CA H5810-016

2023
변경 사항 연간 통지서

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

California CA H5810-016

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

2023년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함.

Cal MediConnect 플랜 Molina Dual Options Cal MediConnect 플랜 Medicare-Medicaid 플랜이 변경될 예정입니다. 귀하는 귀하의 Cal MediConnect 플랜을 제공하는 회사에서 동일하게 제공하는 Medicare 및 Medi-Cal 플랜인 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이러한 플랜은 통틀어 Medicare Medi-Cal 플랜(MMP 또는 Medi-Medi 플랜)이라고 하며, Medicare 및 Medi-Cal 플랜을 모두 보유하고 있는 사람들을 대상으로 의료 서비스를 조율하기 위해 고안되었습니다. 지금과 동일한 건강 관리 혜택을 받으실 수 있습니다.

2022년 12월 31일까지 Cal MediConnect를 통해 서비스를 계속해서 받으실 수 있습니다. 귀하는 2023년 1월 1일부터 Medicare Medi-Cal 플랜(MMP 또는 Medi-Medi 플랜)을 통해 자동으로 서비스를 받게 됩니다. 현재 Cal MediConnect 플랜에 가입되어 있는 경우 현재의 혜택을 받고 유지하기 위해 따로 조치를 취하실 필요는 없습니다.

Medicare Medi-Cal 플랜(MMP 또는 Medi-Medi 플랜)은 건강 관리 관련 귀하의 요구 사항을 해결할 수 있도록 지원할 뿐만 아니라 귀하의 혜택 및 진료를 지속적으로 조율해 나갈 것입니다. 여기에는 의료 서비스 및 재택/커뮤니티 기반 서비스가 포함됩니다. 또한 의료 용품 및 의약품도 포함됩니다. 이 플랜에는 현재 이용 중인 의사는 물론 새로운 의사를 찾는 데 도움이 되는 의사 명부가 포함되어 있습니다. 2022년 10월에 이러한 변경 사항에 관한 편지가 발송될 예정입니다. 통합 가입자 ID 카드 및 가입자 핸드북과 같은 통합 가입자 자료를 보내드리겠습니다.

현재 보유하고 있는 플랜을 통해 건강 관리를 계속 받기 위해 이번 가을에 따로 취해야 할 조치는 없습니다. 2022년 보장 범위에 관해 질문이 있는 경우 현재 Cal MediConnect 플랜에 문의하시기 바랍니다.

California Molina Healthcare에서 제공하는 Medicare Medi-Cal 플랜인 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)

2023년도 변경 사항 연간 통지서

소개

귀하는 현재 당사 플랜 가입자로 가입되어 있습니다. 다음 연도에는 Molina의 혜택, 보장, 규정, 비용에 대해 몇 가지 변경 사항이 적용됩니다. 본 변경 사항 연간 통지서에서는 변경 사항 및 이에 대한 자세한 정보를 찾는 방법에 대해 안내해 드립니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에 있는 가입자 핸드북을 참조하십시오. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 고지 사항 3
B. 내년의 Medicare 및 Medi-Cal 보장 내용 확인하기 3
B1. 추가 자원 3
B2. 당사 플랜에 대한 정보 5
B3. 해야 할 일 6
C. 플랜 이름 변경 7
D. 당사 네트워크 서비스 제공자 및 약국 변경 사항 7
E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항 7
E1. 의료 서비스 및 비용에 대한 혜택 변경 사항 7
E2. 처방 의약품 보장 변경 사항 11
E3. 1단계: “초기 보장 단계” 13
E4. 2단계: “보장 격차 단계” 14
E5. 3단계: “고액 보장 단계” 14
F. 플랜 선택하기 14
F1. 플랜 유지하기 14
F2. 플랜 변경하기 14
G. 도움받기 17
G1. 당사의 플랜 17
G2. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP) 17
G3. Ombuds 프로그램 18
G4. Medicare 18
G5. California Department of Managed Health Care 18

A. 고지 사항

- Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 Medicare 및 주 정부 Medicaid 프로그램과 계약을 체결한 건강 플랜입니다. Molina Medicare Complete Care Plus의 가입은 계약 갱신 여부에 달려 있습니다.
- 보장 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.
- Molina Healthcare는 관련 연방 시민권법을 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

본 *변경 사항 연간 통지서*에서 "당사", "저희", "당사의" 또는 "당사 플랜"이라고 언급하는 경우 이는 Medicare Medi-Cal Coordination 플랜을 뜻합니다.

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

당사 플랜을 종료하기로 결정하시는 경우, 귀하의 멤버십은 종료를 요청한 해당 월 마지막 날에 종료됩니다.

자격이 되시는 한 Medicare와 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다.

당사 플랜을 탈퇴하는 경우, 다음의 정보를 얻으실 수 있습니다.

- **섹션 F2** 표에 있는 Medicare 옵션
- **섹션 F2**에 있는 Medi-Cal 서비스

B1. 추가 자원

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 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 (855) 665-4627 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ngày 1 tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo giờ địa phương. Cuộc gọi là miễn phí.
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (855) 665-4627 (TTY: 711), 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag.
- ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان، اتصل برقم 665-4627 (855) (رقم هاتف الصم والبكم: 711)، على مدى 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني.
- 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 (855) 665-4627 (TTY：711)，全年無休，上午 8 a.m. 至晚上 8 p.m.（當地時間）。此為免付費電話。
- 참고: 영어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 매일 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 무료 전화입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (855) 665-4627, телетайп: 711, без выходных, с 8 a.m. до 8 p.m. по местному времени . Звонок бесплатный.
- توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی، به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 665-4627 (855)، 7، TTY: 711 روز هفته، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید. تماس رایگان است.
- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (855) 665-4627, TTY (հեռատիպ)՝ 711, շաբաթը 7 օր, 8 a.m. - 8 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Զանգն անվճար է:
- ប្រយ័ត្ន៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃមានសម្រាប់អ្នក។ ចូរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ (855) 665-4627, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។
- 본 *변경 사항 연간 통지서*는 큰 활자, 점자, 음성 등 다른 형식으로도 무료로 사용하실 수 있습니다. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. 통화료는 무료입니다.
- 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.

- 영어 이외의 언어로 이 문서를 받으려면 매일 현지 시간 오전 8시~오후 5시 사이에 (800) 541-5555(TTY: 711)번으로 해당 주에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하십시오. 이 문서를 다른 형식으로 받으려면 매일 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 연락하십시오. 담당자가 회원님의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

B2. 당사 플랜에 대한 정보

- Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 Medicare와 Medi-Cal 간에 계약을 체결한 건강 보험으로 두 프로그램의 모든 혜택을 가입자님께 제공합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus의 보장 범위는 "최소 필수 보장"이라고 하는 유자격 의료 보장 범위입니다. 환자 보호 및 적정 가격관리법(ACA, Affordable Care Act)의 개인 공통 책임 요건을 충족합니다. 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 방문하여 개인 공유 책임 요구 사항에 관한 자세한 정보를 확인하십시오.

B3. 해야 할 일

- **귀하에게 영향을 주는 혜택 및 비용 변경 사항이 있는지 살펴보십시오.**
  - 귀하가 이용하는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
  - 혜택 및 비용 사항을 검토하여 내년도 귀하의 요구 사항을 충족하는지를 확인하십시오.
  - 당사 플랜에 대한 혜택 및 비용 변경 사항과 관련한 정보는 **F1 섹션**을 참조하십시오.
- **귀하에게 영향을 주는 처방 의약품 보장 관련 변경 사항이 있는지 살펴보십시오.**
  - 귀하가 복용하는 의약품은 보장됩니까? 각 의약품이 다른 비용 분담(5) 단계에 해당합니까? 현재 사용 중인 약국을 이용하실 수 있습니까?
  - 변경 사항을 검토하여 당사 의약품 보장 내용이 내년에 귀하에게 도움이 되는지 확인하십시오.
  - 당사 의약품 보장에 대한 변경 사항과 관련한 정보는 **F2 섹션**을 참조하십시오.
  - 작년 이후에 의약품 비용이 증가했을 수 있습니다.

  담당 의사와 귀하에게 제공될 수 있는 낮은 비용의 대체 의약품에 대해 상담하십시오. 이를 통해 1년 동안 연간 본인부담금을 절감할 수 있습니다.

  플랜 혜택은 귀하의 의약품 비용이 정확히 얼마나 변경될 수 있는지를 결정한다는 사실을 명심하십시오.
- **귀하가 이용하는 제공자 및 약국이 내년에도 당사 네트워크에 속해 있을 것인지 확인하십시오.**
  - 진료를 받는 전문의를 포함하여 귀하의 담당 의사가 당사 네트워크 소속입니까? 약국의 경우는 어떠합니까? 귀하가 이용하는 병원 또는 기타 제공자의 경우는 어떠합니까?
  - 당사 *제공자 및 약국 명부*와 관련한 자세한 내용은 **D 섹션**을 참조하십시오.
- **해당 플랜에 대한 총비용을 고려해 보십시오.**
  - 정기적으로 사용하는 서비스 및 처방약에 어느 정도의 비용을 지출하시겠습니까?
  - 다른 보장 옵션과 비교했을 때 총비용은 어떻습니까?
- **당사 플랜에 대해 귀하가 만족하는지 생각해 보십시오.**

Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)를 유지하기로 결정하시는 경우

내년에도 플랜을 유지하시는 경우, 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다. 변경하시지 않으면 자동으로 Molina Medicare Complete Care Plus 가입 상태가 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정하시는 경우:

다른 보장이 귀하의 요구 사항을 충족하기에 더 적합하다고 생각하는 경우, 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 사항은 **F2 섹션** 참조). 신규 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하는 경우, 귀하의 신규 보장은 다음 달 첫날 부로 시작됩니다.

C. 플랜 이름 변경

2023년 1월 1일부터 플랜의 이름이 Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan Medicare-Medicaid Plan 에서 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan로 변경됩니다.

Medicare 플랜 하에서 Medicare 및 Medi-Cal 서비스용 카드를 한 장 보유할 수 있습니다. 이 플랜이 보장하는 서비스를 받을 경우 및 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받을 경우 멤버십 카드를 사용해야 합니다.

D. 당사 네트워크 서비스 제공자 및 약국 변경 사항

내년도 당사 네트워크 소속 제공자 및 약국의 경우 변경된 점이 없습니다.

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

현재 *의료 제공자 및 약국 명부를 검토* 하여 해당 의료 제공자 또는 약국이 아직 네트워크에 속해 있는지 확인하는 것이 좋습니다. 업데이트된 *의료 제공자 및 약국 명부*는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인하실 수 있습니다. 또는 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 제공자 정보를 문의하거나 *의료 제공자 및 약국 명부* 메일 발송을 요청하실 수도 있습니다.

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

E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스 및 비용에 대한 혜택 변경 사항

당사의 특정 의료 서비스에 대한 보장 내용과 해당 의료 서비스에 대한 비용이 내년에 변경될 예정입니다. 아래 표에 해당 변경 사항이 나열되어 있습니다.

	2022(올해)	2023(내년)
금연 및 담배 사용 중지를 위한 추가 서비스	플랜은 Medicare의 적용 범위 외에도 **달력 기준 매년 8개의 추가 상담 서비스**를 보장합니다.	금연 및 담배 사용 중지를 위한 추가 서비스는 **더 이상 보장되지 않습니다**.
추가 원격 의료 서비스	추가 원격 의료 서비스가 **보장되지 않습니다.**	추가 원격 의료 서비스가 **보장됩니다.**

	2022(올해)	2023(내년)
American Logistics	귀하의 교통편 서비스는 American Logistics에서 관리해 왔습니다.	2023년부터 American Logistics는 더 이상 공급업체가 아닙니다. 이제 MyChoice 선불카드를 사용하여 모든 참여 교통 업체에서 제공하는 교통 서비스 요금을 결제할 수 있습니다.
매년 건강 검진	매년 건강 검진이 **보장되지 않습니다**.	매년 건강 검진이 **보장됩니다**.
치과 서비스	예방 및 종합 치과 서비스는 **보장되지 않습니다**.	예방 및 종합 치과 서비스는 **보장됩니다**. 예방 및 종합 치과 서비스를 위한 **$4,000**의 보조금을 매년 받습니다. 보조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 선불 직불 MyChoice 카드를 받게 됩니다. 해당 플랜은 화장품 서비스를 보장하지 않으며, MyChoice 카드를 사용하여 지불할 수 없습니다. 보조금은 Original Medicare 또는 Medicaid가 아직 보장하지 않는 서비스에 사용됩니다.
피트니스 혜택	피트니스 혜택이 **보장되지 않습니다**.	피트니스 혜택이 **보장됩니다**.
식품 및 농산물	식품 및 농산물 보조금은 **보장되지 않습니다**.	식품 및 농산물 보조금이 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
청각 진료 서비스	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 매년 1회의 청력 검사와 2년마다 1회의 보청기 피팅 및 검사를 받을 수 있습니다. 보청기가 필요하다고 안내받은 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 한 쌍의 보청기에 대해 매년 $1,510의 보조금이 지급됩니다.	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 매년 1회의 청력 검사와 2년마다 1회의 보청기 피팅 및 검사를 받을 수 있습니다. **매년 1회 보청기 피팅 및 검사를 추가로 보장합니다**. 보청기가 필요하다고 안내받은 경우 Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 한 쌍의 보청기에 대해 매년

	2022(올해)	2023(내년)
		$1,510의 보조금이 지급됩니다. **당사 플랜은 플랜에서 승인한 의료 제공자가 미리 선택한 추가 보청기 2개를 보장합니다.**
재택 지원	재택 지원이 **보장되지 않습니다**.	재택 지원이 **보장됩니다**.
March Vision	안과 혜택은 March Vision에서 관리해왔습니다.	2023년부터 March Vision은 더 이상 공급업체가 아닙니다. 이제 MyChoice 선불카드로 모든 참여 안과 서비스 제공자가 제공하는 안과 혜택을 결제할 수 있습니다.
MOOP(가입자 부담 최대한도액)	MOOP(가입자 부담 최대한도액) 비용은 없습니다.	MOOP(가입자 부담 최대한도액) 범위는 **$0에서 $8,300**입니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에는 의료 서비스에 대한 비용 분담이 없으므로 연간 본인부담금은 **$0**입니다.
정신 건강 및 웰니스 서비스 보조금	정신 건강 및 웰니스 서비스 보조금은 **보장되지 않습니다**.	정신 건강 및 웰니스 서비스 보조금은 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
Medicare 비적용 유전자 검사 키트	Medicare 비적용 유전자 검사 키트는 **보장되지 않습니다**.	Medicare 비적용 유전자 검사 키트는 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
영양/식단 혜택	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 영양/식단 개별 세션은 무제한으로 지원됩니다.	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 영양/식단 개별 세션은 무제한으로 지원됩니다. **당사 플랜은 추가 12회의 그룹/개별 전화 세션을 포함합니다.**
일반의약품(OTC) 품목	플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 분기마다 **$60**의 보조금이 지원됩니다.	플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 분기마다 **$400**의 보조금이 지원됩니다. 보

	2022(올해)	2023(내년)
		조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 선불 직불 MyChoice 카드를 받게 됩니다.
개인 응급 대응 시스템 플러스 (PERSPlus)	개인 응급 대응 시스템 플러스 (PERSPlus)는 **보장되지 않습니다**.	개인 응급 대응 시스템 플러스 (PERSPlus)는 **보장됩니다**.
병충해 방지	병충해 방지는 **보장되지 않습니다**.	병충해 방지는 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
추가 족병 치료 서비스	추가 족병 치료 서비스는 **보장되지 않습니다**.	추가 족병 치료 서비스가 매년 12회 **보장됩니다**.
보조 동물 용품 보조금	보조 동물 용품 보조금은 **보장되지 않습니다**.	보조 동물 용품 보조금은 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
만성 질환에 대한 특별 보조 혜택	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택은 **보장되지 않습니다**.	만성 질환에 대한 특별 보조 혜택은 보장될 수 **있습니다**. 자격 요건이 적용됩니다. 자세한 사항은 *가입자 핸드북* 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.
단계적 치료법	단계적 치료법이 보장되지 **않습니다**.	특정 약물의 경우 단계적 치료법이 필요할 수 **있습니다**.
교통편 서비스	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 교통편 서비스는 무제한으로 지원됩니다.	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 교통편 서비스는 무제한으로 지원됩니다. **당사 플랜은 교통편에 대한 $200의 추가 보조금을 3개월마다 보장합니다**. 보조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 선불 직불 MyChoice 카드를 받게 됩니다.

	2022(올해)	2023(내년)
안과 서비스	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 달력 연도 기준 매년 안경에 대한 1회 정기 눈 검사(및 굴절)가 보장됩니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 달력 연도 기준 2년마다 안경(안경테 및 렌즈)에 대해 $100 또는 콘택트렌즈에 대해 최대 $100의 보조금이 지원됩니다.	Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 달력 연도 기준 매년 안경에 대한 1회 정기 눈 검사(및 굴절)가 보장됩니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 달력 연도 기준 2년마다 안경(안경테 및 렌즈)에 대해 $100 또는 콘택트렌즈에 대해 최대 $100의 보조금이 지원됩니다. **당사 플랜에서는 정기 눈 검사 및 안경류를 합쳐 매년 $500의 추가 보조금을 제공합니다.** 보조 플랜 혜택에 사용할 수 있는 선불 직불 MyChoice 카드를 받게 됩니다. 해당 플랜은 화장품 서비스를 보장하지 않으며, MyChoice 카드를 사용하여 지불할 수 없습니다. 보조금은 Original Medicare 또는 Medicaid가 아직 보장하지 않는 서비스에 사용됩니다.
전 세계 응급 지원	전 세계 응급 지원이 **보장되지 않습니다**.	전 세계 응급 지원이 **보장됩니다**. 달력 연도마다 최대 **$10,000**의 전 세계 응급 및 긴급 치료 서비스를 보장받을 수 있습니다.

E2. 처방 의약품 보장 변경 사항

의약품 목록 변경 사항

업데이트된 *보장 의약품 목록*은 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 확인하실 수 있습니다. 또는 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 의약품 정보를 문의하거나 *보장 의약품 목록* 메일 발송을 요청하실 수도 있습니다.

*혜택 대상 의약품 목록*은 "의약품 목록"이라고도 합니다.

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

의약품 목록을 검토**하여 귀하가 이용하는 의약품이 내년에도 보장되는지**, 제한 사항이 있는지 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.
  - 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하거나 사례 관리자에게 문의하여 동일한 상태를 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다.
  - 이 목록은 귀하의 제공자가 귀하에게 효과가 있는 보장 의약품을 찾는 데 유용할 수 있습니다.
- 의사(또는 처방자)의 도움을 받고 당사에 문의하여 의약품이 보장되도록 예외를 요청하십시오.
  - 귀하는 올해 말까지 예외를 요청하실 수 있으며, 당사는 귀하의 요청(또는 처방자가 작성한 근거 진술서)을 접수한 후 72시간 이내로 귀하에게 답변해 드립니다.
  - 예외를 요청하기 위해 취해야 할 조치는 *가입자 핸드북* **9장**을 참조하거나 페이지 하단에 나온 번호로 가입자 서비스부에 연락하시기 바랍니다.
  - 예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부나 담당 사례 관리자에게 연락하시기 바랍니다. 귀하의 사례 관리자와 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 2장 및 3장을 참조하십시오.

의약품 임시 공급분 지원을 요청하십시오.

달력 기준 해당 연도의 첫 90일 기간 동안에는 귀하의 의약품 **임시** 공급분 비용을 당사가 지불합니다.

이 임시 공급분은 최대 1개월(31일) 동안 제공됩니다. (임시 공급분을 받을 수 있는 시기 및 요청 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 **5장**을 참조하십시오.)

의약품 임시 공급분을 받는 경우 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 의사와 상의하십시오. 다른 의약품으로 전환할 수도 있고, 현재 의약품에 대해 예외를 신청할 수도 있습니다.

처방 의약품 비용 변경 사항

당사의 플랜에 따라 귀하의 Medicare 파트 D 처방약 보장 관련 세 가지 지불 단계가 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 처방약을 조제받거나 재조제받을 때 귀하가 위치한 단계에 따라 달라집니다. 세 단계는 다음과 같습니다.

1단계 **초기 보장 단계**	**2단계** **보장 격차 단계**	**3단계** **고액 보장 단계**
이 단계 동안, 당사의 플랜에서는 귀하의 의약품 비용의 일부를 지불하며 귀하는 일정 부분을 지불합니다. 귀하가 부담하는 부분을 자기부담금이라고 합니다. 올해의 첫 처방약을 조제받으면 이 단계가 시작됩니다.	이 단계에서 귀하는 귀하의 의약품 비용을 지불합니다. 일정 액수의 본인부담금을 지불하면 이 단계가 시작됩니다.	이 단계 동안 플랜에서는 2023년 12월 31일까지 의약품의 모든 비용을 지불합니다. 일정 액수의 본인부담금을 지불하면 이 단계가 시작됩니다.

초기 보장 단계는 처방약의 총 본인부담금이 **$4,660**에 도달하면 종료되고, 이 시점에서 보장 격차 단계가 시작됩니다. 달력 기준 해당 연도 내에 총 **$7,400**의 본인부담금을 지출한 경우 보장 격차 단계에서 고

액 보장 단계로 이동합니다. 플랜은 그 이후 연말까지 귀하의 의약품 비용 전액을 보장합니다. 처방약 본인부담금에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 **6장**을 참조하십시오.

E3. 1단계: "초기 보장 단계"

초기 보장 단계 동안, 당사의 플랜에서는 보장되는 처방약 비용의 일부를 지불하며 귀하는 일정 부분을 지불합니다. 귀하가 부담하는 부분을 자기부담금이라고 합니다. 자기부담금은 의약품이 속한 비용 분담 범주와 의약품을 얻는 장소에 따라 달라집니다. 처방약을 조제할 때마다 자기부담금을 지불합니다. 보장약 비용이 자기부담금보다 적으면 더 낮은 금액을 지불합니다.

다음 표를 참조하여 5가지 단계에 해당하는 의약품 비용을 확인하십시오. 이러한 금액은 초기 보장 단계에 있는 동안**에만** 적용됩니다.

	2022(올해)	**2023(내년)**
1단계 의약품 (우선 복제약) 네트워크 약국에서 조제하는 1단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.
2단계 의약품 (복제약) 네트워크 약국에서 조제하는 2단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당** $0, $1.45 또는 $4.15입니다. 다른 모든 의약품에 대한 자기부담금은 처방전당 $0, $4.30 또는 $10.35입니다.
3단계 의약품 (우선 브랜드약) 네트워크 약국에서 조제하는 3단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당** $0, $1.45 또는 $4.15입니다. 다른 모든 의약품에 대한 자기부담금은 처방전당 $0, $4.30 또는 $10.35입니다.
4단계 의약품 (비우선 약) 네트워크 약국에서 조제하는 4단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당** $0, $1.45 또는 $4.15입니다. 다른 모든 의약품에 대한 자기부담금은 처방전당 $0, $4.30 또는 $10.35입니다.

	2022(올해)	2023(내년)
5단계 의약품 (특수 의약품) 네트워크 약국에서 조제하는 5단계 의약품 1개월분 제공량에 대한 비용	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당 $0** 입니다.	1개월(31일분) 제공량에 대한 귀하의 **자기부담금은 처방전당** $0, $1.45 또는 $4.15입니다. 다른 모든 의약품에 대한 자기부담금은 처방전당 $0, $4.30 또는 $10.35입니다.

초기 보장 단계는 총 본인부담금이 **$4,660**에 도달하면 종료되고, 이 시점에서 보장 격차 단계가 시작됩니다. 처방약 본인부담금에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 **6장**을 참조하십시오.

E4. 2단계: "보장 격차 단계"

이 단계에서 귀하는 귀하의 의약품 비용을 지불합니다. 달력 기준 해당 연도 내에 총 **$7,400**의 본인부담금을 지출한 경우 보장 격차 단계에서 고액 보장 단계로 이동합니다. 플랜은 그 이후 연말까지 귀하의 의약품 비용 전액을 보장합니다. 처방약 본인부담금에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 **6장**을 참조하십시오.

E5. 3단계: "고액 보장 단계"

처방약에 대한 본인부담금의 한도가 **$7,400**에 도달하면 고액 보장 단계가 시작됩니다. 역년 말까지 고액 보장 단계가 유지됩니다. 이 단계 동안 플랜에서는 2023년 12월 31일까지 의약품의 모든 비용을 지불합니다.

백신 비용에 대한 중요한 메시지

당사 플랜에서는 본인부담금 없이 대부분의 파트 D 백신 비용을 부담합니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

F. 플랜 선택하기

F1. 플랜 유지하기

귀하를 계속 가입자로 모실 수 있기를 바랍니다.

플랜을 유지하기 위해 귀하는 별도의 조치를 취하실 필요가 없습니다. 다른 Medicare 플랜에 **등록하지 않거나** Original Medicare로 변경하시는 경우, 2023년도에도 자동으로 당사 플랜 가입자로 등록됩니다.

F2. 플랜 변경하기

Medicare 가입자는 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal을 보유하고 계시므로 다음 **특별 등록 기간** 동안 당사 플랜 멤버십을 종료하거나 다른 플랜으로 전환하실 수 있습니다.

- 1월 ~ 3월
- 4월 ~ 6월
- 7월 ~ 9월

위 세 번의 특별 등록 기간 외에도 다음 기간 동안 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다.

- **연례 등록 기간**으로, 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 12월 31일에 플랜 멤버십이 종료되고, 1월 1일에 신규 플랜의 멤버십이 시작됩니다.
- **Medicare Advantage 개방 등록 기간**으로, 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간 동안 새 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 새 플랜의 멤버십이 시작됩니다.

등록을 변경할 수 있는 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어,

- 당사 서비스 지역 밖으로 이사한 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원(Extra Help)에 대한 지원 자격이 변경되거나, **또는**
- 최근에 입원했거나, 현재 치료 중이거나, 요양원 또는 장기 치료 병원을 벗어나 있는 경우가 있습니다.

Medicare 서비스

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

1. 변경 내용:	**방법은 다음과 같습니다.**
다른 Medicare 건강 플랜	1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락하시기 바랍니다. PACE와 관련하여 문의사항이 있는 경우 1-855-921-PACE(7223)번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조하시기 바랍니다. 새 플랜의 보장 적용이 시작되면 당사 Medicare 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다. Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
2. 변경 내용:	**방법은 다음과 같습니다.**

<table>
<tr><td>별도의 Medicare 처방약 플랜과 함께 Original Medicare로 변경</td><td>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:

• 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조하시기 바랍니다.

또는

새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.

Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.

귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</td></tr>
<tr><td>3. 변경 내용:

별도의 Medicare 처방약 플랜 없이 Original Medicare로 변경

참고: Original Medicare로 변경하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으시는 경우, 귀하가 Medicare에 가입하지 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 관해 궁금한 점이 있으시면 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조하시기 바랍니다.</td><td>방법은 다음과 같습니다.

Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

도움이나 자세한 정보가 필요한 경우:

• 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조하시기 바랍니다.

Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다.

귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</td></tr>
</table>

Medi-Cal 서비스

플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 Health Care Options에 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오.

다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare으로 복귀하면 Med-Cal에 보장 범위에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

G. 도움받기

G1. 당사의 플랜

문의 사항이 있으시면 당사로 연락해 주십시오. 나열된 운영일 및 시간에 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하시기 바랍니다. 수신자 부담 전화입니다.

***2023년도 가입자 핸드북* 읽기**

*가입자 핸드북*은 당사의 플랜 혜택에 관한 법률과 관련된 세부 설명을 제공합니다. 가입자 핸드북에는 2023년 혜택에 대해 자세히 설명되어 있습니다. 귀하의 권리 및 귀하가 당사의 서비스 및 처방약 보장을 받기 위해 준수해야 할 규칙도 설명되어 있습니다.

2023년도 가입자 핸드북은 10월 15일까지 제공 예정입니다. 또한 별도로 발송된 가입자 핸드북을 검토하여 다른 혜택이나 비용 변경이 귀하에게 영향을 주는지 확인할 수 있습니다. 가입자 핸드북 최신 사본은 언제든지 당사 웹사이트 www.molinahealthcare.com/Medicare에서 확인하실 수 있습니다. 또는 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 2023년 가입자 핸드북 메일 발송을 요청하실 수도 있습니다.

당사 웹사이트

자세한 정보가 필요하신 경우 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 확인하시기 바랍니다. 당사 웹사이트는 당사 제공자와 약국 네트워크(*의료 제공자 및 약국 명부*) 및 당사 의약품 목록(*보장 의약품 목록*)에 대한 정보를 항상 최신으로 유지합니다.

G2. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)

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 플랜 선택 사항을 이해하도록 도와드리고, 플랜 변경에 관한 질문에 답변해 드립니다. HICAP는 당사나 보험 회사 또는 건강 플랜과 연결되어 있지 않습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 전문 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료로 제공됩니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222번(TTY 711)입니다. 자세한 정보를 확인하거나 해당 지역의 현지 HICAP 사무소를 찾아보려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문하십시오.

G3. Ombuds 프로그램

Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램은 당사 플랜과 관련해 문제가 발생한 경우 도움을 드릴 수 있습니다. Ombudsman의 서비스는 무료이며 모든 언어로 제공됩니다. Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램:

- 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 플랜과 연결되어 있지 않습니다. Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램 전화번호는 1-888-804-3536번입니다.

G4. Medicare

Medicare에 직접 문의하시려면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트를 방문하실 수 있습니다(www.medicare.gov). 당사 플랜에서 탈퇴하고 다른 Medicare 플랜 가입을 원하는 경우, Medicare 웹사이트에서 비용, 보장, 품질 평가를 확인하여 플랜을 비교하실 수 있습니다. Medicare 웹사이트에서 Medicare 플랜 파인더를 이용하여 귀하의 거주 지역에서 이용 가능한 Medicare 플랜 관련 정보를 확인하실 수 있습니다. (플랜 관련 정보를 찾으려면 www.medicare.gov에 접속하여 '플랜 찾기(Find plans)'를 클릭하십시오.)

Medicare & You 2023

Medicare와 당신 2023 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 대답을 요약한 내용으로 구성됩니다. 핸드북은 스페인어, 중국어 및 베트남어로 제공됩니다.

본 책자의 사본이 없는 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 다운로드하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 연락하여(24시간 연중무휴) 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

G5. California Department of Managed Health Care

California 주 DMHC는 의료 케어 서비스 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. DMHC 헬프 센터에 연락하시면 Medi-Cal 서비스와 관련한 이의 신청 및 불만사항 제기를 도와드립니다. 귀하의 의료 보험에 대한 고충이 있는 경우, 먼저 보험사에 매일 오전 8시~오후 8시 사이에 855-665-4627(TTY: 711)번으로 전화하여 보험사의 고충 처리 절차를 이용한 후 DMHC로 연락해야 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 불만사항 제기 양식, IMR 신청 양식 및 설명이 있습니다.

CAM16ACKO1122

MOLINA® HEALTHCARE

CAS581016KO23