Kaiser Foundation Health Plan, Inc.에서 제공하는 Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

가입자 안내서

2027 년 1 월 1 일~2027 년 12 월 31 일

Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)를 통해 제공되는 귀하의 건강 및 약품 보장

가입자 안내서 소개

본 *가입자 안내서*(*보장 범위 증명서*라고도 함)에서 2027 년 12 월 31 일까지 당사 플랜을 통해 제공되는 귀하의 보장에 관해 안내합니다. 본 안내서에는 건강 관리 서비스, 행동 건강(정신건강 및 약물 사용 장애) 서비스, 약품 보장, 그리고 장기 서비스 및 지원에 대해 설명되어 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서* **12 장**에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

본 안내서는 중요한 법적 문서이므로 안전한 장소에 보관하여 주시기 바랍니다.

본 *가입자 안내서*에서 "당사", "당사에", "당사의" 또는 "당사 플랜"은
Kaiser Permanente Dual Complete 를 의미합니다.

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

가입자 서비스에 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 전화하여 본 문서를 큰 글자, 점자 및/또는 오디오 등 다른 형식으로 무료로 받으실 수 있습니다. 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영되며 통화는 무료입니다.

다음을 요청하시려면 가입자 서비스에 전화하십시오.

- 영어 이외의 선호 언어 및/또는 대체 형식
- 향후 발송되는 우편물 및 안내문에 대한 지속 수신 신청
- 선호 언어 및/또는 형식에 대한 지속 수신 신청 내용 변경

언어 지원 서비스 및 보조 도구와 서비스 이용 가능 안내문

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN
주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN
ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN
CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN
យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

목차

제 1 장: 가입자로서 시작하기 **10**

제 2 장: 중요한 전화번호 및 자료 **25**

제 3 장: 플랜 보장을 통한 보건 의료 서비스 및 기타 보장 서비스 이용 **66**

제 4 장: 의료 보험 혜택표 **89**

제 5 장: 외래 처방약 받기 **175**

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 가입자 부담금 **194**

제 7 장: 보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 수령한 청구서 중 당사 분담액의 지급 요청 **204**

제 8 장: 가입자의 권리와 책임 **211**

제 9 장. 문제나 불만 사항(보장 결정, 이의제기, 불만 사항)이 있을 경우 가입자가 취할 조치 **232**

제 10 장: 가입한 플랜에 대한 멤버십 종료 **277**

제 11 장: 법적 통지 **286**

제 12 장: 중요 용어 정의 **298**

면책 조항

- Kaiser Permanente 는 HMO D-SNP 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente 에의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- Medi-Cal 에 따라 Kaiser Permanente 가입자에게 제공되는 건강 관리 서비스는 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.와 California 건강 관리 서비스부(DHCS) 간에 체결된 계약 조건, 약관, 제한 사항 및 예외 사항의 적용을 받으며, 본 *가입자 안내서* 및 그 개정안에 명시된 내용을 따릅니다.
- **남부 캘리포니아 가입자만:** 건강 식단 혜택은 만성 질환을 앓고 있는 가입자에게만 특별히 제공되는 추가 프로그램의 일부로, 모든 가입자에게 제공되는 혜택은 아닙니다. 이 혜택을 받으려면 가입자가 당뇨병, 비만, 심혈관계 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환 등 특정 만성 질환 환자여야 합니다. 이 혜택의 수급 자격이 될 수 있는 다른 질환이 있을 수 있습니다. 단순히 가입자가 앓고 있는 질환만으로 이 혜택의 수급 자격이 보장되지 않습니다. 혜택을 받으려면 해당하는 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 당사로 문의해 주시기 바랍니다.
- 네트워크 외/비계약 의료 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자에게 치료를 제공할 의무가 없습니다. 네트워크 외 서비스에 적용되는 분담 비용 등 자세한 내용은 당사 가입자 서비스 번호로 전화해 주시거나 *가입자 안내서*를 참조하시기 바랍니다.
- 혜택 및/또는 공동 분담금은 2028 년 1 월 1 일에 변경될 수 있습니다.
- 보장 약품, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항은 최소 30 일 전에 통지해 드립니다.

제 1 장: 가입자로서 시작하기

소개

이 장에서는 모든 Medicare 서비스를 보장하고 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 모두 조정하는 의료 보험인 **Kaiser Permanente Dual Complete** 와 가입자 자격에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 가입 후 예상되는 사항과 당사가 제공하는 기타 정보에 대해서도 안내합니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 1 장 목차

A. 플랜 가입 환영 안내 12

B. Medicare 및 Medi-Cal 에 관한 정보 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 14

C. 플랜의 장점 14

D. 플랜의 서비스 지역 15

E. 플랜 가입자 자격 17

F. 의료 보험 처음 가입 시 예상되는 사항 18

G. 진료팀 및 진료 계획 19

G1. 진료팀 19

G2. 진료 계획 19

H. 주요 비용 요약 19

H1. Medicare 처방약 지불 금액 20

I. 본 *가입자 안내서* 20

J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보 20

J1. 가입자 ID 카드 20

J2. *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 21

J3. *보장 약품 목록* 22

J4. *혜택 설명서* 23

K. 가입자 정보 최신 상태 유지 23

K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호 24

A. 플랜 가입 환영 안내

당사 플랜은 Medicare 와 Medi-Cal 모두에 가입 자격이 있는 분들에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 서비스 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자가 포함되어 있습니다. 또한 귀하가 의료 서비스 제공자와 서비스를 효율적으로 관리할 수 있도록 지원하는 진료 코디네이터와 진료팀이 있습니다. 이들은 귀하에게 필요한 의료 서비스를 제공하기 위해 함께 협력합니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 는 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특수 필요 플랜)으로, 특수한 보건 의료 서비스가 필요한 분들을 위해 설계되었습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 는 Medicare 에 가입되어 있으면서 Medi-Cal 지원을 받을 자격이 있는 분들을 위해 마련되었습니다.

Kaiser Permanente 는 통합 의료 진료 프로그램을 통해 가입자에게 건강 관리 서비스를 직접 제공합니다. Health Plan, Plan Hospitals, The Permanente Medical Group, Southern California Permanente Medical Group("의료 단체")은 서로 협력하여 가입자에게 양질의 진료를 제공합니다. 당사의 의료 진료 프로그램을 통해 정기 진료, 입원 진료, 검사실 서비스, 응급 치료, 긴급 진료 및 본 *가입자 안내서*에 설명된 기타 혜택 등 필요한 보장 서비스를 이용하실 수 있습니다. 또한 당사의 건강 교육 프로그램을 통해 건강을 지키고 증진할 수 있는 훌륭한 방법을 제공해 드립니다.

본 *가입자 안내서*에서는 다음 플랜에 대해 설명합니다.

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P1 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P6 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P7 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P9 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P10 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'South P11 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P2 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P16 플랜'이라 함)

- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P17 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P18 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P19 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P20 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P21 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P22 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P23 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P24 플랜'이라 함)
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)(본 문서에서는 'North P25 플랜'이라 함)

어떤 플랜에 가입했는지 확실하지 않은 경우, 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 문의하거나 *연례 변경 내용 통지서*의 표지를 참조하시기 바랍니다(신규 가입자는 가입 양식이나 가입 확인 서신 참조).

참고: 본 *가입자 안내서*에 포함된 각 플랜의 지리적 서비스 지역은 이 장의 **D 절**을 참조해 주십시오. 비용 분담, 가입 및 탈퇴 목적상 본 *가입자 안내서*에 설명된 당사 지역 서비스 지역에는 여러 개의 Dual Complete 플랜이 있습니다. 그러나 보장 서비스를 받기 위한 목적으로는 귀하가 속한 지역 서비스 지역 내 어느 곳에서든 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받으실 수 있습니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal 에 관한 정보

B1. Medicare

Medicare 는 다음 대상자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

- 65 세 이상인 사람
- 65 세 미만이지만 특정 장애가 있는 사람 **그리고**
- 말기 신장질환(신부전증)이 있는 사람

B2. Medi-Cal

Medi-Cal 은 California 의 Medicaid 프로그램의 이름입니다. Medi-Cal 은 주 정부가 운영하며, 주 정부와 연방 정부가 비용을 부담합니다. Medi-Cal 은 소득과 자산이 제한적인 사람들이 장기 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS)과 의료 비용을 부담할 수 있도록 지원합니다. 또한 Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스와 약품도 보장합니다.

각 주 정부는 다음 사항을 결정합니다.

- 소득과 자산 산정 기준
- 자격 요건
- 보장되는 서비스 **그리고**
- 서비스 비용

각 주는 연방 규칙을 준수하는 범위 내에서 프로그램 운영 방식을 결정할 수 있습니다.

Medicare 와 California 주는 당사 플랜을 승인했습니다. 다음 조건을 충족하는 한, 당사 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용하실 수 있습니다.

- 당사가 본 플랜을 계속 제공하기로 선택하는 경우 **그리고**
- Medicare 와 California 주가 당사가 본 플랜을 계속 제공하도록 허용하는 경우

향후 당사 플랜의 운영이 중단되더라도 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 이용 자격에는 영향을 미치지 않습니다.

C. 플랜의 장점

이제 약품을 포함한 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 당사 플랜을 통해 이용하실 수 있습니다. **이 의료 보험에 가입하는 데 추가 비용은 없습니다.**

당사는 Medicare 혜택과 Medi-Cal 혜택을 보다 효율적으로 이용하실 수 있도록 지원합니다. 주요 장점은 다음과 같습니다.

- 귀하의 건강관리에 필요한 **대부분**의 보건 의료 서비스를 당사를 통해 이용하실 수 있습니다.
- 귀하가 구성에 참여한 진료팀이 있습니다. 진료팀에는 귀하 본인, 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 기타 건강 전문가가 포함될 수 있습니다.
- 진료 코디네이터의 도움을 받으실 수 있습니다. 진료 코디네이터는 귀하, 당사 플랜 및 진료팀과 협력하여 진료 계획을 수립하도록 돕는 담당자입니다.
- 진료팀과 진료 코디네이터의 도움을 받아 본인의 진료를 직접 관리하실 수 있습니다.
- 진료팀과 진료 코디네이터는 **귀하의** 건강 상태에 맞는 진료 계획을 수립하기 위해 귀하와 협력합니다. 또한 진료팀은 귀하에게 필요한 서비스를 조정합니다. 예를 들어 진료팀은 다음과 같은 사항을 확인합니다.
    - 귀하가 복용 중인 모든 약을 담당 의사가 파악하여 적절한 약물을 복용하고 있는지 확인하고, 약으로 인한 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.

- 필요한 경우 검사 결과가 모든 담당 의사 및 기타 의료 서비스 제공자와 공유되도록 합니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 신규 가입자: 대부분의 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입을 신청하면 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 받기 위해 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 가입됩니다. 가입자는 한 달 동안 추가로 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 그 이후에는 Kaiser Permanente Dual Complete 를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 문의해 주십시오.

D. 플랜의 서비스 지역

당사의 남부 캘리포니아 지역에는 다음 남부 플랜이 포함됩니다.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 플랜**(다음 **San Diego 카운티** 우편번호만 포함):
  - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, 및 92195–99
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 플랜**(다음 카운티 포함):
  - **Riverside 카운티** 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83
  - **San Bernardino 카운티** 일부 지역(다음 우편번호만 해당): 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 플랜**(**Kern 카운티** 우편번호 포함):
  - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, 및 93581.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 플랜**(Catalina Island 를 제외한 **Los Angeles 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 플랜**(**Orange 카운티** 전역 포함).

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 플랜**(다음 **Ventura 카운티** 우편번호만 포함):
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, 및 93252.

당사의 북부 캘리포니아 지역에는 다음 북부 플랜이 포함됩니다.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P2 플랜**(다음 카운티 포함):
    - **Sacramento 카운티** 전역.
    - **Amador 카운티**(다음 우편번호만 해당): 95640 및 95669
    - **El Dorado 카운티**(다음 우편번호만 해당): 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 및 95762
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 플랜**(**Alameda 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 플랜**(**Contra Costa 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P18 플랜**(다음 카운티 포함):
    - **Fresno 카운티**(다음 우편번호만 해당): 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **Kings 카운티**(다음 우편번호만 해당):93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **Madera 카운티**(다음 우편번호만 해당): 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **Mariposa 카운티**(다음 우편번호만 해당):93601, 93623, 및 93653
    - **Tulare 카운티**(다음 우편번호만 해당): 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 및 93673.
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 플랜**(**San Francisco 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 플랜**(**San Joaquin 및 Stanislaus** 카운티 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 플랜**(**Santa Cruz 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 플랜**(**San Mateo 카운티** 전역 포함).
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 플랜**(다음 **Santa Clara 카운티** 우편번호만 포함):

- 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, 및 95196

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 플랜**(다음 카운티 포함):
  - **Placer 카운티**(다음 우편번호만 해당): 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 및 95765
  - **Yolo 카운티**(다음 우편번호만 해당): 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, 및 95798–99.
  - **Yuba 카운티**(다음 우편번호만 해당): 95692, 95903, 및 95961.

- **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 플랜**(다음 카운티 포함):
  - **Marin, Napa 및 Solano** 카운티 전역.
  - **Sonoma 카운티**(다음 우편번호만 해당): 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, 및 95492

당사 서비스 지역에 거주하는 분만 당사 플랜에 가입하실 수 있습니다.

서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 당사 플랜 자격을 유지할 수 없습니다. 서비스 지역 밖으로 이사할 경우 미치는 영향에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 8 장을 참조하십시오.**

E. 플랜 가입자 자격

다음 조건을 충족하는 경우 당사 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

- 당사 서비스 지역에 거주하는 경우(수감 중인 사람은 실제로 서비스 지역 내에 있더라도 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다.) **및**
- 가입 시점에 21 세 이상인 경우 **및**
- Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 를 모두 가지고 있는 경우 및
- 미국 시민권자, 미국 국적자 또는 가입 자격이 있는 비시민권자인 경우 및
- 현재 Medi-Cal 가입 자격이 있는 경우

- 귀하의 전액 보장 Medi-Cal 자격을 상실하더라도 4 개월 이내에 자격을 회복할 것으로 예상되는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속해서 제공해 드릴 것입니다. Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 귀하의 Medi-Cal 혜택에 대한 비용을 지불하지 않습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 가 보장하는 혜택에 대한 귀하의 분담 비용은 본 *가입자 안내서* 내 혜택표의 설명에 따라 달라집니다. 또한 Medicare 파트 D 약물 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Medicare 추가 지원을 잃을 수도 있습니다.

  Medicare 보장을 받기 위해 당사에 가입된 상태에서 귀하의 전액 보장 Medi-Cal 혜택 자격이 복원되면 당사는 귀하가 받는 Medi-Cal 혜택 비용을 다시 부담하게 되고 당사에서 귀하의 가입 상태 역시 계속 유지됩니다. 4 개월 이내에 Medi-Cal 자격을 회복할 수 없으면 Kaiser Permanente Dual Complete 에서 탈퇴 처리됩니다. 탈퇴 처리 이후 전액 보장 Medi-Cal 자격을 회복하면 당사에 연락하여 해당 플랜에 다시 가입해야 합니다.

전액 보장 Medi-Cal 자격을 상실하더라도 4 개월 이내에 자격을 다시 회복할 것으로 예상되는 경우, 계속해서 당사 플랜의 자격이 유지됩니다.

자세한 내용을 알아보려면 가입자 서비스에 문의하십시오.

F. 의료 보험 처음 가입 시 예상되는 사항

당사 플랜에 처음 가입하면 가입 효력 발생일 전후 90 일 이내에 건강 위험 평가(HRA)를 받게 됩니다.

당사는 귀하의 HRA 를 완료해야 합니다. 이 HRA 는 귀하의 진료 계획을 수립하는 기초 자료가 됩니다. HRA 에는 귀하의 의료적, 행동 건강상, 기능상 필요 사항을 파악하기 위한 질문이 포함되어 있습니다.

당사는 HRA 를 완료하기 위해 귀하에게 연락드립니다. HRA 는 대면 방문, 전화 또는 우편을 통해 완료할 수 있습니다. 또한 귀하의 필요 사항에 변경이 있는지 확인하기 위해 매년 연락드립니다.

HRA 에 관한 자세한 내용은 별도로 보내드립니다.

당사 플랜에 처음 가입하신 경우, 현재 이용 중인 의사가 당사 네트워크에 속해 있지 않더라도 일정 기간 동안 해당 의사를 계속 이용하실 수 있습니다. 이를 진료 연속성이라고 합니다. 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자가 당사 네트워크에 속해 있지 않은 경우에도, 다음 조건을 모두 충족하면 가입 당시 이용 중인 의료 서비스 제공자와 승인받은 서비스를 최대 12 개월 동안 계속 이용하실 수 있습니다.

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 의료 서비스 제공자가 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자를 계속 이용할 수 있도록 당사에 요청하는 경우
- 일부 예외를 제외하고, 귀하가 1 차 진료 제공자 또는 전문의와 기존 진료 관계가 있었음을 당사가 확인하는 경우. 여기서 '기존 진료 관계'란 귀하가 당사 플랜에 최초 가입하기 전 12 개월 이내에, 응급 상황이 아닌 진료를 위해 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 최소 1 회 이상 방문한 것을 의미합니다.
  - 당사는 이용 가능한 건강 정보 또는 귀하가 제공한 정보를 검토하여 기존 진료 관계 여부를 확인합니다.

- 당사는 귀하의 요청에 대해 30 일 이내에 답변해야 합니다. 귀하는 신속한 결정을 요청할 수도 있으며, 이 경우 당사는 15 일 이내에 답변해야 합니다. 신속한 결정은 1-800-443-0815 번으로 전화하여 요청하실 수 있습니다. 귀하에게 건강상 위험이 우려되는 경우에는 3 일 이내에 답변해야 합니다.
- 요청 시 귀하 또는 의료 서비스 제공자는 기존 진료 관계를 증명하는 자료를 제시하고, 특정 약관에 동의해야 합니다.

참고: 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 제공자에 대해서는, 당사가 새로운 DME 대여를 승인하고 네트워크 의료 서비스 제공자가 해당 대여 장비를 배송할 때까지 최소 90 일 동안 계속이 요청을 하실 수 있습니다. 교통편 서비스 제공자나 기타 부가 서비스 제공자에 대해서는 이 요청을 하실 수 없지만, 당사 플랜에 포함되지 않은 교통편 서비스 또는 기타 부가 서비스에 대해서는 요청하실 수 있습니다.

진료 연속성 기간이 종료되면, 당사가 귀하의 네트워크 외 의사와 별도의 계약을 체결하지 않는 한 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 네트워크에 속한 의사와 기타 의료 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자란 의료 보험과 협력하는 의료 서비스 제공자를 말합니다. 진료를 받는 것에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 3 장**을 참조하십시오.

G. 진료팀 및 진료 계획

G1. 진료팀

진료팀은 귀하가 필요한 진료를 계속 받을 수 있도록 지원합니다. 진료팀에는 담당 의사, 진료 코디네이터, 담당 전문의 또는 귀하가 선택한 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다.

진료 코디네이터는 귀하가 필요한 진료를 관리할 수 있도록 지원하는 전문 교육을 받은 담당자입니다. 당사 플랜에 가입하시면 진료 코디네이터가 배정됩니다. 또한 진료 코디네이터는 당사 플랜에서 제공하지 않는 지역사회 자원과 귀하를 연계하고, 진료팀과 협력하여 귀하의 진료를 조정합니다. 진료 코디네이터와 진료팀에 대한 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 문의하십시오.

G2. 진료 계획

귀하의 진료팀은 귀하와 협력하여 진료 계획을 수립합니다. 진료 계획을 통해 귀하와 담당 의사는 귀하에게 필요한 서비스와 이를 이용하는 방법을 확인할 수 있습니다. 또한 의료 서비스, 행동 건강 서비스, LTSS 또는 기타 서비스에 관한 내용도 포함됩니다.

귀하의 진료 계획에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 귀하의 보건 의료 목표, **및**
- 필요한 서비스를 받기 위한 일정

진료팀은 HRA 완료 후에 귀하와 상담합니다. 진료팀은 귀하에게 필요한 서비스에 대해 질문하고, 고려해 볼 만한 서비스도 안내해 드립니다. 진료 계획은 귀하의 필요사항과 목표를 바탕으로 수립됩니다. 또한 진료팀은 최소 연 1 회 귀하와 함께 진료 계획을 업데이트합니다.

H. 주요 비용 요약

당사 플랜은 월 보험료가 없습니다.

H1. Medicare 처방약 지불 금액

귀하가 Medicare 처방약 지불 플랜(Medicare Prescription Payment Plan)에 참여하는 경우 약국에 처방약 비용을 직접 지불하는 대신, 당사 플랜에서 청구서를 받게 됩니다. 월 청구 금액은 처방약에 대해 부담해야 하는 금액에 전월 잔액을 더한 후, 해당 연도에 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 산정됩니다.

Medicare 처방약 지불 플랜은 제 2 장 M3 절에 자세히 설명되어 있습니다. 이 지불 옵션으로 청구된 금액에 동의하지 않으시는 경우, **제 9 장**에 있는 단계에 따라 불만 또는 이의를 제기하실 수 있습니다.

I. 본 *가입자 안내서*

본 *가입자 안내서*는 귀하와 당사 간 계약의 일부입니다. 이는 당사가 본 문서의 모든 규칙을 준수해야 한다는 의미입니다. 당사가 이러한 규칙에 반하는 행위를 했다고 판단되는 경우에는 당사의 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의제기에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하시거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 문의하십시오.

이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하여 *가입자 안내서*를 요청하실 수 있습니다. 또한 이 페이지 하단에 있는 웹사이트 주소에서 *가입자 안내서*를 확인하실 수도 있습니다.

본 계약은 2027 년 1 월 1 일부터 2027 년 12 월 31 일까지 귀하가 당사 플랜에 가입되어 있는 기간 동안 유효합니다.

J. 당사가 제공하는 기타 중요 정보

당사가 귀하에게 제공하는 기타 중요 정보에는 가입자 ID 카드, *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 이용 방법, *보장 약품 목록*(*약품* 목록 또는 *의약품집*이라고도 함) 이용 방법이 포함됩니다.

J1. 가입자 ID 카드

당사 플랜에서는 장기 서비스 및 지원(LTSS), 특정 행동 건강 서비스 및 처방약을 포함하여 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용하기 위해 카드 1 장을 사용합니다. 서비스를 받거나 처방약을 받을 때 이 카드를 제시하면 됩니다. 다음은 지역별 가입자 ID 카드의 예시입니다.

가입자 ID 카드가 손상되었거나 분실 또는 도난된 경우에는 즉시 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 연락하십시오. 새 카드를 보내드립니다.

귀하가 당사 플랜의 가입자인 동안에는 대부분의 서비스를 이용하기 위해 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드 또는 Medi-Cal 카드를 사용할 필요가 없습니다. 나중에 필요할 수 있으므로 이 카드는 안전한 곳에 보관하십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 의료 서비스 제공자가 당사 플랜이 아닌 Medicare 에 비용을 청구하여, 귀하에게 청구서가 발송될 수 있습니다. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 Medicare 승인 임상 연구 시험(임상 시험이라고도 함)에 참여하는 경우에는 Medicare 카드를 제시하도록 요청받을 수 있습니다. 의료 서비스 제공자로부터 청구서를 받은 경우 어떻게 해야 하는지에 대해서는 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오.

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

- 카운티 정신건강 플랜(MHP)을 통해 받을 수 있는 행동 건강 서비스
- Medi-Cal Rx 서비스
- 가정 내 지원 서비스
- 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 면제 서비스
- Medi-Cal 치과 서비스

J2. *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*

*의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에는 당사 플랜의 네트워크에 속한 의료 서비스 제공자와 약국이 나열되어 있습니다. 귀하가 당사 플랜의 가입자인 동안에는 보장 서비스를 받기 위해 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다.

이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 연락하여 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*(전자 문서 또는 인쇄본 형태)을 요청하실 수 있습니다. 의료 서비스 제공자 및 약국 목록의 인쇄본을 요청하시면 영업일 기준 3 일 이내에 우편으로 발송됩니다.

또한 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 kp.org/directory 에서 확인하실 수 있습니다.

*의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에는 당사 네트워크 의료 서비스 제공자 및 내구성 의료 장비 공급업체가 나열되어 있습니다. 별도로 명시된 경우를 제외하고, 모든 네트워크 의료 서비스 제공자는 Medicare 와 Medicaid 를 모두 받습니다. 당사 플랜에서 보장하지 않지만 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스가 필요한 경우, Medi-Cal 보장 진료를 제공할 수 있는 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 찾을 수 있도록 주 Medi-Cal 기관으로 안내해 드릴 수 있습니다.

네트워크 의료 서비스 제공자의 정의

- 당사의 네트워크 의료 서비스 제공자에는 다음이 포함됩니다.
    - 당사 플랜의 가입자로서 이용할 수 있는 의사, 간호사 및 기타 의료 전문가
    - 당사 플랜에서 건강 서비스를 제공하는 클리닉, 병원, 요양시설, 기타 기관 **및**
    - LTSS 제공자, 행동 건강 서비스 제공자, 가정 간호 기관, 내구성 의료 장비(DME) 공급업체 및 Medicare 또는 Medi-Cal 을 통해 귀하에게 물품 및 서비스를 제공하는 기타 제공자

네트워크 의료 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 당사 플랜이 지불하는 금액을 전액 지급으로 수락하는 데 동의한 의료 서비스 제공자입니다.

네트워크 약국의 정의

- 네트워크 약국은 당사 플랜 가입자의 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 의미합니다. 이용하려는 네트워크 약국을 찾으시려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.
- 응급 상황을 제외하고, 당사 플랜의 처방약 비용 지원을 받으시려면 처방약은 반드시 당사 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제받아야 합니다.

자세한 내용을 알아보려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 문의하십시오. 가입자 서비스와 당사 웹사이트에서 네트워크 약국 및 의료 서비스 제공자의 변경 사항에 대한 최신 정보를 확인하실 수 있습니다.

J3. *보장 약품 목록*

당사 플랜에는 *보장 약품 목록*이 있습니다. 이를 줄여서 *약품 목록* 이라고 부릅니다. 이 목록에는 당사 플랜에서 보장하는 약품이 안내되어 있습니다. 목록에 포함된 약품은 의사와 약사의 도움을 받아 당사 플랜에서 선정한 것입니다. *약품 목록*은 반드시 Medicare 의 요건을 충족해야 합니다. Medicare 약품 가격 협상 프로그램(Medicare Drug Price Negotiation Program)에 따라 협상된 가격이 적용되는 약품은 귀하의 *약품 목록*에 포함됩니다. 단, **제 5 장 E 절**에 설명된 바와 같이 삭제 및 대체되는 경우는 제외합니다. Medicare 는 Kaiser Permanente Dual Complete *약품 목록*을 승인했습니다.

*약품 목록*에는 수량 제한과 같이 약품에 적용되는 규칙이나 제한이 있는지도 안내되어 있습니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

매년 *약품 목록*을 확인하는 방법에 대한 정보를 보내드립니다. 단, 연중 일부 변경 사항이 있을 수 있습니다. 보장되는 약품에 대한 가장 최신 정보를 확인하시려면 가입자 서비스에 문의하시거나 웹사이트 kp.org/seniorrx 를 방문하십시오.

J4. *혜택 설명서*

귀하가 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 이용하시면, 당사는 귀하가 Medicare 파트 D 처방약 비용 지급 내역을 이해하고 추적할 수 있도록 요약 정보를 보내드립니다. 이 요약 정보를 *혜택 설명서* (EOB)라고 합니다.

EOB 에는 해당 월에 귀하 또는 귀하를 대신하는 사람이 Medicare 파트 D 처방약에 지출한 총금액과 귀하의 각 Medicare 파트 D 처방약에 대해 당사가 지불한 총금액이 안내되어 있습니다. 이 EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 에는 귀하가 복용하는 약품에 관한 추가 정보도 포함되어 있습니다. 예를 들어, 가격 인상 정보와 분담 비용이 더 저렴한 다른 이용 가능한 약품에 대한 정보가 제공될 수 있습니다. 이러한 저비용 옵션에 대해서는 처방 의료 제공자와 상담하실 수 있습니다. EOB 및 EOB 가 귀하의 약품 보장 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 6 장**에서 확인하실 수 있습니다.

EOB 를 요청하실 수도 있습니다. 사본을 받으시려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 연락하십시오.

또한 우편 대신 온라인으로 **파트 D EOB** 를 확인하실 수도 있습니다. kp.org/goinggreen 을 방문하여 로그인하시면 온라인에서 안전하게 **파트 D EOB** 를 확인하는 방법에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다.

K. 가입자 정보 최신 상태 유지

귀하의 정보가 변경될 때 당사에 알려 주시면 가입자 기록을 최신 상태로 유지하실 수 있습니다.

당사 기록에 귀하의 정확한 정보를 반영하기 위해 이 정보가 필요합니다. 당사 플랜 네트워크에 속한 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 서비스 제공자는 귀하의 가입자 기록을 사용하여 보장되는 서비스와 약품, 그리고 귀하의 분담 비용을 확인합니다. 따라서 당사가 귀하의 정보를 최신 상태로 유지할 수 있도록 협조해 주시는 것이 매우 중요합니다.

다음 사항이 변경되면 즉시 당사에 알려주십시오.

- 이름, 주소 또는 전화번호 변경
- 고용주, 배우자의 고용주 또는 동거인의 고용주를 통한 건강 보험 또는 산재 보험 등 다른 건강 보험 보장 변경
- 자동차 사고로 인한 청구 등 모든 책임 관련 청구
- 요양시설 또는 병원 입원
- 병원 또는 응급실에서 받은 진료
- 간병인(또는 귀하를 책임지는 사람)의 변경 **및**
- 임상 연구 시험에 참여하는 경우. (**참고:** 참여하려는 임상 연구 시험에 대해 당사에 반드시 알려야 하는 것은 아니지만, 알려주실 것을 권장합니다.)

정보가 변경된 경우 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 연락하십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI) 보호

귀하의 가입자 기록에 있는 정보에는 개인 건강 정보(PHI)가 포함될 수 있습니다. 연방법 및 주법에 따라 당사는 귀하의 PHI 를 비공개로 유지해야 합니다. 당사는 귀하의 PHI 를 보호합니다. 귀하의 PHI 를 보호하는 방법에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 8 장**을 참조하십시오.

제 2 장: 중요한 전화번호 및 자료

소개

이 장에서는 당사 플랜 및 보건 의료 혜택에 관한 궁금한 사항을 해결하는 데 도움이 되는 주요 기관의 연락처 정보를 제공합니다. 또한 이 장에서 진료 코디네이터 및 귀하를 대신하여 옹호해 줄 담당자에게 연락하는 방법도 확인하실 수 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 2 장 목차

A. 가입자 서비스 27

B. 진료 코디네이터 33

C. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 35

D. 간호사 상담 전화 36

E. 품질개선기구(QIO) 37

F. Medicare 38

G. Medi-Cal 39

H. Medi-Cal 관리 진료 및 정신건강 옴부즈맨 사무실 40

I. 카운티 사회 복지 사업 기관 41

J. 카운티 행동 건강 서비스국 52

K. 캘리포니아 보건 관리부 59

L. 건강 소비자 연합(HCA) 59

M. 약품 비용 지원 프로그램 59

M1. Medicare 의 추가 지원 60

M2. AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP) 61

M3. Medicare 처방약 지불 플랜 61

N. 사회보장국 62

O. 철도퇴직위원회(RRB) 63

P. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 64

Q. Medi-Cal 치과 65

A. 가입자 서비스

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
우편	지역 가입자 서비스 사무실(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조).
웹사이트	kp.org

다음 사항에 대한 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 문의하십시오.

- 플랜에 대해 궁금한 점
- 보상액 또는 청구에 대해 궁금한 점

의료 진료에 관한 보장 결정, 이의제기 및 불만제기

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 귀하의 보장 결정, 이의제기 또는 불만제기가 **제 9 장**에 설명된 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사 부서(Expedited Review Unit)에 1-888-987-7247 번으로 전화하십시오. 연중무휴 오전 8 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
팩스	귀하의 보장 결정, 이의제기 또는 불만제기가 빠른 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사 부서에 1-888-987-2252 번으로 요청서를 팩스로 보내십시오.

우편	표준 보장 결정 또는 불만제기는 지역 가입자 서비스 사무실로 서신을 보내십시오(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조). 표준 이의제기는 당사가 보내드린 거부 통지서에 기재된 주소로 서신을 보내십시오. 가입자의 보장 결정, 이의제기 또는 불만제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다. Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	당사 플랜에 대한 불만을 Medicare 에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 를 방문하십시오.

- 가입자의 보건 의료에 대한 보장 결정
  - 귀하의 보건 의료에 관한 보장 결정은 다음에 관한 결정을 말합니다.
    - 귀하의 혜택 및 보장 서비스 **또는**
    - 귀하의 건강 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액
  - 귀하의 보건 의료에 관한 보장 결정과 관련하여 질문이 있는 경우 당사에 문의하십시오.
  - 보장 결정에 관해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.
- 가입자의 보건 의료에 대한 이의제기
  - 이의제기는 당사가 내린 보장 결정이 잘못되었거나 해당 결정에 동의하지 않는 경우, 그 결정을 재검토하고 변경해 줄 것을 당사에 공식적으로 요청하는 절차입니다.
  - 이의제기에 관한 자세한 내용을 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하시거나 가입자 서비스에 문의하십시오.
- 가입자의 보건 의료에 대한 불만
  - 귀하는 당사 또는 모든 의료 서비스 제공자(네트워크 의료 서비스 제공자 및 비네트워크 의료 서비스 제공자 포함)에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자란 당사 플랜과 협력하는 의료 서비스 제공자를 말합니다. 또한 귀하가 받은 진료의 품질에 대해서는 당사 또는 품질개선기구(QIO)에 불만을 제기하실 수 있습니다(**E 절 참조**).
  - 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 당사에 전화하여 불만을 설명하실 수 있습니다. 연중무휴 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
  - 귀하의 불만이 보건 의료 보장 결정과 관련된 경우, 이의를 제기하실 수 있습니다(위 절 참조).

- 당사 플랜에 관한 불만을 Medicare 에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 온라인 양식을 사용하실 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
- 1-855-501-3077 번으로 전화하여 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 당사 플랜에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.
- 불만제기에 관한 자세한 내용을 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

파트 D 처방약에 대한 보장 결정

전화	남부 플랜: 1-888-791-7213 북부 플랜: 1-877-645-1282 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
팩스	1-844-403-1028
우편	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
웹사이트	kp.org

- 약품에 관한 보장 결정
  - 귀하의 약품에 관한 보장 결정은 다음에 관한 결정을 말합니다.
    - 귀하의 혜택 및 보장 약품 **또는**
    - 가입자의 약물에 대해 당사가 지불하는 금액
  - 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같이 Medicare 에서 보장하지 않는 약품은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.Medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 1-800-977-2273 번으로 전화하셔도 됩니다.
  - 약품에 대한 보장 결정에 관해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

파트 D 처방약에 대한 이의제기

전화	1-866-206-2973 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 오전 8 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 오전 8 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영.
팩스	1-866-206-2974
우편	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	kp.org

- 약품에 대한 이의제기
  - 이의제기는 당사에 보장 결정의 변경을 요청하는 절차입니다.
  - 약품에 대한 이의제기에 관해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

파트 D 처방약에 대한 불만제기

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 귀하의 불만이 빠른 결정의 자격 요건을 갖춘 경우 파트 D 부서에 1-866-206-2973 번으로 전화하십시오. 연중무휴 오전 8 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영. 귀하의 문제가 빠른 결정의 자격 요건을 갖추었는지 알아보려면 **제 9 장**을 참조하십시오. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
팩스	귀하의 불만이 빠른 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 요청서를 당사 파트 D 부서에 1-866-206-2974 번으로 팩스로 보내십시오.

우편	표준 불만제기는 지역 가입자 서비스 사무실로 서신을 보내십시오(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조). 귀하의 불만이 빠른 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내십시오. Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	당사 플랜에 대한 불만을 Medicare 에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 를 방문하십시오.

- 약품 관련 불만
  - 귀하는 당사 또는 약국에 관해 불만을 제기하실 수 있습니다. 여기에는 약품과 관련된 불만도 포함됩니다.
  - 귀하의 불만이 약품 보장 결정과 관련된 경우, 이의를 제기하실 수 있습니다. (위 절 참조.)
  - 당사 플랜에 관한 불만을 Medicare 에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 온라인 양식을 사용하실 수 있습니다. 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청하실 수 있습니다.
  - 약품에 대한 불만제기에 관해 자세히 알아보려면 본 가입자 안내서 제 9 장을 참조하십시오.

지불 요청

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. **참고:** 네트워크 의료 서비스 제공자가 처방하고 네트워크 약국에서 받은 파트 D 처방약의 비용 지불을 요청하는 경우, 당사 파트 D 부서에 1-866-206-2973 번으로 전화하십시오. 연중무휴 오전 8 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.

우편	의료 진료의 경우 다음 주소로 서신을 보내십시오. **남부 플랜:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **북부 플랜:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **파트 D 처방약:** 네트워크 의료 서비스 제공자가 처방하고 제공한 파트 D 처방약의 비용 지불을 요청하는 경우, 요청서를 1-866-206-2974 번으로 팩스로 보내시거나 다음 주소로 우편 발송하실 수 있습니다. Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	kp.org

- 이미 지불한 보건 의료 또는 약품 비용 부담
  - 당사에 환급을 요청하거나 귀하가 받은 청구서에 대한 지불을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용을 알아보려면 본 가입자 안내서 제 7 장을 참조하십시오.
  - 당사에 청구서 지불을 요청했으나 요청의 일부가 거부된 경우, 당사의 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 본*가입자 안내서* **제 9 장** 을 참조하십시오.

B. 진료 코디네이터

진료 코디네이터는 귀하가 필요한 진료를 관리할 수 있도록 지원하는 전문 교육을 받은 담당자입니다. 당사 플랜에 가입하시면 진료 코디네이터가 배정됩니다. 이 서비스는 무료로 제공됩니다. 당사는 다른 프로그램에서 보장하고 당사에서는 보장하지 않는 서비스인 경우에도, Medi-Cal 또는 Medicare 가 보장하는 의학적으로 필요한 모든 서비스를 귀하가 받으실 수 있도록 다른 프로그램과 협력합니다. 진료 코디네이터 및 진료팀에 관한 자세한 내용을 알아보거나 진료 코디네이터 변경을 원하시면 아래 번호로 전화하십시오.

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
우편	지역 가입자 서비스 사무실(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조).
웹사이트	kp.org

다음 사항에 대한 도움이 필요하시면 진료 코디네이터에게 문의하십시오.

- 가입자의 보건 의료에 대해 궁금한 점
- 행동 건강(정신건강 및 약물 사용 장애) 서비스 받기에 관해 궁금한 점
- 치과 혜택에 대해 궁금한 점
- 진료 예약을 위한 교통편에 대해 궁금한 점
- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF)을 포함한 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 대해 궁금한 점

받을 수 있는 서비스는 다음과 같습니다.

- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)
- 전문 요양 간호
- 물리 치료, 물리 요법(의)학
- 작업요법
- 언어 치료

- 의료 사회 봉사
- 가정간호 서비스
- 카운티 사회 복지 기관을 통한 가정 내 지원 서비스(IHSS)
- 때로는 일상적인 건강 관리 및 생활상의 필요에 대해 도움을 받을 수 있음

C. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)

주 정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 훈련된 상담사가 상주하여 무료 도움, 정보 제공 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변을 제공하는 정부 프로그램입니다. California 에서는 SHIP 을 HICAP(건강 보험 상담 및 옹호 프로그램)라고 합니다. HICAP 상담원은 가입자가 궁금해 하는 점에 대해 답변하고 문제를 처리하기 위해 해야 할 일을 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 모든 카운티에는 HICAP 의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP 는 연방 정부로부터 지원금을 받아 Medicare 의 적용을 받는 분들에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하는 독립적인(보험사나 의료 보험과 연계되지 않음) 주 정부 프로그램입니다.

전화	1-800-434-0222 번으로 전화하십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	거주하시는 카운티의 HICAP 사무실 거주하시는 카운티의 주소를 찾으려면 아래 링크를 클릭하고 "내 지역의 서비스를 찾는 방법" 섹션을 참조하시기 바랍니다.
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

다음 사항과 관련하여 도움이 필요하면 HICAP 에 연락하시기 바랍니다.

- Medicare 에 관해 궁금한 점
- HICAP 상담원은 새로운 플랜으로 변경하는 것과 관련된 궁금증에 답변하고 가입자가 다음을 수행하도록 지원할 수 있습니다.
  - 가입자의 권리 이해
  - 가입자의 플랜 선택 이해
  - 플랜 변경에 대한 질문에 답변
  - 귀하의 보건 의료 또는 치료에 관한 불만제기 **및**
  - 청구서 또는 청구 문제 해결 지원

D. 간호사 상담 전화

저희는 경우에 따라 어떤 유형의 진료가 필요한지 알기 어렵다는 점을 이해하고 있습니다. 당사에는 주 7 일, 24 시간 연중무휴 전화로 도움을 받을 수 있는 면허가 있는 보건 의료 전문가가 있습니다. 귀하는 다음을 할 수 있습니다:

- 의료 관련 질문에 답변하고, 진료 관련 조언을 제공하며, 즉시 의료 서비스 제공자를 만나야 하는지 여부를 결정하는 데 도움을 줄 전문 의료진과의 상담
- 귀하의 질환에 어떤 종류의 의료 서비스 제공자가 적합한지에 대한 조언을 비롯하여 당뇨병 또는 천식과 같은 질환에 대한 도움 받기
- 진료가 필요한 상황인데 플랜에 소속된 의료 시설이 휴무이거나 가입자가 서비스 지역 외부에 있는 경우 도움 받기

귀하가 전화하면 숙련된 지원 담당자가 귀하의 전화를 어디로 연결할지 판단하는 데 필요한 질문을 할 수 있습니다. 자신의 건강 또는 보건 의료에 관해 궁금한 점이 있으면 간호사 상담 전화에 연락하시기 바랍니다.

전화	1-833-574-2273 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 24 시간 운영.

E. 품질개선기구(QIO)

우리 주에는 Commence Health 라는 기관이 있습니다. 이는 Medicare 가입자의 진료 품질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 의료 진료 전문가 그룹입니다. Commence Health 는 독립된 기관입니다. 따라서 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다.

전화	1-877-588-1123 번으로 전화해 주십시오.
TTY	711
우편	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	www.livantaqio.cms.gov

다음과 관련하여 도움이 필요하면 Commence Health 에 문의하시기 바랍니다.

- 가입자의 의료 권리에 대해 궁금한 점
- 다음과 같은 경우 가입자가 받은 진료에 대한 불만 제기:
  - 잘못된 투약, 불필요한 검사나 시술, 잘못된 진단 등 진료 품질에 문제가 있는 경우
  - 가입자가 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 생각하는 경우 **또는**
  - 가입자의 가정간호 서비스, 전문 요양 시설 진료 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우

F. Medicare

Medicare 는 65 세 이상, 65 세 미만의 일부 장애인 및 말기 신장질환(투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전증) 환자를 위한 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare 를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)입니다. 이 기관은 저희 플랜을 비롯하여 Medicare Advantage 기관들과 계약을 맺었습니다.

전화	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영됩니다.
TTY	1-877-486-2048 번으로 전화하면 됩니다. 이 통화는 무료입니다. 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
실시간 채팅	www.Medicare.gov/talk-to-someone 에서 실시간 채팅이 가능합니다.
우편	다음 주소로 Medicare 에 서신을 보내주십시오. P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
웹사이트	www.medicare.gov • 가입자 지역의 Medicare 건강 및 의약품 플랜에 대한 정보를 받아보십시오. 비용과 제공되는 서비스 등이 포함되어 있습니다. • Medicare 에 참여하는 의사 또는 기타 보건 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾아보십시오. • 예방 서비스(검진, 예방 접종, 백신 접종, 연례 "웰니스" 방문 등)를 포함하여 Medicare 에서 보장하는 내용을 알아보십시오. • Medicare 이의제기 정보와 양식을 받아보십시오. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 재택 보건 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 환자 재활 시설 및 장기 진료 병원에서 제공하는 진료의 품질에 대한 정보를 확인하십시오. • 도움이 되는 웹사이트와 전화번호를 찾아보십시오. Medicare 에 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 으로 이동하십시오. Medicare 는 가입자께서 제기하신 불만을 진지하게 받아들이고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 가입자의 불만 사항 정보를 활용할 것입니다.

G. Medi-Cal

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

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

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 에 가입되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 궁금한 점이 있으면 플랜 진료 코디네이터에게 문의하십시오. Medi-Cal 플랜 가입에 대해 질문이 있는 경우 Health Care Options 에 전화하십시오.

전화	1-800-430-4263 번으로 전화하십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 6 시까지 운영.
TTY	1-800-430-7077 번으로 전화하십시오. 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Medi-Cal 관리 진료 및 정신건강 옴부즈맨 사무실

옴부즈맨 사무실은 가입자가 의학적으로 필요한 모든 보장 서비스를 받을 수 있도록 중립적인 관점에서 문제를 해결하도록 돕습니다. 그들은 가입자의 이야기를 경청하고, 질문에 답하고, 상황을 분석하고, 정책과 절차를 설명하고, 정보와 조언, 선택 사항을 제공하고, 적절한 진료 의뢰를 제안할 것입니다. 보건 의료 접근 문제에 대한 공정한 솔루션을 개발하도록 돕는 것이 옴부즈맨 사무소가 하는 일입니다. 옴부즈맨 사무소는 당사의 보험을 비롯하여 어떠한 보험사나 의료 보험과도 연계되어 있지 않습니다. 해당 서비스는 무료입니다.

전화	1-888-452-8609 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	1-800-430-7077 번으로 전화하십시오. 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. 카운티 사회 복지 사업 기관

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

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

귀하의 Medi-Cal 자격에 대해 궁금한 점은 해당 카운티 사회 복지 사업 기관에 문의하시기 바랍니다. 가입자의 카운티 사회 복지 사업 기관 연락처 정보에 대해 알아보려면 아래에서 해당 카운티 관련 표를 찾으십시오.

Alameda 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-888-999-4772 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 7 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

Amador 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-844-835-3685 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.amadorgov.org/services/social-services 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.amadorgov.org/services/social-services

Contra Costa 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-866-663-3225 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
웹사이트	https://www.contracosta.ca.gov/

El Dorado 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-530-642-7300 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Fresno 카운티 사회복지부

전화	1-855-832-8082 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 7 시 30 분부터 오후 4 시 30 분까지 운영.
TTY	711
우편	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
웹사이트	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

Kern 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-877-410-8812 번으로 전화하면 됩니다. 월요일부터 금요일, 오전 7 시 30 분부터 오후 4 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.kcdhs.org/

Kings 카운티 보건복지부

전화	1-877-410-8813 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 목요일, 오전 8 시부터 오후 5 시, 금요일 오전 8 시부터 오후 12 시까지 운영.
TTY	711
우편	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
웹사이트	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

Los Angeles 카운티 공공 사회 복지 사업부

전화	1-866-613-3777 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 7 시 30 분부터 오후 7 시 30 분까지 운영. 토요일 오전 8 시~오후 4 시 30 분 공휴일 제외
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html 을 방문하십시오.
웹사이트	https://dpss.lacounty.gov

Madera 카운티 공공 사회 복지 사업부

전화	1-559-675-7841 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
웹사이트	https://www.maderacounty.com/government/social-services

Marin 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-877-410-8817 번으로 전화하면 됩니다. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 4 시 30 분까지 운영.
TTY	711
우편	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
웹사이트	https://www.marinhhs.org

Mariposa 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-800-266-3609 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
웹사이트	https://www.mariposacounty.org/

Napa 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-707-253-4279 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
웹사이트	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

Orange 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-800-281-9799 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 하루 24 시간 이용하실 수 있습니다.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list 를 방문하십시오.
웹사이트	https://ssa.ocgov.com/

Placer 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-530-886-1870 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	11434 B Ave Auburn, CA 95603
웹사이트	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

Riverside 카운티 공공 사회 복지 사업부

전화	1-877-410-8827 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
웹사이트	https://rivcodpss.org/

Sacramento 카운티 인적지원부

전화	1-800-560-0976 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 4 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://ha.saccounty.gov/benefits/Medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx 를 방문하십시오.
웹사이트	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

San Bernardino 카운티 노인 및 성인 서비스

전화	1-909-891-3900 번으로 전화하십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
웹사이트	https://hss.sbcounty.gov/daas/

San Diego 카운티 보건복지국

전화	1-866-262-9881 이 통화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 7 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
웹사이트	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/Medi-cal_program/index.html

San Francisco 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-415-557-5000 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.sfhsa.org/contact-us/locations 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.sfhsa.org/

San Joaquin 카운티 보건복지부

전화	1-209-468-1000 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.sjchsa.org/

San Mateo 카운티 보건국

전화	노화 및 노인 응급 상담 전화 1-844-868-0938 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 하루 24 시간 이용하실 수 있습니다.
TTY	711
우편	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
웹사이트	https://www.smchealth.org

Santa Clara 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-877-962-3633 이 통화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영. 카운티 공휴일 제외
TTY	711
우편	353 West Julian San Jose, CA 95110
웹사이트	https://socialservices.sccgov.org

Santa Cruz 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-888-421-8080 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.santacruzhumanservices.org/

Solano 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-707-784-8400 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
웹사이트	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

Sonoma 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-707-565-4700 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
웹사이트	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

Stanislaus 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-877-652-0734 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
웹사이트	https://www.stancounty.com/

Tulare 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-800-540-6880 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 7 시 30 분부터 오후 5 시까지 운영. 금요일 오전 8 시~오후 12 시
TTY	711
우편	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
웹사이트	https://tchhsa.org/

Ventura 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-888-472-4463 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
웹사이트	https://www.ventura.org/human-services-agency/

Yolo 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-833-744-4472 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	가입자 근처 사무실 위치의 우편 주소를 확인하려면 https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us 를 방문하십시오.
웹사이트	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

Yuba 카운티 사회 복지 사업 기관

전화	1-877-652-0739 번으로 전화해 주십시오. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 운영.
TTY	711
우편	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
웹사이트	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. 카운티 행동 건강 서비스국

Medi-Cal 전문 정신건강 서비스 및 약물 사용 장애 서비스는 가입자가 접근 기준을 충족하는 경우 카운티를 통해 이용할 수 있습니다. 가입자의 카운티 행동 건강 서비스국 연락처 정보에 대해 알아보려면 아래에서 가입자의 카운티 관련 표를 찾으십시오.

Alameda 행동 건강 서비스

전화	정신건강: 1-800-491-9099. 이 통화는 무료입니다. 약물 남용: 1-844-682-7215. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	1-800-533-5018 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

Amador 건강 서비스

전화	1-888-310-6555 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Contra Costa 건강 서비스

전화	1-888-678-7277 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

El Dorado 행동 건강 서비스

전화	1-800-929-1955 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Fresno 카운티 행동 건강부

전화	1-800-654-3937 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 연중무휴 하루 24 시간 이용하실 수 있습니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Kern 행동 건강 서비스

전화	1-800-991-5272 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Kings 카운티 행동 건강

전화	1-800-655-2553 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Los Angeles 카운티 정신건강부

전화	1-800-854-7771 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 전화는 무료이며, 주 7 일, 24 시간 연중 무휴로 운영됩니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Madera 카운티 행동 건강

전화	1-888-275-9779 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Marin 행동 건강 서비스

전화	1-888-818-1115 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Mariposa 행동 건강 서비스

전화	1-800-549-6741 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Napa 행동 건강 서비스

전화	1-800-648-8650 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Orange 카운티 정신건강 및 회복 서비스

전화	1-855-625-4657 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Placer 건강 서비스

전화	1-888-886-5401 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Riverside 카운티 정신건강부

전화	1-800-499-3008 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Sacramento 카운티 행동 건강 서비스

전화	1-888-881-4881 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

San Bernardino 카운티 행동 건강부

전화	1-888-743-1478 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

San Diego 카운티 행동 건강 서비스부

전화	1-888-724-7240 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

San Francisco 행동 건강 서비스

전화	1-888-246-3333 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

San Joaquin 행동 건강 서비스

전화	1-888-468-9370 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

San Mateo 카운티 행동 건강 및 회복 서비스

전화	1-800-686-0101 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Santa Clara 행동 건강 서비스

전화	1-800-704-0900 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Santa Cruz 행동 건강 서비스

전화	1-800-952-2335 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Solano 행동 건강 서비스

전화	1-800-547-0495 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Sonoma 행동 건강 서비스

전화	1-800-870-8786 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Stanislaus 행동 건강 서비스

전화	1-888-376-6246 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Tulare 행동 건강 서비스

전화	정신건강: 1-800-320-1616. 이 통화는 무료입니다. 약물 사용 장애: 1-866-732-4114. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Ventura 행동 건강 서비스

전화	1-866-998-2243 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

Yolo 행동 건강 서비스

전화	1-888-965-6647 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	1-800-735-2929 번으로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다. 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

Yuba 행동 건강 서비스

전화	1-888-923-3800 번으로 전화해 주십시오. 이 통화는 무료입니다. 주 7 일 하루 24 시간 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 이 통화는 무료입니다.

다음 사항에 대한 도움이 필요하시면 카운티 행동 건강국에 문의하십시오.

- 카운티에서 제공하는 전문 정신건강 서비스에 대해 궁금한 점
- 카운티에서 제공하는 약물 사용 장애 서비스에 대해 궁금한 점

K. 캘리포니아 보건 관리부

캘리포니아 보건 관리부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 의료 보험에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC 지원 센터는 Medi-Cal 서비스에 대한 이의제기 및 불만제기에 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 번으로 전화해 주십시오. DMHC 담당자의 근무 시간은 월~금요일, 오전 8 시~오후 6 시입니다.
TDD	1-877-688-9891 번으로 전화해 주십시오. 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

L. 건강 소비자 연합(HCA)

건강 소비자 연합(HCA)은 건강 보장을 받거나 유지하고 건강 보험 플랜 문제를 해결하는 데 어려움을 겪고 있는 캘리포니아 거주자를 돕기 위해 주 전역에서 법률적인 부분에 대한 온라인, 전화 또는 대면 지원을 무료로 제공하는 파트너십입니다. HCA 에 대해 자세히 알아보거나 가능한 지원을 받으려면 1-888-804-3536 번으로 전화를 거시거나 www.healthconsumer.org/를 방문하시기 바랍니다.

M. 약품 비용 지원 프로그램

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)에서는 약품 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위해 아래에 설명된 다른 지원 프로그램도 있습니다.

M1. Medicare 의 추가 지원

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

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

약국에서 처방약에 대해 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각되시면, 당사 플랜에서는 정확한 공동 분담금에 대한 증거를 얻는 데 도움이 되는 절차를 마련해 놓았습니다. 귀하에게 이미 정확한 금액에 대한 증거가 있다면, 저희는 그 증거를 저희와 공유하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

- 어떤 증거를 제시해야 하는지 확실하지 않은 경우, 네트워크 약국 또는 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다. 증거물은 종종 Medi-Cal 또는 사회보장국 사무국으로부터 받은, 귀하가 "추가 지원"에 대한 자격을 보유함을 확인해주는 서신입니다. 증거로는 가정 및 지역사회 기반 서비스와 연관된 자격 정보가 기재된 주 정부 발급 자료도 가능합니다.
- 가입자 또는 가입자가 지정한 대리인은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)가 가입자의 현재 상태가 반영되도록 기록을 업데이트할 때까지 저희가 적절한 분담 비용을 부과할 수 있도록 보장 대상 파트 D 약물을 받을 때 네트워크 약국에 해당 증거를 제시해야 합니다. 일단 CMS 가 기록을 업데이트하게 되면, 가입자는 더 이상 약국에 증거를 제시하지 않으셔도 됩니다. 다음 중 한가지 방법으로 가입자의 증거를 제시하시면 CMS 측이 업데이트할 수 있도록 저희가 센터에 전달할 수 있습니다.
  - 다음 주소로 Kaiser Permanente 에 서신을 보내주십시오.
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400
  - 1-877-528-8579 번으로 팩스를 보내주십시오.
  - 해당 증거를 네트워크 약국 또는 네트워크 시설에 있는 지역 가입자 서비스 사무실에 가지고 오십시오.

- 저희가 정확한 공동 분담금 금액을 보여주는 증거물을 받게 되면, 다음번에 처방약을 받으실 때 정확한 공동 분담금을 내실 수 있도록 저희 시스템을 업데이트할 것입니다. 공동 분담금을 초과 지불한 경우, 저희가 수표 또는 향후 공동 분담금 크레디트로 돌려드릴 것입니다. 약국에서 공동 분담금을 징수하지 않았고 귀하가 약국에 빚이 있는 경우, 저희가 약국에 직접 지불할 수도 있습니다. 주에서 귀하를 대신하여 지급한 경우, 저희는 주에 직접 지급할 수도 있습니다. 질문이 있으시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

M2. AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)

ADAP 는 HIV/AIDS 를 앓고 있는 ADAP 자격이 있는 사람이 생명을 구하는 HIV 약물에 접근할 수 있도록 도와줍니다. ADAP 의약품집에도 포함된 Medicare 파트 D 약물은 캘리포니아 AIDS 약물 지원 프로그램(ADAP)을 통해 처방약 분담 비용 지원을 받을 수 있습니다. 참고: 거주하시는 주에서 운영하는 ADAP 에 대한 자격을 보유하시려면 해당 개인은 반드시 해당 주 거주 증명서 및 HIV 상태 증명서, (주에서 정한) 저소득 증명서 및 무보험/일부 보험 상태 증명서 등을 포함한 특정 기준에 부합해야 합니다. 플랜을 변경하시면 지원을 계속 받으실 수 있도록 지역 ADAP 등록 담당자에게 알려 주십시오. 자격 조건, 보장 약물 또는 이 프로그램에 가입하는 방법에 대한 정보는 ADAP 콜센터 전화번호 1-844-421-7050 로 문의하시기 바랍니다. 오전 8:00~오후 5:00(월요일~금요일/공휴일 제외).

M3. Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 가입자의 현재 약품 보장과 함께 당사의 플랜에서 보장하는 약물에 대한 자기 부담금을 관리할 수 있게 역년(1 월~12 월)에 걸쳐 월별로 나누어 납부할 수 있도록 도와주는 지불 옵션입니다. Medicare 의약품 플랜 또는 약품 보장이 포함된 Medicare 의료 보험(예시: 약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜)이 있는 사람은 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용 관리에 도움이 될 수 있지만 약품 비용을 절약하거나 낮추지는 않습니다. Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하고 동일한 플랜을 유지하는 경우 이 옵션을 계속 사용하기 위해 아무것도 할 필요가 없습니다.** 자격을 갖춘 경우 Medicare 의 "추가 지원" 및 SPAP 및 ADAP 의 지원은 가입자의 소득 수준과 관계없이 본 지불 옵션에 참여하는 것보다 더 유리하며, 약품 보장이 있는 플랜은 이 지불 옵션을 제공해야 합니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하거나 www.medicare.gov 를 방문하십시오.

N. 사회보장국

사회보장국은 Medicare 자격 결정 및 Medicare 가입 처리를 담당합니다.

이주하거나 우편 주소를 변경하는 경우 사회보장국에 연락하여 알려주셔야 합니다.

전화	1-800-772-1213 번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8 시부터 오후 7 시까지 운영. 하루 24 시간 연중 무휴로 운영되는 사회보장국의 자동응답 전화 서비스를 활용하여 녹음된 정보를 확인하고 사무를 보실 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 번으로 전화해 주십시오. 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

O. 철도퇴직위원회(RRB)

RRB 는 독립 연방 기관으로 국내 철도 노동자와 그들의 가족들을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관장합니다. RRB 를 통해 Medicare 에 가입한 경우, 이사를 하거나 우편 주소가 변경되면 RRB 에 알려주시기 바랍니다. RRB 혜택에 대한 문의 사항은 해당 기관에 직접 연락하시기 바랍니다.

전화	1-877-772-5772 번으로 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. "0"번을 누르면 RRB 담당자와 상담하실 수 있습니다. 상담 시간은 오전 9 시~오후 3 시 30 분(월, 화, 목, 금)이며 수요일에는 오전 9 시~오후 12 시(정오)입니다. "1"번을 누르면 RRB 자동 상담 전화를 통해 연중무휴 24 시간 녹음된 정보를 이용하실 수 있습니다(주말 및 공휴일 포함).
TTY	1-312-751-4701 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 이 번호로 거는 전화는 유료입니다.
웹사이트	www.rrb.gov

P. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램

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

다음 항목과 관련하여 문제가 있는 경우:

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

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램은 불만제기, 이의제기 및 공청회를 지원합니다. 옴부즈맨 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077 입니다.

Q. Medi-Cal 치과

Medi-Cal 치과를 통해 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 일부 치과 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 첫 검진, 엑스레이, 스케일링, 실란트, 불소 치료
- 치아 수복 및 크라운
- 근관 치료
- 부분 틀니 및 전체 틀니, 틀니 조정, 수리 및 리라인

치과 혜택은 거주하는 카운티에 따라 Medi-Cal 치과 진료행위별 수가제(FFS) 또는 치과 관리 진료(Dental MC)를 통해 제공됩니다.

Medi-Cal 치과 FFS(Los Angeles 및 Sacramento 외 카운티의 경우)

전화	1-800-322-6384 번으로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다. 가입자 지원을 위한 Medi-Cal 치과 FFS 담당자의 근무 시간은 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시입니다.
TTY	1-800-735-2922 이는 청각 또는 언어에 문제가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

Sacramento 및 Los Angeles 카운티의 치과 관리 진료 플랜

Medi-Cal 치과 진료행위별 수가제 대신에 가입자는 치과 관리 진료 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리 진료 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜에 관해 더 알고 싶거나 이를 변경하고 싶은 경우 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시에 1-800-430-4263 (TTY 사용자인 경우 1-800-430-7077)번으로 Health Care Options 에 연락해 주시기 바랍니다. 이 통화는 무료입니다. 치과 관리 진료 플랜 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx 에서도 확인할 수 있습니다.

제 3 장: 플랜 보장을 통한 보건 의료 서비스 및 기타 보장 서비스 이용

소개

이 장에는 당사 플랜을 통해 의료 및 기타 보장 서비스를 받기 위해 가입자가 알아야 할 특정 용어와 규칙이 나와 있습니다. 또한 가입자의 진료 코디네이터, 특수 상황(네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 약국 포함)에서 다양한 종류의 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받는 방법, 당사가 보장하는 서비스에 대해 가입자에게 직접 청구서가 발송된 경우 해야 할 일, 내구성 의료 장비(DME) 소유 규칙에 대해 설명합니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 3 장 목차

A. 서비스와 의료 서비스 제공자에 관한 정보 68

B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙 68

C. 진료 코디네이터 70

C1. 진료 코디네이터란 70

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법 70

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법 70

D. 의료 서비스 제공자의 진료 70

D1. 1 차 진료의(PCP)의 진료 70

D2. 전문의 및 기타 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료 72

D3. 의료 서비스 제공자가 당사 플랜의 일원으로 활동을 중지하는 경우 74

D4. 네트워크 외 의료 서비스 제공자 75

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS) 75

F. 행동 건강(정신건강 및 약물 사용 장애) 서비스 76

F1. 당사의 플랜 범위를 벗어나 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 77

G. 이송 서비스 79

G1. 비응급 의료 이송 79

G2. 비의료 이송 80

H. 응급 상황, 긴급 의료 서비스가 필요할 때 또는 재난 상황 시 보장되는 서비스 81

H1. 응급 상황에서의 진료 81

H2. 긴급하게 필요한 진료 83

H3. 재난 상황 시 진료 84

I. 보장 서비스에 대해 직접 청구서를 받으면 어떻게 해야 합니까? 84

I1. 저희 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 어떻게 해야 합니까? 84

J. 임상 연구 시험 시 건강 관리 서비스의 보장 85

J1. 임상 연구 시험의 정의 85

J2. 임상 연구 시험 참여 시 서비스에 대한 비용 부담 85

J3. 임상 연구 시험에 대한 추가 정보 85

K. 종교적 비의료 보건 의료 기관에서 제공하는 건강 관리 서비스 보장 방법 86

K1. 종교적 비의료 보건 의료 기관의 정의 86

K2. 종교적 비의료 보건 의료 기관의 진료 86

L. 내구성 의료 장비(DME) 86

L1. 플랜 가입자로 DME 받기 86

L2. Original Medicare 로 전환 시 DME 의 소유권 87

L3. 플랜 가입자에게 제공되는 산소 호흡 장비 혜택 87

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환 시 산소 호흡 장비 88

A. 서비스와 의료 서비스 제공자에 관한 정보

서비스는 보건 의료, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 소모품, 행동건강 서비스, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스입니다. **보장 서비스**는 이러한 서비스 중 당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스입니다. 보장되는 보건 의료, 행동 건강 및 LTSS 는 이 *가입자 안내서*의 **제 4 장**에 나와 있습니다. 처방약 및 일반의약품에 대해 제공되는 보장 서비스는 이 *가입자 안내서*의 **제 5 장**에 나와 있습니다.

의료 서비스 제공자는 가입자에게 서비스 및 진료를 제공하며 주에서 허가한 의사, 간호사 및 기타 사람들입니다. 의료 서비스 제공자에는 병원, 가정 간호 기관, 진료소와 가입자에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS 를 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

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

B. 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받기 위한 규칙

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

당사 플랜은 일반적으로 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스 및 당사 규칙을 준수할 때 제공되는 많은 LTSS 에 대한 비용을 지불합니다. 저희 플랜의 보장을 받으려면 다음과 같아야 합니다.

- 가입자가 받는 의료 서비스는 본 *가입자 안내서*의 **제 4 장**에 나와 있는 의료보험 혜택표에 포함되어 있어야 합니다.
- 진료는 **의료적으로 필요해야 합니다**. 의학적으로 필요하다는 것은 가입자의 의료적 상태를 진단하고 치료하는 데 합리적이고 필요한 서비스를 의미합니다. 의학적으로 필요한 치료는 개인이 중병에 걸리거나 장애가 생기지 않도록 하고, 질병 또는 부상을 치료하여 심한 통증을 줄이기 위해 필요합니다.
- 의료 서비스를 받으려면 귀하에게 진료를 제공하고 진료를 감독하는 네트워크 **1 차 진료의(PCP)**가 있어야 합니다. 당사 플랜의 가입자로서 귀하는 본인의 1 차 진료의(PCP)가 될 네트워크 의료 서비스 제공자를 선택해야 합니다(자세한 내용은 **D1 절** 참조).
    - 대부분의 경우 가입자가 담당 1 차 진료의(PCP)가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하거나 플랜의 네트워크 소속 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려면 네트워크 소속의 1 차 진료의(PCP)가 가입자에게 사전 승인을 제공해야 합니다. 이를 **진료 의뢰**라고 합니다. 가입자가 승인을 받지 못하면 당사가 서비스를 보장하지 못할 수도 있습니다.
    - 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 진료를 받거나 여성 건강 의료 서비스 제공자를 이용하거나 **D1 절**에 나와 있는 기타 서비스를 이용하기 위해 1 차 진료의(PCP)의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

- **네트워크 의료 서비스 제공자의 진료를 받아야 합니다** (자세한 내용은 본 장의 **D 절** 참조). 일반적으로 당사는 저희 의료 보험에 협력하지 않는 의료 서비스 제공자의 치료는 보장하지 않습니다. 이러한 경우 가입자는 제공받은 서비스에 대해 전액을 지불해야 합니다. 다음은 이 규칙이 적용되지 않는 몇 가지 경우입니다.
    - 네트워크 외 의료 서비스 제공자의 응급 진료 또는 긴급하게 필요한 진료가 필요한 경우(자세한 내용은 **H 절**참조).
    - 가입자가 저희 플랜이 보장하는 진료가 필요한데 당사 네트워크 의료 서비스 제공자가 해당 진료를 제공할 수 없는 경우, 진료를 받기 전에 당사 또는 당사 의료 단체가 서비스를 승인하면 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 당사는 마치 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받은 것처럼 치료를 보장합니다. 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 이용하기 위한 승인에 관한 정보는 **D4 절**을 참조하시기 바랍니다.
    - 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 단기간 있는 경우 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 일시적으로 이용 가능하지 않거나 접근할 수 없는 경우 신장 투석 서비스를 받아야 하는 경우 가입자는 네트워크 외 의료 서비스 제공자의 진료를 받을 수 있습니다. 투석에 대한 가입자의 분담 비용은 Original Medicare 의 분담 비용을 초과할 수 없습니다. 가입자가 플랜의 서비스 지역을 벗어나 플랜의 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자로부터 투석을 받은 경우 가입자의 분담 비용은 네트워크(해당) 내에서 가입자가 분담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 그러나 가입자가 투석을 위해 일반적으로 이용하는 네트워크 의료 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없어 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받도록 선택한 경우 투석에 대한 분담 비용은 더 높아질 수 있습니다. 가능한 경우 서비스 지역을 떠나기 전에 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하면 부재 중인 동안 유지 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
    - 저희 플랜의 신규 가입자인 경우 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자를 계속 이용하도록 요청할 수 있습니다. 일부 예외를 제외하고 당사는 가입자가 의료 서비스 제공자와 기존에 관계를 맺고 있음을 입증할 수 있는 경우 이 요청을 승인해야 합니다. 본 가입자 안내서 제 1 장을 참조하십시오. 당사가 가입자의 요청을 승인하면 가입자는 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자를 최대 12 개월 동안 계속 이용할 수 있습니다. 그동안 진료 코디네이터가 가입자에게 연락하여 당사 네트워크에서 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움을 드릴 것입니다. 12 개월이 지난 후에도 가입자가 당사 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자를 계속 이용하는 경우 당사는 가입자에게 더 이상 진료를 보장하지 않습니다.

기타 건강 보장: Medi-Cal 이 최종 지불자이므로 가입자의 주요 건강 보장에 따라 동일한 서비스가 제공되는 경우 Medi-Cal 에 앞서 다른 모든 건강 보험을 활용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal 은 Medicare 에 대한 2 차 지불자가 되어 Medicare 또는 다른 건강 보장 서비스가 지불하지 않는 허용 가능한 비용을 Medi-Cal 요율까지 충당하게 됩니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 신규 가입자: 대부분의 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입을 신청하면 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 받기 위해 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 가입됩니다. 가입자는 최대 2 달 동안 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 그 이후에는 Kaiser Permanente Dual Complete 를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 문의해 주십시오.

C. 진료 코디네이터

C1. 진료 코디네이터란

특수 필요 플랜 프로그램 코디네이터는 가입자의 진료 조정을 담당합니다. 이들은 건강 위험 부담 사정을 위해 매년 그리고 병원 퇴원 후 가입자에게 연락합니다. (이에 대한 자세한 내용은 **제 2 장**, **G 절**을 참조하십시오.)

C2. 진료 코디네이터에게 연락하는 방법

진료 코디네이터에게 연락하는 방법은 **제 2 장**, **G 절**을 참조하십시오.

C3. 진료 코디네이터를 변경하는 방법

진료 코디네이터를 변경하려면 진료 코디네이터에게 연락하십시오(**제 2 장**, **G 절** 참조).

D. 의료 서비스 제공자의 진료

D1. 1 차 진료의(PCP)의 진료

가입자는 진료를 제공하고 감독할 1 차 진료의(PCP)를 선택해야 합니다.

1 차 진료의(PCP)의 정의 및 1 차 진료의(PCP)가 제공하는 서비스

1 차 진료의는 주 정부 요건을 만족하고 가입자께 1 차 진료를 제공하도록 훈련을 받은 의사입니다. 담당 1 차 진료의(PCP)는 또한 가입자의 진료를 조정할 것입니다. 가입자가 받는 진료를 "조율"한다는 것에는 가입자가 받는 진료와 그 진행 방법에 관해 다른 네트워크 의료 서비스 제공자와 함께 확인 또는 상담하는 것을 포함합니다. 특정한 경우, 1 차 진료의(PCP)는 저희에게서 사전 승인(사전 허가)을 받아야 할 필요가 있습니다(자세한 내용은 본 장의 **D2 절** 참조).

가입자의 1 차 진료의(PCP) 선택

담당 1 차 진료의(PCP)는 일반적으로 일반 의학(성인 또는 내과 및 가정의학이라고도 함)과 때로는 산부인과를 진료합니다. 일부 네트워크 시설에서는, 가입자가 원하는 경우 간호사 의료인 또는 의사 보조사를 1 차 진료의로 선택할 수도 있습니다. 1 차 진료의(PCP)는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에서 확인하실 수 있습니다.

담당 1 차 진료의(PCP)는 의학적으로 필요한 보장 서비스를 제공, 처방 또는 승인합니다. 담당 1 차 진료의(PCP)는 가입자의 일상적 또는 기본적 치료의 대부분을 제공하고, 필요한 경우 다른 네트워크 의료 서비스 제공자에게 가입자께 필요한 다른 치료를 받을 수 있도록 진료 의뢰를 제공할 것입니다. 예를 들어, 전문의의 진료를 받기 위해서는, 일반적으로 1 차 진료의(PCP)의 승인을 먼저 받아야 합니다(이를 전문의에게 "진료 의뢰"를 한다고 합니다). 먼저 1 차 진료의(PCP)에게 연락하지 않고 스스로 받을 수 있는 보장 서비스에는 몇 가지 유형이 있습니다(이 장의 "PCP 의 승인 없이 받을 수 있는 서비스" 참조).

*의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나 가입자 서비스에 연락하여 1 차 진료의(PCP) 선택 및 새 환자를 받는 의료 서비스 제공자에 대한 자세한 정보를 얻으십시오.

1 차 진료의(PCP) 변경 옵션

가입자는 언제든지 어떤 이유로든 1 차 진료의(PCP)를 변경할 수 있습니다. 또한 1 차 진료의(PCP)가 당사 플랜의 네트워크에서 탈퇴할 수도 있습니다. 가입자의 1 차 진료의(PCP)가 당사 네트워크를 탈퇴하는 경우 당사는 가입자가 저희 네트워크에서 새로운 PCP 를 찾는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 가입자의 1 차 진료의(PCP) 선택은 즉시 적용됩니다.

1 차 진료의(PCP)를 선택하거나 변경하려면 월요일~금요일, 오전 7 시~오후 7 시 사이에 **당사의 개인 의사 선택 전화번호** 1-888-956-1616 (TTY 711)으로 연락해 주십시오. kp.org/finddoctors 에서 선택할 수도 있습니다.

전화하실 때 전문의를 만나고 있는지 또는 1 차 진료의(PCP)의 승인이 필요한 기타 보장 서비스(예: 가정 간호 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 알려주십시오. 해당 서비스를 계속 받기 위해 새 1 차 진료의(PCP)로부터 진료 의뢰를 받아야 하는지 알려드릴 수 있습니다. 가입자께서 이용하기 원하는 특정 네트워크 전문의 또는 병원이 있는 경우, 우선 담당 1 차 진료의(PCP)가 해당 전문의에게 진료를 소개하거나 또는 해당 병원을 이용하도록 할 수 있는지 확인하시기 바랍니다.

1 차 진료의(PCP)의 승인 없이 받을 수 있는 서비스

대부분의 경우 가입자가 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려고 하면 1 차 진료의(PCP)의 승인이 필요합니다. 이러한 승인을 **진료 의뢰**라고 합니다. 가입자는 1 차 진료의(PCP)의 승인 없이 아래 목록에 있는 것과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공하는 응급 상황 서비스
- 긴급하게 필요한 보장 서비스로, 즉각적인 의료 처치가 필요합니다(응급 상황은 아님). 이는 가입자가 일시적으로 당사 플랜 서비스 지역을 벗어나 있거나, 시간, 장소, 상황을 고려할 때 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 불합리한 경우입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예에는 예기치 못한 질병 및 부상 또는 기존 질환의 예기치 않은 재발이 있습니다. 그러나 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문(연례 검진 등)은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 당사 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.

- 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있을 때 Medicare 승인 투석 시설에서 받은 신장 투석 서비스. 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스에 전화하면 서비스 지역에 존재하지 않는 동안 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 경우에 한해 독감 예방주사, COVID-19 백신, B 형 간염 백신, 폐렴 백신.
- 정기적인 여성의 보건 의료 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 경우에 한해 유방 검사, 선별 유방 촬영 사진(유방 X 선), 자궁경부세포도말검사 및 골반 검사가 포함됩니다.
- 다른 네트워크 의료 서비스 제공자로부터의 2 차 의견.
- 다음 영역에 대한 예약: 시력 측정, 약물 남용, 정신과 진료.
- 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받는 한 Medicare 에서 보장하는 카이로프랙틱 진료(남부 캘리포니아 지역).

또한, 귀하가 미국 원주민 가입자인 경우 네트워크 1 차 진료의(PCP)의 진료 의뢰 또는 사전 승인 없이 원하는 미국 원주민 의료 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다.

D2. 전문의 및 기타 네트워크 의료 서비스 제공자의 진료

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

- 암 환자를 진료하는 종양학 전문의
- 심장 문제가 있는 환자를 진료하는 심장전문의
- 뼈, 관절, 근육과 관련된 문제가 있는 환자를 진료하는 정형외과전문의

1 차 진료의(PCP)의 진료 의뢰

가입자는 대부분의 정기 의료 서비스를 담당 1 차 진료의(PCP)의 진료를 통해 우선적으로 받게 될 것입니다. 본 장의 **D1 절**에 설명된 대로 1 차 진료의(PCP)에게 우선적으로 승인을 받지 않고 가입자께서 직접 받을 수 있는 보장 서비스는 몇 가지밖에 없습니다.

서면 진료 의뢰서는 한 번의 방문에 대한 것일 수도 있고 지속적인 서비스가 필요한 경우 2 회 이상의 방문에 대한 상시 진료 의뢰일 수도 있습니다. 다음과 같은 질환이 있는 경우 당사는 가입자에게 자격을 갖춘 전문의에 대한 상시 진료 의뢰를 제공해야 합니다.

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

필요할 때 서면 진료 의뢰서를 받지 않으면 청구서가 지급되지 않습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.

네트워크 의료 서비스 제공자에 진료 의뢰

가입자의 1 차 진료의(PCP)가 제공할 수 없는 진료(예: 전문 진료)를 처방할 때 필요에 따라 네트워크 전문의 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자에게 진료받을 수 있도록 진료 의뢰를 제공해 드립니다. 1 차 진료의(PCP)가 네트워크 전문의에게 진료를 소개한다면, 이는 특정 치료 플랜을 위한 것입니다. 전문의의 지속적인 치료가 처방되는 경우 치료 플랜에 상시 진료 의뢰가 포함될 수 있습니다. 네트워크 전문의와의 초기 상담 또는 지정된 횟수의 방문을 승인하는 서면 진료 의뢰서를 보내드립니다. 네트워크 전문의와의 초기 상담이 끝난 뒤에는, 보내드린 서면 진료 의뢰서에 추가 방문이 명시적으로 승인되어 있지 않는 한, 담당 1 차 진료의(PCP)에게 돌아가셔야 합니다. 진료 의뢰서에 추가 방문이 승인되어 있지 않은 한, 초기 상담이 끝난 뒤 네트워크 전문의를 방문하지 마십시오. 그렇지 않으면, 서비스가 보장되지 않습니다.

사전 승인

아래 나열된 서비스 및 항목에 대해 네트워크 의료 서비스 제공자는 사전에 당사 플랜 또는 의료 단체의 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 않으시면 **제 9 장**에 설명된 대로 이의를 제기하실 수 있습니다.

- **제 4 장**에서 각주(†)로 식별된 서비스 및 항목.
- 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자께 필요한 보장 서비스를 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받을 수 없다고 결정하는 경우, 저희 서비스 지역 내부 또는 외부에 있는 네트워크 외 의료 서비스 제공자에게 진료를 의뢰하도록 의료 단체에 권고할 것입니다. 적절한 의료 단체의 지정 담당자는 보장 서비스가 의학적으로 필요한지 그리고 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공할 수 없는 것인지 판단한 후 해당 서비스를 허가할 것입니다. 네트워크 외 의료 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰는 특정 치료 플랜을 위한 것이며, 여기에는 지속적인 치료가 처방된 경우 상시 진료 의뢰가 포함됩니다. 저희의 추가 승인을 받을 필요 없이 진료 의뢰 기간이 명시되어 있습니다. 확실하지 않으면 네트워크 의료 서비스 제공자에게 어떤 서비스가 승인되었는지 문의하십시오. 네트워크 외 전문의가 가입자께 추가 치료를 위해 다시 내원할 것을 요청하는 경우 진료 의뢰에 추가 치료가 보장되는지 확인하시기 바랍니다. 보장이 되지 않는 경우 네트워크 의료 서비스 제공자에게 문의하시기 바랍니다.
- 응급 치료 이후 가입자께 안정 후 진료가 필요한 것으로 네트워크 외 -의료 서비스 제공자가 저희에게 통지한다면, 이후 저희는 네트워크 외 의료 서비스 제공자와 함께 가입자의 질환에 대해 상의하게 될 것입니다. 안정 후 진료가 가입자에게 필요한 것이며 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 받았을 때 보장될 수 있는 진료인 것으로 판단을 받는다면, 저희가 네트워크 의료 서비스 제공자(또는 다른 지명 의료 서비스 제공자)를 통해 해당 진료를 제공하도록 조치하지 못할 경우, 저희는 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공하는 진료를 받으실 수 있도록 허가할 것입니다. 자세한 정보는 본 장의 **H 절**을 참조하시기 바랍니다.
- 의학적으로 필요한 성전환 수술 및 관련 절차.
- 본 장의 **K 절**에 설명된 종교적 비의료 보건 의료 기관의 진료

- 북부 캘리포니아 가입자만 해당: 네트워크 의료 서비스 제공자가 이식 평가를 위해 서면 또는 전자적 방법으로 진료 의뢰를 제공하는 경우, 의료 단체의 지역 이식 자문 위원회 또는 이사회 또는 사례 회의(있는 경우)는 가입자께서 장기 이식을 받을 수 있는 잠재적 후보자이고 해당 서비스가 Medicare 지침에 따라 보장된다고 판단하는 경우 진료 의뢰를 승인합니다. 이식 자문 위원회 또는 이사회가 없는 경우, 의료 그룹은 이식 수술 센터의 의사에게 가입자의 진료를 소개할 것이며, 해당 이식 수술 센터의 의료진이 해당 서비스가 의학적으로 필요하거나 Medicare 지침에 따라 보장된다고 판단하면 의료 그룹은 이를 승인할 것입니다. 참고: 네트워크 의사는 의료 단체의 이식 승인 절차를 밟지 않고도 각막 이식술을 제공하거나 허가할 수 있습니다.

D3. 의료 서비스 제공자가 당사 플랜의 일원으로 활동을 중지하는 경우

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

- 연중 당사의 의료 서비스 제공자 네트워크가 변경되더라도 당사는 가입자가 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자를 중단 없이 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 저희는 가입자께서 새로운 의료 서비스 제공자를 선택할 시간을 갖도록 가입자께서 이용하시는 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지한다는 사실을 알려드릴 것입니다.
    - 가입자의 1 차 진료 또는 행동 건강 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우, 가입자께서 지난 3 년 이내에 해당 서비스 제공자에게 진료를 받은 적이 있으시면 이에 대해 알려드립니다.
    - 가입자의 다른 의료 서비스 제공자가 저희 플랜의 일원으로서 활동을 중지하는 경우 귀하가 의료 서비스 제공자에게 배정되었거나, 의료 서비스 제공자로부터 현재 진료를 받고 있거나, 또는 지난 3 개월 이내에 의료 서비스 제공자를 방문한 적이 있다면 알려드립니다.
- 저희는 가입자가 자신의 건강 관리 요구 사항을 계속 관리할 수 있는 자격을 갖춘 새로운 네트워크 의료 서비스 제공자를 선택하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자가 현재 이용 중인 의료 서비스 제공자로부터 의료 치료 또는 요법을 받고 있는 경우 가입자는 네트워크에 소속된 다른 의료 서비스 제공자로부터 의학적으로 필요한 치료 또는 요법을 계속 받도록 요청할 권리가 있습니다. 당사는 가입자께서 지속적으로 치료를 받을 수 있도록 협력하겠습니다.
- 이용 가능한 가입 기간과 플랜 변경 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 자격이 있는 네트워크 전문의를 찾을 수 없는 경우 저희는 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의학적 필요를 충족하기에 부적절할 때 귀하에게 진료를 제공할 네트워크 외 전문의를 주선해야 합니다. 적절한 의료 단체의 지정 담당자는 보장 서비스가 의학적으로 필요한지 그리고 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공할 수 없는 것인지 판단한 후 해당 서비스를 허가할 것입니다. 네트워크 외 의료 서비스 제공자에

대한 진료 의뢰는 특정 치료 플랜을 위한 것이며, 여기에는 지속적인 치료가 처방된 경우 상시 진료 의뢰가 포함됩니다. 저희의 추가 승인을 받을 필요 없이 진료 의뢰 기간이 명시되어 있습니다. 확실하지 않으면 네트워크 의료 서비스 제공자에게 어떤 서비스가 승인되었는지 문의하십시오. 네트워크 외 전문의가 가입자께 추가 치료를 위해 다시 내원할 것을 요청하는 경우 진료 의뢰에 추가 치료가 보장되는지 확인하시기 바랍니다. 보장이 되지 않는 경우 네트워크 의료 서비스 제공자에게 문의하시기 바랍니다.

- 가입자가 이용 중인 의료 서비스 제공자 중 하나가 저희 플랜에서 탈퇴하는 경우 당사로 문의해 주십시오. 당사는 가입자의 치료를 관리할 새로운 의료 서비스 제공자를 선택하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.
- 당사가 가입자의 이전 의료 서비스 제공자를 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자로 교체하지 않았거나 가입자의 치료를 잘 관리하지 못한다고 생각하면 가입자는 품질 향상 기관(QIO)에 치료 품질에 대한 불만을 제기하거나, 치료 품질 불만을 제기하거나, 또는 두 가지 모두를 제기할 권리가 있습니다. (자세한 내용은 **제 9 장**을 참조하십시오.)

D4. 네트워크 외 의료 서비스 제공자

네트워크 외 의료 서비스 제공자를 이용하는 경우 해당 의료 서비스 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal 을 허용해야 합니다.

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

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS)

LTSS 는 가입자가 집에 머물면서 병원이나 전문 간호 시설에 머무르지 않도록 도와드릴 수 있습니다. 가입자는 전문 간호 시설 진료, 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 지역사회 지원을 포함하여 저희 플랜을 통해 특정 LTSS 를 이용할 수 있습니다. 또 다른 유형의 LTSS 인 가정 내 지원 서비스 프로그램은 카운티 사회 복지 사업 기관을 통해 이용할 수 있습니다.

IHSS 를 포함한 LTSS 에 대한 자세한 내용은 의사나 진료 코디네이터에게 문의하실 수 있습니다. 귀하의 진료 코디네이터가 본 *가입자 안내서*의 **제 4 장 F4 절**에 명시된 적절한 카운티 사회 복지 사업 기관에 연락하여 귀하가 IHSS 에 지원하도록 도울 수 있습니다.

F. 행동 건강(정신건강 및 약물 사용 장애) 서비스

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 권리가 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 진료가 보장하는 행동 건강 서비스에 대한 접근을 제공합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 에서 보장하는 전문 정신건강 서비스 또는 카운티 약물 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만, 가입자는 아래에 제시된 해당 카운티 행동 건강 기관을 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

- Alameda 카운티 정신건강부 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Alameda 카운티 약물남용부 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Amador 카운티 행동건강국 1-888-310-6555 (TTY 711)
- Contra Costa 카운티 행동건강국 1-888-678-7277 (TTY 711)
- El Dorado 카운티 행동건강국 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Fresno 카운티 행동건강국 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Kern 카운티 행동건강국 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Kings 카운티 행동건강국 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Los Angeles 카운티 정신건강부 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Madera 카운티 행동건강국 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Marin 카운티 행동건강국 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Mariposa 카운티 행동건강국 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Napa 카운티 행동건강국 1-800-648-8650 (TTY 711)
- Orange 카운티 정신건강 및 회복 서비스 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Placer 카운티 행동건강국 1-888-886-5401 (TTY 711)
- Riverside 카운티 행동건강국 1-800-499-3008 (TTY 711)
- San Bernardino 행동건강부 1-888-743-1478 (TTY 711)
- San Diego 카운티 행동 건강 서비스 1-888-724-7240 (TTY 711)
- Sacramento 카운티 행동 건강 서비스 1-888-881-4881 (TTY 711)
- San Mateo 카운티 행동 건강 및 회복 서비스 1-800-686-0101 (TTY 711)

- San Francisco 카운티 행동건강국 1-888-246-3333 (711)
- San Joaquin 카운티 행동건강국 1-888-468-9370 (711)
- Santa Clara 카운티 행동 건강 서비스 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Santa Cruz 카운티 행동 건강국 1-800-952-2335 (711)
- Solano 카운티 행동건강국 1-800-547-0495 (711)
- Sonoma 카운티 행동건강국 1-800-870-8786 (711)
- Stanislaus 카운티 행동건강국 1-888-376-6246 (711)
- Tulare 카운티 정신건강부 1-800-320-1616 (TTY 711)
- Tulare 카운티 약물남용부 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Ventura 카운티 행동건강국 1-866-998-2243 (TTY 711)
- Yolo 카운티 행동건강국 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Yuba 카운티 행동건강국 1-888 923-3800 (TTY 711)

F1. 당사의 플랜 범위를 벗어나 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

Medi-Cal 전문 정신건강 서비스는 가입자가 전문 정신건강 서비스를 이용하기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티 정신건강 플랜(MHP)을 통해 이용할 수 있습니다. 거주하는 카운티의 행동 건강 기관(이 장의 **F 절**에서 확인 가능)에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 약물 치료 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스
- 성인 재택 치료 서비스
- 위기 재택 치료 서비스
- 정신과 보건 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 표적 사례 관리
- 사법 관련 재진입(이용 가능한 경우)

- 적극적 지역사회 치료(ACT)(이용 가능한 경우)
- 법의학적 적극적 지역사회 치료(FACT)(이용 가능한 경우)
- 첫 번째 에피소드인 중증 정신 장애(FEP)에 대한 조정된 전문 치료(CSC)(이용 가능한 경우)
- 클럽하우스 서비스(이용 가능한 경우)
- 향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스(이용 가능한 경우)
- 취업 지원(이용 가능한 경우)
- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)
- 행동 치료 서비스
- 치료적 위탁 진료

가입자 카운티에서 제공하는 Drug Medi-Cal(DMC) 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 집중 외래 진료 서비스
- 출생전후기 약물 사용 장애 재택 치료
- 외래 진료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약(약물 보조 치료라고도 함)
- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)

Drug Medi-Cal 체계적 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스는 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티의 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다. DMC-ODS 서비스에는 다음 서비스가 포함됩니다.

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

- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)
- 비상 관리 서비스(이용 가능한 경우)
- 입원 환자 치료 서비스

위에 나열된 서비스 이외에도 기준을 충족하는 경우 자발적 입원 해독 서비스를 받을 수 있습니다.

G. 이송 서비스

G1. 비응급 의료 이송

가입자는 자동차, 버스 또는 택시를 이용해 진료 예약 장소로 이동할 수 없게 하는 의학적 필요가 있는 경우 비응급 의료 이송 서비스를 받을 자격이 있습니다. NEMT 는 의료, 치과, 정신건강, 약물 남용 치료 및 약국 예약 등 모든 Medi-Cal 보장 서비스에 제공될 수 있습니다. NEMT 가 필요하면 네트워크 의료 서비스 제공자, 치과 의사 또는 약물 사용 장애 의료 서비스 제공자에게 문의하여 요청할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자는 가입자가 필요로 하는 가장 적합한 이송 유형을 결정할 것입니다. NEMT 가 필요한 경우 의료 서비스 제공자는 양식을 작성하여 승인을 위해 Kaiser Permanente Dual Complete 에 제출해 처방합니다. 가입자의 의료적 필요에 따라 최대 12 개월 동안 지속되는 승인을 얻을 수 있습니다. 귀하의 1 차 진료의(PCP)는 필요 시 또는 처방 만료 시 NEMT 에 대한 필요를 재평가하여 최대 12 개월 동안 NEMT 이용을 재승인할 수 있습니다.

NEMT 는 구급차, 소형밴, 휠체어 밴 또는 항공 이송을 말합니다. 예약을 위한 방문에 이송이 필요한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 에서는 가입자의 의료적 필요에 맞는 가장 저렴하게 보장되는 이송 방법과 가장 적절한 비응급 의료 이송을 제공합니다. 예를 들어, 신체적 또는 의학적 이유로 휠체어 밴으로 이송이 가능한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 는 구급차 비용은 부담하지 않습니다. 가입자의 의학적 질환으로 인해 육상 교통 수단으로는 이동이 불가능한 상태인 경우에만 항공 수송편을 이용할 권리가 있습니다.

NEMT 는 다음과 같은 경우 이용할 수 있습니다.

- 가입자가 진료 예약을 위해 이동하고자 할 때 버스, 택시, 자동차 또는 밴을 이용할 수 없으며 네트워크 의료 서비스 제공자, 치과 의사, 또는 약물 사용 장애 의료 서비스 제공자가 제공하는 서면 허가에 따라 가입자에게 신체적 또는 의료적으로 해당 서비스가 필요한 경우.
- 신체 장애 또는 정신 장애로 인해 가입자의 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.

긴급하지 않은 **일상적인 예약**에 대해 의사가 처방한 의료 이송을 요청하려면 진료 예약으로부터 최소 3 영업일(월요일~금요일) 전에 Kaiser Permanente Dual Complete 로 전화해 주십시오. **예약**의 경우 가능한 한 빨리 전화해 주십시오. 전화할 때 가입자 ID 카드를 준비해 주십시오. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화해 주십시오.

의료 이송 제한

Kaiser Permanente Dual Complete 는 자택에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료 서비스 제공자까지 가입자의 의학적 요구를 충족하는 가장 저렴한 의료 이송을 제공합니다. Medicare 또는 Medi-Cal 이

서비스를 보장하지 않는 경우 의료 이송이 제공되지 않습니다. Medi-Cal 에서 진료 예약 유형을 보장하지만 의료 보험을 통해 보장하지 않는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 에서 이송을 예약하도록 도와드립니다. 보장 서비스 목록은 본 안내서 **제 4 장에** 나와 있습니다. 사전 승인 없이 Kaiser Permanente Dual Complete 의 네트워크 또는 서비스 지역을 벗어날 경우 이송은 보장되지 않습니다.

G2. 비의료 이송

비의료 이송(NMT)의 혜택에는 가입자의 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 예약 장소로 오고 갈 때의 이동이 포함됩니다. 다음과 같은 경우에는 무료로 이송 서비스가 제공됩니다.

- 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 받기 위한 예약 장소로 오고 갈 때의 이동 **또는**
- 처방약 및 의료 용품 수령

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 가입자의 의료 서비스 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 진료 예약을 위해 이동하기 위해 승용차, 택시, 버스, 또는 기타 공공/민간 방법을 사용하는 것을 허용합니다. Kaiser Permanente Dual Complete 는 공급업체를 이용해 NMT 를 예약합니다. 당사는 가입자의 필요에 맞는 최저 비용의 NMT 를 보장합니다.

경우에 따라서 가입자가 예약한 민간 차량 탑승에 대한 비용을 상환받을 수 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에서는 탑승 **전** 이러한 탑승을 승인해야 하며, 가입자는 버스 등과 같이 다른 수단을 이용할 수 없는 이유를 설명해야 합니다. 가입자는 통화, 이메일을 통해 또는 직접 방문하여 소명할 수 있습니다. **직접 운전한 경우에는 상환받을 수 없습니다**.

마일리지 상환을 받으려면 다음 정보가 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량 등록증
- 운전자의 차량 보험증

승인된 서비스를 받기 위해 이송을 요청하려면 진료 예약으로부터 최소 3 영업일(월요일~금요일) 전에 당사의 이송 요청 전화 1-844-299-6230 (TTY 711)으로 전화해 주십시오. **긴급 진료 예약**의 경우 가능한 한 빨리 연락해 주십시오. 자세한 정보가 필요한 경우에도 전화해 주십시오. 전화하실 때에는 다음 사항을 모두 확인하십시오.

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

참고: 미국 원주민 가입자는 비의료 이송을 요청하기 위해 현지 원주민 의료 클리닉으로 문의할 수 있습니다.

비의료 이송 제한

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 자택에서 예약이 가능한 가장 가까운 의료 서비스 제공자까지 가입자의 요구를 충족하는 가장 저렴한 NMT 를 제공합니다. **직접 운전하거나 직접 환급받을 수 없습니다.**

다음의 경우 **NMT 가 적용되지 않습니다.**

- 서비스를 받으려면 구급차, 소형밴, 휠체어 밴 또는 기타 비응급 의료 이송 형태가 필요한 경우.
- 신체적 질환 또는 의학적 질환으로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 운전자의 지원이 필요한 경우.
- 휠체어를 이용하며 운전자의 도움 없이 차량 탑승 및 하차가 불가능한 경우.
- 이 서비스는 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않습니다.

H. 응급 상황, 긴급 의료 서비스가 필요할 때 또는 재난 상황 시 보장되는 서비스

H1. 응급 상황에서의 진료

의료 응급 상황은 질병, 중증의 통증, 심각한 부상 또는 급격히 악화되는 의학적 질환 등의 증상을 보이는 의학적 질환을 말합니다. 해당 질환은 매우 심각하여 즉각적인 치료를 받지 않을 경우 가입자 또는 건강 및 의학에 대해 평균적인 지식을 갖춘 사람이면 누구나 다음과 같은 결과를 예측할 수 있습니다.

- 가입자의 생명 또는 태아의 생명에 대한 심각한 위험 초래 **또는**
- 신체 기능의 상실 또는 심각한 손상 초래 **또는**
- 신체 기관 또는 부위의 심각한 기능 장애 초래 **또는**
- 다음과 같은 상황에서 진통이 있는 임산부의 경우:
  - 가입자를 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족한 경우.
  - 다른 병원으로 이송이 가입자 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우.

의학적 응급 상황을 겪는 경우:

- **가능한** 빨리 **도움을 받으십시오.** 911 에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원에 내원하십시오. 필요한 경우 구급차를 요청하십시오. 1 차 진료의(PCP)의 승인 또는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 필요가 없습니다. 가입자는 의료 서비스 제공자가 당사 네트워크의 일원이 아니더라도 미국 또는 미국령 및 전 세계 어디에서든 적절한 주 면허를 취득한 모든 의료 서비스 제공자로부터 필요한 경우 항상 보장 응급 치료를 받을 수 있습니다.
- **최대한 빨리 본인의 응급 상황에 관해 저희 플랜에 알려 주십시오.** 당사는 가입자의 응급 진료와 관련한 후속 조치를 취할 것입니다. 가입자 또는 누구든지 가입자의 응급 의료 서비스에 관해 저희에게 연락을 해주셔야 하며, 이는 보통 48 시간 이내에 이뤄져야 합니다. 하지만 해당 사실을 늦게 알려 주시더라도 응급 서비스에 대한 비용을 부담하지 않습니다. 가입자의 플랜 멤버십 카드 뒷면에 전화번호가 기재되어 있습니다.

응급 의료 상황에서 보장되는 서비스

저희 플랜은 구급차 서비스 외 방법으로 응급실에 가는 것이 건강에 위험할 수 있는 상황에 구급차 서비스를 보장합니다. 또한 응급 상황 중 의료 서비스를 보장합니다. 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 4 장**의 의료 보험 혜택표를 참조하십시오.

가입자에게 응급 진료를 제공하는 의료 서비스 제공자가 가입자의 질환이 안정화되었으며 의료 응급 상황을 벗어난 시기를 판단합니다. 의료 서비스 제공자가 가입자를 지속적으로 치료할 것이며, 가입자의 회복을 위해 후속 진료가 필요한 경우 당사에 연락해 계획을 세울 것입니다.

저희 플랜은 후속 진료를 보장합니다. 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 응급 진료를 받은 경우 당사는 가급적 빨리 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자의 치료를 이어받도록 조치를 취할 것입니다.

당사는 응급 진료를 제공하는 의료진과 협력하여 가입자의 의료 서비스에 대한 관리와 후속 조치를 하도록 지원해 드립니다. 응급 상황에서 벗어난 후에도, 가입자께서는 지속적으로 안정적인 상태를 유지하도록 후속 진료를 받으실 자격이 있습니다. 담당 의사가 당사에 연락하여 추가 치료 계획을 세울 때까지 의사가 계속 치료를 진행합니다. 당사는 해당 법률에 따라 안정 후 후속 진료를 보장합니다. 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받기 **전에** 의료 서비스 제공자가 당사에 전화하여 안정 후 진료에 대한 승인을 받는 것이 매우 중요합니다. 귀하를 치료한 의료 서비스 제공자는 저희가 안정 후 진료에 대해 지불하기 전에 저희로부터 승인을 받아야 합니다. 대부분의 경우 네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 저희가 가입자의 잠재적 책임에 관해 가입자께 안내해 드린 경우에 한해 가입자께서 재정적인 책임을 지게 됩니다.

네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 안정 후 진료를 받기 위한 사전 승인을 요청하려면 해당 의료 서비스 제공자가 1-800-225-8883 (TTY 711)번으로 전화해야 합니다. Kaiser Permanente ID 카드 뒷면에 적힌 번호로 연락하셔도 됩니다. 의료 서비스 제공자는 귀하에게 서비스를 제공하기 전 저희에게 전화로 연락해야 합니다.

의료 서비스 제공자가 전화하면, 당사는 귀하를 치료하고 있는 의사와 귀하의 건강 상태에 대해 이야기할 것입니다. 가입자에게 안정 후 진료가 필요하다고 판단되는 경우 저희는 이 보장 서비스를 승인합니다. 경우에 따라 네트워크 의료 서비스 제공자를 통해 치료를 받도록 조정할 수도 있습니다.

당사가 네트워크 병원, 전문 간호 시설 또는 다른 의료 서비스 제공자가 치료를 제공해야 한다고 결정할 경우 귀하를 해당 의료 서비스 제공자에게 이송하기 위해 의학적으로 필요한 이송 서비스를 승인할 수도 있습니다. 여기에는 일반적으로는 보험 혜택이 적용되지 않는 특수 이송 서비스가 포함될 수도 있습니다.

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

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

- 본 *가입자 안내서* **제 4 장**에 따라 보장되는 DME 품목.
- 퇴원 후 의료상으로 필요해 소지해야 하는 DME 품목.

- 병원에서 받은 응급 진료와 관련이 있는 DME 품목.

응급 상황이 아닌데 응급 진료를 받은 경우

때로는 의학적 또는 행동 건강적 응급 상황이 발생했는지 확인하기 어려울 수 있습니다. 응급 진료를 받으러 갔는데, 의사가 응급 상황이 아니었다고 말할 수도 있습니다. 가입자가 본인의 건강에 심각한 위험이 있다고 합리적으로 판단한 경우에는 저희가 해당 치료를 보장합니다.

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

- 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용한 경우 또는
- 가입자가 받은 추가 치료가 "긴급하게 필요한 치료"로 간주되며 가입자가 해당 서비스를 받을 때 규정을 따른 경우. 다음 절을 참조하십시오.

H2. 긴급하게 필요한 진료

긴급하게 필요한 치료는 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 상황에 받는 치료입니다. 예를 들어, 기존 질환이 악화되거나 예상치 못한 질병을 앓거나 부상을 입을 수도 있습니다.

저희 플랜의 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 진료

저희는 다음과 같은 경우에만 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다.

- 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받은 경우 **및**
- 이 장에서 설명한 규칙에 따른 경우.

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

저희는 경우에 따라 어떤 유형의 진료가 필요한지 알기 어렵다는 점을 이해하고 있습니다. 전화 상담 간호사가 가입자께 도움을 드리는 이유가 바로 여기에 있습니다. 저희 상담 간호사는 의학적 증상을 평가할 수 있도록 특별히 훈련을 받은 공인 간호사로서, 의학적으로 적절한 경우 전화로 진단 서비스를 제공하고 있습니다. 진단이나 예약을 위해 상담 간호사에게 문의하실 수 있습니다.

상담 간호사는 종종 사소한 우려 사항에 관한 질문에 답변하며, 네트워크 시설이 문을 닫은 경우 어떻게 해야 하는지 알려 주거나, 의학적으로 적절할 경우 당일 긴급 진료를 예약하는 것을 포함하여 다음 단계에는 어떻게 대응해야 하는지에 관해 조언해 드릴 수 있습니다. 주 7 일, 하루 24 시간 이용할 수 있는 상담 간호사와의 상담을 이용하거나 예약을 하려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에서 예약 및 상담 전화번호를 참조하십시오.

저희 플랜의 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 진료

저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우에는 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받지 못할 수 있습니다. 이러한 경우 저희 플랜에서는 어떤 의료 서비스 제공자든 상관없이 가입자가 받은 긴급하게 필요한 치료를 보장합니다. 그러나 연례 검진 등 의학적으로 필수적인 일상 의료 서비스 제공자 방문은 저희 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 저희 플랜 네트워크를 일시적으로 사용할 수 없는 경우에도 긴급히 필요하다고 간주되지 않습니다.

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

- 일시적으로 저희 서비스 지역 외부에 있는 경우.
- 예상치 못한 질병이나 부상을 치료하여 심각한 건강 악화를 방지하기 위해 해당 서비스가 필요한 경우.
- 저희 서비스 지역으로 돌아올 때까지 치료를 늦추는 것이 합리적이지 않았을 경우.
- 해당 서비스를 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받았다면 보장을 받았을 경우.

H3. 재난 상황 시 진료

캘리포니아의 주지사, 미국 보건복지부 장관, 또는 미합중국 대통령이 가입자의 거주 지역에 재난 상황 또는 위기 상황을 선포하는 경우에도 가입자는 저희 플랜의 진료를 받으실 자격을 보유하게 됩니다.

재난 상황 선포 중 필요한 치료를 받는 방법은 당사 웹사이트(kp.org)를 참조하십시오.

재난 상황 선포 중 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 내부 네트워크 비용 분담금을 내고 네트워크 외 의료 서비스 제공자의 치료를 받을 수 있습니다. 재난 선포 중 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우 가입자는 네트워크 외 약국에서 약을 조제받을 수 있습니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서*의 **제 5 장**을 참조하십시오.

I. 보장 서비스에 대해 직접 청구서를 받으면 어떻게 해야 합니까?

보장 서비스에 대해 플랜 비용 분담금 이상으로 지불한 경우나 보장 의료 서비스의 비용 전액에 대한 청구서를 받은 경우 본 *가입자 안내서*의 **제 7 장**에서 대처 방안에 대한 정보를 확인하시기 바랍니다.

청구서를 직접 지불하면 안 됩니다. 직접 지불한 경우 저희가 환불해 드리지 못할 수 있습니다.

I1. 저희 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 어떻게 해야 합니까?

저희 플랜에서는 다음과 같은 서비스는 모두 보장합니다.

- 의학적으로 필요하다고 판단된 서비스 및
- 당사 플랜의 의료 보험 혜택표에 명시된 서비스(본 가입자 안내서의 **4 장** 참조) **및**
- 플랜 규정에 따라 받은 서비스

저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받았는데 저희 플랜에 속하지 않은 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보장하지 않으면 **가입자가 비용 전액을 직접 지불합니다**.

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

본 *가입자 안내서*의 **제 9 장**에서는 의료 서비스 또는 품목에 대해 당사의 보장을 받고 싶은 경우 가입자가 취할 수 있는 조치에 대해 설명합니다. 또한 당사의 보장 결정에 대해 이의를 제기하는 방법도 설명합니다. 가입자의 이의 신청 권리에 대해 자세히 알아보려면 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

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

J. 임상 연구 시험 시 건강 관리 서비스의 보장

J1. 임상 연구 시험의 정의

임상 연구 시험(임상 시험이라고도 함)은 새로운 유형의 치료 또는 약물을 시험하는 방법입니다. Medicare 에서 승인한 임상 연구 시험은 일반적으로 해당 연구에 참여할 지원자를 모집합니다. 임상 연구 시험에 참여 중이더라도 가입자께서는 저희 플랜에 계속 가입된 상태를 유지하며, 나머지 의료 서비스(해당 연구에 관련되지 않은 의료 서비스)를 저희 플랜을 통해 계속 받으실 수 있습니다.

Medicare 가 승인한 임상 연구 시험에 참여하기를 원하시는 경우 가입자는 저희에게 알려주시거나 저희의 승인을 받을 필요는 **없습니다**. 다만 저희 또는 1 차 진료의(PCP)에게 알리시기를 권장합니다. 임상 연구의 일부로 가입자에게 치료를 제공하는 의료 서비스 제공자는 네트워크 의료 서비스 제공자일 필요가 **없습니다**. 이는 임상 시험이나 등록을 통해 혜택을 평가해야 하는 보장 항목에는 적용되지 않습니다. 여기에는 증거 개발(NCD-CED) 및 조사 임상 검사 기기 면제(IDE) 연구를 통한 보장이 필요한 특정 혜택이 포함됩니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규정 적용을 받을 수도 있습니다.

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

J2. 임상 연구 시험 참여 시 서비스에 대한 비용 부담

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

- 가입자께서 임상 연구에 참여하지 않더라도 Medicare 가 부담할 병원 입원 시 병실 및 식사
- 임상 연구의 일환인 경우 수술 또는 기타 의료 절차
- 새로운 치료법으로 인한 부작용 및 합병증의 치료

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

J3. 임상 연구 시험에 대한 추가 정보

임상 연구 시험에 참여하는 방법에 관한 자세한 정보를 원하시면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)에서 "Medicare 와 임상 연구 시험"을

읽어보시기 바랍니다. 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

K. 종교적 비의료 보건 의료 기관에서 제공하는 건강 관리 서비스 보장 방법

K1. 종교적 비의료 보건 의료 기관의 정의

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

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

K2. 종교적 비의료 보건 의료 기관의 진료

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

- "예외가 아닌" 치료는 연방, 주 또는 현지 법률에서 요구하지 않으며 **자발적으로 받는** 모든 진료 또는 치료를 말합니다.
- "예외인" 치료는 자발적으로 받는 것이 아니며 연방, 주, 현지 법률이 요구하는 진료 또는 치료를 말합니다.
- 저희 플랜의 보장을 받으려면, 종교적 비의료 보건 의료 기관으로부터 가입자가 제공받는 의료 서비스는 반드시 다음의 조건을 만족해야 합니다.
- 의료 서비스를 제공하는 시설은 반드시 Medicare 의 인증을 받아야 합니다.
- 저희 플랜은 종교적이지 않은 치료 측면만을 보장합니다.
- 가입자가 시설에서 제공되는 서비스를 이러한 기관에서 받는 경우:
  - 가입자의 의학적 질환이 병원 입원 의료 서비스 또는 전문 간호 시설 의료 서비스와 관련하여 보장되는 서비스가 필요한 질환이어야 합니다.
  - 가입자는 시설에 입소하기 전에 당사의 승인을 반드시 받아야 하며, 그렇지 않은 경우 가입자의 입원 비용은 **보장되지 않습니다**.

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

L. 내구성 의료 장비(DME)

L1. 플랜 가입자로 DME 받기

내구성 의료 장비("DME")란 다음 기준을 충족하는 품목입니다.

- 이 품목은 반복 사용을 위한 것입니다
- 이 품목은 의료 목적을 위해 주로, 그리고 통상적으로 사용됩니다
- 이 품목은 일반적으로 질병, 부상, 기능적 장애 또는 선천적 기형이 있는 개인에게만 유용합니다.

- 가정 안팎에서 사용하기에 적합한 품목입니다.
- 이 품목은 일상생활 활동("ADL")에서 가입자를 돕는 데 필요합니다.

내구성 의료 장비는 사전 승인이 필요합니다. 혜택 보장은 귀하의 의학적 필요에 적절하게 부합하는 최저가 품목에 한합니다. 판매자는 저희가 선택합니다. 당사가 더 이상 장비를 보장하지 않을 경우 귀하는 해당 장비를 당사에 반환하거나 공정 시장 가격을 지불해야 합니다.

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

보철물과 같은 일부 DME 품목은 가입자가 소유합니다.

다른 유형의 DME 는 임대해야 합니다. 저희 플랜의 가입자는 해당 장비의 임대 기간과 상관없이 임대한 DME 품목을 소유하지 **않습니다**.

저희 플랜에 가입하기 전에 Medicare 에 따라 DME 를 최대 12 개월 동안 가지고 있었더라도 해당 장비는 **소유할 수 없습니다**.

L2. Original Medicare 로 전환 시 DME 의 소유권

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

더 이상 Medi-Cal 을 이용하지 않는다면 다음과 같은 경우 DME 품목을 소유하려면 Original Medicare 에 따라 연속으로 13 회 비용을 지불하거나 MA 플랜에서 설정한 연속 지불 횟수만큼 지불해야 합니다.

- 저희 플랜 가입 기간 중 DME 품목의 소유자가 되지 못한 경우 **및**
- 가입자가 저희 플랜에서 탈퇴해 Original Medicare 프로그램 또는 MA 플랜의 의료 보험 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 받는 경우.

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

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

L3. 플랜 가입자에게 제공되는 산소 호흡 장비 혜택

Medicare 에서 보장하는 산소 호흡 장비를 이용할 자격이 있는 경우 저희가 보장하는 내역은 다음과 같습니다.

- 산소 호흡 장비 대여
- 산소 및 산소 내용물의 전달

- 산소 및 산소 내용물의 전달을 위한 튜브 및 관련 산소 부속품
- 산소 호흡 장비의 유지 보수 및 수리

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

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

산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한데 **저희 플랜에서 탈퇴하고 Original Medicare 로 전환하는 경우** 공급업체로부터 36 개월 동안 임대합니다. 가입자가 부담하는 월 대여료에는 산소 호흡 장비 및 용품과 위에 나열된 서비스 비용이 포함됩니다. 가입자가 아직 Medicare 와 Medi-Cal 에 등록되어 있는 경우 Medicare 와 Medi-Cal 에서 이러한 지불을 보장합니다.

36 개월 동안 임대한 이후에도 산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한 경우 공급업체는 다음 품목을 제공해야 합니다.

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

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

- 공급업체는 더 이상 제공할 의무가 없으며 가입자가 임의의 공급업체에서 교체 장비를 선택할 수 있습니다.
- 5 년의 기간이 새로 시작됩니다.
- 공급업체로부터 36 개월 동안 임대합니다.
- 공급업체는 추가 24 개월 동안 산소 호흡 장비, 용품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한 한 5 년마다 임대 주기가 새로 시작됩니다.

산소 호흡 장비가 의학적으로 필요한데 **저희 플랜에서 탈퇴해 다른 MA 플랜으로 전환하는 경우** 플랜은 최소한 Original Medicare 가 보장하는 사항을 보장합니다. 새 MA 플랜에서 보장하는 산소 호흡 장비 및 용품과 비용이 얼마인지 물어볼 수 있습니다.

제 4 장: 의료 보험 혜택표

소개

이 장에서는 저희 플랜에서 보장하는 서비스, 해당 서비스에 대한 모든 제한 및 한도 그리고 각 서비스에 대해 가입자가 부담하는 비용이 나와 있습니다. 또한 저희 플랜에서 보장하지 않는 혜택도 나와 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

Kaiser Permanente Dual Complete 신규 가입자: 대부분의 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입을 신청하면 다음 달 1 일부터 Medicare 혜택을 받기 위해 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 가입됩니다. 가입자는 한 달 동안 추가로 이전 Medi-Cal 의료 보험 플랜의 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다. 해당 날짜 이후로 가입자는 Kaiser Permanente Dual Complete 를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 보장에 공백이 발생하는 일은 없습니다. 질문이 있으시면 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 연락해 주시기 바랍니다. 운영 시간은 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지입니다.

제 4 장 목차

A. 가입자 보장 서비스 및 본인 부담금 90

B. 가입자에 대한 의료 서비스 제공자의 서비스 비용 청구 제한 규정 90

C. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표 소개 90

D. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표 95

E. 지역사회 지원 160

F. 당사 플랜 범위를 벗어나 보장되는 혜택 165

F1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 165

F2. Medi-Cal Dental 166

F3. 가정 내 지원 서비스(IHSS) 167

F4. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램 167

F5. 당사 플랜을 벗어나 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신건강 및 약물 사용 장애 서비스) 169

G. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 혜택 171

A. 가입자 보장 서비스 및 본인 부담금

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

일부 서비스의 경우 가입자에게 코페이(copay)라고 하는 본인 부담금이 청구됩니다. 이는 해당 서비스를 받을 때마다 가입자가 지불해야 하는 고정 비용입니다(예: $5). 코페이는 의료 서비스를 받을 때 지불합니다.

보장되는 서비스를 파악하는 데 도움이 필요한 경우 오전 8 시~오후 8 시에 주 7 일 이용할 수 있는 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 전화해 주십시오.

B. 가입자에 대한 의료 서비스 제공자의 서비스 비용 청구 제한 규정

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

의료 서비스 제공자는 보장 서비스에 대해 가입자에게 청구서를 보내면 안 됩니다. 청구서를 받은 경우 본 *가입자 안내서*의 **제 7 장**을 참조하거나 가입자 서비스로 전화하십시오.

C. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표 소개

의료 보험 혜택표에는 저희 플랜에서 비용을 부담하는 서비스가 나와 있습니다. (약품 보장은 **제 5 장** 참조) 이 표에는 보장되는 서비스가 사전순으로 정리되어 있으며 설명도 함께 나와 있습니다.

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

- 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 에 설정된 규정에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 보장합니다.
- 치료, 행동 건강 및 약물 남용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비 및 약품을 포함한 서비스는 "의료적으로 필요"해야 합니다. 의학적 필요는 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 약품을 나타냅니다. 여기에는 병원 또는 요양 시설 입원을 방지하기 위한 치료가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 약물이 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.
- 치료 과정이 네트워크 외 의료 서비스 제공자와 시작한 서비스라고 하더라도 신규 가입자의 경우 첫 90 일 동안 당사는 진행 중인 치료 과정에 대해 가입자에게 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.
- 가입자는 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사와 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. 대부분의 경우 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 받는 치료는 응급 상황이나 긴급하게 필요한 치료인 경우 또는 저희 플랜이나 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 진료 의뢰를 받은 경우가 아니면 보장되지 않습니다. 이러한

경우 가입자는 제공받은 네트워크 외 서비스에 대해 전액을 의료 서비스 제공자에게 지불해야 합니다. 본 *가입자 안내서* **제 3 장**에는 네트워크 및 네트워크 외 의료 서비스 제공자 사용에 관한 자세한 정보가 나와 있습니다.

- 가입자에게 치료를 제공하고 관리하는 1 차 진료의(PCP) 또는 진료팀이 있습니다. 대부분의 경우 가입자가 담당 1 차 진료의(PCP)가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하거나 플랜의 네트워크 소속 다른 의료 서비스 제공자를 이용하려면 담당 1 차 진료의(PCP)가 가입자에게 사전 승인을 제공해야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 본 *가입자 안내서* **제 3 장**에는 진료 의뢰를 받는 방법과 진료 의뢰가 필요하지 않은 상황에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다.

- 당사는 가입자의 의사 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 사전에 당사의 승인을 받을 경우에만 의료 보험 혜택표에 나열된 일부 서비스를 보장합니다. 이를 사전 승인(PA)이라고 합니다. 의료 보험 혜택표에서 PA 가 필요한 보장 서비스에는 각주(†)가 표시되어 있습니다. 또한 의료 보험 혜택표에 나열되지 않은 PA 가 필요한 기타 서비스를 포함하여 PA 에 대한 자세한 정보는 **제 3 장**을 참조하십시오.

- 저희 플랜이 치료 과정에 대한 PA 요청 승인을 제공하는 경우 승인은 보장 기준, 귀하의 병력 및 의료 서비스 제공자의 권장 사항에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합리적이고 필요한 한 유효해야 합니다.

- 모든 Medicare 의료 보험에서와 마찬가지로, 저희는 Original Medicare 가 보장하는 모든 서비스를 보장해 드립니다. (Original Medicare 보장 범위 및 비용에 대한 자세한 내용은 *Medicare & You* 2027 안내서를 참조하십시오. 이 안내서는 www.Medicare.gov 에서 온라인으로 열람하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 사본을 받아보실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.)

- Medicare 가 2027 년에 새로운 서비스에 대한 보장을 추가하는 경우 Medicare 또는 저희 플랜이 해당 서비스를 보장해 드립니다.

- Medi-Cal 자격이 4 개월의 지속 자격 기간 내에 상실되더라도 당사는 Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 그러나 Medi-Cal 보장은 당사에서 제공하는 Medicare 보장보다 먼저 종료될 수 있습니다. Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 귀하의 Medi-Cal 혜택에 대한 비용을 지불하지 않습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 가 보장하는 혜택에 대한 귀하의 분담 비용은 본 *가입자 안내서* 내 의료 보험 혜택표의 설명에 따라 달라집니다. 또한 Medicare 파트 D 약물 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Medicare 추가 지원을 잃을 수도 있습니다.

  당사는 귀하가 가입 자격을 회복할 수 있도록 지원해 드립니다. Medicare 보장을 받기 위해 당사에 가입된 상태에서 귀하의 Medi-Cal 자격이 복원되면 당사는 귀하가 받는 Medi-Cal 혜택 비용을 다시 부담하게 되고 당사에서 귀하의 가입 상태 역시 계속 유지됩니다. 당사 Medicare 보장에서 탈퇴 처리 이후 Medi-Cal 자격을 회복하면 당사에 연락하여 해당 플랜에 다시 가입해야 합니다.

특정 만성 질환을 앓고 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보 - 남부 캘리포니아 가입자만 해당

- 아래 나열된 만성 질환 중 하나를 앓고 있으며 특정 조건을 충족하는 경우 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택을 받을 자격이 될 수 있습니다.
    - 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD)
    - 자가 면역 질환:
        - 결절성 다발동맥염
        - 류마티스 다발근통
        - 다발근육염
        - 피부근염
        - 류머티스성 관절염
        - 전신성 홍반루푸스
        - 건선성 관절염
        - 경피증
    - 암
    - 심혈관계 질환:
        - 심장 부정맥
        - 관상동맥 질환
        - 말초 혈관 질환
        - 판막 심장 질환
    - 만성 심부전
    - 치매
    - 진성 당뇨병
    - 과체중, 비만, 대사증후군
    - 만성 위장관 질환:
        - 만성 간질환
        - 비알코올성 지방간 질환(NAFLD)
        - B 형 간염
        - C 형 간염
        - 췌장염
        - 과민성 대장 증후군
        - 염증성 장질환
    - 만성 신장 질환(CKD):
        - 투석이 필요한 만성 CKD/말기 신장질환(ESRD)
        - 투석이 필요하지 않은 CKD
    - 중증 혈액 질환:
        - 재생 불량성 빈혈
        - 혈우병
        - 면역성 혈소판감소성 자반증
        - 골수 형성 이상 증후군
        - 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 형질 제외)
        - 만성 정맥 혈전색전성 질환
    - HIV/AIDS
    - 만성 폐 질환:
        - 천식, 만성 기관지염

  - 낭포성 섬유증
  - 폐기종
  - 폐섬유증
  - 폐 고혈압
  - 만성폐쇄성 폐질환(COPD)
- 만성적이고 일상생활에 지장을 주는 정신건강 질환:
  - 양극성 장애
  - 주요 우울 장애
  - 편집성 장애
  - 정신 분열증
  - 조현정동장애
  - 외상 후 스트레스 장애(PTSD)
  - 섭식 장애
  - 불안 장애
- 신경계 질환:
  - 근위축성 측삭 경화증(ALS)
  - 간질
  - 광범위한 마비(즉, 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단일지마비)
  - 헌팅턴병
  - 다발성 경화증
  - 파킨슨병
  - 다발신경병증
  - 섬유근육통
  - 만성 피로 증후군
  - 척수 손상
  - 척추관 협착증
  - 뇌졸중 관련 신경학적 결손
- 뇌졸중
- 장기 이식 후 관리
- 면역결핍 및 면역억제 질환
- 인지 장애와 관련된 질환:
  - 알츠하이머병
  - 지적 장애 및 발달 장애
  - 외상성 뇌 손상
  - 인지 기능 장애를 동반하는, 일상생활에 지장을 주는 정신 질환
  - 경도 인지 장애
- 기능적 어려움을 동반하며 유사한 서비스를 필요로 하는 질환:
  - 척수 손상
  - 마비
  - 사지 상실
  - 뇌졸중
  - 관절염
- 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각 기능을 저하시키는 만성 질환

- 개인이 기능을 유지하거나 보존하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환
- 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택(SSBCI)을 받으려면 다음 기준을 **모두** 충족해야 합니다.
    - 위에 나열된 질환 중 생명을 위협하거나 전반적인 건강 또는 기능을 상당히 제한하는, 의학적으로 복합적인 만성 동반 질환을 하나 이상 앓고 있는 경우 *및*
    - 입원 또는 기타 중대한 건강상의 부정적 결과를 초래할 위험이 높은 경우 *및*
    - 집중적인 치료 조정이 필요한 경우

  Kaiser Permanente 의 SSBCI 정책 및 객관적인 기준에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트(kp.org/Medicare/SSBCI)를 방문하시기 바랍니다.

- 귀하께서 취해야 할 별도의 조치는 없습니다. 플랜에서는 귀하의 의료비 청구 내역 및 건강 기록을 검토하여 자격을 확인하고 지원 대상 만성 질환 진단 여부, 입원 고위험군 해당 여부, 그리고 집중적인 치료 조정 필요성을 확인할 것입니다.

- 특정 상황에서 Kaiser Permanente 에 새로 가입한 경우 등 SSBCI 자격을 판단하는 데 사용할 수 있는 의료비 청구 내역 또는 건강 기록이 충분하지 않으면 의료 서비스 제공자는 의료 서비스 제공자 확인서를 작성 후 제출하여 귀하의 자격을 확인해 줄 수 있습니다. 의료 서비스 제공자 확인서는 6 개월의 최초 혜택 기간 동안 *예비* SSBCI 자격을 확인하는 데에만 사용할 수 있습니다. 이 양식을 제출했다고 해서 SSBCI 자격이 보장되는 것은 아닙니다. 이 예비 기간이 종료되면 귀하의 의료비 청구 내역 및 건강 기록을 검토하여 지속적인 자격 요건 충족 여부를 확인해야 합니다.

- 자세한 내용은 아래 의료 보험 혜택표에서 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택 행을 참조하십시오.

- 귀하가 받을 수 있는 혜택에 대해 정확하게 알아보려면 당사로 문의해 주시기 바랍니다.

- 모든 예방 서비스는 무료로 제공됩니다. 의료 보험 혜택표의 질병 예방 서비스 옆에는 이 사과 🍎 기호가 표시되어 있습니다.

아래 의료 보험 혜택표는 본 *가입자 안내서*에 포함된 다음 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 의료 혜택에 대해 설명합니다.

- South P1 플랜
- South P6 플랜
- South P7 플랜
- South P9 플랜
- South P10 플랜
- South P11 플랜
- North P2 플랜
- North P16 플랜

- North P17 플랜
- North P18 플랜
- North P19 플랜
- North P20 플랜
- North P21 플랜
- North P22 플랜
- North P23 플랜
- North P24 플랜
- North P25 플랜

어떤 플랜에 가입했는지 확실하지 않은 경우 가입자 서비스에 연락하거나 *연례 변경 내용 통지서*의 표지를 참조하시기 바랍니다(신규 가입자인 경우 가입자의 가입 양식이나 가입 확인 서신 참조).

참고: 본 *가입자 안내서*에 포함된 각 플랜의 지리적 서비스 지역은 **제 1 장**을 참조하십시오. 비용 분담, 가입 및 탈퇴 목적상 본 *가입자 안내서*에 설명된 당사 지역 서비스 지역에는 여러 개의 Dual Complete 플랜이 있습니다. 그러나 보장된 서비스를 받기 위한 목적으로 가입자는 서비스 지역 내 어느 곳에서든 네트워크 의료 서비스 제공자를 통해 진료를 받을 수 있습니다.

D. 당사 플랜의 의료 보험 혜택표

보장 서비스		가입자 지불 금액
	복부 대동맥류 선별 검사 당사는 위험군에 대해 1 회 초음파 선별 검사에 대한 비용을 부담합니다. 저희 플랜은 가입자에게 특정 위험 요소가 있는 경우와 의사, 의료 보조사(PA), 임상 간호사(NP) 또는 임상 전문 간호사(CNS)에게서 진료 의뢰를 받은 경우에만 선별 검사를 보장해 드립니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	침술† 저희는 월 최대 2 회까지 외래 환자에 대한 침술 서비스를 제공하고 의학적으로 필요한 경우에는 제공 횟수가 늘어날 수 있습니다. 또한 다음과 같은 만성 요통이 있는 경우 90 일 동안 최대 12 회 침술 치료 비용을 부담합니다. • 12 주 이상 지속됩니다. • 비특이적인 경우(전이성, 염증성 또는 감염성 질병과 관련이 없음 등과 같이 특정할 수 있는 전신적 원인이 없음) • 수술과 관련이 없습니다. • 임신과 관련이 없습니다. 또한 저희는 가입자의 만성 요통 증상이 개선되는 경우 8 회의 추가 침술 치료 비용을 부담합니다. 만성 요통 치료를 위해 한 해에 받을 수 있는 침술 치료 횟수는 최대 20 회입니다. 더 이상 호전되지 않거나 악화되는 경우 침술 치료를 중단해야 합니다. 의료 서비스 제공자 요구 사항: 의사는 해당 주의 요건에 따라 침술을 시행할 수 있습니다. 의료 보조사(PA), 임상 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS) 및 보조 인력은 해당 주의 요구 사항을 모두 충족하고 다음 자격을 갖춘 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • ACAOM(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine)의 인증을 받은 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 및 • 귀하가 진료를 받는 주에서 침술 치료를 행할 수 있는 유효하고 완전하며 활성화된 무제한 면허 침술을 제공하는 보조 인력은 당사 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS 의 적절한 감독하에 있어야 합니다. 당사는 일반적으로 구역질 치료 또는 만성 통증 치료를 위한 종합적인 통증 관리 프로그램의 일부로만 제공되는, Medicare 에서 보장하지 않는 침술 서비스를 보장합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	침술†(계속) 또한 Medi-Cal 보장을 통해 침술 서비스를 이용할 수도 있습니다. Medi-Cal 에 따라 당사는 일반적으로 인정되는 질병으로 인해 발생하는 지속적이고 심각한 만성 통증을 방지, 개선 또는 완화하기 위해 의학적으로 필요한 침술 서비스를 보장합니다. Medi-Cal 외래 침술 서비스에는 진료 의뢰 또는 사전 허가가 필요하지 않습니다. 이러한 침술 서비스는 당사 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 American Specialty Health 네트워크 의료 서비스 제공자를 통해 받는 경우 보장됩니다. Medi-Cal 에서 보장하는 침술 서비스에 대한 자세한 내용은 1-800-678-9133 (TTY 711) 번으로 American Specialty Health 에 문의해 주시기 바랍니다.	$0
	알코올 오용 선별 검사 및 상담 당사는 알코올을 오용하지만 알코올 의존증은 아닌 성인을 대상으로 한 알코올 오용 선별 검사(SABIRT: 선별, 평가, 단기 개입 및 치료 연계) 비용을 지원합니다. 여기에는 임산부도 포함됩니다. 알코올 오용 선별 검사 결과가 양성인 경우 가입자는 자격을 갖춘 1 차 진료의(PCP) 또는 개업 의료인이 1 차 진료 시설에서 제공하는 대면 상담 세션을 연 4 회까지 받으실 수 있습니다(가입자가 상담을 받을 수 있어야 하며 상담 중 맑은 정신 상태를 유지할 수 있어야 함).	$0
	구급차 서비스 보장되는 구급차 서비스는 응급 상황이건 비응급 상황이건 관계없이 지상 및 공중(비행기 및 헬리콥터) 서비스를 포함합니다. 구급차는 치료를 제공할 수 있는 가장 가까운 곳으로 환자를 이송합니다. 치료 장소로 이동하기 위해 다른 방법을 사용했을 때 가입자의 건강 또는 생명이 위험해질 수 있을 만큼 가입자의 상태가 심각해야 합니다. 다른 사례(비응급 상황)에 구급차 서비스를 이용하려면 당사의 승인이 필요합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 저희가 구급차 서비스에 대한 비용을 부담할 수 있습니다. 치료 장소로 이동하기 위해 다른 방법을 사용했을 때 가입자의 생명 또는 건강이 위험해질 수 있을 만큼 가입자의 상태가 심각해야 합니다. 비응급 이송에 관한 추가 정보는 제 3 장을 참조하십시오. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **편도 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다.** • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	구급차 서비스(계속) 가입자께서 응급 의료 상황에 처해 있으며 가입자 자신의 질환으로 인해 구급차 이송 서비스의 의료 지원이 필요하다고 합리적으로 판단할 시, 저희는 또한 사전 승인 없이 전 세계 어디서든 면허를 보유한 구급차 서비스를 보장해 드립니다(가능한 경우 911 응급 구조 시스템을 통한 이송 포함).	• North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**
	연례 웰니스 방문 가입자는 연례 검진을 받을 수 있습니다. 가입자의 현재 위험 요소를 기반으로 예방 계획을 수립하거나 업데이트합니다. 당사는 12 개월마다 한 번씩 검진 비용을 부담합니다. **참고:** 가입자의 첫 연례 웰니스 방문은 Medicare 가입 환영 방문 이후 12 개월 이내에는 실시될 수 없습니다. 그러나 가입자가 파트 B 혜택을 12 개월 받은 이후에 연례 웰니스 방문을 받기 위해 Medicare 가입 환영 방문을 굳이 받으셔야 할 필요는 없습니다. 또한 일반적으로 허용되는 전문가 실무 기준에 따라 의학적으로 적절한 질병 예방 관리를 위한 검사인 경우에 연간 정기 신체검사를 보장해 드립니다.	$0
	천식 예방 서비스 천식이 잘 조절되지 않는 사람들을 위해 가정에서 흔히 볼 수 있는 유발 요인에 대해 천식 교육과 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	골밀도 측정 당사는 자격 있는 가입자(일반적으로 골밀도 손실 또는 골다공증 위험이 있는 사람)를 위한 특정 절차 비용을 부담합니다. 이러한 절차에서는 골밀도, 골손실 또는 골질을 파악합니다. 당사는 의학적으로 필요한 경우 24 개월마다 또는 더 자주 해당 서비스 비용을 부담합니다. 또한 의사가 결과를 살펴보고 상담하는 비용도 부담합니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	유방암 선별 검사(유방촬영술) 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 35 세~39 세 베이스라인 유방촬영술 1 회. • 40 세 이상의 여성에 대해 매 12 개월마다 선별 유방촬영술 1 회. • 24 개월마다 임상 유방 검사 1 회. 또한, 유방암 가족력이 있는 여성은 위험 부담 사정, 유전병 검사, 유전 상담을 받을 자격이 있습니다.	$0
	심장 재활 서비스 당사는 운동, 교육 및 상담 등 심장 재활 서비스 비용을 부담합니다. 가입자는 특정 조건을 충족하고 의사의 지시를 받아야 합니다. 다음 질환 중 하나 이상을 앓은 경우 이러한 포괄적 프로그램을 보장합니다. • 지난 12 개월 이내에 심장 마비 • 관상동맥 우회술 • 안정형 협심증(흉통) • 심장 판막 성형술 또는 치환술 • 관상동맥 성형술(막힌 동맥을 뚫는 데 사용되는 의료 시술) 또는 관상동맥 스텐트 삽입술(동맥이 열린 상태를 유지하도록 하는 시술) • 심장 또는 심폐 이식 • 안정형 만성 심부전 보장 제한: 심장 재활은 최대 36 회 받을 수 있습니다. 하루 2 회 받을 수 있으며(각각 1 시간씩) 프로그램은 최대 36 주까지 지속될 수 있습니다. 자격이 있으면 더 긴 기간에 걸쳐 36 회를 추가로 받을 수 있습니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료** 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	심혈관계 질환 위험 감소 방문(심혈관계 질환 치료) 저희는 가입자의 심장병 위험을 줄이기 위한 1 차 진료의(PCP) 방문 비용을 연 1 회 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 이 횟수는 늘어날 수 있습니다. 방문 중 의사는 다음과 같이 할 수 있습니다. • 아스피린 사용에 대해 이야기하기 • 혈압 측정 **및/또는** • 건강한 식습관을 위한 조언 제공	$0
	심혈관계 질환 선별 테스트 당사는 5 년(60 개월)마다 한 번씩 심혈관계 질환을 검사하기 위한 혈액 검사 비용을 부담합니다. 이러한 혈액 검사 시 높은 심장 질환 위험으로 인한 문제도 확인합니다. 또한, 의사가 지시하는 경우 심혈관계 질환을 확인하기 위한 혈액 검사 비용도 지불해 드립니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	선별 자궁경부암 및 질암 검사 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 모든 여성: 24 개월마다 자궁경부세포도말검사(Pap) 및 골반검사. • 자궁경부암 또는 질암 고위험군 여성: 12 개월마다 자궁경부세포도말검사 1 회. • 지난 3 년 이내 시행한 자궁경부세포도말검사에서 이상 소견이 있었던 가임 연령대 여성: 12 개월마다 자궁경부세포도말검사 1 회. • 30~65 세 여성: 5 년마다 인유두종 바이러스 (HPV) 검사 또는 자궁경부세포도말검사 + HPV 검사.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	카이로프랙틱 서비스 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 올바른 정렬을 위한 척추 교정. 이 Medicare 보장 서비스는 네트워크 카이로프랙터가 제공하거나, †북부 캘리포니아 가입자의 경우 네트워크 의료 서비스 제공자가 승인한 카이로프랙터가 제공합니다. 네트워크 카이로프랙터의 목록은 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오. • Medi-Cal 은 Kaiser Permanente 의 네트워크 내 연방 정부 공인 보건 센터(FQHC) 또는 농촌 건강 클리닉(RHC)에서 받은 카이로프랙틱 서비스를 보장할 수 있습니다. FQHC 및 RHC 는 서비스를 받으려면 진료 의뢰가 필요할 수도 있습니다. FQHC 또는 RHC 에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 전화하시기 바랍니다. • Medi-Cal 은 임신 중인 가입자의 경우 임신 종료 후 60 일 동안 그리고 전문 간호 시설, 중간 치료 시설 또는 아급성 치료 시설 거주자를 대상으로 카이로프랙틱 서비스를 보장할 수도 있습니다. 우리는 이러한 가입자에게 카이로프랙틱 서비스를 제공하기 위해 American Specialty Health(ASH)와 협력합니다. ASH 에 연락하려면 1-800-678-9133 (TTY 711)번으로 전화하십시오.	$0
	선별 대장암 검사 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월(10 년)마다, 대장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전 유연 S 상 결장 내시경 검사 후 48 개월마다, 고위험군 환자의 경우 이전 선별 대장내시경 검사 후 24 개월마다 1 회 보장됩니다. • 대장암 위험이 높지 않은 45 세 이상 환자를 대상으로 한 컴퓨터 단층촬영 대장조영술은 마지막 선별 컴퓨터 단층촬영 대장조영술을 시행한 달로부터 최소 59 개월이 지나거나 마지막 선별 유연 S 상 결장 검사 또는 선별 대장내시경 검사를 시행한 달로부터 47 개월이 지나야 보장됩니다. 대장암 고위험 환자의 경우 마지막 선별 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 또는 마지막 선별 대장내시경 검사를 시행한 달로부터 최소 23 개월이 지난 후에 시행하는 컴퓨터 단층촬영 대장조영술에 대해 비용을 지불할 수 있습니다 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스	가입자 지불 금액
선별 대장암 검사(계속) • 45 세 이상 환자 대상 S 상 결장경 검사. 선별 대장내시경 검사를 받은 후 고위험군이 아닌 환자의 경우 120 개월에 한 번. 마지막 유연 S 상 결장 내시경 검사 또는 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 관련 고위험 환자의 경우 48 개월에 한 번. • 45 세 이상 환자 대상 분변 잠재혈액 선별 검사. 12 개월마다 1 회. • 고위험군 기준을 충족하지 않는 45~85 세 환자 대상 다중 표적 분변 DNA. 3 년에 한 번. • 고위험군 기준을 충족하지 않는 45~85 세 환자 대상 혈액 기반 바이오마커 검사. 3 년에 한 번. • 대장암 선별 테스트에는 Medicare 에서 보장하는 비침습적 분변 기반 대장암 선별 테스트에서 양성 결과가 나온 후 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다. • 대장암 선별 테스트에는 계획된 유연 S 상 결장 선별 대장내시경 선별 검사나 조직이나 기타 물질의 제거를 포함하는 선별 대장내시경 검사가 포함되며, 이러한 선별 테스트와 관련하여, 선별 테스트의 결과로 그리고 동일한 임상 진료 과정에서 시행되는 기타 시술도 포함됩니다. • 선별 대장내시경 검사 중에 시행되는 시술(예: 폴립 제거). • gFOBT 또는 FIT 검사 또는 S 상 결장경 선별 검사 양성 판정 후 대장내시경 검사.	
치과 서비스† 저희는 아래에 명시된 특정 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 혜택은 아래 **F2 절**에서 설명하는 Medi-Cal 치과를 통해 이용할 수 있습니다. 저희는 서비스가 개인의 주된 의학적 질환과 관련된 특정한 치료의 필수적인 부분인 경우 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 예시로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 기관 이식 이전의 구강 검사를 들 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료** 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	치과 서비스† (계속)	• South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	선별 우울증 검사 저희는 매년 1 회의 우울증 선별 검사 비용을 지불합니다. 이 선별 검사는 반드시 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1 차 진료 시설에서 실시해야 합니다.	$0
	선별 당뇨병 검사 다음 위험 요소가 있는 경우 이 선별 검사(공복 혈당 검사 포함) 비용을 지불합니다. • 고혈압 • 비정상적인 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치(이상지질혈증)의 병력 • 비만 • 고혈당(포도당)의 병력 가입자가 체중 초과이고 당뇨병의 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근 당뇨병 선별 테스트를 받은 날로부터 12 개월마다 선별 당뇨병 검사를 최대 2 회까지 받으실 수 있습니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스, 용품† 저희는 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용 여부에 관계없이)에 대해 다음 서비스에 대해 비용을 지불합니다. • 다음을 포함한 혈당 모니터링 용품: o 혈당 모니터 o 혈당 검사용 스트립 o 란셋 장치 및 란셋 o 테스트 스트립 및 모니터의 정확도를 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션.	$0
	• 중증 당뇨성 발 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우 다음 비용을 지불합니다. o 1 년마다 치료용 맞춤 신발 1 켤레(해당 신발과 함께 제공되는 삽입물 포함) 및 추가로 제공되는 삽입물 2 쌍, 또는 깊이가 깊은 신발 1 켤레와 삽입물 3 쌍(해당 신발과 함께 제공되는 비맞춤형 탈착식 삽입물 미포함)을 제공. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 다음과 같은 **공동 보험금** 비율을 부담합니다. • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	치과 서비스† (계속) • 경우에 따라 당뇨병 관리에 도움이 되는 교육 비용을 저희가 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오. **참고:** 미국 당뇨병 협회에서 인정하고 Medicare 에서 승인한 플랜 외부의 프로그램에서 당뇨병 자가 관리 교육을 받도록 선택할 수 있습니다.	$0
	조산사 서비스 임신한 가입자의 경우 당사는 산전 및 산후 기간에 조산사 9 회 방문과 진통 및 분만 중 지원 비용을 지불합니다. 의사나 기타 면허를 소지한 개업 의료인의 추가적인 서면 추천이 있을 경우 최대 9 회의 추가 산후 관리가 제공될 수 있습니다.	$0
	내구성 의료 장비(DME) 및 연관 의료 용품† "내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 본 *가입자 안내서* **제 12 장**을 참조하십시오. 당사는 다음 품목을 보장합니다. • 휠체어, 전동 휠체어 포함 • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 건식 압력 패드 • 당뇨 용품 • 가정용으로 의료 서비스 제공자가 주문한 병원 침대 • 정맥(IV) 주입 펌프 및 링거대 • 음성 생성 장치 • 산소 호흡 장비 및 용품 • 네뷸라이저 • 보행 보조기 • 표준 곡선 핸들 또는 네발 지팡이 및 교체 용품 • 경추 견인(문 위) • 골 자극기 • 투석 치료 장비 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 다음과 같은 **공동 보험금** 비율을 부담합니다. **단, 최대호기유속기 및 자외선 요법 장비는 본인 부담금이 $0 입니다.** • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%**

보장 서비스	가입자 지불 금액
내구성 의료 장비(DME) 및 연관 의료 용품†(계속) 기타 품목이 보장될 수 있습니다. 저희는 Medicare 와 Medi-Cal 이 일반적으로 지불하는 의학적으로 필요한 모든 DME 비용을 지불합니다. 거주하는 지역의 저희 의료 장비 공급업체가 특정 브랜드 또는 제조사의 제품을 구비하고 있지 않은 경우 가입자는 해당 업체에게 특별 주문이 가능한지 문의할 수 있습니다. 가장 최근의 의료 장비 공급업체 목록은 저희 웹사이트 kp.org/directory 에서 확인할 수 있습니다. 또한 의학적으로 필요한 경우 Medicare 에서 보장하지 않는 다음 DME 도 보장합니다. • 침대 확장이 필요한 경우 병원 침대용 침대 액세서리 • 고급 압력 완화 장비 사용을 방지하거나 최소화하기 위한 발뒤꿈치 또는 팔꿈치 보호대 • 발한 억제제가 금기이고 다한증이 의학적 합병증(예: 피부 감염)을 일으키거나 일상생활 활동을 방해하는 경우 다한증을 치료하기 위한 이온 영동 장치 • 기관절개술 환자에게 심각한 분비물 관리 문제가 있어 소생 백을 통한 심호흡을 통해 세척 및 흡입 기술이 필요한 경우 소생 백 • 가정용 자외선 요법 장비를 포함한 의학적으로 필요한 건선 이외의 질환에 대한 자외선 요법 장비. 단, (1) 해당 장비가 **제 3 장**에 설명된 대로 저희 플랜의 사전 승인 절차를 통해 승인되고 (2) 해당 장비가 저희 서비스 지역 내에서 제공되는 경우에 한합니다. (자외선 요법 장비에 대한 보장은 가입자의 의학적 필요를 적절하게 충족하는 표준 장비 품목으로 제한됩니다. 저희가 장비를 대여할지 아니면 구매할지 여부를 결정하고 업체를 선정합니다. 당사가 더 이상 장비를 보장하지 않을 경우 귀하는 해당 장비를 당사에 반환하거나 공정 시장 가격을 지불해야 합니다.)	• North P25 – **20%** **산소 호흡 장비** **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실한 경우** Medicare 산소 호흡 장비 보장에 대한 분담 비용은 장비를 받을 때마다 위에 나열된 금액과 동일합니다. 36 개월 동안 등록한 후에는 분담 비용이 변경되지 않습니다.
응급 진료 응급 진료란 다음과 같은 서비스를 의미합니다. • 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 서비스 제공자가 제공하는 서비스 • 의학적 응급 상황을 평가 또는 치료하는 데 필요한 서비스 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 등록한 플랜에 따라 응급실 방문 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$115** • South P6 – **$115**

보장 서비스	가입자 지불 금액

응급 진료(계속)
의학적 응급 상황은 질환, 상해, 중증의 통증 또는 급속히 악화되는 의학적 질환을 말합니다. 해당 질환은 매우 심각하여 즉각적인 치료를 받지 않을 경우 가입자 또는 건강 및 의학에 대해 평균적인 지식을 갖춘 사람이면 누구나 다음과 같은 결과를 예측할 수 있습니다.
• 가입자의 건강 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 **또는**
• 신체 기능에 심각한 손상 초래 **또는**
• 신체 장기에 심각한 장애 발생 **또는**
• 사지 상실 또는 사지 기능 상실
• 다음과 같은 상황에서 진통이 있는 임산부의 경우:
  ○ 가입자를 분만 전 다른 병원으로 안전하게 이송할 시간이 부족한 경우.
  ○ 다른 병원으로 이송이 가입자 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 될 수 있는 경우.
가입자는 전 세계 응급 진료 보장을 받으실 수 있습니다.
	• South P7 – **$115**
	• South P9 – **$0**
	• South P10 – **$115**
	• South P11 – **$115**
	• North P2 – **$115**
	• North P16 – **$115**
	• North P17 – **$115**
	• North P18 – **$115**
	• North P19 – **$115**
	• North P20 – **$115**
	• North P21 – **$115**
	• North P22 – **$115**
	• North P23 – **$115**
	• North P24 – **$115**
	• North P25 – **$115**
	외부 네트워크에서 제공하는 필요한 응급 서비스에 대한 비용 분담은 내부 네트워크에서 제공하는 응급 서비스의 경우와 동일합니다.
	†네트워크 외 병원에서 응급 진료를 받고 응급 상태가 안정화된 후 입원이 필요하신 경우 가입자께서 계속 의료 서비스에 대한 보장을 받기 위해서는 반드시 네트워크 병원에 입원하거나 저희 플랜이 승인한 네트워크 외 병원에서 입원 진료를 받으셔야 하며 비용은 네트워크 병원에서 지불하는 분담 비용을 부담하시면 됩니다.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	가족계획 서비스 법에 따라 귀하는 특정 가족계획 서비스에 대해 네트워크 의료 서비스 제공자든 Medi-Cal 네트워크 외 의료 서비스 제공자든 상관없이 어떤 의료 서비스 제공자든 선택할 수 있습니다. 이는 모든 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족계획 시설을 의미합니다. 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 가족계획 검사 및 치료 • 가족계획 실험실 및 진단 검사 • 가족계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전이 있는 가족계획 용품(콘돔, 피임 스펀지, 피임용 거품제, 피임 필름, 질격막, 자궁경부 캡) • 임신 인식 기술에 대한 상담과 교육 및/또는 성 매개성 감염(STI)에 대한 선입견 건강 상담, 검사 및 치료 등의 제한적 임신 서비스 • HIV, AIDS 및 기타 HIV 관련 질환에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(이 가족계획 방법을 선택하려면 21 세 이상이어야 합니다. 수술 날짜로부터 최소 30 일~180 일 이내에 연방 불임 수술 동의서에 서명해야 합니다.) • 유전 상담 당사는 또한 일부 다른 가족계획 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 그러나 다음 서비스에 대해서는 당사 의료 서비스 제공자 네트워크의 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다. • 불임 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적인 방법은 포함되지 않음) • AIDS 및 기타 HIV 관련 질환의 치료 • 유전병 검사	$0

보장 서비스	가입자 지불 금액
피트니스 혜택(One Pass®) 피트니스 혜택은 가입자가 건강을 관리하고 최상의 컨디션을 유지할 수 있도록 One Pass 프로그램을 통해서 제공됩니다. One Pass 프로그램에는 다음이 포함됩니다. • 헬스장 및 피트니스 지점: Core 및 Premium 네트워크를 통해 다양한 네트워크 헬스장을 이용할 수 있는 멤버십이 제공됩니다. 피트니스 지점에는 전국, 지역 및 커뮤니티 피트니스 센터와 부티크 스튜디오가 포함됩니다. 네트워크 지점을 이용할 수 있고 같은 달에 여러 참여 피트니스 지점을 이용할 수도 있습니다. 참여하는 체육관 및 피트니스 센터는 위치에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. • 온라인 피트니스: One Pass 회원 웹사이트 또는 모바일 앱을 통해 라이브 디지털 피트니스 수업 및 온디맨드 운동에 액세스할 수 있습니다. • 피트니스 및 사교 활동: 또한 One Pass 회원 웹사이트를 통해 그룹, 클럽, 사교 이벤트에 참여할 수도 있습니다. • 홈 피트니스 키트: 집에서 운동하는 것을 선호하는 경우 근력, 요가 또는 댄스 홈 피트니스 키트를 연간 하나씩 선택할 수도 있습니다. 키트는 변경될 수 있으며 한 번 선택하면 교환할 수 없습니다. • 뇌 건강: 온라인 뇌 건강 인지 훈련 프로그램을 이용할 수 있습니다. 참여 헬스장 및 피트니스 지점, 프로그램 혜택에 관한 자세한 정보를 알아보거나 온라인 계정을 설정하려면 www.YourOnePass.com 을 방문하거나 월요일부터 금요일, 오전 6 시부터 오후 7 시까지 1-877-614-0618 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오. 다음은 보장되지 않음: 추가 서비스(개인 트레이닝, 유료 그룹 피트니스 수업, 이용 시간 연장 또는 일반 멤버십에서 제공하는 서비스 외 추가 수업). One Pass®는 미국 및 기타 관할 구역에서 One Pass Solutions, Inc.의 등록 상표이며, 자발적 프로그램입니다. One Pass 프로그램 및 편의 시설은 플랜, 지역 및 지점에 따라 다릅니다. 이 프로그램에서 제공되는 정보는 일반적인 정보 제공의 목적으로만 제공되며 의학적 조언으로 간주되거나 해석되어서는 안 됩니다. One Pass 는 제 3 자가 제공하는 서비스나 정보에 대해 책임을 지지 않습니다. 개인은 운동 프로그램을 시작하기 전 또는 자신에게 적합한 운동 프로그램을 결정하기 전에 적절한 의료 진료 전문가와 상담해야 합니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	건강 및 웰니스 교육 프로그램 저희는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 많은 프로그램을 제공합니다. 다음을 예로 들 수 있습니다. • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 흡연 및 담배 사용 중단 **및** • 간호 긴급 전화 Healthy Lifestyle Program 의 일환으로, 저희 플랜은 건강한 심장 만들기, 만성 질환과 우울증 극복하기 등의 다양한 단체 건강 교육 교실을 보장합니다. Healthy Lifestyle Program 은 인증받은 보건 강사 또는 기타 인증받은 건강 전문가가 제공하는 프로그램입니다. 또한 만성 질환(예: 당뇨병 및 천식)에 대한 프로그램 등 가입자께서 적극적으로 건강을 지키고 개선하는 데 도움을 드릴 수 있는 다양한 건강 교육 상담, 프로그램, 자료를 보장해 드립니다. 가입자께서는 저희가 보장하지 않는 프로그램에 참여하실 수 있으며 해당 교육 비용은 본인 부담입니다. 건강 교육 상담, 프로그램, 자료에 대한 자세한 내용은 거주지의 건강 교육부에 문의하거나 가입자 서비스에 전화하거나, 저희 웹사이트 kp.org/classes 를 방문하여 확인하시기 바랍니다.	$0
	청력 서비스(보청기 포함) 당사는 귀하의 의료 서비스 제공자가 수행한 청력 및 균형 검사 비용을 지불합니다. 이 검사는 치료가 필요한지 여부를 알려줍니다. 의사, 청능사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자로부터 진료를 받을 경우 외래 진료로 보장됩니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.** **청력 서비스(보청기 포함) (계속)**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료** 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
		• North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	다음과 같은 경우에는 보청기 비용도 지불합니다. • 가입자가 청력 손실 검사를 받은 경우 • 보청기가 의학적으로 필요한 경우 • 의사 또는 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자에게 처방약을 받은 경우 혜택 보장은 귀하의 의학적 필요에 부합하는 최저가 보조기구에 한합니다. 보청기 공급자는 저희가 결정합니다. 한 쪽 귀에 보조기구를 착용할 때보다 그 결과가 월등히 좋아 각 귀에 보조기가 모두 필요한 경우가 아닌 한 저희는 하나의 보조기구에 보험을 적용합니다. 당사는 다음을 보장합니다. • 몰드, 용품, 삽입물 • 수리 • 기본 제공 배터리 세트 • 보청기를 받은 후 동일한 업체에서 교육, 조정 및 피팅을 위한 방문 6 회 • 보청기 시험 대여 기간 • 보조 청취 장치, 표면 착용형 골전도 청각 장치 • 보청기 관련 청각학 및 평가 후 서비스 당사는 다음과 같은 경우 교체용 보청기를 보장해 드립니다. • 가입자의 청력 손실이 현재 보청기로 교정할 수 없는 상태인 경우 • 보청기가 분실되었거나 도난당했거나 고장 났으며(수리 불가), 귀하의 잘못으로 난 사고가 아닌 경우. 가입자는 문제가 발생한 경위를 저희에게 서면으로 알려야 합니다. 교체용 보청기 배터리 교체 비용은 보장되지 않습니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	인간 면역결핍 바이러스(HIV) 선별 검사 당사는 다음과 같은 사람들의 경우 12 개월마다 1 회의 HIV 선별 검사 비용을 지불합니다. • HIV 선별 테스트를 요청하는 사람 **또는** • HIV 감염 위험이 높은 사람 임신부의 경우 임신 기간 동안 최대 3 회의 HIV 선별 테스트 비용을 저희가 부담합니다. 또한 저희는 의료 서비스 제공자가 권장하는 경우 추가 HIV 선별 검사 비용을 지불합니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	가정 간호 기관의 의료 서비스 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사는 저희에게 해당 서비스가 가입자에게 필요하다고 알려야 하며 가정 간호 기관에서 제공해야 합니다. 가입자께서는 재가 상태, 즉 외출을 하려면 많은 노력이 필요한 상태여야 합니다. 다음 서비스에 대한 비용을 지급하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다. • 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 간호 보조인 서비스(가정 보건 의료 혜택을 보장받으려면 전문 간호 및 가정 간호 보조인 서비스를 합한 총 시간이 하루 8 시간 및 주당 35 시간 미만이어야 합니다.) • 물리 치료, 작업요법 및 언어 치료 • 의료 및 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 의료 용품	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **참고:** Medicare 지침에 따라 제공되는 가정 간호 서비스와 품목에 대해서는 분담 비용이 없습니다. 그러나, 다른 혜택을 통해 보장되는 품목(예: 가정 간호 기관에서 제공하지 않는 내구 의료 장비)의 경우 본 의료 보험 혜택표의 다른 곳에 수록된 해당 비용 분담금이 적용될 것입니다.
	가정 주입 치료† 저희 플랜은 정맥에 투여하거나 피부 아래에 적용하고 집에서 제공하는 약물 또는 생물학적 물질로 정의되는 가정 주입 요법에 대해 비용을 지불합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다. • 항바이러스제 또는 면역글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프와 같은 장비 **및** • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	전문 서비스, 교육 및 모니터링에 대해 $0. **참고:** 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소(예: Medicare 파트 B 약물, DME 및 의료 용품)는 품목에 따라 본 의료 보험 혜택표의 다른 곳에 수록된 해당 분담 비용이 적용될 수 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	가정 주입 치료†(계속) 저희 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다. • 치료 계획에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 교육 및 교육 • 원격 모니터링 **및** • 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약물 제공을 위한 모니터링 서비스	
	다음 모든 사항에 해당되는 경우 가정 주입 용품 및 약품을 보장해 드립니다. • 가입자의 처방약이 Medicare 파트 D 처방집에 포함된 경우 • 가정 주입 요법을 위해 저희가 가입자의 처방약을 승인한 경우 및 • 가입자의 처방전이 네트워크 의료 서비스 제공자가 작성한 것이며 네트워크 가정 주입 약국이 조제한 경우.	$0 **참고:** 보장되는 가정 주입 용품 또는 약품이 네트워크 가정 주입 약국에서 조제되지 않는 경우 해당 용품 또는 약품은 서비스에 따라 본 문서의 다른 곳에 수록된 해당 분담 비용이 적용될 수 있습니다.
	North P16, P17, P19 및 P23 가입자용 Medicare 에서 보장하지 않는 가정 의료(Advanced Care At Home) 저희는 가입자의 건강 상태를 기반으로 의사가 의학적으로 적절하다고 확인되는 경우 Medicare 가 별도로 보장되지 않는 가입자의 가정 의료 진료를 보장하며, 이를 통해 가입자에게 병원에서의 급성 질환 치료와 가입자의 회복을 돕기 위한 가정에서의 급성 질환 치료 이후 서비스를 받는 것에 대한 대안을 제공합니다. 가정 내 서비스는 다음 사항을 충족해야 합니다. • 가입자의 건강 상태, 치료 계획 및 가정 환경을 토대로 가입자께서 가정에서 안전하고 효과적으로 치료받을 수 있다고 판단한 네트워크 입원 전담 전문의가 처방한 것이어야 합니다. • 치료 계획에 설명된 치료를 집에서 받는 것을 선호하여 가입자께서 선택하신 것이어야 합니다. 네트워크 입원 환자 전담의가 처방한 경우 네트워크 의료 서비스 제공자는 치료 계획에 따라 다음과 같은 서비스 및 품목을 가입자의 가정에서 제공합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **North P16, P17, P19 및 P23:** $0 **다른 모든 가입자에 대해서는 보장되지 않습니다.**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	North P16, P17, P19 및 P23 가입자용 Medicare 에서 보장하지 않는 가정 의료(Advanced Care At Home)(계속) • 가정 간호 치료 계획과 의료 서비스 제공자의 진료 범위 및 면허에 따라 RN, 물리치료사, 작업치료사, 언어 치료사, 호흡 요법사, 영양사, 가정 간호 보조인 및 기타 의료 전문가의 가정 방문. • 가입자가 Advanced Care at Home 의 지휘 센터에 주 7 일, 하루 24 시간 연락할 수 있는 통신 장치. 여기에는 신뢰할 수 있는 소통을 지원하기 위한 필요한 소통 기술과 전화를 할 수 없는 경우 지휘 센터에 연락하기 위한 PERS 경보 장치가 포함됩니다. • 가정에서 가입자를 적절하게 모니터링하는 데 필요한 다음 장비: 혈압 커프/모니터, 맥박 산소 측정기, 체중계 및 체온계. • 엑스레이, 검사실, 심전도 등의 모바일 영상 및 검사. • 다음 안전 품목: 샤워 의자, 높낮이 조절 변기, 집게, 긴 손잡이 구둣주걱 및 양말 신기 보조 도구. • 가정에서 급성 치료를 받는 동안 주당 최대 21 끼의 식사.	
	또한, 아래에 나열된 Medicare 보장 서비스 및 품목의 경우 해당 서비스 및 품목이 가정 치료 계획의 일부로 처방된 경우에는 본 의료 보험 혜택표의 다른 곳에 명시된 비용 분담금이 적용되지 않습니다. • 내구성 의료 장비. • 의료 용품. • 의학적 필요성에 따라 예정된 구급차 이송이 필요한 경우 네트워크 시설을 오가는 비응급 구급차 이송. • 의료 보조사 및 임상 간호사 가정 방문 또는 진료실 방문. • 네트워크 시설의 다음 서비스(해당 서비스가 가정 치료 계획의 일부인 경우): ○ 본 혜택과 관련된 네트워크 응급실 방문. ○ 물리, 언어 또는 작업요법을 위한 진료실 방문. ○ 엑스레이, 검사실, 초음파 및 EKG. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	**North P16, P17, P19 및 P23:** $0 **다른 모든 가입자에 대해서는 보장되지 않습니다.**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	North P16, P17, P19 및 P23 가입자용 Medicare 에서 보장하지 않는 가정 의료(Advanced Care At Home)(계속) 본 의료 보험 혜택표의 다른 곳에 명시된 비용 분담금은 가정 치료 플랜의 일부가 아니거나(예: 가정 치료 플랜과 관련이 없는 DME) 가정 치료 플랜의 일부이지만 위에 나열된 경우를 제외하고는 가정에서 제공되지 않는 기타 모든 서비스 및 품목에 적용됩니다. **참고:** 처방약 분담 비용 정보는 본 표의 Medicare 파트 B 처방약 절과 Medicare 파트 D 처방약에 대한 제 6 장을 참조하시기 바랍니다.	
	호스피스 치료 가입자의 상태를 현재 의료 서비스 제공자 및 호스피스 의료 책임자 측에서 말기 예후로 판단하는 경우 가입자께서는 호스피스를 선택하실 수 있습니다. 말기 예후란 불치병을 앓고 있으며 임종까지 6 개월이 채 남지 않은 상태를 말합니다. Medicare 에서 인증한 모든 호스피스 프로그램을 통해 치료를 받으실 수 있습니다. 저희 플랜은 당사가 소유, 관리 또는 재정적 이해관계가 있는 프로그램을 포함하여 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 승인 호스피스 프로그램을 찾으실 수 있도록 도와드릴 의무가 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 외 의료 서비스 제공자 모두 가입자의 호스피스 의사가 될 수 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 및 고통을 치료하기 위한 약물 • 단기 임시 간호 • 가정 간호 호스피스에 입원하더라도 귀하는 당사 플랜의 가입 상태를 유지할 권리가 있습니다. **말기 예후와 관련하여 호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장하는 서비스는 Medicare 에 청구됩니다.** • Original Medicare(저희 플랜이 아님)는 호스피스 서비스와 불치병과 관련된 모든 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 호스피스 비용을 호스피스 의료 서비스 제공자에게 지불합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스	가입자 지불 금액
호스피스 치료(계속) • 가입자께서 호스피스 프로그램에 있으신 동안, 가입자의 호스피스 의료 서비스 제공자는 Original Medicare 가 비용을 부담하는 서비스에 대해서는 Original Medicare 에 비용을 청구하게 됩니다. **저희 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B 가 보장하지 않는 서비스:** • 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장되지 않는 서비스를 보장합니다. 저희는 해당 서비스가 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계없이 서비스를 보장합니다. 이러한 서비스에 대해 가입자는 플랜 비용 부담금만 부담하면 됩니다. 저희 플랜의 Medicare 파트 D **혜택으로 보장될 수 있는 약품:** • 호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장해 드리지 않습니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서*의 **제 5 장**을 참조하십시오. **참고:** 심각한 질병이 있는 경우 삶의 질을 향상시키기 위한 팀 기반 환자 및 가족 중심 진료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 완화 치료는 치료/일반 진료와 동시에 제공될 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 완화 치료 절을 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 치료가 필요한 경우 진료 코디네이터 및/또는 가입자 서비스에 연락하여 조율하시기 바랍니다. 비호스피스 진료는 말기 예후와 관련이 없는 진료를 의미합니다. 저희 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1 회만)를 보장합니다.	
예방 접종 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 폐렴 백신 • 독감/인플루엔자 주사, 가을 및 겨울 독감/인플루엔자 시즌에 각각 1 회, 의학적으로 필요한 경우 독감/인플루엔자 주사 추가 접종 • 가입자가 백신 전체 접종을 받은 적이 없거나, 접종 이력을 모르거나, B 형 간염 감염 위험이 높거나 중간 수준인 기타 질환이 있는 경우 B 형 간염 백신 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스	가입자 지불 금액
예방 접종(계속) • COVID-19 백신 • 인유두종 바이러스(HPV) 백신 • 가입자께서 위험군에 속하며 해당 백신이 Medicare 파트 B 보장 규정을 충족하는 경우 기타 백신 저희는 Medicare 파트 D 보장 규정을 충족하는 다른 백신에 대해 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 6 장**을 참조하십시오.	
입원 환자 병원 진료 당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다. • 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) • 특별식을 포함한 식사 • 정기 간호 서비스 • 특별 치료실 비용(집중치료실 또는 관상동맥질환 치료실 등) • 약품 및 약물 • 검사실 테스트 • 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • 필수 수술 용품 및 의료 용품 • 휠체어와 같은 장비 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업요법, 언어 치료 • 입원 환자 약물 남용 치료 서비스 • (†북부 캘리포니아 가입자) 경우에 따라 다음과 같은 유형의 이식이 보장됩니다. 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/복합장기. 북부 캘리포니아 플랜 가입자가 이러한 서비스를 받으려면 저희 플랜의 승인을 얻어야 합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 입원 기간 중 1~5 일차에 대해 일별로 다음 비용이 청구됩니다(입원 시마다 분담 비용이 청구됨). • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** 그 후에는 보장되는 나머지 입원 기간에 대해 $0 를 지불합니다. 또한 같은 날 입원

보장 서비스		가입자 지불 금액
	입원 환자 병원 진료(계속) • 이식이 필요한 경우 Medicare 에서 승인한 이식 센터에서 사례를 검토하고 이식 대상인지 여부를 결정합니다. 이식 수술 서비스 제공자는 인근 지역 또는 서비스 지역 외부에 있을 수도 있습니다. 지역 이식 의료 서비스 제공자가 Medicare 요율을 수용할 의사가 있는 경우 이식 서비스를 지역에서 또는 지역사회의 치료 범위 밖에서 받을 수 있습니다. • 저희 플랜이 저희 지역사회를 위한 치료 패턴 이외의 이식 서비스를 제공하고 가입자가 그곳에서 이식을 받기로 선택한 경우 저희는 여행 및 숙박 지침에 따라 가입자와 다른 한 사람의 숙박 및 여행 비용을 주선하거나 지불합니다. 가입자 서비스에서 이용할 수 있습니다. • 보관 및 주입을 포함한 혈액 • 의사 서비스 **참고:** 입원 환자가 되기 위해서는, 가입자의 의료 서비스 제공자가 반드시 가입자를 해당 병원의 입원 환자로 정식으로 입원시키라는 지시서를 작성해야 합니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 "외래 환자"로 간주될 수도 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으신 경우 병원 직원에게 문의하시기 바랍니다. 또한 "저는 병원 입원 환자인가요 외래 환자인가요? Medicare 가입자라면 문의하십시오!"라는 Medicare 팩트 시트를 통해 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 본 팩트 시트는 es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 를 살펴보거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 연락하여 확인하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 전화는 무료이며 주 7 일, 하루 24 시간 이용하실 수 있습니다.	및 퇴원한 경우를 제외하고는 퇴원일에 위의 코페이먼트를 부담하지 않습니다. †응급 상태가 안정화된 후 네트워크 외 병원에서 제공하는 입원 치료 승인을 받으신 경우 가입자께서는 네트워크 병원에서 동일 진료를 받았을 시 부담하는 만큼의 비용 분담금을 부담하시게 됩니다. **참고:** 2027 년에 병원에 입원하고 2028 년 어느 시점까지 퇴원하지 않는 경우 해당 병원에서 퇴원하거나 전문 간호 시설으로 이전하기까지 해당 입원에 대해 2027 년 분담 비용이 적용됩니다.
	정신 병원의 입원 서비스 저희는 입원이 필요한 정신건강 관리 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 65 세 이상인 경우 저희는 정신 질환 연구소(IMD)에서 받는 서비스에 대해 비용을 지불합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 입원 기간 중 1~5 일차에 대해 일별로 다음 비용이 청구됩니다(입원 시마다 분담 비용이 청구됨). • South P1 – **$400** • South P6 – **$400**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	정신 병원의 입원 서비스(계속)	• South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** 그 후에는 보장되는 나머지 입원 기간에 대해 **$0** 를 지불합니다. 또한 같은 날 입원 및 퇴원을 한 경우가 아닌 한 퇴원한 날에 대해서는 가입자께서 위의 코페이먼트를 부담하지 않습니다. **참고:** 2027 년에 병원에 입원하고 2028 년 어느 시점까지 퇴원하지 않는 경우 해당 병원에서 퇴원하거나 전문 간호 시설으로 이전하기까지 해당 입원에 대해 2027 년 분담 비용이 적용됩니다.
	입원: 비보장 입원 중 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)의 보장 서비스† 당사는 입원이 합당하지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우 입원 비용을 지불하지 않습니다. 그러나 입원 치료가 보장되지 않는 특정한 상황에서 당사는 병원이나 요양 시설에서 가입자가 받은 서비스 비용을 부담할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오. 다음 서비스에 대한 비용을 지급하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다. • 의사 서비스 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. 입원 또는 SNF 입원이 더 이상 보장되지 않는 경우 저희는 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 경우 본 의료 보험 혜택표의 다른 곳에 나열된 해당 분담 비용으로 Medicare 파트 B 서비스를 계속 보장합니다.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	입원: 비보장 입원 중 병원 또는 전문 간호 시설(SNF)의 보장 서비스† (계속) • 진단 검사(검사실 테스트 등) • 기사용 자료 및 서비스를 포함한 X-선, 라듐 및 동위원소 치료 • 외과용 드레싱 • 골절과 탈구를 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치 • 해당 장치의 교체 또는 수리를 포함한 치과 이외의 보철 및 교정 장치 이러한 장치는 다음의 전체 또는 일부를 대체하는 장치입니다. o 내부 장기(인접 조직 포함) **또는** o 기능하지 않거나 오기능하는 내부 장기의 기능 • 다리, 팔, 등, 목 버팀대, 트러스, 인공 다리, 팔, 눈. 여기에는 파손, 마모, 손실 또는 가입자의 질환 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. • 물리 치료, 언어 치료 및 작업요법	
	신장 질환 서비스 및 용품 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 신장 관리 방법을 교육하고 가입자가 올바른 정보에 근거하여 신장 관리에 대한 결정을 내릴 수 있도록 돕는 신장 질환 교육 서비스. • 가입자 또는 가정 투석 치료를 돕는 다른 분에 대한 교육을 비롯한 자가 투석 교육. • 특정한 가정 지원 서비스(필요한 경우 훈련받은 투석 전문가가 방문하여 제공하는 가정 투석 점검, 응급 상황 지원, 투석 장비 및 용수 공급 점검과 같은 서비스). • 가정 투석 장비 및 관련 용품. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	신장 질환 서비스 및 용품(계속) • 외래 투석 치료(*가입자 안내서* **제 3 장**에 설명된 대로 일시적으로 서비스 지역 외부에 있을 때 또는 이 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 투석 치료 포함).	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입자에게 **20%**의 **공동 보험금이 청구됩니다.**
	• 특별 치료를 위해 병원에 입원 환자로 수속된 경우 입원 투석 치료.	입원 기간 동안 받은 서비스에 대해서는 추가 비용 부담이 없습니다. 입원에 적용되는 비용 부담금에 대해서는 본 의료 보험 혜택표의 "입원 환자 병원 진료" 절을 참조하시기 바랍니다.
	Medicare 파트 B 는 투석을 위한 일부 약물 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 표의 "Medicare 파트 B 약물"을 참조하십시오.	
	저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 통한 폐암 선별 검사 저희 플랜은 다음과 같은 경우 12 개월마다 폐암 선별 검사 비용을 지불합니다. • 연령이 50~80 세인 경우 **및** • 의사 또는 기타 자격을 보유한 의료 서비스 제공자와 상담 및 공유 의사결정 방문을 받은 경우 **및** • 20 년 동안 하루 1 갑 이상 담배를 피웠거나 폐암의 징후나 증상이 없었거나 현재 담배를 피우거나 지난 15 년 이내에 끊은 경우. 첫 번째 선별 검사 후 저희 플랜은 귀하의 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자의 서면 지시에 따라 매년 또 다른 선별 검사 비용을 지불합니다. 의료 서비스 제공자가 폐암 선별 검사 상담 및 폐암 선별 검사에 대한 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택하는 경우 해당 방문은 이러한 방문에 대한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	의학적 영양 치료 당뇨 환자 또는 투석하지 않는 신장 질환 환자를 위한 또한 담당 의사가 지시한 경우 신장 이식 이후를 위한 혜택입니다. 당사는 가입자가 Medicare 에 따라 의학적 영양 치료 서비스를 받은 첫 해에 3 시간의 일대일 상담 서비스 비용을 지불합니다. 저희는 의학적으로 필요한 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 이후에는 매년 2 시간의 일대일 상담 서비스 비용을 지불합니다. 가입자의 질환, 치료, 또는 진단이 변경되는 경우 가입자는 의사의 지시를 통해 추가 치료 시간을 받으실 수도 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방해야 하며, 다음 연도에 치료가 필요한 경우 매년 처방전을 갱신해야 합니다. 저희는 의학적으로 필요한 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 저희는 또한 당뇨병이나 투석 없는 신장 질환과 관련이 없는 네트워크 의료 서비스 제공자와의 영양/식이요법 상담도 보장합니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	당뇨병 예방 프로그램(MDPP) 저희 플랜은 자격을 갖춘 사람들을 대상으로 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP 는 건강한 행동을 향상시키는 데 도움이 되도록 설계되었습니다. 다음과 같은 실습 교육을 제공합니다. • 장기적인 식단 변화 **및** • 신체 활동 증가 **및** • 체중 감소와 건강한 생활 방식을 유지하는 방법	$0
	Medicare 파트 B 의약품† 이러한 의약품은 Original Medicare 의 파트 B 에 따라 보장됩니다. 저희 플랜은 다음 약품에 대해 비용을 지불합니다. • 의사, 병원 외래 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 일반적으로 자신에게 직접 투여하지 않으며 주사 또는 주입되는 약품 • 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공되는 인슐린 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **투여된 파트 B 약품** **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 의료진의 투여 또는 관찰이 필요하고 네트워크 의료 서비스 제공자가 투여하는 Medicare 파트 B 약품에 대해서는 가입한 플랜에 따라 다음 **공동 보험금**을 부담합니다. • South P1 – **0%~20%**

보장 서비스	가입자 지불 금액
Medicare 파트 B 의약품†(계속) • 저희 플랜이 허가한 내구성 의료 장비(예: 네뷸라이저)를 사용하여 복용하는 약품 • 정맥 내로 투여(IV)되는 알츠하이머병 약물, Leqembi®(제네릭 레카네맙). 약값 외에도 치료 전이나 치료 중에 추가적인 스캔 및 테스트가 필요할 수 있습니다. 치료의 일환으로 어떤 스캔 및 테스트가 필요할 수 있는지 의사와 상담하십시오. • 혈우병을 앓고 계신 경우 주사를 통해 직접 주입하는 혈액응고인자 • 이식/면역억제제 약물: Medicare 에서는 Medicare 에서 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물요법을 보장합니다. 보장되는 이식 수술 시 파트 A 에 가입되어 있어야 하며 면역억제제를 투여할 때 파트 B 에 가입되어 있어야 합니다. Medicare 파트 D 는 파트 B 가 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장합니다. • 주사하는 골다공증 약물. 가입자가 집 안에서만 생활하는 환자이고, 폐경 후 골다공증과 관련이 있는 것으로 의사가 인정한 골절이 있으며, 직접 약물을 주사하지 못하는 경우 당사가 이러한 약물에 대한 비용을 부담합니다. • 일부 항원: Medicare 에서는 의사가 항원을 준비하고 적절한 지시를 받은 사람(환자 본인일 수 있음)이 적절한 감독하에 항원을 투여하는 경우 보장합니다. • 특정 경구용 항암제: Medicare 에서는 동일한 약물이 주사제 형태로 제공되거나 해당 약물이 주사제의 전구약물(섭취 시 주사제에 함유된 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구용 약물 형태)인 경우 Medicare 는 경구로 복용하는 일부 경구용 항암제를 보장합니다. 새로운 경구용 항암제가 출시되면 파트 B 에서 해당 약물을 보장할 수 있습니다. 파트 B 에서 이를 보장하지 않는 경우 파트 D 에서 보장합니다. • 경구용 구토 억제제: 항암 화학 요법의 일환으로 화학 요법 전, 화학 요법 시 또는 화학 요법 후 48 시간 이내에 경구용 구토 억제제를 투여하거나 정맥내투여 구토 억제제를 대체하기 위해 경구용 구토 억제제를 사용하는 경우 Medicare 에서 보장합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	• South P6 – **0%~20%** • South P7 – **0%~20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%~20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%~20%** • North P16 – **0%~20%** • North P17 – **0%~20%** • North P18 – **0%~20%** • North P19 – **0%~20%** • North P20 – **0%~20%** • North P21 – **0%~20%** • North P22 – **0%~20%** • North P23 – **0%~20%** • North P24 – **0%~20%** • North P25 – **0%~20%** **20%** 공동 보험금이 적용되는 약품을 확인하려면 가입자 서비스에 문의하십시오. 일부 약품은 물가 상승률을 초과하는 것으로 판단되는 경우 **20%**보다 낮아질 수 있습니다. **네트워크 약국 파트 B 약품** 가입자께서는 저희 처방집에 있는 파트 B 약품을 네트워크 약국에서 받으실 때 다음 금액을 부담합니다. • 가정 투여 약물(최대 100 일분) 및 가정 투석 에포젠(최대 30 일분)의 경우 **$0.** • **기타 모든 제네릭 및 브랜드 약물(최대 30 일분)의 경우 $0**.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	Medicare 파트 B 의약품†(계속) • Medicare 파트 B 에 따라 보장되는 특정 경구 말기 신장질환(ESRD) 약물 • ESRD 수가 체계에 따른 칼슘 수용체 약물 및 인 결합제 약물(정맥내투여 약물인 Parsabiv® 및 경구용 약물인 Sensipar 포함) • 의학적으로 필요한 경우 헤파린, 헤파린 해독제 및 국소 마취제 포함 가정 투석용 특정 약물 • 적혈구 생성 자극제: Medicare 는 가입자가 ESRD 를 앓고 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 에리스로포이에틴(예: Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)을 필요로 하는 경우 주사 형태로 이 약물을 보장합니다. • 주요 면역결핍질병의 가정 치료를 위한 IV 면역글로불린 • 비경구영양 및 경장 영양(IV 및 경관 영양) 저희는 또한 Medicare 파트 B 에 따라 일부 백신을 보장하고 Medicare 파트 D 의약품 혜택에 따라 대부분의 성인 백신을 보장합니다. **당사 의약품 혜택은 본** *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오. 처방약을 보장받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 설명합니다. **저희 플랜을 통해 보장받는 의약품에 대한 가입자 지불 금액은 본** *가입자 안내서* **제 6 장**을 참조하십시오.	
	요양 시설 치료 요양 시설(NF)은 집에서 치료를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 치료를 제공하는 곳입니다. 저희가 비용을 지불하는 서비스에는 다음 사항이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) • 특별식을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업요법 및 언어 치료 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	요양 시설 치료(계속) • 호흡 요법 • 가입자가 치료 플랜의 일환으로 받는 약물 (혈액 응고 인자처럼 신체에 자연적으로 존재하는 물질 포함) • 보관 및 주입을 포함한 혈액 • 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 검사실 테스트 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 X 선 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 기구 사용 • 의사/의료인 서비스 • 내구성 의료 장비 • 의치 등 치과 서비스 • 시력 혜택 • 청력 검사 • 카이로프랙틱 진료 • 족부 질환 치료 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 시설에서 치료를 받습니다. 그러나 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서 진료를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하고 있는 요양 시설 또는 지속 관리를 위한 은퇴자 커뮤니티(요양 시설 치료를 제공하는 한) • 가입자가 퇴원할 당시 가입자의 배우자 또는 동거 파트너가 살고 있는 요양 시설	
	감량한 체중을 유지하기 위한 비만 선별 검사 및 치료 신체질량지수가 30 이상인 경우 저희는 가입자의 체중 감소를 위한 상담 비용을 부담합니다. 1 차 진료 환경에서 상담을 받아야 합니다. 그렇게 하면 전체 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 1 차 진료의(PCP)와 상담하십시오.	$0

보장 서비스	가입자 지불 금액
아편유사제 치료 프로그램(OTP) 서비스 저희 플랜은 OTP 를 통해 아편유사제 사용 장애(OUD)를 치료하기 위한 다음 서비스 비용을 지불하며, 여기에는 다음 서비스가 포함됩니다. • FDA 승인 의약품. 해당하는 경우 이러한 의약품을 관리하여 가입자에게 제공 • 약물 남용 치료 상담 • 개별 및 그룹 치료 • 가입자 체내 약물 또는 화학물질 검사(독성 검사) • 접수 활동 • 정기 평가	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **아편유사체 치료 프로그램에서 제공하는 경우 임상적으로 투여되는 Medicare 파트 B 의약품에 대해 전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입한 플랜에 따라 다음 **공동 보험금**을 부담합니다. • South P1 – **0%~20%** • South P6 – **0%~20%** • South P7 – **0%~20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%~20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%~20%** • North P16 – **0%~20%** • North P17 – **0%~20%** • North P18 – **0%~20%** • North P19 – **0%~20%** • North P20 – **0%~20%** • North P21 – **0%~20%** • North P22 – **0%~20%** • North P23 – **0%~20%** • North P24 – **0%~20%** • North P25 – **0%~20%** 일부 약품은 물가 상승률을 초과하는 것으로 판단되는 경우 **20%**보다 낮아질 수 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 진단 검사, 치료 서비스와 치료 용품 당사는 다음 서비스 및 여기에 나열되지 않은 의학적으로 필요한 기타 서비스에 대해 비용을 지불합니다. • X 선 • 초음파	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **시술당 다음 비용이 청구됩니다.** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• 검사실 테스트 • 보관 및 주입을 포함한 혈액 • 방사선 기사용 자료 및 치료 용품을 포함한 방사선(라듐 및 동위원소) 치료 • †드레싱 등 수술 용품 • †골절과 탈구를 위해 사용하는 부목, 석고붕대 및 기타 장치	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	• 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 의학적 질환 치료를 위해 지시하는 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 진단용 비실험실 검사 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 진단 검사, 치료 서비스와 치료 용품(계속)	**전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 자기공명영상(MRI), 컴퓨터 단층촬영(CT) 및 양전자방사단층촬영(PET) 검사 1 회당 다음과 같은 비용을 부담합니다. • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• 병원 또는 외래 수술 센터의 외래 환자 부서 또는 병원 수술실에서 제공되거나, 그 장소가 어떠하든 가입자께서 감각 완화 또는 불편함 최소화를 위해 약물을 투여받은 후 회복 시 면허를 소지한 직원이 가입자의 활력 징후를 모니터링할 때 제공되는 진단 검사 또는 특별 시술 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 등록한 플랜에 따라 시술당 다음 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 진단 검사, 치료 서비스와 치료 용품(계속)	• South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• 기타 외래 환자 진단 검사	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	외래 병원 징후 관찰 가입자가 입원해야 하는지 아니면 퇴원할 수 있는지 여부를 결정하기 위한 외래 환자 병원 관찰 서비스에 비용을 지불합니다. 해당 서비스는 Medicare 기준을 충족해야 하며 합리적이고 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 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. **참고:** 의료 서비스 제공자가 가입자를 병원에 입원 환자로 입원시키라는 지시서를 작성하지 않는 한, 가입자께서는 외래 환자로 간주되며 외래 병원 서비스에 대한 분담 비용을 부담하셔야 합니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 외래 환자로 간주될 수도 있습니다. 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 물어보십시오. 자세한 내용은 Medicare 팩트 시트인 *Medicare 병원 혜택*을 참조하십시오. 이 문서는 Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf 에서 확인할 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 외래 환자로 징후 관찰을 위해 병원에 직접 입원 시 입원 1 회당 다음과 같은 비용을 부담합니다. • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 병원 징후 관찰(계속)	• North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **참고:** 응급 부서에서 관찰을 위해 이송되거나 외래 수술 후 이송된 경우 외래 관찰 입원에 대한 추가 비용은 없습니다.
	외래 환자 병원 서비스 질병 또는 상해에 대한 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래 부서에서 받으시는 의학적으로 필요한 서비스에 대한 비용을 지불해 드립니다. • 관찰 서비스 또는 외래 수술과 같이 응급실 또는 외래 클리닉에서 제공되는 서비스 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	**응급실** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 진료 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **외래 환자 수술** $0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 환자 병원 서비스(계속)	**전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 등록한 플랜에 따라 시술당 다음 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• 병원에서 청구한 실험실 및 진단 검사 • 의사가 정신건강 치료가 이뤄지지 않는 경우 입원 치료가 필요함을 공인하는 경우 부분 입원 프로그램을 통한 치료 등의 정신건강 치료 • †부목 또는 석고붕대와 같은 의료 용품	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. $0
	• 스스로 투여할 수 없는 특정 약물 및 생물학적 제제 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 의료진의 투여 또는 관찰이 필요하고 네트워크 의료 서비스 제공자가 투여하는 Medicare 파트 B 약품에 대해서는 가입한 플랜에 따라 다음 **공동 보험금**을 부담합니다. • South P1 – **0%~20%**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 환자 병원 서비스(계속)	• South P6 – **0%~20%** • South P7 – **0%~20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%~20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%~20%** • North P16 – **0%~20%** • North P17 – **0%~20%** • North P18 – **0%~20%** • North P19 – **0%~20%** • North P20 – **0%~20%** • North P21 – **0%~20%** • North P22 – **0%~20%** • North P23 – **0%~20%** • North P24 – **0%~20%** • North P25 – **0%~20%** **20%** 공동 보험금이 적용되는 약품을 확인하려면 가입자 서비스에 문의하십시오. 일부 약품은 물가 상승률을 초과하는 것으로 판단되는 경우 **20%**보다 낮아질 수 있습니다.
	• 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 비용은 병원에서 청구합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **X 선 및 초음파** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 1 회 진료당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 환자 병원 서비스(계속) **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	• North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0** **자기공명영상(MRI), 컴퓨터 단층촬영(CT) 및 양전자방사단층촬영(PET)** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 등록한 플랜에 따라 시술당 다음 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**

보장 서비스		가입자 지불 금액

	외래 환자 병원 서비스(계속)
	• †네트워크 시설에서 제공되는 치과 시술의 경우 다음 조건이 모두 충족될 시 전신 마취 및 마취 관련 시설 서비스를 제공해 드립니다.
	  ○ 발달 장애가 있거나 건강에 문제가 있습니다.
	  ○ 귀하의 임상 상태 또는 근본적인 의료 상태에 따라 치과 시술이 병원 또는 외래 환자 수술 센터에서 제공되어야 합니다.
	  ○ 치과 시술에는 일반적으로 전신 마취가 필요하지 않습니다.
	Medi-Cal Dental 이 보장하는 서비스가 아닌 한 저희는 치과 의사의 서비스와 같이 치과 시술과 관련된 기타 서비스는 보장하지 않습니다(이 의료 보험 혜택표의 "치과 서비스"를 참조).
		$0
		전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하는 경우 외래 환자 병원 시설 비용에 해당되는 분담 비용은 이 절의 시작 부분에 나열된 "통원 수술"을 참조하십시오.

	정신건강 외래 치료 당사는 다음 의료 서비스 제공자가 제공하는 정신건강 서비스 비용을 지불합니다. • 주 면허를 취득한 정신과 전문의 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 사회 복지사(CSW) • 임상 전문 간호사(CNS) • 면허가 있는 전문 상담사(LPC) • 면허가 있는 결혼 및 가족 치료사(LMFT) • 임상 간호사(NP) • 의료 보조사(PA) • 해당하는 주 법이 허용하는 기타 Medicare 공인 정신건강 치료 전문가 다음 서비스에 대한 비용을 지급하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다. • 클리닉 서비스 • 주간 치료 • 심리사회적 재활 서비스 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	정신건강 외래 치료(계속) • 부분 입원 또는 집중 외래 프로그램 • 개별 및 그룹 정신건강 평가 및 치료 • 정신건강 결과 평가를 위해 임상적으로 권고되는 심리 검사 • 약물요법 모니터링을 목적으로 하는 외래 환자 서비스 • 외래 검사실, 약물, 용품, 보조제 • 정신과 상담	
	외래 재활 서비스† 당사는 물리 치료, 직업 요법 및 언어 요법 비용을 부담합니다. 병원 외래 환자 부서, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다. 다음의 경우에도 보장해 드립니다. • 담당 의사가 지시한 경우 낙상의 위험이 있는 성인을 위한 낙상 방지 물리 치료. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 진료 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. **개별 치료 방문** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **그룹 치료 방문** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 재활 서비스†(계속)	• South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• 여러 전문분야로 이루어진 조직화된 재활 주간 치료 프로그램에서 제공되는 물리 치료, 작업요법, 언어 치료.	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 1 일당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 화학 물질 사용 장애 서비스 다음 서비스에 대한 비용을 지급하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다. • 알코올 오용 선별 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상의사에 의한 그룹 또는 개인 상담 • 재택 중독 프로그램의 아급성 해독 • 집중 외래 환자 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스 • 서방형 Naltrexone(비비트롤) 치료	$0
	외래 환자 수술 저희는 병원 외래 시설 및 통원 수술 센터에서 제공하는 서비스를 포함한 외래 수술 비용을 부담합니다. **참고:** 병원 시설에서 수술을 받으시는 경우 가입자께서는 본인이 입원 환자인지 외래 환자인지 의료 서비스 제공자에게 확인을 받으셔야 합니다. 의료 서비스 제공자가 가입자를 병원에 입원시키기 위한 명령을 작성하지 않는 한, 가입자는 외래 환자입니다. 하룻밤을 병원에서 보내시더라도 가입자께서는 여전히 외래 환자로 간주될 수도 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	**의료 서비스 제공자 진료소 방문** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료 1 회당** 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	외래 환자 수술(계속)	**외래 환자 수술 및 기타 절차** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면**, 가입한 플랜에 따라 외래 또는 외래 수술 센터 또는 병원 수술실에서 제공되거나, 그 장소가 어떠하든 면허를 갖춘 직원이 감각 완화 또는 불쾌감 최소화를 위해 약물을 투여한 후 환자의 감각이 회복되는 동안 활력 징후를 모니터링할 때 제공되는 절차와 관련하여 가입자는 시술에 대해 다음 비용을 부담합니다. • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	일반의약품(OTC) 품목 오른쪽에 분기별 혜택 한도가 나열된 선불 Healthy Extras 카드를 받아 Kaiser Permanente 소매 약국 등 온라인과 참여 소매점에서 적격한 OTC 품목을 구매할 수 있습니다. 가입자의 카드는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 재충전됩니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	가입한 플랜의 분기별 지급 한도액까지는 $0 가 청구됩니다. • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170**

보장 서비스	가입자 지불 금액
일반의약품(OTC) 품목(계속) 분기별 지급 한도액 중 사용하지 않은 잔여액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 적격 OTC 품목의 비용은 카드에 남아 있는 잔액까지 보장됩니다. 지불해야 할 금액이 남아 있는 경우 다른 결제 방법을 사용해야 합니다. 수수료 및 최소 주문 요건은 소매점마다 다를 수 있습니다. 온라인 주문 전 결제 페이지에서 수수료에 대한 자세한 내용을 살펴보시기 바랍니다. 팁 또는 수수료에 대해 다른 결제 수단을 입력하라는 메시지가 표시됩니다. Healthy Extras 카드를 활성화하려면 오전 5 시~오후 5 시(PST)에 1-833-524-7035 (TTY 711)번으로 전화해 가입자의 카드 번호 및 멤버십 ID 번호를 알려주시기 바랍니다. Healthy Extras 카드를 소지하고 계신 경우 새 카드는 발급되지 않습니다. 카드를 계속 소지해 주시고 혜택은 기존 카드에 적용됩니다. 온라인 계정을 설정하거나, 적격 OTC 품목 목록을 보거나, 참여 매장을 찾거나, 환급을 요청하거나, 잔액과 거래 내역을 확인하거나, 온라인 쇼핑을 하거나, 분실 또는 도난당한 카드를 교체하려면 mybenefitscenter.com 을 방문하거나 오전 5 시~오후 5 시(PST)에 1-833-524-7035 (TTY 711)번으로 전화해 주시기 바랍니다. 또한, mybenefitscenter.com 을 방문하여 OTC 네트워크 모바일 앱을 다운로드하여 참여 매장을 찾고, 적격 품목을 검색하고, 거래 이력을 검토하고, 카드 잔액을 확인할 수 있습니다. 또한 매장에서 OTC 모바일 앱을 사용하면 쇼핑 중에 품목의 적격 여부를 스캔하고, 체크아웃하기 전에 잔액을 확인할 수 있습니다. 가입자는 iTunes App Store 나 Google Play 에서 OTC Network 모바일 앱을 직접 다운로드할 수 있습니다. 다운로드하려면 "OTC 네트워크"를 검색하십시오. 참고: 저희 플랜에서 탈퇴하면 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	• South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75** **남부 캘리포니아 가입자만:** 의료 보험 혜택표에서 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택 행에서 설명하는 SSBCI 혜택을 받을 자격이 있는 경우 분기별 OTC 지급 한도액을 건강 식품 구입에 사용할 수도 있습니다.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	일반의약품(OTC) 품목(계속) Medi-Cal Rx 프로그램을 통해 Medi-Cal 에서 보장하는 특정 OTC 항목에 대해 추가 보장을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx 에 대한 자세한 내용을 알아보려면 주 7 일, 하루 24 시간 이용할 수 있는 1-800-977-2273 번으로 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터로 전화하십시오. TTY 이용자는 711 번을 이용해 주십시오. 운영 시간은 월~금요일, 오전 8 시~오후 5 시입니다. Medi-Cal Rx 홈페이지 (https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/)를 참고하셔도 됩니다.	$0
	니코틴 대체를 위한 일반의약품(OTC) 품목 저희는 처방전 없이 이용할 수 있는 특정 FDA 승인 니코틴 대체 요법을 보장합니다. 해당 품목은 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 주문해야 하며 네트워크 약국을 통해 수령하셔야 합니다. 해당 연도에 최대 100 일분을 2 회까지 제공해 드립니다.	$0
	완화 치료 완화 치료는 저희 플랜의 적용을 받습니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 사람들을 위한 것입니다. 이는 고통을 예측하고, 방지 및 치료하여 삶의 질을 개선하는 환자 및 가족 중심적인 치료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 아니기 때문에 완화 치료 자격을 충족하기 위해 예상 수명이 6 개월 이하일 필요는 없습니다. 완화 치료는 치료/일반 진료와 동시에 제공됩니다. 완화 치료에는 다음이 포함됩니다. • 사전 돌봄 계획 • 완화 치료 평가 및 상담 • 정신건강 및 의료 사회 봉사를 포함하는 승인된 모든 완화 치료 및 치료를 아우르는 진료 계획 • 지정된 진료팀에서 제공하는 서비스 • 진료 조정 • 통증 및 증상 관리 호스피스 치료와 완화 치료를 동시에 받을 수는 없습니다. 귀하께서 완화 치료를 받고 있지만 호스피스 치료의 자격 요건을 충족시키는 경우에는 언제든지 호스피스 치료로 변경하도록 요청할 수 있습니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 환자 서비스 부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 이는 병원 외래 환자 서비스나 지역 정신건강 센터에서 제공되며, 의사, 치료사, 공인 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 공인 전문 상담사의 사무실에서 받는 치료보다 더 집중적입니다. 부분 입원 치료를 받으면 병원에 입원해야 하는 상황을 피하는 데 도움이 될 수 있습니다. 집중 외래 환자 서비스는 병원 외래 환자 서비스, 지역사회 정신건강센터, 연방 자격을 갖춘 건강 센터 또는 시골 건강 클리닉에서 제공되는 적극적인 행동(정신) 건강 요법 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사, 치료사, LMFT 또는 공인 전문 상담사의 진료실에서 받는 치료보다는 더 강도가 높지만 부분 입원보다는 강도가 약합니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	의사의 진료실 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자 서비스 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 다음과 같은 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 건강 관리 또는 수술 서비스: o 의사의 진료실 o 공인 통원 수술 센터 o 병원 외래 부서 o 기타 장소 • 전문의가 제공하는 상담, 진단 및 치료 • 가입자에게 치료가 필요한지 알아보기 위해 담당 의사가 지시한 경우 1 차 진료의(PCP)가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 전문 진료를 위한 진료 의뢰를 받으십시오. **원격 의료** $0 **의료 서비스 제공자 진료소 방문** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료 1 회당** 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0**

보장 서비스	가입자 지불 금액

진료소 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자의 서비스(계속)
 	
• 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 입원 병원 서비스, 전문 간호 시설 서비스, 심장 재활 서비스, 폐 재활 서비스, 응급 서비스, 긴급하게 필요한 서비스, 부분 입원, 가정 간호 서비스, 작업요법 서비스, 정신건강, 족병 치료, 정신과 서비스, 물리 치료 및 언어 병리학 서비스, 아편유사제 치료 프로그램 서비스, 외래 엑스레이 서비스, 외래 병원 서비스, 관찰 서비스, 외래 약물 남용, 투석 서비스, 영양/식단 서비스, 건강 교육, 신장 질환 교육 서비스, 당뇨병 자가 관리 교육 및 청력 검사, 수술 또는 입원 준비, 그리고 입원, 수술 또는 응급실 방문 후 후속 방문을 포함하는 1 차 및 전문 치료. 위의 서비스는 해당 서비스를 제공하는 네트워크 의료 서비스 제공자가 임상적으로 적절하다고 간주하는 경우에만 원격 의료를 통해 제공됩니다.
  ○ 가입자께서는 이러한 서비스를 직접 방문 또는 원격 의료를 통해 받으실 수 있습니다. 원격 의료로 이러한 서비스 중 하나를 받기로 선택한 경우 원격 의료 서비스를 제공하는 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하셔야 합니다. 저희는 다음과 같은 원격 의료 수단을 제공해 드립니다.
  ○ 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 양방향 영상 진료를 제공할 수 있는 경우 전문 서비스를 위한 양방향 영상 진료
  ○ 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 예약 전화 방문을 제공할 수 있는 경우 전문 서비스를 위한 예약 전화 방문
• 병원 기반 또는 긴급 이용 병원 기반 신장투석센터, 신장투석시설 또는 가정에서 가정 내 투석을 하는 가입자를 위한 월별 말기 신장질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스
• 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스
• 위치에 관계없이 약물 사용 장애 또는 동시 발생 정신건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스
• 정신건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스
 	
이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.
	• North P20 – **$0**
	• North P21 – **$0**
	• North P22 – **$0**
	• North P23 – **$0**
	• North P24 – **$5**
	• North P25 – **$0**
	
	외래 환자 수술 및 기타 절차
	
	$0
	
	전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면, 가입한 플랜에 따라 외래 또는 외래 수술 센터 또는 병원 수술실에서 제공되거나, 그 장소가 어떠하든 면허를 갖춘 직원이 감각 완화 또는 불쾌감 최소화를 위해 약물을 투여한 후 환자의 감각이 회복되는 동안 활력 징후를 모니터링할 때 제공되는 절차와 관련하여 가입자는 시술에 대해 다음 비용을 부담합니다.
	
