

2025

보장 범위 증명

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

New York H5992-007

2025년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함.

2025년 1월 1일부터 12월 31일까지

보장 범위 증명:

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자의 Medicare 의료 혜택, 서비스 및 처방약 보장 범위

본 문서는 2025년 1월 1일부터 12월 31일까지 가입자의 Medicare 및 Medicaid 건강 관리, 장기 치료, 가정과 커뮤니티 기반 서비스 및 처방약 보장에 대한 세부 정보를 제공합니다. 본 핸드북은 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 두십시오.

본 문서에 관한 궁금한 사항은 가입자 서비스부 (833) 671-0440으로 문의하십시오. (TTY 이용자는 711로 전화하시기 바랍니다). 10월 1일부터 3월 31일까지 현지 시간으로 오전 8시부터 오후 8시까지 주중 무휴 운영됩니다. 4월 1일부터 9월 30일, 월요일부터 금요일까지 현지 시간으로 오전 8시부터 오후 8시까지. 통화료는 무료입니다.

이 플랜은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)이며 Senior Whole Health of New York, Inc에서 제공합니다. (이 보장 범위 증명에서 사용하는 “우리”, “당사”, 또는 “당사의”라는 말은 Senior Whole Health of New York, Inc를 의미합니다. “플랜” 또는 “당사 플랜”이라는 말은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)를 의미합니다.)

이 문서는 스페인어, 중국어, 아랍어, 한국어, 러시아어, 이탈리아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올, 이디시어, 폴란드어, 타갈로그어, 벵골어, 알바니아어, 그리스어 및 우르두어로 무료로 제공됩니다.

이 문서는 비영어권 언어 또는 큰 활자, 점자, 음성 등 다양한 형식으로 무료 제공됩니다. (833) 671-0440으로 전화하십시오. (TTY: 711). 통화료는 무료입니다.

혜택은 2026년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요한 경우 통지를 받게 됩니다. 변경 사항은 최소 30일 전에 해당 가입자에게 통지합니다.

Molina Healthcare는 Medicare와 계약을 맺은 C-SNP, D-SNP 및 HMO 플랜입니다. D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.

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

- 귀하의 플랜 보험료 및 비용 부담,
- 귀하의 의료 및 처방 의약품 혜택,
- 서비스나 치료가 만족스럽지 못한 경우 불만을 제기하는 방법,
- 추가 지원이 필요한 경우 당사에 연락하는 방법,
- Medicare 법률에 따른 기타 보호들

H5992_25_007_NYEOC_C

2025 보장 범위 증명

목차

1장:	가입자로 시작하기	4
섹션 1	소개	5
섹션 2	플랜 가입자 자격 조건	6
섹션 3	귀하가 받게 될 중요한 멤버십 자료	8
섹션 4	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 월별 비용	10
섹션 5	월 보험료에 대한 자세한 정보	12
섹션 6	멤버십 기록 최신 정보로 업데이트하기	12
섹션 7	다른 보험이 당사의 플랜과 어떻게 협업하는가	13
2장:	중요 전화번호 및 자원	15
섹션 1	Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 연락처 (가입자 서비스부 에 연락하는 방법 포함)	16
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램에서 도움과 정보를 직접 얻는 방법)	20
섹션 3	주정부 건강 보험 지원 프로그램 (무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대 한 답변)	21
섹션 4	품질 개선 기구(QIO)	22
섹션 5	사회 보장국	23
섹션 6	Medicaid	23
섹션 7	처방약 비용 지불을 돕는 프로그램에 관한 정보	26
섹션 8	철도청 은퇴자 위원회에 연락하는 방법	27
섹션 9	고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험이 있습니까?	27
3장:	플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기	29
섹션 1	당사의 플랜의 가입자로서 의료 및 기타 서비스를 받을 때 유의 사항	30
섹션 2	플랜 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 및 기타 서비스를 받으십시 오.	31
섹션 3	의료적 응급 상황이나 긴급하게 필요한 진료를 받는 경우 또는 재난 기간에 서비 스 이용 방법	34
섹션 4	서비스 비용 전액이 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 합니까?	36
섹션 5	임상 연구의 일환으로 귀하가 받은 의료 서비스는 어떻게 보험 혜택을 받습니 까?	36
섹션 6	비의료 진료 종교 기관의 진료 규칙	38
섹션 7	내구성 의료 장비의 소유에 관한 규칙	39
4장:	의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)	41
섹션 1	보장 서비스 이해	42

차례

섹션 2	의료 혜택 차트를 사용하여 무엇이 보장되는지 알아보십시오.	42
섹션 3	어떤 서비스가 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 외부에서 보장됩니까?	81
섹션 4	본 플랜은 어떤 서비스들에 대해서 보장하지 않습니까?	81
5장:	파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용	84
섹션 1	소개	85
섹션 2	네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 작성하십시오.	85
섹션 3	귀하의 약품이 플랜의 의약품 목록에 있어야 합니다.	88
섹션 4	일부 약품의 보장에는 제한이 있습니다.	89
섹션 5	약품 중 하나가 원하는 방식으로 보호되지 않으면 어떻게 됩니까?	90
섹션 6	약품 중 하나에 대해 보장이 변경될 경우 어떻게 합니까?	92
섹션 7	플랜에서 어떤 종류의 약품을 보장하지 않습니까?	94
섹션 8	처방전 작성	94
섹션 9	특별한 경우의 파트 D 약품 보장	95
섹션 10	약품 안전 및 투약 관리에 관한 프로그램	96
섹션 11	약품에 대한 지불과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드 립니다.	98
6장:	보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기	100
섹션 1	귀하가 당사에 귀하의 서비스 또는 의약품에 대한 비용을 지불하도록 요청해야 하는 상황	101
섹션 2	당사에게 환불을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법	102
섹션 3	당사는 귀하의 지불 요청을 고려한 후에 승락하거나 거부할 것입니다.	103
7장:	귀하의 권리 및 의무	104
섹션 1	당사의 플랜은 플랜의 가입자로서 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 합 니다.	105
섹션 2	귀하는 당사 플랜 가입자로서의 책임이 있습니다.	123
8장:	문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)	125
섹션 1	소개	126
섹션 2	추가 정보 및 개인 맞춤형 지원을 받을 수 있는 곳	126
섹션 3	당사 플랜의 Medicare 및 Medicaid 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해	129
섹션 4	보장 결정 및 이의 제기	129
섹션 5	보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 안내	130
섹션 6	귀하의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 제기하는 방법	132
섹션 7	Medicare 파트 D 처방약 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법	140

섹션 8	너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 입원 기간을 연장하도록 요청하는 방법	147
섹션 9	귀하가 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스의 지속적 인 보장을 요청하는 방법	150
섹션 10	3단계 이상으로 이의 제기 신청하기	153
섹션 11	의료 서비스의 질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대한 불만을 제 기하는 방법	155
9장:	당사 플랜의 멤버십 종료하기	159
섹션 1	당사 플랜의 멤버십 종료 개요	160
섹션 2	당사는 언제 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까?	160
섹션 3	당사 플랜의 멤버십을 어떻게 종료합니까?	162
섹션 4	멤버십이 종료할 때까지, 귀하는 당사의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약 품을 계속 얻어야 합니다	163
섹션 5	Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 특정 상황에서 플랜의 가입자 자격을 종료해야 합니다	164
10장:	법적 고지	166
섹션 1	준거법에 대한 고지 사항	167
섹션 2	차별 금지에 대한 고지	167
섹션 3	Medicare 2차 지급인 대위권에 대한 고지	167
11장:	중요 용어 정의	168

1장: 가입자로 시작하기

1장: 가입자로 시작하기

섹션 1 소개

섹션 1.1 귀하는 특별 Medicare Advantage 플랜(특별 요구 플랜)인 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에 등록되어 있습니다.

귀하의 경우는 Medicare와 Medicaid에서 모두 보장해드립니다.

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

귀하는 저희 플랜인 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)를 통해 귀하의 Medicare 및 Medicaid 건강 관리와 처방약 보험을 선택하셨습니다. 당사는 모든 파트 A 및 파트 B 서비스를 보장해야 합니다. 그러나 이 플랜의 비용 부담 및 의료 제공자 액세스는 원래 Medicare와 다릅니다.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 전문 Medicare Advantage 플랜 (Medicare 특별 요구 플랜)으로, 그 혜택은 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계되었습니다. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 Medicare가 있고 Medicaid에서 도움을 받을 자격이 있는 사람들을 위해 설계되었습니다.

Medicare 파트 A 및 B 비용 부담(공제액, 부담 및 공동 보험)으로 Medicaid로부터 도움을 받기 때문에 Medicare 의료 서비스에 대해 아무것도 지불할 수 없습니다. Medicaid는 또한 장기 요양원과 같은 건강 관리 서비스 및 일반적으로 Medicare에서 보장하지 않는 지역 사회 기반 서비스를 제공함으로써 다른 혜택을 제공합니다. 또한 Medicare 처방약의 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 "추가 도움"을 받게 됩니다. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 귀하가 받을 자격이 있는 진료 서비스 및 비용 지원을 받을 수 있도록 모든 혜택을 관리하는 데 도움을 드릴 것입니다.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)가 추가 혜택과 비용 절감을 제공합니다. 모든 Medicare Advantage 플랜과 마찬가지로, 이 Medicare Special Needs 플랜은 Medicare의 승인을 받았습니다. 이 플랜은 또한 귀하의 Medicaid 혜택을 조정하기 위해 New York Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사는 귀하의 처방약 보장을 포함하여 귀하의 Medicare 및 Medicaid 의료 보험을 제공하게 되어 기쁩니다.

이 플랜에 따른 보장 범위는 유자격 의료 보장(QHC)으로서 환자 보호 및 적정 가격 관리법(ACA)의 개인 공동 책임 요건을 충족합니다. 다음 사이트에서 국세청(IRS) 웹사이트를 방문하십시오: 자세한 내용은 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 참조하십시오.

섹션 1.2 보장 범위 증명은 무엇입니까?

이 보장 범위 증명문서는 귀하의 Medicare Medicaid 의료, 장기 요양, 가정 및 지역사회 기반 서비스, 처방약을 받는 방법을 설명합니다. 여기에는 귀하의 권리와 책임, 보장되는 사항, 플랜의 가입자로서 지불하는 금액, 결정이나 치료에 만족하지 않을 경우 불만을 제기하는 방법이 설명되어 있습니다.

보장 및 보장 서비스는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 가입자에게 제공되는 장기 요양 및 가정 및 지역 사회 기반 서비스 등의 진료 및 처방약을 의미합니다.

1장: 가입자로 시작하기

플랜의 규칙이 무엇인지, 어떤 서비스를 이용할 수 있는지 알아보는 것이 중요합니다. 당사는 귀하가 잠시 이 보장 범위 증명을 찬찬히 살펴보시기를 권장합니다.

혼동이나 우려가 있거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스에 문의하십시오.

섹션 1.3 보장 범위 증명에 대한 법률 정보

이 보장 범위 증명은 당사가 귀하와 맺은 계약의 일부로서 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)가 귀하의 진료를 어떻게 보장하는지에 관한 것입니다. 계약의 다른 부분에는 귀하의 등록 양식, 처방약 목록(처방집), 그리고 귀하의 보장이나 보장에 영향을 미치는 조건에 대한 변경 사항에 대한 통지가 포함됩니다. 이러한 통지는 라이더 또는 수정이라고 부릅니다.

이 계약은 2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일 사이에 귀하가 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에 등록한 달 동안 유효합니다.

매년 Medicare는 당사가 제공하는 플랜을 변경할 수 있도록 허용합니다. 이는 당사가 2025년 12월 31일 이후 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한 2025년 12월 31일 이후 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단하거나 다른 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단할 수도 있습니다.

Medicare(Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 매년 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)을 승인해야 합니다. 귀하가 매년 플랜을 계속 제공하기로 선택하고 Medicare가 플랜의 승인을 갱신하는 한, 당사 플랜의 가입자로서 Medicare 보장을 계속 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 가입자 자격 조건**섹션 2.1 귀하의 자격 요건**

귀하는 다음 조건일 경우에 당사 플랜 가입자 자격이 있습니다.

- 귀하는 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다.
- -- 그리고 -- 귀하는 당사의 지리적 서비스 지역에 거주하고 있습니다(아래의 섹션 2.3은 당사의 서비스 지역에 대해 설명합니다). 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다(수감 중인 개인은 신체는 당사 서비스 지역에 있더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다). 그리고
- -- 그리고 -- 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주하는 사람이어야 합니다.
- -- 그리고 -- 귀하는 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족합니다.

당사의 플랜의 특별 자격 요건

당사의 플랜은 특정 Medicaid 혜택을받는 사람들의 요구를 충족시키기 위해 고안되었습니다. (Medicaid는 소득 및 자원이 제한된 특정 사람들의 의료 비용을 돕는 연방 및 주 정부 공동 프로그램입니다.) 당사 플랜에 가입하려면 Medicare 및 전체 Medicaid 혜택을 모두 받을 수 있는 자격이 있어야 합니다.

참고 사항: 자격을 상실했지만 6개월 이내에 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우 여전히 당사 플랜의 멤버십 자격을 충족합니다(제4장, 섹션 2.1에는 자격 유지 간주 기간에 보장 범위 및 비용 분담에 대해 설명합니다).

1장: 가입자로 시작하기**Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 추가 자격 요건**

위의 요구 사항 외에도, Senior Whole Health of New York NHC 프로그램은 Medicare 및 Medicaid를 가지고 있으며 가정 및 지역 사회에서 안전하게 살기 위해 조정된 의료 서비스가 필요한 사람들을 위해 특별히 고안된 자발적 프로그램입니다. 의료 자격 및 승인 규칙이 적용됩니다.

Senior Whole Health of New York NHC 프로그램에 가입하려면 Medicare와 Medicaid 두 가지 모두에 가입되어 있어야 하며, 다음 조건을 충족해야 합니다.

1. 등록 시점에 요양원 수준의 의료 서비스를 받을 자격이 있는 경우,
2. 등록 시점에, 또는 귀하의 건강과 안전을 위협하지 않고 집과 지역 사회로 돌아가거나 그곳에 머무를 수 있는 경우,
3. 등록일로부터 120일 이상 동안 다음 지역 사회 기반 장기 요양 서비스 중 하나 이상과 진료 관리가 필요한 것으로 평가된 경우:
 - a. 가정 간호 서비스
 - b. 가정 테라피
 - c. 가정 보건 지원 서비스
 - d. 가정 개인 관리 서비스
 - e. 성인 데이 케어
 - f. 개인 간호
 - g. 소비자 지향 개인 지원 서비스, 그리고
4. New York 시 인적 자원 관리 Medicaid 사무소(HRA) 또는 지역 사회복지부(LDSS)에 의해 Medicaid 프로그램 혜택을 받을 자격이 있는 것으로 결정된 경우.

섹션 2.2 Medicaid란 무엇입니까?

Medicaid는 특정 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 의료 및 장기 요양 비용을 지원하는 연방 정부와 주 정부가 공동으로 운영하는 프로그램입니다. 각 주는 소득과 자원이 무엇에 해당하는지, 누가 자격이 있는지, 어떤 서비스가 보장되는지, 그리고 서비스 비용을 결정합니다. 주에서는 연방 규정에 부합하는 경우에 한해 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

또한, Medicaid를 통해서 Medicare 보유자가 Medicare 보험료와 같은 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 프로그램이 있습니다. 이 "Medicare 저축 프로그램"은 제한된 수입과 자원을 가진 사람들이 매년 돈을 절약할 수 있도록 도와줍니다.

- **전체 혜택 이중 적격(FBDE):** Medicare 자격이 있는 개인이 QMB+ 또는 SLMB+의 소득 또는 자원 기준을 충족하지 않지만, 의료 필요 상태, 시설화된 개인을 위한 특별 소득 수준 또는 가정 및 지역 사회 기반 면제 프로그램을 통해 카테고리별 또는 선택적 보장 그룹을 통해 전체 Medicaid 보장을 받을 자격이 있습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB+):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 비용 부담(공제액, 공동 보험 및 부담 등)을 지불하는 데 도움을 줍니다. 이러한 개인은 전체 Medicaid 혜택을 받을 자격이 있습니다.

1장: 가입자로 시작하기**섹션 2.3** **다음은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 플랜 서비스 지역입니다.**

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)은 플랜 서비스 지역에 거주하는 개인에게만 제공됩니다. 플랜 가입자로 남으려면 플랜 서비스 지역 내에 계속 거주해야 합니다. 서비스 영역은 아래에 설명되어 있습니다.

당사의 서비스 지역은 New York주 내의 다음 카운티를 포함합니다. Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland 및 Westchester.

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

서비스 지역을 벗어나서 이사할 계획이라면, 이 플랜의 가입자로 남을 수 없습니다. 새로운 지역에 당사의 플랜이 있는지 알아보려면 가입자 서비스에 문의하십시오. 귀하가 이사할 때, 귀하는 Original Medicare로 전환하거나 새로운 지역에서 이용 가능한 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에 등록할 수 있는 특별 등록 기간을 갖게 됩니다.

우편 주소를 변경하거나 이사하는 경우 사회 보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 사회 보장국의 전화 번호 및 연락처 정보는 제 2 장, 섹션 5에서 찾을 수 있습니다.

섹션 2.4 **미국 시민 또는 합법적인 거주**

Medicare 건강 플랜 가입자는 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다. 귀하가 이러한 근거로 가입자 자격이 되지 않는 경우, Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에 통지할 것입니다. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 이 요건이 충족되지 않을 경우 귀하의 등록을 취소해야 합니다

섹션 3 **귀하가 받게 될 중요한 멤버십 자료****섹션 3.1** **귀하의 플랜 멤버십 카드**

귀하가 당사 플랜 가입자로 있는 동안 당사 플랜이 보장하는 서비스를 받거나 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 경우 멤버십 카드를 사용해야 합니다. 또한 의료진에게 Medicaid 카드를 제시해야 합니다. 가입자에게 지급될 Molina Healthcare ID 카드는 다음과 같이 생겼습니다.

1장: 가입자로 시작하기

 Senior Whole Health BY MOLINA HEALTHCARE LOB Member: Your Name Member #: MemID PCP: PCPNAM PCP Tel: xxx-xxx-xxxx RxBIN: RxBIN RxPCN: RXPCN RxGRP: RXGROUP RxD: MemID MedicareRx Prescription Drug Coverage ContNum Issued Date: ISSUDAT Website	Member Services: xxx-xxx-xxxx 24-Hour Nurse Advice Line in English: xxx-xxx-xxxx or TTY: 711 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: xxx-xxx-xxxx Providers/Hospitals: For prior authorization, eligibility and general information, please call Member Services (see above). Submit Claims To: Medical/Hospital: PO Box 22811, Long Beach, CA 90801 Please call Member Services (see above). Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 200, Midvale, UT 84047 Please call Member Services (see above). Website
---	---

이 플랜의 가입자인 동안 의료 서비스에 빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 멤버십 카드 대신 Medicare 카드를 사용할 경우, 의료 서비스 비용 전액을 직접 지불해야 할 수도 있습니다. Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스가 필요하거나 임상 시험이라고도 하는 Medicare 승인 임상 연구 연구에 참여해야 하는 경우 이를 보여달라는 요청을 받을 수 있습니다.

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

섹션 3.2 의료 제공자 및 약국 명부

의료 제공자/약국 명부 SWHNY.com에는 당사의 현재 네트워크 의료 제공자 및 내구성 의료 장비 공급업체의 목록이 있습니다.

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

네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자에게 처방약을 제공하는 데 동의한 약국을 의미합니다. 의료 제공자/약국 명부를 사용하여 이용하고 싶은 네트워크 소속 약국을 선택하십시오. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국을 사용할 수 있는 시기에 대한 정보는 제5장 섹션 2.5를 참조하십시오.

귀하는 진료 및 서비스를 받기 위해 네트워크 제공자를 사용해야 합니다. 적절한 승인이 없으면 다른 곳에서 진료를 받을 경우 전액을 지불해야 합니다. 예외는 응급 상황, 네트워크가 이용 가능하지 않을 때 긴급히 필요한 서비스 (즉, 네트워크 내에서 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외부의 투석 서비스 및 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)가 네트워크 외부 제공자 사용을 승인한 경우입니다.

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

의료 제공자/약국 목록 사본이 없는 경우 가입자 서비스부에서 사본(전자적 또는 종이 복사)을 요청할 수 있습니다. 하드카피 양식으로 요청된 의료 제공자 및 약국 명부는 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 발송됩니다.

1장: 가입자로 시작하기

섹션 3.3 플랜의 보장 의약품 목록(처방집)

해당 플랜에는 **보장 의약품 목록(처방집)**이 있습니다. 짧게 줄여서 **의약품 목록**이라고 합니다. 이는 어떤 파트 D 처방약이 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에 포함된 파트 D 혜택에 따라 보장되는지를 알려줍니다. 이 목록의 약품은 의사 및 약사 팀의 도움을 받아 플랜에서 선택합니다. 목록은 Medicare에서 정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 의약품 목록을 승인했습니다.

또한, 의약품 목록은 귀하의 약품 보장을 제한하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

당사는 귀하에게 의약품 목록의 사본을 제공할 것입니다. 보장되는 의약품에 대한 가장 완전하고 최신 정보를 얻으려면 플랜의 웹 사이트(SWHNY.com)를 방문하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 4 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 월별 비용

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- Medicare 파트 B 월 보험료(섹션 4.2)
- 파트 D 가입 지연 벌금(섹션 4.4)
- 소득 관련 월 조정액(섹션 4.5)

섹션 4.1 플랜 보험료

귀하는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 별도의 월별 플랜 보험료를 지불하지 않습니다.

섹션 4.2 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 가입자들이 다른 **Medicare** 보험료를 지불해야 합니다.

일부 가입자는 기타 Medicare 보험료를 지불해야 합니다. 위의 섹션 2에서 설명한 바와 같이, 당사 플랜에 가입하기 위해서는 Medicaid에 대한 자격을 유지하고 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자의 경우, Medicaid는 귀하의 파트 A 보험료(자동 자격이 없는 경우)와 파트 B 보험료를 지불합니다.

Medicaid가 귀하를 위해 **Medicare** 보험료를 지불하지 않더라도, 귀하는 **Medicare** 보험료를 계속 지불해야 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 있습니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 Part A에 대한 보험료가 포함될 수 있으며, 이 보험료는 Part A에 해당하지 않는 가입자에게 영향을 미칩니다.

섹션 4.3 파트 D 가입 지연 벌금

귀하는 이중 자격이 있기 때문에 LEP는 귀하에게 적용되지 않지만, 이중 자격을 상실하면 LEP가 발생할 수 있습니다. 파트 D 가입 지연 벌금은 초기 등록 기간이 종료된 후 언제라도 파트 D 또는 크레딧 전용 가능한 처방약 보험이 없이 연속으로 63일 이상의 기간이 있을 경우 파트 D 보장에 대해 지불해야 하는 추가 보험료입니다. 크레딧 전용 가능한 처방약 보험은 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보험만

1장: 가입자로 시작하기

کم 지불할 것으로 예상되기 때문에 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보험입니다. 가입 지연 벌금의 비용은 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 처방약 보험에 가입하지 않은 기간이 얼마나 오래 되었는지에 따라 달라집니다. 파트 D 보장이 있는 한 이 벌금을 지불해야 합니다.

다음의 경우 가입자가 지급할 필요가 없습니다.

- 귀하는 처방 약품을 지불하기 위해 Medicare에서 "추가 지원"을 받습니다.
- 귀하는 크레딧 전용 가능한 보험이 없었던 기간이 63일 미만입니다.
- 귀하는 전직 고용주, 노조, TRICARE 또는 Veterans Health Administration (VA)과 같은 다른 출처를 통해 크레딧 전용 가능한 의약품 보장을 받았습니다. 보험사 또는 인사 부서에서 귀하의 의약품 보험이 크레딧 전용 가능한 보험인지 매년 알려줄 것입니다. 이 정보는 편지로 보내지거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 경우 필요할 수 있으므로 이 정보를 보관하십시오.
 - 참고: 모든 통지에는 귀하에게 Medicare의 표준 처방약 플랜 만큼 지불할 것으로 예상되는 크레딧 전용 가능한 처방약 보험이 있다는 것을 명시해야 합니다.
 - 참고: 다음은 크레딧 전용 가능한 처방약 보험이 **아닙니다**. 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 의약품 할인 웹 사이트.

Medicare는 벌금의 금액을 결정합니다. 작동 방식은 다음과 같습니다.

- 첫째, 등록 자격이 된 후 Medicare 의약품 플랜에 등록을 연기한 전체 개월 수를 계산하십시오. 또는 보험이 없었던 기간이 63 일 이상인 경우 크레딧 전용 가능한 처방약 보험이 없었던 전체 개월 수를 계산하십시오. 벌금은 크레딧 전용 가능한 보장이 없으므로 매월 1% 예를 들어, 귀하가 14개월 동안 보장을 받지 않는 경우, 벌금은 14%가 됩니다.
- 그런 다음 Medicare는 전년도부터 전국에서 Medicare 의약품 플랜에 대한 평균 월 보험료의 양을 결정합니다. 2025년 의 경우 평균 보험료는 \$36.78입니다.
- 월별 페널티를 계산하려면 페널티 백분율과 월별 평균 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10센트로 반올림합니다. 이 예에서, 이는 \$36.78의 14%에 해당하며, 이는 \$5.15입니다. 반올림하여 \$5.20입니다. 이 금액은 파트 D 가입 지연 벌금이 있는 사람의 월 보험료에 추가됩니다.

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

- 첫째로, 평균 월 보험료가 매년 변할 수 있기 때문에 이 벌금은 매년 변경될 수 있습니다.
- 둘째, 플랜을 변경하더라도 Medicare 파트 D 의약품 혜택이 있는 플랜에 등록되어 있는 한 매월 페널티를 계속 지불해야 합니다.
- 셋째, 귀하가 65세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 귀하가 65세가 되면 파트 D 등록 지연 페널티가 재설정됩니다. 65세 이후의 파트 D 가입 지연 벌금은 최초 Medicare 등록 기간 이후 노화에 대한 보장이 없는 달에만 적용됩니다.

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

섹션 4.4	소득 관련 월 조정액
---------------	--------------------

일부 회원은 파트 D 소득 관련 월간 조정 금액(IRMAA)이라고도 하는 추가 요금을 지불해야 할 수 있습니다. 추가 요금은 2년 전의 IRS 세금 보고서에 보고된 수정된 조정 총소득을 기준으로 계산됩니다. 이

1장: 가입자로 시작하기

금액이 일정 금액을 초과하면 표준 보험료 금액과 추가 IRMAA를 지불하게 됩니다. 소득에 따라 지불해야 할 추가 금액에 대한 자세한 내용은 <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>를 방문하십시오.

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

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

섹션 5 월 보험료에 대한 자세한 정보

섹션 5.1 당사에서 연간 플랜 보험료를 매달 청구할 수 있습니까?

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

그러나 어떤 경우에는 가입 지연 벌금을 지불을 중단할 수 있는 경우도 있습니다. 또는 가입 지연 벌금을 지불하기 시작해야 할 수도 있습니다. 이는 귀하가 연중 "추가 지원" 프로그램에 자격을 얻거나 자격을 상실하는 경우에 발생할 수 있습니다.

- 현재 파트 D 가입 지연 벌금을 지불하고 연중 "추가 지원"을 받을 자격이 된다면 벌금 지불을 중단할 수 있습니다.
- 추가 지원을 잃으면 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 처방약 보험 없는 기간이 63일 이상 연속될 경우, 가입 지연 벌금이 부과될 수 있습니다.

"추가 지원" 프로그램에 대한 자세한 내용은 2장 7절을 확인할 수 있습니다.

섹션 6 멤버십 기록 최신 정보로 업데이트하기

가입자 기록에는 주소 및 전화 번호를 포함한 등록 양식의 정보가 있습니다. 주치의를 포함한 특정 플랜 보장을 보여줍니다.

플랜 네트워크 소속 의사, 병원, 약사 및 기타 의료 제공자는 귀하에 대한 올바른 정보를 가지고 있어야 합니다. 이러한 네트워크 의료 제공자는 귀하의 가입자 기록을 사용하여 서비스 및 약품이 보장되고 비용 분담 금액을 알 수 있습니다. 이러한 이유로 귀하의 정보를 최신 상태로 유지하도록 당사에 협조하는 것이 중요합니다.

이러한 변경 사항을 알려주십시오.

- 이름, 주소, 전화번호가 변경된 경우

1장: 가입자로 시작하기

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

이러한 정보가 변경되는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 알려주십시오. 가입자는 My Senior Whole Health 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 Senior Whole Health 계정을 생성하거나 액세스하려면 <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY>을 방문하십시오.

우편 주소를 변경하거나 이동하는 경우 사회 보장국에 연락하는 것도 중요합니다. 사회 보장국의 전화번호 및 연락처 정보는 제2장, 섹션5에서 찾을 수 있습니다.

섹션 7 다른 보험이 당사의 플랜과 어떻게 협업하는가

기타 보험

Medicare는 귀하가 보유한 다른 의료 또는 의약품 보험에 대한 정보를 귀하로부터 수집하도록 요구합니다. 그 이유는 다른 보상 범위를 우리 플랜에 따라 귀하의 혜택과 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

매년 한 번, 우리는 우리가 알고있는 다른 의료 또는 의약품 보험 범위가 나열된 편지를 보낼 것입니다. 이 정보를 주의 깊게 읽어 주십시오. 가입자는 아무것도 하실 필요가 없습니다. 정보가 올바르지 않거나 목록에 없는 다른 서비스 범위가 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오. 요금제 가입자 ID 번호를 다른 보험사에 제공해야 할 수도 있습니다(신원을 확인한 후). 이렇게 하면 청구서가 제 시간에 제대로 지급됩니다.

다른 보험(예: 고용주 그룹 건강 보험)이 있는 경우, 당사의 플랜이나 귀하의 다른 보험 중에 누가 먼저 지불할지 여부를 결정하는, Medicare가 세운 규칙이 있습니다. 먼저 지불하는 보험을 1차 지불자라고 하며, 보장 한도 내에서 지불합니다. 2차 지불자라고 불리는 보험은 1차 보장에서 남은 비용이 있을 때만 지불합니다. 2차 지급인은 보장되지 않은 모든 비용을 지불하지 않아도 됩니다. 귀하에게 다른 보험이 있다면 의사, 병원 및 약국에 알려주십시오.

이 규칙은 고용주 또는 노조 그룹 건강 보험 보장에 적용됩니다:

- 은퇴자 보험이 있는 경우, Medicare가 먼저 지불합니다.
- 귀하의 그룹 건강 보험 보장 범위가 귀하 또는 가족 가입자의 현재 고용을 기반으로 하는 경우, 가장 먼저 지불하는 사람은 귀하의 나이, 고용주가 고용한 사람 수 및 연령, 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)을 기준으로 한 Medicare 보유 여부에 따라 달라집니다.
 - 귀하가 65세 미만이고 장애가 있고 귀하 또는 귀하의 가족 가입자가 여전히 근무 중인 경우, 고용주가 100명 이상의 직원을 고용하거나 100명 이상의 직원을 보유한 복수 고용주 플랜에 적어도 한 명의 고용주가 있는 경우 귀하의 그룹 건강 플랜이 먼저 지급됩니다.

1장:가입자로 시작하기

- 귀하가 65세 이상이고, 귀하 또는 귀하의 배우자 또는 동거인이 여전히 일하고 있고, 고용주가 20명 이상의 직원을 보유하고 있거나 20명 이상의 직원을 보유한 한 명의 고용주가 다수 고용주 플랜에 등록되어 있는 경우, 귀하의 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.
- 귀하가 ESRD로 인해 Medicare에 가입한 경우, Medicare 자격을 얻은 후 처음 30개월 동안 귀하의 그룹 건강 플랜에서 먼저 지불합니다.

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

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

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

2장: 중요 전화번호 및 자원

2장:중요 전화번호 및 자원

섹션 1 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 연락처 (가입자 서비스부에 연락하는 방법 포함)

플랜 가입자 서비스부에 연락하는 방법

청구, 청구 또는 가입자 카드 관련 문의 사항에 대한 지원이 필요한 경우 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 전화하거나 서신을 보내 주십시오. 당사가 기꺼이 도와 드리겠습니다.

방식	가입자 서비스부 - 연락 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간). 또한 가입자 서비스부에서는 영어를 사용하지 않는 회원님을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(310) 507-6186
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
웹사이트	SWHNY.com

의료 진료 또는 파트 D 처방약에 대한 보장 결정 또는 이의 제기를 요청할 때 당사에 연락하는 방법

보장 결정은 귀하의 혜택 및 보장, 또는 당사가 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 결정을 의미합니다. 이의 제기를 통해 회원님께서 당사의 보장 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다. 의료 또는 파트 D 처방약에 대한 보장 결정 또는 이의 신청에 대한 자세한 내용은 제8장 (문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만) 제기가 있는 경우 해야 할 일)을 참조하십시오.

방식	의료 서비스에 대한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다.

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	의료 서비스에 대한 보장 결정 – 연락처 정보
	무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	고급 이미징: (877) 731-7218, 이식 (877) 813-1206, 의료/행동 건강 외래 환자 (844) 251-1450, 입원 환자 (844) 834-2152, RX/Jcodes (866) 290-1309
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	SWHNY.com

방식	의료에 대한 이의 신청 – 연락처 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(562) 499-0610
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
웹사이트	SWHNY.com

방식	파트 D 처방약에 대한 보장 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보
전화	(800) 665-3086 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	파트 D 처방약에 대한 보장 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(866) 290-1309
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
웹사이트	SWHNY.com

의료 또는 파트 D 처방약에 대한 불만을 제기할 때 당사에 연락하는 방법

귀하는 당사 또는 당사의 네트워크 의료 제공자 또는 약국에 대해 불만을 제기할 수 있으며, 여기에는 귀하의 진료 품질에 대한 불만이 포함됩니다. 이러한 유형의 불만은 보장 또는 지급 분쟁과 관련이 없습니다. 의료 서비스에 대한 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 내용은 제8장(문제 또는 불만 (보장 범위 결정, 이의 제기, 불만) 제기가 있는 경우 해야 할 일)을 참조하십시오.

방식	의료 또는 파트 D 처방약에 대한 불만 – 연락처 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(562) 499-0610
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
Medicare 웹사이트	Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에 대한 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 온라인 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 이동하십시오.

2장:중요 전화번호 및 자원

귀하가 받은 의료 또는 의약품에 대한 비용을 지불하도록 요청하는 요청을 보내는 위치

청구서를 받았거나 당사가 지불해야 한다고 생각하는 서비스(예: 의료 제공자 청구서)를 지불한 경우, 환급을 요청하거나 의료 제공자 청구서를 지불해야 할 수 있습니다. 제6장 (보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기)를 참조하십시오.

참고 사항: 당사에 대금 청구를 요청했는데 요청의 일부가 거부되는 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 내용은 제8장(문제 또는 불만 (보장 범위 결정, 이의 제기, 불만) 제기가 있는 경우 해야 할 일)을 참조하십시오.

방식	의료 서비스에 대한 지불 요청 – 연락처 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(310) 507-6186
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	SWHNY.com

방식	파트 D 처방약에 대한 지불 요청 – 연락처 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(866) 290-1309

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	파트 D 처방약에 대한 지불 요청 – 연락처 정보
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
웹사이트	SWHNY.com

섹션 2 Medicare (연방 Medicare 프로그램에서 도움과 정보를 직접 얻는 방법)

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

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)입니다. 이 기관은 당사를 포함한 Medicare Advantage 단체와 계약을 맺고 있습니다.

방식	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE 또는 1-800-633-4227 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다.
TTY	1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다. 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다.
웹사이트	www.medicare.gov Medicare의 공식 웹사이트입니다. 여기에는 Medicare 및 현재 Medicare 문제에 대한 최신 정보가 제공됩니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 가정 보건 기관 및 투석 시설에 대한 정보도 있습니다. 또한 웹 사이트에는 컴퓨터에서 바로 출력할 수 있는 문서들도 포함되어 있습니다. 또한 귀하의 주에서 Medicare 연락처를 찾을 수 있습니다. Medicare 웹사이트에는 다음과 같은 도구와 함께 귀하의 Medicare 자격 및 등록 옵션에 대한 자세한 정보가 있습니다: • Medicare 자격 도구: Medicare 자격 상태 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 찾기: 귀하의 지역에서 이용 가능한 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 메디캡(Medicare 보충 보험) 정책에 대한 개인화된 정보를 제공합니다. 이 도구들은 귀하의 본인 부담금이 다양한 Medicare 플랜에서 어느 정도일지 예상 금액을 알 수 있도록 도와드립니다. 귀하는 또한 귀하가 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에 대해 가지고 있는 모든 불만에 대해 Medicare에 말할 수 있는 웹 사이트를 사용할 수 있습니다 :

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	Medicare – 연락처 정보
	귀하의 불만에 대해 Medicare에 알려십시오: Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 관련 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 이동하십시오. Medicare는 귀하의 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용할 것입니다. 컴퓨터가 없다면, 지역 도서관이나 시니어 센터의 컴퓨터를 사용해 이 웹사이트를 방문할 수 있습니다. 아니면, 위의 번호로 Medicare에 전화하여 무엇을 찾고 있는지 알려줄 수 있습니다. 담당자가 해당 정보를 웹사이트에서 찾아 회원님과 함께 검토할 것입니다. (주중무휴 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.)

섹션 3 주정부 건강 보험 지원 프로그램 (무료 도움말, 정보 및 Medicare 관련 질문에 대한 답변)

주정부 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 훈련된 상담원을 보유하고 있으며 주정부마다 독자적으로 운영하는 프로그램입니다. New York에서 SHIP는 건강보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HIICAP)으로 불립니다.

건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램 (HIICAP)은 연방 정부로부터 Medicare를 보유한 사람들에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하기 위해 돈을 얻는 독립적인 (보험 회사 또는 건강 플랜과 관련이 없는) 주정부 프로그램입니다.

건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램 (HIICAP) 상담원은 귀하의 Medicare 권리를 이해하고, 귀하의 의료 또는 치료에 대한 불만을 제기하고, 귀하의 Medicare 청구서와 관련된 문제를 해결할 수 있도록 도와드립니다. 건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램 (HIICAP) 상담원은 또한 Medicare 질문이나 문제에 대해 도움을 줄 수 있으며 Medicare 플랜 선택을 이해하고 플랜 전환에 대한 질문에 답변하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

SHIP 및 기타 자원에 접근하는 방법:

- <https://www.shiphelp.org>에 방문합니다 (페이지 중간에 있는 SHIP LOCATOR를 클릭합니다).
 - 목록에서 귀하의 주를 선택합니다. 그러면 주별 전화번호와 자원에 대한 페이지로 이동합니다.

방식	New York 주의 건강보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HIICAP) – 연락처 정보
전화	(800) 701-0501

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	New York 주의 건강보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HIICAP) – 연락처 정보
TTY	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
웹사이트	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-andassistance-program-hiicap

섹션 4 품질 개선 기구(QIO)

각 주에서 Medicare 수혜자에게 서비스를 제공하기 위해 지정된 품질 개선 기구가 있습니다. New York 품질 개선 기구는 Livanta라고 불립니다.

Livanta에는 Medicare 수혜자들을 위해 진료의 품질을 점검하고 개선하는 데 도움을 주기 위해 Medicare 에서 급여를 받는 의사 및 기타 의료 전문가들이 있습니다. Livanta는 독립적인 기관입니다. 이는 당사 플랜과는 관계가 없습니다.

이와 같은 상황에서는 Livanta에 문의해야 합니다.

- 귀하가 받은 진료의 품질에 대한 불만이 있습니다.
- 귀하의 병원 입원에 대한 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각합니다.
- 가정 의료 진료, 전문 요양 시설 진료 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각합니다.

방식	Livanta(New York 품질 개선 기구) – 연락처 정보
전화	(866) 815-5440 월요일~금요일 오전 9시부터 오후 5시(현지 시간), 주말 및 공휴일 오전 10시부터 오후 4시(현지 시간).
TTY	711: 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다.
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	HTTPS://www.livantaqio.com/

섹션 5 사회 보장국

사회 보장국은 Medicare에 대한 자격을 결정하고 가입 절차를 처리하는 책임이 있습니다. 65세 이상이거나 장애 또는 말기 신장 질환이 있고 특정 조건을 충족하는 미국 시민권자 및 합법적인 영주권자는 Medicare를 받을 자격이 있습니다. 이미 사회 보장국 수표를 받고 있다면, Medicare에 자동으로 등록됩니다. 만약 사회 보장국 수표를 받지 못하고 있다면, Medicare에 등록해야 합니다. Medicare를 신청하려면 사회 보장국에 전화하거나 지역 사회 보장 사무소를 방문하십시오.

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

우편 주소를 이동하거나 변경하는 경우 사회 보장국에 연락하여 알려야 합니다.

방식	사회 보장국 - 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 번호로 하는 전화는 무료입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다. 귀하는 사회 보장국의 자동 전화 서비스를 사용하여 기록된 정보를 얻고 하루 24시간 일부 업무를 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 전화번호를 사용하려면 특수 전화 장치가 필요하며 듣거나 말하기 어려운 사람들을 위한 전용 번호입니다. 이 번호로 하는 전화는 무료입니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시까지 이용 가능합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

Medicaid는 제한된 소득 및 자원을 가진 특정 사람들을 위한 의료 비용과 장기 치료를 돕는 연방 및 주 정부 공동 프로그램입니다. 각 주에서는 소득과 자산으로 간주되는 품목, 자격이 있는 사람, 보장되는 서비스, 서비스 비용 등을 결정합니다. 또한, 주 정부는 연방 규정에 부합하는 경우에 한해 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

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

2장:중요 전화번호 및 자원

- **전체 혜택 이중 적격(FBDE):** Medicare 자격이 있는 개인은 QMB+ 또는 SLMB+에 대한 소득 또는 자원 기준을 충족시키지 못하지만, 의학적으로 필요한 상태, 의료 시설에 있는 개인의 특별 소득 수준, 또는 가정 및 지역 사회 기반 면제에 따라 범주별로 또는 선택적 보장 그룹을 통해 전체 Medicaid 보장을 받을 자격이 있습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB+):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료 및 기타 분담금(공제액, 공동보험료 및 코페이 등)을 지불하도록 돕습니다. 이 개인들은 또한 Medicaid 풀 혜택을 받을 수 있습니다.

