

2023 가입자 핸드북

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

California H5810-16

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

2023년 1월 1일부터 12월 31일까지 유효함.



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

01/01/2023 – 12/31/2023

Molina Complete Care Plus(HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal 플랜의 의료 서비스 및 의약품 보장 범위

가입자 핸드북 소개

본 가입자 핸드북(보장 범위 증명서라고도 함)은 12/31/2023까지 Molina Medicare Complete Care Plus에 따른 보장 범위에 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 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

본 핸드북은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관해 두십시오.

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

주의: 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어를 구사하시는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 현지 시간으로 매일 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 전화는 무료입니다.

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

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

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (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 به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



ប្រយ័ត្ន៖ ប៊ីសិនអ៊ុនកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្លូវភាសាដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់ប៊ីអ៊ុនក។ ចូរទូរស័ព្ទ
(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. 영어 이외의 언어로 이 문서를 받으려면 월요일~금요일, 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.

2023 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)

차례

제1장:	회원으로서 첫 단계	6
제2장:	중요한 전화번호 및 리소스	15
제3장:	당사 플랜의 의료 케어 혜택 및 기타 혜택 대상 서비스 이용	31
제4장:	혜택 차트	48
제5장:	외래 환자 처방약 받기	94
제6장:	Medicare 및 Medi-Cal 처방약 비용 중 본인 부담액	108
제7장:	회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 방법	122
제8장:	회원의 권리 및 의무	126
제9장:	문제나 불만 사항이 있는 경우 취할 수 있는 조치(혜택 적용 결정, 이의 제기, 불만 제기)	147
제10장:	당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기	187
제11장:	법적 고지	193
제12장:	중요한 표현의 정의	196



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.
- ❖ 이 문서는 비영어권 언어 또는 큰 활자, 점자, 음성 등 다양한 형식으로 무료 제공됩니다. (855) 665-4627(TTY 711)번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.
- ❖ Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 적용 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- ❖ 한도, 자기부담금 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 전화로 문의하시거나 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 핸드북을 참조하시기 바랍니다. 이는 일부 서비스에 대해서는 본인이 비용을 부담해야 할 수도 있고 Molina Medicare Complete Care Plus가 회원님께서 이용하시는 서비스 비용을 지급하도록 하려면 정해진 규정을 따라야 한다는 것을 뜻합니다.

차별 금지 고지

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

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

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate Long Beach, CA 90802

전화: (866) 606-3889, 현지 시간 기준 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시, TTY: 711

팩스: (562) 499-0610

이메일: civil.rights@MolinaHealthcare.com

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

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

Deputy Director, Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

www.hhs.gov/ocr

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

Molina가 인종, 피부색, 국적, 장애, 연령 또는 성별을 이유로 차별을 했다고 판단되는 경우에는 Office for Civil Rights 불만 접수 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 온라인으로

또는 우편이나 전화를 통해 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights에 시민권에 관한 불만을 제기할 수도 있습니다.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-868-1019 또는 800-537-7697(TDD)

불만 접수 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

제1장: 회원으로서 첫 단계

소개

본 장에는 모든 Medicare 서비스에 적용되고 모든 Medi-Cal 서비스를 조율하는 건강 플랜인 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 또한 당사에서 제공할 것으로 예상한 정보와 함께 다른 정보도 확인할 수 있습니다. 주요 용어 및 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 당사 플랜 가입 환영 인사	7
B. Medicare 및 Medi-Cal 정보	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. 당사 플랜의 이점	8
D. 당사 플랜의 서비스 지역	8
E. 플랜 회원이 되려면 갖춰야 할 자격 요건	9
F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항	9
G. 케어 팀 및 케어 플랜	10
G1. 케어 팀	10
G2. 케어 플랜	10
H. 월 보험료	11
I. 가입자 핸드북	11
J. 회원에게 제공되는 기타 정보	11
J1. 플랜 ID 카드	11
J2. 제공자 및 약국 명부	12
J3. 보장 의약품 목록	13
J4. 혜택 설명서	13
K. 멤버십 기록 업데이트하기	13
K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호	14

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



A. 당사 플랜 가입 환영 인사

당사 플랜은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 대한 자격을 갖춘 개인에게 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 제공합니다. 당사 플랜에는 의사, 병원, 약국, 장기 서비스 및 지원 제공자, 행동 건강 제공자 및 기타 제공자들이 포함됩니다. 또한 당사는 이용하고 계신 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케이스 관리자 및 케어 팀도 보유하고 있습니다. 이들은 서로 협력하여 회원에게 필요한 케어를 제공합니다.

Molina Healthcare는 회원 한 분 한 분이 모두 다르며, 각자 필요한 것이 다르다는 사실을 잘 알고 있습니다. 그렇기 때문에 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 가입자의 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 하나의 플랜으로 결합시켜 마음 편하게 개인 맞춤형 지원을 받을 수 있도록 합니다.

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

Molina Healthcare에 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 의약품 대상입니다.

각 주의 결정 사항은 다음과 같습니다.

- 소득 및 재산으로 간주되는 사항
- 자격을 갖춘 사람
- 혜택 대상 서비스 및
- 서비스 비용

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

Medicare와 California 주에서 당사 플랜을 승인했습니다. 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. 당사 플랜의 이점

이제 처방약을 포함해 Medicare와 Medi-Cal 혜택 대상 서비스에서 받고 계신 모든 혜택을 당사 플랜에서 받으실 수 있습니다. 이 의료 플랜에 가입하시는 데는 추가 비용이 전혀 없습니다.

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

- 회원님의 모든 의료 관련 요구 사항을 당사와 상의하여 해결할 수 있습니다.
- 회원님마다 케어 팀이 있고, 회원님이 직접 팀 구성에 참여하게 됩니다. 케어 팀은 회원님 본인, 간병인, 의사, 간호사, 상담사 또는 그 외 의료 전문가들로 구성될 수 있습니다.
- 케이스 관리자도 배정됩니다. 케이스 관리자는 회원님과 함께 당사 플랜을 관리하고 케어 팀의 케어 플랜 수립을 돕는 일을 합니다.
- 회원님은 담당 케어 팀, 케이스 관리자의 도움을 받아 자신의 케어를 직접 관리할 수 있습니다.
- 회원님의 케어 팀과 케이스 관리자는 회원님과 함께 상의해 회원님의 건강 요구 사항에 맞게 설계된 케어 플랜을 수립하게 됩니다. 케어 팀은 회원님이 필요로 하는 여러 서비스 간 조율을 도와드립니다. 예를 들어, 담당 케어 팀은 다음과 같은 일을 합니다.
 - 담당 의사에게 회원님께서 어떤 약을 먹는지 알려서 적합한 약을 먹고 있는지 확인하고, 그러한 약 복용에서 발생할 수 있는 부작용을 줄일 수 있도록 합니다.
 - 또한 회원님의 검사 결과를 모든 담당 의사들, 그리고 필요에 맞게 다른 제공자들도 공유할 수 있도록 합니다.

Molina Medicare Complete Care Plus 신규 가입자: 대부분의 경우 회원님은 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 회원님의 Medi-Cal 혜택 적용에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 궁금한 점이 있으시면 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627번(TTY: 711)으로 연락해 주시기 바랍니다(연중 무휴).

D. 당사 플랜의 서비스 지역

당사의 서비스 지역은 California 주 내의

- Los Angeles 카운티
- San Diego 카운티
- 다음 ZIP 코드를 제외한 Riverside 및 Bernardino 카운티:

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 92225, 92226, 92239, 92275, 92382, 92385, 92386, 92391, 92397, 92398, 92409, 93562, 93592, 92242, 92252, 92256, 92267, 92268, 92277, 92278, 92280, 92284, 92285, 92286, 92304, 92305, 92309, 92310, 92311, 92312, 92314, 92315, 92317, 92321, 92322, 92323, 92325, 92326, 92327, 92332, 92333, 92338, 92339, 92341, 92342, 92347, 92352, 92356, 92363, 92364, 92365, 92366, 92368, 92372

당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 당사 플랜에 가입할 수 있습니다.

당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 당사 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 데 따른 영향에 대한 자세한 정보는 제8장을 참조하십시오.

E. 플랜 회원이 되려면 갖춰야 할 자격 요건

다음 조건을 충족하시는 한 당사 플랜 회원 자격이 충족됩니다.

- 당사 서비스 지역에 거주해야 합니다(수감 중인 개인은 신체는 당사 서비스 지역에 있더라도 지리적 서비스 지역에 거주하는 것으로 간주되지 않습니다). 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.

자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

참고: 자격을 상실했지만 6개월 이내에 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우 여전히 당사 플랜의 멤버십 자격을 충족합니다(제4장, 섹션 A에는 자격 유지 간주 기간이라고 하는 이 기간 중의 보장 범위 및 비용 분담에 대해 설명합니다).

F. 처음 당사 건강 플랜에 가입하면 기대하는 사항

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

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

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

HRA와 관련한 자세한 정보를 보내드리도록 하겠습니다.

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

- 회원님, 회원님의 대리인 또는 제공자가 당사에 회원님이 현재 제공자를 유지할 수 있도록 해 줄 것을 요청합니다.
- 일부 예외 경우를 제외하고, 회원님이 주치의(PCP) 또는 전문 케어 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 저희가 확인할 수 있습니다. "기존 관계"란, 회원님이 당사 플랜 최초 가입일 기준으로 그 이전 12개월 기간에 비응급 진찰을 위해 네트워크 비소속 제공자를 최소 1회 방문했음을 의미합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 당사는 당사가 확보할 수 있거나 회원님이 당사에 제공하는 회원님의 건강 의료 정보를 검토해 기존 관계 여부를 결정하게 됩니다.
- 당사는 회원님의 요청에 30일 이내에 응답해야 합니다. 회원님은 더 신속하게 결정해 달라고 요청하실 수 있으며, 그러한 경우 당사는 15일 이내에 응답해야 합니다.
- 회원님이 이러한 요청을 할 때 회원님과 담당 의료 제공자는 기존 관계의 증빙 서류를 제공하고 특정 조건에 동의해야 합니다.

참고: 이러한 요청은 당사 플랜에 포함되지 않은 내구성 의료 장비(DME) 서비스, 교통편 서비스 또는 기타 보조적인 서비스에 대해서만 할 수 있습니다. DME 제공자, 교통편 제공자 또는 기타 보조적인 제공자에 대해서는 이러한 요청을 할 수 없습니다.

케어 지속 기간이 종료되고 나면 당사가 회원님을 담당하는 네트워크 비소속 의사와 계약을 체결하지 않는 한, 회원님의 주치의의 의료 단체와 제휴를 맺은 Molina Medicare Complete Care Plus 네트워크 소속 의사 및 기타 제공자를 이용해야 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. 케어를 받는 것에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 제3장을 참조하십시오.

G. 케어 팀 및 케어 플랜

G1. 케어 팀

케어 팀에서 회원님이 필요한 케어를 계속 받을 수 있도록 도와드립니다. 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. 당사 플랜에 가입하시면 케이스 관리자를 지정해 드립니다. 또한 케이스 관리자는 당사 플랜에서 제공하지 않는 자원이 있을 경우 가입자를 다른 지역사회 자원에 의뢰하고 케어 팀과 협력하여 가입자의 케어를 조율할 수 있도록 도와줍니다. 담당 케이스 관리자와 케어 팀에 대한 자세한 정보는 페이지 하단의 전화 번호로 당사에 문의하십시오.

G2. 케어 플랜

또한 담당 케어 팀은 가입자의 케어 플랜 수립을 돕습니다. 케어 플랜은 가입자와 담당 의사에게 가입자에게 필요한 서비스와 해당 서비스를 받을 수 있는 방법을 알려줍니다. 이는 회원님의 의료, 행동 건강 및 LTSS 필요를 포함합니다.

케어 플랜에는 다음이 포함됩니다.

- 회원의 의료 케어 목표.
- 필요한 서비스를 받을 일정.

건강 위험 평가 후, 담당 케어 팀이 회원님과 면담합니다. 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 가입자와 협의하여 일 년에 최소 한 번씩 케어 플랜을 업데이트합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



H. 월 보험료

당사 플랜에는 월 보험료가 없습니다.

I. 가입자 핸드북

가입자 핸드북은 가입자와 당사 간 계약의 일부입니다. 이는 당사가 반드시 본 문서에 포함되어 있는 규정을 모두 빠짐없이 준수해야 한다는 것을 의미합니다. 당사가 이러한 규정에 어긋나는 행동을 한다고 판단되는 경우, 당사 결정에 이의 제기를하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 안내는 가입자 핸드북의 제9장을 참조하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화 문의해 주시기 바랍니다.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 가입자 핸드북을 요청할 수 있습니다. 또한 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 가입자 핸드북을 확인하시거나 다운로드하실 수 있습니다.

계약은 01/01/2023부터 12/31/2023까지 회원님께서 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입하신 달에 대해 유효합니다.

J. 회원에게 제공되는 기타 정보

이 외에 당사에서 제공하는 중요한 정보에는 회원님의 회원 ID 카드, 제공자 및 약국 명부 이용 방법, 보장 의약품 목록 이용 방법이 있습니다.

J1. 플랜 ID 카드

당사 플랜 하에서는 장기 서비스 및 지원(LTSS), 특정 행동 건강 서비스, 처방약 등을 포함해 당사 플랜이 적용되는 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 모두 카드 1장으로 이용하실 수 있습니다. 모든 서비스 또는 파트 D 처방약을 이용하거나 받으실 때는 항상 이 카드를 제시해 주셔야 합니다. 회원 ID 카드의 예는 다음과 같습니다.



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

당사 플랜 회원으로 계시는 동안은 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드를 이용하실 필요가 없습니다. 이러한 카드는 나중에 혹시 필요할 때를 대비해 안전한 곳에 보관해 두십시오. 회원 ID 카드 대신 Medicare 카드를 제시하면 제공자는 당사 플랜 대신 Medicare에 청구하며, 회원님은 청구서를 받을 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

제공자로부터 청구서를 받은 경우 취해야 할 조치에 대해 알아보려면 **가입자 핸드북의 제7장**을 참조하십시오.

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

- 카운티 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 받을 수 있는 전문 정신 건강 서비스
- Medi-Cal Rx 혜택 대상 의약품

J2. 제공자 및 약국 명부

제공자 및 약국 명부에는 당사 플랜의 네트워크 소속 의료 서비스 제공자 및 약국들이 나와 있습니다. 당사 플랜 회원으로 계시는 동안은 반드시 네트워크 소속 제공자를 통해 혜택 대상 서비스를 받으셔야 합니다.

페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 **제공자 및 약국 명부**를 요청할 수 있습니다. 또한 페이지 하단의 웹 주소에서 **제공자 및 약국 명부**를 참조하실 수 있습니다.

본 명부에는 Molina Healthcare의 회원으로서 이용할 수 있는 주치의(PCP), 병원 및 기타 의료 제공자가 나와 있습니다. 또한 제공자 명부에서는 Molina Healthcare 의사 및 기타 의료 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. 물리적 접근성 정보는 다음과 같습니다.

- 기본 사항
- 제한 사항

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
- S= 휠체어 체중계

또한 제공자(의사, 병원, 전문의 또는 의료 클리닉)가 신규 환자를 받는지 여부를 제공자 명부 또는 페이지 하단의 웹 주소에서 확인할 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



네트워크 공급자 정의

- 당사 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 받아 들인다는 데 동의한 제공자입니다.

네트워크 소속 약국의 정의

- 네트워크 소속 약국은 당사 플랜 가입자에게 처방약을 제공하는 데 동의한 약국을 의미합니다. **제5장**의 **공자 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.

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

J3. 보장 의약품 목록

플랜에는 **보장 의약품** 목록이 있습니다. 이 목록을 짧게 줄여서 “의약품 목록”이라고 부릅니다. 이 목록에는 당사 플랜이 적용되는 처방약이 나와 있습니다.

또한 본 의약품 목록에는 구입할 수 있는 금액 한도 등과 같이 특정 의약품에 관한 규정이나 제한 사항이 있는지도 알 수 있습니다. 자세한 사항은 **가입자 핸드북의 제5장**을 참조하십시오.

당사는 회원님께 의약품 목록 이용 방법에 관한 정보를 보내 드리지만, 중간에 변동 사항이 생길 수도 있습니다. 보장 대상 의약품에 관한 최신 정보를 확인하려면 가입자 서비스부에 문의하거나 당사 웹사이트를 방문하십시오(페이지 하단의 정보 참조).

J4. 혜택 설명서

파트 D 처방약 혜택을 이용하시는 경우, 가입자의 파트 D 처방약에 대한 비용 지급 내역을 확인 및 추적할 수 있도록 요약서를 보내드립니다. 이 요약서를 **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. **가입자 핸드북의 제6장**에는 EOB에 관한 더 자세한 정보와 더불어 이것이 의약품 혜택 내역을 추적하는 데 어떻게 도움이 되는지에 대한 설명이 나와 있습니다.

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

K. 멤버십 기록 업데이트하기

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



회원님의 정확한 정보를 기록하려면 이 정보가 필요합니다.

당사 네트워크 소속 제공자와 약국 또한 회원님에 대한 정확한 정보가 필요합니다. 제공자와 약국은 회원님의 멤버십 기록을 바탕으로 어떤 서비스 또는 의약품을 받으시는지, 비용이 얼마나 드는지를 알 수 있습니다.

다음과 같은 경우 당사에 즉시 알려주십시오.

- 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 참여하는 경우(참고: 현재 참여하고 있는 임상시험 연구에 대해 당사에 알려 줄 의무는 없지만 그렇게 해 주실 것을 권장합니다.)

정보에 변동 사항이 발생하는 경우 가입자 서비스부로 연락하십시오.

K1. 개인 건강 정보(PHI)의 보호

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

제2장: 중요한 전화번호 및 리소스

소개

본 장에서는 당사 플랜 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 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 가입자 서비스부	16
B. 케이스 관리자	18
C. 간호사 상담 전화	19
D. 행동 건강 위기 전화	19
E. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)	21
F. 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)	22
G. Medicare	23
H. Medi-Cal	24
I. 움부즈만 사무소	25
J. 카운티 사회복지부	25
K. 카운티 전문 정신 건강 플랜	27
L. California Department of Managed Health Care	28
M. 기타 리소스	29

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



A. 가입자 서비스부

전화	(855) 665-4627번, 무료 전화입니다. 연중 무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이 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	711번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간) 사이
팩스	의료 서비스: 팩스: (310) 507-6186 파트 D(의약품) 서비스: 팩스: (866) 290-1309
우편	의료 서비스: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 파트 D(의약품) 서비스: 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

가입자 서비스부에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 플랜에 관한 질문
- 보험금 청구 또는 비용 청구에 관한 질문
- 본인의 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정
 - 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다:
 - 귀하에게 적용되는 혜택 및 서비스 또는
 - 회원님의 의료 서비스에 대해 당사에서 지급하는 금액.
 - 회원님의 의료 케어와 관련한 혜택 적용 결정에 관해 궁금한 점이 있으시면 전화로 문의해 주십시오.
 - 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제9장을 참조하십시오.
- 의료 케어에 관한 이의 제기
 - 이의 제기는 당사가 회원님의 혜택에 대해 내린 결정을 재검토해 달라고 요청하고, 회원님 입장에서 당사가 실수로 잘못된 결정을 내렸다고 판단하시거나 결정에 동의하지 않으시는 경우 결정을 변경해 달라고 요청하는 공식적인 방법입니다.
 - 이의 제기와 관련한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제9장을 참조하십시오.
- 의료 케어에 관한 불만 사항

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 회원님은 당사 또는 네트워크 비소속 또는 네트워크 소속 제공자에 대해 불만을 제기할 수 있습니다. 네트워크 소속 제공자는 당사 플랜에 참여하는 제공자를 의미합니다. 또한 받으시는 케어의 품질에 관해 당사 또는 품질개선기구에 불만사항을 제기하실 수 있습니다(섹션 F 참조).
- 당사에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시에 전화하여 불만사항을 알려 주시면 됩니다.
- 회원님의 의료 케어에 관한 혜택 적용 결정과 관련한 불만 사항인 경우 이의 제기를하실 수 있습니다(위 섹션 참조).
- 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 도움을 요청하시기 바랍니다.
- (855) 452-8609번으로 전화해 Ombuds 프로그램에 당사 플랜에 대한 불만사항을 제출하셔도 됩니다.
- 본인의 의료 케어 관련 불만사항 제기 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.
- Medicare 혜택 대상 의약품에 관한 혜택 적용 결정
 - Medicare 의약품에 관한 혜택 적용 결정은 다음과 관련된 결정을 말합니다.
 - 회원에게 적용되는 혜택 및 Medicare 혜택 대상 의약품 또는
 - 회원님의 Medicare 의약품에 대해 당사에서 지급하는 금액.
 - 일반의약품(OTC)과 특정 비타민 등 Medicare가 적용되지 않는 의약품에는 Medi-Cal Rx가 적용될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/))를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오.
 - 처방약과 관련한 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.
- Medicare 의약품과 관련한 이의 제기
 - 이의 제기는 당사에 혜택 적용 결정 변경을 요청하는 방법입니다.
 - Medicare 처방약과 관련해 이의 제기를 하는 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.
- Medicare 의약품과 관련한 불만사항
 - 회원님은 당사 또는 약국에 대해 불만 사항을 제기할 수 있습니다. 여기에는 사용하고 계신 Medicare 처방약에 관한 불만사항도 포함됩니다.
 - 본인의 Medicare 처방약에 관한 혜택 적용 결정과 관련한 불만사항인 경우, 이의 제기를하실 수 있습니다. (위 섹션을 참조하십시오.)
 - 당사 플랜에 대한 불만사항을 Medicare에 제출하실 수 있습니다. [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)에 있는 온라인 양식을 사용하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화해 도움을 요청하시기 바랍니다.
- Medicare 처방약과 관련해 불만사항을 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.
- 이미 본인이 대금을 지급한 의료 케어 또는 Medicare 의약품에 대한 비용 지급
 - 당사에 비용 상환을 요청하거나 본인이 받은 청구서 대금을 납입하는 방법에 관한 자세한 설명은 **가입자 핸드북의 제7장**을 참조하십시오.
 - 청구서 대금 납입을 요청하셨는데 저희가 요청 중 어느 부분에 대해서든 지급을 거부하는 경우 당사 결정에 대해 이의 제기하실 수 있습니다. **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



B. 케이스 관리자

Molina Medicare Complete Care Plus 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 가입자 서비스부에 전화해 배정된 케이스 관리자 변경을 요청할 수 있습니다. 또한 당사 직원은 회원님의 (문화/언어/신체/행동 건강) 요구나 위치를 바탕으로 배정된 케이스 관리자를 변경할 수 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

전화	(855) 665-4627번, 무료 전화입니다. 연중 무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이 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	711번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간) 사이
우편	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

케이스 관리자에게 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 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 요양 보호,
- 물리치료,
- 직업치료,
- 언어치료,
- 의료 사회 복지 서비스 및
- 가정 의료 케어.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



C. 간호사 상담 전화

회원님은 Molina Healthcare의 간호사 상담 전화에 하루 24시간, 1년 365일 언제든지 전화하실 수 있습니다. 해당 서비스는 회원님께 회원님의 언어로 의료 서비스와 관련한 상담을 제공해 주고 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 보였음을 의미합니다. 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 자원을 검색하고, Molina 케이스 관리자에게 의뢰할 수 있습니다.

본인이나 다른 사람에게 상해나 사망 위험이 있는 응급 상황이 발생하는 경우 가장 가까운 병원 응급실로 가거나 911에 연락하십시오.

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

- 본인의 의료 케어에 관한 질문

D. 행동 건강 위기 전화

전화	(888) 858-2150번, 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영. Molina는 가입자 서비스부에 전화하여 정신 건강 및 약물 남용 관련 문제에 대해 면허를 받은 행동 건강 전문가와 상담할 수 있도록 연중무휴 24시간 지원을 제공합니다. 통역 서비스는 해당 서비스가 필요한 회원님께 제공됩니다. 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711번으로 전화해 주십시오. 통화료는 무료입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영.

행동 건강 위기부에 연락하여 다음과 같은 도움을 받으십시오.

- ▶ 행동 건강 및 물질 중독 서비스에 관한 질문

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- ▶ 물질 사용 장애 서비스에 관한 질문
- ▶ 행동 위기는 다음과 같은 환경 요인에 의해 발생할 수 있습니다.
 - 실직
 - 최근 가족이나 가까운 친구의 사망
 - 중대한 질병 진단
 - 이혼
 - 예상치 못한 재정적 부담
 - 알코올 중독
 - 약물 남용 또는 중독
 - 정신 질환
 - 가까운 파트너의 폭력(가정 폭력)

카운티 전문 정신 건강 서비스에 관한 질문은 27페이지를 참조하십시오.



E. 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)

의료보험 상담-권익 옹호 프로그램(HICAP)은 Medicare 이용자들에게 무료로 의료보험 관련 상담을 제공해 드립니다. HICAP 상담사는 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) 434-0222번 월요일~금요일, 오전 9시~오후 4시(현지 시간)
TTY	711 월요일~금요일, 오전 9시~오후 4시(현지 시간)
우편	Los Angeles 카운티: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Riverside 및 San Bernardino 카운티: Inland Agency HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739 San Diego 카운티: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
웹사이트	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

HICAP에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 당사 플랜 또는 Medicare에 관한 질문
- HICAP 상담사는 새로운 플랜으로의 변경에 관한 질문에 답변을 드리며
 - 회원님의 권리를 이해하고,
 - 회원님의 플랜 선택을 파악하며,
 - 의료 케어 또는 치료와 관련해 불만 사항 제기 및
 - 청구서 관련 문제를 해결합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

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

전화	(877) 588-1123
TTY	(855) 887-6668번 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 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://www.livantaqio.com/en/states/california

Livanta에 문의하실 수 있는 사항은 다음과 같습니다.

- 본인의 의료 케어 권리에 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 영양 시설 케어, 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스가 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



G. Medicare

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) 무료 전화이며 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다.
TTY	1-877-486-2048(무료 전화) 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 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 문서도 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 회원님과 함께 검토할 것입니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



H. Medi-Cal

Medi-Cal은 California 주의 Medicaid 프로그램으로 미성년자, 노인, 장애인, 위탁 아동, 임산부 및 결핵, 유방암 또는 HIV/AIDS와 같은 특정 질환을 가진 환자가 있는 가정을 포함하여 저소득층을 위해 필요한 의료 케어 서비스를 제공하는 공공 의료보험 프로그램입니다. Medi-Cal은 주 정부와 연방 정부의 자금으로 운영됩니다.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



I. 옴부즈만 사무소

옴부즈만 사무소(Office of the Ombudsman)는 회원님의 대변인 역할을 수행하는 사무실입니다. 문제 또는 불만 사항이 있으신 경우, 본 프로그램이 질문에 답변해 드리며, 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 이해하실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 옴부즈만 사무소는 회원님의 서비스 또는 청구 관련 문제를 도와드립니다. 옴부즈만 사무소는 불만 사항에 대해 자동으로 어느 한 당사자를 옹호하지 않으며 모든 측면을 공정하고 객관적으로 고려합니다. 의료 케어 이용과 관련된 문제에 대해 공정한 해결책을 찾는 것이 옴부즈만 사무소의 업무입니다. 서비스 이용은 무료입니다.

전화	1-888-452-8609번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY	711번 통화료는 무료입니다.
우편	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS-4412 PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
이메일	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
웹사이트	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. 카운티 사회복지부

재택 지원 서비스(In-Home Supportive Services, IHSS) 혜택과 관련해 도움이 필요하신 경우 해당 현지 카운티 사회복지부에 연락하시기 바랍니다. 재택 지원 서비스(IHSS) 프로그램은 회원님께서 안전하게 자택에서 지내실 수 있도록 서비스를 제공해 드립니다. IHSS는 요양원 또는 숙식 및 보양 시설 등과 같은 가정 외 보양에 대한 대안으로 간주됩니다. IHSS를 신청하시려면 현지 카운티 IHSS 사무소에 문의하십시오.

Los Angeles 카운티

전화	(888) 822-9622번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



Riverside 카운티

전화	(888) 960-4477번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY	711번
우편	County of Riverside In-Home Supportive Services 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
웹사이트	http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services

San Bernardino 카운티

전화	(877) 800-4544번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY	711번
우편	County of San Bernardino In-Home Supportive Services 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
웹사이트	http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx

San Diego 카운티

전화	San Diego 카운티: (800) 510-2020 무료 전화입니다. San Diego 카운티 외 지역: (800) 339-4661 This call is free. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)
TTY	711번
우편	Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
웹사이트	http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



K. 카운티 전문 정신 건강 플랜

Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스는 의료적 필요성 기준을 충족하시는 경우 카운티 전문 정신 건강 플랜(MHP)을 통해 이용하실 수 있습니다.

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

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

Riverside University Health System Behavioral Health - 지역사회 액세스 및 진료 의뢰, 평가 및 지원 라인(Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line, CARES):

전화	(800) 706-7500번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 30분 사이 (현지 시간) 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	(800) 915-5512번, 무료 전화입니다. 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 30분 사이(현지 시간)

San Bernardino - 행동 건강부(Department of Behavioral Health, DBH):

전화	(888) 743-1478번, 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영. 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711번, 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



San Diego - 정신 건강 서비스(Mental Health Services):

전화	(888) 724-7240번, 무료 전화입니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영. 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	(619) 641-6992번, 무료 전화입니다. 이 번호는 청각 또는 언어 장애가 있는 분들을 위한 번호입니다. 이 번호로 전화하려면 특수 전화 장비가 있어야 합니다. 하루 24시간, 연중무휴 운영.

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.

L. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care(DMHC)는 의료 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. DMHC 헬프 센터에 연락하시면 Medi-Cal 서비스와 관련한 이의 신청 및 불만사항 제기를 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 분들을 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.dmhca.gov

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



M. 기타 리소스

Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램(HCA)은 의료 보장 혜택을 받거나 유지하는 데 어려움을 겪고 있는 사람들을 돕고 이들의 건강 플랜 관련 문제를 해결하기 위한 무료 지원을 제공합니다. 다음과 관련해 문제가 있는 경우 HCA의 도움을 받을 수 있습니다.

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

Health Consumer Alliance는 불만 제기, 이의 신청 및 심리 요청을 지원합니다. Health Consumer Alliance 프로그램 전화번호는 1-888-804-3536번입니다.

노인 학대 신고는 해당 카운티의 California Department of Social Services – Adult Protective Services로 연락하십시오.

전화	(877) 477-3646번 하루 24시간, 연중무휴 운영. Riverside 카운티: (800) 491-7123 24시간 핫라인 San Bernardino 카운티: (877) 565-2020 24시간 핫라인 San Diego 카운티: (800) 339-4661 24시간 핫라인
TTY	711번 하루 24시간, 연중무휴 운영.
우편	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010 Riverside 카운티: Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501 San Bernardino 카운티: Human Services System 784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415 San Diego 카운티: Aging & Independence Services P.O. Box 23217 San Diego, CA 92193-321
웹사이트	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

소개

본 장에서는 당사 플랜을 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, 당사의 혜택 적용 대상 서비스에 대해 직접 청구받았을 때 취해야 할 조치, 내구성 있는 의료 장비(DME) 소유 규정에 대해서 설명합니다. 주요 용어 및 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 서비스 및 제공자에 관한 정보	33
B. 당사 플랜의 혜택 대상인 서비스 이용 규정	33
C. 케이스 관리자	34
C1. 케이스 관리자란?	34
C2. 케이스 관리자에게 문의하는 방법	34
C3. 케이스 관리자 변경 방법	35
D. 제공자가 제공하는 케어	35
D1. 주치의의 케어	35
D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자들의 케어	36
D3. 제공자가 플랜을 탈퇴한 경우	37
D4. 네트워크 비소속 제공자	37
E. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스	38
E1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스	38
F. 교통편 서비스	40
F1. 비용급 상황 중의 의료 교통편	40
F2. 비의료 교통편	41
G. 의료적 응급 상황, 케어가 긴급하게 필요한 경우 또는 재난이 발생한 경우의 혜택 대상 서비스	42
G1. 의료적 응급 상황 시 케어	42
G2. 긴급하게 필요한 케어	43
G3. 재난 시 케어	44
H. 당사 플랜의 혜택 대상 서비스에 대해 직접 청구받은 경우 취해야 할 조치	44
H1. 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취할 수 있는 조치	44
I. 임상 실험 연구에 참여하고 있는 경우 의료 케어 서비스 제공 혜택	45
I1. 임상 실험 연구의 정의	45
I2. 임상시험 연구에 참여한 경우의 서비스에 대한 지급	45
I3. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용	45



J. 비의료 케어 종교 기관에 있는 경우, 의료 케어 서비스 혜택이 제공되는 방법	46
J1. 비의료 케어 종교 기관의 정의	46
J2. 비의료 케어 종교 기관의 케어	46
K. 내구성 있는 의료 장비(Durable medical equipment, DME)	46
K1. 플랜 회원으로서 DME 이용	46
K2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권	47
K3. 플랜 회원으로서 산소 장비 이용 혜택	47
K4. Original Medicare로 전환하는 경우 산소 장비 이용	47



A. 서비스 및 제공자에 관한 정보

서비스는 의료 케어(예: 의사 방문 및 의료 치료), 장기 서비스 및 지원(LTSS), 필요 물품, 행동 건강 서비스(정신 건강 및 웰니스 포함), 처방약 및 일반의약품, 의료 기기 및 기타 서비스를 말합니다. **혜택 대상 서비스**는 이러한 서비스들 중 Molina의 플랜이 그 비용을 부담하는 서비스를 말합니다. 혜택 대상 의료 케어, 행동 건강, 장기 서비스 및 지원(LTSS)은 **가입자 핸드북의 제4장** 혜택 차트에 나열되어 있습니다. 혜택 대상 처방약 및 일반의약품은 가입자 핸드북 **제5장**에 나와 있습니다.

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

네트워크 소속 제공자는 건강 플랜과 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. 네트워크 소속 제공자는 당사가 지급하는 금액을 비용 전액으로 받아들이는 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. 당사 플랜의 혜택 대상인 서비스 이용 규정

당사 플랜은 Medicare 서비스에 적용되며 모든 Medi-Cal 서비스에 적용되거나 이를 조율합니다. 여기에는 행동 건강 및 장기 서비스 및 지원(LTSS)이 포함됩니다.

당사 플랜은 가입자가 당사 규정을 따르는 경우 의료 케어 서비스, 행동 건강 서비스 및 LTSS를 조율합니다. 플랜 혜택 대상의 조건은 다음과 같습니다.

- 받으시는 케어는 반드시 **플랜 혜택 대상**이어야 합니다. 이는 해당 케어가 **가입자 핸드북의 제4장**의 혜택 차트에 포함되어 있어야 함을 의미합니다.
- 케어는 반드시 **의료적으로 필요**해야 합니다. 의학적으로 필요하다는 것은 합당하며 생명을 보호하는 중요한 서비스임을 의미합니다. 의학적으로 필요한 케어는 가입자의 질병이 악화되거나 불구가 되지 않도록 보호하거나 질병, 질환 또는 부상의 치료로 인한 극심한 통증을 완화하기 위해 필요합니다.
- 의료 서비스를 받으시려면 해당 케어를 지시하거나 다른 제공자의 진료를 받도록 안내하는 네트워크 소속 **주치의(PCP)**가 있어야 합니다. 플랜 회원은 반드시 네트워크 소속 제공자를 PCP로 선택해야 합니다.
 - 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 제공자의 진료를 보거나 플랜 네트워크 소속의 다른 제공자를 이용하려면 반드시 당사 플랜이 승인해 주어야 합니다. 이를 **진료 의뢰**라고 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 서비스에 대한 보장을 해드릴 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료 의뢰가 필요하지 않습니다.
 - 당사 플랜의 PCP는 의료 단체와 제휴를 맺고 있습니다. 회원님이 담당 PCP를 지정하시면 해당 제휴를 맺은 의료 단체도 선택하시게 됩니다. 즉 담당 PCP가 자신의 의료 단체와 제휴를 맺은 전문의 또는 서비스에 가입자의 진료를 의뢰합니다. 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 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 그 외에도 PCP의 진료 의뢰없이 받으실 수 있는 케어가 있습니다(이에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 D1 참조).
- 회원님은 반드시 담당 **PCP** 의료 단체와 제휴를 맺은 네트워크 소속 제공자에게서 서비스를 받아야 합니다. 보통, 당사는 당사의 의료 플랜 및 담당 PCP의 의료 단체와 협력 관계를 맺지 않은 제공자가 제공하는 케어에 대해서는 플랜 혜택을 적용하지 않습니다. 즉, 가입자가 네트워크 비소속

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

제공자가 제공하는 서비스에 대해 비용 전액을 제공자에게 지불해야 합니다. 다음과 같은 경우 이 규정이 적용되지 않습니다.

- 당사는 네트워크 비소속 제공자가 제공하는 응급 케어 또는 긴급하게 필요한 케어에 대해 플랜 혜택을 적용합니다(이에 대한 자세한 내용은 본 장의 섹션 H 참조).
- 당사 플랜의 혜택 대상이지만 당사 네트워크 소속 제공자가 제공할 수 없는 케어를 필요로 하는 경우, 네트워크 비소속 제공자로부터 케어를 받으실 수 있습니다. 이러한 상황에서는 네트워크 소속 제공자에게 케어를 받은 경우처럼 당사가 케어 비용을 부담하거나 회원 부담 전혀 없이 당사가 케어 비용을 전액 부담합니다.
- 당사는 가입자가 당사 플랜의 서비스 지역을 짧은 기간 동안 벗어나 있거나, 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 찾아갈 수 없는 경우에 받는 신장 투석에 대해 혜택을 적용합니다. 이 서비스는 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받으실 수 있습니다. 투석에 대해 지불하는 비용 분담은 Original Medicare에서 부담하는 비용을 초과할 수 없습니다. 회원님께서 플랜의 서비스 지역 밖에 있고 플랜의 네트워크 비소속 제공자로부터 투석을 받는 경우, 비용 분담은 네트워크 소속 제공자에게 지불하는 비용 분담을 초과할 수 없습니다. 그러나 일반적인 네트워크 소속 투석 제공자를 일시적으로 이용할 수 없고 네트워크 비소속 제공자로부터 서비스 지역 내에서 서비스를 받기로 선택한 경우 투석 비용 분담이 더 높을 수 있습니다.
- 당사 플랜에 처음 가입하는 경우 현재 제공자로부터 계속 케어를 받도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 일부 예외 경우를 제외하고 회원님께서 제공자와 기존 관계를 맺고 있다는 것을 확인할 수 있는 경우, 당사는 그러한 요청을 승인해야 할 의무가 있습니다. 가입자 핸드북 제1장을 참조하십시오. 당사가 요청을 승인하면 회원은 해당 제공자에게 최장 12개월까지 서비스를 받을 수 있습니다. 그 기간 동안 담당 케이스 관리자가 가입자에게 연락하여 담당 PCP의 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.