	• South P1 – **$400**
	• South P6 – **$420**
	• South P7 – **$440**
	• South P9 – **$0**
	• South P10 – **$490**
	• South P11 – **$0**
	• North P2 – **$470**
	• North P16 – **$480**
	• North P17 – **$400**
	• North P18 – **$400**
	• North P19 – **$490**
	• North P20 – **$450**
	• North P21 – **$480**
	• North P22 – **$490**
	• North P23 – **$480**
	• North P24 – **$455**
	• North P25 – **$460**

보장 서비스	가입자 지불 금액
진료소 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자의 서비스(계속) • 농촌 보건 클리닉 및 연방 공인 보건 센터에서 제공하는 정신건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • **다음 사항에 모두 해당하는 경우** 5~10 분 동안 의사와 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅): ○ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ○ 체크인이 지난 7 일 이내의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 **및** ○ 체크인이 24 시간 이내의 진료실 방문 또는 가능한 가장 빠른 진료 예약으로 이어지지 않은 경우 • **다음 사항에 해당하는 경우** 가입자께서 의사에게 보낸 비디오 및/또는 이미지에 대한 평가, 24 시간 이내에 담당 의사의 해석 및 후속 조치 ○ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ○ 평가가 지난 7 일 이내의 진료소 방문과 관련이 없는 경우 **및** ○ 평가가 24 시간 이내의 진료소 방문 또는 가능한 가장 빠른 진료 예약으로 이어지지 않는 경우 • 가입자가 신규 환자가 아닌 경우 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 한 상담 • 수술 전 다른 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 이차 소견 • 네트워크 의료 서비스 제공자의 결정에 따라 가정에서 치료를 받는 것이 가장 효과적인 경우 서비스 지역 내 네트워크 의사(또는 간호사인 네트워크 의료 서비스 제공자)의 가정 방문 • 자외선 치료 **Medi-Cal 보장에 따른 원격 의료:** 원격 의료는 의료 서비스 제공자와 물리적으로 같은 공간에 존재하지 않는 상태에서 서비스를 받는 방법입니다. 원격 의료에는 의료 서비스 제공자와의 실시간 대화가 포함될 수 있습니다. 또는 원격 의료에는 실시간 대화 없이 의료 서비스 제공자와의 정보 공유가 포함될 수 있습니다. 가입자는 원격 의료를 통해 다양한 서비스를 받을 수 있습니다. 그러나 일부 보장 서비스의 경우 원격 의료를 제공할 수 없습니다. 가입자는 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	

보장 서비스	가입자 지불 금액
진료소 방문을 포함한 의사/의료 서비스 제공자의 서비스(계속) 의료 서비스 제공자에게 연락해 원격 의료를 통해 받을 수 있는 서비스 유형을 확인할 수 있습니다. 가입자와 가입자의 의료 서비스 제공자 둘 다 특정 서비스에 대한 원격 의료가 가입자에게 적절한지 동의해야 합니다. 가입자는 대면 서비스를 받을 권리를 보유하며, 의료 서비스 제공자가 가입자에게 적절하다고 동의하더라도 원격 의료를 이용할 필요는 없습니다.	
족부 질환 치료 서비스 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • (망치 발가락 또는 발뒤꿈치 골극과 같은) 족부의 상해 및 질환에 대한 진단 및 의료 또는 수술 치료. • 당뇨병과 같이 다리에 영향을 주는 질환이 있는 가입자를 위한 정기적인 발 관리. 가입자의 Medi-Cal 보장에 따라 당사는 환자 발에 대한 진단과 환자 발의 의학적, 수술적, 기계적, 수기적 및 전기적 치료를 위해 의학적으로 필요하다고 판단되는 족부 질환 치료 서비스를 보장합니다. 여기에는 발목과 발에 붙은 힘줄, 발의 기능을 제어하는 다리 근육 및 힘줄의 비수술적 치료를 포함합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **의료 서비스 제공자 진료소 방문** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **전문의 진료 1 회당** 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	족부 질환 치료 서비스(계속)	**외래 환자 수술 및 기타 절차** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면**, 가입한 플랜에 따라 외래 또는 외래 수술 센터 또는 병원 수술실에서 제공되거나, 그 장소가 어떠하든 면허를 갖춘 직원이 감각 완화 또는 불쾌감 최소화를 위해 약물을 투여한 후 환자의 감각이 회복되는 동안 활력 징후를 모니터링할 때 제공되는 절차와 관련하여 가입자는 시술에 대해 다음 비용을 부담합니다. • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	HIV 예방을 위한 사전 노출 예방(PrEP) HIV 에 감염되지 않았더라도 담당 의사나 기타 의료 진료 개업의가 HIV 감염 위험이 높다고 판단하는 경우 사전 노출 예방(PrEP) 약물 치료 및 관련 서비스를 보장합니다. 자격이 있는 경우 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • FDA 승인을 받은 경구형 또는 주사형 PrEP 약물 치료(해당하는 경우 주사 약물 투여 수수료 포함). • 12 개월마다 최대 8 회의 개인 상담(HIV 위험 부담 사정, HIV 위험 감소, 약물 치료 준수 포함). • 12 개월마다 최대 8 회의 HIV 선별 검사. • 일회성 B 형 간염 바이러스 선별 검사.	$0
	전립선 암 선별 검사 50 세 이상 남성에 대해 당사는 다음 서비스 비용을 12 개월마다 1 회 부담합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	$0
	보철 및 보조기구와 관련 용품† 보철 장치는 신체 일부 또는 기능의 전체 혹은 일부를 대체합니다. 보조기구는 신체 부위의 기능을 지지하거나 교정합니다. 여기에는 다음 항목이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 보철 및 보조기구의 테스트, 맞춤 및 사용 교육 • 인공 항문 형성술 주머니 및 인공 항문 형성술 치료와 관련이 있는 의료 용품 • 장관 및 비경구영양법(영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액 및 자가 투여 주사를 위한 의료 용품 포함) • 심박 조율기 • 교정기 • 보철용 신발 • 인공 팔 및 다리 • 가슴 보형물(유방절제수술 후 착용하는 외과용 브래지어 포함) **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 외래 방문 시 제공되는 외부 보철물 또는 보조기구 및 의료 용품(상처 치료용 용품 포함)과 수술용 부츠에 대해 귀하가 가입하신 플랜에 따라 다음과 같은 **공동 보험금** 비율을 부담합니다. • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%**

보장 서비스	가입자 지불 금액
보철 및 보조기구와 관련 용품†(계속) • 질병, 부상 또는 선천적 결함으로 인해 없어지거나 손상된 외부 안면 신체 부위의 전부 또는 일부를 대체하는 보형물 • 실금 크림 및 기저귀 당사는 보철 및 보조기구와 관련된 일부 소모품 비용을 지불합니다. 당사는 또한 보철 및 보조기구를 수리하거나 교체하는 비용을 지불합니다. 당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 표 뒷부분의 "시력 관리"를 참조하십시오. 저희는 Medicare 에서 보장하지 않는 다음 항목도 보장해 드립니다. • 외래 환자 방문 시 제공되는 수술 후 특정 수술용 부츠 • 성기능 장애를 위한 진공 발기 장치 • 의학적으로 필요한 상처 치료용 특정 피부 밀봉제, 보호제, 보습제, 연고 Medi-Cal 보장에 따라 당사는 다음 조건을 모두 충족한 경우에는 보철 및 보조기구를 보장합니다. • 해당 품목이 신체 일부가 기능하는 방식을 복구하는 데 의학적으로 필요한 경우(보철물에만 해당) • 해당 품목이 가입자에게 처방된 경우 • 해당 품목이 신체 일부를 지지하는 데 의학적으로 필요한 경우(보조기구에만 해당) • 해당 품목이 가입자가 일상생활 활동을 수행하는 데 의학적으로 필요한 경우 • 귀하의 전반적인 의학적 상태에 합당한 품목 • 해당 품목을 Medi-Cal 에서 보장하는 경우 • 해당 품목을 가입자에게 사용하려면 사전 승인을 받아야 하는 경우. 여기에는 이식형 보청기, 가슴 보형물/유방 절제술 후 브라, 화상 압축 의류와 기능 복원 또는 신체 일부를 대체하거나 약하거나 변형된 신체 일부를 지지하기 위한 보철물이 포함됩니다. 보험 보장은 귀하의 의학적 필요에 부합하는 최저가 장비에 한합니다. 판매자는 저희가 선택합니다.	• North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **수술을 통해 이식된 체내 장치에 대해 $0**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	폐 재활 서비스 저희는 중등도에서 매우 중증의 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 있는 가입자를 위한 폐 재활 프로그램 비용을 지불합니다. COPD 를 치료하는 의사 또는 의료 서비스 제공자의 폐 재활에 대한 지시가 있어야 합니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	C 형 간염 바이러스 감염 선별 검사 1 차 진료의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 진료 제공자가 검진을 지시하고 가입자가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우 C 형 간염 선별 검사를 한 번 보장합니다. • 불법 주사 약물을 사용하거나 사용한 적이 있기 때문에 위험이 높은 경우 • 1992 년 이전에 혈액 수혈을 받은 적이 있는 경우 • 1945~1965 년에 태어난 경우 1945~1965 년에 태어났고 고위험군이 아닌 경우 저희가 한 번의 선별 검사 비용을 부담합니다. 고위험군에 속하는 경우(예: 이전 C 형 간염 선별 테스트에서 음성 판정을 받은 후에도 불법 주사 약물을 계속 사용한 경우) 매년 선별 검사를 제공합니다.	$0
	민감 서비스 이 의료 보험 혜택표에 있는 "가족계획 서비스"와 "성 매개성 감염(STI) 선별 검사 및 상담"에 설명된 서비스 외에도 성폭행 치료, 임신 검사 및 상담, 외래 임신 중절 서비스와 같은 민감 서비스도 제공합니다. 임신 검사, 가족계획, 피임 서비스, 또는 성 매개성 감염병 관련 서비스의 경우 의사 또는 클리닉은 Kaiser Permanente 네트워크 소속이 아니어도 서비스를 제공할 수 있습니다. 가입자는 아무 Medi-Cal 의료 서비스 제공자 중에서 선택하고 진료 의뢰 또는 사전 승인 없이 방문할 수 있습니다. Kaiser Permanente 네트워크 소속이 아닌 Medi-Cal 의료 서비스 제공자를 찾는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스로 전화해 주십시오. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0

보장 서비스		가입자 지불 금액
	민감 서비스(계속) 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공하는 서비스 중 민감 서비스와 관련이 없는 서비스는 보장 대상이 아닙니다. 이러한 서비스를 제공하는 의사 또는 클리닉을 찾는 데 도움이 필요하거나 이러한 서비스를 이용하기 위한 교통편 지원이 필요한 경우 가입자 서비스로 전화해 주십시오. 또한 주 7 일 하루 24 시간 언제든지 예약 및 상담 전화로 전화해 면허가 있는 의료 진료 전문가와 상담할 수 있습니다.	
	성 매개성 감염(STI) 선별 검사 및 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독, B 형 간염에 대한 선별 검사 비용을 지불합니다. 이러한 선별 검사는 임산부와 STI 에 걸릴 위험이 높은 일부 사람을 대상으로 보장됩니다. 1 차 진료의(PCP)가 검사를 지시해야 합니다. 12 개월마다 1 회 또는 임신 기간 중 일정 시점에 이 검사를 보장해 드립니다. 또한 당사는 STI 고위험군에 속하는 활발하게 성생활을 하는 성인에 대해 매년 고강도의 대면 행동 상담 세션 비용을 최대 2 회까지 부담합니다. 각 세션의 길이는 20~30 분입니다. 저희는 1 차 진료의(PCP)가 제공한 경우에만 예방 서비스로 이러한 상담 세션 비용을 지불합니다. 세션은 진료소와 같은 1 차 진료 환경에서 이루어져야 합니다.	$0
	전문 간호 시설(SNF) 진료 전문 간호 시설 진료에 대한 정의는 **제 12 장**을 참조하시기 바랍니다. 당사는 다음 서비스에 대한 비용을 지불하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다(사전 입원이 필요하지 않음). • 2~3 인용 병실 또는 의학적으로 필요한 경우 1 인용 병실 • 특별식을 포함한 식사 • 전문 간병 서비스 • 물리 치료, 작업요법 및 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 치료 계획의 일부로 받는 약물 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. 혜택 기간당 100 일까지 보장해 드립니다. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 혜택 기간당 **다음과 같은 비용을 부담합니다.** • 1~20 일간 **$0.** • 21~100 **일간 $221.** 혜택 기간은 Medicare 가 보장하는 전문 간호 시설(SNF)에 가입자가

보장 서비스		가입자 지불 금액
	전문 간호 시설(SNF) 진료(계속) • 보관 및 주입을 포함한 혈액 • SNF 가 제공하는 의료 용품 및 수술 용품 • SNF 가 제공하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 기구 사용 • 의사/의료 서비스 제공자의 서비스 가입자는 일반적으로 네트워크 소속 시설에서 SNF 치료를 받습니다. 특정 조건의 경우 저희 네트워크에 속하지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서 진료를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 전에 거주한 요양 시설 또는 지속 관리를 위한 은퇴자 지역사회(해당 시설이나 지역사회에서 요양 시설 진료를 제공하는 한) • 가입자가 퇴원할 당시 가입자의 배우자 또는 동거인이 살고 있는 요양 시설	입소하는 첫날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 가입자가 연속 60 일간 SNF 에 입원하지 않는 경우 종료됩니다.
	흡연 및 담배 사용 중단 다음 기준을 충족하는 외래 환자 및 입원 환자에게는 흡연 및 담배 사용 중단 상담이 보장됩니다. • 담배 관련 질환의 징후나 증상과 관련 없이 담배를 사용하는 경우 • 상담 중 판단 능력이 있으며 해당 상담에 집중할 수 있는 경우 • 자격을 갖춘 의사 또는 기타 Medicare 인정 의료인이 상담을 제공하는 경우 저희는 1 년에 2 회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4 회의 중간 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 연간 최대 8 회의 세션이 포함될 수 있음).	$0

보장 서비스	가입자 지불 금액
만성 질환에 대한 특별 추가 혜택 - 남부 캘리포니아 가입자만 해당** 건강 식단 혜택은 기준을 충족하는 모든 남부 캘리포니아 가입자에게 제공되는 만성 질환에 대한 특별 추가 혜택입니다. 특정한 만성 질환을 앓고 있는 가입자 중 특정 기준을 충족하는 자격 있는 가입자는 온라인 및 가맹 소매점을 통해 농산물 등과 같은 승인 식품을 구입하는 데 분기별 OTC 지급 한도액을 사용할 수 있습니다. 승인 식품 목록은 변경될 수 있습니다. 가입자의 카드는 1 월 1 일, 4 월 1 일, 7 월 1 일, 10 월 1 일에 재충전됩니다. 분기별 지급 한도액 중 사용하지 않은 잔여액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 적격 식품 품목의 비용은 카드에 남아 있는 잔액까지 보장됩니다. 지불해야 할 금액이 남아 있는 경우 다른 결제 방법을 사용해야 합니다. 수수료 및 최소 주문 요건은 소매점마다 다를 수 있습니다. 온라인 주문 전 결제 페이지에서 수수료에 대한 자세한 내용을 살펴보시기 바랍니다. 팁, 수수료 또는 보장되지 않는 품목에 대해 다른 결제 수단을 입력하라는 메시지가 표시됩니다. 이 혜택은 플랜에 명시된 남부 캘리포니아 가입자 중 다음 질환이 있고 혜택 이용 자격 기준을 충족하는 경우에만 제공됩니다. • 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD) • 자가 면역 질환 • 암 • 심혈관계 질환 • 만성 심부전 • 치매 • 진성 당뇨병 • 과체중, 비만, 대사증후군 • 만성 위장관 질환 • 만성 신장 질환(CKD) • 중증 혈액 질환 • HIV/AIDS • 만성 폐 질환 • 만성적이고 일상생활에 지장을 주는 정신건강 질환 • 신경계 질환 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	**남부 캘리포니아 가입자:** SSBCI 자격이 있는 경우 본 의료 보험 혜택표의 "일반의약품(OTC)" 행에서 설명하는 분기별 OTC 지급 한도액을 건강 식품 구입에도 사용할 수 있습니다. 가입자는 Healthy Extras 카드에 충전되는 지급 한도액을 OTC 품목 및 건강 식품 중 어떤 품목을 구입할 때 사용할지 결정할 수 있습니다. **북부 캘리포니아 가입자는 보장 대상이 아닙니다.**

보장 서비스	가입자 지불 금액
만성 질환에 대한 특별 추가 혜택 - 남부 캘리포니아 가입자만 해당(계속) • 뇌졸중 • 장기 이식 후 관리 • 면역결핍 및 면역억제 질환 • 인지 장애와 관련된 질환 • 기능적 어려움을 동반하며 유사한 서비스를 필요로 하는 질환 • 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각 기능을 저하시키는 만성 질환 • 개인이 기능을 유지하거나 보존하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환 **Healthy Extras 카드를 사용하는 방법** 카드를 활성화하려면 주 7 일 오전 5 시~오후 5 시(PST)에 1-833-524-7035 (TTY 711)번으로 전화해 가입자의 카드 번호 및 멤버십 ID 번호를 알려주시기 바랍니다. 카드를 활성화하면 가맹 소매점 및 온라인 상점에서 승인된 품목을 구입할 때 카드를 사용해 지급 한도액을 이용할 수 있습니다. Healthy Extras 카드를 소지하고 계신 경우 새 카드는 발급되지 않습니다. 카드를 계속 소지해 주시고 혜택은 기존 카드에 적용됩니다. 온라인 계정을 설정하거나, 카탈로그를 요청하거나, 적격 품목 목록을 보거나, 가맹 매장을 찾거나, 상환을 요청하거나, 잔액과 거래 내역을 확인하거나, 온라인 쇼핑을 하거나, 상환 요청을 제출하거나, 분실 또는 도난당한 카드를 교체하려면 mybenefitscenter.com 을 방문하거나 주 7 일 오전 5 시~오후 5 시(PST)에 1-833-524-7035 (TTY 711)번으로 전화해 주시기 바랍니다. 가맹 소매점에서 카드를 사용하여 적격 품목을 구입하는 데 문제가 발생하면 다른 결제 수단을 사용하여 거래를 완료하고 상환 요청을 제출할 수 있습니다. 상환 요청 시 품목이 표시된 영수증 사본이 필요합니다. 상환 요청은 심사 절차를 거쳐야 하며 결제 증빙 서류 또는 영수증에 기재된 구입일에서 90 일 이내에 제출해야 합니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	

보장 서비스		가입자 지불 금액
	만성 질환에 대한 특별 추가 혜택 - 남부 캘리포니아 가입자만 해당(계속) 또한, mybenefitscenter.com 을 방문하여 OTC Network 모바일 앱을 다운로드하여 가맹 건강 식품 매장 및 OTC 소매점을 찾고, 적격 품목을 검색하고, 거래 이력을 검토하고, 카드 잔액을 확인할 수 있습니다. 또한 매장에서 OTC 모바일 앱을 사용하면 쇼핑 중에 품목의 적격 여부를 스캔하고, 체크아웃하기 전에 잔액을 확인할 수 있습니다. 가입자는 iTunes App Store 나 Google Play 에서 OTC Network 모바일 앱을 직접 다운로드할 수 있습니다. 다운로드하려면 "OTC Network"를 검색하십시오. 참고: 저희 플랜에서 탈퇴하면 사용하지 않은 금액은 소멸됩니다. **건강 식단 혜택은 만성 질환을 앓고 있는 가입자에게만 특별히 제공되는 추가 프로그램의 일부로, 모든 가입자에게 제공되는 혜택은 아닙니다. 이 혜택을 받으려면 가입자가 당뇨병, 비만, 심혈관계 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환 등 특정 만성 질환 환자여야 합니다. 이 혜택의 수급 자격이 될 수 있는 다른 질환이 있을 수 있습니다. 단순히 가입자가 앓고 있는 질환만으로 이 혜택의 수급 자격이 보장되지 않습니다. 혜택을 받으려면 해당하는 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 당사로 문의해 주시기 바랍니다.	
	감독하 운동 치료(SET) 저희는 말초동맥질환(PAD)의 징후가 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 진료 의뢰를 받은 가입자에 대해 SET 비용을 부담합니다. 당사 플랜에서 비용을 지불하는 항목: • SET 요건이 모두 충족되는 경우 12 주 동안 최대 36 회 치료 세션 • 의료 진료 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단한 경우 장기간에 걸쳐 36 회 추가 세션 SET 프로그램은 다음 사항을 충족해야 합니다. • 혈류 저하로 인한 다리 저림(절뚝거림) 증상이 있는 가입자를 대상으로 한 PAD 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60 분 세션 **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	감독하 운동 치료(SET) (계속) • 병원 외래 시설 또는 진료소에서 진행될 것 • 본 프로그램을 통한 이득이 손해보다 크도록 보장할 수 있고 PAD 치료를 위한 운동 요법 훈련을 받은 자격 있는 사람이 프로그램을 진행할 것 • 기본 및 고급 생명 유지 기술을 둘 다 훈련받은 의사, 의료 보조사(PA), 임상 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS)의 직접적인 감독하에 진행될 것	
	교통편: 비응급 의료 이송 **Medicare 보장 범위**: 다음과 같은 상황이 발생한 직후 네트워크 의료 서비스 제공자가 지시한 경우 당사는 자택(100 마일 이내), 전문 간호 시설 또는 더 높은 수준의 치료 기관으로 허가받은 들것/이송용 밴 또는 휠체어 밴을 이용한 의료적으로 필요한 비응급 의료 이송을 보장합니다. • 입원 치료 또는 • 특정 응급 상황, 긴급 진료 또는 외래 환자 병원 방문. **Medi-Cal 보장:** 이 혜택은 당사 플랜과 Medicare 에서 보장하는 서비스에 대한 의료 이송을 허용합니다. 여기에는 구급차, 소형밴, 휠체어 밴 의료 이송 서비스 및 보조 대중 교통 조정이 포함될 수 있습니다. 운송 형태는 다음과 같은 경우에 승인됩니다. • 가입자의 의학적 및/또는 신체적 상태로 인해 버스, 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중 교통 또는 개인 교통 수단으로 이동할 수 없다고 의료 서비스 제공자가 판단하는 경우 **및** • 사전 승인이 필요한 경우. 이송 수단을 준비하려면 플랜에 전화해야 합니다. 비응급 의료 이송 요청 방법에 대한 자세한 내용은 **제 3 장**을 참조하시기 바랍니다.	$0 담당 의료 서비스 제공자와 상담하여 Medi-Cal 에서 보장하는 의료 이송 서비스에 대한 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	교통편: 비의료 이송† 이 혜택은 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중 교통/개인 교통 수단으로 의료 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 이송이 치과 치료 예약 장소로 이동, 처방약 픽업 등을 비롯하여 Medi-Cal 에서 보장하는 필요한 치료를 받기 위해 필요합니다. Medi-Cal 과 Medicare 가 모두 적용하는 서비스에 대한 이송 비용은 보장됩니다. 비의료 이송 요청 방법에 대한 자세한 내용은 **제 3 장**을 참조하시기 바랍니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.
	긴급하게 필요한 진료 긴급하게 필요한 진료는 다음 항목을 치료하기 위해 제공되는 치료입니다. • 즉각적인 의료 진료가 필요한 비응급 상황 **또는** • 예상하지 못한 질환 **또는** • 부상 **또는** • 즉시 치료가 필요한 상태. 긴급하게 필요한 진료가 요구되는 경우 먼저 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 치료를 받도록 하십시오. 그러나 시간, 장소 또는 상황상 불가능하거나 합리적이지 않아 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 가입자는 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 이러한 서비스를 받을 수 있습니다(예: 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 상태에서 예측 못한 질환에 의한 즉각적인 의학적 서비스를 받아야 하지만 의학적인 응급 상황은 아닌 경우). 여행 시 예상하지 못한 질병이나 부상으로 인해 즉각적인 치료가 필요한 경우 그리고 저희 서비스 지역으로 돌아오기까지 치료를 지연하게 되는 경우 가입자의 건강이 심각하게 악화될 것이라는 합리적 판단이 드는 경우 가입자께서는 전 세계 어디서든 긴급 진료 보장을 받으시게 됩니다.	**진료소 방문** $0 **응급실 방문** $0 **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 진료 1 회당 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	시력 관리 당사는 다음 서비스 비용을 부담합니다. • 매년 1 회의 정기 눈 검사	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 안과 의사 진료를 위한 진료 의뢰를 받으십시오.
	당사가 눈의 질병과 상해에 대한 진단과 치료를 위한 외래 진료 의사 서비스에 대해 지불합니다. 연령 관련 황반변성 치료를 예로 들 수 있습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 안과 의사 진료를 위한 진료 의뢰를 받으십시오. **전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실하면** 가입하신 플랜에 따라 **안과 의사 진료 1 회당** 다음과 같은 비용이 청구됩니다. • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

보장 서비스	가입자 지불 금액
시력 관리(계속) 녹내장 고위험군에 속한 경우 매년 녹내장 선별 검사 1 회를 보장해 드립니다. 녹내장 고위험군은 다음과 같습니다. • 녹내장 가족력이 있는 경우 • 당뇨병 환자 • 50 세 이상 아프리카계 미국인 • 65 세 이상 히스패닉계 미국인 당뇨병 환자의 경우 저희는 당뇨병성 망막 병증 선별 검사를 연 1 회 보장해 드립니다.	$0 남부 캘리포니아 가입자는 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받아야 합니다.
백내장 수술 후 착용하는 안경류: 저희는 다음에 대해 비용을 지불합니다. • 백내장 수술 후 의사가 인공수정체를 삽입하는 경우 저희는 안경 또는 콘택트 렌즈 한 쌍에 대한 비용을 지불합니다. • 백내장 수술을 두 번 받은 경우 각 수술 후에 안경을 하나씩 받아야 합니다. 1 차 수술 후 안경을 받지 않았더라도 2 차 수술 후 안경 2 개를 받을 수 없습니다. • 렌즈 삽입이 없는 백내장 수술 후 필요한 교정 렌즈/안경테(및 대체품)	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. **참고:** 구매하신 안경류의 비용이 Medicare 에서 보장하는 것보다 많은 경우 차액을 부담하셔야 합니다.
안경 및 콘택트 렌즈: 매 12 개월마다 한 번, 의사 또는 검안사가 시력 교정을 위한 안경 또는 콘택트 렌즈를 처방해준 경우 플랜 안과 시설에서 안경류의 비용으로 충당할 수 있도록 지급 한도액을 지원해 드립니다. 지급 한도액은 다음 품목의 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다. • 네트워크 의료 서비스 제공자가 렌즈를 안경테에 넣는 경우 안경 렌즈 • 네트워크 의료 서비스 제공자가 렌즈 두 개(적어도 하나는 반드시 굴절 값이 있어야 함)를 안경테에 넣는 경우 안경테 • 콘택트 렌즈, 맞춤 및 지급 서비스 저희가 이전 12 개월 내에 렌즈 또는 안경테에 대해 비용을 제공(또는 보장)해 드린 경우 지급 한도액을 제공해 드리지 않습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. 가입한 플랜의 지급 한도액까지는 $0 가 청구됩니다. • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350**

보장 서비스		가입자 지불 금액
	시력 관리(계속) 이 지급 한도액은 최초 구매 시에만 사용할 수 있습니다. 첫 구매 시 지급 한도액을 모두 사용하지 않으시면 나중에 사용하실 수 없습니다.	• North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350** 구매하신 안경류의 비용이 가입자의 플랜에 적용되는 지급 한도액보다 높은 경우 **가입자께서 차액을 부담**합니다.
	대체 렌즈: 저희가 제공(또는 보장)해 드린 지급 한도액으로 안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈를 처음 구매한 지 12 개월 이내에 처방전 상에서 한쪽 또는 양쪽 눈의 시력이 최소 0.5 디옵터만큼 변경된 경우 저희는 0.5 디옵터만큼 시력이 변경된 눈에 대해 동일한 유형(안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈, 맞춤 및 지급)의 대체 품목의 구매를 위한 지급 한도액을 제공해 드립니다. 이러한 교체 렌즈 하나에 대한 지급 한도액은 단초점 안경 렌즈 또는 콘택트 렌즈(피팅 및 조제 포함)에 대해 **$30**, 그리고 다초점 또는 렌티큘라 안경 렌즈에 대해 **$45** 입니다.	의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. 구매하신 렌즈 비용이 단초점 렌즈의 경우 **$30** 를 초과하거나 다초점 또는 렌티큘라 안경 렌즈의 경우 **$45** 를 초과하는 경우 **가입자가 지급 한도액 초과분을 부담해야 합니다.**
	특수 콘택트 렌즈: 저희는 네트워크 의사 또는 검안사인 네트워크 의료 서비스 제공자가 처방한 경우 다음과 같은 특수 콘택트 렌즈를 보장합니다. • 무홍채증(홍채 손실) 치료를 위해 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈, 맞춤 및 지급 서비스는 각 눈에 대해 12 개월에 최대 렌즈 2 개씩 제공 • 안경 렌즈로는 되지 않지만 콘택트 렌즈(무홍채증을 위한 콘택트 렌즈 제외)로 상당한 시력 개선이 가능한 경우 콘택트 렌즈 한 쌍(맞춤 및 지급 포함) 또는 일회용 콘택트 렌즈(맞춤 및 지급 포함)에 대한 첫 공급 분량을 매 12 개월마다 1 회 이하로 보장해 드립니다. • 그러나, 직전 12 개월 이내에 콘택트 렌즈 구매를 위해 저희가 비용을 제공(또는 보장)해 드린 경우 무홍채증을 위한 보장된 콘택트 렌즈를 제외한 다른 콘택트 렌즈의 지급 한도액은 보장해 드리지 않습니다. **이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.**	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	시력 관리(계속) **Medi-Cal 보장이 적용되는 안경 렌즈:** 안경(안경테 및 렌즈): Medi-Cal 은 최소 0.75 디옵터의 유효한 처방전이 있는 경우 24 개월마다 안경 세트 1 개를 보장합니다. **안경 렌즈:** 저희는 DHCS 의 안경 렌즈 판매 업체에 귀하의 새 안경 또는 교체 안경을 주문합니다. DHCS 의 판매 업체가 가입자에게 필요한 렌즈를 제공하지 못하는 경우 당사는 다른 안경원에서 귀하가 사용할 렌즈를 만들도록 주선합니다. DHCS 의 판매 업체가 가입자의 안경 렌즈를 만들 수 없어 당사가 해당 안경 렌즈를 만들 제공자를 찾아야 하는 경우 가입자가 부담해야 할 추가 비용은 없습니다. 가입자에게 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 안경 렌즈 또는 기능이 필요한 경우 가입자는 해당 업그레이드에 대한 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. **안경테:** 저희는 **$80** 이하의 새 안경테 또는 교체 안경테를 보장합니다. **$80** 를 초과하는 안경테를 선택한 경우 **$80 보조금을 초과하는 안경테 비용은 귀하가 지불해야 합니다**. **24 개월 이내 안경 교체:** 처방에 최소 0.50 디옵터의 변경이 있거나 안경이 분실되었거나 도난당했거나 부러진 경우(수리 불가) 귀하의 잘못으로 인한 교체가 아닌 경우에는 안경 교체를 보장합니다. 안경의 분실, 도난 또는 고장 경위를 당사에게 서면으로 알려야 합니다. 마지막 안경을 맞춘 지 24 개월이 지나지 않은 경우 교체 안경테는 예전 안경테와 동일한 스타일(최대 **$80**)로 맞춥니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오. 가입자에게 Medi-Cal 에서 보장하지 않는 안경 렌즈 또는 기능이 필요한 경우 가입자는 해당 **업그레이드에 대한 추가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.**
	저시력 장치: 다음과 같은 조건에 부합하는 경우 당사는 Medi-Cal 에 따라 저시력 장치를 보장합니다. • 더 시력이 높은 눈의 최적 교정 시력이 20/60 이하이거나 한쪽 눈의 시야 제한이 고정점에서 10 도 이하인 경우 • 시력 저하를 일으키는 질환이 만성적이고 의료적 또는 수술적 수단으로 완화할 수 없는 경우 • 수혜자의 신체적 및 정신적 상태가 보조 수단을 이용하면 수혜자의 일상 기능에 개선을 가져다줄 수 있을 것이라는 합리적인 기대가 있는 경우 보험 적용은 가입자의 필요에 부합하는 최저가 장치에 한합니다. Medi-Cal 보장에는 전자식 확대 장치와 눈에 사용하기 위해 렌즈를 통합하지 않는 장치가 포함되지 않습니다.	$0 의료 서비스 제공자에게 문의해 진료 의뢰를 받으십시오.

보장 서비스		가입자 지불 금액
	질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 저희는 질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문을 1 회 보장해 드립니다. 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자의 건강 점검 • 필요한 예방 서비스(선별 검사 및 백신 포함)에 대한 교육 및 상담 **및** • 필요한 경우 기타 진료 의뢰 **참고:** Medicare 파트 B 에 가입한 첫 12 개월 이내에 한해 질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문을 보장해 드립니다. 예약 일정을 잡을 때 질병 예방을 위한 "Medicare 가입 환영" 방문 일정을 잡고자 한다는 점을 진료소에 알리십시오.	$0

E. 지역사회 지원

가입자는 개인별로 맞춤화된 진료 계획에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 지역사회 지원은 Medi-Cal State Plan 에서 보장하는 지원에 대해 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경에 해당합니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 가입자에게 서비스를 받을 자격이 있는 경우 이러한 서비스는 가입자가 더욱 독립적으로 삶을 영위하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이는 가입자가 Medi-Cal 을 통해 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

다음은 지역사회 지원 서비스의 예시입니다. 이는 일부 지역에서는 이용할 수 없습니다. 일부 가입자는 지역사회 지원을 받을 자격이 없습니다. 지원 자격을 얻으려면 특정 기준을 충족해야 합니다.

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
보조 생활 시설(ALF) 이주	이러한 서비스는 개인이 지역사회에서 거주하고 시설 수용을 방지할 수 있도록 지원합니다. 본 서비스의 목적은 전문 요양 시설에서 가정과 유사한 지역사회 환경으로의 복귀를 촉진하고, 요양 시설 수준의 간호가 시급히 필요한 가입자의 전문 요양 시설 입소를 방지하는 것입니다.	다음과 같은 가입자 • 전문 요양 시설에서 60 일 이상 거주했으며 보조 생활 시설(ALF)로 이주하기를 희망하고, ALF 에서 안전하게 생활할 수 있는 사람 **또는** • 지역사회에 거주 중이며 지역사회에 계속 머물기를 희망하고 ALF 에서 안전하게 생활할 수 있으며 전문 요양 시설 수준의

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
		간호가 필요하지만 전문 요양 시설로 이주하는 대신 ALF 에서 해당 서비스를 받기로 선택한 사람
천식 치료	이는 개인의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 개인이 급성 천식 증상을 겪을 가능성을 줄이면서 가정 내에서 일상생활을 유지할 수 있도록 하는 데 필요한 주거 환경의 물리적 개조를 포함합니다.	혜택 표에 명시된 천식 예방 서비스(APS) 혜택을 통해 지난 12 개월 이내에 가정 내 유발 요인 환경 평가를 완료한 가입자
지역사회 또는 가정 전환 서비스	여기에는 면허를 소지한 시설에서 본인이 생활비를 직접 책임지는 개인 주거지의 생활 방식으로 전환하는 개인에 대한 일시적 설치 비용이 포함됩니다.	다음과 같은 가입자 • 현재 의학적으로 필요한 전문 요양 시설 수준의 간호를 받고 있으며 가정으로 전환하여 치료를 계속 받기로 선택한 사람 **및** • 전문 요양 시설 및/또는 회복 치료 환경에서 60 일 이상 거주한 사람 **및** • 지역사회로 다시 돌아가는 데 관심이 있는 사람 **및** • 적절하고 비용 효율적인 지원 및 서비스를 통해 지역사회에서 안전하게 거주할 수 있는 사람
주간 재활	이 서비스는 개인의 가정이나 집 밖, 비시설 환경에서 제공됩니다. 주간 재활 프로그램은 개인이 자연 환경에서 잘 거주하도록 필요한 자립, 사회화, 적응 기술을 습득, 유지, 향상시키도록 도울 수 있게 고안되었습니다.	다음과 같은 가입자 • 노숙 생활 중인 사람 **또는** • 지난 24 개월 내에 노숙 생활에서 벗어나 주거지에 입주한 사람 **또는**

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
		• 노숙 또는 시설 수용의 위험이 있으나 주간 재활 프로그램의 참여를 통해 주거 안정성이 향상될 수 있는 사람
환경적인 장애인 접근성 조정(집 개조)	해당 서비스는 개인의 건강, 복지, 안전을 보장하거나 개인이 가정에서 더욱 독립성을 가지고 기능할 수 있도록 하는 가정에 대한 물리적 적응을 포함하며, 그렇지 않을 경우 참가자는 시설에 수용됩니다.	요양 시설에 수용될 위험이 있는 가입자
주택 보증금	해당 서비스는 숙식에 해당하지 않으면서 기본 가족 구성원을 구성하는 데 필요한 일회성 서비스 및 개조를 파악, 조정, 확보 또는 자금 지원하는 데 도움이 됩니다.	다음과 같은 가입자 • 주택도시개발부(HUD)의 노숙인 또는 노숙 위험군 정의에 부합하고 하나 이상의 임상적 위험 요인을 가진 사람 **또는** • 과도기 임대료 지원 서비스에 대한 수급 자격이 있는 것으로 결정된 사람 **또는** • 지역 노숙인 통합 연계 체계 또는 이와 유사한 체계를 통해 영구 지지요양 주택 배정 또는 임대료 보조금 지원 대상으로 우선순위가 지정된 사람 또한 자격이 있습니다.
주택 임차 및 유지 서비스	해당 서비스는 주택이 확보되면 안전하고 안정적인 임대를 유지하기 위한 목적으로 임대 및 유지 서비스를 제공합니다.	다음과 같은 가입자 • 주택도시개발부(HUD)의 노숙인 또는 노숙 위험군 정의에 부합하고 하나 이상의 임상적 위험 요인을 가진 사람 **또는**

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
		• 과도기 임대료 지원 서비스에 대한 수급 자격이 있는 것으로 결정된 사람 **또는** • 지역 노숙인 통합 연계 체계 또는 이와 유사한 체계를 통해 영구 지지요양 주택 배정 또는 임대료 보조금 지원 대상으로 우선순위가 지정된 사람
주택 전환/탐색 서비스	해당 서비스는 가입자의 주거 확보를 지원하며 입주자 심사 및 주거 평가, 개별 맞춤화된 주거 지원 계획, 주거 확보 등을 포함합니다.	다음과 같은 가입자 • 주택도시개발부(HUD)의 노숙인 또는 노숙 위험군 정의에 부합하고 하나 이상의 임상적 위험 요인을 가진 사람 **또는** • 과도기 임대료 지원 서비스에 대한 수급 자격이 있는 것으로 결정된 사람 **또는** • 지역 노숙인 통합 연계 체계 또는 이와 유사한 체계를 통해 영구 지지요양 주택 배정 또는 임대료 보조금 지원 대상으로 우선순위가 지정된 사람 또한 자격이 있습니다.
의학적으로 맞춤화된 식사/의학적으로 지원되는 식품	해당 서비스에는 1) 인증된 영양 전문가가 만성 질환 환자에게 맞춤화하여 해당 환자만의 식이 요구를 충족하며 자택 가입자에게 제공되는 의료 맞춤 식사 및/또는 2) 의료 지원 식품 및 영양 서비스가 포함됩니다.	영양 상태에 민감한 중증 또는 만성 건강 질환을 앓고 있는 가입자

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
개인 간병 및 가사 도우미 서비스	해당 서비스는 일상생활 활동(Activities of Daily Living, "ADL")과 수단적 일상생활 활동(Instrumental Activities of Daily Living, "IADL")에 대한 지원을 제공합니다.	다음과 같은 가입자 • 입원하거나 요양 시설에 수용될 위험이 있는 사람 **또는** • 기능적 결손이 있으며 다른 적절한 지원 시스템이 없는 사람 **또는** • 가정 지원 서비스에 대한 승인을 받은 사람
회복 치료(의료 임시 간병)	해당 서비스에는 더 이상 입원이 필요하진 않지만 아직 부상이나 질병을 회복해야 하며 불안정한 생활 환경으로 인해 상태가 악화될 수 있는 개인을 위한 단기 재택 간호가 포함됩니다.	다음과 같은 가입자 • 부상 또는 질병에서 치유되기 위해 회복이 필요한 사람 **및** • HUD의 노숙자 또는 노숙 위험에 처한 사람의 정의에 속하는 사람
임시 간병 서비스	해당 서비스는 평소 이들을 돌보거나 감독하는 사람이 부재하거나 도움이 필요한 경우 단기간 제공되며, 비의료적 성격의 서비스입니다. 해당 서비스는 의학적으로 임시 간병/회복 치료와는 구별되며, 간병인만을 위한 휴식 서비스입니다.	지역사회에 거주하며 일상생활 활동(ADL) 수행 능력이 저하되어 자격을 갖춘 간병인의 지원에 의존하고 있고 가입자의 시설 입소를 방지하기 위해 간병인 휴식 지원이 필요한 가입자
재활 지원 센터	이는 술에 취한 것으로 공식 판명되어 응급실이나 감옥으로 이송될 개인을 위한 대체 목적지 역할을 합니다. 재활 지원 센터는 주로 노숙자 또는 불안정한 생활 환경을 가진 이러한 개인들이 술을 깰 수 있도록 안전하고 지원이 잘 갖춰진 환경을 제공합니다.	다음과 같은 가입자 • 만 18세 이상 **및** • 취한 상태이지만 의식이 있고, 협조적이며, 보행이 가능하고, 비폭력적이며, 어떠한 의학적 위급 상태(생명을 위협하는 금단 증상 또는 명백한 기저 증상 포함)도 없는 사람 **및**

지역사회 지원	설명	자격이 있는 사람
		• 그렇지 않은 경우 응급실이나 감옥으로 이송되었을 사람 **또는** • 응급실로 보내졌으며 재활 지원 센터로 전환하는 것이 적절한 사람
과도기 임대료	임시 또는 영구 거주지에서 최대 6 개월까지 임대료 지원.	다음과 같은 가입자 • 적격한 임상 위험 요인이 1개 이상 있는 사람 **및** • HUD의 노숙자 또는 노숙 위험에 처한 사람의 정의에 속하는 사람 **및** • 다음 두 가지 적격 환경 중 한 곳에서 전환 중인 사람: ○ 시설 또는 집단 주거 환경에서의 전환 ○ 교정 시설에서의 전환

도움이 필요한 경우 또는 어떤 지역사회 지원을 이용 가능한지 알아보려면 가입자 서비스에 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 전화하거나 진료 코디네이터와 상담하십시오.

F. 당사 플랜 범위를 벗어나 보장되는 혜택

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

F1. 캘리포니아 지역사회 전환(CCT)

캘리포니아 지역사회 전환(CCT) 프로그램은 지역의 주관 기관을 통해 최소 60 일 이상 연속으로 입원 시설에 거주했던 자격 있는 Medi-Cal 수혜자가 지역사회 환경으로 전환하여 안전하게 생활할 수 있도록 지원합니다. CCT 프로그램은 수혜자가 지역사회 환경으로 복귀하도록 돕기 위해 전환 준비 기간 및 전환 후 365 일 동안 전환 조정 서비스를 지원합니다.

가입자의 거주 카운티를 담당하는 CCT 주관 기관으로부터 전환 조정 서비스를 받을 수 있습니다. CCT 주관 기관 및 담당 카운티는 보건의료서비스부 웹사이트(www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)에서 확인할 수 있습니다.

CCT 전환 조정 서비스

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

CCT 전환과 관련이 없는 서비스의 경우

의료 서비스 제공자는 당사에 서비스에 대한 비용을 청구합니다. 당사 플랜에서 가입자의 전환 이후 제공되는 서비스 비용을 부담하므로 가입자께서는 해당 서비스에 대한 비용을 지불하실 필요가 없습니다.

CCT 전환 조정 서비스를 받는 중에는 당사가 **D 절**의 의료 보험 혜택표에 나와 있는 서비스 비용을 부담합니다.

약물 보장 혜택 변경 없음

CCT 프로그램에서는 약물을 보장하지 않습니다. 가입자께서는 당사 플랜을 통해 기본 약물 혜택을 계속 보장받으실 수 있습니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서*의 **제 5 장**을 참조하십시오.

참고: 비 CCT 전환 치료가 필요한 경우 진료 코디네이터에게 연락하여 서비스를 조율하시기 바랍니다. 비 CCT 전환 치료는 기관 또는 시설에서 전환하는 것과 **관련이 없는** 치료입니다.

F2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 을 통해 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 smilecalifornia.org 웹사이트에서 확인하시기 바랍니다. Medi-Cal Dental 에는 다음과 같은 서비스가 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 첫 검진, 엑스레이, 스케일링, 실란트, 불소 치료
- 치아 수복 및 크라운
- 치근관 치료
- 부분 틀니 및 전체 틀니, 틀니 조정, 수리 및 리라인

Medi-Cal Dental 을 통해 이용 가능한 치과 혜택에 대한 더 자세한 내용이나 Medi-Cal 을 지원하는 치과 의사를 알아보려면 고객 서비스 1-800-322-6384 번으로 연락 주시기 바랍니다 (TTY 사용자께서는 1-800-735-2922 번으로 전화). 이 통화는 무료입니다. Medi-Cal Dental 담당자가 월요일부터 금요일 오전 8 시~오후 5 시까지 도움을 드립니다. 자세한 내용은 웹사이트(smilecalifornia.org)에서도 확인할 수 있습니다.

Sacramento 및 Los Angeles 카운티의 경우 Medi-Cal Dental 혜택을 치과 관리 진료(Dental MC)를 통해 받을 수 있습니다. Medi-Cal Dental 플랜에 관해 더 알고 싶거나 이를 변경하고 싶은 경우 월요일에서 금요일 오전 8 시~오후 6 시에 1-800-430-4263 (TTY 사용자인 경우 1-800-430-7077)번으로 Health Care Options 에 연락해 주시기 바랍니다. 이 통화는 무료입니다. Dental MC 연락처는 www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx 에서 확인하실 수도 있습니다.

F3. 가정 내 지원 서비스(IHSS)

- IHSS 프로그램은 가입자가 자택에 안전하게 머물 수 있도록 제공되는 서비스 비용을 가입한 진료 제공자에게 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS 는 요양원이나 숙박 및 치료 시설과 같은 가정 외 간호의 대안으로 간주됩니다.
- 서비스를 받기 위해서는 각 참여자의 필요에 따라 어떤 유형의 서비스가 승인되어야 하는지 결정하기 위한 평가가 실시됩니다. IHSS 를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 장 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 의료 보조 서비스), 진료 예약 동반 및 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다.
- 진료 코디네이터는 가입자가 해당 카운티 사회 복지 사업 기관에 IHSS 신청을 하도록 도와드릴 수 있습니다. 거주하시는 카운티의 연락처 정보는 **제 2 장, I 절** 또는 https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices 에서 찾으실 수 있습니다.

F4. 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램

생활 보조 시설 면제(ALW)

- 생활 보조 시설 면제(ALW)는 Medi-Cal 자격이 있는 수혜자에게 요양 시설에 장기간 배치되는 대신 생활 보조 시설에 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW 의 목표는 수혜자가 요양 시설에서 가정과 같은 지역사회 환경으로 다시 전환하는 것을 장려하거나 요양 시설 배치가 절박한 수혜자의 전문 간호 시설 입소를 방지하는 것입니다.
- ALW 에 가입한 가입자는 당사 플랜의 혜택을 받으면서도 ALW 의 가입 상태를 유지할 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 ALW 진료 조정 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- ALW 는 현재 Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, 및 Sonoma 카운티에서만 제공됩니다.
- 진료 코디네이터가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다. ALW 진료 조정 기관 목록은 다음 웹사이트에서 찾을 수 있습니다. https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

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

발달 장애가 있는 개인을 위한 캘리포니아 자기 결정 프로그램(SDP) 면제

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

가정 및 지역사회 기반 대안(HCBA) 면제

- HCBA 면제는 요양원이나 간병 시설에 배치될 위험이 있는 사람에게 치료 관리 서비스를 제공합니다. 치료 관리 서비스는 간호사와 사회 복지사로 구성된 여러 전문 분야로 이루어진 치료 관리 팀에서 제공합니다. 이 팀은 면제 및 주정부 플랜 서비스(예: 의료, 행동 건강, 가정 내 지원 서비스 등)를 조정하고 지역사회에서 이용할 수 있는 기타 장기 서비스 및 지원을 주선합니다. 치료 관리 및 면제 서비스는 참가자의 지역사회 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유이거나, 임차인 임대 계약을 통해 확보하거나, 참가자의 가족 구성원의 거주지가 될 수 있습니다.
- HCBA 면제에 가입되어 있는 가입자는 HCBA 면제에 가입된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 HCBA 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 코디네이터가 HCBA 신청을 도와드릴 수 있습니다. HCBA 면제 기관 목록은 다음 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. Home and Community-Based Alternatives Waiver | DHCS

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)은 요양 시설 치료 또는 입원에 대한 대안으로 HIV 감염인에게 포괄적인 사례 관리 및 직접 치료 서비스를 제공합니다. 사례 관리는 공인 간호사와 사회 복지 사례 관리자로 구성된 참여자 중심적인 팀 접근 방식입니다. 사례 관리자는 참가자 및 1 차 진료의(PCP), 가족, 간병인 및 기타 서비스 제공자와 협력하여 참가자가 가정과 지역사회에 머물도록 하기 위한 치료 요구 사항을 평가합니다.
- MCWP 의 목표는 다음과 같습니다. (1) 기관 서비스가 필요할 수 있는 HIV 환자에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공합니다. (2) 참가자의 HIV 건강 관리를 지원합니다. (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 개선합니다. (4) 의료 서비스 제공자를 조정하고 중복된 서비스를 제거합니다.
- MCWP 면제에 가입되어 있는 가입자는 MCWP 면제에 가입된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자의 MCWP 면제 기관과 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 코디네이터가 MCWP 신청을 도와드릴 수 있습니다. MCWP 면제 기관 목록은 다음 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)

- 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)은 개인이 자신의 집과 지역사회에서 계속 생활할 수 있도록 지원하기 위해 사회 복지 및 보건 의료 서비스를 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자가 가정 내 지원 서비스를 받는 동안, MSSP 는 지속적인 진료 조정을 제공하고, 참가자를 필요한 다른 지역사회 서비스 및 리소스에 연결하고, 의료 진료 제공자와 조정하고, 시설 수용을 방지하거나 지연하기 위해 달리 이용할 수 없는 일부 필요한 서비스를 구매합니다. 치료 관리 및 기타 서비스의 연간 총 합산 비용은 전문 간호 시설에서 치료를 받는 비용보다 낮아야 합니다.

- 건강 및 사회 복지 사업 전문가 팀은 각 MSSP 참여자에게 필요한 서비스를 결정하기 위해 완전한 건강 및 심리사회적 평가를 제공합니다.
  그런 다음 팀은 MSSP 참여자, 담당 의사, 가족 및 다른 사람들과 협력하여 개인 맞춤형 진료 플랜을 개발합니다. 서비스에는 다음이 포함됩니다.
  - 치료 관리
  - 성인 주간 보호
  - 사소한 집 수리/유지보수
  - 추가적인 가정 내 집안일, 개인 간병 및 보호 감독 서비스
  - 임시 간병 서비스
  - 이송 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 의사소통 서비스
- MSSP 면제에 가입되어 있는 가입자는 MSSP 면제에 가입된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하의 MSSP 의료 서비스 제공자와 협력하여 가입자가 받는 서비스를 조정합니다.
- 진료 코디네이터가 MSSP 신청을 도와드릴 수 있습니다. MSSP 의료 서비스 제공자 기관 목록은 다음 웹사이트에서 찾을 수 있습니다. aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. 당사 플랜을 벗어나 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신건강 및 약물 사용 장애 서비스)

가입자는 Medicare 및 Medi-Cal 에서 보장하는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용할 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 진료가 보장하는 행동 건강 서비스에 대한 접근을 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 또는 카운티 약물 사용 장애 서비스를 보장하지 않지만 가입자는 카운티 행동 건강 기관을 통해 해당 서비스를 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 가입자가 전문 정신 건강 서비스를 이용하기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티 정신건강 플랜(MHP)을 통해 이용할 수 있습니다. 가입자의 카운티 MHP 에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 정신 건강 서비스
- 약물 치료 지원 서비스
- 주간 집중 치료 서비스
- 주간 재활
- 위기 개입 서비스
- 위기 안정화 서비스

- 성인 재택 치료 서비스
- 위기 재택 치료 서비스
- 정신과 보건 시설 서비스
- 정신과 입원 서비스
- 표적 사례 관리
- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)
- 행동 치료 서비스
- 치료적 위탁 진료
- 사법 관련 재진입(이용 가능한 경우)
- 적극적 지역사회 치료(ACT)
- 법의학적 적극적 지역사회 치료(FACT)(이용 가능한 경우)
- 첫 번째 에피소드인 중증 정신 장애(FEP)에 대한 조정된 전문 치료(CSC)(이용 가능한 경우)
- 클럽하우스 서비스(이용 가능한 경우)
- 향상된 지역사회 보건 종사자(CHW) 서비스(이용 가능한 경우)

Drug Medi-Cal(DMC) 서비스는 이러한 서비스를 받기 위한 기준을 충족하는 경우 카운티의 행동 건강국을 통해 이용할 수 있습니다.

- 집중 외래 진료 서비스
- 출생전후기 약물 사용 장애 재택 치료
- 외래 진료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료를 위한 약(약물 보조 치료라고도 함)
- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)

Drug Medi-Cal 체계적 전달 시스템(DMC-ODS) 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 진료 서비스
- 집중 외래 진료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료를 위한 약(약물 보조 치료라고도 함)
- 재택 치료 서비스
- 금단 증상 관리 서비스

- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 조정
- 공동 지원 서비스(이용 가능한 경우)
- 지역사회 기반 모바일 위기 개입 서비스(이용 가능한 경우)
- 비상 관리 서비스(이용 가능한 경우)
- 입원 환자 치료 서비스

위에 나열된 서비스 이외에도 기준을 충족하는 경우 자발적 입원 해독 서비스를 받을 수 있습니다.

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

이 절에서는 저희 플랜에서 제외되는 혜택을 알려드립니다. "제외됨"은 당사에서 이러한 혜택을 제공하기 위해 비용을 지불하지 않음을 뜻합니다. Medicare 와 Medi-Cal 에서도 비용을 지불하지 않습니다.

아래 목록은 어떤 조건에서도 당사가 보장하지 않는 일부 서비스 및 항목과 일부 경우에만 당사가 보장 대상에서 제외하는 일부 서비스 및 항목에 대해 설명합니다.

당사는 나열된 구체적인 조건을 제외하고 이 절(또는 본 *가입자 안내서*의 다른 부분)에 나와 있는 제외된 의료 혜택에 대한 비용을 지불하지 않습니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 플랜에서 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 보험이 적용되지 않는 서비스에 대해 보험금을 지급해야 한다고 생각되면 이의제기를 요청할 수 있습니다. 이의제기에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

의료 보험 혜택표에 설명된 제외 사항 또는 제한 사항 외에도, 당사의 플랜은 다음 항목 및 서비스를 보장하지 않습니다:

- Medicare 와 Medi-Cal 에 따라 보장 범위에 해당하는 서비스라고 명시하지 않는 한 "합당하고 의학적으로 필요한 치료"가 아닌 것으로 간주되는 서비스. 이 제외 사항은 Original Medicare 가 보장하지는 않지만 저희 플랜이 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.
- 실험적 의료 및 외과적 시술, 장비 및 약물. 실험적 절차 및 품목은 Original Medicare 가 의료 지역사회에서 일반적으로 수용되지 않는 것으로 판단한 품목과 절차입니다. Medicare 승인 임상 연구에서 Original Medicare 가 보장할 수도 있음. (임상 연구에 관한 자세한 정보는 **제 3 장**을 참조하시기 바랍니다.)
- 병원의 개인실(의학적으로 필요한 경우 제외).
- 일대일 전담 간호.
- 병원 또는 요양 시설의 병실 내 개인용 물품.
- 가입자의 가정 내 상주 간호.
- 가입자의 직계 친척이나 가족 구성원이 청구하는 비용.

- 선택적 또는 자원적 강화 시술 또는 서비스(체중 감소, 탈모 또는 발모, 성기능, 운동기능, 미용 목적, 안티에이징, 정신기능 포함)(의학적으로 필요한 경우 제외).
- 카이로프랙틱 진료. 보장 지침에 따른 척추 수기 교정 치료 제외.
- 정기적인 발 관리. **D 절**의 의료 보험 혜택표에 있는 "족부 질환 치료 서비스"에 설명된 경우 제외.
- 정형외과용 신발이나 지지 장치. 신발이 다리 교정기의 일부이거나 교정기 구매 비용에 포함된 경우 또는 신발이 당뇨성 족부질환을 앓고 계신 분을 위한 것인 경우 제외.
- 시력 교정 수술(예: 라식 수술).
- 불임복원 시술.
- 자연 요법 서비스(자연 또는 대체 치료 이용).
- 보훈부(VA) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스. 그러나 퇴역 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았으며 저희 플랜에서 보장하는 분담 비용보다 VA 분담 비용이 더 많은 경우 퇴역 군인에게 해당 차액을 상환해 드립니다. 그래도 가입자는 분담 비용에 대한 책임이 있습니다.
- 특정 검사 및 서비스:
  - 취직 또는 직장 유지
  - 보험 가입
  - 각종 면허 취득
  - 법원 명령에 의하거나 가석방 또는 보호관찰에 대한 경우
  - 네트워크 소속 의사가 해당 서비스를 의학적으로 필요하다고 판단하는 한, 본 제외 사항은 적용되지 않습니다.
- 안정 또는 편의 용품. Medi-Cal 보장에는 편의, 편리 또는 고급 장비 또는 기능이 포함되지 않습니다. 여기에는 전적으로 가입자, 가입자 가족 또는 담당 의료 진료 제공자의 안락감이나 편의를 위한 용품이 포함됩니다. 임신 후 여성에게 제공되는 소매점용 유축기는 여기에 적용되지 않습니다. 또한 이 제외 사항은 지역사회 지원에 따라 귀하에게 승인된 물품에는 적용되지 않습니다.
- 성형 수술 또는 시술. 본 제외 사항은 다음의 경우 적용되지 않습니다.
  - 보험이 적용되는 재건 수술의 일부로 이식되는 고환 이식물.
  - 유방 절제술 또는 유방종양절제술 후 필요한 가슴 보형물.
  - 외부 안면 신체 부위의 전부 또는 일부를 대체하는 보형물.
- 일회용품. Medi-Cal 보장에는 반창고, 거즈, 테이프, 소독약, 드레싱 및 Ace 류의 붕대와 같은 가정용 일회용품이 포함되지 않습니다. 이 제외 사항은 의료 보험 혜택표에 나와 있는 다음 혜택의 일부로 제공된 일회용 용품에는 적용되지 않습니다.
  - 투석/혈액투석 치료.
  - 내구성 의료 장비.
  - 가정간호 서비스.

  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 의료 용품, 장비 및 기구.
  - 처방약.
  - 보철 장치 및 관련 의료 용품.
- 불임 서비스:
  - Medi-Cal 보장에는 불임증 서비스, 인공수정, 그리고 보조 생식술 서비스를 비롯하여 임신을 돕기 위한 서비스가 포함되지 않습니다. 불임 치료 서비스는 Medi-Cal 에서 보장하지 않습니다.
  - Medicare 는 시험관내 수정, 접합체 나팔관내 이식, 난자 이식 및 생식 세포 나팔관내 이식과 같은 인공적인 수단에 의한 임신(Medicare 에서 보장하는 인공수정 및 관련 서비스 제외)은 보장하지 않습니다.
- 지역사회 지원 또는 내구성 의료 장비에 따라 Medi-Cal 보장에 따라 승인된 경우를 제외한 건강 관리 품목 및 서비스가 아닌 품목 및 서비스. 예를 들어 다음 내용은 보장하지 않습니다.
  - 예절과 에티켓 교육.
  - 일일 활동 계획, 프로젝트 또는 업무 계획과 같은 계획하는 기술을 개발하기 위한 교육 및 지원 서비스.
  - 학문적 지식 또는 기술 향상을 위한 품목, 서비스.
  - 지능을 높이기 위한 교육 및 지원 서비스.
  - 문법, 수학, 시간 관리와 같은 기술을 위한 학업 코칭 또는 과외.
  - 난독증 유무와 관계없이 읽는 방법 교육.
  - 교육용 테스트.
  - 미술, 무용, 승마, 음악, 놀이 또는 수영 교육. 단, 본 "놀이 교육" 제외 사항은 행동 건강 치료 계획의 일부이며 본 장에 따라 보장되는 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 고용 또는 직업 목적을 위한 기술 교육.
  - 직업 훈련 또는 직업 기술 교육.
  - 전문가 성장 과정.
  - 특정 직업 또는 고용 상담을 위한 교육.
  - 의료상 필요하다고 확인되었거나 지역사회 지원에 따라 승인된 임시 변경 사항이 아닌, 집 또는 차량 개조.
- 수중 요법 및 기타 물을 이용한 치료. 수중 요법 및 기타 물을 이용한 치료법에 대한 이러한 제외 사항은 물리 치료 계획의 일부이며 다음과 같은 혜택의 일부로 적용되는 치료 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 가정간호 서비스.
  - 호스피스 및 완화 치료.

  - 재활 및 훈련 서비스.
  - 전문 간호 시설 서비스.
- 마사지 요법. 이러한 제외 사항은 물리 치료 계획의 일부이며 다음과 같은 혜택의 일부로 적용되는 치료 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 가정간호 서비스.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 재활 및 훈련 서비스.
  - 전문 간호 시설 서비스.
- 일상생활 활동(예: 걷기, 침대 오르고 내리기, 목욕, 옷 입기, 식사, 화장실 사용하기 및 약 복용하기)에 대한 도움 등 개인 간병 서비스(보호 간병). 본 제외 사항은 다음 혜택에 따라 보장되는 일상생활 활동 지원에는 적용되지 않습니다.
  - 호스피스 및 완화 치료.
  - 장기 요양 서비스 및 지원.
  - 숙련 간호/중간/아급성 시설 치료.
  - 지역사회 지원.
- 연방 식품 의약국의 승인을 받지 않은 서비스. 당사는 미국 내 판매를 위해 법적으로 연방 식품 의약국("FDA")의 승인이 필요하지만 FDA 의 승인을 받지 않은 약물, 보조제, 검사, 백신, 기기, 방사성 물질 및 기타 서비스를 보장하지 않습니다. 이 제외 사항은 다음 상황에는 적용되지 않습니다.
  - 임상 시험에 의해 보장되는 서비스.
  - 보험이 적용되는 검사 서비스의 일부로 제공된 서비스.
- 면허가 없는 사람들이 수행하는 서비스. 보장에는 일반적으로 주에서 건강 관리 서비스를 제공하기 위한 면허나 자격증을 요구하지 않는 사람이 안전하고 효과적으로 수행할 수 있고, 가입자의 상태상 면허를 소지한 의료 진료 제공자가 제공할 필요가 없는 서비스가 포함되지 않습니다. 이 제외 사항은 다음 보장 서비스에는 적용되지 않습니다.
  - 귀하에 대해 승인되고 보장되는 지역사회 지원.
  - 조산사 서비스.
  - 지역사회 보건 종사자 서비스.
- 보장되지 않은 서비스와 관련된 서비스. 서비스가 보장되지 않을 때는 해당 플랜 비적용 서비스 관련한 서비스는 모두 제외됩니다. 비보장 서비스로 인한 합병증이 달리 보장되는 경우 이 제외 사항은 이러한 합병증의 치료에 적용되지 않습니다. 예를 들어, 보장되지 않는 성형수술을 받은 경우 당사는 수술 준비나 수술 후 후속 진료를 위해 받는 서비스를 보장하지 않습니다. 나중에 심각한 감염과 같이 생명을 위협하는 합병증을 앓게 되는 경우 이 제외 사항은 적용되지 않으며 해당 합병증을 치료하기 위해 필요한 서비스가 본 *가입자 안내서*에서 보장하는 한 해당 서비스를 모두 보장합니다.

제 5 장: 외래 처방약 받기

소개

본 장에서는 외래 처방약을 받기 위한 규정을 설명합니다. 이는 의료 서비스 제공자가 가입자에게 처방하여 약국이나 우편 주문으로 받는 약품입니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal 에서 보장하는 약물이 포함됩니다. 본 *가입자 안내서* **제 6 장**에는 이러한 약물에 대한 가입자 부담금이 나와 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

또한 본 장에서 논의되지는 않았지만 다음과 같은 약물도 보장합니다.

- **Medicare 파트 A 가 보장하는 약품.** 여기에는 일반적으로 병원이나 요양 시설에 계시는 동안 제공되는 약물이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B 가 보장하는 약품.** 여기에는 일부 화학 요법 약물, 의사나 다른 의료 서비스 제공자를 방문하였을 때 가입자에게 제공되는 일부 약물 주사 및 투석 클리닉에서 제공되는 약물이 포함됩니다. 보장되는 Medicare 파트 B 약품에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 4 장**의 의료 보험 혜택표를 참조하십시오.
- 가입자가 Medicare 호스피스에 있는 경우 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 외에도 Original Medicare 에서 가입자의 의약품을 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 **제 5 장 F3 절** "Medicare 인증 호스피스 프로그램에서"를 참조하시기 바랍니다.

당사 플랜의 외래 처방약 보장 규정

가입자가 이 절의 규정을 따르는 한 저희는 일반적으로 가입자의 약물을 보장합니다.

반드시 의료 서비스 제공자(의사, 치과 의사 또는 기타 처방자)가 해당 주법에 따라 유효한 처방전을 작성해 주어야 합니다. 이는 가입자의 1 차 진료의(PCP)인 경우가 많습니다. 또한 PCP 가 진료를 의뢰한 경우에는 다른 의료 서비스 제공자가 될 수도 있습니다.

가입자의 처방자는 절대로 Medicare 의 제외 또는 금지 목록이나 유사한 모든 Medi-Cal 목록에 포함된 사람이 **아니어야 합니다**.

처방약 조제를 위해 가입자는 일반적으로 반드시 네트워크 약국을 이용해야 합니다. (자세한 내용은 **A1 절**을 참조하십시오.) 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제받을 수 있습니다.

귀하의 처방약이 당사 플랜의 *보장 약물 목록*에 있어야 합니다. 이를 줄여서 "*약물 목록*"이라고 부릅니다. (본 장의 **B 절**을 참조하십시오.)

- *약물 목록*에 없는 경우에는 예외를 통해 보장할 수도 있습니다.
- 예외 요청에 대한 자세한 내용은 **제 9 장**을 참조하십시오.
- 또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가됩니다.

가입자의 약물은 반드시 의학적으로 인정된 증상에 사용해야 합니다. 이는 해당 약물의 사용이 식품의약국(FDA)의 승인을 받거나 특정 의학적 참고문헌에 의해 뒷받침됨을 의미합니다. 처방자는 가입자가 요청하는 처방약 사용을 뒷받침하는 의학적 참고문헌을 식별하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

당사에서 보장하기 전에 가입자의 약물은 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (본 장의 **C 절**을 참조하십시오.)

제 5 장 목차

A. 처방약 조제받기 178

A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제하기 178

A2. 처방약을 받을 때 가입자 신분증 사용하기 178

A3. 네트워크 약국 변경 시 해야 할 일 178

A4. 가입자가 이용 중인 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일 178

A5. 전문 약국 이용 178

A6. 우편 주문 서비스를 이용하여 약품 받기 179

A7. 장기 약품 공급받기 181

A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용 181

A9. 가입자에게 처방약 비용 상환 182

B. 당사 플랜의 *약물 목록* 182

B1. 당사 *약물 목록*의 약물 182

B2. *약물 목록*에서 약물을 찾는 방법 183

B3. 당사 *약물 목록*에 없는 약물 183

B4. *약물 목록* 분담 비용 단계 184

C. 일부 약물에 대한 제한 184

D. 가입자의 약물이 보장되지 않는 이유 186

D1. 임시 공급분 받기 186

D2. 임시 공급분 요청 187

D3. 예외 요청 188

E. 가입자 약물의 보장 범위 변경 188

F. 특수한 경우 약물 보장 범위 190

F1. 병원 또는 전문 간호 시설에서 당사 플랜이 보장하는 입원 기간 동안 190

F2. 장기 간병 시설 190

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램에서 190

G. 약물 안전 및 투약 관리 프로그램 191

G1. 가입자의 안전한 약물 사용을 지원하는 프로그램 191

G2. 가입자의 약물 관리를 지원하는 프로그램 191

G3. 가입자가 안전하게 오피오이드 약물을 사용하도록 지원하기 위한 Drug Management Program (DMP) 192

A. 처방약 조제받기

A1. 네트워크 약국에서 처방약 조제하기

대부분의 경우 저희는 저희 네트워크 약국에서 조제된 처방약에 대해서만 비용을 지불합니다. 네트워크 약국은 플랜 가입자의 처방전을 조제하기로 동의하는 약국입니다. 가입자께서는 저희 네트워크 약국 어떤 곳이든 가셔도 좋습니다. (당사가 외부 네트워크 약국에서 조제된 처방약을 보장하는 경우에 대한 자세한 내용은 **A8 절**을 참조하십시오.)

네트워크 약국을 찾으려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 가입자 서비스에 연락하시기 바랍니다.

A2. 처방약을 받을 때 가입자 신분증 사용하기

처방약을 조제하려면 네트워크 약국에서 **귀하의 가입자 신분증을 제시하십시오**. 네트워크 약국은 가입자의 보장 약물 비용 중 당사 분담금을 저희에게 청구합니다. 가입자는 처방전을 받을 때 코페이를 약국에 지불해야 할 수도 있습니다.

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

처방약을 조제할 때 가입자 신분증 또는 BIC 를 소지하고 있지 않은 경우 약국에 당사에 전화하여 필요한 정보를 받도록 요청하거나 약국이 가입자의 플랜 가입 정보를 검색할 것을 요청할 수 있습니다.

만일 약국이 필요한 정보를 받을 수 없는 경우 가입자가 처방전 수령 시 해당 비용 전부를 부담하셔야 할 수도 있습니다. 이후 가입자가 저희 비용 분담금에 대한 환급을 당사로 요청할 수 있습니다. **약물 비용을 지불할 수 없으면 가입자 서비스에 즉시 연락하십시오.** 최선을 다해 도와드리겠습니다.

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

A3. 네트워크 약국 변경 시 해야 할 일

네트워크 약국을 변경하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스에 연락하십시오.

A4. 가입자가 이용 중인 약국이 네트워크를 탈퇴하는 경우 해야 할 일

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

새로운 네트워크 약국을 찾으려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 가입자 서비스에 연락하시기 바랍니다.

A5. 전문 약국 이용

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

- 가정 주입 치료용 약물을 공급하는 약국.
- 간병 시설과 같은 장기 간병 시설 거주자에게 의약품을 공급하는 약국.

- 일반적으로 장기 요양 시설에는 자체 약국이 있습니다. 가입자가 장기 간병 시설의 거주자인 경우 해당 시설의 약국에서 필요한 약물을 구할 수 있는지 확인합니다.
- 장기 간병 시설의 약국이 저희 네트워크에 없거나 장기 간병 시설에서 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

- 원주민 의료 진료 제공자(IHCP) 약국. 미국 원주민 및 알래스카 원주민 가입자는 가입한 소매 약국이 있는 경우에만 원주민 의료 진료 제공자(IHCP)의 약국을 이용할 수 있습니다. 미국 원주민이나 알래스카 원주민이 아니더라도, 클리닉에 배정되었거나 응급 상황인 경우 IHCP 의 소매 약국에서 서비스를 받을 수 있습니다.
- FDA 가 특정 지역에서만 조제하도록 제한했거나 특수한 취급, 의료 서비스 제공자 조율 또는 이러한 약물 사용에 대한 교육이 필요한 약물을 조제하는 약국. (참고: 이러한 상황은 빈번히 발생하는 상황이 아닙니다.)
- 전문 약국을 찾으려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하거나, 당사 웹사이트를 방문하거나, 가입자 서비스에 연락하시기 바랍니다.

A6. 우편 주문 서비스를 이용하여 약품 받기

특정 종류의 약물에 대해 가입자께서는 저희 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 제공해 드리는 약물은 만성 또는 장기 질병을 위해 정기적으로 복용하시는 약물입니다. 저희 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 사용 가능한 약물은 *약물 목록* 상에 우편 주문 약물로 표시되어 있습니다.

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

우편을 통한 처방약 조제

우편을 통한 처방 약물 조제에 관한 정보는 거주지역의 현지 네트워크 약국을 방문하시거나 저희 웹사이트 kp.org/refill 을 통해 확인하시기 바랍니다. 가입자께서는 다음과 같은 방법을 통해 처방약 재조제를 편리하게 주문하실 수 있습니다.

- kp.org/refill 에서 온라인으로 안전하게 등록 및 주문.
- 처방 플랜에 명시된 전화번호로 전화하여 지침을 따르십시오(지시를 듣고 우편 배송 옵션 선택).
- 아래에서 가입자의 플랜에 해당되는 번호로 전화해 주십시오.

  남부 플랜: 1-866-206-2983 (TTY 711), 월요일~금요일, 오전 7 시~오후 7 시

  북부 플랜: 1-888-218-6245 (TTY 711), 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시, 토요일 오전 8 시~오후 6 시, 일요일 오전 9 시~오후 6 시

- Kaiser Permanente 네트워크 약국에서 받을 수 있는 우편 주문 양식을 통해 처방전 또는 재조제 요청서 우편 발송.

온라인, 전화 또는 서신을 통해 집으로 재조제를 주문하시는 경우 가입자께서는 반드시 주문하실 때 가입자의 분담 비용을 지불하셔야 합니다(일반 USPS 우편 배송에는 배송료가 부과되지 않습니다).

원하시는 경우 조제된 약을 수령하고 처방전 비용을 지급할 네트워크 약국을 지정하실 수도 있습니다. 처방약을 우편으로 받을 수 있는지에 관한 문의 사항은 네트워크 약국에 연락하거나, 저희 *약물 목록*에서 우편 배송이 가능한 약물에 관한 정보를 참조하시기 바랍니다.

일반적으로 우편 주문 처방약은 **5** 일 내에 도착합니다. 우편 주문 처방약의 배송이 지연되는 경우 위에 기재된 전화번호 또는 처방전 병 라벨에 기재된 전화번호로 연락하여 지원을 받으시기 바랍니다. 또한, 가입자께서 저희 우편 주문 약국에서 처방약이 도착할 때까지 기다릴 수 없는 경우 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*에 수록된 지역 네트워크 소매 약국에 연락하거나 kp.org/directory 를 통해 긴급 공급분을 받으실 수 있습니다. 저희 우편 주문 약국이 아닌 네트워크 소매 약국에서 100 일분을 받으시는 경우 가입자께서는 더 많은 비용을 부담할 수도 있으니 유의하여 주시기 바랍니다.

우편 주문 절차

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

1. 약국이 가입자의 의료 서비스 제공자 진료소로부터 받는 새 처방전

약국은 의료 진료 제공자로부터 처방전을 받은 후 가입자에게 연락하여 약물을 즉시 조제받을지 나중에 조제받을지 확인합니다.

- 이를 통해 가입자는 약국에서 올바른 약물(함량, 수량, 제형 포함)을 제공하고 있는지 확인할 수 있으며 필요한 경우 비용이 청구되고 약물이 배송되기 전에 주문을 중단하거나 지연할 수 있습니다.
- 약국에서 가입자에게 연락할 때는 항상 응답함으로써 새 처방전을 어떻게 조제할지 알리고 배송 지연을 방지하십시오.

2. 우편 주문 처방전의 재조제

재조제의 경우 다음 주문이 제때 배송될 수 있도록 현재 보유하고 계신 처방약이 소진되기 최소 5 일 전에 가입자께서 이용하시는 약국에 연락해 주시기 바랍니다.

또한 자동 재조제 프로그램에 가입할 수 있는 옵션이 있습니다. 이 프로그램에 따라 저희 기록상 귀하의 약이 거의 다 떨어졌다고 판단되면 다음 처방전 재조제를 자동으로 처리해 드립니다. 약국은 각 재조제 배송 전에 귀하께 연락하여 추가 약이 필요한지 확인하며, 약이 충분하거나 처방이 변경된 경우 예정된 재조제를 취소하실 수 있습니다.

당사 자동 재조제 프로그램을 사용하지 않도록 선택했으나 우편 주문 약국을 통해 처방약을 받으려는 경우, 현재 보유하고 계신 처방약이 소진되기 5 일 전에 해당 약국으로 연락해 주시기 바랍니다. 그러면 늦지 않게 처방약을 받으실 수 있습니다.

우편 주문 재조제를 자동으로 준비하는 당사 프로그램에서 탈퇴하려면 다음 방법으로 문의하십시오.

- 아래에서 가입자의 플랜에 해당되는 번호로 전화해 주십시오.

남부 플랜: 1-866-206-2983 (TTY 711), 월요일~금요일, 오전 7 시~오후 7 시

북부 플랜: 1-888-218-6245 (TTY 711), 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시, 토요일 오전 8 시~오후 6 시, 일요일 오전 9 시~오후 6 시

- 저희 웹사이트(kp.org/refill)를 방문하여 다음 단계를 수행하십시오.

약국 보기 → 자동 재조제 → 자동 재조제 관리 → 자동 재조제에서 이 약품 삭제

원치 않는 약품 재조제를 자동으로 우편으로 수령하신 경우 환불을 받으실 수 있습니다.

A7. 장기 약품 공급받기

저희 플랜의 *약물 목록*에서 관리 약물을 장기 공급받으실 수 있습니다. 관리 약물은 만성 또는 장기 질병 치료를 위해 정기적으로 복용하는 약물을 말합니다.

일부 네트워크 약국을 이용하면 관리 약물의 장기 공급분을 받을 수 있습니다. 100 일분 공급량은 1 개월 공급량과 코페이가 같습니다. *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 통해 어떤 약국에서 관리 약물의 장기 공급분을 받을 수 있는지 확인하실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수도 있습니다.

특정 종류의 약물의 경우 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 통해 관리 약물을 장기적으로 공급받을 수 있습니다. 우편 주문 서비스에 대한 자세한 내용은 **A6 절**을 참조하십시오.

A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용

일반적으로 저희는 가입자께서 네트워크 약국을 이용할 수 없는 경우에 한해서만 외부 네트워크 약국에서 조제된 약물 비용을 지불합니다. 이러한 경우에는 먼저 가입자 서비스에 문의하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 알아보십시오.

외부 네트워크 약국에서 조제된 처방약에 대한 비용을 지불하는 경우는 다음과 같습니다.

