드려야만 합니다. 저희는 반드시 의학적으로 필요한 한 병원 입원 진료에 대한 보장을 계속 제공해야만 합니다.
- 가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 하며 보장 제한이 적용될 수도 있습니다.

심사 기관이 거절로 답해드리는 경우:

- 이는 해당 심의 기관이 저희가 1단계 재심 때 내린 결정에 동의한다는 의미입니다.
- 가입자께서 받으시는 통지서를 통해 서면으로 가입자께서 심사 과정을 계속 밟고자 하시는 경우 취해야 할 조치에 대해 알려드릴 것입니다.

4단계: 만일 거절로 답해드린 경우, 3단계로 진행하여 재심을 할지를 결정하셔야 합니다.

- 2단계 이후에는 재심을 세 번 더 할 수 있습니다(총 5단계의 재심). 3단계 재심을 원한다면, 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 재심 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
- 3단계 재심은 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. 본 장의 10항에서 3, 4, 5단계 재심 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

8.4항 가입자의 병원 퇴원 날짜를 변경하기 위해 1단계 재심을 위한 기한을 놓치는 경우에는 어떻게 됩니까?

법적 용어

빠른 심사(또는 빠른 재심)는 또한 신속 재심라고 부릅니다.

가입자께서는 그 대신에 저희에게 이의 제기를 하실 수 있습니다

위에 설명된 대로 신속하게 행동하여 병원 퇴원 날짜에 대한 1단계 재심을 시작해야 합니다. 품질 개선 기관에 연락을 취할 기한을 놓치신 경우, 직접 재심을 신청하시는 방법도 있습니다.

가입자께서 여기에서 소개해드리는 재심 방법을 사용하시는 경우, **대안 재심의 처음 두 단계는 다른 재심와는 다릅니다.**

단계별 안내서: 1단계 대체 재심 신청 방법

1단계: 저희에게 연락하셔서 빠른 심사를 요청하십시오.

- **빠른 심사를 요청하십시오.** 이는 저희가 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하여 가입자에게 답변을 드리도록 요청하는 것을 의미합니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.

2단계: 저희는 예정된 퇴원일에 대한 빠른 심사를 수행하여 이 일자가 의학적으로 적절한지를 점검할 것입니다.

- 이 심사 기간 동안에는 가입자의 병원 입원에 관한 모든 정보를 조회합니다. 저희는 예정된 퇴원일이 가입자에게 의학적으로 적절했는지의 여부를 확인합니다. 저희는 가입자의 퇴원일이 공정하고 모든 규정을 준수하여 결정되었는지 확인합니다.

3단계: 가입자께서 빠른 심사를 요청하신지 72시간 이내에 결정된 사항을 알려드립니다.

- 저희가 가입자의 재심에 대해 승인으로 답해드린 경우, 이는 저희가 예정된 퇴원일 이후에도 가입자께서 여전히 병원에 계셔야 한다는 판단에 동의했다는 의미입니다. 의학적으로 필요한 동안 저희는 계속해서 보장되는 입원 서비스를 제공할 것입니다. 또한 이는 가입자의 보장이 종료되었다고 알려드린 날부터 받으신 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 가입자에게 상환해드리기로 동의했다는 것을 의미합니다. (가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 하며, 보장 제한이 적용될 수도 있습니다.)
- 가입자의 재심에 대해 거절로 저희가 답해드린 경우, 이는 저희가 가입자에게 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 알려드리는 것입니다. 가입자의 병원 입원 서비스에 대한 보장은 저희가 보장 종료를 통지해드린 날에 종료됩니다.
 - 만일 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 계속 입원하신 경우, 가입자께서는 예정된 퇴원일 이후에 받으셨던 병원 진료에 대한 총 비용을 부담하셔야 할 수도 있습니다.

4단계: 만일 저희가 거절로 가입자의 재심에 대해 답해드리는 경우, 가입자의 사건은 자동으로 다음 단계의 재심 과정으로 전달될 것입니다.

단계별 안내서: 2단계 대체 재심 절차

법적 용어
독립 심사 기관의 공식 명칭은 독립 심사체입니다.
때로 IRE로 불리기도 합니다.

독립 심의 기관은 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 사건을 독립 심의 기관으로 전달할 것입니다.

- 저희가 가입자의 첫 번째 재심에 거절로 답해드린 때부터 24시간 이내에 2단계 재심을 위한 정보를 독립 심사 시관에 전달해야 합니다. (저희가 이 마감일자 또는 다른 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 불만 제기를 하실 수 있습니다. 본 장의 11항에서 불만 제기를 하는 방법을 알려드립니다.)

2단계: 독립 심의 기관이 가입자의 재심에 대한 빠른 심사를 수행합니다. 심사위원회는 가입자에게 72시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.

- 독립 심의 기관의 심사위원회는 가입자의 병원 퇴원에 대한 재심과 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.
- 만일 가입자의 재심에 대해 승인으로 해당 기관이 답해드리는 경우, 저희는 예정된 퇴원일로부터 받으신 병원 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 가입자에게 돌려드려야 합니다. 또한 저희는 반드시 의학적으로 필요한 한 병원 입원 진료에 대한 저희 플랜의 보장을 계속 제공해야만 합니다. 가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 합니다. 만일 보장 제한이 적용된 경우, 상환 금액이나 가입자께서 받으시는 보장의 지속 기간에 제한이 있을 수도 있습니다.
- 가입자의 재심에 대해 거절로 해당 기관이 답해드린 경우, 이는 해당 기관이 가입자에게 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절했다는 판단에 동의함을 알려드리는 것입니다.
 - 사용자께서 독립 심의 기관으로부터 받으시는 이 서면 통지서에는 3단계 재심을 시작하는 방법에 관한 상세한 내용이 담겨있으며, 이는 행정법 판사 또는 변호 재판관이 담당합니다.

3단계: 독립 심의 기관이 가입자의 재심을 반려하는 경우, 가입자는 한 번 더 재심을 할지를 선택합니다.

- 2단계 이후에는 재심을 세 번 더 할 수 있습니다(총 5단계의 재심). 2단계 재심에 대해 거절로 심사위원회가 답해드린 경우, 가입자께서는 이 결정을 수락하실지 3단계로 이행하여 3단계 재심을 하실지를 결정합니다.
- 본 장의 10항에서 3, 4, 5단계 재심의 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

9항 보장이 너무 짧다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스에 대해 지속적인 보장을 요청하는 방법

9.1항 이 항은 세 가지 서비스만 다룹니다. 가정 간호 진료, 전문 간병 기관 의료 서비스 및 종합의래재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대해서만 다룹니다

만일 가입자께서 가정 간호 진료, 전문요양시설 의료 서비스, 또는 재활 치료(종합의래재활시설)를 보장받는다면, 치료가 질병이나 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 한 가입자께서는 해당 유형의 진료에 대한 서비스를 계속해서 받을 권리가 있습니다.

저희가 이렇나 세 가지 진료 유형에 대한 보장을 중단해야 할 때라고 판단하는 경우, 저희는 사전에 가입자에게 이를 알려드려야 합니다. 해당 진료에 대한 보장이 종료되는 경우, 저희는 가입자에게서 받으시는 진료에 대해 저희가 부담해야 하는 분담금 지급을 중단할 것입니다.

만일 진료 보장이 너무 짧다고 생각하시는 경우, 가입자에게서는 저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 본 항에서는 이의 제기를 어떻게 하는지 알려드립니다.

9.2항 저희는 가입자의 보장이 언제 종료되는지 사전에 알려드릴 것입니다

법적 용어

Medicare 비보장 통지서. 신속 재심을 요청하는 방법을 알려드립니다.

신속 이의 제기는 진료 중단 시기에 관한 저희 보장 결정에 변경을 요청하기 위한 공식적이고 법적인 수단입니다.

1. 가입자에게서는 저희 플랜이 가입자에게서 받으시는 진료에 대한 보장을 중단하기 최소 2일 전에 통지서를 받게 되실 것입니다. 통지로 알려드리는 내용은 다음과 같습니다.
 - 가입자에게 진료 보장을 중단하는 날짜.
 - 저희가 더 오랜 기간 동안 계속해서 가입자의 진료를 보장하도록 요청하는 빠른 재심을 요청하는 방법.
2. 가입자, 또는 가입자를 대리하는 사람이 받았다는 사실을 보여줄 수 있게 서면 통지서에 서명하도록 요청받을 것입니다. 이 통지서에 서명하는 것은 단지 보장 중단 시기에 관한 정보를 수령하였음을 나타내는 것뿐입니다. 이에 서명하는 것은 진료를 중단할 시기라는 저희 결정에 대한 동의를 의미하는 것은 아닙니다.

9.3항 단계별 안내서: 저희 플랜에게 가입자의 치료를 더 오래 보장해 달라고 1단계 재심을 신청하는 방법

연장된 기간 동안 진료 보장을 요청하고 싶으신 경우, 이러한 요청을 하기 위한 이의 제기 과정을 사용하셔야 합니다. 시작하시기 전에 가입자에게서는 무엇을 해야 하는지와 마감 일자에 대해 아셔야 합니다.

- 과정에 따라 진행하십시오.
- 마감일자를 지키십시오.
- 필요한 경우 지원을 요청하십시오. 문의 사항이 있으시거나 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 연락해주시기 바랍니다. 또는 개인 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program에 연락하십시오.

1단계 재심 기간 동안, 품질 개선 기관이 가입자의 재심을 심사합니다. 가입자의 치료 종료일이 의학적으로 적절한지 결정합니다.

품질 개선 기관은 연방 정부가 고용한 의사 및 기타 보건 의료 진료 전문가 단체로 Medicare가 있는 사람들을 위한 진료 수준의 점검 및 개선을 돕는 업무를 담당합니다. 여기에는 이들은 Medicare에 가입한 사람들이 받은 진료의 품질을 점검하며 특정 유형의 의료 진료에 대한 보장을 중단할 시기에 관한 플랜의 결정을 심사하는 과정이 포함됩니다. 이 전문가들은 저희 플랜 소속이 아닙니다.

1단계: 1단계 재심: 해당 주의 품질 개선 기관에 연락하여 빠른 재심을 요청하십시오. 가입자께서는 반드시 빠르게 대처하셔야 합니다.

이 기관에는 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 가입자께서 받으신 Medicare 비보장 통지서의 서면 통지서를 통해 이 기관에 연락하는 방법을 알려드립니다. 또는 제2장에서 가입자께서 거주하시는 주의 품질 관리 기관의 이름, 주소, 전화번호를 확인하실 수 있습니다.

빠르게 대처하십시오.

- 재심을 시작하려면 Medicare 비보장 통지서의 발효일 전날 정오까지 품질 개선 조직에 연락해야 합니다.
- 품질 개선 기관에 연락할 기한을 놓쳤지만 여전히 이의를 제기하려면 대신 저희에게 직접 이의를 제기해야 합니다. 이의를 제기하는 다른 방법에 대한 자세한 내용은 이 장의 9.5항을 참조하십시오.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 사건에 대한 독립 심사를 수행합니다.

법적 용어
비보장 상세 설명. 종료되는 보장에 대한 상세 이유를 제공하는 통지서.

이 심사 기간 동안 무슨 일이 일어납니까?

- 품질 개선 기관의 의료 전문가(심사위원)가 가입자, 또는 가입자의 대리인에게 해당 서비스에 대한 보장이 지속되어야 하는지 사유를 청취할 것입니다. 어떤 것도 서면으로 준비하실 필요는 없으나 원하신다면 그렇게 하셔도 좋습니다.
- 또한 심사 기관은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 심사위원이 가입자의 재심에 대해 저희에게 통보한 날이 끝날 무렵, 가입자께서는 비보장 상세 설명을 받으시게 되며, 이는 가입자의 서비스에 대하여 저희가 보장을 종료하는 사유를 상세히 설명합니다.

3단계: 심사위원이 필요한 모든 정보를 받은 후 만 1일 이내에, 심사위원은 가입자에게 결정 사항을 알려드릴 것입니다.

승인으로 심사위원이 답해드리는 경우에는 어떤 일이 일어납니까?

- 가입자의 재심에 대해 승인으로 심사위원이 답해드린 경우, **의학적으로 필요한 한** 저희는 반드시 가입자에게 보장된 병원 입원 서비스를 제공해드려야만 합니다.
- 가입자께서는 (적용되는 경우, 공제금 또는 정액 본인 부담금과 같은) 자기 부담금을 계속 납부하셔야 합니다. 보장된 병원 서비스에 제한이 적용되어 있을 수도 있습니다.

거절로 심사위원이 답해드리는 경우에는 어떤 일이 일어납니까?

- 거절로 심사위원이 답해드리는 경우, 가입자의 보장 은 저희가 가입자에게 통지해드린 날짜에 종료됩니다.
- 만일 가입자께서 가정 간호 진료 또는 전문 간병 기관 의료 서비스, 종합외래재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스를 보장이 종료된 일자 이후에도 계속 받기로 결정하신 경우, 가입자께서는 해당 진료에 대한 총 비용을 직접 부담하셔야 하게 됩니다.

4단계: 가입자의 1단계 재심에 대한 답변이 거절인 경우, 다음 재심을 할 것인지를 결정합니다.

- 가입자의 1단계 재심에 거절로 심사위원이 답해드린 경우 **그리고** 가입자께서 해당 진료에 대한 보장이 종료된 후에도 계속 진료를 받으시기로 하시는 경우, 가입자께서는 2단계 심을 하실 수 있습니다.

9.4항 단계별 안내서: 저희 플랜에게 가입자의 치료를 더 오래 보장해 달라고 2단계 재심을 신청하는 방법

2단계 재심 기간 동안, 가입자께서는 품질 개선 기관에 첫 재심에 대한 해당 결정을 한번 더 심사하도록 요청하게 됩니다. 만일 가입자의 2단계 재심을 품질 개선 기관이 반려된 경우, 보장이 종료되었음을 알려드린 일자 이후에도 계속 받으신 가정 간호 진료 또는 전문 간병 기관 의료 서비스, 종합외래재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스에 대해 가입자께서는 총 비용을 직접 부담하셔야 하게 됩니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하셔서 한 차례 더 심사를 요청하세요.

- 가입자께서는 이러한 심사를 **1단계 재심에** 품질 개선 기관이 거절로 답해드린 날로부터 반드시 60일 이내에 요청하셔야 합니다. 이러한 심사 요청은 진료에 대한 보장이 종료된 일자 이후에 계속 진료를 받은 경우에만 가능합니다.

2단계: 품질 개선 기관은 가입자의 상황에 대한 2단계 심사를 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 심사위원은 가입자의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 한번 더 상세히 살펴볼 것입니다.

3단계: 가입자의 재심 요청을 수령한 일자로부터 **달력 상으로 14일 이내**에, 심사위원회는 가입자의 재심에 대해 결정한 사항을 알려드릴 것입니다.

만일 해당 심의 기관이 승인으로 답해드릴 경우는 어떤 일이 일어납니까?

- 저희가 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말한 날짜 이후 가입자께서 받은 치료 비용에 대한 저희 분담금을 가입자에게 환급해야 합니다. 저희는 반드시 진료에 대한 보장을 그것이 의학적으로 필요한 한 계속 제공해야만 합니다.
- 가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 하며 보장 제한이 적용될 수도 있습니다.

만일 해당 심사 기관이 가입자의 이의 제기에 대해 거절로 답해드릴 경우는 어떤 일이 일어납니까?

- 이는 해당 심의 기관이 저희가 1단계 재심에 대하여 내린 결정에 동의한다는 의미입니다.
- 가입자께서 받으시는 통지서를 통해 서면으로 가입자께서 심사 과정을 계속 밟고자 하시는 경우 취해야 할 조치에 대해 알려드릴 것입니다. 이 통지서에는 다음 단계의 재심으로 진행하는 방법에 관한 상세한 내용이 담겨있으며, 이러한 재심은 행정법 판사 또는 변호 재판관이 담당합니다.

4단계: 만일 거절로 답해드린 경우, 추가로 이의 제기를 진행할지 여부를 결정하셔야 합니다.

- 2단계 이후의 재심 과정에는 총 다섯 단계의 이의 과정에 대해 세 번의 추가 단계가 있습니다. 3단계 재심을 계속하기를 원한다면, 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 재심 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
- 3단계 재심은 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. **본 장의 10항에서 3, 4, 5단계** 재심의 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

9.5항 1단계 재심을 할 기한을 놓치는 경우에는 어떻게 됩니까?

가입자께서는 그 대신에 저희에게 이의 제기를 하실 수 있습니다

위에서 설명해드린 것처럼, 가입자께서는 반드시 신속하게 품질 개선 기관에 연락하셔서 1단계 재심을 시작하셔야 합니다(최대 1~2일 이내). 가입자께서 해당 기관에 연락할 수 있는 마감일자를 놓치신 경우, 이의 제기를 하실 수 있는 다른 방법이 있습니다. 가입자께서 여기에서 소개해드리는 재심 방법을 사용하시는 경우, **대안 재심의 처음 두 단계는 다른 재심와는 다릅니다.**

단계별 안내서: 1단계 대체 재심 신청 방법

법적 용어

빠른 심사(또는 빠른 재심)는 또한 신속 재심라고 부릅니다.

1단계: 저희에게 연락하셔서 빠른 심사를 요청하십시오.

- **빠른 심사를 요청하십시오.** 이는 저희가 표준 기한이 아닌 빠른 기한을 사용하여 가입자에게 답변을 드리도록 요청하는 것을 의미합니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.

2단계: 저희는 가입자께서 받으시는 서비스 보장을 언제 종료할 지에 대해 저희가 내린 결정을 빠르게 심사합니다.

- 이 심사 기간 동안에는 가입자의 사건에 관한 모든 정보를 한 번 더 조회합니다. 저희는 가입자께서 받으시던 서비스에 대해 저희 플랜의 보장을 종료하는 일자를 설정할 때, 저희가 모든 규정을 준수하였는지를 점검할 것입니다.

3단계: 가입자께서 빠른 심사를 요청하신지 72시간 이내에 결정된 사항을 알려드립니다.

- 저희가 가입자의 재심에 대해 승인으로 답해드린 경우, 이는 저희가 연장된 서비스가 필요하다는 가입자의 의견에 동의하며 의학적으로 필요한 한 보장된 서비스를 계속해서 제공할 것임을 의미합니다. 또한 이는 가입자의 보장이 종료되었다고 알려드린 날부터 받으신 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 가입자에게 상환해드리기로 동의했다는 것을 의미합니다. (가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 하며, 보장 제한이 적용될 수도 있습니다.)
- 가입자의 재심에 거절로 저희가 답해드린 경우, 가입자의 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료될 것이며 종료 일자 이후부터는 저희 분담금을 더 이상 지급하지 않을 것입니다.
- 만일 가입자께서 가정 간호 진료 또는 전문요양시설 의료 서비스, 종합외래재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스를 보장이 종료하기로 통보해드린 날짜 이후에도 계속 받으신 경우, 가입자께서 해당 진료에 대한 총 비용을 부담하셔야 하게 됩니다.

4단계: 만일 저희가 가입자의 빠른 이의 제기에 대해 거절로 답해드리는 경우, 가입자의 사건은 자동으로 다음 단계의 이의 제기 과정으로 전달될 것입니다.

법적 용어
독립 심사 기관의 공식 명칭은 독립 심사체입니다. 때로 IRE로 불리기도 합니다.

단계별 안내서: 2단계 대체 재심 절차

2단계 재심 기간 동안, 독립 심의 기관이 가입자의 "빠른 재심"에 거절로 답해드린 저희 결정을 심사합니다. 이 기관은 해당 결정이 변경되어야 하는지를 결정할 것입니다. 독립 심의 기관은 Medicare가 고용한 독립 심의 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연결되어 있지 않으며 정부

조직이 아닙니다. 이 기관은 독립 심의 기관이 취급하는 일을 담당하기 위해 Medicare가 선택한 회사입니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

1단계: 저희는 자동으로 가입자의 사건을 독립 심의 기관으로 전달합니다.

- 저희가 가입자의 첫 번째 재심에 거절로 답해드린 때부터 24시간 이내에 2단계 재심을 위한 정보를 독립 심사 시관에 전달해야 합니다. (저희가 이 마감일자 또는 다른 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 불만 제기를 하실 수 있습니다. 본 장의 11항에서 불만 제기를 하는 방법을 알려드립니다.)

2단계: 독립 심의 기관이 가입자의 재심에 대한 빠른 심사를 수행합니다. 심사위원은 가입자에게 72시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.

- 외부 심의 기관의 심의 위원은 가입자의 재심 신청과 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.
- 만일 가입자의 재심에 대해 승인으로 해당 기관이 답해드리는 경우, 저희는 가입자의 보장이 종료될 것으로 통보해드린 일자부터 받으신 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 가입자에게 환급해드려야 합니다. 저희는 반드시 해당 진료가 의학적으로 필요한 한 계속해서 이에 대한 보장을 제공해드려야만 합니다. 가입자께서는 반드시 자기 분담금을 계속 납부하셔야 합니다. 만일 보장 제한이 적용된 경우, 환급 금액이나 보장의 지속 기간에 제한이 있을 수도 있습니다.
- 가입자의 재심에 대해 거절로 해당 기관이 답해드린 경우, 이는 저희 플랜이 가입자의 1단계 재심에 대해 내린 결정에 해당 기관이 동의하였으며 이를 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
 - 독립 심의 기관이 제공해드리는 통지서를 통해 가입자께서 서면으로 가입자께서 3단계 재심을 계속하시는 경우 취해야 할 조치에 대해 알려드릴 것입니다.

3단계: 독립 심의 기관이 가입자의 재심을 거절하는 경우, 가입자는 한 번 더 재심을 할 지를 선택합니다.

- 2단계 이후의 재심 과정에는 총 다섯 단계의 이의 과정에 대해 세 번의 추가 단계가 있습니다. 3단계 재심을 계속하기를 원한다면, 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 재심 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
- 3단계 재심은 행정법 판사나 변호 재판관이 담당합니다. 본 장의 10항에서 3, 4, 5단계 재심의 과정에 관한 자세한 내용을 알려드리겠습니다.

10항 3단계 이상 재심으로 이행하기

10.1항 3단계, 4 및 5 의료 서비스를 위해 요청

이 항은 가입자께서 1단계 재심 및 2단계 재심을 하셨으나 두 번 모두 다 반려된 경우에 도움이 될 것입니다.

가입자께서 이의 제기를 하신 품목이나 의료 서비스의 달러 가치가 특정 최소 기준에 부합한다면, 가입자께서는 추가적인 이의 제기 단계로 이행하실 수도 있습니다. 만일 달러 가치가 최소 기준에 미달한다면, 가입자께서는 더 이상 이의 제기를 하실 수 없습니다. 2단계 재심에 대해 수신하신 서면 응답서는 3단계 재심을 하는 방법을 설명해드립니다.

이의 제기와 관련된 대부분의 상황에서 마지막 3단계 이의 제기는 대체로 동일하게 이뤄집니다. 다음은 각 단계에서 이의 제기에 대한 심사를 누가 하는지에 대한 내용입니다.

3단계 재심 연방 정부에서 일하는 행정법 판사 또는 변호 재판관이 가입자의 재심을 심사하고 답변을 드릴 것입니다.

- 만일 가입자의 재심에 대해 승인으로 행정법 판사 또는 변호 재판관이 답해드리는 경우, 해당 재심 과정은 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다. 2단계 재심에서의 결정과 다르게, 저희에게는 가입자에게 유리한 3단계 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 저희가 이의를 제기하기로 결정한다면 4단계 재심으로 넘어갑니다.
 - 만일 저희가 해당 결정에 대해 재심을 하지 않기로 결정하는 경우, 저희는 반드시 행정법 판사 또는 변호 재판관이 내린 결정을 받은 후 60일 이내로 해당 의료 진료를 승인하거나 가입자에게 제공해드려야만 합니다.
 - 저희가 해당 결정에 대해 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 저희는 가입자에게 4단계 재심 요청서 사본과 부속 문서를 보내드릴 것입니다. 저희는 분쟁 중에 있는 해당 의료 진료를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 재심 결정을 기다릴 수도 있습니다.
- 만일 가입자의 재심에 대해 거절로 행정법 판사 또는 변호 재판관이 답해드리는 경우, 해당 재심 과정은 종료될 수도 있고 종료되지 않을 수도 있습니다.
 - 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 수락하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
 - 가입자께서 해당 결정을 수락하지 않으시는 경우, 가입자께서는 다음 단계의 심사 과정으로 계속 이행하실 수 있습니다. 가입자께서 받으시는 통지서는 4단계 재심을 위해 하셔야 할 일을 알려 드릴 것입니다.

4단계 재심 Medicare 재심 심사 위원회(Council)가 가입자의 재심을 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 본 위원회는 연방 정부의 기관입니다.

- 만일 승인으로 답해드리는 경우, 또는 위원회가 가입자에게 유리한 3단계 재심 결정에 대한 저희의 심사 요청을 거절하는 경우, 해당 재심 과정은 종료되거나 종료되지 않을 수도 있습니다. 2단계에서의 결정과 다르게, 저희에게는 가입자에게 유리한 4단계 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 저희는 5단계로 이 결정에 이의를 제기할지 결정할 것입니다.
 - 만일 저희가 해당 결정에 대해 이의를 제기하지 않기로 결정하는 경우, 저희는 반드시 위원회가 내린 결정을 받은 후 60일 이내로 해당 의료 진료를 승인하거나 가입자에게 제공해드려야만 합니다.
 - 만일 저희가 해당 결정에 이의 제기를 하기로 결정하는 경우, 가입자에게 서면으로 알려드리도록 하겠습니다.
- 만일 거절로 답해드리는 경우, 또는 위원회가 심사 요청을 거절하는 경우, 해당 재심 과정은 종료되거나 종료되지 않을 수도 있습니다.

- 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 수락하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
- 가입자께서 해당 결정을 수락하지 않으시는 경우, 가입자께서는 다음 단계의 심사 과정으로 계속 이행하실 수 있습니다. 가입자의 재심에 대해 거절로 위원회가 답해드리는 경우, 규정상 가입자께서 5단계 재심으로 이행할 수 있는지와 5단계 재심으로 계속하는 방법을 알려드리는 통지서를 보내드릴 것입니다.

5단계 재심 연방 지방 법원의 판사가 가입자의 재심을 심사할 것입니다.

- 연방 지방 법원 판사는 가입자의 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거절을 결정합니다. 이는 마지막 답입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더는 재심 단계는 없습니다.

10.2항 추가 Medicaid 재심

가입자의 재심이 Medicaid가 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관한 것이라면 다른 이의를 제기할 권리도 있습니다. 공정 청문(Fair Hearing)실에서 받은 서신에서 재심 과정을 계속하기를 원하시는 경우 어떻게 해야 할지 알려드릴 것입니다.

DHS 청문회:

Kaiser Permanente의 재심 과정을 진행했고 저희가 내린 결정에 만족하지 않는다면, 가입자께서 보건 복지부(DHS)에 청문회를 요청할 수 있습니다. DHS의 행정 항소청(AAO)에 서신을 발송하세요. AAO는 가입자의 서신을 가입자의 재심에 대한 Kaiser Permanente의 거부 통지를 받은 날로부터 달력 상으로 120일 이내에 수신해야 합니다. 포함 정보: 가입자의 요청을 뒷받침하는 모든 사실 또는 법. 다음 주소로 재심을 보내십시오.

하와이주 복지부(State of Hawaii Department of Human Services)
행정 항소 위원회(Administrative Appeals Office)
P.O. 사서함(Box) 339
호놀룰루(Honolulu), HI 96809-0339

재심 파일을 수신하는 데는 비용이 들지 않습니다. 가입자는 가입자를 위해 이의를 제기할 누군가를 임명할 권리를 보유하고 있습니다. 가입자는 가입자의 재심을 보낼 때 작성하는 사람의 이름을 밝혀야 합니다. 가입자는 청문회에서 스스로를 대변하거나 변호사, 친척, 친구 또는 다른 사람이 가입자를 대신하여 말하도록 할 수 있습니다. 가입자는 그들이 요청을 수신한 날짜로부터 달력 상으로 90일 이내에 결정을 수신하게 됩니다. 저희는 DHS 행정 청문회의 결정을 따라야 합니다. 가입자는 DHS 행정 청문회를 요청하기 전에 Kaiser Permanente의 재심 과정을 먼저 진행해야 합니다.

가입자 또는 가입자의 승인된 대리인은 Kaiser Permanente가 통지를 따르지 않고 DHS의 Med-QUEST 부서에서 설정한 시기 요건을 따르지 않는 경우에 Kaiser Permanente의 불만 및 재심 과정을 소모했다고 여겨집니다. 이런 경우에는, 가입자에게 주 행정 청문회를 제기할 권리가 있습니다. 가입자는 주 행정 청문회 시스템에 접근하기 전에 Kaiser Permanente의 내부 불만 및 재심 시스템을 소진해야 합니다.

신속 DHS 청문회

가입자께서 가입자의 저희에 대한 재심의 신속 심사를 진행했고, 가입자께서 원하는 방향으로 진행되지 않은 경우에, 가입자는 DHS에 신속 행정 청문회를 요청할 수도 있습니다. 가입자는

AAO에 가입자의 서신을 가입자의 재심에 대해 Kaiser Permanente에서 답을 받은 날로부터 달력 상으로 120일 이내에 제출해야 합니다. 신속 행정 청문회는 가입자의 요청이 제기된 날로부터 3 영업일 이내에 검토되고 결정되어야 합니다. 저희는 최선의 결과가 가입자에게 제공되고 절차가 주 및 연방 규제를 준수하도록 주와 협력할 것입니다. 신속 주 행정 청문회가 요청되면 저희는 결정을 내리는 데 사용된 정보(예: 의료 기록), 가입자에게 작성된 가입자로부터 받은 서면 문서, 공급자 정보, 등을 DHS에 신속 재심을 거부하는 결정이 내려진 이후 24시간 이내에 제출할 것입니다.

신속 주 행정 청문회 과정에 대한 가입자의 요청을 다음으로 보내십시오.

하와이주 복지부(State of Hawaii Department of Human Services)
행정 항소 위원회(Administrative Appeals Office)
P.O. 사서함(Box) 339
호놀룰루(Honolulu), HI 96809-0339

10.3항 파트 D 약품 요청에 대한 재심 3, 4, 5단계

이 항은 가입자께서 1단계 재심 및 2단계 재심을 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. 만일 달러 금액이 적다면, 가입자께서는 더 이상 이의 제기를 하실 수 없습니다. 2단계 재심에 대해 받으신 서면 응답서를 통해 누구에게 연락을 하고 3단계 재심을 하기 위해 어떤 조치를 취해야 하는지에 대해 설명해드릴 것입니다.

이의 제기와 관련된 대부분의 상황에서 마지막 3단계 이의 제기는 대체로 동일하게 이뤄집니다. 다음은 각 단계에서 이의 제기에 대한 심사를 누가 하는지에 대한 내용입니다.

3단계 재심: 연방 정부에서 일하는 행정법 판사 또는 변호 재판관이 가입자의 재심을 심사하고 답변을 드릴 것입니다.

- 만일 승인으로 답해드리는 경우, 본 재심 과정은 종료됩니다. 저희는 반드시 72시간 이내 (신속 재심 시 24시간 이내)에 행정법 판사 또는 변호 재판관이 승인한 약물 보장을 허가 또는 제공해야 하거나 해당 결정을 받은 후 30일 이내에 비용을 지급해야만 합니다.
- 만일 거절로 답해드리는 경우, 본 이의 제기 과정은 종료되거나 종료되지 않을 수도 있습니다.
 - 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 수락하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
 - 가입자께서 해당 결정을 수락하지 않으시는 경우, 가입자께서는 다음 단계의 심사 과정으로 계속 이행하실 수 있습니다. 가입자께서 받으시는 통지서는 4단계 재심을 위해 하셔야 할 일을 알려 드릴 것입니다.

4단계 재심: Medicare 이의 제기 심사 위원회(Council)가 가입자의 이의 제기를 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 본 위원회는 연방 정부의 기관입니다.

- 만일 승인으로 답해드리는 경우, 본 이의 제기 과정은 종료됩니다. 저희는 반드시 72시간 이내 (신속 재심 시 24시간 이내)에 위원회가 승인한 약물 보장을 허가 또는 제공해야 하거나 해당 결정을 받은 후 30일 이내에 비용을 지급해야만 합니다.
- 만일 거절로 답해드리는 경우, 본 이의 제기 과정은 종료되거나 종료되지 않을 수도 있습니다.
 - 가입자의 이의 제기를 반려하는 결정을 가입자께서 수락하시는 경우, 이의 제기 과정은 종료됩니다.
 - 가입자께서 해당 결정을 수락하지 않으시는 경우, 가입자께서는 다음 단계의 심사 과정으로 계속 이행하실 수 있습니다. 가입자의 재심에 대해 거절로 위원회가 답해드리거나 재심 심사 요청을 거부하는 경우, 통지서는 규정상 가입자께서 5단계 재심으로 이행할 수 있는지를 알려드릴 것입니다. 가입자께서 재심을 계속하기로 결정할 경우 연락해야 할 상대와 무슨 조치를 취해야 할지에 대해 알려드릴 것입니다.

5단계 재심: 연방 지방 법원의 판사가 가입자의 이의 제기를 심사할 것입니다.

- 연방 지방 법원 판사는 가입자의 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거절을 결정합니다.. 이는 마지막 답입니다. 연방 지방 법원 이후에는 더는 재심 단계는 없습니다.

11항 의료 서비스의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 및 기타 우려 사항에 관한 불만 제기를 하는 방법

11.1항 불만 제기 과정을 통해 해결할 수 있는 문제는 어떤 것이 있습니까?

불만 제기 과정은 특정 유형의 문제에 대해서만 사용합니다. 여기에는 진료 품질, 대기 시간, 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 다음은 불만 제기 과정을 통해 해결할 수 있는 문제의 예시입니다.

불만	예
의료 진료 품질	<ul style="list-style-type: none"> ● 가입자께서 받으신 진료(병원 내 진료 등)의 품질이 만족스럽지 않습니까?
가입자의 프라이버시 존중	<ul style="list-style-type: none"> ● 누군가가 가입자의 프라이버시를 존중하지 않았거나 기밀 정보를 공유했다고 생각합니까?
무례, 조악한 고객 서비스, 또는 기타 부정적인 행위	<ul style="list-style-type: none"> ● 누군가가 가입자를 무례하게 대했습니까? ● 저희 가입자 서비스에 불만족하십니까? ● 플랜을 탈퇴하라는 권유를 받고 있다고 생각하십니까?

불만	예
<p>대기 시간</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 예약에 어려움을 겪으시거나 너무 오래 기다리고 계십니까? • 의사, 약사, 또는 기타 의료 전문가들이 너무 오래 기다리게 합니까? 저희 가입자 서비스나 저희 플랜의 다른 직원이 너무 오래 기다리게 합니까? <ul style="list-style-type: none"> ○ 여기에는 전화, 대기실, 처방전 수령, 또는 검사실이나 처방전을 받는 대기가 너무 긴 경우가 포함됩니다.
<p>청결도</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 의원, 병원, 의사의 진료실의 청결도 또는 상태에 불만족하십니까?
<p>가입자가 저희로부터 얻은 정보</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 저희가 요청하신 통지를 제공하지 못했습니까? • 저희가 가입자에게 보낸 서면 정보가 이해하기 어렵다고 생각합니까?
<p>적시성 (이러한 유형의 불만 제기는 모두 보장 결정과 재심에 관련된 저희 조치의 적시성에 관련되어 있습니다)</p>	<p>가입자께서 보장 결정 요청 또는 재심 요청을 하신 경우, 그리고 저희가 충분히 신속하게 대응해드리지 않는다고 생각하시는 경우, 가입자께서는 또한 저희 서비스가 느린 점에 대해 불만 제기를 하실 수 있습니다. 다음은 그에 대한 예시입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자께서 신속 보장 결정 또는 신속 재심을 요청하셨으나 저희가 거절로 답해드린 경우, 가입자께서는 불만 제기를 하실 수 있습니다. • 가입자께서 저희가 보장 결정이나 재심 기한을 지키지 않는다고 생각하면, 가입자는 불만을 제기할 수 있습니다. • 가입자께서 저희가 승인된 특정 의료 품목이나 서비스나 약물을 보장하거나 환급하는 기한을 지키지 않는다고 생각하면, 가입자는 불만을 제기할 수 있습니다. • 가입자께서 독립 심의 기관에 가입자의 사건을 보내는 기한 요건을 맞추지 못했다고 생각하면, 가입자는 불만을 제기할 수 있습니다.

11.2항 불만 제기 방법

법적 용어
<ul style="list-style-type: none"> • 불만은 또한 고충(grievance)으로 불리기도 합니다. • 불만 제기는 또한 고충 접수로 불리기도 합니다. • 불만 제기에 대한 과정의 사용은 또한 고충 접수에 대한 과정의 사용으로 불리기도 합니다. • 신속 불만은 또한 신속 고충으로 불리기도 합니다.

11.3항 단계별 안내서: 불만 제기

1단계: 전화나 서면으로 즉시 알려주시기 바랍니다.

- 일반적으로 가입자 서비스에 전화하는 것이 첫 번째 단계입니다. 가입자께서 하셔야 하는 것이 있다면 저희 회원 서비스 센터가 알려드릴 것입니다.
- 전화로 연락하고 싶지 않으시거나(또는 전화를 했지만 만족하지 않으신 경우), 가입자께서는 서면으로 불만 제기를 하실 수 있습니다. 가입자께서 서면으로 불만 제기를 접수하시는 경우, 저희는 가입자에게 서면으로 응답해드릴 것입니다. 만일 가입자께서 서면 응답을 요청하시거나 불만 제기 사항이 의료 품질에 관련된 것인 경우, 가입자께서 전화로 불만 제기를 하시는 경우에도 서면으로 응답해드릴 것입니다.
- 불만 사항이 있으신 경우, 저희는 전화상으로 가입자의 불만 사항을 해결해드리도록 노력할 것입니다. 전화상으로 가입자의 불만 사항을 해결해드리지 못한 경우, 저희는 가입자의 불만 사항에 대한 공식적인 절차를 밟을 것입니다. 가입자의 고충 사항은 가입자께서 받으신 서비스에 만족하지 못하신 이유와 같은 우려 사항을 설명하는 것이어야 합니다. 불만 제기 시 연락해야 하는 대상에 대한 정보는 제2장을 참조하시기 바랍니다.
 - 가입자께서는 반드시 해당 사건 사고가 발생한 날부터 60일 이내에 (구두 또는 서면으로) 저희에게 고충을 접수하셔야만 합니다. 저희는 반드시 가입자의 불만 제기를 받은 후 30일 이내에, 건강 상태에 따라 될 수 있는 한 빠르게 가입자의 고충에 응답해드려야만 합니다. 가입자께서 연장을 요청하시는 경우, 또는 추가 정보 및 연장이 가입자를 위해 필요하다고 저희가 판단을 내리는 경우, 최장 14일까지 저희가 결정을 내리기 위한 기간을 연장할 수 있습니다.
 - 가입자께서는 저희가 의료 진료나 항목의 보장 결정이나 재심에 신속하게 결정을 내리지 않은 것에 관해, 또는 의료 진료나 항목의 보장 결정이나 재심에 관해 결정을 내리기 위해 기간 연장이 필요한 경우 신속 고충 접수를 하실 수 있습니다. 저희는 반드시 신속 고충 접수에 대해 24시간 이내에 응답해드려야만 합니다.
- 전화나 서면으로든 가입자께서는 저희 가입자 서비스로 곧바로 연락하셔야 합니다. 가입자께서는 가입자께서 불만 제기를 하시고자 하는 문제가 있다면 언제든지 불만을 접수하실 수 있습니다.

2단계: 저희는 가입자의 불만 사항을 심사하고 답변을 드릴 것입니다.

- 가능한 경우, 저희는 곧바로 가입자에게 답변을 드릴 것입니다. 가입자께서 전화로 불만 제기를 하신 경우, 저희는 해당 전화 통화 중에 가입자에게 답변을 드릴 수도 있습니다.

- 대부분의 불만 사항에 대해 30일 이내에 답변을 해드립니다. 만일 가입자를 위해 추가 정보 및 연장이 필요한 경우 또는 가입자께서 연장을 요청하신 경우, 저희는 가입자의 불만 제기에 답변을 드리기 위해 최장 14일(총 44일)까지 추가로 사용할 수 있습니다. 일정 추가가 필요한 것으로 결정하는 경우, 가입자에게 서면으로 알려드리도록 하겠습니다.
- 신속 보장 결정 또는 신속 재심 요청을 거절한 것에 대한 불만 제기를 하시는 경우, 저희는 자동으로 신속 불만 제기에 대한 답변을 드리게 됩니다. 가입자께서 "신속 불만 제기"를 하시는 경우, 이는 저희가 24시간 이내에 가입자에게 답변을 드리게 됨을 의미합니다.
- 저희가 가입자의 재심의 일부 또는 전부에 동의하지 않는 경우 또는 불만 제기를 하신 문제에 대해 저희가 책임을 지지 않게 되는 경우, 가입자에게 보내는 저희의 응답에 이유를 포함하겠습니다.

11.4항 가입자께서는 또한 품질 개선 기관에 의료 품질에 관한 불만 제기를 하실 수 있습니다.

가입자의 불만 사항이 진료 품질에 관한 것인 경우, 가입자께서는 또한 두 가지 추가 옵션을 사용할 수 있습니다.

- 가입자께서는 불만을 품질 개선 기관에 직접 제기할 수 있습니다. 품질 개선 기관은 연방 정부가 고용한 개업의 및 기타 보건 의료 전문가 단체로 Medicare에 가입한 환자가 받은 진료를 점검하고 개선하는 업무를 담당합니다. 제2장에는 연락처 정보가 있습니다.

또는

- 가입자께서는 품질 개선 기관 및 저희 모두에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

11.5항 불만 사항을 Medicare에 알리거나 Medicaid에 보내실 수 있습니다.

저희 플랜에 대한 불만을 Medicare에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare에 불만 제기를 하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 접속하시기 바랍니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수도 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048로 연락하실 수 있습니다.

또한, 사용자께서는 하와이주 복지부 Med-Quest 부서의 주 불만 심사를 요청할 수 있습니다. 가입자께서는 Med-QUEST로 의료 보험에 대한 불만을 수신한 30일 이내로 연락하시거나 서신을 보내셔야 합니다. 그렇지 않은 경우, 가입자의 불만은 해결된 것으로 간주됩니다.

주 불만 심사를 요청하려면, 808-692-8094로 DHS에 연락하십시오. 또는 다음으로 요청서를 보내주십시오.

Med-QUEST 부서(Division)
건강 관리 서비스 브랜치(Health Care Services Branch)
사서함(PO Box) 700190
카포레이(Kapolei), HI 96709-0190

DHS가 가입자의 불만을 심리하게 됩니다. 그들은 불만 심사 요청이 수신된 날짜로부터 달력 상으로 90일 이내에 결정을 내리게 됩니다. DHS의 결정은 최종 결정입니다.

제10장: 가입한 플랜에 대한 멤버십 해지

1항 저희 플랜에서 가입자의 멤버십 해지 소개

저희 플랜에 대한 멤버십 해지는 **자발적**(자신이 선택함)이거나 **비자발적**(자신이 선택한 것이 아님)일 수도 있습니다.

- 가입자께서 멤버십을 해지하고 *싶으시다*면 저희 플랜 가입을 해지하실 수 있습니다. 2항 및 3항에서는 자발적 멤버십 해지에 대한 정보를 제공합니다.
- 또한 가입자께서 탈퇴를 원하지 않으시지만 저희가 가입자의 멤버십을 해지해야 하는 제한적인 상황이 있습니다. 5항에서 저희가 반드시 가입자의 멤버십을 해지해야 하는 상황에 대해 알려드립니다.

가입자께서 저희 플랜을 탈퇴하시는 경우, 가입자께서는 반드시 멤버십이 해지되기 전까지 저희는 저희 플랜을 통해 가입자의 의료 진료와 처방 약을 제공해야 하고 가입자께서는 비용 부담금을 지불하셔야 합니다.

2항 언제 플랜을 해지할 수 있습니까?

2.1항 가입자는 Medicare 또는 Medicaid를 보유하고 있으므로 멤버십을 해지할 수 있습니다

- 대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 여러분은 Medicaid이 있기 때문에 연중 언제든지 플랜에서 멤버십을 종료할 수 있습니다. 가입자께서는 또한 다른 Medicare 플랜에 다음 중 어느 달이든 가입할 수 있는 옵션이 있습니다.
 - Original Medicare에 *별도의* Medicare 처방약 플랜 포함된 경우.
 - Original Medicare에 *별도의* Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 경우(이 옵션을 선택하면, 자동 등록을 선택 해제하지 않는 한 Medicare는 가입자를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다), 또는
 - 자격이 있다면, 가입자의 Medicare 및 대부분의 Medicaid 혜택 및 서비스를 하나의 플랜에서 제공하는 통합 D-SNP.

참고: 만일 가입자께서 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하시고 신용할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지내시는 경우, 가입자께서 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 과태료를 물게 됩니다.

주 Medicaid 사무실에 연락하셔서 가입자의 Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보십시오(전화번호는 본 문서의 제2장 6항에 있습니다).

- 다른 Medicare 의료 보험 옵션이 연례 가입 기간 동안 이용 가능합니다. 2.2항에서 연례 가입 기간에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.
- **언제 멤버십이 해지됩니까?** 가입자의 멤버십은 보통 저희가 가입자의 플랜 변경 요청을 수신한 후 다음 달 첫 날에 해지됩니다. 새 플랜에 대한 등록도 이 날 시작됩니다.

2.2항 가입자께서는 연간 공개 가입 기간 동안 멤버십을 해지하실 수 있습니다

가입자께서는 **연례 가입 기간** 동안 멤버십을 해지하실 수 있습니다(또한 연례 공개 가입 기간으로도 알려져 있습니다). 이 기간 동안에는 자신의 의료 보장 및 약물 보장을 검토하셔야 하며 다음 해 동안의 보장에 대해 결정을 내리셔야 합니다.

- 연례 가입 기간은 **10월 15일부터 12월 7일까지**입니다.
- 가입자께서는 현재 보장을 계속 유지하거나 다음 해에 보장을 변경하도록 선택할 수 있습니다. 가입자께서 새로운 플랜으로 변경하기로 결정하신 경우, 다음 유형의 플랜 가운데 어떤 것이든 선택하실 수 있습니다.
 - 처방약 보장을 포함하거나 포함하지 않는 다른 Medicare 의료 보험.
 - Original Medicare에 *별도의* Medicare 처방약 플랜 포함된 경우
또는
 - Original Medicare에 *별도의* Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 경우.
- 가입자의 멤버십은 신규 플랜의 보장이 시작되는 1월 1일에 해지됩니다.

처방약 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 "추가 지원"을 받는 경우, Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않은 경우, 자동 등록을 선택 해제하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: 만일 가입자께서 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하시고 신용할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지내시는 경우, 가입자께서 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 과태료를 물게 됩니다.

2.3항 가입자께서는 Medicare Advantage 공개 가입 기간 동안 저희 멤버십을 해지하실 수 있습니다

가입자께서는 **한 번의** 의료 보장을 변경할 기회를 Medicare Advantage 공개 가입 기간 동안 갖게 됩니다.

- 연례 Medicare Advantage 공개 가입 기간은 1월 1일에서 3월 31일이며 MA 플랜에 가입한 새로운 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B의 혜택을 받기 시작한 월부터 혜택을 받는 세 번째 월의 마지막 날까지 유효합니다.
- Medicare Advantage 공개 가입 기간 동안 다음이 가능합니다.
 - 처방약 보장을 포함하는 또는 포함하지 않는 다른 Medicare Advantage 플랜으로 변경할 수 있습니다.
 - 저희 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare를 통한 보장을 받음. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하기로 선택하면 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다.

- 가입자의 멤버십은 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하신 후 또는 저희가 Original Medicare 전환 요청을 받은 후 다음 달 첫 번째 날에 해지됩니다. 또한 가입자께서 Medicare 처방약 플랜에 가입하고자 하시는 경우, 가입자의 약물 플랜 멤버십은 해당 약물 플랜 측에서 가입자의 가입 요청을 받은 후 다음 달 첫 번째 날에 시작됩니다.

2.4항 가입자께서 특별 가입 기간 동안 멤버십을 해지하실 수 있는 특정 상황이 있습니다.

또한 연중 다른 기간에도 저희 플랜을 탈퇴할 수 있는 특정 상황이 있습니다. 이를 특별 가입 기간이라고 합니다.

가입자께서는 특별 가입 기간 동안에 멤버십을 해지할 자격을 다음 중 어떤 상황이든 적용되는 경우에 보유합니다. 다음은 몇 가지 사례일 뿐입니다. 전체 목록을 보시려면 저희 플랜이나 Medicare에 연락을 주시거나 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에 접속하시기 바랍니다.

- 보통, 가입자께서 이주하신 경우.
- Medicaid를 보유하신 경우.
- 가입자께서 Medicare 처방전 비용을 지원해주는 "추가 지원" 자격을 보유하신 경우.
- 저희가 가입자와 맺은 계약을 위반한 경우.
- 가입자께서 사설 요양원이나 장기요양(Long-Term Care, LTC)병원과 같은 시설에서 진료를 받고 계신 경우.

참고: 만일 가입자께서 약물 관리 프로그램에 참여 중이신 경우, 플랜 변경이 불가능할 수도 있습니다. 제5장의 10항에서 약물 관리 프로그램에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.

참고: 2.1항에서 Medicaid를 보유한 경우의 특별 가입 기간에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.

- 등록 기간은 가입자의 상황에 따라 달라집니다.
- 특별 가입 기간 자격 보유 여부를 확인하시려면, 24시간 연중 무휴 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락을 주시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오. 특수한 상황으로 인해 가입자께서 멤버십을 해지해야 할 자격을 보유하시는 경우, 가입자께서는 Medicare 의료 보장 및 처방약 보장 모두를 변경하실 수 있습니다. 가입자는 다음을 선택할 수 있습니다.
- 처방약 보장을 포함하거나 포함하지 않는 다른 Medicare 의료 보험,
- Original Medicare에 별도의 Medicare 처방약 플랜 포함된 경우,
- 또는 Original Medicare에 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 경우.

참고: 만일 가입자께서 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하시고 신용할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지내시는 경우, 가입자께서 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 과태료를 물게 됩니다.

처방약 비용을 지불하기 위해 **Medicare**로부터 "추가 지원"을 받는 경우, Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않은 경우, 자동 등록을 선택 해제하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

가입자의 멤버십은 보통 가입자의 플랜 변경 요청이 접수된 다음달의 첫 번째 날에 해지됩니다.

참고: 2.1항 및 2.2항에서 Medicaid와 "추가 지원"을 보유한 경우의 특별 가입 기간에 관한 자세한 내용을 알려드립니다.

2.5항 멤버십 해지 시기에 관한 자세한 정보는 어디서 받아볼 수 있습니까?

멤버십 해지에 관한 질문이 있는 경우 다음이 가능합니다.

- 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
- 관련 정보를 *Medicare & You 2025년* 핸드북에서 확인할 수 있습니다.
- 문의는 Medicare의 주 7일, 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 해 주십시오. (TTY 1-877-486-2048.)

3항 플랜 멤버십 해지는 어떻게 하면 됩니까?

아래의 표를 통해 저희 플랜 멤버십을 어떻게 해지해야 하는지를 설명해드리겠습니다.

저희 플랜에서 아래의 플랜으로 아래와 같이 하시면 됩니다 변경하고자 하시는 경우	
<ul style="list-style-type: none"> • 다른 Medicare 의료 플랜 	<ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 의료 플랜에 가입합니다. 새 보장은 다음 달 1일에 시작됩니다. • 새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare에 별도의 Medicare 처방약 플랜 포함된 경우 	<ul style="list-style-type: none"> • 신규 Medicare 처방약 플랜에 가입합니다. 새 보장은 다음 달 1일에 시작됩니다. • 새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다.

저희 플랜에서 아래의 플랜으로 아래와 같이 하시면 됩니다
변경하고자 하시는 경우

- Original Medicare에 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 경우
 - Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않은 경우, 자동 등록을 선택 해제하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약품 플랜에 등록할 수 있습니다.
 - 만일 가입자께서 Medicare 처방약 플랜에서 탈퇴하시고 연속 63일 이상 신용할 만한 처방약 보장 없이 지내시는 경우, 가입자께서 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 과태료를 물게 됩니다.
- 저희에게 서면 탈퇴 요청서를 보내십시오. 이를 수행하는 방법에 대한 추가 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.
- 24시간, 연중 무휴로 운영되는 Medicare 전화 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하셔서 탈퇴 요청을 하셔도 됩니다. TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자께서는 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다.

참고: 만일 가입자께서 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하시고 신용할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지내시는 경우, 가입자께서 나중에 Medicare 약물 플랜에 가입하실 때 파트 D 등록 지연 과태료를 물게 됩니다.

Kaiser Permanente QUEST 통합 혜택에 관한 질문의 경우, 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 제공되는 Kaiser Permanente's QUEST 통합 고객 서비스 1-800-805-2739(TTY 711)번으로 문의하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare에 다시 가입하면 QUEST 통합 보장이 어떻게 달라지는지 문의해 보십시오.

4항 가입자의 멤버십이 해지될 때까지, 가입자께서는 반드시 저희 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 약물 보장을 계속 받으셔야 합니다.

저희 플랜에서의 멤버십이 해지되고 새 Medicare 보장이 시작되기 전까지 가입자께서는 반드시 저희 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 처방약을 계속 받으셔야만 합니다.

- 의료 진료를 받으려면 저희 네트워크 의료 서비스 제공자를 계속해서 이용하십시오.
- 계속해서 저희 네트워크 약국을 통하거나 우편 주문을 통해 처방전을 조제하십시오.
- 가입자의 멤버십이 해지되는 날에 입원하시게 된 경우, 가입자께서 퇴원하실 때까지 저희 플랜이 가입자의 입원 비용을 보장해드립니다(가입자의 신규 의료 보장이 시작된 후에 퇴원하시는 경우도 해당).

5항 저희는 특정 상황에서 반드시 가입자의 플랜 멤버십을 해지해야만 합니다

5.1항 저희가 반드시 플랜 멤버십 해지를 해야 하는 시기는 언제입니까?

다음 중 어떤 상황이라도 발생하는 경우, 저희는 반드시 가입자의 플랜 멤버십을 해지해야만 합니다.

- 더 이상 Medicare 파트 A 및 파트 B 가입자께서 아닌 경우.
- 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우. 제1장, 섹션 2.1에 명시된 바와 같이 저희 플랜은 Medicare와 Medicaid 모두에 적합한 사람들을 위한 것입니다.
- 가입자께서 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜을 탈퇴하셔야 하기 전에 Medicaid 자격을 다시 얻는 데 180일의 유예 기간이 있다는 점을 서면으로 알려 드립니다. 저희는 가입자의 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입이 종료되기 전에 저희의 타 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있는 기회를 드리고자 가입자에게 연락할 것입니다. 해당 플랜의 혜택 및 자가 부담금은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 혜택 및 본인 부담금과 다를 수 있습니다.
- 가입자께서 저희 서비스 지역 외로 이주하시는 경우.
- 가입자께서 저희 서비스 지역 외에 6개월 이상 계시게 되는 경우.
 - 가입자께서 이주하시거나 장기간 여행을 떠나시는 경우, 저희 가입자 서비스에 연락하셔서 이주하는 곳이나 또는 여행하는 곳이 저희 플랜 서비스 지역인지를 확인하십시오.
- 가입자께서 감금되신 경우(감옥에 수감됨).
- 가입자께서 더는 미국 시민이 아니거나 미국 내 법적으로 거주할 권한이 없는 경우.
- 처방약 보장을 제공하는 가입자께서 가입하신 다른 보험에 관한 정보를 제공하지 않으시거나 거짓으로 제공하신 경우.
- 저희 플랜에 가입 시 저희 플랜에 대한 가입자의 자격에 영향을 주는 부정확한 정보를 고의적으로 제공하신 경우. (저희는 Medicare의 허가를 먼저 받지 않는 한 저희 플랜에서 가입자를 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
- 가입자께서 계속하여 규정을 어기셔서 저희가 가입자와 다른 가입자들에게 의료 진료 보장을 제공하기 어렵게 되는 경우. (저희는 Medicare의 허가를 먼저 받지 않는 한 저희 플랜에서 가입자를 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
- 다른 사람이 의료 진료를 받도록 가입자의 멤버십 카드를 사용하게 해준 경우. (저희는 Medicare의 허가를 먼저 받지 않는 한 저희 플랜에서 가입자를 탈퇴 처리할 수 없습니다.)
 - 이 사유로 가입자의 멤버십을 해지하는 경우, Medicare는 감사관을 통해 해당 사건을 조사할 수도 있습니다.
- 가입자의 수입으로 인해 추가 파트 D 금액을 납입해야 하지만 납입하지 않은 경우, Medicare는 가입자를 저희 플랜에서 탈퇴시킵니다.

자세한 정보는 어디서 받아볼 수 있습니까?

다음 사항을 참고하여 문의 사항이나 멤버십 해지 시기나 가입자 서비스에 관한 자세한 정보를 확인하시기 바랍니다.

5.2항 저희는 가입자의 건강과 관련된 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청할 수 없습니다.

저희는 가입자의 건강과 관련된 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청할 수 없습니다.

이러한 일이 발생하면 어떻게 해야 합니까?

가입자께서 건강 관련 사유로 저희 플랜을 탈퇴하도록 요청을 받으셨다고 생각하시는 경우, 주 7일 하루 24시간 연중무휴로 운영되는 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하셔야 합니다(TTY 1-877-486-2048).

5.3항 저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우, 가입자께서는 불만 제기를 하실 권리를 **보유합니다**

저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우, 저희는 반드시 가입자께 서면으로 멤버십 해지의 사유를 알려드려야만 합니다. 또한 저희는 반드시 고충 접수 방법 또는 멤버십 해지 결정에 관한 불만제기 방법을 설명해드려야 합니다.

제11장: 법적 통지

1항 준거법에 관한 통지

본 보장 범위 증명 문서에 적용된 주요 법률은 사회보장법 Title XVIII와 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 또는 CMS가 사회보장법에 따라 생성한 규정입니다. 이외에도 다른 연방 법률이, 특정 상황에서 가입자께서 거주하는 주의 법에 따라 적용될 수 있습니다. 이는 본 문서에 수록되거나 설명되어 있지 않은 경우에도, 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다.

2항 차별금지에 관한 통지

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. 저희 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별금지를 규정하는 연방법과 1964년 민권법 Title VI, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별금지법, 미국 장애 복지법, 건강보험 개혁법의 1557항, 연방의 지원을 받는 모든 기관에 적용되는 기타 법률과 기타 사유로 적용되는 모든 기타 법률과 규정을 반드시 준수해야 합니다.

차별 또는 불공정한 대우에 관한 자세한 정보나 우려 사항이 있으신 경우, 미국 보건사회복지국 산하 민권 사무국 전화번호 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697) 또는 가입자의 거주 지역 민권 사무국으로 연락하시기 바랍니다. 또한 보건복지부 민권사무소 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>에서 정보를 검토하실 수 있습니다.

장애가 있고 진료 접근에 있어 도움이 필요한 경우 가입자 서비스로 전화하십시오. 휠체어 접근성 문제와 같은 사항에 대한 불만 사항이 있으신 경우, 저희 가입자 서비스가 도와드리겠습니다.

3항 Medicare 이차 지급 보험 대위권에 관한 통지

저희는 Medicare가 일차 지급 보험이 아닌 보장된 Medicare 서비스에 대해 징수할 권리와 책임을 보유합니다. 42 연방규제규약(Code of Federal Regulations, CFR) 422.108항 및 423.462항의 CMS 규정에 따라, Kaiser Permanente Dual Complete는 Medicare Advantage 기관으로서, 모든 주법에 우선하는 42 CFR의 파트 411의 하위항 B에서 D까지의 CMS 규정 및 이 항에서 수립된 규정하에서 장관이 행사하는 동일한 구상권을 행사합니다.

4항 본 보장 범위 증명서의 관리

저희는 본 보장 범위 증명서를 질서있게 효율적으로 관리하기 위해 합당한 정책, 절차 및 해석을 채택할 수 있습니다.

5항 신청서 및 진술서

저희의 정상적인 업무 과정에서나 본 보장 범위 증명서에서 규정한 바에 따라 저희가 요청하는 모든 신청서, 양식, 또는 진술서를 작성 완료하셔야 합니다.

6항 양도

본 *보장 범위 증명서* 또는 이 문서상의 권리, 이익, 미납액에 대한 청구권, 혜택, 또는 의무는 저희의 사전 서면 동의 없이는 양도할 수 없습니다.

7항 변호사, 변호사 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.

8항 혜택의 조정

제1장 7항 "다른 보험의 적용을 받는 경우 저희 플랜이 작용하는 방식"에서 설명해드린 것처럼, 가입자께서 다른 보험에 가입하신 경우, 가입자께서 받으시는 진료에 대한 비용 지급을 위해 다른 보장과 Kaiser Permanente Dual Complete 회원으로서 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 분담금 조정을 하게 될 것이며, 가입자께서는 이 조정에 참여하실 필요가 없습니다. 그러나 일차 지급 보험에 의해 저희가 받을 분담금이 가입자께 직접 지급되는 경우, 가입자께서는 Medicare 법에 의거하여 해당 일차 지급액을 저희에게 지급하셔야 합니다. 제3자 책임 상황의 기본 지불에 대한 자세한 내용은 다음을 참조하십시오. 이 장의 16항 및 근로자 보상 사례의 기본 지급에 대해서는 이 장의 18절을 참조하십시오.

가입자께서는 반드시 다른 건강 보험 혜택에 가입하셨는지 저희에게 알려주셔야 하며, 가입자의 추가 보장에서 변경 사항이 있을 때마다 저희에게 반드시 알려주셔야 합니다.

9항 고용주의 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.

10항 가입자에게 적용되는 보장 범위 증명서

본 *보장 범위 증명서* 하에서 보장 내역을 선택하거나 보험 혜택을 수락함으로써 모든 회원은 계약을 체결할 법적 능력을 지니며, 계약 체결 능력이 없는 모든 회원의 법적 대리인은 본 *보장 범위 증명서*의 모든 조항에 동의하게 됩니다.

11항 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.

12항 가입자의 책임 제한

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.

13항 면제 금지

저희가 본 *보장 범위 증명서*의 조항을 시행하지 못하더라도 해당 조항 또는 기타 조항을 면제하거나 이후에 조항의 철저한 수행을 요구할 수 있는 저희의 권리를 저해하는 것으로 간주되지 않습니다.

14항 통지서

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 문서의 뒷표지 후면에 인쇄되어 있습니다) 및 Social Security 전화번호 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)로 가능한 빨리 주소 변경 사항을 알려주시기 바랍니다.

15항 초과지급분 환급

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.

16항 제3자 배상책임

제1장의 7항에서 알려드린 것처럼, 가입자에게 상해나 질병을 초래한 제3자(및/또는 그들의 보험사)는 보통 Medicare나 저희 플랜보다 먼저 비용을 반드시 지급해야만 합니다. 그러므로, 저희는 이러한 일차 지급액을 추적할 자격을 보유합니다. 만일 가입자께서 받으신 보장된 서비스에 대해 상해 또는 질병을 야기한 것으로 알려진 제3자로부터 또는 제3자를 대신하여 판결을 받거나 또는 합의를 하신 경우, 가입자께서는 반드시 저희가 그러한 서비스에 대한 상환을 받도록 하셔야 합니다.

참고: 본 "제3자 책임" 조항은 이러한 서비스에 대한 가입자의 자기 부담금 지급 의무에 영향을 끼치지 않습니다.

법률에 의해 허용되거나 요구되는 한도 내에서 저희는 제3자가 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, 직장 상해 보험, 개인 상해, 의료 지불 등 다른 유형의 보장에서 귀하 또는 당사가 제3자에 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.

제3자에 대한 클레임 또는 법적 조치를 제기하거나 제출한 후 30일 이내에 귀하는 해당 클레임 또는 법적 조치에 대한 서면 통지를 다음 주소로 보내야 합니다.

Kaiser Permanente
환자 재정 서비스 부서(Patient Financial Services Department)
보험 후속 조치 관리자(Insurance Follow-up Manager)
711 카피올라니 블러바드(Kapiolani Blvd.)
호놀룰루(Honolulu), HI 96813

당사가 보유한 권리의 존재를 파악하고 해당 권리를 충족시키기 위해서는 변호사, 제삼자를, 제삼자의 책임보험 회사가 직접 당사에게 지불할 유치권 양식을 포함한 모든 동의, 해제, 승인, 양도, 기타 문서를 작성하여 보내야 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 제3자에 대한 클레임을 주장하는 경우, 해당 재산, 부모, 보호자 또는 후견인이 회수한 합의 또는 판결은 귀하가 제3자에 대한 클레임을 주장하는 것과 같은 정도로 당사의 유치권 및 기타 권리의 적용을 받습니다. 당사는 당사의 유치권 및 기타 권리를 집행할 권리를 양도할 수 있습니다.

17항 미국 제대군인부

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.

18항 산재보험 또는 고용주 배상책임보험

제1장의 7항에서 설명해드린 것처럼, 보통 Medicare나 저희 플랜보다 먼저 산재보험 측이 반드시 비용을 지급하게 됩니다. 그러므로, 직장 상해보험 또는 고용주 배상책임법에 의거하여 당사는 일차 지급액을 추적할 자격을 보유합니다. 산재 보상 또는 고용주 배상 책임법에 따라 귀하는 합의로 받은 금액("재정적 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 직장 상해보험 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.

19항 대리모

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 추구하고 있습니다. 대리모 약정은 여성이 임신하여 아기를 다른 사람이나 양육하려는 사람에게 맡기는 데 동의하는 것입니다.

20항 법적 구속력 있는 중재

법적 구속력이 있는 중재에 대한 다음의 내용은 다음 회원에게 적용됩니다:

- 2008년 1월 1일 이전의 발효일에 가입한 Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan에 가입하신 모든 가입자
- 2008년 1월 1일 또는 그 이후에 Kaiser Permanente의 Medicare Advantage Individual Plan에 등록된 가입자로서, 신분증과 함께 우편 송달된 중재 배제 통지서(Arbitration Opt-Out Notice)를 제출하는 방식으로 구속적 중재 절차를 명시적으로 배제하지 않은 모든 가입자.

이 장에서 또는 본 보장 범위 증명서에서 적용되는 법, 발생하는 또는 관련한 어떤 및 모든 청구, 분쟁, 소송 사유에 의해 제공되는 경우를 제외하고, 수행 및 위반 혐의 또는 당사자의 행위(계약 청구, 분쟁, 소송 사유, 불법 행위, 성문법, 형평법에 의한 소송을 포함하지만 여기에 국한되지 않음)는 법적 구속력이 있는 중재에 의해 해결될 수 있습니다.

Kaiser Permanente Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 가입자는 법정에서 결정된 청구의 이러한 유형을 가질 모든 권리를 포기합니다. 중재자의 결정은 법적 구속력이 있습니다.

여기에는 제기되는 청구도 포함됩니다.

1. 가입자에 의해 또는 반하여, 환자, 후계자 또는 가입자나 환자 재산의 인격 대리인, 또는 손해에 대한 조치를 취할 권리가 있는 누구든, 가입자 또는 환자에게서 일어나거나 이에 관련하여, 청구가 발효되는 당시 존재하는 적용되는 연방 또는 하와이주 법에서 허용하는 바에 따라("가입자 당사자"). 본 보장 범위 증명서의 목적으로, 그러한 손해에서 오는 과실 청구액을 갖는 가입자 또는 환자의 모든 가족 구성원도 또한 "가입자 당사자"로 간주되며 본 중재 약관에 구속을 받습니다.
2. 본 보장 범위 증명서 하에 의료 서비스 제공 또는 제공 위반, 또는 혜택을 제공하기 위한 조항 또는 제공 위반에서 발생하는 사망, 신체 상해, 신체 질병, 정신 장애 또는 경제적

손실, 단, 법적 구속력이 있는 중재가 적용 가능한 법, 부지 내 책임 또는 기타 모든 성격의 청구(청구가 주장되는 법이론에 관계없이)에 의해 명시적으로 허용되어 있지 않은 경우 제외, 및

3. 하나 이상의 다음 단체 또는 그 직원, 담당자 및 책임자에 의해 또는 그에 반한 경우 ("Kaiser Permanente 당사자").
 - Kaiser Foundation Health Plan, Inc.,
 - Kaiser Foundation Hospitals,
 - Hawaii Permanente 의료 그룹, Inc.,
 - The Permanente Federation, LLC,
 - 의료 보험 가입자에게 의료 서비스를 제공하기 위해 제기한 청구의 중재를 필요로 하는 조항을 포함하는 그러한 계약을 상기 기관과 계약한 개인 또는 조직.

본 *보장 범위 증명서*에서 상충하는 조항에도 불구하고 다음 청구는 필수 중재의 대상이 아닙니다.

- 하와이주 지방 법원 소액 청구 부서의 사법 한도 내의 금전적 손해에 대한 청구,
- 공증법의 적용을 받는 사람 또는 자산의 법정 후견인의 예약 조치,
- 본 *보장 범위 증명서* 하에서 안전하게 의료 서비스를 제공하기 위해 Kaiser Permanente의 능력을 보호하기에 합당하게 필요한 순수 금지 명령(일시 금지 명령 또는 긴급 법원 명령 등),
- 적용되는 연방 및 주 법 하에서 법적 구속력이 있는 중재가 적용될 수 없는 청구,
- Medicare 가입자의 경우, Medicare 재심 과정의 대상이 되는 청구.

중재 시작

중재에 대한 요구는 존재에 대한 통지 및 청구의 성격, 청구액 및 중재 요구를 담은 등록되거나 인증된 서신을 청구가 제기되는 대상인 각 당사자에게 보내서 개시할 수 있습니다. 모든 Kaiser Permanente 당사자는 등록되거나 인증된 서신을 우편 요금은 선불로 하여 Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Member Services, 711 Kapiolani Boulevard, Honolulu, HI 96813의 의료 보험의 보호 하에 있는 Kaiser Permanente 당사자에게 송달될 수 있습니다. 중재자는 실제로 송달되는 개인 또는 단체에만 사법권이 있습니다.

중재 절차

중재 요구의 송달 이후 30일 이내로 당사자는 어느 중재인을 선정할지에 대하여 중재인 패널에 합의하거나 사건에 서비스를 제공할 특정 중재인에 대해 합의해야 합니다. 당사자가 30일 이내에 중재인 패널에 대하여 합의하거나 특정 중재인에 대해 합의할 수 없는 경우 중재인 패널은 Dispute Prevention and Resolution, Inc("DPR")의 패널이 됩니다. 당사자가 다른 중재 서비스 및 규칙에 동의하지 않는 경우, DPR은 중재를 관리하고 그 중재 규칙이 중재에 적용됩니다(당사자가 특정 중재인에 대해 아직 합의하지 않은 경우 중재인 패널에서 중재인을 선정하는 규칙을 포함합니다). Kaiser Permanente는 DPR(또는 당사자에서 선택할 수 있는 그러한 기타 중재 서비스)에 위에 명시된 30일 기간이 만료된 후 15일 이내에 중재를 통지해야 합니다.

DPR에 통지한 후 달력 상으로 30일 이내에, 당사자들은 중재 서비스에서 제출한 명단 중에서 중재인을 세 명 패널로 선정합니다. \$25,000.00 미만의 총 금전적 회복을 원하는 모든 청구에서 그리고 당사자가 상호 합의하는 다른 모든 경우에서, 중재 서비스에서 제출된 목록의 양 당사자가 선택한 중재인의 패널 한 명이 허용됩니다. 중재자(들)은 합리적인 기간 내에 호놀룰루(Honolulu)(또는 당사자가 합의한 기타 장소)에서 청문회 개최를 준비합니다.

제한된 민사 소송 증거 개시는 관련 및 자료의 작성, 치료 의사, 전문가 증인 및 당사자의 간략한 진술(기업 당사자는 회사를 대신하여 증언할 사람을 지명), 각 측에 대한 최대 세 명의 중요한 증인(즉, 응답자 또는 청구인) 및 독립적인 의료 평가에 대해서만 허용됩니다.

중재자(들)은 본 항에 따른 당사자의 권리를 보호하기에 적절한 보호 명령 또는 기타 증거 개시 명령의 입력을 포함하여 당사자가 제출한 모든 증거 개시 분쟁을 해결합니다.

중재 서비스 및 중재자(들)에 대한 수수료 및 비용에 대한 지불의 경우 가입자 당사자가 3분의 1을 부담하고 Kaiser Permanente 당사자가 3분의 2를 부담합니다. 각 당사자는 각자의 변호사 비용, 증인 비용 및 증거 개시 비용을 부담합니다.

중재자(들)은 모든 다른 당사자에게 통지되고 다른 당사자가 대응할 수 있는 합리적인 기회가 제공되는 소송 절차의 한 당사자의 요청 하에 청구 또는 특정 문제의 약식처분 요청을 결정할 수 있습니다. 그러한 신청에 적용되는 기준은 연방 민사 소송 규칙에 따른 약식 판결 또는 기각에 대한 유사 신청에 적용되어야 합니다.

본 *보상 범위 증명서* 하의 혜택 및 보상 범위에 관한 청구 또는 본 플랜의 운영과 관련된 분쟁의 경우에는, 의료 보험(Health Plan)의 결정 및 해석과 이러한 문제에 대한 결정을 다시 심사해야 합니다. 중재 결정은 최종 결정이며 법적 구속력이 있습니다. 가입자 당사자 및 Kaiser Permanente 당사자는 배심원 또는 재판의 권리를 포기합니다. 여기서 명시적으로 규정하지 않은 어떠한 사항에 대해서도, 중재는 연방 중재법(FAA), 9 U.S.C의 통제를 받습니다. 제1장.

일반 조항

동일한 가입자 또는 동일한 환자에 관련된 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 모든 청구는 하나의 소송 절차에서 중재됩니다(예: 동일한 Health Plan 가입자에게 상해로 인해 발생하는 청구를 주장하는 모든 가입자는 하나의 소송 절차에서 중재됩니다).

중재에 대한 청구는 통지가 접수된 날짜에 해당 청구가 수신되는 경우 포기되고 영원히 금지되며, 민사 소송에서 주장되는 경우 적용 가능한 하와이 출소기한법에 의해 금지될 수 있습니다. 최초 서비스에 이어지는 중재 절차에서 편리하게 제공되거나 진행되어야 하는 모든 통지 또는 기타 서류는 각 당사자가 이러한 목적을 위해 제공하는 그러한 주소로 우편 요금을 선불로 지급하여 발송됩니다. 연방 중재법 또는 본 중재 조건에 적용되는 다른 법이 특정한 경우에 본 **보장 범위 증명서**상의 약관을 금지하는 것으로 간주되는 경우, 해당 약관은 그 경우에 분리 가능하며 본 **보장 범위 증명서**상의 나머지는 영향을 받지 않습니다. 집단 소송과 다수의 가입자 또는 환자에 관한 청구를 주장하는 당사자의 통합은 금지됩니다. 본 **보장 범위 증명서**의 중재 조항은 이전 **보장 범위 증명서**의 조항을 대체합니다.

중재 기밀유지

본 **보장 범위 증명서**는 기밀 사항에 의해 보호받는 개인 의료 정보와 관련이 있습니다. 당사자와 중재자(들) 누구도 중재 절차 또는 판정의 내용을 공개할 수 없으며(법에 의해 요구되거나 연방 중재법에 따라 하와이 내 해당 사법권의 연방 또는 주 법원에 관련 신청서를 제출하는 데 필요한 경우 제외), 이 경우 당사자는 모든 적절한 조치를 취해 본인 하에 중재 기록을 법원에 제출하도록 요청해야 합니다.

특별 청구

의료 과실 청구:

의료 과실을 주장하는 중재 절차를 시작하기 전에, 가입자 당사자는 하와이주 개정법 제671장 11~19항에 따라 의료 문의 및 조정 패널에 먼저 청구를 제출해야 합니다. 의료 문의 및 조정 패널에 의한 권고 결정의 제시 이후, 청구가 철회되거나 해결되지 않은 경우, 가입자 당사자는 "최초 중재" 항에 명시된 바와 같이 Kaiser Permanente 당사자에게 중재 요구를 송달해야 합니다.

혜택 청구:

가입자에게 (전부 또는 일부)거부되거나 무시된 혜택에 대한 청구가 있는 경우, 가입자 당사자는 해당 청구 및 재심 과정, 해당되는 경우 외부 검토 절차까지 모두 거친 후 연방 또는 주 법원에서 적절한 법적 조치를 취할 수 있습니다. 법원에서 어느 쪽이 법정 비용 및 법정 비용을 지불해야 하는지를 결정합니다. 가입자께서 이긴 경우, 법원은 가입자 당사자가 소송을 제기한 개인 또는 단체에게 이러한 비용과 수수료를 지불하도록 명령할 수 있습니다. 가입자께서 진 경우, 법원은 가입자 당사자에게 이러한 비용과 수수료를 지불하도록 명령할 수 있습니다(예: 가입자 당사자의 주장이 타당하지 않은 경우). 가입자 당사자에게 가입자 당사자의 플랜에 대한 질문이 있는 경우, 가입자 당사자는 1-800-966-5955번으로 의료 보험에 연락해야 합니다. 혜택 관련 청구는 본 항에 따른 법적 구속력이 있는 중재로 해결될 필요가 없지만, 가입자 당사자는 자발적 선택에 따라 "최초 중재" 항의 조항에 따라 Kaiser Permanente 당사자에게 중재 요청을 제출함으로써 이러한 청구를 해결하기 위해 법적 구속력이 있는 중재를 사용할 수 있습니다. 법적 구속력이 있는 중재를 사용하기 위한 자발적 선택이 가입자 당사자에 의해 이루어지는 경우, 중재는 본 제20항 및 제9장에 따라 실행되어야 합니다.

내부 심사 결정의 외부 재심:

가입자께서 Kaiser Permanente의 최종 내부 혜택 결정에 동의하지 않는 경우, 가입자는 본 보장 범위 증명서상의 절차에 따라 자발적인 법적 구속력 있는 중재를 요청할 수 있습니다. 가입자께서 선택할 수 있는(의무는 아님) 본 보장 범위 증명서에 명시된 중재 절차 이외에, 하와이주 개정법 제432E장은 또한 가입자께서 Kaiser의 최종 내부 결정일로부터 130일 이내에 주 보험 감독관에게 외부 심사 요청을 제출할 수 있는 특정한 외부 심사 권리를 수여합니다. 이러한 권리는 다음 항에 명시된 제한의 적용을 받으며, 하와이주 개정법 제 432E장의 요건 및 제한의 적용을 받습니다(외부 심사를 요청하기 전에 Kaiser Permanente의 내부 불만 및 재심 절차를 모두 소진하는 것 포함, 동시 외부 심사가 발생하도록 허용되거나 Kaiser Permanente가 청구 및 재심 절차에 관한 연방 요건을 준수하지 못한 상황 제외). Kaiser Permanente의 청구 및 재심 절차에 대한 자세한 설명은 제9장에서 설명하고 있습니다.

제 432E장 외부 심사는 (a) 불만이 의료 과실, 직업적 과실 또는 의료 제공자의 기타 전문적 과실 혐의에 관하지 않은 경우와 (b) 불만이 하와이주 개정법 제 432E장에 정의된 불리한 조치에 관한 경우로 제한됩니다. Health Plan은 관련 연방 및 주 법률에 따른 외부 검토 기준을 충족하지 않는 432E장에 따른 외부 심사를 거부할 수 있으며 Health Plan은 이와 관련하여 모든 권리와 구제권을 보유합니다. 주 법 조항의 열거는 그러한 이의에 대한 포기로 간주되지 않습니다.

Kaiser Permanente Medicare Advantage 가입자 청구:

불만 및 재심 절차는 본 문서의 제9장, "문제나 불만 사항 발생 시 해야 할 것(보장 범위 결정, 재심 및 불만 제기)"에서 설명합니다. 본 보장 범위 증명서의 중재 조항은 본 보장 범위 증명서에서 발생하는 의료 과실 또는 법적 의무 위반으로 인해 주장된 Kaiser Permanente Medicare Advantage 가입자의 청구에만 적용되며 청구가 주장되는 법이론과 관계없이 적용됩니다.

제12장: 중요 용어 정의

지원비 - 품목 구매 비용에 충당하실 수 있는 특정 크레딧 금액. 만일 선택하신 품목 또는 서비스의 구매 비용이 지원비를 초과하는 경우, 가입자께서는 지원비를 초과하는 금액만큼 부담하시게 되며, 이는 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

외래 수술 센터 - 외래 수술 센터는 입원이 필요하지 않은 환자 및 24시간을 초과하지 않는 시간 동안 해당 센터에 입원할 것으로 기대되지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하기 위한 목적으로만 운영되는 시설입니다.

재심 - 재심란 건강 관리 서비스 또는 처방약 또는 가입자께서 이미 받으신 서비스나 약물의 비용 지급에 대한 보장 요청을 거절하는 저희 결정에 동의하지 않는 경우 가입자께서 취할 수 있는 조치입니다. 또한 가입자께서는 받고 계신 서비스를 중단하도록 하는 저희 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의 제기를 하실 수 있습니다.

보험 혜택 기간 - 저희 플랜과 Original Medicare 양측에서 가입자의 전문 간병 기관(Skilled Nursing Facility, SNF) 서비스 사용 기간을 측정하는 방법. 보험 혜택 기간은 전문 간병 기관에 입원하시는 날 시작됩니다. 보험 혜택 기간은 가입자께서 60일간 연속으로 또는 SNF 서비스를 받지 않으셨을 때 종료됩니다. 가입자께서 보험 혜택 기간 1회 종료 후 병원에 내원하시거나 전문 간병 기관을 사용하시는 경우, 새로운 보험 혜택 기간이 시작됩니다. 보험 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제제 - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아, 세균, 효모와 같은 자연 및 살아있는 원료로 만든 처방약입니다. 생물학적 제제는 다른 의약품보다 복잡하고 정확하게 복제할 수 없어 대안적인 형태는 바이오시밀러라고 합니다(또한 **Original 생물학적 제제 및 바이오시밀러** 참조.)

바이오시밀러 - 원조 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 약제입니다. 바이오시밀러는 원조 생물학적 제제와 동일한 수준으로 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전을 필요로 하지 않고 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다(**교환 가능한 바이오시밀러** 참조).

브랜드 약물 - 독창적으로 약물을 연구하고 개발하는 제약회사가 제조하고 판매하는 처방약. 브랜드 약물은 제네릭 버전의 약물과 동일한 활성 성분 제조법을 사용합니다. 그러나 제네릭 약물은 다른 제약회사가 제조하고 판매하지만 브랜드 약물의 특허권이 종료된 후에는 일반적으로 사용할 수 없습니다.

재난 보장 단계 - 파트 D 보장 약물이 보장된 연도 동안 보장된 약물에 대해 가입자 또는 가입자를 대신하는 기타 승인된 당사자가 \$2,000를 소비한 경우에 시작되는 파트 D 약물 보험 혜택 단계. 이 지불 단계 동안 귀하는 보장되는 파트 D 약물에 대해 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) - Medicare를 관리하는 연방 기관.

공동 부담금 - 공제금을 지불한 이후 서비스 또는 처방약 비용에 대한 가입자의 부담금으로서 플랜 요금의 일부(예: 20%)로서 표시되는 가입자께서 부담해야 할 수도 있는 금액.

불만 제기 – 불만 제기의 공식 명칭은 **고충 접수입니다**. 불만 제기 과정은 오직 특정 유형의 문제에 대해서만 사용됩니다. 여기에는 가입자께서 받으시는 진료 품질, 대기 시간, 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 계획이 재심 절차의 기간을 따르지 않는 경우 불만 사항도 또한 포함됩니다.

종합외래재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – 주로 질병 또는 상해를 입은 후 받게 되는 재활 서비스를 제공하고, 물리 치료, 사회복지 또는 정신과 서비스, 호흡 요법, 작업 요법 및 언어병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스와 같은 다양한 서비스를 제공하는 시설.

혜택 조율(COB) – 혜택 조율은 가입자께서 다른 보험에 가입하신 경우 어떤 청구가 지급되어야 하는지 순서를 설정하기 위해 사용하는 규정입니다. 가입자께서 Medicare 및 타 건강 보험 또는 보장을 보유하는 경우, 각 유형의 보장은 "지급인"이라고 부릅니다. 지급인이 한 명 이상일 때는, 어떤 것이 우선으로 지급하는지를 결정하는 "혜택 조정" 규칙이 있습니다. "1차 지급 보험"은 가입자의 청구서상의 보험료를 우선 지급하며, 그 후에 남은 금액을 "이차 지급 보험"이 지급합니다. 그러나 저희가 받을 분담금이 가입자에게 직접 지급되는 경우, 가입자께서는 Medicare 법에 의거하여 해당 금액을 저희에게 지급하셔야 합니다. 일부 경우, 삼차 지급 보험이 있을 수도 있습니다. 자세한 정보는 제1장(7항)과 제11장(8항)을 참조하시기 바랍니다.

정액 본인 부담금 (또는 환자 부담금) – 의사 진료 방문, 병원 외래 방문, 또는 처방약과 같이 의료 서비스 또는 의료 용품 비용에 대한 가입자의 자기 부담금으로서 부담해야 할 수도 있는 금액. 정액 본인 부담금은 퍼센티지가 아닌 정해진 금액(예: \$10)입니다.

분담 비용 – 분담 비용이란 가입자께서 서비스 또는 약물을 받으신 경우 납부하는 금액을 의미합니다. 분담 비용에는 세 가지 지불 유형, 즉 (1) 서비스나 약품이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 모든 공제 금액, (2) 특정 서비스나 약품을 받을 때 플랜이 요구하는 고정된 정액 자기 부담 금액, (3) 공동 보험 금액, 특정 서비스 또는 약품을 받을 때 플랜이 요구하는 서비스 또는 약품에 대해 지불된 총 금액의 백분율이 있습니다. **참고:** 몇몇 경우, 가입자께서는 서비스를 받으실 때 모든 해당 비용 분담금을 납부하지 않으실 수도 있으며 저희는 해당 비용 분담금에 대한 청구서를 나중에 보내드리게 될 것입니다. 예를 들어, 가입자께서 예약된 예방 진료 방문 동안 비예방 진료를 받으신 경우, 저희는 가입자에게 해당 비예방 진료에 대한 비용 분담금을 나중에 청구할 것입니다. 사전에 주문한 품목의 경우, 주문 날짜에 적용되는 본인 부담 비용을 지불하고(수령한 날짜에 보장이 없는 경우 당사는 해당 품목을 보장하지는 않지만), 해당 품목의 주문 시 본인 부담 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 외래처방약의 경우, 주문 일자에는 약국이 처방전을 조제하는 데 필요한 모든 정보를 받은 후 주문을 처리한 날짜입니다

분담 비용 단계 – 보장된 약물 목록상의 모든 약물은 6가지 분담 비용 단계 중 하나로 분류되어 있습니다. 일반적으로, 높은 비용 분담 단계일수록 약물에 대해 더 많은 비용을 부담하시게 됩니다.

보장 판결 – 저희 플랜이 가입자의 처방약을 보장할지와 해당된다면 처방전에 대해 부담해야 할 금액에 관한 결정. 일반적으로, 가입자께서 약국에 처방전을 지참하셨으나 약국 측에서 해당 처방전은 플랜이 보장하지 않음을 알려드린 경우, 이는 보장 판결이 아닙니다. 가입자께서는 플랜 측에 전화나 서면으로 해당 보장에 관한 공식 결정을 요청하셔야 합니다. 보장 판결은 본 문서에서 보장 결정으로 부릅니다.

보장된 약물 – 저희 플랜이 보장해드리는 모든 처방약을 지칭하기 위해 저희가 사용하는 용어.

보장된 서비스 - 저희 플랜이 보장해드리는 모든 건강 관리 서비스 및 품목을 지칭하기 위해 저희가 사용한 일반적인 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 - 평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 비용을 부담할 것으로 예상되는 처방약 보장(예를 들어, 고용주 또는 노동조합 측이 제공하는 보장)을 말합니다. Medicare 가입 자격을 보유하게 되는 시기에 이러한 보장을 받고 계신 분은 일반적으로 나중에 Medicare 처방약 보장에 가입하기로 결정하시는 경우에도 과태료를 물지 않으면서 해당 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 간병 - 보호 간병이란 전문 진료 또는 전문 간호가 필요 없으신 경우 요양원, 호스피스, 또는 기타 시설 환경에서 제공해드리는 간호 서비스입니다. 보호 간병은 전문 기술을 보유하거나 훈련을 받지 않은 사람이 제공할 수 있는 개인 간호로, 목욕, 환복, 식사, 침대나 의자 사용, 이동, 화장실 사용과 같은 일상 생활 활동을 도와드리는 것을 포함합니다. 여기에는 안약 투여와 같이 대부분의 사람들이 직접 하는 의료 관련 서비스도 포함됩니다. Medicare는 보호 간병에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

일일 분담 비용률 - 의사가 가입자에게 특정 약물에 대한 한 달 치 공급량보다 적게 처방하였으며 가입자께서 정액 본인 부담금을 납부해야 하는 경우에 적용될 수도 있습니다. 일일 분담 비용률은 월 공급량에 해당하는 날짜 수로 정액 본인 부담금을 나눈 값입니다. 다음은 예입니다. 가입자의 한 달 치 약물 공급량에 대한 정액 본인 부담금이 \$30이며, 플랜이 제공하는 한 달 치 공급량이 30일인 경우, 가입자의 "일일 분담 비용률"은 하루 \$1입니다.

공제금 - 플랜이 비용을 지불하기 전에 건강 관리 또는 처방약에 대해 가입자께서 지불해야 하는 금액입니다.

탈퇴하기 또는 탈퇴 - 저희 플랜 멤버십을 해지하는 과정.

조제비 - 처방전 조제 비용 납부를 위해 보장된 약물을 조제할 때마다 부과되는 비용(약사의 처방전 준비 및 포장 시간 등).

약물 목록 - 당사 플랜에서 보장하는 처방약 목록입니다.

이중 자격 특별 요구 플랜(D-SNP) - Medicare(사회 보장법의 권리 XVIII)와 Medicaid(권리 XIX)에 따른 주 계획에서의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 개인이 등록하는 플랜의 유형. 주 및 개인의 자격에 따라 주에서 일부 또는 모든 Medicare 비용을 충당합니다.

이중 자격 개인 - Medicare와 Medicaid 모두에 적합한 개인에게 서비스를 제공하는 건강 보험 플랜입니다.

내구성 의료 장비(DME) - 가입자의 의사가 의료 사용을 목적으로 주문한 특정 의료 기기. 예를 들어 보행기, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 환자 용품, 정맥주사(Intravenous, IV) 주입 펌프, 음성 재생 장치, 산소 호흡 장비, 네블라이저, 가정 내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대와 같은 품목이 내구성 의료 기기에 포함됩니다.

응급 상황 - 의학적 응급 상황은 본인이나 일반적인 수준의 건강 및 의학적 지식이 있는 신중한 모든 비전문가가 가입자 본인이 목숨을 잃거나(임신 중인 여성인 경우, 유산 포함) 사지나 사지 기능의 상실, 신체 기능에 대한 심각한 장애를 막기 위해 즉시 처치가 필요한 의학적 증상이

있다고 판단하는 경우를 말합니다. 의학적 증상으로는 질환, 상해, 심각한 통증 또는 급속히 나빠지는 질병 등이 있습니다.

응급 치료 - 다음과 같은 서비스를 보장합니다. (1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 의료 서비스 제공자가 제공한 경우, 및 (2) 응급 의료 상황을 다루고, 평가하고, 안정화하는 데 필요한 경우.

응급 의료 상태 - 충분한 중증의 급성 증상(중증 통증 포함)을 나타내는 의학적 또는 정신적 의료 상태로, 평균적 의료 및 약물 지식을 지닌 비전문가가 신중하게 합리적으로 판단 시 즉각적인 의료 진료가 이뤄지지 않는 경우 다음과 같은 상황을 초래할 것으로 예상되는 상태를 의미합니다.

- 해당 개인 또는 임산부인 경우 해당 여성과 태아의 건강에 심각한 위험을 일으키는 상태,
- 심각한 신체 기능 장애를 일으키는 상태, 또는
- 신체 장기 또는 부위에 심각한 장애를 일으키는 상태.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 - 본 문서를 비롯하여 가입자의 등록 양식과 기타 부속 문서, 추가 사항, 또는 기타 채택하신 선택적 보장과 함께 가입자의 보장, 저희가 취해야 할 조치, 가입자의 권리, 저희 플랜의 가입자로서 취해야 할 조치를 설명하는 문서.

예외 - 보장 결정의 한 유형으로, 승인된 경우 저희의 의약품집에 수록되지 않은 약물을 받으실 수 있게 되거나(의약품집 예외), 보다 낮은 분담 비용 단계에서 많이 사용하지 않는 약물을 받으실 수 있게 됩니다(단계 예외). 또한 저희의 플랜이 약물에 대한 사전 승인을 요구하고 가입자께서 기준 제한(의약품집 예외)을 포기하기를 원하는 경우 가입자는 예외를 요청할 수 있습니다.

제외 약물 - 42 미국법전(U.S.C.)에 따라 정의된 "보장된 파트 D 약물"이 아닌 약물. 섹션 1395w-102(e).

추가 지원 - 보험료, 공제금, 공동 보험금과 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 부담하기에는 제한적인 수입과 자원으로 살아가는 분을 지원해드리기 위한 Medicare 프로그램.

제네릭 약물 - 미국 식품 의약청(Food and Drug Administration, FDA)이 승인한 브랜드 약물과 동일한 활성 성분을 지닌 처방약. 일반적으로, "제네릭" 약물은 브랜드 약물과 동일한 효력을 나타내며 보통 비용이 적게 듭니다.

통합 고충 - 진료 품질에 대한 불만 사항을 포함하여 저희에게 제기하시는 불만의 유형. 여기에는 보장 또는 지급 분쟁이 포함되지 않습니다.

가정 간호 보조인 - 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요가 없는 서비스를 제공하는 사람(목욕, 화장실 사용, 환복, 또는 처방된 운동 실시하기 등).

가정 간호 진료 - 질병 또는 상해에 대한 치료를 위해 가입자의 자택에서 받는 건강 관리 서비스 및 기타 특정 의료 서비스. 보장된 서비스는 제4장 2항의 의료 보험 혜택표에 수록되어 있습니다. 저희는 Medicare 지침에 따라 가정 간호 진료를 보장해드립니다. 만일 재택의료서비스의 일환으로 가입자의 질병이나 상해에 대한 의료 서비스를 가정간호도우미가 제공하는 경우 이 서비스는

재택의료서비스에 포함될 수 있습니다. 가입자께서 보장된 전문 서비스도 받으신 것이 아닌 한 해당 서비스는 보장되지 않습니다. 가정 간호 서비스에는 가사 서비스, 음식 서비스 준비, 또는 전일제 가정 진료가 포함되지 않습니다.

호스피스 - 사람이 의학적으로 말기 진단을 받은 것을 의미하며, 이는 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다. 저희는 반드시 가입자의 거주 지역 내에 있는 호스피스 목록을 제공해드려야 합니다. 가입자께서 호스피스를 선택하신 후 계속해서 보험료를 내시는 경우, 가입자께서는 계속해서 저희 플랜의 회원입니다. 가입자께서는 저희가 제공해드리는 부가 보험 혜택뿐만 아니라 여전히 모든 의학적으로 필요한 서비스를 받으실 수 있습니다.

병원 입원 - 전문 의료 서비스를 받도록 병원 측에서 공식적으로 가입자를 입원 수속한 경우의 병원 입원. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 외래환자로 간주될 수도 있습니다.

소득별 월 조정 보험료 (IRMAA) - 2년 전 가입자의 국세청 납세 신고서상 보고된 수정된 조정 총 소득이 일정 금액을 상회하는 경우, 표준 월 보험료와 소득별 월 조정 보험료를 납입하셔야 합니다. IRMAA는 표준 월 보험료에 추가되는 부가 요금입니다. Medicare 가입자 중 5% 미만만이 이에 영향을 받으며, 대부분의 가입자는 높은 보험료를 부담하지 않을 것입니다.

초기 보장 단계 - 이는 연간 본인 부담 비용이 본인 부담 한도 금액에 도달하기 전 단계입니다.

최초 가입 기간 - 가입자께서 Medicare에 처음 가입할 자격을 보유하게 된 경우, Medicare 파트 A와 파트 B에 가입할 수 있는 기간. 가입자께서 65세가 되어 Medicare 가입 자격을 보유하게 된 경우, 가입자의 최초 가입 기간은 총 7개월로 가입자께서 65세가 되기 전 3개월 전부터 시작하며, 가입자께서 65세가 되는 달을 포함하고, 65세가 된 달 이후 3개월 후에 종료됩니다.

통합 D-SNP - Medicare 및 Medicaid 서비스 대부분 또는 전부를 Medicare 및 Medicaid의 자격을 모두 갖춘 특정 그룹의 인물을 위해 하나의 의료 보험에서 보장하는 D-SNP 플랜입니다. 이러한 개인은 또한 완전 혜택 이중 자격을 갖춘 개인으로 알려져 있습니다.

병원 입원 진료 - 급성 치료 종합 병원에서 입원하는 동안 받는 의료 진료.

기관 특별 요구 플랜(SNP) - 장기 요양 (LTC) 시설에서 90일 이상 지속적으로 거주하거나 계속 거주할 것으로 예상되는 자격 있는 개인을 등록하는 플랜입니다. 이러한 시설에는 전문 간병 기관(SNF), 간호 기관(NF), (SNF/NF), 지적 장애인을 위한 중급 치료 시설(ICF/IID), 입원 환자 정신과 시설 및/또는 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid에 따라 적용되는 유사한 장기 의료 서비스를 제공하는 CMS가 승인한 시설이 포함될 수 있으며, 이곳의 거주자는 다른 유형의 시설과 유사한 요구와 의료 상태를 가지고 있습니다. 기관 특별 요구 플랜에는 특정 LTC 시설(들)과의 계약(또는 소유 및 운영)이 있어야 합니다.

기관 상당 특별 요구 플랜(SNP) - 지역 사회에 거주하지만 국가 평가에 따라 제도적 수준의 보살핌을 요구하는 자격이 있는 개인을 등록하는 플랜입니다. 평가는 동일한 개별 수준의 치료 평가 도구를 사용하여 수행되고 플랜을 제공하는 조직 이외의 단체에서 관리해야 합니다. 이러한 유형의 특별 요구 플랜은 전문화된 진료의 균일한 전달을 보장하기에 필요한 경우 계약된 보조 생활 시설(ALF)에 거주하는 개인으로 등록을 제한할 수 있습니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러 – 자동 대체에 대한 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체물로 사용될 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국에서의 자동 대체는 주법의 적용을 받습니다.

통합 조직 결정 – 품목 또는 서비스가 보장되는지 또는 가입자께서 해당 서비스에 대해 지불하는 액수에 대해 저희의 플랜이 내리는 결정입니다. 기관 판결은 본 문서에서 보장 결정으로 부릅니다.

Kaiser Foundation Health Plan(Health Plan) – Kaiser Foundation Health Plan은 비영리법인이자 Medicare Advantage 기관입니다. 본 **보장 범위 증명서**는 때때로 건강 플랜을 "저희" 라고 합니다.

Kaiser Foundation 병원 – Kaiser Foundation Hospitals가 소유하고 운영하는 네트워크 병원.

Kaiser Permanente – 건강 플랜, 의료 그룹 및 Kaiser Foundation 병원.

Kaiser Permanente 지역(지역) – 직접 서비스 의료 프로그램을 실시하는 Kaiser Foundation Health Plan 조직. 가입자께서 저희 서비스 지역 외에 계신 경우, 가입자께서는 다른 Kaiser Permanente 지역의 서비스 지역에서 지정된 의료 서비스 제공자에게 의학적으로 필요한 의료 진료 및 만기 질환에 대한 지속적인 진료를 받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 제3장의 2.4항을 참조하시기 바랍니다.

보장 약물 목록(의약품집 또는 약물 목록) – 저희 플랜이 보장하는 처방약 목록.

장기요양병원 – Medicare 공인 급성 진료 병원으로 보통 종합 재활, 호흡 요법, 두부 외상 치료, 통증 관리와 같은 Medicare 보장 서비스를 제공합니다. 회복기 또는 보조생활시설과 같은 장기요양시설은 해당되지 않습니다.

저소득 보조금(LIS) – "추가 지원" 참조.

제조업체 할인 프로그램 – 약품 제조업체가 첫 보험 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약물 및 생물학적 제제에 대한 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불하는 프로그램. 할인가는 연방 정부와 제약회사간의 계약에 근거한 금액입니다.

최대 본인 부담금 – 내부 네트워크가 보장하는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 해당 연도에 가입자 본인이 부담하는 본인 부담금 최대 금액. 가입자께서 플랜 보험료와 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료, 그리고 파트 D 처방약에 대해 부담하는 금액은 최대 식품 의약청에 산입되지 않습니다. (참고: 가입자는 또한 Medicaid에서도 지원을 받으므로 극소수의 회원만이 이 최대 본인 부담금에 도달합니다.)

Medicaid(또는 의료 지원) – 소득이 낮고 제한된 자원으로 생활하는 일부분들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 및 주 연합 프로그램. Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만, 가입자께서 Medicare와 Medicaid 모두에 대한 자격을 보유하신 경우, 대부분의 보건 의료 비용을 보장받게 됩니다.

의료 진료 또는 서비스 – 건강 관리 서비스 또는 품목. 일부 의료 진료 품목에는 내구성 의료 장비, 안경류, Medicare 파트 A 또는 파트 B가 보장하는 약물이 포함되나 Medicare 파트 D가 보장하는 약물은 포함되지 않습니다.

의료 그룹 – 저희 플랜이 가입자에게 보장된 서비스를 제공해 드리기 위해 연락하는 플랜 의료 서비스 제공자의 네트워크입니다. 저희 의료 단체의 이름은 Hawaii Permanente 의료 그룹, Inc이며 영리를 목적으로 하는 전문 파트너십 조직입니다.

의학적으로 인정된 적응증 – 식품의약품안전처에서 승인하거나 미국 병원 의약품집 서비스 약물 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참조 자료에 의해 뒷받침되는 약물의 사용.

의학적으로 필요 – 서비스, 물품 및 의약품이 가입자의 질병을 예방, 진단 또는 치료하는데 필요하고 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.

Medicare – 65세 이상의 사람, 특정 장애가 있는 65세 미만의 사람 및 말기 신장질환자 (일반적으로 영구 신부전증 환자로 투석이나 신장 이식이 필요한 사람)를 위한 연방 건강 보험 프로그램을 지칭합니다.

Medicare Advantage 공개 가입 기간 – 1월 1일 ~ 3월 31일에 Medicare Advantage 플랜에 가입한 가입자이 플랜 가입을 해지하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있는 지정된 기간. 이 기간 동안 Original Medicare로 전환하기로 선택하면 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 가입 기간은 개인이 Medicare에 처음 자격을 얻은 후 3개월 동안에도 이용할 수 있습니다.

Medicare Advantage(MA) 플랜 – 종종 Medicare 파트 C로 불리기도 합니다. 가입자에게 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 체결한 민간 회사가 제공하는 플랜입니다. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 사설 유료 서비스(Private Fee-For-Service, PFFS) 플랜, 또는 iv) Medicare 의료저축계좌(MSA) 플랜 중 하나입니다. 이러한 유형의 플랜을 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜도 또한 특별 요구 플랜(SNP)이 될 수 있습니다. 대부분의 경우, Medicare Advantage 플랜은 또한 Medicare 파트 D(처방약 보장)를 제공합니다. 이러한 플랜은 **처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜이라고 부릅니다.**

Medicare 보장 서비스 – Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스. 모든 Medicare 의료 보험은 Medicare 파트 A 및 파트 B에 의해 보장되는 모든 서비스를 포함해야 합니다. Medicare 보장 서비스 약관에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청각 등의 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare 의료 보험 – Medicare 의료 보험은 해당 플랜에 가입한 Medicare 가입자에게 파트 A 및 파트 B 보험 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약을 맺은 민간 기업이 제공합니다. 이러한 규정은 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, Special Needs 플랜, Demonstration/Pilot 프로그램, 그리고 Programs of All-inclusive Care for the Elderly(PACE)를 포함합니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D) – 외래 처방약, 백신, 생물학적 제제, 그리고 Medicare 파트 A 또는 파트 B가 보장하지 않는 일부 의료 용품 비용 지원을 위한 보험.

Medigap(Medicare 보충 보험) 증서 – Medicare 보충 보험은 Original Medicare의 "공백"을 채우기 위해 민간 보험사가 판매하는 보험입니다. Medigap 보험은 오직 Original Medicare에 대해서만 적용됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 보험이 아닙니다.)

가입자(저희 플랜의 가입자, 또는 "플랜 가입자") – 보장된 서비스를 받을 자격을 보유한 Medicare 가입자로, 저희 플랜에 가입했으며, 해당 가입 사실이 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)를 통해 확인된 자.

가입자 서비스 – 가입자의 멤버십, 혜택, 고충 및 항소에 대한 가입자의 질문에 답변하는 책임이 있는 플랜 내의 부서입니다.

네트워크 약국 – 네트워크 약국은 저희 플랜의 가입자이 처방약 보험 혜택을 받을 수 있는 약국입니다. 대부분의 경우, 가입자의 처방전은 저희 네트워크 약국 중 한 곳을 통해 조제된 경우에만 보장됩니다.

네트워크 의사 – 의료 그룹 소속 파트너 또는 직원으로 면허를 취득한 의사이거나 기타 면허를 취득한 의사로 가입자에게 서비스를 제공하기로 계약한 의사입니다(단, 진료 의뢰 서비스만을 제공하기로 계약한 의사는 포함되지 않음).

네트워크 의료 서비스 제공자 – 의료 서비스 제공자는 Medicare 또는 주에서 면허 또는 공인을 받아 건강 관리 서비스를 제공하는 의사, 기타 의료 서비스 전문가(의사 보조사, 임상 전문 간호사, 간호사를 포함하나 이에 국한되지 않음), 병원, 그리고 기타 의료 서비스 시설에 대한 일반적인 용어입니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 이들이 총 지급액으로서 저희 분담금을 수락하고 일부 경우에는 저희 플랜의 회원에게 보장된 서비스를 조율할 뿐만 아니라 제공하기로 저희 플랜과 합의합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

오리지널 생물학적 제제 – 식품 의약국(Food and Drug Administration, FDA)에 의해 승인되었으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체의 비교 대상 역할을 하는 생물학적 제제입니다. 레퍼런스 제품이라고도 합니다.

Original Medicare (Traditional Medicare 또는 Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare는 정부가 제공하는 보험이며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민간 의료 보험이 아닙니다. Original Medicare하에서, Medicare 서비스는 의회가 정한 금액에 따라 비용을 의사, 병원, 기타 의료 서비스 제공자에게 지급함으로써 보장됩니다. 가입자께서는 Medicare를 수락한 의사, 병원 또는 기타 의료 서비스 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니다. 가입자께서는 반드시 공제금을 납부하셔야 합니다. Medicare는 Medicare가 승인한 금액의 분담금을 부담하며 가입자께서는 가입자의 분담금을 부담합니다. Original Medicare는 두 부분으로 구성됩니다. 파트 A(병원 보험) 및 파트 B(의료 보험)는 미국 전역에서 제공됩니다.

네트워크의 약국 – 저희 플랜 가입자에게 보장된 약물을 조율하거나 제공하기로 저희 플랜과 계약을 맺지 않은 약국. 네트워크의 약국에서 구입하신 대부분의 약물은 특정 조건이 적용되지 않는 한 저희 플랜이 보장해드리지 않습니다. (자세한 정보는 제5장의 2.5항을 참조하시기 바랍니다).

네트워크의 의료 서비스 제공자 또는 네트워크의 시설 - 저희 플랜의 가입자에게 보장된 서비스를 조율하거나 제공하기로 계약하지 않은 의료 서비스 제공자 또는 시설. 네트워크의 의료 서비스 제공자는 저희의 플랜에 의해 고용되거나, 소유되거나 또는 운영되지 않습니다.

본인 부담금 비용 - 위의 부담 비용에 대한 정의를 참조하시기 바랍니다. 회원이 받은 서비스나 약물의 일부에 대한 비용 부담을 위한 회원의 **부담 비용** 요건은 또한 회원의 "본인 부담금" 비용 요건이라고도 합니다.

본인 부담금 역치 - 파트 D 약물에 대해 본인 부담금으로 지불하는 최대 금액입니다.

파트 C - Medicare Advantage(MA) 플랜을 참조하시기 바랍니다.

파트 D - 자발적인 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 약물 - 파트 D를 통해 보장받을 수 있는 약물. 저희는 모든 파트 D 약물 보장을 제공할 수도, 제공하지 않을 수도 있습니다. 특정 범주에 속하는 약물이 의회에 의해 파트 D 약물 보장에서 제외되었습니다. 특정 범주에 속하는 파트 D 약물은 모든 플랜에서 보장해야 합니다.

파트 D 등록 지연 과태료 - 가입자께서 신용할 만한 보장(평균적으로 최소한 Medicare의 표준 처방약 보장만큼 부담할 것으로 예상되는 보장) 없이 파트 D 플랜에 처음 가입할 수 있는 자격을 얻은 후 연속 63일 이상의 기간 동안 보내시는 경우 Medicare 약물 보장에 대해 월 보험료에 부가되는 금액. "추가 지원"을 잃게 되면 파트 D 또는 기타 믿을 만한 처방약 보장 없이 63일 이상 지속된 경우 등록 지연 과태료가 부과될 수 있습니다.

플랜 - Kaiser Permanente Dual Complete.

플랜 비용 - 플랜 비용은 다음을 의미합니다.

- 의료 그룹 또는 Kaiser Foundation Hospitals에서 제공하는 서비스의 경우, 가입자에게 제공되는 서비스에 대한 의료 그룹 및 Kaiser Foundation Hospitals 요금의 의료 보험 요금표에 따른 요금.
- 제공자(Medical Group 또는 Kaiser Foundation Hospitals 제외)가 인두제 기반으로 보상받는 서비스의 경우, Kaiser Permanente가 인두제 기반 제공자와 협상하는 요금 일람표의 요금.
- Kaiser Permanente가 소유하고 운영하는 약국에서 구입한 품목의 경우, 가입자 혜택 플랜이 해당 품목을 보장하지 않을 때 해당 약국이 해당 품목에 대해 가입자에게 청구하는 금액은 다음과 같습니다(이 금액은 다음 항목에 대한 예상액입니다. 의약품 구입, 보관, 투약 비용, Kaiser Permanente 약국 서비스를 가입자에게 제공하는 직간접 비용, 약국 프로그램이 의료 보험의 순수입 요건에 기여한 비용).
- 다른 모든 서비스의 경우, Kaiser Permanente가 서비스에 대해 부담한 금액 또는 Kaiser Permanente가 서비스 비용에서 비용 부담금을 차감할 경우, 비용 부담금을 차감하지 않았을 경우 Kaiser Permanente가 부담하여야 할 금액.

안정 후 진료 - 담당 의사가 가입자의 상태가 의학적으로 안정되었다고 판단한 후 가입자의 응급 의료 상태에 따라 받는 의학적으로 필요한 서비스. 합리적인 의학적 가능성 내에서, 그리고 인정된

의학적 표준에 따라 담당 의사의 소견으로 가입자가 퇴원 또는 이동을 해도 안전하다고 판단한 경우, 그리고 가입자의 상태가 퇴원 또는 이동하는 동안 또는 그 결과로서 현저하게 악화될 것으로 예상되지 않는 경우, 가입자는 임상적으로 안정적인 것으로 간주됩니다.

선호 의료 제공자 조직(PPO) 플랜 - 선호 의료 제공자 조직 플랜은 Medicare Advantage 플랜으로 특정 비용을 대가로 플랜 가입자를 치료하는 데 동의한 계약을 맺은 의료 서비스 제공자의 네트워크입니다. PPO 플랜은 내부 또는 외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 서비스를 제공했는지 여부와는 상관없이 반드시 모든 플랜 보험 혜택을 보장해야만 합니다. 회원 비용 분담금은 일반적으로 외부 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 플랜 보험 혜택인 경우 더 금액이 높을 것입니다. PPO 플랜은 네트워크(많이 사용하는) 의료 서비스 제공자가 제공하는 서비스에 대한 본인 부담금 비용에 연간 한계를 두고 있으며 네트워크(많이 사용하는) 및 네트워크외(많이 사용하지 않는) 의료 서비스 제공자 모두에게서 받은 서비스에 대한 본인 부담금의 합산 비용에는 높은 한계를 두고 있습니다.

보험료 - Medicare, 보험사, 의료 진료에 대한 의료 진료 플랜, 또는 처방약 보장에 대해 정기적으로 납부하는 비용.

1차 진료 제공자(PCP) - 대부분의 건강 문제에 대해 가입자에게서 가장 먼저 이용하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자. 많은 Medicare 의료 플랜에서, 가입자에게서는 다른 의료 서비스 제공자를 방문하기 전에 반드시 일차 의료 서비스 제공자를 방문하셔야 합니다.

사전 허가 - 서비스나 특정 약물을 받을 수 있는 사전 승인. 사전 허가가 필요한 보장된 서비스는 제4장의 의료 보험 혜택표에 표시되어 있으며 제3장의 2.3항에서 설명해드립니다. 사전 승인이 필요한 보장 약물은 의약품집에 표시되어 있으며 저희의 기준은 웹사이트에 게시되어 있습니다.

보철 및 교정 - 팔 보호대, 등 보호대, 목 보호대, 인공 팔다리, 인공을 눈 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 기기와, 인공 항문 및 비뇨기과 용품과 장관 및 비경구 영양 요법 치료 등의 체내 일부 및 기능을 교체하는 데 필요한 기기.

품질 개선 기관(QIO) - 연방 정부가 고용한 개업의 및 기타 보건 의료 전문가 단체로 Medicare에 가입한 환자가 받은 진료를 점검하고 개선하는 업무를 담당합니다.

"실시간 혜택 도구" - 가입자에게서 완전하고, 정확하며, 시기적절하고, 임상적으로 적절한 가입자별 의약품집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 분담 비용 금액, 주어진 약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 처방 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계적 치료, 수량 제한)이 포함됩니다.

보장 서비스 - 이러한 서비스에는 물리 요법, 음성-언어 치료 및 작업 요법이 포함됩니다.

서비스 지역 - 특정 의료 보험에 가입하려면 가입자에게서 거주해야 하는 지리적 지역. 가입자에게서 사용할 수 있는 의사 및 병원에 제한을 두는 플랜의 경우, 이는 또한 일반적으로 가입자에게서 정기적(응급이 아닌) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 저희 플랜은 만일 가입자에게서 완전히 플랜의 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우 가입자를 탈퇴 처리해야 합니다.

서비스 - 건강 관리 서비스 또는 품목.

전문 간병 기관(Skilled Nursing Facility, SNF) 진료 – 전문 간병 기관에서 지속적으로 매일 제공되는 전문요양진료 및 재활 서비스. 치료의 예시에는 면허 등록 간호사 또는 의사만 제공할 수 있는 물리 치료나 정맥(IV) 주사와 같은 서비스가 포함됩니다.

특별 수혜 플랜 – Medicare와 Medicaid에 모두 가입한 사람, 사설 요양원에 거주하는 사람, 또는 특정 만성 질환을 앓고 있는 사람과 같이 특정 사람들에게 집중 의료 진료를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜.

특별 단계 약물 – 저희 의약품집에 수록되어 있고 FDA가 승인한 매우 값이 비싼 약물.

보충적 소득 보장(Supplemental Security Income, SSI) – 제한된 소득과 자원으로 생활하며 장애, 시각장애 또는 65세 이상인 분들에 대해 Social Security가 부담하는 월 보험 혜택 비용. SSI 혜택은 Social Security 혜택과는 다릅니다.

긴급 진료 서비스 – 응급 상황이 아닌 즉각적인 의료 조치가 필요한 서비스를 보장하는 플랜. 가입자께서 일시적으로 저희 플랜의 서비스 영역 밖에 있거나, 저희의 플랜이 계약된 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황이 불합리한 경우 긴급히 필요한 서비스입니다. 긴급 진료 서비스의 예로는 예상하지 못한 의학적 질병, 상해 또는 기존 질환의 갑작스러운 악화 등이 있습니다. 그러나 연례 검진 등의 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.



Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스

방법	가입자 서비스 - 연락처 정보
전화	1-800-805-2739 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영. 또한 회원 서비스 센터에는 영어를 못 하시는 분을 위한 무료 통역 서비스 또한 준비되어 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
서신	Kaiser Permanente Member Services 711 Kapiolani Blvd. Honolulu, HI 96813
웹사이트	kp.org

State Health Insurance Assistance Program

이는 연방 정부로부터 지원금을 받아 Medicare의 적용을 받는 분들에게 무료 지역 의료 보험 상담을 제공하는 주 프로그램입니다. SHIP 연락처 정보는 제2장 3항에서 확인하시기 바랍니다.

PRA 공개 선언문 1995년 문서감축법에 의거, 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않은 한 개인은 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이러한 정보 수집을 위한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안 사항이 있는 경우 다음 주소로 편지를 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 **1-800-805-2739(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화하십시오(매일, 오전 8:00-오후 8:00 이용 가능).

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, 서면(711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813)을 인권 코디네이터에게 보내시거나 상기 번호로 회원 서비스 센터에 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, 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

Kaiser Permanente 는 관련 연방 민권법을 준수하며 다음과 같은 이유로 사람들을 차별 또는 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다:

- 인종
- 국적
- 장애
- 피부색
- 연령
- 성별

Kaiser Permanente 는 장애자의 원활한 의사 소통을 위해 무료 지원 및 서비스를 다음과 같이 제공합니다:

- 자격이 있는 수화 통역사
- 기타 형식(대형 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 형식, 그 외 다른 형식)으로 작성된 서면 정보

Kaiser Permanente 는 주 언어가 영어가 아닌 분들께 무료 언어 서비스를 다음과 같이 제공합니다:

- 자격이 있는 통역사
- 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 **808-432-5330**, 무료 전화 **1-800-651-2237** 또는 TTY **711** 번으로 문의 하십시오.

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 달리 차별했다고 판단하는 경우 다음과 같이 불만 사항을 제기할 수 있습니다: Kaiser Civil Rights Coordinator, 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813. 전화: **808-432-5330** 또는 무료 전화 **1-800-651-2237**; TTY: **711**; 팩스: **808-432-5300**; 이메일: civil-rights-coordinator@kp.org. 직접 방문, 우편 또는 팩스로 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 불만 사항 제기에 도움이 필요한 경우 Kaiser 민권 조정관의 도움을 받을 수 있습니다.

또한 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소의 불만 제기 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 을 통한 온라인 방식이나 다음과 같이 우편 또는 전화를 통해 불만을 제기할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; **1-800-368-1019, 1-800-537-7697**(TDD) 불만 제기 양식은 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 제공 받을 수 있습니다.

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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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 **1-800-805-2739 (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ごぞいます。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (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。

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lelei pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739** (TTY **711**). 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

Pohnpeian: Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739** (TTY **711**). Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

Samoaan: E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na'ó lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739** (TTY **711**). O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາພຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739** (TTY **711**). ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການພຣີ.

Bisayan: Duna mi'y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

Marshallese: Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-1-800-805-2739** (TTY **711**). Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

Hawaiian: Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana 'inikua mālama olakino a i 'ole ka 'inikua lā'au kuhikuhi, loa'a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka 'ōlelo Hawai'i. Inā makemake 'oe i kēia kōkua, e 'olu'olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739** (TTY **711**). no ka wala'au 'ana e pili ana i kēia mau papahana i ka 'ōlelo Hawai'i. Eia la ke kōkua manuahi.

Chuukese: Mi kawor aninisin chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739** (TTY **711**). Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

HELP IN YOUR LANGUAGE

<p>(English) Do you need help in another language? We will get you a free interpreter. Call 1-800-651-2237 to tell us which language you speak. (TTY: 711).</p>
<p>(Cantonese) 您需要其它語言嗎? 如有需要, 請致電 1-800-651-2237, 我們會提供免費翻譯服務 (TTY: 711).</p>
<p>(Chuukese) En mi niit alilis lon pwal eu kapas? Sipwe angei emon chon chiaku ngonuk ese kamo. Kokori 1-800-651-2237 omw kopwe ureni kich meni kapas ka ani. (TTY: 711).</p>
<p>(French) Avez-vous besoin d'aide dans une autre langue? Nous pouvons vous fournir gratuitement des services d'un interprète. Appelez le 1-800-651-2237 pour nous indiquer quelle langue vous parlez. (TTY: 711).</p>
<p>(German) Brauchen Sie Hilfe in einer anderen Sprache? Wir koennen Ihnen gern einen kostenlosen Dolmetscher besorgen. Bitte rufen Sie uns an unter 1-800-651-2237 und sagen Sie uns Bescheid, welche Sprache Sie sprechen. (TTY: 711).</p>
<p>(Hawaiian) Makemake `oe i kokua i pili kekahi `olelo o na `aina `e? Makemake la maua i ki`i `oe mea unuhi manuahi. E kelepona 1-800-651-2237 `oe ia la kua a e ha`ina `oe ia la maua mea `olelo o na `aina `e. (TTY: 711).</p>
<p>(Ilocano) Masapulyo kadi ti tulong iti sabali a pagsasao? Ikkandakayo iti libre nga paraipatarus. Awaganyo ti 1-800-651-2237 tapno ibagayo kadakami no ania ti pagsasao nga ar-aramatenyo. (TTY: 711).</p>
<p>(Japanese) 貴方は、他の言語に、助けを必要としていますか? 私たちは、貴方のために、無料で通訳を用意できます。電話番号の、1-800-651-2237 に、電話して、私たちに貴方の話されている言語を申し出てください。 (TTY: 711).</p>
<p>(Korean) 다른언어로 도움이 필요하십니까? 저희가 무료로 통역을 제공합니다. 1-800-651-2237 로 전화해서 사용하는 언어를 알려주십시오 (TTY: 711).</p>
<p>(Mandarin) 您需要其它语言吗? 如有需要,请致电 1-800-651-2237, 我们会提供免费翻译服务 (TTY: 711).</p>
<p>(Marshallese) Kwoj aikuij ke jiban kin juon bar kajin? Kim naj lewaj juon am dri ukok eo ejjelok wonen. Kirtok 1-800-651-2237 im kwalok non kim kajin ta eo kwo melele im kenono kake. (TTY: 711).</p>
<p>(Samoan) E te mana'omia se fesoasoani i se isi gagana? Matou te fesoasoani e ave atu fua se faaliliu upu mo oe. Vili mai i le numera lea 1-800-651-2237 pea e mana'omia se fesoasoani mo se faaliliu upu. (TTY: 711).</p>
<p>(Spanish) ¿Necesita ayuda en otro idioma? Nosotros le ayudaremos a conseguir un intérprete gratuito. Llame al 1-800-651-2237 y díganos que idioma habla. (TTY: 711).</p>
<p>(Tagalog) Kailangan ba ninyo ng tulong sa ibang lengguwahe? Ikukuha namin kayo ng libreng tagasalin. Tumawag sa 1-800-651-2237 para sabihin kung anong lengguwahe ang nais ninyong gamitin. (TTY: 711).</p>
<p>(Tongan) 'Oku ke fiema'u tokoni 'iha lea makehe? Te mau malava 'o 'oatu ha fakatonulea ta'etotongi. Telefoni ki he 1-800-651-2237 'o fakaha mai pe koe ha 'ae lea fakafonua 'oku ke ngaue'aki. (TTY: 711).</p>
<p>(Vietnamese) Bạn có cần giúp đỡ bằng ngôn ngữ khác không? Chúng tôi sẽ yêu cầu một người thông dịch viên miễn phí cho bạn. Gọi 1-800-651-2237 nói cho chúng tôi biết bạn dùng ngôn ngữ nào. (TTY: 711).</p>
<p>(Visayan) Gakinahanglan ka ba ug tabang sa imong pinulongan? Amo kang mahatagan ug libre nga maghuhubad. Tawag sa 1-800-651-2237 aron magpahibalo kung unsa ang imong sinulti-han. (TTY: 711).</p>