Molina Medicare Complete Care Plus 신규 가입자: 대부분의 경우 가입자는 Molina Medicare Complete Care Plus 가입을 요청한 다음 달 1일에 Molina Medicare Complete Care Plus에 가입되어 Medicare 혜택을 받게 됩니다. 이전 Medi-Cal 건강 플랜을 통해 받았던 Medi-Cal 서비스는 추가로 부여되는 한 달 동안 계속 받을 수 있습니다. 그 후에는 Molina Medicare Complete Care Plus를 통해 Medi-Cal 서비스를 받게 됩니다. 따라서 회원님의 Medi-Cal 혜택 적용에는 아무런 공백 기간도 발생하지 않습니다. 궁금한 점이 있으시면 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627번(TTY: 711)으로 연락해 주시기 바랍니다(연중 무휴).

C. 케이스 관리자

C1. 케이스 관리자란?

- Molina Medicare Complete Care Plus 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 가입자 서비스부에 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627번으로 연락해 주시기 바랍니다(연중무휴). 통화료는 무료입니다. TTY: 711로 문의하십시오. 또는 www.molinahealthcare.com/Medicare를 방문하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



C3. 케이스 관리자 변경 방법

- 회원님께서서는 케이스 관리자 부서 또는 가입자 서비스부에 전화해 케이스 관리자 변경을 요청하실 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare Services 직원은 회원님의 요구나 위치를 바탕으로 케이스 관리자 배정을 변경할 수 있습니다.

D. 제공자가 제공하는 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.

PCP의 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 Medicare Complete Care Plus는 회원님의 케어를 위해 전문 의료 제공자로 이루어진 네트워크를 운영하고 있습니다. 회원님이 전문 의료 서비스를 받으려면 Molina Medicare Complete Care Plus PCP의 진료 의뢰가 있어야 합니다. 하지만 사전 승인은 필요하지 않습니다. 회원은 여성 건강 전문 의료부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료 의뢰 서비스 없이도 직접 이용이 가능합니다. PCP는 대부분의 케어를 제공하고, 당사 플랜의 회원님이 받으시는 나머지 혜택 대상 서비스의 준비 또는 조율을 도와드립니다. 포함 내용:

- 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 용품이 필요하신 경우, 담당 PCP에게 사전 승인을 받으셔야 합니다(예를 들어 전문의의 진찰을 받을 수 있도록 진료 의뢰 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 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다. 이용하고자 하는 특정 전문의나 병원이 있는 경우, 해당 전문의나 병원이 담당 PCP의 의료 단체와 제휴하는지 확인하십시오. 제공자 및 약국 명부를 참조하거나 가입자 서비스부에 요청하여 귀하가 원하는 PCP가 해당 전문의에게 진료 의뢰를 하거나 해당 병원을 이용하는지 확인하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



PCP 변경 옵션

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

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

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 가입자 서비스부에 연락해 Molina Healthcare 제공자에 대한 자세한 정보를 문의하고 PCP 변경을 요청하실 수 있습니다. 일부 제공자의 경우 담당 PCP에게 진료 의뢰 문서를 받아야 합니다(응급 상황 및 혜택 지역 외부에서 이루어지는 긴급 진료 서비스는 제외).

PCP의 승인 없이 이용할 수 있는 서비스

대부분의 경우 다른 제공자를 이용하기 전에 담당 PCP의 승인을 받으셔야 합니다. 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, 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 주말인 경우)에 네트워크 비소속 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어

참고: 긴급하게 필요한 치료는 즉시 필요하며 의료적으로 필요한 것이어야 합니다.

- 당사 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스 서비스 지역을 떠나기 전에 가입자 서비스부에 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, 진료 의뢰 없이 원주민 의료 제공자의 케어를 받을 수 있습니다.
- 간호사 조산원 서비스, 가족 계획, HIV 선별 검사 및 상담, 성매개감염병(STD) 치료

D2. 전문의 및 기타 네트워크 소속 제공자들의 케어

전문의란 특정 질병 또는 신체 특정 부분에 대한 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다. 전문의에는 다음과 같이 여러 유형이 있습니다.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 비뇨기 및 방광 질환 환자를 대상으로 하는 비뇨기과전문의의 케어.
- 회원님은 특정 전문의에게 한정되지 않습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 회원님의 케어를 위해 전문 의료 제공자로 이루어진 네트워크를 운영하고 있습니다. 전문의 서비스를 이용하려면 담당 PCP로부터 진료 의뢰 문서를 받아야 할 수 있습니다. 회원들은 여성 건강 전문의로부터 정기 및 예방 건강 케어를 받고자 하는 경우 진료 의뢰 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

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

- 당사의 제공자 네트워크가 연중 변경될 수 있지만, 당사는 귀하가 중단 없이 자격을 갖춘 제공자를 이용할 수 있도록 해야 합니다.
- 당사는 귀하가 새 제공자를 선택할 수 있도록 최소 30일의 기간을 드리기 위해 선의의 노력을 기울입니다.
- 당사는 귀하가 귀하의 의료 서비스 필요를 계속 관리할 수 있도록 자격을 갖춘 신규 제공자를 선택하는 데 도움을 드립니다.
- 치료를 받고 있는 경우, 귀하가 받고 있는 필요한 치료를 중단 없이 받을 수 있도록 요청할 권리가 귀하에게 있으며, 당사는 이를 위해 노력합니다.
- 자격을 갖춘 전문의로서 귀하가 이용할 수 있는 네트워크 소속 제공자를 찾을 수 없는 경우, 당사는 귀하에게 케어를 제공해 줄 네트워크 비소속 전문의를 주선해야 합니다.
- 당사에서 귀하의 이전 제공자를 자격 있는 제공자로 교체하지 않았거나 귀하의 케어를 적절하게 관리하지 않는다고 생각하시는 경우, QIO에 케어 품질에 관한 불만사항을 제기하거나 고충을 제기할 수 있으며 둘 모두를 제기할 수도 있습니다. (자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.)
- 귀하의 제공자가 당사 네트워크를 떠나는 경우, 귀하의 제공자는 귀하가 지속적으로 의료 서비스를 받을 수 있도록 당사 제공자와 계약하는 데 동의해야 합니다.

귀하의 제공자 중 한 곳이 당사의 플랜을 탈퇴하는 것을 알게 되신 경우, 당사에 연락해 주십시오. 새 제공자를 찾고 케어를 관리하는 것을 당사에서 도와드리겠습니다. 이 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.

D4. 네트워크 비소속 제공자

장기 서비스 및 지원을 포함해 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. 가입자 서비스부에 연락해 도움을 받으시기 바랍니다. 사전 승인 없이 네트워크 비소속 제공자에게 정기 케어를 받으시는 경우, Medicare/Medi-Cal이나 플랜은 모두 해당 비용에 대해서는 전혀 책임지지 않습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 본인 부담하셔야 합니다.
- 제공자에게는 Medicare 참여 자격 충족 여부를 회원님께 알려드릴 의무가 있습니다.

플랜은 회원님이 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 짧은 기간에 받는 말기 신장 질환(ESRD) 신장 투석에 대한 혜택을 적용합니다. 이 서비스는 Medicare가 승인한 투석 시설에서 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하면 외부에 계신 동안 투석을 받으실 수 있도록 도와드립니다.

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):** 회원님께서 해당 적격성 기준을 충족하는 경우 전문 간호 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 프로그램입니다.
- **영양 시설(NF):** 자택에서 안전하게 생활할 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 분을 위해 케어를 제공하는 시설입니다.

담당 케이스 관리자가 각 프로그램에 대해 상세히 설명해 드릴 것입니다. 이러한 프로그램에 관해 자세한 정보가 필요하신 경우 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 연락하십시오.

E. 행동 건강(정신 건강 및 물질 사용 장애) 서비스

귀하는 Medicare 및 Medi-Cal 플랜 혜택이 적용되는 의료적으로 필요한 행동 건강 서비스를 이용하실 수 있습니다. 당사는 Medicare 혜택이 적용되는 행동 건강 서비스에 대한 이용 혜택을 제공합니다. 당사 플랜은 Medi-Cal 혜택 적용 대상인 행동 건강 서비스를 제공하지 않지만 해당 서비스는 Riverside University Health Systems – Behavioral Health, San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral Health), San Diego 카운티 – 행동건강 서비스(Behavioral Health Services) 및 Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health)를 통해 이용하실 수 있습니다.

E1. 당사 플랜 외부에서 제공되는 Medi-Cal 행동 건강 서비스

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

- 정신 건강 서비스
- 약물 투여 지원 서비스
- 주간 집중 치료
- 주간 재활
- 위기 개입

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 위기 안정화
- 성인 주거 치료 서비스
- 위기 주거 치료 서비스
- 정신과 건강 시설 서비스
- 정신과 입원 환자 병원 서비스
- 표적 케이스 관리

Medi-Cal 또는 Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스는 해당 서비스를 받는 데 필요한 기준을 충족하시는 경우 Riverside University Health System - Behavioral Health, San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral Health), San Diego 카운티 - 행동건강 서비스(Behavioral Health Services) 및 Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health)를 통해 이용하실 수 있습니다. Riverside University Health System - Behavioral Health, San Bernardino 카운티 행동건강부(Department of Behavioral Health), San Diego 카운티 - 행동건강 서비스(Behavioral Health Services) 및 Los Angeles 카운티 정신건강부(Department of Mental Health)에서 제공하는 Drug Medi-Cal 서비스에는 다음 서비스가 포함됩니다.

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

Drug Medi-Cal Organized Delivery System 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 외래 환자 및 외래 환자 집중 서비스
- 중독 치료 의약품(의약품 지원 치료라고도 함)
- 주거/입원 치료
- 퇴원 관리
- 진통제 치료 서비스
- 회복 서비스
- 진료 관리

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

Molina Medicare Complete Care Plus에서는 다양한 정신 건강 및 물질 사용 치료 제공자를 이용하실 수 있습니다. 제공자 목록은 Molina Medicare Complete Care Plus 회원 웹사이트를 방문하시거나 가입자 서비스부에 연락하시면 받으실 수 있습니다. 가장 최신 버전 제공자/약국 명부가 필요하시거나 행동 건강 제공자 선택에 추가적인 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 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.

사전 승인이 필요한 서비스에 관한 정보는 제4장 혜택 차트를 참조하십시오. 케어는 반드시 필요한 것으로 판정되어야 합니다. 필요하다는 것은 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, 용품 또는 의약품을 의미합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

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

F. 교통편 서비스

F1. 비용급 상황 중의 의료 교통편

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

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

비용급 상황 의료 교통편은 다음과 같은 경우에 이용해야 합니다.

- 신체적이나 의료적으로 필요하다고 PCP가 서면으로 확인한 경우, 또는 신체적이나 정신적으로 버스, 택시, 승용차, 밴을 타고 예약 장소로 이동할 수 없는 경우.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

담당 의사가 비용급 정기 예약을 위해 지정한 의료 교통편을 요청하려면 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 적어도 예약 일자 2일 전에(월요일~금요일) 전화해 주셔야 합니다. 긴급 예약의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 회원 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

의료 교통편 제한

Molina Medicare Complete Care Plus는 집에서 출발하여 예약 가능한 가장 가까운 제공자에게 이동하기 위한 의료적 필요를 충족하는 최저 비용의 의료 교통편을 보장합니다. 의료 교통편이 Medicare 또는 Medi-Cal의 혜택 적용 대상이 아닌 경우 해당 서비스는 제공되지 않습니다. 해당 방문 유형이 Medi-Cal은 적용되지만 건강 플랜은 적용되지 않는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus에서 회원님이 교통편을 예약하는 데 도움을 드립니다. 혜택 대상 서비스의 목록은 본 가입자 핸드북 제4장에 나와 있습니다. 사전 승인이 없는 한 Molina Medicare Complete Care Plus의 네트워크 또는 서비스 지역 외부에서는 교통편이 보장되지 않습니다.

F2. 비의료 교통편

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

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

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

경우에 따라 자신이 마련한 개인 차량에 대한 탑승 비용을 환급받을 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus는 회원님이 해당 차량을 이용하시기 전에 이를 승인해야 하며, 회원님은 버스를 타는 등의 다른 방법을 이용할 수 없는 이유를 당사에 알려주셔야 합니다. 전화, 이메일 또는 직접 방문을 통해 알려주실 수 있습니다. 직접 운전하시는 경우에는 환급을 받을 수 없습니다.

마일리지 환급을 받으려면 다음 증빙이 모두 필요합니다.

- 운전자의 운전면허증
- 운전자의 차량등록증
- 운전자의 자동차보험 가입증명서

승인된 서비스를 받기 위한 교통편을 요청하려면 Molina Medicare Complete Care Plus 가입자 서비스부에 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 적어도 예약 일자 2일 전에(월요일~금요일) 전화해 주셔야 합니다. 긴급 예약의 경우에는 최대한 빨리 연락하십시오. 전화할 때는 회원 ID 카드를 준비하시기 바랍니다. 추가 정보가 필요한 경우에도 문의하실 수 있습니다.

참고: 미국 원주민은 해당 지역의 원주민 보건 클리닉(Indian Health Clinic)에 연락하여 비의료 교통편을 요청하실 수 있습니다.

비의료 교통편 제한

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



Molina Medicare Complete Care Plus는 집에서 출발하여 예약 가능한 가장 가까운 제공자에게 이동할 수 있는 최저 비용의 비의료 교통편을 제공합니다. 회원님은 스스로 운전하거나 비용을 직접 환급 받을 수 없습니다.

다음과 같은 경우에는 비의료 교통편 혜택이 적용되지 않습니다.

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

G. 의료적 응급 상황, 케어가 긴급하게 필요한 경우 또는 재난이 발생한 경우의 혜택 대상 서비스

G1. 의료적 응급 상황 시 케어

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:

- 최대한 빨리 도움을 청하도록 하십시오. 911에 신고하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원을 이용합니다. 필요한 경우 구급차를 부릅니다. 담당 PCP로부터 승인이나 진료 의뢰를 받으실 필요가 없습니다. 네트워크 소속 제공자를 이용하실 필요가 없습니다. 응급 의료 케어가 필요한 경우, 미국 또는 전세계 미국 영토 어디에서든 적합한 주 면허를 소지한 모든 제공자로부터 응급 의료 케어를 받을 수 있습니다.
- 가능한 한 빨리 당사 플랜에 회원님의 응급 상황에 대해 알려 주십시오. 당사에서는 회원님의 응급 케어 상황을 계속 파악합니다. 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 가입자 서비스부 전화번호가 있습니다.

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.

응급실까지 가시는 데 구급차가 필요하신 경우, 플랜에서 혜택이 적용됩니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 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 Medicare Complete Care Plus에서는 다음과 같은 경우 네트워크 소속 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.

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

- 네트워크 소속 제공자를 이용하여 케어를 받는 경우 또는
- 추가적으로 받는 케어가 “긴급하게 필요한 케어”로 간주되고, 회원님이 그러한 케어를 받는 데 적용되는 규정(섹션 H2 참조)을 따르신 경우

G2. 긴급하게 필요한 케어

긴급하게 필요한 케어는 응급 상황은 아니지만 즉시 케어가 필요한 상황에 직면했을 때 받는 케어를 말합니다. 예를 들어, 기존 질환이 재발하거나 주말 동안 심한 인후통이 발생하여 치료가 필요할 수 있습니다.

당사 플랜의 서비스 지역에서 긴급하게 필요한 케어

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

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

네트워크 소속 제공자를 찾아갈 수 없거나 그렇게 하는 것이 합리적으로 타당하지 않은 경우, 네트워크 비소속 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 케어에 혜택을 적용해 드립니다.

네트워크 소속 제공자가 일시적으로 이용 불가능하거나 찾아갈 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.

당사 플랜의 서비스 지역 외부에서 긴급하게 필요한 케어

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

달력 연도마다 최대 \$10,000의 전 세계 응급 및 긴급 치료 서비스를 보장받을 수 있습니다. 자세한 사항은 제4장 혜택 차트를 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



G3. 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 당사 플랜의 케어를 받을 자격이 있습니다.

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

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 의약품은 네트워크 비소속 약국에서 조제하실 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.

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

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

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

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

H1. 서비스에 당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 경우 취할 수 있는 조치

다음 모든 서비스에 대해 당사 플랜의 혜택이 적용됩니다.

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

당사 플랜의 혜택이 적용되지 않는 서비스를 이용하시는 경우, 그 비용 전액은 회원님께서 부담합니다.

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.

가입자 핸드북의 제9장에 특정 의료 서비스 또는 용품에 대해 혜택 적용을 원하시는 경우 해야 할 일이 나와 있습니다. 또한 혜택 적용 결정에 대해 이의 제기하는 방법도 나와 있습니다. 가입자 서비스부에 전화하여 본인의 이의 제기 권리에 대해 문의하십시오.

일부 서비스에 대해서는 정해진 한도만큼 비용을 지급합니다. 정해진 한도를 초과하는 경우, 동일한 유형의 서비스를 더 이용하시려면 그에 대한 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 합니다. 혜택 한도가 얼마인지, 그리고 혜택을 얼마나 이용했는지는 가입자 서비스부에 전화해 문의해 주십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

11. 임상 실험 연구의 정의

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

Medicare 또는 당사 플랜에서 참여하시고자 하는 연구를 승인하는 경우, 해당 연구 관계자가 회원님께 연락을 드립니다. 담당 관계자가 연구에 대해 설명하고 가입자가 참여 자격을 충족하는지 확인합니다. 정해진 조건을 충족하시는 한 계속 연구에 참여하시게 됩니다. 연구에 참여하면서 본인이 해야 할 역할이 무엇인지를 이해하고 수락하셔야 합니다.

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

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

임상시험 연구에 참여하시기 전에 당사에 알려 주실 것을 권장합니다.

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

12. 임상시험 연구에 참여한 경우의 서비스에 대한 지급

Medicare가 승인하는 임상시험 연구에 자원하는 경우 가입자는 해당 연구를 통해 혜택이 적용되는 서비스에 대한 비용을 지급하지 않아도 됩니다. Medicare에서 해당 연구를 통해 혜택이 적용되는 서비스뿐 아니라 가입자의 케어와 관련한 일상적인 비용을 지급할 것입니다. Medicare 승인 임상시험 연구에 참여하시게 되면 연구의 일환으로 제공되는 대부분의 서비스 및 품목에 대해 혜택이 적용됩니다. 포함 내용:

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

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

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

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

J1. 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. 이 혜택은 Medicare 파트 A 입원 환자 서비스(비의료 케어 서비스)에 대해서만 적용됩니다.

J2. 비의료 케어 종교 기관의 케어

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
 - 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).

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

K1. 플랜 회원으로서 DME 이용

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

보철 같은 품목의 경우 항상 소유하셔야 합니다.

이 섹션에서는 회원님이 대여하는 DME에 대해 말씀드립니다. Original Medicare에서는 특정 유형의 DME를 대여한 사람은 해당 품목에 대해 13개월 동안 자기부담금을 지불한 후에 소유권을 가집니다. 그러나 당사 플랜 회원님의 경우, 대여 기간과 관계없이 DME는 본인 소유가 되지 않습니다.

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

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



K2. Original Medicare로 전환하는 경우 DME 소유권

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

당사 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare에 따라 DME 품목에 대해 비용을 지불한 횟수가 13회 미만인 경우, 이전에 지불한 횟수는 13회 연속 지불에 포함되지 않습니다. 해당 품목을 소유하려면 Original Medicare로 돌아간 후 비용을 새롭게 13회 연속으로 지불해야 합니다. Original Medicare로 돌아가시더라도 예외는 없습니다.

K3. 플랜 회원으로서 산소 장비 이용 혜택

Medicare가 적용되는 산소 장비에 대한 자격을 가지고 있는 당사 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 의료적으로 필요하지 않거나 회원님께서 당사 플랜을 탈퇴하시는 경우에는 산소 장비가 소유자에게 반환됩니다.

K4. Original Medicare로 전환하는 경우 산소 장비 이용

산소 장비가 의료적으로 필요하며 회원님께서 당사 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.

산소 장비를 36개월 동안 임대한 후 산소 장비가 의료적으로 필요한 경우 공급자는 다음을 제공해야 합니다.

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

5년이 지난 시점에도 산소 장비가 의료적으로 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 제공합니다.
- 산소 장비가 의료적으로 필요할 경우에는 5년마다 새로운 주기가 시작됩니다.

제4장: 혜택 차트

소개

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

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

차례

A. 혜택 대상 서비스	49
A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시	49
B. 회원에게 서비스 비용을 청구하는 제공자에 대한 규정	49
C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보	49
D. 당사 플랜의 혜택 차트	51
E. 당사 플랜 외부에서 제공되는 혜택 대상 서비스	90
E1. California 지역사회 전환(California Community Transitions, CCT)	91
E2. Medi-Cal Dental 프로그램	91
E3. 호스피스 케어	92
F. 당사 플랜, Medicare 또는 Medi-Cal의 적용 대상이 아닌 혜택	92



A. 혜택 대상 서비스

본 장에서는 당사 플랜에서 혜택을 제공하는 서비스와 각 서비스에 대해 얼마나 지불해야 하는지에 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 당사의 플랜 규정을 준수하신다면 혜택 대상 서비스에 대해서는 전혀 비용을 부담하실 필요가 없습니다. 플랜 규정에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 제3장을 참조하십시오.

혜택 적용 대상 서비스를 확인하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627번으로 전화하십시오.

A1. 공중 보건 응급 상황 발생 시

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

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

B. 회원에게 서비스 비용을 청구하는 제공자에 대한 규정

당사에서는 당사 네트워크 소속 제공자가 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께 비용을 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 청구를 받을 경우, 가입자 핸드북 제7장을 참조하시거나 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다.

C. 당사 플랜의 혜택 차트 관련 정보

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

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

- 당사는 Medicare와 Medi-Cal에서 정한 규정에 따라 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 적용 서비스를 제공해야 합니다.
- 서비스는(의료 케어, 행동 건강 및 물질 사용 서비스, LTSS, 공급 물품, 장비 및 의약품 포함) 반드시 의료적으로 필요한 것이어야 합니다. "의료적으로 필요한 것"이란 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 활동의 기준을 충족하는 서비스, 용품 또는 의약품을 의미합니다. 서비스는 삶을 보호하고 중대한 질병 또는 중대한 장애를 예방하며 심한 통증을 완화하는 데 합리적으로 필요한 상황에서는 의료적으로 필요합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 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 가입자 핸드북의 제3장을 참고해 주시기 바랍니다.
- 주치의(PCP) 또는 케어 팀이 있어서 회원님의 케어를 제공 및 관리해 드립니다. 대부분의 경우, 담당 PCP가 아닌 제공자의 진료를 보거나 플랜 네트워크 소속의 다른 제공자를 이용하려면 반드시 담당 PCP가 승인해 주어야 합니다. 이를 진료 의뢰라고 합니다. 진료 의뢰 발급 및 진료 의뢰가 필요 없는 경우에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제3장을 참조하십시오.
- 회원님은 반드시 담당 PCP 의료 단체와 제휴를 맺은 제공자에게서 서비스를 받으셔야 합니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 제3장을 참조하십시오.
- 혜택 차트에 나와 있는 서비스 중에는 담당 의사 또는 네트워크 소속 다른 제공자가 먼저 당사의 승인을 받은 경우에 한해 혜택이 적용되는 서비스도 있습니다. 이를 사전 승인이라고 합니다. 사전 승인이 필요한 혜택 적용 서비스는 혜택 차트에 굵게 표시되어 있습니다.
- 가입일로부터 당사 플랜의 자격 유지 간주 기간인 6개월이 경과되지 않은 경우 당사는 Medicare Advantage 플랜이 적용되는 모든 Medicare 혜택을 계속 제공합니다. 가입자가 Medicaid 자격을 상실한 것이 아니라면 당사에서는 해당 Medicaid 주 플랜(Medicaid State Plan)에 따라 포함된 Medicaid 혜택을 계속 보장할 것이며, 해당 주에서 달리 부담해야 하는 Medicare 보험료 또는 비용 분담금을 계속 지불할 것입니다. 이 기간 동안 Medicare 기본 및 보조 혜택에 대한 Medicare 비용 분담액은 변경되지 않습니다.

특정 만성 질환이 있는 가입자를 위한 중요한 혜택 정보. 다음과 같은 만성 상태에 처해 있고 특정 의학적 기준을 충족하는 경우 추가 혜택을 받을 수 있습니다.

- 만성 알코올 및 기타 약물 의존증
- 자가면역 질환
- 암
- 심혈관 장애
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 말기 간 질환
- 말기 신장 질환(ESRD)
- 중증 혈액 장애
- HIV/AIDS
- 만성 폐 장애
- 만성 및 장애성 정신 질환
- 신경 장애
- 뇌졸중

자세한 내용은 혜택 차트의 “특정 만성 질환 관련 도움말” 행을 참조하십시오.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



D. 당사 플랜의 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 이 예방 검사에 대한 자격이 있는 가입자에게는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	침술 당사는 1개월에 2회의 외래 침술 서비스 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. 회원님이 아래와 같이 정의되는 만성 요통이 있는 경우, 당사는 또한 12회까지 90일의 침술 내원에 대해 비용을 부담합니다. • 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. 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. 회원님이 나아지지 않거나 또는 더 악화될 경우, 만성 요통에 대한 침술 치료를 반드시 중단해야 합니다.	\$0 각 Medicare 적용 대상 치료에 대해 \$0를 지불합니다.
	알코올 오용 검사 및 상담 알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 성인을 대상으로 1회에 한해 알코올 오용 검사(SABIRT) 비용을 지급합니다. 여기에는 임신부도 포함됩니다. 알코올 오용에 대해 양성 반응이 나오는 경우, 1차 케어 환경에서 자격을 갖춘 주치의 또는 임상 의와 연간 최대 4회까지 간단한 직접 대면 상담 세션(상담이 가능하고 그 동안 각성 상태인 경우)을 받을 수 있습니다.	\$0 알코올 오용 예방 혜택을 축소하는 Medicare 혜택 대상 검사 및 상담에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	구급차 서비스 혜택 대상 구급차 서비스에는 지상, 고정익(fixed-wing) 및 회전익(헬리콥터) 구급차 서비스가 있습니다. 케어를 받을 수 있는 가장 가까운 장소까지 구급차로 이동합니다. 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 받아야 합니다. 응급 상황이 아닌 경우라도 당사에서 구급차 비용을 부담하는 경우가 있을 수 있습니다. 회원님의 상태가 너무 위중해서 다른 방법으로 케어 장소까지 이동할 경우 생명이나 건강에 위험을 초래할 수 있는 상황이어야 합니다.	\$0 각 Medicare 적용 대상 구급차 편도 교통편에 대해 \$0를 지불합니다. 비용급 구급차 이송에 대해서만 사전 승인이 필요합니다. 응급 치료가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오. 미국 이외의 지역에서 응급 구급차 이송이 필요한 경우 이 차트의 “전 세계 응급/긴급 혜택(Worldwide emergency/ urgent coverage)”를 참조하십시오.
	매년 건강 검진(보조) 매년 정기 건강 검진을 통해 의사, 임상 간호사 또는 의사 보조사만 수행할 수 있는 추가 건강 검진 서비스 혜택이 제공됩니다. 이 기회를 통해 예방 및 선별 검사에 주의를 기울게 됩니다. 정기 건강 검진 중에 임상 의사가 가입자를 검진하여 육안 검사, 촉진, 청진 및 타진을 통해 문제를 확인합니다. 이 중 마지막 세 가지는 직접적인 물리적 접촉을 수반할 수 있으며 신체 질환의 존재(또는 부재)를 규명하는데 필요합니다.	\$0 추가 서비스가 필요한 경우, 담당 제공자가 전문의에게 가입자의 진료를 의뢰하거나 필요하다면 사전 승인 신청을 제출할 것입니다.
	연례 건강 검진 1년에 1회 건강 검진을 받아야 합니다. 회원님의 현재 위험 요인을 바탕으로 예방 계획을 세우거나 업데이트하는 것이 목적입니다. 12개월에 1회 당사가 비용을 부담합니다.	\$0 연례 건강 검진에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	천식 예방 서비스 회원님은 천식 관리가 잘 되지 않는 가정에서 흔히 나타나는 유발 요인에 대한 천식 교육 및 가정 환경 평가를 받을 수 있습니다.	\$0

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	골 질량 측정 자격을 충족하는 가입자에 대해 특정 시술 비용을 부담합니다(대개 골 질량 손실 위험이나 골다공증 위험이 큰 경우). 이러한 시술을 통해 골 질량을 파악하고, 골 손실을 찾거나 골 상태를 확인합니다. 당사는 24개월마다 1회 또는 의료적으로 필요한 경우 더 자주 서비스 비용을 부담합니다. 또한 결과를 살펴보고 소견을 얘기해줄 의사 비용도 부담합니다.	\$0 Medicare 적용 대상 골 질량 측정에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	유방암 검사(유방 조영술) 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 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 혜택 적용 대상인 검사(유방 조영술)에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담 등과 같은 심장 재활 서비스 비용을 지급합니다. 회원님은 반드시 의사의 진료 의뢰나 지시사항에 따른 정해진 조건을 충족해야 합니다. 또한 심장 재활 프로그램보다 더 강도 높은 집중 심장 재활 프로그램 비용도 부담합니다.	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	심혈관(심장) 질환 위험 감소 방문(심장 질환 치료 요법) 당사는 회원님의 심장 질환 위험을 낮출 수 있도록 담당 주치의에 대한 연 1회 방문 또는 의료적으로 필요한 경우 추가 방문에 대해 비용을 부담합니다. 방문 중에 담당 의사는 • 아스피린 사용에 대해 얘기할 수 있습니다. • 혈압을 잴 수 있습니다. 그리고/또는 • 건강한 식사를 하도록 조언을 해드릴 수 있습니다.	\$0 집중 행동 치료 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	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 5년마다 1회 혜택이 적용되는 보장되는 심혈관 질환 검사에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	자궁경부암 및 질암 검사 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. - 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 Medicare 적용 대상 예방 팍 및 골반 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	척추지압요법 서비스 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. 정렬 교정을 위한 척추 조정	이러한 Medicare 혜택 적용 서비스에 대해서는 방문당 \$0를 지불합니다.
	직장암 검사 50세 이상 가입자의 경우 다음 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다. - 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 Medicare 적용 대상 직장암 선별 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	커뮤니티 기반 성인 서비스(Community Based Adult Services, CBAS) 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 충족할 경우 CBAS 비용을 당사가 부담합니다. 참고: 이용 가능한 CBAS 시설이 없는 경우 당사에서 이러한 서비스를 별도로 제공해 드릴 수 있습니다.	\$0



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	금연 또는 담배 사용 중단 카운셀링 담배를 사용하고 있지만 담배 관련 질환의 징후 또는 증상이 없고 금연을 원하거나 필요한 경우: - 예방적 서비스의 일환으로 12개월 기간 내에 2회의 금연 시도 비용을 부담합니다. 본인 부담 비용은 없습니다. 각 금연 시도에는 최대 4회의 직접 대면 상담 방문이 포함됩니다. 담배를 사용하고 있고 담배 관련 질환으로 진단을 받았거나 담배의 영향을 받을 수 있는 의약품 복용하고 있는 경우: 12개월 기간 내에 금연을 위한 상담 2회 비용을 부담합니다. 각 상담 시도에는 최대 4회의 직접 대면 방문이 포함됩니다. 임신한 경우 사전 승인을 받으시면 금연 상담을 무제한으로 받으실 수 있습니다.	\$0 Medicare 적용 대상 금연 및 담배 사용 중단 예방 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	치과 서비스 특정 치과 서비스(클리닝, 충전, 의치를 포함하되 이에 국한되지 않음)의 경우 Medi-Cal 치과 프로그램 또는 FFS Medi-Cal을 통해 이용하실 수 있습니다. 클리닝, 충전, 의치 등의 치과 서비스를 비롯한 치과 혜택을 추가로 제공합니다. 의치를 포함한 모든 종합 및 예방 치과 서비스에 대해 달력 연도별로 최대 \$4,000의 보조금이 지급됩니다. 해당 플랜은 화장품 서비스를 보장하지 않으며, MyChoice 카드를 사용하여 지불할 수 없습니다. 보조금은 Original Medicare 또는 Medi-Cal(Medicaid)가 아직 보장하지 않는 서비스에 사용됩니다.	MyChoice 카드를 사용할 경우 이러한 서비스에 대해 \$0를 지불합니다.
	우울증 검사 매년 1회에 한해 우울증 검사 비용을 당사가 부담합니다. 검진은 반드시 사후 치료 및 의뢰를 제공할 수 있는 1차 케어 시설에서 이루어져야 합니다.	\$0 연례 우울증 검사 방문에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	당뇨 검사 회원님께서 다음과 같은 위험 요인 중 어느 하나라도 가지고 있는 경우 당뇨 검사(공복 혈당 검사 포함) 비용을 당사가 지급합니다. • 고혈압 • 비정상 콜레스테롤 및 트리글리세라이드 수치 이력(이상지질혈증) • 비만 • 고혈당(포도당) 이력 회원님께서 과체중이고 당뇨 가족력이 있는 경우 등 일부 경우에 한해 검사 비용을 당사가 부담합니다. 검사 결과에 따라, 12개월마다 최대 2회의 당뇨 선별 검사를 받을 수 있습니다.	\$0 Medicare 적용 대상 당뇨 선별 검사에 대해서는 동반 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	당뇨 자가 관리 교육, 서비스 및 물품 모든 당뇨 환자에 대해 다음 서비스 비용을 당사가 부담합니다(인슐린 사용 여부 무관). • 혈중 포도당 모니터링에 필요한 용품. 여기에는 다음이 포함됩니다. • 혈중 포도당 모니터 • 혈중 포도당 검사 스트립 • 란셋 기구 및 란셋(의료용 침) • 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 가입자의 경우 다음 비용을 당사가 부담합니다. ◦ 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 가입자 서비스부에 문의하십시오.	이 서비스에 대해 \$0를 지불합니다. 처방전이 있고 네트워크 소속 약국에서 또는 Mail Service Pharmacy 프로그램을 통해 처방약을 구입하는 경우 용품에 대해 보장이 적용됩니다. 당뇨망막병증 또는 녹내장 검사를 위한 눈 검사가 필요한 경우의 의사 서비스에 대해서는 이 차트의 "안과 케어"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 발 검사를 위해 의사의 진료가 필요한 경우 이 차트의 "족부 치료 서비스"를 참조하십시오. 당뇨병 환자이며 의료 영양 치료법 서비스(MNT)가 필요한 경우 이 차트의 "의료 영양 치료법"을 참조하십시오. 당뇨 용품, 당뇨 치료 신발 및 삽입물에 사전 승인이 필요할 수 있습니다. Medicare 적용 대상 당뇨 자가 관리 훈련에는 사전 승인이 필요하지 않습니다.
	출산도우미 서비스 임산부에 대해서는 산전 및 산후 기간 동안 9번의 출산 도우미 방문과 진통 및 분만 시 지원에 대한 비용을 부담합니다.	\$0

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	내구성 있는 의료 장비(DME) 및 관련 용품 "내구성 의료 장비(DME)"의 정의는 <i>가입자 핸드북</i>의 마지막 장을 참조하십시오. 당사는 다음 품목을 보장합니다. • 전동 휠체어를 포함한 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 그 외 품목에도 혜택이 적용될 수 있습니다. 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.	\$0 Medicare 적용 대상 DME 및 관련 용품에 대해 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
응급 케어 응급 케어란 다음과 같은 서비스를 의미합니다. • 응급 서비스 제공 훈련을 받은 제공자가 제공하는 서비스. 그리고 • 의료적 응급 치료에 필요한 서비스. 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. • 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. 응급 케어는 한정된 상황을 제외하고, 미국 및 그 영토 내에서만 혜택이 적용됩니다. 자세한 사항은 플랜에 문의해 주십시오. 추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 치료 및 안정화 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 \$10,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다.	\$0 네트워크 비소속 병원에서는 응급 케어를 받고 응급 상황이 안정된 이후에 입원 환자 케어가 필요한 경우, 혜택을 계속 받으시려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아와 케어를 받으셔야 합니다. 당사 플랜에서 입원을 승인하는 경우에 한해 네트워크 비소속 병원에서도 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다. 혜택을 계속 받기 위해서는 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아와 케어를 받아야 합니다. 당사 플랜에서 입원을 승인하는 경우에 한해 네트워크 비소속 병원에서도 입원하여 케어를 받으실 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	가족 계획 서비스 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. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 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. 수술일로부터 최대 180일 최소 30일 전 연방 불임술 동의서(federal sterilization consent form)에 서명해야 합니다. • 유전 상담 그 외의 가족 계획 서비스에 대해서도 비용을 부담합니다. 그러나, 다음 서비스에 대해 반드시 당사 제공자 네트워크 소속 제공자를 이용하셔야 합니다. • 불임의 의료적 질병에 대한 치료(이 서비스에는 임신을 위한 인공적 방법은 포함되지 않습니다.) • AIDS 및 기타 HIV 관련 질병 치료 • 유전자 검사 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	가족 계획 서비스(계속) 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. 참고: 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 그룹 또는 클리닉에 문의하시거나 수신자 부담 전화로 (855) 665-4627, TTY: 711, 연중무휴, 오전 8시~오후 8시 사이(현지 시간)에 가입자 서비스부로 전화하셔서 필요한 의료 케어 서비스를 받으실 수 있는지 확인하시기 바랍니다.	
	피트니스 혜택(보조) 참여 피트니스 센터를 이용할 수 있는 피트니스 센터 멤버십이 제공됩니다. 피트니스 센터를 방문할 수 없거나 집에서 운동하고 싶다면 홈 피트니스 키트를 선택하십시오. 이 키트는 가정에서 편안하게 운동할 수 있도록 도와줍니다. 피트니스 센터에서 운동하기로 선택한 경우 웹사이트를 보고 참여 위치를 선택하거나 참여 피트니스 센터를 직접 방문하여 시작할 수 있습니다. 참여 시설 및 피트니스 체인은 지역에 따라 다를 수 있으며 변경될 수 있습니다. 키트는 변경될 수 있습니다.	\$0 이 혜택을 이용하기 위한 진료 의뢰 또는 사전 승인은 필요하지 않습니다. 운동 루틴을 시작하거나 변경하기 전에 항상 의사와 상의하십시오.
	의료 및 건강 교육 프로그램 당사는 특정 의료 질환에 중점을 두는 여러 프로그램을 운영하고 있습니다. 해당 프로그램에는 다음이 포함됩니다. - 건강 교육 수업 - 영양 교육 수업 - 간호 핫라인	\$0