- 가입자께서 미국 및 미국 영토 내에서 여행 중이지만 서비스 지역 외부에서 질병에 걸리거나 보장되는 파트 D 처방약을 모두 소진하신 경우 저희는 저희 Medicare 파트 D 의약품집 가이드라인에 따라 제한적이고 비일상적인 상황에서 외부 네트워크 약국에서 조제된 처방약을 보장해 드립니다.

- 가입자께서 보장된 외부 네트워크 응급 진료 또는 외부 지역 긴급 진료와 연계된 Medicare 파트 D 처방약이 필요하신 경우 저희는 외부 네트워크 약국에서 최대 30 일분까지 보장해 드립니다. 참고: 보장되는 응급 또는 긴급 진료의 일환으로 미국 및 미국 영토 외부에서 처방되고 제공된 처방약은 30 일 주기로 최대 30 일분까지 보장됩니다. 이러한 약물은 Medicare 파트 D 에서 보장되지 않으므로 이러한 약물의 비용은 비상 보장 단계에 도달하는 데 포함되지 않습니다.

- 합리적인 운전 거리 내에 24 시간 서비스를 제공하는 네트워크 약국이 없어 저희 서비스 지역 내에서 적절한 시간에 보장 약물을 받으실 수 없는 경우. 정상 영업 시간에 네트워크 약국에서 약물을 구입할 수 있는 합리적인 사람이 있었다면, 저희는 가입자의 처방약을 보장해 드리지 않을 수도 있습니다.

- 접근 가능한 네트워크 약국에 정기적으로 재고가 없거나 우편 주문 약국을 통해 구입할 수 없는 약물(고가 약물 포함)을 조제받으시려는 경우.

- 재난 상황에서 네트워크 약국을 통해 처방약을 받으실 수 없는 경우.

A9. 가입자에게 처방약 비용 상환

외부 네트워크 약국을 이용해야 하는 경우 처방전을 받을 때 일반적으로 코페이가 아닌 전체 비용을 지불해야 합니다. 가입자께서는 저희의 비용 분담금에 대해 환급을 요청하실 수 있습니다.

Medi-Cal Rx 가 보장할 수 있는 처방전을 가입자가 전액 부담하시는 경우 Medi-Cal Rx 가 처방전 비용을 부담한 후에 약국에서 상환받을 수 있습니다. 또는 Medi-Cal Rx 에 "Medi-Cal 본인 부담금 환급(Conlan)" 청구서를 제출하여 환급을 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(Medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)를 참조하십시오.

자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 *약물 목록*

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

저희는 의사와 약사 팀의 도움을 받아 *약물 목록*의 약물을 선정했습니다. *약물 목록*에는 약물을 받기 위해 따라야 하는 규정도 나와 있습니다.

가입자가 본 장에서 설명하는 규정을 따르면 저희는 일반적으로 저희 플랜의 *약물 목록*에 있는 약물을 보장합니다.

B1. 당사 *약물 목록*의 약물

당사 *약물 목록*에는 Medicare 파트 D 를 통해 보장되는 약물이 포함됩니다.

약국에서 받는 약물은 대부분 당사 플랜에서 보장합니다. 일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(Medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터인 800-977-2273 번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx 로 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 가져가십시오.

당사 *약물 목록*에는 브랜드 약물, 제네릭 약물 및 생물학적 제제(바이오시밀러를 포함할 수 있음)가 수록되어 있습니다.

브랜드 약물은 제약회사가 소유한 상표명으로 판매되는 약입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 저희 *약물 목록*에서 "약물"을 언급할 때 이는 약물 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

제네릭 약물은 브랜드 약물과 활성 성분이 같습니다. 생물학적 제제에는 바이오시밀러라고 불리는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약물 및 바이오시밀러는 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제와 같은 효과를 보이지만 일반적으로 비용이 적게 듭니다. 많은 브랜드 약물을 대체할 수 있는 제네릭 약물이 있고 일부 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있는 바이오시밀러가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 제네릭 약물이 브랜드 약물로 대체될 수 있는 것과 같이 새로운 처방전 없이 약국에서 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

제 12 장에서 *약물 목록*에 포함될 수 있는 약물 유형에 대한 정의를 참조하십시오.

B2. *약물 목록*에서 약물을 찾는 방법

가입자가 복용하는 약이 저희 *약물 목록*에 있는지 알아보려면 다음 작업을 수행하십시오.

- 저희 웹사이트(kp.org/seniorrx)를 방문하십시오. 저희 웹사이트상의 *약물 목록*이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 약물이 저희 *약물 목록*에 있는지 알아보거나 목록 사본을 요청하려면 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
- 파트 D 에서 보장하지 않는 약물이 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(Medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오.
- kp.org/seniorrx 의 "Real Time Benefit Tool"을 사용하여 *약물 목록*에서 약물을 검색하면 가입자 부담금의 예상액과 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 약물이 *약물 목록*에 있는지 확인할 수 있습니다. 가입자 서비스에 전화하셔도 됩니다.

B3. 당사 *약물 목록*에 없는 약물

저희가 모든 약물을 보장하는 것은 아닙니다.

- 일부 약물은 해당 약물의 보장을 법으로 허용하지 않기 때문에 저희 *약물 목록*에 없습니다.
- 또한 특정 상황에서 저희가 *약물 목록*상의 특정 약물을 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.
- 일부 경우에는 저희 *약물 목록*에 없는 약물을 구할 수도 있습니다. 자세한 내용은 **제 9 장**을 참조하십시오.

저희 플랜은 이 절에서 설명하는 약물 종류에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 이러한 약물을 **제외 약물**이라고 합니다. 제외 약물에 대한 처방전을 받은 경우 본인이 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 가입자의 사례로 인해 저희가 제외 약물에 대한 비용을 지불해야 한다고 생각하시는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 이의제기에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

제외 약물에 대해서는 다음과 같은 세 가지 일반 규칙이 있습니다.

1. 저희 플랜의 외래 처방약 보장(Medicare 파트 D 포함)은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 가 이미 보장하는 약품에 대해 비용을 지불할 수 없습니다. 저희 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B 에서 보장되는 의약품을 무료로 보장하지만 이러한 의약품은 외래 처방약 혜택에 속하는 것으로 간주되지 않습니다.
2. 저희 플랜은 미국 또는 미국 영토 외에서 구매하신 약물에 대해 보장해 드릴 수 없습니다.
3. 약품의 사용은 FDA 의 승인을 받거나 특정 의학적 참고 자료에 의해 가입자의 건강 상태에 대한 치료로 뒷받침되어야 합니다. 가입자의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 가입자의 질환을 치료하기 위해 해당 질환을 치료하도록 승인되지 않은 약물을 처방할 수도 있습니다. 이는 "허가 외 사용"이라고 합니다. 저희 플랜은 일반적으로 허가 외 사용을 위해 처방된 약은 보장하지 않습니다.

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

- 임신 촉진에 사용되는 약물
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 약물*
- 미용 목적 또는 발모 촉진에 사용되는 약물
- 임산부용 비타민 및 불소* 조제품을 제외한 처방전 비타민 및 미네랄 제품
- 성기능장애 또는 발기부전 치료에 사용되는 약물
- 신경성식욕부진증, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 약물*
- 검사나 서비스는 해당 회사에서만 받아야 한다고 하는 회사에서 만든 외래 처방약

*일부 제품은 Medi-Cal 에서 보장받을 수 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.Medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오.

B4. *약물 목록* 분담 비용 단계

저희 *약물 목록*에 있는 모든 약물은 6 개 단계 중 하나에 포함됩니다. 단계는 일반적으로 유형(예: 브랜드 약물, 제네릭 약물 또는 OTC 약물)이 같은 약물 그룹입니다. 일반적으로, 높은 분담 비용 단계일수록 약물에 대해 더 많은 비용을 부담하시게 됩니다.

- 1 단계 – 선호되는 제네릭 약물(이 단계에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 2 단계 – 제네릭 약물(이 단계에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 3 단계 – 선호되는 브랜드 약물.
- 4 단계 – 비선호 약물(이 단계에는 제네릭 약물과 브랜드 약물이 모두 포함됨).
- 5 단계 – 특수 단계 약물(이 단계에는 제네릭 약물과 브랜드 약물이 모두 포함됨).
- 6 단계 – 파트 D 백신(이 단계에는 브랜드 약물만 포함됨).

사용하시는 약물이 어떤 분담 비용 단계에 속하는지 알아보려면 저희 *약물 목록*을 확인하십시오.

본 *가입자 안내서* **제 6 장**에는 각 단계에 속하는 약물에 대한 가입자 부담금이 나와 있습니다.

C. 일부 약물에 대한 제한

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

어떤 약물은 저희 *약물 목록*에 두 번 이상 나오는 경우가 있음을 유의하여 주시기 바랍니다. 이는 동일한 약물이라도 의료 서비스 제공자가 처방하는 약물의 함량, 수량 또는 제형에 따라 다를 수 있으며, 약물의

다른 버전(예: 10mg 대 100mg, 1 일 1 회 대 1 일 2 회, 정제 대 액체)에 따라 다른 제한이 적용될 수 있기 때문입니다.

가입자의 약물에 대한 특별 규정이 있다면, 이는 일반적으로 가입자 또는 가입자의 의료 서비스 제공자가 저희가 약물을 보장할 수 있도록 추가 조치를 취해야 한다는 뜻입니다. 예를 들어, 의료 서비스 제공자는 먼저 귀하의 진단을 저희에게 알리거나 혈액 검사 결과를 제공해야 할 수 있습니다. 가입자 또는 가입자의 의료 서비스 제공자가 저희 규칙이 가입자의 상황에 적용되어서는 안 된다고 생각하는 경우에는 보장 결정 과정을 사용해 예외를 만들 것을 요청하십시오. 저희는 가입자가 추가 조치를 취하지 않고 약물을 사용하는 데 동의할 수도 있고 동의하지 않을 수도 있습니다.

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

1. 제네릭 버전 또는 교환 가능한 바이오시밀러 버전을 각각 사용할 수 있는 경우 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제의 사용을 제한하는 것.

일반적으로 제네릭 약물 또는 교환 가능한 바이오시밀러는 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제와 효능은 같고 보통 비용은 저렴합니다. 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제의 제네릭 버전 또는 교환 가능한 바이오시밀러 버전이 이용 가능한 경우 저희 네트워크 약국에서는 그러한 제네릭 버전 또는 교환 가능한 바이오시밀러 버전을 제공합니다.

- 이용 가능한 제네릭 버전이 있으면 일반적으로 저희는 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 의료 서비스 제공자가 저희에게 제네릭 약물이나 교환 가능한 바이오시밀러 또는 동일한 질환을 치료하는 다른 보장 약물 모두 효능이 없음을 나타내는 의학적 근거를 제공해주시는 경우 저희는 브랜드 약물을 보장해 드립니다.
- 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제의 경우 제네릭 약물 또는 대체 가능한 바이오시밀러보다 코페이가 더 많을 수 있습니다.

2. 사전 플랜 승인 받기

일부 약물의 경우 처방약을 짓기 전에 가입자 또는 가입자의 처방자가 저희 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 이는 투약 안전을 보장하고 특정 약물의 적절한 사용을 안내하기 위해 마련되었습니다. 가입자가 승인을 받지 못하면 저희는 약을 보장하지 않을 수도 있습니다. 페이지 하단 또는 저희 웹사이트(kp.org/seniorrx)의 전화번호를 통해 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

3. 수량 제한

저희는 일부 약물에 대해 가입자가 보유 가능한 약물의 양을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 특정 약물의 경우 일반적으로 하루에 한 알만 복용하는 것이 안전하다고 여겨지는 경우 처방전을 받을 때마다 받을 수 있는 약물의 양을 제한할 수 있습니다.

위 규정 중 일부가 가입자께서 복용하고 있거나 복용하기를 원하시는 약물에 적용되는지 알아보시려면, 저희 *약물 목록*을 확인하여 주시기 바랍니다. 최신 정보를 확인하려면 가입자 서비스로 전화하거나 저희 웹사이트(kp.org/seniorrx)를 방문하시기 바랍니다. 가입자가 위의 이유 중 하나에 따라 저희의 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

D. 가입자의 약물이 보장되지 않는 이유

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

- 저희 플랜은 가입자가 복용하려는 약물을 보장하지 않습니다. 해당 약물이 저희 *약물 목록*에 없을 수도 있습니다. 저희는 약물의 제네릭 버전은 보장할 수 있지만 가입자가 복용하려는 브랜드 이름 버전은 보장하지 않습니다. 새로운 약물일 수 있으며 저희는 아직 그 안전성과 유효성에 대해 검토하지 않았습니다.
- 저희 플랜은 해당 약품을 보장하지만 보장에 대한 특별한 규칙이나 제한이 마련되어 있습니다. 위의 절에서 설명했듯이 당사 플랜이 보장하는 일부 약물에는 사용을 제한하는 규칙이 적용됩니다. 어떤 경우에는 가입자 또는 가입자의 처방자가 저희에게 예외를 요청할 수 있습니다.
- 해당 약물이 보장은 되나 해당하는 분담 비용 단계로 인해 가입자가 생각했던 것보다 더 비싼 비용 분담금을 부담하게 되는 경우.

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

D1. 임시 공급분 받기

어떤 경우에는 약이 저희 *약물 목록*에 없거나 어떤 식으로든 제한이 있을 때 저희는 가입자에게 약물의 임시 공급분을 제공할 수 있습니다. 이를 통해 다른 약물을 구입하는 것과 관련하여 의료 서비스 제공자와 상의하거나 약을 보장해 줄 것을 요청할 시간을 벌게 됩니다.

약물의 임시 공급분을 받으려면 아래 두 가지 규정을 충족해야 합니다.

1. 복용 중인 약물:
   - 더 이상 저희 *약물 목록*에 없음 **또는**
   - 이전에도 저희 *약물 목록*에 없었음 **또는**
   - 이제 어떤 식으로든 제한되었음.
2. 가입자께서 다음 상황 중 하나에 처하신 경우여야 합니다.

- 가입자는 작년에 저희 플랜에 있었습니다.
  - 저희는 **해당 역년의 첫 90 일 동안 복용 중인** 약물의 임시 공급분을 보장해 드립니다.
  - 이 임시 공급분은 **30 일분**입니다.
  - 처방전이 더 짧은 기간으로 작성된 경우 여러 번 재조제하여 최대 30 일까지 약을 제공할 수 있습니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제해야 합니다.
  - 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 처방약을 한 번에 소량으로 제공할 수 있습니다.
- 귀하는 저희 플랜에 처음 참여하셨습니다.

- 저희는 **귀하가 저희 플랜에 가입한 첫 90 일 동안** 약물의 임시 공급분을 보장합니다.
- 이 임시 공급분은 30 일분입니다.
- 처방전이 더 짧은 기간으로 작성된 경우 여러 번 재조제하여 최대 30 일까지 약을 제공할 수 있습니다. 처방약은 반드시 네트워크 약국에서 조제해야 합니다.
- 장기 치료 약국은 낭비를 방지하기 위해 처방약을 한 번에 소량으로 제공할 수 있습니다.

- 귀하가 저희 플랜에 가입하신 후 30 일이 초과되었고 장기 간병 시설에 거주하고 계시며 즉시 공급이 필요합니다.
  - 저희는 31 일분의 공급 1 회분을 보장하며, 또는 그보다 적은 기간 동안 처방전이 작성된 경우 그 이하를 보장합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가분입니다.
  - 병원, 전문 간호 시설 또는 장기 간병 시설에 입원하거나 퇴원하여 다른 요양 시설이나 집으로 이동하는 경우 이를 요양 등급 변경이라고 합니다. 요양 등급이 변경되는 경우 복용 중인 약물에 대한 추가 조제가 필요할 수도 있습니다. 복용 중인 약물이 저희 *약물 목록*에 없어도 요양 등급 전환 기간 동안에는 보통 파트 D 약물 1 달치를 보장해 드립니다.

D2. 임시 공급분 요청

약물의 임시 공급분을 요청하려면 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

임시 공급분을 받으면 공급받은 약물이 다 떨어졌을 때 어떻게 해야 하는지 가능한 빨리 의료 서비스 제공자와 상의하십시오. 가입자가 선택할 수 있는 옵션은 다음과 같습니다.

- 다른 약물로 변경.
  저희 플랜은 귀하에게 효과가 있는 다른 약물을 보장할 수 있습니다. 해당 건강 상태를 치료하기 위한 보장 약물 목록을 요청하시려면 저희 가입자 서비스로 전화해 주십시오. 이 목록은 의료 서비스 제공자가 가입자에게 효능이 있는 보장된 약물을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

  또는

- 예외 요청.
  가입자 및 가입자의 의료 서비스 제공자가 예외를 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하는 저희 *약물 목록*에 없는 약물을 보장해 달라고 요청하거나 약물을 제한 없이 보장해 달라고 요청할 수 있습니다. 의료 서비스 제공자가 예외에 대한 합당한 의학적 이유가 있다고 할 경우에는 예외를 요청하는 데 도움이 될 수 있습니다.

D3. 예외 요청

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

- 저희는 다음 연도의 약물 보장에 대한 변경 사항에 대해 알려드립니다. 귀하가 원하는 방식으로 예외를 적용하고 내년에도 약물을 보장해 달라고 저희에게 요청하십시오.
- 저희는 귀하의 요청(또는 이를 뒷받침하는 처방자의 진술)을 받은 후 72 시간 이내에 예외 요청에 응답합니다.
- 저희가 귀하의 요청을 승인하면 변경 사항이 적용되기 전에 약물에 대한 보장을 승인해 드릴 것입니다.

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

예외를 요청하는 데 도움이 필요하면 가입자 서비스에 문의하십시오.

E. 가입자 약물의 보장 범위 변경

약물 보장에 대한 대부분의 변경 사항은 1 월 1 일에 발생하지만 해당 연도 중 *약물 목록*에 약물을 추가하거나 철수할 수 있습니다. 또한 약물에 대한 규정을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 다음과 같은 상황이 발생할 수 있습니다.

- 약품에 대한 사전 승인(약품을 받으시기 전에 저희의 허가)을 요구할지를 결정합니다.
- 받을 수 있는 약물의 양을 추가하거나 변경합니다(수량 제한).
- 원조 생물학적 제제를 교환 가능한 바이오시밀러 버전의 생물학적 제제로 교체합니다.

당사 플랜의 *약물 목록*을 변경하기 전에 저희는 Medicare 의 요건을 반드시 준수해야 합니다. 이러한 약물 규정에 대한 자세한 내용은 **C 절**을 참조하십시오.

연초에 보장된 약물을 복용하고 계시면 보통 다음과 같은 경우 외의 **해당 연도의 나머지 기간 동안에는** 해당 약물을 철수하거나 보장 범위를 변경하지 않습니다.

- 현재 저희의 *약물 목록*에 있는 약물과 동일한 효과가 있는 저렴한 새 약물이 시장에 나온 경우 **또는**
- 약물이 안전하지 않다는 사실을 알게 된 경우 **또는**
- 약물이 시장에서 사라진 경우

복용 중인 약물에 대한 보장이 변경되면 어떻게 됩니까?

*약물 목록*이 변경되면 어떻게 되는지에 대한 자세한 정보를 얻으려면 언제든지 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 온라인(kp.org/seniorrx)에서 저희 최신 *약물 목록*을 확인하십시오. **또는**
- 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하여 저희 최신 *약물 목록*을 확인하십시오.

현재 플랜 연도 도중 가입자에게 영향을 미치는 저희 *약물 목록*에 대한 변경 사항

*약물 목록*의 일부 변경 사항은 다음과 같은 경우에 **즉시** 반영될 수 있습니다. 그 예는 다음과 같습니다.

새로운 제네릭 약물을 이용할 수 있게 되었습니다. 가끔 현재 *약물 목록*에 있는 브랜드 약물 또는 원조 생물학적 제제만큼의 효과가 있는 새로운 제네릭 약물 또는 바이오시밀러가 시장에 출시되곤 합니다. 이 경우 브랜드 약물을 철수하고 새로운 제네릭 약물을 추가할 수 있지만 신약에 대한 귀하의 비용은 동일하게 유지되거나 더 낮아질 수 있습니다. 새로운 제네릭 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 목록에 유지하되 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

- 변경 전에 알려드리지 않을 수 있으나, 변경 사항이 발생할 경우 구체적인 변경 사항 관련 정보를 보내드립니다.
- 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자는 이러한 변경 사항에서 예외를 요청할 수 있습니다. 당사는 가입자가 예외를 요청하기 위해 취할 수 있는 단계가 포함된 통지문을 보내드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 내용은 본 가입자 안내서 **제 9 장**을 참조하십시오.

안전하지 않은 약물 및 시장에서 퇴출된 기타 약물 삭제. 때때로 약물이 안전하지 않다고 판단되거나 다른 이유로 시장에서 철수될 수 있습니다. 이러한 상황이 발생하면 저희는 즉시 *약물 목록*에서 해당 약물을 삭제합니다. 해당 약물을 복용하는 경우 당사는 변경 사항이 이루어진 뒤 통지문을 보내드립니다. 처방자 또한 해당 변경 사항에 대해 알게 될 것이며, 가입자의 상태에 맞는 다른 약물을 찾기 위해 협력할 것입니다.

귀하가 복용하는 약에 영향을 미치는 변경 사항이 생길 수 있습니다. 저희는 *약물 목록*에 대한 이러한 기타 변경 사항에 대해 미리 알려드립니다. 이러한 변경이 발생하는 경우는 다음과 같습니다.

- FDA 에서 새로운 지침을 제공하거나 약물에 대해 새로운 임상 지침이 생깁니다.

이러한 변경 사항이 발생할 경우 저희는

- *약물 목록*을 변경하기 최소 30 일 전에 알림 **또는**
- 귀하에게 알려드리고, 귀하가 재조제를 요청하면 30 일 분량의 약물을 제공

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

- 저희 *약물 목록* 중에 대신 복용하실 수 있는 유사한 약물이 있는지 여부 **또는**
- 복용 중인 약물 또는 약물 버전을 계속해서 보장받으려면 이러한 변경 사항에 대한 예외를 신청해야 하는지 여부. 예외 요청에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

현재 플랜 연도 동안 가입자에게 영향을 주지 않는 *약물 목록의 변경 사항*

저희는 현재 가입자가 복용 중인 약물 중 위에 설명되어 있지 않고 가입자에게 영향을 미치지 않는 약물을 변경할 수 있습니다. 이러한 변경의 경우 **연초**에 보장된 약물을 복용하고 계시면 보통 **해당 연도의 나머지 기간 동안에는** 해당 약물을 철수하거나 보장 범위를 변경하지 않습니다.

예를 들어, 만약 당사가 가입자가 복용하고 계신 약물을 철수하거나 해당 약물의 사용을 제한한다면, 이 변경 사항은 해당 연도의 남은 기간 동안에는 가입자의 약물 사용에 영향을 미치지 않습니다. 복용 중인 약물에 이러한 변경 사항이 이루어지는 경우(위 절에 언급된 변경 사항 제외), 해당 변경 사항은 다음 해 1 월 1 일까지 귀하의 사용에 영향을 미치지 않습니다.

현재 연도 동안에는 당사는 이러한 유형의 변경 사항을 직접적으로 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도의 *약물 목록*(공개 가입 기간 동안 목록이 제공되는 경우)을 확인하여 복용 중이신 약물에 다음 플랜 연도에 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 확인하셔야 합니다.

F. 특수한 경우 약물 보장 범위

F1. 병원 또는 전문 간호 시설에서 당사 플랜이 보장하는 입원 기간 동안

가입자가 병원 또는 전문 간호 시설에서 당사 플랜이 보장하는 입원을 한 경우 저희는 일반적으로 입원 기간 동안 받은 약물 비용을 보장해 드립니다. 가입자는 코페이를 지불하지 않습니다. 병원 또는 전문 간호 시설에서 퇴원하면 해당 약물이 저희 보장 규정 전체에 부합하는 경우에 한해 가입자의 약물을 보장해 드립니다.

약물 보장 범위 및 가입자 부담금에 관해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 6 장**을 참조하십시오.

F2. 장기 간병 시설

보통, (요양 시설과 같은) 장기 간병 시설에는 자체 약국이 있거나 거주자들을 위한 약물을 공급하는 약국이 있습니다. 장기 간병 시설에 거주하는 경우 해당 시설이 저희 네트워크 소속인 경우 시설의 약국을 통해 약물을 받을 수 있습니다.

당사 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 통해 장기 간병 시설의 약국이 저희 네트워크에 소속되어 있는지 확인하시기 바랍니다. 그렇지 않거나 추가 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램에서

호스피스와 저희 플랜은 동시에 약물을 보장해 드리지 않습니다.

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

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

저희 플랜이 보장하는 약물에 대해 설명하는 본 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 4 장**을 참조하십시오.

G. 약물 안전 및 투약 관리 프로그램

G1. 가입자의 안전한 약물 사용을 지원하는 프로그램

처방약을 받을 때마다 저희는 약물 오류나 다음과 같은 약물 등 발생할 수 있는 문제를 확인합니다.

- 같은 작용을 하는 다른 약을 복용하기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약물
- 연령이나 성별에 따라 안전하지 않을 수 있는 약물
- 동시에 복용하면 해를 끼칠 수 있는 약물
- 알레르기를 일으키거나 알레르기 발생 가능성이 있는 성분이 있는 약물
- 용량(투약량)에 오류가 있을 수 있는 약물
- 위험한 양의 오피오이드 진통제를 포함하는 약물

약물 사용 시 발생 가능한 문제를 발견하는 경우 당사는 해당 문제를 해결하기 위해 가입자의 의료 서비스 제공자와 함께 협력합니다.

G2. 가입자의 약물 관리를 지원하는 프로그램

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

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

그런 후에 다음 사항을 제공할 것입니다.

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

- 규제 물질인 처방약의 안전한 폐기에 관한 정보.

행동 계획과 투약 목록에 대해 처방자와 상의하는 것이 좋습니다.

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

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

이러한 프로그램에 관해 질문이 있으시면 가입자 서비스에 문의하십시오.

G3. 가입자가 안전하게 오피오이드 약물을 사용하도록 지원하기 위한 Drug Management Program(DMP)

저희는 가입자께서 처방 오피오이드 및 빈번히 남용되는 다른 약물을 안전하게 사용하실 수 있도록 지원하는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 Drug Management Program(DMP)이라고 합니다.

여러 처방자 또는 약국에서 받은 오피오이드 약물을 사용하거나 최근에 오피오이드 약물을 과다 복용한 경우 저희는 처방자와 상의하여 오피오이드 약물 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인할 수 있습니다. 저희는 처방자와 협력하여 처방 오피오이드 약물 또는 벤조디아제핀 약물 사용이 안전하지 않을 수 있다고 판단하는 경우 가입자께서 해당 약물을 구할 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 저희가 가입자를 DMP 에 등록하는 경우 다음과 같은 제한이 적용될 수 있습니다.

- 해당 약물에 대한 모든 처방약을 특정 약국에서 받도록 요구
- 오피오이드 약물 또는 벤조디아제핀 계열 약물에 대한 모든 처방약을 특정 처방자에게 받도록 요구
- 저희가 보장해 드릴 오피오이드 약물 또는 벤조디아제핀 계열 약물의 수량 제한

저희가 이러한 약물의 수령 방법이나 받을 수 있는 용량을 제한할 계획이 있는 경우 사전에 서신을 보내드립니다. 이 서신을 통해 가입자를 위해 해당 약품의 보장을 제한할지 또는 가입자가 특정 의료 서비스 제공자 또는 약국에서만 해당 약품에 대한 처방전을 받아야 하는지 알려드립니다.

귀하는 또한 귀하가 선호하는 처방자 또는 약국과 저희가 알아야 할 중요하다고 생각하는 모든 정보에 대해 저희에게 말할 기회가 있을 것입니다. 귀하가 응답할 기회를 얻은 후, 저희가 이러한 약물에 대한 귀하의 보장을 제한하기로 결정하면 제한 내용을 확인하는 또 다른 서신을 보내드립니다.

저희가 실수했다고 생각하거나 저희의 결정 또는 제한에 동의하지 않는 경우 가입자와 가입자의 처방자는 이의를 제기할 수 있습니다. 가입자가 이의를 제기하면 가입자의 사례를 검토하고 새로운 결정에 대해 알려드립니다. 이러한 약물에 대한 가입자의 접근 제한과 관련된 이의제기의 일부를 계속 거부하는 경우 저희는 가입자의 사례를 자동으로 독립 검토 기관(IRO)으로 보냅니다. (이의제기 및 IRO 에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.)

다음과 같은 경우 DMP 가 적용되지 않을 수 있습니다.

- 암이나 겸상 적혈구병과 같은 특정 질병이 있는 경우
- 호스피스 간호나 완화 치료 또는 임종 간호를 받는 경우 **또는**
- 장기 간병 시설에서 거주하시는 경우.

제 6 장: Medicare 및 Medi-Cal 약물에 대한 가입자 부담금

소개

본 장에서는 외래 처방약에 대한 가입자 부담금에 대해 설명합니다. "약물"이란 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 약물 **및**
- Medi-Cal Rx 에 따라 보장되는 약물 및 품목 **및**
- 플랜에서 추가 혜택으로 보장하는 약물 및 품목.

가입자는 Medi-Cal 에 대한 자격이 있으므로 Medicare 로부터 Medicare 파트 D 약물 비용 지불을 지원하는 추가 지원을 받습니다. "처방약에 대해 추가 지원금을 받는 이를 위한 보장 추가 사항의 증거"("저소득층 보조금 추가 사항 문서" 또는 "LIS 추가 사항 문서"라고도 함)라고 하는 가입자의 약물 보장 내용이 수록된 별도의 삽지를 보내드립니다. 본 삽지가 없는 경우 당사 가입자 서비스에 전화하셔서 "LIS 추가 사항"을 요청하시기 바랍니다.

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

기타 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

약물에 대해 자세히 알아보려면 다음을 참조하십시오.

- 보장 약물 목록.
  - 이 목록을 "*약물 목록*"이라고 합니다. 이 목록의 내용은 다음과 같습니다.
    - 당사가 비용을 지불하는 약물
    - 6 단계 중 각 약물이 속한 단계
    - 약물에 대한 제한이 있는지 여부
  - *약물 목록* 사본이 필요하시면 가입자 서비스로 전화해 주십시오. 저희 *약물 목록*의 최신 사본은 저희 웹사이트(kp.org/seniorrx)에서 확인하실 수도 있습니다.
  - 약국에서 받는 약물의 대부분은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜으로 보장됩니다. 일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(Medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터인 1-800-977-2273 번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때는 본인의 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하십시오.

- **본** *가입자 안내서* **제 5 장**.
  - 당사 플랜을 통해 외래 처방약을 받는 방법을 설명합니다.
  - 따라야 할 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 저희 플랜이 보장하지 않는 약물 유형도 알려줍니다.
  - 플랜의 "Real Time Benefit Tool"(실시간 혜택 도구)를 사용하여 약물 보장 범위를 조회할 때(**제 5 장 B2 절** 참조) 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금의 추정치입니다. 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하실 수 있습니다.
- 저희 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*.
  - 대부분의 **경우** 보장 약물을 받으려면 네트워크 약국을 이용해야 합니다. 네트워크 약국은 저희와 협력하기로 동의한 약국입니다.
  - **의료 서비스 제공자** *및 약국 목록*에는 저희 네트워크 약국이 나열되어 있습니다. 네트워크 약국에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

제 6 장 목차

A. *혜택 설명서*(EOB) 196

B. 가입자의 약물 비용을 추적하는 방법 197

B1. 이 요약본에서 실수를 발견하면 어떻게 합니까? 198

B2. 사기 가능성은 어떻습니까? 198

C. Medicare 파트 D 약물의 약물 비용 지급 단계 198

D. 1 단계: 초기 보장 단계 199

D1. 가입자의 약국 선택 199

D2. 약물의 장기 공급받기 199

D3. 가입자 부담금 200

D4. 초기 보장 단계 종료 200

E. 2 단계: 비상 보장 단계 201

F. 의사가 월 전체 공급분보다 적은 약을 처방한 경우 가입자의 약물 비용 201

G. 파트 D 백신의 가입자 부담금 201

G1. 백신을 맞기 전에 가입자가 알아야 할 내용 202

G2. Medicare 파트 D 가 보장하는 백신의 가입자 부담금 202

A. *혜택 설명서*(EOB)

저희 플랜은 약국에서 처방약을 받을 때 가입자의 약값과 지불한 금액을 추적합니다. 추적하는 비용의 유형은 다음 두 가지입니다.

- 가입자 **본인 부담금**. 이는 가입자 또는 가입자를 대신하는 다른 이들이 처방약에 대해 지불하는 금액입니다. 여기에는 보장되는 파트 D 약물을 구입할 때 지불하는 금액, 가족 또는 친구가 지불한 약물 비용, Medicare 의 추가 지원, 고용주 또는 조합 의료 보험, Indian Health Service, AIDS 약물 지원 프로그램, 자선기금, 및 대부분의 State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP)에서 가입자의 약물에 대해 지불한 비용이 포함됩니다.

- 가입자의 **총의약품 비용**. 이 항목은 보장되는 파트 D 약에 대한 모든 지불금의 총액입니다. 여기에는 가입자의 보장되는 파트 D 약물에 대해 플랜에서 지불한 비용, 다른 프로그램 또는 단체에서 지불한 비용이 포함됩니다.

가입자가 저희 플랜을 통해 약을 받으면 저희는 *혜택 설명서(EOB)*라고 하는 요약본을 보내드립니다. 이를 줄여서 EOB 라고 부릅니다. EOB 는 청구서가 아닙니다. EOB 에는 가입자가 복용하는 약물에 대한 자세한 정보가 있습니다. EOB 에 포함된 내용은 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 요약서에는 이전 달에 받은 약물이 나와 있습니다. 여기에는 총의약품 비용, 저희가 지불한 금액, 가입자와 다른 이들이 지불한 금액이 표시됩니다.

- **1 월 1 일 이후 해당 연도의 총 금액**. 이는 해당 연도가 시작된 이후 총의약품 비용과 가입자의 약물에 대한 총 납부액을 보여줍니다.

- **약물 가격 정보**. 이는 동일한 수량의 각 처방 청구에 대한 약물의 총 가격과 최초 조제 이후 약물 가격의 변동액입니다.

- **가격이 더 저렴한 대체약**. 해당되는 경우 각 처방에 대해 분담 비용이 더 낮은 다른 이용 가능한 약물에 대한 정보입니다.

당사는 Medicare 에서 보장하지 않는 약물을 보장합니다.

- 이러한 약물에 대한 지불은 총 본인 부담금에 포함되지 않습니다.

- 약국에서 받는 약물은 대부분 플랜에서 보장합니다. 일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약물은 Medi-Cal Rx 가 보장할 수도 있습니다. 자세한 내용을 알아보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.Medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터인 1-800-977-2273 번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받을 때는 본인의 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하십시오.

- 저희 플랜이 보장하는 약물을 알아보려면 *약물 목록*을 참조하십시오.

B. 가입자의 약물 비용을 추적하는 방법

가입자의 약물 비용과 약물에 대해 납부하신 금액을 계속 추적하기 위해, 저희는 가입자와 약국에서 제공하는 기록을 이용합니다. 다음은 가입자가 저희를 도울 수 있는 방법입니다.

1. 가입자 신분증을 사용하십시오.

조제된 처방을 받을 때마다 가입자 신분증을 제시하십시오. 이는 가입자가 지은 처방약과 지불하는 금액을 저희가 파악하는 데 도움이 됩니다.

2. 저희에게 필요한 정보를 제공해 주십시오.

가입자께서는 약물에 대한 저희의 비용 분담금에 대해 환급을 요청하실 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자의 처방을 받아 네트워크 약국에서 수령한 파트 D 약물에 대한 비용 지급을 요청하려면, 다음 주소로 보내주시기 바랍니다.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

다음은 약물 영수증 사본을 저희에게 제공하셔야 하는 경우의 예입니다.

- 가입자께서 특가로 네트워크 약국에서 보장된 약물을 구매하셨거나 저희 플랜의 보험 혜택이 아닌 할인 카드를 사용하여 구매하신 경우
- 제약회사의 환자 지원 프로그램에 따라 받는 약물에 대한 코페이를 지불하는 경우
- 외부 네트워크 약국에서 보장 약물을 구입하는 경우
- 특별한 상황에서 보장된 약물에 대한 전체 가격을 지불하는 경우

약물 비용 중 *저희* 분담금 환급 신청에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오.

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

특정 다른 사람과 조직이 지불한 금액도 본인 부담금으로 계산됩니다. 예를 들어, AIDS Drug Assistance Program(ADAP), Indian Health Service 가 부담한 비용, 그리고 대부분의 자선기금이 가입자의 본인 부담금에 포함됩니다. 이는 비상 보장에 대한 자격을 갖추는 데 도움이 될 수 있습니다. 비상 보장 단계가 되시면 저희 플랜이 해당 연도의 나머지 기간 동안 가입자의 Medicare 파트 D 약물 비용을 모두 지불합니다.

4. 저희가 보내드리는 EOB 를 확인하십시오.

EOB 를 우편으로 받으면 전체 내용이 정확한지 확인하십시오.

- **각 약국의 이름을 인식할 수 있습니까?** 날짜를 확인하십시오. 그날 약을 받으셨습니까?
- **기재된 약을 받으셨습니까?** 영수증에 기재된 사항과 일치합니까? 약이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

B1. 이 요약본에서 실수를 발견하면 어떻게 합니까?

이 EOB 에 혼란스럽거나 올바르지 않은 내용이 있는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스에 전화해 주십시오.

B2. 사기 가능성은 어떻습니까?

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

- 가입자 서비스로 전화해 주십시오.
- 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다. 이 번호는 무료입니다.
- Medi-Cal 을 받는 의료 서비스 제공자가 사기, 낭비 또는 남용을 저질렀다고 의심되는 경우 기밀이 보장되는 수신자 부담 전화번호 1-800-822-6222 로 전화하여 신고할 권리가 있습니다. 다른 Medi-Cal 사기 신고 방법은 www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx 에서 찾으실 수 있습니다.

잘못되었거나 누락된 정보가 있거나 문의 사항이 있으시면 가입자 서비스로 전화해 주십시오. 또한 우편 대신 온라인으로 **EOB** 를 확인하실 수도 있습니다. kp.org/goinggreen 을 방문하여 로그인하시면 온라인에서 안전하게 **EOB** 를 확인하는 방법에 대해 자세히 알아보시기 바랍니다. 이 EOB 를 보관하십시오. 이 보고서는 가입자의 약물 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. Medicare 파트 D 약물의 약물 비용 지급 단계

저희 플랜에 따라 Medicare 파트 D 처방약 보장에 대한 지불 단계는 두 가지입니다. 각 처방에 대한 비용은 추가 지원 수준, 처방전을 조제하는 시점 또는 재조제하는 시점에 가입자가 어떤 단계에 있는지에 따라 달라집니다.

두 단계는 아래와 같습니다.

1 단계: 초기 보장 단계	**2 단계: 비상 보장 단계**
이 단계에서는 저희가 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 분담금을 지불합니다. 가입자의 본인 분담금을 코페이라고 합니다. 해당 연도에 처음으로 처방전을 조제하실 때 이 단계부터 시작하시게 됩니다.	이 단계에서 저희는 2026 년 12 월 31 일까지 가입자의 모든 약제비를 지불합니다. 일정 금액의 본인 부담금을 지불하면 이 단계를 시작합니다.

D. 1 단계: 초기 보장 단계

초기 보장 단계 중 저희 플랜은 보장 약물 비용의 분담금을 지불하고 가입자는 본인 분담금을 지불합니다. 가입자의 본인 분담금을 코페이라고 합니다. 코페이는 약물의 분담 비용 단계와 약물을 수령하는 장소에 따라 달라집니다.

분담 비용 단계는 코페이가 동일한 약물 그룹입니다. 저희 플랜의 *약물 목록*에 있는 모든 약물은 6 개의 분담 비용 단계 중 하나에 포함됩니다. 일반적으로 등급이 높을수록 코페이가 높아집니다. 가입자의 약물에 해당하는 분담 비용 단계를 찾으려면 저희 *약물 목록*을 참조하십시오.

- 분담 비용 **1 단계** – 선호되는 제네릭 약물(이 단계에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 분담 비용 **2 단계** – 제네릭 약물(이 단계에는 일부 브랜드 약물이 포함됨).
- 분담 비용 **3 단계** – 선호되는 브랜드 약물.
- 분담 비용 **4 단계** – 비선호 약물(이 단계에는 제네릭 약물과 브랜드 약물이 모두 포함됨).
- 분담 비용 **5 단계** - 특수 단계 약물(이 단계에는 제네릭 약물과 브랜드 약물이 모두 포함됨).
- 분담 비용 **6 단계** – 파트 D 백신(이 단계에는 브랜드 약물만 포함됨).

D1. 가입자의 약국 선택

약물에 대한 본인 부담금은 해당 약물을 다음 중 어디서 받는지에 따라 달라집니다.

- 네트워크 소매 약국 **또는**
- 네트워크 외 소매 약국. 저희는 제한된 상황에서만 외부 네트워크 약국에서 조제한 처방전을 보장해 드립니다. 이러한 상황에 해당하는 경우가 언제인지 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜의 우편 주문 약국.

이러한 선택 항목에 대해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서*의 **제 5 장** 및 저희 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.

D2. 약물의 장기 공급받기

몇몇 약물에 대해서 가입자께서는 처방전 조제 시 장기 공급량("연장 공급량"으로도 지칭됨)으로 받으실 수 있습니다. 장기 공급은 최대 100 일분까지 제공될 수 있습니다. 비용은 1 개월 공급분과 동일합니다.

약물의 장기 공급량을 받는 장소 및 방법에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장** 또는 당사 플랜의 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.

D3. 가입자 부담금

초기 보장 단계 중 가입자는 처방약을 받을 때마다 코페이를 지불할 수 있습니다. 보장된 약물의 비용이 코페이보다 낮으면 가입자는 더 낮은 금액을 지불합니다.

가입자 서비스에 연락하여 보장되는 약물에 대한 코페이가 얼마인지 알아보십시오.

보장되는 약물을 한 달 또는 장기 공급받는 경우 가입자의 비용 분담금:

	네트워크 소매 약국 또는 저희 플랜의 우편 주문 서비스	**네트워크 장기 치료 약국**	**외부 네트워크 약국** 보장 범위는 특정 사례로 제한됩니다. 자세한 정보는 **제 5 장**을 참조하십시오.
	1 달 또는 최대 100 일분	최대 31 일분	최대 30 일분.
분담 비용 **1 단계** - 선호되는 제네릭 약물	**$0~$5.80**, 추가 지원 단계에 따라 다름		
분담 비용 **2 단계** - 제네릭 약물	**$0~$5.80**, 추가 지원 단계에 따라 다름		
분담 비용 **3 단계** - 선호되는 브랜드 약물	**$0~$14.40**, 추가 지원 단계에 따라 다름		
분담 비용 **4 단계** - 비선호 약물	**$0~$14.40**, 추가 지원 단계에 따라 다름		
분담 비용 **5 단계** - 특수 단계 약물	**$0~$14.40**, 추가 지원 단계에 따라 다름		
분담 비용 **6 단계** - 파트 D 백신	**$0**(6 단계 약물은 우편 주문을 할 수 없음)		

어떤 약국이 약물을 장기 공급할 수 있는지에 대한 정보는 당사의 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하시기 바랍니다.

D4. 초기 보장 단계 종료

본인 부담금이 **$2,400** 에 도달하면 초기 보장 단계가 종료됩니다. 이 시점부터는 비상 보장 단계가 시작됩니다. 저희는 그때부터 연말까지 모든 약물 비용을 보장합니다.

가입자의 EOB 를 통해 가입자가 한 해 동안 약물 비용으로 지불한 금액을 추적할 수 있습니다. **$2,400** 한도에 도달하면 가입자에게 알립니다. 일 년 내에 도달하시는 분은 별로 없습니다.

E. 2 단계: 비상 보장 단계

약물의 본인 부담금 한도인 **$2,400** 에 도달하면 비상 보장 단계가 시작됩니다. 해당 역년이 종료될 때까지 비상 보장 단계가 유지됩니다. 이 단계에서 가입자는 파트 D 보장 약물에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

F. 의사가 월 전체 공급분보다 적은 약을 처방한 경우 가입자의 약물 비용

일반적으로, 가입자는 보장되는 약물의 월 전체 공급분에 대해 코페이를 지불합니다. 그러나 의사가 한 달치 공급분 미만으로 처방해줄 수도 있습니다.

- 가입자가 의사에게 약물을 한 달치 미만으로 처방해줄 것을 요청하고 싶은 경우가 있을 수 있습니다(예를 들어, 약물을 처음으로 복용하게 되는 경우).
- 의사가 동의할 경우 가입자는 특정 약물의 월 전체 공급분에 대한 비용을 부담하지 않게 됩니다.

한 달치 공급분 미만의 약물을 제공받는 경우 가입자가 부담하는 금액은 약물을 받은 일수를 기준으로 합니다. 저희는 가입자의 약물에 대해 하루당 본인 부담 비용을 계산하여("일일 비용 분담률") 가입자가 제공받은 약물 분량의 일수를 곱합니다.

- 예를 들어, 한 달치 약물 공급량(30 일분)에 대한 코페이는 $1.35 라고 가정해 보겠습니다. 이는 가입자가 약물에 대해 지불하는 금액이 하루당 $0.05 미만임을 의미합니다. 가입자가 7 일분의 약물을 받았다면 가입자가 부담할 금액은 하루당 $0.05 미만이며 7 일을 곱하여 총 $0.35 미만입니다.
- 일일 분담 비용 제도를 통해 가입자는 약물의 한 달치 공급분에 대한 비용을 부담하기 전에 그 효능을 확인할 수 있습니다.
- 가입자는 다음과 같은 목적으로 의료 서비스 제공자에게 월 전체 공급분 미만의 약물을 처방해 달라고 요청할 수도 있습니다.
    - 약물을 재조제할 시기를 더 잘 계획하기 위해
    - 가입자가 약국을 방문하는 횟수를 줄일 수 있도록 다른 약물과 재조제 시기를 조정하기 위해

G. 파트 D 백신의 가입자 부담금

백신에 대한 가입자 부담 금액에 관한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 Medicare 파트 B 에서 보장합니다. 기타 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주됩니다. 이러한 백신은 저희 *약물 목록*에 명시되어 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 Medicare 파트 D 백신을 가입자 비용 부담 없이 보장합니다. 특정 백신에 대한 상세한 보장 범위 및 분담 비용은 *약물 목록*을 참조하거나 가입자 서비스로 전화하시기 바랍니다.

파트 D 백신 보장은 다음 두 부분으로 구성되어 있습니다.

1. 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용에 대한 보장입니다.
2. 두 번째 부분은 **백신 투여** 비용에 대한 보장입니다. 예를 들어, 때때로 가입자는 의사의 접종으로 백신을 제공받을 수 있습니다.

G1. 백신을 맞기 전에 가입자가 알아야 할 내용

백신을 접종할 계획이라면 저희 가입자 서비스에 전화하실 것을 권장합니다.

- 저희 플랜이 백신을 어떻게 보장하는지 알려드릴 수 있습니다.
- 네트워크 약국 및 의료 서비스 제공자를 이용하여 가입자의 비용을 줄이는 방법을 알려드릴 수 있습니다.
- 네트워크 의료 서비스 제공자와 약국을 이용하실 수 없는 경우 저희가 부담하는 비용 분담금에 대해 저희에게서 비용 환급을 요청하기 위해 해야 할 일을 알려드릴 수 있습니다.

G2. Medicare 파트 D 가 보장하는 백신의 가입자 부담금

백신에 대해 가입자가 부담하는 금액은 백신의 종류(예방접종으로 예방하고자 하는 대상)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 약물이 아닌 의료 혜택으로 간주됩니다. 이들 백신은 가입자의 비용 부담 없이 보장됩니다. 이러한 백신 보장에 대해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 4 장**의 의료 보험 혜택표를 참조하십시오.
- 기타 백신은 Medicare 파트 D 약물로 간주됩니다. 저희 플랜의 *약물 목록*에서 이들 백신을 확인할 수 있습니다. 가입자는 Medicare 파트 D 백신에 대해 코페이를 지불해야 할 수도 있습니다. 만약 **예방접종 자문위원회(ACIP)**라는 기관에서 성인에게 백신을 권장하는 경우 가입자는 백신 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

가입자가 Medicare 파트 D 백신을 받을 수 있는 세 가지 일반적인 방법입니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 제공받고 접종을 받는 경우.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 가입자께서는 어떤 비용도 부담하시지 않습니다.
- 다른 파트 D 백신의 경우 가입자는 백신에 대해 코페이를 지불합니다.

2. 진료소에서 Medicare 파트 D 백신을 제공받고 의사에게 백신을 접종받는 경우.

- 가입자가 백신 접종에 대해 의사에게 코페이를 지불합니다.
- 저희 플랜은 예방접종에 드는 비용을 지불합니다.
- 이 상황에서는 의사 진료소에서 저희 플랜에 전화하여 가입자가 백신에 대한 코페이만 지불하면 된다는 점을 진료소가 알고 있는지 저희가 확인할 수 있도록 해야 합니다.

3. Medicare 파트 D 백신 의약품을 약국에서 제공받고 진료소에 가서 접종을 받는 경우.

   - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 가입자께서는 백신 자체에 대해 어떤 비용도 부담하시지 않습니다.
   - 다른 파트 D 백신의 경우 가입자는 백신에 대해 코페이를 지불합니다.
   - 저희 플랜은 예방접종에 드는 비용을 지불합니다.

제 7 장: 보장된 의료 서비스 또는 약물에 대해 수령한 청구서 중 당사 분담액의 지급 요청

소개

본 장에서는 지급 요청을 위해 저희에게 청구서를 보내는 방법과 시기에 대해 설명합니다. 또한 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하는 방법도 설명합니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 7 장 목차

A. 당사가 가입자의 서비스 또는 약물에 대한 비용을 지불하도록 요청 205

B. 당사에 지불 요청 보내기 208

C. 보장 결정 210

D. 이의제기 210

A. 당사가 가입자의 서비스 또는 약물에 대한 비용을 지불하도록 요청

당사 네트워크 의료 서비스 제공자는 귀하가 보장된 서비스와 약물을 받은 후에 해당 요금을 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자란 의료 보험과 협력하는 의료 서비스 제공자를 말합니다.

당사는 Kaiser Permanente 의료 서비스 제공자가 이러한 서비스나 약물에 대한 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 당사는 저희 의료 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급하고 가입자에게 어떠한 비용도 청구되지 않도록 합니다.

보건 의료 또는 약물의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우 청구서 금액을 지불하지 말고 저희에게 보내주시기 바랍니다. 당사로 청구서를 보내시려면 **B 절**을 참조하십시오.

- 저희가 서비스나 약물을 보장하는 경우 저희가 직접 의료 서비스 제공자에게 비용을 지급합니다.
- 저희가 서비스나 약물을 보장하고 가입자가 이미 비용 분담액보다 더 많은 금액을 지급했다면 가입자는 상환받을 권리가 있습니다.
    - 가입자가 Medicare 에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우 환급해 드립니다.
- 가입자가 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우 다음 조건을 모두 충족하면 환급(상환)을 받을 수 있습니다.
    - 가입자가 받은 서비스는 저희가 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 포함되지 않은 서비스에 대해서는 상환하지 않습니다.
    - 가입자가 자격을 갖춘 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자가 된 후 보장 서비스를 받았습니다.
    - 가입자가 보장 서비스를 받은 날로부터 1 년 이내에 환불을 요청하는 경우.
    - 의료 서비스 제공자로부터 받은 자세한 영수증처럼 보장 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제시한 경우.
    - 귀하는 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크의 Medi-Cal 에 등록된 의료 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니다. 가입자가 응급 치료, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal 이 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 사전 승인(사전 허가) 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스에 일반적으로 사전 승인(사전 허가)이 필요한 경우 가입자는 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 의료 서비스 제공자의 증거를 제시해야 합니다.
- Kaiser Permanente Dual Complete 는 조치 통지서라는 서신으로 가입자에게 상환 여부를 알려드릴 것입니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우 Medi-Cal 에 등록된 의료 서비스 제공자는 가입자가 지불한 모든 금액을 가입자에게 환급해야 합니다. 의료 서비스 제공자가 가입자에게 환급하는 것을 거부하는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 가입자가 지불한 전액을 환급해 드릴 것입니다. 청구 접수 후 영업일 기준 45 일 이내에 상환해 드립니다. 의료 서비스 제공자가 Medi-Cal 에 가입되어 있지만 저희 네트워크에 속하지 않고 가입자에게 환급을 거부하는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜은 최대 FFS Medi-Cal 이 지불할 금액까지만 환급해 드립니다. Kaiser Permanente Dual Complete 는 응급 서비스, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal 에서 사전 승인 없이 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공하도록

허용한 기타 서비스에 대한 본인 부담금 전액을 환급해 드립니다. 위의 조건 중 하나라도 충족하지 않으면 환급해 드리지 않습니다.

- 다음과 같은 경우 저희는 가입자에게 비용을 환급하지 않습니다.
  - 미용 서비스와 같이 Medi-Cal 이 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받은 경우.
  - 서비스가 Kaiser Permanente Dual Complete 의 보장 서비스가 아닌 경우.
  - 가입자가 Medi-Cal 을 받지 않는 의사를 방문했고 어쨌든 진찰을 받기를 원하며 서비스 비용은 가입자가 직접 지불한다는 내용의 양식에 서명한 경우.
- 저희가 서비스나 약물을 보장하지 않는 경우에는 가입자에게 알려드릴 것입니다.

질문이 있으시면 가입자 서비스에 문의하십시오. 어떤 비용을 지불해야 하는지 모르시는 경우나 청구서를 받았지만 어떻게 처리해야 할지 모르시는 경우에는 당사가 도와드리겠습니다. 또한 가입자는 이미 저희에게 보내주신 비용 지급 요청서에 관한 정보를 전화를 통해 저희에게 제공하실 수도 있습니다.

다음은 가입자가 저희에게 환급을 요청하거나 가입자가 받은 청구서의 지급을 요청할 수 있는 경우의 예입니다.

1. 가입자가 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 응급 의료 또는 긴급 의료 서비스를 받은 경우

의료 서비스 제공자에게 당사로 청구서를 보내달라고 요청하십시오.

- 가입자가 진료를 받을 때 전체 비용을 지불한 경우 비용 중 당사가 부담해야 할 분담금을 환급하도록 당사에게 요청하시기 바랍니다. 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.
- 가입자는 본인이 부담하지 않아도 된다고 생각되는 비용을 요청하는 청구서를 의료 서비스 제공자로부터 받을 수도 있습니다. 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.
  - 해당 의료 서비스 제공자가 지급을 받아야 한다면 저희가 직접 의료 서비스 제공자에게 지급할 것입니다.
  - 이미 Medicare 서비스에 대해 가입자의 비용 분담금보다 더 많이 지불하신 경우 저희는 가입자의 부담 비용을 파악한 후 저희가 부담해야 할 분담금의 금액을 환급해 드립니다.

2. 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 청구서를 보낸 경우

네트워크 의료 서비스 제공자는 항상 저희에게 청구서를 보내야 합니다. 서비스 또는 처방전을 수령할 때 가입자 신분증을 보여주는 것이 중요합니다. 다만, 간혹 네트워크 의료 서비스 제공자가 실수를 해 가입자에게 서비스 비용을 지불할 것을 요청하거나 분담 비용보다 더 많은 금액을 지불할 것을 요청하는 경우가 있습니다. **청구서를 받으신 경우** 이 페이지 하단의 전화번호를 통해 **가입자 서비스로 전화해 주십시오.**

- 플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 코페이를 지불합니다. 저희는 의료 서비스 제공자가 이 금액을 초과하여 가입자에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이는 서비스에 대해

의료 서비스 제공자가 청구한 금액보다 더 적은 금액을 저희가 해당 의료 서비스 제공자에게 지급하는 경우에도 마찬가지입니다. 저희가 일부 비용을 지급하지 않기로 결정하더라도 가입자는 여전히 비용을 부담하지 않습니다.

- 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 부담해야 할 금액보다 더 많은 금액의 청구서를 받을 때마다, 저희에게 해당 청구서를 보내주십시오. 저희가 해당 의료 서비스 제공자와 직접 문의하여 문제를 처리하겠습니다.
- 가입자가 Medicare 보장 서비스와 관련하여 네트워크 의료 서비스 제공자로부터 받은 청구 금액을 이미 지급했으나 너무 많은 금액을 지급했다고 생각되면 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 가입자가 지급한 금액과 당사 플랜에 따라 지급해야 하는 금액 간의 차액을 당사가 환급해 드리겠습니다.

3. 소급하여 당사 플랜에 가입한 경우

경우에 따라 플랜 가입이 소급 적용될 수 있습니다. (즉, 가입 첫날이 지났다는 의미입니다. 가입 첫날이 작년이었을 수도 있습니다.)

- 소급하여 가입했고 가입일 이후에 청구 비용을 지불한 경우 환급을 요청할 수 있습니다.
- 청구서와 지급 증명서를 저희에게 보내주시기 바랍니다.

4. 처방약을 받기 위해 외부 네트워크 약국을 이용하신 경우

가입자가 외부 네트워크 약국을 이용하는 경우 가입자가 처방약 비용 전액을 부담합니다.

- 몇 가지 경우에 한해서만 저희는 외부 네트워크 약국에서 조제된 처방약을 보장합니다. 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 환급 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다.
- 외부 네트워크 약국에 대해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.
- 가입자는 외부 네트워크 약국에서 구매한 약물의 비용과 네트워크 약국에서 구매하였을 때 당사가 보장할 비용의 차액을 부담해야 할 수도 있습니다.

5. 가입자가 가입자 신분증을 소지하지 않아 Medicare 파트 D 처방약 비용 전액을 부담하는 경우

가입자 신분증을 지참하지 않은 경우 약국에 저희에게 전화하거나 가입자의 플랜 가입 정보를 조회해 달라고 요청하실 수 있습니다.

- 그러나 약국에서 즉시 가입 정보를 입수할 수 없는 경우 가입자께서는 처방전의 총 비용을 직접 부담하거나 가입자 신분증을 지참하여 약국에 재방문하셔야 할 수도 있습니다.
- 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 대한 환급 요청을 하시려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다.
- 가입자가 지불한 현금 가격이 해당 처방약에 대해 저희가 협의한 가격보다 높은 경우 저희는 가입자가 지불한 비용 전액을 상환하지 않을 수 있습니다.

6. 보장되지 않는 약품에 대한 Medicare 파트 D 처방약 비용 전액을 부담하는 경우

해당 약물이 보장되지 않기 때문에 가입자가 처방약 비용 전액을 부담할 수 있습니다.

- 해당 약물이 저희 웹사이트의 *보장 약물 목록*(*약물 목록*)에 없거나 가입자가 모르거나 본인에게 해당하지 않는다고 생각하는 요건 또는 제한이 있을 수 있습니다. 해당 약물을 제공받기로 결정하는 경우 가입자는 해당 약물의 총 비용을 부담해야 할 수도 있습니다.
    - 해당 약물에 대한 비용을 가입자가 지불하지 않고 저희가 보장해야 한다고 생각하는 경우 가입자는 보장 결정을 요청할 수 있습니다(본 *가입자 안내서* **제 9 장** 참조).
    - 가입자와 의사 또는 기타 처방자가 가입자에게 해당 약품이 즉시(24 시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우 가입자는 신속 보장 결정을 요청할 수 있습니다(본 *가입자 안내서* **제 9 장** 참조).
- 환급 요청을 하려면 저희에게 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다. 경우에 따라 해당 약물 비용 중 당사가 부담해야 할 분담금을 환급하기 위해 가입자의 의사나 기타 처방자로부터 추가 정보를 받아야 할 수도 있습니다. 가입자가 지불한 가격이 해당 처방약에 대해 저희가 협의한 가격보다 높은 경우 저희는 가입자가 지불한 비용 전액을 환급하지 않을 수 있습니다.

가입자가 저희에게 지불 요청을 보내주시면 저희가 이를 검토하여 서비스 또는 약물의 보장 여부를 결정합니다. 이를 "보장 결정"이라고 합니다. 저희가 보장해야 한다고 결정하면 서비스나 약물 비용 중 저희 분담금을 부담합니다.

저희가 가입자의 지급 요청을 거부하는 경우 가입자는 저희 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의제기 방법은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

B. 당사에 지불 요청 보내기

가입자께서는 저희에게 서면 요청서를 보내어 환급을 요청하실 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보내시려면 청구서와 가입자가 Medicare 서비스와 관련하여 부담하신 모든 비용에 대한 증빙 서류를 저희에게 보내주시기 바랍니다. 기록을 위해 청구서와 영수증의 사본을 만들어 두는 것을 권장해 드립니다. **서비스를 받은 날짜로부터 12 개월(파트 C 의료 청구의 경우) 및 36 개월(파트 D 약물 청구의 경우) 이내에 청구를 제출하셔야 합니다.**

저희가 결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 제공하기 위해, 가입자께서는 청구 양식을 작성하여 지급 요청을 하실 수 있습니다. 해당 양식을 사용하지 않아도 되지만, 저희가 더 빨리 정보를 처리해 드릴 수 있습니다. 다음과 같은 방법으로 지불을 요청하는 청구를 제출하실 수 있습니다.

- kp.org 에서 전자 양식을 작성하여 제출하고 증빙 서류를 업로드하십시오.
- 저희 웹사이트(kp.org)에서 청구 양식의 사본을 다운로드하거나 본 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스에 전화하여 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오. 작성된 양식을 아래 나열된 청구 부서 주소로 우송하십시오.
- 양식을 받을 수 없는 경우 아래 나열된 청구 부서 주소로 다음 정보를 보내 지불 요청을 제출하실 수 있습니다.
    - 다음 정보가 포함된 진술:

- 이름(가입자/환자 이름) 및 의료/건강 기록 번호.
- 서비스를 받은 날짜.
- 서비스를 받은 장소.
- 서비스를 제공한 사람.
- 저희가 서비스 비용을 부담해야 한다고 생각하는 이유.
- 서명 및 서명 날짜. (가입자 본인이 아닌 다른 사람이 요청하기를 원하는 경우 "대리인 임명" 양식도 작성해야 함. 이 양식은 kp.org 에서 확인 가능)
- 청구서 사본, 이러한 서비스에 대한 의료 기록 및 서비스 비용을 지급한 경우 영수증.

청구서나 영수증과 함께 지급 요청서를 다음의 주소로 우송하여 주시기 바랍니다.

남부 플랜:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

북부 플랜:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

네트워크 의료 서비스 제공자가 처방하고 네트워크 약국에서 받은 파트 D 약물에 대한 지급을 요청하려면, 아래 주소로 보내십시오. 다른 모든 파트 D 요청의 경우 위 주소로 요청을 보내십시오.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

질문이 있으시면 가입자 서비스에 문의하십시오. 어떤 비용을 부담했어야 했는지 모르시는 경우 또는 청구서를 받았지만 어떻게 처리해야 하는지 모르시는 경우에는 저희가 도와드리겠습니다. 또한 가입자께서는 이미 저희에게 보내주신 비용 지급 요청서에 관한 추가 정보를 저희에게 전화를 통해 제공해주실 수도 있습니다.

C. 보장 결정

가입자의 지급 요청을 받으면 저희는 보장 결정을 내립니다. 즉, 플랜이 가입자의 서비스나 항목, 약물을 보장할지 결정합니다. 또한 가입자가 지불해야 할 금액(있는 경우)도 결정합니다.

- 가입자에 대한 추가 정보가 필요한 경우 알려드립니다.
- 저희 플랜이 해당 서비스, 품목 또는 약품을 보장한다고 결정되고 가입자가 이를 받기 위한 모든 규칙을 준수하였다면 그에 대한 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 지급해 드립니다. 가입자께서 만일 이미 해당 서비스나 약물에 대해 비용을 지불하신 경우 저희는 저희가 부담해야 할 비용 분담금에 해당하는 수표를 우편으로 보내드립니다. 가입자가 약물의 전체 비용을 지불한 경우 지불한 전체 금액을 상환받지 못할 수도 있습니다(예: 약물을 외부 네트워크 약국에서 수령하였거나 지불한 현금 금액이 당사의 협상된 금액보다 높은 경우). 가입자가 지불하지 않은 경우에는 저희가 해당 의료 서비스 제공자에게 직접 비용을 지급합니다.

본 *가입자 안내서* **제 3 장**에서는 보장 서비스를 받기 위한 규정에 대해 설명합니다.
본 *가입자 안내서* **제 5 장**에서는 보장되는 Medicare 파트 D 약물을 받기 위한 규정에 대해 설명합니다.

- 만약 저희가 서비스나 약품 비용 중 저희가 부담해야 할 분담금을 지급하지 않기로 결정한 경우에는 그 사유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 가입자의 권리도 설명되어 있습니다.
- 보장 결정에 관해 자세히 알아보려면 **제 9 장**을 참조하십시오.

D. 이의제기

저희가 비용 지급 요청을 거절한 것이 잘못되었다고 생각되면 가입자는 결정 변경을 요청할 수 있습니다. 이를 "이의제기"라고 합니다. 또한 저희가 지불하는 금액에 동의하지 못하는 경우 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다.

공식적인 이의제기 과정에는 세부 절차와 기한이 있습니다. 이의제기에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오**.**

- 의료 서비스에 대한 비용 상환과 관련하여 이의를 제기하려면 **F 절**을 참조하시기 바랍니다.
- 약품에 대한 비용 상환과 관련하여 이의를 제기하려면 **G 절**을 참조하시기 바랍니다.

제 8 장: 가입자의 권리와 책임

소개

본 장에서는 저희 플랜의 가입자로서의 귀하의 권리와 책임에 관해 설명합니다. 저희는 가입자의 권리를 존중해야 합니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 8 장 목차

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리 218

B. 가입자가 보장 서비스 및 약물을 적시에 이용하도록 하기 위한 당사의 책임 223

C. 가입자의 개인 건강 정보(PHI)를 보호하기 위한 당사의 책임 224

C1. 저희가 가입자의 PHI 를 보호하는 방법 224

C2. 본인의 의료 기록을 열람할 가입자의 권리 225

D. 가입자에게 정보를 제공할 당사의 책임 225

E. 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 직접 비용을 청구할 수 없음 226

F. 당사 플랜에서 탈퇴할 가입자의 권리 226

G. 본인의 보건 의료에 관한 가입자의 의사 결정 권리 226

G1. 자신의 치료 방안을 알고 결정할 가입자의 권리 227

G2. 가입자가 보건 의료 결정을 스스로 내릴 수 없는 경우 원하는 바를 말할 수 있는 가입자의 권리 227

G3. 가입자의 지시사항이 이행되지 않을 경우 대처 방법 228

H. 불만을 제기하고 당사의 결정에 대한 재고를 요청할 권리 228

H1. 부당한 대우에 대해 취할 조치 또는 가입자의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법 229

I. 플랜 가입자의 책임 229

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

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

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

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:

- طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
- الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
- تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួឆម៍ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួឆម៍ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និងក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖
  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។
- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料 CD 的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第 2 章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
  - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
  - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
  - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.
- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

  - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

  - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

  - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제 2 장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711 번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019 번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697 번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:
    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;
    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y
    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
    - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
    - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
    - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. 가입자가 보장 서비스 및 약물을 적시에 이용하도록 하기 위한 당사의 책임

귀하는 플랜 가입자로서 권리를 보유합니다.

- 가입자는 저희 네트워크에서 1 차 진료의(PCP)를 선택할 권리를 보유합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사와 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. PCP 역할을 할 수 있는 의료 서비스 제공자의 유형 및 PCP 선택 방법에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서*의 **제 3 장**에서 확인하실 수 있습니다.
    - 네트워크 의료 서비스 제공자 및 신규 환자를 진료하는 의사에 대해 자세히 알아보려면 가입자 서비스로 전화하거나 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록*을 참조하십시오.
- 또한 가입자께서는 본 *가입자 안내서* **제 3 장**에 설명되어 있는 기타 의료 서비스 제공자뿐만 아니라 여성 건강 전문의에게 진료 의뢰 없이 방문할 권리가 있습니다. 진료 의뢰는 가입자의 PCP 가 아닌 의료 서비스 제공자를 이용하도록 가입자의 PCP 가 승인하는 것을 말합니다.
- 가입자는 합리적인 기간 내에 네트워크 의료 서비스 제공자에게서 보장된 서비스를 받을 권리를 보유합니다.
    - 여기에는 적시에 전문의가 제공하는 진료 서비스를 받을 권리가 포함됩니다.
    - 합리적인 기간 내에 진료 서비스를 받을 수 없는 경우 저희는 네트워크 외 진료에 대한 비용을 지급해야 합니다.
- 가입자는 사전 승인(PA) 없이 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 진료를 받을 권리를 보유합니다.
- 가입자는 오래 기다리지 않고 저희 모든 네트워크 약국에서 처방약을 조제받을 권리를 보유합니다.
- 가입자는 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 언제 사용할 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 외 의료 서비스 제공자에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 3 장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜에 처음 가입 시, 가입자는 특정 조건이 충족되는 경우 현재 의료 서비스 제공자 및 서비스 권한을 최대 12 개월 동안 유지할 권리를 보유합니다. 의료 서비스 제공자 및 서비스 권한 유지에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 1 장**을 참조하십시오.
- 가입자는 진료팀 및 진료 코디네이터의 도움을 받아 자신의 건강관리에 대해 결정할 권한이 있습니다.

본 *가입자 안내서* **제 9 장**에서는 가입자가 합리적인 기간 내에 서비스 또는 약물을 받지 못하고 있다고 생각하는 경우 취할 수 있는 조치에 대해 설명합니다. 또한 저희가 가입자에 대한 서비스 또는 약품의 보장을 거부하였고 가입자가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다.

C. 가입자의 개인 건강 정보(PHI)를 보호하기 위한 당사의 책임

저희는 연방법 및 주법에서 요구하는 바에 따라 가입자의 PHI 를 보호합니다.

PHI 에는 가입자가 저희 플랜에 가입할 때 제공한 정보가 포함됩니다. 여기에는 가입자의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

가입자는 본인의 정보에 대한 권리를 보유하며 자신의 PHI 가 사용되는 방식을 통제할 권리를 보유합니다. 저희는 이러한 권리와 저희가 가입자의 PHI 프라이버시를 보호하는 방법에 대해 조언하는 서면 통지서를 보내드립니다. 이 통지를 "개인정보보호 실천 방안에 대한 통지"라고 합니다.

민감 서비스 제공에 동의하는 가입자는 민감 서비스를 제공받기 위해 다른 가입자의 승인을 얻거나 민감 서비스에 대한 청구를 제출할 필요가 없습니다. Kaiser Permanente 는 민감 서비스에 관한 통신을 가입자의 대체 지정된 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 보내거나, 지명자가 없는 경우 파일에 있는 주소 또는 전화번호로 가입자의 이름으로 전달합니다. Kaiser Permanente 는 치료를 받는 가입자의 서면 승인 없이 민감 서비스와 관련된 의료 정보를 다른 가입자에게 공개하지 않습니다. Kaiser Permanente 는 요청된 양식과 형식으로 쉽게 제공할 수 있는 경우 해당 양식과 형식으로, 또는 대체 위치에서 기밀 통신 요청을 수용합니다. 민감 서비스와 관련된 가입자의 기밀 통신 요청은 가입자가 해당 요청을 취소하거나 새로운 기밀 통신 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

기밀 통신 요청 양식을 작성하여 기밀 통신을 요청하실 수 있으며, 이 양식은 kp.org 에 있는 "Request for confidential communications forms(기밀 통신 양식 요청)"에서 이용하실 수 있습니다.

C1. 저희가 가입자의 PHI 를 보호하는 방법

저희는 권한 없는 사람이 가입자의 기록을 조회하거나 변경할 수 없도록 합니다.

아래에 명시된 경우를 제외하고, 저희는 가입자의 진료 서비스를 제공하거나 가입자의 진료 비용을 지불하지 않는 자에게 가입자의 PHI 를 제공하지 않습니다. 그럴 경우 저희는 먼저 가입자에게 서면 허가를 받아야 합니다. 가입자 또는 가입자를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한이 있는 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

저희가 먼저 가입자의 서면 허가를 받을 필요가 없는 경우가 있습니다. 이러한 예외는 법률상 허용되거나 요구되는 것입니다.

- 저희는 저희 플랜의 진료 품질을 점검하는 정부 기관에 PHI 를 공개해야 합니다.
- 당사는 법원이 명령하는 경우 PHI 를 공개할 수 있으나 이는 캘리포니아 법에 의해 허용되는 경우에 한합니다.
- 저희는 가입자의 Medicare 파트 D 약물에 대한 정보를 포함하여 가입자의 PHI 를 Medicare 에 제공해야 합니다. Medicare 가 가입자의 PHI 를 연구 또는 기타 용도를 위해 공개하는 경우 이는 연방법에 따라 이루어질 것입니다.

C2. 본인의 의료 기록을 열람할 가입자의 권리

- 가입자는 자신의 의료 기록을 열람하고 그 사본을 제공받을 권리를 보유합니다. 저희는 귀하의 의료 기록 사본을 작성하는 데 수수료를 청구할 수 있습니다.
- 가입자는 자신의 의료 기록을 업데이트하거나 정정하도록 저희에게 요청할 권리를 보유합니다. 가입자가 이러한 요청을 하는 경우 저희는 의료 진료 제공자와 함께 변경 여부를 결정할 것입니다.
- 가입자께서는 일상적인 목적이 아닌 기타의 목적으로 다른 주체에게 자신의 PHI 가 공유되었는지 여부와 공유 방법을 알 권리가 있습니다.

가입자의 PHI 프라이버시 보호에 관한 질문이나 우려 사항이 있는 경우 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

D. 가입자에게 정보를 제공할 당사의 책임

저희 플랜의 가입자로서 귀하는 저희로부터 저희 플랜, 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 가입자의 보장 서비스에 관한 정보를 제공받을 권리를 보유합니다.

영어에 익숙하지 않은 경우에 대비해 저희 플랜에 대한 질문에 답변해 드릴 통역 서비스가 제공됩니다. 통역 서비스를 받으시려면 가입자 서비스로 전화해 주십시오. 통역은 무료 서비스입니다. 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 묘족어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어로 제공되며, 가입자 서비스에 전화하여 이용할 수 있습니다. 또한 큰 활자, 점자, 오디오 파일 또는 데이터 파일 형식의 정보를 제공해 드릴 수 있습니다.

다음 사항에 대한 정보가 필요한 경우 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함한 저희 플랜 정보:
  - 재정 정보
  - 플랜 가입자의 저희에 대한 평가
  - 가입자가 제기한 이의제기 건수
  - 저희 플랜의 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 네트워크 약국 정보:
  - 1 차 진료의(PCP) 선택 또는 변경 방법
  - 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 및 약국의 적격성
  - 네트워크 내 의료 서비스 제공자에 대한 저희의 지불 방법

- 다음 사항을 포함한 보장 서비스 및 의약품:
  - 저희 플랜에서 보장하는 서비스(본 *가입자 안내서* **제 3 장 및 제 4 장** 참조) 및 약물(본 *가입자 안내서* **제 5 장 및 제 6 장** 참조)
  - 보장 범위 및 약품에 대한 제한
  - 보장된 진료 서비스 및 약품을 받기 위해 준수해야 할 규칙
- 보장되지 않는 이유 및 보장되지 않는 경우 당사에 다음과 같은 조치를 취하도록 요청하는 것을 비롯하여 가입자가 취할 수 있는 조치(본 *가입자 안내서* **제 9 장** 참조):
  - 보장되지 않는 사유의 서면 제출
  - 저희가 내린 결정의 변경
  - 가입자가 받은 청구서에 대한 지불

E. 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 직접 비용을 청구할 수 없음

저희 네트워크의 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자는 가입자로 하여금 보장 서비스 비용을 지불하게 할 수 없습니다. 또한 저희가 의료 서비스 제공자가 청구한 금액보다 적게 지급하는 경우에도 잔액을 청구하거나 가입자에게 청구할 수 없습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자가 가입자에게 보장 서비스에 대한 비용을 청구하려는 경우 취할 수 있는 조치는 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오.

F. 당사 플랜에서 탈퇴할 가입자의 권리

가입자는 원하는 경우 언제든지 저희 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.

- 가입자는 Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 대부분의 건강 관리 서비스를 받을 권리를 보유합니다.
- 가입자는 처방약 플랜이나 다른 MA 플랜에서 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 본 *가입자 안내서* **제 10 장**을 참조하십시오.
  - 가입자가 새로운 MA 또는 처방약 혜택 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보.
  - 가입자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우 Medi-Cal 혜택을 받을 수 있는 방법에 대한 정보.

G. 본인의 보건 의료에 관한 가입자의 의사 결정 권리

가입자는 의사 또는 다른 의료 진료 제공자가 제공하는 완전한 정보를 제공받아 자신의 보건 의료에 대해 결정할 권리를 보유합니다.

G1. 자신의 치료 방안을 알고 결정할 가입자의 권리

의료 서비스 제공자는 반드시 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 가입자의 질병과 치료 방안에 대해 설명해야 합니다. 귀하에게는 다음 권리가 있습니다.

- **본인의 선택을 알 권리.** 가입자는 모든 치료 옵션에 대해 설명을 받을 권리를 보유합니다.
- **위험에 대해 알 권리.** 가입자는 수반되는 모든 위험 사항에 대해 알 권리를 보유합니다. 의료 서비스 또는 치료가 연구 시험의 일환인 경우 저희는 반드시 가입자에게 사전 고지를 해야 합니다. 가입자는 시험적 치료를 거부할 권리를 보유합니다.
- **2 차 소견을 받을 권리.** 가입자는 치료에 대해 결정하기 전에 다른 의사를 활용할 권리를 보유합니다.
- **거절할 권리.** 가입자께서는 어떤 치료 방안도 거절할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 계속 입원할 것을 권유함에도 불구하고 병원이나 기타 의료 시설에서 퇴원할 권리가 포함됩니다. 가입자는 처방된 약의 복용을 중단할 권리를 보유합니다. 가입자가 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 저희는 가입자를 저희 플랜에서 제외하지 않을 것입니다. 그러나 가입자가 치료를 거부하거나 약물 복용을 중단하는 경우 가입자가 자신에게 발생하는 일에 대한 모든 책임을 지게 됩니다.
- **의료 서비스 제공자가 진료를 거부한 이유에 대한 설명을 저희에게 요청할 권리.** 의료 서비스 제공자가 가입자가 받아야 할 것으로 생각하는 진료를 거부한 경우 가입자는 이에 대한 설명을 저희에게 제공받을 권리를 보유합니다.
- **저희가 거부했거나 일반적으로 보장되지 않는 서비스 또는 약품에 대한 보장을 요청할 권리.** 이를 보장 결정이라고 합니다. **제 9 장(본** *가입자 안내서***)**에는 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

G2. 가입자가 보건 의료 결정을 스스로 내릴 수 없는 경우 원하는 바를 말할 수 있는 가입자의 권리

때때로 사람은 혼자서 보건 의료에 대한 결정을 내릴 수 없습니다. 이런 경우가 발생하기 전에 다음과 같은 조치를 할 수 있습니다.

- 스스로 의사 결정을 내릴 수 없는 경우 **다른 사람에게 가입자를 대신하여 보건 의료에 관한 결정을 내릴 수 있는 권리를 부여하는** 서면 양식을 작성합니다.
- 가입자가 원하지 않는 진료를 포함하여 가입자가 직접 의사 결정을 내릴 수 없게 되는 경우 가입자의 건강 관리를 처리하는 방법에 관한 **서면 지시를 의사에게 제공해 주십시오.**

가입자가 지시를 제공하는 데 사용하는 법적 문서를 "사전의료의향서"라고 합니다. 사전의료의향서에는 다양한 유형이 있으며 다양한 이름으로 불립니다. 그 예로는 의료 서비스에 대한 생전 유언장과 위임장이 있습니다.

가입자에게 사전의료의향서가 반드시 필요한 것은 아니지만 사용 가능합니다. 가입자가 사전의료의향서를 사용하려는 경우 취할 조치는 다음과 같습니다.

- **양식을 받으십시오.** 의사, 변호사, 사회복지사 또는 사무용품 판매점에서 해당 양식을 구하실 수 있습니다. 약국과 의료 서비스 제공자 진료실에 이 양식이 비치되어 있는 경우가 있습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다. 가입자 서비스에 연락하여 이 양식을 요청할 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사, 또는 가족이나 1 차 진료의(PCP)와 같이 믿을 수 있는 사람의 도움을 받아 양식을 작성하는 것이 좋습니다.
- **알아야 할 사람들에게 사본을 제공합니다.** 사본 한 부는 의사에게 제출합니다. 또한 가입자가 불가능한 경우 가입자를 대신하여 의사 결정을 할 수 있도록 가입자가 지명한 사람에게 사본 한 부를 제공해야 합니다. 또한 친한 친구나 가족에게 사본을 제공하실 수도 있습니다. 사본 한 부는 집에 보관하십시오.
- 가입자가 입원 중이고 사전의료의향서에 서명한 경우 **의향서 양식 사본 한 부를 병원에 제출하기**.
    - 병원 측에서는 가입자가 사전의료의향서 양식에 서명했는지 여부와 서명된 양식을 지참하고 있는지 여부를 물어볼 것입니다.
    - 서명된 사전의료의향서가 없는 경우 병원에는 해당 양식이 비치되어 있으며 병원 측에서는 이에 서명할 것인지 여부를 가입자에게 물어볼 것입니다.

귀하에게는 다음 권리가 있습니다.

- 사전의료의향서를 의료 기록에 포함시킬 권리.
- 사전의료의향서를 언제든지 변경하거나 취소할 권리.
- 사전의료의향서 관련 법률의 변경 사항에 대해 알아볼 권리. Kaiser Permanente Dual Complete 는 변경 후 90 일 이내에 주법 변경에 대해 고지할 것입니다.

법률에 따라 어느 누구도 가입자께서 사전의료의향서에 서명했는지 여부에 따라 가입자에 대한 진료를 거부하거나 차별해서는 안 됩니다. 자세한 내용을 알아보려면 가입자 서비스에 문의하십시오.

G3. 가입자의 지시사항이 이행되지 않을 경우 대처 방법

사전의료의향서에 서명을 했고 의사 또는 병원에서 사전의료의향서 내 지시사항을 따르지 않았다고 생각하는 경우 본 *가입자 안내서* **제 2 장 F 절**에 명시된 품질 개선 기관에 불만을 제기할 수 있습니다.

H. 불만을 제기하고 당사의 결정에 대한 재고를 요청할 권리

보장된 서비스나 진료에 관한 문제나 우려 사항이 있으신 경우 본 *가입자 안내서* **제 9 장**에서 어떤 조치를 취할 수 있는지 알려드립니다. 가입자는 예를 들어 저희가 보장 결정을 내리도록 요청하거나, 보장 결정 변경을 위해 이의를 제기하거나, 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

가입자는 다른 플랜 가입자가 저희에게 제기한 이의와 불만 사항에 관한 정보를 제공받을 권리를 보유합니다. 이에 대한 정보는 가입자 서비스에 문의하시기 바랍니다.

H1. 부당한 대우에 대해 취할 조치 또는 가입자의 권리에 대한 추가 정보를 얻는 방법

저희가 가입자를 부당하게 대우했다고 생각하시거나(본 *가입자 안내서* **제 11 장**에 명시된 사유에 따른 차별은 **제외**) 본인의 권리에 대해 자세히 알고 싶으면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- 가입자 서비스.
- 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP), 전화번호: 1-800-434-0222. HICAP 에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 2 장**, **E 절**을 참조하십시오.
- Medi-Cal 옴부즈맨: 1-888-452-8609. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 2 장**을 참조하십시오.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. (Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 를 방문하여 "Medicare 권리와 보호"를 읽거나 다운로드할 수 있습니다.)

I. 플랜 가입자의 책임

플랜 가입자로서 귀하는 아래 열거된 사항을 수행할 책임이 있습니다. 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 연락해 주십시오.

- **저희 플랜에서 보장하는 항목과 보장 서비스 및 약물을 받기 위해 따라야 할 규정은 본 *가입자 안내서***를 읽어보십시오. 자세한 내용은 다음과 같습니다.
  - 보장 서비스 - 본 *가입자 안내서* **제 3 장 및 제 4 장**을 참조하십시오. 해당 장에는 보장되는 항목, 보장되지 않는 항목, 준수해야 할 규칙 및 지불해야 할 비용에 대한 설명이 나와 있습니다.
  - 보장 약물 - 본 *가입자 안내서* **제 5 장 및 제 6 장**을 참조하십시오.
- **받고 있는 다른 건강 또는 약물 보장에 대해 알려주십시오**. 저희는 귀하가 의료 서비스를 받을 때 모든 보장 옵션을 사용하도록 해야 합니다. 다른 보장이 있는 경우 가입자 서비스에 전화하십시오.
- **저희 플랜에 가입했다는 것을 의사와 기타 의료 진료 제공자에게 알려주십시오.** 서비스나 약물을 받을 때 가입자 신분증을 제시하십시오.
- **의사 및 기타 의료 진료 제공자가 최상의 치료를 제공할 수 있도록 협조해 주십시오**.
  - 가입자 본인과 가입자의 건강에 대해 필요한 정보를 제공하십시오. 가입자 본인의 건강 문제에 대해 최대한 많이 배우십시오. 가입자와 의료 서비스 제공자가 함께 동의한 치료 계획과 지침을 따라주십시오.

- 귀하가 복용하는 모든 약물에 대해 의사와 기타 의료 서비스 제공자에게 알리십시오. 여기에는 약물, 일반의약품, 비타민 및 보충제가 포함됩니다.

- 궁금한 점이 있으면 물어보십시오. 의사와 기타 의료 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 문의를 하셨으나 받은 답변 내용이 이해가 가지 않는 경우 다시 문의하여 주십시오.

- **연례 건강 위험 부담 사정 완료를 비롯하여 진료 코디네이터**와 협력하십시오.
- **배려해 주십시오.** 당사는 모든 플랜 가입자가 다른 사람의 권리를 존중하기를 기대합니다. 또한 저희는 가입자가 진료소, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자 진료소에서 정중하게 행동하기를 기대합니다.
- **부담 금액을 납부해 주십시오.** 저희 플랜의 가입자는 다음과 같은 비용을 납부하실 책임을 집니다.

  - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자에 대해 Medi-Cal 은 Medicare 파트 A 보험료와 Medicare 파트 B 보험료를 부담합니다.

  - 저희 플랜이 보장해 드리는 약물 중 일부의 경우 가입자는 반드시 해당 약물을 받을 때 자기 분담금을 납부하셔야 합니다. **제 6 장**에서는 약물에 대해 가입자가 부담해야 하는 비용을 안내합니다.

  - 저희 **플랜에서 보장하지 않는 서비스나 약물을 받는 경우 가입자는 비용 전액을 지불해야 합니다. (참고:** 서비스 또는 약물을 보장하지 않는다는 저희의 결정에 동의하지 않으시는 경우 가입자께서는 이의제기를 할 수 있습니다. 이의제기 방법은 **제 9 장**을 참조하십시오.)

- **이사하시는 경우 저희에게 알려주십시오.** 이사를 계획 중이면 바로 말씀해 주십시오. 가입자 서비스로 전화해 주십시오.

  - **서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 당사 플랜 자격을 유지할 수 없습니다.** 당사 서비스 지역에 거주하는 사람들만 이 플랜에 가입할 수 있습니다. 본 *가입자 안내서* **제 1 장**에서는 당사의 서비스 지역을 안내합니다.

  - 가입자가 당사의 서비스 지역 외부로 이사하는지 알 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 특별 가입 기간에는 새로 이사한 곳에서 Original Medicare 로 전환하거나 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다. 이사한 지역에서 저희 플랜에 가입할 수 있는지 여부를 확인해 드릴 수 있습니다.

  - 이사하는 경우 Medicare 와 Medi-Cal 에 새 주소를 알려주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 본 *가입자 안내서* **제 2 장**을 참조하십시오.

- **이사를 하고 당사 서비스 지역에 머무르는 경우에도 저희에게 알려야 합니다.** 당사는 가입자의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 가입자에게 연락할 수 있는 방법을 알고 있어야 합니다.
- **이사를 하게 되면 사회보장국(또는 Railroad Retirement Board)에 알려주셔야 합니다.**

- **전화번호가 바뀌었거나** 가입자에게 연락할 수 있는 더 나은 방법이 있는 경우 알려주십시오.
- **문의 사항이나 우려 사항이 있으신 경우 저희 가입자 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.**

제 9 장. 문제나 불만 사항(보장 결정, 이의제기, 불만 사항)이 있을 경우 가입자가 취할 조치

소개

이 장에는 가입자의 권리에 대한 정보가 나와 있습니다. 다음과 같은 경우 해야 할 일을 알아보려면 이 장을 읽어보십시오.

- 플랜에 문제가 있거나 불만이 있는 경우.
- 플랜에서 보장하지 않는 서비스, 품목 또는 약물 치료가 필요한 경우.
- 가입자가 치료에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우.
- 보장 서비스가 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우
- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF) 서비스를 포함한 장기 서비스 및 지원에 문제 또는 불만 사항이 있는 경우.

이 장은 필요한 내용을 쉽게 찾을 수 있도록 여러 절로 구성되어 있습니다. **문제나 우려 사항이 있는 경우 본 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분만 읽으시면 됩니다.**

가입자는 진료 계획의 일부로 가입자의 치료에 필요하다고 의사 및 기타 의료 서비스 제공자가 결정하는 의료, 약물, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **치료에 문제가 있는 경우 Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077 번으로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.** 이 장에서는 다양한 문제 및 불만 사항에 대해 귀하가 선택할 수 있는 다양한 옵션에 대해 설명하지만 언제든지 옴부즈맨 프로그램에 전화하여 문제를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 우려사항 해소를 위한 추가 리소스와 이러한 리소스에 연락하는 방법은 본 *가입자 안내서* **제 2 장**을 참조하십시오.

제 9 장 목차

A. 문제나 우려 사항이 있는 경우 취할 조치 235

A1. 법률 용어 소개 235

B. 도움을 받을 수 있는 위치 235

B1. 추가 정보 및 도움말 235

C. 당사 플랜에서 Medicare 및 Medi-Cal 불만제기 및 이의제기 절차 이해 237

D. 혜택 관련 문제 237

E. 보장 결정 및 이의제기 237

E1. 보장 결정 237

E2. 이의제기 238

E3. 보장 결정 및 이의제기 관련 도움말 238

E4. 도움이 될 수 있는 본 장의 절 239

F. 의료 진료 239

F1. 본 절의 사용 240

F2. 보장 결정 요청 241

F3. 1 단계 이의제기 243

F4. 2 단계 이의제기 246

F5. 지급 관련 문제 252

G. Medicare 파트 D 약물 253

G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의제기 253

G2. Medicare 파트 D 예외 요청 255

G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요 사항 256

G4. 예외 요청을 포함하여 보장 결정 요청 257

G5. 1 단계 이의제기 259

G6. 2 단계 이의제기 261

H. 장기 입원 보장 요청 262

H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기 263

H2. 1 단계 이의제기 264

H3. 2 단계 이의제기 266

I. 정 의료 서비스의 보장 지속 요청 266

I1. 보장 종료 사전 고지 267

I2. 1 단계 이의제기 267

I3. 2 단계 이의제기 269

J. 2 단계 이상 이의제기로 진행하기 269

J1. Medicare 서비스 및 품목의 다음 단계 269

J2. 추가 Medi-Cal 이의제기 271

J3. Medicare 파트 D 약물 요청에 대한 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기 271

K. 불만제기 방법 272

K1. 불만을 제기해야 하는 문제의 종류 272

K2. 내부 불만 274

K3. 외부 불만 275

A. 문제나 우려 사항이 있는 경우 취할 조치

이 장에서는 문제와 우려 사항을 처리하는 방법을 설명합니다. 문제 유형에 따라 다른 프로세스를 사용합니다. **보장 결정 및 이의제기**를 위한 절차와 **불만제기**(고충이라고도 함)를 위한 또 다른 절차를 각각 사용하십시오.

공정성과 신속성을 담보하기 위해 각 절차에는 가입자와 저희가 둘 다 준수해야 하는 규정, 절차, 마감일자가 설정되어 있습니다.

A1. 법률 용어 소개

이 장에는 일부 규정 및 마감일자에 대한 법률 용어가 나와 있습니다. 이러한 용어 중 상당수는 이해하기 어려울 수 있으므로 저희는 가능한 경우 특정 법률 용어 대신 더 이해하기 쉬운 용어를 사용합니다. 당사는 가급적 약어를 적게 사용합니다.

예를 들어 저희는 다음과 같이 말할 수 있습니다.

- "고충 접수"가 아닌 "불만제기"
- "기관 판결", "혜택 판결", "위험에 대한 판결" 또는 "보장 판결" 대신 "보장 결정"
- "신속 판결" 대신 "신속 보장 결정"
- "독립 심사체"(IRE) 대신 "독립의료심사기구"(IRO)

적절한 법률 용어를 알면 더 명확하게 의사소통하는 데 도움이 될 수 있으므로 법률 용어도 제공합니다.

B. 도움을 받을 수 있는 위치

B1. 추가 정보 및 도움말

경우에 따라 문제 해결을 위한 과정 시작이나 과정을 따라가기가 어려울 때가 있습니다. 몸이 좋지 않거나 기력이 부족한 경우 특히 그러하실 것입니다. 때로는 다음 단계를 밟기 위한 관련 지식이 없을 수도 있습니다.

당사 플랜의 지원

1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 당사 플랜에 전화하여 문제를 처리하는 데 도움을 받거나 질문에 대한 답변을 들으실 수 있습니다.

의료 보험 상담 및 옹호 프로그램의 지원

의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP) 1-800-434-0222 번으로 전화를 걸 수 있습니다. https://www.aging.ca.gov/HICAP/에서 HICAP 웹사이트를 살펴볼 수도 있습니다. HICAP 상담원은 가입자가 궁금해하는 점에 대해 답변하고 문제를 처리하기 위해 해야 할 일을 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. HICAP 는 저희 또는 다른 보험회사 또는 의료 보험과 연계되어 있지 않습니다. 모든 카운티에는 HICAP 의 훈련된 상담원이 배치되어 있으며 서비스는 무료입니다.

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램의 지원

Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 전화하여 가입자의 건강 보장 질문에 대해 대변자와 상담할 수 있습니다. 그들은 무료 법률 지원을 제공할 수도 있습니다. 옴부즈맨 프로그램은 저희를 비롯하여 어떤 보험사나 의료 보험과도 연계되어 있지 않습니다. 전화번호는 1-855-501-3077 번이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org 입니다.

Medicare 의 지원 및 정보

추가 정보 및 지원을 받으려면 Medicare 에 연락할 수 있습니다. Medicare 로부터 지원을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

캘리포니아 보건 의료 서비스부의 지원

캘리포니아 보건 의료 서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 진료 옴부즈맨이 도움이 될 수 있습니다. 이들은 의료 보험 가입, 변경 또는 탈퇴와 관련하여 문제가 있는 경우 도움을 드릴 수 있습니다. 또한, 가입자가 이사를 한 후 자신의 Medi-Cal 을 이주한 새 카운티로 이전하는 데 문제가 발생한 경우에도 도와드릴 수 있습니다. 옴부즈맨에게는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 1-888-452-8609 번으로 연락하실 수 있습니다.

캘리포니아 보건 관리부의 지원

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 연락해 무료 지원을 받을 수 있습니다. DMHC 는 의료 보험을 감독할 책임이 있습니다. DMHC 는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의를 제기하는 이들을 지원합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219** 입니다. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TDD 무료 전화인 1-877-**688**-9891 **번으로 전화하실 수 있습니다**. DMHC 웹사이트(**www.dmhc.ca.gov**)를 방문할 수도 있습니다.

캘리포니아 보건 관리부는 의료 서비스 플랜을 규제하는 기관입니다. 귀하의 의료 보험사에 대한 고충이 있으면 이 부서에 연락하기 전에 먼저 귀하의 의료 보험에 **1-800-443-0815 (TTY 711)번**으로 전화하여 의료 보험사의 고충 접수 절차를 이용하셔야 합니다. 이 고충 사항 처리 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용할 수 있는 잠재적인 법적 권리나 해결책을 이용할 수 없는 것은 아닙니다. 응급 상황과 관련한 불만, 귀하의 의료 보험사가 만족스럽게 해결하지 못한 불만, 30 일 이상의 기간 동안 해결되지 않은 채 남아 있는 불만에 대해 도움이 필요하시면, 이 부서에 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 독립 의료 심사(IMR)를 받을 자격이 될 수도 있습니다. 만약 귀하가 IMR 을 받을 자격이 되면, IMR 과정은 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 검사적 성격의 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지불에 관한 분쟁과 관련하여 의료 보험이 내린 의료적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 보건 관리부에도 **수신자 부담 전화번호(1-888-466-2219)**가 마련되어 있습니다. 청각 및 언어 장애가 있는 분은 **TDD 전화(1-877-688-9891)**로 전화하십시오. 보건 관리부 인터넷 웹사이트 **www.dmhc.ca.gov** 에 불만제기 양식, IMR 신청서 및 설명서가 온라인으로 제공되어 있습니다.

C. 당사 플랜에서 Medicare 및 Medi-Cal 불만제기 및 이의제기 절차 이해

Medicare 및 Medi-Cal 에 가입되어 있습니다. 이 장의 정보는 가입자가 받는 Medicare 및 Medi-Cal 관리 진료 혜택 전체에 적용됩니다. Medicare 와 Medi-Cal 프로세스를 결합하거나 통합하기 때문에 이를 "통합 프로세스"라고도 합니다.

Medicare 와 Medi-Cal 프로세스를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이러한 상황에서 가입자는 Medicare 혜택에 하나의 프로세스를 사용하고 Medi-Cal 혜택에 대해 다른 프로세스를 사용합니다. **F4 절**에서는 이러한 상황에 대해 설명합니다.

D. 혜택 관련 문제

문제나 우려 사항이 있는 경우 본 장에서 가입자의 상황에 해당하는 부분만 읽으시면 됩니다. 다음 차트는 이 장에서 문제 또는 불만 사항에 해당하는 올바른 절을 찾는 데 도움이 됩니다.

<table>
<tr><td colspan="2">문제나 우려 사항이 보험 혜택이나 보장과 관련된 것입니까?

여기에는 특정 의료 진료(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 약물)가 보장되는지에 대한 문제, 이들에 대한 보장 방법과 의료 진료 비용 납부에 관련된 문제가 포함됩니다.</td></tr>
<tr><td>예.
제 문제는 보험 혜택 또는 보장과 관련된 것입니다.

E 절 "보장 결정 및 이의제기"를 참조하십시오.</td><td>아니요.
제 문제는 보험 혜택 또는 보장과 관련된 것이 아닙니다.

K 절, "불만제기 방법"을 참조하십시오.</td></tr>
</table>

E. 보장 결정 및 이의제기

보장 결정을 요청하고 의료 진료(서비스, 품목 및 파트 B 약물, 지불 포함)의 혜택 및 보장 문제에 대한 이의제기를 요청하는 절차입니다. 간단한 설명을 위해 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare 파트 B 약물을 의료 진료라 칭합니다. 가입자께서는 보장 여부 및 보장 방식과 같은 문제에 대해 보장 결정 및 이의제기 절차를 이용합니다.

E1. 보장 결정

보장 결정이란 가입자의 혜택과 보장 또는 가입자의 의료 서비스나 약물에 대해 저희가 지급하는 금액에 대한 저희의 결정을 의미합니다. 가입자 또는 담당 의사가 저희에게 연락하여 보장 결정을 요청할 수도 있습니다. 가입자 또는 가입자의 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 가입자가 필요하다고 생각하는 의료 진료의 제공을 당사가 거부할 수 있는지 여부를 잘 모를 수 있습니다. **의료 서비스를 받기 전 보장 여부를 알고 싶으신 경우 가입자에 대한 보장 결정을 저희에게 요청하실 수 있습니다.**

당사는 서비스 요청이나 청구를 검토할 때 보장 결정을 내립니다. 일부의 경우 가입자에 대해 어떤 서비스나 약물은 보장되지 않는다거나 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 더 이상 보장하지 않는다고 결정을 내릴 수도 있습니다. 가입자께서 이 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하실 수 있습니다.

E2. 이의제기

저희가 보장 결정을 내렸으나 가입자께서 이에 만족하지 않으시는 경우 가입자께서는 해당 결정에 대해 "이의를 제기"할 수 있습니다. 이의제기란 저희가 내린 보장 결정을 심사 및 변경하도록 요청하는 공식적인 수단입니다.

결정 사안에 대해 이의제기를 처음 하시는 경우 이를 1 단계 이의제기라고 합니다. 이의제기 시 당사는 모든 규칙을 제대로 따랐는지 확인하기 위해 저희가 내린 보장 결정을 검토합니다. 맨 처음 불리한 결정을 내린 심사위원과 다른 심사위원이 가입자의 이의제기를 처리합니다.

대부분의 경우 1 단계에서 이의제기를 시작해야 합니다. 가입자의 건강 문제가 긴급하거나 가입자 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우 또는 통증이 심해 신속한 결정이 필요한 경우 www.dmhc.ca.gov 에서 보건 관리부의 IMR 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 자세한 정보는 **F4 절**을 참조하십시오.

저희가 심사를 완료하면 해당 결정 내용을 가입자께 전해 드립니다. 이 장의 뒷부분에서 설명하는 특정한 상황에서 가입자는 신속 처리 또는 "신속 보장 결정"이나 보장 결정에 대한 "신속 이의제기"를 요청할 수 있습니다.

당사가 가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 **거부**하면 가입자에게 서신을 보내드립니다. 가입자의 문제가 Medicare 의료 진료의 보장에 관한 내용인 경우 서신으로 2 단계 이의제기를 위해 가입자의 사례를 독립의료심사기구(IRO)에 보냈다는 사실을 알려드립니다. 가입자의 문제가 Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 2 단계 이의제기를 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다. 2 단계 이의제기에 관한 더 자세한 정보는 **F4 절**을 참조하십시오.

2 단계 이의제기의 결정에 만족하지 않으면 추가 이의제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다.

E3. 보장 결정 및 이의제기 관련 도움말

다음 중 한 곳에서 도움을 요청할 수 있습니다.

- **페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스**에 전화하십시오.
- **Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램: 1-855-501-3077.**
- **의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP),** 전화번호: 1-800-434-0222.
- **보건 관리부(DMHC)의 지원 센터**에서는 무료로 지원을 받을 수 있습니다. DMHC 는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대해 이의를 제기하는 이들을 지원합니다. 전화번호는 1-888-466-2219 입니다. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TDD 무료 전화인 1-877-688-9891 번으로 전화하실 수 있습니다. DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문할 수도 있습니다. DMHC 는 Managed Medi-Cal 플랜 가입자에게 도움을 줄 수 있지만 Medicare 플랜에만 가입한 사람과 Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health 및 CalOptima 카운티 조직 건강 시스템(COHS)에 등록된 사람에게는 도움을 줄 수 없습니다. 연방 정부는 Medicare 플랜을 규제하고, 보건 의료 서비스부는 COHS 플랜을 규제합니다.

- **가입자의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자**. 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 이의제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족**. 가입자가 보장 결정 요청이나 이의제기 신청을 하기 위해 "대리인"으로 활동할 사람을 지명할 수 있습니다.
- **변호사**. 가입자는 변호사를 선임할 권리가 있지만 보장 결정 또는 이의제기를 요청하기 위해 **변호사를 선임할 필요는 없습니다**.
    - 가입자는 선임한 변호사에게 전화하거나 거주 지역의 변호사 협회 또는 기타 변호사 의뢰 서비스에서 변호사를 추천받을 수 있습니다. 자격이 있는 경우 일부 법률 그룹에서는 가입자에게 무료 법률 서비스를 제공합니다.
    - Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에 1-855-501-3077 번으로 연락하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.

변호사나 다른 사람이 가입자의 대리인 역할을 하도록 하려면 대리인 지정 양식을 작성하십시오. 이 양식은 다른 사람에게 가입자를 대신할 수 있는 권한을 부여합니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하여 "대리인 지정" 양식을 요청하십시오. 해당 양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 를 방문하여 얻을 수 있습니다. **가입자는 서명한 양식 사본을 제출해야 합니다.**

E4. 도움이 될 수 있는 본 장의 절

보장 결정 및 이의제기와 관련하여 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감일자가 다릅니다. 이 장의 별도 절에서 각 상황에 대한 세부 정보를 제공합니다. 다음 중 해당하는 절을 참조하십시오.

- **F 절**, "의료 진료"
- **G 절**, "Medicare 파트 D 약물"
- **H 절**, "장기 입원 보장 요청"
- **I 절**, "특정 의료 서비스의 보장 지속 요청(이 절은 가정간호 서비스, 전문 간호 시설 진료, 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 적용됨)"

어떤 절을 참조해야 할지 잘 모르면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 가입자는 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램과 같은 정부 기관이 제공하는 지원이나 정보를 받을 수 있습니다(이 프로그램의 전화번호는 본 *가입자 안내서* **제 2 장, C 절**에 수록되어 있음).

F. 의료 진료

본 절에서는 의료 진료에 대한 보장을 받는 데 문제가 있거나 가입자의 진료 비용 중 저희의 분담금을 환급해 드리기를 원하는 경우 어떻게 해야 하는지 알려드립니다. 장기 입원 요청에 대한 자세한 내용은 **H 절**을 참조하십시오.

이 절은 본 *가입자 안내서* **제 4 장**의 의료 보험 혜택표에서 설명하는 의료 진료 혜택에 관한 내용입니다. 일부 경우 Medicare 파트 B 약물에는 다른 규칙이 적용될 수 있습니다. 이러한 경우 저희는 Medicare 파트 B 약물에 대한 규정이 의료 서비스 및 품목에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명합니다.

F1. 본 절의 사용

본 절에서는 다음 상황 중 하나가 발생한 경우 가입자가 해야 할 일에 대해 설명합니다.

1. 가입자는 당사가 가입자에게 필요한 의료 진료를 보장한다고 생각하지만 해당 서비스를 받지 못하고 있는 경우

   취해야 할 조치: 가입자가 저희에게 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. **F2 절을 참조하십시오.**

2. 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 진료 제공자가 가입자에게 제공하기를 원하고 가입자가 당사가 승인해야 한다고 생각하는 의료 진료를 당사가 승인하지 않은 경우

   취해야 할 조치: 가입자가 저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. **F3 절을 참조하십시오**.

3. 가입자가 보장된다고 생각하는 의료 진료를 받았지만 당사에서 해당 비용을 부담하지 않는 경우.

   취해야 할 조치: 가입자가 저희의 지급 불가 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. **F5 절을 참조하십시오**.

4. 가입자가 보장된다고 생각한 의료 진료를 받고 비용을 지불했으며, 당사가 해당 비용을 환급하기를 원하는 경우.

   취해야 할 조치: 가입자가 저희에게 환급을 요청하실 수 있습니다. **F5 절을 참조하십시오**.

5. 당사가 특정 의료 진료에 대한 가입자의 보장을 축소하거나 중단했고, 가입자가 해당 결정이 자신의 건강을 해칠 수 있다고 생각하는 경우.

   취해야 할 조치: 가입자가 의료 진료를 줄이거나 중단하기로 한 당사의 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. **F4 절을 참조하십시오.**

   - 보장 범위가 병원 치료, 가정간호 서비스, 전문 간호 시설 진료 또는 CORF 서비스인 경우 특별 규칙이 적용됩니다. 자세히 알아보려면 **H 절** 또는 **I 절**을 참조하십시오.
   - 특정 의료 진료에 대한 보장을 축소 또는 중단하는 것과 관련된 기타 모든 상황의 경우 본 절(**F 절**)을 안내서로 사용하십시오.

6. 치료가 지연되거나 의사를 찾을 수 없습니다.

   취해야 할 조치: 가입자가 불만을 제기하실 수 있습니다. **K2 절을 참조하십시오.**

F2. 보장 결정 요청

> 보장 판결이 가입자의 의료 진료와 관련된 경우 이를 **통합된 기관 판결**이라고 합니다.

가입자, 담당 의사 또는 가입자의 대리인은 다음을 통해 보장 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: 1-800-443-0815 (TTY 711), 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시. 귀하의 보장 결정, 이의제기 또는 불만제기 요청이 신속 결정 자격을 갖춘 경우 주 7 일 오전 8 시 30 분~오후 5 시 1-888-987-7247 번으로 긴급 심사 부서에 전화하십시오.
- 팩스: 1-888-987-2252.
- 우편:
    - 표준 보장 결정 또는 불만제기는 지역 가입자 서비스 사무실로 서신을 보내십시오(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조).
    - 표준 이의제기는 당사가 보내드린 거부 통지서에 기재된 주소로 서신을 보내십시오. 가입자의 보장 결정, 이의제기 또는 불만제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다.

      Kaiser Permanente
      Expedited Review Unit
      P.O. Box 1809
      Pleasanton, CA 94566

표준 보장 결정

저희가 내린 결정을 전해 드릴 때, "신속" 마감일자를 사용하기로 동의하지 않은 한 "표준" 마감일자를 사용합니다. 표준 보장 결정이란 당사가 귀하에게 다음 기간 내에 답변을 제공하는 것을 의미합니다.

- **사전 승인 규정이 적용되는 의료 서비스나 품목에 대한 요청을 접수한 후 5 영업일**.
- **모든 기타 의료 서비스 또는 품목**에 대한 가입자의 요청 접수 후 **영업일 기준 5 일 및 역일 기준 14 일 이내**.
- **Medicare 파트 B 약물에 대한 가입자 요청 접수 후 72 시간**.

의료 품목 또는 서비스의 경우 저희가 추가 시간을 요청하거나 (네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공한 의료 기록과 같이) 가입자께 이익이 되는 정보가 필요한 경우 역일 기준 최장 14 일을 더 사용할 수 있습니다. 결정을 내리기 위해 추가 시간이 소요되는 경우 가입자께 서면으로 알려드리도록 하겠습니다. **Medicare 파트 B 약물에 대한 요청인 경우 시간을 더 소요할 수 없습니다.**

시간이 더 소요되면 **안 된다고** 생각하시는 경우 가입자께서는 저희가 추가 시간을 사용하기로 한 결정에 관한 "신속 불만제기"를 요청하실 수 있습니다. 신속 불만제기를 요청하는 경우 24 시간 이내에 불만제기에 대한 답변을 드리겠습니다. 불만제기 절차는 보장 결정 및 이의제기 절차와는 다릅니다. 신속 불만제기를 포함한 불만제기에 관한 자세한 정보는 **K 절**을 참조하십시오.

신속 보장 결정

> **신속 보장 결정의 법률 용어**는 **신속 판결입니다.**

가입자가 당사에 의료 진료에 대해 신속한 응답이 필요한 보장 결정을 요청할 때는 "신속 보장 결정"을 요청해 주십시오. 신속 보장 결정은 저희가 다음 시간 이내에 가입자에게 답변을 드린다는 의미입니다.

- **72 시간(의료 서비스 또는 품목에 대한 가입자 요청 접수 이후).**
- **24 시간(Medicare 파트 B 약물**에 대한 가입자 요청 접수 이후).

의료 품목 또는 서비스의 경우 가입자께 이익이 되는 정보(예: 네트워크 외 의료 서비스 제공자가 제공한 의료 기록)가 누락된 것을 발견하거나 심사할 정보를 얻기 위해 시간이 더 필요하면 저희는 역일 기준 최장 14 일을 더 사용할 수 있습니다. 결정을 내리기 위해 추가 시간이 소요되는 경우 가입자께 서면으로 알려드리도록 하겠습니다. **Medicare 파트 B 약물에 대한 요청인 경우 추가 시간이 소요될 수 없습니다.**

보장 결정에 시간이 더 소요되면 **안 된다고** 생각하시는 경우 가입자께서는 저희가 추가 시간을 사용하기로 한 결정에 관한 "신속 불만제기"를 요청하실 수 있습니다. 신속 불만제기를 포함한 불만제기에 관한 자세한 정보는 **K 절**을 참조하십시오. 결정을 내리는 대로 가입자께 연락을 드리도록 하겠습니다.

신속 보장 결정을 받기 위해서 가입자께서는 다음 두 가지 요건을 충족하셔야 합니다.

- 의료 품목 및/또는 서비스에 대한 보장을 요청하고 있으나, 해당 품목이나 서비스를 받은 적이 **없으며,** 가입자는 이미 받은 품목 또는 서비스에 대한 지급에 대해서는 신속 보장 결정을 요청할 수 없습니다.
- 표준 마감일자를 적용할 경우 **가입자의 건강에 심각한 해를 끼치거나** 기능에 손상을 입힐 수 있습니다.

가입자의 담당 의사가 귀하의 건강상 필요하다고 말한 경우 저희는 신속 보장 결정을 자동으로 제공합니다. 의사의 지원 없이 요청하시는 경우 신속 보장 결정을 받을지 여부는 저희가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속 보장 결정을 위한 요건에 부합하지 않는 것으로 저희가 판단하는 경우 저희는 이러한 내용을 서면으로 통지하고 대신에 표준 마감일자를 사용하게 될 것입니다. 서신의 내용은 다음과 같습니다.
- 가입자의 담당 의사가 요청할 경우 저희는 신속 보장 결정을 자동으로 제공합니다.
- 신속 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 내리기로 한 저희 결정에 대해 "신속 불만제기"를 하는 방법. 신속 불만제기를 포함한 불만제기에 관한 자세한 정보는 **K 절**을 참조하십시오.

저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부에 대해 거부하면 사유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

- 저희가 **거부**하면 가입자께서는 이의를 제기할 권리를 보유합니다. 저희가 실수를 했다고 생각하는 경우 이의를 제기하는 것은 저희 결정을 검토하고 변경하도록 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의를 제기하기로 결정한 경우 이는 1 단계 이의제기 절차를 진행함을 의미합니다(**F3 절** 참조).

제한적인 상황에서는 저희가 보장 결정 요청을 기각할 수 있으며, 이는 저희가 해당 요청을 심사하지 않는다는 의미입니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청이 불완전한 경우
- 누군가가 가입자를 대신하여 요청했지만 법적으로 그렇게 할 수 있는 권한이 없는 경우 **또는**
- 가입자가 자신의 요청을 철회하도록 요청하는 경우

저희가 보장 결정 요청을 기각하는 경우 요청이 기각된 이유와 기각에 대한 검토를 요청하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드립니다. 이러한 검토를 이의제기라고 합니다. 이의제기에 대해서는 다음 절에서 다룹니다.

F3. 1 단계 이의제기

거부된 서비스 또는 품목과 관련된 이의제기를 시작하거나 이미 받고 있는 서비스 또는 품목을 계속 이용하려면 귀하, 담당 의사 또는 위임받은 대리인이 당사로 연락해야 합니다. 가입자 서비스에 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 문의하십시오.

우편으로 또는 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 전화하여 **표준 이의제기 또는 신속 이의제기를 요청하십시오.**

- 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 이의제기 중에 가입자가 이미 받고 있는 서비스나 품목을 계속 보장해 달라고 요청하는 경우 가입자는 이들을 대리인으로 지명해야 할 수도 있습니다.
- 가입자의 담당 의사가 아닌 다른 사람이 가입자를 대신하여 이의를 제기하는 경우 해당 사람이 가입자를 대리할 수 있도록 승인하는 대리인 지정 양식을 포함하십시오. 양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 저희 웹사이트(kp.org)를 방문하면 얻을 수 있습니다.
- 대리인 지정 양식 없이 이의제기를 접수할 수는 있지만, 이 양식을 받기 전까지는 심사를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 이의제기 결정 마감일자 전에 저희가 양식을 받지 못하는 경우:
    - 당사는 가입자의 요청을 기각합니다.
    - 저희는 가입자께 서면 통지서를 통해 저희가 내린 이의제기 기각 결정에 대해 IRO 에 심사를 요청할 권리가 있다고 설명해 드릴 것입니다.
- 가입자는 저희가 결정을 알리기 위해 서면 통지서를 보낸 날로부터 역일 기준 65 일 이내에 이의제기를 요청해야 합니다.

- 가입자가 이 마감일자를 놓쳤더라도 충분한 사유가 있는 경우 이의제기를 위한 시간을 추가로 제공해 드릴 수도 있습니다. 적절한 사유에는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 당사가 마감일자에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우를 예로 들 수 있습니다. 이의를 제기할 때 이의제기가 지연된 이유를 설명하십시오.
- 가입자는 이의제기와 관련된 정보의 무료 사본을 저희에게 요청할 권리를 보유합니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 이의제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제공할 수도 있습니다.

가입자의 건강상 필요한 경우 신속 이의제기를 요청하십시오.

> "신속 이의제기"의 법률 용어는 **"신속 재고"**입니다.

- 가입자가 치료에 대한 보장에 대해 저희가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우 가입자 및/또는 가입자의 담당 의사는 신속 이의제기를 요청할 수 있습니다.

가입자의 담당 의사가 귀하의 건강상 필요하다고 말한 경우 저희는 신속 이의제기를 자동으로 제공합니다. 의사의 지원 없이 요청하시는 경우 신속 이의제기를 받을지 여부는 저희가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속 이의제기를 위한 요건에 부합하지 않는 것으로 저희가 판단하는 경우 저희는 이러한 내용을 서면으로 통지하고 대신에 표준 마감일자를 사용하게 될 것입니다. 서신의 내용은 다음과 같습니다.
- 가입자의 담당 의사가 요청할 경우 저희는 신속 이의제기를 자동으로 제공합니다.
- 신속 이의제기 대신 표준 이의제기를 진행하기로 한 저희 결정에 대해 "신속 불만제기"를 하는 방법. 신속 불만제기를 포함한 불만제기에 관한 자세한 정보는 **K 절**을 참조하십시오.

가입자께서 이미 받고 계시던 서비스 또는 품목의 보장을 중단하거나 축소한다고 저희가 알려드린 경우 가입자께서는 이의제기 중에 해당 서비스 또는 품목을 계속 보장받을 수 있습니다.

- 당사는 가입자가 받는 서비스나 품목에 대한 보장을 변경하거나 중단하기로 결정한 경우 조치를 취하기 전에 가입자에게 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 가입자는 1 단계 이의제기를 신청할 수 있습니다.
- 당사의 통지서에 표기된 날로부터 역일 기준 10 일 이내 또는 예정된 발효일 중 더 늦은 날까지 1 단계 이의제기를 요청하면 계속해서 서비스 또는 품목을 보장받을 수 있습니다.
- 이 마감일자를 지키면 가입자는 1 단계 이의제기가 보류 중인 동안 변경 사항 없이 서비스 또는 품목을 보장받습니다.
- 또한 변경 없이 (이의제기의 대상이 아닌) 다른 모든 서비스 또는 품목을 받게 됩니다.
- 이러한 날짜 이전에 이의제기를 신청하지 않으면 이의제기에 대한 결정을 기다리는 동안 가입자에게 보장되는 서비스 또는 품목이 중단됩니다.

저희는 가입자의 이의제기를 심사한 후 답변을 드립니다.

- 저희가 가입자의 이의제기를 심사할 때, 의료 진료 보장을 위한 가입자의 요청에 관한 모든 정보를 한 번 더 유심히 검토할 것입니다.
- 저희는 가입자의 요청을 **거부**했을 때 저희가 모든 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집합니다. 저희는 추가 정보 수집을 위해 가입자나 의사에게 연락을 할 수도 있습니다.

신속 이의제기에는 마감일자가 있습니다.

- 신속 마감일자를 사용할 때 당사는 이의제기 접수 후 **72 시간 이내 또는 가입자의 건강에 따라 신속 응답이 필요한 경우 더 빨리 답변을 제공해야 합니다.** 신속 이의제기를 거부하면 저희는 가입자, 가입자의 담당 의사, 처방자 또는 대리인에게 구두로 거부를 확인해 드립니다.
- 72 시간 이내에 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. IRO 는 가입자의 이의제기가 접수되면 서면으로 알려드립니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관과 2 단계 이의제기 절차에 대해 설명합니다. 가입자의 문제가 일반적으로 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2 단계 이의제기를 직접 신청할 수 있습니다. 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대한 2 단계 이의제기는 저희가 자동으로 신청해 드리지 않습니다.
- **가입자 요청의 일부 또는 전부를 저희가 승인하면** 저희는 이의제기 접수 후 72 시간 이내(또는 가입자의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리)에 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **가입자 요청의 일부 또는 전부를 저희가 거부하면** 저희는 2 단계 이의제기 절차를 진행하기 위해 귀하의 이의제기를 IRO 에 보냅니다.

표준 이의제기에는 마감일자가 있습니다.

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 가입자가 받지 못한 서비스 보장에 대해 이의제기 접수 후 **역일 기준 30 일 이내**에 저희는 답변을 드려야 합니다.
- 가입자가 받지 못한 Medicare 파트 B 약물에 대해 요청하는 경우 당사는 이의제기 접수 후 **역일 기준 7 일 이내**에 또는 가입자의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 답변을 제공해야 합니다.
    - 마감일자까지 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 이 장의 뒷부분에서는 이 기관과 2 단계 이의제기 절차에 대해 설명합니다. 가입자의 문제가 일반적으로 Medi-Cal 에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2 단계 이의제기를 직접 신청할 수 있습니다. 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다. Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대한 2 단계 이의제기는 저희가 자동으로 신청해 드리지 않습니다.

당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 승인한 경우 당사는 가입자의 이의제기 요청이 접수된 날로부터 역일 기준 30 일 이내에, 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 경우에는 최대한 빨리, 당사의 결정을 변경한 날로부터 72 시간 이내에 또는 가입자의 요청이 Medicare 파트 B 약물에 대한 요청인 경우 이의제기가 접수된 날짜로부터 역일 기준 7 일 이내에 제공하겠다고 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하면 **가입자는 추가 이의제기 권리를 갖습니다.**

- 가입자가 요청한 내용의 전부 또는 일부를 **거부**하면 당사는 가입자에게 서신을 보내드립니다.
- 가입자의 문제가 Medicare 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신으로 2 단계 이의제기를 위해 귀하의 사례를 IRO 에 보냈다는 사실을 알립니다.
- 가입자의 문제가 Medi-Cal 서비스 또는 품목의 보장에 관한 내용인 경우 서신에는 2 단계 이의제기를 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다.

F4. 2 단계 이의제기

저희가 가입자의 1 단계 이의제기의 모든 사항 또는 일부 사항에 대해 **거부**한 경우 가입자에게 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는지 여부가 나와 있습니다.

- 가입자의 문제가 **Medicare** 는 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 저희는 1 단계 이의제기가 완료되는 즉시 가입자의 사례를 2 단계 이의제기 절차로 자동으로 보냅니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 **Medi-Cal** 에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 2 단계 이의제기를 직접 신청할 수 있습니다. 서신에는 직접 신청하는 방법이 나와 있습니다. 또한 이 장의 뒷부분에 더 많은 정보가 나와 있습니다.
- 가입자의 문제가 **Medicare 및 Medi-Cal 둘 다**에서 보장할 수 있는 서비스 또는 품목에 관한 내용이면 가입자는 IRO 에서 2 단계 이의제기를 자동으로 받게 됩니다. 자동 2 단계 이의제기 외에도 주 심의회 및 독립 의료 심사를 주정부에 요청할 수 있습니다. 그러나 주 심의회에서 이미 증거를 제시한 경우 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

1 단계 이의제기를 신청할 때 혜택을 계속해서 받을 자격이 있으면 2 단계 이의제기 중에도 이의제기 중인 서비스, 품목 또는 약물에 대한 혜택 역시 계속 제공될 수 있습니다. 1 단계 이의제기 중 지속적인 혜택 제공에 대한 자세한 내용은 **F3 절**을 참조하십시오.

- 가입자의 문제가 일반적으로 Medicare 에서만 보장되는 서비스에 관한 내용인 경우 해당 서비스에 대해 가입자가 받는 혜택은 IRO 와의 2 단계 이의제기 절차 중 계속해서 보장되지 않습니다.
- 가입자의 문제가 일반적으로 Medi-Cal 에서만 보장되는 서비스에 관한 내용이면 당사의 결정 통지서를 받은 날로부터 역일 기준 10 일 이내에 가입자가 2 단계 이의제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 보장됩니다.

귀하의 문제가 Medicare 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우

IRO 가 가입자의 이의제기를 심사합니다. 이 기관은 Medicare 에서 고용한 독립적인 조직입니다.

> 독립의료심사기구(IRO)의 공식 명칭은 **독립 심사체(Independent Review Entity)**이며 **IRE** 라고도 합니다.

- 이 기관은 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 조직이 아닙니다. Medicare 는 IRO 가 될 회사를 선택했고 Medicare 가 업무를 감독합니다.
- 당사는 가입자의 이의제기에 대한 정보(가입자의 "사례 파일")를 이 기관에 보냅니다. 가입자는 사례 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자께서는 이의제기를 뒷받침하기 위한 추가 정보를 IRO 에 제공할 권리를 보유합니다.
- IRO 의 심사위원은 가입자의 이의제기와 관련된 모든 정보를 상세히 살펴볼 것입니다.

가입자께서 1 단계에서 신속 이의제기를 진행한 경우 2 단계에서도 신속 이의제기를 진행하게 됩니다.

- 1 단계에서 신속 이의제기를 진행한 경우에는 2 단계에서도 자동으로 신속 이의제기를 받습니다. IRO 는 가입자의 이의제기 접수 후 **72 시간 이내**에 2 단계 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

가입자께서 1 단계에서 표준 이의제기를 진행한 경우 2 단계에서도 표준 이의제기를 진행하게 됩니다.

- 1 단계에서 표준 이의제기를 진행한 경우 가입자는 2 단계에서도 자동으로 표준 이의제기를 받습니다.
- 가입자가 의료 품목 또는 서비스에 대해 이의제기를 요청하는 경우 IRO 는 가입자의 이의제기 접수 후 **역일 기준 30 일 이내**에 2 단계 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 약물에 대한 이의제기를 요청한 경우 IRO 는 가입자의 이의제기 접수 후 반드시 **역일 기준 7 일 이내**에 2 단계 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

IRO 가 서면으로 답변을 제공하고 이유를 설명한 경우.

- **IRO 가 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 승인하면 저희는 즉시** 해당 결정을 이행해야 합니다.
    - **72 시간 이내** 의료 진료 보장 승인 또는
    - **표준 요청**에 대한 IRO 결정을 들은 후 **영업일 기준 14 일** 이내에 서비스 제공 또는
    - **신속 요청**에 대한 IRO 결정을 들은 날로부터 **72 시간 이내**에 서비스 제공.

- **IRO 가 Medicare 파트 B 약물에 대한 신청 중 일부 또는 전체를 승인한 경우 저희는 분쟁 중인 Medicare 파트 B 약물을 승인하거나 제공해야 합니다.**
    - **표준 요청에 대한 IRO 결정을 들은 후 72 시간 이내 또는**
    - **신속 요청**에 대한 IRO 결정을 들은 날로부터 **24 시간 이내.**
- **IRO 에서 가입자 이의제기의 일부 또는 전부를 거부하면** 이는 의료 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)을 승인할 수 없다는 저희의 결정에 IRO 가 동의했다는 것을 의미합니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의제기 거부"라고 합니다.
- 가입자의 사건이 요건을 충족하는 경우 가입자는 다음 이의제기 단계를 밟을지 여부를 선택합니다.
- 총 5 단계 중 2 단계 이후의 이의제기 절차에는 3 개의 추가 단계가 있습니다.
- 가입자의 2 단계 이의제기가 거부되었으나 다음 이의제기 단계로 이행할 요건을 충족하시는 경우 가입자는 반드시 3 단계로 이행하여 3 번째 이의제기를 할 것인지 여부를 결정해야만 합니다. 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 내용은 2 단계 이의제기 이후에 받게 되는 서면 통지서에 수록되어 있습니다.
- 3 단계 이의제기는 행정법 판사(ALJ)나 변호 재판관이 담당합니다. 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기에 관한 더 자세한 정보는 **J 절**을 참조하십시오.

귀하의 문제가 Medi-Cal 에서 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 내용인 경우

Medi-Cal 서비스 및 품목에 대한 2 단계 이의제기를 신청하는 두 가지 방법은 (1) 불만제기 또는 독립 의료 심사 혹은 (2) 주 심의회입니다.

(1) 보건 관리부(DMHC)

DMHC 지원 센터에서 불만을 제기하거나 독립 의료 심사(IMR)를 신청할 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC 에서 당사의 결정을 검토하게 됩니다. DMHC 는 귀하의 불만 사항에 대해 직접 조사를 실시하거나 사례가 IMR 에 적합한지 여부를 결정합니다. IMR 은 의료적 성격의 모든 Medi-Cal 보장 서비스 또는 품목에 적용될 수 있습니다. IMR 은 저희 플랜에 속하지 않으며 DMHC 의 일원이 아닌 전문가가 가입자 사례를 검토하는 것입니다. IMR 이 가입자에게 유리하게 결정된다면 저희는 가입자가 요청한 서비스나 품목을 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 지불하지 않습니다.

저희 플랜이 다음과 같은 경우 불만을 제기하거나 IMR 을 신청할 수 있습니다.

- 저희 플랜이 의학적으로 필요하지 않다고 결정하기 때문에 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연하는 경우.
- 심각한 의학적 질환에 대한 실험적 또는 검사적 성격의 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우.
- 외과 서비스 또는 수술이 미용적 성격인지 또는 재건적 성격인지 여부에 대해 이의를 제기하는 경우.

- 가입자가 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해서 비용을 지불하지 않는 경우.
- Medi-Cal 서비스와 관련된 표준 1 단계 이의제기를 역일 기준 30 일 이내에 해결하지 못했거나 신속 1 단계 이의제기를 72 시간 이내에 또는 가입자의 건강상 필요한 경우 그보다 빨리 해결하지 못한 경우.

대부분의 경우 IMR 을 요청하기 전에 저희에게 이의를 제기해야 합니다. 1 단계 이의제기 절차에 대한 자세한 내용은 **G5 절**을 참조하십시오. 저희 결정에 동의하지 않는 경우 DMHC 에 IMR 신청서/불만제기 양식을 제출할 수 있습니다.

참고: 가입자의 의료 서비스 제공자가 가입자를 위해 이의를 제기했지만 저희가 가입자의 대리인 지정 양식을 받지 못한 경우 해당 이의는 심한 통증, 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적 손실을 포함하되 이에 국한되지 않는 가입자의 건강에 대한 임박하고 심각한 위협과 관련되지 않는다면 가입자는 DMHC 에 2 단계 IMR 을 제출하기 전에 저희에게 다시 이의를 제기해야 합니다.

가입자는 IMR 과 주 심의회 모두 요청할 수 있지만 주 심의회에서 이미 증거를 제시했거나 동일한 문제에 대한 주 심의회가 있었다면 IMR 을 요청할 수 없습니다.

가입자의 치료가 실험적 또는 검사적 성격이었기 때문에 거부된 경우 IMR 을 신청하기 전에 이의제기 절차에 참여할 필요가 없습니다.

가입자의 문제가 긴급하거나 가입자의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 경우 또는 가입자가 심한 통증을 겪고 있는 경우 먼저 이의제기 절차를 거치지 않고 즉시 DMHC 에 알릴 수 있습니다.

가입자의 이의제기에 대해 저희가 서면으로 결정 안내문을 보낸 이후 **6 개월 이내에 IMR 을 신청**해야 합니다. DMHC 는 가입자가 의학적 질환으로 인해 6 개월 이내에 IMR 을 요청할 수 없었거나 IMR 절차에 대해 적절한 통지서를 받지 못한 것처럼 타당한 이유가 있다면 6 개월이 지난 후에도 가입자의 신청을 수락할 수 있습니다.

불만제기 또는 IMR 요청:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 얻을 수 있는 IMR/불만제기 양식을 작성하거나 1-888-466-2219 번으로 DMHC 지원 센터에 전화해 주십시오. TTY 사용자께서는 1-877-688-9891 번으로 전화하십시오.
- 가지고 있는 경우 저희가 거부한 서비스나 품목에 대한 서신이나 기타 문서의 사본을 첨부하십시오. 이렇게 하면 IMR 절차가 빨리 진행될 수 있습니다. 원본이 아닌 문서 사본을 보내십시오. 지원 센터는 어떠한 문서도 반환할 수 없습니다.
- 누군가가 가입자의 IMR 을 도와주고 있다면 공인 보조원 양식을 작성하십시오. www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 에서 양식을 얻거나 1-888-466-2219 번으로 해당 기관의 지원 센터에 전화해 주십시오. TTY 사용자께서는 1-877-688-9891 번으로 전화하십시오.
- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint 에서 DMHC 에 IMR/불만제기 양식과 첨부파일을 제출하십시오.

- 우편 또는 팩스로 제출:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 1-916-255-5241

DMHC 에서는 7 일 이내에 귀하의 신청서를 심사하고 접수 확인서를 보내드립니다. DMHC 가 해당 사례가 IMR 에 적합하다고 판단하면, 필요한 모든 서류를 접수한 후 45 일 이내에 IMR 결정이 내려집니다.

사례가 긴급하고 IMR 자격이 있는 경우 필요한 모든 서류를 접수한 후 일반적으로 7 일 이내에 IMR 결정이 내려집니다.

IMR 결과가 만족스럽지 않은 경우에도 주 심의회를 요청할 수 있습니다.

DMHC 가 가입자 또는 가입자를 치료한 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하는 경우 IMR 은 시간이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 의료 보험 네트워크에 속하지 않은 의사를 이용하는 경우 해당 의사로부터 의료 기록을 받아 저희에게 보내는 것이 중요합니다. 가입자의 의료 보험은 네트워크에 있는 의사로부터 가입자의 의료 기록 사본을 받아야 합니다.

DMHC 에서 가입자의 사례가 IMR 에 적합하지 않다고 결정하는 경우 DMHC 는 일반 소비자 불만제기 절차를 통해 가입자의 사례를 심사합니다. 가입자의 불만 사항은 작성된 신청서 제출 후 역일 기준 30 일 이내에 해결해야 합니다. 가입자의 불만제기가 긴급한 경우 더 빨리 해결됩니다.

(2) 주 심의회

Medi-Cal 보장 서비스 및 품목에 대해 주 심의회를 신청할 수 있습니다. 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 저희가 승인하지 않는 서비스 또는 품목을 요청하거나 가입자가 이미 받은 서비스 또는 품목에 대해 저희가 계속해서 비용을 지불하지 않고 1 단계 이의제기에 대해 거부로 응답한 경우 가입자는 주 심의회를 요청할 권리가 있습니다.

대부분의 경우 가입자는 "이의제기결정통지서"가 우편으로 발송된 날짜로부터 **120 일 이내**에 주 심의회를 신청해야 합니다.

참고: 현재 가입자가 받고 있는 서비스가 변경 또는 중지될 예정이라는 알림을 받았기 때문에 가입자가 주 심의회를 요청한 경우 주 심의회가 보류 중인 기간에도 해당 서비스를 계속해서 받으려면 **요청 제출 기간은 더 짧습니다**. 2 단계 이의제기 진행 중 계속해서 혜택을 받을 수 있을지 여부는 **F4 절**을 참조하십시오.

주 심의회를 신청하는 방법은 다음과 같습니다.

- 온라인: www.cdss.ca.gov.
- 전화: 1-800-743-8525. 이 전화는 통화량이 많아 나중에 다시 걸라는 메시지가 나올 수도 있습니다. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 TTY/TDD 1-800-952-8349 번으로 전화해 주십시오.

- 서면: 주 심의회 양식을 작성해 다음 주소로 송부. 우편 또는 팩스 송부:
- 우편: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- 팩스: (916) 309-3487 또는 수신자 부담 전화: 1-833-281-0903
- 조치 통지서 뒷면에서 "주 심의회 요청"을 작성할 수 있습니다. 성명, 주소, 전화번호, 사회보장번호 및/또는 CIN 번호, 주 심의회 신청 사유를 반드시 포함시키십시오. 다른 사람이 귀하의 주 심의회 신청을 도와주는 경우 그 사람의 성명, 주소, 전화번호도 양식 또는 서신에 적어야 합니다. 통역 서비스가 필요하다면 주 심의회 담당부서에 사용 언어를 알려주십시오. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다. 이는 주 심의회 담당부서에서 제공합니다. 장애가 있는 경우 심의에 참여할 수 있도록 주 심의회 담당부서에서 특별 편의시설을 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 장애에 관한 사항과 필요한 편의시설을 함께 기재해 주십시오.

주 심의회 또는 IMR 에 대해서는 비용을 부담할 필요가 없습니다.

귀하는 주 심의회와 IMR 을 신청할 수 있습니다. 하지만 먼저 신청한 주 심의회가 이미 진행되었다면 IMR 을 신청할 수 없습니다. 이 경우 주 심의회에서 내려진 결정이 최종 결정이 됩니다. Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택 결정은 IMR 절차를 따르지 않습니다.

주 심의회와 IMR 요청 방법에 관한 상세 정보를 원하시면 아래의 절을 참조하십시오.

Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택과 관련된 불만 및 이의제기 요청은 Kaiser Permanente 에서 처리하지 않습니다. 1-800-977-2273 번으로 전화하여 Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택에 대한 불만제기 및 이의제기를 제출할 수 있습니다 (TTY 사용자는 1-800-977-2273 번으로 전화하여 5 번 또는 711 번을 누르십시오). 그러나 Medi-Cal Rx 에 해당하지 않는 약국 보험 혜택과 관련된 불만 및 이의제기는 독립 의료 심사 대상일 수 있습니다. Medi-Cal Rx 약국 보험 혜택과 관련된 결정에 동의하지 않는다면, 주 심의회를 요청할 수 있습니다.

참고: 지역사회 지원 프로그램에 따라 받은 품목 및 서비스는 IMR 대상이 아닙니다.

주 심의회 담당부서에서 가입자에게 결정 사항 및 사유에 대한 설명을 서면으로 전해 드릴 것입니다.

- 주 심의회 담당부서에서 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 당사는 결정을 통보받은 후 **72 시간 이내** 해당 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 주 심의회 담당부서에서 가입자 이의제기의 일부 또는 전부를 **거부**하면 이는 의료 진료 보장에 대한 가입자의 요청(또는 그 일부)을 승인할 수 없다는 저희의 결정에 주 심의회 담당부서가 동의했다는 것을 의미합니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의제기 거부"라고 합니다.

IRO 또는 주 심의회에서 가입자 요청의 전부 또는 일부가 **거부**되면 가입자는 추가 이의제기 권리를 갖습니다.

가입자의 2 단계 이의제기가 **IRO** 로 넘어간 경우 가입자는 원하는 서비스나 품목의 달러 가치가 특정 최소 금액을 충족하는 경우에만 다시 이의를 제기할 수 있습니다. ALJ 또는 변호 재판관이 3 단계 이의제기를 처리합니다. **IRO 에서 받은 통지서에는 가입자가 행사할 수 있는 추가 이의제기 권리가 설명되어 있습니다.**

주 심의회 담당부서에서 받은 통지서에는 다음 이의제기 옵션에 대한 설명이 나와 있습니다.

2 단계 이후 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 **J 절**을 참조하십시오.

F5. 지급 관련 문제

당사 네트워크 의료 서비스 제공자는 가입자에게 보장 서비스 및 품목에 대해 비용을 청구할 수 없습니다. 이는 의료 서비스 제공자가 보장 서비스 또는 품목에 대해 청구하는 것보다 더 적은 비용을 당사가 지급하는 경우에도 해당합니다. 가입자는 청구서의 잔액을 지불할 필요가 없습니다. 가입자에게 지불을 요구하는 유일한 비용은 **제 4 장**(전액 보장 Medi-Cal 혜택을 상실한 경우) 또는 **제 6 장**(약물의 경우)의 의료 보험 혜택표에서 설명하는 분담 비용입니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 코페이보다 더 큰 비용이 청구된 경우 해당 청구서를 저희에게 보내주십시오. 청구서를 직접 지불하면 안 됩니다. 저희가 해당 의료 서비스 제공자와 직접 문의하여 문제를 처리하겠습니다. 가입자가 청구서의 비용을 지불한 경우 서비스 또는 품목을 받기 위한 규칙을 따랐다면 당사 플랜으로부터 환불을 받을 수 있습니다.

