

2025년도 혜택 요약서

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) 및
Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

H8794_25SB001002KO_M
1302784453_CA0102



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

소개

이 문서는 Kaiser Permanente Dual Complete에서 보장하는 혜택 및 서비스를 간략하게 요약한 것입니다. 주요 질문 모음에 대한 답변, 중요한 연락처 정보, 제공되는 혜택 및 서비스 개요, Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서의 권리 정보가 포함됩니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 안내서의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.


목차

A. 면책 조항	3
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	4
C. 보장 서비스 목록	11
D. Kaiser Permanente Dual Complete 외부 보장 혜택	28
E. Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스.....	29
F. 플랜 가입자의 권리	32
G. 서비스 거부, 지연, 변경에 대해 불만 제기 또는 재심을 요청하는 방법	34
H. 사기가 의심되는 경우 대처 방법	41



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare에서 확인하십시오.

A. 면책 조항

 이 문서는 2025년도 Kaiser Permanente Dual Complete에서 보장하는 건강 서비스를 요약한 것입니다. 이 **혜택 요약서**에는 다음 플랜이 포함되어 있습니다:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2

위에 나열된 플랜 중 하나에 가입하면 Medi-Cal 관리 진료 혜택 보장을 위해 Kaiser Permanente에도 배정됩니다.

본 문서는 요약서일 뿐입니다. 전체 혜택 목록은 **가입자 안내서**에서 확인하십시오. 자세한 내용은 웹사이트 kp.org/eocncal 또는 kp.org/eocscal 에 있는 **가입자 안내서**를 참조하거나 가입자 서비스부 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 전화하여 사본을 요청하십시오. 이 전화는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

- ❖ 당사는 건강 또는 약품 플랜에 대한 가입자의 질문에 답변해 드리기 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 제공 받으려면 **1-800-464-4000(TTY 711)**번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 운영합니다.
- ❖ Kaiser Permanente는 HMO D-SNP 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.
- ❖ **Medicare**에 관한 자세한 내용은 **Medicare**와 가입자 안내서에서 확인하십시오. 여기에는 Medicare 혜택, 권리 및 보호에 대한 요약과 Medicare에 관해 가장 자주 하는 질문에 대한 답변이 있습니다. 안내서는 Medicare 웹사이트 (www.medicare.gov) 나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하여 받을 수 있습니다. 이 번호는 하루 24시간, 주 7일 운영합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해 주십시오. **Medi-Cal**에 대한 자세한 내용은 캘리포니아 의료 서비스부 (California Department of Healthcare Services, DHCS) 웹사이트(www.dhcs.ca.gov)에서 확인하거나 월~금요일, 오전 8시~오후 5시에 Medi-Cal 옴부즈맨 사무소 1-888-452-8609 번에 문의할 수 있습니다. 또한 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입한 가입자를 위한 특별 옴부즈맨 1-855-501-3077 번으로 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 월~금요일, 오전 9시부터 오후 5시까지 운영합니다.
- ❖ 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 이란어, 몽족어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어로 무료로 제공됩니다.

 **질문이 있는 경우**, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

- ❖ 본 문서는 대형 활자, 점자, 음성 파일 또는 데이터 CD 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 추가 내용은 가입자 서비스부 1-800-443-0815 번으로 전화하십시오. (TTY 사용자는 711번으로 연락하십시오.) 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 이 전화는 무료입니다.
- ❖ 다음 사항을 요청하려면 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 가입자 서비스부 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오:
 - 영어 이외의 선호 언어 및/또는 대체 형식
 - 향후 우편 및 의사 소통에 대한 위한 상시 요청
 - 선호 언어 및/또는 형식에 대한 상시 요청 변경

B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

다음 표에 자주 묻는 질문들이 나열되어 있습니다.

자주 묻는 질문	답변
<p>Medicare-Medi-Cal 플랜이란 무엇입니까?</p>	<p>Medicare-Medi-Cal 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal과 모두 계약을 체결하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하는 건강 플랜입니다. 이 플랜은 21세 이상으로서 Medicare 파트 A 및 파트 B가 모두 있고 Medi-Cal 자격이 있는 분들을 대상으로 합니다. Medicare-Medi-Cal 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 지원 (Long-term Services and Supports, LTSS) 제공자 및 기타 의료 제공자로 구성된 조직입니다. 또한 가입자의 모든 의료 제공자, 서비스 및지원에 대한 관리를 도와주는 진료 조정 담당자도 있습니다. 이들은 가입자에게 필요한 진료를 제공하기 위해 함께 협력합니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
<p>Kaiser Permanente Dual Complete에서 지금 받고 있는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택과 동일한 혜택을 받게 됩니까?</p>	<p>Kaiser Permanente Dual Complete가 가입자의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 혜택 대부분을 제공하게 됩니다. 의료 제공자 팀이 가입자와 협력하여 필요한 부분을 충족시키는 최선의 서비스를 결정하는 것을 도울 것입니다. 이는 가입자의 요구 사항 및 담당 의사와 진료팀 평가에 따라 가입자가 현재 받고 있는 서비스의 일부가 변경될 수 있다는 것을 의미합니다. In-Home Supportive Services (IHSS), 전문 정신 건강과 약물 사용 장애 서비스, 또는 지역 센터 서비스 등 건강 플랜 이외의 다른 혜택을 현재와 같은 방식으로 주 또는 카운티 기관에서 바로 받을 수 있습니다.</p> <p>Kaiser Permanente Dual Complete에 가입하면 가입자의 개인적인 기호와 목표를 반영하여 건강 및 지원에 대해 필요한 부분을 해결할 수 있는 진료 계획을 개발하기 위해 담당 진료팀이 가입자와 협력할 것입니다.</p> <p>Kaiser Permanente Dual Complete가 일반적으로 보장하지 않는 Medicare 파트 D 처방약을 복용하고 있는 경우 임시로 제공 받을 수 있으며, 다른 약으로 바꾸거나 의학적으로 필요한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete에서 예외적으로 해당 약을 보장하도록 지원해 드릴 것입니다. 자세한 내용은 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.</p>
<p>현재 진료를 받는 동일한 의사를 방문할 수 있습니까? (다음 페이지에 계속)</p>	<p>대부분의 경우 가능합니다. 담당 의료 제공자(의사, 병원, 치료사, 약국 및 기타 의료 제공자 포함)가 Kaiser Permanente Dual Complete와 협력하고 저희와 계약을 체결한 경우, 계속해서 해당 의사를 방문할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 저희와 계약한 의료 제공자는 "네트워크 소속"입니다. 네트워크 의료 제공자는 당사 플랜에 참여합니다. 이는 해당 의료 제공자들이 저희 플랜 가입자를 접수하며 저희 플랜이 보장하는 서비스를 제공한다는 것을 의미합니다. 가입자는 반드시 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 내 의료 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 소속이 아닌 의료 제공자나 약국을 이용하는 경우 플랜이 해당 서비스나 약품에 대해 지불하지 않을 수 있습니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
<p>현재 진료를 받는 동일한 의사를 방문할 수 있습니까? (계속)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 긴급이나 응급 진료 또는 지역 외 투석 서비스가 필요한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 속하지 않은 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. • Medi-Cal 서비스의 경우, 응급 서비스 또는 특정 민감성 진료 서비스에 대해 진료 의뢰나 사전 승인 없이 네트워크 외 의료 제공자를 방문할 수 있습니다. 당사가 운영하지 않는 지역에 있는 경우 지역 외 긴급 진료를 위해 네트워크 외 의료 제공자를 방문할 수도 있습니다. 외래 정신 건강 서비스가 필요한 경우에는 네트워크 의료 제공자나 사전 승인 없이 카운티 정신 건강 플랜 의료 제공자를 방문할 수 있습니다. 기타 모든 네트워크 외 서비스에는 진료 의뢰 또는 사전 승인이 있어야 하며, 그렇지 않을 경우 보장되지 않습니다. 참고: 아메리칸 인디언인 경우 진료 의뢰 없이 당사 의료 제공자 네트워크 외 인디언 의료 진료 제공자에게 진료 받을 수 있습니다. • 현재 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 외 의료 제공자에게 치료를 받고 있거나 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 외 의료 제공자와 관계를 구축한 경우 가입자 서비스부에 전화하여 관계 유지에 관해 문의하고 진료 연속성을 요청하십시오. 가입자가 특정 기준을 만족하거나 의료 제공자가 당사 이용약관에 동의하는 경우 최대 12개월까지 네트워크 외 의료 제공자를 계속해서 방문할 수 있습니다. 가입 후 30일 이내에 진료 연속성을 요청해야 합니다. 진료 연속성 서비스에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스부로 전화하십시오. <p>담당 의사가 플랜의 네트워크에 속해 있는지 알아보려면 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 플랜 웹사이트 kp.org/directory 에서 Kaiser Permanente Dual Complete의 의료 제공자 및 약국 목록을 확인하십시오.</p> <p>Kaiser Permanente Dual Complete에 새로 가입한 경우 가입자와 함께 필요한 부분을 해결하기 위한 진료 계획을 마련할 것입니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete 진료 조정 담당자란 무엇입니까?	Kaiser Permanente Dual Complete 진료 조정 담당자는 가입자가 주로 연락할 수 있는 직원입니다. 이 직원은 모든 담당 의료 제공자 및 서비스를 관리하고 가입자가 필요한 부분을 받을 수 있도록 도와 드립니다.
장기 서비스 지원(LTSS)이란 무엇입니까?	장기 서비스 지원 (LTSS) 은목욕, 화장실 가기, 옷 입기, 요리하기, 약 복용하기 등 일상적인 일을 하는 데 도움이 필요한 분들을 도와 드리고 있습니다. 대부분의 서비스는 가입자의 자택이나 지역 사회에서 제공되나 요양원이나 병원에서 제공될 수도 있습니다. 일부 경우에는 카운티 또는 기타 기관이 이러한 서비스를 관리할 수 있으며, 담당 진료 조정 담당자 또는 진료팀이 해당 기관과 협력하게 됩니다.
Multipurpose Senior Services Program (MSSP) 이란 무엇입니까?	MSSP는 해당 건강 플랜에서 이미 제공하는 것 이외에 의료 제공자와 지속적으로 진료를 조정하며, 기타 필요한 지역사회 서비스 및 자원으로 가입자를 연결할 수 있습니다. 이 프로그램을 통해 가입자는 집에서 독립적으로 생활하는 데 도움이 되는 서비스를 받을 수 있습니다.
서비스가 필요하나 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크의 그 누구도 이를 제공하지 못하는 경우 어떻게 됩니까?	대부분의 서비스는 저희 네트워크 의료 제공자가 제공합니다. 가입자에게 필요한 서비스를 네트워크 내에서 제공할 수 없는 경우, Kaiser Permanente Dual Complete 가 네트워크 외 의료 제공자의 서비스에 대한 비용을 지불하게 됩니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
<p>Kaiser Permanente Dual Complete의 이용 가능 지역은 어디입니까? (다음 페이지에 계속)</p>	<p>이 플랜의 서비스 지역은 다음과 같습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 남부 캘리포니아 지역의 Kaiser Permanente Dual Complete South P1 플랜: <ul style="list-style-type: none"> ○ Catalina 섬을 제외한 Los Angeles 카운티 전역. ○ Orange 카운티 전역. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 Riverside 카운티 일부 지역: 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 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. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 San Bernardino 카운티 일부 지역: 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. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 San Diego 카운티 일부 지역: 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-28, 92029-30, 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, 92195-99.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
<p>Kaiser Permanente Dual Complete의 이용 가능 지역은 어디입니까? (계속)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 북부 캘리포니아 지역의 Kaiser Permanente Dual Complete North P2 플랜: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sacramento 및 San Mateo 카운티 전역. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 Fresno 카운티 일부 지역: 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. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 Kings 카운티 일부 지역: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 Madera 카운티 일부 지역: 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720. ○ 다음 우편번호에만 해당하는 Santa Clara 카운티 일부 지역: 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, 95196. <p>플랜에 가입하려면 해당 지역 중 한 곳에 거주해야 합니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
사전 승인이란 무엇입니까?	<p>사전 승인이란 저희 네트워크 외부에서 서비스를 구하거나 서비스를 받기 전에 저희 네트워크가 일반적으로 보장하지 않는 서비스를 받기 위해 Kaiser Permanente Dual Complete로부터 받는 승인을 말합니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Kaiser Permanente Dual Complete가 서비스, 기술, 물품 또는 약품을 보장하지 않을 수 있습니다.</p> <p>긴급이나 응급 진료 또는 지역을 벗어나서 투석 서비스가 필요한 경우 먼저 사전 승인을 받을 필요가 없습니다. Kaiser Permanente Dual Complete는 서비스가 제공되기 전에 Kaiser Permanente Dual Complete로부터 사전 승인을 받아야 하는 서비스 또는 기술 목록을 귀하 또는 가입자의 의료 제공자에게 제공할 수 있습니다. 특정 서비스, 기술, 물품 또는 약품에 사전 승인이 필요한지에 대한 질문이 있는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 도움을 요청하십시오.</p>
진료 의뢰란 무엇입니까?	<p>진료 의뢰는 가입자가 1차 진료 제공자 (Primary Care Provider, PCP) 가 아닌 누군가에게 진료를 받을 수 있도록 PCP가 승인해야 하는 것을 말합니다. 진료 의뢰는 사전 승인과 다릅니다. 진료 의뢰가 필요한 서비스에 대해 네트워크 의료 제공자의 진료 의뢰를 받지 못한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete가 해당 서비스를 보장하지 않을 수 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete는 서비스가 제공되기 전에 PCP로부터 진료 의뢰를 받아야 하는 서비스 목록을 귀하에게 제공할 수 있습니다.</p> <p>담당 PCP로부터 진료 소개서를 받아야 하는 시기에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서 3장과 4장을 참조하십시오.</p>
Kaiser Permanente Dual Complete에 있으면서 월 금액(또는 보험료)을 지불합니까?	<p>아닙니다. Medi-Cal에 가입하셨으므로 건강 혜택보장을 위해 Medicare 파트 B 보험료를 포함한 월 보험료를 지불하지 않습니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

자주 묻는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서 본인 분담금을 지불합니까?	아닙니다. 가입자는 Kaiser Permanente Dual Complete에서 본인 분담금을 지불하지 않습니다.
Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서 의료 서비스에 지불하게 될 최대 본인 부담금은 얼마입니까?	Kaiser Permanente Dual Complete 내 의료 서비스에는 비용 부담이 없으므로 연간 본인 부담금은 \$0입니다.

C. 보장 서비스 목록

다음은 가입자에게 필요할 수 있는 서비스, 비용, 혜택 관련 규정을 간략하게 보여주는 도표입니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
병원 진료 필요	병원 입원	\$0	의학적으로 필요한 병원 입원 기간에 대한 날짜 제한은 없습니다. 진료 의뢰 및 사전 승인이 필요합니다.
	의사 또는 외과의사 진료	\$0	
	징후 관찰을 포함한 외래환자 병원 서비스	\$0	
	통원 수술 센터(Ambulatory Surgical Center, ASC) 서비스	\$0	



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
가입자가 의사를 원함 (다음 페이지에 계속)	상해 또는 질병 치료를 위한 방문	\$0	
	전문의 진료	\$0	대부분의 전문의는 진료 의뢰가 필요합니다. 진료 의뢰가 필요하지 않은 서비스 목록은 가입자 안내서를 참조하십시오.
	신체검사 등 웰니스 방문	\$0	일반적으로 허용되는 의료 전문가 실무 기준에 따라 정기 신체검사가 의학적으로 적절한 예방 진료에 해당하는 경우 해당 검사를 보장해 드립니다. 가입자의 첫 연례 웰니스 방문은 "Medicare 가입 환영" 질병 예방 방문 이후 12개월 이내에는 불가합니다. 그러나, 파트 B 혜택을 12개월 동안 받은 이후에는 연례 웰니스 방문 보장을 받기 위해 "Medicare 가입 환영" 방문을 하지 않아도 됩니다.
	독감 주사, 암 검진을 위한 선별 검사 등과 같이 질병을 예방하기 위한 진료	\$0	다음 예방 진료 서비스는 진료 의뢰가 필요합니다: 복부 대동맥류 검사, 의학적 영양 치료, S상 결장 검사, 대장내시경 검사, 골밀도 선별검사 및 검사소 검사.
	"Medicare 가입 환영"(질병 예방 방문 1회에 한함)	\$0	Medicare 파트 B에 가입한 첫 12개월 이내에 한해 "Medicare 가입 환영" 질병 예방 방문을 보장해 드립니다. 예약 일정을 잡을 때 "Medicare 가입 환영" 질병 예방 방문 일정을 잡고자 한다는 점을 병원에 알려십시오.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
응급 진료 필요 (다음 페이지에 계속)	응급실 서비스	\$0	<p>가입자가 Medi-Cal에 따른 Medicare 비용 분담 지원 대상인 경우 \$0입니다. 그 외에는 Kaiser Permanente Dual Complete South P1에 가입한 경우 응급과 방문마다 \$0, Kaiser Permanente Dual Complete North P2에 가입한 경우 응급과 방문마다 \$110입니다.</p> <p>가입자는 전 세계 응급 진료 보장을 받으실 수 있습니다. 사전 승인은 필요하지 않습니다. 네트워크 외 병원에서 응급 치료를 받았고 응급 상태가 안정화된 후 입원 진료가 필요한 경우, 가입자가 계속 의료 서비스에 대한 보장을 받으려면 반드시 네트워크 병원으로 돌아오거나 플랜에서 승인한 네트워크 외 병원에서 입원 진료를 받아야 합니다.</p>
	긴급 진료	\$0	<p>사전 승인은 필요하지 않습니다. 긴급 치료는 네트워크 외에서 다음과 같이 보장됩니다:</p> <p>서비스 지역 내: 가입자는 반드시 네트워크 의료 제공자가 제공하는 긴급 진료를 받아야 합니다. 단, 드물고 특수한 상황(예를 들어, 대형 재난)으로 인해 일시적으로 저희 의료 제공자 네트워크 이용이 불가능하거나 이에 접근할 수 없는 경우는 예외입니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
응급 진료 필요 (계속)			서비스 지역 외: 여행 시 예상하지 못한 질병이나 상해로 인해 즉각적인 치료가 필요한 경우, 그리고 저희 서비스 지역으로 돌아오기까지 치료를 지연하게 되는 경우 가입자의 건강이 심각하게 악화될 것이라는 합리적 판단이 드는 경우, 가입자께서는 전 세계 어디서든 긴급 진료를 보장 받습니다.
의료 검사 필요	진단 방사선 서비스(예: 엑스레이 또는 컴퓨터 단층 촬영(Computed Axial Tomography, CAT)이나 자기 공명 영상법(Magnetic Resonance Imaging, MRI) 등의 기타 영상의학 서비스)	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	혈액 검사 등의 검사소 검사 및 진단용 기술	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
청력/청각 서비스 필요	청력 선별 검사	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	보청기	\$0	진료 의뢰가 필요합니다. 보청기는 Medi-Cal 보장 규정에 따라 보장됩니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
치과 진료 필요	치과 검진 및 예방 진료	\$0	<p>치과 혜택은 거주하는 카운티에 따라 Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) 또는 Dental Managed Care (DMC)를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 정보를 확인하려면 다음에 문의하십시오:</p> <p>Dental FFS: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 또는 smilecalifornia.org.</p> <p>Los Angeles 카운티 및 Sacramento 카운티 소재 DMC: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) 또는 dental.dhcs.ca.gov/.</p>
	복원 및 응급 치과 진료	\$0	<p>치과 혜택은 거주하는 카운티에 따라 Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) 또는 Dental Managed Care (DMC)를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 정보를 확인하려면 다음에 문의하십시오:</p> <p>Dental FFS: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 또는 smilecalifornia.org.</p> <p>Los Angeles 카운티 및 Sacramento 카운티 소재 DMC: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) 또는 dental.dhcs.ca.gov/.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
안과 진료 필요 (다음 페이지에 계속)	눈 검사	\$0	안과 진료 의뢰가 필요합니다.
	안경 또는 콘택트 렌즈	\$0	백내장 수술 후 안경 또는 콘택트 렌즈: Medicare 한도까지는 \$0이지만 한도 이상의 금액은 가입자가 지불합니다. Medicare 보장을 통한 기타 안경 (12개월마다 지급 한도액 \$350): 안경 비용이 \$350 를 초과하는 경우 가입자가 차액을 지불합니다. 또한, Medi-Cal 은 24개월마다 비용이 \$80 미만인 새 안경테 또는 교체용 안경테를 보장합니다. DHCS 의 안경 렌즈 판매업체가 새 안경 렌즈 또는 교체용 안경 렌즈를 제공합니다. Medi-Cal 이 보장하지 않는 안경 렌즈나 기능을 원하는 경우 가입자가 해당 업그레이드에 대한 추가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 자세한 정보는 플랜 안과 시설에 문의하십시오.
	기타 시력 진료	\$0	저시력용 기구는 Medi-Cal 프로그램 규정에 따라 보장됩니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
정신 건강 서비스 필요	정신 건강 서비스	\$0	입원 및 외래 정신 건강 서비스가 보장됩니다. 또한, 해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare 에서 보장하지 않는 전문 정신 건강 서비스에 대한 보장도 추가로 제공됩니다.
	정신 건강 서비스가 필요한 사람들을 위한 입원 및 외래 진료 및 지역사회 기반 서비스	\$0	입원 및 외래 정신 건강 서비스가 보장됩니다. Medi-Cal 에 따른 지역사회 기반 서비스 자격에 해당할 수 있습니다. 자세한 정보는 진료 조정 담당자에게 문의하십시오. 해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare 에서 보장하지 않는 전문 정신 건강 서비스에 대한 보장도 추가로 제공됩니다.
약물 사용 장애 서비스 필요 (다음 페이지에 계속)	약물 사용 장애 서비스	\$0	다음 서비스가 보장되며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다: <ul style="list-style-type: none"> • 알코올 오용 선별 검사 및 상담. • 약물 남용 치료. • 결혼 및 가족 치료사를 포함하여 유자격 임상의로 인한 그룹 또는 개인 상담. • 거주 중독 프로그램의 아급성 해독.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
약물 사용 장애 서비스 필요 (계속)			<ul style="list-style-type: none"> 집중 외래환자 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스 서방형 날트렉손 (vivitrol) 치료. <p>해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare에서 보장하지 않는 약물 사용 장애 치료 서비스에 대한 보장도 추가로 제공됩니다.</p>
도움을 줄 사람과 함께 거주할 곳이 필요	전문 간호 진료	\$0	진료 의뢰 및 사전 승인이 필요합니다.
	요양원 진료	\$0	
	성인 위탁 진료 및 그룹 성인 위탁 진료	\$0	
뇌졸중 또는 사고 후 치료 필요	직업 치료, 물리 치료, 언어 치료	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
의료 서비스를 받는 데 도움이 필요 (다음 페이지에 계속)	구급차 서비스	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그 외에는 Kaiser Permanente Dual Complete South P1에 가입한 경우 편도 이동마다 \$50, Kaiser Permanente Dual Complete North P2에 가입한 경우 편도 이동마다 \$325입니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
의료 서비스를 받는 데 도움이 필요 (계속)	응급 이송	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그 외에는 Kaiser Permanente Dual Complete South P1에 가입한 경우 편도 이동마다 \$50, Kaiser Permanente Dual Complete North P2에 가입한 경우 편도 이동마다 \$325입니다.
	의료 예약 및 서비스까지의 교통편	\$0	Medi-Cal은 가입자가 예약 및 약국에 직접 갈 수 있는 방법이 없을 때 갈 수 있도록 비응급 의료 교통편(진료 의뢰 필요) 및 비의료 교통편을 보장합니다. 비응급 구급차 서비스의 경우 가입자가 구급차에 대한 코페이를 지불합니다(상기 "구급차 서비스" 참조).
질병이나 질환 치료를 위한 약물 필요 (다음 페이지에 계속)	Medicare 파트 B 처방약	\$0	파트 B 약품에는 의사가 진료실에서 제공한 약품, 일부 구강암 약, 특정 의료 장비와 함께 사용하는 일부 약품이 포함됩니다. 이러한 약품에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서를 참조하십시오.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물 필요 (계속)	<p>Medicare 파트 D 처방약</p> <p>1등급: 선호 복제약</p> <p>2등급: 복제약</p> <p>3등급: 선호 브랜드 약</p> <p>4등급: 비선호 약</p> <p>5등급: 특수 약</p>	<p>1-2 등급: 1개월(30일)분에 대한 귀하의 코페이는 처방당 \$0-\$4.90이며 귀하의 “Extra Help” 수준에 따라 달라집니다</p> <p>3-5 등급: 1개월(30일)분에 대한 귀하의 코페이는 처방당 \$0-\$12.15이며 귀하의 “Extra Help” 수준에 따라 달라집니다</p>	<p>보장되는 약품 종류에 제한이 있을 수 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete의 보장약 목록(약물 목록)에서 자세한 정보를 확인하십시오.</p> <p>가입자 또는 가입자를 대신하여 다른 분이 \$2,000를 지불하면 가입자는 재해 보장 단계에 도달한 것이며 역년 중 남은 기간에 가입자는 모든 Medicare 파트 D 약에 대해 \$0를 지불합니다. 이 단계에 대한 자세한 내용은 가입자 안내서를 참조하십시오.</p> <p>소매 약국 또는 당사 우편 주문 약국에서 장기 복용 분량(최대 100일 또는 3개월)을 제공 받을 수도 있습니다. 장기 공급에 대한 비용 부담은 1개월 공급과 동일합니다. 일부 약은 우편 주문으로 제공 받을 수 없습니다.</p>
	비처방 (Over-the-counter, OTC) 약품	<p>네트워크 약국에서 니코틴 대체 치료 비용 \$0.</p> <p>플랜 혜택 한도가 작용되는 OTC 카탈로그 내 OTC 품목 비용 \$0.</p>	<p>비처방 사용을 위한 특정식품의약국 (Food and Drug Administration, FDA) 승인 니코틴 대체 요법을 보장합니다. 해당 품목은 반드시 네트워크 의료 제공자가 주문해야 하며 네트워크 약국을 통해 수령하여야 합니다. 해당 역년 동안 최대 100일분을 2회까지 제공해 드립니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물 필요 (계속)			<p>OTC 카탈로그에 나열된 OTC 품목은 무료 택배로 보장합니다. 해당 플랜에 대해 분기별 혜택 한도까지 OTC 품목을 주문할 수 있습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaiser Permanente Dual Complete South P1 플랜에 가입한 경우 \$200. • Kaiser Permanente Dual Complete North P2 플랜에 가입한 경우 \$140. <p>각 주문 금액은 \$25 이상이어야 합니다. 주문은 분기별 혜택 한도를 초과하지 않아야 합니다. 분기별 혜택 한도 중 미사용분은 다음 분기로 이월되지 않습니다. (혜택 한도는 1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에 재설정됩니다.)</p> <p>카탈로그를 보고 온라인으로 주문하려면 kp.org/otc/ca 를 방문하십시오. 1-833-569-2360 (TTY 711) 번으로 연락하여 전화로 주문하거나 카탈로그 인쇄본을 우편으로 보내달라고 요청할 수 있습니다. 이 전화는 월~금요일, 태평양 시간 기준 오전 7시~오후 5시에 운영합니다.</p> <p>Medi-Cal Rx 프로그램을 통해 Medi-Cal에서 보장하는 특정 OTC 항목에 대해 추가 보장을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Rx에 관한 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 고객 서비스부 1-800-977-2273 번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간 주 7일 운영합니다. TTY</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물 필요 (계속)			이용자는 711 번으로 전화할 수 있습니다. 이 전화는 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영합니다. 또한 Medi-Cal Rx 홈페이지 https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/ 을 방문하셔도 됩니다.
건강 회복을 위한 도움이 필요하거나 건강 상 특별히 필요한 부분이 있음	재활 서비스	\$0	
	차택 진료를 위한 의료 장비	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 품목에 따라 가입자가 0~20%의 공동 보험금을 지불합니다. 단, 최고 유량계 및 자외선 치료에 대한 가입자 비용은 \$0입니다. 사전 승인이 필요합니다.
	투석 서비스	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다.
발 치료 필요	족병 치료 서비스	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	치열 교정 서비스	\$0	사전 승인이 필요합니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
<p>내구성 의료 장비 (Durable Medical Equipment, DME) 필요</p> <p>참고: 보장되는 DME의 전체 목록이 아닙니다. 전체 목록은 가입자 서비스에 문의하거나 <u>가입자 안내서 4장</u>을 참조하십시오.</p>	휠체어, 목발 및 보행기	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.
	분무기	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.
	산소 장비 및 용품	\$0	Medi-Cal에 따라 Medicare 분담 비용 지원 자격이 있으므로 가입자가 지불할 비용은 없습니다. 그렇지 않은 경우, 가입자가 20%의 공동 보험금을 지불합니다. 사전 승인이 필요합니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
주택 생활 관련 도움 필요 (다음 페이지에 계속)	가정 간호 서비스	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	청소나 집안 정리 등과 같은 홈 서비스 또는 가로대 등의 주택 변경	\$0	커뮤니티 지원 은 Medi-Cal 에 따라 보장되는 서비스 또는 환경에 적합하며 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경을 말합니다. 자격이 있는 경우 커뮤니티 지원을 통해 가입자는 더욱 독립적으로 생활할 수 있습니다. 이 서비스는 Medi-Cal 에 따라 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다. 일부 지역에서는 이용할 수 없습니다. 모든 가입자가 커뮤니티 지원을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격이 되려면 특정 기준을 만족해야 합니다. 지역 사회 지원에 대한 자세한 내용을 확인하려면 PCP 또는 가입자 서비스부에 문의하십시오.
	성인 주간 의료, 지역사회 기반 성인 서비스 (Community Based Adult Services, CBAS) 또는 기타 지원 서비스	\$0	지역사회 기반 성인 서비스 (" CBAS ") 는 가입자가 건강 문제로 자신을 돌보는 데 어려움이 있어 추가로 도움이 필요한 경우 받을 수 있는 서비스입니다. CBAS 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자의 진료 조정 담당자에게 문의하십시오.
	주간 재활 서비스	\$0	



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
주택 생활 관련 도움 필요 (계속)	스스로 생활할 수 있도록 지원하는 서비스 (가정 간호 진료 서비스 또는 개인 진료 도우미 서비스)	\$0	<p>저희는 위의 “가정 간호 서비스” 항목에 설명된 바와 같이 가정 간호 서비스를 보장합니다. 또한, 귀하에게는 Medi-Cal 보장에 따른 In-Home Support Services 또는 가정 및 지역사회 기반의 면제 서비스에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 정보는 담당 진료 조정 담당자에게 문의하십시오.</p>
추가 서비스 (다음 페이지에 계속)	척추 교정 서비스	\$0	<p>올바른 정렬을 위한 척추 교정 비용을 보장합니다. 이러한 Medicare 보장 서비스는 네트워크 척추교정 지압사가 제공합니다. 네트워크 척추교정 지압사의 목록은 의료 제공자 및 약국 목록을 참조하십시오. 사전 승인이 필요합니다. 북부 캘리포니아 가입자의 경우 진료 의뢰가 필요합니다.</p> <p>Medi-Cal은 Kaiser Permanente의 네트워크 내 연방 정부 공인 보건 센터 (Federally Qualified Health Center, FQHC) 또는 농촌 건강 클리닉 (Rural Health Clinic, RHC) 에서 받은 척추 교정 서비스를 보장할 수 있습니다. FQHC 및 RHC에서 서비스를 받으려면 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다. FQHC 또는 RHC에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 문의하십시오.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스 (계속)	당뇨병 용품 및 서비스	\$0	
	신체 단련 혜택 — One Pass™	\$0	<p>신체와 정신을 위한 One Pass 종합 신체 단련 프로그램을 이용할 수 있습니다. One Pass에는 다음이 포함됩니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 전국, 지역 및 지역사회 피트니스 센터 및 부티크 피트니스 스튜디오를 자랑하는 대규모 프리미엄 체육관 네트워크입니다. 네트워크 내 모든 지점을 이용할 수 있습니다. ○ 실시간, 주문형 및 재택용 디지털 신체 단련 프로그램. ○ One Pass 가입자 웹사이트 및 모바일 앱에서 제공되는 소셜 클럽 및 활동. ○ 기력 요가, 춤을 위한원 홈(One home) 연례 피트니스 키트. ○ 온라인 뇌 건강 인지 훈련 프로그램. <p>참여 체육관 및 피트니스 위치, 프로그램 혜택에 대한 정보가 필요하거나 온라인 계정을 만들려면 YourOnePass.com 를 방문하거나 1-877-614-0618 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 월~금요일, 오전 6시부터 오후 7시까지 운영합니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 해당 의료 제공자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스 (계속)	가정 배달 식사	\$0	Medi-Cal에 따라 커뮤니티 지원에 따른 가정 배달 식사를 받을 자격에 해당할 수도 있습니다. 커뮤니티 지원은 일부 지역에서는 제공되지 않으며 가입자는 특정 자격 기준을 충족해야 합니다. Medi-Cal 커뮤니티 지원에 대한 자세한 내용은 담당 의사에게 문의하십시오.
	보철 서비스	\$0	사전 승인이 필요합니다.
	방사선 치료	\$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	질병 관리 지원을 위한 서비스	\$0	

상기 혜택 요약은 정보용으로만 제공되며 전체 혜택 목록이 아닙니다. 전체 목록 및 혜택에 관한 자세한 내용은 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 안내서를 확인하십시오.

가입자 안내서가 없는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스부에 전화하여 요청하실 수 있습니다. 또한, 문의 사항이 있는 경우 가입자 서비스부로 전화하거나 kp.org/medicare 를 방문하실 수 있습니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

D. Kaiser Permanente Dual Complete 외부 보장 혜택

Kaiser Permanente Dual Complete가 보장하지는 않으나 Medicare, Medi-Cal 또는 주/카운티 기관이 보장하는 몇 가지 서비스를 받을 수 있습니다. 이것은 전체 목록이 아닙니다. 이 서비스에 대해 자세히 알고보고자 하는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

Medicare, Medi-Cal 또는 주 기관이 보장하는 기타 서비스	가입자 비용
Kaiser Permanente Dual Complete 외부에서 보장 받는 특정 호스피스 진료 서비스	\$0
심리사회적 재활	\$0
표적 사례 관리	\$0
요양소 병실 및 식사	\$0
Medi-Cal Rx 외래 환자 처방약 프로그램	\$0
<p>특정 치과 서비스</p> <p>치과 혜택은 거주하는 카운티에 따라 Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) 또는 Dental Managed Care (DMC) 를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 정보를 확인하려면 다음에 문의하십시오:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dental FFS: 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) 또는 smilecalifornia.org. ○ Los Angeles 카운티 및 Sacramento 카운티 소재 DMC: 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077) 또는 dental.dhcs.ca.gov/. 	\$0
약물 사용 장애 치료 서비스	\$0
전문 정신 건강 서비스	\$0
In-Home Support Services	\$0



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

Medicare, Medi-Cal 또는 주 기관이 보장하는 기타 서비스	가입자 비용
가정 및 지역사회 기반 면제 서비스	\$0
Multipurpose Senior Services Program	\$0
Medi-Cal이 보장하는 지역 센터 서비스	\$0

E. Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스

이것은 전체 목록이 아닙니다. 기타 제외 서비스에 대해 확인하려면 가입자 서비스부에 본 페이지 하단에 기재된 번호로 전화하십시오.

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스	
<p>다음에 필요한 특정 검진 및 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 취직 또는 직장 유지 • 보험 가입 • 각종 면허 취득 • 법원 명령에 의하거나 가석방 또는 보호관찰에 대한 경우 	<p>네트워크 소속 의사가 해당 서비스를 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우, 본 예외 조항은 적용되지 않습니다.</p>
<p>안락, 편리, 편의 또는 고급 장비나 기능. 여기에는 전적으로 가입자, 가입자 가족 또는 담당 의료 제공자의 안락감이나 편의를 위한 용품이 포함됩니다.</p>	<p>이 예외 조항은 출산 여성에게 제공되는 소매용 유축기에는 적용되지 않습니다. 또한 이 예외 조항은 커뮤니티 지원에 따라 가입자에게 승인된 물품에는 적용되지 않습니다.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스	
미용 서비스. 외모를 바꾸는 서비스(외모를 바꾸기 위해 정상적인 부위에 수행하는 수술 포함).	이 예외 조항은 보장되는 다음 보철물에는 적용되지 않습니다: <ul style="list-style-type: none"> • 보장되는 재건 수술의 일부로 이식되는 고환 이식물 • 유방 절제술 또는 종양 절제술 후 필요한 가슴 보형물 • 안면 전체 또는 일부를 대체하는 보형물
실험적 서비스	실험 서비스는 가입자 안내서에 설명한 보장되는 임상 시험을 제외하고, 실험실이나 동물 단계에서 검사되고 있는 약물, 장비, 검사 또는 서비스이지만 사람에게에는 아직 적용할 준비가 되지 않은 것을 말합니다.
보건 의료 품목 및 서비스가 아닌 품목 및 서비스	해당 서비스가 Medi-Cal 보장에 따라 In Lieu of Services 또는 내구성 의료 장비로 승인되는 경우에 한함
탈모 또는 모발 성장의 촉진, 예방 또는 기타 치료를 위한 품목, 서비스.	
마사지 요법 서비스.	이 예외 조항은 물리 치료 플랜의 일부인 요법 서비스에는 적용되지 않습니다.
개인 간호사 또는 가입자의 가정 내 상근 간호	
Medicare에서 보장하지 않는 일상적인 발 진료 및 서비스	
Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 "합리적이고 의학적으로 필요하지" 않다고 간주되는 서비스	보장 서비스로 나열하지 않은 경우. 이 예외 조항은 Original Medicare가 보장하지는 않지만 저희 플랜이 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스

연방 식품 의약국의 승인을 받지 않은 서비스	당사는 미국 내 판매를 위해 법적으로 연방 식품 의약국 (FDA) 의 승인이 필요하지만 FDA의 승인을 받지 않은 약물, 보조제, 검사, 백신, 기기, 방사성 물질 및 기타 서비스를 보장하지 않습니다. 이 예외 조항은 캐나다 또는 멕시코에서 받은 보장 응급 서비스, 임상 시험하에 보장되는 서비스, 보장되는 시험적 서비스의 일부로 제공되는 서비스에는 적용되지 않습니다.
국가보훈처 (Veterans Affairs, VA) 시설에서 퇴역 군인에게 제공되는 서비스	그러나 퇴역 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았으며 저회 플랜에서 보장하는 분담 비용보다 VA 분담 비용이 더 많은 경우, 퇴역 군인에게 해당 차액을 상환해드립니다. 분담 비용이 있는 경우 가입자가 부담합니다.
서비스에 보험 적용이 되지 않을 때, 보험 비적용 서비스와 관련된 모든 서비스는 보험에서 제외됩니다.	비보장 서비스로 인한 합병증이 달리 보장되는 경우, 이 예외 조항은 이러한 합병증의 치료에 적용되지 않습니다. 예를 들어 보장되지 않는 성형수술을 받는 경우 수술 준비 후속 진료를 위해 받는 서비스는 보장하지 않습니다. 이후 심각한 감염과 같이 생명을 위협하는 합병증을 겪는 경우, 이 예외 조항이 적용되지 않으며 가입자 안내서 에 따른 서비스가 보장되는 한, 합병증 치료에 필요한 서비스를 보장합니다.
일상생활 활동에 대한 도움 등 의학적으로 필요하지 않은 개인 돌봄 서비스(예: 걷기, 침대 오르고 내리기, 목욕, 옷 입기, 식사, 화장실 사용하기 및 약 복용하기).	이 예외 조항은 다음 섹션에서 설명하는 보장의 일부로 제공되는 일상생활 활동 지원에는 적용되지 않습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 호스피스 및 완화 치료 • 장기 요양 서비스 및 지원 • 숙련 간호/중간/아급성 시설 치료 • 커뮤니티 지원
불임 복원술.	



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스

무면허자가 제공하는 서비스. 여기에는 건강 관리 서비스 제공에 있어 주 면허증 또는 자격증을 필요로 하지 않는 사람이 안전하고 효과적으로 실시하고, 가입자의 상태가 심각하지 않아 굳이 면허를 갖춘 의료 제공자에게 받지 않아도 되는 서비스가 포함됩니다.

이 예외 사항은 다음 중 어느 것에도 적용되지 않습니다.

- 가입자에게 승인된 보장 커뮤니티 지원.
- 보장된 산후도우미 서비스.
- 보장된 지역사회 의료계 종사자 서비스.

F. 플랜 가입자의 권리

Kaiser Permanente Dual Complete 가입자는 특정한 권리가 있습니다. 귀하는 차별 없이 이러한 권리를 행사할 수 있습니다. 또한 의료 서비스를 상실하지 않고 이러한 권리를 사용할 수 있습니다. 저희가 적어도 일 년에 한 번, 가입자의 권리에 대해 알려드립니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 **가입자 안내서**를 참조하십시오. 가입자의 권리에 대한 내용은 다음 항목을 제한없이 포함합니다:

- **존중, 공정, 존엄의 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
 - 의료 상태, 건강 상태, 건강 서비스 받기, 청구 경험, 병력, 장애(정신 장애 포함), 결혼 상태, 나이, 성별(성 고정관념 및 성 정체성 포함), 성적 지향, 국적, 인종, 피부색, 종교, 신조 또는 공적 지원에 대한 우려 없이 보장 서비스를 받을 권리
 - 무료로 다른 언어 및 형식(예: 대형 활자, 점자 또는 오디오)으로 정보를 받을 권리
 - 모든 형태의 신체적 구속 또는 격리로부터 자유로울 권리
- **보건 의료에 대한 정보를 받을 권리.** 여기에는 치료 및 치료 옵션에 대한 정보가 포함됩니다. 이 정보는 가입자가 이해할 수 있는 언어 및 형식으로 제공되어야 합니다. 다음의 정보를 받을 권리가 포함됩니다.
 - 보장하는 서비스 설명
 - 서비스를 받는 방법
 - 서비스 비용
 - 의료 진료 제공자 이름



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

- **치료 거부를 비롯해 진료에 대해 결정할 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
 - 1차 진료 제공자 (PCP)를 선택하고 연중 언제라도 1차 진료 제공자를 바꿀 수 있는 권리
 - 진료 의뢰 없이 여성 의료 제공자를 이용할 권리
 - 보장 서비스와 약품을 신속하게 받을 권리
 - 비용이나 보장 여부에 상관없이 모든 치료 옵션에 대해 알 권리
 - 의료 진료 제공자가 반대 권고를 하더라도 치료를 거부할 권리
 - 의료 진료 제공자가 반대 권고를 하더라도 약물을 중단할 권리
 - 2차 소견을 요청할 권리. Kaiser Permanente Dual Complete에서 2차 소견을 위한 가입자의 방문 비용을 지불합니다.
 - 사전 의료 지시서에 가입자의 원하는 의료를 밝힐 권리
- **의사소통이나 신체적 접근 장벽이 없는 진료를 적시에 이용할 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
 - 적시에 의학적 진료를 받을 권리
 - 의료 제공자의 진료실을 출입할 권리. 이는 미국 장애인법 에 따라 장애인이 장벽 없이 이용하는 것을 의미함
 - 의료 진료 제공자 및 의료 보험사와 소통하는 데 통역사의 도움을 받을 권리
- **필요한 경우 응급 및 긴급 진료를 받을 권리.** 이는 다음 권리가 있음을 의미합니다:
 - 응급 시 사전 승인 없이 응급 서비스를 받을 권리
 - 필요한 경우 네트워크 외 긴급 또는 응급 진료 제공자를 이용할 권리
- **기밀 및 개인정보보호 권리.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
 - 가입자가 이해할 수 있는 방법으로 의료 기록 사본을 요청하여 얻고, 기록의 변경 또는 수정을 요청할 수 있는 권리
 - 개인 건강 정보를 보호할 권리
- **귀하는 서비스에 대한 거부, 지연 또는 변경에 대해 불만 제기 또는 재심을 요청할 권리가 있습니다. 아래 섹션 G를 참조하십시오.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
 - 당사 또는 당사 의료 제공자에 대한 불만을 제출할 권리
 - 당사 또는 당사 의료 제공자의 특정 결정에 이의를 제기할 권리.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

- 청각 및 언어 장애인을 위한 수신자 부담 전화번호 (1-888-466-2219) 또는 TDD 전화 (1-877-688-9891) 를 통해 캘리포니아 보건 관리부 (California Department of Managed Health Care, DMHC) 에 불만을 제출할 권리. DMHC 홈페이지 (www.dmhc.ca.gov) 에서 온라인으로 불만 제출 양식, 독립의료심사 (Independent Medical Review, IMR) 신청서 및 지침을 제공 받을 수 있습니다.
- DMHC에 Medi-Cal 서비스 또는 의료용 품목의 IMR을 요청할 권리
- 주 청문회를 요청할 권리.
- 서비스 거부에 대한 자세한 이유를 확인하고 결정을 내리는 데 사용된 모든 정보의 사본을 무료로 받을 수 있습니다.

가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 **가입자 안내서**를 참조하십시오. 질문이 있는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스부에 이 페이지 하단에 기재된 번호로 문의하십시오.

또한 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입한 가입자를 위한 특별 옴부즈맨은 월~금요일, 오전 9시부터 오후 5시까지 1-855-501-3077 번으로 문의하실 수 있습니다. Medi-Cal 옴부즈맨 오피스는 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 1-888-452-8609 번으로 전화하실 수 있습니다.

G. 서비스 거부, 지연, 변경에 대해 불만 제기 또는 재심을 요청하는 방법

불만이 있거나 Kaiser Permanente Dual Complete가 서비스를 부적절하게 거부, 지연 또는 변경했다고 생각하는 경우 가입자 서비스부에 이 페이지 하단의 번호로 전화하십시오. 당사 결정에 재심을 요청할 수도 있습니다.

불만 및 이의 제기에 대한 궁금한 사항은 **가입자 안내서 9장**에서 확인할 수 있습니다. 또한 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스부에 이 페이지 하단에 기재된 번호로 문의하셔도 됩니다.

의료적 진료에 대한 보장 결정, 이의 제기 및 불만

가입자의 의료에 관한 **보장 결정**은 다음에 대한 결정을 말합니다:

- 혜택 및 보장 서비스 또는
- 가입자의 의료 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액.

재심은 보장에 대한 당사의 결정을 검토할 것을 요청하고 당사가 실수를 했다고 생각하거나 결정에 동의하지 않는 경우 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

당사 또는 모든 의료 제공자(네트워크 외 또는 네트워크 의료 제공자 포함)에 관한 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 의료 제공자는 당사 플랜에 협력하는 의료 제공자입니다. 또한 받은 진료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관에 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare에 저희 플랜에 대한 불만을 제출할 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 에서 온라인 양식을 사용할 수 있습니다. 또는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. **1-888-452-8609** 번으로 전화하여 저희 플랜에 대한 불만을 옴부즈 프로그램에 제기할 수 있습니다. 이 전화는 주 공휴일을 제외하고 월~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영합니다.

전화	<p>1-800-443-0815</p> <p>이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.</p> <p>영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.</p> <p>가입자의 보장 결정, 재심 또는 불만 제기가 가입자 안내서에 설명된 바와 같이 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사부에 1-888-987-7247 번으로 전화하십시오. 이 전화는 월~토요일, 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 운영합니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.</p>
팩스	<p>가입자의 보장 결정, 재심 또는 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 해당 요청서를 신속 심사부에 팩스 1-888-987-2252 번으로 보내십시오.</p>
서신	<p>표준 보장 결정 또는 불만 제기를 하려면 해당 지역 가입자 서비스부 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다 (위치는 의료 제공자 및 약국 목록 참조).</p> <p>표준 재심의 경우, 저희가 보내드린 거부 통지서에 적혀 있는 주소로 서신을 보내십시오.</p> <p>가입자의 보장 결정, 재심 또는 불만제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내십시오:</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
웹사이트	<p>Medicare에 당사 플랜에 대한 불만을 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만을 제출하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

파트 D 처방약에 대한 보장 결정

Medicare 약품에 관한 보장 결정은 다음에 대한 결정을 말합니다.

- 혜택 및 Medicare 보장 약품 또는
- Medicare 약품에 대해 당사가 지불하는 금액.

전화	1-877-645-1282 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
TTY	711 이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.
팩스	1-844-403-1028
서신	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. PO Box 25183 Santa Ana, CA 92799
웹사이트	kp.org



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

파트 D 처방약에 대한 재심

재심은 보장 결정의 변경을 요청하는 방법입니다.

전화	1-866-206-2973 통화는 무료입니다. 이 전화는 주 7일 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 운영합니다. 영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 이 전화는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.
팩스	1-866-206-2974
서신	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	kp.org



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

파트 D 처방약에 대한 불만

당사 또는 모든 약국에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 가입자의 Medicare 처방약에 대한 불만도 포함됩니다.

Medicare 처방약에 대한 보장 결정과 관련하여 불만을 제기하는 경우, 재심을 신청할 수 있습니다(상기 "파트 D 처방약에 대한 이의 제기" 참조).

전화	<p>1-800-443-0815</p> <p>이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.</p> <p>가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 파트 D 부서 1-866-206-2973 번으로 전화하십시오. 이 전화는 월~금요일, 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 운영합니다. 해당 문제가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖추었을 경우 9장을 참조하십시오.</p> <p>영어를 사용하지 않는 사람들을 위해 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>이 전화는 무료입니다. 월~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.</p>
팩스	<p>가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 파트 D 부서 1-866-206-2974 번으로 해당 요청서를 팩스로 보내십시오.</p>
서신	<p>표준 보장 결정 또는 불만 제기를 하려면 해당 지역 가입자 서비스부 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 의료 제공자 및 약국 목록 참조).</p> <p>가입자의 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내십시오:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
웹사이트	<p>Medicare에 당사 플랜에 대한 불만을 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만을 제출하려면, www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx를 방문하십시오.</p>



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

품질 개선 기관 (QIO)

캘리포니아주에는 Livanta라는 기관이 있습니다. 이는 Medicare 가입자의 진료 품질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 의료 진료 전문가 그룹입니다. Livanta는 당사 플랜과 연계되어 있지 않습니다. 다음 내용은 Livanta에 문의하십시오.

- 가입자의 보건 의료 권리에 대한 질문
- 다음의 경우에 가입자가 받은 진료에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
 - 진료 품질에 문제가 있는 경우
 - 가입자의 병원 입원에 대한 보장이 너무 짧다고 생각하는 경우
 - 가입자의 가정 간호 진료, 전문 요양 시설 진료 또는 종합 외래 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우

전화	1-877-588-1123
TTY	711
서신	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	www.livantaqio.com



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

캘리포니아 관리의료부

캘리포니아 보건 관리부 (DMHC) 는 의료 보험에 대한 규제를 책임지는 기관입니다. DMHC 지원 센터는 Medi-Cal 서비스에 대한 재심 및 불만 제기에 도움을 드릴 수 있습니다.

전화	1-888-466-2219 월~금요일, 오전 8시부터 오후 6시 사이에 DMHC 대표 전화로 연락하실 수 있습니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각 및 언어 장애가 있는 사람을 위한 것입니다. 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
서신	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

또한 당사 결정을 검토하도록 관리의료부 (DMHC) 에 독립의료심사/불만 양식을 제출하거나 DMHC의 독립의료심사 (IMR) 를 요청할 수 있습니다. DMHC의 IMR이 진행되는 동안 Kaiser Permanente에 소속되지 않은 외부 의사가 가입자의 사례를 검토합니다. DMHC의 무료 전화번호는 **1-888-466-2219**이며 청각 및 언어 장애인을 위한 TTY 전화는 **1-877-688-9891**입니다. DMHC 홈페이지 www.dmhc.ca.gov 에서 독립의료심사/불만 양식 및 온라인 지침을 확인할 수 있습니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

H. 사기가 의심되는 경우 대처 방법

서비스를 제공하는 대부분의 의료 진료 전문가와 기관은 정직하게 활동합니다. 하지만 안타깝게도 일부 정직하지 않은 이들이 있을 수도 있습니다.

의사, 병원 또는 기타 약국이 잘못된 행동을 하고 있다고 생각하는 경우 당사로 연락하십시오.

- Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다. 전화번호는 본 페이지 하단에 기재되어 있습니다.
- 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 1-800-541-5555 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077 번으로 전화하시면 됩니다.
- 또는 Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화할 수 있습니다. 해당 전화는 무료이며 하루 24시간, 주 7일 통화 가능합니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

- ❖ 일반적인 질문이나 당사 플랜, 서비스, 서비스 지역, 청구서 또는 가입자 ID 카드에 관한 질문이 있을 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스부에 **1-800-443-0815(TTY 711)**번으로 전화하십시오.
이 전화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.
또한 가입자 서비스부는 영어를 사용하지 않는 분을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.



질문이 있는 경우, 가입자 서비스부에 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다. 무료 전화입니다. 자세한 내용은 kp.org/medicare 에서 확인하십시오.

차별 금지에 관한 고지

차별은 법에 위배됩니다. Kaiser Permanente¹는 주 및 연방 민권법을 따릅니다.

Kaiser Permanente는 나이, 인종, 민족적 정체성, 피부색, 국적, 문화적 배경, 혈통, 종교, 성, 젠더, 성적 정체성, 성적 표현, 성적 지향, 혼인 여부, 신체적 또는 정신적 장애, 의료 상태, 지불 출처, 유전적 정보, 시민권, 주요 사용 언어, 이민 상태에 근거하여 법에 위배되는 차별을 하지 않습니다.

Kaiser Permanente는 다음 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 분들에게서 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 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 저희 가입자 서비스 연락 센터에 전화 주십시오. 통화는 무료입니다:

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- 기타 모든 경우: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

요청에 따라 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나 또는 기타 형식으로 된 사본을 얻으려면, 가입자 서비스 연락 센터에 전화하여 필요한 형식의 자료를 요청하십시오.

Kaiser Permanente에 이의를 제기하는 방법

저희가 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 다른 방식으로 위법적으로 차별을 가했다고 생각되는 경우, Kaiser Permanente 측에 차별에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 전화, 우편, 직접 방문 또는 온라인으로 불만을 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서

¹ Kaiser Permanente에는 Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group 및 Southern California Medical Group이 포함됩니다.

(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. 이의 제기 방법은 다음과 같습니다.

- **전화:** Medi-Cal 가입자는 **1-855-839-7613(TTY 711)**번으로 전화하실 수 있습니다. 그 외 모든 가입자는 **1-800-464-4000 (TTY 711)**번으로 전화하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간(공휴일 휴무) 도움을 받으실 수 있습니다.
- **우편:** **kp.org**에서 양식을 내려 받으시거나 가입자 서비스에 전화하여 귀하께서 반송할 수 있도록 해당 양식을 우편으로 보내 달라고 요청하십시오.
- **직접 방문:** 플랜 시설에 위치한 가입자 서비스에서 불만 제기 또는 혜택 청구/요청 양식을 작성하십시오(주소는 kp.org/facilities에서 의료 제공자 목록을 확인).
- **온라인:** 본사 웹사이트 **kp.org**에서 온라인 양식을 이용하십시오.

또한 다음의 주소로 Kaiser Permanente 민권 코디네이터에게 직접 연락하실 수도 있습니다:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 불만을 제기하는 방법 (*Medi-Cal 수혜자 전용*)

또한 캘리포니아 보건부의 민권 사무실에 서면, 전화 또는 이메일로 민권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- **전화:** **916-440-7370 (TTY 711)** 번으로 보건부 (Department of Health Care Services, DHCS) 민권사무실에 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 편지 발송:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **온라인:** CivilRights@dhcs.ca.gov으로 이메일

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)으로 전화
- **우편:** 불만 제기 양식을 기입하여 다음 주소로 서신 발송:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

불만 양식은 다음에서 찾으실 수 있습니다: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **온라인:** 민권 담당국의 불만 접수 포탈 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 방문

Notice of Availability

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.

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.

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՝ բրեյլով փաստաթղթեր 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)**。身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。

HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में 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 मुफ्त 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, ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນໍາ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືງຸນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

MON-KHMER/CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ
1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប
និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)**។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

PERSIAN/FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره **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.

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 ਮੁਫਤ ਹਨ।

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 людей 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 no tienen costo.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Libre ang mga serbisyong ito

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 безкоштовні.

VIETNAMESE

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