CA H3038-003

2024 가입자 핸드북

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal 플랜

California H3038-003

다음 카운티에 제공: Los Angeles, Riverside, San Bernardino 및 San Diego

2024년 1월 1일부터 12월 31일까지 시행

MOLINA® HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 핸드북

2024년 1월 1일~2024년 12월 31일

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 의료 서비스 및 의약품 보장 범위

가입자 핸드북 소개

본 가입자 핸드북(보장 범위 증명서라고도 함)은 2024년 12월 31일까지의 당사 플랜에 따른 보장 범위에 관한 정보를 제공합니다. 또한 의료 케어 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스, 처방약 보장 및 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 **제12장**에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

본 핸드북은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 두십시오.

본 가입자 핸드북에서 "당사", "저희", "당사의" 또는 "당사 플랜"이라고 언급하는 경우 이는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)를 의미합니다.

본 문서는 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 크레올 프랑스어, 힌디어, 몽어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어로 무료로 제공됩니다.

본 문서는 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 큰 활자, 점자 및/또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받아볼 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

원하는 언어나 형식으로 항상 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이것을 상시 요청이라고 합니다. 저희는 가입자의 상시 요청을 등록해 놓으므로 정보가 필요할 때마다 따로 요청할 필요가 없습니다.

본 문서를 영어 이외의 언어로 받으려면 (800) 541-5555, TTY: 711로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 해당 주에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하십시오. 본 문서를 다른 형식으로 받으려면 가입자 서비스부에 855) 665-4627, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 문의하시기 바랍니다. 담당자가 가입자의 상시 요청을 등록하거나 그것을 변경하는 데 도움을 드립니다. 케이스 관리자에게 연락하여 상시 요청에 대해 도움을 받을 수도 있습니다.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at. Someone that speaks can help you. This is a free service. Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese, and any additional languages required by the state.

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al *(855) 665-4627 TTY: 711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.*

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم *(855) 665-4627* وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم *TTY*، فيمكنهم الاتصال على:. 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الفرنسية الكريولية، أو الهندية، أو الهمونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولوجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարեք մեզ *(855) 665-4627 TTY: 711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կհմերերեն, չինարեն, պարսկերեն, ֆրանսերեն, ֆրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգորերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ճապոներեն, կորեերեն, լաոսերեն, մյան, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ռուսերեն, տագալոգ, սիամերեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ոք կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:*

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ *(855) 665-4627 TTY: 711*។ *នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ុង អ៊ីតាលី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។*

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 *(855) 665-4627 TTY: 711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。*

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهیکافی است از طریق شماره *711(855) 665-4627 TTY:* با ما تماس بگیریدفردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مین، لهستانی، پرتغالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au *(855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.*

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan *(855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.*

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें *(855) 665-4627 TTY: 711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ़्रेंच, फ़्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।*

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob.Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm *(855) 665-4627 TTY: 711. Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj.Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.*

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero *(855) 665-4627 supporto telescrivente: 711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, tailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.*

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter *(855) 665-4627 TTY: 711. Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.*

Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、*(855) 665-4627までお電話ください。TTY: 711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。*

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 *(855) 665-4627 TTY: 711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.*

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ *(855) 665-4627 TTY: 711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມນຽນ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຝຣັ່ງ, ຝຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອິຕາລີ, ເຍຍລະມັນ, ຍີ່ປຸ່ນ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, �โปແລນ, ປອກຕຸຍການ, ປັນจาบิ, ລັດເຊຍ, ตากาลอก, ไท, ອູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ*

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a’ fai ndie nyei sou-gorn.Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv *(855) 665-4627 TTY: 711.Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba’ miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a’ fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih.Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.*

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer *(855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendżabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.*

Portuguese:

- Disponibilizamos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco pelo telefone *(855) 665-4627 TTY: 711. Você pode ser auxiliado por alguém que fale inglês, espanhol, árabe, armênio, cambojano, chinês, farsi, francês, crioulo francês, hindi, hmong, italiano, alemão, japonês, coreano, laosiano, iu mien, polonês, português, punjabi, russo, tagalo, tailandês, ucraniano ou vietnamita. Esse é um serviço gratuito.*

Punjabi:

- ساڈی صحت یا ڈرگ منصوبے دے حوالے نال تہاڈے کسے وی سوالاں دا جواب دین لئی ساڈے مترجم دیاں مفت سروسز موجود نیں۔ مترجم حاصل کرن لئی سانوں (855) 665-4627 *TTY:* 771 تے کال کرو۔ کوئی وی انگریزی، ہسپانوی، عربی، آرمینیائی، کمبوڈین، چینی، فارسی، فرانسیسی، کیرول، ہندی، ہمونگ، اطالوی، جرمن، جاپانی، کوریائی، لاؤسی، مین، پولش، پرتگالی، پنجابی، روسی، تگالوگ، تھائی، یوکرینی، یا ویتنامی بولن آلا تہاڈی مدد کر سکدا اے۔ ایہہ اک مفت سروس اے۔

Russian:

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам поможет сотрудник, владеющий английским, испанским, арабским, армянским, кхмерским, китайским, фарси, французским, гаитянским креольским, хинди, хмонг-мьенским, итальянским, немецким, японским, корейским, лаосским, мьен, польским, португальским, пенджабским, русским, тагальским, тайским, украинским или вьетнамским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.*

Tagalog:

- Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng interpreter na makakasagot sa anumang tanong na maaaaring mayroon ka tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter tumawag lang sa *(855) 665-4627 TTY: 711. Matutulungan ka ng isang taong nakakapagsalita ng English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, French, French Creole, Hindi, Hmong, Italian, German, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Polish, Portuguese, Punjabi, Russian, Tagalog, Thai, Ukrainian, o Vietnamese. Isa itong libreng serbisyo.*

Thai:

- เรามีบริการล่ามให้บริการคุณฟรีสำหรับการตอบคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและแผนยาของเรา หากต้องการล่ามสามารถโทรหาเราได้ที่*(855) 665-4627 TTY: 711. สำหรับคนที่พูดภาษาอังกฤษ สเปน อารบิก อาร์เมเนีย กัมพูชา จีน ฟาร์ซี ฝรั่งเศส ครีโอลฝรั่งเศส ฮินดี ม้ง อิตาลี เยอรมัน ญี่ปุ่น เกาหลี ลาว เมี่ยน โปแลนด์ โปรตุเกส ปัญจาบ รัสเซีย ตากาล็อก ไทย ภาษายูเครนหรือภาษาเวียดนาม เราสามารถช่วยคุณได้ นี่เป็นบริการฟรีสำหรับคุณ*

Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером *(855) 665-4627, телетайп: 711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.*

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số *(855) 665-4627 TTY: 711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.*

차례

제1장: 가입자로 시작하기 11

제2장: 중요 전화번호 및 자원 22

제3장: 당사 플랜의 의료 케어 혜택 및 기타 혜택 대상 서비스 이용 39

제4장: 혜택 차트 59

제5장: 외래 환자 처방약 받기 114

제6장: Medicare 및 Medi-Cal Medicaid 처방약에 대한 회원 부담 비용 131

제7장: 혜택 대상 서비스 또는 의약품에 대해 수령한 청구서의 당사 분담금 지급 요청 140

제8장: 가입자 권리 및 책임 146

제9장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 취해야 할 조치(혜택 적용 결정, 이의 제기, 불만 제기) 162

제10장: 당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기 205

제11장: 법적 고지 212

제12장: 중요한 용어 정의 215

면책

- Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 따른 보장은 "최소 필수 보장"이라고 하는 자격 부여 의료 보장입니다. 이것은 환자 보호 및 적정 가격관리법(ACA)의 개인 공동 책임 요건을 충족합니다. 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹 사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 방문하여 개인 공유 책임 요구 사항에 관한 자세한 정보를 확인하십시오.
- Molina Medicare Complete Care Plus(HMO-DSNP)는 Medicare 및 주 정부 Medicaid 프로그램과 계약을 체결한 건강 플랜입니다. Molina Medicare Complete Care Plus의 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.
- VBID 모델에 따른 모델 혜택 또는 RI 프로그램에 대한 적격성은 보장되지 않으며, 관련 기준(예: 임상 진단, 적격성 기준 또는 모델 혜택 대상 등록자의 적격성이나 RI 프로그램이 보장되지 않거나 플랜 연도 이전에 결정할 수 없는 경우의 질병 상태 관리 프로그램 참여)에 따라 MAO가 결정합니다.
- Medicare는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일부로 이런 혜택 및/또는 낮은 공동보험료/공동 보험을 제공하도록 승인했습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선하기 위한 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.

차별 금지 고지

Molina Healthcare(Molina)는 해당 연방 시민권 법률을 준수하며 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적, 민족 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향성을 이유로 차별하지 않습니다.

Molina가 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 국적,민족 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 질병, 유전 정보, 혼인 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향성을 이유로 차별했다고 판단되는 경우에는 다음을 통해 고충을 제기할 수 있습니다.

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
전화번호: (866) 606- 3889, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)
TTY: 711
팩스: (562) 499-0610
이메일: civil.rights@MolinaHealthcare.com

대면으로 또는 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 고충을 제기할 수 있습니다. 고충 제기에 도움이 필요한 경우 Civil Rights Coordinator가 지원을 제공합니다.

또한 전화, 서면, 온라인으로 California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights에 시민권에 관한 불만을 제기할 수도 있습니다.

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

불만 접수 양식은 다음 주소에서 확인할 수 있습니다. http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Molina가 인종, 피부색, 국적, 장애, 연령 또는 성별을 이유로 차별을 했다고 판단되는 경우에는, 아래 주소의 시민권 사무국(Office for Civil Rights) 포털을 통해 온라인으로 또는 우편이나 전화를 통해 미국 보건복지부 (Department of Health and Human Services, DHHS)의 시민권 사무국으로 민권 불만을 접수할 수 있습니다.

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
또는 우편이나 전화로도 불만을 접수할 수 있습니다.
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-868-1019 또는 800-537-7697(TDD)
불만 접수 양식은 다음 주소에서 확인할 수 있습니다.
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

제1장: 가입자로 시작하기

소개

본 장에는 모든 Medicare 서비스에 적용되고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스와 멤버십을 조율하는 건강 플랜인 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사에서 제공할 것으로 예상한 정보와 함께 다른 정보도 확인할 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 당사 플랜 가입 환영 인사 12

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보 12

B1. Medicare 12

B2. Medi-Cal 12

C. 당사 플랜의 이점 13

D. 당사 플랜의 서비스 지역 14

E. 플랜 가입자 자격 조건 14

F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항 14

G. 케어 팀 및 케어 플랜 16

G1. 케어 팀 16

G2. 케어 플랜 16

H. Molina Medicare Complete Care Plus에 대한 월 부담 비용 16

H1. 플랜 보험료 16

H2. 월 Medicare 파트 B 보험료 17

H3. 보조 혜택 보험료(옵션) 17

I. 가입자 핸드북 17

J. 회원에게 제공되는 기타 중요한 정보 17

J1. 가입자 ID 카드 18

J2. *의료 제공자 및 약국 명부* *18*

J3. 혜택 대상 의약품 목록 20

J4. *혜택 설명서* *20*

K. 멤버십 기록 업데이트하기 21

K1. 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)의 개인정보 보호 21

A. 당사 플랜 가입 환영 인사

당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 대한 자격을 갖춘 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 제공자 및 기타 의료 제공자들이 포함됩니다. 또한 당사는 이용하고 계신 의료 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케이스 관리자 및 케어 팀도 보유하고 있습니다. 플랜의 구성원들은 서로 협력해 회원이 필요로 하는 케어를 제공합니다.

Molina Healthcare는 모든 가입자가 서로 다르며 고유한 요구 사항을 갖고 있다는 것을 알고 있습니다. 그렇기 때문에 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자의 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합시켜 마음 편하게 개인 맞춤형 지원을 받을 수 있도록 합니다.

Molina Healthcare는 더 많은 사람, 특히 의료 케어를 가장 필요로 하는 사람들에게 양질의 의료 케어를 제공하기 위해 35년 전에 설립되었습니다. 설립 당시부터 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자의 필요 사항을 최우선으로 두었으며, 오늘날까지 이러한 방식을 유지하고 있습니다.

Molina Healthcare에 오신 것을 환영합니다. 저희는 회원님의 또 다른 가족입니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음과 같은 회원에게 제공되는 연방 의료보험 프로그램입니다.

- 65세 이상인 자
- 특정 장애가 있는 65세 미만인 자
- 말기 신장 질환자(신부전)

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주의 Medi-Cal 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주에서 운영하며, 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다. Medi-Cal은 장기 서비스 및 지원(LTSS)과 의료 비용을 부담하기에는 보유하고 있는 소득 및 재원이 제한적인 사람들을 돕기 위한 프로그램입니다. 여기에는 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 의약품이 포함됩니다.

각 주에서 결정하는 사항은 다음과 같습니다.

- 소득 및 재원으로 간주되는 항목
- 자격을 갖춘 사람
- 혜택 대상 서비스 및
- 서비스 비용

주에서는 연방 규정에 부합하는 경우에 한해 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

Medicare와 California 주에서 당사 플랜을 승인했습니다. 다음과 같은 경우 당사 플랜을 통해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받을 수 있습니다.

- 당사가 플랜을 제공하겠다고 결정해야 합니다. 그리고
- Medicare와 California 주에서 당사가 이 플랜을 계속 제공할 수 있도록 허용해야 합니다.

향후 당사의 플랜 운영이 중지된다고 하더라도, 회원님의 Medicare 및 Medi-Cal 서비스 수혜 자격에는 영향을 미치지 않습니다.

C. 당사 플랜의 이점

이제 처방약을 포함해 Medicare와 Medi-Cal 혜택 대상 서비스에서 받고 계신 모든 혜택을 당사 플랜에서 받으실 수 있습니다. **이 건강 플랜에 가입하시는 데는 추가 비용이 전혀 없습니다**.

당사는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 서로 더 잘 조화를 이루고 이용자가 더 효과적으로 이용하실 수 있도록 도와 드립니다. 다음과 같은 이점이 있습니다.

- 회원님의 의료 케어 요구 사항 **대부분을 당사**와 상의하여 해결할 수 있습니다.
- 회원님마다 케어 팀이 있고, 회원님이 직접 팀 구성에 참여하게 됩니다. 케어 팀은 회원님 본인, 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 그 외 의료 전문가들로 구성될 수 있습니다.
- 케이스 관리자도 배정됩니다. 케이스 관리자는 회원님과 함께 당사 플랜을 관리하고 케어 팀의 케어 플랜 수립을 돕는 일을 합니다.
- 회원님은 담당 케어 팀, 케이스 관리자의 도움을 받아 본인의 케어를 직접 관리할 수 있습니다.
- 회원님의 케어 팀과 케이스 관리자는 회원님과 함께 상의해 회원님의 건강 요구 사항에 맞게 설계된 케어 플랜을 수립하게 됩니다. 케어 팀은 회원님이 필요로 하는 여러 서비스 간 조율을 도와 드립니다. 예를 들어, 담당 케어 팀은 다음과 같은 일을 합니다.
    - 담당 의사에게 회원님께서 어떤 약을 먹는지 알려서 적합한 약을 먹고 있는지 확인하고, 그러한 약 복용에서 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.
    - 또한 회원님의 검사 결과를 모든 담당 의사들, 그리고 필요에 맞게 다른 의료 제공자들도 공유할 수 있도록 합니다.

Molina Medicare Complete Care Plus의 신규 가입자: 대부분의 경우 가입자는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 Medi-Cal 혜택 적용에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 궁금한 점이 있으시면 (855) 665-4627 TTY: 711로 문의하시기 바랍니다.

D. 당사 플랜의 서비스 지역

당사의 서비스 지역은 California 주 내의 다음 카운티입니다.

- Los Angeles, San Diego, Riverside 및 San Bernardino 카운티

당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 당사 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 데 따른 영향에 대한 자세한 정보는 가입자 핸드북 **제8장**을 참조하십시오.

E. 플랜 가입자 자격 조건

다음 조건을 충족하시는 한 당사 플랜 회원 자격이 충족됩니다.

- 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다(수감 중인 개인은 신체는 당사 서비스 지역에 있더라도 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다). **그리고**
- 가입 시 만 21세 이상이어야 합니다. **그리고**
- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다. **그리고**
- 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주하는 사람이어야 합니다. **그리고**
- 현재 Medi-Cal 가입 자격을 충족해야 합니다. **그리고**

Medi-Cal 수혜 자격을 상실했지만 3개월 이내에 자격을 회복할 것으로 예상할 수 있는 경우 여전히 당사 플랜의 멤버십 자격을 충족합니다.

자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항

당사 플랜에 처음 가입하면 등록 발효일 전후 90일 내에 건강 위험 평가(HRA)를 받게 됩니다.

HRA를 실시하는 것은 당사의 의무 사항입니다. HRA의 결과는 회원님의 케어 플랜 수립의 기초가 됩니다. HRA에는 회원님의 의료, 행동 건강 및 기능상 요구 등을 파악하기 위한 질문들이 포함됩니다.

HRA를 위해 당사에서 회원님께 연락을 드립니다. HRA는 직접 방문, 전화 통화 또는 우편을 통해 실시할 수 있습니다.

HRA와 관련한 자세한 정보를 보내드리도록 하겠습니다.

당사 플랜에 처음 가입하신 경우 원래 진찰받으시던 의사가 당사 네트워크에 소속되지 않았더라도 일정 기간 동안은 해당 의사의 진료를 계속 받으실 수 있습니다. 이를 케어 지속이라고 합니다. 해당 의사가 당사 네트워크에 소속되지 않았더라도 다음 조건이 모두 충족되는 경우, 최장 12개월까지 플랜 가입 당시에 이용하고 있는 현재 의료 제공자 및 서비스 승인을 유지하실 수 있습니다.

- 회원님, 회원님의 대리인 또는 의료 제공자가 당사에 회원님이 현재 의료 제공자를 유지할 수 있도록 해 줄 것을 요청합니다.
- 일부 예외 경우를 제외하고, 회원님이 주치의(PCP) 또는 전문 케어 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 저희가 확인할 수 있습니다. "기존 관계"란, 회원님이 당사 플랜 최초 가입일 기준으로 그 이전 12개월 기간에 비응급 진찰을 위해 네트워크 비소속 의료 제공자를 최소 1회 방문했음을 의미합니다.
    - 당사는 당사가 확보할 수 있거나 회원님이 당사에 제공하는 회원님의 건강 의료 정보를 검토해 기존 관계 여부를 결정하게 됩니다.
    - 요청 응답에는 30일이 소요됩니다. 회원님은 더 신속하게 결정해 달라고 요청하실 수 있으며, 그러한 경우 당사는 15일 이내에 응답해야 합니다. 손해의 위험이 있을 경우 당사는 3일 이내에 응답해야 합니다.
    - 회원님 또는 담당 의료 제공자는 요청 시 기존 관계에 대한 문서를 제시하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 회원님은 당사가 신규 임대를 승인하고 네트워크 소속 의료 제공자가 임대를 제공하도록 할 때까지 최소 90일 동안 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 제공자에게 이를 요청할 수 있습니다. 교통편 제공자 또는 기타 보조적인 제공자에 대해서는 이러한 요청을 할 수 없지만, 당사 플랜에 포함되지 않은 서비스, 교통편 또는 기타 보조적인 서비스를 요청할 수 있습니다.

케어 지속 기간이 종료되고 나면 당사가 회원님을 담당하는 네트워크 비소속 의사와 계약을 체결하지 않는 한, 회원님의 주치의의 의료 단체와 제휴를 맺은 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크 소속 의사 및 기타 의료 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 당사 플랜의 PCP는 IPA 및 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 담당 PCP를 선택할 때 제휴를 맺은 IPA 또는 의료 단체도 선택하게 됩니다. 이는 담당 PCP가 본인의 IPA 또는 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 회원님을 의뢰할 것임을 의미합니다. IPA 또는 의료 단체란 회원님에게 조율된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 구성된 PCP와 전문의들의 연합입니다. 케어를 받는 것에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제3장을 참조하십시오.

G. 케어 팀 및 케어 플랜

G1. 케어 팀

케어 팀에서 회원님이 필요한 케어를 계속 받을 수 있도록 도와드립니다. 케어 팀에는 담당 의사, 케이스 관리자 또는 회원이 선택한 기타 의료인이 포함될 수 있습니다.

케이스 관리자는 회원이 자신에게 필요한 케어를 관리하는 것을 돕는 사람을 말합니다. 당사 플랜에 가입하시면 케이스 관리자를 배정해 드립니다. 또한 케이스 관리자는 당사 플랜에서 제공하지 않는 자원이 있을 경우 가입자를 다른 지역사회 자원에 의뢰하고 케어 팀과 협력하여 가입자의 케어를 조율할 수 있도록 도와줍니다. 담당 케이스 관리자와 케어 팀에 대한 자세한 정보는 페이지 하단의 전화번호로 당사에 문의하십시오.

G2. 케어 플랜

또한 담당 케어 팀은 가입자의 케어 플랜 수립을 돕습니다. 케어 플랜은 가입자와 담당 의사에게 가입자에게 필요한 서비스와 해당 서비스를 받을 수 있는 방법을 알려줍니다. 여기에는 회원님의 의료, 행동 건강 및 LTSS 또는 기타 서비스가 포함됩니다.

케어 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- 회원의 건강 관리 목표, **그리고**
- 필요한 서비스를 받을 일정

HRA 후, 담당 케어 팀이 회원님과 면담합니다. 면담에서 회원님에게 필요한 서비스에 대해 질문합니다. 또한 회원님이 받고자 하는 서비스에 관해서도 논의할 것입니다. 케어 플랜은 회원님의 필요 사항과 목표를 바탕으로 작성됩니다. 담당 케어 팀은 가입자와 협의하여 일 년에 최소 한 번씩 케어 플랜을 업데이트합니다.

H. Molina Medicare Complete Care Plus에 대한 월 부담 비용

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 H1)
- 월 Medicare 파트 B 보험료(섹션 H2)
- 보조 혜택 보험료(옵션)(섹션 H3)

상황에 따라 플랜 보험료가 낮아질 수도 있습니다.

H1. 플랜 보험료

플랜 가입자는 매월 플랜 보험료를 납부합니다. 2024년 Molina Medicare Complete Care Plus의 월 보험료는 $0입니다.

H2. 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 가입자가 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다.

일부 가입자는 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 섹션 E에 설명된 바와 같이, 당사 플랜의 가입 자격을 충족하려면 Medi-Cal 자격을 유지해야 하며 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다. 대부분의 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자의 경우, Medi-Cal에서 Medicare 파트 A 보험료(가입 자격을 자동으로 보유하지 않게 되는 경우)와 Medicare 파트 B 보험료를 지불합니다.

Medi-Cal에서 귀하의 Medicare 보험료를 지불하지 않을 경우, 귀하가 Medicare 보험료를 계속 지불해야 플랜 가입자 자격을 유지할 수 있습니다. 여기에는 Medicare 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 보험료 무료 Medicare 파트 A에 대한 자격이 없는 가입자에게 영향을 미치는 Medicare 파트 A에 대한 보험료도 포함될 수 있습니다. **이 외에도, 가입자 서비스부 또는 케이스 관리자에게 연락하여 해당 변경 사항을 알려주시기 바랍니다.**

H3. 보조 혜택 보험료(옵션)

"보조 혜택(옵션)"이라고도 하는 추가 혜택에 가입한 경우 이러한 추가 혜택에 대해 매달 추가 보험료를 납부하게 됩니다. 자세한 내용은 제4장 섹션 F를 참조하시기 바랍니다.

I. *가입자 핸드북*

가입자 핸드북은 가입자와 당사 간 계약의 일부입니다. 이는 당사가 반드시 본 문서에 포함되어 있는 규정을 모두 빠짐없이 준수해야 한다는 것을 의미합니다. 당사가 이러한 규정에 어긋나는 행동을 한다고 판단되는 경우, 당사 결정에 이의 제기를 하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 안내는 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 가입자 핸드북을 요청할 수 있습니다. 또한 당사 웹 사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 가입자 핸드북을 참조하실 수 있습니다.

계약은 **2024년 1월 1일~2024년 12월 31일**에 회원님께서 당사 플랜에 가입하신 달에 대해 유효합니다.

J. 회원에게 제공되는 기타 중요한 정보

이 외에 당사에서 제공하는 중요한 정보에는 회원님의 가입자 ID 카드, 의료 제공자 및 약국 명부 이용 방법, 혜택 대상 의약품 목록(처방규정이라고도 함) 이용 방법이 있습니다.

J1. 가입자 ID 카드

당사 플랜에서는 LTSS, 특정 행동 건강 서비스, 처방약 등을 포함해 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 모두 카드 1장으로 이용하시게 됩니다. 모든 서비스 또는 처방약을 이용하거나 받으실 때는 항상 이 카드를 제시해 주셔야 합니다. 가입자 ID 카드의 예는 다음과 같습니다.

가지고 계신 가입자 ID 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우, 페이지 하단 전화번호로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 새 카드를 보내도록 하겠습니다.

당사 플랜 가입자로 계시는 동안은 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드 또는 Medi-Cal 카드를 사용하지 않고도 대부분의 서비스를 받으실 수 있습니다. 이러한 카드는 나중에 혹시 필요할 때를 대비해 안전한 곳에 보관해 두십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 의료 제공자는 당사 플랜 대신 Medicare에 청구하며, 회원님은 청구서를 받을 수 있습니다. 의료 제공자로부터 청구서를 받은 경우 취해야 할 조치에 대해 알아보려면 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하십시오.

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

J2. *의료 제공자 및 약국 명부*

의료 제공자 및 약국 명부에는 당사 플랜의 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 및 약국들이 나와 있습니다. 당사 플랜 가입자로 계시는 동안은 반드시 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 혜택 대상 서비스를 받으셔야 합니다.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 의료 제공자 및 약국 명부(온라인 양식 또는 하드카피 양식)를 요청하실 수 있습니다. 하드카피 양식으로 요청된 의료 제공자 및 약국 명부는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

또한 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 의료 제공자 및 약국 명부를 확인하실 수 있습니다.

본 명부에는 Molina Healthcare의 회원으로서 이용할 수 있는 주치의(PCP), 병원 및 기타 의료 제공자가 나와 있습니다. 또한 의료 제공자 명부에서는 Molina Healthcare 의사 및 기타 의료 제공자에 대한 다음의 정보를 확인할 수 있습니다.

- 이름
- 주소
- 전화번호
- 구사 언어
- 서비스 위치 가용성
- 병원 특례 / 제휴
- 의료 단체

환자가 의사들을 쉽게 만날 수 있고, 의사 진료실에서 케어를 받는 데 필요한 모든 도움을 제공하는 것이 중요합니다. 물리적 편의 시설 정보는 다음과 같습니다.

- 기본 편의 시설
- 제한 편의 시설

또한 당사 의료 제공자 명부에 다음과 같은 편의 시설 표시 기호를 사용하여 의료 제공자 진료실의 다른 편의 시설 구역을 보여줍니다.

- P = 주차(Parking)
- EB = 외부 건물(Exterior Building)
- IB = 내부 건물(Interior Building)
- W = 대기실(Waiting Room)
- R = 화장실(Restroom)
- E = 검사실(Exam Room)
- T = 검사 테이블(Exam Table)
- S = 휠체어 체중계(Wheelchair Weight Scale)

또한 의료 제공자(의사, 병원, 전문의 또는 의료 클리닉)가 의료 제공자 명부 또는 당사의 웹 사이트 (www.MolinaHealthcare.com/Medicare)를 통해 온라인에서 신규 환자를 받는지 여부를 확인할 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자 정의

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자는 다음과 같습니다.
  - 당사 플랜 가입자로서 이용할 수 있는 의사, 간호사 및 기타 의료 케어 전문가
  - 당사 플랜 내에서 의료 서비스를 제공하고 있는 클리닉, 병원, 요양 시설 및 기타 시설 **그리고**
  - LTSS, 행동 건강 서비스, 가정 의료 기관, 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 공급자 및 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 받는 상품과 서비스를 제공하는 기타 주체

네트워크 소속 의료 제공자는 혜택 대상 서비스에 대해 당사 플랜으로부터 받는 금액을 비용 전액으로 받아들인다는 데 동의한 제공자입니다.

네트워크 소속 약국의 정의

- 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자에게 처방약을 제공하는 데 동의한 약국을 의미합니다. 이용하고자 하는 네트워크 소속 약국을 찾으려면 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.
  - 응급 상황을 제외하고, 당사 플랜을 통해 처방약 비용 지불에 도움을 받으려면 당사의 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제 받아야 합니다.

자세한 내용은 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부와 당사 웹 사이트에서 모두 당사 네트워크 소속 약국 및 의료 제공자들에 관한 최신 정보를 얻으실 수 있습니다.

J3. 혜택 대상 의약품 목록

플랜에는 혜택 대상 의약품 목록이 있습니다. 짧게 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다. 이 목록에는 당사 플랜이 적용되는 처방약이 나와 있습니다.

의약품 목록에는 또한 회원님이 받을 수 있는 의약품 양에 적용되는 한도 등 의약품에 대한 규정이나 제한 사항이 있는지 나와 있습니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제5장**을 참조하십시오.

당사는 회원님께 의약품 목록 이용 방법에 관한 정보를 보내 드리지만, 중간에 변동 사항이 생길 수도 있습니다. 혜택 대상 의약품에 관한 최신 정보를 확인하려면 가입자 서비스부에 문의하거나 당사 웹 사이트(페이지 하단의 주소)를 방문하십시오.

J4. 혜택 설명서

Medicare 파트 D 처방약 혜택을 이용하시는 경우, 가입자의 Medicare 파트 D 처방약에 대한 비용 지급 내역을 확인 및 추적할 수 있도록 요약서를 보내드립니다. 이 요약서를 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)라고 합니다.

EOB를 보시면 회원님 또는 회원님을 대신한 누군가가 회원님의 Medicare 파트 D 처방약 구입을 위해 지출한 총 합계 금액, 그리고 해당 월 동안 회원님의 Medicare 파트 D 처방약 구입 건별로 당사가 지급한 합계 금액을 알 수 있습니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 가격 인상, 비용 분담이 더 낮은 이용 가능한 기타 의약품 등 회원님이 복용하는 의약품에 대한 추가 정보가 있습니다. 이러한 저렴한 옵션에 대해 처방자와 상의하실 수 있습니다. 가입자 핸드북의 **제6장**에는 EOB에 관한 더 자세한 정보와 더불어 이것이 의약품 혜택 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대한 설명이 나와 있습니다.

EOB를 요청하실 수 있습니다. 사본을 받으려면 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

K. 멤버십 기록 업데이트하기

멤버십 기록을 업데이트하시려면 변동 사항이 생겼을 때 저희에게 알려 주시면 됩니다.

회원님의 정확한 정보를 기록하려면 이 정보가 필요합니다. 당사 네트워크 소속 의료 제공자와 약국 또한 회원님에 대한 정확한 정보가 필요합니다. **의료 제공자와 약국은 회원님의 멤버십 기록을 바탕으로 어떤 서비스 또는 의약품을 받으시는지, 회원님께 청구할 비용이 얼마인지 알 수 있습니다.**

다음과 같은 경우 당사에 즉시 알려주십시오.

- 이름, 주소, 전화번호가 변경된 경우
- 본인의 고용주, 배우자의 고용주, 동성 배우자 또는 사실혼 배우자의 고용주 또는 산재 보험 등 다른 곳에서 제공하는 의료보험 혜택에 변동 사항이 발생하는 경우
- 자동차 사고로 인한 청구와 같은 책임 보험을 청구하는 경우
- 요양원이나 병원에 입원하는 경우
- 병원 또는 응급실에서 케어를 받는 경우
- 간병인 또는 보호자 역할을 하는 사람이 바뀐 경우, 그리고
- 임상시험 연구에 참여하는 경우 (**참고:** 현재 참여하고 있는 임상시험 연구에 대해 당사에 알려 줄 의무는 없지만 그렇게 해 주실 것을 요청합니다.)

정보가 변경되는 경우, 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 연락하십시오.

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. My Molina 계정을 만들거나 액세스하려면 https://member.molinahealthcare.com을 방문하십시오.

K1. 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI)의 개인정보 보호

멤버십 기록의 정보는 개인 건강 정보(PHI)를 포함할 수 있습니다. 연방 정부 및 주 정부 법에 따라 당사는 회원님의 PHI를 보호합니다. 당사는 회원님의 PHI를 보호합니다. 당사가 가입자의 PHI를 보호하는 방법에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제8장**을 참조하시기 바랍니다.

제2장: 중요 전화번호 및 자원

소개

본 장에서는 당사 플랜 및 회원님의 의료 케어 혜택에 대한 질문에 답변을 제공할 수 있는 중요한 자원을 제공할 연락처 정보를 제공합니다. 또한 본 장을 통해 케이스 관리자 및 회원님을 대변할 수 있는 사람과 연락하는 방법에 관한 정보를 얻을 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 가입자 서비스부 23
B. 케이스 관리자 25
C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램) 26
D. 간호사 상담 전화 28
E. 행동 건강 위기 전화 29
F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO) 29
G. Medicare 30
H. Medi-Cal 31
I. Medi-Cal 관리형 케어 및 정신 건강 옴부즈맨실(Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman) 32
J. 카운티 사회복지부 33
K. 카운티 전문 정신 건강 플랜 34
L. California Department of Managed Health Care(California 주 관리형 의료케어부) 35
M. 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램 35
M1. 추가 지원 35
M2. AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP) 36
N. 사회 보장 36
O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 37
P. 단체 보험 또는 고용주의 기타 보험 37
Q. 기타 자원 37
R. Medi-Cal Dental 프로그램 38

A. 가입자 서비스부

전화 문의	(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다. 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴) 휴일, 정상 업무 시간 이외 시간, 토요일 및 일요일에는 셀프 서비스 및 음성 메일 옵션 등과 같은 보조 기술을 이용하실 수 있습니다. 당사는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)
팩스	**의료 서비스:** 팩스: (310) 507-6186 **파트 D(의약품) 서비스:** 팩스: (866) 290-1309
우편 문의	**의료 서비스:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **파트 D(의약품) 서비스:** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
웹 사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

가입자 서비스부에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 플랜에 대한 질문
- 보험금 청구 또는 비용 청구에 대한 질문
- 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정
  - 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
    - 귀하에게 적용되는 혜택 및 서비스 **또는**
    - 회원님의 의료 서비스에 대해 당사에서 지급하는 금액
  - 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정과 관련해 궁금한 점이 있으시면 전화해 주십시오.
  - 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

- 의료 케어에 대한 이의 제기
  - 이의 제기는 당사의 실수라고 생각되거나 결정에 동의하지 않는 경우, 회원님의 혜택 적용에 대해 내린 당사의 결정을 검토하여 결정을 변경해 줄 것을 정식으로 요청하는 방법입니다.
  - 이의 제기와 관련한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하거나 가입자 서비스에 문의하십시오.
- 의료 케어에 대한 불만 제기
  - 당사 또는 의료 제공자(네트워크 비소속 의료 제공자 또는 네트워크 소속 의료 제공자 포함)에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 또한 케어 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)에 불만을 제기할 수 있습니다(**섹션 F** 참조).
  - (855) 665-4627, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 전화하여 당사에 불만사항을 알려 주시면 됩니다.
  - 본인의 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정과 관련한 불만사항인 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다(위 섹션 참조).
  - 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
  - 1-888-804-3536으로 전화해 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제출하셔도 됩니다.
  - 본인의 의료 케어 관련 불만사항 제기 방법에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.
- 의약품에 관한 혜택 적용 결정
  - 의약품에 관한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
    - 회원에게 적용되는 혜택 및 의약품 **또는**
    - 회원님의 의약품에 대해 당사에서 지급하는 금액
  - 일반의약품(OTC)과 특정 비타민 등 Medicare가 적용되지 않는 의약품에는 Medi-Cal Rx가 적용될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오.
  - 처방약과 관련한 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.
- 의약품과 관련한 이의 제기
  - 이의 제기를 통해 혜택 적용 결정에 대한 변경을 요청할 수 있습니다.
  - 처방약과 관련해 이의 제기를 하는 방법에 관한 자세한 내용은 **제9장** (가입자 핸드북)을 참조하십시오.

- 의약품과 관련한 불만사항
  - 당사 또는 약국에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 사용하고 계신 처방약에 관한 불만사항도 포함됩니다.
  - 본인의 처방약에 관한 혜택 적용 결정과 관련한 불만사항인 경우, 이의 제기를 하실 수 있습니다. (위 섹션을 참조하십시오.)
  - 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
  - 처방약과 관련해 불만사항을 제출하는 방법에 관한 자세한 내용은 **제9장**
  - (가입자 핸드북)을 참조하십시오.
- 이미 본인이 대금을 지급한 의료 케어 또는 의약품에 대한 비용 지급
  - 당사에 비용 상환을 요청하거나 본인이 받은 청구서 대금을 납입하는 방법에 관한 자세한 설명은 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하십시오.
  - 당사에 대금 청구를 요청했는데 요청의 일부가 거부되는 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

B. 케이스 관리자

Molina Medicare Complete Care Plus 케이스 관리자는 회원님의 연락 담당자입니다. 케어 코디네이터는 모든 의료 제공자와 서비스를 관리하고 귀하에게 필요한 서비스를 받을 수 있도록 도와드립니다. 회원님 및/또는 간병인은 필요한 경우 해당 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에 전화해 배정된 케이스 관리자 변경을 요청할 수 있습니다. 또한, Molina Medicare Complete Care Plus 직원은 회원의 요구(문화적/언어적/신체/행동 건강) 또는 위치에 따라 회원님의 케이스 관리자 배정을 변경할 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

전화 문의	(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다. 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴) 휴일, 정상 업무 시간 이외 시간, 토요일 및 일요일에는 셀프서비스 및 음성 메일 옵션 등과 같은 보조 기술을 이용하실 수 있습니다. 또한 당사는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)
우편 문의	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹 사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

케이스 관리자에게 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 의료 케어에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스를 받는 것에 관한 질문
- 치과 혜택에 관한 질문
- 진료 예약을 위한 교통편에 관한 질문

장기 서비스 및 지원(LTSS)에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF)이 포함됩니다.

정례적인 의료 케어와 일상 생활에서 필요한 부분에서 도움을 받으실 수도 있습니다.

다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)
- 전문 요양 서비스
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회 복지 서비스 **및**
- 가정 의료 케어
- 카운티 사회복지부를 통한 재택 지원 서비스(IHSS)
- LTSS 서비스에 관한 자세한 정보가 필요하시면 Molina Medicare Complete Care Plus에 (855) 665-4627로 연락해 주시기 바랍니다.

C. Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)

State Health Insurance Assistance Program((SHIP), 주 정부 의료보험 지원 프로그램)은 Medicare 이용자들에게 무료로 의료보험 관련 상담을 제공해 드립니다. 본 프로그램은 California에서 Health Insurance Counseling and Advocacy Program((HICAP), 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)으로 불립니다. HICAP 상담사는 질문에 답해 드리고 문제에 대처할 때 취할 수 있는 조치를 알려드릴 수 있습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며 서비스는 무료입니다.

HICAP는 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 관계가 없습니다.

전화 문의	**Los Angeles 카운티:** (213) 383-4519, 월요일~금요일, 오전 8시 30분~오후 4시 30분(현지 시간) **Riverside 및 San Bernardino 카운티:** (909) 256-8369 월요일~금요일, 오전 9시~오후 4시(현지 시간) **San Diego 카운티:** (858) 565-8772, 사무소 – San Diego (760) 353-0223, 사무소 – Imperial
TTY	711. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	**Los Angeles 카운티:** Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **Riverside 및 San Bernardino 카운티:** HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **San Diego 카운티:** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
웹 사이트	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP

HICAP에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- Medicare에 대한 질문
- HICAP 상담사는 새로운 플랜으로의 변경에 관한 질문에 답변을 드리며 귀하가
  - 귀하의 권리를 이해하고
  - 플랜 선택 사항을 이해하며
  - 의료 케어 또는 치료에 대한 불만을 제기하고
  - 청구서 관련 문제를 바로잡을 수 있도록 도움을 드립니다.

D. 간호사 상담 전화

연중무휴, 하루 중 언제든지 Molina Healthcare의 간호사 상담 전화로 전화하실 수 있습니다. 이 서비스에서는 건강 관리에 대한 조언을 가입자의 언어로 제공하고, 필요한 케어를 받을 수 있는 곳을 안내해 줄 수 있는 공인 간호사를 연결해 드립니다. 저희 간호사 상담 전화는 미국 전역의 모든 Molina Healthcare 가입자에게 서비스를 제공합니다. 이 간호사 상담 전화는 URAC 인증 의료 콜센터입니다. URAC 인증이란 이 간호사 상담 전화가 양질의 케어, 개선된 프로세스 및 우수한 환자 결과에 대한 포괄적인 노력을 입증했음을 의미합니다. 저희 간호사 상담 전화는 연중무휴, 하루 24시간 건강 정보 상담 전화에 대한 NCQA 건강 정보 제품(HIP) 인증도 받았습니다. NCQA는 건강 플랜에 적용 가능한 표준에 대한 NCQA 건강 정보 표준을 준수하도록 설계되었습니다.

간호사 상담 전화는 가입자의 안전을 평가하고, 응급 서비스에 연결해 주며, 행동 건강 서비스 제공자와 지역사회 자원을 찾아 주고, Molina Medicare Complete Care Plus 케이스 관리자에게 가입자를 소개합니다. 자세한 정보가 필요하시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO-DSNP)에 (855) 665-4627로 문의하시기 바랍니다.

즉시 도움이 필요하거나 어떻게 해야 할지 잘 모르겠다면 간호사 상담 전화로 전화해야 합니다. 본인이나 다른 사람이 해를 입거나 사망에 이를 수 있는 응급 상황인 경우에는 가장 가까운 병원 응급실로 가거나 911로 전화하십시오.

본인의 건강이나 의료 케어에 대한 질문이 있으면 간호사 상담 전화로 연락할 수 있습니다.

전화 문의	(888) 275-8750번 통화료는 무료입니다. 연중무휴, 하루 24시간 운영 당사는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 연중무휴, 하루 24시간 운영

E. 행동 건강 위기 전화

긴급한 정신 건강 의료 케어가 필요하면 거주하고 계신 카운티의 카운티 정신 건강 플랜에 도움을 요청할 수 있습니다. 또한 988로 전화하거나 문자를 보내면 비밀이 보장되는 위기 지원을 무료로 받을 수 있습니다(연중무휴, 하루 24시간).

전화 문의	**Los Angeles 카운티:** Los Angeles 카운티 정신 건강부(Department of Mental Health) 1-800-854-7771 (연중무휴, 24시간 헬프 라인) - TTY: 711 **Riverside 카운티:** Riverside University Health System - 행동 건강 (Health System – Behavioral Health) 1-800-499-3008 **San Bernardino 카운티:** San Bernardino 카운티 행동 건강부(Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478(24시간 헬프 라인) 또는 1-800-968-2636(약물 사용 장애 24시간 헬프 라인) **San Diego 카운티 외 지역:** San Diego 카운티 행동 건강 서비스 1-888-724-7240(연중무휴 24시간 이용 및 위기 전화) - TTY: 711

F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)

우리 주에는 Livanta라는 단체가 있습니다. Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. Livanta는 본 플랜과는 무관합니다.

전화 문의	(877) 588-1123
TTY	711 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹 사이트	https://livantaqio.com/en/states/california

Livanta 에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 본인의 의료 케어 권리에 관한 질문
- 다음과 같은 경우 케어에 대한 불만 제기:
  - 케어 품질에 문제가 있음
  - 입원 기간이 너무 일찍 종료된다고 생각됨 **또는**
  - 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각됨

G. Medicare

Medicare는 65세 이상 개인, 장애가 있는 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장 질환(투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 의료보험 프로그램입니다.

Medicare를 담당하고 있는 연방 기관은 Medicare & Medicaid 서비스 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)입니다.

전화 문의	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 이 번호는 하루 24시간, 연중무휴 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹 사이트	www.medicare.gov Medicare 공식 웹 사이트입니다. Medicare에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 병원, 요양 시설, 의사, 가정 의료 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활시설 및 호스피스에 대한 정보도 나와 있습니다. 이러한 정보에는 유용한 웹 사이트와 전화번호가 포함됩니다. 또한 컴퓨터에서 바로 출력할 수 있는 문서도 포함되어 있습니다. 컴퓨터가 없으신 경우, 현지 도서관이나 노인회관에 가시면 그곳에 있는 컴퓨터로 웹 사이트를 방문하도록 도움을 받으실 수 있습니다. 아니면, 위의 번호로 Medicare에 전화하여 무엇을 찾고 있는지 알려줄 수 있습니다. 담당자가 해당 정보를 웹 사이트에서 찾아 회원님과 함께 검토할 것입니다.

H. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램으로 아동, 노인, 장애인, 위탁 아동 및 청소년, 임산부가 있는 가족을 포함하여 저소득층에게 필요한 의료 케어 서비스를 제공하는 공공 의료보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 정부와 연방 정부의 자금으로 운영됩니다.

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

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal에 등록되어 있습니다. Medi-Cal 혜택에 대해 문의 사항이 있으면 플랜 케이스 관리자에게 전화하십시오. Medi-Cal 플랜 등록에 대해 문의 사항이 있으면 Health Care Options에 전화하십시오.

전화 문의	1-800-430-4263 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹 사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal 관리형 케어 및 정신 건강 옴부즈맨 사무소 (Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman)

옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)는 회원님의 대변인 역할을 수행하는 사무실입니다. 문제 또는 불만 사항이 있으신 경우 옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)에서 질문에 답변해 드리며, 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 이해하실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 회원님의 서비스 또는 청구 관련 문제를 도와드립니다. 옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)는 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. 서비스 이용은 무료입니다.

전화 문의	1-888-452-8609 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시
TTY	711 통화료는 무료입니다.
우편 문의	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
이메일	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹 사이트	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. 카운티 사회복지부

재택 지원 서비스(In-Home Support Services, IHSS) 혜택과 관련해 도움이 필요하신 경우 해당 현지 카운티 사회복지부에 연락하시기 바랍니다. 재택 지원 서비스(IHSS) 프로그램은 회원님께서 안전하게 자택에서 지내실 수 있도록 서비스를 제공해 드립니다. IHSS는 요양원이나 기숙사 및 요양 시설과 같은 가정 외 케어의 대안으로 간주됩니다. IHSS를 신청하려면 현지 카운티 IHSS 사무소로 연락하십시오.

재택 지원 서비스를 신청하려면 카운티 사회복지부로 연락하십시오. 사용자가 집에서 안전하게 지낼 수 있도록 제공되는 서비스의 비용을 지불하는 데 도움을 받을 수 있습니다. 서비스 유형에는 식사 준비, 목욕, 옷 입기, 세탁, 쇼핑 또는 교통편에 대한 도움이 포함될 수 있습니다.

Medi-Cal 자격에 대한 사항은 카운티 사회복지부에 문의하십시오.

전화 문의	**Riverside 카운티:** (877) 410-8827 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 (현지 시간) 통화료는 무료입니다. **Los Angeles 카운티:** (888) 822-9622 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 5시(현지 시간) **San Bernardino 카운티:** (877) 800-4544 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간) **San Diego 카운티:** San Diego 카운티 내 지역: (800) 510-2020 통화료는 무료입니다. San Diego 카운티 외 지역: (800) 339-4661 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY	711 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	**Los Angeles 카운티 공공 사회복지부** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **Riverside 카운티 IHSS** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **San Bernardino 카운티 IHSS** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **San Diego 카운티 재택 지원 서비스** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
웹 사이트	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-oces

K. 카운티 전문 정신 건강 플랜

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 이용 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다.

전화 문의	**Los Angeles 카운티 정신 건강부(Department of Mental Health):** (800) 854-7771 통화료는 무료입니다. 연중무휴, 하루 24시간 운영 **Riverside University Health System 행동 건강 - 지역사회 접근 및 진료 의뢰, 평가 및 지원 라인(Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line, CARES)**: (800) 499-3008 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 30분(현지 시간) **San Bernardino - 행동 건강부(Department of Behavioral Health):** (888) 743-1478 통화료는 무료입니다. 연중무휴, 하루 24시간 운영 **San Diego - 정신 건강 서비스:** (888) 724-7240 통화료는 무료입니다. 연중무휴, 하루 24시간 운영 당사는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.

카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 카운티에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 대한 질문

L. California Department of Managed Health Care (California 주 관리형 의료케어부)

California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)는 건강 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. DMHC 헬프 센터에 연락하시면 Medi-Cal 서비스와 관련한 이의 제기 및 불만 제기를 도와드립니다.

전화 문의	1-888-466-2219 DMHC 담당자는 월요일부터 금요일까지, 오전 8시에서 오후 6시 사이에 연락 가능합니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹 사이트	www.dmhc.ca.gov

M. 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램

Medicare.gov 웹 사이트(www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 적은 사람들에게 도움이 되는 다른 프로그램도 있습니다. 아래 설명을 참조하십시오.

M1. 추가 지원

회원님께서는 Medi-Cal 수혜 자격을 충족하시므로 처방약 플랜 비용 지급하는 데 Medicare에서 "추가 지원"(Extra Help)을 받을 자격이 있으며, 이 지원을 받으시게 됩니다. 이 "추가 지원"을 받기 위해 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다.

전화 문의	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 번호는 하루 24시간, 연중무휴 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹 사이트	www.medicare.gov

M2. AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)

ADAP는 HIV/AIDS를 앓고 있는 ADAP 유자격 개인이 생명을 구하는 HIV 의약품을 이용할 수 있도록 돕습니다. ADAP 처방규정에도 있는 Medicare 파트 D 처방약은 처방 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다. 참고: 해당 주에서 운영하는 ADAP 혜택을 받으려면, 해당 개인은 주 거주지 및 HIV 상태에 대한 증빙, 주에서 정의한 저소득, 무보험/일부 보험 상태를 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 현지 ADAP 등록 담당자에게 알려주시면 자격 기준, 혜택 대상 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 정보와 관련한 지원을 계속 제공받을 수 있습니다. 전화해 주시기 바랍니다 (844) 421-7050.

N. 사회 보장

사회 보장은 Medicare에 대한 수혜 자격을 결정하고 등록을 처리합니다. 65세 이상이거나 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)이 있으면서 특정 조건을 충족하는 미국 시민권자와 합법적인 영주권자는 Medicare 자격 대상입니다. 사회 보장 확인을 이미 받은 경우 자동으로 Medicare에 등록됩니다. 사회 보장 확인을 받지 않은 경우 Medicare에 등록해야 합니다. Medicare를 신청하려면 사회 보장으로 전화하거나 현지 사회 보장국을 방문하시면 됩니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우 사회 보장국에 연락하여 알려주셔야 합니다.

전화 문의	1-800-772-1213 이 전화를 통한 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 이용 가능 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 얻을 수 있으며 하루 24시간 내내 몇 가지 업무를 처리할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편 문의	공공 문의 및 커뮤니케이션 지원 사무소(Office of Public Inquiries and Communications Support) 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
이메일	https://secure.ssa.gov/emailus
웹 사이트	www.ssa.gov

O. 철도청 은퇴자 위원회 (RRB)

RRB는 철도 노동자들과 그 가족들을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 운영하는 독립적인 연방 기관입니다. RRB를 통해 Medicare를 받는 경우 이사하거나 우편 주소 변경 시 이를 알려주셔야 합니다. RRB의 혜택과 관련하여 궁금한 점이 있으시면 해당 기관에 문의하십시오.

전화 문의	1-877-772-5772 이 전화를 통한 통화료는 무료입니다. "0"을 누르면 월요일, 화요일, 목요일 및 금요일에는 오전 9시~오후 3시 30분, 수요일에는 오전 9시~오후 12시에 RRB 담당자와 통화할 수 있습니다. "1"을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 내내 자동 RRB 헬프 라인과 녹음된 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 무료 전화가 아닙니다.
웹 사이트	www.rrb.gov

P. 단체 보험 또는 고용주의 기타 보험

귀하(또는 배우자 또는 동거인)가 본 플랜의 일부로 귀하(또는 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 은퇴자 그룹으로부터 혜택을 받는 경우, 궁금한 점이 있으시면 고용주/노조 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 귀하(또는 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 은퇴자 의료 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 대해 문의할 수 있습니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)로 전화하여 본 플랜에 따른 Medicare 혜택 적용과 관련하여 궁금한 점을 물어볼 수 있습니다.

귀하(또는 배우자 또는 동거인)의 고용주나 은퇴자 그룹을 통해 기타 처방약 보장 혜택을 받는 경우 **해당 그룹의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 현재 처방약 보장 혜택을 당사 플랜과 어떻게 병행하여 적용할지 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

Q. 기타 자원

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 의료 보장 혜택을 받거나 유지하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 돕고 이들의 건강 플랜 관련 문제를 해결하기 위한 무료 지원을 제공합니다.

다음과 관련해 문제가 있는 경우 도움을 받을 수 있습니다.

- Medi-Cal
- Medicare

- 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 서비스, 의약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등이 거부된 경우 이의 제기
- 의료 비용 청구
- 재택 지원 서비스(IHSS)

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 불만 제기, 이의 제기 및 심리를 지원합니다. Ombuds 프로그램 전화번호는 1-888-804-3536입니다.

R. Medi-Cal Dental 프로그램

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다. 해당 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 초기 검사, X선, 클리닝 및 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 신경 치료
- 국소의치 및 총의치, 조정, 수리 및 첨상

전화 문의	1-800-322-6384 통화료는 무료입니다. 치과 혜택은 Medi-Cal Dental 행위별 수가제 및 Dental Managed Care(DMC) 프로그램을 통해 제공됩니다. Medi-Cal Dental 행위별 수가제 프로그램 담당자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 연락 가능합니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹 사이트	www.dental.dhcs.ca.gov

Medi-Cal Dental 행위별 수가제 프로그램 외에도, 치과 관리형 케어 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리형 케어 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 제공됩니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보를 원하거나 치과 플랜을 변경하려면 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)으로 Health Care Options에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

제3장: 당사 플랜의 의료 케어 혜택 및 기타 혜택 대상 서비스 이용

소개

본 장에서는 당사 플랜을 통해 의료 케어 및 기타 혜택 대상 서비스를 받기 위해 알아야 할 특정 용어 및 규정을 설명합니다. 또한 케이스 관리자, 다양한 유형의 의료 제공자 및 일부 특수 상황(네트워크 비소속 의료 제공자 또는 약국 포함)에서 케어를 받는 방법, 당사의 혜택 적용 대상 서비스에 대해 직접 청구받았을 때 취해야 할 조치, 내구성 의료 장비(DME) 소유 규정에 대해서 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 서비스 및 의료 제공자에 관한 정보 41
B. 당사 플랜의 혜택 대상인 서비스 이용 규정 41
C. 케이스 관리자 42
C1. 케이스 관리자란? 42
C2. 케이스 관리자에게 연락하는 방법 43
C3. 케이스 관리자 변경 방법 43
D. 의료 제공자가 제공하는 케어 43
D1. 주치의(Primary Care Provider, PCP)가 제공하는 케어 43
D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 케어 45
D3. 의료 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우 46
D4. 네트워크 비소속 의료 제공자 47
E. 장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS) 48
F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스 48
F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스 48
G. 교통편 서비스 50
G1. 비응급 상황 중의 의료 교통편 50
G2. 비의료 교통편 51
H. 의료적 응급 상황, 케어가 긴급하게 필요한 경우 또는 재난이 발생한 경우의 혜택 대상 서비스 52
H1. 의료적 응급 상황 시 케어 52

H2. 긴급하게 필요한 케어 53
H3. 재난 시 케어 54
I. 당사 플랜의 혜택 대상 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 취해야 할 조치 54
I1. 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취해야 할 조치 54
J. 임상시험 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택 55
J1. 임상시험 연구의 정의 55
J2. 임상시험 연구에 참여하고 있는 경우 서비스에 대한 비용 지불 55
J3. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용 56
K. 비의료 케어 종교 기관에 있는 경우, 의료 케어 서비스 혜택이 제공되는 방법 56
K1. 비의료 케어 종교 기관의 정의 56
K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어 56
L. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 57
L1. 당사 플랜 가입자로서 이용 가능한 DME 57
L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권 57
L3. 플랜 가입자로서 산소 장비 이용 혜택 58
L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비 58

A. 서비스 및 의료 제공자에 관한 정보

서비스는 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 행동 건강 서비스, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스를 말합니다. **혜택 대상 서비스**는 당사 플랜에서 비용을 지급하는 모든 서비스입니다. 혜택 대상 의료 케어, 행동 건강 및 LTSS는 가입자 핸드북의 **제4장**에 나와 있습니다. 처방약 및 일반의약품에 대한 혜택 대상 서비스는 가입자 핸드북의 **제5장**에 나와 있습니다.

의료 제공자는 회원님께 서비스와 케어를 제공해 주는 의사, 간호사 및 그 외 사람들을 의미합니다. 의료 제공자에는 회원님에게 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 장비 및 특정 LTSS를 제공하는 병원, 가정 의료 기관, 클리닉 및 기타 장소도 포함됩니다.

네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜과 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사가 지급하는 금액을 비용 전액으로 받아들인다는 데 동의한 제공자입니다. 이런 의료 제공자들은 회원에게 제공한 케어 대금을 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 일반적으로 혜택 대상 서비스에 대한 회원님 부담 비용은 없습니다.

B. 당사 플랜의 혜택 대상인 서비스 이용 규정

Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용됩니다. 여기에는 일부 행동 건강 및 LTSS가 포함됩니다.

당사 플랜은 가입자가 당사 규정을 따르는 경우 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS에 대해 일반적으로 비용을 지급합니다. 저희 플랜에서 보장하는 서비스:

- 가입자가 받는 케어 서비스는 **플랜 혜택**이어야 합니다. 이는 해당 케어가 가입자 핸드북 **제4장**의 혜택 차트에 포함되어 있어야 함을 의미합니다.
- 케어는 반드시 **의학적으로 필요**해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 합당하며 생명을 보호하는 중요한 서비스임을 의미합니다. 의학적으로 필요한 케어는 가입자의 질병이 악화되거나 불구가 되지 않도록 보호하거나 질병, 질환 또는 부상의 치료로 인한 극심한 통증을 완화하기 위해 필요합니다. 의료 서비스를 받으시려면 해당 케어를 지시하거나 다른 의사의 진료를 받도록 안내하는 네트워크 소속 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 가입자로서 귀하는 PCP가 될 네트워크 소속 의료 제공자를 선택해야 합니다.
- 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 의료 제공자의 진료를 받거나 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 이용하려면 반드시 네트워크 PCP 또는 저희 플랜이 승인해 주어야 합니다. 이를 **진료 의뢰**라고 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 서비스에 대한 보장을 해드릴 수 없습니다. 진료 의뢰에 관한 자세한 내용은 45페이지를 참조하십시오.
  - 당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. PCP를 선택하면 제휴 의료 단체도 선택하는 것입니다. 즉 담당 PCP가 본인의 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 가입자의 진료를 의뢰합니다. 의료 단체는 가입자에게 조정된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 만들어진 PCP 및 전문의 협회입니다.
  - 응급 케어 또는 긴급하게 필요한 케어, 여성 의료 서비스 제공자를 이용하거나 본 장의 섹션 D1에 나열된 기타 서비스를 이용하는 데는 PCP의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

- **가입자는 PCP의 의료 단체와 제휴한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받아야 합니다**. 보통 당사는 당사 건강 플랜 및 담당 PCP의 의료 단체와 협력 관계를 맺지 않은 의료 제공자가 제공하는 케어에 대해서는 플랜 혜택을 적용하지 않습니다. 즉, 제공된 서비스의 비용을 가입자가 의료 제공자에게 전액 지불해야 합니다. 이 규정이 적용되지 않는 경우는 다음과 같습니다.
  - 당사는 네트워크 비소속 의료 제공자가 제공하는 응급 케어 또는 긴급하게 필요한 케어에 대해 플랜 혜택을 적용합니다(자세한 내용은 본 장의 섹션 H 참조).
  - 당사 플랜의 혜택 대상이지만 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 없는 케어를 필요로 하는 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 케어를 받으실 수 있습니다. 이러한 상황에서는 네트워크 소속 의료 제공자에게서 케어를 받은 경우처럼 당사가 케어 비용을 부담하거나 **또는** 회원 본인 부담금이 없습니다.
  - 당사는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역을 짧은 기간 동안 벗어나 있거나, 의료 제공자를 일시적으로 이용 불가능하거나 찾아갈 수 없는 경우에 받는 신장 투석에 대해 혜택을 적용합니다. Medicare 인증 투석 시설에서 이런 서비스를 받을 수 있습니다. 투석에 대해 지불하는 비용 분담은 Original Medicare에서 부담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 회원님께서 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 비용 분담은 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 일반적인 네트워크 소속 투석 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받기로 선택한 경우 투석 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.
  - 당사 플랜에 처음 가입하는 경우 현재 의료 제공자로부터 계속 케어를 받도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 일부 예외 경우를 제외하고 회원님께서 의료 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 확인할 수 있는 경우, 당사는 그러한 요청을 승인해야 할 의무가 있습니다. 가입자 핸드북의 **제1장**을 참조하십시오. 요청이 승인되면 가입자는 최대 12개월 동안 현재 이용하는 의료 제공자가 제공하는 서비스를 계속 이용할 수 있습니다. 그 기간 동안 담당 케이스 관리자가 가입자에게 연락하여 담당 PCP의 의료 단체와 제휴를 맺은 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 찾을 수 있게 도와드립니다. 12개월 후에도 회원님이 당사 네트워크 소속이 아니며 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺지 않은 의료 제공자의 진찰을 계속해서 받을 경우 당사에서는 더 이상 회원님의 케어 혜택을 보장해 드리지 않습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus의 신규 가입자: 대부분의 경우 가입자는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 Medi-Cal 혜택 적용에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 궁금한 점이 있으시면 (855) 665-4627, TTY: 711로 문의하시기 바랍니다.

C. 케이스 관리자

C1. 케이스 관리자란?

Molina Medicare Complete Care Plus 케이스 관리자는 필요한 경우 회원님의 케어에 대한 지원을 받기 위해 연락할 수 있는 주요 담당자입니다. 이런 담당자는 케어를 조율하고 서비스를 관리하여 필요한 도움을 받을 수 있도록 지원합니다.

C2. 케이스 관리자에게 연락하는 방법

담당 케이스 관리자에게 문의하려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627로 현지 시간 오전 8시~오후 8시에 전화하시기 바랍니다(연중무휴). 통화료는 무료입니다. TTY: 711. 또는 www.MolinaHealthcare.com/Medicare.를 방문하시기 바랍니다.

C3. 케이스 관리자 변경 방법

회원님께서는 케이스 관리자 부서 또는 가입자 서비스부에 전화해 케이스 관리자 변경을 요청하실 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare Services 직원은 회원님의 요구나 위치를 바탕으로 케이스 관리자 배정을 변경할 수 있습니다.

D. 의료 제공자가 제공하는 케어

D1. 주치의 (Primary Care Provider, PCP)가 제공하는 케어

PCP의 정의와 회원님을 위한 PCP의 역할

주치의(PCP)는 일상적인 의료 케어를 제공하는 의사, 임상 간호사 또는 의료 전문가 및/또는 메디컬 홈 또는 클리닉(연방 공인 보건 센터 - FQHC)입니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 회원님의 케어를 위해 전문 의료 제공자로 이루어진 네트워크를 운영하고 있습니다. 회원님이 전문 의료 서비스를 받으려면 Molina Medicare Complete Care Plus PCP의 진료 의뢰가 있어야 합니다. 하지만 사전 승인은 필요하지 않습니다. 회원은 여성 건강 전문의로부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료 의뢰 서비스 없이도 직접 이용이 가능합니다. PCP는 가입자를 위한 대부분의 케어를 제공하고, 가입자가 저희 플랜의 회원으로서 받는 나머지 혜택 대상 서비스를 주선하거나 조율하는 데 도움을 줄 것입니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

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

서비스 "조율"에는 회원의 케어에 대해 다른 네트워크 소속 의료 제공자들과 상의하고 어떻게 진행되고 있는지 확인하는 작업이 포함됩니다. 특정 유형의 혜택 대상 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 저희에게 사전 승인을 받아야 합니다. PCP가 의료 케어를 제공하고 조율하므로 가입자는 모든 과거 의료 기록을 PCP 진료실로 보내야 합니다.

의료 단체/IPA는 자체적인 진료 방식을 소유하고 운영하는 독립적인 의사들의 네트워크입니다(대규모 의료 시스템의 직원 아님). 이러한 의사들은 환자를 케어하는 데 필요한 지원을 받는 동시에 독립성을 유지할 수 있도록 의료 단체에 가입합니다.

PCP 선택

가입자와 PCP의 관계는 중요합니다. 그러므로 꼭 집에서 가까운 PCP를 선택하기 바랍니다. PCP가 가까이 있으면 의료 케어를 받고, 신뢰할 수 있는 열린 관계를 보다 쉽게 발전시킬 수 있습니다. 가장 최신 버전 의료 제공자/약국 명부가 필요하시거나 PCP 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 이용하고자 하는 특정 전문의나 병원이 있으신 경우, 먼저 담당 PCP가 해당 전문의에 대해 진료 의뢰를 해 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, 귀하의 기존 의료 케어 상태를 알 수 있습니다. PCP는 이제 귀하의 모든 일상적인 의료 케어 서비스를 책임지므로 어떤 건강 문제가 있으면 가장 먼저 PCP에게 전화해야 합니다. PCP의 이름과 진료실 전화번호는 멤버십 카드에 인쇄되어 있습니다.

PCP 변경 옵션

담당 PCP는 어떤 사유로든 수시로 변경할 수 있습니다. 또한 PCP가 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. 담당 PCP가 당사의 네트워크를 탈퇴하는 경우, 당사 네트워크에서 새로운 PCP를 찾을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 그러므로 PCP를 변경하면 의료 단체도 변경될 수 있습니다. 변경을 요청할 때 가입자 서비스부에 전문의의 진료를 받고 있는지 또는 PCP 승인이 필요한 기타 혜택 적용 대상 서비스를 이용하고 있는지 여부를 말씀해 주십시오. 가입자 서비스부에서 회원님이 담당 PCP를 변경할 때 전문 케어 및 기타 서비스를 계속 이용하실 수 있도록 도와드립니다.

언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 대부분의 경우 변경 사항은 다음 달 1일부터 적용됩니다. PCP 변경 요청 시점에 현재 치료를 받고 있다면 예외가 적용될 수 있습니다. www.mymolina.com에서 개인 웹 사이트를 통해 PCP를 변경하거나 가입자 서비스부에 연락해 Molina Healthcare 의료 제공자에 대한 자세한 정보를 문의하고 PCP 변경을 요청하실 수 있습니다. 일부 의료 제공자의 경우 담당 PCP에게 진료 의뢰를 받아야 합니다(응급 상황 및 혜택 지역 외부에서 이루어지는 긴급 케어 서비스는 제외).

PCP의 승인 없이 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우, Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크 내 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 PCP 또는 당사의 플랜의 승인이 필요합니다. 모든 네트워크 비소속 서비스에는 사전 승인이 필요합니다. 담당 PCP는 통상적으로 의뢰서라고 불리는 서비스 승인 요청 양식(Service Authorization Request Form)을 제출하여 다른 의료 제공자에게 서비스를 요청합니다. 아래에 나와 있는 서비스는 PCP 또는 당사 플랜의 사전 승인을 받지 않고도 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 응급 서비스
- 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어
- 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 상황(예를 들어, 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 주말인 경우)에 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어
- **참고:** 긴급하게 필요한 케어는 즉시 필요하며 의학적으로 필요한 것이어야 합니다.
- 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 연락해 주십시오. 외부에 계신 동안 투석을 받으실 수 있도록 도와드립니다.

- 독감 예방 주사, COVID-19 예방접종, B형 간염 예방접종 및 폐렴 예방접종은 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우에 한합니다.
- 정기적인 여성 건강 관리 및 가족계획 서비스. 여기에는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 유방 검사, 선별 유방조영술(유방 X선), 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사가 포함됩니다.
- 또한 원주민 의료 제공자의 서비스를 받을 자격이 있는 경우, 진료 의뢰 없이 원주민 의료 제공자의 케어를 받을 수 있습니다.
- 간호사 조산원 서비스, 가족계획, HIV 선별 검사 및 상담, 성매개질병(STD) 치료

D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 의료 제공자가 제공하는 케어

전문의는 특정 질병이나 신체 부분을 위한 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의에는 다음과 같이 여러 유형이 있습니다.

- 종양 전문의는 암 환자를 진료합니다.
- 심장 전문의는 심장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 정형외과 전문의는 뼈, 관절 또는 근육 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 위장병 전문의는 소화 또는 장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 신장 전문의는 신장 문제가 있는 환자를 진료합니다.
- 비뇨기과 전문의는 비뇨기 및 방광 문제가 있는 환자를 진료합니다.

가입자는 특정 전문의로부터만 의료 서비스를 받도록 제한받지 않습니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자의 케어를 위해 전문 의료 제공자로 이루어진 네트워크를 유지하고 있습니다. 전문의 서비스를 이용하려면 담당 PCP로부터 진료 의뢰를 받아야 할 수 있습니다. 가입자는 여성 건강 전문의로부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료 의뢰 서비스 없이 직접 이용이 가능합니다. 일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 담당 PCP는 요청된 서비스의 긴급성에 따라 Molina Healthcare의 이용 관리부(Utilization Management Department)에 전화, 팩스 또는 우편으로 사전 승인을 요청할 수 있습니다.

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

PA가 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장을 참조하십시오.

서면 진료 의뢰는 1회 방문에 대한 것일 수도 있고, 지속적인 서비스가 필요한 경우에는 1회 이상의 방문에 대한 상시 의뢰일 수도 있습니다. 저희는 다음과 같은 질환에 관하여 유자격 전문의에게 의뢰하는 상시 진료 의뢰서를 가입자에게 제공해야 합니다.

- 만성(진행 중인) 질환
- 생명을 위협하는 정신 또는 육체적 질병
- 퇴행성 질병 또는 장애
- 전문의 진료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 질환 또는 질병

필요할 때 서면 진료 의뢰서를 받지 않으면 비용이 지급되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

적격한 플랜 네트워크 소속 의료 제공자를 찾을 수 없는 경우, 당사는 다음 질환에 대해 유자격 전문의에 대한 상시 서비스 승인을 제공해야 합니다.

- 만성(진행 중인) 질환
- 생명을 위협하는 정신 또는 육체적 질병
- 퇴행성 질병 또는 장애
- 전문의 진료가 필요할 정도로 심각하거나 복잡한 기타 질환 또는 질병

필요할 때 서비스 승인을 받지 않으면 비용이 지급되지 않을 수 있습니다. 자세한 내용은 이 페이지 하단에 인쇄되어 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

D3. 의료 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우

이용하고 계신 네트워크 소속 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴할 수도 있습니다. 귀하의 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우 귀하에게는 일정한 권리 및 보호가 적용됩니다. 다음은 그 개요입니다.

- 당사의 의료 제공자 네트워크가 연중 변경될 수 있지만, 당사는 귀하가 중단 없이 자격을 갖춘 제공자를 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 당사는 가입자가 새로운 의료 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 가입자에게 알려드립니다.
  - PCP 또는 행동 건강 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 지난 3년 이내에 해당 서비스 제공자를 방문했는지 알려드립니다.
  - 다른 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 그 서비스 제공자에게 배정되었는지, 그 서비스 제공자로부터 현재 서비스를 받고 있는지 또는 지난 3개월 이내에 진료를 받았는지 알려드립니다.
- 당사는 가입자가 의료 케어 필요를 계속 관리할 수 있도록 자격을 갖춘 신규 네트워크 소속 의료 제공자를 선택하는 데 도움을 드립니다.
- 현재 의료 제공자에게 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 가입자는 현재 받고 있는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 그것을 보장하기 위해 가입자와 협력할 것입니다.
- 가입자가 이용할 수 있는 다양한 등록 기간과 플랜을 변경할 수 있는 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 가입자의 의학적 필요를 충족하기에 부적절할 때 가입자가 이용할 수 있는 유자격 네트워크 소속 전문의를 찾을 수 없는 경우, 당사는 가입자에게 케어를 제공할 네트워크 비소속 전문의를 주선해야 합니다.
- 당사에서 귀하의 이전 의료 제공자를 유자격 의료 제공자로 교체하지 않았거나 귀하의 케어를 적절하게 관리하지 않는다고 생각하시는 경우, QIO에 케어 품질에 관한 불만사항을 제기하거나 고충을 제기할 수 있으며 둘 모두를 제기할 수도 있습니다. (자세한 내용은 **제9장** 을 참조하시기 바랍니다.)

귀하의 의료 제공자 중 한 곳이 당사의 플랜을 탈퇴하는 것을 알게 되신 경우, 당사에 연락해 주십시오. 새 의료 제공자를 찾고 케어를 관리하는 것을 당사에서 도와드리겠습니다. 귀하가 이용하고 있는 네트워크 소속 의료 제공

자가 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 이런 경우, 새 의료 제공자로 전환해야 합니다. 신규 의료 제공자는 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크에 소속되어 있어야 합니다. 저희는 변경 기간을 두어 가입자가 새 서비스 제공자에게서 케어를 받을 수 있도록 할 것입니다. 회원님의 PCP가 Molina Medicare Complete Care Plus를 탈퇴하는 경우에는 저희가 그 사실을 알려드립니다. 저희는 다음과 같은 경우에 가입자가 새로운 PCP로 전환하여 혜택 대상 서비스를 계속 받을 수 있도록 도와드립니다.

가입자에게 질병, 질환 또는 특성상 다음 중 하나에 해당하는 심각한 기타 의학적 문제나 장애로 인한 심각한 만성 질환이 있습니다.

완전한 치유 없이 지속되거나 장기간에 걸쳐 악화됩니다.

관해를 유지하거나 악화되는 것을 방지하기 위해 지속적인 치료가 필요합니다.

심각한 만성 질환이 있는 경우에는 치료를 제공하는 의사와 함께 있거나 병원에 최대 12개월 동안 입원할 수 있습니다.

가입자에게 빠르게 시작되고 즉각적인 주의가 필요한 의학적 상태인 급성 질환이 있습니다. 급성 질환은 심각한 만성 질환보다 일반적으로 짧은 시간 동안 지속됩니다. 이런 경우, 가입자는 급성 질환이 지속되는 동안 계속 의사와 함께 있거나 병원에 입원할 수 있습니다.

가입자의 자녀가 신생아 또는 최대 36개월입니다. 가입자의 자녀는 최대 12개월 동안 의사와 함께 있거나 병원에 입원할 수 있습니다.

가입자에게 말기 질환이 있습니다. 가입자가 회복되지 않을 것으로 예상되는 질병이 있는 경우에는 그 질병을 앓는 동안 의사와 함께 있거나 병원에 입원할 수 있습니다.

가입자가 자신을 케어하는 의료 제공자로부터 산모 정신 건강 질환을 진단받았다는 문서를 제시합니다. "산모 정신 건강 질환"이란 임신 중, 출산 전후 또는 산후 기간에 여성에게 영향을 줄 수 있거나 임신 중, 출산 전후 또는 출산 후 최대 1년까지 발생하는 정신 건강 질환을 의미합니다. 이런 산모 정신 건강 질환이 있는 경우에는 진단 후 최대 12개월 또는 임신 종료 중에서 더 늦은 시점까지 병원에 입원할 수 있습니다.

담당 의사 또는 병원이 더 이상 Molina Healthcare 소속이 아닌 날로부터 180일 이내 또는 가입자가 Molina Healthcare에 등록한 날로부터 180일 이내에 받을 수술 또는 기타 시술에 대한 승인을 가입자가 받았습니다.

가입자의 의료 제공자가 플랜의 네트워크를 탈퇴했지만 서비스 지역에 머무르고, 가입자가 산모 정신 건강 문제를 진단받은 경우, 가입자는 계속 케어를 받을 수 있습니다. 진단 후 최대 12개월 또는 임신 종료 중 더 늦은 시점까지 이런 문제에 대한 혜택 대상 서비스를 계속 이용할 수 있습니다.

D4. 네트워크 비소속 의료 제공자

네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하는 경우 해당 제공자는 Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격이 있어야 합니다.

- Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여 자격을 갖추지 못한 의료 제공자에게는 비용을 지급할 수 없습니다.
- Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자를 이용하는 경우 받은 서비스의 비용 전액을 회원님이 부담하셔야 합니다.
- Medicare에 참여할 자격이 없는 의료 제공자는 이 사실을 회원님에게 알려야 합니다.

E. 장기 서비스 및 지원 (Long-term services and supports, LTSS)

LTSS는 병원이나 전문 요양 시설이 아닌 집에 있을 수 있도록 도움을 드립니다. 당사 플랜을 통해 전문 요양 시설 케어, 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS) 및 커뮤니티 지원(Community Supports)을 포함한 특정 LTSS를 이용할 수 있습니다. LTSS의 또 다른 유형인 IHSS(In-Home Supportive Services, 재택 지원 서비스) 프로그램은 카운티 사회복지부를 통해 제공됩니다.

F. 행동 건강(정신 건강 및 약물 사용 장애) 서비스

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 플랜 혜택이 적용되는 의학적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 저희는 Medicare 및 Medi-Cal 관리형 케어로 보장되는 행동 건강 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 저희 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 약물 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만 가입자는 거주하고 계시는 카운티의 정신 건강 플랜을 통해 다음 서비스를 이용할 수 있습니다.

- Los Angeles 카운티 정신 건강부
- Riverside University Health System – 행동 건강
- San Bernardino 카운티 행동 건강부
- San Diego 카운티 – 행동 건강 서비스

F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 전문 정신 건강 서비스에 대한 이용 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. Riverside University Health System - 행동 건강, San Bernardino 카운티 행동 건강부(Department of Behavioral Health), San Diego 카운티 – 행동 건강 서비스(Behavioral Health Services) 및 Los Angeles 카운티 공중보건부(Department of Public Health)에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 의약품 지원 서비스
- 주간 집중 치료
- 주간 재활
- 위기 개입
- 위기 안정화
- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 맞춤 케이스 관리

Medi-Cal 또는 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스는 Riverside, San Diego 및 San Bernardino 카운티의 경우에는 카운티 정신 건강 플랜을 통해 그리고 Los Angeles 카운티의 경우에는 Los Angeles 카운티 공중보건부를 통해 이용할 수 있으며, 가입자는 이런 서비스를 받기 위한 기준을 충족해야 합니다. 카운티 정신 건강 플랜에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 주거 치료 서비스
- 외래 환자 약물 사용 없는 서비스
- 마약 치료 서비스
- 오피오이드 의존에 대한 날트렉손 서비스

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 및 외래 환자 집중 서비스
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 주거/입원 치료
- 퇴원 관리
- 마약 치료 서비스
- 회복 서비스
- 케이스 관리자

위에 나와 있는 서비스 외에도, 기준을 충족하시는 경우 자발적 입원 환자 중독 치료 서비스를 이용하실 수 있습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus에서는 다양한 정신 건강 및 약물 사용 치료 제공자를 이용하실 수 있습니다. 의료 제공자 목록은 Molina Medicare Complete Care Plus 회원 웹 사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부에 연락하시면 받으실 수 있습니다. 가장 최신 버전 의료 제공자/약국 명부가 필요하시거나 행동 건강 제공자 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 일부 서비스는

사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 가입자 본인 또는 행동 건강 서비스 제공자 또는 PCP는 요청 서비스의 긴급성에 따라 Molina Healthcare의 이용관리부(Utilization Management Department)에 전화, 팩스 또는 우편으로 사전 승인을 요청할 수 있습니다.

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장 혜택 차트를 참조하십시오. 케어가 꼭 필요한 것으로 결정되어야 합니다. 필요하다는 것은 가입자의 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 정신 건강 상태를 유지하기 위해 서비스가 필요함을 의미합니다. 여기에는 가입자가 병원이나 요양원에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 의료용품 또는 의약품이 행동 건강 및 의료 방식의 허용 기준을 충족함을 의미합니다.

현재 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 제공되는 서비스를 이용하고 계시거나 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 또는 의약품 서비스를 받으셔야 하는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus 케이스 관리자가 검사를 받으실 수 있도록 적절한 카운티 기관에 의뢰해 드릴 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화해 도움을 요청하시면 됩니다. 카운티로 직접 연락하셔도 됩니다. 아래 연락처 정보 중 해당 카운티 번호를 확인하십시오.

전문 정신 건강 서비스
Los Angeles 카운티 정신 건강부 (Department of Mental Health) 1-800-854-7771
Riverside University Health System - 행동 건강 (Health System – Behavioral Health) 1-800-499-3008
San Bernardino 카운티 행동 건강부 (Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478
San Diego 카운티 행동 건강 서비스 (Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 서비스
Los Angeles 카운티 공중보건부 (Department of Public Health) 1-844-804-7500
Riverside University Health System - 행동 건강(Health System – Behavioral Health) 1-800-499-3008
San Bernardino 카운티 행동 건강부 (Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478
San Diego 카운티 행동 건강 서비스 (Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

G. 교통편 서비스

G1. 비응급 상황 중의 의료 교통편

예약 장소에 자동차, 버스 또는 택시를 타고 갈 수 없는 의료적 필요가 있는 경우, 비응급 상황 의료 교통편을 이용하실 수 있습니다. 의료, 치과, 정신 건강, 약물 사용 장애, 약국 예약 서비스 등 혜택 적용 대상 서비스에 대해 비응급 상황 의료 교통편이 제공될 수 있습니다. 비응급 상황 의료 교통편이 필요한 경우 PCP에게 문의하여 요청할 수 있습니다. 담당 PCP는 귀하의 필요에 맞는 최적의 교통편을 결정할 것입니다. 비응급 의료용 교통편이 필요한 경우, 해당 의료 제공자가 승인을 위해 양식을 작성하여 Medi-Cal에 제출한 후 그것을 처방할 것입니다. 귀하의 의료적 필요에 따라 승인은 1년 동안 유효합니다. 담당 PCP 또는 기타 의료 제공자는 12개월마다 재승인을 받기 위해 비응급 상황 의료 교통편의 필요성을 재평가합니다.

비응급 상황 의료 교통편으로는 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 항공 이송이 있습니다. Medi-Cal은 예약된 방문을 위해 교통편이 필요한 경우, 가입자의 의료적 필요에 따라 최저 비용으로 보장되는 교통편과 가장 적합한 비응급 의료 교통편을 이용하는 것을 허용합니다. 예를 들어, 가입자가 신체 또는 의학적으로 휠체어 밴을 타고 이동할 수 있는 경우라면 Medi-Cal은 구급차 비용을 지불하지 않습니다. 가입자가 어떤 육로 이송 수단도 이용할 수 없는 의학적 상태이면 항공 이송이 가능합니다.

비응급 상황 의료 교통편은 다음과 같은 경우에 이용해야 합니다.

- 예약된 방문을 위해 버스, 택시, 승용차 또는 밴을 이용할 수 없기 때문에 PCP의 서면 승인에 의해 결정된 대로 해당 교통수단이 신체적으로 또는 의학적으로 필요합니다.
- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 있어 운전자의 도움이 필요합니다.

긴급하지 않은 **정기 예약 방문**을 위해 의사가 처방한 의료 교통편을 요청하려면 예약하기 최소 2일 전에(월요일~금요일) Medi-Cal에 1-800-541-5555로 전화하십시오. **긴급 예약**의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 주 가입자 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

의료 교통편 제한

Medi-Cal은 가입자의 집에서 가장 가깝고, 예약 방문 가능한 의료 제공자에게 이동하는 가입자의 의료적 필요를 충족하는 최저 비용의 의료 교통편을 보장합니다. 의료 교통편이 Medicare 또는 Medi-Cal의 혜택 적용 대상이 아닌 경우 해당 서비스는 제공되지 않습니다. 그런 예방 방문 유형을 Medi-Cal이 보장하지만 건강 플랜을 통해서는 아닌 경우, Medi-Cal은 가입자가 교통편을 예약하도록 도와드립니다. 혜택 대상 서비스의 목록은 본 가입자 핸드북 제4장에 나와 있습니다. 사전 승인이 없으면 Medi-Cal 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서는 교통편이 보장되지 않습니다.

G2. 비의료 수송

비의료 교통편 혜택에는 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 예약 방문 장소를 오가는 경우가 포함됩니다. 다음과 같은 경우 무료로 교통편을 이용할 수 있습니다.

- 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 예약 방문 장소를 오가는 경우, 또는
- 처방전 및 의료용품을 받으러 가는 경우

  Medi-Cal은 의료 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 비의료 예약 방문 장소로 이동할 때 승용차, 택시, 버스, 기타 공공/개인 수단을 이용할 수 있도록 허용합니다. Medi-Cal은 비응급 의료 교통편(NEMT)을 사용하여 비의료 교통편을 주선합니다. 당사는 회원님의 필요를 충족하는 최저 비용의 비의료 교통편 유형을 보장합니다.

경우에 따라 가입자 본인이 마련한 개인 차량에 대한 탑승 비용을 환급받을 수 있습니다. Medi-Cal은 회원님이 해당 차량을 이용하시기 **전에** 이를 승인해야 하며, 회원님은 버스를 타는 등의 다른 방법을 이용할 수 없는 이유를 당사에 알려주셔야 합니다. **직접 운전하시는 경우에는 환급을 받을 수 없습니다**.

마일리지 환급을 받으려면 다음 증빙이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량등록증
- 운전자의 자동차보험 가입증명서

승인된 서비스를 받기 위해 교통편을 요청하려면 예약하기 최소 2일 전에(월요일~금요일) Medi-Cal에 1-800-541-5555로 전화하십시오. **긴급 예약**의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 회원 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

참고: 미국 원주민은 해당 지역의 원주민 보건 클리닉(Indian Health Clinic)에 연락하여 비의료 교통편을 요청하실 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

Medi-Cal은 가입자의 집에서 가장 가깝고, 예약 방문 가능한 의료 제공자에게 이동하는 가입자의 의료적 필요를 충족하는 최저 비용의 비의료 교통편을 제공합니다. **가입자는 스스로 운전하거나 비용을 직접 환급받을 수 없습니다.**

다음과 같은 경우에는 비의료 교통편 혜택이 적용되지 **않습니다**.

- 서비스를 받기 위해 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 기타 형태의 비응급 상황 의료 교통편이 필요한 경우
- 신체적 또는 의학적 상태로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 있어 운전자의 보조가 필요한 경우
- 휠체어를 사용 중이며 운전자의 도움 없이는 차량 안팎으로 이동할 수 없는 경우
- Medicare 또는 Medi-Cal이 적용되는 서비스가 아닌 경우.

H. 의료적 응급 상황, 케어가 긴급하게 필요한 경우 또는 재난이 발생한 경우의 혜택 대상 서비스

H1. 의료적 응급 상황 시 케어

의료적 응급 상황이란 극심한 통증 또는 중상 등과 같은 증상이 있는 의학적 상태를 의미합니다. 이는 상태가 아주 위중해서 즉각 의료적 처치를 받지 않을 경우, 가입자는 물론 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음 결과를 초래할 것이라고 판단할 수 있는 경우를 말합니다.

- 가입자 본인 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 **또는**
- 신체 기능에 심각한 손상 **또는**
- 신체 기관 또는 어떤 부분의 심각한 기능 장애 **또는**
- 진통 중인 임산부가 다음과 같을 때:
  - 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황.
  - 다른 병원으로 이송할 경우 회원 본인이나 태아의 건강 또는 안전에 위협이 가해질 수 있는 상황.

의료적 응급 상황인 경우:

- **최대한 빨리 도움을 청하도록 하십시오.** 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원을 이용하십시오. 필요하면 구급차를 부르십시오. 담당 PCP로부터 승인이나 진료 의뢰를 받으실 필요가 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하실 필요가 없습니다. 응급 의료 케어가 필요한 경우, 미국 또는 미국 영토 또는 전 세계 어디에서든 적합한 주 면허를 소지한 모든 의료 제공자로부터 응급 의료 케어를 받을 수 있습니다.
- **가능한 한 빨리 당사 플랜에 회원님의 응급 상황에 대해 알려 주십시오.** 당사에서는 회원님의 응급 케어 상황을 계속 파악합니다. 가입자 본인이나 다른 사람이 일반적으로 48시간 이내에 전화하여 응급 케어에 대해 저희에게 알려 주어야 합니다. 그러나, 당사에 통보를 늦게 했다고 해서 응급 서비스 비용을 회원님이 부담하게 되지는 않습니다. 이 페이지 하단에 가입자 서비스부 전화번호가 있습니다.

의료적 응급 상황의 혜택 대상 서비스

가입자가 응급실에 가기 위해 구급차가 필요하면 당사 플랜은 그것을 보장합니다. 저희는 또한 응급 상황 중의 의료 서비스도 보장합니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

가입자에게 응급 케어를 제공하는 의료 제공자는 가입자의 상태가 안정되어 의료적 응급 상황이 종료되는 시기를 결정합니다. 해당 의료 제공자는 가입자가 나아지기 위해 후속 케어가 필요한 경우에는 계속해서 가입자를 치료할 것이며, 계획을 세우기 위해 저희에게 연락할 것입니다.

당사 플랜은 가입자의 후속 케어를 보장합니다. 네트워크 비소속 의료 제공자에게 응급 케어를 받는 경우, 가능한 한 빨리 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자의 케어를 인계받도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닐 때 응급 케어를 받는 방법

때때로 가입자가 의료 또는 행동 건강 응급 상황에 있는지 알기 어려울 수 있습니다. 응급 케어를 받기 위해 병원에 갔는데 의사가 응급 상황이 아니었다고 얘기할 수도 있습니다. 합리적으로 타당한 범위 내에서 회원님의 건강이 심각한 위협을 받고 있다고 판단하는 경우, 그러한 케어에 대해서는 혜택이 적용됩니다.

의사가 일단 응급 상황이 아니었다고 얘기한 후에 이루어지는 추가적인 케어에 대해 당사는 다음과 같은 경우에 한해서 혜택을 적용합니다.

- 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 케어를 받는 경우 **또는**
- 가입자가 추가로 받는 케어가 "긴급하게 필요한 케어"로 간주되고, 가입자가 그런 케어를 받는 데 적용되는 규정을 따르는 경우 다음 섹션을 참조하십시오.

H2. 긴급하게 필요한 케어

긴급하게 필요한 케어는 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 상황에 직면했을 때 받는 케어를 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 갑작스럽게 재발하거나 주말 동안 심한 인후통이 발생하여 치료가 필요할 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 케어

대부분의 경우, 다음의 경우에 한해 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용합니다.

- 네트워크 소속 의료 제공자로부터 이 케어를 받습니다. **그리고**
- 본 장에 기술되어 있는 규정을 준수합니다.

네트워크 소속 의료 제공자를 찾아갈 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적으로 타당하지 않은 경우, 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용해 드립니다.

당사 플랜의 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 케어

당사 플랜의 서비스 지역 외부에 계신 경우, 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받지 못하실 수 있습니다. 이 경우, 당사 플랜은 어떤 의료 제공자든 그 제공자로부터 받은 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용합니다.

당사 플랜은 미국 밖에서 받는 긴급하게 필요한 케어 또는 기타 비응급 케어를 보장하지 않습니다.

당사 플랜은 다음과 같은 상황에서 전 세계 응급 및 긴급하게 필요한 케어 또는 미국 이외 지역에서의 응급 또는 긴급하게 필요한 케어 서비스를 보장합니다.

달력 연도마다 최대 $10,000의 전 세계 응급 및 긴급 케어 서비스를 보장받을 수 있습니다. 자세한 사항은 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

H3. 재난 시 케어

California 주 주지사, 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.

재난 선포 시에 필요한 케어를 받을 수 있는 방법에 대한 정보는 당사 웹 사이트를 참조하십시오. www.MolinaHealthcare.com/Medicare

재난 선포 시에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없을 경우 추가 비용 없이 네트워크 비소속 의료 제공자의 케어를 받으실 수 있습니다. 재난 선포 시에 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없을 경우 처방 의약품을 네트워크 비소속 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제5장** 을 참조하십시오.

I. 당사 플랜의 혜택 대상 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 취해야 할 조치

의료 제공자가 청구서를 당사 플랜에 보내지 않고 회원님께 보내는 경우 저희에게 연락해 대금 지급을 요청하셔야 합니다.

직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 직접 납입하실 경우, 당사에서는 그 대금을 상환해 드리지 못할 수 있습니다.

혜택 대상 서비스에 대해 본인이 직접 대금을 **납입하셨거나** 혜택 대상 서비스에 대해 플랜 비용 분담금보다 더 많은 금액을 납입하셨거나 혜택 대상 의료 서비스에 대해 청구서를 받으신 경우, 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하여 취해야 할 조치에 대해 알아보시기 바랍니다.

I1. 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취할 수 있는 조치

다음 모든 서비스에 대해 당사 플랜의 혜택이 적용됩니다.

- 의학적으로 필요하다고 판정된 서비스 **그리고**
- 당사 플랜의 혜택 차트에 나와 있는 서비스(가입자 핸드북의 **제4장** 참조) **그리고**
- 플랜 규정에 따라 이용하는 서비스.

당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 서비스를 이용하는 경우, **당사 플랜 이외의 다른 Medi-Cal 프로그램에서 보장하지 않는 한 그 비용 전액은 회원님께서 부담합니다.**

특정 의료 서비스 또는 케어에 대해 플랜에서 비용을 지급할지 여부를 알고 싶으신 경우 회원님께는 저희에게 물어보실 권리가 있습니다. 또한 이를 서면으로 요청하실 권리가 있습니다. 당사에서 해당 서비스에 대해 비용을 지불하지 않겠다고 할 경우 회원님은 당사의 결정에 이의를 제기하실 권리가 있습니다.

가입자 핸드북의 **제9장**에 의료 서비스 또는 품목에 대해 혜택 적용을 원하시는 경우 취해야 할 조치가 설명되어 있습니다. 또한 당사의 혜택 적용 결정에 이의를 제기하는 방법이 나와 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 본인의 이의 제기 권리에 대해 문의하십시오.

일부 서비스에 대해서는 정해진 한도만큼 비용을 지급합니다. 정해진 한도를 초과하는 경우, 동일한 유형의 서비스를 더 이용하시려면 그에 대한 비용 전액을 본인이 부담하게 됩니다. 구체적인 혜택 한도는 제4장을 참조하시기 바랍니다. 혜택 한도가 얼마인지 그리고 혜택을 얼마나 이용했는지는 가입자 서비스부에 전화해 문의해 주십시오.

J. 임상시험 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택

J1. 임상시험 연구의 정의

임상시험 연구(임상시험이라고도 함)는 의사들이 새로운 종류의 의료 케어나 의약품을 시험하는 방법입니다. Medicare에서 승인한 임상시험 연구에서는 일반적으로 연구에 참여할 자원자를 찾습니다.

Medicare에서 가입자가 참여하고자 하며, 관심을 표현하는 연구를 승인하면 해당 연구 관계자가 가입자에게 연락을 할 것입니다. 담당 관계자가 연구에 대해 설명하고 가입자가 참여 자격을 충족하는지 확인합니다. 가입자는 필요 조건을 충족하는 경우, 연구에 참여할 수 있습니다. 연구에 참여하면서 본인이 해야 할 역할이 무엇인지를 이해하고 수락하셔야 합니다.

연구에 참여하시는 동안 당사 플랜 등록을 유지하실 수 있습니다. 이러한 방식으로 당사 플랜은 회원님께 연구와 관련 없는 서비스 및 케어를 계속 보장합니다.

Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하고자 하는 경우, 당사 또는 담당 주치의에게 알리거나 승인을 받을 필요가 **없습니다**. 연구의 일환으로 케어를 제공하는 의료 제공자는 네트워크 소속 의료 제공자일 필요가 **없습니다**. 여기에는 혜택을 평가하기 위한 임상시험 또는 레지스트리를 구성 요소로 포함하여 저희 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않는다는 점에 유의하십시오. 여기에는 국가 보장 결정(NCD) 및 조사용 장치 임상시험(IDE)에 명시된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규정이 적용될 수 있습니다.

임상시험 연구에 참여하시기 전에 당사에 알려 주실 것을 권장합니다.

Original Medicare의 등록자에게 보장되는 임상 연구에 참여할 계획이라면 가입자 본인 또는 그의 케이스 관리자가 가입자 서비스부에 연락하여 가입자가 임상시험에 참여할 것임을 알려 주시기 바랍니다.

J2. 임상시험 연구에 참여하고 있는 경우 서비스에 대한 비용 지불

Medicare가 승인하는 임상시험 연구에 자원하는 경우 가입자는 해당 연구를 통해 혜택이 적용되는 서비스에 대한 비용을 지급하지 않아도 됩니다. Medicare에서 해당 연구를 통해 혜택이 적용되는 서비스뿐 아니라 가입자의 케어와 관련한 일상적인 비용을 지급할 것입니다. Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하시게 되면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 서비스 및 품목에 대해 혜택이 적용됩니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 연구에 참여하지 않았더라도 Medicare에서 비용을 지불하는 병원 입원을 위한 숙식
- 임상시험 연구에 포함되는 수술 또는 그 외 의료 시술
- 새로운 케어로 인한 부작용 및 합병증 치료

임상시험 연구에 참여하시는 경우, 당사는 Medicare에서는 승인하지 않지만 당사 플랜에서 승인하는 일체의 비용을 부담합니다. Medicare 또는 당사 플랜에서 승인하지 **않은** 연구에 참여하시는 경우, 해당 연구에 참여하시는 동안 발생하는 일체 비용을 회원님께서 부담하게 됩니다.

J3. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용

Medicare 웹 사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)에 있는 "Medicare & 임상시험 연구"를 읽어보시면 임상시험 연구 참여와 관련한 자세한 내용을 확인하실 수 있습니다. 하루 24시간, 연중무휴 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.

K. 비의료 케어 종교 기관에 있는 경우, 의료 케어 서비스 혜택이 제공되는 방법

K1. 비의료 케어 종교 기관의 정의

비의료 케어 종교 기관은 보통 병원이나 전문 요양 시설에서 받을 수 있는 케어를 제공하는 곳입니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 케어를 받는 것이 본인의 신앙에 어긋나는 일인 경우, 비의료 케어 종교 기관에서 받는 케어에 대해서는 혜택을 적용해 드립니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 케어 서비스)에만 해당합니다.

K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어

비의료 케어 종교 기관에서 케어를 받으려면 "비제외" 의료 치료에 반대한다는 의사를 밝히는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- "비제외" 의료 치료란 **자발적이며** 연방, 주 또는 지방 법규상 의무 사항이 아닌 일체의 케어를 의미합니다.
- "제외" 의료 치료란 **자발적이지 않으며** 연방, 주 또는 지방 법규상 의무 사항인 일체의 케어를 의미합니다.

본 플랜의 적용을 받으려면, 비의료 케어 종교 기관으로부터 받으시는 케어가 반드시 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 케어를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 서비스 혜택 적용은 비종교적인 측면의 케어로 한정됩니다.
- 해당 기관으로부터 제공되는 서비스를 시설 내에서 받으시는 경우
  - 병원 입원 케어나 전문 요양 시설 케어에 대한 혜택 대상 서비스를 받을 수 있는 의학적 상태가 있어야 합니다.

당사 플랜은 환자의 무제한 입원 일수를 보장합니다. (제4장 혜택 차트 참조).

L. 내구성 의료 장비 (Durable Medical Equipment, DME)

L1. 당사 플랜 가입자로서 이용 가능한 DME

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 의료 제공자가 가정용으로 지시한 병원 침대, 정맥내(IV) 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 공급 장치, 분무기, 보행기와 같이 의료 제공자가 지시하고 의학적으로 필요한 특정 품목이 포함됩니다.

보철 같은 품목의 경우 항상 소유하셔야 합니다.

이 섹션에서는 회원님이 대여하는 DME에 대해 말씀드립니다. 그러나 당사 플랜 회원님의 경우, 대여 기간과 관계없이 DME는 본인 소유가 되지 **않습니다**.

제한적인 특정 상황에서는 당사에서 DME 품목의 소유권을 회원님에게 양도합니다. 이를 위해 충족해야 하는 요건과 제출해야 하는 서류에 관해 알아보시려면 가입자 서비스부에 문의해 주시기 바랍니다.

당사 플랜에 가입하기 전에 Medicare에 따라 12개월 동안 연속해서 DME를 사용했더라도 해당 장비는 가입자의 소유가 되지 **않습니다**.

L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

Original Medicare 프로그램에서 특정 유형의 DME를 빌리는 사람은 13개월 후에 그것을 소유하게 됩니다. Medicare Advantage(MA) 플랜에서는 사람들이 특정 유형의 DME를 소유하기 전에 빌려야 하는 기간(개월)을 설정할 수 있습니다.

참고: 제12장에서 Original Medicare 및 MA 플랜의 정의를 확인할 수 있습니다. Medicare & You 2024년 핸드북에도 이에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 이 핸드북이 없다면 웹 사이트(www.medicare.gov/medicare-and-you)에서 또는 연중무휴, 하루 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.

Medi-Cal이 선택되지 않은 경우, 가입자는 다음과 같은 경우에 DME 품목을 소유하려면 Original Medicare하에서 연속으로 13회 지불하거나 MA 플랜에서 설정한 연속 지불 횟수만큼 지불해야 합니다.

- 가입자가 당사 플랜에 가입해 있는 동안에 DME 품목의 소유자가 되지 않은 경우 **그리고**
- 가입자가 당사 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 프로그램이나 MA 플랜의 건강 플랜 밖에서 Medicare 혜택을 받는 경우.

저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 또는 MA 플랜 하에서 DME 품목에 대한 비용을 지불한 경우, **그런 Original Medicare 또는 MA 플랜 지불금은 저희 플랜을 탈퇴한 후 가입자가 지불해야 하는 지불금에 포함되지 않습니다**.

- DME 품목을 소유하려는 가입자는 Original Medicare하에서 연속으로 13번 새로 지불하거나 MA 플랜에서 설정한 일련의 새로운 지불 횟수를 이행해야 합니다.
- 가입자가 Original Medicare 또는 MA 플랜으로 돌아가더라도 이것에 예외는 없습니다.

L3. 플랜 가입자로서 산소 장비 이용 혜택

Medicare가 적용되는 산소 장비를 이용할 자격이 있는 당사 플랜의 회원님께는 다음이 보장됩니다.

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

산소 장비가 더 이상 의학적으로 필요하지 않거나 회원님께서 당사 플랜을 탈퇴하시는 경우에는 산소 장비를 반납해야 합니다.

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage (MA)

플랜으로 전환 시 산소 장비. 산소 장비가 의학적으로 필요하며 **회원님께서 당사 플랜을 탈퇴한 후 Original Medicare로 전환**하신 경우에는 산소 장비를 공급자로부터 36개월 동안 임대하시게 됩니다. 월 임대료에는 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스가 포함됩니다.

산소 장비를 **36개월 동안 임대한 후** 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우 공급자는 다음을 제공해야 합니다.

- 별도 24개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공해야 합니다.
- 의학적으로 필요한 경우 최대 5년 동안 산소 장비와 용품을 제공해야 합니다.

5년이 지난 시점에도 산소 장비가 의학적으로 여전히 필요한 경우에는 다음이 적용됩니다.

- 공급자는 더 이상 산소 장비를 제공할 필요가 없으며 회원님께서는 임의의 공급자로부터 교체 장비를 받기로 선택하실 수 있습니다.
- 새로운 5년의 기간이 시작됩니다.
- 공급자로부터 36개월 동안 임대하시게 됩니다.
- 이에 따라 해당 공급자가 별도 24개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요할 경우에는 5년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하고 **회원님이 당사 플랜을 탈퇴해 다른 MA 플랜으로 전환**하시는 경우, 플랜은 최소한 Original Medicare에서 보장하는 항목을 보장합니다. 어떤 산소 장비와 용품이 보장되는지 그리고 비용은 얼마인지 새 MA 플랜에 물어보실 수 있습니다.

제4장: 혜택 차트

소개

본 장에서는 당사 플랜에서 혜택을 제공하는 서비스와 해당 서비스의 제한에 대해 설명합니다. 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 혜택에 대해서도 알려드립니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)**의 신규 가입자:** 대부분의 경우 가입자는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 Medi-Cal 혜택 적용에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 궁금한 점이 있으시면 (855) 665-4627, TTY: 711로 문의하시기 바랍니다.

차례

A. 혜택 대상 서비스 60
A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시 60
B. 회원에게 서비스 대금을 청구하는 의료 제공자에 대한 규정 60
C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보 60
D. 당사 플랜의 혜택 차트 63
E. 당사 플랜 외부에서 제공되는 혜택 대상 서비스 108
E1. California Community Transitions(CCT) 108
E2. Medi-Cal Dental 프로그램 108
E3. 호스피스 케어 109
E4. 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 110
E5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver 프로그램 110
F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택 112

A. 혜택 대상 서비스

본 장에서는 당사 플랜에서 혜택을 제공하는 서비스와 각 서비스에 대해 얼마나 지불해야 하는지에 대해 설명합니다. 또한 혜택이 적용되지 않는 서비스에 대해서도 알려드립니다. 의약품 혜택 관련 정보는 가입자 핸드북의 **제5장**에 나와 있습니다. 이 장에서는 또한 일부 서비스에 대한 제한을 설명해 드립니다. Medi-Cal에서 지원을 받으시기 때문에 당사의 플랜 규정을 준수하신다면 혜택 대상 서비스에 대해서는 전혀 비용을 부담하실 필요가 없습니다. 플랜 규정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장**을 참조하십시오.

혜택 대상 서비스를 확인하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627로 전화하십시오. TTY: 711.

A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시

California 주 주지사, 보건 복지부(Health and Human Services, HHS) 장관 또는 미 대통령이 회원님이 거주하는 지리적 지역에 재난 또는 비상사태를 선포하는 경우에도 회원님은 여전히 Molina Medicare Complete Care Plus의 케어를 받을 자격이 있습니다.

재난 시 필요한 케어를 받을 수 있는 방법에 대해 자세히 알아보려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

B. 회원에게 서비스 대금을 청구하는 의료 제공자에 대한 규정

당사에서는 당사 의료 제공자가 네트워크 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께 비용을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 당사는 의료 제공자에게 직접 비용을 지불하며 회원님께서 어떤 비용도 부담하지 않도록 보호합니다. 이는 서비스에 대해 의료 제공자가 청구하는 금액보다 적은 금액을 제공자에게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다.

회원은 혜택 대상 서비스에 대해 의료 제공자로부터 직접 청구서를 받을 일이 전혀 없습니다. 직접 청구를 받을 경우, 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하시거나 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다.

C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보

혜택 차트에는 당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스가 나와 있습니다. 차트에는 혜택 대상 서비스가 알파벳 순으로 나와 있고 해당 서비스에 대한 설명이 나와 있습니다.

당사에서는 다음 규정이 준수되는 경우에 혜택 차트에 나와 있는 서비스 대금을 지급합니다. 가입자는 아래에 나와 있는 요건을 충족하는 한, 혜택 차트에 나와 있는 서비스에 대해 비용을 전혀 부담하지 **않습니다**.

- 당사는 Medicare와 Medi-Cal에서 정한 규정에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 대상 서비스를 제공합니다.
- 의료 케어, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비 및 의약품을 포함하는 서비스는 "의학적으로 필요"해야 합니다. "의학적으로 필요한 것"이란 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 의미합니다. 여기에는 가입자가 병원이나 요양 시설에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 의료용품 또는 약물이 의료 행위의 허용 기준에 부합함을 의미합니다.

- 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜에 참여하는 의료 제공자를 의미합니다. 대부분의 경우, 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 케어가 아니거나 해당 플랜 또는 네트워크 소속 제공자가 진료 의뢰를 해주지 않는 한 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 케어에는 혜택이 적용되지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자와 네트워크 비소속 의료 제공자 이용에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장**을 참조하십시오.
- 가입자에게는 케어를 제공하고 관리하는 주치의(PCP) 또는 케어 팀이 있습니다.
- 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 의료 제공자의 진료를 보거나 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 이용하려면 반드시 담당 PCP가 승인해 주어야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 진료 의뢰 발급 및 진료 의뢰가 필요 없는 경우에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장**을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 나와 있는 서비스 중에는 담당 의사 또는 네트워크 소속 다른 의료 제공자가 먼저 당사의 승인을 받은 경우에 한해 혜택이 적용되는 서비스도 있습니다. 이를 사전 승인(PA)이라고 합니다. PA가 필요한 혜택 대상 서비스는 혜택 차트에 별표(*)가 표시되어 있습니다.

Wellness and Health Care Planning(WHP) 서비스에 참여하는 모든 등록자를 위한 중요한 혜택 정보

- Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델에 참여하므로 가입자는 사전 의료 계획(ACP) 서비스를 포함하여 다음(WHP) 서비스를 받을 수 있습니다.
  - (ACP)는 가입자가 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없는 경우에 준비할 수 있도록 도와줍니다. "사전 지시서"는 가입자가 직접 지시할 수 없는 경우에 지시하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서입니다. 사전 지시서에는 생전 유언장 및 영구 위임장과 같은 다양한 유형의 사전 지시서 및 이름이 있습니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus는 (ACP)와 관련하여 여러 가지 방법으로 가입자를 도울 수 있습니다.
  - Molina Medicare Complete Care Plus는 당사 웹 사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare.에서 (ACP)에 대한 정보를 제공합니다.
  - 다음 웹 사이트를 방문하면 사전 지시서 양식을 얻을 수 있습니다.
    - CaringInfo 웹 사이트: CaringInfo.org
- Molina Caregiving for Medicare 웹 사이트는 https://www.molinacaregiving.com입니다. 페이지 하단으로 스크롤하여 본인의 상태를 선택합니다. 간병을 클릭합니다. 그런 다음, 영구 위임장을 클릭하여 해당 양식으로 이동합니다.
  - 환영 인사 전화를 받았을 때 더 많은 정보를 요청할 수 있습니다. 환영 인사 전화 전문가는 사전 지시서와 그것을 받는 방법에 대한 질문에 답해 줄 수 있습니다.
  - 자세한 내용은 Molina Medicare Complete Care Plus 주치의(PCP)에게 문의하십시오.
  - 자세한 내용은 케이스 관리자에게 문의하십시오.
  - 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711로 문의하십시오.
  - 제9장, 섹션 E에서 의료 케어 관련 결정을 내리는 방법에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다 참여는 자발적입니다.
  - ACP 참여는 자발적입니다. 가입자는 사전 지시서를 원하는지 여부와 어떤 종류의 사전 지시서를 원하는지를 결정할 수 있습니다. 사전 지시서를 원하지 않는 경우에는 거절할 수 있습니다. 어느 누구도 사전 지시서가 있는지의 여부에 따라 가입자의 케어를 거부하거나 차별할 수 없습니다.

- "추가 지원"을 받을 자격이 있는 등록자를 위한 중요한 혜택 정보:
  - Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델에 참여합니다. VBID 모델을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선하는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다. VBID 모델의 일부로 Molina Medicare Complete Care Plus는 파트 D 의약품에 대한 비용 분담을 없앨 것을 제안합니다. "추가 지원"을 받는 가입자는 모든 혜택 적용 단계에서 모든 파트 D 의약품에 대한 비용 분담액이 감소합니다($0). 자세한 내용은 제6장, 파트 D 처방약에 대한 회원 부담 비용을 참조하십시오. 이 혜택이나 그것이 어떻게 도움이 되는지에 대해 문의 사항이 있으면 가입자 서비스부에 문의하실 수도 있습니다.

특정 만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보. 다음과 같은 만성 질환이 있고 특정 의학적 기준을 충족하는 경우 추가 혜택을 받을 수 있습니다.

- 만성 알코올 및 기타 약물 의존증
- 자가면역 장애
- 암
- 심혈관 장애
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 말기 간 질환
- 말기 신장 질환(ESRD)
- 중증 혈액 장애
- HIV/AIDS
- 만성 폐 장애
- 만성 및 장애성 정신 질환
- 신경 장애
- 뇌졸중

자세한 내용은 혜택 차트의 "특정 만성 질환 관련 도움" 행을 참조하십시오.

대부분의 예방적 서비스는 무료입니다. 혜택 차트에서 예방적 서비스 옆에는 이 사과 모양이 표시되어 있습니다.

D. 당사 플랜의 혜택 차트

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	복부 대동맥류 검사 위험 상태인 분들에 대한 초음파 검사에 대해서는 1회에 한해 비용을 지급합니다. 플랜은 가입자가 특정한 위험 요소가 있고 담당 의사, 보조 의사, 임상 간호사 또는 전문 임상 간호사로부터 의뢰를 받은 경우에만 이 선별 검사를 보장합니다.	$0 이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	침술 당사는 1개월에 2회의 외래 침술 서비스 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. • 회원님이 아래와 같이 정의되는 만성 요통이 있는 경우, 당사는 또한 12회까지 90일의 침술 내원에 대해 비용을 부담합니다. • 12주 이상 지속 • 특이적이지 않음(전이성, 염증성 또는 감염성 질환과 관련되지 않은 것과 같이 식별할 수 있는 전신적 원인이 없음) • 수술과 관련이 없으며 **또한** • 임신과 관련이 없습니다. 또한 회원님이 개선을 보이시는 경우, 당사는 만성 요통에 대해 추가 8회의 침술 비용을 부담합니다. 만성 요통에 대해 매년 20회 이상 침술 치료를 받을 수 없습니다. 호전되지 않거나 악화되면 침술 치료를 중단해야 합니다.	각 Medicare 적용 대상 치료에 대해 $0를 지불합니다.
	알코올 오용 검사 및 상담 알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 성인을 대상으로 1회에 한해 알코올 오용 검사(SABIRT) 비용을 지급합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다. 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 케어 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.	$0 알코올 오용 예방 혜택을 축소하는 Medicare 혜택 대상 검사 및 상담에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	구급차 서비스 보장되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터)이 포함됩니다. 케어를 받을 수 있는 가장 가까운 장소까지 구급차로 이동합니다. 가입자의 상태는 케어 장소에 가는 다른 방법으로는 그의 건강이나 생명이 위험해질 수 있을 만큼 충분히 심각해야 합니다. 그 외 경우(비응급)에 구급차 서비스를 이용하시는 경우 반드시 당사의 승인을 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우에도 당사가 구급차 비용을 지불할 수 있습니다. 가입자의 상태가 케어 장소에 가는 다른 방법으로는 그의 생명이나 건강이 위험해질 수 있을 만큼 충분히 심각해야 합니다.	각 Medicare 적용 대상 구급차 편도 교통편에 대해 $0를 지불합니다. **비응급 구급차 이송에 대해서만 사전 승인이 필요합니다.** 응급 케어가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오. 미국 이외의 지역에서 응급 구급차 이송이 필요한 경우 이 차트의 "전 세계 응급/긴급 혜택 적용(Worldwide emergency/urgent coverage)"을 참조하십시오.
	매년 건강 검진(보조) 매년 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.	$0 추가 서비스가 필요한 경우, 담당 의료 제공자가 전문의에게 가입자의 진료를 의뢰하거나 필요하다면 사전 승인 신청을 제출할 것입니다.
	연례 건강 검진 가입자는 1년에 1회 건강 검진을 받을 수 있습니다. 이것은 현재 위험 요인에 따라 예방 계획을 세우거나 업데이트하는 것입니다. 12개월에 1회 당사가 비용을 부담합니다. **참고:** 가입자의 첫 번째 연례 건강 검진 방문은 **Medicare 가입 환영** 방문 후 12개월 이내에는 이루어질 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B를 받은 후 연례 건강 검진 방문을 하기 위해 **Medicare 가입 환영** 방문을 했어야 할 필요는 없습니다.	$0 연례 건강 검진에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	천식 예방 서비스 회원님은 천식 관리가 잘 되지 않는 가정에서 흔히 나타나는 유발 요인에 대한 천식 교육 및 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	골 질량 측정 자격을 충족하는 가입자에 대해 특정 시술 비용을 부담합니다(대개 골 질량 손실 위험이나 골다공증 위험이 큰 경우). 이 절차에서는 골량을 식별하고 골 손실을 찾거나 골질을 파악합니다. 당사는 24개월마다 1회 또는 의학적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. 또한 결과를 살펴보고 소견을 얘기해줄 의사 비용도 부담합니다.	$0 Medicare 적용 대상 골 질량 측정에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	유방암 검사(유방 조영술) 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. 35세에서 39세 사이에 1회의 기본 유방조영술 40세 이상 여성의 경우, 12개월마다 1회의 선별 유방조영술 24개월에 한 번 임상 유방 검사	$0 혜택 적용 대상인 검사(유방 조영술)에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	심장 재활 서비스* 운동, 교육 및 상담 등과 같은 심장 재활 서비스 비용을 지급합니다. 가입자는 일정한 조건을 충족하고 의사의 진료 의뢰 **또는** 지시를 받아야 합니다. 저희는 심장 재활 프로그램보다 강도가 더 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.	**사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법)* 저희는 가입자가 심장 질환의 위험을 낮추기 위해 주치의(PCP)를 1년에 한 번 또는 의학적으로 필요한 경우에는 그보다 더 많이 방문하는 비용을 지불합니다. 그런 방문에서 의사는 다음을 할 수 있습니다. • 아스피린 사용에 대해 논의합니다. • 가입자의 혈압을 점검합니다. **그리고/또는** • 가입자가 잘 먹을 수 있도록 요령을 알려줍니다.	$0 집중 행동 치료 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	심혈관(심장) 질환 검사 저희는 5년(60개월)에 한 번씩 심혈관 질환을 확인하기 위한 혈액 검사 비용을 지불합니다. 이런 혈액 검사는 또한 심장 질환의 높은 위험으로 인한 결함도 확인합니다.	$0 5년마다 1회 혜택이 보장되는 심혈관 질환 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	자궁경부 및 질 암 검사 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 모든 여성: 24개월마다 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사 1회 • 자궁경부암 또는 질암 위험이 높은 여성: 12개월마다 자궁경부암 검사 1회 • 지난 3년 이내에 비정상 자궁경부암 검사를 받은 가임기 여성: 12개월마다 자궁경부암 검사 1회 • 30~65세의 여성: 5년에 한 번 인유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 자궁경부암 + HPV 검사	$0 Medicare 적용 대상 예방 자궁경부암 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	척추 지압 서비스 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 올바른 정렬을 위한 척추 조정	이러한 Medicare 혜택 적용 서비스에 대해서는 방문당 $0를 지불합니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	직장암 검사 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 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 또는 바륨 관장 후 24개월에 한 번 보장됩니다. • 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 바륨 관장으로부터 48개월마다 한 번. • 45세 이상 환자의 선별 분변 잠혈 검사. 12개월마다 한 번. • 고위험 기준을 충족하지 않는 45~85세 환자의 다중 표적 대변 DNA. 3년마다 한 번. • 45세~85세이고 고위험 기준을 충족하지 않는 환자의 혈액 기반 바이오마커 테스트. 3년마다 한 번. • 마지막 선별 바륨 관장 검사 또는 마지막 선별 대장내시경 검사 이후 24개월이 경과한 고위험 환자에서 대장내시경 검사의 대안으로서의 바륨 관장. • 고위험군이 아니며 45세 이상인 환자의 S상 결장경 검사의 대안으로서의 바륨 관장. 마지막 선별 바륨 관장 또는 선별 S상 결장경 검사 후 최소 48개월에 한 번. 대장암 선별 검사에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 대장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.	$0 Medicare 적용 대상 직장암 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	치과 서비스(Medicare 보장) 저희는 세척, 충전 및 의치를 포함하며 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스 비용을 지불합니다. 저희가 보장하지 않는 것은 아래의 F2에 설명된 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 이용 가능합니다. 저희는 서비스가 수혜자의 주요 의학적 상태에 대한 구체적인 치료의 필수 부분인 경우, 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 몇 가지 예로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 신장 이식 이전의 구강 검사가 있습니다.	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	치과 서비스(보조) 일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 세척, 정기 치과 검사 및 치과 X선)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 저희는 Original Medicare가 보장하지 않는 추가 치과 혜택을 보장합니다. 이런 혜택은 아래의 치과 서비스(보조) 범주에 별도로 자세히 설명되어 있습니다. 보장되는 보조 치과 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 정기 예방적 치과 케어: • 예방적 치과 - 구강 검사: 매년 2회 방문 • 예방적 치과 - 예방: 매년 2회 방문 • 예방적 치과 - 불소 치료: 매년 2회 방문 • 예방적 치과 - X선: 치근단 연 최대 6회, 바이트 윙(bite wing) 연 최대 4회, 파노라마 최대 5년마다 1회 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	MyChoice 카드를 사용할 경우 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 서비스가 보장되지 않거나 최대 허용 한도를 초과하는 경우에는 가입자가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다. Medi-Cal 치과 서비스 제공자를 방문하면 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 추가 치과 서비스를 받을 수 있습니다. Medi-Cal Dental 프로그램을 통한 혜택에 대한 자세한 내용은 섹션 F2를 참조하십시오.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	치과 서비스(보조)(계속) 가까운 네트워크 내 정기 예방적 치과 서비스 제공자를 찾으려면 다음과 같이 하십시오. • 온라인 검색 – MolinaHealthcare.com/Medicare에서 보조 치과 서비스 제공자 온라인 검색 도구 사용 저희는 이 Dental Vendor와 제휴하여 가입자들의 일반적인 치과 요구 사항에 대해 더 많은 옵션을 제공합니다. 가입자가 당사의 Dental Vendor 소속 의료 제공자를 이용하는 경우, 위에 설명된 예방적 치과 서비스를 무료로 받을 수 있습니다. 또한 이 의료 제공자의 추가 서비스에 대해 가입자의 MyChoice 카드에 $1,000가 적립됩니다. 가입자가 공급업체 네트워크 외부의 치과 서비스 제공자를 이용하기로 선택하는 경우, 제공되는 모든 서비스(예방 또는 종합 치과 서비스 포함)는 MyChoice 카드를 사용할 때만 그리고 최대 $1,000의 혜택 보조금까지만 보장됩니다. MyChoice 카드는 직불 카드(신용카드 아님)이며, 가입자가 치과 치료 목적으로만 사용할 수 있습니다. 이 치과 혜택 보조금은 혜택 기간이 시작될 때(매년) MyChoice 카드에 적립됩니다. 각 혜택 기간이 끝날 때 미사용 혜택 보조금은 만료되며, 다음 기간이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. 기억할 사항: MyChoice 카드 보조금은 현금으로 바꿀 수 없습니다. 이 보조금은 가입자만 사용할 수 있으며 다른 혜택 또는 비용에는 적용되지 않습니다. 해당 플랜은 미용 서비스를 보장하지 않으며, MyChoice 카드를 사용하여 지불할 수 없습니다. MyChoice 카드 보조금은 정의된 한도 내에서 지정된 보조 혜택을 이용하는 데만 사용할 수 있습니다. 연간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 가입자가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우, 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다.	
	우울증 선별 검사 매년 1회에 한해 우울증 검사 비용을 당사가 부담합니다. 이 선별 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 케어 환경에서 실시해야 합니다.	$0 연례 우울증 검사 방문에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	당뇨병 선별 검사 회원님께서 다음과 같은 위험 요인 중 어느 하나라도 가지고 있는 경우 당뇨 검사(공복 혈당 검사 포함) 비용을 당사가 지급합니다. • 고혈압 • 비정상적인 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치(이상지질혈증)의 병력 • 비만 • 고혈당(포도당) 병력 과체중이고 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다. 검사 결과에 따라 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검사를 받을 수 있습니다.	$0 Medicare 적용 대상 당뇨 선별 검사에 대해서는 동반 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 용품 모든 당뇨 환자에 대해 다음 서비스 비용을 당사가 부담합니다(인슐린 사용 여부 무관). • 혈중 포도당 모니터링에 필요한 용품. 여기에는 다음이 포함됩니다. ▯ 혈당 모니터링 ▯ 혈당 검사지 ▯ 란셋 장치 및 란셋 ▯ 검사지 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션 • 당뇨병 환자로 중증 당뇨 족부 질환이 있는 가입자의 경우 다음 비용을 당사가 부담합니다. ▯ 피팅을 포함한 치료용 맞춤 성형 신발 한 켤레(삽입물 포함) 및 달력 연도마다 추가 삽입물 2쌍 **또는** ▯ 피팅을 포함한 깊은 신발 한 켤레 및 매년 3쌍의 삽입물(해당 신발과 함께 제공되는 맞춤형이 아닌 탈착식 삽입물은 제외) • 일부 경우, 당뇨 관리에 도움이 되는 교육 비용도 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.	이 서비스에 대해 $0를 지불합니다. 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 케어"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 발 검사를 위해 의사의 진료가 필요한 경우 이 차트의 "족부 치료 서비스"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 의료 영양 치료법 서비스(MNT)가 필요한 경우 이 차트의 "의료 영양 치료법"을 참조하십시오. **당뇨 용품, 당뇨 치료 신발 및 삽입물에는 사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare 보장 대상 당뇨 자가 관리 훈련에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.**
	출산 도우미 서비스 임산부에 대해서는 산전 및 산후 기간 동안 9번의 출산 도우미 방문과 진통 및 분만 시 지원에 대한 비용을 부담합니다.	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품*	Medicare 적용 대상 DME 및 관련 용품에 대해 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	"내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 가입자 핸드북의 제12장을 참조하십시오. 당사는 다음 품목을 보장합니다. • 전동 휠체어를 포함한 휠체어 • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 건조 압력 패드 • 당뇨병 용품 • 집에서 사용하기 위해 의료 제공자가 지시한 병원 침대 • 정맥내(IV) 주입 펌프 및 폴 • 음성 생성 장치 • 산소 장비 및 용품 • 분무기 • 보행기 • 표준 굽은 손잡이 또는 4발 지팡이 및 교체 용품 • 경추 견인(문 위로) • 뼈 자극기 • 투석 장비 다른 품목도 보장될 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 대부분 비용을 지급하는 의학적으로 필요한 DME에 관한 모든 비용을 부담합니다. 가입자 지역의 공급업체가 특정 브랜드나 제조업체를 취급하지 않는 경우, 특별 주문해 줄 수 있는지 그들에게 문의할 수 있습니다. **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담

	응급 케어
	
	응급 케어란 다음과 같은 서비스를 의미합니다.
	
	• 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 제공자가 제공합니다. **그리고**
	• 의료적 응급 상황을 치료하는 데 필요합니다.
	
	의료적 응급 상황이란 극심한 통증이나 중상이 있는 의학적 상태입니다. 아주 위중해서 즉시 의료적 처치를 받지 않을 경우, 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음과 같은 결과가 초래될 것이라고 예상할 수 있는 상태를 말합니다.
	
	• 가입자 본인 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 **또는**
	• 신체 기능에 심각한 손상 **또는**
	• 신체 기관 또는 어떤 부분의 심각한 기능 장애
	• 진통 중인 임산부가 다음과 같을 때:
	  ▯ 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황.
	  ▯ 다른 병원으로 이송할 경우 회원 본인이나 태아의 건강 또는 안전에 위협이 가해질 수 있는 상황.
	
	응급 케어는 제한된 상황을 제외하고는 미국과 그 영토 내에서만 이루어집니다. 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오.
	
	추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 케어, 응급 케어 및 안정화 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 $10,000의 전 세계 응급 혜택 적용을 제공합니다.
		$0
		
		네트워크 비소속 병원에서 응급 케어를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 환자 케어가 필요한 경우 당사 플랜에서 입원을 승인하는 경우에 한해 네트워크 비소속 병원에서 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다.
		
		혜택을 계속 받기 위해서는 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아와 케어를 받아야 합니다. 당사 플랜에서 입원을 승인하는 경우에 한해 네트워크 비소속 병원에서 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	가족계획 서비스 법에 따라 네트워크 소속 의료 제공자든 네트워크 비소속 의료 제공자든 관계없이 특정 가족계획 서비스 제공자를 선택할 수 있습니다. 이것은 모든 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족계획 사무소를 의미합니다. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 가족계획 검사 및 의학적 치료 • 가족계획 검사실 및 진단 검사 • 가족계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전이 있는 가족계획 용품(콘돔, 스폰지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) • 불임 상담과 진단 및 관련 서비스 • 성매개감염병(STI)에 대한 상담, 검사 및 치료 • HIV 및 AIDS, 기타 HIV 관련 상태에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(이 가족계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 합니다.) 수술일로부터 최대 180일 최소 30일 전 연방 불임술 동의서(federal sterilization consent form)에 서명해야 합니다. • 유전 상담 그 외의 가족계획 서비스에 대해서도 비용을 부담합니다. 그러나, 다음 서비스에 대해 반드시 당사 의료 제공자 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다. • 불임의 의학적 상태에 대한 치료(이 서비스에는 인공적인 임신 방법이 포함되지 않습니다.) • AIDS 및 기타 HIV 관련 상태에 대한 치료 • 유전자 검사 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	가족계획 서비스(계속) Medicare 파트 D가 적용되지 않는 일반의약품 가족계획 제품 및 의약품에는 Medi-Cal Rx 혜택이 적용될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx 혜택 대상 의약품을 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 보험급여식별카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요합니다.	
	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. 피트니스 센터에서 운동하기로 선택한 경우 웹 사이트를 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.
	의료 및 건강 교육 프로그램 저희는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 많은 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 금연 및 담배 사용 중지 **및** • 간호 핫라인	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	청각 진료 서비스*	$0
	서비스 제공자가 실시한 청력 및 균형 검사 비용을 저희가 지불합니다. 이 검사는 치료가 필요한지 여부를 알려줍니다. 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 이런 검사를 받는 경우, 외래 진료로 보장됩니다.	**사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 매년 1회의 청력 검사와 2년마다 1회의 보청기 피팅 및 검사를 받을 수 있습니다. 매년 1회 보청기 피팅 및 검사를 추가로 보장합니다.	
	보청기가 필요하다고 안내받은 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 한 쌍의 보청기에 대해 매년 $1,510의 보조금이 지급됩니다.	
	Medicare에서 보장하는 청각 진료 서비스 외에도 달력 연도마다 한 번 정기적인 청력 검사를 받을 수 있습니다. 정기 청력 검사 후 보청기를 맞출 수 있습니다.	
	보청기 피팅/검사는 달력 연도마다 한 번 실시할 수 있습니다. 보청기가 필요하다는 진단을 받는 경우, 24개월마다 플랜이 승인한 의료 제공자로부터 양쪽 귀를 합쳐 최대 2개의 미리 선택한 보청기를 제공받을 수 있습니다.	
	임산부이거나 요양 시설에 거주하는 가입자의 경우 다음을 포함해 보청기 비용도 당사가 부담합니다. • 금형, 소모품 및 삽입물 • 수리당 $25 이상의 비용이 드는 수리 • 초기 배터리 세트 • 보청기를 받은 후 동일한 공급업체에서 교육, 조정 및 피팅을 위해 6회 방문 • 보청기 시험 착용 기간 대여 • 청각 보조 장치, 착용형 골전도 보청기 • 보청기 관련 청각학 및 평가 후 서비스	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다. 가입자는 나열된 질환 중 하나를 가지고 있고, 그것이 아래에 나열된 특별 보조 혜택 중 하나를 이용하지 않으면 상태가 악화될 수 있음을 확인하는 건강 위험 평가 양식을 제출해야 합니다. • 만성 알코올 및 기타 약물 의존증 • 자가면역 장애 • 암 • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환(ESRD) • 중증 혈액 장애 • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애성 정신 질환 • 신경 장애 및 • 뇌졸중 당사는 이러한 혜택을 이용하실 수 있도록 도와드립니다. 가입자 서비스부 또는 케이스 관리자에게 전화하여 요청을 시작하거나 추가 정보를 받을 수 있습니다. **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	MyChoice 카드를 사용할 경우 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 케어 관리 프로그램에 참여해야 합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(계속) 참고: 이 혜택을 요청함으로써 가입자는 Molina Medicare Complete Care(HMO D-SNP) 담당자에게 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법을 통해 가입자에게 연락할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다. 승인이 완료되면, 수혜 자격에 따라 미리 충전된 MyChoice 카드에 분기당 최대 $150가 자동으로 충전되어 SSBCI 혜택에 사용할 수 있습니다. 해충 방제, 보조 동물 용품, Medicare에서 보장되지 않는 유전자 검사 키트, 정신 건강 및 웰니스 서비스는 3개월마다 합산 보조금을 분담하지만 최대 보조금은 분기당 총 $150입니다. 각 분기 말까지 사용되지 않은 기금은 다음 분기로 이월되지 않습니다. **보조 동물 용품 보조금:** • ADA(미국 장애인법)에 정의된 대로 보조견의 도움이 필요한 장애나 만성 질환을 가진 회원님에게 지원을 제공합니다. • 이 혜택을 받으려면 의사가 ADA에 따라 보조견이 필요하다는 확인서를 제공해야 합니다. • 반려동물 상점으로 확인된 소매점이나 온라인 판매점(예: Petco, PetSmart, Chewy 등)에서 동물 사료 및 용품을 구입하는 데 사용할 수 있습니다 • 보조견의 취득, 훈련 또는 수의학 서비스 비용은 보장되지 않습니다. • 가입자는 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다. **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(계속) **해충 방제:** • 이 혜택은 현재 거주지(플랜에 등록된 주소)에서의 정기적인 예방적인 해충 방제 서비스로 제한됩니다. • 해충 방제 처리는 해충 방제 서비스임을 나타내는 등록된 판매자 ID를 가진 서비스 제공자가 수행할 수 있습니다. • Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 기본 해충 방제 서비스 제공자는 Terminix입니다. Terminix는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)와 직접 계약을 체결하여 정기적인 예방적 해충 방제 서비스를 사전 협의된 가격으로 제공합니다. 가입자는 자유롭게 다른 해충 방제 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. • 가입자는 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다.**Medicare에서 보장되지 않는 유전자 검사 키트:** • 검사에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 음식 민감성, 실내 및 실외 알레르기, 수면 및 스트레스 등. • 이 혜택은 가족의 병력을 확인할 수 없는 가입자가 잠재적인 향후의 건강 문제를 발견할 수 있도록 돕기 위해 고안되었습니다. • 가입자는 유전자 검사 서비스 제공자임을 나타내는 등록된 판매자 ID가 있는 온라인 웹 사이트에서 이러한 검사를 구입할 수 있습니다. • Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 Everlywell과 직접 계약을 체결하여 사전 협의된 할인된 가격으로 검사를 제공합니다. • 가입자는 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다. **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(계속) **정신 건강 및 웰니스 서비스 보조금:** • 정신 건강 및 웰니스 서비스는 가입자의 장애 관리 능력을 지원하기 위해 유용한 도구를 제공하기 위해 고안되었습니다. • 정신 건강 및 웰니스 서비스의 예는 Talkspace, Headspace, Calm 등입니다. • 가입자는 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다. **식품 및 농산물:** 수혜 자격이 있는 가입자는 식품 및 농산물 구입에 매월 $80를 사용할 수 있습니다. 이 월별 보조금은 다음의 SSBCI 서비스와 공유되지 않습니다. 해충 방제, 보조 동물 용품, Medicare에서 보장되지 않는 유전자 검사 키트, 정신 건강 및 웰니스 서비스. 매월 말까지 사용되지 않은 기금은 다음 달로 이월되지 않습니다. MyChoice 카드의 보조금은 인근 참여 지역 매장에서 다양한 브랜드 및 일반 건강식품에 사용하거나 Members.NationsBenefits.com/Molina에서 온라인으로 추가 비용 없이 가정 배송 서비스에 사용할 수 있습니다.	
	HIV 검사 저희는 다음과 같은 사람들을 위해 12개월마다 1회의 HIV 검사 비용을 지불합니다. • HIV 선별 검사를 요청함. **또는** • HIV 감염 위험이 높음. 임신한 여성의 경우, 임신 기간 동안 최대 3회의 HIV 검사 비용을 당사가 지불합니다. 의료 제공자의 권유로 이루어지는 추가 HIV 선별 검사 비용도 지급해 드립니다.	$0 Medicare 적용 대상 예방 HIV 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	가정 의료 기관 케어* 가정 건강 서비스를 받으려면 먼저 가입자에게 그런 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 저희에게 알려 주어야 하며, 가정 건강 기관에서 서비스를 제공해야 합니다. 가입자는 집 밖으로 나가지 못해야 합니다. 즉, 집 밖으로 나가려면 큰 노력이 필요합니다. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스(가정 건강 케어 혜택으로 보장받으려면 전문 간호 및 가정 건강 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	$0 이 서비스에 대한 가입자 부담은 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	가정 주입 치료 요법* 당사 플랜은 가정 주입 치료 요법, 즉 자택에서 가입자에게 제공되어 가입자의 정맥에 투여되거나 피하에 투입되는 약물 또는 생물학적 물질의 비용을 지급합니다. 가정에서 주입하려면 다음이 필요합니다. • 항바이러스제 또는 면역글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프와 같은 장비 **그리고** • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 당사 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다. • 가입자의 케어 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 **그리고** • 가정 주입 요법의 제공 및 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 약물에 대한 모니터링 서비스.	Medicare 적용 대상 가정 주입 치료 요법에 대해 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	호스피스 케어 서비스 제공자와 호스피스 의료 책임자가 가입자에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우, 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이것은 가입자가 말기 질환을 앓고 있고, 남은 생이 6개월 이하로 예상된다는 것을 의미합니다. Medicare에서 인증한 모든 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 플랜의 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾으실 수 있도록 도와드립니다. 가입자의 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자이거나 네트워크 비소속 의료 제공자일 수 있습니다. 혜택 대상 서비스: • 증상과 통증을 치료하는 약물 • 단기 임시 간호 • 홈 케어 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)가 아닌 Original Medicare가 부담합니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	호스피스 케어(계속) **호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하는 서비스는 Medicare로 비용이 청구됩니다.** • 자세한 정보는 본 장의 **섹션 F**를 참조하십시오. **당사 플랜이 적용되지만 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장하지 않는 서비스:** • 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 당사는 가입자의 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계없이 서비스를 보장합니다. 이 서비스에 대한 가입자의 부담은 없습니다. **당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품:** • 의약품은 호스피스와 저희 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오. **참고:** 비호스피스 케어가 필요한 경우에는 케이스 관리자 및/또는 가입자 서비스부로 전화하여 서비스를 요청하십시오. 비호스피스 케어는 가입자의 말기 예후와 **무관한** 케어입니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 질환을 앓는 가입자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회)를 보장합니다.	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	예방접종 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울에 독감 시즌마다 한 번씩 독감 예방 주사 및 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 예방 주사 • B형 간염에 걸릴 위험이 높거나 중간 정도인 경우, B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 가입자가 위험에 처해 있고 Medicare 파트 B 혜택 적용 규정을 충족하는 경우 다른 백신 당사는 Medicare 파트 D 혜택 적용 규정을 충족하는 다른 백신에 대해서도 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제6장**을 참조하십시오. 또한 저희는 ACIP(미국 예방접종 자문위원회)에서 권장하는 성인을 위한 모든 백신 비용을 부담합니다.	$0 폐렴, 독감, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	입원 환자 병원 케어* 당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의학적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 준개인실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 정기 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상동맥 치료실과 같은 특수 치료 병실 비용 • 약물과 의약품 • 검사실 검사 • X선 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료용품 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0 응급 상황이 안정된 후에도 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 케어를 받으시려면 반드시 당사 플랜으로부터 승인을 받으셔야 합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	입원 환자 병원 케어(계속) • 휠체어와 같은 기구 • 수술 및 회복실 서비스 • 물리, 작업 및 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 회원님께서 이식이 필요한 경우, Medicare의 승인을 받은 이식 센터에서 해당 케이스를 검토한 후, 이식 후보자인지 여부를 결정하게 됩니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도 있고 지역 밖에 있어도 됩니다. 지역 내 이식 서비스 제공자가 Medicare 요율을 수락하는 경우, 가입자는 지역에서 또는 지역사회를 위한 케어 패턴 밖에서 이식 서비스를 받을 수 있습니다. 당사 플랜이 지역사회의 케어 패턴을 벗어나서 이식 서비스를 제공하고 회원님이 해당 지역에서 이식을 받기로 선택한 경우, 당사에서 회원님과 동반 1명의 숙박 및 여행 비용을 마련하거나 지급할 것입니다. • 혈액(저장 및 투여 포함) • 의사 서비스 **참고:** 입원 환자가 되려면 서비스 제공자가 가입자를 입원 환자로 병원에 정식으로 입원시키라는 지시서를 작성해야 합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었더라도 여전히 "외래 환자"로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 "병원 입원 환자입니까 아니면 외래 환자입니까? Medicare가 있다면 – 물어보십시오!"라는 Medicare 자료표에서 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 이 자료표는 웹 사이트(www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 다운로드하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 얻을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴, 무료로 이용하실 수 있습니다.	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	정신 병원에서의 입원 환자 서비스* 입원을 요하는 정신 건강 케어 서비스 비용을 당사가 부담합니다. • 독립 정신과 병원에서 입원 환자 서비스를 받으셔야 하는 경우, 첫 190일간의 비용을 당사가 부담합니다. 그 이후에는 해당 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 입원 환자 정신과 서비스에 대해 비용을 지급합니다. 190일을 초과하는 케어에 대한 승인은 해당 카운티 정신 건강 기관과 조율합니다. ▯ 190일 한도는 종합 병원의 정신과에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 **않습니다**. • 65세 이상 가입자의 경우, IMD에서 받은 서비스 비용을 당사가 부담합니다.	$0 이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에서 제공되는 혜택 대상 서비스* 가입자가 입원 환자 혜택을 모두 사용했거나 입원이 합리적이지 않고 의학적으로 필요하지 않은 경우, 저희는 입원 비용을 지불하지 않습니다. 그러나 입원 환자 케어가 보장되지 않는 특정 상황에서 당사는 회원님께서 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대한 비용을 지급할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 의사 서비스 • 검사실 검사와 같은 진단 검사 • X선, 라듐 및 동위원소 치료(테크니션 재료 및 서비스 포함) • 수술 드레싱 • 골절 및 탈구에 사용되는 부목, 캐스트 및 기타 장치 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0 이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에서 제공되는 혜택 대상 서비스*(계속) • 이런 장치의 교체 또는 수리를 포함하여 치과 이외의 보철 및 교정 장치 다음의 전부 또는 일부를 대체하는 기구 ▯ 내부 신체 기관(주변 조직 포함) **또는** ▯ 제대로 기능하지 않거나 기능 부전 상태의 내부 신체 기관 기능 • 다리, 팔, 등 및 목 보호대, 트러스 및 의족, 의수, 인공 안구. 여기에는 파열, 마모, 소실 또는 상태의 변화 등의 이유로 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	
	신장 질환 서비스 및 용품 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 신장 케어 방법을 교육하고 가입자 본인의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 가입자는 4기 만성 신장 질환이 있어야 하며, 담당 의사가 그를 진료 의뢰해야 합니다. 6회 세션에 이르는 신장 질환 교육 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다. • 가입자 핸드북의 **제3장**에 설명된 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없는 경우의 외래 환자 투석 치료(투석 치료 포함) • 특수 케어 목적으로 병원에 입원 환자로 입원한 경우 입원 환자 투석 치료 • 가입자 및 그의 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함한 자가 투석 교육 • 가정용 투석 장비 및 용품	$0 이 서비스에 대한 가입자 부담은 없습니다. Medicare는 평생 최대 6회의 세션을 보장합니다.
	신장 질환 서비스 및 용품(계속) • 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 Medicare 파트 B 약물 혜택에서는 일부 투석약 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 차트에서 "Medicare 파트 B 처방약"을 참조하십시오.	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	폐암 검사 회원님이 다음 조건을 충족하는 경우 당사 플랜은 12개월마다 1회 폐암 검사 비용을 지급합니다. • 50세~77세 **그리고** • 의사 또는 자격을 갖춘 기타 의료 제공자와 상담 및 공동 의사결정을 위한 방문을 실시함, **그리고** • 20년간 하루 1갑 이상 담배를 피웠으며, 폐암의 징후 또는 증상이 없는 경우 또는 현재 담배를 피우거나 최근 15년 이내에 금연한 경우. 첫 번째 검사 후, 당사 플랜은 의사 또는 자격을 갖춘 기타 의료 제공자의 서면 지시가 있으면 매년 다른 검사 비용을 지급합니다.	$0 Medicare 적용 대상 상담 및 공동 의사 결정을 위한 논의에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	의료 영양 치료법 이 혜택은 당뇨병 또는 신장 질환이 있고 투석을 하지 않는 사람들을 위한 것입니다. 또한 담당 의사가 지시하는 경우 신장 이식 후에도 적용됩니다. Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 상담 서비스 3시간에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 의학적으로 필요한 경우 저희는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 이후에는 매년 2시간에 해당하는 1대1 상담 비용을 지급합니다. 상태, 치료 또는 진단이 변경되면 가입자는 의사의 지시를 받아 더 많은 시간을 치료받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 반드시 의사가 처방해야 하며, 그 다음 달력 연도에도 치료가 필요한 경우 지시를 매년 갱신해야 합니다. 의학적으로 필요한 경우 저희는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.	$0 Medicare 적용 대상 의료 영양 치료법 서비스에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP) 당사 플랜은 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 가입자가 건강한 행동을 늘리도록 돕기 위해 고안되었습니다. 다음과 같은 실용 교육을 제공합니다. • 장기적 식이 변화 **및** • 신체 활동 증가 **및** • 체중 감량 및 건강한 생활 방식을 유지하는 방법	$0 MDPP 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	Medicare 파트 B 처방약* 이러한 약물은 Medicare 파트 B에서 보장됩니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대해 비용을 지급합니다. • 일반적으로 스스로 투여하지 않고 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입되는 약물 • 내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프) • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 투여하는 기타 의약품 • 혈우병이 있는 경우, 주사로 스스로 투여하는 응고 인자 • 면역 억제제(장기 이식 시 Medicare 파트 A에 등록한 경우) • 주사하는 골다공증약. 회원님께서 집 밖으로 나가지 못하고, 의사가 폐경기 골다공증과 연관된 것이라고 인정하는 골절상을 입었고, 회원님이 직접 약을 주사하지 못하는 경우 이러한 의약품 비용을 당사가 지급합니다. • 항원 • 특정 경구용 항암제 및 메스꺼움 방지제	$0 각 Medicare 파트 B 처방약에 대해 $0를 지불합니다. 파트 B 의약품은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	Medicare 파트 B 처방약(계속) • 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우), 국부 마취제, 조혈활성제(예: Procrit®, Epoetin Alfa)를 비롯한 가정 투석용 특정 약물 • 원발성 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥(IV) 면역글로불린 다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 약물 목록으로 이동합니다. www.MolinaHealthcare.com/Medicare 또한 당사는 Medicare 파트 B 및 Medicare 파트 D 처방약 혜택에 따라 일부 예방접종을 보장합니다. 가입자 핸드북의 **제5장** 을 보시면 외래 환자 처방약 혜택에 대한 설명이 나와 있습니다. 이것은 처방약을 보장받기 위해 가입자가 따라야 하는 규정을 설명합니다. 가입자 핸드북의 **제6장**을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약에 대해 회원이 부담하는 비용에 대한 설명이 나와 있습니다.	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	MyChoice 카드 MyChoice 카드는 선불 혜택 직불 카드로 다음과 같은 보조 플랜 혜택에 대해 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다. • 일반의약품 품목 • 치과 • 시력 • 식품 및 농산물* • 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택* *자격 요건이 적용됩니다. 미리 충전된 직불 카드는 신용 카드가 아닙니다. 카드를 현금과 교환하거나 다른 사람에게 대여할 수 없습니다. 미용시술은 이 혜택 카드의 적용 대상이 아닙니다. 각 혜택 기간마다 카드에 기금이 충전됩니다. 혜택 기간은 혜택에 따라 월별, 분기별 또는 연간이 될 수 있습니다. 각 혜택 기간이 끝날 때, 할당된 금액 중 미사용 금액은 다음 기간이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우, 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다. MyChoice 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. OTC, 치과 및 안과 혜택 또는 식품 및 농산물에 대한 자격을 충족하는 방법, 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)에 대한 자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부로 문의해 주시기 바랍니다. SSBCI에 보조금을 이용하려는 가입자는 자격 요건을 충족하는 만성 질환이 있고, 현재 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 등록을 위해 작성한 유효한 HRA가 있고, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 사례관리 부서와의 협력하에 의사의 승인을 제공해야 합니다. 자세한 내용은 이 차트의 "만성 질환에 대한 특별 보조 혜택"을 참조하십시오.	MyChoice 카드에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	영양 상담 가입자는 요청 시 개별 전화 영양 상담을 받을 수 있습니다. 담당 의료 제공자가 건강 교육 의뢰 양식을 작성하여 서명할 것이므로 당사에서 전화하기 전에 가입자에게 필요한 사항을 명확히 이해하게 됩니다. • 전화 통화는 30~60분간 이루어집니다. • 필요하거나 원하는 추가 정보 및/또는 후속 연락을 위해 연락처 정보가 제공됩니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 영양/식단 개별 세션은 무제한으로 지원됩니다. 당사 플랜은 추가 12회의 그룹/개별 전화 세션을 보장합니다. 담당 의료 제공자는 가입자가 네트워크 소속 영양사에게 이 서비스를 받도록 의뢰할 것입니다.	$0
	요양 시설 케어* 요양 시설(NF)은 집에서 케어를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 케어를 제공하는 장소입니다. 본 플랜에서 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 준개인실(또는 의학적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 호흡기 치료 • 케어 계획의 일부로 가입자에게 제공되는 약물 (여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.) • 혈액(저장 및 투여 포함) **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0 **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	요양 시설 케어(계속) • 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 외과 용품 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 검사실 검사 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 휠체어와 같은 기구의 사용 • 의사/개업의 서비스 • 내구성 의료 장비 • 틀니를 포함한 치과 서비스 • 시력 혜택 • 청력 검사 • 카이로프랙틱 케어 • 족병 치료 서비스 보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 저희 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 케어를 받을 수도 있습니다. 시설에서 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음의 장소에서 케어를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양 시설 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티(요양 시설 케어를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 시 가입자의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설	
	비만 검사와 체중을 낮게 유지하기 위한 치료 요법 체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움이 되는 상담에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 가입자는 1차 케어 환경에서 상담을 받아야 합니다. 그렇게 하면 비만을 완전한 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의에게 문의하십시오.	$0 예방적 비만 검사 및 치료에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스 당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(OUD)를 치료하기 위해 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 섭취 활동 • 정기 평가 • FDA에서 승인한 의약품 그리고 해당하는 경우, 그런 의약품의 관리 및 제공 • 약물 사용 상담 • 개인 및 집단 치료 • 가입자 체내의 약물 또는 화학 물질 검사(독성 검사)	Medicare 적용 대상 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 대해 $0를 지불합니다. Medicare 적용 대상 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않지만 오피오이드 치료 의약품이 필요한 경우 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.
	외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품* 당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의학적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • X선 • 방사선(라듐 및 동위원소) 치료(테크니션 재료 및 용품 포함) • 외과 용품(붕대 등) • 골절 및 탈구에 사용되는 부목, 캐스트 및 기타 장치 • 검사실 검사 • 혈액(저장 및 투여 포함) • 기타 외래 환자 진단 검사	Medicare 적용 대상 외래 환자인 경우 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.** 외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	외래 환자 병원 서비스*	$0
	저희는 질병이나 부상의 진단이나 치료를 위해 병원의 외래 환자 병동에서 받는 다음과 같이 의학적으로 필요한 서비스에 대해 비용을 지불합니다. • 외래 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급실 또는 외래 클리닉에서의 서비스 ▯ 관찰 서비스는 회원님이 "입원 환자"로 병원에 입원해야 하는지 여부를 담당 의사가 파악하는 데 도움이 됩니다. ▯ 밤새 병원에 있는데도 여전히 "외래 환자"인 경우가 있습니다. ▯ 입원 환자 또는 외래 환자에 대한 자세한 정보는 이 자료표(www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 확인할 수 있습니다. • 병원에서 청구하는 검사실 및 진단 검사 • 정신 건강 케어(부분 입원 프로그램의 케어 포함), 의사가 이것이 없으면 입원 치료가 필요하다고 인증한 경우 • 병원에서 청구하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 부목 및 캐스트와 같은 의료용품 • 혜택 차트에 있는 예방 검사 및 서비스 • 가입자가 스스로 투여할 수 없는 일부 약물	**사전 승인이 필요할 수 있습니다.** 외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	외래 환자 정신 의료 케어*	약물 치료 모니터링 및 개인 또는 집단 치료 방문을 포함해 비의사 진료 인력이 제공하는 외래 환자 정신 건강 케어 및 정신과 서비스에 대해 이벤트당 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

당사는 다음 의료 제공자의 정신 건강 서비스 비용을 지급합니다.

- 주에서 허가한 정신과 의사 또는 의사
- 임상 심리학자
- 임상 사회복지사
- 전문 임상 간호사
- 면허 받은 전문 상담사(LPC)
- 면허 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT)
- 임상 간호사(NP)
- 보조 의사(PA)
- 관련 주법에 따라 허용되고 Medicare 자격을 갖춘 다른 정신 건강 케어 전문가

당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.

- 클리닉 서비스
- 주간 치료
- 심리사회적 재활 서비스
- 부분 입원 또는 외래 환자 집중 치료 프로그램
- 개인 및 집단 정신 건강 평가 및 치료
- 정신 건강 결과를 평가하기 위해 임상적으로 지시된 심리 검사
- 약물 요법을 모니터링하기 위한 외래 환자 서비스
- 외래 환자 검사, 약물, 용품 및 보충제
- 정신과 상담

Medi-Cal 혜택에는 자격이 있는 개인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 포함됩니다. 이런 전문 정신 건강 서비스는 저희 플랜 밖에서 보장됩니다. 이런 서비스 및 이용 방법에 대한 자세한 내용은 제3장, 섹션 E.1을 참조하십시오.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	외래 환자 재활 서비스* 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 당사가 부담합니다. 병원 외래과, 독립 치료사 진료실, 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다.	의학적으로 필요한 외래 환자 물리 치료(PT), 작업 치료(OT) 및/또는 언어 치료(SP) 방문 시마다 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	외래 환자 약물 남용 서비스* 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 알코올 오용 검사 및 상담 • 약물 남용 치료 • 자격을 갖춘 임상의가 실시하는 단체 또는 개인 상담 • 주거 중독 프로그램의 아급성 해독 • 집중 외래 환자 치료 센터에서의 알코올 및/또는 약물 서비스 • 서방형 날트렉손(비비트롤) 치료	$0 **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	외래 환자 수술* 병원 외래 환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공하는 외래 환자 수술 및 서비스 비용을 당사가 부담합니다.	혜택 적용 대상인 각 외래 환자 수술(병원 또는 기타 시설 사용 비용 청구와 의사 진료 또는 수술 비용 청구를 포함하되 이에 국한되지 않음)에 대해 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	일반의약품 (OTC) 품목(보조) MyChoice 카드로 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 매 분기(3개월)마다 $320를 쓰실 수 있습니다. 분기별 혜택 금액을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 다음 혜택 기간으로 이월되지 않습니다. 가입자 보장에는 비타민, 자외선 차단제, 진통제, 기침 및 감기약, 붕대와 같은 비처방 OTC 건강 및 웰니스 품목이 포함됩니다. 다음과 같이 주문할 수 있습니다. • 온라인 – NationsOTC.com/Molina를 방문하십시오. • 전화 – 877-208-9243(TTY 711)으로 전화하여 NationsOTC Member Experience Advisor와 상의하십시오(연중무휴 하루 24시간) • 우편 – 제품 카탈로그에 들어 있는 주문 양식을 기입 후 보내 주십시오. • 가맹 소매점을 통해 주문하십시오. 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목의 전체 목록을 확인하시려면 2024년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그를 참조하거나 자세한 내용은 OTC 지원 담당자에게 전화하십시오. 2024년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에서 중요한 정보(주문 가이드라인)를 찾으실 수 있습니다.	MyChoice 카드를 사용할 경우 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 환자 서비스* 부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 병원 외래 환자 서비스 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공됩니다. 이것은 의사나 치료사 진료실에서 받는 케어보다 더 강도가 높습니다. 이것은 가입자가 병원에 입원하지 않아도 되도록 도와줄 수 있습니다. 집중 외래 환자 서비스는 병원 외래 환자 서비스, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 공인 보건소 또는 농촌 진료소로 제공되는 적극적 행동(정신) 건강 요법 치료의 구조화된 프로그램으로, 의사나 치료사 진료실에서 받는 케어보다 강도가 더 높지만 부분 입원보다는 강도가 낮습니다. **참고:** 저희 네트워크에는 지역사회 정신 건강 센터가 없으므로 부분 입원은 병원 외래 환자 서비스로만 보장합니다.	Medicare 적용 대상 부분 입원 서비스에 대한 자격을 충족하는 1일당 $0를 지불합니다. 보장받을 자격을 갖추기 위한 특정 요건을 충족해야 하며 의사가 입원 환자 치료가 필요하다는 사실을 인증해야 합니다. 이 치료는 병원 외래 환자 병동 또는 지역사회 정신건강센터에 머무는 낮 시간에 제공되며 하룻밤을 체류할 필요가 없습니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	의사/의료 제공자 서비스(의사 사무실 방문 포함) 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 다음과 같은 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 케어 또는 수술 서비스: • 의사 진료실 • 인증된 외래 수술 센터 • 병원 외래 환자 병동 • 전문의의 상담, 진단, 치료 • 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 주치의가 지시하고 주치의 **또는** 전문의가 실시하는 기본 청각 및 균형 검사 **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	의사/의료 제공자 서비스 (의사 진료실 방문 포함)(계속) • 추가 원격 의료 혜택을 포함한 일부 원격 의료 서비스 ▯ 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. • Medicare 일부 농촌 지역 또는 Medicare에서 승인한 기타 장소의 가입자를 위한 의사 또는 개업의의 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스 • 병원 기반 또는 중요 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택 내 가정 투석 회원용 월별 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 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 있음 • 농촌 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) **본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다.**	

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	의사/의료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속) ▯ 새로운 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: ▯ 새로운 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 • 신규 환자가 아닌 경우 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 의료 제공자의 2차 소견 • 비정기적 치과 케어. 혜택 대상 서비스는 다음으로 제한됩니다. ▯ 턱 또는 관련 구조의 수술 ▯ 턱이나 안면 뼈의 접골 ▯ 신생물(암)의 방사선 치료 전 발치 ▯ 의사가 제공할 때 보장되는 서비스	
	족병 치료 서비스* 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 발의 부상 및 질병(예: 망치 발가락 또는 발뒤꿈치 돌기)의 진단 및 내과 또는 외과적 치료 • 당뇨병과 같이 다리에 영향을 미치는 질환이 있는 회원을 위한 일상적인 발 케어	이런 서비스에는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	전립선암 선별 검사 50세 이상 남성의 경우 당사에서 12개월에 한 번씩 다음 서비스 비용을 지불합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	$0 연례 PSA 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	보철 기구 및 관련 용품* 보철 기구는 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 당사는 다음과 같은 보철 기구 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 기구 비용을 지급할 수도 있습니다. • 인공 항문 케어와 관련된 인공 항문 주머니 및 용품 • 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액, 자가주사 용품을 포함한 경장 및 비경구 영양법 • 맥박 조정기 • 보호대 • 의족 신발 • 의수 및 의족 • 유방 보형물(유방 절제술 후 외과용 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천성 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위의 모든 부분을 대체하는 보철물 • 요실금 크림과 기저귀	Medicare 적용 대상 보철 또는 보조 기구(이러한 기구의 교체 또는 수리 포함) 및 관련 용품에 대해 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**
	보철 기구 및 관련 용품*(계속) 보철 기구와 관련된 일부 용품 비용을 지급합니다. 보철 기구 수리 또는 교체 비용도 지급합니다. 저희는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후에 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 "안과 케어"를 참조하십시오.	
	폐 재활 서비스* 중등증부터 매우 심한 중증 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있는 가입자의 경우 당사에서 호흡 재활 프로그램 비용을 지급합니다. COPD를 치료하는 의사 또는 서비스 제공자로부터 호흡 재활에 대한 지시를 받아야 합니다. 당사는 호흡기 의존 환자에 대한 호흡기 서비스 비용을 지불합니다.	Medicare 적용 대상 호흡 재활 치료 방문 시마다 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	성매개감염병(STI) 검사 및 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 검사 비용을 지불합니다. 이런 검사는 임신한 여성과 STI 위험이 높은 일부 사람들에 대하여 보장됩니다. 반드시 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 저희는 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 이런 검사를 보장합니다. 또한 성적으로 활발한 성인으로 STI 위험이 높은 가입자에 대해 매년 최대 2회의 직접 대면 고강도 행동 상담 세션 비용을 지급합니다. 각 세션은 20~30분 정도 소요될 수 있습니다. 이러한 상담 세션 비용은 주치의가 예방 서비스로 제공하는 경우에 한해 비용이 지급됩니다. 이런 세션은 의사 진료실과 같은 1차 케어 환경에 실시되어야 합니다.	$0 STI에 대한 Medicare 적용 대상 검사 및 STI 예방 혜택에 대한 상담에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	전문 요양 시설(SNF) 케어* 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 준개인실 또는 의학적으로 필요한 경우 개인실 • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 케어 계획의 일부로 받는 약물 • 혈액(저장 및 투여 포함) • 요양 시설에서 제공하는 의료 및 외과 용품 • 요양 시설에서 제공하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 기구 • 의사/의료 제공자 서비스 보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 저희 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 케어를 받을 수도 있습니다. 시설에서 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음의 장소에서 케어를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 전에 거주했던 요양 시설 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티(요양 시설 케어를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 당시 배우자 또는 동거인이 거주하는 요양 시설	$0 **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	흡연 및 담배 사용 중단 담배를 피우면서 담배 관련 질병의 징후나 증상이 없고 금연을 원하거나 필요로 하는 경우: • 저희는 예방적 서비스의 일환으로 12개월 내에 2회의 금연 시도 비용을 지불합니다. 이 서비스는 가입자 본인에게는 무료입니다. 각 금연 시도에는 최대 4회의 직접 대면 상담 방문이 포함됩니다. 담배를 피우고 있고, 담배 관련 질병 진단을 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용 중인 경우: • 저희는 12개월 내에 금연을 위한 2회의 상담 비용을 지불합니다. 각 상담 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다. 임신한 경우 사전 승인을 받으시면 금연 상담을 무제한으로 받으실 수 있습니다.	$0 Medicare 적용 대상 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	감독하 운동 요법(SET)* 당사는 PAD(말초 동맥 질환) 증상을 보이는 회원이 PAD 치료를 담당하는 의사에게서 PAD 치료에 대한 진료의뢰서를 받은 경우 해당 회원에게 SET 비용을 지급합니다. 당사 플랜은 세션에 대한 비용을 지급합니다. • 모든 SET 요건이 충족되는 경우, 12주 동안 최대 36회 세션 • 의료 케어 제공자가 의학적으로 필요하다고 간주하는 경우, 그 이후 추가 36회 세션 SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다. • 혈류 부족(절뚝거림)으로 인한 다리 경련이 있는 회원의 PAD를 위한 30~60분 세션의 운동 훈련 치료 프로그램 • 병원 외래 환자 환경 또는 의사의 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 진행	Medicare 적용 대상 감독하 운동 요법(Supervised Exercise Therapy, SET)에 대해 $0를 지불합니다. **사전 승인이 필요할 수 있습니다.**

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	교통편: 비응급 상황 의료 교통편 이 혜택은 가장 비용 효율적이고 접근성이 좋은 교통편을 허용합니다. 여기에는 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 의료 수송 서비스 및 보조 대중교통과의 조율이 포함될 수 있습니다. 교통편의 형태는 다음과 같은 경우에 승인됩니다. • 회원님의 의학적 및/또는 신체적 조건상, 버스, 승용차, 택시 또는 다른 형태의 대중교통 또는 민간 교통수단을 이용하는 것이 용이하지 않은 경우 **및** • 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 자세한 내용은 제3장, 섹션 F를 참조하시기 바랍니다. 이 혜택에서는 의료 서비스를 받기 위한 승용차, 택시 또는 기타 형태의 공공/민간 교통편을 허용합니다. 치과 예약을 위한 이동 및 처방약을 수령하기 위한 이동을 포함하여 필요한 의료 케어를 받기 위해서는 이동 수단이 필요합니다. 이 혜택은 비응급 의료 수송 혜택을 제한하지 않습니다.	$0
	긴급하게 필요한 케어 긴급하게 필요한 케어는 다음을 치료하기 위해 제공되는 것입니다. • 즉각적인 의료적 케어가 필요한 비응급 상황 **또는** • 갑작스런 질병 **또는** • 부상 **또는** • 즉시 케어가 필요한 상태. 긴급하게 필요한 케어가 요구되면 먼저 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받아야 합니다. 그러나 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자에게 서비스를 받는 것이 불가능하거나 비합리적이어서 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우(예: 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 처음 보는 상태로 인해 즉각적인 의료 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우)에 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 수 있습니다. 추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 케어, 응급 케어 및 안정화 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 $10,000의 전 세계 응급 혜택 적용을 제공합니다.	Medicare 적용 대상인 긴급하게 필요한 케어 방문 시마다 $0를 지불합니다. 비용 분담은 네트워크 소속과 네트워크 비소속 긴급 진료 서비스가 동일합니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	안과 케어 눈 관련 질병 및 부상의 진단 및 치료에 대해 외래 환자 의사 서비스 비용을 지급합니다. 예를 들어 여기에는 당뇨병 환자를 위한 당뇨병성 망막병증에 대한 연례 시력 검사와 연령 관련 황반 변성 치료가 포함됩니다. 녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지급합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다. 녹내장 가족력이 있는 사람, 50세 이상의 아프리카계 미국인, 65세 이상의 히스패닉계 미국인. 백내장 수술을 두 번 하신 경우 반드시 각 수술 후에 안경 1벌을 받으셔야 합니다. 첫 번째 수술 후에 안경을 받지 않으셨다고 해도, 두 번째 수술 후에 안경 두 벌을 받으실 수 없습니다.	$0

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	안과 케어(보조) 저희는 가입자의 일상적인 시력 요구 사항에 더 많은 가치를 더하기 위해 Vision Vendor와 파트너 관계를 맺었습니다! 보장 범위는 다음과 같습니다. • 달력 연도마다 정기 눈 검사 1회 • 안경 보조금 안경 보조금을 사용하여 다음을 구입할 수 있습니다. • 콘택트렌즈* • 안경(렌즈 및 안경테) • 안경 렌즈 및/또는 안경테 • 업그레이드(예: 착색, UV, 편광 또는 광변색 렌즈). *콘택트렌즈를 선택한 경우 안경 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 맞추기 위해 1회의 정기 눈 검사(및 굴절 검사)를 무료로 받을 수 있습니다. 달력 연도마다 $500의 안경류 보조금을 쓸 수 있습니다. 정기 눈 검사를 위해 가까운 네트워크 내 정기 예방 시력 서비스 제공자를 찾으려면 다음과 같이 하십시오. MolinaHealthcare.com/Medicare에서 보조 안과 서비스 제공자 온라인 검색 도구를 사용하여 온라인으로 검색합니다. 보조 혜택은 일반적으로 Medicare에서 보장하지 않는 항목이나 서비스를 돕기 위해 플랜에서 제공합니다. 모든 혜택은 플랜 연도 동안 사용해야 하며, 서비스가 제공되는 시점에 가입자가 등록이 된 경우에만 사용할 수 있습니다. 가입자는 Medi-Cal 혜택을 통해 추가적인 검안, 안과 기기 및 저시력 보조 서비스를 이용할 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스		회원 본인 부담
	"Medicare 가입 환영" 예방 목적 방문* 저희는 일회성 "Medicare 가입 환영" 예방 목적 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다. • 가입자의 건강 점검 • 가입자에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(검진 및 주사 포함) **그리고** • 필요한 경우, 다른 케어를 위한 진료 의뢰 **참고:** 저희는 가입자가 Medicare 파트 B에 가입한 첫 12개월 동안에만 "Medicare 가입 환영" 예방 목적 방문을 보장합니다. 예약할 때 "Medicare 가입 환영" 예방 목적 방문을 예약하고 싶다고 담당 의사에게 말씀하십시오.	$0 "Medicare 가입 환영" 예방 목적 방문에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	전 세계 응급/긴급 혜택 적용(보조) 추가 혜택으로, 가입자의 보장 범위에는 미국(U.S.) 외 지역에서 발생하는 전 세계 응급/긴급 케어에 대해 달력 연도마다 최대 $10,000달러 보장이 포함됩니다. 이 혜택은 미국에서 케어가 제공되지 않은 경우 응급 또는 긴급 케어로 분류될 수 있는 서비스로 제한됩니다. 전 세계 혜택 적용에는 응급 또는 긴급하게 필요한 케어, 응급 상황 발생 장소에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지 응급 구급차 수송 및 안정화 후 케어가 포함됩니다. 구급차 서비스는 기타 다른 방법으로 가입자를 응급실로 옮기면 가입자의 건강이 위험할 수 있는 상황에서 보장됩니다. 이러한 상황이 발생하면 가입자 본인 또는 보호자가 당사에 전화해 주시기를 요청드립니다. 당사에서 네트워크 소속 의료 제공자가 가입자의 의학적 상태 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.	$0 미국 외 지역에서 응급 케어를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 케어를 받아야 하는 경우 케어에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 플랜에서 승인한 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 케어를 받아야 합니다. 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 플랜 최대 금액이 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 케어의 환급 청구를 신청해야 할 수 있습니다. 이 혜택에는 달력 연도마다 $10,000의 플랜 최대 금액이 적용됩니다.
	전 세계 응급/긴급 혜택 적용(보조)(계속) 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. 미국은 50개 주, 워싱턴 D.C., 푸에르토리코, 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 미국령 사모아를 의미합니다.	

E. 당사 플랜 외부에서 제공되는 혜택 대상 서비스

다음 서비스는 당사의 혜택 적용 대상이 아니지만 Original Medicare 또는 Medi-Cal 행위별 수가제 (Fee-for-service)를 통해 이용할 수 있습니다.

E1. California Community Transitions(CCT)

California Community Transitions(CCT) 프로그램은 지역의 대표 기관(Lead Organizations)을 통해 최소 연속 90일 동안 입원 환자 시설에서 거주하였으며, 지역사회 환경으로 돌아가 안전하게 지내고자 하는 유자격 Medi-Cal 수혜자를 지원합니다. CCT 프로그램은 지역사회로 돌아가기 전과 돌아간 후 365일 동안 전환 조율 서비스에 자금을 지원하여 수혜자의 지역사회 복귀를 지원합니다.

회원님은 거주하는 카운티에서 서비스를 제공하는 CCT 대표 기관 어디서든지 전환 조율 서비스를 받으실 수 있습니다. CCT 대표 기관 및 해당 기관이 서비스를 제공하는 카운티 명단은 의료 케어 서비스부(Department of Health Care Services, DHCS) 웹 사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.에서 확인할 수 있습니다.

CCT 전환 조율 서비스의 경우

Medi-Cal은 전환 조율 서비스 비용을 지급합니다. 이 서비스에 대한 가입자의 부담은 없습니다.

회원의 CCT 전환과 관련 없는 서비스의 경우

의료 제공자는 서비스에 대해 당사에 비용을 청구합니다. 당사 플랜은 회원님의 전환이 이루어진 이후에 해당하는 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 이 서비스에 대한 가입자의 부담은 없습니다.

CCT 전환 조율 서비스를 받는 동안 당사는 **섹션 D**의 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

의약품 혜택에는 변경 사항이 없습니다.

CCT 프로그램은 의약품에 적용되지 **않습니다**. 당사 플랜을 통해 일반적인 의약품 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

참고: 비 CCT 전환 케어가 필요하신 경우, 케이스 관리자에게 전화하여 서비스를 요청하십시오. 비 CCT 전환 케어란 기관 또는 시설에서의 전환과 관련 **없는** 케어를 말합니다.

E2. Medi-Cal Dental 프로그램

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다. 해당 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 초기 검사, X선, 클리닝 및 불소 치료
- 수복 및 크라운
- 신경 치료
- 국소의치 및 총의치, 조정, 수리 및 첨상

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 행위별 수가제 프로그램을 통해 제공됩니다. 자세한 정보를 원하시거나 Medi-Cal을 취급하는 치과의사를 찾는 데 도움이 필요하시면 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922)로 고객 서비스 라인에 전화하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다. Medi-Cal Dental 서비스 프로그램 담당자는 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시에 연락 가능합니다. 웹 사이트 www.dental.dhcs.ca.gov에 접속하셔도 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.

Medi-Cal Dental 행위별 수가제 프로그램 외에도, 치과 관리형 케어 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리형 케어 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 제공됩니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보를 원하거나 치과 플랜을 변경하려면 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)으로 Health Care Options에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

참고: 당사 플랜은 추가 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 정보는 **섹션 D**의 혜택 차트를 참조하십시오.

E3. 호스피스 케어

서비스 제공자와 호스피스 의료 책임자가 가입자에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우, 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이것은 가입자가 말기 질환을 앓고 있고, 남은 생이 6개월 이하로 예상된다는 것을 의미합니다. Medicare에서 인증한 모든 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 가입자가 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾는 데 도움을 주어야 합니다. 가입자의 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자이거나 네트워크 비소속 의료 제공자일 수 있습니다.

호스피스 케어 서비스를 받는 동안 당사에서 지급하는 비용과 관련한 자세한 정보는 **섹션 D**에 나와 있는 혜택 차트를 참조하십시오.

말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 호스피스 서비스

- 호스피스 제공자는 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 회원님의 말기 예후에 대한 호스피스 비용을 부담합니다. 이 서비스에 대한 가입자의 부담은 없습니다.

말기 예후와 관련되지 않은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 서비스

- 의료 제공자는 회원님의 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 서비스 비용을 부담합니다. 이 서비스에 대한 가입자의 부담은 없습니다.

당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품

- 의약품은 호스피스와 저희 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

참고: 비호스피스 케어가 필요하신 경우, 케이스 관리자에게 전화하여 서비스를 요청하십시오. 비호스피스 케어는 가입자의 말기 예후와 무관한 케어입니다.

E4. 재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

- IHSS 프로그램은 가입자가 집에 안전하게 머물 수 있도록 하기 위해 제공되는 서비스의 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원이나 기숙사 및 요양 시설과 같은 가정 외 케어의 대안으로 간주됩니다.
- IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 종류는 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 돌봄 서비스(예: 배변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동반 그리고 정신 장애자를 위한 보호 관찰입니다.
- 담당 케이스 관리자가 카운티 사회복지부에 IHSS를 신청하는 것을 도와드립니다.

E5. 1915(c) Home and Community Based Services(HCBS) Waiver 프로그램

Assisted Living Waiver(ALW)

- Assisted Living Waiver(ALW)는 Medi-Cal 자격 수혜자에게 요양 시설에 장기 입소하는 대신 생활 보조 환경에서 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW의 목표는 요양 시설이 마음 편한 지역사회 환경으로 전환되도록 촉진하거나 요양 시설 입소가 시급한 수혜자의 전문 요양 시설 입원을 방지하는 것입니다.
- ALW에 등록했고 Medi-Cal Managed Care로 전환한 가입자는 ALW에 등록된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 회원님의 ALW Case Manager Agency와 협력하여 회원님이 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케이스 관리자가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다.

HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities(HCBS-DD)

발달 장애가 있는 개인을 위한 California Self-Determination Program(SDP) Waiver

- 1915(c) 면제 프로그램에는 HCBS-DD Waiver와 SDP Waiver 두 가지가 있으며, 18세 생일 이전에 시작되어 무기한 지속될 것으로 예상되는 발달 장애 진단을 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 면제 프로그램 모두 발달 장애가 있는 사람이 허가된 의료 시설에 거주하는 대신 집이나 지역사회에서 생활할 수 있도록 하는 특정 서비스에 자금을 지원하는 한 방법입니다. 이러한 서비스 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 California 주에서 공동으로 자금을 지원합니다. 담당 케이스 관리자가 회원님과 DD Waiver 서비스를 연결하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

Home and Community-Based Alternative(HCBA) Waiver

HCBA Waiver는 요양원 또는 기관 입소의 위험이 있는 사람들에게 케어 관리 서비스를 제공합니다. 케어 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 종합 케어 관리 팀에 의해 제공됩니다. 팀은 Waiver와 State Plan 서비스(의료, 행동 건강, 재택 지원 서비스 등)를 조정하고 해당 지역사회에서 제공되는 기타 장기 서비스 및 지원을 주선합니다. 케어 관리 및 Waiver 서비스는 참가자의 지역사회 기반 거주지에서 제공됩니다. 이러한 주거지는 개인 소유이거나 임차인 임대차 계약을 통해 확보할 수 있으며, 참가자 가족의 주거지일 수도 있습니다.

- HCBA Waiver에 등록했고 Medi-Cal Managed Care로 전환한 가입자는 HCBA Waiver에 등록된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 회원님의 HCBA 면제 프로그램 기관과 협력하여 회원님이 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케이스 관리자가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Medi-Cal Waiver Program(MCWP)은 요양 시설 케어 또는 병원 입원의 대안으로 HIV 감염자에게 종합적인 케이스 관리 및 직접 케어 서비스를 제공합니다. 케이스 관리는 정식 간호사와 사회복지사 케이스 관리자로 구성된 참가자 중심의 팀 접근 방식으로 이루어집니다. 케이스 관리자는 참가자 및 PCP, 가족, 간병인 및 기타 서비스 제공자들과 협력하여 참가자가 가정과 지역사회에 머물 수 있게 하기 위한 케어 요구 사항을 평가합니다.
- MCWP의 목표는 다음과 같습니다. (1) 이 프로그램이 아니면 기관 서비스가 필요할 수 있는 HIV 감염자에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공 (2) HIV 건강 관리를 통해 참가자 지원 (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성 개선 (4) 서비스 제공자와 조율하여 서비스 중복을 제거
- MCWP Waiver에 등록했고 Medi-Cal Managed Care로 전환한 가입자는 MCWP Waiver에 등록된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 회원님의 MCWP 면제 프로그램 기관과 협력하여 회원님이 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케이스 관리자가 MCWP 신청을 도와드릴 수 있습니다.

Multipurpose Senior Services Program (MSSP, 다목적 고령자 서비스 프로그램)

- MSSP는 개인이 본인의 집과 지역사회에 머물 수 있도록 지원하기 위해 사회 및 의료 케어 관리 서비스를 모두 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자는 또한 IHSS를 받을 수 있으며, 이와 동시에 MSSP는 지속적인 케이스 관리자를 제공하고 참가자들을 다른 필요한 지역사회 서비스 및 자원에 연결하며 의료 케어 제공자들과 조율하고 제도화를 방지하거나 늦추기 위해 다른 방법으로는 이용할 수 없는 일부 필요한 서비스를 구입합니다. 케어 관리와 기타 서비스의 연간 총 합산 비용은 전문 요양 시설에서 케어를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 의료 및 사회 서비스 전문가로 구성된 팀에서 각 MSSP 참가자에게 전체적인 건강 및 심리사회적 평가를 제공하여 필요한 서비스를 결정합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참가자, 의사, 가족 및 다른 사람들과 협력하여 개별화된 케어 플랜을 개발합니다. 포함되는 서비스는 다음과 같습니다.
  - 케어 관리
  - 성인 주간 케어
  - 경미한 집 수리/유지 보수
  - 부가적인 집안일, 개인 케어 및 보호 관찰 서비스
  - 임시 서비스
  - 교통편 서비스
  - 상담 및 치료 서비스
  - 식사 서비스
  - 통신 서비스
- MSSP Waiver에 등록했고 Medi-Cal Managed Care로 전환한 가입자는 MSSP Waiver에 등록된 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 회원님의 MSSP 제공자와 협력하여 회원님이 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케이스 관리자가 MSSP 신청을 도와드릴 수 있습니다.

F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택

이 섹션에서는 당사 플랜의 제외 대상인 혜택에 대해 말씀드립니다. "제외 대상"이라는 것은 이러한 혜택에 대해서는 그 비용을 당사가 부담하지 않는다는 의미입니다. Medicare와 Medi-Cal에서도 비용을 지급하지 않습니다.

아래 목록에 보시면 어떠한 상황에서도 당사가 비용을 지급하지 않는 서비스 및 품목 그리고 일부 경우에 한해 당사가 대상에서 제외하는 서비스 및 항목이 나와 있습니다.

이 섹션(또는 본 가입자 핸드북 내 다른 부분에)에 나와 있는 제외 대상 의료 혜택에 대해서는 당사가 비용을 지급하지 않습니다. 단, 열거된 특정 조건 하에서는 예외가 적용됩니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 본 플랜은 해당 서비스 비용을 지급하지 않습니다. 혜택 적용 대상이 아닌 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 요청하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

혜택 차트에 설명된 예외사항 또는 한도 외에 다음과 같은 품목 및 서비스에 대해서도 당사 플랜 혜택이 적용되지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 "합리적으로 타당하고 의학적으로 필요한 것"으로 간주되지 않는 서비스. 단, 혜택 차트에 혜택 대상 서비스로 나열되어 있는 서비스의 경우는 제외
- 실험적 의료 및 수술 치료, 품목 및 의약품. 단, Medicare 또는 Medicare 승인 임상시험 연구 또는 당사 플랜이 적용되는 서비스의 경우는 제외. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장**을 참조하십시오. 실험적 치료 및 품목은 의료계에서 일반적으로 인정하지 않는 것들입니다.
- 병적비만에 대한 수술 치료. 단, 의학적으로 필요하다고 판단되어 Medicare가 비용을 부담하는 경우는 제외
- 병원 내 개인실. 단, 의학적으로 필요한 경우는 제외
- 개인 간호사
- 전화나 텔레비전 등 병원이나 요양 시설에서 환자의 방에 비치하는 개인적 용도의 물품
- 가정 내 전일 요양 케어
- 직계 친척이나 가계 구성원이 청구하는 수수료
- 가정으로 배달된 식사
- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 선택적 또는 자발적 향상 시술 또는 서비스(체중 감량, 모발 성장, 성적 수행 능력, 운동 수행 능력, 미용, 노화 방지 및 정신 수행 능력 포함)
- 미용 목적 성형 수술 또는 그 외 미용 시술. 단, 사고에 따른 부상 또는 비정상 형태를 띤 신체 부위 개선을 위해 필요한 경우는 제외. 그러나 유방절제 수술 후 유방의 재건 또는 그와 일치시키기 위한 다른 유방에 대한 치료 비용은 당사가 지급합니다.
- 혜택 적용 지침에 따라 실시되는 척추 도수치료 이외의 지압요법 케어
- 정기적인 발 케어. 단, 섹션 D의 혜택 차트에 나와 있는 족부 치료 서비스의 경우는 제외
- 신발이 다리 보조기의 일부이고 보조기 비용에 포함되지 않는 경우, 또는 신발이 당뇨 족부 질환이 있는 사람을 위한 것이 아닌 경우, 정형외과용 신발
- 족부 지지 장치, 당뇨 족부 질환이 있는 사람을 위한 정형외과용 또는 치료용 신발은 제외

- 방사상 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조 기구
- 난관 복원 시술 및 비처방 피임 용품
- 자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)
- Veterans Affairs(VA) 시설에서 재향 군인에게 제공되는 서비스. 단, 재향 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받고 VA 비용 분담액이 당사 플랜에 따른 비용 분담액보다 많은 경우에는 차액을 해당 재향 군인에게 상환합니다. 비용 분담액에 대한 책임은 여전히 회원님에게 있습니다.

제5장: 외래 환자 처방약 받기

소개

본 장에서는 외래 환자 처방약 수령에 대한 규정을 설명합니다. 이러한 의약품은 제공자가 회원님을 위해 주문하는 약으로, 약국에서 받거나 우편 주문을 통해 받게 됩니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal이 적용되는 의약품이 포함됩니다. 가입자 핸드북의 **제6장**에 이러한 의약품에 대한 회원 부담 비용이 나와 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

또한 당사 플랜은 다음과 같은 의약품에도 적용되지만 자세한 내용은 본 장에서는 다루지 않습니다.

- **Medicare 파트 A가 적용되는 의약품**. 여기에는 일반적으로 가입자가 병원 또는 요양 시설에 입원해 있는 동안 제공되는 의약품이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B가 적용되는 의약품**. 여기에는 일부 화학요법 약물, 의사 또는 기타 의료 제공자 진료실 방문 중에 가입자에게 제공되는 일부 주사 약물 그리고 투석 클리닉에서 제공하는 약물 등이 포함됩니다. 혜택이 적용되는 Medicare 파트 B 의약품 종류에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D 및 Medical 혜택 적용 외에도, 회원님이 Medicare 호스피스에 있는 경우 해당 의약품에 Original Medicare가 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 제5장, 섹션 F "Medicare 인증 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우"를 참조하십시오.

플랜의 외래 환자 의약품 혜택 적용 규정

일반적으로 회원이 본 섹션의 규정을 준수하는 한 의약품은 계속 혜택 대상이 됩니다.

의사 또는 기타 의료 제공자가 작성한 처방전이 있어야 하며, 처방전은 해당 주 법규에 따라 유효한 것이어야 합니다. 처방전 작성자는 보통 담당 주치의(PCP)인 경우가 많습니다. PCP가 진료를 의뢰한 경우 다른 의료 제공자가 처방전 작성자가 될 수도 있습니다.

처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되어 있지 **않아야** 합니다.

일반적으로 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제 받아야 합니다.

처방약은 당사 플랜의 혜택 대상 의약품 목록에 있어야 합니다. 짧게 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다.

- 의약품 목록에 없는 경우 당사는 예외를 적용하여 보장을 제공할 수 있습니다.
- 예외 인정 요청에 대해 알아보려면 제9장을 참조하십시오.

또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가를 받게 됩니다.

해당 의약품은 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 의약품의 사용이 FDA(식품의약국)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다. 담당 의사는 가입자가 처방약 사용 요청을 뒷받침할 의학 문헌을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

차례

A. 처방약 받는 방법 117
A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제 117
A2. 처방약을 조제 받을 때 가입자 ID 카드 사용 117
A3. 네트워크 소속 약국을 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치 117
A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 취해야 할 조치 117
A5. 전문 약국 이용 118
A6. 우편 주문 서비스를 이용해 의약품 받기 118
A7. 의약품 장기 공급분 받기 119
A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용 119
A9. 처방약 비용 환급 받기 120
B. 당사 플랜의 의약품 목록 120
B1. 당사 의약품 목록에 있는 의약품 120
B2. 당사 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법 121
B3. 당사 의약품 목록에 없는 의약품 121
B4. 의약품 목록 비용 분담 122
C. 일부 의약품의 제한 사항 122
D. 의약품에 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유 123
D1. 임시 공급분 받기 123
D2. 임시 공급분 요청 125
D3. 예외 인정 요청 125
E. 의약품에 대한 혜택 적용 변경 125

F. 특수한 경우의 의약품 혜택 적용 127

F1. 당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우 127

F2. 장기 케어 시설에 있는 경우 127

F3. Medicare 인증호스피스 프로그램을 받고 있는 경우 128

G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램 128

G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램 128

G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램 128

G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램 129

A. 처방약 받는 방법

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 경우에 한해 처방약 비용을 지급합니다. 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 회원님을 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 당사 네트워크 소속 약국 중 아무 약국이나 이용할 수 있습니다.

네트워크 소속 약국을 찾으려면 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하시거나, 당사 웹 사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A2. 처방약을 조제 받을 때 가입자 ID 카드 사용

처방약을 조제 받으려면 네트워크 소속 약국에 가서 **가입자 ID 카드를 제시**하십시오. 해당 네트워크 소속 약국은 회원님이 혜택을 받은 처방약 비용의 당사 분담금을 당사에 청구합니다. 처방전을 받을 때 약국에 자기부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medi-Cal Rx 혜택 대상 의약품을 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 보험급여식별카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요합니다.

처방약을 받을 때 가입자 ID 카드 또는 BIC 카드를 소지하고 있지 않으신 경우, 당사에 연락해 필요한 정보를 받으라고 약국에 말씀하시면 됩니다.

- 약국에서 필요한 정보를 얻지 못하는 경우, 처방약을 받을 때 처방약 비용 전액을 지급하셔야 할 수 있습니다. 그런 다음 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에 요청하시면 됩니다. **의약품 비용을 지불할 수 없는 경우 가입자 서비스부에 즉시 연락하십시오.** 최선을 다해 도와드리도록 하겠습니다.
- 당사에 환급을 요청하려면 가입자 핸드북 **제7장**을 참조하십시오.
- 처방약을 받는 데 도움이 필요하시면, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하십시오.

A3. 네트워크 소속 약국을 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치

약국을 바꿔서 처방약을 받으려고 하는 경우 의료 제공자에게 새로 처방전을 요청하거나 남은 처방약이 있는 경우 기존 약국에 요청해 새 약국으로 처방전을 전달해 달라고 말씀하시면 됩니다.

네트워크 소속 약국을 바꾸는 데 도움이 필요하시면, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 취해야 할 조치

현재 이용하는 약국이 당사 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우, 새 네트워크 소속 약국을 찾으셔야 합니다.

새 네트워크 소속 약국을 찾으려면 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하시거나, 당사 웹 사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A5. 전문 약국 이용

전문 약국에서 처방약을 조제 받아야 하는 경우가 있습니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료 요법을 위한 의약품을 공급하는 약국
- 요양 시설과 같은 장기 케어 시설의 거주 환자들을 위해 의약품을 공급하는 약국
  - 일반적으로, 장기 케어 시설은 자체 약국을 보유하고 있습니다. 회원님이 장기 케어 시설에 거주하시는 경우 당사는 해당 시설 약국에서 회원님이 필요한 의약품을 받을 수 있도록 해야 합니다.
  - 장기 케어 시설에 있는 약국이 당사 네트워크 소속이 아닌 경우 또는 회원님이 해당 장기 케어 시설에서 의약품을 받는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 연락하십시오.
- 인디언 의료 서비스/부족/도시 인디언 의료 프로그램 소속 약국. 응급 상황을 제외하고, 미국 원주민 또는 알래스카 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공자의 협조 또는 사용에 대한 교육이 필요한 의약품을 조제하는 약국 (참고: 이런 상황은 거의 발생하지 않습니다.)

전문 약국을 찾으려면 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하시거나, 당사 웹 사이트를 방문하시거나, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스를 이용해 의약품 받기

특정 유형 의약품의 경우, 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 받을 수 있는 의약품은 만성 또는 장기 의학적 상태 때문에 정기적으로 복용하는 약입니다. 당사 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 받을 수 **없는** 의약품의 경우 "**NM"**으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스를 이용할 경우 최소 31일분, 최대 90일분 약을 주문할 수 있습니다. 90일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다.

처방약 우편 주문 방법

주문서 양식 또는 처방약 우편 주문에 대한 정보를 받으려면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

보통 우편 주문 처방약은 14일 이내에 도착합니다. 긴급한 필요가 있거나 이 시기가 지연되는 경우, 가입자 서비스부(전화번호는 이 책자의 뒤표지에 인쇄되어 있음)에 전화하여 임시 처방약을 받는 데 도움을 요청하십시오.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스에서는 회원님께 새 처방전을 받은 경우와 직접 의료 제공자의 진료실로부터 새 처방전을 받은 경우 혹은 우편 주문 처방전을 반복 조제(리필)하는 경우에 대해 각기 다른 절차가 적용됩니다.

1. 약국에서 가입자에게 새로운 처방전을 받는 경우

약국에서 자동으로 해당 처방약을 조제하여 배송해 드립니다.

2. 약국이 의료 제공자 진료실에서 새 처방전을 받은 경우

약국이 의료 제공자에게서 처방전을 받은 경우, 약국은 회원님께 연락하여 해당 처방약을 즉시 받고 싶은지 향후 다른 시간에 받고 싶은지의 여부를 여쭤봅니다.

- 이는 약국의 의약품 주문에 착오(용량, 수량, 형태 등)가 일어나지 않도록 하며 필요한 경우 회원님이 청구 및 배송 전에 주문을 취소 또는 연기할 수 있도록 합니다.
- 약국이 회원님께 연락할 때마다 응답하여 새 처방약을 어떻게 조제할지를 알려주시고 배송 연기를 방지하십시오.

3. 우편 주문 처방전의 반복 조제

반복 조제하는 경우 현재 처방약이 다 떨어질 것으로 예상되는 날로부터 14일 전에 약국에 연락해 다음 주문량이 제시간에 배송될 수 있게 해 주십시오. 문제가 있거나 도움이 필요하신 경우 케이스 관리자에게 855) 665-4627(TTY: 711로 문의하십시오.

약국이 배송 전에 회원님의 주문을 확인할 수 있도록 회원님에게 가장 잘 연락할 수 있는 연락처를 약국에 알려 주십시오.

A7. 의약품 장기 공급분 받기

저희 플랜의 약품 목록에 있는 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있습니다. 정기적으로 받는 유지 의약품은 만성 또는 장기 의학적 상태를 위한 약입니다.

일부 네트워크 소속 약국은 가입자가 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있도록 허용합니다. 31일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다. 의료 제공자 및 약국 명부를 보시면 유지 의약품 장기 공급분을 제공하는 약국을 알 수 있습니다. 자세한 정보는 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에도 문의할 수 있습니다.

특정 유형 의약품의 경우, 유지 의약품을 장기 공급받으려면 당사 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하시면 됩니다. 우편 주문 서비스에 관한 정보는 **섹션 A6**을 참조하십시오.

A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용

일반적으로, 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 지급합니다. 서비스 지역 밖에도 저희 플랜의 가입자가 처방약을 받을 수 있는 네트워크 소속 약국이 있습니다.

다음과 같은 경우 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 지급합니다.

- 처방이 긴급하게 필요한 케어와 관련된 경우
- 이런 처방이 의학적 응급 상황을 위한 케어와 관련된 경우
- 처방전에 더 적게 처방되지 않은 한, 혜택 적용은 31일분으로 제한됩니다.

이런 경우에는 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에 연락하여 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하시기 바랍니다.

A9. 처방약 비용 환급 받기

네트워크 비소속 약국을 이용할 수밖에 없는 경우, 보통 처방약을 받으실 때 자기부담금 대신 비용 전액을 가입자가 지불해야 합니다. 지불한 비용 중 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에 요청하시면 됩니다.

Medi-Cal Rx가 적용될 수 있는 처방약 비용 전액을 지불하시는 경우 Medi-Cal Rx가 처방약 비용을 지급하면 회원님은 약국으로부터 해당 비용을 환급받을 수 있습니다. 또는 "Medi-Cal 본인부담금 비용 환급(Conlan)" 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx에 환급을 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트를 참조하십시오. medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/

이와 관련한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 의약품 목록

당사에는 혜택 대상 의약품 목록이 있습니다. 짧게 줄여서 "의약품 목록"이라고 합니다.

당사는 여러 의사 및 약사들로 구성된 팀의 도움을 받아 의약품 목록에 포함될 의약품을 선정합니다. 의약품 목록에 보면 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규정도 나와 있습니다.

일반적으로 회원님이 본 장에 나와 있는 규정들을 따르시면 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 의약품 비용을 당사가 지급합니다.

B1. 당사 의약품 목록에 있는 의약품

당사의 의약품 목록에는 Medicare 파트 D가 적용되는 의약품이 포함되어 있습니다.

회원님이 약국에서 받게 되는 처방약의 대부분에는 당사 플랜이 적용됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자식별카드(Beneficiary Identification Card, BIC)를 지참하십시오.

당사 의약품 목록에는 브랜드약, 복제약 및 바이오시밀러가 포함됩니다.

브랜드약은 의약품 제조사가 소유한 등록 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반적인 의약품(예: 단백질을 이용한 의약품)보다 복합적인 브랜드약을 생물학적 약제라고 합니다. 당사 의약품 목록에서 "의약품"은 약물 또는 생물학적 약제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드약과 활성 성분이 동일합니다. 생물학적 약제는 일반 의약품보다 더 복잡하기 때문에 복제약 형태가 아닌 바이오시밀러라고 하는 대체 의약품이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드약 또는 생물학적 약제와 효과가 동일하며 비용은 더 저렴합니다. 다수의 브랜드약과 일부 생물학적 약제에 대해 사용 가능한 복제약 대체 의약품 또는 바이오시밀러 대체 의약품이 있습니다. 복제약 또는 브랜드약 중 어느 것이 귀하의 요구 사항을 충족할지에 대해 질문이 있는 경우 의료 제공자에게 문의하십시오.

당사 플랜은 또한 일부 OTC 의약품과 제품을 보장합니다. 일부 OTC 의약품은 처방약보다 비용이 저렴하며 효과가 동일합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부로 문의하십시오.

B2. 당사 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법

당사 의약품 목록에 있는 의약품인지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.

- 우편으로 보내 드린 최신 의약품 목록을 확인합니다.
- 당사 플랜의 웹 사이트(MolinaHealthcare.com/Medicare)를 방문해 확인합니다. 당사 웹 사이트에 나와 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 의약품이 당사 의약품 목록에 있는지 확인하거나 목록 사본을 요청하려면 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에 연락하십시오.
- 파트 D가 적용되지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx의 적용 대상이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오.
- Caremark.com에서 "실시간 혜택 도구"를 사용하거나 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부로 전화하십시오. 이 도구를 사용하면 의약품 목록에 있는 의약품을 검색하여 지불할 예상 금액 및 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 의약품 목록에 있는지 확인할 수 있습니다.

B3. 당사 의약품 목록에 없는 의약품

혜택 적용 대상이 아닌 처방약도 있습니다. 일부 의약품이 당사 의약품 목록에 없는 것은 법에서 그 의약품에 대해서는 혜택 적용을 금하고 있기 때문입니다. 또 당사에서 의약품 목록에 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.

당사 플랜은 본 섹션에 설명된 의약품 비용은 지급하지 않습니다. 이러한 의약품을 **제외 대상 의약품**이라 합니다. 제외 대상 의약품에 대한 처방전을 받으신 경우, 그 비용은 회원님이 부담하셔야 할 수 있습니다. 회원님의 케이스 때문에 특정 제외 대상 의약품에 대해 당사가 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 정보는 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

제외 대상 의약품에 대한 세 가지 일반적인 규정은 다음과 같습니다.

1. 이미 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 적용되는 의약품에 대해서는 당사 플랜의 외래 환자 의약품 보장(Medicare 파트 D 포함)에서 비용을 지급하지 않습니다. 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 적용되는 의약품에 대해 혜택을 무료로 적용하지만 해당 의약품은 회원님의 외래 환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 및 미국 영토 밖에서 구입한 의약품에 대해서는 보장을 제공할 수 없습니다.
3. 의약품은 반드시 그 사용이 FDA의 승인을 받거나 회원님의 질병 치료로 사용됨을 특정 의학 문헌에서 뒷받침해야 합니다. 담당 의사가 해당 질환 치료 목적으로 승인되지 않은 의약품을 회원님의 질환 치료 목적으로 처방할 수도 있습니다. 이를 "오프라벨 용도"라고 합니다. 당사 플랜은 보통 오프라벨 용도로 처방된 의약품에 대해서는 혜택을 적용하지 않습니다.

또한 법에 따라, Medicare 또는 Medi-Cal은 다음 유형의 의약품을 보장할 수 없습니다.

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

거식증, 체중 감량 또는 체중 증가 치료에 사용되는 의약품*

자신이 제공하는 검사 또는 서비스를 받을 것을 요구하는 회사에서 제조한 외래 환자 의약품

*일부 제품에는 Medi-Cal이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)에서 확인할 수 있습니다.

B4. 의약품 목록 비용 분담

의약품 목록에 있는 모든 약은 하나의 단계에 속합니다. 단계란 일반적으로 동일한 유형(예를 들어, 브랜드약, 복제약 또는 OTC 의약품) 의약품 그룹을 말합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 번호가 높을수록 의약품 비용이 높아집니다.

의약품이 어느 비용 분담 단계에 속하는지 확인하려면 저희 의약품 목록에서 그 약품을 찾아보십시오.

가입자 핸드북의 **제6장**에 의약품에 대해 가입자가 지불해야 하는 금액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품의 제한 사항

일부 처방약의 경우, 특별 규정이 적용되어 당사 플랜의 혜택 적용 방법 및 시기가 제한됩니다. 전체적으로, 당사 규정은 가입자의 의학적 상태에 적합하고 안전하며 효과적인 의약품 사용을 권장하고 있습니다. 안전하고 저렴한 의약품이 상대적으로 고가 의약품과 효과가 동일한 경우 의료 제공자가 저렴한 의약품을 처방할 것으로 예상합니다.

사용하시는 의약품에 특별 규정이 있는 경우, 대개 가입자 본인 또는 의료 제공자가 그 의약품에 혜택 적용을 받으려면 몇 가지 추가 단계를 거쳐야 한다는 의미입니다. 예를 들어, 서비스 제공자는 가입자의 진단 내용을 저희에게 알려주거나 혈액 검사 결과를 먼저 제공해야 할 수 있습니다. 가입자 본인 또는 의료 제공자가 당사 규정이 해당 상황에 적용되어서는 안 된다고 생각하시는 경우 당사에 예외 인정 요청을 하십시오. 당사는 추가 단계 없이 의약품을 사용하실 수 있도록 동의할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

1. 복제약 버전 구입이 가능한 경우 브랜드약 사용 제한

일반적으로 복제약은 브랜드약과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다. 대부분의 경우에서 브랜드약의 복제약 버전이 있는 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서는 복제약 버전을 드립니다.

- 보통 복제약 버전이 있는 경우 당사는 브랜드약 비용을 지급하지 않습니다.
- 그러나, 담당 의료 제공자가 복제약이 귀하에게 효과가 없을 것이라는 의학적 이유를 당사에 설명하거나 귀하의 처방약에 대해 브랜드약의 "대체 의약품 없음"이라고 기재했거나 동일한 질환을 치료하는 복제약 또는 다른 혜택 대상 의약품이 귀하에게 효과가 있을 것이라는 의학적 이유를 당사에 설명한 경우, 당사는 브랜드약 비용을 지급합니다.

2. 플랜의 사전 승인 받기

일부 의약품의 경우, 처방약을 받기 전에 회원님 본인 또는 담당 의사가 당사 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 의약품에 혜택을 적용해 해드릴 수 없습니다.

3. 다른 약을 먼저 시도

일반적으로, 당사는 더 고가의 의약품에 혜택을 적용하기 전에 회원님께 효과가 동일하면서 상대적으로 저가인 의약품을 시도해 보시기를 원합니다. 예를 들어 약 A와 약 B가 동일한 의학적 상태를 치료하고, 약 A가 B보다 비용이 적게 드는 경우에 저희는 약 A를 먼저 시도하도록 요구할 수 있습니다.

약 A가 효능이 **없으면** 저희는 약 B를 보장해 드립니다. 이것을 단계적 치료법이라고 합니다.

4. 수량 한도

일부 의약품의 경우에 저희는 가입자가 받을 수 있는 약의 양을 제한합니다. 이것을 수량 한도라고 합니다. 예를 들어, 처방전을 조제할 때마다 가입자가 받을 수 있는 약의 양을 제한할 수 있습니다.

위와 같은 규정이 회원님이 현재 복용하고 있거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면 당사 의약품 목록을 확인해 보십시오. 최신 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화 문의하시거나 당사 웹 사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오. 당사의 혜택 적용 또는 예외 인정 요청 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 제9장의 섹션 E를 참조하십시오.

D. 의약품에 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유

당사에서는 회원님의 의약품 혜택을 효과적으로 이용하실 수 있도록 애쓰고 있지만 원하시는 대로 혜택이 적용되지 않는 의약품도 있을 수 있습니다. 예를 들어,

- 당사 플랜에서 회원님이 복용하고자 하는 의약품에 대해서는 혜택을 적용하지 않습니다. 해당 의약품이 당사 의약품 목록에 없을 수 있습니다. 당사에서는 회원님이 복용하려는 브랜드약의 복제약 버전에는 혜택을 적용하지만 해당 브랜드약에 대해서는 혜택을 적용하지 않을 수 있습니다. 새로운 약이므로 당사에서 아직 그 안전성과 효과성이 검토되지 않았습니다.
- 당사 플랜은 해당 약에 대해 혜택을 적용하지만 그 약에 대한 혜택 적용에 특별 규정이나 한도가 있습니다. 위 섹션의 설명처럼 당사 플랜의 혜택 대상인 의약품 중에는 그 사용을 제한하는 규정이 적용되는 의약품이 있습니다. 회원님 본인 또는 처방자가 예외 인정을 요청하고자 하는 경우도 있습니다.

당사에서 회원님이 원하는 대로 의약품에 혜택을 적용하지 않는 경우 다음 조치를 취하실 수 있습니다.

D1. 임시 공급분 받기

약이 당사 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한되어 있는 경우 그 약의 임시 공급분을 드릴 수 있습니다. 이렇게 하면 다른 약을 받는 것에 대해 서비스 제공자와 이야기하거나 그 약에 대한 보장을 저희에게 요청할 수 있는 시간이 생깁니다.

임시 공급분을 받으려면 반드시 아래 규정 두 가지를 충족해야 합니다.

1. 복용하고 계신 의약품이
   - 더 이상 당사 의약품 목록에 없습니다. **또는**
   - 과거에도 저희 의약품 목록에 없었습니다. **또는**
   - 현재 어떤 식으로든 제한되고 있습니다.
2. 다음 상황 중 하나에 해당해야 합니다.
   - 작년에 당사 플랜에 가입했습니다.
     - **달력 기준 해당 연도의첫 (90)일 기간 동안**에는 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지불합니다.
     - 임시 공급분은 (31)일분으로 제한됩니다.
     - 처방전 대상 기간이 (31)일 미만인 경우 해당 의약품을 31일분까지 여러 번 반복 조제받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 네트워크 소속 약국에서 처방전으로 약을 받아야 합니다.
     - 장기 케어 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수 있습니다.
   - 당사 플랜에 새로 가입했습니다.
     - 당사 플랜의 멤버십 신규 가입일로부터 **첫 (90)일 동안에는 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지급합니다.**
     - 임시 공급분은 (31)일분으로 제한됩니다.
     - 처방전 대상 기간이 (31)일 미만인 경우 해당 의약품을 31일분까지 여러 번 반복 조제받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 네트워크 소속 약국에서 처방전으로 약을 받아야 합니다.
     - 장기 케어 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수 있습니다.
   - 당사 플랜 가입 기간이 (90)일을 초과했고 장기 케어 시설 거주자이며 약 공급이 즉시 필요합니다.
     - 1회에 한해 (31)일분 또는 처방전 기간이 그보다 짧은 경우 그 미만 동안 의약품 비용을 당사가 부담합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.
     - 당사의 전환기 정책은 "파트 D" 의약품으로, 네트워크 소속 약국에서 구입하는 경우에 한해 적용됩니다. 전환기 정책은 회원님이 네트워크 비소속 약국 이용 요건을 충족하는 경우를 제외하고, 파트 D 의약품이 아니거나 네트워크 비소속 약국에서 구입하는 경우에는 적용이 불가능합니다.

D2. 임시 공급분 요청

의약품 임시 공급분을 요청하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오.

의약품 임시 공급분을 받는 경우 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 의료 제공자와 상의해 결정하셔야 합니다. 선택지는 다음과 같습니다.

- 다른 의약품으로 변경합니다.

  당사의 플랜이 회원님에게 적합한 다른 의약품을 보장할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화해 동일한 질환을 치료하는 당사의 혜택 대상 의약품 목록을 요청합니다. 이 목록은 담당 의료 제공자가 회원님께 효과가 있는 혜택 대상 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

  또는

- 예외 인정을 요청합니다.

  회원님과 해당 의료 제공자는 당사에 예외 인정을 요청하실 수 있습니다. 예를 들어, 당사 의약품 목록에 없는 의약품을 보장해 줄 것을 요청하거나 의약품을 한도 없이 보장해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 담당 의료 제공자가 회원님에게 예외에 대한 타당한 의학적 이유가 있다는 의견을 제시할 경우, 예외 인정을 요청하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

D3. 예외 인정 요청

복용하고 계신 약이 내년에 당사 의약품 목록에서 빠지거나 어떤 식으로든 제한될 예정인 경우 다음 해가 돌아오기 전에 예외 인정을 요청하실 수 있습니다.

- 다음 해 혜택 적용 변경 사항이 발생하는 경우 그 내역을 알려드리도록 하겠습니다. 예외 인정을 요청하시고 다음 해에 혜택이 적용되었으면 하는 방식으로 혜택을 적용해 줄 것을 요청하십시오.
- 예외 인정 요청을 하시면 요청(또는 의료 제공자의 근거 진술서)을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 응답해 드립니다.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부나 담당 케이스 관리자에게 연락하시기 바랍니다.

E. 의약품에 대한 혜택 적용 변경

당사 의약품 혜택 적용 변경은 대부분 1월 1일에 발생합니다. 하지만 연중 수시로 의약품 목록의 의약품이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 당사는 또한 의약품에 대한 당사 규정을 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는

- 의약품에 대한 사전 승인(PA)을 요구하거나 요구하지 않기로 결정할 수 있습니다(회원님이 의약품을 이용하기에 앞서 당사의 허가를 받는 것).
- 회원님이 이용할 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경할 수 있습니다(수량 한도).
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가하거나 변경할 수 있습니다(당사에서 다른 의약품에 혜택을 적용하기에 앞서 회원님이 어떤 의약품을 시도해야 합니다).

이러한 의약품 규정에 대한 자세한 정보는 **섹션 C**를 참조하십시오.

당사에서 **연초**에 보장했던 의약품을 복용하시는 경우 다음의 경우를 제외하고는 일반적으로 **해당 연도의 남은 기간 동안** 해당 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

- 현재 당사 의약품 목록에 있는 의약품과 효능은 동일한데 더 저렴한 새로운 의약품이 나온 경우

  또는

- 해당 의약품이 안전하지 않다는 사실을 알게 된 경우 **또는**
- 의약품이 시장에서 더 이상 판매되지 않는 경우

당사 의약품 목록 변경에 따른 결과에 대한 자세한 정보는 다음 방법으로 확인할 수 있습니다.

- www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 온라인으로 현재 의약품 목록을 확인, **또는**
- 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 연락하여 당사의 현재 의약품 목록을 확인

당사 의약품 목록의 일부 변경 사항은 **즉시** 효력이 발생합니다. 예를 들어,

- **새로운 복제약이 출시됩니다.** 가끔씩 현재 의약품 목록에 있는 브랜드약과 효능은 동일한데 더 저렴한 복제약이 나오는 경우도 있습니다. 이 경우 현재 브랜드약을 삭제하고 새 복제약을 추가할 수 있지만 신규 의약품에 대해 회원님이 부담하는 비용은 동일합니다.

  새로운 복제약을 추가하면, 현재 브랜드약을 목록에 계속 유지하면서 혜택 적용 규정 또는 제한 사항은 변경하도록 할 수도 있습니다.

  - 변경 전에는 회원님에게 알려드리지 않지만, 변경한 이후에는 특정 변경 사항에 대한 정보를 발송해 드립니다.
  - 회원님 또는 담당 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 "예외" 인정을 요청할 수 있습니다. 예외 인정 요청을 위해 취할 수 있는 절차가 포함된 통지서를 보내 드립니다. 예외 인정에 관한 자세한 내용은 이 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

- **의약품이 시장에서 판매 중단되었습니다.** FDA에서 회원님이 복용하고 있는 의약품을 안전하지 않다고 판단하거나 의약품의 제조업체가 시장에서 의약품 판매를 중단한 경우 당사는 해당 의약품을 당사 의약품 목록에서 삭제합니다. 해당 의약품을 복용하고 있는 회원님께 관련 사실을 알려드립니다.

회원님이 복용하는 의약품에 영향을 미치는 다른 변경이 발생할 수 있습니다. 당사 의약품 목록에 다른 변경 사항이 있으면 사전에 알려드립니다. 이러한 변경은 다음과 같은 경우 발생할 수 있습니다.

- FDA에서 새로운 지침을 제공하거나 의약품에 대한 새로운 임상 지침이 나오는 경우
- 당사가 시장에 출시되지 않은 복제약을 추가하는 경우 **및**
  - 현재 당사 의약품 목록에 있는 브랜드약을 교체하는 경우 **또는**
  - 브랜드약에 대한 혜택 적용 규정 또는 제한 사항을 변경하는 경우

- 당사가 복제약을 추가하는 경우 **및**
  - 현재 의약품 목록에 있는 브랜드약을 교체하는 경우 **또는**
  - 브랜드약에 대한 혜택 적용 규정 또는 제한 사항을 변경하는 경우

이러한 변경 사항이 생기면 당사는 다음 절차를 수행합니다.

- 당사 의약품 목록을 변경하기 최소 (30)일 전에 회원님께 **알려드리거나**
- 회원님께서 반복 조제를 요청하신 후 (31)일간 해당 의약품을 공급해 드리겠습니다.

이 기간 동안 담당 의사나 기타 처방자와 상의하실 수 있습니다. 회원님이 다음을 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

- 대체할 수 있는 유사한 의약품이 당사 의약품 목록에 있는 경우 **또는**
- 이러한 변경 사항에 대한 예외 인정을 요청해야 하는 경우. 예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

지금은 영향을 미치지 않지만, 회원님이 복용하는 의약품에 대한 변경이 발생할 수 있습니다. 이 경우 **연초**에 혜택 적용 대상이었던 의약품을 복용 중이면 일반적으로 **해당 연도의 남은 기간 동안** 해당 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

예를 들어, 당사에서 회원님께서 복용 중인 의약품을 삭제하거나 해당 의약품에 대한 회원 부담 비용을 늘리거나 의약품 사용을 제한하는 경우, 그러한 변경 사항은 의약품 사용에 영향을 미치지 않습니다. 또는 해당 연도의 남은 기간 동안에는 해당 의약품에 대한 회원 부담 비용에 영향을 미치지 않습니다.

F. 특수한 경우의 의약품 혜택 적용

F1. 당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우

당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하시는 경우 보통 입원 중 처방약 비용을 당사가 지급합니다. 회원님께서는 자기부담금을 지급하지 않습니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원하신 후에는 해당 약품이 당사의 혜택 적용 규정을 모두 충족하는 경우 의약품에 혜택을 적용합니다.

의약품 혜택 적용 및 회원 부담 비용에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제6장**을 참조하십시오.

F2. 장기 케어 시설에 있는 경우

요양 시설 같은 장기 케어(LTC) 시설에는 보통 자체 약국 또는 전체 거주 환자들에게 의약품을 공급하는 약국이 있습니다. 장기 케어 시설에 거주하고 계시다면, 해당 약국이 당사 네트워크 소속인 경우 그 시설의 약국을 통해 처방약을 받으실 수 있습니다.

해당 장기 케어 시설의 약국이 당사 네트워크 소속인지 알아보려면 의료 제공자 및 약국 명부를 확인하십시오. 네트워크 소속이 아닌 경우, 또는 자세한 정보가 필요하신 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F3. Medicare 인증 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우

의약품은 호스피스와 저희 플랜이 동시에 보장하지 않습니다.

- 회원님이 Medicare 호스피스에 등록되어 있고 말기 예후 및 관련 질병과 무관하여 호스피스 프로그램의 혜택을 받지 못하는 진통제, 항구토제, 설사약 또는 항불안제가 필요한 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우, 당사 플랜이 의약품에 대한 혜택을 제공하기에 앞서 처방자 또는 회원님의 호스피스 제공자로부터 해당 의약품이 말기 질병과 무관하다는 통지를 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 혜택이 적용되어야 하는 질병과 무관한 의약품의 수령이 지연되지 않도록 회원님은 약국에 처방약을 요청하기 전에 당사가 해당 의약품이 질병과 무관하다는 통지를 받을 수 있도록 담당 호스피스 제공자 또는 처방자에게 요청할 수 있습니다.

호스피스를 나온 경우 당사 플랜의 혜택이 회원님의 모든 의약품에 적용됩니다. 약국에서의 지연을 방지하기 위해, Medicare 호스피스 혜택이 종료된 경우 약국에 호스피스를 나왔다는 사실을 증명하는 문서를 지참하십시오.

당사 플랜이 적용되는 의약품에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제4장**을 참조하십시오.

G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램

G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램

회원님이 처방약을 조제할 때마다 당사는 약물 오류 또는 다음과 같은 가능한 약물 문제가 있는지 찾아봅니다.

- 회원님께서 동일한 효과가 있는 다른 약을 복용하고 있으므로 불필요할 수도 있음
- 회원님의 연령이나 성별에 안전하지 않을 수 있음
- 동시에 복용할 경우 위험할 수 있음
- 알레르기가 있거나 있을 수 있는 성분이 들어 있음
- 오피오이드 진통제 양이 안전하지 않음

처방약 사용과 관련해 문제점이 발견되는 경우 의료 제공자와 협의해 문제를 시정합니다.

G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램

당사 플랜에는 복잡한 의료 요구 사항이 있는 가입자를 돕는 프로그램이 있습니다. 이러한 경우 약물 치료 요법(MTM) 프로그램을 통해 회원님의 부담 없이 서비스를 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 이 프로그램은 자발적이며 무료입니다. 이 프로그램은 회원님과 의료 제공자가 해당 약물이 건강을 개선하는 데 효과가 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 회원님이 프로그램에 참가할 자격이 있는 경우, 약사 또는 다른 의료 전문가가 회원님께서 복용하는 모든 의약품에 대한 포괄적 검토를 제공하며 다음 사안에 대해 상담합니다.

- 복용하는 약물로부터 최대의 유익을 얻는 방법
- 약물 비용 및 의약품 반응과 같은 우려 사항

- 최상의 약물 복용 방법
- 처방약과 일반의약품에 대한 질문 또는 문제

이때 다음과 같은 사항이 제공됩니다.

- 상담에 대한 요약서. 요약서에는 의약품을 최대한 잘 활용하기 위한 권장 사항이 포함된 의약품 조치 계획이 있습니다.
- 복용하는 모든 의약품 종류 및 복용 이유가 기재된 개인 의약품 목록
- 규제 약물인 처방약을 안전하게 폐기하는 방법에 대한 정보

조치 계획과 의약품 목록에 대해 담당 의사와 상의하는 것이 좋습니다.

- 담당 의사, 약사 및 다른 의료 제공자들을 방문하거나 상담 시 치료 계획 및 의약품 목록을 지참하십시오.
- 병원 또는 응급실 방문 시에도 의약품 목록을 지참하십시오.

MTM 프로그램은 자격을 갖춘 회원님께서 자발적으로 이용할 수 있는 무료 프로그램입니다. 회원님의 필요 사항에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 당사에서 그 프로그램에 가입 처리한 후 관련 정보를 보내드립니다. 프로그램 가입을 원치 않으시는 경우 저희에게 알려 주시면 제외시키도록 하겠습니다.

프로그램과 관련해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램

Molina 플랜에는 쉽게 오용되는 처방 아편류 의약품 또는 다른 의약품을 회원님이 안전하게 사용할 수 있도록 지원하는 프로그램이 있습니다. 이 프로그램을 약물 관리 프로그램(DMP)이라 합니다.

여러 의사나 약국으로부터 받은 아편류 의약품을 사용하거나 최근에 오피오이드를 과다 복용한 경우, 당사는 회원님의 아편류 의약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 담당 의사와 상의할 수 있습니다. 담당 의사와의 협의를 통해 당사가 회원님의 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 의약품 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 해당 의약품을 받는 방법을 제한할 수 있습니다. 다음과 같은 제한이 적용될 수 있습니다.

- 특정 약국 및/또는 특정 의사에게서 이러한 의약품에 대한 처방을 모두 받도록 요구합니다.
- 혜택 대상 의약품의 양을 제한합니다.

하나 이상의 제한이 적용되어야 한다고 생각될 경우 사전에 안내 서한을 보내드립니다. 서한에는 이러한 의약품의 혜택 적용을 제한할 것인지, 또는 특정 의료 제공자나 약국에서만 해당 의약품에 대한 처방을 받아야 하는지가 설명됩니다.

회원님이 선호하는 의사나 약국 및 중요하다고 생각되는 정보가 있는 경우, 이를 당사에 알려 주십시오. 회원님이 응답할 기회가 있을 때 이러한 의약품에 대한 혜택 적용을 당사가 제한하기로 결정한 경우, 당사는 회원님에게 제한 내용을 확인하는 서한을 별도로 보내 드립니다.

당사가 잘못 판단했다고 생각하며, 처방약 오용의 위험이 있다는 점에 반대하거나 제한 사항에 반대하는 경우, 회원님 또는 담당 처방자는 이의를 제기할 수 있습니다. 회원님이 이의를 제기할 경우, 당사는 회원님의 케이스를 심사하고 서면으로 결정을 내릴 것입니다. 이러한 의약품에 대한 회원님의 접근 제한과 관련하여 회원님의 이의 제기

의 일부를 당사가 계속 거부하는 경우, 당사는 회원님의 케이스를 자동으로 독립 심사 기관(Independent Review Organization)으로 보냅니다. 이의 제기와 독립 심사 기관(IRO)에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

다음과 같은 경우 DMP가 적용되지 않을 수 있습니다.

- 암 또는 겸상 세포 질환 등의 특정 의료 질환이 있는 경우
- 호스피스, 완화치료 또는 생애 말기치료를 받고 있는 경우 **또는**
- 장기 케어 시설에 있는 경우

제6장: Medicare 및 Medi-Cal Medicaid 처방약에 대한 회원 부담 비용

소개

이 장에서는 외래 환자 처방약에 대해 회원이 부담하는 비용에 대해 설명합니다. "의약품"이란 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 처방약 **그리고**
- Medi-Cal Rx 혜택 대상 의약품 및 품목 **그리고**
- 추가 혜택으로 당사 플랜에서 보장하는 의약품 및 품목

회원님께서는 Medi-Cal 수혜 자격을 충족하시므로 Medicare 파트 D 처방약 비용 지급에 도움이 되도록 Medicare에서 "추가 지원(Extra Help)"을 받으시게 됩니다. "처방약에 대한 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 추가 조항"(이하 "저소득 보조금 추가 조항" 또는 "LIS 추가 조항"이라고도 함)이라는 별도의 안내 자료를 포함했습니다. 이 자료에는 귀하의 의약품 혜택 적용에 대한 내용이 나와 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 "LIS 추가 조항"을 요청하십시오.

> **추가 지원**은 소득과 재원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 "저소득 보조금(Low-Income Subsidy, LIS)"이라고도 합니다.

기타 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

처방약에 대해 자세히 알아보려면 다음을 참고하십시오.

- 당사의 혜택 대상 의약품 목록.
  - 이것을 "의약품 목록"이라고 합니다. 이것으로는 다음을 알 수 있습니다.
    - 플랜이 비용을 지불하는 의약품의 종류
    - 의약품에 제한 적용 여부
  - 의약품 목록이 필요하시면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 또한 웹 사이트(www.MolinaHealthcare.com/Medicare.)에서도 최신 버전의 당사 의약품 목록을 확인할 수 있습니다.
  - 약국에서 구입할 수 있는 대부분의 처방약은 Molina Medicare Complete Care Plus로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 가입자 핸드북의 제5장.
  - 제5장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약을 받는 방법이 나와 있습니다.
  - 여기에는 가입자가 준수해야 하는 규정이 포함되어 있습니다. 또한 당사 플랜의 혜택 대상이 아닌 처방약 유형에 대한 설명도 있습니다.

- 플랜의 "실시간 혜택 도구"를 사용하여 의약품 혜택 적용을 조회할 때(제5장, 섹션 B2 참조) 표시되는 비용은 "실시간"으로 제공됩니다. 다시 말해, 도구에 표시되는 비용은 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금 비용의 추정치를 제공하기 위해 특정 시점을 반영합니다. 자세한 정보는 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다.

- 의료 제공자 및 약국 명부.
  - 대부분의 경우 혜택 대상 의약품을 받으려면 네트워크 소속 약국을 이용해야 합니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협력 계약을 맺고 있는 약국들입니다.
  - 의료 제공자 및 약국 명부에 네트워크 소속 약국 목록이 나와 있습니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

차례

A. 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB) 133
B. 의약품 비용 추적 방법 133
C. 처방약 1개월분 또는 장기 공급분에 대한 회원 부담 비용 없음 135
C1. 의약품 장기 공급분 받기 135
C2. 회원 부담 비용 135
C3. 약국 선택 136
C4. 의약품 장기 공급분 받기 136
C5. 회원 부담 비용 137
D. 의사가 한 달 공급분 미만의 의약품을 처방할 경우 의약품 비용 137
E. Medicare의 HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원 138
E1. AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP) 138
E2. ADAP에 등록되지 않은 경우 138
E3. ADAP에 등록된 경우 138
F. 예방접종 138
F1. 예방접종 전 알아야 할 사항 139
F2. Medicare 파트 D에서 보장하는 예방접종에 대한 회원 부담 비용 139

A. 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)

당사 플랜은 회원님의 처방약을 추적합니다. 당사는 두 가지 유형의 비용을 추적합니다.

- 회원님의 **본인부담금 비용**. 회원님 또는 회원님을 대신한 누군가가 회원님의 처방약에 대해 지급하는 금액입니다.
- 회원님의 **총 의약품 비용**. 회원님 또는 회원님을 대신한 누군가가 회원님의 처방약에 대해 지급하는 금액과 당사에서 지급하는 금액을 합한 것입니다.

회원님이 당사 플랜을 통해 처방약을 받는 경우, 회원님께 혜택 설명서라는 요약서를 보내 드립니다. 짧게 줄여서 EOB라고 합니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 가격 인상, 비용 분담이 더 낮은 이용 가능한 기타 의약품 등 회원님이 복용하는 의약품에 대한 추가 정보가 있습니다. 이러한 저렴한 옵션에 대해 처방자와 상의하실 수 있습니다. EOB에는 다음과 같은 내용이 포함됩니다.

- **해당 월에 대한 정보**. 요약에는 이전 달에 어떤 처방약을 받았는지가 나와 있습니다. 총 의약품 비용, 당사에서 지급한 항목 그리고 회원님 및 회원님을 대신한 누군가가 지급한 항목이 표시됩니다.
- **연초 누계 정보.** 회원님의 총 의약품 비용과 1월 1일 이후에 지급된 총 금액입니다.
- **의약품 비용 정보.** 의약품의 총 가격과 첫 번째 조제 이후 의약품 가격의 변동률입니다.
- **저가 대체 의약품**. 사용 가능한 경우, 현재 의약품 아래의 요약에 표시됩니다. 처방자에게 보다 자세한 내용을 문의하실 수 있습니다.

당사는 Medicare가 적용되지 않는 의약품에 대한 보장을 제공합니다.

- 그러한 의약품 비용으로 지급된 금액은 회원님의 총 본인부담금 산정에 포함되지 않습니다.
- 당사는 또한 일부 일반의약품에 대해서도 비용을 부담합니다. 회원님은 이러한 의약품에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.
- 약국에서 구입할 수 있는 대부분의 처방약은 플랜으로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오. 당사 플랜의 혜택이 적용되는 의약품을 확인하려면 당사의 의약품 목록을 참조하십시오.

B. 의약품 비용 추적 방법

회원님의 의약품 비용 및 지급 금액을 추적하기 위해, 당사는 회원님과 해당 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 다음과 같이 하시면 당시에 도움이 됩니다.

1. 가입자 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 받을 때는 반드시 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 그렇게 하면 저희가 회원님께서 어느 처방전 약을 받아가셨는지, 비용을 얼마나 지급하셨는지 알 수 있습니다.

2. 당사에 필요한 정보가 있는지 확인하십시오.

비용을 지급하신 혜택 대상 의약품의 구매 영수증 사본을 제출해 주십시오. 당사에 의약품 비용 중 당사 분담금을 환급해 달라고 요청하시면 됩니다.

구매 영수증 사본을 제출해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 네트워크 소속 약국에서 특별 가격으로 또는 당사 플랜 혜택의 일부가 아닌 할인 카드를 사용하여 혜택 대상 의약품을 구입하는 경우
- 의약품 제조사의 환자 지원 프로그램을 통해 받은 의약품에 대해 자기부담금을 지불하는 경우
- 네트워크 비소속 약국에서 혜택 대상 의약품을 구입하는 경우
- 혜택 대상 의약품에 대해 전체 가격을 지불하는 경우

이미 비용을 지급한 의약품에 대해 당사에 당사 분담금 환급을 요청하는 방법에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제7장**을 참조하십시오.

3. 다른 사람이 회원님을 대신해 지급한 금액에 관한 정보를 제출해 주십시오.

다른 사람 및 단체가 지급한 금액도 회원님 본인의 본인 부담금 비용 산정에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 의약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP), 인디언 의료 서비스(IHS) 및 대부분의 자선 단체가 지급한 금액은 회원님의 본인부담금 비용 산정에 포함됩니다. 이는 고액 보장에 대한 자격을 충족하는 데 도움이 될 수 있습니다. 고액 보장 단계에 도달하면 당사 플랜은 해당 연도의 남은 기간 동안 회원님의 Medicare 파트 D 의약품에 대한 모든 비용을 지불합니다.

4. 저희가 보내드리는 EOB를 확인하십시오.

우편을 통해 EOB를 받으시면 반드시 빠진 부분은 없는지, 정확한지 확인해 보십시오.

- **각 약국의 이름을 알고 있습니까?** 날짜를 확인하십시오. 그날 의약품을 받으셨습니까?
- **목록에 있는 의약품을 받으셨습니까?** 의약품이 영수증에 나와 있는 것과 일치합니까? 의약품이 의사가 처방한 약과 일치합니까?

자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 전화로 문의하시거나 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 핸드북에서 확인할 수 있습니다.

이 요약서에서 오류를 발견하면 어떻게 합니까?

이 EOB에 헷갈리는 내용이 있거나 잘못된 내용이 있는 것 같다면, Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 또한 당사 웹 사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서도 여러 질문에 대한 답을 찾을 수 있습니다.

사기 행위 가능성은 어떻습니까?

이 요약서에 귀하가 복용하지 않는 의약품이나 기타 의심스러운 내용이 나와 있다면 당사에 문의하시기 바랍니다.

- Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부로 전화하십시오.
- 또는 Medicare(1-800-MEDICARE(1-800-633-4227))로 전화할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴, 무료로 이용하실 수 있습니다.
- Medi-Cal 혜택을 받는 의료 제공자가 사기, 낭비 및 남용 행위를 저지른 것으로 의심되는 경우 회원은 수신자 부담 비밀 전화번호 1-800-822-6222로 전화하여 이를 신고할 권리가 있습니다. Medi-Cal 사기 행위를 신고하는 다른 방법은 다음 사이트에서 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

설명서에 뭔가 잘못되었거나 누락된 부분이 있다고 생각되는 경우 또는 궁금한 점이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다. EOB를 보관하십시오. 회원님의 의약품 비용에 대한 중요한 기록입니다.

C. 처방약 1개월분 또는 장기 공급분에 대한 회원 부담 비용 없음

당사 플랜에서는 당사 규정을 준수하시는 한 혜택 대상 의약품에 대한 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

의약품에 혜택이 적용되지 않는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해서는 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오. 약국 선택에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제5장**과 당사의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

C1. 의약품 장기 공급분 받기

일부 의약품의 경우 처방약을 받을 때 장기 공급분("연장 공급분"이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 (90)일분까지 가능합니다.

의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 받는지에 대한 설명은 가입자 핸드북 **제5장** 또는 당사의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

C2. 회원 부담 비용

가입자 서비스부에 문의하여 혜택 대상 의약품에 대한 자기부담금을 확인하십시오.

약국에서 구입할 수 있는 대부분의 처방약은 플랜으로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

다음을 통해 보장되는 처방약 1개월분을 공급받을 때 가입자가 부담하는 비용:

	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31일분	**플랜의 우편 주문 서비스** 1개월 또는 최대 31일분	**네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국** 최대 31일분	**네트워크 비소속 약국** 최대 31일분 혜택 적용은 일부 케이스로 제한됩니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.
복제약(브랜드약 아님)	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원
브랜드약	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원

어느 약국이 장기 공급분을 제공해 줄 수 있는지에 대한 정보는 당사 플랜의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

C3. 약국 선택

의약품에 대한 본인 부담 금액은 약을 어디서 구입하는지에 따라 결정됩니다.

- 네트워크 소속 약국 **또는**
- 네트워크 비소속 약국

당사는 일부 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제 받은 처방약 비용을 부담합니다. 어떤 경우에 적용되는지 알아보려면 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

이러한 선택에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제5장**과 당사의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

C4. 의약품 장기 공급분 받기

일부 의약품의 경우 처방약을 받을 때 장기 공급분("연장 공급분"이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 최대 (90)일분까지 가능합니다.

의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 받는지에 대한 설명은 가입자 핸드북 **제5장** 또는 당사 플랜의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

C5. 회원 부담 비용

처방약을 받을 때 자기부담금을 지불할 수도 있습니다. 보장약 비용이 자기부담금보다 적으면 더 낮은 금액을 지불합니다.

가입자 서비스부에 문의하여 혜택 대상 의약품에 대한 자기부담금을 확인하십시오.

다음을 통해 보장되는 처방약 1개월분 또는 장기 공급분을 받을 때 가입자가 부담하는 비용:

	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31일분	**플랜의 우편 주문 서비스** 1개월 또는 최대 31일분	**네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국** 최대 31일분	**네트워크 비소속 약국** 최대 31일분 혜택 적용은 일부 케이스로 제한됩니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.
복제약(브랜드약 아님)	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원
브랜드약	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원	31일분에 대하여 $0 및 저소득 보조금/추가 지원

어느 약국이 장기 공급분을 제공해 줄 수 있는지에 대한 정보는 당사의 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

D. 의사가 한 달 공급분 미만의 의약품을 처방할 경우 의약품 비용

경우에 따라, 회원님은 혜택 대상 의약품 1개월분에 대한 자기부담금을 지불합니다. 그러나 담당 의사가 1개월분 미만의 의약품을 처방할 수 있습니다.

- 의사에게 1개월분 미만을 처방해 달라고 요청하고자 하는 경우도 있습니다(예를 들어 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약물을 처음 복용하는 경우).
- 의사가 동의하는 경우 가입자가 특정 의약품에 대한 1개월분 비용을 지불하지 않습니다.

1개월분 미만의 의약품을 받는 경우, 회원님이 지불하는 금액은 구입하는 의약품 복용 일수를 기준으로 합니다. 의약품에 대해 회원님이 하루에 지불하는 금액("일일 비용 분담률")을 계산하여 약물을 복용하는 일수를 곱합니다.

- 예를 들어, 의약품 1개월분(30일분)에 대한 자기부담금이 $1.35라고 가정해 보겠습니다. 즉, 회원님이 의약품에 대해 지불하는 금액은 1일 $0.05 미만입니다. 의약품 7일분을 받는 경우, 회원님이 지불하는 금액은 1일 $0.05 미만이며, 여기에 7일을 곱하면 총 지불 금액은 $0.35 미만이 됩니다.

- 일일 비용 부담을 통해 1개월분에 대한 비용을 지불하기 전에 의약품이 효과가 있는지 확인할 수 있습니다.
- 다음을 돕기 위해, 의료 제공자에게 1개월분 미만의 의약품을 처방하도록 요청할 수도 있습니다.
  - 의약품 반복 제조 시기를 더 적절하게 계획
  - 복용하는 다른 의약품과 맞게 반복 제조 시기 조정 **그리고**
  - 약국 방문 횟수 감소

E. Medicare의 HIV/AIDS 환자를 위한 처방약 비용 분담 지원

E1. AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)

ADAP는 HIV/AIDS를 앓고 있는 유자격 개인이 생명을 구하는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 돕습니다. ADAP에서도 혜택을 제공하는 외래 환자 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP에 등록된 환자를 위한 California Department of Public Health, Office of AIDS를 통해 처방 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

E2. ADAP에 등록되지 않은 경우

자격 기준, 혜택 대상 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 관한 자세한 내용은 1-844-421-7050으로 문의하거나 ADAP 웹 사이트 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.
를 참조하십시오.

E3. ADAP에 등록된 경우

ADAP는 ADAP 고객에게 ADAP 처방규정에 대한 Medicare 파트 D 처방 비용 분담 지원을 지속적으로 제공할 수 있습니다. 이러한 지원을 계속 받기 위해서는 Medicare 파트 D 플랜 명칭 또는 보험 증서 번호가 변경되는 경우 현지 ADAP 등록 담당자에게 알리십시오. 가장 가까운 ADAP 등록 사이트 및/또는 등록 담당자를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 1-844-421-7050으로 전화하거나 위 웹 사이트를 참조하십시오.

F. 예방접종

백신에 대한 회원 부담 비용에 대한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. Medicare 파트 D 의약품으로 간주되는 백신도 있습니다. 이러한 백신은 플랜의 혜택 대상 의약품 목록(처방규정)에서 확인할 수 있습니다. 당사 플랜에서는 본인부담금 없이 대부분의 성인용 Medicare 파트 D 백신 비용을 부담합니다. 특정 백신에 대한 혜택 적용 및 비용 분담 세부 내용은 플랜의 혜택 대상 의약품 목록(처방규정)을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 예방접종에 대한 당사 플랜 혜택 적용은 2개 부분으로 나뉩니다.

1. 혜택 적용 첫 번째 부분은 **백신 자체 비용**에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 혜택 적용 두 번째 부분은 **접종 비용**에 대한 것입니다. 예를 들어, 의사가 주사로 백신을 접종하는 경우도 있습니다.

F1. 예방접종 전 알아야 할 사항

예방접종 계획이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 전화해 주시기 바랍니다.

- 당사 플랜의 예방접종 보장 내역과 회원님이 부담하는 비용에 대해 알려드립니다.
- 네트워크 소속 약국과 의료 제공자를 이용하여 비용을 절감하는 방법을 알려드립니다. 네트워크 소속 약국 및 의료 제공자는 당사와 협력 계약을 맺고 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사와 협력해 Medicare 파트 D 백신에 대해 회원이 선불 비용을 지불하지 않도록 합니다.

F2. Medicare 파트 D에서 보장하는 예방접종에 대한 회원 부담 비용

예방접종 비용은 백신 종류(예방접종 질병)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이 아닌 의료 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 본인부담금 없이 제공됩니다. 이러한 백신 혜택 적용에 관한 자세한 사항은 가입자 핸드북의 **제4장** 혜택 차트를 참조하십시오.
- Medicare 파트 D 의약품으로 간주되는 백신도 있습니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 의약품 목록에 포함되어 있습니다. Medicare 파트 D 백신에 대한 자기부담금을 지불해야 할 수도 있습니다. **Advisory Committee or Immunization Practices(ACIP)**라는 기관에서 성인에게 백신을 권장하는 경우 회원 부담 비용은 없습니다.

Medicare 파트 D 예방접종을 받을 수 있는 일반적인 세 가지 방법은 다음과 같습니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 접종합니다.
   - 대부분의 성인용 파트 D 백신의 경우 회원님 부담 비용은 없습니다.
   - 기타 파트 D 백신의 경우 해당 백신에 대해 회원 부담 비용이 **없거나** 자기부담금을 지불합니다.
2. 의사 진료실에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 의사가 접종합니다.
   - 해당 백신에 대해 회원 부담 비용이 **없거나** 의사에게 자기부담금을 지불합니다.
   - 당사 플랜이 접종 비용을 지불합니다.
   - 이 경우 의사 진료실에서 당사 플랜에 전화를 걸어 해당 백신에 대해 회원님 부담 비용이 **없거나** 자기부담금을 지불해야 한다는 사실을 확인해야 합니다.
3. 약국에서 Medicare 파트 D 백신 약물을 받아 의사 진료실에서 주사로 접종을 받습니다.
   - 대부분의 성인용 파트 D 백신의 경우 백신 자체에 대한 회원님 부담 비용은 없습니다.
   - 기타 파트 D 백신의 경우 해당 백신에 대해 회원 부담 비용이 **없거나** 자기부담금을 지불합니다.
   - 당사 플랜이 접종 비용을 지불합니다.

제7장: 혜택 대상 서비스 또는 의약품에 대해 수령한 청구서의 당사 분담금 지급 요청

소개

이 장에서는 당사에 지급을 요청하는 청구서를 언제 어떻게 보내야 하는지 설명합니다. 또한 회원이 혜택 적용 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하는 방법을 알려드립니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구 141
B. 당사에 지급 요청서를 발송하는 방법 144
C. 혜택 적용 결정 144
D 이의 제기 145

A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구

네트워크 내 서비스 또는 의약품에 대한 청구서는 회원님께 발송되지 않습니다. 당사 네트워크 소속 의료 제공자는 반드시 가입자가 이미 이용한 혜택 대상 서비스 및 의약품에 대해 플랜에 청구해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다.

본 플랜에서는 Molina Medicare Complete Care Plus 의료 제공자들이 이러한 서비스 또는 의약품에 대해 회원에게 대금을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 당사는 의료 제공자에게 직접 비용을 지불하며 회원님께서 어떤 비용도 부담하지 않도록 보호합니다.

의료 케어 또는 의약품의 전체 비용에 대해 청구서를 받으시는 경우, 지불하지 마시고 청구서를 당사에 제출해 주십시오. 당사에 청구서는 보내시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

- 당사에서 서비스 또는 의약품을 보장하는 경우 당사가 직접 지급할 것입니다.
- 혜택 대상 서비스 또는 의약품이고 이미 비용을 지급하신 경우, 비용을 환급받는 것이 회원님의 권리입니다.
  - 가입자가 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 저희가 환급해 드립니다.
- 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 환급을 받을 수 있습니다.
  - 가입자가 받은 서비스가 저희가 비용을 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. Molina Medicare Complete Care Plus로 보장되지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
  - 적격한 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자가 된 후 혜택 대상 서비스를 받았습니다.
  - 혜택 대상 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 요청합니다.
  - 서비스 제공자로부터 받은 세부적인 영수증 등 혜택 대상 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제공합니다.
  - 플랜 이름의 네트워크에 속한 Medi-Cal 등록 서비스 제공자로부터 혜택 대상 서비스를 받았습니다. 응급 케어, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 비소속 서비스 제공자가 사전 승인(사전 승인) 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 혜택 대상 서비스가 일반적으로 사전 승인(사전 승인)을 요구하는 경우에는 혜택 대상 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 서비스 제공자의 증거를 제공해야 합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus는 조치 통지서라는 서신으로 환급 여부를 알려드립니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우, Medi-Cal 등록 서비스 제공자는 가입자가 지불한 전체 금액을 그에게 반환해야 합니다. 서비스 제공자가 환급을 거부하는 경우에는 Molina Medicare Complete Care Plus에서 가입자가 지불한 전액을 환급할 것입니다. 저희는 청구를 접수한 후 영업일 기준 45일 이내에 환급해 드립니다. 서비스 제공자가 Medi-Cal에 등록되어 있지만 당사 네트워크 소속이 아니고 환급을 거부하는 경우, FFS Medi-Cal이 지불할 금액까지만 Molina Medicare Complete Care Plus에서 가입자에게 환급합니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 응급 서비스, 가족계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인 없이 네트워크 비소속 서비스 제공자가 제공할 수 있도록 허용한 기타 서비스에 대해 본인부담금 전액을 환급해 드립니다. 위의 조건 중 하나라도 충족되지 않으면 환급하지 않습니다.
- 다음과 같은 경우에는 환급하지 않습니다.
  - Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받았습니다(예: 미용 서비스).

- 해당 서비스가 Molina Medicare Complete Care Plus의 혜택 대상 서비스가 아닙니다.
- 가입자가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 가서 어쨌든 진찰받기를 원하며, 서비스 비용을 직접 지불할 것이라는 내용의 양식에 서명했습니다.

- 서비스 또는 의약품이 보장되지 않는 경우 알려드립니다.

질문이 있으시면 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오. 어떤 항목의 비용을 지불했어야 하는지 모르시거나 청구서를 받았는데 처리하는 방법을 모르시는 경우 저희가 도와드립니다. 이미 보낸 지불 요청에 대한 정보를 알려주고자 하는 경우에도 저희에게 전화해 주십시오.

다음은 저희에게 환급을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 요청해야 하는 경우의 예입니다.

1. 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 응급 또는 긴급하게 필요한 케어를 받으시는 경우

의료 제공자에게 당사에 청구할 것을 요청하십시오.

- 케어를 받을 때 비용 전액을 지불했다면 지불한 비용 중 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에 요청하십시오. 저희에게 청구서와 회원님께서 지급한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.
- 의료 제공자가 회원님은 본인 부담분이 아닌 것으로 판단하는 금액에 대해 청구서를 보낼 수 있습니다. 저희에게 청구서와 회원님께서 지급한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.
  - 의료 제공자에게 비용을 지불해야 하는 경우, 저희가 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
  - 이미 회원님이 Medicare 서비스에 대한 비용을 지불한 경우 환급해 드릴 것입니다.

2. 네트워크 소속 의료 제공자로부터 청구서를 받으신 경우

- 네트워크 소속 서비스 제공자는 항상 저희에게 비용을 청구해야 합니다. 모든 서비스나 처방약을 받을 때는 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 그러나 때때로 의료 제공자가 실수로 서비스 비용을 요구하기도 합니다. 청구서를 받을 경우 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 전화하십시오.
- Molina에서 가입자의 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다. 서비스 제공자는 이런 서비스에 대해 회원에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.
- 플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 공동 부담금을 지불합니다. 저희는 서비스 제공자가 이 금액보다 더 많이 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 서비스 제공자가 서비스에 대해 청구한 것보다 저희가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 저희가 일부 요금을 지불하지 않기로 결정하더라도 가입자가 그들에게 요금을 지불하지는 않습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자가 회원님이 지불해야 하는 금액보다 더 많은 비용을 청구했다고 생각되면, 당사에 해당 청구서를 보내주십시오. 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다.
- Medicare 보장 서비스에 대해 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받은 청구서를 이미 지불했는데 금액이 너무 많다고 생각되는 경우, 해당 청구서와 모든 지불 증거를 당사에 보내주십시오. 혜택 대상 서비스에 대해 환급하거나 **또는** 회원님이 지불한 금액과 당사 플랜에 따라 지불해야 하는 금액의 차액을 환급해 드립니다.

3. 당사 플랜에 소급하여 등록한 경우

경우에 따라 플랜 등록이 소급 적용될 수 있습니다. (즉, 등록 첫날이 지났다는 의미입니다. 심지어 작년이었을 수도 있습니다.)

- 가입자의 등록이 소급하여 적용되고, 등록일 이후에 청구서를 지불했다면 환급을 요청할 수 있습니다.
- 저희에게 청구서와 회원님께서 지급한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.

4. 처방약을 받기 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

네트워크 비소속 약국을 이용하시는 경우, 처방약 비용 전액을 회원님께서 부담합니다.

- 당사는 극히 일부의 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제 받은 처방약 비용을 부담합니다. 환급을 요청할 때 영수증 사본을 보내주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에 관한 자세한 정보는 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

5. 가입자 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 Medicare 파트 D 처방 비용 전액을 지불하는 경우

가입자 ID 카드를 소지하고 있지 않은 경우, 플랜에 전화하거나 등록 정보를 조회해 보라고 약국에 요청할 수 있습니다.

- 약국이 정보를 바로 확인할 수 없는 경우에는 가입자가 처방 비용 전액을 직접 지불하거나 가입자 ID 카드를 가지고 약국을 재방문해야 할 수 있습니다.
- 지불한 비용 중 당사 분담금을 환급해 달라고 당사에 요청하실 때 영수증 사본을 보내주십시오.

6. 혜택이 적용되지 않는 의약품에 대해 Medicare 파트 D 처방 비용 전액을 지불하는 경우

혜택 대상 의약품이 아니어서 처방약 비용 전액을 회원님께서 부담해야 할 수 있습니다.

- 해당 의약품이 당사 혜택 대상 의약품 목록(의약품 목록) 또는 웹 사이트에 없거나, 회원님이 모르셨거나 회원님께 적용되지 않는다고 생각했던 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 의약품 구입을 결정하는 경우 비용 전액을 회원님께서 부담해야 할 수 있습니다.
  - 의약품 비용을 회원님께서 지불하지 않지만 혜택 대상이어야 한다고 생각하시는 경우 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(가입자 핸드북의 **제9장** 참조).
  - 가입자와 담당 의사 또는 다른 처방자가 가입자에게 그 의약품이 즉시(24시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우, 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다(가입자 핸드북의 **제9장** 참조).
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 보내주십시오. 의약품 비용을 환급해 드리려면 회원님의 담당 의사 또는 다른 처방자로부터 의약품 비용 중 당사 분담금에 대해 더 자세한 정보를 받아야 하는 경우도 있습니다.

당사에 환급 요청을 제출하시면 요청을 검토해 보고 해당 서비스 또는 의약품이 혜택 대상이 되어야 하는지 여부를 결정합니다. 이를 "혜택 적용 결정"이라고 합니다. 서비스 또는 의약품에 혜택이 적용되어야 한다고 결정되면 당사는 의약품 비용 중 당사 분담금을 지급합니다.

당사가 환급 요청을 기각하는 경우, 당사 결정에 이의 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 설명은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

B. 당사에 지급 요청서를 발송하는 방법

당사에 Medicare 서비스에 대한 청구서와 회원님께서 지불한 금액 증빙을 보내시거나 전화해 주십시오. 지불 증빙은 회원님이 작성하신 수표 사본 또는 의료 제공자의 영수증일 수 있습니다. **청구서와 영수증은 기록 보관용으로 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다.** 담당 케이스 관리자에게 도움을 요청하실 수 있습니다. 서비스, 품목 또는 의약품을 받은 날로부터 달력 연도 기준 (1)년 이내에 귀하의 정보를 당사로 보내주셔야 합니다.

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

의료 서비스:
수신인: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

파트 D(의약품) 서비스:
Molina Healthcare
수신인: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

서비스 및/또는 품목을 받은 날로부터 **365일 이내에** 또는 의약품을 받은 날로부터 **36개월 이내에 당사에 청구를 제출해야 합니다**.

C. 혜택 적용 결정

환급 요청이 접수되면 혜택 적용 결정을 내리게 됩니다. 이는 당사의 플랜이 귀하의 서비스, 품목 또는 의약품에 혜택을 적용할지 여부를 결정한다는 것을 의미합니다. 해당하는 경우, 회원님이 지불해야 하는 금액도 결정합니다.

- 회원님 본인으로부터 정보가 더 필요한 경우 알려드립니다.
- 해당 서비스, 품목, 의약품이 플랜의 혜택 대상이라는 결정이 내려지고, 회원님께서 혜택 이용에 관한 규정을 모두 따른 경우, 지불한 비용 중 당사 분담금을 지급해 드립니다. 회원님이 서비스 또는 의약품에 대해 이미 비용을 지불한 경우 당사는 해당 금액 **또는** 당사 분담금에 대한 수표를 우편으로 보내드립니다. 회원님이 지불하지 않은 경우에는, 당사가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.

가입자 핸드북 **제3장**을 보시면 혜택 대상 서비스 이용에 관한 규정이 나와 있습니다. 가입자 핸드북 **제5장**을 보시면 Medicare 파트 D 처방약에 대한 혜택 적용과 관련한 규정이 나와 있습니다.

- 당사에서 해당 서비스 또는 의약품에 대한 당사 분담금을 지급하지 않기로 결정하는 경우 그 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다. 또한 회원님의 이의 제기 권리에 대해서도 설명합니다.
- 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

D. 이의 제기

당사가 실수로 지급 요청을 기각했다고 생각하시는 경우 당사에 결정 변경 요청을 하실 수 있습니다. 이를 "이의 제기"라고 합니다. 또한 당사 지급 금액에 동의하실 수 없는 경우에도 이의 제기가 가능합니다.

공식적인 이의 제기 절차에는 자세한 절차와 기한이 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 사항은 가입자 핸드북 **제9장**을 참조하십시오.

- 의료 케어 서비스 비용 환급과 관련해 이의를 제기하려면 **섹션 F**를 참조하십시오.
- 의약품 비용 환급과 관련해 이의를 제기하려면 **섹션 G**를 참조하십시오.

제8장: 가입자 권리 및 책임

소개

이 장에는 당사 플랜 가입자로서 회원님의 권리와 책임이 나와 있습니다. 당사에는 회원의 권리를 지켜드려야 할 의무가 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리 147
B. 회원이 혜택 대상 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 하는 당사의 책임 147
C. 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI) 보호를 위한 당사의 책임 148
C1. 회원의 PHI 보호 방법 149
C2. 의료 기록을 확인할 권리 149
D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 책임 156
E. 네트워크 소속 의료 제공자가 회원에게 직접 청구 불가 157
F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리 157
G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리 157
G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리 157
G2. 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없는 경우 원하는 것을 말할 수 있는 권리 158
G3. 회원님의 지시가 따라지지 않는 경우 취해야 할 조치 159
H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리 159
H1. 불공정한 처우에 대한 조치 방법 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보 159
I. 플랜 가입자로서의 책임 160

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리

당사는 **모든** 서비스가 문화를 존중하고 접근 가능한 방식으로 제공될 수 있도록 관리해야 합니다. 또한 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 케이스 관리자나 가입자 서비스부에 전화하십시오. 본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 또한 당사 플랜은 영어 이외의 언어 및 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 자료를 제공할 수 있습니다. 이러한 다른 형식 중 하나로 자료를 받아보려면 가입자 서비스부 또는 Molina Medicare Complete Care Plus에
  (855) 665-4627 TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 전화하거나 서한을 보내주십시오. 의료 서비스: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802.
- 현재나 향후에 영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 작성된 자료를 상시 요청하시려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 전화하십시오.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우

- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.
- Medi-Cal 시민권 사무국에 916-440-7370으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화해야 합니다.
- 미국 보건복지부, 시민권 사무국(1-800-368-1019)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 전화해야 합니다.

B. 회원이 혜택 대상 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 하는 당사의 책임

케어를 받는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 전화하십시오.

귀하에게는 당사 플랜 가입자로서의 권리가 있습니다.

- 가입자는 저희 네트워크 내에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜에 참여하는 의료 제공자를 의미합니다. 가입자 핸드북의 **제3장**에서 어떤 유형의 의료 제공자가 PCP 역할을 할 수 있는지 그리고 PCP를 선택하는 방법에 대한 더 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 및 신규 환자를 받는 의사를 알아보려면 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부에 문의하시거나 의료 제공자 및 약국 명부를 살펴보시기 바랍니다.
- 가입자는 진료 의뢰가 없어도 여성 건강 전문의에게 진료를 받을 권리가 있습니다. 진료 의뢰 문서는 담당 PCP가 아닌 다른 의료 제공자의 진료를 받을 수 있도록 하는 PCP의 승인입니다.

- 가입자는 합당한 시간 내에 네트워크 소속 의료 제공자로부터 혜택 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다.
  - 여기에는 전문의로부터 시기 적절한 서비스를 받을 권리도 포함됩니다.
  - 당사에는 회원님께서 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스를 받지 못하시는 경우 네트워크 비소속 케어 비용을 부담해야 할 의무가 있습니다.
- 가입자는 사전 승인(PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스 또는 케어를 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 저희 네트워크 소속 약국 중 어느 곳에서든 지체 없이 처방약을 받을 권리가 있습니다.
- 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자를 언제 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 의료 제공자에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장**을 참조하십시오.
- 저희 플랜에 처음 가입할 때 일정한 조건이 충족되는 경우, 가입자는 현재 서비스 제공자와 서비스 승인을 최대 12개월 동안 유지할 권리가 있습니다. 의료 제공자 유지 및 서비스 승인과 관련한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제1장**을 참조하십시오.
- 가입자는 담당 케어 팀 및 케이스 관리자의 도움을 받아 본인의 의료 케어를 직접 결정할 권리가 있습니다.

가입자 핸드북의 **제9장**에는 가입자가 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받고 있지 못하다고 생각하는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 또한 가입자가 본인의 서비스 또는 의약품에 대한 혜택 적용을 거부한 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명이 있습니다.

C. 개인 건강 정보(Personal Health Information, PHI) 보호를 위한 당사의 책임

당사는 연방 및 주 법률에 따라 회원님의 PHI를 보호합니다.

회원님의 PHI(보호 대상 건강 정보)에는 회원님께서 본 플랜에 가입할 때 당사에 제출한 정보도 포함됩니다. 또한 회원님의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.

회원님께는 본인 정보에 대한 권리 및 본인의 PHI가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사에서는 회원에게 이러한 권리에 대해 알리는 서면 통지서를 제공하며 회원의 PHI를 어떻게 보호하는지 설명해 드립니다. 이 통지서를 "개인정보 보호 관행 통지서"라고 합니다.

민감한 서비스를 받는 데 동의하는 가입자는 민감한 서비스를 받거나 민감 서비스에 대한 청구를 제출하기 위해 다른 가입자의 승인을 받을 필요가 없습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 민감한 서비스에 관한 연락을 회원님께서 지정하신 대체 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호 또는 지정된 정보가 없는 경우 시스템에 등록된 주소 또는 전화번호로 가입자 이름으로 직접 전달합니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 케어를 받는 가입자의 서면 승인 없이 다른 가입자에게 민감한 서비스와 관련된 의료 정보를 공개하지 않습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 기밀 연락 요청을 요청된 형태 및 형식, 또는 다른 장소에서 제공할 수 있는 경우 요청된 형태 및 형식의 기밀 연락 요청을 수용합니다. 민감한 서비스와 관련된 기밀 연락에 대한 가입자의 요청은 가입자가 요청을 취소하거나 기밀 연락에 대한 새로운 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

C1. 회원의 PHI 보호 방법

당사는 허가를 받지 않은 사람들이 회원님의 기록을 보거나 변경하지 못하도록 하고 있습니다.

아래 명시된 사례를 제외하고는, 귀하의 케어를 제공하거나 귀하의 케어 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 PHI를 제공하지 않습니다. 혹시 그렇게 하더라도 반드시 먼저 회원님의 서면 허가서를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

사전에 서면 허가를 받을 필요가 없는 경우도 있습니다. 다음과 같은 예외가 법에 의해 허용되거나 요구됩니다.

- 당사는 플랜의 케어 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개할 의무가 있습니다.
- 당사는 법원 명령에 따라 PHI를 공개해야 할 의무가 있습니다.
- 당사는 Medicare에 회원의 PHI를 제공할 의무가 있습니다. Medicare가 연구 또는 기타 목적으로 회원님의 PHI를 공개하는 경우, 공개는 연방 법규에 따라 진행됩니다.

C2. 의료 기록을 확인할 권리

- 회원님께는 본인의 의료 기록을 검토하고 기록의 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 회원님께는 본인의 의료 기록 업데이트 또는 수정을 요청할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 회원님의 의료 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.
- 회원님께는 당사가 본인의 PHI를 다른 사람과 공유하고 있는지 여부와 그 방식에 대해 알 권리가 있습니다.

회원님의 PHI 보호와 관련해 궁금한 점이나 우려 사항이 있으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

개인정보 보호

Molina Medicare 가입자 님,

귀하의 개인정보 보호는 당사에 중요합니다. 당사는 귀하의 개인정보를 소중히 여기며 보호합니다. Molina는 의료 혜택을 제공하기 위한 목적으로 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. Molina는 귀하의 정보가 어떻게 사용 또는 공유되는지 알려드리고자 합니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information)를 의미합니다. PHI에는 귀하의 이름, 가입자 번호, 인종, 민족, 언어적 요구 또는 귀하를 식별하는 다른 사항이 포함됩니다. Molina는 귀하의 PHI가 어떻게 사용 또는 공유되는지 알려드리고자 합니다.

Molina가 가입자의 PHI를 사용 또는 공유하는 이유는 무엇인가요?

- 치료 제공
- 의료 케어 비용 지급
- 귀하가 받는 케어 품질 검토
- 케어 선택에 대한 정보 제공
- 당사 건강 플랜 운영
- 법률에 따라 요구되거나 허용되는 다른 목적으로 PHI를 사용 또는 공유

Molina가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하기 위해 귀하의 서면 허가(승인)를 받아야 하는 때는 언제인가요?

위에 나와 있지 않은 목적으로 PHI를 사용 또는 공유하려는 경우 Molina는 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다.

귀하의 개인정보 보호 권리에는 어떤 것이 있나요?

- 귀하의 PHI를 검토할 권리
- 귀하의 PHI 사본을 받을 권리
- 귀하의 PHI를 수정할 권리
- 특정 방식으로 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하지 않도록 당사에 요청할 권리
- 당사가 귀하의 PHI를 공유한 특정 사람 또는 장소의 목록을 얻을 권리

Molina는 귀하의 PHI를 어떻게 보호하고 있나요?

Molina는 당사 건강 플랜 전체에서 PHI를 보호하기 위해 다양한 방법을 사용합니다. 여기에는 서면, 구어 또는 컴퓨터의 PHI가 포함됩니다. 다음은 Molina가 PHI를 보호하는 몇 가지 방법입니다.

- Molina는 PHI 보호에 대한 정책 및 규정을 갖추고 있습니다.
- Molina는 PHI를 볼 수 있는 사람을 제한합니다. PHI를 알 필요가 있는 Molina 직원만 해당 정보를 사용할 수 있습니다.
- Molina 직원은 PHI를 보호하고 보안을 유지하는 방법에 대한 교육을 받습니다.
- Molina 직원은 PHI를 보호하고 보안을 유지하는 규정과 정책을 준수하기로 서면으로 동의해야 합니다.
- Molina는 당사 컴퓨터의 PHI를 보호합니다. 당사 컴퓨터의 PHI는 방화벽과 암호를 사용해 비공개로 유지됩니다.

Molina의 법적 의무 사항은 무엇인가요?

- 귀하의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 귀하의 PHI에 대한 당사의 의무 및 개인정보 보호 관행과 같은 서면 정보를 귀하에게 제공합니다.
- 당사 개인정보 보호 관행 통지서의 조건을 준수합니다.

개인정보 보호 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 어떻게 해야 하나요?

- 전화 또는 서면으로 Molina에 불만을 제기합니다.
- 보건복지부(Department of Health and Human Services)에 불만을 제기합니다.

그렇다고 해서 회원에게 불이익이 돌아가지는 않습니다. 불만 제기로 인해 케어에서 달라지는 점은 아무것도 없습니다.

상기 내용은 요약일뿐입니다. 당사 개인정보 보호 관행 통지서에 당사가 가입자 PHI를 어떻게 사용하고 공유하는지에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다. 당사의 개인정보 보호 관행 통지서는 본 회원 핸드북의 다음 섹션에 나와 있습니다. 당사 웹 사이트 www.molinahealthcare.com에도 나와 있습니다. **또한 당사 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 연락하시면 당사 개인정보 보호 관행 통지서 사본을 보내드립니다. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.**

개인정보 보호 관행 통지서
MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

이 통지서는 귀하에 대한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개되는지 그리고 귀하가 이 정보에 어떻게 접근할 수 있는지 설명합니다. 주의 깊게 검토하십시오.

Molina Healthcare of California("**Molina Healthcare**", "**Molina**", "**저희**" 또는 "**당사**")는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자로서 귀하의 의료 혜택을 제공해 드리기 위해 귀하에 관한 보호 대상 건강 정보를 사용하고 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 케어 운영을 수행하기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 또한 법률에 따라 허용되거나 요구되는 다른 이유로 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 당사는 귀하의 건강 정보를 비공개로 유지하고 본 통지서의 조건을 준수할 의무가 있습니다. 본 통지서 발효일은 2013년 9월 23일 수요일입니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(Protected Health Information)를 의미합니다. PHI는 귀하의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며 Molina에서 사용하거나 공유합니다.

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

치료
Molina는 귀하의 의료 케어를 제공하거나 준비하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 제공자 간의 진료 의뢰도 포함됩니다. 예를 들어, 당사는 전문의와 귀하의 건강 상태에 대한 정보를 공유할 수 있습니다. 이렇게 하면 전문의가 귀하의 담당 의사와 귀하의 치료에 대해 논의하는 데 도움이 됩니다.

비용 지급
Molina는 지용 지급 결정을 내리기 위해 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인 및 의학적 필요에 대한 결정이 포함될 수 있습니다. 귀하의 이름, 귀하의 질환, 귀하의 치료 및 제공된 용품이 청구서에 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 귀하가 당사 혜택 가입자임을 의사에게 알릴 수 있습니다. 당사는 또한 당사에서 지급할 청구 금액을 의사에게 알려줄 수 있습니다.

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

의료 케어 운영에는 여러 일상적인 비즈니스 요구가 수반됩니다. 여기에는 다음이 포함되지만 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 플랜을 위해 다양한 종류의 활동을 수행하는 다른 회사("**비즈니스 제휴사**")와 귀하의 PHI를 공유합니다. 또한 귀하의 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수 있습니다. 당사는 귀하의 PHI를 사용하여 다른 치료 또는 기타 건강 관련 혜택 및 서비스에 대한 정보를 제공할 수 있습니다.

Molina가 귀하의 서면 허가(승인) 없이 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있는 경우는 언제인가요?
치료, 비용 지급 및 의료 케어 운영 목적 외에도, 법률에 따라 허용되거나 요구되는 경우 Molina는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

법률에 따라 요구되는 경우
당사는 법률에 따라 요구되는 경우 귀하에 대한 정보를 사용하거나 공유합니다. 당사는 보건복지부(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 사용되거나 공유될 수 있습니다. 이러한 활동에는 공중 보건 기관이 질병을 예방하거나 통제하도록 지원하는 것이 포함될 수 있습니다.

의료 케어 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 공중 보건 또는 안전에 대한 중대한 위협을 방지하기 위해 공유될 수 있습니다.

정부 기능
귀하의 PHI는 국가 안보 활동과 같은 특수 기능을 위해 정부와 공유될 수 있습니다.

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

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

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

Molina가 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 Molina는 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다. Molina는 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. 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?
귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **PHI 사용 또는 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 제한 요청**
  귀하는 치료, 비용 지급 및 의료 케어 운영을 수행하는 데 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 또한 가족, 친구 또는 귀하의 의료 케어에 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. Molina의 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. 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. Molina의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI 검토 및 복사**

  귀하는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Molina 가입자로서 혜택 적용, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina의 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 회원 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. Molina의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 귀하는 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.

- **PHI 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 설명 받기**

  귀하는 요청 날짜 이전 6년 동안 당사가 귀하의 PHI를 공유한 특정 당사자의 목록을 제공해 줄 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.

  - 치료, 비용 지급 또는 의료 케어 운영 목적으로 공유
  - 본인의 PHI에 대하여 해당인에게 공유
  - 귀하의 허가에 따라 이루어진 공유
  - 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
  - 국가 안보 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI, 또는
  - 해당 법률에 따라 한정된 데이터세트의 일부로 공유, 또는
  - 국가 안보 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI

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

귀하는 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. Molina 가입자 서비스부로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 (855) 665-4627로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

귀하의 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 어떻게 해야 할까요?
귀하는 본인의 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 Molina와 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하의 불만 제기에 대해 회원에게 불이익을 주지 않습니다. 귀하의 케어와 혜택은 어떤 식으로든 변경되지 않습니다.

다음 연락처로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

전화:
Molina 가입자 서비스부 (855) 665-4627
현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴). TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

우편:
Molina Healthcare of California Inc.
수신인: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

귀하는 다음 주소로 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다.

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);
(202) 619-3818 (팩스)

Molina의 의무 사항은 무엇인가요?
Molina는 다음과 같이 해야 합니다.

- 귀하의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 귀하의 PHI에 대한 당사의 의무 및 개인정보 보호 관행과 같은 서면 정보를 귀하에게 제공합니다.
- 보안 처리되지 않은 PHI에 침해가 발생한 경우 귀하에게 통지합니다.
- 계약 심사 목적으로 귀하의 유전자 정보를 사용하거나 공개하지 않습니다.
- 본 통지서의 조건을 준수합니다.

본 통지서는 변경될 수 있습니다.
Molina는 언제든지 본 통지서의 정보 관행 및 조건을 변경할 권한을 보유합니다. 통지서가 변경될 경우, 당사가 보유하고 있는 모든 PHI에 새로운 조건 및 관행이 적용됩니다. 중대한 사항이 변경된 경우 Molina는 당사 인터넷 홈페이지에 통지서 개정본을 게시하고, 당사의 다음번 연차 회원(해당 시점 기준) 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:
Medicare 가입자 서비스부
(855) 665-4627, TTY: 711, 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)

우편:
Molina Healthcare of California Inc.
수신인: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다. 당사 고객 서비스부에 (855) 665-4627, TTY 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 연락하십시오. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 책임

당사 플랜의 가입자로서 귀하는 당사 플랜, 당사 네트워크 제공자 및 귀하의 혜택 대상 서비스에 대한 정보를 당사로부터 받을 권리가 있습니다.

영어를 사용하지 않으시는 경우, 통역 서비스를 통해 당사 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 받으려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 이 서비스는 무료로 제공됩니다. 당사는 또한 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 크레올 프랑스어, 힌디어, 몽어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 펀자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어, 베트남어로 서면 자료 및/또는 정보를 제공할 수 있습니다. 큰 활자, 점자 또는 오디오로도 정보를 제공할 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어 또는 다른 형식으로 작성된 자료를 상시 요청하시려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 연락하십시오.

다음에 관한 정보 중 원하시는 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함한 당사 플랜:
  - 재무 정보
  - 플랜 회원의 평가
  - 회원들의 이의 제기 건수
  - 당사 플랜 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 당사 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 소속 약국:
  - 주치의 선택 또는 변경 방법
  - 당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국의 자격
  - 당사가 당사 네트워크 소속 의료 제공자에게 비용을 지급하는 방법
- 다음을 포함한 혜택 대상 서비스 및 의약품:
  - 플랜 혜택 대상 서비스(가입자 핸드북 **제3장 및 제4장** 참조) 및 의약품(가입자 핸드북 **제5장 및 제6장** 참조)
  - 회원 혜택 및 의약품에 적용되는 한도
  - 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 반드시 따라야 하는 규정
- 혜택 대상이 아닌 이유와 다음 요청을 포함하여 그에 대해 취할 수 있는 조치 등(가입자 핸드북 **제9장** 참조)
  - 혜택 대상이 아닌 이유에 대한 서면 문의
  - 당사 결정 변경
  - 회원이 받은 청구서 대금 지불

E. 네트워크 소속 의료 제공자가 회원에게 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 의료 제공자들은 혜택 대상 서비스에 대해 회원에게 직접 대금을 청구할 수 없습니다. 또한 당사가 의료 제공자 청구 금액보다 적은 금액을 지불한다 해도 회원님께 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 혜택 대상 서비스 비용을 회원님께 청구하려 하는 경우 취해야 할 조치는 가입자 핸드북 **제7장**을 참조하십시오.

F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리

회원님이 원하지 않는 경우 당사 플랜을 유지하지 않으셔도 됩니다.

- 회원님은 Original Medicare 또는 또 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 본인의 의료 케어 서비스 혜택을 최대한 누릴 수 있는 권리가 있습니다.
- 회원님은 처방약 플랜 또는 또 다른 MA 플랜으로부터 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 다음에 관해서는 가입자 핸드북의 **제10장**을 참조하십시오.
  - MA 또는 처방약 혜택 플랜에 신규 가입할 수 있는 시기
  - 플랜을 탈퇴할 경우 Medi-Cal의 혜택을 받는 방법

G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리

회원님께는 서비스를 이용할 때 담당 의사 및 기타 의료 제공자들로부터 본인의 의료 케어에 관한 결정을 내리는 데 도움이 되는 완전한 정보를 얻을 권리가 있습니다.

G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리

의료 제공자는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 회원님의 질환과 치료 옵션을 설명해야 합니다. 귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- **본인의 선택을 알 권리.** 회원님께는 모든 치료 옵션에 대해 안내받을 권리가 있습니다.
- **위험을 알 권리.** 회원님께는 수반되는 모든 위험에 대해 안내받을 권리가 있습니다. 당사는 서비스나 치료가 연구 목적 실험의 일환인 경우 반드시 사전에 회원님께 안내해야 합니다. 회원님께는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- **2차 소견을 받을 권리.** 회원님께는 치료 방식을 결정하기 전에 다른 의사의 진찰을 받을 권리가 있습니다.
- **거부할 권리.** 회원님께는 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 담당 의사가 병원이나 기타 의료 시설에서 나가지 말 것을 권고했음에도 불구하고 나갈 수 있는 권리가 포함됩니다. 또한 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사 플랜에서 탈퇴 처리되지는 않습니다. 단, 회원님이 치료를 거부하거나 약 복용을 중단할 경우 그로 인해 발생하는 일에 대한 책임은 전적으로 회원님께 있습니다.

- **의료 제공자가 케어를 거부하는 이유를 설명해 달라고 요청할 수 있습니다.** 회원님께는 본인이 받아야 한다고 생각하는 케어를 의료 제공자가 거부하는 경우 당사로부터 그 이유를 들을 권리가 있습니다.
- **당사가 거부했거나 보통은 혜택을 적용하지 않는 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용해 줄 것을 요청할 권리.** 이를 혜택 적용 결정이라고 합니다. 가입자 핸드북의 **제9장**에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없는 경우 원하는 것을 말할 수 있는 권리

자세한 정보를 원하시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO) D-SNP 가입자 서비스부 수신자 부담 전화 (855) 665-4627로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 연락하거나 청각 장애인 또는 청력 문제가 있으신 분은 TTY: 711로 California Relay Service에 전화하십시오.

때때로 사람들은 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없습니다. 그러한 상황이 발생하기 전에 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 서면 양식을 작성해 **본인을 대신해 의료 케어 결정을 내려줄 수 있는 사람에게 주십시오**.
- 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없는 상황이 되면 의료 케어 처리 방식 및 원하지 **않는** 케어에 대한 **서면 지시서를 작성해 담당 의사에게 주십시오**.

지침을 제공하기 위해 사용하는 법률 문서를 "사전 지시서"라고 합니다. 사전 지시서에는 여러 가지 종류와 이름이 있습니다. 예를 들면, 생명 유언장과 의료 케어에 대한 위임장이 있습니다.

반드시 사전 지시서를 이용해야 할 의무는 없지만 이용할 수 있습니다. 사전 지시서를 사용하려면 다음과 같이 하십시오.

- **양식을 받습니다.** 양식은 담당 의사, 변호사, 법무 서비스 에이전시, 또는 사회복지사에게서 받으실 수 있습니다. 일반적으로 약국 및 의료 제공자 진료실에 양식이 비치되어 있습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 연락하여 양식을 요청할 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식은 법률 문서입니다. 변호사나 가족 구성원이나 PCP와 같이 신뢰하는 사람의 도움을 받는 것이 좋습니다.
- **알아야 하는 사람들에게 사본을 전달합니다.** 담당 의사에게 양식의 사본을 제공해야 합니다. 또한, 회원님을 대신해 결정을 내려 줄 사람으로 지명한 사람에게도 사본 1부를 전달하셔야 합니다. 가까운 친구나 가족들에게도 전달하시는 것이 좋습니다. 1부는 집에 보관해 두십시오.
- 입원하실 예정이고 사전 지시서에 서명해두신 경우 **병원에 가실 때 지시서 사본 1부를 가져가십시오**.
  - 병원에서는 사전 지시서를 작성해 서명해 두셨는지, 그리고 그 지시서를 가지고 오셨는지 여쭤봅니다.
  - 서명한 사전 지시서가 없는 경우, 병원에도 양식이 비치되어 있으므로 서명할지 여부를 여쭤봅니다.

귀하는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 의료 기록에 사전 지시서 추가
- 언제든지 사전 지시서 변경 또는 취소
- 사전 지시서 관련 법률의 변경사항에 대해 알아보기 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO) D-SNP는 주 법률 변경 후 90일 이내에 알려드립니다.

자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

G3. 회원님의 지시가 따라지지 않는 경우 취해야 할 조치

사전 지시서에 서명을 했는데 회원님 생각에 의사나 병원이 그 내용을 따르지 않았다고 판단되는 경우 Ombuds 프로그램(1-855-501-3077)에 불만을 제기하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다. TTY: 1-855-847-7914. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.

우편: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

웹 사이트: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리

가입자 핸드북 **제9장**을 보시면 회원님의 혜택 대상 서비스나 케어와 관련해 문제점 또는 우려 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 예를 들어, 혜택 적용 결정을 내려 달라고 요청하거나, 혜택 적용 결정을 변경해 달라고 이의를 제기하거나 또는 불만을 제기하실 수 있습니다.

회원님께는 다른 가입자들이 당사 플랜에 대해 제기한 이의 및 불만 사항에 관한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

H1. 불공정한 처우에 대한 조치 방법 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보

당사로부터 불공정한 대우를 받았다고 생각하며 가입자 핸드북의 **11장**에 열거된 이유로 인한 차별 문제가 **아니거나** 권리에 관한 자세한 정보를 원하는 경우에는 다음 번호로 전화하십시오.

- 가입자 서비스부
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램): (714) 560-0424. HICAP에 관한 자세한 내용은 제2장을 참조하시기 바랍니다.
  - Los Angeles 카운티: (213) 383-4519
  - San Diego 카운티: (858) 565-8772
  - Imperial 카운티: (760) 353-0223
  - Riverside 및 San Bernardino 카운티: (909) 256-8369
- Ombuds 프로그램: 1-888-452-8609. 이 프로그램에 대한 자세한 정보는 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.
- Medicare: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 연중무휴, 하루 24시간 운영. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. (Medicare 웹 사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)에서 "Medicare 권리 및 보호"를 읽거나 다운로드할 수도 있습니다.)

I. 플랜 가입자로서의 책임

플랜의 가입자로서, 회원님에게는 아래에 나와 있는 사항을 이행하셔야 할 책임이 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- **가입자 핸드북을 읽고** 혜택 대상이 무엇인지, 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 어떤 규정을 따라야 하는지에 대해 알아두셔야 합니다. 세부 사항은 다음과 같습니다.
  - 혜택 대상 서비스의 경우 가입자 핸드북 **제3장과 제4장**을 참조하십시오. 3장과 4장을 보시면 혜택 대상은 무엇인지, 제외 대상은 무엇인지, 어떤 규정을 따라야 하는지, 본인 부담은 얼마인지가 나와 있습니다.
  - 혜택 대상 의약품의 경우 가입자 핸드북의 **제5장 및 제6장**을 참조하십시오.
- **다른 건강 또는 처방약 보장을 받는 것이 있으면 저희에게 알려주십시오**. 당사는 가입자가 의료 케어를 받으실 때 반드시 모든 혜택 옵션을 활용하실 수 있도록 해드려야 합니다. 다른 혜택이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 당사 플랜 가입자임을 **담당 의사 및 다른 의료 제공자들에게 밝히셔야 합니다**. 서비스나 의약품을 이용할 때는 항상 본인의 가입자 ID 카드를 제시해야 합니다.
- 담당 의사 및 다른 의료 제공자들이 회원님께 최선의 의료 케어를 제공할 수 있도록 **도와주셔야 합니다**.
  - 의사와 의료 제공자에게 가입자 및 본인 건강에 관해 필요한 정보를 제공해 주셔야 합니다. 본인의 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 알아두십시오. 서비스 제공자와 합의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
  - 담당 의사와 다른 의료 제공자에게 복용하는 의약품에 대해 빠짐없이 알려 주셔야 합니다. 여기에는 처방약, 일반의약품, 비타민제, 건강보충제 등이 포함됩니다.
  - 궁금한 점에 대해 질문을 합니다. 의사 및 다른 서비스 제공자는 가입자가 이해할 수 있도록 설명해야 합니다. 질문을 했는데 답이 이해가 되지 않으면 다시 물어보십시오.
- 연간 건강 위험 평가를 완료하는 등 **케이스 관리자와 협력**하십시오**.**
- **다른 사람을 배려하십시오.** 플랜 회원은 모두 다른 사람의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 또한 의사 진료실, 병원, 다른 의료 제공자 진료실에 가셨을 때도 상대를 존중하는 태도로 행동해 주셔야 합니다.
- **플랜 이외의 서비스를 제공받는 경우 알려 주십시오.**
- **회원 부담 비용을 납부하셔야 합니다.** 플랜 가입자는 다음을 지불할 책임이 있습니다:
  - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 플랜 가입자를 위해 Medi-Cal은 파트 A 보험료 및 파트 B 보험료를 지불합니다.
  - **당사 플랜의 혜택 대상이 아닌 서비스나 의약품을 이용하시는 경우 본인이 비용 전액을 부담하셔야 합니다.** (**참고:** 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용하지 않기로 한 당사 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 설명은 제9장을 참조하십시오.
- **이사하실 경우 알려 주셔야 합니다.** 이사하실 계획인 경우 즉시 당사에 알려 주십시오. 케이스 관리자나 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.
  - **저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다.** 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 이 플랜 가입자가 될 수 있습니다. 서비스 지역에 관한 정보는 가입자 핸드북의 **제1장**을 참조하십시오.

- 당사에 연락하시면 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 것인지를 확인해 드리겠습니다. 특별 등록 기간 중에 Original Medicare로 바꾸시거나 새로 이사 가신 곳에서 Medicare 의료 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 새로 이사 가신 지역에 당사가 플랜을 보유하고 있는 경우 알려드릴 수 있습니다.
- 이사하시게 되면 Medicare와 Medi-Cal에도 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 가입자 핸드북의 **제2장**을 참조하십시오.
- **당사 서비스 지역 내 다른 곳으로 이사하시더라도 알려 주셔야 합니다.** 저희는 가입자 기록을 최신 상태로 유지하고, 가입자에게 연락하는 방법을 알고 있어야 합니다.

- **전화번호가 변경되었거나** 더 쉽게 연락할 수 있는 방법이 있는 경우 알려주십시오.
- **궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 케이스 관리자 또는 가입자 서비스부로 전화하여 도움을 요청하십시오.**

제9장. 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 취해야 할 조치(혜택 적용 결정, 이의 제기, 불만 제기)

소개

본 장에는 회원님의 권리에 대한 정보가 나와 있습니다. 본 장을 읽고 다음의 경우 취해야 할 조치에 대해 알아보십시오.

- 플랜에 문제가 있거나 플랜에 대한 불만을 제기하는 경우
- 플랜에서 비용을 지급하지 않겠다고 얘기한 서비스, 품목 또는 의약품이 필요한 경우
- 플랜이 회원님의 케어에 관해 내린 결정에 동의하지 않는 경우
- 혜택 대상 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS) 및 요양 시설(Nursing Facility, NF) 서비스를 포함하는 장기 서비스 및 지원에 문제가 있거나 이에 대한 불만을 제기하는 경우

본 장은 필요한 부분을 쉽게 찾으실 수 있도록 여러 개의 섹션으로 구성되어 있습니다. **문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 회원님의 상황에 해당하는 부분을 살펴보십시오.**

담당 의사 및 기타 의료 제공자가 회원님 케어 플랜의 일부로 회원님의 케어에 필요하다고 판단한 의료 케어, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. **회원님의 케어와 관련해 문제가 있는 경우 1-855-501-3077로 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 전화해 도움을 요청하십시오.** 본 장에 각기 다른 문제점 및 불만 사항에 대해 어떤 여러 가지 옵션이 있는지 나와 있지만, 언제든지 Ombuds 프로그램에 연락해 문제를 얘기하고 도움을 받으실 수 있습니다. 회원님의 우려 사항을 해결하기 위한 추가 자원과 Ombuds 프로그램에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 가입자 핸드북 **제2장**을 참조하십시오.

차례

A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치 165
A1. 법률 용어 정보 165
B. 도움을 받을 수 있는 곳 165
B1. 자세한 정보 및 지원 165
C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만 및 이의 제기에 대한 이해 167
D. 혜택 관련 문제 167
E. 혜택 적용 결정 및 이의 제기 167
E1. 혜택 적용 결정 167
E2. 이의 제기 168

E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원 168
E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션 169
F. 의료 케어 169
F1. 본 섹션을 사용하는 방법 170
F2. 빠른 혜택 적용 결정 요청 170
F3. 1단계 이의 제기 172
F4. 2단계 이의 제기 174
F5. 비용 지불 문제 179
G. Medicare 파트 D 처방약 180
G1. 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기 181
G2. 파트 D 예외 182
G3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항 183
G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청 183
G5. 1단계 이의 제기 185
G6. 2단계 이의 제기 187
H. 입원 혜택 기간 연장 요청 189
H1. Medicare 권리 알아보기 189
H2. 1단계 이의 제기 190
H3. 2단계 이의 제기 191
H4. 1단계 대체 이의 제기 192
H5. 2단계 대체 이의 제기 193
I. 특정 의료 서비스에 대한 혜택 적용 지속 요청 194
I1. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지 194
I2. 1단계 이의 제기 194
I3. 2단계 이의 제기 196

I4. 1단계 대체 이의 제기 197

I5. 2단계 대체 이의 제기 197

J. 2단계 이상의 이의 제기 198

J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 198

J2. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 199

J3. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계 199

K. 불만 제기 방법 201

K1. 불만에 해당하는 문제 유형 201

K2. 내부 불만 202

K3. 외부 불만 203

A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하는 방법에 대해 설명합니다. 사용하는 절차는 발생한 문제의 유형에 따라 다릅니다. **혜택 적용 결정 및 이의 제기**에 사용하는 절차는 **불만사항 제기**에 사용하는 절차와 다릅니다.

공정하고 신속한 서비스를 위해, 각 절차에는 당사와 회원님이 따라야 하는 일련의 규정, 절차, 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어 정보

이 장에는 규정 및 기한에 대한 법률 용어가 포함되어 있습니다. 이 용어들은 이해하기 어려운 경우가 많기 때문에 일부 법률 용어의 경우 가급적 더 쉬운 단어를 사용했습니다. 약어는 되도록 적게 사용합니다.

예를 들어,

- "고충 제기" 대신 "불만 제기"
- "조직 판정", "혜택 판정", "위험 판정", 또는 "혜택 적용 판정" 대신 "혜택 적용 결정"
- "신속 처리 판정" 대신 "빠른 혜택 적용 결정"
- "독립 심사 주체"(Independent Review Entity, IRE) 대신 "독립 심사 기관"(Independent Review Organization, IRO). 적절한 법률 용어를 알면 더 명확하게 의사소통할 수 있으므로 해당 용어도 제공되어 있습니다.

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 지원

문제 해결 절차를 시작하거나 계속 따라가는 것이 복잡하고 어려울 수 있습니다. 특히 건강이 좋지 않거나 기력이 충분하지 않을 때는 더욱 그렇습니다. 다음 단계를 진행하는 데 필요한 정보를 갖고 있지 못한 경우도 있습니다.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program(의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램) 지원

Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 연락하셔도 됩니다. HICAP 상담사는 질문에 답해 드리고 문제에 대처할 때 취할 수 있는 조치를 알려드릴 수 있습니다. HICAP은 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램 지원

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 전화를 걸어 의료 혜택 적용 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 변호사가 무료 법률 지원을 제공합니다. Ombuds 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 보험 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. Health Consumer Alliance의 전화번호는 1-888-804-3536이며 웹 사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare 지원 및 정보

자세한 정보 및 지원이 필요하시면 Medicare에 문의하십시오. Medicare에는 다음과 같이 두 가지 방법으로 도움을 요청하실 수 있습니다.

- 하루 24시간, 연중무휴 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.
- Medicare 웹 사이트 www.medicare.gov를 방문하십시오.

Medi-Cal 지원 및 정보

전화: (916) 449-5000, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY: 711

California Department of Health Care Services 지원

California Department of Health Care Services(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에서 도움을 드릴 수 있습니다. 의료보험에 가입, 변경 또는 탈퇴하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드립니다. 다른 지역으로 이사한 후 새 카운티로 Medi-Cal을 이전하는 데 문제가 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. Ombudsman에는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-888-452-8609로 전화하실 수 있습니다.

California Department of Managed Health Care(California 주 관리형 의료케어부) 지원

California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)에 문의하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 수신자 부담 TDD 번호(1-877-688-9891)를 이용하시기 바랍니다. 또한 DMHC 웹 사이트(www.HealthHelp.ca.gov)를 참조하실 수 있습니다.

California Department of Managed Health Care(California 주 관리형 의료케어부)는 건강 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. 회원님의 건강 플랜과 관련하여 고충이 있는 경우 해당 부서와 연락하기 전에 먼저 회원님의 건강 플랜에 (855) 665-4627 TTY: 711로 전화하여 회원님의 건강 플랜 고충 절차를 먼저 이용해야 합니다. 이 고충 처리 절차를 이용하는 것으로 인해 회원님이 이용할 수 있는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 긴급 사항과 관련된 고충, 본인의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 고충 또는 30일 이상 해결되지 않은 고충 때문에 도움이 필요하신 경우에는 해당 부서에 연락해 도움을 요청할 수 있습니다. 독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR)를 요청하실 수도 있습니다. IMR을 요청할 수 있는 경우, IMR 절차에서는 제안된 서비스나 치료의 의학적인 필요성, 실험 또는 연구적 성격의 치료에 대한 혜택 적용 결정, 응급 의료 서비스 비용 분쟁과 관련된 건강 플랜의 의료 결정에 대해 공정하게 심사하게 됩니다. DMHC에는 수신자 부담 무료 전화**(1-888-466-2219)**와 청각/언어 장애인을 위한 TDD 라인**(1-877-688-9891)**도 마련되어 있습니다. DMHC의 인터넷 웹 사이트 www.dmhc.ca.gov에 온라인 불만사항 제기 양식, IMR 신청 양식 및 설명이 있습니다.

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만 및 이의 제기에 대한 이해

귀하는 Medicare와 Medi-Cal을 보유하고 계십니다. 본 장의 정보는 **모든** Medicare 및 Medi-Cal 혜택에 적용됩니다. Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합하거나 통합하기 때문에 "통합 절차"라고도 합니다.

Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이러한 경우, Medicare 혜택을 위한 절차 하나와 Medi-Cal 혜택을 위한 절차 하나를 사용합니다. 이러한 상황에 대한 설명은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

D. 혜택 관련 문제

문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 회원님의 상황에 해당하는 부분을 살펴보십시오. 아래의 다음 차트를 참조해 본 장에서 회원님의 문제/불만 사항에 해당하는 섹션을 찾아보십시오.

회원님의 혜택 또는 혜택 적용과 관련한 문제나 우려 사항이 있습니까? 여기에는 특정 의료 케어 또는 처방약의 혜택 적용 여부, 혜택 적용 방식 그리고 의료 케어 또는 처방약 비용 지급 관련 문제 등이 포함됩니다.	
예. 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제입니다. **섹션 E**, "혜택 적용 결정 및 이의 제기"를 참조하십시오.	**아닙니다.** 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제가 아닙니다. **섹션 K**, "불만 제기 방법"을 참조하십시오.

E. 혜택 적용 결정 및 이의 제기

혜택 적용 결정 요청 및 이의 제기 절차는 회원님의 혜택 및 혜택 적용과 관련된 문제들을 다룹니다. 비용 부담 관련 문제도 포함됩니다.

E1. 혜택 적용 결정

혜택 적용 결정은 회원의 혜택 및 혜택 적용, 또는 당사가 회원님의 의료 서비스 또는 의약품에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 결정을 의미합니다. 예를 들어, 당사 플랜 네트워크 소속 의사는 회원님이 의료 케어를 받을 때마다 회원님에게 (유리한) 혜택 적용 결정을 내립니다(가입자 핸드북의 제4장, 섹션 H 참조).

또한 회원님 본인 또는 담당 의사는 당사에 문의하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하 또는 담당 의사는 당사가 특정 의료 서비스에 혜택을 적용하는지 또는 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 케어를 당사가 거부할 수 있는지 확신이 서지 않을 수도 있습니다. **의료 서비스를 받기 전에 당사에서 혜택을 적용할 것인지 알아보려면 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다.**

당사는 회원님께 적용되는 혜택 및 당사가 부담하는 비용을 결정할 때마다 혜택 적용 결정을 내립니다. 경우에 따라 당사는 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용하지 않거나 더 이상 Medicare 또는 Medi-Cal의 혜택을 적용하지 않기로 결정할 수 있습니다. 이러한 혜택 적용 결정에 동의하지 않는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다.

E2. 이의 제기

회원님이 당사의 혜택 적용 결정에 만족하지 않을 경우, 결정에 "이의를 제기"할 수 있습니다. 이의 제기를 통해 회원님께서 당사의 혜택 적용 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다.

처음으로 결정에 이의를 제기하는 경우 이를 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서는 당사의 혜택 적용 결정을 검토하여 모든 규정이 제대로 준수되었는지 확인합니다. 원래의 거부 결정을 내린 담당자들이 아닌 다른 심사관들이 이의 제기를 처리합니다.

대부분의 경우 이의 제기는 반드시 1단계부터 시작해야 합니다. 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있는 경우, 또는 극심한 통증이 있고 즉각적인 결정이 필요한 경우에는 www.dmhc.ca.gov에서 DMHC에 IMR 의료 심사를 요청하십시오. 자세한 내용은 190페이지를 참조하시기 바랍니다.

심사가 완료되면, 결정을 통보해 드립니다. 이 장 뒷부분에 설명된 특정 상황에서는 신속 또는 "빠른 혜택 적용 결정" 또는 혜택 적용 결정에 대한 빠른 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 서한을 통해 알려 드립니다. Medicare 의료 서비스 또는 품목이나 파트 B 의약품의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 당사는 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 독립 심사 기관(IRO)으로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다. Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 회원님께서 직접 2단계 이의 제기를 하는 방법을 안내해 드립니다. 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오. Medicare와 Medicaid 모두에서 보장하는 서비스 또는 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 두 가지 유형의 2단계 이의 제기 관련 정보를 보내드립니다.

2단계 이의 제기 결정에 만족하지 못할 경우, 다음 단계의 이의 제기를 진행할 수 있습니다.

E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원

다음 중 한 가지 방법으로 지원을 요청할 수 있습니다.

- **가입자 서비스부**: 페이지 하단 번호
- **Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램: 1-855-501-3077**
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)**: 1-800-434-0222
- **Department of Managed Health Care(DMHC, 관리형 의료케어부) 헬프 센터**에 연락하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 1-888-466-2219입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분, 또는 언어 장애가 있으신 분은 수신자 부담 TDD 번호(1-877-688-9891번)를 이용하시기 바랍니다. 또한 DMHC 웹 사이트(www.HealthHelp.ca.gov)를 참조하실 수 있습니다.

- **담당 의사 또는 그 외 의료 제공자**. 담당 의사 또는 그 외 의료 제공자가 회원님을 대신하여 혜택 적용 결정이나 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족 구성원**. 다른 사람을 회원님의 "대리인"으로 지명해, 대신 혜택 적용 결정에 대해 문의하거나 이의를 제기하도록 할 수 있습니다.
- **변호사**. 회원님은 변호사를 선임할 권리를 가지고 있지만 **변호사 없이도** 혜택 적용 결정을 요청하거나 이의를 제기할 수 있습니다.
  - 회원님의 변호사에게 연락하시거나 지역 변호사 협회 또는 다른 추천 서비스를 통해 추천받으십시오. 회원님께 자격이 있는 경우 일부 법률 단체에서 무료 법률 서비스를 제공합니다.
  - 1-888-804-3536으로 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 연락하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.

변호사 또는 다른 사람이 대리인의 역할을 수행하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 누군가가 회원님의 대리인 역할을 수행할 수 있도록 하는 양식입니다.

페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 "대리인 임명" 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹 사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서도 해당 양식을 다운로드할 수 있습니다. **양식에 서명해 반드시 당사에 사본 한 부를 제출해 주셔야 합니다.**

E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션

혜택 적용 결정과 이의 제기와 관련한 상황에는 네 가지 상황이 있습니다. 상황마다 규정과 기한이 다릅니다. 각 상황에 대한 자세한 내용은 본 장의 개별 섹션에서 자세히 소개합니다. 다음의 해당 섹션을 참조하십시오.

- **섹션 F** "의료 서비스"
- **섹션 G** "Medicare 파트 D 처방약"
- **섹션 H** "입원 혜택 기간 연장 요청"
- **섹션 I** "특정 의료 서비스에 대한 혜택 적용 지속 요청"(이 섹션은 가정 의료 케어, 전문 요양 시설, 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 참조해야 할지 잘 모르겠다면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 의료 케어

이 섹션에서는 회원님이 의료 케어에 대해 혜택 적용을 받는 데 문제가 있거나 의료 케어 비용을 환급 받기 원하시는 경우 해야 할 일을 설명합니다.

이 섹션은 가입자 핸드북 **제4장**에 설명된 의료 케어 및 서비스를 받을 수 있는 가입자의 혜택과 관련된 사항을 다룹니다. 이 섹션의 나머지 부분에서 "의료 케어 보장" 또는 "의료 케어"라는 용어가 나옵니다. "의료 케어"는 의료 서비스 및 품목뿐 아니라 담당 의사 또는 의료 전문가가 처방하는 의약품인 Medicare 파트 B 처방약을 포함하는 용어입니다. Medicare 파트 B 처방약에는 다른 규정이 적용될 수 있습니다. 이 경우 당사는 파트 B 처방약에 대한 규정이 의료 서비스 및 품목에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명합니다.

F1. 본 섹션을 사용하는 방법

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해 드립니다.

1. 당사에서 회원님이 필요로 하는 의료 케어에 대해 혜택을 적용한다고 생각하지만 해당 서비스를 받고 있지 않은 경우
   취할 수 있는 조치: 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. **섹션 F2**를 참조하십시오.
2. 담당 의사 또는 다른 의료 제공자가 회원님께 제공하고자 하는 의료 케어를 당사에서 승인하지 않았으며, 회원님은 당사가 승인해야 한다고 생각하는 경우
   취할 수 있는 조치: 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F3**을 참조하십시오.
3. 플랜 혜택 대상이라고 생각하는 의료 케어를 받았는데 당사에서 비용 지급을 하지 않는 경우
   취할 수 있는 조치: 비용을 지급하지 않기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.
4. 혜택 대상이라고 생각하고 의료 케어를 받고 비용을 지급했으며, 당사가 그 비용을 환급하기를 원하는 경우
   취할 수 있는 조치: 당사에 환급을 요청할 수 있습니다. **섹션 F5**를 참조하십시오.
5. 당사에서 특정 의료 케어에 대한 회원님의 혜택 적용을 축소하거나 중단했으며, 이러한 결정이 회원님의 건강에 해가 될 수 있다고 생각하는 경우

취할 수 있는 조치: 의료 케어를 축소 또는 중단하기로 한 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **섹션 F4를 참조하십시오.**

- 혜택 적용이 병원 케어, 가정 의료 케어, 전문 요양 시설(SNF) 케어 또는 CORF 서비스에 대한 것일 경우 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용은 **섹션 H** 또는 **섹션 I**를 참조하십시오.
- 특정 의료 케어에 대한 혜택 적용 축소 또는 중단에 관련한 기타 모든 상황에 관한 정보는 본 섹션(**섹션 F**)을 참조하십시오.

6. 서비스가 지연되거나 의사를 찾을 수 없는 경우
   취할 수 있는 조치: 불만을 제기할 수 있습니다. **섹션 K2**를 참조하십시오.

F2. 혜택 적용 결정 요청

혜택 적용 결정이 회원님의 의료 케어에 관련이 있는 경우, 이를 **"통합 기관 판정"**이라고 합니다.

회원님, 담당 의사 또는 대리인은 다음과 같이 당사에 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: (855) 665-4627 TTY: 711.
- 팩스: (844) 834-2155.
- 우편: 수신인: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

일반 혜택 적용 결정

당사에서 결정을 내릴 때에는 "빠른" 기한을 사용하기로 합의하지 않는 한 "일반" 기한을 사용합니다. 일반 혜택 적용 결정의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- 의료 서비스 또는 품목의 경우 요청을 받은 날부터 달력일 기준 14일 이내 Knox-Keene 플랜의 경우 영업일 기준 5일 이내 그리고 요청을 받은 시점으로부터 달력일 기준 14일 이내
- Medicare 파트 B 처방약의 경우 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내

빠른 혜택 적용 결정

"빠른 혜택 적용 결정"에 해당하는 법률 용어는 "**신속 처리 결정**"입니다.

회원님이 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정을 당사에 요청하고 회원님의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우, "빠른 혜택 적용 결정"을 요청하십시오. 빠른 혜택 적용 결정은 다음의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- Medical 서비스 또는 품목의 경우 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내
- Medical 파트 B 처방약의 경우 요청을 받은 시점으로부터 24시간 이내 혹은 의학적 상태로 인해 빠른 응답이 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내

당사가 혜택 적용 결정을 내리는 기간을 연장해서는 **안 된다고** 생각하시는 경우, 당사의 기간 연장 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 제출하실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오. 결정을 내리는 즉시 전화를 드리겠습니다.

빠른 혜택 적용 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- **받지 못한** 의료 케어에 대한 혜택 적용을 요청하는 것이어야 합니다. 받으신 의료 케어 비용 지불에 대해서는 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 수 없습니다.
- 일반 기한을 사용하면 **건강에 중대한 해를 초래**하거나 기능을 손상시킬 수 있는 경우입니다.

의사가 회원님의 건강에 필요한 의료 서비스임을 알리는 경우, 당사는 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 담당 의사의 동의 없이 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.

- 회원님의 건강 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우 서한을 보내 알려드리고 대신 일반 기한을 적용합니다. 서한의 내용은 다음과 같습니다.

- 의사가 요청할 경우 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다.
- 빠른 혜택 적용 결정 대신 일반 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 제출하는 방법 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다.

- 당사에서 요청을 **거부**하는 경우, 회원님께는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사의 실수라고 생각하시는 경우, 이의 제기를 통해 당사의 결정을 검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청할 수 있습니다.
- 이의 제기를 하기로 결정하신 경우, 1단계 이의 제기 절차가 시작됩니다(**섹션 F3** 참조).

드물게 혜택 적용 결정 요청이 기각될 수 있으며, 이는 당사에서 요청을 검토하지 않을 것임을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청 양식이 제대로 작성되지 않은 경우
- 다른 사람이 회원님을 대신하여 요청을 했지만 법적 권한이 없는 경우
- 회원님께서 요청 철회를 요청하시는 경우

혜택 적용 결정에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재검토를 요청하는 방법을 설명하는 안내서가 발송됩니다. 이러한 검토를 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에 관한 내용은 다음 섹션에서 알아봅니다.

F3. 1단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 반드시 회원님 본인, 담당 의사 또는 대리인이 당사에 연락해야 합니다. (855) 665-4627, TTY: 711로 연락하십시오.

일반 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 요청하려면 서면으로 하시거나 (855) 665-4627 TTY: 711로 연락하십시오.

- 이의 제기 중에 담당 의사나 기타 처방자가 회원님이 이미 받고 있는 서비스 또는 품목 제공을 계속하도록 요청하는 경우, 해당 의사 또는 처방자를 대리인으로 지정하여 회원님을 대신할 수 있도록 해야 합니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 회원님을 대신하여 이의를 제기하는 경우, 해당인에게 회원님을 대신할 수 있는 권한을 부여하는 대리인 임명 양식을 제출하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹 사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 해당 양식을 다운로드할 수 있습니다.
- 대리임 임명 양식이 없는 경우에도 이의 제기 요청이 수락될 수는 있지만 이 양식이 접수되어야만 검토가 시작 또는 완료될 수 있습니다. 이의 제기 요청을 받은 후 달력일 기준 44일 이내에 양식이 접수되지 않는 경우:
  - 요청이 기각됩니다.
  - 회원님에게는 당사의 이의 제기 기각 결정에 대해 심사를 요청할 권리가 있음을 설명하는 안내서가 발송됩니다.

회원님은 당사의 결정을 알리기 위해 발송한 서한에 기재된 날짜로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다.

기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나, 당사가 기한을 잘못 알려드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.

- 회원님께는 당사에 본인의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 회원님 본인과 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

"빠른 이의 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"신속 처리 재고"**입니다.

- 회원님께서 받지 않은 케어에 대한 혜택 적용에 대해 당사가 내린 결정에 이의를 제기하시는 경우, 회원님 및/또는 담당 의사는 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 빠른 이의 제기 절차는 빠른 혜택 적용 결정 절차와 동일합니다. 빠른 이의 제기를 요청하려면 **섹션 F2**의 빠른 혜택 적용 결정 요청 안내를 따르십시오.
- 담당 의사가 회원님의 건강에 해당 서비스가 필요함을 당사에 알리는 경우, 빠른 이의 제기가 진행됩니다.

이미 받으신 서비스 또는 품목에 적용되는 혜택이 중단 또는 축소된다는 소식을 당사가 회원님께 알리는 경우, 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 품목을 계속 이용할 수 있습니다.

- 당사에서 회원님이 받으시는 서비스나 품목에 대한 혜택 적용을 변경 또는 중단하기로 결정할 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 1단계 이의 제기를 할 수 있습니다.
- 귀하가 당사의 서신에 기재된 날로부터 달력일 기준 10일 이내 또는 해당 조치의 발효 예정일 중 더 늦은 날짜까지 1단계 이의 제기를 요청하는 경우 당사는 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 계속 제공합니다.
  - 이 기한을 준수하면 1단계 이의 제기가 보류 중인 동안 해당 서비스 또는 품목을 그대로 받을 수 있습니다.
  - 이의 제기 대상이 아닌 다른 모든 서비스 또는 품목도 그대로 제공됩니다.
  - 해당 날짜 이전에 이의 제기를 하지 않으면 이의 제기 결정을 기다리는 동안 서비스 또는 품목이 계속 제공되지 않습니다.

당사에서 회원님의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 회원님의 이의 제기를 검토할 때 당사는 회원님의 의료 케어 혜택 적용 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 **거부** 결정을 내렸을 때 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집합니다. 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사에게 연락할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기에는 기한이 있습니다.

- 빠른 기한을 적용하는 경우 **당사에서 이의 제기를 받은 시점으로부터 72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 회원님의 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변해 드립니다.
  - 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 IRO에서 심사합니다. 본 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다. Medicaid 서비스 또는 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 시간이 되는 대로 즉시 직접 주 정부에 2단계 주 정부 심리를 제기할 수 있습니다. California에서는 주 정부 심리를 State Hearings Division이라고 합니다. 주 정부 심리를 제기하려면 해당하는 내용을 참조하십시오.

- **요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우**, 당사는 반드시 이의 제기를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택 적용을 승인 또는 제공해야 합니다.
- **요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우**, 당사는 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달합니다.

일반 이의 제기에는 기한이 있습니다.

- 일반 기한을 적용하는 경우, 당사는 회원님께서 받지 못한 서비스의 혜택 적용에 대한 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.
- 귀하가 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 또는 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시일 내에 답변해 드립니다.
  - 기한까지 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 IRO에서 심사합니다. 본 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다. Medicaid 서비스 또는 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 시간이 되는 대로 즉시 직접 주 정부에 2단계 주 정부 심리를 제기할 수 있습니다. California에서는 주 정부 심리를 State Hearings Division이라고 합니다. 주 정부 심리를 제기하려면 해당하는 내용을 참조하십시오.

요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 이의 제기 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내, 또는 귀하의 건강 상태로 인해 필요한 경우 최대한 빨리 그리고 당사가 결정을 변경한 날로부터 72시간 이내, 또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택 적용을 승인 또는 제공해야 합니다.

요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 회원님에게는 추가적인 이의 제기 권리가 있습니다.

- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다.
- Medicare 의료 서비스 또는 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 당사는 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 독립 심사 기관으로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 혜택 적용에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 회원님께서 직접 2단계 이의 제기를 하는 방법을 안내해 드립니다.

F4. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다. 이 서한에서는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두 해당 서비스 또는 품목에 혜택을 적용하는지 여부를 알려 줍니다.

- 일반적으로 **Medicare**의 혜택 대상인 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 1단계 이의 제기 절차가 완료되는 대로 해당 케이스는 자동으로 이의 제기 절차 2단계로 넘어갑니다.
- 일반적으로 **Medi-Cal**의 혜택 대상인 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 회원님이 직접 2단계 이의 제기를 하실 수 있습니다. 서한을 통해 방법을 안내해 드립니다. 또한 본 장의 뒷부분에서 더 많은 정보를 확인하실 수 있습니다. 당사는 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대해 회원님을 위해 자동으로 2단계 이의 제기를 하지 않습니다.
- **Medicare와 Medi-Cal 모두**의 혜택 대상일 수 있는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 자동으로 독립 심사 기관을 통한 2단계 이의 제기 절차가 진행됩니다. 또한 주 정부에 공정 심리를 요청할 수도 있습니다.

회원님이 1단계 이의 제기를 할 당시 혜택을 계속 받을 자격이 있었던 경우, 2단계 중에도 이의 제기 대상 서비스, 품목 또는 의약품에 대한 혜택이 계속 제공됩니다. 1단계 이의 제기 기간 중에 혜택을 계속 받는 방법에 관한 자세한 내용은 **섹션 F3**를 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare의 혜택 대상인 서비스에 관한 사안인 경우, 독립 심사 기관에 의한 2단계 이의 제기 절차 중에는 해당 서비스에 대한 혜택이 유지되지 않습니다.
- 일반적으로 Medi-Cal만의 혜택 대상인 서비스에 관한 사안인 경우, 당사의 결정 안내서를 받은 날로부터 달력일 기준 10일 이내에 2단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

일반적으로 Medicare의 혜택 대상인 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우

독립 심사 기관에서 이의 제기를 심사합니다. 독립 심사 기관은 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다.

> "독립 심사 기관"(Independent Review Organization, IRO)의 공식 명칭은 **"독립 심사 주체"(Independent Review Entity)이며 "IRE"**라고도 합니다.

- 독립 심사 기관은 당사와 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare에서 독립 심사 기관으로 이 회사를 선택했으며 이들의 업무를 감독합니다.
- 당사는 이의 제기에 관한 정보("케이스 파일")를 이 기관에 전송합니다. 회원님께는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다.
- 또한 독립 심사 기관에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- 독립 심사 기관의 심사관은 회원님의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.

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

- 1단계에서 빠른 이의 제기를 하신 경우에는 2단계에서 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. 독립 심사 기관은 반드시 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.
- 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청이며 독립 심사 기관에서 회원님께 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수**있습니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관에서는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

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

- 1단계에서 일반 이의 제기를 하신 경우에는 2단계에서 자동으로 일반 이의 제기가 진행됩니다.
- 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.

- 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청이며 독립 심사 기관에서 회원님께 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수**있습니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관에서는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

독립 심사 기관은 서면으로 답변을 제공하고 그 이유를 설명합니다.

- **독립 심사 기관이 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우**, 당사는 다음과 같이 즉시 결정을 이행해야 합니다.
  - **72시간 이내**에 의료 케어 혜택 적용을 승인합니다.
  - **일반 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **달력일 기준 14일** 이내에 서비스를 제공합니다.
  - **신속 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 서비스를 제공합니다.
- 독립 심사 기관이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전체를 **승인** 하는 경우, 당사에서는 다음 기한 안에 해당 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
  - **일반 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내** 또는
  - **신속 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **24시간 이내**
- 독립 심사 기관이 이의 제기의 일부 또는 전체를 **거부**하는 경우, 이는 독립 심사 기관에서 당사가 회원님의 의료 케어 혜택 적용 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 한 데 대해 동의한다는 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.
  - 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.
  - 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 단계가 있습니다.
  - 2단계 이의 제기가 거부되고 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요구 사항을 충족하는 경우 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 할지 여부를 결정해야 합니다. 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 이후 발송되는 안내서에 나와 있습니다.
  - 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

일반적으로 Medi-Cal의 혜택 대상인 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우

Medi-Cal 서비스 및 품목에 대해 2단계 이의 제기를 하는 방법은 다음과 같이 두 가지입니다. (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사, (2) 주 정부 심리(State Hearing)**(1) 독립 의료 심사**

California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)의 헬프 센터에서 실시하는 IMR(독립 의료 심사)을 요청하거나 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC에서 당사의 결정을 심사하고 판정을 내립니다. IMR은 본질적으로 의료와 관련된 모든 Medi-Cal 혜택 대상 서비스 또는 품목에 이용할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜 또는 DMHC 소속이 아닌 의사들이 회원님의 케이스를 심사하는 것입니다. IMR 결정이 회원님께 유리한 경우, 당사는 회원님이 요청한 서비스 또는 품목을 회원님께 제공해야 합니다. 가입자는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

당사 플랜이 다음과 같은 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 당사 플랜에서 의학적으로 필요하지 않다고 결정함에 따라 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연하는 경우
- 중대한 의학적 상태에 대한 실험적 또는 연구 목적 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지급하지 않는 경우
- 일반 이의 제기의 경우 달력일 기준 30일 이내, 빠른 이의 제기의 경우 72시간 이내에 Medi-Cal 서비스에 대한 1단계 이의 제기를 해결하지 않은 경우

참고: 담당 의료 제공자가 회원님을 대신하여 이의를 제기했지만 당사가 대리인 임명 양식을 받지 못한 경우 회원님은 DMHC에 2단계 IMR을 신청하기 전에 당사에 이의를 다시 제기해야 합니다.

회원님은 IMR과 주 정부 심리를 모두 받을 자격이 있지만, 동일한 문제에 대해 이미 주 정부 심리를 받은 경우에는 해당하지 않습니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하기 전에 먼저 당사에 이의를 제기해야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 200페이지를 참조하십시오. 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우 DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 헬프 센터에 IMR을 요청하시면 됩니다.

해당 치료가 실험적이거나 연구 목적이라는 이유로 거부된 경우 IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 제기 절차에 참여할 필요가 없습니다.

문제가 긴급하거나 회원님의 건강에 즉각적이고 중대한 위협이 되는 경우 또는 회원님이 극심한 통증을 겪고 있는 경우, 이의 제기 절차를 거치지 않고 즉시 DMHC에 알릴 수 있습니다.

회원님은 당사에서 이의 제기에 대한 서면 결정을 발송한 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 회원님이 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없는 의학적 상태가 있었거나 당사로부터 IMR 절차에 대한 적절한 통지서를 받지 못한 것과 같은 합당한 이유가 있는 경우 6개월 후에 귀하의 신청을 수락할 수 있습니다.

IMR을 요청하는 방법:

- www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx에서 독립 의료 심사 신청 양식 및 불만 제기 양식을 작성하시거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219로 전화해 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891로 전화해야 합니다.
- 당사가 거부한 서비스나 품목에 대한 서한이나 기타 문서가 있다면 사본을 첨부하십시오. 그러면 IMR 절차가 빨리 진행될 수 있습니다. 문서의 원본이 아닌 사본을 보내주십시오. 헬프 센터는 어떤 문서도 반환할 수 없습니다.
- IMR에 도움을 주는 사람이 있는 경우 지정 도우미 양식을 작성하십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 다운로드하거나 부서 헬프 센터(1-888-466-2219)에 연락하여 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-688-9891로 전화해야 합니다.

- 해당 양식과 첨부 파일을 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내십시오.

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  팩스: 916-255-5241

IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 회원님의 케이스를 심사한 후 달력일 기준으로 7일 이내에 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜에서 신청서와 지원 서류를 수령한 후, IMR 결정은 달력일 기준 30일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 45일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다.

케이스가 긴급하고 IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 회원님의 케이스를 심사한 후 달력일 기준으로 2일 이내에 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜에서 신청서와 지원 서류를 수령한 후, IMR 결정은 달력일 기준 3일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다. IMR 결과가 만족스럽지 않은 경우 주 정부 심리를 요청할 수 있습니다.

DMHC에서 회원님 또는 담당 치료 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하는 경우 IMR이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 건강 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의사를 이용하는 경우 해당 의사로부터 회원님의 의료 기록을 받아 당사에 보내는 것이 중요합니다. 네트워크 소속 의사로부터 의료 기록의 사본을 받으려면 건강 플랜이 필요합니다.

DMHC에서 회원님의 케이스가 IMR에 적격하지 않다고 결정하는 경우 DMHC는 일반 소비자 불만 제기 절차를 통해 해당 케이스를 심사합니다. 회원님의 불만은 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 해결되어야 합니다. 불만 사항이 긴급한 경우 이보다 빠른 시일 내에 해결됩니다.

(1) 주 정부 심리(State Hearing)

(2) 주 정부 심리(State Hearing)

Medi-Cal 혜택 대상 서비스 및 품목에 대해 주 정부 심리를 요청할 수 있습니다. 담당 의사 또는 다른 의료 제공자가 당사가 승인하지 않는 서비스나 품목을 요청하거나, 당사가 회원님께서 이미 받은 서비스나 품목에 대해 대금을 계속 지급하지 않을 예정이며 회원님의 1단계 이의 제기를 거부한 경우, 회원님께는 주 정부 심리를 신청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우 "심리에 대한 권리" 통지서를 우편으로 받은 후 **120일 이내에 주 정부 심리를 요청해야 합니다**.

참고: 회원님이 현재 받는 서비스가 변경 또는 중단될 것이라는 당사의 통지 때문에 주 정부 심리를 요청하시는 경우, 주 정부 심리가 계류 중인 때에 해당 서비스를 계속 받으시려면 **요청 제출 기한이 더 짧습니다**. 자세한 내용은 194페이지의 "2단계 이의 제기 기간 중 혜택을 계속 받을 수 있나요"를 참조하십시오.

주 정부 심리를 요청하는 방법은 다음과 같이 두 가지입니다.

1. 결과 통지서 뒷면에 있는 "Request for State Hearing"(주 정부 심리 요청)을 작성할 수 있습니다. 회원님의 성명, 주소, 전화번호, 회원님을 상대로 조치를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 관련된 지원 프로그램, 심리를 원하는 상세한 이유 등 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 그리고 나서 다음 방법 중 하나로 요청을 제출할 수 있습니다.
   - 통지서에 표시된 주소의 카운티 복지부로 제출

- California Department of Social Services로 제출

  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, California 94244-2430

- State Hearings Division에 팩스로 제출(번호: 916-651-5210 또는 916-651-2789)

2. California Department of Social Services에 1-800-952-5253으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349로 전화해야 합니다. 전화로 주 정부 심리를 요청하려는 경우 통화량이 매우 많다는 점에 유의해야 합니다.

공정 심리 사무소에서 서면으로 결정을 내리고 그 이유를 설명합니다.

- 공정 심리 사무소에서 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 **승인**하는 경우**,** 당사는 해당 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 해당 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 공정 심리 사무소에서 이의 제기의 일부 또는 전체를 **거부**하는 경우, 이는 공정 심리 사무소에서 당사가 의료 케어 혜택 적용에 대한 회원님의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 한 데 대해 동의한다는 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

독립 심사 기관 또는 공정 심리 사무소에서 요청의 전체 또는 일부를 **거부**하는 경우, 회원님은 추가 이의 제기 권리를 가집니다.

2단계 이의 제기가 **독립 심사 기관**으로 넘어갔던 경우, 회원님께서 원하는 서비스 또는 품목의 달러 금액 가치가 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에 한해 다시 이의를 제기하실 수 있습니다. 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. **독립 심사 기관으로부터 받는 서신에 보시면 회원님께서 가지고 있는 추가적인 이의 제기 권리에 대한 설명이 나와 있습니다.**

공정 심리 사무소로부터 받는 서신에 보시면 다음 이의 제기 옵션이 나와 있습니다.

2단계 이후 이의 제기 권리에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

F5. 비용 지불 문제

당사에서는 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 혜택 대상 서비스 및 품목에 대해 회원님께 비용을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 이는 서비스 또는 품목에 대해 의료 제공자가 청구하는 금액보다 적은 금액을 제공자에게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 회원님은 어떤 청구서의 잔액도 지불할 필요가 없습니다. 가입자가 지불해야 하는 유일한 금액은 자기부담금이 필요한 의약품 범주에 대한 자기부담금입니다.

혜택 대상 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받는 경우 당사에 청구서를 보내주십시오. **직접 대금을 납입하시면 안 됩니다.** 저희가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다. 대금을 지급하는 경우, 서비스 또는 품목을 받기 위한 규정을 준수하였다면 환급을 받으실 수 있습니다.

자세한 사항은 가입자 핸드북의 **제7장**을 참조하십시오. 여기에는 의료 제공자로부터 받으신 청구서 대금 환급을 요청하거나 납입해야 하는 상황에 대한 설명이 나와 있습니다. 당사에 지급을 요청하는 서류를 보내는 방법도 나와 있습니다.

비용 환급을 요청하시는 경우, 바로 혜택 적용 결정을 요청하시는 것입니다. 당사는 회원님께서 비용을 지급하신 서비스 또는 품목이 혜택 대상인지 확인하고, 회원님께서 혜택 이용과 관련해 모든 규정을 따랐는지 확인합니다.

- 비용을 지급하신 서비스 또는 품목이 혜택 대상이고 모든 규정을 따르신 경우에는 회원님 **또는** 의료 제공자에게 대금을 보내거나, 플랜에 비용 분담이 있는 경우에는 환급 요청 접수일로부터 달력일 기준 60일 이내에 회원님 또는 의료 제공자에게 해당 서비스 또는 품목에 대한 당사 분담금을 환급해 드립니다. 그러면 의료 제공자가 회원님께 지급금을 보냅니다.
- 아직 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지급하지 않은 경우 당사가 의료 제공자에게 직접 지급금을 보냅니다. 당사가 지급금을 보내는 것은 회원님의 혜택 적용 결정 요청을 **승인**하는 것과 같습니다.
- 혜택 대상이 아닌 서비스 또는 품목이거나 회원님께서 모든 규정을 따르지 않으신 경우, 당사는 해당 서비스나 품목 대금을 지급하지 않을 것임을 알리고 그 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다.

지급하지 않겠다는 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우, **이의 제기를 하실 수 있습니다**. **섹션 F3**에 나와 있는 이의 제기 절차에 따르시면 됩니다. 지시에 따를 때는 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사로부터 환급을 받기 위해 이의를 제기하시는 경우 당사는 반드시 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 결정을 통보해 드려야 합니다.
- 이미 받으셨고 비용을 납입하신 의료 케어 비용을 환급해 달라고 요청하시는 경우, 빠른 이의 제기를 요청하실 수 없습니다.

이의 제기가 **거부**되고 일반적으로 **Medicare**가 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 제공하는 경우, 당사는 해당 케이스를 독립 심사 기관에 전달합니다. 그럴 경우, 당사에서 서한을 발송해 드립니다.

- 독립 심사 기관이 당사 결정을 뒤집고 당사가 비용을 지급해야 한다고 결정하는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 30일 이내에 해당 회원 또는 의료 제공자에게 비용을 지급해야 합니다. 단계 2 이후 일체의 이의 제기 절차에서 **승인** 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 해당 대금을 회원님 본인 또는 의료 제공자에게 지급해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 이의 제기에 대해 **거부** 결정을 내리는 경우, 독립 심사 기관이 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다. 회원님이 보유할 수 있는 추가 이의 제기 권리를 설명하는 서한이 발송됩니다. 추가적인 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

당사에서 이의 제기를 **거부**하며 일반적으로 **Medi-Cal**이 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 제공하는 경우 직접 2단계 이의 제기를 하실 수 있습니다. 2단계 이의 제기는 자동으로 진행되지 않습니다. 자세한 내용은 섹션 **F4**를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 처방약

당사 플랜 가입자의 혜택에는 여러 처방약에 대한 혜택 적용이 포함됩니다. 이러한 의약품은 대부분 Medicare 파트 D 의약품입니다. 일부 의약품의 경우 Medi-Cal은 적용되지만 Medicare 파트 D가 적용되지 않습니다. **본 섹션은 파트 D 의약품 이의 제기에만 적용됩니다.** 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 "파트 D 의약품"이라고 지칭하는 대신 "의약품"으로 지칭하겠습니다.

의약품에 대해 보장을 받으려면 해당 의약품이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 의약품이 FDA(식품의약국)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제5장**을 참조하십시오.

G1. 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기

파트 D 의약품과 관련해 당사에 요청하실 수 있는 혜택 적용 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 당사에 다음과 같은 예외 인정을 요청하는 경우:
  - 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품에 대한 혜택 적용
  - 의약품에 대한 당사 혜택 적용에 대한 제한 철회(받을 수 있는 의약품의 양에 대한 한도 등)
- 의약품에 혜택이 적용되는지 당사에 문의하실 수 있습니다(예를 들어 사용하고 계신 의약품이 당사 플랜의 의약품 목록에 있지만 혜택을 적용하기 전에 당사로부터 승인을 받아야 하는 경우)

참고: 약국에서 처방에 따라 처방약을 조제해 줄 수 없다고 얘기하는 경우 약국으로부터 당사에 연락해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법을 안내하는 통지서를 받으시게 됩니다.

파트 D 의약품에 대한 최초 혜택 적용 결정을 **"혜택 적용 결정"**이라고 합니다.

- 이미 구입한 의약품에 대해 당사에 비용 지급을 요청하실 수 있습니다. 이는 비용 지급에 대한 혜택 적용 결정을 요청하는 것입니다.

당사가 내린 혜택 적용 결정에 동의하지 않으시는 경우 그 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 혜택 적용 결정을 요청하는 방법 및 이의를 제기하는 방법에 대해 안내해 드립니다. 아래 차트를 참조하십시오.

다음 상황 중 어디에 해당되십니까?			
당사 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하거나 당사 혜택 대상인 의약품에 대한 규정 또는 제한 사항의 철회를 원하는 경우	당사 의약품 목록에 있는 의약품에 대한 혜택 적용을 원하며, 회원님께서 필요하신 의약품에 대한 플랜 규정이나 제한 사항(사전 승인받기 등)을 충족한다고 생각하는 경우	이미 받았고 비용도 지급한 의약품에 대해 당사에 비용 환급을 요청하고자 하는 경우	당사에서 이미 회원님이 원하는 방식으로 혜택을 적용하거나 비용을 지급하지 않을 것이라는 결정을 통보받은 경우
당사에 예외 인정을 요청할 수 있습니다. (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.)	**혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.**	**당사에 환급을 요청할 수 있습니다.** (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.)	**이의를 제기할 수 있습니다.** (이는 당사에 결정 번복을 요청한다는 의미입니다.)
섹션 G2부터 시작하여 **섹션 G3 및 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G4**를 참조하십시오.	**섹션 G5**를 참조하십시오 .

G2. 파트 D 예외

원하는 방식으로 의약품에 혜택이 적용되지 않는 경우 당사에 "예외 인정"을 요청할 수 있습니다. 당사가 예외 인정 요청을 거부하면 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

예외 인정을 요청하실 때는, 담당 의사나 다른 처방자가 예외 인정이 필요한 의료적 이유를 설명해야 합니다.

> 당사의 의약품 목록에 없는 의약품의 혜택 적용 또는 의약품에 대한 제한 철회를 요청하는 것을 **"처방 규정 예외"** 요청이라고도 합니다.

다음은 회원 본인, 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외의 예입니다.

1. **당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품에 대한 혜택 적용**
   - 해당 의약품의 필수 자기부담금에 대해서는 예외를 인정받을 수 없습니다.
2. **혜택 대상 의약품에 대한 제한 철회**
   - 당사의 의약품 목록에 있는 특정 의약품에는 추가 규정 또는 제한이 적용됩니다(자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제5장** 참조).
   - 특정 의약품에 대한 추가 규정 및 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.
     - 브랜드약 대신 복제약 버전을 사용해야 한다는 규정
     - 당사가 해당 의약품에 대한 혜택 적용에 동의하려면 미리 당사의 승인을 받아야 한다는 규정. 이를 "사전 승인"이라고 합니다.
     - 요청하시는 의약품에 혜택을 적용하기로 결정하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 규정. 이를 "단계적 치료법"이라고 합니다.
     - 수량 한도. 일부 의약품의 경우 회원님께서 받을 수 있는 의약품의 수량에 제한이 적용됩니다.
   - 당사가 예외 인정에 동의하고 제한을 철회하는 경우, 회원님께서 지불해야 하는 자기부담금 액수에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.
3. **의약품의 혜택 적용을 낮은 비용 분담 단계로 변경.** 의약품 목록에 있는 모든 약은 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 번호가 낮을수록 필수 자기부담금 금액이 줄어듭니다.

> 혜택 대상 비우선 의약품에 대해 더 낮은 가격 지불을 요청하는 것을 **"단계 예외 인정**" 요청이라고도 합니다.

- 보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 이러한 의약품을 "대체 의약품"이라고 합니다.
- 회원님의 건강 상태에 적합한 대체 의약품이 복용 중인 의약품보다 비용 분담 단계가 낮은 경우, 대체 의약품에 대한 비용 분담 금액을 당사에서 부담하도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하면 의약품에 대한 자기부담금 액수가 줄어듭니다.

- 복용하는 의약품이 생물학적 약제인 경우, 귀하의 상태에 맞는 생물학적 약제 대체 의약품에 대해 가장 낮은 단계의 비용 분담 금액으로 해당 의약품을 보장해 줄 것을 당사에 요청할 수 있습니다.
- 복용하는 의약품이 브랜드약인 경우, 귀하의 상태에 맞는 브랜드약 대체 의약품에 대해 가장 낮은 단계의 비용 분담 금액으로 해당 의약품을 보장해 줄 것을 당사에 요청할 수 있습니다.
- 복용하는 의약품이 복제약인 경우, 귀하의 상태에 맞는 브랜드약 또는 복제약 대체 의약품에 대해 가장 낮은 단계의 비용 분담 금액으로 해당 의약품을 보장해 줄 것을 당사에 요청할 수 있습니다.

- 회원님의 단계 예외 인정 요청이 승인되고 최소 한 단계 이상 낮은 비용 분담 단계에 회원님이 복용할 수 없는 대체 의약품이 포함된 경우에는 일반적으로 회원님께서 가장 낮은 금액을 지불합니다.

G3. 예외 인정 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.

보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 이러한 의약품을 "대체 의약품"이라고 합니다. 대체 의약품이 회원이 요청하는 의약품과 약효가 같고, 부작용을 더 많이 유발하거나 다른 건강상 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 **않습니다**. 단계 예외 인정을 요청하는 경우, 더 낮은 비용 분담 단계의 모든 대체 의약품이 귀하에게 효과가 없거나 부작용 또는 다른 위해를 일으킬 가능성이 있는 경우가 아니라면 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 **않습니다**.

당사는 요청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

- 예외 인정 요청이 **승인**되는 경우, 그 예외는 해당 달력 연도 말일까지 유효합니다. 이는 담당 의사가 귀하에게 계속해서 해당 의약품을 처방하고 해당 의약품이 귀하의 상태를 치료하는 데 있어 계속 안전하고 효과적인 경우에 한해 유지됩니다.
- 예외 인정 요청이 **거부**되는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다. **거부**되는 경우 이의를 제기하는 방법은 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외를 포함한 혜택 적용 결정을 요청하는 방법을 설명합니다.

G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청

- 원하시는 유형의 혜택 적용 결정을 요청하려면 (855) 665-4627로 전화하거나, 서면으로 요청하거나 팩스를 보내 주십시오. 회원님 본인, 대리인 또는 담당 의사(또는 기타 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 제공하십시오.
- 회원님, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 회원님의 대리인이 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 변호사가 회원님을 대신하여 요청할 수도 있습니다.
- 대리인을 지정하는 방법은 **섹션 E3**을 참조하십시오.
- 의사 또는 기타 처방자에게 회원님을 대신하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있는 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 이미 비용을 지급한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하려면 가입자 핸드북 **제7장**을 참조하십시오.

- 예외 인정을 요청하시는 경우 "근거 진술서"를 제출해 주십시오. 근거 진술서에는 예외 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 이유가 포함됩니다.
- 담당 의사나 다른 처방자는 근거 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 전화로 접수한 다음 팩스 또는 우편으로 진술서를 제출할 수도 있습니다.

건강상 필요한 경우 "빠른 혜택 적용 결정"을 요청하십시오.

당사에서 "빠른 기한" 적용에 동의한 경우가 아니면 "일반 기한"을 적용하게 됩니다.

- **일반 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.
- **빠른 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.

"빠른 혜택 적용 결정"을 **"신속 혜택 적용 결정"**이라고 합니다.

- 다음과 같은 경우 빠른 혜택 적용 결정을 내릴 수 있습니다.
- 받지 못하신 의약품에 대한 결정인 경우. 이미 구입한 의약품에 대해 비용 환급을 요청하시는 경우 빠른 혜택 적용 결정을 이용하실 수 없습니다.
- 일반 기한이 적용되는 경우 회원님의 건강 또는 신체 기능이 크게 저하될 수 있는 경우.

담당 의사 또는 기타 처방자가 회원님의 건강에 빠른 혜택 적용 결정이 필요하다는 것을 당사에 알리는 경우, 당사는 이에 동의하고 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 회원님께 이에 대한 안내서가 발송됩니다.

- 담당 의사 또는 기타 처방자의 지원 없이 빠른 혜택 적용 결정을 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.
- 회원님의 의학적 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우, 대신 일반 기한을 적용합니다.
  - 회원님께 이에 대한 안내서가 발송됩니다. 이 안내서에는 당사의 결정에 대해 불만을 제기하는 방법도 나와 있습니다.
  - 빠른 불만 제기를 하시면 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

빠른 혜택 적용 결정 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 24시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변해 드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 심사할 수 있도록 합니다. 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.

- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 혜택 적용을 제공합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

받지 못한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 72시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변해 드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 심사할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 혜택 적용을 제공합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

이미 구입한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 14일 이내에 답변을 제공해야 합니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 심사할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우 달력일 기준 14일 이내에 환급됩니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

G5. 1단계 이의 제기

파트 D 의약품 혜택 적용 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 **"재결정"**이라고 합니다.

- **일반** 또는 **빠른 이의 제기**를 시작하려면 (855) 665-4627로 전화하거나, 서면으로 보내거나 팩스를 보내 주십시오. 회원님 본인, 대리인 또는 담당 의사(또는 기타 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 제공하십시오.
- 회원님은 당사의 결정을 알리기 위해 발송한 서한에 기재된 날짜로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다.

- 기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나, 당사가 기한을 잘못 알려드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.
- 회원님께는 당사에 본인의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 회원님 본인과 담당 의사는 이의 제기를 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

빠른 이의 제기를 **"신속 처리 재결정"**이라고도 합니다.

- 회원님께서 받지 않은 의약품에 대해 당사에서 내린 결정에 대해 이의를 제기하시는 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 회원님, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.
- 이의 제기 적용 요건은 빠른 혜택 적용 결정의 적용 요건과 동일합니다. 자세한 내용은 섹션 **G4**를 참조하십시오.

당사에서 회원님의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 회원님의 이의 제기를 검토하고 혜택 적용 요청에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 **거부** 결정을 내렸을 때 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사나 기타 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

1단계 빠른 이의 제기 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.
- 회원님의 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변해 드립니다.
  - 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택 적용을 제공해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한이 발송됩니다.

1단계 일반 이의 제기 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우, 당사는 회원님이 받지 않은 의약품에 대한 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 의약품을 받지 않았으며 건강상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해 드립니다. 건강상 필요하다고 생각되는 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 달력일 기준 7일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 당사에서 요청의 일부 또는 전체를 **승인**하는 경우:

- 당사는 회원님의 건강에 필요한 시점에, 이의 제기를 받은 시점으로부터 달력일 기준 7일 이내에 제공하기로 동의한 **혜택 적용을 제공**해야 합니다.
- 당사는 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일 이내에** 구입하신 의약품에 대한 **대금을 회원님께 전달**해야 합니다.

당사에서 요청의 일부 또는 전체를 **거부**하는 경우:

- 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한을 보내드립니다.
- 당사는 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 14일 이내에** 구입하신 의약품 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.
  - 달력일 기준 14일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 심사합니다. 심사 기관 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**을 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 요청을 받은 시점으로부터 달력일 기준 30일 이내에 회원님께 지급해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한이 발송됩니다.

G6. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기가 **거부**되는 경우, 이 결정을 수용하거나 다시 이의를 제기하실 수 있습니다. 다시 이의를 제기하시려면 2단계 이의 제기 절차를 사용하십시오. **독립 심사 기관**에서는 1단계 이의 제기에 대한 당사의 **거부** 결정을 심사합니다. 이 기관에서 결정을 변경해야 할지 여부를 결정합니다.

> "독립 심사 기관"(Independent Review Organization, IRO)의 공식 명칭은 **"독립 심사 주체"(Independent Review Entity)이며 "IRE"**라고도 합니다.

2단계 이의 제기를 하려면 회원님, 대리인 또는 의사나 기타 처방자가 독립 심사 기관에 **서면으로** 회원님의 케이스에 대한 심사를 요청해야 합니다.

- 1단계 이의 제기가 **거부**되는 경우, 당사에서 발송하는 서신에는 독립 심사 기관에 대한 **2단계 이의 제기 방법 안내**가 포함됩니다. 안내에는 2단계 이의 제기 자격, 따라야 하는 기한, 독립 심사 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.
- 독립 심사 기관에 이의를 제기하시면 당사는 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 정보를 회원님의 "케이스 파일"이라고 합니다. **회원님께는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다**.
- 또한 독립 심사 기관에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.

독립 심사 기관에서 파트 D 2단계 이의 제기를 심사하고 서면으로 답변을 제공합니다. 독립 심사 기관에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2단계 빠른 이의 제기 기한

건강상 필요한 경우, 독립 심사 기관에 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 독립 심사 기관에서는 빠른 이의 제기 적용에 동의하는 경우, 반드시 이의 제기 요청을 받은 시점으로부터 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
- 독립 심사 기관에서 요청의 일부 또는 전체를 **승인**하는 경우, 당사는 반드시 독립 심사 기관이 결정을 내린 시점으로부터 **24시간 이내에** 승인된 의약품 혜택 적용을 제공해야 합니다.

2단계 일반 이의 제기 기한

2단계에서 일반 이의 제기가 적용된 경우 독립 심사 기관에서 답변을 제공해야 합니다.

- 받지 못한 의약품에 대한 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 7일 이내**
- 구입한 의약품에 대한 환급 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 14일 이내**

독립 심사 기관이 요청의 일부 또는 전체를 **승인**하는 경우:

- 당사는 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 승인된 의약품 혜택 적용을 제공해야 합니다.
- 당사는 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 회원님이 구입하신 의약품에 대한 비용을 환급해야 합니다.
  - 독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우, 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

독립 심사 기관이 2단계 이의 제기를 **거부**하는 경우, 회원님이 요청하시는 의약품 혜택 적용의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족한다면 3단계 이의 제기를 진행하실 권리가 있습니다. 요청하시는 의약품 혜택 적용의 달러 가치가 필수 최소 금액 미만이면 다시 이의 제기를 하실 수 없습니다. 이 경우 2단계 이의 제기 결정이 최종 결정이 됩니다. 독립 심사 기관은 회원님께 3단계 이의 제기를 진행하는 데 필요한 최소 달러 가치를 안내하는 서신을 발송합니다.

요청의 달러 가치가 요건을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할 것인지 결정하셔야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다.
- 독립 심사 기관에서 2단계 이의 제기를 **거부**하고 회원님께서 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요건을 충족하는 경우:
  - 3단계 이의 제기를 할지 결정합니다.
  - 3단계 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 독립 심사 기관에서 발송된 서신을 참조하십시오.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 입원 혜택 기간 연장 요청

회원이 병원에 입원하는 경우, 그 회원에게는 해당 질병 또는 부상을 진단 및 치료하는 데 필요한 혜택 대상 병원 서비스를 모두 이용할 권리가 있습니다. 플랜의 병원 혜택 적용에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제4장**을 참조하십시오.

혜택이 적용되는 입원 기간 중에, 담당 의사와 병원 직원들은 회원님과 상의해 퇴원 날짜에 맞춰 퇴원 준비를 합니다. 또한 퇴원 후 필요한 케어가 있으면 그러한 케어 주선도 도와드립니다.

- 병원에서 나가는 날을 "퇴원일"이라고 합니다.
- 담당 의사 또는 병원 직원이 퇴원일이 언제인지 알려드립니다.

예정된 퇴원일이 너무 이르다고 생각되거나 퇴원 후 케어에 대해 우려 사항이 있는 경우 입원 연장을 요청하실 수 있습니다. 본 섹션에서 이를 요청하는 방법을 설명합니다.

H1. Medicare 권리 알아보기

병원 입원 날짜로부터 2일 이내에 간호사 또는 케이스 담당자와 같은 병원 관계자가 "Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(**An Important Message from Medicare about Your Rights)"**이라는 제목의 통지서를 전달해 드릴 것입니다. 모든 Medicare 가입자가 병원에 입원할 때마다 이 통지서가 제공됩니다.

통지서를 받지 못했다면 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요한 경우, 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 연락하십시오. 하루 24시간, 연중무휴 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의하셔도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.

- **통지서를 주의 깊게 검토**하신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오. 통지서를 보시면 다음의 권리를 포함해 병원 환자로서 회원님의 권리에 관해 나와 있습니다.
  - 입원 기간과 퇴원 후에 Medicare 서비스를 받을 권리. 회원에게는 그러한 서비스에는 어떤 서비스들이 있는지, 비용은 누가 부담하는지, 어디서 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다.
  - 입원 기간에 대한 일체 결정에 참여할 권리.
  - 병원 케어의 질에 대한 우려 사항을 보고해야 하는 곳을 알 권리.
  - 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 판단되는 경우 이의를 제기할 권리.
- **통지서에 서명**하여 수령을 확인하고 회원님의 권리를 이해했음을 확인하십시오.
  - 회원님 또는 대리인이 통지서에 서명할 수 있습니다.
  - 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 권리에 대한 정보를 받았다는 사실**만을** 확인합니다. 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 알린 퇴원 날짜에 동의하는 것은 **아닙니다**.
- 서명한 통지서 **사본을 보관**하여 필요한 경우 그 내용을 참조하실 수 있도록 하십시오.

퇴원일 이틀 전까지 통지서에 서명하시면 퇴원 전에 다시 한번 통지서 사본을 제공해 드립니다.

다음과 같이 하시면 경우 통지서 사본을 미리 확인할 수 있습니다.

- 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴, 하루 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices. 방문

H2. 1단계 이의 제기

입원 환자 병원 서비스 혜택 적용 기간을 연장받으시려면 이의를 제기하십시오. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)이 1단계 이의 제기를 심사하여 회원님의 예정 퇴원일이 의학적으로 적절한지 여부를 확인합니다.

QIO는 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 케어 전문가들로 구성된 그룹입니다. 이 전문가들은 Medicare 서비스 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 이들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

California의 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)은 Livanta(California Quality Improvement Organization)입니다. 연락처는 (855) 887-6668 TTY: 711입니다. 연락처 정보는 "Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(An Important Message from Medicare about Your Rights)" 및 **제2장**에서도 확인하실 수 있습니다.

병원을 떠나기 전, 늦어도 예정 퇴원일까지 품질 개선 기관(QIO)에 연락하십시오.

- **병원을 떠나기 전에 전화하시면**, 이의 제기에 대한 품질 개선 기관(QIO)의 결정을 기다리는 동안 비용 부담 없이 예정 퇴원일이 지나서까지 병원에 계속 머물 수 있습니다.
- **이의 제기 전화를 하지 않고** 예정 퇴원일 이후로도 병원에 계속 머물러 있겠다고 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 케어 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 이의 제기와 관련해 품질 개선 기관(QIO)에 연락할 **기한을 놓치신 경우**, 대신 당사 플랜에 직접 이의를 제기하십시오. 당사에 이의를 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 **섹션 G4**를 참조하십시오.
- 입원은 Medicare 및 Medi-Cal에서 모두 혜택을 적용받으므로 품질 개선 기관(QIO)에서 회원님의 입원 지속 요청을 수용하지 않거나 회원님이 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 174 페이지의 섹션 F4를 참조하여 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

필요한 경우 도움 요청. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지:

- 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222로 문의하십시오.

빠른 심사 요청. 즉시 품질 개선 기관(QIO)에 문의하여 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

> **"빠른 심사"**에 해당하는 법률 용어는 **"즉시 심사"** 또는 **"신속 심사"**입니다.

빠른 심사 진행 절차

- 품질 개선 기관(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 예정 퇴원일 이후까지 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 회원님의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 병원과 당사 플랜에서 제공받은 정보를 검토합니다.
- 심사관이 플랜에 이의 제기에 대해 알린 다음 날 정오까지, 담당 의사, 병원, 당사가 해당 날짜가 의학적으로 적절한 퇴원일이라고 생각하는 이유를 설명하는 추가 통지서가 제공됩니다.

이러한 안내서에 해당하는 법률 용어는 **"상세 퇴원 통지서"**입니다. 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 1-800-Medicare(1-800-633-4227)로 전화하여 샘플을 받아보실 수 있습니다(연중무휴 24시간 운영). (TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.) www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서 온라인으로 통지서 샘플을 확인하실 수도 있습니다.

필요한 모든 정보를 받은 후 하루 이내에 품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기에 대한 답변을 드립니다.

품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 이들 기관에서는 퇴원 예정일이 의학적으로 적절하다고 생각합니다.
- 회원님의 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 품질 개선 기관(QIO)이 회원님께 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 종료됩니다.
- 품질 개선 기관(QIO)에서 회원님의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 회원님이 받는 병원 케어에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 품질 개선 기관(QIO)에서 1단계 이의 제기를 거부**하고** 회원님이 퇴원 예정일 이후에도 병원에 머무르시는 경우 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

H3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. (877) 588-1123으로 전화하십시오.

품질 개선 기관(QIO)이 1단계 이의 제기를 **거부**한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 이 심사를 요청해야 합니다. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에도 계속해서 입원하시는 경우에 **한해** 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 심사관은 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

품질 심사 기관(QRO)에서 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 품질 개선 기관(QIO)에서 1단계 이의 제기를 거부한 다음 날 정오부터 회원님께서 받은 병원 케어 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해야 합니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

품질 심사 기관(QRO)에서 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 이들 기관은 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 번복하지 않습니다.
- 이들 기관은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.
- 또한 병원 입원을 지속하기 위해 불만을 제기하거나 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 110페이지의 섹션 E4를 참조하여 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

H4. 1단계 대체 이의 제기

퇴원 예정일 60일 이내 또는 퇴원 예정일 이전에 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기를 요청해야 합니다. 1단계 이의 제기 기한을 놓친 경우 "대체 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 퇴원일에 대한 "빠른 심사"를 요청하십시오.

> "빠른 심사" 또는 "빠른 이의 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"신속 이의 제기"**입니다.

- 당사에서 회원님의 입원에 관한 모든 정보를 검토하게 됩니다.
- 첫 번째 결정이 공정하고 규정을 준수했는지 확인합니다.
- 일반 기한 대신 빠른 기한을 사용하며 빠른 심사를 요청하신 후 72시간 이내에 결정을 통보해 드립니다.

빠른 이의 제기가 **승인**되는 경우:

- 당사는 퇴원 날짜 이후에도 병원에 머물러야 한다는 데 동의합니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.
- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.

빠른 이의 제기가 **거부**되는 경우:

- 당사는 퇴원 예정일이 의학적으로 적절했다는 데 동의합니다.
- 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 해당 날짜 이후에는 모든 부담분 지급이 중단됩니다.
- 계속 입원하는 경우 예정 퇴원일 이후에 회원님이 받으신 병원 케어에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 당사는 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달하여 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다. 이렇게 하면 케이스가 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

H5. 2단계 대체 이의 제기

당사는 1단계 이의 제기를 **거부**한 시점으로부터 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 작업은 자동으로 수행됩니다. 회원님은 아무것도 하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한 또는 다른 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

독립 심사 기관은 회원님의 이의 제기에 대해 빠른 심사를 실시합니다. 퇴원에 관한 모든 정보를 주의 깊게 검토하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 퇴원 예정일이 의학적으로 적절했다는 데 동의합니다.
- 이들 기관은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

또한 병원 입원을 지속하기 위해 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 174페이지의 섹션 F4를 참조하여 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기에 더하거나 이를 대신해 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다.

I. 특정 의료 서비스에 대한 혜택 적용 지속 요청

본 섹션에서는 회원님께 제공되는 다음과 같은 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 케어 서비스

전문 요양 시설의 전문 요양 케어

- Medicare 승인 종합 외래 환자 재활시설(CORF)의 외래 환자로서 받는 재활 케어. 이는 보통 질병 또는 사고로 인해 치료를 받고 있거나, 대수술을 받은 후 회복 중이라는 의미입니다.

이 세 가지 유형의 서비스에 있어서, 회원님께는 의사가 필요하다고 얘기하는 한 혜택 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다.

당사에서 그러한 서비스 중 어느 것에 대해서라도 혜택 적용 중단을 결정하는 경우, 당사는 반드시 서비스 종료 **전에** 회원에게 그 사실을 알려야 합니다. 해당 서비스에 대한 혜택 적용이 종료되면 당사는 서비스에 대한 비용 지급을 중단합니다.

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

I1. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지

당사가 케어에 대한 비용 지급을 중단하기로 결정하는 경우 회원님께서는 최소 2일 전에 서면 통지를 받게 됩니다. 이를 "Medicare 비적용 통지서"라고 합니다. 통지서에는 당사가 케어에 대한 혜택 적용을 중단하는 날짜와 그러한 결정에 이의를 제기하는 방법이 안내되어 있습니다.

회원님의 수령 사실을 확인하기 위해 회원님 본인 또는 대리인이 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 정보를 받았다는 사실**만을** 확인합니다. 서명한다고 해서 당사의 결정에 동의함을 의미하는 것은 **아닙니다**.

I2. 1단계 이의 제기

당사가 회원님의 케어에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 생각되는 경우, 회원님은 당사 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 본 섹션에서는 1단계 이의 제기 절차와 방법에 대해 설명합니다.

- **기한 준수.** 기한은 중요합니다. 취해야 할 조치에 적용되는 기한을 숙지하고 준수하십시오. 당사 플랜 또한 기한을 준수해야 합니다. 당사가 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 정보는 **섹션 K를** 참조하십시오.
- **필요한 경우 도움 요청.** 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지:
  - 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
  - Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222로 문의하십시오.

- **품질 개선 기관(QIO)에 문의.**
  - QIO에 대한 자세한 내용과 연락 방법은 **섹션 H2** 또는 가입자 핸드북의 **제2장**을 참조하십시오.
  - QIO에 이의 제기에 대한 심사와 플랜의 결정 변경 여부 결정을 요청하십시오.
- **즉시 "빠른 이의 제기"를 요청.** 의료 서비스의 혜택 적용을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO에 문의하십시오.

QIO 연락 기한

- 당사가 발송한 Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage) 발효일 전날 정오까지 QIO에 연락하여 이의 제기를 시작해야 합니다.
- 이의 제기와 관련해 품질 개선 기관(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사 플랜에 직접 이의를 제기하십시오. 당사에 직접 이의를 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 **섹션 I4**를 참조하십시오.
- 품질 개선 기관(QIO)에서 회원님의 의료 케어 서비스에 대한 혜택 적용 지속 요청을 수용하지 않거나 회원님이 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 또는 극심한 통증이 있는 경우 California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 174페이지의 섹션 F4를 참조하여 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

이 서면 통지서에 해당하는 법률 용어는 **"Medicare 비적용 통지서"**입니다. 샘플 사본을 받아보려면, 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices 에서 온라인으로 다운로드하실 수도 있습니다.

빠른 이의 제기 절차

- 품질 개선 기관(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 회원님의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공받은 정보를 심사합니다.
- 또한 당사 플랜에서는 서비스 혜택 적용을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 회원님께 발송합니다. 심사관이 이의 제기에 대해 당사에 알린 날 안에 통지서가 제공됩니다.

이러한 안내서에 해당하는 법률 용어는 **"비적용 상세 안내서"**입니다.

- 심사관은 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 이내에 결정 사항을 전달합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 혜택 대상 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 혜택 적용이 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 통지서에 기재된 날짜에 해당 케어에 대한 비용 중 당사 분담금 지급이 중단됩니다.
- 혜택 적용이 종료된 이후에도 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우, 해당 케어 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 합니다.
- 서비스를 계속 받을지 결정하고 2단계 이의 제기를 하십시오.

I3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. (877) 588-1123으로 전화하십시오.

품질 개선 기관(QIO)이 1단계 이의 제기를 **거부**한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 이 심사를 요청해야 합니다. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에도 계속 케어를 받으시는 경우에 **한해** 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 심사관은 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 한 계속해서 해당 케어에 대해 혜택을 적용합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 케어를 종료하기로 한 당사의 결정에 동의하며 이 결정을 변경하지 않을 것입니다.
- 이들 기관은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.
- 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 174페이지의 섹션 F4를 참조하여 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기 외에도 또는 3단계 이의 제기 대신 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

I4. 1단계 대체 이의 제기

섹션 I2에서 설명한 바와 같이, 즉시 QIO에 연락하여 1단계 이의 제기를 시작해야 합니다. 기한을 놓친 경우 "대체 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

> "빠른 심사" 또는 "빠른 이의 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"신속 이의 제기"**입니다.

- 당사에서 회원님의 케이스에 관한 모든 정보를 검토하게 됩니다.
- 첫 번째 결정이 공정했는지 그리고 서비스에 대한 혜택 적용 종료 날짜를 정할 때 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 일반 기한 대신 빠른 기한을 사용하며 빠른 심사를 요청하신 후 72시간 이내에 결정을 통보해 드립니다.

빠른 이의 제기가 **승인**되는 경우:

- 당사는 서비스 기간 연장이 필요하다는 데 동의합니다.
- 당사는 혜택 대상 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.
- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드리는 데 동의합니다.

빠른 이의 제기가 **거부**되는 경우:

- 서비스에 대한 혜택 적용은 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 해당 날짜 이후에는 모든 부담분 지급이 중단됩니다.
- 혜택 적용이 종료된다고 고지된 날짜 이후에도 계속해서 서비스를 받는 경우에는 회원님께서 서비스에 대한 비용 전액을 부담합니다.
- 당사는 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달하여 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다. 이렇게 하면 케이스가 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

I5. 2단계 대체 이의 제기

2단계 이의 제기 시,

당사는 1단계 이의 제기를 거부한 시점으로부터 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 작업은 자동으로 수행됩니다. 회원님은 아무것도 하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한 또는 다른 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

독립 심사 기관은 회원님의 이의 제기에 대해 빠른 심사를 실시합니다. 퇴원에 관한 모든 정보를 주의 깊게 검토하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 **거부**하는 경우:

- 독립 심사 기관은 케어를 종료하기로 한 당사의 결정에 동의하며 이 결정을 변경하지 않을 것입니다.
- 이들 기관은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.

또한 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 174페이지의 섹션 F4를 참조하여

DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기 외에도 또는 3단계 이의 제기 대신 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2단계 이상의 이의 제기

J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

Medicare 서비스나 품목에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 마쳤는데 두 번 모두 거부된 경우, 회원에게는 추가적으로 이의 제기를 진행할 권리가 있을 수 있습니다.

회원님께서 이의를 제기하신 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 않는 경우, 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 달러 가치가 기준을 충족하는 경우 이의 제기를 진행하실 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로부터 발송되는 서신은 연락처 정보와 3단계 이의 제기 요청 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 절차의 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 **승인**하는 경우**,** 당사는 회원님께 유리한 3단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 당사가 결정에 **이의를 제기하기**로 결정하는 경우, 당사는 4단계 이의 제기 요청서 사본과 첨부 문서를 회원님께 발송합니다. 당사는 해당 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 이의 제기에 대한 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 당사가 결정에 **이의를 제기하지 않기**로 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원의 판결을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 회원님께 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

- 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 **거부**하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하기**로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기**로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)는 회원님의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회가 4단계 이의 제기를 **승인**하거나 회원님께 유리한 3단계 이의 제기에 대한 결정을 심사해 달라는 당사의 요청을 거부하는 경우, 당사는 5단계 이의 제기를 할 권리를 가집니다.

- 당사가 결정에 **이의를 제기하기**로 결정하는 경우, 당사는 회원님께 서면으로 알려드립니다.
- 당사가 결정에 **이의를 제기하지 않기**로 결정한 경우, 당사는 위원회의 판결을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

위원회가 당사의 심사 요청을 **거부**하거나 기각하는 경우에도 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하기**로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기**로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

J2. 추가적인 Medi-Cal 이의 제기

또한 Medi-Cal이 일반적으로 혜택을 적용하는 서비스 또는 품목에 대한 이의 제기인 경우에는 회원님께 다른 이의 제기 권한이 있습니다. 공정 심리 사무소에서 보낸 서신에 이의 제기 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 취해야 할 조치가 안내되어 있습니다.

J3. 파트 D 의약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 회원님이 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 하고 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. 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로부터 발송되는 서신은 연락처 정보와 3단계 이의 제기 요청 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 절차의 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 **승인**하는 **경우:**

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 달력인 기준 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.
  - 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 **거부**하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하기**로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기**로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)는 회원님의 이의 제기를 심사하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회에서 이의 제기를 **승인**하는 경우:

- 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 달력인 기준 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.

위원회에서 이의 제기를 **거부**하는 경우에도, 이의 제기 절차는 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하기**로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 이 결정을 **수락하지 않기**로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 **승인** 또는 **거부**를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 불만에 해당하는 문제 유형

불만 제기 절차는 케어의 품질, 대기 시간, 케어 조율, 고객 서비스와 관련한 문제 등 특정 유형의 문제에 한해 사용됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 처리되는 문제 유형의 예입니다.

불만 사항	예
의료 서비스의 품질	• 병원에서 받은 케어와 같은 케어 품질이 불만족스러운 경우
개인정보 보호	• 누군가 사생활에 대한 본인의 권리를 존중하지 않았거나 회원님에 관한 기밀 정보를 공유했다고 생각되는 경우
불친절, 열악한 고객 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 의료 제공자 또는 직원이 회원님께 무례하거나 불친절하게 대한 경우 • 당사 직원이 귀하를 소홀히 대한 경우 • 회원님을 플랜에서 쫓아내려 한다고 생각되는 경우
접근성 및 언어 지원	• 의사 또는 의료 제공자의 진료실에서 의료 케어 및 시설에 물리적으로 접근할 수 없는 경우 • 담당 의사 또는 의료 제공자가 회원님이 사용하는 영어 이외의 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역 서비스를 제공하지 않는 경우 • 의료 제공자가 회원님이 필요로 하며 요청하는 기타 적절한 사항을 제공하지 않는 경우
대기 시간	• 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우 • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원들이 너무 오래 기다리게 하는 경우
청결	• 클리닉, 병원 또는 의사의 진료실이 청결하지 않다고 생각되는 경우
당사에서 제공하는 정보	• 받아야 하는 통지서나 서한을 받지 못했다고 생각되는 경우 • 당사가 제공하는 서면 정보가 너무 어려워 이해할 수 없다고 생각되는 경우
혜택 적용 결정 또는 이의 제기와 관련된 적시성	• 당사가 혜택 적용 결정을 내리거나 이의 제기에 응답하는 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우 • 혜택 적용 또는 이의 제기 결정이 회원님께 유리하게 내려진 후, 당사가 해당 서비스를 승인 또는 제공하거나 특정 의료 서비스에 대한 비용 환급 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우 • 당사가 회원님 케이스를 제때 독립 심사 기관에 전달하지 않았다고 생각되는 경우

불만에는 여러 유형이 있습니다. 회원은 내부 불만 및/또는 외부 불만을 제기할 수 있습니다. 내부 불만은 당사 플랜에서 접수 및 심사합니다. 외부 불만은 당사 플랜과 연계되지 않은 기관에서 접수 및 심사합니다. 내부 및/또는 외부 불만을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627 TTY: 711로 연락하실 수 있습니다.

"불만"에 해당하는 법률 용어는 **"고충"**입니다.

"불만 제기"에 해당하는 법률 용어는 **"고충 제기"**입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만을 제기하려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627 TTY: 711로 연락하십시오. 언제든지 불만 사항을 제기할 수 있습니다(파트 D 의약품 관련사항 제외). 파트 D 의약품에 관한 불만 사항은 해당 문제가 일어난 시점으로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 제기하셔야 합니다.

- 그 외에 필요한 조치가 있는 경우 가입자 서비스부에서 알려드립니다.
- 또한 불만 사항을 서면으로 작성하여 당사에 보내실 수 있습니다. 서면으로 불만을 제기하는 경우 당사에서도 서면으로 답변해 드립니다.
- 고충은 혜택 적용 분쟁, 의학적 필요성 또는 실험/연구 목적 치료와 관련된 분쟁 대상 의료 케어 서비스와 관련이 없고 다음 날 영업 종료 시까지 해결되는 경우에만 구두로 해결할 수 있습니다. 구두 또는 서면 형태의 다른 모든 고충은 서면으로 확인 및 답변되어야 합니다. (800) 665-0898, TTY: 711로 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴)에 전화하거나 Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801로 서한을 보내거나 (562) 499-0610으로 팩스를 보낼 수 있습니다.

"빠른 불만 제기"에 해당하는 **법률 용어**는 **"신속 처리 고충"**입니다.

가능한 경우 즉시 응답해 드립니다. 전화로 불만을 제기하는 경우 당사는 동일한 전화 통화로 답변해 드릴 수 있습니다. 회원님의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우 빠르게 답변해 드립니다.

- 대부분의 불만은 달력일 기준 30일 이내에 답변됩니다. 추가 정보가 필요해 30일 이내에 결정을 내리지 못하면 당사에서 회원님께 서면으로 통지해 드립니다. 상태 업데이트와 답변을 받을 수 있는 예상 시간도 같이 알려드립니다.
- 당사가 "빠른 혜택 적용 결정" 또는 “빠른 이의 제기” 요청에 대해 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 자동으로 "빠른 불만 제기"를 적용해 24시간 이내에 답을 드립니다.
- 당사가 혜택 적용 결정 또는 이의 제기 시 기한을 연장했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 자동으로 "빠른 불만 제기"를 적용해 24시간 이내에 답을 드립니다.

불만 제기 내용 중 일부 또는 전체에 대해 당사가 동의하지 않는 경우 그렇게 말씀드리고 그 이유를 알려드립니다. 불만 사항에 동의하든 동의하지 않든 응답을 드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

Medicare에 불만 사항을 보고하거나 전달하실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식(Medicare Complaint Form)은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

Medicare에 불만을 제기하기 전에 Molina Medicare Complete Care Plus에 불만을 제기할 필요가 없습니다.

Medicare는 회원님 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용합니다.

다른 피드백이나 우려 사항이 있으시거나 또는 건강 플랜이 문제를 해결해주지 않는다고 느끼시는 경우에는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609로 전화하여 California Department of health Care Services(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에 불만을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하실 수 있습니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 전화해 주십시오.

California Department of Managed Health Care(DMHC, California 주 관리형 의료케어부)에 불만을 제기하실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 규제를 담당합니다. Medi-Cal 서비스에 대한 불만 제기에 도움이 필요한 경우 DMHC 헬프 센터로 전화하시면 됩니다. 긴급한 문제와 관련된 불만 또는 건강에 대한 즉각적이고 중대한 위협이 수반되는 불만 제기에 도움이 필요하거나, 극심한 통증을 겪고 있거나, 불만 제기에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않거나, 달력일 기준 30일이 지나도 당사 플랜에서 불만을 해결해 주지 않은 경우에는 DMHC에 연락할 수 있습니다.

헬프 센터에서 도움을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-888-466-2219로 전화하십시오. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 수신자 부담 TTY 무료 전화번호(1-877-688-9891)를 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- DMHC 웹 사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

시민권 사무국(Office for Civil Rights)

정당한 대우를 받지 못했다고 생각되시면 보건복지부(DHHS) 시민권 사무국(Office for Civil Rights)에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어,장애인 접근성 또는 언어 지원에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 시민권 사무국(Office for Civil Rights) 프로그램 전화번호는 1-800-368-1019입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 전화해야 합니다. www.hhs.gov/ocr에서 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

또한 다음 연락처로 지역 시민권 사무국(Office for Civil Rights) 사무실에 문의할 수 있습니다.

(877) 588-1123,
월요일~금요일: 오전 9시~오후 5시(현지 시간), 24시간 음성 메일 이용 가능
TTY: (855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

또한 회원에게는 미국장애인법에 따른 권리가 있을 수 있습니다. 다음 기관에 문의할 수 있습니다.

품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)

케어 품질에 관한 불만 사항인 경우, 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 품질 개선 기관(QIO)에 직접 케어 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.
- 품질 개선 기관(QIO) 및 당사 플랜에 불만을 제기하실 수 있습니다. 품질 개선 기관(QIO)에 불만을 제기하시는 경우, 당사가 해당 기관과 협조해 불만 사항을 해결합니다.

품질 개선 기관(QIO)은 Medicare 환자에게 제공되는 케어를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 케어 전문가들로 구성된 그룹입니다. 품질 개선 기관(QIO)에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **섹션 H2** 또는 **제2장**을 참조하십시오.

California의 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization)은 Livanta(California Quality Improvement Organization)라고 불립니다. 전화번호는 1-877-588-1123입니다.

제10장: 당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기

소개

본 장에서는 당사 플랜 멤버십을 종료하는 방법과 플랜에서 탈퇴한 후 선택 가능한 의료 혜택 옵션에 대해 안내해 드립니다. 당사 플랜에서 탈퇴하더라도 자격이 되시는 한 Medicare와 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있는 시기 206
B. 당사 플랜의 멤버십 종료 방법 207
C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법 207
C1. Medicare 서비스 207
C2. Medi-Cal 서비스 210
D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법 210
E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우 210
F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정 211
G. 당사가 회원님의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리 211
H. 플랜 멤버십 종료에 대한 추가 정보를 받는 방법 211

A. 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있는 시기

Medicare 가입자는 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 회원님은 Medi-Cal을 보유하고 계시므로 다음의 **특별 등록 기간** 동안 당사 플랜 멤버십을 종료하거나 다른 플랜으로 전환하실 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

위 세 번의 특별 등록 기간 외에도 매년 다음 기간 동안 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **연례 등록 기간**으로, 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 12월 31일에 플랜 멤버십이 종료되고, 1월 1일에 신규 플랜의 멤버십이 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 개방 등록 기간**으로, 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 다음 달 첫날부터 새 플랜의 멤버십이 시작됩니다.

등록을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우:

- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원(Extra Help)에 대한 지원 자격이 변경되거나, **또는**
- 요양 시설 또는 장기 치료 병원에 최근 입원했거나, 현재 케어 중이거나, 최근 퇴원하신 경우

멤버십은 당사가 회원님의 플랜 변경 요청을 접수한 달 말일에 종료됩니다. 예를 들어, 당사에서 1월 18일에 회원의 요청을 접수한 경우 당사 플랜에 대한 회원님의 혜택은 1월 31일에 종료됩니다. 새로운 혜택의 적용은 다음 달 첫날부터 시작됩니다(이 예에서는 2월 1일).

플랜을 종료하는 경우 다음에 대한 정보를 확인할 수 있습니다.

- **섹션 C1** 표에 있는 Medicare 옵션
- **섹션 C**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스

다음으로 전화하여 멤버십을 종료하는 방법에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다. 가입자 서비스부: 번호는 이 페이지 하단 참조. TTY 사용자를 위한 번호도 나와 있습니다.

- Medicare: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 연중무휴, 하루 24시간 운영. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램): 1-800-434-0222, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다. Health Care Options: 1-844-580-7272, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시. TTY 사용자는 1-800-430-7077로 전화하십시오.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman: 1-888-452-8609, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 또는 이메일: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

참고: 약물 관리 프로그램(DMP)에 가입하신 경우 플랜 변경이 불가할 수 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 정보는 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 멤버십 종료 방법

멤버십 종료를 결정하신 경우 다른 Medicare 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다. 단, 당사 플랜에서 Original Medicare로 전환하고 싶지만 별도의 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않았다면, 당사 플랜의 탈퇴 처리를 요청해야 합니다. 탈퇴를 요청하는 방법은 다음과 같이 두 가지입니다.

- 당사에 서면으로 요청할 수 있습니다. 서면 요청 방법에 대한 자세한 정보가 필요하면 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락합니다.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴, 하루 24시간 운영). TTY 사용자(청각 또는 언어 장애가 있는 사람)는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 1-800-MEDICARE로 전화할 경우 다른 Medicare 의료 또는 의약품 플랜에 등록하실 수도 있습니다. 당사 플랜 탈퇴 시 Medicare 서비스 이용에 관한 정보는 페이지 207 의 차트를 참조하십시오.
- 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시에 1-844-580-7272로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다.
- 아래의 섹션 C에는 다른 플랜에 가입하는 방법에 관한 안내가 포함되어 있으며, 이 경우 당사 플랜 멤버십이 종료됩니다.

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법

당사 플랜을 탈퇴하실 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

C1. Medicare 서비스

Medicare 서비스를 받는 방법에는 아래와 같이 세 가지 옵션이 있습니다. 해당 옵션 중 하나를 선택하시면 당사 플랜 멤버십은 자동으로 종료됩니다.

1. 다음으로 변경할 수 있습니다. Medicare와 Medi-Cal 혜택 적용을 결합한 플랜을 포함하는 **다른 Medicare 건강 플랜**	**방법:** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴, 하루 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 종합 노인 케어 프로그램) 관련 문의는 1-855-921-PACE(7223) 로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요할 때: • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222로 HICAP에 전화하십시오. TTY: 711. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜의 혜택 적용이 시작되면 당사 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다. Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
2. 다음으로 변경할 수 있습니다. **별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare**	**방법:** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴, 하루 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 도움이나 자세한 정보가 필요할 때: • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222로 HICAP에 전화하십시오. TTY: 711. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. **또는** 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. Original Medicare의 혜택 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.

3. 다음으로 변경할 수 있습니다. **별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare** **참고:** Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않으면 Medicare는 가입자가 가입하지 않겠다는 의사를 밝히지 않는 한, 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다. 가입자는 고용주나 조합과 같은 곳에서 의약품 혜택 적용을 받는 경우에만 처방약 혜택 적용을 취소해야 합니다. 의약품 혜택 적용이 필요한지 여부에 대해 궁금한 점이 있으시면 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222로 HICAP에 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오.	**방법:** 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(연중무휴, 하루 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 도움이나 자세한 정보가 필요할 때: • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 1-800-434-0222로 HICAP에 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오. Original Medicare의 혜택 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.

C2. Medi-Cal 서비스

플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시에 1-844-580-7272로 Health Care Options에 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077로 전화해야 합니다. 다른 플랜에 가입하는 방법이나 Original Medicare로 복귀하면 Med-Cal 혜택 적용에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하시는 경우, 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 적용이 시작될 때까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 새 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 처방약 및 의료 케어를 계속 받으실 수 있습니다.

- 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 의료 케어를 받습니다.
- 당사 우편 주문 약국 서비스를 포함하여 당사 네트워크 소속 약국을 이용하여 처방약을 구입하셔야 합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus의 멤버십이 종료되는 당일에 병원 입원 상태인 경우, 퇴원일까지 당사 플랜의 입원 혜택이 적용됩니다. 퇴원하기 전에 새로운 의료 혜택 적용이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우

회원님의 당사 플랜 멤버십을 반드시 종료해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 혜택 적용이 중단되는 경우
- 회원님께서 더 이상 Medi-Cal에 대한 자격이 없는 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal에 대한 자격을 둘 다 갖춘 경우에 가입할 수 있습니다.
- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- 6개월 이상 당사 서비스 지역을 떠나 있는 경우

  ≫ 이사를 가거나 장기 여행을 떠나시는 경우, 반드시 가입자 서비스부에 전화해 이사/여행가시는 장소가 당사 서비스 지역 내에 해당되는지 확인하십시오.

  - 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있을 때 방문자 또는 여행자 혜택을 통해 케어를 받는 방법에 대한 정보는 가입자 핸드북의 **제4장**을 참조하십시오.
- 형사 범죄로 투옥 또는 수감되는 경우
- 처방약에 대해 보유하고 있는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 숨기는 경우
- 미국 시민권자가 아니거나 합법적인 미국 거주자가 아닌 경우
  - 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.
  - 이러한 근거로 가입자 자격이 되지 않는 경우, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)에서 당사에 통지합니다.
  - 이 요건을 충족하지 않는 회원은 탈퇴 처리해야 합니다.

당사는 먼저 Medicare 및 Medi-Cal의 허가를 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 플랜에서 탈퇴 처리할 수 있습니다.

- 플랜 가입 시 의도적으로 잘못된 정보를 제공하고 해당 정보가 당사 플랜에 대한 자격에 영향을 미치는 경우
- 회원님의 행동이 당사가 회원님과 다른 플랜 가입자에게 의료 케어를 제공하는 데 지속적으로 방해가 되고 지장을 주는 경우
- 회원님께서 다른 사람에게 본인의 가입자 ID 카드를 주고 의료 케어를 받을 수 있도록 하는 경우 (이러한 이유로 인해 회원님의 멤버십을 종료할 경우 Medicare는 감찰관(Inspector General)에게 회원님의 케이스를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정

당사는 회원님의 건강과 관련된 어떠한 이유로든 회원님께 플랜을 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다. 회원님의 건강과 관련 이유 때문에 당사가 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 **Medicare에 연락**하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다.

G. 당사가 회원님의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리

당사가 회원님의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우, 회원님께 반드시 서면으로 멤버십 종료 이유를 통보해야 합니다. 멤버십을 종료하기로 한 당사 결정에 대해 고충 또는 불만을 제기할 수 있는 방법에 대해서도 설명해 드립니다. 불만 제기 방법에 대한 내용은 가입자 핸드북 **제9장**에도 나와 있습니다.

H. 플랜 멤버십 종료에 대한 추가 정보를 받는 방법

궁금한 점이 있거나 멤버십 종료에 대한 추가 정보가 필요한 경우 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.

제11장: 법적 고지

소개

본 장에는 당사 플랜의 멤버십에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 법률에 관한 고지 213

B. 차별 금지에 대한 고지 213

C. 2차 지급자로서의 Medicare 및 최후의 수단 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지 214

D. Medi-Cal 재산 환수에 대한 고지 214

A. 법률에 대한 고지

본 가입자 핸드북에는 여러 가지 법률이 적용됩니다. 이러한 법률은 가입자 핸드북에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 회원님의 권리 및 책임에 영향을 미칠 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 및 주 법입니다. 그 외 다른 연방법 및 주 법도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 대한 고지

당사는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성별, 사회적 성, 연령, 성적 지향성, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부보가능증거, 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 혈통, 민족 정체성, 성적 정체성, 결혼 여부 또는 의학적 상태에 따라 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

차별 또는 불공정한 처우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 우려 사항이 있는 경우:

- 보건복지부, 시민권 사무국(1-800-368-1019)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697로 전화하실 수 있습니다. www.hhs.gov/ocr에서도 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 보건복지부(DHHS) 시민권 사무국(Office for Civil Rights)에 916-440-7370으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711(전화 중계 서비스)로 전화하실 수 있습니다. 차별을 당했다고 생각되어 차별 고충을 제기하고자 하는 경우 (855) 665-4627 TTY: 711로 가입자 서비스부에 연락하십시오. 우편으로 보내실 경우 주소는 다음과 같습니다. Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801.

Medi-Cal 프로그램의 차별에 대한 고충인 경우 보건복지부 시민권 사무국에 전화, 서면, 온라인으로 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370으로 전화하십시오. 듣기나 말하기에 어려움이 있는 경우, 711(전화 중계 서비스)로 전화하십시오.
- 우편: 불만/이의 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, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  불만 제기 양식은 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 송부하십시오.

장애가 있고 의료 케어 서비스 또는 의료 제공자를 이용하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도움을 드리도록 하겠습니다.

C. 2차 지급자로서의 Medicare 및 최후의 수단 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지

당사가 회원님께 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 그 비용을 지급해야 하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 회원님께서 자동차 사고를 당하거나 직장에서 부상을 당한 경우, 먼저 보험사 또는 산재보험사가 비용을 지급해야 합니다.

당사에는 Medicare 가 1차 비용 지급자가 아닌 혜택 대상 Medicare 서비스에 대한 비용을 징수할 권리와 책임이 있습니다.

당사는 가입자 대상 의료 케어 서비스에 대한 제3자의 법적 보상 책임과 관련한 연방 및 주 법규를 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최후의 수단 지급자가 되도록 하는 데 필요한 모든 합당한 조치를 취합니다.

D. Medi-Cal 재산 환수에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55번째 생일 또는 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 사망한 특정 가입자의 검인 유산에서 상환을 요청해야 합니다. 상환에는 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 가입자가 요양 시설에 입소했거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받을 때 받은 관련 병원 및 처방약 서비스에 대한 행위별 수가제 및 관리형 케어 보험료/인두제 지불이 포함됩니다. 상환액은 가입자의 검인 유산 가치를 초과할 수 없습니다.

자세한 내용은 DHCS의 재산 환수 웹 사이트
www.dhcs.ca.gov/er를 참조하거나 916-650-0590으로 문의하십시오.

제12장: 중요한 용어 정의

소개

본 장에는 가입자 핸드북 전체에 걸쳐 사용된 주요 용어 및 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나와 있습니다. 찾으려는 용어를 발견하지 못하거나 정의에 포함된 정보보다 더 많은 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

일상 생활 활동(Activities of Daily Living, ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 양치질 등 사람들이 보통 일상적으로 하는 활동

행정법 판사(Administrative law judge): 3단계 이의 제기를 심리하는 판사.

AIDS 의약품 지원 프로그램(AIDS drug assistance program, ADAP): HIV/AIDS를 앓고 있는 유자격 개인이 생명을 구하는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 돕는 프로그램입니다.

외래 수술 센터(Ambulatory surgical center): 병원 케어가 필요하지 않고, 24시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설을 말합니다.

이의 제기(Appeal): 당사가 실수했다고 생각되면 가입자가 저희 조치에 대해 항의하는 방법을 말합니다. 이의를 제기하여 혜택 적용 결정을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 이의 제기 방법 등, 이의 제기에 관한 내용은 가입자 핸드북의 **제9장**을 참조하십시오.

행동 건강(Behavioral Health): 정신 건강 및 약물 사용 장애 서비스를 모두 포함해 일컫는 말입니다.

브랜드약(Brand name drug): 처음 의약품을 개발한 회사가 제조 판매하는 처방약입니다. 브랜드약은 그 의약품의 복제약 버전과 성분이 동일합니다. 복제약은 일반적으로 다른 제약회사가 제조해 판매합니다.

케어 플랜(Care plan): "개별 케어 플랜"을 참조하십시오.

케어 플랜 선택 서비스(Care Plan Optional Services, CPO Services): 개별 케어 플랜(ICP)에 따라 선택 사항인 추가 서비스입니다. 이런 서비스는 Medi-Cal에 따라 받을 수 있는 장기 서비스 및 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

케어 팀(Care team): "종합 케어 팀"을 참조하십시오.

케이스 관리자(Case Manager): 가입자, 건강 플랜, 가입자의 케어 서비스 제공자와 협력하여 가입자가 필요한 케어를 받을 수 있도록 하는 Molina 직원을 말합니다.

Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관입니다. CMS 연락 방법은 가입자 핸드북 **제2장**을 참조하십시오.

지역사회 기반 성인 서비스(Community-Based Adult Services, CBAS): 해당 자격 기준을 충족하는 가입자에게 전문 간호 케어, 사회 복지 서비스, 작업 및 언어 치료 요법, 개인 케어, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 기타 서비스를 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램입니다.

불만 사항(Complaint): 가입자가 이용하는 혜택 대상 서비스나 케어에 대해 어떤 문제나 우려 사항이 있다는 내용의 서면 또는 구두 진술을 말합니다. 여기에는 서비스 품질, 케어 품질, 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 소속 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. "불만 제기"의 정식 명칭은 "고충 제기"입니다.

종합 외래 환자 재활시설(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): 주로 질병, 사고 또는 대수술 후 재활을 제공하는 시설을 말합니다. 여기에서는 물리 치료, 사회심리적 서비스, 호흡 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

자기부담금(Copay): 특정 서비스나 처방약을 받을 때마다 가입자가 비용 분담금으로 지불하는 고정 금액입니다. 예를 들어, 서비스나 처방약에 대해 $2 또는 $5를 지불할 수 있습니다.

비용 분담금(Cost sharing): 특정 서비스나 처방약을 받을 때 가입자가 지불해야 하는 금액입니다. 비용 분담금에는 자기부담금이 포함됩니다.

비용 분담 단계(Cost sharing tier): 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. 혜택 대상 의약품 목록(의약품 목록이라고도 함)에 있는 모든 의약품은 하나의 비용 분담 단계에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 번호가 높을수록 의약품 비용이 높아집니다.

혜택 적용 결정(Coverge decision): 당사가 보장하는 혜택에 관한 결정입니다. 여기에는 혜택 대상 의약품 및 서비스에 대한 결정 또는 회원님의 의료 서비스에 대해 당사가 지급하는 금액에 관한 결정이 포함됩니다. 가입자 핸드북 **제9장**에 당사에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

혜택 대상 의약품(Covered drugs): 저희 플랜이 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 전체를 가리키기 위한 용어입니다.

혜택 대상 서비스(Covered services): 플랜에서 보장하는 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스를 모두 가리킬 때 사용하는 일반적인 용어입니다.

문화 역량 교육(Cultural competence training): 가입자의 사회, 문화, 언어적 요구 사항을 충족시킬 수 있도록 서비스를 개선하기 위해 가입자의 배경, 가치 및 신념을 더욱 잘 이해하는 데 도움이 되는 추가 지침을 의료 케어 제공자에게 제공하는 교육입니다.

일일 비용 분담률(Daily cost-sharing rate): 의사가 특정 의약품을 1개월분 미만으로 처방하고 가입자가 자기부담금을 지불해야 하는 경우에 적용될 수 있는 비율입니다. 일일 비용 분담률은 자기부담금을 1개월 공급분의 일수로 나눈 값입니다.

예를 들어, 의약품 1개월분(30일분)에 대한 자기부담금이 $1.35라고 가정해 보겠습니다. 즉, 회원님이 의약품에 대해 지불하는 금액은 1일 $0.05 미만입니다. 의약품 7일분을 받는 경우, 회원님이 지불하는 금액은 1일 $0.05 미만이며, 여기에 7일을 곱하면 총 지불 금액은 $0.35 미만이 됩니다.

의료 케어 서비스부(Department of Health Care Services, DHCS): Medi-Cal로 알려진 Medicaid 프로그램을 관리하는 California 주 정부의 부처입니다.

관리형 의료케어부(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 플랜의 규제를 담당하는 California 주 부처입니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기 및 불만 제기를 도와드립니다. DMHC는 독립 의료 심사(IMR)를 실시하는 기관이기도 합니다.

탈퇴(Disenrollment): 저희 플랜의 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다. 탈퇴는 자발적일 수도 있고(가입자의 선택), 비자발적일 수 있습니다(가입자의 선택이 아님).

약물 관리 프로그램(Drug management program, DMP): 가입자가 처방 오피오이드 및 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램입니다.

의약품 단계(Drug tiers): 저희 의약품 목록에 있는 의약품 그룹입니다. 복제약, 브랜드약 또는 일반의약품(OTC)이 의약품 단계에 해당합니다. 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 하나의 단계에 속합니다.

이중 자격 특수 요구 플랜(Dual eligible special needs plan, D-SNP): Medicare와 Medicaid 자격을 모두 갖춘 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜입니다. 당사 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME): 가입자가 집에서 사용할 수 있도록 담당 의사가 지시하는 특정 품목입니다. 이런 품목의 예로는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 의료 제공자가 가정용으로 지시한 병원 침대, 정맥 내 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등이 있습니다.

응급 상황(Emergency): 의료적 응급 상황이란 가입자 본인이나 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 판단할 때 가입자가 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 기능의 상실이나 심각한 장애(그리고 임신 여성일 경우에는 태아 상실)를 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의학적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 극심한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 케어(Emergency care): 응급 서비스를 제공하도록 훈련받은 의료 제공자가 제공하며, 의료적인 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 혜택 대상 서비스를 말합니다.

예외(Exception): 보통은 보장되지 않는 의약품에 대해 보장하거나 특정 규정이나 한도 없이 의약품을 사용하도록 하는 허용하는 것을 말합니다.

제외 서비스(Excluded Services): 이 건강 플랜이 보장하지 않는 서비스입니다.

추가 지원(Extra Help): 소득과 재원이 제한된 사람들이 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 "저소득 보조금(Low-Income Subsidy, LIS)"이라고도 합니다.

복제약(Generic drug): 연방 정부가 브랜드약 대신 사용을 승인한 처방약입니다. 복제약은 브랜드약과 그 성분이 동일합니다. 대개 브랜드약보다 저렴하면서 효과는 동일합니다.

고충(Grievance): 가입자가 저희 플랜이나 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국에 대하여 제기하는 불만입니다. 여기에는 케어 또는 건강 플랜에서 제공하는 서비스의 품질에 대한 불만이 포함됩니다.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램): Medicare에 대한 객관적인 정보와 상담을 무료로 제공하는 프로그램입니다. HICAP 연락 방법은 가입자 핸드북 **제 2장**을 참조하십시오.

건강 플랜(Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 의료 제공자들로 이루어진 단체입니다. 가입자가 모든 의료 제공자 및 서비스를 관리할 수 있도록 도와주는 케이스 관리자도 여기에 포함됩니다. 이들 모두가 서로 협력하여 회원에게 필요한 케어를 제공합니다.

건강 위험 평가(Health risk assessment, HRA): 가입자의 병력과 현재 상태에 대한 심사입니다. 가입자의 현재 건강 상태와 앞으로 어떻게 바뀔지를 파악하는 데 이용됩니다.

가정 건강 도우미(Home health aide): 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 실시)과 같이 정식 간호사 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람입니다. 가정 건강 도우미는 간호 면허가 없거나 치료법을 제공하지 않습니다.

호스피스(Hospice): 말기 예후 환자의 편안한 생활을 위한 도움을 주는 케어 및 지원 프로그램입니다. 말기 예후란 한 사람이 말기 질환을 갖고 있다고 의학적으로 인증된 것으로, 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다.

말기 예후가 있는 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.

특별 훈련을 받은 전문가 및 간병인 팀이 신체, 정서, 사회 및 영적 필요 사항을 포함한 전인적 케어를 제공합니다.

당사는 가입자의 거주 지역 내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한 청구(Improper/inappropriate billing): 의료 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대한 플랜의 비용 부담 금액보다 많은 금액을 회원에게 청구하는 상황입니다. 이해할 수 없는 청구서를 받으시는 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.

-플랜 가입자는 저희가 보장하는 서비스를 받을 때만 비용 분담금을 지불합니다. 저희는 서비스 제공자가 이 금액보다 더 많이 청구하는 것을 허용하지 **않습니다.**

-당사가 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 가입자는 비용을 분담하지 **않습니다**. 서비스 제공자는 이런 서비스에 대해 회원에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.

재택 지원 서비스(In Home Supportive Services, IHSS): IHSS 프로그램은 가입자가 집에 안전하게 머물 수 있도록 하기 위해 제공되는 서비스의 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양원이나 기숙사 및 요양 시설과 같은 가정 외 케어에 대한 대안입니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 종류는 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 돌봄 서비스(예: 배변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동반 그리고 정신 장애자를 위한 보호 관찰입니다. 카운티 사회복지부가 IHSS를 관리합니다.

독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR): 저희 플랜이 의료 서비스 또는 치료에 대한 요청을 거부할 경우, 가입자는 이의를 제기할 수 있습니다. 플랜의 결정에 동의하지 않고, 문제가 DME 용품 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스에 관한 것일 때 가입자는 California 주 DMHC(관리형 의료케어부)에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 저희 플랜에 속하지 않은 의사가 가입자의 사례를 심사하는 것입니다. IMR 결정이 회원님께 유리한 경우, 당사는 반드시 회원님이 요청한 서비스 또는 치료를 회원님께 제공해야 합니다. 가입자는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

독립 심사 기관(Independent review organization, IRO): 2단계 이의 제기를 심사하도록 Medicare에서 고용한 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 관련이 없으며, 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 저희 플랜이 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 업무를 감독합니다. 공식 명칭은 Independent Review Entity입니다.

독립 의사 협회(Independent Physician Association, IPA): IPA는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)와 계약을 맺은 회사로, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자를 진

료하는 의사, 전문의 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성됩니다. 의사는 IPA와 함께 가입자의 모든 의료적 요구 사항을 처리합니다. 여기에는 필요시 전문의의 진료를 받거나 검사실 검사, X선, 입원 및 외래 환자 병원 서비스와 같은 의료 서비스를 받기 위한 승인을 받는 것이 포함됩니다.

개별 케어 플랜(Individualized Care Plan, ICP 또는 Care Plan): 케어 플랜에는 가입자의 주요 건강 관련 우려 사항, 목표, 요구 사항 및 가입자가 필요로 할 수 있는 서비스가 포함됩니다. 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원이 포함될 수 있습니다.

입원 환자(Inpatient): 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용하는 용어입니다. 회원님께서 정식으로 입원하지 않은 경우, 병원에서 밤을 지내더라도 입원 환자가 아니라 외래 환자로 간주되거나 관찰 서비스를 받고 있는 것으로 간주될 수 있습니다.

종합 케어 팀(Interdisciplinary Care Team, ICT or Care team): 케어 팀에는 가입자의 주치의, 케이스 관리자, 다른 전문 케어 제공자, 간병인 또는 가입자가 필요로 하는 케어를 받을 수 있도록 도와주는 다른 의료 전문가가 포함될 수 있습니다. 또한 담당 케어 팀은 가입자의 케어 플랜 수립 또는 업데이트를 돕습니다.

혜택 대상 의약품 목록(List of Covered Drugs)(의약품 목록): 저희 플랜이 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록입니다. 당사는 의사와 약사의 도움을 받아 목록에 포함될 의약품을 선정합니다. 의약품 목록에서는 가입자가 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규정이 있는지도 확인할 수 있습니다. 의약품 목록은 때때로 "처방규정"이라고도 합니다.

장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기적인 의학적 상태를 개선하는 데 도움이 됩니다. 이런 서비스의 대부분은 가입자가 요양 시설이나 병원에 갈 필요 없이 집에 머물도록 도와줍니다. 당사 플랜에서 보장하는 LTSS에는 커뮤니티 기반 서비스, 요양 시설(NF) 및 커뮤니티 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 저희 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득 보조금(Low-income subsidy, LIS): "추가 지원"을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램(Mail Order Program): 일부 플랜은 최대 3개월 분량까지 혜택 대상 처방약을 직접 집에서 받는 것을 허용하는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 비용 효율적이고 편리하게 정기적으로 처방약을 구입할 수 있습니다.

Medi-Cal: California 주의 Medicaid 프로그램의 이름입니다. Medi-Cal은 주에서 관리하며, 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 소득과 재원이 제한된 사람들이 장기 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다.
- 이 프로그램은 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 일부 의약품을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medi-Cal에 모두 자격이 있다면 대부분의 의료 케어 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비 및 교통편 같은 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜입니다. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid(또는 Medical Assistance): 연방 정부와 주 정부에서 운영하는 프로그램으로, 소득과 재원이 제한된 사람들이 장기 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다. Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다.

의학적으로 필요(Medically necessary): 이것은 가입자의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 의미합니다. 여기에는 가입자가 병원이나 요양원에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 의약품이 허용된 의료 행위 기준을 충족하거나 현재 Medicare 또는 Medi-Cal 혜택 적용 규정에 따라 달리 필요함을 의미하기도 합니다.

Medicare: 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장 질환자(대개 투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전 환자)를 대상으로 하는 연방 의료보험 프로그램입니다. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 케어 플랜("건강 플랜" 참조)을 통해 Medicare 의료 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage: "Medicare 파트 C" 또는 "MA"라고도 하며, 민간 회사를 통해 MA 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램입니다. Medicare는 가입자의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이런 회사에 비용을 지불합니다.

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)(위원회): 4단계 이의 제기를 심사하는 위원회입니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

Medicare 보장 서비스(Medicare-covered services): Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B에서 보장하는 서비스로, 당사 플랜을 포함해 모든 Medicare 건강 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스를 모두 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨 예방 프로그램(Medicare diabetes prevention program, MDPP): 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 그리고 체중 감량 및 건강한 생활 방식 유지에 대한 어려움을 극복하기 위한 전략에 대한 교육을 제공하는 구조화된 건강 행동 변화 프로그램입니다.

Medicare-Medi-Cal 등록자(Medicare-Medi-Cal enrollee): Medicare 및 Medicaid 보장 자격이 있는 사람입니다. Medicare-Medicaid 등록자는 "이중 자격자"라고도 합니다.

Medicare 파트 A(Medicare Part A): 대부분의 의학적으로 필요한 병원과 전문 요양 시설, 가정 의료, 호스피스 케어를 보장하는 Medicare 프로그램입니다.

Medicare 파트 B(Medicare Part B): 질병이나 상태를 치료하기 위해 의학적으로 필요한 서비스(예: 검사실 검사, 수술, 의사 진료) 및 용품(예: 휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램입니다. Medicare 파트 B는 또한 많은 예방 및 선별 검사 서비스를 보장합니다.

Medicare 파트 C(Medicare Part C): "Medicare Advantage" 즉, "MA"라고도 하며, 민간 의료보험 회사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램입니다.

Medicare 파트 D(Medicare Part D): Medicare 처방약 혜택 프로그램입니다. 이 프로그램을 줄여서 "파트 D"라고 부릅니다. Medicare 파트 D는 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 외래 환자 처방약, 예방접종 및 일부 용품을 보장합니다. 저희 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함됩니다.

Medicare 파트 D 의약품(Medicare Part D drugs): Medicare 파트 D에 따라 보장되는 의약품으로, 의회는 Medicare 파트 D의 혜택 적용에서 특정 범주의 의약품을 명확히 제외합니다. Medicaid는 이런 의약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 요법(Medication Therapy Management, MTM): 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약국을 포함한 의료 케어 제공자가 제공하는 특유의 서비스 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

가입자(Member)(당사 플랜 가입자 또는 플랜 가입자): Medicare와 Medi-Cal이 있어서 혜택 대상 서비스를 받을 자격이 있으며, 저희 플랜에 등록했고, 그 등록을 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주 당국이 확인한 사람을 말합니다.

가입자 핸드북 및 공개 정보: 이 문서에는 가입 양식 및 기타 첨부 문서 또는 가입자 보장 사항, 플랜의 의무, 가입자의 권리 그리고 플랜 가입자의 의무 등을 설명한 추가 조항이 포함되어 있습니다.

가입자 서비스부(Member Services): 가입자 멤버십, 혜택, 고충, 이의 제기에 대한 가입자의 질문에 답할 책임이 있는 플랜의 한 부서입니다. 가입자 서비스부에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **제2장**을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국(Network pharmacy): 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 이러한 약국은 당사 플랜과 협력 관계를 맺었기 때문에 "네트워크 소속 약국"이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 처방약에만 혜택이 적용됩니다.

네트워크 소속 의료 제공자(Network provider): "의료 제공자"는 의사, 간호사 그리고 가입자에게 서비스와 케어를 제공하는 다른 사람들을 가리키는 일반적인 용어입니다. 의료 제공자에는 또한 병원, 가정 의료 기관, 클리닉 그리고 가입자에게 의료 케어 서비스, 의료 장비 및 장기 서비스와 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

- 그들은 의료 케어 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare 및 주에서 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 당사 건강 플랜과 공조하고 당사의 비용 지급을 수락하며 가입자에게 추가 금액을 징수하지 않는다는 데 동의하는 경우 그 의료 제공자를 "네트워크 소속 의료 제공자"라고 부릅니다.
- 당사 플랜 가입자로 계시는 동안은 반드시 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 혜택 대상 서비스를 받으셔야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

요양원 또는 요양 시설(Nursing home or facility): 집에서 케어를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 케어를 제공하는 시설입니다.

옴부즈맨(Ombudsman): 가입자의 주에 있으며, 가입자의 대변인 역할을 하는 사무실입니다. 문제나 불만 사항이 있는 가입자의 문의에 답변할 수 있으며, 가입자가 무엇을 해야 하는지 이해할 수 있도록 도와줄 수도 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제2장 및 제9장**을 참조하십시오.

기관 판정(Organization determination): 저희 플랜은 당사 또는 소속 의료 제공자 중 한 곳에서 서비스가 혜택 대상인지 여부 또는 혜택 대상 서비스에 대해 가입자가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 결정을 내리는 것을 기관 판정이라고 부릅니다. 기관 판정을 "혜택 적용 결정"이라고 합니다. 혜택 적용 결정에 관한 내용은 가입자 핸드북 **제9장**을 참조하십시오.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에 미 의회가 정하는 금액을 지급함으로써 서비스에 혜택이 적용됩니다.

- 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자가 Medicare를 수락하는지 확인해 보실 수 있습니다. Original Medicare에는 두 개 파트가 있습니다. Medicare 파트 A(병원 보험)과 Medicare 파트 B(의료보험)입니다.

- Original Medicare는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.
- 당사 플랜에 등록하길 바라지 않으시는 경우 Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국(Out-of-network pharmacy): 저희 플랜의 가입자들에게 혜택 대상 의약품을 주선 또는 제공하기 위해 저희 플랜과 협력하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 비소속 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜 혜택 대상이 아닙니다.

네트워크 비소속 의료 제공자(Out-of-network provider) 또는 네트워크 비소속 시설(Out-of-network facility): 저희 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않으며, 저희 플랜의 가입자에게 혜택 대상 서비스를 제공하는 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설을 말합니다. 네트워크 비소속 의료 제공자 또는 시설에 관한 설명은 가입자 핸드북 **제3장을 참조하십시오.**

본인부담금 비용(Out-of-pocket costs): 가입자가 받는 서비스나 의약품의 일부에 대해 비용을 지불해야 하는 비용 분담 요건을 "본인부담금" 비용 요건이라고도 합니다. 위에서 "비용 분담금"에 대한 정의를 참조하십시오.**일반의약품(Over-the-counter, OTC):** 일반의약품은 의료 케어 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품 또는 약물을 말합니다.

파트 A: "Medicare 파트 A" 참조
파트 B: "Medicare 파트 B" 참조
파트 C: "Medicare 파트 C" 참조
파트 D: "Medicare 파트 D" 참조
파트 D 의약품: "Medicare 파트 D 의약품" 참조

개인 건강 정보(Personal health information, PHI)(보호 대상 건강 정보라고도 함): 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 방문 및 병력과 같은 가입자 및 가입자의 건강에 관한 정보입니다. 당사가 가입자의 PHI를 보호, 이용 및 공개하는 방법과 가입자의 PHI 관련 권리에 대한 자세한 정보는 당사의 개인정보 보호 관행 통지서를 참조하십시오.

주치의(Primary care provider, PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 가입자가 가장 먼저 이용하는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 가입자가 건강을 유지하는 데 필요한 케어를 받을 수 있도록 합니다.

- 또한 가입자의 케어에 관해 다른 의사 및 의료 제공자와 상의하고 그쪽으로 케어를 의뢰하기도 합니다.
- 가입자가 다른 의료 제공자의 진찰을 받기 전에 반드시 주치의로부터 진찰을 받아야 하는 Medicare 건강 플랜이 많습니다.
- 주치의로부터 케어를 받는 것과 관련한 내용은 가입자 핸드북 **제3장**을 참조하십시오.

사전 승인(Prior authorization, PA): 특정 서비스나 약물에 대해 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 승인 또는 허가를 받거나 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용하기 위해 가입자의 PCP가 제출하는 서비스 요청입니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자가 승인을 받지 않은 경우 서비스나 약물에 대해 혜택을 적용하지 않을 수 있습니다.

네트워크 내 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 당사로부터 사전 승인(PA)을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다.

- 저희 플랜의 PA가 필요한 혜택 대상 서비스는 가입자 핸드북의 **제4장**을 참조하십시오.

일부 의약품의 경우, 저희 플랜은 가입자가 PA를 받는 경우에만 혜택을 적용합니다.

- 저희 플랜의 PA가 필요한 혜택 대상 의약품은 혜택 대상 의약품 목록에 표시되어 있습니다.

종합 노인 케어 프로그램(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): 자택에서 생활하기 위해 더 높은 수준의 케어가 필요한 55세 이상의 사람들을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램입니다.

보철 및 보조기(Prosthetics and Orthotics): 의사나 다른 의료 케어 제공자가 지시하며 팔, 등, 목 보호대, 의족, 의수, 인공 안구 그리고 조루술 용품과 경장 및 비경구 영양법을 포함한 체내 기관 및 기능을 대체하는 데 필요한 장치 등을 포함하며 이에 국한되지 않는 의료기기입니다.

품질 개선 기관(Quality improvement organization, QIO): Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. 연방 정부로부터 보수를 지급받고 환자들에게 제공되는 케어의 품질을 확인 및 개선하는 일을 합니다. QIO에 관한 내용은 가입자 핸드북의 **제2장**을 참조하십시오.

수량 한도(Quantity limits): 가입자가 받을 수 있는 의약품의 양에 적용되는 한도를 말합니다. 처방약 1회 조제당 혜택 대상 의약품의 양에 제한이 적용될 수 있습니다.

실시간 혜택 도구(Real Time Benefit Tool): 등록자가 완전하고 정확하며 시의적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 혜택 대상 의약품 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 약물과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 혜택 적용 제한(사전 승인, 단계적 치료법, 수량 한도)이 포함됩니다.

진료 의뢰(Referral): 진료 의뢰는 주치의(PCP) 이외의 다른 의료 제공자를 이용할 수 있도록 PCP가 승인하는 것입니다. 사전 승인을 받지 못한 경우, 당사는 서비스에 대한 혜택을 적용할 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 **제3장 및 제4장**을 참조하십시오.

재활 서비스(Rehabilitation services): 질병, 사고 또는 대수술 후 회복을 돕기 위해 제공되는 치료를 말합니다. 재활 서비스에 관한 자세한 내용는 가입자 핸드북의 **제4장**을 참조하십시오.

민감한 서비스(Sensitive services): 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족계획, 성매개감염병(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 사용 장애, 성별 확증 케어, 데이터/가정 폭력과 관련된 서비스입니다.

서비스 지역(Service area): 거주 지역에 따라 건강 플랜 가입이 제한되는 경우, 건강 플랜에 가입할 수 있는 지리적 지역을 의미합니다. 회원님이 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 회원님이 정기(비응급) 서비스를 이용할 수 있는 지역을 의미합니다. 저희 서비스 지역에 거주하는 사람만 저희 플랜에 가입할 수 있습니다.

비용 분담(Share of cost): 혜택이 적용되기 전에 의료 케어 비용 중 가입자가 매월 납부해야 하는 부분을 말합니다. 가입자의 비용 분담액은 그의 소득과 재원에 따라 다릅니다.

전문 요양 시설(Skilled nursing facility, SNF): 전문 요양 케어를 위한 직원과 장비를 갖춘 요양 시설로서 대부분의 경우 전문 재활 및 기타 관련된 의료 서비스를 제공합니다.

전문 요양 시설(SNF) 케어(Skilled nursing facility (SNF) care): 전문 요양 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 요양 케어 및 재활 서비스를 말합니다. 전문 요양 시설 케어의 예로는 정식 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료나 정맥내(IV) 주사가 있습니다.

전문의(Specialist): 특정 질병 또는 신체 부분에 대해 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다.

전문 약국(Specialized pharmacy): 전문 약국에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.

주 정부 심리(State Hearing): 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 저희 플랜이 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나 가입자가 이미 받고 있는 Medi-Cal 서비스에 대해 저희 플랜이 비용을 계속 지급하지 않을 경우에 가입자는 주 정부 심리를 신청할 수 있습니다. 주 정부 심리 결정이 가입자에게 유리하게 내려지는 경우, 당사는 반드시 가입자가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

단계적 치료법(Step therapy): 가입자가 저희 플랜에 의약품 혜택 적용을 요청하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 혜택 적용 규정입니다.

생활보조금(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장부가 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람들에게 제공하는 월 지급 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 케어(Urgently needed care): 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 갑작스러운 질병, 부상 또는 상태에 직면했을 때 가입자가 받는 케어입니다. 가입자는 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없거나 그들에게 갈 수 없을 때 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 긴급하게 필요한 케어를 받을 수 있습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 가입자 서비스부

전화 문의	(855) 665-4627 통화료는 무료입니다. 현지 시간 오전 8시~오후 8시(연중무휴). 또한 가입자 서비스부에서는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 당사는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	TTY: 711 이 전화번호를 사용하려면 특수 전화 장치가 필요하며 듣거나 말하기 어려운 사람들을 위한 전용 번호입니다. 이 전화를 통한 통화료는 무료입니다.
팩스	**의료 서비스:** 수신인: Medicare Member Services 팩스: (310) 507-6186 파트 D(의약품) 서비스: 팩스: (866) 290-1309
우편 문의	**의료 서비스:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **파트 D(의약품) 서비스:** 수신인: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
웹 사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Form Approved
OMB# 0938-1421

MOLINA HEALTHCARE

Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:
We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:
Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:
如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们： 1-855-665-4627。说 普通話 的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:
我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:
May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:
Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Form Approved
OMB# 0938-1421

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русский язык. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم **1-855-665-4627**. ويمكن لشخص يتحدّث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語 の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկն, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានាដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់មួយនាក់ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនេះទេ។

H5810_24_50_CASNPStateMLI_C016

Persian (Farsi): برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj.Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627.Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj.Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਸਿੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਅਿਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffitfit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

CAMMP03ECKO1023
CAH303803ECKO24
230911