자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오. 여기에는 저희에게 환급을 요청하거나 의료 서비스 제공자로부터 받은 청구서의 비용을 지불해 달라고 요청해야 할 수 있는 상황이 설명되어 있습니다. 또한 저희에게 지급을 요청하는 서류를 보내는 방법도 알려드립니다.

환급을 요청하는 경우 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 가입자가 비용을 지불한 서비스 또는 품목이 보장 대상인지 그리고 가입자가 보장 사용에 대한 모든 규칙을 따랐는지 확인할 것입니다.

- 가입자가 비용을 부담한 서비스 또는 품목이 보장 대상이며 가입자가 모든 규정을 준수한 경우 저희는 가입자의 요청을 받은 때로부터 통상 역일 기준 30 일 이내(늦어도 60 일 이내)에 해당 서비스 또는 품목에 대해 저희가 부담해야 할 분담금을 상환해 드릴 것입니다.
- 가입자가 아직 해당 서비스 또는 품목에 대해 비용을 부담하지 않은 경우 저희는 해당 의료 서비스 제공자에게 비용을 직접 지급합니다. 저희가 분담금을 보내드리는 경우 이는 가입자의 보장 결정 요청을 **승인**하는 것과 동일합니다.
- 서비스 또는 품목이 보장 대상이 아니거나 가입자가 일부 규칙을 따르지 않은 경우 당사는 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않을 것임을 알리고 이유를 설명하는 서신을 보내드립니다.

거부 결정에 동의하지 않는 경우 **이의를 제기하실 수 있습니다. F3 절**에 설명된 이의제기 절차를 따르십시오. 이러한 지침을 따를 때 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사에서 환급하도록 가입자가 이의를 제기하는 경우 당사는 이의제기가 접수된 후 역일 기준 30 일 이내에 답변을 제공해야 합니다.

귀하의 이의제기에 대한 저희 답변이 **거부**이고 **Medicare** 에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는 경우 저희는 가입자의 사례를 IRO 로 보냅니다. 이런 일이 발생하면 당사는 서면으로 알려드립니다.

- IRO 가 저희의 결정을 파기하고 가입자에게 해당 비용을 지급해야 한다고 결정하는 경우 저희는 해당 비용을 가입자나 의료 서비스 제공자에게 역일 기준 30 일 이내에 지급해야 합니다. 2 단계 이후의 이의제기 절차에서 가입자의 이의제기 요청에 대한 답변이 **승인**일 경우 당사는 역일 기준 60 일 이내에 해당 비용을 가입자나 의료 진료 제공자에게 지급해야 합니다.

- IRO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 것은 저희가 가입자의 요청을 승인하면 안 된다는 데 동의하는 것입니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의제기 거부"라고 합니다. 가입자가 누릴 수 있는 추가 이의제기 권리에 대해 설명하는 서신을 보내드립니다. 추가 이의제기 단계에 대한 자세한 내용은 **J 절**을 참조하십시오.

가입자의 이의제기에 대한 저희 답변이 **거부**이고 Medi-Cal 에서 일반적으로 해당 서비스 또는 품목을 보장하는 경우 가입자는 2 단계 이의제기를 직접 제출할 수 있습니다. 자세한 정보는 **F4 절**을 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 약물

저희 플랜의 가입자로 누리시는 보험 혜택은 많은 처방약에 대한 보장을 포함합니다. 이 중 대부분은 Medicare 파트 D 약물입니다. Medicare 파트 D 에서는 보장하지 않지만 Medi-Cal 에서는 보장할 수 있는 몇 가지 약물이 있습니다. **본 절의 내용은 Medicare 파트 D 약물 이의제기에만 적용됩니다.** 이 절의 나머지 부분에서는 매번 "Medicare 파트 D 약물"이라고 하는 대신 "약물"이라고 지칭하겠습니다.

보장을 받으려면 해당 약물이 반드시 의학적으로 인정된 적응증에 대해 사용되어야 합니다. 이는 해당 약물이 식품 의약국(FDA)의 승인을 받거나 특정 의학적 참고문헌에 의해 뒷받침됨을 의미합니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 보장 결정 및 이의제기

다음은 Medicare 파트 D 약물에 대해 가입자께서 요청하시는 보장 결정의 몇 가지 사례입니다.

- 가입자가 당사에 다음을 요청하는 것을 포함하여 예외를 요청합니다.
    - 저희 플랜의 *약물 목록*에 없는 Medicare 파트 D 약물 보장 또는
    - 약물에 대한 당사 보장 제한 해제(예: 가입자가 받을 수 있는 수량에 대한 제한)
- 가입자가 약물이 보장 대상인지 문의함(예: 가입자가 복용하는 약물이 당사 플랜의 약물 *목록에 있지만* 보장하려면 당사가 가입자에 대해 승인해야 하는 경우)

참고: 약국에서 처방전대로 조제할 수 없다고 말하면 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 서면 통지서를 가입자에게 제공할 것입니다.

> Medicare 파트 D 약물에 대한 초기 보장 결정을 **"보장 판결"**이라고 합니다.

- 가입자가 이미 구매한 약물에 대한 분담금을 당사가 지급하도록 요청합니다. 이는 비용에 관한 보장 결정 요청입니다.

저희가 내린 보장 결정에 동의하지 않는 경우 가입자는 저희 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이 절은 보장 결정을 요청하는 방법과 이의를 제기하는 방법에 대해 알려드립니다. 아래 표를 사용하면 도움이 됩니다.

다음 중 어떤 상황에 처해 있습니까?

저희 약물 목록에 수록되지 않은 약물이 필요하거나 저희가 보장해 드리는 약물에 적용된 규정이나 제한에 대한 면제가 필요합니다.	약물 목록상에 있는 약물을 보장받기를 원하며 필요하신 해당 약물에 대한 (사전 승인과 같은) 플랜 규정이나 제한에 부합한다고 생각합니다.	이미 받고 비용을 지급한 약물에 대해 환급을 요청하고 싶습니다.	당사가 가입자가 원하는 방식으로 약물을 보장하거나 비용을 부담하지 않을 것이라고 말했습니다.
가입자께서는 예외를 요청하실 수 있습니다. (이는 보장 결정의 유형입니다.) **G2 절**에서 시작한 다음 **G3 절 및 G4 절**을 참조하십시오.	**가입자께서는 보장 결정을 요청하실 수 있습니다.** **G4 절**을 참조하십시오.	**가입자께서는 환급을 요청하실 수 있습니다.** (이는 보장 결정의 유형입니다.) **G4 절**을 참조하십시오.	**가입자께서는 이의제기를 신청하실 수 있습니다.** (즉, 당사에 재고를 요청한다는 의미입니다.) **G5 절**을 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외 요청

약물이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 "예외"를 요청하실 수 있습니다. 저희가 예외 요청을 거부하는 경우 가입자는 저희 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다.

예외를 요청하시는 경우 의사 또는 다른 처방자는 가입자에게 예외가 필요한 의학적 사유를 저희에게 설명해야 합니다.

당사 *약물 목록*에 없는 약물에 대한 보장 또는 약물에 대한 제한 해제 요청은 **"처방집 예외"**라고도 합니다.

비선호 보장 약물에 대해 더 낮은 비용을 부담하도록 요청하는 것을 **단계 적용 예외** 요청이라고도 합니다.

다음은 가입자 또는 의사나 다른 처방자가 저희에게 요청할 수 있는 몇 가지 예외 사례입니다.

1. 저희 *약물 목록*에 없는 약물 보장

- 예외를 적용하여 당사의 *약물 목록*에 없는 약물을 보장하는 데 저희가 동의하는 경우 가입자는 당사의 모든 약물에 적용되는 코페이를 부담합니다.
- 가입자는 해당 약물에 대해 요구되는 코페이에 대해 예외를 받을 수 없습니다.

2. 보장 약물에 대한 제한 해제

- 추가 규정 또는 제한은 당사 *약물 목록*의 특정 약물에 적용됩니다(자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장** 참조).
- 특정 약물에 대한 추가 규칙 및 제한 사항은 다음과 같습니다.
    - 브랜드 약물 대신에 제네릭 버전의 약물을 사용해야 하는 경우.
    - 저희가 약물 보장에 동의하기 전 플랜의 사전 승인을 받는 경우. 이를 "사전 승인(PA)"이라고도 합니다.
    - 수량 제한. 일부 약물에 대해 저희는 가입자가 보유 가능한 약물의 양을 제한합니다.
- 가입자에게 예외 조치를 적용하고 제한을 해제하는 데 저희가 동의하는 경우 가입자는 지불해야 하는 코페이 금액에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.

3. 약물 보장을 보다 낮은 분담 비용 단계로 변경하는 경우. 저희 *약물 목록*에 있는 모든 약물은 6 개의 분담 비용 단계 중 하나에 포함됩니다. 일반적으로 분담 비용 단계 번호가 낮을수록 가입자에게 요구되는 코페이 금액이 낮습니다.

- 당사 *약물 목록*에는 특정 질병을 치료하는 둘 이상의 약물이 수록되어 있습니다. 이러한 약물을 "대체" 약물이라고 합니다.

- 가입자의 건강 상태에 맞는 대체 약물의 분담 비용이 현재 복용 중인 약물보다 낮은 경우 대체 약물에 대한 분담 비용으로 해당 약물을 보장해 달라고 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하면 약물에 대한 코페이가 낮아집니다.
    - 가입자가 복용 중인 약물이 생물학적 제제인 경우 가입자의 상태에 맞는 생물학적 제제 대체품 중 가장 낮은 분담 비용 금액으로 해당 약물을 보장해 달라고 요청하실 수 있습니다.
    - 가입자가 복용 중인 약물이 브랜드 약물인 경우 가입자의 질환에 맞는 대체 브랜드 약물 중 가장 낮은 분담 비용 등급으로 해당 약물을 보장해 달라고 요청하실 수 있습니다.
    - 가입자가 복용 중인 약물이 제네릭 약물인 경우 가입자의 질환을 위한 브랜드 또는 제네릭 대체 약물을 포함하는 가장 낮은 분담 비용 단계에 적용되는 분담 비용 금액으로 가입자가 사용하는 약물을 보장하도록 요청하실 수 있습니다.
- 가입자께서는 5 단계(특수 단계 약물)에 있는 약물에 대해 분담 비용 단계 변경을 요청하실 수 없습니다.
- 저희가 가입자의 단계 적용 예외 요청을 승인하였으나 가입자께서 사용할 수 없는 대체 약물이 포함된 보다 낮은 분담 비용 단계가 둘 이상 있는 경우 가입자는 보통 가장 낮은 분담금을 부담하게 됩니다.

G3. 예외 요청에 관해 알아야 할 중요 사항

담당 의사 또는 다른 처방자가 반드시 저희에게 의학적 사유를 알려줘야 합니다.

담당 의사나 다른 처방자가 반드시 저희에게 예외 요청을 위한 의학적 사유를 설명하는 진술서를 보내야만 합니다. 빠른 결정을 위해 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 다른 처방자가 제공한 의료 정보를 포함해 주십시오.

당사 *약물 목록*에는 특정 질병을 치료하는 둘 이상의 약물이 수록되어 있습니다. 이러한 약물을 "대체" 약물이라고 합니다. 대체 약물이 가입자가 요청한 약물만큼 효과적이며, 더 많은 부작용이나 기타 건강 문제를 일으키지 않는 경우 일반적으로 당사는 가입자의 예외 요청을 **승인하지 않습니다**. 가입자께서 단계 적용 예외를 요청하는 경우 저희는 일반적으로 더 낮은 분담 비용 단계의 모든 대체 약물이 가입자께 효과가 없거나 부작용 또는 기타 해를 초래할 가능성이 있는 한 가입자의 예외 요청을 **승인하지 않습니다**.

저희는 가입자의 요청에 대해 승인 또는 거부할 수 있습니다.

- 당사가 가입자의 예외 요청을 **승인**하면 해당 예외는 일반적으로 해당 역년의 말까지 지속됩니다. 이는 담당 의사가 가입자께 해당 약물을 계속 처방하고, 해당 약물이 가입자의 건강 상태를 치료하는 데 계속 안전하고 효능이 있는 한 적용됩니다.
- 저희가 가입자의 예외 요청을 **거부**하는 경우 이의를 제기하실 수 있습니다. 저희가 **거부**하는 경우 이의제기에 대한 자세한 내용은 **G5 절**을 참조하십시오.

다음 절에서는 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대해 설명해 드립니다.

G4. 예외 요청을 포함하여 보장 결정 요청

- 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 가입자 서비스에 전화를 걸거나, 당사에 서면 또는 팩스를 보내 원하는 보장 결정 유형을 요청합니다. 가입자, 가입자의 대리인, 또는 가입자의 의사(또는 다른 처방자)가 이를 수행할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 대한 정보를 포함해 주십시오.
- 가입자나 의사(또는 다른 처방자) 또는 가입자를 대신하는 사람은 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 가입자는 자신을 대리하는 변호사를 고용할 수도 있습니다.
- 다른 사람을 대리인으로 지정하는 방법은 **E3 절**을 참조하십시오.
- 가입자는 자신을 대신하여 보장 결정을 요청하도록 의사 또는 기타 처방자에게 서면 동의를 제공할 필요가 없습니다.
- 당사에 약물 비용 환급을 요청하려면 본 *가입자 안내서* **제 7 장**을 참조하십시오.
- 예외를 요청하는 경우 당사에 "뒷받침 진술서"를 제출하십시오. 뒷받침 진술서에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 다른 처방자의 의학적 사유가 포함되어 있습니다.
- 담당 의사 또는 기타 처방자가 뒷받침 진술서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 이들은 당사에 전화로 알린 다음 뒷받침 진술서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수 있습니다.

가입자의 건강상 필요한 경우 "신속 보장 결정"을 요청하십시오.

"신속 마감일자" 사용에 동의하지 않는 한 당사는 "표준 마감일자"를 사용합니다.

- **표준 보장 결정**이라 함은 저희가 의사의 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 답변해 드림을 의미합니다.
- **신속 보장 결정**이라 함은 저희가 의사의 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 답변해 드림을 의미합니다.

> "신속 보장 결정"은 **"신속 보장 판결"**이라 부릅니다.

다음과 같은 경우 신속 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- 가입자가 받지 못한 약물에 대한 결정인 경우. 이미 구입한 약물에 대해 환급을 요청하는 경우에는 신속 보장 결정을 받을 수 없습니다.
- 표준 마감일자를 사용하면 가입자의 건강이나 신체 기능이 심각하게 해를 입을 수 있는 경우

만일 의사 또는 다른 처방자가 가입자의 건강 상태가 신속 보장 결정이 필요한 상황이라고 판단하는 경우 저희는 신속 보장 결정 마감일자에 따라 귀하의 요청을 검토합니다. 가입자에게 이 같은 내용이 든 서신을 보내드립니다.

- 의사나 다른 처방자의 지원 없이 신속 보장 결정을 요청하는 경우 신속 보장 결정을 받을지 여부는 당사가 결정합니다.

- 가입자의 건강 상태가 신속 보장 결정을 위한 요건을 충족하지 않는다고 판단되면 당사는 대신 표준 마감일자를 사용합니다.
    - 그리고 표준 마감일자를 사용할 것임을 알리는 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 당사의 결정에 대한 이의제기 요청 방법도 나와 있습니다.
    - 신속 불만제기를 신청하면 24 시간 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 신속 불만제기를 포함한 불만제기에 관한 자세한 정보는 **K 절**을 참조하십시오.

신속 보장 결정의 마감일자

- 신속 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 요청 접수 후 24 시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 예외를 요청하는 경우 당사는 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 답변을 드립니다. 가입자의 건강상 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해 드릴 것입니다.
- 이 마감일자를 지키지 못하면 저희는 IRO 의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의제기 절차로 보냅니다. 2 단계 이의제기 절차에 대한 자세한 내용은 **G6 절**을 참조하십시오.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 당사는 가입자의 요청 또는 담당 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 사유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기할 수 있는 방법도 나와 있습니다.

가입자가 아직 받지 않은 약물에 대한 표준 보장 결정 마감일자

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 요청 접수 후 72 시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 가입자가 예외를 요청하는 경우 당사는 의사의 뒷받침 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 답변을 드립니다. 가입자의 건강상 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해 드릴 것입니다.
- 이 마감일자를 지키지 못하면 저희는 IRO 의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의제기 절차로 보냅니다.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 당사는 가입자의 요청 또는 담당 의사의 예외 요청에 대한 뒷받침 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 보장을 제공합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 사유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기하는 방법도 나와 있습니다.

가입자께서 이미 구입한 약물의 비용 지급에 관한 표준 보장 결정 마감일자

- 저희는 가입자의 요청을 받은 지 역일 기준 14 일 이내에 반드시 답변을 드려야 합니다.
- 이 마감일자를 지키지 못하면 저희는 IRO 의 심사를 받기 위해 가입자의 요청을 2 단계 이의제기 절차로 보냅니다.
- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 역일 기준 14 일 이내에 환급해 드립니다.

- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부에 대해 **거부**하면 사유가 포함된 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 이의를 제기하는 방법도 나와 있습니다.

G5. 1 단계 이의제기

> Medicare 파트 D 약물 보장 결정에 관해 저희 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 **"재판결"**이라고 합니다.

- 1-866-206-2973 번으로 전화하거나 저희에게 서신 또는 팩스를 보내 **표준 또는 신속 이의제기**를 시작합니다. 가입자, 가입자의 대리인, 또는 가입자의 의사(또는 다른 처방자)가 이를 수행할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 이의제기에 대한 정보를 포함해 주십시오.
- 가입자는 저희가 결정을 알리기 위해 서면 통지서를 보낸 날로부터 **역일 기준 65 일 이내**에 이의제기를 요청해야 합니다.
- 가입자가 이 마감일자를 놓쳤더라도 충분한 사유가 있는 경우 이의제기를 위한 시간을 추가로 제공해 드릴 수도 있습니다. 적절한 사유에는 가입자가 심각한 질병에 걸렸거나 당사가 마감일자에 대해 잘못된 정보를 제공한 경우를 예로 들 수 있습니다. 이의를 제기할 때 이의제기가 지연된 이유를 설명하십시오.
- 가입자는 이의제기와 관련된 정보의 무료 사본을 저희에게 요청할 권리를 보유합니다. 가입자와 가입자의 담당 의사는 이의제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제공할 수도 있습니다.

가입자의 건강상 필요한 경우 신속 이의제기를 요청하십시오.

> 신속 이의제기를 **"신속 재판결"**이라고도 합니다.

- 가입자가 받지 않은 약물에 관해 저희가 내린 결정에 대해 가입자가 이의를 제기하는 경우 가입자와 가입자의 의사 또는 기타 처방자가 신속 이의제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 신속 이의제기를 위한 요건은 신속 보장 결정의 요건과 같습니다. 자세한 정보는 **G4 절**을 참조하십시오.

저희는 가입자의 이의제기를 심사한 후 답변을 드립니다.

- 저희가 가입자의 이의제기를 심사할 때, 가입자의 보장 요청에 관한 모든 정보를 한 번 더 유심히 검토할 것입니다.
- 저희는 가입자의 요청을 **거부**했을 때 저희가 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 저희는 추가 정보 수집을 위해 가입자 또는 담당 의사나 다른 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

1 단계 신속 이의제기 마감일자

- 신속 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자의 이의제기 접수 후 **72 시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
    - 가입자의 건강상 필요한 경우 저희는 더욱 빠르게 답변을 전해 드릴 것입니다.
    - 72 시간 이내에 답변을 제공하지 못하면 저희는 2 단계 이의제기 절차로 가입자의 요청을 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의제기 절차에 대한 자세한 내용은 **G6 절**을 참조하십시오.
- 가입자 요청의 일부 또는 전부를 당사가 **승인**하면 저희는 이의제기 접수 후 72 시간 이내에 제공하기로 동의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우 저희는 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

1 단계 표준 이의제기 마감일자

- 표준 마감일자를 사용하는 경우 당사는 가입자가 받지 못한 약물에 대해 이의제기 접수 후 **역일 기준 7 일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 가입자가 약물을 받지 않았고 가입자의 건강상 필요한 경우 당사는 더 빨리 결정을 내립니다. 가입자의 건강상 빠른 응답을 필요로 한다고 판단한 경우 신속 이의제기를 신청합니다.
    - 저희가 역일 기준 7 일 이내에 가입자께 결정을 알려드리지 않으면 저희는 가입자 요청을 이의제기 절차의 2 단계로 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의제기 절차에 대한 자세한 내용은 **G6 절**을 참조하십시오.

저희가 가입자의 요청을 **승인**하는 경우:

- 가입자의 건강 상태에 따라 필요한 만큼 신속하게, 늦어도 이의제기를 받은 후 **역일 기준 7 일 이내에** 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
- 당사는 이의제기 접수 후 **역일 기준 30 일 이내**에 가입자가 구입한 약물 비용을 **가입자에게 지급**해야 합니다.

저희가 가입자의 요청을 **거부**하는 경우:

- 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.
- 당사는 가입자가 구매한 약물의 비용 지급 관련 답변을 이의제기 접수 후 **역일 기준 14 일 이내**에 제공해야 합니다.
    - 저희가 역일 기준 14 일 이내에 가입자께 결정을 알려드리지 않으면 저희는 가입자 요청을 이의제기 절차의 2 단계로 보내야 합니다. 그런 다음 IRO 가 이를 검토합니다. 심사 기관 및 2 단계 이의제기 절차에 대한 자세한 내용은 **G6 절**을 참조하십시오.

- 당사가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 요청 접수 후 역일 기준 30 일 이내에 상환해 드립니다.
- 저희가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **거부**하는 경우 저희는 그 이유를 설명하고 이의를 제기하실 수 있는 방법을 설명하는 서신을 보내드립니다.

G6. 2 단계 이의제기

1 단계 이의제기에 대해 당사가 **거부**한 경우 가입자는 저희 결정을 받아들이거나 다른 이의를 제기할 수 있습니다. 다른 이의를 제기하기로 결정한 경우에는 2 단계 이의제기 절차를 사용합니다. 저희가 가입자의 최초 이의제기에 대해 **거부**하면 **IRO** 에서는 저희 결정을 심사합니다. 이 기관은 저희가 결정을 변경해야 하는지를 결정합니다.

> "독립의료심사기구"(IRO)의 공식 명칭은 **"독립 심사체"**이며 **"IRE"**라고도 합니다.

2 단계 이의제기를 진행하시는 경우 가입자, 가입자의 대리인 또는 의사나 다른 처방자는 반드시 IRO **에 우편으로** 연락하여 가입자의 사례를 심사하도록 요청하셔야 합니다.

- 저희가 1 단계 이의제기에 대해 **거부**하면 가입자에게 보내는 서신에는 IRO 에 **2 단계 이의제기를 진행하는 방법에 대한 지침**이 포함됩니다. 이러한 지침을 통해 누가 2 단계 이의제기를 할 수 있는지, 준수해야 할 마감일자는 언제인지, 그리고 해당 기관에 연락하는 방법에 대해 알려드립니다.
- IRO 에 이의제기를 하실 경우 저희가 보유한 귀하의 이의제기 정보를 해당 기관에 전달할 것입니다. 이 정보를 가입자의 "사례 파일"이라고 부릅니다. **가입자는 사례 파일의 무료 사본을 받을 권리가 있습니다**. 사례 파일의 사본을 무료로 요청하는 데 도움이 필요할 경우 가입자 서비스 1-800-443-0815 번으로 연락하십시오.
- 가입자께서는 이의제기를 뒷받침하기 위한 추가 정보를 IRO 에 제공할 권리를 보유합니다.

IRO 는 가입자의 Medicare 파트 D 2 단계 이의제기를 심사하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO 에 대한 자세한 내용은 **F4 절**을 참조하십시오.

2 단계 신속 이의제기 마감일자

가입자의 건강상 빠른 응답을 필요로 하는 경우 IRO 에 신속 이의제기를 신청하십시오.

- 해당 기관에서 신속 이의제기에 동의한다면 가입자의 이의제기 요청 접수 후 **72 시간 내**에 답변해야 합니다.
- 해당 기관에서 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하면 당사는 IRO 의 결정을 받은 후 **24 시간 이내**에 승인된 약물 보장을 제공해야 합니다.

2 단계 표준 이의제기 마감일자

2 단계 표준 이의제기가 있는 경우 IRO 는 다음과 같이 답변을 제공해야 합니다.

- **역일 기준 7 일 이내(**가입자가 받지 못한 약물에 대한 이의제기 접수 이후).
- **역일 기준 14 일 이내**(가입자가 구입한 약물 상환금에 대한 이의제기 접수 이후).

IRO 가 가입자 요청의 일부 또는 전부를 **승인**하는 경우:

- 저희는 IRO 의 결정을 받은 후 **72 시간 내에** 승인된 약물 보장을 제공해야 합니다.
- 저희는 IRO 의 결정을 받은 후 역일 기준 30 일 내에 가입자가 구매하신 약물의 비용을 환급해야 합니다.
- IRO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하면 이는 가입자 요청을 승인하지 않기로 한 저희 결정에 동의한다는 의미입니다. 이것을 "결정 확인" 또는 "이의제기 거부"라고 합니다.

가입자의 2 단계 이의제기를 IRO 가 **거부**하는 경우 가입자는 자신이 요청하는 약물 보장의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족한다면 3 단계 이의제기로 진행할 권리가 있습니다. 가입자가 요청하는 약물 보장의 달러 가치가 요구되는 최소 금액보다 적은 경우에는 다른 이의를 제기할 수 없습니다. 이 경우 2 단계 이의제기 결정 이후로는 진행하실 수 없습니다. IRO 는 가입자께 3 단계 이의제기를 계속하기 위해 필요한 최소 금액을 알려주는 서신을 보냅니다.

요청의 달러 가치가 요구 사항을 충족하는 경우 가입자는 이의제기 요청을 더 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2 단계 이후의 이의제기 절차에는 3 개의 추가 단계가 있습니다.
- 가입자의 2 단계 이의제기를 IRO 가 **거부**하고 가입자가 이의제기 절차를 계속하기 위한 요건을 충족하는 경우:
    - 3 단계 이의제기 여부를 결정합니다.
    - 3 단계 이의제기 방법에 대한 자세한 내용은 2 단계 이의제기 후 IRO 에서 보낸 서신을 참조하십시오.
- ALJ 또는 변호 재판관이 3 단계 이의제기를 처리합니다. 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기에 관한 정보는 **J 절**을 참조하십시오.

H. 장기 입원 보장 요청

가입자께서 병원에 입원한 경우 가입자의 질병 또는 부상을 진단하고 치료하는 데 필요한 보장되는 모든 병원 서비스를 받으실 권리가 있습니다. 저희 플랜의 병원 보장에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 4 장**을 참조하십시오.

보장되는 병원 입원 기간 동안, 담당 의사와 병원 직원들은 가입자께서 퇴원하는 날을 준비하기 위해 가입자와 협력합니다. 이들은 또한 퇴원 후 필요할 수도 있는 진료 예약을 도와드립니다.

- 병원에서 퇴원하는 날을 가입자의 "퇴원일"이라고 합니다.
- 의사나 병원 직원이 퇴원 날짜를 알려드릴 것입니다.

너무 이른 시기에 퇴원시키려고 한다고 생각하시거나 퇴원 후 진료에 대해 염려하는 경우 가입자는 입원 연장을 요청할 수 있습니다. 본 절에서는 이를 어떻게 요청하는지 알려드립니다.

본 **H 절**에서 설명하는 이의제기에도 불구하고 가입자는 입원을 지속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **F4 절**을 참조하십시오. 3 단계 이의제기에 추가로 혹은 그 대신 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

H1. 가입자의 Medicare 권리에 대해 알아보기

가입자가 병원에 입원하고 이틀 이내에 병원 근무자(예: 간호사 또는 병원 직원)가 가입자에게 "가입자의 권리에 관한 Medicare 의 중요 메시지"라는 서면 통지서를 드립니다. Medicare 에 가입하신 모든 분은 병원에 입원하게 되는 경우라면 언제든 이 통지서의 사본을 받게 됩니다.

이 통지서를 받지 못하신 경우 병원 직원에게 이를 요청하십시오. 도움이 필요하시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. 또한 주 7 일, 24 시간 연중무휴로 운영되는 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

- **이 통지서를 주의 깊게 읽고** 이해가 되지 않는 부분이 있으면 질문하십시오. 통지서는 다음과 같은 권리를 포함하여 병원 환자로서의 가입자 권리를 알려드립니다.
    - 입원 중에 그리고 퇴원 후에 Medicare 보장 서비스를 받으십시오. 가입자는 이러한 서비스에는 어떤 것이 있는지, 누가 비용을 부담하는지, 그리고 어디에서 이러한 서비스를 받을 수 있는지 알 권리가 있습니다.
    - 입원 기간에 대한 모든 결정에 참여하십시오.
    - 병원 진료의 품질에 관해 갖게 된 우려 사항을 알릴 신고처를 파악하십시오.
    - 너무 빨리 퇴원한다고 생각되면 이의를 제기하십시오.
- **통지서에 서명**하여 통지서를 받았고 가입자 권리를 알고 있음을 표시합니다.
    - 가입자 또는 가입자를 대리하는 사람이 통지서에 서명할 수 있습니다.
    - 이 통지서에 서명하는 것은 **단지** 가입자의 권리에 관한 정보를 받았음을 확인하는 것입니다. 통지서에 서명한다고 하여 담당 의사 또는 병원 직원이 알린 날짜에 퇴원하는 데 동의함을 의미하는 것은 **아닙니다**.
- **필요한 경우 정보를 얻을 수 있도록 서명한 통지서의 사본을 보관**하십시오.

병원에서 퇴원하기 전 이틀보다 앞선 시기에 이 통지서에 서명하신 경우 가입자께서는 퇴원하기 전에 통지서 사본을 한 부 더 받게 됩니다.

다음과 같은 경우 통지서 사본을 미리 볼 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
- 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.
- www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 을 방문하십시오.

H2. 1 단계 이의제기

저희가 가입자의 입원 서비스를 연장하여 보장하기 원하시면 이의제기를 요청하십시오. 품질 개선 기관(QIO)은 계획된 퇴원일이 의학적으로 적합한지 알아보기 위해 1 단계 이의제기를 검토합니다.

QIO 는 연방 정부에서 고용한 의료진과 의료 진료 전문가들로 구성되어 있습니다. 이 전문가들은 Medicare 가입자를 위해 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 그들은 저희 플랜에 포함되어 있지 않습니다.

캘리포니아에서는 QIO 가 Commence Health 입니다. 1-877-588-1123 에 문의하십시오. 연락처 정보는 "Medicare 가 드리는 가입자의 권리에 관한 중요한 메시지"라는 통지서와 **제 2 장**에도 나와 있습니다.

퇴원하기 전 그리고 늦어도 계획된 퇴원 날짜 이전에 QIO 에 전화하십시오.

- **퇴원 전에 전화하시면** 예정된 퇴원일이 지나도 가입자의 이의제기에 대한 QIO 의 결정을 기다리는 동안 비용을 지불하지 않고 병원에 머무를 수 있습니다.
- **이의제기를 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.
- 입원은 Medicare 뿐 아니라 Medi-Cal 도 보장하기 때문에 품질 개선 기관이 입원을 유지해 달라는 가입자 요청을 심리하지 않거나, 가입자 상황이 급하거나, 가입자 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하거나, 심한 통증을 겪고 있다면, 캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **F4 절**을 참조하십시오.

필요하신 경우 지원을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우에는 언제든지 저희에게 전화주십시오.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
- 1-800-434-0222 번으로 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화하십시오.

빠른 심사를 요청하십시오. 서둘러 QIO 에 연락하여 병원 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

> **"빠른 심사"**의 법률 용어는 **"즉각적인 심사"** 또는 **"신속 심사"**입니다.

빠른 심사 중 진행되는 과정

- QIO 의 심사위원은 가입자 또는 가입자 대리인에게 계획된 퇴원일 이후에도 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 꼭 진술서를 작성해야 하는 것은 아니지만 하셔도 무방합니다.
- 심사위원은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 병원 측과 저희 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 심사위원이 가입자의 이의제기에 대해 저희 플랜에 알린 다음 날 정오까지, 저희는 계획된 퇴원 날짜가 적힌 서신을 가입자에게 보내드립니다. 또한, 이 서신에는 가입자의 담당 의사와 병원 및 저희가 해당 날짜를 가입자에게 의학적으로 적절한 퇴원 날짜라고 여기는 이유가 나와 있습니다.

> 이러한 서면 설명서의 법률 용어는 **"퇴원에 대한 상세 내역 통지서"입니다.** 페이지 하단에 있는 전화번호 또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 가입자 서비스에 전화해 견본을 받을 수 있습니다. (TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.) 통지서 견본은 www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im 에서 온라인으로 확인하실 수도 있습니다.

QIO 가 필요한 모든 정보를 입수한 후 만 1 일 이내에 가입자의 이의제기에 답변을 해드릴 것입니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 경우:

- 해당 기관은 가입자의 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 믿습니다.
- 가입자의 입원 서비스에 대한 보장은 QIO 가 가입자의 이의제기에 대해 답변을 드린 날의 다음 날 정오에 종료될 것입니다.
- 가입자는 QIO 가 가입자의 이의제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 치료 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- QIO 가 가입자의 1 단계 이의제기를 거부하였고 **또한** 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 입원하시려는 경우라면 가입자께서는 2 단계 이의제기를 진행하실 수 있습니다.

H3. 2 단계 이의제기

2 단계 이의제기와 관련하여 가입자께서는 QIO 에 1 단계 이의제기에 대해 내린 결정을 한 번 더 심사하도록 요청합니다. 1-877-588-1123 에 문의하십시오.

가입자는 QIO 가 가입자의 1 단계 이의제기를 **거부**한 날로부터 **역일 기준 60 일 이내**에 이 심사를 요청하셔야 합니다. 가입자께서는 진료에 대한 보장이 종료된 날짜 이후에 병원에 입원한 **경우에만** 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

QIO 의 심사위원은 다음과 같이 합니다.

- 이의제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 자세히 살펴봅니다.
- 가입자의 두 번째 검토 요청을 받은 후 역일 기준 14 일 이내에 2 단계 이의제기에 대한 결정을 알려줍니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 저희는 QIO 가 가입자의 1 단계 이의제기를 거부한 날의 다음 날 정오 이후로 저희가 분담하는 병원 치료 비용을 가입자에게 환급해야 합니다.
- 저희는 서비스가 의학적으로 필요한 동안 보장되는 입원 서비스를 제공합니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 경우:

- 해당 기관은 가입자의 1 단계 이의제기에 대한 결정에 동의하며 이를 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의제기 절차를 계속하고 3 단계 이의제기를 하려는 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.
- 입원을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **E4 절**을 참조하십시오.

ALJ 또는 변호 재판관이 3 단계 이의제기를 처리합니다. 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기에 관한 정보는 **J 절**을 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스의 보장 지속 요청

이 절은 가입자가 받으실 수 있는 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정간호 서비스 서비스
- 전문 간호 시설의 전문 간호 **및**
- Medicare 승인 CORF 에서 외래 환자로 재활 치료. 보통 이는 가입자께서 질병이나 사고로 치료를 받고 있거나 중대한 수술 후 회복 중임을 의미합니다.

가입자는 이 세 가지 유형의 서비스 중 어느 것이든 의사가 필요하다고 말하는 한 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.

이 세 가지 유형의 진료 중 하나라도 보장을 중단하는 경우 저희는 가입자에게 서비스 종료 **전** 알려드려야 합니다. 해당 서비스에 대한 보장이 종료되면 저희는 비용 지불을 중단합니다.

저희가 가입자의 진료 보장을 너무 빨리 종료한다고 생각하는 경우 **저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다.** 본 절에서는 이의를 제기하는 방법을 알려드립니다.

I1. 보장 종료 사전 고지

가입자 치료 비용 지불을 중단하기 최소 2 일 전에 가입자께 서면 통지서를 보내드립니다. 서면 통지서를 "Medicare 비보장 통지서"라고 합니다. 이 통지서에는 진료 보장을 중단하는 날짜와 저희 결정에 대한 이의제기 방법이 나와 있습니다.

가입자 또는 가입자의 대리인은 통지서를 받았음을 보여주기 위해 통지서에 서명해야 합니다. 이 통지서에 서명하는 것은 **단지** 정보를 받았음을 확인하는 것입니다. 통지서에 서명한다고 하여 가입자께서 저희 결정에 동의함을 의미하는 것은 **아닙니다**.

I2. 1 단계 이의제기

저희가 가입자의 진료 보장을 너무 빨리 종료한다고 생각하는 경우 저희 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 절은 1 단계 이의제기 절차와 해야 할 일에 대해 설명합니다.

- **마감일자를 지키십시오.** 마감일자는 중요합니다. 가입자께서 반드시 해야 할 것들에 적용되는 마감일자를 알고 반드시 지키십시오. 저희 플랜도 마감일자를 따라야 합니다. 저희가 마감일자를 지키지 않는다고 생각하시는 경우 가입자께서는 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만제기에 관한 자세한 내용은 **K 절**을 참조하십시오.
- **필요하신 경우 지원을 요청하십시오.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우에는 언제든지 저희에게 전화주십시오.
    - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오.
    - 1-800-434-0222 번으로 HICAP 에 전화하십시오.
- **QIO 에 문의하십시오.**
    - QIO 및 QIO 에 연락하는 방법에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **H2 절** 또는 **제 2 장**을 참조하십시오.
    - 이의제기를 검토하고 저희 플랜의 결정을 변경할지 여부를 결정하도록 요청하십시오.
    - **신속하게 행동하고 "신속 이의제기"를 요청하십시오.** 가입자의 의료 서비스 보장을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO 에 문의하십시오.

이 기관에 연락하기 위한 마감일자

- 이의제기를 시작하려면 저희가 가입자께 보내드린 "Medicare 비보장 통지서"의 발효일 전날 정오까지 QIO 에 연락해야 합니다.

- 품질 개선 기관이 가입자의 건강 관리 서비스 보장을 계속해 달라는 가입자 요청을 심리하지 않거나, 가입자 상황이 급하거나, 가입자 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하거나, 심한 통증을 겪고 있다면, 캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **F4 절**을 참조하십시오.

> 이 서면 통지서의 법률 용어는 **"Medicare 비보장 통지서"**입니다. 견본을 받으려면 페이지 하단에 나와 있는 전화번호로 가입자 서비스에 전화하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices 에서 온라인으로 사본을 받을 수 있습니다.

신속 이의제기 중 진행되는 과정

- QIO 의 심사위원은 가입자 또는 가입자 대리인에게 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유를 묻습니다. 꼭 진술서를 작성해야 하는 것은 아니지만 하셔도 무방합니다.
- 심사위원은 가입자의 의료 정보를 조회할 것이며, 가입자의 의사와 면담을 하고, 저희 플랜이 제공한 정보를 심사할 것입니다.
- 저희 플랜은 또한 귀하의 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지서를 가입자에게 보냅니다. 가입자는 심사위원이 가입자의 이의제기에 대해 저희에게 통보한 날이 끝날 때에 통지서를 받게 됩니다.

> 이 서면 통지서의 법률 용어는 **"비보장 상세 설명서"**입니다.

- 심사위원은 필요한 모든 정보를 얻은 후 하루 안에 가입자에게 결정을 알려줍니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 저희는 가입자에게 의료적으로 필요한 기간 동안 보장 서비스를 제공합니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 경우:

- 가입자의 보장은 저희가 알려드린 날짜에 종료됩니다.
- 저희는 통지서상의 날짜에 해당 진료에 대해 저희가 부담해야 할 분담금에 대한 지급을 중단할 것입니다.
- 가입자께서 가정간호 서비스 또는 전문 간호 시설 진료, CORF 서비스를 보장이 종료된 일자 이후에도 계속 받기로 결정하신 경우 가입자께서는 해당 진료에 대한 총 비용을 직접 부담하셔야 합니다.
- 가입자는 이러한 서비스를 계속하고 2 단계 이의를 제기할 것인지 결정합니다.

I3. 2 단계 이의제기

2 단계 이의제기와 관련하여 가입자께서는 QIO 에 1 단계 이의제기에 대해 내린 결정을 한 번 더 심사하도록 요청합니다. 1-877-588-1123 에 문의하십시오.

가입자는 QIO 가 가입자의 1 단계 이의제기를 거부한 날로부터 **역일 기준 60 일 이내**에 이 심사를 요청하셔야 합니다. 가입자께서는 진료에 대한 보장이 종료된 날짜 이후에도 계속해서 진료를 받은 **경우에만** 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

QIO 의 심사위원은 다음과 같이 합니다.

- 이의제기와 관련된 모든 정보를 다시 한 번 자세히 살펴봅니다.
- 가입자의 두 번째 검토 요청을 받은 후 역일 기준 14 일 이내에 2 단계 이의제기에 대한 결정을 알려줍니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 저희는 가입자의 보장이 종료될 것이라고 말씀드린 날짜 이후 가입자가 받으신 치료 비용에 대한 저희 분담금을 환급합니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 기간 동안 진료에 대한 보장을 계속 제공할 것입니다.

QIO 가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 경우:

- 해당 기관은 가입자의 치료를 종료하기로 한 저희 결정에 동의하고 변경하지 않을 것입니다.
- 해당 기관은 가입자에게 이의제기 절차를 계속하고 3 단계 이의제기를 하려는 경우 필요한 사항을 알려주는 서신을 드립니다.
- 건강 관리 서비스 보장을 계속하기 위해 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. DMHC 에 독립 의료 심사를 요청하는 방법에 관해서는 **F4 절**을 참조하십시오. 3 단계 이의제기에 추가로 혹은 그 대신 DMHC 에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 3 단계 이의제기를 처리합니다. 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기에 관한 정보는 **J 절**을 참조하십시오.

J. 2 단계 이상 이의제기로 진행하기

J1. Medicare 서비스 및 품목의 다음 단계

Medicare 서비스 또는 품목에 대해 1 단계 이의제기와 2 단계 이의제기를 했으나 두 이의제기가 모두 거부된 가입자에게 추가 단계의 이의제기를 하실 권리가 있을 수 있습니다.

가입자가 이의를 제기한 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 못하는 경우는 더 이상 이의를 제기하실 수 없습니다. 달러 가치가 충분히 높으면 이의제기 절차를 계속하실 수 있습니다. 2 단계 이의제기 요청을 위해 IRO 에서 받은 서신에는 3 단계 이의제기를 요청하기 위해 누구에게 연락해야 하고 무엇을 해야 하는지 설명되어 있습니다.

3 단계 이의제기

3 단계 이의제기 절차는 ALJ 심의회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호 재판관입니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의제기를 **승인**하는 경우 저희는 귀하에게 유리한 3 단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리를 보유합니다.

- 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기**하기로 결정하는 경우 저희는 가입자께 4 단계 이의제기 요청서 사본과 부속 문서를 보내드릴 것입니다. 저희는 분쟁 중에 있는 해당 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4 단계 이의제기 결정을 기다릴 수도 있습니다.
- 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기하지 않기로** 결정하는 경우 저희는 반드시 ALJ 또는 변호 재판관이 내린 결정을 받은 후 역일 기준 60 일 이내로 해당 서비스를 승인하거나 가입자께 제공해 드려야만 합니다.
- ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의제기를 **거부**하는 경우 해당 이의제기 절차가 끝나지 않았을 수 있습니다.
- 가입자의 이의제기를 거부하는 이 결정을 가입자께서 **수락**하기로 하는 경우 이의제기 절차는 종료됩니다.
- 가입자가 이의제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 심사 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 4 단계 이의제기를 위해 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

4 단계 이의제기

Medicare 이의제기 심사 위원회(위원회)에서 가입자의 이의제기를 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 본 위원회는 연방 정부 소속입니다.

해당 위원회가 가입자의 4 단계 이의제기를 **승인**하거나 가입자에게 유리한 3 단계 이의제기 결정을 심사해 달라는 저희의 요청을 거부하는 경우 저희는 5 단계 이의제기를 요청할 권리가 있습니다.

- 저희가 해당 결정에 **이의제기를 요청하기로** 결정하는 경우 가입자께 서면으로 알려드리도록 하겠습니다.
- 저희가 해당 결정에 대해 **이의를 제기하지 않기로** 결정하는 경우 저희는 반드시 위원회가 내린 결정을 받은 후 역일 기준 60 일 이내로 해당 서비스를 승인하거나 가입자께 제공해 드려야만 합니다.

위원회가 저희 심사 요청을 **거부** 또는 거절하는 경우 이의제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 가입자의 이의제기를 거부하는 이 결정을 가입자께서 **수락**하기로 하는 경우 이의제기 절차는 종료됩니다.
- 가입자가 이의제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 심사 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 5 단계 이의제기를 진행할 수 있는지 여부와 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

5 단계 이의제기

- 연방 지방 법원 판사는 가입자의 이의제기와 모든 정보를 심사하고 **승인** 또는 **거부**할지 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후의 다른 이의제기 단계는 없습니다.

J2. 추가 Medi-Cal 이의제기

이의제기 요청이 Medi-Cal 이 일반적으로 보장하는 서비스나 품목에 관한 내용이면 가입자는 다른 이의를 제기할 권리도 보유합니다. 주 심의회 담당부서에서 받은 서신에서는 이의제기 절차를 계속 진행하기를 원하시는 경우 어떻게 해야 할지 알려드릴 것입니다.

J3. Medicare 파트 D 약물 요청에 대한 3 단계, 4 단계 및 5 단계 이의제기

1 단계 이의제기 및 2 단계 이의제기를 요청하셨으나 이의제기가 모두 거부된 경우 이 절은 가입자께서 필요한 내용일 수 있습니다.

가입자께서 이의를 제기한 약물의 가치가 특정 금액을 충족하는 경우 추가 이의제기 단계로 진행하실 수도 있습니다. 2 단계 이의제기에 대해 받으신 서면 응답서는 3 단계 이의제기 요청을 하기 위해 누구에게 연락을 하고 어떤 조치를 취해야 하는지 설명해 드립니다.

3 단계 이의제기

3 단계 이의제기 절차는 ALJ 심의회입니다. 결정을 내리는 사람은 ALJ 또는 연방 정부에서 일하는 변호 재판관입니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 이의제기 절차는 종료되었습니다.
- 저희는 반드시 72 시간 이내(신속 이의제기 시 24 시간 이내)에 승인된 약물 보장을 승인 또는 제공하거나 해당 결정을 받은 후 역일 기준 30 일 이내에 비용을 지급해야만 합니다.

ALJ 또는 변호 재판관이 가입자 이의제기를 **거부**하는 경우 해당 이의제기 절차가 끝나지 않았을 수 있습니다.

- 가입자의 이의제기를 거부하는 이 결정을 가입자께서 **수락**하기로 하는 경우 이의제기 절차는 종료됩니다.

- 가입자가 이의제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 심사 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 4 단계 이의제기를 위해 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

4 단계 이의제기

위원회에서 가입자의 이의제기를 심사하고 답변을 드립니다. 본 위원회는 연방 정부 소속입니다.

위원회가 가입자의 이의제기를 **승인**하는 경우:

- 이의제기 절차는 종료되었습니다.
- 저희는 반드시 72 시간 이내(신속 이의제기 시 24 시간 이내)에 승인된 약물 보장을 승인 또는 제공하거나 해당 결정을 받은 후 역일 기준 30 일 이내에 비용을 지급해야만 합니다.

위원회가 가입자의 이의제기를 **거부**하는 경우 또는 위원회가 심사 요청을 거부하는 경우 이의제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 가입자의 이의제기를 거부하는 이 결정을 가입자께서 **수락**하기로 하는 경우 이의제기 절차는 종료됩니다.
- 가입자가 이의제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기로** 결정하시면 심사 절차의 다음 단계를 진행하실 수 있습니다. 가입자가 받으시는 통지서는 5 단계 이의제기를 진행할 수 있는지 여부와 하셔야 할 일을 알려드릴 것입니다.

5 단계 이의제기

연방 지방 법원 판사는 가입자의 이의제기와 모든 정보를 심사하고 **승인** 또는 **거부할지 결정합니다.** 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원 이후의 다른 이의제기 단계는 없습니다.

K. 불만제기 방법

K1. 불만을 제기해야 하는 문제의 종류

불만제기 절차는 예를 들면 치료의 질, 대기 시간, 치료 조정, 고객 서비스 등 특정 유형의 문제에 대해서만 사용합니다. 다음은 불만제기 절차를 통해 처리될 수 있는 문제 유형에 대한 예시입니다.

불만	예
의료 진료 품질	• 병원 내 진료 등 가입자께서 받으신 진료의 품질이 만족스럽지 않습니다.
가입자의 프라이버시 존중	• 누군가가 가입자의 프라이버시권을 존중하지 않았거나 기밀로 유지해야 하는 개인 정보를 공유했다고 생각합니다.

불만	예
무례, 조악한 고객 서비스, 또는 기타 부정적인 행위	• 의료 진료 제공자 또는 직원이 가입자에게 무례했습니다. • 저희 직원이 가입자를 부적절하게 대했습니다. • 저희가 가입자를 플랜에서 제외하고 있다고 생각합니다.
접근성 및 언어 지원	• 의사나 의료 서비스 제공자의 진료실에서 건강 관리 서비스 및 시설에 물리적으로 접근할 수 없습니다. • 의사나 의료 서비스 제공자는 가입자가 사용하는 비영어권 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어) 통역사를 제공하지 않습니다. • 의료 서비스 제공자가 가입자가 필요로 하고 요청하는 기타 합당한 편의시설을 제공하지 않습니다.
대기 시간	• 예약하기가 어렵거나 대기 시간이 너무 깁니다. • 의사, 약사 또는 기타 의료 서비스 전문가, 가입자 서비스 또는 기타 플랜 직원이 가입자를 너무 오래 기다리게 합니다.
청결도	• 진료소, 병원 또는 진료실이 깨끗하지 않다고 생각합니다.
가입자가 저희로부터 얻은 정보	• 가입자가 받았어야 할 통지서 또는 서신을 저희가 제공하지 못했다고 생각합니다. • 저희가 가입자께 보낸 서면 정보가 너무 어렵다고 생각합니다.
보장 결정 또는 이의제기 관련 일정	• 저희가 보장 결정을 내리거나 가입자 이의제기에 응답할 때 마감일자를 지키지 않았다고 생각합니다. • 가입자에게 유리한 보장 결정 또는 이의제기 결정이 내려진 후에도 저희가 서비스를 승인 또는 제공하거나 특정 의료 서비스에 대해 환급 시 마감일자를 지키지 못했다고 생각합니다. • 저희가 가입자의 사례를 IRO 에 제때 보내지 않았다고 생각합니다.

불만에는 여러 가지 종류가 있습니다. 내부 불만 및/또는 외부 불만을 제기할 수 있습니다. 내부 불만 사항은 당사 플랜에 제출되고 검토됩니다. 외부 불만은 저희 플랜과 제휴를 맺지 않은 조직에 제출되고 검토됩니다. 내부 불만 및/또는 외부 불만제기에 대한 도움이 필요하시면, 가입자 서비스에 1-800-443-0815 (TTY 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 전화해 주십시오.

> "불만"의 법률 용어는 **"고충"**입니다.
>
> "불만제기"의 법률 용어는 **"고충 접수"**입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만을 제기하려면 1-800-443-0815 (TTY 711)로 가입자 서비스에 전화하십시오. Medicare 파트 D 약물에 관한 것이 아니라면 언제든지 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만이 Medicare 파트 D 약물에 관한 내용이면 불만을 제기하고자 하는 문제가 발생한 이후 **역일 기준 60 일 이내**에 제기해야 합니다.

- 가입자께서 하셔야 하는 것이 있다면 저희 가입자 서비스가 알려드릴 것입니다.
- 불만 사항을 작성하여 저희에게 보내셔도 됩니다. 가입자가 서면으로 불만제기를 접수하는 경우 당사는 가입자의 불만에 서면으로 답변할 것입니다.

저희는 가입자의 건강 상태에 따라 최대한 신속하게, 그러나 늦어도 가입자의 불만제기가 접수된 후 30 일 이내에 가입자의 고충을 처리해야 합니다.

> **"신속 불만제기"의 법률 용어**는 **"신속 고충"입니다.**

가능한 경우 저희는 바로 답변을 드릴 것입니다. 가입자께서 전화로 불만을 제기하는 경우 저희는 해당 전화 통화 중에 가입자께 답변을 드릴 수도 있습니다. 가입자의 건강 상태가 빠른 답변을 필요로 하는 경우 저희는 곧바로 답변을 드리게 될 것입니다.

- 저희는 대부분의 불만 사항에 대해 역일 기준 30 일 이내에 답변해 드립니다. 추가 정보가 필요하여 저희가 역일 기준 30 일 이내에 결정을 내리지 않으면 서면으로 알려드립니다. 또한 상태 업데이트와 답변을 받으실 예상 시간도 알려드립니다.
- 저희가 가입자의 "신속 보장 결정" 또는 "신속 이의제기" 요청을 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우 저희는 자동으로 "신속 불만제기"를 제공하고 가입자의 불만에 24 시간 이내에 응답합니다.
- 저희가 보장 결정이나 이의제기에 추가 시간을 소모하여 불만을 제기하는 경우 자동으로 "신속 불만제기"를 제공하고 가입자의 불만에 24 시간 이내에 응답합니다.

저희가 가입자의 불만 사항의 일부 또는 전부에 동의하지 않는 경우에는 가입자께 그 이유를 알려드릴 것입니다. 저희는 가입자의 불만제기에 동의하는지 여부를 응답해드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

불만 사항을 Medicare 에 알리거나 Medicare 에 보내실 수 있습니다. Medicare 불만제기 양식은 www.medicare.gov/my/medicare-complaint 에서 얻을 수 있습니다. Medicare 에 불만을 제기하기 전에 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 불만을 제기할 필요는 없습니다.

Medicare 는 가입자께서 제기하신 불만을 진지하게 받아들이고 있으며 Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 가입자의 불만 사항 정보를 활용할 것입니다.

가입자가 피드백이나 우려 사항이 있는 경우 또는 의료 보험이 가입자의 문제에 대응해 드리지 않는다고 생각하는 경우 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 통화는 무료입니다.

Medi-Cal

캘리포니아 보건 의료 서비스부(DHCS) Medi-Cal 관리 진료 옴부즈맨에 1-888-452-8609 번으로 전화하여 불만을 제기하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711 번으로 전화하시면 됩니다. 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시에 전화해 주십시오.

캘리포니아 보건 관리부(DMHC)에 불만을 제기하실 수 있습니다. DMHC 는 의료 보험 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 지원 센터에 전화하여 Medi-Cal 서비스에 대한 불만제기 관련 지원을 받으실 수 있습니다. 긴급하지 않은 문제의 경우 1 단계 이의제기 결정에 동의하지 않거나 역일 기준 30 일 후에도 플랜에서 불만 사항을 해결하지 못한 경우 DMHC 에 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 그러나 긴급한 문제 또는 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 되는 문제와 관련 있거나 심한 통증을 겪고 있거나, 가입자 불만에 대한 저희 플랜의 결정에 동의하지 않거나, 저희 플랜이 역일 기준 30 일이 지난 후에도 가입자 불만을 해결하지 못한 경우 1 단계 이의제기 요청을 하지 않고 DMHC 에 연락하실 수 있습니다.

지원 센터로부터 도움을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-888-466-2219 번으로 전화해 주십시오. 청각 장애인 또는 듣기 어려움을 겪는 분 또는 언어 장애인은 TTY 무료 전화인 1-877-688-9891 번으로 전화하실 수 있습니다. 이 통화는 무료입니다.
- 보건 관리부 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

민권 사무소(OCR)

공정한 대우를 받지 못했다고 생각하시면 보건복지부(HHS) OCR 에 불만을 제기하실 수 있습니다. 예를 들어, 장애인 지원이나 언어 지원에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다. OCR 전화번호는 1-800-368-1019 입니다. TTY 이용자는 1-800-537-7697 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 확인하려면 www.hhs.gov/ocr 을 방문해 보십시오.

다음 주소로 현지 OCR 사무소에 연락할 수도 있습니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

고객 응대 센터: 1-800-368-1019
팩스: 1-202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
이메일: ocrmail@hhs.gov

미국 장애 복지법(ADA)에 따른 권리가 있을 수도 있습니다.

QIO

가입자 불만이 진료의 질에 관한 것일 때는 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 진료 품질에 대한 불만을 QIO 에 직접 제기할 수 있습니다.
- 가입자는 QIO 및 저희 플랜에 불만을 제기하실 수 있습니다. 가입자께서 QIO 에 불만을 제기하시는 경우 저희는 이들과 협력하여 가입자의 불만 사항을 해결해 드릴 것입니다.

QIO 는 연방 정부가 고용한 개업의 및 기타 보건 의료 전문가 단체로 Medicare 에 가입한 환자가 받은 진료를 점검하고 개선하는 업무를 담당합니다. QIO 에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **H2 절** 또는 **제 2 장**을 참조하십시오.

캘리포니아에서는 QIO 를 Commence Health 라고도 합니다. Commence Health 의 전화번호는 1-877-588-1123 입니다.

제 10 장: 가입한 플랜에 대한 멤버십 종료

소개

이 장에서는 저희 플랜의 멤버십을 해지하는 방법과 저희 플랜을 해지한 후의 다른 건강 보험 옵션에 관해 알려드립니다. 저희 플랜을 해지하셔도 자격이 있는 한 가입자는 여전히 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 속해 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 본 *가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 10 장 목차

A. 플랜 멤버십 종료는 언제 가능합니까? 278

B. 플랜 멤버십 해지 방법 279

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 개별적으로 받는 방법 279

C1. 가입자의 Medicare 서비스 279

C2. 가입자의 Medi-Cal 서비스 283

D. 당사 플랜의 멤버십 종료 시까지 가입자의 의료 품목, 서비스 및 약물 284

E. 당사 플랜에서 멤버십이 해지되는 기타 상황 284

F. 건강 관련 사유로 당사 플랜에서 가입자 탈퇴 요청을 금지하는 규정 285

G. 저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우 가입자의 불만제기 권리 285

H. 플랜 멤버십 종료에 대한 자세한 정보를 얻는 방법 285

A. 플랜 멤버십 종료는 언제 가능합니까?

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal 이 있으므로 연중 언제나 당사 플랜의 가입을 탈퇴할 수 있는 몇 가지 선택 사항이 있습니다.

또한 매년 다음 기간 동안 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **가입 기간**(10 월 15 일부터 12 월 7 일까지 지속됨). 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 당사 플랜의 가입자 멤버십은 12 월 31 일에 종료되고 새 플랜의 멤버십이 1 월 1 일부터 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 가입 기간**. 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지이며, MA 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B 에 가입한 달부터 가입 3 번째 달의 마지막 날까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 새 플랜의 멤버십이 다음 달 1 일부터 시작됩니다.

가입을 변경할 수 있는 다른 경우도 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우:

- 귀하가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원에 대한 자격이 변경되는 경우 **또는**
- 최근에 요양 시설 또는 장기 진료 병원에 입원했거나, 해당 시설에서 현재 치료를 받고 있거나, 해당 시설에서 퇴원한 경우

가입자 멤버십은 저희가 가입자의 플랜 탈퇴 요청을 받은 달의 마지막 날에 종료됩니다. 예를 들어, 1 월 18 일에 요청을 받으면 당사 플랜에서 제공하는 보장은 1 월 31 일에 종료됩니다. 다른 플랜에 가입하면 신규 보장은 다음 달 1 일에 시작됩니다(이 예에서는 2 월 1 일).

저희 플랜을 탈퇴하시면 다음에 대한 정보를 받을 수 있습니다.

- **C1 절**에 표로 정리된 Medicare 옵션.
- **C2 절**의 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

다음으로 전화하여 멤버십을 종료하는 방법에 대한 자세한 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 전화하십시오. TTY 사용자의 번호도 나열되어 있습니다.
- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.
- 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP), 전화번호: 1-800-434-0222, 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시, TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 살펴보거나 거주 지역에서 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 https://www.aging.ca.gov/HICAP 를 방문하십시오.
- Health Care Options: 1-800-430-4263, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시. TTY 이용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 관리 진료 옴부즈맨: 1-888-452-8609, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 5 시 또는 이메일: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

참고: 가입자께서 약물 관리 프로그램(DMP)에 참여 중이신 경우 플랜 변경이 불가능할 수도 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

B. 플랜 멤버십 해지 방법

멤버십을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 가입하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있습니다. 그러나 가입자께서 저희 플랜에서 Original Medicare 로 전환하고자 하지만 별도의 Medicare 의약품 플랜을 선택하지 않은 경우 가입자께서는 반드시 저희 플랜에 대한 탈퇴를 신청하셔야 합니다. 탈퇴 신청 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 서면으로 탈퇴를 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요하면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스에 문의하십시오.
- 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자 (듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 분들)는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. 1-800-MEDICARE 에 전화하여 다른 Medicare 건강 보험 또는 의약품 플랜에 가입하실 수도 있습니다. 가입자가 저희 플랜을 탈퇴하실 때 받는 Medicare 서비스에 관한 자세한 내용은 **C1 절**에 있는 차트를 참고하십시오.
- Health Care Options: 1-800-430-4263, 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 6 시. TTY 이용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하십시오.
- **아래 C 절**에는 저희 플랜의 가입자 멤버십도 종료할 다른 플랜에 가입할 수 있는 단계가 포함되어 있습니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 개별적으로 받는 방법

당사의 플랜을 탈퇴하기로 선택한 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있는 선택권이 있습니다.

C1. 가입자의 Medicare 서비스

연중 언제라도 Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 아래에 나열되어 있습니다. 아래에는 **가입 기간**, **Medicare Advantage 가입 기간** 또는 **A 절**에서 설명하는 기타 상황을 포함하여 연중 특정 시기에 사용할 수 있는 추가 옵션이 나와 있습니다. 이러한 옵션 중 하나를 선택하면 당사 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.

1. 다음 서비스로 변경 가능: **Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. 이는 Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 등록되어 있는 사람들을 위한 것으로, Medicare 와 Medi-Cal 보장을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다. Medi-Medi (Medicare/Medi-Cal 동시 수혜자) 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 이 보장하는 모든 서비스나 자격이 있는 경우 Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램의 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.** **참고:** Medi-Medi 플랜이라는 용어는 캘리포니아의 통합 이중 자격 대상 특수 요구사항 플랜(D-SNP)의 이름입니다.	**이렇게 하시면 됩니다.** 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화해 주십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 살펴보거나 거주 지역에서 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 https://www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. **또는** 새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다. Medi-Cal 플랜이 Medi-Medi 플랜과 일치하도록 변경됩니다.

2. 다음 서비스로 변경 가능: **별도의 Medicare 의약품 플랜 및 Medi-Cal 플랜이 포함된 Original Medicare.**	**이렇게 하시면 됩니다.** 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 살펴보거나 거주 지역에서 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. **또는** 신규 Medicare 의약품 플랜에 가입하십시오. Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴하시게 됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 가입자는 기존 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있습니다.

3. 다음 서비스로 변경 가능: **별도의 Medicare 의약품 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare(타당한 탈퇴 사유가 있는 경우).** **참고:** Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않은 경우 Medicare 의약품 플랜에 가입하고 싶지 않다고 Medicare 에 알리지 않는 한 Medicare 는 가입자를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다. 고용주나 노동조합 등 다른 곳으로부터 약물 보장을 받는 경우에만 약물 보장을 중단해야 합니다. 약물 보장이 필요한지 여부가 궁금하면 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화해 주십시오. 자세한 내용을 알아보거나 해당 지역 내 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하십시오.	**이렇게 하시면 됩니다.** 또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 살펴보거나 거주 지역에서 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. Original Medicare 보장이 시작될 때 가입자는 저희 플랜에서 자동으로 탈퇴하시게 됩니다. 다른 플랜을 선택하지 않는 한 가입자는 기존 Medi-Cal 플랜에 계속 가입되어 있습니다.

4. 다음 서비스로 변경 가능:	**이렇게 하시면 됩니다.**
모든 Medicare 의료 보험(가입 기간 및 Medicare Advantage 가입 기간 또는 A 절에서 설명하는 기타 상황을 포함하여 연중 특정 시기에).	또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화해 주십시오. 도움이나 추가 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일 오전 8 시~오후 5 시에 1-800-434-0222 번으로 캘리포니아 의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. TTY 사용자는 711 번으로 전화하십시오. 자세한 내용을 살펴보거나 거주 지역에서 현지 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜 보장이 시작될 때 가입자께서는 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하시게 됩니다. 가입자의 Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.

C2. 가입자의 Medi-Cal 서비스

저희 플랜을 탈퇴하신 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대해 궁금한 점이 있으면 월요일~금요일 오전 8 시~오후 6 시에 1-800-430-4263 번으로 Health Care Options 에 연락해 주십시오. TTY 이용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하십시오. 또는 www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en 을 방문하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare 에 다시 가입하면 Medi-Cal 적용을 받는 방법이 달라지는지 문의해 보십시오.

D. 당사 플랜의 멤버십 종료 시까지 가입자의 의료 품목, 서비스 및 약물

가입자께서 저희 플랜을 탈퇴하시는 경우 가입이 종료되어 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 보장이 시작하기까지는 시간이 소요됩니다. 이 기간 동안 가입자의 새 플랜이 시작하기 전까지 저희 플랜을 통해 약물 및 보건 의료를 계속 받으십니다.

- 의료 진료를 받으려면 저희 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하십시오.
- 저희 우편 주문 약국 서비스를 포함한 저희 네트워크 약국을 통해 처방전을 조제하십시오.
- Kaiser Permanente Dual Complete 가입이 종료되는 날 입원하시는 경우 당사 플랜은 가입자가 퇴원하실 때까지 입원을 보장해 드립니다. 가입자가 퇴원하기 전에 새로운 건강 보장이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

E. 당사 플랜에서 멤버십이 해지되는 기타 상황

다음은 당사가 당사 플랜에서 멤버십을 종료해야만 하는 상황입니다.

- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보장이 중단된 경우.
- 가입자가 더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우. 저희 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 자격을 보유한 분을 대상으로 합니다. 참고: 더 이상 Medi-Cal 자격을 갖추지 못한 경우 일시적으로 당사 플랜에서 Medicare 혜택을 계속해 받을 수 있습니다. 간주 기간에 대한 정보는 아래를 참조하십시오. 가입자가 더 이상 Medi-Cal 자격이 없는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜을 탈퇴하기 전에 Medi-Cal 가입 자격을 다시 얻는 데 4 개월의 유예 기간이 있다는 점을 서면으로 알려드립니다. Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입이 종결되기 전에 당사는 당사의 다른 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있는 기회를 드리고자 연락할 것입니다. 해당 플랜의 혜택 및 본인 부담금은 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜의 혜택 및 본인 부담금과 다를 수 있습니다.
- 가입자께서 저희 서비스 지역 외로 이주하시는 경우.
- 가입자께서 6 개월 이상 저희 서비스 지역 외에 계시게 되는 경우.
    - 가입자께서 이주하시거나 장기간 여행을 떠나시는 경우 저희 가입자 서비스에 연락하셔서 이주 지역 또는 여행지가 저희 플랜 서비스 지역인지 여부를 확인하십시오.
- 범죄로 감옥이나 교도소에 수감되는 경우.
- 처방약에 대해 보유한 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 제공하지 않으시는 경우.
- 미국 시민권자, 미국 국적자 또는 가입 자격이 있는 비시민권자 중 어느 것에도 해당하지 않는 경우.
    - 저희 플랜에 가입하시려면 미국 시민권자, 미국 국적자 또는 가입 자격이 있는 비시민권자여야 합니다.

- Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 본 기준을 근거로 가입자 자격을 유지할 수 없는 경우 저희에게 통지합니다.
- 본 요건을 충족하지 못하는 경우 저희는 가입자의 가입을 반드시 취소해야 합니다.

귀하의 Medi-Cal 자격을 상실하지만 4 개월 이내에 자격을 회복할 것으로 예상되는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속해서 제공해 드릴 것입니다. Medi-Cal 보장이 종료되면 당사는 귀하의 Medi-Cal 혜택에 대한 비용을 지불하지 않습니다. Kaiser Permanente Dual Complete 가 보장하는 혜택에 대한 귀하의 분담 비용은 본 *가입자 안내서* 내 혜택표의 설명에 따라 달라집니다. 또한 Medicare 파트 D 약물 비용을 지불하는 데 도움이 되는 Medicare 추가 지원을 잃을 수도 있습니다.

Medicare 보장을 받기 위해 당사에 가입된 상태에서 귀하의 Medi-Cal 자격이 복원되면 당사는 귀하가 받는 Medi-Cal 혜택 비용을 다시 부담하게 되고 당사에서 귀하의 가입 상태 역시 계속 유지됩니다. 4 개월 이내에 Medi-Cal 자격을 회복할 수 없으면 Kaiser Permanente Dual Complete 에서 탈퇴 처리됩니다. 탈퇴 처리 이후 Medi-Cal 자격을 회복하면 당사에 연락하여 해당 플랜에 재등록해야 합니다.

저희는 Medicare 및 Medi-Cal 의 허락을 먼저 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 가입자를 플랜에서 탈퇴시킬 수 있습니다.

- 저희 플랜에 가입 시 저희 플랜에 대한 가입자의 자격에 영향을 주는 부정확한 정보를 고의적으로 제공하신 경우.
- 가입자께서 계속하여 규정을 어기셔서 저희가 가입자와 다른 가입자들께 의료 진료를 제공하기 어렵게 되는 경우.
- 다른 사람이 의료 진료를 받도록 가입자 신분증을 사용하게 해준 경우. (이 사유로 가입자의 멤버십을 해지하는 경우 Medicare 는 감사관을 통해 해당 사건을 조사할 수도 있습니다.)

F. 건강 관련 사유로 당사 플랜에서 가입자 탈퇴 요청을 금지하는 규정

저희는 가입자의 건강과 관련된 사유로 저희 플랜에서 탈퇴하실 것을 요청할 수 없습니다. 저희가 건강 관련 사유로 저희 플랜을 탈퇴하도록 요청한다고 생각하시는 경우 **Medicare** 에 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

G. 저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우 가입자의 불만제기 권리

저희가 가입자의 플랜 멤버십을 해지한 경우 저희는 반드시 가입자께 서면으로 멤버십 해지의 사유를 알려드려야만 합니다. 또한 저희는 반드시 멤버십 해지 결정에 관한 고충제기 방법 또는 불만제기 방법을 설명해 드려야 합니다. 불만제기 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서* **제 9 장**을 참조하십시오.

H. 플랜 멤버십 종료에 대한 자세한 정보를 얻는 방법

질문이 있거나 멤버십 해지에 대한 자세한 정보가 필요한 경우 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스에 연락하실 수 있습니다.

제 11 장: 법적 통지

소개

이 장에는 저희 플랜의 가입자 멤버십에 적용되는 법적 통지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 그 정의는 *본 가입자 안내서*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

제 11 장 목차

A. 법률에 관한 고지 288

B. 차별금지에 관한 연방 정부 고지 288

C. Medi-Cal 에 대한 차별금지에 관한 고지 288

D. 2 차 부담자인 Medicare 와 최종 부담자인 Medi-Cal 에 대한 고지 289

E. Medi-Cal 자산 회수에 대한 고지 290

F. 본 *가입자 안내서* 관리 290

G. 신청서 및 진술서 290

H. 양도 290

I. 변호사 및 대변자의 수수료 및 비용 290

J. 혜택의 조정 290

K. 고용주 책임 291

L. 가입자에 대한 *가입자 안내서*의 구속력 291

M. 정부 기관의 책임 291

N. 가입자 면책 291

O. 면제 금지 291

P. 통지 291

Q. 초과 지급분 회수 292

R. 제 3 자 배상책임 292

S. 미국 재향군인부(U.S. Department of Veterans Affairs) 293

T. 직장 상해 보상 또는 고용주 배상 책임 혜택 293

U. 대리모 293

V. 법적 구속력이 있는 중재 293

A. 법률에 관한 고지

본 *가입자 안내서*에는 다수의 법률이 적용됩니다. 이 법률은 본 *가입자 안내서*에 수록되거나 설명되어 있지 않은 경우에도, 가입자의 권리와 책임에 영향을 줄 수 있습니다. 적용되는 주된 법률은 Medicare 프로그램 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 법률 및 주정부 법률입니다. 다른 연방 및 주 법률도 적용될 수 있습니다.

B. 차별금지에 관한 연방 정부 고지

저희는 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신적 또는 신체적 장애, 건강 상태, 청구 경험, 병력, 유전 정보, 보험가입자격 증명, 또는 서비스 지역 내 지역적 위치에 근거하여 차별하지 않습니다. 저희 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 차별금지를 규정하는 연방법과 1964 년 민권법 Title VI, 1973 년 재활법, 1975 년 연령 차별금지법, 미국 장애 복지법, 건강보험 개혁법의 1557 항, 연방의 지원을 받는 모든 기관에 적용되는 기타 법률과 기타 사유로 적용되는 모든 기타 법률과 규정을 반드시 준수해야 합니다.

더 많은 정보를 원하시거나 차별 또는 부당한 대우에 대한 우려 사항이 있는 경우

- 1-800-368-1019 번으로 미국 보건복지부 민권 사무소에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 전화하시면 됩니다. 자세한 내용을 확인하려면 hhs.gov/ocr/index.html 을 방문해 보십시오.

C. Medi-Cal 에 대한 차별금지에 관한 고지

당사는 가입자의 인종, 민족, 출신 국가, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신적 및 신체적 장애, 건강 상태, 청구 이력, 병력, 유전 정보, 보험가입자격 증명 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 가입자를 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 당사는 혈통, 민족 그룹 식별, 성 정체성, 결혼 여부, 질환 등을 이유로 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

더 많은 정보를 원하시거나 차별 또는 부당한 대우에 대한 우려 사항이 있는 경우

- 916-440-7370 번으로 보건 의료 서비스부 민권 사무소에 전화하십시오. TTY 사용자는 711(통신 릴레이 서비스)에 전화하실 수 있습니다. 차별을 받았다고 생각하고 차별 고충을 제기하고 싶으시다면 다음 연락처로 문의하십시오.
- 전화: 가입자 서비스에 전화하십시오. 이 전화는 하루 24 시간, 주 7 일 운영합니다(공휴일 제외).
- 우편: 가입자 서비스로 전화하셔서 해당 양식을 보내달라고 요청하십시오.
- 직접 방문: 보험 기관(주소를 확인하려면 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 또는 kp.org/facilities 로 이동)에 위치한 가입자 서비스 사무소에서 불만제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오.
- 온라인: 저희 웹사이트 kp.org 에서 온라인 양식을 사용하십시오.

- 또한 다음 주소로 Kaiser Permanente 민권 조정관에게 직접 연락하실 수도 있습니다.

  Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
  Member Relations Grievance Operations
  P.O. Box 939001
  San Diego CA 92193

가입자 고충 사항이 Medi-Cal 프로그램의 차별에 관한 것이라면 전화, 서면 또는 전자적으로 다음과 같이 보건 의료 서비스부 민권 사무소에 불만을 제기하실 수 있습니다.

- 전화: 916-440-7370. 언어 또는 청각 장애가 있는 분은 711(통신 중계 서비스)로 전화하십시오.
- 우편: 불만제기 양식을 작성하시거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만제기 양식은 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 제공됩니다.

- 전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov 로 이메일을 보내십시오.

장애가 있고 건강 관리 서비스나 의료 서비스 제공자를 이용하는 데 도움이 필요한 경우 가입자 서비스에 전화하십시오. 휠체어 접근성 문제와 같은 사항에 대한 불만 사항이 있으신 경우 저희 가입자 서비스가 도와드리겠습니다.

D. 2 차 부담자인 Medicare 와 최종 부담자인 Medi-Cal 에 대한 고지

다른 사람이 먼저 저희가 가입자께 제공하는 서비스의 비용을 지불해야 할 때도 있습니다. 예를 들어, 가입자가 교통사고를 당하거나 일을 하다 다치는 경우 보험이나 직장 상해 보상 보험이 먼저 비용을 부담해야 합니다.

저희는 Medicare 가 1 차 부담자가 아닌 보장된 Medicare 서비스에 대해 징수할 권리와 책임을 보유합니다.

저희는 가입자 건강 관리 서비스에 대한 제 3 자의 법적 책임과 관련된 연방 법규 및 주정부 법규를 준수합니다. 저희는 Medi-Cal 이 최종 부담자가 되도록 모든 합당한 조치를 취합니다.

Medi-Cal 이 최종 부담자이므로 Medi-Cal 가입자는 가입자의 주요 건강 보장에 따라 동일한 서비스가 제공되는 경우 Medi-Cal 에 앞서 다른 모든 건강 보험(OHC)을 활용해야 합니다. 즉, 대부분의 경우 Medi-Cal 은 Medicare OHC 에 대한 2 차 부담자가 되어 당사 플랜이나 다른 OHC 가 지불하지 않는 허용 가능한 비용을 Medi-Cal 요율까지 충당하게 됩니다.

E. Medi-Cal 자산 회수에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55 세 생일 이후에 받은 Medi-Cal 혜택과 관련하여 사망한 특정 가입자의 유언이 공증된 자산으로부터 상환을 받아야 합니다. 상환금에는 가입자가 요양 시설에 입원했거나 가정 및 지역사회 기반 서비스 이용 시 받은 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 관련 병원 및 처방약 서비스와 관련된 진료별 수가제 및 관리 진료 보험료/개인별 요금이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 공증된 자산 가치보다 많을 수 없습니다.

자세한 내용을 살펴보려면 보건 의료 서비스부의 자산 회수 웹사이트(**dhcs.ca.gov**)를 방문하거나 916-650-0590 번으로 전화해 주십시오.

F. 본 *가입자 안내서* 관리

당사는 본 *가입자 안내서*의 질서 있고 효율적인 관리를 장려하기 위해 합리적인 정책과 절차 및 해석을 채택할 수 있습니다.

G. 신청서 및 진술서

귀하는 당사가 일반적인 업무 과정이나 본 *가입자 안내서*에 명시된 대로 요청하는 신청서, 양식 또는 진술서를 작성해야 합니다.

H. 양도

귀하는 당사의 사전 서면 동의 없이는 본 *가입자 안내서* 또는 이 문서상의 어떠한 권리, 이익, 미납액에 대한 청구, 혜택 또는 의무도 양도할 수 없습니다.

I. 변호사 및 대변자의 수수료 및 비용

가입자와 의료 보험, 의료 단체 또는 Kaiser Foundation Hospitals 간에 분쟁이 발생하는 경우 법에서 달리 요구하지 않는 한 각 당사자는 변호사 수수료, 대변자 수수료 및 기타 비용을 포함해 자체 수수료 및 비용을 부담해야 합니다.

J. 혜택의 조정

가입자께서 다른 보험에 가입하신 경우 가입자께서 받으시는 진료에 대한 비용 지급을 위해 다른 보장과 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입자로서 받으시는 보장을 조합하여 사용하셔야 합니다. 여기에는 가입자께서 받으실 수 있는 모든 의료 보험 혜택에 대한 조정이 적용되므로 이를 "혜택의 조정"이라고 합니다. 가입자께서는 평소에 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 보장된 의료 서비스를 받으실 것이며, 가입하신 기타 보장을 통해서는 단순히 가입자께서 받으시는 진료에 대한 비용 지급 지원이 이뤄집니다.

다른 보장이 일차 지급 보험이라면 저희와 직접 비용 분담금을 조정하는 경우가 많으며, 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. 제삼자 책임 상황의 일차 지급액에 대한 자세한 내용은 이 장의 **S 절**을 참조하십시오. 직장 상해 보험의 일차 지급액 관련 사례에 대해서는 이 장의 **U 절**을 참조하십시오.

가입자께서는 반드시 다른 의료 서비스 보장에 가입했는지 저희에게 알려주셔야 하며, 가입자의 추가 보장에서 변경 사항이 있을 때마다 저희에게 반드시 알려주셔야 합니다.

K. 고용주 책임

법에 따라 고용주가 제공해야 하는 서비스의 경우 저희는 고용주에게 비용을 지급하지 않으며, 그러한 서비스를 저희가 보장하는 경우 저희는 고용주로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

L. 가입자에 대한 *가입자 안내서*의 구속력

본 *가입자 안내서*의 보장 내역을 선택하거나 혜택을 수락함으로써 계약을 체결할 법적 능력이 있는 모든 가입자와 계약 체결 능력이 없는 모든 가입자의 법적 대리인은 본 *가입자 안내서*의 모든 조항에 동의하게 됩니다.

M. 정부 기관의 책임

법적으로 정부 기관만 제공하거나 정부 기관으로부터만 받은 서비스에 대해서는 저희는 정부 기관에 비용을 지급하지 않으며, 그러한 서비스를 저희가 보장하는 경우 저희는 정부 기관으로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

N. 가입자 면책

저희가 네트워크 의료 서비스 제공자와 체결한 계약에 따라 가입자는 저희가 변제해야 하는 금액에 대해 어떤 책임도 지지 않습니다. 그러나, 가입자께서 네트워크 의료 서비스 제공자나 네트워크 외 서비스 제공자에게서 받은 비보장 서비스에 대한 비용은 가입자께서 부담하셔야 합니다.

O. 면제 금지

당사가 본 *가입자 안내서*의 어떤 조항을 시행하지 않는다고 해서 해당 조항 또는 다른 조항의 포기로 간주되지 않으며, 이후에 귀하에게 어떤 조항을 엄격하게 이행하도록 요구하는 당사의 권리에 부정적인 영향을 미치지 않습니다.

P. 통지

가입자에게 보내는 통지서는 가입자의 최근 주소로 발송해 드립니다. 가입자께서는 가입자의 주소 변경에 대한 통지의 의무가 있습니다. 이주하시는 경우 저희 가입자 서비스(전화번호는 본 책자의 뒷면에 인쇄되어 있음) 및 사회보장국에 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)번으로 가능한 한 빨리 주소 변경 사항을 알려주시기 바랍니다.

Q. 초과 지급분 회수

저희는 초과 지급을 받은 사람이나 서비스 비용을 지급할 의무가 있는 개인 또는 조직으로부터 서비스에 대한 초과 지급분을 회수할 수 있습니다.

R. 제 3 자 배상책임

귀하에게 부상이나 질병을 일으킨 제 3 자(또는 해당 제 3 자의 보험회사)는 일반적으로 Medicare 또는 당사 플랜보다 먼저 비용을 지급해야 합니다. 따라서 당사는 이러한 우선 지급금을 청구할 권리가 있습니다. 귀하가 보장 서비스를 받은 부상이나 질병을 일으킨 것으로 주장되는 제 3 자로부터 또는 해당 제 3 자를 대신하여 판결금 또는 합의금을 받는 경우, 귀하는 해당 서비스에 대해 당사에 상환이 이루어지도록 해야 합니다.

참고: 이 "제 3 자 배상책임" 항목은 이러한 서비스에 대한 귀하의 비용 분담금 지급 의무에 영향을 미치지 않습니다.

법률이 허용하거나 요구하는 범위에서, 당사는 제 3 자가 일으킨 것으로 주장되는 부상이나 질병으로 인해 귀하가 제 3 자 또는 보험회사, 정부 프로그램 또는 기타 보장 제공원에 대해 금전적 손해배상, 보상 또는 보상금 지급을 청구할 수 있는 모든 청구권, 소송 원인 및 기타 권리에 대해 대위권을 갖습니다. 당사가 이러한 권리 행사를 귀하 또는 귀하의 변호사에게 서면으로 통지하거나 전달하는 시점부터 당사는 이러한 권리에 대해 대위권을 갖습니다.

당사의 권리를 확보하기 위해, 귀하 또는 당사가 제 3 자를 상대로 얻은 판결 또는 합의로 인해 합의금 또는 판결금이 발생하는 경우, 당사는 해당 판결금 또는 합의금에 대해 유치권 및 상환청구권을 갖습니다. 여기에는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 다른 유형의 보장으로부터 발생하는 금액이 포함됩니다: 배상책임 보험, 무보험 운전자 보험, 저보험 운전자 보험, 개인 우산 보험, 산재보상, 상해보험, 의료비 보험 및 기타 모든 선지급자(first-party) 유형의 보장. 귀하 또는 당사가 얻은 판결금 또는 합의금은 귀하가 전액 보상을 받았는지 여부와 관계없이, 또한 해당 금액이 귀하가 실제로 입은 손실 및 손해액보다 적은지 여부와 관계없이, 먼저 당사의 유치권을 충족하는 데 사용됩니다. 당사는 귀하가 손해배상 청구를 진행하기 위해 고용한 변호사에게 변호사 수임료 또는 비용을 지급할 의무가 없습니다. 귀하가 법적 조치 없이 당사에 상환하는 경우, 당사는 권리 확보 비용(procurement cost)에 대한 할인을 제공합니다. 당사가 당사의 권리를 집행하기 위해 법적 조치를 취해야 하는 경우에는 권리 확보 비용 할인이 제공되지 않습니다. 제 3 자에 대해 청구 또는 법적 조치를 제기하거나 접수한 후 30 일 이내에 다음 주소로 해당 청구 또는 법적 조치에 대한 서면 통지를 보내야 합니다.

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
팩스: 1-502-753-7064

당사가 가질 수 있는 권리의 존재 여부를 확인하고 해당 권리를 행사할 수 있도록, 귀하는 모든 동의서, 면책서, 승인서, 양도서 및 기타 서류를 작성하여 당사에 보내야 합니다. 여기에는 귀하의 변호사, 제 3 자 및 제 3 자의 배상책임 보험회사가 당사에 직접 지급하도록 지시하는 유치권 관련 서류가 포함됩니다. 당사의 사전 서면 동의 없이 이 조항에 따른 당사의 권리를 포기, 면제 또는 축소하는 데 동의할 수 없습니다.

귀하의 재산관리인, 부모, 후견인 또는 재산 관리 후견인이 귀하의 부상이나 질병을 근거로 제 3 자에 대해 청구를 제기하는 경우, 귀하의 재산관리인, 부모, 후견인 또는 재산 관리 후견인 및 해당 재산관리인, 부모, 후견인 또는 재산 관리 후견인이 받은 모든 합의금 또는 판결금에는 귀하가 직접 제 3 자에 대해 청구를 제기한 경우와 동일한 범위로 당사의 유치권 및 기타 권리가 적용됩니다. 당사는 당사의 유치권 및 기타 권리를 집행할 권리를 양도할 수 있습니다.

S. 미국 재향군인부(U.S. Department of Veterans Affairs)

법에 의거 재향군인부가 제공해야 하는 군 복무로 인한 질병에 대한 서비스의 경우 저희는 재향군인부에 비용을 지급하지 않으며, 저희가 해당 서비스를 보장할 때 저희는 재향군인부로부터 해당 서비스의 비용을 회수할 수 있습니다.

T. 직장 상해 보상 또는 고용주 배상 책임 혜택

직장 상해 보상은 일반적으로 Medicare 또는 저희 플랜보다 먼저 지불해야 합니다. 그러므로, 직장 상해 보험법 또는 고용주 배상 책임법에 의거하여 저희는 일차 지급액을 청구할 자격을 보유합니다. 직장 상해 보험 또는 고용주 배상 책임법에 따라 가입자는 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
- 가입자로부터, 가입자가 직장 상해 보험 또는 고용주 배상 책임법에 따른 재정적 혜택에 대한 권리를 수립하기 위해 성실히 노력한 경우 재정적 혜택이 제공되거나 지급되어야 하는 범위 또는 제공되었어야 했거나 지급되었어야 하는 범위까지

U. 대리모

가입자가 대리모 역할을 하기 위해 금전적 보상을 받는 상황에서 저희 플랜은 수정, 임신 및/또는 출산과 관련하여 가입자가 받는 보장 서비스에 대한 모든 플랜 요금을 상환받을 수 있도록 조치할 것입니다. 대리모 약정은 여성이 임신하여 아기를 양육하려는 다른 한 명 이상의 사람에게 맡기는 데 동의하는 것입니다.

V. 법적 구속력이 있는 중재

법적 구속력이 있는 중재에 대한 다음의 내용은 다음 가입자에게 적용됩니다.

- 2008 년 1 월 1 일 이전의 발효일에 Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual 플랜에 가입하신 모든 가입자 및
- 2008 년 1 월 1 일이나 그 이후에 Kaiser Permanente 의 Medicare Advantage Individual 플랜에 가입한 가입자이면서 가입 발효일로부터 역일 기준 60 일 이내에 법적 구속력이 있는 중재 절차를 명시적으로 배제하지 않은 가입자.

이 "법적 구속력이 있는 중재" 항의 적용을 받는 모든 청구에 대해, 청구인과 피청구인은 모두 배심원 또는 법원 재판에 대한 권리를 포기하고 법적 구속력이 있는 중재로 해결할 것을 수락합니다. 이 "법적 구속력이 있는 중재" 항이 Kaiser Permanente 당사자들이 제기한 청구에 적용되는 한, 이 절은 본 *가입자 안내서*의 **발효일 이전에 발생한 모든 미해결 청구에 소급 적용됩니다.** 이러한 소급 적용은 Kaiser Permanente 당사자에게만 구속력이 있습니다.

중재 범위

다음 요건을 모두 충족하는 경우 분쟁은 법적 구속력이 있는 중재에 회부되어야 합니다.

- 청구 제기의 근거가 되는 법적 이론이 무엇이든 관계없이 의료 과실 또는 병원 과실(의료 서비스 또는 품목이 불필요했거나 승인을 받지 않은 경우 또는 부적절하거나 부주의하거나 부적격했다는 내용의 청구), 구내 책임 또는 서비스나 품목의 보장이나 전달에 관한 청구를 포함해 청구가 본 *가입자 안내서* 또는 가입자 당사자와 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.와의 관계에서 발생했거나 그와 관련한 의무 위반 주장에서 비롯되거나 이와 관련된 것입니다.
- 가입자 당사자 1 인 이상이 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상을 상대로, 또는 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상이 가입자 당사자 1 인 이상을 상대로 청구를 주장하는 경우.
- 준거법에서 법적 구속력이 있는 중재를 사용한 문제 해결을 제한하지 않는 경우.

본 *가입자 안내서*에 따라 가입자가 법원 또는 배심원 재판에 대한 권리를 포기하고, 대신 법적 구속력이 있는 중재를 이용하기로 수락합니다. 단, 법적 구속력이 있는 중재가 적용되지 않는 다음 유형의 청구를 제외합니다.

- 소액재판소의 관할권에 속하는 청구.
- Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 가입자에게 적용되는 Medicare 이의제기 절차가 적용되는 청구(Medicare 이의제기 관련 정보는 **제 9 장** 참조).
- 준거법하에서 법적 구속력이 있는 중재가 적용될 수 없는 청구.

이 "법적 구속력이 있는 중재" 항에서 언급된 "가입자 당사자들"에는 다음이 포함됩니다.

- 가입자
- 가입자의 상속인, 친척 또는 개인 대리인.
- 자신에 대한 의무가 가입자와 Kaiser Permanente 당사자 1 인 이상 간의 관계에서 비롯된다고 주장하는 자.

"Kaiser Permanente 당사자들"에는 다음이 포함됩니다.

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser 재단 병원(Kaiser Foundation Hospitals)
- The Permanente Medical Group, Inc.

- Southern California Permanente Medical Group
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- 모든 Southern California Permanente Medical Group 또는 Permanente Medical Group 의사
- 가입자 당사자 1 인 이상이 제기한 청구의 중재를 필요로 하는 계약을 상기 기관과 체결한 개인 또는 조직
- 상기 기관의 직원 또는 대리인

"청구인"이란 상기 설명된 청구를 신청하는 가입자 당사자 또는 Kaiser Permanente 당사자를 지칭합니다. "피신청인"이란 청구를 받은 상대방인 가입자 당사자 또는 Kaiser Permanente 당사자를 지칭합니다.

절차 규칙

중재는 **독립 행정국(Office of the Independent Administrator)에서 Kaiser Permanente 와 중재 감독 위원회의 자문을** 거쳐 수립한 독립 행정국 감독하의 Kaiser Permanente 가입자 중재 규칙("절차 규칙")에 따라 실시됩니다. 절차 규칙 사본은 가입자 서비스에서 얻을 수 있습니다.

중재 개시

청구인이 중재 요청서를 전달함으로써 중재를 개시해야 합니다. 중재 요청서에는 피청구인에 대한 청구의 근거가 포함되어야 하며 청구인이 중재에서 추구하는 손해의 양, 청구인, 변호사의 이름, 주소, 전화번호(있는 경우), 모든 피청구인의 이름도 포함되어야 한다. 청구인은 중재 요청서에 동일한 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 피청구인에 대한 모든 청구를 포함시켜야 합니다.

중재 요청서 전달

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC, The Permanente Company, LLC 는 다음 주소의 해당 피신청인을 수신인으로 하는 중재 요청서를 우편으로 발송함으로써 중재 요청서를 전달받아야 합니다.

- **남부 플랜:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188
- **북부 플랜:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

해당 피신청인에 대한 전달은 중재 요청서 수령 후 완료된 것으로 간주됩니다. 개인을 포함한 다른 모든 피신청인은 민사 소송을 위한 캘리포니아 민법에서 요구하는 대로 전달받아야 합니다.

신청 수수료

청구인은 중재 요청서에 제기된 청구 건수 또는 중재 요청서에 명시된 청구인 또는 피청구인의 수와 관계없이 "중재 계정"으로 중재당 $150 의 단일 환불 불가능한 신청 수수료를 지불해야 합니다.

극도의 어려움을 주장하는 청구인은 독립 행정국에 신청 수수료와 중립 중재인의 수수료 및 비용을 면제해 달라고 요청할 수 있습니다. 이러한 면제를 요구하는 청구인은 수수료 면제 양식을 작성하여 독립 행정국에 제출하고 동시에 이를 피청구인에게 보내야 합니다. 수수료 면제 양식에는 수수료 면제 기준이 명시되어 있으며 가입자 서비스에 문의하여 받을 수 있습니다.

중재인의 수

중재인의 수는 중립 중재인의 수수료 및 비용 지불에 대한 청구인의 책임에 영향을 줄 수 있습니다(절차 규칙 참조).

중재 요청서가 $200,000 이하의 총 손해 배상을 요구하는 경우 분쟁이 발생하고 법적 구속력이 있는 중재 요청이 제출된 후 당사자들이 중재를 당사자 중재인 2 인과 중립 중재인 1 인이 심리하도록 서면으로 달리 합의하지 않는 한, 분쟁은 중립 중재인 1 인이 심리하고 결정해야 합니다. 중립 중재인은 $200,000 가 넘는 금전적 손해 배상 권한을 갖지 않습니다.

중재 요청서가 $200,000 가 넘는 총 손해 배상을 요구하는 경우 분쟁은 중립 중재인 1 인과 당사자 중재인 2 인, 모든 청구인이 공동으로 임명한 1 인, 모든 피청구인이 공동으로 임명한 1 인이 심리하고 결정해야 합니다. 당사자 중재인을 선택할 자격이 있는 당사자들은 이 권리를 포기하기로 동의할 수 있습니다. 모든 당사자들이 동의하면 이러한 중재는 단일 중립 중재인이 심리할 수 있습니다.

중재인 수수료 및 비용 지불

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.는 절차 규칙에 명시된 특정 조건하에서 중립 중재인의 수수료 및 비용을 지불합니다. 기타 모든 중재에서 중립 중재인의 수수료 및 비용은 청구인이 절반, 피청구인이 절반을 지불합니다.

당사자들이 당사자 중재인을 선정하는 경우 청구인은 청구인측 당사자 중재인의 수수료 및 비용을 지불해야 하며, 피청구인은 피청구인측 당사자 중재인의 수수료와 비용을 지불해야 합니다.

비용

앞서 언급한 중립 중재인의 수수료 및 비용을 제외하고, "법적 구속력이 있는 중재" 항에서 중재에 적용되는 법률에 의해 달리 규정된 경우를 제외하고 각 당사자는 당사자의 변호사 비용, 증인 비용 및 청구의 성격 또는 중재 결과에 관계없이 청구를 제기하거나 변호하는 데 발생한 기타 비용을 부담합니다.

일반 조항

다음 상황인 경우 청구는 포기된 것으로 간주되어 영구적으로 제기할 수 없습니다. (1) 청구의 중재 요청서가 전달된 날짜에 민사 소송인 경우 해당 제한 법령에 의한 피청구인에 대하여 청구가 금지되는 경우, (2) 청구인이 합리적인 성실함으로 절차 규칙에 따라 중재 청구를 진행하지 않은 경우, (3) 중재 청문이 다음 중에서 빠른 날짜 이후 5 년 이내에 이루어지지 않은 경우 (a) 중재 요청서가 규정된 절차에 따라 전달된 날짜 또는 (b) 청구와 관련된 사건, 거래 또는 관련 상황에 근거한 민사 소송 날짜. 정당한 사유가 있음을 근거로 중립 중재인이 다른 이유로 청구를 기각할 수 있습니다. 당사자가 정당한 통지서를 받은 후 중재 청문에 참석하지 못한 경우 중립 중재인은 당사자 부재 시 분쟁을 판결할 수 있습니다.

1975 년 캘리포니아 의료 상해 보상 개혁법(이후 개정법 포함), 그리고 환자에게 지급된 보험금 또는 장애 혜택에 관한 증거를 제출할 권리, 비경제적 손해 보상 제한, 향후 손해 배상액을 정기 지급 방식으로 조정받을 권리를 제시하는 항이 전문직업인 태만에 대한 청구 또는 법에 의해 허용 또는 요구되는 기타 청구에 적용됩니다.

중재는 연방 중재법 **2 항**의 "법적 구속력이 있는 중재" 섹션 및 법령이 적용되는 시점에 유효한 중재와 관련된 캘리포니아 민법 조항의 적용을 받으며, 이는 절차 규칙과 함께 해당 "법적 구속력이 있는 중재" 섹션과 일치하지 않는 범위까지입니다. 연방 중재법(Federal Arbitration Act)의 **3 항** 및 **4 항**에 따라 적용되는 규칙에 따라, "법적 구속력이 있는 중재" 항에 따른 중재 권리는 가입자 당사자와 Kaiser Permanente 당사자 간의 분쟁이 중재 가능한 청구 및 중재 불가능한 청구를 모두 포함하거나 중재에 대한 하나 이상의 당사자가 동일하거나 관련된 거래에서 발생하고 판결 또는 결과의 상충 가능성이 있는 제 3 자와의 계류 중인 법원 소송의 당사자라는 이유만으로 거부, 정지되거나 그 밖의 방식으로 방해받아서는 안 됩니다.

제 12 장: 중요 용어 정의

소개

본 장에는 본 *가입자 안내서* 전체에서 사용되는 주요 용어가 정의와 함께 수록되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나열됩니다. 원하는 용어를 찾을 수 없거나 정의에 포함된 것보다 더 많은 정보가 필요한 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

일상 생활 활동(Activities of Daily Living, ADL): 식사하기, 화장실 이용하기, 환복, 목욕하기, 양치질 등 일상 생활에서 사람들이 하는 활동.

행정법 판사: 행정법 판사(ALJ)는 정부 기관과 관련된 사건을 심리하고 판결하는 판사. 3 단계 이의제기를 심사하는 판사.

AIDS Drug Assistance Program(ADAP): HIV/AIDS 를 앓고 있는 자격이 있는 개인이 생명을 구하는 HIV 약품에 접근할 수 있도록 도와드리는 프로그램입니다.

지급 한도액: 품목 또는 서비스 구매 비용에 충당하실 수 있는 특정 크레딧 금액. 선택하신 품목 또는 서비스의 구매 비용이 지급 한도액을 초과하는 경우 가입자께서는 지급 한도액을 초과하는 금액만큼 부담하시게 되며, 이는 최대 본인 부담금에 적용되지 않습니다.

외래 수술 센터: 병원 진료가 필요하지 않고 24 시간 이상 진료가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 수술을 제공하는 시설.

이의제기: 저희가 실수했다고 생각하시는 경우 저희의 행동에 이의를 제기할 수 있는 방법. 이의를 제기하여 보장 결정을 변경하도록 요청하실 수 있습니다. **본** *가입자 안내서* **제 9 장**에서는 이의제기 방법을 비롯하여 이의제기에 대해 설명합니다.

잔액 청구: 의료 서비스 제공자가 청구한 전체 금액과 환자의 의료 보험에서 지불한 금액 간의 차액에 대해 의료 서비스 제공자가 환자에게 청구하는 관행.

행동 건강: 정서적, 심리적, 사회적 웰빙을 말합니다. 더 쉽게 설명하면 우리가 생각하고, 느끼고, 다른 사람들과 상호작용하는 방법에 대한 것입니다. 이는 정신건강 및 약물 사용 장애 서비스를 지칭하는 포괄적인 용어입니다.

혜택 기간: 저희 플랜과 Original Medicare 양측에서 가입자의 전문 간호 시설(SNF) 서비스 사용 기간을 측정하는 방법. 혜택 기간은 전문 간호 시설에 입원하시는 날 시작됩니다. 혜택 기간은 가입자께서 SNF 에서 60 일 연속으로 전문 간호 서비스를 받지 않으셨을 때 종료됩니다. 가입자께서 혜택 기간 1 회 종료 후 전문 간호 시설에 입원하시는 경우 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제제: 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아있는 원료로 만든 약물. 생물학적 제제는 다른 약물보다 복잡하고 정확하게 복제할 수 없어 대안적인 형태는 바이오시밀러라고 합니다. ("원조 생물학적 제제" 및 "바이오시밀러" 참조).

바이오시밀러: 원조 생물학적 제제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제제. 바이오시밀러는 원조 생물학적 제제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방전을 필요로 하지 않고 약국에서 원조 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다. ("상호 대체 가능한 바이오시밀러" 참조).

브랜드 약물: 원래 해당 약물을 만든 회사에서 만들어 판매하는 약물. 브랜드 약물은 제네릭 약물과 성분이 동일합니다. 제네릭 약물은 보통 다른 약물 회사가 제조하고 판매하며, 특허권이 종료될 때까지는 일반적으로 사용할 수 없습니다.

진료 코디네이터: 가입자, 의료 보험, 가입자의 의료 서비스 제공자와 협력하여 가입자가 필요한 치료를 받을 수 있도록 하는 주요한 한 사람.

진료 계획: "개인별로 맞춤화된 진료 계획"을 나타냅니다.

진료팀: "다분야 진료팀"을 나타냅니다.

재난 보장 단계: 저희 플랜이 연말까지 가입자의 모든 약물 비용을 지불하는 Medicare 파트 D 약물 혜택의 단계. 가입자(또는 가입자를 대신하여 자격을 갖춘 다른 당사자)가 한 해 동안 Medicare 파트 D 보장 약물과 관련하여 $2,400 를 지출한 경우 이 단계가 시작됩니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare 를 관리하는 연방 기관. 본 *가입자 안내서* 제 2 장에서 CMS 에 연락하는 방법에 대해 설명해 드립니다.

지역사회 기반 성인 서비스(CBAS): 자격 기준을 충족하는 가입자에게 전문 간호 서비스, 사회 복지 서비스, 직업 치료, 언어 치료, 개인 돌봄, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 이송 및 기타 서비스를 제공하는 외래 진료 시설 기반 서비스 프로그램.

불만: 보장되는 서비스나 치료에 대해 문제나 우려 사항이 있음을 나타내는 서면 진술 또는 구두 진술. 여기에는 서비스 품질, 진료 품질, 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 약국에 대한 모든 우려 사항이 포함됩니다. "불만제기"의 공식 명칭은 "고충 접수"입니다.

종합외래재활시설(CORF): 질병, 사고 또는 큰 수술 후 주로 재활 서비스를 제공하는 시설. 물리 치료, 사회 복지 또는 심리 서비스, 호흡 요법, 직업요법, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

코페이: 특정 서비스 또는 약물을 받을 때마다 비용의 분담금으로 지불하는 고정 금액. 예를 들어 가입자는 한 번의 서비스 또는 한 약물에 대해 $2 또는 $5 를 부담하게 됩니다.

분담 비용: 분담 비용은 가입자께서 서비스 또는 약물을 받을 때 납부하는 금액을 의미합니다. (저희 플랜의 월 보험료에 추가됩니다.) 분담 비용에는 다음 세 가지 유형의 지급금 조합이 모두 포함됩니다. (1) 서비스 또는 약물이 보장되기 전에 플랜에서 부과할 수 있는 모든 공제금, (2) 특정 서비스 또는 약물을 받을 때 플랜에서 요구하는 고정 코페이먼트 금액, (3) 공동 보험금으로 특정 서비스 또는 약물을 받을 때 플랜에서 요구하는 서비스 또는 약물에 대해 지불한 총 금액의 백분율. **참고:** 경우에 따라 가입자께서는 서비스를 받으실 때 모든 해당 분담 비용을 납부하지 않으실 수도 있으며 저희는 해당 분담 비용에 대한 청구서를 나중에 보내드리게 될 것입니다. 예를 들어, 가입자께서 예약된 예방 진료 방문 동안 비예방 진료를 받으신 경우 당사는 가입자께 해당 비예방 진료에 대한 분담 비용을 나중에 청구할 수도 있습니다. 사전에 주문한 품목의 경우 주문 날짜에 적용되는 분담 비용을 지불하고(수령한 날짜에 보장이 없는 경우 당사는 해당 품목을 보장하지는 않지만), 해당 품목의 주문 시 분담 비용을

지불해야 할 수도 있습니다. 외래 처방약의 경우 주문 일자는 약국이 처방전을 조제하는 데 필요한 모든 정보를 받은 후 주문을 처리한 날짜입니다.

분담 비용 단계: 코페이가 동일한 약물 그룹입니다. 보장 약물 목록(*약물 목록*이라고도 함)에 있는 모든 약물은 6 가지 분담 비용 단계 중 하나에 포함됩니다. 일반적으로, 높은 분담 비용 단계일수록 약물에 대해 더 많은 비용을 부담하시게 됩니다.

보장 결정: 저희가 보장하는 혜택에 대한 결정. 여기에는 보장되는 약물 및 서비스 또는 가입자의 의료 서비스에 대해 저희가 지불하는 금액에 대한 결정이 포함됩니다. 제 9 장 (본 *가입자 안내서*)에는 보장 결정을 요청하는 방법이 설명되어 있습니다.

보장 약물: 저희 플랜이 보장해 드리는 모든 처방약 및 일반의약품(OTC)을 지칭하기 위해 저희가 사용하는 용어입니다.

보장 서비스: 저희 플랜이 보장하는 모든 보건 의료, 장기 서비스 및 지원, 용품, 처방약, 일반의약품, 장비 및 기타 서비스를 지칭하는 데 사용되는 일반 용어입니다.

신뢰할 만한 처방약 보장: 평균적으로 최소한 Medicare 의 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 의료 진료 또는 전문 간호가 필요 없으신 경우 요양원, 호스피스, 또는 기타 시설 환경에서 제공해 드리는 개인 간병 서비스입니다. 보호 간병은 전문 기술을 보유하거나 훈련을 받지 않은 사람이 제공하며 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. Medicare 는 보호 간병에 대해 비용을 부담하지 않습니다.

문화역량 교육: 문화역량 교육은 의료 진료 제공자를 위한 추가 교육으로, 의료 진료 제공자는 이를 통해 가입자의 배경, 가치관 및 신념에 대한 이해도를 높임으로써 가입자의 사회적, 문화적, 언어적 요구를 충족하기 위해 서비스를 조정할 수 있습니다.

보건 의료 서비스부(DHCS): Medicaid 프로그램(Medi-Cal 으로 알려짐)을 운영하는 캘리포니아주의 부처.

보건 관리부(DMHC): 캘리포니아주의 이 부서는 의료 보험에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC 는 Medi-Cal 서비스에 대해 이의를 제기하거나 불만 사항이 있는 이들을 돕습니다. DMHC 는 또한 독립 의료 심사(IMR)를 수행합니다.

탈퇴: 저희 플랜 멤버십을 해지하는 과정. 탈퇴는 자발적(자신이 선택함)이거나 비자발적(자신이 선택한 것이 아님)일 수도 있습니다.

약물 관리 프로그램(DMP): 가입자가 처방받은 오피오이드 및 다른 빈번하게 남용되는 약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램.

약물 단계: 약물 목록에 있는 약물의 그룹입니다. 약물 단계의 예에는 제네릭 약물, 브랜드 약물 또는 특수 약물이 있습니다. 약물 목록에 있는 모든 약물은 6 개 단계 중 하나에 포함됩니다.

이중 자격 특별 필요 플랜(D-SNP): Medicare 및 Medicaid 둘 다를 이용할 자격이 있는 개인에게 보장을 제공하는 의료 보험. 저희의 플랜은 D-SNP 입니다.

내구성 의료 장비(DME): 가입자의 담당 의사가 가정에서 이용을 위해 주문한 특정 품목. 이런 품목의 예를 들면 가정 내 사용을 위해 의료 서비스 제공자가 주문한 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 환자 용품, 병원 침대, 정맥주사 주입 펌프, 음성 재생 장치, 산소 호흡 장비 및 용품, 네뷸라이저, 보행기가 포함됩니다.

응급 상황: 가입자 또는 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 사망, 신체 일부 손실 또는 신체 기능의 손실 또는 심각한 장애를 예방하기 위해 즉각적인 치료가 필요한 의학적 증상이 있다고 믿는 의료 응급 상황(임신부의 경우 태아의 손실 포함). 의학적 증상에는 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화 중인 질환이 해당할 수 있습니다.

응급 진료: 응급 서비스를 제공하도록 훈련받은 의료 서비스 제공자가 제공하며 의료 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스.

응급 의료 상태: 충분히 심각한 급성 증상(심한 통증 포함)을 나타내는 의학적 질환 또는 정신건강 상태로, 건강 및 의학에 대한 평균적인 지식을 가진 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 기관 또는 부위의 심각한 기능 장애.

예외: 일반적으로 보장되지 않는 약물에 대한 보장을 받거나 특정 규칙 및 제한 없이 약물을 사용할 수 있는 허락.

제외 약물: 42 미국법전(U.S.C.) 1395w-102(e)항에 정의된 대로 보장 파트 D 약물이 아닌 약물입니다.

제외 서비스: 이 의료 보험이 보장하지 않는 서비스.

추가 지원: 소득과 자원이 제한된 이들의 보험료, 공제금 및 코페이와 같은 Medicare 파트 D 약물 비용을 줄이는 데 도움이 되는 Medicare 프로그램. 추가 지원은 "저소득 보조금(LIS)"이라고도 합니다.

제네릭 약물: 브랜드 약물 대신 사용하도록 FDA 가 승인한 약물. 제네릭 약물의 성분은 브랜드 약물과 같습니다. 일반적으로 브랜드 약물과 동일한 효력을 나타내며 보통 비용이 적게 듭니다.

고충: 가입자가 저희 또는 저희 네트워크 의료 서비스 제공자 또는 약국 중 하나에 대해 제기하는 불만. 여기에는 진료의 질 또는 의료 보험이 제공하는 서비스의 질에 대한 불만이 포함됩니다.

의료 보험 상담 및 옹호 프로그램(HICAP): Medicare 에 대한 객관적인 정보 및 상담을 무료로 제공하는 프로그램입니다. 본 *가입자 안내서* **제 2 장**에서 HICAP 에 연락하는 방법에 대해 설명해 드립니다.

의료 보험: 의사, 병원, 약국, 장기 의료 서비스 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 조직. 또한 모든 의료 서비스 제공자와 서비스 관리를 지원하는 진료 코디네이터가 포함됩니다. 이들은 귀하에게 필요한 의료 서비스를 제공하기 위해 함께 협력합니다.

건강 위험 부담 사정(HRA): 가입자 병력 및 현재 상태에 대한 심사. 이는 가입자 건강과 가입자 건강이 미래에 어떻게 바뀔 수 있는지 알기 위해 사용됩니다.

가정 간호 보조인: 개인 간호 지원(목욕, 화장실 사용, 환복, 또는 처방된 운동 실시하기 등)과 같은 면허가 있는 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람. 가정 간호 보조인은 간호사 면허가 없으며 치료를 제공하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후가 있는 사람들이 편안하게 생활할 수 있도록 보살피고 지원하는 프로그램. 말기 예후란 사람이 의학적으로 말기 진단을 받은 것을 의미하며, 이는 기대 수명이 6 개월 이하임을 의미합니다.

- 말기 예후가 있는 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.
- 특별히 훈련된 전문가 및 간병인 팀이 신체적, 정서적, 사회적, 영적 필요 등 전인적 치료를 제공합니다.
- 저희는 가입자의 지역에 있는 호스피스 제공자 목록을 가입자에게 제공해야 합니다.

부적절한 청구: 의료 서비스 제공자(예: 의사 또는 병원)가 서비스에 대한 저희 분담 비용보다 더 많이 청구하는 상황. 이해할 수 없는 청구서를 받으시면 가입자 서비스에 전화하십시오.

플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 저희 플랜의 분담 비용을 지불합니다. 저희는 의료 서비스 제공자가 이 금액을 초과하여 가입자에게 청구하는 것을 **허용하지 않습니다**.

가정 내 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 자택에 안전하게 머물 수 있도록 제공되는 서비스 비용을 가입한 진료 제공자에게 지불하는 데 도움을 드릴 것입니다. IHSS 는 양로원 또는 공동생활 시설 및 간병 시설 등 가정 외 돌봄의 대안입니다. 서비스를 받기 위해서는 각 참여자의 필요에 따라 어떤 유형의 서비스가 승인되어야 하는지 결정하기 위한 평가가 실시됩니다. IHSS 를 통해 승인될 수 있는 서비스 유형은 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 관리 서비스(예: 장 및 방광 관리, 목욕, 몸단장 및 의료 보조 서비스), 진료 예약 동반 및 정신 장애인을 위한 보호 감독입니다. 카운티 사회복지 기관은 IHSS 를 관리합니다.

독립 의료 심사(IMR): 저희가 가입자의 의료 서비스 또는 치료 요청을 거부하는 경우 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다. 저희 결정에 동의하지 않고 가입자 문제가 DME 용품 및 약물 등 Medi-Cal 서비스에 관한 문제인 경우 캘리포니아 보건 관리부에 IMR 을 요청할 수 있습니다. IMR 은 저희 플랜에 속하지 않은 전문가가 가입자 사례를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 가입자에게 유리하다면 저희는 가입자가 요청한 서비스나 치료를 제공해야 합니다. 가입자는 IMR 비용을 지불하지 않습니다.

독립의료심사기구(IRO): 2 단계 이의제기를 검토하는 Medicare 에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 당사와 연결되어 있지 않으며 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지 여부를 결정합니다. Medicare 는 이 기관의 업무를 감독합니다. 공식 명칭은 **독립 심사체입니다**.

개인별로 맞춤화된 진료 계획(ICP 또는 진료 계획): 가입자가 어떤 서비스를 어떻게 받을 것인지에 대한 계획. 가입자 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

초기 보장 단계: 가입자가 부담한 총 Medicare 파트 D 약물 비용이 **$2,400 에 도달하기 전 단계.** 여기에는 가입자가 지불한 금액, 저희 플랜이 가입자를 대신하여 지불한 금액, 저소득 보조금이 포함됩니다. **해당 연도에 처음으로 처방전을 조제하실 때 이 단계부터 시작하시게 됩니다.** 이 단계에서는 저희가 약제비 중 일부를 지불하고 가입자가 본인 분담금을 지불합니다.

입원 환자: 가입자가 전문 의료 서비스를 받기 위해 공식적으로 병원에 입원한 경우 사용하는 용어. 공식적으로 입원을 하지 않은 경우에는 하룻밤을 지내더라도 입원이 아닌 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

통합 D-SNP: Medicare 및 Medicaid 서비스 대부분 또는 전부를 Medicare 및 Medicaid 의 자격을 모두 갖춘 특정 그룹의 인물을 위해 하나의 의료 보험 또는 연계된 의료 보험에서 보장하는 이중 자격 특별 필요 플랜입니다. 이러한 개인은 완전 혜택 이중 자격을 갖춘 개인으로 알려져 있습니다.

상호 대체 가능한 바이오시밀러: 자동 대체 가능성과 관련하여 추가 요구 사항을 충족하므로 새로운 처방전 없이 약국에서 대체품으로 사용할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국에서의 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

다분야 진료팀(ICT 또는 진료팀): 진료팀에는 의사, 간호사, 상담사 또는 가입자가 필요한 진료를 받을 수 있도록 도와주는 기타 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 진료팀은 진료 계획을 세우는 데에도 도움을 줍니다.

Kaiser Foundation Health Plan(의료 보험): Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 북부 및 남부 캘리포니아주 지역은 비영리법인이자 Medicare Advantage 기관입니다. 본 *가입자 안내서*에서는 의료 보험을 "당사" 또는 "당사의"라고도 합니다.

Kaiser Foundation 병원: Kaiser Foundation Hospitals 가 소유하고 운영하는 네트워크 병원.

Kaiser Permanente: 의료 보험, 의료 단체, 및 Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente Region(지역): 직접 서비스 의료 프로그램을 실시하는 Kaiser Foundation Health Plan 조직. 가입자께서 당사 서비스 지역 외에 계신 경우 가입자께서는 다른 Kaiser Permanente 지역의 서비스 지역에서 지정된 의료 서비스 제공자에게 의학적으로 필요한 의료 진료 및 만성 질환에 대한 지속적인 진료를 받으실 수 있습니다. 자세한 정보는 **제 3 장**, **D4 절을** 참조하십시오.

보장 약물 목록(*약물 목록*): 당사에서 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록. 저희는 의사와 약사의 도움을 받아 이 목록에 있는 약물을 선택합니다. *약물 목록*에는 약물을 받기 위해 따라야 하는 규칙이 나와 있습니다. *약물 목록*은 "처방집"이라고도 합니다.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기 의학적 질환을 개선하는 데 도움이 됩니다. 이러한 서비스의 대부분은 가입자가 요양 시설이나 병원에 갈 필요가 없이 자택에 머무를 수 있도록 도와줍니다. 당사 플랜이 보장하는 LTSS 에는 성인 주간 보건 의료라고도 불리는 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 및 지역사회 지원이 있습니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS 입니다.

저소득 보조금(LIS): "추가 지원"을 나타냅니다.

우편 주문 프로그램: 일부 플랜은 자택으로 직접 보내진 보장 처방약을 최대 3 개월까지 공급할 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공할 수도 있습니다. 이는 가입자가 정기적으로 받는 처방전을 조제할 수 있는 비용 효율적이고 편리한 방법일 수 있습니다.

Medicaid(또는 의료 지원): 연방 정부와 주정부가 운영하는 프로그램으로, 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다. Medi-Cal 은 캘리포니아주의 Medicaid 프로그램입니다.

의료 단체: 저희 플랜이 가입자께 보장된 서비스를 제공해 드리기 위해 계약한 플랜 의료 서비스 제공자의 네트워크입니다. 저희 의료 단체의 이름은 영리 전문 법인인 The Permanente Medical Group, Inc.와 영리 전문 파트너십인 Southern California Permanente Medical Group 입니다.

Medi-Cal: California 의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal 은 캘리포니아주에서 관리하며 캘리포니아주와 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원과 의료 비용을 지불하도록 돕습니다.
- Medicare 에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 약물을 일부 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만, 가입자께서 Medicare 와 Medi-Cal 모두에 대한 자격을 보유하신 경우 대부분의 보건 의료 비용을 보장받게 됩니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비, 교통편과 같은 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜. Medicare 혜택은 별도입니다.

의학적 필요: 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 약물을 나타냅니다. 여기에는 병원 또는 요양 시설 입원을 방지하기 위한 치료가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 약물이 의학적인 실무 기준에 적합한 경우를 말합니다.

Medicare: 65 세 이상의 사람, 특정 장애가 있는 65 세 미만의 사람 및 말기 신장질환자(일반적으로 영구 신부전증 환자로 투석이나 신장 이식이 필요한 사람)를 위한 연방 건강 보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리 진료 플랜("의료 보험" 참조)을 통해 Medicare 건강 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage: "Medicare 파트 C" 또는 "MA"라고도 하는 Medicare 프로그램으로, 민간 기업을 통해 MA 플랜을 제공합니다. Medicare 는 가입자의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 해당 기업에 비용을 지불합니다.

Medicare 이의제기 심사 위원회(위원회): 4 단계 이의제기를 심사하는 위원회. 본 위원회는 연방 정부 소속입니다.

Medicare 보장 서비스: Medicare 파트 A 및 파트 B 가 보장하는 서비스. 저희 플랜을 포함한 모든 Medicare 의료 보험은 반드시 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 가 보장하는 모든 서비스를 보장해야만 합니다.

Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP): 실용적인 교육을 통해 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 및 체중 감소와 건강한 생활 방식을 유지하기 위해 반드시 극복해야 할 문제에 대한 해결 전략을 제공하는 체계적인 건강 행동 변화 개입 프로그램.

Medicare-Medi-Cal 가입자: Medicare 및 Medicaid 보장을 받을 자격이 있는 사람. Medicare-Medicaid 가입자는 "이중 자격이 있는 개인"이라고도 합니다.

Medicare 파트 A: 의학적으로 필요한 대부분의 병원, 전문 간호 시설, 가정간호 서비스, 호스피스 간호를 포함하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병이나 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(예: 검사실 검사, 수술 및 의사 방문) 및 용품(예: 휠체어 및 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B 는 또한 많은 예방 서비스 및 선별 서비스를 보장합니다.

Medicare 파트 C: "Medicare Advantage" 또는 "MA"라고도 하는 Medicare 프로그램으로, 민간 건강 보험 기업이 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있게 합니다.

Medicare 파트 D: Medicare 약물 혜택 프로그램. 이 프로그램을 줄여서 "파트 D"라고 합니다. Medicare 파트 D 는 외래 환자 약물, 백신 및 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid 에서 보장하지 않는 일부 용품을 보장합니다. 저희 플랜에는 Medicare 파트 D 가 포함됩니다.

Medicare 파트 D 약물: Medicare 파트 D 에 따라 보장되는 약물. 의회는 특정 범주의 약물을 Medicare 파트 D 에 따른 보장에서 제외합니다. Medicaid 는 이러한 약물 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 요법 관리 프로그램(MTM): 특정 요건을 충족하거나 약물 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강 요구 사항을 위한 Medicare 파트 D 프로그램. MTM 서비스에는 일반적으로 약사나 의료 진료 제공자와의 상담을 통해 투약을 검토하는 과정이 포함됩니다. 자세한 내용은 **본** *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜: Medi-Medi 플랜은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. 이는 Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 등록되어 있는 사람들을 위한 것으로, Medicare 와 Medi-Cal 보장을 하나의 플랜으로 결합한 것입니다. Medi-Medi 플랜은 두 프로그램 전반에 걸쳐 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스를 포함한 모든 혜택 및 서비스를 조정합니다.

가입자(당사 플랜의 가입자 즉, 플랜 가입자): 보장 서비스를 받을 자격이 있는 Medicare 및 Medi-Cal 가입자로, 저희 플랜에 가입했으며 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS) 및 주에서 가입을 확인한 사람.

***가입자 안내서* 및 공개 정보:** 본 문서를 비롯하여 가입자의 가입 양식과 기타 부속 문서 또는 추가 보장 범위와 함께 가입자의 보장, 저희가 취해야 할 조치, 가입자의 권리, 저희 플랜의 가입자로서 취해야 할 조치를 설명합니다.

가입자 서비스: 가입자의 멤버십, 보험 혜택, 고충 및 이의제기에 관한 문의에 답변을 드리는 저희 플랜 내 부서. 가입자 서비스에 대한 자세한 정보는 **본** *가입자 안내서* **제 2 장**을 참조하십시오.

네트워크 약국: 플랜 가입자의 처방전을 조제하기로 동의하는 약국입니다. 저희 플랜과 협력하기로 동의했기 때문에 저희는 그들을 "네트워크 약국"이라고 부릅니다. 대부분의 경우 저희는 저희 네트워크 약국 중 한 곳에서 조제된 처방약만 보장합니다.

네트워크 의사: 의료 단체 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: 당사 플랜과 협력하는 의료 서비스 제공자. 이러한 의료 서비스 제공자는 총 지급액으로 당사의 분담금을 수락하는 데 동의합니다. "의료 서비스 제공자"는 의사, 간호사 및 의료 서비스와 치료를 제공하는 기타 사람을 지칭하는 일반 용어입니다. 이 용어에는 병원, 가정 간호 기관, 진료소 및 건강 관리 서비스, 의료 장비, 장기 서비스 및 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

- 그들은 건강 관리 서비스를 제공하기 위해 Medicare 와 주에서 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 저희 의료 보험과 협력하고 지불을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 청구하지 않는 데 동의하면 저희는 이들을 "네트워크 의료 서비스 제공자"라고 부릅니다.
- 저희 플랜에 가입한 동안 보장되는 서비스를 받으려면 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 "플랜 의료 서비스 제공자"라고도 합니다.

요양원 또는 요양 시설: 가정 요양을 할 수 없지만 병원에 갈 필요가 없는 사람들을 위한 치료를 제공하는 시설입니다.

옴부즈맨: 가입자를 대신하여 대변자 역할을 하는 가입자가 거주하는 주의 사무소. 가입자에게 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 답하고 무엇을 해야 하는지 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 2 장 및 제 9 장**을 참조하십시오.

기관 판결: 저희 플랜은 저희 또는 저희 의료 서비스 제공자가 의료 서비스가 보장되는지 여부 또는 가입자가 해당 서비스에 대해 지불하는 액수에 대해 결정할 때 기관 판결을 내립니다. 기관 판결은 본 책자에서 "보장 결정"으로 부릅니다. 본 *가입자 안내서* **제 9 장**에서는 보장 결정에 대해 설명합니다.

원조 생물학적 제제: FDA 에서 승인하고 바이오시밀러를 만드는 제조업체가 비교 대상으로 삼는 생물학적 제제. 이를 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 진료별 수가제 Medicare): Original Medicare 는 정부에서 제공합니다. Original Medicare 하에서, Medicare 서비스는 의회가 정한 액수를 의사, 병원, 기타 의료 진료 제공자에게 지급함으로써 보장됩니다.

- 가입자께서는 Medicare 를 수락한 의사, 병원 또는 기타 의료 진료 제공자에게 서비스를 받을 수 있습니다. Original Medicare 는 Medicare 파트 A(병원 보험)와 Medicare 파트 B(의료 보험) 두 부분으로 나뉘어져 있습니다.
- Original Medicare 는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.
- 저희 플랜에 가입하고 싶지 않다면 Original Medicare 를 선택하실 수 있습니다.

외부 네트워크 약국: 플랜 가입자에게 보장되는 약물을 조정하거나 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하기로 동의하지 않은 약국. 당사 플랜은 특정 조건이 적용되지 않는 한 외부 네트워크 약국에서 구입한 약물의 대부분을 보장하지 않습니다.

네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 네트워크 외 시설: 저희 플랜에서 고용하거나, 소유하거나, 운영하지 않고 저희 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하기로 계약하지 않은 의료 서비스 제공자 또는 시설. 본 *가입자 안내서* **제 3 장**에서는 네트워크 외 의료 서비스 제공자 또는 시설에 대해 설명합니다.

본인 부담금: 가입자가 받는 서비스나 약물의 일부에 대해 비용을 부담해야 하는 분담 비용 요건을 "본인 부담금" 요건이라고도 합니다. 위의 "분담 비용"에 대한 정의를 참조하십시오.

일반의약품(OTC): 일반의약품은 의료 진료 전문가의 처방전 없이 살 수 있는 약물 또는 의약품입니다.

파트 A: "Medicare 파트 A"를 나타냅니다.

파트 B: "Medicare 파트 B"를 나타냅니다.

파트 C: "Medicare 파트 C"를 나타냅니다.

파트 D: "Medicare 파트 D"를 나타냅니다.

파트 D 약물: "Medicare 파트 D 약물"을 나타냅니다.

개인 건강 정보(보호된 건강 정보라고도 함)(PHI): 가입자 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 방문, 병력과 같은 가입자 및 가입자 건강에 관한 정보. 저희가 가입자의 PHI 를 보호, 사용, 공개하는 방식과 PHI 와 관련된 가입자의 권리에 관한 자세한 내용은 개인정보 보호관행 고지**를** 참조하십시오.

플랜 비용: 플랜 비용은 다음을 의미합니다.

- 의료 단체 또는 Kaiser Foundation Hospitals 에서 제공하는 서비스의 경우 가입자에게 제공되는 서비스에 대한 의료 단체 및 Kaiser Foundation Hospitals 요금의 의료 보험 요금표에 따른 요금.
- 제공자(의료 단체 또는 Kaiser Foundation Hospitals 제외)가 인두제 기반으로 보상받는 서비스의 경우 Kaiser Permanente 가 인두제 기반 제공자와 협상하는 요금 일람표의 요금.
- Kaiser Permanente 가 소유하고 운영하는 약국에서 구입한 품목, 가입자의 보험 혜택 플랜이 해당 품목을 보장하지 않을 때 해당 약국에서 가입자에게 청구하는 금액(이 금액은 약물을 구입, 보관 및 조제할 때 드는 비용과 Kaiser Permanente 약국 서비스를 가입자에게 제공하기 위한 직간접 비용 및 의료 보험의 순수익 요건에 대한 약국 프로그램의 분담금의 추정 비용임).
- 다른 모든 서비스의 경우 Kaiser Permanente 가 서비스에 대해 부담한 금액 또는 Kaiser Permanente 가 서비스 비용에서 분담 비용을 차감할 경우 분담 비용을 차감하지 않았을 경우 Kaiser Permanente 가 부담하여야 할 금액.

안정 후 진료: 담당 의사가 가입자의 상태가 의학적으로 안정되었다고 판단한 후 가입자의 응급 의료 상태와 관련하여 받는 의학적으로 필요한 서비스입니다. 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.

예방 서비스: 질병을 예방하거나 치료가 가장 효과적일 것으로 예상되는 초기 단계에서 질병을 발견하는 보건 의료(예: 예방 서비스에는 자궁경부 세포검사, 독감 예방주사, 유방촬영술 등이 포함됨)를 말합니다.

1 차 진료의(PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 가입자께서 먼저 방문하는 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자. 그들은 가입자가 건강을 유지하는 데 필요한 치료를 받을 수 있게 합니다.

- 이들은 또한 다른 의사 및 의료 진료 제공자와 함께 가입자의 진료에 관해 함께 상의하며 그들에게 진료 의뢰를 하기도 합니다.

- 많은 Medicare 의료 보험에서, 가입자께서는 다른 의료 진료 제공자를 이용하기 전에 반드시 1 차 진료의(PCP)를 이용하셔야 합니다.
- 1 차 진료의(PCP)로부터 진료받기에 관한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 3 장**을 참조하십시오.

사전 승인(PA): 특정 서비스나 약물을 받거나 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 이용하기 전에 저희로부터 받아야 하는 승인입니다. 먼저 승인을 받지 않으시면 저희 플랜에서 서비스나 약물을 보장하지 않을 수도 있습니다.

일부 네트워크 의료 서비스는 의사 또는 다른 네트워크 의료 서비스 제공자들이 저희로부터 PA 를 받는 경우에만 저희 플랜에서 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA 가 필요한 보장 서비스는 본 *가입자 안내서* **제 4 장**에 표시되어 있습니다.

일부 약물은 저희로부터 PA 를 받은 경우에만 저희 플랜이 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA 가 필요한 보장 약물은 *보장 약물 목록*에 표시되어 있으며 해당 규정은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE): 자택에서 생활하려면 더 높은 수준의 치료가 필요한 만 55 세 이상의 사람들을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램.

보철 및 보조 기구: 팔 보호대, 등 보호대, 목 보호대, 인공 팔다리, 인공 눈, 장루 용품과 경장 요법, 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부위 또는 기능을 교체하는 데 필요한 장치를 포함하되 이에 국한되지 않는 의사 또는 기타 의료 진료 제공자가 주문한 의료 기기.

의료 서비스 제공자: 가입자에게 서비스 및 진료를 제공하며 주에서 허가한 의사, 간호사 및 기타 사람. 의료 서비스 제공자에는 병원, 가정 간호 기관, 진료소와 가입자에게 건강 관리 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비, 특정 LTSS 를 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

품질 개선 기관(QIO): Medicare 가입자의 진료 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 전문가 집단. 연방 정부는 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 QIO 에 비용을 지불합니다. QIO 에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 2 장**을 참조하십시오.

수량 제한: 가입자가 보유할 수 있는 약물의 양에 대한 제한. 저희는 처방당 보장하는 약물의 양을 제한할 수 있습니다.

Real Time Benefit Tool: 가입자가 완전하고 정확하며 시기적절하고 임상적으로 적절한 가입자별 보장 약물 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 응용 프로그램. 여기에는 분담 비용 금액, 주어진 약물과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 약물, 대체 약물에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계 요법 또는 수량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰: 진료 의뢰란 1 차 진료의(PCP)의 의뢰이거나 저희가 가입자의 PCP 이외에 의료 서비스 제공자를 이용하도록 승인하는 것입니다. 가입자가 먼저 승인을 받지 못하면 저희가 서비스를 보장하지 못할 수도 있습니다. 여성 건강 전문의와 같은 특정 전문의를 이용하려는 경우에는 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 대한 자세한 내용은 본 *가입자 안내서* **제 3 장 및 제 4 장**을 참조하십시오.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 중대한 수술에서 회복하는 데 도움이 되는 치료. 이러한 서비스에는 입원 환자 재활 치료, 물리 치료(외래 환자), 언어 치료 및 작업요법이 포함됩니다. 재활 서비스에 대한 자세한 정보는 **본** *가입자 안내서* **제 4 장**을 참조하십시오.

민감 서비스: 정신건강 또는 행동 건강, 성적 건강 및 생식 건강, 가족계획, 성 매개성 감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 사용 장애, 성 정체성 지지 요법, 친밀한 파트너 폭력과 관련된 의료 서비스.

서비스 지역: 사람들이 거주하는 곳에 기반하여 멤버십이 제한을 받게 되는 경우 의료 보험이 가입자를 받아들이는 지리적 지역. 가입자가 사용할 수 있는 의사 및 병원에 제한을 두는 플랜의 경우 이는 또한 일반적으로 가입자께서 정기적(응급이 아닌) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 저희 서비스 지역에 거주하는 사람만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

서비스 지역에 대한 설명은 분담 비용, 가입 및 탈퇴의 목적에 관한 **제 1 장**에 나와 있습니다. 보장 서비스를 받기 위한 목적으로는, 가입자께서는 저희 서비스 지역 내 어느 곳에서든 네트워크 의료 서비스 제공자를 통해 진료를 받을 수 있습니다(저희 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조).

서비스: 건강 관리 서비스, 용품 또는 품목을 의미합니다.

비용 분담금: 혜택이 효력을 발휘하기 전에 매월 지불해야 할 수 있는 건강 관리 비용의 일부분. 비용 분담 금액은 가입자 소득과 자원에 따라 다릅니다.

전문 간호 시설(SNF): 전문 간호를 제공하고 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공하는, 직원과 장비가 있는 요양 시설.

전문 간호 시설(SNF) 진료: 전문 간호 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 간호 및 재활 서비스. 전문 간호 시설 진료에는 공인 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료나 정맥내투여(IV) 주사와 같은 서비스가 있습니다.

특별 가입 기간: 가입자가 의료 보험 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare 로 복귀할 수 있도록 설정된 기간. 가입자께서 특별 가입 기간에 대한 자격을 보유할 수도 있는 상황: 가입자께서 서비스 지역 밖으로 이주하시는 경우 가입자께서 추가 지원(Extra Help)의 혜택으로 처방약 비용을 납부하는 경우, 가입자께서 요양원으로 이주하시는 경우, 또는 저희가 가입자와 체결한 계약을 위반하는 경우.

전문의: 특정 유형의 의료상 문제를 치료하는 의사. 예를 들어, 외과의는 골절된 뼈를 치료하고 알레르기 내과의는 알레르기를 치료합니다. 심장전문의는 심장 문제를 치료합니다. 대부분의 경우 가입자가 전문의의 진료를 받으려면 1 차 진료의(PCP)의 진료 의뢰가 필요합니다.

전문 약국: 전문 약국에 대해 자세히 알아보려면 본 *가입자 안내서* **제 5 장**을 참조하십시오.

특별 단계 약물: 저희 처방집에 수록되어 있고 FDA 가 승인한 매우 값이 비싼 약물입니다.

주 심의회: 가입자의 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 저희가 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 보유한 Medi-Cal 서비스에 대해 저희가 계속해서 비용을 지불하지 않을 경우 가입자는 주 심의회를 요청할 수 있습니다. 주 심의회가 가입자에게 유리하게 결정되면 저희는 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

추가 사회 보장 연금(SSI): 제한된 소득과 자원으로 생활하며 장애, 시각장애 또는 65 세 이상인 분들에 대해 사회보장국이 지급하는 월 보험 혜택 비용. SSI 혜택은 사회보장국 혜택과는 다릅니다.

긴급히 필요한 치료: 응급 상황은 아니지만 즉시 치료가 필요한 예측 못한 질병, 부상 또는 질환에 대해 받는 치료. 이용하는 것이 시간, 장소 또는 상황상 합리적이지 않아 네트워크 의료 서비스 제공자를 이용하는 것이 불가능하거나 불합리한 경우 가입자는 네트워크 외 의료 서비스 제공자로부터 긴급하게 필요한 치료를 받을 수 있습니다(예를 들어 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 상태에서 예측 못한 질환에 의한 즉각적인 의학적 서비스를 받아야 하나 의학적인 응급 상황은 아닌 경우).

Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스

전화	1-800-443-0815 번으로 전화해 주십시오. 이 전화는 무료입니다. 주 7 일 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영. 또한 가입자 서비스에는 영어를 사용하지 않는 분을 위한 무료 통역 서비스가 준비되어 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영.
우편	지역 가입자 서비스 사무실(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조).
웹사이트	kp.org

***PRA** 공개 고지 1995 년 서류 감소법(Paperwork Reduction Act)에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1444 입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이 있으신 경우 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다: CMS, 7500 Security Boulevard, 수신인: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

차별 금지에 관한 고지

본 문서에서 "당사", "저희"는 Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc. 및 Southern California Medical Group)를 의미합니다. 이 고지 사항은 당사 웹사이트 **kp.org**에서 확인할 수 있습니다.

차별은 법에 위배됩니다. 당사는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

당사는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 아래와 같이 시기적절하게 제공합니다.

- 장애가 있는 분들께서 저희와 원활하게 소통하실 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 무료로 제공:
  - ♦ 자격이 있는 수화 통역사
  - ♦ 다른 형식(점자, 큰 활자, 음성, 장애인용 전자 문서 및 기타 형식)으로 작성된 서면 정보
- 모국어가 영어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공:
  - ♦ 자격을 갖춘 통역사
  - ♦ 다른 언어로 기재된 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우 아래 번호로 가입자 서비스 부서로 전화 주십시오. 통화는 무료입니다. 주요 공휴일에는 가입자 서비스를 운영하지 않습니다.

- Medicare (D-SNP 포함): **1-800-443-0815** (TTY **711**), 오전 8시부터 오후 8시까지, 주 7일 이용 가능.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**), 하루 24시간, 주 7일 이용 가능.
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000** (TTY **711**), 하루 24 시간, 주 7일 이용 가능.

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으시려면, 가입자 서비스 부서에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 민원을 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, 당사에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 *보장 범위 증명서 (Evidence of Coverage) 또는 보험 증서(Certificate of Insurance)*를 참조해 주십시오. 귀하에게 적용되는 옵션에 대한 자세한 내용을 알아보거나 이의 제기에 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스로 전화하십시오. 다음과 같은 방법으로 차별금지 민원을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 가입자 서비스 부서에 전화 주십시오. 전화번호는 위에 기재되어 있습니다.
- **우편: kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 보내 달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 **kp.org/facilities**에서 의료 제공자 목록을 확인)
- **온라인:** 본사 웹사이트 **kp.org**에서 온라인 양식 이용하십시오

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다.

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

California 보건부의 민권 사무실에 민권에 대한 불만을 제기하는 방법 *(Medi-Cal 수혜자 전용)*

또한 California 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** 보건부(Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 **916-440-7370** (TTY **711**)으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신 발송:

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 양식은 California 보건부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일 발송

미국 보건복지부 민권 담당국에 이의 제기를 하는 방법

미국 보건복지부 민권 담당국에 차별에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 제기는 서신, 전화 또는 온라인으로 신청할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019** (TTY **711** 또는 **1-800-537-7697**)로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신 발송:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  불만 양식은 연방 보건복지부 민권사무실 웹사이트에서 입수 가능:
  https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **온라인: 민권 담당국의 불만 접수 포털** 방문**:**
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf