

2025년 1월 1일~12월 31일

2025 년도 혜택 요약서

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜(HMO D-SNP)

본 혜택 요약서 관련 정보

Kaiser Permanente Dual Complete 를 이용해 주셔서 감사합니다. 당사 플랜에 관해 더 자세히 알아보시려면 이 혜택 요약서를 활용해 주십시오. 이 문서에 포함된 내용은 다음과 같습니다.

- 보험료
- 혜택과 비용
- 파트 D 처방약
- 추가 혜택
- 제품 및 서비스 가입자 할인가
- 가입 자격
- 보장 규정
- 진료받기
- Medicare Prescription Payment 플랜
- Medicaid 보장 혜택 요약

본 책자에 사용된 용어에 대한 정의는 마지막 부분에 있는 용어집을 참고해 주십시오.

세부 사항

이 문서는 요약서입니다. 여기에 보험 처리되는 항목과 보험 처리되지 않는 항목 또는 플랜 규정이 모두 포함되어 있지는 않습니다. 자세한 내용은 당사 웹사이트 kp.org/eochi 에 있는 **보장 범위 증명서(Evidence of Coverage, EOC)**를 살펴보시거나, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시 사이에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 연락하셔서 사본을 요청해 주십시오.

질문이 있으십니까?

- 아직 가입자가 아니시라면, **1-877-408-3494 (TTY 711)**번으로 전화해 주십시오.
- 가입자신 경우, 가입자 서비스에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화해 주시기 바랍니다.
- 연중무휴, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영

보험 처리되는 항목 및 비용

*플랜 의료 서비스 제공자가 진료 의뢰를 해야 할 수도 있습니다.

†사전 승인이 필요할 수도 있습니다.

혜택 및 보험료	가입자 지불금
월 보험료	\$0
공제액	\$0
자기 부담금 최대 금액 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대한 최대 자기 부담금을 가입자가 자기 부담금 명목으로 지불하지 않아도 됩니다. Medicare 파트 D 의약품은 포함되지 않습니다.	\$9,350
입원 환자 병원 서비스*† 의학적으로 필요한 병원 입원 기간에 대한 날짜 제한은 없습니다.	\$0
외래 환자 병원 서비스*†	\$0
통원 수술 센터(Ambulatory Surgical Center, ASC)*†	\$0
의사 방문 • 주치의 • 전문의*†	\$0
예방 진료*† 자세한 내용은 EOC 를 참조하십시오.	\$0
응급 진료 미국 국내	\$0
긴급 진료 서비스 미국 국내	\$0
진단 서비스, 검사 및 조영*†	\$0
청력 서비스*† 질환 진단을 위한 평가	\$0
치과 서비스† 아래 목록에 기재된 보장되는 예방적 치과 서비스는 Hawaii Dental Service(HDS) Medicare Advantage Network 에서 제공합니다.	\$0

혜택 및 보험료	가입자 지불금
<ul style="list-style-type: none"> • 예방적 구강 검진, 스케일링 연 2 회(역년 기준) • 불소 도포 2 회(역년 기준) • 교익 엑스레이 촬영 연 1 회(역년 기준) 	
<ul style="list-style-type: none"> • 5 년에 한 번씩 구강 전체 엑스레이 • 부가 일반 서비스: 마취, 상담 및 경미한 진통제(5 년에 한 번 교합 보호 장치 포함) <p>HDS Medicare Advantage Network 치과 의사 목록은 hawaiidentalsservice.com 을 참조하시거나 HDS 고객 서비스 센터에 1-844-379-4325 (월요일~금요일 오전 7 시 30 분~오후 4 시 30 분)번으로 문의 바랍니다.</p> <p>참고: 주 경계 외에서 보험이 적용되는 치과 서비스는 Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 소속 치과 의사가 제공하는 경우에만 보장됩니다. 보장 범위, 한도, 예외 조항은 같은 HDS 약관을 따릅니다. Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 소속 치과 의사를 찾으려면 해당 주의 Delta Dental 사무국에 문의하십시오.</p>	\$0
<p>시력 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> • 눈 질환 및 상태를 진단하고 치료하기 위한 방문*† • 녹내장 예방 선별 검사 및 당뇨병성 망막증 서비스*† 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈 	Medicare 한도까지는 \$0, 한도 이상은 가입자가 지불합니다.
<p>정신 건강 서비스*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • 정신 건강 입원 치료 	\$0
<ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자 그룹 및 개별 치료 	\$0
<p>전문 간병 기관*†</p> <p>보험 혜택 기간당 100 일까지 보장해 드립니다.</p>	\$0
<p>물리 치료*†</p>	\$0
<p>구급차†</p>	\$0
<p>교통편</p>	보험 처리 안 됨
<p>Medicare 파트 B 의약품†</p>	\$0

혜택 및 보험료	가입자 지불금
Medicare 파트 B 의약품은 플랜 의료 서비스 제공자에게서 구매할 때만 보장됩니다. 자세한 내용은 EOC 를 참조하십시오.	

Medicare 파트 D 처방약 보장+

Medicaid 혜택을 받는 가입자는 대부분 처방약 플랜 비용을 지불할 때 Medicare의 Extra Help 를 받을 수 있습니다. Medicare 는 Extra Help 를 통해 소득과 자원이 제한적인 사람들의 처방약 비용을 지원합니다. Extra Help 경우, 아래 거론된 공제액과 공동 부담금은 해당하는 내용이 아닙니다. 대신, **처방약에 대해 Extra Help** 금을 받는 이를 위한 보장 범위 증명서 추가 사항을 참조하십시오.

Extra Help 대상이 아닌 경우, 의약품 비용으로 가입자가 지불해야 하는 금액은 다음 요인에 따라 다릅니다.

- 의약품이 속한 등급. 의약품 등급에는 6 가지가 있습니다. 의약품이 6 개 등급 중 어디에 속하는지 알아보려면 kp.org/seniorrx 의 파트 D 처방집을 참조하거나 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시까지 운영하는 가입자 서비스에 **1-800-805-2739 (TTY 711)** 번으로 전화하여 사본을 요청하십시오.
- 수령할 수 있는 일일 공급량(예: 30 일분 또는 90 일분). 참고: 의약품에 따라 30 일분을 초과하는 공급량이 제공되지 않을 수도 있습니다.
- 31~90 일 공급량을 구매하는 경우, 처방약을 당사 플랜 소속 리테일 약국에서 받는지 또는 우편 주문 약국에서 받는지 여부. 참고: 우편으로 배송되지 않는 의약품도 있습니다.
- 가입자의 보장 단계(공제금, 첫 보장 또는 비상 보장 단계들).

공제금 단계

1, 2, 6 등급 의약품에는 의약품 공제금이 없으며 가입자는 첫 보장 단계로 한 해를 시작합니다. Extra Help 대상이 아닌 경우, 3, 4, 5 등급 의약품에 공제금 단계가 있습니다. 3, 4, 5 등급 의약품의 경우, 2025 년 연내 **\$580** 를 지출할 때까지 가입자가 의약품 비용을 전액 부담합니다. 공제금을 충족하면 3, 4, 5 등급 의약품 첫 보장 단계로 넘어갑니다. 공제금은 보장 대상인 인슐린 제품과 대부분의 성인 파트 D 백신(대상포진, 파상풍, 여행 백신 등)에는 해당하지 않습니다.

첫 보장 단계

Extra Help 대상이 아닌 경우, 자기 부담금이 **\$2,000** 에 도달할 때까지 아래 차트에 표시된 공동 부담금을 가입자가 지불해야 합니다. 2025 년 연내 **\$2,000** 한도에 도달하면 비상 보장 단계로 넘어가고 보장 범위가 변경됩니다.

의약품 등급	플랜 소속 리테일 약국		
	최대 30 일분	31~60 일분	61~90 일분
1 등급(선호 일반 의약품)	\$0		
2 등급*(일반 의약품)	4%		

의약품 등급	플랜 소속 리테일 약국		
	최대 30 일분	31~60 일분	61~90 일분
3 등급*(선호 브랜드 의약품)	24%		
4 등급*(비선호 일반 의약품)	25%		
5 등급*(특수 의약품)	25%		
6 등급**(백신)	\$0	해당 없음	

*2 등급 플랜 보장 대상인 인슐린 제품에 대하여 \$0 이고 3, 4, 5 등급 플랜 보장 대상인 인슐린 제품 각각에 대하여, 가입자 부담금은 30 일분의 경우 \$35, 31~60 일분의 경우 \$70, 61~90 일분의 경우 \$105 이하입니다.

**당사 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.

의약품 등급	플랜 소속 우편 주문 약국		
	최대 30 일분	31~60 일분	61~90 일분
1 등급(선호 일반 의약품)	\$0		
2 등급(일반 의약품)	\$0		
3 등급*(선호 브랜드 의약품)	24%		
4 등급*(비선호 일반 의약품)	25%		
5 등급*(특수 의약품)	25%		

참고: 6 등급(백신)은 우편 주문으로 구매할 수 없습니다.

*플랜 보장 대상인 3, 4, 5 등급 인슐린 제품 각각에 대하여, 가입자 부담금은 30 일분의 경우 \$35, 31~60 일분의 경우 \$70, 61~90 일분의 경우 \$105 이하입니다.

비상 보장 단계

가입자 또는 가입자를 대신한 타인이 2025년 연내 파트 D 처방약 비용으로 \$2,000를 지불하면 비상 보장 단계에 진입하게 됩니다. 대부분의 가입자는 이 단계에 도달하지 않지만, 이 단계가 되면 2025년에는 파트 D 보장 대상 의약품 비용을 지불하지 않게 됩니다.

장기 요양, 플랜 가정 주입, 플랜 외 약국

- 가입자가 장기 요양 시설에 거주 중이고 해당 시설 내 약국에서 의약품을 구매하는 경우, 플랜 소속 리테일 약국과 같은 금액을 지불하며 31 일분까지 구매할 수 있습니다.
- 플랜 가정 주입 약국에서 보장 대상 파트 D 가정 주입 의약품을 구매하면 무료로 제공됩니다.
- 플랜 외 약국에서 보장 대상 파트 D 의약품을 구매하는 경우, 플랜 소속 리테일 약국과 같은 금액을 지불하며 30 일분까지 구매할 수 있습니다. 일반적으로 플랜 외 약국에서 구매한 처방약은 네트워크

약국을 이용할 수 없는 경우에만(예: 재해 발생 시) 보장됩니다. 자세한 내용은 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오.

추가 혜택

이 혜택은 플랜 가입자에게만 제공됩니다.	가입자 지불금
<p>신체 단련 혜택 — One Pass™</p> <p>신체와 정신을 위한 One Pass 종합 신체 단련 프로그램을 이용할 수 있습니다. One Pass 포함 내용:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전국, 지역, 커뮤니티 피트니스 센터 및 부티크 피트니스 스튜디오 등으로 구성된 대규모 코어 및 프리미엄 체육관 네트워크. 네트워크 소속 지점이면 어디든 이용할 수 있습니다. • 가정에서 이용 가능한 실시간, 주문형 디지털 피트니스 프로그램. • One Pass 가입자 웹사이트 및 모바일 앱에서 제공되는 소셜 클럽 및 활동. • 기력 증진, 요가 또는 댄스 등 홈 피트니스 키트 1 종. • 온라인 뇌 건강 인지 훈련 프로그램. <p>참여 체육관과 피트니스 지점, 프로그램 혜택에 관한 자세한 정보를 알아보거나 온라인 계정을 설정하려면 YourOnePass.com 을 참조하거나 월요일~금요일 오전 3시부터 오후 4시 (하와이 표준시) 까지 운영하는 1-877-614-0618 (TTY 711)번으로 문의 바랍니다.</p>	<p>\$0</p>

제품 및 서비스 가입자 할인가

Kaiser Permanente 는 선도 기업과 협력하여 가입자의 건강, 안전, 웰빙을 지원하며 대폭 할인 혜택도 제공합니다.

Lively™ Mobile Plus

버튼 한 번만 누르면 상시 도움을 받을 수 있는 개인 응급 상황 대응 시스템이 제공됩니다. 1 회용 기기 수수료를 할인해 드리고, 월간 서비스 플랜 2 종 중 하나를 선택할 수 있습니다 (보장 한도가 적용될 수 있음). 자세한 정보는 greatcall.com/KP 를 참조하거나 **1-800-205-6548 (TTY 711)**번으로 전화 문의하시기 바랍니다.

Mom's Meals® 건강식 배달

건강한 신체를 만들고 유지하려면 적절한 영양 섭취가 무엇보다 중요합니다. 전국 각지의 가정에 바로 가열해 먹을 수 있는 냉장 밀키트를 배달해 드립니다. 전문 셰프와 공인 영양사가 구성한 식단이며, 대부분의 만성 질환을 지원하고 전반적인 웰니스에 도움이 되도록 의학적으로 맞춤 조정했습니다.

Kaiser Permanente 가입자에게는 Mom's Meals 할인가와 무료 배송 혜택이 제공됩니다. 자세한 정보는 www.momsmealsnc.com/kp/home.aspx 를 참조하거나 1-866-224-9483 (TTY 711)번으로 전화 문의하십시오.

가입자는 원하는 회사 어디서든 이러한 제품과 서비스를 계속 이용하거나 선택해도 좋지만, Kaiser Permanente 할인은 위의 목록에 기재된 파트너 업체에서만 제공됩니다. 위에 설명된 제품과 서비스는 Medicare 프로그램과의 계약에 따라 제공 또는 보장되는 것이 아닙니다. 또한, Medicare 이의 제기 과정을 따르지도 않습니다. 이러한 제품 및 서비스와 관련한 각종 분쟁은 Kaiser Permanente Dual Complete 고충 사항 절차를 따를 수 있습니다. BEST BUY HEALTH, GREATCALL, LIVELY 및 LINK 는 Best Buy 및 그 계열사의 등록 상표입니다. ©2022 Best Buy. All rights reserved.

가입 자격

이 플랜 가입 자격은 다음과 같습니다.

- Medicare 파트 A 와 파트 B 에 둘 다 가입해야 합니다.(Medicare 에 가입하고 유지하려면 대체로 Medicare 에 직접 Medicare 보험료를 납입해야 합니다. 이 금액은 당사 플랜에 납입하는 보험료와는 별도로입니다.)
- Medicaid 혜택을 전부 보장받으며 Medicaid 플랜이 Kaiser Permanente 를 통해 등록된 플랜이어야 합니다.
- 미국 시민이거나 합법적 거주자이어야 합니다.
- 이 플랜의 서비스 지역에 거주해야 합니다. 서비스 지역은 호놀룰루 카운티 전체와 마우이 카운티 내 다음 우편번호에 해당하는 지역입니다. 96708, 96713, 96732, 96733, 96753, 96761, 96767, 96768, 96779, 96784, 96788, 96790, 96793.

보장 규정

당사는 다음 조건에 부합하는 경우 본 문서 및 보장 범위 증명서 목록의 서비스 및 물품을 보장합니다.

- 서비스 또는 물품이 의학적으로 필요합니다.
- 서비스 또는 물품이 Original Medicare 기준에 따라 합당하고 필수적입니다.
- 보장 대상 서비스와 물품을 당사 의료 서비스 제공자 및 약국 명부에 수록된 플랜 제공자로부터 구매합니다. 단, 이 규정에는 예외가 있습니다. 다음 항목도 보장 대상입니다.
 - 다른 Kaiser Permanente 지역의 플랜 소속 의료 서비스 제공자가 제공한 치료
 - 응급 진료
 - 지역 외 투석 치료
 - 지역 외 긴급 진료(플랜 의료 서비스 제공자 서비스 지역 내에서 받은 서비스, 드문 경우지만 플랜 외 제공자가 제공한 서비스도 포함)
 - 플랜에서 사전에 서면으로 승인한 경우(사전 승인)에 한해 플랜 외 의료 서비스 제공자에 대한 진료 의뢰

참고: 플랜 외 의료 서비스 제공자로부터 위 목록의 보장 대상 치료를 받으면 플랜 자기 부담금과 공동 부담금은 동일합니다. 보장 대상이 아닌 치료나 서비스를 받는 경우, 가입자가 전액을 부담해야 합니다.

보장 대상이 아닌 서비스(예외 조항) 등 보장 규정에 관한 자세한 내용은 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오.

진료받기

귀하는 대부분의 당사 플랜 시설에서 특수 진료, 약국 및 검사 서비스를 포함하여 보장되는 모든 서비스를 받으실 수 있습니다. 귀하의 서비스는 특정한 플랜 기관이나 약국에 한정되지 않으므로 귀하께서 가장 편리하게 이용하실 수 있는 플랜 제공 기관이나 약국을 이용해 주시기를 권장해 드립니다. 플랜 의료 서비스 제공자를 찾으려면 **kp.org/directory** 에서 **의료 서비스 제공자 및 약국 명부**를 참조하거나, 연중무휴 오전 8 시~오후 8 시까지 운영하는 가입자 서비스에 **1-800-805-2739 (TTY 711)**번으로 전화하여 우편으로 사본을 보내달라고 요청하시면 됩니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 통지서를 보내드립니다.

주치의

주치의(1 차 진료의라고도 함)는 귀하에게 1 차적인 진료를 제공하며, 입원, 전문의 진료 의뢰, 사전 승인 등 귀하의 진료를 조정하는 데 도움을 드립니다. 주치의는 대부분 내과 또는 가정의학과 의사입니다. 귀하는 플랜에서 제공하는 의료 서비스 제공자 중 한 사람을 주치의로 선택해야 합니다. 귀하는 언제든지, 어떤 이유로든 본인의 주치의를 변경할 수 있습니다. 의사를 선택하거나 변경하려면 가입자 서비스에 전화하거나 홈페이지 **kp.org/finddoctors** 를 이용하십시오.

질환 관리 지원

귀하가 두 가지 이상의 질환을 앓고 있고, 치료 관리에 도움이 필요한 경우 플랜에서 도와드릴 수 있습니다. 사례 관리 프로그램을 통해 간호사, 사회 복지사, 주치의가 협력해 가입자의 질환 관리를 도와드립니다. 이 프로그램은 교육 및 자기 관리 기술 훈련을 제공합니다. 관심이 있으시면, 주치의에게 자세한 정보를 문의하십시오.

Medicare Prescription Payment 플랜

Medicare Prescription Payment 플랜은 2025 년 신규 납입 옵션입니다. 연중 의약품 비용을 월별 납입으로 분산하여 비용 관리를 도와드립니다. 이 프로그램은 Medicare 파트 D 가입자 대상이며 의약품 보장과 함께 제공됩니다. 플랜 연도 초반에 의약품 비용이 많이 드는 가입자에게 특히 유용하고, 자기 부담금 의약품 비용 관리에 도움이 되지만 비용 자체가 절약되거나 의약품 비용이 줄어드는 것은 아닙니다. 이 프로그램에 관한 자세한 정보는 당사에 문의하거나 **Medicare.gov** 를 참조하십시오.

통지

이의 제기 및 고충 사항

보장되어야 한다고 생각하는 물품이나 서비스를 요청하거나 비용 지불을 요구하려면 특정 기간 이내에(해당 물품이나 서비스를 받은 날짜 포함) 청구서를 제출하면 됩니다. 당사가 이를 거부할 경우, 귀하는 결정을 재고해 달라고 당사에 요구하실 수 있습니다. 이를 이의 신청이라고 합니다. 이의 신청 결과를 기다리는 동안 귀하의 건강이 위협해질 수 있는 경우 신속한 결정을 요구하실 수도 있습니다. 귀하의 주치의가 동의하면 당사에서 의사 결정을 서두릅니다.

보장 이외의 부분에서 불만이 있으신 경우, 당사에 고충 사항을 접수하실 수 있습니다. 불만 제기 과정이나 보장 결정 및 이의 제기 방법에 관한 자세한 내용은 **보장 범위 증명서**를 참조하십시오. 여기에 의약품, 서비스, 병원 치료에 관한 신속 또는 긴급 결정에 관한 내용도 있습니다.

Kaiser Foundation Health Plan

Kaiser Foundation Health Plan Inc., Hawaii Region 은 비영리 기업이며 Medicare Advantage 플랜의 일부로 일명 Kaiser Permanente Dual Complete 라고 합니다.

개인 정보

당사는 가입자의 개인 정보를 보호합니다. 자세한 내용은 **보장 범위 증명서**를 참조하거나 kp.org/privacy 에서 **개인 정보 보호 관행**을 참조하십시오.

Medicaid 보장 혜택 요약

아래 설명된 혜택은 Medicaid 에서 보장합니다. 이 책자 앞부분에 설명한 혜택은 Medicare 에서 보장합니다. 아래 목록에 기재된 각 혜택에서 Medicaid 가 보장하는 것은 무엇이고 당사 플랜이 보장하는 것은 무엇인지 확인하실 수 있습니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 금액은 가입자의 Medicaid 가입 자격 수준에 따라 다릅니다. Medicaid 혜택에 관한 자세한 정보는 **QUEST Intergration** 을 참조하십시오.

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete 플랜
투석	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
보철 및 교정기 등 내구성 의료 장비와 의료용품	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0. 사전 승인 필요	Medicare 보장 소모품의 경우 자기 부담금 \$0.
응급 서비스 및 안정화 후 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
가족계획 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
재활 서비스 (청각학 서비스, 작업요법, 물리치료, 언어치료, 시력 치료, 보완 의사소통 장비, 리더기, 시각적 보조 도구 등)	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0. 보완 의사소통 장비, 리더 및 시각적 보조 도구는 보장 대상이 아닙니다.
가정 간호 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
비용급 이송 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0. 사전 승인이 필요합니다.	보장 대상이 아닙니다.

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete 플랜
영양 상담	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 의학적 영양 치료 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
외래 환자 병원 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
의사 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
임신 관련 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
처방약	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 파트 B 의약품: 자기 부담금 \$0 Medicare 파트 D 의약품: 0~25%
예방 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
방사선, 검사실 및 기타 진단 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
재활 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
금연 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
원격 의료 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
긴급 진료 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0. 21 세 이상 가입자에게는 지역 외 긴급 진료가 보장되지 않습니다.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
시력 및 청력 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
행동 건강 서비스 관련 급성 입원	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
통원 정신 건강 서비스	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
정신과 의사, 심리학자, 상담가, 사회 복지사, 공인	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete 플랜
간호사 등 자격을 갖춘 전문가가 제공하는 서비스		
약물 남용 치료 프로그램	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
처방약(의약품 관리 및 환자 상담 포함)	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
정신과 또는 심리 진단	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
전문 간병 기관	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	Medicare 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.
<p>가정 및 지역사회 기반 서비스(다음 예시 포함)*:</p> <p>(집안일, 성인 주간 의료, 개인 진료, 성인 데이케어, 전문 응급 대응 시스템, 전문 간병, Community Care Foster Family Home 또는 Expanded Adult Residential Care Home 과 같은 거주 간호)</p> <p>*장기 서비스 및 지원 자격에 부합해야 함</p>	Medicaid 보장 서비스의 경우 자기 부담금 \$0.	보장 대상이 아닙니다.
기본 치과 혜택	<p>DHS Med-QUEST 에서 보장합니다.</p> <p>구강 질환 관리 및 일부 저작 기능 회복 위주(진단, 스케일링, 충전, 일부 치근관, 일부 치관, 일부 의치)이며 모든 연령대를 대상으로 합니다.</p> <p>치과 의사를 찾는 데 도움이 필요한 경우, Community Case Management Corporation(CCMC)에 전화 1-808- 792-1070 또는 수신자 부담 번호 1-888-792-1070 번으로 문의하십시오. CCMC 에서 보장 대상 치과 혜택이 무엇인지 설명해 드리고, 가까운 치과를 찾도록 도와드립니다.</p>	<p>\$0</p> <p>아래 목록에 기재된 보장되는 예방적 치과 서비스는 Hawaii Dental Service(HDS) Medicare Advantage Network 에서 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 예방적 구강 검진, 스케일링 연 2 회(역년 기준)† • 교익 엑스레이 촬영 연 1 회(역년 기준)† • 5 년에 한 번씩 구강 전체 엑스레이† • 역년 2 회 불소 도포† • 부가 일반 서비스: 마취, 상담 및 경미한 진통제(5 년에 한 번 교합보호 장치 포함)† <p>HDS Medicare Advantage Network 치과 의사 목록은</p>

혜택	Medicaid 주 플랜	Kaiser Permanente Dual Complete 플랜
		<p>hawaiidentalservice.com 을 참조하시거나 HDS 고객 서비스 센터에 1-844-379-4325 (월요일~금요일 오전 7 시 30 분~오후 4 시 30 분)번으로 문의 바랍니다.</p> <p>참고: 주 경계 외에서 보험이 적용되는 치과 서비스는 Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 소속 치과 의사가 제공하는 경우에만 보장됩니다. 보장 범위, 한도, 예외 조항은 같은 HDS 약관을 따릅니다. Delta Dental Medicare Advantage 네트워크 소속 치과 의사를 찾으려면 해당 주의 Delta 치과 사무국에 문의하십시오.</p>
<p>중증 정신질환(Serious Mental Illness, SMI)을 앓는 성인 가입자를 위한 행동 건강 서비스</p>	<p>서비스는 Community Care Services(CCS)에서 보장합니다.</p>	<p>보장 대상이 아닙니다.</p>

유용한 용어 정의(용어집)

혜택 기간

가입자의 전문 간병 기관 서비스 사용량을 플랜이 측정하는 방식입니다. 혜택 기간은 가입자가 병원이나 전문 간병 기관(**Skilled Nursing Facility, SNF**)에 입원하는 날짜부터 시작합니다. 혜택 기간은 가입자가 **60** 일 연속 입원 환자 병원 서비스나 **SNF** 전문 진료를 받지 않으면 종료됩니다. 혜택 기간은 역년(달력에 따른 1년)과 무관합니다. 가입자에게 허용되는 혜택 기간 횟수나 한 혜택 기간의 길이에는 한도가 없습니다.

역년(달력상 1년)

1월 1일부터 12월 31일까지의 한 해를 말합니다.

공동 부담금

특정 서비스나 처방약에 대하여 플랜 총 청구액 중 가입자가 부담하는 비율입니다. 예를 들어 \$200 물품에 대한 공동 부담금이 20%이면 가입자는 \$40 를 지불합니다.

자기 부담금

보장 서비스에 대하여 가입자가 지불하는 정해진 금액입니다. 예를 들어 내원 시 자기 부담금은 \$20 입니다.

공제액

첫 보장 단계에 진입하기 전 **Medicare** 파트 D 의약품 비용으로 가입자가 반드시 지불해야 하는 금액입니다.

보장 범위 증명서

플랜 혜택에 대한 자세한 설명과 플랜 운영 원리가 기재된 문서입니다.

최대 자기 부담금

최대 상한이 적용되는 서비스에 대하여 역년 기준 매년 가입자가 자기 부담금 또는 공동 부담금 명목으로 지불하는 최대 한도입니다. 최대 상한에 도달하면 그 해 남은 기간 동안은 상한이 적용되는 서비스에 대하여 더 이상 자기 부담금이나 공동 부담금을 지불하지 않습니다.

의학적으로 필요

서비스, 소모품 또는 의약품 등이 가입자의 질환을 예방, 진단 또는 치료하는 데 필요하고 보편적으로 용인되는 의료 관행에 부합한다는 뜻입니다.

플랜 외 의료 서비스 제공자

Kaiser Permanente 가입자에게 진료를 제공하기로 계약하지 않은 의료 서비스 제공자 또는 시설입니다.

플랜

Kaiser Permanente Dual Complete 를 말합니다.

플랜 보험료

Kaiser Permanente Dual Complete 보건의료 및 처방약 보장을 위해 가입자가 지불하는 금액입니다.

플랜 의료 서비스 제공자

플랜 또는 네트워크 의료 서비스 제공자는 병원이나 약국 같은 시설일 수도 있고, 의사나 간호사 같은 의료 진료 전문가일 수도 있습니다.

사전 승인

일부 서비스나 물품은 플랜 의료 서비스 제공자가 플랜에서 사전에 승인을 받아야만(사전 승인이라고 함) 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 서비스나 물품은 이 문서에 † 기호가 표시되어 있습니다.

지역

Kaiser Foundation Health Plan 조직입니다. Kaiser Permanente 지역은 북부 캘리포니아, 남부 캘리포니아, 콜로라도, 조지아, 하와이, 메릴랜드, 오리건, 버지니아, 워싱턴, 워싱턴 D.C.입니다.

플랜 소속 리테일 약국

가입자가 처방약을 구매할 수 있는 플랜 소속 약국입니다. 이러한 약국은 보통 플랜 진료 시설에 있습니다.

서비스 지역

Kaiser Permanente Dual Complete 플랜을 제공하는 지역입니다. 플랜에 가입해 가입자 자격을 유지하려면 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜 서비스 지역에 거주해야 하며, 여기에는 호놀룰루 카운티와 마우이 섬이 포함됩니다.

Kaiser Permanente 는 HMO D-SNP 플랜이며, Medicare 계약을 포함하고 주립 Medicaid 프로그램과도 계약이 체결되어 있습니다. Kaiser Permanente 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다. 법률에 따라, 당사 플랜이나 CMS 가 당사 Medicare 계약을 갱신하지 않겠다는 선택을 할 수도 있습니다.

Original Medicare 에 관한 정보는 "**Medicare 와 사용자**" 안내서를 참조하십시오. 이 안내서는 **medicare.gov** 에서 온라인으로 조회할 수도 있고, 연중무휴 운영하는 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 번으로 전화하여 사본을 받아볼 수도 있습니다. TTY 사용자는 **1-877-486-2048** 번으로 전화하시면 됩니다.

차별 금지에 관한 고지

Kaiser Permanente 는 해당 연방 시민평등권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 바탕으로 차별하지 않습니다. Kaiser Permanente 는 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 특정인을 배제하거나 달리 대하지 않습니다. 또한, 저희는

- 당사와의 원활한 소통을 위해, 장애가 있는 분들께 다음과 같은 도움 및 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격이 있는 수화 통역사.
 - 큰 활자, 음성, 장애인 이용이 가능한 전자 문서 등 다른 형식으로 된 서면 정보.
- 모국어가 영어가 아닌 분들께는 다음과 같은 언어 서비스를 무료로 제공합니다.
 - 자격이 있는 통역사.
 - 다른 언어들로 작성된 정보.

이러한 서비스가 필요하시면 **1-800-805-2739(TTY 711)**번으로 가입자 서비스 센터에 전화하십시오(매일, 오전 8:00-오후 8:00 이용 가능).

Kaiser Permanente 가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별에 따라 다른 방법으로 차별했다고 생각하시면, 서면(711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813)을 인권 코디네이터에게 보내시거나 상기 번호로 회원 서비스 센터에 전화하셔서 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 우편이나 전화로 불만을 접수하실 수 있습니다. 불만을 접수하실 때 도움이 필요하시면, 저희 인권 코디네이터가 도와 드리겠습니다. 또한 귀하께서는 미국 보건 복지부 산하 민권 사무소에 민권 침해 신고 포털 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 통해 온라인 상으로, 또는 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**를 통해 우편 및 전화로 민권 관련 불만 사항을 접수할 수 있습니다. 불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에서 찾을 수 있습니다.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-805-2739** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-805-2739** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-805-2739** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-805-2739** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-805-2739** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-805-2739** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-805-2739** (TTY **711**). sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-805-2739** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-805-2739** (TTY **711**). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-805-2739 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-805-2739 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-805-2739 (TTY 711)**。にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonu lea ta'etotongi ke ne ala tali ha'o ngaahi fehu'i fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lele'i pe faito'ó. Te ke ma'u ha tokotaha fakatonulea 'i ha'o fetu'utaki ki he **1-800-805-2739 (TTY 711)**. 'E 'i ai ha tokotaha 'oku lea Faka-Pilitānia ke ne tokoni'i koe. Ko e sēvesi ta'etotongi eni.

Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti mangitarus tapno sungbatan ti aniaman a saludsod nga addaan ka maipapan ti plano iti salun-at wenno agasmi. Tapno mangala ti mangitarus, maidawat a tawagannakam iti **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Maysa a tao nga agsasao iti Ilocano ti makatulong kenka. Daytoy ket libre a serbisio.

Pohnpeian: Mie sahpis ni soh isepe oang kawehwe peidek kan me komwi sohte wehwehki oang palien roson mwahu de wasa me pwain kohdahn wini. Komwi en kak iang alehdi sawas wet, komw telepwohndo reht ni **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Mie me kak Lokaiahn Pohnpei me pahn seweseiuk. Sawas wet sohte isepe.

Samoa: E iai a matou auaunaga faaliliuupu e tali i soo sau fesili e uiga i lou soifua maloloina poo fuafuaga o vailaau. A fia maua se faaliliuupu, na’o lou valaau mai lava ia matou i le **1-800-805-2739 (TTY 711)**. O le fesoasoani atu se tasi e tautala Gagana Samoa. E le totogia lea auaunaga.

Laotian: ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-805-2739 (TTY 711)**. ຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ເປັນບໍລິການຟຣີ.

Bisayan: Duna mi’y libreng serbisyo sa tig-interpret aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana mahitungod sa imong panglawas o plan sa tambal. Aron mokuha og tig-interpret, tawagi lang mi sa **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Ang usa ka tawo nga nagsulti og Pinulongan makatabang kanimo. Kini usa ka libreng serbisyo.

Marshallese: Ewor ad jermal in ukok ko ñan uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōt am ikijen bŭlāān in ājmour ako uno ko rekajur. Ñan bukot juon riukok, kurtok kij ilo **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Juon armij ej kajiton Kajin eo ñan jibañ eok. Ejelok onean jermal in.

Hawaiian: Inā kekahi mau nīnau nāu e pili ana i kā mākou papahana ‘inikua mālama olakino a i ‘ole ka ‘inikua lā‘au kuhikuhi, loa‘a ia pū ke kōkua unuhi manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Inā makemake ‘oe i kēia kōkua, e ‘olu‘olu ke kelepona mai iā mākou i ka helu **1-800-805-2739 (TTY 711)**. no ka wala‘au ‘ana e pili ana i kēia mau papahana i ka ‘ōlelo Hawai‘i. Eia la ke kōkua manuahi.

Chuukese: Mi kawor anisinis chiaku ika awewen kapas ika epwe wor omw kapas eis fan iten ach kei okot ren pekin manaw me sefei. Ika ke mochen nōunōu emon chon chiaku, kopwe kori kich ren en namba **1-800-805-2739 (TTY 711)**. Emon aramas mi sine Chuuk mi tongeni anisuk. Ei aninis ese kamo.

kp.org/medicare

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
711 Kapiolani Blvd.
Honolulu, HI 96813

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Hawaii Region. 비영리 법인 및 건강 관리 기관(HMO)