이 플랜에 가입하려면 Medicare 및 Medicaid에 이중 등록되어 있어야 하며 등록 시 다른 모든 플랜 자격 요건을 충족해야 합니다.

Medicaid로부터 받는 지원에 대해 궁금한 점이 있으면 New York Medicaid에 문의하십시오.

방식	New York Medicaid – 연락처 정보
전화	(800) 505-5678 월요일 - 금요일, 오전 8:30 - 오후 8:00, 토요일 오전 10:00- 오후 6:00
우편	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238
웹사이트	http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml

Nassau 카운티 가입자는 현지 사회복지부에 문의할 수 있습니다.

방식	Nassau 카운티 사회복지부 – 연락처 정보
전화	(516) 227-7474
우편	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
웹사이트	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond 카운티 가입자는 New York 시 인적 자원 관리/사회복지부로 연락하실 수 있습니다.

방식	인적 자원 관리/사회복지부
전화	718-557-1399
웹사이트	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Orange 카운티 가입자는 현지 사회복지부에 문의할 수 있습니다.

방식	Orange 카운티 사회복지부
전화	845-291-4000

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	Orange 카운티 사회복지부
우편	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
웹사이트	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Rockland 카운티 가입자는 현지 사회복지부에 문의할 수 있습니다.

방식	Rockland 카운티 사회복지부
전화	845-364-3040
우편	Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970
웹사이트	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Westchester 카운티 가입자는 현지 사회복지부에 문의할 수 있습니다.

방식	Westchester County 사회복지부 – 연락처 정보
전화	(914-995-3333)
우편	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
웹사이트	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

New York 옴부즈맨 사무소는 서비스 또는 청구 문제로 Medicaid에 등록한 사람들을 돕습니다. 그들은 귀하를 도와서 당사의 플랜에 불만 제기 또는 이의 제기를 신청하도록 도와줄 수 있습니다.

방식	옴부즈맨 사무소 – 연락처 정보
전화	(888) 219-9818 월요일 – 금요일, 오전 8:30 - 오후 5:00
우편	Office of the Ombudsman 52 Washington Street, 230N Rensselaer, NY 12144
웹사이트	https://ocfs.ny.gov/main/Ombudsman/contact.php

장기 치료 옴부즈만 프로그램은 사람들이 요양원에 대한 정보를 얻고 요양원과 주민 또는 가족 간의 문제를 해결하는 데 도움을 제공합니다.

2장:중요 전화번호 및 자원

방식	장기 요양 옴부즈맨 프로그램 – 연락처 정보
전화	(855) 582-6769 월요일 – 금요일, 오전 8:30 - 오후 5:00
우편	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
웹사이트	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

섹션 7 처방약 비용 지불을 돕는 프로그램에 관한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>)에서는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 적은 사람들에게 도움이 되는 다른 프로그램도 있습니다. 아래 설명을 참고하십시오.

Medicare의 ‘추가 지원’ 프로그램

귀하는 Medicaid 자격이 있으므로 Medicare의 “추가 지원”을 받아 처방약 플랜 비용을 지불하고 있습니다. 귀하는 이 “추가 지원”을 얻기 위해서 아무것도 할 필요가 없습니다.

"추가 지원"에 대해 궁금한 점이 있으면 다음 번호로 문의하십시오.

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. 주 중무휴, 하루 24시간 운영합니다.
- 사회 보장국에 1-800-772-1213으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 7시 사이에 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-325-0778로 전화하거나
- 귀하의 주정부 Medicaid 사무소에 연락하십시오(연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조).

약국에서 처방전을 받았을 때 잘못된 비용 분담 금액을 지불하고 있다고 생각되면, 당사 플랜은 적절한 코페이 수준의 증거 획득을 요청하거나, 이미 증거를 보유하고 있는 경우 이 증거를 제공할 수 있도록 돕는 절차가 있습니다.

- 가장 가용한 증명(BAE)은 <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>에서 확인할 수 있습니다. BAE는 가입자의 저소득 보조금 지급을 결정하는 데 사용됩니다. 당사 가입자 서비스부 부서 및 약국 부서는 BAE 정책이 적용되는 사례를 확인합니다. 가입자는 2장에 나와 있는 가입자 서비스부 주소로 자격 증명을 제공하는 BAE 문서를 보낼 수 있습니다. 또한 질문이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 수락 가능한 증거 형식은 다음과 같습니다:
 - SSA 수여 편지
 - 수여 통지서
 - 보조 보장 소득(Supplemental Security Income, SSI):

당사는 귀하의 코페이 수준을 보여주는 증거를 받으면, 당사는 귀하가 약국에서 다음 처방전을 얻을 때 정확한 코페이를 지불 할 수 있도록 시스템을 업데이트 할 것입니다. 귀하가 코페이를 초과 지불하는 경우, 당사가 귀하에게 환급해 드립니다. 귀하의 초과 지불 금액을 수표로 전달하거나 미래의 코페이에서 상쇄할 것입니다. 약국이 귀하로부터 코페이를 징수하지 않았고 귀하의 코페이를 귀하의 채무로 처리하

2장:중요 전화번호 및 자원

는 경우, 당사가 약국에 직접 지불할 수도 있습니다. 주정부가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 당사가 주정부에 직접 지불할 수도 있습니다. 다른 보장이 있으시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

AIDS 약품 지원 프로그램(ADAP)의 추가 지원 및 보장이 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

AIDS 약품 지원 프로그램 (ADAP)이란 무엇입니까?

AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 ADAP 자격이 있는 HIV/AIDS 환자들이 생명을 살릴 수 있는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 지원합니다. 또한 ADAP 제형에 있는 Medicare 파트 D 처방약은 New York 주 비보험 진료 프로그램 (ADAP)을 통해 처방전 비용 분담 지원을 받을 자격이 있습니다.

참고: 개인은 해당 주 거주 상태 및 HIV 상태 증명, 주정부가 정의한 저소득 및 보험의 유무 상태를 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우 현지 ADAP 등록 담당자에게 알리면 계속 지원을 받을 수 있습니다. 자격 기준, 보장 약품 또는 프로그램 등록 방법에 대한 정보는 New York 주 무보험 진료 프로그램(ADAP)에 (800) 542-2437 또는 (844) 682-4058로 문의하십시오.

섹션 8 철도청 은퇴자 위원회에 연락하는 방법

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

방식	철도청 은퇴자 위원회 – 연락처 정보
전화	1-877-772-5772 무료 전화입니다. "0"을 누르시면, 월요일, 화요일, 목요일, 금요일에는 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일에는 오전 9시부터 오후 12시까지 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. "1"을 누르면 연중무휴 하루 24 시간 자동 RRB 상담 전화 및 기록 정보를 이용할 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화가 아닙니다.
웹사이트	rrb.gov/

섹션 9 고용주가 제공하는 단체 보험 또는 기타 건강 보험이 있습니까?

귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)가 이 플랜의 일부로 귀하의(또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹에게서 혜택을 받는 경우, 고용주/노조 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에게

2장:중요 전화번호 및 자원

전화하여 문의하십시오. 귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)의 고용주나 퇴직자 건강 혜택, 보험료 또는 가입 기간에 대해 문의하실 수 있습니다. (가입자 서비스의 전화 번호는 본 문서의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다.) 또한 이 플랜에 따른 Medicare 보장과 관련된 질문이 있는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227, TTY: 1-877-486-2048)로 전화하셔도 됩니다.

귀하의 (또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 처방 약품 보장이 있는 경우 해당 그룹의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 회원님의 현재 처방약 보장이 당사 플랜과 어떻게 연동되는지 파악하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

3장:

플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

섹션 1 당사의 플랜의 가입자로서 의료 및 기타 서비스를 받을 때 유의 사항

이 장에서는 의료 서비스 및 기타 서비스를 보장하기 위해 플랜 사용에 대해 알아야 할 사항을 설명합니다. 용어에 대한 정의를 제공하고 의료 치료, 서비스, 장비, 처방약 및 플랜이 보장하는 기타 의료 서비스를 얻기 위해 따라야 할 규칙을 설명합니다.

어떤 의료 및 기타 서비스가 당사 플랜이 보장하는지에 대한 자세한 내용은 다음 장인 제4장 (의료 혜택 차트, 보장 받는 혜택)의 혜택 차트를 참조하십시오.

섹션 1.1 네트워크 의료 제공자 및 보장 서비스란 무엇입니까?

- **의료 제공자**는 의료 서비스 및 치료를 제공하기 위해 주 정부에서 면허를 받은 의사 및 기타 의료 전문가입니다. 의료 제공자라는 용어에는 병원 및 기타 의료 시설도 포함됩니다.
- **네트워크 의료 제공자**는 당사의 지불에 대하여 전액 지불을 수락하기로 당사와 계약을 맺은 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 당사는 이러한 의료 제공자가 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공할 수 있도록 조율했습니다. 당사 네트워크 의료 제공자는 귀하에게 제공하는 치료 서비스 비용을 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 의료 제공자를 만나더라도 귀하는 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- **보장 서비스**에는 모든 의료, 건강 관리 서비스, 공급 장비 및 당사의 플랜이 보장하는 처방 의약품이 포함됩니다. 의료 서비스에 대한 귀하의 보장 서비스는 4장의 혜택 차트에 나와 있습니다. 처방약에 대한 귀하의 보장 서비스는 5 장에서 논의됩니다.

섹션 1.2 플랜에서 보장하는 의료 및 기타 서비스를 받는 기본 규칙

Medicare 및 Medicaid 건강 플랜인 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)는 Original Medicare에서 보장하는 모든 서비스를 보장해야 하며 Original Medicare에서 보장되는 서비스 외에 다른 서비스를 제공할 수도 있습니다.

Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)는 일반적으로 다음과 같은 경우 의료 서비스를 보장합니다.

- 귀하가 받는 진료는 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있습니다(이 차트는 이 문서의 4장에 있음).
- 귀하가 받는 진료는 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다. 의학적으로 필요하다는 것은 서비스, 물품, 장비 또는 약품이 귀하의 건강 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하고 허용되는 의료 행위 기준을 충족한다는 것을 의미합니다.
- 귀하에게는 진료를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있습니다. 당사 플랜의 귀하로서 네트워크 PCP를 선택해야 합니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 2.1 참조).
- **네트워크 의료 제공자로부터 진료를 받아야 합니다**(자세한 내용은 이 장의 섹션 2 참조). 대부분의 경우, 네트워크 외부의 의료 제공자(플랜의 네트워크에 속하지 않는 의료 제공자)로부터 받는 치료는 보장되지 않습니다. 즉, 제공된 서비스의 비용을 귀하가 의료 제공자에게 전액 지불해야 합니다. **세 가지 예외가 있습니다.**
 - 이 플랜은 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 응급 치료 또는 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 이에 대한 자세한 내용과 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스의 의미를 보려면 이 장의 섹션 3을 참조하십시오.

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

- Medicare 또는 Medicaid가 당사 플랜에서 보장해야 하는 의료 서비스가 필요하지만 당사 네트워크에 이 서비스를 제공하는 전문의가 없는 경우, 귀하는 일반적으로 지불하는 것과 동일한 비용 부담액으로 네트워크 외부 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 수 있습니다. 이 경우 사전 승인이 필요합니다. 가입자 서비스부에 연락해 도움을 받으시기 바랍니다. 이러한 상황에서는 당사가 귀하에게 무료로 진료 비용을 전액 보장할 것입니다. 네트워크 외부의 의사 진찰에 대한 승인을 얻는 방법에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 2.4를 참조하십시오.
- 이 플랜은 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 서비스 의료 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 접근할 수 없는 경우 Medicare 인증 투석 시설에서 제공하는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 투석에 대해 지불하는 비용 부담은 Original Medicare에서 부담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 귀하의 비용 부담액은 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불하는 금액을 초과할 수 없습니다. 그러나 네트워크 소속 투석 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 네트워크 외부 의료 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받기로 선택한 경우, 투석 비용 부담이 더 높을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 의료 및 기타 서비스를 받으십시오.

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

PCP 란 무엇이며 PCP는 귀하를 위해 어떤 일을 할까요?

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 Senior Whole Health 가입자가 되면 1차 진료 의료 제공자 (PCP)를 선택해야 합니다. 귀하의 PCP는 주 요건을 충족하고 기본적인 의료 서비스를 제공하도록 교육을 받은 면허 의료 제공자입니다.

귀하의 PCP는 New York 주 가정의학, 내과, 노인의학, 성인의학 또는 가정의학 의사 또는 노인과학 간호사입니다. 대부분의 진료는 PCP에게서 받게 됩니다. PCP는 플랜 가입자로서 제공되는 나머지 보장 서비스도 조정할 것입니다. 여기에는 엑스레이, 실험실 검사, 요법, 진료 양식 전문가, 병원 입원 및 후속 치료가 포함됩니다. 귀하의 서비스 “조율”에는 귀하의 진료에 대해 다른 플랜 의료 제공자들과 점검하거나 상의하는 작업이 포함됩니다. 어떤 경우에는 PCP가 저희에게 사전 승인을 받아야 합니다. 4장의 혜택 차트에는 플랜의 사전 승인이 필요한 서비스가 나와 있습니다. 귀하의 PCP는 필요한 허가를 얻기 위해 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 담당자에게 연락합니다. PCP가 의료 진료를 제공하고 조율하므로 귀하는 모든 과거 의료 기록을 PCP 진료실로 보내야 합니다.

PCP를 어떻게 선택합니까?

당사 플랜에 가입하면 PCP를 선택하라는 메시지가 나타납니다. 현재 볼 수 있는 PCP는 이미 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 네트워크의 일부일 수 있습니다. 플랜을 신청하면 PCP가 플랜의 일부인지 여부를 확인할 수 있습니다. 담당 의사가 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에 소속되어 있지 않은 경우, 저희 네트워크에서 새로운 것을 선택하고 가능한 한 빨리 그 의사를 만나기 위해 약속을 잡아야 합니다.

등록 시 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 의료 제공자 및 약국 디렉토리에서 PCP를 선택할 수 있습니다. 최신 의료 제공자 목록을 보려면 당사 웹 사이트의 의료 제공자 찾기 검색 도구를 사용하십시오. 또한 이 책자 뒷면의 무료 전화 번호로 가입자 서비스부에 문의할 수 있습니다. 당사는 귀하의 지역에서 PCP의 이름을 검토하고, 귀하가 보는 다른 의사에 대해서 또 귀하가 다니는 병원이 어

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

디인지 물어볼 것입니다. 등록 신청서에 PCP 이름을 입력하라는 요청을 받을 것입니다. 언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다.

PCP 변경하기

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

PCP를 변경하려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 귀학 전화로 전문의의 진료를 받고 있거나 PCP의 승인이 필요한 기타 의료 서비스(예: 가정 의료 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지를 당사에게 꼭 알려주십시오. 가입자 서비스부는 귀하가 주치의(PCP)를 변경할 때에도 전문 치료 및 기타 서비스가 지속될 수 있도록 지원할 것입니다. 그들은 변경하고 싶은 신규 PCP가 새 환자를 받는지 확인해드릴 것입니다. 가입자 서비스부에서 가입자 기록을 변경하여 새 PCP의 이름을 표시합니다. PCP 변경은 다음 달의 첫 날부터 적용될 것입니다.

또한 새 PCP의 이름과 전화 번호가 표시된 새 가입자 카드를 보내드립니다.

섹션 2.2 PCP의 추천 없이 어떤 종류의 의료 및 기타 서비스를 받을 수 있습니까?

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

- 유방 검사, 유방촬영술(유방 엑스레이), 자궁 경부암 검사, 골반 검사 등을 포함한 정기적인 여성 건강 관리.
- 독감 주사(또는 예방접종), 코로나19 예방접종, B형 간염 예방접종, 폐렴 예방접종.
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받는 응급 서비스.
- 플랜이 보장하는 긴급하게 필요한 서비스- 응급은 아니지만 즉시 의료적 조치가 요구되는 서비스로서 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나 주어진 시간, 장소, 상황에서 플랜과 계약된 네트워크 의료제공자로부터 해당 서비스를 받기 어려운 경우에 제공됩니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발작 등이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같은 의료제공자의 의료적으로 필요한 정기 방문은 귀하가 플랜 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크가 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.
- 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 일시적으로 있을 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. 가능하다면, 귀하가 떠나 있는 동안 투석 관리를 잘 할 수 있도록 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 전화하여 도와주십시오.

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

전문의는 특정 질병이나 신체 부분을 위한 의료 진료를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의의 종류는 다양합니다. 그 예는 다음과 같습니다.

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

귀하의 PCP는 귀하를 전문가 및 기타 네트워크 의료 제공자에 적절하게 안내하는 등 서비스를 조정할 책임이 있습니다. 네트워크 전문의와의 진료 방문에 대해 사전 승인이 필요하지 않습니다. 플랜의 사전 승인이 필요한 절차나 서비스가 필요한 경우, 귀하의 주치의(PCP)나 전문의가 당사에 연락하여

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

필요한 사전 승인을 받습니다. 플랜 사전 승인이 필요한 서비스는 이 문서의 4장, 섹션 2.1에 나와 있습니다. 플랜 사전 승인이 필요한 서비스의 예로는 선택적(비용급) 입원 환자 병원 진료, 전문 영양 시설 입원, 가정 건강 진료 등이 있습니다.

정규 업무 시간 이후에 진료가 필요한 경우 PCP에 문의하십시오. 이 정보는 귀하의 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 멤버십 ID 카드에 나와 있습니다. 응급 상황이라고 생각되면 즉시 의사의 진료를 받으십시오. 자세한 내용은 섹션 3(응급 상황이 발생하거나 치료가 긴급히 필요한 경우 보장 서비스를 받는 방법)을 참조하십시오.

전문가 또는 다른 네트워크 의료 제공자가 플랜을 탈퇴하면 어떻게 되나요?

당사는 플랜에 속한 병원, 의사, 및 전문가(의료 제공자)를 연중 변경할 수 있습니다. 귀하의 의사나 전문가가 플랜을 떠나면, 귀하에게는 다음과 같이 요약된 특정 권리와 보호가 주어집니다:

- 의료 제공자 네트워크가 연중에 변경될 수 있지만, Medicare는 귀하가 유자격 의사와 전문의를 중단 없이 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 당사는 가입자가 새로운 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 가입자에게 알려 드립니다.
 - PCP 또는 행동 건강 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 지난 3년 이내에 해당 서비스 제공자를 방문했는지 알려 드립니다.
 - 다른 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 가입자가 그 서비스 제공자에게 배정되었는지, 그 서비스 제공자로부터 현재 서비스를 받고 있는지 또는 지난 3개월 이내에 진료를 받았는지 알려 드립니다.
- 지속적인 치료를 위해 액세스할 수 있는 새로운 자격을 갖춘 네트워크 내 의료 제공자를 선택할 수 있도록 도와드립니다.
- 현재 의료 제공자에게 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 귀하는 현재 받고 있는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 귀하와 협력하여 이를 보장할 것입니다.
- 가입자가 이용할 수 있는 다양한 등록 기간과 플랜을 변경할 수 있는 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 당사는 네트워크 내 의료 제공자나 혜택이 귀하의 의료 요구를 충족할 수 없거나 부적절할 때, 네트워크 외부의 의학적으로 필요한 보장 혜택을 네트워크 내 비용 분담으로 제공할 수 있도록 조치할 것입니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
- 귀하의 의사나 전문의가 플랜을 탈퇴한다는 사실을 알게 되면, 귀하의 진료를 관리할 새로운 의료 제공자를 찾을 수 있도록 당사에 연락해 주십시오.
- 당사가 귀하에게 이전 의료 제공자를 대체할 자격을 갖춘 의료 제공자를 제공하지 않았거나 귀하의 진료가 적절하게 관리되지 않는다고 판단되는 경우, 귀하는 QIO 또는 플랜에게 진료 품질 불만을 제기하거나 혹은 둘 모두에게 제기할 권리가 있습니다. 9장을 참조하십시오.

섹션 2.4 네트워크에 소속되지 않은 의료 제공자에게 진료 받는 방법

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

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

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

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

참고: 가입자는 네트워크 비소속 제공자로부터 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 또한, 플랜은 ESRD 가입자가 플랜 서비스 지역 외로 여행을 갔을 때 계약된 ESRD 제공자에게 접근할 수 없는 경우에도 투석 서비스를 보장해야 합니다.

섹션 3 의료적 응급 상황이나 긴급하게 필요한 진료를 받는 경우 또는 재난 기간에 서비스 이용 방법

섹션 3.1 의료적 응급 상황인 경우에 진료 받기

의료 응급 상황은 무엇이며, 응급 상황이 발생하면 어떻게 해야합니까?

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

의료적 응급 상황인 경우:

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

의료적 응급 상황이 있을 때 어떤 혜택이 보장되나요?

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

귀하에게 응급 진료를 제공하는 의사는 귀하의 상태가 안정되어 의료적 응급 상황이 종료되는 시기를 결정합니다.

응급 상황이 종료된 후에 귀하는 상태가 계속 안정적인지 확인하기 위해 후속 치료를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 의사는 귀하의 의사가 당사에게 연락하여 추가 진료 플랜을 세울 때까지 귀하를 계속 치료

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

할 것입니다. 후속 진료는 본 플랜에 의해 보장됩니다. 귀하의 응급 처치가 네트워크 외부의 제공자에 의해 제공되는 경우, 당사는 귀하의 건강 상태 및 상황이 허용되는 즉시 네트워크 의료 제공자가 귀하의 치료를 인계 할 수 있도록 노력할 것입니다.

의료 응급 상황이 아닌 경우에는 어떻게 되나요?

귀하가 의료적 응급 상황에 처해 있는지 가늠 알기가 어려울 수 있습니다. 예를 들어, 귀하는 심각하게 위험한 상태라고 생각하여 응급 진료를 받으러 가지만 의사는 결국 의료 응급 상황이 아니라고 말할 수 있습니다. 응급 상황이 아닌 것으로 판명되었다 하더라도, 귀하가 합리적으로 심각하게 위험한 상태라고 생각하는 한, 당사는 귀하의 치료를 보장할 것입니다.

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

- 귀하는 추가 치료를 받기 위해 네트워크 의료 제공자에게 갑니다.
- 또는 추가 진료는 긴급하게 필요한 서비스로 간주되며 긴급 치료 받기 규칙을 따릅니다 (이에 대한 자세한 내용은 아래의 섹션 3.2 참조).

섹션 3.2 긴급하게 서비스가 필요할 때 진료 받기**긴급하게 필요한 서비스는 무엇입니까?**

응급은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 경우 받을 수 있는 플랜에서 보장하는 서비스로서 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나 주어진 시간, 장소, 상황에서 플랜과 계약된 네트워크 의료제공자로부터 해당 서비스를 받기 어려운 경우에 긴급하게 필요합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발작 등이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같은 의료 제공자의 의료적으로 필요한 정기 방문은 귀하가 플랜 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크가 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.

네트워크 소속 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우에는 사용 가능한 모든 긴급 치료 센터를 통해 긴급 케어를 받을 수 있습니다. 또한 간호사 상담 라인에 (877) 353-0185로 연락하실 수 있습니다. TTY 이용자는 711로 전화하시기 바랍니다.

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

- 귀하는 매년 달력 년도마다 응급 이송, 긴급 치료, 응급 치료 및 안정화 후 치료에 사용할 수 있는 전 세계 응급 보장 한도로 \$10,000가 있습니다.
- 이 혜택은 미국에서 제공된 경우 응급 또는 긴급 치료로 분류될 서비스에 한정됩니다.
- 미국 외 지역에서 응급 진료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 진료를 받아야 하는 경우 해당 진료에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 플랜이 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 환자 진료를 받아야 합니다. 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 부담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다.
- 귀하는 서비스 비용을 본인 부담으로 지불하고 비용 환급을 청구할 필요가 있을 수 있습니다.
- 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다.
- 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다.

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

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

섹션 3.3 재해 기간에 진료 받기

해당 주정부, 보건복지부(HHS) 장관이나 미국 대통령이 귀하가 거주하는 지리적 지역에 재난 또는 비상 사태를 선포하는 경우에도 귀하는 여전히 당사 플랜의 진료를 받을 자격이 있습니다.

다음 웹 사이트를 방문하십시오. SWHNY.com에는 재난 시 필요한 진료 받을 수 있는 방법에 대한 자세한 정보가 있습니다.

재해 발생 시 네트워크 의료 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하는 네트워크 내 비용 분담을 통해 네트워크 외부의 의료 제공자로부터 치료를 받을 수 있습니다. 재난 선포 시에 네트워크 약국을 이용할 수 없을 경우 처방 의약품을 네트워크 외부 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 제5장 섹션 2.5을 참조하시기 바랍니다.

섹션 4 서비스 비용 전액이 직접 청구되는 경우 어떻게 해야 하나요?**섹션 4.1 당사에 보장 서비스에 대한 비용 지불을 요청하실 수 있습니다.**

보험 서비스에 대한 비용을 지불했거나 보장 의료 서비스에 대한 청구서를 받은 경우, 제6장(보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기)에서 해야 할 일에 대한 정보를 확인하십시오.

섹션 4.2 당사 플랜이 서비스를 보장하지 않는 경우 어떻게 해야 하나요?

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 이 문서의 제 4 장의 의료 혜택 차트에 나열된 모든 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 당사의 플랜에 포함되지 않는 서비스를 받거나 네트워크에 속하지 않은 승인되지 않은 서비스를 받는 경우, 귀하는 서비스 비용 전액을 지불할 책임이 있습니다.

혜택 제한이 있는 보장 서비스의 경우, 귀하는 해당 유형의 보장 서비스에서 귀하의 혜택을 다 써버린 다음에 받는 모든 서비스의 전체 비용도 지불해야 합니다. 혜택 한도에 도달한 후 비용을 지불하는 경우, 이러한 비용은 본인 부담금 최대 한도액에 포함되지 않습니다.

섹션 5 임상 연구의 일환으로 귀하가 받은 의료 서비스는 어떻게 보험 혜택을 받습니까?**섹션 5.1 임상 연구란 무엇입니까?**

임상 연구 연구(또는 임상 시험)는 의사와 과학자들이 새로운 종류의 의료 치료, 예를 들어 새로운 암 치료 약물의 효과를 얼마나 잘 확인하는지를 시험하는 방법입니다. 일부 임상 연구 연구는 Medicare의 승인을 받았습니다. Medicare에서 승인한 임상시험 연구에서는 일반적으로 연구에 참여할 자원자를 찾습니다.

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

Medicare가 연구를 승인하고 귀하가 관심을 표명하면, 연구에 종사하는 누군가가 귀하에게 연락하여 연구에 대해 더 자세히 설명하고 귀하가 연구를 실행하는 과학자가 정한 요구 사항을 충족하는지 확인합니다. 귀하가 연구의 요구 사항을 충족하며 **동시에** 연구에 참여하는 경우에만 참여할 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, Original Medicare는 귀하가 연구의 일환으로 받는 보장 서비스에 대한 대부분의 비용을 지불합니다. 만약 귀하가 자격이 있는 임상 연구에 참여하고 있다고 알리면, 해당 연구의 서비스에 대해 인 네트워크 비용 공유만 책임져야 합니다. 예를 들어, 귀하가 이미 Original Medicare 비용 분담 금액을 지불한 경우, 당사는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담 금액의 차액을 변제합니다. 그러나 귀하가 지불한 금액을 보여 주는 문서를 제공해야 할 것입니다. 임상 연구에 참여하는 동안, 귀하는 당사의 플랜에 등록되어 계속해서 연구와 관련이 없는 나머지 치료(연구와 관련이 없는 치료)를 받을 수 있습니다.

Medicare에서 승인한 임상 연구에 참여하고자 하는 경우, 귀하가 당사에게 알리거나 귀하의 PCP로부터 승인을 받지 않아도 됩니다. 임상 연구 연구의 일환으로 진료를 제공하는 제공자는 당사의 플랜의 제공자 네트워크에 속하지 않아도 됩니다. 여기에는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 레지스트리를 구성 요소로 포함하여 당사 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않는다는 점에 유의하십시오. 여기에는 증거 개선과 함께 보장을 요구하는 국가 보장 결정(NCDs-CED) 및 조사용 장치 예외(IDE) 연구에 명시된 특정 혜택이 포함되며, 사전 승인 및 기타 플랜 규정이 적용될 수 있습니다.

Original Medicare에서 Medicare Advantage 등록자들에게 보장하는 임상 연구 참여는 당사 플랜의 승인이 필요 없지만, Medicare 자격이 있는 임상 심리 참여를 선택할 경우에는 사전에 당사에게 알려주시기 바랍니다.

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

섹션 5.2	귀하가 임상 연구에 참여할 때 누가 무엇에 대하여 지불합니까?
---------------	---

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

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

Medicare가 이러한 서비스에 대한 비용의 분담금을 지불 한 후, 당사의 플랜은 나머지를 지불 할 것입니다. 모든 보장 서비스와 마찬가지로 귀하는 임상 연구 연구에서 받는 보장 서비스에 대해서도 아무 것도 지불하지 않을 것입니다.

임상 연구에 참여하는 경우, **Medicare나 당사의 플랜은 다음 중 어느 것도 지불하지 않습니다:**

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

3장: 플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

더 자세히 알고 싶으신가요?

Medicare 웹사이트를 방문하여 *Medicare와 임상 연구* 출판물을 읽거나 다운로드하여 임상 연구에 참여하는 것에 대한 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다. (해당 출판물은 www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf을 참조하십시오.) 하루 24시간, 주중 무휴 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화 문의하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

섹션 6 비의료 진료 종교 기관의 진료 규칙

섹션 6.1 비의료 진료 종교 기관이란 무엇입니까?

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

섹션 6.2 비의료 진료 종교 기관에서 진료 받기

비의료 진료 종교 기관에서 진료를 받으려면 귀하는 비제외 치료를 양심적으로 반대한다는 법률 문서에 서명해야 합니다.

- 비제외 진료 또는 치료란 자발적이며, 연방, 주 또는 지방 법규상 의무 사항이 아닌 일체의 진료나 치료를 의미합니다.
- 제외 치료란 자발적이지 않으며, 연방, 주 또는 지방 법규상 의무 사항인 일체의 진료 또는 치료를 의미합니다.

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

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 서비스 보장은 H/종교 국면의 치료로 제한됩니다.
- 해당 기관으로부터 제공되는 서비스를 시설 내에서 받으시는 경우
 - 귀하의 건강 상태가 입원 환자 병원 진료 또는 전문 요양 시설 진료에 대한 보장 서비스를 받을 수 있어야 합니다.
 - - 그리고 - 귀하는 귀하가 시설에 입장하기 전에 당사의 플랜에서 사전에 승인을 얻어야 합니다 또는 체류는 보장되지 않습니다.
 - - 그리고 - Medicare는 혜택 기간 당 90 일까지 보장합니다. Medicaid는 의학적으로 필요한 경우 Medicare 90일 한도를 초과하여 입원 환자 체류를 보장합니다. 보장 제한은 제4장 혜택 차트의 “입원 환자 병원 진료”에 설명되어 있습니다.

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

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유에 관한 규칙

섹션 7.1 당사 플랜에 일정 금액의 지불한 후 내구성 의료 장비를 소유하기 원하십니까?

내구성 의료 장비(DME)는 산소 장비 및 용품, 휠체어, 보행기, 전동식 매트리스 시스템, 목발, 당뇨 용품, 음성 생성 장치, IV 주입 펌프, 분무기 및 가정에서 사용하기 위해 의료 제공자가 주문한 병상 등을 포함합니다. 보철 같은 품목의 경우 항상 소유하셔야 합니다. 이 섹션에서는 대여해야 하는 다른 유형의 DME에 대해 설명합니다.

Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람은 해당 품목에 대해 13개월 동안 자기부담금을 지불한 후에 소유권을 가집니다. 그러나 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 가입자로서 귀하는 일반적으로 당사 플랜에 가입되어 있는 한, 물품에 대해 얼마나 많은 자기부담금을 지불하더라도, 당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에 따라 DME 항목에 대해 최대 12번 연속 지불했다 하더라도 임대 DME 물품의 소유권을 얻지 못합니다. 제한적인 특정 상황에서는 당사에서 DME 품목의 소유권을 귀하에게 양도합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

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

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

예 1: 원래 Medicare 상품에 대해 12회 이하의 연속 지불을 한 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. Original Medicare에서 지불한 금액은 계산되지 않습니다. 귀하는 품목을 소유하기 전에 당사의 플랜에 13 지불을 해야 합니다.

예 2: 원래 Medicare 상품에 대해 12회 이하의 연속 지불을 한 후 당사 플랜에 가입하셨습니다. 귀하는 당사의 플랜에 있었지만 당사의 플랜에 있는 동안 소유권을 얻지 못했습니다. 그리고 나서 원래 Medicare로 돌아갑니다. Original Medicare에 다시 가입하면 품목을 소유하기 위해 13회 연속 신규 지불을 해야 합니다. 모든 이전 지불 (당사의 플랜 또는 원래 Medicare에 여부)은 계산되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 소모품 및 유지 관리 규칙

귀하는 어떤 산소 혜택을 받을 수 있습니까?

Medicare 산소 장비 적용 대상인 경우 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 관리 대상:

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

Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)를 떠나거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 필요하지 않은 경우 산소 장비를 반환해야 합니다.

플랜을 떠나 원래 Medicare로 돌아가면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 공급업체가 5년 동안 서비스를 제공하도록 요구합니다. 처음 36개월 동안 귀하는 장비를 임대합니다. 나머지 24개월 동안 공급업체가 장비와 유지 보수를 제공합니다(산소의 동료

3장:플랜으로 의료 및 기타 보장 서비스 받기

지불 책임이 계속됩니다). 5년이 지나면 같은 회사에 머물거나 다른 회사에 갈 수 있습니다. 이 시점에서 동일한 회사에 남아 있더라도 다시 5년 주기가 시작되며, 처음 36개월 동안의 자기부담금을 지불해야 합니다. 귀하가 당사의 플랜에 가입하거나 탈퇴 할 경우, 5년 주기가 다시 시작됩니다.

4장:

의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

섹션 1 보장 서비스의 이해

이 장에서 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 가입자로서 보장 받을 수 있는 서비스들을 수록한 의료 혜택 차트가 제공됩니다. 이 장의 뒷부분에서 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 특정 서비스의 제한도 설명합니다.

섹션 1.1 보장 서비스에 대해서는 가입자의 지불금이 없습니다.

플랜 규칙을 따라 진료를 받으신다면 귀하는 Medicaid에서 지원을 받고 있으므로 보장 서비스에 대해서는 전혀 비용을 부담하실 필요가 없습니다. (진료 플랜 규칙에 대한 자세한 내용은 3장을 참조하십시오.)

섹션 1.2 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 의료 서비스에 대해 지불할 가장 많은 금액은 무엇입니까?

참고: 당사 가입자들도 Medicaid의 지원을 받기 때문에, 극소수의 가입자만이 본인 부담 최대 한도액에 도달할 수 있습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해서 본인 부담 최대 한도액에서 본인 부담 비용을 지불할 책임이 없습니다.

귀하가 Medicare Advantage 플랜에 등록되어 있기 때문에, Medicare 파트 A 및 파트 B에 보장되는 의료 서비스에 대해 매년 본인 부담으로 지불해야 하는 금액에 제한이 있습니다. 이 한도는 의료 서비스에 대한 본인 부담 최대 한도(MOOP) 금액이라고 합니다. 2025년의 경우 이 금액은 \$9,350입니다.

보장 서비스에 대해 지불하는 금액은 이 본인 부담금 최대 한도액으로 계산됩니다. 파트 D 처방약에 대해 지불하는 금액은 본인 부담금 최대 한도액에 포함되지 않습니다. 또한 일부 서비스에 대해 지불하는 금액은 본인 부담금 최대 한도액에 포함되지 않습니다. 이러한 서비스는 의료 혜택 차트에서 별표(*)로 표시됩니다. 본인 부담 최대 한도액 9,350달러에 도달한 경우, 해당 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 나머지 기간 동안 본인 부담을 지불할 필요가 없습니다. 그러나, 귀하는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 지불해야 합니다(귀하의 파트 B 보험료가 Medicaid 또는 다른 제3자가 귀하를 위해 지불하지 않는 한).

섹션 2 의료 혜택 차트를 사용하여 무엇이 보장되는지 알아보십시오**섹션 2.1 가입자의 의료, 장기 요양 또는 가정 및 지역 사회 기반 서비스 혜택**

다음 페이지의 의료 혜택 차트는 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)가 보장하는 서비스를 열거합니다. 파트 D 처방약 보장은 5장에 나와 있습니다. 의료 혜택 차트에 나열된 서비스는 다음 보장 요건이 충족되는 경우에만 보장됩니다.

- 귀하의 Medicare 및 Medicaid 보장 서비스는 Medicare 및 Medicaid가 제정한 보장 지침에 따라 제공되어야 합니다.
- 귀하의 서비스(의료 진료, 서비스, 용품, 장비 및 파트 B 처방약 포함)는 반드시 의학적으로 필요한 것이어야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 귀하의 건강 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 서비스, 물품 또는 의약품이 필요하고 의료 행위의 승인된 기준을 충족한다는 것을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, 귀하의 MA 조정 진료 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간에 새로운 MA 플랜은 치료 과정이 네트워크 외부 제공자로부터 시작된 서비스에 대한 것이었다 라도 활성 치료 과정에 대한 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

- 귀하는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 진료를 받습니다. 대부분의 경우, 긴급 또는 긴급 치료가 아니거나 플랜 또는 네트워크 의료 제공자가 추천하지 않는 한 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 치료는 보장되지 않습니다. 즉, 제공된 서비스의 비용을 귀하가 의료 제공자에게 전액 지불해야 합니다.
- 귀하에게는 진료를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있습니다.
- 의료 혜택 차트에 나열된 서비스 중 일부는 의사 또는 기타 네트워크 의료 제공자가 사전에 승인 (사전 승인이라고도 함)을 받은 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 의료 혜택 차트에 굵게 표시되어 있습니다.
- 귀하의 조정된 진료 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인하는 경우, 해당 보장 기준, 귀하의 병력 및 치료 제공자의 권고에 따라 진료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합당하고 필요한 기간에 승인이 유효해야 합니다.

당사의 보장에 대해 알아야 할 기타 중요한 것들:

- 귀하는 Medicare와 Medicaid 둘 다에 의해 보호됩니다. Medicare는 건강 관리 및 처방 의약품을 보장합니다. Medicaid는 입원 환자 병원 서비스 및 외래 병원 서비스를 포함한 Medicare 서비스에 대한 귀하의 비용 부담을 보장합니다. Medicaid는 또한 장기 간호, 처방전 없이 구입할 수 있는 의약품, 가정 및 지역 사회 기반 서비스 또는 다른 Medicaid 전용 서비스와 같이 Medicare가 보장하지 않는 서비스도 보장합니다.
- 모든 Medicare 건강 플랜과 마찬가지로, 당사는 Original Medicare가 보장하는 서비스는 모두 보장합니다. (Original Medicare의 보장과 비용에 대해 더 알고 싶다면 *Medicare & You 2025 핸드북*을 참조하십시오. www.medicare.gov에서 온라인으로 열람하거나 주중무휴, 하루 24시간 이용가능한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 사본을 요청하십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.
- Original Medicare가 무료로 제공되는 모든 예방 서비스에 대해서는 무료로 서비스를 제공합니다.
- Medicare가 2025년 동안 새로운 서비스에 대한 보증을 추가하면 Medicare 또는 당사의 플랜이 해당 서비스를 보장합니다.
- 플랜 규칙을 따라 진료를 받으신다면 귀하는 Medicaid에서 지원을 받고 있으므로 보장 서비스에 대해서는 전혀 비용을 부담하실 필요가 없습니다. 즉, 보장 서비스의 경우 비용 부담을 지불 할 필요가 없습니다(코페이 또는 공제액 없음). Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)의 Senior Whole Health 가입자로서, 당사는 플랜이 보장하는 Medicare 보장 서비스와 Medicaid 서비스 모두 조율합니다. 아래의 혜택 정보에는 Medicare 및 Medicaid 보장 서비스가 포함됩니다.
- 가입일로부터 당사 플랜의 자격 유지 간주 기간인 6개월이 경과되지 않은 경우 당사는 Medicare Advantage 플랜이 보장하는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 그러나 이 기간에 당사는 귀하가 Medicaid 자격을 상실한 것이 아니라면 해당 Medicaid 주 플랜(Medicaid State 플랜)에 따라 포함된 Medicaid 혜택을 보장하는 일을 중단할 것이며, 해당 주에서 달리 부담해야 하는 Medicare 보험료 또는 비용 부담금을 지불하는 일을 중단할 것입니다. 이 기간에 Medicare 서비스 금액이 증가할 수 있습니다.

귀하는 위에 있는 보장 요건을 충족할 경우, 혜택 차트에 있는 서비스 비용에 대해서 일체 부담하지 않습니다.

"추가 지원"을 받을 자격이 있는 등록자를 위한 중요한 혜택 정보:

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

- Senior Whole Health of New York NHC(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 Senior Whole Health New York NHC(HMO D-SNP)는 파트 D 의약품에 대한 비용 부담을 없앨 것을 제안합니다. "추가 지원"을 받는 가입자는 모든 보장 단계에서 모든 파트 D 의약품에 대한 비용 부담액이 감소합니다(\$0). 이 혜택이나 그것이 어떻게 도움이 되는지에 대해 문의 사항이 있으면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보

- 아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다.
 - 만성 알코올 및 기타 약물 의존증
 - 자가면역 질환
 - 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
 - 신경학적 장애, 및
 - 뇌졸중

이러한 혜택을 누리실 수 있도록 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 귀하의 요청을 시작하거나 추가 정보를 얻을 수 있습니다.

참고: 귀하는 이 혜택을 요청함으로써 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법으로 귀하에게 연락할 수 있는 권한을 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 담당자에게 부여하게 됩니다.

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



혜택 차트에 있는 예방 서비스 옆에 이런 사과 표시가 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

의료 혜택 차트

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	복부 대동맥류 검사* 고위험 환자들을 위한 일회성 스크리닝 초음파. 플랜은 귀하가 특정한 위험 요소가 있고 담당 의사, 보조 의사, 임상 간호사 또는 전문 임상 간호사로부터 의뢰를 받은 경우에만 이 선별 검사를 보장합니다.	이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	만성 요통에 대한 침술 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 90일 동안 최대 12회 방문이 다음과 같은 상황에서 Medicare 수혜자에게 보장됩니다. 이 혜택의 목적에 따라 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12주 이상 지속 • 식별 가능한 전신적 원인이 없다는 점에서 비특이적입니다(즉, 전이성, 염증성, 감염성 질환 등과 관련되지 않음). • 수술과 관련이 없으며, 그리고 • 임신과 관련이 없습니다. 개선을 보이는 환자들을 위해 추가로 8개의 세션이 보장될 것입니다. 연간 20회 이하의 침술 치료를 실시할 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 의료 제공자 요구 사항: 의사는 (사회 보장법 1861(r)(1)에 정의된 바와 같이) 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 의사 보조원(PA), 전문 간호사(NP)/임상 전문 간호사(CNS)(법 1861(aa)(5)에 식별됨) 및 보조 인력은 해당되는 모든 주 요구 사항을 충족하고 다음 사항을 갖춘 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술 및 동양의학 인증위원회(ACAOM)의 인증을 받은 학교에서 침술 또는 동양의학 분야의 석사 또는 박사 수준의 학위, 그리고, • 미국의 주, 준주, 영연방(예: 푸에르토리코) 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현재의 완전하고 활성이며 제한 없는 면허입니다. 침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	Medicare에서 보장하는 침술 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	침술 서비스(보충)* 또한, Senior Whole Health of New York NHC은 매년 30 개 이상의 침술 치료를 제공합니다. 보충 침술 서비스는 진료 표준으로 의학적 승인 결정이 될 때 보장됩니다. ◦ 두통, 골관절염(OA)과 관련된 고관절 또는 무릎 관절 통증, 또는 만성적이고 표준 의료 케어에 반응하지 않는 기타 말단 관절 통증, 관절 및 관련 연조직과 관련된 통증 증후군, 근골격계 목 및 허리 통증, 화학요법과 관련된 메스꺼움, 수술 후 메스꺼움, 그리고 임신과 관련된 메스꺼움 ◦ 보장되는 침술 서비스는 천식 또는 중독(금연을 포함하나 국한하지 않음)의 치료 서비스를 포함하지 않습니다	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	구급차 서비스 응급 상황이나 비응급 상황 모두에 대해 보장되는 구급차 서비스에는 고정익, 회전익, 지상 구급차 서비스가 포함되며, 다른 수단의 운송이 환자의 건강을 위태롭게 할 수 있는 경우 또는 플랜에서 승인한 경우에만 적절한 시설로 운송됩니다. 응급 상황이 아닌데 앰블런스 서비스가 필요한 경우, 다른 운송 수단으로는 가입자의 건강이 위험해질 수 있고 앰블런스 운송이 의학적으로 필요하다는 것을 문서로 증빙해야 합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 비응급 구급차의 경우에만 사전 승인이 필요합니다. 응급 치료가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오.
	연례 건강 검진 방문* 파트 B를 12개월 이상 보유하고 계신 분이라면 연간 건강 검진 방문을 통해 현재 건강 및 위험 요인에 따라 개인화된 예방 플랜을 개발하거나 업데이트할 수 있습니다. 이것은 12 개월마다 한 번 보장됩니다. 연례 건강 검진 방문*(계속) 참고: “Medicare 가입 환영” 예방 방문 후 12개월 이내에는 첫 번째 연례 건강 검진 방문을 하실 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B를 받은 경우, 연례 건강 검진을 보장 받기 위해 다시 Medicare 가입 환영 방문을 해야 하는 것은 아닙니다.	연례 건강 검진에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	골량 측정* 자격을 갖춘 개인(일반적으로 골량 손실 위험이 있거나 골다공증 위험이 있는 사람을 의미함)의 경우, 다음 서비스는 24개월마다 보장되거나 의학적으로 필요한 경우 더 자주 보장됩니다. 골량 확인, 뼈 손실 감지 또는 뼈 품질 결정 절차, 검사 결과에 대한 의사의 해석 등의 서비스.	Medicare 적용 대상 골 질량 측정에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	유방암 검진(유방조영술)* 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 35세에서 39세 사이에 1회의 기본 유방조영술 • 40세 이상 여성의 경우, 12개월마다 1회의 선별 유방조영술 • 24개월에 한 번 임상 유방 검사 유방조영술은 유방암의 조기 발견을 위해 사용됩니다. 유방암의 병력이 확립되고 더 이상 유방암의 징후나 증상이 없을 때까지 진행 중인 유방조영술은 진단으로 간주되며 이 차트의 "외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품"에 따라 보장됩니다. 유방암 징후나 증상이 있는 가입자에게는 유방 X선 촬영 연간 혜택이 제공되지 않습니다.	보장 유방 조영술에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	심장 재활 서비스 운동, 교육, 상담을 포함하는 심장 재활 서비스의 종합 프로그램은 의사의 지시에 따라 특정 조건을 충족하는 가입자에게 보장됩니다. 이 플랜은 또한 일반적으로 심장 재활 프로그램보다 더 엄격하거나 더 강렬한 집중적인 심장 재활 프로그램을 보장합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법)* 당사는 심혈관 질환 위험을 낮추는 데 도움을 주기 위해 주치의와의 연간 1회 방문을 보장합니다. 이 방문 동안 담당 의사는 아스피린 사용(해당하는 경우)에 대해 논의하고, 혈압을 확인하고, 건강한 식생활을 위한 조언을 제공할 수 있습니다.	집중 행동 치료 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	심혈관(심장) 질환 검사* 5년(60개월)에 한 번씩 심혈관 질환(또는 심혈관 질환의 위험 증가와 관련된 이상)을 발견하기 위한 혈액 검사입니다.	5년마다 1회 혜택이 보장되는 심혈관 질환 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	자궁경부암 및 질암 검사* 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 모든 여성: 24개월마다 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사 1회 • 자궁경부암 또는 질암의 위험이 높거나 가임기이고 지난 3년 이내에 비정상적인 자궁경부암 검사를 받은 경우: 12개월마다 1회 Pap(자궁경부암) 검사	Medicare 적용 대상 예방 자궁경부암 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	치과 서비스(Medicare 보장) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • Medicare는 아탈구 교정을 위해 수동 척추 조작을 보장합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	직장암 검사* 다음과 같은 선별 검사는 보장됩니다.. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최고 연령 제한이 없으며, 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다 한 번, 대장암 고위험군이 아닌 환자의 경우 이전의 S상 결장경 검사 후 48개월 그리고 고위험 환자의 경우 이전의 선별 대장내시경 검사 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. 2023년 1월 1일부로 직장암 선별 검사에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 직장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.	Medicare에서 보장하는 직장암 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없으며 바륨 관장은 제외되는 대신에 공동보험이 적용됩니다. 의사가 대장내시경 검사 또는 굴절 결장경 검사 중에 폴립이나 다른 조직을 발견하여 제거한 경우 선별 검사는 진단 검사가 됩니다.
	치과 서비스 일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 세척, 정기 치과 검사 및 치과 X선)는 Original Medicare에서 보장하지 않습니다. 그러나 현재 Medicare는 특히 해당 서비스가 수혜자의 주요 의학적 상태에 대한 특정 치료의 필수적인 부분인 제한된 상황에서 치과 서비스에 대한 비용을 지불합니다. 몇 가지 예로는 굴절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 신장 이식 이전의 구강 검사가 있습니다.	이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 종합 치과 서비스에 대해서는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	치과 서비스(보충)* 당사는 뉴욕 주 Medicaid가 제공하는 서비스와 일치하는 종합 치과 보험을 제공하기 위해 공급 업체와 파트너십을 맺었습니다. 서비스는 공급업체 네트워크를 통해 제휴 공급자로부터 수신될 때 적용됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 서비스가 보장되지 않거나 최대 보조금 한도를 초과

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	치과 서비스(보충)*(계속) 귀하의 치과 혜택에는 진단, 예방, 회복 서비스, 근관 치료, 치과 기주학, 보철학(탈착식), 보철학(고정), 안면 보철물, 임플란트 서비스, 구강 및 안면 수술, 및 보조 일반 서비스가 포함됩니다. 전체 서비스 목록을 보려면 www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm 방문하여 최신 요금 일정(Updated Fee Schedule)을 선택하십시오. 위의 혜택 일정 링크에 나열된 코드는 American Dental Association(ADA, 미국 치과 협회)에서 해당 연도에 업데이트할 예정입니다. 치과 ADA 코드에 대한 문의는 가입자 서비스부로 전화하십시오. 전화 번호는 플랜 가입자 ID 카드 뒷면에 있습니다. 일부 치과 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있으며 의학적으로 필요한 경우에 받을 수 있습니다. 의료 제공자가 귀하에 대해서 플랜이 요구하는 대로 승인 처리를 해드립니다. 참고: 위의 보장 범위는 Medicare 보충 치과 혜택에 대한 것입니다. 귀하의 New York Medicaid 치과 혜택은 또한 Senior Whole Health of New York NHC에서 관리합니다. 이 Medicaid 혜택에 대한 질문은 플랜에 문의하십시오.	하는 경우에는 가입자가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다. 서비스는 계약된 네트워크 소속 치과 의사가 제공하는 경우에만 제공됩니다. 네트워크 외부의 치과 전문의로부터 진료를 받으면 자신의 진료 비용을 지불해야 합니다.
	우울증 선별 검사* 당사는 매년 우울증에 대한 선별 검사를 1회 실시합니다. 이 선별 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료 환경에서 실시해야 합니다.	연례 우울증 검사 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	당뇨병 선별 검사* 당사는 고혈압(고혈압), 비정상적인 콜레스테롤 및 중성지방 수치(이상지질혈증), 비만, 고혈당(포도당) 병력 등의 위험 요소가 있는 경우 이 검사(공복 혈당 검사 포함)를 보장합니다. 과체중이 있거나 당뇨병의 가족력이 있는 환자와 같이 다른 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 가장 최근의 당뇨병 선별 검사 날짜 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 검진을 받을 수 있습니다.	Medicare에서 보장하는 당뇨병 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 용품* 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비인슐린 사용자)을 위한 제품입니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 처방전이 있고 네트워크 소속 약국에서 또는 Mail

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	당뇨병 자가 관리 교육, 당뇨 서비스 및 용품*(계속) • 혈당 모니터링을 위한 용품: 혈당 모니터, 혈당 테스트 스트립, 란셋 장치 및 란셋, 테스트 스트립과 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션. ◦ 혈당(당) 모니터 ◦ 가정에서 사용하기 위해 의사가 처방 할 때 보장됩니다. ◦ 선호 브랜드의 혈당 측정기는 사전 승인이 필요하지 않습니다. ◦ 혈당(당) 검사지 ◦ 선호하는 브랜드의 혈당 테스트 스트립은 사전 승인이 필요하지 않습니다. ◦ 한 번 충전할 때마다 30일 분량으로 제한될 수 있습니다. ◦ 인슐린 ◦ Medicare 파트 B에 해당되지 않음 Medicare 파트 D에 해당될 수 있음 ◦ 외부 인슐린 펌프를 사용하는 경우 인슐린과 펌프는 내구성 의료 장비(DME)이므로 보장 받을 수 있습니다. 그러나 인슐린 펌프 공급업체는 인슐린을 제공하지 않을 수도 있습니다. ◦ 랜셋 기구 및 랜셋(의료용 침) ◦ 검사지 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션 • 중증 당뇨병성 족부 질환이 있는 당뇨병 환자의 경우: 달력 기준 1년에 맞춤 제작된 치료용 신발 한 켤레(해당 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 및 추가 인서트 2쌍, 또는 깊이 신발(depth shoes) 한 켤레 및 인서트 3쌍(해당 신발과 함께 제공되는 맞춤화되지 않은 탈착식 인서트 제외). 보장에는 피팅이 포함됩니다. • 당뇨병 자기 관리 훈련은 특정 조건에서 보장됩니다.	Service Pharmacy 프로그램을 통해 처방약을 구입하는 경우 용품에 대해 보장이 적용됩니다. 당뇨망막병증 또는 녹내장 검사를 위한 눈 검사가 필요한 경우의 의사 서비스에 대해서는 이 차트의 "안과 진료"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 발 검사를 위해 의사의 진료가 필요한 경우 이 차트의 "족부 치료 서비스"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 의료 영양 치료법 서비스(MNT)가 필요한 경우 이 차트의 "의료 영양 치료법"을 참조하십시오. 당뇨 용품, 당뇨 치료 신발 및 삽입물에 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 선호 업체에서는 사전 승인이 필요하지 않습니다. Medicare 적용 대상 당뇨병자가 관리 훈련에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비의 정의는 이 문서의 3장 섹션 7, 12장을 참조하십시오.) 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. 당사는 Original Medicare에 의해 보장되는 모든 의학적으로 필요한 DME를 보장합니다. 귀하 지역의 공급업체가 특정 브랜드나 제조업체를 취급하지 않는 경우, 특별 주문해 줄 수 있는지 그들에게 문의	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 선호 업체에서는 사전 승인이 필요하지 않습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품(계속) 할 수 있습니다. 가장 최근의 공급업체 목록은 당사 웹 사이트 SWHNY.com에서 확인할 수 있습니다. 일반적으로 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)은 목록에 있는 브랜드 및 제조업체의 Original Medicare가 적용되는 모든 DME을 보장합니다. 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 해당 브랜드가 귀하의 의료 요구에 적합하다는 소견을 피력하지 않는 한, 당사는 다른 브랜드 및 제조사를 보장해드리지 않습니다. 그러나 귀하가 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)의 신규 가입자이고 당사의 목록에 없는 DME 브랜드를 사용하고 있는 경우 최대 90 일 동안 해당 브랜드를 계속 보장해드립니다. 이 기간에 의사와 상의하여 90일 기간 이후에 어떤 브랜드가 의학적으로 적합한지 결정해야 합니다. (귀하가 의사의 소견에 동의하지 않는 경우, 귀하는 의사에게 두 번째 소견을 의뢰하도록 요청할 수 있습니다.) 귀하(또는 귀하의 의료 제공자)가 플랜의 보장 범위 결정에 동의하지 않을 경우 귀하 또는 귀하의 의료 제공자가 이의를 제기할 수 있습니다. 또한 의료 조건에 적합한 제품 또는 브랜드에 대한 제공자의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 제8장 문제 또는 불만(보장 범위 결정, 이의 제기, 불만) 제기가 있는 경우 해야 할 일을 참조하십시오.	
	응급 진료 응급 진료란 다음과 같은 서비스를 의미합니다. • 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 제공자가 제공합니다. 그리고 • 응급 의료 상태를 평가하거나 안정화하는 데 필요합니다. 의료적 응급 상황이란 회원 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 생명 손실(임신한 여성인 경우, 태아의 손실), 사지의 손실, 또는 사지의 기능 손실 등을 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다. 네트워크 외부에서 제공되는 필수 응급 서비스에 대한 비용 부담은 네트워크 내에서 제공되는 서비스와 동일합니다. 미국 외 지역의 응급 진료는 전 세계 응급 보장 혜택에 따라 보장 받을 수 있습니다. 추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 진료 및 안정화 후 진료를 위해 달러 연도마다 최대 \$10,000의 전 세	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 귀하가 병원에 입원한 경우 이 차트의 "입원 환자 병원 진료"에 설명된 대로 귀하는 비용 부담을 지불합니다. 비용 부담은 네트워크 소속과 네트워크 비소속 긴급 진료 서비스가 동일합니다. 미국 외 지역에서 응급 진료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 진료를 받아야 하는 경우 진료에 대한 보장을 계속 받으려

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	계 응급 지원을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 “전 세계 응급/긴급 보장”을 참조하십시오. 응급 진료(계속)	면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 또는 플랜으로 승인된 네트워크 비소속 병원에서도 입원 환자 진료를 받아야 합니다.
	피트니스 혜택(보충) * 참여 피트니스 센터를 이용할 수 있는 피트니스 센터 멤버십이 제공됩니다. 피트니스 센터를 방문할 수 없거나 집에서 운동하고 싶다면 홈 피트니스 키트를 선택하십시오. 이 키트는 가정에서 편안하게 운동할 수 있도록 도와줍니다. 홈 피트니스 옵션에는 피트니스 추적기, 근력 또는 요가 키트가 포함됩니다. 피트니스 센터에서 운동하기로 선택한 경우 웹사이트를 보고 참여 위치를 선택하거나 참여 피트니스 센터를 직접 방문하여 시작할 수 있습니다. 참여 시설 및 피트니스 체인은 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 운동 루틴을 시작하거나 변경하기 전에 항상 의사와 상의하십시오.
	건강 및 웰니스 교육* 건강 관리 프로그램 당사는 진단된 건강 상태를 관리하는 데 도움이 되는 프로그램을 제공합니다. 프로그램은 다음과 같습니다. • 천식 관리. • 우울증 관리 • 당뇨병 관리. • 고혈압 관리 • 심혈관 질환(CVD) 관리 • 만성 폐쇄성 폐질환(COPD) 관리 • 임신 프로그램 학습 자료와 관리 요령을 이용할 수 있습니다. 당사는 또한 귀하가 서비스 제공자와 협력하도록 도울 수 있습니다. 건강 관리 프로그램 등록: • 귀하는 의료 또는 약국 청구 데이터를 기반으로 귀하의 필요에 가장 적합한 프로그램에 자동으로 등록됩니다. • 의료 제공자 또는 자가 참조를 통해 등록할 수도 있습니다. 등록하려면 충족해야 하는 특정 요구 사항이 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	건강 및 웰니스 교육*(계속) 건강 관리 프로그램 탈퇴: - 이러한 프로그램은 자발적이며 언제든지 프로그램에서 제외되도록 선택할 수 있습니다. 귀하는 더 많은 것을 배우거나 위의 프로그램 중 하나에 등록할 수 있습니다. 당사의 건강 관리 부서에 전화 (866) 891-2320(TTY: 711) 번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 문의하시기 바랍니다. 건강 프로모션 프로그램 건강과 생활 방식을 풍요롭게 하기 위해 마련된 다음과 같은 프로그램도 이용할 수 있습니다. - 금연 프로그램. - 체중 조절 프로그램 금연 또는 체중 조절에 관한 정보 및/또는 자료는 (866) 472-9483(TTY/TDD: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 문의하십시오. 간호사 상담 전화 즉각적인 건강 문제가 있거나, 건강 상태에 대한 질문이 있거나, 사용할 가능한 건강 자원에 대한 일반적인 정보를 원할 경우, 주중무휴 24시간 이용 가능한 간호사 상담 전화를 이용하십시오. 공인 간호사는 귀하가 집에서 치료를 관리할 수 있는지 또는 의료 전문가의 주의가 필요한지 판단하도록 도와줄 것입니다. 질병이나 부상에 관해 등록 간호사와 상담하려면 낮이든 밤이든 언제든지 전화하세요. - 추천이나 사전 승인이 필요하지 않습니다. 이 서비스는 응급 상황을 위한 것이 아닙니다. 응급 상황이 발생하면 즉시 911에 전화하십시오.	
	Healthy You 카드 플랜의 Healthy You 카드는 다음과 같은 추가 플랜 혜택을 지불하는데 사용할 수 있습니다. - 일반의약품(OTC) 품목 - 식품 및 농산물* - 교통편	Healthy You 카드에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	Healthy You 카드(계속) 미리 충전된 직불 카드는 신용 카드가 아닙니다. 카드를 현금과 교환하거나 다른 사람에게 대여할 수 없습니다. 미용시술은 이 혜택 카드의 적용 대상이 아닙니다. 매달 카드에 보조금이 충전됩니다. 매 월 말에 할당된 금액 중 미사용 금액은 다음 기간이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우, 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다. 만성 질환에 대한 특별 보충 혜택 및 식품 및 농산물 혜택의 수혜자가 되는 방법에 대한 자세한 내용은 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 문의하십시오. SSBCI에 보조금을 이용하려는 가입자는 자격 요건을 충족하는 만성 질환이 있고, 현재 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 등록을 위해 작성한 유효한 HRA가 있고, Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 사례 관리 부서와의 협력하에 의사의 승인을 제공해야 합니다. 자세한 내용은 이 차트의 "만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택"을 참고하십시오.	
	청각 서비스 의료진이 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 실시하는 청력 및 균형 진단 평가는 의사, 청능사 또는 기타 자격을 갖춘 의료진이 제공한 경우 외래 진료로 보장됩니다. Medicare에서 보장하는 진단 청력 및 균형 검사는 의학적 치료가 필요한지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. 이 검사는 질병, 질병, 부상 또는 수술로 인한 청력 상실과 같은 의학적 필요에 근거를 두고 실시됩니다. 청력 상실 또는 장애로 인한 장애를 완화하기 위해 의학적으로 필요한 경우 Medicaid 혜택에 따라 다음 사항을 보장합니다. ◦ 보청기 선택, 피팅 및 처방 ◦ 보청기 점검, 적합성 평가 및 수리 ◦ 귀걸이, 특수 피팅 및 교체 부품과 같은 보청기 제품 검사 및 테스트, 보청기 평가 및 처방을 포함한 청각 서비스.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	HIV 선별 검사* HIV 선별 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 높은 사람들을 위해 당사는 다음을 보장합니다. • 12개월마다 선별 검사 1회	Medicare 적용 대상 예방 HIV 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	HIV 선별 검사*(계속) 임신한 여성에 대해서 당사는 다음과 같이 보장합니다. 임신 중 최대 3회의 선별 검사	
	가정 의료 기관 케어 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사는 귀하에게 가정 건강 서비스가 필요하다는 것을 확인해야 하며 가정 건강 서비스가 가정 건강 기관에서 제공되도록 지시할 것입니다. 가입자는 집 밖으로 나가지 못해야 합니다. 즉, 집 밖으로 나가려면 큰 노력이 필요합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다. - 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스(가정 건강 진료 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	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	가정 주입 요법 가정 주입 요법은 가정에서 개인에게 의약품 또는 생물학적 제제를 정맥주사 또는 피하 투여하는 것입니다. 가정 주입을 수행하는 데 필요한 구성 요소는 의약품(예: 항바이러스제, 면역글로불린), 장비(예: 펌프), 및 소모품(예: 튜브 및 카테터) 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다. - 간호 서비스를 포함한 전문 서비스, 간호 플랜에 따라 제공 - 내구성 의료 장비 혜택으로 달리 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 - 원격 모니터링 - 가정 주입 요법의 제공 및 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 의약품에 대한 모니터링 서비스.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	호스피스 돌봄* 담당 의사와 호스피스 의료 책임자가 귀하가 불치병에 걸렸고 질병이 정상적으로 진행될 경우 수명이 6개월 미만임을 확인하는 말기 진단을 내린 경우 귀하는 호스피스 혜택을 받을 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램에서 치료를 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 MA 조직이 소유, 통제 또는 재정적 이해관계가 있는 프로그램을 포함하여 플랜의 서비스 영역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와줄 의무가 있습니다.	Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하는 경우 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 부담하지 않

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	호스피스 돌봄*(계속) 호스피스 의사는 네트워크 의료 제공자 또는 네트워크 외부의 의료 제공자가 될 수 있습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 증상 조절 및 통증 완화용 의약품 • 단기 입시 간호 • 홈 진료 <u>말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 호스피스 서비스:</u> Original Medicare(당사의 플랜이 아닌)는 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스에 대해 호스피스 의료 제공자에게 지불합니다. 호스피스 프로그램에 참여하는 동안 호스피스 의료 제공자는 Original Medicare가 지불하는 서비스에 대해 Original Medicare에 청구합니다. Original Medicare 비용 분담금이 청구됩니다. <u>말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 호스피스 서비스:</u> Medicare 파트 A 또는 B에 따라 보장되고 말기 예후와 관련이 없는 긴급하지 않고 긴급하지 않은 서비스가 필요한 경우, 이러한 서비스에 대한 비용은 당사 플랜의 네트워크에서 의료 제공자를 사용하고 플랜 규칙을 따르는지 여부에 따라 달라집니다(예: 사전 허가를 받아야 하는 경우). • 네트워크 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받고 서비스 제공에 대한 플랜 규칙을 따르는 경우 네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용 분담 금액만 지불해야 합니다. • 네트워크 외부 제공자로부터 보장 서비스를 받는 경우, 행위별 수가제(Fee-for-Service) Medicare(Original Medicare)에 따라 비용 분담액을 지불합니다. <u>Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B에서는 보장하지 않는 서비스의 경우:</u> Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 터미널 예후와 관련이 있는지 여부와 관계없이 파트 A 또는 B에서 보장하지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장할 것입니다. 이러한 서비스에 대한 플랜 비용 분담 금액을 지불합니다. <u>당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 보장할 수 있는 의약품의 경우:</u> 이러한 의약품이 말단 호스피스 상태와 관련이 없다면 비용 분담을 지불하십시오. 그들이 귀하의 터미널 호스피스 조건과 관련이 있다면 귀하는 Original Medicare 비용을 지불합니다. 약은 호스피스와 당사 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 내용은 제 5 장,	고 Original Medicare에서 부담합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회)를 보장합니다. 이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	호스피스 돌봄*(계속) 섹션 9.4(<i>Medicare</i> 인증 호스피스에 있다면 어떻게 합니까)를 참조하십시오. 참고: 비호스피스 케어(말기 예후와 관련 없는 케어)가 필요한 경우, 당사에 연락하여 서비스를 준비하셔야 합니다. 당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 환자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회)를 보장합니다.	
	예방접종* Covered Medicare 파트 B 서비스는 다음과 같습니다. • 폐렴 백신 • 가을과 겨울의 독감 시즌의 1회 독감 예방 접종, 의료적으로 필요한 경우 독감 추가 예방 접종 • B형 간염에 걸릴 위험이 높거나 중간 정도인 경우, B형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 귀하에게 위험이 있고 Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우 기타 백신 또한 당사는 파트 D 처방약 혜택에 따라 기타 예방 접종의 대부분을 보장합니다. 추가적인 정보는 제6장 섹션 8을 참조하시기 바랍니다.	폐렴, 독감, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	입원 환자 병원 진료 급성 입원환자, 입원환자 재활, 장기 요양 병원 및 기타 유형의 입원 환자 병원 서비스가 포함됩니다. 입원 환자 병원 치료는 의사의 지시에 따라 공식적으로 병원에 입원한 날부터 시작됩니다. 퇴원 전날이 마지막 입원일입니다. 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다 • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 정기 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상동맥 치료실과 같은 특수 치료실 비용 • 의약품과 의약품 • 검사실 검사 • X선 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료용품 • 휠체어 등 의료 기구 사용 • 수술 및 회복실 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료	혜택 기간 병원 입원일 수 1~90일 \$0 또한 본 플랜은 평생 예비일 60일을 보장합니다. 이들은 당사가 보장하는 “추가” 날들입니다. 귀하의 입원 기간이 혜택 기간당 90일을 초과하는 경우 추가 60일을 사용할 수 있으며, 입원환자 병원 보장은 혜택 기간당 90일로 제한됩니다. 추가 서비스는 귀하의 Medicaid 혜택 및 가이드라인에 따라 보장될 수 있습니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외부 병원에서 승

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	입원 환자 병원 케어(계속) • 입원 환자 약물 사용 장애 서비스 • 경우에 따라 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/체장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/다장기. 귀하에게 이식이 필요한 경우, 귀하가 이식 대상인지 여부를 결정할 Medicare 승인 이식 센터에서 귀하의 사례를 검토하도록 주선택해 드립니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도 있고 지역 밖에 있어도 됩니다. 당사의 네트워크 이식 서비스가 지역 사회 치료 패턴을 벗어나는 경우, 지역 이식 제공자가 Original Medicare 요율을 기꺼이 받아들이는 한 지역 이식을 선택할 수 있습니다. Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)의 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)가 지역 사회의 이식 치료 패턴을 벗어난 위치에서 이식 서비스를 제공하고 이 먼 위치에서 이식을 받기로 결정한 경우 당사는 귀하와 동반자를 위해 적절한 숙박 및 교통 비용을 조율하거나 지불합니다. Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)는 이식 관련 의료 케어를 위해 멀리 떨어진 지역에 머무는 동안 숙박 및 식사 비용을 하루 최대 \$150까지 환급합니다. 또한, 국세청(IRS)에서 설명한 대로 조정되고 공표된 납세자의 표준 주행거리 요율에 해당하는 금액으로 주행거리 환급을 요청할 수 있습니다. 플랜 지침에 따라 모든 여행, 숙박, 식사 및 주행거리 환급에 대해 지불 가능한 최대 금액은 이식 건당 오천 달러(\$5,000)입니다. • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액 4파인트부터 시작됩니다. 귀하는 1년에 처음 3파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 귀하 또는 다른 사람이 혈액을 기증해야 합니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • 내과 의사 서비스 참고: 입원 환자가 되려면 의료 제공자가 가입자를 입원 환자로 병원에 정식으로 입원시키라는 지시서를 작성해야 합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었다라도 여전히 외래 환자로 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. 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에 방문하거나 1-800-MEDICARE로 전화하면, 이 안내 자료를 얻을 수 있습니다.	인된 입원환자 치료를 받을 경우, 귀하의 비용은 네트워크 병원에서 지불할 비용 분담액입니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	입원 환자 병원 케어(계속) (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 무료로 이용하실 수 있습니다.	
	정신 병원에서의 입원 환자 서비스 입원을 요하는 정신 건강 진료 서비스 비용을 당사가 부담합니다. • 이러한 서비스는 종합병원이나 정신 건강 문제가 있는 사람만을 진료하는 정신병원에서 받을 수 있습니다. • (종합병원이 아닌) 정신병원에 있는 경우, Medicare는 평생 동안 최대 190일의 정신병원 입원 서비스에 대해서만 비용을 지불합니다. • 당사 플랜에 등록하기 전에 190일 평생 한도의 일부를 사용한 경우, 이전에 정신 병원에서 Medicare가 보장했던 정신 건강 관리 치료를 위한 입원 환자 일수만큼 평생 병원 일수가 줄어 듭니다. • 190일 한도는 종합 병원의 정신과에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. • 종합병원에서 정신 건강 치료를 받을 때 받을 수 있는 혜택 기간에는 제한이 없습니다. 정신 병원에서 치료를 받을 때 여러 혜택 기간을 가질 수도 있지만 평생 190일로 제한됩니다. • Medicaid는 190일 한도에 도달한 이후의 입원 환자 체류를 보장합니다. 혜택 기간이나 평생 제한은 없습니다. • 계약된 행동 건강 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 행동 건강 제공자 목록은 가입자 서비스부에 문의하십시오. Medicare는 다음을 보장하지 않습니다. • 개인 간호 • 객실 내 전화기 또는 TV • 개인실(의학적으로 필요한 경우는 제외)	혜택 기간 병원 입원일 수 1~90일 \$0 또한 본 플랜은 “평생 예비일” 60일을 보장합니다. 이들은 당사가 보장하는 “추가” 날들입니다. 입원 기간이 혜택 기간당 90일을 초과하는 경우 추가 일수를 사용할 수 있습니다. 그러나 이 추가 60일을 다 사용하고 나면 입원환자 병원 보장은 혜택 기간당 90일로 제한됩니다. 응급 상태가 안정된 후 네트워크 외부 병원에서 승인된 입원환자 치료를 받을 경우, 귀하의 비용은 네트워크 병원에서 지불할 비용 부담액입니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 응급 상황을 제외하고 담당 의사는 귀하가 병원에 입원할 것이라고 알려야 합니다.
	입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에서 받은 보장 서비스 입원시 혜택을 모두 소진했거나 입원시 체류가 합리적이고 필요하지 않은 경우 입원시 체류에 대해서 당사는 보장하지 않습니다. 그러나, 일부의 경우 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에 입원해 있는 동안 받은 서비스에 대해서는 비용을 지급합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다 • 내과 의사 서비스	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설 (SNF)에서 받은 보장 서비스(계속) • 검사실 검사와 같은 진단 검사 • X선, 라듐 및 동위원소 치료(기술자 재료 및 서비스 포함) • 수술 드레싱 • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈골에 사용되는 기구 • 내부 장기(인접 조직 포함)의 전부 또는 일부를 대체하거나 영구적으로 작동하지 않거나 오작동하는 내부 장기 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 보철 및 교정 장치(치과 제외)(해당 장치의 교체 또는 수리 포함) • 다리, 팔, 등, 목 보호대; 트러스; 파손, 마모, 분실 또는 환자의 신체 상태 변화로 인해 필요한 조정, 수리 및 교체를 포함한 의수 다리, 팔, 눈 • 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료	
	의료 영양 치료법* 이 혜택은 당뇨병, 신장(신장) 질환(투석은 제외) 또는 의사의 지시에 따라 신장 이식을 받은 사람들을 위한 것입니다. 당사는 첫 해에 3시간의 일대일 상담 서비스(Medicare의 플랜, 기타 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 포함)를 받으시고, 그 후 매년 2시간을 일대일 상담 서비스로 처리해 드립니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 변경되면 귀하는 의사의 지시를 받아 더 많은 시간을 치료 받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 반드시 의사가 처방해야 하며, 그다음 달력 연도에도 치료가 필요한 경우 지시를 매년 갱신해야 합니다.	Medicare 적용 대상 의료 영양 치료법 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	Medicare 당뇨 예방 프로그램(MDPP)* MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 따라 적격 Medicare 수혜자에게 보장됩니다. 장기적인 식습관 변화, 신체 활동 증가 그리고 체중 감소 및 건강한 생활 방식 유지에 대한 어려움을 극복하기 위한 전략에 대한 교육을 제공하는 구조화된 건강 행동 변화 프로그램입니다.	MDPP 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	Medicare 파트 B 처방약 이런 의약품은 Medicare 파트 B에서 보장됩니다. 당사 플랜의 가입자는 당사의 플랜을 통해 이러한 의약품에 대한 보장을 받습니다. 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 일반적으로 환자가 직접 투여하지 않으며 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 외과 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사되거나 주입되는 의약품 • 내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린(예: 의료적으로 필요한 인슐린 펌프) • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 투여하는 기타 의약품 • 알츠하이머 약물인 Leqembi®(제네릭 이름은 lecanemab)는 정맥주사로 투여됩니다. 약물 비용 외에도 치료 전 및/또는 치료 중에 추가 스캔과 검사가 필요할 수 있으며 이로 인해 귀하의 전체 비용에 더해질 수 있습니다. 치료의 일환으로 어떤 스캔 및 검사가 필요한지 의사와 상의하십시오. • 혈우병이 있는 경우, 주사로 스스로 투여하는 응고 인자 • 이식/면역 억제 약물: Medicare가 장기 이식 비용을 지불하면 Medicare는 이식 약물 요법을 보장합니다. 이식을 보장받으려면 파트 A가 있어야 하며, 면역억제제를 복용할 경우에는 파트 B가 있어야 합니다. 파트 B가 해당 약품을 포함하지 않을 경우, Medicare 약물 보장(파트 D)에서 면역 억제제를 보장한다는 점을 명심하십시오. • 귀하가 집 밖으로 나가지 못하고, 의사가 폐경기 골다공증과 연관된 것이라고 인정하는 골절상을 입었고, 귀하가 직접 약을 주사하지 못하는 경우 이러한 의약품 비용을 당사가 지급합니다. • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적당한 교육을 받은 사람(귀하 또는 환자)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우 Medicare는 항원을 보장합니다. • 특정 구강 항암제: 동일한 약품이 주사 가능한 형태로 제공되거나 해당 약품이 주사 가능한 약품의 프로드럭(섭취 시 주사 가능한 약물에서 발견되는 동일한 활성 성분으로 분해되는 경구용 약물)인 경우 Medicare는 경구로 복용하는 일부 경구용 항암 의약품을 보장합니다. 새로운 경구용 항암제가 출시되면 파트 B가 해당 약품들을 보장할 수 있습니다. 파트 B가 보장하지 않을 경우 파트 D에서 보장합니다.	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 파트 B 의약품은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	Medicare 파트 B 처방약(계속) - 경구용 항메스꺼움 약품: 항암 화학요법 시행 전, 시점 또는 48 시간 이내에 투여되거나 정맥내 항메스꺼움 약품의 완전한 치료용 대체제로 사용되는 경우, Medicare는 항암 화학요법의 일환으로 사용하는 경구용 항메스꺼움 약품을 보장합니다. - 동일한 약품이 주사 가능한 형태로 제공되고 파트 B ESRD 혜택에서 보장하는 경우 특정 경구용 말기 신장질환(ESRD) 약품 - 정맥 투여 약품 Parsabiv® 및 경구용 약품 Sensipar® 등 ESRD 결제 시스템 하의 칼시모방 약품 - 헤파린, 의학적으로 필요한 헤파린 해독제, 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약품 - 적혈구 생성 자극제: 말기 신장질환(ESRD)이 있거나 다른 특정 질환(예: Procrit®)과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약품이 필요한 경우 Medicare는 주사용 적혈구 생성 인자를 보장합니다. - 원발성 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥(IV) 면역 글로불린 - 비경구 및 경장 영양(정맥주사 및 튜브 피딩) 어떤 경우, 당사의 플랜은 귀하에게 질환 치료를 위해 특정 의약품을 먼저 사용해 보도록 요청한 이후에 해당 질환에 대한 다른 의약품을 보장할 수 있습니다. 예를 들어, 의약품 A와 의약품 B가 모두 조건을 치료하지만 의약품 A 비용이 적게 든다면 의약품 A를 먼저 시도해야 할 수도 있습니다. 의약품 A가 귀하에게 효과가 없을 경우에는 당사가 의약품 B를 보장해 드립니다. 다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 약물 목록으로 이동합니다.SWHNY.com. 또한 당사는 Medicare 파트 B 및 Medicare 파트 D 처방약 혜택에 따라 일부 예방 접종을 보장합니다. 5장에서는 처방전을 보장하기 위해 따라야 하는 규칙을 포함하여 파트 D 처방약 혜택에 대해 설명합니다.	
	비만 검사와 체중을 낮게 유지하기 위한 치료 요법* 체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움이 되는 상담에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 이 상담은 1차 진료 환경에서 받을 경우 보장되며, 종합적인 예방 플랜과 조율할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의 또는 의료인에게 문의하십시오.	예방적 비만 검사 및 치료에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(ODU)가 있는 폴랜 가입자는 다음을 포함하는 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD 치료 서비스의 보장을 받을 수 있습니다. • 미국 식품의약국(FDA)에서 승인한 오피오이드 작용제 및 길항제 의약품 보조 치료(MAT) 의약품 • MAT 약물의 조제 및 투여(해당되는 경우) • 약물 사용 장애 상담 • 개인 및 집단 치료 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 정기 평가	Medicare에서 보장하는 예방 자궁경부암 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. Medicare에서 보장하는 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않지만 오피오이드 치료 의약품이 필요한 경우 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.
	외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다. • X선 • 방사선(라듐 및 동위원소) 치료(테크니션 재료 및 용품 포함) • 외과 용품(붕대 등) • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈골에 사용되는 기구 • 검사실 검사 • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액 4파인트부터 시작됩니다. 귀하는 1년에 처음 3파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 귀하 또는 다른 사람이 혈액을 기증해야 합니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • 기타 외래 진단 검사- EKG, EEG, 폐 기능 검사, 수면 연구, 트레드밀 스트레스 검사 등 비방사선 진단 서비스. • 특수 스캔, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, 핵 연구, 초음파, 진단 유방 조영술 및 중재 방사선 시술(골수 조영술, 방광 조영술, 혈관 조영술 및 바륨 연구)과 같은 진단 방사선 서비스(복합 및 비복합). • 외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 외래 실험실 서비스에는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.
	외래환자 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원환자로 입원해야 하는지 또는 퇴원할 수 있는지 결정하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래 병원 관찰 서비스가 보장되려면 Medicare 기준을 충족하고 합리적이고 필요하다고 간주해야 합니다. 관찰 서비스는 주 면허법 및	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	외래환자 병원 관찰(계속) 병원 직원 규약에 따라 환자를 병원에 입원시키거나 외래 검사를 지시할 수 있는 의사 또는 다른 개인의 명령에 의해서만 보장됩니다. 참고: 의료 제공자가 귀하를 입원 환자로 입원 시키라는 명령을 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자이며 외래 병원 서비스에 대한 비용 분담 금액을 지불합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었다더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 병원 입원 환자입니까 아니면 외래 환자입니까? Medicare가 있다면 – 물어보십시오라는 Medicare 자료표에서 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하면, 이 안내 자료를 얻을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 무료로 이용하실 수 있습니다.	
	외래 환자 병원 서비스 질병 또는 부상에 대한 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래환자 병동에서 받은 의료적으로 필요한 서비스에 대해서는 당사가 비용을 부담합니다. 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다. • 관찰 서비스 또는 외래 환자 수술 등과 같은 응급실 또는 외래 환자 클리닉 서비스 • 병원에서 청구하는 검사실 및 진단 검사 • 정신 건강 진료(부분 입원 프로그램의 진료 포함), 의사가 이것이 없으면 입원 치료가 필요하다고 인정한 경우 • 병원에서 청구하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 부목 및 캐스트와 같은 의료용품 • 귀하가 스스로 투여할 수 없는 일부 의약품 참고: 의료 제공자가 귀하를 입원 환자로 입원 시키라는 명령을 작성하지 않은 경우, 귀하는 외래 환자이며 외래 병원 서비스에 대한 비용 분담 금액을 지불합니다. 귀하가 밤새 병원에 있었다더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의해야 합니다. 또한 병원 입원 환자입니까 아니면 외래 환자입니까? Medicare가 있다면 – 물어보십시오라는 Medicare 자료표에서 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 웹사이트 https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에 방문하거나	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	외래 환자 병원 서비스(계속) 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하면, 이 안내 자료를 얻을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 무료로 이용하실 수 있습니다.	
	외래 정신 건강 케어 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 정신 건강 서비스는 해당 주법에 따라 주정부 면허 정신과 의사, 임상 심리학자, 임상 사회 복지사, 임상 간호사 전문가, 면허 전문 카운슬러(LPC), 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 간호사(NP), 의사 조수(PA) 또는 기타 Medicare 자격을 갖춘 정신 건강 전문가가 제공합니다. 귀하의 Medicare 외래 환자 정신 건강 진료 보장은 다음을 포함합니다. • 매년 우울증 검진 1회 이 선별 검사는 후속 치료 및 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 진료 환경에서 실시해야 합니다. • 귀하가 이러한 서비스를 받는 주에서 허용하는 의사 또는 특정 면허를 소지한 전문가가 제공하는 개인 및 그룹 심리 치료. • 가족 상담, 주요 목적이 치료를 돕는 경우. • 필요한 서비스를 받고 있는지, 현재 치료가 도움이 되는지 확인하기 위한 테스트. • 정신과 평가. • 복약 관리	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 귀하의 연간 우울증 검진은 이 차트의 "우울증 검사"를 참조하십시오. 이 Medicare 보장 외래 환자 정신 건강 관리 치료가 필요한 경우 이 차트의 "부분 입원"을 참조하십시오. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	외래 환자 재활 서비스 보장 서비스에는 물리 치료, 작업 치료 및 언어 치료가 포함됩니다. 외래 재활 서비스는 병원 외래 진료과, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 재활 시설(CORF) 등 다양한 외래 환경에서 제공됩니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	외래 환자 약물 사용 장애 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • Medicare는 외래 환자 약물 남용 서비스를 보장합니다. • 또한, Medicaid는 개인 및 그룹 요법 방문을 보장합니다. 등록자는 12개월 이내에 네트워크 의료 제공자로부터 한 번의 평가를 직접 참조할 수 있어야 합니다. 귀하는 Senior Whole Health Healthcare Behavioral Health 의료 제공자를 이용해야 합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공되는 서비스를 포함한 외래환자 수술 참고: 병원 시설에서 수술을하는 경우 입원 환자 또는 외래 환자인지 의료 제공자에게 확인해야 합니다. 의료 제공자가 입원 명령을 작성하지 않는 한, 귀하는 외래 환자이며 외래 수술에 대한 비용 분담 금액을 지불합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었다더라도 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	일반의약품(OTC) 품목(보충)* Healthy You 카드로 매달 \$100을 받아 폴랜이 승인한 일반의약품(OTC), 제품 및 약품에 사용할 수 있습니다. 이 월별 보조금은 비긴급 운송(보충) 서비스 보조금을 포함합니다. 이 보조금을 OTC 품목 또는 운송 서비스에 사용하거나 이 두 가지 모두 Healthy You 카드로 사용할 수 있습니다. 월별 보조금을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 다음 달로 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 Nations OTC Member Experience Advisor에게 문의하십시오. 연중무휴 운영합니다. • 우편 – 품목 카탈로그에 들어 있는 주문 양식을 기입 후 보내 주십시오. • 가맹 소매점을 통해. 폴랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목의 전체 목록을 확인하려면 2025년 일반의약품(OTC) 제품 카탈로그를 참조하거나 OTC 지원 담당자에게 자세한 내용을 문의하십시오. 2025년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에서 중요한 정보(주문 가이드라인)를 찾으실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.	Healthy You 카드를 사용할 경우 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 월간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 가입자가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외 사항이 적용될 수 있습니다.
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스 부분 입원은 병원 외래 환자 서비스 또는 지역 사회 정신 건강 센터에서 제공하는 적극적인 정신 치료 프로그램으로 의사, 치료사, 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허 전문 카운슬러 사무실에서 받는 치료보다 더 집중 진료를 제공하며 입원 환자 입원의 대안입니다. 집중 외래 환자 서비스는 병원 외래 환자 부서, 지역 사회 정신 건강 센터, 연방 자격 보건 센터 또는 시골 건강 클리닉에서 제공되는 적	Medicare에서 보장하는 부분 입원 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	부분 입원 서비스 및 집중 외래 서비스(계속) 극적인 행동 (정신) 건강 치료 치료의 구조화 된 프로그램으로 의사, 치료사의 면허 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 면허 전문 카운슬러 사무실에서 받는 치료보다 진중도가 높지만 부분 입원보다 집중도가 낮습니다.	
	의사/의료 제공자 서비스(진료실 방문 포함) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. • 의사의 진료실, 인증된 외래 수술 센터, 병원 외래환자 부서 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 의료 또는 수술 서비스 • 전문의의 상담, 진단, 치료 • 의사가 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 확인하기 위해 지시한 경우 PCP가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 • 1차 케어 서비스를 포함한 특정 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. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받기로 선택하는 경우 원격 진료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 소속 의료 제공자에게 진료받아야 합니다. 네트워크 의료 제공자를 찾으려면 당사 웹사이트 SWHNY.com을 방문하십시오. ◦ 가상 의료 방문은 온라인 기술과 실시간 오디오/비디오 기능을 사용하는 가상 서비스 제공자가 의료 시설 외부에서 귀하에게 제공하는 의료 방문입니다. ◦ 참고: 가상 방문을 통해 모든 건강 상태를 치료할 수 있는 것은 아닙니다. 가상 방문 의사는 귀하가 치료를 위해 직접 의사를 만나야 하는지 여부를 확인할 것입니다. • 병원 기반 또는 중요 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택 내 가정 투석 가입자용 월별 말기 신장 질환 (ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 사전 승인이 필요할 수 있습니다. • 원격 의료 서비스는 귀하의 위치에 관계없이 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위해 사전 승인이 필요할 수 있습니다. • 약물 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 사전 승인이 필요할 수 있습니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	의사/의료인 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속) - 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 - 첫 번째 원격 진료 방문 전 6개월 내에 직접 방문하는 경우 - 이러한 원격 건강 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문하는 경우 - 특정 상황에서는 위 사항에 예외가 인정될 수 있습니다. - 지방 진료소 및 연방 공인 보건소에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. - 다음과 같은 경우 5~10분 동안 담당 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅) - 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 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 - 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 - 수술 전 2차 소견 - 비정기적 치과 치료(보장 서비스는 턱 또는 관련 구조의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 설정, 종양성 암 질환의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 치아 추출, 또는 의사가 제공하여 보장되는 서비스로 제한됩니다.) - 쿠마딘, 헤파린 또는 와파린과 같은 항응고 약품을 복용하는 경우 진료실이나 외래 병원 환경에서 모니터링 서비스.	
	족부 치료 서비스(Medicare 보장) 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - 발의 부상 및 질병(예: 망치 발가락 또는 발뒤꿈치 돌기)의 진단 및 의학적 또는 외과적 치료 - 하지에 영향을 미치는 특정 질환의 가입자에게 제공하는 일상적인 발 진료.	Medicare에서 보장하는 족부 치료 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	전립선암 선별 검사* 50세 이상 귀하의 경우 보장 서비스에는 12개월에 한 번 제공하는 다음 서비스를 포함합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	보철 및 교정 장치 및 관련 용품 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 장치(치과용 제외) 여기에는 결장 조루술 치료와 직접 관련된 결장 조루술 백 및 용품, 심장박동기, 보조기, 보철화, 인공 사지 및 유방 보철물(유방절제술 후 수술용 브라지어 포함) 등 뿐 아니라 보철 및 교정 장치의 검사, 피팅, 또는 트레이닝 등이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다. 보철과 교정 기기와 관련된 특정 물품, 보철 기기의 수리 및/또는 교체 포함합니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장이 포함됩니다. 자세한 내용은 이 섹션 뒷부분의 안과 진료를 참조하십시오.	이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	호흡 재활 서비스 중등도에서 매우 중증인 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 있는 가입자와 만성 호흡기 질환을 치료하는 의사의 폐 재활 지시를 받은 가입자에게는 종합적인 폐 재활 프로그램이 보장됩니다.	이 혜택에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	알코올 남용을 줄이기 위한 선별 검사 및 상담* 당사는 알코올을 남용하지만 알코올 의존자는 아닌 Medicare 가입자(임산부 포함) 성인에 대해 1회의 알코올 남용 검사를 보장합니다. 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 진료 환경에서 자격을 갖춘 주치의(PCP) 또는 임상가와 연간 최대 4회까지 간단한 직접 대면 상담 세션(상담이 가능하고 그동안 각성 상태인 경우)을 받을 수 있습니다.	알코올 오용 예방 혜택을 축소하는 Medicare 혜택 대상 검사 및 상담에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 검진* 자격이 있는 개인의 경우 12개월마다 LDCT가 보장됩니다. 적격 가입자: 폐암의 징후나 증상이 없지만 최소 20년 이상의 흡연 이력이 있고 현재 흡연 중이거나 지난 15년 이내에 금연한 50~77세의 사람. 폐암 검진 상담 및 해당 방문에 대한 Medicare 기준을 충족하는 공유 의사 결정 방문 중에 LDCT에 대한 서면 지시를 받고 의사 또는 자격을 갖춘 비의사가 제공하는 의료 서비스를 받기로 한 사람.	Medicare에서 보장하는 상담 및 공동 의사 결정 방문 또는 LDCT에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	저선량 컴퓨터 단층촬영(LDCT)을 이용한 폐암 검진*(계속) 초기 LDCT 검사 후 LDCT 폐암 검사의 경우: 가입자는 LDCT 폐암 검사에 대한 지시서를 받아야 하며, 이는 의사 또는 자격을 갖춘 비 의사 의료인과의 적절한 방문 중에 제공될 수 있습니다. 의사 또는 자격을 갖춘 비의사가 폐암 검진 상담을 제공하고 후속 LDCT 폐암 검진을 위한 의사 결정 방문 공유를 선택하는 경우 해당 방문은 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	
	성병 감염(STI) 검사 및 성병 예방을 위한 상담* 당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 성매개감염(STI) 검사를 보장합니다. 이러한 검사는 임신부와 주치의가 검사를 지시할 때 STI에 걸릴 위험이 높은 특정 사람들에게 보장됩니다. 당사는 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 이런 검사를 보장합니다. 또한 성적으로 활발한 성인으로 STI 위험이 높은 가입자에 대해 매년 최대 2회의 직접 대면 고강도 행동 상담 세션 비용을 지급합니다. 이러한 상담 세션은 1차 진료 의료 제공자가 제공하고 의사 진료실과 같은 1차 진료 환경에서 진행되는 경우에만 예방 서비스로 보장합니다.	Medicare에서 보장하는 STI 검사 및 STI 예방 혜택 상담에는 공동보험, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	신장 질환 치료 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - 신장 케어 방법을 교육하고 가입자들이 자신의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 의사가 의뢰할 때 IV 단계 만성 신장 질환이 있는 가입자의 경우, 당사는 평생 동안 신장 질환 교육 서비스의 최대 6 세션을 보장합니다. - 외래 환자 투석 치료(제3장에 설명된 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 이 서비스의 의료 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없는 경우의 투석 치료 포함) - 특수 진료 목적으로 병원에 입원 환자로 입원한 경우 입원 환자 투석 치료 - 자가 투석 교육(귀하 및 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함) - 가정용 투석 장비 및 용품 - 가정 투석 상태를 확인하고, 응급 상황에 도움을 주며, 투석 장비와 물 공급 상태를 확인하기 위해 필요한 훈련된 투석 작업자의 방문과 같은 특정 가정 지원 서비스.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 입원 환자 투석 치료 - 이 차트의 "입원 환자 병원 진료"를 참조하십시오. 가정용 투석 장비 및 용품 - 이 차트의 "내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품"을 참조하십시오. 가정 지원 서비스 - 이 차트에서 "가정 의료 기관 진료"를 참조하십시오. Medicare 파트 B 투석약품

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	신장 질환 치료 서비스(계속) 투석을 위한 특정 의약품은 귀하의 Medicare 파트 B 의약품 혜택으로 보장됩니다. 파트 B 의약품의 보장에 대한 자세한 내용은 Medicare 파트 B 처방약 섹션을 참조하십시오.	자세한 내용은 이 차트에서 “Medicare 파트 B 처방약”을 참조하십시오.
	전문 요양 시설(SNF) 진료 (전문 요양 시설 진료에 대한 정의는 이 문서의 12장을 참조하십시오. 전문 간호 시설을 SNF라고도 합니다.) 보장 서비스는 다음을 포함하며, 이에 국한하지 않습니다 • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 전문 요양 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 치료 플랜의 일부로 받는 의약품 • 혈액(저장 및 투여 포함) 전혈 및 농축 적혈구에 대한 보장은 귀하에게 필요한 혈액 4파인트부터 시작됩니다. 귀하는 1년에 처음 3파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 귀하 또는 다른 사람이 혈액을 기증해야 합니다. 다른 모든 혈액 성분은 사용된 첫 번째 파인트부터 보장됩니다. • SNF가 일반적으로 제공하는 의료 및 수술 용품 • SNF가 일반적으로 제공하는 실험실 검사 • SNF가 일반적으로 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선 서비스 • SNF가 일반적으로 제공하는 휠체어 등 기구의 사용 • 내과 의사/임상의 서비스 보통 네트워크 소속 시설에서 SNF 진료를 받게 됩니다. 그러나 아래에 나열된 특정 조건 하에서 해당 시설이 당사 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 네트워크 의료 제공자가 아닌 시설에서 진료를 받을 수 있습니다. • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양원 또는 지속 진료 은퇴 커뮤니티(요양 시설 진료를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 시 귀하의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 전문 요양 시설(SNF)	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 응급 상황을 제외하고 의사는 SNF에 입원할 플랜이라고 말해야 합니다. 사전 입원은 필요하지 않습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	흡연 및 담배 사용 중단(흡연 또는 담배 사용을 중단하라는 상담)* <u>담배를 사용하지만 담배 관련 질병의 징후나 증상이 없는 경우:</u> 당사는 귀하에게 무료 예방 서비스로 12개월 기간 내에 두 번의 상담 종료 시도를 보장합니다. 각 상담 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다. <u>담배를 피우고 있고, 담배 관련 질병 진단을 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용 중인 경우:</u> 당사는 중단 상담 서비스를 보장합니다. 당사는 12개월 기간 내에 두 번의 상담 종료 시도를 보장하지만 해당 비용 분담을 지불하게 됩니다. 각 상담 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다.	Medicare 적용 대상 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	흡연 및 담배 사용 중단 서비스(보충)* 담배를 끊고 싶다면 주치의와 상담하거나 보건 교육부에 전화해야 합니다. Medicare에서 보장하는 흡연 및 담배 사용 중단 혜택에 따라 제공되는 보장 외에도, 플랜은 귀하의 흡연 또는 담배 제품 사용을 중단하는 데 도움이 되도록 매년 8회의 추가 상담 서비스를 보장합니다. 플랜이 이 혜택에 따른 보장 비용을 지불하기 전에 Medicare에서 보장하는 담배 사용 중단 혜택을 소진해야 합니다.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다. 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 질환 • 암 • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환(ESRD) • 중증 혈액 장애	Healthy You 카드를 사용할 경우 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 진료 관리 프로그램에 대한 참여가 필요할 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(계속) • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애성 정신 질환 • 신경학적 장애, 및 • 뇌졸중 이러한 혜택을 누리실 수 있도록 도와드리겠습니다. 가입자 서비스 부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 귀하의 요청을 시작하거나 추가 정보를 얻을 수 있습니다. 참고: 귀하는 이 혜택을 요청함으로써 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법으로 귀하에게 연락할 수 있는 권한을 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) 담당자에게 부여하게 됩니다. 승인이 완료되면 Healthy You 카드에 월 최대 \$73이 자동으로 충전되어 SSBCI 혜택에 사용할 수 있습니다. 매월 말까지 사용되지 않은 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다. 식품 및 농산물 자격이 있는 경우 월 \$73을 식품 및 생산 비용으로 지출할 수 있습니다.	
	감시형 운동 요법(SET) SET는 증상이 있는 말초 동맥 질환(PAD)이 있는 가입자에게 보장됩니다. 모든 SET 요건이 충족되는 경우, 12주 동안 최대 36회 세션 SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다. • 파행 환자의 PAD에 대한 치료 운동 훈련 프로그램이며 30~60 분간 지속되는 세션으로 구성됩니다. • 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 실시. SET는 의료 서비스 제공자가 의학적으로 필요하다고 판단하는 경우 12주 동안 36회 세션을 초과하여 장기간에 걸쳐 추가 36회 세션을 보장할 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	비용급 운송(보충) 귀하는 재량에 따라 Healthy You 카드의 건강 관련 장소로 이동할 수 있도록 매월 \$100을 지급 받습니다. 이 액수는 정해진 “탑승” 횟수에 대응하지 않으며 비용급 교통편을 구매하는 데 혜택 한도까지 사용할 수 있습니다. 이 금액은 일반 의약품(OTC) 월별 보조금과 결합됩니다. 월별 혜택 금액을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 다음 달로 이월되지 않습니다. 충전된 Healthy You 카드를 사용하여 택시 호출 애플리케이션, 택시 서비스 또는 다른 형태의 비용급 상황 의료 수송 수단(예: 버스 정기 승차권, 기차 카드 또는 기타 대중 교통 수단)의 탑승권을 구매할 수 있습니다. 가입자는 이 보조금을 통해 이용 가능한 이동 수단을 최대한 많이 사용하는 것이 좋습니다. 투석 센터나 물리치료 시설 등 많은 사람이 찾는 목적지의 경우, 택시 호출 서비스 또는 소매 교통편 서비스를 통해 이동 수단을 예약하기 전에 서비스 제공 시설에 직접 연락하여 보다 경제적인 이동 수단이 있는지 확인하십시오.	Healthy You 카드를 사용할 경우 공동보험료와 코페이가 없습니다. 연간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 가입자가 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다. 응급 치료가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오. 긴급 교통편에 대한 자세한 내용은 이 차트의 “서비스”를 참조하십시오.
	긴급하게 필요한 서비스 응급은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 경우 받을 수 있는 플랜 보장 서비스로, 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나 주어진 시간, 장소, 상황을 고려할 때 플랜과 계약된 네트워크 의료 제공자로부터 해당 서비스를 받는 것이 합당하지 않은 경우에 긴급하게 필요한 서비스를 말합니다. 귀하의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장하며 네트워크 내 비용 부담만 지급합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발작 등이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같은 의료제공자의 의료적으로 필요한 정기 방문은 귀하가 플랜 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크가 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다. 미국 외 지역은 “전 세계 응급/긴급 진료”를 참조하십시오.	이런 서비스에는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	안과 진료 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - 노화 관련 황반 변성 치료를 포함하여 눈의 질병 및 부상의 진단 및 치료를 위한 외래 의사 서비스. Original Medicare는 안경/contacts에 대한 일상적인 눈 검사(눈 굴절)를 보장하지 않습니다. - 녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지급합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다. 녹내장 가족력이 있는 사람, 당뇨병이 있는 사람, 50세 이상의 아프리카계 미국인, 65세 이상의 히스패닉계 미국인	Medicare에서 보장하는 안과 케어에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 안경에 대해서는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	안과 케어(계속) - 당뇨병 환자의 경우 당뇨병성 망막병증 검사가 1년에 한 번 보장됩니다. - 안구내 렌즈 삽입을 포함하는 각 백내장 수술 후 안경 또는 콘택트 렌즈 한 쌍(두 번의 별도 백내장 수술을 받은 경우, 첫 번째 수술 후에는 혜택을 유보할 수 없으며 두 번째 수술 후에는 두 개의 안경을 구입할 수 없습니다.) 안과 진료(보충) - 달력 연도마다 정기 눈 검사 1회 - 안경, 매년 최대 \$350 한도 Medicare 보장 서비스는 다음을 포함합니다. - 안경, 의학적으로 필요한 콘택트 렌즈 및 폴리카보네이트 렌즈, 인공 눈(기성품 또는 맞춤 제작), 저시력 보조 기구 및 저시력 서비스를 포함한 검안사, 안과의사 및 안과 조제 서비스. 보장에는 부품의 수리 또는 교체가 포함됩니다. 시각 장애 및/또는 눈 질환의 진단 및 치료를 위한 검사. 굴절 검사는 의학적으로 필요한 경우를 제외하고 2년마다 실시하는 것으로 제한됩니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 진료를 받는 경우 또는 의료 제공자 및 약물 디렉터리를 참조하거나 가입자 서비스부에 연락하여 목록을 확인하십시오.	
	Medicare 가입 환영 예방 방문 플랜은 일회성 Medicare 가입 환영 예방 방문을 보장합니다. 해당 방문에는 건강 검토투와 교육을 포함합니다. 중요: 당사는 귀하가 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.	Medicare 가입 환영 예방 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.
	세계 응급/긴급 보장 범위(보조)* 추가 혜택으로 미국(U.S.) 외 지역에서 발생하는 세계 응급 진료에 대한 달력 연도마다 최대 \$10,000 보장이 보장됩니다. 이 혜택은 미국에서 케어가 제공되지 않은 경우 응급 또는 긴급 케어로 분류될 수 있는 서비스로 제한됩니다. 세계 보장 범위에는 응급 또는 긴급하게 필요한 케어, 응급 상황 발생 장소에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지 응급 구급차 수송 및 안정화 후 케어가 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 미국 외 지역에서 응급 진료를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 진료를 받아야 하는 경우 해당 진료에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

	귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
	세계 응급 상황 보장(보충)*(계속) 구급차 서비스는 기타 다른 방법으로 귀하를 응급실로 옮기면 귀하의 건강이 위협할 수 있는 상황에서 보장됩니다. 이러한 상황이 발생하면 귀하 또는 귀하의 보호자가 당사에 전화해 주시기를 요청드립니다. 당사에서 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 의학적 상태 및 상황이 허락하는 대로 신속하게 케어를 인계하도록 준비할 것입니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다. 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다. 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. 미국은 50개 주, 워싱턴 D.C., 푸에르토리코, 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 미국령 사모아를 의미합니다.	소속 병원으로 돌아오거나 플랜이 승인한 네트워크 외부 병원에서 입원 환자 진료를 받아야 합니다. 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 진료의 환급 청구를 신청해야 할 수 있습니다. 이 혜택에는 달력 연도마다 \$10,000의 플랜 최대 금액이 적용됩니다.

섹션 2.2

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자를 위한 Medicaid 보장 혜택

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 Medicare 보험과 추가 장기 요양 서비스를 포함한 Medicaid 혜택을 결합한 이중 적격 특별 필요 플랜으로 요양원 수준의 요양원을 위해 특별히 고안되었습니다. 다음의 도표는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자가 이용할 수 있는 추가적인 Medicaid 혜택 및 서비스 목록입니다.

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
Adult Day Health Care 주거 의료 시설 또는 승인된 확장 사업장에서 제공되는 치료 및 서비스 반드시 제공해야 함: • 의사의 의학적 지시에 따라 • Adult Day Health Care 직원 • 가입자의 종합적 요구사항 평가 및 진료 플랜 기준 • 건강 관리 플랜의 지속적인 조정과 함께. 교통편이 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
특정 전문 정신 건강 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
• 집중적인 정신과 재활 치료 프로그램, • 주간 치료 • 연속 주간 치료(Continuing Day Treatment, CDT) • 심각하고 지속적으로 정신병에 대한 사례 관리 (주 또는 지역 정신 건강 단위에서 후원), • 부분 입원 • 적극적 지역사회 기반 치료(ACT) • 개인 회복 서비스(Personalized Recovery Oriented Services, PROS)	
소비자 직접 개인 관리 서비스(CDPAS) 일상 생활 활동(ADL) 또는 전문 영양 서비스 관련 의료적 도움이 필요한 만성 질환 또는 신체 장애를 가진 가입자를 위한 서비스. 개인 보건 보조(재택 간호사), 가정 보건 보조 또는 간호사가 제공하는 모든 서비스가 포함됩니다. 귀하는 귀하의 간병인을 선택할 수 있는 유연성과 자유가 있습니다. 귀하 또는 귀하를 대리하는 사람은 필요한 경우 채용, 해고, 교육, 감독 및 해고에 대한 책임이 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
치과 서비스 보장 서비스에는 예방 치과 검진, 세척, X-레이, 충전물 및 치료 및/또는 후속 관리가 필요할 수 있는 변화 또는 이상을 확인하기 위한 기타 서비스와 같은 정기적이고 일상적인 치과 서비스가 포함됩니다. 또한 의학적으로 필요한 치과 임플란트를 포함합니다. 다음 두 가지가 모두 있어야 합니다. • 임플란트가 귀하의 건강 상태에 어떻게 도움이 되는지 설명하는 의사의 편지 • 다른 대안이 귀하의 상태를 교정하지 못하는 이유와 임플란트가 필요한 이유를 설명하는 치과 의사의 편지 치과 진료를 위한 PCP의 진료 의뢰는 필요하지 않습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 치아 임플란트를 포함한 일부 서비스의 경우 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
내구성 의료 장비(DME) Medicaid로 보장되는 비-Medicare DME, 예를 들어 의료/수술용품 외의 장비와 장치, 욕조 의자 및 그랩 바, 그리고 보청기 또는 교정 기구를 포함합니다. DME는 다음 기준을 충족하는 한 보장됩니다: • DME는 장시간 반복적으로 사용할 수 있습니다. • 의학적 목적으로 주로 그리고 관례적으로 사용됩니다. • 일반적으로 질병이나 부상이 없는 사람에게는 유용하지 않습니다. • 일반적으로 특정 개인의 용도에 맞게 장착, 설계 또는 제작됩니다. • 자격을 갖춘 전문의가 지시합니다. 홈바운드 전제 조건이 없습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 일부 장비에 대해서는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
청각 진료 서비스 청력 손실 또는 장애로 인한 장애를 완화하기 위한 서비스 및 제품 의학적으로 꼭 필요한 것이어야 한다. 포함 사항: • 보청기 선택, 피팅 및 수액 주입 • 수액 주입 후 보청기 점검 • 보청기 적합성 평가 및 수리 • 테스트 및 시험, 보청기 평가 및 처방을 포함한 청각 서비스 • 보청기, 귀걸이, 특수 피팅 및 교체 부품	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
가정 간호 서비스 (전문) 최대 회복 가능성에 도달한 환자를 위한 유지 관리 프로그램을 감독하는 물리 치료사 또는 당뇨병 장애인을 위한 주사기를 미리 준비하는 간호사와 같이 Medicare에서 보장하지 않는 숙련된 서비스가 포함됩니다. 인증된 가정 보건 기관에서 개발한 승인된 치료 플랜에 따라 요구되는 가정 보건 보조 서비스를 포함합니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
가정 배달 및 모임 식사 식사를 준비할 수 없거나 준비할 수 없는 노인 센터와 같은 집이나 회중 환경에서 제공되는 식사.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
입원 환자 병원 치료, 정신 건강 및 약물 사용 장애 치료 입원 환자 정신 건강을 위한 Medicare 190 일 평생 최대 일수를 초과하는 날을 포함하여 의학적으로 필요한 치료.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
1년 365일(윤년은 366일)	긴급 상황을 제외하고 사전 승인이 필요합니다.
의료 사회 복지 서비스 재택 가입자 부양과 관련된 사회문제에 대한 평가, 조정 및 지원	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
의료/Surgical 소모품 보장 혜택은 의료 또는 외과 용품 및 경장/parenteral 포물러 및 보충제 -- 일반적으로 일회용 및/또는 소모품으로 간주되는 품목입니다. 경장 분유 및 영양 보충 혜택은 다른 수단을 통해 영양을 얻을 수 없는 개인과 다음과 같은 조건으로 제한됩니다 : • 음식을 씹거나 삼킬 수 없으며 튜브를 통해 분유를 통해 영양을 섭취해야 하는 튜브 공급 개인; 그리고 • 필수 영양소를 제공하기 위해 특정 의학적 제형이 필요한 희귀 선천성 대사 장애를 가진 환자	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
의료 수송(일상/non-긴급) 구급차, 앰불렛, 고정날개 또는 비행기 교통편, 유효하지 않은 코치, 택시, 대중 교통 또는 가입자의 건강 상태에 적합한 기타 수단을 이용한 편도 및 왕복 교통편. 필요한 경우, 동행할 수송 안내원을 포함합니다. 운송 직원의 식사, 숙박 및 급여가 포함될 수 있습니다. (가입자의 가족인 참석자에게는 급여가 지급되지 않습니다.)	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
영양 영양 요구 평가, 치료 플랜 개발 및 평가, 영양 교육 및 상담, 현장 교육 등이 포함됩니다. 문화적 고려 사항을 포함합니다. 보장에는 저단백질 또는 아미노산 및 유기산 대사의 특정 유전병을 가진 개인을 위한 변형 단백질을 포함하는 변형 고체 식품이 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
외래 정신 건강 치료 개인 및 집단 치료 가입자는 12개월 동안 네트워크 의료 제공자로부터 한 가지 평가를 직접 참조할 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
약물 사용 장애에 대한 외래 치료 개인 및 그룹 방문	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
가입자는 12개월 동안 네트워크 의료 제공자의 평가 1건을 직접 참조할 수 있어야 합니다.	
개인 간병 서비스(PCS) 개인 위생, 드레싱 및 수유, 식사 준비 및 청소 등의 영양 및 환경 지원과 같은 활동을 통해 의학적으로 필요한 지원을 제공합니다. 서비스는 가입자의 건강과 안전을 자신의 집에서 유지하는 데 필수적이어야 합니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
개인 응급 대응 서비스(PERS) PERS는 개인이 신체적, 정서적 또는 환경적 응급 상황에서 도움을 얻을 수 있도록 해주는 전자 장치입니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
개인 전담 간호 서비스 NYS 교육 부서의 면허와 현재 등록을 소지 한 등록 된 전문 간호사 (RN) 또는 면허 실무 간호사 (LPN)가 제공해야 합니다. 서비스는 공인 된 가정 보건 기관, 허가 된 가정 간호 기관 또는 개인 개업자를 통해 제공 될 수 있습니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
보철 및 교정 장치 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 장치(치과용 제외) 여기에는 결장 조루술 치료와 직접 관련된 결장 조루술 백 및 용품, 심장박동기, 보조기, 보철화, 인공 사지 및 유방 보철물 (유방절제술 후 수술용 브라지어 포함)이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. 보철 장치와 관련된 특정 용품이 포함됩니다.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
외래 환자 재활 서비스 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. 물리 및 작업 치료 말하기 언어 치료	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
Social Day Care 하루 중 어느 때라도 보호 환경에서 사회화, 감독, 모니터링, 개인 관리 및 영양을 제공하는 체계적인 종합 프로그램. ADL, 사례 관리 및 운송에 대한 지원이 포함될 수 있습니다. 의료적 필요성에 기초한 보험.	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사회 및 환경 지원	이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

귀하에게 보장된 서비스	이러한 서비스를 받을 때 지불해야 하는 비용
의료 지원을 위한 서비스 및 물품이 포함됩니다. 주택 유지 관리 업무, 주부/chore 서비스, 주택 개량 및 휴식 관리가 포함될 수 있습니다.	사전 승인이 필요할 수 있습니다.

섹션 3 어떤 서비스가 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 외부에서 보장됩니까?

섹션 3.1 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 보장하지 않는 서비스

Medicaid에서 보장하지 않지만 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 보장하는 일부 서비스가 있습니다. Medicaid 혜택을 사용하여 Medicaid를 받는 의료 제공자에게 이러한 서비스를 받을 수 있습니다. 혜택이 Senior Whole Health of New York NHC 또는 Medicaid에서 보장되는지 여부에 대해 질문이 있는 경우 (833) 671-0440 (TTY 711)로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

다음 서비스들은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 보장하지 않지만 Medicaid가 보장합니다:

- 직접 액세스 조항에 따른 네트워크 외 가족 계획 서비스,
- 주 법률에 의해 허용되는 Medicaid 약국 혜택 (Medicare 파트 D 혜택에서 제외된 약품 카테고리를 선택하십시오),
- 메타돈 유지 치료 프로그램,
- OMH 라이선스 커뮤니티 거주자(CRs) 및 가족 기반 치료 프로그램에 제공되는 재활 서비스,
- 발달 장애인 서비스 사무소,
- 종합 Medicaid 사례 관리
- 결핵 질환 직접 관찰 요법(DOT),

섹션 4 본 플랜은 어떤 서비스들에 대해서 보장하지 않습니까?

섹션 4.1 플랜에서 보장하지 않는 서비스

이 섹션에서는 제외되는 서비스에 대해 설명합니다.

아래 차트는 어떤 조건에서도 플랜에서 보장되지 않거나 특정 조건에서만 보장되는 일부 서비스 및 품목을 설명합니다.

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

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
성형 수술 또는 시술		• 사고로 인한 부상 또는 기형 신체의 기능 개선을 위한 경우에 보장됩니다. • 유방 절제술 후 유방 재건의 모든 단계 및 대칭적 외관에 영향 없는 유방 재건도 보장됩니다.
보호자 돌봄 보호자 돌봄은 목욕이나 옷입기와 같은 일상 생활에 도움이 되는 돌봄과 같이 훈련된 의료 또는 구급요원의 지속적인 주의를 요하지 않는 개인 돌봄입니다.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
실험적인 의료 및 수술 절차, 장비 및 투약. 실험 절차 및 품목은 Original Medicare에 의해 일반적으로 의료커뮤니티에 의해 받아 들여지지 않기로 결정된 품목 및 절차입니다.		• Medicare가 승인한 임상 연구에 따라 Original Medicare 또는 당사 플랜에서 보장할 수 있습니다. (임상 연구에 대한 자세한 내용은 3장 5절 참조)
귀하의 직계 친척 또는 귀하의 가족 구성원이 진료를 위해 부과하는 수수료.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
가정 내 전담 영양 간호	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
가정 배달 식사		Medicaid의 보장.
간단한 집안일 또는 간단한 식사 준비와 같은 기본적인 가정 지원을 포함한 집안 돌봄 서비스.		Medicaid의 보장.
자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용).	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
정형외과 신발 또는 발 지지 장치		• 신발은 다리 보조기의 일부이며 보조기 비용에 포함되어 있습니다. 당뇨병성 발 질환을 가진 사람들을 위한 정형 외과적 또는 치료용 신발.
전화나 텔레비전 등 병원이나 전문요양 시설에서 환자의 방에 비치하는 개인적 용도의 물품	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	

4장:의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)

Medicare에서 보장하지 않는 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건에서만 보장됨
병원의 개인 병실.		• 의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
난관 복원 시술 및 비처방 피임 용품	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
정기적인 척추 지압 요법 치료		• 아탈구 교정을 위해 수동 척추 조작이 보장됩니다.
세척, 충전재 또는 의치와 같은 일상적인 치과 관리.	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	
방사형 각막 절개술, 라식 수술 및 기타 저시력 보조 기구		• 백내장 수술 후에는 시력 검사와 안경 하나(또는 콘택트 렌즈)가 보장됩니다. • 이 플랜은 추가 시력 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 장 섹션 2.1의 혜택 차트에서 "안과 진료"를 참조하십시오.
족부 치료(발 관리)		• Medicare 지침에 따라 일부 제한적인 보장이 제공됩니다(예: 당뇨병이 있는 경우).
정기 청력 검사, 보청기 또는 보청기 시착 검사		Medicaid에서 보장합니다.
Original Medicare 표준에 따라 합리적이지 않고 필요하다고 간주되는 서비스	어떠한 조건에서도 보장되지 않음	

5장:

파트 D 처방약에 대한 폴랜의 보장 사용

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용**약품 비용에 대한 정보를 어떻게 얻을 수 있습니까?**

귀하가 Medicaid를 위해 자격이 있기 때문에, 귀하는 귀하의 처방약 플랜 비용을 지불하기 위하여 Medicare에게서 “추가 지원”을 받고 있습니다. 귀하는 “추가 지원” 프로그램 가입자가므로 **파트 D 처방약 비용에 대한 이 보장 범위 증명의 일부 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수도 있습니다.** 처방약 비용 추가 지원을 받는 사람들을 위한 보장 범위 증명서 추가 조항(이하 저소득 보조금 추가 조항 또는 LIS 추가 조항이라고도 함)이라는 별도의 안내 자료를 귀하에게 보내드렸습니다. 이 자료에는 귀하의 약품 보장에 대하여 설명되어 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 LIS 추가 지원을 요청하십시오.

섹션 1 소개

이 장에서는 파트 D 약품에 대한 보장 사용에 대한 규칙을 설명합니다. Medicare 파트 B 의약품 혜택 및 호스피스 의약품 혜택에 대해서는 4장을 참조하십시오.

Medicare에서 보장되는 약품 외에도 일부 처방약은 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다.

Medicaid 약품 보장에 대한 자세한 사항은 주정부 Medicaid 사무소에 문의하십시오 (연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

섹션 1.1 플랜의 파트 D 의약품 보장 기본 규칙

플랜은 귀하가 다음의 기본 규칙을 따르는 한 일반적으로 약품을 보장합니다:

- 귀하는 의료 제공자(의사, 치과 의사 또는 다른 처방자)로부터 유효한 주 법률에 따라 처방전을 받아야 합니다.
- 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되어 있지 않아야 합니다.
- 일반적으로 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제 받아야 합니다. (이 장의 섹션 2 참조하십시오) 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 작성할 수 있습니다.
- 귀하의 의약품은 플랜의 보장 의약품 목록(처방집)에 있어야 합니다 (당사는 짧게 의약품 목록이라고 부릅니다). (이 장의 섹션 3을 참조하십시오).
- 해당 의약품은 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. "의학적으로 승인된 용도"란 FDA에서 승인했거나 특정 참고 문헌에서 지원하는 약품 사용을 의미합니다.. (의학적으로 승인된 용도에 대한 자세한 정보는 섹션 3을 참조하십시오.)
- 귀하의 약품은 당사가 보장하기 전에 승인이 요구될 수 있습니다. (귀하의 보장 제한 사항에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 4를 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 약국 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방전을 작성하십시오.**섹션 2.1 네트워크 소속 약국 이용하기**

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

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

네트워크 약국은 귀하의 처방약을 제공할 플랜과 계약을 맺은 약국입니다. 보장 의약품이라는 용어는 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

섹션 2.2 네트워크 약국

귀하의 지역에서 네트워크 약국을 어떻게 찾습니까?

네트워크 약국을 찾으려면 의료 제공자/약국 명부를 방문하고 웹 사이트(SWHNY.com)를 방문하고/가입자 서비스부에 전화하십시오.

네트워크 소속 약국이면 아무 곳이나 가도 무방합니다.

귀하가 사용하고있는 약국이 네트워크를 떠난다면 어떨까요?

현재 이용하는 약국이 플랜 네트워크를 빠져 나가는 경우, 네트워크에 속한 새로운 약국을 찾으셔야 합니다. 해당 지역의 다른 약국을 찾으려면 가입자 서비스부의 도움을 받거나 의료 제공자/약국 명부를 사용하십시오. 또한 당사 웹사이트 SWHNY.com를 방문하실 수 있습니다.

전문 약국이 필요한 경우

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

- 가정 주입 치료 요법을 위한 의약품을 공급하는 약국
- 영양 시설과 같은 장기 케어 시설의 거주 환자들을 위해 약품을 공급하는 약국 일반적으로 LTC 시설 (요양원과 같은)에는 자체 약국이 있습니다. LTC 시설에서 파트 D 혜택에 액세스하는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 인도 건강 서비스 / 부족 / 도시 인도 건강 프로그램 (푸에르토리코에서는 사용할 수 없음)을 제공하는 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. 전문 약국을 찾으려면 의료 제공자/약국 명부 SWHNY.com을 확인하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 사용하기

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

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

우편으로 처방전을 채우는 방법에 대한 주문 양식과 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하거나 저희 웹사이트(SWHNY.com)를 방문해 주세요.

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

약국이 의사의 사무실에서 직접 받는 새로운 처방전.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

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

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

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

우편 주문 리필을 자동으로 준비하는 프로그램에 참여하지 않으려면 가입자 서비스부에 전화하거나 웹 사이트(SWHNY.com)를 방문하십시오.

섹션 2.4 어떻게 하면 의약품의 장기 분량으로 받을 수 있나요?

이 플랜은 당사 플랜의 의약품 목록에 유지 의약품의 장기 공급 (연장 공급이라고도 함)을 얻는 두 가지 방법을 제공합니다. (정기적으로 받는 유지 의약품은 만성 또는 장기 의학적 상태를 위한 약입니다.)

1. 당사 네트워크에 속한 일부 소매 약국은 가입자가 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있도록 허용합니다. *의료 제공자 및 약국 명부* SWHNY.com를 보시면 당사 네트워크 안에서 어느 약국이 유지 의약품 장기 공급을 제공하는지 알 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하셔도 됩니다.
2. 또한 귀하는 당사의 우편 주문 프로그램을 통해 유지 의품을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 2.3을 참조하시기 바랍니다.

섹션 2.5 플랜 네트워크에 속하지 않는 약국을 사용할 수 있나요?

귀하의 처방전은 특정 상황에서 보장될 수 있습니다.

일반적으로, 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 보장합니다. 귀하를 돕기 위해 당사는 서비스 지역 밖에도 당사 플랜의 귀하가 처방약을 받을 수 있는 네트워크 소속 약국을 보유하고 있습니다. 우선 가입자 서비스부에 연락해 가까운 곳에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하십시오. 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 충당할 비용 간의 차이를 지불해야 할 수도 있습니다.

다음은 네트워크 외의 약국에서 채워진 처방전을 보장하는 상황입니다.

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

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용**플랜에 대한 환급을 어떻게 요청합니까?**

네트워크 외부 약국을 이용할 수 밖에 없는 경우, 보통 처방전을 작성할 때 전체 비용을 본인이 지급하셔야 합니다. 귀하는 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. (6장, 섹션 2에서는 당사에게 환급을 요청하는 방법에 대해 설명합니다.)

섹션 3 귀하의 약품이 플랜의 의약품 목록에 있어야 합니다.**섹션 3.1 의약품 목록에서 어느 파트 D 처방약이 보장되는지 확인할 수 있습니다.**

플랜에는 보장 의약품 목록(처방집)이 있습니다. 이 보장 범위 증명에서 당사는 이를 간단히 의약품 목록이라고 부릅니다.

이 목록에있는 약품은 의사 및 약사 팀의 도움으로 플랜에 의해 선택됩니다. 이 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다.

의약품 목록에는 Medicare 파트 D에서 보장하는 약품들이 포함됩니다. Medicare가 보장하는 약품 외에도 일부 처방약은 귀하의 Medicaid 혜택에 따라 보장됩니다. Medicaid 약품 보장에 대한 자세한 사항은 주정부 Medicaid 사무소에 문의하십시오 (연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

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

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

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

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

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

의약품 목록에 포함될 수 있는 의약품의 종류에 대한 정의는 11장을 참조하십시오.

처방전 없이 구입할 수 있는 일반 의약품

당사의 플랜은 특정 처방전 없이 구입할 수 있는 약도 보장합니다. 일부 OTC 의약품은 처방약보다 가격이 저렴하고 효과도 좋습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부 문의하십시오.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용**의약품 목록에 없는 것은 무엇입니까?**

이 플랜은 모든 처방 약품을 보장하지 않습니다.

- 어떤 경우에는, 법률은 어떤 Medicare 계획도 약품의 특정 유형을 커버하는 것을 허용하지 않습니다. (이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 7.1을 참조하십시오.)
- 또 당사에서 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정하는 경우도 있습니다. 어떤 경우에는 의약품 목록에 없는 약품을 구할 수도 있습니다. 자세한 내용은 제8장을 참조하십시오.

섹션 3.2 특정 의약품이 “의약품 목록”에 있는지 어떻게 알 수 있나요?

귀하는 4 가지 방법으로 확인할 수 있습니다.

- 당사가 전자적으로 제공한 가장 최근의 의약품 목록을 확인하십시오.
- 플랜의 웹 사이트(SWHNY.com)를 방문하십시오. 웹 사이트에 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 특정 약품이 해당 플랜의 의약품 목록에 있는지 확인하려면 가입자 서비스부에 물어보시거나 목록 사본을 요청하시면 됩니다.
- 플랜의 “실시간 혜택 도구”를 이용하십시오(Caremark.com을 이용하거나 가입자 서비스부에 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.

섹션 4 일부 약품의 보장에는 제한이 있습니다.**섹션 4.1 왜 일부 의약품에는 사용 제한이 걸려있습니까?**

특정 처방약의 경우, 특별 규정이 적용되어 플랜의 보장 방법 및 시기가 제한됩니다. 의사와 약사 팀은 귀하와 귀하의 의료 제공자가 가장 효과적인 방법으로 의약품을 사용하도록 장려하기 위해 이러한 규칙을 개발했습니다. 이러한 제한이 귀하가 현재 복용하고 있거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알려면 의약품 목록을 확인해 보십시오. 안전하고 저렴한 의약품이 고비용 의약품만큼 의학적으로 효과가 있다면 플랜의 규칙은 귀하와 귀하의 의료 제공자가 저렴한 옵션을 사용하도록 장려하기 위해 고안되었습니다.

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

섹션 4.2 어떤 종류의 제한입니까?

이 섹션에서는 제외되는 처방약의 종류에 대해 설명합니다.

약품에 제한이 있는 경우, 귀하나 귀하의 의료 제공자가 약품 보장을 받기 위해 추가 절차를 밟아야 한다는 것을 의미합니다. 약품 보장을 받기 위해 귀하나 귀하의 의료 제공자가 해야 할 일을 알아보려면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 당사가 귀하를 위해 제한 사항을 면제해주기를 원할 경우, 귀하는 보장 결

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

정 절차를 사용하고 예외를 요청해야 합니다. 당사는 귀하에게 제한을 면제할 수도 있고 않을 수도 있습니다. (8장 참조)

플랜에 대해 사전 승인 받기

일부 약품의 경우, 당사가 해당 약품을 귀하에게 보장하기 전에 플랜의 승인을 받아야 합니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 이것은 의약품 안전을 보장하고 특정 의약품의 적절한 사용을 안내하는 데 도움이 됩니다. 이 승인을 얻지 못하면 의약품이 플랜에서 보장하지 않을 수 있습니다.

먼저 다른 약 시도해 보기

이 요구 사항에 따르면, 귀하가 플랜에서 다른 약품을 보장하기 전에 비용이 덜 들지만 일반적으로 효과적인 약품을 시도하는 것이 좋습니다. 예를 들어 A 약품과 B 약품이 동일한 질환을 치료하고, A 약품이 B 약품보다 비용이 적게 드는 경우에 당사는 A 약품을 먼저 시도하도록 요구할 수 있습니다. 약품 A가 귀하에게 효과가 없는 경우, 플랜은 약품 B를 보장합니다. 먼저 다른 약품을 시도해야 하는 이 요구사항을 단계 치료라고 합니다.

수량 제한

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

섹션 5 약품 중 하나가 원하는 방식으로 보장되지 않으면 어떻게 됩니까?

섹션 5.1	귀하의 의약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않을 경우 귀하가 할 수 있는 일이 있습니다.
---------------	--

귀하가 복용하고 있는 처방약이 있거나 귀하와 귀하의 의료 제공자가 귀하가 복용해야 한다고 생각하는 처방약이 있는데, 당사의 처방집에 없거나 처방집에 있지만 사용제한이 걸려 있는 상황이 있습니다. 예를 들어,

- 해당 약품이 전혀 보장되지 않을 수 있습니다. 또는 제네릭 버전의 약품은 보장되지만 귀하가 복용하려는 브랜드 버전은 보장되지 않을 수도 있습니다.
- 해당 약품은 보장되지만 섹션 4에 설명된 바와 같이 해당 약품에 대한 보장에 대한 추가 규칙 또는 제한이 있습니다.
- 귀하의 약품이 귀하가 원하는 대로 보장되지 않는 경우 할 수 있는 일이 있습니다. 귀하의 약품이 의약품 목록에 없거나 귀하의 약품이 제한된 경우 섹션 5.2로 이동하여 할 수 있는 일에 대해서 알아보십시오.

섹션 5.2	귀하의 의약품이 의약품 목록에 없거나 해당 의약품이 어떤 식으로든 제한되어 있을 경우, 귀하가 할 수 있는 일은 무엇입니까?
---------------	---

귀하의 약품이 의약품 목록에 없거나 제한되어 있다면 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 귀하는 약품의 임시 공급분을 얻을 수 있습니다.
- 다른 약품으로 변경할 수 있습니다.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

- 예외를 요청하고 약품을 보장하거나 약품에서 제한을 제거하기 위한 플랜을 요청할 수 있습니다.

임시 공급분을 받을 수도 있습니다.

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

임시 공급분을 받을 자격이 되려면, 귀하가 복용하고 있는 약품은 더 이상 플랜의 의약품 목록에 없거나 현재 어떤 방식으로든 제한이 걸려 있을 것입니다.

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

임시 공급분에 대한 질문은 가입자 서비스부에 문의하십시오.

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

1) 다른 약으로 변경할 수 있습니다.

플랜에서 보장하는 다른 약이 귀하에게도 효과가 있을지에 대해 의료 제공자와 상담하십시오. 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 의학적 상태를 치료하는 보장 약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있는 보장 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

2) 예외를 신청할 수 있습니다.

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

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

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

귀하와 귀하의 의료 제공자가 예외를 요청하기 원할 경우 해야 할 일이 무엇인지 8 장 7.4 절에서 설명합니다. 귀하의 요청이 신속하고 공정하게 처리될 수 있도록 Medicare가 정한 절차와 마감일을 설명합니다.

섹션 6 약품 중 하나에 대해 보장이 변경될 경우 어떻게 합니까?

섹션 6.1 의약품 목록은 연중에 변경될 수 있습니다.

대부분의 약품 보장 변경은 매년 초에 하실 수 있습니다(1월 1일). 그러나 연중에는 플랜에서 “의약품 목록”을 일부 변경할 수 있습니다. 예를 들어 해당 플랜에서 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- 의약품 목록에서 약품을 추가하거나 제거하십시오.
- 약품 보장에 대한 제한을 추가하거나 제거합니다.
- 브랜드 약품을 제네릭 버전의 약품으로 교체하십시오.
- 원래의 생물학적 제품을 생물학적 제품의 상호 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체하십시오.

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

이 장에서 논의된 약품 유형의 정의에 대해서는 제11장을 참조하십시오.

섹션 6.2 복용 중인 의약품에 대한 보장 범위가 변경되면 어떻게 됩니까?

약품 보장의 변화에 대한 정보

의약품 목록에 대한 변경이 발생할 때, 당사는 해당 변경에 대한 정보를 당사의 웹 사이트에 게시합니다. 또한 당사는 정기적으로 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 이 섹션에서는 약품 목록에 적용할 수 있는 변경 사항의 유형과 복용 중인 약품에 대한 변경 사항이 있을 경우 사용자가 직접 통보를 받게 되는 시점에 대해 설명합니다.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 의약품 목록 변경

- 약품 목록에 새 약품을 추가하고 약품 목록에서 유사 약품을 **즉시** 제거하거나 변경합니다.
 - 의약품 목록에 새로운 버전의 약품을 추가할 경우, 당사는 즉시 유사 약품을 의약품 목록에서 제거하고 다른 비용 부담 티어로 전환하거나 새로운 제한을 추가할 수 있거나, 또는 둘 다 할 수 있습니다. 새로운 버전의 약품은 동일하거나 더 낮은 비용 부담 티어에 속한 약품으로서 동일하거나 더 적은 제한이 걸려 있어야 합니다.
 - 당사는 브랜드 이름의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 생물학적 원 제품의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 즉각적인 변경을 할 것입니다.
 - 우리는 즉시 이러한 변경을 할 수 있으며, 우리가 제거하거나 변경하는 약품을 복용하는 경우에도 나중에 알려줄 수 있습니다. 당사가 변경하는 시점에 귀하가 비슷한 약품을 복용하는 경우, 당사는 귀하에게 당사가 변경한 특정 내용을 알려드릴 것입니다.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

- **약품 목록에 약품을 추가하고 사전 통보를 통해 약품에 있는 유사 약품을 제거하거나 변경하는 행위.**
 - 의약품 목록에 다른 버전의 약품을 추가할 경우, 유사 약품을 제거하고 다른 비용 부담 티어로 전환하거나 새로운 제한을 추가할 수 있거나, 또는 둘 다 할 수 있습니다. 당사가 추가하는 의약품의 버전은 동일하거나 더 낮은 비용 부담 단계에 있으며 동일하거나 더 적은 제한을 받게 됩니다.
 - 당사는 브랜드 네임 의약품의 새로운 제네릭 버전을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있던 생물학적 원 제품의 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 할 것입니다.
 - 우리는 변경하기 최소 30 일 전에 알려주거나 변경에 대해 알려주고 복용중인 약품의 버전을 31 일 동안 채울 것입니다.
- **의약품 목록에는 있지만 시장에서 철회된 안전하지 않은 약품 및 기타 약품을 제거하기**
 - 때로는 의약품이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 이륙 될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 즉시 의약품 목록에서 해당 약품을 제거할 수 있습니다. 해당 의약품을 복용하고 있다면, 당사는 귀하에게 즉시 관련 사실을 알려드릴 것입니다.
- **의약품 목록에 있는 약품에 대한 기타 변경 사항**
 - 일년이 시작되면 복용중인 약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 또한 FDA의 경고 또는 Medicare에서 인정하는 새로운 임상 지침에 따라 변경할 수 있습니다.
 - 우리는 이러한 변경을하기 전에 적어도 30 일 전에 알려주거나 변경에 대해 알려주고 복용중인 약품의 추가 31 일 채우기를 다룰 것입니다.

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

현재 플랜 연도에 귀하에게 영향을 미치지 않는 의약품 목록의 변경

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

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

- 당사는 귀하의 의약품 사용에 새로운 제한을 두었습니다.
- 당사는 의약품 목록에서 귀하의 약품을 제거합니다.

복용 중인 의약품에 대해 이러한 변경 사항이 발생하는 경우(시판 중단, 브랜드 의약품을 복제약으로 대체 또는 위 섹션에 언급된 기타 변경 사항 제외), 변경 사항은 다음 해 1월 1일까지 귀하의 의약품 사용 또는 비용 부담금으로 지불하는 비용에 영향을 미치지 않습니다.

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

섹션 7 플랜에서 어떤 종류의 약품을 보장하지 *않습니까*?

섹션 7.1 당사가 보장하지 않는 약품 유형

이 섹션에서는 제외되는 처방약의 종류에 대해 설명합니다. 이는 Medicare가 이러한 약품에 대한 비용을 지불하지 않는다는 것을 의미합니다.

귀하가 이의를 제기하고 요청한 의약품이 파트 D에서 제외되지 않은 것으로 밝혀지면, 당사는 그것을 지불하거나 보상할 것입니다. (결정에 대한 이의신청에 대한 자세한 내용은 8장을 참조하십시오.) 당사 플랜에서 제외된 약품이 Medicaid에서도 제외되는 경우, 귀하는 그 비용을 직접 지불해야 합니다.

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

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

또한, 법률에 따라 아래에 나열된 다음 카테고리의 의약품은 Medicare의 적용을 받지 않지만, 이러한 의약품 중 일부는 Medicaid 의약품 보장에 따라 귀하에게 적용될 수 있습니다. Medicaid 약품 보장에 대한 자세한 사항은 가입자 서비스나 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오 (연락처 정보는 2장 섹션 6에 나와 있습니다)

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

섹션 8 처방전 작성

섹션 8.1 귀하의 멤버십 정보 제공

처방전을 작성하려면 선택한 네트워크 약국의 귀하의 멤버십 카드에 있는 플랜 가입자 정보를 제공하십시오. 네트워크 약국은 자동으로 귀하의 약품에 대한 플랜을 청구합니다.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

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

섹션 8.2 멤버십 정보가 없는 경우 어떻게 해야 할까요?

처방전을 작성할 때 플랜 멤버십 정보가 없으면 귀하나 약국은 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻거나 약국에 플랜 등록 정보를 조회하도록 요청할 수 있습니다.

약국에서 필요한 정보를 얻지 못하는 경우, 약국에서 약을 받아가실 때 처방약 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다. (당사에 환급을 요청하실 수 있습니다.) 플랜에 환급 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 6장, 섹션 2를 참조하십시오.)

섹션 9 특별한 경우의 파트 D 약품 보장**섹션 9.1 만약 병원이나 전문 요양 시설에 입원하여 플랜이 보장하는 병실 이용을 원한다면 어떻게 해야 하나요?**

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

섹션 9.2 장기 요양(LTC) 시설의 거주자라면 어떻게 해야 할까요?

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

LTC 시설의 약국 또는 사용하는 약국이 당사 네트워크의 일부인지 확인하려면 *의료 제공자/약국 명부* SWHNY.com을 확인하십시오. 소속이 아닌 경우, 또는 더 자세한 정보가 필요하신 경우 가입자 서비스 부에 문의하십시오. LTC 시설에 있는 경우, LTC 약국 네트워크를 통해 파트 D 혜택을 정기적으로 받을 수 있도록 해야 합니다.

장기 요양 (LTC) 시설의 거주자이고 당사의 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한된 약품이 필요한 경우 어떻게 해야 할까요?

임시 또는 응급 공급분에 대해서는 섹션 5.2를 참조하십시오.

섹션 9.3 고용주나 은퇴자 그룹 플랜로부터 약품 보장을 받는 경우 어떻게 해야 하나요?

현재 귀하의 (또는 귀하의 배우자 또는 동거인의) 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 처방 약품 보장이 있는 경우 해당 그룹의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 그들은 현재 처방 약품 보장이 당사 플랜과 어떻게 작동하는지 결정하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

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

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용**크레딧 전용 가능한 보장에 관한 특별 참고 사항:**

매년 귀하의 고용주 또는 퇴직자 그룹은 다음 연도의 처방 약품 보장이 크레딧 전용 가능함을 알려주는 통지서를 보내야 합니다.

그룹 플랜의 보장이 크레딧 전용 가능한 경우, 해당 플랜이 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보장과 동일한 비용을 지불할 것으로 예상되는 의약품 보장을 제공한다는 것을 의미합니다.

크레딧 전용 가능한 보장에 대한 이 공지를 보관하십시오. 나중에 필요할 수도 있습니다. 파트 D 의약품 보장이 있는 Medicare 플랜에 가입하는 경우, 크레딧 전용 가능한 보장을 유지했음을 증명하기 위해 이 통지가 필요할 수 있습니다. 만약 귀하가 크레딧 전용 가능한 보장 통지를 받지 못했다면, 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자 또는 노조에게 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4 Medicare 인증 호스피스에 있다면 어떻게 해야 하나요?

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

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

섹션 10 약품 안전 및 투약 관리에 관한 프로그램**섹션 10.1 가입자에게 의약품을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램**

당사는 가입자들이 안전하고 적절한 치료를 받고 있는지 확인하기 위해 약품 사용 심사를 실시합니다.

당사는 매번 처방약을 조제할 때마다 심사합니다. 또한 정기적으로 기록을 심사합니다. 이러한 심사 과정에서 다음과 같은 잠재적인 문제를 찾습니다.

- 가능한 투약 오류
- 동일한 질환을 치료하기 위해 기타 유사한 약을 복용하고 있기 때문에 필요하지 않을 수 있는 약품
- 귀하의 나이 또는 성별에 따라 안전하거나 적절하지 않을 수 있는 약품
- 동시에 복용할 경우 해를 입을 수 있는 약품의 특정 조합
- 알레르기 성분이 있는 의약품에 대한 처방전
- 복용 중인 약품의 양(복용량)의 가능한 오류
- 안전하지 않은 오피오이드 진통제의 양

귀하의 처방약 사용과 관련해 문제점이 발견되는 경우, 당사는 의료 제공자와 협의해 문제를 시정할 것입니다.

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

섹션 10.2	약물 관리 프로그램(DMP)은 가입자들이 오피오이드를 안전하게 투약할 수 있도록 도와줍니다.
----------------	--

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

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

이러한 약품의 수급 방법이나 수량을 제한하려는 경우, 사전에 통지서를 발송할 것입니다. 서한에는 이러한 약품의 보장을 제한할 것인지, 또는 특정 처방자나 약국에서만 해당 약품에 대한 처방을 받아야 하는지를 설명해드릴 것입니다. 귀하는 당사에 선호하는 처방자나 약국을 알려주거나 당사가 알아야 할 중요한 정보를 제공할 기회가 있을 것입니다. 귀하가 응답 할 수 있는 기회를 얻은 후 당사가 이 약품에 대한 귀하의 보장을 제한하기로 결정한 경우, 당사는 제한 사항을 확인하는 또 다른 편지를 보내드릴 것입니다. 당사의 결정이나 제한에 실수가 있다고 생각되거나 동의하지 않는 경우, 귀하와 귀하의 처방자는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 귀하가 이의 신청을 하면 당사는 귀하의 사례를 심사하고 결정 사항을 귀하에게 알려드립니다. 약품 사용 제한과 관련하여 귀하가 신청한 이의 중 일부라도 당사 측에서 계속 수용하지 않기로 결정하는 경우 당사는 자동으로 귀하의 사례를 해당 플랜과 관계없는 외부의 독립 심사관에게 보냅니다. 이의 제기 방법에 관한 정보는 제9장을 참조하십시오.

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

섹션 10.3	가입자들이 약물을 관리할 수 있도록 돕는 약물 치료 요법(MTM) 프로그램
----------------	--

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

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

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

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

귀하의 필요에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 당사는 귀하를 해당 프로그램에 자동으로 가입시킨 후 관련 정보를 보내드립니다. 귀하가 참여하지 않기로 결정한 경우 당사에게 알려주시면 당사는 귀하를 철회할 것입니다. 이 프로그램과 관련해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

섹션 11 약품에 대한 지불과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다.

섹션 11.1 당사는 귀하에게 *파트 D 혜택 설명*(파트 D EOB)이라는 제목의 월간 요약을 보내드립니다.

당사의 플랜은 처방약의 비용과 처방전을 약국에서 채우거나 다시 채울 때 지불한 금액을 추적합니다. 이를 통해 귀하가 한 의약품 지불 단계에서 다음 단계로 이동한 시기를 알려드릴 수 있습니다. 특히 당사가 추적하는 비용에는 두 가지 유형이 있습니다.

- 당사는 귀하가 지불한 금액을 추적합니다. 이를 귀하의 본인 부담 비용이라고 합니다.
- 당사는 귀하의 총 약품 비용을 추적합니다. 이는 귀하가 본인 부담으로 지불하거나 다른 사람이 귀하를 대신해 지불한 금액과 플랜에서 지불한 금액을 합한 금액입니다.

지난 달에 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 작성한 경우 파트 D EOB 를 보내드립니다. 파트 D EOB의 내용은 다음과 같습니다.

- **해당 월에 대한 정보.** 이 보고서는 귀하가 지난달에 조제받은 처방약에 대한 지불 세부 내역을 제공합니다. 총 약품 비용, 당사에서 지급한 항목 그리고 가입자 및 귀하를 대신한 누군가가 지급한 항목이 표시됩니다.
- **1월 1일 이후 연간 합계** 이를 연간 누계 정보라고 합니다. 그것은 올해 시작 이후 약품에 대한 총 약품 비용과 총 지불액을 보여줍니다.
- **약품 비용 정보.** 이 정보는 총 약품 가격과 동일한 수량의 각 처방 청구에 대한 첫 번째 충전에서 가격 인상에 대한 정보를 표시합니다.
- **저렴한 비용으로 대체 처방이 가능합니다.** 여기에는 각 처방전 청구에 대해 더 저렴한 비용 분담과 함께 다른 사용 가능한 약품에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 11.2 약품 결제에 대한 정보를 최신 상태로 유지하도록 도와주세요.

가입자의 약품 비용 및 지급 금액을 추적하기 위해, 당사는 가입자와 해당 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 귀하의 정보를 정확하고 최신 상태로 유지하는 방법은 다음과 같습니다.

- **처방전이 채워질 때마다 가입자 카드를 제시하십시오.** 이를 통해서 당사는 귀하가 조제하는 처방전과 귀하의 지불액을 확실히 알게 됩니다.
- **당사에 필요한 정보가 있는지 확인하십시오.** 처방약의 전체 비용을 지불할 수도 있습니다. 이러한 경우에 당사는 자동으로 본인 부담금을 추적하는 데 필요한 정보를 얻지 못할 것입니다. 당사가 귀하의 부담 비용을 추적할 수 있도록 귀하의 영수증 사본을 제출해 주십시오. 귀하의 약품 영수증 사본을 제출해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.
 - 네트워크 소속 약국에서 특별 가격으로 또는 당사 플랜 혜택의 일부가 아닌 할인 카드를 사용하여 보장 약품을 구입하는 경우
 - 약품 제조사의 환자 지원 프로그램을 통해 받은 약품에 대해 코페이를 지불하는 경우

5장: 파트 D 처방약에 대한 플랜의 보장 보장 사용

- 네트워크 외의 약국에서 보장 약품을 구매했거나 특별한 상황에서 보장 약품에 대한 전체 가격을 지불한 경우

귀하는 보장 의약품 비용이 청구되는 경우, 귀하는 당사의 플랜에 당사의 부담금을 지불하도록 요청할 수 있습니다. 이를 어떻게 해야 하는지에 대한 지침은 제6장 섹션 2를 참조하십시오.

- 다른 사람이 귀하를 대신해 지불한 금액에 관한 정보를 제출해 주십시오. 다른 사람 및 단체가 지급한 금액도 가입자 본인의 본인 부담금 비용 산정에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 의약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP), 원주민 건강 서비스(IHS) 및 자선 단체가 지불한 금액은 귀하의 본인 부담금 비용 산정에 포함됩니다. 이러한 지급 내역을 기록하고 당사에게 보내 주시면, 당사는 귀하의 비용을 추적할 수 있습니다.
- 당사가 보내드리는 서면 보고서를 확인하십시오. 파트 D EOB를 받으면 자세히 살펴보고 정보가 완전하고 정확한지 확인하십시오. 무언가가 빠졌다고 생각되거나 질문이 있는 경우 가입자 서비스부로 전화하십시오. 플랜 가입자는 [Caremark.com](https://www.caremark.com) 에서 온라인으로 EOB에 액세스할 수 있습니다. 이 보고서는 반드시 보관하십시오.

6장:

보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구
서 지불 요청하기

6장: 보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기**섹션 1 귀하가 당사에 귀하의 서비스 또는 의약품에 대한 비용을 지불하도록 요청해야 하는 상황**

당사의 네트워크 의료 제공자는 보장 서비스 및 의약품에 대한 비용을 플랜에 직접 청구하므로, 보장 서비스 또는 의약품에 대한 청구서는 귀하에게 발송되지 않습니다. 만약 귀하가 의료비 또는 약품에 대한 청구서를 받는다면, 당사가 지불할 수 있도록 이 청구서를 당사에게 보내야 합니다. 귀하가 청구서를 보내면, 당사는 청구서를 심사하고 서비스가 보장되는지 여부를 결정합니다.. 당사는 보장하기로 결정한 경우 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다.

이미 Medicare 서비스 또는 플랜이 보장하는 항목에 대해 비용을 지불하신 경우, 당사 플랜에 비용 환급을 요청할 수 있습니다 (비용을 다시 돌려 받는 것을 환급이라고 합니다). 귀하가 당사의 플랜에서 보장하는 의료 서비스나 약품에 대해 비용을 지불한 경우, 환불받을 권리가 있습니다. 보상을 받기 위해 충족해야 할 마감일이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2를 참조하십시오. 이미 지불한 청구서를 보내면 청구서를 심사하여 해당 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정합니다. 보장이 필요하다고 판단되면, 서비스나 약품에 대해 환불해 드립니다.

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

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

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

의료 제공자가 당사 네트워크의 일부인지 여부에 관계없이 모든 의료 제공자로부터 응급 또는 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우 의료 제공자에게 플랜을 청구하도록 요청하십시오.

- 만약 귀하가 진료를 받고 납부액 전액을 지불하셨다면, 당사에게 환급을 요청하십시오. 납부된 모든 금액에 대한 서류를 함께 청구서와 함께 보내 주십시오.
- 귀하가 지불할 필요가 없다고 생각하는 비용을 요구하는 청구서를 의료 제공자로부터 받을 수 있습니다. 이미 지불한 금액에 대한 서류와 함께 이 청구서를 보내 주십시오.
 - 의료 제공자에게 지불해야 할 금액이 있다면 당사는 해당 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다
 - 이미 서비스에 대한 비용을 지불한 경우, 당사가 귀하에게 환불해 드립니다.

2. 네트워크 의료 제공자가 청구서를 보낼 때 지불해서는 안 된다고 생각함

네트워크 사업자는 항상 플랜을 직접 청구해야 합니다. 그러나 때때로 그들이 실수로 서비스 비용을 지불하라고 요구하기도 합니다.

- 네트워크 소속 서비스 제공자로부터 청구서를 받으면 항상 당사에게 그 청구서를 보내주십시오. 당사가 해당 의료 제공자에게 직접 연락하여 비용 청구 문제를 해결할 것입니다.
- 이미 네트워크 의료 제공자에게 지불한 청구서가 있다면, 납부한 내역을 함께 보내 주십시오. 귀하가 보장된 서비스에 대해 환급을 요청해야 합니다.

6장: 보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기**3. 당사 플랜에 소급하여 등록한 경우**

때로는 플랜에 대한 사람의 등록이 소급됩니다. (즉, 등록 첫날이 지났다는 의미입니다. 등록일은 작년에도 있었을 수도 있습니다.)

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

4. 처방약을 받기 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

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

영수증을 저장하고 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 당사는 제한된 상황에서만 네트워크 외부의 약국을 보장한다는 사실을 기억하십시오. 이러한 상황에 대한 논의는 5장 2.5절을 참조하십시오. 당사는 귀하가 네트워크 외 약국에서 약품에 대해 지불한 비용과 네트워크 내 약국에서 총당할 비용 간의 차이를 지불하지 않을 수도 있습니다.

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

플랜 멤버십 카드를 소지하고 있지 않으신 경우, 당사에 연락하거나 본인의 플랜 가입 정보를 찾아서 확인해달라고 약국에 말씀하시면 됩니다. 그러나, 약국이 즉시 가입 정보를 얻지 못하는 경우, 처방전 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수 있습니다. 영수증을 저장하고 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 협상 가격보다 높은 경우 지불한 전체 비용을 환불하지 않을 수 있습니다.

6. 다른 상황에서 처방전에 대한 전체 비용을 지불 할 때

약품이 어떤 이유로 보장되지 않는 것을 발견하면, 처방전 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

- 예를 들어, 의약품은 플랜의 의약품 목록에 없거나 귀하가 알지 못했거나 귀하에게 적용되어야 한다고 생각하지 않는 요구 사항 또는 제한이 있을 수 있습니다. 즉시 약품을 받기로 결정하면, 그 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 저장하고 지불을 요청할 때 사본을 보내 주십시오. 어떤 경우는 약값을 환불해 드리기 위해 귀하의 의사로부터 추가 정보를 받아야 할 수도 있습니다. 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 당사의 협상 가격보다 높은 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

귀하가 당사에게 지불 요청을 보내면, 당사는 해당 요청을 심사하고 해당 서비스 또는 약품의 보장 여부를 결정할 것입니다. 이를 보장 결정이라고 합니다. 보장이 필요하다고 판단되면, 서비스나 약품의 비용을 지불할 것입니다. 저희가 지불 요청을 거부할 경우, 귀하는 해당 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이 문서의 8장에 이의를 제기하는 방법에 대한 정보가 있습니다.

섹션 2 당사에게 환불을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 당사가 지불하도록 요청하는 방법

서면으로 요청서를 보내 환불을 요청할 수 있습니다. 서면으로 요청서를 보내는 경우 지불한 금액에 대한 청구서와 문서를 보내십시오. 청구서와 영수증은 기록 보관용으로 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다. 서비스, 품목 또는 약품을 수령한 날로부터 1년 이내에 청구서를 제출해야 합니다.

6장: 보장 의료 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기

결정을 내리는 데 필요한 모든 정보를 제공하기 위해, 지불 요청을 위해 당사의 청구 양식을 작성할 수 있습니다.

- 양식을 사용하지 않아도 되지만, 정보 처리가 더 빨라질 것입니다.
- 웹 사이트(SWHNY.com) 양식 사본을 다운로드하거나 가입자 서비스부에 전화하여 양식을 요청하십시오.

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

의료 서비스 환급:

Senior Whole Health of New York
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
또는 (310) 507-6186으로 팩스를 보내십시오.

처방약 환급:

Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

섹션 3 당사는 귀하의 지불 요청을 고려한 후에 승락하거나 거부할 것입니다.

섹션 3.1 당사는 서비스 또는 약품을 보장하여야 하는지 여부를 확인합니다.

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

- 해당 의료 진료 또는 의약품이 보장된다는 결정이 나고 귀하가 모든 규정을 준수했다면 당사는 해당 비용을 지급해드릴 것입니다. 귀하가 해당 서비스나 약품 비용을 이미 지불한 경우, 환급 금액을 우편으로 보내드립니다. 약품 비용 전액을 지불한 경우 지불한 전액이 상환되지 않을 수 있습니다(예: 네트워크 외의 약국에서 약품을 구입했거나 약품에 대해 지불한 현금 가격이 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 해당 서비스나 약품 비용을 아직 지불하지 않은 경우, 지불금을 서비스 제공자에게 직접 우편으로 보내드립니다.
- 해당 의료나 약품이 보장되지 않는다고 결정하거나 귀하가 모든 규칙을 따르지 않은 경우, 당사는 해당 진료나 약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 당사는 귀하에게 당사가 지불을 보내지 않는 이유와 그 결정에 이의 제기를 신청할 수 있는 권리를 설명하는 편지를 보낼 것입니다.

섹션 3.2 당사가 귀하에게 의료 또는 약품에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말할 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

당사가 귀하의 지불 요청 또는 당사가 지불하는 금액을 거절하는 실수를 했다고 생각되면 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 것은 곧 당사가 귀하의 지불 요청을 거절하면서 내린 결정을 변경하도록 요청하는 것을 의미합니다. 이의 신청 절차는 상세한 절차와 중요한 기한이 있는 공식적인 절차입니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 이 문서의 8장을 참조하십시오.

7장: 귀하의 권리 및 의무

섹션 1 당사의 플랜은 플랜의 가입자로서 귀하의 권리와 문화적 민감성을 존중해야 합니다.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합한 정보와 문화적 민감성에 부합하는 (영어 이외의 언어, 점자, 대형 인쇄물 또는 기타 대체 형식 등) 방식으로 정보를 제공해야 합니다.

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services by calling (833) 671-0440, Monday-Friday, 8 a.m. – 8 p.m., local time. TTY users, please call 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras

7장: 귀하의 권리 및 의무

grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

القسم 1-1 يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتسجيلات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريية وغير السريية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول

7장: 귀하의 권리 및 의무

هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati

7장: 귀하의 권리 및 의무

alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1	Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)
--------------------	---

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

7장:귀하의 권리 및 의무

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

סעקציע 1.1 מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפּראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"וו.)

אייער פֿלאַן איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפּעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָ, אריינגענומען יענע מיט באַגרענעצט ענגליש באַהאַונטקייט, באַגרענעצט לייענען סקילז, געהער וּמפּאַסיק, אַדער יענע מיט פאַרשידן קולטור. און עטניק באַקגראַונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַן קען באַגעגענען די אַקסעסאַביליטי פאדערונגען אַריינגעמען, אַבער זענען נישט באַגרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטיפֿ־רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפאָן אַדער טעלעטיפֿ־רייטער טעלעפאָן) פֿאַרבינדונג.

7장: 귀하의 권리 및 의무

אונדזער פֿלאַן האט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיַל, אין גרויס דרוק אָדער אנדערע אָלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען אָן קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאַנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַ סיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַן איז פֿאַרלאַנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָס די אַ פֿאַר ציע פֿון דירעקט אָקסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רוטין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿאַר אַ וויידער אין דעם פֿלאַן נעץ פֿאַר אַ ספֿעציאַליסט זענען נישט פֿאַראַנען, עס איז די פֿאַר אַ נאָוואַרטלעכקייט פֿון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספֿעציאַליסט פֿאַר אַ וויידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿאַל, אייך וועט בלויז באַצאָלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וואָס זענען קיין ספֿעציאַליסט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿאָרמאַציע אויף וואָס צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפֿליקט צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פֿאַרלייגן אַ קלאַ וואָס טור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פֿרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פֿאַרלייגן אַ קלאַ מיט Medicare דורך רופן Medicare (1-800-633-4227) אָדער גלייך מיט די אַ פֿיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אָדער TTY 1-800-537-7697.

Sekcja 1.1	Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)
-------------------	---

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বভিগ 1.1

আমাদরে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পরামিতি, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদরে ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদরে বচৈত্রিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত প্রকেষাপট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদরে জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত করতে হবে। কোনো প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলি মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরামিতি, দোভাষী পরামিতি, টেলিটাইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলিটাইপ্রাইটার ফোন) সংযোগের বধিনারে মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদরে প্ল্যান, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামিতি রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহেল, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কোনো খরচ ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদরে আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদরে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরামিতিতে কল করুন।

আমাদরে প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদরে, মহিলাদের রুটিন ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরামিতিগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকিল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়ের করে নেওয়ার অর্থ পমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরামিতি আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানের নটেওয়ারক্রে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়ের করে নেওয়ার সময় এই পরামিতিটি পতে কথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদরে প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত্রি 8টার মধ্যে সদস্য পরামিতি অভিযোগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভিযোগও দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

Seksioni 1.1

Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braile, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braile, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth

përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'u japë grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruesit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruesit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)

To πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

To πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

To πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγιονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να

7장: 귀하의 권리 및 의무

καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

سیکشن 1.1 ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرجہ خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاکٹ کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاکٹ کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، (833) 671-0440 پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

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

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

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

7장:귀하의 권리 및 의무

귀하가 합리적인 시간 내에 의료 또는 파트 D 의약품을 얻지 못한다고 생각한다면, 제8장은 귀하가 할 수 있는 일을 알려줍니다.

섹션 1.3 또한 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

연방 및 주 법률은 귀하의 의료 기록 및 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호합니다. 당사는 이러한 법률에 따라 귀하의 개인 건강 정보(PHI)를 보호합니다.

- 귀하의 개인 건강 정보에는 귀하가 이 플랜에 등록할 때 당사에 제공한 개인 정보와 귀하의 의료 기록 및 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 가입자께서는 본인 정보에 대한 권리 및 본인의 PHI가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사에서는 귀하에게 이러한 권리에 대해 알리는 서면 통지서, 즉 **개인정보 보호 관행 통지서**를 제공하며, 귀하의 PHI를 어떻게 보호하는지 설명해 드립니다.

당사는 어떻게 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니까?

- 당사는 승인 받지 않은 사람들이 귀하의 기록을 보거나 변경하지 못하도록 하고 있습니다.
- 아래 기재된 상황을 제외하고, 귀하의 건강 정보를 귀하의 치료를 제공하거나 귀하의 치료 비용을 지불하지 않는 사람에게 제공하려면, **우선 귀하로부터 서면 동의를 받아야 하며, 귀하가 결정 권한을 부여한 사람으로부터 동의를 받아야 합니다.**
- 귀하의 서면 허가를 먼저 받을 필요가 없는 특정 예외가 있습니다. 이러한 예외는 법률에 의해 허용되거나 요구됩니다.
 - 당사는 의료의 질을 점검하는 정부 기관에 건강 정보를 공개해야 합니다.
 - 귀하가 Medicare를 통한 당사 플랜의 가입자이기 때문에, 당사는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함한 귀하의 건강 정보를 Medicare에 제공해야 합니다. Medicare에서 연구나 다른 용도로 귀하의 정보를 공개할 경우, 연방 법령 및 규정에 따라 수행될 것입니다. 이런 경우에 일반적으로 귀하를 고유하게 식별하는 정보가 공유되지 않도록 해야 합니다.

레코드의 정보를 보고 다른 사용자와 공유된 방법을 알 수 있습니다.

가입자께서는 본인의 의료 기록을 검토하고 기록의 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사는 복사 비용을 귀하에게 부과할 수 있습니다. 가입자께서는 본인의 의료 기록 업데이트 또는 수정을 요청할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 귀하의 의료 서비스 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.

귀하는 귀하의 건강 정보가 일상적이지 않은 어떤 목적을 위해 다른 사람들과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

귀하의 개인 건강 정보 보호와 관련해 궁금한 점이나 우려 사항이 있으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC. 개인 정보 보호 관행 고지

본 통지서에는 귀하에 관한 의료 정보가 어떻게 사용 및 공개될 수 있는지, 그리고 귀하가 그러한 정보에 어떻게 액세스할 수 있는지에 대한 내용이 담겨 있습니다. 자세히 읽어 보시기 바랍니다.

Senior Whole Health of New York, Inc.는 "Senior Whole Health by Molina Healthcare"("Senior Whole Health", "당사" 또는 "당사의")라고도 불리며, 귀하의 건강 혜택을 제공하기 위해 귀하에 관한 보호된 건강 정보를 사용하고 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 수행하기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. 또한 법률에 따라 허용되거나 요구되는 다른 이유로 귀하의 정보를 사용

7장: 귀하의 권리 및 의무

하고 공유합니다. 당사는 귀하의 건강 정보를 비공개로 유지하고 본 통지서의 조건을 준수할 의무가 있습니다. 본 통지서 발효일은 2021년 10월 01일 수요일입니다.

PHI는 보호된 건강 정보의 약자입니다. PHI는 귀하의 이름, 가입자 번호 또는 기타 식별자를 포함하는 건강 정보이며 Senior Whole Health에서 사용하거나 공유합니다.

Senior Whole Health가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하는 이유는 무엇일까요?

당사는 의료 서비스 혜택을 제공하기 위한 목적으로 귀하의 PHI를 사용하거나 공유합니다. 귀하의 PHI는 치료, 비용 지급 및 의료 서비스 운영을 위해 사용 또는 공유됩니다.

치료

Senior Whole Health는 귀하의 의료 서비스를 제공하거나 준비하기 위해 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 제공자 사이의 진료협력도 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

Senior Whole Health는 비용 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 서비스 운영

Senior Whole Health는 당사 의료 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 서비스 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 의료 플랜의 다양한 활동을 수행하는 타기업(“협력 업체”)들과 귀하의 PHI를 공유합니다. 또한 귀하의 예약에 대한 알림을 제공하기 위해 귀하의 PHI를 사용할 수 있습니다. 당사는 귀하의 PHI를 사용하여 귀하에게 다른 치료 또는 기타 의료 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 제공할 수 있습니다.

Senior Whole Health가 귀하의 서면 허가(승인) 없이 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있는 경우는 언제일까요?

치료, 비용 지급 및 진료 운영 목적 외에도, 법률에 따라 허용되거나 요구되는 경우 Senior Whole Health는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

7장: 귀하의 권리 및 의무**법률에 따른 요건**

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.

공공 보건

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

의료 서비스 감독

귀하의 PHI는 정부 기관에서 사용되거나 정부 기관과 공유될 수 있습니다. 정부 기관은 감사를 위해 귀하의 PHI가 필요할 수 있습니다.

연구

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

법적 또는 행정 절차

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

법 집행

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

건강과 안전

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

정부 기능

귀하의 PHI는 특수 기능 목적 상 정부와 공유될 수 있습니다. 예를 들어 대통령을 보호할 수 있다.

학대, 유기 또는 가정 폭력피해자

귀하의 PHI는 한 개인이 학대 또는 방치의 피해자라고 판단되는 경우 사법 당국과 공유될 수 있습니다.

직장 안전 보상

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

기타 공개

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

Senior Whole Health는 언제 PHI를 사용하거나 공유하기 위해 귀하의 서면 승인(승인)이 필요합니까?

Senior Whole Health는 본 공지에 나열된 목적 이외의 목적으로 PHI를 사용하거나 공유하기 위해 귀하의 서면 승인을 필요로 합니다. Senior Whole Health는 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.

7장: 귀하의 권리 및 의무

귀하의 건강 정보 권리는 무엇입니까?

귀하는 다음을 수행할 권리가 있습니다.

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

귀하는 치료, 지불 또는 건강 관리 작업을 수행하기 위해 귀하의 PHI를 공유하지 않도록 당사에 요청할 수 있습니다. 또한 가족, 친구 또는 귀하의 의료 서비스에 관련된 귀하가 지명한 다른 사람과 귀하의 PHI를 공유하지 말 것을 당사에 요청할 수 있습니다. 단, 당사가 귀하의 요청에 동의할 필요는 없습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Senior Whole Health의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **PHI의 기밀 커뮤니케이션 요청**

Senior Whole Health는 PHI를 비공개로 유지하기 위해 특정 방법 또는 특정 장소에서 PHI를 제공하도록 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. Senior Whole Health의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다.

- **귀하의 PHI 심사 및 복사**

귀하는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 심사하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Senior Whole Health 가입자로서 보장, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Senior Whole Health의 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 가입자 의료 기록의 전체 사본을 보유하고 있지 않습니다. 의료 기록을 검토하거나 사본을 얻거나 변경하려면, 담당 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.

- **귀하의 PHI 수정**

귀하의 PHI를 수정(변경)하도록 요청할 수 있습니다. 가입자인 귀하에 대해 당사가 보관한 기록에 대해서만 수정을 요청할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Senior Whole Health의 양식을 사용해 요청할 수 있습니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 귀하의 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.

- **PHI 공개 회계 수령(PHI 공유)**

귀하는 요청 날짜 이전 6년 동안 PHI를 공유한 특정 당사자 목록을 제공해 달라고 요청할 수 있습니다. 목록에는 다음과 같이 공유된 PHI는 포함되지 않습니다.

- 치료, 비용 지급 또는 의료 서비스 운영 목적으로 공유
- 자신의 PHI에 대하여 해당인에게 공유
- 귀하의 허가에 따라 이루어진 공유
- 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
- 국가 안보 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI
- 관련 법규에 따라 한정된 데이터의 일부로서 공유

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

귀하는 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. Senior Whole Health Member Services에 연락하여 Senior Whole Health ID 카드의 무료 전화 번호로 연락하십시오. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 현지 시간으로 연락하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오.

7장: 귀하의 권리 및 의무**귀하의 권리가 보호되지 않는다면 어떻게 할 수 있습니까?**

귀하는 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 Senior Whole Health 및 보건 복지부에 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하의 불만 제기에 대해 어떠한 조치도 취하지 않습니다. 귀하의 진료와 혜택은 어떤 식으로든 변경되지 않습니다.

귀하는 다음 주소로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

전화:

시니어 전체 건강 ID 카드의 무료 전화 번호로 시니어 전체 건강 가입자 서비스부에 전화하십시오. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 현지 시간으로 전화하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오.

편지:

Senior Whole Health
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

귀하는 다음 주소로 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다.

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

Senior Whole Health의 의무는 무엇입니까?

Senior Whole Health에는 다음과 같은 의무가 있습니다.

- 귀하의 PHI를 비공개로 유지합니다.
- 귀하의 PHI에 대한 당사 의무 사항 및 개인정보 보호 관행 등과 같은 정보를 서면 형식으로 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.

Senior Whole Health는 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 Senior Whole Health는 당사 인터넷 홈페이지에 통지서 개정본을 게시하고, 당사의 다음번 연차 가입자(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:

시니어 전체 건강 ID 카드의 무료 전화 번호로 시니어 전체 건강 가입자 서비스부에 전화하십시오. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 현지 시간으로 전화하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오.

7장: 귀하의 권리 및 의무

이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 이용할 수 있습니다. Senior Whole Health ID 카드에 있는 무료 전화 번호로 Senior Whole Health Member Services에 전화하십시오. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 현지 시간으로 전화하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.

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

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 Senior Whole Health의 가입자로서, 귀하는 저희로부터 여러 종류의 정보를 얻을 권리가 있습니다.

다음과 같은 종류의 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 당사 플랜에 대한 정보 예를 들어 플랜의 재무 상태에 대한 정보가 포함됩니다.
- 당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국에 관한 정보 귀하는 당사 네트워크의 제공자 및 약국의 정보 및 당사가 네트워크 의료 제공자에게 지불하는 방법에 대한 정보를 얻을 권리가 있습니다.
- 귀하의 보장 및 귀하가 보장을 사용 시에 준수해야 하는 규칙에 대한 정보. 제3장과 제4장은 의료 서비스에 관한 정보를 제공합니다. 제5장에서는 파트 D 처방약 보장에 대한 정보를 제공합니다.
- 일부 서비스가 보장되지 않는 이유와 이런 상황에서 귀하가 무엇을 할 수 있는지에 관한 정보. 제8장에서는 의료 서비스 또는 파트 D 약품이 보장되지 않는 이유 또는 보장이 제한되는지 여부에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 제8장은 또한 이의 제기라고 불리는 결정을 변경하도록 요청하는 것에 대한 정보를 제공합니다.

섹션 1.5 당사는 귀하의 진료 결정권을 지지해야 합니다.

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

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

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

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

7장: 귀하의 권리 및 의무

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

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

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

의사에게 의료 처치에 대한 지침을 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 사전 지시서라고 합니다. 여러 종류의 사전 지시서가 있고 사전 지시서에 대한 여러 다른 이름이 있습니다. 생전 유언장과 의료 위임장이라는 문서는 사전 지시서의 예입니다.

사전 지시서를 사용하여 지시를 내리려면 다음을 수행하십시오:

- 양식을 받습니다. 사전 지시서 양식은 변호사, 사회 복지사 또는 일부 사무용품 상점에서 받을 수 있습니다. 때로는 Medicare에 대한 정보를 제공하는 기관에서도 사전 지시서 양식을 받을 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하셔도 됩니다.
- 이 양식은 당사 웹사이트의 Caring Connections 링크 및 <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/>에서도 확인할 수 있습니다.
- 양식을 작성해 서명합니다. 이 양식을 어디에서 받든지, 이 문서는 법적 문서임을 명심하십시오. 변호사의 도움을 받아 작성하는 것을 고려해야 합니다.
- 적절한 사람들에게 사본을 제공하십시오. 귀하는 양식의 사본을 귀하의 의사와, 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있도록 양식에 이름을 올린 사람에게 제공해야 합니다. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 제공할 수 있습니다. 사본 한 부를 집에 보관해 두십시오.

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

- 병원에서는 사전 지시서를 작성해 서명해두셨는지, 그리고 그 지시서를 가지고 오셨는지 여쭙볼 것입니다.
- 사전 지시서 양식에 서명하지 않으신 경우, 병원에도 양식이 비치되어 있으므로 서명하실 의사가 있는지 여쭙볼 것입니다.

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

귀하의 지시가 지켜지지 않을 경우 어떻게 할까요?

사전 의료 지시서에 서명하였으나 의사나 병원이 그 지시에 따르지 않았다고 생각하는 경우 다음 기관에 불만을 제기할 수 있습니다.

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

문제, 우려 또는 불만 사항이 있어 보장을 요청하거나 이의 제기를 해야 하는 경우 귀하가 어떻게 해야 하는지가 이 문서의 8장에 설명되어 있습니다. 귀하가 보장 결정을 요청하든, 이의 제기를 신청하든, 불만 제기를 하든, 무엇을 하든 당사는 귀하를 공정하게 대우해야 합니다.

섹션 1.7 본인이 부당한 대우를 받고 있거나 본인의 권리가 존중받고 있지 못하다고 느끼는 경우 취할 수 있는 조치

차별에 관한 것이라면 민권 사무소에 전화하십시오.

인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신념 (신념), 나이, 성적 취향, 또는 국적, 등으로 인해 불공평한 대우를 받았거나 권리가 존중되지 않았다고 생각되는 경우 보건복지부의 민권 사무소(1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697)로 전화하거나 해당 지역의 민권 사무소로 전화하십시오.

다른 어떤 것에 관한 것인가요?

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

- 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- **SHIP**에 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
- 주중무휴 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다.

섹션 1.8 내 권리에 관한 자세한 정보를 얻는 방법

가입자의 권리에 관한 자세한 정보를 얻을 수 있는 여러 장소가 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- **SHIP**에 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 2장 섹션 3을 참조하십시오.
- **Medicare**에 연락하실 수 있습니다.
 - Medicare 웹 사이트를 방문해 *Medicare 권리 & 보호(Medicare Rights & Protections)*를 읽거나 다운로드하십시오. (출판물은 www.medicare.gov/Pubs/PDF/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에서 볼 수 있습니다.)
 - 주중무휴 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다.

섹션 2 귀하는 당사 플랜 가입자로서의 책임이 있습니다.

플랜의 가입자로서 해야 할 일은 아래에 나열되어 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 귀하의 보장 서비스와 이들 서비스 보장을 받기 위해 따라야 하는 규칙에 익숙해지십시오. 이 보장 범위 증명을 사용하여 보장 대상 및 보장 서비스를 받기 위해 따라야 하는 규칙에 대해 알아보십시오.
 - 의료 서비스에 대한 자세한 내용은 3장과 4장에 나와 있습니다.
 - 제5장은 귀하의 파트 D 처방약 보장에 대한 세부 사항을 제공합니다.
- 귀하에게 당사 플랜 이외에 다른 건강 보험 보장 또는 처방약 보장이 있는 경우, 귀하는 당사에게 알려야 합니다. 1장에서는 이러한 혜택을 조정하는 방법에 대해 설명합니다.
- 담당 의사 및 다른 의료 제공자들에게 당사 플랜 가입자임을 밝히셔야 합니다. 의료 또는 파트 D 처방약을 받을 때마다 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오.

7장:귀하의 권리 및 의무

- **귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하를 돕도록 정보를 제공하고 질문하며 진료를 충실히 따르십시오.**
 - 최상의 진료를 받기 위해, 귀하의 건강 문제에 대해 의사와 기타 의료 제공자에게 알려주세요. 서비스 제공자와 합의한 치료 플랜 및 지침을 따르십시오.
 - 의사가 일반 약품, 비타민 및 보충제를 포함하여 복용중인 모든 약품을 알고 있는지 확인하십시오.
 - 궁금한 점이 있으면 질문하고 이해할 수 있는 답변을 얻으십시오.
- **다른 사람을 배려하십시오.** 당사 가입자들은 모두 다른 환자들의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 당사는 귀하가 의사의 진료실, 병원 및 기타 시설이 원활하게 운영되도록 행동할 것으로 기대합니다.
- **부담금을 지불하십시오.** 플랜 가입자로서 귀하는 다음 지불에 대한 책임이 있습니다:
 - 플랜에 가입하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다.
 - 더 높은 소득으로 인해 파트 D에 대한 추가 금액을 지불해야 하는 경우(마지막 세금 신고서에 보고된 대로), 추가 금액을 정부에 직접 지불해야 플랜의 일원이 될 수 있습니다.
- **Plan 서비스 지역 내에서 이사하시는 경우, 가입자의 가입자 기록을 최신 상태로 유지하고 연락하는 방법을 알아야 합니다.**
- **저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다.**
- **이사할 경우 사회 보장국 (또는 철도청 은퇴자 위원회)에 알리는 것도 중요합니다.**

8장:

문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할
일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

섹션 1 소개

섹션 1.1 문제나 우려가 있을 때 해야 할 조치

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하는 절차에 대해 설명합니다. 문제를 처리하는 데 사용하는 절차는 귀하가 당면한 문제의 유형에 따라 다릅니다.

- 일부 문제의 경우 보장 결정 및 이의 제기 절차를 사용해야 합니다.
- 다른 문제의 경우 불만 제기 절차(고충 제기)를 사용해야 합니다.

각 절차에는 당사와 귀하 모두 반드시 따라야 하는 규정, 단계 및 기한이 있습니다.

섹션 3은 이용할 수 있는 올바른 사용 절차와 귀하가 해야 할 일을 알려드립니다.

섹션 1.2 법률 용어 소개

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

- 일부 법적 용어 대신 더 쉬운 단어를 사용합니다. 예를 들어, 이 장에서는 일반적으로 "고충 제기"보다는 "불만 제기"라고 말하고, "통합 조직 결정"이나 "보장 확정(determination)" 또는 "위험 결정"보다는 "보장 결정(decision)"이라고 말하고, 독립 심사 기구 대신 독립 심사 기관이라고 말합니다.
- 약어는 되도록 적게 사용합니다.

그러나 때로는 정확한 법적 용어를 아는 것이 도움이 되고 중요할 수 있습니다. 어떤 용어를 사용해야 하는지 아는 것은 귀하의 상황에 맞는 적절한 도움이나 정보를 얻기 위해 더 정확하게 소통하는 데 도움이 됩니다. 어떤 상황을 처리하는 방법에 대한 세부 정보를 제공할 때 법적 용어를 포함하여 사용해야 할 용어를 알 수 있도록 돕습니다.

섹션 2 추가 정보 및 개인 맞춤형 지원을 받을 수 있는 곳

당사는 항상 귀하를 도와 드리겠습니다. 귀하에 대한 당사의 대우에 대한 불만이 있더라도, 당사는 귀하의 불평 권리를 존중할 의무가 있습니다. 따라서 항상 가입자 서비스부에 문의하여 도움을 요청해야 합니다. 그러나 일부 상황에서는 당사와 연결되지 않은 사람의 도움이나 안내를 원할 수도 있습니다. 아래는 귀하를 지원하는 두 기관입니다.

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)

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

SHIP에서 제공하는 상담 서비스는 무료입니다. 전화 번호 및 웹 사이트 URL은 이 문서의 2장 섹션 3에 나와 있습니다.

Medicare

또한 귀하는 도움을 얻기 위하여 Medicare에 연락할 수 있습니다. Medicare에 연락하십시오.

- 주중무휴 하루 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.
- Medicare 웹사이트를 방문하실 수 있습니다(www.medicare.gov).

Medicaid에서 도움과 정보를 얻을 수 있습니다.

방식	New York 주 Medicaid, New York 시 Human Resources Administration 및 Nassau, Orange, Rockland, Westchester 카운티를 포함하는 기타Local Districts of Social Services – 연락처 정보
전화	New York 주 Medicaid (800) 505-5678 New York Human Resources Administration/Department of Social Services (DSS): (718) 557-1399 Nassau 카운티: (516) 227-7474 Orange 카운티: (845) 291-4000 Rockland 카운티: (845) 364-3040 Westchester 카운티: (914) 995-3333 월요일 - 금요일, 오전 8:30 - 오후 8:00, 토요일 오전 10:00 - 오후 6:00
우편	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd Uniondale, NY 11553-3656 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678 Rockland County DSS Building L Sanatorium Road Pomona, New York 10970 White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
웹사이트	New York: http://www.nyc.gov/html/hra/html/home/home.shtml Nassau: https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

방식	New York 주 Medicaid, New York 시 Human Resources Administration 및 Nassau, Orange, Rockland, Westchester 카운티를 포함하는 기타Local Districts of Social Services – 연락처 정보
	Orange: https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services Rockland: http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/ Westchester: http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

방식	옴부즈맨 사무소 – 연락처 정보
전화	(888) 219-9818 월요일 - 금요일, 오전 8:30 - 오후 5:00
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다.
웹사이트	http://www.ocfs.state.ny.us/main/Ombudsman/contact.asp

방식	장기 요양 옴부즈맨 – 연락처 정보
전화	(855) 582-6769 월요일 - 금요일, 오전 8:30 - 오후 5:00
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다.
웹사이트	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

방식	Livanta(New York의 품질 개선 기구) – 연락처 정보
전화	(866) 815-5440 월요일 - 금요일 오전 9시부터 오후 5시(현지 시간), 주말 및 공휴일 오전 10시부터 오후 4시(현지 시간).
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다.

방식	Livanta(New York의 품질 개선 기구) – 연락처 정보
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	HTTPS://www.livantaqio.com/

섹션 3 당사 플랜의 Medicare 및 Medicaid 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해

귀하는 Medicare가 있고 Medicaid의 지원을 받습니다. 본 장의 정보는 Medicare 및 대부분의 Medicaid 혜택 모두에 적용됩니다. 대부분의 혜택에서 귀하는 Medicare 혜택과 Medicaid 혜택을 하나의 절차로 이용할 것입니다. Medicare와 Medicaid 절차를 결합하거나 통합하기 때문에 "통합 절차"라고 부릅니다. 일부의 경우는 Medicare와 Medicaid 과정이 결합되지 않습니다. 이러한 상황에서는 Medicare가 보장하는 혜택을 위해 Medicare 프로세스를 사용하고 Medicaid가 보장하는 혜택을 위해 Medicaid 프로세스를 사용합니다. 이러한 상황에 대한 설명은 이 장의 섹션 6.4, "단계별: 2단계 이의 제기는 어떻게 진행되는가"에 나와 있습니다.

혜택 관련 문제

섹션 4 보장 결정 및 이의 제기

문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 본인 상황에 해당하는 부분만 살펴보시면 됩니다. 아래 정보는 이 장에서 **Medicare** 또는 **Medicaid**의 보장 혜택에 대한 문제나 불만 사항에 대한 올바른 섹션을 찾는 데 도움이 될 것입니다.

본인의 혜택이나 보장과 관련한 문제 또는 우려 사항입니까?

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

예.

이 장의 다음 섹션, 섹션 5, "보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항에 대한 가이드"로 이동하십시오.

아니요.

이 장 끝부분의 섹션 11, "치료 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대한 불만을 제기하는 방법"으로 건너뛰십시오.

섹션 5 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 안내서

섹션 5.1 보장 결정 요청 및 이의 제기: 큰 그림

보장 결정 및 이의 제기는 귀하의 의료 혜택과 보장(서비스, 품목 및 지불을 포함한 파트 B 처방약)와 관련된 문제를 보장합니다. 간단하게 표현하기 위해, 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare 파트 B 처방 의약품을 의료 케어라 지칭합니다. 귀하는 보장 결정 및 이의 제기 절차를 사용합니다. 이는 어떤 내용이 보장되는지 여부, 어떤 내용이 보장되는지와 같은 문제에 사용하는 절차입니다.

혜택을 받기 전에 보장 결정을 요청하기

보장 결정이란 귀하의 혜택 및 보장, 또는 당사가 귀하의 의료 서비스에 대해 지급할 금액에 관해서 당사가 결정하는 것을 말합니다. 예를 들어, 플랜 네트워크 의사가 네트워크 외부의 의료 전문가에게 귀하를 의뢰하는 경우, 네트워크 의사가 귀하가 이 의료 전문가에 대해 표준 거부 통지를 받았음을 보여주거나 보장 범위 증명에서 의뢰된 서비스가 어떠한 조건에서도 보장되지 않는다고 명시하지 않는 한, 이 의뢰는 유리한 보장 결정으로 간주됩니다. 귀하 또는 귀하의 의사는 당사에 연락하여 귀하의 의사가 특정 의료 서비스를 보장할지 여부를 확인하지 못하거나 귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스를 제공하기를 거부하는 경우 보장 결정을 요청할 수 있습니다. 의료 진료를 받기 전에 당사에서 혜택을 보장할 것인지 알아보려면, 당사에 보장 결정을 요청하실 수 있습니다.

제한된 상황에서 보장 결정 요청이 기각되며, 당사는 해당 요청을 심사하지 않을 것입니다. 요청이 거부되는 예로는 요청이 불완전하거나, 귀하를 대신해 요청을 하는 사람이 법적으로 승인되지 않았거나, 요청을 철회하기를 요청하는 경우 등이 있습니다. 보장 결정에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재심사를 요청하는 방법을 설명하는 안내서가 발송됩니다.

당사는 귀하에게 무엇이 보장되며 당사가 얼마나 지불할지 결정할 때마다 보장 결정을 내리고 있습니다. 어떤 경우에는 의료 진료가 보장되지 않거나 더 이상 Medicare가 보장되지 않는다고 결정할 수 있습니다. 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

이의 제기 신청하기

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

처음으로 결정에 이의를 제기하는 경우 이를 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서는 당사의 보장 결정을 심사하여 모든 규정이 제대로 준수되었는지 확인합니다. 심사가 완료되면, 결정을 통보해 드립니다.

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

1 단계 진료에 대한 이의 제기의 전부 또는 일부에 대해 당사가 거부한 경우, 귀하의 이의 제기는 자동으로 2 단계로 진행됩니다. 2 단계 이의 제기는 행정 청문회에서 진행됩니다. 그들은 당사와 연결되지 않습니다.

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하의 케이스는 2 단계 이의 제기를 위해 행정 청문회에 자동으로 전송됩니다 - 귀하는 아무것도 할 필요가 없습니다. 행정 청문회 사무소는 귀하에게 2 단계 이의 제기를 받았음을 확인하는 통지를 우편으로 발송합니다.
- 의료 케어에 대한 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 본 핸드북의 **섹션 6.4**를 참조하십시오.
- 파트 D 이의 제기는 이 장의 섹션 7에서 더 자세히 논의됩니다.

2단계 이의 제기 결정에 만족하지 못한 경우 추가 이의 제기 단계를 계속 진행할 수 있습니다(이 장의 섹션 10에서는 3, 4, 5단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다).

섹션 5.2	보장 결정을 요청하거나 이의 제기를 할 때 도움을 받는 방법
---------------	--

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

- 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- 귀하는 해당 주정부 건강 보험 지원 프로그램에서 무료로 도움을 얻을 수 있습니다.
- 귀하의 의사 또는 다른 의료 서비스 의료 제공자가 귀하에게 요청할 수 있습니다. 귀하의 의사가 2 단계를 넘어 이의 제기를 돕는 경우, 그들은 귀하의 대리인으로 임명되어야 합니다. 가입자 서비스부에 전화하여 "대리인 지정" 양식을 요청하십시오. (이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/cms1696/downloads.pdf 에서도 볼 수 있습니다.)
 - 의료 진료에 대해서, 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 1 단계에서 이의 제기가 거부되면 자동으로 2 단계로 전달됩니다.
 - 이의 제기 중에 담당 의사나 기타 처방자가 귀하가 이미 받고 있는 서비스 또는 품목 제공을 계속하도록 요청하는 경우, 해당 의사 또는 처방자를 대리인으로 지정하여 귀하를 대신하도록 해야 할 수 있습니다.
 - 파트 D 처방약의 경우, 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 1 단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 1 단계 이의 제기가 거부되면 의사 또는 처방자가 2 단계 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- 귀하는 다른 사람에게 귀하를 대신하여 행동하도록 요청할 수 있습니다. 원한다면, 플랜에 의한 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하기 위해 다른 사람을 귀하의 "대리인"으로 지정할 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 다른 사람이 귀하의 대리인이 되기를 원하면 가입자 서비스부에 전화하여 '대리인 지정' 양식을 요청하십시오. (이 양식은 Medicare 웹사이트 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 에서도 볼 수 있습니다.) 이 양식은 해당인이 귀하를 대신하여 행동할 수 있도록 승인합니다. 이 양식은 귀하와 귀하를 대신하여 행동할 해당인 모두의 서명이 필요합니다. 서명된 양식의 사본을 당사에 제출해야 합니다.
 - 대리임 임명 양식이 없는 경우에도 이의 제기 요청이 수락될 수는 있지만 이 양식이 접수되어야만 심사가 시작 또는 완료될 수 있습니다. 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 44일 이내에 이 양식을 받지 못하면(귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내릴 수 있는 기한), 이의 제기 요청은 기각됩니다. 이런 일이 발생할 경우 당사는 귀하의 이의 제기를 기각하는 당사의 결정에 대해 행정 청문회 사무소에 심사를 요청할 권리가 있음을 설명하는 서면 통지서를 귀하에게 발송할 것입니다.

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

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

섹션 5.3 이 장의 어느 섹션에 귀하의 상황에 대한 세부 정보가 나와 있습니까?

보장 결정과 이의 제기와 관련한 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황마다 규칙과 마감일이 다르기 때문에 당사는 각 상황에 대한 자세한 내용을 별도의 섹션에서 다룹니다.

- 이 장의 섹션 6, "귀하의 의료 진료: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법"
- 이 장의 섹션 7, "귀하의 파트 D 처방 약품: 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법"
- 본 장의 섹션 8에서는 "담당 의사가 너무 일찍 퇴원시킨다고 생각되는 경우, 보장 입원 기간을 늘려줄 것을 요청하는 방법"을 안내합니다.
- 이 장의 섹션 9, "보장 기간이 너무 빨리 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스를 계속 제공하도록 요청하는 방법"(이 섹션은 가정 의료, 전문 요양 시설 진료 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스에만 보장됩니다)

어떤 섹션을 사용해야 하는지 잘 모르겠으면 가입자 서비스부에 문의하십시오. 귀하는 또한 SHIP과 같은 정부 기관에서 도움이나 정보를 얻을 수 있습니다.

섹션 6 귀하의 의료 서비스: 보장 결정을 요청하거나 보장 결정에 대해 이의 제기하는 방법**섹션 6.1 이 섹션에서는 귀하가 진료 보장을 받는 데 문제가 있거나 진료 비용을 환급 받기 원하시는 경우 해야 할 일을 설명합니다.**

이 섹션은 귀하의 진료 혜택에 관한 것입니다. 이 혜택들은 이 문서의 4장에서 설명되어 있습니다. **의료 혜택 차트(보장 받는 혜택)**. 일부 경우에는 파트 B 처방약 요청에 다른 규칙이 적용됩니다. 그런 경우 당사는 파트 B 처방약에 대한 규칙이 진료 항목 및 서비스에 대한 규칙과 어떻게 다른지 설명드릴 것입니다.

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

1. 원하는 의료 케어를 받지 못하고 있지만 당사 플랜이 이 케어를 보장해야 한다고 생각하시는 경우. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 6.2.**
2. 당사의 플랜은 귀하의 의사 또는 다른 의료 제공자가 귀하에게 제공하고자하는 의료 서비스를 승인하지 않으며, 귀하는 당사의 플랜이 이러한 치료를 보장한다고 믿습니다. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 6.2.**
3. 귀하가 당사 플랜에서 보장해야 한다고 생각되는 의료 케어를 받았지만, 당사가 이 케어에 대한 비용을 지불하지 않을 것이라고 밝혔습니다. **이의 제기를 하십시오. 섹션 6.3.**
4. 귀하는 당사의 플랜이 보장해야 한다고 생각하는 의료 서비스를 받고 지불했으며, 이 치료에 대한 보장을 당사의 플랜에 요청하기를 원합니다. 당사에 청구서를 보내 주십시오. **섹션 6.5.**

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

5. 귀하가 받고 있는 특정 의료 서비스 보장이 (당사에서 이전에 승인한) 감소되거나 중단될 것이라는 통보를 받았으며, 이 보장을 감소하거나 중단하면 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각하는 경우. 이의 제기를 하십시오. **섹션 6.3.**
- 참고: 입원 치료, 가정 건강 관리, 전문 영양 시설 치료 또는 종합 외래 재활 시설(CORF) 등에서 보장이 중단될 서비스에 대해서는 이 장의 섹션 8과 9를 읽어야 합니다. 이 유형의 진료에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 6.2 단계별: 보장 결정을 요청하는 방법**법률 용어**

보장 결정이 가입자의 의료 케어에 관련이 있는 경우, 이를 “통합 기관 결정”이라고 합니다.
 “빠른 보장 결정”을 “신속 결정”이라고 합니다.

1단계: “표준 보장 결정” 또는 “빠른 보장 결정”이 필요한지 결정합니다.

“표준 보장 결정”은 일반적으로 파트 B 약품의 경우 14 일 또는 72 시간 이내에 이루어집니다. “빠른 보장 결정”은 일반적으로 72 시간 이내에 이루어지며, 의료 서비스의 경우, 파트 B 약품의 경우 24 시간 이내에 이루어집니다. 빠른 보장 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- 의료 품목 및/또는 서비스에 **대해서만** 보장을 요청할 수 있습니다(이미 수령한 품목 및/또는 서비스에 대한 지불 요청은 제외).
- 표준 기한을 사용하는 것이 **건강에 심각한 해를 끼치거나 기능 능력을 손상시킬 수 있는 경우에만** 빠른 보장 결정을 얻을 수 있습니다.
- 귀하의 의사가 귀하의 건강은 “빠른 보장 결정”이 요구된다는 소견을 당사에게 통보하는 경우, 당사는 자동적으로 빠른 보장 결정을 제공하기로 동의할 것입니다.
- 의사의 지원 없이 귀하가 직접 신속한 보장 결정을 요청하면, 당사는 귀하의 건강이 빠른 보장 결정을 필요로 하는지 여부를 결정할 것입니다. 빠른 보장 결정을 승인하지 않을 경우 당사는 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
 - 당사가 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.
 - 의사가 빠른 보장 결정을 요청하면 당사는 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것이라고 설명합니다.
 - 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 귀하는 “빠른 불만 제기”를 제출할 수 있다는 것을 설명합니다.

2단계: 당사의 플랜에 보장 결정 또는 빠른 보장 결정을 요청하십시오.

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

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

표준 보장 결정의 경우 표준 마감일을 사용합니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

즉, 당사는 의료 품목 또는 서비스에 대한 귀하의 요청을 받은 후 **14일** 이내에 답변을 드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약인 경우, 귀하의 요청을 받은 후 **72시간** 이내에 답변을 드릴 것입니다.

- 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요청하거나 당사가 귀하에게 도움이 될 수 있는 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이라면 **최대 14일**이 더 소요될 수 있습니다. 결정하는 데 추가 기간이 필요한 경우, 서한으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 당사는 별도의 시간을 들여 결정할 수 없습니다.
- 며칠이 더 소요되어서는 안 된다고 생각하시면 "빠른 불만 제기"를 신청하실 수 있습니다. 결정이 내려지는 즉시 귀하의 불만 제기에 대한 답변을 드리겠습니다. (불만 제기 절차는 보장 결정 및 이의 제기 절차와 다릅니다. 불만 제기에 대한 정보는 이 장의 섹션 11을 참조하세요.)

빠른 보장 결정을 위해 신속 기간을 사용합니다.

빠른 보장 결정은 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청일 경우에 **72 시간** 이내에 나옵니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약인 경우, **24시간** 이내에 답변을 드리겠습니다.

- 그러나, 귀하가 기간 연장을 요청하는 경우, 또는 당사에서 추가 정보를 수집해야 하는 경우, **달력 일 기준으로 최대 14일**이 더 걸릴 수 있습니다. 결정하는 데 추가 기간이 필요한 경우, 서한으로 알려드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 당사는 별도의 시간을 들여 결정할 수 없습니다.
- 며칠이 더 소요되어서는 안 된다고 생각하시면 빠른 불만 제기를 신청하실 수 있습니다. (불만 제기에 대한 정보는 이 장의 섹션 11 참조하세요.) 결정을 내리는 즉시 전화를 드리겠습니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 당사는 귀하에게 서면 진술서를 보내 거부 결정이 내려진 이유를 알려드릴 것입니다.

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

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

섹션 6.3	단계별: 1단계 이의 제기 신청 방법
---------------	-----------------------------

법률 용어

플랜에 대한 의료 진료 보장 결정에 대한 이의 제기는 플랜 "통합재고"라고 합니다.

빠른 이의 제기를 "신속 재고"라고도 합니다.

1단계: "표준 이의 제기" 또는 "빠른 이의 제기"가 필요한지 결정합니다.

"표준 이의 제기"는 일반적으로 파트 B 약품의 경우 **30일** 또는 **7일** 이내에 이루어집니다. "빠른 이의 제기"는 일반적으로 **72시간** 이내에 이루어집니다.

- 귀하가 아직 받지 못한 치료에 대한 보장에 대해 당사가 내린 결정에 대해 이의를 제기하는 경우, 귀하 및/또는 담당 의사는 "빠른 이의 제기"가 필요한지 결정해야 합니다. 의사가 귀하의 건강 상태가 "빠른 이의 제기"를 필요로 한다고 당사에 알리면, 당사는 귀하에게 빠른 이의 제기를 제공합니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- "빠른 이의 제기"를 위한 요구 사항은 이 장의 섹션 6.2에 있는 "빠른 보장 결정"을 받기 위한 요구 사항과 동일합니다.

2단계: 당사 플랜에 이의 제기나 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

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

당사가 귀하에게 이미 받던 서비스나 품목을 중단하거나 줄이겠다고 알린 경우, 이의 제기 기간 해당 서비스나 품목을 유지할 수 있습니다.

- 당사에서 이전에 승인된 서비스나 품목에 대한 보장을 변경 또는 중단하기로 결정할 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 1단계 이의 제기를 신청할 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.

3단계: 당사에서 귀하의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

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

“빠른 이의 제기” 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 결정을 더 일찍 통보해 드립니다.
 - 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 만한 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 물품 또는 서비스에 대한 것이라면 달력일 기준 최대 **14일이 더** 소요될 수 있습니다. 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청이라면 당사는 기간을 연장할 수 없습니다.
 - 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우(또는 추가 일수가 소요된 경우 연장된 기간이 끝날 때까지), 당사는 귀하의 요청을 이의 제기 절차의 2단계로 자동 전송하여 독립 심사 기관에서 심사하게 됩니다. 섹션 6.4에서는 2 단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우,, 당사는 귀하에게 서면으로 당사의 결정을 보내고 2단계 이의 제기 절차를 진행하도록 귀하의 이의 제기를 행정 청문회 사무소로 이관할 것입니다. 행정 청문회 사무소는 귀하의 사건에 대한 청문회를 예약하고 청문회가 접수되면 서면으로 청문회 날짜와 시간을 알려줍니다.

“표준 이의 제기” 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 당사는 이의 제기를 받은 후 **달력일 기준 30일** 이내에 답변을 제공해야 합니다. 아직 받지 않은 Medicare Part B 처방약에 대한 요청의 경우, 이의 제기를 받은 후 **7일** 이내에 답변을 드립니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 결정을 더 일찍 통보해 드립니다.
 - 그러나 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 귀하에게 도움이 될 만한 추가 정보가 필요한 경우, 귀하의 요청이 의료 물품 또는 서비스에 대한 것이라면 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수** 있습니다. 추가 일수가 필요한 경우, 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것일 경우, 당사는 별도의 시간을 들여 결정할 수 없습니다.
 - 며칠이 더 소요되어서는 안 된다고 생각하시면 "빠른 불만 제기"를 신청하실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 접수하시는 경우, 당사는 그에 대해 24시간 이내에 응답을 드립니다. (빠른 불만 제기를 포함하여 불만 제기 절차에 대한 자세한 내용은 이 장의 **섹션11**을 참조하세요.)
 - 기한(또는 연장 기간의 종료 시까지)까지 답변을 제공하지 않으면, 당사는 귀하의 요청을 2단계 이의 제기로 보내고, 행정 청문회 사무소에서 귀하의 사건에 대한 청문회를 갖게 됩니다. 섹션 6.4에서는 2 단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일** 이내, 또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 **달력일 기준 7일** 이내에 보장을 승인 또는 제공해야 합니다.
- 당사의 플랜이 귀하의 이의 제기 일부 또는 전체를 거부하더라도 귀하에게는 추가 이의 제기 권한이 있습니다. 당사는 자동으로 2단계 이의 제기로 귀하의 요청을 보내고, 이곳에서 행정 청문회는 귀하의 사건에 대한 청문회를 열어 당사의 결정에 동의하는지 확인합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부에 대해 거부하는 경우, 당사는 귀하에게 서면 통지서를 보내 드립니다.

섹션 6.4 단계별: 2단계 이의 제기가 진행되는 방법

행정 청문회 사무소는 **Medicare 및 Medicaid**에서 고용한 독립적인 기관입니다. 이 기관은 당사 플랜과 관련이 없으며, 정부 기관이 아닙니다. 이 기관은 당사 플랜이 내린 결정이 올바른지 또는 변경되어야 하는지를 결정합니다. Medicare와 Medicaid는 그 일을 감독한다.

Medicare서비스 또는 용품과 관련된 사안인 경우, 1단계 이의 제기 절차가 완료되는 대로 해당 케이스는 자동적으로 2단계 이의 제기 절차로 넘어갑니다. 행정 청문회 사무소는 귀하의 사건에 대한 청문회 일정을 잡고 날짜와 시간을 알려드릴 것입니다. 필요한 경우 다른 날짜나 시간으로 재조정 요청을 할 수 있습니다.

가입자가 1단계 이의 제기를 신청할 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 138페이지를 참조하십시오.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)**2 단계 이의 신청 프로세스:**

1단계: 당사는 귀하의 사건을 행정 청문회 사무소로 보낼 것입니다. 행정 청문회 사무소는 귀하의 사건에 대해 청문회를 진행할 것입니다.

- 당사는 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 이 기관에 보낼 것입니다. 이 정보를 가입자의 "케이스 파일"이라고 합니다. 당사는 귀하에게 증거 자료의 무료 사본을 보낼 것입니다.
- 또한 IRO에 가입자의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- 청문회 중에 행정 청문회 사무소의 청문회 담당자는 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 신중하게 검토하고, 귀하와 플랜 직원의 요청에 대해 들을 것입니다.

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

- “빠른 이의제기”를 위해 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 귀하에게 반드시 응답을 제공해야 합니다. 경우에 따라 1단계에 대해 빠른 이의 제기를 했더라도 2단계에서 빠른 이의 제기를 자동으로 받지 못할 수 있습니다. 표준 기한을 사용하는 것이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼치거나 최대 기능 회복 능력을 저해할 수 있는 경우 신속한 이의 제기를 받을 수 있습니다.
- 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 행정 청문회 사무소가 가입자에게 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 행정 청문회 사무소에서는 별도의 시간을 들여 결정을 내릴 수 없습니다.

1단계에서 “표준” 이의 제기를 신청하신 경우에는 2단계에서도 “표준” 이의 제기가 진행됩니다.

- 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 2단계 이의 제기에 대해 가입자에게 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 가입자에게 답변을 제공해야 합니다.
- 그러나 귀하의 요청이 의료 용품 또는 서비스에 대한 것이며 행정 청문회 사무소가 가입자에게 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우 **달력일 기준 최대 14일이 더 걸릴 수 있습니다.** Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 행정 청문회 사무소에서는 별도의 시간을 들여 결정을 내릴 수 없습니다.

2단계: 행정 청문회 사무소에서 귀하에게 답변을 드립니다.

행정 청문회 사무소는 결정 이유를 서면으로 설명하고 그 이유를 설명할 것입니다.

- 행정 청문회 사무소가 귀하의 요청 중 일부 또는 전체에 대해 승인하는 경우, 당사는 **영업일 기준 1일 이내에** 의료 보장을 승인해야 합니다.
- IRO가 이의 제기의 일부 또는 전체를 거부하는 경우, IRO에서 당사가 의료 케어 보장에 대한 가입자의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 한 데 대해 동의한다는 의미입니다. (이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 거부'라고 합니다.) 이 경우, 행정 청문회 사무소는 다음 내용을 설명하는 서신을 보낼 것입니다.
 - 결정을 설명합니다.
 - 의료 보장의 금액이 특정 최소값에 도달하면 3단계 이의 제기의 권리를 귀하에게 통보합니다. 행정 청문회 사무소에서 받은 서면 통지에는 이의 제기 절차를 계속하기 위해 충족해야 하는 금액이 명시되어 있습니다.
 - 3단계 이의 제기를 제기하는 방법을 알려줍니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하의 2단계 이의 제기가 기각된 경우, 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 할 것인지 결정해야 합니다. 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 이후 발송되는 안내서에 나와 있습니다.
 - 3단계 이의 제기는 Medicare 이의 제기 위원회가 처리합니다. 이 장의 섹션 10은 3단계, 4단계, 5단계 이의 제기 절차를 설명합니다.

요청 사항 전체 또는 부분에 대해 거부 결정이 내려진 경우 다시 이의를 제기할 수 있나요?

행정 청문회 결정의 사무실이 귀하가 요청한 것의 전부 또는 일부에 대해 아니라면, 귀하는 추가 이의 제기 권리가 있습니다.

State Hearings Division으로부터 받는 서한에 다음 이의 제기 옵션이 설명되어 있습니다.

2단계 이후의 이의 제기 권한에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 10을 참조하십시오.

섹션 6.5 의료 서비스를 받기 위해 받은 청구서에 대해 다시 지불해 달라고 요청하는 경우 어떻게 해야 하나요?

당사는 **Medicaid** 서비스 또는 품목에 대해 귀하에게 직접 환급해 드릴 수 없습니다. Medicaid 보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받는 경우 당사에 청구서를 보내주십시오. 직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 당사가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다. 하지만 청구 비용을 납부한 분은 서비스 및 품목을 받는 규정을 준수한 경우 의료 서비스 제공자에게서 환급을 받으실 수 있습니다.

이미 지불한 금액에 대해 환급 요청하기:

환급을 요청하는 서류를 보내 주시면 귀하는 보장 결정을 요청하는 것입니다. 당사는 **Medicaid** 서비스 또는 품목에 대해 귀하에게 직접 환급해 드릴 수 없습니다. Medicaid 보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받는 경우 당사에 청구서를 보내주십시오. 직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 당사가 의료 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다. 하지만 청구 비용을 납부한 분은 서비스 및 품목을 받는 규정을 준수한 경우 의료 서비스 제공자에게서 환급을 받으실 수 있습니다.

