

2022 회원 핸드북

Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan Medicare-Medicaid Plan

California H8677-002

서비스 대상 카운티: Los Angeles

유효일: 2022년 1월 1일 ~ 12월 31일



Molina Dual Options Medicare-Medicaid 플랜 회원 핸드북

01/01/2022 – 12/31/2022

Molina Dual Options Cal MediConnect 플랜에 따른 의료 서비스 및 의약품 혜택 적용

회원 핸드북 소개

본 핸드북은 12/31/2022까지 Molina Dual Options에 따라 적용되는 회원님의 혜택에 관한 정보를 제공합니다. 이는 의료 케어 서비스, 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스, 처방 의약품 혜택, 장기 서비스 및 지원에 대해 설명합니다. 장기 서비스 및 지원은 회원님이 요양원이나 병원에 가지 않고 대신 자택에 머물 수 있게 도와드립니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

본 핸드북은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 두십시오.

본 Cal MediConnect 플랜은 Molina Healthcare of California가 제공합니다. 본 *회원 핸드북*에서 “저희”, “당사” 또는 “당사의”라는 표현이 나오는 경우 이는 Molina Healthcare of California를 의미하는 것입니다. “플랜” 또는 “당사 플랜”이 언급되는 경우 이는 “Molina Dual Options”를 의미합니다.

ATTENTION: If you speak: English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-665-4627 (TTY: 711)。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4627 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجه: اگر یہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



ប្រយ័ត្ន៖ ប៊ីសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សំដៅជំនួយជូនកែតម្រូវភាសាជាមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់ប៊ីអ្នក។
ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។

항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 회원님이 별도로 요청할 필요가 없도록 회원님의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 주 정부에 (800) 541-5555, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.(현지 시간) 사이에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627 (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 담당자가 회원님의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627 (TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



2022 Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

목차

제1장: 회원으로서 첫 단계 5

제2장: 중요한 전화번호 및 리소스 14

제3장: 플랜의 의료 케어 혜택 및 기타 혜택 대상 서비스 이용 26

제4장: 혜택 차트 43

제5장: 플랜을 통해 외래 환자 처방약 받기 81

제6장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약 비용 중 본인 부담액 95

제7장: 혜택 대상 서비스 또는 의약품에 대해 회원이 받은 청구서 대금 지급을 요청하는 방법 101

제8장: 회원의 권리 및 의무 105

제9장: 문제나 불만 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치(혜택 적용 결정, 이의 제기, 불만 제기) 127

제10장: Cal MediConnect 플랜 탈퇴하기 171

제11장: 법적 고지 178

제12장: 중요한 표현의 정의 180



고지 사항

- ❖ Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan은 Medicare와 Medi-Cal 간에 계약을 체결한 건강 보험으로 두 프로그램의 모든 혜택을 회원님께 제공합니다.
- ❖ Molina Dual Options의 보장은 최소 필수 보장(MEC)으로, 환자 보호 및 의료비용 합리화법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 공유 책임 요구사항을 충족합니다. 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트(irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 방문하여 MEC를 위한 개인 공유 책임 요구사항에 관한 자세한 정보를 확인하십시오.
- ❖ 한도, 자기부담금 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보는 Molina Dual Options 회원 서비스에 전화로 문의하시거나 Molina Dual Options 회원 핸드북을 참조하시기 바랍니다. 이는 일부 서비스에 대해서는 본인이 비용을 부담해야 할 수도 있고 Molina Dual Options가 회원님께서 이용하시는 서비스 비용을 지급하도록 하려면 정해진 규정을 따라야 한다는 것을 뜻합니다.
- ❖ 혜택 대상 의약품 목록 및/또는 약국 및 제공자 네트워크 목록은 연중 수시로 변경될 수 있습니다. 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경을 이행하기 전에 미리 통지해 드립니다.
- ❖ 혜택 및/또는 자기부담금은 매년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.
- ❖ Molina Healthcare는 관련 연방 시민법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 종교, 성별, 성, 연령, 정신 또는 신체 장애, 건강 상태, 의료 서비스 이용, 클레임 경험, 병력, 유전 정보, 부보가능증거, 지리적 위치를 이유로 차별하지 않습니다.



제1장: 회원으로서 첫 단계

소개

본 장에는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공하는 건강 플랜인 Molina Dual Options와 해당 멤버십에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 Molina Dual Options에서 제공할 것으로 예상한 정보와 함께 다른 정보도 확인할 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. Molina Dual Options를 이용해 주셔서 감사합니다	6
B. Medicare 및 Medi-Cal 정보	6
B1. Medicare	6
B2. Medi-Cal	6
C. 플랜의 이점	7
D. Molina Dual Options의 서비스 지역	7
E. 플랜 회원이 되려면 갖춰야 할 자격 요건	8
F. 처음 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항	8
G. 케어 팀 및 케어 플랜	9
G1. 케어 팀	9
G2. 케어 플랜	9
H. Molina Dual Options 월 보험료	10
I. <i>회원 핸드북</i>	10
J. 회원에게 제공되는 기타 정보	10
J1. Molina Dual Options 회원 ID 카드	10
J2. <i>제공자 및 약국 명부</i>	11
J3. <i>혜택 대상 의약품 목록</i>	12
J4. <i>혜택 설명서</i>	12
K. 멤버십 기록 업데이트 방법	13
K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호	13

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



A. Molina Dual Options를 이용해 주셔서 감사합니다

Molina Dual Options는 Cal MediConnect 플랜입니다. Cal MediConnect 플랜은 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 제공자 및 기타 제공자로 구성된 단체입니다. 또한 이용하고 계신 모든 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케이스 관리자 및 케어 팀도 보유하고 있습니다. 이들은 서로 협력하여 회원에게 필요한 케어를 제공합니다.

Molina Dual Options는 Cal MediConnect의 일부로 회원님께 서비스를 제공할 수 있도록 California 주 당국 및 Medicare & Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)의 승인을 받았습니다.

Cal MediConnect는 Medicare와 Medi-Cal을 모두 이용하고 계신 분들에게 더 나은 케어를 제공할 수 있도록 California 주 당국과 연방 정부가 공동으로 모니터링하고 있는 시범 프로그램입니다. 본 시범 프로그램을 통해 주 정부와 연방 정부는 이용자들이 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 받는 방법을 개선할 수 있는 새로운 방식을 시험해 보고자 합니다.

Molina Healthcare는 회원 한 분 한 분이 모두 다르며, 각자 필요한 것이 다르다는 사실을 잘 알고 있습니다. 그렇기 때문에 Molina Dual Options는 회원님의 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합시켜 마음 편하게 개인 맞춤형 지원을 받으실 수 있도록 합니다.

Molina Healthcare는 35년 전에 설립되어 의료 케어를 더 많은 사람, 특히 가장 필요한 사람에게 제공하고 있습니다. 설립 당시부터 Molina는 회원님의 필요 사항을 최우선으로 두었으며, 오늘날까지 이러한 방식을 유지하고 있습니다.

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

B. Medicare 및 Medi-Cal 정보

B1. Medicare

Medicare는 연방 의료 보험 프로그램으로 그 대상자는 다음과 같습니다.

- 65세 이상의 개인
- 65세 미만으로 장애가 있는 특정 개인 그리고
- 말기 신장 질환(신부전) 환자

B2. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주 당국에서 운영하며, 그 비용을 주 정부와 연방 정부가 부담합니다. Medi-Cal은 장기 서비스 및 지원(Long-Term Services and Supports, LTSS)과 의료 비용을 부담하기에는 보유하고 있는 소득 및 재산이 제한적인 사람들을 돕기 위한 프로그램입니다. 이는 Medicare 혜택 대상이 아닌 추가 서비스와 의약품을 대상으로 합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



각 주의 결정 사항은 다음과 같습니다.

- 소득 및 재원으로 간주되는 사항
- 적격자
- 서비스 혜택대상 및
- 서비스 비용

각 주는 연방 규정을 따르는 범위 내에서 프로그램 운영 방법을 결정할 수 있습니다.

Molina Dual Options는 Medicare와 California 주 당국의 승인을 받았습니다. 아래 조건을 충족하는 한 회원님께서서는 당사 플랜을 통해 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

- 당사가 플랜을 제공하겠다고 결정해야 합니다. 그리고
- Medicare와 California 주 당국을 통해 당사는 이 플랜을 계속해서 제공할 수 있습니다.

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

C. 플랜의 이점

이제 Molina Dual Options에서 처방 의약품을 포함해 Medicare와 Medi-Cal 혜택 대상 서비스에서 받고 계신 모든 혜택을 받으실 수 있습니다. 이 의료 플랜에 가입하시는 데는 추가 비용이 전혀 없습니다.

Molina Dual Options는 Medicare와 Medi-Cal 혜택이 서로 더 잘 조화를 이루고 이용자가 더 효과적으로 이용하실 수 있도록 도와 드립니다. 플랜의 이점은 다음과 같습니다.

- 모든 건강 보험의 필요 사항을 충족하는 하나의 의료 플랜을 이용할 수 있습니다.
- 회원님마다 케어 팀이 있고, 회원님이 직접 팀 구성에 참여하게 됩니다. 케어 팀은 회원님 본인, 간병인, 의사, 간호사, 카운셀러 또는 그 외 의료 전문가들로 구성될 수 있습니다.
- 케이스 관리자도 배정됩니다. 케이스 관리자는 회원님과 함께 Molina Dual Options를 관리하고 케어 팀의 케어 플랜 수립을 돕는 일을 합니다.
- 회원님은 담당 케어 팀, 케이스 관리자의 도움을 받아 자신의 케어를 직접 관리할 수 있습니다.
- 케어 팀과 케이스 관리자는 회원님과 함께 상의해 각 회원의 건강 요구 사항에 맞게 설계된 케어 플랜을 수립하게 됩니다. 케어 팀은 회원님이 필요로 하는 여러 서비스 간 조율을 도와 드립니다. 예를 들어,
 - 담당 케어 팀은 담당 의사에게 회원님께서 어떤 약을 복용 중인지 알려서 적합한 약을 복용 중인지 확인하고, 그러한 약 복용에서 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.
 - 또한 회원님의 검사 결과를 모든 담당 의사 그리고 필요에 맞게 다른 의료 제공자도 공유할 수 있도록 합니다.

D. Molina Dual Options의 서비스 지역

당사의 서비스 지역은 Los Angeles 카운티 전체를 포함합니다(단, 우편번호 90704는 제외).

당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 Molina Dual Options에 가입할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 데 따른 영향에 대한 자세한 정보는 제8장을 참조하십시오. 이사하시는 경우 해당 카운티 적격성 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

Los Angeles 현장 사무소(Los Angeles Field Office)
(888) 822-9622

E. 플랜 회원이 되려면 갖춰야 할 자격 요건

다음 조건을 충족하시는 한 저희 플랜 회원 자격이 충족됩니다.

- 당사 서비스 지역에 거주하고 계셔야 합니다. 그리고
- 가입 시점 나이가 21세 이상이어야 합니다. 그리고
- Medicare 파트 A와 파트 B를 모두 보유하고 계셔야 합니다. 그리고
- 현재 Medi-Cal 가입 자격을 충족해야 합니다. 그리고
- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주하고 있어야 합니다.

카운티별로 추가적인 자격 요건 규정이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의하시기 바랍니다.

F. 처음 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항

플랜에 처음 가입하신 회원님은 건강 위험 평가(HRA)를 완료하고 그 결과를 90일 이내에 제출해야 합니다. 평가는 저희가 회원님의 요구를 파악하는 데 도움이 되며, 회원님 역시 그로부터 도움을 받을 수 있습니다.

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

HRA를 완료할 수 있도록 저희가 회원님께 연락을 드릴 예정입니다. HRA는 직접 방문, 전화 통화 또는 우편을 통해 실시할 수 있습니다.

HRA와 관련한 자세한 정보를 보내드리도록 하겠습니다.

Molina Dual Options에 처음 가입하신 경우 일정 기간 동안은 원래 진찰받으시던 의사의 진료를 계속 받으실 수 있습니다. 다음 조건이 모두 충족되는 경우, 가장 12개월까지 플랜 가입 당시에 이용하고 있는 현재 서비스 제공자 및 서비스 허가를 유지하실 수 있습니다.

- 회원님 본인, 본인의 대리인 또는 의료 제공자가 현재의 제공자를 계속 유지하게 해 달라고 당사에 직접 요청하는 경우
- 일부 예외 경우를 제외하고, 회원님이 주치의(PCP) 또는 전문 케어 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 저희가 확인할 수 있습니다. 기존 관계란, 회원님이 Molina Dual Options 최초 가입일 기준으로 그 이전 12개월 기간에 비응급 진찰을 위해 네트워크 비소속 제공자를 최소 1회 방문했음을 의미합니다.
 - 당사는 당사가 확보할 수 있거나 회원님이 당사에 제공하는 회원님의 건강 의료 정보를 검토해 기존 관계 여부를 결정하게 됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 당사는 회원님의 요청에 30일 이내에 응답해야 합니다. 또한 회원님은 더 신속하게 결정해 달라고 요청하실 수 있으며, 그러한 경우 당사는 15일 이내에 응답해야 합니다.
- 저희는 치료를 중단하여 피해를 입을 위험이 있는 경우 3일 내에 대응해 드릴 것입니다.
- 회원님이 이러한 요청을 할 때 회원님과 담당 의료 제공자는 기존 관계의 증빙 서류를 제공하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

주의 사항: 이러한 요청은 내구성 있는 의료 장비(Durable Medical Equipment, DME), 교통편, 기타 보조적인 서비스 또는 Cal MediConnect에 포함되어 있지 않은 서비스의 제공자에 대해서는 할 수 없습니다.

케어 지속 기간이 종료되고 나면 당사가 담당 네트워크 비소속 의사와 예약을 체결하지 않는 한 회원님의 1차 의료 제공자의 의료 단체와 제휴를 맺은 Molina Dual Options 네트워크 소속 의사 및 기타 제공자를 이용하셔야 합니다. 네트워크 소속 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 당사 플랜의 PCP는 IPA 및 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 회원님이 담당 PCP를 지정하면 해당 제휴를 맺은 IPA 또는 의료 단체도 선택하게 됩니다. 이는 담당 PCP가 본인의 IPA 또는 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 회원님을 의뢰할 것임을 의미합니다. IPA 또는 의료 단체(Medical Group)는 회원에게 맞춰 조율된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 구성된 PCP 및 전문의 협회입니다. 케어 받기에 관한 자세한 정보는 제3장을 참조하십시오.

G. 케어 팀 및 케어 플랜

G1. 케어 팀

필요한 케어를 받기 위한 도움이 필요하십니까? 케어 팀에서 회원님을 도와드릴 것입니다. 케어 팀에는 담당 의사, 케이스 관리자 또는 회원이 선택한 기타 의료인이 포함될 수 있습니다.

케이스 관리자는 회원이 자신에게 필요한 케어를 관리하는 것을 돕는 사람을 말합니다. Molina Dual Options에 가입하시면 케이스 관리자를 지정해 드립니다. 또한 케이스 관리자는 회원님이 필요로 하는 서비스를 Molina Dual Options가 제공하지 못하는 경우 회원님을 지역사회 리소스로 연계해 드릴 것입니다.

케어 팀을 요청하시려면 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

G2. 케어 플랜

케어 팀이 회원님과 협의하여 케어 플랜을 마련해드립니다. 케어 플랜은 회원님과 담당 의사에게 회원님에게 필요한 서비스와 해당 서비스를 받을 수 있는 방법을 알려드립니다. 이는 회원님의 의료, 행동 건강 및 LTSS 필요를 포함합니다. 케어 플랜은 회원님과 회원님의 필요만을 위해 만들어집니다.

케어 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- 회원의 의료 케어 목표.
- 필요한 서비스를 언제 받아야 하는지를 나타낸 일정.

건강 위험 평가 후, 담당 케어 팀이 회원님과 면담을 합니다. 이를 통해 회원님에게 필요한 서비스에 관해 논의하게 됩니다. 또한 회원님이 받고자 하는 서비스에 관해서도 논의할 것입니다. 케어 플랜은 회원님의 필요 사항을 바탕으로 합니다. 담당 케어 팀은 회원님과 협의해 일 년에 최소 한 번씩 케어 플랜을 업데이트하게 됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



H. Molina Dual Options 월 보험료

Molina Dual Options에는 월 보험료가 없습니다.

I. 회원 핸드북

본 회원 핸드북은 회원님과 당사 간 계약의 일부입니다. 이는 당사가 반드시 본 문서에 포함되어 있는 규정을 모두 빠짐없이 준수해야 한다는 것을 의미합니다. 회원님께서 보시기에 저희가 이러한 규정에 어긋나는 행동을 하는 것으로 판단되는 경우, 당사 조치에 항의 또는 이의 제기하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 안내는 제9장을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

회원 핸드북을 요청하려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 또한 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 회원 핸드북을 확인하시거나 다운로드하실 수 있습니다.



계약은 01/01/2022부터 12/31/2022까지 회원님께서 Molina Dual Options에 가입하신 달에 대해 유효합니다.

J. 회원에게 제공되는 기타 정보

이미 Molina Dual Options 회원 ID 카드, 제공자 및 약국 명부 이용 방법, 혜택 대상 의약품 목록 이용 방법에 관한 정보를 받으셨을 것입니다.

J1. Molina Dual Options 회원 ID 카드

Molina 플랜 하에서는 장기 서비스 및 지원(LTSS), 특정 행동 건강 서비스, 처방약 등을 포함해 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 모두 카드 1장으로 이용하시게 됩니다. 모든 서비스/처방약을 이용하거나 받으실 때는 항상 이 카드를 제시해 주셔야 합니다. ID 카드 견본은 다음과 같습니다.

 <p>Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan Member Name: <MemFIRST><MemMI><MemLAST> Member ID: <HIC#> Date of Birth: <DOB> Effective Date: <EFFDAT></p> <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: \$0</p> <p>PCP Name: <PCPNAM> Medical Group: <PAYTO> <ContNum></p>	 <p>RxBIN: <RXBIN> RxPCN: <RXPCN> RxGRP: <RXGRP> RxID: <HIC#></p> <p>Dental Benefits Group ID: <HIC#></p>	<p>In case of emergency: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP) or you may also contact our 24-Hour Nurse Advice Line.</p> <p>Member Services: (855) 665-4627 Member Services TTY: 711 Behavioral Health: (888) 275-8750 24-Hour Nurse Advice: (888) 275-8750 Pharmacy Help Desk: (855) 665-4627 Dental Service: (855) 214-6779</p> <p>Website: MolinaHealthcare.com/Duals</p> <p>Send Claims To: P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801 EDI Submission Payer ID: 38333 Claim Inquiry: (855) 665-4627</p>
--	--	---

가지고 계신 Cal MediConnect 카드가 손상, 분실 또는 도난당한 경우, 즉시 회원 서비스에 전화하시면 새 카드를 보내 드리도록 하겠습니다. (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

저희 플랜 회원으로 계시는 동안은 Cal MediConnect 서비스 이용을 위해 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드나 Medi-Cal 카드를 사용하실 필요가 없습니다. 다른 카드는 나중에 혹시 필요할 때를 대비해 안전한 곳에 보관해 두십시오. Molina Dual Options 회원 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 제공자는

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



당사 플랜 대신 Medicare에 청구하며, 회원님은 청구서를 받을 수 있습니다. 제공자로부터 청구서를 받은 경우 취해야 할 조치에 대해 알아보려면 제7장을 참조하십시오.

혹시 카운티 정신 건강 플랜(MHP)으로부터 전문 정신 건강 서비스를 받으시는 경우 서비스를 이용하시려면 Medi-Cal 카드가 필요합니다.

J2. 제공자 및 약국 명부

제공자 및 약국 명부에는 Molina Dual Options 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 및 약국들이 나와 있습니다. 저희 플랜 회원으로 계시는 동안은 반드시 네트워크 소속 제공자를 통해 혜택 대상 서비스를 받으셔야 합니다. 처음 당사 플랜에 가입하셨을 경우 적용되는 일부 예외 상황이 있습니다(8페이지 참조).

제공자 및 약국 명부를 요청하려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 또한 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 제공자 및 약국 명부를 확인하시거나 다운로드하실 수 있습니다.

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

- 이름
- 주소
- 전화번호
- 사용 언어
- 이용 가능한 서비스 지역
- 병원 특례 / 제휴
- 의료 단체

환자가 편리하게 의사의 진료를 받을 수 있고, 환자가 케어를 받는 데 필요한 도움을 의사의 진료실에서 제공하는 것은 중요합니다. 이에 다음에 대한 물리적 접근성 정보가 표시됩니다.

- 기본 접근
- 제한된 접근

또한 제공자 명부에서는 제공자 사무실의 기타 접근성 지역을 나타내기 위해 다음의 접근성 표시 기호를 사용합니다.

- P= 주차
- EB= 외부 건물
- IB= 내부 건물
- W= 대기실
- R= 화장실
- E= 검사실
- T= 검사 테이블

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- S= 휠체어 체중계

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

네트워크 공급자 정의

- Molina Dual Options 네트워크 소속 제공자는 다음과 같습니다.
 - 당사 플랜의 회원들이 이용할 수 있는 의사, 간호사 및 그 외 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 있는 의료 장비 공급업체 그리고 Medicare나 Medi-Cal을 통해 받는 상품 및 서비스를 제공하는 다른 곳

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

네트워크 소속 약국의 정의

- 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 회원에게 처방약을 제공하는 데 동의한 약국(드럭 스토어)을 의미합니다. **제공자 및 약국 명부**를 보고 이용하고 싶은 네트워크 소속 약국을 선택하십시오.
- 응급 상황을 제외하고 당사 플랜에서 처방약 비용을 지급하기를 원하시는 경우 반드시 당사 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 처방약을 구입하셔야 합니다.

회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 회원 서비스와 Molina Dual Options 웹사이트에서 모두 당사 네트워크 소속 약국 및 제공자에 관한 최신 정보를 얻으실 수 있습니다.

J3. 혜택 대상 의약품 목록

플랜에는 **혜택 대상 의약품 목록**이 있습니다. 이 목록을 짧게 줄여서 “의약품 목록”이라고 부릅니다. 이 목록에는 Molina Dual Options 혜택 적용 대상 처방약이 나와 있습니다.

또한 본 의약품 목록에는 구입할 수 있는 금액 한도 등과 같이 특정 의약품에 관한 규정이나 제한 사항이 있는지도 알 수 있습니다. 규정 및 제한 사항에 관한 자세한 정보는 제5장을 참조하십시오.

당사는 회원님께 의약품 목록 이용 방법에 관한 정보를 보내 드리지만, 중간에 변동 사항이 생길 수도 있습니다. 혜택 적용 대상 의약품에 관한 최신 정보를 확인하려면 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 방문하시거나 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

J4. 혜택 설명서

파트 D 처방약 혜택을 이용하시는 경우, 회원님의 파트 D 처방약에 대한 비용 지급 내역을 확인 및 추적하실 수 있도록 요약 내역서를 보내드립니다. 이 요약 내역서를 **혜택 설명서**(Explanation of Benefits, EOB)라고 합니다.

EOB를 보시면 회원님 또는 회원님을 대신한 누군가가 회원님의 파트 D 처방약 구입을 위해 지출한 총 합계 금액, 그리고 해당 월 동안 회원님의 파트 D 처방약 구입 건별로 당사가 지급한 합계 금액을 알 수 있습니다. EOB에 회원님이 복용하는 약물에 대해 더 많은 정보가 기재되어 있습니다. 제6장에는 EOB

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



에 관한 더 자세한 정보와 더불어 이것이 의약품 혜택 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대한 설명이 나와 있습니다.

EOB 역시 요청하시면 받아보실 수 있습니다. 사본이 필요하시면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.

K. 멤버십 기록 업데이트 방법

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

플랜의 네트워크 소속 제공자와 약국은 회원님에 관해 올바른 정보를 알 필요가 있습니다. 제공자와 약국은 회원님의 멤버십 기록을 바탕으로 어떤 서비스 또는 의약품을 받으시는지, 비용이 얼마나 드는지를 알 수 있습니다. 따라서, 반드시 회원님의 멤버십 기록이 최신 상태로 유지되도록 도와주셔야 합니다.

다음의 경우 알려주시기 바랍니다.

- 본인의 이름, 주소 또는 전화번호가 변경된 경우
- 본인의 고용주, 배우자의 고용주, 동성 배우자 또는 사실혼 배우자의 고용주 또는 산재 보험 등 다른 곳에서 제공하는 의료 보험 혜택에 변동 사항이 발생하는 경우
- 자동차 사고에 따른 배상 청구 등 배상 청구가 발생하는 경우
- 요양 시설 또는 병원에 입원하는 경우
- 병원 또는 응급실에서 치료를 받는 경우
- 간병인 또는 보호자 역할을 하는 사람이 바뀐 경우
- 임상시험 연구에 참여하고 있거나 참여할 예정인 경우

정보에 변동 사항이 발생하는 경우 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호

멤버십 기록의 정보는 개인 건강 정보(PHI)를 포함할 수 있습니다. 주 정부 및 연방 정부 법에 따라 당사는 회원님의 PHI를 보호합니다. 당사는 회원님의 PHI를 확실히 보호합니다. 저희가 회원님의 PHI를 보호하는 방법에 관한 자세한 내용은 제8장을 참조하시기 바랍니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제2장: 중요한 전화번호 및 리소스

소개

본 장에서는 Molina Dual Options 및 회원님의 의료 케어 혜택에 대한 질문에 답변을 제공할 수 있는 중요한 리소스를 제공할 연락처 정보를 제공합니다. 또한 본 장을 통해 케이스 관리자 및 회원님을 대변할 수 있는 사람과 연락하는 방법에 관한 정보를 얻을 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. Molina Dual Options 회원 서비스에 문의하는 방법	15
A1. 회원 서비스 연락 방법	15
B. 케이스 관리자에게 문의하는 방법	18
B1. 케이스 관리자에게 연락하는 상황	18
C. 간호사 상담 전화에 문의하는 방법	19
C1. 간호사 상담 전화에 문의할 수 있는 경우	19
D. 의료 보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)에 문의하는 방법	20
D1. HICAP에 문의할 수 있는 경우	20
E. 품질 개선 기구(QIO)에 문의하는 방법	21
E1. Livanta에 문의할 수 있는 경우	21
F. Medicare에 문의하는 방법	22
G. Medi-Cal Health Care Options에 문의하는 방법	23
H. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하는 방법	23
I. 카운티 사회복지부에 문의하는 방법	24
J. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하는 방법	24
J1. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.	24
K. California 주 관리형 의료 케어부에 문의하는 방법	25
L. 기타 리소스	25

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



A. Molina Dual Options 회원 서비스에 문의하는 방법

전화	(855) 665-4627, 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (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 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711, 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (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/Duals

A1. 회원 서비스 연락 방법

- 플랜에 관한 질문
- 보험금 청구, 비용 청구 또는 회원 ID 카드에 관한 질문
- 본인의 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정
 - 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다:
 - 나에게 적용되는 혜택 및 서비스 또는
 - 내 의료 서비스에 대해 Molina가 지급하는 금액
 - 회원님의 의료 케어와 관련한 혜택 적용 결정에 관해 궁금한 점이 있으시면 전화로 문의해 주십시오.
 - 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 의료 케어에 관한 이의 제기

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 이의 제기는 당사가 회원님의 혜택에 대해 내린 결정을 재검토해 달라고 요청하고, 회원님 입장에서 당사가 실수로 잘못된 결정을 내렸다고 판단하시는 경우 결정을 변경해 달라고 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 이의 제기와 관련한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 의료 케어에 관한 불만 사항
 - 회원님은 당사 또는 네트워크 비소속 또는 네트워크 소속 제공자에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 소속 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 또한 받으시는 케어의 품질에 관해 당사 또는 품질개선기구에 불만을 제기하실 수 있습니다(아래 섹션 F 참조).
 - 저희에게 전화해 불만 사항을 얘기해 주시면 됩니다. 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711) 번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.
 - 회원님의 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정과 관련한 불만 사항인 경우 이의 제기를 하실 수 있습니다(위 섹션 참조).
 - Molina Dual Options에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 도움을 요청하시기 바랍니다.
 - (855) 501-3077번으로 전화해 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 Molina Dual Options에 대한 불만 사항을 제출하셔도 됩니다.
 - 본인의 의료 케어 관련 불만 사항 제기 방법에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 의약품에 관한 혜택 적용 결정
 - 의약품에 관한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
 - 회원에게 적용되는 혜택 및 의약품 또는
 - 회원이 사용하는 의약품에 대해 Molina가 지급하는 금액
 - 이는 회원님의 파트 D 의약품, Medi-Cal 처방약, Medi-Cal 비처방약에 적용됩니다.
 - 처방약과 관련한 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 의약품과 관련한 이의 제기
 - 이의 제기는 당사에 혜택 적용 결정 변경을 요청하는 방법입니다.
 - 처방약과 관련해 이의 제기를 하는 방법에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



연락처 정보		
파트 D 의약품에 관한 이의 제기는 다음 주소에 우편으로 보내주십시오. Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047	팩스: 866-290-1309	
Medi-Cal 의약품에 관한 이의 제기는 다음 주소에 우편으로 보내주십시오. 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802	팩스: 1-562-901-9632	
다음에 관한 이의 제기를 하는 경우	방법은 다음과 같습니다.	다음 기간 내에 결정됩니다.
파트 D 의약품	다음 기간 내에 이의 제기를 접수해야 합니다. 혜택 적용 결정으로부터 60일 이내.	달력일 기준 7일
파트 D 의약품이 아닌 경우(이 경우 의약품 목록에 별표가 표시됨)	다음 기간 내에 이의 제기를 접수해야 합니다. 혜택 적용 결정으로부터 90일 이내.	달력일 기준 30일(14일 추가 연장)

- 의약품과 관련한 불만 사항
 - 회원님은 당사 또는 약국에 대해 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 여기에는 사용하고 계신 처방약에 관한 불만 제기도 포함됩니다.
 - 본인의 처방약에 관한 혜택 적용 결정과 관련한 불만 사항인 경우, 이의 제기를 하실 수 있습니다(위 섹션 참조).
 - Molina Dual Options에 대한 불만 사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 도움을 요청하시기 바랍니다.
 - 처방약과 관련해 불만을 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 이미 본인이 대금을 지급한 의료 케어 또는 의약품에 대한 비용 지급을 참조하십시오.
 - 당사에 비용 상환을 요청하거나 본인이 받은 청구서 대금을 납입하는 방법에 관한 자세한 설명은 제7장을 참조하십시오.
 - 청구서 대금 납입을 요청하셨는데 저희가 요청 중 어느 부분에 대해서든 지급을 거부하는 경우 당사 결정에 대해 이의 제기하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하시기 바랍니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



B. 케이스 관리자에게 문의하는 방법

Molina Dual Options 케이스 관리자는 회원님의 연락 담당자입니다. 케이스 관리자는 회원님의 전체 제공자와 서비스 관리를 도와 드리고, 필요한 서비스를 받으실 수 있도록 도와드립니다. 회원님 및/또는 간병인은 필요한 경우 해당 케이스 관리자 또는 회원 서비스에 전화해 배정된 케이스 관리자 변경을 요청할 수 있습니다. 또한 Molina Dual Options 직원은 회원님의 (문화/언어/신체/행동 건강) 요구나 위치를 바탕으로 배정된 케이스 관리자를 변경할 수 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의하시기 바랍니다.

전화	(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(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 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)
우편	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Duals

B1. 케이스 관리자에게 연락하는 상황

- 본인의 의료 케어에 관한 질문
- 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스 이용에 관한 질문
- 교통편에 관한 질문
- 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 관한 질문

LTSS에는 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)와 요양 시설(NF)이 있습니다.

정기 의료 케어와 일상생활에서 필요한 부분에서 도움을 받으실 수도 있습니다.

이용하실 수 있는 서비스는 다음과 같습니다.

- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS),
- 전문 영양 보호,
- 물리치료,
- 직업치료,
- 언어치료,
- 의료 사회 복지 서비스 그리고,
- 가정 의료 케어.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



LTSS 서비스에 관한 자세한 정보가 필요하시면 Molina Dual Options에 (855) 665-4627번으로 연락해 주시기 바랍니다.

C. 간호사 상담 전화에 문의하는 방법

회원님은 Molina Healthcare의 간호사 상담 전화에 하루 24시간, 1년 365일 언제든지 전화하실 수 있습니다. 해당 서비스는 회원님께 회원님의 언어로 의료 서비스와 관련한 상담을 제공하고 필요한 케어를 받을 수 있는 곳으로 회원님을 안내해 줄 수 있는 자격을 갖춘 간호사를 연결해드립니다. 간호사 상담 전화는 미국 전역의 모든 Molina Healthcare 회원님들에게 서비스를 제공할 수 있습니다. 간호사 상담 전화는 URAC 인증 건강 콜 센터입니다. URAC 인증은 간호사 상담 전화가 양질의 진료, 프로세스 개선 및 환자 결과 향상을 위해 포괄적인 노력을 보인 기관에 부여됩니다. 또한 당사의 간호사 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영되는 건강 정보 전화에 대해 HIP(건강 정보 제품) 관련 NCQA의 인증을 받았습니다. NCQA는 건강 플랜에 적용 가능한 NCQA 건강 정보 표준을 준수하도록 설계되었습니다.

간호사 상담 전화로 안전을 평가하고, 응급 서비스에 연결하고, 행동 건강 서비스 제공자 및 지역사회 리소스를 검색하고, Molina 케이스 관리자에게 의뢰할 수 있습니다. 자세한 정보가 필요하시면 Molina Dual Options에 (888) 275-8750번으로 연락해 주시기 바랍니다.

도움이 즉시 필요하시거나 어떻게 해야 할지 모르는 상황인 경우 간호사 상담 전화에 연락하십시오. 본인이나 다른 사람에게 상해나 사망 위험이 있는 응급 상황이 발생하는 경우 가장 가까운 병원 응급실로 가거나 911에 연락하십시오.

전화	(888) 275-8750. 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영. 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711. 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영

C1. 간호사 상담 전화에 문의할 수 있는 경우

- 본인의 의료 케어에 관한 질문

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



D. 의료 보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)에 문의하는 방법

의료보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)은 Medicare 이용자들에게 무료로 의료보험 관련 카운셀링을 제공해 드립니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답해 드리고 문제에 대처할 때 취할 수 있는 조치를 알려드릴 수 있습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 전문 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료로 제공됩니다.

HICAP은 보험 회사나 건강 플랜과 관계가 없습니다.

전화	(800) 434-0222 월요일~금요일, 오전 9 a.m.~오후 4 p.m.(현지 시간)
TTY	711 월요일~금요일, 오전 9 a.m.~오후 4 p.m.(현지 시간)
우편	Los Angeles County: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
웹사이트	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

D1. HICAP에 문의할 수 있는 경우

- Cal MediConnect 플랜에 관한 질문 또는 다른 Medicare 질문
 - HICAP 카운셀러는 새로운 플랜으로의 변경에 관한 질문에 답변을 드리며, 다음 사항을 지원합니다.
 - 회원님의 권리 이해
 - 회원님이 선택하신 플랜 내용 파악
 - 의료 케어 또는 치료와 관련해 불만 사항 제기 및
 - 청구서 관련 문제 해결

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



E. 품질 개선 기구(QIO)에 문의하는 방법

California 주에는 Medicare 이용자들을 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사들과 그 외 의료 케어 전문가들이 모인 단체인 Livanta라는 단체가 있습니다. Livanta는 본 플랜과 관계가 없습니다.

전화	이의 제기: (877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
웹사이트	https://livantaqio.com/en/states/california

E1. Livanta에 문의할 수 있는 경우

- 본인의 의료 케어에 관한 질문
 - 다음의 경우 회원님께서 받은 케어에 대해 불만을 제기할 수 있습니다.
 - 케어의 품질과 관련해 문제가 있는 경우
 - 너무 일찍 퇴원했다고 생각되는 경우, 또는
 - 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어, 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



F. Medicare에 문의하는 방법

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

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

전화	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 통화료는 무료이며, 하루 24시간 연중무휴 운영됩니다.
TTY	1-877-486-2048. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
웹사이트	www.medicare.gov Medicare 공식 웹사이트입니다. Medicare에 관한 최신 정보를 확인하실 수 있습니다. 또한, 병원, 요양원, 의사, 가정 의료 기관, 투석 시설, 입원환자 재활 시설, 호스피스 등에 관한 정보도 게시되어 있습니다. 여기에는 유용한 웹사이트와 전화번호가 안내되어 있습니다. 또한 컴퓨터에서 바로 출력할 수 있는 소책자도 포함되어 있습니다. 컴퓨터가 없으신 경우, 지역 도서관이나 노인회관에 가시면 그곳에 있는 컴퓨터로 웹사이트를 방문하도록 도움을 받으실 수 있습니다. 또는, 위에 나와 있는 전화번호로 Medicare에 연락해 찾으시는 정보를 말씀해 주시면 됩니다. 담당자가 해당 정보를 웹사이트에서 찾아 출력한 다음 보내드릴 것입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



G. Medi-Cal Health Care Options에 문의하는 방법

Medi-Cal Health Care Options는 Cal MediConnect 플랜 선택 또는 그 외 가입 관련 문제에 관해 궁금한 점이 있으시면 도와드릴 수 있습니다.

전화	1-844-580-7272 Health Care Options 담당자는 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 6:00 p.m.에 연락 가능합니다.
TTY	1-800-430-7077 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
웹사이트	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하는 방법

Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 회원님의 대변인으로서 역할을 수행합니다. 문제나 불만 사항이 있는 경우 질문에 대한 답변을 드리며, 취해야 할 조치에 대한 이해를 도와드립니다. 또한 Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 서비스 또는 청구 문제와 관련한 지원을 제공해드릴 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사의 플랜 또는 다른 보험사나 건강 플랜과 관계가 없습니다. 이 서비스는 무료로 이용할 수 있습니다.

전화	1-855-501-3077. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.(현지 시간)(휴일 제외).
TTY	1-888-452-8609 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capitol Avenue PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



I. 카운티 사회복지부에 문의하는 방법

Los Angeles County

전화	(888) 822-9622. 통화료는 무료입니다. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.(현지 시간)
TTY	711번
우편	Los Angeles County Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
웹사이트	http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center

J. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하는 방법

Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health, DMH):

전화	(800) 854-7771, 통화료는 무료입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	(562) 651-2549, 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영

J1. 카운티 전문 정신 건강 플랜에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 카운티가 제공하는 행동 건강 서비스에 관한 질문 - 위에 나와 있는 번호로 카운티 정신건강부에 연락하십시오.

정신 건강 혜택에 관한 내용은 제3장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



K. California 주 관리형 의료 케어부에 문의하는 방법

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

전화	1-888-466-2219 DMHC 담당자에게는 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 6:00 p.m. 사이에 연락 가능합니다.
TDD	1-877-688-9891 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.
우편	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
팩스	1-916-255-5241
웹사이트	www.dmhc.ca.gov

L. 기타 리소스

노인 학대 신고는 해당 카운티의 California 주 사회복지부(Department of Social Services, DSS) – 성인 보호 서비스로 연락하십시오.

California 주 사회복지부(Department of Social Services, DSS) – 성인 보호 서비스

전화	(877) 477-3646 하루 24시간, 연중무휴 운영
TTY	711번 하루 24시간, 연중무휴 운영
우편	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
웹사이트	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제3장: 플랜의 의료 케어 혜택 및 기타 혜택 대상 서비스 이용

소개

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

차례

A. “서비스”, “혜택 대상 서비스”, “제공자” 및 “네트워크 소속 제공자”에 관한 정보	28
B. 플랜의 혜택 대상인 의료 케어, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS) 이용 규정	28
C. 케이스 관리자 정보	29
C1. 케이스 관리자란?	29
C2. 케이스 관리자에게 문의하는 방법	29
C3. 케이스 관리자 변경 방법	29
D. 주치의, 전문의, 기타 네트워크 의료 제공자 및 네트워크 비소속 의료 제공자의 케어	30
D1. 주치의의 케어	30
D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자들의 케어	31
D3. 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우 취해야 할 조치	32
D4. 네트워크 외부 제공자들의 케어를 받는 방법	33
E. 장기 서비스 및 지원(LTSS) 이용 방법	33
F. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스 이용 방법	33
F1. Medi-Cal 행동 건강 서비스 중 Los Angeles 카운티 정신건강부(DMH)를 통해 Molina Dual Options 외부에서 제공되는 서비스 종류	34
G. 교통편 서비스 이용 방법	35
H. 의료적 응급 상황이나 긴급하게 필요한 케어를 받는 경우 또는 재난이 발생한 경우 혜택 대상 서비스 이용 방법	36
H1. 의료적 응급 상황 시의 케어	36
H2. 긴급하게 필요한 케어	37
H3. 재난 시 케어	38

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



I. 플랜의 혜택 대상 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 취해야 할 조치	38
I1. 서비스에 본 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취할 수 있는 조치	38
J. 임상 실험 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택	39
J1. 임상 실험 연구의 정의	39
J2. 임상시험 연구에 참여한 경우의 서비스에 대한 지급	39
J3. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용	39
K. 비의료 케어 종교 기관에 있는 경우, 의료 케어 서비스 혜택이 제공되는 방법	40
K1. 비의료 케어 종교 기관의 정의	40
K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어 이용 방법	40
L. 내구성 있는 의료 장비(Durable medical equipment, DME)	40
L1. 플랜 회원으로서 DME 이용	40
L2. Original Medicare 또는 Medicare Advantage로 전환하는 경우 DME 소유권	41
L3. 플랜 회원으로서 산소 장비 이용 혜택	41
L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage로 전환하는 경우 산소 장비 이용	41



A. “서비스”, “혜택 대상 서비스”, “제공자” 및 “네트워크 소속 제공자”에 관한 정보

서비스는 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 필요 물품, 행동 건강 서비스, 처방약 및 비처방 의약품, 의료 기기 및 기타 서비스를 말합니다. **혜택 대상 서비스**는 이러한 서비스 중 Molina의 플랜이 그 비용을 부담하는 서비스를 말합니다. 혜택 대상 의료 케어, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)은 제4장 혜택 차트에 나열되어 있습니다.

제공자는 회원님께 서비스와 케어를 제공해 주는 의사, 간호사 및 그 외 사람들을 의미합니다. 제공자라는 말에는 회원님들께 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스, 의료 기구 및 특정 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 제공하는 병원, 가정 의료 기관, 클리닉 및 기타 장소가 포함됩니다.

네트워크 소속 제공자는 건강 플랜과 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 네트워크 소속 제공자는 당사가 지급하는 금액을 비용 전액으로 받아들인다는 데 동의한 제공자입니다. 네트워크 소속 제공자는 회원님에게 제공한 케어 대금을 당사에 직접 청구합니다. 회원님께서 네트워크 소속 제공자를 이용하시는 경우, 회원님께서서는 보통 혜택 대상 서비스에 대해서 비용을 전혀 지불하지 않게 됩니다.

B. 플랜의 혜택 대상인 의료 케어, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS) 이용 규정

Molina Dual Options는 Medicare와 Medi-Cal의 혜택 대상 서비스를 모두 혜택 대상으로 합니다. 여기에는 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

Molina Dual Options는 일반적으로 회원님께서 플랜 규정을 따르실 경우 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS에 대해 비용을 지급합니다. 플랜 혜택 대상의 조건은 다음과 같습니다.

- 받으시는 케어는 반드시 플랜 혜택 대상이어야 합니다. 이는 그러한 혜택이 반드시 플랜의 혜택 차트에 포함되어 있어야 한다는 뜻입니다(차트는 본 핸드북의 제4장에 있음).
- 케어는 반드시 **의료적으로 필요하다고** 판정되어야 합니다. 의료적으로 필요하다는 것은 회원님께서 질병을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스를 의미합니다. 여기에는 회원님이 병원이나 요양원에 입원하지 않도록 하는 데 필요한 케어도 포함됩니다. 또한 일반적으로 인정되는 의료 활동의 기준을 충족하는 서비스, 용품 또는 의약품도 의미합니다.
- 의료 서비스를 받으시려면 해당 케어를 지시했거나 다른 의사의 진료를 받도록 안내한 **네트워크 소속 주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 회원은 반드시 네트워크 소속 제공자를 PCP로 선택해야 합니다.
 - 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 사람의 진료를 보거나 플랜 네트워크에서 다른 제공자를 이용하려면 반드시 담당 네트워크 소속 PCP가 이를 승인해 주어야 합니다. 이를 **진료협력**이라고 합니다. 승인을 받지 못한 경우, Molina Dual Options는 해당 서비스에 대해 보장을 제공할 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 진료협력에 관한 자세한 내용은 30페이지를 참조하십시오.
 - 당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 회원님이 담당 PCP를 지정하시면 해당 제휴를 맺은 의료 단체도 선택하시게 됩니다. 이는 담당 PCP가 본인의 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 회원님을 의뢰할 것임을 의미합니다. 의료 단체는 회원님께 맞춰 조율된 의료 케어 서비스를 제공하기 위해 구성된 PCP 및 전문의 협회입니다.
 - 응급 케어, 긴급하게 필요로 하는 케어 또는 여성 전문 의료 서비스 제공자의 진찰을 받는 데는 PCP의 진료협력이 필요하지 않습니다. 그 외에도 PCP의 진료협력 없이 받으실 수 있는 케어가 있습니다. 이에 관한 자세한 내용은 30페이지를 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- PCP 선택과 관련한 자세한 내용은 30페이지를 참조하십시오.
- 회원님은 반드시 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺은 네트워크 소속 제공자에게서 서비스를 받아야 합니다. 보통, 의료 플랜 및 담당 PCP의 의료 단체와 협력 관계를 맺지 않은 제공자가 제공하는 케어에 대해서는 플랜 혜택이 적용되지 않습니다. 다음과 같은 경우 이 규정이 적용되지 않습니다.
 - 플랜은 네트워크 비소속 제공자로부터 받은 응급 또는 긴급하게 필요한 케어에는 혜택을 적용합니다. 응급 상황이나 긴급하게 필요한 케어가 어떤 의미인지 자세히 살펴보려면 섹션 H, 36 페이지를 참고하십시오.
 - 당사 플랜의 혜택 대상이지만 당사 네트워크 소속 제공자가 제공할 수 없는 케어를 필요로 하는 경우, 네트워크 비소속 제공자로부터 케어를 받으실 수 있습니다. Molina Dual Options는 의료적 필요성 판정이 완료되면 네트워크 비소속 제공자로부터 케어를 받기 전에 허가를 받도록 정하고 있습니다 이러한 상황에서는 회원 부담 전혀 없이 당사가 케어 비용을 전액 부담합니다. 네트워크 비소속 제공자의 진료를 받기 위해 승인을 받는 방법에 대해 자세히 살펴보려면 섹션 D, 30페이지를 참조하십시오.
 - 플랜은 회원님이 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 짧은 기간에 받는 신장 투석에 대한 혜택을 적용합니다. 이 서비스는 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받으실 수 있습니다.
 - 처음 플랜에 가입하시면 현재 제공자에게 계속 케어를 받게 해달라고 당사에 요청하실 수 있습니다. 일부 예외 경우를 제외하고, 회원이 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 확인할 수 있는 경우, 당사는 그러한 요청을 승인해야 할 의무가 있습니다(제1장 8페이지 참조). 당사가 요청을 승인하면 회원은 해당 제공자에게 최장 12개월까지 서비스를 받을 수 있습니다. 그 기간 동안 담당 케이스 관리자가 회원님께 연락해 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺은 당사 네트워크 소속 제공자를 찾을 수 있게 도와드립니다. 12개월 후에도 회원님이 당사 네트워크 소속이 아니며 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺지 않은 제공자의 진찰을 계속해서 받을 경우 당사에서는 더 이상 회원님의 케어 혜택을 보장해 드리지 않습니다.

C. 케이스 관리자 정보

C1. 케이스 관리자란?

- Molina Dual Options 케이스 관리자는 필요한 경우 회원님의 케어에 대한 지원을 받기 위해 연락할 수 있는 주요 담당자입니다. 케이스 관리자는 회원님께서 필요로 하는 것을 받으실 수 있도록 케어를 조율하고 서비스를 관리하는 데 도움을 줍니다.

C2. 케이스 관리자에게 문의하는 방법

- 담당 케이스 관리자에게 문의하시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 연락해 주시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다. TTY: 711번으로 전화해 주십시오. 또는 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 방문하십시오.

C3. 케이스 관리자 변경 방법

- 회원님께서서는 케이스 관리자 부서 또는 회원 서비스에 전화해 케이스 관리자 변경을 요청하실 수 있습니다. Molina Dual Options HealthCare Services 직원은 회원님의 요구나 위치를 바탕으로 케이스 관리자 배정을 변경할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



D. 주치의, 전문의, 기타 네트워크 의료 제공자 및 네트워크 비소속 의료 제공자의 케어

D1. 주치의의 케어

회원님은 본인에게 케어를 제공하고 관리해 줄 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 회원님이 담당 PCP를 지정하시면 해당 제휴를 맺은 의료 단체도 선택하시게 됩니다.

“PCP”의 정의와 회원님을 위한 PCP의 역할

주치의(PCP)는 회원님께 정기적인 의료 케어를 제공하는 의사, 간호사 또는 의료 전문인 및/또는 메디컬 홈(medical home) 또는 클리닉(연방 인증 의료 센터 Federally Qualified Health Centers, FQHC)을 말합니다. Molina Dual Options는 회원님의 케어를 위해 전문 의료 제공자로 이루어진 네트워크를 운영하고 있습니다. 회원님이 전문 의료 서비스를 받으려면 Molina Dual Options PCP의 의뢰가 있어야 합니다. 하지만 사전 승인은 필요하지 않습니다. 회원은 여성 건강 전문의로부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료협력 서비스 없이도 직접 이용이 가능합니다. PCP는 대부분의 케어를 제공하고, 당사 플랜의 회원님이 받으시는 나머지 혜택 대상 서비스의 준비 또는 조율을 도와드립니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

- X선 촬영
- 검사실 검사
- 치료 요법
- 전문의가 제공하는 케어
- 병원 입원
- 후속 관리

서비스 “조율”에는 회원님의 케어에 대해 다른 네트워크 소속 제공자와 상의하고 어떻게 진행되고 있는지 확인하는 작업이 포함됩니다. 특정 유형의 혜택 대상 서비스나 옹심이 필요하신 경우, 담당 PCP에게 사전 승인을 받으셔야 합니다(예를 들어 전문의의 진찰을 받을 수 있도록 진료협력 문서를 발급해 줌). 담당 PCP가 당사로부터 사전 승인(사전 허가)을 받아야 하는 경우도 있습니다. 담당 PCP가 회원님의 의료 케어를 제공 및 조율할 것이기 때문에, 회원님의 모든 과거 의료 기록을 담당 PCP 사무실로 보내셔야 합니다.

PCP 선택

회원님과 담당 PCP와의 관계는 중요합니다. 집에서 가까운 PCP로 정하실 것을 권장합니다. 집에서 가까운 곳에 PCP가 있으면 의료 케어를 받고 PCP와의 솔직하고 신뢰할 수 있는 관계를 수립하기가 더 쉽습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 PCP 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 회원 서비스에 연락해 주시기 바랍니다. 이용하고자 하는 특정 전문의나 병원이 있으신 경우, 먼저 담당 PCP가 해당 전문의에 대해 진료협력 문서를 작성해 줄지 또는 해당 병원을 이용할지 여부를 확인해 보시기 바랍니다. PCP를 선택하고 나면, 모든 의료 기록을 해당 PCP 진료실에 전달하는 것이 좋습니다. 그렇게 하면 담당 PCP가 회원님의 병력을 확인하여 회원님께서 가지고 계실 수 있는 기존 의료 질환을 알 수 있습니다. 이제 담당 PCP가 회원님의 모든 정기 의료 케어 서비스를 책임지므로 건강 관련 우려 사항이 있으시면 가장 먼저 담당 PCP에 연락하셔야 합니다. 담당 PCP의 이름과 진료실 전화번호는 회원님의 멤버십 카드에 인쇄되어 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



PCP 변경 옵션

담당 PCP는 어떤 사유로든지 수시로 변경 가능합니다. 또한 담당 PCP가 당시의 플랜 네트워크를 탈퇴할 수도 있습니다. 담당 PCP가 당시의 플랜 네트워크를 탈퇴할 경우, 당사 플랜 네트워크 소속인 신규 PCP를 찾을 수 있도록 도와드리겠습니다.

당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 담당 PCP를 변경할 경우, 의료 단체도 변경하게 될 수 있습니다. 변경을 요청할 때 회원 서비스에 전문의의 진료를 받고 있는지 또는 PCP 승인이 필요한 기타 혜택 적용 대상 서비스를 이용하고 있는지 여부를 말씀해 주십시오. 회원 서비스는 담당 PCP를 변경할 때 전문 케어 및 기타 서비스를 계속 이용하실 수 있도록 도와드리겠습니다.

담당 PCP는 수시로 변경 가능합니다. 대부분의 경우 변경은 다음 달(익월) 1일부터 적용됩니다. 담당 PCP 변경 요청 시점에 치료를 받고 있는 경우 예외 사항이 있을 수 있습니다. www.mymolina.com에서 개인 웹사이트를 통해 PCP를 변경하거나 회원 서비스에 연락해 Molina Healthcare 제공자에 대한 자세한 정보를 문의하고 PCP 변경을 요청하실 수 있습니다. 일부 제공자의 경우 담당 PCP에게 진료협력 문서를 받아야 합니다(응급 상황 및 혜택 지역 외부에서 이루어지는 긴급한 케어 서비스는 제외).

PCP의 사전 승인 없이 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우 다른 제공자를 이용하기 전에 담당 PCP의 승인을 받으셔야 합니다. 담당 PCP는 통상적으로 의뢰서라고 불리는 서비스 승인 요청 양식(Service Authorization Request Form)을 제출하여 다른 제공자에게 서비스를 요청합니다. 아래에 나와 있는 서비스는 담당 PCP의 사전 승인을 받지 않고도 이용하실 수 있습니다.

- 네트워크 소속 제공자 또는 네트워크 비소속 제공자가 제공하는 응급 서비스
- 네트워크 소속 제공자가 제공하는 긴급하게 필요한 케어
- 네트워크 소속 제공자에게 갈 수 없는 상황(예를 들어, 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우)에 네트워크 비소속 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어
- 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스(서비스 지역을 떠나기 전에 회원 서비스에 연락해 주십시오. 외부에 계신 동안 투석을 받으실 수 있도록 도와드립니다.)
- 네트워크 소속 제공자에게 받는 독감 주사와 COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종 및 폐렴 예방 접종
- 정기 여성 건강 케어 및 가족 계획 서비스 여기에는 네트워크 소속 제공자에게 받는 유방암 검사, 유방 조영술 검사(유방 X선 촬영), 팍(Pap) 테스트, 골반 검사 등이 포함됩니다.
- 또한 원주민 의료 제공자의 서비스를 받을 자격이 있는 경우, 진료협력 없이 원주민 의료 제공자의 케어를 받을 수 있습니다.
- 간호사 조산원 서비스, 가족 계획, HIV 선별 검사 및 카운셀링, 성매개감염병(STD) 치료

D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자들의 케어

전문이란 특정 질병 또는 신체 특정 부분에 대한 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의에는 여러 유형이 있습니다. 다음은 몇 가지 예입니다.

- 암 환자를 대상으로 하는 종양전문의 케어.
- 심장 질환 환자를 대상으로 하는 심장전문의 케어.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 대상으로 하는 정형외과전문의 케어.
- 소화기 또는 장기 질환 환자를 대상으로 하는 위장병전문의 케어.
- 신장 질환 환자를 대상으로 하는 신장전문의 케어.
- 비뇨기 및 방광 질환 환자를 대상으로 하는 비뇨기과전문의 케어.
- 회원님은 특정 전문의에게 한정되지 않습니다. Molina Dual Options는 회원님의 케어를 위해 전문 의료 제공자들로 이루어진 네트워크를 운영하고 있습니다. 전문의 서비스를 이용하려면 담당 PCP로부터 진료협력 문서를 받아야 할 수 있습니다. 회원들은 여성 건강 전문의로부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료협력 서비스 없이 직접 이용이 가능합니다. 서비스 중에는 사전 승인이 필요한 서비스도 있습니다. 담당 PCP는 요청 대상 서비스의 긴급성에 따라 전화, 팩스 또는 우편으로 Molina Healthcare의 이용 관리부(Utilization Management Department)에 사전 승인을 요청할 수 있습니다.
- 사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

D3. 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우 취해야 할 조치

이용하고 계신 네트워크 소속 제공자가 플랜을 탈퇴할 수도 있습니다. 이 경우에는 신규 제공자로 전환하셔야 합니다. 신규 제공자는 Molina Dual Options 네트워크에 소속되어 있어야 합니다. 저희는 신규 제공자로부터 케어를 받기 시작할 때까지 변경 기간을 허용하고 있습니다. 회원님의 PCP가 Molina Dual Options를 탈퇴하는 경우에는 저희가 그 사실을 알려 드립니다. 다음과 같은 경우, 저희는 신규 PCP로 전환하여 혜택 대상 서비스를 계속 받으실 수 있도록 회원님을 도와 드립니다.

- 다음 중 어느 하나의 성질을 가지는 질병, 질환 또는 그 성질상 심각한 기타 의학적 문제나 장애로 인해 심각한 만성 상태에 처해 있는 경우
 - 완치 없이 지속되거나 장기간에 걸쳐 악화됨.
 - 완화 상태를 유지하거나 악화를 방지하기 위해 지속적 치료가 필요함.

심각한 만성 상태에 처해 있는 경우, 회원님은 최대 12개월 동안 치료를 제공하는 의사 또는 병원을 이용하실 수 있습니다.

- 회원님이 급성 상태, 즉 빠르게 발생하여 신속한 조치가 필요한 의학적 상태에 처한 적이 있습니다. 급성 상태는 일반적으로 심각한 만성 상태보다 지속 시간이 짧습니다. 이 경우 회원님은 급성 상태 동안 의사 또는 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 회원님의 자녀가 신생아이거나 생후 36개월 이하입니다. 회원님의 자녀는 최대 12개월 동안 의사 또는 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 회원님이 불치병이 앓고 있습니다. 회복 불가로 예상되는 질병을 앓고 경우, 회원님은 질병 기간 동안 의사 또는 병원을 이용하실 수 있습니다.
- 회원님이 자신을 케어하는 의료 케어 제공자로부터 산모 정신 건강 상태를 진단받았다는 문서를 제시합니다. “산모 정신 건강 상태”는 출산 후 최대 1년 이내에 임신 또는 분만 전후 상태의 여성에게 영향을 미치거나 발생할 수 있는 정신 건강 상태를 말합니다. 산모 정신 건강 상태에 처해 있는 경우, 회원님은 진단 후 최대 12개월의 기간 또는 만삭일까지의 기간 중 나중에 시작하는 기간 동안 의사 또는 병원을 이용하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 회원님의 의사 또는 병원이 더는 Molina Healthcare에 가입하지 않은 날부터 180일 이내에 또는 회원님이 Molina Healthcare에 가입한 날로부터 180일 이내에 회원님이 수술 또는 기타 절차를 실시하기 위한 승인을 받았습니다.

회원님의 제공자가 플랜의 네트워크를 탈퇴했지만 서비스 지역에 머무르고 회원님이 산모 정신 건강 문제로 진단받은 경우, 회원님은 계속 케어를 받으실 수 있습니다. 진단 후 최대 12개월의 기간 또는 만삭 일까지의 기간 중 나중에 시작하는 기간 동안 이 문제에 대한 혜택 대상 서비스를 계속 이용하실 수 있습니다.

D4. 네트워크 외부 제공자들의 케어를 받는 방법

장기 서비스 및 지원을 포함해 당사 플랜의 혜택 적용이 필요한 의료 케어를 받아야 하는데 당사 네트워크 소속 제공자가 그 케어를 제공하지 못하는 경우 네트워크 비소속 제공자로부터 해당 케어를 받으실 수 있습니다. 네트워크 비소속 서비스는 사전 승인이 필요합니다. 사전 승인은 회원 본인 또는 담당 제공자가 요청할 수 있습니다. 회원 서비스에 연락해 도움을 받으시기 바랍니다. 사전 승인 없이 네트워크 비소속 제공자에게 정기 케어를 받으시는 경우, Medicare/Medicaid나 플랜은 모두 해당 비용에 대해서는 전혀 책임지지 않습니다.

네트워크 비소속 제공자를 이용하시는 경우, 그 제공자가 반드시 Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격을 갖추고 있어야 합니다.

- Medicare 및/또는 Medi-Cal에 참여할 자격을 갖추지 못한 제공자에게는 비용을 지급할 수 없습니다.
- Medicare에 참여 자격이 없는 제공자를 이용하시는 경우, 이용하신 서비스에 대해 비용 전액을 본인이 부담하셔야 합니다.
- 제공자에게는 Medicare 참여 자격 충족 여부를 회원님께 알려드릴 의무가 있습니다.

E. 장기 서비스 및 지원(LTSS) 이용 방법

장기 서비스 및 지원(LTSS)은 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 및 영양 시설(NF) 등으로 이루어져 있습니다. 서비스는 회원의 가정, 지역사회 또는 시설 내에서 이루어질 수 있습니다. 다음은 LTSS의 여러 가지 다른 유형입니다.

- **지역사회 기반 성인 서비스(CBAS):** 해당 적격성 기준을 충족하는 경우, 전문 영양 케어, 사회 복지 서비스, 작업 및 언어 치료 요법, 개인 케어, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 기타 서비스를 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램.
- **NF(영양 시설):** 자택에서 안전하게 생활할 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 분을 위해 케어를 제공하는 시설.

담당 케이스 관리자가 각 프로그램에 대해 상세히 설명해 드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 관해 자세한 정보가 필요하신 경우 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

F. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스 이용 방법

회원님은 Medicare와 Medi-Cal의 혜택 적용 대상이 되며 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. Molina Dual Options에서는 Medicare 혜택 적용 대상인 행동 의료 서비스 이용이 가능

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



합니다. Molina Dual Options는 Medi-Cal 혜택 대상 행동 건강 서비스는 제공하지 않지만, Los Angeles 카운티 정신건강부(DMH)를 통해 자격을 충족하는 Molina Dual Options 회원님은 이용할 수 있습니다.

F1. Medi-Cal 행동 건강 서비스 중 Los Angeles 카운티 정신건강부(DMH)를 통해 Molina Dual Options 외부에서 제공되는 서비스 종류

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에 대한 의료적 필요성 기준을 충족하시는 경우 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다. Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health, DMH)가 제공하는 Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스에 포함되는 서비스는 다음과 같습니다.

- 정신 건강 서비스(평가, 치료 요법, 재활, 부수적 및 플랜 수립)
- 약물 투여 지원 서비스
- 주간 집중 치료
- 주간 재활
- 위기 개입
- 위기 안정화
- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 표적 케이스 관리

Drug Medi-Cal 의료적 필요 기준을 충족하시는 경우 Los Angeles 카운티 공중보건부(DPH)를 통해 Drug Medi-Cal 서비스를 이용하실 수 있습니다. Los Angeles 카운티 공중보건부(DPH)에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스에 포함되는 서비스는 다음과 같습니다.

- 외래 환자 집중 치료 서비스
- 거주 치료 서비스
- 외래 환자 무약물 서비스
- 진통제 치료 서비스
- 아편류 의존에 대한 날트렉손 서비스

위에 나와 있는 Drug Medi-Cal 서비스 외에도, 의료적 필요성 기준을 충족하시는 경우 자발적 입원 환자 중독 치료 서비스를 이용하실 수 있습니다.

Molina Dual Options에서는 다양한 정신 건강 및 물질 사용 치료 제공자를 이용하실 수 있습니다. 제공자 목록은 Molina Dual Option 회원 웹사이트를 방문하시거나 회원 서비스에 연락하시면 받으실 수 있습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 행동 건강 제공자 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 회원 서비스에 연락하십시오. 서비스 중에는 사전 승인이 필요한 서비스도 있습니다. 회원 본인 또는 담당 행동 건강 제공자 또는 담당 PCP는 요청 대상 서비스의 긴급성에 따라 전화, 팩스 또는 우편으로 Molina Healthcare의 이용 관리부에 사전 승인을 요청할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장 혜택 차트를 참조하십시오. 케어는 반드시 필요한 것으로 판정되어야 합니다. 필요하다면 회원님께서 질병을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 정신 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스를 의미합니다. 여기에는 회원님이 병원이나 요양원에 입원하지 않도록 하는 데 필요한 케어도 포함됩니다. 또한 정신 건강 및 의료 활동의 일반적으로 인정되는 기준을 충족하는 서비스, 옴폼 또는 의약품도 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 케이스 관리자가 검사를 받으실 수 있도록 적절한 카운티 기관에 의뢰해 드릴 수 있습니다. 회원 서비스에 전화해 도움을 요청하시면 됩니다. 아니면 카운티 당국에 직접 연락하셔도 됩니다. 아래에 나와 있는 연락처 정보 중에서 해당 번호로 연락하시면 됩니다.

전문 정신 건강 서비스

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

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-706-7500

San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral 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

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478

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

G. 교통편 서비스 이용 방법

Molina Dual Options는 다음과 같이 플랜에서 승인된 장소를 오가는 교통편을 제공하여 회원님께서 해당 장소에서 혜택이 적용되는 서비스를 받을 수 있도록 합니다.

- 담당 PCP 또는 제공자 진료실
- 전문의 진료실
- 치료 요법 또는 행동 건강 예약
- 클리닉, 긴급 케어, 병원 또는 외래 수술 센터
- 치과 의사
- 안과 의사 진료실

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



또한, 진료 예약을 하지 않고도 처방약을 수령하기 위해 전화를 걸어 약국 방문을 요청할 수 있습니다. 제공자의 진료실에서 집으로 가는 길에 처방약을 수령해야 하는 경우 약국에 도착했을 때 바로 수령할 수 있도록 의료 케어 제공자에게 약국에 전화하여 처방약을 알려달라고 요청하십시오. 교통편 운전사에게 집으로 가는 길에 약국에 들러야 한다고 말씀해 주십시오.

약국 방문을 예약하려면 또는 문의 사항이 있을 경우에는 (844) 644-6357, 하루 24시간, 연중무휴 운영으로 언제든지 전화하십시오. 최대 30일 전까지 예약할 수 있습니다. 가능한 한 빨리 전화하여 정기 예약을 하기 최소 72시간 전에 교통편을 예약하십시오. 그러나 긴급/당일 예약 또는 시설 퇴원이 약국 방문의 이유인 경우에는 저희가 교통편 요청을 통해 도와 드리겠습니다.

H. 의료적 응급 상황이나 긴급하게 필요한 케어를 받는 경우 또는 재난이 발생한 경우 혜택 대상 서비스 이용 방법

H1. 의료적 응급 상황 시의 케어

의료적 응급 상황의 정의

의료적 응급 상황이란 심한 통증 또는 심각한 부상 등의 증상이 있는 의료적 상태를 의미합니다. 이는 상태가 아주 위중해서 즉각 의료적 처치를 받지 않을 경우, 회원님은 물론 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식이 있는 사람이라면 누구나 다음 결과를 초래할 것이라고 판단할 수 있는 경우를 말합니다.

- 회원님의 건강이나 태어나지 않은 아이에 대한 심각한 위험 또는
- 신체적 기능에 심각한 손상 또는
- 신체 장기 또는 부위에 심각한 기능 장애 또는
- 출산 중인 임산부의 경우에 다음 상황이 발생한 경우:
 - 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황
 - 다른 병원으로 이송할 경우 회원 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 가해질 수 있는 상황

의료적 응급 상황이 발생한 경우 해야 할 일

의료적 응급 상황이 발생한 경우:

- 최대한 빨리 도움을 청하도록 하십시오. 911에 신고하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 갑니다. 필요한 경우 구급차를 부릅니다. 먼저 담당 PCP로부터 승인이나 진료협력을 받으실 필요가 없습니다.
- 가능한 한 빨리 당사 플랜에 회원님의 응급 상황에 대해 알려 주십시오. 저희는 회원님의 응급 케어 상황을 계속 파악하고 있어야 합니다. 회원님이 직접 또는 다른 사람에게 부탁해, 보통 48시간 이내에 당사에 응급 케어를 받고 계시다고 전화로 알려 주셔야 합니다. 그러나 당사에 통보를 늦게 했다고 해서 응급 서비스 비용을 회원님이 부담하게 되지는 않습니다. 가지고 계신 ID 카드 뒷면을 보면 회원 서비스 전화번호가 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



의료적 응급 상황의 혜택 대상 서비스

Medicare나 Medicaid에서는 제한된 상황을 제외하고, 미국 및 그 영토 이외 지역에서는 응급 의료 케어에 대해 혜택이 적용되지 않습니다. 자세한 사항은 플랜에 문의해 주십시오.

미국 또는 그 영토 내에서는 어디든 필요한 경우에 혜택이 적용되는 응급 케어를 받으실 수 있습니다. 응급실까지 가시는 데 구급차가 필요하신 경우, 플랜에서 혜택이 적용됩니다. 자세한 사항은 제4장 혜택 차트를 참조해 주십시오.

- 응급 상황이 끝난 후 회복을 위해 후속 관리를 받아야 할 수도 있습니다. 후속 관리는 본 플랜의 혜택 대상입니다. 네트워크 비소속 제공자로부터 응급 케어를 받으시는 경우, 가능한 빨리 네트워크 소속 제공자가 케어를 넘겨 받을 수 있도록 할 것입니다. Molina Dual Options에서는 다음과 같은 경우 네트워크 내부 또는 네트워크 비소속 제공자가 제공하는 의료적으로 필요한 안정화 후 서비스 혜택을 제공합니다.
- 플랜에서 그러한 서비스를 승인한 경우
- 회원의 상태를 유지 및 안정시키기 위해 서비스가 실시된 경우

응급 상황이 아닐 때 응급 케어를 받는 방법

회원님이 의료적 응급 상황 또는 행동 건강 응급 상황에 처해 있는지 가끔 알기가 어려울 수 있습니다. 응급 케어를 받기 위해 병원에 갔는데 의사가 응급 상황이 아니었다고 얘기할 수도 있습니다. 합리적으로 타당한 범위 내에서 회원님의 건강이 심각한 위협을 받고 있다고 판단하는 경우, 그러한 케어에 대해서는 혜택이 적용됩니다.

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

- 네트워크 소속 제공자를 찾아가 케어를 받는 경우 또는
- 추가적으로 받는 케어가 “긴급하게 필요한 케어”로 간주되고, 회원님이 그러한 케어를 받는 데 적용되는 규정을 따르신 경우(다음 섹션 참조)

H2. 긴급하게 필요한 케어

긴급하게 필요한 케어의 정의

긴급하게 필요한 케어는 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 갑작스러운 질병, 부상 또는 상태에 직면했을 때 받는 케어를 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 재발해서 치료를 받아야 할 수 있습니다.

플랜의 서비스 지역 내에 있을 때 긴급하게 필요한 케어

대부분의 경우 다음의 경우에 한해 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용합니다.

- 네트워크 소속 제공자로부터 케어를 받는 경우, 그리고
- 본 장에 기술되어 있는 다른 규정을 준수하는 경우

네트워크 소속 제공자를 찾아가 수 없는 경우, 네트워크 외부 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용해 드립니다.

네트워크 소속 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 찾아가 수 없는 경우, 이용 가능한 응급 케어 센터를 통해 응급 케어를 이용하실 수 있습니다. 또한 24시간 운영되는 간호사 상담 라인에 (888) 275-8750 번으로 연락하실 수 있습니다. TTY 이용자의 경우 711번으로 연락하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 긴급하게 필요한 케어

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

본 플랜은 미국 이외 지역에서 긴급하게 필요한 케어 또는 그 외 다른 케어를 받으실 경우 혜택을 적용하지 않습니다.

H3. 재난 시 케어

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

재난 선포 시에 필요한 케어를 받을 수 있는 방법에 관해서는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 방문해 주십시오.

재난 선포 시에 네트워크 소속 제공자를 이용할 수 없을 경우 추가 비용 없이 네트워크 비소속 제공자의 케어를 받으실 수 있습니다. 재난 선포 시에 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없을 경우 처방 의약품을 네트워크 비소속 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 제5장을 참조하시기 바랍니다.

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

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

직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 직접 납입하실 경우, 플랜에서는 그 대금을 상환해드리지 못할 수 있습니다.

혜택 대상 서비스에 대해 본인이 직접 대금을 납입하셨거나 혜택 대상 의료 서비스에 대해 청구서를 받으신 경우, 제7장을 참고해 조치하시기 바랍니다.

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

Molina Dual Options는 다음에 해당하는 모든 서비스에 대해 혜택을 적용합니다.

- 의료적으로 필요하다고 판정된 서비스 그리고
- 플랜의 혜택 차트에 나와 있는 서비스(제4장 참고) 그리고
- 플랜 규정에 따라 이용하는 서비스.

본 플랜의 혜택이 적용되지 않는 서비스를 이용하시는 경우, 그 비용 전액은 회원님께서 부담해야 합니다.

특정 의료 서비스 또는 케어에 대해 플랜에서 비용을 지급할지 여부를 알고 싶으신 경우 회원님께는 저희에게 물어보실 권리가 있습니다. 또한 서면으로 문의하실 권리도 있습니다. 이용하시는 서비스에 대해 비용을 지급하지 않겠다고 말씀드리는 경우, 회원님께는 그 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

제9장에 특정 의료 용품 또는 서비스에 대해 혜택 적용을 원하시는 경우 해야 할 일이 나와 있습니다. 또한 혜택 적용 결정에 대해 이의 제기하는 방법도 나와 있습니다. 회원 서비스에 전화해 본인의 이의 제기 권리에 대해 문의하셔도 됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



일부 서비스에 대해서는 정해진 한도만큼 비용을 지급합니다. 정해진 한도를 초과하는 경우, 동일한 유형의 서비스를 더 이용하시려면 그에 대한 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 합니다. 이용 한도가 얼마인지 그리고 이용 한도까지 얼마나 남았는지는 회원 서비스에 전화해 문의해 주십시오.

J. 임상 실험 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택

J1. 임상 실험 연구의 정의

임상시험 연구(임상시험이라고도 함)는 의사들이 새로운 의료 케어나 의약품을 시험하는 방법입니다. 의사들은 연구를 도와줄 자원자들을 찾습니다. 이런 유형의 연구는 의사들이 새로운 의료 케어나 의약품이 효과가 있는지, 그리고 안전한지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다.

Medicare 또는 당사 플랜에서 참여하고자 하는 연구를 승인하는 경우, 해당 연구 관계자가 회원님께 연락을 드리게 됩니다. 담당 관계자가 연구에 대해 설명해 드리고 회원님께서 참여 자격을 충족하는지 판단합니다. 정해진 조건을 충족하시는 한 계속 연구에 참여하시게 됩니다. 또한 연구에 참여하면서 본인 해야 할 역할이 무엇인지를 이해하고 수락하셔야 합니다.

연구에 참여하시는 동안 저희 플랜 가입을 유지하실 수 있습니다. 그렇게 함으로써 해당 연구와 관련 없는 케어를 계속 받으실 수 있습니다.

Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하고자 하시는 경우, 당사 또는 담당 PCP로부터 승인을 받으실 필요가 없습니다. 연구의 일환으로 케어를 제공하는 제공자는 네트워크 소속 제공자일 필요가 없습니다.

임상시험 연구에 참여하시기 전에는 반드시 저희에게 알려 주셔야 합니다.

임상시험 연구에 참여할 계획인 경우 회원님 또는 회원님의 케이스 관리자가 회원 서비스에 연락하고 회원님이 임상시험에 참여할 것임을 알려야 합니다.

J2. 임상시험 연구에 참여한 경우의 서비스에 대한 지급

Medicare에서 승인한 임상시험 연구에 참여하는 경우 회원님은 해당 연구에서 보장하는 서비스에 대한 비용을 지급하지 않아도 되며 Medicare에서 해당 연구에서 보장하는 서비스뿐 아니라 회원님의 케어와 관련한 일상적인 비용을 지급할 것입니다. Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하시게 되면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 품목 및 서비스에 대해 혜택이 적용됩니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.

- 연구에 참여하지 않더라도 Medicare에서 비용을 부담할 병원 입원 비용.
- 임상 연구에 포함되는 수술 또는 그 외 의료 시술.
- 새로운 케어에 따른 일체의 부작용 및 합병증의 치료.

Medicare에서는 승인하지 않았지만 당사 플랜에서는 승인한 임상시험 연구에 참여하는 경우 당사에서 모든 비용을 지급합니다. Medicare 또는 당사 플랜에서 승인하지 않은 연구에 참여하시는 경우, 해당 연구에 참여하시는 동안 발생하는 일체 비용을 회원님께서 부담하셔야 합니다.

J3. 임상시험 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-

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



[Studies.pdf](#)). 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 병원이나 전문 요양 시설에서 보통 받으실 수 있는 케어를 제공하는 장소입니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 케어를 받는 것이 본인의 신앙에 어긋나는 일인 경우, 비의료 케어 종교 기관에서 받는 케어에 대해서는 혜택을 적용해 드립니다.

어떤 이유로든 언제든지 의료 케어를 받겠다고 결정하실 수 있습니다. 이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 케어 서비스)에 대해서만 적용됩니다. Medicare는 비의료 케어 종교 기관이 제공하는 비의료 케어 서비스에 대해서만 비용을 지급합니다.

K2. 비의료 케어 종교 기관의 케어 이용 방법

비의료 케어 종교 기관에서 케어를 받으시려면, 반드시 “비제외” 의료 치료를 받는 것을 반대한다는 내용의 법적 문서에 서명하셔야 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 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 해당 케어를 제공하는 시설이 반드시 Medicare의 인증을 받아야 합니다.
- 본 플랜의 서비스 혜택 적용이 케어의 비종교적 측면에 한정되어야 합니다.
- 해당 기관으로부터 제공되는 서비스를 시설 내에서 받으시는 경우, 다음 사항이 적용됩니다.
 - 입원 환자 병원 케어 또는 전문 요양 시설 케어에 대해 반드시 혜택 대상 서비스를 받으실 수 있는 의료적 질환을 가지고 계셔야 합니다.

당사 플랜의 혜택이 적용되는 입원 일수에는 제한이 없습니다(제4장 혜택 차트 참조).

L. 내구성 있는 의료 장비(Durable medical equipment, DME)

L1. 플랜 회원으로서 DME 이용

DME란 제공자가 회원님의 가정 내 사용 용도로 주문한 품목을 말합니다. 이러한 품목의 예로는 휠체어, 목발, 전통 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 제공자가 가정용으로 주문한 병원 침대, 정맥 내(IV) 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 공급 장치, 네블라이저, 보행기가 있습니다.

보철 같은 품목의 경우 항상 소유하셔야 합니다.

이 섹션에서는 반드시 대여하셔야 하는 DME에 대해 말씀드립니다. 그러나 Molina Dual Options 회원님의 경우 대여 기간과 관계없이 DME는 본인 소유가 되지 않습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



DME 품목의 소유권을 양도하는 특정한 경우도 있습니다. 충족해야 하는 요건과 제출해야 하는 서류에 관해 알아보시려면 회원 서비스에 문의해 주시기 바랍니다.

L2. Original Medicare 또는 Medicare Advantage로 전환하는 경우 DME 소유권

Original Medicare 프로그램의 경우 DME의 특정 유형을 대여한 사람은 13개월 이후 소유권을 가집니다. Medicare Advantage 플랜의 경우 플랜은 사람들이 소유 전에 특정 유형의 DME를 대여해야 하는 개월 수를 설정할 수 있습니다.

주의 사항: 제12장에서 Original Medicare와 Medicare Advantage 플랜의 정의를 확인할 수 있습니다. 또한 자세한 정보는 *Medicare & You 2022* 핸드북에서 확인할 수 있습니다. 본 책자의 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트(<http://www.medicare.gov>)에서 다운로드하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)에 연락하여(연중무휴) 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다.

다음의 경우에서 DME 품목을 소유하려면 Original Medicare에서 13번 연속 비용을 지급하거나, Medicare Advantage 플랜에서 설정한 횟수로 비용을 연속하여 지급해야 합니다.

- 당사 플랜에 가입해 있는 동안 DME 품목의 소유주가 되지 않은 경우 및
- 당사 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 프로그램의 건강 플랜 외부 또는 Medicare Advantage 플랜 외부에서 Medicare 혜택을 이용한 경우.

플랜 가입 전에 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜에서 DME 품목에 대금을 지급한 경우 해당 **Original Medicare** 또는 **Medicare Advantage** 대금은 플랜 탈퇴 후 지급해야 하는 금액에 포함되지 않습니다.

- DME 품목을 소유하려면 Original Medicare에서 새롭게 13회 연속으로 지급하거나 Medicare Advantage 플랜에서 정한 횟수만큼 새롭게 지급해야 합니다.
- 다시 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜으로 돌아가시더라도 예외는 없습니다.

L3. 플랜 회원으로서 산소 장비 이용 혜택

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

- 산소 장비의 대여
- 산소 및 산소 함유물의 전달
- 산소 및 산소 함유물 전달용 튜브 및 관련 부가 장치의 제공
- 산소 장비의 유지 보수 및 정비

산소 장비가 더는 의학적으로 필요하지 않거나 회원님께서 저희 플랜을 탈퇴하시는 경우에는 산소 장비가 소유자에게 반환됩니다.

L4. Original Medicare 또는 Medicare Advantage로 전환하는 경우 산소 장비 이용

산소 장비가 의학적으로 필요하며 회원님께서 저희 플랜을 탈퇴한 후 **Original Medicare**로 전환하신 경우에는 산소 장비를 공급자로부터 36개월 동안 임대하시게 됩니다. 월 임대료는 위에 나열한 산소 장비와 공급품 및 서비스에 적용됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



산소 장비를 36개월 동안 임대한 후 산소 장비가 의학적으로 필요한 경우에는 다음이 적용됩니다.

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

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

- 공급자는 더는 산소 장비를 제공할 필요가 없으며, 회원님께서서는 특정 공급자로부터 교체 장비를 받기로 선택하실 수 있습니다.
- 새로운 5년의 기간이 시작됩니다.
- 공급자로부터 36개월 동안 임대하시게 됩니다.
- 이에 따라 해당 공급자가 별도 24개월 동안 산소 장비, 공급품 및 서비스를 제공해야 합니다.
- 산소 장비가 의학적으로 필요할 경우에는 5년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

산소 장비가 의학적으로 필요하며 회원님께서 저희 플랜을 탈퇴한 후 **Medicare Advantage** 플랜으로 전환하시는 경우에는 적어도 Original Medicare의 보장범위가 그대로 적용됩니다. Medicare Advantage 플랜이 어떤 산소 장비와 공급품을 보장하는지 그리고 그 비용은 어떻게 되는지가 궁금할 경우에는 문의해주시기 바랍니다.



제4장: 혜택 차트

소개

본 장에서는 *Molina Dual Options*에서 혜택을 제공하는 서비스와 해당 서비스의 제한에 대해 설명합니다. 또한 플랜에서 적용되지 않는 혜택도 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 혜택 대상 서비스	44
A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시	44
B. 회원에게 서비스 비용을 청구하는 제공자에 대한 규정	44
C. 플랜의 혜택 차트	44
D. 혜택 차트	45
E. Molina Dual Options 외부 적용 혜택	78
E1. California 지역사회 전환(California Community Transitions, CCT)	78
E2. Medi-Cal Dental 프로그램	78
E3. 호스피스 케어	79
F. Molina Dual Options, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택	79



A. 혜택 대상 서비스

본 장에서는 Molina Dual Options가 비용을 지불하는 서비스에 대해 설명합니다. 또한 혜택 대상이 아닌 서비스에 대해서도 알려 드립니다. 의약품 혜택 관련 정보는 제5장을 참조해 주시기 바랍니다. 이번 장에서는 또한 특정 서비스에 대한 한도를 설명합니다.

Medi-Cal에서 지원을 받으시기 때문에 플랜 규정을 준수하신다면 혜택 대상 서비스에 대해서는 전혀 비용을 부담하실 필요가 없습니다. 플랜 규정에 관한 자세한 내용은 제3장을 참조해 주시기 바랍니다.

혜택 적용 대상 서비스를 확인하는 데 도움이 필요하신 경우 케이스 관리자에게 및/또는 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

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 Dual Options의 케어를 받을 자격이 있습니다.

재난 시 필요한 케어를 받을 수 있는 방법에 대해 자세히 알아보려면 회원 서비스에 전화하십시오.

B. 회원에게 서비스 비용을 청구하는 제공자에 대한 규정

본 플랜에서는 Molina Dual Options 제공자가 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께 서비스 대금을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 당사에서 제공자에게 직접 대금을 지급하며, 회원님이 대금 청구를 받지 않도록 보호합니다. 이는 당사가 제공자에게 제공자가 서비스에 대해 청구한 금액보다 적은 금액을 지급하더라도 마찬가지입니다.

회원님은 혜택 대상 서비스에 대해 제공자로부터 직접 청구서를 받을 일이 전혀 없습니다. 직접 청구서를 받을 경우, 제7장을 참조하시거나 회원 서비스에 연락해 주시기 바랍니다.

C. 플랜의 혜택 차트


혜택 차트에는 플랜에서 비용을 부담하는 서비스가 나와 있습니다. 차트에는 서비스 카테고리가 알파벳 순으로 나와 있고, 혜택 대상 서비스에 대한 설명이 나와 있습니다.

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


- 회원의 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 대상 서비스는 반드시 Medicare와 Medi-Cal에서 정한 규정에 따라 제공되어야 합니다.
- 서비스(의료 케어, 행동 건강 및 물질 사용 서비스, LTSS, 공급 물품, 장비 및 의약품 포함)는 반드시 의료적으로 필요한 것이어야 합니다. 의료적으로 필요하다는 것은 회원님께서 질병을 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스가 필요하다는 것을 의미합니다. 여기에는 회원님이 병원이나 요양원에 입원하지 않도록 하는 데 필요한 케어도 포함됩니다. 또한 일반적으로 인정되는 의료 활동의 기준을 충족하는 서비스, 용품 또는 의약품을 의미합니다. 서비스는 삶을 보호하고 중대한 질병 또는 중대한 장애를 예방하며 심한 통증을 완화하는 데 합리적으로 필요한 상황에서는 의학적으로 필요합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.




- 의료 케어는 네트워크 소속 제공자로부터 받으시게 됩니다. 네트워크 소속 제공자는 당사와 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 대부분의 경우, 네트워크 비소속 제공자로부터 받으신 케어에 대해서는 대금을 지급하지 않습니다. 네트워크 소속 제공자와 네트워크 비소속 제공자 이용에 관한 자세한 내용은 제3장을 참고해 주시기 바랍니다.
- 주치의(PCP) 또는 케어 팀이 있어서 회원님의 케어를 제공 및 관리해 드립니다. 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 사람의 진료를 보거나 플랜 네트워크 소속의 다른 제공자를 이용하려면 반드시 담당 PCP가 승인해 주어야 합니다. 이를 진료협력이라고 합니다. 진료협력 문서 발급에 관한 자세한 내용과 진료협력이 필요 없는 경우에 관한 설명은 제3장을 참조하십시오.
- 회원님은 반드시 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺은 제공자에게서 서비스를 받으셔야 합니다. 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 나와 있는 서비스 중에는 담당 의사 또는 다른 네트워크 소속 제공자가 먼저 당사의 승인을 받은 경우에 한해 혜택이 적용되는 서비스도 있습니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 사전 승인이 필요한 혜택 대상 서비스는 혜택 차트에서 별표(*)로 표시되어 있습니다. 또한 혜택 차트에 나와 있지 않은 다음과 같은 서비스에 대해서도 반드시 사전 승인을 받으셔야 합니다.
 - 미용, 성형 및 재건 목적 시술
 - 신경 심리 검사, 심리 검사 및 치료
 - 전문 약국 의약품
 - 수면 연구
- 모든 예방적 서비스는 무료입니다. 혜택 차트에서 예방적 서비스 옆에는 이 사과 모양  이 표시되어 있습니다.
- CPO(케어 플랜 선택) 서비스는 개별 케어 플랜에서 이용할 수 있습니다. 해당 서비스는 가정에서 식사, 회원님이나 간병인에 대한 지원, 샤워 손잡이 및 경사로 등과 같이 더 많은 도움을 제공합니다. 이러한 서비스는 회원님이 전보다 더 독립적으로 생활하는 데 도움이 될 수 있지만 Medi-Cal에서 혜택을 승인받은 LTSS(장기 서비스 및 지원)를 대체하지는 않습니다. Molina Dual Options가 과거에 제공한 CPO 서비스의 예는 다음과 같습니다. 개인 비상 대응 시스템 및 식사. 도움이 필요하거나 CPO 서비스에서 도움을 받는 방법을 알아보시려면 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

D. 혜택 차트

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	복부 대동맥류 검사 위험 상태인 분들에 대한 초음파 검사에 대해서는 1회에 한해 비용을 지급합니다. 회원님께서 특정 위험 요인을 가지고 있고 담당 의사, 의사 보조, 임상 간호사(NP), 임상 간호 전문가로부터 의뢰가 있을 경우 플랜에서 본 검진 비용을 지급합니다.	\$0






질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>침술*</p> <p>당사는 1개월에 2회의 외래 침술 서비스 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다.</p> <p>회원님이 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 지속되며, • 비특이적이며(전이성, 염증성 또는 감염성 질환과 관련이 없는 등 식별될 수 있는 전신 원인이 없는 경우), • 수술과 관련이 없으며 또한 • 임신과 관련이 없는 경우. <p>또한 회원님이 개선을 보이시는 경우, 당사는 만성 요통에 대해 추가 8회의 침술 비용을 부담합니다. 회원님은 만성 요통에 대한 침술 치료를 매년 20회를 초과하여 받을 수 없습니다.</p> <p>회원님이 나아지지 않거나 또는 더 악화될 경우, 만성 요통에 대한 침술 치료를 반드시 중단해야 합니다.</p>	\$0
	<p>알코올 오용 검사 및 카운셀링</p> <p>알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 성인을 대상으로 1회에 한해 알코올 오용 검사(SBIRT) 비용을 지급합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다.</p> <p>알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 케어 환경에서 자격을 갖춘 1차 의료 제공자 또는 임상 의사와 연간 최대 4회까지 간단한 직접 대면 카운셀링 세션(카운셀링이 가능하고 그 동안 각성 상태인 경우)을 받을 수 있습니다.</p>	\$0
	<p>구급차 서비스*</p> <p>혜택 대상 구급차 서비스에는 지상, 고정익(fixed-wing) 및 회전익(rotary-wing) 구급차 서비스가 있습니다. 구급차로 케어를 받으실 수 있는 가장 가까운 장소까지 모셔 드립니다.</p> <p>회원님의 상태가 너무 위중해서 다른 방법으로 케어 장소까지 이동할 경우 건강이나 생명에 위험을 초래할 수 있는 상황이어야 합니다. 그 외 경우에 구급차 서비스를 이용하시는 경우 반드시 당사의 승인을 받으셔야 합니다.</p> <p>응급 상황이 아닌 경우라도 당사에서 구급차 비용을 부담하는 경우가 있을 수 있습니다. 회원님의 상태가 너무 위중해서 다른 방법으로 케어 장소까지 이동할 경우 건강이나 생명에 위험을 초래할 수 있는 상황이어야 합니다.</p>	\$0



질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	연례 건강 검진 1년에 1회 건강 검진을 받으실 수 있습니다. 회원님의 현재 위험 요인을 바탕으로 예방 계획을 세우거나 업데이트하는 것이 목적입니다. 12개월에 1회 당사가 비용을 부담합니다.	\$0
	꿀 질량 측정 자격을 충족하는 회원님에 대해 특정 시술 비용을 부담합니다(대개 꿀 질량 손실 위험이나 꿀다공증 위험이 큰 경우). 이러한 시술을 통해 꿀 질량을 파악하고, 꿀 손실을 찾거나 꿀 상태를 확인합니다. 당사는 24개월마다 1회 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. 또한 결과를 살펴보고 소견을 얘기해줄 의사 비용도 부담합니다.	\$0
	유방암 검사(유방 조영술) 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 35~39세 사이 회원님의 경우, 기초 유방 조영술 1회 • 40세 이상 회원님의 경우, 검사 목적 유방 조영술, 12개월마다 1회 • 임상 유방 검사, 24개월마다 1회 	\$0
	심장 재활 서비스* 운동, 교육 및 카운셀링 등과 같은 심장 재활 서비스 비용을 지급합니다. 회원님들은 반드시 의사 지시사항에 따른 정해진 조건을 충족해야 합니다. 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램 비용도 부담합니다.	\$0
	심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법) 당사는 회원님의 심장 질환 위험을 낮출 수 있도록 담당 주치의를 위한 연 1회 방문 또는 의료적으로 필요한 경우 추가 방문에 대해 비용을 부담합니다. 방문 중에 담당 의사는 다음과 같이 할 수 있습니다. <ul style="list-style-type: none"> • 아스피린 사용에 관해 논의 • 혈압 측정 그리고/또는 • 건강한 식습관 유지를 위한 조언 제공 	\$0
	심혈관(심장) 질환 검사 심혈관 질환 여부 확인을 위해 5년(60개월)에 1회 혈액 검사 비용을 지급합니다. 이 혈액 검사는 높은 심장 질환 위험에 따른 결함을 확인하기 위한 검사이기도 합니다.	\$0




질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>자궁경부암 및 질암 검사</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 모든 여성 대상: 팍(Pap) 테스트 및 골반 검사 24개월마다 1회 자궁경부암 또는 질암 위험이 높은 여성 대상: 팍 테스트, 12개월마다 1회 지난 3년간 팍 테스트 비정상 결과가 나왔고 가입 연령대인 여성 대상: 12개월마다 팍 테스트 1회 30~65세 여성 대상: 5년에 한 번씩 HPV(인유두종 바이러스) 검사 또는 Pap(자궁경부암 검사)와 HPV 검사를 받아야 합니다. 	\$0
	<p>척추지압요법 서비스</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 정렬 교정을 위한 척추 조정 	\$0
	<p>직장암 검사</p> <p>50세 이상 회원의 경우 다음 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 신축성 S상 결장 검사(또는 바륨 관장 검사) 48개월마다 1회 분변 잠혈 검사, 12개월마다 1회 Guaiac 기반 분변 잠혈 검사 또는 분변 면역 화학 검사, 12개월마다 1회 DNA 기반 직장 검사, 3년마다 1회 10년마다 대장내시경(검진성 S상 결장 검사 이후 48개월 이내는 미포함) 직장암 고위험군 환자에 대해 24개월마다 대장내시경(또는 바륨 관장 검사)을 실시할 수 있습니다. 	\$0
	<p>지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)*</p> <p>CBAS는 정해진 일정에 따라 출석하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램입니다. 전문 영양 케어, 사회 복지 서비스, 치료 요법(작업 치료, 물리치료 및 언어치료 포함), 개인 케어, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 기타 서비스를 제공합니다. 자격 요건을 충족하실 경우 CBAS 비용을 당사가 부담합니다.</p> <p>주의 사항: 이용 가능한 CBAS 시설이 없는 경우 당사에서 이러한 서비스를 별도로 제공해 드릴 수 있습니다.</p>	\$0


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>금연 또는 담배 사용 중단 카운셀링</p> <p>담배를 사용하고 있지만 담배 관련 질환의 징후 또는 증상이 없고 금연을 원하거나 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 예방적 서비스의 일환으로 12개월 기간 내에 2회의 금연 시도 비용을 부담합니다. 본인 부담 비용은 없습니다. 각 금연 시도에는 최대 4회의 카운셀링 직접 대면 방문이 포함됩니다. <p>담배를 사용하고 있고 담배 관련 질환으로 진단을 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 의약품 복용하고 있는 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12개월 기간 내에 금연을 위한 카운셀링 2회 비용을 부담합니다. 각 카운셀링 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다. <p>임신한 경우 사전 승인을 받으시면 금연 상담을 무제한으로 받으실 수 있습니다.*</p> <p>플랜은 Medicare 혜택 외에도 금연 또는 담배 사용 중단을 위한 8회의 추가 카운셀링 세션을 제공합니다.</p>	\$0
	<p>치과 서비스*</p> <p>클리닝, 충전, 의치와 같은 특정 치과 서비스의 경우 Medi-Cal 치과 프로그램을 통해 이용하실 수 있습니다. 본 혜택과 관련한 정보는 섹션 E를 참조하십시오.</p>	\$0
	<p>우울증 검사</p> <p>매년 1회에 한해 우울증 검사 비용을 당사가 부담합니다. 검진은 반드시 사후 치료 및 의뢰를 제공할 수 있는 1차 케어 시설에서 이루어져야 합니다.</p>	\$0
	<p>당뇨 검사</p> <p>회원님께서 다음과 같은 위험 요인 중 어느 하나라도 가지고 있는 경우 당뇨 검사(공복 혈당 검사 포함) 비용을 당사가 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 비정상 콜레스테롤 및 트리글리세라이드 수치 이력(이상지질혈증) • 비만 • 고혈당(포도당) 이력 <p>회원님께서 과체중이고 당뇨 가족력이 있는 경우 등 일부 경우에 한해 검사 비용을 당사가 부담합니다.</p> <p>검사 결과에 따라, 12개월마다 최대 2회의 당뇨 선별 검사를 받을 수 있습니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>당뇨 자가 관리 교육, 서비스 및 물품</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. • 혈중 포도당 모니터 • 혈중 포도당 검사 스트립 • 란셋 기구 및 란셋(의료용 칩) • 검사 스트립 및 모니터의 정확도 확인을 위한 포도당 조절 용액 • 당사는 사전 승인 없이 선호 제조사의 당뇨 용품에 혜택을 적용합니다. 당사로부터 사전 승인을 받으시면 당사는 기타 브랜드에 혜택을 적용합니다. • 당뇨병 환자로 종종 당뇨 족부 질환이 있는 회원의 경우 다음 비용을 당사가 부담합니다*. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 달력 기준 한 해 피팅을 포함해 치료용 맞춤형 성형 신발 1켤레(삽입물 포함) 및 여분 삽입물 2쌍. 또는 ◦ 매년 피팅을 포함해 깊은 단화 1켤레 및 삽입물 3쌍(단화에 포함되어 있는 비맞춤형 탈착식 삽입물은 제외) • 일부 경우, 당뇨 관리에 도움이 되는 교육 비용도 부담합니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 문의하십시오. 	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>내구성 있는 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (“내구성 있는 의료 장비(DME)”의 정의는 본 핸드북 제12장을 참조하십시오.)</p> <p>혜택이 적용되는 품목은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 휠체어 • 목발 • 전동 매트리스 시스템 • 매트리스용 건식 압력 패드 • 당뇨 용품 • 가정용으로 제공자가 주문한 병원 침대 • IV(정맥 내) 주입 펌프 및 폴 • 경관 펌프 및 소모품 • 발성 장치 • 산소 장비 및 용품 • 흡입기 • 보행기 • 표준 곡선형 손잡이 또는 사발 지팡이 및 교체 용품 • 경추 견인(문 설치형) • 뼈 자극장치 • 투석 치료 장비 <p>그 외 품목에도 혜택이 적용될 수 있습니다.</p> <p>당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 대부분 비용을 지급하는 의료적으로 필요한 DME에 관한 모든 비용을 부담합니다. 회원님의 지역에 있는 당사 공급자가 특정 브랜드 또는 메이커를 취급하지 않는 경우 해당 공급자에게 요청하시면 회원님을 위해 특별 주문을 해드립니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>응급 케어</p> <p>응급 케어란 다음과 같은 서비스를 의미합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 응급 서비스 제공 훈련을 받은 제공자가 제공하는 서비스. 그리고 • 의료적 응급 치료에 필요한 서비스. <p>의료적 응급 상황이란 심한 통증 또는 증상이 있는 의료적 상태를 의미합니다. 상태가 아주 위중해서 즉각 의료적 처치를 받지 않을 경우, 의학 및 의약품에 대해 평균적인 지식을 가진 사려 분별 있는 사람이라면 누구나 다음 결과를 초래할 것이라고 판단할 수 있는 경우를 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 회원님의 건강이나 태어나지 않은 아이에 대한 심각한 위험 또는 • 신체적 기능에 심각한 손상 또는 • 신체 장기 또는 부위에 심각한 기능 장애 또는 • 출산 중인 임산부의 경우에 다음 상황이 발생한 경우: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 출산 전에 다른 병원으로 안전하게 이송하기에 시간이 충분하지 않은 상황. ◦ 다른 병원으로 이송할 경우 회원 또는 태아의 건강 또는 안전에 위협이 가해질 수 있는 상황. <p>응급 케어는 한정된 상황을 제외하고, 미국 및 그 영토 내에서만 혜택이 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜에 문의해 주십시오.</p>	<p>\$0</p> <p>네트워크 비소속 병원에서 응급 케어를 받고 응급 상황이 안정된 이후에 입원 환자 케어가 필요한 경우, 혜택을 계속 받으시려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아와 케어를 받으셔야 합니다. 플랜에서 입원을 승인하는 경우에만 한해 네트워크 비소속 병원에서도 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다.</p>


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>가족 계획 서비스</p> <p>법에 따라 특정 가족 계획 서비스의 경우 어떤 제공자든 선택하실 수 있습니다. 이는 어느 의사, 클리닉, 병원, 약국 또는 가족 계획 사무실이든 선택하실 수 있다는 뜻입니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가족 계획 검사 및 의료 치료 • 가족 계획 검사실 및 진단 검사 • 가족 계획 방법(IUC/IUD, 임플란트, 주사, 피임약, 패치 또는 링) • 계약 약국에서 또는 의료적 응급 상황에서 비계약 제공자로부터 응급 피임 용품을 구입한 경우 • 가족 계획 서비스 제공자로부터 받은 피임 방법을 사용하면서 생긴 일체 문제에 대한 사후 케어 • 처방이 있는 가족 계획 물품(콘돔, 스펀지, 폼, 필름, 다이어프램, 캡) • 불임 상담 및 진단 그리고 관련 서비스 • 성매개감염(STI)에 대한 상담, 검사 및 치료 • HIV와 AIDS 및 기타 HIV 관련 질병에 대한 상담 및 검사 • 영구 피임(가족 계획으로 이 방법을 선택하시려면 21세 이상이어야 합니다. 수술에 앞서 최소 30일 전에 연방 불임술 동의서(federal sterilization consent form)에 서명해야 하나 180일 이전은 불가능합니다.) • 유전 상담 <p>그 외의 가족 계획 서비스에 대해서도 비용을 부담합니다. 그러나 다음 서비스에 대해 반드시 당사 제공자 네트워크 소속 제공자를 이용하셔야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 불임의 의료적 질병에 대한 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적 방법은 포함되지 않습니다.) • AIDS 및 기타 HIV 관련 질병 치료 • 유전자 검사* <p style="text-align: center;">본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다</p>	<p>\$0</p>


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>가족 계획 서비스(계속)</p> <p>회원님의 거주 지역에서 이용 가능한 가족 계획 서비스에 관한 정보는 California 주 보건서비스부(State Department of Health Services) 가족계획국(Office of Family Planning)에 무료 전화 1(800) 942-1054 번으로 문의해 주십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> 주의 사항: 일부 병원 및 기타 제공자의 경우 회원님의 플랜 계약에 따라 혜택이 적용되는 가족 계획 서비스 중 일부를 제공하지 않는 경우도 있을 수 있습니다. 여기에는 가족 계획 상담 그리고 응급 피임, 불임 시술(진통 및 분만 시 난관 결찰술 포함)을 포함한 피임 서비스 또는 낙태 등이 포함될 수 있습니다. 담당 의사, 의료 단체 또는 클리닉에 문의하시거나 회원 서비스에 무료 전화 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하셔서 필요한 의료 케어 서비스를 받으실 수 있는지 확인하시기 바랍니다. 	
	<p>의료 및 건강 교육 프로그램</p> <p>당사는 특정 의료 질환에 중점을 두는 여러 프로그램을 운영하고 있습니다. 해당 프로그램에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 건강 교육 수업* 영양 교육 수업* 금연 및 담배 사용 중지 간호 핫라인 	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>청각 서비스*</p> <p>제공자가 실시하는 청각 및 균형 검사 비용은 당사가 부담합니다. 검사 결과를 통해 의료적 치료가 필요한지 여부를 알 수 있습니다. 내과 의사, 청각전문가 또는 그 외 자격을 갖춘 제공자로부터 받는 경우 외래 환자 케어로 혜택이 적용됩니다.</p> <p>보청기에 대한 최대 플랜 혜택 적용 금액은 매년 \$1,510입니다. 플랜은 다음의 비용을 지불합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년 1회의 정기 청력 검사 • 2년마다 1회의 보청기 적합/평가 <p>임산부이거나 요양 시설에 거주하는 회원님인 경우 다음*을 포함해 보청기 비용도 당사가 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 성형 틀, 필요 용품 및 삽입물 • 수리 건당 비용이 \$25를 초과하는 수리 • 첫 건전지 1세트 • 보청기를 받은 후 동일한 업체에 대한 교육, 조정 및 피팅 목적의 방문 6회 • 보청기 시험 기간 중 대여 • 보청기는 Medi-Cal 혜택 적용 지침에 따라 혜택이 적용됩니다. • 분실, 도난 또는 회원님의 통제 밖에 있는 상황으로 인해 수리가 불가할 정도로 손상되어 보청기를 교체할 경우 해당 비용은 최대 플랜 혜택 적용 금액 \$1,510에 포함되지 않습니다. 	<p>\$0</p>
	<p>HIV 선별 검사</p> <p>다음에 해당하는 회원님께는 12개월마다 HIV 선별 검사 1회 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIV 선별 검사를 요청하는 회원 또는 • HIV 감염 위험도가 높은 회원 <p>임신한 여성의 경우, 임신 기간 중 최대 3회의 HIV 선별 검사 비용을 지급합니다.</p> <p>제공자의 권유로 이루어지는 추가 HIV 선별 검사 비용도 지급해 드립니다.</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>가정 의료 기관 케어*</p> <p>가정 의료 서비스를 받으시기 전에, 의사가 먼저 그러한 서비스가 필요하다고 당사에 통보해야 하며, 그러한 서비스는 반드시 가정 의료 기관이 제공해야 합니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시간제 또는 간헐적 전문 영양 및 가정 건강 보조 서비스(가정 건강 케어 혜택의 적용을 받으시려면 전문 영양 및 가정 건강 보조 서비스 총 제공 시간이 1일 8시간, 주당 35시간보다 적어야 합니다.) • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 의료 사회 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품 	<p>\$0</p>
	<p>가정 주입 치료 요법</p> <p>본 플랜은 가정 주입 치료 요법, 즉 자택에서 회원님께 제공되어 회원님의 정맥에 투여되거나 피하에 투입되는 약물 또는 생물학적 물질의 비용을 지급합니다. 가정 주입을 수행하려면 다음이 필요합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 항바이러스성 또는 면역 글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프와 같은 장비 및 • 튜브나 카테터와 같은 소모품 <p>본 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 회원님의 진료 플랜에 따라 제공되는 간호 서비스를 비롯한 전문 서비스 • DME 혜택에 포함되어 있지 않은 회원 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 및 • 가정 주입 치료 요법의 제공과 자격 있는 가정 주입 치료 요법 제공자가 공급하는 가정 주입 약물에 대한 모니터링 서비스 	<p>\$0</p>


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>호스피스 케어</p> <p>Medicare가 인증한 프로그램이라면 어느 호스피스 프로그램에서든 케어를 받으실 수 있습니다. 담당 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 회원에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우 회원에게는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 회원님이 불치병을 앓고 있으며 6개월 이상 생존할 가망이 없을 수 있음을 의미합니다. 호스피스 담당 의사는 네트워크 소속 제공자일 수도 있고 네트워크 비소속 제공자일 수도 있습니다.</p> <p>해당 플랜은 회원님이 호스피스 서비스를 받는 동안 다음에 해당하는 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증상 및 통증 치료를 위한 의약품 • 단기 교대 간병 • 홈 케어 <p>호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 B가 적용되는 서비스 금액은 Medicare로 청구됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 자세한 정보는 본 장의 섹션 E를 참조하십시오. <p>Molina Dual Options 혜택 대상 서비스지만 Medicare 파트 A 또는 B 혜택 대상이 아닌 서비스의 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molina Dual Options는 Medicare 파트 A 또는 B의 혜택 대상이 아닌 플랜 혜택 대상 서비스에 혜택을 적용합니다. 플랜은 그 서비스가 회원님의 말기 예후와 관련 있는지 여부와 관계없이 서비스에 혜택을 적용합니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다. <p>Molina Dual Options의 Medicare 파트 D 혜택 대상이 될 수 있는 의약품의 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다. 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오. <p>주의 사항: 비호스피스 케어가 필요하신 경우, 케이스 관리자에게 전화해 서비스를 요청하셔야 합니다. 비호스피스 케어는 회원님의 말기 예후와 무관한 케어입니다.</p> <p>당사 플랜은 말기 질병 환자로 호스피스 혜택을 선택하지 않는 회원님에 대해 호스피스 상담 서비스(1회 한정) 비용을 부담합니다.</p>	<p>\$0</p> <p>Medicare의 인증을 받은 호스피스 프로그램을 이용하고 계신 경우, 이용하시는 호스피스 서비스 그리고 말기 질병과 관련한 Medicare 파트 A 및 B 서비스 비용은 Medicare가 부담합니다. Molina Dual Options는 서비스 비용을 지급하지 않습니다.</p> <p>혜택 대상 서비스의 경우 회원님의 본인 부담금은 전혀 없습니다.</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>예방접종</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 폐렴 백신 • 가을과 겨울에 계절별로 독감 예방 주사 1회 및 의료적으로 필요한 경우 추가 독감 예방 주사 • B형 간염 발병 위험이 높거나 중간 정도인 경우, B형 간염 백신 • 위험도가 높고 Medicare 파트 B 혜택 적용 규정을 충족하는 경우, 그 외 다른 백신 • COVID-19 백신 <p>Medicare 파트 D 혜택 적용 규정을 충족하는 다른 백신에 대해서도 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 제6장을 참조하십시오.</p> <p>당사는 또한 예방접종 자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)에서 권장하는 성인을 위한 모든 백신 비용도 부담합니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>입원 환자 병원 케어*</p> <p>당사 플랜의 혜택이 적용되는 입원 일수에는 제한이 없습니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의료적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 식사(특수 식단 포함) • 정기 간호 서비스 • 중환자실 또는 관상질환 집중케어실 등, 특수 케어 병동 비용 • 약물 및 의약품 • 검사실 검사 • X선 촬영 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 수술 및 의료 용품 • 휠체어 같은 전기 기기 • 수술실 및 회복실 서비스 • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 입원 환자 물질 중독 서비스 • 일부의 경우, 각막, 신장, 신장/체장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장기/복합 장기에 해당하는 이식. <p>회원님께서 이식이 필요한 경우, Medicare의 승인을 받은 이식 센터에서 해당 케이스를 검토한 후, 이식 후보자인지 여부를 결정하게 됩니다. 이식 제공자는 서비스 지역 내부 또는 외부에 있을 수 있습니다. 지역 이식 제공자가 Medicare 비용을 받아들이는 경우, 회원님은 지역에서 또는 지역사회 케어 패턴을 벗어나서 이식 서비스를 받을 수 있습니다. Molina Dual Options가 지역사회 케어 패턴을 벗어나서 이식 서비스를 제공하고, 회원님이 해당 지역에서 이식을 받기로 선택한 경우, 당사에서 회원님과 동반 1명의 숙박 및 여행 비용을 준비하거나 지급할 것입니다. 이식 및 혜택 대상 서비스에 관한 자세한 내용은 회원 서비스에 문의해 주십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈액(저장 및 투여 포함) • 내과 의사 서비스 	<p>\$0</p> <p>응급 상황이 안정된 후에도 계속 네트워크 비소속 병원에서 입원 환자 케어를 받으시려면 반드시 플랜으로부터 승인을 받으셔야 합니다.</p>


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>입원 환자 정신 건강 케어*</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 190일간의 비용을 당사가 부담합니다. 그 이후에는 해당 카운티 정신 건강 기관에서 의료적으로 필요한 입원 환자 정신과 서비스에 대해 비용을 지급합니다. 190일을 초과하는 케어에 대한 승인은 해당 카운티 정신 건강 기관과 조율합니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 190일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. • 65세 이상 회원의 경우, IMD에서 받은 서비스 비용을 당사가 부담합니다. 	<p>\$0</p>
	<p>입원: 혜택 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설 (Skilled Nursing Facility, SNF)에서 혜택 적용되는 서비스*</p> <p>회원님의 입원이 합리적으로 타당하지 않고 의료적으로 불필요한 경우 당사는 해당 비용을 지급하지 않습니다.</p> <p>그러나 입원 치료에 혜택이 적용되지 않는 특정 상황에서 당사는 회원님께서 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대한 비용을 계속 지불할 수 있습니다. 자세한 내용은 회원 서비스에 문의하십시오.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사 서비스 • 진단 검사(검사실 검사 등) • X선, 라듐, 동위 원소 치료(테크니션 자료 및 서비스 포함) • 외과적 봉대법 • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈구에 사용되는 기구 • 치과 목적을 제외한 정형외과용 기기 및 보철기기(그러한 기구의 교체 또는 수리 포함). 다음과 같은 기구를 말합니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 내부 신체 장기(주변 조직 포함) 전체 또는 일부를 대체하는 기구 또는 ◦ 제대로 기능하지 않거나 기능 부전 상태의 내부 신체 장기 기능의 전체 또는 일부를 대체하는 기구 • 다리, 팔, 허리, 목 보조기, 트러스 및 인공 다리, 팔 및 눈. 여기에는 파열, 마모, 소실 또는 환자 상태의 변화 등의 이유로 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. • 물리치료, 언어치료 및 작업 치료 	<p>\$0</p>



질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>신장 질환 서비스 및 용품</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 신장 케어 방법을 교육하고 회원님께서 본인의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 4 단계 만성 신장 질환이 있는 경우 담당 의사가 의뢰를 해야 합니다. 6회 세션에 이르는 신장 질환 교육 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다. • 외래 환자 투석 치료. 제3장에 나와 있는 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 투석 치료 포함. • 특수 케어 목적으로 병원에 입원 환자로 입원한 경우 입원 환자 투석 치료 • 자가 투석 교육. 환자 본인 및 가정 투석 치료를 도와줄 사람에 대한 교육 포함 • 가정 투석 장비 및 용품 • 환자의 가정 투석을 확인하고, 응급 상황 시 도와주고, 환자의 투석 장비 및 물 공급을 확인하기 위한 전문 투석 담당자의 필요한 방문을 포함한 일부 홈 지원 서비스. <p>Medicare 파트 B 의약품 혜택이 일부 투석 목적 의약품에 적용됩니다. 자세한 내용은 이 표에서 “Medicare 파트 B 처방약”을 참고하십시오.</p>	<p>\$0</p>
	<p>폐암 검사</p> <p>회원님이 다음 조건을 충족하는 경우 플랜은 12개월마다 1회 폐암 검사 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50~80세인 경우 그리고 • 의사 또는 자격을 갖춘 기타 제공자와 카운셀링 및 공동 의사 결정을 위해 논의한 경우 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, 플랜은 의사 또는 자격을 갖춘 기타 제공자의 서면 명령이 있으면 매년 다른 검사 비용을 지급합니다.</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>식사 혜택*</p> <p>본 프로그램은 입원 환자의 입원 또는 전문 요양 시설(SNF) 입원 후 회원님이 회복하는 동안 또는 회원님이 일정 기간 동안 자택에서 요양해야 하는 의학적 상태나 잠재적 의학적 상태에 처해 있는 경우에 회원님의 건강을 유지하기 위해 특별 고안했습니다. 자격을 충족하면 플랜의 케이스 관리자가 회원님을 프로그램에 등록합니다.</p> <p>또한 만성 질환으로 인해 의사가 회원님을 위해 이러한 혜택을 요청한 경우 자격을 충족하실 수 있습니다. 본 혜택은 14일간 하루 2회 식사를 제공합니다. 추가 승인을 받으면 이후 14일간 하루 2회 식사를 추가로 제공받을 수 있습니다. 최대 4주간 56회 식사가 제공됩니다.</p>	\$0
	<p>의료 영양 치료법</p> <p>이 혜택은 당뇨 환자 또는 투석을 하지 않는 신장병 환자에게 적용됩니다. 또한 담당 의사가 지시하는 경우 신장 이식 후에 적용됩니다.</p> <p>Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 카운셀링 서비스 3시간에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다(여기에는 당사 플랜, 그 외 모든 Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare가 포함됨). 의료적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p> <p>그 이후에는 매년 2시간에 해당하는 1대1 카운셀링 비용을 지급합니다. 회원님의 상태, 치료 또는 진단이 바뀌는 경우, 의사의 지시에 따라 치료 시간이 더 늘 수 있습니다. 이러한 서비스는 반드시 의사가 처방해야 하며, 그 다음 달력 연도에도 치료가 필요한 경우 지시를 매년 갱신해야 합니다. 의료적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다.</p>	\$0
	<p>Medicare Diabetes Prevention 프로그램(MDPP)</p> <p>플랜은 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 회원님이 건강한 행동을 늘릴 수 있도록 돕기 위해 설계되었습니다. 본 프로그램은 다음과 같은 실용적인 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 	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>Medicare 파트 B 처방약*</p> <p>Medicare 파트 B에 따른 혜택 대상 의약품은 다음과 같습니다. Molina Dual Options는 다음 의약품에 대해 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 평상시 스스로 복용하지 않으며, 의사를 부르는 동안, 병원 외래 환자로 있는 동안 또는 외래 수술 센터 서비스를 이용하는 동안 주사 또는 주입된 의약품 • 플랜이 승인한 내구성 있는 의료 기구(예: 분무기)를 사용해 투여하는 의약품 • 혈우병 환자의 경우 주사로 본인이 직접 투여하는 응혈 인자 • 장기 이식 당시 Medicare 파트 A에 가입되어 있었던 경우 면역 억제제 • 주사식 골다공증 약제. 회원님께서 집 밖으로 나가지 못하고, 의사가 폐경기 골다공증과 연관된 것이라고 인정하는 골절상을 입었고, 회원님이 직접 약을 주사하지 못하는 경우 이러한 의약품 비용을 당사가 지급합니다. • 항원 • 일부 경구 항암제 및 항구토제 • 헤파린, 헤파린 해독제(의료적으로 필요한 경우), 국부 마취제, 조혈활성제(ESA) [플랜에서는 해당 플랜에서 보장하지 않는 다음 의약품을 삭제할 수 있음] (예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa)를 포함한 특정 가정 투석용 약제 • 1차 면역 결핍 질환의 가정 치료용 IV 면역 글로불린 <p>당사는 또한 Medicare 파트 B 및 파트 D 처방약 혜택에 따른 일부 백신도 보험을 적용합니다.</p> <p>제5장을 보시면 외래 환자 처방약 혜택에 대한 설명이 나와 있습니다. 처방약 혜택 적용을 받으시려면 반드시 따라야 하는 규정 설명이 나와 있습니다.</p> <p>제6장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약 비용으로 회원님이 부담해야 하는 부분에 대한 설명이 나와 있습니다.</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>비용급 상황 의료 수송*</p> <p>이 혜택은 가장 비용 효과적이고 이용이 편리한 교통편에 적용됩니다. 본 서비스에는 구급차, 리터 밴(litter van), 휠체어 밴 의료 수송 서비스 및 준교통 기관과의 조율이 포함됩니다.</p> <p>이동 수단은 다음과 같은 경우 승인됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 회원님의 의료 및/또는 신체적 조건상, 버스, 승용차, 택시 또는 다른 형태의 대중교통 또는 개인 이동 수단을 이용하는 것이 용이하지 않은 경우 및 • 필요한 의료 서비스를 받기 위해서 반드시 이동 수단이 필요한 경우. • 담당 의사는 요청 이유, 요청 기간(최대 12개월) 및 필요한 교통편 종류가 포함된 PCS(의사 인증 진술서) 양식이라고 하는 교통편용 서면 처방전을 제출해야 합니다. <p>서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>이 서비스를 받는 방법을 자세히 알아보려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.</p>	<p>\$0</p>
<p>비의료 교통편</p> <p>이 혜택은 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중교통/개인 이동 수단을 통한 의료 서비스 장소까지의 이동에 적용됩니다.</p> <p>이 혜택은 비용급 의료 수송 혜택을 제한하지 않습니다.</p> <p>Medicaid 보장 비의료 교통 대상인 플랜 승인 서비스 및 장소를 오가야 할 때 이 혜택을 이용할 수 있습니다. 매년 이용할 수 있는 이동 횟수는 제한되지 않습니다. 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다.</p> <p>본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>비의료 교통편(계속)</p> <p>예약 방법:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (844) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. • 정기(비응급) 진료 예약의 경우 교통편을 예약하시려면 예약 일 최소 72시간 전에 전화하셔야 합니다. • 하루 24시간, 연중무휴 전화하실 수 있습니다. • 국가 공휴일(새해 첫날, 메모리얼 데이, 독립기념일, 노동절, 추수감사절 및 성탄절 포함)에는 정기 예약 요청을 접수하지 않습니다. • 긴급/당일 예약, 시설 퇴원 또는 승차 장소를 알아보려면 (844) 644-6357번으로 언제든지 전화해 주십시오. • 최대 90일 전까지 예약할 수 있습니다. • 화학요법, 방사선 치료, 물리치료 또는 투석과 같은 치료에 대한 반복 일정 예약은 한 번에 90일 동안 가능합니다. <p>돌아오는 여정용 “Will Call”(예약 구입)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 돌아오는 여정의 경우 진료 예약이 얼마나 오래 걸릴지 모를 때는 (844) 644-6357번으로 전화하여 예약하십시오. 교통편 제공자는 회원님의 픽업 전화 후 최대 1시간까지 시간 여유가 있습니다. <p>교통편을 요청할 수 있는 사람은 누구인가요?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16세 이상의 회원 • 회원님의 부모, 법적 보호자 또는 승인 대리인 • 건강 플랜 케이스 관리자 또는 기타 플랜 담당자, 건강 플랜 대리인, 기타 의료 제공자 및/또는 시설 	


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>요양 시설 케어* (제공자에게 얘기해 의뢰서를 받으셔야 합니다.)</p> <p>NF(요양 시설)는 본인의 집에서 케어를 받을 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 사람들을 위해 케어를 제공하는 시설입니다. 당사 플랜에서 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실(또는 의료적으로 필요한 경우 개인실) • 식사(특수 식단 포함) • 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 호흡기 치료 • 케어 플랜의 일환으로 투여되는 의약품. (혈액 응고 인자처럼 자연적으로 몸 안에 존재하는 물질도 포함됩니다.) • 혈액(저장 및 투여 포함) • 요양 시설에서 보통 제공하는 의약 및 외과 용품 • 요양 시설에서 보통 실시하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 보통 실시하는 X선 촬영 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 보통 제공하는 휠체어 등의 전기기기 사용 • 내과 의사/임상의 서비스 • 내구성 있는 의료 장비 • 의치를 포함한 치과 서비스 • 안과 혜택 <p style="text-align: center;">본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>요양 시설 케어*(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 청력 검사 • 척추지압 케어 • 족병 치료 서비스 <p>보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 케어를 받을 수도 있습니다. 해당 시설에서 당사 플랜의 지급 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서도 케어를 받으실 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 직전까지 거주하고 있던 요양 시설 또는 연속 케어 은퇴 커뮤니티(단, 요양 시설 케어를 제공해야 함). • 회원님께서 병원을 떠나는 시점에 회원님의 배우자, 동성 배우자 또는 사실혼 배우자가 살고 있는 요양 시설. 	
	<p>비만 검사와 적은 체중을 유지하기 위한 치료 요법</p> <p>체질량지수(BMI)가 30 이상인 경우, 체중 감량에 도움이 되는 상담에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 반드시 1차 케어 시설에서 상담을 받아야 합니다. 그렇게 해야 회원님의 전체 예방 플랜과 함께 관리가 가능합니다. 자세한 내용은 담당 주치의(PCP)와 상의하십시오.</p>	\$0
	<p>오피오이드 치료 프로그램(OPT) 서비스*</p> <p>플랜은 오피오이드 사용 장애(ODU)를 치료하기 위해 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 투약 활동 • 정기 진단 • FDA(식품의약국) 승인을 받은 의약품 및 해당되는 경우 이의 약품을 관리 및 제공하는 서비스 • 물질 사용 관련 상담 • 개인 및 그룹 치료 • 체내 약물 또는 화학물질 검사(독성 시험) 	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<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 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • X선 촬영 • 방사선(라듐 및 동위 원소) 치료(테크니션 자료 및 용품* 포함) • 외과 용품(붕대 등)* • 부목, 깁스(캐스트) 및 그 외 골절 및 탈구에 사용되는 기구* • 검사실 검사* • 혈액(저장 및 투여 포함)* 제공자에게 얘기해 진료협력 문서를 받으셔야 합니다. • 기타 외래 환자 진단 검사* 	\$0
<p>외래 환자 병원 서비스*</p> <p>다음과 같은 질병 또는 부상에 대한 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래 환자 병동에서 받은 의료적으로 필요한 서비스에 대해서는 당사가 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 외래 환자 수술 또는 관찰 서비스 등과 같은 응급실 또는 외래 환자 클리닉 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 관찰 서비스는 회원님이 “입원 환자”로 병원에 입원해야 하는지 여부를 담당 의사가 파악하는 데 도움이 됩니다. ◦ 밤새 병원에 있는데도 여전히 “외래 환자”인 경우가 있습니다. ◦ 입원 환자 또는 외래 환자에 대한 자세한 내용은 이 자료표 (www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)에서 확인하실 수 있습니다. • 병원이 청구하는 검사실 및 진단 검사 • 부분 입원 프로그램을 포함한 정신 건강 케어. 의사가 입원 없이 입원 환자 치료가 필요하다는 사실을 보증하는 경우 • 병원이 청구하는 X선 촬영 및 기타 방사선 서비스 • 부목, 깁스 등과 같은 의료 용품 • 혜택 차트 전체에 걸쳐 나열된 예방적 검사 및 서비스 • 회원님이 직접 투여할 수 없는 일부 의약품 	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>외래 환자 정신 건강 케어*</p> <p>당사는 다음 제공자의 정신 건강 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주 면허 소지 정신과 전문의 또는 의사 • 임상 심리학자 • 임상 사회복지사 • 임상 간호 전문가 • 임상 간호사(NP) • 의사 보조 • 그 외 해당 주 법규에 따라 승인된 Medicare 자격 충족 정신 건강 케어 전문인 <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 클리닉 서비스 • 주간 치료 • 심리사회 재활 서비스 • 부분 입원/외래 환자 집중 치료 프로그램 • 개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료 • 정신 건강 결과 평가에 대한 임상적 적응증을 보이는 경우의 심리학적 검사 • 약물 치료 모니터링 목적의 외래 환자 서비스 • 외래 환자 검사실, 의약품, 용품 및 보조물 • 정신과 상담 	\$0
<p>외래 환자 재활 서비스*</p> <p>물리치료, 작업치료, 언어치료 비용을 당사가 부담합니다.</p> <p>병원 외래 환자 병동, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 환자 재활 시설 (CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 이용할 수 있습니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>외래 환자 물질 남용 서비스*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 알코올 오용 검사 및 카운셀링 약물 중독 치료 자격을 갖춘 임상이가 실시하는 그룹 또는 개인 카운셀링 거주형 중독 프로그램 내 아급성 중독 치료 외래 환자 집중 치료 센터 내 알코올 및/또는 약물 서비스 지연 방출형 날트렉손(비비트를) 치료 	\$0
<p>외래 환자 수술*</p> <p>병원 외래 환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공하는 외래 환자 수술 및 서비스 비용을 당사가 부담합니다.</p>	\$0
<p>일반의약품(OTC) 품목</p> <p>플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 매 분기마다 \$60를 쓰실 수 있습니다.</p> <p>회원님의 보장에는 비타민, 자외선차단제, 진통제, 기침감기약 및 봉대와 같은 비처방 일반의약품(OTC) 건강 웰빙 품목이 포함됩니다.</p> <p>다음의 방법으로 주문하실 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 - 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에 들어 있는 주문 양식을 기입 후 보내 주십시오. 일반의약품(OTC)은 전화, 우편, 온라인으로 주문하거나 일부 소매점에서 직접 구매할 수 있습니다. OTC 현금 카드 - 가맹 소매점에서 사용 가능합니다. <p>플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목의 전체 목록을 확인하려면 2022년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그를 참조하거나 자세한 내용은 OTC 지원 담당자에게 전화하십시오. 2022년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에서 중요한 정보(주문 가이드라인)를 찾으실 수 있습니다.</p>	<p>\$0</p> <p>플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 매 분기마다 \$60를 쓰실 수 있습니다.</p> <p>분기, 분기별 기간, 지난 3개월, 분기별 일반의약품(OTC) 혜택 기간은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1월~3월 4월~6월 7월~9월 10월~12월 <p>매 분기에 받는 \$60는 분기별 기간이 끝나면 만료됩니다. 미사용 금액은 다음 분기별 기간으로 이월되지 않으므로, 해당 분기가 끝나기 전에 모두 사용하십시오.</p>


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>부분 입원 서비스*</p> <p>부분 입원은 구조화된 능동적 정신과 치료 프로그램입니다. 병원 외래 환자 서비스 또는 지역사회 정신 건강 센터에서 제공됩니다. 담당 의사 또는 치료사 사무실에서 받는 것보다 더 집중적인 케어로, 병원에 굳이 입원하지 않아도 되도록 하는 프로그램입니다.</p>	\$0
	<p>의사/제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 다음과 같은 장소에서 제공되는 의료적으로 필요한 의료 케어 또는 수술 서비스: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 의사 진료실 ◦ 인증받은 외래 수술 센터* ◦ 병원 외래 환자 병동* ◦ 전문의의 상담, 진단 및 치료 ◦ 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 담당 의사가 지시하는 경우, 주치의가 실시하는 기본 청각 및 균형 검사 ◦ 일부 지방 지역 또는 Medicare가 승인한 기타 지역의 회원님을 위한 의사 또는 일반의가 실시하는 진찰, 진단 및 치료를 비롯한 일부 원격 의료 서비스 ◦ 병원 기반 또는 중요 접근 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원 자택 내 가정 투석 회원용 월별 말기 신장 질환(ESRD) 관련 방문을 위한 원격의료 서비스 ◦ 뇌졸중의 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격의료 서비스 ◦ 물질 사용 장애 또는 함께 수반되는 정신 건강 장애가 있는 회원을 위한 원격 의료 서비스 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 신규 환자가 아닌 경우 5~10분 동안 담당 의사와의 가상 채크인(예: 전화 또는 화상 채팅) ◦ 신규 환자가 아닌 경우 담당 의사에게 보낸 영상 및/또는 사진의 평가, 해석 및 24시간 내 의사의 후속 진료 <p style="text-align: center;">본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>의사/제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 환자가 아닌 경우 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록을 통해 담당 의사가 다른 의사와 수행한 상담 • 수술 전에 다른 네트워크 소속 제공자에 의한 2차 소견 • 비정기적 치과 케어*. 혜택 대상 서비스는 다음으로 한정됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 턱 또는 관련 구조에 대한 수술 ◦ 턱 또는 안면골의 골절 치료 ◦ 신생 종양에 대한 방사선 치료 전 발치 ◦ 의사가 제공할 경우 혜택이 적용되는 서비스 	
	<p>족병 치료 서비스*</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 발에 대한 부상 및 질병의 진단 및 의료적 또는 수술적 치료(망치 족지 또는 발뒤꿈치 통증 증후군 등) • 당뇨 등과 같이 다리에 영향을 주는 질환을 가진 회원님의 정기적 발 케어 	\$0
	<p>전립선암 선별 검사</p> <p>50세 이상 회원의 경우 12개월에 1회 다음 서비스에 대해 당사가 비용을 부담합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사 	\$0


질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>보철 기구 및 관련 용품*</p> <p>신체 부위 또는 기능 전체 또는 일부를 대체하는 보철 기구. 당사는 다음과 같은 보철 기구 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 기구 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 결장조루술용 백 및 결장조루술 케어 관련 용품 • 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜빙 및 어댑터, 응액, 자가 투여 주입 용 공급품 등을 포함한 경장 및 정맥 영양 • 심박조율기 • 보조기 • 보철 신발 • 인공 팔 및 다리 • 유방 보철(유방절제술 이후 외과용 브래지어 포함) • 질병, 부상 또는 선천성 결함으로 인해 제거되거나 손상된 외부 안면 신체 부위의 모든 부분을 대체하는 보철물 • 요실금 크림 및 기저귀 <p>보철 기구와 관련된 일부 용품 비용도 지급합니다. 보철 기구 수리 또는 교체 비용도 지급합니다.</p> <p>백내장 제거 또는 백내장 수술 이후 일부 혜택을 적용합니다. 자세한 내용은 본 섹션 후반부 “안과 케어”를 참조하십시오.</p>	<p>\$0</p>
<p>폐 재활 서비스*</p> <p>중등증부터 매우 심한 중증 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있는 회원님의 경우 폐 재활 프로그램 비용을 지급합니다. 회원님은 반드시 COPD 치료를 맡고 있는 의사 또는 제공자로부터 폐 재활 지시서를 받아야 합니다.</p> <p>당사는 호흡기 의존 환자에 대한 호흡기 서비스 비용을 지불합니다.</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>성매개감염(STI) 검사 및 카운셀링</p> <p>당사는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염 검사에 대한 비용을 부담합니다. 해당 검사는 임산부 및 STI 위험이 높은 사람에게도 적용됩니다. 반드시 PCP가 검사를 지시해야 합니다. 이러한 검사 혜택은 12개월마다 1회 또는 임신 기간 중 특정 시점에 대해 적용합니다.</p> <p>또한 성관계를 하는 성인으로 STI 위험이 높은 회원님에 대해 매년 최대 2회의 직접 대면 고강도 행동 카운셀링 세션 비용을 지급합니다. 세션은 한 회당 20~30분이 소요될 수 있습니다. 이러한 카운셀링 세션 비용은 PCP가 예방적 서비스로 제공하는 경우에 한해 비용이 지급됩니다. 세션은 반드시 의사 진료실 등 1차 케어 환경에서 진행되어야 합니다.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>전문 요양 시설(SNF) 케어*</p> <p>본 플랜은 SNF에서의 Medicare 입원과 비 Medicare 입원에 혜택을 적용하며, 사전 입원은 필요하지 않습니다.</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 준개인실 또는 의료적으로 필요한 경우 개인실 • 식사(특수 식단 포함) • 간호 서비스 • 물리치료, 작업치료, 언어치료 • 혈액 응고 인자처럼 자연적으로 몸 안에 존재하는 물질을 포함해 본인의 케어 플랜의 일부로 받는 의약품 • 혈액(저장 및 투여 포함) • 요양 시설에서 제공하는 의약 및 외과 용품 • 요양 시설에서 실시하는 검사실 검사 • 요양 시설에서 실시하는 X선 촬영 및 기타 방사선 서비스 • 요양 시설에서 보통 제공하는 휠체어 등의 전기기기 • 의사/제공자 서비스 <p>보통 네트워크 소속 시설에서 케어를 받게 됩니다. 그러나 당사 네트워크 소속이 아닌 시설에서 케어를 받을 수도 있습니다. 해당 시설에서 당사 플랜의 지급 금액을 수락하는 경우 다음 장소에서도 케어를 받으실 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원에 가기 전까지 거주하고 있던 요양 시설 또는 연속 케어 은퇴 커뮤니티(단, 요양 시설 케어를 제공해야 함) • 회원님께서 병원을 떠나는 시점에 회원님의 배우자가 살고 있는 요양 시설 	<p>\$0</p>





질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
<p>SET(감시형 운동 요법)*</p> <p>본 플랜은 증후성 말초 동맥 질환(PAD)이 있는 환자를 위해 SET 비용을 지급합니다. 플랜은 다음의 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 모든 SET 요건이 충족되는 경우 12주 동안의 기간에 최대 36회 세션 • 의료 케어 제공자가 의학적으로 필요하다고 간주하는 경우 그 이후 추가 36회 세션 <p>SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈액 순환이 좋지 않아 다리 경련(절뚝거림)이 있는 회원님을 대상으로 하는 프로그램으로, PAD에 대한 치료적 운동 훈련 프로그램의 30~60분 세션으로 구성 • 병원 외래 환자 진료실 또는 의사 진료실에서 수행 • 불편을 초래하기보다 반드시 도움이 되는 방향으로 진행하며 PAD 운동 치료에 대해 훈련을 받은 유자격자가 수행 • 기본 및 전문 심폐소생술을 모두 훈련받은 의사, 의사 보조사 또는 임상 간호사/임상 전문 간호사가 직접 감독하는 환경 	\$0
<p>긴급 케어</p> <p>긴급 케어는 다음의 치료를 위해 제공되는 케어를 말합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 즉각적인 의료 케어가 요구되는 비응급 상황 또는 • 갑작스러운 의료적 질병 또는 • 부상 또는 • 즉시 케어가 필요한 상태 <p>긴급 케어를 요하는 경우, 먼저 네트워크 소속 제공자로부터 받으려고 시도해 보아야 합니다. 그러나 네트워크 소속 제공자까지 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 제공자를 이용할 수 있습니다.</p> <p>한정된 상황을 제외하고, 미국 및 그 영토 밖에서는 혜택이 적용되지 않습니다. 자세한 사항은 플랜에 문의해 주십시오.</p>	\$0

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	<p>안과 케어</p> <p>당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 매년 1회의 정기적 눈 검사 그리고 • 2년마다 1회 안경(안경테 및 렌즈) 최대 \$100까지 또는 콘택트렌즈 최대 \$100까지 <p>눈 관련 질병 및 부상의 진단 및 치료에 대해 외래 환자 의사 서비스 비용을 지급합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병 환자를 위한 당뇨병 합병증에 대한 연례 눈 검사와 노화성 황반변성 치료가 포함됩니다.</p> <p>녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지급합니다. 녹내장 고위험군의 예는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 녹내장 가족력이 있는 회원 • 당뇨 환자 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상의 히스패닉계 미국인 <p>의사가 안구내 렌즈를 삽입한 경우, 백내장 수술 후 안경 1벌 또는 콘택트렌즈 1쌍 비용을 지급합니다 (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). 또한 렌즈 이식 없이 백내장 제거 수술을 한 후 필요한 경우 시력 교정용 렌즈, 안경테 및 교체품에 대해 비용을 지급합니다.</p>	<p>\$0</p>
	<p>“Medicare 가입 환영” 예방 목적 방문</p> <p>1회에 한해 “Medicare 가입 환영” 예방 목적 방문에 혜택이 적용됩니다. 여기에는 다음 사항이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 상태 검토 • 회원님께서 필요로 하는 예방적 서비스에 대한 교육 및 상담(검사 및 주사 포함). 그리고 • 필요한 경우 다른 케어에 대한 진료협력. <p>주의 사항: 당사는 회원님께서 Medicare 파트 B를 적용받는 첫 12개월 동안에만 “Medicare 가입 환영” 예방 검진 비용을 부담합니다. 예약을 하실 때 의사 진료실에 “Medicare 가입 환영” 예방 진료 일정을 잡고 싶다고 말씀하십시오.</p>	<p>\$0</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



E. Molina Dual Options 외부 적용 혜택

다음 서비스는 Molina Dual Options에서는 제공하지 않지만 Medicare 또는 Medi-Cal을 통해 이용할 수 있는 서비스입니다.

E1. California 지역사회 전환(California Community Transitions, CCT)

California 지역사회 전환(CCT) 프로그램은 지역의 대표 기관(Lead Organizations)을 통해 최소 연속 90일 동안 입원 환자 시설에서 거주하였으며, 지역사회 환경으로 돌아가 안전한 환경을 유지하고자 하는 적격한 Medi-Cal 수혜자를 지원합니다. CCT 프로그램은 전환 이전 기간과 전환 이후 365일 동안 수혜자를 지역사회 환경으로 돌려보낼 수 있도록 하는 전환 조율 서비스 기금을 제공합니다.

회원님은 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 의료 케어 서비스부(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 지급합니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다.

회원의 CCT 전환과 관련 없는 서비스의 경우:

제공자가 Molina Dual Options에 서비스 비용을 청구합니다. Molina Dual Options는 회원님의 전환이 이루어진 이후에 해당하는 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다.

회원님이 CCT 전환 조율 서비스를 받는 동안 Molina Dual Options는 본 장의 섹션 D, 혜택 차트에 나와 있는 서비스 비용을 지불합니다.

Molina Dual Options 의약품 혜택에는 변경 사항이 없습니다.

CCT 프로그램에서 의약품 관련 혜택은 제공하지 않습니다. Molina Dual Options를 통해 일반적인 의약품 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

주의 사항: 비 CCT 전환 케어가 필요하신 경우 담당 케이스 관리자에게 연락하시거나 회의 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하여 해당 서비스를 예약하시기 바랍니다. 비 CCT 전환 케어란 기관/시설에서의 전환과 관련 없는 케어를 말합니다.

E2. Medi-Cal Dental 프로그램

특정 치과 서비스는 Medi-Cal Dental 프로그램을 통해 이용할 수 있습니다. 예를 들어 이용할 수 있는 서비스는 다음과 같습니다.

- 초기 검사, X선 촬영, 세정, 불소 치료
- 치아 복원 및 크라운
- 근관 치료
- 의치, 조정, 수리, 재이장

치과 혜택은 Medi-Cal Dental 프로그램에서 행위별 수가제로 이용할 수 있습니다. 자세한 정보를 원하시거나 Medi-Cal Dental 프로그램을 취급하는 치과의를 찾아보시려면 1-800-322-6384(TTY 사용자)

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



1-800-735-2922)번으로 고객 서비스 라인에 전화하시기 바랍니다. 무료 전화입니다. Medi-Cal Dental 프로그램 담당자는 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 연락 가능합니다. 웹사이트 dental.dhcs.ca.gov/ 에 접속하셔도 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.

행위별 수가제 Medi-Cal Dental 프로그램 외에도 치과 관리형 케어 플랜을 통해 치과 혜택을 받으실 수도 있습니다. 치과 관리형 케어 플랜은 Los Angeles 카운티에서만 이용하실 수 있습니다. 치과 플랜과 관련한 자세한 정보 및 회원님의 치과 플랜 확인을 위한 도움이 필요하시거나 치과 플랜 변경을 원하시는 경우 Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 연락해 주시기 바랍니다. 무료 전화입니다.

E3. 호스피스 케어

Medicare가 인증한 프로그램이라면 어느 호스피스 프로그램에서든 케어를 받으실 수 있습니다. 담당 제공자 및 호스피스 의료 책임자가 회원에게 말기 예후가 있다고 판단하는 경우 회원에게는 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 이는 회원님이 불치병을 앓고 있으며 6개월 이상 생존할 가망이 없을 수 있음을 의미합니다. 호스피스 담당 의사는 네트워크 소속 제공자일 수도 있고 네트워크 비소속 제공자일 수도 있습니다.

호스피스 케어 서비스를 받는 동안 Molina Dual Options의 지급과 관련한 자세한 정보는 본 장의 섹션 D 에 나와 있는 혜택 차트를 참고하십시오.

회원님의 말기 예후와 관련한 호스피스 서비스와 Medicare 파트 A 또는 B가 적용되는 서비스의 경우:

- 호스피스 제공자는 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 회원님의 말기 예후에 대한 호스피스 비용을 부담할 것입니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다.

회원의 말기 예후와 무관한 Medicare 파트 A 또는 B 적용 대상 서비스의 경우 (응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 케어 제외):

- 제공자는 서비스에 대해 Medicare에 비용을 청구합니다. Medicare는 Medicare 파트 A 또는 B가 적용되는 서비스의 비용을 지급합니다. 이 서비스에 대한 회원님의 부담은 전혀 없습니다.

Molina Dual Options의 Medicare 파트 D 혜택 대상이 될 수 있는 의약품의 경우:

- 의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다. 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

주의 사항: 비호스피스 케어가 필요하신 경우 담당 케이스 관리자에게 연락하거나 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하여 해당 서비스를 예약하시기 바랍니다. 비호스피스 케어는 회원님의 말기 예후와 무관한 케어입니다.

F. Molina Dual Options, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택

이 섹션에서는 플랜의 적용 대상이 아닌 혜택에 대해 말씀드립니다. 제외 대상이라는 것은 이러한 혜택에 대한 비용을 당사가 부담하지 않는다는 의미입니다. Medicare와 Medi-Cal에서도 비용을 지급하지 않습니다.

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

이 섹션(또는 본 *회원 핸드북* 내 다른 곳에)에 나와 있는 제외 대상 의료 혜택에 대해서는 당사가 비용을 지급하지 않습니다. 단, 열거된 특정 조건 하에서는 예외가 적용됩니다. 혜택 적용 대상이 아닌 서비스에

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



대해 당사가 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

혜택 차트에 나와 있는 일체의 제외 대상 또는 한도 외에 다음과 같은 항목 및 서비스에 대해서도 당사 플랜 혜택이 적용되지 않습니다.

- Medicare 및 Medi-Cal의 기준에 따라 “합리적으로 타당하고 의료적으로 필요한 것”으로 간주되지 않는 서비스. 단, 그러한 서비스가 당사 플랜의 혜택 대상 서비스 차트에 포함되어 있는 경우는 제외
- 실험적 의료 및 수술 치료, 항목 및 의약품. 단, Medicare 또는 Medicare 승인 임상시험 연구의 혜택 대상 또는 당사 플랜의 혜택 대상은 제외. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용은 제3장, 39페이지를 참조하십시오. 실험적 치료 및 용품이란 의료계에서 일반적으로 받아들여지지 않는 치료 및 용품을 의미합니다.
- 학교나 레크리에이션 스포츠에 의해 요구되는 스포츠 신체검사.
- 병적비만에 대한 수술 치료(의학적으로 필요하다고 판단되어 Medicare가 지급하는 경우 제외)
- 병원 내 개인실. 의료적으로 필요한 경우는 제외
- 개인 간호사
- 전화나 텔레비전 등 병원이나 전문 요양 시설에서 환자의 방에 비치하는 개인적 용도의 물품
- 전일제 재가 간호 케어
- 직계 가족 또는 가족 구성원이 지불한 수수료
- 선택적 또는 자발적 개선 시술 또는 서비스(체중 감량, 탈모, 성행위 능력, 선수적 기량, 미용 목적, 노화 방지 및 정신적 능력 포함). 단, 의료적으로 필요한 경우는 제외
- 미용 목적 성형 수술 또는 그 외 미용 시술. 단, 사고에 따른 부상 또는 비정상 형태를 띤 신체 부위 개선을 위해 필요한 경우는 제외 그러나 유방절제 수술 후 유방의 재건 또는 그와 일치시키기 위한 다른 유방에 대한 치료 비용은 당사가 지급합니다.
- 개인적 안락 및 편의용품
- 장애, 여성, 유아 및 아동(WIC), 교통국(Department of Motor Vehicles, DMV) 등 양식 작성
- 정형외과용 신발. 신발이 다리 보조기의 한 부분이 아니거나 보조기 비용에 포함되지 않는 경우 또는 당뇨 족부 질환이 있는 회원님을 위한 신발이 아닌 경우
- 발 지지 장치. 당뇨 족부 질환이 있는 회원님을 위한 정형외과용 또는 치료용 신발 제외
- 방사상 각막 절개술, 라식 수술 및 저시력 보조 장치
- 불임 수술 복구 및 비처방 피임 용품
- 미국 국외 서비스. 캐나다 또는 멕시코에서 입원이 필요한 응급 서비스의 경우 예외
- 자연 요법 서비스(자연 치료 또는 대체 치료 사용)
- 재향 군인(VA) 시설에서 참전 용사에게 제공하는 서비스 단, 재향 군인이 VA 병원에서 응급 서비스를 받았을 때 VA 비용 분담금이 플랜의 비용 분담금보다 많은 경우, 당사는 재향 군인에게 차액을 보상해 드립니다. 회원님은 여전히 비용 분담액을 지불할 책임이 있습니다.
- 일반의약(OTC) 품목(승인받은 경우 제외)
- 선택적 포경수술

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제5장: 플랜을 통해 외래 환자 처방약 받기

소개

이 장에서는 외래 환자 처방약을 받는 것과 관련한 규정에 대해 말씀드립니다. 외래 환자 처방약은 제공자가 주문하고 회원이 약국 또는 우편 주문을 통해 받게 되는 약을 말합니다. Medicare 파트 D 및 Medi-Cal의 혜택 적용 대상 의약품은 포함합니다. 주요 용어 및 정의는 회원 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

또한 Molina Dual Options는 다음과 같은 의약품에도 적용되지만 자세한 내용은 본 장에서는 다루지 않습니다.

- Medicare 파트 A의 혜택 대상 의약품. 여기에는 회원이 병원 또는 요양 시설에 입원해 있는 동안 제공되는 의약품이 포함됩니다.
- Medicare 파트 B의 혜택 대상 의약품. 여기에는 일부 화학요법 약물, 의사 또는 기타 제공자 사무실 방문 중에 회원에게 제공되는 일부 주사 약물 그리고 투석 클리닉에서 제공하는 약물 등이 포함됩니다. 혜택이 적용되는 Medicare 파트 B 의약품 종류에 대한 자세한 내용은 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

플랜의 외래 환자 의약품 혜택 적용 규정

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

1. 의사 또는 기타 제공자가 작성한 처방전이 있어야 합니다. 처방전 작성자는 보통 PCP(담당 주치의)인 경우가 많습니다. 담당 PCP가 케어를 의뢰한 경우 다른 제공자가 될 수도 있습니다.
2. 대체로 반드시 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받아야 합니다.
3. 처방약은 플랜의 **혜택 대상 의약품 목록**에 있어야 합니다. 이 목록을 짧게 줄여서 “의약품 목록”이라고 부릅니다.
 - 의약품 목록에 없는 경우, 예외를 인정해 혜택을 적용할 수도 있습니다.
 - 예외 인정 요청에 관한 내용은 제9장을 참조하십시오.
4. 의약품은 반드시 의료적으로 인정되는 적응증에 대해 사용해야 합니다. 즉, 의약품의 사용이 FDA(식품의약품안전처)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



차례

A. 처방약 받는 방법	83
A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제	83
A2. 처방약을 조제 받을 때 회원 ID 카드 사용	83
A3. 다른 네트워크 소속 약국으로 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치	83
A4. 담당 약국이 네트워크를 탈퇴한 경우 취해야 할 조치	83
A5. 전문 약국 이용	83
A6. 우편 주문 서비스를 사용해 의약품 받기	84
A7. 의약품의 장기 공급분 받기	85
A8. 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 이용	85
A9. 본인이 처방약 비용을 지급한 경우 환급 받기	85
B. 플랜의 의약품 목록	86
B1. 의약품 목록에 기재된 의약품	86
B2. 약품 목록에 있는 약을 찾는 방법	86
B3. 의약품 목록에 없는 약품	86
B4. 의약품 목록 단계	87
C. 일부 의약품의 제한 사항	87
D. 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유	89
D1. 임시 공급분을 받는 방법	89
E. 의약품 혜택 적용 변경	91
F. 특수한 경우의 의약품 혜택 적용	92
F1. 당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우	92
F2. 장기 케어(LTC) 시설에 입원하는 경우	92
F3. Medicare가 승인한 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우	93
G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램	93
G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램	93
G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램	93
G3. 회원이 아편류 의약품을 안전하게 사용하도록 지원하는 의약품 관리 프로그램	94



A. 처방약 받는 방법

A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제

대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 경우에 한해 처방약 비용을 지급합니다. 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 회원님을 위해 처방약을 조제하는 데 동의한 약국을 말합니다. 네트워크 소속 약국이면 아무 곳이나 가도 무방합니다.

네트워크 소속 약국을 찾으려면, *제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A2. 처방약을 조제 받을 때 회원 ID 카드 사용

처방약을 조제 받으려면 네트워크 소속 약국에 가서 **회원 ID 카드**를 제시하십시오. 해당 네트워크 약국은 회원님이 혜택을 받은 처방 의약품에 대한 비용을 당사에 청구합니다.

처방약을 받을 때 회원 ID 카드를 소지하고 있지 않으신 경우, 당사에 연락해 필요한 정보를 받으라고 약국에 말씀하시면 됩니다.

약국에서 필요한 정보를 얻지 못하는 경우, 약을 조제 받을 때 처방약 비용 전액을 지급하셔야 할 수 있습니다. 이 경우, 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. 의약품 비용을 지급하실 수 없는 경우, 즉시 회원 서비스에 연락하십시오. 최선을 다해 도와드리도록 하겠습니다.

- 환급 요청 방법은 제7장을 참조하십시오.
- 처방약을 받는 데 도움이 필요하시면, 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하시면 됩니다.

A3. 다른 네트워크 소속 약국으로 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치

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

네트워크 소속 약국을 바꾸는 데 도움이 필요하시면, 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하시면 됩니다.

A4. 담당 약국이 네트워크를 탈퇴한 경우 취해야 할 조치

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

새 네트워크 소속 약국을 찾으려면, *제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A5. 전문 약국 이용

처방약을 전문 약국에서 받아야 하는 경우도 있습니다. 전문 약국의 예는 다음과 같습니다.

- 가정 주입 요법용 의약품을 공급하는 약국.
- 요양원 등 장기 케어 시설 거주자용 의약품을 공급하는 약국.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 보통 장기 케어 시설에는 자체 약국이 있습니다. 회원님이 장기 케어 시설에 거주하시는 경우 당사는 해당 시설 약국에서 회원님이 필요한 의약품을 받을 수 있도록 해야 합니다.
- 회원님이 장기 케어 시설에 있는 약국이 당사 네트워크 소속이 아닌 경우 또는 회원님이 해당 장기 케어 시설에서 의약품 혜택을 이용하는 데 어려움이 있는 경우, 회원 서비스에 연락해 주시기 바랍니다.
- 인디언 의료 서비스/부족/도시 인디언 의료 프로그램 소속 약국. 응급 상황을 제외하고, 이러한 약국들은 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민들만 이용 가능합니다.
- 특수 취급 및 사용 지시 사항이 필요한 의약품을 공급하는 약국.

전문 약국을 찾으려면, *제공자 및 약국 명부*를 참조하시거나, 당사 웹사이트를 방문하시거나, 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A6. 우편 주문 서비스를 사용해 의약품 받기

특정 유형 의약품의 경우, 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하실 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 받을 수 있는 의약품은 만성 또는 장기 의료 질환 때문에 정기적으로 복용하는 약입니다. 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 받을 수 없는 의약품의 경우 의약품 목록에 NM으로 표시되어 있습니다.

플랜의 우편 주문 서비스를 이용할 경우 최소 30일분, 최대 90일분 약을 주문할 수 있습니다. 90일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다.

처방전 우편 접수

주문서 양식을 요청하거나 처방약 우편 주문 방법 안내를 받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기거나 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 방문하시기 바랍니다.

보통 우편 주문 처방약은 14일 이내에 도착합니다. 우편 주문이 지연되는 경우 회원님의 처방약 중 임시 공급분을 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

우편 주문 절차

우편 주문 서비스에서는 회원님께 새 처방전을 받은 경우와 직접 제공자의 사무실로부터 새 처방전을 받은 경우 혹은 우편 주문의 새 제조분(리필)을 처방하는 경우에 대해 각기 다른 절차가 적용됩니다.

1. 약국이 회원님에게 새 처방전을 받은 경우

약국에서 자동으로 해당 처방약을 조제하여 배송해 드립니다.

2. 약국이 직접 제공자 사무실에서 새 처방전을 받은 경우

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

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

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



3. 우편 주문 처방약을 재조제하는 경우

의약품이 재조제하는 경우, 자동 재조제 프로그램을 등록하는 방법이 있습니다. 본 프로그램에 따라 당사는 당사 기록에 회원님의 의약품이 거의 다 떨어진 것으로 나오면 자동으로 재조제 프로세스를 시작하게 됩니다.

- 약국에서는 배송에 앞서 회원님께 연락해 추가 약이 필요한지 확인하게 되며, 회원님께서 약이 충분히 남아 있거나 처방약이 변경된 경우 예정된 재조제를 취소하실 수 있습니다.
- 자동 재조제 프로그램을 사용하지 않으시려면 가지고 계신 약이 다 떨어질 것으로 예상되는 날로부터 10일 전에 약국에 연락해 다음 주문량이 제시 시간에 배송될 수 있게 해 주십시오.

저희 프로그램 등록을 선택하지 않으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

약국이 배송 전에 회원님의 주문을 확인할 수 있도록 회원님에게 가장 잘 연락할 수 있는 연락처를 약국에 알려 주십시오. 회원님이 제공하신 번호로 약국에서 전화 연락을 드릴 것입니다. 담당 약국에 회원님의 최신 연락 정보가 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

A7. 의약품의 장기 공급분 받기

당사 플랜의 의약품 목록 중 유지 의약품은 장기 공급을 받으실 수 있습니다. 유지 의약품이란 장기 의료 질환으로 인해 정기적으로 복용하는 약을 말합니다.

네트워크 소속 약국들 중에는 유지 의약품에 대해 장기 공급을 받으실 수 있는 약국들이 있습니다. 90일 공급분은 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다. *제공자 및 약국 명부*를 보시면 유지 의약품 장기 공급분을 제공하는 약국을 알 수 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의하셔도 됩니다.

특정 유형 의약품의 경우, 유지 의품을 장기 공급 받으려면 플랜의 네트워크 우편 주문 서비스를 이용하시면 됩니다. 우편 주문 서비스에 관한 정보는 위 섹션을 참고하십시오.

A8. 플랜 네트워크 소속이 아닌 약국 이용

일반적으로, 네트워크 소속 약국을 이용할 수 없는 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 받은 처방약 비용을 당사가 지급합니다. 당사 네트워크 소속 약국들 중에는 당사 서비스 지역 밖에 있고 당사 플랜 회원으로 처방약을 받으실 수 있는 약국들이 있습니다.

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

- 처방약이 긴급하게 필요한 케어와 관련된 경우
- 의료적 응급 상황을 위한 케어와 연관된 처방전인 경우
- 혜택은 31일 공급분으로 한정됩니다(31일 미만 처방전인 경우 제외).

이러한 경우에는 먼저 회원 서비스에 연락하여 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하시기 바랍니다.

A9. 본인이 처방약 비용을 지급한 경우 환급 받기

네트워크 비소속 약국을 이용할 수 밖에 없는 경우, 보통 처방약을 받으실 때 전체 비용을 회원님이 지급하셔야 합니다. 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



이와 관련한 자세한 내용은 제7장을 참조하십시오.

B. 플랜의 의약품 목록

당사에는 **혜택 대상 의약품 목록**이 있습니다. 이 목록을 짧게 줄여서 “의약품 목록”이라고 부릅니다.

의약품 목록에 있는 의약품들은 여러 의사 및 약사들로 구성된 팀의 도움을 받아 당사가 선정한 것입니다. 의약품 목록에 보면 약을 받기 위해 따라야 하는 규정이 있는지 여부도 나와 있습니다.

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

B1. 의약품 목록에 기재된 의약품

의약품 목록에는 Medicare 파트 D에 포함되어 있는 의약품, 그리고 Medi-Cal 혜택이 적용되는 일부 처방약 및 일반의약(OTC) 품목 및 제품이 포함되어 있습니다.

의약품 목록에는 예를 들어 BYSTOLIC과 같은 브랜드 의약품과 예를 든 *메토프롤롤(metoprolol)*에 대한 무상표 의약품이 모두 포함되어 있습니다. 무상표 의약품은 브랜드 의약품과 활성 성분이 동일합니다. 일반적으로 무상표 의약품은 브랜드 의약품과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다.

당사 플랜 혜택은 특정 OTC 의약품 및 제품에도 적용됩니다. 일부 OTC 의약품의 경우 처방약보다 저렴하지만 효과는 비슷합니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 문의해 주십시오.

B2. 약품 목록에 있는 약을 찾는 방법

의약품 목록에 있는 약인지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사에서 우편으로 받은 가장 최신 의약품 목록을 확인합니다.
- 플랜 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 방문해 확인합니다. 웹사이트에 나와 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 플랜의 의약품 목록에 있는지 확인하려면 회원 서비스에 물어보시거나 목록 사본을 요청하시면 됩니다.
- 플랜의 의약품 목록에 있는 약인지 알아보려면 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

B3. 의약품 목록에 없는 약품

혜택 적용 대상이 아닌 처방약도 있습니다. 일부 의약품의 경우 법에서 그 약품에 대해서는 혜택 적용을 금하고 있기 때문에 목록에 없는 것입니다. 또 당사에서 의약품 목록에 포함시키지 않기로 결정하는 경우도 있습니다.

Molina Dual Options는 본 섹션에 나와 있는 의약품 비용은 지급하지 않습니다. 그러한 의약품은 **제외 대상 의약품**이라고 합니다. 제외 대상 의약품에 대한 처방전을 받으신 경우, 그 비용은 회원님이 부담하셔야 합니다. 회원님의 케이스 때문에 특정 제외 대상 의약품에 대해 당사가 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다(이의 제기 신청 방법은 제9장을 참고하십시오).

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



다음은 제외 대상 의약품에 대한 3가지 일반 규정입니다.

1. 당사 플랜의 외래 환자 의약품 보장 내역(파트 D 및 Medi-Cal 의약품 포함)에서는 Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 이미 보장하고 있는 의약품 비용을 지불할 수 없습니다. Medicare 파트 A 또는 파트 B에서 보장하는 의약품은 Molina Dual Options에서 무료로 보장하지만, 이는 외래환자 처방 의약품 혜택의 일부로 간주하지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 및 그 영토 밖에서 구입한 의약품에는 혜택이 적용되지 않습니다.
3. 의약품은 반드시 그 사용이 FDA(식품의약국)의 승인을 받거나 회원님의 질병 치료로 사용됨을 특정 의학 문헌에서 뒷받침해야 합니다. 담당 의사가 해당 질환 치료 목적으로 승인되지 않은 의약품을 회원님의 질환 치료 목적으로 처방할 수도 있습니다. 이를 오프라벨(off-label) 용도라고 합니다. 당사 플랜은 보통 오프라벨 용도로 처방되는 경우 그 약에 혜택을 적용하지 않습니다.

또한 법에 따라, 다음 유형의 의약품에는 Medicare 또는 Medi-Cal 혜택이 적용되지 않습니다.

- 불임 치료에 사용되는 의약품
- 미용 목적 또는 발모 촉진 목적으로 사용되는 의약품
- Viagra®, Cialis®, Levitra® 및 Caverject® 등 성기능 장애 또는 발기 부전 치료 용도 의약품
- 의약품 제조 회사가 회원님이 반드시 그 회사가 실시하는 검사 또는 서비스를 받아야 한다고 정하는 경우 외래 환자 의약품

B4. 의약품 목록 단계

의약품 목록에 있는 모든 약은 세(3) 가지 단계 중 하나에 속합니다. 단계란 일반적으로 동일한 유형(예를 들어, 브랜드, 무상표 또는 일반의약(OTC) 품목)의 의약품 그룹을 말합니다.

- 단계 1 의약품은 무상표 의약품입니다. 단계 1 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.
- 단계 2 의약품은 브랜드 의약품입니다. 단계 2 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.
- 단계 3 의약품은 비 Medicare 처방전(Rx)/일반의약(OTC) 품목입니다. 단계 3 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.

회원님의 의약품이 어느 단계에 속하는지 확인하려면 저희 의약품 목록을 참조하십시오.

제6장에 보시면 단계별 본인 부담액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품의 제한 사항

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

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

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

사전 승인(Prior authorization, PA) - 의약품에 혜택 적용을 받기에 앞서 정해진 기준이 충족되어야 합니다. 예를 들어 진단, 검사 수치 또는 이전 치료의 시도 및 실패 여부 등입니다.

단계적 치료법(Step therapy, ST) - 더 비싼 다른 의약품에 혜택 적용을 받기에 앞서 특정 비용 효율적인 의약품을 먼저 사용해야 합니다. 예를 들어, 특정 브랜드의 의약품은 무상표 대체 의약품을 먼저 시도해 본 후에만 혜택 적용을 받을 수 있습니다.

수량 제한(Quantity limit, QL) - 특정 의약품은 혜택 적용을 받을 수 있는 최대 수량에 제한이 있습니다. 예를 들어, FDA 인증을 받은 일일 1회 복용해야 하는 특정 의약품은 30일에 30회 복용분으로 최대 수량이 제한될 수 있습니다.

파트 B와 파트 D - 일부 의약품은 상황에 따라 Medicare 파트 D 또는 B 하에 보험이 적용될 수 있습니다.

1. 무상표 버전 구입이 가능한 경우 브랜드 의약품 사용 제한

일반적으로 무상표 의약품은 브랜드 의약품과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다. 브랜드 의약품의 무상표 버전이 있는 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서는 무상표 버전을 드립니다.

- 보통, 무상표 버전이 있는 경우 브랜드 의약품 비용을 지급하지 않습니다.
- 그러나 담당 제공자가 무상표 의약품이나 동일한 질환을 치료하는 다른 혜택 대상 의약품이 효과가 없을 것이라는 의학적 이유를 당사에 제기하는 경우, 당사는 브랜드 의약품 비용을 지급합니다

2. 플랜의 사전 승인 받기

일부 의약품의 경우, 처방약을 받기 전에 회원님 본인 또는 담당 의사가 Molina Dual Options로부터 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 못한 경우, Molina Dual Options는 해당 서비스에 대한 혜택을 제공할 수 없습니다.

3. 먼저 다른 약 시도해 보기

일반적으로, 당사는 더 고가의 의약품에 혜택을 적용하기 전에 회원님께 상대적으로 저가 의약품(대부분 효과는 동일함)을 시도해 보시기를 원합니다. 예를 들어, A약과 B약이 같은 질병 치료에 사용되는데 A약이 B약보다 저렴한 경우 A약을 먼저 시도해 보도록 할 수 있습니다.

A약이 회원님께 효과가 없는 경우 B약 비용을 지급합니다. 이를 단계적 치료법이라고 합니다.

4. 수량 제한

일부 의약품의 경우 회원님께서 받을 수 있는 수량을 제한합니다. 이를 수량 제한이라고 합니다. 예를 들어, 처방약 조제분을 받을 때마다 받아갈 수 있는 약의 수량을 제한할 수 있습니다.

위와 같은 규정이 회원님이 현재 복용하고 있거나 복용하고자 하는 약에 적용되는지 알아보려면 의약품 목록을 확인해 보십시오. 최신 정보가 필요하시면 회원 서비스에 전화 문의하시거나 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



D. 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유

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

- 복용하시고자 하는 의약품이 당사 플랜 혜택 대상이 아닙니다. 의약품 목록에 없는 약입니다. 해당 약의 무상표 버전은 혜택 대상이지만 복용하고자 하는 브랜드 버전은 아닙니다. 새로운 약이므로 당사에서 아직 그 안전성과 효과성이 검토되지 않았습니다.
- 혜택 대상이지만 그 약에 대한 혜택 적용에 특별 규정이나 한도가 있습니다. 위 섹션의 설명처럼 당사 플랜의 혜택 대상인 의약품 중에는 그 사용을 제한하는 규정이 적용되는 약품이 있습니다. 회원님 본인 또는 처방전 작성자가 규정의 예외 인정을 요청하고자 하는 경우도 있습니다.

회원님의 처방약이 회원님이 원하는 대로 혜택이 적용되지 않는 경우 다음 조치를 취하실 수 있습니다.

D1. 임시 공급분을 받는 방법

약이 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한되어 있는 경우 그 약의 임시 공급분을 드릴 수 있습니다. 그렇게 함으로써 다른 약을 받거나 그 약에 혜택 적용을 요청하는 문제와 관련해 회원님이 해당 제공자와 상의할 수 있는 시간이 생깁니다.

임시 공급분을 받으려면 반드시 아래 규정 두 가지를 충족해야 합니다.

1. 복용하고 계신 의약품이

- 더 이상 당사 의약품 목록에 없어야 합니다. 또는
- 당사 의약품 목록에 포함된 적이 없어야 합니다. 또는
- 현재 어떤 식으로든 제한되어 있습니다.

2. 회원님은 다음 상황 중 하나에 해당되어야 합니다.

- 작년에 플랜에 가입했습니다.
 - **달력 기준 해당 연도의 첫 90일** 기간 동안에는 회원님의 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지불합니다.
 - 임시 혜택은 60일로 한정됩니다.
 - 처방전 대상 기간이 60일 미만인 경우 해당 의약품을 최대 60일분까지 여러 번 조제 받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 처방약은 네트워크 소속 약국에서 받으셔야 합니다.
 - 장기 치료 약국의 경우 낭비를 막기 위해 한 번에 제공하는 처방약 공급량이 적을 수 있습니다.
- 플랜의 신규 회원입니다.
 - **플랜 신규 가입일로부터 첫 90일** 동안에는 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지급합니다.
 - 임시 혜택은 60일 공급분으로 한정됩니다.
 - 처방전 대상 기간이 60일 미만인 경우 해당 의약품을 최대 60일분까지 여러 번 조제 받을 수 있게 해드릴 수 있습니다. 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 받으셔야 합니다.
 - 장기 치료 약국의 경우 낭비를 막기 위해 한 번에 제공하는 처방약 공급량이 적을 수 있습니다.
- 플랜 가입 기간이 90일을 초과했고 장기 케어 시설 거주자이며 약 공급이 즉시 필요합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 1회에 한해 31일분 또는 처방전 기간이 그 보다 짧은 경우 그 미만 동안 의약품 비용을 당사가 부담합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.
- 장기 케어(LTC) 시설에 신규 입주했고 본 플랜 가입 기간이 90일을 초과했으며 현재 당사의 처방 집에 들어 있지 않은 의약품 또는 다른 제한 사항(단계적 치료 요법 또는 투여량 한도 등)이 적용 되는 의약품이 필요한 경우, 회원님이 처방집 예외 인정 요청을 하는 동안 당사는 해당 약품의 임시 31일(처방전 대상 기간이 그 미만인 경우가 아니면) 응급 공급분에 대해 비용을 부담합니다. 회원님께서 받는 케어 수준에 변화가 생김에 따라 한 시설 또는 치료 센터에서 다른 곳으로 옮겨야 하는 상황에도 예외가 인정될 수 있습니다. 그러한 경우, 플랜 가입 기간이 90일을 초과했다 하더라도 1회에 한해 임시 조제분을 받으실 수 있습니다. 이는 Medicare 파트 D 혜택 대상 의약품에 한해 적용되며, Medi-Cal 대상 의약품에는 적용되지 않습니다. 당사의 전환기 정책은 “파트 D 의약품”으로, 네트워크 소속 약국에서 구입하는 경우에 한해 적용됩니다. 전환기 정책은 회원님이 네트워크 비소속 약국 이용 요건을 충족하는 경우를 제외하고, 파트 D 의약품이 아니거나 네트워크 비소속 약국에서 구입하는 경우에는 적용이 불가능합니다.
- 의약품 임시 공급분을 요청하려면 회원 서비스에 연락하십시오.

의약품 임시 공급분을 받는 경우 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 제공자와 상의해 결정하셔야 합니다. 다음 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 다른 약으로 변경합니다.

회원님께 효과가 있으면서 당사 플랜의 혜택 대상인 다른 약이 있을 수 있습니다. 회원 서비스에 전화해 동일한 질병 치료에 사용되는 혜택 대상 의약품 목록을 요청합니다. 이 목록은 담당 의료 제공자가 회원님께 효과가 있는 혜택 대상 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.

또는

- 예외 인정 신청을 할 수 있습니다.

회원님과 담당 의료 제공자는 예외 인정을 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 의약품 목록에 없는 약이라도 혜택 적용을 요청하실 수 있습니다. 또는, 한도 없이 혜택을 적용해 달라고 요청하실 수 있습니다. 제공자가 예외 인정을 받을 만한 타당한 의료적 이유가 있다고 얘기하는 경우, 제공자가 회원님을 대신해 예외 인정을 요청할 수 있습니다.

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

- 다음 해 혜택 적용 변경 사항이 발생하는 경우 그 내역을 알려 드리도록 하겠습니다. 그러면 회원님께서 예외 인정을 요청하시고 다음 해에 혜택이 적용되었으면 하는 방식으로 혜택을 적용해 줄 것을 요청하실 수 있습니다.
- 예외 인정 요청을 하시면 요청(또는 제공자의 근거 진술서) 접수 시점으로부터 72시간 이내에 응답해 드립니다.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요하시면, 회원 서비스나 담당 케이스 관리자에게 연락하시면 됩니다.



E. 의약품 혜택 적용 변경

의약품 혜택 적용 변경은 대부분 1월 1일에 발생합니다. 하지만 연중 수시로 의약품 목록이 추가되거나 삭제될 수 있습니다. 의약품에 관한 규칙이 변경될 수도 있습니다. 예를 들어, 당사는

- 어떤 의약품에 대해 사전 승인이 필요 또는 불필요하다고 결정할 수 있습니다 (사전 승인은 회원님이 의약품을 이용하기에 앞서 Molina Dual Options의 허가를 받는 것입니다).
- 회원님이 이용할 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경할 수 있습니다(일명 수량 제한).
- 어떤 의약품의 단계별 치료법 제한을 추가 또는 변경할 수 있습니다 (단계별 치료법은 저희가 다른 의약품을 적용하기에 앞서 회원님이 어떤 의약품을 시도해야 한다는 의미입니다).

의약품 규정에 대한 자세한 정보는 본 장의 앞부분에 있는 섹션 C를 참조하십시오.

연초에 혜택 적용 대상이었던 의약품을 복용 중인 경우 다음의 경우를 제외하고는 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안 해당 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

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

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

- www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 온라인으로 최신 의약품 목록을 확인하거나
- 회원 서비스에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하여 최신 의약품 목록을 확인할 수 있습니다.

의약품 목록의 일부 변경 사항은 즉시 효력이 발생합니다. 예를 들면 다음과 같습니다.

- 새로운 무상표 의약품이 출시된 경우. 가끔씩 현재 의약품 목록에 있는 브랜드 의약품과 효능은 동일한데 더 저렴한 의약품이 나오는 경우도 있습니다. 이 경우 현재 브랜드 의약품을 삭제하고 새 무상표 의약품을 추가할 수 있지만 신규 의약품에 대해 회원님이 부담하는 비용은 동일합니다.

새로운 무상표 의약품을 추가하면, 현재 브랜드 의약품을 목록에 계속 유지하면서 혜택 적용 규정 또는 제한 사항은 변경하도록 할 수도 있습니다.

- 변경 전에는 회원님에게 알려드리지 않지만, 변경한 이후에는 특정 변경 사항에 대한 정보를 발송해드립니다.
- 회원님 또는 담당 의료 제공자는 이러한 변경에 대해 “예외 인정”을 요청하실 수 있습니다. 예외 인정 요청을 위해 취할 수 있는 절차가 포함된 통지서를 보내 드립니다. 예외 인정에 관한 자세한 내용은 이 핸드북의 제9장을 참조하십시오.
- 의약품이 시장에서 더 이상 판매되지 않는 경우. 식품의약국(FDA)이 회원님이 복용하고 있는 의약품을 안전하지 않다고 판단하거나 의약품의 제조업체가 시장에서 의약품 판매를 중단한 경우 당사는 해당 의약품을 의약품 목록에서 삭제합니다. 해당 의약품을 복용하고 있는 회원님께 관련 사실을 알려드립니다. 통지서를 받은 경우 처방한 의사에게 문의하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



복용하고 있는 의약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다.

의약품 목록에 다른 변경 사항이 있으면 사전에 알려드립니다. 다음의 경우에 목록이 변경될 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 의약품에 대한 임상 지침이 새롭게 제공된 경우
- 시장에 출시된 무상표 의약품을 추가하는 경우 및
 - 현재 의약품 목록에 있는 브랜드 의약품을 교체하는 경우 또는
 - 브랜드 의약품에 대한 혜택 적용 규정 또는 제한 사항을 변경하는 경우

이러한 변경 사항이 생기면 당사는 다음 절차를 수행합니다.

- 의약품 목록을 변경하기 최소 30일 전에 회원님께 알려드리거나 또는
- 회원님께서 재조제를 요청하신 후 30일간 해당 의약품을 공급해 드리겠습니다.

이 기간 동안 담당 의사나 기타 처방의와 상의하실 수 있습니다. 담당 의사 또는 기타 처방의는 다음 상황에서 회원님의 결정을 도울 수 있습니다.

- 대체할 수 있는 유사한 의약품이 의약품 목록에 있는지 또는
- 이러한 변경 사항에 대한 예외 인정을 요청하는 경우. 예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

당사는 현재 회원님께 영향을 미치지 않게 복용하는 약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 연초에 혜택 적용 대상이었던 의약품을 복용 중이면 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안 해당 의약품에 대한 혜택을 삭제하거나 변경하지 않습니다.

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

F. 특수한 경우의 의약품 혜택 적용

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

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

F2. 장기 케어(LTC) 시설에 입원하는 경우

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

지금 계신 LTC 시설의 약국이 당사 네트워크 소속인지 여부는 **제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오. 네트워크 소속이 아닌 경우, 또는 자세한 정보가 필요하신 경우 회원 서비스에 문의하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



F3. Medicare가 승인한 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우

의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다.

- Medicare의 인증을 받은 호스피스 프로그램에 등록하였고 말기 예후 및 관련 질병과 무관하여 호스피스 프로그램의 혜택을 받지 못하는 진통제, 항구토제, 설사약 또는 항불안제가 필요한 경우 당사 플랜이 의약품에 대한 혜택을 제공하기에 앞서 처방의 또는 회원님의 호스피스 제공자로부터 해당 의약품이 말기 질병과 무관하다는 통지를 받아야 합니다.
- 플랜의 혜택이 적용되어야 하는 질병과 무관한 의약품의 수량이 지연되지 않도록 회원님은 약국에 처방약을 요청하기 전에 당사가 해당 의약품이 질병과 무관하다는 통지를 받을 수 있도록 담당 호스피스 제공자 또는 처방의에게 요청할 수 있습니다.

호스피스를 나온 경우 당사 플랜의 혜택이 회원님의 모든 의약품에 적용됩니다. 약국에서의 지연을 방지하기 위해, Medicare 호스피스 혜택이 종료된 경우 약국에 호스피스를 나왔다는 사실을 증명하는 문서를 지참해야 합니다. 본 장 앞 부분의 파트 D 처방약 혜택 이용에 관한 규정을 참조하십시오.

호스피스 혜택에 관한 자세한 내용은 제4장을 참조하십시오.

G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램

G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램

처방약을 받으실 때마다 다음과 같은 의약품 문제점은 없는지 확인합니다.

- 회원님께서 동일한 효과가 있는 다른 약을 복용하고 있으므로 불필요할 수도 있음
- 회원님의 나이나 성별 때문에 위험할 수 있음
- 동시에 복용할 경우 위험할 수 있음
- 회원님에게 알레르기가 있거나 알레르기를 유발할 수 있는 성분이 포함됨
- 안전하지 않은 양의 오피오이드 진통제가 포함됨

처방약 사용과 관련해 문제점이 발견되는 경우 제공자와 협의해 문제를 시정하게 됩니다.

G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램

다른 질병 치료를 위해 의약품을 복용하고 있거나 아편류 의약품을 안전하게 사용할 수 있도록 돕는 약물 관리 프로그램에 가입하신 경우, 약물 치료요법(MTM) 프로그램을 통해 회원님의 부담 없이 서비스를 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 이 프로그램은 해당 의약품이 회원님의 건강 개선에 효과가 있는지 여부를 확인하는 데 도움이 됩니다. 약사 또는 다른 의료 전문가가 회원님께서 복용하는 모든 의약품에 대한 포괄적 검토를 제공하며 다음 사안에 대해 상담합니다.

- 복용하는 의약품의 혜택을 최대화하는 방법
- 의약품의 가격 및 효과와 같은 회원님의 우려 사항
- 의약품을 가장 잘 복용하는 방법
- 복용하는 처방약과 일반의약품에 대한 문의 사항 또는 문제

이러한 상담에 대한 요약서를 서면으로 제공합니다. 해당 요약서에는 의약품을 최대한 잘 활용하기 위한 권장 사항이 포함된 의약품 조치 계획이 있습니다. 또한 복용하시는 모든 의약품 종류 및 복용 이유가

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



기재된 개인 의약품 목록을 받아보시게 됩니다. 그리고 규제 약물인 처방약을 안전하게 폐기하는 방법에 대한 정보를 받아보시게 될 것입니다.

치료 계획 및 의약품 목록에 대해 의사와 상담할 수 있도록 연간 “건강(Wellness)” 검진을 위한 방문 전에 의약품 검토 일정을 잡으시는 것이 좋습니다. 담당 의사, 약사 및 다른 의료 케어 제공자들을 방문하거나 상담 시 치료 계획 및 의약품 목록을 지참하십시오. 또한 병원 또는 응급실 방문 시에도 의약품 목록을 지참하십시오.

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

프로그램과 관련해 궁금한 점이 있으시면 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

G3. 회원이 아편류 의약품을 안전하게 사용하도록 지원하는 의약품 관리 프로그램

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

여러 의사 또는 약국에서 아편류 의약품을 처방받아 사용하는 경우 또는 최근 아편류 의약품 과다 복용 이력이 있는 경우, 이 프로그램은 담당 의사와 상담하여 아편류 의약품 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 여부를 확인할 수 있습니다. 의사와 협력하여 회원님이 처방 아편류 의약품 또는 벤조디아제핀을 사용하는 것이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 회원님이 이러한 의약품을 받을 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항은 다음을 포함합니다:

- 특정 약국 1곳 및/또는 특정 의사 1명에게서 이러한 의약품에 대한 처방을 모두 받도록 요구합니다.
- 혜택 대상 의약품의 양을 제한합니다.

당사에서 회원님에게 하나 이상의 제한 사항을 적용해야 한다고 생각되는 경우 사전에 서신을 발송합니다. 서신에서 회원님에게 적용해야 한다고 판단하는 제한 사항을 설명합니다.

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

당사가 잘못 판단했다고 생각하며, 처방약 오용의 위험이 있다는 점에 반대하거나 제한 사항에 반대하는 경우, 회원님 또는 담당 처방의는 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 회원님이 이의를 제기할 경우, 당사는 회원님의 사례를 검토하고 결정을 내릴 것입니다. 이러한 의약품에 대한 회원님의 접근 제한과 관련하여 회원님의 이의 제기의 일부를 당사가 계속 거부하는 경우, 당사는 회원님의 사례를 자동으로 독립 심사 기관(Independent Review Entity, IRE)으로 보냅니다(이의 제기 방법과 IRE에 대한 보다 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오).

DMP는 다음의 경우 적용되지 않습니다.

- 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

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제6장: Medicare 및 Medi-Cal 처방약 비용 중 본인 부담액

소개

이 장에서는 외래 환자 처방약 비용 중 회원님께서 부담하는 부분에 대해 말씀 드립니다. 여기서 “의약품”은 다음을 의미합니다.

- Medicare 파트 D 처방약, 그리고
- Medi-Cal 혜택 대상 의약품 및 옹품, 그리고
- 추가 혜택으로 본 플랜의 혜택 대상인 의약품 및 옹품

회원님께서서는 Medi-Cal 수혜 자격을 충족하시므로 Medicare 파트 D 처방약 비용 지급에 도움이 되도록 Medicare에서 “추가 지원(Extra Help)”을 받으시게 됩니다.

Extra Help(추가 지원)는 제한된 소득 및 재원을 가진 회원이 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원(Extra Help)은 “저소득 보조금” 또는 “LIS”라고도 합니다.

주요 용어 및 정의는 **회원 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

처방약에 관한 자세한 내용은 다음을 참고하십시오.

- 당사의 **혜택 대상 의약품 목록**.
 - 이 목록을 “의약품 목록”이라고 부릅니다. 목록에는 다음 내용이 나와 있습니다.
 - 당사가 비용을 지불하는 의약품
 - 세(3) 가지 단계 중 각 의약품이 속하는 단계
 - 의약품에 제한 적용 여부
 - 의약품 목록이 필요하시면 회원 서비스에 연락하십시오. 또한 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서도 의약품 목록을 확인할 수 있습니다. 웹사이트에 나와 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 본 **회원 핸드북**의 제5장.
 - 제5장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약을 받는 방법이 나와 있습니다.
 - 회원님께서 따라야 하는 규정도 나와 있습니다. 또한 당사 플랜의 혜택 대상이 아닌 처방약 유형에 대한 설명도 있습니다.
- 당사의 **제공자 및 약국 명부**.
 - 대부분의 경우, 반드시 네트워크 소속 약국을 통해 혜택 대상 의 pharm품을 구입하셔야 합니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협력 계약을 맺고 있는 약국들입니다.
 - **제공자 및 약국 명부**에 네트워크 소속 약국 목록이 나와 있습니다. 제5장에 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용이 나와 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



차례

A. 혜택 설명서(EOB)	97
B. 회원 의약품 비용 추적 방법	97
C. 1개월 또는 장기 의약품 공급분에 대해서는 회원 부담금이 없습니다	98
C1. 당사의 단계	98
C2. 약국 선택	98
C3. 의약품의 장기 공급분 받기	99
C4. 회원 지급분	99
D. 예방 접종	99
D1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항	100



A. 혜택 설명서(EOB)

당사 플랜은 회원님의 처방약 이용을 추적합니다. 당사는 다음 두 가지 비용을 추적합니다.

- 회원님의 본인 부담금 비용. 이 비용은 회원님 본인 또는 회원님을 대신해 비용을 지급하는 사람이 회원님의 처방약 비용으로 부담하는 금액입니다.
- 회원님의 총 의약품 비용. 이 비용은 회원님 본인 또는 회원님을 대신해 비용을 지급하는 사람이 회원님의 처방약 비용으로 부담하는 금액에 당사가 지급하는 금액을 더한 금액입니다.

회원님이 당사 플랜을 통해 처방약을 받는 경우, 회원님께 **혜택 설명서**라는 요약서를 보내 드립니다. 짧게 줄여서 EOB라고 부릅니다. EOB에 회원님이 복용하는 약물에 대해 더 많은 정보가 기재되어 있습니다. EOB에 포함되는 내용은 다음과 같습니다.

- 해당 월에 대한 정보. 이 요약서에는 회원님께서 받은 처방약 내역이 나와 있습니다. 전체 의약품 비용, 당사 지급 금액, 회원님 및 회원님 대신 지급하는 다른 사람이 지급한 금액이 나와 있습니다.
- “현재까지(Year-to-date)” 정보. 전체 의약품 비용과 1월 1일부터 지급된 총 금액입니다.
- 의약품 비용 정보. 전체 의약품 비용과 최초 처방 이후 의약품 가격의 비율 변화를 보여줍니다.
- 저가 대체 의약품. 보다 낮은 가격의 대체 의약품이 있을 경우 요약서에서 현재 의약품 아래에 이러한 의약품이 표시됩니다. 자세한 내용은 처방자에게 문의하시기 바랍니다.

당사는 Medicare 혜택이 적용되지 않는 의약품에 대해 혜택을 적용합니다.

- 그러한 의약품 비용으로 지급된 금액은 회원님의 총 본인 부담금 산정에 포함되지 않습니다.
- 당사 플랜의 혜택이 적용되는 의약품을 확인하려면 의약품 목록을 참조하십시오.

B. 회원 의약품 비용 추적 방법

회원님의 의약품 비용과 회원님이 지급하는 금액을 추적하기 위해, 당사는 회원님 본인 및 회원님이 이용하는 약국에서 받은 자료를 활용합니다. 회원님께서서는 이렇게 하시면 됩니다.

1. 회원 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 받을 때는 반드시 회원 ID 카드를 제시하십시오. 그렇게 하면 저희가 회원님께서 어느 처방전 약을 받아가셨는지, 비용을 얼마나 지급하셨는지 알 수 있습니다.

2. 저희에게 필요한 정보를 반드시 모두 제출해 주십시오.

비용을 지급하신 의약품의 구매 영수증 사본을 제출해 주십시오. 당사에 해당 의약품 비용 만큼 환급해 달라고 요청하시면 됩니다.

구매 영수증 사본을 제출해 주셔야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 네트워크 소속 약국에서 특별 가격에 혜택 대상 의약품을 구입하거나 당사 플랜 혜택에 포함되지 않는 할인 카드를 사용하시는 경우
- 제약사의 환자 지원 프로그램에 따라 받는 의약품에 대해 자기부담금을 지급하시는 경우
- 네트워크 비소속 약국에서 혜택 대상 의약품을 구입하시는 경우
- 혜택 대상 의약품에 대해 정가 전액을 지급하시는 경우

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



의약품 비용 환급 요청 방법은 제7장을 참조하십시오.

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

다른 사람 및 단체가 지급한 금액도 회원님 본인의 본인 부담금 비용 산정에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 의약품 지원 프로그램, 인디언 의료 서비스(IHS) 및 대부분의 자선 단체가 지급한 금액은 회원님의 본인 부담금 비용 산정에 포함됩니다.

4. 저희가 보내드리는 혜택 설명서를 확인하십시오.

우편을 통해 혜택 설명서(EOB)를 받으시면 반드시 빠진 부분은 없는지, 정확한지 확인해 보십시오. 설명서에 뭔가 잘못되었거나 누락된 부분이 있다고 생각되는 경우 또는 궁금한 점이 있는 경우 회원 서비스에 문의하시기 바랍니다. 이러한 혜택 설명서는 모두 잘 보관해 두십시오. 회원의 의약품 경비에 대한 중요한 기록입니다.

C. 1개월 또는 장기 의약품 공급분에 대해서는 회원 부담금이 없습니다

Molina Dual Options에서는 플랜 규정을 준수하시는 한 혜택 대상 서비스에 대한 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

C1. 당사의 단계

당사 의약품 목록에는 의약품 그룹이 있습니다. 플랜의 의약품 목록의 모든 의약품은 세(3) 가지 단계 중 하나에 속합니다. Molina Dual Options의 의약품 목록에 있는 처방 및 OTC 의약품에 대해서는 자기부담금이 없습니다. 회원님이 사용하는 의약품이 어느 단계에 속하는지 알아보시려면 의약품 목록을 확인하시기 바랍니다.

- 단계 1 의약품은 무상표 의약품입니다. 단계 1 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.
- 단계 2 의약품은 브랜드 의약품입니다. 단계 2 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.
- 단계 3 의약품은 비 Medicare 처방전(Rx)/일반의약(OTC) 품목입니다. 단계 3 의약품에 대해 회원님이 부담할 비용은 없습니다.

C2. 약국 선택

의약품에 대한 본인 부담 금액은 약을 어디서 구입하는지에 따라 결정됩니다.

- 네트워크 소속 약국 또는
- 네트워크 비소속 약국

당사는 제한적인 경우에 네트워크 비소속 약국에서 조제 받은 처방약에 혜택을 적용합니다. 예외 상황에 대한 설명은 제5장을 참조하십시오.

약국 선택에 관한 자세한 내용은 본 핸드북 제5장과 *제공자 및 약국 명부*를 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



C3. 의약품의 장기 공급분 받기

의약품 중에는 처방약을 받을 때 장기 공급분(“연장 공급분”이라고도 함)을 받을 수 있는 약이 있습니다. 장기 공급분은 최대 90일치까지 가능합니다. 장기 공급분에 대해 회원님이 부담하실 금액은 없습니다.

특정 의약품의 장기 공급분을 어디서, 어떻게 받는지에 대한 설명은 제5장 또는 **제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오.

C4. 회원 지급분

	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 90 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 90 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 제5장 을 참조하십시오.
비용 부담 1단계 (무상표 의약품)	\$0	\$0	\$0	\$0
비용 부담 2단계 (브랜드 의약품)	\$0	\$0	\$0	\$0
비용 부담 3단계 (비 Medicare 처방 전(Rx)/일반의약 (OTC) 품목)	\$0	\$0	\$0	\$0

장기 공급분을 제공할 수 있는 약국에 대한 정보는 플랜의 **제공자 및 약국 명부**를 참조하십시오.

D. 예방 접종

당사 플랜은 Medicare 파트 D 백신 비용을 지급합니다. Medicare 파트 D 예방 접종에 대한 당사 플랜 혜택 적용은 2개 부분으로 나뉩니다.

1. 혜택 적용 첫 번째 부분은 백신 자체 비용에 대한 것입니다. 백신은 처방약입니다.
2. 혜택 적용 두 번째 부분은 **접종 비용**에 대한 것입니다. 예를 들어, 때로 의사가 주사를 접종하는 형태로 백신을 받을 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



D1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항

예방 접종 계획이 있는 경우에는 회원 서비스에 먼저 전화해 주시기 바랍니다.

- 해당 예방 접종이 당사의 혜택 적용을 받는지 알려드릴 수 있습니다.
- 네트워크 소속 약국 및 제공자를 이용해 비용을 낮추는 방법에 대해서도 설명 드립니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협력 계약을 맺고 있는 약국들입니다. 네트워크 소속 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 네트워크 소속 제공자는 Molina Dual Options와 협력해 파트 D 백신에 대해 선불 비용이 없도록 합니다.



제7장: 혜택 대상 서비스 또는 의약품에 대해 회원이 받은 청구서 대금 지급을 요청하는 방법

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 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 방법	102
B. 지급 요청서 발송 방법	103
C. 혜택 적용 결정(Coverage decision)	104
D. 이의 제기	104



A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 방법

당사 네트워크 소속 제공자는 반드시 회원님께서 이미 이용한 혜택 대상 서비스 및 의약품에 대해 플랜에 대금을 청구해야 합니다. 네트워크 소속 제공자는 본 건강 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다.

의료 케어 또는 의약품에 대해 청구서를 받으시는 경우, 해당 청구서를 당사에 제출해 주십시오. 청구서 제출 방법은 145페이지를 참조하십시오.

- 혜택 대상 서비스 또는 의약품인 경우, 당사에서 해당 제공자에게 직접 비용을 지급합니다.
- 혜택 대상 서비스 또는 의약품이고 이미 비용을 지급하신 경우, 비용을 환불받는 것이 회원님의 권리입니다.
- 해당 서비스 또는 의약품이 혜택 대상이 아닌 경우, 당사에서 알려드립니다.

질문이 있으시면 회원 서비스 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오. 청구서를 받았는데 처리하는 방법을 모르시는 경우 저희가 도와드립니다. 또한 이미 당사에 제출하신 환급 요청과 관련해 전달하고자 하는 정보가 있으신 경우에도 전화로 연락해 주시면 됩니다.

다음은 비용 환급을 요청해야 하거나 회원님께서 받은 청구서 대금 지급을 요청해야 하는 경우의 예입니다.

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

제공자에게 당사에 청구할 것을 요청하셔야 합니다.

- 케어를 받으실 때 비용 전액을 지급하신 경우 당사에 환급을 요청하십시오. 당사에 청구서와 회원님께서 지급한 금액 증빙을 제출해 주십시오.
- 제공자가 회원님은 본인 부담분이 아닌 것으로 판단하는 금액에 대해 청구서를 보낼 수 있습니다. 당사에 청구서와 회원님께서 지급한 금액 증빙을 제출해 주십시오.
 - 제공자에게 비용을 지급해야 하는 경우 당사가 직접 지급할 것입니다.
 - 이미 회원님이 해당 서비스에 대한 비용을 지급한 경우 환급해 드릴 것입니다.

2. 네트워크 소속 제공자로부터 청구서를 받으신 경우

네트워크 소속 제공자는 항상 비용을 당사에 청구해야 합니다. 서비스 또는 처방을 받을 때 Molina Dual Options 회원 ID 카드를 보여주십시오. 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대한 플랜의 비용 부담분 금액보다 많은 금액을 회원님께 부당하게/부적절하게 청구합니다. 청구서를 받은 경우 회원 서비스에 연락하십시오.

- Molina Dual Options가 회원님의 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 회원님은 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다. 제공자는 이러한 서비스에 대해 회원님께 비용을 청구해서는 안 됩니다.
- 네트워크 소속 제공자가 회원님께 청구서를 보내는 경우에는 언제든지 당사로 해당 청구서를 보내 주십시오. 당사에서 해당 제공자에 직접 연락해 문제를 해결하도록 하겠습니다.
- 네트워크 소속 제공자로부터 받은 청구서 대금을 이미 납입하신 경우 당사에 해당 청구서와 함께 대금 지급 증빙을 제출해 주십시오. 당사는 혜택 대상 서비스에 대한 비용을 환급해 드립니다.

3. 처방약을 받기 위해 네트워크 비소속 약국을 이용하는 경우

네트워크 비소속 약국을 이용하시는 경우, 처방약 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 당사는 제한적인 경우에 한해 네트워크 비소속 약국에서 조제 받은 처방약 비용을 부담합니다. 당사에 환급 요청하실 때는 영수증 사본을 제출해 주십시오.
- 네트워크 비소속 약국에 관한 자세한 내용은 제5장을 참조하십시오.

4. 회원 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 처방약 비용 전액을 지급하는 경우

회원 ID 카드를 소지하고 있지 않으신 경우, 당사에 연락하거나 회원님 플랜 가입 정보를 찾아서 확인해달라고 약국에 말씀하시면 됩니다.

- 약국에서 필요한 정보를 즉시 얻지 못하는 경우, 처방약 비용 전액을 회원님께서 지급하셔야 할 수 있습니다.
- 당사에 환급 요청하실 때는 영수증 사본을 제출해 주십시오.

5. 혜택 대상이 아닌 의약품에 대해 처방약 비용 전액을 회원님께서 지급하는 경우

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

- 해당 의약품이 당사 **혜택 대상 의약품 목록**(의약품 목록)에 없거나, 회원님이 모르셨거나 회원님께 적용되지 않는다고 생각했던 요건 또는 제한 사항이 있을 수 있습니다. 해당 의약품 구입을 결정하는 경우 비용 전액을 회원님께서 부담해야 할 수 있습니다.
 - 의약품 비용을 회원님께서 지급하지 않지만 혜택 대상이어야 한다고 생각하시는 경우 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(제9장 참조).
 - 회원님과 담당 의사 또는 다른 처방자가 회원님께 그 의약품이 즉시 필요하다고 판단하는 경우, 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(제9장 참조).
- 당사에 환급 요청하실 때는 영수증 사본을 제출해 주십시오. 의약품 비용을 환급해 드리려면 회원님의 담당 의사 또는 다른 처방자로부터 더 자세한 정보를 받아야 하는 경우도 있습니다.

당사에 환급 요청을 제출하시면 요청을 검토해 보고 해당 서비스 또는 의약품이 혜택 대상이 되어야 하는지 여부를 결정합니다. 이를 “혜택 적용 결정”이라고 합니다. 혜택이 적용되어야 한다고 결정하는 경우 해당 서비스 또는 의약품 비용을 환급해 드립니다. 당사가 환급 요청을 기각하는 경우 당사 결정에 이의 제기하실 수 있습니다.

이의 제기 방법에 관한 설명은 제9장을 참조하십시오.

B. 지급 요청서 발송 방법

당사에 청구서와 회원님께서 지급한 금액 증빙을 제출해 주십시오. 납입 증빙은 회원님께서 쓴 체크(수표) 복사본 또는 제공자 발행 영수증이 될 수 있습니다. 청구서와 영수증은 기록 보관용으로 사본을 만들어 두시는 것이 좋습니다. 담당 케이스 관리자에 도움을 요청하셔도 됩니다.

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

의료 서비스:

Molina Dual Options:
Attn: Molina Dual Options Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



파트 D(의약품) 서비스:

Molina Dual Options:

7050 Union Park Center, Suite 200

Midvale, UT 84047

서비스 및/또는 옴품을 받은 날짜로부터 **365일** 이내 및/또는 의약품을 받은 날짜로부터 **36개월** 이내에 청구를 제출해야 합니다.

C. 혜택 적용 결정(Coverage decision)

환급 요청이 접수되면, 혜택 적용 결정을 내리게 됩니다. 회원님의 의료 케어 또는 의약품이 당사 플랜 혜택 대상인지 여부를 결정한다는 의미입니다. 또한 해당되는 경우 회원 본인님께서 해당 의료 케어나 의약품에 대해 지급해야 하는 비용의 금액도 결정합니다.

- 회원님 본인으로부터 정보가 더 필요한 경우 알려드립니다.
- 해당 의료 케어 또는 의약품이 혜택 대상이라는 결정이 내려지고, 회원님께서 혜택 이용에 관한 규정을 모두 따른 경우, 해당 비용을 지급해 드립니다. 회원님 본인이 이미 그 서비스나 의약품 비용을 납입하신 경우, 회원님께서 부담한 비용에 해당하는 수표를 우편으로 보내드립니다. 아직 비용 지급 전인 경우 당사에서 해당 제공자에게 직접 비용을 지급합니다.

제3장을 보시면 혜택 대상 서비스 이용에 관한 규정이 나와 있습니다. 제5장을 보시면 Medicare 파트 D 처방약에 대한 혜택 적용과 관련한 규정이 나와 있습니다.

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

D. 이의 제기

회원님께서 당사가 실수로 잘못된 결정을 내렸다고 판단하는 경우 그 결정을 변경해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 이를 이의 제기 신청이라고 합니다. 또한 당사 지급 금액에 동의하실 수 없는 경우에도 이의 제기가 가능합니다.

- 이의 제기 절차는 세부적인 절차와 중요한 기한이 있는 정식 절차입니다. 이의 제기와 관련한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.
- 의료 케어 서비스 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하고자 하시는 경우 145페이지를 참조하십시오.
- 의약품 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하고자 하시는 경우 147페이지를 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제8장: 회원의 권리 및 의무

소개

본 장에서는 플랜 회원으로서 회원님의 권리와 의무가 무엇인지 나와 있습니다. 당사에는 회원님의 권리를 지켜드려야 할 의무가 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리	106
B. 회원이 혜택 대상 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 하는 당사의 의무	114
C. 개인 건강 정보(PHI) 보호를 위한 당사의 책임	114
C1. 회원님의 PHI 보호 방법	115
C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다	115
D. 회원에게 당사 플랜, 당사 네트워크 소속 제공자 및 회원의 혜택 대상 서비스에 관한 정보를 제공할 당사의 의무	121
E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구 불가	122
F. Cal MediConnect 플랜을 탈퇴할 권리	122
G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리	122
G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리	122
G2. 본인이 스스로 의료 케어 관련 결정을 내리지 못하게 되는 경우 원하는 바를 얘기할 권리	123
G3. 본인의 지시 사항이 이행되지 않을 경우 가능한 조치	124
H. 당사의 결정에 대해 불만을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리	124
H1. 회원님이 부당한 대우를 받고 있다고 느끼거나 본인의 권리에 대해 자세히 알고 싶은 경우 취할 수 있는 조치	124
I. 플랜 회원으로서의 권리	125



A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.
- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해 드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.에 . 회원 서비스로 연락하십시오.
- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Your right to get information in a way that meets your needs

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in Spanish, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Arabic and in formats such as large print, braille, or audio. To make a standing request to get materials in a language other than English or in an alternate format now and in the future, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 541-5555, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time) to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Case Manager for help with standing requests.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. You can also file a complaint with Medi-Cal by calling the Cal MediConnect Ombudsman at 1-855-501-3077. TTY users should call 711.

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

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

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 Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalam sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras .
- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo. Tinatawag itong palagiang kahilingan. Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipapadala kaming impormasyon sa inyo. Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika. Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng isang kinatawang gawin o baguhin ang palagiang kahilingan. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

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). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

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

Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên. Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương .
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa. Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. 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 в отдел обслуживания участников. В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени .

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию. Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел. (800) 541-5555, ТТУ: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык. Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по тел. (855) 665-4627, ТТУ: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос. Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обратиться к координатору медицинских услуг.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер ТТУ для лиц с нарушениями слуха: 711.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能夠理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以為您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，TTY：711，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們 24 小時全天候接聽您的電話。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向 Medi-Cal 提出投訴：致電 Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼為 1-855-501-3077。TTY 使用者請撥 711。

أ- حَقْكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أحتياجاتك

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضواً بخططنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفراداً بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855) ، لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائماً باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلباً مستمراً. وسوف تتبع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم (800) 541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي) لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman على الرقم 1-855-501-3077. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំ។ ជាយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលធើ្វឲ្យលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក ។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចធើ្វឲ្យយល់សំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអស្ត្រាលី អាមេរិក ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហ៊ីយមានទូរង់ទូរយជាការហោះពុម្ពពធំ អកុសរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសមូលដ្ឋាន។
ដើម្បីសុំនិស្សិតដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយកុំរើភាសាអង់គ្លេសសេឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។



- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចចុះនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូចនេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានហាងកសារនេះជាភាសាដដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ(800) 541-5555, TTY: 711 ចុងច្រើនៗ ដល់ចុងស្ងែក្រ ម៉ោង8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក) ដើម្បីជ្រើសរើសបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានហាងកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាមជ្ឈមណ្ឌលលេខ(855) 665-4627, TTY: 711 ចុងច្រើនៗដល់ ចុងស្ងែក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងមុនាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្តល់សំណើដដែលមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរឿងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ1-855-501-3077 ។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

با باید مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که بتوانید آنها را درک کنید. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما خاطر نشان کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به روشی که بتوانید آن را درک کنید، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای درخواست جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711: TTY, 665-4627 (855). دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
- می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما حساب درخواست دائمی شما را نگه می‌داریم تا لازم نباشد که هر بار که برایتان اطلاعات ارسال می‌کنیم به طور جداگانه درخواست کنید. برای دریافت این نوشتار به زبانی غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 711: TTY, 541-5555 (800)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. برای دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 711: TTY, 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.



A. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակովով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, գանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր խստահարներին, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոսքը տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մետական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:
- Կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մետական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մետական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությունը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մետական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մետական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, գանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք գանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ գանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 711:

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

케어를 받는 데 어려움이 있는 경우 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

당사 플랜의 회원으로서

- 회원님께는 당사 네트워크 내부에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 소속 제공자는 당사와 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 제3장에서 어떤 유형의 제공자가 PCP 역할을 할 수 있는지 그리고 PCP를 선택하는 방법에 대한 더 자세한 정보를 확인하실 수 있습니다.
 - 네트워크 소속 제공자 및 신규 환자를 받는 의사를 알아보려면 회원 서비스에 문의하시거나 **제공자 및 약국 명부**를 살펴보시기 바랍니다.
- 여성에게는 진료협력 문서 없이 여성 건강 전문의를 찾아갈 권리가 있습니다. 진료협력 문서는 담당 PCP가 아닌 다른 의료인의 진료를 받을 수 있도록 하는 PCP의 승인입니다.
- 회원님께는 합리적으로 타당한 시간 내에 네트워크 소속 제공자로부터 혜택 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 여기에는 전문의로부터 시기 적절한 서비스를 받을 권리도 포함됩니다.
 - 당사에는 회원님께서 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스를 받지 못하시는 경우 네트워크 비소속 케어 비용을 부담해야 할 의무가 있습니다.
- 회원님께는 사전 승인 없이 응급 서비스 또는 긴급하게 필요한 서비스를 이용할 수 있는 권리가 있습니다.
- 회원님께는 장시간의 지체 없이 당사 네트워크 소속 약국 중 아무 곳에서나 처방약을 조제 받을 권리가 있습니다.
- 회원님께는 언제 네트워크 비소속 제공자를 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다. 네트워크 비소속 제공자에 관한 자세한 내용은 제3장을 참조하십시오.
- 처음 당사 플랜에 가입하신 경우, 정해진 기준이 모두 충족되면 가장 12개월까지 현재 서비스 제공자 및 서비스 허가를 유지할 권리가 있습니다. 제공자 유지 및 서비스 허가와 관련한 자세한 내용은 제1장을 참조하십시오.
- 회원님은 담당 케어 팀, 케이스 관리자의 도움을 받아 본인의 케어를 직접 관리할 수 있습니다.

제9장에는 회원님께서 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받고 있지 못하다고 생각하는 경우 취할 수 있는 조치에 대해 나와 있습니다. 또한 제9장에는 회원님께서 회원님의 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 법규에 정해진 바에 따라 회원님의 개인 건강 정보(PHI)를 보호해야 합니다.

회원님의 PHI(보호받는 건강 정보)에는 회원님께서 본 플랜에 가입할 때 당사에 제출한 정보도 포함됩니다. 회원님의 의료 기록 및 그 외 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



회원님께는 정보를 얻고 본인의 PHI가 사용되는 방법을 통제할 권리가 있습니다. 당사에서는 회원님께 이러한 권리에 대해 알리는 서면 통지서를 제공하며, 회원님의 PHI를 보호하는 방법을 설명해 드립니다. 이 통지서는 “개인정보 보호 관행 통지서”라고 합니다.

C1. 회원님의 PHI 보호 방법

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

대부분의 경우, 당사는 회원님의 PHI를 회원님이 받는 케어의 비용을 지불하지 않는 그 어떤 당사자에 게도 제공하지 않습니다. 혹시 그렇게 하더라도 반드시 먼저 회원님의 서면 허가서를 받아야 합니다. 서면 허가서는 회원님 본인 또는 회원님을 대신해 의사 결정을 할 수 있는 법적 권한을 가진 사람이 제공할 수 있습니다.

당사에서 먼저 회원님의 서면 허가서를 받지 않아도 되는 경우가 있습니다. 그러한 예외 경우는 법에 따라 허용 또는 정해져 있습니다.

- 당사에는 당사의 케어 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개해야 할 의무가 있습니다.
- 당사에는 법원 명령에 따라 PHI를 공개해야 할 의무가 있습니다.
- 당사는 Medicare에 회원님의 PHI를 제공할 의무가 있습니다. Medicare가 연구 또는 기타 목적으로 회원님의 PHI를 공개하는 경우, 공개는 연방 법규에 따라 진행될 것입니다.

C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다

- 회원님께는 본인의 의료 기록을 살펴보고 기록 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사는 회원님의 의료 기록 사본을 제공하는 대가로 수수료를 부과할 수 있습니다.
- 회원님께는 당사에 본인의 의료 기록에 업데이트 또는 정정 요청을 할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 회원님의 의료 케어 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.
- 회원님께는 본인의 PHI가 다른 사람과 공유된 경우 그 사실 및 방법에 대해 알 권리가 있습니다.

회원님의 PHI 보호와 관련해 궁금한 점이나 우려 사항이 있으신 경우 회원 서비스에 문의해 주십시오.

회원의 개인정보

회원님의 개인정보는 중요합니다. 당사는 회원님의 개인정보를 존중하며 보호합니다. Molina는 회원님께 의료 혜택을 제공하기 위해 회원님의 정보를 이용 및 공유합니다. Molina는 회원님의 정보가 이용 또는 공유되는 방법에 대해 회원님께 알려 드리고자 합니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(protected health information)의 약자입니다. PHI는 회원 성명, 회원 번호, 인종, 민족, 언어 요구 조건 또는 회원님의 신원을 파악하는 기타 정보를 포함합니다. Molina는 당사가 회원님의 PHI를 사용하고 공유하는 방법을 회원님께서 숙지하기를 바랍니다.

Molina가 회원의 PHI를 이용 또는 공유하는 이유는 무엇인가요?

- 회원님께 치료를 제공하기 위해서입니다.
- 회원님의 의료비를 납부하기 위해서입니다.
- 회원님께서 받는 의료 품질을 평가하기 위해서입니다.
- 회원님이 선택한 의료 서비스에 대해 알려드리기 위해서입니다.
- 당사의 의료 보험을 운영하기 위해서입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 법에 따라 의무로 정해져 있거나 허용되는 그 외 다른 목적을 위해 PHI를 이용 또는 공유하기 위해서입니다.

Molina가 회원의 PHI를 이용 또는 공유하기 위해 회원의 서면 승인(허가)을 받아야 경우는 언제인가요?
Molina가 위에 열거되지 않은 용도/목적으로 회원님의 PHI를 이용 또는 공유하려면 회원님의 서면 승인이 필요합니다.

회원에게는 어떤 개인정보 보호 권리가 있나요?

- 본인의 PHI를 확인할 권리
- 본인의 PHI 사본을 받을 권리
- 본인의 PHI를 수정할 권리
- 특정 방법으로 본인의 PHI를 이용 또는 공유하지 말도록 당사에 요청할 권리
- 당사가 본인의 PHI를 공유하고 있는 특정 개인 또는 장소의 목록을 받을 권리

Molina는 회원의 PHI를 어떻게 보호하고 있나요?

Molina는 당사의 건강 플랜 전반에 걸쳐 다양한 방식으로 PHI를 보호하고 있습니다. 여기에는 서면 형식, 구두 형식 또는 컴퓨터 저장 형식의 PHI가 포함됩니다. 다음은 Molina가 PHI를 보호하는 몇 가지 방법입니다.

- Molina는 PHI 보호와 관련한 정책 및 규정을 마련해 두고 있습니다.
- Molina는 PHI 열람 권한을 제한하고 있습니다. PHI를 반드시 알아야 하는 Molina 직원에 한해 PHI를 이용할 수 있습니다.
- Molina 직원들은 PHI를 보호하고 보안을 유지하는 방법에 대해 교육을 받습니다.
- Molina 직원은 반드시 PHI 보호 및 보안 유지 규정 및 정책을 준수한다는 데 서면으로 동의해야 합니다.
- Molina는 PHI를 당사 컴퓨터에서 안전하게 보관합니다. 당사 컴퓨터에 보관되어 있는 PHI는 방화벽과 암호로 보안을 유지합니다.

법에 따른 Molina 의무 사항은 무엇인가요?

- 회원님의 PHI를 비공개 상태로 유지합니다.
- 회원님의 PHI에 대한 당사 의무 사항 및 개인정보 보호 관행 등과 같은 정보를 서면 형식으로 회원님께 제공합니다.
- 당사의 개인정보 보호 관행 통지서 조항을 준수합니다.

본인의 개인정보 보호 권리가 보호받고 있지 못하다고 생각되는 경우 어떻게 해야 하나요?

- Molina에 전화 또는 서면으로 연락해 불만을 제기하십시오.
- 보건복지부(DHHS)에 불만을 제기하십시오.

그렇다고 해서 회원님께 불이익이 돌아가지는 않습니다. 불만 제기는 회원님의 케어에는 전혀 영향을 미치지 않습니다.

위 내용은 단순한 요약입니다. 당사의 개인정보 보호 관행 통지서를 보시면 당사가 회원의 PHI를 이용 및 공유하는 방법에 관해 더 자세한 내용이 담겨 있습니다. 당사의 개인정보 보호 관행 통지서는 본 회원 핸드북의 다음 섹션에 나와 있습니다. 당사 웹사이트 www.molinahealthcare.com에도 나와 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



또한 회원 서비스에 (855) 665-4627번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 연락하시면 당사 개인정보 보호 관행 통지서 사본을 보내드립니다. TTY 이용자의 경우 711번으로 전화해 주십시오.

개인정보 보호 관행 통지서

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

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

Molina Healthcare of California("Molina Healthcare", "Molina", "저희" 또는 "당사")는 Molina Duals Options의 회원으로서 회원님의 의료 혜택을 제공해 드리기 위해 회원님에 관한 보호 대상 건강 정보를 이용 및 공유합니다. 당사는 치료, 비용 지급 및 의료 케어 운영을 위해 회원의 정보를 이용 및 공유합니다. 또한 당사는 그 외에 법에 따라 허용되는 목적 및 의무 사항으로 정해진 목적으로 회원의 정보를 이용 및 공유합니다. 당사에는 회원의 건강 의료 정보를 비공개 상태로 유지하고 본 통지서 약관을 따를 의무가 있습니다. 본 통지서 발효일은 2014년 3월 1일입니다.

PHI는 보호 대상 건강 정보(protected health information)의 약자입니다. PHI는 회원의 이름, 회원 번호 또는 기타 식별자 등이 포함된 건강 의료 정보로, Molina가 이용 또는 공유합니다.

Molina가 회원의 PHI를 이용 또는 공유하는 이유는 무엇인가요?

당사는 회원에게 건강 의료 혜택을 제공해드리기 위해 회원의 PHI를 이용 및 공유합니다. 회원의 PHI는 치료, 비용 지급 및 의료 케어 운영 목적으로 이용 또는 공유됩니다.

치료 목적

Molina는 회원님에게 의료 서비스를 제공 또는 주선해드리기 위해 회원의 PHI를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 케어 제공자 사이의 진료협력도 포함됩니다. 예를 들어, 당사는 회원의 건강 상태에 관한 정보를 전문의와 공유할 수 있습니다. 이는 해당 전문의가 담당 의사와 회원님의 치료에 관해 논의하는 데 도움이 됩니다.

비용 지급 목적

Molina는 비용 지급에 관한 의사 결정을 내리기 위해 PHI를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 여기에는 청구, 치료 승인, 의료적 필요에 대한 결정 등이 포함될 수 있습니다. 회원 이름, 상태/질병, 치료 및 제공 품 등이 청구서에 기재될 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 의사에게 회원님께 당사 보험 혜택이 적용된다는 사실을 알릴 수 있습니다. 의사에게 당사가 지급할 청구서 금액도 알릴 수 있습니다.

의료 케어 운영 목적

Molina는 당사 의료 플랜 운영을 위해 회원님의 PHI를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 예를 들어, 회원님의 혜택 청구에 기재된 정보를 이용해 회원님께 도움이 될 수 있는 의료 프로그램에 대해 알려드릴 수 있습니다. 또한 회원 우려 사항 해결을 위해 PHI를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 청구에 대해 올바르게 지불이 이루어졌는지 확인하기 위해 PHI가 이용될 수도 있습니다.

의료 케어 운영에는 매일 다양한 업무 상 필요가 생깁니다. 그러한 필요에는 다음 사항이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다.

- 품질 개선.
- 특정 질환(예: 천식)을 가진 회원님을 돕기 위한 의료 프로그램 상의 조치.
- 의료적 검토 실시 및 주선.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 사기 및 권한 남용 감지 및 기소 프로그램 등 법무 서비스.
- 법규 준수를 위한 조치.
- 불만 및 고충 해결 등, 회원의 요구에 대한 대처.

당사는 당사의 의료 플랜을 위해 다양한 활동을 수행하는 여타 기업("협력업체")과 회원의 PHI를 공유합니다. 또한 예약을 상기시켜 드리기 위한 목적으로 PHI를 사용할 수도 있습니다. 당사는 회원에게 다른 치료 또는 다른 의료 관련 혜택 및 서비스에 관한 정보를 전달해드리기 위해 PHI를 이용할 수 있습니다.

Molina가 회원으로부터 서면 승인(허가)을 받지 않고 PHI를 이용 또는 공유할 수 있는 경우는 언제인가요?

치료, 지급 및 의료 케어 운영뿐만 아니라 이 법에 따라 Molina는 다음을 포함해 여러 가지 다른 목적으로 회원님의 PHI를 이용 및 공유할 수 있거나 의무적으로 공유해야 합니다.

법에 따른 의무 사항

당사는 법에 정해진 바에 따라 회원님의 정보를 이용 또는 공유하게 됩니다. 당사는 보건복지부(HHS) 장관이 정하는 경우 회원님의 PHI를 공유하게 됩니다. 법원 사건 때문이거나 다른 법적 검토 때문일 수도 있고 또는 법 집행 목적에 필요해서일 수도 있습니다.

공중 보건

회원의 PHI는 공중 보건 업무 목적을 위해 이용 또는 공유될 수 있습니다. 여기에는 질병 예방 또는 관리를 위해 공중 보건 기관에 대한 협조도 포함됩니다.

의료 케어 감독

회원의 PHI는 정부 기관이 이용 또는 공유할 수 있습니다. 정부 기관은 감사 목적으로 회원님의 PHI를 요구할 수 있습니다.

연구

회원의 PHI는 개인 정보 보호 또는 임상연구심의위원회의 승인을 받은 경우와 같이 특정 상황에서 연구 목적으로 사용되거나 공유될 수 있습니다.

법 또는 행정 절차

회원의 PHI는 법원 명령에 따르는 조치 등, 법적 절차 목적상 이용 또는 공유될 수 있습니다.

법 집행

회원님의 PHI는 용의자, 증인 또는 실종자를 찾기 위해 법 집행 목적으로 경찰이 이용 또는 공유할 수 있습니다.

보건 및 안전

회원님의 PHI는 공중 보건 및 안전에 대한 심각한 위협을 방지하기 위해 공유될 수 있습니다.

정부 기능

회원님의 PHI는 특수 기능 목적 상 정부와 공유할 수 있습니다.

학대, 방치 또는 가정 폭력 피해자

회원님의 PHI는 특정인이 학대 또는 방치의 희생자라고 당사에서 판단하는 경우 사법 당국과 공유할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



산재 보상

회원님의 PHI는 산재 보상 법규 준수 목적 상 이용 또는 공유될 수 있습니다.

기타 공개

회원님의 PHI는 해당 업무 수행 목적을 위해 장의사 또는 검시관과 공유할 수 있습니다.

Molina가 회원의 PHI를 이용 또는 공유하기 위해 회원의 서면 승인(허가)을 받아야 경우는 언제인가요?

Molina가 본 통지서에 열거되지 않은 용도/목적으로 회원님의 PHI를 이용 또는 공유하려면 회원님의 서면 승인이 필요합니다. Molina는 (1) 대부분의 심리 치료 필기 내용의 이용 및 공개, (2) 마케팅 용도의 이용 및 공개, (3) PHI의 판매와 관련한 이용 및 공개의 경우 회원의 PHI를 공개하기 전에 회원의 허가를 받아야 합니다. 당사에 제공하신 서면 승인을 취소하실 수 있습니다. 취소하실 경우 당사에 승인을 제공하셨기 때문에 이미 취해진 조치에는 취소가 적용되지 않습니다.

회원에게는 어떤 건강 의료 정보 권리가 있나요?

회원님의 권리는 다음과 같습니다.

- **PHI 이용 및 공개(PHI 공유) 제한 요청 권리**

회원님은 당사에 치료, 비용 지불 또는 의료 케어 운영을 위해 본인의 정보를 공유하지 말아 달라고 요청하실 수 있습니다. 또한 가족, 친지 또는 그 외에 회원님의 의료 케어에 관여하고 있는 다른 개인과 회원님의 PHI를 공유하지 말도록 요청하실 수 있습니다. 그러나 당사에는 그러한 요청에 동의할 의무는 없습니다. 요청은 서면 형식으로 제출해 주셔야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해 주셔도 됩니다.

- **PHI와의 기밀 연락 요청 권리**

회원님은 본인의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 PHI를 특정 방식 또는 특정 장소에서 전달해 줄 것을 Molina에 요청할 수 있습니다. 회원님의 PHI 전체 또는 일부를 공유하는 것이 회원님의 생명에 위협이 될 수 있다고 말씀하시는 경우, 합리적으로 타당한 요청에 대해서는 수용하도록 하겠습니다. 요청은 서면 형식으로 제출해 주셔야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해 주셔도 됩니다.

본인 PHI의 검토 및 복사 권리

회원님께는 당사가 보관하고 있는 본인의 PHI를 검토하고 사본을 받을 권리가 있습니다. 여기에는 Molina 회원으로서 혜택 적용, 환급 청구 및 기타 결정에 사용되는 기록이 포함될 수 있습니다. 요청은 서면 형식으로 제출해 주셔야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해 주셔도 됩니다. 당사는 기록 복사 및 우편 발송에 대해 합리적인 수준의 수수료를 부과할 수 있습니다. 또한 회원님의 요청을 거부하는 경우도 있을 수 있습니다. 중요 참조 사항: 당사는 회원님의 전체 의료 기록 사본을 보유하고 있지 않습니다. 회원님의 의료 기록을 열람, 복사 또는 변경하고 싶으시다면 담당 의사 또는 클리닉에 문의하십시오.

PHI 수정 권리

회원님은 당사에 본인의 PHI를 수정(변경)해 달라고 요청할 수 있습니다. 여기에는 회원으로서 회원님에 관해 당사가 보유하고 있는 기록만 포함됩니다. 요청은 서면 형식으로 제출해 주셔야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해 주셔도 됩니다. 당사가 요청을 거부하는 경우 당사 결정에 이의를 제기하는 제한을 제출하실 수 있습니다.

PHI 공개(PHI 공유) 내역서를 받을 권리

회원님은 요청일 기준으로 이전 6년 동안 당사가 본인의 PHI를 공유한 특정 당사자들의 목록을 당사에 요청하실 수 있습니다. 목록에는 다음과 같은 목적으로 공유된 PHI는 포함되지 않습니다:

- 치료, 비용 지불 또는 의료 케어 운영

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 본인들의 PHI와 관련해 해당 개인들에 제공
- 회원의 허락을 받고 실시한 공유
- 그 외에 해당 법규에 따라 허용 또는 정해진 이용 또는 공개에 따른 공유
- 국가 보안 또는 정보 목적을 위해 공개된 PHI
- 해당 법규에 따라 한정된 데이터세트의 일부로 공유된 PHI

회원님께서 12개월 기간 동안 2회 이상 이러한 목록을 요청하는 경우 각 목록당 합당한 수수료를 부과합니다. 요청은 서면 형식으로 제출해 주셔야 합니다. Molina의 양식을 사용해 요청해 주셔도 됩니다.

위에 나와 있는 것 중 어떤 요청이든 가능하며, 본 통지서의 종이 사본도 요청해 받으실 수 있습니다. Molina 회원 서비스에 (855) 665-4627번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. TTY 이용자의 경우 711번으로 전화해 주십시오.

본인의 권리가 보호 받고 있지 못하다고 생각되는 경우 어떻게 해야 하나요?

회원님의 개인정보 보호 권리가 침해당하고 있다고 생각되는 경우 Molina 및 보건복지부(HHS)에 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하셨다고 해서 당사로부터 불이익을 당하시는 일은 절대 없습니다. 회원님의 케어 및 혜택에는 전혀 영향을 미치지 않습니다.

당사에 불만을 제기하시려면 아래 주소로 제출해 주십시오.

Molina Healthcare of California
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

전화번호: (855) 665-4627, 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). TTY 사용자는 711번을 이용하시기 바랍니다.

미국 보건복지부(HHS)로 불만 사항을 제출하실 경우 아래 주소를 사용하십시오.

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(TTY)

(202) 619-3818 (팩스)

Molina에는 어떤 의무가 있나요?

Molina의 의무는 다음과 같습니다.

- 회원님의 PHI를 비공개 상태로 유지합니다.
- 회원님의 PHI에 대한 당사 의무 사항 및 개인정보 보호 관행 등과 같은 정보를 서면 형식으로 회원님께 제공합니다.
- 회원의 비보안 PHI에 일체의 침해가 발생한 경우 회원님께 통지해 알립니다.
- 보험 목적을 위해 회원의 유전자 정보를 이용 또는 공개하지 않습니다.
- 본 통지서의 약관을 준수합니다.

본 통지서는 변경될 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



Molina는 당사 정보 관련 관행 및 본 통지서 약관을 수시로 변경할 권리를 보유하고 있습니다. 변경하는 경우 개정 약관 및 관행은 당사가 보유한 모든 PHI에 적용됩니다. 중대한 사항이 변경된 경우 **Molina**는 당사 인터넷 홈페이지에 통지서 개정본을 게시하고, 당사의 다음번 연차 회원(해당 시점 기준) 우편물 발송 시 통지서 개정본 또는 해당 중대한 변경 사항에 관한 정보 및 통지서 개정본을 확인하는 방법 안내를 동봉해 발송하게 됩니다. 당사 웹사이트 www.molinahealthcare.com/duals에도 나와 있습니다.

연락처 정보

궁금한 사항이 있으시면 아래 사무실로 문의해 주십시오.

Molina Healthcare of California
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA90802

전화번호: (855) 665-4627. 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). TTY 사용자는 711번을 이용하시기 바랍니다.

D. 회원에게 당사 플랜, 당사 네트워크 소속 제공자 및 회원의 혜택 대상 서비스에 관한 정보를 제공할 당사의 의무

Molina Dual Options 회원으로서 회원님은 당사로부터 정보를 얻을 권리가 있습니다. 영어를 사용하지 않으시는 경우, 당사 의료 플랜에 관한 질문에 답해 드릴 수 있도록 통역 서비스를 제공해드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 Molina 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다. 무료 서비스입니다. 또한, 스페인어, 아르메니아어, 아랍어, 베트남어, 크메르어, 중국어, 페르시아어, 러시아어, 타갈로그어 또는 한국어로 작성된 자료 및/또는 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 뿐만 아니라 큰 활자, 점자 또는 오디오로 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 Molina 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.

다음에 관한 정보 중 원하시는 사항이 있으시면 회원 서비스에 문의해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 다음을 포함한 당사 플랜:
 - 재무 정보
 - 당사에 대한 플랜 회원님들의 평가
 - 회원님들의 이의 제기 건수
 - 당사 플랜 탈퇴 방법
- 다음과 같은 당사 네트워크 소속 제공자 및 네트워크 소속 약국 정보:
 - 주치의 선택 또는 변경 방법
 - 당사 네트워크 소속 제공자 및 약국의 자격
 - 당사가 당사 네트워크 소속 제공자에게 비용을 지급하는 방법
- 혜택 대상 서비스 및 의약품, 회원님이 따라야 하는 규정 정보:
 - 당사 플랜의 혜택 대상 서비스 및 의약품

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 회원 혜택 및 의약품에 적용되는 한도
- 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 반드시 따라야 하는 규정
- 혜택 대상이 아닌 이유, 다음에 대한 질문을 포함하여 그에 대해 취할 수 있는 조치 등:
 - 혜택 대상이 아닌 이유에 대한 서면 문의
 - 당사 결정 변경
 - 회원이 받은 청구서 대금 지불

E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구 불가

당사 네트워크 소속 의사, 병원, 기타 제공자는 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께 직접 비용을 청구할 수 없습니다. 또한 당사가 제공자 청구 금액보다 적은 금액을 지불한다 해도 회원님께 청구할 수 없습니다. 네트워크 소속 제공자가 혜택 대상 서비스 비용을 회원님께 청구하려 하는 경우 취할 수 있는 조치는 제7장을 참조하십시오.

F. Cal MediConnect 플랜을 탈퇴할 권리

회원님께서 원치 않는 경우 아무도 당사 플랜을 유지하라고 강요할 수 없습니다.

- 회원님께는 Original Medicare 또는 Medicare Advantage 플랜을 통해 본인의 의료 서비스 혜택을 최대한 누릴 수 있는 권리가 있습니다.
- 회원님은 처방약 플랜 또는 Medicare Advantage 플랜으로부터 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- Medicare Advantage 또는 처방약 혜택 플랜에 신규 가입할 수 있는 시기에 대한 자세한 정보는 제 10장을 참조하십시오.
- 회원님의 Medi-Cal 혜택은 회원이 선택하는 Medi-Cal 관리형 케어 플랜을 통해 제공됩니다.

G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리

G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리

회원님께는 서비스를 이용할 때 담당 의사 및 기타 의료 케어 제공자로부터 완전한 정보를 얻을 권리가 있습니다. 제공자에게는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 회원님의 질병/상태 및 치료 옵션을 설명해야 합니다. 회원님의 권리는 다음과 같습니다.

- 본인의 선택권에 대해 알 권리. 회원님께는 모든 유형의 치료 방법에 대해 설명을 들을 권리가 있습니다.
- 위험 요소에 대해 알 권리. 회원님은 관련된 모든 위험 요소에 대해 미리 안내받을 권리가 있습니다. 서비스나 치료가 연구 목적 실험의 일환인 경우 반드시 사전에 안내를 받아야 합니다. 회원님께는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- 2차 소견을 받을 권리. 회원님께는 치료 방식을 결정하기 전에 다른 의사의 진찰을 받을 권리가 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- “아니오”라고 말할 권리. 회원님께는 치료를 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 담당 의사의 반대 의견에도 불구하고 병원이나 기타 의료 시설을 나갈 권리도 포함됩니다. 또한 처방약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 치료를 거부하거나 처방약 복용을 중단하더라도 당사 플랜에서 탈퇴 처리되지는 않습니다. 그러나 치료를 거부하거나 의약품 복용을 중단하는 경우, 그 결과에 대해서는 회원님이 전적으로 책임을 집니다.
- 제공자가 케어를 거부하는 이유를 설명해 달라고 요청할 권리. 회원님께는 본인이 받아야 한다고 생각하는 케어를 제공자가 거부하는 경우 당사로부터 그 이유를 들을 권리가 있습니다.
- 당사가 거부했거나 보통은 혜택 대상이 아닌 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용해 줄 것을 요청할 권리. 이를 혜택 적용 결정이라고 합니다. 제9장에 보시면 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 본인이 스스로 의료 케어 관련 결정을 내리지 못하게 되는 경우 원하는 바를 얘기할 권리

회원님은 Molina Dual Options에 전화해 사전 지시에 관한 주 법규 및 사전 지시 법규 개정 내용과 관련한 정보를 요청할 수 있습니다. Molina Dual Options는 주 법규 개정 통지를 받은 날로부터 달력일 기준 90일 이내에 사전 지시 관련 정보를 업데이트합니다.

자세한 정보를 원하시면 Molina Dual Options 회원 서비스 무료 전화로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 (855) 665-4627번으로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애인 또는 청력 문제가 있으신 분은 TTY: 711번으로 California 릴레이 서비스에 전화하십시오.

일부 회원님의 경우 본인에 관한 의료 케어 관련 결정을 스스로 내릴 수 없습니다. 그렇게 되기 전에 다음과 같은 조치가 가능합니다.

- 서면 양식을 작성해 본인을 대신해 의료 케어 결정을 내려줄 수 있는 사람에게 주십시오.
- 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없는 상황이 되면 본인의 의료 케어를 어떻게 처리했으면 하는지에 대한 서면 지시서를 작성해 담당 의사에게 주십시오.

지시 내용 전달에 사용할 수 있는 법적 문서를 사전 지시서라고 합니다. 사전 지시서에는 여러 가지 종류와 이름이 있습니다. 그 예로 생전 유언과 의료 서비스를 위한 위임장이 있습니다.

반드시 사전 지시서를 이용해야 할 의무는 없지만 원하는 경우 가능합니다. 방법은 다음과 같습니다.

- 양식을 구합니다. 양식은 담당 의사, 변호사, 법무 서비스 에이전시, 또는 사회복지사에게서 받으실 수 있습니다. 사람들에게 HICAP 등 Medicare나 Medi-Cal에 관한 정보를 제공하는 단체에도 사전 지시서 양식을 가지고 있습니다.
- 양식을 작성해 서명합니다. 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사의 도움을 받아 작성하시는 것이 좋습니다.
- 지시서 내용을 알아야 하는 사람들에게 사본을 전달합니다. 양식 사본 1부는 담당 의사에게 전달하셔야 합니다. 또한, 회원님을 대신해 결정을 내려 줄 사람으로 지명한 사람에게도 사본 1부를 전달하셔야 합니다. 가까운 친구나 가족들에게도 전달하시는 것이 좋습니다. 반드시 1부는 집에 보관해 두십시오.
- 입원하실 예정이고 사전 지시서에 서명해두신 경우 병원에 가실 때 지시서 사본 1부를 가져가십시오.
 - 병원에서는 사전 지시서를 작성해 서명해두셨는지, 그리고 그 지시서를 가지고 오셨는지 여쭙습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 사전 지시서 양식에 서명하지 않으신 경우, 병원에도 양식이 비치되어 있으므로 서명할지 여부를 여쭙습니다.

사전 지시서 작성 여부는 회원님의 선택이라는 점을 기억하십시오.

G3. 본인의 지시 사항이 이행되지 않을 경우 가능한 조치

사전 지시서에 서명을 했는데 회원님 생각에 의사나 병원이 그 내용을 따르지 않았다고 판단되는 경우, Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 불만을 제기하실 수 있습니다.

1-855-501-3077번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하십시오. 무료 전화입니다.

TTY: 1-855-847-7914번. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다.

우편: **Department of Health Care Services**

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

Website: <http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-medicconnect-ombudsman/>

H. 당사의 결정에 대해 불만을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리

제9장을 보시면 회원님의 혜택 대상 서비스나 케어와 관련해 문제점 또는 우려 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치가 나와 있습니다. 예를 들어, 혜택 적용 결정을 내려 달라고 요청하거나, 혜택 적용 결정을 변경해 달라고 이의를 제기하거나 또는 불만을 제기하실 수 있습니다.

회원님께는 다른 회원들이 당사 플랜에 대해 제기한 이의 및 불만 사항에 관한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 회원 서비스에 전화하여 정보를 요청하시면 됩니다.

H1. 회원님이 부당한 대우를 받고 있다고 느끼거나 본인의 권리에 대해 자세히 알고 싶은 경우 취할 수 있는 조치

회원님께서 부당한 대우를 받고 있다고 느끼는 경우 그리고 해당 경우가 제11장에 열거된 이유에 따른 차별과 관련되지 않은 경우 또는 회원님의 권리에 관한 자세한 정보를 원하시는 경우 다음 기관에 전화하여 도움을 받으실 수 있습니다.

- 회원 서비스.
- 의료보험 카운셀링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP). 이 단체에 대한 자세한 정보 및 연락처는 제2장을 참조하십시오.
- Cal MediConnect Ombuds 프로그램. 이 단체에 대한 자세한 정보 및 연락처는 제2장을 참조하십시오.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다 (또한 Medicare 웹사이트 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf에서도 “Medicare Rights & Protections”(Medicare 권리 및 보호)를 확인하거나 다운로드할 수 있습니다).

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



I. 플랜 회원으로서의 권리

플랜의 회원으로서, 회원님에게는 아래에 나와 있는 사항을 이행하셔야 할 의무가 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 회원 서비스에 문의하십시오.

- **회원 핸드북을 읽고** 혜택 대상이 무엇인지, 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 어떤 규정을 따라야 하는지에 대해 알아두셔야 합니다. 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.
 - 회원님의 혜택 대상 서비스에 관한 자세한 내용은 제3장 및 제4장을 참조하십시오. 제3장, 제4장을 보시면 혜택 적용 대상, 제외 대상, 따라야 하는 규정 및 본인 부담 내용이 나와 있습니다.
 - 혜택 대상 의약품의 경우 제5장과 제6장을 참조하십시오.
- 회원님이 가지고 있는 다른 의료 또는 처방약 혜택이 있으면 당사에 모두 말씀해 주셔야 합니다. 당사는 반드시 회원님이 의료 케어를 받으실 때 본인의 모든 혜택 옵션을 활용하실 수 있도록 도와드려야 합니다. 다른 혜택이 있으면 회원 서비스에 전화해 주십시오.
- 담당 의사 및 다른 의료 케어 제공자에게 당사 플랜에 가입되어 있다고 말씀하셔야 합니다. 서비스나 의약품을 이용하실 때는 항상 본인의 회원 ID 카드를 제시하셔야 합니다.
- 담당 의사 및 다른 의료 케어 제공자가 회원님께 최선의 의료 케어를 제공할 수 있도록 도와주셔야 합니다.
 - 의사와 제공자에게 회원님 및 본인 건강에 관해 필요한 정보를 제공해 주셔야 합니다. 회원님의 질병 상태에 관해 최대한 많이 알고 계셔야 합니다. 회원님과 담당 제공자가 합의한 치료 플랜과 지시 사항을 따르셔야 합니다.
 - 담당 의사와 다른 제공자에게 회원님이 복용하고 있는 의약품에 대해 빠짐없이 알려 주셔야 합니다. 여기에는 처방약, 비처방약, 비타민제, 건강보충제 등이 포함됩니다.
 - 궁금한 점이 있으시면 물어 보십시오. 담당 의사와 다른 제공자에게는 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 상황을 설명해 줄 의무가 있습니다. 질문을 했는데 답이 이해가 되지 않으면 다시 물어 보십시오.
- 배려심을 발휘해 주십시오. 당사 회원은 모두 다른 환자의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 또한 의사 진료실, 병원, 다른 제공자 사무실에 가셨을 때도 상대를 존중하는 태도로 행동해 주셔야 합니다.
- 본인 부담분은 납부하셔야 합니다. 플랜 회원으로서 귀하는 다음과 같은 비용을 부담하셔야 합니다.
 - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분 Molina Dual Options 회원의 경우, Medi-Cal 이 파트 A 보험료와 파트 B 보험료를 대신 납부해드립니다.
 - 당사 플랜의 혜택 대상이 아닌 서비스나 의약품을 이용하시는 경우 회원님이 비용 전액을 부담하셔야 합니다.
 - 특정 서비스나 의약품이 혜택 대상이 아니라는 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 제기 방법에 관한 설명은 제9장을 참조하십시오.
- 이사하실 경우 알려 주셔야 합니다. 이사하실 경우 즉시 당사에 알려 주셔야 합니다. 회원 서비스에 전화하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 Molina Dual Options 혜택을 받을 수 있습니다. 당사 서비스 지역에 관한 안내는 제1장을 참조하십시오.
 - 당사에 연락하시면 회원님께서 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 것인지를 확인해 드리겠습니다. 특별 가입 기간 중에 Original Medicare로 바꾸시거나 새로 이사하신 곳에서 Medicare 의료 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 새로 이사하신 지역에 당사가 플랜을 보유하고 있는 경우 알려드릴 수 있습니다.
 - 또한 이사하시게 되면 Medicare와 Medi-Cal에도 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 제2장을 참조하십시오.
 - 당사 서비스 지역 내 다른 곳으로 이사하시더라도 알려 주셔야 합니다. 당사는 회원님의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 회원님의 연락처를 알고 있어야 합니다.
- 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 회원 서비스에 전화해 도움을 요청하십시오.



제9장: 문제나 불만 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치(혜택 적용 결정, 이의 제기, 불만 제기)

소개

본 장에서는 회원님의 권리에 대해 안내해 드립니다. 다음과 같은 경우 취해야 할 조치를 알아보려면 해당 장을 참조하십시오.

- 회원님의 플랜과 관련해 문제나 불만 사항이 있는 경우.
- 플랜에서 비용을 지급하지 않겠다고 얘기하는 서비스, 용품 또는 의약품이 필요한 경우.
- 플랜이 회원님의 케어에 관해 내린 결정에 동의하지 않는 경우.
- 혜택 대상 서비스가 곧 종료될 것으로 예상되는 경우.
- 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS), 요양 시설(NF) 서비스 등 장기 서비스 및 지원과 관련해 문제나 불만 사항이 있는 경우.
- 문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 회원님의 상황에 해당하는 부분만 살펴보시면 됩니다. 본 장은 필요한 부분을 쉽게 찾으실 수 있도록 여러 개의 섹션으로 나뉘어져 있습니다.

회원님의 의료 서비스나 장기 서비스 및 지원과 관련해 문제가 있으신 경우

회원님께서 담당 의사 및 기타 제공자가 회원님의 케어 플랜의 일환으로 케어에 필요하다고 결정한 의료 케어, 의약품, 장기 서비스 및 지원을 받으실 수 있어야 합니다. 회원님의 케어와 관련해 문제가 있으신 경우 **Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화해 도움을 요청하십시오.** 본 장에 각기 다른 문제점 및 불만 사항에 대해 어떤 여러 가지 옵션이 있는지 나와 있지만, 언제든지 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락해 문제를 얘기하고 도움을 받으실 수 있습니다. 회원님의 우려 사항을 해결하기 위한 추가 리소스와 이에 연락하는 방법을 알아보시는 경우, Ombudsman 프로그램에 대한 자세한 정보는 제2장을 참조하십시오.



차례

A. 문제가 있는 경우 취해야 할 조치	130
A1.	128
A2. 법률 용어 관련 문제	130
B. 도움을 요청할 수 있는 곳	130
B1. 자세한 정보 및 도움을 얻을 수 있는 곳	130
C. 혜택과 관련한 문제	132
C1. 보험 적용 결정 및 이의 제기 또는 불만 제기 절차의 사용	132
D. 혜택 적용 결정 및 이의 제기	132
D1. 혜택 적용 결정 및 이의 제기 개요	132
D2. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 도움 요청하기	132
D3. 본 장의 섹션을 활용하여 도움 얻기	133
E. 서비스, 용품 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 문제	135
E1. 이 섹션이 필요한 경우	135
E2. 혜택 적용 결정 요청	135
E3. 1단계 서비스, 용품 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 이의 제기	137
E4. 2단계 서비스, 용품 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 이의 제기	141
E5. 지급 관련 문제	145
F. 파트 D 의약품	147
F1. 파트 D 의약품을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 의약품에 대한 비용을 당사로부터 환급 받는 데 어려움이 있는 경우 취해야 할 조치	147
F2. 예외 인정 요청이란	148
F3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항	149
F4. 예외 인정 요청을 포함해, 파트 D 의약품에 관한 혜택 적용 결정 또는 파트 D 의약품에 대한 비용 환급을 요청하는 방법	150
F5. 파트 D 의약품에 대한 1단계 이의 제기 신청	152
F6. 파트 D 의약품에 대한 2단계 이의 제기 신청	154



G. 입원 혜택 기간 연장 요청	155
G1. 나의 Medicare 권리 알기	156
G2. 퇴원일 변경을 위한 1단계 이의 제기	156
G3. 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기	158
G4. 이의 제기 신청 기한을 놓치면 어떻게 되나요	159
H. 가정 의료 케어, 전문 간호 케어 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 취할 수 있는 조치	161
H1. 언제 혜택 적용이 종료될지 사전에 안내해드립니다.	161
H2. 케어를 계속 받기 위한 1단계 이의 제기	161
H3. 케어를 계속 받기 위한 2단계 이의 제기	163
H4. 1단계 이의 제기 신청 기한을 놓친 경우 어떻게 하나요	164
I. 2단계 다음 단계로 이의 제기를 진행하는 방법	166
I1. Medicare 서비스 및 용품에 대한 다음 단계	166
I2. Medi-Cal 서비스 및 용품에 대한 다음 단계	166
J. 불만 제기 방법	167
J1. 어떤 유형의 문제가 불만에 해당되나요?	167
J2. 내부 불만	168
J3. 외부 불만	169



A. 문제가 있는 경우 취해야 할 조치

본 장에서는 회원님의 플랜 또는 서비스나 비용 지급과 관련해 문제가 있는 경우 취할 수 있는 조치에 대해 안내해 드립니다. 본 절차는 Medicare와 Medi-Cal의 승인을 받은 절차입니다. 각 절차에는 당사나 회원님이 모두 반드시 따라야 하는 규정, 단계 및 기한이 있습니다.

A2. 법률 용어 관련 문제

본 장에 나와 있는 일부 규정, 기한에는 어려운 법률 용어가 포함되어 있습니다. 이 용어들은 이해하기 어려운 경우가 많기 때문에 일부 법률 용어의 경우 더 쉬운 단어를 대신 사용했습니다. 약어는 최대한 사용을 자제했습니다.

예를 들어,

- “고충 제기” 대신 “불만 제기”라고 표현합니다.
- “조직 판정”, “혜택 판정”, “위험 판정”, 또는 “혜택 적용 판정” 대신 “혜택 적용 결정”이라고 표현합니다.
- “신속 처리 판정” 대신 “빠른 혜택 적용 결정”이라고 표현합니다.

적절한 법률 용어를 알고 계시면 명확한 의사 전달에 도움이 될 수 있기 때문에 그러한 용어도 함께 씁니다.

B. 도움을 요청할 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 도움을 얻을 수 있는 곳

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 지식을 갖고 있지 못한 경우도 있습니다.

Cal MediConnect Ombuds 프로그램에서 도움을 받으실 수 있습니다.

처음 시작하는 데 도움이 필요하신 경우 언제든지 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 전화하십시오. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 질문에 답해드리고 문제에 대처할 때 취할 수 있는 조치를 알려드릴 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 관계가 없습니다. 프로그램에 연락하시면 어떤 절차를 이용해야 할지 설명해드립니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077번입니다. 이 서비스는 무료로 이용할 수 있습니다. Ombudsman 프로그램에 관한 자세한 정보는 제2장을 참조하십시오.

의료 보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)에서 도움을 받으실 수 있습니다.

또한 의료 보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)에 연락하셔도 됩니다. HICAP 카운셀러는 질문에 답해드리고 문제에 대처할 때 취할 수 있는 조치를 알려드릴 수 있습니다. HICAP는 당사나 보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되어 있지 않습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 전문 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료로 제공됩니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.

Medicare에 도움 요청하기

Medicare에 직접 전화해 문제 관련 도움을 받으실 수 있습니다. Medicare에는 다음과 같이 두 가지 방법으로

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



도움을 요청하실 수 있습니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화 문의하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영).
TTY: 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- Medicare 웹사이트 www.medicare.gov를 방문하십시오.

California 주 관리형 의료케어부(Department of Managed Health Care, DMHC)에서 도움을 받으실 수 있습니다.

본 단락에서 “고충”이라는 용어는 Medi-Cal 서비스, 건강 플랜 또는 가입자의 제공자 중 한 사람에 대한 이의 제기 또는 불만을 의미합니다.

California 주 DMHC는 의료 케어 서비스 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. 회원님의 건강 플랜과 관련하여 고충이 있으신 경우에는 해당 부서에 직접 연락하기 전에 담당 건강 플랜에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하여 회원님의 의료 플랜 고충 처리 절차를 먼저 이용하셔야 합니다. 이러한 고충 처리 절차를 이용하더라도 회원님께 부여된 잠재적인 법적 권리 또는 구제책에는 어떠한 영향도 미치지 않습니다. 긴급 사항과 관련된 불만 사항, 해당 건강 플랜과 만족스럽게 해결하지 못한 불만 사항 또는 30일 이상 해결되지 않은 불만 사항에 도움이 필요하신 경우에는 당국으로 연락하십시오. 또한 독립 의료 심사(IMR)를 요청하실 수 있습니다. IMR를 요청할 수 있는 경우, IMR에서는 제안된 서비스나 치료의 의학적인 필요성, 실험 또는 연구적 성격의 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스 비용 분쟁과 관련된 건강 플랜의 의료 결정에 대해 공정하게 검토하게 됩니다. DMHC에는 무료 전화(**1-888-466-2219**)와 청각/언어 장애인을 위한 TDD 전화(**1-877-688-9891**)도 마련되어 있습니다. DMHC의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 이의 제기 양식, IMR 신청 양식 및 설명이 있습니다.

Medi-Cal에 도움 요청하기

Cal MediConnect Ombudsman 프로그램에 직접 전화하여 Medi-Cal 관련 문제에 대한 도움을 받으실 수 있습니다.

전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)에 도움 요청하기

Livanta(QIO)에 직접 전화해 문제와 관련해 도움을 받으실 수 있습니다. Livanta에 문의하시려면 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화해 주십시오.



C. 혜택과 관련한 문제

C1. 보험 적용 결정 및 이의 제기 또는 불만 제기 절차의 사용

문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 회원님의 상황에 해당하는 부분만 살펴보시면 됩니다. 아래 차트를 참조해 본 장에서 회원님의 문제/불만 사항에 해당하는 섹션을 찾아보십시오.

<p>본인의 혜택이나 혜택 적용과 관련한 문제 또는 우려 사항입니까?</p> <p>(여기에는 특정 의료 케어, LTSS 또는 처방약의 혜택 적용 여부, 혜택 적용 방식 그리고 의료 케어 또는 처방약 비용 지급 관련 문제 등이 포함됩니다.)</p>	
<p>예. 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제입니다.</p>	<p>아니요. 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제가 아닙니다.</p>
<p>섹션 E: “혜택 적용 결정 및 이의 제기”(132페이지)를 참조하십시오.</p>	<p>섹션 J: “불만 제기 방법”(167페이지)으로 가시면 됩니다.</p>

D. 혜택 적용 결정 및 이의 제기

D1. 혜택 적용 결정 및 이의 제기 개요

혜택 적용 결정 요청 및 이의 제기 절차는 회원님의 혜택 및 혜택 적용과 관련된 문제들을 다룹니다. 또한, 비용 지급 문제도 대상에 포함됩니다. 회원은 파트 D 자기부담금을 제외하고 Medicare 비용을 부담하지 않습니다.

혜택 적용 결정이란 무엇인가요?

혜택 적용 결정은 회원의 혜택 및 혜택 적용, 또는 당사가 회원님의 의료 서비스, 용품 또는 의약품에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 최초 결정을 의미합니다. 당사는 회원님께 적용되는 혜택 및 당사가 부담하는 비용을 결정할 때마다 혜택 적용 결정을 내리게 됩니다.

회원님 본인 또는 담당 의사가 특정 서비스, 용품 또는 의약품에 대해 Medicare 또는 Medi-Cal이 적용되는지 여부에 대해 확신이 없는 경우, 의사가 해당 서비스, 용품 또는 의약품을 제공하기 전에 본인 또는 의사가 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.

이의 제기란?

이의 제기는 회원님께서 당사가 실수로 잘못된 결정을 내렸다고 판단하는 경우 그 결정을 재검토 및 변경해 줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다. 예를 들어, 당사가 회원님께서 원하는 서비스, 용품 또는 의약품이 혜택 대상이 아니라고, 또는 Medicare 또는 Medi-Cal 혜택이 더 이상 적용되지 않는다고 결정할 수 있습니다. 회원님 본인이나 담당 의사가 당사의 결정에 동의하지 않으시는 경우 이의 제기하실 수 있습니다.

D2. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 도움 요청하기

혜택 적용 결정이나 이의 제기와 관련해 도움을 요청하려면 어디에 연락해야 하나요?

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



다음 중 한 곳을 선택해 연락하시면 됩니다.

- 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.
- 또는 **Cal MediConnect Ombuds 프로그램**에 전화해 무료로 도움을 받으십시오. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 Cal MediConnect 가입자의 서비스 또는 청구 관련 문제를 도와드립니다. 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.
- **의료보험 카운셀링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)**에 전화해 무료로 도움을 받으십시오. HICAP는 독립 기관입니다. 이는 본 플랜과 관계가 없습니다. 전화번호는 1-800-434-0222번입니다.
- **관리형 의료케어부(DMHC) 헬프 센터**에 전화하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 보험 규제 담당 기관입니다. DMHC는 Cal MediConnect 가입자의 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기 신청 또는 청구 관련 문제를 도와 드립니다. 전화번호는 1-888-466-2219번입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 TDD 무료 전화(1-877-688-9891)를 이용하시기 바랍니다.
- 담당 의사 또는 그 외 제공자에게 문의하십시오. 담당 의사 또는 기타 제공자는 회원을 대신해 혜택 적용 결정이나 이의 제기에 관해 문의할 수 있습니다.
- 친구 또는 가족과 상의해 대리인 역할을 부탁하십시오. 다른 사람을 회원님의 “대리인”으로 지명해, 대신 혜택 적용 결정에 대해 문의하거나 이의 제기 신청을 하도록 할 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 다른 사람이 대리인을 맡았으면 하시는 경우, 회원 서비스에 전화해 “대리인 임명(Appointment of Representative)” 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서도 해당 양식을 다운로드할 수 있습니다. 그 사람이 회원님의 대리인 역할을 수행할 수 있도록 하는 양식입니다. 양식에 서명해 반드시 당사에 사본한 부를 제출해 주셔야 합니다.
- 또한 본인을 대리해 **줄 변호사를 요청하실 권리도** 있습니다. 회원님의 변호사에게 연락하시거나 지역 변호사 협회 또는 다른 추천 서비스를 통해 추천받으셔도 됩니다. 자격을 충족하시는 경우 무료 법률 서비스를 제공해 줄 수 있는 법률 단체도 있습니다. 변호사를 대리인으로 선임하고자 하시는 경우 대리인 임명(Appointment of Representative) 양식을 작성하셔야 합니다. 1-888-804-3536번으로 연락하여 의료 소비자 연합(Health Consumer Alliance)에 법률 지원 변호사를 요청할 수 있습니다.
 - 그러나 혜택 적용 결정을 요청하거나 이의 제기 신청을 위해 반드시 변호사가 필요한 것은 아닙니다.

D3. 본 장의 섹션을 활용하여 도움 얻기

혜택 적용 결정과 이의 제기와 관련한 상황에는 네 가지 다른 상황이 있습니다. 각 상황별로 규정과 기한이 다릅니다. 각각의 경우 필요한 규정을 찾기 쉽도록 본 장은 여러 개의 섹션으로 나뉘어져 있습니다. 본인의 문제에 해당되는 섹션만 골라 살펴보시면 됩니다.

- **135페이지의 섹션 E**를 보시면 서비스, 옴폼, 의약품에 관한 문제가 생겼을 때 필요한 정보가 나와 있습니다(파트 D 의약품은 아닙니다). 예를 들어, 다음과 같은 경우 이 섹션을 이용하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 원하는 의료 케어를 받지 못하고 있지만 당사 플랜이 이 케어에 대한 혜택을 적용해야 한다고 생각하시는 경우
- 담당 의사가 내게 제공하고자 하는 서비스, 용품 또는 의약품이 당사 플랜이 승인하지 않았고, 회원님은 이 케어가 혜택 대상이 되어야 한다고 생각하시는 경우
 - 주의 사항: 그러한 의약품이 파트 D의 혜택이 적용되지 않는 의약품인 경우에 한해 섹션 E를 참조하십시오. 의약품 목록이라고도 하는 혜택 대상 의약품 목록 중 별표(*)가 있는 의약품은 파트 D 혜택 적용 대상이 아닙니다. 파트 D 의약품 이의 제기의 경우 147페이지의 섹션 E를 참조하십시오.
- 혜택 대상이 되어야 한다고 생각하는 의료 케어나 서비스를 받았는데 그 케어 비용을 당사가 지급하지 않는 경우
- 혜택 대상이라고 생각하고 의료 서비스를 받고 비용을 지급했으며, 당사가 그 비용을 환급해 주었으면 하는 경우
- 회원님이 받고 계신 케어에 대한 혜택이 감소 또는 중지될 것이라는 얘기를 들었고, 그러한 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우
 - 주의 사항: 중지될 예정인 혜택이 병원 케어, 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF)인 경우 그러한 유형의 케어에는 특수 규정이 적용되기 때문에 본 장의 다른 섹션을 참조하셔야 합니다. 155 및 161페이지의 섹션 G와 H를 참조하십시오.
- 147페이지의 섹션 F에 파트 D 의약품에 관한 정보가 나와 있습니다. 예를 들어, 다음과 같은 경우 이 섹션을 이용하십시오.
 - 예외를 인정해 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품을 혜택 대상으로 변경 요청하고자 하는 경우
 - 이용하는 의약품 금액의 한도를 없애 달라고 요청하고자 하는 경우
 - 사전 승인을 요하는 의약품에 혜택 적용을 요청하고자 하는 경우
 - 당사가 요청이나 예외 인정을 승인하지 않았는데 회원님 본인이나 담당 의사 또는 다른 처방자는 당사가 승인했어야 한다고 생각하는 경우
 - 이미 구입한 처방약에 대해 당사가 비용을 지급했으면 하는 경우(이는 비용 지급에 관한 혜택 적용 요청입니다.)
- 155페이지의 섹션 G에서는 담당 의사가 너무 일찍 퇴원시킨다고 생각되는 경우, 혜택 적용 입원 기간을 늘려줄 것을 요청하는 방법을 안내합니다. 다음과 같은 경우 이 섹션을 참조하십시오.
 - 병원에 입원 중인데 담당 의사가 너무 일찍 퇴원하라고 얘기하는 경우
- 161페이지의 섹션 H에는 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우에 필요한 정보가 담겨 있습니다.

어느 섹션을 이용해야 할지 확실하지 않으신 경우 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

도움이나 정보가 필요하시면 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하시기 바랍니다.



E. 서비스, 용품 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 문제

E1. 이 섹션이 필요한 경우

이 섹션에서는 의료, 행동 건강 및 장기 서비스 및 지원(LTSS) 관련 혜택에 문제가 있는 경우에 필요한 내용을 다루고 있습니다. 또한 Medicare 파트 B 의약품을 포함하여 파트 D의 혜택이 적용되지 않는 의약품 관련 문제가 있는 경우에도 이 섹션을 참조하실 수 있습니다. (*)가 표시된 약품 목록의 약품은 파트 D의 혜택이 적용되지 않습니다. 파트 D 약품에 대한 이의 제기는 섹션 F를 참고하십시오.

이 섹션에서는 다음과 같은 상황에 처해 있는 경우 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

1. 본인이 필요로 하지만 받고 있지 않은 의료, 행동 건강 또는 장기 서비스 및 지원(LTSS)에 당사 혜택이 적용된다고 생각되는 경우

취할 수 있는 조치: 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다. 혜택 적용 결정 요청에 관한 내용은 135페이지의 섹션 E2를 참조하십시오.

2. 담당 의사가 회원에게 제공하고자 하는 케어를 당사가 승인하지 않았는데 승인했어야 한다고 생각되는 경우

취할 수 있는 조치: 케어를 승인하지 않기로 한 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기 신청에 관한 안내는 137페이지의 섹션 E3을 참조하십시오.

3. 플랜 혜택 대상이라고 생각하는 서비스 또는 용품을 받았는데 당사에서 비용 지급을 하지 않는 경우

취할 수 있는 조치: 비용을 지급하지 않기로 한 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기 신청에 관한 안내는 137페이지의 섹션 E3을 참조하십시오.

4. 혜택 대상이라고 생각하고 서비스 또는 용품을 받고 비용을 지급했으며, 당사가 그 서비스 또는 용품에 대해 비용을 환급해 주었으면 하는 경우

취할 수 있는 조치: 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. 당사에 환급 요청하는 방법에 관한 안내는 145페이지의 섹션 E5를 참조하십시오.

5. 회원님의 특정 서비스에 대한 혜택을 당사가 축소 또는 중단하고, 회원님은 당사의 결정에 동의하지 않는 경우

취할 수 있는 조치: 서비스 축소 또는 중단이라는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의 제기 신청에 관한 안내는 137페이지의 섹션 E3을 참조하십시오.

주의 사항: 중지 대상 혜택이 병원 케어, 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스인 경우 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용은 155 및 161페이지의 섹션 G 또는 H를 참조하십시오.

E2. 혜택 적용 결정 요청

의료, 행동 건강 또는 특정 장기 서비스(LTSS) 및 지원(CBAS 또는 NF 서비스)을 받기 위한 혜택 적용 서비스 요청 방법

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



혜택 적용 결정을 요청하시려면 당사에 전화, 우편 또는 팩스로 연락하시거나 대리인 또는 담당 의사에게 당사에 결정을 요청해 달라고 부탁드립니다.

- 당사 전화번호: (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)
- 당사 팩스 번호: (310) 507-6186
- 당사 우편 번호: 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802

혜택 적용 결정을 받으려면 얼마나 걸리나요?

회원님께서 요청한 후 당사가 필요한 모든 정보를 얻으면 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청이 아닌 한 결정을 내리는 데 보통 영업일 기준으로 5일이 소요됩니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 당사는 회원님의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 결정을 통보해 드립니다. 당사가 달력일 기준 14일(Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간) 이내에 결정을 내리지 않을 경우 이의를 제기하실 수 있습니다.

때로 시간이 더 필요한 경우가 있으며 그럴 경우 최대 달력일 기준 14일이 더 필요하다는 내용의 서한을 보내 알려 드립니다. 서한으로 시간이 더 필요한 이유를 설명해 드립니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청이라면 당사는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

혜택 적용 결정을 더 빨리 받을 수 있나요?

예. 건강 상태 때문에 더 빨리 응답이 필요하신 경우, “빠른 혜택 적용 결정”을 내려 달라고 요청하십시오. 요청을 승인하면 당사는 72시간 이내(또는 Medicare 파트 B 처방약의 경우 24시간 이내)에 결정을 알려드립니다.

“빠른 혜택 적용 결정”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 결정”입니다.

하지만 때때로 시간이 더 필요한 경우가 있으며, 그럴 경우 최대 달력일 기준 14일이 더 필요하다는 내용의 서한을 보내 알려 드립니다. 서한으로 시간이 더 필요한 이유를 설명해 드립니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청이라면 당사는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

빠른 혜택 적용 결정을 요청하는 방법:

- 전화 또는 팩스를 발송하여 원하는 치료에 대한 혜택 적용을 요청하십시오.
- 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. 사이에 전화하시거나 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 (310) 507-6186번으로 팩스를 보내 주십시오.
- 당사에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 제2장을 참조하십시오.

담당 제공자 또는 담당자에게 신속한 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.

빠른 혜택 적용 결정 요청에 관한 규정은 다음과 같습니다.

빠른 혜택 적용 결정을 받으려면 반드시 다음 두 가지 요건을 충족하셔야 합니다.

1. 아직 회원님께서 받지 않은 케어 또는 용품에 대해 혜택 적용을 요청하는 경우에 한해 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(이미 받은 케어/용품에 대한 비용 지급에 관한 요청인 경우 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 없습니다).

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



2. 일반적으로 달력일 기준 14일이라는 기한(또는 Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간 기한)이 건강에 중대한 해를 초래하거나 기능을 손상할 수 있는 때에만 신속한 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다.
- 담당 의사가 빠른 혜택 적용 결정이 필요하다고 얘기하는 경우 자동적으로 받으실 수 있습니다.
 - 담당 의사의 동의 없이 빠른 혜택 적용 결정을 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 드립니다. 일반적으로 달력일 기준 14일 기한(Medicare 파트 B 처방약의 경우 72시간 기한)을 대신 사용할 수도 있습니다.
 - 서한에는 담당 의사가 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 경우 자동적으로 빠른 혜택 적용 결정을 내리게 된다는 내용이 포함됩니다.
 - 또한 빠른 혜택 적용 결정 대신 일반 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 제출하는 방법에 대해 안내해 드립니다. 빠른 불만 제기를 포함해 불만 제기 절차에 관한 설명은 167페이지의 섹션 10을 참조하십시오.

혜택 적용 결정이 거부인 경우 어떻게 알 수 있나요?

답이 거부인 경우, 거부로 결정한 이유를 기재한 서한을 보내 드립니다.

- 당사에서 요청을 거부하는 경우, 회원님께는 이의 제기를 통해 그 결정의 변경을 요청할 권리가 있습니다. 이의 제기를 한다는 것은 당사에 혜택 적용 거부 결정을 재검토해 달라고 요청하는 것입니다.
- 이의 제기를 하기로 결정하신 경우, 이의 제기 절차의 1단계를 진행하신다는 의미입니다(자세한 내용은 다음 섹션 참조).

E3. 1단계 서비스, 옴뎀 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 이의 제기

이의 제기란?

이의 제기는 회원님께서 당사가 실수로 잘못된 결정을 내렸다고 판단하는 경우 그 결정을 재검토 및 변경해 줄 것을 요청하는 공식적인 방법입니다. 회원님 본인, 담당 의사 또는 다른 제공자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의 제기 신청이 가능합니다.

대부분의 경우, 이의 제기는 반드시 1단계부터 시작해야 합니다. Medi-Cal 서비스 플랜에 먼저 이의를 제기하지 않으려는 경우 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있는 경우 심한 통증이 있고 즉각적인 결정이 필요한 경우에는 www.dmhc.ca.gov에서 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하십시오. 자세한 내용은 166페이지를 참조하십시오.



이의 제기 절차 중에 도움이 필요하시면 1-855-501-3077번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하실 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 보험 플랜과는 관계가 없습니다.

1단계 이의 제기란?

1단계 이의 제기는 당사 플랜에 대한 첫 번째 이의 제기입니다. 당사는 당사의 혜택 적용 결정을 검토해 보고 맞게 되었는지 확인하게 됩니다. 검토자는 원래 혜택 적용 결정을 맡았던 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다. 검토가 완료되면, 서면으로 결정을 통보해 드립니다.

검토 완료 후 해당 서비스나 용품이 혜택 대상이 아니라고 통보해 드리는 경우, 케이스는 2단계 이의 제기로 넘어갑니다.

1단계 이의 제기는 어떻게 하나요?

- 이의 제기를 시작하려면 반드시 회원님 본인, 담당 의사나 다른 제공자 또는 대리인이 당사에 연락해야 합니다. 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 이의 제기 목적으로 연락을 취하는 방법에 대한 자세한 정보는 제2장을 참조하십시오.
- “일반 이의 제기” 또는 “빠른 이의 제기”를 요청하실 수 있습니다.
- 일반 이의 제기든 빠른 이의 제기든, 당사에 서면 또는 전화를 통해 이의 제기를 신청해 주셔야 합니다.
 - 서면 신청서는 다음 주소로 보내 주시면 됩니다. PO Box 22816, Long Beach, CA 90802
 - 온라인 신청서는 Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com에서 온라인으로 제출하실 수도 있습니다.
 - 전화로 이의를 제기하시려면 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

요약: 1단계 이의 제기 신청 방법

회원님 본인, 담당 의사나 대리인은 서면 요청서를 작성해 우편이나 팩스를 통해 제출할 수 있습니다. 전화를 통해서도 이의 제기 신청이 가능합니다.

- 결정을 통보받은 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 합당한 사유로 기한을 놓치신 경우, 기한 이후에도 이의 제기 신청이 가능합니다(166페이지 참조).
- 회원님이 현재 받고 계신 서비스가 변경 또는 중단될 것이라는 당사의 통지 때문에 이의를 제기하시는 경우, 이의 제기를 진행하는 한편으로 해당 서비스를 계속 받으시려면 이의 제기 기한이 더 짧습니다(166페이지 참조).
- 회원님의 이의에 적용되는 기한이 어떤 것인지 알아보시려면 본 섹션을 계속 읽어 주십시오.



“빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 재고”입니다.

- 이의 제기 신청이 접수된 날로부터 달력일 기준 5일 이내에 접수 완료를 확인하는 내용의 편지를 받으시게 됩니다.

다른 사람이 대신해서 이의 제기 신청을 해 줄 수 있나요?

예. 담당 의사나 다른 제공자가 대신 이의 제기 신청을 해 드릴 수 있습니다. 또한 담당 의사나 다른 제공자가 아닌 사람도 대신 신청해 드릴 수 있지만, 먼저 회원님 본인이 대리인 임명 양식을 작성해 주셔야 합니다. 그 사람이 회원님의 대리인 역할을 수행할 수 있도록 하는 양식입니다.

대리인 임명 양식이 필요하시면 회원 서비스에 전화해 요청하시거나 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에 방문하여 다운로드하시면 됩니다.

회원 본인, 담당 의사 또는 다른 제공자가 아닌 다른 사람이 이의를 제기하는 경우 당사는 해당 이의 제기 내용을 검토하기 전에 반드시 작성 완료된 대리인 임명 양식을 받아야 합니다.

이의를 제기할 수 있는 기간은 언제까지인가요?

당사의 결정 내용 통보 서한이 발송된 날로부터 달력일 기준 60일 이내에 이의를 제기를 신청하셔야 합니다.

기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나, 당사가 이의 제기 신청 기한을 잘못 알려 드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명해야 합니다.

주의 사항: 회원님이 현재 받고 있는 서비스가 변경 또는 중단될 것이라는 당사의 통지 때문에 이의를 제기하시는 경우, 이의를 제기를 진행하는 한편으로 해당 서비스를 계속 받으시려면 이의 제기 기한이 더 짧습니다. 자세한 내용은 161페이지의 “1단계 이의 제기 기간 중 혜택을 계속 받을 수 있나요”를 참고하십시오.

내 케이스 파일 사본을 받을 수 있나요?

예. 무료 사본을 요청하시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

담당 의사가 내 이의 제기 신청에 관한 추가 정보를 제출할 수 있나요?

예. 회원님 본인과 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

당사에서 이의 제기에 대한 결정을 어떻게 내리나요?

의료 케어 혜택 적용에 대한 회원님의 요청에 관련된 정보를 모두 주의 깊게 살펴봅니다. 그런 다음, 회원의 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 모든 규정을 충실히 따랐는지 확인합니다. 검토자는 원래 결정을 맡았던 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다.

추가적인 정보가 필요한 경우, 회원님 본인이나 담당 의사에게 요청할 수 있습니다.

“일반” 이의 제기 결정의 경우 언제 결과를 듣게 되나요?

당사는 이의를 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내(Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의를 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내)에 회원님께 결정을 통보해 드려야 합니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해 드립니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 당사에서 달력일 기준 30일 이내(또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내)에 회원님의 이의 제기에 관한 응답을 드리지 않는 경우 그리고 그것이 Medicare 서비스 또는 용품의 혜택 적용과 관련한 사안인 경우 해당 케이스는 자동으로 이의 제기 2단계로 올라갑니다. 그렇게 될 경우, 회원님께 알려드립니다. Medi-Cal 서비스나 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 직접 2단계 이의 제기 신청을 하셔야 합니다. 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 141페이지의 섹션 E4를 참조하십시오.

요청한 내용의 일부 또는 전체에 대해 당사 응답이 승낙인 경우 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내(또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내)에 혜택을 승인하거나 제공해야 합니다.

요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 거부인 경우, 서한을 통해 알려 드립니다. Medicare 서비스 또는 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 독립 심사 기관으로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다. Medi-Cal 서비스나 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 회원님께서 직접 2단계 이의 제기 신청을 하는 방법을 안내해드립니다. 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 141페이지의 섹션 E4를 참조하십시오.

“빠른” 이의 제기 결정의 경우 언제 결과를 듣게 되나요?

빠른 이의 제기를 신청하시면, 이의 신청이 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 당사의 응답을 드리게 됩니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우, 더 일찍 응답해 드립니다.

- 당사에서 72시간 이내에 회원님의 이의 제기에 관한 응답을 드리지 않는 경우 그리고 그것이 Medicare 서비스 또는 용품의 보장과 관련한 사안인 경우 해당 케이스는 자동으로 이의 제기 2단계로 올라갑니다. 그렇게 될 경우, 회원님께 알려드립니다.
- Medi-Cal 서비스나 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 직접 2단계 이의 제기 신청을 하셔야 합니다. 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 141페이지의 섹션 E4를 참조하십시오.

요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 승낙인 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 날로부터 72시간 이내에 혜택을 허가 또는 제공해야 합니다.

요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 거부인 경우, 서한을 통해 알려 드립니다. Medicare 서비스 또는 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 2단계 이의 제기를 위해 해당 케이스를 독립 심사 기관으로 보냈다고 서한을 통해 알려드립니다. Medi-Cal 서비스나 용품의 보장에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 회원님께서 직접 2단계 이의 제기 신청을 하는 방법을 안내해드립니다. 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 141페이지의 섹션 E4를 참조하십시오.

1단계 이의 제기 기간에 혜택을 계속 받을 수 있나요?

당사에서 이전에 승인한 서비스나 품목에 대한 보장을 변경 또는 중단하기로 결정할 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다. 조치에 동의하지 않으시면 1단계 이의를 제기하고 당사에 서비스 또는 용품에 대한 혜택을 계속 보장해 줄 것을 요청할 수 있습니다. 혜택을 계속 받으려면 반드시 다음 중 나중에 오는 날짜 이전에 요청을 마쳐야 합니다.

- 당사 조치 통지서 우편 발송일로부터 10일 이내 또는
- 해당 조치의 발효 예정일

이 기한을 지키시면 이의를 제기하는 동안 문제의 서비스 또는 용품을 계속 받을 수 있습니다.



E4. 2단계 서비스, 용품 및 의약품(파트 D 의약품 아님) 관련 이의 제기

1단계에서 플랜이 이의 제기를 거부하는 경우 어떻게 되나요?

- 1단계 이의 제기 전체 또는 일부에 대해 당사에서 거부 결정을 내리는 경우, 서한을 통해 알려드립니다. 서한을 통해 해당 서비스 또는 용품이 보통 Medicare 또는 Medi-Cal의 혜택 대상인지 여부를 말씀 드립니다.
- Medicare 서비스 또는 용품과 관련된 사안인 경우, 1단계 이의 제기 절차가 완료되는 대로 해당 케이스는 자동적으로 이의 제기 절차 2단계로 넘어갑니다.
- Medi-Cal 서비스나 용품에 관한 사안인 경우, 회원님이 직접 2단계 이의 제기 신청을 하실 수 있습니다. 서한을 통해 방법을 안내해드립니다. 아래 정보도 참고하십시오.

2단계 이의 제기란?

2단계 이의 제기는 두 번째 이의 제기를 말하며, 당사의 플랜과 무관한 독립 단체가 실시합니다.

Medi-Cal 서비스나 용품 관련 사안입니다. 2단계 이의 제기는 어떻게 하나요?

Medi-Cal 서비스 및 용품에 대한 2단계 이의 제기를 하는 두 가지 방법은 다음과 같습니다. (1) 불만 제기 또는 독립 의료 심사 또는 (2) 주 정부 심리.

(1) 독립 의료 심사

California 주 DMHC(관리형 의료케어부)의 헬프 센터에서 실시하는 IMR(독립 의료 심사)을 요청하거나 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만을 제기하면 DMHC는 당사의 결정을 심사하고 결정을 내립니다. IMR은 Medi-Cal의 혜택을 받는 서비스 또는 의료적 성격의 항목에 대해 실시할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜 소속이 아니거나 DMHC 소속이 아닌 의사들이 사안을 심사하는 것입니다. IMR 결정이 회원님께 유리하게 내려지는 경우 당사는 반드시 회원님이 요청한 서비스 또는 용품을 회원님께 제공해야 합니다. 회원님은 IMR 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

당사 플랜이 다음과 같은 조치를 취할 경우 회원님은 불만을 제기하거나 IMR을 신청하실 수 있습니다.

- 당사 플랜에서 의료적으로 필요하지 않다고 결정함에 따라 Medi-Cal 서비스 또는 치료(IHSS 제외)를 거부, 변경 또는 지연하는 경우
- 심각한 의료적 질환을 위한 실험적 또는 조사적 성격을 갖는 Medi-Cal 치료에 대해 혜택을 적용하지 않는 경우
- 회원님이 이미 받은 응급 또는 긴급 Medi-Cal 서비스 비용을 지급하지 않는 경우
- 일반 이의 제기 신청에 대해 달력일 기준 30일 이내 또는 빠른 이의 제기 신청에 대해 72시간 이내에 Medi-Cal 서비스에 대한 1단계 이의 제기 신청을 해결해 주지 않는 경우

주의 사항: 담당 제공자가 회원님을 대신하여 이의를 제기했지만 당사가 대리인 임명 양식을 받지 못한 경우 회원님은 DMHC에 2단계 IMR을 신청하기 전에 당사에 이의를 다시 제기해야 합니다.

IMR 및 주 정부 심리를 모두 받을 수 있지만 같은 사안에 대해 이미 주 정부 심리를 거치신 경우에는 신청하실 수 없습니다.

대부분의 경우, IMR을 요청하시기 전에 반드시 당사에 이의를 제기하셔야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 관한 안내는 161페이지를 참조하십시오. 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우 DMHC에 불만을 제기하거나 DMHC 헬프 센터에 IMR을 요청하시면 됩니다.

실험적이거나 조사적 성격을 갖는다는 이유로 치료가 거부된 경우, IMR을 신청하기 전에 당사의 이의 제기 절차를 거치실 필요가 없습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



긴급한 사안이고 회원님 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 될 수 있거나 심각한 통증이 있는 경우 먼저 이의 제기 절차를 거치지 않고 즉시 DMHC에 도움을 요청하실 수 있습니다.

회원님은 당사에서 이의 제기에 대한 결정을 서면으로 통보한 날로부터 **6개월 이내에 IMR을 신청**해야 합니다. DMHC는 회원님이 6개월 동안 IMR에 요청할 수 없는 건강 상태이거나 IMR 절차에 대한 적절한 통지를 받지 못한 경우와 같이 합당한 사유가 있는 경우 6개월 이후에 신청서를 수락할 수 있습니다.

IMR를 요청하시는 방법은 다음과 같습니다.

- 독립 의료 심사 신청 양식 및 불만 제기 양식을 www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx에서 작성하시거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219번으로 전화해 문의하십시오. TDD 사용자는 1-877-688-9891번을 이용해 주십시오.
- 가지고 계신 경우, 당사가 거부한 서비스 또는 용품 관련 서한 또는 관련 문서 사본을 첨부하십시오. 그렇게 하면 IMR 처리 속도가 빨라질 수 있습니다. 서류는 원본이 아니라 사본을 제출하셔야 합니다. 헬프 센터에서는 서류를 돌려 드릴 수 없습니다.
- IMR 신청을 다른 사람이 도와 드리고 있는 경우, 지정 도우미 양식(Authorize Assistant Form)을 작성하십시오. www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx에서 양식을 다운로드하거나 1-888-466-2219번으로 DMHC 헬프 센터에 문의하시기 바랍니다. TDD 사용자는 1-877-688-9891번을 이용해 주십시오.
- 양식과 첨부 서류를 우편 또는 팩스로 아래 주소로 보내주십시오.

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
팩스: 916-255-5241

IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 회원님의 케이스를 검토한 후 달력일 기준으로 7일 이내에 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜으로부터 신청서와 지원 서류가 접수된 후, IMR 결정은 달력일 기준 30일 이내에 이루어질 것입니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 45일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다.

회원님의 케이스가 긴급한 경우에 속하고 IMR을 받을 자격이 되시면, DMHC에서 회원님의 케이스를 검토한 후 2일 이내에 IMR을 받을 자격이 있음을 알리는 서한을 보내드립니다. 플랜으로부터 신청서와 지원 서류가 접수된 후, IMR 결정은 달력일 기준 3일 이내에 이루어질 것입니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 IMR 결정을 받아야 합니다. IMR 결과가 만족스럽지 않은 경우, 주 정부 심리를 요청하실 수 있습니다.

DMHC가 회원님 또는 회원님의 담당 의사로부터 필요한 모든 의료 기록을 받지 못하는 경우, IMR이 더 오래 걸릴 수 있습니다. 회원님이 건강 플랜 네트워크 소속이 아닌 의사의 진료를 받는 경우에는 해당 의사로부터 의료 기록을 받아서 당사에 보내 주셔야 합니다. 네트워크에 소속된 의사로부터 회원님의 의료 기록 사본을 받으려면, 회원님의 건강 플랜이 필요합니다.

DMHC에서 회원님의 케이스가 IMR 자격 대상이 되지 않는다고 결정하는 경우, DMHC는 일반 고객 불만 제기 절차를 통해 해당 케이스를 검토하게 됩니다. 작성된 신청서를 제출한 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 불만 사항은 해결되어야 합니다. 긴급한 불만 사항인 경우에는 더 신속하게 처리될 것입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



(2) 주 정부 심리(State Hearing)

Medi-Cal 혜택 대상 서비스 및 용품에 대해 언제든지 주 정부 심리를 요청하실 수 있습니다. 담당 의사 또는 다른 제공자가 당사가 승인하지 않는 서비스나 용품을 요청하거나, 당사가 회원님께서 이미 받은 서비스나 용품에 대해 대금을 계속 지급하지 않을 예정이며 회원님의 1단계 이의 제기를 거부한 경우, 회원님께는 주 정부 심리를 신청하실 권리가 있습니다.

대부분의 경우, “회원의 심리 권리” 통지서 발송일로부터 **120일 이내에 주 정부 심리를 신청하시면 됩니다.**

주의 사항: 회원님이 현재 받는 서비스가 변경 또는 중단될 것이라는 당사의 통지 때문에 주 정부 심리를 요청하시는 경우, 주 정부 심리가 계류 중인 때에 해당 서비스를 계속 받으시려면 **요청 제출 기한이 더 짧습니다.** 자세한 내용은 163페이지의 “2단계 이의 제기 기간 중 혜택을 계속 받을 수 있나요?”를 참고하십시오.

주 정부 심리를 신청하는 방법은 두 가지가 있습니다.

1. 조치 통지서 뒷면에 나와 있는 “주 정부 심리 요청서”를 작성하시면 됩니다. 본인의 정식 이름, 주소, 전화번호, 해당 조치를 취한 플랜이나 카운티 이름, 관련 보조 프로그램, 심리를 원하는 구체적인 사유 등 양식에서 요구하는 정보는 모두 기재하셔야 합니다. 그런 다음, 다음 중 한 가지 방법으로 요청서를 제출하시면 됩니다.
 - 통지서에 나와 있는 주소로 카운티 복지부(welfare department)에 보냅니다.
 - California 주 사회복지부(DSS)로 보냅니다.
 State Hearings Division
 P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
 Sacramento, California 94244-2430
 - 주정부심리국(State Hearings Division)에 916-651-5210번 또는 916-651-2789번으로 팩스를 전송합니다.
2. California 사회복지부에 1-800-952-5253번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-800-952-8349번을 이용하시기 바랍니다. 전화로 주 정부 심리를 요청하시는 경우 통화 중일 때가 많다는 사실을 염두에 두시기 바랍니다.

Medicare 서비스 또는 용품 관련 사안입니다. 2단계 이의 제기에서는 어떤 일이 진행되나요?

독립 심사 기관(IRE)이 1단계 의사 결정을 신중하게 검토한 뒤 변경이 필요한지 여부를 결정하게 됩니다.

- 2단계 이의 제기를 요청하실 필요는 없습니다. 당사의 (부분 또는 전체) 거부 사안은 모두 자동적으로 IRE에 보냅니다. 그렇게 될 경우, 회원님께 알려드립니다.
- IRE는 Medicare에서 고용하며 본 플랜과는 관계가 없습니다.
- 파일 사본이 필요하시면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



IRE는 2단계 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내(또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내)에 회원님께 결정을 통보해 드려야 합니다. 이 규정은 회원님께서 의료 서비스나 용품을 받기 전에 이의를 제기한 경우에 적용됩니다.

- 그러나 IRE가 회원님께 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우, 달력일 기준으로 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다. IRE가 결정하는 데 추가 기간이 필요한 경우, 서한으로 알려드립니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기인 경우 당사는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

1단계의 “빠른 이의 제기”를 신청하신 경우 자동으로 2단계의 빠른 이의 제기로 넘어가게 됩니다. IRE는 이의 제기를 접수한 후 72시간 이내에 응답을 해야 합니다.

- 그러나 IRE가 회원님께 도움이 될 수 있는 추가 정보를 수집해야 하는 경우, 달력일 기준으로 최대 14일이 더 소요될 수 있습니다. IRE가 결정하는 데 추가 기간이 필요한 경우, 서한으로 알려드립니다. Medicare 파트 B 처방약에 대한 이의 제기인 경우 당사는 결정을 내리는 기간을 연장할 수 없습니다.

2단계 이의 제기 기간에 혜택을 계속 받을 수 있나요?

Medicare의 혜택 대상인 서비스 또는 용품에 관한 사안인 경우, 혜택이 해당 서비스 또는 용품에 대해 독립 심사 기관(IRE)에 의한 2단계 이의 제기 과정 중에 계속 유지되지 않습니다.

Medi-Cal의 혜택 대상인 서비스 또는 용품에 관한 사안이고 주 정부 심리를 신청하시는 경우, 그 서비스 또는 용품에 대한 Medi-Cal 혜택은 심리 결정이 내려질 때까지 계속 유지될 수 있습니다. 혜택을 유지하려면 다음 날짜 중 나중에 오는 날짜 이전에 심리를 요청하셔야 합니다.

- 불리한 혜택 결정(1단계 이의 제기 결정)이 확정되었음을 통지한 우편 발송일로부터 10일 이내 또는
- 해당 조치의 발효 예정일

이 기한을 지키시면 심리 결정이 나올 때까지 문제의 서비스 또는 용품을 계속 받을 수 있습니다.

결정이 내려지면 어떻게 알 수 있나요?

2단계 이의 제기가 IMR(독립 의료 심사)인 경우, 관리형 의료케어부(DMHC)에서 해당 케이스를 검토한 의사가 내린 결정을 설명하는 서한을 보내 드립니다.

- IMR의 결정이 회원님께서 요청한 내용 부분 또는 전체에 대해 승낙인 경우, 당사는 반드시 해당 서비스 또는 치료를 제공해야 합니다.
- IMR의 결정이 회원님께서 요청한 내용 부분 또는 전체에 대해 거부인 경우, 1단계 결정에 동의한다는 의미입니다. 그래도 정부 심리는 받을 수 있습니다. 주 정부 심리 요청에 대한 내용은 166페이지를 참조하십시오.

2단계 이의 제기가 주 정부 심리인 경우, California 주 사회복지부(DSS)에서 어떤 결정이 내려졌는지를 설명하는 서한을 보내드립니다.

- 주 정부 공정 결정이 본인이 요청한 내용 부분 또는 전체에 대해 승낙인 경우, 당사는 반드시 그 결정에 따라야 합니다. 당사는 당사가 그러한 결정 통지문 사본을 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 반드시 해당 조치를 완료해야 합니다.
- 주 정부 심리 결정이 회원님께서 요청한 내용 부분 또는 전체에 대해 거부인 경우, 1단계 결정에 동의한다는 의미입니다. 따라서 당사는 회원님이 현재 받는 미결 상태 지급 보조금을 중단할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



2단계 이의 제기가 Medicare 독립 심사 기관(IRE)으로 넘어간 경우, IMR에서 어떤 결정이 내려졌는지 설명하는 서한을 보내드립니다.

- IRE가 회원님의 일반 이의 제기 내용 전체 또는 부분에 대해 승낙한 경우, 당사는 그러한 IRE의 결정을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 해당 의료 케어를 허가하거나 달력일 기준 14일 이내에 해당 서비스 또는 용품을 제공해야 합니다. 빠른 이의 제기의 경우 당사는 IRE의 결정을 받은 후 72시간 이내에 의료 케어 보장을 승인하거나 서비스 또는 용품을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 처방약에 대한 일반 이의 제기에서 요청한 내용의 일부 또는 전체에 대해 IRE 응답이 승낙인 경우 당사는 반드시 IRE의 결정을 받은 후 72시간 이내에 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다. 빠른 이의 제기의 경우 당사는 IRE의 결정을 받은 후 24시간 이내에 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
- IRE 결정이 회원님이 요청한 내용의 일부 또는 전체에 대해 거부인 경우 1단계 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 “결정 지지”라고 합니다. 또는 “회원의 이의 제기 기각”이라고도 합니다.

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

2단계 이의 제기가 독립 의료 심사(IMR)였던 경우, 주 정부 심리를 신청하실 수 있습니다. 주 정부 심리 요청에 대한 내용은 166페이지를 참조하십시오.

2단계 이의 제기가 주 정부 심리였던 경우, 결정 통보를 받은 날로부터 30일 이내에 재심리를 신청하실 수 있습니다. 결정 통보를 받은 날로부터 1년 이내에 상급 법원(민사소송법(Code of Civil Procedure) 제 1094.5조에 따라)에 탄원서를 제출함으로써 주 정부 심리 거부 결정에 대해 사법 심사를 요청하실 수도 있습니다. 같은 사안에 대해 이미 주 정부 심리를 거치신 경우, IMR을 신청하실 수 없습니다.

2단계 이의 제기가 Medicare 독립 심사 기관(IRE)으로 넘어갔던 경우, 회원님께서 원하는 서비스 또는 용품의 달러 금액 가치가 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에 한해 다시 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. IRE로부터 받는 서신에 보시면 회원님께서 가지고 있는 추가적인 이의 제기 권리에 대한 설명이 나와 있습니다.

추가적인 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 166페이지의 섹션 I를 참조하십시오.

E5. 지급 관련 문제

당사에서는 당사 네트워크 소속 제공자가 혜택 대상 서비스 및 용품에 대해 회원님께 비용을 청구하지 못하게 되어 있습니다. 이는 당사에서 제공자에게 제공자가 혜택 대상 서비스 또는 용품에 대해 청구한 금액보다 적은 금액을 지급하더라도 마찬가지입니다. 회원님은 청구서 차액을 지불하지 않아도 됩니다.

혜택 대상 서비스 또는 용품에 대해 청구서를 받으시는 경우, 해당 청구서를 당사에 보내 주십시오. 직접 대금을 납입하시면 안 됩니다. 당사에서 해당 제공자에 직접 연락해 문제를 해결하도록 하겠습니다.

자세한 내용은 제7장: “혜택 대상 서비스 또는 의약품에 대해 회원이 받은 청구서 대금 지급 요청 방법”을 참조하십시오. 제7장에 보시면 제공자로부터 받으신 청구서 대금 환급을 요청하거나 납입해야 할 수 있는 상황에 대한 설명이 나와 있습니다. 또한 당사에 지급을 요청하는 서류를 제출하는 방법도 나와 있습니다.



내가 대금을 지급한 서비스나 용품에 대해 환급을 요청할 수 있나요?

혜택 대상 서비스 또는 용품에 대해 청구서를 받으시더라도 대금을 본인이 지급하지 마십시오. 하지만 대금을 지급한 경우, 서비스 및 용품을 받기 위한 규정을 준수하였다면 환급을 받으실 수 있습니다.

비용 환급을 요청하시는 경우, 바로 혜택 적용 결정을 요청하시는 것입니다. 당사는 회원님께서 비용을 지급하신 서비스 또는 용품이 혜택 대상 서비스 또는 용품인지 확인하고, 회원님께서 혜택 이용과 관련해 모든 규정을 따랐는지 여부를 확인하게 됩니다.

- 비용을 지급하신 서비스 또는 용품이 혜택 대상이고 모든 규정을 따르신 경우, 환급 요청 접수일로부터 달력일 기준 60일 이내에 담당 제공자에게 해당 서비스 또는 용품 비용을 환급해 드립니다. 이후 담당 제공자는 회원님께 환급해 드립니다.
- 아직 해당 서비스나 용품 비용을 지급하지 않으신 경우 당사가 제공자에게 직접 대금을 보냅니다. 대금을 보낸다는 것은 회원님의 혜택 적용 결정 요청을 승낙한다는 의미입니다.
- 혜택 대상이 아닌 서비스 또는 용품이거나 회원님께서 모든 규정을 따르지 않으신 경우, 당사는 해당 서비스나 용품 대금을 지급하지 않을 것임을 알리고 그 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다.

당사에서 비용을 지급하지 않겠다고 얘기하는 경우, 어떻게 되나요?

당사 결정에 동의하지 않으시는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 137페이지의 섹션 E3에 나와 있는 이의 제기 신청 절차에 따르시면 됩니다. 지시에 따를 때는 다음 사항에 유의하십시오.

- 환급을 받기 위해 이의를 제기하시는 경우 당사는 반드시 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 결정을 통보해드려야 합니다.
- 이미 받으셨고 비용을 회원님께서 납입하신 서비스 또는 용품 비용을 환급해달라고 요청하시는 경우, 빠른 이의 제기를 신청하실 수 없습니다.

이의 제기에 대해 당사가 거부 결정을 내리고 해당 서비스나 용품이 보통 Medicare 혜택 대상인 경우, 당사에서 해당 사안을 자동적으로 독립 심사 기관(IRE)에 넘기게 됩니다. 그럴 경우, 당사에서 서한을 통해 알려드립니다.

- IRE가 당사 결정을 뒤집고 당사가 비용을 지급해야 한다고 결정하는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 30일 이내에 해당 회원 또는 제공자에게 비용을 지급해야 합니다. 2단계 이후 일체의 이의 제기 과정에서 승낙 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 해당 회원이 요청했던 대금을 회원님 본인 또는 제공자에게 지급해야 합니다.
- IRE가 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다(이를 “결정 지지”라고 합니다. 또는 “회원의 이의 제기 기각”이라고도 합니다). IRE로부터 받는 서신에 보시면 회원님의 추가적인 이의 제기 권리에 대한 설명이 나와 있습니다. 원하시는 서비스나 용품의 달러 금액 가치가 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에 한해 다시 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 추가적인 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 166페이지의 섹션 I를 참조하십시오.

당사가 이의 제기 신청에 대해 거부 결정을 내리고, 해당 서비스 또는 용품이 보통 Medi-Cal 혜택 대상인 경우, 본인이 2단계 이의 제기를 신청하실 수 있습니다(141페이지의 섹션 E4 참조).



F. 파트 D 의약품

F1. 파트 D 의약품을 받는 데 문제가 있거나 파트 D 의약품에 대한 비용을 당사로부터 환급 받는 데 어려움이 있는 경우 취해야 할 조치

당사 플랜의 회원으로서 회원님께서 받는 혜택에는 여러 처방약에 대한 혜택 적용이 포함됩니다. 이러한 의약품 대부분은 “파트 D 의약품”입니다. Medicare 파트 D 혜택 대상이 아니지만 Medi-Cal 혜택 대상인 의약품이 몇 가지 있습니다. 본 섹션은 파트 D 의약품 이의 제기에만 적용됩니다.

의약품 목록에는 일부 별표(*)가 표시된 의약품이 있습니다. 그러한 의약품은 파트 D 의약품이 아닙니다. 별표(*)가 있는 의약품에 관한 이의 제기나 혜택 적용 결정은 135페이지 섹션 E의 절차를 따릅니다.

파트 D 처방약에 대해 혜택 적용 결정을 요청하거나 이의 제기 신청을 할 수 있나요?

예.

파트 D 의약품과 관련해 당사에 요청하실 수 있는 혜택 적용 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 당사에 다음과 같은 예외 인정을 요청하는 경우:
 - 플랜의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품에 대해 혜택 적용을 요청
 - 특정 의약품에 대한 플랜의 혜택 적용에 대한 제한을 철회해 줄 것을 요청(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 당사로부터 승인을 받아야 한다고 정하는 경우).

주의 사항: 약국에서 처방약을 조제해 줄 수 없다고 얘기하는 경우 당사에 연락해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법을 안내하는 통지서를 받으시게 됩니다.

파트 D 의약품에 대한 혜택 적용 결정에 해당되는 법률 용어는 “혜택 적용 결정”입니다.

- 이미 구입한 처방약에 대해 당사가 비용을 지급했으면 하는 경우. 이는 비용 지급에 관한 혜택 적용을 요청하는 것입니다.

당사가 내린 혜택 적용 결정에 동의하지 않으시는 경우 그 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 혜택 적용 결정을 요청하는 방법 및 이의 제기 신청을 하는 방법에 대해 안내해드립니다.

아래 차트를 이용하면 회원님의 상황에 해당되는 정보가 있는 섹션을 찾는 데 도움이 될 것입니다:



다음 상황 중 어디에 해당되십니까?			
<p>당사 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하십니까, 아니면 당사 혜택 대상인 의약품에 대한 규정 또는 제한 사항을 철회해 주었으면 하십니까?</p>	<p>당사 의약품 목록에 있는 의약품에 혜택을 적용해 주었으면 하시고, 회원님께서 필요하신 의약품에 대한 플랜 규정이나 제한 사항(사전 승인 받기 등)을 충족한다고 보십니까?</p>	<p>이미 받았고 비용도 지급한 의약품에 대해 당사에 비용 환급을 요청하고자 하십니까?</p>	<p>당사에서 이미 회원님이 혜택 적용 또는 비용 지급을 원하는 방식으로 혜택을 적용하거나 비용을 지급하지 않을 것이라는 결정을 통보받으셨습니까?</p>
<p>당사에 예외 인정 신청을하실 수 있습니다. (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.)</p> <p>148페이지 섹션 F2부터 보시면 됩니다. 149 및 150페이지의 섹션 F3과 F4도 참조하십시오.</p>	<p>혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다. 150페이지 섹션 F4로 가시면 됩니다.</p>	<p>당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.)</p> <p>150페이지 섹션 F4로 가시면 됩니다.</p>	<p>회원님께는 이의 제기 권리가 있습니다. (이는 당사에 결정 번복을 요청한다는 의미입니다.)</p> <p>152페이지 섹션 F5로 가시면 됩니다.</p>

F2. 예외 인정 요청이란

예외란 정상적으로는 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품에 대해 혜택 적용을 받거나 해당 의약품을 정해진 규정 및 한도 없이 사용할 수 있는 승인을 의미합니다. 특정 의약품이 당사의 의약품 목록에 없거나 원하시는 방식으로 혜택이 적용되지 않는 경우 “예외”를 인정해 달라고 당사에 요청하실 수 있습니다.

예외 인정을 요청하실 때는, 담당 의사나 다른 처방자가 예외 인정이 필요한 의료적 이유를 설명해야 합니다.

다음은 회원 본인, 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외의 예입니다.

- 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 의약품에 대한 혜택 적용.
 - 의약품에 대해 회원님이 지불해야 하는 자기부담금 또는 공동 보험금(coinsurance) 금액에 대한 예외 인정을 요청할 수 없습니다.
- 혜택 적용에 대한 제한 사항 철회. 의약품 목록에 있는 특정 의약품에 적용되는 추가 규정 또는 제한 사항이 있습니다(자세한 내용은 제5장 참조).
 - 특정 의약품 혜택 적용에 대한 추가 규정 및 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.
 - 브랜드 제품 대신 그 약의 무상표 버전을 사용해야 한다는 규정
 - 당사가 그 약에 대한 혜택 적용에 동의하기 전에 플랜 승인을 받아야 한다는 규정(이를 “사전 승인”이라고 합니다.)
 - 요청하시는 의약품에 혜택을 적용하기로 결정하기 전에 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 규정(이를 “단계적 치료법”이라고 합니다.)
 - 수량 제한. 일부 의약품의 경우 회원님께서 받을 수 있는 수량을 제한합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



특정 약 혜택 적용에 대한 제한 사항 철회를 요구하는 것에 대한 법률 용어는 “처방집 예외”입니다.

F3. 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. 회원님께서 예외 인정을 요청할 때 미리 담당 의사나 다른 처방자로부터 이 정보를 받아 두었다가 함께 제출해 주는 경우 예외 인정에 대한 당사 결정이 더 빨리 이루어질 수 있습니다.

보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 그러한 의약품을 “대안” 의약품이라고 합니다. 대안 의약품이 회원이 요청하는 의약품과 약효가 같고, 부작용을 더 많이 유발하거나 다른 건강상 문제를 일으키지 않는 경우, 당사는 일반적으로 예외 인정 요청을 승인하지 않습니다.

당사는 예외 인정 요청을 승낙 또는 거부하게 됩니다.

- 예외 인정 요청을 승낙하는 경우, 예외 인정은 해당 달력 연도 말일까지 유효합니다. 담당 의사가 계속해서 그 약을 처방하고, 그 약이 계속해서 치료에 안전하고 효과적인 경우 그때까지 유효합니다.
- 예외 인정 요청을 거부하는 경우, 이의 제기를 신청해 당사 결정 재고를 요청하실 수 있습니다. 152 페이지 섹션 F5에 거부로 결정이 났을 때 이의 제기 신청 방법이 안내되어 있습니다.

다음 섹션을 보시면 예외 인정을 포함해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.



F4. 예외 인정 요청을 포함해, 파트 D 의약품에 관한 혜택 적용 결정 또는 파트 D 의약품에 대한 비용 환급을 요청하는 방법

취할 수 있는 조치

- 회원님께서 원하시는 유형의 혜택 적용 결정을 요청합니다. 당사에 전화, 우편 또는 팩스를 통해 요청합니다. 회원님, 대리인 또는 담당 의사(또는 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

- 회원님, 담당 의사(또는 다른 처방의) 또는 회원님의 대리인이 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 대리인 역할을 수행하도록 할 수도 있습니다.
- 다른 사람이 회원님을 대신해 대리인 역할을 수행하도록 허가하는 방법은 132페이지의 섹션 D를 참조하십시오.

- 담당 의사나 다른 처방자에게는 회원님을 대신해 혜택 적용 결정을 요청하는 데서 면 승인서를 줄 필요가 없습니다.

- 이미 비용 지급한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하는 방법은 본 핸드북 제7장을 참조하십시오. 제7장에는 어떤 경우에 환급 요청이 필요할 수 있는지에 대한 설명이 나와 있습니다. 또한 이미 회원님께서 비용을 지급한 의약품 비용 중 당사 부담분을 환급해 달라고 요청하는 서류의 제출 방법도 나와 있습니다.

- 예외 인정을 요청하시는 경우, “근거 진술서”를 제출해 주십시오. 담당 의사 또는 다른 처방자가 반드시 의약품 예외 인정에 대한 의료적 사유를 얘기해 주어야 합니다. 이를 “근거 진술서”라고 부릅니다.

- 담당 의사나 다른 처방자는 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 또는, 담당 의사나 다른 처방자가 당사에 전화로 연락한 후 팩스나 우편으로 진술서를 보내면 됩니다.

건강상 필요한 경우, “빠른 혜택 적용 결정”을 요청하십시오.

당사에서 “빠른 기한” 적용에 동의한 경우가 아니면 “일반 기한”을 적용하게 됩니다.

- 일반 혜택 적용 결정이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.
- 빠른 혜택 적용 결정이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.

요약: 의약품 또는 비용 지급에 대해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법

전화, 우편 또는 팩스를 통해 당사에 문의하시거나, 대리인 또는 의사나 다른 처방자에게 문의해 달라고 요청하십시오. 일반 혜택 적용 결정에 대해서는 72시간 이내에 응답해 드립니다. 이미 대금을 지급한 파트 D 의약품에 대한 비용 환급 요청에 대해서는 달력일 기준 14일 이내에 응답해 드립니다.

- 예외 인정을 요청하시는 경우, 담당 의사나 다른 처방자가 작성한 근거 진술서를 함께 제출해 주십시오.
- 회원님 본인 또는 담당 의사나 다른 처방자가 빠른 결정을 요청할 수 있습니다. (빠른 결정은 보통 24시간 이내에 내려집니다.)
- 회원님께서 빠른 결정 자격 요건을 충족하는지 확인하려면 이 섹션을 읽어 보십시오! 또한 본 장에는 결정 기한에 관한 정보도 포함되어 있습니다.



“빠른 혜택 적용 결정”에 해당되는 법률 용어는 “신속 혜택 적용 결정”입니다.

회원님께서 아직 받지 않은 의약품에 대해 혜택 적용을 요청하는 경우에 한해 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(이미 구입한 의약품에 대해 비용 환급을 요청하시는 경우 빠른 혜택 적용 결정을 이용하실 수 없습니다).

일반 기한이 건강에 중대한 해를 초래하거나 기능을 손상시킬 수 있는 경우에 한해 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다.

담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 회원님의 건강상 “빠른 혜택 적용 결정”이 필요하다고 얘기하는 경우, 당사는 자동적으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공하는 데 동의하고 회원님께 서한을 통해 그 사실을 알려드립니다.

- (담당 의사 또는 다른 처방자의 동의 없이) 혼자서 빠른 혜택 적용 결정을 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.
- 회원님의 건강 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우, 대신 일반 기한을 적용합니다.
 - 회원님께 이를 알리는 서신도 보내드립니다. 서한에는 일반 결정을 제공하기로 한 당사 결정에 대해 불만을 제기하는 방법이 나와 있습니다.
 - “빠른 불만 제기”를 신청해 24시간 이내에 불만에 대한 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 포함해 불만 제기 절차에 관한 설명은 167페이지의 섹션 J를 참조하십시오.

“빠른 혜택 적용 결정” 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 반드시 24시간 이내에 당사의 결정을 통보해드려야 합니다. 회원님의 요청이 접수된 시점부터 24시간 이내를 의미합니다. 또는 예외 인정 요청을 하시는 경우, 당사가 그러한 요청을 뒷받침하는 담당 의사 또는 처방자의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간을 의미합니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 이의 제기 절차 2단계로 넘깁니다. 2단계에서는 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 요청을 심사하게 됩니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 승낙인 경우, 당사는 반드시 해당 요청 또는 그러한 요청을 뒷받침하는 담당 의사나 처방자의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간 이내에 해당 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 거부인 경우, 서한을 통해 거부 결정이 내려진 이유와 결정에 이의 제기 신청하는 방법을 알려 드립니다.

아직 받지 못한 의약품에 대한 “일반 혜택 적용 결정” 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 72시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 또는 예외 인정 요청을 하시는 경우 당사가 담당 의사 또는 처방자의 증빙 진술서를 받은 시점으로부터 72시간을 의미합니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해 드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 요청을 2단계 이의 제기 절차로 넘기게 됩니다. 2단계에서는 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 요청을 심사하게 됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 승낙인 경우, 당사는 반드시 해당 요청 또는 예외를 요청하는 경우 그러한 요청을 뒷받침하는 담당 의사나 처방자의 증빙 진술서를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 승인 또는 해당 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 거부인 경우, 서한을 통해 거부 결정이 내려진 이유와 결정에 이의 제기 신청하는 방법을 알려 드립니다.

이미 구입한 의약품 비용 지급에 관한 “일반 혜택 적용 결정” 기한

- 당사는 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 결정을 통보해드려야 합니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 이의 제기 절차 2단계로 넘깁니다. 2단계에서는 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 요청을 심사하게 됩니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 승낙인 경우, 달력일 기준 14일 이내에 비용을 환급해 드립니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사 응답이 거부인 경우, 서한을 통해 거부 결정이 내려진 이유와 결정에 이의 제기 신청하는 방법을 알려 드립니다.

F5. 파트 D 의약품에 대한 1단계 이의 제기 신청

- 이의 제기를 시작하려면 반드시 회원님 본인, 담당 의사나 다른 처방자 또는 대리인이 당사에 연락해야 합니다.
- 일반 이의 제기를 신청하시는 경우, 서면으로 요청서를 제출하시면 됩니다. 전화로 이의를 제기하시려면 당사에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.
- 빠른 이의 제기를 원하시는 경우 서면이나 전화로 신청할 수 있습니다.
- 당사의 결정 내용 통지서에 기재된 날짜로부터 달력일 기준 **60일** 이내에 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 예를 들어, 회원님께서 심각한 질병으로 인해 당사에 연락할 수 없었거나, 당사가 회원님께 이의 제기 요청 기한에 대해 틀렸거나 불완전한 정보를 제공한 경우 이는 기한을 놓친 합당한 사유가 됩니다.

요약: 1단계 이의 제기 신청 방법

회원님 본인, 담당 의사나 처방자 또는 대리인은 서면 요청서를 작성해 우편이나 팩스를 통해 제출할 수 있습니다. 전화를 통해서도 이의 제기 신청이 가능합니다.

- 결정을 통보받은 날로부터 달력일 기준 **60일** 이내에 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 합당한 사유로 기한을 놓치신 경우, 기한 이후에도 이의 제기 신청이 가능합니다.
- 회원님 본인, 담당 의사나 처방자 또는 대리인은 전화를 통해 빠른 이의 제기 신청을 할 수 있습니다.
- 회원님께서 빠른 결정 자격 요건을 충족하는지 확인하려면 이 섹션을 읽어 보십시오! 또한 본 장에는 결정 기한에 관한 정보도 포함되어 있습니다.



파트 D 의약품 혜택 적용 결정에 대해 플랜에 이의 제기를 하는 것에 대한 법률 용어는 플랜의 “재결정”입니다.

- 회원님께는 당사에 본인의 이의 제기에 관한 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 사본을 요청하 시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.

회원이 원하시는 경우, 회원님 본인과 담당 의사 또는 다른 처방자는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 “빠른 이의 제기”를 신청하십시오.

- 회원님께서 아직 받지 않은 의약품에 대해 당사 플랜이 내린 결정에 대해 이의 제기하시는 경우, “빠른 이의 제기”가 필요한지 여부를 회원님, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.

“빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 재결정”입니다.

- “빠른 이의 제기” 적용 요건은 150페이지의 섹션 E4에 나와 있는 “빠른 혜택 적용 결정” 적용 요건과 동일합니다.

당사는 이의 제기 내용을 검토한 후 결정을 통보해드립니다.

- 당사는 회원님의 혜택 적용 요청에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다. 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 모든 규정을 충실히 따랐는지 확인합니다. 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사 또는 다른 처방자에게 연락할 수도 있습니다. 검토자는 원래 혜택 적용 결정을 맡았던 사람이 아닌 다른 사람이 됩니다.

“빠른 이의 제기” 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우, 이의 제기 신청 접수 시점으로부터 72시간 이내에 또는 회원님의 건강상 필요한 경우 더 빨리 응답을 드립니다.
- 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 2단계에서는 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 이의 제기를 심사하게 됩니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사가 승낙 결정을 내린 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 날로부터 72시간 이내에 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사가 거부 결정을 내린 경우, 서한을 통해 거부 결정이 내려진 이유를 알려드립니다.

“일반 이의 제기” 기한

- 일반 기한을 정하는 경우, 당사는 이의 제기 신청을 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 또는 회원님의 건강상 필요한 경우에는 더 빨리 응답해야 합니다. 단, 이미 구입한 의약품에 대해 환급을 요청하는 경우는 예외입니다. 회원님께서 이미 구입한 의약품 비용에 대해 환급을 요청하는 경우, 당사는 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 답변을 제공해 드려야 합니다. 회원님 판단에 건강상 필요한 경우 “빠른 이의 제기”를 신청하셔야 합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 달력일 기준 7일 이내에 당사가 결정을 알려드리지 않은 경우 또는 달력일 기준 14일 이내에 이미 구입한 의약품 비용에 대한 환급을 요청한 경우, 당사는 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 2단계에서는 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 이의 제기를 심사하게 됩니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사가 승낙 결정을 내린 경우:
 - 혜택 적용에 대한 요청을 승낙하는 경우, 당사는 이의 제기 신청을 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 또는 이미 구입한 의약품 비용에 대한 환급을 요청한 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 가능한 한 빠르게 회원님의 건강상 필요한 혜택 적용을 제공해야 합니다.
 - 회원님께서 이미 구입한 의약품 비용에 대한 환급 요청을 승낙하는 경우, 당사는 이의 신청 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 환급금을 지급합니다.
- 요청 전체 또는 일부에 대해 당사가 거부 결정을 내린 경우, 서한을 통해 거부 결정이 내려진 이유와 결정에 이의 제기 신청하는 방법을 알려드립니다.

요약: 2단계 이의 제기 신청 방법

독립 심사 기관의 케이스 심사를 원하시는 경우, 반드시 서면으로 이의 제기 신청서를 제출해 주셔야 합니다.

- 결정을 통보받은 날로부터 달력일 기준 **60일 이내에** 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 합당한 사유로 기한을 놓치신 경우, 기한 이후에도 이의 제기 신청이 가능합니다.
- 본인, 담당 의사나 다른 처방자 또는 대리인이 2단계 이의 제기 신청을 할 수 있습니다.
- 회원님께서 빠른 결정 자격 요건을 충족하는지 확인하려면 이 섹션을 읽어 보십시오! 또한 본 장에는 결정 기한에 관한 정보도 포함되어 있습니다.

F6. 파트 D 의약품에 대한 2단계 이의 제기 신청

회원님의 이의 제기 전체 또는 일부에 대해 당사가 거부 결정을 내리는 경우, 그러한 결정을 수용할 것인지 아니면 다른 이의를 제기할 것인지 선택할 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 진행하기로 결정하시는 경우, 독립 심사 기관(IRE)이 당사 결정 내용을 심사하게 됩니다.

- IRE의 케이스 심사를 원하시는 경우, 반드시 서면으로 이의 제기 신청서를 제출해 주셔야 합니다. 당사의 1단계 이의 제기 결정 통지서를 보시면 2단계 이의 제기 요청 방법이 안내되어 있습니다.
- IRE에 이의 제기 신청을 하시면 당사에서 해당 기관에 회원님의 케이스 파일을 전달합니다. 케이스 파일 사본이 필요하시면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.
- 또한 IRE에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- IRE는 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다. IRE는 본 플랜과 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



파트 D 의약품에 대해 IRE에 이의 제기를 하는 것에 대한 법률 용어는 “재결정”입니다.

- IRE의 심사관들은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다. IRE는 결정을 내린 후 그렇게 결정한 이유를 설명하는 서한을 보내드립니다.

2단계 “빠른 이의 제기” 기한

- 건강상 필요한 경우, 독립 심사 기관(IRE)에 “빠른 이의 제기”를 신청하십시오.
- “빠른 이의 제기” 적용에 동의하는 경우, IRE는 반드시 이의 제기 요청을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보해 드려야 합니다.
- IRE 응답이 요청 전체 또는 일부에 대해 승낙인 경우 당사는 반드시 그러한 결정을 통보받은 시점으로부터 24시간 이내에 해당 의약품 혜택을 허가 또는 제공해야 합니다.

2단계 “일반 이의 제기” 기한

- 2단계에서 일반 이의 제기를 신청하신 경우, 독립 심사 기관(IRE)은 반드시 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 7일 이내에 또는 이미 구입한 의약품 비용에 대한 환급을 요청한 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 해당 회원에게 2단계 이의 제기에 대해 응답을 해야 합니다.
- IRE 응답이 요청 전체 또는 일부에 대해 승낙인 경우 당사는 반드시 그러한 결정을 통보받은 시점으로부터 72시간 이내에 해당 의약품 혜택을 허가 또는 제공해야 합니다.
- IRE가 회원님께서 이미 구입한 의약품 비용에 대한 환급 요청을 승낙하는 경우, 당사가 그러한 결정을 통보받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 환급금을 지급할 것입니다.

독립 심사 기관이 2단계 이의 제기에 거부 결정을 내리는 경우 어떻게 되나요?

거부라는 것은 독립 심사 기관(IRE)이 회원님의 요청을 승낙하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 “결정 지지”라고 합니다. 또는 “회원의 이의 제기 기각”이라고도 합니다.

이의 제기 과정의 3단계로 가시려면, 요청하는 의약품이 최저 달러 값 한도를 충족해야 합니다. 달러 값이 최저 한도 미만인 경우 더 이상 이의 제기를 진행하실 수 없습니다. 달러 값이 기준을 충족하는 경우 3단계 이의 제기를 요청하실 수 있습니다. IRE가 보낸 통지서를 보시면 해당 이의 제기 절차를 계속 진행하는 데 필요한 달러 값이 나와 있습니다.

G. 입원 혜택 기간 연장 요청

회원님께서 병원에 입원하는 경우, 회원님께는 해당 질병 또는 부상을 진단 및 치료하는 데 필요한 혜택 대상 병원 서비스를 모두 이용할 권리가 있습니다.

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

- 병원을 나가게 되는 날을 “퇴원일”이라고 합니다.
- 담당 의사나 병원 직원이 퇴원일이 언제인지 알려드릴 것입니다.

병원에서 정해 준 퇴원 날짜가 너무 이르다고 생각하시는 경우, 입원 기간 연장을 요청하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 연장 요청 방법을 안내해드립니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



G1. 나의 Medicare 권리 알기

병원 입원 날짜로부터 2일 이내에, 케이스 담당자 또는 간호사가 Medicare가 드리는 “회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(An Important Message from Medicare about Your Rights)”이라는 제목의 통지서를 전달해드릴 것입니다. 이 통지서를 받지 못하시는 경우, 병원 직원에게 달라고 하십시오. 도움이 필요하시면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하셔도 됩니다(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다.

통지서를 주의 깊게 읽으신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오. “중요한 전달 사항”을 보시면 다음의 권리를 포함해 병원 환자로서 회원님의 권리에 관해 나와 있습니다.

- 입원 중 및 퇴원 후 Medicare 혜택 적용 서비스를 이용할 권리. 회원님께는 그러한 서비스에는 어떤 서비스들이 있는지, 비용은 누가 부담하는지, 어디서 이용할 수 있는지 알 권리가 있습니다.
- 입원 기간에 대한 결정에 참여할 권리.
- 병원 케어 품질과 관련해 우려 사항이 있는 경우 어디에 보고해야 하는지 알 권리.
- 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 판단되는 경우 이의를 제기할 권리.
- Medicare 통지서에 통지서 수령을 확인하고 회원님의 권리를 이해했음을 확인하는 서명을 하여야 합니다. 통지서에 서명한다고 해서 담당 의사나 병원 직원이 통보해 줬을 퇴원일에 동의한다는 의미는 아닙니다.

서명한 통지서 사본은 필요한 경우 그 내용을 참조하실 수 있도록 보관해두십시오.

- 사전에 통지서 사본을 살펴보려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번에 전화하셔도 됩니다(하루 24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 통지서 내용을 확인하실 수 있습니다.
- 도움이 필요하시면 위에 나와 있는 번호로 회원 서비스나 Medicare에 전화하시기 바랍니다.

G2. 퇴원일 변경을 위한 1단계 이의 제기

입원 환자 병원 서비스 혜택 적용 기간을 연장 받으시려면 이의 제기를 신청하셔야 합니다. 품질 개선 기구(QIO)가 1단계 이의 제기 심사를 맡아 회원님의 예정 퇴원일이 의료적으로 적절한지 여부를 확인합니다. California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다.

퇴원일 변경을 위해 이의 제기 신청을 하시려면 Livanta에 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 연락해 주십시오.

지금 바로 전화하십시오!



병원을 떠나기 전, 늦어도 예정 퇴원일까지 품질 개선 기구(QIO)에 연락하셔야 합니다. “Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항”에 품질 개선 기구(QIO)에 연락하는 방법이 안내되어 있습니다.

- 병원을 떠나기 전에 전화하시면, 품질 개선 기구(QIO)로부터 이의 제기 신청에 대한 결정을 기다리는 동안 추가 비용 부담 없이 예정 퇴원일이 지나더라도 계속해서 입원하실 수 있습니다.
- 이의 제기 신청 전화를 하지 않고, 예정 퇴원일 이후에도 입원을 유지하기로 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 케어 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 이의 제기 신청과 관련해 품질 개선 기구(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사 플랜에 직접 이의를 제기하실 수 있습니다. 자세한 내용은 159페이지의 섹션 G4를 참조하십시오.
- 입원은 Medicare 및 Medi-Cal에서 모두 혜택을 적용받으므로 품질 개선 기구에서 회원님의 입원 지속 요청을 수용하지 않거나 회원님이 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 California 주 DMHC(관리형 의료케어부)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 141페이지의 섹션 5.4로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

요약: 퇴원일 변경을 위한 1단계이의 제기 방법

거주하고 계신 주의 품질 개선 기구에 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화해 “빠른 심사”를 요청하십시오.

병원을 나가기 전, 예정 퇴원일 이전에 전화하십시오.

저희는 회원님이 취해야 할 조치와 기한을 정확히 이해하셨으면 합니다.

- 도움이 필요하시면 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하시면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 또한 의료 보험 카운셀링-권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락하실 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 연락하셔도 됩니다.

품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)란?

QIO는 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 그룹입니다. 이러한 전문가는 당사 플랜 소속이 아닙니다. Medicare 가입자를 위한 케어 품질을 확인하고 개선을 돕기 위해 Medicare가 보수를 지급하는 전문가입니다.

“빠른 심사” 요청

“빠른 심사”에 해당되는 법률 용어는 “즉시 심사”입니다.

품질 개선 기구(QIO)에 반드시 퇴원에 대한 “빠른 심사”를 요청하셔야 합니다. “빠른 심사”를 요청한다는 것은 QIO에 일반 기한 대신 빠른 기한을 적용해 줄 것을 요청한다는 의미입니다.



빠른 심사는 어떻게 진행되나요?

- 품질 개선 기구(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 예정 퇴원일 이후까지 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 서면 사유서를 준비해야 할 필요는 없지만 원하는 경우 그렇게 해도 무방합니다.
- 심사관은 회원의 의료 기록을 살펴보고 담당 의사와 얘기해 보고, 회원님의 입원과 관련한 모든 정보를 검토합니다.
- 심사관으로부터 회원님의 이의 제기에 대한 심사 결과를 통보받은 후 당일 정오까지 예정 퇴원일 이 기재된 통지서를 받으시게 됩니다. 통지서에는 담당 의사, 병원 및 당사가 그 날짜에 퇴원하는 것이 적절하다고 판단하는 이유가 기재되어 있습니다.

이러한 서면 안내서에 해당되는 법률 용어는 “상세 퇴원 통지서(Detailed Notice of Discharge)”입니다. 샘플이 필요하시면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하셔도 됩니다(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다. www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 통지서 내용을 확인하실 수 있습니다.

승낙 결정을 내리게 되면 어떻게 되나요?

- 품질 개선 기구(QIO)에서 회원님의 이의 제기를 받아들이는 즉, 수락하는 경우, 당사는 의료적으로 필요하다면 계속해서 회원님의 병원 서비스에 혜택을 적용해야 합니다.

거부 결정을 내리게 되면 어떻게 되나요?

- 품질 개선 기구(QIO)에서 회원님의 이의 제기를 받아들이지 않는 즉, 거부하는 경우에는 예정 퇴원일이 의료적으로 적절하다고 판단했음을 의미합니다. 이 경우, 회원님의 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 품질 개선 기구(QIO)가 회원님께 결정을 통보한 후 당일 정오에 종료됩니다.
- 품질 개선 기구(QIO)가 거부 결정을 내렸는데 회원님께서 계속 입원하기로 결정하면 추가 병원 체류 기간에 대해 회원님이 비용을 지불해야 할 수 있습니다. 회원님이 지불해야 할 병원 케어 비용은 품질 개선 기구(QIO)에서 결정 사항을 회원님께 전달한 당일 정오에 시작됩니다.
- 품질 개선 기구가 이의 제기를 기각하고 동시에 회원님이 예정 퇴원일 이후에도 병원에 남아 있는 경우 회원님은 다음 섹션에서 설명하는 대로 2단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

G3. 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기

품질 개선 기구(QIO)가 이의 제기를 기각했고 동시에 회원님이 예정 퇴원일 이후에도 병원에 남아 있는 경우 회원은 2단계 이의 제기 신청을 할 수 있습니다. 다시 품질 개선 기구(QIO)에 연락해 재심사를 요청하셔야 합니다.

품질 개선 기구가 1단계 이의 제기에 대해 거부 결정을 내린 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 2단계 심사를 요청하셔야 합니다. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에도 계속해서 입원 중이신 경우에 한해 재심사를 요청하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번입니다.

- 품질 개선 기구(QIO)의 심사관은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 재검토합니다.
- 해당 품질 관리 기구(QIO) 심사관은 회원님의 두 번째 심사 수령일로부터 달력일 기준 14일 이내에 결정을 내릴 것입니다.

요약: 퇴원일 변경을 위한 2단계 이의 제기 방법

거주하고 계신 주의 품질 개선 기구에 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화해 다른 심사를 요청하십시오.

승낙 결정을 내리게 되면 어떻게 되나요?

- 당사는 첫 이의 신청 결정이 내려진 후 당일 정오부터 회원님께서 받은 병원 케어 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해야 합니다. 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 회원님의 입원환자 병원 케어에 대해 혜택을 적용해야 합니다.
- 회원님은 계속해서 비용 중 본인 부담분을 지급해야 하며, 혜택 한도가 적용될 수 있습니다.

거부 결정을 내리게 되면 어떻게 되나요?

이는 품질 개선 기구(QIO)가 1단계 결정에 동의하며 이를 반복하지 않을 것이라는 의미입니다. 회원님이 받게 되는 통지서에 회원님이 이의 제기 절차를 계속해서 진행하고자 할 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 내용이 안내되어 있습니다.

품질 개선 기구(QIO)가 2단계 이의 제기 신청을 기각하는 경우, 예정 퇴원일 이후 입원 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 할 수 있습니다.

또한 입원 기간을 연장하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 141페이지의 섹션 5.4로 가셔서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

G4. 이의 제기 신청 기한을 놓치면 어떻게 되나요

이의 제기 신청 기한을 놓치신 경우, 대체 이의 제기라고 불리는 1단계와 2단계 이의 제기를 신청하는 다른 방법이 있습니다. 하지만 이의 제기의 첫 두 가지 단계는 다릅니다.

퇴원일 변경을 위한 1단계 대체 이의 제기

품질개선기구(Quality Improvement Organization) 연락 기한을 놓친 경우(60일 이내 또는 예정된 퇴원일 전 중 더 이른 시점), 당사에 이의를 제기하여 “빠른 심사”를 요청하실 수 있습니다. 빠른 심사는 일반 기한 대신 빠른 기한을 적용하는 이의 제기를 말합니다.

- 심사 중에는 회원님의 입원에 관한 모든 정보를 검토하게 됩니다. 회원님의 퇴원 시기에 대한 결정이 공정했고 규정에 따라 이루어졌는지 여부를 확인합니다.
- 이 심사에 관해 결정을 내릴 때는 일반 기한이 아니라 빠른 기한을 적용합니다. 이는 “빠른 심사”를 요청하신 시점부터 72시간 이내에 당사 결정을 알려드린다는 의미입니다.

요약: 1단계 대체 이의 제기 신청 방법

당사 회원 서비스에 전화해 퇴원일에 대해 “빠른 심사”를 요청하십시오.

72시간 이내에 당사 결정을 통보해 드립니다.



- 당사가 빠른 심사 결과를 승낙으로 결정하는 경우, 회원님께서 퇴원일 이후에도 계속 병원에 남아 있어야 한다는 데 당사가 동의한다는 의미입니다. 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 병원 서비스에 혜택을 적용할 것입니다.
- 이는 당사가 혜택이 종료될 것이라고 통보해드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해드리는 데 동의한다는 뜻이기도 합니다.
- 당사가 회원님의 빠른 심사에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 이는 당사가 회원님의 예정 퇴원일이 의료적으로 적절했다고 결정했다는 의미입니다. 회원님의 입원환자 병원 서비스에 대한 당사의 혜택 적용은 혜택 적용이 종료될 것이라고 통보했던 날짜에 종료됩니다.
 - 예정 퇴원일 이후에도 계속 병원에 남아 있는 경우, 예정 퇴원일 후에 받은 병원 케어 비용 전액을 회원님이 지급해야 할 수도 있습니다.
- 회원님의 빠른 이의 제기에 대해 거부 결정을 내릴 때 당사가 모든 규정을 준수하도록 보장하기 위해 이의 제기를 독립 심사 기관(IRE)에 보내게 됩니다. 이렇게 할 때 회원님의 케이스는 자동적으로 이의 제기 절차의 2단계로 가게 된다는 의미입니다.

“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 이의 제기”입니다.

퇴원일 변경을 위한 2단계 대체 이의 제기

당사는 1단계 결정을 회원님께 통보하는 시점으로부터 24시간 이내에 회원님의 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관(IRE)에 전달합니다. 회원님은 당사가 이러한 기한이나 다른 기한을 맞추지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기할 수 있습니다. 167페이지의 섹션 J에 보시면 불만 제기 방법이 나와 있습니다.

2단계 이의 제기에서는 IRE가 회원님의 “빠른 심사”에 대해 당사가 내린 거부 결정을 심사하게 됩니다. IRE는 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지를 결정합니다.

- IRE는 회원님의 이의 제기에 대해 “빠른 심사”를 실시합니다. 심사관은 보통 72시간 이내에 결정을 통보하게 됩니다.
- IRE는 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다. IRE는 당사 플랜과 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다.
- IRE의 심사관은 회원님의 퇴원과 관련한 이의 신청에 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.
- IRE가 회원님의 이의 제기에 대해 승낙 결정을 내리는 경우, 당사는 반드시 회원님의 예정 퇴원일 이후 회원님께서 받은 병원 케어 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해주어야 합니다. 또한 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 회원님의 병원 서비스 혜택 적용을 유지해야 합니다.
- IRE가 회원님의 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 이는 예정 퇴원일이 의료적으로 적절했다는 당사의 결정에 동의한다는 의미입니다.
- IRE가 보낸 통지서에 심사 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 어떻게 할 수 있는지 안내가 나와 있습니다. 판사가 처리하게 되는 3단계 이의 제기 절차로 넘어가는 방법에 대해 자세히 안내합니다.

요약: 2단계 대체 이의 제기 신청 방법

회원님은 아무것도 할 필요가 없습니다. 플랜이 회원님의 이의 제기를 자동적으로 독립 심사 기관(IRE)에 전달합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



또한 입원 기간을 연장하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 141페이지의 섹션 5.4로 가셔서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기와 더불어 또는 이를 대신해 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

H. 가정 의료 케어, 전문 간호 케어 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 취할 수 있는 조치

이 섹션은 다음과 같은 유형의 케어에 한해 적용됩니다.

- 가정 의료 서비스.
- 전문 요양 시설의 전문 간호 케어.
- Medicare 승인 종합 외래환자 재활시설(CORF)의 외래 환자로서 받는 재활 케어. 대개, 이는 질병 또는 사고로 인해 치료를 받고 있거나, 대수술을 받은 후 회복 중이라는 의미입니다.
 - 이 세 가지 유형의 케어에 있어서, 회원님께는 의사가 필요하다고 얘기하는 한 계속 혜택 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다.
 - 당사에서 그러한 서비스 중 어느 것에 대해서라도 혜택 적용 중단을 결정하는 경우, 당사는 반드시 서비스 종료 전에 회원님께 그 사실을 알려야 합니다. 해당 케어에 대한 혜택이 종료되면 당사는 케어에 대한 비용 지급을 중단합니다.

당사가 회원님의 케어에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 판단되는 경우, 회원님은 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이 섹션에서는 이의 제기 신청 방법을 안내해 드립니다.

H1. 언제 혜택 적용이 종료될지 사전에 안내해드립니다.

- 당사가 케어에 대한 비용 지급을 중지하기로 결정하는 경우 회원님께서 최소 2일 전에 통지를 받게 됩니다. 이를 “Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)”라고 합니다. 이 서면 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. 서명한다고 해서 케어를 중단할 때가 되었다는 플랜의 결정에 동의한다는 의미는 아닙니다.

- 혜택 적용이 종료되면 당사의 비용 지급도 중단됩니다.

H2. 케어를 계속 받기 위한 1단계 이의 제기

당사가 회원님의 케어에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 생각되는 경우, 회원님은 당사 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 이의 제기 신청 방법을 안내해 드립니다.

이의 제기를 시작하기 전에, 무엇을 해야 하는지, 기한이 언제인지를 반드시 이해하셔야 합니다.

- 기한은 반드시 지키도록 하십시오. 기한은 중요합니다. 반드시 회원님이 해야 하는 일에 적용되는 기한이 언제인지 알고 지키도록 하십시오. 또한 당사 플랜이 따라야 하는 기한도 있습니다(회원님은 당사가 그러한 기한을 맞추지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기할 수 있습니다. 167페이지의 섹션 J에 보시면 불만 제기 방법이 나와 있습니다).



- 도움이 필요하시면 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요하시면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다. 또는 (800) 434-0222번으로 주 정부 의료보험 지원프로그램(State Health Insurance Assistance Program)에 연락하십시오.

1단계 이의 제기에서는 품질 개선 기구(QIO)가 회원님의 이의 제기 신청을 검토하고 당사의 결정을 변경할지 여부를 결정하게 됩니다.

California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668번입니다. 품질 개선 기구(QIO)에 이의를 제기하는 것에 관한 정보 역시 “Medicare 비적용 통지서”에 나와 있습니다. 이 통지서는 당사가 회원님 케어에 대한 혜택 적용을 중단한다고 알릴 때 전달됩니다.

품질 개선 기구(Quality Improvement Organization, QIO)란?

QIO는 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 그룹입니다. 이러한 전문가가는 당사 플랜 소속이 아닙니다. Medicare 가입자를 위한 케어 품질을 확인하고 개선을 돕기 위해 Medicare가 보수를 지급하는 전문가입니다.

무엇을 요청해야 하나요?

“빠른 이의 제기”를 요청하십시오. 이는 당사가 서비스 혜택 적용을 종료하기로 한 결정의 의료적으로 적절한지 여부에 대한 독립적 심사를 말합니다.

QIO 연락 기한은 언제까지입니까?

- 반드시 케어에 대한 혜택 적용 중단 시기를 통보하는 당사의 통지서를 받은 후 당일 정오 전에 품질 개선 기구(QIO)에 연락하셔야 합니다.
- 이의 제기 신청과 관련해 품질 개선 기구(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사에 직접 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이러한 다른 이의 제기 신청 방법에 관한 자세한 사항은 164페이지의 섹션 H4를 참조하십시오.
- 품질 개선 기구에서 회원님의 의료 케어 서비스에 대한 혜택 적용 지속 요청을 수용하지 않거나 회원님이 응급 상황에 있으며 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있다고 생각하는 경우 또는 심각한 통증이 있는 경우 California 주 DMHC(관리형 의료케어부)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 141페이지의 섹션 E4로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

이 서면 통지서에 대한 법률 용어는 “**Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)**”입니다. 샘플 사본이 필요하시면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하시기 바랍니다(하루 24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다. 또는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/MAEDNotices에서 온라인으로 사본을 열람하실 수도 있습니다.

요약: 플랜에 케어 유지를 요청하기 위한 1단계 이의 제기 신청 방법

거주하고 계신 주의 품질 개선 기구에 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화해 “빠른 이의 제기”를 요청하십시오.

현재 케어를 제공하고 있는 기관 또는 시설을 떠나기 전, 예정 퇴원일 이전에 전화하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



141페이지의 섹션 5.4로 가셔서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오.

품질 개선 기구(QIO) 심사는 어떻게 진행되나요?

- 품질 개선 기구(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 서비스에 대한 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어보게 됩니다. 서면 사유서를 준비해야 할 필요는 없지만 원하는 경우 그렇게 해도 무방합니다.
- 회원님이 이의 제기를 신청하는 경우, 플랜은 반드시 회원님과 품질 개선 기구(QIO)에 서비스를 종료해야 하는 이유를 설명하는 서한을 보내야 합니다.
- 또한 심사관은 회원님의 의료 기록을 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공받은 정보를 검토합니다.
- 심사관은 필요한 정보를 모두 받은 시점으로부터 **24시간 이내에 회원님께 결정을 통보합니다.** 회원님은 결정 내용을 설명하는 서한을 받게 됩니다.

서비스가 종료되어야 하는 이유를 설명하는 서한에 해당되는 법률 용어는 “비적용 상세 안내서 (Detailed Explanation of Non-Coverage)”입니다.

심사관이 승낙으로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 심사 기관의 결정이 회원님의 이의 제기에 대해 승낙인 경우, 당사는 의료적으로 필요하다면 계속해서 혜택 적용 서비스를 제공해야 합니다.

심사관이 거부로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 심사관이 회원님의 이의 제기에 대해 거부로 결정하는 경우, 혜택 적용은 당사가 종료될 것이라고 통보한 날에 종료됩니다. 당사는 해당 케어 비용 중 당사 부담분 지급을 중지합니다.
- 혜택 적용이 종료된 이후에도 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 CORF(종합 외래환자 재활 시설) 서비스를 계속 받기로 할 경우 해당 케어 비용 전액은 회원님께서 부담해야 합니다.

H3. 케어를 계속 받기 위한 2단계 이의 제기

품질 개선 기구(QIO)가 이의 제기에 대해 거부 결정을 내렸고 동시에 회원은 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 이후에도 계속 케어를 받겠다고 선택하는 경우, 2단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

품질 개선 기구(QIO)에서는 2단계 이의 제기 시 1단계에서 내린 결정에 대해 재심사를 하게 됩니다. QIO가 1단계 결정에 동의한다고 결정하는 경우, 혜택 적용이 종료된 이후 본인의 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래환자 재활시설(CORF) 서비스에 대한 비용 전액을 회원님 본인이 부담해야 할 수 있습니다.



California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123; TTY: (855) 887-6668번입니다. 품질 개선 기구가 1단계 이의 제기에 대해 거부 결정을 내린 날로부터 **달력일 기준 60일 이내**에 2단계 심사를 요청하셔야 합니다. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에 계속 케어를 받으신 경우에 한해 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

- 품질 개선 기구(QIO)의 심사관은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 재검토합니다.
- 품질 개선 기구(QIO)는 회원님의 심사 수령일로부터 달력일 기준 14일 이내에 결정을 내리게 됩니다.

요약: 플랜이 케어 혜택 적용 기간을 연장하도록 하기 위한 2단계 이의 제기 신청 방법

거주하고 계신 주의 품질 개선 기구에 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화해 다른 심사를 요청하십시오.

현재 케어를 제공하고 있는 기관 또는 시설을 떠나기 전, 예정 퇴원일 이전에 전화하십시오.

QIO가 승낙으로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드려야 합니다. 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 해당 케어에 대해 혜택을 적용해야 합니다.

QIO가 거부로 결정하는 경우 어떻게 되나요?

- 거부인 경우 QIO가 1단계 결정에 동의하며 변경하지 않을 것이라는 의미입니다.
- 받은 통지서를 보시면 심사 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 어떻게 해야 하는지에 대한 설명이 나와 있습니다. 판사가 처리하게 되는 3단계 이의 제기 절차로 넘어가는 방법에 대해 자세히 안내합니다.
- 또한 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 141페이지의 섹션 E4로 가셔서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR) 요청 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기와 더불어 또는 이를 대신해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

H4. 1단계 이의 제기 신청 기한을 놓친 경우 어떻게 하나요

이의 제기 신청 기한을 놓치신 경우, 대체 이의 제기라고 불리는 1단계와 2단계 이의 제기를 신청하는 다른 방법이 있습니다. 하지만 이의 제기의 첫 두 가지 단계는 다릅니다.

케어를 더 오랫동안 계속 받기 위한 1단계 대체 이의 제기



품질 개선 기구(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사에 이의를 제기하고 “빠른 심사”를 요청하실 수 있습니다. 빠른 심사는 일반 기한 대신 빠른 기한을 적용하는 이의 제기를 말합니다.

- 이 심사 시 당사는 회원님의 가정 의료 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF)에서 받는 케어에 관한 모든 정보를 살펴봅니다. 당사는 회원님의 서비스 중단 시기에 대한 결정이 공정했고 규정을 모두 준수했는지 확인합니다.
- 이 심사에 관해 결정을 내릴 때는 일반 기한이 아니라 빠른 기한을 적용합니다. “빠른 심사”를 요청하신 시점부터 72시간 이내에 당사 결정을 알려드립니다.
- 회원님의 빠른 심사에 대해 당사가 승낙 결정을 내리는 경우, 이는 의료적으로 필요한 한 계속해서 서비스에 혜택을 적용하는 데 당사가 동의한다는 의미입니다.
- 이는 당사가 혜택이 종료될 것이라고 통보해드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해드리는 데 동의한다는 뜻이기도 합니다.
- 회원님의 빠른 심사에 대해 당사가 거부 결정을 내리는 경우, 이는 당사가 회원님의 서비스를 종료하는 것이 의료적으로 적절했다고 결정했다는 의미입니다. 당사의 혜택 적용은 미리 통보해드린 혜택 적용 종료일로서 종료됩니다.

요약: 1단계 대체 이의 제기 신청 방법

당사 회원 서비스에 전화해 “빠른 심사”를 요청하십시오.

72시간 이내에 당사 결정을 통보해 드립니다.

당사가 혜택 적용을 중단하겠다고 통보해드린 날 이후에 계속 서비스를 이용하시는 경우, 해당 서비스 비용 전액을 회원님이 부담하셔야 할 수도 있습니다.

“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 이의 제기”입니다.

회원님의 빠른 이의 제기에 대해 거부 결정을 내릴 때 당사가 모든 규정을 준수하도록 보장하기 위해 이의 제기를 “독립 심사 기관(IRE)”에 보내게 됩니다. 이렇게 할 때 회원님의 케이스는 자동적으로 이의 제기 절차의 2단계로 가게 된다는 의미입니다.

케어를 더 오랫동안 계속 받기 위한 2단계 대체 이의 제기

당사는 1단계 결정을 회원님께 통보하는 시점으로부터 24시간 이내에 회원님의 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관(IRE)에 전달합니다. 회원님은 당사가 이러한 기한이나 다른 기한을 맞추지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기할 수 있습니다. 167페이지의 섹션 J에 보시면 불만 제기 방법이 나와 있습니다.

2단계 이의 제기에서는 IRE가 회원님의 “빠른 심사”에 대해 당사가 내린 거부 결정을 심사하게 됩니다. IRE는 당사가 내린 결정이 변경되어야 하는지를 결정합니다.

- IRE는 회원님의 이의 제기에 대해 “빠른 심사”를 실시합니다. 심사관은 보통 72시간 이내에 결정을 통보하게 됩니다.

요약: 플랜이 케어를 계속 유지하도록 하기 위한 2단계 이의 제기 신청 방법

회원님은 아무것도 할 필요가 없습니다. 플랜이 회원님의 이의 제기를 자동적으로 독립 심사 기관(IRE)에 전달합니다.



- IRE는 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다. IRE는 당사 플랜과 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다.
- IRE의 심사관은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.
- 회원님의 이의 제기에 대해 **IRE가 승낙 결정을 내리는 경우**, 당사는 반드시 케어 비용 중 당사 부담분을 회원에게 환급해야 합니다. 또한 당사는 의료적으로 필요한 한 계속해서 회원님의 서비스 혜택 적용을 유지해야 합니다.
- 회원님의 이의 제기에 대해 **IRE가 거부 결정을 내리는 경우**, 이는 서비스 혜택 적용 중단이 의료적으로 적절했다는 당사의 결정에 동의한다는 의미입니다.

IRE가 보낸 통지서에 심사 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 어떻게 할 수 있는지 안내가 나와 있습니다. 판사가 처리하게 되는 3단계 이의 제기 절차로 넘어가는 방법에 대한 자세한 안내가 포함되어 있습니다.

또한 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 141페이지의 섹션 5.4로 가서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR) 요청 방법을 확인하십시오. 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다. 3단계 이의 제기에 더하거나 이를 대신해 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

I. 2단계 다음 단계로 이의 제기를 진행하는 방법

I1. Medicare 서비스 및 옴폼에 대한 다음 단계

Medicare 서비스나 옴폼에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 마쳤는데 두 번 모두 거부된 경우, 회원에게는 추가적으로 이의 제기를 진행할 권리가 있을 수 있습니다. IRE가 보낸 통지서에 이의 제기 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 어떻게 할 수 있는지 안내가 나와 있습니다.

이의 제기 절차의 단계 3은 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 단계 3에서 결정을 내리는 담당자는 ALJ 또는 변호사 심사 위원입니다. ALJ 또는 변호사 심사 위원에게 케이스 검토를 요청하고 싶으시다면 요청 대상 옴폼 또는 의료 서비스가 최소 달러 금액 기준을 충족해야 합니다. 달러 값이 최소 수준 미만인 경우 더는 이의 제기를 진행할 수 없습니다. 달러 값이 기준을 충족하는 경우 ALJ 또는 변호사 심사 위원에게 이의 제기 심사를 요청할 수 있습니다.

ALJ 또는 변호사 심사 위원의 결정에 동의하지 않는 경우 Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)에 심사를 요청할 수 있습니다. 그 다음에는 연방 법원에 이의 제기 사안 심사를 요청할 권리가 있습니다.

이의 제기 절차 진행 중에 도움이 필요하시면 1-855-501-3077번으로 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 연락하실 수 있습니다.

I2. Medi-Cal 서비스 및 옴폼에 대한 다음 단계

이의 제기 대상 서비스나 옴폼이 Medi-Cal 혜택 적용 대상인 경우에도 추가적인 이의 제기 권리가 있습니다. 주 정부 심리(State Fair Hearing) 결정에 동의하지 않고 다른 판사에게 심사를 요청하고자 하는 경우, 재심리를 요청하고/하거나 사법 심사를 요청할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



재심리를 요청하려면 아래 주소로 서면 요청서(서한)를 보내시면 됩니다.

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

이 서한은 반드시 결정을 통보받은 날로부터 30일 이내에 발송되어야 합니다. 이 기한은 회원님께 기한 연장에 대한 타당한 사유가 있는 경우 최고 180일까지 연장될 수 있습니다.

재심리 요청서에는 결정을 통보받은 날과 재심리가 허락되어야 하는 이유를 기재하십시오. 추가적인 증거를 제출하고자 하는 경우, 그 증거가 무엇인지 기술하고, 전에는 제출하지 않았던 이유, 그리고 그 증거로 인해 어떻게 결정이 바뀌게 될지에 대한 설명을 기재하십시오. 법률 서비스에 연락해 도움을 받으실 수 있습니다.

사법 심사를 요청하려면 반드시 결정을 통보받은 날로부터 1년 이내에 (민사소송법(Code of Civil Procedure) 제1094.5조에 따라) 상급 법원에 탄원서를 제출하셔야 합니다. 결정 통지서에 나와 있는 카운티의 상급 법원에 탄원서를 제출하십시오. 재심리를 요청하지 않고 탄원서를 제출하셔도 됩니다. 제출 수수료는 없습니다. 법원에서 회원님께 유리한 최종 결정을 내리는 경우, 합당한 수준의 변호사 수입료 및 비용을 받게 되실 수 있습니다.

재심리가 완료되었는데 재심리에서 내려진 결정에 동의할 수 없다면 사법 심사는 청구하실 수 있지만, 또다시 재심리를 요청하실 수는 없습니다.

J. 불만 제기 방법

J1. 어떤 유형의 문제가 불만에 해당되나요?

불만 제기 절차는 케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스와 관련한 문제 등, 특정 유형의 문제에 한해 사용 됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 취급되는 문제 유형의 예입니다.

품질에 관한 불만

- 병원에서 받는 케어 등 케어의 품질에 대해 불만이 있는 경우.

개인정보 보호에 관한 불만

- 누군가 사생활에 대한 본인의 권리를 존중하지 않았거나 기밀 사항인 개인 정보를 공유했다고 생각되는 경우.

질 낮은 고객 서비스에 관한 불만

- 의료 케어 제공자 또는 직원이 회원님께 무례하거나 불친절하게 대한 경우.
- Molina Dual Options 직원이 불친절하게 대한 경우.
- 회원님을 플랜에서 쫓아내려 한다고 생각되는 경우.

접근성에 관한 불만

- 의사 또는 제공자 사무실 내 의료 케어 서비스 및 시설에 대해 물리적인 접근이 불가능한 경우.

요약: 불만 제기 방법

회원님은 당사 플랜에 내부 불만 및/또는 당사 플랜과 관계없는 기관에 외부 불만을 제기할 수 있습니다.

내부 불만을 제기하려면 회원 서비스에 전화하거나 당사에 서한을 보내 주십시오.

외부 불만의 경우 이를 다루는 다른 기관이 있습니다. 자세한 내용은 169페이지의 섹션 J3을 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 회원님의 제공자가 미국 수화 통역사(American Sign Language interpreter)와 같이 회원님께 필요한 타당한 편의사항을 제공하지 못하는 경우.

대기 시간에 대한 불만

- 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우.
- 의사, 약사 또는 다른 의료 전문가, 또는 회원 서비스 또는 다른 플랜 직원이 너무 오래 기다리게 하는 경우.

위생에 관한 불만

- 클리닉, 병원 또는 의사 사무실이 청결하지 않다고 생각되는 경우.

언어 이용에 관한 불만

- 담당 의사 또는 제공자가 진찰 받는 동안 통역사를 제공하지 않는 경우.

당사의 전달 사항에 관한 불만

- 회원으로서 받았어야 하는 통지서나 서한을 당사가 제공하지 않았다고 생각되는 경우.
- 당사가 보낸 서면 정보가 너무 어려워 이해할 수 없다고 생각되는 경우.

혜택 적용 결정 또는 이의 제기와 관련한 당사 조치의 시기 적절성에 관한 불만

- 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 IRE에 전달하지 않았다고 생각되는 경우.

“불만”에 해당되는 법률 용어는 “고충”입니다.

“불만 제기”에 해당되는 법률 용어는 “고충 제기”입니다.

불만에도 여러 유형이 있나요?

예. 회원님은 내부 불만 및/또는 외부 불만을 제기할 수 있습니다. 내부 불만은 당사 플랜에서 접수 및 심사합니다. 외부 불만은 당사 플랜과 연계되지 않은 기관에서 접수 및 심사합니다. 내부 및/또는 외부 불만 제기 절차 중에 도움이 필요하시면 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 연락하실 수 있습니다.

J2. 내부 불만

내부 불만을 제기하시려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로, 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다. 언제든지 불만 사항을 제기할 수 있습니다(파트 D 의약품 관련 사항 제외). 파트 D 의약품에 관한 불만 사항은 해당 문제가 일어난 시점으로부터 달력일 기준 60일 이내에 제기하셔야 합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 그 외에 필요한 조치가 있는 경우 회원 서비스에서 알려드립니다.
- 불만 사항을 서한으로 작성해 당사에 보내주셔도 됩니다. 불만 사항을 서한으로 보내 주시는 경우 당사에서 서한을 통해 응답해 드립니다.
- 고충에 해당되는 불만 사항은 회원님의 건강 상태에 따라 케이스별로 신속하게 해결해야 하지만 그 날짜가 플랜이 해당 고충을 구두 또는 서면 형태로 접수한 날로부터 달력일 기준 30일을 초과해서는 안 됩니다. 구두로 접수된 고충의 경우 회원님이 서면 응답을 요청하거나 해당 고충이 케어 품질에 관한 것이 아닌 한 구두로 답할 수 있습니다. 서면으로 접수된 고충의 경우 반드시 서면으로 답해야 합니다. 구두로 고충을 접수하시려면 (855) 665-4627(TTY: 711), 현지 시간으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 연락주시고 서면 접수인 경우 아래 주소로 보내 주십시오: Molina Dual Options Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801. 팩스는 (562) 499-0610번입니다.

가능한 경우 즉시 응답해 드리도록 하겠습니다. 전화로 불만을 접수하시는 경우, 끊기 전에 바로 응답해 드릴 수도 있습니다. 건강 상태상 빠른 응답이 필요하신 경우 신속하게 응답해 드리겠습니다.

- 당사는 대부분 불만 사항에 대해 30일 이내에 답변을 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 드리게 됩니다.

“빠른 불만”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 고충”입니다.

- 당사가 혜택 적용 결정 시 기한을 연장했기 때문에 회원님께서 불만을 제기하시는 경우 자동으로 “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 응답해 드립니다.

J3. 외부 불만

Medicare에 불만 사항을 보고하실 수 있습니다.

Medicare에 불만 사항을 제출하실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식(Medicare Complaint Form)은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

Medicare는 회원님 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용할 것입니다.

다른 피드백이나 우려 사항이 있으시거나 또는 플랜이 문제를 해결해주지 않는다고 느끼시는 경우에는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.

Medi-Cal에 불만 사항을 보고하실 수 있습니다.

Cal MediConnect Ombuds 프로그램도 회원님이 당사가 제공해야 하는 혜택 대상 서비스를 빠짐없이 받을 수 있도록 하기 위해 중립적인 입장에서 문제 해결을 도와드릴 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 관계가 없습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077번입니다. 이 서비스는 무료로 이용할 수 있습니다.

California 주 관리형 의료케어부(Department of Managed Health Care, DMHC)에 회원님의 불만 사항을 보고하실 수 있습니다.

California 주 관리형 의료케어부(Department of Managed Health Care, DMHC)는 의료 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. Medi-Cal 서비스 관련 불만 사항과 관련해 도움이 필요하시면 DMHC 헬프 센터에 문의하시기 바랍니다. 긴급한 사안이거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협과 관련된 불만 사항이 있거나 심각한 통증이 있거나 회원님의 불만 사항에 대한 플랜의 결정에 동의하지 않는 경우 또는 플랜이 달력일 기준 30일 이후에도 불만 사항을 해결하지 못한 경우에는 DMHC에 문의하시기 바랍니다.

헬프 센터에는 다음 두 가지 방법으로 도움을 요청하실 수 있습니다.

- 1-888-466-2219번으로 전화하십시오. 청각 장애인, 청력이 좋지 않으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 무료 TTY 번호(1-877-688-9891)를 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- DMHC 웹사이트(www.dmhc.ca.gov)를 방문하십시오.

공민권 사무국에 불만을 제기하실 수 있습니다.

정당한 대우를 받지 못했다고 생각하시면 보건복지부(DHHS) 공민권 사무국(Office for Civil Rights)에 불만을 제기할 수 있습니다. 예를 들어, 장애인 접근성이나 언어 지원에 대해 불만을 제기하실 수 있습니다. 공민권 사무국 전화번호는 1-800-368-1019번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용하시기 바랍니다. www.hhs.gov/ocr에서도 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

해당 현지 공민권 사무소로 연락하셔도 됩니다.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

또한 회원님께는 미국장애인법(Americans with Disability Act)과 해당 주법에 따른 권리가 있을 수 있습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 전화해 도움을 받으실 수 있습니다. 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

품질 개선 기구(QIO)에 불만을 제기하실 수 있습니다.

케어 품질에 관한 불만 사항인 경우, 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 원하시는 경우, (당사에 불만 제기를 하지 않고) QIO에 직접 케어 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.
- 또는, 당사에 불만 제기를 하고 동시에 품질 개선 기구(QIO)에도 불만을 제기하실 수 있습니다. 품질 개선 기구(QIO)에 불만을 제기하시는 경우, 당사가 해당 기구와 협조해 불만 사항을 해결합니다.

QIO는 Medicare 환자에게 제공되는 케어 품질을 확인 및 개선하기 위해 연방 정부에서 보수를 지급받는 임상의 및 기타 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. 품질 개선 기구(QIO)에 관한 자세한 내용은 제2장을 참조하십시오.

California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제10장: Cal MediConnect 플랜 탈퇴하기

소개

본 장에서는 당사 Cal MediConnect 플랜 멤버십을 종료할 수 있는 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 **회원 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 수 있는 시기	172
B. Cal MediConnect 플랜 탈퇴 방법	172
C. 다른 Cal MediConnect 플랜 가입 방법	173
D. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법	173
D1. Medicare 서비스 이용 방법	173
D2. Medi-Cal 서비스 이용 방법	175
E. 멤버십 종료까지 플랜을 통해 의료 서비스 및 의약품 혜택을 이용하는 방법	175
F. Cal MediConnect 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우	175
G. 기타 건강 관련 이유로 Cal MediConnect 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정	176
H. 당사가 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리	176
I. 플랜 멤버십 종료와 관련해 더 자세한 정보를 얻는 방법	177



A. Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴할 수 있는 시기

다른 Medicare Advantage 플랜이나 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 옮겨 연 중 언제든지 Molina Dual Options Medicare-Medicaid 플랜의 멤버십을 종료하실 수 있습니다.

멤버십은 당사가 회원님의 플랜 변경 요청을 접수한 달 말일에 종료됩니다. 예를 들어, 당사에서 1월 18일에 회원의 요청을 접수한 경우 당사 플랜에 대한 회원님의 혜택은 1월 31일에 종료됩니다. 새로운 혜택의 적용은 다음 달 첫날부터 시작됩니다(이 예에서는 2월 1일).

당사 플랜에서 탈퇴하더라도 다른 Cal MediConnect 플랜을 선택하지 않는 한 Medi-Cal 서비스에 대해 선택하신 Medi-Cal 관리형 케어 플랜 가입은 계속 유지됩니다. 또한 당사 플랜에서 탈퇴하실 때 Medicare 멤버십 옵션을 선택하실 수 있습니다. 당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 다음의 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 173페이지의 표에 있는 Medicare 옵션.
- 175페이지에 있는 Medi-Cal 서비스.

아래의 번호로 전화하여 멤버십 종료 방법에 관한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

- 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간) 사이에 전화해 주시기 바랍니다.
- Health Care Options에 문의하시려면 1-844-580-7272번으로 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 5:00 p.m. 사이에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번을 이용하시기 바랍니다.
- 주 건강보험 보조 프로그램(SHIP), California 주 의료보험 카운셀링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에는 1-800-434-0222번으로 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 5:00 p.m. 사이에 전화해 주십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다.
- Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 월요일~금요일, 오전 9:00 a.m.~오후 5:00 p.m. 사이에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번을 이용하시기 바랍니다.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용하시기 바랍니다.

주의 사항: 약물 관리 프로그램에 가입하신 경우 플랜 변경이 불가할 수 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 정보는 제5장을 참조하십시오.

B. Cal MediConnect 플랜 탈퇴 방법

멤버십 종료를 결정하신 경우, Medi-Cal 또는 Medicare에 Molina Dual Options에서 탈퇴하고 싶다고 말씀하시면 됩니다.

- 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 또는
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자(청각 장애 또는 언어 장애가 있는 사람)는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 1-800-MEDICARE로 전화하시면 다른 Medicare 건강 또는 의약품 플랜에도 가입하실 수 있습니다. 당사 플랜을 탈퇴했을 때 Medicare 서비스 이용에 관한 정보는 173페이지의 차트를 참조하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



C. 다른 Cal MediConnect 플랜 가입 방법

다른 단일 플랜으로 Medicare 및 Medi-Cal 혜택을 유지하고 싶으신 경우, 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입할 수 있습니다.

다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하는 방법은 다음과 같습니다.

- 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m.에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. Molina Dual Options를 탈퇴하고 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하고 싶다고 말씀하시면 됩니다. 어떤 플랜에 가입해야 할지 확인이 서지 않는다면, 담당자가 회원님의 지역 내 다른 플랜에 대해 알려드릴 것입니다.

Molina Dual Options에서 받는 혜택은 탈퇴 요청이 접수된 달 말일에 종료됩니다.

D. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하는 방법

Molina Dual Options를 탈퇴하신 후 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입을 원치 않으시면, 다시 예전처럼 Medicare와 Medi-Cal 서비스를 별도로 이용하시게 됩니다.

D1. Medicare 서비스 이용 방법

Medicare 혜택 이용 방법은 직접 선택하실 수 있습니다.

Medicare 서비스를 받는 방법에는 세 가지 옵션이 있습니다. 해당 옵션 중 하나를 선택하시면 당사 Cal MediConnect 플랜 멤버십은 자동으로 종료됩니다.

<p>1. 변경 내용:</p> <p>Medicare 건강 플랜(예: Medicare Advantage 플랜) 또는 자격 요건을 충족하고 서비스 지역 내에 거주하는 경우 PACE(종합 노인 케어 프로그램)로 변경</p>	<p>방법은 다음과 같습니다.</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(하루 24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>PACE와 관련하여 문의사항이 있는 경우 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 California 주 의료보험 카운슬링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아 보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 참조하시기 바랍니다. <p>새 플랜의 보장 적용이 시작되면 Molina Dual Options에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>
---	---

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



<p>2. 변경 내용:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜과 함께 Original Medicare로 변경</p>	<p>방법은 다음과 같습니다.</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 California 주 의료보험 카운슬링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 참조하시기 바랍니다. <p>Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 Molina Dual Options에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>
<p>3. 변경 내용:</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜 없이 Original Medicare로 변경</p> <p>주의 사항: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으시는 경우, 회원님께서 Medicare에 가입하지 않겠다는 의사를 밝히지 않는 한 Medicare가 회원님을 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>고용주 또는 노조 등 다른 곳에서 의약품 보장을 받고 계신 경우 처방약 보장만 취소하시면 됩니다. 의약품 보장이 필요한지 여부에 관해 궁금한 점이 있으시면 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 California 주 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>방법은 다음과 같습니다.</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m~오후 5:00 p.m.에 California 주 의료보험 카운슬링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 참조하시기 바랍니다. <p>Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 Molina Dual Options에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



D2. Medi-Cal 서비스 이용 방법

당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하시면 본인이 선택하는 Medi-Cal managed care 관리형 케어 플랜에 가입하시게 됩니다.

Medi-Cal 서비스에는 대부분의 LTSS(장기 서비스 및 지원)와 행동 건강 케어가 포함됩니다.

당사 Cal MediConnect 플랜 탈퇴 요청을 하시는 경우, 어느 Medi-Cal managed care 관리형 케어 플랜에 가입하고자 하시는지 Health Care Options에 알려주셔야 합니다.

- 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 5:00 p.m.에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. Molina Dual Options를 탈퇴하고 Medi-Cal 관리형 케어 플랜에 가입하고 싶다고 말씀하시면 됩니다. 어떤 플랜에 가입해야 할지 확신이 서지 않는다면, 담당자가 회원님의 지역 내 다른 플랜에 대해 알려드릴 것입니다.

당사의 Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하시면 Medi-Cal 혜택 이용에 필요한 새 회원 ID 카드, 새 **회원 핸드북**, 새 **제공자 및 약국 명부**를 받으시게 됩니다.

E. 멤버십 종료까지 플랜을 통해 의료 서비스 및 의약품 혜택을 이용하는 방법

Molina Dual Options를 탈퇴하시는 경우, 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 적용이 시작될 때까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 자세한 내용은 177페이지를 참조하십시오. 이 기간 중에는 계속 당사 플랜을 통해 의료 케어와 의약품을 받으시게 됩니다.

- 당사 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제하셔야 합니다. 보통, 처방약은 당사의 우편 주문 약국 서비스를 포함해 네트워크 소속 약국에서 조제 받는 경우에만 혜택이 적용됩니다.
- 멤버십이 종료되는 당일에 병원 입원 상태인 경우, 그러한 입원에 대해서는 퇴원일까지 당사의 **Cal MediConnect** 플랜의 혜택이 적용됩니다. 퇴원 전에 새 의료 혜택 적용이 시작되는 경우에도 마찬가지입니다.

F. Cal MediConnect 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우

다음은 Molina Dual Options가 회원님의 플랜 멤버십을 반드시 종료해야 하는 경우입니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B 혜택 적용이 중단되는 경우.
- 회원님의 Medi-Cal 자격이 상실되는 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal 자격 요건을 모두 충족하는 분을 대상으로 합니다.
- 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우.
- 당사 서비스 지역 밖으로 나가 6개월 이상 머무시는 경우.
 - 이사를 가거나 장기 여행을 떠나시는 경우, 반드시 회원 서비스에 전화해 이사/여행하시는 장소가 당사 서비스 지역 내에 해당되는지 확인하셔야 합니다.
- 범죄를 저질러 투옥되는 경우.
- 처방약에 대해 회원님께서 보유하고 있는 다른 보험에 대해 거짓말을 하거나 정보를 숨기는 경우.
- 회원님이 미국 시민이 아니거나 합법적으로 미국에 거주하고 있지 않은 경우.
 - 당사 플랜 회원이 되시려면 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주하고 있어야 합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- 이러한 근거로 회원 자격이 되지 않는 경우, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services)에서 당사에 통지합니다.
- 이 요건을 충족하지 않는 회원은 탈퇴 처리해야 합니다.

더 이상 Medi-Cal 수혜 자격을 충족하지 않거나 회원님의 상황이 바뀌어서 더 이상 Cal MediConnect 자격을 충족하지 않게 되는 경우에도 추가 두 달간 Molina Dual Options에서 제공하는 서비스를 계속 받으실 수 있습니다. 해당 추가 기간에 회원님께서 본인의 적격성에 이상이 없다고 생각하는 경우 본인의 자격 정보를 수정할 수 있습니다. 당사에서 자격 정보 수정 지침과 함께 회원님의 적격성 변경사항에 관한 서신을 보내드릴 것입니다.

- Molina Dual Options 회원 자격을 유지하시려면 두 달 주기의 마지막 날까지 다시 자격을 충족해야 합니다.
- 두 달 주기의 마지막 날까지 자격을 충족하지 못하신 경우 Molina Dual Options에서 탈퇴 처리됩니다.

당사는 Medicare 및 Medi-Cal에서 먼저 승인을 받은 경우에 한해, 다음과 같은 이유로 회원님의 당사 플랜 멤버십을 철회할 수 있습니다.

- 회원님께서 당사 플랜에 가입 당시 당사에 의도적으로 틀린 정보를 제공했고 그러한 정보가 당사 플랜에 대한 적격성에 영향을 미치는 경우.
- 회원님께서 계속해서 업무에 지장을 초래하는 방식으로 행동함으로써 본인 및 당사 플랜의 다른 회원님께 의료 케어를 제공하는 것을 어렵게 만드는 경우.
- 회원님께서 다른 사람에게 본인의 회원 ID 카드를 주고 의료 케어를 받을 수 있도록 하는 경우.
 - 이러한 이유로 당사가 멤버십을 종료하는 경우, Medicare는 감찰관(Inspector General)에게 해당 회원에 대한 조사에 착수하도록 할 수 있습니다.

G. 기타 건강 관련 이유로 Cal MediConnect 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정

회원님의 건강 관련 이유 때문에 당사가 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되는 경우, Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하셔야 합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락하시기 바랍니다. 하루 24시간, 연중무휴로 이용하실 수 있습니다.

월요일~금요일, 오전 9시~오후 5시에 **Cal MediConnect Ombuds** 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번으로 전화하십시오.

H. 당사가 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리

당사가 당사의 Cal MediConnect 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 제9장을 참조하실 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



I. 플랜 멤버십 종료와 관련해 더 자세한 정보를 얻는 방법

당사가 멤버십을 종료할 수 있는 시기에 대해 궁금한 점이 있거나 자세한 정보가 필요하시면

- (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.
- 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 5:00 p.m.에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.
- 월요일~금요일, 오전 8:00 a.m.~오후 5:00 p.m.에 California 주 의료보험 카운슬링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy, HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/을 참조하시기 바랍니다.
- 월요일~금요일, 오전 9:00 a.m.~오후 5:00 p.m.에 Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-855-847-7914번으로 전화하십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제11장: 법적 고지

소개

본 장에는 Molina Dual Options의 멤버십에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 *회원 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 법규에 관한 고지	179
B. 비차별에 관한 고지	179
C. 제2차 비용 지급자 및 Medicare와 최후 수단 비용 지급자로서 Medi-Cal에 관한 고지	179



A. 법규에 관한 고지

본 **회원 핸드북**에는 여러 가지 법규가 적용됩니다. 이러한 법규는 본 핸드북에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 회원님의 권리 및 의무에 영향을 미칠 수 있습니다. 본 핸드북에 적용되는 주요 법규는 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방법입니다. 그 외 다른 연방법 및 주 법도 적용될 수 있습니다.

B. 비차별에 관한 고지

Medicare 및 Medi-Cal과 협력하는 모든 회사 또는 기구는 차별 또는 부당한 대우로부터 회원님을 보호하는 법을 준수해야 합니다. 회원님께서서는 연령, 청구 경험, 피부색, 민족, 보험에 가입할 수 있는 증거, 성별, 유전자 정보, 서비스 영역 내 지리적 위치, 건강 상태, 의료 이력, 정신적 또는 신체적 장애, 출신 국가, 인종, 종교, 성에 따라 차별을 받거나 다르게 대우를 받아서는 안 됩니다. 또한, 당사는 회원님의 조상, 결혼 여부 또는 성적 취향으로 인해 회원님을 차별하거나 달리 대우하지 않습니다.

차별 또는 부당한 대우에 대한 자세한 내용을 원하시거나 우려 사항이 있는 경우

- 미국 보건복지부, 공민권 사무국(1-800-368-1019)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번으로 전화하십시오. 자세한 내용은 www.hhs.gov/ocr을 참조할 수도 있습니다.
- 해당 현지 공민권 사무국으로 전화하셔도 됩니다. 공민권 사무국에 대한 정보와 현지 공민권 사무국을 찾아보시려면 해당 웹사이트 www.hhs.gov/ocr/을 참조하시기 바랍니다

장애가 있고 의료 케어 서비스 또는 제공자에 액세스하는 데 도움이 필요하신 경우 회원 서비스에 문의하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 회원 서비스에서 도움을 드리도록 하겠습니다.

C. 제2차 비용 지급자 및 Medicare와 최후 수단 비용 지급자로서 Medi-Cal에 관한 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 지급합니다.

당사에는 Medicare가 1차 비용 지급자가 아닌 혜택 대상 Medicare 서비스에 대한 비용을 징수할 권리와 책임이 있습니다.

Cal MediConnect 프로그램은 회원 대상 의료 케어 서비스에 대한 제3자의 법적 보상 책임과 관련한 주 및 연방 법규를 준수합니다. 당사는 Medi-Cal 프로그램이 최후의 수단 지급자가 되도록 하는 데 필요한 모든 합당한 조치를 취할 것입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



제12장: 중요한 표현의 정의

소개

본 장에는 회원 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, 회원 서비스에 문의하십시오.

일상 생활 활동(Activities of Daily Living, ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 양치질 등 사람들이 보통 일상적으로 하는 활동을 의미합니다.

미결 상태 지급 보조금(Aid paid pending): 회원님은 1단계 이의 제기 또는 주 정부 심리 결정을 기다리는 동안 계속해서 혜택 적용을 받을 수 있습니다(자세한 내용은 제9장 참조). 이처럼 계속 혜택이 적용되는 것을 “미결 상태 지급 보조금”이라고 합니다.

외래 수술 센터(Ambulatory surgical center): 병원 케어가 필요하지 않고, 24시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설을 말합니다.

이의 제기(Appeal): 당사가 실수했다고 생각되는 경우 당사 조치에 대해 항의하는 방법을 말합니다. 회원님은 이의 제기 신청을 통해 당사에 혜택 적용 결정 변경을 요청할 수 있습니다. 이의 제기 방법 등, 이의 제기에 관한 내용은 제9장을 참조하십시오.

행동 건강(Behavioral Health): 정신 건강 및 물질 사용 장애를 모두 포함해 일컫는 말입니다.

브랜드 의약품 원 개발자인 회사가 제조해 판매하는 처방약을 말합니다. 브랜드 의약품은 그 의약품의 무상표 버전과 성분이 동일합니다. 무상표 의약품은 일반적으로 다른 제약회사가 제조해 판매합니다.

Cal MediConnect: 하나의 건강 플랜에 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 한데 합쳐 제공하는 프로그램을 말합니다. 회원 ID 카드 한 장으로 모든 혜택을 이용하실 수 있습니다.

케어 플랜(Care plan): “개별 케어 플랜(ICP)” 참조.

케어 플랜 선택 서비스(Care Plan Optional Services: CPO 서비스): 회원님의 개별 케어 플랜(ICP)에 따라 선택 사항으로 제공되는 추가 서비스를 말합니다. CPO 서비스는 Medi-Cal에 따라 회원님께서 이용 허가받은 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 대체하는 서비스가 아닙니다.

케어 팀(Care team): “종합 케어 팀(ICT)” 참조.

케이스 관리자: 회원님, 건강 플랜, 회원님의 케어 제공자와 협력해 회원님께서 필요한 케어를 받을 수 있도록 하는 일을 맡고 있는 주요 책임자를 말합니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicare를 관장하는 연방 기관입니다. CMS 연락 방법은 제2장을 참조하십시오.

지역사회 기반 성인 서비스(CBAS) 해당 적격성 기준을 충족하는 가입자에게 전문 간호 케어, 사회복지 서비스, 작업 및 언어 치료 요법, 개인 케어, 가족/간병인 교육 및 지원, 영양 서비스, 교통편 및 기타 서비스를 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램입니다.

불만 사항(Complaint): 회원님께서 이용하는 혜택 대상 서비스나 케어에 대해 문제나 우려 사항이 있다는 내용으로 된 서면 또는 구두 진술서를 말합니다. 여기에는 서비스 품질, 케어 품질, 당사 네트워크

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



크 소속 제공자 또는 약국에 관한 일체의 우려 사항이 포함됩니다. “불만 제기”에 해당하는 공식 명칭은 “고충 제기”입니다.

종합 외래 환자 재활시설(Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): 주로 질병, 사고 또는 대수술 후 재활 서비스를 제공하는 시설을 말합니다. 물리치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업치료, 언어치료, 가정 환경 평가 서비스 등, 다양한 서비스를 제공합니다.

혜택 적용 결정: 당사가 어떤 것을 혜택 적용 대상으로 할지에 대한 결정입니다. 여기에는 혜택 대상 의약품 및 서비스에 대한 결정 또는 회원님의 의료 서비스에 대해 당사가 지급하는 금액에 관한 결정이 포함됩니다. 제9장에 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

혜택 대상 의약품(Covered drugs): 해당 용어는 당사 플랜의 혜택 대상인 처방약 및 일반의약(OTC) 품목 전체를 가리키기 위한 용어입니다.

혜택 대상 서비스(Covered services): 당사 플랜의 혜택이 적용되는 전체 의료 케어, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 처방약 및 비처방약, 장비 및 기타 서비스를 모두 가리키는 용어입니다.

문화적 역량 교육: 회원님의 사회적, 문화적, 언어적 요구를 충족하는 서비스를 적용하기 위해 회원님의 배경, 가치 및 신념을 더욱 잘 이해할 수 있는 추가 지침을 의료 케어 제공자에게 제공하는 교육.

의료케어서비스부(Department of Health Care Services, DHCS): California 주(본 핸드북에서 보통 “주(정부)”라고 일컬음)에서 Medicaid 프로그램(California 주에서는 “Medi-Cal”이라고 부름)을 관장하는 부서입니다.

관리형 의료케어부(Department of Managed Health Care, DMHC): California 주 당국의 건강 플랜 규제 담당 기관입니다. DMHC는 Cal MediConnect 가입자의 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기 신청 및 불만 제기를 도와 드립니다. DMHC는 독립 의료 심사(IMR)를 실시하는 기관이기도 합니다.

탈퇴(Disenrollment): 당사 플랜 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

의약품 단계: 당사 의약품 목록에는 의약품 그룹이 있습니다. 무상표 의약품, 브랜드 의약품 또는 일반 의약(OTC) 품목이 의약품 단계에 해당합니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 세(3) 가지 단계 중 하나에 속합니다.

내구성 있는 의료 장비(Durable medical equipment, DME): 회원님께서 집에서 사용할 수 있도록 담당 의사가 주문해 주는 특정 용품입니다. 이러한 품목의 예로는 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 제공자가 가정용으로 주문한 병원 침대, IV 주입 펌프, 발성 장치, 산소 장비 및 공급 장치, 분무기, 보행기가 있습니다.

응급 상황(Emergency): 의료적 응급 상황이란 회원님 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 부위 기능의 상실 등을 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 의료적 증상은 심각한 부상이나 심한 통증이 될 수 있습니다.

응급 케어(Emergency care): 응급 서비스를 제공하도록 훈련 받은 제공자가 제공하며 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 혜택 대상 서비스를 말합니다.

예외(Exception): 보통은 혜택 대상이 아닌 의약품에 대해 혜택을 적용하도록 하거나 특정 규정이나 한도 없이 사용하도록 하는 승인하는 것을 말합니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



추가 지원(Extra Help): 제한된 소득 및 재원을 가진 회원이 보험료, 공제액, 자기부담금과 같은 Medicare 파트 D 처방약 비용을 절감할 수 있도록 지원하는 Medicare 프로그램입니다. 추가 지원(Extra Help)은 “저소득 보조금” 또는 “LIS”라고도 합니다.

무상표 의약품(Generic drug): 브랜드 의약품 대신 사용해도 좋다고 연방 정부가 승인한 처방약을 말합니다. 무상표 의약품은 브랜드 의약품과 그 성분이 동일합니다. 대개 브랜드 의약품보다 저렴하면서 효과는 동일합니다.

고충(Grievance): 당사 또는 당사 네트워크 소속 제공자 또는 약국에 대해 회원님께서 제기하는 불만 사항입니다. 여기에는 건강 플랜에서 제공하는 케어 품질 또는 서비스 품질에 대한 불만 사항이 포함됩니다.

의료보험 카운셀링 및 권익 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Medicare에 관한 객관적 정보와 카운셀링을 무료로 제공하는 프로그램입니다. HICAP 연락 방법은 제2장을 참조하십시오.

건강 플랜(Health plan): 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 제공자 및 기타 제공자로 이루어진 단체입니다. 또한 이용하고 계신 모든 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케이스 관리자도 보유하고 있습니다. 이들은 서로 협력하여 회원에게 필요한 케어를 제공합니다.

건강 위험 평가(Health risk assessment): 환자의 의료 이력 및 현재 상태에 대한 검토입니다. 환자의 현재 건강 상태와 앞으로 어떻게 바뀔지를 파악하는 데 이용됩니다.

가정 건강 도우미(Home health aide): 개인 케어(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동 실시하기)를 돕는 일과 같이, 면허가 있는 정식 간호사 또는 치료사의 전문 스킬이 필요 없는 서비스를 제공하는 사람을 말합니다. 가정 건강 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 실시하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후 환자의 편안한 생활을 위한 도움을 주는 케어와 지원 프로그램입니다. 말기 예후 환자는 불치병을 앓고 있으며 6개월 이상 살 가망이 없을 것으로 예상되는 환자를 의미합니다.

- 말기 예후 회원님은 호스피스를 선택할 권리가 있습니다.
- 특별 훈련을 받은 전문가와 간병인이 한 팀을 이루어 신체적, 감정적, 사회적, 신앙적 필요를 포함한 총체적인 환자 케어를 제공합니다.
- Molina Dual Options는 회원님의 거주 지역내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한 청구: 제공자(의사나 병원 등)가 서비스에 대한 플랜의 비용 부담분 금액보다 많은 금액을 회원님에게 청구하는 상황입니다. 서비스 또는 처방을 받을 때 Molina Dual Options 회원 ID 카드를 보여 주십시오. 이해할 수 없는 청구서를 받으시는 경우 회원 서비스에 전화하십시오.

Molina Dual Options가 회원 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 회원님은 비용을 부담하지 않습니다. 제공자는 이러한 서비스에 대해 회원님께 비용을 청구해서는 안 됩니다.

독립 의료 심사(Independent Medical Review, IMR): 당사가 의료 서비스나 치료에 대한 회원님의 요청을 거부하는 경우, 회원님은 당사에 이의 제기를 신청할 수 있습니다. 회원님께서 당사의 결정에 동의하지 않고 회원님의 상황이 DME 용품 및 의약품을 포함한 Medi-Cal 서비스 관련 사안인 경우 회원님은 California 주 DMHC(관리형 의료케어부)에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜에 참여하고 있지 않은 의사들이 사안을 심사하는 것입니다. IMR 결정이 회원님께 유리하게 내려지는 경우, 당사는 반드시 회원님이 요청한 서비스 또는 치료를 회원님께 제공해야 합니다. 회원님은 IMR 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



독립 의사 협회(Independent Physician Association, IPA): IPA는 Molina Dual Options 회원을 진료하도록 Molina Dual Options와 계약된 회사로 의사, 전문가 및 기타 의료 서비스 제공자의 모어 있습니다. 담당 의사와 IPA가 회원님의 모든 의료적 필요를 담당합니다. 여기에는 필요한 경우, 전문의 진료를 받을 수 있도록 승인을 받거나 실험실 테스트, X선 촬영, 입원 및 외래 환자 병원 서비스가 포함됩니다.

개별 케어 플랜(ICP 또는 케어 플랜): 케어 플랜에는 회원님의 주요 건강 관련 우려 사항, 목표, 요구 및 회원님이 필요로 하실 수 있는 서비스가 포함됩니다. 플랜에는 의료 서비스, 행동 건강 서비스, 장기 서비스 및 지원(LTSS) 등이 포함될 수 있습니다.

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 회원님의 주치의, 케이스 관리자, 다른 전문의, 간병인 또는 회원님이 필요로 하는 케어를 받을 수 있도록 도와주는 기타 의료 전문가들이 포함될 수 있습니다. 또한 담당 케어 팀은 회원님의 케어 플랜 수립 또는 업데이트를 돕습니다.

혜택 대상 의약품 목록(의약품 목록): 플랜의 혜택 대상인 처방 및 일반의약(OTC) 품목 목록입니다. 플랜은 의사와 약사의 도움을 받아 이 목록에 포함될 의약품을 선정합니다. 의약품 목록에 보면 약을 받기 위해 따라야 하는 규정이 있는지 알 수 있습니다. 의약품 목록은 “처방집”이라고도 부릅니다.

장기 서비스 및 지원(Long-term services and supports, LTSS): LTSS는 장기적으로 의료적 상태 개선에 도움이 되는 서비스를 말합니다. 이러한 서비스 대부분은 회원님께서 요양 시설이나 병원에 가지 않아도 되도록 집에서 지내는 데 도움을 주는 서비스입니다. LTSS에는 지역사회 기반 성인 서비스(CBAS)와 요양 시설(NF)이 있습니다.

저소득 보조금(Low-income subsidy, LIS): “추가 지원(Extra Help)” 참조.

Medi-Cal: California 주의 Medicaid 프로그램 이름입니다. Medi-Cal은 주 당국에서 운영하며, 그 비용을 주 정부와 연방 정부가 부담합니다.

- 장기 서비스 및 지원과 의료 비용을 부담하기에는 보유하고 있는 소득 및 재원이 제한적인 분을 돕기 위한 프로그램입니다.
- 이는 Medicare 혜택 대상이 아닌 추가 서비스와 일부 의약품을 대상으로 합니다.
- Medicaid 프로그램은 주마다 상이하지만, Medicare 및 Medicaid에 대한 자격을 모두 갖춘 경우 대부분의 건강 케어 비용에 대한 혜택이 적용됩니다.
- Medi-Cal 연락 방법은 제2장을 참조하십시오.

Medi-Cal 플랜: LTSS, 의료 장비 및 교통비 등 Medi-Cal 혜택만 적용하는 플랜을 말합니다. Medicare 혜택은 별도입니다.

의학적으로 필요(Medically necessary): 회원님의 의료적 상태를 예방, 진단 또는 치료하거나 현재의 건강 상태를 유지하는 데 필요한 서비스, 공급품 또는 의약품을 의미합니다. 여기에는 회원님이 병원이나 요양원에 입원하지 않도록 하는 데 필요한 케어도 포함됩니다. 또한 일반적으로 인정되는 의료 행위의 기준을 충족하거나 현재 Medicare 또는 Medi-Cal 혜택 적용 규정에 따라 필요한 서비스, 공급품 또는 의약품을 의미합니다.

Medicare: 65세 이상 개인, 특정 장애가 있는 65세 미만 일부 개인 그리고 말기 신장 질환(보통 투석 또는 신장 이식을 요하는 영구 신부전) 환자를 대상으로 하는 연방 의료 보험 프로그램입니다. Medicare

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



대상자는 Original Medicare 또는 관리형 케어 플랜을 통해 Medicare 의료 혜택 적용을 받을 수 있습니다(“건강 플랜” 참조).

Medicare Advantage 플랜: 민간 회사를 통해 플랜을 제공하며 'Medicare 파트 C' 또는 'MA Plans'로도 알려진 Medicare 프로그램입니다. Medicare는 이러한 회사에 회원의 Medicare 혜택 적용을 위한 비용을 지급합니다.

Medicare 혜택 적용 서비스: Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택 대상 서비스입니다. 당사 플랜을 포함해 모든 Medicare 의료 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택 대상 서비스를 모두 혜택 대상으로 해야 합니다.

Medicare-Medi-Cal 가입자(이중 자격 충족): Medicare와 Medi-Cal 혜택 적용 요건을 충족하는 개인입니다. Medicare-Medi-Cal 가입자는 “이중 자격 충족 개인”이라고도 합니다.

Medicare 파트 A: 대부분의 의료적으로 필요한 병원, 전문 요양 시설, 가정 건강 및 호스피스 케어 혜택을 제공하는 Medicare 프로그램입니다.

Medicare 파트 B: 질병 또는 질환을 치료하는 데 의료적으로 필요한 서비스(검사실 검사, 수술, 의사 진찰 등)와 용품(휠체어, 보행기 등) 혜택을 제공하는 Medicare 프로그램입니다. Medicare 파트 B 혜택은 여러 가지 예방 및 선별 검사 서비스에도 적용됩니다.

Medicare 파트 C: 민간 의료 보험사가 Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공할 수 있는 Medicare 프로그램을 말합니다.

Medicare 파트 D: Medicare 처방약 혜택 프로그램입니다(이 프로그램을 줄여서 “파트 D”라고 부릅니다). 파트 D 혜택은 외래 환자 처방약, 백신 그리고 Medicare 파트 A 또는 파트 B 또는 Medi-Cal 혜택 대상이 아닌 일부 용품에 적용됩니다. Molina Dual Options에는 Medicare 파트 D가 포함됩니다.

Medicare 파트 D 의약품: Medicare 파트 D 혜택 대상인 의약품. 의회는 특정 카테고리 의약품을 파트 D 의약품으로 혜택 대상에서 제외시켰습니다. 이들 중 일부는 Medi-Cal 혜택 대상이 될 수 있습니다.

회원(당사 플랜 회원 또는 플랜 회원): Medicare와 Medi-Cal 가입자로 혜택 대상 서비스 이용 자격을 충족하고, 당사 플랜에 가입되어 있으며, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)와 주 당국이 그 가입을 확인한 개인을 말합니다.

회원 핸드북과 공개 정보: 이 문서에는 회원 가입 양식 및 일체의 기타 첨부 문서 또는 추가 조항이 포함되어 있으며 회원님께 적용되는 혜택, 당사의 의무, 회원의 권리 그리고 당사 플랜의 회원으로서 회원의 의무 등이 설명되어 있습니다.

회원 서비스(Member Services): 회원 멤버십, 혜택, 고충 사항, 이의 제기 등과 관련한 회원의 질문에 응답해 드리는 업무를 맡고 있는 당사 플랜 소속 부서입니다. 회원 서비스 연락 방법은 제2장을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국(Network pharmacy): 당사 플랜 회원님께 처방약을 제공하는데 동의한 약국(드럭 스토어)을 의미합니다. 이러한 약국은 당사 플랜과 협력 관계를 맺었기 때문에 “네트워크 소속 약국”이라고 부릅니다. 대부분의 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서 조제된 경우에 한해 처방약 비용을 지급합니다.

네트워크 소속 제공자(Network provider): “제공자”란 회원님께 서비스와 케어를 제공해 주는 의사, 간호사 및 그 외 사람들을 총칭하는 말입니다. “제공자”라는 말에는 회원님께 의료 케어 서비스, 의료 장비 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 제공하는 병원, 가정 의료 기관, 클리닉 및 기타 장소가 포함됩니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- Medicare와 주 당국으로부터 의료 케어 서비스 제공에 필요한 면허 또는 인증을 받은 곳을 말합니다.
- 당사 의료 플랜과 공조하고 당사의 비용 지급을 수락하며 당사 회원님께 추가 금액을 징수하지 않는다는 데 동의하는 경우 그 제공자를 “네트워크 소속 제공자”라고 부릅니다.
- 저희 플랜 회원으로 계시는 동안은 반드시 네트워크 소속 제공자를 통해 혜택 대상 서비스를 받으셔야 합니다. 네트워크 소속 제공자는 “플랜 소속 제공자”라고도 부릅니다.

요양원 또는 요양 시설(Nursing home or facility): 본인의 집에서 케어를 받을 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 분을 위해 케어를 제공하는 장소를 말합니다.

옴부즈맨(Ombudsman): 회원님의 대변인 역할을 수행하며 회원님이 거주하시는 주에 위치한 사무실입니다. 문제나 불만이 있는 경우 질문에 대한 답변을 제공하며, 취해야 할 조치를 이해할 수 있도록 지원해 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료입니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 대한 자세한 정보는 본 핸드북의 제2장 및 제9장에서 확인할 수 있습니다.

기관 판정(Organization determination): 본 플랜 또는 소속 제공자 중 한 곳에서 서비스가 혜택 대상인지 여부 또는 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께서 얼마나 지급해야 하는지에 대해 결정을 내리는 경우 이를 기관 판정이라고 부릅니다. 본 핸드북에서는 기관 판정을 “혜택 적용 결정”이라고 부릅니다. 제9장에 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): Original Medicare는 정부가 제공합니다. Original Medicare에서는 의사, 병원 및 기타 의료 케어 제공자에 미 의회가 정한 금액을 지급함으로써 Medicare 서비스에 혜택이 적용됩니다.

- 의사, 병원 또는 기타 의료 케어 제공자가 Medicare를 수락하는지 확인해 보실 수 있습니다. Original Medicare에는 파트 A(병원 보험)와 파트 B(의료 보험)의 2개 파트가 있습니다.
- Original Medicare는 미국 어디서나 이용 가능합니다.
- 당사 플랜에 등록하기 원하지 않으시는 경우 Original Medicare를 선택하실 수 있습니다.

네트워크 비소속 약국(Out-of-network pharmacy): 당사 플랜과 공조해 당사 플랜 회원님께 혜택 대상 의약품 조달 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 비소속 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜 혜택 대상이 아닙니다.

네트워크 비소속 제공자 또는 네트워크 비소속 시설: 당사 플랜이 고용, 소유 또는 운영하지 않으며, 당사 플랜 회원님께 혜택 대상 서비스를 제공하는 계약을 체결하지 않은 제공자 또는 시설을 말합니다. 네트워크 비소속 제공자 또는 시설에 관한 설명은 제3장을 참조하십시오.

일반의약(Over-the-counter, OTC) 품목: 일반의약품은 회원님이 의료 케어 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 의약품을 말합니다.

파트 A: “Medicare 파트 A” 참조.

파트 B: “Medicare 파트 B” 참조.

파트 C: “Medicare 파트 C” 참조.

파트 D: “Medicare 파트 D” 참조.

파트 D 의약품: “Medicare 파트 D 의약품” 참조.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



개인 건강 정보(보호받는 건강 정보라고도 함)(PHI): 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 방문 및 의료 이력과 같은 회원님 및 회원님의 건강에 관한 정보. Molina Dual Options가 회원님의 PHI를 보호, 이용 및 공개하는 방법과 회원님의 PHI 관련 권리에 대한 자세한 정보는 Molina Dual Options의 개인정보 보호 관행 통지서를 참조하십시오.

주치의(Primary care provider, PCP): PCP는 대부분의 건강 문제와 관련해 회원님께서 가장 먼저 진찰을 받는 의사 또는 다른 제공자입니다. PCP는 회원님이 건강 유지에 필요한 케어를 받을 수 있도록 합니다.

- 또한 회원님의 케어에 관해 다른 의사 및 의료 케어 제공자와 상의하고 그쪽으로 케어를 의뢰하기도 합니다.
- 여러 Medicare 의료 플랜의 경우, 회원님은 다른 의료 케어 제공자의 진찰을 받기 전에 반드시 PCP의 진찰을 받아야 합니다.
- PCP로부터 케어를 받는 것과 관련한 내용은 제3장을 참조하십시오.

사전 승인(Prior authorization): Molina Dual Options로부터 특정 서비스나 약물에 대한 승인이나 허가를 받거나 네트워크 비소속 제공자를 이용하려면 회원님의 PCP가 서비스 요청서를 제출해야 합니다. 회원님께서 승인을 얻지 못하는 경우, Molina Dual Options는 서비스나 약물에 대해 혜택을 제공할 수 없습니다.

네트워크 소속 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 제공자가 당사 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 혜택 대상 서비스는 제4장의 혜택 차트에 표시되어 있습니다.

일부 의약품의 경우 당사의 사전 승인을 통해서만 혜택이 적용됩니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 의약품은 혜택 대상 의약품 목록에 따로 표시되어 있습니다.

종합 노인 케어 프로그램(Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 플랜: 자택에서 지내려면 더 높은 수준의 케어가 필요한 55세 이상 개인을 위해 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 종합적으로 제공하는 프로그램입니다.

보철 및 보장구: 담당 의사 또는 기타 의료 케어 제공자가 주문한 의료 장비를 말합니다. 혜택이 적용되는 항목으로는 팔, 등, 목 보조기; 의족, 의수; 인공 안구; 및 조루술 보조기와 장 및 비경구 영양 치료를 포함한 체내 기관 및 기능을 대체할 장비 등이 있으며 이에 국한되지 않습니다.

품질 개선 기구(Quality improvement program, QIO): Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사와 그 외 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. 연방 정부로부터 보수를 지급 받고 환자에게 제공되는 케어의 품질을 확인 및 개선하는 일을 합니다. 해당 주 QIO에 연락 방법은 제2장을 참조하십시오.

수량 제한(Quantity limits): 회원님께서 받을 수 있는 의약품 양에 적용되는 한도를 말합니다. 제한 대상은 처방약 1회 조제당 혜택 대상 의약품의 양이 될 수 있습니다.

의뢰: 의뢰는 회원님의 주치의(PCP)가 아닌 사람을 이용하기 전에 승인을 받기 위해 회원님의 PCP가 의뢰서로 알려진 서비스 승인 요청 양식(Service Authorization Request Form)을 Molina Dual Options에 제출하는 것을 말합니다. 승인을 받지 못한 경우, Molina Dual Options는 해당 서비스에 대해 보장을 제공할 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료의뢰가 필요하지 않습니다. 의뢰에 관한 자세한 정보는 제3장에서, 의뢰서가 필요한 서비스에 관한 자세한 정보는 제4장에서 각각 확인할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855) 665-4627(TTY: 711), 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



재활 서비스: 질병, 사고 또는 대수술 후 회복을 돕기 위해 제공되는 치료를 말합니다. 재활 서비스에 대한 자세한 내용은 제4장을 참조하십시오.

서비스 지역(Service area): 건강 플랜이 거주 지역에 따라 멤버십을 제한하는 경우 회원님을 받는 지리적 지역을 의미합니다. 회원님이 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 일반적으로 회원님이 정기(비용급) 서비스를 이용할 수 있는 지역을 의미하기도 합니다. 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 Molina Dual Options 혜택을 받을 수 있습니다.

비용 부담분(Share of cost): 회원님의 의료 케어 비용 중 Cal MediConnect 혜택이 적용되기 전까지 매달 회원님께서 부담해야 하는 부분을 말합니다. 비용 중 본인 부담 금액은 회원님의 소득 및 자원 수준에 따라 달라집니다.

전문 요양 시설(Skilled nursing facility, SNF): 전문 요양/간호 케어를 제공하는 데 필요한 직원 및 장비를 갖추고 있는 요양 시설로, 대부분의 경우 전문 재활 서비스 및 기타 관련 의료 서비스를 제공합니다.

전문 요양 시설(SNF) 케어: 전문 요양 시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 요양/간호 케어 및 재활 서비스를 말합니다. 전문 요양 시설 케어의 예로는 정식 간호사(RN) 또는 의사가 제공할 수 있는 물리치료 또는 정맥내(IV) 주사가 있습니다.

전문의(Specialist): 특정 질병 또는 신체 특정 부분에 대해 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다.

주 정부 심리(State Hearing): 담당 의사 또는 다른 제공자가 당사가 승인하지 않는 Medi-Cal 서비스를 요청하거나, 당사가 회원님이 이미 가지고 있는 Medi-Cal 서비스에 대해 비용을 계속 지급하지 않을 예정인 경우, 회원님은 주 정부 심리를 신청할 수 있습니다. 주 정부 심리 결정이 회원에게 유리하게 내려지는 경우, 당사는 반드시 회원님이 요청한 서비스를 그 회원님께 제공해야 합니다.

단계적 치료법(Step therapy): 회원님이 요청하는 의약품에 혜택 적용을 결정하기 전에 회원님이 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 혜택 적용 규정입니다.

보조 보장 소득(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장부(Social Security)가 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 자원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지급 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장(Social Security) 혜택과는 다릅니다.

긴급 케어(Urgent care): 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 갑작스러운 질병, 부상 또는 상태에 직면했을 때 받는 케어입니다. 이용 가능한 네트워크 소속 제공자가 없거나 회원님께서 그 쪽으로 갈 수 없는 경우 네트워크 비소속 제공자로부터 긴급하게 필요한 케어를 이용할 수 있습니다.



Molina Dual Options 회원 서비스

연락 방법	연락처 정보
전화	<p>(855) 665-4627. 통화료는 무료입니다.</p> <p>월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)</p> <p>휴일, 정상 업무 시간 이외 시간, 토요일 및 일요일에는 셀프서비스 및 음성 메일 옵션 등과 같은 보조 기술을 이용하실 수 있습니다.</p> <p>또한 회원 서비스에서는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.</p>
TTY	<p>711</p> <p>통화료는 무료입니다.</p> <p>월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)</p>
팩스	<p>의료 서비스:</p> <p>파트 D(의약품) 서비스:</p> <p>팩스: (866) 290-1309</p>
우편	<p>의료 서비스:</p> <p>200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>파트 D(의약품) 서비스:</p> <p>7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
웹사이트	<p>www.MolinaHealthcare.com/Duals</p>