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	청각 서비스 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. 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 \$1,510의 보조금이 지급됩니다. 당사 플랜은 플랜에서 승인한 의료 제공자가 미리 선택한 추가 보청기 2개를 보장합니다. 임산부이거나 요양 시설에 거주하는 가입자의 경우 다음을 포함해 보청기 비용도 당사가 부담합니다. • 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	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	특정 만성 질환 관련 지원 아래에 나와 있는 다음과 같은 만성 질환이 있다는 진단을 받고 특정 기준을 충족하는 경우, 만성 질환자를 위한 특별 보조 혜택을 받을 수 있습니다. • 만성 알코올 및 기타 약물 의존증 • 자가면역 질환 • 암 • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환(ESRD) • 중증 혈액 장애 • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애성 정신 질환 • 신경 장애 • 뇌졸중 나열된 질환 중 하나를 가지고 있으며 아래 나열된 특별 보조 혜택 중 하나를 이용하지 않으면 상태가 악화될 수 있다고 회원님의 의사가 작성한 건강 위험 평가 양식을 제출해야 합니다. 자격을 충족하려면 다음 절차를 완료해야 합니다. 이러한 혜택을 이용하기 위한 요청을 시작하려면 가입자 서비스부로 또는 케이스 관리자에게 전화하십시오. 참고: 이 혜택을 요청함으로써 회원님은 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 담당자에게 전화, 우편 또는 회원님의 신청서에 명시된 기타 연락 방법을 통해 회원님께 연락할 수 있는 권한을 부여하게 됩니다. SSBCI 혜택 이용 요청을 받으면 현재 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 등록된 양식이 없는 경우, 가입자 서비스부 담당자 또는 케이스 관리자가 담당 제공자가 작성할 건강 위험 평가 및 SSBCI 의뢰 양식을 보내드립니다. 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0 MyChoice 카드에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 케어 관리 프로그램에 대한 참여가 필요할 수 있습니다. 또한 가입자는 반드시 병력 정보 부족에 근거하여 검사에 대해 의사의 승인을 받아야 합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	특정 만성 질환 관련 지원(계속) 회원님은 평가를 수행하기 위해 주치의와 약속을 잡고 건강 위험 평가 양식을 작성한 다음 SSBCI 의뢰 양식에 나열된 각 자격 조건을 선택해야 합니다. 회원님의 제공자는 건강 위험 평가 및 SSBCI 의뢰 양식을 모두 작성하여 서명한 다음 두 문서 모두 SSBCI 의뢰 양식에 나와 있는 번호로 팩스를 보내야 합니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 접수 확인서를 발송하고 승인이 완료되면 MyChoice 카드를 통해 제공되는 추가 SSBCI 기금에 대해 통지해 드립니다. 승인이 완료되면 MyChoice 카드에 분기당 최대 \$150가 자동으로 충전되어 SSBCI 혜택에 사용할 수 있습니다. 아래 SSBCI 혜택은 회원님의 조건에 따라 결합될 수 있지만 최대 보조금은 분기당 총 \$150입니다. 각 분기 말까지 사용되지 않은 기금은 다음 분기로 이월되지 않습니다. 보조 동물 용품 보조금: 보조 동물 지원을 필요로 하는 장애 또는 만성 질환이 있는 가입자에게 지원을 제공합니다. 이 혜택에 대한 자격을 갖추려면 당사 플랜에 의해 HRA를 완료하고 보조 동물 필요 확인서를 제출해야 합니다. 보조 동물 용품 보조금은 반려동물 상점으로 확인된 소매점이나 온라인 판매점(예: Petco, PetSmart, Chewy 등)에서 동물 사료 및 용품을 구매하는 데 사용할 수 있습니다. 보조 동물의 취득, 훈련 또는 수의학 서비스 비용은 보조금으로 보장되지 않습니다. 병충해 방지: 이 혜택은 현재 거주지(플랜에 등록된 주소)에서 정기적인 예방적인 병충해 방지 서비스로 제한됩니다. 병충해 방지 처리는 병충해 방지 서비스임을 나타내는 등록된 판매자 ID를 가진 제공자가 수행할 수 있습니다. 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	특정 만성 질환 관련 지원(계속) Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 기본 병충해 방지 제공자는 Terminix입니다. Terminix는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)와 직접 계약을 체결하여 정기적인 예방 병충해 방지 서비스를 할인된 가격으로 제공합니다. 가입자는 MyChoice 카드를 사용하여 서비스 비용을 지불해야 합니다. Medicare 비적용 유전자 검사 키트: 검사에는 식품 민감성, 실내 및 실외 알레르기, 수면 및 스트레스 등이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. 이 혜택은 가족의 의료 이력에 접근할 수 없는 회원님이 잠재적인 향후의 건강 문제를 나타낼 수 있도록 돕기 위해 고안되었습니다. 회원님은 유전자 검사 제공자임을 나타내는 등록된 판매자 ID가 있는 온라인 웹사이트에서 이러한 검사를 구매할 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 Everlywell과 직접 계약을 체결하여 할인된 가격으로 검사를 제공합니다. 회원님은 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 이러한 서비스 비용을 지불해야 합니다. 정신 건강 및 웰니스 서비스 보조금: 정신 건강 및 웰니스 서비스는 회원님의 장애 관리 능력을 지원하기 위해 유용한 도구를 제공하기 위해 고안되었습니다. 정신 건강 및 웰니스 서비스의 예로는 Talkspace, Headspace, Calm 등이 있습니다. 회원님은 미리 충전된 MyChoice 카드를 사용하여 이러한 서비스를 구매해야 합니다. 아래 SSBCI 혜택의 최대 보조금은 매월 \$35입니다. 이 월별 보조금은 위의 SSBCI 혜택과 공유되지 않습니다. 매월 말까지 사용되지 않은 기금은 다음 달로 이월되지 않습니다. 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	특정 만성 질환 관련 지원(계속) 식품 및 농산물: 자격이 있는 경우 가입자는 식품 및 농산물 혜택에 \$80을 사용할 수 있습니다. 이 월별 보조금은 다음의 SSBCI 서비스와 공유되지 않습니다. 병충해 방지, 보조 동물 용품, Medicare 비적용 유전자 검사 키트 그리고 정신 건강 및 웰니스 서비스. 매월 말까지 사용되지 않은 기금은 다음 달로 이월되지 않습니다. MyChoice 카드의 보조금은 인근 참여 지역 매장에서 다양한 브랜드 및 일반 건강 식품에 사용하거나 Members.NationsBenefits.com/Molina에서 추가 비용 없이 온라인 가정 배송 서비스에 이용할 수 있습니다.	
	HIV 검사 다음에 해당하는 회원님께는 12개월마다 HIV 선별 검사 1회 비용을 지급합니다. • HIV 선별 검사를 요청하는 회원. 또는 • HIV 감염 위험도가 높은 회원 임신한 여성의 경우, 임신 기간 중 최대 3회의 HIV 선별 검사 비용을 지급합니다. 제공자의 권유로 이루어지는 추가 HIV 선별 검사 비용도 지급해 드립니다.	\$0 Medicare 적용 대상 예방 HIV 검사에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	가정 의료 기관 케어 가정 의료 서비스를 받으시기 전에, 의사가 먼저 그러한 서비스가 필요하다고 당사에 통보해야 하며, 그러한 서비스는 반드시 가정 의료 기관이 제공해야 합니다. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 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	이 서비스에 대한 회원님 부담은 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	가정 주입 치료 요법 당사 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. • 항바이러스성 또는 면역 글로불린과 같은 약물 또는 생물학적 물질 • 펌프와 같은 장비 및 • 튜브나 카테터와 같은 소모품 당사 플랜은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는 가정 주입 서비스를 보장합니다. • 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	Medicare 적용 대상 가정 주입 치료 요법에 대해 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	호스피스 케어 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. Medicare에서 인증한 모든 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 본 플랜은 회원님이 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 지원해야 합니다. 호스피스 담당 의사는 네트워크 소속 제공자일 수도 있고 네트워크 비소속 제공자일 수도 있습니다. 당사 플랜은 회원님이 호스피스 서비스를 받는 동안 다음에 해당하는 비용을 지급합니다. • 증상 및 통증 치료를 위한 의약품 • 단기 교대 간병 • 홈 케어 호스피스 서비스 및 Medicare 파트 A 또는 B가 적용되는 서비스 금액은 Medicare로 청구됩니다. • 자세한 정보는 본 장의 섹션F를 참조하십시오. 본 플랜이 적용되는 서비스지만 Medicare 파트 A 또는 B가 적용되지 않는 서비스의 경우: • 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 B에서 보장되지 않는 서비스를 보장합니다. 이는 해당 서비스가 회원님의 말기 예후와 관련이 있는지 여부와 무관합니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다. 당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품의 경우: • 의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오. 참고: 비호스피스 케어가 필요하신 경우, 케이스 관리자에게 전화하여 서비스를 요청하십시오. 비호스피스 케어는 회원님의 말기 예후와 무관한 케어입니다. 당사 플랜은 말기 질병 환자로 호스피스 혜택을 선택하지 않는 회원님에 대해 호스피스 상담 서비스(1회 한정) 비용을 부담합니다.	Medicare 공인 호스피스 프로그램에 등록하는 경우 말기 예후와 관련된 호스피스 서비스와 파트 A 및 파트 B 서비스 비용은 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)가 아닌 Original Medicare가 부담합니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	예방접종 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 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 • COVID- 19 백신 • 위험도가 높고 Medicare 파트 B 혜택 적용 규정을 충족하는 경우, 그 외 다른 백신 Medicare 파트 D 혜택 적용 규정을 충족하는 다른 백신에 대해서도 비용을 부담합니다. 자세한 내용은 <i>가입자 핸드북</i>의 제6장을 참조하십시오. 당사는 또한 예방접종 자문위원회(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)에서 권장하는 성인을 위한 모든 백신 비용도 부담합니다.	\$0 폐렴, 독감, B형 간염 및 COVID-19 백신에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	재가 지원 서비스(보조) 청소, 집안일, 식사 준비 및 기타 수단적 일상 활동 지원 등 재가 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 매년 최대 90시간까지 이용할 수 있습니다.	\$0



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	입원 환자 병원 케어 당사 플랜의 혜택이 적용되는 입원 일수에는 제한이 없습니다. 당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의료적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 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/췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 장기/복합 장기에 해당하는 이식. 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 지역사회에서 케어 패턴을 벗어나서 이식 서비스를 받을 수 있습니다. Molina Medicare Complete Care Plus가 지역사회에서 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 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. • 혈액(저장 및 투여 포함) • 내과 의사 서비스	\$0 응급 상황이 안정된 후에도 네트워크 비소속 병원 등에서 입원 환자 케어를 받으시려면 반드시 당사 플랜으로부터 승인을 받으셔야 합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	정신 병원에서 입원 환자 서비스 입원을 요하는 정신 건강 케어 서비스 비용을 당사가 부담합니다. - 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. 190일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공되는 입원 환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다. 65세 이상 가입자의 경우, IMD에서 받은 서비스 비용을 당사가 부담합니다.	\$0 이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	입원: 보장 대상이 아닌 입원 기간 동안 병원 또는 전문 요양 시설 (Skilled Nursing Facility, SNF)에서 제공되는 혜택 대상 서비스 합리적으로 타당하거나 의료적으로 필요하지 않은 입원에 대해서는 비용을 지급하지 않습니다. 그러나 입원 환자 케어가 보장되지 않는 특정 상황에서 당사는 회원님께서 병원 또는 요양 시설에 있는 동안 받는 서비스에 대한 비용을 지급할 수 있습니다. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. - 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). 다음의 전부 또는 일부를 대체하는 기구 - 내부 신체 장기(주변 조직 포함) 또는 - 제대로 기능하지 않거나 기능 부전 상태의 내부 신체 장기 기능 - 다리, 팔, 허리, 목 보조기, 트러스 및 인공 다리, 팔 및 눈. 여기에는 파열, 마모, 소실 또는 상태의 변화 등의 이유로 필요한 조정, 수리 및 교체가 포함됩니다. - 물리치료, 언어치료 및 작업 치료	\$0 이 혜택에 대해서는 공동 보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	신장 질환 서비스 및 용품 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 신장 케어 방법을 교육하고 가입자 본인의 케어에 대해 바람직한 결정을 내릴 수 있도록 제공하는 신장 질환 교육 서비스. 4단계 만성 신장 질환이 있는 경우 담당 의사가 의뢰를 해야 합니다. 6회 세션에 이르는 신장 질환 교육 서비스에 대한 비용을 당사가 부담합니다. • 가입자 핸드북의 제3장에 설명된 것처럼 일시적으로 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 찾아갈 수 없는 경우의 외래 환자 투석 치료(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. Medicare 파트 B 의약품 혜택이 일부 투석 목적 의약품에 적용됩니다. 자세한 내용은 이 차트에서 “Medicare 파트 B 처방약”을 참조하십시오.	\$0 이 서비스에 대한 회원님 부담은 없습니다. Medicare는 평생 최대 6회의 세션을 보장합니다.
	폐암 검사 회원님이 다음 조건을 충족하는 경우 당사 플랜은 12개월마다 1회 폐암 검사 비용을 지급합니다. • 50세~77세인 경우 및 • 의사 또는 자격을 갖춘 기타 제공자와 상담 및 공동 의사 결정을 위해 논의한 경우 및 • 20년간 하루 1팩 이상 담배를 피웠으며, 폐암의 징후 또는 증상이 없는 경우 또는 현재 담배를 피우거나 최근 15년 이내에 금연한 경우. 첫 번째 검사 후, 당사 플랜은 의사 또는 자격을 갖춘 기타 제공자의 서면 명령이 있으면 매년 다른 검사 비용을 지급합니다.	\$0 Medicare 적용 대상 상담 및 공동 의사 결정을 위한 논의에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	식사 혜택(보조) 이 혜택은 가입자의 병원 입원 또는 전문 요양 시설(SNF) 입원 후에 또는 가입자가 일정 기간 동안 자택에서 요양해야 하는 의학적 상태나 잠재적 의학적 상태에 처해 있는 경우 가입자의 건강을 유지하기 위한 것입니다. 담당 케이스 관리자 또는 담당 의사가 가입자에게 이 혜택이 필요한지 결정할 것입니다. 가입자에게 특정 만성 질환이 있는 경우 담당 의사가 이 혜택을 대신 요청할 수 있습니다. 이 혜택에서는 14일간 하루 2회 식사로 총 28회의 식사를 제공합니다. 식사 종류는 가입자의 식이 요법 필요 사항에 따릅니다. 승인을 받아 14일 동안 추가 28회 식사를 제공받을 자격을 충족할 수도 있습니다. 플랜의 최대 보장 범위는 4주이며 달력 연도마다 56회 식사가 적용됩니다. 담당 케이스 관리자가 가입자의 식사를 주문하고, 식사는 자택으로 배송됩니다. 첫 번째 배송은 주문 처리 후 보통 72 시간(영업일 기준 3일) 내에 도착합니다. 배송일 전에 연락을 드릴 것입니다.	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	의료 영양 치료법 이 혜택은 당뇨 환자 또는 투석을 하지 않는 신장병 환자에게 적용됩니다. 또한 담당 의사가 지시하는 경우 신장 이식 후에 적용됩니다. Medicare에 따라 의료 영양 치료법 서비스를 받는 첫해 동안 1대1 상담 서비스 3시간에 해당하는 비용을 당사가 부담합니다. 의료적으로 필요한 경우 추가 서비스를 승인할 수 있습니다. 그 이후에는 매년 2시간에 해당하는 1대1 상담 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.	\$0 Medicare 적용 대상 의료 영양 치료법 서비스에 대해서는 공동보험료, 자기 부담금 또는 공제액이 없습니다.
	Medicare Diabetes Prevention 프로그램(MDPP) 당사 플랜은 MDPP 서비스 비용을 지불합니다. MDPP는 회원님이 건강한 행동을 늘릴 수 있도록 돕기 위해 설계되었습니다. 본 프로그램은 다음과 같은 실용적인 교육을 제공합니다: • 장기적 식이 변화 및 • 신체 활동 증가 및 • 체중 감량 및 건강한 생활 방식을 유지하는 방법	\$0 MDPP 혜택에 대해서는 공동보험료, 자기 부담금 또는 공제액이 없습니다.

본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
Medicare 파트 B 처방약 Medicare 파트 B에 따른 혜택 대상 의약품은 다음과 같습니다. 당사 플랜은 다음 의약품에 대해 비용을 지급합니다. • 평상시 스스로 복용하지 않으며, 의사를 부르는 동안, 병원 외래 환자로 있는 동안 또는 외래 수술 센터 서비스를 이용하는 동안 주사 또는 주입된 의약품 • 당사 플랜이 승인한 내구성 의료 장비(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(의학적으로 필요한 경우), 국부 마취제, 조혈활성제(ESA)(Procrit® 또는 Epoetin Alfa 등)를 비롯한, 특정 가정 투석용 약제 • 1차 면역 결핍 질환의 가정 치료용 IV 면역 글로불린 다음 링크를 클릭하면 단계적 치료법이 적용될 수 있는 파트 B 약물 목록으로 이동합니다. www.molinahealthcare.com/Medicare 당사는 또한 Medicare 파트 B 및 파트 D 처방약 혜택에 따른 일부 백신도 보험을 적용합니다. 가입자 핸드북의 제5장을 보시면 외래 환자 처방약 혜택에 대한 설명이 나와 있습니다. 처방약 혜택 적용을 받으시려면 반드시 따라야 하는 규정 설명이 나와 있습니다. 가입자 핸드북의 제6장을 보시면 당사 플랜을 통해 외래 환자 처방약 비용으로 가입자가 부담해야 하는 부분에 대한 설명이 나와 있습니다.	\$0 각 Medicare 파트 B 처방약에 대해 \$0를 지불합니다. 파트 B 의약품은 단계적 치료법이 적용될 수 있습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
MyChoice 카드 MyChoice 카드는 선불 혜택 직불 카드로 다음과 같은 보조 플랜 혜택에 대해 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다. • 일반의약품 품목 • 치과 • 안과 • 수송 • 식품 및 농산물* • 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택 *자격 요건이 적용됩니다. 선불 직불 카드는 신용 카드가 아닙니다. 카드를 현금과 교환하거나 다른 사람에게 대여할 수 없습니다. 미용시술은 이 혜택 카드의 적용 대상이 아닙니다. 각 혜택 기간마다 카드에 기금이 충전됩니다. 혜택 기간은 혜택에 따라 매월 또는 분기별로 지정할 수 있습니다. 각 혜택 기간이 끝날 때, 할당된 금액 중 미사용 금액은 다음 기간이나 플랜 연도로 이월되지 않습니다. 플랜을 종료할 경우 할당된 금액 중 미사용 금액은 탈퇴 발효일에 플랜에 귀속됩니다. MyChoice 카드 보조금은 정의된 한도 내에서 지정된 보조 혜택을 이용하는 데만 사용할 수 있습니다. 이 보조금은 가입자만 사용할 수 있으며 다른 혜택 또는 비용에는 적용되지 않습니다. OTC 혜택 또는 식품 및 농산물에 대한 자격을 충족하는 방법, 만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)에 대한 자세한 정보는 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부로 연락해 주시기 바랍니다. SSBCI에 보조금을 이용하려는 가입자는 자격 요건을 충족하는 만성 질환이 있고, 현재 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 등록을 위해 작성한 유효한 HRA가 있고, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 사례 관리 부서와의 협력 하에 의사의 승인을 제공해야 합니다.	\$0



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	영양 상담 가입자는 요청 시 개별 전화 영양 상담을 받을 수 있습니다. 담당 제공자가 건강 교육 의뢰 양식을 작성하여 서명할 것이므로 당사에서 전화하기 전에 가입자에게 필요한 사항을 명확히 이해하게 됩니다. • 전화 통화는 30~60분간 이루어집니다. • 필요하거나 원하는 추가 정보 및/또는 후속 연락을 위해 연락처 정보가 제공됩니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 영양/식단 개별 세션은 무제한으로 지원됩니다. 당사 플랜은 추가 12회의 그룹/개별 전화 세션을 포함합니다. 담당 제공자는 가입자가 네트워크 소속 영양사에게 이 서비스 받도록 의뢰할 것입니다.	\$0
	요양 시설 케어 NF(요양 시설)는 본인의 집에서 케어를 받을 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 사람들을 위해 케어를 제공하는 시설입니다. 본 플랜에서 비용을 부담하는 서비스에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다. • 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 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	요양 시설 케어(계속) • 청력 검사 • 척추지압 케어 • 족병 치료 서비스 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. • 병원에 가기 직전까지 거주하고 있던 요양 시설 또는 연속 케어 은퇴 커뮤니티(요양 시설 케어를 제공하기만 한다면). • 회원님께서 병원을 떠나는 시점에 회원님의 배우자, 동성 배우자 또는 사실혼 배우자가 살고 있는 요양 시설.	
	비만 검사와 적은 체중을 유지하기 위한 치료 요법 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.	\$0 예방적 비만 검사 및 치료에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	오피오이드 치료 프로그램(OPT) 서비스 당사 플랜은 오피오이드 사용 장애(ODU)를 치료하기 위해 다음 서비스에 대한 비용을 지불합니다. • 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 Medicare 적용 대상 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에 대해 \$0를 지불합니다. Medicare 적용 대상 외래 환자 오피오이드 치료 프로그램 서비스에는 사전 승인이 필요하지 않지만 오피오이드 치료 의약품이 필요한 경우 사전 승인이 필요할 수도 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	외래 환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 당사는 다음과 같은 서비스 및 여기에 포함되지 않았지만 의료적으로 필요한 다른 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • X선 촬영 • 방사선(라돔 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 이 서비스에 대한 회원님 부담은 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 외래 환자 실험실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.
	외래 환자 병원 서비스 다음과 같은 질병 또는 부상에 대한 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래 환자 병동에서 받은 의료적으로 필요한 서비스에 대해서는 당사가 비용을 부담합니다. • 외래 환자 수술 또는 관찰 서비스 등과 같은 응급실 또는 외래 환자 클리닉 서비스 ◦ 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/media/11101)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 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 외래 환자 실험실 서비스 및 외래 환자 X선 촬영 서비스는 승인이 필요하지 않습니다. 유전자 실험실 검사는 사전 승인이 필요합니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	외래 환자 정신 건강 케어 당사는 다음 제공자의 정신 건강 서비스 비용을 지급합니다. • 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 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 클리닉 서비스 • 주간 치료 • 심리사회 재활 서비스 • 부분 입원 또는 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 약물 치료 모니터링 및 개인 또는 집단 치료 방문을 포함해 비의사 진료 인력이 제공하는 외래 환자 정신 건강 케어 및 정신과 서비스에 대해 이벤트당 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	외래 환자 재활 서비스 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 비용을 당사가 부담합니다. 병원 외래 환자 병동, 독립 치료사 사무실, 종합 외래 환자 재활 시설(CORF) 및 기타 시설에서 외래 환자 재활 서비스를 이용할 수 있습니다.	\$0 의료적으로 필요한 외래 환자 물리 치료(PT), 작업 치료(OT) 및/또는 언어 치료(SP) 방문 시마다 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	외래 환자 물질 남용 서비스 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. - 알코올 오용 검사 및 상담 - 약물 중독 치료 - 자격을 갖춘 임상이가 실시하는 그룹 또는 개인 상담 - 거주형 중독 프로그램 내 아급성 중독 치료 - 외래 환자 집중 치료 센터 내 알코올 및/또는 약물 서비스 - 지연 방출형 날트렉손(비비트론) 치료	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	외래 환자 수술 병원 외래 환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공하는 외래 환자 수술 및 서비스 비용을 당사가 부담합니다.	\$0 혜택 적용 대상인 각 외래 환자 수술(병원 또는 기타 시설 사용 비용 청구와 의사 진료 또는 수술 비용 청구를 포함하되 이에 국한되지 않음)에 대해 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	일반의약품(OTC) 품목(보충) MyChoice 카드로 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 매 분기마다 \$400를 쓰실 수 있습니다. 자세한 내용은 "MyChoice 카드" 섹션을 참조하십시오. 분기별 혜택 금액을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 다음 혜택 기간으로 이월되지 않습니다. 회원님의 보장에는 비타민, 썬 스크린, 진통제, 기침감기약 및 붕대와 같은 비처방 일반의약품(OTC) 건강 웰빙 품목이 포함됩니다. 다음의 방법으로 주문하실 수 있습니다. • 온라인 – NationsOTC.com/Molina를 방문하십시오. • 전화 – (877) 208-9243(TTY 711)번으로 전화하여연중무휴 Nations OTC Member Experience Advisor와 상의하십시오. • 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. 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목의 전체 목록을 확인하려면 2023년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그를 참조하거나 자세한 내용은 OTC 지원 담당자에게 전화하십시오. 2023년 일반의약품(OTC) 품목 카탈로그에서 중요한 정보(주문 가이드라인)를 찾으실 수 있습니다.	MyChoice 카드를 사용할 경우 이러한 서비스에 대해 \$0를 지불합니다. 플랜이 승인한 일반의약품(OTC) 품목, 제품 및 약품에 매 분기(3개월)마다 \$400를 쓰실 수 있습니다. 분기, 분기별 기간, 지난 3개월. 분기별 일반의약품(OTC) 혜택 기간은 다음과 같습니다. • 1월 ~ 3월 • 4월 ~ 6월 • 7월 ~ 9월 • 10월 ~ 12월 매 분기에 받는 \$400는 분기별 기간이 끝나면 만료됩니다. 미사용 금액은 다음 분기별 기간으로 이월되지 않으므로, 해당 분기가 끝나기 전에 모두 사용하십시오. 연간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 회원님이 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	부분 입원 서비스 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 케어입니다. 병원에 굳이 입원하지 않아도 되도록 하는 프로그램입니다. 참고: 당사 네트워크에는 지역 사회 정신건강센터가 없으므로 부분 입원은 병원 외래 환자 서비스로만 보장합니다.	\$0 Medicare 적용 대상 부분 입원 서비스에 대한 자격을 충족하는 1일당 \$0을 지불합니다. 보장받을 자격을 갖추기 위한 특정 요건을 충족해야 하며 의사가 입원 환자 치료가 필요하다는 사실을 입증해야 합니다. 이 치료는 병원 외래 환자 병동 또는 지역 사회 정신 건강센터에 머무는 낮 시간에 제공되며 하룻밤을 체류할 필요가 없습니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	개인 응급 대응 시스템(PERS)(보충) PERS는 응급 상황에서 가입자에게 도움을 줄 수 있는 재택 의료 알람 시스템입니다. 자격을 충족하는 경우 이동, 휴대 또는 지선 기기와 늘 착용해야 하는 펜던트를 지급받게 됩니다. 펜던트는 목, 팔목 또는 벨트에 착용할 수 있습니다. 버튼을 누르면 모니터링 회사의 케어링 센터 담당자에게 연결됩니다. 오퍼레이터는 연중무휴로 하루 24시간 운영되며 응급 상황 발생 시 가입자와 연락을 유지합니다. 가입자에게 긴급 의료 서비스가 필요한 아님 가족의 도움이 필요한 케어링 센터 담당자가 필요로 하시는 도움을 드릴 것입니다. 자격을 충족하는 가입자는 PERSPlus 서비스 단계도 받게 됩니다. 휴대용 기기 또는 재택 PERS 기기를 사용하여 비응급 필요 사항을 위해 버튼을 활성화할 수 있습니다. 외로움을 느끼거나 누군가에게 이야기하고 싶거나 의사의 진료 예약, 교통편 마련에 도움이 필요하거나 기타 다른 도움이 필요한 경우 케어링 센터 담당자가 가입자를 도와주고 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연결하여 필요한 도움을 받도록 해줄 수 있습니다.	\$0 담당 케이스 관리자가 가입자에게 이 혜택에 대한 자격이 있는지 결정합니다. 사전 승인이 필요합니다.
	의사/제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함) 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. 다음과 같은 장소에서 제공되는 의료적으로 필요한 의료 케어 또는 수술 서비스:	\$0

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	◦ 의사 진료실 ◦ 인증된 외래 수술 센터 ◦ 병원 외래 환자 병동 • 전문의의 상담, 진단 및 치료 • 치료가 필요한지 여부를 판단하기 위해 담당 의사가 지시하는 경우, 주치의 또는 전문의가 실시하는 기본 청각 및 균형 검사 • 추가 원격 의료 혜택 ◦ 이러한 서비스는 직접 방문을 통해 받을 것인지 원격 진료를 통해 받을 것인지 선택할 수 있습니다. 이러한 서비스 중 하나를 원격 진료를 통해 받기로 선택하는 경우 원격 진료를 통해 서비스를 제공하는 네트워크 소속 제공자를 사용해야 합니다. • 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 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 회원들을 위한 원격 의료 서비스 • 다음과 같은 경우 정신 건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 원격 의료 서비스 ◦ 첫 번째 원격 진료 방문 전 6개월 내에 직접 방문하는 경우 ◦ 이러한 원격 건강 서비스를 받는 동안 12개월마다 직접 방문하는 경우 ◦ 특정 상황에서는 위 사항에 예외가 인정될 수 있습니다. • 지방 진료소 및 연방 공인 보건소에서 제공하는 정신 건강 방문을 위한 원격 의료 서비스. 본 혜택 관련 사항은 다음 페이지에 계속됩니다	



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	의사/제공자 서비스(의사 진료실 방문 포함)(계속) • 다음과 같은 경우 5~10분 동안 담당 의사와의 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅) ◦ 새로운 환자가 아닌 경우 및 ◦ 체크인이 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및 ◦ 체크인이 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 • 다음과 같은 경우 담당 의사에게 보낸 영상 및/또는 사진의 평가, 해석 및 24시간 내 의사의 후속 진료 ◦ 새로운 환자가 아닌 경우 및 ◦ 평가가 지난 7일 동안의 진료실 방문과 관련이 없는 경우 및 ◦ 평가가 24시간 이내 진료실 방문이나 가장 빠른 예약으로 이어지지 않는 경우 • 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. ◦ 턱 또는 관련 구조에 대한 수술 ◦ 턱 또는 안면골의 골절 치료 ◦ 신생 종양에 대한 방사선 치료 전 발치 ◦ 의사가 제공할 경우 혜택이 적용되는 서비스	
	족병 치료 서비스 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 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 가입자의 Medi-Cal(Medicaid) 보장 범위 외에 플랜을 통해 달력 연도마다 추가 12회의 보조 정기 발 케어 방문이 제공됩니다. 이 혜택을 누리기 위해 기저 질환이 있어야 하는 것은 아닙니다. 보장 범위에는 굳은살 제거, 발톱 깎기, 갈라진 피부 치료 및 기타 발 문제와 같은 일반 발 케어가 포함됩니다.	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	전립선암 스크리닝 검사 50세 이상 회원의 경우 12개월에 1회 다음 서비스에 대해 당사가 비용을 부담합니다. • 디지털 직장 검사 • 전립선 특이 항원(PSA) 검사	\$0 연례 PSA 검사에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	보철 기구 및 관련 용품 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. • 결장조루술용 백 및 결장조루술 케어 관련 용품 • 영양 공급 키트, 주입 펌프, 튜빙 및 어댑터, 용액, 자가 투여 주입용 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 보철 기구와 관련된 일부 용품 비용을 지급합니다. 보철 기구 수리 또는 교체 비용도 지급합니다. 백내장 제거 또는 백내장 수술 이후 일부 혜택을 적용합니다. 자세한 내용은 이 차트의 “안과 케어”를 참조하십시오.	\$0 Medicare 적용 대상 보철 또는 보조 기구(이러한 기구의 교체 또는 수리 포함) 및 관련 용품에 대해 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	폐 재활 서비스 중등증부터 매우 심한 중증 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)을 앓고 있는 가입자의 경우 폐 재활 프로그램 비용을 지급합니다. 회원님은 반드시 COPD 치료를 받고 있는 의사 또는 제공자로부터 폐 재활 지시서를 받아야 합니다. 당사는 호흡기 의존 환자에 대한 호흡기 서비스 비용을 지불합니다.	\$0 Medicare 적용 대상 폐 재활 치료 방문 시마다 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	성매개감염(STI) 검사 및 상담 당사는 클라미디아, 임질, 매독, B형 간염 검사에 대한 비용을 부담합니다. 해당 검사는 임신부 및 STI 위험이 높은 사람에게 보장됩니다. 반드시 주치의가 검사를 지시해야 합니다. 이러한 검사 혜택은 12개월마다 1회 또는 임신 기간 중 특정 시점에 대해 적용합니다. 또한 성적으로 활발한 성인으로 STI 위험이 높은 회원님에 대해 매년 최대 2회의 직접 대면 고강도 행동 상담 세션 비용을 지급합니다. 세션은 한 회당 20~30분이 소요될 수 있습니다. 이러한 상담 세션 비용은 주치의가 예방 서비스로 제공하는 경우에 한해 비용이 지급됩니다. 세션은 반드시 의사 진료실 등 1차 케어 환경에서 진행되어야 합니다.	\$0 STI에 대한 Medicare 적용 대상 검사 및 STI 예방 혜택에 대한 상담에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	전문 요양 시설(SNF) 케어 본 플랜은 SNF에서의 Medicare 입원과 비 Medicare 입원에 혜택을 적용하며, 사전 입원은 필요하지 않습니다. 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급하며, 여기에 포함되지 않은 서비스 비용을 지급할 수도 있습니다. • 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 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. • 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	\$0 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	SET(감시형 운동 요법) 당사는 PAD(말초 동맥 질환) 증상을 보이는 회원이 PAD 치료를 담당하는 의사에게서 PAD 치료에 대한 진료의뢰서를 받은 경우 해당 회원에게 SET 비용을 지급합니다. 당사 플랜은 세션에 대한 비용을 지급합니다. - 모든 SET 요건이 충족되는 경우 12주 동안의 기간에 최대 36회 세션 - 의료 제공자가 의료적으로 필요하다고 간주하는 경우 그 이후 추가 36회 세션 SET 프로그램은 다음과 같아야 합니다. - 혈액 순환이 좋지 않아 다리 경련(질뚝거림)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 Medicare 적용 대상 감시형 운동 요법(Supervised Exercise Therapy, SET)에 대해 \$0를 지불합니다. 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
	교통편: 비용급 상황 의료 교통편 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. 이동 수단은 다음과 같은 경우 승인됩니다. - 회원님의 의료 및/또는 신체적 조건상, 버스, 승용차, 택시 또는 다른 형태의 대중교통 또는 개인 이동 수단을 이용하는 것이 용이하지 않은 경우 및 - 서비스에 따라 사전 승인이 필요할 수 있습니다. 자세한 내용은 제3장 섹션 F를 참조하시기 바랍니다.	\$0 응급 치료가 필요한 경우 911에 전화를 걸어 구급차를 요청하십시오.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	교통편: 비의료 교통편 이 혜택은 승용차, 택시 또는 기타 형태의 대중교통/개인 이동 수단을 통한 의료 서비스 장소까지의 이동에 적용됩니다. 치과 예약을 위한 이동 및 처방약을 수령하기 위한 이동을 포함하여 필요한 의료 서비스를 받기 위해서는 이동 수단이 필요합니다. Medi-Cal(Medicaid) 혜택에 따라 교통편 서비스는 무제한으로 지원됩니다. 당사 플랜에서는 가입자의 재량에 따라 건강 관련 장소로 이동하는 교통비에 쓰도록 Molina MyChoice 카드에 분기(3개월)마다 \$200의 보조금을 제공합니다. 이 액수는 정해진 “탑승” 횟수에 대응하지 않으며 비용급 교통편을 구매하는 데 혜택 한도까지 사용할 수 있습니다. 분기별 혜택 금액을 모두 사용하지 않으면 잔액은 만료되며 다음 혜택 기간으로 이월되지 않습니다. MyChoice 카드를 사용하여 택시 호출 애플리케이션, 택시 서비스 또는 다른 형태의 비용급 상황 의료 수송 수단(예: 버스 정기 승차권, 기차 카드 또는 기타 대중 교통 수단)의 탑승권을 구매할 수 있습니다. 가입자는 이 보조금을 통해 이용 가능한 이동 수단을 최대한 많이 사용하는 것이 좋습니다. 투석 센터나 물리치료 시설 등 많은 사람이 찾는 목적지의 경우, 택시 호출 서비스 또는 소매 교통편 서비스를 통해 이동 수단을 예약하기 전에 서비스 제공 시설에 직접 연락하여 보다 경제적인 이동 수단이 있는지 확인하십시오. 이 혜택은 비용급 의료 수송 혜택을 제한하지 않습니다.	MyChoice 카드를 사용할 경우 이러한 서비스에 대해 \$0를 지불합니다. 연간 최대 보조금을 초과하여 사용하는 경우 회원님이 비용을 부담해야 할 수 있습니다. 제한 및 예외사항이 적용될 수 있습니다. 응급 치료가 필요한 경우 911에 전화를 걸어구급차를 요청하십시오.
	긴급 케어 긴급 케어는 다음의 치료를 위해 제공되는 케어를 말합니다. • 즉각적인 의료 케어가 요구되는 비용급 상황, 또는 • 갑작스러운 의료적 질병, 또는 • 부상, 또는 • 즉시 케어가 필요한 상태 긴급 케어를 요하는 경우, 먼저 네트워크 소속 제공자로부터 받으려고 시도해 보아야 합니다. 하지만 네트워크 소속 제공자에게 갈 수 없는 상황(예를 들어, 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 주말인 경우)에는 네트워크 비소속 제공자를 이용할 수 있습니다. 추가 혜택으로, 당사는 응급 이송, 긴급 진료, 응급 치료 및 안정화 후 케어를 위해 달력 연도마다 최대 \$10,000의 전 세계 응급 지원을 제공합니다.	\$0 Medicare 적용 대상인 긴급하게 필요한 케어 방문 시마다 \$0를 지불합니다. 비용 분담은 네트워크 소속과 네트워크 비소속 긴급 진료 서비스가 동일합니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	안과 케어 당사는 다음과 같은 서비스 비용을 지급합니다. • 매년 1회의 정기적 눈 검사 그리고 • 2년마다 1회 안경(안경테 및 렌즈) 최대 \$100까지 또는 콘택트렌즈 최대 \$100까지 눈 관련 질병 및 부상의 진단 및 치료에 대해 외래 환자 의사 서비스 비용을 지급합니다. 예를 들어, 여기에는 당뇨병 환자를 위한 당뇨 망막병증에 대한 연례 눈 검사와 노화성 황반변성 치료가 포함됩니다. 녹내장 고위험군의 경우 매년 1회의 녹내장 검사 비용을 지급합니다. 녹내장 고위험군의 예는 다음과 같습니다. • 녹내장 가족력이 있는 회원 • 당뇨 환자 • 50세 이상의 아프리카계 미국인 • 65세 이상의 히스패닉계 미국인 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. 가입자의 Medi-Cal(Medicaid) 보장 범위 외에 당사의 플랜에서는 정기 눈 검사 및 안경류를 합쳐 달력 연도마다 추가로 \$500의 보조금을 제공합니다. 본인의 MyChoice 카드를 안과 혜택에 사용할 수 있습니다. 해당 플랜은 화장품 서비스를 보장하지 않으며, MyChoice 카드를 사용하여 지불할 수 없습니다. 보조금은 Original Medicare 또는 Medi-Cal(Medicaid)가 아직 보장하지 않는 서비스에 사용됩니다.	MyChoice 카드를 사용할 경우 이러한 서비스에 대해 \$0를 지불합니다.



	본 플랜이 비용을 지급하는 서비스	회원 본인 부담
	“Medicare 가입 환영” 예방 목적 방문 1회에 한해 “Medicare 가입 환영” 예방 목적 방문에 혜택이 적용됩니다. 포함 내용: - 건강 상태 검토 - 회원님께서 필요로 하는 예방적 서비스에 대한 교육 및 상담(검사 및 주사 포함). 그리고 - 필요한 경우 다른 케어에 대한 진료 의뢰. 참고: 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.	\$0 “Medicare 가입 환영” 예방 목적 방문에 대해서는 공동보험료, 자기부담금 또는 공제액이 없습니다.
	세계 응급/긴급 보장 범위(보조) 추가 혜택으로 가입자의 보장 범위에는 미국(U.S.) 외 지역에서 발생하는 세계 응급/긴급 케어에 대한 달력 연도마다 최대 \$10,000달러 보장이 포함됩니다. 이 혜택은 미국에서 케어가 제공되지 않은 경우 응급 또는 긴급 케어로 분류될 수 있는 서비스로 제한됩니다. 세계 보장 범위에는 응급 또는 긴급하게 필요한 케어, 응급 상황 발생 장소에서 가장 가까운 의료 치료 시설까지 응급 구급차 수송 및 안정화 후 케어가 포함됩니다. 구급차 서비스는 기타 다른 방법으로 가입자를 응급실로 옮기면 가입자의 건강이 위협할 수 있는 상황에서 보장됩니다. 이러한 상황이 발생하면 가입자 본인 또는 보호자가 당사에 전화해주시기를 요청드립니다. 당사에서 네트워크 제공자가 가입자의 의학적 상태 및 상황이 허락하는 대로 신속하게 케어를 인계받도록 준비할 것입니다. 다른 국가에서 미국으로 돌아가는 교통편은 보장되지 않습니다. 정기 케어 및 사전 예약되었거나 선택적인 시술은 보장되지 않습니다. 외국 납부세 및 요금(환전 또는 거래 수수료를 포함하되 이에 국한되지 않음)은 보장되지 않습니다. U.S. 50개 주, 워싱턴 D.C., 푸에르토리코, 버진아일랜드, 괌, 북마리아나 제도 및 아메리칸사모아를 의미합니다.	\$0 미국 외 지역에서 응급 케어를 받고 응급 상태가 안정된 후 입원 환자 케어를 받아야 하는 경우 케어에 대한 보장을 계속 받으려면 반드시 네트워크 소속 병원으로 돌아오거나 플랜으로 승인된 네트워크 비소속 병원에서도 입원 환자 케어를 받아야 합니다. 비용은 네트워크 소속 병원에서 지불할 비용 분담금입니다. 플랜의 최대치가 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 응급/긴급 케어의 환급 청구를 신청해야 할 수 있습니다. 이 혜택에는 달력 연도마다 \$10,000의 플랜 최대 금액이 적용됩니다.

E. 당사 플랜 외부에서 제공되는 혜택 대상 서비스

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 적절한 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

제공자는 서비스에 대해 당사에 비용을 청구합니다. 당사 플랜은 회원님의 전환이 이루어진 이후에 해당하는 서비스에 대한 비용을 부담합니다. 이 서비스에 대한 회원님 부담은 전혀 없습니다.

CCT 전환 조율 서비스를 받는 동안, 당사는 섹션 D의 혜택 차트에 나열된 서비스에 대해 비용을 지불합니다.

의약품 혜택에는 변경 사항이 없습니다.

CCT 프로그램은 의약품에 적용되지 않습니다. 당사 플랜을 통해 일반적인 의약품 혜택을 계속 받으실 수 있습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

참고: 비 CCT 전환 케어가 필요한 경우 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴, 오전 8시~오후 8시(현지 시간) 사이에 케이스 관리자에게 또는 가입자 서비스부로 연락하여 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. 해당 서비스는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

- 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 사용자는 1-800-735-2922)번으로 고객 서비스 라인에 전화하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다. Medi-Cal Dental 서비스 프로그램 담당자는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 연락 가능합니다. 웹사이트 dental.dhcs.ca.gov에 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 원하시

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



는 경우 Health Care Options에 1-800-430-4263(TTY 사용자는 1-800-430-7077)번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 연락해 주시기 바랍니다. 무료 전화입니다.

참고: 당사 플랜은 추가 치과 서비스를 제공합니다. 자세한 정보는 섹션 D의 혜택 차트를 참조하십시오.

E3. 호스피스 케어

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. Medicare에서 인증한 모든 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 본 플랜은 회원님이 Medicare 공인 호스피스 프로그램을 찾을 수 있도록 지원해야 합니다. 호스피스 담당 의사는 네트워크 소속 제공자일 수도 있고 네트워크 비소속 제공자일 수도 있습니다.

호스피스 케어 서비스를 받는 동안 당사에서 지급하는 비용과 관련한 자세한 정보는 섹션 D에 나와 있는 혜택 차트를 참조하십시오.

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 부담합니다. 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 회원님 부담은 전혀 없습니다.

당사 플랜의 Medicare 파트 D 혜택이 적용될 수 있는 의약품의 경우:

- 의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다. 자세한 사항은 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

참고: 비호스피스 케어가 필요하신 경우 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴, 오전 8시~오후 8시 (현지 시간) 사이에 케이스 관리자에게 또는 가입자 서비스부로 연락하여 해당 서비스를 예약하시기 바랍니다. 비호스피스 케어는 회원님의 말기 예후와 무관한 케어입니다.

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

이 섹션에서는 당사 플랜의 제외 대상인 혜택에 대해 말씀드립니다. "제외 대상"이라는 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 가입자 핸드북 내 다른 곳에)에 나와 있는 제외 대상 의료 혜택에 대해서는 당사가 비용을 지급하지 않습니다. 단, 열거된 특정 조건 하에서는 예외가 적용됩니다. 응급 시설에서 서비스를 받더라도 본 플랜은 해당 서비스 비용을 지급하지 않습니다. 혜택 적용 대상이 아닌 서비스에 대해 당사 플랜이 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제9장을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

- Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 “합리적으로 타당하고 의료적으로 필요한 것”으로 간주되지 않는 서비스. 단, 혜택 차트에 혜택 대상 서비스로 나열되어 있는 서비스의 경우는 제외.
- 실험적 의료 및 수술 치료, 항목 및 의약품. 단, Medicare 또는 Medicare 승인 임상시험 연구 또는 당사 플랜이 적용되는 서비스의 경우는 제외. 임상시험 연구에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 제3장, 45페이지를 참조하십시오. 실험적 치료 및 용품이란 의료계에서 일반적으로 받아들여지지 않는 치료 및 용품을 의미합니다.
- 병적비만에 대한 수술 치료. 단, 의료적으로 필요하다고 판단되어 Medicare가 지급하는 경우는 제외
- 병원 내 개인실. 단, 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.
- 보장 지침에 따라 실시되는 척추 도수치료 이외의 지압요법 치료
- 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
- 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 부담금이 플랜의 비용 부담금보다 많은 경우, 당사는 재향 군인에게 차액을 보상해 드립니다. 회원님은 여전히 비용 부담액을 지불할 책임이 있습니다.

제5장: 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. 여기에는 Medicare 파트 D 및 Medi-Cal이 적용되는 의약품이 포함됩니다. 주요 용어 및 정의는 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

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

- **Medicare 파트 A가 적용되는 의약품** 여기에는 일반적으로 가입자가 병원 또는 요양 시설에 입원해 있는 동안 제공되는 의약품이 포함됩니다.
- **Medicare 파트 B가 적용되는 의약품** 여기에는 일부 화학요법 약물, 의사 또는 기타 제공자 사무실 방문 중에 회원에게 제공되는 일부 주사 약물 그리고 투석 클리닉에서 제공하는 약물 등이 포함됩니다. 혜택이 적용되는 Medicare 파트 B 의약품 종류에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북 제 4장의 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 하며, 처방전은 해당 주 법규에 따라 유효한 것이어야 합니다. 처방전 작성자는 보통 담당 주치의(PCP)인 경우가 많습니다. 주치의가 진료를 의뢰한 경우 다른 제공자가 처방전 작성자가 될 수도 있습니다.
2. 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되어 있지 않아야 합니다.
3. 대체로 반드시 네트워크 소속 약국에서 처방약을 받아야 합니다.
4. 처방약은 당사 플랜의 **보장 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.
 - 또한 처방약에 대한 보장 요청은 Medicare 및 Medi-Cal 기준에 따라 평가를 받게 됩니다.
5. 의약품은 반드시 의료적으로 인정되는 적응증에 대해 사용해야 합니다. 즉, 의약품의 사용이 FDA(식품의약품)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다. 담당 의사는 가입자가 처방약 사용 요청을 뒷받침할 의학 문헌을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

차례

A. 처방약 받는 방법	96
A1. 네트워크 소속 약국에서 처방약 조제	96
A2. 처방약을 조제 받을 때 플랜 ID 카드 사용	96
A3. 네트워크 소속 약국으로 바꾸고 싶은 경우 취해야 할 조치	96
A4. 담당 약국이 네트워크를 탈퇴한 경우 취해야 할 조치	96
A5. 전문 약국 이용	96
A6. 우편 주문 서비스를 사용해 의약품 받기	97
A7. 의약품의 장기 공급분 받기	98
A8. 당사 플랜의 네트워크 소속이 아닌 약국 이용	98
A9. 처방약 비용 환급 받기	98
B. 당사 플랜의 의약품 목록	99
B1. 당사 의약품 목록에 기재된 의약품	99
B2. 당사 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법	99
B3. 당사 의약품 목록에 없는 의약품	99
B4. 의약품 목록 비용 분담 단계	100
C. 일부 의약품의 제한 사항	100
D. 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유	102
D1. 임시 공급분을 받는 방법	102
E. 의약품에 대한 혜택 적용 변경	103
F. 특수한 경우의 의약품 혜택 적용	105
F1. 당사 플랜의 혜택 대상인 이유로 병원 또는 전문 요양 시설에 입원하는 경우	105
F2. 장기 케어 시설에 있는 경우	105
F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우	105
G. 의약품 안전 및 관리에 관한 프로그램	106
G1. 회원의 안전한 의약품 사용을 지원하는 프로그램	106
G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램	106
G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램	106

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, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

A2. 처방약을 조제 받을 때 플랜 ID 카드 사용

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

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

처방약을 받을 때 플랜 ID 카드 또는 BIC 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. 그 후에 당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. **의약품 비용을 지불하실 수 경우 주 및 연방 법률은 약국에서 응급 상황 시 필요한 처방약을 72시간분 이상 제공하도록 허용합니다.** 즉시 가입자 서비스부에 연락하십시오. 최선을 다해 도와드리도록 하겠습니다.

- 당사에 환급을 요청하는 방법은 **가입자 핸드북 제7장**을 참조하십시오.
- 처방약을 받는 데 도움이 필요하시면, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하십시오.

A3. 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, 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 연락하십시오.

A4. 담당 약국이 네트워크를 탈퇴한 경우 취해야 할 조치

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

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 요양원 등 장기 케어 시설 거주자용 의약품을 공급하는 약국.
 - 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.
 - 장기 치료 시설에 있는 약국이 당사 네트워크 소속이 아닌 경우 또는 회원님이 해당 장기 케어 시설에서 의약품 혜택을 이용하는 데 어려움이 있는 경우, 가입자 서비스부에 연락하십시오.
- 인디언 의료 서비스/부족/도시 인디언 의료 프로그램 소속 약국. 응급 상황을 제외하고, 이러한 약국들은 미국 원주민(인디언) 또는 알래스카 원주민들만 이용 가능합니다.
- FDA가 특정 지역으로 제한하거나 특별한 취급, 제공자의 협조 또는 사용에 대한 교육이 필요한 의약품을 조제하는 약국 (참고: 이 시나리오는 거의 발생하지 않습니다).

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

A6. 우편 주문 서비스를 사용해 의약품 받기

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

플랜의 우편 주문 서비스를 이용할 경우 최소 31일분, 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 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 가입자 서비스부로 연락하시거나 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문하십시오.

보통 우편 주문 처방약은 14일 이내에 도착합니다. 우편 주문이 지연되는 경우 회원님의 처방약 중 임시 공급분을 받으시려면 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 가입자 서비스부로 연락하십시오.

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 제공자 사무실에서 새 처방전을 받은 경우

약국이 의료 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 방지하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



3. 우편 주문 처방약을 재조제하는 경우

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

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 가입자 서비스부에 문의하셔도 됩니다.

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

A8. 당사 플랜의 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 가입자 서비스부에 연락하여 근처에 네트워크 소속 약국이 있는지 확인하시기 바랍니다.

A9. 처방약 비용 환급 받기

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

Medi-Cal Rx가 적용될 수 있는 처방약 비용 전액을 지급하시는 경우 Medi-Cal Rx가 처방약 비용을 지급하면 회원님은 약국으로부터 해당 비용을 환급 받을 수 있습니다. 또는 "Medi-Cal 본인부담금 비용 환급(Conlan)" 청구서를 제출하여 Medi-Cal Rx에 환급을 요청할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트 <http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>을 참조하십시오.

이와 관련한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제7장**을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



B. 당사 플랜의 의약품 목록

당사에는 보장 의약품 목록이 있습니다. 이 목록을 짧게 줄여서 “의약품 목록”이라고 부릅니다.

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

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

B1. 당사 의약품 목록에 기재된 의약품

당사의 의약품 목록에는 Medicare이 적용되는 의약품이 포함되어 있습니다.

회원이 약국에서 받게 되는 처방약의 대부분에는 당사 플랜이 적용됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방약을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자식별카드(Beneficiary Identification Card, BIC)를 지참하십시오.

당사 의약품 목록에는 브랜드약, 복제약 및 바이오시밀러가 포함됩니다.

브랜드약은 의약품 제조사가 소유한 등록 상표명으로 판매되는 처방약입니다. 일반적인 의약품(예: 단백질을 이용한 의약품)보다 복합적인 브랜드약을 생물학적 약제라고 합니다. 당사 의약품 목록에서 “의약품”은 약물 또는 생물학적 약제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 브랜드약과 활성 성분이 동일합니다. 생물학적 약제는 일반 의약품보다 더 복잡하기 때문에 복제약 형태가 아닌 바이오시밀러라고 하는 대체 의약품이 있습니다. 일반적으로 복제약과 바이오시밀러는 브랜드약 또는 생물학적 의약품과 효과가 동일하며 비용은 더 저렴합니다. 다수의 브랜드약과 일부 생물학적 의약품에 대해 사용 가능한 복제약 대체 의약품 또는 바이오시밀러 대체 의약품이 있습니다. 복제약 또는 브랜드약 중 어느 것이 귀하의 요구 사항을 충족할지에 대해 질문이 있는 경우 제공자에게 문의하십시오.

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

B2. 당사 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾는 방법

당사 의약품 목록에 있는 의약품인지 확인하는 방법은 다음과 같습니다.

- 당사에서 우편으로 받은 가장 최신 의약품 목록을 확인합니다.
- 당사 플랜의 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 방문해 확인합니다. 당사 웹사이트에 나와 있는 의약품 목록이 항상 가장 최신 버전입니다.
- 당사 플랜의 의약품 목록에 있는지 확인하려면 가입자 서비스부에 물어보시거나 목록 사본을 요청하시면 됩니다.
- 파트 D가 적용되지 않는 의약품은 Medi-Cal Rx의 적용 대상이 될 수 있습니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오.

B3. 당사 의약품 목록에 없는 의약품

혜택 적용 대상이 아닌 처방약도 있습니다. 일부 의약품이 당사 의약품 목록에 없는 것은 법에서 그 의약품에 대해서는 혜택 적용을 금하고 있기 때문입니다. 또 당사에서 의약품 목록에 포함시키지 않기로 결

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



정하는 경우도 있습니다. 당사 의약품 목록에 없는 의약품이 처방된 경우, 해당 처방약은 항상 당사 플랜의 혜택 적용 정책 및 Medicare 혜택 적용 규정에 따라 평가를 받게 됩니다.

당사 플랜은 본 섹션에 나와 있는 의약품 비용은 지급하지 않습니다. 그러한 의약품을 제외 대상 의약품이라고 합니다. 제외 대상 의약품에 대한 처방전을 받으신 경우, 그 비용은 회원님이 부담하셔야 할 수 있습니다. 회원님의 케이스 때문에 특정 제외 대상 의약품에 대해 당사가 비용을 지급해야 한다고 생각하시는 경우 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 이의 신청에 관한 자세한 정보는 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.

다음은 제외 대상 의약품에 대한 3가지 일반 규정입니다.

1. 이미 Medicare 파트 A 또는 파트 B가 적용되는 의약품에 대해서는 당사 플랜의 외래 환자 의약품 보장(파트 D 포함)에서 비용을 지급하지 않습니다. 당사 플랜은 Medicare 파트 A 또는 파트 B가 적용되는 의약품에 대해 혜택을 무료로 적용하지만 해당 의약품은 회원님의 외래 환자 처방약 혜택의 일부로 간주되지 않습니다.
2. 당사 플랜은 미국 및 그 영토 밖에서 구입한 의약품에는 혜택이 적용되지 않습니다.
3. 의약품은 반드시 그 사용이 FDA(식품의약품)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 용도"라고 합니다. 당사 플랜은 보통 오프라벨 용도로 처방된 의약품에 대해서는 혜택을 적용하지 않습니다.

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

- 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
- 자신이 제공하는 검사 또는 서비스를 받을 것을 요구하는 회사에서 제조한 외래 환자 의약품

B4. 의약품 목록 비용 분담 단계

의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 단계 중 하나에 속합니다. 단계란 일반적으로 동일한 유형(예를 들어, 브랜드약, 복제약 또는 일반의약품(OTC))의 의약품 그룹을 말합니다. 일반적으로 비용 분담 단계 번호가 높을수록 의약품 비용이 높아집니다.

- 1단계 - 우선 복제약(최저 비용 분담금)
- 2단계 - 복제약
- 3단계 - 우선 브랜드약
- 4단계 - 비우선 약
- 5단계 - 특수 의약품(최고 비용 분담금)

회원님의 의약품이 어느 비용 분담 단계에 속하는지 확인하려면 저희 의약품 목록을 참조하십시오.

가입자 핸드북의 제6장에 보시면 비용 분담 단계별 본인 부담액이 나와 있습니다.

C. 일부 의약품의 제한 사항

일부 처방약의 경우, 특별 규정이 적용되어 당사 플랜의 혜택 적용 방법 및 시기가 제한됩니다. 전체적으로, 당사 규정은 회원님의 질환에 적합하고 안전하며 효과적인 의약품 사용을 권장하고 있습니다. 안전

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



하고 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 하십시오. 당사는 추가 단계 없이 의약품을 사용하실 수 있도록 동의할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있습니다.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 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 브랜드 약 의약품은 복제약 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 의약품에는 상황에 따라 Medicare 파트 D 또는 B가 적용될 수 있습니다.

1. 복제약 버전 구입이 가능한 경우 브랜드 약 의약품 사용 제한

일반적으로 복제약 의약품은 브랜드 약 의약품과 효과는 동일하고 비용은 저렴합니다. 브랜드 약의 복제약 버전이 있는 경우, 당사 네트워크 소속 약국에서는 복제약 버전을 드립니다.

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

2. 플랜의 사전 승인 받기

일부 의약품의 경우, 처방약을 받기 전에 회원님 본인 또는 담당 의사가 당사로부터 승인을 받아야 합니다. 승인을 받지 못한 경우, 해당 의약품에 대한 보장을 해드릴 수 없습니다.

3. 먼저 다른 약 시도해 보기

일반적으로, 당사는 더 고가의 의약품에 혜택을 적용하기 전에 회원님께 효과가 동일하면서 상대적으로 저가인 의약품을 시도해 보시기를 원합니다. 예를 들어, A약과 B약이 같은 질병 치료에 사용되는데 A약이 B약보다 저렴한 경우 A약을 먼저 시도해 보도록 할 수 있습니다.

A약이 회원님에게 적합하지 않을 경우에는 B약을 보장해 드립니다. 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 당사 의약품 목록을 확인해 보십시오. 최신 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화 문의하시거나 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Duals를 참조하십시오. 당사의 보장 범위 또는 예외 인정 요청 결

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



정에 동의하지 않는 경우 이의 신청을 할 수 있습니다. 이에 대한 자세한 내용은 제9장의 섹션 E를 참조하십시오.

D. 혜택이 적용되지 않을 수 있는 이유

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

- 당사 플랜에서 회원님이 복용하고자 하는 의약품에 대해서는 혜택을 적용하지 않습니다. 해당 의약품이 당사 의약품 목록에 없을 수 있습니다. 당사에서는 회원님이 복용하려는 브랜드약의 복제약 버전에는 혜택을 적용하지만 해당 브랜드약에 대해서는 혜택을 적용하지 않을 수 있습니다. 새로운 약이므로 당사에서 아직 그 안전성과 효과성이 검토되지 않았습니다.
- 당사 플랜은 해당 약에 대해 혜택을 적용하지만 그 약에 대한 혜택 적용에 특별 규정이나 한도가 있습니다. 위 섹션의 설명처럼 당사 플랜의 혜택 대상인 의약품 중에는 그 사용을 제한하는 규정이 적용되는 의약품이 있습니다. 회원님 본인 또는 처방자가 예외 인정을 요청하고자 하는 경우도 있습니다.

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

D1. 임시 공급분을 받는 방법

약이 당사 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 당사 플랜에 가입했습니다.
 - **달력 기준 해당 연도의 첫 90일** 기간 동안에는 회원님의 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지불합니다.
 - 임시 공급분은 31일분으로 한정됩니다.
 - 처방전 대상 기간이 31일 미만인 경우 해당 의품을 31일분까지 여러 번 조제받을 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.
- 플랜의 신규 회원입니다.
 - **당사 플랜의 멤버십 신규 가입일로부터 첫 90일** 동안에는 의약품의 임시 공급분 비용을 당사가 지급합니다.
 - 임시 공급분은 31일분으로 한정됩니다.
 - 처방전 대상 기간이 31일 미만인 경우 해당 의품을 31일분까지 여러 번 조제받을 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 당사 플랜 가입 기간이 90일을 초과했고 장기 케어 시설 거주자이며 약 공급이 즉시 필요합니다.
 - 1회에 한해 31일분 또는 처방전 기간이 그 보다 짧은 경우 그 미만 동안 의약품 비용을 당사가 부담합니다. 이는 위의 임시 공급분에 추가됩니다.
 - 당사의 전환기 정책은 “파트 D” 의약품으로, 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 가입자 서비스부에 연락하십시오.

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

- 다른 의약품으로 변경합니다.

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

또는

- 예외 인정을 요청합니다.

회원님과 담당 의료 제공자는 예외 인정을 요청할 수 있습니다. 예를 들어, 당사 의약품 목록에 없는 의약품을 보장해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 또는 의약품을 한도 없이 보장해 줄 것을 요청하실 수 있습니다. 제공자가 예외 인정을 받을 만한 타당한 의료적 이유가 있다고 얘기하는 경우, 제공자가 회원님을 대신해 예외 인정을 요청할 수 있습니다.

복용하고 계신 약이 내년에 당사 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. 예외 인정을 요청하시고 다음 해에 혜택이 적용되었으면 하는 방식으로 혜택을 적용해 줄 것을 요청하십시오.
- 예외 인정 요청을 하시면 요청(또는 제공자의 근거 진술서) 접수 시점으로부터 72시간 이내에 응답해 드립니다.

예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북**의 제9장을 참조하십시오.

예외 인정 신청과 관련해 도움이 필요한 경우 가입자 서비스부나 담당 사례 관리자에게 연락하시기 바랍니다. 당사의 보장 범위 또는 예외 인정 요청 결정에 동의하지 않는 경우 이의 신청을 할 수 있습니다 (이에 대한 자세한 내용은 9장의 섹션 E 참조).

E. 의약품에 대한 혜택 적용 변경

당사 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. (회원님이 의약품을 이용하기에 앞서 Molina Medicare Complete Care Plus로부터 받는 허가입니다.)
- 회원님이 이용할 수 있는 의약품의 양을 추가 또는 변경할 수 있습니다(수량 제한).
- 어떤 의약품의 단계별 치료법 제한을 추가 또는 변경할 수 있습니다. (당사에서 다른 의약품에 혜택을 적용하기에 앞서 회원님이 어떤 의약품을 시도해야 합니다.)

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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

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

- 현재 당사 의약품 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

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

- www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 온라인으로 현재 의약품 목록을 확인하거나
- 페이지 하단의 전화번호 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 가입자 서비스부로 연락하여 당사의 현재 의약품 목록을 확인할 수 있습니다.

당사 의약품 목록의 일부 변경 사항은 즉시 효력이 발생합니다. 예를 들어:

- **새로운 복제약이 출시됩니다.** 가끔씩 현재 의약품 목록에 있는 브랜드약과 효능은 동일한데 더 저렴한 복제약이 나오는 경우도 있습니다. 이 경우 현재 브랜드약을 삭제하고 새 복제약을 추가할 수 있지만 신규 의약품에 대해 회원님이 부담하는 비용은 동일합니다. 새로운 복제약을 추가하면, 현재 브랜드약을 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 *가입자 핸드북*의 제9장을 참조하십시오.
- **의약품이 시장에서 더 이상 판매되지 않는 경우.** 식품의약품(FDA)이 회원님이 복용하고 있는 의약품을 안전하지 않다고 판단하거나 의약품의 제조업체가 시장에서 의약품 판매를 중단한 경우 당사는 해당 의약품을 당사 의약품 목록에서 삭제합니다. 해당 의약품을 복용하고 있는 회원님께 관련 사실을 알려드립니다. 통지서를 받은 경우 처방한 의사에게 문의하십시오.

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

당사 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 복제약을 추가하는 경우 및
 - 현재 당사 의약품 목록에 있는 브랜드약을 교체하는 경우 또는
 - 브랜드약에 대한 혜택 적용 규정 또는 제한 사항을 변경하는 경우

이러한 변경 사항이 생기면 당사는 다음 절차를 수행합니다.

- 당사 의약품 목록을 변경하기 최소 30일 전에 회원님께 알려드리거나
- 회원님께서 재조제를 요청하신 후 31일간 해당 의약품을 공급해 드리겠습니다.

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

- 대체할 수 있는 유사한 의약품이 당사 의약품 목록에 있는 경우 또는

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 이러한 변경 사항에 대한 예외 인정을 요청해야 하는 경우. 예외 인정 요청에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북**의 제9장을 참조하십시오.

당사는 현재 회원님께 영향을 미치지 않게 복용하는 약을 변경할 수 있습니다. 이 경우 연초에 혜택 적용 대상이었던 의약품이 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 지급하지 않습니다. 병원이나 전문 요양 시설에서 퇴원하신 후에는 해당 약품이 당사의 혜택 적용 규정을 모두 충족하는 경우 의약품에 혜택을 적용합니다.

F2. 장기 케어 시설에 있는 경우

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

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

F3. Medicare 공인 호스피스 프로그램을 받고 있는 경우

의약품에는 호스피스와 당사 플랜이 중복 적용되지 않습니다.

- 회원님이 Medicare 호스피스에 등록되어 있고 말기 예후 및 관련 질병과 무관하여 호스피스 프로그램의 혜택을 받지 못하는 진통제, 항구토제, 설사약 또는 항불안제가 필요한 경우가 있을 수 있습니다. 이 경우, 당사 플랜이 의약품에 대한 혜택을 제공하기에 앞서 처방자 또는 회원님의 호스피스 제공자로부터 해당 의약품이 말기 질병과 무관하다는 통지를 받아야 합니다.
- 당사 플랜의 혜택이 적용되어야 하는 질병과 무관한 의약품의 수령이 지연되지 않도록 회원님은 약국에 처방약을 요청하기 전에 당사가 해당 의약품이 질병과 무관하다는 통지를 받을 수 있도록 담당 호스피스 제공자 또는 처방자에게 요청할 수 있습니다.

호스피스를 나온 경우 당사 플랜의 혜택이 회원님의 모든 의약품에 적용됩니다. 약국에서의 지연을 방지하기 위해, Medicare 호스피스 혜택이 종료된 경우 약국에 호스피스를 나왔다는 사실을 증명하는 문서를 지참하십시오. 당사 플랜이 적용되는 의약품에 대해 설명하는 이 장의 앞부분을 참조하십시오. 호스피스 혜택에 대한 정보는 **가입자 핸드북** 제4장을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 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 시정합니다.

G2. 회원의 의약품 관리를 지원하는 프로그램

다양한 질환에 대한 약물을 복용할 수 있으며, 아편계 약물의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램이 적용됩니다. 이러한 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

이때 다음과 같은 사항이 제공됩니다.

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

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 제공자들을 방문하거나 상담 시 치료 계획 및 의약품 목록을 지참하십시오.
- 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 제외시키도록 하겠습니다.

프로그램과 관련해 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부 또는 담당 케이스 관리자에게 문의하십시오.

G3. 아편류 의약품의 안전한 사용을 위한 의약품 관리 프로그램

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 처방자는 이의를 제기할 수 있습니다. 회원님이 이의를 제기할 경우, 당사는 회원님의 사례를 검토하고 서면으로 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 Organization)으로 보냅니다. 이의 신청과 독립 심사 기관에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 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



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 Rx 혜택 대상 의약품 및 용품, 그리고
- 추가 혜택으로 본 플랜의 혜택 대상인 의약품 및 용품을 의미합니다.

회원님께서 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 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

처방약에 관한 자세한 내용은 다음을 참고하십시오.

- 당사의 보장 의약품 목록.
 - 이 목록을 “의약품 목록”이라고 부르며, 내용은 다음과 같습니다.
 - 당사가 비용을 지불하는 의약품
 - 다섯 가지 단계 중 각 의약품이 속하는 단계
 - 의약품에 제한 적용 여부
 - 의약품 목록이 필요하시면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 또한 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare 에서도 최신 버전의 의약품 목록을 확인할 수 있습니다.
 - 약국에서 구매할 수 있는 대부분의 처방약은 Molina Medicare Complete Care Plus로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 사항은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 참조하십시오. 또는 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.
- 가입자 핸드북의 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 의약품을 구입하셔야 합니다. 네트워크 소속 약국은 당사와 협력 계약을 맺고 있는 약국들입니다.
 - 제공자 및 약국 명부에 네트워크 소속 약국 목록이 나와 있습니다. 네트워크 소속 약국에 대한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



차례

A. 혜택 설명서(EOB)	110
B. 회원 의약품 비용 추적 방법	110
C. 1개월 또는 장기 의약품 공급분에 대해서는 회원 부담금이 없습니다.	111
C1. 비용 분담 단계	111
C2. 약국 선택	112
C3. 의약품의 장기 공급분 받기	112
C4. 회원 부담분	112
D. 1단계: 초기 보장 단계	115
D1. 약국 선택	116
D2. 의약품의 장기 공급분 받기	116
D3. 회원 부담분	116
D4. 초기 보장 단계 종료	119
E. 2단계: 보장 격차 단계	119
F. 3단계: 고액 보장 단계	120
G. 의사가 한 달 공급분 미만의 의약품을 처방할 경우 의약품 비용이 발생합니다.	120
H. HIV/AIDS 환자의 처방 비용 분담 지원	120
H1. AIDS 의약품 지원 프로그램	120
H2. ADAP에 등록되지 않은 경우	120
H3. ADAP에 등록된 경우	120
I. 예방 접종	121
I1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항	121
I2. Medicare 파트 D에서 보장하는 예방 접종에 대해 가입자가 지불하는 비용	121



A. 혜택 설명서(EOB)

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

- 회원님의 본인부담금 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 파트 D 혜택 설명서라는 요약서를 보내 드립니다. 짧게 줄여서 파트 D EOB라고 부릅니다. 파트 D EOB에는 가격 인상, 비용 분담이 더 낮은 이용 가능한 기타 의약품 등 회원님이 복용하는 의약품에 대한 추가 정보가 있습니다. 이러한 저렴한 옵션에 대해 처방자와 상의하실 수 있습니다. 파트 D EOB에의 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 본인부담금 산정에 포함되지 않습니다.
- 당사는 또한 일부 일반의약품에 대해서도 비용을 부담합니다. 회원님은 이러한 의약품에 대해 비용을 지불할 필요가 없습니다.
- 약국에서 구매할 수 있는 대부분의 처방약은 플랜으로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

B. 회원 의약품 비용 추적 방법

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

1. 플랜 ID 카드를 사용하십시오.

처방약을 받을 때는 반드시 Molina Medicare Complete Care Plus 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 의약품 비용 중 당사 부담금을 환급해 달라고 요청하시면 됩니다.

구매 영수증 사본을 제출해 주셔야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- 네트워크 소속 약국에서 특별 가격에 혜택 대상 의품을 구입하거나 당사 플랜 혜택에 포함되지 않는 할인 카드를 사용하시는 경우

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 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

이미 비용 지급한 의약품에 대해 당사에 당사 부담금 환급을 요청하는 방법에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 제7장을 참조하십시오.

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

다른 사람 및 단체가 지급한 금액도 회원님 본인의 본인부담금 비용 산정에 포함됩니다. 예를 들어, AIDS 의약품 지원 프로그램, 인디언 의료 서비스(IHS) 및 대부분의 자선 단체가 지급한 금액은 회원님의 본인부담금 비용 산정에 포함됩니다. 이는 고액 보장에 대한 자격을 충족하는 데 도움이 될 수 있습니다. 고액 보장 단계에 도달하면 당사 플랜은 해당 연도의 남은 기간 동안 회원님의 파트 D 의약품에 대한 모든 비용을 지불합니다.

4. 저희가 보내드리는 혜택 설명서를 확인하십시오.

우편을 통해 파트 D 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 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다. 파트 D EOB를 보관하십시오. 회원의 의약품 경비에 대한 중요한 기록입니다.

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

당사 플랜에서는 당사 규정을 준수하시는 한 보장 의약품에 대한 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

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, 당사에서는 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 당사에서는 2023년 12월 31일까지 의약품의 모든 비용을 지불합니다. 일정 액수의 본인부담금을 지불하면 이 단계가 시작됩니다.

C1. 비용 분담 단계

비용 분담 단계는 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계 숫자가 높을수록 자기부담금이 높아집니다. 의약품의 비용 분담 단계를 확인하려면 의약품 목록을 참조하십시오.

- 1단계(우선 복제약)의 경우 자기부담금이 가장 낮습니다. 자기부담금은 \$0부터입니다.
- 2단계(복제약) 자기부담금은 소득에 따라 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 \$0, \$1.45 또는 \$4.15에서 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.

자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 3단계(우선 브랜드약) 자기부담금은 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 \$0, \$1.45 또는 \$4.15에서 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.
- 4단계(비우선 약) 자기부담금은 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 \$0, \$1.45 또는 \$4.15에서 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.
- 5단계(특수 의약품) 약의 경우 자기부담금이 가장 높습니다. 자기부담금은 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)의 경우 \$0, \$1.45 또는 \$4.15에서 다른 모든 의약품의 경우 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35입니다.

단계는 당사 플랜의 의약품 목록에 포함된 의약품 그룹입니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 단계 중 하나에 속합니다. 당사 의약품 목록에 있는 처방약 및 OTC 의약품에 대해서는 회원님의 자기부담금이 없습니다. 의약품의 단계를 확인하려면 의약품 목록을 참조하십시오.

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. 어떤 경우에 적용되는지 알아보려면 **가입자 핸드북의 제5장**을 참조하십시오. 약에 혜택이 적용되지 않는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해서는 제9장을 참조하십시오.

약국 선택에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제5장과 제공자 및 약국 명부**를 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. 한 달 공급분과 자기부담금이 동일합니다.

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

C4. 회원 부담분

처방약을 받을 때 자기부담금을 지불할 수도 있습니다. 보장약 비용이 자기부담금보다 적으면 더 낮은 금액을 지불합니다.

가입자 서비스부에 문의하여 보장약에 대한 자기부담금 금액에 대해 알아보십시오.

약국에서 구매할 수 있는 대부분의 처방약은 플랜으로 보장됩니다. 일반의약품(OTC), 비타민과 같은 기타 약품은 Medi-Cal Rx로 보장됩니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(medi-calrx.dhcs.ca.gov/)를 방문하십시오. 또는 Medi-Cal 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화해 주십시오. Medi-Cal Rx를 통해 처방을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.



다음은 통해 보장되는 처방약 1개월분을 공급받을 때 가입자가 부담하는 비용:

단계	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 31 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.
비용 분담 단계 1 (우선 복제약)	\$0	\$0	\$0	\$0
비용 분담 단계 2 (복제약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금
비용 분담 3단계 (우선 브랜드약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



단계	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 31 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 <i>가입자 핸드북의 제5장</i> 을 참조하십시오.
비용 분담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금
비용 분담 5단계 (특수 의약품)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금

다음은 통해 보장되는 처방약 장기 공급분을 공급받을 때 가입자가 부담하는 비용:

단계	일반 소매 비용 분담 (네트워크 소 속) (90일분)	우편 주문 비용 분담 (90일분)
비용 분담 1단계 (우선 복제약)	\$0	\$0

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



단계	일반 소매 비용 분담 (네트워크 소속) (90일분)	우편 주문 비용 분담 (90일분)
비용 분담 2단계 (복제약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금
비용 분담 3단계 (우선 브랜드약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금
비용 분담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금
비용 분담 5단계 (특수 의약품)	장기 공급분은 5단계 약에 대해서는 공급되지 않습니다.	우편 주문은 5단계 약의 장기 공급분에 대해서는 이용할 수 없습니다.

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

D. 1단계: 초기 보장 단계

당사의 가입자 대부분은 처방약 비용에 대해 “추가 지원(Extra Help)”을 받습니다. 이러한 “추가 지원”으로 의약품 비용 대부분이 지불되므로 가입자는 별도의 의약품 공제액을 지불하지 않습니다. 그러나 저소득 보조금(LIS) 자기부담금은 초기 보장 단계에 도달하기 전까지 계속 지불해야 할 수 있습니다.

초기 보장 단계 동안, 당사에서는 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.

비용 분담 단계는 자기부담금이 동일한 의약품 그룹입니다. 당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 비용 분담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 단계 숫자가 높을수록 자기부담금이 높아집니다. 의약품의 비용 분담 단계를 확인하려면 의약품 목록을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



단계는 당사 플랜의 의약품 목록에 포함된 의약품 그룹입니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 단계 중 하나에 속합니다. 당사 의약품 목록에 있는 처방약 및 OTC 의약품에 대해서는 회원님의 자기부담금이 없습니다. 의약품의 단계를 확인하려면 의약품 목록을 참조하십시오.

- 1단계 - 우선 복제약(최저 비용 부담금)
- 2단계 - 복제약
- 3단계 - 우선 브랜드약
- 4단계 - 비우선 약
- 5단계 - 특수 의약품(최고 비용 부담금)

D1. 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. 어떤 경우에 적용되는지 알아보려면 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.

약국 선택에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 제5장과 제공자 및 약국 명부를 참조하십시오.

D2. 의약품의 장기 공급분 받기

의약품 중에는 처방약을 받을 때 장기 공급분("연장 공급분"이라고도 함)을 받을 수 있는 약이 있습니다.

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

D3. 회원 부담분

초기 보장 단계 동안 처방약을 구입할 때마다 회원님께서 자기부담금을 지불합니다. 보장약 비용이 자기부담금보다 적으면 더 낮은 금액을 지불합니다.

가입자 서비스부에 문의하여 혜택 대상 의약품에 대한 자기부담금을 확인할 수 있습니다.

다음은 통해 보장되는 처방약 1개월분을 공급받을 때 가입자가 부담하는 비용:

	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 31 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.
비용 부담 단계 1 (우선 복제약)	\$0	\$0	\$0	\$0

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 31 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 <i>가입자 핸드북의 제5장</i> 을 참조하십시오.
비용 분담 2단계 (복제약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금
비용 분담 3단계 (우선 브랜드약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금
비용 분담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



	네트워크 소속 약국 1개월 또는 최대 31 일분	플랜의 우편 주문 서비스 1개월 또는 최대 31 일분	네트워크 소속 장기 케어(LTC) 약국 최대 31일분	네트워크 비소속 약 국 최대 31일분. 혜택 적용은 특정 케이스 로 한정됩니다. 자 세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장을 참조하십시오.
비용 부담 5단계 (특수 의약품)	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금	복제약(복제약으 로 취급되는 브랜 드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담 금 다른 모든 의약품 에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부 담금

다음은 통해 보장되는 처방약 장기 공급분을 공급받을 때 가입자가 부담하는 비용:

단계	일반 소매 비용 부담 (네트워크 소 속) (90일분)	우편 주문 비용 부담 (90일분)
비용 부담 1단계 (우선 복제약)	\$0	\$0
비용 부담 2단계 (복제약)	복제약(복제약으로 취급되는 브 랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전 당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기 부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브 랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전 당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기 부담금
비용 부담 3단계 (우선 브랜드약)	복제약(복제약으로 취급되는 브 랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전 당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기 부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브 랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전 당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기 부담금

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴
오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.
자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



단계	일반 소매 비용 부담 (네트워크 소속) (90일분)	우편 주문 비용 부담 (90일분)
비용 부담 4단계 (비우선 약)	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금	복제약(복제약으로 취급되는 브랜드약 포함)에 대해 \$0, \$1.45 또는 \$4.15의 자기부담금 다른 모든 의약품에 대해 처방전당 \$0, \$4.30 또는 \$10.35의 자기부담금
비용 부담 5단계 (특수 의약품)	장기 공급분은 5단계 약에 대해서는 공급되지 않습니다.	우편 주문은 5단계 약의 장기 공급분에 대해서는 이용할 수 없습니다.

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

D4. 초기 보장 단계 종료

초기 보장 단계는 총 본인부담금이 **\$4,660.00**에 도달하면 종료됩니다. 이 시점에서 보장 격차 단계가 시작됩니다.

EOB를 통해 한 해 동안 지불한 의약품 비용을 추적할 수 있습니다. **\$4,660.00** 한도에 도달하면 당사에서 알려드립니다. 많은 사람들이 1년 안에 한도에 도달하지 못합니다. 새 연도가 시작될 때마다 초기 보장 단계에서 지불한 금액이 0으로 초기화됩니다.

E. 2단계: 보장 격차 단계

보장 격차 단계에 있는 경우, Medicate 보상 격차 할인 프로그램(Medicare Coverage Gap Discount Program)은 브랜드약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 귀하는 브랜드약에 대해 협의된 가격의 25%와 조제비의 일부를 지불합니다. 귀하가 지불한 금액과 제조사가 할인한 금액 모두 이러한 금액을 귀하가 지불한 것처럼 본인부담금 비용에 반영되고 보장 격차 단계가 진행됩니다.

귀하는 연간 본인부담금이 Medicare가 설정한 최대 금액에 도달할 때까지 이러한 비용을 계속 지불합니다. 이 금액(\$7,400.00)에 도달하면 보장 격차 단계가 종료되며 고액 보장 단계로 이동합니다.

귀하가 Medi-Cal(Medicaid)에 대한 자격을 충족하고 Medicare에서 처방 약물 계획 비용 지불에 대해 "추가 지원(Extra Help)"을 받는 경우, 본 **가입자 핸드북**에서 파트 D 처방약의 비용에 관한 일부 정보는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다. 보장 격차 단계의 약물 비용은 귀하가 받는 "추가 지원(Extra Help)" 수준에 따라 달라집니다. "처방약에 대한 추가 지원을 받는 가입자를 위한 보장 범위 증명서 추가 조항"(이하 "저소득 보조금 추가 조항" 또는 "LIS 추가 조항"이라고도 함)이라는 별도의 안내 자료를 보내드렸습니다. 이 자료에는 귀하의 약물 적용 범위가 나와 있습니다. 본 안내 자료를 받지 못한 경우, 가입자 서비스부에 전화하여 "LIS 추가 조항"을 요청하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



F. 3단계: 고액 보장 단계

처방약에 대한 본인부담금의 한도가 **\$7,400.00**에 도달하면 고액 보장 단계가 시작됩니다. 역년 말까지 고액 보장 단계가 유지됩니다. 이 단계에서는 플랜에서 Medicare 의약품 비용 전액을 지불합니다.

G. 의사가 한 달 공급분 미만의 의약품을 처방할 경우 의약품 비용이 발생합니다

경우에 따라, 회원님은 혜택 대상 의약품 1개월분에 대한 자기부담금을 지불합니다. 그러나 담당 의사가 1개월분 미만의 의약품을 처방할 수 있습니다.

- 의사에게 1개월분 미만을 처방해 달라고 요청하고자 하는 경우도 있습니다(예를 들어 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약물을 처음 복용하는 경우).
- 의사가 동의하는 경우 특정 의약품에 대한 1개월분 비용을 지불할 필요가 없습니다.

1개월분 미만의 의약품을 받는 경우, 회원님이 지불하는 금액은 구입하는 의약품 복용 일수를 기준으로 합니다. 의약품에 대해 회원님이 하루에 지불하는 금액("일일 비용 부담률")을 계산하여 약물을 복용하는 일수를 곱합니다.

- 예를 들어 의약품 1개월분(30일분)에 대한 자기부담금이 \$1.35라고 가정해 보겠습니다. 즉, 회원님이 의약품에 대해 지불하는 금액은 1일 \$0.05 미만입니다. 의약품 7일분을 받는 경우, 회원님이 지불하는 금액은 1일 \$0.05 미만이며, 여기에 7일을 곱하면 총 지불 금액은 \$0.35 미만이 됩니다.
- 일일 비용 부담을 통해 1개월분에 대한 비용을 지불하기 전에 의약품이 효과가 있는지 확인할 수 있습니다.
- 다음과 같은 경우에 도움이 될 경우, 제공자에게 1개월분 미만의 의약품을 처방하도록 요청할 수도 있습니다.
 - 의약품 리필 일정 계획
 - 복용하는 다른 의약품과 리필 일정 조정
 - 약국 방문 필요 감소

H. HIV/AIDS 환자의 처방 비용 분담 지원

H1. AIDS 의약품 지원 프로그램

AIDS 의약품 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program, ADAP)은 자격을 갖춘 HIV/AIDS 환자들이 생명을 살릴 수 있는 HIV 치료약을 이용할 수 있도록 지원합니다. ADAP에서도 혜택을 제공하는 외래환자 Medicare 파트 D 처방약은 ADAP에 등록된 환자를 위한 California Department of Public Health, Office of AIDS를 통해 처방 비용 분담 지원을 받을 수 있습니다.

H2. ADAP에 등록되지 않은 경우

자격 기준, 혜택 대상 의약품 또는 프로그램 등록 방법에 관한 자세한 내용은 1-844-421-7050번으로 전화하거나 ADAP 웹사이트 www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx를 참조하십시오.

H3. ADAP에 등록된 경우

ADAP는 ADAP 고객에게 ADAP 처방규정에 대한 Medicare 파트 D 처방 비용 분담 지원을 지속적으로 제공할 수 있습니다. 이러한 지원을 계속 받기 위해서는, Medicare 파트 D 플랜 명칭 또는 보험 증서 번

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



호가 변경되는 경우 현지 ADAP 등록 담당자에게 알려십시오. 가장 가까운 ADAP 등록 사이트 및/또는 등록 담당자를 찾는 데 도움이 필요한 경우, 1-844-421-7050번으로 전화하거나 위 웹사이트를 참조하십시오.

I. 예방 접종

백신 비용에 대한 중요한 메시지

당사 플랜에서는 본인부담금 없이 대부분의 Medicare 파트 D 백신 비용을 부담합니다. 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 비용에 대한 것입니다. 예를 들어, 때로 의사가 주사를 접종하는 형태로 백신을 받을 수 있습니다.

I1. 예방 접종 전 알아 두어야 하는 사항

예방 접종 계획이 있는 경우에는 가입자 서비스부에 전화해 주시기 바랍니다.

- 당사 플랜의 예방 접종 보장 내역과 회원님이 부담하는 비용에 대해 알려드립니다.
- 네트워크 소속 약국 및 제공자를 이용해 비용을 낮추는 방법에 대해서도 설명 드립니다. 네트워크 소속 약국 및 제공자는 당사와 협력 계약을 맺고 있습니다. 네트워크 소속 제공자는 당사와 협력해 파트 D 백신에 대해 선불 비용이 없도록 합니다.

I2. Medicare 파트 D에서 보장하는 예방 접종에 대해 가입자가 지불하는 비용

Medicare 파트 D 혜택 대상

예방접종 비용은 백신 종류(예방접종 질병)에 따라 다릅니다.

- 일부 백신은 의약품이 아닌 의료 혜택으로 간주됩니다. 이러한 백신은 본인부담금 없이 제공됩니다. 이러한 백신 혜택 적용에 관한 자세한 사항은 제4장 혜택표를 참조하십시오.
- Medicare 파트 D 약으로 간주되는 백신도 있습니다. 이러한 백신은 당사 플랜의 의약품 목록에 포함되어 있습니다. Medicare 파트 D 백신에 대한 자기부담금을 지불해야 할 수도 있습니다.

Medicare 파트 D 예방접종을 받을 수 있는 일반적인 세 가지 방법은 다음과 같습니다.

1. 네트워크 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 접종합니다.
 - 회원님은 백신에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
2. 의사 진료실에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 의사가 접종합니다.
 - 회원님은 의사에게 백신에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
 - 당사 플랜이 접종 비용을 지불합니다.
 - 이 경우, 의사 진료실에서 당사 플랜에 전화를 걸어 회원님은 백신 비용을 전혀 지불하지 않아도 된다는 사실을 확인해야 합니다.
3. 약국에서 Medicare 파트 D 백신을 받아 의사 진료실에서 접종을 받습니다.
 - 회원님은 백신에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.
 - 당사 플랜이 접종 비용을 지불합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



제7장: 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 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 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 방법	123
B. 당사에 지급 요청서를 발송하는 방법	124
C. 혜택 적용 결정(Coverage decision)	125
D. 이의 제기	125



A. 회원이 당사에 서비스 또는 의약품 비용을 청구하는 방법

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

의료 케어 또는 의약품에 대해 청구서를 받으시는 경우, 지불하지 마시고 청구서를 당사에 제출해 주십시오. 청구서 제출 방법은 섹션 B를 참조하십시오.

- 당사에서 서비스 또는 의약품을 보장하는 경우 당사가 직접 지급할 것입니다.
- 혜택 대상 서비스 또는 의약품이고 이미 비용을 지급하신 경우, 비용을 환불받는 것이 회원님의 권리입니다.
- 서비스 또는 약이 보장되지 않는 경우 알려 드립니다.

질문이 있으시면 가입자 서비스부 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 제3장 섹션 D4를 참조하십시오.

제공자에게 당사에 청구할 것을 요청하십시오.

- 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.
- 네트워크 비소속 약국에 관한 자세한 정보는 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

2. 네트워크 소속 제공자로부터 청구서를 받으신 경우

네트워크 소속 제공자는 항상 비용을 당사에 청구해야 합니다. 모든 서비스/처방약을 이용하거나 받으실 때는 항상 플랜 ID를 제시해 주셔야 합니다. (의사나 병원 등) 제공자가 서비스에 대한 플랜의 비용 부담분 금액보다 많은 금액을 회원님께 부담하거나 부적절하게 청구합니다. 청구서를 받은 경우 가입자 서비스부에 연락하십시오. 청구서에 대한 금액을 지불하지 마십시오.

- Molina에서 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 부담합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 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 정보는 **가입자 핸드북의 제5장**을 참조하십시오.

4. 플랜 ID 카드를 소지하고 있지 않아서 처방약 비용 전액을 지불하는 경우

플랜 ID 카드를 소지하고 있지 않은 경우, 약국에 플랜 가입 정보 조회 또는 당사로 문의를 요청할 수 있습니다.

- 약국이 정보를 바로 확인할 수 없는 경우, 처방약 비용 전액을 직접 지불하거나 플랜 ID 카드를 가지고 약국을 재방문해야 할 수 있습니다.
- 당사에 환급 요청하실 때는 영수증 사본을 제출해 주십시오.

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

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

- 해당 의약품이 당사 **보장 의약품 목록**(의약품 목록) 또는 웹사이트에 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 지불하지 않지만 혜택 대상이어야 한다고 생각하시는 경우 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(**가입자 핸드북의 제9장** 참조).
 - 회원님과 담당 의사 또는 다른 처방자가 회원님께 그 의약품이 즉시 필요하다고 판단하는 경우, 빠른 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다(**가입자 핸드북의 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. 서비스 또는 의약품에 혜택이 적용되어야 한다고 결정하는 경우, 해당 비용은 당사가 부담합니다. 당사가 환급 요청을 기각하는 경우 당사 결정에 이의 제기하실 수 있습니다.

이의 제기 방법에 관한 설명은 **가입자 핸드북의 제9장**을 참조하십시오.

B. 당사에 지급 요청서를 발송하는 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:

수신인: Molina Medicare Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

파트 D(의약품) 서비스:

Molina Healthcare

수신인: Pharmacy Department

7050 Union Park Center, Suite 200

Midvale, UT 84047

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

C. 혜택 적용 결정(Coverage decision)

환급 요청이 접수되면, 혜택 적용 결정을 내리게 됩니다. 이는 당사의 플랜이 귀하의 서비스, 품목 또는
약물에 혜택을 적용하는지 여부를 결정한다는 것을 의미합니다. 해당하는 경우, 회원님이 지불해야 하
는 금액도 결정합니다.

- 회원님 본인으로부터 정보가 더 필요한 경우 알려드립니다.
- 해당 서비스, 품목, 의약품이 플랜의 혜택 대상이라는 결정이 내려지고, 회원님께서 혜택 이용에
관한 규정을 모두 따른 경우, 해당 비용을 지급해 드립니다. 회원님 본인이 이미 그 서비스나 의약
품 비용을 납입하신 경우, 회원님께서 부담한 비용에 해당하는 수표를 우편으로 보내드립니다. 회
원님이 지불하지 않은 경우에는, 당사가 제공자에게 직접 지불합니다.

가입자 핸드북 제3장을 보시면 혜택 대상 서비스 이용에 관한 규정이 나와 있습니다. **가입자 핸드북 제5
장**을 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 서
한을 보내드립니다. 또한 회원님의 이의 제기 권리에 대해서도 설명합니다.
- 혜택 적용 결정에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제9장**을 참조하십시오.

D. 이의 제기

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

- 공식적인 이의 제기 절차에는 자세한 절차와 마감 기한이 있습니다. 이의 제기에 관한 자세한 사
항은 **가입자 핸드북 제9장**을 참고하십시오.
- 의료 케어 서비스 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하려면 **섹션 F**를 참조하십시오.
- 의약품 비용 환급과 관련한 이의 제기를 신청하고자 하시는 경우 **섹션 G**를 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 *가입자 핸드북*의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리	127
B. 회원이 혜택 대상 서비스 및 의약품을 시기적절하게 이용할 수 있도록 해야 하는 당사의 의무	134
C. 개인 건강 정보(PHI) 보호를 위한 당사의 책임	135
C1. 회원님의 PHI 보호 방법	135
C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다	136
D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 의무	142
E. 네트워크 제공자가 회원에게 직접 청구 불가	142
F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리	143
G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리	143
G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리	143
G2. 원하는 것을 말할 수 있는 권리	143
G3. 본인의 지시 사항이 이행되지 않을 경우 가능한 조치	144
H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리	145
H1. 불공정한 처우에 대한 조치 방법 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보	145
I. 플랜 가입자로서의 의무	145

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스 및 정보를 얻을 권리

당사는 모든 서비스가 문화를 존중하고 접근 가능한 방식으로 제공될 수 있도록 관리해야 합니다. 또한 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 가입자 서비스부에 전화하십시오. 본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공할 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 자료 또는 다른 형식의 자료를 요청하시려면 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다.
- 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 월요일~금요일, 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 연중무휴, 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.

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

- 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- U.S. 보건복지부, 공민권 사무국(1-800-368-1019)으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697 번을 이용하시기 바랍니다.
- Medi-Cal 공민권 사무국은 916-440-7370. TTY 이용자의 경우 711번으로 연락하십시오.

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, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 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, 7 días a la semana, 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.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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.
- 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. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

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

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 가입자 서비스부에 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, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에 . 가입자 서비스부로 연락하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 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 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 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.

А. 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 .
- 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, TTY: 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, TTY: 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 обращаться 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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер TTY 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- حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

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

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفراداً بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وتنسيقات 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 الهواتف 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 التنسيق 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 الهواتف 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 الهواتف 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 الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم ☐

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



Cal MediConnect 1-877-486-2048. Ombudsman 1-855-501-3077. 711.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក ក្នុងមួយឆ្នាំៗ ដោយសារលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមវិធីដែលធូរធារលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សជាច្រើនដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗបាន។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជា ភាសាអង់គ្លេស អាល្លឺម៉ង់ ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាកាឡុក វៀតណាម អារ៉ាប់ ហ៊ីយមានទូរស័ព្ទជាភាសាបោះពុម្ពព័ត៌មាន អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រែប្រួល។ ដើម្បីស្នើសុំដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលនេះ និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មបម្រើសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃស្អែករៀងរាល់ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- ដើម្បីដាក់សំណើដើម្បីទទួលបានឯកសារ ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៅពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាកម្មបម្រើសមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ - ថ្ងៃស្អែករៀងរាល់ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូចនេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋបាលខេត្ត(800) 541-5555, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃស្អែក ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ដើម្បីប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិកតាមលេខ(855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃស្អែក ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងមុនអាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដែលមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរ៉ូបរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើ។

បុរសិទ្ធិអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medi-Cal បានផងដែរ ដោយទូរស័ព្ទទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ។ អ្នកប្តីប្រពន្ធ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 711។

A. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد
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 خاطرنشان 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 665-4627 (TTY: 711)، 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 به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 541-5555 (TTY: 711)، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعدازظهر به وقت محلی به منظور بروز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. برای نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 665-4627 (TTY: 711)، دوشنبه تا 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, զանգահարեք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր 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:
- 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 մշտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մշտական 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 Պետությանը հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուստեքից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով)՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով քարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուստեքից ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մշտական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մշտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաճախումային պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ զանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 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: 711번으로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 가입자 서비스부로 문의하시기 바랍니다.

귀하에게는 당사 플랜 가입자로서의 권리가 있습니다.

- 회원님께는 당사 네트워크 내부에서 주치의(PCP)를 선택할 권리가 있습니다. 네트워크 소속 제공자는 당사와 협력 관계에 있는 제공자를 의미합니다. *가입자 핸드북 제3장*에서 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 가입자 서비스부에 문의하시거나 *제공자 및 약국 명부*를 살펴보기 바랍니다.
- 여성에게는 진료협력 문서 없이 여성 건강 전문의를 찾아갈 권리가 있습니다. 진료협력 문서는 담당 PCP가 아닌 다른 제공자의 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 *가입자 핸드북 제3장*을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 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 허가과 관련한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제1장**을 참조하십시오.
- 회원님은 담당 케어 팀, 케이스 관리자의 도움을 받아 본인의 의료 서비스를 직접 관리할 수 있습니다.

가입자 핸드북 제9장에는 회원님께서 합리적으로 타당한 시간 내에 서비스 또는 의약품을 받고 있지 못하다고 생각하는 경우 취할 수 있는 조치에 대해 나와 있습니다. 또한 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.

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.

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

C1. 회원님의 PHI 보호 방법

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

아래 명시된 사례를 제외하고는, 귀하의 의료 서비스를 제공하거나 귀하의 의료 비용을 지불하지 않는 사람에게 귀하의 PHI를 제공하지 않습니다. 혹시 그렇게 하더라도 반드시 먼저 회원님의 서면 허가를 받아야 합니다. 귀하 또는 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 가진 사람이 서면 허가를 제공할 수 있습니다.

사전에 서면 허가를 받을 필요가 없는 경우도 있습니다. 그러한 예외 경우는 법에 따라 허용 또는 정해져 있습니다.

- 당사는 플랜의 의료 서비스 품질을 확인하는 정부 기관에 PHI를 공개할 의무가 있습니다.
- 당사는 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 진행됩니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



C2. 회원님께는 본인의 의료 기록을 확인할 권리가 있습니다

- 회원님께는 본인의 의료 기록을 살펴보고 기록 사본을 받을 권리가 있습니다.
- 회원님께는 당사에 본인의 의료 기록에 업데이트 또는 정정 요청을 할 권리가 있습니다. 그러한 요청이 있는 경우, 당사는 회원님의 의료 제공자와 협의해 해당 변경 사항의 필요 여부를 결정하게 됩니다.
- 회원님께는 당사가 본인의 PHI가 다른 사람과 공유되고 있는지 여부와 그 방식에 대해 알 권리가 있습니다.

회원님의 PHI 보호와 관련해 궁금한 점이나 우려 사항이 있으신 경우 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

회원의 개인정보

Molina Medicare 가입자 여러분

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.
- 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 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 회원들의 PHI를 이용 및 공유하는 방법에 관해 더 자세한 내용이 담겨 있습니다. 당사의 개인정보 보호 관행 통지서는 본 가입자 핸드북의 다음 섹션에 나와 있습니다. 당사 웹사이트 www.molinahealthcare.com에도 나와 있습니다. 또한 당사 가입자 서비스부에 (855) 665-4627번으로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 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 Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)의 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 2013년 9월 23일 수요일입니다.

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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



치료 목적

Molina는 회원님에게 의료 서비스를 제공 또는 주선했드리기 위해 회원의 PHI를 이용 또는 공유할 수 있습니다. 이러한 치료에는 담당 의사 및 기타 의료 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 용품 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 업무상 필요가 생깁니다. 그러한 필요에는 다음 사항이 포함되며, 이에 국한되지 않습니다.

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 국가 보안 활동과 같은 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.

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 다음과 같은 경우 귀하의 PHI를 공개하기 전에 귀하의 승인을 받아야 합니다. (1) 심리 치료 기록의 대부분의 사용 및 공개, (2) 마케팅 목적의 사용 및 공개, (3) PHI의 판매와 관련된 사용 및 공개. 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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



회원님은 본인의 PHI를 비공개로 유지하기 위해 PHI를 특정 방식 또는 특정 장소에서 전달해 줄 것을 Molina에 요청할 수 있습니다. 당사는 PHI를 요청된 형태 및 형식, 또는 다른 장소에서 제공할 수 있는 경우 특정 형태나 형식으로 PHI를 제공하기 위해 합당한 기밀 연락 요청을 따릅니다. 요청은 서면 또는 전자 전송으로 제출해 주셔야 합니다.

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 사항: 당사는 회원 의료 기록의 전체 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
- 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
- 국가 보안 또는 정보 목적을 위해 공개된 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 요청하실 수 있습니다.

위에 나와 있는 것 중 어떤 요청이든 가능하며, 본 통지서의 종이 사본도 요청해 받으실 수 있습니다. Molina 가입자 서비스부에 (855) 665-4627번으로 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 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

수신인: Manager of Member Services

200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



전화: (855) 665-4627, 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이, TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

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.

Molina는 당사 정보 관련 관행 및 본 통지서 약관을 수시로 변경할 권리를 보유합니다. 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.

연락처 정보

궁금한 사항이 있으시면 아래 사무실로 문의해 주십시오.

전화:

Molina 가입자 서비스부

(855) 665-4627, TTY: 711, 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시

우편:

Molina Healthcare of California

수신인:

Medicare Appeals and Grievances

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801

본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다. Molina 가입자 서비스부에 (855) 665-4627, TTY 711번으로 연중 무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 전화해 주십시오. Esta información está disponible



문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627, TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. 회원에게 정보를 제공할 당사의 의무

당사 플랜의 회원으로서 귀하는 당사 플랜, 당사 네트워크 제공자 및 귀하의 혜택 대상 서비스에 대한 정보를 당사로부터 받을 권리가 있습니다.

영어를 사용하지 않으시는 경우, 당사 의료 플랜에 관한 질문에 답해 드릴 수 있도록 통역 서비스를 제공해드립니다. 통역 서비스를 받으시려면 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 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 제공해드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 자료 또는 다른 형식의 자료를 요청하시려면 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해 주시기 바랍니다.

다음에 관한 정보 중 원하시는 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

- 플랜 선택 또는 변경 방법
- 플랜은 다음을 포함합니다.
 - 재무 정보
 - 플랜 회원의 평가
 - 회원님들의 이익 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:
 - 플랜 혜택 대상 서비스(가입자 핸드북 제3장 및 제4장 참조) 및 의약품(가입자 핸드북 제5장 및 제6장 참조)
 - 회원 혜택 및 의약품에 적용되는 한도
 - 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 반드시 따라야 하는 규정
- 혜택 대상이 아닌 이유와 다음 요청을 포함하여 그에 대해 취할 수 있는 조치 등(가입자 핸드북 제9장 참조)
 - 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



다. 네트워크 소속 제공자가 혜택 대상 서비스 비용을 회원님께 청구하려 하는 경우 취할 수 있는 조치는 가입자 핸드북 제7장을 참조하십시오.

F. 당사 플랜을 탈퇴할 권리

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

- 회원님께는 Original Medicare 또는 또 다른 Medicare Advantage 플랜을 통해 본인의 의료 서비스 혜택을 최대한 누릴 수 있는 권리가 있습니다.
- 회원님은 처방약 플랜 또는 또 다른 Medicare Advantage 플랜으로부터 Medicare 파트 D 처방약 혜택을 받을 수 있습니다.
- 다음에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북 제10장을 참조하십시오.
 - Medicare Advantage 또는 처방약 혜택 플랜에 신규 가입할 수 있는 시기
 - 플랜을 탈퇴할 경우 Medi-Cal의 혜택을 받는 방법

G. 본인의 의료 케어에 관한 결정을 직접 내릴 권리

회원님께는 서비스를 이용할 때 담당 의사 및 기타 의료 제공자들로부터 본인의 의료 케어에 관한 결정을 내리는 데 도움이 되는 완전한 정보를 얻을 권리가 있습니다.

G1. 본인의 치료 옵션에 대해 알고 결정을 내릴 권리

제공자에게는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 회원님의 질병/상태 및 치료 옵션을 설명해야 합니다. 회원님의 권리는 다음과 같습니다.

- 본인의 선택권에 대해 알 권리. 회원님은 다양한 치료 옵션에 대해 안내받을 권리가 있습니다.
- 위험 요소에 대해 알 권리. 회원님은 관련된 모든 위험 요소에 대해 미리 안내받을 권리가 있습니다. 당사는 서비스나 치료가 연구 목적 실험의 일환인 경우 반드시 사전에 회원님께 안내해야 합니다. 회원님께는 실험적 치료를 거부할 권리가 있습니다.
- 2차 소견을 받을 권리. 회원님께는 치료 방식을 결정하기 전에 다른 의사의 진찰을 받을 권리가 있습니다.
- 거부할 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 혜택을 적용하지 않는 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용해 줄 것을 요청할 권리. 이를 혜택 적용 결정이라고 합니다. 가입자 핸드북의 제9장에 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G2. 원하는 것을 말할 수 있는 권리

자세한 정보를 원하시면 Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부 무료 전화로 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627번으로 문의하십시오. 청각 장애인 또는 청력 문제가 있으신 분은 TTY: 711번으로 California 릴레이 서비스에 전화하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 의료 케어 처리 방식 및 원하지 않는 케어에 대한 서면 지시서를 작성해 담당 의사에게 주십시오.

지침을 제공하기 위해 사용하는 법률 문서를 "사전 지시서"라고 합니다. 사전 지시서에는 여러 가지 종류와 이름이 있습니다. 그 예로 생전 유언과 의료 서비스를 위한 위임장이 있습니다.

반드시 사전 지시서를 이용해야 할 의무는 없지만 이용할 수 있습니다. 사전 지시서를 사용하려면 다음을 수행합니다.

- 양식을 구합니다. 양식은 담당 의사, 변호사, 법무 서비스 에이전시, 또는 사회복지사에게서 받을 수 있습니다. 일반적으로 약국 및 제공자 진료실에 양식이 비치되어 있습니다. 온라인에서 무료 양식을 찾아 다운로드할 수 있습니다.
- 양식을 작성하고 서명합니다. 이 양식은 법적 문서입니다. 변호사나 가족 구성원이나 PCP와 같이 신뢰하는 사람의 도움을 받는 것이 좋습니다.
- 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. 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.
 - 서명한 사전 지시서가 없는 경우, 병원에도 양식이 비치되어 있으므로 서명할지 여부를 여쭙습니다.

회원님의 권리는 다음과 같습니다.

- 의료 기록에 사전 지시서 추가
- 언제든지 사전 지시서 변경 또는 취소
- 사전 지시서 관련 법률의 변경사항에 대해 알아보기. Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)는 주 법률 변경 후 90일 이내에 알려 드립니다.

사전 지시서 사용은 회원님의 선택입니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하십시오.

G3. 본인의 지시 사항이 이행되지 않을 경우 가능한 조치

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

Ombuds 프로그램 1-855-501-3077. 무료 전화입니다.

TTY: 1-855-847-7914. 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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



웹사이트: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx>

H. 당사의 결정에 대해 불만사항을 제기하고 결정 번복을 요청할 권리

가입자 핸드북 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 가입자들이 당사 플랜에 대해 제기한 이의 및 불만 사항에 관한 정보를 받아 볼 수 있는 권리가 있습니다. 자세한 정보는 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다.

H1. 불공정한 처우에 대한 조치 방법 또는 귀하의 권리에 대한 자세한 정보

당사로부터 불공정한 대우를 받았다고 생각하며 가입자 핸드북 제11장에 열거된 이유로 인한 차별 문제가 아니거나 권리에 관한 자세한 정보를 원하는 경우에는 다음 번호로 전화하십시오.

- 가입자 서비스부: 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번
- 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): 1-800-434-0222 HICAP에 관한 자세한 내용은 제 2장을 참조하시기 바랍니다.
 - Los Angeles 카운티: (213) 383-4519
 - San Diego 카운티: (858) 565-8772
 - Imperial 카운티: (760) 353- 0223
 - Riverside 및 San Bernardino 카운티: (909) 256-8369
- Ombuds 프로그램: 1-888-452-8609. Ombuds 프로그램에 대한 자세한 정보 및 연락처는 가입자 핸드북 제2장을 참조하십시오.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자 1-877-486-2048번으로 전화하십시오(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).

I. 플랜 가입자로서의 의무

플랜의 가입자로서, 회원님에게는 아래에 나와 있는 사항을 이행하셔야 할 의무가 있습니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 문의하십시오.

- 가입자 핸드북을 읽고 혜택 대상이 무엇인지, 혜택 대상 서비스 및 의약품을 이용하려면 어떤 규정을 따라야 하는지에 대해 알아두셔야 합니다. 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.
 - 가입자의 혜택 대상 서비스에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제3장 및 제4장을 참조하십시오. 제3장 및 제4장에는 혜택 적용 대상, 제외 대상, 따라야 하는 규정 및 본인 부담 내용이 나와 있습니다.
 - 혜택 대상 의약품의 경우 가입자 핸드북의 제5장 및 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 해 드려야 합니다. 다른 혜택이 있으면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 담당 의사 및 다른 의료 제공자들에게 당사 플랜 가입자임을 밝히셔야 합니다. 서비스나 의약품을 이용하실 때는 항상 본인의 플랜 ID 카드를 제시하셔야 합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 담당 의사 및 다른 의료 제공자들이 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 제공자들이 합의한 치료 플랜과 지시 사항을 따르셔야 합니다.
 - 담당 의사와 다른 제공자에게 회원님이 복용하는 의약품에 대해 빠짐없이 알려 주셔야 합니다. 여기에는 처방약, 일반의약품, 비타민제, 건강보충제 등이 포함됩니다.
 - 궁금한 점에 대해 질문을 합니다. 담당 의사와 다른 제공자에게는 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 상황을 설명해 줄 의무가 있습니다. 질문을 했는데 답이 이해가 되지 않으면 다시 물어보십시오.
- 연간 건강 위험 평가를 완료하는 등 케이스 관리자와 협력하십시오.
- 배려심을 가지십시오. 플랜 회원은 모두 다른 사람의 권리를 존중해 주셔야 합니다. 또한 의사 진료실, 병원, 다른 제공자 진료실에 가셨을 때도 상대를 존중하는 태도로 행동해 주셔야 합니다.
- 플랜 이외의 서비스를 제공받는 경우 알려 주십시오.
- 본인 부담분은 납부하셔야 합니다. 플랜 회원으로서 귀하는 다음과 같은 비용을 부담하셔야 합니다.
 - Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 보험료. 대부분의 플랜 회원을 위해 Medi-Cal은 파트 A 보험료 및 파트 B 보험료를 지불합니다.
 - 당사 플랜의 혜택 대상이 아닌 서비스나 의약품을 이용하시는 경우 회원님이 비용 전액을 부담하셔야 합니다.
- 이사하실 경우 알려 주셔야 합니다. 이사하실 경우 즉시 당사에 알려 주십시오. 가입자 서비스부에 전화하십시오.
 - 저희 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우 이 플랜은 계속 이용하실 수 없습니다. 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 플랜 회원이 될 수 있습니다. 서비스 지역에 관한 정보는 가입자 핸드북의 제1장을 참조하십시오.
 - 당사에 연락하시면 회원님께서 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 것인지를 확인해 드리겠습니다. 특별 등록 기간 중에 Original Medicare로 바꾸시거나 새로 이사하신 곳에서 Medicare 의료 또는 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 새로 이사하신 지역에 당사가 플랜을 보유하고 있는 경우 알려 드릴 수 있습니다.
 - 이사하시게 되면 Medicare와 Medi-Cal에도 새 주소를 알려 주십시오. Medicare 및 Medi-Cal 전화번호는 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.
 - 당사 서비스 지역 내 다른 곳으로 이사하시더라도 알려 주셔야 합니다. 당사는 회원님의 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하고 회원님의 연락처를 알고 있어야 합니다.
- 전화번호가 변경되었거나 더 쉽게 연락할 수 있는 방법이 있는 경우 알려주십시오.
- 궁금한 점이나 우려 사항이 있으시면 가입자 서비스부에 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 얘기한 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.

본 장은 필요한 부분을 쉽게 찾으실 수 있도록 여러 개의 섹션으로 구성되어 있습니다. 문제나 우려 사항이 있으신 경우, 이 장에서 회원님의 상황에 해당하는 부분을 살펴보십시오.

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 **Ombuds 프로그램에 1-888-452-8609번으로 전화해 도움을 요청하십시오.** 본 장에 각기 다른 문제점 및 불만 사항에 대해 어떤 여러 가지 옵션이 있는지 나와 있지만, 언제든지 Ombuds 프로그램에 연락해 문제를 얘기하고 도움을 받으실 수 있습니다. 회원님의 우려 사항을 해결하기 위한 추가 리소스와 Ombudsman 프로그램에 연락하는 방법에 대한 자세한 정보는 **가입자 핸드북 제2장**을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



차례

A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치	150
A1. 법률 용어 관련 문제	150
B. 도움을 받을 수 있는 곳	150
B1. 자세한 정보 및 도움말	150
C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해	151
D. 혜택과 관련한 문제	152
E. 혜택 적용 결정 및 이의 제기	152
E1. 혜택 적용 결정(Coverage decision)	152
E2. 이의 제기	152
E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원	153
E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션	154
F. 의료 케어	154
F1. 본 섹션을 사용하는 방법	154
F2. 혜택 적용 결정 요청	155
F3. 1단계 이의 제기	156
F4. 2단계 이의 제기	159
F5. 지급 관련 문제	163
G. Medicare 파트 D 처방약	164
G1. 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기	165
G2. 파트 D 예외	165
G3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항	167
G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청	167
G5. 1단계 이의 제기	169
G6. 2단계 이의 제기	171
H. 입원 혜택 기간 연장 요청	172
H1. 나의 Medicare 권리 알기	172
H2. 1단계 이의 제기	173
H3. 2단계 이의 제기	174
H4. 1단계 대체 이의 제기	175
H5. 2단계 대체 이의 제기	176
I. 특정 의료 서비스에 대한 보장 지속 요청	176
I1. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지	176
I2. 1단계 이의 제기	177
I3. 2단계 이의 제기	178
I4. 1단계 대체 이의 제기	179
I5. 2단계 대체 이의 제기	180



J. 2단계 다음 단계로 이의 제기를 진행하는 방법	180
J1. Medicare 서비스 및 옹품에 대한 다음 단계	180
J2. 추가적인 Medi-Cal 이의 제기	182
J3. 파트 D 약 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기	182
K. 불만 제기 방법	183
K1. 불만에 해당되는 문제 유형	183
K2. 내부 불만	184
K3. 외부 불만	185



A. 문제 또는 우려가 있는 경우 취해야 할 조치

A1. 법률 용어 관련 문제

이 장에는 규칙 및 마감 기한에 대한 법률 용어가 포함되어 있습니다. 이 용어들은 이해하기 어려운 경우가 많기 때문에 일부 법률 용어의 경우 가급적 더 쉬운 단어를 사용했습니다. 약어는 최대한 사용을 자제했습니다.

예를 들어,

- “고충 제기” 대신 “불만 제기”
- “조직 판정”, “혜택 판정”, “위험 판정”, 또는 “혜택 적용 판정” 대신 “혜택 적용 결정”
- “신속 처리 판정” 대신 “빠른 혜택 적용 결정”
- “독립 검토 주체” 대신 “독립 심사 기관”이라고 표현합니다.

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

B. 도움을 받을 수 있는 곳

B1. 자세한 정보 및 도움말

문제 해결 절차를 시작하거나 계속 따라가는 것이 복잡하고 어려울 수 있습니다. 특히 건강이 좋지 않거나 기력이 충분하지 않을 때는 더욱 그렇습니다. 다음 단계를 진행하는 데 필요한 정보를 갖고 있지 못한 경우도 있습니다.

의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램 지원

의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 연락하셔도 됩니다. HICAP 상담사는 질문에 대해 드리고 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.

Health Consumer Alliance 지원

Health Consumer Alliance에 전화를 걸어 건강 보험 혜택 질문에 대해 변호사와 상담할 수 있습니다. 변호사가 무료 법률 지원을 제공합니다. Health Consumer Alliance는 당사나 다른 보험 회사 또는 건강 플랜과는 관계가 없습니다. Health Consumer Alliance의 전화번호는 1-888-804-3536이며 웹사이트는 www.healthconsumer.org입니다.

Medicare 지원 및 정보

자세한 정보 및 지원이 필요하시면 Medicare에 문의하십시오.
Medicare에는 다음과 같이 두 가지 방법으로 도움을 요청하실 수 있습니다.

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

Medi-Cal 지원 및 정보

전화: (916) 449-5000, 현지 시간으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이

TTY: 711

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.
자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



California Department of Health Care Services 지원

California Department of Health Care Services(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에서 도움을 드릴 수 있습니다. 의료보험에 가입, 변경 또는 탈퇴하는 데 문제가 있는 경우 도움을 드립니다. 다른 지역으로 이사한 후 새 카운티로 Medi-Cal을 이전하는 데 문제가 경우에도 도움을 드릴 수 있습니다. Ombudsman에는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-888-452-8609번으로 전화하실 수 있습니다.

California Department of Managed Health Care 지원

California Department of Managed Health Care에 문의하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 보험 규제 담당 기관입니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219**번입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 **TDD** 무료 전화번호(**1-877-688-9891**)를 이용하시기 바랍니다.

California 주 DMHC는 의료 케어 서비스 플랜 규제를 담당하고 있는 기관입니다. 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. 응급 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 수신자 부담 무료 전화 (**1-888-HMO-2219**)와 청각/언어 장애인을 위한 **TDD** 라인(**1-877-688-9891**)도 마련되어 있습니다. DMHC의 인터넷 웹사이트 <http://www.hmohelp.ca.gov>에 이의 제기 양식, IMR 신청 양식 및 설명이 있습니다.

C. 당사 플랜의 Medicare 및 Medi-Cal 관련 불만사항 및 이의 신청에 대한 이해

회원님은 Medicare와 Medi-Cal을 보유하고 있습니다. 본 장의 정보는 모든 Medicare 및 Medi-Cal 혜택에 적용됩니다. Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합하거나 통합하기 때문에 "통합 절차"라고도 합니다.

Medicare와 Medi-Cal 절차를 결합할 수 없는 경우도 있습니다. 이러한 경우, Medicare 혜택을 위한 절차 하나와 Medi-Cal 혜택을 위한 절차 하나를 사용합니다. 이러한 상황에 대한 설명은 섹션 **F4**를 참조하십시오.

D. 혜택과 관련한 문제

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

본인의 혜택이나 혜택 적용과 관련한 문제 또는 우려 사항입니까?

여기에는 특정 의료 케어 또는 처방약의 혜택 적용 여부, 혜택 적용 방식 그리고 의료 케어 또는 처방약 비용 지급 관련 문제 등이 포함됩니다.

예. 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제입니다. 152페이지의 섹션 E: “혜택 적용 결정 및 이의 제기”를 참조하십시오.	아니요. 혜택 또는 혜택 적용 관련 문제가 아닙니다. 183페이지의 섹션 K: “불만 제기 방법”을 참조하십시오.
---	--

E. 혜택 적용 결정 및 이의 제기

혜택 적용 결정 요청 및 이의 신청 절차는 회원님의 혜택 및 혜택 적용과 관련된 문제들을 다룹니다. 또한, 비용 지급 문제도 대상에 포함됩니다.

E1. 혜택 적용 결정(Coverage decision)

혜택 적용 결정은 회원의 혜택 및 혜택 적용, 또는 당사가 회원님의 의료 서비스 또는 의약품에 대해 지급할 금액에 관한 당사의 결정을 의미합니다. 당사는 회원님께 적용되는 혜택 및 당사가 부담하는 비용을 결정할 때마다 혜택 적용 결정을 내립니다. 예를 들어, 네트워크 의사는 귀하가 의사로부터 의료 서비스를 받거나 다른 의료 전문가에게 의뢰할 경우 귀하에게 유리한 혜택 적용 결정을 내립니다.

또한 회원님 본인 또는 담당 의사는 당사에 문의하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 귀하 또는 담당 의사는 당사는 특정 의료 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용하는지 여부를 확인할 수 있습니다.

귀하가 필요하다고 생각하는 의료 서비스를 당사가 거부하는 경우, 의료 서비스를 받기 전에 당사에서 혜택을 적용할 것인지 알아보려면 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다.

경우에 따라 당사는 Medicare 또는 Medi-Cal에서 서비스 또는 의약품에 혜택을 적용하지 않음을 결정할 수 있습니다. 혜택 적용 정에 동의하지 않으시는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다.

E2. 이의 제기

회원님이 당사의 혜택 적용 결정에 만족하지 않을 경우, 결정에 "이의제기"할 수 있습니다. 이의 제기를 통해 회원님께서 당사의 혜택 적용 결정에 대한 재검토 및 변경을 정식으로 요청할 수 있습니다.

처음으로 결정에 이의를 제기하는 경우 이를 1단계 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서는 당사의 혜택 적용 결정을 검토하여 모든 규정이 제대로 준수되었는지 확인합니다. 원래의 거부 결정을 내린 담당자들이 아닌 다른 심사관들이 이의 제를 처리합니다.

대부분의 경우, 이의 제기는 반드시 1단계부터 시작해야 합니다. Medi-Cal 서비스 플랜에 먼저 이의를 제기하지 않으려는 경우 건강 문제가 긴급하거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 있는 경우 심한 통

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



증이 있고 즉각적인 결정이 필요한 경우에는 www.dmhc.ca.gov에서 DMHC에 독립 의료 심사를 요청하십시오. 자세한 내용은 150페이지를 참조하십시오.

검토가 완료되면, 결정을 통보해 드립니다. 이 장 뒷부분에 설명된 특정 상황에서는 신속 또는 "빠른 혜택 적용 결정" 또는 혜택 적용 결정에 대한 빠른 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

1단계 이의 제기의 전체 또는 일부가 거부되는 경우, 2단계 이의 제기를 진행하실 수 있습니다. 2단계 이의 제기는 당사와 관련이 없는 독립 심사 기관에서 수행합니다.

- 경우에 따라 회원님의 케이스가 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로 자동 전송됩니다. 이러한 경우, 당사에서 회원님께 알려 드립니다.
- 2단계 이의 제기를 신청해야 하는 경우도 있습니다.
- 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 F4를 참조하십시오.

2단계 이의 제기 결정에 만족하지 못할 경우, 다음 단계의 이의 제기를 진행할 수 있습니다.

E3. 혜택 적용 결정 및 이의 제기에 대한 지원

다음 중 한 가지 방법으로 지원을 요청할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부: 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 연락하실 수 있습니다.
- 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 연락하실 수 있습니다.
- 관리형 의료케어부(DMHC) 헬프 센터에 전화하시면 무료로 도움을 받으실 수 있습니다. DMHC는 건강 보험 규제 담당 기관입니다. DMHC에서는 Medi-Cal 서비스 또는 청구 문제에 대한 이의가 있으신 분들께 지원을 제공합니다. 전화번호는 **1-888-466-2219**번입니다. 청각 장애인, 청력에 어려움이 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 **TDD** 무료 전화번호(**1-877-688-9891**)를 이용하시기 바랍니다.
- 담당 의사 또는 그 외 제공자. 담당 의사 또는 기타 제공자는 회원을 대신해 혜택 적용 결정이나 이의 제기에 관해 문의할 수 있습니다.
- 친구 또는 가족 구성원. 다른 사람을 회원님의 "대리인"으로 지명해, 대신 혜택 적용 결정에 대해 문의하거나 이의 제기 신청을 하도록 할 수 있습니다.
- 변호사. 회원님은 변호사를 선임할 권리를 가지고 있지만 변호사 없이도 혜택 적용 결정을 요청하거나 이의를 신청할 수 있습니다.
 - 회원님의 변호사에게 연락하시거나 지역 변호사 협회 또는 다른 추천 서비스를 통해 추천받으십시오. 자격을 충족하시는 경우 무료 법률 서비스를 제공해 줄 수 있는 법률 단체도 있습니다.
 - 1-888-804-3536번으로 연락하여 의료 소비자 연합(Health Consumer Alliance)에 법률 지원 변호사를 요청하십시오.
- 변호사 또는 다른 사람이 대리인의 역할을 수행하도록 하려면 대리인 임명 양식을 작성하십시오. 누군가가 회원님의 대리인 역할을 수행할 수 있도록 하는 양식입니다. 페이지 맨 아래에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 "대리인 임명" 양식을 요청하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서도 해당 양식을 다운로드할 수 있습니다. 양식에 서명해 반드시 당사에 사본 한 부를 제출해 주셔야 합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



E4. 본 장에서 도움이 될 수 있는 섹션

혜택 적용 결정과 이의 제기와 관련한 상황에는 네 가지 상황이 있습니다. 각 상황별로 규정과 기한이 다릅니다. 각 상황에 대한 자세한 내용은 본 장의 개별 섹션에서 자세히 소개합니다. 다음의 해당 섹션을 참조하십시오.

- 섹션 F “의료 서비스”
- 섹션 G “Medicare 파트 D 처방약”
- 섹션 H “입원 혜택 기간 연장 요청”
- 섹션 I “특정 의료 서비스에 대한 지속적인 혜택 적용 요청(이 섹션은 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF), 종합외래재활시설(CORF) 서비스에만 적용됩니다.)

어떤 섹션을 참고해야 할지 잘 모르겠다면 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하십시오.

F. 의료 케어

이 섹션에서는 회원님이 의료 케어에 대해 혜택 적용을 받는 데 문제가 있거나 의료 케어 비용을 환급 받기 원하시는 경우 해야 할 일을 설명합니다.

이 섹션은 가입자 핸드북 제4장에 설명된 의료 케어 및 서비스를 받을 수 있는 가입자의 혜택과 관련된 사항을 다룹니다. 이 섹션의 나머지 부분에서 “의료 케어 보장” 또는 “의료 케어”라는 용어가 나옵니다. “의료 케어”는 의료 서비스 및 품목뿐 아니라 보통 담당 의사 또는 의료 전문가가 처방하는 의약품인 Medicare 파트 B 처방약을 포함하는 용어입니다. 파트 B 처방약에는 서로 다른 규정이 적용될 수 있습니다. 이 경우 당사는 파트 B 처방약에 대한 규정이 의료 서비스 및 품목에 대한 규정과 어떻게 다른지 설명합니다.

F1. 본 섹션을 사용하는 방법

본 섹션에서는 다음과 같은 상황에서 취할 수 있는 조치를 안내해드립니다.

1. 당사에서 회원님이 필요로 하는 의료 서비스에 대해 혜택을 적용한다고 생각하지만 해당 서비스를 받고 있지 않은 경우
취할 수 있는 조치: 당사에 혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다. 섹션 F2를 참조하십시오.
2. 담당 의사 또는 다른 의료 제공자가 회원님께 제공하고자 하는 의료 서비스를 당사에서 승인하지 않았으며, 회원님은 당사가 승인해야 한다고 생각하는 경우
취할 수 있는 조치: 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 섹션 F3를 참조하십시오.
3. 플랜 혜택 대상이라고 생각하는 의료 서비스를 받았는데 당사에서 비용 지급을 하지 않는 경우
취할 수 있는 조치: 비용을 지급하지 않기로 한 당사의 결정에 대해 이의를 제기할 수 있습니다. 섹션 F5를 참조하십시오.
4. 혜택 대상이라고 생각하고 의료 서비스를 받고 비용을 지급했으며, 당사가 그 비용을 환급하기를 원하는 경우
취할 수 있는 조치: 당사에 환급을 요청할 수 있습니다. 섹션 F5를 참조하십시오.
5. 당사에서 특정 의료 서비스에 대한 회원님의 적용 혜택을 축소하거나 중단했으며, 이러한 결정이 회원님의 건강에 해가 될 수 있다고 생각하는 경우

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



6. 서비스가 지연되거나 의사를 찾을 수 없는 경우

취할 수 있는 조치: 의료 서비스 축소 또는 중단이라는 당사의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 섹션 F4를 참조하십시오.

- 혜택이 병원 케어, 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF)에서의 간호 또는 종합 외래 환자 재활시설(CORF) 서비스인 경우 특별 규정이 적용됩니다. 자세한 내용은 섹션 H 또는 섹션 I를 참조하십시오.
- 특정 의료 서비스에 대한 혜택 축소 또는 중단에 관련한 기타 모든 상황에 관한 정보는 본 섹션(섹션 F)을 참조하십시오.

F2. 혜택 적용 결정 요청

혜택 적용 결정이 회원님의 의료 서비스에 관련이 있는 경우, 이를 "통합 기관 판정"이라고 합니다.

회원님, 담당 의사 또는 대리인은 다음과 같이 당사에 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다.

- 전화: (855) 665-4627, TTY: 711, 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이
- 팩스: (844) 834-2155
- 우편: 수신인: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802

당사는 결정을 내리는 데 필요한 정보를 받은 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 그리고 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 정기 사전 승인을 결정합니다.

일반 혜택 적용 결정

당사에서 결정을 내릴 때에는 "빠른" 기한을 사용하기로 합의하지 않는 한 "일반" 기한을 사용합니다. 일반 혜택 적용 결정의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- 의료 서비스 또는 용품의 경우 결정을 내리는 데 필요한 정보를 받은 날로부터 영업일 기준 5일 이내 그리고 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내
- Medicare 파트 B 처방약의 경우 요청이 접수된 시점부터 72시간 이내

빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 K를 참조하십시오.

빠른 혜택 적용 결정

"빠른 혜택 적용 결정"에 해당되는 법률 용어는 "신속 처리 결정"입니다.

회원님이 의료 서비스에 대한 혜택 적용 결정을 당사에 요청하시고 회원님의 건강 상태에 따라 빠른 답변이 필요한 경우, "빠른 혜택 적용 결정"을 요청하십시오. 빠른 혜택 적용 결정은 다음의 경우 다음 기한 이내에 답변이 제공됩니다.

- 의료 서비스 또는 용품의 경우 요청이 접수된 날부터 달력일 기준 72시간 이내
- Medicare 파트 B 처방약의 경우 요청이 접수된 시점부터 24시간 이내

빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 K를 참조하십시오. 결정을 내리는 즉시 전화를 드리겠습니다.

빠른 혜택 적용 결정을 위해서는 두 가지 요구 사항을 충족해야 합니다.

- 받지 못한 의료 서비스에 대한 혜택 적용을 요청하는 경우 (이미 받으신 의료 서비스 비용 지불에 대해서는 빠른 혜택 적용 결정을 요청할 수 없습니다.)
- 일반 기한을 사용하면 건강에 중대한 해를 초래하거나 기능을 손상시킬 수 있는 경우

의사가 회원님의 건강에 필요한 의료 서비스임을 알리는 경우, 당사는 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 담당 의사의 동의 없이 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.

회원님의 건강 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우 서한을 보내 알려 드리고 대신 일반 기한을 적용합니다. 서한의 내용은 다음과 같습니다.

- 의사가 요청할 경우 자동으로 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다.
- 빠른 혜택 적용 결정 대신 일반 혜택 적용 결정을 적용하기로 한 당사의 결정에 대해 “빠른 불만 제기”를 제출하는 방법 빠른 불만 제기를 비롯한 불만 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 K를 참조하십시오.

요청 내용의 일부 또는 전체가 승인되지 않는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다.

- 당사에서 요청을 거부하는 경우, 회원님께서는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 당사의 실수라고 생각하시는 경우, 이의 제기를 통해 당사의 결정을 검토하고 변경할 것을 공식적으로 요청할 수 있습니다.
- 이의 제기를하기로 결정하신 경우, 1단계 이의 제기 절차가 시작됩니다(섹션 F3 참조).

드물게 혜택 적용 결정 요청이 기각될 수 있으며, 이는 당사에서 요청을 검토하지 않을 것임을 의미합니다. 요청이 기각되는 경우의 예는 다음과 같습니다.

- 요청 양식이 제대로 작성되지 않은 경우
- 다른 사람이 회원님을 대신하여 요청을 했지만 법적 권한이 없는 경우
- 회원님께서서 요청 철회를 요청하시는 경우

혜택 적용 결정에 대한 요청이 기각되는 경우, 요청이 기각된 이유와 기각의 재검토를 요청하는 방법을 설명하는 안내서가 발송됩니다. 이러한 검토를 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에 관한 내용은 다음 섹션에서 알아보십시오.

F3. 1단계 이의 제기

이의 제기를 시작하려면 반드시 회원님 본인, 담당 의사 또는 대리인이 당사에 연락해야 합니다. 연중 무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이의 제기 목적으로 연락을 취하는 방법에 대한 자세한 정보는 제2장을 참조하십시오.

서면으로 또는 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 전화하여 “일반 이의 제기” 또는 “빠른 이의 제기”를 요청하십시오.

- 이의 제기 중에 담당 의사나 기타 처방자가 회원님이 이미 받고 있는 서비스 또는 용품 제공을 계속하도록 요청하는 경우, 해당 의사 또는 처방자를 대리인으로 지정하여 회원님을 대신할 수 있도록 해야 합니다.
- 담당 의사가 아닌 다른 사람이 회원님을 대신하여 이의를 제기하는 경우, 해당인에게 회원님을 대신할 수 있는 권한을 부여하는 대리인 임명 양식을 제출하십시오. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트 www.MolinaHealthcare.com/Medicare에서 양식을 다운로드할 수 있습니다.
- 대리인 임명 양식이 없는 경우에도 이의 제기 요청이 수락될 수는 있지만 이 양식이 접수되어야만 검토가 시작 또는 완료될 수 있습니다. 이의 제기 요청을 받은 후 달력일 기준 44일 이내에 양식이 접수되지 않는 경우:
 - 요청이 기각됩니다.
 - 회원님에게는 당사의 이의 제기 기각 결정에 대해 독립 심사 기관에 검토를 요청할 권리가 있음을 설명하는 안내서가 발송됩니다.

이의 제기 신청이 접수된 날로부터 달력일 기준 5일 이내에 접수 완료를 확인하는 내용의 편지를 받으시게 됩니다.

당사의 결정 내용 통보 서한이 발송된 날로부터 달력일 기준 **60일** 이내에 이의 제기를 신청하셔야 합니다.

기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나, 당사가 기한을 잘못 알려 드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.

회원님께는 당사에 본인의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 회원님 본인과 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 빠른 이의 제기를 신청하십시오.

“빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 재고”입니다.

- 회원님께서 받지 않은 서비스에 대한 혜택 적용에 대해 당사가 내린 결정에 이의를 제기하시는 경우, 회원님 및/또는 담당 의사는 빠른 이의 제기가 필요한지 여부를 결정합니다.
- 빠른 이의 제기 절차는 빠른 혜택 적용 결정 절차와 동일합니다. 빠른 이의 제기를 요청하려면 섹션 F2의 빠른 혜택 적용 결정 요청 안내를 따르십시오.
- 담당 의사가 회원님의 건강에 해당 서비스가 필요함을 당사에 알리는 경우, 빠른 이의 제기가 진행됩니다.

이미 받으신 서비스 또는 용품에 적용되는 혜택이 중단 또는 축소된다는 소식을 당사가 회원님께 알리는 경우, 이의 제기 기간 동안 해당 서비스 또는 용품을 계속 이용할 수 있습니다.

- 당사에서 회원님이 받으시는 서비스나 용품에 대한 보장을 변경 또는 중단하기로 결정할 경우, 조치를 취하기 전에 통지서를 보내드립니다.
- 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 1단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 귀하가 당사의 서신에 기재된 날로부터 **달력일 기준 10일 이내** 또는 해당 조치의 발효 예정일 중 더 늦은 날짜까지 1단계 이의 제기를 요청하는 경우 당사는 해당 서비스 또는 품목에 대한 혜택을 계속 제공합니다.
 - 이 기한을 충족하면 1단계 이의 제기가 보류 중인 동안 해당 서비스 또는 용품을 그대로 받을 수 있습니다.
 - 이의 제기 대상이 아닌 다른 모든 서비스 또는 용품도 그대로 제공됩니다.
 - 해당 날짜 이전에 이의 제기를 하지 않으면 이의 제기 결정을 기다리는 동안 서비스 또는 의약품이 계속 제공되지 않습니다.

당사에서 회원님의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 회원님의 이의 제기를 검토할 때 당사는 회원님의 의료 서비스 혜택 적용 요청에 관한 모든 정보를 다시 한번 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 필요한 경우 추가 정보를 수집합니다. 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사에게 연락할 수도 있습니다.

빠른 이의 제기에 대한 기한이 있습니다.

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 접수한 후 **72시간 이내**에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.

72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 검토합니다. 본 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택을 허가해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 당사는 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달합니다.

일반 이의 제기에 대한 기한이 있습니다.

- 일반 기한을 사용하면 회원님께서 받지 못한 서비스에 대한 이의 제기 신청을 받은 날로부터 **달력일 기준 30일 이내**에 결정을 통보해 드리도록 정해져 있습니다.
- 귀하가 받지 못한 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 이의 제기 신청을 받은 날로부터 **달력일 기준 7일 이내**에, 또는 건강상 필요한 경우 이보다 빠른 시일 내에 답변해 드립니다.

기한까지 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 검토합니다. 본 장의 후반부에서 이러한 기관과 2단계 이의 제기 절차에 대해 설명합니다.

요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 달력일 기준 30일 이내, 또는 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우 **달력일 기준 7일 이내**에 당사에서 제공하기로 동의한 혜택을 허가 또는 제공해야 합니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 회원님에게는 추가적인 이의 제기 권리가 있습니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- Medi-Cal 서비스나 상품의 보장에 관한 사안인 경우, 서한을 통해 회원님께서 직접 2단계 이의 제기 신청을 하는 방법을 안내해드립니다.

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 상품에 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 상품을 계속 받을 수 있습니다.

F4. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다. 이 서한에서는 Medicare 나 Medi-Cal, 또는 두 프로그램 모두 해당 서비스 또는 상품에 혜택을 적용하는지 여부를 알려 줍니다.

- 일반적으로 **Medicare**의 혜택 대상인 서비스 또는 상품에 관한 사안인 경우, 1단계 이의 제기 절차가 완료되는 대로 해당 케이스는 자동적으로 이의 제기 절차 2단계로 넘어갑니다.
- 일반적으로 **Medi-Cal**의 혜택 대상인 서비스 또는 상품에 관한 사안인 경우, 회원님이 직접 2단계 이의 제기 신청을 하실 수 있습니다. 서한을 통해 방법을 안내해드립니다. 또한 본 장의 뒷부분에서 더 많은 정보를 확인하실 수 있습니다. 당사는 Medi-Cal 서비스 또는 상품에 대해 회원님을 위해 자동으로 2단계 이의 제기 신청을 하지 않습니다.
- **Medicare와 Medi-Cal 모두**의 혜택 대상일 수 있는 서비스 또는 상품에 관한 사안인 경우, 자동으로 독립 심사 기관을 통한 2단계 이의 제기 절차가 진행됩니다. 또한 주정부와의 행정심판을 요청할 수도 있습니다.

회원이 1단계 이의 제기를 신청할 당시 혜택을 계속 받을 자격이 있었던 경우, 2단계 중에도 이의 제기 대상 서비스, 상품 또는 의약품에 대한 혜택이 계속 제공됩니다. 1단계 이의 제기 기간 중에 혜택을 계속 받는 방법에 관한 자세한 내용은 **섹션 F3**를 참조하십시오.

- 일반적으로 Medicare의 혜택 대상인 서비스 또는 상품에 관한 사안인 경우, 독립 심사 기관에 의한 2단계 이의 제기 과정 중에는 해당 서비스에 대한 혜택이 유지되지 않습니다.
- 일반적으로 Medi-Cal만의 혜택 대상인 서비스에 관한 사안인 경우, 당사의 결정 안내서를 받은 후 달력일 기준 10일 이내에 2단계 이의 제기를 제출하면 해당 서비스에 대한 혜택이 계속 제공됩니다.

일반적으로 Medicare의 혜택 대상인 서비스 또는 상품에 관한 사안인 경우

독립 심사 기관에서 이의 제기를 검토합니다. 독립 심사 기관은 Medicare가 고용하는 독립 기관입니다.

“독립 심사 기관”의 공식 명칭은 “독립 검토 기관”이며 “IRE”라고도 합니다.

- 독립 심사 기관은 당사와 관계가 없으며 정부 기관이 아닙니다. Medicare에서 독립 심사 기관으로 이 회사를 선택했으며 이들의 업무를 감독합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 당사는 이의 제기에 관한 정보("케이스 파일")를 이 기관에 전송합니다. 회원님께는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다.
- 또한 독립 심사 기관에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.
- 독립 심사 기관의 심사관은 회원님의 이의 신청과 관련된 모든 정보를 주의 깊게 검토합니다.

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

- 1단계에서 "빠른 이의 제기"를 신청하신 경우 2단계에서 자동으로 빠른 이의 제기가 진행됩니다. 독립 심사 기관은 반드시 이의 제기를 받은 시점으로부터 **72시간 이내**에 2단계 이의 제기에 대해 해당 회원에게 응답을 해야 합니다.

1단계에서 일반 이의 제기를 신청하신 경우에는 2단계에서도 일반 이의 제기가 진행됩니다.

- 1단계에서 일반 이의 제기를 신청하신 경우 2단계에서 자동으로 일반 이의 제기가 진행됩니다.
- 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청인 경우 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 30일 이내**에 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.
- Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청인 경우, 독립 심사 기관은 이의 제기를 받은 시점으로부터 **달력일 기준 7일 이내**에 2단계 이의 제기에 대해 회원님께 답변을 제공해야 합니다.

독립 심사 기관은 서면으로 답변을 제공하고 그 이유를 설명합니다.

- 독립 심사 기관이 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, 당사는 다음과 같이 즉시 결정을 이행해야 합니다.
 - **72시간 이내**에 의료 서비스 혜택 적용을 승인합니다.
 - **일반 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **달력일 기준 14일** 이내에 서비스를 제공합니다.
 - **신속 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 서비스를 제공합니다.
- 독립 심사 기관이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인 하는 경우, 당사에서는 다음 기한 안에 해당 Medicare 파트 B 처방약을 승인하거나 제공해야 합니다.
 - **일반 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간** 이내
 - **신속 요청**에 대한 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **24시간** 이내
- 독립 심사 기관이 이의 제기의 일부 또는 전체를 거부하는 경우, 이는 독립 심사 기관에서 당사가 회원님의 의료 서비스 혜택 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않을 것에 동의함을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

케이스가 요구 사항을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할지 여부를 선택합니다.

2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있어 총 5개 단계가 있습니다.

2단계 이의 제기가 거부되고 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요구 사항을 충족하는 경우 3단계로 진행하여 세 번째 이의 제기를 할지 여부를 결정해야 합니다. 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 이후 발송되는 안내서에 나와 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

일반적으로 Medi-Cal의 혜택 대상인 서비스 또는 용품에 관한 사안인 경우

Medi-Cal 서비스 및 용품에 대한 2단계 이의 제기를 하는 두 가지 방법은 다음과 같습니다. (1) 불만 제기 또는 독립적 의료 검토 또는 (2) 주 정부 심리.

(1) 독립 의료 심사

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



California Department of Managed Health Care(DMHC)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 치료를 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

참고: 담당 제공자가 가입자를 대신하여 이의를 제기했지만 당사가 대리인 임명 양식을 받지 못한 경우 가입자는 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 요청하기 전에 반드시 당사에 이의를 제기해야 합니다. 1단계 이의 제기 절차에 대한 자세한 내용은 173페이지를 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.

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.

- www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx에서 독립 의료 심사 신청 양식 및 불만 제기 양식을 작성하시거나 DMHC 헬프 센터에 1-888-466-2219 번으로 전화해 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번을 이용하시기 바랍니다.
- 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.
- IMR에 도움을 주는 사람이 있는 경우 지정도우미 양식을 작성하십시오. 양식은 www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx 또는 부서 헬프 센터 (1-888-466-2219)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-688-9891번을 이용하시기 바랍니다.
- 양식과 첨부 서류를 우편 또는 팩스로 아래 주소로 보내주십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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.

케이스가 긴급하고 회원님이 IMR을 받을 자격이 되시면 DMHC에서 회원님의 케이스를 검토한 후 달력일 기준으로 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.

(2) 주 정부 심리(State Hearing)

Medi-Cal 혜택 대상 서비스 및 용품에 대해 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.**

참고: 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 174페이지의 “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 Department of Social Services로 보냅니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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 Department of Social Services에 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.

공정 심리 사무소에서 서면으로 결정을 내리고 그 이유를 설명합니다.

- 공정 심리 사무소에서 의료 용품 또는 서비스에 대한 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, 당사는 해당 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 해당 서비스 또는 용품을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 공정 심리 사무소에서 이의 신청의 일부 또는 전체를 거부하는 경우, 이는 공정 심리 사무소에서 당사가 의료 서비스 혜택에 대한 회원님의 요청(또는 요청 중 일부)을 승인하지 않을 것에 동의함을 의미합니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

독립 심사 기관 또는 공정 심리 사무소에서 요청의 전체 또는 일부를 거부하는 경우, 회원님은 추가 이의 제기 권리를 가집니다.

2단계 이의 제기가 독립 심사 기관으로 넘어갔던 경우, 회원님께서 원하는 서비스 또는 용품의 달러 금액 가치가 정해진 최소 금액을 충족하는 경우에 한해 다시 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 독립 심사 기관으로부터 받는 서신에 보시면 회원님께서 가지고 있는 추가적인 이의 제기 권리에 대한 설명이 나와 있습니다.

공정 심리 사무소로부터 받는 서신에 보시면 다음 이의 제기 옵션이 나와 있습니다.

2단계 이후 이의 제기 권한에 대한 자세한 내용은 섹션 J를 참조하십시오.

F5. 지급 관련 문제

당사에서는 네트워크 소속 제공자가 회원님께 서비스 및 용품에 대한 비용을 청구하는 것을 허용하지 않습니다. 이는 당사에서 제공자에게 제공자가 혜택 대상 서비스 또는 용품에 대해 청구한 금액보다 적은 금액을 지급하더라도 마찬가지입니다. 회원님은 청구서 차액을 지불하지 않아도 됩니다. 가입자가 지불해야 하는 유일한 금액은 자기부담금이 필요한 의약품 범주에 대한 자기부담금입니다.

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. 대금을 지급하는 경우, 서비스 또는 용품을 받기 위한 규정을 준수하였다면 환급을 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 가입자 핸드북의 제7장을 참조하십시오. 제7장에 보시면 제공자로부터 받으신 청구서 대금 환급을 요청하거나 납입해야 하는 상황에 대한 설명이 나와 있습니다. 또한 당사에 지급을 요청하는 서류를 제출하는 방법도 나와 있습니다.

비용 환급을 요청하시는 경우, 바로 혜택 적용 결정을 요청하시는 것입니다. 당사는 회원님께서 비용을 지급하신 서비스 또는 용품이 혜택 대상인지 확인하고, 회원님께서 혜택 이용과 관련해 모든 규정을 따랐는지 확인합니다.

- 비용을 지급하신 서비스 또는 용품이 혜택 대상이고 모든 규정을 따르신 경우에는 회원님 또는 제공자에게 대금을 보내거나, 플랜에 비용 분담이 있는 경우에는 환급 요청 접수일로부터 달력일 기준 60일 이내에 회원님 또는 제공자에게 해당 서비스 또는 용품에 대한 당사 분담금을 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.

지급하지 않겠다는 당사 결정에 동의하지 않으시는 경우, 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 섹션 F3에 나와 있는 이의 제기 신청 절차에 따르시면 됩니다. 지시에 따를 때는 다음 사항에 유의하십시오.

- 당사로부터 환급을 받기 위해 이의를 제기하시는 경우 당사는 반드시 이의 제기를 받은 날로부터 달력일 기준 30일 이내에 결정을 통보해드려야 합니다.
- 이미 받으셨고 비용을 납입하신 의료 서비스 또는 용품 비용을 환급해달라고 요청하시는 경우, 빠른 이의 제기를 신청하실 수 없습니다.

이의 제기가 거부되고 일반적으로 **Medicare**가 해당 서비스 또는 용품에 대한 혜택을 제공하는 경우, 당사는 해당 케이스를 독립 심사 기관에 전달합니다. 그럴 경우, 당사에서 서한을 발송해 드립니다.

- 독립 심사 기관이 당사 결정을 뒤집고 당사가 비용을 지급해야 한다고 결정하는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 30일 이내에 해당 회원 또는 제공자에게 비용을 지급해야 합니다. 단계 2 이후 일체의 이의 제기 과정에서 승인 결정이 내려지는 경우, 당사는 반드시 달력일 기준 60일 이내에 해당 회원이 요청했던 대금을 회원님 본인 또는 의료 제공자에게 지급해야 합니다.
- 독립 심사 기관이 이의 제기에 대해 거부 결정을 내리는 경우, 독립 심사 기관이 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다. 추가 이의 제기에 대한 권리를 설명하는 서신이 발송됩니다. 추가적인 이의 제기 단계에 대한 자세한 내용은 섹션 J를 참조하십시오.

당사에서 이의 제기를 거부하며 일반적으로 **Medi-Cal**이 해당 서비스 또는 용품에 대한 혜택을 제공하는 경우 직접 2단계 이의 제기를 신청하실 수 있습니다(자동으로 2단계 이의 제기가 진행되지 않습니다). 자세한 내용은 섹션 F4를 참조하십시오.

G. Medicare 파트 D 처방약

당사 플랜의 회원으로서 회원님께서 받는 혜택에는 여러 처방약에 대한 혜택 적용이 포함됩니다. 이러한 의약품은 대부분 Medicare “파트 D 의약품”입니다. Medi-Cal이 적용되지만 Medicare 파트 D는 적용되지 않는 몇 가지 의약품이 있습니다. 본 섹션은 **파트 D 의약품 이의 제기**에만 적용됩니다.

의약품에 대해 보장을 받으려면 해당 의약품이 의학적으로 인정된 적응증에 사용되어야 합니다. 즉, 의약품이 FDA(식품의약품국)의 승인을 받거나 특정 의학 문헌에 의해 뒷받침되어야 한다는 의미입니다. 의학적으로 인정된 적응증에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제5장**을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



G1. 파트 D 혜택 적용 결정 및 이의 제기

파트 D 약과 관련해 당사에 요청하실 수 있는 혜택 적용 결정의 예는 다음과 같습니다.

- 당사에 다음과 같은 예외 인정을 요청하는 경우:
 - 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 파트 D 약에 대한 혜택 적용
 - 특정 의약품에 대한 플랜의 혜택 적용에 대한 제한 철회(받을 수 있는 의약품의 양에 대한 한도 등)
- 특정 의약품에 혜택이 적용되는지 당사에 문의하실 수 있습니다(예를 들어, 사용하고 계신 의약품이 플랜의 의약품 목록에 있지만 혜택을 적용하기 전에 당사로부터 승인을 받아야 한다고 정하는 경우).

참고: 약국에서 처방에 따라 처방약을 조제해 줄 수 없다고 얘기하는 경우 약국으로부터 당사에 연락해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법을 안내하는 통지서를 받으시게 됩니다.

파트 D 약에 대한 최초 혜택 적용 결정을 “혜택 적용 결정”이라고 합니다.

- 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 이의를 제기하는 방법에 대해 안내해드립니다.

아래 차트를 참조하십시오.

다음 상황 중 어디에 해당되십니까?			
당사 의약품 목록에 없는 의약품이 필요하거나 당사 혜택 대상인 의약품에 대한 규정 또는 제한 사항의 철회를 원하는 경우	당사 의약품 목록에 있는 의약품에 대한 혜택 적용을 원하며, 회원님께서 필요하신 의약품에 대한 플랜 규정이나 제한 사항(사전 승인받기 등)을 충족한다고 생각하는 경우	이미 받았고 비용도 지급한 의약품에 대해 당사에 비용 환급을 요청하고자 하는 경우	당사에서 이미 회원님이 원하는 방식으로 혜택을 적용하거나 비용을 지급하지 않을 것이라는 결정을 통보받은 경우
당사에 예외 인정 신청을하실 수 있습니다. (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.) 섹션 G2부터 시작하여 섹션 G3 및 G4 참조	혜택 적용 결정을 요청하실 수 있습니다. 섹션 G4 참조	당사에 환급을 요청하실 수 있습니다. (이것은 일종의 혜택 적용 결정입니다.) 섹션 G4 참조	회원님께서는 이의 제기 권리가 있습니다. (이는 당사에 결정 번복을 요청한다는 의미입니다.) 섹션 G5 참조

G2. 파트 D 예외

원하는 방식으로 의약품에 혜택이 적용되지 않는 경우 당사에 예외 인정 신청을하실 수 있습니다. 예외 인정 요청이 거부되는 경우, 이 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



예외 인정을 요청하실 때는, 담당 의사나 다른 처방자가 예외 인정이 필요한 의료적 이유를 설명해야 합니다.

당사의 의약품 목록에 없는 의약품의 혜택 적용 또는 의약품에 대한 제한 철회를 요청하는 것을 "처방규정 예외" 요청이라고도 합니다.

다음은 회원 본인, 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 요청할 수 있는 예외의 예입니다.

1. 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품에 대한 혜택 적용.
 - 당사가 예외를 인정하고 당사의 의약품 목록에 포함되어 있지 않은 의약품에 대한 혜택 적용에 동의하면 4단계 의약품에 적용되는 자기부담금을 지불하셔야 합니다.
 - 해당 의약품의 필수 자기부담금에 대해서는 예외를 인정받을 수 없습니다.
2. 혜택 대상 의약품에 대한 제한 철회.
 - 당사의 의약품 목록에 있는 특정 의약품에는 추가 규칙 또는 제한 사항이 적용됩니다(자세한 내용은 가입자 핸드북의 제5장 참조).
 - 특정 의약품에 대한 추가 규정 및 제한 사항에는 다음이 포함됩니다.
 - 브랜드약 대신 복제약 버전을 사용해야 한다는 규정.
 - 당사가 그 약에 대한 혜택 적용에 동의하려면 미리 당사의 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 의약품의 수량에 제한이 적용됩니다.
 - 당사가 예외 인정에 동의하고 제한을 철회하는 경우, 회원님께서 지불해야 하는 자기부담금 액수에 대한 예외를 요청하실 수 있습니다.
3. 의약품의 혜택 적용을 낮은 비용 부담 단계로 변경. 의약품 목록에 있는 모든 약은 비용 부담 단계 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 부담 단계 번호가 낮을수록 필수 자기부담금 금액이 줄어듭니다.

혜택 대상 비우선 약에 대해 더 낮은 가격 지불을 요청하는 것을 "처방규정 예외" 요청이라고도 합니다.

- 보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 그러한 의약품을 "대안" 의약품이라고 합니다.
- 회원님의 건강 상태에 적합한 대안 의약품이 복용 중인 의약품보다 비용 부담 단계가 낮은 경우, 대안 의약품에 대한 비용 부담 금액을 당사에서 부담하도록 당사에 요청하실 수 있습니다. 이렇게 하면 의약품에 대한 자기부담금 액수가 줄어듭니다.
- 회원님의 단계 예외 인정 요청이 승인되고 최소 한 단계 이상 낮은 비용 부담 단계에 회원님이 복용할 수 없는 대안 의약품이 포함된 경우에는 일반적으로 회원님께서 가장 낮은 금액을 지불합니다.

G3. 예외 인정 요청에 관해 알고 있어야 할 중요 사항

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

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

보통, 당사의 의약품 목록에는 특정 질환 치료약으로 여러 가지 의약품이 열거되어 있습니다. 그러한 의약품을 “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 요청을 승인 또는 거부할 수 있습니다.

- 예외 인정 요청이 승인되는 경우, 예외는 해당 달력 연도 말일까지 유효합니다. 담당 의사가 계속해서 그 약을 처방하고, 그 약이 계속해서 치료에 안전하고 효과적인 경우 그때까지 유효합니다.
- 예외 인정 요청이 거부되는 경우, 이의를 제기할 수 있습니다. 거부되는 경우 이의를 제기하는 방법은 **섹션 G5**를 참조하십시오.

다음 섹션을 보시면 예외 인정을 포함해 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

G4. 예외를 포함한 혜택 적용 결정 요청

- 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 전화, 우편 또는 팩스를 통해 원하시는 유형의 혜택 적용 결정을 요청하십시오. 회원님, 대리인 또는 담당 의사(또는 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 회원님, 대리인 또는 담당 의사(또는 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 제공하십시오.
- 회원님, 담당 의사(또는 다른 처방자) 또는 회원님의 대리인이 혜택 적용 결정을 요청할 수 있습니다. 또한 변호사가 대리인 역할을 수행하도록 할 수도 있습니다.
- 대리인을 지정하는 방법은 **섹션 E3**를 참조하십시오.
- 의사 또는 기타 처방자에게 회원님을 대신하여 혜택 적용 결정을 요청할 수 있는 서면 허가를 제공할 필요는 없습니다.
- 이미 비용 지급한 의약품에 대해 당사에 환급을 요청하는 방법은 **가입자 핸드북 제7장**을 참조하십시오.
- 예외 인정을 요청하시는 경우 "근거 진술서"를 제출해 주십시오. 근거 진술서에는 예외 사항에 대한 의사 또는 기타 처방자의 의학적 이유가 포함됩니다.
- 담당 의사나 다른 처방자는 근거 진술서를 팩스 또는 우편으로 당사에 제출하면 됩니다. 담당 의사 또는 다른 처방자가 당사에 전화로 접수한 다음 팩스 또는 우편으로 진술서를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우, 먼저 “빠른 혜택 적용 결정”을 신청하십시오.

당사에서 “빠른 기한” 적용에 동의한 경우가 아니면 “일반 기한”을 적용하게 됩니다.

- 일반 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 72시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.
- 빠른 혜택 적용 결정**이란 당사에서 담당 의사의 진술서를 받은 시점으로부터 24시간 이내에 응답을 드린다는 의미입니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



“빠른 혜택 적용 결정”을 “신속 혜택 적용 결정”이라고 합니다.

다음과 같은 경우 빠른 혜택 적용 결정을 내릴 수 있습니다.

- 받지 못하신 의약품에 대한 결정인 경우. 이미 구입한 의약품에 대해 비용 환급을 요청하시는 경우 빠른 혜택 적용 결정을 이용하실 수 없습니다.
- 일반 기한이 적용되는 경우 회원님의 건강 또는 신체 기능이 크게 저하될 수 있는 경우.

담당 의사 또는 기타 처방자가 회원님의 건강에 빠른 혜택 적용 결정이 필요하다는 것을 당사에 알리는 경우, 당사는 이에 동의하고 빠른 혜택 적용 결정을 제공합니다. 회원님께 이에 대한 안내서가 발송됩니다.

- 담당 의사 또는 기타 처방자의 지원 없이 빠른 혜택 적용 결정을 요청하시는 경우, 빠른 혜택 적용 결정이 필요한지 여부를 당사에서 결정합니다.
- 회원님의 건강 상태가 빠른 혜택 적용 결정에 대한 요건을 충족하지 않는다고 판단되는 경우, 대신 일반 기한을 적용합니다.
 - 회원님께 이에 대한 안내서가 발송됩니다. 이 안내서에는 당사의 결정에 대해 불만을 제기하는 방법도 나와 있습니다.
 - 빠른 불만 제기를 신청하시면 24시간 이내에 답변을 받으실 수 있습니다. 빠른 불만 제기를 비롯한 불만사항 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

빠른 혜택 적용 결정 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 24시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다. 2단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 24시간 이내에 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우, 서한을 통해 알려드립니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

받지 못한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우 당사에서 요청을 접수한 후 72시간 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다. 예외 인정을 요청하시면, 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 답변이 제공됩니다. 회원님의 건강 상태상 필요한 경우 더 일찍 결정을 통보해드립니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우, 당사는 요청 또는 의사의 근거 진술서가 접수된 시점으로부터 72시간 이내에 혜택을 제공합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

이미 구입한 의약품에 대한 일반 혜택 적용 결정 기한

- 당사는 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 결정을 통보해드려야 합니다.
- 당사가 이 기한을 맞추지 못하는 경우, 당사는 요청을 2단계 이의 제기 절차로 전달하여 독립 심사 기관에서 검토할 수 있도록 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우 달력일 기준 14일 이내에 환급됩니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우 이유를 설명하는 서한이 발송됩니다. 이 서한에는 이의를 제기하는 방법도 안내됩니다.

G5. 1단계 이의 제기

파트 D 약 혜택 적용 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “재결정”이라고 합니다.

- 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627, TTY: 711번으로 전화, 우편 또는 팩스를 통해 일반 또는 빠른 이의 제기를 시작하십시오. 회원님, 대리인 또는 담당 의사(또는 다른 처방자)가 요청할 수 있습니다. 이름, 연락처 정보, 청구에 관한 정보를 제공하십시오.
- 당사의 결정 내용 통보 서한이 발송된 날로부터 달력일 기준 60일 이내에 이의 제기를 신청하셔야 합니다.
- 기한을 놓치셨는데 놓친 데 대한 합당한 사유가 있으신 경우, 기한을 연장해드릴 수 있습니다. 합당한 사유의 예로는 심각한 질병이 있거나, 당사가 기한을 잘못 알려 드린 경우가 있습니다. 이의를 제기할 때 이의 제기가 늦어진 이유를 설명하십시오.
- 회원님께는 당사에 본인의 이의 제기에 관한 무료 정보 사본을 요청할 권리가 있습니다. 또한 회원님 본인과 담당 의사는 이의 제기 신청을 뒷받침하기 위해 추가 정보를 제출할 수 있습니다.

건강상 필요한 경우 “빠른 이의 제기”를 신청하십시오.

빠른 이의 제기를 “신속 처리 재결정”이라고도 합니다.

- 회원님께서 받지 않은 의약품에 대해 당사에서 내린 결정에 대해 이의를 제기하시는 경우, “빠른 이의 제기”가 필요한지 여부를 회원님, 담당 의사 또는 다른 처방자가 결정해야 합니다.
- “빠른 이의 제기” 적용 요건은 빠른 혜택 적용 결정의 적용 요건과 동일합니다. 자세한 내용은 섹션 G4를 참조하십시오.

당사에서 회원님의 이의 제기를 검토한 후 답변을 드립니다.

- 당사는 회원님의 이의 제기를 검토하고 혜택 적용 요청에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 요청에 대해 거부 결정을 내렸을 때 규정이 준수되었는지 확인합니다.
- 추가 정보를 얻기 위해 회원님 또는 담당 의사 또는 다른 처방자에게 연락할 수도 있습니다.

1단계 빠른 이의 제기 기한

- 빠른 기한을 적용하는 경우 당사에서 이의 제기를 접수한 후 **72시간** 이내에 당사의 결정을 통보해 드려야 합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 72시간 이내에 응답을 드리지 못하는 경우, 해당 요청을 2단계 이의 제기 절차로 보냅니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 검토합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.
- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 반드시 이의 제기 신청을 받은 시점으로부터 72시간 이내에 당사에게 제공하기로 동의한 혜택을 제공해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한을 보내드립니다.

1단계 일반 이의 제기 기한

- 일반 기한을 적용하는 경우, 당사는 받지 않은 의약품에 대한 이의 제기가 접수된 시점으로부터 **달력일 기준 7일** 이내에 답변을 제공해야 합니다. “빠른 이의 제기”를 요청하십시오.
- 의약품을 받지 않았으며 건강상 필요한 경우 보다 빠른 결정이 제공됩니다.

달력일 기준 7일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 검토합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.

요청의 일부 또는 전체가 승인되는 경우:

- 당사는 회원님의 건강에 필요한 시점에, 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 7일** 이내에 제공에 동의한 **혜택**을 제공해야 합니다.
- 당사는 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 30일** 이내에 구매하신 의약품에 대한 **대금을 회원님께 전달**해야 합니다.

요청의 일부 또는 전체가 거부되는 경우:

- 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서한을 보내드립니다.
- 당사는 이의 제기가 접수된 시점부터 **달력일 기준 14일** 이내에 구매하신 의약품 비용 환급에 대한 답변을 제공해야 합니다.

달력일 기준 14일 이내에 결정이 제공되지 않는 경우, 요청이 2단계 이의 제기 절차로 전달됩니다. 그러면 독립 심사 기관에서 이를 검토합니다. 심사 조직 및 2단계 이의 제기 절차에 관한 자세한 내용은 **섹션 G6**를 참조하십시오.

- 요청의 일부 또는 전체가 **승인**되는 경우, 당사는 요청이 접수된 후 **달력일 기준 30일** 이내에 회원님께 지급해야 합니다.
- 요청의 일부 또는 전체가 **거부**되는 경우, 그 이유를 설명하고 이의 제기 방법을 안내하는 서신이 발송됩니다.

G6. 2단계 이의 제기

1단계 이의 제기가 거부되는 경우, 이 결정을 수용하거나 다시 이의를 제기하실 수 있습니다. 다시 이의를 제기하시려면 2단계 이의 제기 절차를 사용하십시오. 독립 심사 기관에서는 1단계 이의 제기에 대한 거부 결정을 검토합니다. 이 기관에서 결정을 변경해야 할지 여부를 결정합니다.

“독립 심사 기관”의 공식 명칭은 “독립 검토 기관”이며 “IRE”라고도 합니다.

2단계 이의 제기를 하려면 회원님, 대리인 또는 의사나 기타 처방자가 독립 심사 기관에 서면으로 회원님의 케이스에 대한 검토를 요청해야 합니다.

- 1단계 이의 제기가 거부되는 경우, 당사에서 발송하는 서신에는 독립 심사 기관의 **2단계 이의 제기 신청 방법 안내**가 포함됩니다. 안내에는 2단계 이의 제기 신청 자격, 따라야 하는 기한, 독립 심사 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다.
- 독립 심사 기관에 이의를 제기하시면 당사는 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 정보를 "케이스 파일"이라고 합니다. 회원님께는 본인의 케이스 파일 사본을 무료로 받아볼 권리가 있습니다.
- 또한 독립 심사 기관에 회원님의 이의 제기를 뒷받침할 수 있는 추가 정보를 제출할 권리가 있습니다.

독립 심사 기관에서 파트 D 2단계 이의 제기를 검토하고 서면으로 답변을 제공합니다. 독립 심사 기관에 관한 자세한 내용은 **섹션 F4**를 참조하십시오.

2단계 빠른 이의 제기 기한

- 건강상 필요한 경우, 독립 심사 기관에 빠른 이의 제기를 신청하십시오.
- 독립 심사 기관에서는 빠른 이의 제기 적용에 동의하는 경우, 반드시 이의 제기 요청을 받은 시점으로부터 **72시간 이내**에 답변을 제공해야 합니다.
- 독립 심사 기관에서 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우, 당사는 반드시 독립 심사 기관이 결정을 내린 시점으로부터 **24시간 이내**에 승인된 의약품 혜택을 제공해야 합니다.

2단계 일반 이의 제기 기한

2단계에서 일반 이의 제기가 적용된 경우 독립 심사 기관에서 답변을 제공해야 합니다.

- 받지 못한 의약품에 대한 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 7일 이내**
- 구입한 의약품에 대한 환급 이의 제기가 접수된 후 **달력일 기준 14일 이내**

독립 심사 기관이 요청의 일부 또는 전체를 승인하는 경우:

- 당사는 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 **72시간 이내**에 승인된 의약품 혜택을 제공해야 합니다.
- 당사는 독립 심사 기관의 결정을 받은 후 달력일 기준 30일 이내에 회원님이 구매하신 의약품에 대한 비용을 환급해야 합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 거부하는 경우, 회원님의 요청을 승인하지 않기로 한 당사 결정에 동의한다는 의미입니다. 이를 "결정 지지" 또는 "이의 제기 거부"라고 합니다.

독립 심사 기관이 2단계 이의 제기를 거부하는 경우, 회원님이 요청하시는 의약품 혜택의 달러 가치가 최소 달러 가치를 충족한다면 3단계 이의 제기를 진행하실 권리가 있습니다. 요청하시는 의약품 혜택의 달러 가치가 필수 최소 금액 미만이면 다시 이의 제기를 하실 수 없습니다. 이 경우 2단계 이의 제기 결

정이 최종 결정이 됩니다. 독립 심사 기관은 회원님께 3단계 이의 제기를 진행하는 데 필요한 최소 달러 가치를 안내하는 서신을 발송합니다.

요청의 달러 가치가 요건을 충족하는 경우 이의 제기를 계속 진행할 것인지 결정하셔야 합니다.

- 2단계 이후에는 3가지 단계의 이의 제기 절차가 더 있습니다.
- 독립 심사 기관에서 2단계 이의 제기를 거부하고 회원님께서 이의 제기 절차를 계속 진행하기 위한 요건을 충족하는 경우:
 - 3단계 이의 제기를 신청할지 결정합니다.
 - 3단계 이의 제기 신청 방법에 대한 자세한 내용은 2단계 이의 제기 후 독립 심사 기관에서 발송된 서신을 참조하십시오.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원회 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

H. 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. 플랜의 병원 혜택 적용에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 제4장**을 참조하십시오.

혜택이 적용되는 입원 기간 중에, 담당 의사와 병원 직원들은 회원님과 상의해 퇴원 날짜에 맞춰 퇴원 준비를 합니다. 또한 퇴원 후 필요한 케어가 있으면 그러한 케어 주선도 도와드립니다.

- 병원을 나가게 되는 날을 “퇴원일”이라고 합니다.
- 담당 의사나 병원 직원이 퇴원일이 언제인지 알려드릴 것입니다.

예정된 퇴원일이 너무 이르다고 생각되거나 퇴원 후 진료에 대해 우려 사항이 있는 경우 입원 연장을 요청하실 수 있습니다. 이 섹션에서는 연장 요청 방법을 안내해드립니다.

H1. 나의 Medicare 권리 알기

병원 입원 날짜로부터 2일 이내에, 간호사 또는 케이스 담당자와 같은 병원 관계자가 “Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(An Important Message from Medicare about Your Rights)”이라는 제목의 통지서를 전달해드릴 것입니다. 모든 Medicare 가입자가 병원에 입원할 때마다 이 통지서가 제공됩니다.

- 통지서를 주의 깊게 검토하신 다음 이해되지 않는 부분은 질문해 주십시오. 통지서를 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.
- 통지서에 서명하여 수령을 확인하고 회원님의 권리를 이해했음을 확인하십시오.
 - 회원님 또는 대리인이 통지서에 서명할 수 있습니다.
 - 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 권한에 대한 정보를 받았다는 사실만을 확인합니다. 서명한다고 해서 의사 또는 병원 직원이 알린 퇴원 날짜에 동의하는 것은 아닙니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 서명한 통지서 사본을 보관하여 필요한 경우 그 내용을 참조하실 수 있도록 하십시오.

다음과 같은 경우 통지서 사본을 미리 확인할 수 있습니다.

- 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화 문의하십시오(하루 24시간, 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices를 방문하십시오.

H2. 1단계 이의 제기

입원 환자 병원 서비스 혜택 적용 기간을 연장 받으시려면 이의를 제기하십시오. 품질 개선 기관(QIO)이 1단계 이의 제기를 검토하여 회원님의 예정 퇴원일이 의료적으로 적절한지 여부를 확인합니다.

QIO는 연방 정부가 보수를 지급하는 의사 및 기타 의료 케어 전문가들로 구성된 그룹입니다. 이 전문가들은 Medicare 서비스 품질을 확인하고 개선하는 데 도움을 줍니다. 이들은 당사 플랜 소속이 아닙니다.

California 주의 품질 개선 기관(QIO)은 Livanta입니다. (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번으로 전화하십시오. 연락처 정보는 "Medicare가 드리는 회원님의 권리에 관한 중요한 전달 사항(An Important Message from Medicare about Your Rights)" 및 제2장에서도 확인하실 수 있습니다.

병원을 떠나기 전, 늦어도 예정 퇴원일까지 품질 개선 기관(QIO)에 연락하십시오.

- 병원을 떠나기 전에 전화하시면, 이의 제기 신청에 대한 품질 개선 기관(QIO)의 결정을 기다리는 동안 비용 부담 없이 예정 퇴원일이 지나서까지 병원에 계속 머물 수 있습니다.
- 이의 제기 신청 전화를 하지 않고, 예정 퇴원일 이후로도 병원에 계속 머물러 있겠다고 결정하시는 경우, 예정 퇴원일 이후 받으시는 병원 케어 비용 전액을 회원님께서 부담하셔야 할 수도 있습니다.
- 이의 제기 신청과 관련해 품질 개선 기관(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사 플랜에 직접 이의를 제기하십시오. 당사에 이의를 제기하는 방법에 관한 자세한 내용은 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 Department of Managed Health Care(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 159페이지의 섹션 F4로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

도움이 필요하시면 도움을 요청하십시오. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지

- 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
- 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 문의하십시오.

빠른 심사 요청. 즉시 품질 개선 기관(QIO)에 문의하여 퇴원에 대한 빠른 심사를 요청하십시오.

“빠른 심사”에 해당되는 법률 용어는 “즉시 심사” 또는 “신속 심사”입니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



빠른 심사 진행 절차

- 품질 개선 기관(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 예정 퇴원일 이후까지 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 회원님의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 병원과 당사 플랜에서 제공 받은 정보를 검토합니다.
- 심사관이 플랜에 이의 제기에 대해 알린 다음 날 정오까지, 담당 의사, 병원, 당사가 해당 날짜가 의학적으로 적절한 퇴원 날짜라고 생각하는 이유를 설명하는 추가 통지서가 제공됩니다.

이러한 안내서에 해당되는 법률 용어는 “상세 퇴원 통지서”입니다. 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화를 걸어 샘플을 받아보실 수 있습니다(연중무휴 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로 통지서 샘플을 확인하실 수도 있습니다.

필요한 모든 정보를 받은 후 하루 이내에 품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기에 대한 답변을 드립니다.

품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

품질 개선 기관(QIO)에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 품질 개선 기관(QIO)에서는 퇴원 예정일이 의학적으로 적절하다고 생각합니다.
- 회원님의 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 품질 개선 기관(QIO)이 회원님께 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 종료됩니다.
- 품질 개선 기관(QIO)에서 회원님의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 회원님이 받는 병원 진료에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.
- 품질 개선 기관(QIO)에서 1단계 이의 제기를 거부하고 회원님이 퇴원 예정일 이후에도 병원에 머무르시는 경우 2단계 이의 제기를 신청할 수 있습니다.

H3. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668로 품질 개선 기관(QIO)에 전화하십시오.

품질 개선 기관이 1단계 이의 제기를 거부한 날로부터 **달력일 기준 60일** 이내에 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에도 계속해서 입원하시는 경우에 한해 재심사를 요청하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 검토자는 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

품질 검토 기관(QRO)에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 품질 개선 기관(QIO)에서 1단계 이의 제기를 거부한 다음 날 정오부터 회원님께서 받은 병원 케어 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해야 합니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

품질 검토 기관(QRO)에서 이의 제기를 거부하는 경우:

- 품질 개선 기관(QIO)은 1단계 이의 제기에 대한 결정에 동의하며 이를 반복하지 않습니다.
- 품질 개선 기관(QIO)은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.
- 또한 입원 기간을 연장하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 159페이지의 섹션 F4로 가서서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 J를 참조하십시오.

H4. 1단계 대체 이의 제기

퇴원 예정일 60일 이내 또는 퇴원 예정일 이전에 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기를 요청해야 합니다. 1단계 이의 제기 기한을 놓친 경우 "대체 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 퇴원 날짜에 대한 "빠른 심사"를 요청하십시오.

“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 이의 제기”입니다.

- 당사에서 회원님의 입원에 관한 모든 정보를 검토하게 됩니다.
- 첫 번째 결정이 공정하고 규칙을 준수했는지 확인합니다.
- 일반 기한 대신 빠른 기한을 사용하며 빠른 심사를 요청하신 후 72시간 이내에 결정을 제공합니다.

빠른 이의 제기가 승인되는 경우:

- 당사는 퇴원 날짜 이후에도 병원에 머물러야 한다는 데 동의합니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.
- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.

빠른 이의 제기가 거부되는 경우:

- 당사는 퇴원 예정일이 의학적으로 적절했다는 데 동의합니다.
- 입원 환자 병원 서비스에 대한 혜택 적용은 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 해당 날짜 이후에는 모든 부담분 지급이 중단됩니다.
- 당사는 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달하여 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다. 이렇게 하면 케이스가 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

H5. 2단계 대체 이의 제기

당사는 1단계 이의 제기를 거부한 시점으로부터 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 작업은 자동으로 수행됩니다. 회원님은 아무것도 하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한 또는 다른 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

독립 검토 기관은 회원님의 이의 제기에 대해 “빠른 심사”를 실시합니다. 퇴원에 관한 모든 정보를 주의 깊게 검토하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드려야 합니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 거부하는 경우:

- 독립 심사 기관은 퇴원 예정일이 의학적으로 적절했다는 데 동의합니다.
- 품질 개선 기관(QIO)은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원회 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

또한 입원 기간을 연장하기 위해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 159페이지의 **섹션 F4**로 가셔서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기와 더불어 또는 이를 대신해 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

I. 특정 의료 서비스에 대한 보장 지속 요청

본 섹션에서는 회원님께 제공되는 다음과 같은 세 가지 유형의 서비스에 대해서만 설명합니다.

- 가정 의료 서비스
- 전문 요양 시설의 전문 간호 케어.
- Medicare 승인 종합 외래환자 재활시설(CORF)의 외래 환자로서 받는 재활 케어. 이는 보통 질병 또는 사고로 인해 치료를 받고 있거나, 대수술을 받은 후 회복 중이라는 의미입니다.

이 세 가지 유형의 서비스에 있어서, 회원님께는 의사가 필요하다고 얘기하는 한 혜택 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다.

당사에서 그러한 서비스 중 어느 것에 대해서라도 혜택 적용 종단을 결정하는 경우, 당사는 반드시 서비스 종료 전에 회원님께 그 사실을 알려야 합니다. 해당 서비스에 대한 혜택이 종료되면 당사는 서비스에 대한 비용 지급을 중단합니다.

당사가 회원님의 케어에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 판단되는 경우, 회원님은 당사 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이 섹션에서는 이의 제기 신청 방법을 안내해 드립니다.

I1. 혜택 적용이 종료되기 전 사전 통지

당사가 케어에 대한 비용 지급을 중지하기로 결정하는 경우 회원님께서는 최소 2일 전에 서면 통지를 받게 됩니다. 이를 “Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)”라고 합니다. 통지서에는

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



당사가 케어에 대한 혜택 적용을 중단하는 날짜와 그러한 결정에 이의를 제기하는 방법이 안내되어 있습니다.

회원님의 수령 사실을 확인하기 위해 회원님 본인 또는 대리인이 통지서에 서명해야 합니다. 통지서에 서명한다는 것은 회원님께서 정보를 받았다는 사실만을 확인합니다. 서명한다고 해서 당사의 결정에 동의함을 의미하는 것은 아닙니다.

12. 1단계 이의 제기

당사가 회원님의 케어에 대한 혜택 적용을 너무 일찍 종료한다고 생각되는 경우, 회원님은 당사 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다. 본 섹션에서는 1단계 이의 제기 절차와 방법에 대해 설명합니다.

- 기한은 반드시 지키도록 하십시오. 기한은 중요합니다. 취해야 할 조치에 적용되는 기한을 숙지하고 준수하십시오. 당사 플랜 또한 기한을 준수해야 합니다. 당사가 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 정보는 섹션 K를 참조하십시오.
- 도움이 필요하시면 도움을 요청하십시오. 문의 사항이 있거나 도움이 필요한 경우 언제든지:
 - 페이지 하단의 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.
 - 의료 보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 문의하십시오.
- 품질 개선 기관(QIO)에 문의하십시오.
 - QIO에 대한 자세한 내용과 연락 방법은 섹션 H2 또는 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.
 - QIO에 이의 제기에 대한 검토와 플랜의 결정 변경 여부 결정을 요청하십시오.
- 즉시 빠른 이의 제기를 신청하십시오. 의료 서비스 혜택을 종료하는 것이 의학적으로 적절한지 QIO에 문의하십시오.

QIO에 “빠른 이의 제기”를 신청하십시오. 이는 당사가 서비스 혜택 적용을 종료하기로 한 결정의 의료적으로 적절한지 여부에 대한 독립적 심사를 말합니다.

QIO 신청 기한

- 당사가 발송한 Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage) 발효일 전날 정오까지 QIO에 연락하여 이의 제기를 신청하셔야 합니다.
- 이의 제기 신청과 관련해 품질 개선 기관(QIO)에 연락할 기한을 놓치신 경우, 대신 당사에 직접 이의 제기를 신청하실 수 있습니다. 당사에 직접 이의 제기를 신청하는 방법에 대한 자세한 내용은 섹션 I4를 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 Department of Managed Health Care(DMHC)에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청할 수 있습니다. 159페이지의 섹션 F4로 가서 DMHC에 불만을 제기하는 방법과 독립 의료 심사를 요청하는 방법을 확인하십시오.

이러한 서면 통지에 해당되는 법률 용어는 “**Medicare 비적용 통지서(Notice of Medicare Non-Coverage)**”입니다. 샘플을 받아보시려면 페이지 하단의 전화번호로 가입자 서비스부에 문의하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의하십시오(연중무휴 24시간 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또는 www.cms.gov/Medicare/

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



[Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices](#)에서 온라인으로 다운로드하실 수도 있습니다.

빠른 이의 신청 절차

- 품질 개선 기관(QIO) 심사관은 회원님 본인 또는 대리인에게 혜택 적용이 계속되어야 한다고 생각하는 이유가 무엇인지 물어봅니다. 진술서를 반드시 작성해야 하는 것은 아니지만 작성하셔도 좋습니다.
- 심사관은 회원님의 의료 정보를 살펴보고, 담당 의사와 얘기해 보고, 당사 플랜에서 제공받은 정보를 검토합니다.
- 또한 당사 플랜에서는 서비스 혜택 적용을 종료하는 이유를 설명하는 서면 통지를 회원님께 발송합니다. 심사관이 이의 제기에 대해 당사에 알린 날 안에 통보가 제공됩니다.

이러한 안내서에 해당되는 법률 용어는 "비적용 상세 안내서(Detailed Explanation of Non-Coverage)"입니다.

- 심사관은 필요한 모든 정보를 확보한 후 하루 이내에 결정 사항을 전달합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택 대상 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 거부하는 경우:

- 혜택 적용이 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 통지서에 기재된 날짜에 해당 케어에 대한 비용 중 당사 부담금 지급이 중단됩니다.
- 혜택 적용이 종료된 이후에도 가정 의료 케어, 전문요양시설(SNF)에서의 간호 또는 CORF(종합 외래환자 재활 시설) 서비스를 계속 받기로 할 경우 해당 케어 비용 전액은 회원님께서 부담하셔야 합니다.
- 서비스를 계속 받을지 결정하고 2단계 이의 제기를 신청하십시오.

13. 2단계 이의 제기

2단계 이의 제기 시에는, 품질 개선 기관(QIO)에 1단계 이의 제기에 대해 내린 결정에 대한 재심사를 요청합니다. (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668로 QIO에 전화하십시오.

품질 개선 기관이 1단계 이의 제기를 거부한 날로부터 **달력일 기준 60일 이내에** 이 심사를 요청하십시오. 받고 계신 케어에 대한 혜택 적용이 종료된 날 이후에 계속 케어를 받으시는 경우에만 이 심사를 요청하실 수 있습니다.

품질 개선 기관 검토자는 다음을 수행합니다.

- 이의 제기에 관련된 정보를 모두 한 번 더 주의 깊게 검토합니다.
- 2차 심사 요청을 받은 날로부터 달력일 기준 14일 이내에 2단계 이의 제기에 대한 결정을 통보합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

독립 심사 기관이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 의학적으로 필요한 한 계속해서 해당 케어에 대해 혜택을 적용합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 거부하는 경우:

- 독립 심사 기관은 치료를 종료하기로 당사의 결정에 동의하며 이 결정을 변경하지 않을 것입니다.
- 품질 개선 기관(QIO)은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.
- 또한 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 159페이지의 섹션 F4로 가서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기와 더불어 또는 이를 대신해 DMHC에 불만을 제기하거나 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 섹션 J를 참조하십시오.

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.

I4. 1단계 대체 이의 제기

섹션 I2에서 설명한 바와 같이, 즉시 QIO에 연락하여 1단계 이의 제기를 신청해야 합니다. 기한을 놓친 경우 "대체 이의 제기" 절차를 사용할 수 있습니다.

페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 "빠른 심사"를 요청하십시오.

“빠른 심사” 또는 “빠른 이의 제기”에 해당되는 법률 용어는 “신속 이의 제기”입니다.

- 당사에서 회원님의 케이스에 관한 모든 정보를 검토하게 됩니다.
- 첫 번째 결정이 공정했는지, 그리고 서비스에 대한 혜택 적용 종료 날짜를 정할 때 모든 규칙이 준수되었는지 확인합니다.
- 일반 기한 대신 빠른 기한을 사용하며 빠른 심사를 요청하신 후 72시간 이내에 결정을 제공합니다.

빠른 이의 제기가 승인되는 경우:

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

- 당사는 서비스 기간 연장이 필요하다는 데 동의합니다.
- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드리는 데 동의합니다.

빠른 이의 제기가 거부되는 경우:

- 서비스에 대한 혜택 적용은 고지된 날짜에 종료됩니다.
- 해당 날짜 이후에는 모든 부담분 지급이 중단됩니다.
- 혜택 적용이 종료된다고 고지된 날짜 이후에도 계속해서 서비스를 받는 경우에는 회원님께서 서비스에 대한 비용 전액을 부담합니다.
- 당사는 독립 심사 기관에 이의 제기를 전달하여 모든 규정이 준수되었는지 확인합니다. 이렇게 하면 케이스가 자동으로 2단계 이의 제기 절차로 진행됩니다.

15. 2단계 대체 이의 제기

2단계 이의 제기 중에 당사는 1단계 이의 제기를 거부한 시점으로부터 24시간 이내에 2단계 이의 제기에 관한 정보를 독립 심사 기관에 전달합니다. 이 작업은 자동으로 수행됩니다. 회원님은 아무것도 하실 필요가 없습니다.

당사가 이 기한 또는 다른 기한을 준수하지 않는다고 생각되는 경우 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 K**를 참조하십시오.

독립 검토 기관은 회원님의 이의 제기에 대해 “빠른 심사”를 실시합니다. 퇴원에 관한 모든 정보를 주의 깊게 검토하고 일반적으로 72시간 이내에 답변을 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 당사는 혜택이 종료될 것이라고 통보해 드린 날짜 이후에 받으신 케어에 대한 비용 중 당사 부담분을 회원님께 환급해 드립니다.
- 당사는 혜택 대상 입원 환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 경우 해당 서비스를 제공합니다.

독립 심사 기관이 이의 제기를 거부하는 경우:

- 독립 심사 기관은 치료를 종료하기로 당사의 결정에 동의하며 이 결정을 변경하지 않을 것입니다.
- 품질 개선 기관(QIO)은 회원님께 이의 제기 절차를 계속 진행하여 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 안내하는 서신을 발송합니다.
- 또한 의료 케어 서비스 혜택을 지속하기 위해 DMHC에 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수도 있습니다. 159페이지의 섹션 F4로 가서 DMHC에 독립 의료 심사(IMR)를 요청하는 방법을 확인하십시오. 3단계 이의 제기에 더하거나 이를 대신해 불만을 제기하고 독립 의료 심사를 요청하실 수 있습니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 3단계 이의 제기를 처리합니다. 3, 4, 5단계 이의 제기에 관한 자세한 내용은 **섹션 J**를 참조하십시오.

J. 2단계 다음 단계로 이의 제기를 진행하는 방법

J1. Medicare 서비스 및 용품에 대한 다음 단계

Medicare 서비스나 용품에 대해 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 마쳤는데 두 번 모두 거부된 경우, 회원에게는 추가적으로 이의 제기를 진행할 권리가 있을 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



회원님께서 이의를 제기하신 Medicare 서비스 또는 용품의 달러 가치가 특정 최소 달러 금액을 충족하지 않는 경우, 더 이상 이의를 제기할 수 없습니다. 달러 가치가 기준을 충족하는 경우 이의 제기를 진행하실 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로부터 발송되는 서신은 연락처 정보와 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

이의 제기 절차의 3단계는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 승인하는 경우, 당사는 회원님께 유리한 3단계 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

- 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 4단계 이의 제기 신청서 사본과 첨부 문서를 회원님께 발송합니다. 당사는 해당 서비스를 승인하거나 제공하기 전에 4단계 이의 제기에 대한 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 당사가 결정에 이의를 제기하지 않기로 결정하는 경우, 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원의 판결을 받은 후 달력일 기준 60일 이내에 회원님께 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 신청 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)는 회원님의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회가 4단계 이의 제기를 승인하거나 회원님께 유리한 3단계 이의 제기에 대한 결정을 검토해 달라는 당사의 요청을 거절하는 경우, 당사는 5단계 이의 제기를 신청할 권리를 가집니다.

- 당사가 결정에 이의를 제기하기로 결정하는 경우, 당사는 회원님께 서면으로 알려드립니다.
- 당사가 결정에 이의를 제기하지 않기로 결정한 경우, 당사는 위원회의 판결을 받은 후 60일 이내에 서비스를 승인 또는 제공해야 합니다.

위원회가 당사의 검토 요청을 거부하거나 기각하는 경우에도 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거부를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

J2. 추가적인 Medi-Cal 이의 제기

또한 Medi-Cal이 일반적으로 혜택을 적용하는 서비스 또는 용품에 대한 이의 제기인 경우에는 회원님께 다른 이의 제기 권한이 있습니다. 공정 심리 사무소에서 보낸 서신에 이의 제기 절차를 계속 진행하고자 하는 경우 취해야 할 조치가 안내되어 있습니다.

주 정부 심리(State Hearing) 결정에 동의하지 않고 다른 판사에게 심사를 요청하고자 하는 경우, 재심리를 요청하고/하거나 사법 심사를 요청할 수 있습니다. 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 가입자에게 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 제출해야 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.

J3. 파트 D 약 요청에 대한 3, 4, 5단계 이의 제기

본 섹션은 회원님이 1단계 이의 제기와 2단계 이의 제기를 신청하고 두 이의 제기가 모두 거부된 경우에 적합할 수 있습니다.

이의를 제기하신 의약품의 가치가 특정 달러 금액을 충족하는 경우 다음 단계의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 2단계 이의 제기를 위해 독립 심사 기관으로부터 발송되는 서신은 연락처 정보와 3단계 이의 제기를 신청하는 방법을 설명합니다.

3단계 이의 제기

3단계 이의 제기 절차는 행정법 판사(ALJ) 심리입니다. 결정을 내리는 담당자는 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 변호사 심사 위원입니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 이의 제기를 승인하는 경우:

- 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.

행정법 판사 또는 변호사 심사 위원이 회원님의 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차가 종료되지 않을 수 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 4단계 이의 제기 신청 방법을 안내하는 통지서가 제공됩니다.

4단계 이의 제기

Medicare 이의 제기 위원회(Medicare Appeals Council)는 회원님의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다. 이 위원회는 연방 정부에 소속되어 있습니다.

위원회에서 이의 제기를 승인하는 경우:

- 이의 제기 프로세스가 종료됩니다.
- 당사는 72시간(또는 신속 이의 제기의 경우 24시간) 이내에 승인된 의약품 혜택을 승인 또는 제공하거나 결정을 받은 날로부터 30일 이내에 대금을 지급해야 합니다.

위원회에서 이의 제기를 거부하는 경우에도, 이의 제기 절차는 종료되지 않을 수 있습니다.

- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하기로 결정하시는 경우, 이의 제기 절차가 종료됩니다.
- 이의 제기를 거부하는 결정을 수락하지 않기로 결정하시는 경우, 심사 절차의 다음 단계로 진행하실 수 있습니다. 5단계 이의 제기를 진행할 수 있는지 여부와 취해야 할 조치를 안내하는 통지서가 제공됩니다.

5단계 이의 제기

연방 지방 법원 판사가 회원님의 이의 제기와 모든 정보를 검토하고 승인 또는 거부를 결정합니다. 이는 최종 결정입니다. 연방 지방 법원보다 높은 이의 제기 단계는 없습니다.

K. 불만 제기 방법

K1. 불만에 해당되는 문제 유형

불만 제기 절차는 케어의 품질, 대기 시간, 케어 관리, 고객 서비스와 관련한 문제 등, 특정 유형의 문제에 한해 사용됩니다. 다음은 불만 제기 절차에서 취급되는 문제 유형의 예입니다.

불만	예
의료 서비스의 품질	• 병원에서 받는 케어 등 케어의 품질에 대해 불만이 있는 경우.
개인정보 보호	• 누군가 사생활에 대한 본인의 권리를 존중하지 않았거나 회원님에 관한 기밀 정보를 공유했다고 생각되는 경우.
불친절, 열악한 고객 서비스 또는 기타 부정적인 행동	• 의료 제공자 또는 직원이 회원님께 무례하거나 불친절하게 대한 경우. • 당사 직원이 귀하를 소홀히 대한 경우. • 회원님을 플랜에서 쫓아내려 한다고 생각되는 경우.
접근성 및 언어 지원	• 의사 또는 제공자 사무실 내 의료 케어 서비스 및 시설에 대해 물리적인 접근이 불가능한 경우. • 담당 의사 또는 제공자가 회원님이 사용하는 영어 이외의 언어(예: 미국 수화 또는 스페인어)에 대한 통역 서비스를 제공하지 않는 경우.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



불만	예
	제공자가 회원님이 필요로 하며 요청하는 기타 적절한 사항을 제공하지 않는 경우.
대기 시간	- 예약을 하는 데 어려움이 있거나 예약하는 데 너무 오래 기다려야 하는 경우. - 의사, 약사 또는 기타 의료 전문가, 가입자 서비스부 또는 기타 플랜 직원들이 너무 오래 기다리게 하는 경우.
청결	클리닉, 병원 또는 의사 사무실이 청결하지 않다고 생각되는 경우.
당사에서 제공하는 정보	- 회원으로서 받았어야 하는 통지서나 서한을 당사가 제공하지 않았다고 생각되는 경우. - 당사가 제공하는 서면 정보가 너무 어려워 이해할 수 없다고 생각되는 경우.
혜택 적용 결정 또는 이의 제기와 관련한 신속한 서비스	- 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 독립 심사 기관에 전달하지 않았다고 생각되는 경우.

불만에는 여러 유형이 있습니다. 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 불만을 제기하는 데 도움이 필요한 경우 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711) 번으로 전화하실 수 있습니다.

“불만”에 해당되는 법률 용어는 “고충”입니다.

“불만 제기”에 해당되는 법률 용어는 “고충 제기”입니다.

K2. 내부 불만

내부 불만을 제기하시려면 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 가입자 서비스부에 문의하시기 바랍니다. 언제든지 불만 사항을 제기할 수 있습니다(파트 D 의약품 관련 사항 제외). 파트 D 약에 관한 불만 사항은 해당 문제가 일어난 시점으로부터 **달력일 기준 60일** 이내에 제기하셔야 합니다.

- 그 외에 필요한 조치가 있는 경우 가입자 서비스부에서 알려드립니다.
- 불만 사항을 서한으로 작성해 당사에 보내주셔도 됩니다. 불만 사항을 서한으로 보내 주시는 경우 당사에서 서한을 통해 응답해 드립니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 당사는 회원님의 건강에 필요한 대로 최대한 신속하게 불만 사항 접수 후 30일 이내에 응답해 드립니다. 불만 사항을 제기하신 경우 이의 제기 신청이 접수된 날로부터 달력일 기준 5일 이내에 접수 완료를 확인하는 내용의 편지를 받으시게 됩니다. 전화로 불만 사항을 접수하시는 경우 당사는 회원님께 전화로 연락하거나 답변이 포함된 서신을 보내 드립니다. 서신으로 불만 사항을 접수하시는 경우 당사는 답변이 포함된 서신을 보내 드립니다. 연중무휴, 현지 시간 오전 8시~ 오후 8시 사이에 (800) 665-0898, TTY: 711번으로 전화하시거나 Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610로 서신을 보내실 수 있습니다.

“빠른 불만”에 해당되는 법률 용어는 “신속 처리 고충”입니다.

가능한 경우 즉시 응답해 드립니다. 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 드립니다.
- 불만 제기 내용 중 일부 또는 전체에 대해 당사가 동의하지 않는 경우 그렇게 말씀드리고 그 이유를 알려 드립니다. 불만 사항에 동의하든 동의하지 않든 응답을 드립니다.

K3. 외부 불만

Medicare

Medicare에 불만 사항을 보고하거나 전달하실 수 있습니다. Medicare 불만 제기 양식(Medicare Complaint Form)은 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

Medicare에 불만을 제기하기 전에 Molina Medicare Complete Care Plus에 불만을 제기할 필요가 없습니다.

Medicare는 회원님 불만 사항을 진지하게 받아들이며, Medicare 프로그램의 품질 개선을 위해 제출해 주시는 정보를 사용합니다.

다른 피드백이나 우려 사항이 있으시거나 또는 의료보험이 문제를 해결해주지 않는다고 느끼시는 경우에는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.

Medi-Cal

1-888-452-8609로 전화하여 California Department of Health Care Services(DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman에 불만을 제기할 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하실 수 있습니다. 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 전화해 주십시오.

California Department of Managed Health Care(DMHC)에 불만을 제기하실 수 있습니다. DMHC는 건강 보험 규제 담당 기관입니다. Medi-Cal 서비스 관련 불만 사항과 관련해 도움이 필요하시면 DMHC 헬프 센터에 문의하시기 바랍니다. 긴급한 사안이거나 건강에 즉각적이고 심각한 위협과 관련된 불만 사항이

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



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, 청력 문제가 있으신 분 또는 언어 장애가 있으신 분은 TTY 무료 전화번호(1-877-688-9891)를 이용하시기 바랍니다. 통화료는 무료입니다.
- DMHC 웹사이트(www.dmhca.ca.gov)를 방문하십시오.

공민권 사무국(Office for Civil Rights)

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/ocr 에서 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

해당 현지 공민권 사무소로 연락하셔도 됩니다.

(877) 588-1123,

현지 시간으로 월요일~금요일 오전 9시~오후 5시 사이에 24시간 음성 메일을 이용하실 수 있습니다.

TTY:(855) 887-6668

<https://www.livantaqio.com/en/states/california>

또한 회원님께는 미국장애인법(Americans with Disability Act)과 해당 주법에 따른 권리가 있을 수 있습니다. 다음 기관에 문의할 수 있습니다.

품질 개선 기관(QIO)

케어 품질에 관한 불만 사항인 경우, 두 가지 중에서 선택하실 수 있습니다.

- 품질 개선 기관에 직접 케어 품질에 관한 불만을 제기하실 수 있습니다.
- 품질 개선 기관 및 당사 플랜에 불만을 제기하실 수 있습니다. 품질 개선 기관(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 기관에 대한 자세한 내용은 섹션 H2 또는 가입자 핸드북 제2장을 참조하십시오.

California 주에서는 품질 개선 기구(QIO)를 Livanta라고 합니다. Livanta 전화번호는 (877) 588-1123, TTY: (855) 887-6668번입니다.

제10장: 당사 플랜의 멤버십 탈퇴하기

소개

본 장에서는 당사 플랜 멤버십을 종료하는 방법과 플랜에서 탈퇴한 후 선택 가능한 의료 혜택 옵션에 대해 안내해 드립니다. 당사 플랜을 나가시더라도 자격이 되시는 한 Medicare와 Medi-Cal 프로그램은 계속 유지됩니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 당사 플랜의 멤버십에서 탈퇴할 수 있는 시기	188
B. 당사 플랜의 멤버십 탈퇴 방법	189
C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용하는 방법	189
C1. Medicare 서비스	189
C2. Medi-Cal 서비스	191
D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법	191
E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우	191
F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정	192
G. 당사가 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리	192

A. 당사 플랜의 멤버십에서 탈퇴할 수 있는 시기

Medicare 가입자는 일년 중 특정 기간에만 멤버십을 종료할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal을 보유하고 계시므로 다음의 연례 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 기간으로, 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 기간으로, 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, 다음과 같은 경우:

- 당사 서비스 지역 밖으로 이사하신 경우
- Medi-Cal 또는 추가 지원(Extra Help)에 대한 지원 자격이 변경되거나, 또는
- 요양원 또는 장기 치료 병원에 최근 입원했거나, 현재 치료 중이거나, 최근 퇴원하신 경우

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 플랜을 탈퇴하는 경우, 다음의 정보를 얻으실 수 있습니다.

- 섹션 C1 표에 있는 Medicare 옵션
- 섹션 C에 있는 Medi-Cal 서비스

아래의 번호로 전화하여 멤버십 종료 방법에 관한 자세한 정보를 확인할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부: 페이지 하단 번호
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오(24시간 연중무휴 운영). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- California 의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP)은 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 전화하십시오. 자세한 정보나 거주 지역 내 HICAP 사무소를 찾아보시려면 www.aging.ca.gov/HICAP/를 참조하시기 바랍니다.
- Health Care Options는 월요일~금요일 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-8000-430-7077번을 이용하시기 바랍니다.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman은 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 사이에 1-888-452-8609번으로 전화하거나 MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov로 이메일을 전송하십시오.

참고: 약물 관리 프로그램에 가입하신 경우 플랜 변경이 불가할 수 있습니다. 약물 관리 프로그램에 대한 정보는 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

B. 당사 플랜의 멤버십 탈퇴 방법

플랜을 탈퇴하려면 다음 옵션을 사용할 수 있습니다.

- 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시에 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 아래의 차트를 참조하십시오.
- 아래의 섹션 C에는 다른 플랜에 가입하는 방법에 관한 안내가 포함되어 있으며, 이 경우 당사 플랜 멤버십이 종료됩니다.
- 회원님께서 현재 카운티 외부로 이사하지 않는 한, 회원님의 Medi-Cal 멤버십은 Molina Medicare Complete Care Plus로 유지됩니다.

C. Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 이용하는 방법

당사 플랜을 탈퇴하실 경우 Medicare 및 Medi-Cal 서비스를 받으실 수 있습니다.

C1. Medicare 서비스

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

1. 변경 내용: 다른 Medicare 건강 플랜	방법은 다음과 같습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. PACE와 관련하여 문의사항이 있는 경우 1-855-921-PACE(7223)번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: • 월요일~금요일 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/HICAP/를 참조하시기 바랍니다. 또는 새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오. 새로운 플랜의 혜택 적용이 시작되면 Medicare에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다. Medi-Cal 플랜이 변경될 수 있습니다.
---	---

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



2. 변경 내용: 별도의 Medicare 처방약 플랜과 함께 Original Medicare로 변경	방법은 다음과 같습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: 월요일~금요일 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/HICAP/ 을참조하시기 바랍니다. 또는 새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오. Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.
3. 변경 내용: 별도의 Medicare 처방약 플랜 없이 Original Medicare로 변경 참고: 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. 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 8시~오후 5시 사이에 California 주 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/HICAP/ 을 참조하시기 바랍니다.	방법은 다음과 같습니다. 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오(24시간 연중무휴). TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 도움이나 자세한 정보가 필요한 경우: 월요일~금요일 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/HICAP/ 을 참조하시기 바랍니다. Original Medicare의 보장 적용이 시작되면 당사 플랜에서 자동으로 탈퇴 처리됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.



C2. Medi-Cal 서비스

플랜을 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일까지, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 Health Care Options에 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-800-430-7077번으로 전화하십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare으로 복귀하면 Medi-Cal에 보장 범위에 어떤 영향을 미치는지 문의하십시오.

D. 당사 플랜의 멤버십이 종료될 때까지 의료 서비스 및 의약품을 받는 방법

당사 플랜을 탈퇴하시는 경우, 멤버십이 종료되고 새로운 Medicare 및 Medi-Cal 혜택 적용이 시작될 때까지 시간이 걸릴 수 있습니다. 이 기간 동안 새 플랜이 시작될 때까지 당사 플랜을 통해 처방약 및 건강 관리를 계속 받으실 수 있습니다.

- 당사 우편 주문 약국 서비스를 포함하여 당사 네트워크 소속 약국을 이용하여 처방약을 구입하셔야 합니다.
- Molina Medicare Complete Care Plus의 멤버십이 종료되는 당일에 병원 입원 상태인 경우, 퇴원일까지 당사 플랜의 입원 혜택이 적용됩니다.

E. 당사 플랜의 멤버십이 종료되는 기타 경우

회원님의 당사 플랜 멤버십을 반드시 종료해야 하는 경우는 다음과 같습니다.

- Medicare 파트 A와 파트 B 혜택 적용이 중단되는 경우.
- 회원님께서 더 이상 Medi-Cal에 대한 자격이 없는 경우. 당사 플랜은 Medicare와 Medi-Cal에 대한 자격을 둘 다 갖춘 경우에만 가입할 수 있습니다.
- 당사 서비스 지역 밖으로 이사하시는 경우.
- 당사 서비스 지역 밖으로 나가 6개월 이상 머무시는 경우.
 - 이사를 가거나 장기 여행을 떠나시는 경우, 반드시 가입자 서비스부에 전화해 이사/여행하시는 장소가 당사 서비스 지역 내에 해당되는지 확인하십시오.
- 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.
 - 이러한 근거로 가입자 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.

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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 회원님께서 다른 사람에게 본인의 플랜 ID 카드를 주고 의료 케어를 받을 수 있도록 하는 경우(이러한 이유로 인해 회원님의 멤버십을 종료할 경우 Medicare는 감찰관(Inspector General)에게 회원님의 케이스를 조사하도록 요청할 수 있습니다).

F. 기타 건강 관련 이유로 당사 플랜 탈퇴를 요청받는 것과 관련된 규정

당사는 회원님의 건강과 관련된 어떠한 이유로든 회원님께 플랜을 탈퇴할 것을 요청할 수 없습니다. 회원님의 건강 관련 이유 때문에 당사가 플랜 탈퇴를 요청한다고 생각되는 경우, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 **Medicare**에 연락하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용하시기 바랍니다. 하루 24시간, 연중무휴로 이용하실 수 있습니다.

G. 당사가 플랜 멤버십을 종료하는 경우 불만을 제기할 권리

당사가 회원님의 당사 플랜 멤버십을 종료하는 경우, 회원님께 반드시 서면으로 멤버십 종료 이유를 통보해야 합니다. 또한 당사의 멤버십 종료 결정에 대해 고충을 제기하거나 불만을 제기하는 방법도 안내해 드려야 합니다. 불만 제기 방법은 *가입자 핸드북 제9장*을 참조하실 수 있습니다.

제11장: 법적 고지

소개

본 장에는 당사 플랜의 멤버십에 적용되는 법적 고지가 포함되어 있습니다. 주요 용어 및 정의는 가입자 핸드북의 마지막 장에 알파벳 순으로 정렬되어 있습니다.

차례

A. 법규에 관한 고지	194
B. 비차별에 관한 고지	194
C. 제2차 비용 지급자 및 Medicare와 최후 수단 비용 지급자로서 Medi-Cal에 관한 고지	195



A. 법규에 관한 고지

본 가입자 핸드북에는 여러 가지 법규가 적용됩니다. 이러한 법규는 가입자 핸드북에 포함되거나 설명되어 있지 않더라도 회원님의 권리 및 의무에 영향을 미칠 수 있습니다. 적용되는 주요 법률은 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램에 관한 연방 및 주 법입니다. 그 외 다른 연방법 및 주 법도 적용될 수 있습니다.

B. 비차별에 관한 고지

Medicare 및 Medi-Cal과 협력하는 모든 회사 또는 기구는 차별 또는 부당한 대우로부터 회원님을 보호하는 법을 준수해야 합니다. 회원님께서 연령, 청구 경험, 피부색, 민족, 보험에 가입할 수 있는 증거, 성별, 유전자 정보, 서비스 지역 내 지리적 위치, 건강 상태, 의료 이력, 정신적 또는 신체적 장애, 출신 국가, 인종, 종교, 성별 또는 성적 지향성에 따라 차별을 받거나 다르게 대우를 받아서는 안 됩니다. 또한 혈통, 민족 정체성, 성적 정체성, 결혼 여부 또는 건강 상태에 따라 불법적으로 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 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. www.hhs.gov/ocr에서도 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 보건복지부(DHHS) 공민권 사무국(Office for Civil Rights)에 916-440-7370번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711(전화 중계 서비스)번으로 전화하실 수 있습니다.
- CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 송부하십시오.
- 불만/이의 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
불만/이의 제기 양식은 다음에서 이용하실 수 있습니다.

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

차별을 당했다고 생각되어 차별 고충을 제기하고자 하는 경우 가입자 서비스부에 (855) 665-4627 TTY: 711번으로 문의하십시오.

Medi-Cal 프로그램의 차별에 대한 고충인 경우 보건복지부 공민권 사무국에 전화, 서면, 온라인으로 불만을 제기할 수도 있습니다.

- 전화: 916-440-7370번으로 전화하십시오. 듣기나 말하기에 어려움이 있는 경우, 711(전화 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만/이의 제기 양식이나 서신을 작성하여 다음 주소로 송부하십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

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

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



- 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 송부하십시오.

장애가 있고 의료 케어 서비스 또는 제공자에 액세스하는 데 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 문의하십시오. 휠체어 접근의 어려움과 같은 불만 사항이 있으시면 가입자 서비스부에서 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.

당사는 회원 대상 의료 케어 서비스에 대한 제3자의 법적 보상 책임과 관련한 연방 및 주 법규를 준수합니다. 당사는 Medi-Cal이 최후의 수단 지급자가 되도록 하는 데 필요한 모든 합당한 조치를 취합니다.

제12장: 중요한 표현의 정의

소개

본 장에는 가입자 핸드북 전체에 걸쳐 사용된 주요 용어 및 정의가 포함되어 있습니다. 용어는 알파벳 순으로 나열됩니다. 찾으려는 용어를 발견하지 못하거나 정의에 포함된 정보보다 더 많은 정보가 필요한 경우, 가입자 서비스부에 문의하십시오.

일상 생활 활동(ADL): 식사, 화장실 사용, 옷 입기, 목욕, 양치질 등 사람들이 보통 일상적으로 하는 활동.

통원 수술 센터: 병원 케어가 필요하지 않고, 24시간 이상 케어가 필요하지 않을 것으로 예상되는 환자에게 외래 환자 수술을 제공하는 시설을 말합니다.

이의 제기: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:정신 건강 및 물질 사용 장애를 모두 포함해 일컫는 말입니다.

브랜드약: 처음 의약품을 개발한 회사가 제조 판매하는 처방약. 브랜드약은 그 의약품의 복제약 버전과 성분이 동일합니다. 복제약 의약품은 일반적으로 다른 제약회사가 제조해 판매합니다.

케어 플랜:“맞춤형 케어 플랜”을 의미합니다.

케어 플랜 옵션 서비스(CPO 서비스): 맞춤형 케어 플랜(ICP)에서 옵션으로 제공되는 추가 서비스입니다. CPO 서비스는 Medi-Cal에 따라 회원님께서 이용 허가받은 장기 서비스 및 지원(LTSS)을 대체하는 서비스가 아닙니다.

케어 팀:“종합 케어 팀”을 의미합니다.

케이스 관리자: 회원님, 건강 플랜, 회원님의 케어 제공자와 협력해 회원님께서 필요한 케어를 받을 수 있도록 하는 일을 맡고 있는 Molina 직원을 말합니다.

고액 보장 단계: 연말까지 회원님의 의약품에 대한 모든 비용을 당사 플랜에서 지불하는 파트 D 약 혜택 단계입니다. 처방약에 대한 \$7,400.00 한도에 도달하면 이 단계가 시작됩니다.

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Medicaid Services(CMS): Medicare를 담당하는 연방 기관입니다. CMS 연락 방법은 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.

지역사회 기반 성인 서비스(CBAS): 해당 적격성 기준을 충족하는 가입자에게 전문 간호 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 프로그램입니다.

불만: 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 소속 제공자 또는 약국에 관한 일체의 우려 사항이 포함됩니다. “불만 제기”에 해당하는 공식 명칭은 “고충 제기”입니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



종합 외래환자 재활 시설(CORF): 주로 질병, 사고 또는 대수술 후 재활을 제공하는 시설을 말합니다. 물리치료, 사회적 및 심리적 서비스, 호흡 치료, 작업치료, 언어치료, 가정 환경 평가 서비스 등, 다양한 서비스를 제공합니다.

혜택 적용 결정: 당사가 보장하는 혜택에 관한 결정. 여기에는 혜택 대상 의약품 및 서비스에 대한 결정 또는 회원님의 의료 서비스에 대해 당사가 지급하는 금액에 관한 결정이 포함됩니다. 가입자 핸드북의 제9장에 플랜에 혜택 적용 결정을 요청하는 방법이 나와 있습니다.

혜택 대상 의약품: 당사 플랜의 혜택 대상인 처방약 및 일반의약품(OTC) 전체를 가리키기 위한 용어입니다.

혜택 대상 서비스: 플랜에서 보장하는 의료 서비스, 장기 서비스 및 지원(LTSS), 용품, 처방약 및 일반 의약품, 장비 및 기타 서비스를 모두 가리킬 때 사용하는 포괄적인 용어입니다.

문화 역량 교육: 회원님의 사회적, 문화적, 언어적 요구를 충족하는 서비스를 적용하기 위해 회원님의 배경, 가치 및 신념을 더욱 잘 이해할 수 있는 추가 지침을 의료 제공자에게 제공하는 교육입니다.

의료케어서비스부(DHCS): Medi-Cal로 알려진 Medicaid 프로그램을 관리하는 California 주 정부 부서입니다.

관리형 의료케어부(DMHC): 의료 플랜 규제를 담당하고 있는 California 주 정부 부서입니다. DMHC는 Medi-Cal 서비스 관련 이의 제기 신청 및 불만 제기를 도와 드립니다. DMHC는 독립 의료 심사(IMR)를 실시하는 기관이기도 합니다.

탈퇴: 당사 플랜 멤버십을 종료하는 절차를 말합니다. 탈퇴는 자발적(본인의 선택)일 수도 있고 비자발적(본인의 선택이 아님)일 수도 있습니다.

의약품 단계: 당사 의약품 목록의 의약품 그룹입니다. 복제약, 브랜드약 또는 일반의약품(OTC)이 의약품 단계에 해당합니다. 의약품 목록에 있는 모든 약은 다섯(5) 가지 단계 중 하나에 속합니다.

내구성 있는 의료 장비(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: 의료적 응급 상황이란 회원님 본인 또는 건강과 의학에 대해 평균적인 지식을 가진 다른 사람이 볼 때 사망, 특정 신체 부위의 상실 또는 특정 신체 기능의 상실 또는 심각한 장애(임산부의 경우 태어나지 않은 태아의 사망) 등을 방지하려면 즉각적인 의료적 처치가 필요한 의료적 증상을 보이는 경우를 말합니다. 의료적 증상은 심각한 부상이나 심한 통증이 될 수 있습니다.

응급 케어: 응급 서비스를 제공하도록 훈련 받은 제공자가 제공하며 의료적 또는 행동 건강 응급 상황을 치료하는 데 필요한 혜택 대상 서비스를 말합니다.

예외 인정: 보통은 혜택 대상이 아닌 의약품에 대해 혜택을 적용하도록 하거나 특정 규정이나 한도 없이 사용하도록 하는 승인하는 것을 말합니다.

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.

복제약: 연방 정부가 브랜드약 대신 사용을 승인한 처방약. 복제약은 브랜드약과 그 성분이 동일합니다. 대개 브랜드약보다 저렴하면서 효과는 동일합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



고충: 당사나 네트워크 소속 제공자 또는 약국에 제기하는 불만 사항. 여기에는 건강 플랜에서 제공하는 케어 품질 또는 서비스 품질에 대한 불만 사항이 포함됩니다.

의료보험 상담 및 권익 옹호 프로그램(HICAP): Medicare에 관한 객관적 정보와 상담을 무료로 제공하는 프로그램입니다. HICAP 연락 방법은 *가입자 핸드북*의 제2장을 참조하십시오.

건강 플랜: 의사, 병원, 약국, 장기

서비스 제공자, 기타 제공자로 구성된 조직. 또한 이용하고 계신 모든 제공자 및 서비스 관리를 도와줄 케이스 관리자도 보유하고 있습니다. 이들 모두가 서로 협력하여 회원에게 필요한 케어를 제공합니다.

건강 위험 평가: 회원님의 의료 이력과 현재 상태에 대한 심사. 회원님의 현재 건강 상태와 앞으로 어떻게 바뀔지를 파악하는 데 이용됩니다.

가정 건강 도우미: 개인 돌봄(예: 목욕, 화장실 사용, 옷 입기 또는 처방된 운동)과 같이 간호사 또는 치료사의 전문 기술이 필요하지 않은 서비스를 제공하는 사람. 가정 건강 도우미는 간호사 면허가 없으며 치료 요법을 실시하지 않습니다.

호스피스: 말기 예후 환자의 편안한 생활을 위한 도움을 주는 케어와 지원 프로그램입니다. 말기 예후 환자란 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.
- 당사는 회원님의 거주 지역내 호스피스 제공자 목록을 제공해야 합니다.

부적절한 청구: (의사나 병원 등) 제공자가 서비스에 대한 플랜의 비용 부담분 금액보다 많은 금액을 회원님께 부당하게/부적절하게 청구하는 경우. 이해할 수 없는 청구서를 받으시는 경우 가입자 서비스 부에 전화하십시오.

당사가 서비스에 대한 비용 전액을 지급하기 때문에 회원님은 비용을 부담하지 않습니다. 제공자는 이러한 서비스에 대해 회원님께 비용을 청구해서는 안 됩니다.

독립 의료 심사(IMR): 당사가 의료 서비스 또는 치료에 대한 회원님의 요청을 거부할 경우, 이의를 제기하실 수 있습니다. 회원님께서 당사의 결정에 동의하지 않고 회원님의 상황이 DME 용품 및 의약품들을 포함한 Medi-Cal 서비스 관련 사안인 경우 회원님은 California Department of Managed Health Care에 IMR을 요청할 수 있습니다. IMR은 당사 플랜에 참여하고 있지 않은 의사들이 회원님의 케이스를 심사하는 것입니다. IMR 결정이 회원님께 유리한 경우, 당사는 반드시 회원님이 요청한 서비스 또는 치료를 회원님께 제공해야 합니다. 회원님은 IMR 비용을 전혀 부담하지 않습니다.

독립 의사 협회(IPA): IPA는 Molina Medicare Complete Care Plus 회원을 진료하도록 Molina Medicare Complete Care Plus(HMOD-SNP)와 계약된 회사로 의사, 전문가 및 기타 의료 서비스 제공자가 모여 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.

맞춤형 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.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



입원 환자: 전문 의료 서비스를 받기 위해 병원에 정식으로 입원했을 때 사용하는 용어입니다. 회원님께서 정식으로 입원하지 않은 경우, 병원에서 밤을 지내더라도 입원 환자가 아니라 외래 환자로 간주되거나 관찰 서비스를 받고 있는 것으로 간주될 수 있습니다.

종합 케어 팀(ICT 또는 케어 팀): 케어 팀에는 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.

보장 의약품 목록(의약품 목록): 당사가 혜택을 제공하는 처방약 및 일반의약품(OTC) 목록. 당사는 의사와 약사의 도움으로 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(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(LIS): “추가 지원(Extra Help)”을 참조하십시오.

우편 주문 프로그램: 일부 플랜은 최대 3개월 분량까지 혜택 대상 처방약을 귀하의 가정으로 직접 배송할 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 비용 효율적이고 편리하게 정기적으로 처방약을 구입할 수 있습니다.

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 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.

Medi-Cal 플랜: LTSS, 의료 장비 및 교통비 등 Medi-Cal 혜택만 적용하는 플랜을 말합니다. Medicare 혜택은 별도입니다.

의학적 필요: 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, 공급 품 또는 의약품을 의미합니다.

Medicare: 65세 이상자, 특정 질환을 앓고 있는 65세 미만인 자, 그리고 말기 신장 질환자(대개 투석과 신장 이식이 필요한 말기 신부전 환자)에게 제공하는 연방 건강보험 프로그램. Medicare 대상자는 Original Medicare 또는 관리형 케어 플랜을 통해 Medicare 의료 혜택 적용을 받을 수 있습니다(“건강 플랜” 참조).

Medicare Advantage: 민간 회사를 통해 MA 플랜을 제공하며 'Medicare 파트 C' 또는 'MA Plans'로도 알려진 Medicare 프로그램입니다. Medicare는 이러한 회사에 회원의 Medicare 혜택 적용을 위한 비용을 지급합니다.

Medicare 혜택 대상 서비스: Medicare 파트 A 및 파트 B에서 혜택을 제공하는 서비스. 당사 플랜을 포함해 모든 Medicare 의료 플랜은 반드시 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택 대상 서비스를 모두 혜택 대상으로 해야 합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



Medicare-Medi-Cal 가입자: Medicare와 Medi-Cal 혜택 적용 자격을 모두 갖춘 사람. Medicare-Medi-Cal 가입자는 “이중 자격 충족 개인”이라고도 합니다.

Medicare 파트 A: 병원과 전문요양시설, 가정 의료, 호스피스 등에서의 의학적으로 요구되는 케어를 대부분 보장하는 Medicare 프로그램.

Medicare 파트 B: 질병이나 상태를 치료하기 위해 의학적으로 요구되는 서비스(검사실 검사, 수술, 의사 진료) 및 용품(휠체어, 보행기)을 보장하는 Medicare 프로그램. Medicare 파트 B 혜택은 여러 가지 예방 및 선별 검사 서비스에도 적용됩니다.

Medicare 파트 C: 민간 의료보험 회사가 Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 혜택을 제공하도록 하는 Medicare 프로그램. “Medicare Advantage” 또는 “MA”라고도 합니다.

Medicare 파트 D: Medicare 처방약 혜택 프로그램 (줄여서 “파트 D”라고 부름). 파트 D는 Medicare 파트 A나 파트 B, Medi-Cal에서 보장하지 않는 외래환자 처방약, 백신, 일부 용품을 보장합니다. 당사 플랜에는 Medicare 파트 D가 포함됩니다.

Medicare 파트 D 약: Medicare 파트 D로 혜택이 적용되는 의약품. 의회는 특별히 특정 범주의 의약품을 파트 D 혜택 적용 대상에서 제외합니다 이들 중 일부는 Medi-Cal 혜택 대상이 될 수 있습니다.

약물 치료요법: 환자에게 최상의 치료 결과를 보장하기 위해 약국을 포함한 의료 제공자가 제공하는 특유의 서비스 또는 서비스 그룹입니다. 자세한 내용은 가입자 핸드북 제5장을 참조하십시오.

가입자(플랜 가입자): 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.

가입자 핸드북 및 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.

가입자 서비스부: 회원 멤버십, 혜택, 고충 사항, 이의 제기 등과 관련한 회원의 질문에 응답해 드리는 업무를 맡고 있는 당사 플랜 소속 부서입니다. 가입자 서비스부에 관한 자세한 내용은 가입자 핸드북의 제2장을 참조하십시오.

네트워크 소속 약국: 당사 플랜 회원에게 처방약을 제공하는 데 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 처방약에만 혜택이 적용됩니다.

네트워크 소속 제공자: “제공자(Provider)”는 의사, 간호사, 기타 가입자 서비스와 케어를 제공하는 사람을 가리키는 포괄적인 용어입니다. “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.

- 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: 본인의 집에서 케어를 받을 수는 없지만 병원에 입원해 있을 필요는 없는 분을 위해 케어를 제공하는 장소를 말합니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.

Ombudsman: 회원님의 대변인 역할을 수행하며 회원님이 거주하시는 주에 위치한 사무실입니다. 문제 또는 불만 사항이 있으신 경우, 본 프로그램이 질문에 답변해 드리며, 귀하가 어떤 조치를 취해야 하는지 이해하실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 옴부즈만 서비스는 무료로 제공됩니다. 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 제2장 및 제9장을 참조하십시오.

기관 판정: 당사 또는 소속 제공자 중 한 곳에서 서비스가 혜택 대상인지 여부 또는 혜택 대상 서비스에 대해 회원님께서 얼마나 지불해야 하는지에 대해 결정을 내리는 경우 이를 기관 판정이라고 부릅니다. 기관 판정을 “혜택 적용 결정”이라고 부릅니다. 혜택 적용 결정에 관한 내용은 *가입자 핸드북*의 제9장을 참조하십시오.

Original Medicare(기존 Medicare 또는 행위별 수가제 Medicare): 정부에서는 Original Medicare를 제공합니다. Original Medicare에서는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에 미 의회가 정하는 금액을 지급함으로써 서비스에 혜택이 적용됩니다.

- 의사, 병원 또는 기타 의료 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: 당사 플랜과 공조해 당사 플랜 회원님께 혜택 대상 의약품 조달 또는 제공하는 데 동의하지 않은 약국을 말합니다. 네트워크 외부 약국에서 받는 의약품 대부분은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜 혜택 대상이 아닙니다.

네트워크 비소속 제공자 또는 네트워크 비소속 시설: 당사의 플랜이 고용, 소유, 운영하지 않으며 당사의 플랜 가입자에게 보장 서비스를 제공하는 계약을 맺지 않은 제공자 또는 시설. 네트워크 비소속 제공자 또는 시설에 관한 설명은 *가입자 핸드북*의 제3장을 참조하십시오.

일반의약품(OTC): 일반의약품은 의료 케어 전문가의 처방 없이 구입할 수 있는 약물 또는 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 약: “Medicare 파트 D 약” 참조.

개인 건강 정보(보호 대상 건강 정보, PHI): 이름, 주소, 사회 보장 번호, 의사 방문 및 의료 이력과 같은 회원님 및 회원님의 건강에 관한 정보. 당사가 회원님의 PHI를 보호, 이용 및 공개하는 방법과 회원님의 PHI 관련 권리에 대한 자세한 정보는 당사의 개인정보 보호 관행 통지서를 참조하십시오.

주치의(PCP): 대부분의 건강 문제에 대해 가장 먼저 방문하는 의사 또는 기타 제공자입니다. 건강을 유지하는 데 필요한 케어를 제공합니다.

- 또한 회원님의 케어에 관해 다른 의사 및 의료 제공자와 상의하고 그쪽으로 케어를 의뢰하기도 합니다.
- 여러 Medicare 의료 플랜의 경우, 회원님은 다른 의료 제공자의 진찰을 받기 전에 반드시 주치의로부터 진찰을 받아야 합니다.
- 주치의로부터 케어를 받는 것과 관련한 내용은 *가입자 핸드북*의 제3장을 참조하십시오.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



사전 승인: 특정 서비스나 약물에 대한 승인이나 허가를 받거나 네트워크 비소속 제공자를 이용하려면 회원님의 PCP가 서비스 요청서를 제출해야 합니다. 회원님께서 미리 승인을 얻지 못하는 경우, 당사 플랜은 서비스나 약물에 대해 혜택을 제공할 수 없습니다.

네트워크 소속 의료 서비스 중에는 담당 의사나 다른 네트워크 소속 제공자가 당사로부터 사전 승인을 받아야만 혜택이 적용되는 경우가 있습니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 혜택 대상 서비스는 **가입자 핸드북의 제4장**을 참조하십시오.

일부 의약품의 경우 당사의 사전 승인을 통해서만 혜택이 적용됩니다.

- 당사 플랜의 사전 승인이 필요한 의약품은 보장 의약품 목록에 따로 표시되어 있습니다.

종합 노인 케어 프로그램(PACE): 자택에서 지내려면 더 높은 수준의 케어가 필요한 55세 이상 개인을 위해 Medicare와 Medi-Cal 혜택을 종합적으로 제공하는 프로그램입니다.

보철 장치 및 보조기: 담당 의사 또는 기타 의료 제공자가 주문한 의료 장비를 말합니다. 팔, 등, 목 보조기, 의족, 의수, 인공 안구, 조루술 보조기와 장 및 비경구 영양 치료를 포함한 체내 기관 및 기능을 대체할 장비 등이 있으며 이에 국한되지 않습니다.

품질 개선 기관(QIO): Medicare 가입자를 위한 케어 품질 개선을 돕는 의사와 그 외 의료 케어 전문가로 구성된 단체입니다. 연방 정부로부터 보수를 지급받고 환자들에게 제공되는 케어의 품질을 확인 및 개선하는 일을 합니다. QIO에 관한 내용은 **가입자 핸드북의 제2장**을 참조하십시오.

분량 제한: 회원님께서 받을 수 있는 의약품 양에 적용되는 한도를 말합니다. 처방약 1회 조제당 혜택 대상 의약품의 양에 제한이 적용될 수 있습니다.

의뢰서: 의뢰서는 주치의(PCP) 이외의 다른 제공자를 이용할 수 있도록 허용하는 PCP의 승인입니다. 사전 승인을 받지 못한 경우, 서비스에 대한 혜택을 제공할 수 없습니다. 여성 건강 관련 전문의 등 특정 전문의의 진료를 받는 경우 진료 의뢰가 필요하지 않습니다. 의뢰서에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제3장 및 제4장**을 참조하십시오.

재활: 질병, 사고 또는 대수술 후 회복을 돕기 위해 제공되는 치료를 말합니다. 재활에 관한 자세한 내용은 **가입자 핸드북의 제4장**을 참조하십시오.

민감한 서비스: 정신 또는 행동 건강, 성기능 및 생식기 건강, 가족 계획, 성매개감염(STI), HIV/AIDS, 성폭행 및 낙태, 약물 사용 장애, 성별 확증 케어, 데이터/가정 폭력 관련 서비스.

서비스 지역: 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 의미합니다. 당사의 서비스 지역 거주자인 경우에만 혜택을 받을 수 있습니다.

비용 부담분: 회원님의 의료 케어 비용 중 혜택이 적용되기 전까지 매달 회원님께서 부담해야 하는 부분을 말합니다. 비용 중 본인 부담 금액은 회원님의 소득 및 자원 수준에 따라 달라집니다.

전문요양시설(SNF): 전문 요양 보호를 위한 직원과 장비를 갖춘 요양 시설로서 대부분의 경우 전문 재활과 다른 관련된 의료 서비스를 제공합니다.

전문요양시설(SNF)에서의 간호: 전문요양시설에서 지속적으로 매일 제공되는 전문 요양/간호 케어 및 재활을 말합니다. 전문 요양 시설 케어의 예로는 정식 간호사(RN) 또는 의사가 제공할 수 있는 물리 치료 또는 정맥내(IV) 주사가 있습니다.

문의 사항이 있는 경우, Molina Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP)에 현지 시간으로 연중 무휴 오전 8시~오후 8시 사이에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 통화료는 무료입니다. 자세한 사항은 www.MolinaHealthcare.com/Medicare를 참조하십시오.



전문 의: 특정 질병 또는 신체 특정 부분에 대해 의료 케어를 제공하는 의사를 말합니다.

전문 약국: 전문 약국에 관한 자세한 내용은 *가입자 핸드북*의 제5장을 참조하십시오.

주 정부 심리: 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: 회원님이 요청하는 의약품에 혜택 적용을 결정하기 전에 회원님이 다른 의약품을 먼저 시도해 보아야 한다는 혜택 적용 규정입니다.

생활보조금(Supplemental Security Income, SSI): 사회보장부가 장애인, 시각장애인 또는 65세 이상으로 소득 및 재원이 제한적인 사람에게 제공하는 월 지급 혜택입니다. SSI 혜택은 사회보장 혜택과는 다릅니다. SSI는 자동으로 Medi-Cal 혜택을 제공합니다.

긴급 진료: 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 Medicare Complete Care Plus(HMO D-SNP) 가입자 서비스부

연락 방법	연락처 정보
전화	(855) 665-4627(무료 전화) 연중무휴 현지 시간 오전 8시~오후 8시 사이 또한 가입자 서비스부에서는 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다. 영어를 사용하지 않으시는 회원님을 위해 무료 통역 서비스도 제공해 드리고 있습니다.
TTY	711번 이 전화번호를 사용하려면 특수 전화 장치가 필요하며 듣거나 말하기 어려운 사람들을 위한 전용 번호입니다. 통화료는 무료입니다.
팩스	의료 서비스: 수신인: Medicare Member Services 파트 D(의약품) 서비스: 팩스: (866) 290-1309
우편	의료 서비스: 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802 파트 D(의약품) 서비스: 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
웹사이트	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

CAM5810XXECKO1122

CAH86772EOCKO23