



Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

Medicare-Medicaid Plan

2021 | 변경 사항 연간 통지서

California H8677-002

서비스 제공: Los Angeles 카운티

Molina Healthcare에서 제공하는 Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan

2021년도 변경 사항 연간 통지서

소개

귀하는 현재 Molina Dual Options 회원으로 가입되어 있습니다. 다음 연도에는 플랜 혜택, 보장 및 규정 에 대해 몇 가지 변경 사항이 적용됩니다. 본 **변경 사항 연간 통지서**에서는 변경 사항 및 이에 대한 자세한 정보를 찾는 방법에 대해 안내해 드립니다. 주요 용어 및 정의는 **회원 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



차례

A. 고지 사항	3
B. 내년의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 확인하기	3
B1. 추가 자원	3
B2. Molina Dual Options 소개	4
B3. 해야 할 일:	5
C. 네트워크 제공자 및 약국 변경 사항	6
D. 내년도 혜택 변경 사항	6
D1. 의료 서비스에 대한 혜택 변경 사항	6
D2. 처방 의약품 보장 변경 사항	6
E. 플랜 선택 방법	8
E1. 플랜 유지 방법	8
E2. 플랜 변경 방법	8
F. 문의하기	10
F1. Molina Dual Options에 문의하기	10
F2. 주 등록 종개인에게 문의하기	11
F3. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하기	11
F4. 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램에 문의하기	11
F5. Medicare에 문의하기	11
F6. 캘리포니아주 DMHC(관리형의료케어부)에 문의하기	12

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



A. 고지 사항

- 한도, 자기부담금 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보가 필요하시면 Molina Dual Options 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.(현지 시간)에 전화하시거나 Molina Dual Options 회원 핸드북을 참조하십시오. 이는 일부 서비스에 대해서는 본인 비용 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.

B. 내년의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 확인하기

귀하의 현재 보장 내용을 검토하여 다음 해에도 귀하의 요구사항을 충족하는지 확인하는 것이 중요합니다. 귀하의 요구사항을 충족하지 않는 경우, 해당 플랜을 종료하실 수 있습니다. 자세한 사항은 섹션 E2를 참조하십시오.

Molina Dual Options 종료를 결정하시는 경우, 귀하의 멤버십은 종료를 요청한 해당 월 마지막 날에 종료됩니다.

당사 플랜을 나가시더라도 자격이 되시는 한 Medicare와 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다.

- 귀하는 Medicare 혜택을 받는 방법을 선택하실 수 있습니다. 8페이지에서 선택 사항을 확인하십시오.
- 귀하가 선택한 Medi-Cal managed care 관리형 케어 플랜을 통해 Medi-Cal 혜택을 받으실 수 있습니다. 자세한 내용은 10페이지를 참조하십시오.

B1. 추가 자원

- ATTENTION: If you speak English, 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).
- 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).

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



- Molina Dual Options의 보장 항목은 “최소 필수 보장 항목”이라 불리는 건강 보험 보장 항목을 충족합니다. 환자 보호 및 의료비용 합리화법(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)의 개인 공유 책임 요구사항을 충족합니다. 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트(www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families)를 방문하여 개인 공유 책임 요구사항에 관한 자세한 정보를 확인하십시오.
- Molina Dual Options는 Molina Healthcare에서 제공합니다. 본 *변경 사항 연간 통지서*에서 “당사”, “저희” 또는 “당사의”라고 언급하는 경우 이는 Molina Healthcare를 뜻합니다. “플랜” 또는 “당사 플랜”이 언급되는 경우 이는 “Molina Dual Options”를 의미합니다.

B3. 해야 할 일:

- 귀하에게 영향을 주는 혜택 변경 사항이 있는지 살펴보십시오.
 - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
 - 혜택 변경 사항을 검토하여 다음 해 귀하의 요구 사항을 충족하는지를 확인하는 것이 중요합니다.
 - 당사 플랜에 대한 혜택 변경 사항과 관련한 정보는 섹션 D를 참조하십시오.
- 귀하에게 영향을 주는 처방 의약품 보장 관련 변경 사항이 있는지 살펴보십시오.
 - 귀하가 복용하는 의약품은 보장됩니까? 각 의약품이 다른 단계에 해당합니까? 현재 사용 중인 약국을 계속 이용하실 수 있습니까?
 - 변경 사항을 검토하여 당사 의약품 보장 내용이 내년에 귀하에게 도움이 되는지 확인하는 것이 중요합니다.
 - 당사 의약품 보장에 대한 변경 사항과 관련한 정보는 섹션 D2를 참조하십시오.
- 귀하가 이용하는 제공자 및 약국이 내년에도 당사 네트워크에 속해 있을 것인지 확인하십시오.
 - 정기적인 진료를 받는 전문의를 포함하여 담당 의사가 당사 네트워크 소속입니까? 약국의 경우는 어떠합니까? 귀하가 이용하는 병원 또는 기타 제공자의 경우는 어떠합니까?
 - 당사 *의료 제공자 및 약국 명부*와 관련한 자세한 내용은 섹션 C를 참조하십시오.
- 해당 플랜에 대한 총비용을 고려해 보십시오.
 - 다른 보장 옵션과 비교했을 때 총비용은 어떻습니까?
- 당사 플랜에 대해 귀하가 만족하는지 생각해 보십시오.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



Molina Dual Options를 유지하기로 결정하시는 경우

내년에도 플랜을 유지하시는 경우, 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다. 변경하지 않으시면 자동으로 당사 플랜에 대한 가입상태가 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정하시는 경우:

다른 보장이 귀하의 요구 사항을 충족하기에 더 적합하다고 생각하는 경우, 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 사항은 섹션 E2 참조). 신규 플랜에 가입하는 경우, 귀하의 신규 보장은 다음 달 첫날부로 시작됩니다. 귀하의 선택에 관한 자세한 정보는 섹션 E, 9 페이지를 참고하십시오.

C. 네트워크 제공자 및 약국 변경 사항

당사의 2021년도 제공자 및 약국 네트워크가 변경되었습니다.

현재 **제공자 및 약국 명부**를 검토하여 해당 제공자 또는 약국이 아직 네트워크에 속해 있는지 확인하는 것이 좋습니다. 업데이트된 **의료 제공자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 확인하실 수 있습니다. 또한 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간) 사이에 전화하여 업데이트된 의약품 정보를 확인하거나 **의료 제공자 및 약국 명부**를 우편으로 요청하실 수 있습니다.

당사에서 연중 수시로 네트워크 관련 내용을 변경할 수 있음을 유의하십시오. 귀하의 제공자가 플랜을 나가는 경우 귀하에게는 일정한 권리 및 보장이 적용됩니다. 자세한 사항은 **회원 핸드북 3장**을 참고하십시오.

D. 내년도 혜택 변경 사항

D1. 의료 서비스에 대한 혜택 변경 사항

내년에는 특정 의료 서비스에 대한 보장이 변경됩니다. 아래 표에 해당 변경 사항이 나열되어 있습니다.

	2020(올해)	2021(내년)
심폐 재활 서비스	사전 승인이 필요하지 않습니다.	사전 승인이 필요합니다.
일반의약품(OTC)	직불 카드/일반의약품(OTC)용 리테일이 보장되지 않습니다.	직불 카드/일반의약품(OTC)용 리테일이 보장됩니다.

D2. 처방 의약품 보장 변경 사항

의약품 목록 변경 사항

업데이트된 **보장 의약품 목록**은 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 확인하실 수 있습니다. 또한 회원 서비스에 (855) 665-4627 (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627,(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



(현지 시간) 사이에 전화하여 업데이트된 의약품 정보를 확인하거나 **보장 의약품 목록**을 우편으로 요청하실 수 있습니다.

보장 의약품 목록은 "의약품 목록"이라고도 합니다.

당사는 보장되는 의약품을 변경하고, 특정 의약품에 대해 당사의 보장에 적용하는 제한 사항을 변경하는 등 해당 의약품 목록을 변경하였습니다.

의약품 목록을 검토하여 귀하의 의약품이 내년에도 보장될 것인지, 그리고 제한 사항은 없는지 확인하십시오.

의약품 보장 변경 사항으로 인해 영향을 받으시는 경우, 다음 조치를 취할 것을 권장합니다.

- 의사(또는 처방의)의 도움을 받아 당사에서 보장하는 다른 의약품을 찾으십시오.
 - (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간) 사이에 전화하거나 케이스 관리자에게 문의하여 동일한 상태를 치료하는 데 사용되는 보장 의약품 목록을 요청하십시오.
 - 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있는 혜택 대상 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.
- 의사(또는 처방의)의 도움을 받고 플랜에 문의하여 의약품이 보장되도록 예외를 요청하십시오.
 - 귀하는 올해 말까지 예외를 요청하실 수 있으며, 당사는 귀하의 요청(또는 처방의가 작성한 소견서)을 접수한 후 72시간 이내로 귀하에게 답변해 드립니다.
 - 예외를 요청하기 위해 취해야 할 조치는 **2021년도 회원 핸드북 9장**을 참조하시거나 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간) 사이에 회원 서비스로 연락해 주시기 바랍니다.
 - 예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요하시면, 회원 서비스나 담당 케이스 관리자에게 연락하시면 됩니다. 귀하의 케이스 관리자와 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 **회원 핸드북의 2장 및 3장**을 참조하십시오.

귀하의 처방집 예외 적용이 승인되면 해당 승인이 얼마 동안 유효한지 통지해 드릴 것입니다. 대부분의 경우 승인은 1년간 유효합니다. 해당 승인이 만료된 후에는 새 처방집 예외를 요청하셔야 합니다.

처방 의약품 비용 변경 사항

2021년도에 처방전 의약품 지불 금액에는 변동 사항이 없습니다. 처방전 의약품 보장과 관련된 자세한 정보는 아래를 참조하십시오.

다음 표를 참조하여 3 단계에 해당하는 의약품 비용을 확인하십시오.

	2020(올해)	2021(내년)
1단계 의약품 (복제 의약품)	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0 입니다.

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



	2020(올해)	2021(내년)
네트워크 약국에서 조제하는 1단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용		
2단계 의약품 (브랜드 의약품) 네트워크 약국에서 조제하는 2단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0입니다.
3단계 의약품 (비 Medicare Rx/OTC 의약품) 네트워크 약국에서 조제하는 3단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 자기부담금은 처방전당 \$0입니다.

E. 플랜 선택 방법

E1. 플랜 유지 방법

내년에도 귀하를 회원으로 모시기를 바랍니다.

건강 플랜을 유지하기 위해 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다. 다른 Cal MediConnect 플랜에 등록하지 않거나 Medicare Advantage 플랜으로 변경하거나 Original Medicare로 변경하시는 경우, 2021년도에도 자동으로 당사 플랜 회원으로 등록됩니다.

E2. 플랜 변경 방법

다른 Medicare Advantage 플랜 또는 다른 Cal MediConnect 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 이동하시면 연중 언제든지 멤버십을 종료하실 수 있습니다.

Medicare 서비스 이용 방법

Medicare 서비스를 받는 방법으로는 세 가지 옵션이 있습니다. 해당 옵션 중 하나를 선택하시면 당사 Cal MediConnect 플랜 멤버십은 자동으로 종료됩니다.

1. 변경 내용:	방법은 다음과 같습니다.
-----------	---------------

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



<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>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>PACE와 관련하여 문의사항이 있는 경우 1-855-921-PACE(7223)번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m. 사이에 California HICAP(Health Insurance Counseling and Advocacy, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다. <p>새 플랜의 보장 적용이 시작되면 Molina Dual Options에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.</p>
<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(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요한 경우:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m. 사이에 California HICAP(Health Insurance Counseling and Advocacy, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 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, 귀하가 Medicare에 가입하</p>	<p>방법은 다음과 같습니다.</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 정보가 필요한 경우:</p>

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



지 않겠다는 의사를 밝히지 않는 한 Medicare가 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.

고용주 또는 노조 등 다른 곳에서 의약품 보장을 받고 계신 경우 처방약 보장만 취소하시면 됩니다. 의약품 보장이 필요한지 아닌지에 대해 궁금한 점이 있으시면 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m. 사이에 California HICAP(Health Insurance Counseling and Advocacy, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다.

- 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 5 p.m. 사이에 California HICAP(Health Insurance Counseling and Advocacy, 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다.

Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 Molina Dual Options에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.

Medi-Cal 서비스 이용 방법

당사 Cal MediConnect 플랜을 탈퇴하시면 본인이 선택하는 Medi-Cal managed care 관리형 케어 플랜에 가입하게 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 a.m.~오후 6 p.m. 사이에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

F. 문의하기

F1. Molina Dual Options에 문의하기

궁금한 사항이 있으십니까? 언제든지 도와 드리겠습니다. (855) 665-4627(TTY 711)번으로 전화하여 회원 서비스에 문의하십시오. 현지 시간으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. 사이에 통화하실 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.

2021년도 회원 핸드북 읽기

2021년도 회원 핸드북은 귀하의 플랜 혜택에 관한 법률과 관련된 세부 설명을 제공합니다. 이 핸드북에는 내년 혜택에 관한 세부사항이 포함되어 있으며, 귀하의 권리 및 귀하가 보장 서비스 및 처방전 의약품 보장을 받기 위해 준수해야 할 규칙도 설명되어 있습니다.

2021년도 회원 핸드북 최신 사본은 언제든지 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals에서 확인하실 수 있습니다. 또한 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



오후 8 p.m. (현지 시간)에 전화하여 문의하시거나 2021 년도 **회원 핸드북**을 우편으로 요청하실 수 있습니다.

당사 웹사이트

자세한 정보가 필요하신 경우 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals도 확인하실 수 있습니다. 당사 웹사이트는 당사 서비스 제공자와 약국 네트워크(의료 제공자 및 약국 명부) 및 당사 의약품 목록(보장 의약품 목록)에 대한 정보를 항상 최신으로 유지합니다.

F2. 주 등록 중개인에게 문의하기

Medi-Cal Health Care Options는 Cal MediConnect 플랜 선택 또는 그 외 가입 관련 문제에 관해 궁금한 점이 있으시면 도와드릴 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지, 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. 사이에 Health Care Options에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

F3. Cal MediConnect Ombuds 프로그램에 문의하기

Molina Dual Options와 관련된 문제를 겪고 계시는 경우 Cal MediConnect Ombuds 프로그램이 도와드릴 수 있습니다. 옴부즈맨 서비스는 무료로 제공됩니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램 관련 정보는 다음과 같습니다.

- Cal MediConnect Ombuds 프로그램은 귀하의 대변인으로 일합니다. 문제 또는 불만 사항이 있으신 경우, 본 프로그램이 질문에 답변해 드리며, 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 이해하실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.
- 귀하의 권리 및 보장, 귀하의 우려 사항을 해결할 방법에 관한 정보가 있는지 확인하십시오.
- 본 프로그램은 당사나 보험 회사 또는 건강 플랜과는 일절 연결되어 있지 않습니다. Cal MediConnect Ombuds 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

F4. 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램에 문의하기

주 건강보험 보조 프로그램(SHIP)으로 전화하실 수도 있습니다. 본 프로그램은 California에서 HICAP(의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램)로 불립니다. HICAP 상담사는 귀하가 Cal MediConnect 플랜 선택 사항을 이해하도록 도와드리고, 플랜 변경에 관한 질문에 답변해 드립니다. HICAP은 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. 자세한 정보를 확인하거나 해당 지역의 현지 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 방문하십시오.


F5. Medicare에 문의하기

또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 Medicare에 직접 문의하실 수도 있습니다(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트를 방문하실 수 있습니다(www.medicare.gov). Cal MediConnect 플랜에서 탈퇴하고 Medicare Advantage 플랜 가입을 원하는 경우, Medicare 웹사이트에서 비용, 보장, 품질 평가를 확인하

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

 665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.

여 Medicare Advantage 플랜과 비교하실 수 있습니다. Medicare 웹사이트에서 Medicare 플랜 파인더를 이용하여 귀하의 거주 지역에서 이용 가능한 Medicare Advantage 플랜 관련 정보를 확인하실 수 있습니다. (플랜 관련 정보를 찾으려면 www.medicare.gov에 접속하여 '플랜 찾기(Find plans)'를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2021

Medicare & You 2021 핸드북에서 확인하실 수 있습니다. 매년 가을, Medicare 가입자에게 이 핸드북을 발송해 드립니다. 이 핸드북은 Medicare 혜택, 권리 및 보장, Medicare와 관련해 자주 묻는 질문에 대한 답을 요약한 내용으로 구성됩니다. 본 책자의 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/>)에서 다운로드하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 연락(24시간 연중무휴)하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

F6. 캘리포니아주 DMHC(관리형의료케어부)에 문의하기

California 주 DMHC는 의료 케어 서비스 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. 회원님의 건강 플랜과 관련하여 고충이 있는 경우, 해당 부서와 연락하기 전에 (855) 665-4627(TTY: 711)에 우선 연락해 귀하의 의료 플랜 고충 처리 절차를 먼저 이용해야 합니다. 이러한 고충 처리 절차를 이용하더라도 귀하에게 부여된 잠재적인 법적 권리 또는 규제책에는 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 DMHC로 연락하십시오.

또한, 독립 의료 심사(IMR)를 요청하실 수 있습니다. IMR를 요청할 수 있는 경우, IMR에서는 제안된 서비스나 치료의 의학적 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 수신자 부담 무료 전화(1-888-466-2219)와 청각/언어 장애인을 위한 TTY 라인(1-877-688-9891)도 마련되어 있습니다. DMHC의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에 불만 제기 양식, IMR 신청서 양식 및 온라인 작성 방법 안내가 마련되어 있습니다.

CAD02ACKO0920

질문이 있는 경우 Molina Dual Options에 다음 번호로 전화해 주시기 바랍니다. (855)

665-4627, (TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8 a.m.~오후 8 p.m. (현지 시간). 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오.



