2027 혜택 요약

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

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)

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

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

H8794_27SBSNPKO_M
4383476027_CA-SNP_KO

KAISER PERMANENTE®

질문이 있는 경우, 주 7일 오전 8시~오후 8시에 운영하는 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 가입자 서비스로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**, kp.org/medicare를 방문하십시오.

소개

이 문서는 Kaiser Permanente Dual Complete에서 보장하는 혜택 및 서비스를 간략하게 요약한 것입니다. 자주 하는 질문에 대한 답변, 중요한 연락처 정보, 제공되는 혜택 및 서비스 개요, Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서의 권리에 대한 정보가 포함됩니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 안내서(Member Handbook)*의 마지막 장에 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

목차

A. 면책 조항 3

B. 자주 하는 질문 (FAQ) 10

C. 보장 서비스 목록 18

D. Kaiser Permanente Dual Complete 외부 보장 혜택 37

E. Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스 38

F. 플랜 가입자의 권리 40

G. 서비스 거부, 지연, 변경에 대해 불만 제기 또는 재심을 요청하는 방법 42

H. 사기가 의심되는 경우 대처 방법 48

A. 면책 조항

이 문서는 2027년도 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 South P6
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25

위에 나열된 플랜 중 하나에 가입하면 Medi-Cal 관리 진료 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/eocscal에 있는 *가입자 안내서*를 참조하거나 가입자 서비스에 **1-800-443-0815**(TTY **711**)번으로 전화하여 사본을 요청하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

질문이 있는 경우, 주 7일 오전 8시~오후 8시에 운영하는 1-800-443-0815(TTY 711)번을 통해 가입자 서비스로 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용을 확인하려면**, kp.org/medicare를 방문하십시오.

- **남부 캘리포니아 가입자만 해당:** 건강식품 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 추가 프로그램의 일부입니다. 모든 가입자가 이 혜택 대상인 것은 아닙니다. 가입 자격을 갖추려면 당뇨병, 비만, 심장 혈관 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환과 같은 특정 만성 질환이 있어야 합니다. 이 혜택 대상이 될 수 있는 다른 질환도 있습니다. 이 혜택의 가입 자격은 귀하의 질환만을 근거로 보장될 수 없습니다. 혜택이 제공되기 전에 적용되는 모든 가입 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 당사에 문의하십시오.
- 네트워크 외/비계약 의료 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고 플랜 가입자를 진료할 의무가 없습니다. 네트워크 외 서비스에 적용되는 비용 분담을 포함한 자세한 내용은 가입자 서비스 번호로 문의하거나 가입자 안내서를 참조하십시오.
- 당사는 건강 또는 약품 플랜에 대한 가입자의 질문에 답변해 드리기 위해 무료로 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 이용하시려면 **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 *Medicare와 가입자* 안내서에서 확인하십시오. 안내서에는 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 1-877-486-2048번으로 전화하면 됩니다. **Medi-Cal**에 대한 자세한 내용은 캘리포니아 보건의료서비스부(California Department of Healthcare Services, DHCS) 웹사이트(www.dhcs.ca.gov/)를 확인하거나, 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지 Medi-Cal 옴부즈맨 사무소(1-888-452-8609)로 문의하실 수 있습니다. 또한 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입한 분은 월요일부터 금요일 오전 9시부터 오후 5시까지 특별 옴부즈맨 (1-855-501-3077)으로 문의하실 수 있습니다.
- 본 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 몽족어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어로 무료로 제공됩니다.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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 أيضا 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, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ 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 និងអក្សរជំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

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.

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.

❖ 본 문서는 대형 활자, 점자, 음성 파일 또는 데이터 파일과 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 추가 내용을 확인하려면 가입자 서비스에 1-800-443-0815번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번입니다. 시간은 주 7일간 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 통화는 무료입니다.

❖ 다음 사항을 요청하려면 가입자 서비스 1-800-443-0815(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 전화는 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

- 영어 외 선호하는 언어 및/또는 대체 형식
- 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청 및
- 선호 언어 및/또는 형식에 대한 상시 요청 변경

B. 자주 하는 질문 (FAQ)

다음 표에 자주 하는 질문이 나열되어 있습니다.

자주 하는 질문	답변
Medi-Medi 플랜은 무엇인가요 ?	Medi-Medi 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal과 모두 계약을 체결하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 제공하는 건강 플랜입니다. 이 플랜은 21세 이상을 대상으로 합니다. Medi-Medi 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 지원(Long-term Services and Supports, LTSS) 제공자 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성된 조직입니다. 가입자의 모든 의료 서비스 제공자, 서비스 및 지원에 대한 관리를 도와주는 진료 조정 담당자도 있습니다. 이들은 가입자에게 필요한 진료를 제공하기 위해 함께 협력합니다.
Kaiser Permanente Dual Complete에서 지금 받고 있는 Medicare 및 Medi-Cal 혜택과 동일한 혜택을 받게 됩니까?	Kaiser Permanente Dual Complete가 가입자의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 혜택 대부분을 제공하게 됩니다. 의료 서비스 제공자 팀이 가입자와 협력하여 필요 사항을 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. 또한 재택 지원 서비스(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. Kaiser Permanente Dual Complete에 가입하면 가입자의 개인적인 기호와 목표를 반영하여 건강 및 지원에 대해 필요한 사항을 해결할 수 있는 진료 계획을 개발하기 위해 담당 진료팀이 가입자와 협력하게 됩니다. Kaiser Permanente Dual Complete가 일반적으로 보장하지 않는 Medicare 파트 D 약물을 복용하고 있는 경우 임시 분량을 제공받을 수 있으며, 다른 약물로 바꾸거나 의학적으로 필요한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete에서 예외적으로 해당 약물을 보장하도록 지원해 드릴 것입니다. 자세한 내용은 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

자주 하는 질문	답변
현재 진료받고 있는 의사를 계속 이용할 수 있나요?(다음 페이지에 계속)	대부분의 경우 가능합니다. 담당 의료 서비스 제공자(의사, 병원, 치료사, 약국 및 기타 의료 서비스 제공자 포함)가 Kaiser Permanente Dual Complete와 협력하고 저희와 계약을 체결한 경우, 계속해서 해당 의사를 방문할 수 있습니다. • 당사와 계약한 의료 서비스 제공자는 "네트워크 소속"입니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사 플랜에 참여합니다. 이는 해당 의료 서비스 제공자들이 당사 플랜 가입자를 접수하며 당사 플랜이 보장하는 서비스를 제공한다는 것을 의미합니다. **가입자는 반드시 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 내 의료 서비스 제공자를 이용해야 합니다.** 당사 네트워크 소속이 아닌 의료 서비스 제공자나 약국을 이용하는 경우 플랜이 해당 서비스나 약물에 대해 지불하지 않을 수도 있습니다. • 긴급 진료 또는 응급 진료 또는 지역을 벗어나서 투석 서비스가 필요한 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 플랜에 속하지 않은 의료 서비스 제공자를 이용해도 됩니다. • Medi-Cal 서비스의 경우, 응급 서비스 또는 특정 민감성 진료 서비스에 대해 진료 의뢰나 사전 승인 없이 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 방문할 수 있습니다. 당사가 운영하지 않는 지역에 있는 경우 지역 외 긴급 진료를 위해 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 방문할 수도 있습니다. 외래 정신 건강 서비스가 필요한 경우에는 사전 승인 없이 네트워크 의료 서비스 제공자나 카운티 정신 건강 플랜 의료 서비스 제공자를 방문할 수 있습니다. 기타 모든 네트워크 외 서비스에는 진료 의뢰 또는 사전 승인이 있어야 하며, 그렇지 않을 경우 보장되지 않습니다. 참고: 가입자가 아메리칸 인디언인 경우 진료 의뢰 없이 당사 의료 서비스 제공자 네트워크 외부에 있는 원주민 의료 제공자의 치료를 받을 수 있습니다. • 현재 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 외 의료 서비스 제공자에게 치료를 받고 있거나 Kaiser Permanente Dual Complete 네트워크 외 의료 서비스 제공자와 관계를 구축한 경우 가입자 서비스에 전화하여 관계 유지에 관해 문의하고 진료 연속성을 요청하십시오. 가입자가 특정 기준을 만족하고 의료 서비스 제공자가 당사 이용약관에 동의하는 경우 최대 12개월까지 네트워크 외 의료 서비스 제공자를 계속해서 방문할 수 있습니다. 가입 후 30일 이내에 진료 연속성을 요청해야 합니다. 진료 연속성 서비스에 관한 자세한 내용은 가입자 서비스로 문의하십시오.

자주 하는 질문	답변
현재 진료받고 있는 의사를 계속 이용할 수 있나요?(이전 페이지에서 계속)	담당 의사가 플랜의 네트워크에 속해 있는지 알아보려면 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 플랜 웹사이트 kp.org/directory에서 Kaiser Permanente Dual Complete의 의료 제공자 및 약국 목록을 확인하십시오. 만일 Kaiser Permanente Dual Complete에 새로 가입한 경우 가입자와 함께 필요 사항을 해결하기 위한 진료 계획을 마련하게 됩니다.
Kaiser Permanente Dual Complete 진료 조정 담당자란 무엇입니까?	Kaiser Permanente Dual Complete 진료 조정 담당자는 가입자가 주로 연락하는 직원입니다. 이 직원은 모든 담당 의료 서비스 제공자 및 서비스를 관리하고 가입자가 필요한 서비스를 받을 수 있도록 도와 드립니다.
장기 서비스 지원(LTSS)이란 무엇입니까?	장기 서비스 지원(LTSS)을 통해 목욕, 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.
다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)이란 무엇입니까?	다목적 노인 서비스 프로그램(Multipurpose Senior Services Program, MSSP)은 해당 건강 플랜에서 이미 제공하는 것 이외에 의료 서비스 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 당사 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공합니다. 가입자에게 필요한 서비스를 네트워크 내에서 제공할 수 없는 경우, Kaiser Permanente Dual Complete가 네트워크 외 의료 서비스 제공자의 서비스에 대한 비용을 지불하게 됩니다.

자주 하는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete는 어느 지역에서 제공됩니까? (다음 페이지에 계속)	이 플랜의 서비스 지역은 다음과 같습니다. **당사 남부 캘리포니아 지역에 포함되는 South 플랜은 다음과 같습니다.** • **San Diego 카운티**의 다음 우편번호에만 해당하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P1 플랜:** ○ 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. • 다음을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P6 플랜:** ○ **Riverside 카운티**의 다음 우편번호에만 해당하는 일부 지역: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–92255, 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**의 다음 우편번호에만 해당하는 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.

자주 하는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete는 어느 지역에서 제공됩니까? (다음 페이지에 계속)	• **Kern 카운티**의 다음 우편번호에만 해당하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 플랜:** ○ 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, 93581. • **Los Angeles 카운티**에서 카탈리나섬을 제외한 모든 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 플랜** • **Orange 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 플랜** • **Ventura 카운티**의 다음 우편번호에만 해당하는 **Kaiser Permanente Dual Complete South P11 플랜:** ○ 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, 93252. **당사 북부 캘리포니아 지역에 포함되는 North 플랜은 다음과 같습니다.** • 다음 카운티를 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P2** 플랜: ○ **Sacramento 카운티** 전 지역 ○ **Amador 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 95640, 95669. ○ **El Dorado 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762. • **Alameda 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P16 플랜**

자주 하는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete는 어느 지역에서 제공됩니까? (다음 페이지에 계속)	• **Contra Costa 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P17 플랜** • 다음 카운티를 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P18** 플랜: ○ **Fresno 카운티**의 다음 우편번호에만 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**의 다음 우편번호에만 해당: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656. ○ **Madera 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720. ○ **Mariposa 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 93601, 93623, 93653. ○ **Tulare 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673. • **San Francisco 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P19 플랜** • **San Joaquin 및 Stanislaus 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 플랜** • **Santa Cruz 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P21 플랜** • **San Mateo 카운티** 전 지역을 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P22 플랜**

자주 하는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete는 어느 지역에서 제공됩니까? (이전 페이지에서 계속)	• **Santa Clara 카운티**의 다음 우편번호에만 해당하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P23 플랜:** ○ 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. • 다음 카운티를 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P24 플랜**: ○ **Placer 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 95765. ○ **Yolo 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, 95798–99. ○ **Yuba 카운티**의 다음 우편번호에만 해당: 95692, 95903, 95961. • 다음 카운티를 포함하는 **Kaiser Permanente Dual Complete North P25 플랜**: ○ **Marin, Napa, and Solano** 카운티 전 지역 ○ **Sonoma 카운티**의 다음 우편번호에만 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, 95492. 플랜에 가입하려면 해당 지역 중 한 곳에 거주해야 합니다.

자주 하는 질문	답변
사전 승인이란 무엇입니까?	사전 승인이란 당사 네트워크 외부에서 서비스를 구하거나 서비스를 받기 **전**에 당사 네트워크가 일반적으로 보장하지 않는 서비스를 받기 위해 Kaiser Permanente Dual Complete로부터 받는 승인을 말합니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Kaiser Permanente Dual Complete가 서비스, 시술, 물품 또는 약물을 보장하지 않을 수도 있습니다. **긴급 진료나 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 시술 목록을 가입자 또는 담당 의료 서비스 제공자에게 제공할 수 있습니다. 특정 서비스, 시술, 물품 또는 약물에 사전 승인이 필요한지에 대한 질문이 있는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스에 전화하여 도움을 요청하십시오.
진료 의뢰란 무엇입니까?	진료 의뢰는 가입자가 담당 1차 진료 제공자(Primary Care Provider, PCP)가 아닌 사람에게 진료를 받을 수 있도록 담당 PCP가 승인해야 하는 것을 말합니다. 진료 의뢰는 사전 승인과 다릅니다. 담당 PCP로부터 진료 의뢰를 받지 않을 경우, Kaiser Permanente Dual Complete가 해당 서비스를 보장하지 않을 수도 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete는 서비스가 제공되기 전에 담당 PCP로부터 진료 의뢰를 받아야 하는 서비스 목록을 귀하에게 제공할 수 있습니다. *가입자 안내서* 3장과 4장을 참조하여 담당 PCP로부터 진료 의뢰를 받아야 하는 경우에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.
Kaiser Permanente Dual Complete에서는 매월 금액(보험료라고도 함)을 납부하나요?	아닙니다. Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 의료 보장을 위해 Medicare 파트 B 보험료를 포함한 월 보험료를 지불하지 않습니다.
Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서 공제금을 납부해야 합니까?	아닙니다. 가입자는 Kaiser Permanente Dual Complete에서 공제금을 납입하지 않습니다.

자주 하는 질문	답변
Kaiser Permanente Dual Complete 가입자로서 의료 서비스에 대해 지급하는 본인 부담금은 최대 얼마입니까?	Kaiser Permanente Dual Complete의 의료 서비스에는 비용 분담이 없으므로 연간 본인 부담금은 $0입니다.
정식 Medi-Cal 보장을 상실하면 어떻게 됩니까?	귀하가 당사 플랜의 간주된 지속 가입 자격 4개월 기간에 해당하는 경우, 당사는 Medicare Advantage 플랜에서 보장하는 모든 혜택을 계속 제공하며, 귀하의 비용 부담은 *가입자 안내서*에 설명된 대로 변경됩니다. 이 기간에는 귀하의 Medi-Cal 혜택이 보장되지 않을 수도 있습니다.

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 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
병원 진료 필요	병원 입원	$0	진료 의뢰가 필요합니다. 북부 캘리포니아 가입자의 경우 이식에는 사전 승인이 필요합니다. 의학적으로 필요한 병원 입원 기간에 대한 날짜 제한은 없습니다.
	의사 또는 외과의사 진료	$0	
	관찰 치료를 포함한 외래환자 병원 서비스	$0	
	통원 수술 센터(Ambulatory Surgical Center, ASC) 서비스	$0	

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
가입자가 의사를 원함	상해 또는 질병 치료를 위한 방문	$0	
	전문의 진료	$0	대부분의 전문의는 진료 의뢰가 필요합니다. 진료 의뢰가 필요하지 않은 서비스 목록은 *가입자 안내서*를 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 번째 연례 건강 검진은 “Medicare 가입 환영” 예방 검진을 받은 후 12개월 이내에는 받을 수 없습니다. 그러나 파트 B에 12개월 이상 가입한 경우에는 “Medicare 가입 환영” 검진을 받지 않았더라도 연례 건강 검진을 보장 받을 수 있습니다.
	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" 예방 검진을 보장해 드립니다. 예약 일정을 잡을 때 "Medicare 가입 환영" 예방 검진 일정을 잡고자 한다는 점을 병원에 알리십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
응급 진료가 필요함	응급실 서비스	$0	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.
	긴급 진료	$0	사전 승인은 필요하지 않습니다. 긴급 진료는 네트워크 외에서 다음과 같이 보장됩니다: **당사 서비스 지역 내 -** 가입자는 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 제공하는 긴급 진료를 받아야 합니다. 단, 드물고 특수한 상황(예를 들어, 대형 재난)으로 인해 일시적으로 저희 의료 서비스 제공자 네트워크 이용이 불가능하거나 이에 접근할 수 없는 경우는 예외입니다. **서비스 지역 외 -** 여행 시 예상하지 못한 질병이나 상해로 인해 즉각적인 치료가 필요한 경우, 그리고 당사 서비스 지역으로 돌아오기까지 치료를 지연하게 되는 경우 가입자의 건강이 심각하게 악화될 것이라는 합리적 판단이 드는 경우, 가입자는 전 세계 어디서든 긴급 진료를 보장받습니다.
의료 검사가 필요함(다음 페이지에 계속)	진단 방사선 서비스(예: 엑스레이 또는컴퓨터 단층 촬영[Computed Axial Tomography, CAT] Scan, 자기 공명 영상법[Magnetic Resonance Imaging, MRI] 등 기타 영상의학 서비스)	$0	진료 의뢰가 필요합니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
의료 검사가 필요함(이전 페이지에서 계속)	혈액 검사 등의 검사소 검사 및 진단 시술	$0	진료 의뢰가 필요합니다.
청력/청각 서비스가 필요	청력 선별 검사	$0	
	보청기	$0	보청기는 Medi-Cal 보장 규정에 따라 보장됩니다.
치과 진료가 필요(다음 페이지에 계속)	치과 검진 및 예방 진료	$0	치과 혜택은 거주하시는 카운티에 따라 Medi-Cal 치과개인 부담 서비스(Fee for Service, FFS) 또는치과 관리 의료 (Dental Managed Care, Dental MC)를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 내용은 다음 연락처에 문의하십시오. 치과 FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 또는 **www.smilecalifornia.org**. Los Angeles 및 Sacramento 카운티의 Dental MC: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 또는 **www.dental.dhcs.ca.gov/**.
	복원 및 응급 치과 진료	$0	치과 혜택은 거주하시는 카운티에 따라 Medi-Cal 치과개인 부담 서비스(FFS) 또는치과 관리 의료(Dental MC)를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 내용은 다음 연락처에 문의하십시오. 치과 FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) 또는 **www.smilecalifornia.org**.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
치과 진료가 필요(이전 페이지에서 계속)			Los Angeles 및 Sacramento 카운티의 Dental MC: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) 또는 **www.dental.dhcs.ca.gov/**.
안과 진료 필요	눈 검사	$0	안과에 대한 진료 의뢰가 필요합니다.
	안경 또는 콘택트 렌즈	$0	진료 의뢰가 필요합니다. 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트렌즈: Medicare 한도 내에서는 $0, 한도를 초과하는 금액은 가입자가 부담합니다. 12개월마다 가입자의 Medicare 보장을 통해 지급 한도액이 제공됩니다. 안경류 비용이 가입자 플랜에 대한 지급 한도액보다 높은 경우, **가입자가 그 차액을 부담합니다**. • South P1 및 North P2, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7, P9, P10, P11 – **$500** 또한, Medi-Cal은 24개월마다 비용이 **$80** 이하인 새 안경테 또는 교체용 안경테를 보장합니다. DHCS의 안경 렌즈 업체가 새 안경 렌즈 또는 교체용 안경 렌즈를 제공합니다. Medi-Cal이 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	진료 의뢰가 필요합니다. 저시력용 기구는 Medi-Cal 프로그램 규정에 따라 보장됩니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
정신 건강 서비스가 필요함	정신 건강 서비스	$0	입원 및 외래 정신 건강 서비스가 보장됩니다. 또한, 해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare에서 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-Cal에 따른 지역사회 기반 서비스 자격에 해당할 수 있습니다. 자세한 정보는 진료 조정 담당자에게 문의하십시오. 해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare에서 보장하지 않는 전문 정신 건강 서비스에 대한 보장도 추가로 제공됩니다.
약물 사용 장애 서비스가 필요함(다음 페이지에 계속)	약물 사용 장애 서비스	$0	다음 서비스가 보장되며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수 있습니다. • 알코올 오용 선별 검사 및 상담. • 약물 남용 치료. • 결혼 및 가족 치료사를 포함하여 유자격 임상의에 의한 그룹 또는 개인 상담. • 집중 외래환자 치료 센터의 알코올 및/또는 약물 서비스. • 서방형 Naltrexone (vivitrol) 치료.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
약물 사용 장애 서비스가 필요함(이전 페이지에서 계속)			해당 카운티 행동 건강 플랜을 통해 Medicare에서 보장하지 않는 약물 사용 장애 치료 서비스에 대한 보장도 추가로 제공됩니다.
도움을 줄 사람과 함께 거주할 곳이 필요	전문 요양 간호	$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	요양원 진료	$0	
	성인 위탁 진료 및 그룹 성인 위탁 진료	$0	
뇌졸중 또는 사고 후 치료가 필요함	직업 치료, 물리 치료, 언어 치료	$0	사전 승인이 필요합니다.
건강 서비스를 받는 데 도움이 필요한 경우	앰뷸런스 서비스	$0	
	응급 이송	$0	
	의료 예약 및 서비스까지의 교통편	$0	사전 승인 및 진료 의뢰가 필요합니다. Medi-Cal은 가입자가 예약 장소 및 약국에 직접 갈 수 있는 방법이 없을 때 갈 수 있도록 비응급 의료 교통편 및 비의료 교통편을 보장합니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물이 필요(다음 페이지에 계속)	Medicare 파트 B 약물	$0	파트 B 약물에는 의사가 진료실에서 제공한 약물, 일부 구강암 약물, 특정 의료 장비와 함께 사용하는 일부 약물이 포함됩니다. 이러한 약물에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하십시오.
	Medicare 파트 D 약물 1등급: 지정 제네릭 2등급: 제네릭 3등급: 지정 유명 의약품 4등급: 비선호 약물 5등급: 전문 약 6등급: 백신	**1~2등급:** 최대 1개월분(30일)에 대한 코페이는 **처방당 $0~$5.80**입니다. **3~5등급:** 최대 1개월분(30일)에 대한 코페이는 **처방당 $0~$14.40**입니다. **6등급:** $0 약물에 대한 코페이는 가입자가 받는 Extra Help 수준에 따라 달라질 수도 있습니다. 자세한 정보를 확인하려면 플랜에 문의하십시오.	보장되는 약물 종류에 제한이 있을 수 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete의 *보장약 목록(약물 목록)*에서 자세한 정보를 확인하십시오. 가입자 또는 가입자를 대신하여 다른 분이 $2,400를 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 안내서*를 참조하십시오. 소매 약국 또는 당사의 우편 주문 서비스 약국을 통해 장기 분량(100일분)을 제공받을 수도 있습니다. 장기 분량에 대한 비용 부담은 1개월 분량과 동일합니다. 일부 약물은 우편 주문으로 제공 받을 수 없습니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물이 필요(다음 페이지에 계속)	비처방(Over-the-counter, OTC) 약품	네트워크 약국에서 니코틴 대체 치료 비용 $0. 온라인 및 참여 소매점(Kaiser Permanente 소매 약국 포함)에서 구매할 수 있는 기타 OTC 대상 품목은 $0입니다. 귀하에게는 플랜의 분기별 지급 한도액이 미리 충전된 Healthy Extras 카드가 제공됩니다.	비처방 사용에 대한 특정 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA) 승인 니코틴 대체 요법을 보장합니다. 해당 품목은 반드시 네트워크 의료 서비스 제공자가 주문해야 하며 네트워크 약국을 통해 수령하여야 합니다. 해당 달력에 따른 1년 동안 최대 100일 분량을 2회까지 제공해 드립니다. 보장되는 약물 종류에 제한이 있을 수 있습니다. Kaiser Permanente Dual Complete의 *보장약 목록(약물 목록)*에서 자세한 정보를 확인하십시오. Healthy Extras 카드를 사용하여 아래에 설명된 귀하의 플랜에 해당하는 **분기별 지급 한도액** 내에서 OTC 품목을 구매할 수도 있습니다: • North P2 – **$50** • North P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 – **$75** • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7, P11 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** 가입자의 카드는 1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에 재충전됩니다. 분기별 지급 한도액 중 사용하지 않은 잔여액은 다음 분기로 이월되지 않습니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
질병이나 질환 치료를 위한 약물이 필요함(이전 페이지에서 계속)			참고: Healthy Extras 카드는 팁 또는 수수료(예: 배달료 또는 배송료)에는 사용할 수 없습니다. **남부 캘리포니아 가입자만 해당:** 만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택(Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) 항목에 설명된 SSBCI 혜택 대상인 경우, 분기별 OTC 지급 한도액을 건강식품 구매에도 사용할 수 있습니다. Healthy Extras 카드의 지급 한도액을 OTC 품목과 건강식품에 어떻게 사용할지는 귀하가 결정할 수 있습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하거나 mybenefitscenter.com을 방문하거나 1-833-524-7035(TTY 711)번으로 문의하십시오(태평양 표준시 기준 오전 5시~ 오후 5시, 주 7일). 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 서비스에 **1-800-977-2273** 번으로 문의하십시오. 이 전화는 주 7일, 하루 24시간 운영합니다. TTY 사용자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 **711**번으로 전화할 수 있습니다. Medi-Cal Rx 웹사이트인 https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/을 방문하셔도 됩니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
건강 회복을 위한 도움이 필요하거나 건강 상 특별히 필요한 부분이 있음	재활 서비스	$0	특정 서비스에 대한 진료 의뢰가 필요합니다.
	재택 진료를 위한 의료 장비	$0	사전 승인이 필요합니다.
	투석 서비스	$0	진료 의뢰가 필요합니다.
발 치료가 필요	족병 서비스	$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	교정기 서비스	$0	사전 승인이 필요합니다.
내구성 의료 장비(DME) 필요 **참고: 보장되는 DME의 전체 목록이 아닙니다. 전체 목록은 가입자 서비스에 문의하거나 *가입자 안내서* 4장을 참조하십시오.**	휠체어, 목발 및 보행기	$0	사전 승인이 필요합니다.
	분무기	$0	사전 승인이 필요합니다.
	산소 장비 및 용품	$0	사전 승인이 필요합니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
자택 생활 관련 도움이 필요(다음 페이지에 계속)	가정 간호 서비스	$0	진료 의뢰가 필요합니다. 가입자는 외출이 어려운 상태여야 합니다. 즉, 집을 나서는 데 상당한 노력이 필요한 상태를 의미합니다. 다음 서비스를 보장하며, 여기에 기재되지 않은 다른 서비스가 포함될 수도 있습니다: • 파트타임 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 간호 보조 서비스(가정 간호 혜택에 따라 보장되려면 전문 간호 서비스와 가정 간호 보조 서비스를 합한 시간이 하루 8시간 미만, 주 35시간 미만이어야 합니다.) • 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료 • 의료 및 사회 서비스 • 의료 장비 및 용품

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
자택 생활 관련 도움이 필요(이전 페이지에서 계속)	청소나 집안 정리와 같은 가정 서비스 또는 가로대 등의 주택 변경	$0	지역사회 지원은Medi-Cal에 따라 보장되는 서비스 또는 환경에 적합하며 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경을 말합니다. 자격이 있는 경우, 지역사회 지원을 통해 가입자는 더욱 독립적으로 생활할 수 있습니다. 이 서비스는 Medi-Cal에 따라 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다. 일부 지역에서는 이용할 수 없습니다. 모든 가입자가 지역사회 지원을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 자격이 되려면 특정 기준을 만족해야 합니다. 지역사회 지원에 대한 자세한 내용을 확인하려면 PCP에 문의하거나 가입자 서비스에 전화하십시오.
	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	
	스스로 생활할 수 있도록 지원하는 서비스(가정 간호 진료 서비스 또는 개인 진료 도우미 서비스)	$0	당사는 위의 “가정 간호 서비스” 항목에 설명된 바와 같이 가정 간호 서비스를 보장합니다. 또한, 귀하에게는 Medi-Cal 보장에 따른 자택 지원 서비스 또는 가정 및 지역사회 기반 면제 서비스에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 이러한 서비스에 대한 자세한 정보는 담당 진료 조정 담당자에게 문의하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(다음 페이지에 계속)	캘리포니아 통합 진료 관리(California Integrated Care Management, CICM)	$0	당사 플랜은 CICM으로 알려진 추가 진료 조정 서비스를 받을 자격이 있는 가입자를 선별합니다. 자격이 있는 특정 가입자는 다음과 같습니다. • 노숙을 경험하는 성인 • 피할 수 있는 입원 또는 응급실 이용 가능성이 있는 성인 • 중증 정신 건강 문제 및/또는 약물 사용 장애(Substance Use Disorder, SUD)로 도움이 필요한 성인 • 교정 시설에서 사회로 복귀하는 성인 • 지역사회에 거주하면서 장기 요양 시설(Long-Term Care, LTC)에 입소할 가능성이 있는 성인 • 지역사회로 복귀하는 성인 요양 시설 거주자 • 인종 및 민족 간 격차의 영향을 받는 임신 중이거나 산후 기간에 있는 성인 • 치매 관련 필요가 기록으로 확인된 성인
	척추 교정 서비스	$0	올바른 정렬을 위한 척추 교정 비용을 보장합니다. 이 Medicare 보장 서비스는 네트워크 척추교정 지압사가 제공합니다. 네트워크 척추교정 지압사의 목록은 *의료 서비스 제공자* 및 *약국* 목록을 참조하십시오. 북부 캘리포니아 가입자의 경우 사전 승인이 필요합니다.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(다음 페이지에 계속)			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. 북부 캘리포니아 가입자의 경우 사전 승인이 필요합니다. FQHC 및 RHC는 서비스를 받으려면 의사 의뢰를 받아야 할 수도 있습니다. FQHC 또는 RHC에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스에 전화하시기 바랍니다.
	당뇨병 용품 및 서비스	$0	사전 승인이 필요합니다.
	피트니스 혜택 — One Pass ®	$0	신체와 정신을 위한 One Pass 종합 신체 단련 프로그램을 이용할 수 있습니다. One Pass 포함 내용: • 전국, 지역, 지역사회 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 1종. • 온라인 뇌 건강 인지 훈련 프로그램.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(다음 페이지에 계속)			참여 체육관 및 피트니스 위치, 프로그램 혜택에 대한 정보가 필요하거나 온라인 계정을 만들려면 **YourOnePass.com**을 방문하거나 **1-877-614-0618**(TTY **711**)번으로 전화하십시오. 이 전화는 월요일부터 금요일, 오전 6시부터 오후 7시까지 운영합니다.
	가정 배달 식사	$0	Medi-Cal에 따라 지역사회 지원에 따른 가정 배달 식사를 받을 자격에 해당할 수도 있습니다. 지역사회 지원은 일부 지역에서는 제공되지 않으며 가입자는 특정 자격 기준을 충족해야 합니다. Medi-Cal 지역사회 지원에 대한 자세한 내용은 담당 의사에게 문의하십시오.
	Medicare에서 보장하지 않는 재택 의료 서비스(Advanced Care At Home) — **North P16, P17, P19, P23 가입자** 참고: 그 외 모든 가입자에게는 이 혜택이 제공되지 않습니다.	자택 치료 계획의 일부로 처방된 경우 $0이며, 그 외에는 해당 비용 분담액을 부담합니다.	진료 의뢰가 필요합니다. 가입자의 건강 상태를 바탕으로 의사가 의학적으로 적절하다고 판단하는 경우, Medicare에서 달리 보장하지 않는 재택 의료 서비스를 보장합니다. 이를 통해 병원에서 급성기 진료를 받는 대신 자택에서 진료를 받을 수 있으며, 회복을 지원하기 위한 급성기 이후 재택 진료도 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하십시오.

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(다음 페이지에 계속)	비응급 의료 이송(비정기)	$0	당사는 **네트워크 의료 제공자의 지시에 따라**, 입원 후 퇴원 직후 또는 특정 응급 상황, 긴급 진료 또는 외래 병원 진료를 받기위한 방문 후 자택(100마일 이내), 전문 간병 기관(SNF) 또는 더 높은 수준의 진료를 제공하는 다른 의료기관으로 이동하기 위한 의학적으로 필요한 비응급 의료 교통 서비스를 보장합니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하십시오.
	보철 서비스	$0	사전 승인이 필요합니다.
	방사선 요법	$0	진료 의뢰가 필요합니다.
	질병 관리 지원을 위한 서비스	$0	
	만성 질환자를 위한 특별 추가 혜택 - 건강식품(**남부 캘리포니아 가입자에 한함**)** 참고: 이 혜택은 북부 캘리포니아 가입자에게는 제공되지 않습니다.	온라인 및 참여 소매점에서 구매하는 승인된 건강식품에 대한 본인부담금은 $0입니다.	SSBCI 혜택 대상인 경우, 분기별 OTC 지급 한도액을 건강식품 구매에도 사용할 수 있습니다. Healthy Extras 카드의 지급 한도액을 OTC 품목과 건강식품에 어떻게 사용할지는 귀하가 결정할 수 있습니다. 아래에 나열된 SSBCI 대상 질환 중 하나 이상을 포함하여 모든 기준을 충족해야 합니다. • 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD)

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(다음 페이지에 계속)	**건강식품 혜택은 만성 질환자를 위한 특별 추가 프로그램의 일부입니다. 모든 가입자가 이 혜택 대상인 것은 아닙니다. 가입 자격을 갖추려면 당뇨병, 비만, 심장 혈관 질환, 골관절염 또는 만성 신장 질환과 같은 특정 만성 질환이 있어야 합니다. 이 혜택 대상이 될 수 있는 다른 질환도 있습니다. 이 혜택의 가입 자격은 귀하의 질환만을 근거로 보장될 수 없습니다. 혜택이 제공되기 전에 적용되는 모든 가입 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 당사에 문의하십시오.	귀하에게는 비처방(OTC) 약품 항목에 설명된 플랜의 분기별 지급 한도액이 미리 충전된 Healthy Extras 카드가 제공됩니다.	• 자가면역 질환 • 암 • 심장 혈관 질환 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 과체중, 비만 및 대사증후군 • 만성 위장관 질환 • 만성 신장 질환(Chronic kidney disease, CKD) • 중증 혈액 질환 • [인간 면역결핍 바이러스 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/후천성 면역결핍 증후군 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS)] • 만성 폐 질환 • 만성 및 장애를 초래하는 정신 건강 질환 • 신경계 질환 • 뇌졸중 • 장기 이식 후 관리 • 면역결핍 및 면역억제 질환 • 인지 장애와 관련된 질환 • 기능적 어려움이 있으며 유사한 서비스가 필요한 질환

건강상의 필요 또는 우려 사항	필요할 수 있는 서비스	네트워크 의료 서비스 제공자에 대한 가입자 비용	제한, 예외 및 혜택 정보(혜택 관련 규정)
추가 서비스(이전 페이지에서 계속)			• 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 질환 • 개인이 기능을 유지하거나 보존하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 질환 가입자의 카드는 1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에 재충전됩니다. 분기별 지급 한도액 중 사용하지 않은 잔여액은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하거나, mybenefitscenter.com을 방문하거나, **1-833-524-7035**(TTY **711**)번으로 문의하십시오(태평양 표준시 기준 오전 5시~오후 5시, 주 7일).

상기 혜택 요약은 정보용으로만 제공되며 전체 혜택 목록이 아닙니다. 전체 목록 및 혜택에 관한 자세한 내용은 Kaiser Permanente Dual Complete *가입자 안내서*를 확인하십시오. *가입자 안내서*가 없는 경우 본 페이지 하단에 기재된 번호로 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스에 전화하여 요청하실 수 있습니다. 또한, 문의 사항이 있는 경우 가입자 서비스로 전화하거나 kp.org/medicare를 방문하실 수 있습니다.

D. Kaiser Permanente Dual Complete 외부 보장 혜택

Kaiser Permanente Dual Complete가 보장하지는 않으나 Medicare, Medi-Cal 또는 주정부나 카운티 기관이 보장하는 몇 가지 서비스를 받을 수 있습니다. 이는 전체 목록이 아닙니다. 이 서비스에 대해 자세히 알아보고자 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
Medi-Cal Rx 외래 환자 처방약 프로그램 (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	$0
특정 치과 서비스 치과 혜택은 거주하는 카운티에 따라 Medi-Cal 치과 개인 부담 서비스(FFS) 또는치과 관리 의료 (Dental MC)를 통해 제공됩니다. Medi-Cal 치과 보장에 대한 내용은 다음 연락처에 문의하십시오. ○ 치과 FFS: **1-800-322-6384**(TTY **1-800-735-2922**) 또는 **www.smilecalifornia.org**. ○ Los Angeles 및 Sacramento 카운티의 Dental MC: **1-800-430-4263**(TTY **1-800-430-7077**) 또는 **www.dental.dhcs.ca.gov/**.	$0
약물 사용 장애 치료 서비스	$0
전문 정신 건강 서비스	$0
자택 지원 서비스	$0
가정 및 지역사회 기반 면제 서비스	$0
다목적 노인 서비스 프로그램	$0
Medi-Cal이 보장하는 지역 센터 서비스	$0
요양소 병실 및 식사	$0

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

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

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스	
다음에 필요한 특정 검진 및 서비스: • 취직 또는 직업 유지 • 보험 가입 • 각종 면허 취득 • 법원 명령에 의하거나 가석방 또는 보호관찰을 받는 경우	네트워크 소속 의사가 해당 서비스를 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우, 본 예외 조항은 적용되지 않습니다.
안락, 편리, 편의 또는 고급 장비나 기능. 여기에는 전적으로 가입자, 가입자 가족 또는 담당 의료 제공자의 안락감이나 편의를 위한 용품이 포함됩니다.	이 예외 조항은 출산 여성에게 제공되는 소매용 유축기에는 적용되지 않습니다. 또한 이 예외 조항은 지역사회 지원에 따라 가입자에게 승인된 물품에는 적용되지 않습니다.
미용 서비스. 외모를 바꾸는 서비스(외모를 바꾸기 위해 정상적인 부위에 수행하는 수술 포함).	이 예외 조항은 보장되는 다음 보철물에는 적용되지 않습니다. • 보장되는 재건 수술의 일부로 이식되는 고환 이식물 • 유방 절제술 또는 종양 절제술 후 필요한 가슴 보형물 • 외부 안면 전체 또는 일부를 대체하는 보형물
실험적 서비스	실험적 서비스는 *가입자 안내서*에 설명한 보장되는 임상시험을 제외하고, 실험실이나 동물 단계에서 검사되고 있는 약물, 장비, 절차 또는 서비스이지만 사람에게는 아직 적용할 준비가 되지 않은 것을 말합니다.
의료 품목 및 서비스가 아닌 품목 및 서비스	해당 서비스가 Medi-Cal 보장에 따라 In Lieu of Services 프로그램 또는 내구성 의료 장비로 승인되는 경우에 한함.
탈모 또는 모발 성장의 촉진, 예방 또는 기타 치료를 위한 물품 및 서비스.	
마사지 요법 서비스	이 예외 조항은 물리 치료 플랜의 일부인 요법 서비스에는 적용되지 않습니다.
개인 간호사 또는 가입자의 가정 내 상근 간호	

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스	
Medicare에서 보장하지 않는 정기적인 발 진료 및 서비스	
Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 "합리적이며 의학적으로 필요한 것"으로 간주되지 않는 서비스	단, 당사가 보장 서비스로 나열된 경우는 예외합니다. 이 예외 조항은 Original Medicare가 보장하지는 않지만 당사 플랜이 보장하는 서비스 또는 품목에는 적용되지 않습니다.
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 제외 사항은 캐나다 또는 멕시코에서 받은 보장 응급 서비스, 임상시험하에 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 당사 플랜에서 보장하는 분담 비용보다 VA 분담 비용이 더 많은 경우, 퇴역 군인에게 해당 차액을 상환해드립니다. 분담 비용이 있는 경우 가입자가 부담합니다.
서비스가 보장되지 않는 경우 비보장 서비스와 관련된 모든 서비스는 제외됩니다.	이러한 제외는 보험 비적용 서비스로 인해 발생하는 합병증이 달리 보장되는 경우 해당 합병증 치료에는 적용되지 않습니다. 예를 들어, 보장되지 않는 미용 수술을 받은 경우, 당사는 수술 준비나 수술 후 후속 진료를 위해 받는 서비스를 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. • 호스피스 및 완화 치료 • 장기 요양 서비스 및 지원 • 전문 간호/중급/아급성 시설 치료 • 지역사회 지원

Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare 및 Medi-Cal 보장 예외 서비스	
불임 복원술.	
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 서비스 제공자에게 받지 않아도 되는 서비스가 포함됩니다.	이 예외 사항은 다음 중 어느 것에도 적용되지 않습니다. • 가입자에게 승인된 보장 지역사회 지원. • 보장되는 조산사 서비스. • 보장된 지역사회 의료계 종사자 서비스.

F. 플랜 가입자의 권리

Kaiser Permanente Dual Complete 가입자는 특정한 권리가 있습니다. 가입자는 처벌 받지 않고 이 권리를 행사할 수 있습니다. 또한 의료 서비스를 상실하지 않고 이러한 권리를 사용할 수 있습니다. 당사는 적어도 일 년에 한 번 가입자의 권리에 대해 알려드립니다. 가입자의 권리에 대한 자세한 내용은 *가입자 안내서*를 참조하십시오. 가입자의 권리에는 다음 항목이 포함되나 이에 현정되지 않습니다.

- **가입자는 존중, 공정성, 그리고 존엄성을 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
  - 의료 상태, 건강 상태, 건강 서비스 받기, 청구 경험, 병력, 장애(정신 장애 포함), 혼인 상태, 나이, 성별, 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
- **가입자는 의료에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 치료 및 치료 옵션에 대한 정보가 포함됩니다. 이 정보는 가입자가 이해할 수 있는 언어 및 형식으로 제공되어야 합니다. 여기에는 다음에 대한 정보를 받을 권리가 포함됩니다.
  - 당사가 보장하는 서비스에 대한 설명
  - 서비스를 받는 방법
  - 서비스를 위해 부담하는 비용
  - 의료 서비스 제공자 이름
- **가입자는 치료 거부를 포함하여 본인의 진료에 대한 결정을 내릴 권리가 있습니다.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
  - 1차 진료 제공자(PCP)를 선택하고 연중 언제라도 담당 PCP를 바꿀 수 있는 권리

- 진료 의뢰 없이 여성 의료 서비스 제공자를 이용할 권리
- 보장 서비스와 약물을 신속하게 받을 권리
- 비용이나 보장 여부에 관계없이 모든 치료 옵션에 대해 알 권리
- 의료 서비스 제공자가 권고하더라도 치료를 거부할 권리
- 의료 서비스 제공자가 권고하더라도 약물 복용을 중단할 권리
- 2차 소견을 요청할 권리. Kaiser Permanente Dual Complete에서 2차 소견을 위한 가입자의 방문 비용을 지불합니다.
- 사전 의료 지시서에 가입자가 원하는 의료를 밝힐 권리

- **가입자는 의사소통이나 물리적 접근에 장애가 없이 적시에 진료를 받을 권리가 있습니다.** 여기에는 다음 권리가 포함됩니다:
  - 적시에 의학적 진료를 받을 권리
  - 의료 서비스 제공자의 진료실을 출입할 권리. 이는 미국 장애인법에 따라 장애인이 장벽 없이 이용하는 것을 의미합니다
  - 의료 서비스 제공자 및 의료 보험사와 소통하는 데 통역사의 도움을 받을 권리
- **필요한 경우 응급 및 긴급 진료를 받을 권리가 있습니다.** 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 권리가 있습니다.** 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 보호 받을 권리
- **가입자는 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 서비스 제공자에 대한 불만을 접수할 권리
  - 당사 또는 당사 의료 서비스 제공자의 특정 결정에 재심을 신청할 권리
  - 청각 및 언어 장애인을 위한 수신자 부담 전화번호(1-888-466-2219) 또는 TDD 전화(1-877-688-9891)를 통해 캘리포니아 보건의료부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 불만을 제기할 권리. DMHC 홈페이지(www.dmhc.ca.gov/)에서 온라인으로 불만 제기 양식, 독립의료심사(Independent Medical Review, IMR) 신청서 및 지침을 제공받을 수 있습니다.
  - DMHC에 Medi-Cal 서비스 또는 의료용 품목의 IMR을 요청할 권리

- 주정부 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 참조하실 수 있습니다. 질문이 있는 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스에 이 페이지 하단에 기재된 번호로 문의하십시오.

또한 Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입한 가입자를 위한 특별 옴부즈맨에 1-855-501-3077번으로 문의할 수 있습니다. 이 전화는 월요일부터 금요일, 오전 9시부터 오후 5시까지 운영합니다. 아니면 Medi-Cal 옴부즈맨 사무소에 1-888-452-8609번으로 전화하면 됩니다. 이 전화는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영합니다.

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 서비스에 이 페이지 하단에 기재된 번호로 전화하십시오. 아래에 기재된 주소로 서면을 통해 불만을 제출할 수도 있습니다. 당사 결정에 재심을 제기해도 됩니다.

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 전화하면 됩니다.

진료에 대한 보장 결정, 재심 및 불만

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

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

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

당사 또는 모든 의료 서비스 제공자(네트워크 외 또는 네트워크 의료 서비스 제공자 포함)에 관한 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 의료 서비스 제공자는 당사 플랜에 협력하는 의료 서비스 제공자입니다. 또한 제공 받은 진료의 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관에 **불만**을 제기할 수 있습니다. Medicare에 당사 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 요청해도 됩니다. **1-888-452-8609**번으로 전화하여 당사 플랜에 대한 불만을 옴부즈 프로그램에 제기할 수 있습니다. 이 전화는 주 정부 공휴일을 제외하고 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 운영합니다.

전화	**1-800-443-0815** 통화는 무료입니다. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 가입자의 보장 결정, 재심 또는 불만 제기가 *가입자 안내서*에 설명된 바와 같이 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 신속 심사부에 **1-888-987-7247**번으로 전화하십시오. 이 전화는 월요일부터 토요일, 오전 8시 30분부터 오후 5시까지 운영합니다.
TTY	**711** 통화는 무료입니다. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영.
팩스	가입자의 보장 결정, 재심 또는 불만이 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 해당 요청서를 신속 심사부**1-888-987-2252** 번으로 팩스를 보내십시오.
서신	표준 보장 결정 또는 불만 제기를 하려면 해당 지역 가입자 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 *의료 서비스 제공자* 및 *약국 목록* 참조). 표준 재심의 경우, 당사가 보내드린 거부 통지서에 적혀 있는 주소로 서신을 보내십시오. 만일 가입자의 보장 결정 또는 재심 요청, 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다. Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	저희 플랜에 대한 불만을 Medicare에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만 제기를 하려면, **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**에 접속하시기 바랍니다.

파트 D 처방약에 대한 보장 결정

Medicare 약물에 관한 보장 결정은 다음에 대한 결정에 해당합니다.

- 혜택 및 Medicare 보장 약물 또는
- Medicare 약물에 대해 당사가 지불하는 금액.

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

파트 D 처방약에 대한 재심

재심이란 보장 결정의 변경을 요청하는 방법입니다.

전화	**1-866-206-2973** 통화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시 30분~오후 5시 운영. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	**711** 통화는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시 운영.
팩스	**1-866-206-2974**
서신	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	**kp.org**

파트 D 처방약에 대한 불만

가입자는 당사 또는 약국에 대해 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 재심" 참조).

전화	**1-800-443-0815** 통화는 무료입니다. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영. 가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 파트 D 부서 전화번호 **1-866-206-2973**번으로 연락하시기 바랍니다. 이 전화는 월요일부터 금요일, 오전 8시 30분~오후 5시까지 운영합니다. 가입자의 문제가 신속 결정에 대한 자격 요건을 구성하는지 알아보시려면 **9장**을 참고하시기 바랍니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	**711** 통화는 무료입니다. 이 전화는 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.
팩스	가입자의 불만 제기가 신속 결정에 대한 자격 요건을 갖춘 경우, 당사 파트 D 부서에 **1-866-206-2974**번으로 해당 요청서를 팩스로 보내십시오.
서신	표준 불만 제기를 하려면 해당 지역 가입자 서비스 사무소로 서신을 보내주시기 바랍니다(위치는 *의료 서비스 제공자 및 약국 목록* 참조). 만일 가입자의 불만 제기가 신속 결정의 자격 요건을 갖춘 경우, 다음 주소로 서신을 보내주시기 바랍니다. Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
웹사이트	저희 플랜에 대한 불만을 Medicare에 직접 제기하실 수 있습니다. Medicare에 온라인으로 불만 제기를 하려면, **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**에 접속하시기 바랍니다.

품질 개선 기관(QIO)

우리 주에는 Commence Health라는 기관이 있습니다. 이 조직은 Medicare 가입자를 위한 진료의 질을 개선하는 데 도움을 주는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다. Commence Health는 저희 플랜과 연계되어 있지 않습니다. 다음과 같은 도움이 필요하면 Commence Health에 문의하십시오.

- 가입자의 의료 권리에 관한 문의
- 다음의 경우에 가입자가 받은 진료에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.
    - 진료의 질에 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** 이 전화는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 9시~오후 5시 주말 및 공휴일, 오전 10시~오후 4시.
TTY	**711**
서신	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	**www.livantaqio.cms.gov**

캘리포니아 관리보건국의 지원

캘리포니아 관리의료부는 건강 관리 서비스 플랜을 감독하고 규제하는 기관입니다. 가입자는 건강 보험 플랜에 대해 불만이 있으면 이 부서에 연락하기 전에 먼저 **1-800-443-0815**번으로 귀하의 건강 보험 플랜에 전화하여 의료 보험사의 불만 제기 절차를 이용하셔야 합니다. 이 불만 제기 절차를 이용한다고 해서 귀하가 이용하실 수 있는 다른 어떤 잠재적인 법적 권리나 해결책을 이용하지 못하게 되지는 않습니다. 응급 상황과 관련한 불만, 귀하의 의료 보험사가 만족스럽게 해결하지 못한 불만, 30일 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 IMR을 받을 자격이 되면, IMR 과정은 제안된 서비스 또는 치료의 의학적 필요성, 실험적 또는 연구적 성격의 치료의 보장에 관한 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스의 지불에 관한 분쟁과 관련하여 의료 보험사가 내린 의학적 결정에 대한 공정한 심사를 제공할 것입니다. 이 부서는 수신자 부담 전화 번호 **1-888-466-2219**번과 청각 및 언어 장애자를 위한 TDD 번호(**1-877-688-9891**)가 있습니다. 이 부서의 인터넷 웹 사이트 **www.dmhc.ca.gov**에서 불만 제기 양식, IMR 신청 양식, 작성요령 등을 온라인상으로 받으실 수 있습니다.

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 서비스에 전화하십시오. 전화번호는 본 페이지 하단에 기재되어 있습니다.
- 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 1-800-541-5555번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하시면 됩니다.
- 또는 Medicare에1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하면 됩니다. 이 번호는 무료입니다.

일반적인 질문이나 당사 플랜, 서비스, 서비스 지역, 청구서 또는 가입자 ID 카드에 관한 질문이 있을 경우 Kaiser Permanente Dual Complete 가입자 서비스

- **1-800-443-0815**(TTY **711**)번으로 전화하십시오.
- 이 전화는 무료입니다. 오전 8시~오후 8시 운영, 주 7일.
- 또한 가입자 서비스는 영어를 사용하지 않는 분들을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.

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**