귀하가 **Medicare** 서비스 또는 품목에 대한 환급을 원하거나 귀하가 지불한 Medicaid 서비스 또는 품목에 대한 의료 서비스 의료 제공자에게 지불하도록 요청하는 경우, 귀하는 이 보장 결정을 당사에 요청할 것입니다. 당사는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장 서비스인지 확인할 것입니다. 당사는 귀하가 의료 보장을 이용하는 모든 규정을 따랐는지 확인할 것입니다.

- 당사가 귀하의 요청에 대해 승낙할 경우: Medicare 의료 케어가 보장되면, 당사는 환급 요청 접수 일로부터 달력일 기준 60일 이내에 해당 비용을 지불해 드립니다.
 - 귀하가 의료 서비스 제공자에게 지불한 Medicaid 진료가 보장되며, 당사가 귀하 대신 의료 서비스 제공자에게 지불해야 한다고 생각하는 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 60일 이내에 귀하의 의료 서비스 제공자에게 비용 지불을 발송합니다.
 - 그런 다음에는 의료 서비스 제공자에게 연락하여 환급 받아야 할 것입니다. 아직 진료 비용을 지급하지 않은 경우 당사가 의료 서비스 제공자에게 직접 대금을 보내드릴 것입니다.
- 귀하의 요청에 대해 당사가 거부하는 경우: 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하가 모든 규정을 따르지 않은 경우, 당사는 비용을 지급하지 않습니다. 대신, 서비스 비용을 지급하지 않으며 그 이유를 설명하는 서신을 귀하에게 보낼 것입니다.

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

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

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

- 당사는 요청을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 이미 받은 의료 서비스에 대해 귀하가 비용 환급을 요청하는 경우, 신속한 이의 제기를 요청할 수 없습니다.
- 행정 심리 사무국에서 당사가 비용을 지불해야 한다고 결정하면 당사는 30일 이내에 귀하 또는 의료 제공자에게 해당 비용을 지불해야 합니다. 2단계 이후 일체의 이의 제기 과정에서 승인 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 귀하가 요청했던 대금을 귀하 또는 귀하의 의료 제공자에게 지급해야 합니다.

섹션 6.6	Medicaid에 한해 외부 이의 제기
---------------	------------------------------

귀하 또는 귀하의 의사는 **Medicaid 보장 혜택에 대해서만** 외부 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

당사의 플랜이 귀하와 귀하의 의사가 요청한 의료 서비스에 대한 보험을 거부하기로 결정한 경우 New York State에 독립적인 외부 이의 제기를 요청할 수 있습니다.

- 의학적으로 필요하지 않은 경우
- 실험이나 연구의 경우 또는
- 플랜의 네트워크에서 받을 수 있는 서비스와 다르지 않은 경우
- 귀하의 요구를 충족하기에 적합한 교육을 받았으며 경험을 보유하고 있는 소속 의료 제공자로부터 해당 의료 서비스를 받을 수 있는 경우

건강 플랜 또는 해당 주 외에서 일하는 심사관이 결정을 내리기 때문에 이를 외부 이의 제기라고 합니다. 이 심사관들은 New York 주에서 승인 한 자격을 갖춘 사람들입니다. 해당 서비스는 플랜의 혜택 패키지에 포함되거나 실험적 치료여야 합니다. 통역사 비용은 귀하의 부담이 아니며,

주정부에 이의 제기하기 전에 해야 할 일:

- 플랜에 이의 신청을 접수한 후 플랜의 최종 거부 결정을 받아야 합니다. 또는
- 귀하가 서비스를 받지 않았고 빠른 이의 제기를 요청하는 경우, 신속한 외부 이의 제기를 동시에 요청할 수 있습니다. 9. 귀하의 의사가 신속한 이의 제기가 필요하다고 말해야 합니다); 또는
- 귀하와 귀하의 플랜이 플랜의 내부 이의 신청 절차를 생략하고 외부 이의 신청을 바로 진행하는 데 합의할 수 있습니다. 또는
- 1 단계 이의 제기를 처리할 때 플랜이 규칙을 올바르게 따르지 않았음을 증명할 수 있습니다.

플랜의 최종 부작용 결정을 받은 후 **4개월** 이내에 외부 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하와 플랜이 플랜의 이의 신청 절차를 생략하기로 동의한 경우, 합의를 한 날로부터 4개월 이내에 외부 이의 신청을 요청해야 합니다.

외부 이의 제기를 요청하려면 신청서를 작성하여 금융 서비스 부서로 보내십시오.

- 이의 제기를 제기하는 데 도움이 필요한 경우 (833) 671-0440으로 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.
- 귀하와 귀하의 의사는 귀하의 의료 문제에 대한 정보를 제공해야 합니다.
- 외부 이의 제기 신청서에는 필요한 정보가 명시되어 있습니다.

신청서를 얻는 방법은 다음과 같습니다:

- New York State Department of Financial Services에 1-800-400-8882번으로 전화

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 금융서비스부 웹 사이트(www.dfs.ny.gov)로 이동하십시오 .
- 건강 플랜에 문의하십시오. (833) 671-0440

심사관은 30일 내에 귀하의 외부 이의 제기를 결정할 것입니다. 외부 이의 제기 심사관이 추가 정보를 요청하는 경우, 최대 5일의 추가 시간이 필요할 수 있습니다. 심사관은 결정을 내린 후 2일 이내에 귀하와 플랜에게 최종 결정을 알려줄 것입니다.

의사가 지연이 귀하의 건강에 심각한 해를 끼칠 것이라고 말하면 더 빠른 결정을 받을 수 있습니다. 이를 신속한 외부 이의 제기라고 합니다. 외부 이의 제기 심사관은 신속한 이의 제기를 72시간 이내에 결정할 것입니다. 심사관은 즉시 전화나 팩스로 귀하와 플랜에게 결정을 알려줄 것입니다. 나중에 심사관은 결정을 알리는 서신을 보낼 것입니다.

절차 중 언제든지 귀하 또는 귀하가 신뢰하는 사람이 New York 주 보건부에 전화하여 1-866-712-7197로 심사 시간에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 7 Medicare 파트 D 처방약 보장 결정을 요청하거나 이의 제기하는 방법

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

귀하의 혜택에는 많은 처방약 보장이 포함됩니다. 의약품에 대해 보장을 받으려면 해당 의약품이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. (의학적으로 승인된 용도에 대한 자세한 내용은 5장을 참조하십시오.) 파트 D 약품, 규칙, 제한 및 비용에 대한 자세한 내용은 5장과 6장을 참조하십시오. 이 섹션에서는 파트 D 약품만 다룹니다. 단순화를 위해 매년 보장되는 외래 처방약이나 파트 D 의약품을 반복하는 대신 전체적으로 이 섹션의 나머지 부분에서는 의약품이라고 합니다. 또한 당사는 보장 의약품 목록이나 처방집 대신 “의약품 목록”이라는 용어를 사용합니다.

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

파트 D 보장 결정 및 이의 제기

법률 용어

파트 D 약에 대한 최초 보장 결정을 “보장 결정”이라고 합니다.

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

- 플랜의 보장 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품 보장을 요청하기. 예외를 요청합니다. **섹션 7.2.**
- 의약품에 대한 플랜의 보장의 제한(귀하가 받을 수 있는 의약품의 양에 대한 한도, 사전 승인 또는 다른 의약품을 먼저 사용해 보기 위한 요건 등)을 면제해 달라고 요청하기. 예외를 요청합니다. **섹션 7.2.**
- 약품에 대한 사전 승인을 요청합니다. 보장 결정을 요청합니다. **섹션 7.4.**

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하가 이미 구입한 처방약의 비용을 지불하십시오. 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **섹션 7.4.**

당사가 내린 보장 결정에 동의하지 않을 경우 당사의 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

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

섹션 7.2 예외란 무엇입니까?**법률 용어**

의약품 목록에 없는 의약품에 대하여 보장을 요청하는 것은 때때로 "처방집 예외"를 요구하는 것으로 불립니다.

특정 약 보장에 대한 제한 사항 해제를 요구하는 것에 대한 법률 용어는 "처방집 예외"입니다.

보장되는 비선택 약품에 대해 더 저렴하게 지불을 요청하는 것을 "등급 예외" 요청이라고도 합니다.

약품이 귀하가 원하는 방식으로 보장 되지 않은다면, 귀하는 "예외"를 만들도록 요청할 수 있습니다. 예외는 보장 결정의 한 유형입니다.

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

1. 당사의 "의약품 목록"에 포함되어 있지 않은 **파트 D 의약품 보장.**
2. 보장 의약품에 대한 제한 해제.5장에서는 당사의 "의약품 목록"에 있는 특정 의약품에 적용되는 추가 규정 또는 제한을 설명합니다.

섹션 7.3 예외 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항

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

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

보통, 당사의 "의약품 목록"에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 이러한 다양한 가능성을 "대체"의약품이라고 부릅니다. 대안 의약품이 귀하가 요청하는 의약품과 약효가 같고, 부작용을 더 많이 유발하거나 다른 건강상 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 요청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

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

섹션 7.4 **단계별: 예외를 포함한 보장 결정 요청****법률 용어**

“빠른 보장 결정”을 “신속 보장 결정”이라고 합니다.

1단계: "표준 보장 결정" 또는 "빠른 보장 결정"이 필요한지 결정합니다.

"표준 보장 결정"은 당사가 귀하의 의사의 진술을 받은 후 72 시간 이내에 내려집니다. "빠른 보장 결정"은 의사의 진술을 받은 후 24 시간 이내에 내려집니다.

건강상 필요한 경우, “빠른 보장 결정”을 요청하십시오. 빠른 보장 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- 귀하는 아직 받지 않은 의약품을 요청해야 합니다. (귀하가 이미 구매한 약품 비용을 환불 받기 위해 빠른 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 표준 기한을 사용하면 건강에 중대한 해를 끼치거나 기능을 저하시킬 수 있습니다.
- 담당 의사 또는 기타 처방자가 가입자의 건강에 빠른 보장 결정이 필요하다는 것을 당사에 알리는 경우, 당사는 이에 동의하고 빠른 보장 결정을 제공합니다.
- 담당 의사 또는 다른 처방자의 동의 없이 혼자서 빠른 보장 결정을 요청하시는 경우, 빠른 보장 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다. 빠른 보장 결정을 승인하지 않을 경우 당사는 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
 - 당사가 표준 기한을 사용할 것이라고 설명합니다.
 - 의사 또는 다른 처방자가 빠른 보장 결정을 요청하면 자동으로 빠른 보장 결정을 내릴 것입니다.
 - 빠른 보장 결정 대신 표준 보장 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 제출하는 방법을 설명합니다. 당사는 접수 후 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답변할 것입니다.

2단계: "표준 보장 결정" 또는 "빠른 보장 결정"을 요청합니다.

먼저 전화, 서면 또는 팩스로 당사의 플랜에 연락하여 귀하가 원하는 의료 진료에 대한 보장을 승인하거나 제공해 달라고 요청하십시오. 또한 귀하는 당사 웹 사이트를 통해 보장 결정 절차에 액세스할 수도 있습니다. 당사는 당사 웹 사이트에서 제공되는 CMS 모델 보장 결정 요청양식에 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다. 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 이의 제기 중인 청구가 거부되었음을 식별하는 정보를 말씀해주십시오.

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

- 예외를 요청하는 경우, 예외에 대한 의학적 사유가 있는 “입증 진술서”를 제공하십시오. 담당 의사나 다른 처방자는 근거 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 또는 귀하의 의사 또는 다른 처방자가 전화로 알려주고 필요한 경우 서면 진술서를 팩스나 우편으로 보내 후속 조치를 취할 수 있습니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

3단계: 당사에서 가입자의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

빠른 보장 결정 기한

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

귀하가 아직 받지 못한 약품에 대한 “표준” 보장 결정 기한

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

귀하가 이미 구입한 약품 비용 지급에 관한 “표준 보장 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 이관하여 독립 심사 기관에서 심사할 수 있도록 합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 당사는 요청이 접수된 후 14일 이내에 결제해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

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

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

섹션 7.5 단계별: 1단계 이의 제기 신청 방법**법률 용어**

파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “재결정”이라고 합니다.
 “빠른 이의 제기”를 “신속 재결정”이라고도 합니다.

1단계: “표준 이의 제기” 또는 “빠른 이의 제기”가 필요한지 결정합니다.

“표준 이의 제기”는 보통 7 일 이내에 이루어집니다. “빠른 이의 제기”는 보통 72 시간 이내에 이루어집니다. 건강상 필요한 경우 “빠른 이의 제기”를 요청하십시오.

- 본인이 아직 받지 않은 약품에 대해 당사 플랜이 내린 결정에 대해 이의 제기하시는 경우, “빠른 이의 제기”가 필요한지 여부를 본인, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.
- “빠른 이의 제기”를 위한 요구 사항은 이 장의 섹션 6.2에 있는 “빠른 보장 결정”을 받기 위한 요구 사항과 동일합니다.

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

- 표준 이의 신청의 경우 서면 요청을 제출하십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 빠른 이의 제기는 서면으로 이의 제기를 제출하거나 (833) 671-0440, TTY: 711로 문의하십시오. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 당사는 당사 웹 사이트 SWHNY.com에서 제공되는 CMS 모델 결정 재요청 양식에 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 귀하의 이름, 연락처 정보 및 청구와 관련된 정보를 포함하여 귀하의 요청을 처리할 수 있도록 도와주시기 바랍니다.
- 귀하는 보장 결정에 대한 답변을 알려드리기 위해 당사가 보낸 서면 통지 날짜로부터 **달력일 기준 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.** 이 마감 기한을 놓쳤고 그 이유가 타당하다면, 이의 제기를 할 때 그 이유를 설명하십시오. 당사는 귀하에게 이의 제기 기한을 연장해 드릴 수 있습니다. 타당한 이유의 예로는 심각한 질병으로 인해 당사에 연락할 수 없었거나 이의 제기 요청 마감일에 대한 잘못된 또는 불완전한 정보를 제공받은 경우가 있습니다.
- 귀하는 이의 제기 정보의 사본을 요청하고 추가 정보를 제공할 수 있습니다. 또한 가입자 본인과 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

3단계: 당사에서 귀하의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

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

“빠른 이의 제기” 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내에** 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 당사는 귀하의 건강 상태가 불가피한 경우 당사의 결정을 더 일찍 통보해 드립니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

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

아직 받지 못한 약품에 대한 “표준” 이의 제기 기한

- 당사는 요청을 받은 후 **달력일 기준 7일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 약품을 받지 않았으며 건강상 필요한 경우 보다 빠른 결정이 제공됩니다.
 - 당사는 7일 이내에 결정이 내려지지 않을 경우, 귀하의 요청을 2단계 이의 제기 절차로 자동으로 이관하여 독립 심사 기관의 심사를 받게 됩니다. **섹션 7.6**에서는 2 단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.
- 당사가 귀하의 요청 일부 또는 전부를 승낙하는 경우, 당사는 귀하의 건강 요구에 필요한 정도로 신속하게 보장을 제공하되, 이의 제기가 접수된 후 늦어도 **7일 이내에** 제공해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 당사는 서면 진술서를 보내 당사의 거부 이유와 당사의 결정에 대해 이의 제기를 하는 방법을 설명해드릴 것입니다.

이미 구입한 약품 비용 지급에 관한 “표준 이의 제기” 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 검토할 수 있도록 합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 30일 이내에 지급을 완료해야 합니다.
- 당사가 귀하의 요청의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 당사는 그 이유를 설명하는 서면 진술서를 보내드릴 것입니다. 또한 당사는 이의 제기를 하는 방법도 안내해 드릴 것입니다.

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

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

섹션 7.6	단계별: 2단계 이의 제기 신청 방법
---------------	-----------------------------

법률 용어

“독립 심사 기관”의 공식 명칭은 “독립 심사 기구(Independent Review Entity)”입니다. 때로는 “IRE”라고도 합니다.

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

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

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

- 당사가 1단계 이의 제기에 대해 거부하는 경우, 당사에서 발송하는 서면 통지서에는 독립 심사 기관에 2단계 이의 제기 신청 방법 안내가 동봉됩니다. 이 안내에는 2단계 이의 제기 신청 자격, 준수해야 하는 기한, 독립 심사 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 그러나 당사가 해당 기간 내에 심사를 완료하지 않았거나 약품 관리 프로그램에 따라 “위험” 결정에 관한 불리한 결정을 내리지 않은 경우, 당사는 귀하의 청구를 IRE에 자동으로 전달할 것입니다.
- 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 이 기관에 보내드리겠습니다. 이 정보를 귀하의 “케이스 파일”이라고 합니다. 귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다.
- 또한 독립 심사 기관에 가입자의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 심사 기관에서 귀하의 이의 제기를 심사합니다.

독립 심사 기관 심사관들은 귀하의 이의 제기와 관련된 모든 정보를 주의 깊게 살펴볼 것입니다.

“빠른 이의 제기” 기한

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

“일반 이의 제기” 기한

- 표준 이의 제기의 경우, 심사 기관은 귀하가 아직 수령하지 않은 의약품에 대한 이의 제기인 경우 이의 제기 접수된 후 **7일** 이내에 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구매한 의약품에 대한 보상을 요청하는 경우, 심사 기관은 귀하의 요청이 접수된 후 **달력일 기준 14일** 이내에 2단계 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 심사 기관은 귀하에게 대답을 제공합니다.

“빠른 이의 제기”의 경우:

- 독립 심사 기관이 요청한 내용의 일부 또는 전부에 대해 ‘예’라고 말하면 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **24 시간** 이내에 심사 기관이 승인 한 의약품 범위를 제공해야 합니다.

“표준 이의 제기”의 경우:

- 독립 심사 기관이 귀하의 보장 요청 일부 또는 전부에 대해 ‘예’라고 말하는 경우, 당사는 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **72 시간** 이내에 심사 기관에 의해 승인 된 약품 보장을 제공해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 이미 구입한 약품에 대한 환불 요청의 일부 또는 전부에 대해 ‘예’라고 말하면 심사 기관으로부터 결정을 받은 후 **30 일** 이내에 지불금을 보내야 합니다.

QIO에서 이의 제기를 거부하는 경우:

이 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부에 대해 ‘아니오’라고 말하는 경우, 그들도 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 동의하는 것입니다. (이를 “결정 지지” 또는 “이의 제기 거부”라고 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관은 귀하에게 편지를 보낼 것입니다.

- 해당 결정을 설명합니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

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

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

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 단계가 있습니다. 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 결정 후에 받는 서면 통지에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정 법 판사 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 이 장의 **섹션 10**에서는 3단계, 4 및 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 8 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 입원 기간을 연장하도록 요청하는 방법

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

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

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

섹션 8.1 입원 기간에 Medicare로부터 귀하의 권리에 관한 서면 통지를 받게 됩니다.

병원에 입원한 지 이틀 이내에 귀하는 *귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요한 메시지*라는 서면 통지서를 받게 될 것입니다. Medicare를 가진 모든 사람들은 이 통지의 사본을 받게 됩니다.

병원 관계자(예: 사례 관리자나 간호사)로부터 통지서를 받지 못한 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하면 가입자 서비스부 또는 1-800-Medicare(1-800-633-4227), (TTY 1-877-486-2048)로 주 중무휴 하루 24시간 전화하십시오.

1. 통지서를 주의 깊게 검토하신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오. 이것으로 다음을 알 수 있습니다.
 - 의사의 지시에 따라 병원 입원 중 및 입원 후에 Medicare 보장 서비스를 받을 수 있는 권리. 이는 그러한 서비스가 무엇이며 비용은 누가 부담하는지, 어디서 이용할 수 있는지 알 권리를 포함합니다.
 - 병원 입원 결정에 관여할 귀하의 권리
 - 병원 진료의 질에 대한 우려 사항을 보고할 수 있는 권리
 - 병원에서 너무 빨리 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 대한 즉각적인 심사를 요청할 권리 이것은 퇴원일 지연을 요청하는 공식적이고 합법적인 방법으로 귀하의 병원 진료를 장기간 보장해드릴 것입니다.
2. 귀하는 서면 통지서를 받았고 귀하의 권리를 이해했음을 서명함으로써 증명해야 합니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 귀하 또는 귀하를 대신하여 행동하는 사람은 통지에 서명하도록 요청받을 것입니다.
 - 통지에 서명하면 귀하의 권리에 대한 정보를 받았다는 사실만 나타냅니다. 이 통지에는 퇴원일이 명시되지 않습니다. 통지에 서명한다고 해서 귀하가 퇴원 날짜에 동의하는 것은 아닙니다.
- 3. 귀하의 권리에 대한 정보를 포함한 통지서 사본을 손쉽게 보관하여, 필요할 경우 이의 제기를 하거나 진료의 질에 대해 우려를 보고할 수 있도록 하십시오.**
- 퇴원일 2일 전에 통지에 서명하면 퇴원 예정일 전에 또 다른 사본을 받게 됩니다.
 - 이 통지의 사본을 미리 보려면 가입자 서비스부 또는 1-800 Medicare(1-800-633-4227)로 주중 무휴, 하루 24시간 전화할 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서 온라인으로 통지서 샘플을 확인하실 수도 있습니다.

섹션 8.2	단계별: 퇴원일 변경을 위한 1단계 이의 제기 방법
---------------	-------------------------------------

당사가 입원 환자 병원 서비스를 장기간 제공하도록 요청하려면 귀하는 이의 제기 절차를 통해 요청해야 합니다. 우선 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 및 기한이 언제인지 이해하십시오.

- 프로세스를 따릅니다.
- 기한 준수.
- 필요한 경우 도움 요청합니다. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 가입자 서비스부에 연락하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program으로 전화하십시오.

1단계 이의 제기 중에 품질 개선 기구가 이의 제기를 심사합니다. 여기서는 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적합한지 확인합니다.

품질 개선 기구는 Medicare 환자에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 여기에는 Medicare 소지자의 퇴원일을 심사하는 것이 포함됩니다. 이들은 당사 폴랜 소속이 아닙니다.

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

이 기관에 연락하려면 어떻게 해야 할까요?

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

신속한 조치를 취하세요:

- 이의를 제기하려면 병원을 떠나기 전과 퇴원 당일 자정 이전에 품질 개선 기구에 연락해야 합니다.
 - 이 기한이 충족된다면, 품질 개선 기구로부터 이의 제기 신청에 대한 결정을 기다리는 동안 비용 부담 없이 예정 퇴원일이 지난 후에도 병원에 계속 머물 수 있습니다.
 - 이 기한이 충족되지 않고 예정 퇴원일 이후로도 병원에 계속 머물러 있겠다고 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 진료 비용 전액을 본인이 부담하셔야 할 수도 있습니다.

귀하가 병원 퇴원에 대한 즉각적인 심사를 요청하면 품질 개선 기구는 당사에게 연락할 것입니다. 당사는 연락을 받고 다음 날 정오까지 상세 퇴원 통지서를 보내드립니다. 이 통지는 예정 퇴원일을 알려주며

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

의사, 병원 및 당사가 해당 날짜에 퇴원시키는 것이 옳다(의학적으로 적절하다)고 생각하는 이유를 자세히 설명합니다.

주중무휴, 하루 24시간 이용 가능한 가입자 서비스부 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하시면, 상세 퇴원 통지서 샘플을 얻을 수 있습니다. (TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.) 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 통지서 샘플을 확인하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 사례를 독립적으로 심사합니다.

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

3단계: 필요한 모든 정보를 받은 후 하루 이내에 품질 개선 기구는 귀하에게 이의 제기에 대한 답변을 드립니다.**승낙 결정이 난 경우 어떻게 되나요?**

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

거부 결정이 난 경우 어떻게 되나요?

- 심사 기관이 거부한 경우는 심사 기관이 귀하의 예정 퇴원일이 의료적으로 적절하다고 결정했다는 의미입니다. 이 경우, 귀하의 입원 환자 병원 서비스에 대한 당사의 보장은 품질 개선 기구가 귀하에게 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 통보한 다음날 정오에 종료됩니다.
- 심사 기관이 이의 제기에 대해 거절하고 병원에 입원하기로 결정한 경우 품질 개선 기구에서 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오 이후에 받는 병원 진료 비용 전액을 귀하가 지불해야 합니다.

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

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

섹션 8.3 단계별: 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기 방법

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

1단계: 다시 QIO에 연락해 재심사를 요청하셔야 합니다.

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

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

- 품질 개선 기구(QIO)의 심사관들은 귀하의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 면밀히 재심사할 것입니다.

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

심사 기관이 승락한 경우:

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

심사 기관이 거부한 경우:

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

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

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

섹션 9 귀하가 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우, 특정 의료 서비스의 지속적인 보장을 요청하는 방법**섹션 9.1 이 섹션에서는 세 가지 서비스에 대해서만 설명합니다. 가정 건강 관리, 전문 영양 시설 진료 및 종합 외래 재활 시설 (CORF) 서비스**

보장되는 가정 건강 서비스, 전문 영양 또는 재활 치료(종합 외래환자 재활 시설)를 받고 있는 경우, 귀하는 귀하의 질병 또는 부상에 진단과 치료가 필요한 동안에 해당 유형의 치료 서비스를 계속 받을 권리가 있습니다.

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

당사는 세 가지 유형의 진료 중 하나라도 보장을 중단할 때가 되었다고 판단되면 사전에 알려야 합니다. 해당 케어에 대한 귀하의 보장이 종료되면 당사는 **케어에 대한비용 지급을 중단할 것**입니다.

당사가 본인의 진료에 대한 보장을 너무 일찍 종료한다고 판단되는 경우, 가입자는 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 본 섹션에서는 이의 제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 9.2 당사는 귀하의 보장이 종료되는 시기를 미리 알려 드리겠습니다.**법률 용어**

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

- 당사는 귀하의 치료 보장을 중단하기 최소 이틀 전에 서면으로 통지를 제공합니다. 통지에는 다음 사항이 포함됩니다.
 - 당사가 귀하의 치료 보장을 중단할 날짜
 - 귀하의 케어 보장을 더 오랜 기간 유지하도록 요청하는 “빠른 이의 제기”를 신청하는 방법
- 귀하 또는 귀하를 대신하여 행동하는 사람이 서면 통지에 서명하여 해당 정보를 받았음을 확인해야 합니다. 서명은 귀하가 보장이 중단될 날짜에 대한 정보를 받았음을 나타낼 뿐입니다. 서명한다고 해서 플랜의 치료 중단 결정에 동의하는 것은 아닙니다.

섹션 9.3 단계별: 플랜이 진료 보장 기간을 연장하도록 하기 위한 1단계 이의 제기 신청 방법

더 오랜 기간 귀하의 케어를 보장하도록 요청하려면 귀하는 이의 제기 절차를 통해 해당 요청을 해야 합니다. 우선 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 및 기한이 언제인지 이해하십시오.

- 프로세스를 따릅니다.
- 기한 준수.
- 필요한 경우 도움 요청합니다.문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지 가입자 서비스부에 연락하십시오. 또는 개인 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 State Health Insurance Assistance Program으로 전화하십시오.

1단계 이의 제기 중에 품질 개선 기구가 이의 제기를 심사합니다. 이 단계에서는 귀하의 치료 종료일이 의학적으로 적절한지 여부를 결정합니다.

품질 개선 기구는 Medicare 환자에게 제공되는 진료의 품질을 점검하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 여기에는 특정 종류의 의료 서비스를 중단해야 할 시기에 대한 플랜 결정을 심사하는 것이 보장됩니다. 이들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

1단계:1단계 이의 제기: 품질 개선 기구에 연락하여 빠른 이의 제기를 요청합니다. 귀하는 빨리 조치를 취해야 합니다.

이 기관에 연락하려면 어떻게 해야 하나요?

- 귀하가 받은 서면 통지(**Medicare 비보장 통지**)에는 이 기관에 연락하는 방법이 담겨 있습니다. 또는 2장에서 해당 주의 품질 개선 기구의 이름, 주소 및 전화 번호를 찾습니다.
- 이 기관에 연락하려면 어떻게 해야 하나요?

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)**• 신속한 조치를 취하세요:**

- Medicare 비보장 통지서에 있는 발효일 전날 정오까지 품질 개선 기구에 연락하여 이의 제기를 신청하셔야 합니다.

2단계: 품질 개선 기구는 귀하의 사례를 독립적으로 심사합니다.**법률 용어**

“비보장에 대한 자세한 설명” 보장이 종료되는 이유에 대한 자세한 내용을 제공하는 통지서.

빠른 심사 진행 절차

- 품질 개선 기구의 보건 전문의들(심사관들)은 귀하 또는 귀하의 대리인에게 서비스에 대한 보장이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어보게 됩니다. 귀하는 서면으로 아무것도 준비할 필요가 없지만, 원하는 경우 준비해도 됩니다.
- 또한 심사 기관은 귀하의 의료 기록을 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공받은 정보를 심사합니다.
- 심사관들이 귀하의 이의 제기에 관해 당사에 통보한 날 업무 종료 시간에 귀하는 귀하의 서비스에 대한 보장을 종료하는 이유를 제시하는 비보장에 대한 자세한 설명을 당사로부터 받게 될 것입니다.

3단계: 심사관들은 필요한 정보를 모두 받은 시점으로부터 24시간 이내에 귀하에게 결정을 통보합니다.**심사관이 승낙으로 결정하는 경우 어떻게 되나요?**

- 심사 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 승낙할 경우, 당사는 의료적으로 필요하다면 계속해서 귀하에게 보장 서비스를 제공해야 합니다.
- 귀하는 해당 비용에서 귀하의 분담금을 계속 지불해야 합니다(해당되는 경우, 공제액 또는 코페이 등) 보장되는 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

심사관이 거부 결정한 경우 어떻게 되나요?

- 심사관들이 거부하는 경우, 보장은 당사가 통보한 일자에 종료됩니다.
- 보장이 종료되는 날짜 이후에도 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우 그러한 케어 비용 전액을 귀하가 부담해야 합니다.

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

- 심사관이 1단계 이의 제기에 대해 거부하고 동시에 귀하는 진료가 종료된 후에도 계속 진료를 받기로 선택한 경우, 귀하는 2단계 이의 제기를 할 수 있습니다.

섹션 9.4**단계별: 플랜이 진료 보장 기간을 연장하도록 하기 위한 2단계 이의 제기 신청 방법**

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기구(QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. 품질 개선 기구가 2단계 이의 제기를 거절하는 경우, 보장이 종료되는 날짜 이후 귀하의 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스에 대한 비용 전액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)**1단계: 다시 QIO에 연락해 재심사를 요청하셔야 합니다.**

- 품질 개선 기구가 1단계 이의 제기를 거부한 날로부터 달력일 기준 **60일** 이내에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 보장이 종료된 날 이후에 계속 케어를 받으시는 경우에만 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

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

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

3단계: 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 14일 이내에 심사관이 귀하의 이의 제기를 결정하고 결정을 알려줄 것입니다.**심사 기관이 승락으로 결정하는 경우 어떻게 되나요?**

- 당사는 귀하의 보장이 종료된다고 밝힌 날짜 이후 귀하가 받은 케어 비용 중 당사 부담금을 귀하에게 환급해야 합니다. 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 해당 진료에 대해 보장해야 합니다.
- 가입자는 계속해서 비용 중 본인 부담분을 지급해야 하며, 혜택 한도가 적용될 수 있습니다.

심사 기관이 거부하기로 결정하는 경우는 어떻게 되나요?

- 이는 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의함을 의미합니다.
- 받은 통지서에는 심사 절차를 계속 진행하기 원하는 경우 할 수 있는 일을 서면으로 알려줍니다. 행정법 판사 또는 변호사 심판관이 처리하는 다음 단계의 이의 제기로 나아가는 방법에 대한 세부 사항을 제공합니다.

4단계: 거부 결정이 나올 경우, 이의 제기를 더 진행할지 여부를 결정해야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 단계가 있습니다. 3단계 이의 제기를 진행하려는 경우, 이를 수행하는 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 결정 후에 받는 서면 통지에 나와 있습니다.
- 3단계 이의 제기는 행정 법 판사 또는 변호사 심판관이 처리합니다. 이 장의 섹션 10은 3단계, 4, 5 이의 제기 절차에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 10 3단계 이상으로 이의 제기 신청하기**섹션 10.1 의료 서비스 요청에 대한 3, 4단계 이의 제기**

본 섹션은 귀하가 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다. 공정 심리 사무소(IAHO)에서 보낸 서신에 이의 제기 절차를 계속 진행하기 원하는 경우 해야 할 일이 안내되어 있습니다.

이의 제기 절차의 어느 단계에서든 도움이 필요하면 독립 소비자 옹호 네트워크(ICAN)에 연락할 수 있습니다. 전화번호는 **1-844-614-8800**번입니다.

3 단계 이의 제기 Medicare 이의 제기 위원회(위원회)가 귀하의 이의 제기를 심사하고 답변을 드릴 것입니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

- 승락 결정이 나온 경우, 또는 위원회가 당사의 유리한 3단계 이의 제기 결정을 심사하라는 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 절차가 종료되거나 또는 종료되지 않을 수 있습니다. 2단계 결정과 달리,

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

당사는 귀하에게 유리한 3단계 결정을 이의 제기할 권리가 있습니다. 당사는 이 결정을 4단계로 이의 제기할지 여부를 결정합니다.

- 당사가 결정에 이의를 제기하지 **않기**로 결정한 경우, 당사는 위원회의 판결을 받은 후 60일 이내에 의료 케어를 승인 또는 제공해야 합니다.
- 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 가입자에게 서면으로 알려드립니다.
- **거부 결정이 나온 경우 또는 위원회가 심사 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 절차가 종료되거나 또는 종료되지 않을 수 있습니다.**
 - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
 - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기를 거부하면, 받은 통지서에 규칙이 4단계 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부와 4단계 이의 제기를 계속하는 방법이 명시되어 있을 것입니다.

4단계 이의 제기 연방 지방법원의 판사가 귀하의 이의 제기를 심사합니다.

- 판사는 모든 정보를 심사하고 귀하의 요청에 대해 **예** 또는 **아니오**라고 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

섹션 10.2 추가 Medicaid 이의 제기

또한 Medicaid가 일반적으로 보장하는 서비스 또는 품목에 대한 이의 제기인 경우에는 귀하에게 다른 이의 제기 권한이 있습니다. 공정 심리 사무소에서 보낸 서신에 이의 제기 절차를 계속 진행하기 원하는 경우 해야 할 조치가 안내되어 있습니다.

섹션 10.3 파트 D 의약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 귀하가 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다.

이의를 제기하신 약품의 가치가 특정 달러 금액을 충족하는 경우 다음 단계의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 값이 최저 한도 미만인 경우 더 이상 이의 제기를 진행할 수 없습니다. 귀하의 2단계 이의 제기에 대해서 받은 서면 응답에는 누구에게 연락하고 3단계 이의 제기를 신청하기 위해 해야 할 일이 설명되어 있을 것입니다.

대부분의 이의 제기 상황에서는 마지막 세 가지 수준의 이의 제기가 거의 동일한 방식으로 작동합니다. 다음은 각 단계에서 귀하의 이의 제기를 심사하는 담당자입니다.

3단계 이의 제기 : 연방 정부 소속의 행정법 판사 또는 변호사 심사관이 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드립니다.

- 답변이 '예'인 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다. 당사는 행정 법률 판사 또는 변호사 심판관에 의해 승인된 72 시간(신속 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 약품 보장을 허가하거나 제공하거나 또는 당사가 결정을 받은 후 30일 이내에 지불해야 합니다.
- 답변이 '아니오'인 경우, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.
 - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 결정을 받아들이고 싶지 않은 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 4단계 이의 제기 신청하기 위해 해야 할 일을 알려드릴 것입니다.

4단계 이의 제기 Medicare 이의 제기 위원회(위원회)가 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 드릴 것입니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

- 답변이 '예'인 경우, 이의 제기 절차는 종료됩니다. 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 위원회에서 승인된 약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.
- 답변이 "아니오"인 경우, 이의 제기 절차가 끝날 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다.
 - 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
 - 결정을 수락하고 싶지 않은 경우, 다음 심사 절차로 진행할 수 있습니다. 위원회가 귀하의 이의 제기에 대해 '아니오'라고 답하거나 이의 제기 심사를 요청한 것을 거부한 경우, 통지서에 5단계 이의 제기로 진행할 수 있는 규칙이 있는지 여부를 알려드립니다. 또한 이의 제기를 계속하기로 결정할 경우 누구에게 연락해야 하는지, 다음단계에 무엇을 해야 하는지 알려줄 것입니다.

5단계 이의 제기 연방 지방 법원의 판사가 귀하의 이의 제기를 심사할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 심사하고 귀하의 요청에 대해 예 또는 아니오라고 결정합니다. 이것이 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

섹션 11 진료 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 문제에 대한 불만을 제기하는 방법

섹션 11.1 불만 제기 절차는 어떤 종류의 문제를 처리합니까?

불만 절차는 특정 유형의 문제에만 사용됩니다. 여기에는 치료 품질, 대기 시간 및 고객 서비스와 관련된 문제가 포함됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 처리되는 문제 유형의 예입니다.

불만	실례
귀하의 진료의 품질	• 귀하가 받은 진료(병원 내 진료 포함)의 품질에 만족하지 않으십니까?
귀하의 개인 정보 존중	• 누군가가 귀하의 개인 정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 기밀 정보를 공유하지 않았습니까?
불친절, 열악한 고객 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 누군가가 귀하에게 무례하거나 불손한 적이 있습니까? • 가입자 서비스부에 만족하지 않으십니까? • 플랜 탈퇴를 권유받고 있다고 느끼시나요?
대기 시간	• 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우. • 의사, 약사 또는 다른 의료 전문가를 너무 오래 기다리게 되었습니까? 또는 가입자 서비스부 또는 플랜의 다른 직원에 의해?

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

불만	실례
	◦ 예를 들어 전화나 대기실, 진료실에서 너무 오랫동안 기다리거나 처방전을 받는 경우 등이 포함됩니다.
청결	• 클리닉, 병원 또는 의사 사무실의 청결이나 상태에 만족하지 않으십니까?
당사에서 제공하는 정보	• 귀하에게 필요한 고지를 제공하지 않았습니까? • 당사의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 유형의 불만은 보장 결정 및 이의 제기와 관련된 당사 조치의 적시성과 관련이 있습니다.)	보장 결정을 요청하거나 이의를 제기했으며, 당사가 충분히 빠르게 응답하지 않는다고 생각하면, 당사의 지연에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들면 다음과 같습니다. • 귀하가 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 이의 제기”를 요청했는데 당사가 거부했다고 하면, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 귀하는 당사가 보장 결정 또는 이의 신청 기한을 준수하지 않았다고 생각하며 불만을 제기할 수 있습니다. • 당사가 승인된 특정 의료 물품 또는 서비스 또는 의약품에 대해 보상 또는 보상 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우, 불만을 제기할 수 있습니다. • 귀하의 사례를 독립 심사 기관에 전달하는 데 필요한 마감 기한을 지키지 못했다고 판단되는 경우, 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 11.2 불만 제기 방법

법률 용어

- “불만”은 또한 “고충”라고도 합니다.
- “불만 제기”는 또한 “고충 제기”라고도 합니다.
- “불만 제기 절차 이용”은 “고충 처리 절차 이용”이라고도 합니다.
- “빠른 불만 제기”를 “신속 고충 제기”라고도 합니다.

섹션 11.3 단계별: 불만 제기

1단계: 전화 또는 서면으로 즉시 당사에 연락하십시오.

- 일반적으로 가입자 서비스를 호출하는 것이 첫 번째 단계입니다. 그 외에 필요한 조치가 있는 경우 가입자 서비스부에서 알려드립니다.
- 전화를 원하지 않는 경우(또는 전화를 걸었지만 만족하지 않은 경우), 불만을 서면으로 당사에 제출할 수 있습니다. 서면으로 불만을 제기하는 경우 당사에서 서면으로 답변해 드립니다.

8장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

- 당사는 전화로 불만 사항을 해결해 드리겠습니다. 귀하가 서면 응답을 원하거나 서면 불만을 제기하거나, 또는 귀하의 불만 사항이 의료의 질과 관련이 있는 경우, 당사는 귀하에게 서면으로 응답할 것입니다. 당사가 전화로 불만 사항을 해결할 수 없는 경우, 불만 사항을 심사할 수 있는 공식적인 절차가 마련되어 있습니다. 우리는 이것을 가입자 불만 처리 과정이라고 부릅니다.
- 귀하 또는 귀하의 권한 있는 대리인은 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)가 조직 결정 또는 재심사 결정을 연장하는 경우, 또는 당사가 조직 결정이나 재심사를 신속히 처리해 달라는 요청을 거부하는 경우, 언제든지 신속한 불만을 제기할 권리가 있습니다. (Part B 또는 Part D 약품이 관련된 보장 결정이나 이의 제기 결정을 할 때는 연장을 할 수 없습니다.) Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)은 접수 후 (24) 시간 이내에 이러한 신속한 불만 사항에 응답합니다.
- 당사는 귀하의 건강 상태를 기준으로 귀하의 불만을 신속하게 처리해야 하며, 불만 접수 후 30일 이내에 처리해야 합니다. 귀하가 연장을 요청하거나 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 유리한 경우, 당사는 최대 14일 더 연장할 수 있습니다.
- 전화 또는 서면 여부에 관계없이 즉시 가입자 서비스부에 연락해야 합니다. 귀하는 문제가 발생한 후 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다.

2단계: 당사에서 가입자의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 가능한 경우 즉시 응답해 드립니다. 전화로 불만을 제기하는 경우 당사는 동일한 전화 통화로 답변해 드릴 수 있습니다.
- 대부분의 불만은 **30일** 내에 처리됩니다. 추가 정보가 필요하고 지연이 귀하에게 유리한 경우 또는 귀하가 더 많은 시간을 요청하는 경우, 당사는 귀하의 불만에 대해 답변하기 위해 최대 14일 더 연장할 수 있습니다(총 44일). 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 가입자에게 서면으로 알려드립니다.
- 당사가 귀하의 “빠른 보장 결정” 또는 “빠른 이의 제기” 요청에 대해 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 당사는 자동적으로 “빠른 불만 제기”를 제공합니다. “빠른 불만”이 있는 경우 당사가 귀하에게 **24** 시간 이내에 답변을 드립니다.
- 당사가 귀하의 불만 중 일부 또는 전체에 동의하지 않거나 귀하가 불만을 제기한 문제에 대해 책임을 지지 않는 경우, 당사는 귀하에게 응답할 때 그 이유를 포함할 것입니다.

