

2025

가입자 핸드북

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

California H3038-003

2025년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함.

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

2025년 1월 1일~2025년 12월 31일

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

가입자 핸드북 소개

이 가입자 핸드북(보장 범위 증명서라고도 함)은 2025/12/31까지 당사 플랜에 따른 보장 범위에 관한 정보를 제공합니다. 또한 의료 케어 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스, 처방약 보장 및 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북 12장에 알파벳순으로 정렬되어 있습니다.

이 핸드북은 중요한 법률 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 두십시오.

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

이 문서는 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로 무료로 제공됩니다.

이 문서를 큰 활자, 점자 및/또는 오디오 등 다른 형식으로 무료로 받아보려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627 TTY: 711번으로 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. (주 7일) 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하시면 됩니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 주말과 공휴일에 당사의 자동 전화 시스템에서 응답할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

원하는 언어나 형식으로 항상 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이것을 상시 요청이라고 합니다. 당사는 귀하의 상시 요청을 등록해 놓으므로 귀하는 당사가 정보를 보낼 때마다 별도로 요청할 필요가 없습니다.

이 문서를 영어 이외의 언어로 받으려면 주 정부에 (800) 541-5555, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 전화하여 귀하의 기록을 선호하는 언어로 업데이트하십시오. 이 문서를 다른 형식으로 받으려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 담당자가 상시 요청 등록 또는 변경을 도와드릴 수 있습니다. 케어 코디네이터에게 연락하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



2025 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

목차

제1장:	가입자로 시작하기	5
제2장:	중요 전화번호 및 자원	15
제3장:	당사 플랜의 의료 케어 보장 및 기타 보장 서비스 이용	30
제4장:	혜택 차트	48
제5장:	외래 환자 처방약 받기	97
제6장:	Medicare 및 Medi-Cal Medicaid 처방약에 대한 회원 부담 비용	110
제7장:	보장 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기	115
제8장:	회원의 권리 및 의무	120
제9장:	문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)	141
제10장:	당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기	175
제11장:	법적 고지	182
제12장:	중요한 표현의 정의	185

고지 사항

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

차별 금지 고지

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

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

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate Long Beach, CA 90802

전화: (866) 606-3889 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)

TTY: 711

팩스: (562) 499-0610

이메일: civil.rights@MolinaHealthcare.com

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

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

Deputy Director, Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov

www.hhs.gov/ocr

불만 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

Molina가 인종, 피부색, 국적, 장애, 연령 또는 성별을 이유로 차별을 했다고 판단되는 경우에는, 다음 주소의 공민권 사무국(Office for Civil Rights) 포털을 통해 미국 보건복지부 공민권 사무국으로 전자적으로 민권 불만을 접수할 수 있습니다.

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

또는 다음 주소로 우편이나 전화로 문의하십시오.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-868-1019 or 800-537-7697(TDD)

불만 제기 양식은 다음에서 이용할 수 있습니다.

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

제1장: 가입자로 시작하기

소개

이 장에서는 모든 Medicare 서비스를 보장하고 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스와 멤버십을 조정하는 건강 플랜인 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사에서 제공할 것으로 예상한 정보와 함께 다른 정보도 확인할 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳순으로 정렬되어 있습니다.

목차

A. 당사 플랜 가입 환영 인사	6
B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보	6
B1. Medicare	6
B2. Medi-Cal	6
C. 당사 플랜의 이점	7
D. 당사 플랜의 서비스 지역	7
E. 플랜 가입자 자격 조건	7
F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항	8
G. 케어 팀 및 케어 플랜	9
G1. 케어 팀	9
G2. 케어 플랜	9
H. Molina Medicare Complete Care Plus에 대한 월 부담 비용	9
H1. 플랜 보험료	9
H2. 월 Medicare 파트 B 보험료	9
H3. Medicare 처방전 지불 금액	10
I. 가입자 핸드북	10
J. 귀하에게 제공되는 기타 정보	10
J1. 가입자 ID 카드	10
J2. 제공자 및 약국 명부	12
J3. 보장 의약품 목록	13
J4. 혜택 설명서	14
K. 멤버십 기록 업데이트하기	14
K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호	14

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

A. 당사 플랜 가입 환영 인사

당사 플랜은 두 프로그램 모두에 대한 자격을 갖춘 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 제공자 및 기타 제공자가 포함됩니다. 또한 당사는 이용하고 계신 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케어 코디네이터 및 케어 팀도 보유하고 있습니다. 그들은 서로 협력하여 귀하에게 필요한 진료를 제공합니다.

Molina Healthcare에서는 모든 가입자에게 서로 다르고 고유한 요구 사항이 있다는 것을 알고 있습니다. 그렇기 때문에 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 귀하의 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합시켜 마음 편하게 개인 맞춤형 지원을 받을 수 있도록 합니다.

Molina Healthcare는 35년 전에 설립되어 더 많은 사람, 특히 서비스가 가장 필요한 사람에게 양질의 의료 케어를 제공하고 있습니다. 설립 당시부터 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자의 필요 사항을 최우선으로 두었으며, 오늘날까지 이러한 방식을 유지하고 있습니다.

Molina Healthcare에 잘 오셨습니다. 귀하의 모든 가족을 환영합니다.

B. Medicare 및 Medi-Cal에 대한 정보

B1. Medicare

Medicare는 다음과 같은 귀하에게 제공되는 연방 의료보험 프로그램입니다.

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

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주에서 운영하며, 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다. Medi-Cal은 소득 및 재원이 제한적인 사람들이 장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS) 그리고 의료 비용을 부담할 수 있도록 도움을 제공합니다. 여기에는 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 의약품이 포함됩니다.

각 주에서 결정하는 사항은 다음과 같습니다.

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

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

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

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

C. 당사 플랜의 이점

이제 처방약을 포함하여 보장되는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 당사 플랜에서 받으실 수 있습니다. 이 건강 플랜에 가입하시는 데는 추가 비용이 전혀 없습니다.

당사는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 귀하에게 더 조화롭게 제공될 수 있도록 도와드립니다. 다음과 같은 이점이 있습니다.

- 귀하의 의료 케어 요구 사항 대부분을 당사와 상의하여 해결할 수 있습니다.
- 귀하에게는 케어 팀이 있고 귀하가 직접 팀 구성에 참여하게 됩니다. 케어 팀은 귀하, 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 그 외 의료 전문가들로 구성될 수 있습니다.
- 케어 코디네이터를 배정받습니다. 이들은 귀하와 함께 당사 플랜을 관리하고 케어 팀의 케어 플랜 수립을 돕는 일을 합니다.
- 고객은 담당 케어 팀과 케어 코디네이터의 도움을 받아 자신의 건강 관리를 주도할 수 있습니다.
- 귀하의 케어 팀과 케어 코디네이터는 귀하와 함께 상의해 귀하의 건강 요구 사항에 맞게 설계된 케어 플랜을 수립하게 됩니다. 케어 팀은 귀하가 필요로 하는 여러 서비스 간 조율을 도와 드립니다. 예를 들어, 담당 케어 팀은 다음과 같은 일을 합니다.
 - 담당 의사에게 귀하가 어떤 약을 먹는지 알려서 적합한 약을 먹고 있는지 확인하고, 그러한 약 복용에서 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.
 - 또한 귀하의 검사 결과를 모든 담당 의사들, 그리고 필요에 맞게 다른 제공자들도 공유할 수 있도록 합니다.

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

D. 당사 플랜의 서비스 지역

당사의 서비스 지역은 California 주 내의 다음 카운티를 포함합니다.

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

당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 당사 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 데 따른 영향에 대한 자세한 정보는 가입자 핸드북 8장을 참조하십시오.

E. 플랜 가입자 자격 조건

다음 조건을 충족하면 당사 플랜에 가입할 자격이 됩니다.

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Medi-Cal 자격을 상실했지만 3개월 이내에 다시 얻을 것으로 예상되는 경우에도 당사 플랜에 가입할 자격이 있습니다.

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항

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

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

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

HRA와 관련한 자세한 정보를 보내드리도록 하겠습니다.

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

- 귀하, 귀하의 대리인 또는 제공자가 당사에 귀하가 현재 제공자를 유지할 수 있도록 해 줄 것을 요청합니다.
- 일부 예외 경우를 제외하고, 귀하가 주치의(PCP) 또는 전문 케어 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 당사가 확인할 수 있습니다. “기존 관계”란, 귀하가 당사 플랜 최초 가입일 기준으로 그 이전 12개월 기간에 비응급 진찰을 위해 네트워크 외부 의료 제공자를 최소 1회 방문했음을 의미합니다.
 - 당사는 당사가 확보할 수 있거나 귀하가 당사에 제공하는 귀하의 건강 의료 정보를 검토해 기존 관계 여부를 결정하게 됩니다.
 - 요청 응답에는 30일이 소요됩니다. 귀하는 더 신속하게 결정해 달라고 요청하실 수 있으며, 그러한 경우 당사는 15일 이내에 응답해야 합니다. (855) 665-4627, TTY 711번으로 전화하여 요청하실 수 있습니다. 손해의 위험이 있을 경우 당사는 3일 이내에 응답합니다.
 - 귀하 또는 담당 제공자는 요청 시 기존 관계에 대한 문서를 제시하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

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

케어 지속 기간이 종료되고 나면 당사가 귀하를 담당하는 네트워크 외부 의사와 계약을 체결하지 않는 한, 귀하의 주치의의 의료 단체와 제휴를 맺은 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크 소속 의사 및 기타 제공자를 이용해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 건강 플랜에 참여하는 의료 제공자를 의미합니다. 당사 플랜의 PCP는 IPA 및 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 담당 PCP를 선택할 때 제휴를 맺은 IPA 또는 의료 단체도 선택하게 됩니다. 이는 담당 PCP가 자신의 IPA 또는 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 귀하를 의뢰할 것임을 의미합니다. IPA 또는 의료 단체란 귀하에게 조율된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 구성된 PCP와 전문의들의 연합입니다. 케어를 받는 것에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제3장**을 참조하십시오.

G. 케어 팀 및 케어 플랜

G1. 케어 팀

케어 팀에서 귀하가 필요한 케어를 계속 받을 수 있도록 도와드립니다. 케어 팀에는 담당 의사, 케어 코디네이터 또는 귀하가 선택한 기타 의료인이 포함될 수 있습니다.

케어 코디네이터는 귀하가 자신에게 필요한 케어를 관리하는 것을 돕는 사람을 말합니다. 당사 플랜에 가입하시면 케어 코디네이터를 지정해 드립니다. 또한 이들은 당사 플랜에서 제공하지 않는 자원이 있을 경우 귀하를 다른 커뮤니티 자원에 의뢰하고 케어 팀과 협력하여 귀하의 케어를 조율할 수 있도록 도와줍니다. 귀하의 케어 코디네이터와 케어 팀에 대한 자세한 정보는 페이지 하단의 전화 번호로 당사에 문의하십시오.

G2. 케어 플랜

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

케어 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- 회원의 건강 관리 목표 그리고
- 필요한 서비스를 받을 일정

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

H. Molina Medicare Complete Care Plus에 대한 월 부담 비용

비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(H1 섹션)
- 월 Medicare 파트 B 보험료(H2 섹션)
- Medicare Prescription Payment Plan 금액(H3 섹션)

경우에 따라 귀하의 플랜 보험료가 더 낮아질 수도 있습니다.

H1. 플랜 보험료

플랜 가입자는 매월 플랜 보험료를 납부합니다. 2025년 Molina Medicare Complete Care Plus의 월 보험료는 \$1.60입니다. 귀하의 “추가 지원” 보조금 수준에 따라 \$1.60의 월 보험료가 \$0로 줄어들 수 있습니다.

H2. 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 가입자는 기타 Medicare 보험료를 지불해야 합니다.

월별 플랜 보험료를 지불하는 것 이외에도 일부 가입자들은 다른 Medicare 보험료도 지불해야 합니다. 위 섹션 E에 설명된 대로, 당사 플랜에 가입하려면 Medi-Cal 자격을 유지하고 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B를 모두 보유해야 합니다. 대부분의 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자의 경우, Medi-Cal에서 Medicare 파트 A 보험료(자동으로 자격을 갖추지 못하는 경우)와 Medicare 파트 B 보험료를 지불해 드립니다.

Medi-Cal에서 귀하의 Medicare 보험료를 지불하지 않는 경우 귀하는 Medicare 보험료를 계속 지불해야 플랜의 가입자 자격을 유지할 수 있습니다. 여기에는 Medicare 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 또한 Medicare 파트

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

A에 대한 보험료도 포함될 수 있으며, 이는 보험료가 없는 Medicare 파트 A 자격이 없는 가입자에게 영향을 미칩니다. 또한 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 이 변경 사항을 알려주십시오.

H3. Medicare 처방전 지불 금액

Medicare Prescription Payment Plan에 참여하고 있는 경우 플랜으로부터 처방약에 대한 청구서를 받게 됩니다 (약국에 지불하는 것이 아님). 월별 청구서는 귀하가 받는 처방전에 대해 지불할 금액에 이전 달 잔액을 더한 후 해당 연도의 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 합니다.

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

I. 가입자 핸드북

가입자 핸드북은 귀하와 당사 간 계약의 일부입니다. 이는 당사가 반드시 이 문서에 포함되어 있는 규정을 모두 빠짐없이 준수해야 한다는 것을 의미합니다. 당사가 이러한 규정에 어긋나는 행동을 한다고 판단되는 경우, 당사 결정에 이의 제기를 하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 안내는 가입자 핸드북 9장을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 가입자 핸드북을 요청할 수 있습니다. 또한 당사 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare에서 가입자 핸드북을 참조하실 수 있습니다.

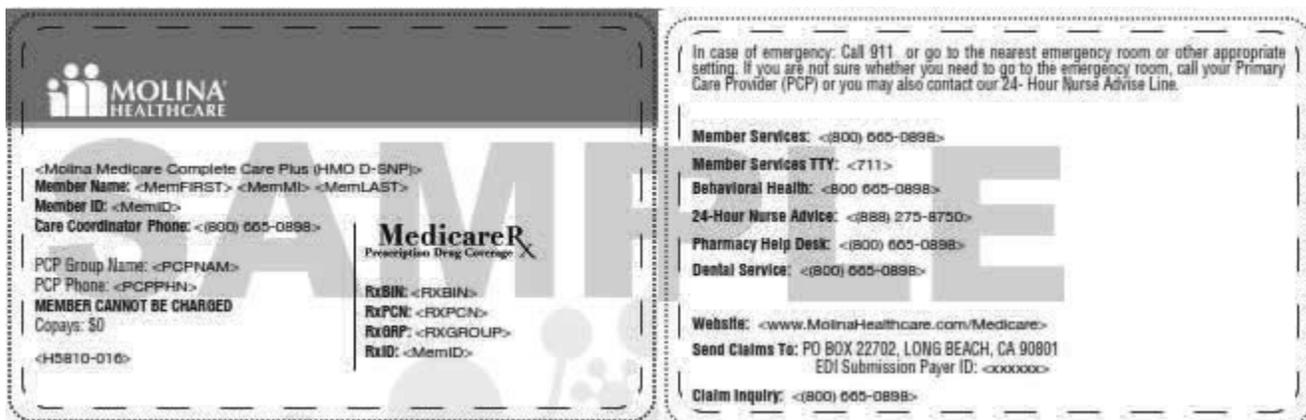
계약은 2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지 귀하가 당사 플랜에 가입하신 달에 대해 유효합니다.

J. 귀하에게 제공되는 기타 정보

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

J1. 가입자 ID 카드

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



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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

당사 플랜 가입자로 있는 동안은 대부분의 서비스를 받기 위해 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드 또는 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 이러한 카드는 나중에 혹시 필요할 때를 대비해 안전한 곳에 보관해 두십시오. 가입자 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 의료 제공자는 당사 플랜 대신 Medicare에 청구하며, 귀하는 청구서를 받을 수 있습니다. 제공자로부터 청구서를 받은 경우 해야 할 일에 대해 알아보려면 **가입자 핸드북 7장**을 참조하십시오.

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

- 침술
- AIDS 면제 프로그램
- 구급차 서비스
- 청각 서비스
- 행동 건강 치료(BHT)
- 혈액 및 혈액 제제
- 심장 및 폐
- 인증받은 가족 임상 간호사
- 카이로프랙틱
- 만성 투석 서비스
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)
- 출산 전후 종합 서비스 프로그램(예방 서비스)
- 치과
- 진단용 X선 촬영
- 투석
- 내구성 있는 의료 장비(DME) 및 관련 용품
- 의사 방문
- 조기 및 정기 검진, 진단 및 치료(EPSDT)
- 응급 케어
- 장관 영양 처방
- 가족 계획 서비스 및 용품
- 연방 공인 보건소 서비스(FQHC)
- 청력
- 기능 장애가 있는 고령자를 위한 가정 및 커뮤니티 케어(면제 프로그램만 해당)
- 가정 의료 기관 서비스
- 가정 의료 보조 서비스
- 호스피스
- 병원 입원
- 중간 치료 시설
- 신장 질환 및 상태
- 검사실, 방사선 및 방사성 동위원소 서비스
- 허가받은 조산사 서비스
- 식사
- 비응급 상황 의료 교통편
- 마취 전문 간호사 서비스
- 외래 환자 정신 건강
- 외래 환자 처방약

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 외래 환자 재활
- 외래 환자 서비스
- 개인 간병 서비스
- PERS 개인 응급 대응 시스템
- 발병
- 예방 서비스
- 보철 장치
- 심리 서비스
- 농촌 보건 클리닉 서비스(RHC)
- 수어 통역사 서비스
- 전문 요양 시설
- 특수 간호 서비스
- 이식
- 운송/비운송 서비스
- 긴급 진료 서비스
- 시력 관리
- 천식 예방 서비스
- 치과 서비스
- 출산 도우미 서비스

이 목록에 모든 항목을 포함되지는 않았을 수 있습니다. 4장 F 섹션을 보시면 당사 플랜 외부에서 보장되는 혜택 목록을 찾을 수 있습니다.

J2. 제공자 및 약국 명부

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

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

또한 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 의료 제공자 및 약국 명부를 참조하실 수도 있습니다.

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

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

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

- ❖ 기본 편의 시설

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

❖ 제한 편의 시설

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

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

또한 의료 제공자(의사, 병원, 전문의 또는 의료 클리닉)가 신규 환자를 받고 있는지 여부는 의료 제공자 명부에서 확인하거나 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 통해 온라인으로 확인할 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 제공자의 정의

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

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

네트워크 소속 약국 정의

- 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자에게 처방약을 조제해 준다는 데 동의한 약국을 의미합니다. 이용하고자 하는 네트워크 소속 약국을 찾으려면 **제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오.
- 응급 상황을 제외하고, 당사 플랜을 통해 처방약 비용 지불에 도움을 받으려면 당사의 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 처방약을 조제해야 합니다.

자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오. 가입자 서비스부와 당사 웹사이트에서 모두 당사 네트워크 소속 약국 및 제공자들에 관한 최신 정보를 얻으실 수 있습니다.

J3. 보장 의약품 목록

플랜에는 **보장 의약품 목록**이 있습니다. 짧게 줄여서 '**의약품 목록**'이라고 합니다. 이 목록에는 당사 플랜이 적용되는 처방약이 나와 있습니다.

의약품 목록에는 또한 귀하가 받을 수 있는 의약품 양에 적용되는 한도 등 의약품에 대한 규정이나 제한 사항이 있는지 나와 있습니다. 자세한 사항은 **가입자 핸드북 5장**을 참조하십시오.

당사는 귀하에게 **의약품 목록** 이용 방법에 관한 정보를 보내드리지만 중간에 변동 사항이 생길 수도 있습니다. 보장 대상 의약품에 관한 최신 정보를 확인하려면 가입자 서비스부에 문의하거나 당사 웹사이트(페이지 하단의 주소)를 방문하십시오.

J4. 혜택 설명서

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

EOB를 보시면 귀하 또는 귀하를 대신한 누군가가 귀하의 Medicare 파트 D 처방약 구입을 위해 지출한 총 합계 금액, 그리고 해당 월 동안 귀하의 Medicare 파트 D 처방약 구입 건별로 당사가 지불한 합계 금액을 알 수 있습니다. 이 EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 복용 의약품에 대한 추가 정보가 나와 있습니다. **가입자 핸드북 제6장**에는 EOB에 관한 더 자세한 정보와 더불어 이것이 의약품 혜택 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대한 설명이 나와 있습니다.

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

K. 멤버십 기록 업데이트하기

멤버십 기록을 업데이트하시려면 변동 사항이 생겼을 때 당사에 알려주시면 됩니다.

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

다음과 같은 경우 당사에 즉시 알려주십시오.

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

정보가 변경되는 경우, 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하십시오.

가입자는 My Molina 온라인 계정을 만들어서 담당 의사를 변경하고, 연락처 정보를 업데이트하고, 새 ID 카드를 요청하고, 필요한 서비스에 대한 건강 알림을 받거나 서비스 내역을 볼 수 있습니다. My Molina 계정을 만들거나 액세스하려면 <https://member.molinahealthcare.com>을 방문하십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호

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

제2장: 중요 전화번호 및 자원

소개

이 장에서는 당사 플랜 및 귀하의 의료 케어 혜택에 대한 질문에 답변을 할 수 있는 중요한 자원을 제공할 연락처 정보를 제공합니다. 또한 이 장을 통해 케어 코디네이터 및 귀하를 대변할 수 있는 사람과 연락하는 방법에 관한 정보를 얻을 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳순으로 정렬되어 있습니다.

목차

A. 가입자 서비스부	16
B. 케어 코디네이터	18
C. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)	19
D. 간호사 상담 전화	20
E. 행동 건강 위기 전화	20
F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)	21
G. Medicare	22
H. Medi-Cal	23
I. Medi-Cal 관리형 케어 및 정신 건강 옴부즈맨실(Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman)	24
J. 카운티 사회복지부	24
K. 카운티 행동 건강 서비스 기관	25
L. California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)	26
M. 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램	27
M1. 추가 지원	27
N. 사회 보장	27
O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB)	28
P. 단체 보험 또는 고용주의 기타 보험	28
Q. 기타 자원	29
R. Medi-Cal Dental 프로그램	29

A. 가입자 서비스부

전화	(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간) 휴일, 정상 업무 시간 이외 시간, 토요일 및 일요일에는 셀프 서비스 및 음성 메일 옵션 등과 같은 보조 기술을 이용하실 수 있습니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
팩스	의료 서비스: 팩스: (310) 507-6186 파트 D(의약품) 서비스: 팩스: (866) 290-1309
우편	의료 서비스: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 파트 D(의약품) 서비스: 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

가입자 서비스부에 연락하여 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- 플랜에 관한 질문
- 보험금 청구 또는 비용 청구에 관한 질문
- 자신의 의료 케어에 관한 보장 결정
 - 의료 케어에 대한 보장 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
 - 귀하에게 적용되는 혜택 및 보장 서비스 또는
 - 귀하의 의료 서비스에 대해 당사에서 지불하는 금액.
 - 의료 케어에 대한 보장 결정과 관련해 궁금한 점이 있으시면 전화해 주십시오.
 - 보장 결정에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.
- 의료 케어에 대한 이의 제기
 - 이의 제기는 당사의 실수라고 생각되거나 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하의 보장에 대해 내린 당사의 결정을 검토하여 결정을 변경해 줄 것을 정식으로 요청하는 방법입니다.
 - 이의 제기와 관련한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하거나 가입자 서비스에 문의하십시오.
- 의료 케어에 대한 불만 제기

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 당사 또는 제공자(네트워크 외부 의료 제공자 또는 네트워크 소속 의료 제공자 포함)에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 또한 케어 품질에 대해 당사 또는 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)에 불만을 제기할 수 있습니다(F 섹션 참조).
- 당사에 연락하여 불만 사항을 설명하려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 현지 시간 오전 8시에서 오후 8시 사이(연중무휴)에 전화하십시오.
- 귀하의 의료 케어에 대한 보장 결정과 관련한 불만사항인 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다(위 섹션 참조).
- 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
- 1-855-501-3077번으로 전화해 Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제출하셔도 됩니다.
- 귀하의 의료 케어 관련 불만사항 제기 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.
- 의약품에 대한 보장 결정
 - 의약품에 관한 보장 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
 - 귀하에게 적용되는 혜택 및 의약품 또는
 - 귀하의 의약품에 대해 당사에서 지불하는 금액.
 - 일반의약품(OTC)과 특정 비타민 등 Medicare가 적용되지 않는 의약품에는 Medi-Cal Rx가 적용될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오.
 - 처방약과 관련한 보장 결정에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.
- 의약품에 대한 이의 제기
 - 이의 제기를 통해 보장 결정에 대한 변경을 요청할 수 있습니다.
 - 처방약과 관련해 이의 제기를 하는 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.
- 의약품에 대한 불만 사항
 - 당사 또는 약국에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 여기에는 사용하고 계신 처방약에 관한 불만 사항도 포함됩니다.
 - 처방약에 관한 보장 결정과 관련한 불만사항인 경우, 이의 제기를 하실 수 있습니다. (위 섹션을 참조하십시오.)
 - 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다.
 - 처방약과 관련해 불만사항을 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.
- 이미 귀하가 대금을 지불한 의료 케어 또는 의약품에 대한 비용 지불
 - 당사에 비용 상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서 대금을 납입하는 방법에 관한 자세한 설명은 **가입자 핸드북7장**을 참조하십시오.
 - 당사에 대금 청구를 요청했는데 요청의 일부가 거부되는 경우 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.

B. 케어 코디네이터

Molina Medicare Complete Care Plus 케어 코디네이터는 귀하의 연락 담당자입니다. 케이스 코디네이터는 모든 제공자와 서비스를 관리하고 귀하에게 필요한 서비스를 받을 수 있도록 도와드립니다. 귀하 및/또는 간병인은 필요한 경우 담당 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 전화해 배정된 케어 코디네이터 변경을 요청할 수 있습니다. 또한 Molina Medicare Complete Care Plus 직원은 귀하의 (문화/언어/신체/행동 건강) 요구나 위치를 바탕으로 배정된 케어 코디네이터를 변경할 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

전화	(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간) 휴일, 정상 업무 시간 이외 시간, 토요일 및 일요일에는 셀프서비스 및 음성 메일 옵션 등과 같은 보조 기술을 이용하실 수 있습니다. 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간).
우편	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

케어 코디네이터에게 연락하여 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- 의료 케어에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스를 받는 것에 관한 질문
- 치과 혜택에 관한 질문
- 진료 예약을 위한 교통편에 관한 질문
- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS) 및 요양 시설(NF)을 포함한 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 관한 질문
- 때때로 일상적인 의료 케어와 생활상의 필요에 대해 도움을 받을 수 있습니다.

다음과 같은 서비스를 받을 수 있습니다.

- 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)
- 전문 간호 케어
- 물리 치료
- 작업 치료
- 언어 치료
- 의료 사회 복지 서비스
- 가정 의료 케어
- 카운티 사회복지부를 통한 재가 지원 서비스(IHSS)
- 때때로 일상적인 의료 케어와 생활상의 필요에 대해 도움을 받을 수 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

C. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)

State Health Insurance Assistance Program(SHIP)이 Medicare 이용자들에게 의료보험에 관한 무료 상담을 제공해 드립니다. 본 프로그램은 캘리포니아에서 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)으로 불립니다. HICAP 상담사는 질문에 답해 드리고 문제를 처리하기 위해 무엇을 해야 할지 이해하도록 도와드릴 수 있습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다.

HICAP는 어떤 보험 회사나 건강 플랜과도 관계가 없습니다.

전화	<p>Los Angeles 카운티: (213) 383-4519 월요일~금요일, 오전 8시 30분~오후 4시 30분(현지 시간).</p> <p>Riverside 및 San Bernardino 카운티: (909) 256-8369 월요일~금요일, 오전 9시~오후 4시(현지 시간).</p> <p>San Diego 카운티: (858) 565-8772, 사무실 – San Diego (760) 353-0223, 사무실 – Imperial</p>
TTY	711
우편	<p>Los Angeles 카운티: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057</p> <p>Riverside 및 San Bernardino 카운티: HICAP 정보 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501</p> <p>San Diego 카운티: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123</p>
웹사이트	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

HICAP에 연락하여 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- Medicare에 관한 질문
- HICAP 상담사는 새로운 플랜으로의 변경에 관한 질문에 답변을 드리며
 - 귀하가 자신의 권리를 이해합니다.
 - 플랜 선택 사항에 대해 이해합니다.
 - 의료 케어나 치료에 대한 불만을 제기합니다. 그리고
 - 청구서와 관련된 문제를 바로잡습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

D. 간호사 상담 전화

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

간호사 상담 전화는 귀하의 안전을 평가하고, 응급 서비스에 연결해 주며, 행동 건강 서비스 제공자와 커뮤니티 자원을 찾아 주고, Molina Medicare Complete Care Plus 케어 코디네이터에게 귀하를 소개합니다. 자세한 정보가 필요하시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO-DSNP)에 (855) 665-4627번으로 문의하시기 바랍니다.

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

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

전화	(888) 275-8750. 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 주 7일 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 통역 서비스가 있습니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 하루 24시간, 주 7일

E. 행동 건강 위기 전화

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

전화	<p>Los Angeles 카운티: Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health) 1-800-854-7771 (하루 24시간, 주 7일 헬프 라인) - TTY: 711번으로 전화하십시오.</p> <p>Riverside 카운티: Riverside University Health System – 행동 건강 1-800-499-3008</p> <p>San Bernardino 카운티: San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478(24시간 헬프 라인) 또는 1-800-968-2636(물질 사용 장애 24시간 헬프 라인)</p> <p>San Diego 카운티: San Diego 카운티 행동 건강 서비스(Behavioral Health Services) 1-888-724-7240(하루 24시간, 주 7일 이용 및 위기 전화) - TTY: 711번으로 전화하십시오.</p>
-----------	---

행동 건강 위기 전화에 연락하여 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- 행동 건강 및 약물 남용 서비스에 관한 질문

카운티 전문 정신 건강 서비스에 관한 질문은 **K** 섹션을 참조하십시오.

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

저희 주에는 Livanta라는 단체가 있습니다. Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. Livanta는 당사 플랜과 관계가 없습니다.

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

Livanta에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



G. Medicare

Medicare는 65세 이상인 분, 장애가 있는 65세 미만인 분, 그리고 말기 신장 질환자(투석이나 신장 이식이 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.

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 이 번호는 하루 24시간, 주 7일 무료로 이용하실 수 있습니다.
TTY	1-877-486-2048. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov Medicare의 공식 웹사이트입니다. Medicare에 대한 최신 정보를 확인할 수 있습니다. 또한 병원, 요양 시설, 의사, 가정 의료 기관, 투석 시설, 입원 환자 재활 시설 및 호스피스에 대한 정보도 나와 있습니다. 이러한 정보에는 유용한 웹사이트와 전화번호가 포함됩니다. 또한 컴퓨터에서 바로 출력할 수 있는 문서도 포함되어 있습니다. 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 귀하와 함께 검토할 것입니다.

H. Medi-Cal

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

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

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

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

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

옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)는 귀하의 대변인 역할을 수행하는 사무실입니다. 문제 또는 불만 사항이 있으신 경우 옴부즈맨 사무소(Office of the Ombudsman)에서 질문에 답변해 드리며, 귀하가 어떻게 해야 하는지 이해하실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 귀하의 서비스 또는 청구 관련 문제를 도와드립니다. 이들은 당사 플랜이나 어떤 보험 회사 또는 건강 플랜과도 관계가 없습니다. 서비스 이용은 무료입니다.

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

J. 카운티 사회복지부

재가 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 혜택과 관련해 도움이 필요하신 경우 현지 카운티 사회복지부에 연락하시기 바랍니다. 재가 지원 서비스(IHSS) 프로그램은 귀하가 안전하게 자택에서 지내실 수 있도록 서비스를 제공해 드립니다. IHSS는 요양소나 기숙사 및 요양소와 같은 가정 외 케어의 대안으로 간주됩니다. IHSS를 신청하려면 현지 카운티 IHSS 사무소로 연락하십시오.

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

Medi-Cal 자격에 대한 사항은 카운티 사회복지부에 문의하십시오.

전화	<p>Riverside 카운티: (877) 410-8827 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간). 통화료는 무료입니다.</p> <p>Los Angeles 카운티: (888) 822-9622 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간).</p> <p>San Bernardino 카운티: (909) 387-2240-4544 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간).</p> <p>San Diego 카운티: San Diego 카운티 내: (800) 510-2020 통화료는 무료입니다. San Diego 카운티 외 지역: (800) 339-4661 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(현지 시간).</p>
TTY	711 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 번호입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	<p>Los Angeles 카운티 공중보건부 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007</p> <p>Riverside 카운티 재가 지원 서비스 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557</p> <p>San Bernardino 카운티 재가 지원 서비스 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640</p> <p>보건복지부 San Diego 카운티 재가 지원 서비스 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101</p>
웹사이트	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. 카운티 행동 건강 서비스 기관

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스와 물질 사용 장애 서비스는 사용 기준을 충족하면 카운티를 통해 제공받을 수 있습니다.

<p>전화</p>	<p>Los Angeles 카운티 정신건강부: (800) 854-7771 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 주 7일</p> <p>Riverside University Health System Behavioral Health - 커뮤니티 이용 및 진료 의뢰, 평가 및 지원 라인(Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line, CARES): (800) 499-3008 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 30분(현지 시간).</p> <p>San Bernardino - 행동건강부: (888) 743-1478 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 주 7일</p> <p>San Diego - 정신 건강 서비스: (888) 724-7240 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 주 7일 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 통역 서비스가 있습니다.</p>
<p>TTY</p>	<p>711. 통화료는 무료입니다.</p> <p>이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.</p>

카운티 행동 건강 기관에 연락하여 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- 카운티에서 제공하는 전문 정신 건강 서비스에 관한 질문
- 카운티에서 제공하는 물질 사용 장애 서비스에 관한 질문

L. California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)

California 관리보건부(DMHC)는 건강 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. DMHC 헬프 센터에 연락하시면 Medi-Cal 서비스와 관련한 이의 신청 및 불만 사항 제기를 도와드립니다.

<p>전화</p>	<p>1-888-466-2219</p> <p>DMHC 담당자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시에 연락 가능합니다.</p>
<p>TDD</p>	<p>1-877-688-9891</p> <p>이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.</p>
<p>우편</p>	<p>Help Center California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC) 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725</p>
<p>팩스</p>	<p>1-916-255-5241</p>
<p>웹사이트</p>	<p>www.dmhc.ca.gov</p>

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

M. 사람들이 처방약 비용을 지불할 수 있도록 돕는 프로그램

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

M1. 추가 지원

회원님은 Medi-Cal 자격이 있으므로 처방약 풀랜 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “추가 지원”을 받을 자격이 있고 받으시게 됩니다. 이 “추가 지원”을 받기 위해 회원님은 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다.

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

N. 사회 보장

사회보장부는 Medicare 자격 여부를 결정하고 등록을 처리합니다. 65세 이상이거나 장애 또는 말기 신장 질환(ESRD)이 있고 특정 조건을 충족하는 미국 시민권자 및 합법적 영주권자는 Medicare 혜택을 받을 자격이 있습니다. 이미 사회 보장 수표를 받고 있다면 Medicare 등록은 자동으로 이루어집니다. 사회 보장 수표를 받지 않고 있는 경우에는 Medicare에 등록해야 합니다. Medicare를 신청하려면 사회보장부에 전화하거나 현지 사회보장부 사무소를 방문하십시오.

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

전화	1-800-772-1213 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시에 이용 가능합니다. 자동 전화 서비스를 통해 녹음된 정보를 듣는 방식을 사용하면 하루 24시간 이용할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.ssa.gov

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

O. 철도청 은퇴자 위원회(RRB)

RRB는 미국의 철도 근로자와 그 가족을 위한 포괄적인 혜택 프로그램을 관리하는 독립된 연방 기관입니다. RRB를 통해 Medicare를 받는 경우, 이사하거나 우편 주소가 변경되면 그러한 사실을 RRB에 알리는 것이 중요합니다. RRB 혜택에 관해 질문이 있으면 해당 기관에 문의하십시오.

전화	1-877-772-5772 무료 전화입니다. “0”을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일은 오전 9시부터 오후 3시 30분까지, 수요일은 오전 9시부터 오후 12시까지 RRB 담당자와 통화하실 수 있습니다. “1”을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 내내 자동 RRB 헬프 라인에 연결하여 녹음된 정보를 들을 수 있습니다.
TTY	1-312-751-4701 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다. 무료 전화가 아닙니다.
웹사이트	www.rrb.gov

P. 단체 보험 또는 고용주의 기타 보험

회원님(또는 회원님의 배우자 또는 동거인)이 이 플랜의 일부로 회원님(또는 회원님의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 그룹으로부터 혜택을 받는 경우, 궁금한 점이 있으면 고용주/노조 혜택 관리자 또는 가입자 서비스부에 전화하시면 됩니다. 회원님(또는 회원님의 배우자 또는 동거인)의 고용주나 퇴직자 의료 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 대해 문의하실 수 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.

회원님(또는 회원님의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 그룹을 통해 다른 처방약 보장을 받는 경우 해당 그룹의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 회원님의 현재 처방약 보장이 당사 플랜과 어떻게 연동되는지 파악하는 데 도움을 드릴 수 있습니다.

Q. 기타 자원

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

다음과 관련해 문제가 있는 경우 HCA의 도움을 받을 수 있습니다.

- Medi-Cal
- Medicare
- 건강 플랜
- 의료 서비스 이용
- 서비스, 의약품, 내구성 의료 장비(DME), 정신 건강 서비스 등이 거부된 경우 이의 신청
- 의료 비용 청구
- 재가 지원 서비스(IHSS)

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램은 불만 제기, 이의 제기 및 심리를 지원합니다. Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

R. Medi-Cal Dental 프로그램

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

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

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 행위별 수가제(FFS), 치과 관리형 케어(DMC) 프로그램 및 Health Plan of San Mateo를 통해 제공됩니다.

전화	1-800-322-6384 통화료는 무료입니다. Medi-Cal Dental FFS 프로그램 담당자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 연락 가능합니다.
TTY	1-800-735-2922 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 사람들을 위한 것입니다. 여기에 전화를 걸려면 특별한 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Medi-Cal Dental 행위별 수가제 프로그램 대신, 치과 관리형 케어 플랜을 통해 치과 혜택을 받을 수 있습니다. 치과 관리형 케어 플랜은 Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서 제공됩니다. 치과 플랜에 대한 자세한 정보를 원하거나 치과 플랜을 변경하려는 경우, Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. DMC 연락처는 여기에서도 확인할 수 있습니다. <https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx>.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

제3장: 당사 플랜의 의료 케어 보장 및 기타 보장 서비스 이용

소개

이 장에서는 당사 플랜을 통해 의료 케어 및 기타 보장 서비스를 받기 위해 알아야 할 특정 용어 및 규정을 설명합니다. 또한 케어 코디네이터, 다양한 유형의 제공자 및 일부 특수 상황(네트워크 외부 의료 제공자 또는 약국 포함)에서 케어를 받는 방법, 당사의 보장 대상 서비스에 대해 직접 청구받았을 때 해야 할 일, 내구성 있는 의료 장비(DME) 소유 규정에 대해서 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳순으로 정렬되어 있습니다.

목차

A. 서비스 및 제공자에 관한 정보	32
B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규정	32
C. 케어 코디네이터	33
C1. 케어 코디네이터란	33
C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법	33
C3. 케어 코디네이터 변경 방법	33
D. 제공자가 제공하는 케어	34
D1. 주치의(Primary Care Provider, PCP)가 제공하는 케어	34
D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자가 제공하는 케어	35
D3. 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우	36
D4. 네트워크 비소속 제공자	37
E. 장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS)	38
F. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스	38
F1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스	38
G. 교통편 서비스	40
G1. 비응급 상황 중의 의료 교통편	40
G2. 비의료 교통편	41
H. 의료적 응급 상황, 케어가 긴급하게 필요한 경우 또는 재난이 발생한 경우의 보장 서비스	41
H1. 의료적 응급 상황 시 케어	41
H2. 긴급하게 필요한 케어	42
H3. 재난 시 케어	43
I. 당사 플랜의 보장 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 해야 할 일	43
I1. 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취할 수 있는 조치	43
J. 임상 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택	44
J1. 임상 연구의 정의	44
J2. 임상 연구 참여 시 서비스에 대한 비용 지불	44
J3. 임상 연구에 관한 자세한 내용	44
K. 비의료 케어 종교 기관에 있는 경우, 의료 케어 서비스 혜택이 제공되는 방법	45
K1. 비의료 케어 종교 기관의 정의	45
K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어	45

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은

www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- L. 내구성 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME) 45
 - L1. 당사 플랜 가입자로서 이용 가능한 DME 45
 - L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권 46
 - L3. 플랜 가입자로서 산소 장비 이용 혜택 46
 - L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비 46

A. 서비스 및 제공자에 관한 정보

서비스는 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 필요 물품, 행동 건강 서비스, 처방약 및 일반의약품, 의료 기기 및 기타 서비스를 말합니다. 보장 서비스는 당사 플랜에서 비용을 지불하는 모든 서비스입니다. 보장 의료 케어, 행동 건강 및 LTSS는 가입자 핸드북 4장에 있습니다. 처방약 및 일반의약품에 대한 보장 서비스는 가입자 핸드북 5장에 나와 있습니다.

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

네트워크 소속 의료 제공자는 건강 플랜과 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사가 지불하는 금액을 비용 전액으로 받아들인다는 데 동의한 제공자입니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 귀하에게 제공한 케어에 대한 비용을 당사에 직접 청구합니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 경우 일반적으로 보장 서비스에 대한 귀하의 부담 비용은 없습니다.

B. 당사 플랜에서 보장하는 서비스 이용 규정

당사 플랜에서는 Medicare에서 보장하는 모든 서비스와 대부분의 Medi-Cal 서비스를 보장합니다. 여기에는 특정 행동 건강 및 LTSS가 포함됩니다.

일반적으로 당사 플랜은 귀하가 당사 규정을 따르는 경우 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스 및 많은 LTSS 비용을 지불합니다. 당사 플랜에서 보장하는 서비스:

- 귀하가 받는 케어 서비스는 플랜 혜택이어야 합니다. 이는 해당 케어가 가입자 핸드북 4장의 혜택 차트에 포함되어 있어야 함을 의미합니다.
- 케어는 반드시 의료적으로 필요해야 합니다. 의료적으로 필요하다는 것은 합당하며 생명을 보호하는 중요한 서비스임을 의미합니다. 의학적으로 필요한 케어는 가입자의 질병이 악화되거나 불구가 되지 않도록 보호하거나 질병, 질환 또는 부상의 치료로 인한 극심한 통증을 완화하기 위해 필요합니다.

의료 서비스를 받으시려면 해당 케어를 지시하거나 다른 의사의 진료를 받도록 안내하는 네트워크 소속 주치의(PCP)가 있어야 합니다. 플랜 가입자로는 자신의 PCP가 될 네트워크 소속 의료 제공자를 선택해야 합니다.

- 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 의료 제공자의 진료를 받거나 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 이용하려면 반드시 네트워크 PCP 또는 당사 플랜이 승인해 주어야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 서비스에 대한 보장을 해드릴 수 없습니다.
- 당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. PCP를 선택하면 제휴 의료 단체도 선택하는 것입니다. 즉 담당 PCP가 자신의 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 귀하의 진료를 의뢰합니다. 의료 단체는 귀하에게 조정된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 만들어진 PCP 및 전문의 협회입니다.
- 여성 의료 서비스 제공자를 이용하거나 이 장의 D1 섹션에 나열된 기타 서비스를 이용하기 위해서는 응급 케어 또는 긴급히 필요한 케어에 대한 PCP의 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.

귀하는 PCP의 의료 단체와 제휴한 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받아야 합니다. 보통 당사는 당사 건강 플랜 및 담당 PCP의 의료 단체와 협력 관계를 맺지 않은 의료 제공자가 제공하는 케어에 대해서는 플랜 혜택을 적용하지 않습니다. 즉, 제공된 서비스의 비용을 귀하가 의료 제공자에게 전액 지불해야 합니다. 이 규칙이 적용되지 않는 경우는 다음과 같습니다.

- 당사는 네트워크 외부 의료 제공자가 제공하는 응급 케어 또는 긴급히 필요한 케어에 대해 플랜 혜택을 적용합니다(자세한 내용은 이 장의 H 섹션 참조).

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 당사 플랜에서 보장하지만 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 제공할 수 없는 케어를 필요로 하는 경우, 네트워크 외부 의료 제공자로부터 케어를 받으실 수 있습니다. 이러한 상황에서는 네트워크 소속 의료 제공자에게 케어를 받은 경우처럼 당사가 케어 비용을 부담하거나 귀하의 부담은 전혀 없이 당사가 케어 비용을 전액 부담합니다.
- 당사는 귀하가 당사 플랜의 서비스 지역을 짧은 기간 동안 벗어나 있거나 의료 제공자를 일시적으로 이용 불가능하거나 찾아갈 수 없는 경우에 받는 신장 투석에 대해 혜택을 적용합니다. Medicare 인증 투석 시설에서 이런 서비스를 받을 수 있습니다. 투석에 대해 지불하는 비용 분담은 Original Medicare에서 부담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 외부 의료 제공자로부터 투석을 받는 경우, 비용 분담은 네트워크 소속 의료 제공자에게 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 일반적인 네트워크 소속 투석 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 네트워크 외부 의료 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받기로 선택한 경우 투석 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.
- 당사 플랜에 처음 가입하는 경우 현재 의료 제공자로부터 계속 케어를 받도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 일부 예외 경우를 제외하고 귀하가 의료 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 확인할 수 있는 경우, 당사는 그러한 요청을 승인해야 할 의무가 있습니다. **가입자 핸드북 1장**을 참조하십시오. 요청이 승인되면 귀하는 최대 12개월 동안 현재 이용하는 의료 제공자가 제공하는 서비스를 계속 이용할 수 있습니다. 그 기간 동안 담당 케어 코디네이터가 귀하에게 연락하여 담당 PCP의 의료 단체와 제휴를 맺은 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 찾을 수 있게 도와드립니다. 12개월 후에도 귀하가 당사 네트워크 소속이 아니며 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺지 않은 의료 제공자의 진찰을 계속해서 받을 경우 당사에서는 더 이상 귀하의 케어 혜택을 보장해 드리지 않습니다.

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

C. 케어 코디네이터

C1. 케어 코디네이터란

- Molina Medicare Complete Care Plus 케어 코디네이터는 필요한 경우 귀하의 케어에 대한 지원을 받기 위해 연락할 수 있는 주요 담당자입니다. 이 사람은 귀하의 케어를 조정하고 서비스를 관리하여 귀하가 필요로 하는 도움을 받을 수 있도록 돕습니다.

C2. 케어 코디네이터에게 연락하는 방법

- 담당 케어 코디네이터에게 문의하시려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 연락해 주시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다. TTY: 711. 또는 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문하셔도 됩니다.

C3. 케어 코디네이터 변경 방법

- 귀하는 케이스 관리부 또는 가입자 서비스부에 전화해 케어 코디네이터 변경을 요청하실 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare Services 직원은 가입자의 요구나 위치를 바탕으로 케어 코디네이터 배정을 변경할 수 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

D. 제공자가 제공하는 케어

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

주치의(PCP)의 정의와 귀하를 위한 주치의(PCP)의 역할

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

X선 촬영

검사실 검사

치료 요법

전문의 케어

병원 입원

후속 케어

서비스를 '조율'한다는 것은 귀하의 케어와 케어 진행 상황에 대해 다른 네트워크 소속 의료 제공자에게 확인하거나 그와 상담하는 것을 포함합니다. 특정 유형의 보장 서비스나 용품이 필요하신 경우, 담당 주치의(PCP)에게 사전 승인을 받으셔야 합니다(예를 들어 전문의의 진찰을 받을 수 있도록 진료 의뢰 문서를 발급해 줌). 어떤 경우에는 PCP가 당사에 사전 승인을 받아야 합니다. 담당 PCP가 귀하의 의료 서비스를 제공 및 조율할 것이기 때문에, 귀하의 모든 과거 의료 기록을 담당 PCP 진료실로 보내야 합니다.

의료 그룹/IPA는 (대규모 의료 시스템의 직원이 아니라) 자신의 진료소를 소유하고 운영하는 독립적인 의사들의 네트워크입니다. 이러한 의사들은 의료 그룹에 가입하여 독립성을 유지하면서도 환자 진료에 필요한 지원을 받을 수 있습니다.

PCP 선택

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

PCP 변경 옵션

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 대부분의 경우 변경 사항은 익월 1일부터 적용됩니다. 주치의(PCP) 변경 요청 시 현재 기준으로 치료를 받고 있는 경우, 예외가 있을 수 있습니다. www.mymolina.com 에서 개인 웹사이트를 통해 PCP를 변경하거나 가입자 서비스부에 연락해 Molina Healthcare 제공자에 대한 자세한 정보를 문의하고 PCP 변경을 요청하실 수 있습니다. 일부 제공자의 경우 담당 PCP에게 진료 의뢰 문서를 받아야 합니다(응급 상황 및 혜택 지역 외부에서 이루어지는 긴급 진료 서비스는 제외).

PCP의 승인 없이 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 담당 PCP 또는 당사 플랜의 승인을 받으셔야 합니다. 이 승인을 진료 의뢰라고 합니다. 아래에 나와 있는 서비스는 PCP 또는 플랜의 사전 승인을 받지 않고도 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 응급 서비스
- 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 긴급히 필요한 케어
- 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 상황(예: 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우)에 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어

참고: 긴급히 필요한 케어는 즉시 필요하며 의료적으로 필요한 것이어야 합니다.

- 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 전화하면 귀하가 떠나 있는 동안 투석을 받을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 독감 예방 주사, COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종, 폐렴 예방 접종은 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 경우에 한합니다.
- 정기적인 여성 건강 관리 및 가족 계획 서비스. 여기에는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받는 유방 검사, 선별 유방조영술(유방 X선), 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사가 포함됩니다.
- 또한 아메리칸 인디언 가입자인 경우 네트워크 소속 PCP의 진료 의뢰나 사전 승인 없이도 선택한 인디언 의료 서비스 제공자로부터 보장 서비스를 받을 수 있습니다.
- 간호사 조산원 서비스, 가족 계획, HIV 선별 검사 및 상담, 성매개감염병(STD) 치료

D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자가 제공하는 케어

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

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

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

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 4장 혜택 차트를 참조하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

서면 진료 의뢰는 1회 방문에 대한 것일 수도 있고, 지속적인 서비스가 필요한 경우에는 2회 이상의 방문에 대한 상시 의뢰일 수도 있습니다. 당사는 다음과 같은 질환에 관하여 유자격 전문의에게 의뢰하는 상시 진료 의뢰서를 귀하에게 제공해야 합니다.

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

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

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

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

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

D3. 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우

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

- 당사의 의료 제공자 네트워크가 연중 변경될 수 있지만, 당사는 귀하가 중단 없이 자격을 갖춘 제공자를 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 당사는 귀하가 새로운 제공자를 선택할 시간을 가질 수 있도록 의료 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 것을 귀하에게 알려드립니다.
 - PCP 또는 행동 건강 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 지난 3년 이내에 해당 서비스 제공자를 방문했는지 알려드립니다.
 - 다른 서비스 제공자가 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 그 서비스 제공자에게 배정되었는지, 그 서비스 제공자로부터 현재 서비스를 받고 있는지 또는 지난 3개월 이내에 진료를 받았는지 알려드립니다.
- 당사는 귀하의 의료 케어 요구 사항을 계속 관리할 수 있도록 자격을 갖춘 네트워크 소속 신규 의료 제공자를 귀하가 선택하는 데 도움을 드립니다.
- 현재 의료 제공자에게 치료 또는 요법을 받고 있는 경우, 귀하에게는 현재 받고 있는 의료적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 요청할 권리가 있으며, 당사는 그것을 보장하기 위해 귀하와 협력할 것입니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 다양한 등록 기간과 플랜을 변경할 수 있는 옵션에 대한 정보를 제공해 드립니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자 또는 혜택을 이용할 수 없거나 귀하의 의학적 필요를 충족하기에 부적절할 때 귀하가 이용할 수 있는 유자격 네트워크 소속 전문의를 찾을 수 없는 경우, 당사는 귀하에게 치료를 제공할 네트워크 외부 전문의를 추천해야 합니다.
- 당사에서 귀하의 이전 의료 제공자를 유자격 의료 제공자로 교체하지 않았거나 귀하의 케어를 적절하게 관리하지 않는다고 생각하시는 경우, QIO에 케어 품질에 관한 불만사항을 제기하거나 고충을 제기할 수 있으며 둘 모두를 제기할 수도 있습니다. (자세한 내용은 9장을 참조하십시오.)

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

D4. 네트워크 비소속 제공자

네트워크 외부의 의료 제공자는 Molina Healthcare와 협력 계약을 맺지 않은 의료 제공자입니다. 응급 케어, 가족 케어, 민감한 케어 및 Molina Healthcare에서 사전 승인한 케어를 제외하고, 서비스 지역의 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 케어에 대해서는 귀하가 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

의학적으로 필요한 의료 케어 서비스를 받아야 하지만 네트워크 내에서 이용할 수 없는 경우, 네트워크 외부 의료 제공자로부터 무료로 서비스를 받을 수 있습니다. Molina Healthcare는 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 의료인이 네트워크 내에 없거나 자택에서 매우 멀리 떨어져 있는 경우, 네트워크 외부 의료 제공자에 대한 진료 의뢰를 승인할 수 있습니다. Molina Healthcare가 네트워크 외부 의료인에게 귀하의 진료를 의뢰하는 경우, 해당 치료 비용을 지불합니다.

Molina Healthcare 서비스 지역 내에서 긴급 치료를 받으려면 Molina Healthcare 네트워크에 소속된 긴급 치료 제공자에게 가야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자로부터 긴급 치료를 받는 데는 사전 허가(사전 승인)가 필요하지 않습니다. Molina Healthcare 서비스 지역 내에서 네트워크 외부 의료 제공자로부터 긴급 치료를 받으려면 사전 허가(사전 승인)가 필요합니다.

Molina Healthcare 서비스 지역 내에서 네트워크 외부 의료 제공자로부터 긴급 치료를 받는 경우, 귀하가 해당 치료 비용을 지불해야 할 수 있습니다.

서비스 지역 외부

Molina Healthcare 서비스 지역 밖에 있을 때 응급 또는 긴급이 아닌 진료가 필요한 경우에는 즉시 PCP에게 연락하십시오.

응급 케어가 필요한 경우 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실을 방문하십시오. Molina Healthcare는 네트워크 외부의 응급 케어 서비스에 대해 보장합니다. 캐나다 또는 멕시코를 여행하는 중에 입원을 요하는 응급 케어를 받아야 하는 경우에는 Molina Healthcare가 귀하의 진료를 보장합니다. 캐나다 또는 멕시코 외의 다른 나라를 여행하는 중에 응급 케어, 긴급 케어 또는 의료 케어 서비스가 필요한 경우, Molina Healthcare에서는 귀하의 케어에 대해 보장하지 않습니다.

귀하가 다른 주에 있거나 미국령 사모아, 괌, 북마리아나 제도, 푸에르토리코, 미국령 버진 아일랜드 같은 미국 영토에 있는 경우, 응급 케어에 대해 보장을 받을 수 있습니다. 모든 병원과 의사가 Medicaid를 수락하는 것은 아닙니다. (California에 한해 Medicaid를 Medi-Cal이라고 합니다.) 캘리포니아 외부 지역에서 응급 케어가 필요한 경우, 귀하가 Medi-Cal에 가입되어 있고 Molina Healthcare 가입자임을 최대한 빨리 병원이나 응급실 의사에게 알려십시오.

병원에 Molina Healthcare ID 카드 사본을 만들어 달라고 요청하십시오. 병원과 의사에게 Molina Healthcare에 청구서를 보내달라고 하십시오. 다른 주에서 받은 서비스에 대한 청구서를 받으면 Molina Healthcare에 즉시 전화하십시오. 당사는 병원 및/또는 의사와 협력하여 Molina Healthcare가 귀하의 케어 비용을 지불하도록 조치할 것입니다. 귀하가 캘리포니아 외부 지역에 거주하고 외래 환자 처방약을 긴급히 조제받아야 하는 경우, 약국 측에서 Medi-Cal Rx에 1-800-977-2273번으로 전화하게 하십시오.

참고: 아메리칸 인디언은 네트워크 외부 IHCP에서 서비스를 받을 수 있습니다.

네트워크 외부 케어 또는 서비스 지역 외부 케어에 대해 궁금한 점이 있으면 1-888-665-4621(TTY/TDD 또는 711)번으로 전화하십시오. 영업이 끝난 시간에 Molina Healthcare 담당자의 도움이 필요하다면 Nurse Advice Line에 1-888-275-8750번(영어) 또는 1-866-648-3537번(스페인어)으로 문의하십시오.

Molina Healthcare 서비스 지역 외부에서 긴급 치료가 필요한 경우 가장 가까운 긴급 치료 시설로 가십시오. 미국 외부 지역으로 여행 중이고 긴급 치료가 필요한 경우 Molina Healthcare에서는 귀하의 치료에 대해 보장하지 않습니다. 긴급 치료에 대한 자세한 내용을 알아보려면 이 장의 뒷부분에 있는 '긴급 치료'를 읽어보십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

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

- 당사는 Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격이 없는 제공자에게 비용을 지불할 수 없습니다.
- Medicare에 참여할 자격이 없는 제공자를 이용하는 경우 받은 서비스의 비용 전액을 귀하가 부담하셔야 합니다.
- Medicare에 참여할 자격이 없는 제공자는 이 사실을 귀하에게 알려야 합니다.

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

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

F. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스

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

- Los Angeles 카운티 정신건강부
- Riverside University Health System - 행동 건강
- San Bernardino 카운티 행동건강부
- San Diego 카운티 - 행동 건강 서비스

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

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 치료적 위탁 케어
- 집중 케어 조정
- 집중 자택 서비스

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

- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 출산 전후 주거 물질 사용 장애 치료
- 외래 환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 동료 지원 서비스

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 치료 서비스
- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 주거 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 관리
- 동료 지원 서비스

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

Molina Medicare Complete Care Plus에서는 다양한 정신 건강 및 약물 사용 치료 제공자를 이용하실 수 있습니다. 제공자 목록은 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부에 연락하시면 받으실 수 있습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 행동 건강 제공자 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 행동 건강 서비스 제공자 또는 PCP는 요청 서비스의 긴급성에 따라 Molina Healthcare의 이용 관리부(Utilization Management Department)에 전화, 팩스 또는 우편으로 사전 승인을 요청할 수 있습니다.

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 4장 혜택 차트를 참조하십시오. 케어가 꼭 필요한 것으로 결정되어야 합니다. 필요하다면 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 정신 건강 상태를 유지하기 위해 서비스가 필요함을 의미합니다. 여기에는 귀하가 병원이나 요양소에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 의약품이 행동 건강 및 의료 방식의 허용 기준을 충족함을 의미합니다.

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

전문 정신 건강 서비스

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Los Angeles 카운티 정신건강부(Los Angeles County Department of Mental Health) 1-800-854-7771

리버사이드대학교 헬스 시스템-행동건강(Health System-Behavioral Health) 1-800-499-3008

San Bernardino 카운티 행동건강부(Los Angeles County Department of Mental Health) 1-888-743-1478

San Diego 카운티 행동건강 서비스(Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 서비스

Los Angeles 카운티 공중보건부(Department of Public Health) 1-844-804-7500

리버사이드대학교 헬스 시스템-행동건강(Health System-Behavioral Health) 1-800-499-3008

San Bernardino 카운티 행동건강부(Los Angeles County Department of Mental Health) 1-888-724-7240

G. 교통편 서비스

G1. 비응급 상황 중의 의료 교통편

예약 장소에 자동차, 버스 또는 택시를 타고 갈 수 없는 의료적 필요가 있는 경우, 비응급 상황 의료 교통편을 이용하실 수 있습니다. 의료, 치과, 정신 건강, 약물 사용 장애, 약국 예약 서비스 등 보장 서비스에 대해 비응급 상황 의료 교통편이 제공될 수 있습니다. 비응급 상황 의료 교통편이 필요한 경우 PCP에게 문의하여 요청할 수 있습니다. PCP는 귀하에게 필요한 최상의 교통 수단을 결정할 것입니다. 이들은 귀하에게 비응급 상황 의료 교통편이 필요한 경우 해당 교통편을 지정하는 양식을 작성한 후 Molina Medicare Complete Care Plus에 제출하여 승인을 받습니다. 귀하의 의료적 필요에 따라 승인은 1년 동안 유효합니다. 담당 PCP 또는 기타 의료 제공자는 12개월마다 재승인을 받기 위해 비응급 상황 의료 수송의 필요성을 재평가합니다.

비응급 상황 의료 교통편으로는 구급차, 소형 밴, 휠체어 밴 또는 항공 이송이 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 예약 장소로 이동하는 교통편이 필요한 경우 귀하의 의료적 필요에 따라 최저 비용으로 혜택이 적용되는 교통편과 가장 적합한 비응급 상황 의료 교통편을 이용하는 것을 허용합니다. 예를 들어, 귀하가 신체적 또는 의학적으로 휠체어 밴을 타고 이동할 수 있는 경우라면 Molina Medicare Complete Care Plus는 구급차 비용을 지불하지 않습니다. 귀하가 어떤 육로 이송 수단도 이용할 수 없는 의학적 상태이면 항공 이송이 가능합니다.

비응급 상황 의료 교통편은 다음과 같은 경우에 이용해야 합니다.

예약된 방문을 위해 버스, 택시, 승용차 또는 밴을 이용할 수 없기 때문에 PCP의 서면 승인에 의해 결정된 대로 해당 교통수단이 신체적으로 또는 의료적으로 필요합니다.

- 신체적 또는 정신적 장애로 인해 거주지, 차량 또는 치료 장소로 이동하는 데 있어 운전자의 도움이 필요한 경우.

긴급하지 않은 정기 예약 방문을 위해 의사가 처방한 의료 교통편을 요청하려면 예약 방문 최소 2일 전(월요일~금요일)에 Medi-Cal에 1-800-541-5555번으로 전화하십시오. 긴급 예약의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 가입자 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

의료 교통편 제한

Molina Medicare Complete Care Plus는 집에서 출발하여 예약 가능한 가장 가까운 제공자에게 이동하기 위한 의료적 필요를 충족하는 최저 비용의 의료 교통편을 보장합니다. 의료 교통편이 Medicare 또는 Medi-Cal의 보장 대상이 아닌 경우 해당 서비스는 제공되지 않습니다. 예약 유형이 Molina Medicare Complete Care Plus에서는 보장하지만 건강 플랜에서는 보장하지 않는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus에서 교통편 일정을 예약하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스의 목록은 이 가입자 핸드북 4장에 나와 있습니다. 사전 승인이 없는 한 Molina Medicare Complete Care Plus의 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서는 의료 수송이 보장되지 않습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

G2. 비의료 교통편

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

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

Molina Medicare Complete Care Plus 귀하는 제공자가 승인한 서비스를 받기 위해 비의료 예약 장소로 이동할 때 승용차, 택시, 버스, 기타 공공/개인 수단을 이용할 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 Saferide를 사용하여 비의료 교통편을 준비합니다. 당사는 귀하의 필요를 충족하는 최저 비용의 비의료 교통편 유형을 보장합니다.

경우에 따라 귀하가 마련한 개인 차량에 대한 탑승 비용을 환급받을 수 있습니다. 귀하가 그 교통편을 이용하기 전에 Molina Medicare Complete Care Plus가 그것을 승인해야 하며, 귀하는 버스를 타는 등의 다른 방법을 이용할 수 없는 이유를 당사에 알려주셔야 합니다. 전화나 이메일 또는 직접 방문하여 알려주시면 됩니다. 직접 운전하시는 경우에는 환급을 받을 수 없습니다.

마일리지 환급을 받으려면 다음 증빙이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량등록증
- 운전자의 자동차보험 가입증명서

승인된 서비스를 받기 위한 교통편을 요청하려면 예약 방문 최소 2일 전(월요일~금요일)에 Medi-Cal에 1-800-541-5555번으로 전화하십시오. 긴급 예약의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 가입자 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

참고: 아메리칸 인디언 가입자는 해당 지역의 인디언 보건 클리닉(Indian Health Clinic)에 연락하여 비의료 교통편을 요청하실 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

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

다음과 같은 경우에는 비의료 교통편 혜택이 적용되지 않습니다.

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

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

H1. 의료적 응급 상황 시 케어

의료적 응급 상황이란 심한 통증이나 심각한 부상과 같은 증상이 있는 의학적 상태입니다. 이는 상태가 아주 위중해서 즉각 의료적 처치를 받지 않을 경우, 귀하는 물론 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음 결과를 초래할 것이라고 판단할 수 있는 경우를 말합니다.

- 귀하 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 또는
- 신체 기능에 대한 심각한 피해 또는
- 신체 기관 또는 어떤 부분의 심각한 기능 장애 또는

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 진통 중인 임산부가 다음과 같을 때:
 - 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황.
 - 다른 병원으로 이송할 경우 귀하나 태아의 건강 또는 안전에 위협이 가해질 수 있는 상황.

의료적 응급 상황인 경우:

가능한 한 빨리 도움을 받으십시오. 911에 전화하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원을 이용하십시오. 필요하면 구급차를 부르십시오. 담당 PCP로부터 승인이나 진료 의뢰를 받으실 필요가 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하실 필요가 없습니다. 응급 의료 케어가 필요한 경우, 미국 또는 전 세계 미국 영토 어디에서든 적합한 주 면허를 소지한 모든 의료 제공자로부터 응급 의료 케어를 받을 수 있습니다.

가능한 한 빨리 당사 플랜에 귀하의 응급 상황에 대해 알려 주십시오. 당사에서는 귀하의 응급 케어 상황을 계속 파악합니다. 귀하나 다른 사람이 일반적으로 48시간 이내에 전화하여 응급 케어에 대해 당사에 알려주셔야 합니다. 그러나 당사에 통보를 늦게 했다고 해서 응급 서비스 비용을 귀하가 부담하게 되지는 않습니다. 이 페이지 하단에 가입자 서비스부 전화번호가 있습니다.

의료적 응급 상황에서 보장되는 서비스

귀하가 응급실에 가기 위해 구급차가 필요한 경우 당사 플랜에서는 그 비용을 보장합니다. 당사는 또한 응급 상황 중의 의료 서비스도 보장합니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북 4장 혜택 차트를 참조하십시오.

귀하에게 응급 케어를 제공하는 의료 제공자는 귀하의 상태가 안정되어 의료적 응급 상황이 종료되는 시기를 결정합니다. 해당 의료 제공자는 귀하가 나아지기 위해 후속 케어가 필요한 경우에는 계속해서 귀하를 치료할 것이며, 계획을 세우기 위해 당사에 연락할 것입니다.

당사 플랜에서는 귀하의 후속 케어를 보장합니다. 네트워크 외부 의료 제공자에게 응급 케어를 받는 경우, 가능한 한 빨리 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하의 케어를 인계받도록 노력할 것입니다.

응급 상황이 아닌 경우 응급 케어 받기

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

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

- 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하여 케어를 받는 경우 또는
- 귀하가 추가로 받는 케어가 '긴급하게 필요한 케어'로 간주되고, 귀하가 그런 케어를 받는 데 적용되는 규정을 따르는 경우 다음 섹션을 참고하십시오.

H2. 긴급하게 필요한 케어

긴급하게 필요한 케어는 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 상황에 직면했을 때 받는 케어를 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 악화되거나 예상치 못한 질병이나 부상이 발생할 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 케어

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

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

시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자를 찾아갈 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적으로 타당하지 않은 경우, 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어를 보장해 드립니다.

당사 플랜의 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 케어

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

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

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

매년 최대 \$10,000의 전 세계 응급 및 긴급 치료 서비스를 보장받을 수 있습니다. 자세한 사항은 4장 혜택 차트를 참조하십시오.

H3. 재난 시 케어

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

재난 선포 시에 필요한 케어를 받을 수 있는 방법에 관해서는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 를 방문하십시오.

재난 선포 시에 네트워크 소속 의료 제공자를 이용할 수 없을 경우 추가 비용 없이 네트워크 비소속 의료 제공자의 케어를 받으실 수 있습니다. 재난 선포 시에 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없을 경우 처방 의약품을 네트워크 비소속 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북 5장을 참조하십시오.

I. 당사 플랜의 보장 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 해야 할 일

제공자가 청구서를 당사 플랜에 보내지 않고 귀하에게 보내는 경우 당사에 연락해 대금 지불을 요청하셔야 합니다.

귀하가 직접 청구서 대금을 납입해서는 안 됩니다. 직접 납입하실 경우, 당사에서는 그 대금을 상환해드리지 못할 수 있습니다.

보장 서비스에 대해 본인이 직접 대금을 납입했거나 보장 의료 서비스에 대해 청구서를 받은 경우, 가입자 핸드북의 제7장을 참조해 조치하시기 바랍니다.

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

다음 모든 서비스에 대해 당사 플랜의 혜택이 적용됩니다.

- 의학적으로 필요하다고 판정된 서비스. 그리고
- 플랜의 혜택 차트에 나와 있는 서비스(가입자 핸드북 4장 참조). 그리고
- 플랜 규정에 따라 이용하는 서비스.

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

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

가입자 핸드북 9장에 특정 의료 서비스 또는 품목에 대해 보장을 원하시는 경우 어떻게 해야 하는지 나와 있습니다. 또한 당사의 보장 결정에 이의를 제기하는 방법이나 나와 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 귀하의 이의 제기 권리에 대해 문의하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

일부 서비스에 대해서는 정해진 한도만큼 비용을 지불합니다. 정해진 한도를 초과하는 경우, 동일한 유형의 서비스를 더 이용하시려면 그에 대한 비용 전액을 귀하가 부담합니다. 구체적인 혜택 한도는 4장을 참조하시기 바랍니다. 혜택 한도가 얼마인지, 그리고 혜택을 얼마나 이용했는지는 가입자 서비스부에 전화해 문의해 주십시오.

J. 임상 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택

J1. 임상 연구의 정의

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

귀하가 참여하고 싶어 하며 관심을 표현하는 연구를 Medicare에서 승인하면 해당 연구 관계자가 귀하에게 연락합니다. 담당 관계자가 연구에 대해 설명하고 귀하가 참여 자격을 충족하는지 확인합니다. 귀하는 필요 조건을 충족하는 경우, 연구에 참여할 수 있습니다. 연구에 참여하면서 귀하가 해야 할 역할이 무엇인지를 이해하고 수락하셔야 합니다.

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

Medicare 승인 임상 연구에 참여하고자 하는 경우, 당사에 알려거나 당사 또는 담당 주치의로부터 승인을 받을 필요가 없습니다. 연구의 일환으로 케어를 제공하는 제공자는 네트워크 소속 의료 제공자일 필요가 없습니다. 여기에는 혜택을 평가하기 위한 임상 시험 또는 레지스트리를 구성 요소로 포함하여 당사 플랜이 책임지는 혜택은 포함되지 않는다는 점에 유의하십시오. 여기에는 증거 개진과 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.

임상 연구에 참여하시기 전에 당사에 알려 주실 것을 권장합니다.

Original Medicare의 등록자에게 보장되는 임상 연구에 참여할 계획이라면 귀하 또는 귀하의 케어 코디네이터가 가입자 서비스부에 연락하여 귀하가 임상 시험에 참여할 것임을 알려 주시기 바랍니다.

J2. 임상 연구 참여 시 서비스에 대한 비용 지불

Medicare가 승인하는 임상 연구에 자원하는 경우 귀하는 해당 연구에서 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. Medicare에서 해당 연구를 통해 혜택이 적용되는 서비스뿐 아니라 귀하의 케어와 관련한 일상적인 비용을 지불할 것입니다. Medicare 승인 임상 연구에 참여하시게 되면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 서비스 및 품목에 대해 혜택이 적용됩니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

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

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

J3. 임상 연구에 관한 자세한 내용

Medicare 웹사이트에 있는 “Medicare 및 임상시험 연구”를 보시면 임상시험 연구 참여와 관련한 자세한 내용을 확인하실 수 있습니다(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하셔도 됩니다(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

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

K1. 비의료 케어 종교 기관의 정의

비의료 케어 종교 기관은 일반적으로 병원이나 요양 시설에서 받는 치료를 제공하는 곳입니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 케어를 받는 것이 귀하의 신앙에 어긋나는 일인 경우, 비의료 케어 종교 기관에서 받는 케어에 대해서는 혜택을 적용해 드립니다.

이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료적 의료 케어 서비스)에만 해당됩니다.

K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어

비의료 케어 종교 기관에서 치료를 받으려면 '비제외' 치료를 받는 것에 반대한다는 법적 문서에 서명해야 합니다.

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

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

- 의료 서비스를 제공하는 시설은 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 서비스 보장은 비종교적 측면의 케어로 제한됩니다.
- 해당 기관으로부터 제공되는 서비스를 시설 내에서 받으시는 경우
- 귀하의 입원 환자 병원 케어 또는 전문 요양 시설 케어에 대한 보장 서비스를 받을 수 있는 건강 상태에 있어야 합니다.

당사 플랜은 환자의 무제한 입원 일수를 보장합니다. (4장 혜택 차트 참조).

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

L1. 당사 플랜 가입자로서 이용 가능한 DME

DME에는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 환자 용품, 제공자가 가정용으로 주문한 병원 침대, IV(정맥 내) 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 공급 장치, 분무기, 보행기와 같이 제공자가 주문하고 의료적으로 필요한 특정 품목이 포함됩니다.

보철 같은 품목의 경우 항상 소유하셔야 합니다.

이 섹션에서는 귀하가 대여하는 DME에 대해 말씀드립니다. 그러나 당사 플랜 가입자의 경우, 대여 기간과 관계 없이 DME는 귀하 소유가 되지 않습니다.

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

당사 플랜에 가입하기 전에 Medicare에 따라 12개월 동안 연속해서 DME를 사용했다라도 해당 장비는 귀하의 소유가 되지 않습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

L2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

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

참고: 제12장에서 Original Medicare 및 MA 플랜의 정의를 확인할 수 있습니다. *Medicare & You* 2025 핸드북에도 이에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다. 이 핸드북이 없다면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 또는 연중무휴, 하루 24시간 운영되는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 그것을 받을 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.

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

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

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

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

L3. 플랜 가입자로서 산소 장비 이용 혜택

Medicare에서 보장하는 산소 장비에 대한 자격을 가지고 있는 당사 플랜의 회원님께는 다음이 보장됩니다.

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

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

L4. Original Medicare 또는 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜으로 전환 시 산소 장비

산소 장비가 의학적으로 필요하며 귀하가 당사 플랜을 탈퇴한 후 **Original Medicare**로 전환하신 경우에는 산소 장비를 공급자로부터 36개월 동안 임차하시게 됩니다. 월 임대료에는 위에 나열된 산소 장비와 용품 및 서비스가 포함됩니다.

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

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

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

- 공급자는 더는 산소 장비를 제공할 필요가 없으며, 귀하는 특정 공급자로부터 교체 장비를 받기로 선택할 수 있습니다.
- 새로운 5년의 기간이 시작됩니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 공급자로부터 36개월 동안 임차하시게 됩니다.
- 이에 따라 공급자가 향후 24개월 동안 산소 장비, 용품 및 서비스를 제공합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요할 경우에는 5년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

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

제4장: 혜택 차트

소개

이 장에서는 당사 플랜에서 혜택을 제공하는 서비스와 해당 서비스의 제한에 대해 설명합니다. 당사 플랜에서 보장되지 않는 혜택에 대해서도 알려드립니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳순으로 정렬되어 있습니다.

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 Medi-Cal 보장에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 문의 사항이 있으시면 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

목차

A. 보장 서비스	49
A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시	49
B. 귀하에게 서비스 비용을 청구하는 의료 제공자에 대한 규정	49
C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보	49
D. 당사 플랜의 혜택 차트	51
E. 커뮤니티 지원	85
F. 당사 플랜 외부에서 제공되는 보장 서비스	90
F1. California Community Transitions(CCT)	90
F2. Medi-Cal Dental	90
F3. 호스피스 케어	91
F4. 재가 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)	91
F5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver 프로그램	92
F6. 당사 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스)	93
G. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택	95

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

A. 보장 서비스

본 장에서는 당사 플랜에서 보장하는 서비스에 대해 설명합니다. 보장되지 않는 서비스에 대해서도 알아볼 수 있습니다. 의약품 혜택 관련 정보는 **가입자 핸드북5장**을 참조해 주십시오. 이번 장에서는 또한 특정 서비스에 대한 한도를 설명해 드립니다.

귀하는 Medi-Cal에서 지원을 받기 때문에 당사의 플랜 규정을 준수하는 한 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 플랜 규정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 **3장**을 참조하십시오.

어떤 서비스가 보장되는지 확인하는 데 도움이 필요하신 경우, 담당 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 문의하십시오.

A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시

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

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

B. 귀하에게 서비스 비용을 청구하는 의료 제공자에 대한 규정

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

의료 제공자가 보장 서비스에 대해 귀하에게 청구서를 보내서는 안 됩니다. 직접 청구를 받을 경우, **가입자 핸드북7장**을 참조하시거나 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다.

C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보

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

당사에서는 다음 규정이 준수되는 경우에 혜택 차트에 나와 있는 서비스 대금을 지불합니다. 귀하는 아래에 나와 있는 요건을 충족하는 한, 혜택 차트에 나와 있는 서비스에 대해 비용을 부담합니다.

- 당사는 Medicare와 Medi-Cal에서 정한 규정에 따라 보장되는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다.
- 의료, 행동 건강 및 약물 사용 서비스, 장기 서비스 및 지원, 용품, 장비 및 약물을 포함한 서비스는 의료적으로 필요해야 합니다. 의료적으로 필요한 것이란 귀하의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 공급품 또는 의약품을 의미합니다. 여기에는 귀하가 병원이나 요양 시설에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 약물이 의료 행위의 허용 기준에 부합함을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 진행 중인 치료 과정에 대한 사전 승인을 요구하지 않을 수 있습니다. 네트워크 외부 의료 제공자를 통해 시작된 서비스에 대한 치료 과정이었다라도 마찬가지입니다.
- 귀하는 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받습니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 당사 플랜에 참여하는 의료 제공자를 의미합니다. 대부분의 경우, 네트워크 외부 의료 제공자로부터 받는 진료는 응급 상황이거나 긴급하게 필요한 진료이거나 귀하의 플랜 또는 네트워크 소속 의료 제공자가 귀하를 진료 의뢰를 하는 경우가 아니면 보장되지 않습니다. 네트워크 소속 의료 제공자와 네트워크 외부 의료 제공자 이용에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북3장**을 참고해 주시기 바랍니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 귀하에게는 케어를 제공하고 관리하는 주치의(PCP) 또는 케어 팀이 있습니다. 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 의료 제공자의 진료를 보거나 플랜 네트워크 소속의 다른 의료 제공자를 이용하려면 반드시 담당 PCP가 승인해 주어야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 진료 의뢰 발급 및 진료 의뢰가 필요 없는 경우에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 3장을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 나와 있는 서비스 중에는 담당 의사 또는 네트워크 소속 다른 의료 제공자가 먼저 당사의 승인을 받은 경우에 한해 혜택이 적용되는 서비스도 있습니다. 이를 사전 승인(PA)이라고 합니다. PA가 필요한 보장 서비스는 혜택 차트에 별표(*)가 표시되어 있습니다.
- 플랜에서 치료 과정에 대한 PA 요청을 승인하는 경우, 해당 승인은 보장 기준, 병력 및 치료 제공자의 권장 사항에 따라 치료 중단을 피하기 위해 필요하고 의학적으로 합리적인 기간 동안만 유효해야 합니다.
- 지속해서 적격으로 간주되는 3개월 기간 내에 Medi-Cal 혜택을 상실하는 경우에도 이 플랜의 Medicare 혜택은 계속됩니다. 그러나 Medi-Cal 서비스는 보장되지 않을 수 있습니다. Medi-Cal 적격성에 대한 정보는 카운티 적격성 사무소 또는 Health Care Options에 문의하십시오. Medicare 혜택은 유지할 수 있지만 Medi-Cal 혜택은 유지할 수 없습니다.

특정 만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보.

- 다음과 같은 만성 상태에 처해 있고 특정 의학적 기준을 충족하는 경우 추가 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
 - 신경 장애
 - 뇌졸중
- 자세한 내용은 혜택 차트의 '특정 만성 질환 관련 도움말' 행을 참조하십시오.
- 추가 정보가 필요하면 당사에 문의하십시오.

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

D. 당사 플랜의 혜택 차트

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>복부 대동맥류 선별 검사</p> <p>위험 상태인 분들에 대한 초음파 검사에 대해서는 1회에 한해 비용을 지불합니다. 플랜에서는 귀하에게 특정한 위험 요소가 있고 그에 대해 담당 의사, 보조 의사, 임상 간호사 또는 전문 임상 간호사가 진료 의뢰를 한 경우에만 이 선별 검사를 보장합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>침술</p> <p>당사는 1개월에 2회의 외래 침술 서비스 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다.</p> <p>귀하가 아래와 같이 정의되는 만성 요통이 있는 경우, 당사는 또한 12회까지 90일의 침술 내원에 대해 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12주 이상 지속 • 특이적이지 않음(전이성, 염증성 또는 감염성 질환과 관련되지 않은 것과 같이 식별할 수 있는 전신적 원인이 없음) • 수술과 관련이 없으며 또한 • 임신과 관련이 없습니다. <p>또한 귀하가 개선을 보이시는 경우, 당사는 만성 요통에 대해 추가 8회의 침술 비용을 부담합니다. 만성 요통에 대해 매년 20회 이상 침술 치료를 받을 수 없습니다.</p> <p>호전되지 않거나 악화되면 침술 치료를 중단해야 합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>각 Medicare에서 보장하는 치료에 대해 \$0를 지불합니다.</p>
	<p>알코올 오용 검사 및 상담</p> <p>알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 성인을 대상으로 1회에 한해 알코올 오용 검사(SABIRT) 비용을 지불합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다.</p> <p>알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 케어 환경에서 자격을 갖춘 주치의(PCP) 또는 임상 의사와 연간 최대 4회까지 간단한 직접 대면 상담 세션(상담이 가능하고 그동안 각성 상태인 경우)을 받을 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>알코올 오용 예방 혜택을 축소하는 Medicare 보장 검사 및 상담에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>구급차 서비스</p> <p>응급 상황이든 비응급 상황이든, 보장되는 구급차 서비스에는 지상 및 항공(비행기 및 헬리콥터) 구급차 서비스가 포함됩니다. 케어를 받을 수 있는 가장 가까운 장소까지 구급차로 이동합니다.</p> <p>귀하의 상태는 케어 장소에 가는 다른 방법으로는 그의 건강이나 생명이 위협해질 수 있을 만큼 충분히 심각해야 합니다. 그 외 경우에(비응급) 구급차 서비스를 이용하시는 경우 반드시 당사의 승인을 받아야 합니다.</p> <p>응급 상황이 아닌 경우에도 당사가 구급차 비용을 지불할 수 있습니다. 귀하의 상태가 케어 장소에 가는 다른 방법으로는 그의 생명이나 건강이 위협해질 수 있을 만큼 충분히 심각해야 합니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 각 구급차 편도 교통편에 대해 \$0를 지불합니다. 비응급 구급차 이송에 대해서만 사전 승인이 필요합니다. 응급 케어가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오. 미국 이외의 지역에서 응급 구급차 이송이 필요한 경우 이 차트의 '전 세계 응급/긴급 혜택(Worldwide emergency/ urgent coverage)'를 참조하십시오.</p>
	<p>매년 건강 검진(보조)</p> <p>매년 정기 건강 검진을 통해 의사, 임상 간호사 또는 의사 보조사만 수행할 수 있는 추가 건강 검진 서비스 혜택이 제공됩니다. 이 기회를 통해 예방 및 선별 검사에 주의를 기울게 됩니다. 정기 건강 검진 중에 임상 의가 귀하를 검진하여 육안 검사, 촉진, 청진 및 타진을 통해 문제를 확인합니다. 이 중 마지막 세 가지는 직접적인 물리적 접촉을 수반할 수 있으며 신체 질환의 존재(또는 부재)를 규명하는 데 필요합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>추가 서비스가 필요한 경우, 담당 제공자가 전문의에게 귀하의 진료를 의뢰하거나 필요하다면 사전 승인 신청을 제출할 것입니다.</p>
	<p>연례 건강 검진 방문</p> <p>귀하는 연례 건강 검진을 받을 수 있습니다. 이것은 현재 위험 요인에 따라 예방 계획을 세우거나 업데이트하는 것입니다. 12개월에 1회 당사가 비용을 부담합니다.</p> <p>참고: 귀하의 첫 번째 연례 건강 검진 방문은 Medicare 가입 환영 방문 후 12개월 이내에는 이루어질 수 없습니다. 그러나 12개월 동안 파트 B를 받은 후 연례 건강 검진 방문을 하기 위해 Medicare 가입 환영 방문을 했어야 할 필요는 없습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>연례 건강 검진에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>천식 예방 서비스</p> <p>귀하는 천식 관리가 잘 되지 않는 가정에서 흔히 나타나는 유발 요인에 대한 천식 교육 및 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>천식 예방 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>골량 측정</p> <p>자격을 충족하는 가입자에 대해 특정 시술 비용을 부담합니다(대개 골 질량 손실 위험이나 골다공증 위험이 큰 경우). 이 절차에서는 골량을 식별하고 골 손실을 찾거나 골질을 파악합니다.</p> <p>당사는 24개월마다 1회 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. 또한 결과를 살펴보고 소견을 얘기해줄 의사 비용도 부담합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 골 질량 측정에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>유방암 검진(유방조영술)</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35세에서 39세 사이에 1회의 기본 유방조영술 • 40세 이상 여성의 경우, 12개월마다 1회의 선별 유방조영술 • 24개월에 한 번 임상 유방 검사 	<p>\$0</p> <p>보장되는 검진용 유방 조영술에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>심장 재활 서비스*</p> <p>운동, 교육 및 상담 등과 같은 심장 재활 서비스 비용을 지불합니다. 가입자는 일정한 조건을 충족하고, 의사의 진료 의뢰 또는 지시를 받아야 합니다.</p> <p>당사는 심장 재활 프로그램보다 강도가 더 높은 집중 심장 재활 프로그램도 보장합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>심장 재활 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법)</p> <p>당사는 귀하가 심장 질환의 위험을 낮추기 위해 주치의(PCP)를 1년에 한 번 또는 의료적으로 필요한 경우에는 그보다 더 많이 방문하는 비용을 지불합니다. 그런 방문에서 의사는 다음을 할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 아스피린 사용에 대해 논의합니다. • 귀하의 혈압을 점검합니다. 그리고/또는 • 귀하가 잘 먹을 수 있도록 요령을 알려줍니다. 	<p>\$0</p> <p>집중 행동 치료 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>심혈관(심장) 질환 검사</p> <p>당사는 5년(60개월)에 한 번씩 심혈관 질환을 확인하기 위한 혈액 검사 비용을 지불합니다. 이런 혈액 검사는 또한 심장 질환의 높은 위험으로 인한 결함도 확인합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>5년마다 1회 혜택이 적용되는 보장되는 심혈관 질환 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>자궁경부암 및 질암 검사</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 여성: 24개월에 한 번 자궁경부암(Pap) 검사 및 골반 검사 1회 • 자궁경부암 또는 질암 위험이 높은 여성: 12개월마다 자궁경부암 검사 1회 • 지난 3년 이내에 비정상 자궁경부암 검사를 받은 가임기 여성: 12개월마다 검사 1회 • 30~65세의 여성: 5년에 한 번 인유두종 바이러스(HPV) 검사 또는 자궁경부암 + HPV 검사 	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 예방 자궁경부암 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>카이로프랙틱 서비스</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 올바른 정렬을 위한 척추 조정 	<p>Medicare에서 보장하는 이러한 서비스에 대해서는 방문당 \$0를 지불합니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>직장암 검사</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 대장내시경 검사는 최소 또는 최고 연령 제한이 없으며, 고위험군이 아닌 환자의 경우 120개월(10년)마다 한 번, 직장암 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 관장으로 부터 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. <p>대장암 선별 검사에는 Medicare에서 보장하는 비침습적 대변 기반 대장암 선별 검사에서 양성 결과가 나온 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 직장암 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>치과 서비스(Medicare 보장)</p> <p>당사는 클리닝, 충전 및 의치를 포함하며 이에 국한되지 않는 특정 치과 서비스 비용을 지불합니다. 당사가 보장하지 않는 항목은 아래의 F2에 설명된 Medi-Cal Dental을 통해 이용 가능합니다.</p> <p>당사는 서비스가 수혜자의 주요 의학적 상태에 대한 구체적인 치료의 필수 부분인 경우, 일부 치과 서비스 비용을 지불합니다. 몇 가지 예로는 골절이나 부상 후 턱의 재건, 턱과 관련된 암에 대한 방사선 치료를 준비하기 위해 수행되는 발치 또는 신장 이식 이전의 구강 검사가 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 치과 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>치과 서비스(보충)</p> <p>클리닝, 충전, 의치 등의 치과 서비스를 비롯한 치과 혜택을 추가로 제공합니다. 의치를 포함한 모든 종합 치과 서비스에 대해 매년 최대 \$1,000의 보조금이 지불됩니다.</p> <p>연간 최대 보조금은 보조 예방 치과 서비스에 적용되지 않습니다. 아래에 나열된 서비스만 적용되며 각 서비스에는 특정 제한이 있습니다(예: 최대 허용량, 시술 횟수 및/또는 서비스 빈도).</p>	<p>공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>서비스가 보장되지 않거나 최대 보조금 한도를 초과하는 경우에는 가입자가 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.</p>

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 구강 검사 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 1년에 최대 2회. D0120, D0140, D0150 또는 D0180은 의료 제 공자 또는 지역당 평생 한 번만 허용됩니다. ◦ 치과 X선 촬영 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 4회의 교익(D0272/D0274, D0273) ◦ 매년 최대 6회의 치근단(D0220/D0230) ◦ 5년마다 1회의 파노라마(D0330) ◦ 5년마다 1회 구강 내 단층영상합성 종합 시리즈(D0372) ◦ D0330 및 D0372는 5년마다 1회 허용되며, 같은 연도 내에 D0272 또는 D0274는 보장되지 않음 ◦ 예방 조치(클리닝) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 2회(D1110). ◦ 불소 처리 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 연간 최대 2회(D1206, D1208) ◦ 치주 시술(딥 스케일링) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매 2년에 최대 4회의 사분면 보장에는 D4341 또는 D4342의 조 합이 있습니다. ◦ 치주 시술(절제술) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 1회(D4355) 또는 ◦ 매년 최대 2회(D4910) ◦ 수복 서비스(충전재) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 보장되는 아말감 또는 레진 기반 회복제 ADA 코드 (D2140-D2161, D2330-D2335 및 D2391-D2394)를 사용하여 매년 최대 6회 회복 서비스. ◦ 발치(단순) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 8회(D7140) ◦ 발치(수술) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 3회(D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) ◦ 절개 및 배액 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 평생 치아 당 최대 1회 (D7510, D7511, D7520, D7521) ◦ 크라운 및 크라운 수리 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 2회. 치아당 5년에 한 번(D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) ◦ 근관 치료 / 신경 치료 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 치아당 최대 1회(D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) ◦ 틀니 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 3년마다 최대 1세트의 틀니(전체, 즉시 또는 부분). 플랜 연간 최대 보장 금액까지(D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) 	<p>참고: 위의 보장은 Medicare 보충 치과 혜택에 대한 것입 니다. 일부 치과 서비스는 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 제공됩니다. 치과 혜택 은 Medi-Cal Dental Program 을 통해 행위별 수가제로 제 공됩니다. 자세한 정보를 원 하시거나 Medi-Cal Dental 프로그램을 취급하는 치과의 사를 찾아보시려면 1-800-322-6384(TTY 사용자 는 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스 라인에 전화하 시기 바랍니다. 통화료는 무 료입니다. Medi-Cal Dental 서비스 프로그램 담당자는 월요일~금요일 오전 8시~오 후 5시에 연락 가능합니다. 웹사이트 dental.dhcs.ca.gov에 접속하셔도 자세한 정보를 확인하실 수 있습니 다.</p> <p>Medi-Cal 치과 서비스 제공 자를 방문하면 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 추 가 치과 서비스를 받을 수 있 습니다. Medi-Cal Dental 프 로그램을 통한 혜택에 대한 자세한 내용은 F2 섹션을 참 고하십시오.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 틀니 수리 및 조정 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 4회 D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) ◦ 완화 응급 치료 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 매년 최대 4회(D9110) ◦ 마취(심부 진정 및 정맥 주사) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 구강 수술 보장(D9222, D9223, D9239, D9243) <p>이 코드는 미국 치과 협회(ADA)에 의해 연중 업데이트 될 수 있습니다. 치과 ADA 코드에 대한 문의는 가입자 서비스부로 전화하십시오. 전화 번호는 플랜 가입자 ID 카드 뒷면에 있습니다. 일부 치과 서비스는 사전 승인이 필요합니다. 의료 제공자는 귀하를 대신하여 플랜에서 요구하는 모든 승인을 처리합니다.</p> <p>화장품 서비스 및 치과 임플란트는 플랜에서 보장하지 않습니다.</p>	
	<p>우울증 선별 검사</p> <p>매년 1회에 한해 우울증 검사 비용을 당사가 부담합니다. 이 선별 검사는 후속 치료 및/또는 진료 의뢰를 제공할 수 있는 1차 케어 환경에서 실시해야 합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>연례 우울증 검사 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>당뇨병 선별 검사</p> <p>귀하가 다음과 같은 위험 요인 중 어느 하나라도 가지고 있는 경우 당뇨 검사(공복 혈당 검사 포함) 비용을 당사가 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 비정상적인 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치(이상지질혈증)의 병력 • 비만 • 고혈당(포도당) 병력 <p>과체중이고 당뇨병 가족력이 있는 경우와 같은 일부 다른 경우에는 검사가 보장될 수 있습니다.</p> <p>귀하는 가장 최근의 당뇨병 선별 검사일 이후 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 선별 검사를 받을 자격이 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 당뇨 선별 검사에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>당뇨병 자가 관리 교육, 서비스 및 용품</p> <p>모든 당뇨 환자에 대해 다음 서비스 비용을 당사가 부담합니다(인슐린 사용 여부 무관).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈중 포도당 모니터링에 필요한 용품. 여기에는 다음이 포함됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 혈당 모니터링 ◦ 혈당 검사지 ◦ 란셋 장치 및 란셋 ◦ 검사지 및 모니터의 정확성을 확인하기 위한 혈당 조절 솔루션 • 당뇨병 환자로 종종 당뇨 족부 질환이 있는 사람의 경우 다음 비용을 당사가 부담합니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 피팅을 포함한 치료용 맞춤형 성형 신발 한 켤레(삽입물 포함) 및 매년 추가 삽입물 2쌍 또는 ◦ 피팅을 포함한 깊은 신발 한 켤레 및 매년 3쌍의 삽입물(해당 신발과 함께 제공되는 맞춤형이 아닌 탈착식 삽입물은 제외) • 일부 경우, 당뇨 관리에 도움이 되는 교육 비용도 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 	<p>이 서비스에 대해 \$0를 지불합니다. 처방전이 있고 네트 워크 소속 약국에서 또는 Mail Service Pharmacy 프로그램을 통해 처방약을 조제하는 경우 용품에 대해 보장이 적용됩니다. 당뇨망막병증 또는 녹내장 검사를 위한 검사가 필요한 경우의 의사 서비스에 대해서는 이 차트의 '안과 케어'를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 발 검사를 위해 의사의 진료가 필요한 경우 이 차트의 '족부 치료 서비스'를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 의료 영양 치료법 서비스(MNT)가 필요한 경우 이 차트의 '의료 영양 치료법'을 참조하십시오. 당뇨병 환자 용품, 당뇨 치료 신발 및 삽입물에 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>Medicare에서 보장하는 당뇨 자가 관리 훈련에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.</p>
	<p>출산도우미 서비스</p> <p>임산부에 대해서는 산전 및 산후 기간 동안 9번의 출산 도우미 방문과 진통 및 분만 시 지원에 대한 비용을 부담합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>출산 도우미 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품*</p> <p>'내구성 의료 장비(DME)'의 정의는 가입자 핸드북 12장을 참고하십시오.</p> <p>당사는 다음 품목을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전동 휠체어를 포함한 휠체어 • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 건조 압력 패드 • 당뇨병 환자 용품 • 집에서 사용하기 위해 의료 제공자가 지시한 병원 침대 • 정맥(IV) 주입 펌프 및 풀 • 음성 생성 장치 • 산소 장비 및 용품 • 분무기 • 보행기 • 표준 굽은 손잡이 또는 4발 지팡이 및 교체 용품 • 경추 견인(문 위로) • 뼈 자극기 • 투석 장비 <p>다른 품목도 보장될 수 있습니다.</p> <p>당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 대부분 비용을 지불하는 의료적으로 필요한 DME에 관한 모든 비용을 부담합니다. 귀하 지역의 공급업체가 특정 브랜드나 제조업체를 취급하지 않는 경우, 특별 주문해 줄 수 있는지 그들에게 문의할 수 있습니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 DME 및 관련 용품에 대해 \$0를 지불합니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>응급 케어</p> <p>응급 케어란 다음과 같은 서비스를 의미합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급 서비스를 제공하도록 훈련된 제공자가 제공합니다. 그리고 • 의료적 응급 상황을 치료하는 데 필요합니다. <p>의료적 응급 상황이란 심한 통증이나 심각한 부상이 있는 의학적 상태입니다. 아주 위중해서 즉시 의료적 처치를 받지 않을 경우, 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음과 같은 결과가 초래될 것이라고 예상할 수 있는 상태를 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하 또는 태아의 건강에 대한 심각한 위험 또는 • 신체 기능에 대한 심각한 피해 또는 • 신체 장기 또는 부위에 심각한 기능 장애 • 진통 중인 임산부가 다음과 같을 때: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황. ◦ 다른 병원으로 이송할 경우 귀하나 태아의 건강 또는 안전에 위험이 가해질 수 있는 상황. <p>응급 케어는 제한된 상황을 제외하고는 미국과 그 영토 내에서만 이루어 집니다. 자세한 내용은 플랜에 문의하십시오.</p> <p>추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 케어 및 안정화 후 케어를 위해 매년 최대 \$10,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>네트워크 비소속 병원에서는 응급 케어를 받고 응급 상황이 안정된 후 입원 환자 케어가 필요한 경우에 케어 비용을 계속 지불받으려면 네트워크 소속 병원으로 돌아가야 합니다. 당사 플랜에서 입원을 승인하는 경우에 한해 네트워크 외부 병원에서도 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>가족 계획 서비스</p> <p>법에 따라 귀하는 특정 가족 계획 서비스에 대해 의료 제공자(네트워크 소속 의료 제공자든 네트워크 외부 의료 제공자든 상관없음)를 선택할 수 있습니다. 이것은 모든 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족 계획 사무소를 의미합니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족 계획 검사 및 의학적 치료 • 가족 계획 검사실 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUC/ IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 처방전이 있는 가족 계획 용품(콘돔, 스폰지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) • 임신 인식 기술에 대한 상담과 교육, 임신 전 건강 상담, 검사, 성매개 감염(STI) 치료 같은 제한된 임신 서비스 • HIV 및 AIDS, 기타 HIV 관련 상태에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(이 가족 계획 방법을 선택하려면 21세 이상이어야 합니다.) 수술일로부터 최대 180일 최소 30일 전 연방 불임술 동의서(federal sterilization consent form)에 서명해야 합니다. • 유전 상담 <p>그 외의 가족 계획 서비스에 대해서도 비용을 부담합니다. 그러나 다음 서비스에 대해 반드시 당사 제공자 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하셔야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 불임의 의학적 상태에 대한 치료(이 서비스에는 인공적인 임신 방법이 포함되지 않습니다.) • AIDS 및 기타 HIV 관련 상태에 대한 치료 • 유전자 검사 <p>Medicare 파트 D에 따라 보장되지 않는 일반 가족 계획 제품과 의약품은 Medi-Cal Rx 혜택에 따라 보장될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx 보장 의약품을 이용하려면 Medi-Cal 카드 또는 보험급여식별카드(Benefits Identification Card, BIC)가 필요합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>가족 계획 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
<p>피트니스 혜택(보조)</p> <p>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 옵션에서는 피트니스 트래커, 근력 또는 요가 키트 중에서 선택할 수 있습니다.</p> <p>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.</p>	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>운동 루틴을 시작하거나 변경하기 전에 항상 의사와 상의하십시오.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>건강 및 웰니스 교육</p> <p>당사는 특정 건강 상태에 초점을 맞춘 많은 프로그램을 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 교육 수업 • 영양 교육 수업 • 금연 및 담배 사용 중지 및 • 간호 핫라인 	<p>\$0</p> <p>건강 및 웰빙 교육 프로그램에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>청각 진료 서비스*</p> <p>서비스 제공자가 실시한 청력 및 균형 검사 비용을 당사가 지불합니다. 이 검사는 치료가 필요한지 여부를 알려줍니다. 의사, 청력학자 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 이런 검사를 받는 경우, 외래 진료로 보장됩니다.</p> <p>Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 2년마다 1회의 청력 검사와 2년마다 1회의 보청기 피팅 및 검사를 받을 수 있습니다. 매년 1회 보청기 피팅 및 검사를 추가로 보장합니다.</p> <p>보청기가 필요하다고 안내받은 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 한 쌍의 보청기에 대해 매년 \$1,510의 보조금이 지급됩니다.</p> <p>Medicare에서 보장하는 청각 진료 서비스 외에도 매년 한 번 정기적인 청력 검사를 받을 수 있습니다. 정기 청력 검사 후 보청기를 맞출 수 있습니다.</p> <p>보청기 시착/평가는 달력 연도마다 한 번 실시할 수 있습니다. 보청기가 필요하다는 진단을 받는 경우, 24개월마다 플랜이 승인한 제공자로부터 양쪽 귀를 합쳐 최대 2개의 미리 선택한 보청기를 제공받을 수 있습니다.</p> <p>또한 의사 또는 기타 자격을 갖춘 의료 제공자가 처방한 경우 당사가 보청기 비용을 지불합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 금형, 소모품 및 삽입물 • 수리 • 초기 배터리 세트 • 보청기를 받은 후 동일한 공급업체에서 교육, 조정 및 피팅을 위해 6회 방문 • 보청기 시험 착용 기간 대여 • 청각 보조 장치, 착용형 골전도 보청기 • 보청기 관련 청각학 및 평가 후 서비스 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>만성 질환에 대한 특별 보조 혜택</p> <p>아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <p>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 매년 제출해야 합니다. 자격은 매년 검토되며 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>이러한 혜택을 누리실 수 있도록 도와드리겠습니다. 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 연락하여 귀하의 요청을 시작하거나 추가 정보를 얻을 수 있습니다.</p> <p>참고: 이 혜택을 요청함으로써 귀하는 Molina Medicare Complete Care(HMO D-SNP) 담당자에게 전화, 우편 또는 신청서에 명시된 기타 연락 방법을 통해 귀하에게 연락할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다.</p> <p>가입자는 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다.</p> <p>식품 및 농산물:</p> <p>자격이 되는 경우, 귀하는 식품 및 농산물 지출을 위해 매달 \$75를 받습니다. 매월 말까지 사용되지 않은 기금은 익월로 이월되지 않습니다.</p> <p>MyChoice 카드의 보조금을 사용하여 인근 참여 지역 매장에서 다양한 브랜드 및 일반 건강 식품을 구매하거나 Members.NationsBenefits.com/Molina에서 추가 비용 없이 온라인으로 구매하여 택배로 받아볼 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>MyChoice 카드를 사용할 경우 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>케어 관리 프로그램에 대한 참여가 필요합니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>HIV 검사</p> <p>당사는 다음과 같은 사람들을 위해 12개월마다 1회의 HIV 검사 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV 선별 검사를 요청함. 또는 • HIV 감염 위험이 높음. <p>임신한 여성의 경우, 임신 기간 동안 최대 3회의 HIV 검사 비용을 당사가 지불합니다.</p> <p>의료 제공자의 권유로 이루어지는 추가 HIV 선별 검사 비용도 지불해 드립니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 예방 HIV 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>가정 의료 기관 케어</p> <p>가정 건강 서비스를 받으려면 먼저 귀하에게 그런 서비스가 필요하다는 사실을 의사가 당사에 알려주어야 하며, 가정 건강 기관에서 서비스를 제공해야 합니다. 귀하는 집 밖으로 나가지 못해야 합니다. 즉, 집 밖으로 나가려면 큰 노력이 필요합니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시간제 또는 간헐적 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스(가정 건강 케어 혜택으로 보장받으려면 전문 간호 및 가정 건강 보조 서비스를 합친 시간이 하루 8시간 및 주당 35시간 미만이어야 합니다.) • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 의료 및 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>가정 주입 치료 요법*</p> <p>당사 플랜은 가정 주입 치료 요법, 즉 자택에서 귀하에게 제공되어 귀하의 정맥에 투여되거나 피하에 투입되는 약물 또는 생물학적 물질의 비용을 지불합니다. 가정에서 주입하려면 다음이 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 항바이러스제 또는 면역 글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프와 같은 장비 그리고 • 튜브 또는 카테터와 같은 용품 <p>당사 플랜에서는 가정 주입 서비스를 보장합니다. 여기에는 다음이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 케어 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 서비스 • DME 혜택에 아직 포함되지 않은 가입자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 그리고 • 가정 주입 요법의 제공 및 자격을 갖춘 가정 주입 요법 공급업체가 제공하는 약물에 대한 모니터링 서비스. 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>호스피스 케어</p> <p>서비스 제공자와 호스피스 의료 책임자가 귀하에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우, 귀하에게는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이것은 귀하가 말기 질환을 앓고 있고, 남은 생이 6개월 이하로 예상된다는 것을 의미합니다. Medicare에서 인증한 모든 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 당사 플랜에서는 귀하가 플랜 서비스 지역에서 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 도와드립니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 소속 의료 제공자이거나 네트워크 외부 의료 제공자일 수 있습니다.</p> <p>보장 서비스에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증상과 통증을 치료하는 약물 • 단기 임시 위탁 케어 • 홈 케어 <p>호스피스 서비스 및 말기 예후와 관련하여 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하는 서비스는 Medicare로 비용이 청구됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자세한 정보는 이 장의 F섹션을 참조하십시오. <p>당사 플랜이 적용되는 서비스지만 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장하지 않는 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에서 보장하지 않는 서비스를 보장합니다. 당사는 귀하의 말기 예후와 관련이 있는지 여부에 관계없이 서비스를 보장합니다. 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. <p>당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품의 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 약은 호스피스와 당사 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오. <p>참고: 심각한 질병이 있는 경우 삶의 질을 개선하기 위해 팀 기반 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 될 수 있습니다. 치유/정기 치료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 아래의 완화 치료 섹션을 참조하십시오.</p> <p>참고: 비호스피스 케어가 필요한 경우에는 케어 코디네이터 및/또는 가입자 서비스부로 전화하여 서비스를 요청하십시오. 비호스피스 케어는 귀하의 말기 예후와 무관한 케어입니다.</p> <p>당사 플랜은 호스피스 혜택을 선택하지 않은 말기 가입자를 위한 호스피스 상담 서비스(1회 한정)를 보장합니다.</p>	<p>Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록하는 경우 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)가 아닌 Original Medicare가 부담합니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>예방 접종</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 폐렴 백신 • 독감 예방 접종, 가을과 겨울에 독감 시즌에 한 번씩, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 예방 접종 • B형 간염에 걸릴 위험이 높거나 중간 정도인 경우, B형 간염 백신 • COVID- 19 백신 • 인유두종 바이러스(HPV) 백신 • 귀하가 위험에 처해 있고, Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우의 다른 백신 <p>Medicare 파트 D 보장 규정을 충족하는 다른 백신에 대해서도 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북6장을 참조하십시오.</p> <p>또한 당사는 ACIP(미국 예방접종 자문위원회)에서 권장하는 성인을 위한 모든 백신 비용을 지불합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>폐렴, 독감, B형 간염, HPV 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>입원 환자 병원 케어*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의료적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 정기 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상동맥 치료실과 같은 특수 치료실 비용 • 약물과 의약품 • 검사실 검사 • X선 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료용품 • 휠체어와 같은 기구 • 수술 및 회복실 서비스 • 물리, 작업 및 언어 치료 • 입원 환자 약물 남용 서비스 • 경우에 따라 다음 유형의 이식: 각막, 신장, 신장/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장/다장기. <p>귀하가 이식이 필요한 경우, Medicare의 승인을 받은 이식 센터에서 해당 케이스를 검토한 후, 이식 후보자인지 여부를 결정하게 됩니다. 이식 서비스 제공자는 서비스 지역 내에 있을 수도 있고 지역 밖에 있어도 됩니다. 지역 내 이식 서비스 제공자가 Medicare 요율을 수락하는 경우, 귀하는 지역에서 또는 커뮤니티를 위한 케어 패턴 밖에서 이식 서비스를 받을 수 있습니다. 당사 플랜이 커뮤니티의 케어 패턴을 벗어나서 이식 서비스를 제공하고, 귀하가 해당 지역에서 이식을 받기로 선택한 경우, 당사에서 귀하와 동반 1명의 숙박 및 여행 비용을 준비하거나 지불할 것입니다.</p> <p>Molina Medicare Complete Care Plus(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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈액(저장 및 투여 포함) • 의사 서비스 <p>참고: 입원 환자가 되려면 의료 제공자가 가입자를 입원 환자로 병원에 정식으로 입원시키라는 지시서를 작성해야 합니다. 가입자가 밤새 병원에 있었다라도 여전히 "외래 환자"로 간주될 수 있습니다. 입원 환자인지 외래 환자인지 확실하지 않으면 병원 직원에게 문의해야 합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>응급 상황이 안정된 후에도 네트워크 외부 병원에서 입원 환자 케어를 받으시려면 반드시 당사 플랜으로부터 승인을 받으셔야 합니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>또한 '병원 입원 환자입니까 아니면 외래 환자입니까? Medicare가 있다면 - 물어보십시오!'라는 Medicare 자료표에서 자세한 정보를 확인할 수 있습니다. 웹사이트 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.</p>	
<p>정신 병원에서 입원 환자 서비스*</p> <p>입원을 요하는 정신 건강 케어 서비스 비용을 당사가 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 독립 정신과 병원에서 입원 환자 서비스를 받으셔야 하는 경우, 첫 190 일간의 비용을 당사가 부담합니다. 그 이후에는 해당 카운티 정신 건강 기관에서 의학적으로 필요한 입원 환자 정신과 서비스에 대해 비용을 지불합니다. 190일을 초과하는 케어에 대한 승인은 해당 카운티 정신 건강 기관과 조율합니다. <ul style="list-style-type: none"> 190일 한도는 종합 병원의 정신과에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 귀하가 65세 이상인 경우, IMD에서 받은 서비스 비용을 당사가 부담합니다. 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보혐료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에서 제공되는 보장 서비스</p> <p>귀하가 입원 환자 혜택을 모두 사용했거나 입원이 합리적이지 않고 의료적으로 필요하지 않은 경우, 당사는 입원 비용을 지불하지 않습니다.</p> <p>그러나 입원 환자 케어가 보장되지 않는 특정 상황에서 당사는 귀하가 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 의사 서비스 검사실 검사와 같은 진단 검사 X선, 라듐 및 동위원소 치료(기술자 재료 및 서비스 포함) 수술 드레싱 골절 및 탈구에 사용되는 부목, 캐스트 및 기타 장치 이런 장치의 교체 또는 수리를 포함하여 치과 이외의 보철 및 교정 장치 다음의 전부 또는 일부를 대체하는 기구 <ul style="list-style-type: none"> 내부 신체 장기(주변 조직 포함) 또는 제대로 기능하지 않거나 기능 부전 상태의 내부 신체 장기 기능 다리, 팔, 등 및 목 보호대, 트러스 및 의족, 의수, 인공 안구. 여기에는 파열, 마모, 소실 또는 상태의 변화 등의 이유로 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. 물리 치료, 언어 치료 및 작업 치료 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보혐료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>신장 질환 서비스 및 용품</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 신장 케어 방법을 교육하고 귀하의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 귀하는 4기 만성 신장 질환이 있어야 하며, 담당 의사가 그를 진료 의뢰해야 합니다. 6회 세션에 이르는 신장 질환 교육 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다. • 가입자 핸드북3장에 설명된 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 만날 수 없는 경우의 외래 환자 투석 치료(투석 치료 포함) • 특수 케어 목적으로 병원에 입원 환자로 입원한 경우 입원 환자 투석 치료 • 귀하 및 귀하의 가정 투석 치료를 돕는 사람을 위한 교육을 포함한 자가 투석 교육 • 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. <p>Medicare 파트 B 약물 혜택에서는 일부 투석약 비용을 지불합니다. 자세한 내용은 이 차트에서 'Medicare 파트 B 처방약'을 참조하십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다. Medicare는 평생 최대 6회의 세션을 보장합니다.</p>
	<p>폐암 검사</p> <p>귀하가 다음과 같은 경우 당사 플랜에서 12개월마다 폐암 검사 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50세~77세. 그리고 • 의사 또는 자격을 갖춘 기타 의료 제공자와 상담 및 공동 의사결정을 위한 방문을 실시함. 그리고 • 20년간 하루 1팩 이상 담배를 피웠으며, 폐암의 징후 또는 증상이 없는 경우 또는 현재 담배를 피우거나 최근 15년 이내에 금연한 경우 <p>첫 번째 검사 후, 당사 플랜은 의사 또는 자격을 갖춘 기타 제공자의 서면 명령이 있으면 매년 다른 검사 비용을 지불합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 상담 및 공동 의사 결정을 위한 논의에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>임상 영양 요법</p> <p>이 혜택은 당뇨병 또는 신장 질환이 있고 투석을 하지 않는 사람들을 위한 것입니다. 또한 의사의 지시에 따른 신장 이식 후에도 받습니다.</p> <p>Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 상담 서비스 3시간에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 의료적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p> <p>그 이후에는 매년 2시간에 해당하는 1대1 상담 비용을 지불합니다. 상태, 치료 또는 진단이 변경되면 귀하는 의사의 지시를 받아 더 많은 시간을 치료받을 수 있습니다. 이러한 서비스는 반드시 의사가 처방해야 하며, 그다음 연도에도 치료가 필요한 경우 지시를 매년 갱신해야 합니다. 의료적으로 필요한 경우 당사는 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 의료 영양 치료법 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP)</p> <p>당사 플랜은 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 귀하가 건강한 행동을 늘리도록 돕기 위해 고안되었습니다. 다음과 같은 실용 교육을 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 장기적 식이 변화 및 • 신체 활동 증가 및 • 체중 감량 및 건강한 생활 방식을 유지하는 방법 	<p>\$0</p> <p>MDPP 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
	<p>Medicare 파트 B 처방약*</p> <p>이런 약물은 Medicare 파트 B에서 보장됩니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 스스로 투여하지 않고 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안 주사 또는 주입되는 약물 • 내구성 의료 장비 품목을 통해 제공되는 인슐린(예: 의료적으로 필요한 인슐린 펌프) • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 투여하는 기타 약물 • 알츠하이머 치료제 Leqembi(복제약 lecanemab). 정맥 주사(IV)로 투여됨 • 혈우병이 있는 경우, 주사로 스스로 투여하는 응고 인자 • 이식 / 면역 억제제: Medicare는 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 치료를 보장합니다. 보장되는 이식을 받을 때 파트 A에 가입되어 있어야 하며, 면역 억제제를 받을 때는 파트 B에 가입되어 있어야 합니다. Medicare 파트 B에서 면역 억제제를 보장하지 않는 경우 파트 D에서 면역 억제제를 보장합니다. • 주사하는 골다공증약. 귀하가 집 밖으로 나가지 못하고, 의사가 폐경기 골다공증과 연관된 것이라고 인정하는 골절상을 입었고, 귀하가 직접 약을 주사하지 못하는 경우 이러한 의약품 비용을 당사가 지불합니다. • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적절한 지시를 받은 사람(귀하, 즉 환자가 될 수 있음)이 적절한 감독 하에 항원을 투여하는 경우 Medicare에서 항원을 보장합니다. • 특정 경구 항암제: Medicare에서는 경구로 복용하는 일부 경구 항암제를 보장합니다. 단, 동일한 약물이 주사 형태로 제공되거나 해당 약물이 프로드러그(경구 형태의 약물. 섭취 시 주사 가능한 약물에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해됨)인 경우입니다. 새로운 경구 항암제가 출시되면 파트 B에서 그러한 의약품을 보장해 드릴 수 있습니다. 파트 B에서 보장하지 않는 경우 파트 D에서 보장할 수 있습니다. • 경구 구토 방지 약물: Medicare에서는 항암 화학 요법 처방의 일부로 귀하가 사용하는 경구 구토 방지 약물을 보장합니다. 단, 화학 요법 전, 화학 요법 중 또는 화학 요법 후 48시간 이내에 투여하거나 정맥 주사 구토 방지 약물의 완전한 치료적 대체제로 사용하는 경우입니다. • 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약물. 단, 동일한 약물이 주사 형태로 제공되고 파트 B ESRD 혜택에서 보장하는 경우입니다. 	<p>각 Medicare 파트 B 처방약에 대해 \$0를 지불합니다.</p> <p>파트 B 의약품은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<ul style="list-style-type: none"> 정맥 주사 약물인 Parsabiv와 경구 약물인 Sensipar를 포함한 ESRD 지불 시스템에 따른 칼슘 유사 작용 약물 헤파린, 헤파린 해독제(의학적으로 필요한 경우) 및 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약물 적혈구 생성 자극제: Medicare에서는 주사로 주입하는 erythropoietin을 보장합니다. 단, 귀하가 ESRD를 앓고 있거나 특정한 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위해 이 약이 필요한 경우입니다(예: Procrit®). 원발성 면역 결핍 질환의 가정 치료를 위한 정맥(IV) 면역 글로블린 비경구 및 장관 영양(IV 및 관급식) <p>다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 Medicare 파트 B 의약품 목록으로 이동합니다. www.MolinaHealthcare.com/Medicare</p> <p>또한 당사는 Medicare 파트 B에 따라 일부 백신을 보장하고 Medicare 파트 D 처방약 혜택에 따라 대부분 성인 백신을 보장합니다.</p> <p>가입자 핸드북5장을 보시면 외래 환자 처방약 혜택에 대한 설명이 나와 있습니다. 이것은 처방약을 보장받기 위해 귀하가 따라야 하는 규칙을 설명합니다.</p> <p>가입자 핸드북6장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약 비용으로 귀하가 부담해야 하는 부분에 대한 설명이 나와 있습니다.</p>	
<p>MyChoice 카드</p> <p>MyChoice 카드는 선불 혜택 직불 카드로 다음과 같은 보조 플랜 혜택에 대해 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 일반의약품 품목 식품 및 농산물* <p>*자격 요건이 적용됩니다.</p> <p>미리 충전된 직불 카드는 신용 카드가 아닙니다. 카드를 현금과 교환하거나 다른 사람에게 대여할 수 없습니다. 미용시술은 이 혜택 카드의 적용 대상이 아닙니다. 매월 카드에 자금이 충전됩니다. 가입자가 플랜을 탈퇴할 경우, 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다.</p> <p>MyChoice 카드 보조금은 정의된 한도 내에서 지정된 보조 혜택을 이용하는 데만 사용할 수 있습니다. 이 보조금은 가입자만 사용할 수 있으며 다른 혜택 또는 비용에는 적용되지 않습니다.</p> <p>OTC 혜택 또는 식품 및 농산물에 대한 자격을 충족하는 방법, 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)에 대한 자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부로 문의하시기 바랍니다. SSBCI에 보조금을 이용하려는 가입자는 자격 요건을 충족하는 만성 질환이 있고, 현재 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 등록을 위해 작성한 유효한 HRA가 있고, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 케이스 관리 부서와의 협력하에 의사의 승인을 제공해야 합니다. 자세한 내용은 이 차트의 "만성 질환자를 위한 특별보충 혜택"을 참고하십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보혐료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>영양 상담</p> <p>귀하는 요청 시 개별 전화 영양 상담을 받을 수 있습니다. 담당 제공자가 건강 교육 의뢰 양식을 작성하여 서명할 것이므로 당사에서 전화하기 전에 귀하에게 필요한 사항을 명확히 이해하게 됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전화 통화는 30~60분간 이루어집니다. • 필요하거나 원하는 추가 정보 및/또는 후속 연락을 위해 연락처 정보가 제공됩니다. <p>Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 영양/식단 개별 세션은 무제한으로 지원됩니다.</p> <p>당사 플랜은 추가 12회의 그룹/개별 전화 세션을 보장합니다. 담당 제공자는 귀하가 네트워크 소속 영양사에게 이 서비스 받도록 의뢰할 것입니다.</p>	<p>\$0</p> <p>영양 상담에 대해서는 공동 보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>요양 시설 케어*</p> <p>요양 시설(NF)은 집에서 케어를 받을 수 없지만 병원에 입원할 필요는 없는 사람들에게 케어를 제공하는 장소입니다.</p> <p>본 플랜에서 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 호흡기 치료 • 케어 계획의 일부로 귀하에게 제공되는 약물 (여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.) • 혈액(저장 및 투여 포함) • 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 의료 및 외과 용품 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 검사실 검사 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 일반적으로 제공하는 휠체어와 같은 기구의 사용 • 의사/개업의 서비스 • 내구성 의료 장비 • 틀니를 포함한 치과 서비스 • 시력 혜택 • 청력 검사 • 카이로프랙틱 케어 • 족병 치료 서비스 <p>보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 시설에서 당사 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음의 장소에서 케어를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 직전에 거주하던 요양 시설 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티 (요양 시설 케어를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 시 귀하의 배우자 또는 동거인이 거주하고 있는 요양 시설 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>체중 감량을 위한 비만 검사 및 치료</p> <p>체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움이 되는 상담에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 귀하는 1차 케어 환경에서 상담을 받아야 합니다. 그렇게 하면 비만을 완전한 예방 계획으로 관리할 수 있습니다. 자세한 내용은 주치의에게 문의하십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>예방적 비만 검사 및 치료에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>오피오이드 치료 프로그램(OTP) 서비스</p> <p>당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(ODU)를 치료하기 위해 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 섭취 활동 • 정기 평가 • FDA에서 승인한 의약품 그리고 해당하는 경우, 그런 의약품의 관리 및 제공 • 물질 사용 장애 상담 • 개인 및 집단 치료 • 체내의 약물 또는 화학 물질 검사(독성 검사) 	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 외래 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>Medicare에서 보장하는 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않지만 오피오이드 치료 의약품이 필요한 경우 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.</p>
	<p>외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의료적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • X선 • 방사선(라듐 및 동위원소) 치료(테크니션 재료 및 용품 포함) • 외과 용품(붕대 등) • 골절 및 탈구에 사용되는 부목, 캐스트 및 기타 장치 • 검사실 검사 • 혈액(저장 및 투여 포함) • 기타 외래 환자 진단 검사 	<p>\$0</p> <p>외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스와 용품에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>외래 환자 병원 서비스*</p> <p>당사는 질병이나 부상의 진단이나 치료를 위해 병원의 외래 환자 병동에서 받는 다음과 같이 의료적으로 필요한 서비스에 대해 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 외래 수술 또는 관찰 서비스와 같은 응급실 또는 외래 클리닉에서의 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 관찰 서비스는 귀하가 '입원 환자'로 병원에 입원해야 하는지 여부를 담당 의사가 파악하는 데 도움이 됩니다. ◦ 밤새 병원에 있는데도 여전히 '외래 환자'인 경우가 있습니다. ◦ 입원 환자 또는 외래 환자에 대한 자세한 내용은 이 자료표(es. medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf)에서 확인하실 수 있습니다. • 병원에서 청구하는 검사실 및 진단 검사 • 정신 건강 케어(부분 입원 프로그램의 케어 포함), 의사가 이것이 없으면 입원 치료가 필요하다고 인정한 경우 • 병원에서 청구하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 부목 및 캐스트와 같은 의료용품 • 혜택 차트에 있는 예방 검사 및 서비스 • 귀하가 스스로 투여할 수 없는 일부 약물 	<p>\$0</p> <p>외래 환자 병원 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>외래 환자 검사실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>외래 정신 건강 케어*</p> <p>당사는 다음 의료 제공자의 정신 건강 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주에서 허가한 정신과 의사 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 사회복지사 • 전문 임상 간호사 • 면허 받은 전문 상담사(LPC) • 면허 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) • 임상 간호사(NP) • 보조 의사(PA) • 관련 주 법에 따라 허용되고 Medicare 자격을 갖춘 다른 정신 건강 케어 전문가 <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 클리닉 서비스 • 주간 치료 • 심리사회적 재활 서비스 • 부분 입원 또는 외래 환자 집중 치료 프로그램 • 개인 및 집단 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과를 평가하기 위해 임상적으로 지시된 심리 검사 • 약물 요법을 모니터링하기 위한 외래 환자 서비스 • 외래 환자 검사, 약물, 용품 및 보충제 • 정신과 상담 <p>Medi-Cal 혜택에는 자격이 있는 개인을 위한 전문 정신 건강 서비스가 포함됩니다. 이런 전문 정신 건강 서비스는 당사 플랜 밖에서 보장됩니다. 이런 서비스 및 서비스 이용 방법에 대한 자세한 내용은 3장, E.1 섹션을 참고하십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>외래 환자 정신 건강 케어에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>외래 환자 재활 서비스*</p> <p>물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 당사가 부담합니다.</p> <p>병원 외래과, 독립 치료사 진료실, 종합 외래 재활 시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 받을 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>각 외래 환자 물리 치료(PT), 작업 치료(OT) 및/또는 언어(SP) 치료 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>외래 환자 물질 사용 장애 서비스*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 알코올 오용 검사 및 상담 약물 남용 치료 자격을 갖춘 임상가가 실시하는 단체 또는 개인 상담 주거 중독 프로그램의 아급성 해독 외래 환자 집중 치료 센터에서의 알코올 및/또는 약물 서비스 서방형 날트렉손(비비트롤) 치료 	<p>\$0</p> <p>외래 환자 약물 사용 장애 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>외래 환자 수술*</p> <p>병원 외래 환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공하는 외래 환자 수술 및 서비스 비용을 당사가 부담합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>병원 또는 기타 시설 비용 및 의사 또는 수술 비용을 포함하되 이에 국한되지 않는 각 외래 환자 수술 건에 대한 공동보험료, 코페이 또는 공제액은 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>일반의약품(OTC) 품목(보충)</p> <p>MyChoice 카드로 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 의약품에 매월 \$100를 쓰실 수 있습니다.</p> <p>월별 혜택 금액을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 익월로 이월되지 않습니다.</p> <p>보장에는 비타민, 자외선 차단제, 진통제, 기침 및 감기약, 붕대와 같은 비처방 OTC 건강 및 웰니스 품목이 포함됩니다.</p> <p>다음과 같이 주문할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 온라인 - NationsOTC.com/Molina를 방문하십시오. 전화 - (877) 208-9243(TTY 711)번으로 전화하여 Nations OTC Member Experience Advisor와 상의하십시오(연중무휴). 우편 - 품목 카탈로그에 들어 있는 주문 양식을 기입 후 보내 주십시오. 가맹 소매점을 통해. <p>플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목의 전체 목록을 확인하려면 2025 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그를 참고하거나 OTC 지원 담당자에게 전화하여 자세한 내용을 문의하십시오. 2025 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에서 중요한 정보(주문 가이드라인)를 확인할 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>월간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 가입자가 비용을 부담해야 할 수 있습니다.</p> <p>제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>완화 치료</p> <p>완화 치료는 당사 플랜에서 보장됩니다. 완화 치료는 심각한 질병을 앓고 있는 사람을 위한 것입니다. 완화 치료는 고통을 예측, 예방 및 치료하여 삶의 질을 개선하는 환자 및 가족 중심 치료를 제공합니다. 완화 치료는 호스피스가 아니므로 완화 치료를 받기 위해 기대 수명이 6개월 이하여야 하는 것은 아닙니다. 완화 진료는 치유/정기 치료와 동시에 제공됩니다.</p> <p>완화 치료에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 사전 관리 플랜 • 완화 치료 평가 및 상담 • 정신 건강 및 의료 사회 서비스를 포함한 모든 승인된 완화 및 치유 치료를 포함한 치료 계획 • 지정된 케어 팀의 서비스 • 진료 관리 • 통증 및 증상 관리 <p>21세가 넘으면 호스피스 케어와 완화 치료를 동시에 받을 수 없습니다. 완화 치료를 받고 있고 호스피스 케어를 받을 자격을 충족하는 경우 언제든지 호스피스 치료로 변경해 달라고 요청할 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>완화 치료 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>
<p>부분 입원 서비스 및 외래 환자 집중 서비스*</p> <p>부분 입원은 적극적인 정신과 치료의 구조화된 프로그램입니다. 병원 외래 환자 서비스 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에서 제공됩니다. 의사, 치료사, 면허 받은 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 공인 전문 상담사의 사무실에서 받는 케어보다 더 집중적입니다. 이것은 귀하가 병원에 입원하지 않아도 되도록 도와줄 수 있습니다.</p> <p>외래 환자 집중 서비스는 병원 외래 환자 서비스, 커뮤니티 정신 건강 센터, 연방 공인 보건 센터 또는 지방 진료소에서 제공되는 적극적인 행동(정신) 건강 치료의 구조화된 프로그램으로, 담당 의사, 치료사, LMFT 또는 면허 받은 전문 상담사 진료실에서 받는 치료보다 강도가 높지만 부분 입원보다는 강도가 낮습니다.</p> <p>참고: 당사 네트워크에는 커뮤니티 정신 건강 센터가 없으므로 부분 입원은 병원 외래 환자 서비스로만 보장합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 부분 입원 서비스에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다. 보장받을 자격을 갖추기 위한 특정 요건을 충족해야 하며 의사가 입원 환자 치료가 필요하다는 사실을 입증해야 합니다.</p> <p>이 치료는 병원 외래 환자 병동 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에 머무는 낮 시간에 제공되며 하룻밤을 체류할 필요가 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>의사/의료 제공자 서비스(진료실 방문 포함)</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음과 같은 장소에서 제공되는 의료적으로 필요한 의료 케어 또는 수술 서비스: • 의사 진료실 • 인증된 외래 수술 센터 • 병원 외래 환자 병동 	<p>\$0</p> <p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<ul style="list-style-type: none"> • 전문의의 상담, 진단, 치료 • 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 주치의가 지시하고 주치의 또는 전문의가 실시하는 기본 청각 및 균형 검사 • 추가 원격 의료 혜택을 포함한 특정한 원격 의료 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. • 특정 시골 지역 또는 Medicare에서 승인한 기타 장소의 가입자를 위한 의사 또는 개업의의 상담, 진단 및 치료를 포함한 일부 원격 의료 서비스 • 병원 기반 또는 중요 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 자택 내 가정 투석 가입자용 월별 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 • 물질 사용 장애 또는 동반 정신 건강 장애가 있는 가입자를 위한 원격 의료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 <ul style="list-style-type: none"> • 첫 번째 원격 의료 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. • 자격을 갖춘 작업 치료사(OT), 물리 치료사(PT), 언어 병리학자(SLP) 및 청력학자가 제공하는 원격 의료 서비스 <p style="text-align: center;">이 혜택은 다음 페이지에서 계속됩니다.</p>	

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>의사/의료 제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 다음과 같은 경우 5~10분 동안 담당 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 신규 환자가 아닌 경우 및 ◦ 평가가 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및 ◦ 평가가 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 • 신규 환자가 아닌 경우 담당 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 다른 의사와 상담 • 수술 전 다른 네트워크 의료 제공자의 2차 소견 • 비정기적 치과 케어. 보장 서비스는 다음으로 제한됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 턱 또는 관련 구조의 수술 ◦ 턱이나 안면 뼈의 접골 ◦ 신생물(암)의 방사선 치료 전 발치 ◦ 의사가 제공할 때 보장되는 서비스 	
	<p>족병 치료 서비스*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 발의 부상 및 질병(예: 망치 발가락 또는 발뒤꿈치 돌기)의 진단 및 내과 또는 외과적 치료 • 당뇨병과 같이 다리에 영향을 미치는 질환이 있는 가입자를 위한 일상적인 발 케어 	<p>\$0</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>전립선암 선별 검사</p> <p>50세 이상 남성의 경우 당사에서 12개월에 한 번씩 다음 서비스 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사 	<p>\$0</p> <p>연례 PSA 검사에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>보철 장치와 교정 장치 및 관련 용품*</p> <p>보철 기구는 신체 부위 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체합니다. 여기에는 다음이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 보철 및 교정 장치 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육 • 인공 항문 케어와 관련된 인공 항문 주머니 및 용품 • 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜브 및 어댑터, 용액, 자가주사 용품을 포함한 경장 및 비경구 영양법 • 맥박 조정기 • 보호대 • 의족 신발 • 의수 및 의족 • 유방 보형물(유방 절제술 후 외과용 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천성 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위의 모든 부분을 대체하는 보철물 • 요실금 크림과 기저귀 <p>당사는 보철 및 교정 장치와 관련된 일부 용품의 비용을 지불합니다. 또한 보철 및 교정 장치를 수리하거나 교체하는 데 비용도 지불합니다.</p> <p>당사는 백내장 제거 또는 백내장 수술 후에 일부 보장을 제공합니다. 자세한 내용은 이 차트의 '안과 케어'를 참조하십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 각 보철 또는 교정 장치(이러한 장치의 교체 또는 수리 포함) 및 관련 용품에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>호흡 재활 서비스*</p> <p>중등증부터 매우 심한 중증 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있는 가입자의 경우 당사에서 폐 재활 프로그램 비용을 지불합니다. COPD를 치료하는 의사 또는 서비스 제공자로부터 호흡 재활에 대한 지시를 받아야 합니다.</p> <p>당사는 호흡기 의존 환자에 대한 호흡기 서비스 비용을 지불합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 각 폐 재활 치료 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>성매개감염(STI) 검사 및 상담</p> <p>당사는 클라미디아, 임질, 매독 및 B형 간염에 대한 검사 비용을 지불합니다. 이런 검사는 임신한 여성과 STI 위험이 높은 일부 사람들에게 대하여 보장됩니다. 반드시 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 당사는 12개월에 한 번 또는 임신 중 특정 시기에 이런 검사를 보장합니다.</p> <p>또한 성적으로 활발한 성인으로 STI 위험이 높은 가입자에 대해 매년 최대 2회의 직접 대면 고강도 행동 상담 세션 비용을 지불합니다. 각 세션은 20~30분 정도 소요될 수 있습니다. 이러한 상담 세션 비용은 주치의가 예방 서비스로 제공하는 경우에 한해 비용이 지불됩니다. 이런 세션은 의사 진료실과 같은 1차 케어 환경에 실시되어야 합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>STI에 대한 Medicare 보장 검사 및 STI 예방 혜택에 대한 상담에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>전문 요양 시설(SNF) 케어*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지불하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지불할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실 또는 의료적으로 필요한 경우 개인실 • 특별 식단을 포함한 식사 • 간호 서비스 • 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 • 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질을 포함하여 치료 계획의 일부로 받는 약물 • 혈액(보관 및 투여 포함) 보장은 귀하에게 필요한 처음 3포인트부터 시작됩니다. • 요양 시설에서 제공하는 의료 및 외과 용품 • 요양 시설에서 제공하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 제공하는 X선 및 기타 방사선 서비스 • 일반적으로 요양 시설에서 제공하는 휠체어와 같은 기구 • 의사/의료 제공자 서비스 <p>보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크에 소속되지 않은 시설에서 치료를 받을 수도 있습니다. 시설에서 당사 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우 다음의 장소에서 케어를 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 전에 거주했던 요양 시설 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티 (요양 시설 케어를 제공하는 경우) • 병원 퇴원 당시 배우자 또는 동거인이 거주하는 요양 시설 	<p>\$0</p> <p>귀하는 전문 요양 시설(SNF) 케어에 대해 비용을 지불하지 않습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
	<p>흡연 및 담배 사용 중단</p> <p>담배를 피우면서 담배 관련 질병의 징후나 증상이 없고 금연을 원하거나 필요로 하는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사는 예방적 서비스의 일환으로 12개월 내에 2회의 금연 시도 비용을 지불합니다. 이 서비스는 귀하에게 무료입니다. 각 금연 시도에는 최대 4회의 직접 대면 상담 방문이 포함됩니다. <p>담배를 피우고 있고, 담배 관련 질병 진단을 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 약을 복용 중인 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 당사는 12개월 내에 금연을 위한 2회의 상담 비용을 지불합니다. 각 상담 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다. <p>임신한 경우 사전 승인을 받으시면 금연 상담을 무제한으로 받으실 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare에서 보장하는 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>감독하 운동 요법(SET)*</p> <p>당사는 PAD(말초 동맥 질환) 증상을 보이는 가입자가 PAD 치료를 담당하는 의사에게서 PAD 치료에 대한 진료의뢰서를 받은 경우 해당 가입자에게 SET 비용을 지불합니다.</p> <p>당사 플랜은 세션에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 SET 요건이 충족되는 경우, 12주 동안 최대 36회 세션 • 의료 서비스 제공자가 의료적으로 필요하다고 간주하는 경우, 그 이후 추가 36회 세션 <p>SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈류 부족(파행)으로 인한 다리 경련이 있는 가입자의 PAD를 위한 30~60분 세션의 운동 훈련 치료 프로그램 • 병원 외래 환자 환경 또는 의사의 진료실에서 실시 • 유익성이 해로움을 능가하는지 확인하고, PAD에 대한 운동 요법 교육을 받은 자격을 갖춘 직원이 제공 • 기본 및 고급 생명 유지 기술 모두에 대해 교육을 받은 의사, 보조 의사 또는 간호사/전문 임상 간호사의 직접적인 감독하에 실시 	<p>\$0</p> <p>Medicare 보장 Supervised Exercise Therapy(SET) 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p>
<p>교통편: 비응급 상황 의료 교통편</p> <p>플랜에서는 진료 예약 장소를 오가는 데 드는 교통편이 보장 서비스인 경우 이러한 교통편을 보장합니다. 플랜에서는 매년 최대 12회의 편도 이동을 보장합니다. 편도 100마일을 초과하는 이동에 대해서는 사전 승인이 필요합니다.</p> <p>비응급 수송의 유형은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 세단, 밴, 택시 또는 보행자 서비스(걸을 수 있는 경우). • 휠체어 리프트가 있는 차량(거동이 불편한 경우) <p>이 혜택이 소진되면 Medicaid 의료 보험이 있는 경우, 주치의 및 기타 의료 제공자로의 이동을 보장하는 Medicaid 비응급 수송 혜택을 이용할 수 있습니다.</p> <p>자세한 내용은 3장 F 섹션을 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>\$0</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>긴급하게 필요한 케어 긴급하게 필요한 케어는 다음을 치료하기 위해 제공되는 것입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 즉각적인 의료적 케어가 필요한 비응급 상황 또는 • 예상치 못한 질병 또는 • 부상 또는 • 즉시 케어가 필요한 상태. <p>긴급하게 필요한 케어가 요구되면 먼저 네트워크 소속 의료 제공자로부터 케어를 받아야 합니다. 그러나 시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자에게 서비스를 받는 것이 불가능하거나 비합리적이어서 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우(예: 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 처음 보는 상태로 인해 즉각적인 의료 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우)에 네트워크 외부 의료 제공자를 이용할 수 있습니다.</p> <p>추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 케어 및 안정화 후 케어를 위해 매년 최대 \$10,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다.</p>	<p>Medicare에서 보장하는 긴급하게 필요한 케어 방문 시마다 \$0를 지불합니다. 비용 부담은 네트워크 소속과 네트워크 외부 긴급 진료 서비스가 동일합니다.</p>
	<p>시력 케어</p> <p>눈 관련 질병 및 부상의 진단 및 치료에 대해 외래 환자 의사 서비스 비용을 지불합니다. 예를 들어 여기에는 당뇨병 환자를 위한 당뇨병성 망막병증에 대한 연례 시력 검사와 연령 관련 황반 변성 치료가 포함됩니다.</p> <p>녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지불합니다. 녹내장 위험이 높은 사람은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 녹내장 가족력이 있는 사람 – 당뇨병 환자 – 50세 이상의 아프리카계 미국인 – 65세 이상의 히스패닉계 미국인 <p>백내장 수술을 두 번 하신 경우, 반드시 각 수술 후에 안경 1벌을 받으셔야 합니다. 첫 번째 수술 후에 안경을 받지 않으셨다고 해도, 두 번째 수술 후에 안경 두 벌을 받으실 수 없습니다.</p>	<p>\$0</p>

	당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
	<p>시력 케어(보조)</p> <p>당사는 귀하의 일상적인 시력 요구 사항을 더 잘 충족하기 위해 VSP와 제휴 관계를 맺었습니다!</p> <p>보장에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년 정기 눈 검사 1회 • 안경류 보조금 <p>안경류 보조금을 사용하여 다음을 구매할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 콘택트렌즈* • 안경(렌즈 및 안경테) • 안경 렌즈 및/또는 안경테 • 업그레이드(예: 착색, UV, 편광 또는 광변색 렌즈). <p>*콘택트렌즈를 선택한 경우 안경류 보조금으로 콘택트렌즈 피팅 비용의 전부 또는 일부를 지불할 수도 있습니다. 귀하는 플랜의 안경류 보조금 한도를 초과하는 모든 교정 안경류 비용을 지불할 책임이 있습니다.</p> <p>귀하는 매년 안경을 맞추기 위한 최대 1회의 정기 눈 검사(및 굴절 검사)에 대해 \$0를 지불합니다. 매년 \$200의 안경류 보조금을 쓸 수 있습니다.</p> <p>정기 눈 검사를 위해 가까운 네트워크 내 정기 예방 시력 서비스 제공자를 찾으려면 다음과 같이 하십시오. MolinaHealthcare.com/Medicare에서 보충적 시력 서비스 제공자 온라인 검색 도구를 사용하여 온라인으로 검색합니다.</p> <p>보충 혜택은 일반적으로 Medicare에서 보장하지 않는 항목이나 서비스를 돕기 위해 플랜에서 제공합니다. 모든 혜택은 플랜 연도 동안 사용해야 하며, 서비스가 제공되는 시점에 귀하가 등록이 된 경우에만 사용할 수 있습니다.</p> <p>가입자는 Medi-Cal 혜택을 통해 추가적인 검안, 안과 기기 및 저시력 보조 서비스를 이용할 수 있습니다.</p>	<p>이 혜택에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p> <p>제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.</p>
	<p>'Medicare 가입 환영' 예방 목적 방문</p> <p>당사는 일회성 'Medicare 가입 환영' 예방 목적 방문을 보장합니다. 이 방문에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 귀하의 건강 점검 • 귀하에게 필요한 예방 서비스에 대한 교육 및 상담(검진 및 주사 포함) 그리고 • 필요한 경우, 다른 케어를 위한 진료 의뢰 <p>참고: 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.</p>	<p>\$0</p> <p>'Medicare 가입 환영' 예방 목적 방문에 대해서는 공동보험료, 코페이 또는 공제액이 없습니다.</p>

당사 플랜이 비용을 지불하는 서비스	귀하가 지불해야 하는 것
<p>세계 응급/긴급 보장 범위(보조)</p> <p>추가 혜택으로 귀하의 보장 범위에는 미국(U.S.) 외 지역에서 발생하는 세계 응급/긴급 케어에 대한 매년 최대 \$10,000달러 보장이 포함됩니다.</p> <p>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.</p> <p>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 인계받도록 준비할 것입니다.</p> <p>다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다. 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다.</p> <p>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.</p>	<p>\$0</p> <p>미국 외 지역에서 응급 케어를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 케어를 받아야 하는 경우 케어에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아 오거나 플랜으로 승인된 네트워크 외부 병원에서 입원 환자 케어를 받아야 합니다. 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 케어의 환급 청구를 신청해야 할 수 있습니다. 이 혜택에는 매년 \$10,000의 플랜 최대 금액이 적용됩니다.</p>

E. 커뮤니티 지원

귀하는 개별 맞춤형 케어 플랜에 따라 지원을 받을 수 있습니다. 커뮤니티 지원은 Medi-Cal 주 플랜에 따라 보장되는 서비스에 대한 의학적으로 적절하고 비용 효율적인 대체 서비스 또는 환경입니다. 이러한 서비스는 가입자의 선택 사항입니다. 귀하가 자격이 되는 경우 이러한 서비스는 귀하가 보다 독립적으로 생활하는 데 도움이 될 수 있습니다. 이러한 서비스는 Medi-Cal에서 이미 받고 있는 혜택을 대체하지 않습니다.

주택 전환 탐색 서비스: 주택 신청, 혜택 옹호, 이용 가능한 자원 확보, 집주인 이사 시 도움 제공 등 지원을 제공하여 노숙을 하는 가입자가 주택을 얻을 수 있도록 돕습니다.

자격:

- 지역 노숙자 조정 진입 시스템(Coordinated Entry System, CES) 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 자원에 대한 우선 순위가 지정된 가입자 또는
- 주택 및 도시 개발(HUD)의 노숙자 정의를 충족하고 향상된 케어 관리(ECM)를 받고 있거나 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있고/있거나 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자 또는
- 미국연방규정집 Title 24의 91.5 섹션에 정의된 대로 노숙 위험에 처한 HUD 정의를 충족하는 가입자 또는
- 노숙을 할 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험 또는 과다 복용 위험이 있거나 주거 서비스가 필요하거나 심각한 정서 장애(아동 및 청소년)가 있으며, ECM을 받고 있는 가입자, 주거 안정성에 상당한 장벽이 있는 전환기 청소년 가입자(예: 유죄 판결 1건 이상, 위탁 보호 이력, 소년 사법 또는 형사 사법 제도 관련 이력 및/또는 심각한 정신 질환이 있음. 및/또는 심각한 정서 장애가 있는 아동 또는 청소년 및/또는 인신매매 또는 가정 폭력의 피해자)

주택 보증금: 노숙을 하는 가입자가 숙박과 식사가 아닌 기본 가구를 구성하는 데 필요한 일회성 서비스와 개조 서비스를 식별, 조정, 확보하거나 자금 조달하도록 지원합니다. 이러한 서비스는 개인의 개별 주택 지원 계획에서

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

합리적이고 필요한 것으로 식별되어야 하며 가입자가 해당 비용을 충당할 수 없는 경우에만 제공됩니다. 가입자는 주택 전환 탐색 서비스 CS를 받고 있거나 추천받아야 합니다.

자격:

- 주택 전환 탐색 서비스 CS를 받은 가입자 또는
- 지역 노숙자 CES 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 자원에 대한 우선 순위가 지정된 가입자 또는
- HUD의 노숙자 정의를 충족하고 ECM을 받고 있거나 하나 이상의 심각한 만성 질환 및/또는 심각한 정신 질환을 앓고 있고/있거나 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자.
- 제한/한계: 가입자 평생에 한 번만 가능합니다. 주택 보증금은 추가로 한 번만 승인될 수 있습니다. 추천인은 어떤 조건이 변경되어 주택 보증금을 제공하는 것이 두 번째 시도에서 더 성공적일 수 있게 되었는지에 대한 서류를 제공해야 합니다.

주택 임차 및 유지 서비스: 노숙 생활을 하다가 이제 새로 주택에 거주하게 된 가입자에게 주택이 확보된 후에도 안전하고 안정적인 거주를 유지할 수 있도록 임차 및 유지 서비스를 제공합니다.

자격:

- 주택 전환/탐색 서비스 CS를 받은 가입자 또는
- 지역 노숙자 CES 또는 이와 유사한 시스템을 통해 영구 지원 주택 또는 임대 보조금 자원에 대한 우선 순위가 지정된 가입자 또는
- HUD의 노숙자 정의를 충족하고 ECM을 받고 있거나 하나 이상의 중대한 만성 질환 및/또는 중대한 정신 질환을 앓고 있고/있거나 약물 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자. 또는
- 미국연방규정집 Title 24의 91.5 섹션에 정의된 대로 노숙 위험에 처해 있다는 HUD 정의를 충족하는 가입자 충족하는 가입자, 또는
- 노숙을 할 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험 또는 과다 복용 위험이 있거나 주거 서비스가 필요하거나 심각한 정서 장애(아동 및 청소년)가 있으며, ECM을 받고 있는 가입자, 주거 안정성에 상당한 장벽이 있는 전환기 청소년 가입자(예: 유죄 판결 1건 이상, 위탁 보호 이력, 소년 사법 또는 형사 사법 제도 관련 이력 및/또는 심각한 정신 질환이 있음. 및/또는 심각한 정서 장애가 있는 아동 또는 청소년 및/또는 인신매매 또는 가정 폭력의 피해자)
- 제한/한계: 주택 임차 및 유지 서비스는 개인이 평생 동안 한 번만 이용할 수 있으며 추가로 한 번 더 승인 받을 수 있습니다. 추천인은 두 번째 시도에서 주택 임차 및 유지 서비스를 제공하는 것이 더 성공적인 이유를 입증하기 위해 어떤 조건이 변경되었는지에 대한 서류를 제공해야 합니다.

입원 후 단기 주택 거주: 거주지가 없고 의료 또는 행동 건강상의 요구가 높은 가입자는 입원 병원, 거주 가능한 약물 사용 장애 치료 또는 회복 시설, 거주 가능한 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 요양 시설 또는 회복 케어 시설에서 퇴소한 후 즉시 의료/정신/약물 사용 장애 회복을 계속할 수 있으며 더 이상 주 플랜 서비스를 이용하지 않을 수 있습니다.

자격:

- 병원, 약물 사용 또는 정신 건강 치료 시설, 교정 시설, 요양 시설 또는 회복 케어 시설에서 퇴소 후 노숙 생활을 하게 되면 입원, 재입원 또는 시설 재입소로 이어질 가능성이 있는 의료/행동 건강상의 요구가 있는 가입자.
- 회복 케어가 끝날 예정인 가입자, 또는
- 입원 환자 입원(급성, 정신과 또는 화학적 의존 및 회복기 병원), 거주 가능한 약물 사용 장애 치료/회복 시설, 거주 가능한 정신 건강 치료 시설, 교정 시설 또는 요양 시설에서 퇴원하는 가입자로서 다음 세(3) 가지 기준 중 하나를 충족하는 가입자:

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- HUD의 노숙자 정의를 충족하고 ECM을 받고 있거나 하나 이상의 중대한 만성 질환 및/또는 중대한 정신 질환을 앓고 있고/있거나 약물 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자. 또는

회복 케어(의료 임시 위탁): 더 이상 입원은 필요하지 않지만, 부상이나 질병(행동 건강 질환 포함)으로 인한 치유가 필요하고 불안정한 생활 환경으로 인해 상태가 악화될 수 있는 단기 거주 케어가 필요한 가입자. 임상 정보를 제공해야 합니다.

자격:

- 입원할 위험이 있거나 입원 후 공식적인 지원 없이 혼자 살고 있거나, 주거 불안정에 직면해 있거나 개조하지 않으면 건강과 안전을 위협할 수 있는 주거 환경에 처한 가입자, 또는
- 주택 및 도시 개발(HUD)의 노숙자 정의를 충족하고 ECM을 받고 있거나 하나 이상의 중대한 만성 질환 및/또는 중대한 정신 질환을 앓고 있고/있거나 약물 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험이 있거나 주거 서비스가 필요한 가입자, 또는
- 노숙 위험에 처해 있다는 HUD 정의를 충족하는 가입자, 또는
- 노숙을 할 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험 또는 과다 복용 위험이 있거나 주거 서비스가 필요하거나 심각한 정서 장애(아동 및 청소년)가 있으며, ECM을 받고 있는 가입자, 주거 안정성에 상당한 장벽이 있는 전환기 청소년 가입자(예: 유죄 판결 1건 이상, 위탁 보호 이력, 소년 사법 또는 형사 사법 제도 관련 이력 및/또는 심각한 정신 질환이 있음. 및/또는 심각한 정서 장애가 있는 아동 또는 청소년 및/또는 인신매매 또는 가정 폭력의 피해자)
- 제한/한계: 회복 케어는 연속 기간이 구십(90)일을 넘을 수 없습니다. 가입자가 최초 구십(90)일 승인 기간 중 및/또는 승인 기간 후 다른 진단으로 재입원하는 경우, 회복 케어 기준이 충족되는 경우에 한해 구십(90)일 회복 케어 기간이 다시 시작될 수 있습니다.

임시 위탁 서비스: 가입자를 자택에 거주하게 하는 것이 유용하고 필요한 경우 이 서비스를 간병인에게 제공하며 간병인의 번아웃을 사전에 예방하여 기관 서비스를 피할 수 있게 합니다. 간병인이 없거나 간병인의 휴식이 필요한 상황이기 때문에 이 서비스는 단기적으로 제공되며 본질적으로 비의학적입니다. 이 서비스는 간병인에게 휴식을 제공하고 장기 케어 배치를 피하기 위한 것입니다.

- 미국연방규정집 Title 24의 91.5 섹션에 정의된 대로 노숙 위험에 처한 HUD 정의를 충족하는 가입자 또는
- 노숙을 할 위험이 있고 하나 이상의 심각한 만성 질환을 앓고 있거나, 심각한 정신 질환을 앓고 있거나, 물질 사용 장애로 인해 기관에 수용될 위험 또는 과다 복용 위험이 있거나 주거 서비스가 필요하거나 심각한 정서 장애(아동 및 청소년)가 있으며, ECM을 받고 있는 가입자, 주거 안정성에 상당한 장벽이 있는 전환기 청소년 가입자(예: 유죄 판결 1건 이상, 위탁 보호 이력, 소년 사법 또는 형사 사법 제도 관련 이력 및/또는 심각한 정신 질환이 있음. 및/또는 심각한 정서 장애가 있는 아동 또는 청소년 및/또는 인신매매 또는 가정 폭력의 피해자)
- 제한/한계: 단기 입원 후 주택은 가입자 평생에 한 번 제공되며 6개월을 초과할 수 없습니다(그러나 가입자의 필요에 따라 더 짧은 기간으로 승인될 수 있음).

자격:

- 가입자가 커뮤니티에 거주하며 일상생활 활동(ADL)에 어려움을 겪고 있고 자격을 갖춘 간병인에게 의존해야 함. 간병인은 자격을 갖추었으며 가입자에게 필요한 지원 대부분을 제공함. 가입자가 기관에 배치되는 것을 피하기 위해 간병인의 휴식을 요구함. 또는
- 가입자가 이전에 소아과 완화 치료 면제 프로그램에 따라 임시 위탁 서비스를 받은 아동임.
- 제한/한계: 이러한 서비스는 현재 받고 있는 직접 케어 서비스와 결합하여 하루 24시간을 초과할 수 없습니다. 임시 위탁 서비스는 매년 최대 336시간 제공됩니다.

주간 재활 프로그램: 가입자의 집이나 집 밖, 비시설 환경에서 가입자가 주변 환경에서 성공적으로 거주하는 데 필요한 자조, 사회화 및 적응 기술을 습득, 유지 및 향상하도록 가입자를 지원합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

자격:

- 노숙을 하고 있는 가입자 또는
- 지난 24개월 동안 노숙에서 벗어나 집으로 들어간 가입자 또는
- 노숙을 할 위험 또는 기관에 수용될 위험에 처해 있으며 주간 재활 프로그램 참여를 통해 주거 안정성을 개선할 수 있는 가입자.

요양 시설 전환 / 생활 보조 시설(예: 고령자 및 성인 주거 시설을 위한 주거 케어 시설)로의 전환: 가입자들이 커뮤니티에서 살고/살거나 가능한 경우 기관 수용을 피하도록 지원합니다. 요양 시설에서 가정과 같은 커뮤니티 환경으로 다시 전환되도록 촉진하고/촉진하거나 간호 케어 수준(Level of Care, LOC)이 긴급하게 필요한 가입자가 전문 요양 시설에 입소하는 것을 방지합니다. 가입자는 자격 요건을 충족할 경우 요양 시설에 장기 배치되는 대신 생활 보조 시설에 거주하도록 선택할 수 있습니다. 이 커뮤니티 지원에 앞서 California 커뮤니티 전환(CCT)을 알아보고 활용해야 합니다.

자격:**요양 시설 전환:**

- 요양 시설에서 60일 이상 거주했고, 요양 시설 대신 생활 보조 시설에서 거주할 의향이 있으며, 적절하고 비용 효율적인 지원을 받아 생활 보조 시설에서 안전하게 거주할 수 있음.

요양 시설 전환:

- 커뮤니티에 남는 데 관심이 있고, 적절하고 비용 효율적인 지원과 서비스를 제공하는 생활 보조 시설에서 안전하게 거주할 의향과 능력이 있으며, 현재 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC를 받고 있거나 요양 시설 LOC를 받기 위한 최소 기준을 충족해야 하고, 시설로 들어가는 대신 커뮤니티에 남아 생활 보조 시설에서 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택함.

제한/한계: 가입자는 자신의 생활비를 직접 지불할 책임이 있습니다.

커뮤니티 전환 서비스 / 요양 시설에서 집으로의 전환: 가입자를 개인 주택에 거주하도록 지원하고 비정기적 설치 비용을 보장하여 요양 시설에서 생활하던 가입자가 커뮤니티에서 생활하고 향후 기관 수용을 피하도록 지원합니다.

자격:

- 가입자가 현재 의학적으로 필요한 요양 시설 케어 수준(Level of Care, LOC) 서비스를 받고 있으며 요양 시설이나 의료 임시 위탁 시설에 남는 대신 집으로 옮기고 의학적으로 필요한 요양 시설 LOC 서비스를 계속 받기로 선택함. 그리고
 - 요양소 및/또는 의료 임시 위탁 시설에서 60일 이상 거주함. 그리고
 - 커뮤니티로 복귀하는 데 관심이 있음. 그리고
 - 적절하고 비용 효율적인 지원과 서비스를 통해 커뮤니티에서 안전하게 거주할 수 있음.
- 제한/한계: 커뮤니티 전환 서비스 / 요양 시설에서 집으로의 전환은 개인의 일생에 한 번 가능하며 평생 최대 지원금이 \$7,500입니다. 커뮤니티 전환 서비스 / 요양 시설에서 집으로의 전환은 추가로 한 번만 승인될 수 있습니다. 추천인은 가입자가 통제할 수 없는 상황으로 인해 제공자가 운영하는 생활 환경에서 개인 주택으로 생활 환경으로 이동할 수밖에 없었다는 서류를 제공해야 합니다.

커뮤니티 전환 서비스에는 월 임대료 또는 모기지 비용, 식비, 정기적인 공공 서비스 요금 및/또는 가전제품 또는 순전히 오락/휴양 목적으로 만들어진 품목은 포함되지 않습니다.

개인 케어 및 가사도우미 서비스: 일상생활 활동(ADL) 및 도구적 일상생활 활동(IADL)에 도움이 필요한 가입자에게 케어를 제공합니다.

자격:

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 가입자가 입원하거나 기관(요양 시설)에 수용될 위험에 처해 있거나 기능적 결함이 있고 다른 적절한 지원 시스템이 없음.
 - 추가 시간이 필요한 경우 승인된 카운티 재가 지원 서비스(IHSS) 시간을 초과하여 필요함(재평가 계류 중). 또는
 - 처음에 IHSS에 의뢰되었고 IHSS 대기 기간 동안 승인을 받고 간병인을 고용하는 경우(가입자는 이미 재가 지원 서비스에 의뢰되어 있어야 함). 또는
 - 가입자가 재가 지원 서비스를 받을 자격이 없고 60일을 초과할 수 없는 전문 요양 시설에 단기 체류하는 것을 피하기 위해 도움이 필요함.

환경적 접근성 조정(주택 개조): 가입자의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 가입자가 집에서 더 독립적으로 기능하도록 하는 데 필요한 주택의 물리적 조정: 이러한 조정이 없으면 가입자가 기관에 수용되어야 할 수 있습니다.

자격:

기관(요양 시설)에 수용될 위험에 처해 있는 가입자.

- 제한/한계: EAA는 평생 총 최대 지원금이 \$7,500입니다. 평생 총 최대 지원금 \$7500를 초과할 수 있는 유일한 예외는 가입자의 거주지가 변경되거나 가입자의 상태가 크게 변경되어 가입자의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 가입자가 집에서 더 독립적으로 기능하고 기관 수용 또는 입원을 피하기 위해 추가 개조가 필요한 경우입니다.

의학적 지원 음식 / 식사 / 의학적 맞춤 식사: 최근에 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원한 가입자에게 식사를 제공하거나 만성 질환이 있는 가입자의 고유한 식단 요구 사항을 충족하기 위해 식사를 제공합니다.

자격:

- 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원하는 가입자 또는 입원하거나 요양소에 들어갈 위험이 높은 가입자가 추천을 받고 기준을 충족하는 경우, 하루에 최대 두(2) 끼의 식사 및/또는 연간 최대 십이(12) 주 동안 입원당 최대 사(4) 주간 의학적 지원 음식을 받게 됩니다.
- 만성 질환을 앓고 있는 개인. 이러한 질환에는 당뇨병, 심혈관 질환, 심부전, 뇌졸중, 만성 폐 질환, 인체 면역 결핍 바이러스(HIV), 암, 임신성 당뇨병 또는 기타 고위험 주산기 질환, 만성 또는 장애를 유발하는 정신/행동 건강 장애가 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

약물 각성 센터(Sobering Center): 공공장소에서 취해 있는(알코올 및/또는 기타 약물로 인해) 가입자가 응급 병동이나 교도소로 이송되는 대신에 갈 수 있는 곳입니다. 보장 서비스로 머물 수 있는 시간은 24시간 이내입니다.

자격:

- 만 18세 이상의 가입자로, 취해 있지만 의식이 있고 협조적이며 걸을 수 있고 비폭력적이고 의학적 고통(생명을 위협하는 금단 증상 또는 명백한 기저 증상 포함)이 없으며 약물 각성 센터가 아니면 응급 병동이나 교도소로 이송될 가입자 또는 응급 병동에 도착하여 약물 각성 센터로 옮기기에 적합한 가입자.

천식 치료: 개인의 건강, 복지 및 안전을 보장하거나 급성 천식 증상 없이(급성 천식 증상이 있으면 응급 서비스와 병원 입원이 필요할 수 있음) 집에서 기능할 수 있도록 가정 환경에 필요한 서비스와 개조 사항을 식별, 조정, 확보하거나 자금 조달하여 가입자를 지원합니다. 추천서에는 면허 있는 의료 케어 전문가가 서명해야 합니다.

자격:

- 천식이 잘 조절되지 않는 가입자(응급 병동에 방문하거나 병원에 입원한 사람 또는 지난 12개월 동안 주치의(PCP) 방문이나 응급 진료 방문이 2회 있었던 사람 또는 천식 조절 검사에서 19점 이하를 받은 사람)로서, 해당 서비스가 천식 관련 입원, 응급 병동 방문 또는 기타 고비용 서비스를 피하는 데 도움이 될 가능성이 높다는 것을 면허 있는 의료 서비스 제공자가 입증한 경우.

- 제한/한계: 천식 완화 프로젝트 자금은 CS 이전에 알아보고 활용해야 합니다. 천식 치료는 개인의 일생에 한 번 가능하며 평생 최대 지원금이 \$7,500입니다. 천식 치료는 추가로 한 번만 승인될 수 있습니다. 추천인은 가입자의 상태가 크게 변경되어 건강, 복지 및 안전을 보장하기 위해 추가 개조가 필요하거나 가입자가 집에서 더 독립적으로 기능하고 기관 수용 또는 입원을 피하기 위해 추가 개조가 필요하다는 것을 설명하는 서류를 제공해야 합니다.

약물 각성 센터(Sobering Center)를 제외한 모든 커뮤니티 지원에는 Molina의 사전 승인이 필요합니다.

도움이 필요하거나 어떤 커뮤니티 지원을 이용할 수 있는지 알아보려면 (888) 665-4621, TTY: 711로 전화하거나 귀하의 의료 서비스 제공자에게 전화하십시오.

F. 당사 플랜 외부에서 제공되는 보장 서비스

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

F1. California Community Transitions(CCT)

California 커뮤니티 전환(CCT) 프로그램은 지역의 대표 기관(Lead Organizations)을 통해 최소 연속 90일 동안 입원 환자 시설에서 거주하였으며, 커뮤니티 환경으로 돌아가 안전한 환경을 유지하고자 하는 유자격 Medi-Cal 수혜자를 찾습니다. CCT 프로그램은 전환 전 기간과 전환 후 365일 동안 수혜자가 커뮤니티 환경으로 돌아갈 수 있도록 지원하기 위해 전환 조율 서비스에 자금을 지원합니다.

귀하는 거주하는 지역에 서비스를 제공하는 Medi-Cal과 계약을 맺은 CCT 대표 기관 어디서든지 전환 조율 서비스를 받으실 수 있습니다. CCT 대표 기관 및 해당 기관이 서비스를 제공하는 카운티 명단은 의료서비스부(Department of Health Care Services, DHCS) 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT에서 검색할 수 있습니다.

CCT 전환 조율 서비스의 경우

Medi-Cal은 전환 조율 서비스 비용을 지불합니다. 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

귀하의 CCT 전환과 관련 없는 서비스의 경우

제공자는 서비스에 대해 당사에 비용을 청구합니다. 당사 플랜은 귀하의 전환이 이루어진 이후에 해당하는 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

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

의약품 혜택에는 변경 사항이 없습니다.

CCT 프로그램은 의약품에 적용되지 않습니다. 당사 플랜을 통해 일반적인 의약품 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 자세한 내용은 **가입자 핸드북제5장**을 참조하십시오.

참고: 비 CCT 전환 케어가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 전화해 서비스를 요청하십시오. 비 CCT 전환 케어란 기관 또는 시설에서의 전환과 관련 없는 케어를 말합니다.

F2. Medi-Cal Dental

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental을 통해 제공됩니다. 자세한 내용은 SmileCalifornia.org 웹사이트에서 확인할 수 있습니다. Medi-Cal Dental에는 다음과 같은 서비스가 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Medi-Cal Dental에서 제공하는 치과 혜택에 대한 자세한 내용을 알아보거나 Medi-Cal을 수락하는 치과 의사를 찾아보려면 고객 서비스 센터에 1-800-322-6384(TTY 사용자는 1-800-735-2922)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. Medi-Cal Dental 담당자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 연락 가능합니다. 웹사이트 smilecalifornia.org에 접속하셔도 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.

Sacramento 및 Los Angeles 카운티에서는 Dental Managed Care(DMC) 플랜을 통해 Medi-Cal 치과 혜택을 받을 수 있습니다. Medi-Cal Dental 플랜에 대한 자세한 정보를 원하거나 변경하려는 경우, Health Care Options에 1-800-430-4263번(TTY 사용자는 1-800-430-7077번)으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. DMC 연락처는 여기에서도 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. <http://www.hpsm.org/dental>

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

F3. 호스피스 케어

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

호스피스 케어 서비스를 받는 동안 당사에서 지불하는 비용과 관련한 자세한 정보는 **D** 섹션에 나와 있는 혜택 차트를 참조하십시오.

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

- 호스피스 제공자는 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 귀하의 말기 예후에 대한 호스피스 비용을 부담합니다. 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

말기 예후와 관련 없이 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 서비스

- 제공자는 귀하의 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B에 의해 보장되는 서비스 비용을 부담합니다. 귀하는 이 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품의 경우

- 약은 호스피스와 당사 플랜이 동시에 보장하지 않습니다. 자세한 내용은 **가입자 핸드북제5장**을 참조하십시오.

참고: 심각한 질병이 있는 경우 삶의 질을 개선하기 위해 팀 기반 환자 및 가족 중심 치료를 제공하는 완화 치료를 받을 자격이 될 수 있습니다. 치유/정기 치료와 동시에 완화 치료를 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 위의 완화 치료 섹션을 참조하십시오.

참고: 비호스피스 케어가 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 전화해 서비스를 요청하셔야 합니다. 비호스피스 케어는 귀하의 말기 예후와 무관한 케어입니다.

F4. 재가 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS)

- IHSS 프로그램은 귀하가 집에 안전하게 머물 수 있도록 하기 위해 제공되는 서비스의 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양소나 기숙사 및 요양소와 같은 가정 외 케어의 대안으로 간주됩니다.
- IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 종류는 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 돌봄 서비스(예: 배변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동반 그리고 정신 장애자를 위한 보호 감독입니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 귀하의 케어 코디네이터는 귀하가 현지 카운티 사회복지부에 IHSS를 신청하도록 도와드릴 수 있습니다. 카운티별 사회복지 기관 정보에 대해서는 <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices>에서 확인하십시오.

F5. 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver 프로그램

생활 보조 면제(ALW)

- 생활 보조 면제(ALW)는 Medi-Cal 적격 수혜자에게 요양 시설 장기 입원의 대안으로 생활 보조 환경에 거주할 수 있는 선택권을 제공합니다. ALW의 목표는 요양 시설을 집과 같은 커뮤니티 환경으로 다시 전환하는 것을 촉진하거나 요양 시설에 들어갈 날이 임박한 수혜자가 전문 요양원에 입원하는 것을 방지하는 것입니다.
- ALW에 등록된 가입자는 ALW 가입 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하의 ALW 케어 코디네이션 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케어 코디네이터가 ALW 신청을 도와드릴 수 있습니다. 참여하는 ALW 케어 조정 기관에 대한 정보는 dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf에서 확인하십시오.

발달 장애가 있는 California 주민을 위한 HCBS 면제(HCBS-DD)

발달 장애가 있는 개인을 위한 California 자기 결정 프로그램(SDP) 면제

- 1915(c) 면제에는 HCBS-DD 면제와 SDP 면제라는 두 가지 서비스가 있으며, 개인의 18세 생일 이전에 시작되어 무기한 지속될 것으로 예상되는 발달 장애를 진단 받은 사람들에게 서비스를 제공합니다. 두 가지 면제 서비스 모두 발달 장애가 있는 사람이 면허 있는 의료 시설에 거주하는 대신 집이나 커뮤니티에서 생활할 수 있도록 하는 특정 서비스에 자금을 지원하는 방식입니다. 이러한 서비스 비용은 연방 정부의 Medicaid 프로그램과 California 주에서 공동으로 자금을 조달합니다. 귀하의 케어 코디네이터는 귀하를 DD 면제 서비스에 연결해 드릴 수 있습니다.

가정 및 커뮤니티 기반 대안(HCBA) 면제

- HCBA 면제 서비스는 요양소나 기관에 들어갈 위험에 처한 사람들에게 케어 관리 서비스를 제공합니다. 케어 관리 서비스는 간호사와 사회복지사로 구성된 다학제적 케어 관리팀이 제공합니다. 이 팀은 면제 및 주 플랜 서비스(예: 의료, 행동 건강, 재가 지원 서비스 등)를 조정하고 커뮤니티에서 제공되는 기타 장기 서비스와 지원을 준비합니다. 케어 관리 및 면제 서비스는 참가자의 커뮤니티 기반 거주지에서 제공됩니다. 이 거주지는 개인 소유이거나 세입자 임대 계약을 통해 확보되거나 참가자 가족 구성원의 거주지일 수 있습니다.
- HCBA Waiver에 가입한 가입자는 HCBA Waiver 가입 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하의 HCBA 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케어 코디네이터가 HCBA 신청을 도와드릴 수 있습니다. 현지 HCBA 기관에 대한 정보는 [dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)에서 확인하십시오.

Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)

- Medi-Cal 면제 프로그램(MCWP)은 HIV 환자에게 요양 시설 케어 또는 입원의 대안으로 포괄적인 케이스 관리 및 직접적인 치료 서비스를 제공합니다. 케이스 관리는 정식 간호사와 사회복지 케이스 관리자로 구성된 참여자 중심의 팀 접근 방식입니다. 케이스 관리자는 참가자와 주치의, 가족, 간병인 및 기타 서비스 제공자와 협력하여 참가자가 자신의 집과 지역사회에 계속 머물도록 하기 위한 케어 요구 사항을 평가합니다.
- MCWP의 목표는 다음과 같습니다. (1) 기관 서비스가 필요할 수 있는 HIV 환자에게 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공합니다. (2) 참가자의 HIV 건강 관리를 지원합니다. (3) 사회 및 행동 건강 지원에 대한 접근성을 향상시킵니다. (4) 서비스 제공자를 조정하고 서비스 중복을 제거합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- MCWP Waiver에 가입한 가입자는 MCWP Waiver 가입 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하의 MCWP 면제 기관과 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케어 코디네이터가 MCWP 신청을 도와드릴 수 있습니다. MCWP 기관 명부는 cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx에서 확인할 수 있습니다.

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

- MSSP는 개인이 자신의 집과 지역 사회에 머물 수 있도록 지원하기 위해 사회 및 의료 케어 관리 서비스를 모두 제공합니다.
- 대부분의 프로그램 참가자는 또한 IHSS를 받을 수 있으며, 이와 동시에 MSSP는 지속적인 케어 조정을 제공하고 참가자들을 다른 필요한 지역 사회 서비스 및 리소스에 연결하며 의료 케어 제공자들과 조율하고 제도화를 방지하거나 늦추기 위해 다른 방법으로는 이용할 수 없는 일부 필요한 서비스를 구매합니다. 케어 관리와 기타 서비스의 연간 총 합산 비용은 전문 요양 시설에서 케어를 받는 비용보다 낮아야 합니다.
- 의료 및 사회 서비스 전문가로 구성된 팀에서 각 MSSP 참가자에게 전체적인 건강 및 심리사회적 평가를 제공하여 필요한 서비스를 결정합니다. 그런 다음 팀은 MSSP 참가자, 의사, 가족 및 다른 사람들과 협력하여 개별화된 케어 플랜을 개발합니다. 포함되는 서비스는 다음과 같습니다.
 - 케어 관리
 - 성인 주간 케어
 - 경미한 집 수리/유지 보수
 - 부가적인 집안일, 개인 케어 및 보호 감독 서비스
 - 임시 위탁 서비스
 - 교통편 서비스
 - 상담 및 치료 서비스
 - 식사 서비스
 - 통신 서비스
- MSSP Waiver에 가입한 가입자는 MSSP Waiver 가입 상태를 유지하면서 당사 플랜에서 제공하는 혜택도 받을 수 있습니다. 당사 플랜은 귀하의 MSSP 제공자와 협력하여 귀하가 받는 서비스를 조율합니다.
- 담당 케어 코디네이터가 MSSP 신청을 도와드릴 수 있습니다. MSSP 제공자에 대한 정보는 https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/에서 확인하십시오.

F6. 당사 플랜 외부에서 제공되는 카운티 행동 건강 서비스(정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스)

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 플랜 혜택이 적용되는 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 당사는 Medicare 및 Medi-Cal 관리형 케어로 보장되는 행동 건강 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 전문 정신 건강 또는 카운티 물질 사용 장애 서비스를 제공하지 않지만 귀하는 카운티 행동 건강 기관을 통해 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다.

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 전문 정신 건강 서비스에 대한 이용 기준을 충족하는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. 카운티 MHP에서 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스
- 의약품 지원 서비스
- 주간 집중 치료
- 주간 재활
- 위기 개입
- 위기 안정화

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 정신 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 맞춤 케이스 관리
- 동료 지원 서비스
- 치료 행동 서비스
- 치료적 위탁 케어
- 집중 케어 조정
- 집중 자택 서비스

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스는 귀하가 이러한 서비스를 받을 수 있는 기준을 충족하는 경우 카운티 행동 건강 기관을 통해 이용할 수 있습니다. 카운티에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 출산 전후 주거 물질 사용 장애 치료
- 외래 환자 치료 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 동료 지원 서비스

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 치료 서비스
- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 부분 입원 서비스
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 주거 치료 서비스
- 금단 관리 서비스
- 마약 치료 프로그램
- 회복 서비스
- 진료 관리
- 동료 지원 서비스

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

Molina Medicare Complete Care Plus에서는 다양한 정신 건강 및 약물 사용 치료 제공자를 이용하실 수 있습니다. 제공자 목록은 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부에 연락하시면 받으실 수 있습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 행동 건강 제공자 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 일부 서비스는 사전 승인을 받아야 할 수 있습니다. 귀하 또는 귀하의 행동 건강 서비스 제공자 또는 PCP는 요청 서비스의 긴급성에 따라 Molina Healthcare의 이용 관리부(Utilization Management Department)에 전화, 팩스 또는 우편으로 사전 승인을 요청할 수 있습니다.

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 4장 혜택 차트를 참조하십시오. 케어가 꼭 필요한 것으로 결정되어야 합니다. 필요하다면 귀하의 질환을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재 정신 건강 상태를 유지하기 위해 서비스가 필요함을 의미합니다. 여기에는 귀하가 병원이나 요양소에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 의약품이 행동 건강 및 의료 방식의 허용 기준을 충족함을 의미합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

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

전문 정신 건강 서비스

Los Angeles 카운티 정신건강부 1-800-854-7771
 리버사이드대학교 헬스 시스템 – 행동건강 1-800-499-3008
 San Bernardino 카운티 행동건강부 1-888-743-1478
 San Diego 카운티 행동건강 서비스 1-888-724-7240

Drug Medi-Cal 서비스

Los Angeles 카운티 공중보건부 1-844-804-7500
 리버사이드대학교 헬스 시스템 – 행동건강 1-800-499-3008
 San Bernardino 카운티 행동건강부 1-888-724-7240

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

이 섹션에서는 당사 플랜에서 제외되는 혜택에 대해 알려드립니다. “제외 대상”이라는 것은 이러한 혜택에 대한 비용을 당사가 부담하지 않는다는 의미입니다. Medicare와 Medi-Cal에서도 비용을 지불하지 않습니다.

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

이 섹션(또는 이 가입자 핸드북 내 다른 곳에)에 나와 있는 제외 대상 의료 혜택에 대해서는 당사가 비용을 지불하지 않습니다. 단, 열거된 특정 조건 하에서는 예외가 적용됩니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 본 플랜은 해당 서비스 비용을 지불하지 않습니다. 보장되지 않는 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 지불해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 9장을 참조하십시오.

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

- Medicare 및 Medi-Cal에 따라 '합리적으로 타당하고 의학적으로 필요한 것'으로 간주되지 않는 서비스. 단, 보장 서비스로 나열되어 있는 서비스의 경우는 제외
- 실험적 의료 및 수술 치료, 품목 및 의약품. 단, Medicare 또는 Medicare 승인 임상 연구 또는 당사 플랜이 적용되는 서비스의 경우는 제외. 임상 연구에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 3장을 참조하십시오. 실험적 치료 및 품목은 의료계에서 일반적으로 인정하지 않는 것들입니다.
- 병적비만에 대한 수술 치료. 단, 의학적으로 필요하다고 판단되어 Medicare가 비용을 부담하는 경우는 제외
- 병원 내 개인실. 단, 의료적으로 필요한 경우는 제외
- 개인 간호사
- 전화나 텔레비전 등 병원이나 전문 요양 시설에서 환자의 방에 비치하는 개인 물품
- 가정 내 풀타임 간호 케어
- 직계 가족이나 가계 구성원이 청구하는 수수료
- 가정으로 배달된 식사
- 의학적으로 필요한 경우를 제외한 선택적 또는 자발적 향상 시술 또는 서비스(체중 감량, 모발 성장, 성적 수행 능력, 운동 수행 능력, 미용, 노화 방지 및 정신 수행 능력 포함)
- 미용 목적 성형 수술 또는 그 외 미용 시술. 단, 사고에 따른 부상 또는 비정상 형태를 띤 신체 부위 개선을 위해 필요한 경우는 제외. 그러나 유방 절제술 후 유방을 재건하거나 한쪽 유방을 다른 쪽 유방에 맞추기 위한 수술의 비용은 당사가 지불합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 보장 가이드라인에 따라 실시되는 척추 도수 치료 이외의 카이로프랙틱 케어
- 섹션 D의 혜택 차트에 나와 있는 족부 치료 서비스에 설명된 경우를 제외한 일상적인 발 케어
- 정형외과용 신발. 단, 신발이 다리 보조기의 한 부분이 아니거나 보조기 비용에 포함되지 않는 경우 또는 당뇨 족부 질환이 있는 귀하를 위한 신발이 아닌 경우
- 발 지지 장치. 단, 당뇨 족부 질환이 있는 귀하를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발 제외
- 방사상 각막 절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조 기구
- 난관 복원 시술
- 자연요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)
- 재향 군인(VA) 시설에서 참전 용사에게 제공하는 서비스. 단, 재향 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받고 VA 비용 부담액이 당사 플랜에 따른 비용 부담액보다 많은 경우에는 차액을 해당 재향 군인에게 상환합니다. 비용 부담액에 대한 책임은 여전히 회원님에게 있습니다.

제5장: 외래 환자 처방약 받기

소개

이 장에서는 외래 환자 처방약 수령에 대한 규정을 설명합니다. 이러한 의약품은 제공자가 귀하를 위해 주문하는 약으로, 약국에서 받거나 우편 주문을 통해 받게 됩니다. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal이 적용되는 의약품이 포함됩니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

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

- **Medicare 파트 A가 적용되는 의약품.** 여기에는 일반적으로 귀하가 병원 또는 요양 시설에 입원해 있는 동안 제공되는 의약품이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B가 적용되는 의약품.** 여기에는 일부 화학요법 약물, 의사 또는 기타 제공자 사무실 방문 중에 귀하에게 제공되는 일부 주사 약물 그리고 투석 클리닉에서 제공하는 약물 등이 포함됩니다. 혜택이 적용되는 Medicare 파트 B 의약품 종류에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북4장**의 혜택 차트를 참조하십시오.
- 플랜의 Medicare 파트 D 및 의료 혜택 보장 외에도, 귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우 해당 의약품에 Original Medicare가 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 **5장**, 섹션 F 'Medicare 공인 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우'를 참조하십시오.

플랜의 외래 환자 의약품 보장 규정

일반적으로 귀하가 이 섹션의 규정을 준수하는 한 의약품은 계속 보장됩니다.

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

처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되어 있지 않아야 합니다.

일반적으로 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제해야 합니다. 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.

처방약은 당사 플랜의 **보장 의약품 목록**에 있어야 합니다. 짧게 줄여서 '**의약품 목록**'이라고 합니다. (이 장의 섹션 **B**를 참조하십시오.)

- **의약품 목록**에 없는 경우 당사는 예외를 적용하여 보장을 제공할 수 있습니다.
- 예외 인정 요청에 대해 알아보려면 **9장**을 참조하십시오.
- 또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가를 받게 됩니다.

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

귀하의 의약품은 보장되기 전에 승인이 필요할 수 있습니다. 이 장의 **C** 섹션을 참조하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

목차

A. 처방약을 조제받는 방법	99
A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제	99
A2. 처방약을 조제 받을 때 가입자 ID 카드 사용	99
A3. 네트워크 소속 약국으로 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치	99
A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 취해야 할 조치	99
A5. 전문 약국 이용	99
A6. 우편 주문 서비스를 이용해 의약품 받기	100
A7. 의약품 장기 공급분 받기	101
A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용	101
A9. 처방약 비용 환급 받기	101
B. 당사 플랜의 의약품 목록	101
B1. 당사 의약품 목록에 기재된 의약품	101
B2. 당사 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법	102
B3. 당사 의약품 목록에 없는 의약품	102
B4. 의약품 목록 비용 분담 단계	103
C. 일부 의약품의 제한 사항	103
D. 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유	104
D1. 임시 공급분 받기	104
D2. 임시 공급분 요청	105
D3. 예외 인정 요청	105
E. 의약품에 대한 보장 변경	106
F. 특수한 경우의 의약품 보장	107
F1. 당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우	107
F2. 장기 케어 시설에 있는 경우	107
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우	108
G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램	108
G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램	108
G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램	108
G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램	109

A. 처방약을 조제받는 방법

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제한 경우에 한해 처방약 비용을 지불합니다. 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제한다는 데 동의한 약국을 말합니다. 네트워크 소속 약국이면 아무 곳이나 이용할 수 있습니다.

네트워크 소속 약국을 찾으려면 **제공자 및 약국 명부**를 참조하시거나 당사 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

A2. 처방약을 조제 받을 때 가입자 ID 카드 사용

처방약을 조제받으려면 네트워크 소속 약국에 가서 **가입자 ID 카드**를 제시하십시오. 네트워크 소속 약국은 귀하가 혜택을 받은 처방약에 대한 비용 중 당사 부담금을 당사에 청구합니다. 귀하는 처방전을 받을 때 약국에 코페이를 지불해야 할 수도 있습니다.

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

처방약을 조제할 때 가입자 ID 카드 또는 BIC 카드가 없는 경우, 당사에 전화하여 필요한 정보를 얻으라고 약국에 요청하거나 귀하의 플랜 등록 정보를 조회해 보라고 하면 됩니다.

약국에서 필요한 정보를 얻지 못하는 경우, 약을 조제받을 때 처방약 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다. 그 후에 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **약값을 지불할 수 없는 경우 즉시 가입자 서비스부에 연락하십시오.** 최선을 다해 도와드리도록 하겠습니다.

- 당사에 환급을 요청하는 방법은 **가입자 핸드북 7장**을 참조하십시오.
- 처방약을 조제하는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 연락하십시오.

A3. 네트워크 소속 약국으로 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치

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

네트워크 소속 약국을 바꾸는 데 도움이 필요하시면 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 연락하십시오.

A4. 약국이 네트워크를 탈퇴할 경우 취해야 할 조치

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

새 네트워크 소속 약국을 찾으려면 **제공자 및 약국 명부**를 참조하시거나 당사 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

A5. 전문 약국 이용

전문 약국에서 처방약을 조제해야 하는 경우가 있습니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 치료 요법을 위한 의약품을 공급하는 약국
- 요양 시설과 같은 장기 케어 시설의 거주 환자들을 위해 의약품을 공급하는 약국
 - 일반적으로, 장기 케어 시설은 자체 약국을 보유하고 있습니다. 귀하가 장기 케어 시설에 거주하시는 경우 당사는 해당 시설 약국에서 귀하가 필요한 의약품을 받을 수 있도록 해야 합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 장기 케어 시설에 있는 약국이 당사 네트워크 소속이 아닌 경우 또는 귀하가 해당 장기 케어 시설에서 의약품 받는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 연락하십시오.
- 인디언 의료 서비스 제공자(IHCP) 및 도시 인디언 기관(UIO) 약국 인디언 보건 서비스 / 부족 / 도시 인디언 건강 프로그램에 서비스를 제공하는 약국. 응급 상황을 제외하고, 북미 원주민 또는 알래스카 원주민만 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공자의 협조 또는 사용에 대한 교육이 필요한 의약품을 조제하는 약국. (참고: 이런 상황은 거의 발생하지 않습니다.)

전문 약국을 찾으려면 **제공자 및 약국 명부**를 참조하시거나 당사 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스를 이용해 의약품 받기

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

플랜의 우편 주문 서비스를 이용할 경우 최소 **31**일분, 최대 **100**일분 약을 주문할 수 있습니다. **100**일 공급분은 한 달 공급분과 코페이가 동일합니다.

우편을 통한 처방약 조제

주문서 양식 및 처방약 조제 정보를 우편으로 받아보려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

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

우편 주문 절차

우편 주문 서비스에서는 귀하로부터 새로운 처방전을 받는 경우, 의료 제공자 진료실로부터 새로운 처방전을 직접 받는 경우, 우편 주문 처방전으로 재조제하는 경우에 대해 각기 다른 절차를 적용합니다.

1. 약국이 귀하로부터 새 처방전을 받은 경우

약국에서 자동으로 해당 처방약을 조제하여 배송해 드립니다.

2. 약국이 의료 제공자 진료실로부터 새 처방전을 받은 경우

약국이 의료 제공자에게서 처방전을 받은 경우, 약국은 귀하에게 연락하여 해당 처방약을 즉시 조제하고 싶은지 향후 다른 시간에 조제하고 싶은지의 여부를 물어봅니다.

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

3. 우편 주문 처방전의 반복 조제

재조제하는 경우 현재 처방약이 다 떨어질 것으로 예상되는 날로부터 14일 전에 약국에 연락해 다음 주문량이 제시기간에 배송될 수 있게 해 주십시오. 문제가 있거나 도움이 필요하신 경우 케어 코디네이터에게 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 문의하십시오.

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

A7. 의약품 장기 공급분 받기

당사 플랜의 *의약품 목록*에 있는 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있습니다. 정기적으로 받는 유지 의약품은 만성 또는 장기 의학적 상태를 위한 약입니다.

일부 네트워크 소속 약국은 귀하가 유지 의약품의 장기 분량을 받을 수 있도록 허용합니다. 31일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다. *의료 제공자 및 약국 명부*를 보시면 유지 의약품 장기 공급분을 제공하는 약국을 알 수 있습니다. 자세한 정보는 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에도 문의할 수 있습니다.

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

A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용

일반적으로, 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에 한해 네트워크 외부 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 지불합니다. 서비스 지역 밖에도 당사 플랜의 가입자가 처방약을 받을 수 있는 네트워크 소속 약국이 있습니다. 이런 경우에는 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 연락하여 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하시기 바랍니다. 귀하가 네트워크 외부 약국에서 의약품에 지불한 금액과 당사가 네트워크 소속 약국에서 보장하는 비용의 차액을 귀하가 지불해야 할 수도 있습니다.

다음과 같은 경우 네트워크 외부 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 지불합니다.

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

A9. 처방약 비용 환급 받기

네트워크 비소속 약국을 이용할 수밖에 없는 경우, 보통 처방약을 받으실 때 비용 전액을 회원님이 지급해야 합니다. 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다.

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

이와 관련한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 제7장*을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 의약품 목록

당사에는 *보장 의약품 목록*이 있습니다. 짧게 줄여서 '*의약품 목록*'이라고 합니다.

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

일반적으로 귀하가 이 장에 나와 있는 규정들을 따르시면 당사 플랜의 *의약품 목록*에 있는 의약품 비용을 당사가 지불합니다.

B1. 당사 의약품 목록에 기재된 의약품

당사의 *의약품 목록*에는 Medicare 파트 D가 적용되는 의약품이 포함되어 있습니다.

귀하가 약국에서 받게 되는 처방약의 대부분에는 당사 플랜이 적용됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자식별카드(Beneficiary Identification Card, BIC)를 지참하십시오.

당사 *의약품* 목록에는 브랜드약, 복제약 및 생물학적 약제(바이오시밀러 포함 가능)가 포함됩니다.

브랜드약은 의약품 제조사가 소유한 등록 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 생물학적 약제는 일반 의약품보다 더 복잡한 의약품입니다. 당사 *의약품* 목록에서 '의약품'은 약물 또는 생물학적 약제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드약과 활성 성분이 동일합니다. 생물학적 약제에는 바이오시밀러라고 하는 대체 약물이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드약 또는 오리지널 생물학적 약제와 효과가 동일하며 비용은 더 저렴합니다. 많은 브랜드약 대신 사용할 수 있는 복제약이 있고 일부 오리지널 생물학적 약제 대신 사용할 수 있는 바이오시밀러가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법에 따라 약국에서 새로운 처방전 없이도 오리지널 생물학적 약제를 대체할 수 있습니다. 이는 복제약 브랜드약을 대체할 수 있는 것과 마찬가지로입니다.

의약품 목록에 포함될 수 있는 의약품 유형에 대한 정의는 **12장**을 참조하십시오.

당사 플랜에서는 특정 OTC 의약품과 제품도 보장합니다. 일부 OTC 의약품은 처방약보다 가격이 저렴하고 효과도 좋습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부 문의하십시오.

B2. 당사 *의약품* 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법

당사 *의약품* 목록에 있는 의약품인지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.

- 우편으로 보내드린 최신 *의약품* 목록을 확인하십시오.
- 당사 플랜의 웹사이트 MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문하십시오. 당사 웹사이트에 나와 있는 *의약품* 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 의약품이 당사 *의약품* 목록에 있는지 알아보거나 목록 사본을 요청하려면 담당 케어 코디네이터나 가입자 서비스부에 전화하십시오.
- 파트 D가 적용되지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx의 적용 대상이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오.
- Caremark.com에서 '실시간 혜택 도구'를 사용하거나 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부로 전화하십시오. 이 도구를 사용하면 *의약품* 목록에 있는 의약품을 검색하여 지불할 예상 금액 및 동일한 상태를 치료할 수 있는 대체 의약품이 *의약품* 목록에 있는지 확인할 수 있습니다.

B3. 당사 *의약품* 목록에 없는 의약품

보장되지 않는 처방약도 있습니다. 일부 의약품이 당사 *의약품* 목록에 없는 것은 법에서 그 의약품에 대해서는 보장을 금하고 있기 때문입니다. 또 당사에서 *의약품* 목록에 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.

당사 플랜은 이 섹션에 설명된 의약품 비용은 지불하지 않습니다. 이러한 의약품을 제외 대상 의약품이라고 합니다. 제외 대상 의약품에 대한 처방전을 받으신 경우, 그 비용은 귀하가 부담하셔야 할 수 있습니다. 귀하의 케이스 때문에 특정 제외 대상 의약품에 대해 당사가 비용을 지불해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 관한 자세한 정보는 [가입자 핸드북9장](#)을 참조하십시오.

제외 대상 의약품에 대한 세 가지 일반적인 규정은 다음과 같습니다.

1. 이미 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 적용되는 의약품에 대해서는 당사 플랜의 외래 환자 의약품 보장(Medicare 파트 D 포함)에서 비용을 지불하지 않습니다. 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 Medicare 파트 B가 적용되는 의약품에 대해 혜택을 무료로 적용하지만 해당 의약품은 귀하의 외래 환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 및 미국 영토 밖에서 구입한 의약품에 대해서는 보장을 제공할 수 없습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

3. 의약품은 반드시 그 사용이 FDA의 승인을 받거나 귀하의 질병 치료로 사용됨을 특정 의학 문헌에서 뒷받침해야 합니다. 담당 의사 또는 다른 의료 제공자가 해당 질환 치료 목적으로 승인되지 않은 의약품을 귀하의 질환 치료 목적으로 처방할 수도 있습니다. 이것을 “오프라벨(off-label) 사용”이라고 합니다. 당사 플랜은 보통 오프라벨 사용으로 처방된 의약품에 대해서는 혜택을 적용하지 않습니다.

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

- 임신 촉진에 사용되는 의약품
- 기침 또는 감기 증상 완화에 사용되는 의약품*
- 미용 목적 또는 모발 성장 촉진을 위해 사용되는 의약품
- 산전 비타민 및 불소* 제제를 제외한 처방 비타민 및 미네랄 제품
- 성 기능 또는 발기부전 치료에 사용되는 의약품
- 거식증, 체중 감량 또는 체중 증가 치료에 사용되는 의약품*
- 자신이 제공하는 검사 또는 서비스를 받을 것을 요구하는 회사에서 제조한 외래 환자 의약품

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

B4. 의약품 목록 비용 분담 단계

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

귀하의 의약품이 어느 비용 분담 단계에 속하는지 확인하려면 당사 의약품 목록을 참조하십시오.

가입자 핸드북6장에는 각 단계의 의약품에 대해 귀하가 지불해야 하는 금액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품의 제한 사항

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

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

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북9장을 참조하십시오.

1. 복제약 버전 구입이 가능한 경우 브랜드약 사용 제한

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

- 보통, 사용할 수 있는 복제약 버전이 있는 경우 브랜드약 비용을 지불하지 않습니다.
- 그러나 귀하의 서비스 제공자가 복제약이 귀하에게 효과가 없다는 의학적 이유를 당사에 알려줬거나 브랜드약 처방전에 '대체 의약품 없음'이라고 기재했거나 동일한 질환을 치료하는 복제약 또는 기타 보장되는 의약품이 귀하에게 효과가 없을 것이라는 의학적 이유를 당사에 알려준 경우, 당사는 해당 브랜드약을 보장합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

2. 플랜의 사전 승인 받기

일부 의약품의 경우, 처방약을 받기 전에 귀하 또는 담당 처방자가 당사 플랜의 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 의약품은 보장해 드릴 수 없습니다.

3. 다른 약을 먼저 시도

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

의약품 A가 귀하에게 효능이 없으면 당사는 의약품 B를 보장합니다. 이것을 단계적 치료라고 합니다.

4. 수량 한도

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

위와 같은 규정이 귀하가 현재 복용하고 있거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면 당사 **의약품 목록**을 확인해 보십시오. 최신 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화 문의하시거나 당사 웹사이트 molinahealthcare.com/medicare를 참조하십시오. 위의 이유 중 무엇으로든 보장 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 요청할 수 있습니다. **가입자 핸드북 9장**을 참조하십시오.

D. 의약품이 보장되지 않을 수 있는 이유

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

- 당사 플랜에서 귀하가 복용하고자 하는 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다. 해당 의약품이 당사 **의약품 목록**에 없을 수 있습니다. 당사에서는 귀하가 복용하려는 브랜드약의 복제약 버전에는 혜택을 적용하지만 해당 브랜드약에 대해서는 혜택을 적용하지 않을 수 있습니다. 신약이므로 당사에서 아직 그 안전성과 효능에 대한 검토를 완료하지 않았을 수 있습니다.
- 당사 플랜에서는 해당 의약품을 보장하지만 보장에 대한 특별 규정이나 제한이 있습니다. 위 섹션의 설명처럼 당사 플랜에서 보장하는 의약품 중에는 그 사용을 제한하는 규정이 적용되는 의약품이 있습니다. 귀하 또는 처방자가 예외 인정을 요청하고자 하는 경우도 있습니다.

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

D1. 임시 공급분 받기

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

약의 임시 공급분을 받으려면 아래의 두 가지 규칙이 충족되어야 합니다.

1. 복용하고 계신 의약품이

- 현재 당사 **의약품 목록**에 없습니다. 또는
- 과거에도 당사 **의약품 목록**에 없었습니다. 또는
- 현재 어떤 식으로든 제한되고 있습니다.

2. 귀하가 다음 상황 중 하나에 해당해야 합니다.

- 작년에 당사 플랜에 가입했습니다.
 - 해당 연도의 첫 (100)일 기간 동안에는 귀하의 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지불합니다.
 - 임시 공급분은 (31)일분으로 제한됩니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 처방전 대상 기간이 31일 미만인 경우 해당 의약품은 31일분까지 여러 번 조제받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 네트워크 소속 약국에서 처방전으로 약을 받아야 합니다.
- 장기 케어 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수 있습니다.
- 당사 플랜에 새로 가입했습니다.
 - 당사 플랜의 멤버십 신규 가입일로부터 첫 (100)일 동안에는 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지불합니다.
 - 임시 공급분은 (31)일분으로 제한됩니다.
 - 처방전 대상 기간이 31일 미만인 경우 해당 의약품은 31일분까지 여러 번 조제받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 네트워크 소속 약국에서 처방전으로 약을 받아야 합니다.
 - 장기 케어 약국은 낭비를 방지하기 위해 한 번에 소량의 처방약을 제공할 수 있습니다.
- 당사 플랜 가입 기간이 100일을 초과했고 장기 케어 시설 거주자이며 약 공급이 즉시 필요합니다.
 - 당사는 1회에 한해 31일분 또는 처방전 기간이 그보다 짧은 경우 그 미만 기간 동안 의약품 비용을 보장합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.
 - 당사의 전환기 정책은 “파트 D” 의약품으로, 네트워크 소속 약국에서 구입하는 경우에 한해 적용됩니다. 전환기 정책은 귀하가 네트워크 외부 약국 이용 요건을 충족하는 경우를 제외하고, 파트 D가 아닌 의약품을 구입하거나 네트워크 외부 약국에서 구입하는 경우에는 적용이 불가능합니다.

D2. 임시 공급분 요청

의약품 임시 공급분을 요청하려면 가입자 서비스부에 연락하십시오.

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

- 다른 의약품으로 변경합니다.

당사의 플랜이 귀하에게 적합한 다른 의약품을 보장할 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화해 동일한 질병 치료를 위한 당사의 보장 의약품 목록을 요청합니다. 이 목록은 담당 제공자가 귀하에게 효과가 있는 보장 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

또는

- 예외 인정을 요청합니다.

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

D3. 예외 인정 요청

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 9장을 참조하십시오.

예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부나 담당 케어 코디네이터에게 연락해 주십시오.

E. 의약품에 대한 보장 변경

당사 의약품 보장 변경은 대부분 1월 1일에 발생합니다. 하지만 연중 수시로 *의약품 목록*이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 당사는 또한 의약품에 대한 당사 규정을 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는

- 의약품에 대한 사전 승인(PA)(귀하가 의약품을 받기 전 당사로부터 받는 허가)을 요구할지 여부를 결정할 수 있습니다.
- 귀하가 이용할 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경할 수 있습니다(수량 제한).
- 의약품에 대한 단계적 치료법 제한을 추가하거나 변경할 수 있습니다(당사가 다른 의약품을 보장하기 전에 귀하가 한 가지 의약품을 시도해야 함).

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

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

- 현재 당사 *의약품 목록*에 있는 의약품과 효능은 동일한데 더 저렴한 새로운 의약품이 나온 경우 또는
- 해당 의약품이 안전하지 않다는 사실을 알게 된 경우 또는
- 의약품이 시장에서 더 이상 판매되지 않는 경우

복용 중인 의약품에 대한 보장이 변경되면 어떻게 됩니까?

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

- 현재 *의약품 목록*을 온라인으로 확인하려면 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문하거나
- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하여 당사의 현재 *의약품 목록*을 확인하십시오.

현재 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 *의약품 목록* 변경

*의약품 목록*에서 어떤 사항들은 즉시 변경될 수 있습니다. 예를 들어,

- 새로운 복제약이 출시됩니다. 때로는 *의약품 목록*에 있는 브랜드약이나 오리지널 생물학적 약제만큼 효과적인 복제약이나 바이오시밀러가 새로 출시되는 경우가 있습니다. 이 경우 브랜드약을 삭제하고 새 복제약을 추가할 수 있지만 신규 의약품에 대해 귀하가 부담하는 비용은 동일하거나 더 낮아집니다.

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

- 이러한 변경이 이루어지기 전에 미리 알려드리지 않을 수는 있으나 변경이 이루어진 후에는 구체적인 변경 내용에 대한 정보를 바로 보내드립니다.
- 귀하 또는 해당 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 '예외' 인정을 요청할 수 있습니다. 예외 인정을 요청하기 위한 단계들에 대한 안내를 보내드릴 예정입니다. 예외 인정에 관한 자세한 내용은 이 핸드북 9장을 참조하십시오.
- 의약품이 시장에서 판매 중단되었습니다. FDA에서 귀하가 복용하고 있는 의약품을 안전하지 않거나 효과적이지 않다고 판단하거나 의약품의 제조업체가 시장에서 의약품 판매를 중단한 경우 당사는 해당 의약품을 당사 *의약품 목록*에서 즉시 삭제합니다. 귀하가 해당 의약품을 복용 중인 경우 당사는 변경 후 통지서를 보내드립니다.

귀하가 복용하는 의약품에 영향을 미치는 다른 변경이 발생할 수 있습니다.

당사 의약품 목록에 다른 변경 사항이 있으면 사전에 알려드립니다. 이러한 변경은 다음과 같은 경우 발생할 수 있습니다.

- FDA에서 새로운 가이드라인을 제공하거나 의약품에 대한 새로운 임상 지침이 나오는 경우

이러한 변경 사항이 생기면 당사는 다음 절차를 수행합니다.

- 당사 의약품 목록을 변경하기 최소 30일 전에 귀하에게 알려드리거나
- 귀하가 재조제를 요청하면 알려드리고 31일분의 약을 제공해 드립니다.

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

- 대체할 수 있는 유사한 의약품이 당사 의약품 목록에 있는 경우 또는
- 복용 중인 의약품 또는 의약품 버전을 계속 보장받기 위해 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청해야 하는 경우. 예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 9장**을 참조하십시오.

현재 플랜 연도에 귀하에게 영향을 미치지 않는 의약품 목록에 대한 변경

당사는 귀하가 복용 중인 의약품 중에 위에 설명되지 않았고 현재 귀하에게 영향을 미치지 않는 의약품에 대해 변경을 할 수 있습니다. 이 경우 연초에 보장 대상이었던 의약품을 복용 중이면 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안 해당 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

당사에서 귀하가 복용 중인 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 사용을 제한하는 경우, 그러한 변경 사항은 해당 연도의 남은 기간 동안에는 적용되지 않습니다.

복용 중인 의약품에 이러한 변경 사항이 발생하는 경우(위 섹션에 언급된 변경 사항 제외) 변경 사항은 내년 1월 1일까지 귀하의 사용에 영향을 미치지 않습니다.

당사는 현재 연도 중에는 이러한 유형의 변경 사항에 대해 귀하에게 알려드리지 않습니다. 다음 플랜 연도(공개 등록 기간 동안 목록이 사용 가능한 경우)의 의약품 목록을 보고 다음 플랜 연도에 귀하에게 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 확인해야 합니다.

F. 특수한 경우의 의약품 보장

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

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

F2. 장기 케어 시설에 있는 경우

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우

약은 호스피스와 당사 플랜이 동시에 보장하지 않습니다.

- 귀하가 Medicare 호스피스에 등록되어 있고 말기 예후 및 관련 질병과 무관하여 호스피스 프로그램에서 보장을 받지 못하는 특정 의약품(예: 진통제, 항구토제, 설사약 또는 항불안제)이 필요한 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우, 당사 플랜이 의약품에 대한 혜택을 제공하기에 앞서 처방자 또는 귀하의 호스피스 제공자로부터 해당 의약품이 말기 질병과 무관하다는 통지를 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 혜택이 적용되어야 하는 질병과 무관한 의약품의 수량이 지연되지 않도록 귀하는 약국에 처방약을 요청하기 전에 당사가 해당 의약품이 질병과 무관하다는 통지를 받을 수 있도록 담당 호스피스 제공자 또는 처방자에게 요청할 수 있습니다.

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

당사 플랜이 적용되는 의약품에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 정보는 가입자 핸드북4장을 참조하십시오.

G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램

G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램

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

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

처방약 사용과 관련해 문제점이 발견되는 경우 제공자와 협의해 문제를 시정합니다.

G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램

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

- 복용하는 약물로부터 최대의 이익을 얻는 방법
- 약물 비용 및 의약품 반응과 같은 우려 사항
- 최상의 약물 복용 방법
- 처방약과 일반의약품에 관한 질문 또는 문제

이때 다음과 같은 사항이 제공됩니다.

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

조치 계획과 의약품 목록에 대해 담당 처방자와 상의하는 것이 좋습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

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

MTM 프로그램은 자격을 갖춘 가입자가 자발적으로 이용할 수 있는 무료 프로그램입니다. 귀하의 필요 사항에 부합하는 프로그램이 있는 경우, 당사에서 그 프로그램에 가입 처리한 후 관련 정보를 보내드립니다. 프로그램 가입을 원치 않으시는 경우 당사에 알려주시면 제외시키도록 하겠습니다.

프로그램과 관련해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부 또는 담당 케어 코디네이터에게 문의하십시오.

G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램

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

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

- 특정 약국 또는 특정 처방자에게서 이러한 의약품에 대한 처방을 모두 받도록 요구합니다.
- 보장 의약품의 양을 제한합니다.

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

귀하가 선호하는 처방자나 약국 및 중요하다고 생각되는 정보가 있는 경우, 이를 당사에 알려 주십시오. 귀하가 응답할 기회가 있을 때 이러한 의약품에 대한 보험 적용을 당사가 제한하기로 결정한 경우, 당사는 귀하에게 제한 내용을 확인하는 서한을 별도로 보내드립니다.

당사가 잘못 판단했다고 생각하며, 처방약 오용의 위험이 있다는 점에 반대하거나 제한 사항에 반대하는 경우, 귀하 또는 담당 처방자는 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기하면 당사는 귀하의 케이스를 검토하고 결정을 알려드립니다. 이러한 의약품에 대한 귀하의 접근 제한과 관련하여 귀하의 이의 제기의 일부를 당사가 계속 거부하는 경우, 당사는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 심사 기관(IRO)으로 보냅니다. (이의 신청과 IRO에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 9장을 참조하십시오.)

귀하가 다음과 같은 경우 DMP가 적용되지 않을 수 있습니다.

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

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

소개

이 장에서는 외래 환자 처방약에 대해 귀하가 지불하는 금액에 대해 설명합니다. '의약품'이란 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 처방약 그리고
- Medi-Cal Rx 보장 의약품 및 품목, 그리고
- 추가 혜택으로 당사 플랜에서 보장하는 의약품 및 품목

귀하는 Medi-Cal 수혜 자격을 충족하시므로 Medicare 파트 D 처방약 비용 지불에 도움이 되도록 Medicare에서 '추가 지원(Extra Help)'을 받으시게 됩니다.

추가 지원은 제한된 소득 및 자원을 가진 사람들이 보험료, 공제액, 코페이와 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득 보조금(LIS)'이라고도 합니다.

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

처방약에 대해 자세히 알아보려면 다음을 참고하십시오.

- **당사의 보장 의약품 목록.**
 - 이것을 '의약품 목록'이라고 합니다. 이 목록을 통해 다음을 알 수 있습니다.
 - 플랜이 비용을 지불하는 의약품의 종류
 - 의약품에 제한 적용 여부
 - 의약품 목록이 필요하시면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 또한 웹사이트(www.MolinaHealthcare.com/Medicare)에서도 최신 버전의 의약품 목록을 확인할 수 있습니다.
 - 약국에서 구매할 수 있는 대부분의 처방약은 Molina Medicare Complete Care Plus로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.”
- **가입자 핸드북 5장.**
 - 제5장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약을 받는 방법이 나와 있습니다.
 - 여기에는 귀하가 준수해야 하는 규칙이 포함되어 있습니다. 또한 당사 플랜에서 보장하지 않는 처방약 유형에 대한 설명도 있습니다.
 - 의약품 보장 범위를 찾기 위해 플랜의 '실시간 혜택 도구'를 사용할 때(5장, B2 섹션 참조) 표시된 비용은 '실시간'으로 제공됩니다. 즉, 귀하가 지불할 것으로 예상되는 본인 부담금 추정치를 제공하는 시점을 반영합니다. 자세한 내용은 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- **제공자 및 약국 명부.**
 - 대부분의 경우 보장 의 pharm을 받으려면 네트워크 소속 약국을 이용해야 합니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협력 계약을 맺고 있는 약국들입니다.
 - **제공자 및 약국 명부**에 네트워크 소속 약국 목록이 나와 있습니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 5장을 참조하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

차례

A. 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)	112
B. 의약품 비용 추적 방법	112
C. 처방약 1개월분 또는 장기 공급분에 대한 회원 부담 비용 없음	113
C1. 의약품의 장기 공급	114
D. 예방접종	114
D1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항	114

A. 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB)

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

- 귀하의 본인 부담금 비용. 귀하 또는 귀하를 대신한 누군가가 귀하의 처방약에 대해 지불하는 금액입니다. 여기에는 보장되는 파트 D 의약품을 받을 때 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 의약품 비용, Medicare의 '추가 지원', 고용주 또는 노동조합 건강 플랜, TRICARE, 인디언 건강 서비스, AIDS 의약품 지원 프로그램, 자선 단체 및 대부분의 주 정부 약제 지원 프로그램(SPAP)을 통해 지불한 의약품 비용이 포함됩니다.
- 귀하의 총 의약품 비용. 보장되는 파트 D 의약품에 대해 지불한 총액으로, 플랜에서 지불한 금액과 보장되는 파트 D 의약품에 대해 다른 프로그램 또는 조직에서 지불한 금액이 포함됩니다.

귀하가 당사 플랜을 통해 처방약을 받는 경우, 귀하에게 **혜택 설명서**라는 요약서를 보내드립니다. 이 요약서를 줄여서 EOB라고 합니다. EOB는 청구서가 아닙니다. EOB에는 가격 인상, 비용 부담이 더 낮은 이용 가능한 기타 의약품 등 귀하가 복용하는 의약품에 대한 추가 정보가 있습니다. 이러한 저렴한 옵션에 대해 처방자와 상의하실 수 있습니다. EOB에는 다음이 포함됩니다.

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

당사는 Medicare가 적용되지 않는 의약품에 대한 보장을 제공합니다.

- 그러한 의약품 비용으로 지불된 금액은 귀하의 총 본인 부담금 산정에 포함되지 않습니다.
- 약국에서 구매할 수 있는 대부분의 처방약은 플랜으로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 내용을 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 당사 플랜의 혜택이 적용되는 의약품을 확인하려면 **의약품 목록**을 참조하십시오.

B. 의약품 비용 추적 방법

귀하의 의약품 비용 및 지불 금액을 추적하기 위해, 당사는 귀하와 해당 약국으로부터 받은 기록을 사용합니다. 다음과 같이 하시면 당시에 도움이 됩니다.

1. 가입자 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 받을 때는 반드시 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 ID 카드를 제시하십시오. 그렇게 하면 귀하가 어느 처방전 약을 받아갔는지, 비용을 얼마나 지불하셨는지 당사가 알 수 있습니다.

2. 당사에 필요한 정보가 있는지 확인하십시오.

비용을 지불하신 보장 의약품의 구매 영수증 사본을 제출해 주십시오. 당사에 해당 의약품 비용만큼 환급해 달라고 요청하시면 됩니다.

구매 영수증 사본을 제출해야 하는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 네트워크 소속 약국에서 특별 가격으로 또는 당사 플랜 혜택의 일부가 아닌 할인 카드를 사용하여 보장 의약품을 구입하는 경우

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 의약품 제조사의 환자 지원 프로그램을 통해 받은 의약품에 대해 코페이를 지불하는 경우
- 네트워크 외부 약국에서 보장 의약품을 구입하는 경우
- 보장 의약품에 대해 전체 가격을 지불하는 경우

이미 비용 지급한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하는 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북제7장**을 참조하십시오.

3. 다른 사람이 귀하를 대신해 지불한 금액에 관한 정보를 제출해 주십시오.

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

4. 당사가 보내드리는 혜택 설명서를 확인하십시오.

우편을 통해 혜택 설명서(EOB)를 받으시면 반드시 빠진 부분은 없는지, 정확한지 확인해 보십시오.

- 각 약국의 이름을 아십니까? 날짜를 확인하십시오. 그날 약을 복용했습니까?
- 의약품 목록을 받으셨습니까? 영수증에 기재된 내용과 일치합니까? 의약품이 의사가 처방한 것과 일치합니까?

자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 전화로 문의하시거나 Molina Medicare Complete Care Plus **가입자 핸드북**을 참조하시기 바랍니다.

이 요약서에서 실수를 발견하면 어떻게 합니까?

이 EOB에 대해 혼동되거나 잘못된 내용이 있는 경우 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부로 전화해 주십시오. 또한 당사 웹사이트에서 다양한 질문에 대한 답변을 찾을 수 있습니다. MolinaHealthcare.com/Medicare.

사기를 당하면 어떻게 해야 합니까?

이 요약서에 귀하가 복용하지 않는 의약품 또는 의심스러운 의약품이 있는 경우에는 당사에 문의해 주십시오.

- Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 또는 Medicare(1-800-MEDICARE(1-800-633-4227))로 전화할 수도 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다. 이 전화는 하루 24시간, 주 7일 무료로 이용하실 수 있습니다.
- Medi-Cal을 받는 제공자의 부정행위, 낭비행위, 직권남용이 의심되는 경우, 귀하에게는 기밀 무료 전화 1-800-822-6222로 전화하여 신고할 권리가 있습니다. Medi-Cal 사기를 신고하는 다른 방법은 다음에서 확인할 수 있습니다. www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

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

C. 처방약 1개월분 또는 장기 공급분에 대한 회원 부담 비용 없음

당사 플랜에서 귀하는 당사 규정을 준수하는 한 보장되는 의약품에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

의약품에 혜택이 적용되지 않는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해서는 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오. 약국 선택에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북5장**과 **제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

C1. 의약품의 장기 공급

일부 의약품의 경우 처방전을 조제할 때 장기 분량('장기 공급분'이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급분은 (100)일분까지 가능합니다. 장기 공급에 대해 귀하가 부담하실 금액은 없습니다.

특정 의약품의 장기 공급분을 어디서 어떻게 받는지에 대한 설명은 **가입자 핸드북5장** 또는 **의료 제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오.

D. 예방접종

백신 비용에 대한 중요한 메시지: 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되어 Medicare 파트 B에 따라 보장됩니다. 다른 백신은 Medicare 파트 D 의약품으로 간주됩니다. 이러한 백신은 플랜의 **보장 의약품 목록(처방집)**에 포함되어 있습니다. 당사 플랜에서는 본인부담금 없이 대부분의 성인용 Medicare 파트 D 백신 비용을 부담합니다. 특정 백신에 대한 보장 범위와 비용 부담 세부 사항은 가입하신 플랜의 **보장 의약품 목록(처방집)**을 참조하거나 가입자 서비스부에 문의하십시오.

Medicare 파트 D 예방 접종에 대한 당사 플랜 보장은 2개 부분으로 나뉩니다.

1. 보장 첫 번째 부분은 백신 자체 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 보장 두 번째 부분은 접종 비용에 대한 것입니다. 예를 들어, 때때로 의사가 주사로 백신을 접종해 드릴 수 있습니다.

D1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항

예방 접종 계획이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 전화해 주시기 바랍니다.

- 플랜의 예방 접종 보장 내역에 대해 알려드립니다.

제7장: 보장 서비스 또는 의약품 비용 청구서 지불 요청하기

소개

본 장에서는 당사에 지급을 요청하기 위해 청구서를 보내는 방법과 시기를 설명합니다. 또한 혜택 적용 결정에 동의하지 않는 경우 이의 제기를 신청하는 방법도 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

목차

A. 당사에 서비스 또는 의약품 지불을 요청하는 방법	116
B. 당사에 지불 요청서를 발송하는 방법	118
C. 보장 결정	119
D. 이의 제기	119

A. 당사에 서비스 또는 의약품 지불을 요청하는 방법

귀하는 네트워크 내의 서비스나 의약품에 대한 청구서를 받지 않습니다. 당사 네트워크 소속 의료 제공자는 반드시 귀하가 이미 이용한 보장 서비스 및 의약품에 대해 플랜에 대금을 청구해야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 건강 플랜에 참여하는 의료 제공자를 의미합니다.

본 플랜에서는 Molina Medicare Complete Care Plus 제공자가 귀하에게 이러한 서비스나 의약품 비용을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 당사는 제공자에게 직접 비용을 지불하며 귀하가 어떤 비용도 부담하지 않도록 보호합니다.

의료 케어 또는 의약품에 대해 청구서를 받으시는 경우, 지불하지 마시고 청구서를 당사에 제출해 주십시오. 당사에 청구서를 보내시려면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

- 당사에서 서비스 또는 의약품을 보장하는 경우 당사가 직접 지불할 것입니다.
- 보장되는 서비스 또는 의약품이고 이미 비용을 지불하신 경우, 비용을 환급받는 것이 귀하의 권리입니다.
 - 귀하가 Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 당사가 환급해 드립니다.
- 이미 받은 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불한 경우, 다음 조건을 모두 충족하면 환급을 받을 수 있습니다.
 - 귀하가 받은 서비스가 당사가 비용을 지불할 책임이 있는 Medi-Cal 보장 서비스입니다. Molina Medicare Complete Care Plus로 보장되지 않는 서비스에 대해서는 환급하지 않습니다.
 - 귀하는 적격한 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자가 된 후 보장 서비스를 받았습니니다.
 - 보장 서비스를 받은 날로부터 1년 이내에 환급을 요청합니다.
 - 서비스 제공자로부터 받은 세부적인 영수증 등 보장 서비스에 대해 비용을 지불했다는 증거를 제공합니다.
 - 귀하는 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크에 속한 Medi-Cal 등록 의료 제공자로부터 보장 서비스를 받았습니니다. 응급 케어, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 네트워크 외부 서비스 제공자가 사전 승인(사전 승인) 없이 수행할 수 있도록 허용하는 다른 서비스를 받은 경우에는 이 조건을 충족할 필요가 없습니다.
- 보장 서비스가 일반적으로 사전 승인(사전 승인)을 요구하는 경우에는 보장 서비스에 대한 의학적 필요성을 보여주는 서비스 제공자의 증거를 제공해야 합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus에서 조치 통지서라는 서한으로 환급 여부를 알려드릴 것입니다. 위 조건을 모두 충족하는 경우, Medi-Cal 등록 서비스 제공자는 귀하가 지불한 전체 금액을 귀하에게 반환해야 합니다. 의료 제공자가 환급을 거부하는 경우에는 귀하가 지불한 전액을 Molina Medicare Complete Care Plus가 환급할 것입니다. 당사는 청구를 접수한 후 영업일 기준 45일 이내에 환급해 드립니다. 의료 제공자가 Medi-Cal에 등록되어 있지만 당사 네트워크에 속하지 않고 귀하에게 환급을 거부하는 경우, FFS Medi-Cal이 지불할 금액까지만 Molina Medicare Complete Care Plus가 귀하에게 환급합니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 응급 서비스, 가족 계획 서비스 또는 Medi-Cal이 사전 승인 없이 네트워크 외부 의료 제공자가 제공할 수 있도록 허용한 다른 서비스에 대해 본인 부담금 전액을 환급해 드립니다. 위의 조건 중 하나라도 충족되지 않으면 환급하지 않습니다.
- 다음과 같은 경우에는 환급하지 않습니다.
 - Medi-Cal이 보장하지 않는 서비스를 요청하여 받았습니니다. 예: 미용 서비스.
 - 이 서비스는 Molina Medicare Complete Care Plus의 보장 서비스가 아닙니다.
 - 귀하가 Medi-Cal을 받지 않는 의사에게 가서 어쨌든 진찰받기를 원하며, 서비스 비용을 직접 지불할 것이라는 내용의 양식에 서명했습니니다.
- 서비스 또는 약이 보장되지 않는 경우 알려드립니다.

문의 사항이 있으면 가입자 서비스부 또는 케어 코디네이터에게 문의하십시오. 청구서를 받았는데 처리하는 방법을 모르시는 경우 당사가 도와드립니다. 이미 보낸 지불 요청에 대한 정보를 알려주고자 하는 경우에도 당사에 전화해 주십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

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

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

의료 제공자에게 당사에 청구할 것을 요청하십시오.

- 진료를 받을 때 비용 전액을 지불했다면 당사에 환급을 요청하십시오. 당사에 청구서와 귀하가 지불한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.
- 귀하는 본인 부담분이 아니라고 생각하는 금액에 대해 의료 제공자가 보낸 청구서를 받을 수도 있습니다. 당사에 청구서와 귀하가 지불한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.
 - 의료 제공자에게 비용을 지불해야 하는 경우, 당사가 의료 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
 - 이미 귀하가 Medicare 서비스에 대한 비용을 지불한 경우 환급해 드릴 것입니다.

2. 네트워크 소속 서비스 제공자가 청구서를 보내는 경우

네트워크 소속 서비스 제공자는 항상 당사에 비용을 청구해야 합니다. 서비스나 처방전을 받을 때 가입자 ID 카드를 제시하는 것이 중요합니다. 하지만 네트워크 소속 의료 제공자가 실수를 하여 서비스 비용이나 귀하의 비용 분담금 이상을 지불하도록 요구하는 경우가 있습니다. 청구서를 받은 경우 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부나 케어 코디네이터에게 전화하십시오.

- Molina에서 귀하의 서비스에 대한 비용 전액을 지불하기 때문에 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다. 서비스 제공자는 이런 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.
- 플랜 가입자는 당사가 보장하는 서비스를 받을 때만 공동 부담금을 지불합니다. 당사는 서비스 제공자가 이 금액보다 더 많이 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 서비스 제공자가 서비스에 대해 청구한 것보다 당사가 적게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 당사가 일부 요금을 지불하지 않기로 결정하더라도 귀하가 그들에게 요금을 지불하지는 않습니다.
- 네트워크 소속 의료 제공자로부터 청구서를 받으면 항상 당사에 그 청구서를 보내주십시오. 당사가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다.
- Medicare에서 보장하는 서비스에 대해 네트워크 소속 의료 제공자로부터 받은 청구서를 이미 지불한 경우, 그 청구서와 지불한 모든 지불 증거를 당사에 보내주십시오. 당사는 보장 서비스에 대해 환급해 드리거나 귀하가 지불한 금액과 당사 플랜에 따라 귀하가 지불해야 하는 금액 간의 차액을 환급해 드립니다.

3. 당사 플랜에 소급하여 등록된 경우

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

- 귀하의 등록이 소급하여 적용되고, 등록일 이후에 청구서를 지불했다면 환급을 요청할 수 있습니다.
- 당사에 청구서와 귀하가 지불한 금액의 증빙을 제출해 주십시오.

4. 처방약을 받기 위해 네트워크 외부 약국을 이용하는 경우

네트워크 외부 약국을 이용하시는 경우, 처방약 비용 전액을 귀하가 부담합니다.

- 당사는 제한적인 경우에 한해 네트워크 외부 약국에서 조제받은 처방약 비용을 부담합니다. 환급을 요청할 때 영수증 사본을 보내주십시오.
- 네트워크 외부 약국에 관한 자세한 정보는 **가입자 핸드북5장**을 참조하십시오.
- 당사는 귀하가 네트워크 외부 약국에서 약을 구매한 금액과 당사가 네트워크 소속 약국에서 지불할 금액의 차액을 환급하지 않을 수 있습니다.

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

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

- 약국이 정보를 바로 확인할 수 없는 경우에는 귀하가 처방 비용 전액을 직접 지불하거나 가입자 ID 카드를 가지고 약국을 재방문해야 할 수 있습니다.
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 보내주십시오.
- 당사는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 당사의 협상 가격보다 높은 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

6. 보장되지 않는 의약품에 대해 Medicare 파트 D 처방 비용 전액 지불하는 경우

보장되는 의약품이 아니어서 처방약 비용 전액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.

- 해당 의약품이 당사 **보장 의약품 목록(의약품 목록)** 또는 웹사이트에 없거나 귀하가 몰랐거나 귀하에게 적용되지 않는다고 생각했던 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 의약품 구입을 결정하는 경우 비용 전액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.
 - 의약품 비용을 귀하가 지불하지 않지만 당사가 보장해야 한다고 생각하는 경우, 보장 결정을 요청할 수 있습니다(**가입자 핸드북9장** 참조).
 - 귀하와 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하에게 그 의약품이 즉시(24시간 이내) 필요하다고 판단하는 경우, 빠른 보장 결정을 요청할 수 있습니다(**가입자 핸드북9장** 참고).
- 환급을 요청할 때 영수증 사본을 보내주십시오. 의약품 비용을 환급해 드리려면 귀하의 담당 의사 또는 다른 처방자로부터 더 자세한 정보를 받아야 하는 경우도 있습니다. 당사는 귀하가 지불한 가격이 처방전에 대한 당사의 협상 가격보다 높은 경우 귀하가 지불한 전체 비용을 환급하지 않을 수 있습니다.

당사에 환급 요청을 제출하시면 요청을 검토해 보고 해당 서비스 또는 의약품이 보장되어야 하는지 여부를 결정합니다. 이를 '보장 결정'이라고 합니다. 서비스 또는 의약품이 보장되어야 한다고 결정되면 당사는 그 비용을 부담합니다.

당사가 지불 요청을 거부하면 귀하는 그 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 설명은 **가입자 핸드북9장**을 참조하십시오.

B. 당사에 지불 요청서를 발송하는 방법

당사에 Medicare 서비스에 대한 청구서와 귀하가 지불한 금액 증빙을 제출하시거나 당사에 전화해 주십시오. 지불 증빙은 귀하가 작성하신 수표 사본 또는 제공자의 영수증일 수 있습니다. 청구서와 영수증은 기록 보관용으로 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다. 담당 케어 코디네이터에게 도움을 요청하실 수 있습니다. 귀하는 서비스, 품목 또는 의약품을 받은 날로부터 **1년** 이내에 귀하의 정보를 당사에 보내야 합니다.

지불 요청서를 청구서 또는 영수증과 함께 다음 주소로 보내 주십시오.

의료 서비스:

Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

파트 D(의약품) 서비스:

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

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

C. 보장 결정

환급 요청이 접수되면 보장 결정을 내리게 됩니다. 이는 당사의 플랜이 귀하의 서비스, 품목 또는 약물에 혜택을 적용하는지 여부를 결정한다는 것을 의미합니다. 해당하는 경우, 귀하가 지불해야 하는 금액도 결정합니다.

- 귀하로부터 정보를 더 받아야 하는 경우 알려드립니다.
- 당사 플랜에서 해당 서비스, 품목, 의약품을 보장한다는 결정이 내려지고 귀하가 혜택 이용에 관한 규정을 모두 따른 경우, 해당 비용을 지불해 드립니다. 귀하가 서비스 또는 의약품에 대해 이미 비용을 지불한 경우 당사는 해당 금액의 수표를 우편으로 보내드립니다. 전체 의약품 비용을 지불한 경우 지불한 전체 금액을 환급받지 못할 수 있습니다(예: 네트워크 외부 약국에서 의약품을 구입한 경우 또는 귀하가 지불한 현금 가격이 처방전에 대한 당사의 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 지불하지 않은 경우에는, 당사가 의료 제공자에게 직접 지불합니다.

가입자 핸드북3장을 보시면 서비스를 보장받기 위한 규정이 나와 있습니다.

가입자 핸드북5장을 보시면 Medicare 파트 D 처방약에 대한 보장과 관련한 규정이 나와 있습니다.

- 당사에서 해당 서비스 또는 의약품 비용을 지불하지 않기로 결정하는 경우 그 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다. 또한 귀하의 이의 제기 권리에 대해서도 설명합니다.
- 보장 결정에 관한 자세한 내용은 9장을 참조하십시오.

D. 이의 제기

당사가 실수로 지불 요청을 기각했다고 생각하시는 경우 당사에 결정 변경 요청을 하실 수 있습니다. 이것을 “이의 제기 신청”이라고 부릅니다. 또한 당사 지불 금액에 동의하실 수 없는 경우에도 이의 제기가 가능합니다.

공식적인 이의 제기 절차에는 자세한 절차와 마감 기한이 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 사항은 가입자 핸드북9장을 참조하십시오.

- 의료 케어 서비스 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하려면 F 섹션을 참조하십시오.
 - 의약품 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하고자 하시는 경우 G 섹션을 참조하십시오.

제8장: 회원의 권리 및 의무

소개

본 장에서는 플랜 회원으로서 회원님의 권리와 의무가 무엇인지 나와 있습니다. 당사에는 회원님의 권리를 지켜 드려야 할 의무가 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

- A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리 121
- B. 회원이 보장 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 하는 당사의 의무 129
- C. 개인 건강 정보(PHI) 보호를 위한 당사의 책임 130
 - C1. 회원님의 PHI 보호 방법 130
 - C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다 130
- D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 의무 136
- E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구 불가 137
- F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리 137
- G. 자신의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리 137
 - G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리 137
 - G2. 스스로 의료 케어 결정을 내릴 수 없는 경우 원하는 것을 말할 수 있는 권리 138
 - G3. 회원님의 지시가 따라지지 않는 경우 취해야 하는 조치 138
- H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리 139
 - H1. 불공정한 처우에 대한 조치 방법 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보 139
- I. 플랜 가입자로서의 의무 139

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리

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

- 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터나 가입자 서비스부에 전화하십시오. 본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜에서는 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어 등 영어 이외의 언어 그리고 큰 활자, 점자 또는 오디오 같은 형식으로 자료를 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부에 전화하거나 Molina Medicare Complete Care Plus에 서한을 보낼 수 있습니다. (855) 665-4627, TTY: 711번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 의료 서비스: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있고 불만을 제기하고 싶은 경우 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). 상담 전화는 하루 24시간, 주 7일 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.
- Medi-Cal 민권 사무국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화해야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국: 1-800-368-1019. TTY 이용자는 1-800-537-7697로 전화하시기 바랍니다.

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 귀하의 권리에 대해 귀하에게 안내해야 할 의무가 있습니다.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하십시오. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al > 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyon ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyon Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này,

vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 모든 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

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

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг*. Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
 - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以為您提供非英文版本的資料，包括西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、苗語、韓語、老撾語、俄語、塔加拉族語和越南語，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلي احتياجاتك

تعين علينا ضمان تقديم جميع الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خططنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خططنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

• كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم (855) 665-4627، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

◦ لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. **សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក**

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមរបៀបនិងអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន *ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ ឡាវ រុស្ស៊ី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន នឹងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ:

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

A. **حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهایتان را برآورده کند**

ایده‌آمینان حاصل کنیم که تمامی خدمات به صورتی به شما ارائه می‌شود که به لحاظ فرهنگی قابل قبول و قابل دسترس باشند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح‌مان و حقوق‌تان را به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای‌تان قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق‌تان را به شما اطلاع دهیم.

- جهت کسب اطلاعات به شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کننده □ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمه □ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائه □ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاکالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به شماره □ (855) 665-4627 یا TTY به شماره □ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نام‌ه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره □ (855) 665-4627 ، TTY: 711 ، در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) □ می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 □ تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370 □. کاربران TTY باید با شماره 711 □ تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شماره 1-800-368-1019 □. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 □ تماس بگیرند.

A. Զեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող բոլոր ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպատակների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, քանի որ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար քարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ խոսքերեն, արտաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ռուսերեն, տազալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ խոսքերեն, արտաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հնդկերեն, կորեերեն, լատներեն, ռուսերեն, տազալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաճանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, ֆաղափացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej tag nro cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo. Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab. Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab. Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.

- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis suab. Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam. Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 - Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnuv hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov toj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov toj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov toj 1-800-537-7697.

- 귀하에게는 사전 승인(PA) 없이 긴급하게 필요한 응급 서비스 또는 케어를 받을 권리가 있습니다.
- 귀하에게는 당사 네트워크 소속 약국 중 어느 곳에서든 지체 없이 처방약을 받을 권리가 있습니다.
- 귀하에게는 네트워크 외부 의료 제공자를 언제 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 의료 제공자에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북제3장을 참조하십시오.
- 저희 플랜에 처음 가입할 때 일정한 조건이 충족되는 경우, 가입자는 현재 서비스 제공자와 서비스 승인을 최대 12개월 동안 유지할 권리가 있습니다. 의료 제공자 유지 및 서비스 허가와 관련한 자세한 내용은 가입자 핸드북제1장을 참조하십시오.
- 가입자는 담당 케어 팀, 케어 코디네이터의 도움을 받아 본인의 의료 서비스를 직접 관리할 권리가 있습니다.

가입자 핸드북제9장에는 가입자가 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받고 있지 못하다고 생각하는 경우 취할 수 있는 조치에 대해 나와 있습니다. 또한 가입자가 본인의 서비스 또는 의약품에 대한 혜택 적용을 거부한 당사의 결정에 동의하지 않을 경우 취할 수 있는 조치에 대한 설명이 있습니다.

C. 개인 건강 정보(PHI) 보호를 위한 당사의 책임

당사는 연방 및 주 법률에 따라 회원님의 PHI를 보호합니다.

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

회원님께는 본인 정보에 대한 권리 및 본인의 PHI가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사에서는 회원님께 이러한 권리에 대해 알리는 서면 통지서를 제공하며, 회원님의 PHI를 보호하는 방법을 설명해 드립니다. 이 통지서를 '개인 정보 보호 방침 통지서'라고 합니다.

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

C1. 회원님의 PHI 보호 방법

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

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

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

- 당사는 플랜의 케어 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개할 의무가 있습니다.
- 법원의 명령이 있는 경우 PHI를 공개할 수 있지만, 이는 California 법에서 허용하는 경우에 한합니다.
- 당사는 Medicare에 회원님의 PHI를 제공할 의무가 있습니다. Medicare가 연구 또는 기타 목적으로 회원님의 PHI를 공개하는 경우, 공개는 연방 법규에 따라 진행됩니다.

C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다

- 귀하에게는 귀하의 의료 기록을 검토하고 기록의 사본을 받을 권리가 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 귀하에게는 귀하의 의료 기록 업데이트 또는 수정을 요청할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 귀하의 의료 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.
- 귀하에게는 당사가 귀하의 PHI를 다른 사람과 공유하고 있는지 여부와 그 방식에 대해 알 권리가 있습니다.

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

귀하의 개인 정보 보호

Molina Medicare 가입자 여러분

귀하의 개인정보 보호는 당사에 중요합니다. 당사는 귀하의 개인 정보를 소중히 여기며 보호합니다. Molina는 귀하에게 의료 혜택을 제공해 드리기 위해 귀하의 정보를 사용하고 공유합니다. Molina는 귀하의 정보가 어떻게 사용 또는 공유되는지 알려드리고자 합니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(*protected health information*)의 약자입니다. PHI에는 귀하의 이름, 가입자 번호, 인종, 민족, 언어적 요구 또는 귀하를 식별하는 다른 사항이 포함됩니다. Molina는 귀하의 PHI가 어떻게 사용 또는 공유되는지 알려드리고자 합니다.

Molina가 가입자의 PHI를 사용 또는 공유하는 이유는 무엇일까요?

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

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

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

귀하의 개인 정보 보호 권리에는 어떤 것이 있을까요?

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

Molina는 귀하의 PHI를 어떻게 보호할까요?

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

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

Molina의 법적 의무 사항은 무엇인가요?

- 귀하의 PHI를 비공개로 유지합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 귀하의 PHI에 대한 당사의 의무 및 개인 정보 보호 방침과 같은 서면 정보를 귀하에게 제공합니다.
- 당사 개인 정보 보호 방침 통지서의 조건을 준수합니다.

개인 정보 보호 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 어떻게 해야 할까요?

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

당사는 귀하의 불만 제기에 대해 어떠한 조치도 취하지 않습니다. 불만 제기로 인해 케어에서 달라지는 점은 아무 것도 없습니다.

상기 내용은 요약일 뿐입니다. 당사 개인 정보 보호 방침 통지서에 당사가 가입자 PHI를 어떻게 사용하고 공유하는지에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다. 당사의 개인 정보 보호 방침 통지서는 이 가입자 핸드북의 다음 섹션에 나와 있습니다. 당사 웹사이트 www.molinahealthcare.com에도 나와 있습니다. 또한 당사 개인정보 보호 관행 통지 사본을 받으시려면 당사 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 연락하십시오.

개인 정보 보호 방침 통지서

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

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

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

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

Molina가 귀하의 PHI를 사용 또는 공유하는 이유는 무엇일까요?

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

치료

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

비용 지불

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

의료 서비스 운영

Molina는 당사 건강 플랜을 운영하기 위해 귀하에 대한 PHI를 사용하거나 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 귀하의 청구 정보를 사용하여 귀하에게 도움이 될 수 있는 건강 프로그램을 알려드릴 수 있습니다. 또한 귀하의

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

PHI를 사용하거나 공유하여 가입자 우려 사항을 해결할 수 있습니다. 귀하의 PHI는 또한 청구 금액이 올바르게 지불되었는지 확인하는 데 사용될 수 있습니다.

의료 케어 운영에는 여러 일상적인 비즈니스 요구가 수반됩니다. 여기에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

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

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

Molina가 귀하의 서면 허가(승인) 없이 귀하의 PHI를 사용하거나 공유할 수 있는 경우는 언제일까요?

치료, 비용 지불 및 의료 케어 운영 목적 외에도, 법률에 따라 허용되거나 요구되는 경우 Molina는 다음을 포함한 여러 다른 목적으로 귀하의 PHI를 사용하고 공유합니다.

법률에 따라 요구되는 경우

당사는 법률에 따라 요구되는 경우 귀하에 대한 정보를 사용하거나 공유합니다. 당사는 보건복지부(HHS) 장관의 요구가 있을 경우 귀하의 PHI를 공유합니다. 이는 법정 소송 사건이나 기타 법적 검토를 위한 것이거나 법 집행 목적으로 필요한 경우일 수 있습니다.

공중 보건

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

의료 케어 감독

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

연구

귀하의 PHI는 개인 정보 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.

건강 및 안전

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

정부 기능

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

학대, 방치 또는 가정 폭력 피해자

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

산재 보험

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

기타 공개

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

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

이 통지서에 나와 있는 목적을 제외한 다른 목적으로 PHI를 사용 또는 공유하려는 경우 Molina는 귀하의 서면 승인을 받아야 합니다. Molina는 다음과 같은 경우 귀하의 PHI를 공개하기 전에 귀하의 허가를 받아야 합니다. (1) 심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI의 판매와 관련된 사용 및 공개. 회원님은 당사에 제공한 서면 승인을 취소할 수 있습니다. 이러한 취소는 회원님이 이미 당사에 제공한 승인으로 인해 당사에서 이미 취한 조치에는 적용되지 않습니다.

귀하의 건강 정보 권리에어는 어떤 것이 있을까요?

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

• PHI 사용 또는 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 제한 요청

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

• PHI의 기밀 연락 요청

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

• PHI 검토 및 복사

귀하에게는 당사가 보유한 귀하의 PHI를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Molina 가입자로서 보장 적용, 청구 및 기타 결정을 내리는 데 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해도 됩니다. 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 귀하 의료 기록의 전체 사본을 보유하고 있지 않습니다. 의료 기록을 검토하거나 사본을 얻거나 변경하려면 담당 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.

• PHI 수정

귀하는 당사에 PHI 수정(변경)을 요청할 수 있습니다. 가입자로서 귀하에 대해 당사가 보관한 기록에 대해서만 수정을 요청할 수 있습니다. 요청은 서면으로 제출해야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해도 됩니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 귀하의 당사 의견에 대한 부동의 서한을 제출할 수 있습니다.

• PHI 공개(귀하의 PHI 공유)에 대한 설명 받기

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

- 치료, 비용 지불 또는 의료 케어 운영 목적으로 공유
- 자신의 PHI에 대하여 해당인에게 공유

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 회원님의 허가에 따라 이루어진 공유
- 해당 법률에 따라 달리 허용되거나 요구되는 사용 또는 공개에 부수되는 공유
- 국가 보안 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI
- 해당 법률에 따라 한정된 데이터세트의 일부로 공유
- 국가 안보 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI

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

회원님은 위에 나열된 요청을 하거나 본 통지서의 종이 사본을 받을 수 있습니다. Molina 가입자 서비스부에 (855) 665-4627번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오.

귀하의 권리가 보호되지 않는다는 생각이 들면 어떻게 해야 할까요?

귀하는 귀하의 개인 정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되는 경우 Molina와 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하의 불만 제기에 대해 어떠한 조치도 취하지 않습니다. 귀하의 케어와 혜택은 어떤 식으로든 변경되지 않습니다.

귀하는 다음 주소로 당사에 불만을 제기할 수 있습니다.

전화:

Molina 가입자 서비스부 (855) 665-4627
주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간), TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오.

서면:

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

귀하는 다음 주소로 보건복지부에 불만을 제기할 수 있습니다.

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);

(202) 619-3818 (팩스)

Molina의 의무 사항은 무엇인가요?

Molina는 다음과 같이 해야 합니다.

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Molina는 언제든지 이 통지서의 정보 관행 및 조건을 변경할 권한을 보유하고 있습니다. 통지서가 변경될 경우, 당사가 보유하고 있는 모든 PHI에 새로운 조건 및 관행이 적용됩니다. 중대한 사항이 변경된 경우 **Molina**는 당사 웹사이트에 통지서 개정본을 게시하고 개정된 통지서 또는 중대한 변경 사항에 대한 정보 그리고 개정된 통지서를 받는 방법을 다음 연례 우편물을 통해 당시 **Molina**의 보장을 받는 가입자에게 보냅니다.

연락처 정보

궁금한 점이 있으시면 다음 사무소로 문의하십시오.

전화:

Molina 가입자 서비스부

(855) 665-4627, TTY: 711번으로 주 7일 오전 8시~오후8시(현지 시간)에 전화하십시오.

우편:

Molina Healthcare of California Inc.

Attention: Manager of Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

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

D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 의무

당사 플랜의 가입자로서 회원님은 당사 플랜, 당사 네트워크 제공자 및 회원님의 보장 서비스에 대한 정보를 당사에서부터 받을 권리가 있습니다.

영어 사용자가 아닌 경우, 통역 서비스를 통해 당사 플랜에 대한 회원님의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 받으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 이 서비스는 무료로 제공됩니다. 당사는 또한 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 몽어, 한국어, 라오스어, 러시아어, 타갈로그어 및 베트남어로 된 서면 자료 및/또는 정보를 제공할 수 있습니다. 큰 활자, 점자 또는 오디오로도 정보를 제공할 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 자료 또는 다른 형식의 자료를 요청하시려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴)에 연락해 주시기 바랍니다.

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

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함한 당사 플랜:
 - 재무 정보
 - 플랜 회원의 평가
 - 가입자의 이의 제기 건수
 - 당사 플랜 탈퇴 방법
- 다음을 포함한 당사 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 소속 약국:
 - 주치의 선택 또는 변경 방법
 - 당사 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국의 자격
 - 당사가 당사 네트워크 소속 의료 제공자에게 비용을 지불하는 방법
- 다음을 포함한 보장 서비스 및 의약품:

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 플랜 혜택 대상 서비스(가입자 핸드북제3장 및 제4장 참조) 및 의약품(가입자 핸드북제5장 및 제6장 참조)
- 귀하의 보장 및 의약품에 적용되는 한도
- 보장 서비스 및 의약품을 이용하려면 반드시 따라야 하는 규정
- 혜택 대상이 아닌 이유와 다음 요청을 포함하여 그에 대해 취할 수 있는 조치 등(가입자 핸드북제9장 참조)
 - 보장되지 않는 이유에 대한 서면 문의
 - 당사 결정 변경
 - 귀하가 받은 청구서 대금 지불

E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 제공자들은 보장 서비스에 대해 회원에게 직접 대금을 청구할 수 없습니다. 또한 당사가 제공자 청구 금액보다 적은 금액을 지불한다 해도 회원님께 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스 비용을 회원님께 청구하려 하는 경우 취할 수 있는 조치는 가입자 핸드북제7장을 참조하십시오.

F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리

회원님이 원하지 않는 경우 당사 플랜을 유지하지 않으셔도 됩니다.

- 회원님은 Original Medicare 또는 또 다른 Medicare Advantage(MA) 플랜을 통해 본인의 의료 서비스 혜택을 최대한 누릴 수 있는 권리가 있습니다.
- 회원님은 처방약 플랜 또는 또 다른 MA 플랜으로부터 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 다음에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북제10장을 참조하십시오.
 - MA 또는 처방약 혜택 플랜에 신규 가입할 수 있는 시기
 - 플랜을 탈퇴할 경우 Medi-Cal의 혜택을 받는 방법

G. 자신의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리

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

G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리

의료 제공자는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하의 질환과 치료 선택을 설명해야 합니다. 귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 의료 제공자가 케어를 거부하는 이유에 대한 설명을 당사에 요청할 권리. 회원님께는 본인이 받아야 한다고 생각하는 케어를 제공자가 거부하는 경우 당사로부터 그 이유를 들을 권리가 있습니다.
- 당사가 거부했거나 보통은 혜택을 적용하지 않는 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용해 줄 것을 요청할 권리. 이를 보장 결정이라고 합니다. 가입자 핸드북 제9장에 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

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

자세한 정보를 원하시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO) D-SNP 가입자 서비스부에 무료 전화 (855) 665-4627번으로 오전 8시~오후 8시에 문의하십시오(현지 시간, 연중무휴). 청각 장애인이거나 청력에 문제가 있다면 TTY: 711번으로 California 릴레이 서비스에 전화하십시오.

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

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

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

반드시 사전 지시서를 이용해야 할 의무는 없지만 이용할 수 있습니다. 사전 지시서를 사용하려면 다음을 수행합니다.

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

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

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

자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

G3. 회원님의 지시가 따라지지 않는 경우 취해야 하는 조치

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

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

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

웹사이트: <http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/>

H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리

가입자 핸드북제9장을 보시면 회원님의 보장 서비스나 케어와 관련해 문제점 또는 우려 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 예를 들어, 혜택 적용 결정을 내려 달라고 요청하거나, 혜택 적용 결정을 변경해 달라고 이의를 제기하거나 또는 불만을 제기하실 수 있습니다.

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

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

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

- 가입자 서비스부.
- 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): (714) 560-0424. HICAP에 관한 자세한 내용은 2장을 참조하시기 바랍니다.
 - Los Angeles 카운티: (213) 383-4519
 - San Diego 카운티: (858) 565-8772
 - Imperial 카운티: (760) 353- 0223
 - Riverside 및 San Bernardino 카운티: (909) 256-8369
- Ombuds 프로그램: 1-888-452-8609. Ombuds 프로그램에 대한 자세한 정보는 가입자 핸드북2장을 참조하십시오.
- Medicare: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 하루 24시간, 주 7일. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. (Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf))에서 'Medicare 권리 및 보호'를 읽거나 다운로드할 수도 있습니다.)

I. 플랜 가입자로서의 의무

플랜 가입자로서 귀하에게는 아래에 나와 있는 사항을 이행해야 할 의무가 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 가입자 핸드북을 읽고 당사 플랜에서 어떤 항목을 보장하는지, 보장 서비스 및 의약품을 이용하려면 어떤 규정을 따라야 하는지에 대해 알아두셔야 합니다. 세부 사항:
 - 보장 서비스에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북3장 및 4장을 참조하십시오. 3장 및 4장에는 보장 대상, 제외 대상, 따라야 하는 규정 및 본인 부담금이 나와 있습니다.
 - 보장되는 의약품의 경우 가입자 핸드북5장 및 6장을 참조하십시오.
- 다른 건강 또는 처방약 보장을 받는 것이 있으면 당사에 알려주십시오. 당사는 귀하가 의료 케어를 받으실 때 반드시 모든 혜택 옵션을 활용하실 수 있도록 해드려야 합니다. 다른 혜택이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 담당 의사 및 다른 의료 제공자들에게 당사 플랜 가입자임을 밝히셔야 합니다. 서비스나 의약품을 이용할 때는 항상 자신의 가입자 ID 카드를 제시해야 합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 담당 의사 및 다른 의료 서비스 제공자가 귀하에게 최선의 의료 케어를 제공할 수 있도록 이들을 도와주십시오.
 - 의사와 제공자에게 귀하 및 귀하의 건강에 관해 필요한 정보를 제공해 주셔야 합니다. 귀하의 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 알아두십시오. 의료 제공자와 합의한 치료 계획 및 지침을 따르십시오.
 - 담당 의사와 다른 의료 제공자에게 복용하는 의약품에 대해 빠짐없이 알려 주셔야 합니다. 여기에는 처방약, 일반의약품, 비타민제, 건강보충제 등이 포함됩니다.
 - 궁금한 점에 대해 질문을 합니다. 의사 및 다른 의료 제공자는 귀하가 이해할 수 있도록 설명해야 합니다. 질문을 했는데 답이 이해가 되지 않으면 다시 물어보십시오.
- 연간 건강 위험 평가를 완료하는 등 의료 코디네이터와 협력하십시오.
- 다른 사람을 배려하십시오. 플랜 가입자는 모두 다른 사람의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 또한 의사 사무실, 병원, 다른 제공자 사무실에 가셨을 때도 상대를 존중하는 태도로 행동해 주셔야 합니다.
- 귀하의 부담분을 지불해 주십시오. 플랜 가입자는 다음 항목을 지불할 책임이 있습니다.
 - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 '플랜명' 가입자를 위해 Medi-Cal은 파트 A 보험료 및 파트 B 보험료를 지불합니다.
 - 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스나 약을 받는 경우에는 귀하가 비용 전액을 지불해야 합니다. (참고: 서비스나 의약품을 보장하지 않기로 한 결정에 동의하지 않으시면 이의를 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 설명은 9장을 참조하십시오.)
- 이사하는 경우에는 당사에 알려주십시오. 이사하실 계획인 경우 즉시 당사에 알려 주십시오. 케어 코디네이터나 가입자 서비스부로 전화해 주십시오.
 - 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 플랜 가입자가 될 수 있습니다. 서비스 지역에 관한 정보는 가입자 핸드북1장을 참조하십시오.
 - 당사에 연락하시면 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 것인지를 확인해 드리겠습니다. 특별 등록 기간 중에 Original Medicare로 바꾸시거나 새로 이사 가신 곳에서 Medicare 의료 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 새로 이사 가신 지역에 당사가 플랜을 보유하고 있는 경우 알려드릴 수 있습니다.
 - 이사하시게 되면 Medicare와 Medi-Cal에도 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 가입자 핸드북2장을 참조하십시오.
 - 당사 서비스 지역 내 다른 곳으로 이사하시더라도 알려 주셔야 합니다. 당사는 귀하의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지해야 하고 귀하에게 연락하는 방법을 알고 있어야 합니다.
- 전화번호가 변경되었거나 더 쉽게 연락할 수 있는 방법이 있는 경우 알려주십시오.
- 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 케어 코디네이터 또는 가입자 서비스부로 전화하여 도움을 요청하십시오.

제9장: 문제 또는 불만 사항이 있는 경우 해야 할 일(보장 결정, 이의 제기, 불만 제기)

소개

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

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

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

담당 의사 및 기타 제공자가 케어 플랜의 일부로 귀하의 케어에 필요하다고 판단한 의료 케어, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 받아야 합니다. 회원님의 케어와 관련해 문제가 있는 경우 **1-855-501-3077**번으로 **Medicare Medi-Cal Ombuds** 프로그램에 전화해 도움을 요청하십시오. 본 장에 각기 다른 문제점 및 불만 사항에 대해 어떤 여러 가지 옵션이 있는지 나와 있지만, 언제든지 Ombuds 프로그램에 연락해 문제를 얘기하고 도움을 받으실 수 있습니다. 회원님의 우려 사항을 해결하기 위한 추가 리소스와 Ombudsman 프로그램에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 **가입자 핸드북제2장**을 참조하십시오.

목차

A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치	144
A1. 법률 용어 관련 문제	144
B. 도움을 받을 수 있는 곳	144
B1. 자세한 정보 및 도움말	144
C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해	145
D. 혜택 관련 문제	145
E. 보장 결정 및 이의 제기	146
E1. 혜택 적용 결정(Coverage decision)	146
E2. 이의 제기	146
E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원	146
E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션	147
F. 의료 케어	147
F1. 본 섹션을 사용하는 방법	148
F2. 혜택 적용 결정을 요청하는 방법	148
F3. 1단계 이의 제기	150
F4. 2단계 이의 제기	152
F5. 지급 문제	156
G. Medicare 파트 D 처방약	157
G1. Medicare 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기	157
G2. Medicare 파트 D 예외	158
G3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항	159
G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청	159
G5. 1단계 이의 제기	161
G6. 2단계 이의 제기	163
H. 입원 혜택 기간 연장 요청	164
H1. 나의 Medicare 권리 알기	164
H2. 1단계 이의 제기	165
H3. 2단계 이의 제기	166
I. 특정 의료 서비스에 대한 보장 지속 요청	167
I1. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지	167
I2. 1단계 이의 제기	167
I3. 2단계 이의 제기	168
J. 2단계 이상의 이의 제기	169
J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계	169
J2. 추가적인 Medi-Cal 이의 제기	170
J3. 파트 D 의약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기	170

K. 불만 제기 방법	171
K1. 불만에 해당되는 문제 유형	171
K2. 내부 불만	172
K3. 외부 불만	173

A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치

이 장에서는 문제 및 우려 사항을 처리하는 방법에 대해 설명합니다. 사용하는 프로세스는 발생한 문제의 유형에 따라 다릅니다. 보장 결정 및 이의 제기에 사용하는 프로세스는 불만 제기에 사용하는 프로세스와 다릅니다.

공정하고 신속한 서비스를 위해, 각 프로세스에는 당사와 회원님이 따라야 하는 일련의 규칙, 절차, 마감 기한이 있습니다.

A1. 법률 용어 관련 문제

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

예를 들어,

- “고충 제기” 대신 “불만 제기”
- “조직 판정”, “혜택 판정”, “위험 판정”, 또는 “혜택 적용 판정” 대신 “혜택 적용 결정”
- “신속 처리 판정” 대신 “빠른 혜택 적용 결정”
- “독립 검토 주체”(IRE) 대신 “독립 심사 기관”(IRO)이라고 표현합니다.

적절한 법률 용어를 알면 더 명확하게 의사소통할 수 있으므로 해당 용어도 제공되어 있습니다.

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 도움말

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

의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램의 지원

의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 연락하셔도 됩니다. HICAP 상담사는 질문에 답해 드리고 문제를 처리하기 위해 무엇을 해야 할지 이해하도록 도와드릴 수 있습니다. HICAP은 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. HICAP은 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램의 지원

Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램에 전화를 걸어 건강 보험 혜택 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 변호사가 무료 법률 지원을 제공합니다. Ombuds 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 보험 플랜과 관련이 없습니다. Health Consumer Alliance의 전화번호는 1-855-501-3077이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare 지원 및 정보

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

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

Medi-Cal 지원 및 정보

전화: (916) 449-5000, 월요일부터 금요일까지, 현지 시간 오전 8시에서 오후 5시.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

California Department of Health Care Services의 지원

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

California 관리보건부의 지원

California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 문의하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219**번입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 무료 TDD 번호(**1-877-688-9891**)를 이용하시기 바랍니다. DMHC 웹사이트 www.dmhc.ca.gov를 방문하실 수도 있습니다. California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 의료 케어 서비스 플랜에 관한 규제를 담당하고 있습니다. 귀하의 건강 플랜과 관련하여 고충이 있는 경우, 해당 부서와 연락하기 전에 먼저 귀하의 건강 플랜에 **(855) 665-4627, TTY: 711**번으로 전화하여 건강 플랜의 고충 절차를 이용해야 합니다. 이 고충 처리 절차를 이용하는 것으로 인해 귀하가 이용할 수 있는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 긴급 사항과 관련된 고충, 귀하의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결하지 못한 고충 또는 30일 이상 해결되지 않은 고충 때문에 도움이 필요하신 경우에는 관리보건부에 연락해 도움을 요청할 수 있습니다. 독립 의료문제 검토(Independent Medical Review, IMR)를 요청하실 수도 있습니다. 귀하가 IMR에 대한 자격이 있는 경우, IMR 절차는 제안된 서비스나 치료의 의료적 필요성, 실험적 또는 연구적 성격의 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스 비용 지불 분쟁과 관련된 건강 플랜의 의료적 결정에 대해 공정하게 심사합니다. DMHC에는 수신자 부담 무료 전화(1-888-466-2219)와 청각/언어 장애인을 위한 TDD 라인(1-877-688-9891)도 마련되어 있습니다. DMHC의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 불만 사항 제기 양식, IMR 신청 양식 및 설명이 있습니다.

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해

귀하는 Medicare와 Medi-Cal을 보유하고 있습니다. 본 장의 정보는 귀하의 Medicare 및 Medi-Cal Managed Care 혜택 모두에 적용됩니다. Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합하거나 통합하기 때문에 "통합 절차"라고도 합니다.

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

D. 혜택 관련 문제

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

<p>귀하의 혜택 또는 보장과 관련한 문제나 우려 사항이 있습니까?</p> <p>여기에는 특정 의료 케어(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 처방약)가 보장되는지 여부, 보장 방식 및 의료 케어 비용 지불에 대한 문제가 포함됩니다.</p>	
<p>예. 혜택 또는 보장 관련 문제입니다.</p> <p>섹션 E, “보장 결정 및 이의 제기”를 참조하십시오.</p>	<p>아니요. 혜택 또는 보장 관련 문제가 아닙니다.</p> <p>섹션 K, “불만 제기 방법”을 참조하십시오.</p>

E. 보장 결정 및 이의 제기

보장 결정을 요청하고 이의 제기를 하는 절차에서는 의료 케어(서비스, 품목 및 파트 B 처방약, 지불 포함)에 대한 혜택 및 보장과 관련된 문제를 다룹니다. 간단히 말하면, 당사는 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 파트 B 처방약을 의료 케어라고 합니다.

E1. 혜택 적용 결정(Coverage decision)

혜택 적용 결정은 회원의 혜택 및 혜택 적용, 또는 당사가 회원님의 의료 서비스 또는 의약품에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 결정을 의미합니다. 예를 들어, 당사 플랜 네트워크 소속 의사는 회원님이 의료 케어를 받을 때마다 회원님에게 유리한 혜택 적용 결정을 내립니다(가입자 핸드북제4장, 섹션 G 참조).

또한 회원님 본인 또는 담당 의사는 당사에 문의하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 회원님 또는 담당 의사는 당사가 특정 의료 서비스를 보장하는지 또는 회원님이 필요하다고 생각하는 의료 케어 제공을 당사가 거부할 수 있는지 여부를 확신하지 못할 수 있습니다. 의료 서비스를 받기 전에 당사에서 혜택을 적용할 것인지 알아 보려면 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다.

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

E2. 이의 제기

귀하가 당사의 보장 결정에 만족하지 않을 경우, 결정에 '이의를 제기'할 수 있습니다. 이의 제기를 통해 귀하가 당사의 보장 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다.

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

대부분의 경우 이의 제기는 반드시 1단계부터 시작해야 합니다. 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있는 경우 또는 중증의 통증이 있고 즉각적인 결정이 필요한 경우에는 www.dmhc.ca.gov에서 DMHC의 IMR 의료 심사를 요청하십시오. 자세한 내용은 섹션 F4를 참조하십시오.

검토가 완료되면 결정을 통보해 드립니다. 이 장 뒷부분에 설명된 특정 상황에서는 신속 또는 '빠른 보장 결정' 또는 보장 결정에 대한 "빠른 이의 제기"를 요청할 수 있습니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다. Medicare 의료 케어의 보장에 관한 사안인 경우, 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 독립 심사 기관(IRO)으로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다. Medicare 파트 D 또는 Medicaid 서비스나 품목의 보장에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 귀하가 직접 2단계 이의 제기 신청을 하는 방법을 안내해드립니다. 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 F4 섹션을 참조하십시오. 귀하의 문제가 Medicare와 Medicaid 모두에서 보장되는 서비스 또는 품목 보장 범위에 관한 것이면 서한에서 두 가지 유형의 2단계 이의 제기에 관한 정보를 제공해 드립니다.

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

E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원

다음 중 한 가지 방법으로 지원을 요청할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부: 페이지 하단 번호
- Medicare Medi-Cal Ombuds 프로그램: 1-855-501-3077번
- 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): 1-800-434-0222

- **관리보건부(DMHC) 헬프 센터**에 전화하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 감독을 담당합니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 무료 TDD 번호(1-877-688-9891번)를 이용하시기 바랍니다. DMHC 웹사이트 www.dmhc.ca.gov를 방문하실 수도 있습니다.
- **담당 의사 또는 그 외 제공자.** 담당 의사 또는 그 외 제공자가 귀하를 대신하여 보장 결정이나 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **친구 또는 가족 구성원.** 다른 사람을 귀하의 '대리인'으로 지명해, 대신 보장 결정에 대해 문의하거나 이의 제기 신청을 하도록 할 수 있습니다.
- **변호사.** 귀하는 변호사를 선임할 권리를 가지고 있지만 변호사 없이도 보장 결정을 요청하거나 이의를 신청할 수 있습니다.
 - 귀하의 변호사에게 연락하시거나 지역 변호사 협회 또는 다른 추천 서비스를 통해 추천받으십시오. 귀하에게 자격이 있는 경우 일부 법률 단체에서 무료 법률 서비스를 제공합니다.
 - 1-855-501-3077번으로 Medicare Medi-Cal Ombuds Program에 연락하여 법률 지원 변호사를 요청하십시오.

변호사 또는 다른 사람이 대리인의 역할을 수행하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 이 양식은 다른 사람에게 귀하를 대신하여 행동할 수 있는 권한을 부여합니다.

페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 '대리인 임명' 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서도 해당 양식을 다운로드할 수 있습니다. 양식에 서명해 반드시 당사에 사본 한 부를 제출해 주셔야 합니다.

E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션

혜택 적용 결정과 이의 제기와 관련한 상황에는 네 가지 상황이 있습니다. 상황마다 규정과 기한이 다릅니다. 각 상황에 대한 자세한 내용은 본 장의 개별 섹션에서 자세히 소개합니다. 다음의 해당 섹션을 참조하십시오.

- 섹션 F “의료 서비스”
- 섹션 G “Medicare 파트 D 처방약”
- 섹션 H “입원 혜택 기간 연장 요청”
- 섹션 I “특정 의료 서비스에 대한 지속적인 보장 요청”(이 섹션은 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF), 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 참고해야 할지 잘 모르겠다면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 의료 케어

이 섹션에서는 귀하가 진료 보장을 받는 데 문제가 있거나 귀하의 진료 비용의 당사 부담금에 대해서 환급 받기 원하시는 경우 해야 할 일을 설명합니다.

이 섹션은 가입자 핸드북 제4장에 설명된 의료 케어를 받을 수 있는 가입자의 혜택과 관련된 사항을 다룹니다. 경우에 따라 Medicare 파트 B 처방약에 다른 규정이 적용될 수 있습니다. 이 경우 당사는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 규정이 의료 서비스 및 품목에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명합니다.

F1. 본 섹션을 사용하는 방법

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

1. 당사에서 회원님이 필요로 하는 의료 서비스에 대해 혜택을 적용한다고 생각하지만 해당 서비스를 받고 있지 않은 경우
취할 수 있는 조치: 보장 결정을 요청하실 수 있습니다. 섹션 F2를 참조하십시오.
2. 담당 의사 또는 다른 의료 제공자가 회원님께 제공하고자 하는 의료 서비스를 당사에서 승인하지 않았으며, 회원님은 당사가 승인해야 한다고 생각하는 경우
취할 수 있는 조치: 회원님은 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 섹션 F3을 참조하십시오.
3. 귀하가 보장된다고 생각하는 의료 케어를 받았는데 당사에서 비용을 지불하지 않는 경우
취할 수 있는 조치: 비용을 지불하지 않기로 한 당사의 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다. 섹션 F5를 참조하십시오.
4. 혜택 대상이라고 생각하고 의료 서비스를 받고 비용을 지급했으며, 당사가 그 비용을 환급하기를 원하는 경우
취할 수 있는 조치: 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. 섹션 F5를 참조하십시오.
5. 당사에서 특정 의료 서비스에 대한 회원님의 적용 혜택을 축소하거나 중단했으며, 이러한 결정이 회원님의 건강에 해가 될 수 있다고 생각하는 경우
취할 수 있는 조치: 의료 서비스 축소 또는 중단이라는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 섹션 F4를 참조하십시오.
 - 보장이 병원 케어, 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF)에서의 케어 또는 CORF 서비스인 경우 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용은 섹션 H 또는 섹션 I를 참조하십시오.
 - 특정 의료 서비스에 대한 혜택 축소 또는 중단에 관련한 기타 모든 상황에 관한 정보는 본 섹션(섹션 F)을 참조하십시오.
6. 서비스가 지연되거나 의사를 찾을 수 없는 경우
취할 수 있는 조치: 불만을 제기하실 수 있습니다. 섹션 K2를 참조하십시오.

F2. 혜택 적용 결정을 요청하는 방법

혜택 적용 결정이 회원님의 의료 서비스에 관련이 있는 경우, 이를 “통합 기관 판정”이라고 합니다.

회원님, 담당 의사 또는 대리인은 다음과 같이 당사에 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: (855) 665-4627, TTY: 711.
- 팩스: (844) 834-2155.
- 우편: Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

일반 혜택 적용 결정

당사에서 결정을 내릴 때에는 "빠른" 기한을 사용하기로 합의하지 않는 한 "일반" 기한을 사용합니다. 일반 혜택 적용 결정의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- 의료 서비스 또는 용품의 경우 요청이 접수된 날부터 달력일 기준 14일 이내 Knox-Keene 플랜의 경우, 회원님의 요청을 받은 후 영업일 기준 5일 이내, 달력일 기준 14일 이내
- Medicare 파트 B 처방약의 경우 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내

빠른 혜택 적용 결정

“빠른 혜택 적용 결정”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 결정”입니다.

회원님이 의료 케어에 대한 혜택 적용 결정을 당사에 요청하고 회원님의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우, "빠른 혜택 적용 결정"을 요청하십시오. 빠른 혜택 적용 결정은 다음의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- 의료 서비스 또는 품목의 경우 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내 혹은 의학적 상태로 인해 빠른 응답이 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내
- Medicare 파트 B 처방약의 경우 요청을 받은 시점으로부터 24시간 이내

빠른 혜택 적용 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- 귀하가 받지 못한 의료 품목 및/또는 서비스에 대한 보장을 요청하는 경우입니다. 이미 받으신 품목이나 서비스 비용 지불에 대해서는 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 수 없습니다.
- 일반 기한을 사용하면 건강에 중대한 해를 끼치거나 기능을 저하시킬 수 있습니다.

의사가 회원님의 건강에 필요한 의료 서비스임을 알리는 경우, 당사는 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 담당 의사의 동의 없이 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.

- 회원님의 건강 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우 서한을 보내 알려 드리고 대신 일반 기한을 적용합니다. 서한의 내용은 다음과 같습니다.
 - 의사가 요청할 경우 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다.
 - 빠른 혜택 적용 결정 대신 일반 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 제출하는 방법 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

요청 내용의 일부 또는 전체가 승인되지 않는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다.

- 당사에서 요청을 거부하는 경우, 회원님께는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사의 실수라고 생각하는 경우, 이의 제기를 통해 당사의 결정을 검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청할 수 있습니다.
- 이의 제기를 하기로 결정하신 경우, 1단계 이의 제기 절차가 시작됩니다(**섹션 F3** 참조).

드물게 혜택 적용 결정 요청이 기각될 수 있으며, 이는 당사에서 요청을 검토하지 않을 것임을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청 양식이 제대로 작성되지 않은 경우
- 다른 사람이 회원님을 대신하여 요청을 했지만 법적 권한이 없는 경우
- 회원님께서서 요청 철회를 요청하시는 경우

혜택 적용 결정에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재검토를 요청하는 방법을 설명하는 안내서가 발송됩니다. 이러한 검토를 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에 관한 내용은 다음 섹션에서 알아봅니다.

F3. 1단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 반드시 귀하, 담당 의사 또는 대리인이 당사에 연락해야 합니다. 당사에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 문의하십시오.

일반 이의 제기 또는 빠른 이의 제기를 요청하려면 당사에 서면으로 연락하시거나 (855) 665-4627, TTY: 711로 전화하십시오.

- 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 대신할 수 있도록 해야 합니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 귀하를 대신하여 이의를 제기하는 경우, 해당인에게 귀하를 대신할 수 있는 권한을 부여하는 대리인 임명 양식을 제출하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 양식을 다운로드할 수 있습니다.
- 대리인 임명 양식이 없는 경우에도 이의 제기 요청이 수락될 수는 있지만 이 양식이 접수되어야만 검토가 시작 또는 완료될 수 있습니다. 이의 제기 요청을 받은 후 44일 이내에 양식이 접수되지 않는 경우:
 - 요청이 기각됩니다.
 - 귀하에게는 당사의 이의 제기 기각 결정에 대해 IRO에 검토를 요청할 권리가 있음을 설명하는 안내서가 발송됩니다.
- 귀하는 당사의 결정을 알리기 위해 발송한 서한에 기재된 날짜로부터 65일 이내에 이의 제기를 요청해야 합니다.
- 기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나 당사가 기한을 잘못 알려드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.
- 귀하에게는 당사에 귀하의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하와 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

'빠른 이의 제기'에 해당되는 법률 용어는 '신속 처리 재고'입니다.

- 귀하가 받지 않은 서비스에 대한 보장에 대해 당사가 내린 결정에 이의를 제기하시는 경우, 귀하 및/ 또는 담당 의사는 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.

의사가 회원님의 건강에 필요한 의료 서비스임을 알리는 경우, 당사는 자동으로 빠른 이의 제기를 제공합니다. 담당 의사의 동의 없이 요청하시는 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.

- 회원님의 건강 상태가 빠른 이의 제기에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우 서한을 보내 알려드리고 대신 일반 기한을 적용합니다. 서한의 내용은 다음과 같습니다.
 - 의사가 요청할 경우 자동으로 빠른 이의 제기를 제공합니다.
 - 빠른 이의 제기 대신 일반 이의 제기를 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 "빠른 불만 제기"를 제출하는 방법이 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 K를 참조하십시오.

이미 받으신 서비스 또는 품목에 적용되는 혜택이 중단 또는 축소된다는 소식을 당사가 귀하에게 알리는 경우, 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 품목을 계속 이용할 수 있습니다.

- 귀하가 받는 서비스나 품목에 대한 보장을 변경 또는 중단하기로 당사가 결정하는 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 1단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

- 귀하가 당사의 서한에 기재된 날로부터 **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 계류 중인 동안 해당 서비스 또는 품목을 그대로 받을 수 있습니다.
 - 이의 제기 대상이 아닌 다른 모든 서비스 또는 품목도 그대로 제공됩니다.
 - 해당 날짜 이전에 이의 제기를 하지 않으면 이의 제기 결정을 기다리는 동안 서비스 또는 품목이 계속 제공되지 않습니다.

당사에서 귀하의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 귀하의 이의 제기를 검토할 때 당사는 귀하의 의료 케어 보장 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집합니다. 추가 정보를 얻기 위해 귀하 또는 담당 의사에게 연락할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기에 대한 기한이 있습니다.

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사는 이의 제기를 받은 후 **72시간 이내** 혹은 회원님의 건강 상태로 인해 더 빠른 응답이 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 답변해 드립니다.
 - 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그런 다음 IRO에서 이것을 검토합니다. 이 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다. 귀하의 문제가 Medicaid 서비스나 품목의 보장에 관한 것이면 시간이 다 되는 즉시 주 정부에 2단계 - 주 정부 심리를 직접 요청할 수 있습니다. California에서는 주 정부 심리(State Hearing)를 주 정부 공정 심리(State Fair Hearing)라고 합니다. 주 정부 심리를 제기하려면 www.CDSS.CA.GOV를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 이의 제기를 받은 후 72시간 이내 혹은 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시간 내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택을 허가해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 당사는 2단계 이의 제기를 위해 IRO에 이의 제기를 전달합니다.

일반 이의 제기에 대한 기한이 있습니다.

- 일반 기한을 사용하면 귀하가 받지 못한 서비스에 대한 이의 제기 신청을 받은 날로부터 **30일 이내에** 결정을 통보해 드리도록 정해져 있습니다.
- 귀하가 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 이의 제기 신청을 받은 날로부터 **7일 이내**에 또는 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시일 내에 답변해 드립니다.
 - 기한까지 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그런 다음 IRO에서 이것을 검토합니다. 이 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다. 귀하의 문제가 Medicaid 서비스나 품목의 보장에 관한 것이면 시간이 다 되는 즉시 주 정부에 2단계 - 주 정부 심리를 직접 요청할 수 있습니다. California에서는 주 정부 심리(State Hearing)를 주 정부 공정 심리(State Fair Hearing)라고 합니다. 주 정부 심리를 제기하려면 www.CDSS.CA.GOV를 참조하십시오.

요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 30일 이내에 또는 귀하의 건강 상태에 따라 최대한 빨리 그리고 결정을 변경한 날로부터 72시간 이내에 또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 이의 제기를 받은 날로부터 7일 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택을 허가 또는 제공해야 합니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 귀하에게는 추가적인 이의 제기 권리가 있습니다.

- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다.

- Medicare 서비스 또는 품목의 보장에 관한 사안인 경우, 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 IRO로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다.
- Medi-Cal 서비스나 품목의 보장에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 귀하가 직접 2단계 이의 제기 신청을 하는 방법을 안내해 드립니다.

F4. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기 전체 또는 일부에 대해 당사에서 거부 결정을 내리는 경우 서한을 통해 알려드립니다. 이 서한에서는 Medicare, Medi-Cal 또는 두 프로그램 모두 일반적으로 해당 서비스나 품목을 보장하는지 여부를 알려 줍니다.

- 일반적으로 **Medicare**에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 1단계 이의 제기 절차가 완료 되는 대로 해당 케이스는 자동적으로 이의 제기 절차 2단계로 넘어갑니다.
- 일반적으로 **Medi-Cal**에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 귀하가 직접 2단계 이의 제기 신청을 하실 수 있습니다. 서한을 통해 방법을 안내해 드립니다. 또한 이 장의 뒷부분에서 더 많은 정보를 확인하실 수 있습니다. 당사는 Medi-Cal 서비스 또는 품목에 대해 귀하를 위해 자동으로 2단계 이의 제기 신청을 하지 않습니다.
- **Medicare와 Medi-Cal** 모두의 혜택 대상일 수 있는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우, 자동으로 IRO를 통한 2단계 이의 제기 절차가 진행됩니다. 자동 2단계 이의 제기 외에도, 해당 주에 주 정부 심리(State Hearing) 및 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 단, 주 정부 심리에 이미 증거를 제시한 경우에는 독립 의료 심사를 이용할 수 없습니다.

귀하가 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 **F3** 섹션을 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare에서만 보장하는 서비스에 관한 사안인 경우, IRO의 2단계 이의 제기 절차 동안 해당 서비스에 대한 혜택은 유지되지 않습니다.
- 일반적으로 Medi-Cal에서만 보장하는 서비스에 관한 사안인 경우, 당사의 결정 안내서를 받은 후 달력일 기준 10일 이내에 2단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

일반적으로 Medicare에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우

IRO에서 회원님의 이의를 심사합니다. 독립 심사 기관은 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다.

"독립 심사 기관"(Independent Review Organization, IRO)의 공식 명칭은 "독립 검토 기관"(Independent Review Entity)이며 "IRE"라고도 합니다.

- 독립 심사 기관은 당사와 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare에서 IRO로 이 회사를 선택했으며 이들의 업무를 감독합니다.
- 당사는 이의 제기에 관한 정보('케이스 파일')를 이 기관에 전송합니다. 귀하에게는 귀하의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다.
- 또한 IRO에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- IRO의 심사관은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.

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

- 1단계에서 '빠른 이의 제기'를 신청하신 경우 2단계에서 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. IRO는 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내**에 2단계 이의 제기에 대해 회원께 답변을 제공해야 합니다.

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

- 1단계에서 일반 이의 제기를 신청하신 경우 2단계에서 자동으로 일반 이의 제기가 진행됩니다.
- 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청인 경우 IRO는 이의 제기를 받은 시점으로부터 달력일 기준 30일 이내에 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 IRO는 이의 제기를 받은 시점으로부터 달력일 기준 7일 이내에 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.

IRO는 서면으로 답변을 하고 그 이유를 설명합니다.

- **IRO가 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우** 당사는 다음과 같이 즉시 결정을 이행해야 합니다.
 - 72시간 이내에 의료 케어 보장을 승인합니다.
 - 일반 요청에 대한 IRO의 결정을 받은 후 영업일 기준 5일 이내에 서비스를 제공합니다.
 - 신속 요청에 대한 IRO의 결정을 받은 후 72시간 이내에 서비스를 제공합니다.
- **IRO가 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우** 당사는 다음 기한 안에 분쟁 대상 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
 - 일반 요청에 대한 IRO의 결정을 받은 후 72시간 이내
 - 신속 요청에 대한 IRO의 결정을 받은 날로부터 24시간 이내
- **IRO가 이의 제기의 일부 또는 전체를 거부하는 경우**, IRO에서 당사가 의료 케어 혜택 보장에 대한 회원님의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 한 데 대해 동의한다는 의미입니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 거부'라고 합니다.
 - 케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.
 - 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 단계가 있습니다.
 - 2단계 이의 제기가 거부되고 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요구 사항을 충족하는 경우 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 할지 여부를 결정해야 합니다. 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 이후 발송되는 안내서에 나와 있습니다.
 - 행정법 판사(ALJ) 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 J 섹션을 참조하십시오.

일반적으로 Medi-Cal에서 보장하는 서비스 또는 품목에 관한 사안인 경우

Medi-Cal 서비스 및 품목에 대해 2단계 이의 제기를 하는 방법은 다음과 같이 두 가지입니다.

- (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사 또는
- (2) 주 정부 심리(State Hearing)

(1) 독립 의료 심사

California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)의 헬프 센터에서 실시하는 IMR(독립 의료 심사)을 요청하거나 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC에서 당사의 결정을 심사하고 판정을 내립니다. IMR은 본질적으로 의료와 관련된 모든 Medi-Cal 보장 서비스 또는 품목에 이용할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜 또는 DMHC 소속이 아닌 전문가들이 귀하의 케이스를 심사하는 것입니다. IMR 결정이 귀하에게 유리한 경우, 당사는 귀하가 요청한 서비스 또는 품목을 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

당사 플랜이 다음과 같은 경우 불만을 제기하거나 IMR을 신청할 수 있습니다.

- 당사 플랜에서 의학적으로 필요하지 않다고 결정함에 따라 Medi-Cal 서비스 또는 치료를 거부, 변경 또는 지연하는 경우
- 중대한 의학적 상태에 대한 실험적 또는 연구 목적 Medi-Cal 치료를 보장하지 않는 경우
- 수술 서비스 또는 시술이 미용 목적이었는지 재건 목적이었는지에 대한 분쟁이 발생하는 경우

- 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 지불하지 않는 경우
- 일반 이의 제기의 경우 30일 이내, 빠른 이의 제기의 경우 72시간 이내, 또는 건강상 필요한 경우 더 빨리 Medi-Cal 서비스에 대한 1단계 이의 제기를 해결하지 않은 경우

참고: 귀하의 의료 제공자가 귀하를 대신하여 이의를 제기했지만 당사가 귀하의 대리인 선임 양식을 받지 못한 경우, 귀하의 이의 제기가 중증의 통증, 생명, 사지 또는 주요 신체 기능의 잠재적인 상실을 포함하되 이에 국한되지 않는 귀하의 건강에 대한 임박하고 중대한 위협과 관련이 있는 경우를 제외하고는 당사에 이의 제기를 다시 해야만 Department of Managed Health Care에 2단계 IMR을 신청할 수 있습니다.

귀하는 IMR과 주 정부 심리를 모두 받을 자격이 있지만, 이미 주 정부 심리에서 증거를 제출했거나 동일한 문제에 대해 주 정부 심리를 받은 경우에는 IMR을 받을 자격이 없습니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하기 전에 먼저 당사에 이의를 제기해야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 대한 정보는 섹션 F3을 참조하십시오. 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우 DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 헬프 센터에 IMR을 요청하시면 됩니다.

해당 치료가 실험적이거나 연구 목적이라는 이유로 거부된 경우 IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 제기 절차에 참여할 필요가 없습니다.

문제가 긴급하거나 귀하의 건강에 즉각적이고 중대한 위협이 되는 경우 또는 귀하가 극심한 통증을 겪고 있는 경우, 이의 제기 절차를 거치지 않고 즉시 DMHC에 알릴 수 있습니다.

귀하는 당사에서 이의 제기에 대한 서면 결정을 발송한 후 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 귀하가 6개월 이내에 IMR을 요청할 수 없는 의학적 상태가 있었거나 당사로부터 IMR 절차에 대한 적절한 통지서를 받지 못한 것과 같은 합당한 이유가 있는 경우 6개월 후에 귀하의 신청을 수락할 수 있습니다.

IMR을 요청하는 방법:

- www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 독립 의료 심사 신청 양식 및 불만 제기 양식을 작성하시거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 문의하십시오. TTY 이용자는 1-877-688-9891로 전화하시기 바랍니다.
- 당사가 거부한 서비스나 품목에 대한 서한이나 기타 문서가 있다면 사본을 첨부하십시오. 그러면 IMR 절차가 빨리 진행될 수 있습니다. 문서의 원본이 아닌 사본을 보내주십시오. 헬프 센터는 어떤 문서도 반환할 수 없습니다.
- IMR에 도움을 주는 사람이 있는 경우 지정 도우미 양식을 작성하십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 다운로드하거나 부서 헬프 센터 (1-888-466-2219)에 연락하여 받을 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-688-9891로 전화하시기 바랍니다.
- 해당 양식과 첨부 파일을 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내십시오.

Help Center

Department of Managed Health Care

980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

팩스: 916-255-5241

- 또한 독립 의료 심사 신청서/불만 제기 양식 및 지정 도우미 양식을 온라인으로 제출할 수도 있습니다. www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 귀하의 케이스를 심사한 후 7일 이내에 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜에서 신청서와 지원 서류를 수령한 후, IMR 결정은 30일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 45일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다.

케이스가 긴급하고 IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 귀하의 케이스를 심사하고 작성한 신청서가 접수된 후 48일 이내에 귀하가 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜에서 신청서와 지원 서류를 수

령한 후, IMR 결정은 3일 이내에 이루어집니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 7일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다. IMR 결과가 만족스럽지 않은 경우 주 정부 심리를 요청할 수 있습니다.

DMHC에서 귀하 또는 담당 치료 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하는 경우 IMR이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 건강 플랜의 네트워크에 속하지 않은 의사를 이용하는 경우 해당 의사로부터 귀하의 의료 기록을 받아 당사에 보내는 것이 중요합니다. 네트워크 소속 의사로부터 의료 기록의 사본을 받으려면 건강 플랜이 필요합니다.

DMHC에서 귀하의 케이스가 IMR에 적격하지 않다고 결정하는 경우 DMHC는 일반 소비자 불만 제기 절차를 통해 해당 케이스를 심사합니다. 귀하의 불만은 작성된 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 해결되어야 합니다. 불만 사항이 긴급한 경우 이보다 빠른 시일 내에 해결됩니다.

(2) 주 정부 심리(State Hearing)

Medi-Cal 보장 서비스 및 품목에 대해 주 정부 심리를 요청할 수 있습니다. 담당 의사 또는 다른 제공자가 당사가 승인하지 않는 서비스나 품목을 요청하거나, 당사가 귀하가 이미 받은 서비스나 품목에 대해 대금을 계속 지불하지 않을 예정이며 귀하의 1단계 이의 제기를 거부한 경우, 귀하에게는 주 정부 심리를 신청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우 '이의 제기 결정 서한' 통지서를 우편으로 받은 후 **120일** 이내에 주 정부 심리를 요청해야 합니다.

참고: 귀하가 현재 받는 서비스가 변경 또는 중단될 것이라는 당사의 통지 때문에 주 정부 심리를 요청하시는 경우, 주 정부 심리가 계류 중인 때에 해당 서비스를 계속 받으시려면 **요청 제출 기한이 더 짧습니다.** 자세한 내용은 섹션 F4의 '2단계 이의 제기 기간 중 혜택을 계속 받을 수 있나요?'를 참조하십시오.

주 정부 심리를 요청하는 방법은 다음과 같이 두 가지입니다.

1. 결과 통지서 뒷면에 있는 'Request for State Hearing'(주 정부 심리 요청)을 작성할 수 있습니다. 귀하의 성명, 주소, 전화번호, 귀하를 상대로 조치를 취한 플랜 또는 카운티 이름, 관련된 지원 프로그램, 심리를 원하는 상세한 이유 등 요청된 모든 정보를 제공해야 합니다. 그리고 나서 다음 방법 중 하나로 요청을 제출할 수 있습니다.
 - 통지서에 표시된 주소의 카운티 복지부로 제출
 - To the California Department of Social Services:
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430
 - State Hearings Division에 팩스로 제출(번호: 916-309-3487 또는 무료 번호 1-833-281-0903)
2. California Department of Social Services에 1-800-743-8525번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번으로 전화해야 합니다. 전화로 주 정부 심리를 요청하려는 경우 통화량이 매우 많다는 점에 유의해야 합니다.

State Hearings Division에서 서면으로 결정을 내리고 그 이유를 설명합니다.

- State Hearings Division에서 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, 당사는 해당 결정을 받은 후 **72시간** 이내에 해당 서비스 또는 품목을 승인하거나 제공해야 합니다.
- State Hearings Division에서 이의 제기의 일부 또는 전체를 거부하는 경우, 이는 State Hearings Division에서 당사가 의료 케어 보장에 대한 회원님의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않기로 한 데 대해 동의한다는 의미입니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 거부'라고 합니다.

IRO 또는 주 정부 심리 결정에서 요청의 전체 또는 일부를 거부하는 경우, 회원님은 추가 이의 제기 권리를 가집니다.

2단계 이의 제기가 **IRO**로 넘어갔던 경우, 회원님께서 원하는 서비스 또는 품목의 달러 금액 가치가 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에 한해 다시 이의를 제기할 수 있습니다. ALJ 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. **IRO**로부터 받는 서한에 회원님이 보유할 수 있는 추가 이의 제기 권리에 대한 설명이 나와 있습니다.

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

2단계 이후 이의 제기 권리에 대한 자세한 내용은 **J** 섹션을 참조하십시오.

F5. 지급 문제

당사에서는 당사 네트워크 소속 의료 제공자가 보장 서비스 및 품목에 대해 귀하에게 비용을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 이는 보장 서비스 또는 품목에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적은 금액을 제공자에게 지불하는 경우에도 마찬가지입니다. 회원님은 어떤 청구서의 잔액도 지불할 필요가 없습니다. 가입자가 지불해야 하는 유일한 금액은 코페이가 필요한 의약품 범주에 대한 코페이입니다.

보장 서비스 및 품목에 대한 청구서를 받는 경우 당사에 청구서를 보내주십시오. 직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 당사가 서비스 제공자에게 직접 연락하여 문제를 해결할 것입니다. 귀하가 비용을 지불하는 경우, 서비스 또는 품목을 받기 위한 규정을 준수하였다면 당사 플랜으로부터 환급을 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 **가입자 핸드북 제7장**을 참조하십시오. 여기에는 제공자로부터 받으신 청구서 대금 환급을 요청하거나 납입해야 하는 상황에 대한 설명이 나와 있습니다. 당사에 지불을 요청하는 서류를 보내는 방법도 나와 있습니다.

비용 환급을 요청하시는 경우, 바로 혜택 적용 결정을 요청하시는 것입니다. 당사는 회원님께서 비용을 지급하신 서비스 또는 품목이 혜택 대상인지 확인하고, 회원님께서 혜택 이용과 관련해 모든 규정을 따랐는지 확인합니다.

- 귀하가 비용을 지불한 서비스 또는 품목이 보장 대상이고 귀하가 모든 규정을 따른 경우 귀하 또는 의료 제공자에게 대금을 보내거나, 플랜에 비용 부담이 있는 경우에는 일반적으로 요청 접수일로부터 달력일 기준 30일 이내에, 늦어도 60일 이내에 귀하 또는 의료 제공자에게 해당 서비스 또는 품목에 대한 당사 부담금을 환급해 드립니다. 그러면 제공자가 회원님께 지급금을 보냅니다.
- 아직 서비스 또는 품목에 대한 비용을 지불하지 않은 경우 당사가 제공자에게 직접 지불금을 보냅니다. 당사가 지불금을 보내는 것은 귀하의 보장 결정 요청을 승인하는 것과 같습니다.
- 보장 대상이 아닌 서비스 또는 품목이거나 회원님께서 모든 규정을 따르지 않으신 경우, 당사는 해당 서비스나 품목 대금을 지급하지 않을 것임을 알리고 그 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다.

지급하지 않겠다는 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 섹션 F3에 나와 있는 이의 제기 신청 절차에 따르시면 됩니다. 지시에 따를 때는 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사로부터 환급을 받기 위해 이의를 제기하시는 경우 당사는 반드시 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 결정을 통보해 드려야 합니다.
- 이미 받으셨고 비용을 납입하신 의료 서비스 또는 용품 비용을 환급해달라고 요청하시는 경우, 빠른 이의 제기를 신청하실 수 없습니다.

이의 제기가 거부되고 일반적으로 Medicare가 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 제공하는 경우, 당사는 해당 케이스를 IRO에 전달합니다. 그럴 경우, 당사에서 서한을 발송해 드립니다.

- IRO가 당사 결정을 뒤집고 당사가 비용을 지불해야 한다고 결정하는 경우, 당사는 반드시 30일 이내에 귀하 또는 의료 제공자에게 비용을 지불해야 합니다. 2단계 이후 일체의 이의 제기 과정에서 승인 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 대금을 귀하 또는 해당 의료 제공자에게 지급해야 합니다.
- IRO가 이의 제기를 거부하는 경우, IRO에서 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 '결정 지지' 또는 '이의 제기 거부'라고 합니다. 회원님이 보유할 수 있는 추가 이의 제기 권리를 설명하는 서한이 발송됩니다. 추가적인 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 섹션 J를 참조하십시오.

당사에서 이의 제기를 거부하며 일반적으로 Medi-Cal이 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 제공하는 경우 직접 2단계 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 F4를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 처방약

당사 플랜 가입자의 혜택에는 여러 처방약에 대한 보장이 포함됩니다. 이러한 처방약은 대부분 Medicare 파트 D 의약품입니다. 일부 의약품의 경우 Medi-Cal은 적용되지만 Medicare 파트 D가 적용되지 않습니다. 이 섹션은 **Medicare 파트 D 의약품 이의 제기**에만 적용됩니다. 이 섹션의 나머지 부분에서는 매번 “Medicare 파트 D 의약품”이라고 하지 않고 “의약품”이라고 하겠습니다. Medi-Cal에서만 보장되는 의약품의 경우 섹션 E의 프로세스를 따릅니다.

의약품에 대해 보장을 받으려면 해당 의약품이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 의약품이 FDA(식품의약품)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북제5장**을 참조하십시오.

G1. Medicare 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기

Medicare 파트 D 의약품과 관련해 당사에 요청하실 수 있는 혜택 적용 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 당사에 다음과 같은 예외 인정을 요청하는 경우:
 - 당사 플랜의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 Medicare 파트 D 의약품에 대한 혜택 적용
 - 특정 의약품에 대한 혜택 적용에 대한 제한 철회(받을 수 있는 의약품의 양에 대한 한도 등)
- 특정 의약품에 혜택이 적용되는지 당사에 문의하실 수 있습니다(예를 들어, 사용하고 계신 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있지만 혜택을 적용하기 전에 당사가 승인해야 하는 경우)

참고: 약국에서 처방에 따라 처방약을 조제해 줄 수 없다고 얘기하는 경우 약국으로부터 당사에 연락해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법을 안내하는 서면 통지서를 받으시게 됩니다.

Medicare 파트 D 의약품에 대한 최초 혜택 적용 결정을 “**혜택 적용 결정**”이라고 합니다.

- 이미 구입한 의약품에 대해 당사에 비용 지불을 요청하실 수 있습니다. 이는 비용 지불에 대한 보장 결정을 요청하는 것입니다.

당사가 내린 혜택 적용 결정에 동의하지 않으시는 경우 그 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 혜택 적용 결정을 요청하는 방법 및 이의를 제기하는 방법에 대해 안내해 드립니다. 아래 차트를 참조하십시오.

다음 중 귀하의 상황에 해당하는 것은 무엇인가요?			
당사 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하거나 당사 혜택 대상인 의약품에 대한 규정 또는 제한 사항의 철회를 원하는 경우	당사 의약품 목록에 있는 의약품에 대한 혜택 적용을 원하며, 회원님께서 필요한 의약품에 대한 플랜 규정이나 제한 사항(사전 승인 받기 등)을 충족한다고 생각하는 경우	이미 받았고 비용도 지급한 의약품에 대해 당사에 비용 환급을 요청하고자 하는 경우	당사에서 이미 회원님이 원하는 방식으로 혜택을 적용하거나 비용을 지급하지 않을 것이라는 결정을 통보받은 경우
귀하는 당사에 예외 인정을 요청하실 수 있습니다. (보장 결정의 한 유형)	당사에 보장 결정을 요청하실 수 있습니다.	당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. (보장 결정의 한 유형)	이의를 제기하실 수 있습니다. (즉, 당사에 재고를 요청하는 것)
섹션 G2부터 시작하여 섹션 G3 및 G4를 참조하십시오.	섹션 G4를 참조하십시오.	섹션 G4를 참조하십시오.	섹션 G5를 참조하십시오.

G2. Medicare 파트 D 예외

원하시는 방식으로 의약품을 보장하지 않는 경우 '예외'를 적용해 달라고 당사에 요청할 수 있습니다. 당사가 예외 인정 요청을 거부하면 귀하는 그 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

예외 인정을 요청하실 때는, 담당 의사나 다른 처방자가 예외 인정이 필요한 의료적 이유를 설명해야 합니다.

당사의 의약품 목록에 없는 의약품의 보장 또는 의약품에 대한 제한 철회를 요청하는 것을 '처방규정 예외' 요청이라고도 합니다.

다음은 귀하, 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외의 예입니다.

1. 당사의 **의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품에 대한 보장**
 - 해당 의약품의 필수 코페이에 대해서는 예외를 인정받을 수 없습니다.
2. **혜택 대상 의약품에 대한 제한 철회**
 - 당사 의약품 목록에 있는 특정 의약품에는 추가 규칙 또는 제한 사항이 적용됩니다(자세한 내용은 가입자 핸드북 5장 참조).
 - 특정 의약품에 대한 추가 규정 및 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.
 - 브랜드약 대신 복제약 버전을 사용해야 한다는 규정.
 - 당사가 그 약에 대한 보장에 동의하기 전에 먼저 당사의 승인을 받아야 한다는 규정. 이를 '사전 승인'(PA)이라고 합니다.
 - 귀하가 요청하는 의약품을 보장한다는 데 당사가 동의하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 규정. 이를 '단계적 치료법'이라고 합니다.
 - 수량 제한. 일부 의약품의 경우 귀하가 받을 수 있는 의약품의 수량에 제한이 적용됩니다.
 - 당사가 예외 인정에 동의하고 제한을 철회하는 경우, 귀하가 지불해야 하는 코페이 액수에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.
3. **의약품의 보장을 낮은 비용 분담 단계로 변경.** 의약품 목록에 있는 모든 의약품은 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 번호가 낮을수록 필수 코페이 금액이 줄어듭니다.

보장되는 비우선 약에 대해 더 낮은 가격 지불을 요청하는 것을 '단계 예외 인정' 요청이라고도 합니다.

- 보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 그러한 의약품을 '대체' 의약품이라고 합니다.
- 귀하의 건강 상태에 적합한 대안 의약품이 복용 중인 의약품보다 비용 부담 단계가 낮은 경우, 대안 의약품에 대한 비용 부담 금액을 당사에서 부담하도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하면 의약품에 대한 코페이 액수가 줄어듭니다.
 - 복용하시는 약이 생물학적 약제인 경우 귀하의 질환에 맞는 대체 생물학적 약제에 대한 가장 낮은 단계의 비용 부담액으로 해당 의약품을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
 - 복용하시는 약이 브랜드약인 경우 귀하의 질환에 맞는 대체 브랜드약에 대한 가장 낮은 단계의 비용 부담액으로 해당 의약품을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
 - 복용하시는 약이 복제약인 경우 귀하의 질환에 맞는 대체 브랜드약 또는 복제약에 대한 가장 낮은 단계의 비용 부담액으로 해당 의약품을 보장하도록 당사에 요청하실 수 있습니다.
- 귀하의 단계 예외 인정 요청이 승인되고 최소 한 단계 이상 낮은 비용 부담 단계에 귀하가 복용할 수 없는 대안 의약품이 포함된 경우에는 일반적으로 귀하가 가장 낮은 금액을 지불합니다.

G3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항

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

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

보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 그러한 의약품을 '대체' 의약품이라고 합니다. 대체 의약품이 회원이 요청하는 의약품과 약효가 같고, 부작용을 더 많이 유발하거나 다른 건강상 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다. 단계 예외 인정을 요청하시는 경우, 더 낮은 비용 부담 단계의 모든 대체 의약품이 회원님에게 효과가 없거나 부작용이나 기타 해를 일으킬 가능성이 있지 않는 한 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 요청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

- 예외 인정 요청이 승인되는 경우, 예외는 해당 달력 연도 말일까지 유효합니다. 다만, 담당 의사가 회원님에게 계속해서 약을 처방하고 해당 약이 회원님의 질환을 치료하는 데 계속해서 안전하고 효과적이어야 합니다.
- 예외 인정 요청이 거부되는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다. 거부되는 경우 이의를 제기하는 방법은 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션에서는 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법을 설명합니다.

G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청

- 원하시는 유형의 혜택 적용 결정을 요청하려면 당사에 (855) 665-4627로 전화하거나 서면 또는 팩스로 연락하십시오. 귀하, 대리인 또는 담당 의사(또는 기타 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 제공하십시오.
- 회원님, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 회원님의 대리인이 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 변호사가 귀하를 대신하여 요청할 수도 있습니다.
- 대리인을 지정하는 방법은 **섹션 E3**를 참조하십시오.

- 의사 또는 기타 처방자에게 회원님을 대신하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있는 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 이미 비용 지급한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하는 방법은 **가입자 핸드북 제7장**을 참조하십시오.
- 예외 인정을 요청하시는 경우 "근거 진술서"를 제출해 주십시오. 근거 진술서에는 예외 인정 요청에 대한 담당 의사 또는 기타 처방자의 의학적 이유가 포함됩니다.

담당 의사나 다른 처방자는 근거 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 전화로 접수한 다음 팩스 또는 우편으로 진술서를 제출할 수도 있습니다.

건강상 필요한 경우 “빠른 혜택 적용 결정”을 요청하십시오.

당사에서 “빠른 기한” 적용에 동의한 경우가 아니면 “일반 기한”을 적용하게 됩니다.

- **일반 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.
- **빠른 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.

“빠른 혜택 적용 결정”을 “신속 혜택 적용 결정”이라고 합니다.

다음과 같은 경우 빠른 혜택 적용 결정을 내릴 수 있습니다.

- 받지 못하신 의약품에 대한 결정인 경우. 이미 구입한 의약품에 대해 비용 환급을 요청하시는 경우 빠른 혜택 적용 결정을 이용하실 수 없습니다.
- 일반 기한이 적용되는 경우 회원님의 건강 또는 신체 기능이 크게 저하될 수 있는 경우.

담당 의사 또는 기타 처방자가 회원님의 건강에 빠른 혜택 적용 결정이 필요하다는 것을 당사에 알리는 경우, 당사는 이에 동의하고 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 회원님께 이에 대한 안내서가 발송됩니다.

- 담당 의사 또는 기타 처방자의 지원 없이 빠른 혜택 적용 결정을 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.
- 회원님의 의학적 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우, 대신 일반 기한을 적용합니다.
 - 당사에서 일반 기한을 적용할 것이라는 내용의 안내서를 보내드립니다. 이 안내서에는 당사의 결정에 대해 불만을 제기하는 방법도 나와 있습니다.
 - 빠른 불만 제기를 신청하시면 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 사항 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

빠른 혜택 적용 결정 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 24시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
- 당사가 이 기한을 준수하지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 IRO에서 검토할 수 있도록 합니다. 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

받지 못한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 72시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
- 당사가 이 기한을 준수하지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 IRO에서 검토할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 혜택을 제공합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

이미 구입한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 후 14일 이내에 답변을 해야 합니다.
- 당사가 이 기한을 준수하지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 IRO에서 검토할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우 달력일 기준 14일 이내에 환급됩니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

G5. 1단계 이의 제기

Medicare 파트 D 의약품 혜택 적용 결정에 대해 당사 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 "재결정"이라고 합니다.

- 일반 또는 빠른 이의 제기를 시작하려면 당사에 (855) 665-4627로 전화하거나 서면 또는 팩스로 연락하십시오. 귀하, 대리인 또는 담당 의사(또는 기타 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 이의 제기에 관한 정보를 제공하십시오.
- 귀하는 당사의 결정을 알리기 위해 발송한 서한에 기재된 날짜로부터 **65일 이내에** 이의 제기를 요청해야 합니다.
- 기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나 당사가 기한을 잘못 알려드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.
- 귀하에게는 당사에 귀하의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하와 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

빠른 이의 제기를 "신속 처리 재결정"이라고도 합니다.

- 회원님께서 받지 않은 의약품에 대해 당사에서 내린 결정에 대해 이의를 제기하시는 경우, 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 회원님, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.
- 빠른 이의 제기 적용 요건은 빠른 혜택 적용 결정의 적용 요건과 동일합니다. 자세한 내용은 섹션 **G4**를 참조하십시오.

당사에서 회원님의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 회원님의 이의 제기를 검토하고 혜택 적용 요청에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사나 기타 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

1단계 빠른 이의 제기 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내**에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.
 - 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
 - 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 IRO에서 요청을 심사합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서신이 발송됩니다.

1단계 일반 이의 제기 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우, 당사는 받지 않은 의약품에 대한 이의 제기가 접수된 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 의약품을 받지 않았으며 건강상 필요한 경우 보다 빠른 결정이 제공됩니다. 건강상 필요하다고 생각되는 경우 빠른 이의 제기를 신청하십시오.
 - 달력일 기준 7일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 IRO에서 요청을 심사합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.

요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우:

- 당사는 회원님의 건강에 필요한 시점에, 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 7일 이내**에 제공에 동의한 혜택을 제공해야 합니다.
- 당사는 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 30일 이내**에 구매하신 의약품에 대한 대금을 회원님께 전달해야 합니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우:

- 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한을 보내드립니다.
- 당사는 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 14일 이내**에 구매하신 의약품 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.
 - 달력일 기준 14일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 IRO에서 요청을 심사합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 요청이 접수된 후 달력일 기준 30일 이내에 회원님께 지급해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서신이 발송됩니다.

G6. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기가 거부되는 경우, 이 결정을 수용하거나 다시 이의를 제기하실 수 있습니다. 다시 이의를 제기하시려면 2단계 이의 제기 절차를 사용하십시오. IRO에서는 1단계 이의 제기에 대한 거부 결정을 검토합니다. 이 기관에서 결정을 변경해야 할지 여부를 결정합니다.

"독립 심사 기관"(Independent Review Organization, IRO)의 공식 명칭은 "독립 검토 기관"(Independent Review Entity)이며 "IRE"라고도 합니다.

2단계 이의 제기를 하려면 회원님, 회원님의 대리인 또는 담당 의사나 기타 처방자가 IRO에 서면으로 연락하여 회원님의 케이스에 대한 검토를 요청해야 합니다.

- 1단계 이의 제기가 거부되는 경우, 당사에서 발송하는 서한에 IRO의 2단계 이의 제기 신청 방법 안내가 포함됩니다. 안내에는 2단계 이의 제기 신청 자격, 따라야 하는 기한, 독립 심사 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.
- IRO에 이의를 제기하시면 당사는 이의 제기에 관한 정보를 IRO에 전달합니다. 이 정보를 회원님의 "케이스 파일"이라고 합니다. 회원님께서는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다. 귀하의 케이스 파일 무료 사본을 요청하는 데 도움이 필요할 경우 (855) 665-4627, TTY: 711로 전화하십시오.
- 또한 IRO에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.

IRO에서 파트 D 2단계 이의 제기를 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. IRO에 관한 자세한 내용은 섹션 F4를 참조하십시오.

2단계 빠른 이의 제기 기한

건강상 필요한 경우 IRO에 빠른 이의 제기를 요청하십시오.

- 독립 심사 기관에서는 빠른 이의 제기 적용에 동의하는 경우, 반드시 이의 제기 요청을 받은 시점으로부터 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- IRO에서 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, 당사는 반드시 IRO의 결정을 받은 후 **24시간 이내**에 승인된 의약품 혜택을 제공해야 합니다.

2단계 일반 이의 제기 기한

2단계에서 일반 이의 제기가 적용된 경우 IRO에서 다음과 같이 귀하에게 답변을 제공해야 합니다.

- 받지 못한 의약품에 대한 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 7일 이내**
- 구입한 의약품에 대한 환급 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 14일 이내**

IRO가 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우:

- 당사는 IRO의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 승인된 의약품 혜택을 제공해야 합니다.
- 당사는 IRO의 결정을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 회원님이 구매하신 의약품에 대한 비용을 환급해야 합니다.
- IRO가 이의 제기를 거부하는 경우, 귀하의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

IRO가 2단계 이의 제기를 거부하는 경우, 회원님이 요청하시는 의약품 혜택의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족한다면 3단계 이의 제기를 진행하실 권리가 있습니다. 요청하시는 의약품 혜택의 달러 가치가 필수 최소 금액 미만이면 다시 이의 제기를 하실 수 없습니다. 이 경우 2단계 이의 제기 결정이 최종 결정이 됩니다. IRO는 회원님께 3단계 이의 제기를 진행하는 데 필요한 최소 달러 가치를 안내하는 서한을 발송합니다.

요청의 달러 가치가 요건을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할 것인지 결정하셔야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다.
- IRO에서 2단계 이의 제기를 거부하고 회원님께서 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요건을 충족하는 경우:
 - 3단계 이의 제기를 신청할지 결정합니다.
 - 3단계 이의 제기 신청 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 IRO에서 발송된 서한을 참조하십시오.

ALJ 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 입원 혜택 기간 연장 요청

귀하가 병원에 입원하면 귀하에게는 해당 질병 또는 부상을 진단 및 치료하는 데 필요하며 당사에서 보장하는 모든 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다. 플랜의 병원 혜택 적용에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북제4장**을 참조하십시오.

혜택이 적용되는 입원 기간 중에, 담당 의사와 병원 직원들은 회원님과 상의해 퇴원 날짜에 맞춰 퇴원 준비를 합니다. 또한 퇴원 후 필요한 케어가 있으면 그러한 케어 주선도 도와드립니다.

- 병원을 떠나는 날을 '퇴원일'이라고 합니다.
- 담당 의사나 병원 직원이 귀하의 퇴원일을 알려드릴 것입니다.

예정된 퇴원일이 너무 이르다고 생각되거나 퇴원 후 진료에 대해 우려 사항이 있는 경우 입원 연장을 요청하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 요청 방법을 알려드립니다.

본 섹션 **H**에 설명된 이의 제기에도 불구하고, 귀하는 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하여 입원을 계속할 수도 있습니다. **섹션 F4**로 가서서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기 외에도 또는 3단계 이의 제기 대신 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다.

H1. 나의 Medicare 권리 알기

병원 입원 날짜로부터 2일 이내에, 간호사 또는 케이스 담당자와 같은 병원 관계자가 “Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(An Important Message from Medicare about Your Rights)”이라는 제목의 통지서를 전달해드릴 것입니다. 모든 Medicare 가입자가 병원에 입원할 때마다 이 통지서가 제공됩니다.

통지서를 받지 못한 경우 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스 부에 연락하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하시면 됩니다(하루 24시간, 주 7일). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.

- 통지서를 주의 깊게 검토하신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오. 통지서를 보시면 다음의 권리를 포함해 병원 환자로서 회원님의 권리에 관해 나와 있습니다.
 - 병원 입원 중 및 입원 후에 Medicare에서 보장하는 서비스를 받을 권리. 귀하에게는 그러한 서비스에는 어떤 서비스들이 있는지, 비용은 누가 부담하는지, 어디서 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다.
 - 입원 기간에 대한 일체 결정에 참여할 권리.
 - 병원 케어의 질에 관한 우려사항을 어디에 신고해야 하는지 알 권리.
 - 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 판단되는 경우 이의를 제기할 권리.
- 통지서에 서명하여 수령을 확인하고 회원님의 권리를 이해했음을 확인하십시오.
 - 회원님 또는 대리인이 통지서에 서명할 수 있습니다.
 - 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 권한에 대한 정보를 받았다는 사실만을 확인합니다. 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 알린 퇴원 날짜에 동의하는 것은 아닙니다.

- 서명한 통지서 사본을 보관하여 필요한 경우 그 내용을 참조하실 수 있도록 하십시오.

퇴원일로부터 2일 이상 전에 통지서에 서명하시면 퇴원 전에 또 다른 사본을 받으실 수 있습니다.

다음과 같은 경우 통지서 사본을 미리 확인할 수 있습니다.

- 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화 문의하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices를 방문하십시오.

H2. 1단계 이의 제기

입원 환자 병원 서비스 보장 기간을 연장 받으시려면 이의를 제기하십시오. 품질 개선 기관(QIO)이 1단계 이의 제기를 검토하여 귀하의 예정 퇴원일이 의학적으로 적절한지 여부를 확인합니다.

QIO는 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 케어 전문가들로 구성된 그룹입니다. 이 전문가들은 Medicare 서비스 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 이들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

California에서는 품질 개선 기관이 Livanta(California 품질 개선 기관)입니다. (855) 887-6668, TTY: 711로 전화하십시오. 연락처 정보는 '귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요 메시지' 및 2장에서도 확인하실 수 있습니다.

병원을 떠나기 전, 늦어도 예정 퇴원일까지 QIO에 연락하십시오.

- 병원을 떠나기 전에 전화하시면, 이의 제기 신청에 대한 QIO의 결정을 기다리는 동안 비용 부담 없이 예정 퇴원일이 지나서까지 병원에 계속 머물 수 있습니다.
- 이의 제기 신청 전화를 하지 않고, 예정 퇴원일 이후로도 병원에 계속 머물러 있겠다고 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 케어 비용 전액을 귀하가 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 입원은 Medicare 및 Medi-Cal에서 모두 혜택을 적용받으므로 품질 개선 기관에서 귀하의 입원 지속 요청을 수용하지 않거나 귀하가 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 섹션 F4로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

필요한 경우 도움 요청. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지:

- 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 문의하십시오.

빠른 심사 요청. 즉시 QIO에 문의하여 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

'빠른 심사'에 해당되는 법률 용어는 '즉시 심사' 또는 '신속 심사'입니다.

빠른 심사 진행 절차

- QIO 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 예정 퇴원일 이후까지 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 귀하의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 병원과 당사 플랜에서 제공받은 정보를 검토합니다.

- 심사관들이 당사 플랜에 귀하의 이의 제기에 대한 결과를 통보한 후 당일 정오까지 예정 퇴원일이 기재된 통지서를 받으시게 됩니다. 이 통지서에는 귀하의 의사와 병원 그리고 당사가 귀하에게 의학적으로 적합한 퇴원 날짜라고 생각하는 이유도 설명되어 있습니다.

이러한 안내서에 해당되는 법률 용어는 '상세 퇴원 통지서'입니다. 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 샘플을 받아보실 수 있습니다(하루 24시간, 주 7일). (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.) www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 통지서 샘플을 확인하실 수도 있습니다.

필요한 모든 정보를 받은 후 하루 이내에 QIO에서 이의 제기에 대한 답변을 드립니다.

QIO에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 보장되는 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

QIO에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 이들 기관에서는 퇴원 예정일이 의학적으로 적절하다고 생각합니다.
- 회원님의 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 QIO가 회원님께 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 종료됩니다.
- QIO에서 회원님의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 회원님이 받는 병원 진료에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- QIO에서 1단계 이의 제기를 거부하고 회원님이 퇴원 예정일 이후에도 병원에 머무르시는 경우 2단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

H3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, QIO에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. 연락처는 (877) 588-1123번입니다.

QIO가 1단계 이의 제기를 거부한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 보장이 종료된 날 이후에도 계속해서 입원하시는 경우에 한해 재심사를 요청하실 수 있습니다.

QIO 심사관은 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

QIO에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 QIO에서 1단계 이의 제기를 거부한 다음 날 정오부터 병원 케어 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해야 합니다.
- 당사는 보장되는 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

QIO에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 이들 기관은 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 반복하지 않습니다.
- 이들 기관은 귀하에게 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서한을 발송합니다.
- 또한 병원 입원을 지속하기 위해 불만을 제기하거나 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. **섹션 E4**로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

ALJ 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 J 섹션을 참조하십시오.

I. 특정 의료 서비스에 대한 보장 지속 요청

본 섹션에서는 회원님께 제공되는 다음과 같은 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 케어 서비스
- 전문 요양 시설의 전문 요양 케어 및
- Medicare 승인 CORF에서 외래 환자로서 받는 재활 케어. 이는 보통 질병 또는 사고로 인해 치료를 받고 있거나, 대수술을 받은 후 회복 중이라는 의미입니다.

이 세 가지 유형의 서비스에 있어서, 회원님께는 의사가 필요하다고 얘기하는 한 보장 서비스를 받을 권리가 있습니다.

당사가 이러한 서비스의 보장을 중단하기로 결정할 경우 당사는 서비스 종료 전에 회원님께 이를 통보해야 합니다. 해당 서비스에 대한 보장이 종료되면 당사는 서비스에 대한 비용 지급을 중단합니다.

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

11. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지

당사가 케어에 대한 비용 지급을 중지하기로 결정하는 경우 회원님께서 최소 2일 전에 서면 통지를 받게 됩니다. 이를 “Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)”라고 합니다. 통지서에는 당사가 케어에 대한 혜택 적용을 중단하는 날짜와 그러한 결정에 이의를 제기하는 방법이 안내되어 있습니다.

회원님의 수령 사실을 확인하기 위해 회원님 본인 또는 대리인이 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명하는 것은 회원님께서 정보를 받았다는 사실만을 확인합니다. 서명한다고 해서 당사의 결정에 동의함을 의미하는 것은 아닙니다.

12. 1단계 이의 제기

당사가 귀하의 케어에 대한 보장을 너무 일찍 종료한다고 생각되는 경우, 귀하는 당사 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 1단계 이의 제기 절차와 방법에 대해 알려드립니다.

- 기한 준수. 기한은 중요합니다. 취해야 할 조치에 적용되는 기한을 숙지하고 준수하십시오. 당사 플랜 또한 기한을 준수해야 합니다. 당사가 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 정보는 K 섹션을 참조하십시오.
- 필요한 경우 도움 요청. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지:
 - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
 - 1-800-434-0222번으로 HICAP에 문의하십시오.
- QIO에 연락.
 - QIO에 대한 자세한 내용과 연락하는 방법은 H2 섹션 또는 가입자 핸드북2장을 참조하십시오.
 - QIO에 이의 제기에 대한 검토와 플랜의 결정 변경 여부 결정을 요청하십시오.
- 즉시 “빠른 이의 제기”를 요청. 의료 서비스 혜택을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO에 문의하십시오.

문의 기한

- 당사가 발송한 “Medicare 비보장 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)” 발효일 전날 정오까지 QIO에 연락하여 이의 제기를 신청하셔야 합니다.

- 품질 개선 기관에서 귀하의 의료 케어 서비스에 대한 보장 지속 요청을 수용하지 않거나 귀하가 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 또는 심각한 통증이 있는 경우 California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. **섹션 F4**로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

이러한 서면 통지에 해당되는 법률 용어는 '**Medicare 비보장 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)**'입니다. 샘플을 받아보시려면 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices에서 온라인으로 다운로드하실 수도 있습니다.

빠른 이의 신청 절차

- QIO 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 귀하의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공받은 정보를 검토합니다.
- 또한 당사 플랜에서는 서비스 보장을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 귀하에게 발송합니다. 심사관이 이의 제기에 대해 당사에 알린 날 안에 통보가 제공됩니다.

이러한 안내서에 해당되는 법률 용어는 '**비보장 상세 안내서(Detailed Explanation of Non-Coverage)**'입니다.

- 심사관은 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 이내에 결정 사항을 제공합니다.

QIO에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 보장 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

QIO에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 보장이 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 통지서에 기재된 날짜에 해당 케어에 대한 비용 지불이 중단됩니다.
- 보장이 종료된 이후에도 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF)에서의 간호 또는 CORF 서비스를 계속 받기로 할 경우 해당 케어 비용 전액은 귀하가 부담하셔야 합니다.
- 서비스를 계속 받을지 결정하고 2단계 이의 제기를 신청하십시오.

13. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, QIO에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. 연락처는 (877) 588-1123번입니다.

QIO가 1단계 이의 제기를 거부한 날로부터 **달력일 기준 60일** 이내에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에 계속 케어를 받으시는 경우에만 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

QIO 심사관은 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

QIO에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 한 계속해서 해당 케어에 대해 혜택을 적용합니다.

QIO에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 독립 심사 기관은 치료를 종료하기로 당사의 결정에 동의하며 이 결정을 변경하지 않을 것입니다.
- 이들 기관은 귀하에게 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서한을 발송합니다.
- 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 섹션 F4로 가서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기 외에도 또는 3단계 이의 제기 대신 불만을 제기하고 DMHC에 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다.

ALJ 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 J 섹션을 참조하십시오.

J. 2단계 이상의 이의 제기

J1. Medicare 서비스 및 품목에 대한 다음 단계

Medicare 서비스나 품목에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 마쳤는데 두 번 모두 거부된 경우, 회원에게는 추가적으로 이의 제기를 진행할 권리가 있을 수 있습니다.

회원님께서 이의를 제기하신 Medicare 서비스 또는 품목의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 않는 경우, 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 달러 가치가 기준을 충족하는 경우 이의 제기를 진행하실 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 IRO로부터 발송되는 서한은 연락처 정보와 3단계 이의 제기를 요청하는 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

3단계 이의 제기 절차는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 승인하는 경우, 당사는 회원님께 유리한 3단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 4단계 이의 제기 신청서 사본과 첨부 문서를 회원님께 발송합니다. 당사는 해당 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 이의 제기에 대한 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 당사가 결정에 이의를 제기하지 않기로 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원의 판결을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 회원님께 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.
 - 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 신청 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)는 회원님의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회가 4단계 이의 제기를 승인하거나 회원님께 유리한 3단계 이의 제기에 대한 결정을 검토해 달라는 당사의 요청을 거절하는 경우, 당사는 5단계 이의 제기를 신청할 권리를 가집니다.

- 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 회원님께 서면으로 알려드립니다.
- 당사가 결정에 이의를 제기하지 않기로 결정한 경우, 당사는 위원회의 판결을 받은 후 60일 이내에 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

위원회가 당사의 검토 요청을 거부하거나 기각하는 경우에도 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거부를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

J2. 추가적인 Medi-Cal 이의 제기

또한 Medi-Cal이 일반적으로 혜택을 적용하는 서비스 또는 품목에 대한 이의 제기인 경우에는 회원님께 다른 이의 제기 권한이 있습니다. State Hearings Division에서 보낸 서한에 이의 제기 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 취해야 할 조치가 안내되어 있습니다.

J3. 파트 D 의약품 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 회원님이 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다.

이의를 제기하신 의약품의 가치가 특정 달러 금액을 충족하는 경우 다음 단계의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 2단계 이의 제기에 대한 서신은 연락처 정보와 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

3단계 이의 제기 절차는 ALJ 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 신청 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

위원회는 회원님의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.

위원회에서 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차는 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

- 연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거부를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 불만에 해당되는 문제 유형

불만 제기 절차는 케어의 품질, 대기 시간, 케어 관리, 고객 서비스와 관련한 문제 등, 특정 유형의 문제에 한해 사용됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 처리되는 문제 유형의 예입니다.

불만	예
의료 서비스의 품질	• 병원에서 받은 케어와 같은 케어 품질이 불만족스러운 경우.
개인정보 보호	• 누군가 사생활에 대한 본인의 권리를 존중하지 않았거나 회원님에 관한 기밀 정보를 공유했다고 생각되는 경우.
불친절, 열악한 고객 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 의료 제공자 또는 직원이 귀하에게 무례하거나 불친절하게 대한 경우. • 당사 직원이 회원님을 소홀히 대한 경우. • 회원님을 플랜에서 쫓아내려 한다고 생각되는 경우.
접근성 및 언어 지원	• 의사 또는 제공자의 진료실에서 의료 케어 서비스 및 시설에 물리적으로 접근할 수 없는 경우. • 담당 의사 또는 제공자가 회원님이 사용하는 영어 이외의 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역 서비스를 제공하지 않는 경우. • 제공자가 회원님이 필요로 하며 요청하는 기타 적절한 사항을 제공하지 않는 경우.
대기 시간	• 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우. • 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원들이 너무 오래 기다리게 하는 경우
청결	• 클리닉, 병원 또는 의사 진료실이 청결하지 않다고 생각되는 경우.
당사에서 제공하는 정보	• 받아야 하는 통지서나 서한을 받지 못했다고 생각되는 경우.

불만	예
	<ul style="list-style-type: none"> 당사가 제공하는 서면 정보가 너무 어려워 이해할 수 없다고 생각되는 경우.
혜택 적용 결정 또는 이의 제기와 관련한 신속한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 당사가 혜택 적용 결정을 내리거나 이의 제기에 응답하는 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우. 혜택 적용 또는 이의 제기 결정이 회원님께 유리하게 내려진 후, 당사가 해당 서비스를 승인 또는 제공하거나 특정 의료 서비스에 대한 비용 환급 기한을 지키지 않는다고 생각되는 경우. 당사가 회원님 케이스를 제때 IRO에 전달하지 않았다고 생각되는 경우

불만에는 여러 유형이 있습니다. 귀하는 내부 및/또는 외부 불만을 제기할 수 있습니다. 내부 불만은 당사 플랜에서 접수 및 심사합니다. 외부 불만은 당사 플랜과 연계되지 않은 기관에서 접수 및 심사합니다. 내부 및/또는 외부 불만을 제기하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY: 711로 전화하십시오.

'불만'에 해당되는 법률 용어는 '고충'입니다.
 '불만 제기'에 해당되는 법률 용어는 '고충 제기'입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만을 제기하려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627로 전화하십시오. Medicare 파트 D 의약품에 대한 사안을 제외하고 언제든지 불만을 제기할 수 있습니다. Medicare 파트 D 의약품에 관한 불만 사항은 해당 문제가 일어난 시점으로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 제기하셔야 합니다.

- 그 외에 필요한 조치가 있는 경우 가입자 서비스부에서 알려드립니다.
- 또한 불만 사항을 서면으로 작성하여 당사에 보내실 수 있습니다. 서면으로 불만을 제기하는 경우 당사에서 서도 서면으로 답변해 드립니다.
- 고충은 보장 범위 분쟁, 의학적 필요성 또는 실험적/시험적 치료와 관련된 건강 케어 서비스 분쟁이 아니며 다음 영업일 종료 시까지 해결되는 경우에만 구두로 해결할 수 있습니다. 구두 또는 서면을 통한 기타 모든 불만 사항은 서면으로 확인하고 응답해야 합니다. 당사에 (800) 665-0898(TTY: 711)번으로 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴)에 전화하시거나 Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801로 우편을 보내거나, 다음 번호로 팩스를 보내주십시오. (562) 499-0610.

'빠른 불만 제기'에 해당되는 법률 용어는 '신속 고충 제기'입니다.

가능한 경우 즉시 응답해 드립니다. 전화로 불만을 제기하는 경우 당사는 동일한 전화 통화로 답변해 드릴 수 있습니다. 귀하의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우 빠르게 답변해 드립니다.

- 대부분의 불만에 대해 30일 이내에 답변해 드립니다. 추가 정보가 필요해 30일 이내에 결정을 내리지 못하면 당사에서 회원님께 서면으로 통지해 드립니다. 상태 업데이트와 답변을 받을 수 있는 예상 시간도 같이 알려 드립니다.
- 당사가 “빠른 혜택 적용 결정” 또는 “빠른 이의 제기” 요청에 대해 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 자동적으로 “빠른 불만”을 적용해 24시간 이내에 답을 드립니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 당사가 혜택 적용 결정 또는 이의 제기 시 기한을 연장했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 자동적으로 “빠른 불만”을 적용해 24시간 이내에 응답을 드립니다.

불만 제기 내용 중 일부 또는 전체에 대해 당사가 동의하지 않는 경우 그렇게 말씀드리고 그 이유를 알려 드립니다. 불만 사항에 동의하든 동의하지 않든 응답을 드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

Medicare에 불만 사항을 보고하거나 전달하실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식(Medicare Complaint Form)은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

Medicare에 불만을 제기하기 전에 Molina Medicare Complete Care Plus에 불만을 제기할 필요가 없습니다.

Medicare는 귀하의 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용합니다.

다른 피드백이나 우려 사항이 있으시거나 또는 건강 플랜이 문제를 해결해 주지 않는다고 느끼시는 경우에는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609로 전화하여 California 의료서비스부(Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에 불만을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하실 수 있습니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시에 전화해 주십시오.

California Department of Managed Health Care(DMHC)에 불만을 제기하실 수 있습니다. DMHC는 건강 플랜 규제를 담당합니다. Medi-Cal 서비스에 대한 불만 제기에 도움이 필요한 경우 DMHC 헬프 센터로 전화하시면 됩니다. 긴급하지 않은 사안의 경우, 1단계 이의 제기의 결정에 동의하지 않거나 플랜에서 30일이 지나도록 귀하의 불만을 해결하지 않은 경우 DMHC에 불만을 제기할 수 있습니다. 단, 긴급한 문제와 관련된 불만 또는 건강에 대한 즉각적이고 중대한 위협이 수반되는 불만 제기에 도움이 필요하거나, 중증의 통증을 겪고 있거나, 불만 제기에 대한 당사 플랜의 결정에 동의하지 않거나, 30일이 지나도 당사 플랜에서 불만을 해결해 주지 않은 경우에는 1단계 이의 제기 과정 없이 DMHC에 연락할 수 있습니다.

헬프 센터에서 도움을 받는 두 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 1-888- 466-2219번으로 전화하십시오. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 무료 TTY 번호(1-877-688-9891번)를 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

민권 사무국(Office for Civil Rights, OCR)

정당한 대우를 받지 못했다고 생각되시면 보건복지부(HHS) OCR에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어, 장애인 접근성 또는 언어 지원에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. OCR 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 이용자는 1-800-537-7697로 전화하시기 바랍니다. www.hhs.gov/ocr에서 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

또한 다음 연락처로 지역 OCR 사무실에 문의할 수 있습니다.

(877) 588-1123,

월요일~금요일: 오전 9시~오후 5시(현지 시간), 24시간 음성 사서함 이용 가능.

TTY: (855) 887-6668

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

귀하에게는 또한 미국 장애인법(ADA)에 따른 권리가 있을 수 있습니다. 현지 OCR 사무실에 (877) 588-1123번으로 연락할 수 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

QIO

케어 품질에 관한 불만 사항인 경우, 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- QIO에 직접 케어 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.
- QIO 및 당사 플랜에 불만을 제기하실 수 있습니다. QIO에 불만을 제기하시는 경우, 당사가 해당 기구와 협조해 불만 사항을 해결합니다.

QIO는 Medicare 환자에게 제공되는 케어를 확인하고 개선하기 위해 연방 정부가 보수를 지급하는 개업 의사 및 기타 의료 케어 전문가들로 구성된 그룹입니다. QIO에 대한 자세한 내용은 섹션 H2 또는 가입자 핸드북제2장을 참조하십시오.

California에서는 QIO를 Livanta(California 품질 개선 기관)라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123입니다.

제10장: 당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기

소개

본 장에서는 당사 플랜 멤버십을 종료하는 방법과 플랜에서 탈퇴한 후 선택 가능한 의료 혜택 옵션에 대해 안내해 드립니다. 당사 플랜을 나가시더라도 자격이 되시는 한 Medicare와 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

목차

A. 당사 플랜의 멤버십에서 탈퇴할 수 있는 시기	176
B. 당사 플랜의 멤버십 탈퇴 방법	176
C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법	177
C1. Medicare 서비스	177
C2. Medi-Cal 서비스	179
D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법	179
E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우	179
F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정	180
G. 당사가 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리	180
H. 플랜 멤버십 종료에 대한 추가 정보를 받는 방법	181

A. 당사 플랜의 멤버십에서 탈퇴할 수 있는 시기

대부분의 Medicare 가입자는 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal을 보유하고 있으므로 연중 언제든지 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있는 몇 가지 선택권이 있습니다.

또한, 매년 다음 기간 동안 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- 연례 등록 기간으로, 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택하면 12월 31일에 플랜 멤버십이 종료되고, 1월 1일에 신규 플랜의 멤버십이 시작됩니다.
- **Medicare Advantage(MA) 공개 등록 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 플랜에 등록된 신규 Medicare 수혜자의 경우, 파트 A 및 파트 B에 대한 자격이 부여된 달부터 자격이 부여된 세 번째 달의 마지막 날까지입니다. 이 기간에 새 플랜을 선택하면 익월 첫날부터 새 플랜의 멤버십이 시작됩니다.

등록을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우:

- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원(Extra Help)에 대한 지원 자격이 변경되거나 또는
- 최근 요양 시설이나 장기 요양 병원에 입소했거나 현재 요양 중이거나 막 퇴소한 경우.

멤버십은 당사가 귀하의 플랜 변경 요청을 접수한 달 말일에 종료됩니다. 예를 들어, 당사에서 1월 18일에 귀하의 요청을 접수한 경우 당사 플랜에 대한 귀하의 혜택은 1월 31일에 종료됩니다. 새로운 혜택의 적용은 익월 첫날부터 시작됩니다(이 예에서는 2월 1일).

플랜을 종료하는 경우 다음에 대한 정보를 확인할 수 있습니다.

- **C1** 섹션 표에 있는 Medicare 옵션
- **C** 섹션에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스

다음으로 전화하여 멤버십을 종료하는 방법에 대한 자세한 정보를 얻을 수 있습니다. 가입자 서비스부: 번호는 이 페이지 하단 참조 TTY 사용자를 위한 번호도 나와 있습니다.

- Medicare: 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227), 하루 24시간, 주 7일. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.
- California 건강 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): 1-800-434-0222, 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP를 참조하십시오. Health Care Options: 1-844-580-7272, 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman: 1-888-452-8609, 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 또는 이메일: MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

참고: 약물 관리 프로그램(DMP)에 가입하신 경우 플랜 변경이 불가할 수 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 정보는 *가입자 핸드북* 5장을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 멤버십 탈퇴 방법

멤버십을 종료하기로 결정한 경우 다른 Medicare 플랜에 등록하거나 Original Medicare로 전환하실 수 있습니다. 그러나 당사 플랜에서 Original Medicare로 전환하고 싶지만 별도의 Medicare 처방약 플랜을 선택하지 않은 경우에는 당사 플랜에서 탈퇴하겠다고 요청해야 합니다. 탈퇴를 요청할 수 있는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 서면으로 요청하실 수 있습니다. 요청 방법에 대한 추가 정보가 필요하시면 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 사용자(청각 또는 언어 장애가 있는 분)는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다. 1-800-MEDICARE에 전화하시면 다른 Medicare 건강 또는 처방약 플랜에 가입하실 수도 있습니다. 당사 플랜을 탈퇴했을 때 Medicare 서비스 이용에 관한 정보는 C1 섹션의 차트를 참조하십시오.
- Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화해야 합니다.
- 아래의 C 섹션에는 다른 플랜에 가입하는 방법에 관한 안내가 포함되어 있으며, 이 경우 당사 플랜 멤버십이 종료됩니다.

C. Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법

당사 플랜을 탈퇴하실 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

C1. Medicare 서비스

연중 언제든지 아래 나열된 Medicare 서비스를 받는 방법에는 세 가지 옵션이 있습니다. 귀하에게는 연례 등록 기간, **Medicare Advantage** 공개 등록 기간 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간 동안 아래에 나열된 추가 옵션이 있습니다. 이러한 옵션 중 하나를 선택하면 당사 플랜의 멤버십이 자동으로 종료됩니다.

<p>1. 다음으로 변경 가능:</p> <p>Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입되어 있고 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 플랜입니다. Medi-Medi 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스를 포함하여 두 프로그램 전체에서 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.</p> <p>참고: Medi-Medi 플랜이라는 용어는 California의 통합형 이중 자격 특수 요구 플랜(D-SNP)의 명칭입니다.</p>	<p>방법:</p> <p>Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.</p> <p>노인을 위한 포괄적 의료 서비스 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921- PACE(7223)로 전화하시면 됩니다.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요할 때:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222 번으로 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역 내 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/ 를 방문하시기 바랍니다. <p>또는</p> <p>새 Medi-Medi 플랜에 등록합니다.</p> <p>새로운 플랜의 혜택 적용이 시작되면 Medicare에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 Medi-Medi 플랜에 맞게 변경됩니다.</p>
---	--

<p>2. 다음으로 변경 가능:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare</p>	<p>방법:</p> <p>Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요할 때:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역 내 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하시기 바랍니다. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>
<p>3. 다음으로 변경 가능:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare</p> <p>참고: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않으면 Medicare는 가입자가 가입하지 않겠다는 의사를 밝히지 않는 한, 가입자를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>귀하는 고용주나 노동조합 등 다른 곳에서 의약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 취소해야 합니다. 의약품 보장이 필요한지 여부에 관해 궁금한 점이 있으시면 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 California 주 건강보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>방법:</p> <p>Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요할 때:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역 내 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하시기 바랍니다. <p>Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>

<p>4. 다음으로 변경 가능:</p> <p>연례 등록 기간 및 Medicare Advantage 공개 등록 기간 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황을 포함하여 연중 특정 기간 동안의 모든 Medicare 건강 플랜.</p>	<p>방법:</p> <p>Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(하루 24시간, 주 7일). TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하시기 바랍니다.</p> <p>노인을 위한 포괄적 의료 서비스 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921- PACE(7223)로 전화하시면 됩니다.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요할 때:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222 번으로 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)으로 전화하십시오. 자세한 정보나 지역 내 HICAP 사무소를 찾으려면 www.aging.ca.gov/HICAP/ 를 방문하시기 바랍니다. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입합니다.</p> <p>새로운 플랜의 혜택 적용이 시작되면 Medicare에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p> <p>Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.</p>
---	---

C2. Medi-Cal 서비스

플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 Health Care Options에 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 복귀하면 Medi-Cal에 보장 범위에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하시는 경우, 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 적용이 시작될 때까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 새 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 처방약 및 건강 관리를 계속 받으실 수 있습니다.

- 의료 케어를 받으려면 당사 네트워크 소속 의료 제공자를 이용하십시오.
- 당사 우편 주문 약국 서비스를 포함하여 당사 네트워크 소속 약국을 이용하여 처방약을 구입하셔야 합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus의 멤버십이 종료되는 당일에 병원 입원 상태인 경우, 퇴원일까지 당사 플랜의 입원 혜택이 적용됩니다. 회원님이 퇴원하기 전에 새로운 건강 보험이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우

회원님의 당사 플랜 멤버십을 반드시 종료해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 혜택 적용이 중단되는 경우

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 귀하가 더 이상 Medi-Cal 수혜 자격이 없는 경우, 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 자격을 모두 보유한 분들을 위한 플랜입니다. 참고: 귀하가 더 이상 Medi-Cal 수혜 자격이 없는 경우 임시적으로 Medicare 혜택이 포함된 당사 플랜을 계속 이용할 수 있습니다. 아래에서 해당 추정 기간에 대한 정보를 확인하십시오.
 - Medi-Cal 보장 자격을 다시 얻지 않거나 3개월 이내에 보장 자격을 다시 얻을 것으로 예상하지 않는 경우 당사 플랜에서 탈퇴 처리되며 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal 플랜에서 제공하는 서비스를 더 이상 받을 수 없게 됩니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 당사 서비스 지역 밖으로 이사 가신 경우
- 6개월 이상 당사 서비스 지역을 떠나 있는 경우
 - 이사를 가거나 장기 여행을 떠나시는 경우, 반드시 가입자 서비스부에 전화해 이사/여행가는 장소가 당사 서비스 지역 내에 해당되는지 확인하십시오.
 - 당사 플랜의 서비스 지역을 벗어나 있을 때 방문자 또는 여행자 혜택을 통해 케어를 받는 방법에 대한 정보는 가입자 핸드북 제4장을 참조하십시오.
- 형사 범죄로 투옥 또는 수감되는 경우.
- 처방약에 대해 보유하고 있는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 숨기는 경우.
- 미국 시민권자가 아니거나 합법적인 미국 거주자가 아닌 경우.
 - 미국 시민권자이거나 합법적으로 미국에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.
 - 이러한 근거로 가입자 자격이 되지 않는 경우, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)에서 당사에 통지합니다.
 - 귀하가 이 요건을 충족하지 않는 경우 당사는 귀하를 탈퇴 처리해야 합니다.

당사는 먼저 Medicare 및 Medi-Cal의 허가를 받은 경우에만 다음과 같은 이유로 플랜에서 탈퇴 처리할 수 있습니다.

- 플랜 가입 시 의도적으로 잘못된 정보를 제공하고 해당 정보가 당사 플랜에 대한 자격에 영향을 미치는 경우
- 귀하의 행동이 당사가 귀하와 다른 플랜 가입자에게 의료 케어를 제공하는 데 지속적으로 방해가 되고 지장을 주는 경우
- 귀하가 다른 사람에게 귀하의 가입자 ID 카드를 주고 의료 케어를 받을 수 있도록 하는 경우(이러한 이유로 인해 회원님의 멤버십을 종료할 경우 Medicare는 감찰관(Inspector General)에게 회원님의 케이스를 조사하도록 요청할 수 있습니다.)

F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정

당사는 회원님의 건강과 관련된 어떠한 이유로든 회원님께 플랜을 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다. 회원님의 건강 관련 이유 때문에 당사가 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화해야 합니다. 하루 24시간, 주 7일 전화할 수 있습니다.

G. 당사가 귀하의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리

당사가 회원님의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우, 회원님께 반드시 서면으로 멤버십 종료 이유를 통보해야 합니다. 또한 당사의 멤버십 종료 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기하는 방법도 안내해 드려야 합니다. 불만 제기 방법은 가입자 핸드북 제9장을 참조하실 수 있습니다.

H. 플랜 멤버십 종료에 대한 추가 정보를 받는 방법

궁금한 점이 있거나 멤버십 종료에 대한 추가 정보가 필요한 경우 이 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화할 수 있습니다.

제11장: 법적 고지

소개

본 장에는 당사 플랜의 멤버십에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 법률에 대한 고지	183
B. 차별 금지에 대한 고지	183
C. 2차 지급자로서의 Medicare 및 최후의 수단 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지	183
D. Medi-Cal 재산 환수에 대한 고지	184

A. 법률에 대한 고지

본 가입자 핸드북에는 여러 가지 법규가 적용됩니다. 이러한 법규는 가입자 핸드북에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 회원님의 권리 및 의무에 영향을 미칠 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 및 주 법입니다. 그 외 다른 연방법 및 주 법도 적용될 수 있습니다.

B. 차별 금지에 대한 고지

당사는 인종, 민족, 국적, 피부색, 종교, 성별, 사회적 성, 연령, 성적 지향성, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부보 가능 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 위치를 이유로 차별하거나 다르게 대우하지 않습니다. 또한 혈통, 민족 정체성, 성적 정체성, 결혼 여부 또는 건강 상태에 따라 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

차별 또는 불공정한 처우에 대한 자세한 정보가 필요하거나 우려 사항이 있는 경우:

- 보건복지부, 공민권 사무국(1-800-368-1019)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하실 수 있습니다. www.hhs.gov/ocr에서도 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 보건복지부(DHHS) 공민권 사무국(Office for Civil Rights)에 916-440-7370번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711(전화 중계 서비스)번으로 전화하실 수 있습니다. 차별을 당했다고 생각되어 차별 고충을 제기하고자 하는 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연락하거나 Medicare Appeals and Grievances(P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801)에 서한을 보내십시오.

Medi-Cal 프로그램의 차별에 대한 고충인 경우 보건복지부 민권 사무소에 전화, 서면, 온라인으로 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 듣거나 말하기에 어려움이 있는 경우, 711(전화 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- 우편: 불만/이의 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

불만 양식은 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 송부하십시오.

장애가 있고 의료 케어 서비스 또는 의료 제공자를 이용하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 도움을 드리도록 하겠습니다.

C. 2차 지급자로서의 Medicare 및 최후의 수단 지급자로서의 Medi-Cal에 대한 고지

당사가 회원님께 제공한 서비스에 대해 다른 사람이 그 비용을 지급해야 하는 경우가 있습니다. 예를 들어, 회원님께서 자동차 사고를 당하거나 직장에서 부상을 당한 경우, 먼저 보험사 또는 산재보험사가 비용을 지급해야 합니다.

당사는 Medicare가 1차 비용 지불자가 아닌 보장되는 Medicare 서비스에 대한 비용을 징수할 권리와 책임이 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

당사는 회원 대상 의료 케어 서비스에 대한 제3자의 법적 보상 책임과 관련한 연방 및 주 법규를 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최후의 수단 지급자가 되도록 하는 데 필요한 모든 합당한 조치를 취합니다.

D. Medi-Cal 재산 환수에 대한 고지

Medi-Cal 프로그램은 55세 생일이나 그 이후에 받은 Medi-Cal 혜택에 대해 특정 사망 회원의 공증된 재산에서 상환을 요청해야 합니다. 상환에는 요양 시설 서비스, 가정 및 지역사회 기반 서비스에 대한 행위별 수가제 및 관리형 진료 부담금/인두제 지불 그리고 회원이 요양 시설에 입원했거나 가정 및 지역사회 기반 서비스를 받고 있을 때 받은 관련 병원 및 처방약 서비스가 포함됩니다. 상환액은 회원의 공인된 재산의 가치를 초과할 수 없습니다. 자세한 내용을 알아보려면 의료 케어 서비스부의 재산 환수 웹사이트 www.dhcs.ca.gov/er을 방문하거나 916-650-0590번으로 전화하십시오.

제12장: 중요한 표현의 정의

소개

본 장에는 가입자 핸드북 전체에 걸쳐 사용된 주요 용어 및 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나열됩니다. 찾으려는 용어를 발견하지 못하거나 정의에 포함된 정보보다 더 많은 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

일상생활 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 양치질 등 사람들이 보통 일상적으로 하는 활동입니다.

행정법 판사: 3단계 이의 제기를 심리하는 판사입니다.

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP): HIV/AIDS를 앓고 있는 유자격 개인이 생명을 구하는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 돕는 프로그램입니다.

외래 수술 센터: 병원 케어가 필요하지 않고, 24시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설을 말합니다.

이의 제기: 당사가 실수했다고 생각되면 귀하가 당사 조치에 대해 항의하는 방법을 말합니다. 이의를 제기하여 보장 결정을 변경하도록 요청할 수 있습니다. 가입자 핸드북 9장에서는 이의 제기 방법 등 이의 제기에 대해 설명합니다.

행동 건강: 정신 건강 및 물질 사용 장애 서비스를 모두 포함해 일컫는 말입니다.

생물학적 약제: 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모 같은 자연 및 살아있는 소스로 만든 처방약입니다. 생물학적 약제는 다른 의약품보다 더 복잡하고 정확하게 복제할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다. ('오리지널 생물학적 약제' 및 '바이오시밀러'도 참조).

바이오시밀러: 오리지널 생물학적 약제와 매우 유사하지만 동일하지는 않은 생물학적 의약품입니다. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 약제만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 약국에서 새 처방전 없이도 오리지널 생물학적 약제를 대체할 수 있습니다. ('상호 교환 가능한 바이오시밀러' 참조).

브랜드약: 처음 의약품을 개발한 회사가 제조 판매하는 처방약입니다. 브랜드약은 그 의약품의 복제약 버전과 성분이 동일합니다. 복제약은 일반적으로 다른 제약회사가 제조해 판매합니다.

케어 코디네이터: 귀하, 건강 플랜, 귀하의 케어 제공자들과 협력해 귀하가 필요한 케어를 받을 수 있도록 하는 일을 맡고 있는 주요 책임자를 말합니다.

케어 플랜: '개별 케어 플랜'을 참고하십시오.

케어 플랜 옵션 서비스(CPO 서비스): 개별 케어 플랜(ICP)에 따라 선택 사항인 추가 서비스입니다. 이런 서비스는 Medi-Cal에 따라 받을 수 있는 장기 서비스 및 지원을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

케어 팀: '종합 케어 팀'을 참고하십시오.

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관입니다. CMS에 연락하는 방법은 가입자 핸드북2장을 참고하십시오.

커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS): 해당 자격 기준을 충족하는 가입자에게 전문 영양 케어, 사회 복지 서비스, 작업 및 언어 치료 요법, 개인 케어, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 수송 및 기타 서비스를 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램입니다.

불만: 귀하가 이용하는 보장 서비스나 케어에 대해 어떤 문제나 우려 사항이 있다는 내용의 서면 또는 구두 진술을 말합니다. 여기에는 서비스 품질, 케어 품질, 네트워크 소속 의료 제공자 또는 네트워크 소속 약국에 대한 우려 사항이 포함됩니다. '불만 제기'의 정식 명칭은 '고충 제기'입니다.

종합 외래 환자 재활 시설(CORF): 주로 질병, 사고 또는 대수술 후 재활을 제공하는 시설을 말합니다. 여기에서는 물리 치료, 사회심리적 서비스, 호흡 치료, 작업 치료, 언어 치료, 가정 환경 평가 서비스 등 다양한 서비스를 제공합니다.

보장 결정: 당사가 보장하는 혜택에 관한 결정입니다. 여기에는 보장 의약품 및 서비스에 대한 결정 또는 귀하의 의료 서비스에 대해 당사가 지불하는 금액에 관한 결정이 포함됩니다. 가입자 핸드북9장에 플랜에 보장 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

보장되는 의약품: 당사 플랜이 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 전체를 가리키기 위한 용어입니다.

보장 서비스: 플랜에서 보장하는 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 처방약 및 일반의약품, 장비 및 기타 서비스를 모두 가리킬 때 사용하는 일반적인 용어입니다.

문화 역량 교육: 귀하의 사회, 문화, 언어적 요구 사항을 충족시킬 수 있도록 서비스를 개선하기 위해 귀하의 배경, 가치 및 신념을 더욱 잘 이해하는 데 도움이 되는 추가 지침을 의료 서비스 제공자에게 제공하는 교육입니다.

의료서비스부(DHCS): Medi-Cal로 알려진 Medicaid 프로그램을 관리하는 California 주 정부의 부처입니다.

관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC): 건강 플랜의 규제를 담당하는 California 주 부처입니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기 신청 및 불만 제기를 도와드립니다. DMHC는 독립 의료 심사(IMR)를 실시하는 기관이기도 합니다.

탈퇴: 당사 플랜의 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다. 탈퇴는 자발적일 수도 있고(귀하의 선택), 비자발적일 수 있습니다(귀하의 선택이 아님).

약물 관리 프로그램(DMP): 가입자가 처방 오피오이드 및 기타 빈번하게 남용되는 약물을 안전하게 사용하도록 돕는 프로그램입니다.

의약품 단계: 당사 의약품 목록에 있는 의약품 그룹입니다. 복제약, 브랜드약 또는 일반의약품(OTC)이 의약품 단계에 해당합니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 하나의 단계에 속합니다.

Dual eligible special needs plan(D-SNP): Medicare와 Medicaid 모두에 대해 자격이 있는 개인에게 서비스를 제공하는 건강 플랜을 말합니다. 당사 플랜은 D-SNP입니다.

내구성 의료 장비(DME): 귀하가 집에서 사용할 수 있도록 담당 의사가 지시하는 특정 품목입니다. 이런 품목의 예로는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨병 환자 용품, 제공자가 가정용으로 지시한 병원 침대, 정맥 내 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 용품, 분무기, 보행기 등이 있습니다.

응급 상황: 의료적 응급 상황이란 귀하 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 판단할 때 가입자가 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 기능의 상실이나 심각한 장애(그리고 임신 여성일 경우에는 태아 상실)를 방지하기 위해 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의학적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 이런 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 빠르게 악화되는 의학적 상태일 수 있습니다.

응급 케어: 응급 서비스를 제공하도록 훈련받은 의료 제공자가 제공하며, 의료적인 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 보장 서비스를 말합니다.

예외 사항: 보통은 보장되지 않는 의약품에 대해 보장하거나 특정 규정이나 한도 없이 의약품을 사용하도록 하는 허용하는 것을 말합니다.

제외 서비스: 이 건강 플랜에서 보장하지 않는 서비스입니다.

추가 지원: 제한된 소득 및 자원을 가진 사람들이 보험료, 공제액, 코페이와 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원은 '저소득 보조금(LIS)'이라고도 합니다.

복제약: 연방 정부가 브랜드약 대신 사용을 승인한 처방약입니다. 복제약은 브랜드약과 그 성분이 동일합니다. 대개 브랜드약보다 저렴하면서 효과는 동일합니다.

고충: 귀하가 당사 플랜이나 네트워크 소속 의료 제공자 또는 약국에 대하여 제기하는 불만입니다. 여기에는 케어 또는 건강 플랜에서 제공하는 서비스의 품질에 대한 불만이 포함됩니다.

의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): Medicare에 대한 객관적인 정보와 상담을 무료로 제공하는 프로그램입니다. HICAP에 연락하는 방법은 **가입자 핸드북2장**을 참고하십시오.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 제공자들로 이루어진 단체입니다. 귀하가 모든 의료 제공자 및 서비스를 관리할 수 있도록 도와주는 케어 코디네이터도 여기에 포함됩니다. 이들 모두가 서로 협력하여 귀하에게 필요한 케어를 제공합니다.

건강 위험 평가(HRA): 귀하의 병력과 현재 상태에 대한 심사입니다. 귀하의 현재 건강 상태와 향후 건강 상태가 어떻게 변할 수 있는지 알아보는 데 사용됩니다.

가정 건강 도우미: 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 실시)과 같이 정식 간호사 또는 치료사의 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람입니다. 가정 건강 도우미는 간호 면허가 없거나 치료법을 제공하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후 환자의 편안한 생활을 위한 도움을 주는 케어 및 지원 프로그램입니다. 말기 예후란 사람이 의학적으로 말기 질환(즉, 기대 수명이 6개월 이하)으로 판명된 경우를 의미합니다.

- 말기 예후가 있는 가입자는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.
- 특별 훈련을 받은 전문가 및 간병인 팀이 신체, 정서, 사회 및 영적 필요 사항을 포함한 전인적 케어를 제공합니다.
- 당사는 귀하의 거주 지역 내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한 청구: 의료 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대한 당사 비용 분담금 금액보다 많은 금액을 귀하에게 청구하는 상황입니다. 이해할 수 없는 청구서를 받으시는 경우 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사가 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 가입자는 비용을 분담하지 않습니다. 서비스 제공자는 이런 서비스에 대해 귀하에게 비용을 청구해서는 안 됩니다.

가정 내 지원 서비스(IHSS): IHSS 프로그램은 귀하가 집에 안전하게 머물 수 있도록 하기 위해 제공되는 서비스의 비용을 지불하는 데 도움을 줍니다. IHSS는 요양소나 기숙사 및 요양소와 같은 가정 외 케어에 대한 대안입니다. IHSS를 통해 승인될 수 있는 서비스 종류는 집안 청소, 식사 준비, 세탁, 식료품 쇼핑, 개인 돌봄 서비스(예: 배변 및 소변 관리, 목욕, 몸단장 및 준의료 서비스), 진료 예약 동반 그리고 정신 장애자를 위한 보호 감독입니다. 카운티 사회복지부가 IHSS를 관리합니다.

독립 의료 심사(IMR): 당사 플랜이 의료 서비스 또는 치료에 대한 요청을 거부할 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 플랜의 결정에 동의하지 않고, 문제가 DME 용품 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스에 관한 것일 때 귀하는 California 관리보건부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜에 속하지 않은 의사가 귀하의 케이스를 검토하는 것입니다. IMR 결정이 귀하에게 유리한 경우, 당사는 반드시 귀하가 요청한 서비스 또는 치료를 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하는 IMR에 대해 비용을 지불하지 않습니다.

독립 심사 기관(IRO): 2단계 이의 제기를 심사하도록 Medicare에서 고용한 독립 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. 공식 명칭은 독립 심사 기관(Independent Review Entity)입니다.

독립 의사 협회(IPA): IPA는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)와 계약을 맺은 단체로, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자를 진료하는 의사, 전문의 및 기타 의료 서비스 제공자로 구성됩니다. 의사는 IPA와 함께 귀하의 모든 의료적 요구 사항을 처리합니다. 여기에는 필요시 전문의의 진료를 받거나 검사실 검사, X선, 입원 및 외래 환자 병원 서비스와 같은 의료 서비스를 받기 위한 승인을 받는 것이 포함됩니다.

개별 케어 플랜(ICP 또는 케어 플랜): 케어 플랜에는 회원님의 주요 건강 관련 우려 사항, 목표, 요구 및 회원님에게 필요할 수 있는 서비스가 포함됩니다. 회원님의 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스 및 장기 서비스와 지원이 포함될 수 있습니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

입원 환자: 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용하는 용어입니다. 회원님께서 정식으로 입원하지 않은 경우, 병원에서 밤을 지내더라도 입원 환자가 아니라 외래 환자로 간주되거나 관찰 서비스를 받고 있는 것으로 간주될 수 있습니다.

종합 케어 팀(ICT 또는 케어 팀): 케어 팀에는 귀하의 주치의, 케이스 관리자, 다른 전문 케어 제공자, 간병인 또는 귀하가 필요한 케어를 받을 수 있도록 도와주는 기타 의료 전문가들이 포함됩니다. 또한 담당 케어 팀은 귀하의 케어 플랜 수립 또는 업데이트를 돕습니다.

통합 D-SNP: Medicare와 Medicaid 모두에 적절한 특정 그룹의 개인을 위해 단일 건강 플랜에 따라 Medicare와 대부분 또는 모든 Medicaid 서비스를 보장하는 이중 특수 요구 플랜입니다. 이러한 개인은 전체 혜택 이중 적격 개인이라고 합니다.

상호 교환 가능한 바이오시밀러: 자동 대체 가능성과 관련된 추가 요건을 충족하기 때문에 새 처방전 없이도 약국에서 대체할 수 있는 바이오시밀러입니다. 약국에서의 자동 대체할 때는 주 법의 적용을 받습니다.

보장 의약품 목록(의약품 목록): 당사 플랜이 보장하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록. 당사는 의사와 약사의 도움으로 목록에 포함될 의약품을 선정합니다. 의약품 목록에서는 귀하가 의약품을 받기 위해 따라야 하는 규정이 있는지도 확인할 수 있습니다. 의약품 목록은 때때로 '처방집'이라고도 합니다.

장기 서비스 및 지원(LTSS): 장기 서비스 및 지원은 장기적인 의학적 상태를 개선하는 데 도움이 됩니다. 이런 서비스의 대부분은 귀하가 요양 시설이나 병원에 갈 필요 없이 집에 머물도록 도와줍니다. 당사 플랜에서 보장하는 LTSS에는 커뮤니티 기반 성인 서비스(CBAS)(성인 주간 케어라고도 함), 요양 시설(NF), 커뮤니티 지원이 포함됩니다. IHSS 및 1915(c) 면제 프로그램은 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal LTSS입니다.

저소득 보조금(LIS): '추가 지원'을 참고하십시오.

우편 주문 프로그램: 일부 플랜은 최대 3개월 분량까지 보장 처방약을 직접 집에서 받는 것을 허용하는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 비용 효율적이고 편리하게 정기적으로 처방약을 구입할 수 있습니다.

Medi-Cal: 이것은 California 주의 Medicaid 프로그램의 이름입니다. Medi-Cal은 주에서 운영하며, 주 및 연방 정부에서 비용을 지불합니다.

- 이것은 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스와 지원 및 의료 비용을 지불할 수 있도록 도와줍니다.
- 이것은 Medicare에서 보장하지 않는 추가 서비스 및 일부 의약품을 보장합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 다르지만 Medicare와 Medi-Cal에 모두 자격이 있다면 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

Medi-Cal 플랜: 장기 서비스 및 지원, 의료 장비 및 교통편 같은 Medi-Cal 혜택만 보장하는 플랜입니다. Medicare 혜택은 별도입니다.

Medicaid(또는 의료 지원): 소득과 자원이 제한된 사람들이 장기 서비스 및 지원과 의료비를 지불할 수 있도록 도와주는 연방 정부 및 주 정부 운영 프로그램입니다. Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램입니다.

의료적으로 필요: 이것은 귀하의 의학적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 용품 또는 의약품을 의미합니다. 여기에는 귀하가 병원이나 요양소에 가지 않도록 하는 케어가 포함됩니다. 또한 서비스, 용품 또는 의약품이 허용된 의료 행위 기준을 충족하거나 현재 Medicare 또는 Medi-Cal 보장 규칙에 따라 달리 필요함을 의미하기도 합니다.

Medicare: 65세 이상인 사람, 특정 질환을 앓고 있는 65세 미만인 사람 그리고 말기 신장 질환자(대개 투석이나 신장 이식이 필요한 영구 신부전 환자)를 위한 연방 의료보험 프로그램. Medicare 가입자는 Original Medicare 또는 관리형 케어 플랜('건강 플랜' 참고)을 통해 Medicare 의료 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage: 'Medicare 파트 C' 또는 'MA'라고도 하며, 민간 회사를 통해 MA 플랜을 제공하는 Medicare 프로그램입니다. Medicare는 가입자의 Medicare 혜택을 보장하기 위해 이런 회사에 비용을 지불합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Medicare 이의제기위원회(심의회): 4단계 이의 제기를 심의하는 심의회. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

Medicare에서 보장하는 서비스: Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B에서 보장하는 서비스, 당사 플랜을 포함해 모든 Medicare 건강 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 보장 서비스를 모두 보장해야 합니다.

Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP): 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.

Medicare-Medi-Cal 등록자: Medicare 및 Medicaid 보장 자격이 있는 사람. Medicare-Medicaid 등록자는 '이중 자격자'라고도 합니다.

Medicare 파트 A: 대부분의 의료적으로 필요한 병원과 전문 요양 시설, 가정 의료, 호스피스 케어를 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병이나 상태를 치료하기 위해 의료적으로 필요한 서비스(예: 검사실 검사, 수술, 의사 진료) 및 용품(예: 휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B는 또한 많은 예방 및 선별 검사 서비스를 보장합니다.

Medicare 파트 C: 'Medicare Advantage' 즉, 'MA'라고도 하며, 민간 의료보험 회사가 MA 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 D: Medicare 처방약 혜택 프로그램. 저희는 이 프로그램을 줄여서 '파트 D'라고 부릅니다. Medicare 파트 D는 Medicare 파트 A, Medicare 파트 B 또는 Medicaid에서 보장하지 않는 외래 환자 처방약, 예방 접종 및 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함됩니다.

Medicare 파트 D 의약품: Medicare 파트 D에 따라 보장되는 의약품. 의회는 Medicare 파트 D의 보장 범위에서 특정 범주의 의약품을 명확히 제외합니다. Medicaid는 이런 의약품 중 일부를 보장할 수 있습니다.

약물 치료 요법(MTM): 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약국을 포함한 의료 서비스 제공자가 제공하는 특유의 서비스 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북 5장을 참조하십시오.

Medi-Medi 플랜: Medicare Medi-Cal 플랜(Medi-Medi 플랜)은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal에 모두 가입되어 있고 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합하는 사람들을 위한 플랜입니다. Medi-Medi 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal에서 보장하는 모든 서비스를 포함하여 두 프로그램 전체에서 모든 혜택과 서비스를 조정합니다.

가입자(당사 플랜의 가입자 또는 플랜 가입자): Medicare와 Medi-Cal이 있어서 보장 서비스를 받을 자격이 있으며, 당사 플랜에 등록했고, 그 등록을 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)와 주 당국이 확인한 사람을 말합니다.

가입자 핸드북 및 공개 정보: 이 문서에서는 귀하의 등록 양식과 기타 첨부 문서 또는 특약과 함께 귀하의 보장 범위, 당사의 의무 사항, 귀하의 권리, 당사 플랜 가입자로서 귀하가 해야 할 일 등을 설명합니다.

가입자 서비스부: 멤버십, 혜택, 고충, 이의 제기에 대한 귀하의 질문에 답할 책임이 있는 플랜의 한 부서입니다. 가입자 서비스부에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북2장**을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국: 플랜 가입자를 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 이러한 약국은 당사 플랜과 협력 관계를 맺었기 때문에 '네트워크 소속 약국'이라고 합니다. 대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 처방약에만 혜택이 적용됩니다.

네트워크 소속 의료 제공자: '의료 제공자'는 의사, 간호사 그리고 귀하에게 서비스와 케어를 제공하는 다른 사람들을 가리키는 일반적인 용어입니다. 의료 제공자에는 또한 병원, 가정 의료 기관, 클리닉 그리고 귀하에게 의료 케어 서비스, 의료 장비 및 장기 서비스와 지원을 제공하는 기타 장소도 포함됩니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 그들은 의료 케어 서비스를 제공할 수 있도록 Medicare 및 주에서 면허 또는 인증을 받았습니다.
- 당사 건강 플랜과 공조하고 당사의 비용 지불을 수락하며 당사 가입자에게 추가 금액을 징수하지 않는다는 데 동의하는 경우 그 의료 제공자를 '네트워크 소속 의료 제공자'라고 합니다.
- 당사 플랜 가입자로 있는 동안은 반드시 네트워크 소속 의료 제공자를 통해 보장 서비스를 받으셔야 합니다. 네트워크 소속 의료 제공자는 "플랜 제공자"라고도 합니다.

요양소 또는 요양 시설: 자신의 집에서 케어를 받을 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 사람들을 위해 케어를 제공하는 시설을 말합니다.

옴부즈맨: 가입자의 주에 있으며, 가입자의 대변인 역할을 하는 사무실입니다. 문제나 불만 사항이 있는 가입자의 문의에 답변할 수 있으며, 가입자가 무엇을 해야 하는지 이해할 수 있도록 도와줄 수도 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료입니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북* 2장 및 9장을 참조하십시오.

기관 판정: 당사 플랜은 당사 또는 당사 제공자 한 곳에서 서비스가 보장 대상인지 여부 또는 보장 서비스에 대해 귀하가 얼마나 지불해야 하는지에 대해 결정을 내리는 것을 기관 판정이라고 합니다. 기관 판정을 '보장 결정'이라고 합니다. 보장 결정에 관한 내용은 *가입자 핸드북* 9장을 참조하십시오.

오리지널 생물학적 약제: 식품의약국(FDA)에서 승인한 생물학적 약제로, 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체를 위한 비교 대상으로 사용됩니다. 참조 제품이라고도 합니다.

Original Medicare(전통적인 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): 정부는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에 미 의회가 정하는 금액을 지불함으로써 서비스에 혜택이 적용됩니다.

- 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자가 Medicare를 수락하는지 확인해 보실 수 있습니다. Original Medicare에는 두 개 파트가 있습니다. Medicare 파트 A(병원 보험) 및 Medicare 파트 B(의료 보험)입니다.
- Original Medicare는 미국 전역에서 이용할 수 있습니다.
- 당사 플랜에 등록하길 바라지 않으시는 경우 Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 외부 약국: 당사 플랜의 가입자들에게 보장되는 의약품을 주선 또는 제공하기 위해 당사 플랜과 협력하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 외부 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜에서 보장하지 않습니다.

네트워크 외부 의료 제공자 또는 네트워크 외부 시설: 당사 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않으며, 당사 플랜의 가입자에게 보장 서비스를 제공하는 계약을 맺지 않은 의료 제공자 또는 시설. 네트워크 외부 의료 제공자 또는 시설에 관한 설명은 *가입자 핸드북* 3장을 참조하십시오.

일반의약품(OTC): 일반의약품은 의료 케어 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 약물 또는 의약품을 말합니다.

파트 A: 'Medicare 파트 A' 참고.

파트 B: 'Medicare 파트 B' 참고.

파트 C: 'Medicare 파트 C' 참고.

파트 D: 'Medicare 파트 D' 참고.

파트 D 의약품: 'Medicare 파트 D 의약품' 참고.

개인 건강 정보(보호 대상 건강 정보라고도 함)(PHI): 이름, 주소, 사회보장번호, 의사 방문 및 병력 등 귀하 및 귀하의 건강에 관한 정보. 당사가 귀하의 PHI를 보호, 이용 및 공개하는 방법과 귀하의 PHI 관련 권리에 대한 자세한 정보는 당사의 개인정보 보호 관행 통지서를 참조하십시오.

주치의(PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 귀하가 가장 먼저 이용하는 의사 또는 기타 제공자. 귀하가 건강을 유지하는 데 필요한 케어를 받을 수 있도록 합니다.

궁금한 점이 있으시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 또한 귀하의 케어에 관해 다른 의사 및 의료 제공자와 상의하고 그쪽으로 케어를 의뢰하기도 합니다.
- 귀하가 다른 의료 제공자를 이용하기 전에 반드시 주치의로부터 진찰을 받아야 하는 Medicare 건강 플랜이 많습니다.
- 주치의로부터 케어를 받는 것과 관련한 내용은 **가입자 핸드북3장**을 참조하십시오.

사전 승인(PA): 특정 서비스나 약물에 대해 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 승인 또는 허가를 받거나 네트워크 외부 의료 제공자를 이용하기 위해 귀하의 PCP가 제출하는 서비스 요청입니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 승인을 받지 않으면 서비스나 약물에 대해 보장을 제공하지 않을 수 있습니다.

네트워크 소속 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 의료 제공자가 당사로부터 PA를 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 서비스는 **가입자 핸드북4장**을 참고하십시오.

일부 의약품의 경우, 당사 플랜은 귀하가 PA를 받는 경우에만 그것을 보장합니다.

- 당사 플랜의 PA가 필요한 보장 의약품은 보장 의약품 목록에 표시되어 있으며 해당 규정은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

고령자 종합 케어 프로그램(PACE): 자택에서 생활하기 위해 더 높은 수준의 케어가 필요한 55세 이상의 사람들을 위해 Medicare 및 Medicaid 혜택을 함께 보장하는 프로그램입니다.

보철 및 교정 장치: 의사나 다른 의료 서비스 제공자가 지시하며 팔, 등, 목 보호대, 의족, 의수, 인공 안구 그리고 조루술 용품과 경장 및 비경구 영양법을 포함한 체내 기관 및 기능을 대체하는 데 필요한 장치 등을 포함하며 이에 국한되지 않는 의료 기기입니다.

품질 개선 기관(QIO): Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. 연방 정부로부터 보수를 지급받고 환자들에게 제공되는 케어의 품질을 확인 및 개선하는 일을 합니다. QIO에 관한 내용은 **가입자 핸드북2장**을 참조하십시오.

수량 한도: 귀하가 받을 수 있는 의약품의 양에 적용되는 한도를 말합니다. 처방약 1회 조제당 당사에서 보장하는 의약품의 양에 제한이 적용될 수 있습니다.

실시간 혜택 도구: 등록자가 안전하고 정확하며 시의적절하고 임상적으로 적절한 등록자별 보장 의약품 및 혜택 정보를 조회할 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션입니다. 여기에는 비용 분담 금액, 제공된 약물과 동일한 건강 상태에 사용할 수 있는 대체 약물, 대체 약물에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계 요법, 수량 한도)이 포함됩니다.

진료 의뢰: 진료 의뢰는 주치의(PCP) 이외의 다른 의료 제공자를 이용할 수 있도록 PCP 또는 당사가 승인하는 것입니다. 사전 승인을 받지 못한 경우, 당사는 서비스에 대한 혜택을 제공할 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 진료 의뢰에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북3장 및 4장**을 참조하십시오.

재활 서비스: 질병, 사고 또는 대수술 후 회복을 돕기 위해 제공되는 치료를 말합니다. 재활 서비스에 관한 자세한 정보는 **가입자 핸드북4장**을 참고하십시오.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 가족 계획, 성매개감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 사용 장애, 성별 확증 케어, 교제/가정 폭력과 관련된 서비스.

서비스 지역: 거주 지역에 따라 건강 플랜 가입이 제한되는 경우, 건강 플랜에 가입할 수 있는 지리적 지역을 의미합니다. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 귀하가 정기(비용급) 서비스를 이용할 수 있는 지역을 의미합니다. 당사 서비스 지역에 거주하는 사람만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

전문 요양 시설(SNF): 전문 간호 케어를 위한 직원과 장비를 갖춘 요양 시설로서 대부분의 경우 전문 재활 및 기타 관련된 의료 서비스를 제공합니다.

전문 요양 시설(SNF) 케어: 전문 요양 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 간호 케어 및 재활 서비스를 말합니다. 전문 요양 시설 케어의 예로는 정식 간호사 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료나 정맥(IV) 주사가 있습니다.

전문 의: 특정 질병 또는 신체 부분에 대해 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다.

전문 약국: 전문 약국에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북* 5장을 참조하십시오.

주 정부 심리: 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 당사가 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나 귀하가 이미 받고 있는 Medi-Cal 서비스에 대해 당사가 비용을 계속 지불하지 않을 경우 귀하는 주 정부 심리를 신청할 수 있습니다. 주 정부 심리에서 귀하가 옳다고 결정되면 당사는 귀하가 요청한 서비스를 제공해야 합니다.

단계적 치료법: 귀하가 당사 플랜에 의약품 보장을 요청하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 보장 규정입니다.

생활보조금(SSI): 사회보장부가 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 자원이 제한적인 사람들에게 제공하는 월별 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장 혜택과는 다릅니다.

긴급하게 필요한 케어: 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 예상치 못한 질병, 부상 또는 상태에 직면했을 때 귀하가 받는 케어입니다. 그러나 시간, 장소 또는 상황을 고려할 때 네트워크 소속 의료 제공자에게 서비스를 받는 것이 불가능해서 네트워크 소속 의료 제공자에게 갈 수 없는 경우(예: 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 처음 보는 상태로 인해 즉각적인 의료 서비스가 필요하지만 의료적 응급 상황은 아닌 경우)에 네트워크 외부 의료 제공자로부터 긴급히 필요한 치료를 받을 수 있습니다.



CALIFORNIA EAE

가용성 통지

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبیه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴԻՆՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարե՛ք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711):
Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY : 711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。



주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂ້ອນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອາທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។



توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. وسایل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره 711: TTY) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย



УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cỡ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

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

방식	연락처 정보
전화	(855) 665-4627 무료 전화입니다. 주 7일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하십시오. 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.
팩스	의료 서비스: Attn: Medicare Member Services 팩스: (310) 507-6186 파트 D(Rx) 서비스: 팩스: (866) 290-1309
우편	의료 서비스: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 파트 D(Rx) 서비스: Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare