2026

보험 범위 증명서

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

California H5649-024-000

Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, Yolo 카운티

2026년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효

H5649_26_024_CA_EOC_C
CA-H5649-24-EC-KO-26-S-V2

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

2026년 1월 1일부터 12월 31일까지

보험 범위 증명서: 2026

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입자에게 제공되는 Medicare 의료 혜택과 서비스 및 의약품 보장

본 문서는 2026년 1월 1일부터 12월 31일까지 가입자의 Medicare 의료 및 의약품 보장에 대한 상세한 설명을 제공합니다. **본 핸드북은 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.**

본 문서는 가입자의 혜택과 권리에 대해 설명합니다. 본 문서로 다음을 이해할 수 있습니다.

- 당사의 플랜 보험료 및 비용 분담금
- 당사의 의료 및 의약품 혜택
- 서비스나 치료가 만족스럽지 못한 경우 불만을 제기하는 방법
- 당사에 문의하는 방법
- Medicare 법률에 따른 기타 보호들

본 문서에 관한 궁금한 사항은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오). 운영 시간은 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하실 수 있습니다 통화료는 무료입니다.

이 플랜 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은(는) Central Health Plan of California, Inc.에서 제공합니다(이 *보험 범위 증명서*에서 '당사', '저희' 등은 Central Health Plan of California, Inc.을[를] 의미하며, '플랜', '당사 플랜'은 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)을[를] 의미합니다.)

이 문서는 Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, 그리고 Vietnamese로 무료로 제공됩니다.

이 문서는 비영어권 언어 또는 큰 활자, 점자, 음성 등 다양한 형식으로 무료 제공됩니다. (866) 314-2427,(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

혜택, 및/또는 자기부담금/공동보험료는 2027년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.

당사의 처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항은 최소 30일 전에 통지해 드립니다.

Central Health Medicare Plan은 Medicare와 계약을 맺은 HMO/HMO SNP 플랜입니다. 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.

Molina Healthcare는 관련 연방 시민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성, 연령, 정신 또는 신체장애, 건강 상태, 의료 서비스 이용, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부보 가능 증거, 지리적 위치를 이유로 차별하지 않습니다.

H5649_26_024_CA_EOC_C

CA-H5649-24-EC-KO-26-S-V2

OMB 승인 0938-1051 (만료: 2026년 8월 31일)

2026년 보장 범위 증명서

목차

1장: 가입자로 시작하기 4
섹션 1 귀하는 Central Health Dual Access Plan 가입자입니다 (HMO D-SNP) 4
섹션 2 플랜 자격 요건 5
섹션 3 중요한 멤버십 자료 7
섹션 4 중요 비용 요약 8
섹션 5 플랜의 월 보험료에 대한 자세한 정보 12
섹션 6 플랜의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기 12
섹션 7 다른 보험이 당사의 플랜과 어떻게 협업하는가 13

2장: 전화번호 및 자원 14
섹션 1 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 연락처 14
섹션 2 Medicare의 도움 받기 17
섹션 3 주 건강 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 18
섹션 4 품질 개선 기구(QIO) 24
섹션 5 사회 보장국 24
섹션 6 Medicaid 25
섹션 7 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램 26
섹션 8 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 28
섹션 9 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험이 있는 경우 28

3장: 당사의 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기 30
섹션 1 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받는 방법 30
섹션 2 플랜 네트워크 소속의 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스 및 기타 서비스 받기 31
섹션 3 응급 상황, 재난 또는 긴급하게 필요한 진료의 경우에 서비스를 받는 방법 35
섹션 4 보장 서비스의 비용 전액이 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 할까요? 37
섹션 5 임상시험 연구의 의료 서비스 37
섹션 6 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관의 진료 규칙 39
섹션 7 내구성 의료 장비의 소유에 관한 규칙 39

4장: 의료 혜택 차트(보장되는 혜택 및 지불하는 금액) 41
섹션 1 보장 서비스 본인 부담금 이해하기 41
섹션 2 귀하의 의료 혜택 및 비용을 보여주는 의료 혜택 차트 42
섹션 3 Central Health Dual Access Plan 밖에서 보장되는 서비스 (HMO D-SNP) 76
섹션 4 당사의 플랜이 보장하지 않는 서비스 77

목차

5장: 파트 D 의약품에 대한 플랜의 보장 사용하기 79

섹션 1 당사 플랜의 파트 D 의약품 보장 기본 규칙 79

섹션 2 네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제 받기 79

섹션 3 귀하의 약품이 당사 플랜의 의약품 목록에 있어야 함 81

섹션 4 보장에 제한이 있는 의약품 83

섹션 5 귀하의 의약품 중 하나가 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않을 경우 귀하가 할 수 있는 일 84

섹션 6 의약품 목록은 연중에 변경될 수 있음 86

섹션 7 당사가 보장하지 않는 의약품 유형 88

섹션 8 처방약을 조제 받는 방법 89

섹션 9 특별한 경우의 파트 D 의약품 보장 89

섹션 10 약품 안전 및 투약 관리에 관한 프로그램 90

6장: 파트 D 처방약에 귀하가 지불하는 금액 92

섹션 1 파트 D 처방약에 귀하가 지불하는 금액 92

섹션 2 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) 가입자를 위한 의약품 지불 단계 94

섹션 3 *파트 D 혜택 설명*에서는 귀하가 어느 지급 단계에 있는지 설명 94

섹션 4 공제액 단계 95

섹션 5 초기 보장 단계 96

섹션 6 고액 보장 단계 100

섹션 7 파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 것 100

7장: 보장되는 의료 서비스 또는 의약품에 대한 비용 청구서에 있는 당사의 분담금을 지불하도록 당사에 요청하기 102

섹션 1 귀하의 보장 서비스 또는 의약품에 대한 당사의 분담금을 지불하도록 당사에 요청해야 하는 상황 102

섹션 2 귀하가 받은 청구서에 대해 당사에 환급이나 지불을 요청하는 방법 104

섹션 3 당사는 귀하의 지불 요청을 고려한 후에 승낙하거나 거부함 104

8장: 회원의 권리와 책임 106

섹션 1 당사의 플랜은 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 함 106

섹션 2 플랜 가입자로서의 귀하의 책임 115

9장: 문제 또는 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)이 있는 경우 117

섹션 1 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치 117

섹션 2 추가 정보 및 개인 맞춤형 도움을 받을 수 있는 곳 117

섹션 3 문제에 사용할 프로세스 119

섹션 4 Medicare 혜택 관련 문제 처리하기 120

섹션 5 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 안내서 120

섹션 6 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법 122

목차

섹션 7 파트 D 의약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법 128
섹션 8 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 더 긴 병원 입원을 보장해 달라고 요청하는 방법 135
섹션 9 귀하가 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스의 지속적인 보장을 요청하는 방법 140
섹션 10 3, 4, 5단계로 이의 제기하기 143
섹션 11 케어 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법 146
섹션 12 Medicaid 혜택 관련 문제 처리하기 148

10장: 당사 플랜의 멤버십 종료하기 149
섹션 1 당사 플랜의 멤버십 종료하기 149
섹션 2 당사는 언제 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까? 149
섹션 3 당사 플랜의 멤버십을 종료하는 방법 151
섹션 4 멤버십이 종료할 때까지, 귀하는 당사의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품을 계속 얻어야 함 152
섹션 5 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 특정 상황에서 플랜 멤버십을 종료해야 함 152

11장: 법적 고지 154
섹션 1 준거법에 대한 고지 사항 154
섹션 2 차별 금지에 대한 고지 154
섹션 3 Medicare 2차 지급인 대위권에 대한 고지 154

12장: 정의 155

1장:
가입자로 시작하기

섹션 1 귀하는 Central Health Dual Access Plan 가입자입니다 (HMO D-SNP)

섹션 1.1 귀하는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에 등록하셨습니다. 이것은 Medicare 특별 니즈 플랜입니다.

귀하의 경우는 Medicare와 Medicaid에서 모두 보장해드립니다.

- **Medicare**는 65세 이상인 사람, 장애가 있는 65세 미만인 사람 그리고 말기 신장 질환자(신부전 환자)에게 제공되는 연방 건강 보험 프로그램입니다.
- **Medicaid**는 제한된 수입과 자원을 가진 특정 사람들의 진료비를 돕는 연방 및 주 정부의 공동 프로그램입니다. Medicaid 보험은 귀하가 보유한 Medicaid의 주 및 유형에 따라 다릅니다. Medicaid를 가지고 있는 일부 사람들은 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지불하는 데 도움을 받습니다. 다른 사람들은 또한 Medicare에 의해 보장되지 않는 추가 서비스 및 의약품에 대한 보험을 얻습니다.

귀하는 당사의 플랜 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)을 통해 Medicare 건강 보험 및 의약품 보장을 받기로 선택하셨습니다. 당사의 플랜은 모든 파트 A 및 파트 B 서비스를 보장합니다. 그러나 당사 플랜의 비용 분담금 및 의료 제공자 액세스는 Original Medicare와 다릅니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 전문 Medicare Advantage 플랜(Medicare 특별 요구 플랜)으로, 그 혜택은 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계되었습니다. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 Medicare를 보유하고 있고, Medicaid에서도 도움을 받을 자격이 있는 사람들을 위해 설계되었습니다.

귀하는 Medicaid에서 Medicare Part A 및 B 비용 분담금(공제액, 자기부담금 및 공동보험료)에 대하여 도움을 받을 수 있기 때문에 Medicare 서비스에 대해 아무 비용도 지불하지 않아도 됩니다. Medicaid 은(는) 또한 보통은 Medicare에서 보장 받지 못하는 의료 서비스를 보장함으로써 귀하에게 다른 혜택들도 제공합니다. 귀하는 Medicare 의약품 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 Extra Help을 받게 됩니다. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 귀하가 받을 자격이 있는 건강 관리 서비스 및 비용 지원을 받을 수 있도록 모든 혜택을 관리하는 데 도움을 드릴 것입니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 사기업에서 운영합니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로, 이 Medicare Special Needs 플랜은 Medicare의 승인을 받았습니다. 또한 당사의 플랜은 California Medicaid 프로그램과도 계약하여 귀하의 Medicaid 혜택을 조정해 드립니다. 당사는 귀하의 의약품 보장를 포함하여 귀하의 Medicare 보장을 제공하게 되어 기쁘게 생각합니다.

섹션 1.2 *보장 범위 증명서*에 대한 법률 정보

이 *보험 범위 증명서*는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 귀하의 진료를 보장하는 방법에 관하여 당사가 귀하와 맺은 계약의 일부입니다. 이 계약의 다른 부분에는 귀하의 등록 양식, *보장 의약품 목록*(처방집) 그리고 보장의 변경 사항이나 보장에 영향을 미치는 조건에 대하여 귀하에게 보내드리는 통지가 포함됩니다. 이러한 통지는 *라이더* 또는 *수정*이라고 부릅니다.

이 계약은 귀하가 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에 등록한 2026년 1월 1일부터 2026년 12월 31일까지 유효합니다.

Medicare는 당사가 달력 연도마다 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 즉, 당사는 2026년 12월 31일 이후에 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 비용과 혜택을 변경할 수 있습니다. 또한 2026년 12월 31일 이후 귀하의 서비스 지역에서 당사의 플랜 제공을 중단하기로 선택할 수도 있습니다.

Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)에서 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)을 승인해야 합니다. 귀하는 당사가 매년 플랜을 계속 제공하기로 선택하고, Medicare 및 Medicaid가 당사의 플랜에 대한 승인을 갱신하는 한, 당사 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 계속 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 자격 요건

섹션 2.1 자격 요건

귀하는 다음 조건을 모두 충족하는 경우에 당사 플랜 가입자 자격이 있습니다.

- 귀하는 Medicare Part A와 Medicare Part B를 모두 보유해야 합니다.
- 당사의 지리적 서비스 지역에 거주하고 있습니다(섹션 2.3에서 설명함). 수감 중인 사람은 물리적으로 그 안에 있더라도 지리적 서비스 지역 내에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다.
- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주합니다.
- 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

당사의 플랜의 특별 자격 요건

섹션 2.2 Medicaid

Medicaid는 특정 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 의료 비용을 지원하는 연방 정부와 주 정부가 공동으로 운영하는 프로그램입니다. 각 주에서는 소득과 자산으로 간주되는 품목, 자격이 있는 사람, 보장되는 서비스, 서비스 비용 등을 결정합니다. 또한 주 정부는 연방 규정에 부합하는 경우에 한해 그의 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

뿐만 아니라, Medicaid은 사람들이 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 프로그램을 제공합니다. 이러한 “Medicare 절감 프로그램”은 소득과 자원이 제한된 사람들에게 매년 비용을 절감하도록 지원합니다.

- **적격 Medicare 수혜자 플러스(QMB+):** Medicaid는 귀하의 Medicare Part A 및 Part B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금 등을 지불합니다. 귀하는 Medicare 비용 분담의 Medicaid 보험을 받고 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다.
- **특정 저소득 Medicare 수혜자 플러스(Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB+):** 파트 B 보험료를 지불하는 데 도움을 주며 전체 Medicaid 혜택도 받을 수 있습니다.
- **Full Benefit Dual Eligible(FBDE):** 때때로, 개인은 Medicare 비용 분담의 제한된 보장과 전체 Medicaid 혜택을 모두 받을 수 있습니다.

섹션 2.3 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 당사의 플랜 서비스 지역에 거주하는 사람들에게만 제공됩니다. 플랜 가입자로 남으려면 플랜 서비스 지역 내에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

당사의 서비스 지역은 California 내의 다음 카운티를 포함합니다. Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, Yolo 카운티.

당사는 여러 주에서 보장을 제공합니다. 그러나 각 주에서 제공되는 플랜 간에는 비용 또는 다른 차이가 있을 수 있습니다.

새로운 주로 이주할 플랜이라면, 주 정부 Medicaid 사무소에 연락하여 귀하의 이주가 Medicaid 혜택에 어떤 영향을 미치는지 물어보셔야 합니다. Medicaid의 전화 번호는 이 문서의 제2장 섹션 6에 나와 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우 이 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없습니다. 새로운 지역에 당사의 플랜이 있는지 알아보려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 이사할 때 귀하는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 지역에서 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 등록할 수 있는 특별 등록 기간을 갖게 됩니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우 사회 보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213 으로 사회 보장국에 전화하십시오(TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오).

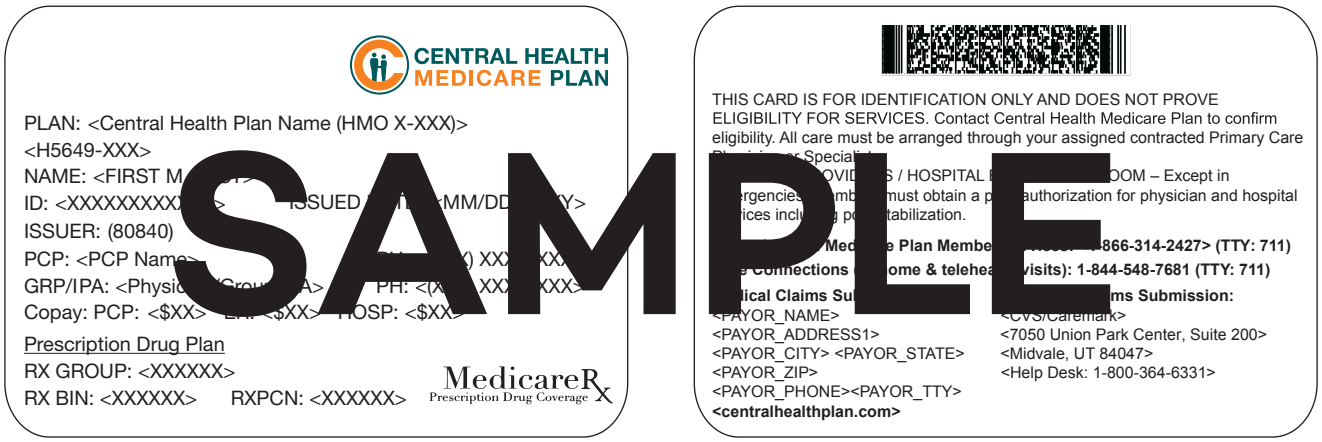
섹션 2.4 미국 시민 또는 합법적인 거주

Medicare 건강 플랜에 가입하려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다. 귀하가 이러한 근거로 당사 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 없는 경우, Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에 통지합니다. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 귀하가 이 요건을 충족하지 않을 경우 귀하의 등록을 취소해야 합니다.

섹션 3 중요한 멤버십 자료

섹션 3.1 플랜 멤버십 카드

이 플랜에서 보장되는 서비스를 받을 때마다, 그리고 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 때 멤버십 카드를 사용하십시오. 진료를 받을 때마다 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ID 카드와 California Department of Health Care Services Medicaid ID 카드를 모두 제시해야 합니다. 또한 의료진에게 Medicaid 카드를 제시해야 합니다. 샘플 멤버십 카드:



이 플랜의 가입자인 동안에는 보장되는 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 멤버십 카드 대신 Medicare 카드를 사용할 경우, 의료 서비스 비용 전액을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 임상 시험이라고도 하는 Medicare 승인 임상시험 연구에 참여해야 하는 경우 이를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

당사의 플랜 멤버십 카드가 파손, 분실 또는 도난된 경우, 즉시 가입자 서비스부에 문의하시면 새 카드를 보내드립니다.

섹션 3.2 의료 제공자 및 약국 명부

*의료 제공자/약국 명부*에는 당사의 현재 네트워크 소속 의료 제공자, 네트워크 소속 약국 및 내구성 의료 장비 공급 업체의 목록이 있습니다.

네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자에게 처방약을 제공하는 데 동의한 약국을 의미합니다. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국을 사용할 수 있는 시기에 대한 정보는 제5장 섹션 2.5를 참조하십시오.

네트워크 소속 의료 제공자는 당사의 지불과 모든 플랜 비용 분담에 대하여 전액 지불을 수락하기로 당사와 계약을 맺은 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급업체, 병원 및 기타 의료 시설입니다.

의료 서비스와 진료를 받으려면 네트워크 소속 의료 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 승인이 없이 다른 곳에서 진료를 받을 경우 전액을 지불해야 합니다. 유일한 예외는 응급 상황, 네트워크가 이용 가능하지 않을 때 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내에서 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외부의 투석 서비스 및 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)이 네트워크 외부 의료 제공자 사용을 승인한 경우입니다.

가장 최근의 의료 제공자, 약국 및 공급업체 목록은 당사 웹사이트 centralhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다.

*의료 서비스 제공자/약국 명부*가 없는 경우에는 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 명부(전자 또는 서면 양식)를 요청할 수 있습니다. 요청된 인쇄본 의료 제공자 및 약국 명부는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

섹션 3.3 의약품 목록(처방집)

플랜에는 *보장 의약품 목록*(의약품 목록 또는 *처방집*이라고도 함)이 있습니다. 이것은 어느 처방약이 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 파트 D 혜택에 따라 보장되는지 알려줍니다. 이 목록에 있는 의약품이 의사 및 약사의 도움을 받아 당사의 플랜에 의해 선택됩니다. 이 의약품 목록은 Medicare의 요건을 충족해야 합니다. Medicare Drug Price 협상 프로그램에 따라 협상된 가격이 있는 의약품은 5장 섹션 6에 설명된 대로 제거되고 대체되지 않는 한 귀하의 의약품 목록에 포함됩니다. Medicare는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 의약품 목록을 승인했습니다.

또한 의약품 목록은 귀하의 의약품 보장을 제한하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

당사는 귀하에게 의약품 목록의 사본을 제공할 것입니다. 보장되는 의약품에 대한 가장 완전한 최신 정보를 얻으려면 centralhealthplan.com을 방문하거나 가입자 서비스부 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)으로 전화하십시오.

섹션 4 중요 비용 요약

	2026년의 내 비용
월별 플랜 보험료* *귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 4.1을 참조하십시오.	**$0**
최대 본인부담금 이 금액은 귀하가 보장받는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 지불하게 될 최대 본인부담금입니다. (자세한 사항은 4장 섹션 1을 참조하십시오.)	**$9,250** **귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스의 최대 본인부담금에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.**
주치의 진료실 방문	**방문당 $0의 자기부담금**
전문의 방문	**방문당 $0 의 자기부담금**
병원 입원	**Medicare 보장 입원당 $0의 자기부담금**
파트 D 의약품 보장 공제액 (자세한 사항은 6장 섹션 4을 참조하십시오.)	**$550** **Extra Help를 받고 있다면 이 공제는 귀하에게 적용되지 않습니다. 6장에는 보장 범위 및 제한에 대한 추가 세부 정보가 있습니다.**

	2026년의 내 비용
파트 D 의약품 보장 (연간 공제액, 초기 보장 및 고액 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 6장을 참고하십시오.)	**초기 보장 단계 동안 자기부담금:** **1단계 의약품: $0의 자기부담금** **2단계 의약품: 모든 의약품에 대해 처방전당 $0, $1.60 또는 $2의 자기부담금** **3단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.** **4단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.** **5단계 의약품: 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.** **6단계 의약품: $0의 자기부담금** **고액 보장 단계:** **이 지불 단계 중에 귀하는 보장되는 파트 D 의약품에 대한 비용을 지불하지 않습니다.**

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- Medicare Part B 월 보험료(섹션 4.2)
- 파트 D 지연 가입 벌금(섹션 4.3)
- 소득 관련 월 조정액(섹션 4.4)
- Medicare Prescription Payment Plan 금액(섹션 4.5)

섹션 4.1 플랜 보험료

귀하는 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)에 대해 별도의 월별 플랜 보험료를 지불하지 않습니다.

귀하가 이미 다음 프로그램 중 하나의 지원을 받고 있는 경우, **이 *보장 보험 증명*의 보험료 관련 정보가 귀하에게 적용되지 않습니다**. 처방약 비용 Extra Help를 받는 사람들을 위한 보장 보험 증명 추가 조항(이하 저소득 보조금 추가 조항 또는 LIS 추가 조항이라고도 함)이라는 별도의 문서를 귀하에게 보내드렸습니다. 이 자료에는 귀하의 의약품 보장 범위가 나와 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 *LIS 추가 조항*을 요청하십시오.

섹션 4.2 월 Medicare Part B 보험료

많은 가입자들이 다른 Medicare 보험료를 지불해야 합니다.

일부 가입자들은 다른 Medicare 보험료도 지불해야 합니다. 위의 섹션 2에서 설명한 바와 같이, 당사 플랜에 가입하기 위해서는 Medicaid에 대한 자격을 유지하고 Medicare Part A와 Medicare Part B를 모두 보유해야 합니다. 대부분의 Central Health Dual Access Plan 가입자의 경우, Medicaid는 귀하의 파트 A 보험료(자동 자격이 없는 경우)과 파트 B 보험료를 지불합니다.

Medicaid가 귀하를 위해 Medicare 보험료를 납부하지 않는 경우, 귀하가 Medicare 보험료를 계속 납부해야 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 있습니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 무료 파트 A 자격이 없는 경우 귀하가 파트 A 보험료를 납부할 수 있습니다.

섹션 4.3 파트 D 지연 가입 벌금

귀하는 이중 자격이 있으므로 이중 자격 상태를 유지하는 한 LEP가 적용되지 않지만, 이중 자격 상태를 잃으면 LEP가 발생할 수 있습니다. 파트 D 지연 가입 벌금은 초기 등록 기간이 끝난 후 63일 이상 연속으로 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 의약품 보장이 적용되지 않은 기간이 있었을 경우에 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 크레딧 전용 가능한 처방약 보장은 평균적으로 Medicare의 표준 의약품 보장만큼 지불할 것으로 예상되기 때문에 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보험입니다. 지연 가입 벌금의 비용은 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 처방약 보장에 가입하지 않은 기간이 얼마나 오래 되었는지에 따라 달라집니다. 파트 D 보장이 있는 한 이 벌금을 납부해야 합니다.

다음과 같은 경우 귀하는 파트 D 지연 가입 벌금을 납부할 필요가 **없습니다**.

- 의약품 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 Extra Help를 받습니다.
- 크레딧 전용 가능한 보장이 없이 연속으로 63일 미만의 기간이 경과했습니다.
- 전 고용주, 노조, TRICARE 또는 재향군인 건강관리국(VA)과 같은 곳을 통해 크레딧 전용 가능한 의약품 보장을 받았습니다. 보험사 또는 인사 부서에서 귀하의 의약품 보장이 크레딧 전용 가능한 보장인지 매년 알려줄 것입니다. 이 정보는 편지로 보내지거나 해당 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 경우 필요할 수 있으므로 이 정보를 보관하십시오.
  - **참고:** 모든 서신이나 통지에는 귀하가 Medicare의 표준 의약품 플랜만큼 지불할 것으로 예상되는 크레딧 전용 가능한 처방약 보장을 갖고 있다는 것이 명시되어야 합니다.
  - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 의약품 할인 웹사이트는 크레딧 전용 가능한 처방약 보장이 아닙니다.

Medicare는 지연 가입 벌금의 금액을 결정합니다. 그 방법은 다음과 같습니다.

- 첫째, 등록 자격이 된 후 Medicare 의약품 플랜에 등록을 연기한 전체 개월 수를 계산하십시오. 또는 보험이 없던 기간이 63일 이상인 경우, 크레딧 전용 가능한 의약품 보장이 없었던 전체 개월 수를 계산하십시오. 벌금은 크레딧 전용 가능한 보장이 없었던 모든 달에 대해 각 1%입니다. 예를 들어, 귀하가 14개월 동안 보장이 없었다면 벌금은 14%가 됩니다.
- 그런 다음, Medicare는 전년도부터 국내 Medicare 의약품 플랜에 대한 평균 월 보험료 금액을 결정합니다(전국 기본 수혜자 보험료).2026년의 경우 이 평균 보험료는 $38.99입니다.
- 월간 벌금을 계산하려면 벌금 백분율에 전국 기본 수혜자 보험료를 곱한 후 가장 가까운 10센트로 반올림합니다. 이 예에서, 이는 $38.99의 14%에 해당하며, 이는 $5.46입니다. 반올림하여 $5.50입니다. 이 금액은 **파트 D 지연 가입 벌금이 있는 사람의 월별 플랜 보험료**에 추가됩니다.

이 월간 파트 D 지연 가입 벌금에 대해 알아야 할 세 가지 중요한 사항이 있습니다.

- 전국 기본 수혜자 보험료가 매년 변동될 수 있기 때문에 **이 벌금은 매년 변경될 수 있습니다.**
- 플랜을 변경하더라도 귀하가 Medicare Part D 의약품 혜택이 있는 플랜에 등록되어 있는 한, 매월 **벌금을 계속 납부해야 합니다**.
- 귀하가 65세 *미만*이고, 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 귀하가 65세가 되면 파트 D 지연 가입 벌금이 재설정됩니다. 65세 이후 파트 D 지연 가입 벌금은 Medicare 가입을 위한 초기 등록 기간이 지난 후 보험에 가입하지 않은 개월 수에만 근거하여 부과됩니다.

파트 D 지연 가입 벌금에 대해 이의를 제기하려면, 귀하나 귀하의 대리인이 심사를 요청할 수 있습니다. 일반적으로, 귀하가 지불해야 할 지연 가입 벌금에 대해 귀하가 받는 첫 번째 통지서에 기재된 날짜로부터 **60일 이내에** 이 심사를 요청해야 합니다. 그러나 만약 귀하가 당사의 플랜에 가입하기 전에 벌금을 납부하고 있었다면 그 지연 가입 벌금에 대한 심사를 요청할 기회가 없을 수 있습니다.

섹션 4.4 소득 관련 월 조정액

소득 변경으로 인해 이 플랜에 대한 자격을 상실하는 경우, 일부 회원은 파트 D 소득 관련 월간 조정액(IRMAA)이라고 하는 Medicare 플랜에 대한 추가 요금을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전의 IRS 세금 보고서에 보고된 수정된 조정 총소득을 기준으로 계산됩니다. 이 금액이 일정 금액을 초과하면 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA를 지불하게 됩니다. 소득에 따라 지불해야 할 추가 금액에 대한 자세한 내용은 www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs에서 확인하십시오.

추가 IRMAA를 지불해야 하는 경우, Medicare 플랜이 아닌 사회 보장국이 추가 금액이 얼마인지 알려주는 편지를 보냅니다. 귀하가 일반적으로 당사의 플랜 보험료를 지불하는 방법에 상관없이, 귀하의 월별 혜택이 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않는 한, 추가 금액은 사회 보장국, 철도청 은퇴자 위원회 또는 인사 관리 혜택 수표에서 원천 징수됩니다. 귀하의 혜택 수표가 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않으면 Medicare로부터 청구서를 받게 됩니다. **추가 IRMAA는 정부에 지불해야 합니다. 월별 플랜 보험료로는 지불할 수 없습니다. 추가 IRMAA를 지불하지 않으면 당사의 플랜에서 탈퇴되고 처방약 보장을 잃게 됩니다.**

추가 IRMAA를 지불하는 것에 동의하지 않으면 사회 보장국에 결정을 심사하도록 요청할 수 있습니다. 이 작업을 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화)으로 사회 보장국에 문의하십시오.

섹션 4.5 Medicare 처방전 지불 플랜 금액

Medicare Prescription Payment Plan에 가입한 경우 매월 당사의 플랜 보험료(있는 경우)를 지불하고, 약국에 지불하는 대신 건강 보험 또는 의약품 플랜에서 처방약에 대한 청구서를 받게 됩니다. 월별 청구서는 귀하가 받는 처방전에 대해 지불할 금액에 이전 달 잔액을 더한 후 해당 연도의 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 합니다.

2장 섹션 7에서는 Medicare Prescription Payment Plan에 대해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구된 금액에 동의하지 않는 경우 9장에 나와 있는 단계에 따라 불만이나 이의를 제기할 수 있습니다.

섹션 5 플랜의 월 보험료에 대한 자세한 정보

섹션 5.1 당사의 월간 플랜 보험료는 연중 변동되지 않습니다.

당사는 연중 플랜의 월별 플랜 보험료 금액을 변경할 수 없습니다. 내년의 월 보험료가 변경되면 9월에 알려드리며, 새 보험료는 1월 1일에 적용됩니다.

그러나 경우에 따라 지연 가입 벌금을 내야 하는 경우, 그것의 납부를 중단할 수 있으며, 지연 가입 벌금의 납부를 시작해야 할 수도 있습니다. 이는 귀하가 연중 Extra Help 프로그램에 대해 자격을 얻거나 자격을 상실하는 경우에 발생할 수 있습니다.

- 현재 Part D 지연 가입 벌금을 지불하고, 연중 Extra Help를 받을 자격이 된다면 벌금 지불을 중단할 수 있습니다.
- Extra Help를 잃으면 Part D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 처방약 보장 없는 기간이 63일 이상 연속될 경우, 지연 가입 벌금이 부과될 수 있습니다.

2장 섹션 7에서 Extra Help에 대한 자세한 내용을 알아보십시오.

섹션 6 플랜의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하기

가입자 기록에는 주소 및 전화 번호를 포함한 등록 양식의 정보가 있습니다. 주치의을(를) 포함한 특정 플랜 보장을 보여줍니다.

당사의 플랜 네트워크 소속 의사, 병원, 약사 및 기타 제공자는 **귀하의 멤버십 기록을 사용하여 보장되는 서비스 및 의약품과 귀하의 비용 분담금**을 알 수 있습니다. 이러한 이유로 귀하의 정보를 최신 상태로 유지하도록 당사에 협조하는 것이 중요합니다.

다음과 같은 변경 사항이 있는 경우 알려주시기 바랍니다.

- 이름, 주소, 전화번호가 변경된 경우
- 귀하가 보유한 기타 의료 보장이 변경(예: 고용주, 배우자 또는 동거인의 고용주, 근로자 보상 또는 Medicaid)된 경우
- 귀하에게 자동차 사고로 인한 청구 등 책임 청구가 있는 경우
- 요양원에 입소한 경우
- 서비스 외 지역이나 네트워크 비소속 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 지정된 책임자(예: 간병인)가 변경되는 경우
- 임상시험 연구에 참여하는 경우(**참고:** 현재 참여하고 있는 임상시험 연구에 대해 당사에 알려 줄 의무는 없지만 그렇게 해 주실 것을 요청합니다.)

이런 정보가 변경되는 경우, 가입자 서비스부 (866) 314-2427 (TTY 사용자: 711)로 전화하여 알려주십시오. 가입자는 My Molina 온라인 계정을 만들어서 담당 의사를 변경하고, 연락처 정보를 업데이트하고, 새 ID 카드를 요청하고, 필요한 서비스에 대한 건강 알림을 받거나 서비스 내역을 볼 수 있습니다. www.mymolina.com을 방문하여 My Molina 계정을 개설하거나 액세스하십시오.

우편 주소를 변경하거나 이동하는 경우 사회 보장국에 연락하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213 으로 사회 보장국에 전화하십시오(TTY 사용자는 1-800-325-0778로 전화하십시오).

섹션 7 다른 보험이 당사의 플랜과 어떻게 협업하는가

Medicare는 귀하가 보유한 다른 의료 또는 의약품 보장 범위에 대한 정보를 수집하도록 요구하므로 다른 보장 범위를 당사 플랜에 따라 귀하의 혜택과 조율할 수 있습니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

1년에 한 번, 당사는 당사가 알고 있는 다른 의료 또는 의약품 보장이 나열된 편지를 보낼 것입니다. 이 정보를 주의 깊게 읽어주십시오. 가입자는 아무것도 하실 필요가 없습니다. 정보가 올바르지 않거나 목록에 없는 다른 보장이 있는 경우 가입자 서비스부 (866) 314-2427(TTY 사용자는 711번으로 전화)번으로 문의하십시오. 당사의 플랜 가입자 ID 번호를 다른 보험사에 제공해야 할 수도 있습니다(신원을 확인한 후). 이렇게 하면 청구서가 제 시간에 제대로 지급됩니다.

다른 보험(예: 고용주 그룹 건강 보험)이 있는 경우, Medicare 규칙에 따라 당사의 플랜이나 귀하의 다른 보험 중에 누가 먼저 지불할지 여부가 결정됩니다. 먼저 지불하는 보험("1차 지불자")은 보장 한도 내에서 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험("2차 지불자")은 1차 보장에서 남은 비용이 있을 때만 지불합니다. 2차 지불자는 보장되지 않은 모든 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 귀하에게 다른 보험이 있다면 의사, 병원 및 약국에 알리십시오.

이 규칙은 고용주 또는 노조 그룹 건강 플랜 보장에 적용됩니다:

- 은퇴자 보험이 있는 경우, Medicare가 먼저 지불합니다.
- 귀하의 그룹 건강 플랜 보장 범위가 귀하 또는 가족 가입자의 현재 고용을 기반으로 하는 경우, 가장 먼저 지불하는 사람은 귀하의 나이, 고용주가 고용한 사람 수 및 연령, 장애 또는 말기 신장 질환(End-stage renal disease, ESRD)을 기준으로 한 Medicare 보유 여부에 따라 달라집니다.
  - 귀하가 65세 미만이고 장애가 있고 귀하(또는 귀하의 가족 가입자)가 여전히 근무 중인 경우, 고용주가 100명 이상의 직원을 고용하거나 100명 이상의 직원을 보유한 복수 고용주 플랜에 적어도 한 명의 고용주가 있는 경우 귀하의 그룹 건강 플랜이 먼저 지급됩니다.
  - 귀하가 65세 이상이고, 귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)가 여전히 일하고 있고, 고용주가 20명 이상의 직원을 보유하고 있거나 20명 이상의 직원을 보유한 한 명의 고용주가 다수 고용주 플랜에 등록되어 있는 경우, 귀하의 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
- 귀하가 ESRD로 인해 Medicare에 가입한 경우, Medicare 자격을 얻은 후 처음 30개월 동안 귀하의 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.

다음 유형의 보장은 각 유형과 관련된 서비스에 대해 보통 먼저 지불합니다:

- 무과실 보험(자동차 보험 포함)
- 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 검은 폐(Black lung) 혜택
- 산재 보상

Medicaid 및 TRICARE는 Medicare 보장 서비스에 대해 결코 먼저 지불하지 않습니다. 그들은 Medicare 및/또는 고용주 그룹 건강 플랜이 지불 된 후에만 지불합니다.

2장:
전화번호 및 자원

섹션 1 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 연락처

클레임, 요금 청구 또는 가입자 카드에 관해 도움이 필요하면 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하거나 편지를 보내주십시오. 저희가 기꺼이 도와 드리겠습니다.

가입자 서비스부 - 연락처 정보	
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 운영 시간은 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하실 수 있습니다 또한 가입자 서비스부 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)에서는 영어를 사용하지 않는 가입자분을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비가 있어야 하며, 듣거나 말하는 데 어려움이 있는 분들을 위한 전용 번호입니다. 이 번호는 무료 전화입니다. National Relay는 주중 무휴 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.
팩스	(310) 507-6186
우편	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	centralhealthplan.com

의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법

보장 결정은 귀하의 혜택 및 보장, 또는 당사가 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 의약품에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 결정을 의미합니다. 이의 제기를 통해 회원님께서 당사의 보장 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다. 의료 서비스 또는 파트 D 의약품에 대한 보장 결정 또는 이의 제기에 대한 자세한 내용은 제9장(*문제 또는 불만[보장 결정, 이의 제기, 불만 제기]이 있는 경우 해야 할 일*)을 참조하십시오.

의료 서비스에 대한 혜택 적용 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보	
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 8 a.m.~5 p.m.(현지 시간, 주 7일).

의료 서비스에 대한 혜택 적용 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보	
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다. National Relay는 주중 무휴 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.
팩스	Advanced Imaging: (877) 731-7218; Transplants (877) 813-1206; Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
우편	Central Health Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	centralhealthplan.com

파트 D 의약품에 대한 혜택 적용 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보	
전화	전화: (800) 665-3086 - 10월 1일 ~ 3월 31일: 주 7일, 8 a.m.~ 8 p.m.(현지 시간). 월요일~금요일, 8 a.m. ~ 8 p.m.(현지 시간).
TTY	711)
팩스	(866) 290-1309
우편	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
웹사이트	centralhealthplan.com

의료 서비스에 대한 불만 제기 – 연락처 정보	
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 5시까지 (현지 시간)
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다. National Relay는 주중 무휴 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.
팩스	(562) 499-0610

의료 서비스에 대한 불만 제기 – 연락처 정보	
우편	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
웹사이트	centralhealthplan.com

귀하가 받은 의료 서비스 또는 의약품에 대한 비용 분담금을 지불하도록 당사에 요청하는 방법

당사가 지불해야 한다고 생각되는 서비스에 대한 청구서(예: 의료 제공자 청구서)를 받았거나 대금을 지불한 경우, 의료 제공자 청구서 대금을 환급하거나 지불하도록 당사에 요청해야 할 수 있습니다. (자세한 내용은 제7장을 참조하시기 바랍니다.)

당사에 대금 청구를 요청했는데 요청의 일부가 거부되는 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 제9장*(문제 또는 불만[보장 결정
, 이의 제기, 불만 제기]이 있는 경우 해야 할 일)*을 참조하십시오.

의료 서비스 지불 요청 - 연락처 정보	
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 5시까지 (현지 시간)
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다. National Relay는 주중 무휴 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.
팩스	(310) 507-6186
우편	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	centralhealthplan.com

파트 D 의약품 지불 요청 - 연락처 정보	
전화	전화: (800) 665-3086 - 10월 1일 ~ 3월 31일: 주 7일, 8 a.m.~ 8 p.m.(현지 시간). 월요일~금요일, 8 a.m. ~ 8 p.m.(현지 시간).
TTY	711)
팩스	(866) 290-1309

파트 D 의약품 지불 요청 - 연락처 정보	
우편	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
웹사이트	centralhealthplan.com

섹션 2 Medicare의 도움 받기

Medicare는 65세 이상인 자, 장애가 있는 65세 미만인 자, 그리고 말기 신장 질환자(투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전 환자)에게 제공하는 연방 건강 보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)입니다. 이 기관은 당사의 플랜을 포함한 Medicare Advantage 단체와 계약을 맺습니다.

	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 이 번호는 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다.
실시간 채팅	Www.Medicare.gov/ talk-to-someone에서 실시간으로 채팅하십시오.
우편	Medicare(PO Box 1270, Lawrence, KS 66044)로 편지를 보내 주십시오.
웹사이트	www.medicare.gov • 비용 및 제공하는 서비스를 포함하여 해당 지역의 Medicare 건강 및 의약품 플랜에 대한 정보를 확인하십시오. • Medicare 참여 의사 및 기타 의료 서비스 제공업체를 찾아보십시오. • 예방 서비스(예: 선별 검사, 주사 또는 백신, 연례 '건강 검진' 방문)를 포함한 Medicare의 보장 내용을 알아보십시오. • Medicare 이의 제기 정보 및 양식을 받으십시오. • 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 의료 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 환자 재활 시설 및 장기 요양 병원에서 제공하는 케어 품질에 대한 정보를 얻으십시오. • 유용한 웹사이트와 전화번호를 검색하십시오. 또한 귀하의 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 알리기 위해 웹사이트를 사용할 수도 있습니다.

	Medicare – 연락처 정보
	Medicare에 불만 사항을 제출하려면www.Medicare.gov/my/medicare-complaint로 이동하십시오. Medicare는 귀하의 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용할 것입니다.

섹션 3 주 건강 보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)은 훈련된 상담원을 보유하고 있으며 주 정부마다 독자적으로 운영하며 무료 도움과 정보를 제공하고 Medicare에 관한 질문에 답변해주는 정부 프로그램입니다.

California의 SHIP은 연방 정부로부터 Medicare를 보유한 사람들에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하기 위해 돈을 얻는(보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없는) 독립적인 주 정부 프로그램입니다.

California의 SHIP 상담원은 귀하의 Medicare 권리를 이해하고, 귀하의 의료 서비스 또는 치료에 대한 불만을 제기하고, 귀하의 Medicare 청구서와 관련된 문제를 해결하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 California의 SHIP 상담원은 Medicare 질문이나 문제에 대해 도움을 줄 수 있으며 Medicare 플랜 선택을 이해하는 데 도움을 주고 플랜 전환에 대한 질문에 답변해드릴 수 있습니다.

SHIP (California SHIP) – 연락처 정보	
전화	Alameda County: (510) 839-0393 Contra Costa County: (925) 655-1393 Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117 Imperial County: (760) 353-0223 Kern County: (661) 868-1000 Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875 Orange County: (714) 560-0424 Placer and Yolo Counties: (916) 376-8915 San Francisco County: (415) 677-7520 San Joaquin County: (209) 470-7812 San Mateo County: (650) 627-9350 Santa Clara County: (408) 350-3239 Solano County: (707) 526-4108 Stanislaus County: (209) 558-4540, Alameda 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~5 p.m. Contra Costa 카운티: 월요일~금요일: 8:30 a.m.~4:30 p.m. Fresno 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Imperial 카운티: 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m. Kern 카운티: 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m. Kings 카운티: 월요일~목요일, 8 a.m.~5:30 p.m. Madera 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Orange 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Placer 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~4 p.m.

SHIP (California SHIP) – 연락처 정보	
	(점심시간 12 p.m.~1:30 p.m.) San Francisco 카운티: 월요일~금요일, 8:30 a.m.~4:30 p.m. San Joaquin 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m~4 p.m. San Mateo 카운티: 월요일~금요일, 8:30 a.m.~4:30 p.m. Santa Clara 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Solano 카운티: 월요일~금요일, 9 a.m.~3 p.m. Stanislaus 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~4:30 p.m. Tulare 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5:30 p.m. Yolo 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~4 p.m. (점심시간 12 p.m.~1:30 p.m.)
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.

SHIP (California SHIP) – 연락처 정보	
우편	

SHIP (California SHIP) – 연락처 정보	
	Alameda County: Legal Assistance for Seniors 333 Hegenberger Road, Suite 850 Oakland, CA 94621 (510) 839-0393 Contra Costa County: Contra Costa County Aging & Adult Services 400 Ellinwood Way, 3rd Floor Pleasant Hill, CA 94523 (925) 655-1393 Fresno County: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 (559) 224-9117 Imperial County: Elder Law & Advocacy 939 W. Main Street, Box #19 Basement El Centro, CA 92243 (760) 353-0223 Kern County: Kern County Aging and Adult Services 5357 Truxtun Ave. Bakersfield, CA 93309 (661) 868-1000 Kings County: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291 (559) 713-2875 Madera County: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 Orange County: Council on Aging – Southern California, Inc. 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614-6773 (714) 560-0424 Placer County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814 (916) 376-8915 San Francisco County:

SHIP (California SHIP) – 연락처 정보	
	Self-Help for the Elderly (San Francisco County) 601 Jackson Street San Francisco, CA 94133 (415) 677-7520 San Joaquin County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814 (209) 470-7812 San Mateo County: Self Help For The Elderly (San Mateo County) 1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100 San Mateo, CA 94402 (650) 627-9350 Santa Clara County: Sourcewise 3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310 Santa Clara, CA 95054 (408) 350-3239 Solano County: Senior Advocacy Services-HICAP 1129 Industrial Avenue, Suite 201 Petaluma, CA 94954 (707) 526-4108 Stanislaus County: Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services 3500 Coffee Road, Suite 19 Modesto, CA 95355 (209) 558-4540 Tulare County: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291 (559) 713-2875 Yolo County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814 (916) 376-8915
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/hicap

섹션 4 품질 개선 기구(QIO)

지정된 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)는 각 주에서 Medicare 수혜자들에게 서비스를 제공합니다. California의 품질 개선 기구는 Livanta라는 이름으로 불립니다.

Livanta에는 Medicare 수혜자들을 위해 케어 품질을 점검하고 개선하는 데 도움을 주기 위해 Medicare에서 급여하는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. Livanta는 독립적 기관입니다. 당사 플랜과 무관합니다.

다음 상황에서는 Livanta에 문의하십시오.

- 귀하가 받은 케어 품질에 대한 불만이 있습니다. 케어 품질 문제의 예로 잘못된 약물을 복용하거나, 불필요한 검사 또는 수술을 받거나, 오진을 받은 경우가 있습니다.
- 귀하의 병원 입원에 대한 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각합니다.
- 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.

Livanta(California의 품질 개선 기구) – 연락처 정보	
전화	(877) 588-1123 월요일~금요일, 9 a.m. ~ 5 p.m.(현지 시간); 주말 및 공휴일 10 a.m. ~ 4 p.m.(현지 시간) 24시간 음성 사서함 서비스를 이용하실 수 있습니다.
TTY	Dial 711 (855) 887-6668 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	https://www.livantaqio.com/

섹션 5 사회 보장국

사회 보장국이 Medicare 자격을 결정하고 Medicare 등록을 처리합니다. 사회 보장국은 또한 누가 더 높은 소득을 가지고 있기 때문에 파트 D 의약품 보장에 대한 추가 금액을 지불해야 하는지 결정할 책임이 있습니다. 사회 보장국으로부터 추가 금액을 지불해야 하고 금액에 대해 질문이 있거나 인생 변화 사건으로 인해 소득이 감소한 경우 사회 보장국에 전화를 걸어 재심사를 요청할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 변경되는 경우 사회 보장국에 연락하여 그러한 사실을 알리는 것이 중요합니다.

사회 보장국 – 연락처 정보	
전화	1-800-772-1213 이 번호는 무료 전화입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다.

사회 보장국 – 연락처 정보	
	사회 보장국의 자동 전화 서비스를 사용하여 기록된 정보를 얻고 하루 24시간 일부 업무를 수행하십시오.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

Medicaid는 특정 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 의료 비용 을 지원하는 연방 정부와 주 정부가 공동으로 운영하는 프로그램입니다. 각 주에서는 소득과 자산으로 간주되는 품목, 자격이 있는 사람, 보장되는 서비스, 서비스 비용 등을 결정합니다. 또한, 주 정부는 연방 규정에 부합하는 경우에 한해 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

게다가, Medicaid를 통해 Medicare를 보유한 사람들이 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이러한 “Medicare 절감 프로그램”은 소득과 자원이 제한된 사람들에게 매년 비용을 절감하도록 지원합니다.

이 플랜 가입자는 Medicare와 Medicaid 둘 다에 이중 등록됩니다. Medicaid에서 얻을 수 있는 지원에 대해 궁금한 점이 있으시면 California Department of Health Care Services에 문의하십시오.

California Department of Health Care Services, (California의 Medicaid 프로그램) – 연락처 정보	
전화	(916) 449-5000 N/A
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/

The Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California의 Ombudsman Program)은(는) Medicaid 가입자들의 서비스 또는 청구 문제 해결을 도와드립니다. 그들은 귀하를 도와서 당사의 플랜에 불만 제기 또는 이의 제기를 신청하도록 도와줄 수 있습니다.

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman – 연락처 정보	
전화	(888) 452-8609 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m.(PT), 공휴일 제외
TTY	N/A 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	N/A
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP)은 사람들이 요양원에 대한 정보를 얻고 요양원과 주민 또는 가족 간의 문제를 해결하는 데 도움을 제공합니다.

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – 연락처 정보	
전화	(800) 231-4024 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m.(PST), 공휴일 제외
우편	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

섹션 7 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램

Medicare 웹사이트(www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)에는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보가 있습니다. 아래 프로그램은 소득이 제한된 사람들에게 도움을 줄 수 있습니다.

Medicare의 Extra Help

귀하가 Medicaid를 위해 자격이 있기 때문에, 귀하는 귀하의 처방약 플랜 비용을 지불하기 위하여 Medicare에게서 “Extra Help”를 받고 있습니다. 귀하는 이 Extra Help를 얻기 위해서 아무 것도 할 필요가 없습니다.

Extra Help에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 번호로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자: 1-877-486-2048
- 사회 보장국 1-800-772-1213 월요일부터 금요일까지 8 a.m.부터 7 p.m. 사이에 이용 가능. TTY 사용자: 1-800-325-0778
- 귀하의 주 정부 Medicaid 사무소(신청서)(연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조).

약국에서 처방전에 대한 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각되는 경우 당사의 플랜에는 적절한 자기부담금의 증거를 얻는 데 도움이 되는 절차가 있습니다. 이미 올바른 금액에 대한 증거가 있는 경우, 이 증거를 당사와 공유할 수 있도록 도와드리겠습니다.

- 가장 가용한 증명(Best Available Evidence, BAE)은 http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html에서 확인할 수 있습니다. BAE는 가입자의 저소득 보조금 지급을 결정하는 데 사용됩니다. 당사 가입자 서비스부

부서 및 약국 부서는 BAE 정책이 적용되는 사례를 확인합니다. 가입자는 2장에 나와 있는 가입자 서비스부 주소로 자격 증명을 제공하는 BAE 문서를 보낼 수 있습니다. 또한 질문이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 수락 가능한 증거 형식은 다음과 같습니다.
  - SSA 수여 편지
  - 수여 통지서
  - 보조 보장 소득(Supplemental Security Income, SSI):
- 당사는 올바른 자기부담금 수준을 보여주는 증거를 받으면, 시스템을 업데이트하여 다음 처방전을 얻을 때는 올바른 자기부담금을 지불할 수 있도록 합니다. 자기부담금을 초과 지불할 경우에는 수표 또는 미래 자기부담금 크레딧으로 다시 지급해 드립니다. 약국이 귀하의 자기부담금을 징수하지 않았고 귀하가 그것을 채무로 가지고 있으면 당사가 약국에 직접 지불할 수 있습니다. 주 정부가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 당사가 주 정부에 직접 지불할 수도 있습니다. 궁금하신 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)의 Extra Help 및 보장이 있는 경우 어떻게 해야 합니까?
AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)은 ADAP 자격이 있는 HIV/AIDS 환자들이 생명을 살릴 수 있는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 지원합니다. ADAP 처방집에도 포함되어 있는 Medicare Part D 처방약은 Office of AIDS를 통해서 처방 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.참고: 거주 중인 주에서 운영되는 ADAP에 대한 자격을 얻으려면 개인은 해당 주 거주 증명 및 HIV 상태, 주에서 정한 저소득 기준, 무보험/보험 부족 상태 등의 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 현지 ADAP 등록 담당자에게 알리면 계속 지원을 받을 수 있습니다.

자격 기준, 보장 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 자세한 내용은 Office of AIDS, (916) 449-5900으로 전화하십시오.

Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan은 현재 의약품 보장과 함께 적용되는 지불 옵션으로, **달력 연도**(1월 - 12월) 기간에 분담하여 당사 플랜으로 보장되는 의약품에 대한 본인부담금을 관리하는 데 도움을 줍니다. Medicare 의약품 플랜 또는 의약품 보장이 포함된 Medicare 건강 플랜(의약품 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜 등) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 사용할 수 있습니다. **이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있지만 비용을 절감하거나 의약품 비용을 낮추지는 않습니다. Medicare Prescription Payment Plan에 참여하고 동일한 파트 D 플랜을 유지하는 경우 2026년에 자동으로 참여가 갱신됩니다**. Medicare의 Extra Help과 SPAP 및 ADAP의 지원을 받을 수 있는 자격이 있는 사람에게는 이러한 지원을 받는 것이 Medicare Prescription Payment Plan에 참여하는 것보다 유리합니다. 이 지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하거나 www.Medicare.gov를 방문하십시오.

	Medicare Prescription Payment Plan - 연락처 정보
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 또한 가입자 서비스부 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)에서는 영어를 사용하지 않는 가입자분을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711

	Medicare Prescription Payment Plan - 연락처 정보
	이 번호는 무료 전화입니다. 운영 시간은 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하실 수 있습니다
팩스	(310) 507-6186
우편	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	centralhealthplan.com

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회(RRB)

철도청 은퇴자 위원회는 국가의 철도 노동자와 그 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리하는 독립적인 연방 기관입니다. 철도청 은퇴자 위원회를 통해 Medicare를 받는 경우, 우편 주소를 옮기거나 변경하는 경우 알려주십시오. 철도청 은퇴자 위원회로부터 받는 혜택에 대해 궁금하신 점은 해당 기관에 문의하십시오.

	철도청 은퇴자 위원회(RRB) – 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 이 번호는 무료 전화입니다. “0”을 누르시면, 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 9 a.m. 부터 3:30 p.m. 까지, 수요일에는 9 a.m. 부터 12 p.m. 까지 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. “1”을 누르면 연중무휴 하루 24시간 자동 RRB 상담 전화 및 기록 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화가 *아닙니다*.
웹사이트	https://rrb.gov/

섹션 9 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험이 있는 경우

귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)가 이 플랜의 일부로 귀하의(또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹에게서 혜택을 받는 경우, 궁금하신 점은 고용주/노조 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. 귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거

인)의 고용주나 퇴직자 건강 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 대해 문의하실 수 있습니다. (가입자 서비스부의 전화 번호는 본 문서의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다.) 이 플랜에 따른 Medicare 보장에 대한 문의는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

귀하의(또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 의약품 보장이 있는 경우 **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오.혜택 관리자는 회원님의 현재 의약품 보장이 당사 플랜과 어떻게 연동되는지 이해하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

3장:
당사의 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

섹션 1 당사 플랜의 가입자로서 의료 서비스 및 기타 서비스를 받는 방법

섹션 1.1 네트워크 소속 의료 제공자 및 보장 서비스

- **의료 제공자**는 의료 서비스 및 치료를 제공하기 위해 주 정부에서 면허를 받은 의사 및 기타 의료 전문가입니다. 의료 제공자라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **보장 서비스**에는 모든 의료, 의료 서비스, 용품, 장비 및 당사의 플랜이 보장하는 처방약이 포함됩니다. 의료 서비스에 대한 귀하의 보장 서비스는 4장의 의료 혜택 차트에 나와 있습니다. 처방약에 대한 귀하의 보장 서비스는 5 장에서 논의됩니다.

섹션 1.2 플랜에서 보장하는 의료 서비스 및 기타 서비스에 대한 기본 규칙

Medicare 및 Medicaid 건강 플랜인 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 Original Medicare에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare에서 보장되는 서비스 외에 다른 서비스를 제공할 수도 있습니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)는 일반적으로 다음의 경우에 귀하의 의료 서비스를 보장합니다.

- **귀하가 받는 진료는 4장에 있는 당사 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있습니다**.
- **귀하가 받는 진료는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.** 의학적으로 필요하다는 것은 서비스, 물품, 장비 또는 약품이 귀하의 질병의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족한다는 것을 의미합니다.
- **귀하에게는 진료를 제공하고 감독하는 네트워크 소속 주치의(PCP)가 있습니다.** 당사 플랜의 가입자로서 귀하는 네트워크 PCP를 선택해야 합니다(자세한 내용은 섹션 1.2 참조).
- 대부분의 경우, 전문의, 병원, 전문 요양 시설 또는 가정 의료 기관과 같은 당사의 플랜 네트워크에 소속된 다른 의료 제공자를 이용하려면 먼저 당사 플랜이 사전에 승인을 제공해야 합니다(진료 의뢰). 자세한 내용은 섹션 2.3을 참조하십시오.
- 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 위해 PCP의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 귀하의 PCP에서 사전 승인을 받지 않고 받을 수 있는 다른 종류의 치료에 대해 알아보려면 섹션 2.2로 이동하십시오.
- **귀하는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받아야 합니다**(섹션 2 참조). 대부분의 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자(플랜의 네트워크에 속하지 않는 의료 제공자)로부터 받는 치료는 보장되지 않습니다. 즉, 귀하가 받는 서비스의 비용 전액을 귀하가 의료 제공자에게 지불해야 합니다. *세 가지 예외가 있습니다.*
  - 당사의 플랜은 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 자세한 내용과 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보려면 섹션 3으로 이동하십시오.

- Medicare 가 당사 플랜에서 보장해야 하는 의료 서비스가 필요하지만 당사 네트워크에 이 서비스를 제공하는 전문의가 없는 경우, 귀하는 일반적으로 지불하는 것과 동일한 비용 분담금으로 네트워크 비소속 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 수 있습니다. 이 경우 사전 승인이 필요합니다. 가입자 서비스부에 문의해 도움을 받으시기 바랍니다. 사전 승인 없이 네트워크 비소속 의료 제공자에게 정기 케어를 받으시는 경우, Medicare나 플랜은 모두 해당 비용에 대해서는 전혀 책임지지 않습니다. 이 상황에서는 귀하가 네트워크 소속 의료 제공자에게 치료를 받은 것처럼 당사는 이러한 서비스를 보장할 것입니다 네트워크 외부의 의사 진찰에 대한 승인을 얻는 방법에 대한 자세한 내용은 섹션 2.4를 참조하십시오.
- 당사의 플랜은 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 서비스 의료 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 접근할 수 없는 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 투석에 대해 당사의 플랜에 지불하는 비용 분담금은 Original Medicare에서 부담하는 비용 분담금보다 높을 수 없습니다. 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 당사 플랜의 네트워크에 소속되지 않은 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 귀하의 비용 분담금은 네트워크 의료 제공자에게 지불하는 비용 분담금보다 높을 수 없습니다. 그러나 네트워크 소속 투석 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 당사 플랜의 네트워크 외부 의료 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받기로 선택한 경우, 투석 비용 분담금이 더 높을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 네트워크 소속의 의료 제공자를 이용하여 의료 서비스 및 기타 서비스 받기

섹션 2.1 진료를 제공하고 감독할 주치의(PCP)를 반드시 선택해야 합니다.

PCP 란 무엇이며 PCP는 귀하를 위해 어떤 일을 합니까?

당사 플랜에 가입하시면 네트워크 소속 의료 제공자 중에서 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 귀하의 PCP는 의사, 임상 간호사 또는 주 정부 요건을 충족하고 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 훈련된 기타 의료 전문가 등이 될 수 있습니다. 보건 전문가들은 가정 의학, 일반 진료, 노인과, 내과 또는 산부인과 등의 분야에서 일하시는 분들로서 당사 플랜의 PCP로서 서비스를 제공할 자격이 있는 분들입니다. 당사가 아래에서 설명한 바와 같이 귀하는 귀하의 PCP에게서 일상 진료 또는 기초 진료를 받게 됩니다. 귀하의 PCP는 또한 귀하가 플랜 가입자로서 받는 나머지 보장 서비스들까지 조정해드릴 것입니다. 예를 들어, 전문의를 만나기 위해서는 일반적으로 PCP의 승인을 먼저 받아야 합니다(이를 전문의에게 “진료 의뢰”한다고 지칭함). 귀하의PCP는 귀하에게 대부분의 진료를 제공하고, 당사 플랜의 가입자로서 받는 나머지 보장 서비스를 주선하거나 조정하는 일을 도와줄 것입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- X선 촬영
- 검사실 검사
- 치료 요법
- 전문의 케어
- 병원 입원
- 후속 케어

서비스를 “조율”한다는 것은 가입자의 케어와 그것이 어떻게 진행되고 있는지에 대해 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 확인하거나 그와 상담하는 것을 포함합니다. 특정 유형의 보장 서비스나 용품이 필요하신 경우, 담당 주치의(PCP)에게 사전 승인을 받으셔야 합니다(예를 들어 전문의의 진찰을 받을 수 있도록 진료 의뢰 문서를 발급해 줌). 어떤 경우에는 PCP가 당사에 사전 승인을 받아야 합니다. PCP가

의료 서비스를 제공하고 조율하므로 가입자는 모든 과거 의료 기록을 PCP 진료실로 보내야 합니다. 섹션 3은 귀하의 의료 기록 및 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호하는 방법을 알려줍니다.

PCP 선택 방법

귀하와 귀하의 PCP의 관계는 중요합니다. 그러므로 꼭 집에서 가까운 PCP를 선택하기 바랍니다. PCP가 가까이 있으면 의료 서비스를 받고, 신뢰할 수 있는 열린 관계를 보다 쉽게 발전시킬 수 있습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 PCP 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주시기 바랍니다. 이용하고자 하는 특정 전문의나 병원이 있으신 경우, 먼저 담당 PCP가 해당 전문의에 대해 진료 의뢰 문서를 작성해 줄지 또는 해당 병원을 이용할지 여부를 확인해 보시기 바랍니다. PCP를 선택한 후에는 모든 의료 기록을 PCP 진료실로 보내는 것이 좋습니다. 그렇게 하면 PCP가 병력을 확인할 수 있고, 회원님의 기존 의료 케어 상태를 알 수 있습니다. PCP는 이제 회원님의 모든 일상적인 의료 서비스를 책임지므로 어떤 건강 문제가 있으면 가장 먼저 PCP에게 전화해야 합니다. PCP의 이름과 진료실 전화번호는 멤버십 카드에 인쇄되어 있습니다.

PCP 변경 방법

담당 PCP는 어떤 사유로든 수시로 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP가 당사 플랜의 의료 제공자 네트워크에서 탈퇴하여 귀하가 새로운 PCP를 선택해야 할 수도 있습니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 다음과 같은 상황에서 계약이 체결되지 않은 의사와 계속 연락할 수 있는 진료 지속(COC) 정책이 있습니다.

신규 가입자의 경우 최대 90일까지 치료를 계속할 수 있습니다:

- 가입 당시 계약하지 않은 의사들과 함께 치료 과정을 진행하고 있는 경우.
- 현재 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 장비가 있는 경우 - Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 필요한 DME를 계속 이용하고 계약이 안 된 의료 제공자로부터 수리를 받을 수 있습니다.
- 임신 중인 경우 산후 서비스가 완료될 때까지 또는 필요한 경우 더 긴 기간, 다른 의료 제공자에게 안전하게 이송할 때까지 치료를 계속 받을 수 있습니다.

기존 가입자의 경우 다음과 같은 상황에서 귀하는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)과 귀하의 개업의 사이에 계약 중단 시 진행 중인 서비스에 대해서 최대 1년간 진료 지속을 받을 수 있습니다.

- 서비스가 귀하의 혜택의 일환입니다.
- 의료 제공자가 케어 품질 문제로 인해 중단되지 않았습니다
- 의료 제공자에게는 귀하를 계속 진료한다는 동의가 있어야 합니다.
- 의료 제공자가 규제 요건 요율을 수락하기로 동의했습니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 직원은 비계약 개업의와 협력하여 그들을 계약 의료 제공자로 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 네트워크에 연결하거나 귀하 및 해당 의료 제공자와 협력하여 90일의 진료 지속 기간에 네트워크 내의 개업의에게 진료를 전환합니다. 진료 지속은 귀하의 혜택 한도 내에서 제공됩니다.

정책 예외 사항:

1. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 직원은 비정상적인 요구 사항을 충족하기 위해 필요하다면 90일 기간을 연장할 수 있습니다.
2. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 다음과 같은 경우 비참여 의료 제공자의 진료 지속을 승인하지 않습니다.
    - 귀하는 다만 만성 질환에 대한 모니터링만 필요합니다.

- 개업의와의 계약 중단은 귀하의 복지가 위험에 빠질 수 있는 무능이나 부적절한 행동에 대한 전문적인 검토 조치에 기반을 둡니다.
- 개업의는 귀하에게 진료를 제공하는 일을 계속하고 싶어하지 않습니다.
- Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입 **이후에** 비참여 의료 제공자의 진료가 시작되었습니다.

3. 진료 지속을 하는 의료 제공자는 과거에 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 자격 증명 정책/기준을 충족하지 못했거나 진료 지속을 제공하는 동안 자격 증명을 시도했습니다.

섹션 2.2 PCP 의뢰 없이 받을 수 있는 의료 서비스 및 기타 서비스

귀하는 귀하의 PCP로부터 사전 승인을 받지 않고도 아래 나열된 서비스를 받을 수 있습니다.

- 유방 검사, 선별 유방조영술(유방 X선), 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사를 포함한 정기적인 여성 건강 관리.
- 독감 예방 주사, COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종, 폐렴 예방 접종.
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 응급 서비스.
- 긴급하게 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받기 위해 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우(응급 상황은 아니지만) 즉시 의료적 조치가 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발적 등이 있습니다. 연례 검진과 같이 의료적으로 필요한 의료 제공자의 정기 방문은 귀하가 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 당사의 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급하게 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.
- 일시적으로 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스 가능하다면, 귀하가 떠나 있는 동안 투석 관리를 잘 할 수 있도록 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

섹션 2.3 전문의 및 기타 네트워크 소속 의료 제공자에게 진료 받는 방법

전문의는 특정 질병이나 신체 부분을 위한 의료 서비스를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의의 종류는 다양합니다. 예를 들어,

- 종양 전문의는 암 환자를 진료합니다.
- 심장 전문의는 심장 질환 환자를 진료합니다.
- 정형외과 의사는 특정 뼈, 관절 또는 근육에 질환을 가진 환자를 진료합니다.

귀하의 PCP는 귀하를 전문가 및 기타 네트워크 소속 의료 제공자에 적절하게 안내하는 등 서비스를 조정할 책임이 있습니다. 네트워크 전문의와의 진료 방문에 대해 사전 승인이 필요하지 않습니다. 플랜의 사전 승인이 필요한 절차나 서비스가 필요한 경우, 귀하의 주치의(PCP)나 전문의가 당사에 문의하여 필요한 사전 승인을 받습니다. 플랜 사전 승인이 필요한 서비스는 이 문서의 4장, 섹션 2.1에 나와 있습니다. 플랜 사전 승인이 필요한 서비스의 예로는 선택적(비응급) 입원 환자 병원 치료, 전문 요양 시설 입원, 가정 의료 케어 등이 있습니다.

정규 업무 시간 이후에 진료가 필요한 경우 PCP에 문의하십시오. 이 정보는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 멤버십 ID 카드에 나와 있습니다. 응급 상황이라고 생각되면 즉시 의사의 진료를 받

으십시오. 자세한 내용은 다음 페이지의 섹션 3(응급 상황이 발생하거나 치료가 긴급히 필요한 경우 보장 서비스를 받는 방법)을 참조하십시오.

전문의 또는 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하는 경우

당사는 당사 플랜의 네트워크에 소속된 병원, 의사, 및 전문의(의료 제공자)를 연중 변경할 수 있습니다. 귀하의 의사나 전무가가 당사의 플랜에서 탈퇴하는 경우 귀하에게는 다음과 같은 권리 및 보호가 적용됩니다.

- 의료 제공자 네트워크가 연중에 변경될 수 있지만, Medicare는 귀하가 유자격 의사와 전문의를 중단 없이 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 당사는 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 가입자에게 알려 드립니다.
  - 1차 진료 또는 행동 건강 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 지난 3년 이내에 해당 의료 제공자를 방문했는지 알려 드립니다.
  - 다른 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 그 의료 제공자에게 배정되었는지, 그 의료 제공자로부터 현재 진료를 받고 있는지 또는 지난 3개월 이내에 해당 의료 제공자를 방문했는지 알려 드립니다.
- 지속적인 치료를 위해 새로운 자격을 갖춘 네트워크 소속 의료 제공자를 선택할 수 있도록 도와드립니다.
- 현재 의료 제공자에게 의학적 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 귀하는 의료적으로 필요한 치료 또는 요법을 계속 받도록 요청할 권리가 있습니다. 계속 치료를 받을 수 있도록 최선을 다해 도와드리겠습니다.
- 플랜을 변경할 수 있도록 가입자가 이용할 수 있는 등록 기간과 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자나 혜택이 귀하의 의료 요구를 충족할 수 없거나 부적절할 경우, 당사는 네트워크 내 비용 분담금으로 당사의 의료 제공자 네트워크 밖에 있지만 의학적으로 필요한 보장 혜택을 제공할 수 있도록 조치할 것입니다.
- 귀하의 담당 의사 또는 전문의가 당사의 플랜에서 탈퇴하고 있다는 사실을 알게 되는 경우 당사에 문의하시면 귀하의 진료를 관리할 새로운 의료 제공자를 찾도록 도와드리겠습니다.
- 당사가 귀하에게 이전 의료 제공자를 대체할 자격을 갖춘 의료 제공자를 제공하지 않았거나 귀하의 진료가 적절하게 관리되지 않는다고 판단되는 경우, 귀하는 품질 개선 기구(QIO) 또는 플랜에게 케어 품질 불만을 제기하거나 혹은 둘 모두에게 제기할 권리가 있습니다(9장으로 이동).

섹션 2.4 네트워크에 소속되지 않은 의료 제공자에게 진료 받는 방법

Medicare 가 당사의 플랜을 보장하도록 요구하는 전문 의료 서비스가 필요하고 이러한 치료를 제공할 수 있는 당사 네트워크의 소속 의료 제공자가 없다면 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 있습니다. 여기에는 고객이 필요로 하는 특정 서비스를 제공할 수 있는 고유한 자격을 갖춘 의료 제공자의 서비스와 전문 센터 또는 우수성 센터(예: ESRD 서비스)에서 제공되는 서비스가 포함됩니다. 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서 적용되는 추가 혜택 제한은 없습니다.

귀하 또는 귀하의 PCP는 네트워크 외부 의료 제공자에게 진료를 받기 전에 당사 플랜에 연락하여 사전 승인을 받아야 합니다. 가입자 서비스부에 전화해 도움을 받으시기 바랍니다. 네트워크 외부 의료 제공자에게 진료 받을 수 있는 사전 승인을 받은 경우, 당사는 귀하가 네트워크 소속 의료 제공자에게 해당 진료를 받을 때와 같이 해당 서비스를 보장할 것입니다.

네트워크 외부 의료 제공자를 만나기 전에 플랜에서 사전 승인을 받는 것이 매우 중요합니다. 승인을 받지 못한 경우, 당사의 플랜은 해당 약품을 보장하지 않을 수 있습니다. 의료 제공자가 더 많은 치료를 위해 돌아 오기를 원한다면 먼저 플랜의 승인이 네트워크 비소속 의료 제공자를 두 번 이상 방문하는지 확인하십시오.

참고: 가입자는 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자로부터 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 또한, 플랜은 말기 신장 질환(End-stage renal disease, ESRD) 가입자가 플랜 서비스 지역 외로 여행을 갔을 때 계약된 ESRD 제공자에게 접근할 수 없는 경우에도 투석 서비스를 보장해야 합니다.

섹션 3 응급 상황, 재난 또는 긴급하게 필요한 진료의 경우에 서비스를 받는 방법

섹션 3.1 의료적 응급 상황인 경우에 진료 받기

의료적 응급 상황은 귀하 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 일반 사람이 볼 때 생명 손실(임신한 여성인 경우, 태아의 손망실), 사지의 손실, 또는 사지의 기능 손실, 신체 부위의 상실 또는 신체 부위 기능의 상실 등을 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 질병일 수 있습니다.

의료적 응급 상황인 경우:

- **가능한 한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 신고하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원을 이용합니다. 필요하면 구급차를 부르십시오. 담당 PCP로부터 승인이나 진료 의뢰를 받지 않아도 됩니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하실 필요가 없습니다. 귀하는 미국 또는 미국 영토의 어느 곳에서나, 그리고 당사 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주 면허를 가진 모든 의료 제공자로부터 필요할 때마다 응급 의료 서비스를 보장 받을 수 있습니다.
- **가능한 한 빨리 당사 플랜에 귀하의 응급 상황에 대해 알려 주십시오.** 당사는 귀하의 응급 치료에 대해서 후속 조치를 해야 합니다. 귀하 또는 다른 사람이 일반적으로 48시간 이내에 당사에 전화하여 응급 치료에 관해 알려 주어야 합니다. 플랜 멤버십 카드 뒷면에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

의료적 응급 상황의 보장 서비스

구급차 서비스는 기타 다른 방법으로 귀하를 응급실로 옮기면 귀하의 건강이 위험할 수 있는 상황에서 보장됩니다. 당사는 또한 응급 상황 중의 의료 서비스도 보장합니다.

귀하에게 응급 치료를 제공하는 의사는 귀하의 상태가 안정되고 의료적 응급 상황이 종료되는 시기를 결정합니다.

응급 상황이 종료된 후에 귀하는 상태가 계속 안정적인지 확인하기 위해 후속 치료를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 의사는 귀하의 의사가 당사에 문의하여 추가 진료 플랜을 세울 때까지 귀하를 계속 치료할 것입니다. 후속 진료는 본 플랜에 의해 보장됩니다. 귀하의 응급 치료가 네트워크 외부의 제공자에 의해 제공되는 경우, 당사는 귀하의 질병 및 상황이 허용되는 즉시 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 치료를 인계할 수 있도록 노력할 것입니다.

의료적 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 되나요?

귀하가 의료적 응급 상황에 처해 있는지 가끔 알기가 어려울 수 있습니다. 예를 들어, 귀하는 심각하게 위험한 상태라고 생각하여 응급 치료를 받으러 가지만 의사는 결국 의료적 응급 상황이 아니라고 말할

수 있습니다. 응급 상황이 아닌 것으로 판명되었다 하더라도, 귀하가 합리적으로 심각하게 위험한 상태라고 생각하는 한, 당사는 귀하의 치료를 보장할 것입니다.

그러나 의사가 응급 상황이 아니었다고 말한 후에 당사는 다음 두 가지 방법 중 하나로 추가 치료를 받는 경우*에만* 추가 치료를 보장할 것입니다.

- 귀하는 추가 치료를 받기 위해 네트워크 소속 의료 제공자에게 갑니다.
- 추가적으로 받는 진료가 "긴급하게 필요한 서비스"로 간주되고, 귀하가 그러한 긴급 진료를 받는 데 아래 규정을 따르는 경우.

섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요할 때 진료 받기

응급 상황은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 서비스는 일시적으로 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받기 위해 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발적 등이 있습니다. 그러나, 연례 검진과 같이 의료적으로 필요한 의료 제공자의 정기 방문은 귀하가 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 당사의 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급하게 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.

네트워크 소속 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우에는 사용 가능한 모든 긴급 진료 센터를 통해 긴급 진료를 받을 수 있습니다. 또한 영어 및 스페인어 사용자는 간호사 상담 전화 영어 및 스페인어 (888) 208-8809로로 전화할 수 있습니다. TTY 이용자의 경우 711로 전화하시기 바랍니다.

당사의 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 이외의 전 세계 응급 및 긴급 진료 서비스를 보장합니다.

- 귀하는 달력 연도마다 응급 이송, 긴급 진료, 응급 치료 및 안정화 후 치료에 사용할 수 있는 전 세계 응급 보장 한도로 $50,000가 있습니다.
- 이 혜택은 미국에서 제공된 경우 응급 또는 긴급 진료로 분류될 서비스에 한정됩니다.
- 미국 외 지역에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 케어를 받아야 하는 경우 케어에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 플랜으로 승인된 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 케어를 받아야 합니다. 귀하의 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 최대 비용 분담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다.
- 귀하는 서비스 비용을 본인 부담으로 지불하고 비용 환급을 청구할 필요가 있을 수 있습니다.
- 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다.
- 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다.

어떤 서비스에 대해 당사가 비용을 지불할지 궁금한 경우, 귀하는 그것을 받기 전에 당사가 그것을 보장할지 물어볼 권리가 있습니다. 또한 이를 서면으로 요청하실 권리가 있습니다. 당사가 해당 서비스에 대해 보장하지 않을 것이라고 말한 경우, 귀하는 당사의 결정에 대해 이의 제기할 권리가 있습니다.

섹션 3.3 재난 중에 진료 받기

해당 주 정부, 보건 복지부(Health and Human Services, HHS) 장관 또는 미 대통령이 회원님이 거주하는 지리적 지역에 재난 또는 비상사태를 선포하는 경우에도 회원님은 여전히 당사 플랜의 케어를 받을 자격이 있습니다.

방문: centralhealthplan.com에는 재난 시 필요한 진료 받을 수 있는 방법에 대한 자세한 정보가 있습니다.

재해 발생 시 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우, 당사의 플랜을 통해 귀하는 네트워크 내 비용 분담금으로 네트워크 외부 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 있습니다. 재난 선포 시에 네트워크 약국을 이용할 수 없을 경우 처방약을 네트워크 비소속 약국에서 조제하실 수 있습니다. 5장 섹션 2.5를 참조하십시오.

섹션 4 보장 서비스의 비용 전액이 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 할까요?

보장 서비스에 대해 비용을 지불했거나 보장 서비스에 대해 귀하의 플랜 비용 분담금 이상의 비용을 지불했거나 또는 보장되는 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받은 경우, 보장 서비스 비용 중 당사의 분담금을 지불할 것을 요청할 수 있습니다. 어떻게 해야 할지에 대한 내용은 7장으로 이동하십시오.

섹션 4.1 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 4장의 의료 혜택 차트에 나열된 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 당사의 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나 승인 없이 네트워크에 속하지 않은 서비스를 받는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액을 지불할 책임이 있습니다.

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 귀하는 해당 유형의 보장 서비스에서 귀하의 혜택을 다 써버린 다음에 받는 모든 서비스의 전체 비용도 지불해야 합니다.

섹션 5 임상시험 연구의 의료 서비스

섹션 5.1 임상시험 연구란 무엇입니까?

임상시험 연구(또는 *임상 시험*)는 의사와 과학자들이 새로운 종류의 의료 서비스, 예를 들어 새로운 암 치료 약물의 효과를 얼마나 잘 확인하는지를 시험하는 방법입니다. 일부 임상시험 연구는 Medicare의 승인을 받았습니다. Medicare에서 승인한 임상시험 연구에서는 일반적으로 연구에 참여할 자원자를 찾습니다. 임상시험 연구에 참여하는 동안, 귀하는 당사의 플랜에 등록되어 계속해서 연구와 관련이 없는 나머지 치료(연구와 관련이 없는 치료)를 받을 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, Original Medicare는 귀하가 연구의 일환으로 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 만약 귀하가 자격이 있는 임상 시험에 참여하고 있다고 알리면, 해당 연구의 서비스에 대해 네트워크 내 비용 분담금만 책임져야 합니다. 예를 들어, 귀하가 이미 Original Medicare 비용 분담금 금액을 지불한 경우, 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담 금액의 차액을 변제합니다. 귀하는 지불한 금액을 보여 주는 문서를 제공해야 할 것입니다.

Medicare에서 승인한 임상시험 연구에 참여하고자 하는 경우, 귀하가 당사에 알리거나 귀하의 PCP로부터 승인을 받지 않아도 됩니다. 임상시험 연구의 일환으로 진료를 제공하는 의료 제공자는 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않아도 됩니다. (이는 증거 개발을 통한 보장을 요구하는 특정 혜택[NCDs-CED] 및 조사용 장치 시험 면제[IDE] 연구를 포함하여, 혜택을 평가하기 위해 임상 시험 또는 레지스트리가 필요한 보장 혜택에는 적용되지 않습니다. 이러한 혜택은 사전 승인 및 기타 플랜 규정의 적용을 받을 수도 있습니다.)

임상시험 연구에 참여하기 위해 당사 플랜의 허가가 필요한 것은 아니지만, Medicare 자격이 있는 임상시험 참여를 선택할 경우에는 사전에 당사에게 알려주시기 바랍니다.

귀하가 Medicare에서 승인하지 않은 연구에 참여하는 경우, *귀하는 연구에 참여하는 모든 비용을 부담해야 합니다*.

섹션 5.2 임상시험 연구에 참여하고 있는 경우에는 누가 서비스 비용을 지불합니까?

일단 귀하가 Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하게 되면 Original Medicare는 연구의 일환으로 받으시게 되는 대부분의 품목 및 서비스를 보장합니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 비용을 부담할 병원 입원을 위한 방과 보드
- 임상시험 연구에 포함되는 수술 또는 그 외 의료 시술
- 새로운 케어로 인한 부작용 및 합병증 치료

Medicare가 이러한 서비스에 대한 비용의 분담금을 지불한 후, 당사 플랜이 Original Medicare의 비용 분담과 당사 플랜의 구성원으로서의 네트워크 내 비용 분담 간의 차이를 지불할 것입니다. 즉, 본 연구의 일환으로 제공되는 서비스에 대해 당사 플랜에서 이러한 서비스를 받은 경우와 동일한 금액을 지불하게 됩니다. 그러나 귀하는 지불한 비용 분담 금액을 보여주는 문서를 제출해야 합니다. 지불 요청 제출에 대한 자세한 내용은 7장으로 이동하십시오.

> *임상시험에서 비용 분담금의 예:* 시험 연구 결과의 일환으로 $100의 비용이 드는 실험실 테스트가 있다고 가정해 봅시다. Original Medicare를 통해서는 이 시험에 대한 귀하의 분담금이 $20이지만 당사 플랜을 통해서는 $10가 될 것입니다. 이 경우 Original Medicare는 테스트 비용으로$80을 지불하고 귀하는 Original Medicare에서 요구하는 자기부담금 $20를 지불합니다 귀하는 당사의 플랜에 자격 있는 임상 시험 서비스를 받았다는 사실을 통지하고 당사의 플랜에 의료 제공자 청구서와 같은 문서를 제출합니다. 당사의 플랜에서 귀하에게 $10를 직접 지불합니다. 이로 이해 시험에 대한 귀하의 순 지불액은 $10로, 당사 플랜의 혜택으로 지불하는 금액과 같습니다.

임상시험 연구에 참여하는 경우, **Medicare나 당사의 플랜은 다음 중 어느 것도 지불하지 않습니다**.

- 일반적으로, Medicare는 귀하가 연구에 참여하지 않아도 해당 항목이나 서비스를 Medicare가 보장하는 경우를 제외하고, 연구에서 테스트하는 새로운 항목이나 서비스에 대해 지불하지 않습니다.
- 데이터 수집만을 위해 제공되며, 귀하의 직접적인 건강 관리에 사용되지 않는 항목이나 서비스. 예를 들어, 귀하의 질병이 보통 한 번의 컴퓨터 단층촬영(CT) 스캔만 필요로 하는 경우, 연구의 일환으로 매달 CT 스캔을 수행하는 비용은 Medicare가 지불하지 않습니다.
- 임상 시험에 참여하는 모든 참가자에게 임상 시험 의뢰자가 제공하는 항목 및 서비스.

임상시험 연구에 참여하는 것에 대한 더 많은 정보 얻기

Medicare 출판물 *Medicare and Clinical Research Studies*에서 임상시험 연구에 참여하는 것에 대한 더 많은 정보를 얻으십시오(https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

섹션 6 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관의 진료 규칙

섹션 6.1 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관

비의료 건강 관리 서비스 종교 기관은 병원이나 전문 요양 시설에서 통상적으로 치료할 수 있는 질환을 진료하는 시설을 말합니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 진료 받는 것이 신앙에 어긋나는 일인 경우, 대신 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관에서 진료를 보장해드립니다. 이 혜택은 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 서비스)에만 제공됩니다.

섹션 6.2 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관에서 진료를 받는 방법

비의료 건강 관리 서비스 종교 기관에서 진료를 받으려면 귀하는 **비제외** 치료를 양심적으로 반대한다는 법률 문서에 서명해야 합니다.

- **비제외** 의료 서비스 또는 치료란 *자발적*이며, 연방, 주 또는 지방 법규상 *의무 사항이 아닌* 일체의 의료 서비스나 치료를 의미합니다.
- **제외** 치료란 자발적이지 *않거나* 연방, 주 또는 지방 법규상 *의무 사항인* 일체의 의료 서비스 또는 치료를 의미합니다.

당사 플랜의 보장을 받으려면, 비의료 건강 관리 서비스 종교 기관으로부터 받으시는 진료가 반드시 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 당사 플랜은 치료의 *비종교적인* 부분만 다룹니다.
- 해당 기관으로부터 제공되는 서비스를 시설 내에서 받으시는 경우, 다음 조건이 적용됩니다.
  - 귀하는 입원 환자 병원 치료 또는 전문 요양 시설 케어에 대한 보장 서비스를 받을 수 있는 질병이 있어야 합니다.
  - - *그리고* - 시설에 입장하기 전에 당사의 플랜에서 사전에 승인을 얻지 않으면 체류는 보장되지 않습니다.
  - – *그리고* –Medicare 입원 환자 병원 보장 한계가 적용됩니다(제 4장 혜택 참조).

또한, Medicaid 보장 서비스에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부 또는 주 Medicaid 사무소(연락처 정보는 제2장 섹션 6에 나와있음)에 문의하면, 모든 보장 옵션을 자세히 이해할 수 있습니다.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유에 관한 규칙

섹션 7.1 당사의 플랜에 따라 일정 횟수 납부하더라도 일부 내구성 의료 장비를 귀하가 소유하게 되는 것은 아닙니다.

내구성 의료 장비(Durable medical equipment, DME)는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동식 매트리스 시스템, 목발, 당뇨병 용품, 음성 생성 장치, IV 주입 펌프, 분무기 및 가입자가 가정에서 사용하기 위해 의료 제공자가 주문한 병상 등을 포함합니다. 보철 같은 일부 DME 품목은 가입자가 항상 소유합니다. 다른 유형의 DME는 대여해야 합니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람은 해당 품목에 대해 13개월 동안 자기부담금을 지불한 후에 소유권을 가집니다. **Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 가입자는 일반**

적으로 당사 플랜의 가입자로 되어 있는 한 품목에 대해 얼마나 많은 자기부담금을 지불하더라도, 대여한 DME 물품의 소유권을 얻지 못합니다. 당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에 따라 DME 품목에 대해 최대 12번 연속 지불한 경우에도 소유권을 얻지 못합니다. 일부 제한된 상황에서는 당사에서 DME 품목의 소유권을 귀하에게 양도합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Original Medicare로 전환할 경우 내구성 의료 장비에 대해 지불한 금액은 어떻게 됩니까?

당사 플랜에 가입해 있는 동안 DME 품목의 소유권을 취득하지 못한 경우, DME 품목을 소유하려면 Original Medicare로 전환한 후 비용을 새롭게 13회 연속으로 지불해야 합니다. 당사 플랜에 가입해 있는 동안 지불한 횟수는 13회 지불에 포함되지 않습니다.

예 1: Original Medicare 상품에 대해 12회 이하의 연속 지불을 한 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. Original Medicare에서 지불한 횟수는 계산되지 않습니다. 해당 물품을 소유하기 위해서는 당사 플랜에 13회 납부하셔야 합니다.

예 2: Original Medicare 상품에 대해 12회 이하의 연속 지불을 한 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. 당사 플랜에 가입되어 있는 동안 품목에 대한 소유권을 얻지 못했습니다. 그리고 나서 Original Medicare로 돌아갑니다. Original Medicare에 다시 가입하면 품목을 소유하기 위해 새롭게 13회 연속 지불을 해야 합니다. (당사의 플랜에 대해서든 또는 Original Medicare에 대해서든) 귀하가 이미 한 모든 지불은 계산되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 소모품 및 유지 관리 규칙

Medicare 산소 장비 보상 대상이 되는 경우, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 다음을 보장합니다.

- 산소 장비 임대
- 산소 및 산소 함량 전달
- 산소 및 산소 함량의 전달을 위한 튜브 및 관련 부속품
- 산소 장비 유지 보수 및 수리

귀하가 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)을 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 필요하지 않은 경우 산소 장비를 반납해야 합니다.

당사의 플랜에서 탈퇴했다가 Original Medicare로 돌아오면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 공급업체가 5년 동안 서비스를 제공하도록 요구합니다. 처음 36개월 동안 귀하는 장비를 임대합니다. 나머지 24개월 동안 공급업체가 장비와 유지보수를 제공합니다(산소의 동료 지불 책임이 계속됩니다). 5년이 지나면 같은 회사에 머물거나 다른 회사에 갈 수 있습니다. 이 시점에서 동일한 회사에 남아 있더라도 다시 5년 주기가 시작되며, 처음 36개월 동안의 자기부담금을 다시 지불해야 합니다. 귀하가 당사의 플랜에 가입하거나 탈퇴 할 경우, 5년 주기가 다시 시작됩니다.

4장:
의료 혜택 차트(보장되는 혜택 및 지불하는 금액)

섹션 1 보장 서비스 본인 부담금 이해하기

의료 혜택 차트에서 보장 서비스를 나열하고 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 가입자가 각 보장 서비스에 대해 지불하는 금액을 보여줍니다. 또한 이 섹션에서는 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보도 제공하고 특정 서비스의 제한도 설명합니다.

섹션 1.1 보장 서비스에 대해서 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담액의 유형

보장 서비스에 대해 지불할 수 있는 본인 부담금의 유형:

- **자기부담금:** 특정 의료 서비스를 받을 때마다 지불하는 고정 금액입니다. 의료 서비스를 받을 때 자기부담금을 지불합니다. (의료 혜택 차트는 귀하의 자기부담금에 대해 자세히 설명합니다.)
- **공동보험료:** 특정 의료 서비스의 총 비용 중 귀하가 지불하는 비율입니다. 의료 서비스를 받을 때 귀하는 공동보험료를 지불합니다. (의료 혜택 차트는 귀하의 공동보험료에 대해 자세히 설명합니다.)

섹션 1.2 Medicare Part A 및 Part B 보장되는 의료 서비스에 대해 귀하가 지불할 최대 금액은 얼마입니까?

참고: 당사 가입자도 Medicaid의 도움을 받기 때문에, 이 최대 본인부담금에 도달하는 가입자는 매우 적습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해서 본인 부담 최대 한도액에서 본인 부담 비용을 지불할 책임이 없습니다.

Medicare Advantage 플랜에는 등록되어 있기 때문에, Medicare Part A 및 Part B에 보장되는 의료 서비스에 대해 매년 본인 부담으로 지불해야 하는 금액의 한도가 있습니다. 이 한도를 의료 서비스에 대한 본인 부담 최대 한도(maximum out-of-pocket, MOOP) 금액이라고 합니다. **달력 연도 2026년의 경우, MOOP 금액은 $9,250입니다.**

보장 서비스에 대해 지불하는 자기부담금 및 공동보험료는 본인 부담금 최대 한도액으로 계산됩니다. (귀하의 파트 D 의약품에 대해 지불하는 금액은 본인 부담금 최대 한도액에 포함되지 않습니다. 또한 일부 서비스에 대해 지불하는 금액은 본인 부담금 최대 한도액에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택 차트에서 별표(*)로 표시됩니다.) 본인 부담 최대 한도액 $9,250에 도달한 경우, 해당 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 해당 연도의 나머지 기간 동안 본인 부담액을 지불할 필요가 없습니다. 그러나, 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 지불해야 합니다(귀하의 파트 B 보험료가 Medicaid 또는 다른 제3자가 귀하를 위해 지불하지 않는 한).

섹션 2 귀하의 의료 혜택 및 비용을 보여주는 의료 혜택 차트

다음 페이지의 의료 혜택 차트에는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 보장하는 서비스 목록과각 서비스에 대한 본인 부담금이 나와 있습니다. 파트 D 의약품 보장은 5장에 나와 있습니다. 의료 혜택 차트에 나열된 서비스는 다음 보장 요건이 충족되는 경우에만 보장됩니다.

- 귀하의 Medicare 보장 서비스는 Medicare 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 귀하가 받는 서비스(의료 서비스, 서비스, 용품, 장비 및 파트 B 의약품 포함)는 *반드시* 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 귀하의 질병의 예방, 진단 또는 치료를 위해 서비스, 물품 또는 의약품이 필요하고 의료 행위의 승인된 기준을 충족한다는 것을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, 귀하의 MA 조정 진료 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간에 새로운 MA 플랜은 치료 과정이 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 시작된 서비스에 대한 것이었더라도 활성 치료 과정에 대한 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.
- 귀하는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 치료를 받습니다. 대부분의 경우, 응급 또는 긴급 진료가 아니거나 당사의 플랜 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 의뢰하지 않는 한 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 치료는 보장되지 않습니다. 즉, 제공된 네트워크 외부 서비스의 비용을 귀하가 의료 제공자에게 전액 지불합니다.
- 귀하에게는 진료를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있습니다. 대부분의 경우, 당사 플랜의 네트워크에 있는 다른 의료 제공자를 확인하기 전에 PCP가 사전에 승인(의뢰)해야 합니다.
- 의료 혜택 차트에 나열된 일부 서비스는 의사 또는 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 사전에 승인에 당사에서 승인한 경우에만(사전 승인이라고도 함) 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 **굵게** 표시되어 있습니다.

당사의 보장에 대해 알아야 할 기타 중요한 것들:

- 귀하의 경우는 Medicare와 Medicaid에서 모두 보장해드립니다. Medicare는 건강 관리 및 처방약을 보장합니다. Medicaid는 입원 환자 병원 서비스 및 외래 병원 서비스를 포함한 Medicare 서비스에 대한 귀하의 비용 분담을 보장합니다. Medicaid는 또한, 가족 계획 서비스와 같이 Medicare가 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 당사는 Original Medicare가 보장하는 서비스는 모두 보장합니다. (Original Medicare의 보장과 비용에 대해 자세히 알아보려면 *Medicare & You 2026* 핸드북으로 이동하십시오. www.Medicare.gov에서 온라인으로 살펴보거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.)
- Original Medicare가 무료로 제공하는 모든 예방 서비스에 대해서는 당사도 무료로 보장해 드립니다.
- Medicare가 2026년 기간에 새로운 서비스에 대한 보험을 추가하면 Medicare 또는 당사의 플랜이 해당 서비스를 보장합니다.

Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담 지원을 받을 자격이 있다면, 위에 있는 보장 요건을 충족하는 한, 귀하는 혜택 차트에 있는 서비스 비용에 대해서 일체 부담하지 않습니다.

귀하는 Medicare와 Medicaid 둘 다에 의해 보호됩니다. 의료 서비스 및 처방약은 일반적으로 Medicare에서 보장됩니다. 장기 요양, 지역사회 기반 서비스 및 플랜 처방전에 기재된 보장되는 일반의약품은 일반적으로 Medicaid에서 보장됩니다.

만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

아래에 나열된 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다.

- 심혈관 장애
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 만성 폐 장애
- 만성 신장 질환(CKD)
- 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD)
- 암
- 자가면역 질환
- 과체중, 비만 및 대사 증후군
- 만성 위장관 질환
- HIV/AIDS
- 만성 및 장애성 정신 질환
- 신경 장애
- 뇌졸중
- 장기 이식 후
- 면역 결핍 및 면역억제성 장애
- 인지 장애와 관련된 상태
- 기능적 장애가 있는 상태
- 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각을 저하시키는 만성 질환
- 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태
- 중증 혈액 장애

당사는 매년 귀하의 자격을 검토하여 혜택을 받을 수 있는지 확인합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이러한 혜택을 누리실 수 있도록 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 귀하의 요청을 시작하거나 추가 정보를 얻을 수 있습니다.

참고: 이 혜택을 요청함으로써 가입자는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 담당자에게 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법을 통해 가입자에게 연락할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다.

- 자세한 내용은 아래 의료 혜택 차트의 **만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택** 행을 참조하십시오.
- 귀하가 받을 수 있는 혜택이 무엇인지 정확히 알아보려면 당사에 문의하십시오.

이 사과는 의료 혜택 차트에 있는 예방 서비스를 보여줍니다.

의료 혜택 차트

보장 서비스	귀하의 부담분
복부 대동맥류 검사 고위험 환자들을 위한 일회성 스크리닝 초음파. 당사의 플랜은 귀하가 특정한 위험 요소가 있고 담당 의사, 보조 의사, 임상 간호사 또는 전문 임상 간호사로부터 의뢰를 받은 경우에만 이 선별 검사를 보장합니다.	이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
만성 요통에 대한 침술 보장 서비스는 다음을 포함합니다. 다음과 같은 상황에서 90일 동안 최대 12회 방문이 보장됩니다. 이 혜택의 목적상 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12주 이상 지속, • 식별 가능한 전신적 원인이 없다는 점에서 비특이적입니다(즉, 전이성, 염증성, 감염성 질환 등과 관련되지 않음). • 수술과 관련이 없음, 및 • 임신과 관련이 없습니다. 개선을 보이는 환자들을 위해 추가로 8개의 세션이 보장될 것입니다. 연간 20회 이하의 침술 치료를 실시할 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. **의료 제공자 요구 사항:** 의사는(사회 보장법 1861[r][1]에 정의 된 바와 같이) 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조원(PA), 전문 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS)(법 1861[aa][5]에 식별됨) 및 보조 인력은 해당되는 모든 주 요구 사항을 충족하고 다음 사항을 갖춘 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 동양의학 인증위원회(Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM)의 인증을 받은 학교에서 침술 또는 동양의학 분야의 석사 또는 박사 수준의 학위, 그리고, • 미국의 주, 준주, 영연방(예: 푸에르토리코) 또는 District of Columbia에서 침술을 시행할 수 있는 현재의 완전하고 활성이며 제한 없는 면허입니다. 침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	Medicare 보장 침술에 대해 $0의 자기부담금을 지불하거나, 주치의 또는 전문의에게서 서비스를 받을 경우 해당 전문 비용 분담금을 지불합니다. 자세한 내용은 "내과 의사/임상의 서비스(의사 진료실 방문 포함)"를 참조하십시오. 의뢰가 필요할 수 있습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
침술 정기*	
연간 최대 30회 침술 정기 방문. 이런 방문은 정기 카이로프랙틱 방문과 결합됩니다.	귀하는 $0의 자기부담금을 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 의뢰가 필요할 수 있습니다.
구급차 서비스	
응급 상황이나 비응급 상황 모두에 대해 보장되는 구급차 서비스에는 고정익, 회전익, 지상 구급차 서비스가 포함되며, 다른 수단의 운송이 환자의 질병 상태를 위태롭게 할 수 있는 경우 또는 당사의 플랜에서 승인한 경우에 적절한 시설로 운송됩니다. 응급 상황이 아닌데 앰뷸런스 서비스가 필요한 경우, 다른 운송 수단으로는 가입자의 건강이 위험해질 수 있고 앰뷸런스 운송이 의학적으로 필요하다는 것을 문서로 증빙해야 합니다.	Medicare에서 보장하는 앰뷸런스 서비스에 대해서는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다. **비응급 구급차의 경우에만 사전 승인이 필요합니다.**
연례 건강 검진(보충) *	
연례 정기 건강 검진을 통해 의사, 임상 간호사 또는 의사 보조사만 수행할 수 있는 추가 건강 검진 서비스 혜택이 제공됩니다. 이 기회를 통해 예방 및 선별 검사에 주의를 기울게 됩니다. 정기 건강 검진 중에 임상의가 가입자를 검진하여 육안 검사, 촉진, 청진 및 타진을 통해 문제를 확인합니다. 이 중 마지막 세 가지는 직접적인 물리적 접촉을 수반할 수 있으며 신체 질환의 존재(또는 부재)를 규명하는 데 필요합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 추가 서비스가 필요한 경우, 담당 제공자가 전문의에게 가입자의 진료를 의뢰하거나 필요하다면 사전 승인 신청을 제출할 것입니다.
연례 건강 검진 방문	
파트 B를 12개월 이상 보유하고 계신 분이라면 연간 건강 검진 방문을 통해 현재 건강 및 위험 요인에 따라 개인화된 예방 플랜을 개발하거나 업데이트할 수 있습니다. 이것은 12개월마다 한 번 보장됩니다. **참고:** Medicare 가입 환영 예방검진 방문 후 12개월 이내에는 첫 번째 연례 건강 검진 방문을 하실 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B를 받은 경우, 연례 건강 검진을 보장 받기 위해 다시 Medicare 가입 환영 방문을 해야 하는 것은 아닙니다.	연례 건강 검진에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
골량 측정 자격을 갖춘 사람(일반적으로 골량 손실 위험이 있거나 골다공증 위험이 있는 사람을 의미함)의 경우, 골량 확인, 뼈 손실 감지 또는 뼈 품질 결정 절차, 검사 결과에 대한 의사의 해석 등의 서비스는 24개월마다 보장되거나 의학적으로 필요한 경우 더 자주 보장됩니다.	Medicare에서 보장하는 골량 측정에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
유방암 검사(유방조영술) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 35세에서 39세 사이에 1회의 기본 유방조영술 • 40세 이상 여성의 경우, 12개월마다 1회의 선별 유방조영술 • 24개월에 한 번 임상 유방 검사 유방조영술은 유방암의 조기 발견을 위해 사용됩니다. 유방암의 병력이 확립되고 더 이상 유방암의 징후나 증상이 없을 때까지 진행 중인 유방조영술은 진단으로 간주되며 이 차트의 “외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품”에 따라 보장됩니다. 유방암 징후나 증상이 있는 가입자에게는 유방 X선 촬영 연간 혜택이 제공되지 않습니다.	보장되는 검진용 유방 조영술에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
심장 재활 서비스 운동, 교육, 상담을 포함하는 심장 재활 서비스의 종합 프로그램은 의사의 지시에 따라 특정 조건을 충족하는 가입자에게 보장됩니다. 당사의 플랜은 또한 일반적으로 심장 재활 프로그램보다 더 엄격하거나 더 강렬한 집중적인 심장 재활 프로그램을 보장합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
심혈관 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법) 당사는 심혈관 질환 위험을 낮추는 데 도움을 주기 위해 주치의와의 연간 1회 방문을 보장합니다. 이 방문 동안 담당 의사는 아스피린 사용(해당하는 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 확인하고, 건강한 식생활을 위한 조언을 제공할 수 있습니다.	집중 행동 치료 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
심혈관 질환 검사 5년(60개월)에 한 번씩 심혈관 질환(또는 심혈관 질환의 위험 증가와 관련된 이상)을 발견하기 위한 혈액 검사입니다.	5년마다 1회 혜택이 적용되는 보장되는 심혈관 질환 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
자궁경부암 및 질암 검사 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 모든 여성: 24개월마다 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사 1회 • 자궁경부암 또는 질암의 위험이 높거나 가임기이고 지난 3년 이내에 비정상적인 자궁경부암 검사를 받은 경우: 12개월마다 1회 Pap(자궁경부암) 검사	Medicare에서 보장하는 예방 자궁경부암 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
카이로프랙틱 서비스(Medicare 보장) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 당사는 아탈구 교정을 위해 수동 척추 조작만 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 카이로프랙틱 서비스 대해서는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다.
카이로프랙틱 서비스 - 정기 진료* 연간 최대 30회 카이로프랙틱 정기 방문. 이 30회의 방문은 정기 침술 방문과 결합됩니다.	귀하는 $0의 자기부담금을 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 의뢰가 필요할 수 있습니다.
만성 통증 관리 및 치료 서비스 만성 통증(3개월 이상 지속되는 지속적 또는 반복적 통증)을 안고 살아가는 사람들을 위한 월별 보장 서비스입니다. 서비스는 통증 평가, 약물 관리, 치료 조정 및 계획을 포함할 수 있습니다.	이 서비스에 대한 비용 분담금은 치료 과정에서 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
직장암 검사 다음과 같은 선별 검사는 보장됩니다.. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최고 연령 제한이 없으며, 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다 한 번, 대장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전의 S상 결장경 검사 후 48개월 그리고 고위험 환자의 경우 이전의 선별 대장내시경 검사 후 24개월에 한 번 보장됩니다. • 대장암 위험이 높지 않은 45세 이상의 환자를 위한 컴퓨터 단층촬영 대장조영술이며 마지막 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 검사가 시행된 달 이후 59개월 이상 경과하거나 마지막 연성 결장경 검사 또는 대장 내시경 검사가 시행된 달 이후 47개월 이상 경과한 경우에 보장됩니다. 대장암 고위험 환자의 경우, 마지막 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 검사 또는 마지막 대장 내시경 검사가 실시된 달 이후 최소 23개월이 경과한 후 실시된 컴퓨터 단층촬영 대장조영술 검사에 대해 지불이 실현될 수 있습니다. • 45세 이상 환자의 경우 S상 결장경 검사. 고위험군이 아닌 환자의 경우 선별 대장내시경 검사를 받은 후 120개월마다 한 번. 고위험군 환자의 경우 마지막 S상 결장경 검사 또는 컴퓨터 단층촬영 대장조영술로부터 48개월마다 한 번. • 45세 이상 환자의 선별 분변 잠혈 검사. 12개월마다 한 번. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자의 다중 표적 대변 디옥시리보핵산(DNA). 3년마다 한 번. • 45세~85세이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자의 혈액 기반 바이오마커 테스트. 3년마다 한 번. • 대장암 검사에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 대장암 검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다. • 대장암 검사에는 조직 또는 기타 물질의 제거와 관련된 계획된 연성 결장경 검사 또는 대장 내시경 검사 또는 선별 검사와 동일한 임상적 접촉과 관련하여, 그 결과로 제공되는 기타 절차가 포함됩니다.	Medicare에서 보장하는 직장암 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 의사가 대장내시경 검사 또는 굴절 결장경 검사 중에 폴립이나 다른 조직을 발견하여 제거한 경우 선별 검사는 진단 검사가 됩니다.
치과 서비스(Medicare 보장) 일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 세척, 정기 치과 검사 및 치과 X선 촬영)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 Medicare는 특히 해당 서비스가 개인의 주요 질병에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 제한된 상황에서 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 예로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 장기 이식 이전의 구강 검사가 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
우울증 선별 검사 당사는 매년 우울증에 대한 선별 검사를 1회 실시합니다. 이 선별 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료 환경에서 실시해야 합니다.	연례 우울증 검사 방문에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
당뇨병 선별 검사 당사는 고혈압(고혈압), 비정상적인 콜레스테롤 및 중성지방 수치(이상지질혈증), 비만, 고혈당(포도당) 병력 등의 위험 요소가 있는 경우 이 검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중이 있거나 당뇨병의 가족력이 있는 환자와 같이 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 선별 검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검진을 받을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 당뇨 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 용품* 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비인슐린 사용자)을 위한 제품입니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 혈당 검사 제품을 포함한 특정 당뇨병 용품은 특정 브랜드 및 제조업체로 제한됩니다. 선호되는 당뇨병 제품은 Trividia Health 브랜드(TrueMetrix)입니다. 이런 당뇨병 용품의 최근 목록은 당사 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. 자세한 내용은 당사 플랜 처방집을 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오. • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당 모니터, 혈당 테스트 스트립, 랜싯 장치 및 랜싯, 테스트 스트립과 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션. ◦ 혈당(당) 모니터 - 가정에서 사용하기 위해 의사가 처방 할 때 보장됩니다. - 선호 브랜드의 혈당 측정기는 사전 승인이 필요하지 않습니다. ◦ 혈당(설탕) 검사지 - 선호하는 브랜드의 혈당 테스트 스트립은 사전 승인이 필요하지 않습니다. - 한 번 충전할 때마다 30일 분량으로 제한될 수 있습니다. ◦ 검사지 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 저희는 선호 제조업체의 당뇨병 용품을 사전 승인 없이 보장합니다. 처방전이 있고 네트워크 소속 약국에서 또는 Mail Service Pharmacy 프로그램을 통해 처방약을 구입하는 경우 용품에 대해 보장이 적용됩니다. 당뇨망막병증 또는 녹내장 검사를 위한 눈 검사가 필요한 경우의 의사 서비스에 대해서는 이 차트의 “안과 진료”를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 발 검사를 위해 의사의 진료가 필요한 경우 이 차트의 “족부 치료 서비스”를 참조하십시오.

보장 서비스	귀하의 부담분
당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 용품* (계속) • 중증 당뇨성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 달력 연도 기준 달력 연도마다 맞춤 제작된 치료용 신발 한 켤레(해당 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 및 추가 인서트 2쌍, 또는 깊이 신발(depth shoes) 한 켤레 및 인서트 3쌍(해당 신발과 함께 제공되는 맞춤화되지 않은 탈착식 인서트 제외). 보장에는 피팅이 포함됩니다. • 당뇨병 자기 관리 훈련은 특정 조건에서 보장됩니다. • Medicare 보장 당뇨병 서비스는 다음과 같습니다. ◦ 연간 안과 검사 및 녹내장 검사 ◦ 발 검사 ◦ 의료 영양 치료(MNT) 서비스	당뇨병 환자이며 의료 영양 치료 서비스(MNT)가 필요한 경우 이 차트의 “의료 영양 치료법”을 참조하십시오. **당뇨병 용품, 당뇨 치료 신발 및 삽입물에 사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비의 정의는 이 문서의 12 및 3장을 참조하십시오.) 이런 품목의 예로는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 의료 제공자가 가정용으로 지시한 병원 침대, 정맥(IV) 내 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등이 있습니다. 당사는 Original Medicare에 의해 보장되는 모든 의학적으로 필요한 DME를 보장합니다. 귀하 지역의 공급업체가 특정 브랜드나 제조업체를 취급하지 않는 경우, 특별 주문해 줄 수 있는지 그들에게 문의할 수 있습니다. 가장 최근의 공급업체 목록은 당사 웹사이트 centralhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다. Medicare 산소 장비 보장에 대한 귀하의 비용 분담금은 매달 $0입니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.** **선호 업체에서는 사전 승인이 필요하지 않습니다.**
응급 치료 응급 치료란 다음과 같은 서비스를 의미합니다. • 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 제공자가 제공합니다. 그리고 • 응급 질병을 평가하거나 안정화하는 데 필요합니다. 의료적 응급 상황이란 회원 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 생명 손실(임신한 여성인 경우, 태아의 손망실), 사지의 손실, 또는 사지의 기능 손실 등을 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 질병일 수 있습니다. 네트워크 외부에서 받는 필수 응급 서비스에 대한 비용 분담금은 네트워크 내에서 이러한 서비스를 받는 것과 동일합니다. 미국 외 지역의 응급 치료는 전 세계 응급 보장 혜택에 따라 보장 받을 수 있습니다. 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 치료 및 안정화	네트워크 비소속 병원에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 진료를 받아야 하는 경우, 진료에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 옮기거나 플랜에서 승인한 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 진료를 받아야 하며, 귀하의 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
응급 치료 (계속) 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 $50,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 “전 세계 응급 진료 보장”를 참조하십시오.	
피트니스 혜택(보조) * 참여 피트니스 센터를 이용할 수 있는 피트니스 센터 멤버십이 제공됩니다. 피트니스 센터를 방문할 수 없거나 집에서 운동하고 싶다면 홈 피트니스 키트를 선택하십시오. 이 키트는 가정에서 편안하게 운동할 수 있도록 도와줍니다. 홈 피트니스 옵션에는 피트니스 추적기, 근력 또는 요가 키트가 포함됩니다. 피트니스 센터에서 운동하기로 선택한 경우 웹사이트를 보고 참여 위치를 선택하거나 참여 피트니스 센터를 직접 방문하여 시작할 수 있습니다. 참여 시설 및 피트니스 체인은 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 운동 루틴을 시작하거나 변경하기 전에 항상 의사와 상의하십시오.
건강 및 웰니스 교육* **건강 관리 프로그램** 당사는 진단된 건강 상태를 관리하는 데 도움이 되는 프로그램을 제공합니다. 프로그램은 다음과 같습니다. • 천식 관리. • 우울증 관리 • 당뇨병 관리. • 고혈압 관리 • 심혈관 질환(CVD) 관리I • 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 관리 • 임신 프로그램 학습 자료와 관리 요령을 이용할 수 있습니다. 당사는 또한 귀하가 서비스 제공자와 협력하도록 도울 수 있습니다. 건강 관리 프로그램 등록: • 귀하는 의료 또는 약국 청구 데이터를 기반으로 귀하의 필요에 가장 적합한 프로그램에 자동으로 등록됩니다. • 의료 제공자 또는 자가 참조를 통해 등록할 수도 있습니다. 등록하려면 충족해야 하는 특정 요구 사항이 있습니다. 건강 관리 프로그램 탈퇴: • 이러한 프로그램은 자발적이며 언제든지 프로그램에서 제외되도록 선택할 수 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
건강 및 웰니스 교육* (계속) 세부 사항을 배우거나 위의 프로그램 중 하나에 등록하려면 당사의 건강 관리 부서에 전화하십시오. (866) 891-2320(TTY: 711), 월요일 - 금요일, 6 a.m.~6 p.m.(태평양 표준시). **건강 프로모션 프로그램** 건강과 생활 방식을 풍요롭게 하기 위해 마련된 다음과 같은 프로그램도 이용할 수 있습니다. • 체중 조절 프로그램 체중 조절에 관한 정보 및/또는 자료는 (866) 472-9483(TTY/TDD: 711), 월요일 - 금요일, 6 a.m.~6 p.m.(태평양 표준시). **간호사 상담 전화** 즉각적인 건강 문제가 있거나, 질병에 대한 질문이 있거나, 사용 가능한 건강 자원에 대한 일반적인 정보를 원할 경우, 주중무휴 24시간 이용 가능한 간호사 상담 전화를 이용하십시오. 무료 간호사 상담 전화번호: 영어 및 스페인어 (888) 208-8809로, TTY: 711 공인 간호사는 귀하가 집에서 치료를 관리할 수 있는지 또는 의료 전문가의 주의가 필요한지 판단하도록 도와줄 것입니다. 질병이나 부상에 관해 등록 간호사와 상담하려면 낮이든 밤이든 언제든지 전화하십시오. • 추천이나 사전 승인이 필요하지 않습니다. 이 서비스는 응급 상황을 위한 것이 아닙니다. 응급 상황이 발생하면 즉시 911에 전화하십시오.	
청각 서비스 의료진이 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 실시하는 청력 및 균형 진단 평가는 의사, 청능사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자에게서 받을 때 외래 진료로 보장됩니다. Medicare에서 보장하는 진단 청력 및 균형 검사는 의학적 치료가 필요한지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. 이 검사는 질병, 질병, 부상 또는 수술로 인한 청력 상실과 같은 의학적 필요에 근거를 두고 실시됩니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
청각 서비스(보충)*	
Medicare에서 보장하는 청각 서비스 외에도 달력 연도마다 한 번 정기적인 청력 검사를 받을 수 있습니다. 정기 청력 검사 후 보청기를 맞출 수 있습니다. 가까운 네트워크 내 정기 예방적 청각 서비스 의료 제공자를 찾으려면 다음과 같이 하십시오. **1.** 가입자 서비스부 부서 **2.** 온라인 검색 – MolinaHealthcare.com/Medicare에서 추가 치과 서비스 제공자 온라인 검색 도구 사용 보청기 시착/평가는 달력 연도마다 한 번 실시할 수 있습니다. 보청기가 필요하다는 진단을 받는 경우 플랜이 승인한 제공자로부터 2년마다 양쪽 귀를 합쳐 최대 2개의 보청기를 제공받을 수 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
HIV 검사 HIV 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 높은 사람들을 위해 당사는 다음을 보장합니다. • 12개월마다 선별 검사 1회 임신한 사람에게는 다음 내용이 보장됩니다. • 임신 중 최대 3회의 선별 검사.	Medicare에서 보장하는 예방 HIV 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
가정 의료 기관 케어 가정 의료 서비스를 받기 전에 의사는 귀하에게 가정 의료 서비스가 필요하다는 것을 확인해야 하며 가정 의료 서비스가 가정 의료 기관에서 제공되도록 지시할 것입니다. 가입자는 집 밖으로 나가지 못해야 합니다. 즉, 집 밖으로 나가려면 큰 노력이 필요합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 의료 보조 서비스(가정 의료 케어 혜택으로 보장받으려면 전문 간호 및 가정 의료 보조 서비스를 합친 시간이 하루 8시간 및 주당 35시간 미만이어야 합니다.) • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 의료 및 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
가정 주입 요법 가정 주입 요법은 가정에서 개인에게 의약품 또는 생물학적 제제를 정맥주사 또는 피하 투여하는 것입니다. 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소는 의약품(예를 들어, 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예를 들어, 펌프), 및 소모품(예: 튜브 및 카테터) 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • 간호 서비스를 포함한 전문 서비스, 당사의 간호 플랜에 따라 제공 • 내구성 의료 장비 혜택으로 달리 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 • 가정 주입 요법의 제공 및 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 의약품에 대한 모니터링 서비스.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
호스피스 케어 담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 불치병에 걸렸고 질병이 정상적으로 진행될 경우 수명이 6개월 미만임을 확인하는 말기 예후를 내린 경우 귀하는 호스피스 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램에서 진료를 받을 수 있습니다. 당사의 플랜은 당사가 소유, 통제 또는 재정적 이해관계가 있는 프로그램을 포함하여 당사의 플랜 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와줄 의무가 있습니다. 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 외부 의료 제공자가 될 수 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 조절 및 통증 완화용 의약품 • 단기 임시 위탁 케어 • 홈 케어 귀하가 호스피스에 입원하는 경우, 귀하는 당사의 플랜을 유지할 권리가 있습니다. 귀하가 당사의 플랜을 유지하는 경우, 귀하는 플랜 보험료를 계속 지불해야 합니다. **말기 예후와 관련하여 Medicare Part A 또는 B에 의해 보장되는 서비스 및 호스피스 서비스:** Original Medicare(당사의 플랜이 아닌)는 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 부품 A 및 파트 B에 대해 호스피스 의료 제공자에게 지불합니다. 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 호스피스 의료 제공자는 Original Medicare가 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare에 청구합니다. Original Medicare 비용 분담금이 청구됩니다. **말기 예후와 관련 없는 Medicare Part A 또는 B에서 보장되는 서비스:** Medicare Part A 또는 B에 따라 보장되고 말기 예후와 관련이 없는 긴급하게 필요하지 않은 비응급 서비스가 필요한 경우, 이러한 서	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 부담하지 않고 Original Medicare에서 부담합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회)를 보장합니다. 이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
호스피스 케어 (계속) 비스에 대한 비용은 당사 플랜의 네트워크에서 의료 제공자를 사용하고 플랜 규칙을 따르는지 여부에 따라 달라집니다.(예: 사전 승인을 받아야 하는 경우) • 네트워크 소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스를 받기 위한 플랜 규칙을 따르는 경우 네트워크 내 서비스에 대한 당사의 플랜 비용 분담 금액만 지불합니다. • 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, Original Medicare 따라 비용 분담금을 지불합니다. **Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 보장되지만 Medicare Part A 또는 B에서 보장되지 않는 서비스의 경우:**Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계 없이 플랜에서 보장하지만 Part A 또는 B에서 보장되지 않는 서비스에 대해 계속 보장합니다. 이러한 서비스에 대한 당사의 플랜 비용 분담 금액을 지불합니다. **당사 플랜의 파트 D 혜택이 보장할 수 있는 의약품의 경우:** 이러한 의약품이 말단 호스피스 상태와 관련이 없다면 비용 분담금을 지불하십시오. 그들이 귀하의 터미널 호스피스 조건과 관련이 있다면 귀하는 Original Medicare 비용 분담금을 지불합니다. 약은 호스피스와 당사 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 내용은 5장 섹션 9.4를 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 케어(말기 예후와 관련 없는 케어)가 필요한 경우, 당사에 문의하여 서비스를 준비하십시오. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회)를 보장합니다.	
예방접종 보장되는 Medicare Part B 서비스는 다음과 같습니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울의 독감 시즌의 1회 독감 예방 접종, 의료적으로 필요한 경우 독감 추가 예방 접종 • B형 간염 고위험군 또는 중위험군을 위한 B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • Medicare Part B 보장 기준에 부합하는 고위험군 대상 기타백신 또한 당사는 파트 D 의약품 혜택에 따라 기타 예방 접종의 대부분을 보장합니다. 추가적인 정보는 6장 섹션 8을 참조하십시오.	폐렴, 독감, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
입원 환자 병원 치료 급성 입원 환자, 입원 환자 재활, 장기 요양 병원 및 기타 유형의 입원 환자 병원 서비스가 포함됩니다. 입원 환자 병원 치료는 의사의 지시에 따라 공식적으로 병원에 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 하루 전이 마지막 입원일입니다. 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 정기 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상동맥 치료실과 같은 특수 치료실 비용 • 약물 및 의약품 • 검사실 검사 • X선 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료용품 • 휠체어 등 의료 기구 사용 • 수술 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 입원 환자 약물 남용 서비스 • 경우에 따라 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/다장기. 귀하에게 이식이 필요한 경우, 귀하가 이식 대상인지 여부를 결정할 Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 사례를 검토하도록 주선해 드립니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도 있고 지역 밖에 있어도 됩니다. 당사의 네트워크 이식 서비스가 지역 사회 치료 패턴을 벗어나는 경우, 지역 이식 제공자가 Original Medicare 요율을 기꺼이 받아들이는 한 지역 이식을 선택할 수 있습니다. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)이 지역 사회의 이식 치료 패턴을 벗어난 위치에서 이식 서비스를 제공하고 이 먼 위치에서 이식을 받기로 결정한 경우 당사는 귀하와 동반자를 위해 적절한 숙박 및 교통 비용을 조율하거나 지불합니다. Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 이식 관련 의료 서비스를 위해 멀리 떨어진 지역에 머무는 동안 숙박 및 식사 비용을 하루 최대 $150까지 환급합니다. 또한, 국세청(Internal Revenue Service, IRS)에서 설명한 대로 조정되고 공표된 납세자의 표준 주행거리 요율에 해당하는 금액으로 주행거리 환급을 요청할 수 있습니다. 플랜 지침에 따라 모든 여행, 숙박, 식사 및 주행거리 환급에 대해 지불 가능한 최대 금액은 이식 건당 오천 달러($5,000)입니다. • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 번째 파인트부터 시작됩니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • 내과 의사 서비스	혜택 기간당 병원 입원 일수 1 - 90일 차에 대한 비용은 $0입니다. 또한 본 플랜은 “평생 예비일” 60일을 보장합니다. 이들은 당사가 보장하는 “추가” 날들입니다. 보험 혜택 기간당 병원 입원 일수가 90일을 초과하는 경우 이 추가 일수를 사용할 수 있습니다. 그러나 추가 60일을 모두 사용한 후에는 입원 환자 병원 보장 기간이 보험 혜택 기간당 90일로 제한됩니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 비소속 병원에서 승인된 입원 환자 치료를 받을 경우, 귀하의 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
입원 환자 병원 치료 (계속) **참고:** 입원 환자가 되려면 의료 제공자가 가입자를 입원 환자로 병원에 정식으로 입원시키라는 지시서를 작성해야 합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의하십시오. 자세한 내용은 Medicare 팩트 시트 *Medicare 병원 혜택*을 참조하십시오. 이 팩트 시트는 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf로 제공되거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.	
정신 병원에서의 입원 환자 서비스 보장 서비스에는 병원 입원을 요하는 정신 건강 케어 서비스를 포함합니다. • 이러한 서비스는 종합병원이나 정신 건강 문제가 있는 사람만을 진료하는 정신병원에서 받을 수 있습니다. • (종합병원이 아닌) 정신병원에 있는 경우, Medicare는 평생 동안 최대 190일의 정신병원 서비스에 대해서만 비용을 지불합니다. • 당사 플랜에 등록하기 전에 190일 평생 한도의 일부를 사용한 경우, 이전에 정신 병원에서 Medicare가 보장했던 정신 건강 케어 치료를 위한 입원 환자 일수만큼 평생 병원 일수가 줄어듭니다. • 190일 한도는 종합 병원의 정신과에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 관리 서비스에는 적용되지 않습니다. • 종합병원에서 정신 건강 케어를 받을 때 받을 수 있는 혜택 기간에는 제한이 없습니다. 정신 병원에서 치료를 받을 때 여러 혜택 기간을 가질 수도 있지만 평생 190일로 제한됩니다. Medicare은 다음을 보장하지 않습니다. • 개인 간호 • 객실 내 전화기 또는 TV • 개인실(의학적으로 필요한 경우는 제외)	귀하는 혜택 기간당 2026 Original Medicare 비용 분담금액을 지불하며, 이는 2025년 가을에 Medicare에서 결정됩니다. 2025년 비용 분담금: • $1,676 입원 당 공제액 • 1-60일에 $0 • 61-90일에 하루 $419 • 91일 이후 각 평생 예비일(평생 최대 60일)*에 하루 $838 • 귀하의 Medicare 평생 예비일을 초과하는 모든 비용 Medicare 혜택 기간이 적용됩니다. 혜택 기간은 Medicare 보장 입원 환자 병원 또는 SNF에 입원 한 첫날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 60일 연속으로 입원 환자 병원 치료(또는 SNF에서의 전문 요양 치료)를 받지 않을 때 종료됩니다. 혜택 기간이 끝난 후 병원이나 SNF에 다시 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다. 연말에 입원했지만 다음 해까지 퇴원하지 않은 경우, 귀하

보장 서비스	귀하의 부담분
정신 병원에서의 입원 환자 서비스 (계속)	
	의 혜택 및 비용 분담금은 입원 연도를 기준으로 합니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 비소속 병원에서 승인된 입원 환자 치료를 받을 경우, 귀하의 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 가장 높은 비용 분담금입니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 SNF에서 받는 보장 서비스 입원시 혜택을 모두 사용했거나 입원시 체류가 합리적이고 필요하지 않은 경우 입원시 체류에 대해서 당사는 보장하지 않습니다. 일부의 경우 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에 입원해 있는 동안 받는 서비스에 대해서는 비용을 지급합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • 내과 의사 서비스 • 검사실 검사와 같은 진단 검사 • X선, 라듐 및 동위원소 치료(기술자 재료 및 서비스 포함) • 수술 드레싱 • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈골에 사용되는 기구 • 내부 장기(인접 조직 포함)의 전부 또는 일부를 대체하거나 영구적으로 작동하지 않거나 오작동하는 내부 장기 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 보철 및 교정 장치(치과 제외)(해당 장치의 교체 또는 수리 포함) • 다리, 팔, 등, 목 보호대; 트러스; 파손, 마모, 분실 또는 환자의 신체 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체를 포함한 의수 다리, 팔, 눈 • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	이 차트의 혜택을 참조하여 다음에 대한 비용 분담금을 알아두십시오: • “내과 의사/임상의 서비스(의사 진료실 방문 포함)” • “외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품” • “보철 기구 및 관련 용품” • “외래 환자 재활 서비스” **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
식사 혜택(보충)*	
만성 질환자 식사: 이 혜택을 받으려면 당뇨병, 만성 심부전, 심혈관 장애(심부정맥, 관상 동맥 질환, 말초 혈관 질환 및 만성 정맥 혈전 색전증 장애로 제한됨), 치매 또는 만성 폐 장애의 진단을 받아야 합니다. 담당 케이스 관리자 또는 담당 의사가 가입자에게 이 혜택이 필요한지 결정할 것입니다. 이 혜택은 달력 연도 내 12개월 동안 매월 14회 식사를 제공하며, 총 168회 식사를 제공합니다. 식사 종류는 가입자의 식이 요법 필요 사항에 따릅니다. 담당 케이스 관리자가 가입자의 식사를 주문하고, 식사는 자택으로 배송됩니다. 첫 번째 배송은 주문 처리 후 보통 72시간(영업일 기준 3일) 내에 도착합니다. 배송일 전에 연락을 드릴 것입니다. **퇴원 후 식사:** 이 혜택은 가입자의 입원 환자 병원 또는 전문 요양 시설(SNF) 입원 후에 또는 가입자가 일정 기간 동안 자택에서 요양해야 하는 질병이나 잠재적 질병에 처해 있는 경우 가입자의 건강을 유지하기 위한 것입니다. 담당 케이스 관리자 또는 담당 의사가 가입자에게 이 혜택이 필요한지 결정할 것입니다. 가입자에게 특정 만성 질환이 있는 경우 담당 의사가 이 혜택을 대신 요청할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 이 혜택에서는 14일간 하루 2회 식사로 총 28회의 식사를 제공합니다. 식사 종류는 가입자의 식이 요법 필요 사항에 따릅니다. 이 혜택은 연간 최대 4회 이용 가능하며, 달력 연도마다 최대 112회가 적용됩니다. 담당 케이스 관리자가 가입자의 식사를 주문하고, 식사는 자택으로 배송됩니다. 첫 번째 배송은 주문 처리 후 보통 72시간(영업일 기준 3일) 내에 도착합니다. 배송일 전에 연락을 드릴 것입니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
의료 영양 치료법 이 혜택은 당뇨병, 신장(신장) 질환(투석은 제외) 또는 의사의 지시에 따라 신장 이식을 받은 사람들을 위한 것입니다. 당사는 Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 상담 서비스 3시간을 보장하고(Medicare의 플랜, 기타 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 포함)를 받으시고, 그 후 매년 2시간을 Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 상담 서비스로 처리해 드립니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 변경되면 귀하는 의사의 지시를 받아 더 많은 시간을 치료 받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 반드시 의사가 처방해야 하며, 그다음 달력 연도에도 치료가 필요한 경우 지시를 달력 연도마다 갱신해야 합니다.	Medicare에서 보장하는 의료 영양 치료 서비스에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
Medicare Diabetes Prevention Program(MDPP)	
MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따라 적격 Medicare 가입자에게 보장됩니다. MDPP는 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 그리고 체중 감소 및 건강한 생활 방식 유지에 대한 어려움을 극복하기 위한 전략에 대한 교육을 제공하는 구조화된 건강 행동 변화 프로그램입니다.	MDPP 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
Medicare Part B 의약품	
이러한 의약품은 Original Medicare 파트t B에서 보장됩니다. 당사 플랜의 가입자는 당사의 플랜을 통해 이러한 의약품에 대한 보장을 받습니다. 보장 의약품에는 다음이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 직접 투여하지 않으며 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 외과 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사되거나 주입되는 의약품 • 내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린(예: 의료적으로 필요한 인슐린 펌프) • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 투여하는 기타 의약품 • Alzheimer 약품인 Leqembi®(제네릭 이름은 lecanemab)는 정맥주사로 투여됩니다. 약품 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔과 검사가 필요할 수 있으며 이로 인해 귀하의 전체 비용에 더해질 수 있습니다. 치료의 일환으로 어떤 스캔 및 검사가 필요한지 의사와 상의하십시오. • 혈우병이 있는 경우, 주사로 스스로 투여하는 응고 인자 • 이식/면역 억제제: Medicare가 장기 이식 비용을 지불하면 Medicare는 이식 의약품 치료를 보장합니다. 보장되는 이식을 받을 때 파트 A에 가입되어 있어야 하며, 면역 억제제를 받을 때는 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B 의약품 보장에서 면역 억제제를 보장하지 않는 경우 Medicare Part D에서 보장합니다. • 귀하가 집 밖으로 나가지 못하고, 의사가 폐경기 골다공증과 연관된 것이라고 인정하는 골절상을 입었고, 귀하가 직접 약을 주사하지 못하는 경우 이러한 의약품 비용을 당사가 지급합니다. • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적당한 교육을 받은 사람(귀하 또는 환자)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 Medicare는 항원을 보장합니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **파트 B 의약품은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다.** **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
Medicare Part B 의약품 (계속) • 특정 경구 항암제: 동일한 약품이 주사 가능한 형태로 제공되거나 해당 약품이 주사 가능한 약품의 프로드럭(섭취 시 주사 가능한 약물에서 발견되는 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구용 약물)인 경우 Medicare는 경구로 복용하는 일부 경구용 항암 의약품을 보장합니다. 새로운 경구용 항암제가 출시되면 파트 B가 해당 약품들을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 보장하지 않을 경우 파트 D에서 보장합니다. • 경구 구토 방지 약물: 항암 화학요법 시행 전, 시점 또는 48시간 이내에 투여되거나 정맥내 구토 방지 약물의 완전한 치료용 대체제로 사용되는 경우, Medicare는 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구 구토 방지 약물을 보장합니다. • Medicare Part B에서 보장하는 특정 경구용 말기 신장 질환(ESRD) 약물 • ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 수용체 및 인 결합 약물(정맥 주사 약물인 Parsabiv®와 경구 약물인 Sensipar® 포함) • 헤파린, 의학적으로 필요한 헤파린 해독제, 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약품 • 적혈구 생성 자극제: 말기 신장 질환(ESRD)이 있거나 다른 특정 질환(예: Retacrit®, Aranesp®)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약품이 필요한 경우 Medicare는 주사용 적혈구 생성 인자를 보장합니다. • 원발성 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥 면역 글로불린 • 비경구 및 경장 영양(정맥주사 및 튜브 피딩) 또한 당사는 파트 B에 따라 일부 백신을 보장하고 파트 D 처방약 혜택에 따라 대부분 성인 백신을 보장합니다. 5장에서는 처방전을 보장하기 위해 따라야 하는 규칙을 포함하여 파트 D 처방약 혜택에 대해 설명합니다. 6장에는 당사 플랜을 통해 귀하의 파트 D 처방약에 대해 귀하가 얼마를 지불해야 하는지 설명이 나와 있습니다. 어떤 경우, 당사의 플랜은 귀하에게 질병 치료를 위해 특정 의약품을 먼저 사용해 보도록 요청한 이후에 해당 질병에 대한 다른 의약품을 보장할 수 있습니다. 예를 들어, 의약품 A와 의약품 B가 모두 조건을 치료하지만 의약품 A 비용이 적게 든다면 의약품 A를 먼저 시도해야 할 수도 있습니다. 의약품 A가 효과가 없으면 의약품 B를 보장할 것입니다. centralhealthplan.com을 방문하여 단계 치료의 필요 여부를 결정하는 방법에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.	
사전 충전 직불 카드*	
사전 충전 직불 카드에는 다음과 같은 선별된 보조금에 사용할 수 있는 $120.00의 분기별 합산 보조금이 들어 있습니다.	카드에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
사전 충전 직불 카드* (계속) • 일반의약품 품목 식품/농산물에 대해 별도로 $50의 월별 보조금이 있습니다.* *자격 요건이 적용됩니다. 미리 충전된 직불 카드는 신용 카드가 아닙니다. 카드를 현금과 교환하거나 다른 사람에게 대여할 수 없습니다. 매달 카드에 보조금이 충전됩니다. 매 월말에 할당된 금액 중 미사용 금액은 다음 달이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우, 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다. 이 카드 보조금은 정의된 한도 내에서 지정된 보조 혜택을 이용하는 데만 사용할 수 있습니다. 이 보조금은 가입자만 사용할 수 있으며 다른 혜택 또는 비용에는 적용되지 않습니다. 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택의 수혜자가 되는 방법에 대한 자세한 내용은 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 문의하십시오. SSBCI에 대한 보조금을 받으려면 가입자는 적격한 만성 질환이 있어야 하며, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 사례 관리자와 연계하여 의사의 승인을 받아야 합니다. 자세한 내용은 이 차트의 “만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택”을 참고하십시오.	
비만 검사와 체중을 낮게 유지하기 위한 치료 요법 체질량지수가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움이 되는 상담에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 이 상담은 1차 진료 환경에서 받을 경우 보장되며, 종합적인 예방 플랜과 조율할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의 또는 의료인에게 문의하십시오.	예방적 비만 검사 및 치료에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(opioid use disorder, OUD)가 있는 플랜 가입자는 다음을 포함하는 오피오이드 치료 프로그램(Opioid Treatment Program, OTP)를 통해 OUD 치료 서비스의 보장을 받을 수 있습니다. • U.S. Food and Drug Administration(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 의약품 보조 치료(medication-assisted treatment, MAT) 의약품 • MAT 약품의 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 사용 장애 상담	Medicare에서 보장하는 외래 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **Medicare에서 보장하는 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않지만 오피오이드 치료 의약품이 필요한 경우 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
오피오이드 치료 프로그램 서비스 (계속) • 개인 및 집단 치료 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가	
외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • X선 • 방사선(라듐 및 동위원소) 치료(테크니션 재료 및 용품 포함) • 외과 용품(붕대 등) • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈골에 사용되는 기구 • 검사실 검사 • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 번째 파인트부터 시작됩니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • 귀하의 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 의료 문제를 치료하도록 처방할 때 CT 스캔, MRI, EKG 및 PET 스캔과 같은 진단 비검사실 검사. • 기타 외래 진단 검사– 심전도(EKG), 뇌파검사(EEG), 폐 기능 검사, 수면 연구, 트레드밀 스트레스 검사 등 비방사선 진단 서비스. • 특수 스캔, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, 핵 연구, 초음파, 진단 유방 조영술 및 중재 방사선 시술(골수 조영술, 방광 조영술, 혈관 조영술 및 바륨 연구)과 같은 진단 방사선 서비스(복합 및 비복합).	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.** **외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.**
외래 환자 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원 환자로 입원해야 하는지 또는 퇴원할 수 있는지 결정하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래 병원 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준을 충족하고 합리적이고 필요하다고 간주해야 합니다. 관찰 서비스는 주 면허법 및 병원 직원 규약에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 지시할 수 있는 의사 또는 다른 사람의 명령에 의해서만 보장됩니다. **참고:** 의료 제공자가 귀하를 입원 환자로 입원 시키라는 명령을 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자이며 외래 병원 서비스에 대한 비용 분담 금액을 지불합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의하십시오.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
외래 환자 병원 관찰 (계속) 자세한 내용은 Medicare 팩트 시트 *Medicare 병원 혜택*을 참조하십시오. 이 팩트 시트는 www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf로 제공되거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.	
외래 환자 병원 서비스 질병 또는 부상에 대한 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래환자 병동에서 받은 의료적으로 필요한 서비스에 대해서는 당사가 비용을 부담합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한하지 않습니다. • 관찰 서비스 또는 외래 환자 수술 등과 같은 응급실 또는 외래환자 클리닉 서비스 • 병원에서 청구하는 검사실 및 진단 검사 • 정신 건강 케어(부분 입원 프로그램의 진료 포함), 의사가 이것이 없으면 입원 치료가 필요하다고 인증한 경우 • 병원에서 청구하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 부목 및 캐스트와 같은 의료용품 • 귀하가 스스로 투여할 수 없는 일부 의약품 **참고:** 의료 제공자가 귀하를 입원 환자로 입원 시키라는 명령을 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자이며 외래 병원 서비스에 대한 비용 분담 금액을 지불합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 “병원 입원 환자입니까 아니면 외래 환자입니까?”라는 Medicare 자료표에서 자세한 내용을 보실 수 있습니다. Medicare가 있으면 물어보십시오!” 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하면, 이 안내 자료를 얻을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴, 무료로 이용하실 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 외래 환자 병원 서비스는 이 차트의 다른 혜택에서 보장됩니다. 외래 환자 병원 환경에서 진료를 받을 경우 이런 저런 혜택을 확인하십시오. • “응급 치료” • “세계 응급/긴급 보장” • “외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품” • “병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공되는 외래환자 수술” • “부분 입원” **사전 승인이 필요할 수 있습니다.** **외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.**
외래 환자 정신 건강 케어 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 정신 건강 관리 서비스는 해당 주법에 따라 주 정부 면허 정신과 의사, 임상 심리학자, 임상 사회 복지사, 임상 간호사 전문가, 면허 전문 카운슬러(LPC), 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 간호사(NP), 의사 조수(PA) 또는 기타 Medicare 자격을 갖춘 정신 건강 케어 전문가가 제공합니다.	귀하의 연간 우울증 검진은 이 차트의 “우울증 검사” 를 참조하십시오. 이 Medicare 보장 외래 환자 정신 건강 케어 치료가 필요한 경우 이 차트의 “부분 입원”을 참조하십시오.

보장 서비스	귀하의 부담분
외래 환자 정신 건강 케어 (계속) 귀하의 Medicare 외래 환자 정신 건강 케어 보장은 다음을 포함합니다. • 달력 연도마다 우울증 검진 1회 이 선별 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료 의사 진료실에서 실시해야 합니다. • 귀하가 이러한 서비스를 받는 주에서 허용하는 의사 또는 특정 면허를 소지한 전문가가 제공하는 개인 및 그룹 심리 치료. • 가족 상담, 주요 목적이 치료를 돕는 경우. • 필요한 서비스를 받고 있는지, 현재 치료가 도움이 되는지 확인하기 위한 테스트. • 정신과 평가. • 복약 관리	**사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
외래 환자 재활 서비스 보장 서비스에는 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료가 포함됩니다. 외래 환자 재활 서비스는 병원 외래 진료과, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
외래 환자 약물 사용 장애 서비스 당사는 약품을 사용하지 않으며 약품 또는 알코올 의존성 치료를 위한 외래 진료를 보장합니다. 집중적인 외래 환자 서비스와 전통적인 상담 등의 서비스가 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공되는 서비스를 포함한 외래환자 수술 **참고:** 병원 시설에서 수술을 하는 경우 입원 환자 또는 외래 환자인지 의료 제공자에게 확인해야 합니다. 의료 제공자가 입원 명령을 작성하지 않는 한, 귀하는 외래 환자이며 외래 수술에 대한 비용 분담금액을 지불합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
일반의약품(Over-the-counter, OTC) 품목(보충)* 귀하는 OTC 품목에 대한 $120.00의 합산 분기 보조금이 포함된 사전 충전 직불 카드를 받습니다. OTC 보청기가 보장되며, 합산 OTC 보조금에 포함됩니다.	카드를 사용할 경우 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
일반의약품(Over-the-counter, OTC) 품목(보충)* (계속)	
자세한 내용은 사전 충전 직불 카드 혜택 섹션을 참고하십시오.	월간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 가입자가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.
부분 입원 서비스 및 외래 환자 집중 서비스	
*부분 입원*은 병원 외래 환자 서비스 또는 지역 사회 정신 건강 센터에서 제공하는 적극적인 정신 치료 프로그램으로 의사, 치료사, 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허 전문 카운슬러 사무실에서 받는 치료보다 더 집중 진료를 제공하며 입원 환자 입원의 대안입니다. *집중 외래 환자 서비스*는 병원 외래 환자 부서, 지역 사회 정신 건강 센터, 연방 자격 보건 센터 또는 시골 건강 클리닉에서 제공되는 적극적인 행동(정신) 건강 치료 치료의 구조화 된 프로그램으로 의사, 치료사의 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허 전문 카운슬러 사무실에서 받는 치료보다 진중도가 높지만 부분 입원보다 집중도가 낮습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
개인 응급 대응 시스템(Personal emergency response system, PERS)(보충)	
PERS는 응급 상황에서 가입자에게 도움을 줄 수 있는 재택 의료 알람 시스템입니다. 자격을 충족하는 경우 이동, 휴대 또는 지선 기기와 늘 착용해야 하는 펜던트를 지급받게 됩니다. 펜던트는 목, 팔목 또는 벨트에 착용할 수 있습니다. 버튼을 누르면 모니터링 회사의 케어링 센터 담당자에게 연결됩니다. 오퍼레이터는 연중무휴로 하루 24시간 운영되며 응급 상황 발생 시 가입자와 연락을 유지합니다. 가입자에게 긴급 의료 서비스가 필요하든 아니면 가족의 도움이 필요하든 케어링 센터 담당자가 필요로 하시는 도움을 드릴 것입니다. 휴대용 기기 또는 재택 PERS 기기를 사용하여 비응급 필요 사항을 위해 버튼을 활성화할 수 있습니다. 외로움을 느끼거나 누군가에게 이야기하고 싶거나 의사의 진료 예약, 교통편 마련에 도움이 필요하거나 기타 다른 도움이 필요한 경우 케어링 센터 담당자가 가입자를 도와주고 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연결하여 필요한 도움을 받도록 해줄 수 있습니다.	귀하는 이 혜택에 대해 $0를 지불합니다. **담당 케이스 관리자가 가입자에게 이 혜택에 대한 자격이 있는지 결정합니다. 사전 승인이 필요합니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
내과 의사/임상의 서비스(의사 진료실 방문 포함) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 의사 진료실, 인증된 외래 수술 센터, 병원 외래환자 부서 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 서비스 또는 수술 서비스 사전 승인이 필요할 수 있습니다. • 전문의의 상담, 진단, 치료 • 의사가 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 지시한 경우 PCP가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 • 다음을 포함한 특정 원격 의료 서비스: 심장 재활 서비스, 주치의 서비스, 카이로프랙틱 서비스, 작업 치료 서비스, 전문의 서비스, 정신 건강 전문 서비스에 대한 개별 세션, 정신 건강 전문 서비스에 대한 그룹 세션, 족부 치료 서비스, 기타 의료 전문가, 정신과 서비스에 대한 개별 세션, 정신과 서비스에 대한 그룹 세션, 물리 치료 및 언어 병리 서비스, 오피오이드 치료 프로그램 서비스, 외래 환자 약물 남용에 대한 개별 세션, 외래 환자 약물 남용에 대한 그룹 세션. ◦ 이러한 서비스는 직접 방문을 통해 받을 것인지 원격 진료를 통해 받을 것인지 선택할 수 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받기로 선택하는 경우 원격 진료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자에게 진료받아야 합니다. 네트워크 의료 제공자를 찾으려면 당사 웹사이트 centralhealthplan.com을 방문하십시오. ◦ 가상 의료 방문은 온라인 기술과 실시간 오디오/비디오 기능을 사용하는 가상 서비스 제공자가 의료 시설 외부에서 귀하에게 제공하는 의료 방문입니다. ◦ 참고: 가상 방문을 통해 모든 건강 상태를 치료할 수 있는 것은 아닙니다. 가상 방문 의사는 귀하가 치료를 위해 직접 의사를 만나야 하는지 여부를 확인할 것입니다. • 병원 기반 또는 중요 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택 내 가정 투석 가입자용 월별 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 사전 승인이 필요할 수 있습니다. • 귀하의 위치에 관계없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하는 원격 의료 서비스. • 약물 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 ◦ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6개월 내에 직접 방문하는 경우 ◦ 이러한 원격 건강 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문하는 경우 ◦ 특정 상황에서는 위 사항에 예외가 인정될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
내과 의사/임상의 서비스(의사 진료실 방문 포함) (계속) • 지방 진료소 및 연방 공인 보건소에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. • **다음과 같은 경우** 5~10분 동안 담당 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅): ◦ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ◦ 체크인이 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 **및** ◦ 체크인이 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 • **다음과 같은 경우** 담당 의사에게 보낸 영상 및/또는 사진의 평가, 해석 및 24시간 내 의사의 후속 진료: ◦ 신규 환자가 아닌 경우 **및** ◦ 평가가 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 **및** ◦ 평가가 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 • 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 소속 의료 제공자의 2차 소견 • 비정기적 치과 치료(보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 설정, 종양성 암 질환의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 치아 추출, 또는 의사가 제공하여 보장되는 서비스로 제한됩니다.) 사전 승인이 필요할 수 있습니다. • 쿠마딘, 헤파린 또는 와파린과 같은 항응고 약품을 복용하는 경우 진료실이나 외래 병원 환경에서 모니터링 서비스.	
족부 치료 서비스(Medicare 보장) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 발의 부상 및 질병(예: 망치 발가락 또는 발뒤꿈치 돌기)의 진단 및 의학적 또는 외과적 치료 • 하지에 영향을 미치는 특정 질환의 가입자에게 제공하는 일상적인 발 진료.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
HIV 예방을 위한 노출 전 예방 조치(PrEP) HIV 환자는 아니지만 담당 의사 또는 기타 의료 종사자가 HIV에 걸릴 위험이 높다고 판단하는 경우, 당사는 노출 전 예방 조치(PrEP) 약물 및 관련 서비스를 보장합니다. 자격 대상자인 경우 보장 서비스는 다음을 포함합니다.	PrEP 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
HIV 예방을 위한 노출 전 예방 조치(PrEP) (계속) • FDA 승인 경구용 또는 주사형 PrEP 약물. 주사 약물을 투여받는 경우, 해당 약물의 주사 비용도 보장해 드립니다. • 12개월마다 최대 8회의 개별 상담 세션(HIV 위험 평가, HIV 위험 감소 및 복약 이행 포함). • 12개월마다 최대 8회의 HIV 검사. 일회 B형 간염 바이러스 검사.	
전립선암 검사 50세 이상 귀하의 경우 보장 서비스에는 12개월에 한 번 제공하는 다음 서비스를 포함합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(Prostate Specific Antigen, PSA) 검사	연례 PSA 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
보철 및 교정 장치 및 관련 용품 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 장치(치과용 제외) 여기에는 결장 조루술 치료와 직접 관련된 결장 조루술 백 및 용품, 심장박동기, 보조기, 보철화, 인공 사지 및 유방 보철물(유방절제술 후 수술용 브래지어 포함) 등 뿐 아니라 보철 및 교정 장치의 검사, 피팅, 또는 트레이닝 등이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다. 보철과 교정 기기와 관련된 특정 물품, 보철 기기의 수리 및/또는 교체 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장이 포함됩니다. 자세한 내용은 이 표 뒷부분의 안과 진료를 참조하십시오.	이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
호흡 재활 서비스* 중등도에서 매우 중증인 만성 폐쇄성 폐질환(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)이 있는 가입자와 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사의 폐 재활 지시를 받은 가입자에게는 종합적인 폐 재활 프로그램이 보장됩니다.	이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
알코올 남용을 줄이기 위한 선별 검사 및 상담 당사는 알코올을 남용하지만 알코올 의존자는 아닌 성인(임산부 포함)에 대해 1회의 알코올 남용 검사를 보장합니다.	알코올 오용 예방 혜택을 축소하는 Medicare 보장 검사 및 상담에 대해서는 공동보험료,

보장 서비스	귀하의 부담분
알코올 남용을 줄이기 위한 선별 검사 및 상담 (계속) 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 진료 환경에서 자격을 갖춘 주치의(PCP) 또는 임상의와 연간 최대 4회까지 간단한 직접 대면 상담 세션(상담이 가능하고 그동안 각성 상태인 경우)을 받을 수 있습니다.	자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 검사 자격이 있는 사람의 경우 12개월마다 LDCT가 보장됩니다. **적격 가입자**: 폐암의 징후나 증상이 없지만 최소 20갑년 이상의 흡연 이력이 있고 현재 흡연 중이거나 지난 15년 이내에 금연한 50~77세의 사람. 폐암 검사 상담 및 해당 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하는 공유 의사 결정 방문 중에 LDCT에 대한 서면 지시를 받고 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 의료인이 제공하는 의료 서비스를 받기로 한 사람. *초기 LDCT 검사 후 LDCT 폐암 검사의 경우:* 가입자는 LDCT 폐암 검사에 대한 서면 지시서를 받아야 하며, 이는 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 의료인과의 적절한 방문 중에 제공될 수 있습니다. 의사 또는 자격을 갖춘 비의사 의료인이 폐암 검사 상담을 제공하고 이후 LDCT 폐암 검사를 위한 공동 의사 결정 방문을 선택하는 경우 해당 방문은 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	Medicare에서 보장하는 상담 및 공동 의사 결정 방문 또는 LDCT에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
C형 감염 바이러스 감염 검사 귀하의 주치의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 C형 간염 검사를 지시하고 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우, 당사는 C형 간염 검사를 1회 보장합니다. • 불법 주사 약물을 사용하거나 사용한 적이 있기 때문에 고위험군인 경우. • 1992년 이전에 수혈을 받은 경우. • 1945-1965년 사이에 출생한 경우. 1945-1965년 사이에 출생했지만 고위험으로 간주되지 않는 경우, 당사는 1회 검사 비용을 지불합니다. 고위험군인 경우(예를 들어, 이전에 C형 간염 검사에서 음성으로 확인된 이후 불법 주사 약물을 계속 사용한 경우), 당사는 매년 검사를 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 C형 감염 바이러스 검사에 대해서는 공동보험, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

보장 서비스	귀하의 부담분
성병 감염(STI) 검사 및 성병 예방을 위한 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개감염(sexually transmitted infections, STI) 검사를 보장합니다. 이러한 검사는 임산부와 주치의가 검사를 지시할 때 STI에 걸릴 위험이 높은 특정 사람들에게 보장됩니다. 당사는 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 이런 검사를 보장합니다. 또한 성적으로 활발한 성인으로 STI 위험이 높은 가입자에 대해 매년 최대 2회 20분~30분의 직접 대면 고강도 행동 상담 세션 비용을 지급합니다. 이러한 상담 세션은 주치의가 제공하고 의사 진료실과 같은 1차 진료 환경에서 진행되는 경우에만 예방 서비스로 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 STI 검사 및 STI 예방 혜택 상담에는 공동보험, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
신장 질환 치료 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 신장 케어 방법을 교육하고 가입자들이 자신의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 의사가 의뢰할 때 IV 단계 만성 신장 질환이 있는 가입자의 경우, 당사는 평생 동안 신장 질환 교육 서비스의 최대 6 세션을 보장합니다. • 외래 환자 투석 치료(제3장에 설명된 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 이 서비스의 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없는 경우의 투석 치료 포함) • 입원 환자 투석 치료(특수 케어 목적으로 병원에 입원 환자로 입원한 경우) • 자가 투석 교육(귀하 및 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함) • 가정용 투석 장비 및 용품 • 가정 투석 상태를 확인하고, 응급 상황에 도움을 주며, 투석 장비와 물 공급 상태를 확인하기 위해 필요한 훈련된 투석 작업자의 방문과 같은 특정 가정 지원 서비스. 투석을 위한 특정 의약품은 Medicare Part B에서 보장됩니다. 파트 B 의약품의 보장에 대한 자세한 내용은 이 표의 **Medicare Part B 의약품**을 참조하십시오.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
전문 요양 시설(Skilled nursing facility, SNF) 진료 (전문 요양 시설 케어에 대한 정의는 이 문서의 12장을 참조하십시오. 전문 간호 시설을 SNF라고도 합니다.) 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다 • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사	이 서비스에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
전문 요양 시설(Skilled nursing facility, SNF) 진료 (계속) • 전문 요양 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 당사의 치료 플랜의 일부로 받는 의약품 • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액의 첫 번째 파인트부터 시작됩니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • SNF가 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF가 일반적으로 제공하는 실험실 검사 • SNF가 일반적으로 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • SNF가 일반적으로 제공하는 휠체어 등 기구의 사용 • 내과 의사/임상의 서비스 보통 네트워크 소속 시설에서 SNF 진료를 받습니다. 아래에 나열된 특정 조건 하에서 해당 시설이 당사 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 네트워크 소속 의료 제공자가 아닌 시설에서 네트워크 내 비용 분담금을 지불할 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속 진료 은퇴 커뮤니티(전문 요양 시설 케어를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 시 귀하의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 SNF	
흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용 중단을 위한 상담) 흡연 및 담배 사용 중단 상담은 다음 기준을 충족하는 외래 및 입원 환자에 대해 보장됩니다. • 담배 관련 질병의 징후나 증상 유무에 관계없이 담배를 사용합니다. • 상담 중에 결정권이 있고 경계합니다. • 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare에서 인정하는 기타 개업의가 상담을 제공합니다. 당사는 연간 2회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4회의 중급 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 환자는 연간 최대 8회의 세션을 받습니다).	Medicare에서 보장하는 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
만성 질환에 대한 특별 보조 혜택* 아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다. • 심혈관 질환 • 만성 심부전	사전 충전 직불 카드를 사용할 경우 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다. **케어 관리 프로그램에 대한 참여가 필요할 수 있습니다. 또**

보장 서비스	귀하의 부담분
만성 질환에 대한 특별 보조 혜택* (계속) • 치매 • 당뇨병 • 만성 폐 질환 • 만성 신장 질환(CKD) • 만성 알코올 사용 장애 및 기타 약물 사용 장애(SUD) • 암 • 자가면역 질환 • 과체중, 비만 및 대사 증후군 • 만성 위장관 질환 • 중증 혈액 질환 • HIV/AIDS • 만성 및 장애 정신 건강 상태 • 신경학적 장애 • 뇌졸중 • 장기 이식 후 • 면역 결핍 및 면역 억제 장애 • 인지 장애와 관련된 상태 • 기능적 어려움이 있는 상태 • 시각, 청각(난청), 미각, 촉각 및 후각을 저하시키는 만성 질환 • 개인이 기능을 유지하거나 보유하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태 이러한 혜택을 누리실 수 있도록 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 귀하의 요청을 시작하거나 추가 정보를 얻을 수 있습니다. 참고: 이 혜택을 요청함으로써 가입자는 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 담당자에게 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법을 통해 가입자에게 연락할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다. 승인 시, SSBCI 혜택에 사용할 수 있도록 귀하의 사전 충전 직불 카드에는 매월 $50의 보조금이 자동으로 충전됩니다. 매월 말까지 사용되지 않은 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다. **식품 및 농산물** 귀하는 사전 충전 직불 카드의 보조금을 인근 참여 지역 매장에서 다양한 브랜드 및 일반 건강 식품에 사용하거나 Members.NationsBenefits.com/Molina에서 추가 비용 없이 온라인 가정 배달 서비스에 이용할 수 있습니다. 합산 보조금에 포함되는 혜택 및 서비스의 전체 목록은 사전 충전 직불 카드 섹션을 참고하십시오.	**한 가입자는 반드시 병력 정보 부족에 근거하여 검사에 대해 의사의 승인을 받아야 합니다.** **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

보장 서비스	귀하의 부담분
감독하 운동 요법(SET) SET는 증상이 있는 말초 동맥 질환(peripheral artery disease, PAD)이 있는 가입자에게 보장됩니다. 모든 SET 요건이 충족되는 경우, 12주 동안 최대 36회 세션 SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다. • 파행 환자의 PAD에 대한 치료 운동 훈련 프로그램이며 30~60분간 지속되는 세션으로 구성됩니다. • 병원 외래 환자 환경 또는 의사 진료실에서 실시 • 유익성이 해로움을 능가하는지 확인하고 PAD에 대한 운동 요법 교육을 받은 자격을 갖춘 직원이 제공 • 기본 및 고급 생명 유지 기술 모두에 대해 교육을 받은 의사, 보조 의사 또는 간호사/전문 임상 간호사의 직접적인 감독하에 실시. SET는 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우 12주 동안 36회 세션을 초과하여 장기간에 걸쳐 추가 36회 세션을 보장할 수 있습니다.	이 혜택을 받을 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
긴급하게 필요한 서비스 응급은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 당사의 플랜 서비스 지역 외에 있거나 또는 당사의 플랜 서비스 지역 안에 있더라도, 주어진 시간, 장소, 상황에서 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 서비스를 받기 어려운 경우에 긴급하게 필요한 서비스입니다. 당사의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장하며 네트워크 내 비용 분담금만 지급합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발적 등이 있습니다. 연례 검진과 같이 의료적으로 필요한 의료 제공자의 정기 방문은 귀하가 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 당사의 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급하게 필요한 서비스로 간주되지 않습니다. 미국 외 지역의 긴급히 필요한 진료는 전 세계 응급/긴급 보장 혜택에 따라 보장 받을 수 있습니다. 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 치료 및 안정화 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 $50,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 “전 세계 응급/긴급 진료 보장”를 참조하십시오.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
안과 진료(Medicare 보장) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.	이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자

보장 서비스	귀하의 부담분
안과 진료(Medicare 보장) (계속) • 노화 관련 황반 변성 치료를 포함하여 눈의 질병 및 부상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스. Original Medicare는 안경/콘택트 렌즈에 대한 일상적인 눈 검사(눈 굴절)를 보장하지 않습니다. • 녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지급합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다. 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨병이 있는 사람, 50세 이상의 아프리카계 미국인, 65세 이상의 히스패닉계 미국인 • 당뇨병 환자의 경우 당뇨병성 망막병증 검사가 1년에 한 번 보장됩니다. • 안구내 렌즈 삽입을 포함하여 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트 렌즈 한 쌍 백내장 수술이 2회 진행되는 경우, 1차 수술 후 혜택을 예약할 수 없으며 2차 수술 후 안경 2개를 구매할 수 없습니다.	기부담금 또는 공제액이 없습니다.
안과 진료(보충) * 당사는 정기 시력 관리를 보다 알차게 받으실 수 있도록 Vision Vendor와 제휴 관계를 맺었습니다! 보장되는 보충 시력 관련 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 보장 범위는 다음과 같습니다. • 달력 연도별 정기 눈 검사 1회 • 안경류 보조금 $200의 안경류 보조금을 사용하여 다음을 구매할 수 있습니다. • 콘택트렌즈* • 안경(렌즈 및 안경테) • 안경 렌즈 및/또는 안경테 *콘택트렌즈를 선택한 경우 안경류 보조금으로 콘택트렌즈 피팅 비용의 전부 또는 일부를 지불할 수도 있습니다. 가입자는 플랜의 안경류 보조금 한도를 초과하는 모든 교정 안경류 비용을 지불할 책임이 있습니다. 달력 연도마다 안경을 위해 1회의 정기 눈 검사(및 굴절 검사) 자기부담금 $0.	이 혜택에 대해서는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다.
Medicare 가입 환영 예방검진 방문 당사의 플랜은 일회성 Medicare 가입 환영 예방검진 방문을 보장합니다. 방문에는 귀하의 건강에 대한 검토는 물론 귀하에게 필요한 예	Medicare 가입 환영 예방검진 방문에 대해서는 공동보험료,

보장 서비스	귀하의 부담분
Medicare 가입 환영 예방검진 방문 (계속)	
방 서비스(특정 검사 및 주사 포함)에 대한 교육 및 상담, 필요한 경우 기타 치료에 대한 추천이 포함됩니다. **중요:** Medicare Part B 가입 첫 12개월 이내에만 Medicare 가입 환영 예방 검진을 보장합니다. 예약을 하실 때 의사 진료실에 Medicare 가입 환영 예방 진료 일정을 잡고 싶다고 미리 알려주시기 바랍니다.	자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
세계 응급/긴급 보장 범위(보조)*	
귀하의 보험에 추가된 혜택으로서 미국(U.S.) 외 지역에서 발생하는 전 세계 긴급 진료에 대하여 달력 연도마다 최대 $50,000까지 보장됩니다. 이 혜택은 미국에서 케어가 제공되지 않은 경우 응급 또는 긴급 진료로 분류될 수 있는 서비스로 제한됩니다. 세계 보장 범위에는 응급 또는 긴급하게 필요한 케어, 응급 수송, 진급 진료, 응급 상황 발생 장소에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지 응급 구급차 수송 및 안정화 후 케어가 포함됩니다. 구급차 서비스는 기타 다른 방법으로 귀하를 응급실로 옮기면 귀하의 건강이 위험할 수 있는 상황에서 보장됩니다. 이러한 상황이 발생하면 가입자 본인 또는 보호자가 당사에 전화해 주시기를 요청드립니다. 당사에서 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자의 질병 및 상황이 허락하는 대로 신속하게 케어를 인계받도록 준비할 것입니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다. 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다. 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. 미국은 50개 주, District of Columbia, 푸에르토리코, 버진아일랜드, Guam, 북마리아나 제도 및 미국령 사모아를 의미합니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료 또는 자기부담금이 없습니다. 미국 외 지역에서 응급 치료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 케어를 받아야 하는 경우 케어에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 플랜으로 승인된 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 케어를 받아야 합니다. 귀하의 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 진료의 환급 청구를 신청해야 할 수 있습니다. 이 혜택에 대해서 달력 연도마다 플랜 최대 금액 $50,000가 적용됩니다.

섹션 3 Central Health Dual Access Plan 밖에서 보장되는 서비스 (HMO D-SNP)

귀하는 플랜 가입자로서 Medicare 저축 프로그램의(Medicare Savings Program)보장을 받게 됩니다. Medicare Savings 프로그램은 제한된 소득자들에게 보험료나 비용 분담금 등의 Medicare 비용을 지원해드립니다. 이러한 Medicare 비용에 대한 지원은 귀하의 도움 수준에 달려 있습니다. 특정 보장 범위에 대해서는 제2장 섹션 6에 있는 도표를 참조하십시오. 어떤 이들에게는 Medicaid에서 추가 혜택과 추가 지원을 함께 제공합니다.

Medicaid에 관하여 도움을 받으려면 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 당사가 기꺼이 도와 드리겠습니다. 직접 California로 Medicaid에 연락할 수 있습니다. California Department of Health Care Services의 연락처 정보는 2장 섹션 6에서 확인할 수 있습니다.

섹션 4 당사의 플랜이 보장하지 않는 서비스

이 섹션에서는 제외되는 서비스에 대해 설명합니다.

아래 차트는 어떤 조건에서도 당사의 플랜이 보장하지 않거나 특정 조건에서만 Medicaid에서 보장하는 일부 서비스 및 품목을 나열합니다.

제외된(보장되지 않는) 서비스를 받는 경우, 아래에 나열된 특정 조건을 제외하고 직접 비용을 지불해야 합니다. 응급 시설에서 제외된 서비스를 받더라도 제외된 서비스는 여전히 보장되지 않으므로 당사의 플랜은 해당 비용을 지불하지 않습니다. 유일한 예외는 서비스가 이의 제기되어 결정되는 경우, 즉 귀하의 특정 상황으로 인해 당사가 해당 의료 서비스를 지불하거나 보장해야 한다고 이의를 제기하는 경우입니다 (의료 서비스 보장을 거부하기로 한 결정에 대한 이의 제기 신청에 대한 자세한 내용은 9장 섹션 6.3을 참조하십시오.)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	**특정 조건에서만 보장됨**
성형 수술 또는 시술	사고로 인한 부상 또는 기형 신체의 기능 개선을 위한 경우에 보장됩니다. 유방 절제술 후 유방 재건의 모든 단계 및 대칭적 외관에 영향 없는 유방 재건도 보장됩니다.
보호자 돌봄 보호적 돌봄은 목욕이나 옷 입기와 같은 일상 생활에 도움이 되는 돌봄과 같이 훈련된 의료 또는 구급 요원의 지속적인 주의를 요하지 않는 보호자 돌봄입니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
실험적인 의료 및 수술 절차, 장비 및 투약 실험적 시술 및 품목은 Original Medicare에 의해 일반적으로 의료계에서 인정되지 않는다고 판단되는 품목 및 시술을 말합니다.	Original Medicare가 승인한 임상시험 연구에 따라 Original Medicare 또는 당사 플랜에서 보장할 수 있습니다. (임상시험 연구에 대한 자세한 내용은 3장 섹션 5 참조)
귀하의 직계 친척 또는 귀하의 가족 구성원이 진료를 위해 부과하는 수수료	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
가정 내 전일 요양 케어	어떠한 조건에서도 보장되지 않음

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	특정 조건에서만 보장됨
가사 도우미 서비스는 간단한 집안일 또는 간단한 식사 준비를 포함하여, 기본적인 가정 지원을 포함합니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
정형외과 신발 또는 발 지지 장치	다리 보조기의 일부로서, 보조기, 당뇨병성 발 질환을 가진 사람들을 위한 정형 외과적 또는 치료용 신발의 비용에 포함되어 있는 신발
전화나 텔레비전 등 병원이나 전문 요양 시설에서 환자의 방에 비치하는 개인적 용도의 물품	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
병원의 개인 병실	의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
난관 복원 시술 및/또는 비처방 피임 용품	어떠한 조건에서도 보장되지 않음
정기적인 척추 지압 요법 치료	아탈구 교정을 위해 수동 척추 조작이 보장됩니다.
방사형 각막 절개술, 라식 수술 및 기타 저시력 보조	이 플랜은 추가 시력 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 장의 섹션 2.1, 혜택 차트에서 "안과 진료"를 참조하십시오.
정기 족부 치료	Medicare 지침에 따라 일부 제한적인 보장이 제공됩니다(예: 당뇨병이 있는 경우).
Original Medicare 표준에 따라 합리적이지 않고 필요하다고 간주되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음

5장:
파트 D 의약품에 대한 플랜의 보장 사용하기

섹션 1 당사 플랜의 파트 D 의약품 보장 기본 규칙

Medicare Part B 의약품 혜택 및 호스피스 의약품 혜택에 대해서는 4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

Medicare에서 보장되는 약품 외에도 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다.

Medicaid 의약품 보장에 대한 자세한 사항은 가입자 서비스부나 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오(연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

당사의 플랜은 귀하가 다음의 규칙을 따르는 한 일반적으로 약품을 보장합니다.

- 귀하는 의료 제공자(의사, 치과의사 또는 다른 처방자)로부터 해당 주 법률에 따라 유효한 처방전을 받아야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되어 있지 않아야 합니다.
- 일반적으로 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제 받아야 합니다(섹션 2로 이동) 또는 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해처방약을 조제 받을 수 있습니다.
- 귀하의 약품이 당사 플랜의 의약품 목록에 있어야 합니다(섹션 3으로 이동).
- 해당 의약품은 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. “의학적으로 승인된 용도”란 FDA에서 승인했거나 특정 참고 문헌에서 지원하는 약품 사용을 의미합니다. (의학적으로 승인된 용도에 대한 자세한 정보는 섹션 3을 참조하십시오.)
- 귀하의 약품은 당사가 보장하기 전에 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (자세한 내용은 섹션 4를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제 받기

대부분의 경우, 당사 플랜의 네트워크에 속한 약국에서 조제된 경우에 한해서 처방약 비용이 보장됩니다. (네트워크에 속하지 않은 약국에서 조제된 처방전을 보장하는 시기에 대한 정보는 섹션 2.5를 참조하십시오.)

네트워크 약국은 귀하의 보장 의약품을 제공할 당사의 플랜과 계약을 맺은 약국입니다. “보장 의약품”이라는 용어는 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 파트 D 의약품을 의미합니다.

섹션 2.1 네트워크 소속 약국

지역 내에서 네트워크 약국 찾기

네트워크 소속 약국을 찾으려면 *약국 명부*로 이동하거나 웹사이트(centralhealthplan.com)를 방문하고/방문하거나 가입자 서비스부에 (866) 314-2427번으로 문의하십시오.

네트워크 약국이면 아무 곳이나 가도 무방합니다.

약국이 네트워크를 탈퇴할 경우

현재 이용하는 약국이 당사 플랜의 네트워크에서 탈퇴하는 경우, 네트워크에 속한 새로운 약국을 찾으셔야 합니다. 해당 지역의 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스부의 도움을 받거나 *약국 명부*를 사용하십시오. 또한 당사 웹사이트, centralhealthplan.com에서도 정보를 찾을 수 있습니다.

전문 약국

때로는 처방약을 전문 약국에서 조제해야 하는 경우도 있습니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료 요법을 위한 의약품을 공급하는 약국
- 요양 시설과 같은 장기 요양(Long Term Care, LTC) 시설의 거주 환자들을 위해 약품을 공급하는 약국 일반적으로 LTC 시설(요양원과 같은)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.
- 인도 건강 서비스 / 부족 / 도시 인도 건강 프로그램(푸에르토리코에서는 사용할 수 없음)을 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 미국 원주민 또는 Alaska 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공자의 협조 또는 사용에 대한 교육이 필요한 의약품을 조제하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 *약국 명부*로 이동하거나 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY: 711)번으로 문의하십시오.

섹션 2.2 플랜의 우편 주문 서비스 이용하기

특정 유형 약품의 경우, 플랜 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 받을 수 있는 약품은 만성 또는 장기 질병 때문에 정기적으로 복용하는 약입니다. 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 받을 수 *없는* 약품의 경우 “의약품 목록”에 No Mail Order의 약자인 “**NM**”으로 표시됩니다.

당사의 플랜의 우편 주문 서비스를 사용하면 **최대 100 일 분량**을 주문할 수 있습니다.

우편으로 처방전을 채우는 방법에 대한 주문 양식과 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하거나 당사 웹사이트 centralhealthplan.com을 방문하십시오.

일반적으로 우편 주문 약국 주문은 14 일 이내에 귀하에게 배달됩니다. 긴급한 필요가 있거나 이 시기가 지연되는 경우, 처방전의 임시 공급분을 받으려면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

약국이 의사 진료실에서 직접 받는 새로운 처방전.
약국이 의료 서비스 제공자로부터 처방전을 받으면 즉시 또는 나중에 약품을 보충하기를 원하는지 확인하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 약국에서 귀하에게 연락을 취할 때마다 응답하여 새로운 처방전을 배송, 지연 또는 중지할지 여부를 알려주는 것이 중요합니다.

우편 주문 처방전의 반복 조제 약품을 재조제하는 경우, 자동 재조제 프로그램을 등록하는 방법이 있습니다. 이 프로그램에 따라 당사는 당사 기록에 귀하의 의약품이 거의 다 떨어진 것으로 나오면 자동으로 재조제 프로세스를 시작하게 됩니다. 약국에서는 배송에 앞서 가입자에게 연락해 추가 약이 필요한지 확인하게 되며, 가입자께서는 약이 충분히 남아 있거나 처방약이 변경된 경우 예정된 재조제를 취소하실 수 있습니다.

당사의 자동 재주문 프로그램을 사용하지 않고도 우편 주문 약국에게 처방전을 보내줄 것을 원하신다면, 현재 처방전이 다 떨어지기 14일 전에 약국에 연락하십시오. 이렇게 하면 귀하의 주문이 제시간에 배송됩니다.

우편 주문 리필을 자동으로 준비하는 프로그램에 참여하지 않으려면 가입자 서비스부에 전화하거나 웹 사이트 centralhealthplan.com을 방문하십시오.

원하지 않는 리필을 우편으로 자동으로 받는 경우 환불을 받을 수 있습니다.

섹션 2.3 의약품의 장기 분량을 받는 방법

장기적인 약품 공급을 받으면 귀하의 비용 분담을 낮출 수 있습니다. 당사의 플랜은 당사 플랜의 의약품 목록에 유지 의약품의 장기 공급(연장 공급이라고도 함)을 받는 두 가지 방법을 제공합니다. (유지 의약품은 만성 또는 장기 질병을 위해 정기적으로 받는 약물입니다.)

1. 당사 네트워크에 속한 **일부 소매 약국**은 가입자가 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있도록 허용합니다. *약국 명부*를 보시면 당사 네트워크 안에서 어느 약국이 유지 의약품 장기 공급을 제공하는지 알 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에(866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.
2. 또한 귀하는 당사의 우편 주문 프로그램을 통해 유지 의약품을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 2.3을 참조하십시오.

섹션 2.4 플랜 네트워크에 속하지 않는 약국 이용하기

일반적으로, 네트워크 약국을 이용할 수 없는 *경우에 한해* 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 보장합니다. 또한 서비스 지역 밖에도 당사 플랜의 가입자가 처방약을 조제 받을 수 있는 네트워크 소속 약국이 있습니다. **우선 가입자 서비스부에(866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여** 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오.

당사는 다음과 같은 제한된 상황에서만 네트워크 비소속 약국에서 조제한 처방전을 보장합니다.

- 처방이 긴급하게 필요한 진료와 관련된 경우
- 이런 처방이 의료적 응급 상황을 위한 진료와 관련된 경우
- 처방전에 더 적게 처방되지 않은 한, 보장은 31일분으로 제한됩니다.

네트워크 비소속 약국을 이용할 수 밖에 없는 경우, 보통은 귀하가 처방전을 작성할 때(귀하의 정상적인 비용 분담 보다) 전체 비용을 지불해야 할 것입니다. 해당 비용의 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에게 요청할 수 있습니다. (당사의 플랜에 환급을 요청하는 방법에 대해서는 7장, 섹션 2를 참조하십시오.) 네트워크 비소속 약국에서 의약품에 대해 귀하가 지불하는 금액과 당사가 네트워크 약국에서 보장하는 비용의 차액을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.

섹션 3 귀하의 약품이 당사 플랜의 의약품 목록에 있어야 함

섹션 3.1 의약품 목록에서 어느 파트 D 처방약이 보장되는지 확인할 수 있습니다.

당사의 플랜에는 *보장 의약품 목록*(처방집)이 있습니다. 이 *보험 범위 증명서*에서 **당사는 이를 의약품 목록이라고 부릅니다.**

이 목록에 있는 의약품이 의사 및 약사의 도움을 받아 당사의 플랜에 의해 선택됩니다. 이 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

의약품 목록에는 Medicare Part D에서 보장하는 의약품만 표시됩니다. Medicare가 보장하는 약품 외에도 일부 처방약은 귀하의 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다. Medicaid 의약품 보장에 대한 자세한 사항은 가입자 서비스부나 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오(연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

귀하가 이 장에 설명된 다른 보장 규칙을 따르고 해당 약품의 사용이 의학적으로 허용되는 적응증인 한, 당사는 일반적으로 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 약품을 보장합니다. 의학적으로 인정되는 적응증은 *다음 중 하나*에 해당하는 약품의 사용입니다.

- 처방되는 진단 또는 상태에 대해 FDA의 승인을 받았습니다.
- 또는 -- 미국 병원 약제 서비스 의약품 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료에 의해 지원됩니다.

의약품 목록에는 브랜드 의약품, 복제약 및 바이오 의약품(바이오시밀러를 포함할 수 있음)이 포함됩니다.

브랜드 의약품은 의약품 제조사가 소유한 등록 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 바이오 의약품은 일반적인 의약품보다 더 복잡한 약품입니다. 당사 의약품 목록에서 약품은 약품 또는 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다.

제네릭 약품은 FDA에서 브랜드 의약품과 동일한 유효 성분을 가지고 있다고 인정한 의약품입니다. 생물학적 제품에는 바이오시밀러라고 불리는 대안이 있습니다. 일반적으로 제네릭 약품과 바이오시밀러는 브랜드 또는 생물학적 원 제품과 효과가 동일하며 비용은 더 저렴합니다. 많은 브랜드 의약품에 사용할 수 있는 제네릭 대체 약품과 일부 생물학적 제품에 대한 유사 생물학적 대체 약품이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 제네릭 의약품이 브랜드 의약품으로 대체될 수 있는 것처럼 새로운 처방전 없이 약국에서 생물학적 원 제품을 대체할 수 있습니다.

의약품 목록에 포함될 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 12장으로 이동하십시오.

일반의약품

당사의 플랜은 특정 처방전 없이 구입할 수 있는 약도 보장합니다. 일부 일반 의약품은 처방약보다 가격이 저렴하고 효과도 좋습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

의약품 목록에 없는 의약품

당사의 플랜은 모든 처방약을 보장하지는 않습니다.

- 어떤 경우에는, 법률은 어떤 Medicare 플랜도 약품의 특정 유형을 보장하는 것을 허용하지 않습니다. (자세한 내용은 섹션 7을 참조하십시오.)
- 또 당사에서 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.
- 어떤 경우에는 당사의 의약품 목록에 없는 약품을 구할 수도 있습니다. (자세한 내용은 9장을 참조하십시오).

섹션 3.2 *의약품 목록에 있는 의약품들에 대한 6개 비용 분담금 단계*

당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6개 비용 분담금 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계가 높을수록 의약품 비용도 높아집니다.

- 1단계 - 우선 제네릭
- 티어 2 - 제네릭 약품
- 티어 3 - 선호하는 브랜드약

- 4단계 - 비우선 약
- 5단계 - 특수 의약품
- 6단계 - 선별 케어 의약품

귀하의 약품이 어느 비용 분담 티어에 속하는지 확인하려면 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오. 각 비용 분담 단계에서 의약품에 대해 귀하가 지불하는 금액은 6장에 나와 있습니다.

섹션 3.3 특정 의약품이 의약품 목록에 있는지 알아내는 방법

당사 의약품 목록에 있는 의약품인지 확인하려는 경우 다음 옵션을 사용할 수 있습니다.

- 당사가 전자적으로 제공한 가장 최근의 의약품 목록을 확인하십시오.
- 당사 플랜의 웹사이트(centralhealthplan.com)를 방문하십시오. 웹 사이트에 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 특정 약품이 당사 플랜의 의약품 목록에 있는지 확인하려면 가입자 서비스부에 물어보시거나 목록 사본을 요청하시면 됩니다.
- 당사 플랜의 "실시간 혜택 도구"(Caremark.com)를 사용하여 의약품 목록에 있는 의약품을 검색하여 지불할 예상 금액 및 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 의약품 목록에 있는지 확인하십시오. 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화할 수도 있습니다.

섹션 4 보장에 제한이 있는 의약품

섹션 4.1 일부 의약품에 제한이 있는 이유

특정 처방약의 경우, 특별 규정이 적용되어 당사 플랜의 보장 방법 및 시기가 제한됩니다. 의사와 약사 팀은 귀하와 귀하의 의료 제공자가 가장 효과적인 방법으로 의약품을 사용하도록 장려하기 위해 이러한 규칙을 개발했습니다. 이러한 제한이 귀하가 현재 복용하고 있거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알려면 의약품 목록을 확인해 보십시오.

안전하고 저렴한 의약품이 고비용 의약품만큼 의학적으로 효과가 있다면 당사 플랜의 규칙은 귀하와 귀하의 의료 제공자가 저렴한 옵션을 사용하도록 장려하기 위해 고안되었습니다.

때로는 의약품이 당사 의약품 목록에 두 번 이상 나타날 수 있습니다. 이것은 동일한 의약품이 의료 서비스 제공자가 처방한 의약품의 강도, 양 또는 형태에 따라 다를 수 있으며 의약품의 다른 버전에 다른 제한 또는 비용 분담금이 적용될 수 있기 때문입니다(예를 들어, 10mg 대 100mg, 하루에 한 번 대 하루에 두 번, 정제 대 액체).

섹션 4.2 제한 유형

아래 섹션에서는 특정 약물에 대해 사용하는 제한 유형에 대해 자세히 설명합니다.

약품에 제한이 있는 경우, 이것은 일반적으로 귀하나 귀하의 의료 제공자가 의약품 보장을 받기 위해 추가 절차를 밟아야 한다는 것을 의미합니다. 의약품 보장을 받기 위해 귀하나 귀하의 의료 제공자가 할 수 있는 일을 알아보려면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. **당사가 귀하를 위해 제한 사항을 면제해주기를 원할 경우, 귀하는 보장 결정 절차를 사용하고 예외를 요청해야 합니다.** 당사는 귀하에게 제한을 면제할 수도 있고 않을 수도 있습니다. (9장 참조)

플랜의 사전 승인 받기

일부 약품의 경우, 당사가 해당 약품을 귀하에게 보장하는 데 동의하기 전에 특정 기준에 따라 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이것은 의약품 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용을 안내하는 데 도움이 됩니다. 이 승인을 얻지 못하면 의약품이 당사의 플랜에서 보장하지 않을 수 있습니다. 당사 플랜의 사전 승인 기준은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자:711)번으로 전화하거나 당사 웹사이트 centralhealthplan.com에서 확인할 수 있습니다.

먼저 다른 약 시도해 보기

이 요구 사항에 따르면, 귀하가 당사의 플랜에서 다른 약품을 보장하기 전에 비용이 덜 들지만 일반적으로 효과적인 약품을 시도하는 것이 좋습니다. 예를 들어 A 약품과 B 약품이 동일한 질병을 치료하고, A 약품이 B 약품보다 비용이 적게 드는 경우에 당사의 플랜에서는 A 약품을 먼저 시도하도록 요구할 수 있습니다. 약품 A가 귀하에게 효과가 없는 경우, 당사의 플랜은 약품 B를 보장합니다. 먼저 다른 약품을 시도해야 하는 이 요구사항을 **단계 치료**라고 합니다. 당사 플랜의 단계 치료 기준은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자:711)번으로 전화하거나 당사 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인할 수 있습니다.

수량 한도

일부 약품의 경우, 처방을 받을 때마다 받을 수 있는 약품의 양을 제한합니다. 예를 들어, 특정 의약품에 대해 하루에 한 알약만 복용하는 것이 일반적으로 안전한 것으로 간주되는 경우, 처방전에 대한 보장을 하루에 한 알약으로 제한할 수 있습니다.

섹션 5 귀하의 의약품 중 하나가 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않을 경우 귀하가 할 수 있는 일

귀하가 복용하고 있는 처방약이나 귀하와 귀하의 의료 서비스 제공자가 귀하가 복용해야 한다고 생각하는 처방약이 당사의 의약품 목록에 없거나 제한사항이 있는 상황이 있습니다. 예를 들어,

- 해당 약품이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 복제약 버전의 의약품은 보장될 수 있지만 귀하가 복용하려는 브랜드 이름의 버전은 보장되지 않습니다.
- 해당 의약품은 보장이 되지만 그 의약품의 보장에 대한 특별 규정이나 제한 사항이 있습니다.

귀하의 의약품이 귀하의 비용을 귀하의 생각보다 더 비싸게 만드는 비용 분담 단계에 있는 경우 섹션 5.1로 이동하여 귀하가 할 수 있는 일에 대해 알아보십시오.

귀하의 의약품이 의약품 목록에 없거나 제한되어 있다면 귀하가 할 수 있는 일에 대한 옵션은 다음과 같습니다.

- 귀하는 약품의 임시 공급분을 얻을 수 있습니다.
- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.
- 예외를 요청하고 의약품을 보장하거나 의약품에서 제한을 제거하기 위한 당사의 플랜을 요청할 수 있습니다.

임시 공급분을 받을 수도 있습니다.

특정 상황에서, 당사의 플랜은 이미 복용하고 있는 약품의 임시 공급분을 제공해야 합니다. 이 임시 공급분이 제공되는 동안 귀하는 의료 제공자와 해당 변화에 대해 상담할 수 있습니다.

임시 공급분을 받을 자격이 되려면, 귀하가 복용하고 있는 의약품은 **더 이상 당사 플랜의 의약품 목록에 없거나** 또는 **현재 어떤 방식으로든 제한이 있을 것입니다**.

- **귀하가 신규 가입자일 경우** 당사의 플랜 신규 가입일로부터 첫 **90일** 기간 중에는 당사가 귀하의 의약품의 임시 공급분 비용을 지불합니다.
- **귀하가 작년에 당사의 플랜에 가입한 경우**, 당사는 달력 연도의 첫 90일 동안 임시 공급분을 보장해 드립니다.
- 이 임시 공급분은 최대 31일분입니다. 처방전이 더 적은 일수로 작성된 경우, 최대 31일 분량의 약을 제공하기 위해 여러 번 조제해드릴 수 있습니다. 네트워크 약국에서 처방약을 조제 받아야 합니다. (장기요양 약국에서는 낭비를 방지하기 위해 한 번에 더 적은 양의 약을 제공할 수도 있다는 점에 유의하십시오.)
- **90일 이상 당사의 플랜에 가입했고 장기 요양 시설에 거주하며 즉시 공급분이 필요한 가입자의 경우:** 1회에 한해 31일의 특정 약의 응급 공급분 또는 처방전 기간이 그 보다 짧은 경우 그 미만 동안 약품 비용을 당사가 보장해드립니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.
- 귀하가 장기 요양(Long-Term Care, LTC) 시설의 신규 거주자이고 당사 플랜에 등록한 지 90일 이상 되었으며 당사 처방집에 없거나 단계 치료 또는 수량 한도(투여량 제한)와 같은 기타 제한 사항이 적용되는 약품이 필요한 경우, 가입자가 처방집 예외를 추구하는 동안(처방이 더 적은 일수에 해당하지 않는 한) 해당 약품의 임시 31일 긴급 공급량을 보장합니다. 귀하가 받는 진료 수준이 변경되어 한 시설에서 다른 치료 센터로 전환해야 하는 상황에서는 예외가 인정됩니다. 이러한 상황에서는 플랜 가입 첫 90일이 지나도 임시로 일회성 공급 예외가 적용됩니다. 당사의 전환기 정책은 “파트 D” 의약품으로, 네트워크 약국에서 구입하는 경우에 한해 적용됩니다. 전환기 정책은 귀하가 네트워크 비소속 약국 이용 요건을 충족하는 경우를 제외하고, 파트 D가 아닌 의약품을 구입하거나 네트워크 비소속 약국에서 구입하는 경우에는 적용이 불가능합니다.

임시 공급분에 대한 사항은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

의약품 임시 공급분을 사용하는 기간에 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 의료 서비스 제공자와 상의해 결정하셔야 합니다. 귀하에게는 두 가지 옵션이 있습니다.

옵션 1. 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.

당사의 플랜에서 보장하는 다른 약이 귀하에게도 효과가 있을지에 대해 의료 서비스 제공자와 상담하십시오. 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 동일한 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있는 보장 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

옵션 2. 예외를 신청할 수 있습니다.

귀하와 귀하의 의료 제공자는 예외를 만들고 귀하가 원하는 방식으로 약품을 보장할 당사의 플랜을 요청할 수 있습니다. 의료 제공자가 귀하에게 예외를 요청할 의학적 이유가 있다고 판단하면, 의료 제공자가 예외 요청을 도와줄 수 있습니다. 예를 들어, 당사 플랜의 의약품 목록에 없더라도 약품을 보장하도록 당사의 플랜을 요청할 수 있습니다. 또는 당사의 플랜에 예외를 요청하여 제한 없이 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 가입자이고 귀하가 복용하고 있는 의약품이 내년에 어떤 식으로든 처방집에서 제거되거나 제한될 경우, 새해 이전에 변경 사항에 대해 알려 드릴 것입니다. 귀하는 올해 말까지 예외를 요청하실 수 있으며 당사는 귀하의 요청(또는 처방의가 작성한 소견서)을 접수한 후 72시간 이내로 답변해 드립니다. 당사가 귀하의 요청을 승인하면 당사는 변경 사항이 발효되기 전에 해당 의약품 보장을 승인할 것입니다.

귀하와 귀하의 의료 제공자가 예외를 요청해야 한다면 9, 7.4장으로 이동하여 무엇을 해야 하는지 알아보십시오. 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리될 수 있도록 Medicare가 정한 절차와 마감일을 설명합니다.

섹션 5.1 귀하가 볼 때 의약품이 너무 높은 비용 분담 티어에 속한다고 생각될 경우에 해야 할 일

귀하의 약품이 귀하가 볼 때 매우 높은 비용 분담 티어에 속할 경우 귀하가 할 수 있는 일은 다음과 같습니다:

다른 약품으로 변경할 수 있습니다.

귀하의 약품이 귀하가 볼 때 매우 높은 비용 분담 티어에 속할 경우, 귀하의 의료 제공자에게 이야기하십시오. 더 낮은 비용 분담 티어에 귀하에게 잘 듣는 다른 약이 있을 수 있습니다. 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 동일한 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있는 보장 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

예외를 신청할 수 있습니다.

귀하와 귀하의 의료 제공자는 당사의 플랜에게 약품에 대한 비용 분담 단계에서 예외를 만들도록 요청하여 비용을 적게 지불할 수 있습니다. 의료 제공자가 귀하에게 예외를 요청할 의학적 이유가 있다고 판단하면, 의료 제공자가 해당 규정에 대한 예외 요청을 도와줄 수 있습니다.

귀하와 귀하의 의료 제공자가 예외를 요청하려고 하면 9장, 섹션 7.4로 이동하여 해야 할 일이 무엇인지 알아보십시오. 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리될 수 있도록 Medicare가 정한 절차와 마감일을 설명합니다.

5단계 의약품: 특수 의약품은 이러한 유형의 예외에 해당되지 않습니다. 당사는 이 티어의 약품에 대한 비용 분담 금액을 낮추지 않습니다.

섹션 6 의약품 목록은 연중에 변경될 수 있음

대부분의 의약품 보장 변경은 매년 초에 하실 수 있습니다(1월 1일). 그러나 연중에는 당사의 플랜에서 의약품 목록을 일부 변경할 수 있습니다. 예를 들어 당사의 플랜에서 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- **의약품 목록에서 약품을 추가하거나 제거하십시오.**
- **약품을 더 높거나 낮은 비용 분담 단계로 이동합니다.**
- **약품 보장에 대한 제한을 추가하거나 제거합니다**.
- **브랜드 의약품을 제네릭 버전의 약품으로 교체하십시오.**
- **원래의 생물학적 제품을 생물학적 제품의 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체하십시오.**

당사는 당사 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요구 사항을 따라야 합니다.

의약품 보장의 변화에 대한 정보

의약품 목록에 대한 변경이 발생할 때, 당사는 해당 변경에 대한 정보를 당사의 웹 사이트에 게시합니다. 또한 당사는 정기적으로 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 복용 중인 약품에 대한 변경 사항이 있을 경우 직접 통지를 받게 되는 경우가 있을 것입니다.

이 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 의약품 보장의 변경 사항

- **의약품 목록에 새 의약품을 추가하고 의약품 목록에서 유사 의약품을 즉시 제거하거나 변경합니다.**
  - 당사는 즉시 유사 약품을 의약품 목록에서 제거하고 유사 의약품을 다른 비용 분담 단계로 전환하거나 새로운 제한을 추가하거나 또는 둘 다 할 수 있습니다. 새로운 버전의 약품은 동일하거나 더 낮은 비용 분담 티어에 속한 약품으로서 동일하거나 더 적은 제한이 걸려 있어야 합니다.
  - 당사는 브랜드 의약품의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 생물학적 원 제품의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이런 즉각적인 변경을 실시할 것입니다.
  - 당사는 이런 변경을 즉시 실시하고 나중에 귀하에게 알려줄 수 있습니다. 이는 저희가 제거하거나 변경하는 약품을 귀하가 복용하는 경우에도 마찬가지입니다. 당사가 변경하는 시점에 귀하가 유사 의약품을 복용하는 경우, 당사는 귀하에게 당사가 변경한 구체적인 내용을 알려드릴 것입니다.
- **의약품 목록에 의약품을 추가하고 의약품 목록에서 유사 의약품을 제거하거나 변경합니다.**
  - 의약품 목록에 다른 버전의 약품을 추가할 경우, 유사 약품을 제거하고 다른 비용 분담 티어로 전환하거나 새로운 제한을 추가할 수 있거나, 또는 둘 다 할 수 있습니다. 당사가 추가하는 의약품의 버전은 동일하거나 더 낮은 비용 분담금 단계에 있으며 동일하거나 더 적은 제한을 받게 됩니다.
  - 당사는 브랜드 의약품의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 생물학적 원 제품의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 할 것입니다.
  - 당사는 변경하기 최소 30일 전에 알려주거나 변경에 대해 알려주고 귀하가 복용 중인 의약품 버전의 31일치 분량을 보장할 것입니다.
- **의약품 목록에는 있지만 시장에서 철회된 안전하지 않은 약품 및 기타 약품을 제거하기**
  - 때로는 의약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 즉시 의약품 목록에서 해당 약품을 제거할 수 있습니다. 해당 의약품을 복용하고 있다면, 당사는 귀하에게 즉시 관련 사실을 알려드릴 것입니다.
- **의약품 목록에 있는 약품에 대한 기타 변경 사항**
  - 일년이 시작되면 복용중인 약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 또한 Food and Drug Administration(FDA)의 경고 또는 Medicare에서 인정하는 새로운 임상 지침에 따라 변경할 수 있습니다.
  - 우리는 이러한 변경을 하기 전에 적어도 30일 전에 알려주거나 변경에 대해 알려주고 복용 중인 약품의 추가 31일 추가 공급분을 보장할 것입니다.

귀하가 복용하는 약품에 대해 이러한 변경 사항을 적용하는 경우, 귀하의 상태를 치료하기 위해 다른 약품으로 변경하거나 귀하가 복용하는 약품에 대한 새로운 제한을 충족시키기 위해 보장 결정을 요청하는 것을 포함하여 귀하에게 가장 적합한 옵션에 대해 처방자와 상담하십시오. 귀하 또는 귀하의 처방자는 귀하가 복용한 약품 또는 약품의 버전을 계속 다루기 위해 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 9장으로 이동하십시오.

이 플랜 연도에 귀하에게 영향을 미치지 않는 의약품 목록의 변경 사항

당사는 위에서 설명되지 않더라도 의약품 목록을 변경할 수 있습니다. 이러한 경우 변경이 이루어질 때 의약품을 복용하는 경우 변경 사항이 적용되지 않지만 동일한 플랜에 머무르면 다음 플랜 연도 1월 1일부터 변경 사항이 적용됩니다.

일반적으로 현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

- 당사는 귀하의 의약품을 더 높은 비용 분담금 단계로 이동합니다.
- 당사는 귀하의 의약품 사용에 새로운 제한을 두었습니다.
- 당사는 의약품 목록에서 귀하의 약품을 제거합니다.

복용하는 약품에 대해 이러한 변경 사항이 발생하는 경우(시장 철회, 브랜드 의약품을 대체하는 복제약 또는 위 섹션에 언급된 기타 변경 사항 제외), 그런 다음 변경은 내년 1월 1일까지 사용 또는 비용의 분담금으로 지불하는 것에 영향을 미치지 않습니다. 그 날짜까지는 귀하의 지불금이 인상되거나 약품 사용에 대한 추가 제한 사항이 표시되지 않을 것입니다.

당사는 현재 플랜 연도 동안 이러한 유형의 변경 사항에 대해 직접 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도(공개 등록 기간에 해당 목록이 사용 가능한 경우) 의약품 목록을 확인하여 다음 플랜 연도에 영향을 미칠 복용 약품에 대한 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

섹션 7 당사가 보장하지 않는 의약품 유형

일부 종류의 처방약은 제외됩니다. 이는 이러한 의약품에 대해 Medicare가 지불하지 않음을 의미합니다.

귀하가 이의를 제기하고 요청한 의약품이 파트 D에서 제외되지 않은 것으로 밝혀지면, 당사는 그것을 지불하거나 보상할 것입니다.(이의 제기 결정에 대한 자세한 정보를 보려면 9장을 확인하십시오.) 당사 플랜에서 제외된 약품이귀하는 그 비용을 직접 지불해야 합니다.

다음은 Medicare 처방약 플랜이 파트 D에 따라 보장하지 않는 의약품에 대한 세 가지 일반 규칙입니다.

- 당사 플랜의 파트 D 의약품 보장은 Medicare Part A 또는 Part B에서 보장되는 약품을 보장할 수 없습니다.
- 당사 플랜은 미국 및 미국 영토 밖에서 구입한 의약품에 대해서는 보장을 제공할 수 없습니다.
- 미국 병원 처방집 서비스 의약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 참고 자료에서 약품 사용이 지원되지 않는 경우에 당사 플랜은 오프 라벨 의약품 사용을 보장할 수 없습니다. 오프 라벨 사용은 FDA의 승인을 받은 의약품 라벨에 표시된 것 이외의 의약품 사용입니다.

또한, 법률에 따라 아래 나열된 약품의 다음 범주는 Medicare의 적용을 받지 않습니다. 그러나 이러한 약품 중 일부는 귀하의 Medicaid 의약품 보장에 따라 보상될 수 있습니다.

Medicaid 의약품 보장에 대한 자세한 사항은 가입자 서비스부나 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오(연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

- 비처방약(일반 의약품이라고도 함)
- 임신 촉진에 사용되는 의약품
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 의약품
- 미용 목적 또는 모발 성장 촉진을 위해 사용되는 의약품
- 산전 비타민 및 불소 제제를 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성 기능 또는 발기부전 치료에 사용되는 의약품
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가 치료에 사용되는 의약품
- 제조업체가 판매 조건으로 관련 테스트 또는 모니터링 서비스를 제조업체로부터만 구매할 것을 요구하는 외래 환자 의약품

처방전을 지불하기 위해 **귀하가 Extra Help를 받는 경우**, Extra Help는 일반적으로 보장되지 않는 의약품에 대해서는 지불하지 않습니다. Medicaid를 통한 의약품 보장이 있는 경우, 주정부 Medicaid 프로그

램은 보통 Medicare 처방약 플랜으로 보장되지 않는 일부 처방약을 보장할 수 있습니다. 주정부 Medicaid 프로그램에 연락하여 귀하가 이용할 수 있는 의약품 보장이 무엇인지 확인하십시오. (Medicaid의 전화번호 및 연락처 정보는 제2장, 섹션 6에서 찾을 수 있습니다.)

섹션 8 처방약을 조제 받는 방법

처방전을 작성하려면 선택한 네트워크 약국의 귀하의 멤버십 카드에 있는 당사의 플랜 가입자 정보를 제공하십시오. 네트워크 약국은 자동으로 귀하의 약품 비용에 대한 당사의 플랜 분담금을 청구합니다. 귀하는 처방전을 받아갈 때 약국에 *귀하의* 분담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medicaid가 보장하는 처방전을 작성하려면 California Medicaid 플랜 가입자 ID 카드를 제시해야 합니다.

귀하에 대한 당사의 플랜 멤버십 정보가 없으면 귀하나 약국은 당사의 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻거나 약국에 당사의 플랜 등록 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 얻지 못하는 경우, **약을 조제받을 때 처방약 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다.** 그런 다음 당사에 당사 분담금을 **환급해 달라고 요청**할 수 있습니다. 당사의 플랜에 환급을 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 7장 섹션 2로 이동하십시오.

섹션 9 특별한 경우의 파트 D 의약품 보장

섹션 9.1 당사의 플랜이 보장하는 입원을 위해 병원이나 전문 요양 시설에서

당사 플랜의 보장에 의해 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하시는 경우, 일반적으로는 입원 중 처방약 비용을 당사가 보장해드립니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원하신 후에는 당사의 플랜에서 해당 약품이 이 장에서 설명된 보장 규정을 모두 충족하는 경우 가입자의 처방약을 보장해드립니다.

섹션 9.2 장기 요양(LTC) 시설의 거주자로서

요양원 같은 장기 요양(Long Term Care, LTC) 시설에는 보통 자체 약국 또는 전체 거주 환자들에게 약품을 공급하는 약국이 있습니다. 귀하가 LTC 시설에 거주하고 계시다면, 해당 약국이 당사 네트워크 소속인 경우 그 시설의 약국 또는 그 시설이 이용하는 약국을 통해 처방약을 받으실 수 있습니다.

LTC 시설의 약국 또는 사용하는 약국이 당사 네트워크에 속해 있는지 확인하려면 *약국 명부*를 확인하십시오. 소속되어 있지 않은 경우 또는 추가 정보나 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. LTC 시설에 있는 경우, LTC 약국 네트워크를 통해 파트 D 혜택을 정기적으로 받을 수 있도록 해야 합니다.

LTC 시설의 거주자이고 당사의 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한된 약품이 필요한 경우, 섹션 5로 이동하여 임시 또는 응급 공급품 확보에 대한 정보를 참조하십시오.

섹션 9.3 고용주나 은퇴자 그룹 플랜으로부터도 의약품 보장을 받는 경우

귀하의(또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 의약품 보장이 있는 경우 **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오.혜택 관리자는 가입자의 현재 의약품 보장이 당사 플랜과 어떻게 연동되는지 이해하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

일반적으로 직원 또는 퇴직자 그룹 보험이 있는 경우, 당사로부터 받는 의약품 보장은 귀하의 그룹 보험 다음으로 *부차적으로* 적용됩니다. 즉, 그룹 보험에서 먼저 지불합니다.

크레딧 전용 가능한 보장에 관한 특별 참고 사항:

달력 연도마다 귀하의 고용주 또는 퇴직자 그룹은 다음 연도의 의약품 보장이 크레딧 전용 가능함을 알려주는 통지서를 보내야 합니다.

그룹 플랜의 보장이 **크레딧 전용 가능**한 경우, 이는 당사 플랜의 의약품 보장 수준이 평균적으로 Medicare의 표준 의약품 보장 수준과 같거나 그 이상일 것으로 예상된다는 의미입니다.

크레딧 전용 가능한 보장을 유지했음을 보여주기 위해 나중에 이러한 통지가 필요할 수 있으므로 **크레딧 전용 가능 보장에 대한 통지를 보관하십시오**. 만약 귀하가 크레딧 전용 가능한 보장 통지를 받지 못했다면, 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자 또는 노조에게 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4 Medicare 인증 호스피스에 있는 경우

호스피스와 당사의 플랜은 동시에 같은 약을 보장하지 않습니다. Medicare의 인증을 받은 호스피스 프로그램에 가입하였고 말기 예후 및 관련 질환과 무관하여 호스피스 프로그램이 혜택을 받지 못하는 특정 약품(예: 항구토제, 완하제, 진통제, 또는 항불안제)이 필요한 경우, 당사 플랜은 의약품 보장을 하기 전에 처방자 또는 귀하의 호스피스 의료 제공자로부터 해당 의약품이 말기 질병과 무관하다는 통지를 받아야 합니다. 당사의 플랜이 보장해야 하는 이러한 의약품 수령의 지연을 방지하기 위해, 처방전이 채워지기 전에 호스피스 의료 제공자 또는 처방자에게 통보를 요청하십시오.

호스피스 선거를 취소하거나 호스피스에서 퇴원 한 경우, 당사의 플랜은 이 문서에 설명된 대로 의약품을 보장해야 합니다. 약국에서의 지연을 방지하기 위해, Medicare 호스피스 혜택이 종료된 경우 약국에 호스피스를 나왔다는 사실을 증명하는 문서를 지참하십시오.

섹션 10 약품 안전 및 투약 관리에 관한 프로그램

섹션 10.1 약물 관리 프로그램(DMP)은 가입자들이 오피오이드를 안전하게 투약할 수 있도록 도와줍니다.

당사에는 가입자가 처방 오피오이드 및 기타 빈번하게 남용되는 약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 약물 관리 프로그램(DMP)이라 합니다. 여러 처방자나 약국으로부터 받은 아편류 약품을 사용하거나 최근에 오피오이드를 과다 복용한 경우, 당사는 가입자의 아편류 약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 담당 처방자와 상의할 수 있습니다. 담당 처방자와의 협의를 통해 당사가 가입자의 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 해당 약품을 받는 방법을 제한할 수 있습니다. 귀하를 당사의 DMP에 배정할 경우, 제한 사항은 다음과 같습니다.

- 모든 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품 처방을 특정 약국에서 받아야 합니다.
- 모든 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품의 모든 처방을 특정 처방자(들)로부터 받아야 합니다.
- 당사가 보장해 드리는 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약품의 양을 제한합니다.

이러한 약품의 수급 방법이나 수량을 제한하려는 경우, 사전에 통지서를 발송할 것입니다. 서한에는 이러한 약품의 보장을 제한할 것인지, 또는 특정 처방자나 약국에서만 해당 약품에 대한 처방을 받아야 하는지가 설명됩니다. 귀하는 당사에 선호하는 처방자나 약국을 알리거나 당사가 알아야 할 중요한 정보

를 제공할 기회를 가지게 됩니다. 귀하가 응답 할 수 있는 기회를 얻은 후 당사가 이 약품에 대한 귀하의 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 제한 사항을 확인하는 또 다른 편지를 보내드릴 것입니다. 당사의 결정이나 제한에 실수가 있다고 생각되거나 동의하지 않는 경우, 귀하와 귀하의 처방자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하가 이의 신청을 하면 당사는 귀하의 사례를 심사하고 결정 사항을 귀하에게 알려드립니다. 약품 사용 제한과 관련하여 귀하가 신청한 이의 중 일부라도 당사 측에서 계속 수용하지 않기로 결정하는 경우 당사는 자동으로 귀하의 사례를 해당 플랜과 관계없는 외부의 독립 심사관에게 보냅니다. 이의 제기 방법에 관한 정보는 9장을 참조하십시오.

활성 암 관련 통증이나 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 의료 상태가 있거나, 호스피스, 완화 치료 또는 임종 치료를 받고 있거나, 장기 요양 시설에 거주하는 경우, 귀하는 당사의 DMP에 배치되지 않습니다.

섹션 10.2 가입자들이 약물을 관리할 수 있도록 돕는 약물 치료 요법(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램

당사는 복잡한 건강 요구를 가진 귀하를 도울 수 있는 프로그램을 보유하고 있습니다. 당사의 프로그램은 약품 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램이라고 부릅니다. 이 프로그램은 자발적으로 참여하는 프로그램이며 무료입니다. 약사와 의사 팀은 당사의 가입자들이 복용하는 약품으로부터 가장 많은 혜택을 얻을 수 있도록 돕기 위해 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질병이 있어서 특정 의약품 비용을 초과하는 약품을 복용하고 있거나 DMP로 오피오이드를 안전하게 사용할 수 있도록 하는 일부 가입자들은 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 프로그램의 자격이 있는 경우, 약사 또는 기타 의료 전문가가 귀하가 복용하는 모든 약품에 대해 종합적으로 심사할 것입니다. 심사 중에 투약, 비용 및 처방전 및 일반 약품에 대한 문제나 질문에 대해 상담할 수 있습니다. 투약에서 최상의 결과를 얻기 위해 취해야 할 단계가 포함된 권장 할 일 목록이 있는 서면 요약을 받게 됩니다. 귀하는 또한 복용하는 모든 약품 종류, 복용량, 복용 시기 및 복용 이유가 기재된 투약 목록을 받게 될 것입니다. 또한 MTM 프로그램의 가입자는 통제 물질인 처방약의 안전한 처리에 대한 정보를 받게 됩니다.

할 일 목록과 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것을 권장합니다. 담당 의사, 약사 및 다른 의료 서비스 제공자들을 방문하거나 상담 시 치료 플랜 및 의약품 목록을 지참하십시오. 병원이나 응급실에 갈 경우에 대비하여 의약품 목록을 최신 상태로 유지하십시오(예: ID 포함).

귀하의 필요에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 당사는 귀하를 해당 프로그램에 자동으로 가입시킨 후 관련 정보를 보내드립니다. 귀하가 참여하지 않기로 결정한 경우 당사에게 알려주시면 당사는 귀하를 철회할 것입니다. 이 프로그램에 대한 질문은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

6장:
파트 D 처방약에 귀하가 지불하는 금액

섹션 1 파트 D 처방약에 귀하가 지불하는 금액

이 장에서 사용되는 “의약품”은 파트 D 처방약을 의미합니다. 모든 의약품이 파트 D 의약품인 것은 아닙니다. 일부 의약품은 법에 따라 파트 D 보장에서 제외됩니다. 파트 D 보장에서 제외된 일부 약품은 Medicare Part A 또는 파트 B에 따라 보장됩니다.

지불 정보를 이해하려면 어떤 약품이 적용되는지, 처방전을 어디에서 작성할지, 그리고 보장 의약품을 얻을 때 지켜야 할 규칙을 알아야 합니다. 5장에서 이런 규칙을 설명합니다. 플랜의 “실시간 혜택 도구”를 사용하여 의약품 보장(centralhealthplan.com)을 검색할 때표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금의 추정치입니다. 또한 가입자 서비스부[(866) 314-2427(TTY 사용자: 711)]에 전화하면 “실시간 혜택 도구”에서 제공되는 정보를 얻을 수 있습니다.

파트 D 처방약 비용에 대해 Extra Help를 받고 있는 경우, 의약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?

귀하는 Medicaid 적격자이므로 Medicare의 Extra Help를 받아서 처방약 플랜 비용을 지불할 수 있습니다. 귀하는 Extra Help를 보유하고 있기 때문에 **파트 D 처방약 비용에 대한** *이 보장 보험 증명의***일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수도 있습니다**.*처방약 비용 Extra Help를 받는 사람들을 위한 보장 보험 증명 추가 조항*(이하 *저소득 보조금 추가 조항* 또는 *LIS 추가 조항*이라고도 함)이라는 별도의 안내 자료를 귀하에게 보내드렸습니다. 이 자료에는 귀하의 의약품 보장 범위가 나와 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 *LIS 추가 조항*을 요청하십시오.

섹션 1.1 보장 의약품에 대해 지불할 수 있는 본인 부담금의 유형

귀하에게 지불하도록 요청할 수 있는 보장 파트 D 의약품에 대한 본인부담금은 다음과 같이 세 가지 유형이 있습니다.

- **공제액**은 당사 플랜이 당사의 분담금을 지불하기 전에 약품에 대해 귀하가 지불하는 금액입니다.
- **자기부담금**은 처방전을 작성할 때마다 지불하는 고정 금액입니다.
- **공동보험료**은 처방전을 작성할 때마다 지불하는 총 비용의 비율입니다.

섹션 1.2 Medicare에서 귀하의 본인 부담금을 계산하는 방법

Medicare는 귀하의 부담 비용에 무엇이 포함되며 무엇이 포함되지 않는지에 대한 규칙을 가지고 있습니다.

귀하의 부담 비용을 추적하기 위해 따라야 할 규칙은 다음과 같습니다.

이러한 지불은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다.

본인 부담 비용에는 아래에 나열된 지불금이 포함됩니다(보장되는 파트 D 의약품에 대한 것이고 5장에서 설명하는 의약품 보장 규칙을 준수하는 경우).

- 다음 약품 지불 단계에 있을 때 약품에 대해 지불하는 금액:
  - 공제액 단계
  - 초기 보장 단계
- 당사의 플랜에 가입하기 전에 다른 Medicare 의약품 플랜의 가입자로서 이 달력 연도 동안 지불하신 모든 금액
- 가족 또는 친구가 귀하의 의약품에 대해 지불한 모든 금액
- Medicare, 고용주 또는 노동 조합 건강 플랜, Indian Health Service, AIDS 약품 지원 프로그램, State Pharmaceutical Assistance Program(SPAP) 및 대부분의 자선 단체에서 제공하는 Extra Help로 귀하의 의약품에 대해 지불하는 금액

고액 보장 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신하여 지불하는 자)가 달력 연도 내에 총 $2,100의 본인부담금을 지출한 경우, 초기 보장 단계에서 고액 보장 단계로 이동합니다.

이러한 지불은 귀하의 본인부담 비용에 포함되지 않습니다.

본인 부담 비용에는 다음과 같은 지불 유형이 **포함되지 않습니다**.

- 미국 및 미국 영토 이외의 지역에서 구매하는 약품.
- 당사의 플랜이 보장하지 않는 의약품.
- 네트워크 외부 보장에 대한 당사의 플랜 요건에 충족하지 않는 네트워크 비소속 약국에서 받은 약품.
- 파트 A 또는 파트 B로 보장되는 처방약과 Medicare가 제외시킨 기타 약품 등을 포함한, 파트 D가 아닌 약품.
- 보통은 Medicare 의약품 플랜으로 보장되지 않는 처방약에 대해 지불하는 금액.
- 특정 보험 플랜 및 TRICARE 및 재향군인 건강 관리(VA)와 같은 정부 지원 건강 프로그램에서 의약품에 대해 지불한 금액
- 처방전 비용(예를 들어, 근로자 보상)을 지불해야 할 법적 의무가 있는 제3자가 약품에 대해 지불한 금액.
- Manufacturer Discount Program 따라 의약품 제조업체가 지불한 금액

알림: 위에 나열된 조직과 같은 다른 조직이 의약품에 대한 본인 비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 당사의 플랜을 알려야 합니다.

본인부담금 총 비용 추적

- 귀하가 받는 *파트 D 혜택 설명*(EOB)에는 본인부담금 비용의 현재 총계가 포함됩니다. 이 금액이 $2,100에 도달하면 *파트 D EOB*에서 귀하가 초기 보장 단계를 떠나 고액 보장 단계로 이동했음을 알려줄 것입니다.

- **당사에 필요한 정보가 있는지 확인하십시오**. 귀하가 지출한 금액에 대한 당사의 기록이 완전하고 최신 상태인지 확인하기 위해 귀하가 할 수 있는 일을 알아보려면 섹션 3.1을 참조하십시오.

섹션 2 Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP) 가입자를 위한 의약품 지불 단계

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에 따라 귀하의 의약품 보장과 관련하여 **3개 의약품 지불 단계**가 있습니다. 각 처방에 대해 귀하가 지불하는 금액은 처방약을 조제 받거나 재조제 받을 때 귀하가 위치한 단계에 따라 달라집니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장에서 설명합니다. 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 연간 공제액 단계

2단계: 초기 보장 단계

3단계: 고액 보장 단계

섹션 3 *파트 D 혜택 설명*에서는 귀하가 어느 지급 단계에 있는지 설명

당사의 플랜은 처방약 비용과 약국에서 처방을 받을 때 지불하는 금액을 추적합니다. 이를 통해 귀하가 한 의약품 지불 단계에서 다음 단계로 이동하는 시기를 알려드릴 수 있습니다. 두 가지 유형의 비용을 추적합니다.

- **본인부담금:** 귀하가 지불한 금액입니다. 여기에는 보상 대상 파트 D 약품을 받을 때 지불한 비용, 가족 또는 친구가 지불한 귀하의 약품 비용, Medicare, 고용주 또는 노동 조합 건강 플랜, Indian Health Service, AIDS 약품 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 State Pharmaceutical Assistance Program(SPAP) 등의 Extra Help를 통해서 지불한 모든 비용 등이 포함됩니다.
- **총 의약품 비용**: 이는 보장 대상 파트 D 의약품 지불금의 총 합계입니다. 이는 당사의 플랜이 지불한 비용, 귀하가 지불한 비용, 그리고 기타 프로그램 또는 기관이 귀하의 보장 대상 파트 D 약품에 대해서 지불한 비용 등을 포함합니다.

귀하가 지난 달에 당사의 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 조제받은 경우, 당사는 파트 D 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)을 보내드립니다. 파트 D EOB 내용은 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 이 보고서는 귀하가 지난 달에 조제받은 처방약에 대한 지불 세부 내역을 제공합니다. 총 의약품 비용, 당사의 플랜에서 지급한 항목 그리고 귀하 및 귀하를 대신한 누군가가 지급한 항목이 표시됩니다.
- **1월 1일 이후 연간 합계** 이것은 올해 시작 이후 약품에 대한 총 의약품 비용과 총 지불액을 보여줍니다.
- **의약품 비용 정보.** 이것은 총 의약품 가격과 동일한 수량의 각 처방 청구에 대한 첫 번째 작성에서 가격 변경에 대한 정보를 표시합니다.
- **저렴한 비용으로 대체 처방이 가능합니다.** 이것은 해당되는 경우, 각 처방전 청구에 대해 더 저렴한 비용 분담금과 함께 다른 사용 가능한 약품에 대한 정보를 표시합니다.

섹션 3.1 당사는 귀하에게 파트 D 혜택 설명(파트 D EOB)이라는 제목의 월간 요약을 보내드립니다.

당사의 플랜은 처방약 비용과 약국에서 처방을 받을 때 지불하는 금액을 추적합니다. 이를 통해 귀하가 한 의약품 지불 단계에서 다음 단계로 이동하는 시기를 알려드릴 수 있습니다. 두 가지 유형의 비용을 추적합니다.

- **본인부담금:** 귀하가 지불한 금액입니다. 여기에는 보상 대상 파트 D 약품을 받을 때 지불한 비용, 가족 또는 친구가 지불한 귀하의 약품 비용, Medicare, 고용주 또는 노동 조합 건강 플랜, Indian Health Service, AIDS 약품 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 State Pharmaceutical Assistance Program(SPAP) 등의 Extra Help를 통해서 지불한 모든 비용 등이 포함됩니다.
- **총 의약품 비용**: 이는 보장 대상 파트 D 의약품 지불금의 총 합계입니다. 이는 당사의 플랜이 지불한 비용, 귀하가 지불한 비용, 그리고 기타 프로그램 또는 기관이 귀하의 보장 대상 파트 D 약품에 대해서 지불한 비용 등을 포함합니다.

귀하가 지난 달에 당사의 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 조제받은 경우, 당사는 파트 D 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)을 보내드립니다. 파트 D EOB 내용은 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 이 보고서는 귀하가 지난 달에 조제받은 처방약에 대한 지불 세부 내역을 제공합니다. 총 의약품 비용, 당사의 플랜에서 지급한 항목 그리고 귀하 및 귀하를 대신한 누군가가 지급한 항목이 표시됩니다.
- **1월 1일 이후 연간 합계** 이것은 올해 시작 이후 약품에 대한 총 의약품 비용과 총 지불액을 보여줍니다.
- **의약품 비용 정보.** 이것은 총 의약품 가격과 동일한 수량의 각 처방 청구에 대한 첫 번째 작성에서 가격 변경에 대한 정보를 표시합니다.
- **저렴한 비용으로 대체 처방이 가능합니다.** 이것은 해당되는 경우, 각 처방전 청구에 대해 더 저렴한 비용 분담금과 함께 다른 사용 가능한 약품에 대한 정보를 표시합니다.

섹션 4 공제액 단계

대부분의 가입자가 처방약 비용에 대해 Extra Help를 받기 때문에 공제액 단계는 대부분의 가입자에게 적용되지 않습니다. Extra Help를 받고 있다면 이 지불 단계는 귀하에게 적용되지 않습니다.

귀하의 공제액에 관한 정보는 별도의 안내 자료(LIS 추가 조항)를 참조하십시오.

Extra Help를 받지 못하면 공제액 단계는 의약품 보장의 첫 번째 지불 단계입니다. 이 단계는 해당 연도의 첫 처방전을 작성할 때 시작됩니다. 이 지불 단계에 있는 경우, 플랜의 공제 금액에 도달할 때까지 **의약품 비용 전액을 지불해야 하며**, 이는 2026년의 경우 $550입니다. 대상포진, 파상풍, 여행 백신을 포함한 대부분의 성인 파트 D 백신과 보장되는 인슐린 제품에는 공제액이 적용되지 않습니다. 귀하는 3-5 단계 의약품에 대하여 $550의 연간 공제액을 지불할 것입니다. 플랜의 공제 금액에 도달할 때까지 **3-5단계 의약품의 전체 비용을 지불해야 합니다**. 다른 모든 약품에 대해서는 공제액을 지불하지 않아도 됩니다. **전체 비용**은 일반적으로 의약품의 정상적인 전체 가격보다 저렴합니다. 당사 플랜은 네트워크 약국에서 대부분의 의약품을 저렴한 비용으로 협상했기 때문입니다. 전체 비용은 Medicare Drug Price Negotiation Program 따라 협상된 가격의 의약품에 대한 최대 공정 가격과 조제비를 초과할 수 없습니다.

귀하는 3-5 단계 의약품에 대해 $550를 지불하므로 공제액 단계에서 초기 보장 단계로 이동합니다.

섹션 5 초기 보장 단계

섹션 5.1 귀하가 약품에 대해 지불하는 금액은 약품과 처방전을 작성하는 장소에 달려 있습니다.

초기 보장 단계에서 당사의 플랜에서 보장 의약품 비용의 당사 분담금을 지불하며 귀하는 귀하의 분담금(귀하의 자기부담금 또는 공동보험료 금액)을 지불합니다. 귀하가 약품에 대해 지불하는 분담금은 약품과 처방전을 작성하는 장소에 달려 있습니다.

당사 플랜에는 6개 비용 분담금 단계가 있습니다.

당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6개 비용 분담금 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담금 단계가 높을수록 의약품 비용도 높아집니다.

- 1단계 - 우선 제네릭
- 티어 2 - 제네릭 약품
- 티어 3 - 선호하는 브랜드약
- 4단계 - 비우선 약
- 5단계 - 특수 의약품
- 6단계 - 선별 케어 의약품

귀하의 약품이 어느 비용 분담 티어에 속하는지 확인하려면 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오.

약국 선택

의약품에 대한 본인 부담 금액은 약을 어디서 구입하는지에 따라 결정됩니다.

- 네트워크 소매 약국
- 당사 플랜의 네트워크에 속하지 않는 약국. 당사는 제한된 상황에서만 네트워크 비소속 약국에서 작성된 처방전을 보장합니다. 네트워크 비소속 약국에서 조제받은 처방전을 어느 조건에서 보장하는지 알아보려면 5장 섹션 2.5를 참조하십시오.
- 당사 플랜의 우편 주문 서비스

이러한 약국 선택 및 처방전 작성에 대한 자세한 내용은 5장 또는 당사 플랜의 *의료 제공자/약국 명부*를 참조하십시오.

섹션 5.2 *한 달* 분량의 보장 의약품에 대한 귀하의 비용

초기 보장 단계 기간에서 보장 의약품 비용의 분담금은 자기부담금 또는 공동보험료가 될 것입니다.

***한 달* 분량의 보장 파트 D 의약품에 대한 귀하의 비용**

귀하는 Medicaid 자격이 있기 때문에 Medicare에서 Extra Help를 받아서 귀하의 처방약 플랜 비용을 지불하고 있습니다. 귀하는 Extra Help 프로그램에 가입되어 있기 때문에 파트 D 처방약 비용에 대한 이 보장 보험 증명의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수도 있습니다. 처방약 비용 Extra Help를 받는 사람들을 위한 보험 범위 증명서 추가 조항(이하 저소득 보조금 추가 조항 또는 LIS 추가 조항이라고도

함)이라는 별도의 안내 자료를 귀하에게 보내드렸습니다. 이 자료에는 귀하의 의약품 보장 범위가 나와 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 추가 조항을 요청하십시오.

단계	네트워크 소속 일반 소매 비용 분담금 (최대 31일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 31일분)	장기 요양(Long Term Care, LTC) 비용 분담 (최대 31일분)	네트워크 외부 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됩니다. 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) (최대 31일분)
비용 분담 1단계 (선호하는 제네릭)	$0	$0	$0	$0
비용 분담 2단계 (제네릭)	자기부담금 $0, $1.60 또는 $2 또는 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 다른 모든 의약품에 대해 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.	자기부담금 $0, $1.60 또는 $2 또는 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 다른 모든 의약품에 대해 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.	자기부담금 $0, $1.60 또는 $2 또는 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 다른 모든 의약품에 대해 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.	자기부담금 $0, $1.60 또는 $2 또는 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 다른 모든 의약품에 대해 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.
비용 분담 3단계 (선호하는 브랜드)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65
비용 분담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65

단계	네트워크 소속 일반 소매 비용 분담금 (최대 31일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 31일분)	장기 요양(Long Term Care, LTC) 비용 분담 (최대 31일분)	네트워크 외부 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됩니다. 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) (최대 31일분)
비용 분담 5단계 (특수 의약품)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65
비용 분담 6단계 (케어 의약품 선택)	$0	$0	$0	$0

파트 D 백신의 파트 D 백신 비용 분담금에 대한 자세한 내용은 섹션 8을 참조하십시오.

섹션 5.3 의사가 한 달 분량 미만을 처방하는 경우, 한 달 분량의 비용을 지불하지 않아도 될 것입니다.

일반적으로 의약약에 대해 지불하는 금액은 한 달 공급분을 보장합니다. 귀하 또는 귀하의 의사가 귀하가 한 달 미만의 약품 공급을 원할 때가 있을 수 있습니다(예를 들어, 처음으로 약품을 시도하는 경우) 또한 의사에게 처방하도록 요청할 수 있으며 약사는 보충 날짜를 더 잘 계획하는 데 도움이 된다면 한 달 공급분보다 적게 조제하도록 요청할 수 있습니다.

특정 의약품을 한 달치보다 적게 받으면 한 달 공급분에 대한 비용을 지불할 필요가 없습니다.

- 당신이 공동보험료에 대한 책임이 있다면, 당신은 의약품의 총 비용 중 일정 *비율*을 지불합니다. 공동보험료는 약품의 총 비용을 기반으로 하므로 약품의 총 비용이 낮아지기 때문에 비용이 낮아집니다.
- 약품의 자기부담금을 지불해야 할 경우 귀하는 한 달치 전체를 지불하지 않고 약품을 받은 날의 수에 대한 비용만 지불합니다. 의약품에 대해 가입자가 하루에 지불하는 금액(“일일 비용 분담률”)을 계산하여 약물을 복용하는 일수를 곱합니다.

섹션 5.4 보장되는 파트 D 의약품의 장기(최대 100일) 분량에 대한 귀하의 비용

일부 약품의 경우 처방전을 조제할 때 장기 분량(장기 공급분)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 100일분까지 가능합니다.

장기 공급분의 보장 파트 D 의약품에 대한 귀하의 비용

단계	일반 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (100일분)	우편 주문 비용 분담 (100일분)
비용 분담 1단계 (선호하는 제네릭)	$0	$0
비용 분담 2단계 (제네릭)	자기부담금 $0, $1.60 또는 $4. 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.	자기부담금 $0, $1.60 또는 $4. 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65.
비용 분담 3단계 (선호하는 브랜드)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65
비용 분담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 자기부담금 $0, $1.60 또는 $5.10 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 자기부담금 $0, $4.90 또는 $12.65
비용 분담 5단계 (특수 의약품)	장기 공급분은 5단계 약에 대해서는 공급되지 않습니다.	우편 주문은 5단계 약의 장기 공급분에 대해서는 이용할 수 없습니다.
비용 분담 6단계 (케어 의약품 선택)	$0	$0

섹션 5.5 해당 연도의 본인 부담금이 $2,100에 도달할 때까지 귀하는 초기 보장 단계에 머뭅니다.

귀하의 본인 부담금 총 비용이 $2,100에 도달할 때까지 귀하는 초기 보장 단계에 머뭅니다. 그런 다음 고액 보장 단계로 이동합니다.

귀하가 받는 *파트 D* 혜택 설명(Explanation of Benefits, EOB)은 귀하와 당사의 플랜 및 제3자가 귀하를 대신하여 1년 동안 얼마나 많은 비용을 지출했는지 추적하는 데 도움이 됩니다. 모든 가입자가 1년 내에 본인 부담금 한도$2,100에 도달하는 것은 아닙니다.

이 금액에 도달하게 되면 당사가 귀하에게 알려드릴 것입니다. Medicare가 귀하의 본인부담금 비용을 계산하는 방법에 대한 자세한 내용은 섹션 1.3을 참조하십시오.

섹션 6 고액 보장 단계

고액 *보장* 단계에서 귀하는 보장되는 파트 D 의약품에 대해서 아무 비용을 지불하지 않습니다. 본인부담금 비용이 달력 연도의 $2,100 한도에 도달하면 고액 보장 단계로 들어갑니다. 고액 보장 단계에 들어가면 달력 연도가 끝날 때까지 이 지불 단계에 머무르게 됩니다.

이 지불 단계에서 귀하는 보장되는 파트 D 보장 의약품에 대해서 전혀 비용을 지불하지 않습니다.

섹션 7 파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 것

백신 비용 관련 중요 메시지 – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 파트 B에 적용됩니다. 다른 백신은 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 의약품 목록에 포함되어 있습니다. 당사 플랜에서는 본인 부담금 없이 대부분의 성인용 파트 D 백신 비용을 부담합니다. 특정 백신에 대한 보장과 비용 분담금 세부 사항은 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

당사는 Medicare Part D 백신에 대해서 2개 부분으로 보장해 드립니다.

- 첫 번째 부분은 **백신 자체** 비용입니다.
- 두 번째 부분은 **귀하의 백신 접종** 비용에 대한 것입니다. (이는 때때로 백신 “투여”라고 합니다.)

파트 D 백신 접종 비용은 다음 세 가지 요인에 따라 달라집니다.

1. **예방 접종 자문 위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)라는 기관이 해당 백신을 성인에게 권장하는지 여부.**
   - 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP에서 권장하며 비용이 전혀 들지 않습니다.
2. **백신을 구하는 곳.**
   - 백신 자체는 약국에서 조제하거나 의사 진료실에서 제공할 수 있습니다.
3. **백신 제공자.**
   - 약사 또는 기타 의료 제공자는 약국에서 백신을 제공할 수 있습니다. 또는 의료 제공자가 의사 진료실에서 제공할 수 있습니다.

파트 D 백신을 받을 때 지불하는 금액은 처한 상황과 귀하가 어떤 **의약품 지불 단계**에 있는지에 따라 달라질 수 있습니다.

- 백신 접종을 받을 때 백신 자체에 대한 전체 비용과 의료 제공자가 백신을 접종시키는 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 비용의 당사 분담금을 환급해 달라고 당사 플랜에게 요청할 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 이는 귀하가 지불한 전체 비용을 상환한다는 것을 의미합니다.
- 다른 경우에는 귀하는 백신 접종을 받을 때 파트 D 혜택에 따라 귀하의 비용 분담금만 지불합니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하에게는 비용 부담이 없습니다.

파트 D 백신을 접종할 수 있는 세 가지 방법은 다음과 같습니다.

상황 1: 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 접종합니다. (이 선택할 수 있는 권리는 귀하의 거주지에 달려 있습니다. 일부 주에서는 약국에서 특정 백신 접종을 금하고 있습니다.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우 귀하에게는 비용 부담이 없습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 백신 접종 비용을 비롯한 해당 백신 자체에 대한 공동보험료 또는 자기부담금을 약국에 지불합니다.
- 당사의 플랜은 나머지 비용을 지불할 것입니다.

상황 2: 의사 진료실에서 파트 D 백신을 접종합니다.

- 백신 접종을 받을 때 귀하는 백신 자체에 대한 전체 비용과 의료 제공자가 백신을 제공하기 위한 비용을 지불해야 할 수 있습니다.
- 그런 다음 7 장에서 설명된 절차를 사용하여 당사 플랜에게 비용의 당사 분담금을 지불하도록 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 지불한 전액을 환급 받게 될 것입니다. 기타 파트 D 백신의 경우 백신에 대한 공동보험료 또는 자기부담금(투여 포함)을 뺀 금액과 의사가 부과하는 금액과 일반적으로 지불하는 금액의 차이를 뺀 금액을 환급 받습니다. (Extra Help를 받으면 이 차액을 귀하에게 환급해 드립니다.)

상황 3: 네트워크 약국에서 파트 D 백신을 구입하고 의사 진료실에 가져가서 백신을 접종합니다.

- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대해서는 비용 부담이 없습니다.
- 기타 파트 D 백신의 경우, 해당 백신 자체에 대한 공동보험료 또는 자기부담금을 약국에 지불합니다.
- 의사가 귀하에게 백신을 접종하면 귀하는 이 서비스 전체 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 그런 다음 7장에 있는 절차를 사용하여 당사 플랜에게 비용의 당사 분담금을 지불하도록 요청할 수 있습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해 지불한 전액을 환급 받게 될 것입니다. 기타 파트 D 백신의 경우 백신 투여에 대해 의사가 부과하는 금액과 일반적으로 지불하는 금액의 차액을 빼고 상환합니다. (Extra Help를 받으면 차액을 귀하에게 환급해 드립니다.)

7장:
보장되는 의료 서비스 또는 의약품에 대한 비용 청구서에 있는 당사의 분담금을 지불하도록 당사에 요청하기

섹션 1 귀하의 보장 서비스 또는 의약품에 대한 당사의 분담금을 지불하도록 당사에 요청해야 하는 상황

당사의 네트워크 의료 제공자들은 귀하의 보장 서비스 및 의약품에 대한 요금을 당사의 플랜에 직접 청구합니다. 만약 귀하가 받은 의료 서비스 또는 의약품의 전체 비용에 대한 청구서를 받았다면 당사가 지불할 수 있도록 그 청구서를 저희에게 보내주십시오. 귀하가 청구서를 보내면, 당사는 청구서를 심사하고 서비스가 보장되는지 여부를 결정합니다.. 당사는 보장하기로 결정한 경우 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다.

이미 Medicare 서비스 또는 당사의 플랜이 보장하는 항목에 대해 비용을 지불하신 경우, 당사 플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다(비용을 다시 돌려 받는 것을 **환급**이라고 합니다). 당사의 플랜이 보장하는 의료 서비스 또는 의약품에 대한 을 지불하게 되면 귀하는 저희 플랜에서 환급 받을 권리가 있습니다. 보상을 받기 위해 충족해야 할 마감일이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2를 참조하십시오. 이미 지불한 청구서를 당사에 보내주시면 청구서를 검토하여 서비스 또는 의약품이 보장되어야 하는지 여부를 결정합니다. 보장되어야 한다고 결정하면 해당 서비스 또는 의약품 비용을 환급해 드립니다.

또한 의료 제공자로부터 귀하가 받은 의료 서비스의 전액에 대한 청구서 또는 귀하의 비용 분담금 이상에 대한 청구서를 받는 경우도 있을 수 있습니다. 먼저 의료 제공자와 해당 청구서를 해결하십시오. 그래도 해결되지 않으면 지불하는 대신 청구서를 보내십시오. 당사는 법안을 살펴보고 해당 서비스가 보장되어야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 당사는 보장하기로 결정한 경우 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다. 당사가 지불하지 않기로 결정한 경우, 당사는 의료 제공자에게 통지합니다. 절대로 플랜이 허용하는 비용 분담 이상을 지불해서는 안 됩니다. 이 의료 제공자가 계약되면, 귀하는 여전히 치료를 할 권리가 있습니다.

당사의 플랜에 환급을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 요청해야 할 수 있는 상황의 예:

1. 당사 플랜의 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 응급 또는 긴급히 필요한 의료 서비스를 받은 경우

- 의료 제공자가 당사 네트워크의 일부인지 여부에 관계없이 모든 의료 제공자로부터 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 의료 제공자에게 당사의 플랜을 청구하도록 요청하십시오.
- 진료를 받을 때 비용 전액을 지불했다면 비용 중 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에 요청하십시오. 납부한 모든 금액에 대한 서류를 청구서와 함께 보내주십시오.
- 귀하는 본인 부담분이 아니라고 생각하는 금액에 대해 의료 제공자가 청구서를 보낼 수도 있습니다. 납부한 모든 금액에 대한 서류를 청구서와 함께 보내주십시오.
    - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 당사는 해당 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다

- 귀하가 이미 서비스 비용 중 귀하의 분담금보다 많은 금액을 지불한 경우, 당사는 귀하가 부담한 금액을 결정하고 비용 중 당사의 분담금을 돌려드릴 것입니다.

2. 네트워크 소속 의료 제공자가 청구서를 보낼 때 귀하가 지불하지 않아야 한다고 생각합니다

네트워크 소속 의료 제공자는 항상 당사 플랜에 직접 청구해야 합니다. 그러나 실수로 귀하에게 서비스 비용을 지불하라고 요청하는 경우가 있습니다.

- 귀하가 지불해야 하는 것보다 더 많다고 생각되는 금액의 청구서를 네트워크 의료 제공자로부터 받을 때마다 해당 청구서를 당사에 보내주십시오. 당사가 해당 의료 제공자에게 직접 연락하여 비용 청구 문제를 해결할 것입니다.
- 이미 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불한 청구서가 있지만 과다 지불했다고 생각되신다면 납부한 문서를 청구서와 함께 보내주십시오. 귀하가 지불한 금액과 당사 플랜에 따라 귀하가 지불해야 하는 금액 간의 차액을 환급해 줄 것을 당사에 요청하십시오.

3. 당사 플랜에 소급하여 등록한 경우

개인의 당사 플랜에 등록이 소급되는 경우가 있습니다. (즉, 등록 첫날이 지났다는 의미입니다. 등록일은 작년에도 있었을 수도 있습니다.)

당사 플랜에 소급하여 등록했거나 등록 날짜 이후에 보장 서비스 또는 보장 의약품에 대해 본인 부담으로 지불한 경우, 당사에 비용 분담금 환불을 요청할 수 있습니다. 환급을 처리하려면 영수증 및 청구서와 같은 서류를 제출해야 합니다.

4. 네트워크 비소속 약국을 이용하여 처방약을 조제받는 경우

네트워크 비소속 약국에 가면 약국에서 직접 청구서를 제출하지 못할 수 있습니다. 그렇게 되면 처방전의 전체 비용을 지불해야 합니다.

영수증을 저장하고 비용 분담금 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 당사는 제한된 상황에서만 네트워크 외부의 약국을 보장한다는 사실을 기억하십시오. 이러한 상황에 대해 자세히 알아보려면 5장, 섹션 2.5를 참조하십시오. 당사는 귀하가 네트워크 비소속 약국에서 약품에 대해 지불한 비용과 네트워크 약국에서 충당할 비용 간의 차이를 지불하지 않을 수도 있습니다.

5. 당사의 플랜 멤버십 카드를 소지하지 않아 처방약의 전체 비용을 지불한 경우

당사의 플랜 멤버십 카드를 소지하고 있지 않으신 경우, 약국에 당사의 플랜에 연락하거나 당사의 플랜 등록 정보를 조회해달라고 요청하실 수 있습니다. 약국이 즉시 필요한 등록 정보를 확인하지 못하는 경우, 처방전 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수 있습니다.

영수증을 저장하고 비용 분담금 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 협상 가격보다 높은 경우 지불한 전체 비용을 환불하지 않을 수 있습니다.

6. 다른 상황에서 처방전에 대한 전체 비용을 지불할 때

의약품이 어떤 이유로 보장되지 않는 것을 알게 되면, 처방전 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

- 예를 들어, 의약품이 당사 플랜의 *보장 의약품 목록(처방집)*에 없거나 귀하가 몰랐거나 귀하에게 적용되어야 한다고 생각하지 않은 요구 사항 또는 제한이 있을 수 있습니다. 즉시 약품을 받기로 결정하면, 그 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 저장하고 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 의약품 비용 중 당사 분담금을 환급해 드리려면 귀하의 담당 의사로부터 더 자세한 정보를 받아야 할 수 있는 경우도 있습니다. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 협상 가격보다 높은 경우 지불한 전체 비용을 환불하지 않을 수 있습니다.

7. 처방약과 관련하여 약국에서 청구 오류가 있는 경우.

귀하가 당사에게 지불 요청을 보내면, 당사는 해당 요청을 심사하고 해당 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정할 것입니다. 이를 **보장 결정**이라고 합니다. 보장이 필요하다고 판단되면, 당사는 서비스나 의약품의 비용 중 당사의 비용 분담금을 지불할 것입니다. 저희가 지불 요청을 거부할 경우, 귀하는 해당 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 9장에는 이의를 제기하는 방법에 대한 정보가 있습니다.

섹션 2 귀하가 받은 청구서에 대해 당사에 환급이나 지불을 요청하는 방법

서면으로 요청서를 보내 환불을 요청할 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보내는 경우 지불한 금액에 대한 문서와 청구서를 보내십시오. 청구서와 영수증은 기록 보관용으로 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다.

결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 제공하기 위해, 지불 요청을 위해 당사의 청구 양식을 작성할 수 있습니다. 서비스 및/또는 품목을 받은 날로부터 달력 연도 기준 **1년 이내에** 또는 의약품을 받은 날로부터 36개월 이내에 당사에 청구서를 제출해야 합니다.

- 양식을 사용하지 않아도 되지만, 정보 처리가 더 빨라질 것입니다.
- 웹사이트 centralhealthplan.com에서 양식을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 양식을 요청하십시오.

환급/지급 요청서를 청구서 또는 영수증과 함께 다음 주소로 부쳐 주십시오.

의료 서비스 환급:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

팩스 번호:(310) 507-6186

처방약 환급:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

섹션 3 당사는 귀하의 지불 요청을 고려한 후에 승낙하거나 거부함

귀하의 지불 요청을 받은 후 귀하로부터 추가 정보가 필요한 경우 알려드리겠습니다. 그렇지 않으면 귀하의 요청을 고려하고 보장 결정을 내릴 것입니다.

- 해당 의료 서비스 또는 의약품이 보장된다는 결정이 나고 귀하가 모든 규정을 준수했다면 당사는 해당 서비스 또는 의약품에 대한 비용 중 당사 분담금을 지급해드릴 것입니다. 귀하가 해당 서비스나 의약품 비용을 이미 지불했다면, 당사는 해당 비용 중 당사 분담금을 우편으로 환급해드립니다. 의약품 비용 전액을 지불한 경우 지불한 전액이 상환되지 않을 수 있습니다(예: 네트워크 비소속 약국에서 의약품을 구입했거나 의약품에 대해 지불한 현금 가격이 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 해당 서비스나 의약품 비용을 아직 지불하지 않았다면, 지불금을 의료 제공자에게 직접 우편으로 보내드립니다.
- 해당 의료 서비스나 의약품이 보장되지 *않는다*고 결정하거나 귀하가 모든 규정을 따르지 *않은* 경우, 당사는 해당 진료나 의약품의 비용 중 당사 분담금을 지급해드리지 않습니다. 당사는 귀하에게 당사가 지급해드리지 않는 이유와 그 결정에 이의 제기를 할 수 있는 권리를 설명하는 편지를 보낼 것입니다.

섹션 3.1 당사가 귀하에게 의료 서비스 또는 의약품에 대한 비용의 전부 또는 일부를 지불하지 않을 것이라고 말할 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

귀하는 당사가 귀하의 지불 요청 금액이나 당사가 지불하는 금액을 실수로 거부했다고 생각하시면, 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 것은 곧 당사가 귀하의 지불 요청을 거절하면서 내린 결정을 변경하도록 요청하는 것을 의미합니다. 이의 제기 절차는 상세한 절차와 중요한 기한이 있는 공식적인 절차입니다. 이 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

8장:
회원의 권리와 책임

섹션 1 당사의 플랜은 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 함

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성에 부합하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 글자 또는 기타 대체 형식 등).

임상 및 비임상을 포함한 모든 서비스가 문화적으로 허용되는 방식으로 제공되며, 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 등록자들이 접근할 수 있도록 보장하기 위해서는 귀하의 플랜이 필요합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 서비스, 통역 서비스, 텔레타이프라이터 또는 TTY(텍스트 전화 또는 텔레타이프라이터 전화) 연결 제공이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

저희 프로그램은 영어를 사용하지 않는 회원들의 질문에 답변해 드릴 수 있도록 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 글자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 자료를 무료로 제공할 수 있습니다. 당사는 귀하가 이용할 수 있고 귀하에게 적합한 형식으로 당사 플랜의 혜택에 대한 정보를 드려야 합니다. 당사로부터 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

저희 계획에 따르면 여성 가입자들은 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 접근하여 여성의 정기 및 예방 건강 관리 서비스를 받을 수 있는 선택권을 제공받게 됩니다.

당사 플랜의 전문 네트워크에 소속된 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우 필요한 진료를 귀하에게 제공할 네트워크 비소속 전문 의료 제공자를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우, 귀하는 네트워크 소속 비용 분담금만 지불합니다. 당사 플랜의 네트워크에 필요한 서비스를 보장하는 전문의가 없는 상황이라는 것을 깨닫게 되면 당사의 플랜에 전화하여 네트워크 소속 비용 분담금으로 이 서비스를 받을 수 있는 곳에 대한 정보를 문의하십시오.

당사의 플랜에서 귀하가 이용할 수 있고 귀하에게 적합한 형식으로 정보를 얻거나, 여성 건강 전문의를 확인하거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있으시면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427번으로, 운영 시간은 10월 1일~3월 31일은 주 7일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)입니다. 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간)에 전화하실 수 있습니다 기간에 전화하여 불만을 호소하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하거나 직접 민권 사무국에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화하여 불만을 제기할 수도 있습니다.

섹션 1.2 당사는 귀하가 보장 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 합니다.

귀하는 보장 서비스를 제공하고 조율해주는 당사의 플랜 네트워크에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 귀하는 진료 의뢰가 없어도 여성 건강 전문의(예: 부인과 전문의)에게 진료를 받을 권리가 있습니다.

귀하는 *합당한 시간 내에* 당사의 플랜 네트워크 의료 제공자로부터 예약 및 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 치료가 필요할 때 전문의에게 적시에 서비스를 받을 권리가 포함됩니다. 귀하는 당사 네트워크 소속 약국 중 어느 곳에서든 지체 없이 처방약을 받을 권리가 있습니다.

귀하가 합리적인 시간 내에 의료 서비스 또는 파트 D 의약품을 얻지 못한다고 생각한다면, 9장에서 귀하가 할 수 있는 일을 알려줍니다.

섹션 1.3 또한 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

연방 및 주 법에서는 귀하의 의료 기록과 개인 건강 정보를 보호합니다. 당사는 이러한 법에서 요구하는 바에 따라 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- 귀하의 개인 건강 정보에는 **귀하가 이 플랜에 등록할 때 당사에 제공한 개인 정보와** 귀하의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 귀하에게는 귀하의 정보에 대한 권리 그리고 귀하의 건강 정보가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사는 귀하에게 이러한 권리에 대해 알리는 서면 통지서(*개인정보 보호 관행 통지서*)를 제공하여 당사가 귀하의 건강 정보를 보호하는 방식을 설명해 드립니다.

당사가 귀하의 건강 정보를 보호하는 방법

- 당사는 허가를 받지 않은 사람들이 귀하의 기록을 보거나 변경하지 못하도록 하고 있습니다.
- 아래 기재된 상황을 제외하고, 귀하의 건강 정보를 귀하의 치료를 제공하거나 귀하의 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 제공하려면, *우선 귀하로부터 서면 동의를 받아야 하며, 귀하가 결정 권한을 부여한 사람으로부터 동의를 받아야 합니다.*
- 귀하의 서면 허가를 먼저 받지 않아도 되는 몇 가지 예외 사항이 있습니다. 이러한 예외는 법률에 의해 허용되거나 요구됩니다.
  - 당사는 케어 품질을 점검하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.
  - 귀하는 Medicare를 통해 당사 플랜에 가입했으므로 당사는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함한 귀하의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare에서 연구나 다른 용도로 귀하의 정보를 공개할 경우, 연방 법령 및 규정에 따라 수행될 것입니다. 이런 경우에 일반적으로 귀하를 고유하게 식별하는 정보가 공유되지 않도록 해야 합니다.

귀하는 귀하의 기록에서 정보를 보고 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다.

귀하에게는 당사의 플랜에서 보관하는 귀하의 의료 기록을 검토하고 기록의 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사는 사본을 제공하는 대가로 수수료를 부과할 수 있습니다. 또한 귀하에게는 귀하의 의료 기록에 대한 추가 또는 수정을 요청할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 귀하의 의료 서비스 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.

귀하에게는 보통 때와 다른 목적으로 귀하의 건강 정보가 다른 사람과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

귀하의 개인 건강 정보 보호에 대해 질문이나 우려 사항이 있으신 경우, 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

개인정보 보호

Central Health Plan of California, Inc.”Molina Healthcare”, ”우리” 또는 ”당사의”)는 귀하에게 건강 혜택을 제공하기 위해 귀하의 보호 대상 건강 정보를 이용 및 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 또한 법률에 따라 허용되거나 요구되는 다른 이유로 회원님의 정보를 사용하고 공유합니다. 당사는 회원님의 건강 정보를 비공개로 유지하고 본 통지서의 조건을 준수할 의무가 있습니다. 본 고지의 시행일은 입니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보의 약자입니다. PHI는 귀하의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며, Molina Healthcare에서 사용하거나 공유합니다.

Molina Healthcare에서 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하는 이유는 무엇일까요?
당사는 의료 서비스 혜택을 제공하기 위한 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유합니다. 회원님의 PHI는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 위해 사용 또는 공유됩니다.

치료

Molina Healthcare는 귀하의 의료 서비스를 제공하거나 준비하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 서비스 제공자 사이의 진료협력도 포함됩니다. 예를 들어, 당사는 전문의와 회원님의 건강 상태에 대한 정보를 공유할 수 있습니다. 이렇게 하면 전문의가 회원님의 담당 의사와 회원님의 치료에 대해 논의하는 데 도움이 됩니다.

지불 목적상
Molina Healthcare는 지불 결정을 내리기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인 및 의학적 필요에 대한 결정이 포함될 수 있습니다. 회원님의 이름, 회원님의 질환, 회원님의 치료 및 제공된 용품이 청구서에 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 회원님이 당사 혜택 가입자임을 의사에게 알릴 수 있습니다. 당사는 또한 당사에서 지급할 청구 금액을 의사에게 알려줄 수 있습니다.

의료 서비스 운영 목적상
Molina Healthcare는 당사 건강 플랜을 운영하기 위해 귀하에 대한 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 회원님의 청구 정보를 사용하여 회원님에게 도움이 될 수 있는 건강 프로그램을 알려드릴 수 있습니다. 또한 귀하의 PHI를 사용하거나 공유하여 가입자 우려 사항을 해결할 수 있습니다. 회원님의 PHI는 또한 청구 금액이 올바르게 지불되었는지 확인하는 데 사용될 수 있습니다.

의료 서비스 운영에는 여러 일상적인 비즈니스 요구가 수반됩니다. 여기에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

- 품질 개선
- 특정 질환(예: 천식)이 있는 가입자를 돕기 위한 건강 프로그램 활동
- 의료 심사 수행 또는 준비
- 사기 및 남용 적발 및 기소 프로그램을 포함한 법률 서비스
- 당사의 법 준수에 도움이 되는 조치
- 불만 및 고충 해결을 포함하여 가입자의 요구 사항 처리

당사는 당사 건강 플랜의 다양한 활동을 수행하는 타기업(“**협력 업체**”)들과 귀하의 PHI를 공유합니다. 또한 회원님의 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 회원님의 PHI를 사용할 수 있습니다. 당사는 귀하에게 다른 치료 또는 다른 의료 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 전달해드리기 위해 PHI를 이용할 수 있습니다.

언제 Molina Healthcare가 귀하의 서면 허가(승인) 없이 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니까?

치료, 지불 및 의료 서비스 운영 목적 외에도, 법률에 따라 허용되거나 요구되는 경우 Molina Healthcare는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

법률에 따라 요구되는 경우
당사는 법률에 따라 요구되는 경우 귀하에 대한 정보를 사용하거나 공유합니다. 당사는 Department of Health and Human Services(HHS) 장관의 요구가 있을 경우 회원님의 PHI를 공유합니다. 이는 법정 소송 사건이나 기타 법적 검토를 위한 것이거나 법 집행 목적으로 필요한 경우일 수 있습니다.

공중 보건
귀하의 PHI는 공중 보건 활동을 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다. 이러한 활동에는 공중 보건 기관이 질병을 예방하거나 통제하도록 지원하는 것이 포함될 수 있습니다.

의료 서비스 감독
귀하의 PHI는 정부 기관에서 사용되거나 정부 기관과 공유될 수 있습니다. 정부 기관은 감사를 위해 회원님의 PHI가 필요할 수 있습니다.

연구
귀하의 PHI는 개인정보 보호 또는 기관생명윤리위원회에서 승인한 경우와 같은 특정한 경우에 연구를 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다.

법적 또는 행정 절차
귀하의 PHI는 법원 명령에 대한 대응과 같은 법적 절차를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

법 집행
귀하의 PHI는 용의자, 목격자 또는 실종자를 찾는 것과 같은 법 집행 목적으로 사용되거나 경찰과 공유될 수 있습니다.

보건 및 안전
귀하의 PHI는 공중 보건 또는 안전에 대한 중대한 위협을 방지하기 위해 공유될 수 있습니다.

정부 기능
귀하의 PHI는 특수 기능을 위해 정부와 공유될 수 있습니다. 대통령 경호를 예시로 들 수 있습니다.

학대, 방치 또는 가정 폭력 피해자
귀하의 PHI는 한 개인이 학대 또는 방치의 피해자라고 판단되는 경우 사법 당국과 공유될 수 있습니다.

산재 보상
귀하의 PHI는 산재 보상 법률 준수를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

기타 공개
귀하의 PHI는 해당 업무 수행 목적을 위해 장의사 또는 검시관들과 공유될 수 있습니다.

Molina Healthcare가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하기 위해 귀하의 서면 허가(승인)를 받아야 하는 때는 언제일까요?
Molina Healthcare는 이 통지서에 나와 있는 목적 이외의 다른 목적으로 PHI를 사용 또는 공유하려면 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다. Molina Healthcare는 다음과 같은 경우 귀하의 PHI를 공개하기 전에 귀하의 허가를 받아야 합니다. (1) 심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개,(2) 마케팅 목적의 사용 및 공개,(3) PHI의 판매와 관련된 사용 및 공개. 회원님은 당사에 제공한 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 이러한 취소는 회원님이 이미 당사에 제공한 승인으로 인해 당사에서 이미 취한 조치에는 적용되지 않습니다.

귀하의 건강 정보 권리에는 어떤 것이 있을까요?
귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **PHI 사용 또는 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 제한 요청**

귀하는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하는 데 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 또한 가족, 친구 또는 귀하의 의료 서비스에 관련된 귀하가 지명한 다른 사람과 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 단, 당사가 회원님의 요청에 동의할 필요는 없습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina Healthcare의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI의 기밀 연락 요청**

귀하는 귀하의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 특정 방식으로 또는 특정 장소에서 귀하의 PHI를 제공해 줄 것을 Molina Healthcare에 요청할 수 있습니다. 본인의 PHI 전체 또는 일부를 공유하는 것이 본인의 생명에 위협이 될 수 있다고 말씀하시는 경우, 합리적으로 타당한 요청에 대해서는 수용하도록 하겠습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina Healthcare의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI 검토 및 복사**
  귀하에게는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Molina Healthcare 가입자로서 보장, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina Healthcare의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사는 기록 복사 및 우편 발송에 대해 합리적인 수준의 수수료를 회원님에게 청구할 수 있습니다. 경우에 따라 당사는 이 요청을 거부할 수 있습니다. 중요 사항: 당사는 귀하 의료 기록의 전체 사본을 보유하고 있지 않습니다. 의료 기록을 검토하거나 사본을 얻거나 변경하려면 담당 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.
- **PHI 수정**
  귀하는 당사에 PHI 수정(변경)을 요청할 수 있습니다. 가입자로서 귀하에 대해 당사가 보관한 기록에 대해서만 수정을 요청할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina Healthcare의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 회원님은 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.
- **PHI 공개 내역 요청(귀하의 PHI 공유)**
  귀하는 요청일 기준으로 과거 6년 동안 당사가 귀하의 PHI를 공유한 특정 대상 목록을 제공해 달라고 요청할 수 있습니다. 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.
  - 치료, 비용 지급 또는 의료 서비스 운영 목적으로 공유
  - 자신의 PHI에 대하여 해당인에게 공유
  - 회원님의 허가에 따라 이루어진 공유
  - 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
  - 국가 보안 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI
  - 관련 법규에 따라 한정된 데이터의 일부로서 공유

12개월 내에 한 번 이상 이 목록을 요청하는 경우 당사는 각 목록에 대해 합당한 수수료를 귀하에게 청구할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina Healthcare의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

회원님은 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. Molina Healthcare ID 카드에 있는 무료 전화 번호로 Molina Healthcare 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m. ~ 8 p.m. (현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오.

귀하의 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 무엇을 할 수 있습니까?

귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우, Molina Healthcare 및 Department of Health and Human Services에 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 회원님의 불만 제기에 대해 어떠한 조치도 취하지 않습니다. 회원님의 케어와 혜택은 어떤 식으로든 변경되지 않습니다.

귀하는 다음 주소로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

Molina Healthcare ID 카드 뒷면에 있는 무료 전화 번호로 Molina Healthcare 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m.~ 8 p.m. (현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오.

우편:
Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

회원님은 다음 주소로 U.S. Department of Health and Human Services에 불만을 제기할 수 있습니다.

Molina Healthcare의 의무는 무엇입니까?
Molina Healthcare는 다음의 의무가 있습니다.

- 회원님의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 회원의 PHI에 대한 당사 의무 사항 및 개인정보 보호 관행 등과 같은 정보를 서면 형식으로 회원에게 제공합니다.
- 보안 처리되지 않은 PHI에 침해가 발생한 경우 회원님에게 통지합니다.
- 계약 심사 목적으로 회원님의 유전자 정보를 사용하거나 공개하지 않습니다.
- 본 통지서의 조건을 준수합니다.

본 통지서는 변경될 수 있습니다.

Molina Healthcare는 언제든지 이 통지서의 정보 방침 및 조건을 변경할 권한을 보유합니다. 통지서가 변경될 경우, 당사가 보유하고 있는 모든 PHI에 새로운 조건 및 관행이 적용됩니다. 중대한 사항이 변경된 경우 Molina Healthcare는 당사 인터넷 홈페이지에 통지서 개정본을 게시하고, 당사의 다음번 연차 Molina Healthcare 가입자 우편물 발송 시 통지서 개정본 또는 해당 중대한 변경 사항에 관한 정보 및 통지서 개정본을 확인하는 방법 안내를 동봉해 발송하게 됩니다.

연락처 정보
궁금한 점이 있으시면 다음 사무소로 문의하십시오.

전화:
Molina Healthcare ID 카드에 있는 무료 전화 번호로 **Molina Healthcare** 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m.~ 8 p.m. (현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오.

이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 이용할 수 있습니다. **Molina Healthcare** ID 카드에 있는 무료 전화 번호로 **Molina Healthcare** 가입자 서비스부에 주 7일, 8 a.m. ~ 8 p.m. (현지 시간)에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

섹션 1.4 당사는 플랜, 의료 제공자 네트워크 및 귀하의 보장 서비스에 대한 정보를 제공해야 합니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)의 가입자로서, 귀하는 저희로부터 여러 종류의 정보를 얻을 권리가 있습니다.

다음과 같은 종류의 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

- **당사 플랜에 대한 정보** 예를 들어 당사 플랜의 재무 상태에 대한 정보가 포함됩니다.

- **당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국에 관한 정보** 귀하는 당사 네트워크의 의료 제공자 및 약국의 정보 및 당사가 네트워크 의료 제공자에게 지불하는 방법에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- **귀하의 보장 및 귀하가 보장을 사용 시에 준수해야 하는 규칙에 대한 정보.** 제3장과 제4장은 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 5장과 6장에서는 파트 D 의약품 보장에 대한 정보를 제공합니다.
- **일부 서비스가 보장되지 않는 이유와 이런 상황에서 귀하가 무엇을 할 수 있는지에 관한 정보.** 9장에서는 의료 서비스 또는 파트 D 약품이 보장되지 않는 이유 또는 보장이 제한되는지 여부에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 제9장은 또한 이의 제기라고 불리는 결정을 변경하도록 요청하는 것에 대한 정보를 제공합니다.

섹션 1.5 귀하는 치료 옵션을 알고, 귀하의 케어에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다.

귀하는 치료 옵션을 알고 의료 서비스에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다.

귀하는 의사 및 다른 의료 서비스 제공자로부터 완전한 정보를 제공받을 권리가 있습니다. 귀하의 의료 제공자는 귀하의 질병과 치료 선택사항을 귀하가 *이해할 수 있는 방식으로* 설명해야 합니다.

또한 귀하는 귀하의 건강 관리에 관한 결정에 전적으로 참여할 권리가 있습니다. 귀하의 의사와 함께 어떤 치료가 귀하에게 가장 적합한지 결정하는 데 도움이 되도록, 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다:

- **모든 선택 사항을 알아야 합니다.** 귀하는 비용이 얼마든지 또는 당사의 플랜의 보장 여부에 관계없이 귀하의 상태에 대해 권장되는 모든 치료 옵션에 대해 설명을 들을 권리가 있습니다. 또한 가입자들이 약품을 관리하고 약품을 안전하게 사용할 수 있도록 돕기 위해 당사의 플랜이 제공하는 프로그램에 대해 설명을 듣는 것이 포함됩니다.
- **위험에 대해 알아야 합니다.** 귀하께는 수반되는 모든 위험에 대해 안내받을 권리가 있습니다. 당사는 의료 서비스나 치료가 연구 목적 실험의 일환인 경우 반드시 사전에 귀하께 안내해야 합니다. 실험적 치료를 거부할 선택권이 항상 있습니다.
- **거부할 권리** 귀하는 권장된 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 귀하에게 떠나지 말라고 권고하더라도 병원이나 기타 의료 시설을 떠날 권리가 포함됩니다. 귀하는 또한 약품 복용을 중단 할 권리가 있습니다. 귀하가 치료를 거부하거나 약 복용을 중단할 경우 그로 인해 발생하는 일에 대한 책임은 전적으로 귀하께 있습니다.

귀하는 스스로 의료 결정을 내릴 수 없을 때 어떻게 해야 하는지에 대한 지시를 내릴 권리가 있습니다.

사람들은 사고나 중병으로 인해 스스로 건강 관리 결정을 내리지 못하는 경우가 있습니다. 귀하는 이러한 상황에 처했을 때 어떻게 해야 하는지에 대해 지시할 권리가 있습니다. 즉, *원하는 경우* 다음을 수행할 수 있습니다.

- 귀하가 직접 결정 내릴 수 없는 경우를 대비하여 **귀하 대신에 의료적 결정을 내릴 수 있도록 법적 권한**을 누군가에게 서면 양식으로 써 주십시오.
- 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우, 의사가 귀하의 의료 서비스를 어떻게 처리하기를 원하는지에 대한 **서면 지시를 의사에게 제공하십시오**.

이러한 상황에서 미리 지침을 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 지시서**라고 합니다. **사망 선택 유언**과 **의료 서비스 위임장**이라는 문서가 사전 지시서의 예입니다.

지시를 내리도록 사전 지시서를 설정하는 방법:

- **양식을 받습니다.** 사전 지시서 양식은 변호사, 사회 복지사 또는 일부 사무용품 상점에서 받을 수 있습니다. 때로는 Medicare에 대한 정보를 제공하는 기관에서도 사전 지시서 양식을 받을 수 있습니다. 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 양식을 요청할 수도 있습니다.
- 이 양식은 당사 웹사이트의 Caring Connections 링크 및 http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/에서도 확인할 수 있습니다 .
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식을 어디에서 받든지, 이 문서는 법적 문서입니다. 변호사의 도움을 받아 작성하는 것을 고려하십시오.
- **적절한 사람들에게 양식의 사본을 제공합니다.** 양식의 사본을 귀하의 의사와, 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있도록 양식에 이름을 올린 사람에게 제공하십시오. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 제공할 수 있습니다. 1부는 집에 보관해 두십시오.

입원하실 예정이고 사전 지시서에 서명하신 경우, **병원에 가실 때 지시서 사본 1부를 가져가십시오**.

- 병원에서는 사전 지시서에 서명하셨는지, 그리고 그 지시서를 가지고 오셨는지 여쭤볼 것입니다.
- 사전 지시서 양식에 서명하지 않으신 경우, 병원에도 양식이 비치되어 있으므로 서명하실 의사가 있는지 여쭤볼 것입니다.

사전 지시서를 작성하는 것은 귀하의 선택입니다(병원에 있을 때 서명할 것인지 포함). 법에 따라, 아무도 귀하에게 사전 지시서에 서명했는지 여부를 이유로 진료를 거부하거나 차별할 수 없습니다.

귀하의 지시가 지켜지지 않을 경우

사전 지시서에 서명을 했는데 본인 생각에 의사나 병원이 그 내용을 따르지 않았다고 판단되는 경우, 에 불만을 제기하실 수 있습니다:
의료 전문가 관련 불만 사항:
의료 시설 및 병원 관련 불만 사항:

섹션 1.6 귀하는 불만을 제기하고, 당사의 결정을 재고할 것을 요청할 권리가 있습니다.

문제, 우려 또는 불만 사항이 있어 보장을 요청하거나 이의 제기를 해야 하는 경우 이 문서의 9장은 귀하가 할 수 있는 일을 설명합니다. 귀하가 보장 결정을 요청하든, 이의 제기를 신청하든, 불만 제기를 하든, 무엇을 하든지 **당사는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다**.

섹션 1.7 부당한 대우를 받고 있거나 권리를 존중받지 못한다고 느끼는 경우.

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신념(신념) 나이 또는 국적 등으로 인해 불공평한 대우를 받았거나 권리가 존중되지 않았다고 생각되는 경우 Department of Health and Human Services의 **민권 사무국** (1-800-368-1019[TTY 사용자: 1-800-537-7697])으로 전화하거나 해당 지역의 민권 사무소로 전화하십시오.

귀하가 부당한 대우를 받았거나 귀하의 권리가 존중되지 않았다고 생각하며 *동시에* 이것이 차별에 관한 것이 *아닌* 경우, 귀하가 다음 장소에서 겪고 있는 문제를 해결하는 데 도움을 받을 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자:711)번으로 전화하십시오**.

- **Alameda County:**
  (510) 839-0393
  Contra Costa County:
  (925) 655-1393
  Fresno and Madera Counties:
  (559) 224-9117
  Imperial County:
  (760) 353-0223
  Kern County:
  (661) 868-1000
  Kings and Tulare Counties:
  (559) 713-2875
  Orange County:
  (714) 560-0424
  Placer and Yolo Counties:
  (916) 376-8915
  San Francisco County:
  (415) 677-7520
  San Joaquin County:
  (209) 470-7812
  San Mateo County:
  (650) 627-9350
  Santa Clara County:
  (408) 350-3239
  Solano County:
  (707) 526-4108
  Stanislaus County:
  (209) 558-4540번으로 **현지 SHIP에 전화하십시오.**
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자: 1-877-486-2048)번으로 **Medicare에 전화하십시오**.

섹션 1.8 내 권리에 관한 자세한 정보를 얻는 방법

다음 장소에서 내 권리에 관한 자세한 정보를 얻으십시오.

- **(866) 314-2427(TTY 사용자:711)번으로 가입자 서비스부에 전화하십시오.**

- **Alameda County:**
  (510) 839-0393
  Contra Costa County:
  (925) 655-1393
  Fresno and Madera Counties:
  (559) 224-9117
  Imperial County:
  (760) 353-0223
  Kern County:
  (661) 868-1000
  Kings and Tulare Counties:
  (559) 713-2875
  Orange County:
  (714) 560-0424
  Placer and Yolo Counties:
  (916) 376-8915
  San Francisco County:
  (415) 677-7520
  San Joaquin County:
  (209) 470-7812
  San Mateo County:
  (650) 627-9350
  Santa Clara County:
  (408) 350-3239
  Solano County:
  (707) 526-4108
  Stanislaus County:
  (209) 558-4540번으로 현지 SHIP에 전화하십시오.
- **Medicare에 연락하십시오.**
  - www.Medicare.gov를 방문하여 출판물 *Medicare 권리및 보호*(제공처: Medicare 권리 및 보호)를 읽으십시오.
  - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 사용자: 1-877-486-2048)번으로 전화하십시오.

섹션 2 플랜 가입자로서의 귀하의 책임

당사 플랜의 가입자로서 해야 할 일은 아래에 나열되어 있습니다. 질문은 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

- **귀하의 보장 서비스와 이 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙을 숙지하십시오.** 이 보험 범위 증명서을 사용하여 보장 대상 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 알아보십시오.
  - 의료 서비스에 대한 자세한 내용은 3장과 4장에 나와 있습니다.
  - 5장과 6 장에서는 파트 D 의약품 보장에 대해 자세히 설명합니다.
- **귀하에게 당사 플랜 이외에 다른 건강 보험 보장 또는 의약품 보장이 있으면 당사에게 알려야 합니다.** 1장에서는 이러한 혜택을 조정하는 방법에 대해 설명합니다.

- **담당 의사 및 의료 서비스 제공자들에게 당사 플랜에 가입되어 있음을 밝히셔야 합니다.** 의료 서비스 또는 파트 D 의약품을 받을 때마다 당사의 플랜 멤버십 카드 및 Medicaid 카드를 제시하십시오.
- **귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하를 돕도록 정보를 제공하고 질문하며 진료를 충실히 따르십시오.**
  - 최상의 진료를 받기 위해, 귀하의 건강 문제에 대해 의사 및 기타 의료 제공자에게 알리십시오. 서비스 제공자와 합의한 치료 플랜 및 지침을 따르십시오.
  - 의사가 일반 약품, 비타민 및 보충제를 포함하여 복용중인 모든 약품을 알고 있는지 확인하십시오.
  - 궁금한 점이 있으면 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
- **다른 사람을 배려하십시오.** 당사 가입자들은 다른 환자들의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 당사는 귀하가 의사 진료실, 병원 및 기타 시설이 원활하게 운영되도록 행동할 것으로 기대합니다.
- **본인 부담분은 납부하십시오.** 플랜 가입자는 다음을 지불할 책임이 있습니다.
  - 당사의 플랜 보험료를 납부해야 합니다.
  - 당사의 플랜 가입자로 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다.
  - 대부분의 의료 서비스 또는 당사의 플랜이 보장하는 약품의 경우, 귀하는 해당 서비스 또는 약품을 얻을 때 해당 비용의 본인 부담금을 지불해야 합니다.

- **플랜 서비스 *지역 내*에서 이사하시는 경우**, 당사가 가입자의 가입자 기록을 최신 상태로 유지하고 연락하는 방법을 알 수 있도록 해야 합니다.
- **당사의 플랜 서비스 지역 *밖으로* 이사하시는 경우 귀하는 당사 플랜의 가입자 상태를 유지할 수 없습니다.**
- **이사할 경우 사회 보장국(또는 철도청 은퇴자 위원회)에 알리십시오.**

9장:
문제 또는 불만 사항(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)이 있는 경우

섹션 1 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하는 절차에 대해 설명합니다. 문제를 처리하는 데 사용하는 절차는 다음 두 가지에 따라 달라집니다.

1. 귀하의 문제가 **Medicare** 또는 **Medicaid**에 의해 보장되는 혜택에 관한 것인지 여부. **Medicare** 절차 또는 **Medicaid** 절차를 사용하거나 둘 다 사용하는 결정에 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.
2. 귀하가 겪고 있는 문제의 유형:
   - 일부 문제의 경우 **혜택 적용 결정 및 이의 제기 절차**를 사용해야 합니다.
   - 다른 문제의 경우 **불만 제기 절차**(고충 제기)를 사용해야 합니다.

두 절차는 모두 Medicare에 의해 승인되었습니다. 각 절차에는 당사와 귀하 모두 반드시 따라야 하는 규정, 단계 및 기한이 있습니다.

이 장의 정보를 통해 올바른 사용 절차와 귀하가 해야 할 일을 알려드립니다.

섹션 1.1 법률 용어

이 장에서 설명하는 일부 규칙, 절차 및 마감일 유형에 대한 법률 용어가 있습니다. 이러한 용어 중 많은 것들은 대부분의 사람들에게 익숙하지 않으며 이해하기 어려울 수 있습니다. 이를 쉽게 이해할 수 있도록 이 장에서는:

그러나 때로는 정확한 법률 용어를 아는 것이 중요합니다. 어떤 상황을 처리하는 방법에 대한 세부 정보를 제공할 때 법률 용어를 포함하여 올바른 도움 또는 정보를 얻기 위해서는 어떤 용어를 사용해야 하는지 알 수 있도록 합니다.

섹션 2 추가 정보 및 개인 맞춤형 도움을 받을 수 있는 곳

당사는 항상 귀하를 도와 드리겠습니다. 귀하에 대한 당사의 대우에 대한 불만이 있더라도, 당사는 귀하의 불평 권리를 존중할 의무가 있습니다. 항상 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 도움을 요청하십시오. 일부 상황에서는 당사와 연결되지 않은 사람의 도움이나 안내를 원할 수도 있습니다. 도움을 줄 수 있는 두 조직은 다음과 같습니다.

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)

각 주 정보에는 전문 상담원을 보유한 정부 프로그램이 있습니다. 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. 이 프로그램의 상담원은 귀하가 겪고 있는 문제를 처리하기 위해 어떤 절차를 이용해야 하는지 귀하에게 안내해 드릴 수 있습니다. 또한 질문에 답변하고, 더 많은 정보를 제공하고, 해야 할 일에 대한 지침을 제공할 수 있습니다.

SHIP 상담 서비스는 전시된 경우 무료입니다.

Medicare

또한 귀하는 도움을 얻기 위하여 Medicare에 연락할 수 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- www.Medicare.gov를 방문합니다.

Medicaid에서 도움과 정보를 얻을 수 있습니다.

방식	California Department of Health Care Services(California의 Medicaid 프로그램) – 연락처 정보
전화	(916) 449-5000 N/A
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/

방식	Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman(California의 Ombudsman Program) – 연락처 정보
전화	(888) 452-8609 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m.(PT), 공휴일 제외
TTY	N/A 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	N/A
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

방식	California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – 연락처 정보
전화	(800) 231-4024 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m.(PST), 공휴일 제외

방식	California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – 연락처 정보
우편	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
웹사이트	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

방식	Livanta –(California의 품질 개선 기구) – 연락처 정보
전화	(877) 588-1123 월요일~금요일, 9 a.m. ~ 5 p.m.(현지 시간); 주말 및 공휴일 10 a.m. ~ 4 p.m.(현지 시간) 24시간 음성 사서함 서비스를 이용하실 수 있습니다.
TTY	Dial 711 (855) 887-6668 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.
우편	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
웹사이트	https://www.livantaqio.com/

섹션 3 문제에 사용할 프로세스

귀하에게 Medicare가 있고 Medicaid의 도움을 받고 있으므로 문제나 불만을 처리할 수 있는 다양한 절차들이 있습니다. 귀하가 어떤 절차를 사용하느냐는 문제가 Medicare 혜택인지 또는 Medicaid 혜택에 관한 것인지에 따라 달라집니다. 문제가 Medicare에서 보장하는 혜택에 대한 것이면 Medicare 절차를 사용하십시오. 문제가 Medicaid에서 보장하는 혜택에 대한 것이면 Medicaid 절차를 사용하십시오. Medicare 절차 또는 Medicaid 절차를 사용하는 결정에 도움이 필요하면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 문의하십시오.

Medicare 절차 및 Medicaid 절차는 이 장의 여러 부분에 설명되어 있습니다. 어떤 부분을 읽어야 하는지 알아보려면 아래 차트를 살펴 보십시오.

귀하의 문제가 Medicare 혜택이나 Medicaid 혜택에 관한 것입니까?

내 문제는 **Medicare** 혜택에 관한 것입니다.

섹션 4, Medicare 혜택 관한 문제 처리로 이동하십시오.

내 문제는 **Medicaid** 보장에 관한 것입니다.

섹션 12, **Medicaid 혜택 관련 문제 처리**로 이동하십시오.

섹션 4 Medicare 혜택 관련 문제 처리하기

귀하의 혜택 또는 보장과 관련한 문제나 우려 사항이 있습니까?

여기에는 의료 서비스(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 의약품)의 보장 여부, 보장 방식, 의료 비용 지급 관련 문제 등이 포함됩니다.

예.

섹션 5, 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 안내서로 이동합니다.

아니요.

섹션 11 케어 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법으로 이동합니다.

혜택 적용 결정 및 이의 제기

섹션 5 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 안내서

혜택 적용 결정 및 이의 제기는 귀하의 의료 서비스 혜택과 혜택 적용(서비스, 품목 및 지불을 포함한 파트 B 의약품)와 관련된 문제를 혜택 적용합니다. 간단히 말하면, 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare Part B 의약품을 **의료 서비스**라고 부릅니다. 보장 여부 및 보장 방식 등의 문제에 대해 보장 범위 결정 및 이의 제기 절차를 사용합니다.

서비스를 받기 전에 보장 결정 요청하기

의료 서비스를 받기 전에 당사에서 의료 서비스를 보장할 것인지 알아보려면 당사에 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 보장 결정이란 귀하의 혜택 및 보장, 또는 당사가 귀하의 의료 서비스에 대해 지급할 금액에 관해서 당사가 결정하는 것을 말합니다. 예를 들어, 당사의 플랜 네트워크 소속 의사가 네트워크 외부의 의료 전문가에게 귀하를 의뢰하는 경우, 귀하나 네트워크 소속 의사가 귀하가 이 의료 전문가에 대해 표준 거부 통지를 받았음을 보여주거나 보험 범위 증명서에서 의뢰된 서비스가 어떠한 조건에서도 보장되지 않는다고 명시하지 않는 한, 이 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 귀하 또는 귀하의 의사는 당사에 문의하여 귀하의 의사가 특정 의료 서비스를 보장할지 여부를 확신하지 못하거나 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스를 제공하기를 거부하는 경우 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 제한된 상황에서 보장 결정 요청이 기각되며, 당사는 해당 요청을 심사하지 않을 것입니다. 요청이 거부되는 예로는 요청이 불완전하거나, 귀하를 대신해 요청을 하는 사람이 법적으로 승인되지 않았거나, 요청을 철회하기를 요청하는 경우 등이 있습니다. 보장 결정에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재심사를 요청하는 방법을 설명하는 서면 통지서가 발송됩니다.

당사는 회원님께 적용되는 혜택 및 당사가 부담하는 비용을 결정할 때마다 보장 결정을 내립니다. 어떤 경우에는 의료 서비스가 보장되지 않거나 더 이상 귀하에게 보장되지 않는다고 결정할 수 있습니다. 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

이의 제기 신청하기

당사가 혜택을 받기 전이나 후에 보장 결정을 내렸지만 만족스럽지 않은 경우 해당 결정에 대해 **이의를 제기**할 수 있습니다. 이의 제기를 통해 회원님께서 당사의 보장 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다. 특정 상황에서는 보장 결정에 대한 신속한 이의 제기 또는 **빠른 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 처음 결정을 내린 심사관과 다른 심사관이 처리합니다.

처음으로 결정에 이의를 제기하는 경우 이를 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서는 당사의 보장 결정을 심사하여 규정을 제대로 준수했는지 확인합니다. 검토가 완료되면, 결정을 통보해 드립니다.

제한된 상황에서 1단계 이의 제기 요청은 기각되며, 이는 요청을 심사하지 않음을 의미합니다. 요청이 거부되는 예로는 요청이 불완전하거나, 귀하를 대신해 요청을 하는 사람이 법적으로 승인되지 않았거나, 요청을 철회하기를 요청하는 경우 등이 있습니다. 1단계 이의 제기에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재심사를 요청하는 방법을 설명하는 서면 통지서가 발송됩니다.

의료 서비스에 대한 1단계 이의 제기의 전부 또는 일부에 대해 당사가 거부한 경우, 귀하의 이의 제기는 자동으로 당사와 관련이 없는 독립적인 심사 기관에서 수행하는 2단계 이의 제기로 넘어갑니다.

- 2단계 이의 제기를 위해서 귀하는 아무 것도 할 필요가 없습니다. Medicare 규칙에 따라서 귀하는 1단계 이의 제기에 완전히 동의하지 않을 경우 자동으로 2단계 의료 서비스를 위한 이의 제기를 보내야 합니다.
- 의료 서비스에 대한 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 6.4**로 이동하십시오.
- 파트 D 이의 제기는 섹션 7에서 더 자세히 논의됩니다.

2단계 이의 제기 에서 내린 결정에 만족하지 못한 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다 (이 장에서는 3단계, 4단계, 5단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다).

섹션 5.1 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 데 도움 받기

보장 결정을 요청하거나 결정에 이의 제기를 신청하기로 결정한 경우 다음과 같은 리소스가 제공됩니다.

- **가입자 서비스부에 전화 문의**: (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)
- 해당 State Health Insurance Assistance Program에서 **무료로 도움을 받으십시오**.
- **귀하의 의사가 귀하를 위해 요청할 수 있습니다.** 귀하의 의사가 2 단계를 넘어 이의 제기를 돕는 경우, 그들은 귀하의 대리인으로 임명되어야 합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 *대리인 지정* 양식을 요청하십시오. (양식은 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사의 MolinaHealthcare.com/Medicare 웹사이트에서도 제공됩니다.)
  - 의료 서비스의 경우, 귀하의 의사가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1단계 이의 제기를 요청할 수 있으며, 자동으로 2 단계로 전달됩니다.
  - 파트 D 의약품의 경우, 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 1단계 이의 제기가 거부되면 귀하의 의사 또는 처방자가 2단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 귀하는 **다른 사람에게 귀하를 대신하여 행동하도록 요청할 수 있습니다.** 다른 사람을 귀하의 대리인으로 지명해, 대신 보장 결정에 대해 문의하거나 이의 제기 신청을 하도록 할 수 있습니다.

- 친구, 친척 또는 다른 사람이 귀하의 대리인이 되기를 원하면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하여 *대리인 지정* 양식을 요청하십시오. (양식은 www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사의 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare 에서도 제공됩니다.) 이 양식은 해당 사람이 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록 허가합니다. 이 양식은 귀하와 귀하를 대신하여 행동할 사람의 서명이 필요합니다. 서명된 양식의 사본을 당사에 제출해야 합니다.
- 양식 없이도 대리인에게서 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만, 양식이 접수될 때까지 심사를 완료할 수 없습니다. 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내릴 수 있는 기한 전에 이 양식을 받지 못하면, 이의 제기 요청은 기각됩니다. 이 경우 귀하에게는 당사의 이의 제기 기각 결정에 대해 독립 심사 기관에 검토를 요청할 권리가 있음을 설명하는 서면 통지서가 발송됩니다.

- **또한 귀하는 변호사를 고용할 권리가 있습니다.** 본인의 변호사에게 연락하시거나 현지 변호사협회 또는 기타 추천 서비스를 통해 변호사의 이름을 얻으실 수 있습니다. 귀하에게 자격이 있는 경우 무료 법률 서비스를 제공하는 그룹이 있습니다. 그러나 보장 결정을 요청하거나 결정에 이의를 제기하기 위해 **변호사를 고용할 필요는 없습니다.**

섹션 5.2 상황에 따라 적용되는 규정 및 기한

혜택 적용 결정 및 이의 제기와 관련한 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감일이 다르기 때문에 당사는 다음 각 섹션에서 자세한 내용을 다룹니다.

- **섹션 6** 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법
- **섹션 7:** 파트 D 의약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법
- **섹션 8:** 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 더 긴 병원 입원을 보장해 달라고 요청하는 방법
- **섹션 9:** 보장 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스를 계속 제공하도록 요청하는 방법(이 섹션은 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 및 종합 외래 환자 재활 시설[CORF] *서비스에만 저장됩니다*.)

귀하에게 어떤 정보가 적용되는지 잘 모르겠다면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. 귀하는 또한 State Health Insurance Assistance Program(SHIP)에서 도움이나 정보를 얻을 수 있습니다.

섹션 6 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법

섹션 6.1 의료 서비스에 대하여 보장을 받는 데 문제가 있거나 귀하의 진료 비용의 당사 분담금에 대해서 환급받기 원하는 경우 해야 할 일

귀하의 의료 서비스 혜택은 4장의 의료 혜택 차트에 설명되어 있습니다. 일부 경우에는 파트 B 의약품 요청에 다른 규칙이 적용됩니다. 그런 경우 당사는 파트 B 의약품에 대한 규칙이 진료 항목 및 서비스에 대한 규칙과 어떻게 다른지 설명드릴 것입니다.

본 섹션에서는 다음과 같은 다섯 가지 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

1. 원하는 의료 서비스를 받지 못하고 있지만 당사 플랜이 이 진료를 보장해야 한다고 생각하시는 경우. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 6.2.**

2. 당사의 플랜은 귀하의 의사 또는 다른 의료 제공자가 귀하에게 제공하고자 하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하는 당사의 플랜이 이러한 진료를 보장한다고 믿습니다. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 6.2.**
3. 귀하가 당사 플랜에서 보장해야 한다고 생각되는 의료 서비스를 받았지만, 당사가 이 진료에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 밝혔습니다. **이의 제기를 하십시오. 섹션 6.3.**
4. 귀하는 당사의 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받고 지불했으며,이 치료에 대한 보장을 당사의 플랜에 요청하기를 원합니다. **당사에 청구서를 보내주십시오. 섹션 6.5.**
5. 귀하가 받고 있는 특정 의료 서비스 보장이 당사에서 이전에 승인했다가 축소되거나 중단될 것이라는 통보를 받았으며, 이 보장을 축소하거나 중단하면 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각합니다. **이의 제기를 하십시오. 섹션 6.3.**

참고: 보장이 중단될 서비스가 병원 치료, 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 등인 경우, 섹션 8과 9로 이동하십시오. 이 유형의 진료에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 6.2 보장 결정을 요청하는 방법

법률 용어

가입자의 의료 서비스와 관련하는 보장 결정을 **기관 결정**이라고 합니다.

빠른 혜택 적용 결정을 **신속 결정**이라고 합니다.

1단계: 표준 혜택 적용 결정 또는 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 결정합니다.

일반 보장 결정은 일반적으로 의료 용품 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받을 때 달력일 기준 7일 이내에 이루어지며, 다른 모든 용품 및 서비스의 경우 달력일 기준 14일, 파트 B 의약품의 경우 72시간 이내에 이루어집니다. 빠른 보장 결정은 일반적으로 72시간 이내에 이루어지며, 의료 서비스의 경우, 파트 B 의약품의 경우 24시간 이내에 이루어집니다. 표준 기한을 사용하면 건강에 중대한 해를 끼치거나 기능 회복 능력을 손상시킬 수 있는 경우*에만* 빠른 보장 결정을 받을 수 있습니다.

- **귀하의 의사가 귀하의 건강은 빠른 혜택 적용 결정이 요구된다는 소견을 당사에게 통보하는 경우, 당사는 자동적으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공하기로 동의하게 됩니다.**
- **의사의 지원 없이 귀하가 직접 신속한 보장 결정을 요청하면, 당사는 귀하의 건강이 빠른 보장 결정을 필요로 하는지 여부를 결정할 것입니다.** 빠른 혜택 적용 결정을 승인하지 않을 경우 당사는 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
  - 당사가 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.
  - 의사가 빠른 혜택 적용 결정을 요청하면 당사는 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 내릴 것이라고 설명합니다.
  - 빠른 혜택 적용 결정 대신 표준 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 귀하는 빠른 불만 제기를 제출할 수 있다는 것을 설명합니다.

2단계: 당사의 플랜에 혜택 적용 결정 또는 빠른 혜택 적용 결정을 요청하십시오.

- 먼저 전화, 서면 또는 팩스로 당사의 플랜에 연락하여 귀하가 원하는 의료 서비스에 대한 보장을 승인하거나 제공해 달라고 요청하십시오. 귀하, 귀하의 의사, 또는 귀하의 대리인은 다음과 같이 할 수 있습니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

3단계: 당사는 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 검토하고 귀하에게 답변을 드립니다.

표준 보장 결정의 경우 표준 마감일을 사용합니다.

즉, 당사는 사전 승인 규칙이 적용되는 의료 용품 또는 서비스에 대한 귀하의 요청을 받은 후 달력일 기준 7일 이내에 답변을 드릴 것입니다. 귀하가 요청한 의료 용품 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받지 않는 경우, 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 답변을 드릴 것입니다. 귀하의 요청이 파트 B 의약품인 경우, 귀하의 요청을 받은 후 72시간 이내에 답변을 드릴 것입니다.

- **그러나** 귀하가 더 많은 시간을 요청하거나 당사가 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것인지 별도의 시간을 소요하여 결정을 내리지는 않습니다.
- **그러나** 귀하가 더 많은 시간을 요청하거나 당사가 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**.
- 며칠이 더 소요되어서는 *안 된다고* 생각하시면 빠른 불만 제기를 신청하실 수 있습니다. 결정이 내려지는 즉시 귀하의 불만 제기에 대한 답변을 드리겠습니다. (불만 제기 절차는 혜택 적용 결정 및 이의 제기 절차와 다릅니다. 불만 제기에 대한 정보는 이 장의 섹션 11로 이동하십시오.)

빠른 보장 결정을 위해 신속 기간을 사용합니다.

빠른 보장 결정은 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청일 경우에 72시간 이내에 나옵니다. 귀하의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것이면 24시간 이내에 답변을 드리겠습니다.

- **그러나,** 귀하가 기간 연장을 요청하는 경우, 또는 당사에서 추가 정보를 수집해야 하는 경우, **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것인지 별도의 시간을 소요하여 결정을 내리지는 않습니다.
- 며칠이 더 소요되어서는 *안 된다고* 생각하시면 *빠른 불만* 제기를 신청하실 수 있습니다. (불만 제기에 대한 정보는 섹션 11로 이동하십시오.) 결정을 내리는 즉시 전화를 드리겠습니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 당사는 귀하에게 서면 진술서를 보내 거부 결정이 내려진 이유를 알려드릴 것입니다.

4단계: 당사가 귀하의 의료 서비스 보장 요청을 거부하면, 귀하는 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

당사에서 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의 제기를 통해 해당 결정에 대한 재고를 요청할 권리가 있습니다. 이것은 귀하가 원하는 의료 서비스 보장을 다시 요청하는 것을 의미합니다. 이의를 제기하는 경우, 귀하는 이의 제기 절차 1단계를 진행하게 됩니다.

섹션 6.3 1단계 이의 제기 신청 방법

법률 용어

당사의 플랜에 대한 의료 서비스 보장 결정에 대한 이의 제기는 플랜 **재고**라고 합니다.

빠른 이의 제기를 **신속 재고**라고도 합니다.

1단계: 일반 이의 제기 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정합니다.

일반 이의 제기는 일반적으로 파트 B 약품의 경우 달력일 기준 30일 또는 7일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다.

- 귀하가 치료에 대한 보장에 대해 당사가 내린 결정에 대해 이의를 제기하는 경우, 귀하 및/또는 담당 의사는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정해야 합니다. 의사가 귀하의 건강 상태가 빠른 이의 제기를 필요로 한다고 당사에 알리면, 당사는 귀하에게 빠른 이의 제기를 제공합니다.
- 빠른 이의 제기를 위한 요구 사항은 이 장의 섹션 6.2에 있는 빠른 혜택 적용 결정을 받기 위한 요구 사항과 동일합니다.

2단계: 당사 플랜에 이의 제기나 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- **일반 이의 제기를 요청하는 경우 일반 이의 제기를 서면으로 제출합니다.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- **빠른 이의 제기를 요청하는 경우, 서면으로 이의 제기를 제출하거나 전화로 연락하십시오.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 귀하는 보장 결정에 대한 답변을 알려드리기 위해 당사가 보낸 서면 통지서 날짜로부터 **달력일 기준 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다**. 이 마감 기한을 놓쳤고 그 이유가 타당하다면, 이의 제기를 할 때 그 이유를 설명하십시오. 당사는 귀하에게 이의 제기 기한을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 심각한 질병으로 인해 당사에 문의할 수 없었거나 이의 제기 요청 마감일에 대한 잘못된 또는 불완전한 정보를 제공받은 경우가 있습니다.
- **귀하의 의료 결정에 관한 정보의 사본을 요청할 수 있습니다. 귀하와 귀하의 의사는 귀하의 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.**

3단계: 당사에서 귀하의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 귀하의 이의 제기를 심사할 때 모든 정보를 신중하게 심사합니다. 요청에 대해 거부결정을 내렸을 때 모든 규정을 충실히 따랐는지 확인합니다.
- 필요한 경우 더 많은 정보를 수집하여 귀하 또는 귀하의 의사에게 연락할 수 있습니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 **당사에서 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 답변을 더 일찍 통보해 드립니다.
  - 만약귀하가 더 많은 시간을 요청하거나 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. 파트 B 의약품에 대한 요청이라면 당사는 기간을 연장할 수 없습니다.
  - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우(또는 추가 일수가 소요된 경우 연장된 기간이 끝날 때까지), 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차의 2단계로 자동 전송하여 독립 심사 기관에서 심사하게 됩니다. 섹션 6.4에서는 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- **요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 승낙인 경우,** 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 날로부터 72시간 이내에 합의한 보장을 허가 또는 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청 일부 또는 전부를 거부한 경우**, 당사는 귀하에게 서면으로 당사의 결정을 보내고 2단계 이의 제기 절차를 진행하도록 귀하의 이의 제기를 독립 심사 기관으로 전달할 것입니다. 독립 심사 기관에서 귀하의 이의 제기를 접수하면 서면으로 귀하에게 통지합니다.

일반 이의 제기 기한

- 일반 이의 제기의 경우, 당사는 이의 제기를 받은 후 **달력일 기준 30일 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 귀하의 요청이 아직 받지 않은 파트 B 의약품인 경우, 이의 제기를 받은 후 **달력**

일 기준 7일 이내에 답변을 드립니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 결정을 더 일찍 통보해 드립니다.

- 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요청하거나 당사가 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이라면 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 파트 B 의약품에 대한 것인지 별도의 시간을 소요하여 결정을 내리지는 않습니다.
- 며칠이 더 소요되어서는 *안 된다고* 생각하시면 빠른 불만 제기를 신청하실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 접수하시는 경우, 당사는 그에 대해 24시간 이내에 응답을 드립니다. (불만 제기에 대한 정보는 섹션 11로 이동하십시오.)
- 기한(또는 연장 기간의 종료 시까지)까지 답변을 제공하지 않으면, 당사는 독립적인 심사 기관에서 귀하의 이의 제기를 심사하는 2 단계 이의 제기로 요청을 보냅니다. 섹션 6.4에서는 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

- **당사가 귀하가 요청한 내용의 일부 또는 전부를 승낙한 경우** 당사는 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스인 경우 달력일 기준 30일 이내 또는 요청이 파트 B 의약품인 경우 **달력일 기준 7일 이내에** 해당 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

당사의 플랜에서 이의 제기의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 당사는 자동으로 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달합니다.

섹션 6.4 2단계 이의 제기 절차

법률 용어

'독립 심사 기관(Independent Review Organization)'의 공식 명칭은 **Independent Review Entity**'입니다.때로는 **IRE**라고도 합니다.

독립 심사 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 기관입니다. 이것은 당사 플랜과 관련이 없으며, 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사 플랜이 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

1단계: 독립 심사 기관에서 이의 제기를 검토합니다.

- 귀하의 이의 제기에 대한 해당 정보를 이 기관에 보내드리겠습니다. 이 정보를 케이스 파일이라고 합니다. **귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 받아볼 권리가 있습니다**.
- 또한 독립 심사 기관에 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- 독립 심사 기관 심사관들은 귀하의 이의 제기에 대한 모든 정보를 주의 깊게 살펴볼 것입니다.

1단계에서 빠른 이의 제기를 신청하신 경우에는 2단계에서도 빠른 이의 제기가 진행됩니다.

- 빠른 이의 제기를 위해 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 귀하에게 반드시 응답을 제공해야 합니다.
- 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청이며 독립 심사 기관에서 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다**. 귀하의 요청이 파트 B 의약품인 경우 독립적인 심사 기관에서는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

1단계에서 일반 이의 제기를 신청하신 경우에는 2단계에서도 일반 이의 제기가 진행됩니다.

- 일반 이의 제기 관련하여, 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 가입자께 답변을 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 파트 B 의약품인 경우, 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 가입자께 답변을 제공해야 합니다.

2단계:독립 심사 기관은 귀하에게 대답을 제공합니다.

독립 심사 기관은 서면으로 해당 결정과 그 이유를 설명할 것입니다.

- **독립 심사 기관이 의료 용목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전부에 대해 승낙한 경우** 당사는 **72시간 이내**에 의료 서비스 보장을 승인하거나 **일반 요청**에 대해 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 서비스를 제공해야 합니다. **신속한 요청**의 경우, 독립 심사 기관으로부터 결정을 받은 날로부터 **72시간**이 소요됩니다.
- **독립 심사 기관이 파트 B 의약품 요청의 일부 또는 전부에 대해 승낙한 경우** 당사는 **일반 요청**에 대해 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 파트 B 의약품을 승인하거나 제공해야 합니다. **신속한 요청**의 경우 독립 심사 기관으로부터 결정을 받은 날로부터 **24시간**이 소요됩니다.
- **독립 심사 기관이 이의 제기의 일부 또는 전체를 거부하는 경우**, 해당 기관이 당사 플랜의 결정에 동의하여 의료 서비스 보장에 대한 가입자의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 했다는 의미입니다 (이를 **결정 지지** 또는 **이의 제기 거부**라고 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관은 귀하에게 편지를 보낼 것입니다.
  - 해당 결정을 설명합니다.
  - 귀하가 요청하는 의료 서비스 보장의 달러 가치가 특정 최저 금액을 충족하는 경우 귀하에게 3단계 이의 제기 요청할 권리가 있음을 알려드리겠습니다. 독립 심사 기관에서 받은 서면 통지서에는 이의 제기 절차를 계속하기 위해 충족해야 하는 금액이 명시되어 있습니다.
  - 3단계 이의 제기를 제기하는 방법을 알려줍니다.

3단계: 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다(총 5개 이의 제기 단계가 있습니다). 3단계 이의 신청으로 이동하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 신청 후에 받는 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정 법 판사 또는 법률 심사관이 처리합니다. 섹션 10에서는 3단계, 4단계, 5단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

섹션 6.5 의료 서비스에 대하여 귀하가 받은 청구서에서 당사 분담금에 대하여 환급을 요청하는 경우

환급을 요청하는 것은 당사에게 보장 결정을 요청하는 것입니다.

환급을 요청하는 서류를 보내 주시면 귀하는 보장 결정을 요청하는 것입니다. 이 결정을 내리기 위해, 당사는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장되는 서비스인지 확인할 것입니다. 당사는 귀하가 의료 서비스 보장을 이용하는 규정을 따랐는지 확인할 것입니다.

- 해당 의료 서비스가 보장되고 귀하가 모든 규정을 따르신 경우, 환급 요청 접수일로부터 달력일 기준 30일 이내, 늦어도 60일을 지나지 않는 한해서 당사의 비용 분담액에 대한 금액을 보내드립니다. 아직 진료 비용을 지급하지 않은 경우 당사가 제공자에게 직접 대금을 보내드릴 것입니다.

- **귀하의 요청에 대해 당사가 거부하는 경우:** 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하가 모든 규정을 따르지 *않은* 경우, 당사는 비용을 지급하지 않습니다. 대신, 의료 서비스 비용을 지급하지 않으며 그 이유를 설명하는 서신을 귀하에게 보낼 것입니다.

당사 결정에 동의하지 않으시는 경우 **이의 제기를 신청하실 수 있습니다**. 이의를 제기하는 것은 곧 당사가 귀하의 지불 요청을 거절하면서 내린 보장 결정을 변경하도록 요청하는 것을 의미합니다.

이 이의 제기를 위해, 섹션 6.3의 이의 제기 절차를 따르십시오. 비용 환급에 관한 이의 제기의 경우, 다음을 참고하십시오.

- 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 이미 받고 지불한 의료 서비스에 대해 귀하가 비용 환급을 요청하는 경우, 빠른 이의 제기를 요청할 수 없습니다.
- 독립 심사 기관에서 당사가 지불해야 한다고 결정하면 달력일 기준 30일 이내에 귀하나 의료 제공자에게 지불을 보내야 합니다. 2단계 이후 일체의 이의 제기 절차에서 승낙 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 해당 귀하가 요청했던 대금을 귀하 또는 제공자에게 지불해야 합니다.

섹션 7 파트 D 의약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법

섹션 7.1 이 섹션에서는 파트 D 의약품을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 의약품에 대한 비용을 당사로부터 환급 받는 데 어려움이 있는 경우 해야 할 일을 설명합니다.

귀하의 혜택에는 많은 처방약 보장이 포함됩니다. 의약품에 대해 보장을 받으려면 해당 의약품이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. (의학적으로 승인된 용도에 대한 자세한 정보는 섹션 5로 이동하십시오.) 파트 D 약품, 규칙, 제한 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장과 6장으로 이동하십시오. **이 섹션에서는 파트 D 약품만 다룹니다.** 간단히 하기 위해 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 *보장되는 외래 처방약*이나 *파트 D 의약품*이라고 반복하는 대신 일반적으로 *의약품이라고 표현*합니다. 또한 당사는 *보장 의약품 목록*이나 처방집 대신 의약품 목록이라는 용어를 사용합니다.

- 약품이 보장되는지 또는 귀하가 규칙을 준수하는지 모르는 경우 당사에 문의하십시오. 일부 약품은 당사가 그것을 보장하기 전에 당사로부터 승인을 받아야 합니다.
- 약국에서 처방에 따라 처방약을 조제해 줄 수 없다고 얘기하는 경우 약국으로부터 당사에 문의해 보장 결정을 요청하는 방법을 안내하는 서면 통지서를 받으시게 됩니다.

파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기

법률 용어

파트 D 의약품에 대한 초기 보장 결정을 **보장 결정**이라고 합니다.

보장 결정이란 귀하의 혜택 및 보장, 또는 당사가 귀하의 약품에 대해 지급할 금액에 관해서 당사가 결정하는 것을 말합니다. 본 섹션에서는 다음과 같은 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

- 당사 플랜의 의약품 목록에 없는 파트 D 의약품을 보장해 달라고 요청합니다. **예외 인정을 요청합니다. 섹션 7.2.**

- 약품에 대한 당사 플랜의 보장 제한(귀하가 받을 수 있는 약품의 양에 대한 한도 등) 면제를 요청합니다. **예외 인정을 요청합니다. 섹션 7.2.**
- 더 높은 비용 분담금 단계에서 보장되는 의약품에 대해 더 낮은 비용 분담금을 지불하도록 요청합니다. **예외 인정을 요청합니다. 섹션 7.2.**
- 약품에 대한 사전 승인을 요청합니다. **보장 결정을 요청합니다. 섹션 7.4.**
- 귀하가 이미 구입한 처방약의 비용을 지불하십시오. **당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. 섹션 7.4.**

당사가 내린 보장 결정에 동의하지 않으시는 경우 그 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

이 섹션에서는 보장 결정을 요청하는 방법 및 이의를 제기하는 방법에 대해 안내해 드립니다.

섹션 7.2 예외 인정 요청

법률 용어:

의약품 목록에 없는 의약품에 대하여 보장을 요청하는 것은 **처방집 예외**입니다.

의약품 보장에 대한 제한 사항 해제를 요구하는 것은 **처방집 예외**입니다.

보장되는 비우선 약에 대해 더 저렴하게 지불을 요청하는 것은 **단계 예외 인정**입니다.

의약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않을 경우, 귀하는 당사에게 **예외**를 요청할 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 유형입니다.

예외 인정을 요청하실 때는, 담당 의사나 다른 처방자가 예외 인정이 필요한 의료적 이유를 설명해야 합니다. 다음은 귀하, 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외의 3가지 예입니다.

1. **당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품 보장.** 당사가 의약품 목록에 없는 의약품을 보장하는 데 동의하는 경우, 귀하는 4단계 비우선 의약품의 약품에 적용되는 비용 분담 금액을 지불해야 합니다. 귀하는 의약품에 대해 귀하가 지불해야 하는 비용 분담금의 예외 인정을 요청할 수 없습니다.
2. **보장 의약품에 대한 제한 철회**. 제 5 장은 당사의 의약품 목록에 있는 특정 의약품에 적용되는 추가 규칙 또는 제한을 설명합니다. 당사가 예외를 인정하고 제한을 면제하는 데 동의하는 경우, 귀하는 해당 의약품에 지불해야 하는 비용 분담금에 대한 예외를 요청할 수 있습니다.
3. **의약품의 보장을 낮은 비용 분담금 단계로 변경**. 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 여섯(6) 개 비용 분담금 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담금 단계 번호가 낮을수록 의약품 비용 분담금으로 지불하는 비용도 적어집니다.
   - 당사의 의약품 목록에 귀하의 질병을 치료하기 위해 귀하의 의약품보다 낮은 비용 분담금 단계에 속하는 대체 의약품이 들어 있으면 대체 의약품에 적용되는 비용 분담금으로 귀하의 의약품을 보장해줄 것을 요청하실 수 있습니다.
   - 복용 중인 의약품이 브랜드 의약품인 경우 귀하는 귀하의 상태를 치료하기 위한 브랜드 대체품이 들어 있는 가장 낮은 단계에 적용되는 비용 분담금으로 귀하의 의약품을 보장해줄 것을 당사에 요청하실 수 있습니다.
   - 복용 중인 의약품이 복제약인 경우 귀하의 상태를 치료하기 위한 대체 브랜드 또는 복제약이 들어 있는 가장 낮은 단계의 비용 분담금으로 해당 의약품을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
   - 귀하는 5단계 특수 의약품에 속하는 의약품에 대한 비용 분담금 단계를 변경하도록 당사에 요청할 수 없습니다.

- 귀하의 단계 예외 인정 요청이 승인되고 최소 한 단계 이상 낮은 비용 분담금 단계에 귀하가 복용할 수 없는 대안 의약품이 포함된 경우에는 일반적으로 귀하가 가장 낮은 금액을 지불합니다.

섹션 7.3 예외 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항

담당 의사 또는 다른 처방자가 반드시 의료적 사유를 얘기해 주어야 합니다.

담당 의사 또는 다른 처방자가 반드시 당사에 예외 인정 요청을 하는 의료적 사유를 기술한 진술서를 제출해야 합니다. 보다 빠른 결정을 위해 예외 인정을 요청할 때 의사 또는 다른 처방자가 제공한 이 의료 정보를 제출하십시오.

일반적으로 당사의 의약품 목록에는 특정 질환을 치료하는 데 사용되는 의약품이 두 가지 이상 포함되어 있습니다. 이러한 다양한 가능성을 **대체** 의약품이라고 부릅니다. 대체 의약품이 귀하가 요청하는 의약품과 약효가 같고, 부작용을 더 많이 유발하거나 다른 건강상 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다. 단계 예외 인정을 요청하시는 경우, 더 낮은 비용 분담금 단계의 모든 대체 의약품이 회원님에게 효과가 없거나 부작용이나 기타 해를 일으킬 가능성이 있지 않는 한 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 요청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

- 당사가 예외 요청을 승인하는 경우, 당사의 승인은 일반적으로 당사의 플랜 연도가 끝날 때까지 유효합니다. 다만, 담당 의사가 회원님에게 계속해서 약을 처방하고 해당 약이 회원님의 질환을 치료하는 데 계속해서 안전하고 효과적이어야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청에 대하여 거부하는 경우, 이의 제기를 신청해 재심사를 요청할 수 있습니다.

섹션 7.4 예외를 포함한 보장 결정 요청

법률 용어

빠른 혜택 적용 결정을 **신속 보장 결정**이라고 합니다.

1단계: 표준 혜택 적용 결정 또는 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 결정합니다.

일반 보장 결정은 당사가 귀하의 의사의 진술을 받은 후 **72시간** 이내에 내려집니다. **빠른 보장 결정**은 의사의 진술을 받은 후 **24시간** 이내에 내려집니다.

건강상 필요한 경우, 빠른 혜택 적용 결정을 요청하십시오. **빠른 혜택 적용 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.**

- 귀하는 아직 받지 않은 의약품을 요청해야 합니다. (귀하가 이미 구매한 약품 비용을 환불 받기 위해 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 건강에 중대한 해를 끼치거나 기능을 손상시킬 수 있습니다.
- **담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자의 건강에 빠른 혜택 적용 결정이 필요하다는 것을 당사에 알리는 경우, 당사는 이에 동의하고 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다.**
- **담당 의사 또는 다른 처방자의 동의 없이 혼자서 빠른 보장 결정을 요청하시는 경우, 빠른 보장 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.** 빠른 혜택 적용 결정을 승인하지 않을 경우 당사는 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
  - 당사가 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.

- 의사 또는 다른 처방자가 빠른 혜택 적용 결정을 요청하면 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 내릴 것입니다.
- 빠른 혜택 적용 결정 대신 일반 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 빠른 불만 제기를 제출하는 방법을 설명합니다. 당사는 접수 후 24시간 이내에 귀하의 불만에 답변할 것입니다.

2단계: 일반 혜택 적용 결정 또는 빠른 혜택 적용 결정을 요청합니다.

- 먼저 전화, 서면 또는 팩스로 당사의 플랜에 연락하여 귀하가 원하는 의료 서비스에 대한 보장을 승인하거나 제공해 달라고 요청하십시오. 또한 귀하는 당사 웹 사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스할 수도 있습니다. 당사는 당사 웹사이트 centralhealthplan.com에서 제공되는*CMS 모델 보장 결정 요청* 양식을 통해 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다. 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 이의 제기 중인 청부가 거부되었음을 나타내는 정보를 말씀해주십시오.

귀하, 귀하의 의사,(기타 처방자) 또는 귀하의 대리인은 다음과 같이 할 수 있습니다. 변호사가 회원님을 대신하여 요청할 수도 있습니다. 이 장의 섹션 4에서는 다른 사람이 귀하의 대리인 역할을 할 수 있도록 서면 허가를 제공하는 방법에 대해 설명합니다.

- **예외를 요청하실 때에는 입증 진술서를 제시하여** 예외를 요청하는 의학적 사유를 밝히십시오. 담당 의사나 다른 처방자는 근거 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 또는 귀하의 의사 또는 다른 처방자가 전화로 알려주고 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 보내 후속 조치를 취할 수 있습니다.

3단계: 당사에서 가입자의 요청을 검토한 후 답변을 드립니다.

빠른 혜택 적용 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 후 **24시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외의 경우, 당사는 의사의 근거 진술서를 받은 후 24시간 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것입니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 답변을 더 일찍 통보해 드립니다.
  - 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 귀하의 요청이나 해당 요청을 뒷받침하는 의사의 진술을 받은 후 24시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

아직 받지 못한 의약품에 대한 일반 보장 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 후 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다.
  - 예외의 경우, 당사는 의사의 근거 진술서를 받은 후 72시간 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것입니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 답변을 더 일찍 통보해 드립니다.
  - 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 귀하의 요청이나 해당 요청을 뒷받침하는 의사의 진술을 받은 후 **72시간 이내에** 제공하기로 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

이미 구입한 의약품 비용 지불에 관한 일반 보장 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 후 **달력일 기준 14일 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.
  - 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 요청이 접수된 후 달력일 기준 14일 이내에 결제해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

4단계: 당사가 귀하의 보장 요청을 거부하는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다.

- 당사에서 요청을 거부하는 경우, 가입자는 이의 제기를 통해 해당 결정에 대한 재고를 요청할 권리가 있습니다. 다시 말하면, 귀하는 재요청을 통해 원하는 의약품 보장을 받을 수 있습니다. 이의를 제기하는 경우, 귀하는 이의 제기 절차 1단계를 진행하게 됩니다.

섹션 7.5 1단계 이의 제기 신청 방법

법률 용어

파트 D 의약품 보장 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 재결정이라고 합니다.

빠른 이의 제기를 **신속 재결정**이라고도 합니다.

1단계: 일반 이의 제기 또는 빠른 이의 제기가 필요한지 결정합니다.

일반 이의 제기는 보통 달력일 기준 7일 이내에 이루어집니다. 빠른 이의 제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 본인이 아직 받지 않은 약품에 대해 당사 플랜이 내린 결정에 대해 이의 제기하시는 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 본인, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.
- 빠른 이의 제기를 위한 요구 사항은 이 장의 섹션 7.4에 있는 빠른 혜택 적용 결정을 받기 위한 요구 사항과 동일합니다.

2단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 기타 처방자는 당사에 문의하여 1 단계 이의 제기를 해야 합니다. 만약 귀하의 건강 상태가 빠른 응답을 요구하는 경우, 귀하는 빠른 이의 제기를 요청해야 합니다.

- **표준 이의 신청의 경우 서면 요청을 제출하십시오.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- **빠른 이의 제기는 서면으로 이의 제기를 제출하거나 (866) 314-2427번으로 연락하십시오.** 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 당사는 당사 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 제공되는 *CMS 모델 결정 재요청 양식*으로 제출되는 요청을 포함하여 **모든 서면 요청을 수락해야 합니다.** 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구와 관련된 정보를 포함하여 귀하의 요청을 처리하는 데 도움을 주십시오.
- 귀하는 보장 결정에 대한 답변을 알려드리기 위해 당사가 보낸 서면 통지서 날짜로부터 **달력일 기준 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다**. 이 마감 기한을 놓쳤고 그 이유가 타당하다면, 이의 제기를 할 때 그 이유를 설명하십시오. 당사는 귀하에게 이의 제기 기한을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 심각한 질병으로 인해 당사에 문의할 수 없었거나 이의 제기 요청 마감일에 대한 잘못된 또는 불완전한 정보를 제공받은 경우가 있습니다.

- **귀하는 이의 제기 정보의 사본을 요청하고 추가 정보를 제공할 수 있습니다.** 귀하와 귀하의 의사는 귀하의 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

3단계: 당사에서 귀하의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 귀하의 이의 제기를 심사할 때, 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 신중히 살펴 봅니다. 요청에 대해 거부결정을 내렸을 때 모든 규정을 충실히 따랐는지 확인합니다.
- 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사나 기타 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 **당사에서 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 답변을 더 일찍 통보해 드립니다.
  - 당사는 72시간 이내에 귀하의 답변을 받지 못할 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 절차 2단계로 보내야 하며 독립적인 심사 기관의 심사를 받게 됩니다. 섹션 7.6에서는 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 귀하의 이의 제기를 받은 후 72시간 이내에 합의된 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 서면 진술서를 보내 당사의 거부 이유와 당사의 결정에 대해 이의 제기를 하는 방법을 설명해드릴 것입니다.

아직 받지 못한 의약품에 대한 일반 이의 제기 기한

- 일반 이의 제기의 경우, 당사는 이의 제기를 받은 후 **달력일 기준 7일 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 아직 의약품을 받지 않았으며 건강상 필요한 경우 보다 빠른 결정이 제공됩니다.
  - 당사는 달력일 기준 7일 이내에 결정이 내려지지 않을 경우, 귀하의 요청을 2단계 이의 제기 절차로 자동으로 이관하여 독립 심사 기관의 심사를 받게 됩니다. 섹션 7.6에서는 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 귀하의 건강 상태에 필요한 만큼 신속하게, 그러나 늦어도 이의 제기를 접수한 날로부터 **달력일 기준 7일** 이내에 보장을 제공해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 서면 진술서를 보내 당사의 거부 이유와 당사의 결정에 대해 이의 제기를 하는 방법을 설명해드릴 것입니다.

- 당사는 요청을 받은 후 **달력일 기준 14일 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.
  - 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우,** 당사는 요청이 접수된 후 달력일 기준 30일 이내에 결제해야 합니다.
- **당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,** 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

4단계: 당사가 귀하의 이의 제기에 대해 거부할 경우, 귀하는 이의 제기 절차를 계속 진행하고 *다른* 이의 제기를 할지 여부를 결정합니다.

- 다시 이의를 제기하기로 결정한 경우, 이는 귀하의 이의 제기 절차가 2 단계 절차로 진행되고 있음을 의미합니다.

섹션 7.6 2단계 이의 제기 신청 방법

법률 용어

독립 심사 기관(Independent Review Organization)의 공식 명칭은 **Independent Review Entity**입니다.때로는 **IRE**라고도 합니다.

독립 심사 기관은 Medicare에서 고용한 독립적인 기관입니다. 이것은 당사 플랜과 관련이 없으며, 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사 플랜이 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다.

1단계: 귀하(또는 귀하의 대리인 또는 귀하의 의사나 기타 처방자)는 독립 심사 기관에 연락하여 귀하의 사례에 대한 심사를 요청해야 합니다.

- 당사가 1단계 이의 제기에 대해 거부하는 경우, 당사에서 발송하는 서면 통지서에는 독립 심사 기관에 **2단계 이의 제기 신청 방법 안내**가 동봉됩니다. 이 안내에는 2단계 이의 제기 신청 자격, 준수해야 하는 기한, 독립 심사 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.
- 귀하는 서면 통지서 날짜로부터 **달력일 기준 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다**.
- 당사가 해당 기간 내에 심사를 완료하지 않았거나 약품 관리 프로그램에 따라 **위험** 결정에 관한 불리한 결정을 내리지 않은 경우, 당사는 귀하의 요청을 IRE(Independent Review Entity)에 자동으로 전달할 것입니다.
- 귀하의 이의 제기에 대한 해당 정보를 독립 심사 기관에 보내드리겠습니다. 이 정보를 **케이스 파일**이라고 합니다. **귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 받아볼 권리가 있습니다**.
- 또한 독립 심사 기관에 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 심사 기관에서 이의 제기를 검토합니다.

독립 심사 기관 심사관들은 귀하의 이의 제기에 대한 모든 정보를 주의 깊게 살펴볼 것입니다.

빠른 이의 제기 기한

- 건강상 필요한 경우, 독립 심사 기관에 빠른 이의 제기를 신청하십시오.
- 독립 심사 기관이 빠른 이의 제기에 동의하는 경우, 독립 심사 기관은 이의 제기 요청을 받은 후 **72시간 이내**에 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

일반 이의 제기 기한

- 일반 이의 제기의 경우, 독립 심사 기관은 귀하가 아직 받지 않은 의약품에 대한 이의 제기인 경우 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구매한 의약품에 대한 환급을 요청하는 경우, 독립 심사 기관은 귀하의 요청이 접수된 후 **달력일 기준 14일 이내에** 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 심사 기관은 귀하에게 대답을 제공합니다.

빠른 이의 제기의 경우:

- **독립 심사 기관이 요청한 내용의 일부 또는 전부에 대해 '예'라고 말하면** 독립 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **24시간 이내에** 독립 심사 기관이 승인한 **의약품 보장을 제공**해야 합니다.

일반 이의 제기의 경우:

- **독립 심사 기관이 귀하의 보장 요청 일부 또는 전부를 수락할 경우,** 당사는 독립 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 독립 심사 기관에 의해 승인된 **의약품 보장을 제공**해야 합니다.
- **독립 심사 기관이 이미 구입한 의약품에 대한 환불 요청의 일부 또는 전부를 승인하면** 독립 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **달력일 기준 30일 이내에 지불금을 보내야** 합니다.

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기를 거부하면 어떻게 하나요?

독립 심사 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부에 대해 거부하는 경우, 그들도 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의하는 것입니다. (이를 **결정 지지**라고 부릅니다. 또한 **이의 제기 거부**라고도 부릅니다.) 이 경우, 독립 심사 기관은 귀하에게 다음 내용의 편지를 보낼 것입니다.

- 해당 결정을 설명합니다.
- 귀하가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 특정 최저 금액을 충족하는 경우 귀하에게 3단계 이의 제기를 요청할 권리가 있음을 알려드리겠습니다. 귀하가 요청하는 의약품 보장의 달러 가치가 너무 낮으면 다른 이의 제기를 할 수 없으므로 2단계가 최종 결정이 됩니다.
- 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위해 분쟁이 발생해야 하는 달러 가치를 알려줍니다.

4단계: 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다(총 5개 이의 제기 단계가 있습니다).
- 3단계 이의 제기로 이동하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 결정 후에 받는 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정법 판사 또는 법률 심사관이 처리합니다. 섹션 10에서는 3단계, 4단계, 5단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

섹션 8 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 더 긴 병원 입원을 보장해 달라고 요청하는 방법

귀하는 병원에 입원하는 경우 질병 또는 부상을 진단 및 치료하는 데 필요한 보장 병원 서비스를 모두 이용할 권리가 있습니다.

보장되는 병원 입원 기간 중에, 담당 의사와 병원 직원들은 귀하와 상의해 퇴원 날짜에 맞춰 퇴원 준비를 하게 됩니다. 또한 퇴원 후 필요한 케어가 있으면 그러한 케어 주선도 도와드립니다.

- 병원을 떠나는 날을 **퇴원일**이라고 합니다.
- 퇴원일이 결정되면 의사 또는 병원 직원이 알려줄 것입니다.
- 병원을 너무 빨리 떠나라는 요청을 받았다고 생각하면, 귀하는 더 오랜 기간 병원 입원을 요청할 수 있으며 귀하의 요청은 재고될 것입니다.

섹션 8.1 병원 입원 중에 Medicare로부터 귀하의 권리에 관한 서면 통지서를 받게 될 것입니다.

병원에 입원한 지 달력일 기준 이틀 이내에 귀하는 *귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지*라는 서면 통지서를 받게 될 것입니다. Medicare를 가진 모든 사람들은 이 통지의 사본을 받게 됩니다. 병원 관계자(예: 사례 관리자나 간호사)로부터 통지서를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요한 경우, 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화합니다.)

1. **통지서를 주의 깊게 검토**하신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오.이것으로 다음을 알 수 있습니다.
   - 의사의 지시에 따라 병원 입원 중 및 입원 후에 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 이는 그러한 서비스가 무엇이며 비용은 누가 부담하는지, 어디서 이용할 수 있는지 알 권리를 포함합니다.
   - 병원 입원 결정에 관여할 귀하의 권리
   - 병원 치료의 질에 대한 우려 사항을 보고할 수 있는 권리
   - 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대한 **즉각적인 심사를 요청**할 권리 이것은 퇴원일 지연을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법으로 귀하의 병원 치료를 장기간 보장해드릴 것입니다.
2. **귀하는 서면 통지서를 받았고 귀하의 권리를 이해했음을 서명함으로써 증명해야 합니다.**
   - 귀하 또는 귀하를 대신하여 행동하는 사람은 통지에 서명하도록 요청받을 것입니다.
   - 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 권한에 대한 정보를 받았다는 *것만* 확인합니다. 이 통지에는 퇴원일이 명시되지 않습니다. 통지에 서명한다고 해서 귀하가 퇴원일에 동의하는 것은 **아닙니다**.
3. 귀하의 권리에 대한 정보를 포함한 통지서 **사본을 보관하여**, 필요할 경우 이의 제기를 하거나 케어 품질에 대해 우려를 보고할 수 있도록 하십시오.
   - 퇴원일 달력일 이틀 전에 통지에 서명하면 예정 퇴원일 전에 또 다른 사본을 받게 됩니다.
   - 이 통지서의 복사본을 미리 보려면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711) 또는 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로도 통지서를 받을 수 있습니다.

섹션 8.2 퇴원일 변경을 위한 1단계 이의 제기 방법

귀하의 입원 환자 병원 서비스를 장기간 보장하도록 요청하려면 이의 제기 절차를 통해 이를 요청하십시오. 우선 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 및 기한이 언제인지 이해하십시오.

- **프로세스를 따릅니다.**
- **기한을 준수합니다.**

- **필요한 경우 도움을 요청합니다.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원은 State Health Insurance Assistance Program(SHIP)에 전화하십시오. SHIP Alameda County:
(510) 839-0393
Contra Costa County:
(925) 655-1393
Fresno and Madera Counties:
(559) 224-9117
Imperial County:
(760) 353-0223
Kern County:
(661) 868-1000
Kings and Tulare Counties:
(559) 713-2875
Orange County:
(714) 560-0424
Placer and Yolo Counties:
(916) 376-8915
San Francisco County:
(415) 677-7520
San Joaquin County:
(209) 470-7812
San Mateo County:
(650) 627-9350
Santa Clara County:
(408) 350-3239
Solano County:
(707) 526-4108
Stanislaus County:
(209) 558-4540. SHIP 연락처 정보는 2장, 섹션 3에 나와 있습니다.

1단계 이의 제기 중에 품질 개선 기구가 이의 제기를 심사합니다. 여기서는 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적합한지 확인합니다. **품질 개선 기구**는 Medicare 환자를 위한 케어 품질을 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 여기에는 Medicare 소지가의 퇴원일을 심사하는 것이 포함됩니다. 이들 전문가들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

1단계: 해당 지역의 품질 개선 기구에 연락하여 병원 퇴원 현황을 즉시 심사하도록 요청하십시오. 귀하는 빨리 조치를 취해야 합니다.

이 기관에 연락하려면 어떻게 해야 합니까?

- 귀하가 받은 서면 통지서(*귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지*)는 귀하에게 이 단체에 접근하는 방법을 알려줍니다. 또는 2장에서 해당 주의 품질 개선 기구의 이름, 주소 및 전화 번호를 찾습니다.

신속한 조치를 취하십시오:

- 이의를 제기하려면 퇴원하기 *전*과 **퇴원 당일 자정 이전에** 품질 개선 기구에 연락해야 합니다.

  - 이 기한이 충족된다면, 품질 개선 기구로부터 이의 제기 신청에 대한 결정을 기다리는 동안 *비용을 지불하지 않고* 퇴원일 *이후*에도 병원에 계속 머물 수 있습니다.
  - **이 기한을 지키지 못한 경우, 당사에 문의하십시오.** 예정 퇴원일 이후로도 병원에 계속 머물러 있겠다고 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 치료 *비용 전액을 본인이 부담하셔야 할 수도 있습니다.*
- 귀하가 병원 퇴원에 대한 즉각적인 심사를 요청하면 품질 개선 기구는 당사에 문의할 것입니다. 당사는 연락을 받고 다음 날 정오까지 **상세 퇴원 통지서**를 보내드립니다. 이 통지는 예정 퇴원일을 알려주며 의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원시키는 것이 옳다(의학적으로 적절하다)고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.
- 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711) 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 **상세 퇴원 통지서**이 샘플을 받을 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화합니다.) 또는 www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im에서 온라인으로도 샘플 통지서를 받을 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 사례를 독립적으로 심사합니다.

- 품질 개선 기구의 보건 전문의들(심사관들)은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어보게 됩니다. 귀하는 서면으로 아무 것도 준비할 필요가 없지만, 원하면 준비해도 됩니다.
- 심사관은 귀하의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 병원과 당사가 제공한 정보를 심사합니다.
- 심사관들이 귀하의 이의 제기를 당사에게 알려준 다음날 정오까지 귀하는 귀하의 예정 퇴원일이 기재된 당사의 서면 통지서를 받게 되실 것입니다. 이 고지는 또한 귀하의 의사, 병원 및 당사가 귀하가 그 날짜에 퇴원하는 것이 옳다고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다(의학적으로 적절합니다).

3단계: 필요한 모든 정보를 받은 후 하루 이내에 품질 개선 기구는 귀하에게 이의 제기에 대한 답변을 드립니다.

결정이 승낙인 경우 어떻게 되나요?

- 독립 심사 기관에서 *승낙*한 경우, **당사는 의학적으로 필요한 서비스 기간에 귀하의 입원 환자 병원 서비스를 계속 제공해야 합니다.**
- 귀하는 해당 비용에서 귀하의 분담금을 계속 지불해야 합니다(해당되는 경우, 공제액 또는 자기부담금 등). 또한, 귀하의 보장된 병원 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

결정이 거부인 경우 어떻게 되나요?

- 독립 심사 기관이 *거부*한 경우는 심사 기관이 귀하의 예정 퇴원일이 의료적으로 적절하다고 결정했다는 의미입니다. 이 경우, **귀하의 입원 환자 병원 서비스에 대한 당사의 보장**은 품질 개선 기구가 귀하에게 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 통보한 *다음날* 정오에 종료됩니다.
- 독립 심사 기관이 이의 제기에 대해 *거절*하고 병원에 입원하기로 결정한 경우 품질 개선 기구에서 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 치료 **비용 전액을 귀하가 지불해야 할 수 있습니다**.

4단계: 1단계 이의 제기에 거부 결정이 내려진 경우, 귀하는 이의 제기를 더 하기를 원하는지 여부를 결정합니다.

- 품질 개선 기구가 이의 제기를 *거부*했고 *동시에* 귀하가 예정 퇴원일 이후에도 병원에 남아 있는 경우 귀하는 다시 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 이의 제기를 또 다시 한다는 것은 이의 제기 절차의 **2단계**로 진행한다는 의미합니다.

섹션 8.3 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기 방법

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. 품질 개선 기구가 2단계 이의 제기 신청을 기각하는 경우, 예정 퇴원일 이후 입원 비용 전액을 본인이 부담하셔야 할 수 있습니다.

1단계: 다시 품질 개선 기구에 연락해 재심사를 요청하셔야 합니다.

- 품질 개선 기구가 1단계 이의 제기를 *거부*한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 진료에 대한 보장이 종료된 날 이후에도 계속해서 입원하시는 경우에 한해 재심사를 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 상황에 대한 두 번째 심사를 수행합니다.

- 품질 개선 기구 심사관들은 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀히 재심사할 것입니다.

3단계: 2단계 이의 제기에 대한 귀하의 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 심사관들은 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리고 그 결정을 귀하에게 알려줍니다.

독립 심사 기관이 승낙한 경우:

- 품질 개선 기구가 귀하의 첫 번째 이의 제기를 거부한 날 다음 날 정오 이후로 받은 병원 치료 비용의 당사의 분담 비용을 **귀하에게 상환해야 합니다.당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 가입자의 입원 환자 병원 치료를 보장해야 합니다.**
- 가입자는 계속해서 비용 중 본인 부담분을 지급해야 하며, 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

독립 심사 기관이 거부한 경우:

- 이는 그들이 1단계 이의 제기에 대한 결정을 지지한다는 것을 의미합니다.
- 받은 통지서에는 심사 절차를 계속 진행하기 원하는 경우 할 수 있는 일을 서면으로 알려줍니다.

4단계: 거부 결정이 나온 경우, 귀하는 이의 제기를 3단계로 계속 진행할지 여부를 결정해야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다(총 5개 이의 제기 단계가 있습니다). 3단계 이의 신청으로 이동하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 신청 결정 후에 받는 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정법 판사 또는 법률 심사관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10 에서는 이의 제기 절차의 3, 4, 5단계에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 9 귀하가 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스의 지속적인 보장을 요청하는 방법

보장되는 **가정 의료 서비스, 전문 요양 케어 또는 재활 치료(종합 외래 환자 재활 시설)**를 받고 있는 경우, 귀하는 귀하의 질병 또는 부상에 진단과 치료가 필요한 동안에 해당 유형의 치료 서비스를 계속 받을 권리가 있습니다.

당사는 세 가지 유형의 진료 중 하나라도 보장을 중단할 때가 되었다고 판단되면 사전에 알려야 합니다. 해당 진료에 대한 혜택이 종료되면 당사는 귀하의 진료 비용 중 당사 분담금 지급을 중단할 것입니다.

당사가 회원님의 케어에 대한 보장을 너무 일찍 종료한다고 판단되는 경우, **회원님은 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다**. 본 섹션에서는 이의 제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 9.1 당사는 귀하의 보장이 종료되는 시점을 미리 알려드릴 것입니다.

법률 용어:

Medicare 비보장 통지.빠른 이의 제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다.빠른 이의 제기를 요청하는 것은 귀하의 치료 중단에 대한 보장 결정 변경을 요청하는 공식적이고 법적 방법입니다.

1. 당사는 귀하의 치료 보장을 중단하기 최소 달력일 전에 **서면으로 통지를 제공합니다**. 통지에는 다음 사항이 포함됩니다.
   - 당사가 귀하의 치료 보장을 중단할 날짜
   - 귀하의 치료 보장을 더 오랜 기간 동안 유지하도록 요청하는 빠른 이의 제기를 신청하는 방법
2. **귀하 또는 귀하를 대신하여 행동하는 사람이 서면 통지서에 서명하여 해당 정보를 받았음을 확인해야 합니다.** 서명은 귀하가 보장이 중단될 날짜에 대한 정보를 받았음*만* 나타낼 뿐입니다. **서명한다고 해서 당사 플랜의 치료 중단 결정에 동의하는 것은 아닙니다.**

섹션 9.2 당사가 귀하의 진료의 기간 연장을 보장하도록 요청하는 1단계 이의 제기 방법

더 오랜 기간 귀하의 케어를 보장하도록 요청하려면 귀하는 이의 제기 절차를 통해 해당 요청을 해야 합니다. 우선 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 및 기한이 언제인지 이해하십시오.

- **프로세스를 따릅니다.**
- **기한을 준수합니다.**

- **필요한 경우 도움을 요청합니다.** 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원은 State Health Insurance Assistance Program(SHIP)에 전화하십시오. SHIP Alameda County:
(510) 839-0393
Contra Costa County:
(925) 655-1393
Fresno and Madera Counties:
(559) 224-9117
Imperial County:
(760) 353-0223
Kern County:
(661) 868-1000
Kings and Tulare Counties:
(559) 713-2875
Orange County:
(714) 560-0424
Placer and Yolo Counties:
(916) 376-8915
San Francisco County:
(415) 677-7520
San Joaquin County:
(209) 470-7812
San Mateo County:
(650) 627-9350
Santa Clara County:
(408) 350-3239
Solano County:
(707) 526-4108
Stanislaus County:
(209) 558-4540. SHIP 연락처 정보는 2장, 섹션 3에 나와 있습니다.

1단계 이의 제기 중에 품질 개선 기구가 이의 제기를 심사합니다. 이 단계에서는 귀하의 치료 종료일이 의학적으로 적절한지 여부를 결정합니다. **품질 개선 기구**는 Medicare 환자에게 제공되는 케어 품질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 여기에는 특정 종류의 의료 서비스를 중단해야 할 시기에 대한 플랜 결정을 심사하는 것이 보장됩니다. 이들 전문가들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

1단계:1단계 이의 제기: 품질 개선 기구에 연락하여 빠른 이의 제기를 요청합니다. 귀하는 빨리 조치를 취해야 합니다.

이 기관에 연락하려면 어떻게 해야 합니까?

- 귀하가 받은 서면 통지서(*Medicare 비보장 통지*)에는 이 기관에 연락하는 방법이 담겨 있습니다. (또는 2장에서 해당 주의 품질 개선 기구의 이름, 주소 및 전화 번호를 찾습니다.)

신속한 조치를 취하십시오:

- *Medicare 비보장 통지서*에 있는 **발효일 전날 정오까지** 품질 개선 기구에 연락하여 이의 제기를 신청하셔야 합니다.

- 기한을 놓치고 이의 제기 신청을 하려는 경우에도 귀하는 이의 제기 권한을 가집니다. Medicare 비보장 통지에 있는 연락처 정보를 사용하여 품질 개선 기구에 연락하십시오. (2장에서 해당 주의 품질 개선 기구의 이름, 주소 및 전화 번호를 찾을 수도 있습니다.)

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 사례를 독립적으로 심사합니다.

법률 용어:

비보장에 대한 자세한 설명 보장이 종료되는 이유에 대한 자세한 내용을 제공하는 통지서.

빠른 심사 진행 절차

- 품질 개선 기구의 보건 전문의들(심사관들)은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어보게 됩니다. 귀하는 서면으로 아무 것도 준비할 필요가 없지만, 원하면 준비해도 됩니다.
- 또한 독립 심사 기관은 귀하의 의료 기록을 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공하는 정보를 심사합니다.
- 심사관들이 귀하의 이의 제기에 관해 당사에 통보한 날 업무 종료 시간에 귀하는 귀하의 서비스에 대한 보장을 종료하는 이유를 제시하는 *비보장에 대한 자세한 설명*을 당사로부터 받게 될 것입니다.

3단계: 심사관들은 필요한 정보를 모두 받은 시점으로부터 24시간 이내에 귀하에게 결정을 통보합니다.

심사관이 승낙으로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 심사관이 귀하의 이의 제기에 대해 승낙할 경우, **당사는 의료적으로 필요하다면 계속해서 귀하에게 보장 서비스를 제공해야 합니다.**
- 귀하는 해당 비용에서 귀하의 분담금을 계속 지불해야 합니다(해당되는 경우, 공제액 또는 자기부담금 등). 보장 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

심사관이 거부로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 심사관들이 *거부*하면, **보장은 당사가 통보한 일자에 종료됩니다.**
- 보장이 종료된 이후에도 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어, 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우, 그러한 진료 **비용 전액을 귀하가 부담해야 합니다.**

4단계: 1단계 이의 제기에 거부 결정이 내려진 경우, 귀하는 이의 제기를 더 하기를 원하는지 여부를 결정합니다.

- 심사관이 1단계 이의 제기에 대해 *거부*하고 동시에 귀하는 진료가 종료된 후에도 계속 진료를 받기로 선택한 경우, 귀하는 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

섹션 9.3 당사가 귀하의 진료의 기간 연장을 보장하도록 요청하는 2단계 이의 제기 방법

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기구에 첫 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. 품질 개선 기구가 2단계 이의 제기를 거절하는 경우, 보장이 종료된 *이후에도* 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어, 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스에 대한 비용 전액을 가입자 본인이 부담해야 할 수 있습니다.

1단계: 다시 품질 개선 기구에 연락해 재심사를 요청하셔야 합니다.

- 품질 개선 기구가 1단계 이의 제기를 *거부*한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 보장이 종료된 날 이후에 계속 케어를 받으시는 경우에만 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 상황에 대한 두 번째 심사를 수행합니다.

- 품질 개선 기구 심사관들은 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 면밀히 재심사할 것입니다.

3단계: 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 심사관이 귀하의 이의 제기를 결정하고 결정을 알려줄 것입니다.

독립 심사 기관이 승낙하는 경우 어떻게 되나요?

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 밝힌 날짜 이후 귀하가 받은 치료 비용 중 당사 부담분을 **귀하에게 환급해야 합니다.** 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 **해당 진료에 대해 보장해야 합니다.**
- 가입자는 계속해서 비용 중 본인 부담분을 지급해야 하며, 혜택 한도가 적용될 수 있습니다.

독립 심사 기관이 거절하는 경우 어떻게 되나요?

- 이는 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의함을 의미합니다.
- 받은 통지서에는 심사 절차를 계속 진행하기 원하는 경우 할 수 있는 일을 서면으로 알려줍니다. 행정법 판사 또는 법률 심사관이 처리하는 다음 단계의 이의 제기로 나아가는 방법에 대한 세부 사항을 제공합니다.

4단계: 거부 결정이 나올 경우, 이의 제기를 더 진행할지 여부를 결정해야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 이의 제기 단계가 있습니다. 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 결정 후에 받는 서면 통지서에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정법 판사 또는 법률 심사관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10에서는 이의 제기 절차의 3, 4, 5단계에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 10 3, 4, 5단계로 이의 제기하기

섹션 10.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 귀하가 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다.

귀하가 이의 제기한 물품 또는 의료 서비스의 달러 가치가 특정 최소 수준을 충족하는 경우, 추가적인 단계의 이의 제기로 이동할 수 있습니다. 달러 가치가 최저 한도 미만인 경우 더 이상 이의 제기를 진행할 수 없습니다. 2단계 이의 제기에 대한 서면 응답에서 3단계 이의 제기를 하는 방법을 설명합니다.

대부분의 이의 제기 상황에서는 마지막 세 가지 단계의 이의 제기가 처음 두 단계와 거의 동일한 방식으로 작동합니다. 다음은 각 단계에서 귀하의 이의 제기를 심사하는 담당자입니다.

3단계 이의 제기 연방 정부 소속의 **행정법 판사 또는 법률 심사관**이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드립니다.

- **행정법 판사 또는 법률 심사관이 가입자의 이의 제기를 승낙하는 경우에도, 이의 제기 절차가 *종료되거나 종료되지 않을* 수 있습니다.** 2단계 이의 제기의 결정과 달리, 당사는 귀하에게 유리한 3단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사가 이의 제기를 결정하면 4단계 이의 제기로 넘어갑니다.
  - 당사가 결정에 이의를 제기하지 *않기로* 결정한 경우, 당사는 행정법 판사 또는 법률 심사관의 판결을 받은 후 달력일 60일 이내에 귀하에게 의료 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 4단계 이의 제기 신청서 사본과 첨부 문서를 가입자님께 발송합니다. 당사는 해당 의료 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 이의 제기에 대한 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 법률 심사관이 가입자님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 *종료되거나 종료되지 않을* 수 있습니다.**
  - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
  - 결정을 받아들이고 싶지 않은 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 4단계 이의 제기 신청하기 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다.

4단계 이의 제기 **Medicare 이의 제기 위원회**(위원회)가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드릴 것입니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

- **승낙 결정이 나온 경우, 또는 위원회가 당사의 유리한 3단계 이의 제기 결정을 심사하라는 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 절차가 *종료되거나 종료되지 않을* 수 있습니다.** 2단계 이의 제기의 결정과 달리, 당사는 귀하에게 유리한 4단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사는 이 결정을 5단계로 이의 제기할지 여부를 결정합니다.
  - 당사가 결정에 이의를 제기하지 *않기로* 결정한 경우, 당사는 위원회의 판결을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 의료 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
  - 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 가입자께 서면으로 알려드립니다.
- **거부 결정이 나온 경우 또는 위원회가 심사 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 절차가 *종료되거나 종료되지 않을* 수 있습니다.**
  - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
  - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기를 거부하면, 받은 통지서에 규칙이 5단계 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부와 5단계 이의 제기를 계속하는 방법이 명시되어 있을 것입니다.

5단계 이의 제기 **연방 지방 법원의 판사**가 귀하의 이의 제기를 심사할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 심사하고 귀하의 요청에 대해 *예* 또는 *아니오*라고 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

섹션 10.2 파트 D 의약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 귀하가 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다.

이의를 제기하신 의약품의 가치가 특정 달러 금액을 충족하는 경우 다음 단계의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 값이 최저 한도 미만인 경우 더 이상 이의 제기를 진행할 수 없습니다. 귀하의 2단계 이의 제기에 대해서 받은 서면 응답에는 누구에게 연락하고 3단계 이의 제기를 신청하기 위해 해야 할 일이 설명되어 있을 것입니다.

대부분의 이의 제기 상황에서는 마지막 세 가지 단계의 이의 제기가 처음 두 단계와 거의 동일한 방식으로 작동합니다. 다음은 각 단계에서 귀하의 이의 제기를 심사하는 담당자입니다.

3단계 이의 제기 연방 정부 소속의 **행정법 판사 또는 법률 심사관**이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드립니다.

- **답변이 '예'인 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 당사는 행정 법률 판사 또는 법률 심사관에 의해 승인된 **72시간(신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 의약품 보장을 허가하거나 제공하거나** 또는 당사가 결정을 받은 후 **달력일 기준 30일 이내에 지불해야 합니다**.
- **행정법 판사 또는 법률 심사관이 가입자님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 *종료되거나 종료되지 않을* 수 있습니다.**
  - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
  - 결정을 받아들이고 싶지 않은 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 4단계 이의 제기 신청하기 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다.

4단계 이의 제기 **Medicare 이의 제기 위원회**(위원회)가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드릴 것입니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

- **답변이 '예'인 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다.** 당사는 **72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에** 위원회에서 승인된 **의약품 보장을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다**.
- **거부 결정이 나온 경우 또는 위원회가 심사 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 절차가 종료*되거나종료되지 않을* 수 있습니다.**
  - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
  - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기를 거부하면, 받은 통지서에 규칙이 5단계 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부와 5단계 이의 제기를 계속하는 방법이 명시되어 있을 것입니다.

5단계 이의 제기 **연방 지방 법원의 판사**가 귀하의 이의 제기를 심사할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 심사하고 귀하의 요청에 대해 *예* 또는 *아니오*라고 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

불만 제기

섹션 11 케어 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법

섹션 11.1 불만 제기 절차는 어떤 종류의 문제를 처리합니까?

불만 절차는 *특정 유형의 문제에만* 사용됩니다. 여기에는 케어 품질, 대기 시간 및 고객 서비스에 대한 문제가 포함됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 처리되는 문제 유형의 예입니다.

불만	실례
의료 서비스의 품질	• 귀하가 받은 진료(병원 내 진료 포함)의 품질에 만족하지 않으십니까?
개인정보 보호	• 누군가가 귀하의 개인정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 기밀 정보를 공유하지 않았습니까?
불친절, 열악한 고객 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 누군가가 귀하에게 무례하거나 불손한 적이 있습니까? • 가입자 서비스부에 만족하지 않으십니까? • 당사의 플랜 탈퇴를 권유받고 있다고 느끼시나요?
대기 시간	• 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우. • 의사, 약사 또는 다른 의료 전문가가 오기를 너무 오래 기다리셨습니까? 가입자 서비스부 또는 플랜의 다른 직원은 어떠했습니까? ◦ 예를 들어 전화나 대기실, 진료실에서 너무 오랫동안 기다리거나 처방전을 받는 경우 등이 포함됩니다.
청결	• 클리닉, 병원 또는 의사 진료실의 청결이나 상태에 만족하지 않으십니까?
당사에서 제공하는 정보	• 귀하에게 필요한 고지를 제공하지 않았습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의 제기와 관련된 당사 조치의 *적시성*에 대한 것입니다.)	보장 결정을 요청하거나 이의를 제기했으며, 당사가 충분히 빠르게 응답하지 않는다고 생각하면, 당사의 지연에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다. • 귀하가 빠른 보장 결정 또는 빠른 이의 제기를 요청했는데 당사가 거부했다고 하면, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 귀하는 당사가 보장 결정 또는 이의 신청 기한을 준수하지 않았다고 생각하며 불만을 제기할 수 있습니다. • 당사가 승인된 특정 의료 물품 또는 서비스 또는 의약품에 대해 보상 또는 보상 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우, 불만을 제기할 수 있습니다.

불만	실례
	• 귀하의 사례를 독립 심사 기관에 전달하는 데 필요한 마감 기한을 지키지 못했다고 판단되는 경우, 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 11.2 불만 제기 방법

법률 용어:

- **불만**은 또한 **고충**이라고도 합니다.
- **불만 제기**는 **고충 제기**라고 합니다.
- **불만 제기 절차 이용**은 **고충 처리 절차 이용**이라고 합니다.
- **빠른 불만 제기**는 **신속 고충 제기**라고 합니다.

1단계: 전화 또는 서면으로 즉시 당사에 문의하십시오.

- **일반적으로 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하는 것이 첫 번째 단계입니다.** 그 외에 필요한 조치가 있는 경우, 가입자 서비스부에서 알려드릴 것입니다.
- **전화를 원하지 않는 경우(또는 전화를 걸었지만 만족하지 않은 경우), 불만을 서면으로 당사에 제출할 수 있습니다.** 서면으로 불만을 제기하는 경우 당사에서도 서면으로 답변해 드립니다.
- 당사는 전화로 불만 사항을 해결해 드리겠습니다. 당사가 전화로 불만 사항을 해결할 수 없는 경우, 불만 사항을 심사할 수 있는 공식적인 절차가 마련되어 있습니다. 당사는 이것을 가입자 고충 처리라고 부릅니다. 당사는 대부분의 고충에 대해 달력일 기준 30일 이내에 답변해드립니다. 귀하의 요청이 있거나 당사에 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하의 최선의 이익에 부합할 경우, 당사의 답변이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 서면 답변을 요청하거나, 서면 불만을 제출하거나, 케어 품질에 대한 불만을 제기하는 경우, 당사는 서면으로 답변을 드릴 것입니다. 당사가 빠른 혜택 적용 결정 또는 빠른 이의 제기에 대한 귀하의 요청을 거부하거나, 보장이나 이의 제기 결정을 내리는 데 추가 시간이 걸리고 귀하가 추가적인 시간 지연에 대해 동의하지 않는 경우, 당사는 귀하에게 신속 고충 제기를 제공할 것입니다. 당사는 신속 고충 사항에 대해서 24시간 이내에 답변합니다.
- 불만 제기 **기한**은 불만 제기의 문제가 발생한 시점으로부터 달력일 기준 60일입니다.

2단계: 당사에서 가입자의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- **가능한 경우 즉시 응답해 드립니다.** 전화로 불만을 제기하는 경우 당사는 동일한 전화 통화로 답변해 드릴 수 있습니다.
- **대부분의 불만은 달력일 기준 30일 내에 처리됩니다.** 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 유리한 경우 또는 귀하가 더 많은 시간을 요청하는 경우, 당사는 귀하의 불만에 대해 답변하기 위해 달력일 기준 최대 14일 더 연장할 수 있습니다(달력일 기준 총 44일). 당사가 추가로 며칠이 더 필요하다고 결정하는 경우, 가입자에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **당사가 귀하의 빠른 혜택 적용 결정 또는 빠른 이의 제기 요청에 대해 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 당사는 자동적으로 빠른 불만 제기를 제공합니다.** 빠른 불만 제기가 이루어진 경우 당사는 귀하에게 **24시간 이내에 답변**을 드릴 것입니다.
- 당사가 귀하의 불만 중 일부 또는 전부에 **동의하지 않거나** 귀하가 불만을 제기한 문제에 대해 책임을 지지 않는 경우, 당사는 귀하에게 답변할 때 해당 사유를 제공할 것입니다.

섹션 11.3 단계별: 불만 제기

섹션 11.4 또한 품질 개선 기구에 케어 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.

*케어 품질*에 관해 불만 사항이 있을 경우, 귀하에게는 두 가지 추가 옵션이 있습니다.

- **품질 개선 기구에 직접 불만을 제기하실 수 있습니다.** 품질 개선 기구는 Medicare 환자를 위한 케어를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.

또는

- **품질 개선 기구 및 당사 모두에게 불만을 제기하실 수 있습니다.**

Medicaid 혜택 관련 문제

섹션 12 Medicaid 혜택 관련 문제 처리하기

Medicaid 보장 혜택 및/또는 절차에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부(전화 번호는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있음) 또는 해당 주 정부 Medicaid 사무소(연락처 정보는 2장 섹션 6에 수록되어 있음)에 문의하시기 바랍니다.

귀하의 혜택 또는 보장과 관련한 문제나 우려 사항이 있습니까?

여기에는 의료 서비스(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 의약품)의 보장 여부, 보장 방식, 의료 비용 지급 관련 문제 등이 포함됩니다.

예.

섹션 5, 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 안내서로 이동합니다.

아니요.

섹션 11 케어 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법으로 이동합니다.

10장:
당사 플랜의 멤버십 종료하기

섹션 1 당사 플랜의 멤버십 종료하기

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 귀하의 멤버십 종료는 **자발적**일 수도 있고(귀하의 선택), **비자발적**일 수도 있습니다(귀하의 선택이 아님).

- 귀하가 당사의 플랜 탈퇴를 *원하는* 경우 그렇게 결정하고 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2와 3은 자발적으로 멤버십을 종료하는 방법을 알려드립니다.
- 또한 당사가 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 제한된 상황도 있을 수 있습니다. 섹션 5는 당사가 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 상황에 대해 설명합니다.

귀하가 당사 플랜을 탈퇴할 경우, 당사 플랜은 귀하의 의료 서비스 및 처방약을 계속 제공해야 하며 귀하의 멤버십이 종료될 때까지 비용 분담을 계속 지불할 것입니다.

섹션 2 당사는 언제 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1 귀하는 Medicare 및 Medicaid를 보유하고 있기 때문에 귀하의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

Medicare를 가진 대부분의 사람들은 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. Medicaid를 보유하고 있기 때문에 연중 언제든지 다음 Medicare 옵션 중 하나를 선택하여 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 *않은* Original Medicare(이 옵션을 선택하고 Extra Help를 받는 경우 자동 등록을 거부하지 않는 한 Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.) 또는
- 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 귀하의 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 Extra Help를 받지 않으며 63일 이상 연속하여 크레딧 전용 가능한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 귀하가 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.

- 귀하의 Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보려면 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오.
- 기타 Medicare 건강 플랜 옵션은 **공개 등록 기간** 동안 사용할 수 있습니다. 섹션 2.2에서는 공개 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.
- 멤버십은 당사가 귀하의 플랜 변경 요청을 접수한 달 1일에 종료됩니다. 귀하의 신규 플랜 가입도 이 날에 시작됩니다.

섹션 2.2 귀하는 공개 등록 기간 중에 멤버십을 종료할 수 있습니다.

귀하는 매년 공개 등록 기간 중에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이 기간에 건강 및 의약품 보장을 검토하고 다음 해 보장을 결정하십시오.

- **공개 등록 기간**은 **10월 15일부터 12월 7일까지**입니다.
- **현재 보장을 유지하기를 선택하거나 다음 연도 보장 변경을 선택하십시오.** 새 플랜으로 변경하기로 결정한 경우 다음 플랜 유형 중 하나를 선택할 수 있습니다.
  - 의약품 보장의 유무에 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜.
  - 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *포함된* Original Medicare
  - 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *포함되지 않은* Original Medicare
  - 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 귀하의 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

귀하는 처방약을 지불하기 위해 Medicare에서 Extra Help를 받습니다: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않을 경우 귀하가 자동 등록을 거부하지 않는 한, Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 Extra Help를 받지 않으며 63일 이상 연속하여 크레딧 전용 가능한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 귀하가 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.

- 1월 1일에 새 플랜의 보장이 시작되면 **당사의 플랜에서 귀하의 멤버십은 종료됩니다.**

섹션 2.3 귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간 멤버십을 종료할 수 있습니다.

귀하는 매년 **Medicare Advantage 공개 등록 기간** 동안 귀하의 건강 보험을 *한 번* 변경할 수 있습니다.

- **Medicare Advantage 공개 등록 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, MA 플랜에 등록한 신규 Medicare 수혜자의 경우, 파트 A 및 파트 B에 대한 자격이 부여된 달부터 자격이 부여된 세 번째 달의 마지막 날까지입니다.
- **Medicare Advantage 공개 등록 기간**에 다음을 수행할 수 있습니다.
  - 의약품 보장에 관계없이 다른 Medicare Advantage Plan으로 전환합니다.
  - 당사 플랜에서 등록을 취소하고 Original Medicare를 통해 보험 혜택을 받습니다. 이 기간에 Original Medicare로 전환할 경우, 동시에 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입할 수도 있습니다.
- **다른 Medicare Advantage 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환하라는 요청을 받은 후 매월 1일에 귀하의 멤버십이 종료됩니다.** 또한 Medicare 의약품 플랜에 등록하기로 선택한 경우, 귀하의 의약품 플랜의 멤버십은 의약품 플랜이 등록 요청을 받은 후 매월 첫째 날에 시작됩니다.

섹션 2.4 특정 상황에서는 특별 등록 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다.

특정 상황에서는 연중 다른 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이를 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

귀하가 다음 중 어떤 상황에 해당하든지 **귀하는 특별 등록 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있는 자격이 있습니다**. 다음은 예시입니다. 전체 목록을 보려면 당사의 플랜에 문의하거나, Medicare에 전화하거나, Medicare 웹사이트(www.Medicare.gov)를 방문하십시오.

- 보통, 이사하는 경우
- 귀하에게 California Medicaid가 있을 경우
- 귀하의 Medicare 의약품 보장에 대해 Extra Help 지급을 받을 수 있는 경우
- 당사가 귀하와의 계약을 위반하는 경우
- 요양원 또는 장기 요양(Long Term Care, LTC) 병원과 같은 기관에서 진료를 받고 있는 경우
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE)에 등록된 경우
- **참고:** 의약품 관리 프로그램에 가입하신 경우 특별 등록 기간에만 자격이 될 수 있습니다. 5장, 10절에서는 약품 관리 프로그램에 대해 자세히 설명합니다.
- **참고:** 섹션 2.1에서 Medicaid 보유자의 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

귀하의 상황에 따라 **등록 기간이 다릅니다.**

특별 등록 기간에 자격이 되는지 알아보려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 특별한 상황으로 인해 멤버십을 종료할 자격이 있는 경우, Medicare 건강 보험 및 의약품 보장 모두를 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.

- 의약품 보장의 유무에 관계없이 다른 Medicare 건강 플랜,
- 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *포함된* Original Medicare,
- 별도의 Medicare 의약품 플랜이 *포함되지 않은* Original Medicare.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 Extra Help를 받지 않으며 63일 이상 연속하여 크레딧 전용 가능한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 귀하가 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.

귀하가 의약품 보장 의약품에 대한 비용을 지불하기 위해 Medicare에서 Extra Help를 받는 경우: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않을 경우 귀하가 자동 등록을 거부하지 않는 한, Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

플랜 변경 요청이 접수된 달의 첫째 날에 **일반적으로 귀하의 멤버십이 종료됩니다.**

참고: 섹션 2.1 및 2.2에서는 Medicaid 및 Extra Help를 받는 사람들의 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 2.5 언제 멤버십을 종료할 수 있는지에 관한 자세한 정보 얻기

멤버십 종료에 대한 문의 사항이 있는 경우 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- **가입자 서비스부에 전화하십시오**.
- 자세한 내용은 **Medicare & You 2026** 핸드북을 참조하십시오.
- **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주중무휴, 하루 24시간 운영합니다. (TTY 1-877-486-2048)

섹션 3 당사 플랜의 멤버십을 종료하는 방법

아래 표에는 당사의 플랜에서 멤버십을 종료할 수 있는 방법이 설명되어 있습니다.

당사의 플랜에서 전환하고 싶다면:	귀하는 다음과 같이 해야 합니다.
다른 Medicare 건강 플랜	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 가입하십시오.

당사의 플랜에서 전환하고 싶다면:	귀하는 다음과 같이 해야 합니다.
	• 새 플랜의 보장 적용이 시작되면 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.
별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함된* Original Medicare.	• 새로운 Medicare 의약품 플랜에 가입하십시오. • 새 의약품 플랜의 보장 적용이 시작되면 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.
별도의 Medicare 처방약 플랜이 *포함되지 않은* Original Medicare.	• **등록 취소 요청을 서면으로 보내주십시오.** 어떻게 하는지 자세한 정보가 필요하면 가입자 서비스부에 문의하십시오. • 또는 **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해서 탈퇴를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. • Original Medicare 보장 적용이 시작되면 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)에서 탈퇴 처리됩니다.

참고: Medicare 의약품 보장에서 탈퇴하고 더 이상 Extra Help를 받지 않으며 63일 이상 연속하여 크레딧 전용 가능한 의약품 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 귀하가 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 지연 가입 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.

Medicaid 혜택에 대한 문의는 California Department of Health Care Services, (916) 449-5000, TTY: 711번으로, N/A에 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하면 Medicaid 보장 범위에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

섹션 4 멤버십이 종료할 때까지, 귀하는 당사의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품을 계속 얻어야 함

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medicaid 보장 적용이 시작될 때까지, 저희 플랜을 통해 의료 서비스 및 처방약을 계속 구입해야 합니다.

- **계속해서 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 의료 서비스를 받으십시오.**
- **계속해서 당사 네트워크 소속 약국 또는 우편 주문을 이용해 처방약을 조제하십시오.**
- **멤버십 종료일에 입원한 경우, 귀하가 퇴원할 때까지(신규 건강 보험이 시작된 후에 퇴원하더라도) 병원 입원을 보장받을 수 있습니다.**

섹션 5 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 특정 상황에서 플랜 멤버십을 종료해야 함

다음과 같은 상황이 발생할 경우 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 당사의 플랜에서 귀하의 멤버십을 종료해야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare Part A와 Part B를 보유하지 않은 경우
- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- 6개월 이상 당사 서비스 지역을 떠나 있는 경우
  - 귀하가 이사를 하거나 장기간 여행을 갈 경우, 이동하거나 여행하는 장소가 당사의 플랜 지역 내에 있는지 알아보려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 수감된 경우(감옥에 가게 된 경우)
- 미국 시민권자가 아니거나 합법적인 미국 거주자가 아닌 경우
- 처방약 보장에 대해 보유하고 있는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 숨기는 경우
- 플랜 가입 시 의도적으로 잘못된 정보를 제공하여 해당 정보가 당사 플랜에 대한 자격에 영향을 미치는 경우 (당사는 당사가 먼저 Medicare의 허가를 받지 않는 한, 이러한 이유로 귀하가 당사 플랜을 탈퇴하도록 할 수 없습니다.)
- 회원님의 행동이 당사가 회원님과 다른 플랜 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 데 지속적으로 방해가 되고 지장을 주는 경우 (당사는 당사가 먼저 Medicare의 허가를 받지 않는 한, 이러한 이유로 귀하가 당사 플랜을 탈퇴하도록 할 수 없습니다.)
- 귀하가 다른 사람이 귀하의 멤버십 카드를 사용하여 의료 서비스를 받도록 허용할 경우. (당사는 당사가 먼저 Medicare의 허가를 받지 않는 한, 이러한 이유로 귀하가 당사 플랜을 탈퇴하도록 할 수 없습니다.)
  - 당사가 이 이유로 귀하의 가입을 종료하면, Medicare는 귀하의 사례를 감찰관 사무소에게 조사하도록 할 수 있습니다.

멤버십을 종료할 수 있는 경우에 대해 질문이 있거나 더 많은 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: 711)번으로 전화하십시오.

섹션 5.1 당사는 건강 관련 이유로는 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 건강 관련 이유로 당사 플랜에서 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

이런 경우에는 어떻게 해야 합니까?

귀하의 건강 관련 이유 때문에 당사가 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되는 경우, Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하셔야 합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

섹션 5.2 당사가 귀하의 플랜 멤버십을 종료하는 경우 귀하에게 불만을 제기할 권리가 있습니다.

당사는 귀하의 플랜 멤버십을 종료할 경우 가입자께 반드시 서면으로 멤버십 종료 이유를 통보해야 합니다. 또한 멤버십 종료 결정에 대해 이의 또는 불만을 제기할 수 있는 방법을 설명해야 합니다.

11장:
법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지 사항

이 *보험 범위 증명서*에 적용되는 주요 법률은 사회 보장법의 타이틀 XVIII와 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 사회 보장법에 따라 만든 규정입니다. 또한 다른 연방 법률이 적용될 수 있으며 특정 상황에서는 귀하가 거주하는 주의 법률이 적용됩니다. 이는 법률이 이 문서에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 고지

당사는 차별하지 않습니다. 당사는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부보가능증거, 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 당사 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 1964년 시민권법 타이틀 VI, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별법, 미국 장애인법, 섹션 1557 Affordable Care Act, 연방 자금 지원을 받는 조직에 적용되는 기타 모든 법률, 기타 이유로 적용되는 기타 법률 및 규칙을 준수해야 합니다.

자세한 정보가 필요하거나, 차별 또는 불공정한 대우와 관련해 우려되는 점이 있으신 경우 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)로 Department of Health and Human Services 민권 사무국 또는 해당 지역 민권 사무소에 연락하십시오. 또한 Department of Health and Human Services의 민권 사무국 www.HHS.gov/ocr/index.html에서 정보를 심사할 수 있습니다.

장애가 있거나 진료를 이용하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부에 (866) 314-2427(TTY 사용자: (866) 314-2427)번으로 전화하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도움을 드리도록 하겠습니다.

섹션 3 Medicare 2차 지급인 대위권에 대한 고지

당사는 Medicare가 1차 비용 지급자가 아닌 커버드 Medicare 서비스에 대한 비용을 징수할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR 섹션 422.108 및 423.462의 CMS 규정에 따르면 Medicare Advantage 기관으로서 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)은 42 CFR의 파트 411의 서브 파트 B부터 D까지의 CMS 규정에 따라 행사하는 것과 동일한 회복의 권리를 행사하며, 본 섹션에 규정된 규칙들은 모든 주 법률을 대체합니다.

12장: 정의

외래 수술 센터 – 외래 수술 센터에서는 입원하지 않고 예상 체류 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하는 목적으로만 운영되고 있습니다.

이의 제기 – 의료 서비스, 처방약, 또는 이미 받은 서비스나 약품에 대한 지불 요청을 거부하는 당사의 결정에 귀하가 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치입니다. 또한 귀하가 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기할 수 있습니다.

잔액 청구 – 제공자(예: 의사 또는 병원)가 환자에게 당사의 플랜에 허용된 비용 분담 금액보다 많은 비용을 청구하는 경우. Central Health Dual Access Plan 가입자로서, 귀하는 당사 플랜에서 보장되는 서비스를 얻을 때 당사 플랜의 비용 분담 금액을 지불하면 됩니다. 당사는 의료 제공자가 **잔액 지불** 또는 당사의 플랜이 지불해야 한다고 말하는 비용 분담 금액보다 더 많은 금액을 허용하지 않습니다.

혜택 기간 - 당사의 플랜과 Original Medicare 모두 병원 및 전문 요양 시설(SNF) 서비스의 사용을 측정하는 방법. 혜택 기간은 귀하가 병원이나 전문 요양 시설에 입원하는 날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 60일 연속으로 입원 환자 병원 치료(또는 SNF에서의 전문 요양 치료)를 받지 않을 때 종료됩니다. 하나의 혜택 기간이 끝난 후 병원이나 전문 요양 시설에 다시 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제품 - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 자연 및 살아있는 소스로 만든 처방약. 생물학적 제품은 다른 의약품보다 더 복잡하고 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. 바이오시밀러는 일반적으로 마찬가지로 작동하며 생물학적 원 제품 만큼 안전합니다. (“**오리지널 생물학적 약제**” 및 “**바이오시밀러**”로 이동).

바이오시밀러 - 원래의 생물학적 제품과 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제품입니다. 바이오시밀러는 원래 생물학적 제품과 같이 안전하며 효과가 있습니다. 일부 바이오시밀러의 경우 약국에서 신규 처방 없이 원래의 생물학 제품으로 교환될 수 있습니다.(“**상호 교환 가능한 바이오시밀러**” 참조).

브랜드 의약품 - 해당 의약품을 최초로 연구하고 개발한 제약 회사가 제조하고 판매하는 처방약. 브랜드 의약품은 해당 약품의 제네릭 버전과 성분이 동일합니다. 그러나 제네릭 의약품은 다른 의약품 제조업체에서 제조 및 판매하며 일반적으로 브랜드 의약품에 대한 특허가 만료될 때까지 사용할 수 없습니다.

고액 보장 단계 – 귀하(또는 귀하를 대신한 다른 자격을 갖춘 당사자)가 해당 연도 동안 파트 D 보장 의약품에 대해 $2,100를 지출했을 때 시작되는 파트 D 의약품 보장 단계. 이 지급 단계에서는 당사의 플랜에서 보장 의약품(Covered drugs)의 비용을 대부분 지불합니다. 귀하는 아무것도 지불하지 않습니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) - Medicare를 담당하는 연방 기관입니다.

Chronic-Care Special Needs Plan(C-SNP) – C-SNP는 특정 중증 및 만성 질환이 있는 MA 적격자에게로 등록을 제한하는 SNP입니다.

공동보험료 – 귀하가 공제액을 지불한 후에 서비스 또는 처방약 비용의 분담액으로 백분율(예: 20%)로 표시하여 지불해야 할 수 있는 금액입니다.

불만 제기— 불만 제기의 공식 명칭은 고충 제기입니다. 불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 *대해서만* 사용됩니다. 여기에는 케어 품질, 대기 시간 및 받는 고객 서비스에 대한 문제가 포함됩니다. 또한 당사의 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 따르지 않는 경우 불만 사항도 포함됩니다.

종합 외래 환자 재활 시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – 주로 물리 치료, 사회 또는 심리 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료 및 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스를 포함하여 질병 또는 부상 후 재활 서비스를 제공하는 시설입니다.

자기부담금(또는 코페이) – 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같은 의료 서비스 또는 공급분 비용의 분담금으로 귀하가 지불해야 할 수 있는 금액. 자기부담금은 비율이 아닌 정해진 금액(예: $10)입니다.

비용 분담금 – 비용 분담금은 서비스 또는 의약품을 수령할 때 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다. (당사 플랜의 월별 플랜 보험료에 추가됩니다.) 비용 분담금은 다음 세 가지 결제 유형의 조합을 포함합니다. (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제 금액,(2) 특정 서비스 또는 의약품을 수령할 때 플랜이 요구하는 고정 자기부담금, 또는(3) 공동보험료 금액, 특정 서비스 또는 의약품을 수령할 때 플랜에 필요한 서비스 또는 의약품에 대해 지불된 총 금액의 비율.

비용 분담 단계 - 보장 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 6개의 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담금 단계 번호가 높을수록 의약품 비용이 높아집니다.

보장 결정 – 귀하에게 처방된 약품이 당사의 플랜에 의해 보장되는지 여부와 처방약에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액(있다면)에 대한 결정입니다. 일반적으로, 약국에 처방전을 가져가서 약국에서 당사의 플랜에서 해당 처방전이 보장되지 않는다고 말하는 경우, 그것은 보장 결정이 아닙니다. 귀하는 당사의 플랜에 전화하거나 서면으로 보장에 대한 공식 결정을 요청해야 합니다. 이 문서에서는 보장 확정을 **보장 결정**이라고 합니다.

보장 의약품 -당사 플랜이 보장하는 모든 의약품을 의미하는 용어입니다.

보장 서비스 – 당사가 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 공급품을 의미하는 용어입니다.

크레딧 전용 가능한 처방약 보장 – 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불할 것으로 예상되는 처방약 보장(예: 고용주 또는 노조에서 제공)입니다. Medicare에 대한 자격을 얻었을 때 이러한 종류의 보험이 있는 경우, Medicare 처방약 보장에 나중에 등록하기로 결정하는 경우에는 일반적으로 벌금을 지불하지 않고 그 보험을 유지할 수 있습니다.

보호자 돌봄 – 보호자 관리는 전문 의료 서비스 또는 전문 요양 케어가 필요하지 않은 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 돌봄입니다. 목욕, 옷 입기, 식사, 침대와 의자 간 이동하기, 보행하기 및 화장실 사용과 같은 일상 생활의 도움을 포함한 비숙련 개인 돌봄 서비스. 이는 점안액 사용과 같이 대부분의 사람들이 자신을 돌보는 행위를 포함합니다. 대부분의 경우 Medicare는 양육 간호 비용을 지불하지 않습니다.

일일 비용 분담 비율 – 의사가 귀하에게 특정 의약품을 한 달 동안 공급하지 않고 귀하가 부담금을 지불해야 할 경우 일일 비용 분담 비율이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담 비율은 한 달의 공급 일수로 나눈 비용입니다. 예는 다음과 같습니다. 한 달 간의 의약품 공급에 대한 부담금이 $30이고 당사의 플랜에서 한 달 공급이 30일이라면 “일일 비용 분담 비율”은 하루에 $1입니다.

공제 - 당사 플랜이 지불하기 전에 귀하가 의료 서비스 또는 처방전에 대해 지불해야 하는 금액.

탈퇴 또는 **해지** – 당사 플랜 멤버십을 종료하는 절차입니다.

조제 수수료 – 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 시간과 같이 처방전 작성 비용을 지불하기 위해 보장되는 약품을 조제할 때 부과되는 수수료입니다.

Dual Eligible Special Needs Plans(D-SNP) - D-SNP는 Medicaid(제목 XIX)에 따라 주 플랜에서 Medicare(제목 XVIII 사회 보장법의 제목 XVIII)과 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 사람을 등록합니다. 국가는 주 및 사람의 자격에 따라 일부 Medicare 비용을 충당합니다.

이중 적격 개인 - Medicare 및 Medicaid 보장 혜택을 모두 받을 자격이 있는 사람.

내구성 의료 장비(DME) – 의사가 의학적 이유로 주문하는 특정 의료 장비. 보행자, 휠체어, 목발, 전동식 매트리스 시스템, 당뇨병 용품, 정맥주사(IV) 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네뷸라이저 또는 가정에서 사용하기 위해 의료 제공자가 주문한 병상.

응급 상황 - 의료적 응급 상황이란 회원 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 생명 손실(임신한 여성인 경우, 태아의 손망실), 사지의 손실, 또는 사지의 기능 손실, 신체 부위의 상실 또는 신체 부위 기능의 상실 등을 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 질병일 수 있습니다.

응급 치료 – 보장 서비스는 다음과 같습니다. 1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 의료 제공자가 제공한 경우, 2) 응급 질병을 치료, 평가 또는 안정화해야 하는 경우.

보험 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 - 이 문서에는 귀하의 등록 양식 및 일체의 기타 첨부 문서, 라이더, 또는 기타 선택된 옵션 보장이 있으며, 이들에는 귀하의 보장, 당사의 의무, 귀하의 권리 그리고 당사 플랜의 가입자로서 귀하의 의무 등이 설명되어 있습니다.

예외 – 승인된 경우 당사 처방집에 없는 의약품(처방집 예외)을 구입하거나 낮은 비용 분담 수준에서 비우선 약을 구입할 수 있는 보장 결정의 한 유형입니다(단계 예외). 또한 당사의 플랜이 귀하가 요청하는 의약품을 수령하기 전에 다른 의약품을 시도하도록 요구하거나 당사의 플랜이 약품에 대한 사전 승인을 요구하고 귀하는 당사가 기준 제한을 면제해주기를 원할 경우, 또한 당사의 플랜이 귀하가 요청하는 의약품의 수량 또는 용량을 제한하는 경우(처방집 예외) 예외를 요청할 수 있습니다.

Extra Help은 제한된 소득 및 자원을 가진 사람들이 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare Part D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 또는 주 정부 프로그램입니다.

복제약 – FDA에서 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분을 갖는 것으로 승인된 처방약. 일반적으로 “제네릭” 약품은 브랜드 의약품과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다.

고충 – 귀하의 케어 품질에 관한 불만을 포함하여 당사의 플랜, 제공자 또는 약국에 대해 귀하가 제기하는 불만의 유형입니다. 여기에는 보장 또는 지불 분쟁이 포함되지 않습니다.

가정 의료 보조 – 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동)과 같이 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람.

호스피스 - 말기 질환으로 의학적으로 인증된 가입자에게 특별한 치료를 제공하는 혜택, 즉 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다. 당사의 플랜은 귀하의 지리적 지역에 호스피스의 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 지불하면 귀하는 여전히 당사 플랜의 가입자입니다. 귀하는 의료적으로 필요한 모든 서비스와 당사가 제공하는 보조 혜택을 여전히 받으실 수 있습니다.

병원 입원 – 병원에 들어가 전문 의료 서비스를 받을 경우의 병원 입원. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – 2년 전부터 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총소득이 일정 금액을 초과하는 경우 표준 보험료 금액과 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA라고도 함)을 지불하게 됩니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 추가 요금입니다. Medicare 환자의 5% 미만이 영향을 받으므로 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 지불하지 않습니다.

초기 보장 한도 – 초기 보장 단계에서의 최대 보장 한도입니다.

최초 등록 기간 – 처음 Medicare 자격이 있는 경우, Medicare Part A 및 Part B에 가입할 수 있는 기간입니다. 65세가 되었을 때 Medicare 자격이 있는 경우, 최초 등록 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전부터 시작하여 65세가 되는 달을 포함하고 65세가 되는 달부터 3개월 후까지 끝나는 7개월입니다.

통합 D-SNP – Medicare와 Medicaid 모두 자격 있는 사람들의 특정 집단에게 단일 건강 플랜 하에서 Medicare와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장해드리는 D-SNP. 이러한 사람은 전체 혜택 이중 적격자라고도 합니다.

Institutional Special Needs Plan(I-SNP) – I-SNP는 지역사회에 거주하지만 시설에서 제공하는 수준의 케어가 필요하거나 특정 장기 시설에서 90일 이상 연속으로 거주(또는 거주가 예상되는)하는 MA 적격자로 등록을 제한합니다. I-SNP에는 기관 수준의 SNP(IE-SNP), 하이브리드 기관 SNP(HI-SNP) 및 시설 기반 기관 SNP(FI-SNP) 유형의 플랜이 포함됩니다.

기관 수준의 Special Needs Plan(IE-SNP) – IE-SNP는 지역사회에 거주하지만 시설에서 제공하는 수준의 케어가 필요한 MA 적격자로 등록을 제한합니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러 – 자동 대체 가능성에 대한 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체물로 사용될 수 있는 바이오시밀러. 약국의 자동 대체 행위는 주 정부 법의 적용을 받습니다.

보장 의약품 목록(처방집 또는 의약품) – 당사의 플랜이 보장하는 처방약 목록.

저소득 보조금(Low Income Subsidy, LIS) - Extra Help를 참조하십시오.

제조사 할인 프로그램 – 의약품 제조사가 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학 제품에 대한 당사 플랜의 전체 비용 중 일부를 지불하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 의약품 제조사 간의 계약을 기반으로 합니다.

최대 공정 가격 – 선택한 의약품에 대해 Medicare가 협상한 가격입니다.

본인 부담금 최대 한도액 – 보장 서비스에 대해 달력 연도별 본인 부담금으로 지불하는 최대 금액입니다. 당사의 플랜의 보험료, Medicare Part A 및 Part B 보험료에 대해 귀하가 지불하는 금액 및 처방약은 본인부담금 최대 한도액으로 계산되지 않습니다. 귀하가 Medicaid에 따라 Medicare 비용 분담금 지원을 받을 자격이 있는 경우, 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스의 최대 본인부담금에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다. (참고: 당사 가입자도 Medicaid의 도움을 받기 때문에, 이 최대 본인부담금에 도달하는 가입자는 매우 적습니다.)

Medicaid(또는 의료 지원) - 낮은 소득과 제한된 자원을 가진 일부 사람들을 위한 의료 비용에 도움이 되는 연방 및 주 공동 프로그램. Medicare 및 Medicaid에 대한 자격을 모두 갖춘 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학 승인 표시 – FDA가 승인하거나 미국 병원 약제 서비스 약품 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 기관에서 지원하는 의약품의 사용.

의학적으로 필요한 – 귀하의 질병의 예방, 진단 또는 치료에 필요하고 인정되는 의료 관행 기준을 충족하는 서비스, 공급 또는 의약품.

Medicare - 65세 이상자, 특정 질환을 앓고 있는 65세 미만인 자, 그리고 말기 신장 질환자(대개 투석과 신장 이식이 필요한 말기 신부전 환자)에게 제공하는 연방 건강 보험 프로그램.

Medicare Advantage 공개 등록 기간 – 1월 1일부터 3월 31일까지 Medicare Advantage 플랜의 가입자가 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있는 기간입니다. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 등록 기간은 한 사람이 처음으로 Medicare에 가입한 후 3개월 동안 이용할 수 있습니다.

Medicare Advantage(MA) Plan – Medicare Part C라고도 합니다. 모든 Medicare Part A 및 Part B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약하는 민간 회사가 제공하는 플랜. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) PFFS(Private Fee-for-Service) 플랜 또는 iv) Medicare 의료 저축 계정(MSA) 플랜이 될 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜을 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 특별 요구 플랜(Special Needs Plan, SNP)이 될 수 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜은 Medicare Part D(처방약 보장)를 제공합니다. 이러한 플랜을 **처방약 보장을 포함한 Medicare Advantage Plan**이라고 합니다.

Medicare 보장 서비스 – Medicare Part A 및 Part B가 보장되는 서비스 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare Part A와 B가 보장되는 모든 서비스를 포함해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시각, 치과 또는 청각 등의 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 플랜 - Medicare 건강 플랜은 Medicare와 계약을 맺고 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하는 민간 기업에 의해 제공됩니다. 이 기간에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare 비용 플랜, 특별 필요 플랜, 데모/Pilot 프로그램 및 노인 보육 프로그램(Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)이 포함됩니다.

Medicare 의약품 보장(Medicare Part D) – 외래 환자 처방약, 백신, 생물학 및 Medicare Part A 또는 Part B에서 보장하지 않는 일부 의료 용품 비용 지불을 지원하는 보험입니다.

약물 치료 관리(Medication Therapy Management, MTM) 프로그램 – 특정 요건을 충족하거나 약품 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강 요구를 위한 Medicare Part D 프로그램입니다. MTM 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 서비스 제공자와 약물을 심사하기 위한 논의가 포함됩니다.

Medigap(Medicare Supplement Insurance) 정책 - 민간 보험 회사가 Original Medicare의 *공백*을 메우기 위해 판매하는 Medicare 보충 보험입니다. Medigap정책은 Original Medicare에서만 적용됩니다. (Medicare Advantage Plan은 Medigap 정책이 아닙니다.)

가입자(당사 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자) - Medicare 가입자로 보장 서비스 이용 자격을 충족하고, 당사 플랜에 가입되어 있으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 그 가입을 확인한 사람을 말합니다.

가입자 서비스부 - 당사 플랜 소속 부서로서 가입자 멤버십, 혜택, 고충 사항, 이의 제기 등과 관련한 가입자의 질문에 응답해 드리는 업무를 맡고 있습니다.

네트워크 약국 - 당사 플랜과 계약한 약국으로서 이곳에서 당사 플랜 가입자가 처방약 혜택을 얻을 수 있습니다. 대부분의 경우, 처방약은 당사 네트워크 소속 약국 중 하나에서 조제될 때만 보장됩니다.

네트워크 소속 의료 제공자 - 의료 제공자는 의사, 기타 의료 전문가, 병원 및 기타 의료 서비스를 제공하기 위해 Medicare 및 주에서 허가 또는 인증을 받은 의료 시설을 통칭하는 용어입니다. **네트워크 소속 의료 제공자**는 당사의 지불을 전액 지불로 받아들이고, 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 조정하고 제공하는 일에 동의합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 **플랜 의료 제공자**라고도 합니다.

공개 등록 기간 – 가입자가 건강 또는 의약품 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간입니다.

기관 결정 – 항목 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장되는 항목 또는 서비스에 대해 지불해야 하는 금액에 대해 당사의 플랜에서 하는 결정입니다. 이 문서에서는 기관 결정을 보장 결정이라고 합니다.

원래의 생물학적 제품 – FDA에서 승인하고 제조사가 바이오시밀러 버전을 만드는 과정에서 비교를 제공하는 생물학적 제품입니다. 또한 참조 제품이라고 부릅니다.

Original Medicare(기존의 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare) – Original Medicare는 정부에 의해 제공되며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 개인 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare에서 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자에 미 의회가 정하는 금액을 지급함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. 의사, 병원 또는 기타 의료 서비스 제공자가 Medicare를 수락하는지 확인해 보실 수 있습니다. 공제금을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 몫을 지불하고, 귀하는 귀하의 몫을 지불합니다. Original Medicare에는 두 개 파트가 있습니다. 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국 - 당사 플랜과 공조해 당사 플랜 가입자께 보장 의약품을 조율 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 비소속 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜이 보장하지 않습니다.

네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 외부 시설 – 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설로서 당사 플랜의 가입자에게 보장 서비스를 조정하거나 제공합니다. 네트워크 외부 의료 제공자는 당사 플랜에 의해 고용, 소유 또는 운영되지 않는 의료 제공자입니다.

본인 부담 비용 – 위의 “비용 분담”금에 대한 정의로 이동하십시오. 가입자가 받은 서비스 또는 의약품의 일부를 지불해야 하는 비용 분담 요건을 가입자의 “본인 부담 비용” 요건이라고도 합니다.

본인 부담 임계 금액 – 파트 D 의약품에서 본인이 부담하는 최고 금액

파트 C - Medicare Advantage(MA) Plan으로 이동합니다.

파트 D – 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 의약품 - 파트 D에서 보장할 수 있는 의약품. 당사는 모든 파트 D 의약품을 제공할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다. 일부 약품 카테고리는 의회의 결정으로 파트 D 보장으로부터 제외되었습니다. 파트 D 의약품의 특정 카테고리는 모든 플랜에 포함되어야 합니다.

파트 D 지연 가입 벌금 – 크레딧 전용 가능한 보험이 없는 경우 파트 D 플랜에 처음 가입한 후 63일 이상 기간에 Medicare 의약품 보험에 대한 월별 플랜 보험료에 추가되는 금액(평균적으로 표준 Medicare 의약품 보장만큼 지불할 것으로 예상되는 보험)입니다. Extra Help 자격을 상실하면 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 의약품 보장이 없는 기간이 63일 이상 연속될 경우, 지연 가입 벌금이 부과될 수 있습니다.

Preferred Provider Organization(PPO) Plan – 선호 의료 제공자 조직 플랜은 지정된 지불 금액에 대해 플랜 회원을 치료하기로 동의한 계약 제공자 네트워크를 보유한 Medicare Advantage 플랜입니다. PPO 플랜은 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 네트워크 외부 의료 제공자로부터 플랜 혜택을 받을 때 일반적으로 가입자의 비용 분담이 더 높습니다. PPO 플랜에는 네트워크(선호) 의료 제공자로부터 받은 서비스에 대한 본인 부담금의 연간 한도가 있으며, 네트워크 내(선호) 및 네트워크 외부(비선호) 의료 제공자의 서비스에 대한 본인 부담의 총 비용의 상한이 있습니다.

보험료 – Medicare, 보험 회사, 또는 건강 또는 처방약 보장에 대한 건강 관리 플랜에 대한 정기 지불.

예방 서비스 – 질병을 예방하거나 치료가 가장 효과적일 수 있는 초기 단계에서 질병을 발견하기 위한 건강 관리를 말합니다(예: 예방 서비스에는 Pap 검사, 독감 예방 접종 및 선별 유방조영술이 포함됨).

주치의(PCP) – 대부분의 건강 문제와 관련해 귀하가 가장 먼저 진찰을 받는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 여러 Medicare 건강 플랜의 경우, 귀하는 다른 의료 서비스 제공자의 진찰을 받기 전에 반드시 주치의의 진찰을 받아야 합니다.

사전 승인 – 특정 기준에 따라 서비스 또는 특정 의약품을 얻기 위한 사전 승인. 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 제4장의 의료 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 의약품은 약식에 표시되어 있으며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다

보철물 및 교정기 – 팔, 등, 목 교정기를 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 기기, 인공 팔다리, 인공 눈, 장루 공급품 및 장내 및 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부위 또는 기능을 대체하는 데 필요한 장치.

품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO) – Medicare 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부에서 급여를 지급하는 현직 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다.

수량 한도 – 품질, 안전성 또는 이용상의 이유로 의약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구입니다. 처방전당 또는 정해진 기간 동안 당사가 보장하는 의약품의 수량에 제한이 있을 수 있습니다.

"실시간 혜택 도구" – 등록자가 완전하고 정확하며 시의적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계 요법, 수량 한도)이 포함됩니다.

진료 의뢰 – 귀하가 전문의를 방문하거나 특정 의료 서비스를 받을 수 있도록 1차 진료 의사에게서 받는 서면 지시입니다. 진료 의뢰가 없으면 당사의 플랜은 전문가의 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

재활 서비스 - 이러한 서비스에는 입원 재활 치료, 물리 치료(외래 환자), 언어 및 언어 치료 및 작업 치료가 포함됩니다.

선택된 의약품 – Medicare가 최대 공정 가격을 협상한 파트 D로 보장되는 의약품.

서비스 지역 – 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 지역입니다. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 귀하가 일상적(비응급) 서비스를 이용할 수 있는 지역을 의미하기도 합니다. 당사 플랜의 서비스 지역에서 영구적으로 벗어날 경우 당사의 플랜은 등록을 취소해야 합니다.

전문 요양 시설(SNF)의 간호 - 전문 요양 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 요양 케어 및 재활 서비스를 말합니다. 치료의 예로는 등록된 간호사 또는 의사만이 투여할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 주사가 있습니다.

Special Needs Plan - Medicare 및 Medicaid를 둘 다 가지고 있거나 요양원에 거주하거나 특정 만성 질환이 있는 사람들과 같은 특정 그룹의 사람들에게 더 집중된 건강 관리를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜입니다.

단계 치료 - 의사가 처음 처방한 의약품을 보장하기 전에 질병을 치료하기 위해 다른 약품을 먼저 시도해야 하는 활용 도구입니다.

생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) - 사회보장국이 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지급 혜택입니다. SSI 혜택은 사회 보장 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 응급 상황은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 플랜 보장 서비스는 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나 주어진 시간, 장소, 상황에서 네트워크 소속 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받기 어려운 경우에 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발적 등이 있습니다. 연례 검진과 같이 의료적으로 필요한 의료 제공자의 정기 방문은 귀하가 당사의 플랜 서비스 지역 밖에 있거나 당사의 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급하게 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.

추가 중요 의료 및 가입자 자료 정보

- 차별 금지 고지(NDN) – 섹션 1557
- 가용성 고지(NOA) – 언어 지원 서비스
- 개인정보 보호 방침 고지(NPP)

차별 금지 통지서 섹션 1557
Central Health Plan

차별은 불법입니다. Central Health Plan은 주 및 연방 시민권법을 준수합니다. Central Health Plan은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 사람을 불법적으로 차별, 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Central Health Plan은 다음과 같은 서비스를 제공합니다.

- 장애가 있는 사람들이 원활하게 소통할 수 있도록 무료로 적시에 다음과 같은 보조 수단 및 서비스를 제공합니다.
  - 공인 수어 통역사
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 영어가 모국어가 아닌 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 공인 통역사
  - 다른 언어로 제공되는 서면 정보

이러한 서비스가 필요하신 경우, Central Health Plan에 8 a.m.~8 p.m.에 1-866-314-2427번으로 전화하여 문의하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오. 요청 시, 이 문서는 점자, 큰 활자, 오디오 카세트, 전자 형식으로도 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식으로 사본을 받으려면 아래로 전화하시거나 서면으로 문의해 주십시오.

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

전화: 1-866-606-3889. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오.

불만 제기 방법

Central Health Plan이 이러한 서비스를 제공하지 않았거나, 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신적 장애, 신체적 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향을 이유로 불법적으로 차별했다고 생각되면, Central Health Plan의 시민권 조정관에게 불만을 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 방문 또는 전자 방식으로 불만을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 8:30 a.m.~5:30 p.m.에 1-866-606-3889번으로 Central Health Plan 시민권 조정관에게 연락하십시오. 또는 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번으로 전화하십시오.

- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  Central Health Plan
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802

- 방문: 의사 진료실이나 Central Health Plan을 방문하셔서 불만을 제기하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.
- 전자 방식: **Civil.Rights@MolinaHealthcare.com**으로 이메일을 보내십시오. 또한 Central Health Plan 웹사이트(**MolinaHealthcare.Alertline.com**)를 방문하실 수도 있습니다.

시민권 사무국 – California Department of Health Care Services

전화, 서면 또는 전자 방식으로 California 의료서비스부, 시민권 사무국에 시민권 관련 불만을 제기하실 수도 있습니다.

- **전화:** 916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 711번(통신 중계 서비스)으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

  불만 제기 양식은 **DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**에서 확인할 수 있습니다.
- **전자 방식: CivilRights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내십시오.

시민권 사무국 – U.S Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각되면, U.S Department of Health and Human Services 시민권 사무국에 전화, 서면, 또는 전자 방식으로 시민권 관련 불만(고충)을 제기할 수 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있는 경우 TTY/TDD: 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- **서면:** 불만 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  불만 제기 양식은 **HHS.gov/ocr/office/file/index.html**에서 확인할 수 있습니다.
- **전자 방식:** 시민권 사무국 불만 제기 포털 (**OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**)을 방문해 주십시오.

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه،: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب 314-2427 (866) ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب 314-2427 (866) (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք (866) 314-2427 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք (866) 314-2427 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر م یخواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (866) 314-2427 (TTY: 711) ، بگیري د . کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههایی ب ا خط بریل و چاپ درشت، ني ز موجود است . با (866) 314-2427 (TTY: 711)تماس بگیري د . این خدمات رایگان ارائه م یشون د

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。 (866) 314-2427 (TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (866) 314-2427 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (866) 314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ ส าหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายส าหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

개인정보 보호 방침 통지서

본 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지, 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지에 대한 내용이 담겨 있습니다. 주의 깊게 검토하십시오.

본 통지서는 Molina Healthcare 산하 제휴 건강 플랜의 개인정보 보호 방침을 설명합니다(이하 "**Molina**", "**당사**" 또는 "**저희**"로 칭함). 당사는 Molina 가입자에게 의료 혜택을 제공하기 위해 귀하에 관한 보호 대상 건강 정보 ("**PHI**")를 사용하고 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다. 또한 법률에서 허용하거나 요구하는 기타 사유로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다. 당사는 귀하의 건강 정보를 비공개로 유지하고 본 통지서의 조건을 준수할 의무가 있습니다. 본 통지서의 발효일은 2026년 1월 1일입니다.

PHI는 귀하의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며 당사에서 사용하거나 공유합니다. PHI에는 약물 사용 장애 관련 건강 정보 및 생체 정보(예: 음성 인식 정보)도 포함됩니다.

당사는 왜 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하나요?
당사는 의료 서비스 혜택을 제공하기 위한 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유합니다. 귀하의 PHI는 또한 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 위해 사용되거나 공유됩니다.

치료
당사는 귀하에게 의료 서비스를 제공하거나 그 제공을 주선하기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 이 치료에는 담당 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자 간 진료 의뢰도 포함됩니다. 예를 들어, 당사는 귀하의 건강 상태에 관한 정보를 전문의와 공유할 수 있으며, 이는 전문의가 담당 의사와 치료 계획에 대해 논의하는 데 도움이 됩니다.

비용 지급
당사는 비용 지급 결정을 내리기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인 및 의학적 필요에 관한 결정이 포함될 수 있습니다. 청구서에는 귀하의 이름, 질병 상태, 치료 내용 및 제공된 물품이 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 귀하가 당사의 혜택을 이용하고 있음을 의사에게 알릴 수 있습니다. 또한 당사는 당사에서 지급할 금액을 의사에게 알려줍니다.

의료 서비스 운영
당사는 건강 플랜을 운영하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 청구 정보를 활용하여 귀하에게 도움이 될 수 있는 건강 프로그램을 안내할 수 있습니다. 또한 귀하의 PHI는 귀하의 우려 사항을 해결하기 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다. 청구 금액이 올바르게 지급되었는지를 확인하는 데에도 사용될 수 있습니다.

의료 서비스 운영에는 일상적인 다양한 업무가 포함됩니다. 주요 내용은 다음과 같습니다.

- 품질 개선
- 특정 질환(예: 천식)이 있는 가입자를 돕기 위한 건강 프로그램 활동
- 의료 심사 수행 또는 준비
- 사기 및 남용 적발 및 기소 프로그램을 포함한 법률 서비스

- 당사의 법 준수에 도움이 되는 조치
- 불만 및 고충 해결을 포함하여 가입자의 요구 사항 처리

당사는 건강 플랜 업무를 수행하는 다른 회사(“**협력 업체**”)와 PHI를 공유합니다. 또한 귀하의 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수 있습니다. 당사는 귀하에게 다른 치료 또는 기타 의료 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수 있습니다.

당사는 언제 귀하의 PHI를 서면 승인 없이 사용하거나 공유할 수 있나요?
치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영 목적 외에도, 법에서 허용되거나 요구되는 경우 Molina는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

법적 요구 사항
당사는 법에서 요구하는 경우 귀하에 대한 정보를 사용하거나 공유합니다. 당사는 Department of Health and Human Services(HHS) 장관의 요구가 있을 경우 귀하의 PHI를 공유합니다. 이는 법정 소송 사건이나 기타 법적 검토를 위한 것이거나 법 집행 목적으로 필요한 경우일 수 있습니다.

공중 보건
귀하의 PHI는 공중 보건 활동을 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다. 이러한 활동에는 공중 보건 기관이 질병을 예방하거나 통제하도록 지원하는 것이 포함될 수 있습니다.

의료 서비스 감독
귀하의 PHI는 정부 기관에서 사용되거나 정부 기관과 공유될 수 있습니다. 정부 기관은 감사를 위해 귀하의 PHI가 필요할 수 있습니다.

연구
귀하의 PHI는 개인정보 보호 또는 기관생명윤리위원회에서 승인한 경우와 같은 특정한 경우에 연구를 위해 사용 또는 공유될 수 있습니다.

법적 또는 행정 절차
귀하의 PHI는 법원 명령에 대한 대응과 같은 법적 절차를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

법 집행
귀하의 PHI는 용의자, 목격자 또는 실종자를 찾는 것과 같은 법 집행 목적으로 사용되거나 경찰과 공유될 수 있습니다.

보건 및 안전
귀하의 PHI는 개인 또는 공중의 보건 또는 안전에 대한 심각하고 긴급한 위협을 예방하기 위해 공유될 수 있습니다.

정부 기능
귀하의 PHI는 특수 기능을 위해 정부와 공유될 수 있습니다. 대통령 보호와 관련된 경우가 그런 예입니다.

학대, 방치 또는 가정 폭력 피해자
귀하의 PHI는 한 개인이 학대 또는 방치의 피해자라고 판단되는 경우 사법 당국과 공유될 수 있습니다.

산재 보상
귀하의 PHI는 산재 보상 법률 준수를 위해 사용되거나 공유될 수 있습니다.

기타 공개
귀하의 PHI는 해당 업무 수행 목적을 위해 장의사 또는 검시관들과 공유될 수 있습니다.

사용 및 공개에 대한 추가 제한 사항.
일부 연방법 및 주법은 특정 유형의 건강 정보 사용 및 공개를 제한하는 특수한 개인정보 보호 규정을 요구할 수 있습니다. 이러한 법률은 알코올 및 약물 사용 장애, 생체 정보, 아동 또는 성인 학대 또는 방임(성폭력 포함), 전염병, 유전 정보, HIV/AIDS, 정신 건강, 미성년자 정보, 처방약, 생식 건강, 성병과 같은 유형의 정보를 보호할 수 있습니다. 적용 가능한 경우, 당사는 더 엄격한 법규를 준수합니다.

약물 사용 장애(SUD) 정보. 당사는 연방법상 약물 사용 장애 치료 프로그램("SUD Program")에 해당하지 않지만, 귀하에 관한 정보를 SUD Program으로부터 받을 수 있습니다. 귀하에 대한 SUD 정보를 민사, 형사, 행정 또는 입법 절차에서 사용하기 위해 공개하려면 (i) 귀하의 서면 동의 또는 (ii) 당사와 귀하에게 통지하고 의견 제출 기회가 주어진 후 발부된 법원 명령 및 소환장 또는 기타 법적 요구가 필요할 수 있습니다.

당사가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하기 위해 귀하의 서면 허가(승인)를 받아야 하는 때는 언제일까요?
본 통지서에 나와 있는 목적을 제외한 다른 목적으로 PHI를 사용 또는 공유하려는 경우 당사는 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다. 당사는 다음과 같은 경우 귀하의 PHI를 공개하기 전에 귀하의 허가를 받아야 합니다. (1) 대부분의 심리 치료 기록 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI의 판매와 관련된 사용 및 공개. 귀하는 당사에 제공한 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 이러한 취소는 귀하가 이미 당사에 제공한 승인으로 인해 당사에서 이미 취한 조치에는 적용되지 않습니다.

귀하의 건강 정보 권리에는 어떤 것이 있을까요?
귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **PHI 사용 또는 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 제한 요청**
  귀하는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하는 데 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 또한 가족, 친구 또는 귀하의 의료 서비스에 관련된 귀하가 지명한 다른 사람과 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 단, 당사가 귀하의 요청에 동의할 필요는 없습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 당사의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI의 기밀 연락 요청**
  귀하는 귀하의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 특정 방식으로 또는 특정 장소에서 귀하의 PHI를 제공해 줄 것을 Molina에 요청할 수 있습니다. 해당 PHI 전체 또는 일부를 공유하는 것이 귀하의 생명에 위협이 될 수 있다고 말씀하시는 경우, 합리적으로 타당한 요청에 대해서는 수용하도록 하겠습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 당사의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI 열람 및 사본 요청**
  귀하는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 열람하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 당사 가입자로서 혜택 적용, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 당사의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사는 기록 복사 및 우편 발송에 대해 합리적인 수준의

수수료를 귀하에게 청구할 수 있습니다. 경우에 따라 당사는 이 요청을 거부할 수 있습니다. *중요 사항: 당사는 귀하의 전체 의료 기록을 보유하고 있지 않습니다. 의료 기록 열람, 사본 요청, 변경을 원하시면 귀하의 의사 또는 클리닉에 문의하시기 바랍니다.*

- **PHI 수정 요청**
  귀하는 당사에 PHI 수정(변경)을 요청할 수 있습니다. 이는 당사가 보관하고 있는 귀하의 가입자 기록에만 적용됩니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 당사의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 귀하는 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.

- **PHI 공개 내역(귀하의 PHI 공유) 확인 요청**
  귀하는 요청일 기준으로 과거 6년 동안 당사가 귀하의 PHI를 공유한 특정 대상 목록을 제공해 달라고 요청할 수 있습니다. 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.
  - 치료, 비용 지급 또는 의료 서비스 운영 목적으로 공유
  - 해당 개인의 PHI 관련 공유
  - 귀하의 허가에 따른 공유
  - 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
  - 국가 안보 또는 정보 수집 목적을 위해 공개된 PHI 또는
  - 법규에 따라 제한된 데이터 세트 공유

12개월 이내에 한 번 이상 이 목록을 요청하는 경우 당사는 각 목록에 대해 합당한 수수료를 귀하에게 청구할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. 당사의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

귀하는 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. ID 카드 뒷면에 있는 수신자 부담 번호로 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 가입자 서비스부에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711번으로 전화하십시오.

귀하의 권리가 보호되지 않는다고 생각되면 어떻게 해야 합니까?
귀하는 귀하의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 당사 및 Department of Health and Human Services에 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 제기하더라도 귀하에게 불이익을 주지 않으며, 귀하의 진료나 보험 혜택은 어떤 방식으로도 변경되지 않습니다.

귀하는 다음과 같이 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

ID 카드 뒷면에 있는 수신자 부담 번호로 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 가입자 서비스부에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711번으로 전화하십시오. 또는 다음 주소로 서신을 보내십시오.

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

귀하는 다음 주소로 U.S. Department of Health and Human Services에 불만을 제기할 수 있습니다.

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

당사의 의무는 무엇인가요?
당사는 다음과 같은 의무를 이행해야 합니다.

- 귀하의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 귀하에게 서면 정보(예: 본 통지서)를 제공하여 PHI 관련 당사의 의무와 개인정보 보호 방침을 안내합니다.
- 보안 처리되지 않은 PHI에 침해가 발생할 경우 귀하에게 통지합니다.
- 유전 정보를 보험 인수 목적으로 사용하거나 공개하지 않습니다.
- 본 통지서의 조건을 준수합니다.

통지서 변경 가능성

당사는 언제든지 통지서의 정보 방침 및 조건을 변경할 권리가 있습니다. 변경 시, 당사가 보유한 모든 PHI에 새로운 조건 및 방침이 적용됩니다. 중대한 변경이 있을 경우 당사는 당사 웹사이트에 개정된 통지서를 게시하고, 다음번 연차 우편 발송 시 개정된 통지서 또는 중대한 변경 사항에 대한 정보와 개정된 통지서를 받는 방법을 안내합니다. 본 통지서는 당사 웹사이트(www.molinahealthcare.com)에서도 확인할 수 있습니다.

연락처 정보
본 통지서에 대해 질문이 있으시면 당사에 문의하십시오.

ID 카드 뒷면에 있는 수신자 부담 번호로 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 가입자 서비스부에 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 711번으로 전화하십시오. 또는 Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802에 서신을 보내십시오.

이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로, 무료로 이용할 수 있습니다. (855) 882-3901 (TTY/TDD: 711)번으로 8 a.m.~8 p.m.(현지 시간, 주 7일)에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) 가입자 서비스부

방식	가입자 서비스부 - 연락처 정보
전화	(866) 314-2427 이 번호는 무료 전화입니다. 가입자 서비스 전화는 연중무휴로 운영되며, 운영 시간 이후에 전화할 경우 음성 메시지를 남길 수 있는 옵션이 있습니다. 긴급한 도움이 필요하거나 위기에 처한 경우, IVR은 추가적인 실시간 지원을 위해 귀하를 간호사 상담 전화로 안내할 것입니다. 또한 가입자 서비스부에서는 영어를 사용하지 않는 회원님을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다. 이 번호는 무료 전화입니다. National Relay는 주중 무휴 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.
팩스	(310) 507-6186
우편	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	centralhealthplan.com

SHIP(California의 SHIP)은(는) 연방 정부로부터 돈을 받아 Medicare 보유자에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하는 주 정부 프로그램입니다.

방식	연락처 정보
전화	Alameda County: (510) 839-0393 Contra Costa County: (925) 655-1393 Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117 Imperial County: (760) 353-0223 Kern County: (661) 868-1000 Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875 Orange County: (714) 560-0424 Placer and Yolo Counties: (916) 376-8915 San Francisco County: (415) 677-7520 San Joaquin County: (209) 470-7812 San Mateo County: (650) 627-9350 Santa Clara County: (408) 350-3239 Solano County: (707) 526-4108 Stanislaus County: (209) 558-4540 Alameda 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~5 p.m. Contra Costa 카운티: 월요일~금요일: 8:30 a.m.~4:30 p.m. Fresno 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Imperial 카운티: 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m. Kern 카운티: 월요일~금요일, 8 a.m.~5 p.m. Kings 카운티: 월요일~목요일, 8 a.m.~5:30 p.m. Madera 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Orange 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Placer 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~4 p.m. (점심시간 12 p.m.~1:30 p.m.) San Francisco 카운티: 월요일~금요일, 8:30 a.m.~4:30 p.m. San Joaquin 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m~4 p.m. San Mateo 카운티: 월요일~금요일, 8:30 a.m.~4:30 p.m.

방식	연락처 정보
	Santa Clara 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5 p.m. Solano 카운티: 월요일~금요일, 9 a.m.~3 p.m. Stanislaus 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~4:30 p.m. Tulare 카운티: 월요일~금요일: 8 a.m.~5:30 p.m. Yolo 카운티: 월요일~금요일: 9 a.m.~4 p.m. (점심시간 12 p.m.~1:30 p.m.)
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장비가 있어야 사용 가능합니다.

방식	연락처 정보
우편	Alameda County: Legal Assistance for Seniors 333 Hegenberger Road, Suite 850 Oakland, CA 94621 (510) 839-0393 Contra Costa County: Contra Costa County Aging & Adult Services 400 Ellinwood Way, 3rd Floor Pleasant Hill, CA 94523 (925) 655-1393 Fresno County: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 (559) 224-9117 Imperial County: Elder Law & Advocacy 939 W. Main Street, Box #19 Basement El Centro, CA 92243 (760) 353-0223 Kern County: Kern County Aging and Adult Services 5357 Truxtun Ave. Bakersfield, CA 93309 (661) 868-1000 Kings County: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291 (559) 713-2875 Madera County: Valley Caregiver Resource Center 5363 N. Fresno Street Fresno, CA 93710 Orange County: Council on Aging – Southern California, Inc. 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614-6773 (714) 560-0424 Placer County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814 (916) 376-8915 San Francisco County: Self-Help for the Elderly (San Francisco County) 601 Jackson Street San Francisco, CA 94133 (415) 677-7520 San Joaquin County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814

방식	연락처 정보
	(209) 470-7812 San Mateo County: Self Help For The Elderly (San Mateo County) 1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100 San Mateo, CA 94402 (650) 627-9350 Santa Clara County: Sourcewise 3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310 Santa Clara, CA 95054 (408) 350-3239 Solano County: Senior Advocacy Services-HICAP 1129 Industrial Avenue, Suite 201 Petaluma, CA 94954 (707) 526-4108 Stanislaus County: Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services 3500 Coffee Road, Suite 19 Modesto, CA 95355 (209) 558-4540 Tulare County: Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office 3350 W Mineral King Visalia, CA 93291 (559) 713-2875 Yolo County: Legal Services of Northern California 505 12th Street Sacramento, CA 95814 (916) 376-8915
웹사이트	https://www.aging.ca.gov/hicap

PRA 공개 진술서 *1995년 서류 감축법(Paperwork Reduction Act)에 따라 어떠한 개인도 유효한 예산관리국(Office of Management and Budget, OMB) 관리 번호가 부여되지 않은 정보 수집 요청에 응답할 의무가 없습니다. 본 정보 수집 요청 건에 부여된 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안이 있으시면 다음 주소로 서신을 보내 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*