섹션 11.4 또한 품질 개선 기구에 진료 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.

진료 품질에 관해 불만 사항이 있을 경우, 귀하에게는 두 가지 추가 옵션이 있습니다.

- 품질 개선 기구(QIO)에 직접 불만을 제기하실 수 있습니다. 품질 개선 기구는 Medicare 환자에게 제공되는 진료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 서비스 전문의들로 구성된 그룹입니다. 2장에는 연락처 정보가 있습니다.
- 또는
- 품질 개선 기구 및 당사 모두에게 불만을 제기하실 수 있습니다.

섹션 11.5 또한 Medicare 및 Medicaid에 불만 사항을 보고할 수 있습니다.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 관련 불만 사항을 Medicare에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만을 제기하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 이

8장:문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

동하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

9장:

당사 플랜의 멤버십 종료하기

섹션 1 당사 플랜의 멤버십 종료 개요

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 자발적 (본인의 선택) 또는 비자발적 (본인의 선택이 아님)으로 귀하의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- 귀하가 플랜 탈퇴를 원하는 경우 그렇게 결정하고 당사 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2와 3은 자발적으로 멤버십을 종료하는 방법을 알려드립니다.
- 또한 귀하가 탈퇴를 선택하지 않는 제한적인 상황도 있을 수 있지만 당사는 귀하의 멤버십을 종료해야만 합니다. 섹션 5는 당사가 귀하의 멤버십을 종료해야 하는 상황에 대해 설명합니다.

귀하가 당사 플랜을 탈퇴할 경우, 당사 플랜은 귀하의 의료 및 처방 의약품을 계속 제공해야 하며 귀하의 멤버십이 종료될 때까지 비용 분담을 계속 지불 할 것입니다.

섹션 2 당사는 언제 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1 귀하는 Medicare 및 Medicaid를 보유하고 있기 때문에 귀하의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- Medicare를 가진 대부분의 사람들은 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. Medicaid를 보유하고 있기 때문에 연중 언제든지 저희 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다. 또한 매월 다음과 같은 다른 Medicare 플랜에 등록할 수 있는 옵션이 있습니다.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜을 포함한 Original Medicare(이 옵션을 선택하면 자동 등록을 거부하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약품 플랜에 등록합니다.) 또는
 - 자격이 있는 경우, 귀하의 Medicare와 귀하의 Medicaid 혜택 및 서비스의 대부분 또는 전부를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

참고: Medicare 처방약 보험에서 탈퇴하고 63일 이상 연속하여 크레딧 전용 가능한 처방약 보험에 가입하지 않은 경우 나중에 귀하가 Medicare 약품 플랜에 가입할 때 파트 D 가입 지연 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.

귀하의 Medicaid 플랜 옵션에 대해 알아보려면 주 Medicaid 사무소에 문의하십시오(전화 번호는 본 문서의 제2장, 섹션 6에 나와 있습니다).

- 연례 등록 기간 동안 다른 Medicare 건강 플랜 옵션을 사용할 수 있습니다. 섹션 2.2에서는 연간 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.
- 귀하의 멤버십은 언제 종료됩니까? 멤버십은 당사가 귀하의 플랜 변경 요청을 접수한 달 말일에 종료됩니다. 귀하의 신규 플랜 가입도 이 날에 시작됩니다.

섹션 2.2 귀하는 연간 등록 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있습니다.

연간 등록 기간(연간 공개 등록 기간이라고도 함)에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이 기간에 건강 및 의약품 보장을 검토하고 다음 해 보장을 결정하십시오.

- 연례 등록 기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.

9장:당사 플랜의 멤버십 종료하기

- 현재 보장을 유지하기를 선택하거나 다음 연도 보장 변경을 선택하십시오. 새 플랜으로 변경하기로 결정한 경우 다음 플랜 유형 중 하나를 선택할 수 있습니다.
 - 처방약 보장의 유무에 관계없이 다른 Medicare 건강 보험.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함된** Original Medicare
또는
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함되지 않은** Original Medicare
- 1월 1일에 새 플랜의 보장이 시작되면 귀하의 멤버십이 종료됩니다.

처방약 비용을 지불하기 위해 **Medicare**로부터 "추가 지원"을 받는 경우: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않을 경우 귀하가 자동 등록을 거부하지 않는 한, Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 크레딧 전용 가능한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 2.3 귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있습니다.

귀하는 **Medicare Advantage** 공개 등록 기간에 귀하의 건강 보험을 한 번 변경할 수 있습니다.

- 연례 **Medicare Advantage** 공개 등록 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, MA 플랜에 등록된 신규 Medicare 수혜자의 경우, Part A 및 Part B에 대한 자격이 부여된 달부터 자격이 부여된 세 번째 달의 마지막 날까지입니다.
- 연례 **Medicare Advantage** 오픈 등록 기간에 다음을 수행할 수 있습니다.
 - 처방약 보장에 관계없이 다른 Medicare Advantage Plan으로 전환하십시오.
 - 당사 플랜에서 등록을 취소하고 Original Medicare를 통해 보험 혜택을 받으세요. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다.
- 다른 **Medicare Advantage** 플랜에 등록하거나 **Original Medicare**로 전환하라는 요청을 받은 후 매월 1일에 귀하의 멤버십이 종료됩니다. Medicare 처방 의약품 플랜에 등록하기로 선택한 경우, 귀하의 의약품 플랜의 멤버십은 의약품 플랜이 등록 요청을 받은 후 매월 첫째 날에 시작됩니다.

섹션 2.4 특정 상황에서는 특별 등록 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다.

특정 상황에서는 연중 다른 시기에 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이를 특별 등록 기간이라고 합니다.

귀하가 다음 중 어떤 상황에 해당하든지 귀하는 특별 등록 기간 동안 멤버십을 종료할 수 있는 자격이 있습니다. 다음은 예시입니다. 전체 목록을 보려면 플랜에 문의하거나, Medicare에 전화하거나, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하십시오.

- 보통, 귀하가 이사했을 때.
- New York Medicaid가 있는 경우.
- 귀하의 Medicare 처방전을 지불하는 데 "추가 지원"을 받을 자격이 있는 경우.
- 당사가 귀하와의 계약을 위반하는 경우.
- 요양원 또는 장기 요양 (LTC) 병원과 같은 기관에서 치료를 받고 있는 경우.
- PACE(Program of All-Inclusive Care for the Elderly)에 등록된 경우.

9장: 당사 플랜의 멤버십 종료하기

- **참고:** 약품 관리 프로그램에 가입하신 경우 플랜 변경이 불가할 수 있습니다. 5장, 10절에서는 약품 관리 프로그램에 대해 자세히 설명합니다.
- **참고:** 섹션 2.1에서 Medicaid 보유자의 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

귀하의 상황에 따라 등록 기간이 다릅니다.

특별 등록 기간 자격이 있는지 알아보려면 주중무휴 하루 24시간 1-800-Medicare(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 특별한 상황으로 인해 멤버십을 종료할 자격이 있는 경우, Medicare 건강 보험 및 처방약 보험 모두를 변경할 수 있습니다. 다음을 선택할 수 있습니다.

- 처방약 보장의 유무에 관계 없는 다른 Medicare 건강 보험.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함된** Original Medicare
- 또는 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없는** Original Medicare

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 크레딧 전용 가능한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

귀하가 귀하의 처방 의약품을 지불하기 위해 **Medicare**에서 "추가 지원"을 받는 경우: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않을 경우 귀하가 자동 등록을 거부하지 않는 한, Medicare는 귀하를 약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

가입자 자격은 일반적으로 플랜 변경 요청이 접수된 후 그 달의 첫날에 종료됩니다.

참고: 섹션 2.1 및 2.2는 Medicaid 및 "추가 지원"을 받는 사람들의 특별 등록 기간에 대해 자세히 설명합니다.

섹션 2.5	멤버십을 종료할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보는 어디에서 얻을 수 있습니까?
---------------	---

멤버십 종료에 대한 문의 사항이 있는 경우 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 자세한 내용은 *Medicare & You 2025* 핸드북을 참조하십시오.
- **Medicare**에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. 주중무휴, 하루 24시간 운영합니다. (TTY 1-877-486-2048).

섹션 3	당사 플랜의 멤버십을 어떻게 종료합니까?
-------------	-------------------------------

아래 표에는 Plan 멤버십을 종료하는 방법이 설명되어 있습니다.

당사의 플랜에서 전환하고 싶다면:	귀하는 다음과 같이 해야 합니다.
• 다른 Medicare 건강 플랜	• 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 귀하의 신규 보장은 다음달 첫째 날부터 시작됩니다.

9장:당사 플랜의 멤버십 종료하기

당사의 플랜에서 전환하고 싶다면:	귀하는 다음과 같이 해야 합니다.
	새 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에서 등록 취소됩니다.
별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare	- 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. 귀하의 신규 보장은 다음달 첫째 날부터 시작됩니다. - 새 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에서 등록 취소됩니다.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare - Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않을 경우 귀하가 자동 등록을 거부하지 않는 한, Medicare는 귀하를 의약품 플랜에 등록할 수 있습니다. - Medicare 처방약 보험에서 탈퇴하고 크레딧 전용 가능한 처방약 보험이 없었던 기간이 63일 이상 지속된 경우, 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입하면 가입 지연 벌금을 지불해야 할 수 있습니다.	- 등록 취소 요청을 서면으로 보내 주십시오. 자세한 정보가 필요한 경우 가입자 서비스부 연락하십시오. - 또한 주중무휴 하루 24시간 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화할 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다. - Original Medicare 보장이 시작되면 귀하는 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)에서 탈퇴 됩니다.

참고: Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 63일 이상 크레딧 전용 가능한 처방약 보장에 가입하지 않은 경우 나중에 Medicare 의약품 플랜에 가입할 때 파트 D 가입 지연 벌금을 납부해야 할 수 있습니다.

귀하의 Medicaid 혜택에 관한 질문은 New York Medicaid (800) 505-5678에, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474에, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399에, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000에, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040에 또는 Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333에 전화하십시오. 월요일부터 금요일 오전 8시 30분부터 오후 8시까지, 토요일 오전 10시부터 오후 6시까지 이용할 수 있습니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하는 것이 Medicaid 보장을 받는 방법에 어떤 영향을 미치는지 물어보십시오.

섹션 4 멤버십이 종료할 때까지, 귀하는 당사의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 의약품을 계속 얻어야 합니다

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)의 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 보험이 시작될 때까지 귀하는 계속해서 당사의 플랜을 통해 의료 품목, 서비스 및 처방약을 받아야 합니다.

- 계속해서 당사 네트워크 의료 제공자를 통해 의료 서비스를 받으십시오.

9장:당사 플랜의 멤버십 종료하기

- 계속해서 당사 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제하십시오.
- 멤버십 종료일에 입원한 경우, 귀하가 퇴원할 때까지(신규 건강 보험이 시작된 후에 퇴원하더라도) 병실 이용을 보장 받을 수 있습니다.

섹션 5 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 특정 상황에서 플랜의 가입자 자격을 종료해야 합니다

섹션 5.1 당사는 언제 귀하의 멤버십을 종료해야 합니까?

Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)는 다음과 같은 일이 발생하면 귀하의 플랜 멤버십을 종료해야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare 파트 A와 파트 B를 보유하지 않은 경우

귀하가 더 이상 Medicaid 자격이 없는 경우 제 1 장, 섹션 2.1에 명시된 바와 같이, 당사의 플랜은 Medicare와 Medicaid 모두에 적합한 사람들을 위한 것입니다. Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP)에서 자격 요건을 더 이상 충족하지 않는다고 판단하면 귀하는 가능한 탈퇴 사유를 설명하는 통지서를 받게 됩니다. 귀하는 통지서 발송일로부터 6개월(180일) 내에 플랜의 멤버십 재고를 위해 응답할 수 있습니다.

- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- 6개월 이상 당사 서비스 지역을 떠나 있는 경우
 - 귀하가 이사를 하거나 장기간 여행을 갈 경우, 이동하거나 여행하는 장소가 당사의 플랜 지역 내에 있는지 알아보려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 수감된 경우(감옥에 가게 된 경우)
- 미국 시민권자가 아니거나 합법적인 미국 거주자가 아닌 경우
- 처방약에 대해 보유하고 있는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 숨기는 경우
- 플랜 가입 시 의도적으로 잘못된 정보를 제공하여 해당 정보가 당사 플랜에 대한 자격에 영향을 미치는 경우 (Medicare에서 먼저 승인한 경우가 아니라면 귀하는 이러한 이유로 당사의 플랜을 탈퇴할 수 없습니다.)
- 귀하의 행동이 당사가 귀하와 다른 플랜 가입자에게 의료 서비스를 제공하는 데 지속적으로 방해가 되고 지장을 주는 경우 (Medicare에서 먼저 승인한 경우가 아니라면 귀하는 이러한 이유로 당사의 플랜을 탈퇴할 수 없습니다.)
- 귀하가 다른 사람이 귀하의 회원 카드를 사용하여 진료를 받도록 허용할 경우. (Medicare에서 먼저 승인한 경우가 아니라면 귀하는 이러한 이유로 당사의 플랜을 탈퇴할 수 없습니다.)
 - 당사가 이 이유로 귀하의 가입을 종료하면, Medicare는 귀하의 사례를 감찰관에게 조사하도록 할 수 있습니다.
- 귀하가 소득으로 인해 추가 파트 D 금액을 지불해야 하는데 이를 지불하지 않을 경우, Medicare는 귀하를 당사의 플랜에서 탈퇴시킬 것입니다.

어디에서 자세한 정보를 얻을 수 있습니까?

가입을 종료할 수 있는 경우에 대해 질문이 있거나 더 많은 정보를 원하시면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

9장:당사 플랜의 멤버십 종료하기**섹션 5.2** 당사는 건강 관련 이유로는 귀하에게 플랜 탈퇴를 요청할 수 없습니다.

Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 건강 관련 이유로 당사 플랜을 떠나라고 요청할 수 없습니다.

이런 경우에는 어떻게 해야 합니까?

건강과 관련된 이유로 당사 플랜을 탈퇴하라는 요청을 받고 있다고 생각되면 1-800-Medicare (1-800-633-4227)로 주중무휴 24시간(TTY 1-877-486-2048)로 전화하십시오.

섹션 5.3 당사가 귀하의 플랜 멤버십을 종료하는 경우 귀하에게 불만을 제기할 권리가 있습니다.

당사는 귀하의 플랜 멤버십을 종료할 경우 가입자에게 반드시 서면으로 멤버십 종료 이유를 통보해야 합니다. 또한 멤버십 종료 결정에 대해 이의 또는 불만을 제기할 수 있는 방법을 설명해야 합니다.

10장:

법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지 사항

이 보장 범위 증명 문서에 적용되는 주요 법률은 사회 보장법의 타이틀 XVIII와 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터 또는 CMS가 사회 보장법에 따라 만든 규정입니다. 또한 다른 연방 법률이 적용될 수 있으며 특정 상황에서는 귀하가 거주하는 주의 법률이 적용됩니다. 이는 법률이 이 문서에 포함되어 있지 않거나 설명되어 있지 않더라도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 고지

당사는 차별하지 않습니다. 당사는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성별, 사회적 성, 연령, 성적 지향성, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부모가능증거, 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 당사 플랜과 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관은 1964년 민권법 타이틀 VI, 1973년 재활법, 1975년 연령 차별법, 미국 장애인법, 섹션 1557 Affordable Care Act, 연방 자금 지원을 받는 조직에 적용되는 기타 모든 법률, 기타 이유로 적용되는 기타 법률 및 규칙을 준수해야 합니다.

자세한 정보가 필요하거나, 차별 또는 불공정한 대우와 관련해 우려되는 점이 있으신 경우 1-800-368-1019(TTY 1-800-537-7697)로 보건복지부 민권 사무소 또는 해당 지역 민권 사무소에 연락하십시오. 또한 보건복지부의 민권 사무소 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> 에서 정보를 심사할 수 있습니다.

장애가 있고 진료에 대한 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부로 전화하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도움을 드리도록 하겠습니다.

섹션 3 Medicare 2차 지급인 대위권에 대한 고지

당사는 Medicare가 1차 비용 지급자가 아닌 커버드 Medicare 서비스에 대한 비용을 징수할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR 섹션 422.108 및 423.462의 CMS 규정에 따르면, Medicare Advantage Organization으로서 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)는 42 CFR의 파트 411의 서브 파트 B부터 D까지의 CMS 규정에 따라 행사하는 것과 동일한 회복의 권리를 행사하며, 본 섹션에 규정된 규칙들은 모든 주 법률을 대체합니다.

11장:

중요 용어 정의

11장:중요 용어 정의

외래 수술 센터 – 외래 수술 센터에서는 입원하지 않고 예상 체류 시간이 24시간을 초과하지 않는 환자에게 외래 수술 서비스를 제공하는 목적으로만 운영되고 있습니다.

이의 제기 – 의료 서비스, 처방약, 또는 이미 받은 서비스나 약품에 대한 지불 요청을 거부하는 당사의 결정에 귀하가 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치입니다. 또한 귀하가 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 이의를 제기할 수 있습니다.

혜택 기간 - 당사의 플랜과 Original Medicare 모두 병원 및 전문 요양 시설 (SNF) 서비스의 사용을 측정하는 방법. 혜택 기간은 귀하가 병원이나 전문 요양 시설에 입원하는 날부터 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 60일 연속으로 입원 치료(또는 SNF에서의 전문 요양 치료)를 받지 않을 때 종료됩니다. 하나의 혜택 기간이 끝난 후 병원이나 전문 요양 시설에 다시 입원하면 새로운 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 수에는 제한이 없습니다.

생물학적 제품 - 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 자연 및 살아있는 소스로 만든 처방약. 생물학적 제품은 다른 의약품보다 더 복잡하고 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. (또한, “원래의 생물학적 제품” 및 “바이오시밀러”를 참조하십시오).

바이오시밀러 - 원래의 생물학적 제품과 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 제품. 바이오시밀러는 원래 생물학적 제품과 같이 안전하며 효과가 있습니다. 일부 바이오시밀러의 경우 약국에서 신규 처방 없이 원래의 생물학 제품으로 교환될 수 있습니다. (“교환 가능한 바이오시밀러”를 참조하십시오).

브랜드 의약품: 해당 의약품을 최초로 연구하고 개발한 제약 회사가 제조하고 판매하는 처방약. 브랜드 의약품은 해당 약품의 제네릭 버전과 성분이 동일합니다. 그러나 제네릭 의약품은 다른 의약품 제조업체에서 제조 및 판매하며 일반적으로 브랜드 의약품에 대한 특허가 만료될 때까지 사용할 수 없습니다.

위기 상황 보장 단계 – 귀하(또는 귀하를 대신한 다른 자격을 갖춘 당사자)가 해당 연도 동안 파트 D 보장 의약품에 대해 \$2,000을 지출했을 때 시작되는 파트 D 의약품 보장 단계. **Medicare 및 Medicaid 서비스(CMS)** – Medicare를 관리하는 연방 기관입니다.

공동보험료 – 서비스 또는 처방약 비용의 부담액으로 백분율(예: 20%)로 표시하여 지불해야 할 수 있는 금액입니다.

불만 제기— 불만 제기에 대한 공식 명칭은 **고충 제기**입니다. 불만 제기 절차는 특정 유형의 문제에 대해서만 사용됩니다. 여기에는 진료 품질, 대기 시간 및 받는 고객 서비스와 관련된 문제가 포함됩니다. 또한 플랜이 이의 제기 절차의 기간을 따르지 않는 경우 불만 사항도 포함됩니다.

종합 외래 재활 시설 (CORF) – 주로 물리 치료, 사회 또는 심리 서비스, 호흡기 치료, 작업 치료 및 언어 병리학 서비스, 가정 환경 평가 서비스를 포함하여 질병 또는 부상 후 재활 서비스를 제공하는 시설입니다.

코페이(또는 코페이먼트) – 의사 방문, 병원 외래 방문 또는 처방약과 같은 의료 서비스 또는 공급분 비용의 부담금으로 귀하가 지불해야 할 수 있는 금액. 코페이는 비율이 아닌 정해진 금액(예: \$10)입니다.

비용 부담 – 비용 부담은 서비스 또는 의약품을 수령할 때 가입자가 지불해야 하는 금액을 말합니다. 비용 부담은 다음 세 가지 결제 유형의 조합을 포함합니다. (1) 서비스 또는 의약품이 보장되기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제 금액, (2) 특정 서비스 또는 의약품을 수령할 때 플랜이 요구하는 고정 비용 금액, 또는 (3) 공동보험료 금액, 특정 서비스 또는 의약품을 수령할 때 플랜에 필요한 서비스 또는 의약품에 대해 지불된 총 금액의 비율.

보장 결정 – 귀하에게 처방된 약품이 플랜에 의해 보장되는지 여부와 처방약에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액(있다면)에 대한 결정 일일반적으로, 약국에 처방전을 가져가서 약국에서 귀하의 플랜에서 해당

11장:중요 용어 정의

처방전이 보장되지 않는다고 말하는 경우, 그것은 보장 결정이 아닙니다. 귀하는 플랜에 전화하거나 서면으로 보장에 대한 공식 결정을 요청해야 합니다. 이 문서에서는 보장 확정을 보장 결정이라고 합니다.

보장 의약품: 당사 플랜이 보장하는 모든 처방약을 의미하는 용어.

보장 서비스 – 당사가 플랜에서 보장하는 모든 의료 서비스 및 공급품을 의미하는 용어입니다.

크레딧 전용 가능한 처방약 보험 – 평균적으로 Medicare의 표준 처방약 보험 만큼의 비용을 지불할 것으로 예상되는 처방약 보험(예: 고용주 또는 노조에서 제공)입니다. 그들이 Medicare를 위해 자격이 될 때 보험의 이 종류가 있는 사람들은 일반적으로 처방전 약 보험에 나중에 등록하는 것을 결정하는 경우에, 벌금을 지불하지 않고 그 보험을 유지할 수 있습니다.

보호자 돌봄 – 보호자 관리는 전문 의료 또는 전문 요양 서비스가 필요하지 않은 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 환경에서 제공되는 개인 돌봄입니다. 목욕, 옷 입기, 식사, 침대와 의자 간 이동하기, 보행하기 및 화장실 사용과 같은 일상 생활의 도움을 포함한 비숙련 개인 돌봄 서비스. 이는 점안액 사용과 같이 대부분의 사람들이 자신을 돌보는 행위를 포함합니다. 대부분의 경우 Medicare는 양육 간호 비용을 지불하지 않습니다.

일일 비용 분담 비율 – 의사가 귀하에게 특정 의약품을 한 달 동안 공급하지 않고 귀하가 부담금을 지불해야 할 경우 일일 비용 분담 비율이 적용될 수 있습니다. 일일 비용 분담 비율은 한 달의 공급 일수로 나눈 비용입니다. 예는 다음과 같습니다. 한 달 간의 의약품 공급에 대한 부담금이 \$ 30이고 플랜에서 한 달 공급이 30 일이라면 "일일 비용 분담율"은 하루에 \$ 1입니다.

탈퇴 또는 해지 – 당사 플랜 멤버십을 종료하는 절차입니다.

이중 적격 특별 필요 플랜 (D-SNP) - Medicaid (제목 XIX)에 따라 주 플랜에서 의료 지원 (제목 XVIII 사회 보장법의 제목 XVIII)과 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 개인이 등록하는 플랜 유형입니다. 주 정부는 주 및 개인의 자격에 따라 Medicare 비용 일부 또는 전부를 보장합니다.

이중 적격 개인 - Medicare 및 Medicaid 보장 혜택을 모두 받을 자격이 있는 사람.

내구성 의료 장비(DME) – 의사가 의학적 이유로 주문하는 특정 의료 장비. 보행자, 휠체어, 목발, 전동식 매트리스 시스템, 당뇨병 관련 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 산소 장비, 네블라이저 또는 가정에서 사용하기 위해 의료 제공자가 주문한 병상.

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

응급 진료 – 보장되는 서비스는 다음과 같습니다. (1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 의료 제공자가 제공한 경우, (2) 응급 의료 상태를 치료, 평가 또는 안정화해야 하는 경우.

보장 범위 증명(EOC) 및 공개 정보: 이 문서에는 귀하의 등록 양식 및 일체의 기타 첨부 문서, 라이더, 또는 기타 선택된 옵션 보장이 있으며, 이들에는 귀하의 보장, 당사의 의무, 귀하의 권리 그리고 당사 플랜의 가입자로서 귀하의 의무 등이 설명되어 있습니다.

예외 – 승인된 경우 당사 처방집에 없는 의약품(처방집 예외)을 구입하거나 낮은 비용 분담 수준에서 비선호 의약품을 구입할 수 있는 보장 결정의 한 유형입니다(등급 예외). 또한 당사의 플랜이 귀하가 요청하는 의약품을 수령하기 전에 다른 의약품을 시도하도록 요구하거나 당사의 플랜이 약품에 대한 사전 승인을 요구하고 귀하는 당사가 기준 제한을 면제해주기를 원할 경우, 또한 당사의 플랜이 귀하가 요청하는 의약품의 수량 또는 용량을 제한하는 경우(처방집 예외) 예외를 요청할 수 있습니다.

11장:중요 용어 정의

추가 지원은 제한된 소득 및 자원을 가진 사람들이 보험료, 공제액, 코페이와 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다.

제네릭 의약품 – 식품의약품안전청(FDA)에서 브랜드 이름과 동일한 활성 성분(s)를 갖는 것으로 승인된 처방약. 일반적으로 제네릭 약품은 브랜드 약품과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다.

고충 – 귀하의 진료 품질에 관한 불만을 포함하여 당사의 플랜, 제공자 또는 약국에 대해 귀하가 제기하는 불만의 유형입니다. 여기에는 보장 또는 지불 분쟁이 포함되지 않습니다.

가정 건강도우미 – 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동)과 같이 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람.

호스피스 - 말기 질환으로 의학적으로 인증된 가입자에게 특별한 치료를 제공하는 혜택, 즉 기대 수명이 6개월 이하임을 의미합니다. 당사, 곧 귀하의 플랜은 귀하의 지리적 지역에 호스피스의 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 지불하면 귀하는 여전히 당사 플랜의 가입자입니다. 귀하는 의료적으로 필요한 모든 서비스와 당사가 제공하는 추가 혜택을 여전히 받으실 수 있습니다.

병원 입원 – 병원에 들어가 전문 의료 서비스를 받을 경우의 병원 입원. 가입자가 밤새 병원에 있었다라고 여전히 외래 환자로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA) – 2년 전부터 IRS 세금 신고서에 보고된 수정된 조정 총소득이 일정 금액을 초과하는 경우 표준 보험료 금액과 소득 관련 월별 조정 금액(IRMAA라고도 함)을 지불하게 됩니다. IRMAA는 보험료에 추가되는 추가 요금입니다. Medicare 환자의 5% 미만이 영향을 받으므로 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 지불하지 않습니다.

초기 보장 단계 – 이는 귀하의 당해년의 본인 부담금 비용이 임계 금액에 도달하기 전의 단계입니다.

최초 등록 기간 – 처음 Medicare 자격이 있는 경우, Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있는 기간입니다. 65세가 되었을 때 Medicare 자격이 있는 경우, 최초 등록 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전부터 시작하여 65세가 되는 달을 포함하고 65세가 되는 달부터 3개월 후까지 끝나는 7개월입니다.

통합 D-SNP – Medicare와 Medicaid 모두 자격 있는 개인들의 특정 집단에게 단일 건강 플랜 하에서 Medicare와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장해드리는 D-SNP. 이러한 개인은 전체 혜택 이중 적격 개인이라고도 합니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러 – 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체물로 사용될 수 있는 바이오시밀러. 약국의 자동 대체 행위는 주정부 법의 적용을 받습니다.

보장 의약품 목록(처방집 또는 의약품 목록): 플랜이 보장하는 처방약 목록.

저소득 보조금(LIS): “추가 지원(Extra Help)”을 참조하십시오.

제조사 할인 프로그램 – 의약품 제조사가 파트 D 브랜드 의약품 및 생물학 제품에 대한 전체 비용의 일부를 지불하는 프로그램입니다. 할인은 연방 정부와 의약품 제조사 간의 계약을 기반으로 합니다.

본인 부담금 최대 한도액 – 보장되는 파트 A 및 파트 B 서비스에 대해 연간 본인 부담금으로 지불하는 최대 금액입니다. Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료에 대해 지불하는 금액 및 처방약은 본인 부담금 최대 한도액으로 계산되지 않습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해서 본인 부담 최대 한도액에서 본인 부담 비용을 지불할 책임이 없습니다. (참고: 당사 가입자들도 Medicaid의 지원을 받기 때문에, 극소수의 가입자만이 자기 부담 최대 한도액에 도달할 수 있습니다.)

11장:중요 용어 정의

Medicaid (또는 의료 지원) - 낮은 소득과 제한된 자원을 가진 일부 사람들을 위한 의료 비용에 도움이 되는 연방 및 주 공동 프로그램. Medicare 및 Medicaid에 대한 자격을 모두 갖춘 경우 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학 승인 표시 - 식품의약청이 승인하거나 미국 병원 약제 서비스 약품 정보 및 Mircomedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 기관에서 지원하는 약품의 사용.

의학적으로 필요한 - 귀하의 건강 상태의 예방, 진단 또는 치료에 필요하고 인정되는 의료 관행 기준을 충족하는 서비스, 공급 또는 의약품.

Medicare: 65세 이상자, 특정 질환을 앓고 있는 65세 미만인 자, 그리고 말기 신장 질환자(대개 투석과 신장 이식이 필요한 말기 신부전 환자)에게 제공하는 연방 건강보험 프로그램.

Medicare Advantage 공개 등록 기간 - 1월 1일부터 3월 31일까지 Medicare Advantage 플랜의 가입자가 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 Original Medicare를 통해 보장을 받을 수 있는 기간입니다. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택한 경우, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수도 있습니다. Medicare Advantage 공개 등록 기간은 개인이 처음으로 Medicare에 가입한 후 3개월 동안 이용할 수 있습니다.

Medicare Advantage (MA) 플랜 - Medicare 파트 C라고도 합니다. 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하기 위해 Medicare와 계약하는 민간 회사가 제공하는 플랜. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) PFFS(행위별 수가제) 플랜 또는 iv) Medicare 의료 저축 계정(MSA) 플랜이 될 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜을 선택하는 것 외에도 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜은 특별 요구 플랜 (SNP)이 될 수 있습니다. 대부분의 경우 Medicare Advantage 플랜은 Medicare 파트 D(처방약 보장)를 제공합니다. 이러한 플랜을 처방약 보장을 포함한 Medicare Advantage 플랜이라고 합니다.

Medicare 보장 서비스 - Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장되는 서비스 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A와 B가 보장되는 모든 서비스를 포함해야 합니다. Medicare 보장 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜이 제공할 수 있는 시각, 치과 또는 청각 등의 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare Health Plan - Medicare Health Plan 은 Medicare와 계약을 맺고 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하는 민간 기업에 의해 제공됩니다. 이 기간에는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare 비용 플랜, 특별 필요 플랜, 데모/Pilot 프로그램 및 노인 보육 프로그램(PACE)이 포함됩니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D) - 외래 환자 처방약, 백신, 생물학 및 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하지 않는 일부 의료 용품 비용 지불을 지원하는 보험

Medigap(Medicare Supplement Insurance) 정책 - 민간 보험 회사가 Original Medicare의 "공백"을 메우기 위해 판매하는 Medicare 보충 보험. 메디갭 정책은 Original Medicare에서만 적용됩니다. (Medicare Advantage 플랜은 Medigap 정책이 아닙니다.)

가입자(플랜 가입자): Medicare와 Medi-Cal 가입자로 보장 서비스 이용 자격을 충족하고, 당사 플랜에 가입되어 있으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)와 주 당국이 그 가입을 확인한 개인을 말합니다.

가입자 서비스부: 당사 플랜 소속 부서로서 가입자 멤버십, 혜택, 고충 사항, 이의 제기 등과 관련한 가입자의 질문에 응답해 드리는 업무를 맡고 있습니다.

네트워크 약국 - 당사 플랜과 계약한 약국으로서 이곳에서 당사 플랜 가입자가 처방약 혜택을 얻을 수 있습니다. 대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 경우에 한해 처방약 비용을 지급합니다.

네트워크 의료 제공자 - 의료 제공자는 의료 보험 및 의료 서비스를 제공하기 위해 주 정부에 의해 허가되거나 인증된 의사, 기타 의료 전문가, 병원 및 기타 의료 시설의 일반 용어입니다. 네트워크 의료 제공

11장:중요 용어 정의

자는 당사의 지불을 전액 지불로 받아들이고, 경우에 따라 당사의 플랜 가입자에게 보장되는 서비스를 조정하고 제공하는 일에 동의합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

기관 결정 – 항목 또는 서비스의 보장 여부 또는 보장되는 항목 또는 서비스에 대해 지불해야 하는 금액에 대해 당사의 플랜에서 하는 결정입니다. 이 문서에서는 기관 결정을 보장 결정이라고 합니다.

원래의 생물학적 제품 – 식품의약품안전청(FDA)에서 승인하고 제조사가 바이오시밀러 버전을 만드는 과정에서 비교를 제공하는 생물학적 제품 또한 참조 제품이라고 부릅니다.

Original Medicare(기존의 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare) – Original Medicare는 정부에 의해 제공되며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 개인 건강 플랜이 아닙니다. Original Medicare에서 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에 미 의회가 정하는 금액을 지급함으로써 Medicare 서비스를 보장합니다. 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자가 Medicare를 수락하는지 확인해 보실 수 있습니다. 공제금을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액의 몫을 지불하고, 귀하는 귀하의 몫을 지불합니다. Original Medicare에는 두 개 파트가 있습니다. 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국: 당사 플랜과 공조해 당사 플랜 가입자에게 보장 의약품 조달 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 외부 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜이 보장하지 않습니다.

네트워크 외부 의료 제공자 또는 네트워크 외부 시설 – 당사 플랜과 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설로서 당사 플랜의 가입자에게 보장되는 서비스를 조정하거나 제공합니다. 네트워크 외부 의료 제공자는 당사 플랜에 의해 고용, 소유 또는 운영되지 않는 의료 제공자입니다.

본인 부담 비용 – 위의 비용 공유에 대한 정의를 참조하십시오. 가입자가 받은 서비스 또는 의약품의 일부를 지불해야 하는 비용 부담 요건을 가입자의 본인 부담 비용 요건이라고도 합니다.

본인 부담 임계 금액 – 파트 D 의약품에서 본인이 부담하는 최고 금액

PACE 플랜 – 노인들을 위한 포괄적 진료 프로그램(PACE) 플랜은 약한 사람들을 위한 의료, 사회 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 결합하여 사람들이 (요양원으로 이사하지 않고) 가능한 한 오랫동안 독립적으로 생활할 수 있도록 돕습니다. PACE 플랜에 등록한 사람들은 플랜을 통해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 모두 받게 됩니다.

파트 C - Medicare Advantage(MA) 플랜 참조.

파트 D – 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 의약품 - 파트 D에서 보장할 수 있는 의약품. 당사는 모든 파트 D 의약품을 제공할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다. 일부 약품 카테고리는 의회의 결정으로 파트 D 보장으로부터 제외되었습니다. 파트 D 의약품의 특정 카테고리는 모든 플랜에 포함되어야 합니다.

파트 D 가입 지연 벌금 – 크레딧 전용 가능한 보험이 없는 경우 파트 D 플랜에 처음 가입한 후 63일 이상 기간에 Medicare 의약품 보험에 대한 월별 보험료에 추가되는 금액(평균적으로 표준 Medicare 처방 의약품 보험료만큼 지불할 것으로 예상되는 보험) 추가 지원을 잃으면 파트 D 또는 기타 크레딧 전용 가능한 처방약 보험 없는 기간이 63일 이상 연속될 경우, 가입 지연 벌금이 부과될 수 있습니다.

보험료 – Medicare, 보험 회사, 또는 건강 또는 처방약 보험에 대한 건강 관리 플랜에 대한 정기 지불.

주치의(PCP) – 대부분의 건강 문제와 관련해 귀하가 가장 먼저 진찰을 받는 의사 또는 기타 의료 제공자입니다. 여러 Medicare 의료 플랜의 경우, 귀하는 다른 의료 서비스 제공자의 진찰을 받기 전에 반드시 PCP의 진찰을 받아야 합니다.

11장:중요 용어 정의

사전 승인 – 서비스 또는 특정 의약품을 얻기 위해 사전 승인. 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 보장 서비스는 제4장의 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 의약품은 약식에 표시되어 있으며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다

보철물 및 교정기 – 팔, 등, 목 교정기를 포함하되 이에 국한되지 않는 의료 기기, 인공 팔다리, 인공 눈, 장루 공급품 및 장내 및 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부위 또는 기능을 대체하는 데 필요한 장치.

품질 개선 기구(QIO) – Medicare 환자에게 제공되는 치료를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부에서 급여를 지급하는 현직 의사 및 기타 의료 전문가 그룹입니다.

수량 제한 – 품질, 안전성 또는 이용상의 이유로 선택된 의약품의 사용을 제한하도록 설계된 관리 도구입니다. 처방전당 또는 정해진 기간 동안 당사가 보장하는 의약품의 수량에 제한이 있을 수 있습니다.

“실시간 혜택 도구” – 등록자가 완전하고 정확하며 시의적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 처방집 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 부담 금액, 제공된 의약품과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 의약품, 대체 의약품에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계 요법, 수량 한도)이 포함됩니다.

재활 서비스 - 이러한 서비스에는 물리 치료, 언어 및 언어 치료 및 작업 치료가 포함됩니다.

서비스 지역 – 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 거주해야 하는 지리적 지역입니다. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 귀하가 일상적(비용급) 서비스를 이용할 수 있는 지역을 의미하기도 합니다. 플랜의 서비스 구역에서 영구적으로 벗어날 경우 플랜의 등록을 취소해야 합니다.

전문 요양 시설(SNF)의 간호: 전문 요양 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 요양/간호 진료 및 재활을 말합니다. 치료의 예로는 등록된 간호사 또는 의사만이 투여할 수 있는 물리 치료 또는 정맥 주사가 있습니다.

특별 요구 플랜 - Medicare 및 Medicaid를 둘 다 가지고 있거나 요양원에 거주하거나 특정 만성 질환이 있는 사람들과 같은 특정 그룹의 사람들에게 더 집중된 건강 관리를 제공하는 특별한 유형의 Medicare Advantage 플랜입니다.

단계 치료 - 의사가 처음 처방 한 의약품을 보장하기 전에 의학적 상태를 치료하기 위해 다른 약품을 먼저 시도해야 하는 활용 도구입니다.

생활보조금(SSI): 사회보장국이 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지급 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 응급은 아니지만 즉시 의료적 조치가 필요한 경우 받을 수 있는 플랜에서 보장하는 서비스로서 일시적으로 플랜 서비스 지역 외에 있거나 주어진 시간, 장소, 상황에서 플랜과 계약된 네트워크 의료제공자로부터 해당 서비스를 받기 어려운 경우에 긴급하게 필요합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로서 뜻하지 않은 질병과 상해 또는 기존 질환의 예기치 못한 발작 등이 있습니다. 그러나 연례 검진과 같은 의료제공자의 의료적으로 필요한 정기 방문은 귀하가 플랜 서비스 지역 외부에 있거나 플랜 네트워크가 일시적으로 이용할 수 없다고 하더라도 긴급히 필요한 서비스로 간주되지 않습니다.

Medicare Language Assistance Services



Medicare Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (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 1-833-671-0440. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. 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：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。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1-833-671-0440 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 posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-671-0440. 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 asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. 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 polsku, należy zadzwonić pod numer 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দোঁভাষীর পরষিবো রয়েছে। কোনও দোঁভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরষিবো।

Yiddish:

מיר האָבן פֿריי יבערזעצער באַ דינונגס צו ענטפֿערן אַלע פֿראַגן וואָס איר קען האָבן וועגן אונזער געזונט אַ דער מעדיצין פֿלאַן. צו באַקומען אַן יבערזעצער, נאָר רופן אונז אויף 1-833-671-0440. איינער וואָס רעדט יידיש קען דיר העלפֿן. דאָס איז אַ פֿריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιασδήποτε ερωτήσεως σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνείας, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.



Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) 가입자 서비스부

방식	가입자 서비스부 - 연락 정보
전화	(833) 671-0440 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간). 또한 가입자 서비스부에서는 영어를 사용하지 않는 회원님을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 듣거나 말하기 어려운 사람을 위한 전용 번호이며 특수 전화 장치가 있어야 사용 가능합니다. 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	(310) 507-6186
우편	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 15 MetroTech Center, 11th Floor Brooklyn, NY 11201
웹사이트	SWHNY.com

건강 보험 정보, 상담 및 지원 프로그램(HIICAP)(New York's SHIP)은 연방 정부로부터 자금을 받아 Medicare 수혜자에게 무료 지역 건강 보험 상담을 제공하는 주 정부 프로그램입니다.

방식	연락처 정보
전화	(800) 701-0501 월요일부터 금요일까지, 현지 시간 오전 8시 30분에서 오후 5시
우편	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
웹사이트	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

PRA 공개 진술서 1995년 서류 감축법(Paperwork Reduction Act)에 따라 어떠한 개인도 유효한 OMB 관리 번호가 부여되지 않은 정보 수집 요청에 응답할 의무가 없습니다. 본 정보 수집 요청 건에 부여된 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051입니다. 이 양식을 개선하기 위한 의견이나 제안이 있으시면 다음 주소로 서신을 보내 주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland