

2022년 1월 1일 ~ 2022년 12월 31일

보장 범위 증명서:

Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) 회원으로서 귀하의 Medicare 의료 혜택 및 서비스 및 처방약 보장 범위

이 브로셔는 2022년 1월 1일 ~ 2022년 12월 31일 사이 귀하의 Medicare 의료 및 처방약 보장 범위에 대한 세부 정보를 제공합니다. 귀하가 필요로 하는 의료 서비스 및 처방약을 위한 보장 혜택을 받는 방법에 대해 설명합니다. 이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.

본 플랜 Clever Care Balance Medicare Advantage는 Clever Care Health Plan, Inc.(Clever Care) 가 제공합니다. 이 보장 범위 증명서에서 “우리”, “우리에게” 또는 “우리의”라고 말할 때 그것은 Clever Care Health Plan을 의미합니다. “플랜” 또는 “우리 플랜”이라고 말할 때 그것은 Clever Care Balance Medicare Advantage를 의미합니다.

이 문서는 무료로 중국어, 크메르어, 한국어, 스페인어 및 베트남어로 제공됩니다.

추가 정보는 고객센터팀 전화 (833) 808-8164 번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711로 전화해야 합니다). 근무 시간은 10월 1일 ~ 3월 31일에는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시이며, 4월 1일 ~ 9월 30일에는 평일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.

본 정보는 큰 활자 인쇄물, 오디오 또는 필요에 따라 다른 형태로도 제공이 가능합니다. 플랜 정보를 다른 형식으로 받아보고 싶으신 분은 상기 전화번호의 고객센터로 문의하시기 바랍니다.

혜택, 보험료, 본인 부담액 및/또는 분담금/공동보험금은 2023년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요할 경우 통지서를 발송할 것입니다.

H7607_22_CM0626_C File & Use 1012021

2022 보장 범위 증명서

목차

이 장 번호 및 페이지 번호 목록이 귀하의 시작점입니다. 필요한 정보를 찾는 데 추가 도움이 필요한 경우, 장의 첫 페이지로 가십시오. 각 장의 서두에 세부 주제 목록이 있을 것입니다.

제 1 장.	회원으로서 시작하기	4
	Medicare 건강 보험에 속한다는 것은 무엇을 의미하는지와 이 브로셔를 활용하는 방법에 대해 설명합니다. 우리가 발송할 자료, 귀하의 보험료, 파트 D 지연 등록 벌칙금, 귀하의 보험 멤버십 카드 및 멤버십 카드를 최신 상태로 유지하기 등에 대해 설명합니다.	
제 2 장.	중요 전화번호 및 리소스.....	23
	당사 플랜(Clever Care Balance Medicare Advantage)과 기타 Medicare, 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP), 품질개선기구, 사회보장국, Medicaid(저소득자를 위한 주 건강보험 프로그램), 처방약 지불을 돕는 프로그램 및 철도 퇴직자 위원회를 포함한 기관에 연락하는 방법에 대해 설명합니다.	
제 3 장.	의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기	44
	우리 플랜의 회원으로서 의료 서비스를 받기 위해 알아야 하는 중요 사항에 대해 설명합니다. 주제는 플랜의 네트워크에 속한 서비스 제공자 사용하기 및 응급시 서비스를 받는 방법 등이 있습니다.	
제 4 장.	의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것).....	63
	우리 플랜의 회원으로서 어떤 유형의 의료 서비스가 보장되고 보장되지 않는지에 대해 설명합니다. 귀하에게 보장되는 의료 서비스를 위한 비용 중 본인 몫으로서 귀하가 얼마나 지불해야 할 지에 대해 설명합니다.	
제 5 장.	파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기	120
	파트 D 약을 받을 때 준수해야 하는 규칙에 대해 설명합니다. 어느 약이 보장되는 지를 확인하기 위해 플랜의 <i>보장 대상 의약품 목록(처방집)</i> 을 활용하는 방법에 대해 설명합니다. 어느 종류의 약이 보장되지 않는지에 대해 설명합니다. 특정 약을 위한 보장에 적용되는 여러 종류의 제한에 대해 설명합니다. 처방약을 어디에서 조제할 것인지에 대해 설명합니다. 약 안전성 및 투약 관리를 위한 플랜의 프로그램에 대해 설명합니다.	

제 6 장.	파트 D 처방약을 위한 본인 부담금.....	147
	약 보장의 3 단계(최초 보장 단계, 보장 범위 격차 단계, 파국적 보장 단계)와 이러한 단계들이 귀하의 약을 위한 본인 부담금에 어떤 영향을 미치는지에 대해 설명합니다. 파트 D 약을 위한 여섯 가지 비용 분담 계층과 각 비용 분담 계층에서 약을 위해 귀하가 지불해야 하는 것에 대해 설명합니다.	
제 7 장.	보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기.....	167
	귀하의 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위한 비용 중 우리 몫에 대해 귀하에게 환불하도록 우리에게 요구하기 원할 때 청구서를 언제 어떻게 우리에게 발송할 지에 대해 설명합니다.	
제 8 장.	귀하의 권리와 책임.....	176
	우리 플랜의 회원으로서 귀하가 갖는 권리와 책임에 대해 설명합니다. 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우 귀하가 취할 수 있는 조치에 대해 설명합니다.	
제 9 장.	이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만).....	198
	우리 플랜의 회원으로서 문제 또는 우려 사항이 있는 경우의 단계별 조치에 대해 설명합니다.	
	• 보장 결정을 요구하고 우리 플랜에 의해 보장된다고 생각하시는 의료 서비스 또는 처방약을 받는 데 어려움이 있는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다. 여기에는 처방약 보장에 대한 규칙 또는 추가 제한에 대한 예외를 우리에게 요청하고 본인의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각하시는 경우 특정 유형의 의료 서비스와 병원 서비스의 보장 유지를 우리에게 요청하는 것이 포함됩니다. • 서비스의 질, 대기 시간, 고객 서비스 및 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법에 대해 설명합니다.	
제 10 장.	플랜 멤버십을 끝내기	263
	귀하의 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는 시기와 방법에 대해 설명합니다. 우리 플랜이 귀하의 멤버십을 끝낼 것이 요구되는 상황에 대해 설명합니다.	
제 11 장.	법적 고지	273
	준거법 및 차별 금지에 대한 고지가 포함됩니다.	
제 12 장.	중요 단어의 정의	278
	이 브로셔에 사용된 주요 용어에 대해 설명합니다.	

제 1 장

회원으로서 시작하기

제 1 장. 회원으로서 시작하기**제 1 장. 회원으로서 시작하기**

섹션 1	소개	6
섹션 1.1	귀하는 Medicare HMO 인 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 등록되었습니다	6
섹션 1.2	<i>보장 범위 증명서</i> 브로셔는 무엇에 대해 설명하는가?.....	6
섹션 1.3	<i>보장 범위 증명서에 대한 법적 정보</i>	6
섹션 2	플랜 회원이 될 수 있는 자격은 무엇인가?	7
섹션 2.1	자격 요건.....	7
섹션 2.2	Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 란 무엇인가?	7
섹션 2.3	다음은 Clever Care Balance Medicare Advantage 를 위한 플랜 서비스 지역입니다.....	8
섹션 2.4	미국 시민권자 또는 합법적 거주.....	8
섹션 3	귀하는 당사로부터 어떤 다른 자료를 받을 것인가?	8
섹션 3.1	귀하의 플랜 멤버십 카드 - 이 카드를 사용하여 모든 보장 대상 서비스와 처방약을 받음	8
섹션 3.2	<i>서비스 제공자 명부</i> : 플랜 네트워크에 속한 모든 서비스 제공자에 대한 가이드.....	9
섹션 3.3	<i>약국 명부</i> : 우리 네트워크에 속한 약국들에 대한 가이드	10
섹션 3.4	플랜의 보장 대상 의약품 목록(<i>처방집</i>).....	11
섹션 3.5	<i>파트 D 혜택 설명</i> (“파트 D EOB”): 귀하의 파트 D 처방약을 위한 지불 요약 보고서	11
섹션 4	Clever Care Balance Medicare Advantage 월 보험료	12
섹션 4.1	귀하의 보험료는 얼마인가?	12
섹션 5	귀하는 파트 D “지연 등록 벌칙금”을 납부해야 하는가?	13
섹션 5.1	파트 D “지연 등록 벌칙금”이란 무엇인가?	13
섹션 5.2	파트 D “지연 등록 벌칙금”은 얼마인가?	13
섹션 5.3	일부 상황에서는 늦게 등록하고도 벌칙금을 납부하지 않을 수 있습니다.....	14
섹션 5.4	파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 동의하지 않는 경우 무엇을 할 수 있는가?.....	15

제 1 장. 회원으로서 시작하기

섹션 6	귀하의 소득 때문에 추가 파트 D 금액을 납부해야 합니까?.....	15
섹션 6.1	누가 소득 때문에 추가 파트 D 금액을 납부하는가?.....	15
섹션 6.2	추가 파트 D 금액은 얼마인가?.....	16
섹션 6.3	추가 파트 D 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우 무엇을 할 수 있는가?.....	16
섹션 6.4	추가 파트 D 금액을 납부하지 않으면 어떻게 되는가?.....	16
섹션 7	월 보험료에 대한 추가 정보	16
섹션 7.1	플랜 보험료를 납부할 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다	17
섹션 7.2	연도 중에 우리가 귀하의 월 보험료를 변경할 수 있는가?	18
섹션 8	귀하의 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하십시오	19
섹션 8.1	우리가 귀하에 대한 정확한 정보를 갖도록 돕는 방법	19
섹션 9	우리는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호합니다	20
섹션 9.1	우리는 귀하의 건강 정보가 보호되도록 합니다	20
섹션 10	다른 보험이 우리 플랜과 어떻게 협력하는가.....	20
섹션 10.1	귀하에게 다른 보험이 있을 때 어느 플랜이 먼저 지불하는가?	20

섹션 1 소개

섹션 1.1 귀하를 Medicare HMO 인 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 등록되었습니다

귀하는 Medicare 에 의해 보장되며, Medicare 의료 서비스와 처방약 보장을 당사 플랜인 Clever Care Balance Medicare Advantage 를 통해 받기로 선택하셨습니다.

Medicare 건강 보험에는 여러 유형이 있습니다. Clever Care Balance Medicare Advantage 는 Medicare Advantage HMO (HMO 란 건강 유지 기관을 의미) 플랜으로서 Medicare 에 의해 승인되고 사기업에 의해 운영됩니다.

본 플랜에 의거한 보장은 적격 건강 보장(QHC)에 해당되며 환자보호 및 적정가케어법(ACA)의 개별 책임 공유 요건을 만족합니다. 자세한 정보는 국세청(IRS) 웹사이트(www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)를 참조하십시오.

섹션 1.2 보장 범위 증명서 브로셔는 무엇에 대해 설명하는가?

이 *보장 범위 증명서* 브로셔는 우리 플랜을 통해 보장되는 귀하의 Medicare 의료 서비스와 처방약을 받는 방법에 대해 설명합니다. 이 브로셔는 귀하의 권리와 책임, 보장 대상 및 플랜 회원으로서의 본인 부담금에 대해 설명합니다.

“보장” 및 “보장되는 서비스” 란 용어는 Clever Care Balance Medicare Advantage 회원으로서 귀하가 이용할 수 있는 의료 및 서비스와 처방약을 가리킵니다.

플랜 규칙은 무엇이고 어떤 서비스를 이용할 수 있는지에 대해 아는 것이 중요합니다. 잠시 시간을 내어 이 *보장 범위 증명서* 브로셔를 검토하시기 바랍니다.

혼란스럽거나 우려 사항이 있거나 질문이 있는 경우에는 우리 플랜의 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 1.3 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

보장 범위 증명서는 귀하와의 계약에 속합니다

이 *보장 범위 증명서*는 Clever Care Balance Medicare Advantage가 귀하의 케어를 어떻게 보장하는 지에 대한 당사와 귀하와의 계약에 속합니다. 이 계약서의 다른

제 1 장. 회원으로서 시작하기

부분들로는 귀하의 등록 양식, *보장 대상 의약품 목록(처방집)* 및 귀하의 보장 범위 또는 그러한 보장 범위에 영향을 미치는 조건의 변경에 대해 귀하가 우리에게서 받는 고지 등이 있습니다. 이러한 고지는 때때로 “부칙” 또는 “개정”으로 불립니다.

계약은 귀하가 Clever Care Balance Medicare Advantage에 등록된 2022년 1월 1일 ~ 12월 31일 사이의 달 동안에 유효합니다.

각 역년에 Medicare는 당사가 제공하는 플랜에 대해 우리가 변경하는 것을 허용합니다. 이는 Clever Care Balance Medicare Advantage의 비용 및 혜택을 당사가 2022년 12월 31일 이후에 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한 우리는 2022년 12월 31일 이후에 플랜 제공을 중단하거나 다른 서비스 지역에서 제공하는 것을 선택할 수도 있습니다.

Medicare 는 각 연도에 우리의 플랜을 승인해야 합니다

Medicare (Medicare & Medicaid 서비스 센터) 는 매년 Clever Care Balance Medicare Advantage를 승인해야 합니다. 귀하는 당사가 해당 플랜을 계속 제공하기로 선택하고 Medicare가 플랜 승인을 갱신하는 한 우리 플랜의 회원으로서 Medicare 보장을 계속 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 회원이 될 수 있는 자격은 무엇인가?**섹션 2.1 자격 요건**

우리 플랜의 회원이 될 수 있는 자격 요건:

- 귀하가 Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 를 모두 갖고 있음(섹션 2.2 가 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 에 대해 설명함)
- -- 그리고 -- 귀하가 우리의 지리적 서비스 지역에 거주함 (아래 섹션 2.3 이 우리의 서비스 지역에 대해 설명함).
- -- 그리고 -- 귀하가 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있음

섹션 2.2 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 란 무엇인가?

Medicare 에 최초로 가입하였을 때 귀하는 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 에 의거하여 어떤 서비스가 보장되는지에 대한 안내를 받았습니다. 기억할 사항:

- Medicare 파트 A 는 일반적으로 (입원환자 서비스, 전문 요양 시설 또는 재택 보건 기관을 위한) 병원이 제공하는 서비스를 보장합니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

- Medicare 파트 B 는 대부분의 다른 의료 서비스 (예: 의사의 서비스, 재택 주입 요법 및 기타 외래환자 서비스)와 특정 품목(예: 내구성 의료 장비(DME) 및 용품)을 위한 것입니다.

섹션 2.3 다음은 Clever Care Balance Medicare Advantage 를 위한 플랜 서비스 지역입니다

Medicare 는 연방 프로그램이지만 Clever Care Balance Medicare Advantage 는 당사 플랜 서비스 지역에 거주하는 사람들만 이용할 수 있습니다. 우리 플랜의 회원 자격을 유지하려면 이 플랜 서비스 지역에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

우리의 서비스 지역에는 캘리포니아주의 다음 카운티들이 포함됩니다. Los Angeles, Orange 및 San Diego

이 서비스 지역 밖으로 이사할 계획인 경우에는 고객센터팀에 연락하십시오.(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 이사하는 경우, 특별 등록 기간을 통해 Original Medicare 로 전환하거나 귀하의 새로운 지역에서 이용할 가능한 Medicare 건강 보험 또는 약 보험에 등록할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우 사회보장국에 연락하는 것도 중요합니다. 사회보장국 전화번호와 연락처 정보를 제 2 장, 섹션 5 에서 찾아볼 수 있습니다.

섹션 2.4 미국 시민권자 또는 합법적 거주

Medicare 건강 보험의 회원은 미국 시민권자이거나 합법적 거주자여야 합니다. 귀하가 이 기준에서 회원 자격을 유지할 수 없게 되면 Medicare(Medicare & Medicaid 서비스 센터)는 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 통보할 것입니다. 귀하가 이 요건을 충족하지 않는 경우 Clever Care Balance Medicare Advantage 는 귀하의 등록을 해지해야 합니다.

섹션 3 귀하는 당사로부터 어떤 다른 자료를 받을 것인가?**섹션 3.1 귀하의 플랜 멤버십 카드 - 이 카드를 사용하여 모든 보장 대상 서비스와 처방약을 받음**

귀하가 우리 플랜의 회원인 동안, 귀하는 이 플랜에 의해 보장되는 서비스와 네트워크 약국에서 받는 처방약을 위해 우리 플랜을 위한 귀하의 멤버십 카드를 사용해야 합니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

또한 해당되는 경우, 귀하의 Medicaid 카드도 서비스 제공자에게 제시해야 합니다.
 귀하의 멤버십 카드 샘플:

 Clever Care Balance MEDICARE ADVANTAGE (HMO) EFFECTIVE DATE: 01/01/2021		IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER	
MEMBER NAME John Doe MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (00000)		CUSTOMER SERVICE (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (800) 926-3004 MediImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108	
PCP NAME Dr. Carol Clever (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Physician Associates		PROFESSIONAL CLAIMS Send to Medical Group/Network PROVIDER SUPPORT Prior Authorization & Claims: (714) 650-8770 Clever Care 660 W Huntington Dr, Suite 200 Arcadia, CA 91007 Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: Nations Hearing (866) 304-7577 Vision: Eye Med (866) 483-4733	
COPAYMENTS PCP VISIT: \$ SPECIALIST VISIT: \$ URGENT CARE: \$ ER: \$		HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (833) 253-8373	
MedicareRx Prescription Drug Coverage RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: CLC01 H7607-000-000		Printed: 01/01/2021	

귀하가 이 플랜의 회원인 동안, 보장되는 의료 서비스를 위해 귀하의 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드를 사용하지 마십시오. Clever Care Balance Medicare Advantage 멤버십 카드 대신에 Medicare 카드를 사용하는 경우, 귀하는 의료 서비스 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수도 있습니다. 귀하의 Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 병원 서비스, 호스피스 서비스를 필요로 하거나 통상적인 연구에 참여하는 경우 그 카드를 제시하도록 요구될 수 있습니다.

이것이 그렇게 중요한 이유: 귀하가 어떤 플랜의 회원인 동안 Clever Care Balance Medicare Advantage 멤버십 카드 대신에 귀하의 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드를 사용해 보장 대상 서비스를 받는 경우, 귀하는 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수도 있습니다.

플랜 멤버십 카드가 손상, 분실 또는 도난 당한 경우 즉시 고객센터팀에 전화하면 새로운 카드를 보내드릴 것입니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

섹션 3.2 서비스 제공자 명부: 플랜 네트워크에 속한 모든 서비스 제공자에 대한 가이드

서비스 제공자 명부에는 우리 네트워크에 속한 서비스 제공자들이 열거되어 있습니다.

“네트워크에 속한 서비스 제공자”란 무엇인가?

네트워크에 속한 서비스 제공자란 지불 전액으로서 우리의 지불 및 플랜 비용 분담액을 수락하기로 우리와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급자, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 우리는 플랜의 회원들에게 보장 대상 서비스를 제공하기 위해 이러한 서비스 제공자들을 마련하였습니다. 최신 서비스 제공자 목록은 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 입수할 수 있습니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기**어느 서비스 제공자들이 우리 네트워크에 속하는지를 왜 알 필요가 있는가?**

귀하가 우리 플랜의 회원인 동안, 제한적 예외와 함께, 귀하는 의료 케어 및 서비스를 받기 위해 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 하기 때문에 어느 서비스 제공자들이 우리 네트워크에 속하는 지를 아는 것이 중요합니다. 유일한 예외는 응급, 네트워크를 사용할 수 없을 때 긴급히 필요한 서비스(일반적으로, 귀하가 지역 밖에 있을 때), 지역외 투석 서비스 및 Clever Care Balance Medicare Advantage 가 네트워크 외 서비스 제공자 이용을 승인한 경우입니다. 응급, 네트워크 외 및 지역외 보장에 대한 구체적 정보는 제 3 장(*의료 서비스를 위한 본 플랜의 보장 활용하기*)을 참조하십시오.

*서비스 제공자 명부*가 없는 경우, 고객센터스팀에 1 부를 요청할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 우리의 네트워크 내 서비스 제공자에 대해 그들의 자격을 포함한 자세한 정보를 고객센터스팀에 요청할 수 있습니다. 또한 *서비스 제공자 명부*를 ko.clevercarehealthplan.com/provider 에서 확인하거나 이 웹사이트에서 다운로드할 수 있습니다. 고객센터스팀과 이 웹사이트는 우리의 네트워크 내 서비스 제공자 변동에 대한 최신 정보를 제공할 수 있습니다.

섹션 3.3**약국 명부: 우리 네트워크에 속한 약국들에 대한 가이드****“네트워크 내 약국”이란 무엇인가?**

네트워크 내 약국은 우리 플랜 회원을 위해 보장 대상 처방약을 짓기로 합의한 모든 약국들입니다.

네트워크 내 약국에 대해 왜 알 필요가 있는가?

*약국 명부*에서 귀하가 이용하기 원하는 네트워크 내 약국을 찾아볼 수 있습니다. 내년도를 위한 우리의 약국 네트워크에 변동이 있습니다. 최신 약국 디렉터리는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy 에 수록되어 있습니다. 또한 귀하는 고객센터스에 전화하여 업데이트된 서비스 제공자 정보를 요구하거나 *약국 명단*을 우송하도록 요구할 수 있습니다. 어느 약국이 우리 네트워크에 있는지 2022 년도 *약국 명단*에서 확인하십시오.

*약국 명부*가 없는 경우, 고객센터스팀에서 1 부를 받을 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 언제든지 고객센터스팀에 전화하여 약국 네트워크 변동에 대한 최신 정보를 받아볼 수 있습니다. 이 정보는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy 에서도 찾아볼 수 있습니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기**섹션 3.4 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)**

플랜에는 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*이 있습니다. 우리는 그것을 줄여서 “의약품 목록”이라고 합니다. Clever Care Balance Medicare Advantage 에 포함된 파트 D 혜택에 의거 어느 파트 D 처방약이 보장되는 지에 대해 설명합니다. 이 목록 상의 약들은 본 플랜이 의사 및 약국들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정합니다. 이 목록은 Medicare 가 정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare 는 Clever Care Balance Medicare Advantage 의약품 목록을 승인해 왔습니다.

또한 의약품 목록은 귀하의 약에 대한 보장을 제한하는 규칙이 있는지도 말해줍니다.

우리는 귀하에게 의약품 목록 1 부를 제공할 것입니다. 보장되는 약에 대한 완전한 최신 정보를 입수하려면 플랜의 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com/formulary)를 방문하거나 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 3.5 파트 D 혜택 설명(“파트 D EOB”): 귀하의 파트 D 처방약을 위한 지불 요약 보고서

파트 D 처방약 혜택을 이용하는 경우, 우리는 귀하가 파트 D 처방약을 이해하고 지불액을 추적하도록 돕기 위해 요약 보고서를 보내드릴 것입니다. 이 요약 보고서를 *파트 D 혜택 설명*(즉 “파트 D EOB”)이라고 부릅니다.

*파트 D 혜택 설명*은 귀하의 파트 D 처방약에 대해 귀하, 귀하를 대신한 타인 및 당사가 지출한 총액과 파트 D 혜택이 이용된 각 월 동안 각각의 파트 D 처방약을 위해 지불된 총액에 대해 알려줍니다. 파트 D EOB 는 귀하가 복용한 약에 대해 가격 인상 및 기타 유용할 수 있는 분담액이 저렴한 다른 약에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 귀하는 이러한 저가 옵션에 대해 귀하의 처방자와 상의해야 합니다. 제 6 장(*파트 D 처방약을 위한 본인 부담금*)은 *파트 D 혜택 설명*과 그것이 귀하의 약 보장을 추적하는 데 어떻게 도움이 될 수 있는 지에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

*파트 D 혜택 설명*은 요청 시에도 제공됩니다. 1 부를 받으려면 고객센터팀에 연락하십시오 (전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 4 Clever Care Balance Medicare Advantage 월 보험료

섹션 4.1 귀하의 보험료는 얼마인가?

당사 플랜의 회원으로서 귀하는 월 보험료를 납부합니다. 2022 년의 Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) 월 보험료는 \$33.20 입니다. 또한 귀하는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 다른 제 3 자가 귀하를 대신하여 파트 B 보험료를 납부하지 않은 한).

일부 상황에서는 귀하의 보험료가 더 적을 수 있습니다

자원이 제한된 사람들의 약 비용 지불을 돕는 프로그램이 있습니다. “추가 도움” 프로그램은 자원이 제한된 사람들의 약 비용 지불을 돕습니다. 제 2 장, 섹션 7 에서 이 프로그램에 대해 자세히 설명합니다. 귀하가 자격이 있는 경우 프로그램에 등록하면 월 플랜 보험료가 낮아질 수 있습니다.

이/미 등록하여 이러한 프로그램 중 하나의 도움을 받고 있는 경우, **본 보험 증빙의 보험료에 대한 정보가 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.** 우리는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내었으므로, 귀하의 약 보장에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우, 고객센터시스템에 연락하여 “LIS 특약”을 요청하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

일부 상황에서는 귀하의 보험료가 더 많을 수 있습니다

일부 상황에서는 귀하의 보험료가 위의 섹션 4.1 에 기재된 액수보다 더 많을 수 있습니다. 그러한 상황이 아래에 설명되어 있습니다.

- 일부 회원은 자신이 최초로 유자격자가 되었을 때 Medicare 약 플랜에 가입하지 않았기 때문에 또는 자신이 연속 63 일 이상 기간 동안 “신뢰할 만한” 처방약 보장을 갖고 있지 않았기 때문에 파트 D **지연 등록 벌칙금**을 납부할 것이 요구됩니다. (“신뢰할 만한”이란 해당 약 보장이 평균적으로, 적어도, Medicare 의 표준적 처방약 보장만큼 지불할 것이 기대되는 것을 의미합니다.) 이러한 회원의 경우, 파트 D 지연 등록 벌칙금이 플랜의 월 보험료에 추가됩니다. 그들의 보험료 액수는 월 보험료 + 파트 D 지연 등록 벌칙금이 될 것입니다.
 - 파트 D 지연 등록 벌칙금 납부가 요구되는 경우, 지연 등록 벌칙금 액수는 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 귀하가 얼마나 오랫동안 지냈느냐에 달려 있습니다. 제 1 장, 섹션 5 는 파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 설명합니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

- 파트 D 지연 등록 벌칙금이 있는데 납부하지 않으면 플랜에서 등록이 해제될 수 있습니다.
- 일부 회원의 경우 2 년 전 자신의 IRS 세무 신고서에 특정액 이상의 수정 조정 총소득을 가졌기 때문에 파트 D 소득 관련 월 조정액, 즉 IRMAA 로도 알려진 추가 부과금을 납부하도록 요구할 수 있습니다. IRMAA 납부 대상 회원은 표준 보험료 금액과 이 추가 부과금을 납부해야 하기 때문에, 그것은 보험료에 추가될 것입니다. 제 1 장, 섹션 6 은 IRMAA 를 더욱 자세히 설명합니다.

섹션 5 귀하는 파트 D “지연 등록 벌칙금”을 납부해야 하는가?**섹션 5.1 파트 D “지연 등록 벌칙금”이란 무엇인가?**

참고: 처방약 지불을 위해 Medicare 로부터 “추가 도움”을 받는 경우에는 지연 등록 벌칙금을 납부하지 않을 것입니다.

지연 등록 벌칙금은 파트 D 보험료에 추가되는 금액입니다. 귀하의 최초 등록 기간이 경과한 후 어느 때에 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63 일 이상의 기간이 있으면 파트 D 지연 등록 벌칙금 부과 대상이 될 수 있습니다. (“신뢰할 만한 처방약 보장”이란 평균적으로 적어도 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해줄 것으로 예상되므로 Medicare 의 최소 기준을 충족하는 보장을 말합니다.) 지연 등록 벌칙금 액수는 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 귀하가 얼마나 오랫동안 지냈느냐에 달려 있습니다. 파트 D 보장을 받는 한 이 벌칙금을 납부해야 합니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금은 월 보험료에 추가됩니다. 귀하가 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 처음 등록할 때 당사에서 벌칙금 액수를 알려드립니다. 귀하의 파트 D 지연 등록 벌칙금은 귀하의 플랜 보험료로 간주됩니다.

섹션 5.2 파트 D “지연 등록 벌칙금”은 얼마인가?

이 벌칙금의 액수는 Medicare 가 결정합니다. 결정 방법:

- 먼저 귀하가 Medicare 약 플랜에 등록할 자격이 있는 후 등록을 지체한 만월의 수를 계수합니다. 또는 보장 단절이 63 일 이상이었던 경우, 신뢰할 만한 처방약 보장이 없었던 만월의 수를 계수합니다. 벌칙금은 신뢰할 만한 보장이 없었던 매월에 대해 1%입니다. 예컨대, 보장 없이 14 개월을 지낸 경우, 벌칙금은 14%입니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

- 그러면 Medicare 가 전년도로부터 전국의 Medicare 약 플랜을 위한 평균 월 보험료 액수를 결정합니다. 2022 년의 경우, 이 평균 보험료 액수는 \$33.37 입니다.
- 귀하의 월 별칙금을 계산하려면 별칙금 퍼센트와 평균 월 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10 센트로 반올림합니다. 여기의 예에서 그것은 14% 곱하기 \$33.37 하면 \$4.67 가 됩니다. 이것을 반올림하면 \$4.70 가 됩니다. 이 액수를 월 보험료에 추가하면 **누군가의 파트 D 지연 등록 별칙금이 될 것입니다.**

이 월 파트 D 지연 등록 별칙금에 대해 주목해야 할 세 가지 중요 사항:

- 첫째, 평균 월 보험료가 매년 변경될 수 있기 때문에 **별칙금은 매년 변경될 수 있습니다.** (Medicare 가 결정하는) 전국 평균 보험료가 인상되는 경우, 귀하의 별칙금도 인상될 것입니다.
- 둘째, 귀하가 플랜을 변경하는 경우에도 Medicare 파트 D 약 혜택이 있는 플랜에 등록되어 있는 한 매월 **별칙금을 계속 납부해야 합니다.**
- 셋째, 귀하가 65 세 미만이고 현재 Medicare 혜택을 받고 있는 경우, 파트 D 지연 등록 별칙금은 귀하가 65 세가 될 때 재설정될 것입니다. 65 세 이후 파트 D 지연 등록 별칙금은 Medicare 연령을 위한 귀하의 최초 등록 기간 후 보장을 갖지 않은 개월 수에만 근거할 것입니다.

섹션 5.3 일부 상황에서는 늦게 등록하고도 별칙금을 납부하지 않을 수 있습니다

귀하가 최초로 자격이 되었을 때 Medicare 파트 D 보장을 제공하는 플랜에 등록을 지연한 경우에도 때로는 파트 D 지연 등록 별칙금을 납부할 필요가 없습니다.

다음 상황의 경우에는 지연 등록 별칙금을 납부할 필요가 없습니다.

- 귀하가 평균적으로 적어도 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼 많이 지불할 것이 예상되는 처방약 보장을 이미 갖고 있는 경우가 여기에 해당됩니다. Medicare 는 이것을 “**신뢰할 만한 약 보장**” 이라고 합니다. 참고:
 - 신뢰할 만한 보장으로는 전 고용주 또는 노조, TRICARE, 또는 원호청의 약 보장이 있을 수 있습니다. 귀하의 보험사 또는 인사부는 귀하의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지를 매년 알려드릴 것입니다. 이 정보는 서한으로 귀하에게 발송되거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 귀하가 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 이 정보가 필요할 수 있으므로 그것을 보관하십시오.
 - 참고: 귀하의 건강 보장이 끝날 때 “신뢰할 만한 보증 증서”를 받는 경우, 그것은 귀하의 처방약 보장이 신뢰할 만한 것임을 의미하지

제 1 장. 회원으로서 시작하기

않을 수 있습니다. 통지서는 귀하가 Medicare 의 표준 처방약 플랜이 지불하는 것만큼 많이 지불할 것이 예상되는 “신뢰할 만한” 처방약 보장을 가졌음을 언급해야 합니다.

- 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 *아닙니다*.
- 신뢰할 만한 보장에 대한 추가 정보는 *Medicare & You 2022* 핸드북을 참조하거나 Medicare 의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호로 통화하는 것은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.
- 신뢰할 만한 보장이 없었지만 연속 63 일 미만으로 없이 지냈던 경우.
- Medicare 로부터 “추가 도움” 을 받고 있는 경우.

섹션 5.4	파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 동의하지 않는 경우 무엇을 할 수 있는가?
---------------	---

귀하가 파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 지연 등록 벌칙금에 대한 결정의 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로, 귀하는 이 검토를 귀하가 지연 등록 벌칙금을 납부해야 함을 언급한 최초 서한을 받은 날로부터 **60 일 이내에** 요청해야 합니다. 우리 플랜에 가입하기 전에 어떤 벌칙금을 납부하고 있었던 경우, 귀하는 그 지연 등록 벌칙금의 검토를 요청할 다른 기회가 없을 수 있습니다. 이를 하는 방법에 대한 안내는 고객센터시스템에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 6	귀하의 소득 때문에 추가 파트 D 금액을 납부해야 합니까?
-------------	---

섹션 6.1	누가 소득 때문에 추가 파트 D 금액을 납부하는가?
---------------	-------------------------------------

2 년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액과 소득 관련 월 조정액, 즉 IRMAA 를 납부할 것입니다. IRMAA 는 귀하의 보험료에 추가되는 추가 부과금입니다.

추가 금액을 납부해야 하는 경우, 귀하의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 그 추가 액수는 얼마이고 어떻게 납부하는지를 설명하는 서한을 귀하에게 보낼 것입니다. 추가 금액은 귀하의 월 혜택 급여가 납부해야 할 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 한 귀하가 보험료를 평소에 어떻게 납부하던 사회보장국, 철도 퇴직자 위원회 또는 인사관리실 급여 수표에서 원천 징수될 것입니다. 귀하의 급여 수표가 추가 금액을

제 1 장. 회원으로서 시작하기

충당하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 Medicare 로부터 청구서를 받을 것입니다. 귀하는 추가 금액을 정부에 납부해야 합니다. 그것은 귀하의 월 보험료와 함께 납부할 수 없습니다.

섹션 6.2 추가 파트 D 금액은 얼마인가?

귀하의 IRS 세무 신고서에 신고된 수정 조정 총소득(MAGI)이 특정액 이상인 경우, 귀하는 월 보험료에 추가하여 일정액을 납부할 것입니다. 귀하의 소득에 근거해 납부해야 할 수 있는 추가 금액에 대한 자세한 정보를 위해 www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html 을 방문하십시오.

섹션 6.3 추가 파트 D 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우 무엇을 할 수 있는가?

귀하의 소득으로 인한 추가 금액 납부에 대해 동의하지 않는 경우 귀하는 사회보장국에 해당 결정의 검토를 요구할 수 있습니다. 이를 하는 방법에 대한 안내는 사회보장국의 1-800-772-1213(TTY 1-800-325-0778)번으로 요청하십시오.

섹션 6.4 추가 파트 D 금액을 납부하지 않으면 어떻게 되는가?

귀하의 Medicare 파트 D 보장을 위한 추가 금액은 (귀하의 Medicare 플랜이 아닌) 정부에 직접 납부됩니다. 귀하가 법률에 의해 추가 금액 납부가 요구되는 데 납부하지 않으면 귀하는 해당 플랜에서 등록이 해제되어 처방약 보장을 상실할 것입니다.

섹션 7 월 보험료에 대한 추가 정보**많은 회원들이 다른 Medicare 보험료 납부가 요구됩니다**

많은 회원들은 월 플랜 보험료를 외에도 기타 Medicare 보험료를 납부해야 합니다. 위의 섹션 2 에서 설명한 바와 같이 우리 플랜을 위한 자격이 되려면 귀하는 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 를 모두 갖고 있어야 합니다. 일부 플랜 회원(무보험료 파트 A 를 위한 자격이 없는 회원)은 Medicare 파트 A 를 위한 보험료를 납부합니다. 대부분의 플랜 회원은 Medicare 파트 B 를 위한 보험료를 납부합니다. **귀하가 이 플랜의 회원 자격을 유지하려면 Medicare 보험료 납부를 지속해야 합니다.**

2 년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액과 소득 관련 월 조정액, 즉 IRMAA 을 납부할 것입니다. IRMAA 는 귀하의 보험료에 추가되는 추가 부과금입니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

- 추가 금액 납부가 요구되는 데 납부하지 않으면 귀하는 해당 플랜에서 등록이 해제되어 처방약 보장을 상실할 것입니다.
- 추가 금액을 납부해야 하는 경우, 귀하의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 그 추가 액수는 얼마인지를 설명하는 서한을 귀하에게 보낼 것입니다.
- 소득에 근거한 파트 D 보험료에 대한 자세한 정보는 이 브로셔의 제 1 장, 섹션 6 을 참조하십시오. 또한 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하거나 하루 24 시간, 주 7 일 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해도 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다. 또는 사회보장국의 1-800-772-1213 번으로 전화해도 됩니다. TTY 사용자는 1-800-325-0778 번으로 전화하셔야 합니다.

Medicare & You 2022 핸드북은 “2022 Medicare 비용” 섹션에서 Medicare 보험료에 대한 정보를 제공합니다. 이 섹션은 다양한 소득의 사람들에게 Medicare 파트 B 보험료와 파트 D 보험료가 어떻게 다른지에 대해 설명합니다. Medicare 를 보유한 사람은 모두 매년 가을에 *Medicare & You 2022* 핸드북을 1 부 받습니다. Medicare 신규 가입자는 최초 가입 후 한 달 이내에 받습니다. 또한 *Medicare & You 2022* 핸드북을 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드할 수도 있습니다. 또는 인쇄본을 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화로 하루 24 시간, 주 7 일 주문할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

섹션 7.1 플랜 보험료를 납부할 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다

귀하의 플랜 보험료를 납부할 수 있는 방법은 3 가지입니다.

- 수표
- 자동 납부(본인의 은행 계좌에서 기원)
- SSA 공제

귀하의 보험료 납부 방식을 변경하기로 결정하는 경우, 새로운 납부 방식이 발효하는 데 최대 3 개월이 걸릴 수 있습니다. 새로운 납부 방식을 위한 귀하의 요청을 처리하는 동안 귀하는 보험료를 제때에 납부해야 할 책임이 있습니다.

옵션 1: 수표로 납부할 수 있습니다

우리 플랜에 직접 납부하기로 선택한 경우, 귀하는 매월 대략 5 일에 우리에게서 월 청구서를 받을 것입니다. 납부금은 해당 월의 마지막 역일까지 수납되어야 합니다. 귀하는 또한 보험료를 머니오더 또는 자기앞 수표로 납부할 수 있습니다. 귀하의 월 청구서와 함께 제공된 납부 바우처를 첨부하고 수표에 본인의 Clever Care ID 번호를 기재하십시오.

수표의 수취인을 *Clever Care Health Plan* 으로 하여 다음 주소로 우송해야 합니다.

Clever Care Health Plan
Attention: Finance Department
660 W Huntington Drive
Suite 200
Arcadia, CA 91007

귀하의 수표가 잔고 부족(NSF) 수표인 경우, 귀하는 NSF 수표 관련 수수료에 대한 책임이 있습니다.

옵션 2: 귀하의 은행 계좌에서 기원한 ACH 납부금으로 납부할 수 있습니다

귀하는 본인의 은행(당좌 또는 저축) 계좌에서 기원한 ACH 납부금을 우리에게 보내는 것을 선택할 수 있습니다. Clever Care 에 대한 ACH 납부를 설정하려면 귀하의 은행에 연락하십시오. 귀하의 월 청구서에서 Clever Care 은행 계좌 번호와 경로 번호를 찾아볼 수 있습니다.

옵션 3: 귀하는 월별 사회 보장 수표에서 플랜 보험료를 공제할 수 있습니다

귀하는 월별 사회 보장 수표에서 플랜 보험료를 공제할 수 있습니다. 이 방식으로 귀하의 보험료를 납부하는 방법에 대한 상세 안내는 고객센터팀에 문의하십시오. 우리는 귀하가 이 방식을 수립하도록 도울 것입니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부하는 데 어려움이 있는 경우 어떻게 할 것인가

귀하의 플랜 보험료는 보장되는 월 말까지 당사 사무실에 납부되어야 합니다. 해당 월의 말 일까지 당사가 귀하의 보험료를 받지 않으면 귀하의 파트 D 지연 등록 벌칙금이 지체되었음을 알리는 통지서를 보내드립니다.

섹션 7.2	연도 중에 우리가 귀하의 월 보험료를 변경할 수 있는가?
---------------	--

변호 당사는 연도 중에 플랜의 월별 플랜 보험료에 청구되는 금액을 변경할 수 없습니다. 다음 해를 위한 월 보험료가 변경되는 경우 우리는 9 월에 통보하고 변경은 1 월 1 일부로 발효될 것입니다.

그러나 경우에 따라서 귀하가 납부해야 하는 보험료의 일부가 연도 중에 변경될 수 있습니다. 이는 귀하가 연도 중에 “추가 도움” 프로그램을 위한 자격을 얻는 경우 또는 “추가 도움” 프로그램을 위한 자격을 상실하는 경우에 발생합니다. 회원이 처방약 비용에 대해 “추가 도움”의 자격이 있는 경우 “추가 도움” 프로그램은 회원의 월별 플랜

제 1 장. 회원으로서 시작하기

보험료의 일부를 납부합니다. 연도 중에 자격을 상실하는 회원은 월 보험료 전액을 납부하기 시작해야 합니다. “추가 도움” 프로그램에 대해서는 제 2 장, 섹션 7 에 상세히 설명되어 있습니다.

섹션 8 귀하의 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지하십시오

섹션 8.1 우리가 귀하에 대한 정확한 정보를 갖도록 돕는 방법

멤버십 기록에는 귀하의 주소와 전화번호 등 귀하의 등록 양식에서 기원한 정보가 들어있습니다. 멤버십 기록은 귀하의 주치의와 의료 그룹/IPA 를 포함한 구체적 플랜 보장을 보여줍니다.

플랜의 네트워크에 속한 의사, 병원, 약사 및 기타 서비스 제공자들은 귀하에 대한 정확한 정보를 보유할 필요가 있습니다. 이러한 네트워크 내 서비스 제공자들은 귀하의 멤버십 기록을 통해 귀하를 위해 어떤 서비스와 약이 보장되는지와 비용 부담액을 알 수 있습니다. 이 때문에 우리가 귀하의 정보를 최신 상태로 유지하도록 귀하가 돕는 것이 매우 중요합니다.

다음과 같은 변경 사항에 대해 알려주십시오.

- 귀하의 성명, 주소 또는 전화번호의 변경
- 귀하가 갖고 있는 다른 건강보험 보장(귀하의 고용주, 배우자의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid 의 보장 같은 것)의 변경
- 자동차 사고로 인한 클레임 같은 책임 클레임을 갖고 있는 경우
- 요양원에 입원한 경우
- 지역외 또는 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 지정된 책임 당사자(예: 의료인)가 변경되는 경우
- 귀하가 임상 연구에 참여하고 있는 경우

이러한 정보가 변경되는 경우 고객센터에 전화하여 알려주십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우 사회보장국에 통보하는 것도 중요합니다. 사회보장국 전화번호와 연락처 정보는 제 2 장, 섹션 5 에서 찾아볼 수 있습니다.

귀하가 갖고 있는 다른 보험 보장에 대해 우리가 보내드리는 정보를 숙독하십시오

Medicare 는 우리가 귀하로부터 귀하가 갖고 있는 다른 의료 또는 약 보험 보장에 대한 정보를 수집할 것을 요구합니다. 그것은 우리가 귀하가 갖고 있는 다른 보장을 우리

제 1 장. 회원으로서 시작하기

플랜에 의거한 귀하의 혜택과 조율해야 하기 때문입니다. (귀하가 다른 보험을 갖고 있을 때 우리 보장이 어떻게 작용하는지에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

1 년에 한 번 우리는 우리가 파악하고 있는 다른 의료 또는 약 보험 보장을 열거한 서한을 보내드릴 것입니다. 이 정보를 숙독하십시오. 정보가 정확하다면 아무런 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 부정확한 경우 또는 기재되지 않은 다른 보장이 있는 경우에는 고객센터시스템에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 9 우리는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호합니다**섹션 9.1 우리는 귀하의 건강 정보가 보호되도록 합니다**

연방 및 주 법률은 귀하의 의료 기록 및 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호합니다. 우리는 이러한 법률이 요구하는 대로 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

어떻게 우리가 귀하의 개인 건강 정보를 보호하는 지에 대한 자세한 설명은 이 브로셔의 제 8 장, 섹션 1.3 을 참조하십시오.

섹션 10 다른 보험이 우리 플랜과 어떻게 협력하는가**섹션 10.1 귀하에게 다른 보험이 있을 때 어느 플랜이 먼저 지불하는가?**

귀하에게 다른 보험(예: 고용주 단체 건강 보장)이 있을 때, 우리 플랜 또는 귀하의 다른 보험이 먼저 지불하는 지를 결정하는 Medicare 가 정한 규칙이 있습니다. 먼저 지불하는 보험을 “일차 지불자”라고 하며 그 보장의 최대 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험을 “이차 지불자”라고 하며, 일차 보장에 의해 충당되지 않고 남은 비용이 있는 경우에만 지불합니다. 이차 지불자는 충당되지 않은 비용 전부를 지불하지 않을 수 있습니다.

이러한 규칙은 고용주 또는 노조 단체 건강 플랜 보장에 적용됩니다.

- 퇴직자 보장을 갖고 있는 경우, Medicare 가 먼저 지불합니다.
- 귀하의 단체 건강 플랜 보장이 귀하 또는 가족의 현재 취업에 근거한 경우, 누가 먼저 지불하느냐는 귀하의 연령, 귀하의 고용주에 의해 고용된 사람들의 수, 귀하에게 연령, 장애, 또는 말기 신장병(ESRD)에 근거한 Medicare 가 있는지의 여부에 의존합니다.

제 1 장. 회원으로서 시작하기

- 귀하가 65 세 미만이고 장애인이며 귀하 또는 가족이 여전히 일하고 있는 경우, 고용주가 100 명 이상의 피고용인을 갖고 있거나 복수의 고용주 플랜에서 적어도 한 고용주가 100 명 이상의 피고용인을 갖고 있는 경우, 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불합니다.
- 귀하가 65 세 이상이고 귀하 또는 배우자가 여전히 일하고 있는 경우, 고용주가 20 명 이상의 피고용인을 갖고 있거나 복수의 고용주 플랜에서 적어도 한 고용주가 20 명 이상의 피고용인을 갖고 있는 경우, 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불합니다.
- 귀하가 ESRD 때문에 Medicare 를 갖고 있는 경우, 귀하가 Medicare 의 자격이 있게 된 후 첫 30 개월 동안은 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불할 것입니다.

이러한 유형의 보장은 일반적으로 각 유형과 관련된 서비스를 위해 먼저 지불합니다.

- 무과실 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 책임 보험(자동차 보험 포함)
- 진폐증 급여
- 산재 보상

Medicaid 와 TRICARE 는 Medicare 보장 서비스를 위해 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare, 고용주 단체 건강 플랜 및/또는 Medigap 이 지불한 후에만 지불합니다.

귀하에게 다른 보험이 있다면 의사, 병원 및 약국에 말씀하십시오. 누가 먼저 지불하는지에 대해 의문이 있거나 본인의 다른 보험 정보를 업데이트할 필요가 있는 경우, 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 귀하의 청구서가 정확하게, 그리고 정시에 납부되도록 본인의 플랜 회원 ID 번호를 다른 보험사에 제공할 필요가 있을 수 있습니다(귀하가 그들의 정체를 확인한 후에).

제 2 장

중요 전화번호
및 리소스

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

섹션 1	Clever Care Balance Medicare Advantage 연락처 (플랜의 고객서비스팀에 연락하는 방법을 포함하여 당사에게 연락하는 방법).....	24
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 얻는 방법).....	31
섹션 3	주 건강보험 지원 프로그램 (Medicare 에 대한 무료 도움, 정보 및 질문에 대한 답변).....	33
섹션 4	품질 개선 조직 (Medicare 와 함께 사람들을 위한 케어의 품질에 대해 체크하도록 Medicare 가 지급).....	35
섹션 5	사회보장국	36
섹션 6	Medicaid(Medi-Cal) (소득과 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 합동 프로그램).....	37
섹션 7	사람들의 처방약 지불을 돕는 프로그램에 대한 정보	38
섹션 8	철도 퇴직자 위원회에 연락하는 방법	41
섹션 9	“단체 보험” 또는 기타 고용주의 건강보험을 갖고 있습니까?	42

섹션 1 Clever Care Balance Medicare Advantage 연락처 (플랜의 고객센터시스템에 연락하는 방법을 포함하여 당사에게 연락하는 방법)

우리 플랜의 고객센터시스템에 연락하는 방법

클레임, 청구서 또는 회원 카드 문제 관련 도움이 필요한 경우, Clever Care Balance Medicare Advantage 고객센터시스템에 전화하거나 서한을 보내십시오. 우리는 기꺼이 귀하를 도울 것입니다.

방법	고객서비스팀 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(657) 276-4720
우편	Clever Care Health Plan 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스**귀하의 의료에 대한 보장 결정을 요청할 때 우리에게 연락하는 방법**

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 귀하의 의료 서비스를 위해 지불할 액수에 대해 내리는 결정입니다. 귀하의 의료에 대한 보장 결정을 요청하는 데 대한 안내는 제 9 장(*문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)*)에 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

우리의 보장 결정 프로세스에 대한 질문이 있는 경우, 우리에게 전화할 수 있습니다.

방법	의료 서비스를 위한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(657) 276-4719
우편	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

방법	의료 서비스를 위한 보장 결정 - 연락처 정보
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

귀하의 의료에 대한 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법

이의 제기란 우리가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 귀하의 의료에 대해 이의를 제기하는 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	의료 서비스를 위한 이의 제기 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(657) 276-4715
우편	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com/our-members

귀하의 의료에 대한 불만을 제기할 때 우리에게 연락하는 방법

귀하는 본인의 케어 품질에 대한 불만을 포함하여 우리 또는 우리 네트워크 내 서비스 제공자 중 하나에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 이런 종류의 불만에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다. (귀하의 문제가 플랜의 보장 또는 지불에 대한 것인 경우에는 위의 이의 제기에 대한 섹션을 참조해야 합니다.) 귀하의 의료에 대해 불만을 제기하는 데 대한 안내는 제 9 장(*문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)*)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	의료에 대한 불만 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(657) 276-4715
우편	Clever Care Health Plan Grievance & Appeals 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
MEDICARE 웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com/appeals

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스**귀하의 파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청할 때 우리에게 연락하는 방법**

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해 또는 귀하의 플랜에 포함된 파트 D 혜택에 의거 보장된 처방약을 위해 우리가 지불할 액수에 대해 내리는 결정입니다. 귀하의 파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청하는 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	파트 D 처방약을 위한 보장 결정 - 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(858) 790-6060
우편	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
웹사이트	medimpact.com

귀하의 파트 D 처방약에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법

이의 제기란 우리가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 귀하의 파트 D 처방약에 대한 이의를 제기하는 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	파트 D 처방약에 대한 이의 제기 - 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(858) 790-6060
우편	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
웹사이트	medimpact.com

귀하의 파트 D 처방약에 대해 불만을 제기할 때 우리에게 연락하는 방법

귀하는 본인의 케어 질에 대한 불만을 포함하여 우리 또는 우리 네트워크 내 약국 중 하나에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 이런 유형의 불만에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다. (귀하의 문제가 플랜의 보장 또는 지불에 대한 것인 경우에는 위의 이의 제기에 대한 섹션을 참조해야 합니다.) 귀하의 파트 D 처방약에

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

대해 불만을 제기하는 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	파트 D 처방약에 대한 불만 – 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(858) 790-6060
우편	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
MEDICARE 웹사이트	귀하는 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 대한 불만 사항을 Medicare 에 제출할 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 가십시오.

귀하가 받은 의료 또는 약을 위한 우리의 비용 몫을 지불하도록 요구하는 요청서를 보낼 곳

우리에게 상환을 요청하거나 서비스 제공자로부터 받은 청구서를 지불하도록 요구할 필요가 있는 상황에 대한 자세한 정보는 제 7 장(보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요청하기)를 참조하십시오.

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

참고: 귀하가 지불 요청서를 우리에게 보냈는데 우리가 귀하 요청 중 어느 부분을 거부하는 경우, 귀하는 우리 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 정보는 제 9 장 (문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

방법	지불 요청 - 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 휴일이나 근무시간 외에 받은 메시지는 1 근무일 이내에 회답합니다.
팩스	(858) 790-6060
우편	MedImpact Healthcare Systems, Inc. PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
웹사이트	medimpact.com

섹션 2**Medicare**

(연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 얻는 방법)

Medicare 는 65 세 이상의 사람들, 65 세 미만의 일부 장애인 및 말기 신장병 (투석 또는 신장 이식이 요구되는 영구 신부전) 환자를 위한 연방 건강보험 프로그램입니다.

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

Medicare 를 담당하는 연방 기관이 Medicare & Medicaid 서비스 센터(“CMS”)입니다. 이 기관은 우리를 포함하여 Medicare Advantage 기관들과 계약합니다.

방법	Medicare – 연락처 정보
전화	1-800-MEDICARE, 또는 1-800-633-4227 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 하루 24 시간, 주 7 일.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다.

방법	Medicare – 연락처 정보
웹사이트	www.medicare.gov 이것은 Medicare 를 위한 공식 정부 웹사이트입니다. 이 웹사이트는 Medicare 와 현재의 Medicare 생점에 대한 최신 정보를 제공합니다. 또한 병원, 요양원, 의사, 재가 보건 기관 및 투석 시설에 대한 정보도 제공합니다. 포함된 브로셔는 귀하가 컴퓨터에서 직접 인쇄할 수 있습니다. 귀하 주의 Medicare 연락처 정보도 찾아볼 수 있습니다. Medicare 웹사이트에는 다음 툴들과 함께 귀하의 Medicare 자격 및 등록 옵션에 대한 자세한 정보도 들어 있습니다. • Medicare 자격 툴: Medicare 자격 지위 정보를 제공합니다. • Medicare 플랜 파인더: 귀하 지역의 가용 Medicare 처방약 플랜, Medicare 건강 플랜 및 Medigap (Medicare 보충 보험)에 대한 맞춤 정보를 제공합니다. 이 툴들은 여러 Medicare 플랜에서 귀하의 본인 부담 비용에 대한 추산치를 제공합니다. 이 웹사이트를 이용해 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 대해 귀하가 갖고 있는 불만 사항을 Medicare 에 제출할 수도 있습니다. • 귀하의 불만 사항을 Medicare 에 제출: 귀하는 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 대한 불만 사항을 Medicare 에 직접 제출할 수 있습니다. Medicare 에 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 가십시오. Medicare 는 귀하의 불만 사항을 진지하게 취급하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용할 것입니다. 귀하에게 컴퓨터가 없는 경우, 지역 도서관 또는 시니어 센터의 컴퓨터를 사용해 이 웹사이트를 방문할 수 있을 것입니다. 또는 Medicare 에 전화하여 귀하가 어떤 정보를 찾고 있는지 말할 수 있습니다. 그들은 웹사이트에서 정보를 찾아 인쇄하여 귀하에게 보내줄 것입니다. (Medicare 의 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다.)

섹션 3 주 건강보험 지원 프로그램 (Medicare 에 대한 무료 도움, 정보 및 질문에 대한 답변)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에 속련된 카운슬러를 두고 있는 정부 프로그램입니다. 캘리포니아주의 경우, SHIP 은 Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP)이라고 합니다.

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

HICAP 은 (어떤 보험 회사 또는 건강 보험과도 연결되지 않은) 독립 기관입니다. 이는 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다.

HICAP 카운슬러는 귀하의 Medicare 질문이나 문제와 관련하여 귀하를 도울 수 있습니다. 그들은 귀하가 자신의 Medicare 권리를 이해하고, 귀하의 의료 서비스 또는 치료에 대해 불만 사항을 제기하는 것을 돕고 귀하의 Medicare 청구서 관련 문제를 시정하도록 도울 수 있습니다. 또한 HICAP 카운슬러는 귀하가 Medicare 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답할 수 있습니다.

SHIP 및 기타 리소스에 액세스하는 방법:

- www.medicare.gov 를 방문합니다
- 상단 메뉴의 맨 오른쪽에 있는 “양식, 도움말, 리소스”를 클릭합니다
- 드롭다운에서 “전화번호 및 웹사이트”를 클릭합니다
- 이제 몇 가지 옵션이 있습니다
 - 옵션 #1: 라이브 채팅을 가질 수 있습니다
 - 옵션 #2: 하단 메뉴에서 “주제” 중 하나를 클릭할 수 있습니다
 - 옵션 #3: 드롭다운 메뉴에서 본인의 상태를 선택하여 GO 를 클릭할 수 있습니다. 그러면 귀하의 상태에 해당되는 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

방법	HICAP (California SHIP)
전화	(800) 434-0222
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

섹션 4 품질 개선 조직

(Medicare 와 함께 사람들을 위한 케어의 품질에 대해
체크하도록 Medicare 가 지급)

각 주에서 Medicare 수혜자들에게 서비스를 제공하기 위해 지정된 품질 개선 조직이 있습니다. 캘리포니아주의 경우, 품질 개선 조직은 Livanta 입니다.

Livanta 에는 연방 정부에서 비용을 지급하는 의사 및 기타 보건 전문가들로 구성된 단체가 있습니다. 이 조직은 Medicare 와 함께 사람들을 위한 케어의 품질에 대해 체크하고 개선하도록 Medicare 가 비용을 지급합니다. Livanta 는 독립된 조직입니다. 이 조직은 우리 플랜과 연결되어 있지 않습니다.

귀하는 다음과 같은 상황에서는 Livanta 와 접촉해야 합니다.

- 본인이 받은 케어의 품질에 대한 불만 사항이 있다.
- 입원을 위한 보장이 너무 속히 끝나고 있다고 생각된다.
- 재택 건강 케어, 전문 요양 시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 보장이 너무 속히 끝나고 있다고 생각된다.

방법	Livanta (캘리포니아주의 경우, 품질 개선 조직)
전화	(877) 588-1123 월요일~금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시; 토요일 및 일요일, 오전 11 시 ~ 오후 3 시; 공휴일, 오전 7 시 ~ 오후 3:30.
TTY	(855) 887-6668 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	www.livantaqio.com

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 를 위한 자격을 결정하고 등록을 처리합니다. 65 세 이상이거나, 장애인이거나 말기 신장병이 있고 특정 조건을 충족하는 미국 시민권자와 합법적 영주권자는 Medicare 를 위한 자격이 있습니다. 귀하가 이미 사회보장국 수표를 받고 있다면 Medicare 등록은 자동으로 처리됩니다. 사회보장국 수표를 받고 있지 않다면 귀하가 Medicare 에 등록해야 합니다. Medicare 를 신청하려면 사회보장국에 전화하거나 지역의 사회보장국 사무소를 방문하시기 바랍니다.

사회보장국은 고소득자이기 때문에 본인의 파트 D 약 보장을 위해 누가 추가 금액을 납부해야 하는지를 결정해야 할 책임도 있습니다. 사회보장국으로부터 귀하가 추가 금액을 납부해야 한다는 통지서를 받았는데 그 금액에 대한 질문이 있는 경우 또는 삶을 바꾸는 사건 때문에 본인의 소득이 감소한 경우, 귀하는 사회보장국에 재고를 요청할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우, 사회보장국에 통보하는 것이 중요합니다.

방법	사회보장국 – 연락처 정보
전화	(800) 772-1213 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 근무 시간: 월요일~금요일, 오전 7 시 ~ 오후 7 시. 사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 얻고 일부 업무는 하루 24 시간 수행할 수 있습니다.
TTY	(800) 325-0778 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 근무 시간: 월요일~금요일, 오전 7 시 ~ 오후 7 시.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid(Medi-Cal) (소득과 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 합동 프로그램)

Medicaid 는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 합동 프로그램입니다. 캘리포니아주의 경우, 이 프로그램을 Medi-Cal 이라고 합니다. Medicare 를 갖고 있는 일부 사람들은 Medi-Cal 을 위한 자격도 있습니다

또한 Medicare 를 갖고 있는 일부 사람들이 Medicare 보험료 같은 본인의 Medicare 비용을 지불하도록 돕는 Medi-Cal 을 통해 제공되는 프로그램들도 있습니다. 이러한 “Medicare 절약 프로그램”은 소득과 자원이 제한된 사람들이 매년 돈을 절약하도록 돕습니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 기타 분담 비용(예: 본인 부담액, 공동보험금 및 분담금)에 대한 지불을 돕습니다. (QMB 를 가진 일부 사람들은 완전 Medicaid 혜택 (QMB+) 을 받을 자격도 있습니다.)
- **지정된 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료 지불을 돕습니다. (SLMB 를 가진 일부 사람들은 완전 Medicaid 혜택 (SLMB+) 을 받을 자격도 있습니다.)
- **유자격자(QI):** 파트 B 보험료 지불을 돕습니다.
- **적격 장애인 및 근로자(QDWI):** 파트 A 보험료 지불을 돕습니다.

Medi-Cal 과 그 프로그램들에 대해 자세히 알아보려면 캘리포니아주 보건부 (DHCS)에 문의하십시오.

방법	Medi-Cal - 보건부 시행 (캘리포니아주의 Medicaid 프로그램) - 연락처 정보
전화	(800) 541-5555 근무 시간: 월요일~금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시.
TTY	(800) 735-2922 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.

방법	Medi-Cal - 보건부 시행 (캘리포니아주의 Medicaid 프로그램) - 연락처 정보
우편	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

섹션 7 사람들의 처방약 지불을 돕는 프로그램에 대한 정보

Medicare 의 “추가 도움” 프로그램

Medicare 는 소득과 자원이 제한된 사람들을 위해 처방약 비용을 지불하기 위한 “추가 도움” 을 제공합니다. 자원에는 저축과 주식이 포함되지만 집이나 자동차는 포함되지 않습니다. 자격이 되면 Medicare 약 플랜의 월 보험료, 년 본인 부담액 및 처방 분담금을 위한 지불에 도움을 받습니다. 이 “추가 도움”은 본인 부담 비용에도 계상됩니다.

일부 사람들은 자동으로 “추가 도움”의 자격이 되기 때문에 신청할 필요가 없습니다. Medicare 는 자동으로 “추가 도움” 의 자격이 되는 사람들에게 서한을 우송합니다.

처방약 보험료 및 비용에 대해 “추가 지원”을 받을 수 있습니다. “추가 지원”을 받을 수 있는 자격이 되는지 여부는

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 연중무휴 24 시간 전화할 수 있습니다.
- 사회보장국 사무소: 1-800-772-1213, 월요일~금요일, 오전 7 시 ~ 오후 7 시. TTY 사용자는 1-800-325-0778(신청)번으로 전화하거나 또는
- 주 Medicaid 사무소(신청)(연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조).

본인이 “추가 지원” 자격이 된다고 생각하는데 어떤 약국에서 처방약을 받을 때 부정확한 비용 분담액을 지불하고 있다고 생각하시는 경우, 우리 플랜은 귀하가 본인의 적절한 분담금 수준의 증거를 득하는 데 있어서 지원을 요청할 수 있도록 하거나, 귀하가 이미 증거를 갖고 있는 경우, 이 증거를 우리에게 제공할 수 있도록 하는 프로세스를 확립하였습니다.

- 상기 문서를 제공할 수 없는데 귀하가 추가 도움을 위한 자격이 있을 수 있다고 믿는 경우, 이 브로셔 뒷 표지에 인쇄된 전화번호로 고객센터시스템에 전화하시면 담당자가 도와드릴 것입니다.

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

- 귀하의 분담금 수준을 나타내는 증거를 받으면 우리는 귀하가 약국에서 다음 처방약을 받을 때 정확한 분담금을 지불할 수 있도록 우리 시스템을 업데이트할 것입니다. 귀하가 분담금을 초과 지불하는 경우, 우리는 귀하에게 이를 상환할 것입니다. 우리는 초과 지불액을 수표로 귀하에게 보내거나 향후의 분담금에서 차감할 것입니다. 약국이 귀하에게서 분담금을 징수하지 않고 귀하의 부채로서 귀하의 분담금을 부담하는 경우, 우리는 약국에 직접 지불할 수 있습니다. 어떤 주가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 우리는 해당 주에 직접 지불할 수 있습니다. 질문이 있는 경우에는 고객센터에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램

Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램은 “추가 도움” 을 받지 않는데 보장 범위 격차에 도달한 파트 D 회원에게 상표약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 상표약의 경우, 제조업체가 제공하는 70% 할인은 격차에서의 비용을 위한 조제 수수료는 제외합니다. 회원은 상표약을 위해 협상된 가격의 25%와 조제 수수료의 일부를 지불합니다.

보장 범위 격차에 도달하면, 우리는 귀하의 약국이 처방약을 위해 귀하에게 청구할 때 할인을 자동으로 적용할 것이며 귀하의 파트 D 혜택 설명(파트 D EOB)이 제공된 할인을 표시할 것입니다. 귀하가 지불하는 금액과 제조업체에 의해 할인된 금액은 귀하가 지불한 것처럼 귀하의 본인 부담 비용에 계상되어 귀하를 보장 범위 격차를 통해 이동시킵니다. 본 플랜이 지불하는 금액(5%)은 귀하의 본인 부담 비용에 계상되지 않습니다.

귀하는 복제약을 위한 일부 보장도 받습니다. 보장 범위 격차에 도달하면 본 플랜이 복제약 가격의 75%를 지불하고 귀하는 그 가격의 나머지 25%를 지불합니다. 복제약의 경우, 본 플랜이 지불하는 금액(75%)은 귀하의 본인 부담 비용에 계상되지 않습니다. 귀하가 지불하는 금액만 계상되어 귀하를 보장 범위 격차를 통해 이동시킵니다. 또한, 조제 수수료는 약 비용의 일부로 포함됩니다.

Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램은 전국적으로 시행됩니다. 우리 플랜은 보장 범위 격차 단계 동안에 추가 격차 보장을 제공하기 때문에 귀하의 본인 부담 비용은 때때로 여기 설명된 비용보다 더 낮을 것입니다. 보장 범위 격차 단계 동안 귀하의 보장에 대한 자세한 설명은 제 6 장, 섹션 6 을 참조하십시오.

우리 플랜은 일부 인슐린을 위한 추가 격차 보장을 제공합니다. 보장 범위 격차 단계에서 선정된 인슐린을 위한 귀하의 본인 부담 비용은 \$0-\$35 분담금입니다. 보장 범위 격차 단계 동안 귀하의 보장에 대한 자세한 설명은 제 6 장, 섹션 2.1 을 참조하십시오. 참고: 이 비용 분담은 약에 대한 지급을 돕는 프로그램(“추가 도움”)의 자격이 없는 수혜자들에게만 적용됩니다. 어느 약이 특정 인슐린인지 확인하려면 우리가 전자적으로 제공한 최신 의약품

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

목록을 참조하십시오. 의약품 목록에 대한 질문이 있는 경우, 고객센터팀에 문의해도 됩니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

복용하고 있는 약을 위한 할인의 가용성에 대해, 또는 일반적으로 Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램에 대한 질문이 있는 경우, 고객센터팀에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

**귀하가 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)의 보장을 갖고 있는 경우?
AIDS 의약품 지원 프로그램 (ADAP)이란?**

AIDS 의약품 지원 프로그램 (ADAP)은 HIV/AIDS 를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. ADAP 에 의해서도 보장되는 Medicare 파트 D 처방약은 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다. 캘리포니아주 AIDS 연구실이 귀하의 ADAP 입니다.

참고: 귀하 주에서 시행되는 ADAP 를 위한 자격이 되려면 개인은 주 거주 및 HIV 지위, 주정부가 정의한 저소득 및 미보험/저보험 지위의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다.

귀하가 현재 ADAP 에 등록되어 있는 경우, 그것은 ADAP 처방집의 약을 위한 Medicare 파트 D 처방약 비용 분담 지원을 귀하에게 계속 제공할 수 있습니다. 귀하의 Medicare 파트 D 플랜 명칭 또는 증서 번호의 변경이 있으면 이 지원을 계속 확실히 받기 위해 귀하 지역의 ADAP 등록 담당자에게 이를 통보하십시오.

방법	캘리포니아주 AIDS 연구실 - 연락처 정보
전화	(844) 421-7050 월요일 - 금요일, 오전 8 시 - 오후 5 시(공휴일 제외)
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	Office of AIDS California Department of Public Health MS 7700 PO Box 997426 Sacramento, CA 95899-7426
웹사이트	cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

자격 기준, 보장 대상 약 또는 본 프로그램 가입 방법에 대한 정보를 위해서는 1-844-421-7050 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 지원을 받기 위해 전화번호 711 로 전화할 수 있습니다.

**처방약 비용 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 도움”을 받으면 어떻게 되는가?
할인을 받을 수 있는가?**

아닙니다. “추가 도움”을 받으면 귀하는 보장 범위 격차 동안에 이미 처방약 비용을 위한 보장을 받고 있는 것입니다.

할인을 받지 않는데 할인을 받아야 한다고 생각되면 어떻게 하는가?

보장 범위 격차에 도달했는데 상표약을 위해 지불할 때 할인을 받지 않았다고 생각되면 귀하의 다음 *파트 D 혜택 설명*(파트 D EOB) 통지서를 검토해야 합니다. 귀하의 *파트 D 혜택 설명*에 할인이 나타나지 않으면, 귀하는 우리에게 연락하여 본인의 처방약 기록이 정확하고 최신 상태인지 확인해야 합니다. 귀하가 할인 대상이라는 데 우리가 동의하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하는 이의를 제기하는 데 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)(전화번호는 이 장의 섹션 3에 나와 있음)으로부터 도움을 받거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 도움을 받을 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 8 철도 퇴직자 위원회에 연락하는 방법

철도 퇴직자 위원회는 전국의 철도 근로자와 그 가족들을 위한 종합 혜택 프로그램을 시행하는 독립된 연방 기관입니다. 철도 퇴직자 위원회의 혜택 관련 질문이 있는 경우, 그 기관에 연락하십시오.

철도 퇴직자 위원회를 통해 귀하의 Medicare 를 받는다면 귀하가 이사하거나 우편 주소가 바뀌는 경우 그들에게 알리는 것이 중요합니다.

제 2 장. 중요 전화번호 및 리소스

방법	철도 퇴직자 위원회 - 연락처 정보
전화	(877) 772-5772 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 월요일, 화요일, 목요일, 금요일의 오전 9:00 ~ 오후 3:30 및 수요일의 오전 9:00 ~ 오후 12:00 에 “0”을 누르면 RRB 직원과 통화할 수 있습니다. 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24 시간 “1”을 누르면 RRB 의 자동 헬프라인에 액세스하여 녹음된 정보를 입수할 수 있습니다.
TTY	(312) 751-4701 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료가 <i>아닙니다</i> .
웹사이트	rrb.gov/

섹션 9 “단체 보험” 또는 기타 고용주의 건강보험을 갖고 있습니까?

귀하(또는 배우자)가 귀하(또는 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 단체로부터 이 플랜의 일환으로 혜택을 받는 경우, 질문이 있다면 귀하는 고용주/노조 혜택 관리자 또는 고객서비스팀에 전화할 수 있습니다. 귀하는 귀하(또는 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 건강 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 대해 질문할 수 있습니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.) 또한 이 플랜에 의거한 귀하의 Medicare 보장 관련 질문은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)에 제기할 수 있습니다.

귀하(또는 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통한 다른 처방약 보장을 갖고 있는 경우, **해당 단체의 혜택 관리자**에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 귀하의 현재 처방약 보장이 우리 플랜과 어떻게 협력할 것인지를 귀하가 판단하도록 도울 수 있습니다.

제 3 장

의료 서비스를 위해
플랜의 보장을 활용하기

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기**제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기**

섹션 1	우리 플랜의 회원으로서 귀하의 의료 서비스를 보장 받는 데 대해 알아야 할 사항	46
섹션 1.1	“네트워크 내 서비스 제공자” 및 “보장 대상 서비스”란 무엇인가? ..	46
섹션 1.2	본 플랜에 의해 보장되는 의료 서비스를 받기 위한 기본 규칙	46
섹션 2	플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기	48
섹션 2.1	귀하는 본인의 의료 서비스를 제공하고 감독할 주치의(PCP)를 선정해야 합니다.....	48
섹션 2.2	PCP로부터 사전 승인을 받지 않고 어떤 종류의 의료 서비스를 이용할 수 있는가?	50
섹션 2.3	전문의 및 네트워크 내 다른 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받는 방법.....	50
섹션 2.4	네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받는 방법	52
섹션 3	보장 대상 서비스를 응급 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때 또는 재난 시에 받는 방법.....	52
섹션 3.1	응급시 진료 받기	52
섹션 3.2	서비스를 위한 긴급한 필요성이 있을 때의 진료 받기.....	54
섹션 3.3	재난시 진료 받기	54
섹션 4	귀하가 보장 대상 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면?	55
섹션 4.1	귀하는 보장 대상 서비스의 비용 중 우리 몫을 우리가 지불하도록 요구할 수 있습니다	55
섹션 4.2	서비스를 우리 플랜이 보장하지 않으면 귀하가 전액을 지불해야 합니다	55
섹션 5	귀하가 “임상 연구”에 참가할 때 본인의 의료 서비스는 어떻게 보장되는가?.....	56
섹션 5.1	“임상 연구”란 무엇인가?	56
섹션 5.2	귀하가 임상 연구에 참여하는 경우, 누가 무엇에 대해 지불하는가? ..	57
섹션 6	보장되는 케어를 “종교적 비의학적 보건 기관”에서 받기 위한 규칙	58
섹션 6.1	종교적 비의학적 보건 기관이란 무엇인가?.....	58
섹션 6.2	종교적 비의학적 보건 기관에서 진료 받기	58

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

섹션 7	내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙	59
섹션 7.1	우리 플랜에 의거 특정 횟수의 지불 후 귀하가 내구성 의료 장비를 소유할 것인가?.....	59
섹션 8	산소 장비, 용품 및 정비를 위한 규칙	60
섹션 8.1	귀하는 어떤 산소 혜택의 권리가 있는가?	60
섹션 8.2	귀하의 비용 분담액은? 36 개월 후에 바뀔 것인가?	60
섹션 8.3	귀하의 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 로 복귀하면 어떻게 되는가?	61

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기**섹션 1 우리 플랜의 회원으로서 귀하의 의료 서비스를 보장 받는 데 대해 알아야 할 사항**

이 장은 본 플랜을 사용하여 귀하의 의료 서비스를 보장 받기 위해 알아야 할 사항에 대해 설명합니다. 용어의 정의를 제공하고 본 플랜이 보장하는 의학적 치료, 서비스 및 기타 케어를 받기 위해 준수해야 할 규칙에 대해 설명합니다.

우리 플랜이 어떤 의료 서비스를 보장하고 귀하가 이 케어를 받을 때 얼마나 지불하는지에 대한 세부 사항은 다음 제 4 장의 혜택 차트(*의료 혜택 차트, 보장되는 것과 귀하가 지불하는 것*)를 참조하십시오.

섹션 1.1 “네트워크 내 서비스 제공자” 및 “보장 대상 서비스”란 무엇인가?

우리 플랜의 회원으로서 귀하를 위해 보장되는 케어 및 서비스를 귀하가 어떻게 받는지를 이해하는 데 도움이 될 수 있는 일부 정의들이 여기에 나와 있습니다.

- **“서비스 제공자”**는 의료 서비스와 케어를 제공하도록 주정부에 의해 면허가 허가된 의사 및 기타 보건 전문가들입니다. “서비스 제공자”란 용어는 병원과 기타 보건 시설도 포함합니다.
- **“네트워크 내 서비스 제공자”**란 지불 전액으로서 우리의 지불 및 플랜 비용 분담액을 수락하기로 우리와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 우리는 플랜의 회원들에게 보장 대상 서비스를 제공하기 위해 이러한 서비스 제공자들을 영입하였습니다. 당사 네트워크 내의 서비스 제공자는 귀하에게 제공하는 케어에 대하여 직접 당사에 청구합니다. 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자를 찾아가면 귀하는 서비스에 대한 비용의 귀하 몫만 지불합니다.
- **“보장 대상 서비스”**는 우리 플랜에 의해 보장되는 모든 의료, 보건 서비스, 용품 및 장비를 포함합니다. 귀하의 의료에 대한 보장 대상 서비스가 제 4 장의 혜택 차트에 열거되어 있습니다.

섹션 1.2 본 플랜에 의해 보장되는 의료 서비스를 받기 위한 기본 규칙

Medicare 건강 플랜으로서 Clever Care Balance Medicare Advantage는 Original Medicare에 의해 보장되는 모든 서비스를 보장해야 하고 Original Medicare의 보장 규칙을 준수해야 합니다.

Clever Care Balance Medicare Advantage는 일반적으로 다음 조건 하에서 귀하의 의료 서비스를 보장할 것입니다.

- 귀하가 받는 케어가 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있습니다(이 차트는 이 브로셔의 제 4 장에 나와 있음).

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

- **귀하가 받는 케어가 의학적으로 필요한 것으로 간주됩니다.** “의학적으로 필요한”이란 서비스, 용품 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 관행 표준을 충족함을 의미합니다.
- **귀하의 네트워크 내 주치의(PCP)가 케어를 제공하고 감독합니다.** 우리 플랜의 회원으로서 귀하는 네트워크 내 PCP 를 선정해야 합니다(이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.1 참조).
 - 대부분의 상황에서 귀하의 네트워크 내 PCP 가 사전 승인을 제공해야 귀하는 플랜의 네트워크 내에 있는 전문의, 병원, 전문 요양 시설 또는 재가 의료 기관 같은 다른 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 “의뢰”라고 합니다. 이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.3 을 참조하십시오.
 - 응급 케어 또는 긴급히 필요한 서비스를 위해서는 PCP로부터의 의뢰가 요구되지 않습니다. PCP로부터의 사전 승인 없이 귀하가 받을 수 있는 일부 다른 종류의 케어도 있습니다 (이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.2 참조).
- **귀하는 케어를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받아야 합니다**(이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2 참조). 네트워크 외 서비스 제공자(우리 플랜의 네트워크에 속하지 않은 서비스 제공자)로부터 받는 케어는 대부분의 경우에 보장되지 않을 것입니다. *다음 세 가지는 예외입니다.*
 - 이 플랜은 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 응급 케어 또는 긴급히 필요한 서비스는 보장합니다. 이에 대한 상세 설명과 응급 또는 긴급히 필요한 서비스가 무엇을 의미하는지는 이 장의 섹션 3 을 참조하십시오.
 - Medicare 가 우리 플랜이 보장할 것을 요구하는 의료 서비스를 귀하가 필요로 하는 데 우리 네트워크 내 서비스 제공자가 이 의료 서비스를 제공할 수 없는 경우, 귀하는 이 의료 서비스를 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받을 수 있습니다. 귀하는 네트워크 외 의료 서비스를 모색하기 전에 사전 승인을 득해야 합니다. 승인을 득하는 것과 관련하여 귀하의 PCP 가 도울 수 있습니다. 이 상황에서 귀하는 해당 의료 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는다면 귀하가 지불하는 금액과 동일하게 지불할 것입니다. 네트워크 외 의사를 찾아가기 위한 승인을 받는 데 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.4 를 참조하십시오.
 - 이 플랜은 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 보장합니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

섹션 2 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기

섹션 2.1	귀하는 본인의 의료 서비스를 제공하고 감독할 주치의(PCP)를 선정해야 합니다
---------------	--

“PCP” 란 무엇이고 PCP 는 귀하를 위해 무엇을 하는가?

귀하가 우리 플랜에 가입할 때 귀하는 본인의 주치의(PCP)가 될 서비스 제공자를 선정해야 합니다. PCP 는 보건, 의료 제공 또는 조율에서 귀하의 파트너입니다. 귀하의 PCP 는 주정부 요건을 충족하고 귀하에게 기본적 의료 서비스를 제공하도록 훈련된 의료 전문가입니다. 이에는 가정의, 일반의 및 내과를 전문으로 하는 의사들이 포함됩니다.

PCP가 귀하의 의료 서비스를 제공하고 조율할 것이기 때문에 귀하는 본인의 과거 의료 기록을 모두 귀하의 PCP 진료실로 보내야 합니다. PCP는 귀하가 우리 플랜의 회원으로서 받는 다음과 같은 나머지 보장 대상 서비스도 주선 또는 조율할 것입니다.

- X선
- 실험실 검사
- 요법
- 전문의의 의료
- 병원 입원
- 후속 추적

서비스 “조율”에는 귀하의 의료와 진척 사항에 대한 체크 또는 다른 플랜 서비스 제공자와의 상의가 포함됩니다. 특정 유형의 보장 대상 서비스 또는 용품이 필요한 경우, 귀하는 본인의 PCP로부터 사전에 서면 승인을 받아야 합니다(예: 전문의를 찾아가기 위한 의뢰서 제공).

일부 경우에 귀하의 PCP 또는 전문의 또는 기타 귀하가 찾아가는 서비스 제공자는 특정 유형의 보장 대상 서비스 및 용품을 위해 우리로부터 사전에 승인을 득할 필요가 있을 것입니다. 사전 승인이 요구되는 서비스 및 품목은 이 브로셔의 제4장을 참조하십시오.

PCP 를 어떻게 선정하는가?

Clever Care Health Plan에 가입하면 귀하는 캘리포니아주의 Los Angeles, Orange 및 San Diego 카운티에서 우리 회원들을 위한 의료 서비스 제공자들로 구성된 큰 네트워크를 이용할 수 있을 것입니다. 귀하의 PCP를 선택하려면 당사 웹사이트 www.ko.clevercarehealthplan.com/provider를 방문하여 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 고객센터팀도 귀하가 PCP를 선정하는 것을 도울 수 있습니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

PCP를 선정할 때 귀하의 PCP와 연계된 병원 및 전문의 네트워크도 선택합니다. 의사의 성명과 ID 번호를 적어두십시오. 이 번호는 귀하의 등록 양식에 포함될 필요가 있을 것입니다.

귀하가 플랜에 등록되면 우리는 Clever Care 회원 ID 카드를 보내드릴 것입니다. 귀하를 담당하는 PCP의 성명과 진료실 전화번호는 회원 ID 카드에 인쇄될 것입니다. 귀하가 PCP를 선정하지 않는 경우 또는 이 플랜에서 이용할 수 없는 PCP를 선정하는 경우, 우리는 자동으로 한 명을 귀하에게 지정할 것입니다.

PCP 변경

귀하는 어떤 이유로든, 언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP도 우리 플랜의 서비스 제공자 네트워크를 떠날 수 있기 때문에 귀하가 새로운 PCP를 찾아야 할 수도 있을 것입니다. 많은 PCP들이 사전 정의된 전문의 및 기타 의료 제공자 목록에 액세스할 수 있는 의료 그룹 또는 독립의사협회(IPA)에 가입되어 있습니다. 이러한 의료 그룹/IPA 중에서 PCP를 선정하면 귀하의 PCP는 하위 서비스 제공자 네트워크로 행동하는 이 그룹의 서비스 제공자 및 병원에서 의료 서비스를 모색하도록 귀하에게 지시할 것입니다.

PCP를 변경하려면 고객센터에 연락하십시오. 귀하가 전문의를 찾고 있는지 또는 귀하 PCP의 승인이 필요한 다른 보장 대상 서비스(예: 재택 보건 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 우리에게 알려주십시오. 우리 담당자가 귀하가 전문의 진료 및 기타 귀하가 PCP를 변경할 때 받고 있었던 서비스를 지속할 수 있도록 도울 것입니다. 또한 그들은 귀하가 교체하고자 하는 PCP가 신규 환자를 수락하는지도 확인할 것입니다.

귀하가 새로운 PCP를 동일한 지정된 의료 그룹/IPA에서 선택하기 원하는 경우, 귀하의 요청은 해당 월의 말일 이전에 접수되어야 합니다. 변경 사항은 익월의 첫 날에 발효될 것입니다.

귀하의 PCP를 유지하기 원하지만 그가 가맹된 새로운 의료 그룹/IPA를 선택하거나, 다른 의료 그룹/IPA에 속한 새로운 PCP를 선택하거나, 귀하의 PCP와 의료 그룹/IPA를 변경하기 원하는 경우:

- 해당 월의 25일 또는 그 이전(예: 3월 25일)에 접수된 요청은 익월의 첫 날(4월 1일)에 발효됩니다.
- 해당 월의 25일 이후(예: 3월 26일)에 접수된 요청은 그 다음 달의 첫 날(5월 1일)에 발효됩니다.

각 시나리오에서 귀하에게 새로운 PCP의 성명과 연락처 정보가 표시된 새로운 ID 카드가 발급될 것입니다. 귀하의 ID 카드에 인쇄되어 있지 않은 PCP를 이용하는 경우, 귀하는 더 높은 비용을 부담하거나 귀하의 청구가 거부될 수 있습니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

섹션 2.2	PCP로부터 사전 승인을 받지 않고 어떤 종류의 의료 서비스를 이용할 수 있는가?
---------------	--

아래 열거된 서비스는 PCP로부터 사전 승인을 받지 않고 이용할 수 있습니다.

- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 한 유방 검사, 선별 유방조영상(유방 x-레이), 파파니콜로검사, 골반검사 같은 통상적인 여성 보건 의료.
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 한 독감 예방 접종, COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종, 폐렴 예방 접종.
- 네트워크 내 서비스 제공자의 또는 네트워크 외 서비스 제공자의 응급 서비스
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터의 또는 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없을 때(예: 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있을 때)의 네트워크 외 서비스 제공자로부터의 긴급히 필요한 서비스
- 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. (귀하가 출타 중 유지 투석을 갖도록 우리가 주선할 수 있도록 가능하면 귀하가 서비스 지역을 벗어나기 전에 고객센터팀에 전화해 주십시오. 고객센터팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)
- 귀하의 케어에 대한 요구를 논의하기 위한 네트워크의 플랜 전문가와의 초기 상담. 최초 방문 후의 서비스와 모든 전문의 처치는 사전 승인이 요구될 것입니다.

섹션 2.3	전문 의 및 네트워크 내 다른 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받는 방법
---------------	--

전문 의는 특정 질병 또는 특정 신체 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사를 지칭합니다. 많은 종류의 전문 의들이 있습니다. 다음은 몇 가지 예입니다.

- 암 환자를 위한 종양 전문 의 진료.
- 심장병 환자를 위한 심장 전문 의 진료.
- 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 위한 정형 외과의 진료.

귀하의 PCP가 귀하를 전문 의에게 의뢰할 수 있습니다. 각 PCP에는 의뢰를 위해 이용하는 특정 플랜 전문 의들이 있습니다. 이는 귀하가 선정하는 PCP가 귀하가 만날 수 있는 전문 의들을 결정할 수 있음을 의미합니다. 귀하가 이용하기 원하는 특정 병원이 있다면 귀하의 PCP가 그러한 병원을 이용하는지를 먼저 확인해야 합니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

본 플랜은 귀하가 본인의 케어에 대한 요구를 상의하는 절차 없이 최초 방문을 위해 승인 없이 네트워크 내 전문의를 만나는 것을 허용합니다. 전문의가 더 많은 진료를 위해 귀하가 돌아오기를 원하는 경우, 먼저 더 많은 전문의 방문을 위해 본 플랜으로부터 귀하의 PCP 또는 전문의가 승인(사전 승인)을 득했는지 확인하십시오.

최초 전문의 방문 후의 후속 진료 또는 전문의 처치를 위해 귀하의 PCP 또는 전문의는 Clever Care로부터 사전에 승인을 받을 필요가 있을 것입니다(이를 “사전 승인” 받기라고 함). 사전 승인이란 서비스를 받기 위한 사전 승인입니다. 네트워크 내 일부 의료 서비스는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 우리 플랜으로부터 “사전 승인”을 득하는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스가 제4장, 섹션 2.1의 혜택 차트에 나와 있습니다.

전문의를 후속 진료 및 서비스를 위한 사전 사면 승인을 갖지 않은 경우, 귀하는 그러한 서비스를 위해 본인이 지불해야 할 수 있습니다.

전문의 또는 네트워크 내 다른 서비스 제공자가 우리 플랜을 탈퇴하면 어떻게 되는가?

우리는 연중에 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자가 귀하의 플랜에서 탈퇴할 수 있는 많은 이유가 있지만 귀하의 의사 또는 전문의가 귀하의 플랜을 탈퇴하는 경우에도 귀하는 아래에 요약된 특정 권리와 보호를 갖습니다.

- 우리의 서비스 제공자 네트워크가 연중에 변경될 수는 있지만 Medicare 는 귀하가 유자격 의사 및 전문의를 중단 없이 이용할 수 있도록 우리가 조치할 것을 요구합니다.
- 우리는 귀하가 새로운 서비스 제공자를 선정할 시간이 있도록 귀하에게 적어도 30 일 전에 귀하의 서비스 제공자가 우리 플랜을 탈퇴할 것임을 통보하기 위해 선의의 노력을 할 것입니다.
- 우리는 귀하의 의료 서비스 요구를 지속적으로 관리하기 위해 새로운 유자격 서비스 제공자 선정에서 귀하를 도울 것입니다.
- 귀하가 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며 우리는 그렇게 되도록 하기 위해 귀하와 협력할 것입니다.
- 우리가 귀하의 이전 제공자를 대체하기 위해 유자격 제공자를 제공하지 않았다고 믿으시거나 귀하의 진료가 적절하게 관리되고 있지 않다고 생각하시는 경우, 귀하는 우리 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

- 귀하가 본인의 의사 또는 전문의가 귀하의 플랜을 떠난다는 것을 알게 되면 우리가 귀하의 진료를 관리하기 위해 새로운 제공자를 찾으도록 도울 수 있도록 우리에게 연락해 주십시오.

전문의 또는 네트워크 내 서비스 제공자가 우리 플랜을 탈퇴하기 때문에 귀하가 지원을 필요로 하는 경우 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있는 번호로 고객센터에 전화하십시오.

섹션 2.4	네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받는 방법
---------------	------------------------------------

귀하는 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스를 확보할 수 있습니다(예: 전문 서비스 제공자를 네트워크 내에서는 확보할 수 없을 때). 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받으려면 귀하의 의사가 당 플랜에 승인 요청서를 제출함으로써 그러한 서비스를 위한 사전 서면 승인을 요청해야 합니다.

참고: 회원은 응급 또는 지역 외 긴급 필요 서비스를 위해 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 권리가 있습니다. 또한, 우리 플랜은 플랜 서비스 지역 바깥으로 출타하여 계약된 ESRD 서비스 제공자를 이용할 수 없는 ESRD 회원을 위해 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 인증 투석 시설에서 받아야 합니다.

섹션 3	보장 대상 서비스를 응급 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때 또는 재난 시에 받는 방법
-------------	---

섹션 3.1	응급시 진료 받기
---------------	------------------

“응급”이란 무엇이며 응급시 무엇을 해야 하는가?

“응급”이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 귀하에게 생명 상실, 사지 상실 또는 사지 기능 상실을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다.

응급 상황인 경우:

- 가능한 한 빨리 도움을 받으십시오. 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 앰블런스가 필요한 경우 전화하십시오. 귀하의 PCP로부터 먼저 승인이나 의뢰를 확보할 필요는 없습니다.
- 귀하의 응급에 대해 가능한 한 속히 우리 플랜에 통보하십시오. 우리는 귀하의 응급 진료에 대해 추적 관찰할 필요가 있습니다. 귀하 또는 누군가가 보통

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

48 시간 이내에 귀하의 응급 진료에 대해 우리에게 전화하여 알려야 합니다.
귀하의 Clever Care 회원 ID 카드 뒷면의 전화번호로 전화하십시오.

귀하에게 의학적 응급이 있는 경우 무엇이 보장되는가?

귀하는 보장 대상 응급 진료를 필요할 때마다 받을 수 있습니다. 우리 플랜은 다른 방식으로 응급실에 가는 것이 귀하의 건강을 위협에 빠트릴 수 있는 상황에서는 앰블런스 서비스를 보장합니다. 자세한 정보는 이 브로셔의 제 4 장에 있는 의학적 혜택 차트를 참조하십시오.

또한 당사 플랜은 응급 의료와 미국 및 그 영토 이외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스를 년 \$100,000 까지 보장합니다. 귀하가 지불하는 것에 대한 자세한 정보는 이 브로셔의 제 4 장에 나와 있는 의학적 혜택 차트에서 “응급 의료”와 “긴급하게 필요한 서비스”를 참조하십시오.

귀하에게 응급 상황이 있는 경우, 우리는 귀하의 진료를 관리하고 추적 관찰하기 위해 귀하에게 응급 진료를 제공하고 있는 의사들과 상의할 것입니다. 귀하에게 응급 진료를 제공하고 있는 의사들은 귀하의 상태가 안정적이어서 의학적 응급이 끝난 때를 결정할 것입니다.

응급이 끝난 후에도 귀하는 본인의 상태가 계속 안정적인지 추적 관찰할 권리가 있습니다. 귀하의 추적 관찰 진료는 우리 플랜이 보장할 것입니다. 귀하의 응급 진료를 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 경우, 우리는 귀하의 의학적 조건과 상황이 허용하는 즉시 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하의 진료를 인수하도록 노력할 것입니다.

의학적 응급 상황이 아니었으면 어떻게 되는가?

때때로 귀하에게 의학적 응급 상황이 있는지 알기가 어려울 수 있습니다. 예컨대, 귀하는 본인 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각하여 응급 진료를 위해 내원할 수 있으며, 의사는 그것이 전혀 의학적 응급 상황이 아니라고 말할 수 있습니다. 그것이 응급 상황이 아님이 판명되는 경우, 귀하의 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각한 것이 합리적이었던 한 우리는 귀하의 진료를 보장할 것입니다.

단, 그것이 응급 상황이 *아니었다*고 의사가 말한 후에는 귀하가 추가 진료를 다음 두 가지 방식 중 하나로 받는 경우에 *만* 우리는 추가 진료를 보장할 것입니다.

- 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자에게 가서 추가 진료를 받는 경우.
- – 또는 – 귀하가 받는 추가 진료가 “긴급하게 필요한 서비스”로 간주되고 귀하가 이 긴급하게 필요한 서비스를 받기 위한 규칙을 준수하는 경우(이에 대한 자세한 정보는 아래 섹션 3.2 참조).

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기**섹션 3.2 서비스를 위한 긴급한 필요성이 있을 때의 진료 받기****“긴급하게 필요한 서비스”란 무엇인가?**

“긴급하게 필요한 서비스”란 즉각적인 의학적 진료가 요구되는 비응급, 예기치 못한 의학적 질병, 부상 또는 상태입니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 내 서비스 제공자가 또는 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 활용할 수 없을 때는 네트워크 외 서비스 제공자가 제공할 수 있습니다. 예기치 못한 상태란, 예컨대, 귀하가 갖고 있는 알려진 질병의 예기치 못한 갑작스런 재발입니다.

긴급한 진료 필요성이 있을 때 귀하가 본 플랜의 서비스 지역 내에 있다면?

귀하는 항상 네트워크 내 서비스 제공자로부터 긴급하게 필요한 서비스를 받으려고 노력해야 합니다. 단, 서비스 제공자를 일시적으로 활용할 수 없거나 접근할 수 없고 네트워크를 활용할 수 있게 되었을 때 귀하의 네트워크 내 서비스 제공자로부터 진료를 받기 위해 기다리는 것이 합리적이지 않은 경우, 우리는 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 서비스를 보장할 것입니다.

긴급 진료가 필요한 때에는 귀하의 PCP 또는 의료 그룹에 연락하십시오. 귀하의 PCP 또는 의료 그룹을 활용할 수 없는 경우에는 당사

웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/provider에 나와 있는 서비스 제공자 명부를 참조하십시오. 귀하는 또한 네트워크 내 긴급 진료 시설을 찾거나 이 브로셔의 뒷 표지에 있는 번호로 고객센터팀에 연락할 수 있습니다.

긴급한 진료 필요성이 있을 때 귀하가 본 플랜의 서비스 지역 밖에 있다면?

귀하가 서비스 지역 밖에 있어서 네트워크 내 서비스 제공자로부터 진료를 받을 수 없는 경우, 우리 플랜은 귀하가 어떤 서비스 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 서비스를 보장할 것입니다.

우리 플랜은 미국과 그 영토의 밖에서 받는 긴급, 응급 및 안정화 후 진료로 정의된 서비스 등의 상황 하에서는 미국 밖의 전세계 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 보장합니다. 이 혜택은 년 \$100,000로 제한됩니다. 자세한 정보는 이 브로셔 제 4 장 의료 혜택 차트의 “전세계 응급/긴급 보장 범위”를 참조하거나 이 브로셔 뒷 표지에 기재된 전화번호로 고객센터팀에 연락하십시오.

섹션 3.3 재난시 진료 받기

귀하 주의 지사, 미국 보건복지부 장관 또는 미국 대통령이 귀하 지역에 재난 또는 비상 상태를 선포하는 경우에도 귀하는 여전히 귀하의 플랜으로부터 진료를 받을 권리가 있습니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

재난시 필요한 진료를 받는 방법에 대한 정보는
웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 를 방문하십시오.

일반적으로, 귀하가 재난시 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하의 플랜은 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 네트워크 내 비용 분담으로 받을 수 있도록 할 것입니다. 재난시 네트워크 내 약국을 이용할 수 없는 경우, 귀하는 네트워크 외 약국에서 처방약을 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 제 5 장, 섹션 2.5 를 참조하십시오.

섹션 4 귀하가 보장 대상 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면?

섹션 4.1 귀하는 보장 대상 서비스의 비용 중 우리 몫을 우리가 지불하도록 요구할 수 있습니다

귀하가 보장 대상 서비스에 대해 본인 몫 이상을 지불하였거나 보장 대상 의료 서비스의 전액에 대한 청구서를 받은 경우 취할 조치에 대해서는 제 7 장(*보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 요구하기*)을 참조하십시오.

섹션 4.2 서비스를 우리 플랜이 보장하지 않으면 귀하가 전액을 지불해야 합니다

Clever Care Balance Medicare Advantage 는 의학적으로 필요한 모든 의료 서비스를 보장하며, 이러한 서비스는 본 플랜의 의료 혜택 차트 (이 차트는 이 브로셔의 제 4 장에 있음)에 열거되어 있고, 플랜 규칙에 따라 입수합니다. 귀하는 플랜이 보장하는 서비스가 아니기 때문에 또는 네트워크 외에서 받았는데 승인되지 않았기 때문에 우리 플랜이 보장하지 않는 서비스의 전액을 지불해야 할 책임이 있습니다.

귀하가 고려하고 있는 의학적 서비스 또는 진료에 대해 우리가 지불할지에 대한 의문이 있는 경우, 귀하는 그것을 받기 전에 우리가 그것을 보장할지를 우리에게 물을 권리가 있습니다. 귀하는 이를 또한 서면으로 물을 권리도 있습니다. 귀하의 서비스를 우리가 보장하지 않을 것이라고 말하는 경우, 귀하는 그러한 우리의 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

제 9 장(*귀하가 어떤 문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)을 갖고 있는 경우 어떻게 할 것인가*)에는 귀하가 우리에게서 보장 결정을 원하거나 우리가 이미 내린 결정에 대해 이의를 제기하기 원하는 경우에는 어떻게 할 것인가에 대한 자세한 정보가 있습니다. 또한 귀하는 자세한 정보를 얻기 위해 고객센터팀에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

혜택 제한이 있는 보장 대상 서비스의 경우, 귀하는 해당 유형의 보장 대상 서비스를 위한 귀하의 혜택을 소진한 후 귀하가 받는 서비스의 전액을 지불합니다. 혜택 한도에 도달하면 귀하가 서비스를 위해 지불하는 모든 것은 귀하의 본인 부담 최대액에 계상되지 않을 것입니다. 혜택 한도 및 본인 부담 최대액에 대한 자세한 정보는 제 4 장을 참조하십시오. 귀하가 본인의 혜택 한도 중 얼마나 이미 사용했는지 알기 원할 때는 고객센터시스템에 연락하십시오.

섹션 5 귀하가 “임상 연구”에 참가할 때 본인의 의료 서비스는 어떻게 보장되는가?

섹션 5.1 “임상 연구”란 무엇인가?

임상 연구(“임상 시험”이라고도 함)란 의사와 과학자들이 새로운 암 치료약이 얼마나 잘 듣는지 같은 새로운 유형의 의학적 치료법을 시험하는 한 가지 방법입니다. 그들은 자원자들에게 연구를 도와달라고 요청함으로써 새로운 의학적 치료법 또는 약을 시험합니다. 이런 종류의 연구는 의사와 과학자들이 새로운 접근법이 효과가 있고 안전한지를 확인하도록 돕는 연구 과정의 최종 단계들 중 하나입니다.

모든 임상 연구가 우리 플랜의 회원들에게 열려 있는 것은 아닙니다. Medicare 가 먼저 해당 임상 연구를 승인할 필요가 있습니다. Medicare 가 승인하지 않은 연구에 귀하가 참여하는 경우, *귀하는 그 연구 참여를 위한 모든 비용을 지불해야 할 책임이 있을 것입니다.*

Medicare 가 연구를 승인하면 그 연구에서 일하는 담당자가 귀하에게 연락하여 해당 연구에 대해 자세히 설명하고 연구를 수행하고 있는 과학자들이 정한 요건을 귀하가 충족하는지 확인할 것입니다. 귀하는 연구를 위한 요건을 충족하며, *그리고* 귀하가 연구에 참여한다면 무엇이 발생하는지를 완전히 이해하고 수락하는 한 연구에 참여할 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, 귀하가 해당 연구의 일환으로 받는 보장 대상 서비스에 대한 비용의 대부분은 Original Medicare 가 지불합니다. 귀하가 임상 연구에 있을 때에도 귀하는 우리 플랜에 등록을 유지하고 우리 플랜 내내 귀하의 나머지 진료(연구에 관련되지 않은 진료)를 계속 받을 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하기 원하는 경우, 귀하는 우리 또는 귀하의 PCP 로부터 승인을 받을 필요가 *없습니다.* 임상 연구의 일환으로 귀하의 진료를 제공하는 서비스 제공자가 우리 플랜의 서비스 제공자 네트워크에 속할 필요는 *없습니다.*

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

임상 연구에 참여하기 위해 우리 플랜의 허락을 받을 필요는 없지만, 귀하는 임상 연구 참여를 시작하기 전에 우리에게 통보할 필요는 있습니다.

귀하가 임상 연구 참여를 계획하는 경우, 고객센터팀에 전화하여(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) 귀하가 임상 시험에 참여할 것임을 알려서 본인의 플랜이 지불할 것에 대한 구체적 세부사항을 확인하십시오.

섹션 5.2	귀하가 임상 연구에 참여하는 경우, 누가 무엇에 대해 지불하는가?
---------------	---

Medicare 승인 임상 연구에 참여하는 경우, 귀하는 임상 연구의 일환으로 받는 다음과 같은 통상적 품목 및 서비스를 보장 받습니다.

- 귀하가 연구에 참여하지 않더라도 Medicare 가 지불할 병원 체류를 위한 방값 및 식대.
- 그것이 임상 연구의 일환인 경우 수술 또는 기타 의학적 처치.
- 새로운 치료법의 부작용 및 합병증의 치료.

귀하가 해당 연구의 일환으로 받는 보장 대상 서비스에 대한 비용의 대부분은 Original Medicare 가 지불합니다. Medicare 가 이러한 서비스를 위한 비용 중 자기 몫을 지불한 후에 우리 플랜도 비용 중 자기 몫을 지불할 것입니다. 우리는 Original Medicare 의 비용 분담액과 우리 플랜 회원으로서 귀하의 비용 분담액 사이의 차액을 지불할 것입니다. 이는 귀하가 연구의 일환으로 받는 서비스에 대해 우리 플랜으로부터 그러한 서비스를 받으면 지불할 같은 액수를 지불할 것임을 의미합니다.

비용 분담의 작용 예: 연구의 일환으로서 비용이 \$100 인 검사실 검사를 귀하가 받는다고 가정합니다. 또한 이 검사를 위한 비용 중 귀하의 몫이 Original Medicare 에 의거 \$20 이지만, 해당 검사는 우리 플랜의 혜택에 의거하면 \$10 일 것이라고 가정합니다. 이 경우에, Original Medicare 는 그 검사를 위해 \$80 를 지불할 것이며 우리는 다른 \$10 를 지불할 것입니다. 이는 귀하가 우리 플랜의 혜택에 의거 지불할 금액과 같은 \$10 를 지불할 것임을 의미합니다.

우리가 비용 중 우리 몫을 지불하려면 귀하는 지급 요청서를 제출할 필요가 있을 것입니다. 요청서와 함께 귀하의 Medicare 요약 통지서 또는 기타 귀하가 연구의 일환으로 어떤 서비스를 받았으며 귀하의 부담액은 얼마인지를 나타내는 서류를 우리에게 보낼 필요가 있을 것입니다. 지급 요청서 제출에 대한 자세한 설명은 제 7 장을 참조하십시오.

귀하가 임상 연구에 참여하면 Medicare 나 우리 플랜은 다음을 위해서는 지불하지 않을 것입니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

- 일반적으로, Medicare 는 귀하가 연구에 참여하지 않은 경우에도 Medicare 가 해당 품목 또는 서비스를 보장할 경우가 아닌 한 연구가 시험하고 있는 새로운 품목 또는 서비스를 위해 지불하지 않을 것입니다.
- 연구가 귀하 또는 참가자에게 무료로 제공하는 품목 및 서비스.
- 귀하의 직접적 치료에 사용되는 것이 아닌 데이터 수집을 위해서만 제공되는 품목 또는 서비스. 예컨대, Medicare 는 귀하의 질병이 통상적으로는 1 회의 CT 스캔만 요구할 경우, 연구의 일환으로 수행되는 월례 CT 에 대해서는 지불하지 않을 것입니다.

자세히 알기 원하십니까?

Medicare 웹사이트를 방문해 “Medicare 및 임상 연구” 간행물을 읽거나 다운로드함으로써 임상 연구 참여에 대한 추가 정보를 얻을 수 있습니다. (간행물은 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)에서 입수할 수 있습니다.)

또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 6 보장되는 케어를 “종교적 비의학적 보건 기관”에서 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 보건 기관이란 무엇인가?

종교적 비의학적 보건 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문 요양 시설에서 치료할 질환을 위해 진료를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문 요양 시설에서 치료를 받는 것이 회원의 종교적 신념에 반하는 경우, 우리는 그 대신 종교적 비의학적 보건 기관에서의 진료를 위한 보장을 제공할 것입니다. 귀하는 언제든지 어떤 이유로든 의학적 치료를 추구하기로 선택할 수 있습니다. 이 혜택은 파트 A 입원환자 서비스(비의학적 보건 서비스)를 위해서만 제공됩니다. Medicare 는 종교적 비의학적 보건 기관이 제공한 비의학적 보건 서비스에 대해서만 지불할 것입니다.

섹션 6.2 종교적 비의학적 보건 기관에서 진료 받기

종교적 비의학적 보건 기관에서 진료를 받으려면 귀하는 “제외되지 않는” 의학적 치료를 받는 데 양심적으로 반대한다고 말하는 법적 문서에 서명해야 합니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

- “제외되지 않는” 의학적 케어 또는 치료란 *자발적*이고 연방, 주 또는 현지 법률에 의해 *요구되지 않는* 의학적 케어 또는 치료입니다.
- “제외되는” 의학적 케어 또는 치료란 *자발적이지 않은* 것이고 연방, 주 또는 현지 법률에 의해 *요구되는* 의학적 케어 또는 치료입니다.

우리 플랜의 보장을 받으려면 귀하가 종교적 비의학적 보건 기관으로부터 받는 케어가 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 케어를 제공하는 시설이 Medicare 의 인증을 받아야 함.
- 귀하가 받는 서비스에 대한 우리 플랜의 보장은 케어의 *비종교적* 측면으로 제한됨.
- 귀하가 어떤 시설에서 귀하에게 제공하는 서비스를 이 기관으로부터 받는 경우 다음 조건이 적용됩니다.
 - 귀하는 본인이 입원환자 병원 케어 또는 전문 요양원 케어를 위한 보장 대상 서비스를 받을 수 있도록 할 의학적 질환을 갖고 있어야 함.
 - - 그리고 - 귀하가 시설에 입원하기 전에 우리 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 하며 그렇지 않으면 귀하의 체류는 보장되지 않을 것임.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙

섹션 7.1 우리 플랜에 의거 특정 횟수의 지불 후 귀하가 내구성 의료 장비를 소유할 것인가?

내구성 의료 장비(DME)로는 집에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 산소 장비 및 용품, 휠체어, 워커, 전동 매트리스 시스템, 목발, 당뇨 용품, 음성 발현 기기, IV 주입 펌프, 분무기 및 병원 침상 같은 품목들이 있습니다. 회원은 항상 보형물 같은 특정 품목을 소유합니다. 이 섹션에서 우리는 귀하가 렌트해야 하는 다른 종류의 DME 에 대해 설명합니다.

Original Medicare 에서 특정 유형의 DME 를 렌트하는 사람들은 해당 품목을 위한 분담금을 13 개월 동안 지불한 후에 장비를 소유합니다. 그러나 우리 플랜의 회원으로서 귀하는 본인이 우리 플랜의 회원인 동안 렌트한 DME 품목을 위해 몇 회의 분담금을 지불하였던 해당 품목의 소유권은 취득하지 않을 것입니다. 귀하가 우리 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 하에서 DME 품목을 위해 최대 12 회의 연속 지불을 한 경우에도 귀하는 본인이 우리 플랜의 회원인 동안 해당 품목을 위해 몇 회의 분담금을 지불하였든 소유권은 취득하지 않을 것입니다.

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

귀하가 Original Medicare 로 전환하는 경우 내구성 의료 장비를 위해 본인이 한 지불은 어떻게 되는가?

우리 플랜의 회원인 동안 DME 품목의 소유권을 취득하지 않은 경우, 귀하가 해당 품목을 소유하려면 Original Medicare 로 전환한 후에 새로 연속 13 회 지불을 해야 할 것입니다. 우리 플랜의 회원인 동안 귀하가 지불한 것은 이 13 회 연속 지불에 계상되지 않습니다.

우리 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 하에서 귀하가 DME 품목을 위해 13 회 미만의 지불을 한 경우, 귀하의 이전 지불도 13 회 연속 지불에 계상되지 않습니다. 해당 품목을 소유하려면 귀하가 Original Medicare 로 복귀한 후에 새로운 13 회 연속 지불을 해야 할 것입니다. 귀하가 Original Medicare 로 복귀할 때 이 경우의 예외는 없습니다.

섹션 8 산소 장비, 용품 및 정비를 위한 규칙

섹션 8.1 귀하는 어떤 산소 혜택의 권리가 있는가?

귀하에게 Medicare 산소 장비 보장의 권리가 있다면 귀하가 등록되어 있는 한 Clever Care Balance Medicare Advantage 가 다음을 보장할 것입니다.

- 산소 장비의 렌탈
- 산소 및 산소 내용물의 배송
- 산소 및 산소 내용물의 배송을 위한 튜브 및 관련 산소 액세서리
- 산소 장비의 정비 및 수리

귀하가 Clever Care Balance Medicare Advantage 를 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 요구되지 않는 경우에는 산소 장비를 그 소유자에게 반환해야 합니다.

섹션 8.2 귀하의 비용 부담액은? 36 개월 후에 바뀔 것인가?

Medicare 산소 장비 보장을 위한 귀하의 비용 부담액은 그 비용이 \$500 이하인 경우, 렌탈 금액의 0% 공동보험금입니다. 또는 비용이 매월 \$500 이상인 경우, Medicare 허용 렌탈 금액의 20% 공동보험금입니다.

Clever Care Balance Medicare Advantage 에 36 개월 동안 등록된 후에는 귀하의 비용 부담액은 바뀌지 않을 것입니다.

Clever Care Balance Medicare Advantage 에 등록하기 전에 산소 장비 보장을 위해 36 개월의 렌탈 지불을 했다면 Clever Care Balance Medicare Advantage 에서

제 3 장. 의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 활용하기

귀하의 비용 부담액은 \$500 이상의 장비의 경우, Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금입니다.

섹션 8.3	귀하의 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 로 복귀하면 어떻게 되는가?
---------------	---

Original Medicare 로 복귀하면 새로운 36 개월 사이클이 시작되고, 그것은 5 년마다 갱신됩니다. 예컨대, Clever Care Balance Medicare Advantage 에 가입하기 전에 36 개월 동안 산소 장비를 위한 렌탈 비용을 지불하였고, 12 개월 동안 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 속하였다가 Original Medicare 로 복귀하면 귀하는 산소 장비 보장을 위해 부담액 전액을 지불할 것입니다.

마찬가지로, Clever Care Balance Medicare Advantage 에 등록되어 있는 36 개월 동안 비용을 지불한 다음에 Original Medicare 로 복귀해도 귀하는 산소 장비 보장을 위해 부담액 전액을 지불할 것입니다.

제 4 장

의료 혜택 차트
(보장되는 것과
본인이 지불하는 것)

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**

섹션 1	보장 대상 서비스를 위한 본인 부담 비용 이해하기	64
섹션 1.1	보장 대상 서비스를 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들	64
섹션 1.2	당사 플랜에는 특정 유형의 서비스에 대해 본인 부담액이 있습니다	64
섹션 1.3	보장 대상 의료 서비스를 위해 본인이 지불하는 최대액은 얼마입니까?	65
섹션 1.4	당사 플랜은 서비스 제공자가 귀하에게 “차액 청구”하는 것을 허용하지 않습니다.....	65
섹션 2	의료 혜택 차트를 이용해 본인을 위해 무엇이 보장되고 본인은 얼마나 지불할지 확인하기.....	66
섹션 2.1	플랜 회원으로서 귀하의 의료 혜택과 비용	66
섹션 3	본 플랜은 어떤 서비스를 보장하지 않는가?.....	114
섹션 3.1	우리가 보장하지 않는 (제외) 서비스.....	114

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**섹션 1 보장 대상 서비스를 위한 본인 부담 비용 이해하기**

본 장은 귀하의 보장 대상 서비스와 귀하의 의료 혜택을 위해 본인이 지불하는 것에 초점을 맞춥니다. 귀하의 보장 대상 서비스를 열거하고 Clever Care Balance Medicare Advantage 의 회원으로서 각 보장 대상 서비스를 위해 귀하가 얼마나 지불할지를 나타내는 의료 혜택 차트가 포함되어 있습니다. 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보는 이 장 말미에 나와 있습니다. 특정 서비스에 대한 한도도 설명합니다.

섹션 1.1 보장 대상 서비스를 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들

본 장의 지불 정보를 이해하려면 보장 대상 서비스를 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들에 대해 알 필요가 있습니다.

- **“본인 부담액”**은 당사 플랜이 해당 몫을 지불하기 전에 귀하가 의료 서비스를 위해 지불해야 하는 금액입니다. (섹션 1.2 에서 귀하의 본인 부담액에 대해 자세히 설명합니다.)
- **“분담금”**은 특정 의료 서비스를 받을 때마다 본인이 지불하는 고정된 금액입니다. 분담금은 의료 서비스를 받을 때 본인이 지불합니다. (섹션 2 의 의료 혜택 차트에 분담금에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다.)
- **“공동보험금”**은 특정 의료 서비스의 총 비용 중에서 본인이 지불하는 퍼센트입니다. 공동보험금은 의료 서비스를 받을 때 본인이 지불합니다. (섹션 2 의 의료 혜택 차트에 공동보험금에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다.)

Medicaid 의 자격 또는 적격 Medicare 수혜자 (QMB) 프로그램의 자격이 있는 대부분의 사람들은 본인 부담액, 분담금 또는 공동보험금을 지불하지 않습니다. 해당되는 경우 귀하의 Medicaid 또는 QMB 자격 증빙을 제시하십시오. 귀하가 부적절하게 지불할 것이 요구된다고 생각되면 고객센터팀에 연락하십시오.

섹션 1.2 당사 플랜에는 특정 유형의 서비스에 대해 본인 부담액이 있습니다

플랜에서는 다음 유형의 서비스에 대해 본인 부담액이 있습니다.

- 2022 년 병원 입원 치료에 대한 공제액은 \$1,556 입니다. 본인 부담 금액을 납부할 때까지 입원환자 치료를 위한 전체 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 본인 부담액을 납부하면 당사는 해당 서비스에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 나머지 혜택 기간 동안 귀하의 분담금(귀하의 공동보험금)을 지불합니다. 귀하가 플랜 본인 부담액 또는 입원환자 치료를 위한 본인 부담액 중 어느 쪽을 충족하든 당사가 보장되는 입원환자 치료 비용의 당사 분담금을 지불하기 시작합니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

2022 년 정신건강 입원 치료에 대한 공제액은 \$1,556 입니다. 본인 부담 금액을 납부할 때까지 입원환자 정신 건강 치료를 위한 전체 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 본인 부담액을 납부하면 당사는 해당 서비스에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 나머지 혜택 기간 동안 귀하의 분담금(귀하의 공동보험금)을 지불합니다. 귀하가 플랜 본인 부담액 또는 입원환자 정신 건강 치료를 위한 본인 부담액 중 어느 쪽을 충족하든 당사가 보장되는 입원환자 정신 건강 치료 비용의 당사 분담금을 지불하기 시작합니다.

섹션 1.3	보장 대상 의료 서비스를 위해 본인이 지불하는 최대액은 얼마입니까?
---------------	--

귀하가 Medicare Advantage Plan 에 등록되어 있기 때문에 우리 플랜에 의해 보장되는 네트워크 내 의료 서비스를 위해 귀하가 매년 본인 부담금을 얼마나 지불해야 하는지에 대한 한도가 있습니다(아래 섹션 2 의 의료 혜택 차트 참조). 이 한도를 의료 서비스를 위한 최대 본인 부담 금액이라고 합니다.

Clever Care Balance Medicare Advantage 의 회원으로서, 2022 년에 네트워크 내 서비스를 위해 귀하가 지불할 본인 부담금 최대액은 \$5,999 입니다. 네트워크 내 보장 대상 서비스를 위한 본인 부담액, 분담금과 공동보험금을 위해 귀하가 지불하는 금액은 이 최대 본인 부담 금액에 포함됩니다. 귀하의 플랜 보험료 및 파트 D 처방약에 대해 지불하는 금액은 최대 본인 부담 금액에 포함되지 않습니다. 최대 본인 부담 금액 \$5,999 에 도달하면 귀하는 그 해의 나머지 기간 동안 네트워크 내 보장 대상 서비스에 대해 본인 부담 금액을 지불하지 않아도 됩니다. 그러나 Medicare 파트 B 보험료는 계속해서 납부해야 합니다(Medicaid 또는 다른 제 3 자가 귀하를 대신하여 파트 B 보험료를 납부하지 않은 한).

섹션 1.4	당사 플랜은 서비스 제공자가 귀하에게 “차액 청구”하는 것을 허용하지 않습니다
---------------	--

Clever Care Balance Medicare Advantage 의 회원으로서 귀하에게 중요한 보호는 귀하가 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스를 받을 때 본인의 비용 분담 금액만 지불하면 된다는 것입니다. 우리는 서비스 제공자가 “차액 청구”라고 불리는 추가의 별도 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. (귀하의 비용 분담 금액 이상을 지불하지 않는다는) 이 보호 조치는 우리가 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 우리가 특정 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

이 보호 조치가 작동하는 방식.

- 귀하의 비용 분담액이 분담금(일정한 달러 액수, 예컨대, \$15.00)인 경우, 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자의 보장 대상 서비스에 대해서는 그 금액만 지불합니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

- 귀하의 비용 부담액이 공동보험금(총 요금의 일정한 퍼센트)인 경우, 귀하는 그 퍼센트 이상은 지불하지 않습니다. 단, 귀하의 비용은 귀하가 만나는 서비스 제공자의 유형에 의존합니다.
 - 보장 대상 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트 곱하기 플랜의 상환율(서비스 제공자와 본 플랜 사이의 계약에서 결정된)을 지불합니다.
 - 보장 대상 서비스를 Medicare 에 참여한 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트에 참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (본 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스는 예컨대 귀하가 추천을 받을 때와 같은 특정 상황에서만 보장함을 기억하십시오.)
 - 보장 대상 서비스를 Medicare 에 참여하지 않는 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트에 비참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (본 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스는 예컨대 귀하가 추천을 받을 때와 같은 특정 상황에서만 보장함을 기억하십시오.)
- 서비스 제공자가 귀하에게 “차액 청구했다”고 생각되면 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 2 **의료 혜택 차트를 이용해 본인을 위해 무엇이 보장되고 본인은 얼마나 지불할지 확인하기**

섹션 2.1 **플랜 회원으로서 귀하의 의료 혜택과 비용**

다음 페이지들의 의료 혜택 차트에는 Clever Care Balance Medicare Advantage 가 보장하는 서비스와 각 서비스를 위한 본인 부담 비용이 열거되어 있습니다. 의료 혜택 차트에 열거된 서비스는 다음 보장 요건이 충족될 때만 보장됩니다.

- 귀하의 Medicare 보장 서비스는 Medicare 가 정한 보장 가이드라인에 따라 제공되어야 합니다.
- 귀하의 서비스(의료, 서비스, 용품 및 장비 포함)가 의학적으로 필요해야 합니다. “의학적으로 필요한”이란 서비스, 용품 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 관행 표준을 충족함을 의미합니다.
- 귀하가 진료를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받습니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 서비스는 대부분의 경우에 보장되지 않을 것입니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

제 3 장에 네트워크 내 서비스 제공자를 이용하기 위한 요건과 우리가 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스를 보장하는 상황이 자세히 설명되어 있습니다.

- 귀하에게 케어를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있습니다. 일부 상황에서는 귀하의 PCP가 사전에 승인해야 귀하가 플랜의 네트워크 내에 있는 다른 서비스 제공자를 찾아갈 수 있습니다. 이를 “의뢰”라고 합니다. 제 3 장은 의뢰를 받는 것과 의뢰가 필요하지 않은 상황에 대한 자세한 정보를 제공합니다.
- 의료 혜택 차트에 열거된 서비스 중 일부는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 우리로부터 사전에 승인을 받는 *경우에만* 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 의료 혜택 차트에 굵은체로 되어 있습니다.
- 또한 우리는 귀하의 약속 불이행이나 서비스 당시에 요구되는 비용 분담액을 지불하지 않은 경우, "행정 수수료"를 귀하에게 부과할 수 있습니다. 이러한 행정 수수료에 관한 질문이 있는 경우 고객센터팀에 연락하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

기타 우리의 보장에 대해 알아야 할 중요 사항:

- 모든 Medicare 건강 보험처럼 우리는 Original Medicare가 보장하는 것은 모두 보장합니다. 이러한 혜택 중 일부의 경우 Original Medicare에서 귀하가 지불할 것보다 우리 플랜에서 귀하는 *더 많이* 지불합니다. 기타의 경우, 귀하는 *더 적게* 지불합니다. (Original Medicare의 보장 및 비용에 대한 자세한 정보를 알기 원하는 경우, *Medicare & You 2022* 핸드북을 참조하십시오. 웹사이트(www.medicare.gov)에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 하루 24 시간, 주 7일 전화하여 1부를 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다.)
- Original Medicare에서 무료로 보장되는 모든 예방 서비스의 경우, 우리도 귀하에게 해당 서비스를 무료로 보장합니다. 단, 귀하가 예방 서비스를 받을 때 방문시 기존 질환을 위해 치료 또는 모니터링도 받는 경우, 기존 질환을 위해 받는 진료에 대해 분담금이 적용될 것입니다.
- 때때로, Medicare는 Original Medicare에 의거 그 해 동안에 새로운 서비스를 위한 보장을 추가합니다. Medicare가 2022년 동안에 어떤 서비스를 위한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 우리 플랜이 그러한 서비스를 보장할 것입니다.

특정 만성 질환 보유 등록자를 위한 중요 혜택 정보

- 귀하가 아래에 식별된 다음 만성 질환으로 진단되고 소정의 기준을 충족하는 경우, 귀하는 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택의 자격이 있을 수 있습니다.
 - 심혈관 장애
 - 치매
 - 만성 심부전
 - 당뇨병

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

- | | |
|------------|--------------------|
| ○ 말기 간 질환 | ○ 만성 및 장애적 정신건강 질환 |
| ○ 말기 신장 질환 | ○ 신경 장애 |
| ○ HIV/AIDS | ○ 뇌졸중 |
| ○ 만성 폐 장애 | |

귀하는 담당 의사가 판단하고 확인한 만성 질환의 적격 임상 기준에 근거해 자격이 있습니다. 일부 경우에 귀하는 당 플랜의 케이스 관리 프로그램 및 규정된 목표와 결과 척도가 있는 활동들에 참여하여야 합니다.

귀하의 플랜에는 다음 SSBCI 혜택이 적용됩니다.

- | | |
|---------------|-------------|
| ● 식사 혜택 | ● 재택 안전 평가 |
| ● 식료품 | ● 재택 지원 서비스 |
| ● 사회적 요구 혜택 | ● 간병인 지원 |
| ● 원격 모니터링 서비스 | |

이러한 혜택을 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)이라고 합니다. 이들은 하나 이상의 만성 질환을 가진 회원들을 위해 특별히 설계된 것입니다.

- 세부 사항은 아래 의료 혜택 차트에서 “만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택” 행을 참조하십시오.



혜택 차트에서 예방 서비스 옆에 이 사과가 보일 것입니다.

의료 혜택 차트

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 복부 대동맥류 스크리닝 위험에 처한 사람들을 위한 일회 초음파 스크리닝. 당 플랜은 귀하가 특정 위험 요인을 갖고 있는 경우 및 귀하가 특정 위험 요인을 위해 귀하의 의사, 의사 조수, 간호사 또는 임상 간호사 전문가로부터 추천을 받는 경우에만 이 스크리닝을 보장합니다.	이 예방적 스크리닝의 자격이 있는 회원에게는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
침술 보장되는 서비스의 예: 모든 진단을 위한 전기 자극(전기침술) 포함 또는 불포함 치료 서비스.	네트워크 내: 침술 서비스를 위한 무제한 방문에 대해 \$0 분담금, 사전 승인이 필요하지 않음.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
앰블런스 서비스 보장되는 앰블런스 서비스에는 당 플랜이 승인한 경우 또는 다른 운송 수단으로는 그 사람의 건강이 위험해 질 수 있을 질병을 가진 회원에게 제공되면 의료를 받을 수 있는 가장 가까운 적당한 시설로의 고정익, 회전익 및 지상 앰블런스 서비스가 포함됩니다. 앰블런스에 의한 비용급 수송은 회원의 상태가 다른 운송 수단으로는 그 사람의 건강이 위험해 질 수 있고 앰블런스에 의한 수송이 의학적으로 필요하다고 문서화된 경우에 적절합니다. 전세계에서 받는 응급 운송 서비스를 위해 보장이 제공됩니다. (전세계란 미국과 그 영토 바깥에서 받는 긴급 및 응급 케어를 가리킵니다).	네트워크 내: 각 Medicare 보장 지상 앰블런스 운행(편도)에 대해 20% 공동보험금. 각 Medicare 보장 공중 앰블런스 운행(편도)에 대해 20% 공동보험금. 전세계 보장의 경우 \$100,000 의 연 한도가 있습니다 미국 바깥에서 받는 응급 운송 서비스당 \$0 분담금. 비용급 교통편은 사전 승인이 필요함

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
연례 신체 검사 우리 플랜은 Original Medicare 에 의해 보장되지 않는 1 회의 신체 검사를 포함합니다. 이 비Medicare 혜택을 위한 보장은 Medicare 보장 연례 웰니스 방문과 “Welcome to Medicare” 예방 방문에 추가되는 것입니다. 귀하는 연례 신체 검사를 역년당 한 번 스케줄링할 수 있습니다. 연례 신체 검사는 병력 수집을 포함한 광범위한 신체 검사로서 다음도 포함될 수 있습니다. 활력 징후, 전신 외관 관찰, 머리와 목 검사, 심폐 검사, 복부 검사, 신경 검사, 피부 검사 및 사지 검사. 이 검사에는 일반적으로 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다. 이 방문시 받는 예방적 랩, 스크리닝 및/또는 진단 검사에는 귀하의 랩과 진단 검사 보장이 적용됩니다. 자세한 정보는 “외래환자 진단 검사와 치료 서비스 및 용품”을 참조하십시오.	네트워크 내: PCP 진료실에서 수행되는 1 회의 일반 신체검사에 대해 역년당 \$0 분담금.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 연례 웰니스 방문 파트 B 를 12 개월 이상 동안 갖고 있는 경우, 귀하의 현재 건강과 위험 요인에 근거한 맞춤형 예방 계획을 개발 또는 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 할 수 있습니다. 이는 12 개월에 1 회 보장됩니다. 참고: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 귀하의 “Welcome to Medicare” 예방 방문으로부터 12 개월 이내에 발생할 수는 없습니다. 그러나, 파트 B 를 12 개월 동안 가진 후에는 연례 웰니스 방문을 보장 받기 위해 “Welcome to Medicare” 방문을 가졌어야 하는 것은 아닙니다.	네트워크 내: 연례 웰니스 방문에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 골질량 측정 유자격자(일반적으로 이는 골질량 상실 위험에 처한 또는 골다공증의 위험에 처한 사람을 의미함)의 경우, 골질량을 식별하거나, 골상실을 탐지하거나, 골질을 판단하기 위한 술식(의사의 결과 해석 포함) 서비스가 24 개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 빈번하게 보장됩니다.	Medicare 보장 골질량 측정에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 유방암 스크리닝(유방촬영상) 보장되는 서비스의 예: • 35 세~39 세 사이에 베이스라인 유방촬영상 1 회 • 40 세 이상 여성의 경우 12 개월 마다 스크리닝 유방촬영상 1 회 • 24 개월 마다 임상 유방 검사 1 회	보장되는 스크리닝 유방촬영상에는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 종합 심장 재활 서비스 프로그램이 특정 조건을 충족하고 의사 추천이 있는 회원들에게 보장됩니다. 이 플랜은 또한 일반적으로 심장 재활 프로그램보다 더욱 격렬한 집약적인 심장 재활 프로그램도 보장합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 방문당 20% 공동보험금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
 심혈관병 위험 감축 방문 (심혈관병을 위한 요법) 우리는 심혈관병 위험을 낮추기 위해 귀하의 주치의 방문을 년 1 회 보장합니다. 이 방문시 귀하의 의사는 (적절한 경우) 아스피린 사용을 의논하고, 귀하의 혈압을 체크하며, 건강식 팁을 제공할 수 있습니다.	집약적 행동 요법 심혈관병 예방 혜택에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 심혈관병 검사 심혈관병(또는 심혈관병 위험 상승과 관련된 비정상)의 탐지를 위한 혈액 검사, 5 년(60 개월)마다 1 회.	5 년마다 1 회 보장되는 심혈관병 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 경부암 및 질암 스크리닝 보장되는 서비스의 예: - 모든 여성을 위한: 팍 테스트 및 경부 검사는 24 개월 마다 1 회 보장됩니다. - 귀하가 경부암 또는 질암 위험이 높거나 가임 연령인데 지난 3 년 이내 팍 테스트가 비정상이었던 경우: 12 개월 마다 1 회 팍 테스트	Medicare 보장 예방적 팍 테스트 및 경부 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
카이로프랙틱 서비스 보장되는 서비스의 예: 우리는 아탈구를 교정하기 위한 척주의 수기 조작만 보장합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
 결장직장암 스크리닝 50 세 이상자에게 다음이 보장됩니다. 48 개월 마다 유연 구불창자내시경검사 (또는 대안으로서 스크리닝 바륨관장) 12 개월 마다 다음 중 하나: - 과이악게 분변잠혈검사(gFOBT) - 분변 면역 화학 검사(FIT) 3 년 마다 DNA 기반 결장직장암 스크리닝 결장직장암 위험이 높은 사람들을 위해 보장되는 것: 24 개월 마다 스크리닝 대장내시경 (또는 대안으로서 스크리닝 바륨관장) 결장직장암 위험이 높지 않은 사람들을 위해 보장되는 것: 10 년(120 개월) 마다 스크리닝 대장내시경, 그러나 스크리닝 직장내시경 검사로부터 48 개월 이내는 안 됨	Medicare 보장 결장직장암 스크리닝 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다. Medicare 보장 바륨 관장당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
치과 서비스 일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 클리닝, 통상적 치과 검사 및 치과 x-레이)는 Original Medicare 가 보장하지 않습니다. 우리가 보장하는 것: Medicare 보장 서비스 예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다. - 치아 클리닝, 년 2회 - 구강 검사, 년 2회 - 불화물 처치, 년 1회 - X-레이, 년 1회 - 종합적 치과 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. - 치아 딥 클리닝 - 충치 치료 - 근관(근관치료술) - 치관(캡) - 브릿지, 의치, 발치 - 및 기타 서비스	Medicare 보장 서비스의 경우 \$0 분담금 치과 서비스를 위해 Liberty Dental 네트워크의 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 네트워크 내 의원으로 한정한다는 요건은 없습니다. Liberty Dental 은 네트워크외 치과 서비스 제공자에게는 서비스 상환을 제공합니다. Liberty Dental 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 경우 회원의 본인 부담 비용이 더 낮아질 수 있습니다. 이 플랜은 치아 임플란트를 <u>제외하고</u> 예방 및 종합 서비스를 위해 6 개월마다 1,250 달러, 최대 2,500 달러의 수당을 제공합니다. 수당 금액까지 \$0 분담금 6개월이 만료될 때 미사용된 수당은 이월될 것입니다. 치과 서비스에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 연말까지 사용하지 않은 모든 금액은 소진될 것입니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 우울증 스크리닝 우리는 우울증 스크리닝을 년 1 회 보장합니다. 이 스크리닝은 후속 치료 및/또는 위탁을 제공할 수 있는 일차 케어 환경에서 수행되어야 합니다.	연례 우울증 스크리닝 방문에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 당뇨병 스크리닝 귀하가 다음 위험 요인을 갖고 있는 경우 우리는 이 스크리닝(공복 혈당 검사 포함)을 보장합니다. 고혈압, 비정상적 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치 이력(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 이력. 귀하가 기타 과체중 및 가족의 당뇨병 이력 같은 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 이러한 검사의 결과에 근거하여 귀하는 12 개월 마다 최대 2 회의 당뇨병 스크리닝 자격이 있을 수 있습니다.	Medicare 보장 당뇨병 스크리닝 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비사용자)을 위해. 보장되는 서비스의 예: • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사 스트립, 란셋 기기 및 란셋, 검사 스트립과 모니터의 정확성을 체크하기 위한 글루코스 콘트롤 솔루션. • 당뇨 발병이 심한 당뇨병 환자의 경우: 력년당 치료 맞춤 성형 신발(그러한 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 한 켤레 및 추가로 인서트 두 켤레 또는 깊이 신발 한 켤레 및 인서트 세 켤레(그러한 신발과 함께 제공되는 비맞춤 탈착식 인서트 불포함). 피팅도 보장됩니다. • 당뇨병 자가관리 교육은 특정 조건 하에서 보장됩니다.	네트워크 내: 당뇨 물품의 경우 20% 공동보험금 이 보험은 연간 1 회의 혈당 측정을 보장합니다. 다음 중에서 선택하십시오: • 소매 약국으로부터 30 일분 최대 100 개의 검사 스트립 및 100 개의 란셋 또는 우편 주문에 의한 90 일분 최대 300 개의 검사 스트립 및 300 개의 란셋을 공급하여 혈당 측정. • 월 최대 3 개 센서를 사용하고 년 40 개 센서를 초과하지 않는 1 개의 연속 혈당 모니터. Medicare 보장 당뇨병 치료 신발 또는 인서트의 경우 20% 공동보험금. 당뇨병 자가관리 교육의 경우 \$0 분담금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (“내구성 의료 장비”의 정의는 이 브로셔의 제 12 장 참조.) 보장되는 품목: 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 집에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 병원 베드, IV 주입 펌프, 음성 발현 기기, 산소 장비, 분무기 및 워커. 우리는 Original Medicare 에 의해 보장되는 의학적으로 필요한 모든 DME 를 보장합니다. 귀하 지역의 우리 공급자들이 특정 브랜드 또는 제조업체를 취급하지 않는 경우, 귀하는 그들에게 귀하를 위해 그것을 특별 주문할 수 있는지 문의할 수 있습니다. 최신 공급자 리스트를 우리 웹사이트인 ko.clevercarehealthplan.com 에서 입수할 수 있습니다.	네트워크 내: Medicare 보장 내구성 의료 장비의 경우 20% 공동보험금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
동양 웰니스 서비스 우리 플랜은 용역 침술사로부터 다음 서비스 하나 또는 조합에 대해 년당 총 24 회의 동양 치료 요법 방문을 포함합니다: • 부항/쑤뜸, • 추나 • 구아샤 • MedX • 반사 요법 • 적외선 요법 – 부가 서비스로 사용하는 경우 12 회 방문 한도에 계상되지 않음 각 웰니스 서비스 방문은 30 분을 초과할 수 없습니다.	네트워크 내: 년 최대 허용 24 회 방문까지 방문당 \$0 분담금. 역년말에 남은 방문은 만료됩니다. 당 플랜이 서비스를 위한 최대 혜택 수당을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 책임져야 합니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
응급 케어 응급 케어란 다음과 같은 서비스를 가리킵니다. • 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 제공자가 제공하고 • 응급 조건을 평가 또는 안정시키기 위해 필요한 서비스. 응급이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 귀하에게 생명 상실, 사지 상실 또는 사지 기능 상실을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다. 네트워크 외에서 제공된 필요한 응급 서비스의 비용 분담액은 네트워크 내에서 제공된 그러한 서비스의 비용 분담액과 같습니다. 전세계 보장.	응급실 방문당 \$50 분담금 동일한 질환으로 인해 72 시간 이내에 입원환자로서 받아들여지는 경우 분담금은 면제됩니다. 응급 케어를 네트워크의 병원에서 받고 귀하의 응급 상태가 안정된 후 입원환자 케어가 필요한 경우, 귀하는 케어를 계속 보장 받으려면 네트워크 내 병원으로 돌아가야 합니다. 또는 네트워크의 병원에서의 귀하의 입원환자 케어를 당 플랜에서 승인 받아야 하며 그러면 귀하의 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불할 비용 분담액입니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 응급 및 긴급 서비스의 경우 \$100,000 의 년 통합 플랜 보장 한도가 있습니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 응급실 방문당 \$0 분담금.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
유연한 건강 및 웰니스 수당 이 플랜은 적격 건강 및 웰니스 관련 제품 및 서비스, 특히 피트니스 활동, 적격 비처방 품목 및/또는 허브 보충제의 비용 지불을 돕기 위한 지출 수당을 제공합니다. 비처방 의약품 (OTC) OTC 품목은 처방이 필요 없는 약 및 건강 관련 제품입니다. Medicare 의 허용에 따라 우리 플랜은 1,000 여 가지의 OTC 품목을 보장합니다. 주문은 당 플랜이 승인한 온라인 소매점을 통해 해야 합니다. 특정 명칭 브랜드는 이용이 불가할 수 있으며 수량이 제한 또는 제약될 수 있습니다. 천연 약재 우리 플랜은 알레르기, 불안증, 관절염 요통, 습진, 피로, 불면증, 폐경 증상, 비만 등과 같은 질환의 치료 또는 예방을 위한 천연 약재를 보장합니다. 천연 약재는 네트워크 내 침술사 사무소, 네트워크 내 공급업체로부터 구입하거나 또는 Clever Care에 전화하여 구입해야 합니다. 적격 천연 약재 리스트를 우리 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 찾을 수 있습니다.	이 보험은 3개월마다 300달러, 연간 최대 1,200달러의 유연한 건강 및 건강검진 지출 수당을 제공합니다. 수당 금액까지 \$0 부담금 수당은 적격 OTC 품목, 식물성 영양보충제 및/또는 적격 피트니스 활동을 위해 사용할 수 있습니다. 수당은 적격 피트니스 활동, 보장 대상 OTC 품목 및/또는 허브 보충제에 지출하도록 3개월마다(1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일에) 직불 카드에 입금될 것입니다. 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 3개월 기간의 말까지 사용하지 않은 금액은 만료됩니다. <u>알코올 및 담배 제품은 유연한 건강 및 웰니스 수당에서 제외됩니다.</u>

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 본인이
지불하는 것**피트니스 활동**

유연 수당은 다음과 같은 적격 활동을
위해 사용할 수 있습니다.

- **짐 멤버십** - 그것이 “단독”(일차 목적이
운동 장비 및 시설 오리엔테이션 제공임을
의미)인 경우 귀하 1 인의 짐 멤버십의 월
비용. 개인 트레이너는 허용되지 않습니다.
- **공공 스포츠 시설의 일반적 이용권** - 공중
수영장 또는 테니스 코트 사용을 위한
이용료. 골프의 경우, 그린 피 또는 공공
드라이빙 레인지 사용을 위한 피만
허용됩니다.
- **그룹 피트니스반** - 정식 유자격 강사의
그룹 운동반(예: 태극권, 댄스, 요가 또는
필라테스)을 위한 수업료. 사적 수업 또는
레슨은 허용되지 않습니다.

멤버십 기반 시설, 예컨대 골프 클럽, 컨트리
클럽, 또는 마사지/스파는 짐 이용권이
포함되어도 자격이 안 됩니다. 그뿐만 아니라
수당을 도보/가이드 투어를 위해 사용하거나
사립 레지던스 또는 강사에게 지급할 수
없습니다.

모든 요청은 플랜 승인 대상입니다. 수당을
입회비 또는 등록비, 비례 배분 수수료, 연회비,
계정 동결 수수료, 유지 수수료 및 잡 수수료
또는 기타 벌칙금, 장비 구입 또는 렌탈을 위해
사용할 수 없습니다. 마지막으로, 수당을
시설에서 상품을 구입하기 위해 사용할 수
없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
청력 서비스 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 귀하의 PCP 가 수행한 진단적 듣기 및 균형 평가는 의사, 청능사 또는 기타 유자격 서비스 제공자가 제공할 때 외래환자 케어로써 보장됩니다. 당사 보험은 Original Medicare 에서 보장하지 않는 추가적 청력 서비스를 포함합니다. • 일반적 청력 검사: 년 1 회 • 보청기. • 보청기 착용 평가: 년 3 회의 보청기 착용/평가 보청기 혜택 포함 사항: • 최초 착용일로부터 첫 해 내에 3 회의 후속 방문 • 착용일로부터 60 일의 시험 기간 • 보청기당 년당 60 개 배터리(3 년분) • 3 년의 제조업체 수리 보증 • 보청기 분실, 도난 또는 파손에 대한 1 회 교체 보장 • 최초의 이어몰드 세트(필요시) 귀하는 보청기를 NationsHearing 을 통해 구입해야 합니다. 상세 정보를 원하거나 예약을 하려면 NationsHearing 의 전화번호 (866) 304-7577(TTY:711)번으로 연락하십시오.	네트워크 내: Medicare 보장 청력 검사의 경우 \$0 분담금 네트워크 내 서비스 제공자의 일반적 청력 검사의 경우, 년당 \$0 분담금 년 최대 3 회의 보청기 착용 및 평가의 경우 \$0 분담금. 이 플랜은 보청기를 위해 년당 귀당 \$1,500 의 수당을 제공합니다. 수당 금액까지 \$0 분담금. 기초 수준의 보청기는 수당 금액 또는 그 이하에서 구입할 수 있습니다. 정기 청력 검사 또는 보청기에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 보청기는 NationsHearing을 통해 제공되며 고객의 청력 요구 사항에 따라 특정 기기로 제한됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 HIV 스크리닝 HIV 스크리닝 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 증가한 사람들을 위해 보장되는 것: 12 개월마다 1 회의 스크리닝 검사 임신 여성을 위해 보장되는 것: - 임신 동안 최대 3 회의 스크리닝 검사	Medicare 보장 예방적 HIV 스크리닝의 자격이 있는 회원에게는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.
가정 건강 기관 케어 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사가 귀하에게 가정 건강 서비스가 필요하다는 인증을 해야 하며, 가정 건강 기관이 가정 건강 서비스를 제공하도록 지시할 것입니다. 귀하는 집에 들어박힌 사람이어야 합니다. 그것은 집을 떠나는 것이 큰 노력임을 의미합니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. - 파트타임 또는 간헐적 전문 영양 및 재가 건강 보조 서비스(재가 건강 케어 혜택에 의거 보장될 것임, 귀하의 전문 영양 및 재가 건강 보조 서비스는 합쳐서 일당 8 시간 및 주당 35 시간 미만이어야 함) - 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법 - 의료 및 복지 서비스 - 의료 장비 및 용품	네트워크 내: Medicare 보장 재가 건강 서비스당 \$0 분담금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
가정 주입 요법 가정 주입 요법이란 약 또는 생약을 가정에서 개인에게 정맥 또는 피하 투여하는 것입니다. 가정 주입을 수행하기 위해 필요한 구성요소로는 약(예: 항바이러스제, 면역글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 있습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 전문 서비스, 예: 케어 계획에 따라 제공되는 간호 서비스 • 달리 내구성 의료 장비 혜택에 의거 보장되지 않는 환자 훈련 및 교육 • 원격 모니터링 • 유자격 가정 주입 요법 제공자가 제공하는 가정 주입 요법 및 가정 주입 약의 제공을 위한 모니터링 서비스	네트워크 내: Medicare 보장 서비스당 20% 공동보험금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**호스피스 케어**

귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 귀하의 의사 및 호스피스 메디컬 디렉터가 귀하가 말기적으로 아파서 질병이 그 정상 과정을 달릴 경우 잔여 수명이 6 개월 미만임을 인증하는 말기 예후를 줄 때 귀하는 호스피스 혜택의 자격이 있습니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 내 서비스 제공자 또는 네트워크외 서비스 제공자일 수 있습니다.

보장되는 서비스의 예:

- 증상 통제 및 통증 완화를 위한 약
- 단기 유예 가료
- 홈 케어

호스피스 서비스의 경우와 Medicare 파트 A 또는 B 에 의해 보장되고 귀하의 종말적 예후에 관련된 서비스의 경우: (우리 플랜이 아닌)

Original Medicare 가 귀하의 호스피스 서비스와 귀하의 종말적 예후에 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스의 비용을 지불할 것입니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare 가 부담하는 서비스에 대해 Original Medicare 에 비용을 청구할 것입니다.

Medicare 파트 A 또는 B 에 의해 보장되고 귀하의 종말적 예후에는 관련되지 않은 서비스의 경우: 귀하가 Medicare 파트 A 또는 B 에 의거 보장되고 귀하의 종말적 예후에는 관련되지 않은 비응급의, 긴급하게 필요하지 않은 서비스를 필요로 하는 경우, 그러한 서비스를 위한 귀하의 비용은 귀하가 우리 플랜의 네트워크에 속한 서비스 제공자 사용 여부에 의존합니다.

- 귀하가 보장되는 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자에게서 받으면 귀하는 네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용 분담액만 지불합니다
- 귀하가 보장되는 서비스를 네트워크외 서비스 제공자에게서 받으면 귀하는 서비스당 수수료 Medicare(Original Medicare)에 의거한 비용 분담액을 지불합니다

귀하가 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하면 귀하의 호스피스 서비스와 귀하의 종말적 예후에 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스의 비용은 우리 플랜이 아닌 Original Medicare 가 지불합니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 본인이
지불하는 것**호스피스 케어(계속)**

우리 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B는 보장하지 않는 서비스의 경우: 우리 플랜은 그것이 귀하의 종말적 예후에 관련된 여부와 상관없이 파트 A 또는 B에 의거 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장할 것입니다. 귀하는 이러한 서비스에 대해 귀하의 플랜 비용 부담액을 지불합니다.

당 플랜의 파트 D 혜택에 의해 보장될 수 있는 약의 경우: 약은 동시에 호스피스와 우리 플랜에 의해 보장되지 않습니다. 상세 설명은 제 5 장, 섹션 9.4(귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있다면 어떻게 되는가)를 참조하십시오.

참고: 비호스피스 케어(귀하의 종말적 예후에 관련되지 않은 케어)를 필요로 하는 경우, 귀하는 서비스를 준비하기 위해 우리에게 연락해야 합니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 예방 접종 보장되는 Medicare 파트 B 서비스의 예: • 폐렴 백신 • 독감 접종, 가을과 겨울의 독감 시즌당 1 회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 접종 • B 형 간염에 걸릴 위험성이 높거나 보통인 경우의 B 형 간염 백신 • COVID-19 백신 • 귀하가 위험이 있고 Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우 기타 백신 또한 우리의 파트 D 처방약 혜택에 의거한 일부 백신을 보장합니다.	폐렴, 독감, B 형 간염 및 COVID-19 백신에는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
입원환자 병원 케어 입원환자 급성, 입원환자 재활, 장기 진료 병원 및 기타 타입의 입원환자 병원 서비스가 포함됩니다. 입원환자 병원 진료는 의사 지시로 정식 입원한 날에 시작됩니다. 퇴원 전날이 입원환자 마지막 날입니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) • 특별식 포함 식사 • 일반적 간호 서비스 • 특별 간병동(예: 집중치료실 또는 코로나 병동)의 비용 • 의약품 • 검사실 검사 • X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 필요한 외과 및 내과 용품 • 휠체어 같은 기구의 사용 • 수술실 및 회복실 비용 • 물리, 직업 및 말하기 언어 요법 • 입원환자 약물 오용 서비스 • 특정 조건 하에서 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 내장/다내장 등의 이식이 보장됩니다. 귀하가 이식을 필요로 하는 경우, 우리는 귀하의 케이스를 Medicare 승인 이식 센터에 검토시켜, 그들이 귀하가 이식 후보자인지 여부를 결정하게 할 것입니다. 이식 서비스 제공자는 현지 또는 서비스 지역 바깥에 있을 수 있습니다.	네트워크 내: 다음은 2022년 메디 케어 정의 금액입니다. • 혜택 기간당 1,556달러 기초공제액 • 1~60일차의 경우 일당 \$0의 코페이 (혜택 기간당) • 61~90일차의 경우 일당 \$389의 코페이 (혜택 기간당) 혜택 기간은 입원환자로서 입원한 날 시작되고 연속 60 일간 어떤 입원 치료도 받지 않았을 때 종료됩니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**귀하에게 보장되는 서비스****이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것****입원환자 병원 케어 (계속)**

우리의 네트워크 내 이식 서비스가 커뮤니티 케어 패턴을 벗어난 경우, 귀하는 현지의 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락할 의사가 있는 한 현지에서 하기로 선택할 수 있습니다. 우리 플랜이 귀하 커뮤니티에서의 이식을 위한 케어 패턴을 벗어난 장소에서 이식 서비스를 제공하는데 귀하가 이 먼 장소에서 이식을 받기로 선택하는 경우, 우리는 귀하와 동행자를 위해 적절한 숙소와 교통편을 주선하고 그 비용을 지불할 것입니다.

- 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축적혈구의 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액의 첫 파인트로 시작됩니다. 기타 모든 혈액 구성요소는 사용된 첫 파인트부터 보장됩니다.
- 의사 서비스

귀하의 응급 조건이 안정된 후 네트워크외 병원에서 승인된 입원환자 케어를 받는 경우 귀하의 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불할 비용 분담액입니다.

주: 입원환자가 되려면 귀하의 서비스 제공자가 귀하를 병원의 정식 입원환자로 받아들이는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 귀하가 입원환자인지 외래환자인지 잘모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다. 귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 - 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
입원환자 정신 건강 케어 보장 대상 서비스는 병원 체류가 요구되는 정신 건강 케어 서비스입니다. 우리 플랜은 보장 대상 입원환자 정신과 시설에서의 최대 90 일을 보장합니다. 혜택 기간은 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어간 날 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 입원환자 병원 케어(또는 SNF에서의 전문 케어)를 연속 60 일 동안 받으면 끝납니다. 한 혜택 기간이 끝난 후 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어가면 새 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 한도가 없습니다. 정신과 병원에서 입원환자 서비스에 대한 평생 190 일 혜택 한도가 있습니다. 190 일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공하는 입원환자 정신 건강 서비스에는 적용되지 않습니다.	네트워크 내: 다음은 2022년 메디 케어 정의 금액입니다. • 혜택당 1,556달러 기초공제액 기초공제액 • 1~60일차의 경우 일당 \$0의 코페이 (혜택 기간당) • 61~90일차의 경우 일당 \$389의 코페이 (혜택 기간당) 외래 그룹 또는 개별 방문의 경우 Medicare 허용 금액 중 20%의 공동보험금 혜택 기간은 입원환자로서 입원한 날 시작되고 연속 60 일간 어떤 입원 치료도 받지 않았을 때 종료됩니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
입원환자 체류: 보장되지 않는 입원환자 체류 동안 병원 또는 SNF 에서 받는 보장 대상 서비스 귀하가 입원환자 혜택을 소진한 경우 또는 입원환자 체류가 합리적이지 않거나 필요하지 않은 경우, 우리는 귀하의 입원환자 체류를 보장하지 않을 것입니다. 단, 일부 경우에, 우리는 귀하가 병원이나 전문 요양 시설(SNF)에 있는 동안 받는 특정 서비스는 보장할 것입니다.. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 검사(예: 검사실 검사) • 기사의 재료 및 서비스 포함 X-레이, 라듐 및 동위원소 요법 • 외과 드레싱 • 스플린트, 캐스트 및 기타 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용되는 기기 • 내부 신체 장기(근접 조직 포함)의 전부 또는 일부 또는 영구 불작동 또는 오작동 내부 신체 장기 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 보철물 및 보조기(치아 이외의), 그러한 기기의 교체 또는 수리 포함 • 다리, 팔, 허리 및 목 브레이스; 조직 및 인공 다리, 팔 및 눈(환자의 신체 조건의 파괴, 마모, 상실 또는 변화로 인해 요구되는 조정, 수리 및 교체 포함) • 물리 요법, 말하기 요법 및 직업 요법	네트워크 내: 귀하는 병원 또는 전문 요양 시설에 귀하의 플랜이 보장하는 기간 이상으로 체류하는 경우 그 비용 전액을 지불해야 합니다. 귀하는 외래환자 기준에서 제공된 경우에도 그러한 서비스에 대해 해당 비용 분담액을 지불할 것입니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조하십시오.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 의학적 영양 요법 이 혜택은 당뇨병, 신장병(그러나 투석은 받지 않는) 환자의 경우 또는 신장 이식 후 귀하의 의사가 의뢰한 경우를 위한 것입니다. 우리는 귀하가 Medicare(이에는 우리 플랜, 다른 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare 가 포함됨)에 의거 의학적 영양 요법 서비스를 받는 첫 해 동안에는 3 시간의 일대일 상담 서비스를 그리고 그 후에는 매년 2 시간의 일대일 상담 서비스를 보장합니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 변하는 경우, 귀하는 의사의 추천으로 더 많은 시간의 치료를 받을 수 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방해야 하고 귀하의 치료가 그 다음 해로 들어갈 필요가 있는 경우 추천을 매년 갱신해야 합니다.	Medicare 보장 의학적 영양 요법 서비스의 자격이 있는 회원의 경우 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 건강 플랜에 의거 적격 Medicare 수혜자를 위해 보장될 것입니다. MDPP 는 지속적 체중 감축 및 건강한 라이프스타일 도전을 극복하기 위한 장기적 식이 변경, 신체 활동 증대 및 문제 해결 전략에서의 실천적 교육을 제공하는 체계적 건강 행동 변화 개입입니다.	MDPP 혜택에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
Medicare 파트 B 처방약 이 약들은 Original Medicare 의 파트 B 에 의거하여 보장됩니다. 우리 플랜의 회원들은 이러한 약을 위한 보장을 우리 플랜을 통해 받습니다. 보장되는 약들:	네트워크 내: 화학요법 약의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 기타 파트 B 약의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금. 귀하는 본인 부담 최대액에 도달할 때까지 계속 지불합니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**귀하에게 보장되는 서비스****이러한 서비스를 받을 때 본인이
지불하는 것****Medicare 파트 B 처방약 (계속)**

- 일반적으로 환자가 스스로 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입되는 약
- 당 플랜에 의해 승인된 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 취하는 약
- 혈우병이 있는 경우 스스로 주입하는 응고 인자
- 장기 이식 시에 귀하가 Medicare 파트 A 에 등록된 경우, 면역억제 약
- 귀하가 집에 매였는데, 폐경후 골다공증과 관련되었다고 의사가 인증한 골절이 있어서 스스로 약을 투여할 수 없는 경우의 골다공증 주사약
- 항원
- 특정 경구 항암제 및 항메스꺼움제
- 헤파린, 의학적으로 필요할 때의 헤파린 해독제, 국소 마취제 및 적혈구 형성 자극제(예: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® 또는 Darbepoetin Alfa) 포함 가정 투석용 특정 약
- 원발성 면역결핍병의 재가 치료를 위한 정맥 면역 글로불린

또한 우리의 파트 B 및 파트 D 처방약 혜택에 의거 일부 백신을 보장합니다.

제 5 장은 귀하가 처방을 보장 받기 위해 따라야 하는 규칙을 포함해 파트 D 처방약 혜택을 설명합니다. 파트 D 처방약을 위해 귀하가 우리 플랜을 통해 지불하는 것은 제 6 장에 설명되어 있습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
비용급 의료 수송	년당 48회 편도 운행의 경우 \$0 분담금.
당 플랜은 비용급 지상 운송을 CareCar를 통해 보장합니다. CareCar는 하루 24시간, 주 7일 이용 가능하며 휠체어나 거니 운반을 수용할 수 있습니다.	
운행은 당 플랜의 혜택에 의거한 건강 관련 케어 및 서비스를 받기 위한 25마일, 편도, 플랜 서비스 지역내로 제한됩니다. 25마일마다 1회 운행으로 간주될 것입니다.	
운행을 예약하려면 1-844-743-4344번으로 전화하거나 온라인의 carecar.co/schedule로 가십시오. 일반적 운행을 예약하려면 적어도 36시간 전에 전화하십시오. 24시간 이내에 예약된 운행은 CareCar의 능력껏 이행되며 보증되지는 않습니다.	
ETA를 제공하기 위해 운전자 또는 CareCar 요원의 픽업 10~15분 전에 전화를 받을 것입니다. 취소는 24시간 전 통지를 요구합니다; 그렇지 않으면 귀하의 계정에서 편도 운행 비용이 공제될 것입니다.	
플랜이 승인한 장소들에 대한 상세 정보는	
고객서비스팀에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).	

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 지속적 체중 감소를 위한 비만 스크리닝 및 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우, 우리는 체중 감축을 돕기 위해 집약적 상담을 보장합니다. 이 상담은 귀하가 종합적 예방 계획으로 조율될 수 있는 기본 케어 환경에서 상담하는 경우에 보장됩니다. 상세 정보는 주치의 또는 개업의에게 문의하십시오.	예방적 비만 스크리닝 및 요법에는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(ODU)를 갖고 있는 우리 플랜 회원은 다음 서비스가 포함된 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD 를 치료하는 서비스를 보장받을 수 있습니다. • 미국 식약청(FDA) 승인 오피오이드 작용제 및 길항제 투약 지원 치료(MAT). • MAT 약의 조제 및 투여 (해당되는 경우) • 약물 사용 상담 • 개인 및 그룹 요법 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 정기적 평가	네트워크 내: 그룹 또는 개별 요법 세션을 포함해 서비스당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • X 선 • 기사의 재료 및 용품 포함 방사선(라듐 및 동위원소) 요법 • 침단 진단 방사선과 (MRI, MRA, SPECT, CT, PET) • 드레싱 같은 외과 용품 • 스플린트, 캐스트 및 기타 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용되는 기기 • 실험실 검사 • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축적혈구의 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액의 첫 파인트로만 시작됩니다. 기타 혈액 구성요소는 사용된 첫 파인트부터 보장됩니다. • 기타 외래환자 진단 검사	네트워크 내: 외래환자 진단 검사, 치료 서비스, 용품당 20% 공동보험금 같은 날 같은 장소에서 복수의 서비스를 받는 경우 분담금 최대액이 적용됩니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
외래환자 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원환자로서 입원할 필요가 있거나 퇴원할 수 있지 판단하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래환자 병원 관찰 서비스가 보장되려면 그것이 Medicare 기준을 충족하고 합리적이며 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사의 또는 주 면허 법률 및 병원 스태프 내규에 의해 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사를 지시할 권한이 있는 다른 사람의 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다.	네트워크 내: 외래환자 병원 관찰 서비스당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
참고: 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않은 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다.	
귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 – 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹(www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.	

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)**외래환자 병원 서비스**

우리는 귀하가 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래환자과에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다.

보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 응급실 또는 외래환자 클리닉에서의 관찰 서비스 또는 외래환자 수술 같은 서비스
- 병원에 의해 비용이 청구되는 검사실 검사 및 진단 검사
- 그것 없이는 입원환자 치료가 요구될 것임을 의사가 인증하는 경우, 부분 입원 프로그램에서의 케어 포함 정신 건강 케어
- 병원에 의해 비용이 청구되는 X-레이 및 기타 방사선과 서비스
- 스플린트 및 캐스트 같은 의료 용품
- 스스로 줄 수 없는 특정 약 및 생약

참고: 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않은 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다.

귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 – 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹(www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.

네트워크 내:

외래환자 병원 서비스당 20% 공동보험금.

서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
외래환자 정신 건강 케어 보장되는 서비스의 예: 주 면허 정신과의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 간호사 전문가, 간호사, 의사 조수 또는 기타 해당 주 법률에 의거 허용된 Medicare 적격 정신 건강 케어 전문가가 제공하는 정신 건강 서비스.	네트워크 내: Medicare 보장 외래환자 그룹 및/또는 개인 요법 세션당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다
외래환자 재활 서비스 보장 대상 서비스: 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 언어 요법. 외래환자 재활 서비스는 병원 외래환자과, 독립 요법사 치료실 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 같은 다양한 외래환자 환경에서 제공됩니다.	네트워크 내: Medicare 보장 서비스당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
외래환자 약물 오용 서비스 보장되는 서비스에는 약물 오용 서비스를 위한 외래환자 치료 및 상담이 포함됩니다.	네트워크 내: Medicare 보장 외래환자 그룹 및/또는 개인 요법 세션당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
병원 외래환자 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스를 포함한 외래환자 수술 참고: 귀하가 병원 시설에서 수술을 갖는 경우, 귀하가 입원환자 인지 외래환자인지에 대해 서비스 제공자에게 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않는 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 수술에 대한 비용 부담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 여전히 “외래환자”로 간주될 수 있습니다.	네트워크 내: Medicare 보장 서비스의 경우 방문당 20% 공동보험금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
부분적 입원 서비스 “부분적 입원”이란 병원 외래환자 서비스로서 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에 의해 제공되며, 귀하 의사의 진료실 또는 요법사 치료실에서 받는 케어보다 더 집약적이고 입원환자 입원의 대안인 체계적 능동적 정신과 치료 프로그램입니다. 참고: 우리 네트워크에는 커뮤니티 정신 건강 센터가 없기 때문에 우리는 병원 외래환자 서비스로서만 부분적 입원을 보장합니다.	네트워크 내: 일당 \$55 분담금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
의사 진료실 방문 포함 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스의 예: • 의사 진료실, 인증된 통원 수술 센터, 병원 외래환자과 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 내과 케어 또는 외과 서비스 • 전문의에 의한 상담, 진단 및 치료 • 귀하가 의료를 필요로 하는지 확인하기 위해 담당 의사가 지시하는 경우, 귀하의 PCP 가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 • PCP 및 전문의 서비스를 포함한 특정 원격 의료 서비스 ○ 귀하는 이러한 서비스를 대면 방문을 통해 또는 원격 의료로 받을 옵션을 갖습니다. 귀하가 이러한 서비스 중 하나를 원격 의료로 받기를 선택하면 원격 의료로 서비스를 제공하는 네트워크 제공자를 이용해야 합니다. • 병원 기반 또는 크리티컬 액세스 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원 자택에서 재가 투석 회원을 위한 월레 말기 신장병 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 귀하의 장소와 상관 없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 • 장소와 상관 없이 약물 사용 장애 또는 병발 정신건강 장애 회원들을 위한 원격 의료 서비스	네트워크 내: Medicare 보장 혜택을 위해 PCP 또는 전문의가 수행하는 서비스의 경우 \$0 분담금. PCP 또는 전문의가 수행하는 가상 원격 의료 방문의 경우 \$0 분담금. 서비스는 사전 승인이 요구될 수 있음

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
의사 진료실 방문 포함 의사/개업의 서비스(계속) • <u>다음의 경우</u> 의사와 5-10 분간 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅으로): ○ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ○ 체크인이 지난 7 일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ○ 체크인이 24 시간 이내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음 • <u>다음의 경우</u> 24 시간내 귀하의 의사에 의한, 귀하가 의사에게 보낸 동영상 및/또는 영상의 평가, 해석 및 후속 추적: ○ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ○ 평가가 지난 7 일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ○ 평가가 24 시간내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음. • 귀하의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록으로 다른 의사들과 갖는 상담 • 수술 전 다른 네트워크 내 서비스 제공자의 두 번째 의견 • 비통상적 치과 케어(보장되는 서비스는 턱 또는 관련 구조물의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 조절, 중앙 암병의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 발치 또는 의사가 제공할 때 보장될 서비스로 제한됨)	

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
발 서비스 보장되는 서비스의 예: - 발의 부상 및 질병(예: 망치발가락 또는 족저근막염)의 진단 및 내과적 또는 외과적 치료 - 하지에 영향을 미치는 특정 질병을 가진 회원들을 위한 일반적 발 케어	네트워크 내: Medicare 보장 발 서비스의 경우 방문당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
 전립선암 스크리닝 검사 50 세 이상 남성의 경우, 12 개월 마다 1 회 보장되는 서비스: - 직장수지검사 - 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에 공동보험금, 부담금 또는 본인 부담액은 없습니다. 직장수지검사의 경우 \$0 부담금.
인공기구 및 관련 용품 신체 부분 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 기구(치아 이외). 예: 결장루 케어에 직접 관련된 결장루낭 및 용품, 심박조율기, 브레이스, 보철 신발, 인공 사지, 가슴보형물(유방절제술 후 외과 브래지어 포함). 인공기구에 관련된 특정 용품, 그리고 인공기구의 수리 및/또는 교체 포함. 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장도 포함됨 – 상세 설명은 본 섹션 나중의 “시력 케어” 참조.	네트워크 내: Medicare 보장 인공기구 및 의료 용품의 경우 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
폐 재활 서비스 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 보통~매우 심하고 만성 호흡 질환 치료 의사로부터 폐 재활 추천을 받은 회원들을 위해 종합 폐 재활 프로그램이 보장됩니다.	네트워크 내: 보장되는 폐 재활 방문당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것

 알코올 오용을 줄이기 위한 스크리닝 및 상담

우리는 알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 Medicare 보유 성인(임신 여성 포함)을 위한 1 회의 알코올 오용 스크리닝을 보장합니다.

귀하가 알코올 오용 스크리닝에서 양성으로 나오면 유자격 일차 진료의 또는 일차 진료 환경의 개업의가 제공하는 약식 대면 상담 세션을 년 최대 4 회 가질 수 있습니다(귀하가 상담 동안 능력 있고 각성인 경우).

알코올 오용 예방 혜택을 줄이기 위한 Medicare 보장 스크리닝 및 상담에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

 저선량 흉부 컴퓨터단층촬영(LDCT)으로 폐암 스크리닝

유자격 개인의 경우, LDCT 는 12 개월마다 보장됩니다.

적격 회원: 폐암 징후 또는 증상은 없지만, 적어도 30 갑-년의 흡연 이력이 있고 현재 흡연하고 있거나 지난 15 년 이내에 금연한, 그러한 방문을 위한 Medicare 기준을 충족하는 폐암 스크리닝 상담 및 결정 공유 방문시 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 제공하는 LDCT 를 위한 지시서를 받은 55 – 77 세의 사람.

최초 LDCT 스크리닝 후 LDCT 폐암

스크리닝의 경우: 회원은 LDCT 폐암 스크리닝을 위한 지시서를 받아야 합니다.

지시서는 해당 방문시 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 제공할 수 있습니다. 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 폐암 스크리닝 상담과 LDCT 를 사용한 후속 폐암 스크리닝을 위한 결정 공유 방문을 제공하기로 선택하는 경우, 그 방문은 그러한 방문을 위한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.

Medicare 보장 상담 및 결정 공유 방문의 경우, 또는 LDCT 의 경우, 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 성병(STI) 스크리닝 및 STI 를 예방하기 위한 상담 우리는 클라미디아, 임질, 매독, B 형 간염을 위한 성병(STI) 스크리닝을 보장합니다. 이러한 스크리닝은 임신 여성을 위해 그리고 검사가 일차 진료의에 의해 지시될 때 STI 위험이 증가한 특정 사람들을 위해서도 보장됩니다. 우리는 이러한 검사를 12 개월 마다 1 회 또는 임신 동안 특정 시기 마다 보장합니다. 우리는 또한 성적으로 활발하여 STI 위험이 증가한 성인을 위한 년 최대 2 회의 개별 20~30 분, 대면 고강도 행동 상담 세션도 보장합니다. 우리는 그것이 일차 진료 제공자가 제공하고 의사 진료실 같은 일차 진료 환경에서 이루어지는 경우에만 예방 서비스로서 이러한 상담 세션을 보장할 것입니다.	STI 를 위한 Medicare 보장 스크리닝 및 STI 예방 혜택을 위한 상담의 경우 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
신장병을 치료하기 위한 서비스 보장되는 서비스의 예: • 신장 케어를 가르치고 회원들이 자신의 케어에 대해 정보에 입각한 결정을 하도록 돕기 위한 신장병 교육 서비스. 의사 추천시 신장병이 IV 기 만성인 회원들을 위해 우리는 평생 최대 6 세션의 신장병 교육 서비스를 보장합니다 • 외래환자 투석 치료(제 3 장에 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역 바깥에 있을 때의 투석 치료 포함) • 입원환자 투석 치료(특별 케어를 위해 병원에 입원환자로서 입원한 경우) • 자가 투석 훈련(귀하와 귀하의 자택 투석 치료를 돕는 사람을 위한 훈련 포함) • 자택 투석 장비 및 용품 • 특정 자택 지원 서비스(예: 필요시 자택 투석을 체크하기 위한, 비상시 돕기 위한 그리고 투석 장비와 물 공급을 체크하기 위한 훈련된 투석 기사 방문) 특정 투석 약은 Medicare 파트 B 약 혜택에 의거 보장됩니다. 파트 B 약 보장에 대한 설명은 “Medicare 파트 B 처방약” 섹션을 참조하십시오.	네트워크 내: 신장병 교육 서비스의 경우 20% 공동보험금 각 Medicare 보장 투석 치료를 위한 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 여기에는 전문가 방문(신장전문의 투석 클리닉 방문)과 투석 시설 방문이 포함됩니다. 병원 입원환자로서 바든 투석은 귀하의 병원 입원환자 혜택에 의거 보장될 것입니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
전문요양시설(SNF) 케어 (“전문요양시설 케어”의 정의는 이 브로셔의 제 12 장을 참조하십시오. 전문요양시설을 때때로 “SNF”로 부릅니다.)	

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
전문요양시설(SNF) 케어(계속) 혜택 기간당 100 일 동안 보장됩니다. 사전 입원이 필요하지 않습니다. 혜택 기간은 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어간 날 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 입원환자 병원 케어(또는 SNF 에서의 전문 케어)를 연속 60 일 동안 받으면 끝납니다. 한 혜택 기간이 끝난 후 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어가면 새 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 한도가 없습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2 인실 (또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) • 특별식 포함 식사 • 전문 간호 서비스 • 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법 • 귀하의 케어 계획의 일환으로 투여되는 약 (여기에는 혈액 응고 인자 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.) • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축적혈구의 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액의 첫 파인트로 시작됩니다. • 통상적으로 SNF 가 제공하는 내과 및 외과 용품 • 통상적으로 SNF 가 제공하는 검사실 검사 • 통상적으로 SNF 가 제공하는 X-레이 및 기타 방사선 서비스 • 휠체어 같이 통상적으로 SNF 가 제공하는 기구의 사용 • 의사/종사자 서비스	네트워크 내: 다음은 2022년 메디 케어 정의 금액입니다. • 혜택 기간당 1~20일의 경우 일당 \$0 분담금 • 혜택 기간당 21~100일의 경우 일당 \$194.50 분담금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다. 사전 입원이 필요하지 않습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
전문요양시설(SNF) 케어(계속) 일반적으로 귀하는 SNF 케어를 네트워크 시설에서 받을 것입니다. 단, 아래 열거된 특정 조건 하에서 귀하는 해당 시설이 우리 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우, 네트워크 내 제공자가 아닌 시설을 위해 네트워크 내 비용 분담액을 지불할 수 있습니다. • 귀하가 병원에 가기 직전에 거주하고 있었던 요양원 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티(그곳이 전문 요양 시설 케어를 제공하는 한) • 귀하가 병원을 떠날 때 배우자가 거주하고 있는 SNF	
 금연(흡연 또는 담배 사용을 중단하기 위한 상담) <u>귀하가 흡연하지만 담배 관련 질환의 징후나 증상이 없는 경우:</u> 우리는 무료 예방 서비스로서 12 개월 기간내 2 회의 금연 시도 상담을 보장합니다. 각 시도 상담은 최대 4 회의 대면 방문을 포함합니다. <u>담배를 사용하는 데 담배 관련 질환으로 진단되었거나 담배 영향을 받을 수 있는 약물을 복용하고 있는 경우:</u> 우리는 금연 상담 서비스를 보장합니다. 우리는 12 개월 기간내 2 회의 금연 상담을 보장하지만, 귀하는 해당 비용 분담액을 지불할 것입니다. 각 시도 상담은 최대 4 회의 대면 방문을 포함합니다.	Medicare 보장 금연 예방 혜택에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
만성 질병을 위한 특별 보충 혜택 다음 만성 질병을 가진 사람은 이 보험의 Care Management 프로그램에 참가할 때 특별 보충 혜택을 받기 적격할 수 있습니다. 조건은 다음을 포함합니다. • 심혈관 장애 • 만성 심부전 • 치매 • 당뇨병 • 말기 간 질환 • 말기 신장 질환 • HIV/AIDS • 만성 폐 장애 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 신경 장애 • 뇌졸중 만성 질환 자격이 되려면 회원들은 Case Management 프로그램 및 규정된 목표와 결과 척도가 있는 활동들에 참여하여야 합니다. 재가 안전 평가 서비스는 낙상 위험 기준, 보행, 균형 또는 민첩성을 충족하는 자로 제한됩니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있는지를 알 수 있습니다.	네트워크 내: 귀하는 보험의 계약 벤더를 이용하여야 합니다. <u>식사 혜택</u> 입원환자 체류 후 년 최대 84 회의 식사 자택 배달의 경우 \$0 분담금. <u>식료품</u> 월 \$25 한도의 적격 식료품의 경우 \$0 분담금, 그 다음 달로 이월되지 않음. <u>사회적 니즈 혜택</u> 비임상 개인 간병인이 제공하는 동반 서비스의 경우 \$0 분담금. 서비스는 24 회의 4 시간 교대조(총 96 시간)로 제한됩니다. <u>원격 모니터링 서비스</u> 원격 모니터링 기기 사용의 경우 \$0 분담금. <u>재가 안전 평가</u> 년 최대 2 회 평가의 경우 \$0 분담금. <u>재가 지원 서비스</u> 일상 생활 능력을 지원하는 서비스의 경우 \$0 분담금. <u>간병인 지원</u> 년 40 시간 간병으로 제한된 유예 가료의 경우 \$0 분담금. 이러한 서비스를 받기 위한 혜택의 자격은 Clever Care Health Plan의 인증을 받아야 합니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
감독하 운동 요법(SET) 유증상 말초동맥질환(PAD)이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 를 위한 추천을 받은 회원들에게 SET 가 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된 경우 12 주 기간에 걸쳐 최대 36 회 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은: • 파행 환자의 PAD 를 위한 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30-60 분 지속되는 세션으로 구성되어야 합니다 • 병원 외래환자 환경 또는 의사 진료실에서 수행되어야 합니다 • 혜택이 해를 증가하도록 하기 위해 필요하고 PAD 를 위한 운동 요법 훈련을 받은 유자격 보조 요원이 제공해야 합니다 • 기초 및 고급 소생술 훈련을 받은 의사, 의사 조수 또는 간호사/임상 간호사 전문가의 직접 감독 하에 있어야 합니다 SET 는 12 주에 걸쳐 36 세션과 의료 제공자에 의해 의학적으로 필요한 것으로 간주되는 경우 연장된 기간에 걸쳐 추가 36 세션이 보장될 수 있습니다.	네트워크 내: 방문당 20% 공동보험금. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
긴급하게 필요한 서비스 긴급하게 필요한 서비스는 즉각적인 의학적 진료가 요구되는 비응급, 예기치 못한 의학적 질병, 부상 또는 상태를 치료하기 위해 제공됩니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 내 서비스 제공자가 또는 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 활용할 수 없을 때는 네트워크 외 서비스 제공자가 제공할 수 있습니다. 네트워크 외에서 제공된 긴급하게 필요한 서비스의 비용 부담액은 네트워크 내에서 제공된 그러한 서비스의 비용 부담액과 같습니다. 전세계 보장.	긴급하게 필요한 서비스당 \$25 부담금 회원이 동일한 질환으로 인해 72 시간 이내에 입원환자로서 받아들여지는 경우 부담금은 면제됩니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 응급 및 긴급 서비스의 경우 \$100,000의 년 통합 플랜 보장 한도가 있습니다. 미국과 그 영토 바깥의 긴급하게 필요한 서비스당 \$0 부담금.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스

이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것

 시력 케어

보장되는 서비스의 예:

- 눈의 질환 및 부상의 진단 및 치료를 위한 외래환자 의사 서비스(연령 관련 황반변성의 치료 포함). Original Medicare 는 안경/콘택트렌즈를 위한 일반적 눈 검사 (눈 굴절검사) 를 보장하지 않습니다
- 녹내장 위험이 높은 사람들을 위해 우리는 년 1 회의 녹내장 스크리닝을 보장할 것입니다. 녹내장 위험이 높은 사람: 가족의 녹내장 이력이 있는 사람, 당뇨병이 있는 사람, 50 세 이상의 아프리카계 미국인과 65 세 이상의 히스패닉계 미국인
- 당뇨병이 있는 사람들을 위해 당뇨망막병증 스크리닝이 년 1 회 보장됩니다
- 안내렌즈 삽입이 포함된 각 백내장 수술 후 한 쌍의 안경 또는 콘택트렌즈(2 회의 별도 백내장 수술을 받는 경우, 귀하는 첫 번째 수술 후의 혜택을 유지하였다가 두 번째 수술 후 안경 두 개를 구입할 수 없습니다.)

Original Medicare 에 의거 보장되는 의학적으로 필요한 시력 서비스 이외에, 우리 플랜은 EyeMed 네트워크를 통해 다음 통상적 시력 케어 서비스를 제공합니다.

- 굴절검사 포함 일반적 눈 검사, 년 1 회로 제한됨.
- 아이웨어:
 - 안경(테 및 렌즈), 또는
 - 콘택트렌즈, 또는
 - 안경 렌즈, 또는
 - 안경테.

네트워크 내:

눈 질환을 치료하기 위한 Medicare 보장 눈 검사당 20% 공동보험금.

Medicare 보장 녹내장 스크리닝의 경우 \$0 분담금

백내장 수술 후 Medicare 보장 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍의 경우 \$0 분담금.

서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

일반적 눈 검사 1 회에 대해 \$0 분담금

일반적 시력 케어 서비스를 위해서는 EyeMed 참여 제공자를 이용해야 합니다.

이 플랜은 아이웨어 및 콘택트렌즈 비용 지불을 돕기 위해 1 년마다 수당 \$300 를 제공합니다.

당 플랜이 시력 서비스를 위한 최대 혜택 수당을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 책임져야 합니다.

귀하의 수당액까지의 아이웨어에 대해 \$0 분담금.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 것
 “Welcome to Medicare” 예방 방문 당 플랜은 1 회의 “Welcome to Medicare” 예방 방문을 보장합니다. 이 방문에는 귀하 건강의 검토뿐만 아니라 귀하가 필요로 하는 예방 서비스에 대한 교육과 상담(특정 스크리닝 및 예방주사 포함) 및 필요한 경우 다른 케어를 위한 추천이 포함됩니다. 중요사항: 우리는 귀하가 Medicare 파트 B 를 갖는 첫 12 개월 이내의 “Welcome to Medicare” 예방 방문만 보장합니다. 예약을 할 때 진료실에 귀하가 “Welcome to Medicare” 예방 방문을 예약하기 원함을 알리십시오.	“Welcome to Medicare” 예방 방문에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

섹션 3 본 플랜은 어떤 서비스를 보장하지 않는가?

섹션 3.1 우리가 보장하지 않는 (제외) 서비스

이 섹션은 Medicare 보장에서 어떤 서비스가 “제외”되고, 따라서 본 플랜이 보장하지 않는지를 설명합니다. 어떤 서비스가 “제외”된다는 것은 본 플랜이 그 서비스를 보장하지 않는다는 것을 의미합니다.

아래 차트에는 어떤 조건 하에서 보장되지 않거나 특정 조건 하에서만 보장되는 서비스와 품목이 열거되어 있습니다.

제외된(보장되지 않는) 서비스를 받는 경우에는 귀하가 그 비용을 지불해야 합니다. 우리는 열거된 특정 조건에 의거한 경우를 제외하고 아래 차트에 열거된 제외되는 의료 서비스를 위해서는 그 비용을 지불하지 않을 것입니다. 유일한 예외: 우리는 귀하의 특정 상황 때문에 아래 차트의 어떤 서비스가 우리가 그 비용을 지불 즉 보장했어야 하는 의료 서비스라는 것이 이의 제기에 의거 판명되는 경우에만 지불할 것입니다. (우리가 어떤 의료 서비스를 보장하지 않기로 한 결정에 이의를 제기하는 데 대한 설명은 이 브로셔의 제 9 장, 섹션 5.3 을 참조하십시오.)

서비스에 대한 모든 제외 또는 제한이 혜택 차트 또는 아래 차트에 설명되어 있습니다.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

귀하가 제외된 서비스를 응급 시설에서 받는 경우, 제외된 서비스가 여전히 보장되지 않으면 우리 플랜은 그 비용을 지불하지 않을 것입니다.

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
미용 수술 또는 처치		✓ 사고로 인한 부상의 경우 또는 신체 기형 회원의 기능 개선을 위해 보장됨. 유방절제술 후의 유방을 위한, 그리고 대칭적 외관을 만들기 위해 영향을 받지 않은 유방을 위한 모든 단계의 재건을 보장합니다.
보호 케어는 여러분이 전문 의료 케어 또는 전문 요양 케어를 필요로 하지 않는 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 상황에서 제공되는 개인적 케어입니다. 보호 케어는 목욕 또는 옷입기 같은 일상 생활 활동을 돕는 케어 같이 훈련된 의료 또는 준의료 요원의 지속적 관심이 요구되지 않는 개인적 케어입니다.	✓	

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
실험적 내과 및 외과 처치, 장비 및 의약품. 실험적 처치 및 품목은 우리 플랜과 Original Medicare 에 의해 의료계가 일반적으로 인정하지 않는 것으로 판정된 품목과 처치입니다.		✓ Medicare 승인 임상 연구 하에서 Original Medicare 에 의해, 또는 우리 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 대한 상세 설명은 제 3 장, 섹션 5 를 참조하십시오.)
귀하의 가까운 친척 또는 귀하 가구의 구성원에 의한 케어를 위해 부과되는 수수료.	✓	
자택에서의 풀타임 간호.	✓	
가정 배달 음식		✓ 이것은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택에 의거하여 보장되는 것입니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있지는 않을 것입니다. 상세 설명은 위의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.
가사 서비스에는 가벼운 청소 또는 가벼운 식사 준비를 포함한 기본적 가사 지원이 포함됩니다.		✓ 이것은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택에 의거하여 보장되는 것입니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있지는 않을 것입니다. 상세 설명은 위의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
정형외과용 신발		✓ 신발이 레그 브레이스에 속하여 브레이스 비용에 포함된 경우 또는 신발이 당뇨병 발 질환자를 위한 것인 경우.
병원 또는 전문 요양 시설에서 귀하의 방 안에 있는 전화기 또는 텔레비전 같은 개인용 품목.	✓	
병원의 1 인실.		✓ 의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
불임법의 역전 및 또는 비처방 피임 용품.	✓	
일반적 지압요법 케어		✓ 아탈구를 교정하기 위한 척주의 수기 조작이 보장됩니다.
방사상 각막절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조.	✓	
일반적 발 케어		✓ Medicare 가이드라인에 따라 제공되는 일부 제한적 보장 (예컨대, 귀하에게 당뇨병이 있는 경우).
Original Medicare 의 기준에 따라 합리적이지도 않고 필요하지도 않은 것으로 간주되는 서비스	✓	
발을 위한 지지 기구		✓ 당뇨병 발 질환자를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.

제 4 장. 의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
미용 수술 또는 처치		✓ 사고로 인한 부상의 경우 또는 신체 기형 회원의 기능 개선을 위해 보장됨. 유방절제술 후의 유방을 위한, 그리고 대칭적 외관을 만들기 위해 영향을 받지 않은 유방을 위한 모든 단계의 재건을 보장합니다.
보호 케어는 여러분이 전문 의료 케어 또는 전문 요양 케어를 필요로 하지 않는 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 상황에서 제공되는 개인적 케어입니다. 보호 케어는 목욕 또는 옷입기 같은 일상 생활 활동을 돕는 케어 같이 훈련된 의료 또는 준의료 요원의 지속적 관심이 요구되지 않는 개인적 케어입니다.	✓	

제 5 장

파트 D 처방약을 위한
플랜의 보장 활용하기

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**

섹션 1	소개	123
섹션 1.1	본 장은 귀하의 파트 D 약을 위한 보장에 대해 설명합니다	123
섹션 1.2	플랜의 파트 D 약 보장을 위한 기본 규칙	123
섹션 2	네트워크 내 약국에서, 또는 플랜의 우편 주문 약국 서비스를 통해 처방약을 조제하기	124
섹션 2.1	처방약을 보장 받으려면 네트워크 내 약국을 이용하십시오	124
섹션 2.2	네트워크 내 약국 찾기	124
섹션 2.3	플랜의 우편 주문 약국 서비스 이용하기	125
섹션 2.4	약의 장기 분량을 어떻게 받을 수 있는가?	127
섹션 2.5	플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국은 언제 이용할 수 있는가?	127
섹션 3	귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 합니다	128
섹션 3.1	“의약품 목록”은 어느 파트 D 약이 보장되는지를 설명합니다	128
섹션 3.2	의약품 목록 상의 약을 위한 여섯 가지 “비용 부담 계층”	129
섹션 3.3	특정 약이 의약품 목록에 있는지 어떻게 알 수 있는가?	130
섹션 4	일부 약의 경우 보장에 제한이 있습니다	130
섹션 4.1	왜 일부 약에 제한이 있는가?	130
섹션 4.2	어떤 종류의 제한?	131
섹션 4.3	이러한 제한 사항이 귀하의 약에 적용되는가?	132
섹션 5	귀하의 약 중 하나가 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는다면?	132
섹션 5.1	귀하의 약이 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 것들이 있습니다	132
섹션 5.2	귀하의 약이 의약품 목록에 없는 경우, 또는 어떤 식으로든 약에 제한 사항이 적용되는 경우 귀하는 무엇을 할 수 있는가?	133
섹션 5.3	본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우 무엇을 할 수 있는가?	135
섹션 6	귀하의 약 중 하나에 대한 보장이 변경되면 어떻게 되는가?	136
섹션 6.1	의약품 목록은 연도 중에 변경될 수 있습니다	136
섹션 6.2	귀하가 복용하고 있는 약을 위한 보장 범위가 변경되면 어떻게 되는가?	136

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

섹션 7	본 플랜은 어떤 종류의 약을 보장하지 않는가?	139
섹션 7.1	우리가 보장하지 않는 유형의 약들	139
섹션 8	처방약을 지을 때 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오	140
섹션 8.1	플랜 멤버십 카드 제시	140
섹션 8.2	멤버십 카드를 소지하지 않고 있으면 어떻게 되는가?	140
섹션 9	특별 상황에서의 파트 D 약 보장	141
섹션 9.1	본 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설에 귀하가 체류를 위해 있으면 어떻게 되는가?	141
섹션 9.2	장기 케어(LTC) 시설의 거주자인 경우에는 어떻게 되는가?	141
섹션 9.3	귀하가 약 보장을 고용주 또는 퇴직자 단체 보험에서도 받으면 어떻게 되는가?	142
섹션 9.4	귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있으면 어떻게 되는가?	142
섹션 10	약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램	143
섹션 10.1	회원들이 약을 안전하게 이용하도록 돕는 프로그램	143
섹션 10.2	회원들이 오피오이드 약을 안전하게 사용하도록 돕는 약 관리 프로그램(DMP)	144
섹션 10.3	회원들이 투약을 관리하도록 돕기 위한 투약 요법 관리(MTM) 프로그램	144

약 비용 지불을 돕는 프로그램이 있다는 것을 아십니까?

“추가 도움” 프로그램은 자원이 제한된 사람들의 약 비용 지불을 돕습니다. 자세한 정보는 제 2 장, 섹션 7 을 참조하십시오.

귀하는 현재 약 비용을 지불하기 위한 도움을 받고 계십니까?

귀하가 약 비용을 지원하는 프로그램에 가입한 경우, 이 **보장 범위 증명서**에 나와 있는 **파트 D 처방약 비용에 대한 일부 정보는 귀하에게 해당되지 않습니다**. 우리는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내었으므로, 귀하의 약 보장에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우, 고객센터시스템에 연락하여 “LIS 특약”을 요청하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 1 소개****섹션 1.1 본 장은 귀하의 파트 D 약을 위한 보장에 대해 설명합니다**

이 장은 귀하의 파트 D 약 보장 사용을 위한 규칙에 대해 설명합니다. 그 다음 장은 귀하가 파트 D 약을 위해 지불하는 비용에 대해 설명합니다(제 6 장, *파트 D 처방약을 위해 귀하가 지불하는 비용*).

귀하의 파트 D 약 보장 이외에, Clever Care Balance Medicare Advantage 는 본 플랜의 의료 혜택에 의거하여 일부 약도 보장합니다. Medicare 파트 A 혜택의 보장을 통해 우리 플랜은 일반적으로 병원 또는 전문 요양 시설에서의 보장되는 체류 중에 받는 약을 보장합니다. Medicare 파트 B 혜택의 보장을 통해 우리 플랜은 특정 화학요법 약, 진료실 방문 중 받는 특정 약 주입 및 투석 시설에서 받는 약 등의 약을 보장합니다. 제 4 장(*의료 혜택 차트, 보장되는 것과 본인이 지불하는 것*)은 보장 대상 병원 또는 전문 요양 시설 체류 시의 약을 위한 혜택 및 비용뿐만 아니라 파트 B 약을 위한 귀하의 혜택 및 비용에 대해 설명합니다.

귀하가 Medicare 호스피스에 있는 경우 귀하의 약은 Original Medicare 에 의해 보장될 수 있습니다. 우리 플랜은 귀하의 말기 예후 및 관련 상태에 관련되지 않고 따라서 Medicare 호스피스 혜택에 의거 보장되지 않는 Medicare 파트 A, B, D 서비스 및 약만 보장합니다. 자세한 설명은 섹션 9.4(*귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있다면 어떻게 되는가*)를 참조하십시오. 호스피스 보장에 대한 자세한 설명은 제 4 장(*의료 혜택 차트, 보장되는 것과 본인이 지불하는 것*)의 호스피스 섹션을 참조하십시오.

다음 섹션들은 본 플랜의 파트 D 혜택 규칙에 의거한 귀하의 약 보장에 대해 설명합니다. 섹션 9, *특별 상황에서의 파트 D 약 보장*은 귀하의 파트 D 보장과 Original Medicare 에 대한 자세한 정보를 포함합니다.

섹션 1.2 플랜의 파트 D 약 보장을 위한 기본 규칙

이 플랜은 일반적으로 귀하가 이러한 기본 규칙을 준수하는 한 귀하의 약을 보장할 것입니다.

- 귀하는 서비스 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 작성한 처방을 갖고 있어야 합니다.
- 귀하의 처방자가 Medicare 를 수락하거나 그가 처방을 작성할 자격이 있음을 나타내는 문서를 CMS 에 제출해야 하며, 그렇지 않으면 귀하의 파트 D 청구는 거부될 것입니다. 귀하가 다음 번에 전화 또는 방문할 때 귀하의 처방자가 이 조건을 충족하는지 그들에게 물어야 합니다. 충족하지 않는 경우, 귀하의

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

처방자가 필요한 서류를 제출하여 처리되는 데 시간이 걸릴 것임을 인식하십시오.

- 처방약의 혜택을 누리려면 일반적으로 네트워크 내 약국을 이용해야 합니다. (섹션 2, *처방약을 네트워크 내 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 약국 서비스를 통해 조제하기.*)
- 귀하의 약은 플랜의 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*(줄여서 “의약품 목록”)에 있어야 합니다. (섹션 3, *귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 함* 참조)
- 귀하의 약이 의학적으로 인정된 지시를 위해 사용되어야 합니다. “의학적으로 인정된 지시”란 식약청에 의해 승인된 또는 특정 준거 서적에 의해 지원된 약의 사용입니다. (의학적으로 인정된 지시에 대한 자세한 설명은 섹션 3을 참조하십시오.)

섹션 2 네트워크 내 약국에서, 또는 플랜의 우편 주문 약국 서비스를 통해 처방약을 조제하기

섹션 2.1 처방약을 보장 받으려면 네트워크 내 약국을 이용하십시오

대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 그것이 본 플랜의 네트워크 내 약국에서 지어지는 *경우에만* 보장됩니다. (우리가 네트워크 외 약국에서 지어진 처방약을 보장할 경우에 대한 설명은 섹션 2.5를 참조하십시오.)

네트워크 내 약국이란 귀하의 보장 대상 처방약을 제공하기로 당 플랜과 계약한 약국입니다. “보장 대상 약”이란 용어는 본 플랜의 의약품 목록에서 보장되는 모든 파트 D 처방약을 의미합니다.

섹션 2.2 네트워크 내 약국 찾기

귀하 지역의 네트워크 내 약국을 어떻게 찾는가?

네트워크 내 약국을 찾으려면 *약국 명부*를 참조하거나, 당사 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com)를 방문하거나, 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

우리 네트워크 내 약국 중 어디에나 갈 수 있습니다. 귀하가 네트워크 내의 한 약국에서 다른 약국으로 전환하여 복용해온 약을 다시 지을 필요가 있는 경우, 귀하는 서비스 제공자에게 새로운 처방을 작성하도록 하거나 본인의 처방이 네트워크 내 새로운 약국으로 이전되도록 요청할 수 있습니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**귀하가 이용해 온 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 되는가?**

이용해 온 약국이 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우, 귀하는 네트워크 내에 있는 새로운 약국을 찾아야 할 것입니다. 귀하 지역의 다른 네트워크 내 약국을 찾으려면 고객센터시스템의 도움을 받거나(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) **약국 명부**를 이용하십시오. 이 정보는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy 에서도 찾아볼 수 있습니다.

전문 약국이 필요한 경우에는 어떻게 하는가?

때때로 처방약은 전문 약국에서 조제해야 합니다. 전문 약국에는 다음이 포함됩니다.

- 가정 주입 요법용 약을 공급하는 약국.
- 장기 케어(LTC) 시설의 거주자를 위한 약을 공급하는 약국. 일반적으로, LTC 시설(예: 요양원)에는 자체 약국이 있습니다. 귀하가 LTC 시설에 있는 경우, 우리는 귀하가 본인의 파트 D 혜택을 보통 해당 LTC 시설이 사용하는 약국인 우리의 LTC 약국 네트워크를 통해 일상적으로 받을 수 있도록 해야 합니다. LTC 시설에서 본인의 파트 D 혜택을 받는 데 어려움이 있는 경우에는 고객센터시스템에 연락하십시오.
- 인디언 보건 서비스 / 부족 / 도시 인디언 보건 프로그램을 섬기는 약국(푸에르토리코에서는 이용할 수 없음). 응급의 경우를 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 우리 네트워크의 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA 에 의해 특정 장소로 제한된 또는 특별 취급, 제공자 조율 또는 사용 교육이 요구되는 약을 조제하는 약국. (참고: 이 시나리오는 드물게 발생합니다.)

전문 약국을 찾으려면 **약국 명부**를 참조하거나 고객센터시스템에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 약국 서비스 이용하기

특정 종류의 약의 경우, 플랜의 네트워크 내 우편 주문 약국 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 질환을 위해 규칙적으로 복용하는 약입니다. 우리 의약품 목록에서 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 제공되지 않는 약에는 별표가 있습니다.

우리 플랜의 우편 주문 약국 서비스를 통해 **최소 30 일분의 약과 최대 90 일분의 약을** 주문할 수 있습니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

주문 양식과 귀하의 처방약을 우편으로 짓는 데 대한 설명을 받으려면 고객센터팀에 연락하거나 우리 웹사이트를 방문하십시오(전화번호와 웹사이트는 이 브로셔의 뒷 표지에 기재되어 있음).

일반적으로, 우편 주문 약국 주문품은 10 일 이내에 도착할 것입니다. 귀하의 주문품이 지체되는 경우, 이 브로셔의 뒤에 있는 전화번호로 고객센터팀에 연락하여 도움을 받으십시오.

약국이 귀하 의사의 진료실로부터 직접 받는 새로운 처방.

다음의 경우에 약국은 귀하에게 먼저 확인함이 없이 의료 서비스 제공자에게서 받는 새로운 처방을 자동으로 조제하여 배송할 것입니다.

- 귀하가 과거에 이 플랜으로 우편 주문 서비스를 이용한 경우, 또는
- 의료 서비스 제공자에게서 직접 받는 모든 새로운 처방약의 자동 배송을 귀하가 신청한 경우. 귀하는 *지침 삽입*에 의해 지금 또는 언제든지 모든 새로운 처방약의 자동 배송을 요청할 수 있습니다.

원하지 않는 처방약을 우편으로 자동으로 받았는데 배송되기 전에 본인이 그것을 원하는지 묻는 연락을 받지 않은 경우, 귀하는 환불을 받을 권리가 있을 수 있습니다.

과거에 우편 주문을 이용한 적이 있지만 약국이 각 새로운 처방약을 자동으로 조제하여 배송하는 것을 원하지 않는 경우에는 *지침 삽입*(으)로 당사에 연락하십시오.

귀하가 우편 주문 배송을 이용한 적이 없고/없거나 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하기로 결정하는 경우, 약국은 의료 서비스 제공자로부터 새로운 처방을 받을 때마다 귀하에게 연락하여 귀하가 약 조제 및 즉각 배송을 원하는지 확인할 것입니다. 이는 귀하가 약국이 정확한 약(강도, 양, 형태 등)을 배송하도록 하고, 필요한 경우, 귀하에게 청구 및 배송되기 전에 주문을 취소 또는 지연시킬 수 있는 기회를 제공할 것입니다. 약국이 귀하에게 연락할 때마다 대응하여 그들에게 새로운 처방으로 무엇을 할지를 알리고 배송 지연을 예방하는 것이 중요합니다.

귀하의 의료 서비스 제공자 진료실로부터 직접 받은 새로운 처방약의 자동 배송을 해제하려면 이 브로셔의 뒤에 기재된 번호로 고객센터팀에 전화하여 우리에게 알려주십시오.

우편 주문 처방약 재조제. 차기 주문량이 적시에 배송될 수 있도록 갖고 계신 약품이 부족해지기 14 일 전에 당사에 연락해주시기 바랍니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

배송하기 전에 약국이 귀하의 주문을 확인하기 위해 귀하에게 연락할 수 있도록 귀하에게 연락할 수 있는 가장 좋은 방법을 약국에 알려주세요. 도움이 필요하면 이 브로셔의 뒤에 기재된 번호로 고객센터시스템에 전화하십시오.

섹션 2.4	약의 장기 분량을 어떻게 받을 수 있는가?
---------------	--------------------------------

약의 장기 분량을 받을 때 비용 부담액이 낮아질 수 있습니다. 이 플랜은 우리 플랜의 의약품 목록 상의 “유지” 약의 장기 분량을 받기 위한 두 가지 방법을 제안합니다. (유지 약은 만성 또는 장기 질환을 위해 규칙적으로 복용하는 약입니다.) 귀하는 이 분량을 우편 주문을 통해 주문하거나(섹션 2.3 참조), 소매 약국으로 갈 수 있습니다.

1. 우리 네트워크 내의 **일부 소매 약국**은 귀하가 유지 약의 장기 분량을 얻을 수 있도록 합니다. **약국 명부에** 우리 네트워크 내의 어느 약국이 유지 약의 장기 분량을 제공할 수 있는지가 나와 있습니다. 또한 귀하는 자세한 정보를 얻기 위해 고객센터시스템에 전화할 수도 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
2. 특정 종류의 약의 경우, 플랜의 네트워크 내 **우편 주문 약국 서비스**를 이용할 수 있습니다. 우리 의약품 목록에서 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 제공되지 않는 약에는 별표가 있습니다. 우리 플랜의 우편 주문 약국 서비스를 통해 **최소 30 일분의 약과 최대 90 일분의 약을 주문할 수 있습니다.** 우리의 우편 주문 약국 서비스 이용에 대한 자세한 설명은 섹션 2.3 을 참조하십시오.

섹션 2.5	플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국은 언제 이용할 수 있는가?
---------------	---

귀하의 처방약은 특정 상황에서 보장될 수 있습니다

일반적으로, 우리는 귀하가 네트워크 내 약국을 이용할 수 없을 때 **만** 네트워크 외 약국에서 조제하는 약을 보장합니다. 귀하를 돕기 위해 우리는 우리 서비스 지역 밖에서 귀하가 우리 플랜의 회원으로서 처방약을 조제할 수 있는 네트워크 내 약국들을 보유하고 있습니다. 귀하가 네트워크 내 약국을 이용할 수 없는 경우, 우리가 네트워크 외 약국에서 조제하는 처방약을 보장하는 경우는 다음과 같습니다.

- 귀하가 미국과 그 영토 내에서 여행 중에 아프게 되거나 본인의 처방약을 분실 또는 소진한 경우.
- 그 처방이 응급 또는 긴급 케어를 위한 경우.
- 25마일 주행 거리 내에 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 내 약국이 없기 때문에 귀하가 우리 서비스 지역 내에서는 적시에 보장 대상 약을 입수할 수 없는 경우.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

- 귀하가 접근 가능한 네트워크 내 소매 약국에서는 규칙적으로 비축해 두지 않는 보장 대상 약(예: 희귀약 또는 기타 특수약)의 처방약을 조제하는 경우.

이러한 경우에는 인근에 네트워크 내 약국이 있는지를 먼저 **고객서비스팀에 문의하십시오.** (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.) 귀하가 네트워크 외 약국에서의 약을 위해 귀하가 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 우리가 보장할 비용 사이의 차액을 지불할 것이 요구될 수 있습니다.

당 플랜에 상환을 어떻게 요청하는가?

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우, 귀하는 일반적으로 처방약을 조제할 때 (비용 중 통상적인 자신의 몫이 아닌) 전액을 지불해야 할 것입니다. 귀하는 비용 중 우리의 몫에 대한 상환을 요구할 수 있습니다. (플랜에 비용 상환을 요구하는 방법은 제7장, 섹션 2.1에 설명되어 있습니다.)

섹션 3 귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 합니다

섹션 3.1 “의약품 목록”은 어느 파트 D 약이 보장되는지를 설명합니다
--

이 플랜에는 “**보장 대상 의약품 목록(처방집)**”이 있습니다. 이 **보장 범위 증명서**에서는 그것을 줄여서 “**의약품 목록**”이라고 합니다.

이 목록 상의 약들은 본 플랜이 의사 및 약국들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정합니다. 목록은 Medicare 가 정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare 가 이 플랜의 의약품 목록을 승인했습니다.

의약품 목록 상의 약들은 Medicare 파트 D 에 의거 보장되는 약들만입니다(파트 D 약에 대해서는 이 장의 앞에 있는 섹션 1.1 에서 설명함).

일반적으로 우리는 귀하가 이 장에 설명된 다른 보장 규칙을 준수하고 약 사용이 의학적으로 인정된 지시인 경우에만 플랜의 의약품 목록 상의 약을 보장할 것입니다. “**의학적으로 인정된 지시**”란 *다음 중 하나*와 같은 약을 사용하는 것입니다.

- 식약청에 의해 승인된 약. (즉, 식약청이 해당 약을 현재 처방되고 있는 진단 또는 질환을 위해 승인하였음.)
- -- 또는 -- 미국 병원 처방집 서비스 약 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템 같은 특정 준거에 의해 지지됨.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

특정 약은 일부 질환을 위해 보장될 수 있지만 다른 질환을 위해서는 처방집 외로 간주됩니다. 일부 특정 질환만을 위해 보장되는 약은 우리 의약품 목록 및 Medicare 플랜 파인더에서 그것이 보장하는 특정 질환과 함께 식별될 것입니다.

의약품 목록은 상표약과 복제약을 모두 포함합니다

복제약은 상표약과 같은 활성 성분을 갖고 있는 처방약입니다. 일반적으로 그것은 상표약만큼 잘 들으며 보통 가격은 저렴합니다. 많은 상표약을 위한 대체 복제약들이 있습니다.

비처방 약

우리 플랜은 특정 비처방 약도 보장합니다. 일부 비처방 약은 처방 약보다 저렴하면서도 효과는 비슷합니다. 자세한 정보는 고객센터시스템에 요청하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 의약품 목록에 없는 경우는?

무엇이 의약품 목록에 없는가?

이 플랜은 모든 처방약을 보장하지는 않습니다.

- 일부 경우에 법률은 Medicare 플랜이 특정 유형의 약을 보장하는 것을 허용하지 않습니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 섹션 7.1 참조).
- 다른 경우에 우리는 특정 약을 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정했습니다.

섹션 3.2 의약품 목록 상의 약을 위한 여섯 가지 “비용 부담 계층”

이 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 부담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 부담 계층이 높을수록 약을 위한 귀하의 비용도 더 높아집니다.

- 계층 1은 선호 복제약을 포함합니다. (*최저 비용 계층.*)
- 계층 2는 복제약을 포함합니다.
- 계층 3은 선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 4는 비선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 5는 특수 계층 약을 포함합니다. (*최고 비용 계층.*)
- 계층 6은 보충 약을 포함합니다.

귀하의 약이 어느 비용 부담 계층에 속하는지 알려면 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

각 비용 분담 계층에서의 약에 대해 귀하가 지불하는 금액이 제 6 장에 나와 있습니다(*파트 D 처방약을 위한 본인 부담 비용*).

섹션 3.3	특정 약이 의약품 목록에 있는지 어떻게 알 수 있는가?
---------------	---------------------------------------

알 수 있는 두 가지 방법:

1. 플랜의 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy)를 방문합니다. 웹사이트의 의약품 목록이 항상 최신 상태입니다.
2. 고객센터시스템에 전화하여 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 있는지 묻거나 목록을 1 부 요청합니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

섹션 4	일부 약의 경우 보장에 제한이 있습니다
-------------	------------------------------

섹션 4.1	왜 일부 약에 제한이 있는가?
---------------	-------------------------

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 본 플랜이 그것을 보장하는 방법과 때를 제한합니다. 우리 회원들이 약을 가장 효과적으로 사용하도록 돕기 위해 이러한 규칙을 의사와 약사로 구성된 팀이 개발하였습니다. 이 특별 규칙은 전체 약 비용을 통제하는 데도 도움이 됩니다. 즉, 가장 합리적으로 귀하의 약을 보장합니다.

일반적으로 우리 규칙은 귀하가 본인의 질환에 맞고 안전하며 효과적인 약을 얻을 것을 장려합니다. 안전하고 저렴한 약이 고가의 약만큼 의학적으로 효과가 있을 때마다 플랜 규칙은 귀하와 서비스 제공자가 그 저가 옵션을 이용할 것을 장려하도록 되어있습니다. 또한 우리는 약 보장과 비용 분담을 위한 Medicare 의 규칙과 규제를 준수해야 합니다.

귀하의 약에 어떤 제한이 있는 경우, 그것은 일반적으로 우리가 해당 약을 보장하려면 귀하 또는 서비스 제공자가 특별 조치를 취해야 할 것임을 의미합니다. 우리가 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제하기를 원하시면 귀하는 보장 결정 프로세스를 이용해 우리에게 예외를 요청해야 할 것입니다. 우리는 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제하기로 동의할 수도 있고 안 할 수도 있습니다. (예외 요청에 대한 설명은 제 9 장, 섹션 6.2 참조.)

우리 의약품 목록에서 때때로 약이 한 번 이상 나타날 수 있음에 유의하십시오. 이는 귀하의 의료 서비스 제공자가 처방한 약의 강도, 양 또는 형태 같은 요인에 근거해 상이한 제한 또는 비용 분담액이 적용될 수 있기 때문입니다(예: 10mg 대 100mg, 하루 한 개 대 하루 두 개, 정제 대 물약).

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 4.2 어떤 종류의 제한?**

우리 플랜은 우리 회원들이 약을 가장 효과적인 방식으로 사용하도록 돕기 위해 여러 유형의 제한 사항을 적용합니다. 아래 섹션들은 우리가 특정 약을 위해 적용하는 제한 사항의 유형에 대해 자세히 설명합니다.

복제약을 입수할 수 있을 때 상표약을 제한하기

일반적으로, “복제약”은 상표약만큼 효과가 있으며 보통 가격이 저렴합니다. **상표약의 복제약 버전을 입수할 수 있을 때 우리 네트워크 내 약국은 귀하에게 복제약 버전을 제공할 것입니다.** 일반적으로 우리는 복제약을 입수할 수 있을 때는 상표약을 보장하지 않을 것입니다. 단, 귀하의 서비스 제공자가 처방에 상표약의 “대체 약 없음”이라고 썼거나 우리에게 같은 질환을 치료하는 복제약이든 다른 보장 대상 약이든 귀하에게는 효과가 없을 것이라는 의학적 이유를 설명한 경우 **우리는 그 상표약을 보장할 것입니다.** (상표약의 비용 중 귀하 몫이 복제약의 것보다 더 비쌀 수 있습니다.)

사전에 플랜 승인 받기

특정 약의 경우, 귀하 또는 서비스 제공자는 우리가 귀하를 위해 약을 보장하기로 동의하기 전에 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 이를 “**사전 승인**”이라고 합니다. 사전에 승인을 받도록 하는 요건이 때때로 특정 약의 적절한 사용을 유도합니다. 이 승인을 받지 않으면 귀하의 약은 플랜이 보장하지 않을 수도 있습니다.

다른 약을 먼저 시도하기

이 요건은 플랜이 다른 약을 보장하기 전에 귀하가 저렴하지만 일반적으로 효과적인 약을 시도할 것을 장려합니다. 예컨대, 약 A와 약 B가 같은 질환을 치료하는 경우, 본 플랜은 귀하에게 약 A를 먼저 시도할 것을 요구할 수 있습니다. 약 A가 귀하에게 효과가 없으면 플랜은 약 B를 보장할 것입니다. 다른 약을 먼저 시도하라는 이 요건을 “**단계별 요법**”이라고 합니다.

수량 한도

특정 약의 경우, 우리는 귀하가 처방약을 지을 때마다 귀하가 받을 수 있는 약의 수량을 제한함으로써 귀하가 복용할 수 있는 약의 용량을 제한합니다. 예컨대, 특정 약의 경우 일반적으로 하루 한 정만 복용하는 것이 안전한 것으로 간주되는 경우, 우리는 귀하의 처방약 보장을 하루 한 정 이하로 제한할 수 있습니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 4.3 이러한 제한 사항이 귀하의 약에 적용되는가?**

플랜의 의약품 목록은 상기 제한 사항에 대한 정보를 포함합니다. 이러한 제한이 귀하가 복용하거나 복용하기 원하는 약에 적용되는지 알려면 의약품 목록을 확인하십시오. 최신 정보를 원하시면 고객센터에 연락하거나(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) 당사 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy)를 참조하십시오.

귀하의 약에 어떤 제한 사항이 있다면, 그것은 일반적으로 우리가 해당 약을 보장하려면 귀하 또는 서비스 제공자가 특별 조치를 취해야 할 것임을 의미합니다. 귀하가 복용하기 원하는 약에 제한이 있다면 고객센터에 연락하여 해당 약의 보장을 받기 위해서는 귀하 또는 서비스 제공자가 무엇을 해야 하는지 확인하십시오. 우리가 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제하기를 원하시면 귀하는 보장 결정 프로세스를 이용해 우리에게 예외를 요청해야 할 것입니다. 우리는 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제하기로 동의할 수도 있고 안 할 수도 있습니다. (예외 요청에 대한 설명은 제 9 장, 섹션 6.2 참조.)

섹션 5 귀하의 약 중 하나가 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는다면?**섹션 5.1 귀하의 약이 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 것들이 있습니다**

우리는 귀하의 약 보장이 귀하를 위해 도움이 되기를 희망합니다. 그러나 귀하가 현재 복용하고 있는 처방약이 있거나 우리 처방집에는 없거나 제한 사항과 함께 우리 처방집에 있는 귀하가 복용해야 한다고 귀하와 서비스 제공자가 생각하는 약이 있을 수 있습니다. 예:

- 약이 전혀 보장되지 않을 수 있음. 또는 해당 약의 복제약 버전은 보장되지만 귀하가 복용하기 원하는 상표약 버전은 보장되지 않음.
- 약이 보장되지만 해당 약의 보장에 특별 규칙 또는 제한 사항이 있음. 섹션 4 에서 설명한 바와 같이 이 플랜이 보장하는 일부 약에는 그 사용을 제한하는 특별 규칙이 있습니다. 예컨대, 귀하는 본인이 복용하기 원하는 약이 보장되기 전에 그것이 효과가 있을 것인지 확인하기 위해 먼저 다른 약을 시도할 것이 요구될 수 있습니다. 또는 특정 기간 동안 해당 약이 보장되는 양에 한도가 있을 수 있습니다(정제의 수 등). 어떤 경우에 귀하는 본인을 위해 우리가 그 제한 사항을 면제하기를 원할 수 있습니다.
- 약이 보장되지만 비용 부담 계층에 속하여 귀하의 비용 부담액이 생각보다 더 비싸집니다. 본 플랜은 각 보장 대상 약을 여섯 가지 비용 부담 계층 중 하나에

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

됩니다. 귀하의 처방약을 위해 본인이 얼마를 지불하는지는 부분적으로 귀하의 약이 어느 비용 분담 계층에 속하느냐에 따라 달라집니다.

귀하의 약이 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 것들이 있습니다. 귀하의 옵션은 본인이 어떤 유형의 문제를 갖고 있느냐에 따라 달라집니다.

- 귀하의 약이 의약품 목록에 없는 경우, 또는 귀하의 약에 제한 사항이 적용되는 경우, 섹션 5.2 로 가서 귀하가 무엇을 할 수 있는지 확인하십시오.
- 귀하의 약이 비용 분담 계층에 속하여 본인 비용이 생각보다 더 증가하는 경우, 섹션 5.3 으로 이동하여 귀하가 무엇을 할 수 있는지 확인하십시오.

섹션 5.2	귀하의 약이 의약품 목록에 없는 경우, 또는 어떤 식으로든 약에 제한 사항이 적용되는 경우 귀하는 무엇을 할 수 있는가?
---------------	--

귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 해당 약에 제한 사항이 있는 경우 귀하는 다음을 할 수 있습니다.

- 귀하는 약의 일시적 분량을 받을 수 있습니다(특정 상황에서 회원만 일시적 분량을 받을 수 있음). 이는 귀하와 서비스 제공자가 다른 약으로 변경하거나 해당 약이 보장되도록 요청할 수 있는 시간을 제공할 것입니다.
- 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- 귀하는 예외를 요청하고 당 플랜이 해당 약을 보장하거나 약에서 제한 사항을 제거할 것을 요구할 수 있습니다.

귀하는 일시적 분량을 받을 수 있습니다

특정 상황 하에서 당 플랜은 귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 약이 어떤 식으로든 제한된 경우, 귀하에게 약의 일시적 분량을 제공할 수 있습니다. 이렇게 하는 것은 귀하가 서비스 제공자와 상의하여 보장 변경에 대해 알아보고 무엇을 할지 생각할 시간을 제공합니다.

일시적 분량을 받을 자격이 되려면 귀하는 아래의 두 가지 요건을 충족해야 합니다.

1. 귀하의 약 보장 변경이 다음 유형의 변경 중 하나여야 합니다.

- 귀하가 복용해 온 약이 당 플랜의 의약품 목록에 더 이상 없다.
- 또는 -- 귀하가 복용해 온 약이 이제 어떤 식으로든 제한된다(제한에 대해서는 이 장의 섹션 4 에서 설명함).

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**2. 귀하가 아래 설명된 상황 중 하나에 해당해야 합니다.**

- **신규 또는 작년에 플랜에 속했던 회원들의 경우:**

우리는 귀하가 신규인 경우 플랜에서 귀하의 멤버십 첫 90 일 동안, 그리고 귀하가 작년에 플랜에 속했던 경우 역년의 첫 90 일 동안 귀하의 약의 일시적 분량을 보장할 것입니다. 이 일시적 분량은 최대 30 일 분량을 위한 것입니다. 귀하의 처방전이 더 적은 기간으로 작성된 경우, 우리는 최대 30 일치 분량의 약을 제공하기 위해 복수의 처방을 허용할 것입니다. 처방약을 네트워크 내 약국에서 조제해야 합니다. (장기 케어 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 소량으로 약을 제공할 수 있음에 유의하십시오.)

- **본 플랜에 90 일 이상 동안 있었고 장기 케어(LTC) 시설에 거주하며 분량을 즉각 필요로 하는 회원의 경우:**

우리는 귀하의 처방이 더 소수의 날을 위해 작성된 경우에도 특정 약의 1 회 31 일 이하의 분량을 보장할 것입니다. 이는 위의 일시적 분량 상황에 추가되는 것입니다.

- **플랜의 현재 가입자 중 장기 요양(LTC) 시설 또는 병원에서 자택으로 이동하여 이행 분량이 즉시 필요한 경우:**

당사는 30 일치 분량을 보장합니다. 또는 처방전이 더 적은 일수로 작성된 경우 더 적은 분량을 보장합니다(이 경우에는 총 30 일치 분량의 의약품을 제공하기 위해 여러 번의 조제를 허용함).

- **플랜의 현재 가입자 중 자택 또는 병원에서 장기 요양(LTC) 시설로 이동하여 이행 분량이 즉시 필요한 경우:**

당사는 31 일치 분량을 보장합니다. 또는 처방전이 더 적은 일수로 작성된 경우 더 적은 분량을 보장합니다(이 경우에는 총 31 일치 분량의 의약품을 제공하기 위해 여러 번의 조제하도록 허용함).

일시적 분량을 요청하려면 고객센터팀에 전화하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

약을 임시로 공급받고 있는 동안에 귀하는 서비스 제공자와 상담하여 귀하의 임시 분량이 소진되면 어떻게 할지를 결정해야 합니다. 귀하는 본 플랜이 보장하는 다른 약으로 전환하거나 본 플랜이 귀하를 위해 예외를 두어 현재의 약을 보장하도록 요청할 수 있습니다. 아래 섹션들은 그러한 옵션에 대해 자세히 설명합니다.

귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

담당 서비스 제공자와의 상담으로 시작하십시오. 플랜에 의해 보장되는, 그리고 귀하에게 잘 맞을 수 있는 다른 약이 있을 수 있습니다. 고객센터에 전화하여 같은 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 서비스

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장되는 약을 발견하는 데 도움이 될 수 있습니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 서비스 제공자는 플랜이 귀하를 위해 예외를 두어 약이 보장되기를 원하는 방식으로 보장되도록 요청할 수 있습니다. 우리에게 예외를 요청할 만한 의학적 이유가 귀하에게 있다고 서비스 제공자가 말하는 경우, 서비스 제공자는 귀하가 이 규칙의 예외를 요청하는 것을 도울 수 있습니다. 예컨대, 귀하는 약이 플랜의 의약품 목록에 들지 않은 경우에도 그 약을 보장하도록 플랜에 요청할 수 있습니다. 또는 귀하는 플랜이 예외를 두어 약을 제한 없이 보장할 것을 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 회원이고 복용하고 있는 약이 내년에 처방집에서 제거되거나 어떤 식으로든 제한될 경우, 우리는 귀하가 내년을 위해 미리 처방집 예외를 요청하는 것을 허용할 것입니다. 우리는 내년도 귀하의 약 보장에 변경이 있는 경우 말씀드릴 것입니다. 귀하는 내년도 전에 예외를 요청할 수 있으며 우리는 귀하의 요청(또는 귀하 처방자의 지지 성명)을 받은 후 72 시간 이내에 답변을 드릴 것입니다. 우리가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 우리는 변경이 발효되기 전에 보장을 승인할 것입니다.

귀하와 제공자가 예외를 요청하기 원하는 경우, 제 9 장, 섹션 6.4 를 참조하십시오. 그것은 여러분의 요청이 신속 공정하게 취급되도록 하기 위해 Medicare 가 정한 절차와 마감일에 대해 설명합니다.

섹션 5.3 본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우 무엇을 할 수 있는가?

본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우 할 수 있는 것:

귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우에는 제공자와의 상담으로 시작하십시오. 본인을 위해 효과가 좋을 수 있는 더 낮은 비용 부담 계층의 다른 약이 있을 수 있습니다. 고객서비스에 전화하여 같은 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장되는 약을 발견하는 데 도움이 될 수 있습니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 제공자는 본 플랜이 귀하가 더 낮은 비용을 지불하도록 약의 비용 부담 계층에 예외를 두도록 요청할 수 있습니다. 우리에게 예외를 요청할 만한 의학적 이유가

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

귀하에게 있다고 서비스 제공자가 말하는 경우, 서비스 제공자는 귀하가 이 규칙의 예외를 요청하는 것을 도울 수 있습니다.

귀하와 제공자가 예외를 요청하기 원하는 경우, 제 9 장, 섹션 6.4 를 참조하십시오. 그것은 여러분의 요청이 신속 공정하게 취급되도록 하기 위해 Medicare 가 정한 절차와 마감일에 대해 설명합니다.

계층 5 특수 계층의 약은 이 유형의 예외의 자격이 없습니다. 우리는 이 계층의 약을 위해서는 비용 분담액을 낮추지 않습니다.

섹션 6 귀하의 약 중 하나에 대한 보장이 변경되면 어떻게 되는가?

섹션 6.1 의약품 목록은 연도 중에 변경될 수 있습니다

약 보장 범위 변경의 대부분은 해마다 연초(1 월 1 일)에 발생합니다. 그러나, 연중에도 본 플랜은 의약품 목록을 변경할 수 있습니다. 예컨대, 본 플랜은:

- **의약품 목록에 약을 추가 또는 제거할 수 있습니다.** 새로운 복제약을 포함해 새로운 약이 이용 가능하게 됩니다. 아마도 정부가 기존 약을 위한 새로운 사용을 승인했습니다. 때때로 약이 리콜되어 우리가 그것을 보장하지 않기로 결정합니다. 또는 약이 효과가 없는 것으로 판명되었기 때문에 우리가 목록에서 그것을 제거할 수 있습니다.
- **약을 더 높은 또는 더 낮은 비용 분담 계층으로 이동할 수 있습니다.**
- **약을 위한 보장에 제한을 추가하거나 제거할 수 있습니다**(보장 제한에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 4 참조).
- **상표약을 복제약으로 대체할 수 있습니다.**

우리는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 준수해야 합니다.

섹션 6.2 귀하가 복용하고 있는 약을 위한 보장 범위가 변경되면 어떻게 되는가?

약 보장 범위 변경에 대한 정보

연도 중에 의약품 목록이 변경되면 우리는 그러한 변경에 대한 정보를 우리 웹사이트에 게시합니다. 우리는 마지막 업데이트 후에 발생한 변경을 포함하기 위해 우리의 온라인 의약품 목록을 규칙적으로 업데이트할 것입니다. 귀하가 그 당시 복용하고 있는 약에 변경이 발생한 경우 귀하가 직접 통지를 받을 시간을 아래에 지적해 둡니다. 귀하는

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

자세한 정보를 얻기 위해 고객센터에 전화할 수도 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

약 보장 범위의 변경이 귀하에게 즉각 영향을 미치는가?

올해 귀하에게 영향을 줄 수 있는 변경 사항: 아래에 해당되는 경우, 당해 연도 중 보장 변경으로 인해 영향을 받게 됩니다.

- **의약품 목록에서 새로운 복제약이 상표약을 대체하는 경우(또는 우리가 상표약의 비용 분담 계층을 변경하거나 새로운 제한을 추가하거나 또는 두 가지 모두를 하는 경우)**
 - 당사가 상표약을 비용 분담 계층이 동일하거나 더 낮고 제한이 동일하거나 더 적은 복제약으로 교체하는 경우 의약품 목록에서 상표약은 즉시 삭제될 수 있습니다. 또한 새로운 복제약을 추가할 때, 당사가 상표약을 당사의 의약품 목록에 유지하기로 결정할 수는 있지만 즉시 더 높은 비용 분담 계층으로 이를 이전하거나 새로운 제한을 추가하거나 두 가지 모두를 합니다.
 - 귀하가 해당 상표약을 현재 복용하고 있는 경우에도 우리는 그러한 변경을 하기 전에 귀하에게 통보하지 않을 수 있습니다.
 - 귀하 또는 귀하의 처방자는 저희에게 예외를 요청하고 귀하를 위해 상표약을 계속 보장할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 설명은 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.
 - 우리가 변경을 할 당시에 귀하가 상표약을 복용하고 있는 경우, 우리는 우리가 이행한 특정 변경에 대한 정보를 귀하에게 제공할 것입니다. 여기에는 귀하가 상표약을 보장하기 위한 예외를 요청하기 위해 취할 수 있는 조치에 대한 정보도 포함될 것입니다. 귀하는 우리가 변경을 하기 전에 이 통지를 받지 않을 수 있습니다.
- **시중에서 철수된 의약품 목록 상의 불안전 약 및 기타 약**
 - 때때로 어떤 약이 불안전한 것으로 밝혀졌기 때문에 갑자기 철수되거나 다른 이유로 시장에서 제거될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 우리는 의약품 목록에서 해당 약을 즉시 제거할 것입니다. 귀하가 그 약을 복용하고 있는 경우, 우리는 즉시 이 변경 사항을 귀하에게 알릴 것입니다.
 - 귀하의 처방자도 이 변경에 대해 알 것이며 귀하의 질환을 위한 다른 약을 찾기 위해 귀하와 협력할 수 있습니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

- **의약품 목록 상의 약에 대한 기타 변경**

- 연도가 시작되면 우리는 귀하가 복용하고 있는 약에 영향을 미치는 다른 변경을 할 수 있습니다. 예컨대, 당사는 현재 처방집에 있는 상표약을 대체하기 위해 시장에 새로 출시된 것이 아닌 기존 복제약을 추가할 수 있습니다. 또는 당사는 상표약에 대해 새로운 한도를 추가하거나, 다른 비용 분담 계층으로 이를 이전하거나, 이 두 가지 모두를 적용할 수 있습니다. 또한 우리는 FDA 박스 경고 또는 Medicare 에 의해 인정된 새로운 임상 가이드라인에 근거해서도 변경을 할 수 있습니다. 우리는 변경전 적어도 30 일의 사전 통지를 제공하거나 변경을 통보하고 귀하가 복용하고 있는 약의 30 일분 리필을 네트워크 약국에서 할 수 있도록 해야 합니다.
- 변경 통보를 받은 후에 귀하는 우리가 보장하는 다른 약으로 전환하기 위해 처방자와 협력해야 합니다.
- 또는 귀하 또는 귀하의 처방자는 저희에게 예외를 요청하고 귀하를 위해 약을 계속 보장할 수 있습니다. 예외를 요청하는 방법에 대한 자세한 설명은 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가)을 참조하십시오.

현재 약을 복용하고 있는 사람들에게 영향을 미치지 않을 의약품 목록 상의 약 변경:
위에 설명되지 않은 의약품 목록 변경의 경우, 귀하가 해당 약을 현재 복용하고 있다면 다음 유형의 변경은 귀하가 본 플랜에 머문다면 그 다음 해의 1 월 1 일까지 귀하에게 영향을 미치지 않을 것입니다.

- 우리가 귀하의 약을 더 높은 비용 분담 계층으로 이동하는 경우.
- 우리가 귀하의 약 사용에 새로운 제한을 두는 경우.
- 우리가 귀하의 약을 의약품 목록에서 제거하는 경우.

귀하가 복용하고 있는 약에 이러한 변경이 발생하면(그러나 시장 철수, 복제약의 상표약 대체 또는 기타 위의 섹션들에서 설명된 변경 때문은 아님), 그 변경이 그 다음 해의 1 월 1 일까지는 귀하의 사용 또는 비용 몫 지불에 영향을 미치지 않을 것입니다. 그 날짜까지 귀하는 본인 비용의 증가 또는 약 사용에 대한 제한 추가를 보지 않을 것입니다. 귀하에게 영향이 없는 변경 사항에 대해서는 올해에 귀하에게 직접 알리지 않습니다. 그러나 그 다음 해 1 월 1 일에 이와 같은 변경 사항이 귀하에게 영향을 주기 때문에 새로운 연도의 의약품 목록을 보고 의약품 변경 사항이 있는지 확인하는 것이 중요합니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 7 본 플랜은 어떤 종류의 약을 보장하지 않는가?****섹션 7.1 우리가 보장하지 않는 유형의 약들**

이 섹션은 어떤 종류의 처방약이 “제외되는지”에 대해 설명합니다. 이는 Medicare 가 그러한 약의 비용을 지불하지 않음을 의미합니다.

제외된 약을 받는 경우에는 귀하가 그 비용을 지불해야 합니다. 우리는 이 섹션에 열거된 약의 비용을 지불하지 않을 것입니다(우리의 증강된 약 보장 범위에 의거 보장되는 특정 제외된 약은 예외임). 유일한 예외: 요청된 약이 이의 제기에 의거 파트 D 하에서 제외되지 않는 약임이 밝혀져서 우리는 귀하의 특정 상황 때문에 그것의 비용을 지불 또는 보장했어야 하는 경우. (우리가 어떤 약을 보장하지 않기로 한 결정에 이의를 제기하는 데 대한 설명은 이 브로셔의 제 9 장, 섹션 6.5 를 참조하십시오.)

여기에 Medicare 약 플랜이 파트 D 에 의거 보장하지 않을 약에 대한 일반적 3 대 규칙이 있습니다.

- 우리 플랜의 파트 D 약 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B 에 의거해서는 보장될 약을 보장할 수 없습니다.
- 우리 플랜은 미국과 그 영토 바깥에서 구입한 약은 보장할 수 없습니다.
- 우리 플랜은 일반적으로 용도와 사용을 보장할 수 없습니다. “용도 외 사용”이란 식약청에 의해 승인된 약의 라벨에 표시된 용도 이외에서의 약 사용입니다.
 - 일반적으로 “용도 외 사용”을 위한 보장은 그 사용이 American Hospital Formulary Service Drug Information 및 DRUGDEX Information System 같은 특정 준거에 의해 뒷받침될 때에만 허용됩니다. 그 사용이 이러한 준거에 의해 뒷받침되지 않으면 우리 플랜은 그러한 “용도 외 사용”을 보장할 수 없습니다.

또한 법률에 의해 다음 카테고리의 약은 Medicare 약 플랜이 보장하지 않습니다.

- 비처방약(일반약이라고도 함)
- 생식능력을 증진하기 위해 사용될 때의 약
- 기침 또는 감기 증상 완화를 위해 사용될 때의 약
- 미용 목적을 위해 또는 모발 성장을 증진하기 위해 사용될 때의 약
- 처방 비타민 및 미네랄 제품, 단, 출생전 비타민 및 플루오라이드 제제는 예외
- 성기능장애 또는 발기장애 치료를 위해 사용될 때의 약
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가의 치료를 위해 사용될 때의 약

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

- 제조업체가 판매 조건으로서 배타적으로 제조업체로부터만 관련 테스트 또는 모니터링 서비스를 구입할 것을 요구하려고 모색하는 외래환자 약

우리는 Medicare 처방약 플랜에서는 일반적으로 보장되지 않는 일부 보조 처방약에 대한 추가 보장을 제공합니다(약 보장 강화). 이들은 계층 6 보충 약에 열거된 약이며, 이들은 발기장애를 치료하기 위해 사용되는 약입니다. 귀하가 이러한 약의 처방을 조제할 때 지불하는 금액은 귀하를 재양적 보장 단계를 위한 자격을 위해 계상되지 않습니다. (재양적 보장 단계는 이 브로셔의 제 6 장, 섹션 7 에 설명되어 있습니다.)

또한 귀하가 처방약 비용을 지불하기 위해 Medicare로부터 “추가 도움”을 받고 있는 경우, “추가 도움” 프로그램은 통상적으로는 보장되지 않는 약의 비용은 지불하지 않을 것입니다. (자세한 정보는 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 고객센터시스템에 문의하십시오. 고객센터시스템 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.) 그러나 귀하가 Medicaid 를 통해 약 보장을 받는 경우, 귀하 주의 Medicaid 프로그램이 Medicare 약 플랜에서는 통상적으로는 보장되지 않는 일부 처방약을 보장할 수도 있습니다. 귀하 주의 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 약 보장을 귀하가 활용할 수 있는지 확인하십시오. (Medicaid 전화번호와 연락처 정보는 제 2 장, 섹션 6 에서 찾아볼 수 있습니다.)

섹션 8 처방약을 지을 때 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오

섹션 8.1 플랜 멤버십 카드 제시

처방약을 지으려면 선택하신 네트워크 약국에서 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오. 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하면 네트워크 약국은 귀하의 보장 대상 처방약 비용 중 *우리* 몫을 위해 자동으로 본 플랜에 청구할 것입니다. 귀하는 처방약을 인수할 때 비용 중 *귀하*의 몫을 약국에 지불해야 할 것입니다.

섹션 8.2 멤버십 카드를 소지하지 않고 있으면 어떻게 되는가?

처방약을 조제할 때 귀하의 플랜 멤버십 카드를 갖고 있지 않으면 약국으로 하여금 본 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻도록 하십시오.

약국이 필요한 정보를 얻을 수 없는 경우에는 귀하가 처방약을 인수할 때 비용 전액을 지불해야 할 것입니다. (그 후에 귀하는 우리 몫을 귀하에게 상환할 것을 요구할 수 있습니다. 상환을 본 플랜에 요구하는 방법에 대해서는 제 7 장, 섹션 2.1 을 참조하십시오.)

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 9 특별 상황에서의 파트 D 약 보장****섹션 9.1 본 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설에 귀하가
체류를 위해 있으면 어떻게 되는가?**

귀하가 본 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설에 체류를 위해 입원하면 우리는 일반적으로 귀하의 체류 중 처방약 비용을 보장할 것입니다. 귀하가 그 병원 또는 전문 요양 시설을 벗어나면 이 플랜은 귀하의 약이 우리의 모든 보장 규칙을 충족하는 한 약을 보장할 것입니다. 약 보장을 받기 위한 규칙에 대해 설명하는 이 섹션의 이전 부분들을 참조하십시오. 제 6 장(*파트 D 처방약의 본인 부담 비용*)은 약 보장과 귀하가 지불하는 것에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

참고: 귀하가 전문 요양 시설에 입소, 거주 또는 퇴소할 때 귀하는 특별 등록 기간의 자격이 있습니다. 이 기간 중에 귀하는 플랜들을 전환하거나 보장 범위를 변경할 수 있습니다. (제 10 장, *플랜에서의 귀하의 멤버십 끝내기*는 귀하가 우리 플랜을 탈퇴하여 다른 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 시기에 대해 설명합니다.)

섹션 9.2 장기 케어(LTC) 시설의 거주자인 경우에는 어떻게 되는가?

일반적으로 장기 케어(LTC) 시설(예: 요양원)은 자체 약국 또는 모든 거주자를 위해 약을 공급하는 약국을 갖고 있습니다. 귀하가 장기 케어 시설의 거주자인 경우, 귀하는 시설의 약국이 우리 네트워크에 속하는 한 그 약국을 통해 처방약을 얻을 수 있습니다.

약국 명부를 통해 귀하의 장기 케어 시설 약국이 우리 네트워크에 속하는지 확인하십시오. 우리 네트워크에 속하지 않거나 또는 귀하가 자세한 정보를 필요로 하는 경우, 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

귀하가 장기 케어(LTC) 시설의 거주자인데 본 플랜의 신규 회원이 되는 경우에는 어떻게 되는가?

귀하가 우리 의약품 목록에 없거나, 어떤 식으로든 제한된 약을 필요로 하는 경우, 본 플랜은 귀하의 멤버십 첫 90 일 동안 귀하 약의 **일시적 분량**을 보장할 것입니다. 총 공급량은 최대 31 일분 또는 귀하의 처방이 더 적은 날들을 위해 썬어진 경우에는 더 적을 것입니다. (장기 케어(LTC) 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 소량으로 약을 제공할 수 있음에 유의하십시오.) 귀하가 90 일 이상 본 플랜의 회원이었고 우리 의약품 목록에 없는 약을 필요로 하는 경우 또는 본 플랜이 해당 약의 보장에 제한을 가하는 경우, 우리는 1 회의 31 일분을 보장하거나 또는 귀하의 처방이 더 적은 날들을 위해 썬어진 경우에는 더 적게 보장할 것입니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

약을 임시로 공급받고 있는 동안에 귀하는 서비스 제공자와 상담하여 귀하의 임시 분량이 소진되면 어떻게 할지를 결정해야 합니다. 플랜에 의해 보장되는, 그리고 귀하에게 잘 맞을 수 있는 다른 약이 있을 수 있습니다. 또는 귀하와 서비스 제공자는 플랜이 귀하를 위해 예외를 두어 약이 보장되기를 원하는 방식으로 보장되도록 요청할 수 있습니다. 귀하와 제공자가 예외를 요청하기 원하는 경우, 제 9 장, 섹션 6.4 를 참조하십시오.

섹션 9.3	귀하가 약 보장을 고용주 또는 퇴직자 단체 보험에서도 받으면 어떻게 되는가?
---------------	---

귀하가 현재 약 보장을 귀하(또는 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 처방약 보장을 갖고 있습니까? 그렇다면, **해당 단체의 혜택 관리자에게 연락하십시오.** 그는 귀하의 현재 처방약 보장이 우리 플랜과 어떻게 협력할 것인지를 귀하가 판단하도록 도울 수 있습니다.

일반적으로, 귀하가 현재 고용되어 있다면, 귀하가 우리에게서 받는 처방약 보장은 귀하의 고용주 또는 퇴직자 단체 보장에 *이차적*이 될 것입니다. 이는 귀하의 단체 보장이 먼저 지불할 것임을 의미합니다.

‘신뢰할 만한 보장’에 대한 특별 주:

매년 귀하의 고용주 또는 퇴직자 단체는 귀하의 처방약 보장이 그 다음 해에도 “신뢰할 만한” 것인지를 귀하가 약 보장을 위해 갖는 옵션에 대한 통지서를 귀하에게 보내야 합니다.

단체 보험의 보장이 “신뢰할 만한” 것이란 해당 약 보장이 평균적으로, 적어도, Medicare의 표준적 처방약 보장만큼 지불할 것이 기대되는 것을 의미합니다.

신뢰할 만한 보장에 대한 그러한 통지서를 보관하십시오, 나중에 필요할 수 있기 때문입니다. 파트 D 약 보장이 포함된 Medicare 플랜에 등록하는 경우, 귀하는 본인이 신뢰할 만한 보장을 유지해 왔음을 증명하기 위해 그러한 통지서가 필요할 수 있습니다. 귀하가 귀하의 고용주 또는 퇴직자 단체로부터 신뢰할 만한 보장에 대한 통지서를 받지 않은 경우, 귀하는 귀하의 고용주 또는 퇴직자 단체 보험의 혜택 관리자 또는 고용주 또는 노조로부터 1부를 받을 수 있습니다.

섹션 9.4	귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있으면 어떻게 되는가?
---------------	---

호스피스와 우리 플랜 모두 동시에 약을 보장하지는 않습니다. 귀하가 Medicare 인증 호스피스에 등록되어 있으며, 그것이 귀하의 말기 질환 및 관련 상태와 무관하기 때문에 귀하의 호스피스가 보장하지 않는 구역 통제환, 설사제, 통증약 또는 불안치료제가 요구되는 경우, 우리 플랜은 처방자 또는 귀하의 호스피스 제공자로부터 해당 약이

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

무관하다는 통보를 받아야 우리 플랜이 그 약을 보장할 수 있습니다. 우리 플랜이 보장해야 하는 무관한 약의 수령 지연을 예방하기 위해 귀하는 약국에 귀하의 처방약을 조제하도록 요청하기 전에 우리가 그 약이 무관하다는 통보를 받도록 호스피스 제공자 또는 처방자에게 요청할 수 있습니다.

귀하가 호스피스 선택을 철회하거나 호스피스에서 퇴소하는 경우, 우리 플랜은 귀하의 모든 약을 보장해야 합니다. 귀하의 Medicare 호스피스 혜택이 끝날 때 약국에서의 지연을 예방하기 위해 귀하는 본인의 철회 또는 퇴소를 입증하는 서류를 약국에 지참해야 합니다. 파트 D에 의거한 약 보장을 받기 위한 규칙에 대해 설명하는 이 섹션의 이전 부분들을 참조하십시오. 제6장(*파트 D 처방약의 본안 부담 비용*)은 약 보장과 귀하가 지불하는 비용에 대한 자세한 정보를 제공합니다.

섹션 10 약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램

섹션 10.1 회원들이 약을 안전하게 이용하도록 돕는 프로그램

우리는 회원들이 안전하고 적절한 케어를 받도록 하기 위해 약 사용에 검토를 실시합니다. 이러한 검토는 특히 두 명 이상의 제공자들이 약을 처방하는 회원들을 위해 중요합니다.

우리는 귀하가 처방약을 조제할 때마다 검토합니다. 또한 우리는 우리 기록을 정기적으로 검토합니다. 이러한 검토 시에 우리는 다음과 같은 잠재적 문제를 찾습니다.

- 투약 오류 가능성
- 귀하가 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 약을 복용하고 있기 때문에 필요치 않을 수 있는 약
- 귀하의 연령 또는 성별 때문에 안전하거나 적절치 않을 수 있는 약
- 동시에 복용하면 해를 끼칠 수 있는 특정 조합의 약물
- 귀하에게 알레르기가 있는 성분의 약을 위해 작성된 처방
- 귀하가 복용하고 있는 약의 양(정량)의 오류 가능성
- 오피오이드 통증 약의 불안정한 양

우리가 귀하의 약 사용에서 문제 가능성을 보면 우리는 문제를 시정하기 위해 제공자와 협력할 것입니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기**섹션 10.2 회원들이 오피오이드 약을 안전하게 사용하도록 돕는 약 관리 프로그램(DMP)**

우리는 회원들이 처방 오피오이드 약과 기타 빈번하게 남용되는 약을 안전하게 사용하도록 하기 위해 도울 수 있는 프로그램을 갖고 있습니다. 이 프로그램을 약 관리 프로그램(DMP)이라고 합니다. 귀하가 여러 의사 또는 약국으로부터 받는 오피오이드 약을 사용하는 경우, 또는 귀하가 최근에 오피오이드를 과량투여한 경우, 우리는 귀하의 오피오이드 약 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 귀하의 의사와 상담할 수 있습니다. 귀하의 의사와 협력하면서 우리가 귀하의 처방 오피오이드 또는 벤조디나제핀 약 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 우리는 귀하가 그러한 약을 받을 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 제한 사항은 다음과 같을 수 있습니다.

- 오피오이드 또는 벤조디나제핀 약을 받기 위한 귀하의 모든 처방을 특정 약국으로부터 받을 것을 귀하에게 요구
- 오피오이드 또는 벤조디나제핀 약을 받기 위한 귀하의 모든 처방을 특정 의사로부터 받을 것을 귀하에게 요구
- 우리가 보장할 오피오이드 또는 벤조디나제핀 약의 양을 제한

귀하에게 이러한 제한들 중 하나 이상이 적용되어야 한다고 생각되면 사전에 통지서를 보내드릴 것입니다. 통지서에는 귀하에게 적용되어야 한다고 생각되는 제한을 설명하는 정보가 들어있을 것입니다. 또한 귀하는 어느 의사 또는 약국을 사용하기 선호하는지와 기타 우리가 아는 것이 중요하다고 생각되는 정보에 대해서도 우리에게 말할 기회가 있을 것입니다. 귀하가 대응할 기회를 가진 후에, 우리가 이러한 약을 위한 보장을 제한하기로 결정하는 경우, 우리는 그 제한을 확인하는 다른 통지서도 보내드릴 것입니다. 우리가 실수했다고 생각하시거나 귀하가 처방약 오용의 위험에 있다는 우리의 결정 또는 그러한 제한에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방자는 이의를 제기할 권리를 갖습니다. 귀하가 이의를 제기하기로 선택하면 우리는 귀하의 케이스를 검토하여 결정을 내릴 것입니다. 우리가 귀하의 약 접근성에 적용되는 제한에 관련된 귀하의 요청 중 어느 부분이든 계속 거부하는 경우, 우리는 자동적으로 귀하의 케이스를 우리 플랜 외부의 독립 검토자에게 보낼 것입니다. 이의 제기 방법에 대한 설명은 제9장을 참조하십시오.

귀하가 암 또는 낮적혈구병 같은 특정 질환이 있고 호스피스, 완화 또는 생명말 케어를 받고 있거나 장기 케어 시설에 거주하는 경우, DMP는 귀하에게 적용되지 않을 수 있습니다.

섹션 10.3 회원들이 투약을 관리하도록 돕기 위한 투약 요법 관리(MTM) 프로그램

건강에 대한 요구가 복합적인 회원들을 도울 수 있는 프로그램이 있습니다.

제 5 장. 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

이 프로그램은 회원들에게 자발적이며 무료입니다. 약사와 의사로 구성된 팀이 이 프로그램을 개발하였습니다. 이 프로그램은 우리 회원들이 복용하는 약에서 최대한의 혜택을 얻도록 할 수 있습니다. 우리 프로그램은 투약 요법 관리(MTM) 프로그램이라고 합니다.

여러 질환을 위한 약들을 복용하기 때문에 약 비용이 높거나 오피오이드를 안전하게 사용하도록 돕는 DMP 에 있는 일부 회원들은 서비스를 MTM 프로그램을 통해 받을 수 있습니다. 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하의 모든 약에 대한 종합적 검토를 제공할 것입니다. 귀하는 자신의 약들을 복용하는 최선의 방법, 귀하의 비용 및 처방약과 비처방약에 대해 갖고 있는 문제 또는 질문에 대해 상담할 수 있습니다. 귀하는 이 논의에 대한 요약서를 받을 것입니다. 요약서에는 본인의 약을 가장 잘 사용하기 위해 귀하가 할 수 있는 것을 권고하는 투약 행동 계획과 메모하거나 후속 질문을 적기 위한 난도 있습니다. 귀하는 또한 귀하가 복용하고 있는 모든 약과 복용 이유가 포함될 개인적 투약 목록도 받을 것입니다. 또한 MTM 프로그램에 속한 회원들은 통제 물질인 처방약의 안전한 처분에 대한 정보도 받을 것입니다.

본인의 행동 계획 및 투약 목록에 대해 의사와 상담할 수 있도록 귀하의 연례 “웰니스” 방문 전에 귀하의 투약을 검토하는 것이 좋은 생각입니다. 방문시 또는 담당 의사, 약사, 기타 의료 서비스 제공자들과 상담할 때는 이 실행 계획과 투약 목록을 가지고 가십시오. 또한 병원이나 응급실에 가는 경우, 귀하의 투약 목록을 (예컨대, 귀하의 신분증과 함께) 가지고 가십시오.

귀하의 요구에 적합한 프로그램이 있는 경우, 우리는 귀하를 그 프로그램에 자동 등록하고 알려드릴 것입니다. 귀하가 참여하지 않기로 결정하는 경우에는 알려주시면 우리는 그 프로그램에서 귀하를 탈퇴 처리할 것입니다. 그러한 프로그램에 대한 질문이 있는 경우에는 고객센터에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

제 6 장

파트 D 처방약을 위한
본인 부담금

제 6 장. 파트 D 처방약을 위한 본인 부담금

섹션 1	소개	149
섹션 1.1	약 보장을 설명하는 다른 자료들과 함께 이 장을 참조하십시오	149
섹션 1.2	보장 대상 약을 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들	150
섹션 2	귀하가 약을 위해 지불해야 하는 금액은 약을 받을 때 귀하가 어느 “약 지불 단계”에 있느냐에 의존합니다.....	150
섹션 2.1	Clever Care Balance Medicare Advantage 회원들을 위한 약 지불 단계란?.....	150
섹션 3	우리는 귀하의 약을 위한 지불액과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다.....	152
섹션 3.1	우리는 파트 D 혜택 설명(“파트 D EOB”)이라는 월례 요약서를 보내드립니다	152
섹션 3.2	귀하의 약 지불액에 대한 우리 정보를 최신으로 유지하도록 지원 ..	152
섹션 4	기초공제액 단계 동안 귀하는 계층 2 에서 계층 5 약의 비용 전액을 지불합니다	154
섹션 4.1	귀하는 계층 2 - 계층 5 약에 대해 \$480 를 지불할 때까지 기초공제액 단계에 머무릅니다	154
섹션 5	초기 보장 단계에서 이 플랜은 귀하의 약 비용 중 플랜의 몫을 지불하고 귀하는 자기 몫을 지불합니다	154
섹션 5.1	약을 위한 본인 부담 비용은 처방약과 그 약을 어디서 조제하느냐에 따라 다릅니다	154
섹션 5.2	약의 1 개월분을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표.....	155
섹션 5.3	귀하의 의사가 완전 1 개월분 미만을 처방하는 경우, 귀하는 완전 1 개월분의 비용을 지불하지 않아도 될 것입니다.....	157
섹션 5.4	약의 장기(90 일) 분량을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표.....	157
섹션 5.5	귀하는 올해의 총 약 비용이 \$4,430 에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머무릅니다.....	158
섹션 6	보장 범위 격차 단계에서 본 플랜은 일부 약 보장을 제공합니다	160
섹션 6.1	귀하는 자신의 본인 부담 비용이 \$7,050 에 도달할 때까지 보장 범위 격차 단계에 머무릅니다.....	160

섹션 6.2	Medicare 가 처방약을 위한 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법	160
섹션 7	재양적 보장 단계 동안에 이 플랜은 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다	163
섹션 7.1	귀하가 재양적 보장 단계에 들면 귀하는 그 해 나머지 동안 이 단계에 머뭅니다.....	163
섹션 8	파트 D 에 의해 보장되는 예방접종을 위해 귀하가 지불하는 것은 귀하가 예방접종을 어떻게 어디서 받느냐에 의존합니다.....	163
섹션 8.1	우리 플랜은 파트 D 예방접종 약 자체를 위한 및 주사 비용을 위한 별도 보장을 가질 수 있습니다.....	163
섹션 8.2	귀하는 백신 접종을 받기 전에 고객센터시스템에 연락하는 것이 좋습니다	165



약 비용 지불을 돕는 프로그램이 있다는 것을 아십니까?

“추가 도움” 프로그램은 자원이 제한된 사람들의 약 비용 지불을 돕습니다. 자세한 정보는 제 2 장, 섹션 7 을 참조하십시오.

귀하는 현재 약 비용을 지불하기 위한 도움을 받고 계십니까?

귀하가 약 비용을 지원하는 프로그램에 가입한 경우, 이 **보장 범위 증명서**에 나와 있는 파트 D 처방약 비용에 대한 일부 정보는 귀하에게 해당되지 않을 수 있습니다. 우리는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내었으므로, 귀하의 약 보장에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우, 고객센터팀에 연락하여 “LIS 특약”을 요청하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

섹션 1 소개

섹션 1.1 약 보장을 설명하는 다른 자료들과 함께 이 장을 참조하십시오

본 장은 파트 D 처방약을 위한 본인 부담금에 초점을 맞춥니다. 단순하게 설명하기 위해 이 장에서는 파트 D 처방약을 의미하기 위해 “약”이란 용어를 사용합니다. 제 5 장에서 설명한 바와 같이 모든 약이 파트 D 처방약은 아닙니다 – 어떤 약은 Medicare 파트 A 또는 파트 B 에 의거 보장되고 다른 약은 법률에 의해 Medicare 보장에서 제외됩니다.

이 장에서 설명하는 지불 정보를 이해하려면 귀하는 어떤 약이 보장되는지의 기본 사항, 처방약을 어디서 조제할 것인가, 그리고 귀하가 보장 대상 약을 받을 때 어떤 규칙을 준수해야 하는지를 알아야 합니다. 여기에 그러한 기본 사항을 설명하는 자료가 나와 있습니다.

- 이 플랜의 **보장 대상 의약품 목록(처방집)**. 단순하게 설명하기 위해, 우리는 이것을 “의약품 목록”이라고 합니다.
 - 이 의약품 목록은 어느 약이 보장되는지를 설명합니다.
 - 약이 여섯 가지 “비용 분담 계층” 중 어디에 속하는지와 약 보장에 제한이 있는지의 여부도 말해줍니다.
 - 의약품 목록 1 부가 필요한 경우에는 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 또한 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서도 의약품 목록을

참조할 수도 있습니다. 웹사이트의 의약품 목록은 항상 최신 상태로 유지됩니다.

- **이 브로셔의 제 5 장.** 제 5 장은 보장 대상 약을 받을 때 준수해야 할 규칙을 포함해 처방약 보장에 대해 자세히 설명합니다. 또한 제 5 장은 어느 유형의 처방약을 우리 플랜이 보장하지 않는지에 대해서도 설명합니다.
- **플랜의 약국 명부.** 대부분의 상황에서 귀하는 보장 대상 약을 받기 위해 네트워크 약국을 이용해야 합니다(세부 사항은 제 5 장 참조). **약국 명부**에는 플랜의 네트워크에 속한 약국들의 목록이 나와 있습니다. 또한 우리 네트워크의 어느 약국이 귀하에게 약의 장기 분량을 제공할 수 있는지도 설명합니다(예: 3 개월 분량을 위한 처방전 조제).

섹션 1.2 보장 대상 약을 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들

이 장의 지불 정보를 이해하려면 보장 대상 서비스를 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형들에 대해 알 필요가 있습니다. 귀하가 약을 위해 지불하는 금액을 “비용 분담액”이라고 하며 귀하가 지불할 것이 요구될 수 있는 세 가지 방법이 있습니다.

- “**본인 부담액**”은 우리 플랜이 그의 몫 지불을 시작하기 전에 귀하가 약을 위해 지불해야 하는 금액입니다.
- “**분담금**”은 귀하가 처방약을 조제할 때마다 고정액을 지불함을 의미합니다.
- “**공동보험금**”은 귀하가 처방약을 조제할 때마다 약의 총 비용 중 일정한 비율을 지불함을 의미합니다.

섹션 2 귀하가 약을 위해 지불해야 하는 금액은 약을 받을 때 귀하가 어느 “약 지불 단계”에 있느냐에 의존합니다

섹션 2.1 Clever Care Balance Medicare Advantage 회원들을 위한 약 지불 단계란?

아래 표처럼 Clever Care Balance Medicare Advantage 에 의거한 처방약 보장을 위한 “약 지불 단계”가 있습니다. 귀하가 약을 위해 지불해야 하는 금액은 처방약을 조제하거나 재조제할 때 귀하가 이러한 단계들 중 어디에 속하느냐에 의존합니다. 약 지불 단계에 관계없이 항상 플랜의 월 보험료에 대한 책임은 귀하에게 있음을 명심하십시오.

단계 1 년 공제액 단계	단계 2 초기 보장 단계	단계 3 보장 범위 격차 단계	단계 4 재앙적 보장 단계
귀하는 연도의 첫 처방약을 조제할 때 이 지불 단계에서 시작합니다. 이 단계에서 귀하는 귀하의 계층 2 - 계층 5 약의 전액을 지불합니다. 계층 2 - 계층 5 약에 대해 \$480를 지불할 때까지 이 단계에 머무릅니다(\$480는 귀하의 계층 2 - 계층 5 기초공제액 금액). (자세한 설명은 이 장의 섹션 4에 나와 있습니다.) 이 단계에서 선정된 인슐린을 위한 귀하의 본인 부담 비용은 \$0-\$35 분담금입니다.	이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 계층 1 - 계층 6 약 비용의 플랜 몫을 지불하고 귀하는 그 비용의 본인 몫을 지불합니다. 귀하(또는 귀하를 대신하는 다른 사람)가 계층 2- 계층 5 기초공제액을 충족한 후에는 본 플랜이 귀하의 계층 1 - 계층 6 약 비용의 플랜 몫을 지불하고 귀하는 본인 몫을 지불합니다. 이 단계에서 선정된 인슐린을 위한 귀하의 본인 부담 비용은 \$0-\$35 분담금입니다. 귀하의 연초부터 현재까지 “총 약 비용”(귀하의 지불액 + 파트 D 플랜의 지불액)이 총 \$4,430가 될 때까지 이 단계에 머무릅니다. (자세한 설명은 이 장의 섹션 5에 나와 있습니다.)	계층 1 선호 복제약과 계층 2 복제약의 경우 귀하는 \$0의 분담금을 지불합니다. 기타 모든 복제약, 상표약 및 전문약의 경우, 귀하는 약 가격의 25%를 지불합니다(조제료 일부 추가). 이 단계에서 선정된 인슐린을 위한 귀하의 본인 부담 비용은 \$0-\$35의 분담금입니다. 귀하의 연초부터 현재까지 “본인 부담 비용”(귀하의 지불액)이 총 \$7,050에 도달할 때까지 이 단계에 머무릅니다. 이 금액과 이 금액에 계상되는 비용 규칙은 Medicare가 정한 것입니다. (자세한 설명은 이 장의 섹션 6에 나와 있습니다.)	이 단계에서 본 플랜은 연도 나머지 동안(2022년 12월 31일까지) 귀하 약 비용의 대부분을 지불할 것입니다. (자세한 설명은 이 장의 섹션 7에 나와 있습니다.)

섹션 3 우리는 귀하의 약을 위한 지불액과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다

섹션 3.1 우리는 파트 D 혜택 설명(“파트 D EOB”)이라는 월례 요약서를 보내드립니다

우리 플랜은 귀하의 처방약 비용과 귀하가 약국에서 처방약을 조제 또는 재조제할 때의 귀하 지불액을 추적합니다. 이런 식으로 우리는 귀하가 한 약 지불 단계에서 그 다음으로 언제 이동했는지를 말씀드릴 수 있습니다. 특히 우리가 추적하는 비용에는 두 가지 유형이 있습니다.

- 우리는 귀하가 얼마나 지불했는지를 추적합니다. 이를 귀하의 “**본인 부담**” 비용이라고 합니다.
- 우리는 귀하의 “**총 약 비용**”을 추적합니다. 이는 귀하가 부담하는 또는 타인이 귀하를 대신해 지불하는 금액 + 본 플랜이 지불하는 금액입니다.

우리 플랜은 귀하가 이전 달 동안에 이 플랜을 통해 조제한 하나 이상의 처방약이 있을 때 **파트 D 혜택 설명**(줄여서 “파트 D EOB”)이라는 요약서를 작성할 것입니다. 파트 D EOB는 귀하가 복용한 약에 대해 가격 인상 및 기타 유용할 수 있는 분담액이 저렴한 다른 약에 대한 자세한 정보를 제공합니다. 귀하는 이러한 저가 옵션에 대해 귀하의 처방자와 상의해야 합니다. 파트 D EOB의 내용:

- **해당 월의 정보.** 이 보고서는 귀하가 이전 달에 지은 처방약에 대한 지불 내역을 제공합니다. 총 약 비용, 당 플랜이 지불한 것, 그리고 귀하가 지불한 것과 타인이 귀하를 대신해 지불한 것을 보여줍니다.
- **1월 1일 이래의 연도 합계.** 이를 “연초부터 현재까지”의 정보라고 합니다. 연도가 시작된 이래의 총 약 비용과 귀하약을 위한 총 지불액을 보여줍니다.
- **약 가격 정보.** 이 정보는 총 약 가격과 같은 양의 각 처방 클레임을 위해 최초 조제로부터의 퍼센트 변화를 보여줍니다.
- **가용 저가 대체 처방약.** 이에는 활용할 수 있는 각 처방 클레임을 위한 비용 분담액이 더 낮은 다른 약에 대한 정보가 포함될 것입니다.

섹션 3.2 귀하의 약 지불액에 대한 우리 정보를 최신으로 유지하도록 지원

귀하의 약 비용과 귀하가 약을 위해 지불한 금액을 추적하기 위해 우리는 약국으로부터 받는 기록을 이용합니다. 다음은 우리가 귀하의 정보를 정확하고 최신으로 유지하도록 귀하가 도울 수 있는 방법입니다.

- **처방약을 조제할 때 귀하의 멤버십 카드를 제시하십시오.** 귀하가 조제하는 처방약과 귀하가 지불하는 것에 대해 우리가 알도록 하기 위해 처방약을 조제할 때마다 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오.
- **우리가 필요한 정보를 갖도록 해주십시오.** 귀하가 처방약 비용을 지불할 때 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 추적하기 위해 필요한 정보를 자동으로 받지 못할 때가 있습니다. 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 추적하도록 돕기 위해 귀하는 구입한 약의 영수증 사본을 우리에게 제공할 수 있습니다. (보장 대상 약에 대해 청구를 받은 경우, 귀하는 우리 플랜에 비용 중 우리 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다. 그 방법에 대해서는 이 브로셔의 제 7 장, 섹션 2 를 참조하십시오.) 다음은 귀하가 약을 위해 지출한 것의 완전한 기록을 우리가 확보하도록 하기 위해 약 영수증 사본을 제공하기를 원할 수 있는 상황의 유형들입니다.
 - 보장 대상 약을 네트워크 약국에서 특별 가격에 또는 우리 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인 카드를 사용해 구입할 때.
 - 약 제조업체의 환자 지원 프로그램에 의거 제공되는 약을 위한 분담금을 지불한 때.
 - 보장 대상 약을 네트워크 외 약국에서 구입한 때, 또는 기타 귀하가 특수한 경우에 보장 대상 약을 위해 전액을 지불한 때.
- **타인이 귀하를 위해 지불한 것에 대한 정보를 보내주십시오.** 어떤 다른 개인 및 기관이 한 지불액도 귀하의 본인 부담 비용에 계상되며 귀하를 재양적 보장 자격으로 이끄는 데 도움이 됩니다. 예컨대, AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP), 인디언 보건 서비스 및 대부분의 자선 단체가 한 지불액이 귀하의 본인 부담 비용에 계상됩니다. 우리가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 귀하는 그러한 지불액의 기록을 유지하여 우리에게 보내야 합니다.
- **우리가 귀하에게 보내는 서면 기록을 체크하십시오.** 귀하가 *파트 D 혜택 설명* (“파트 D EOB”)을 우편으로 받으면 체크하여 정보가 완전하고 정확한지 확인하십시오. 보고서에 누락된 것이 있다고 생각되거나 질문이 있으면 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 이러한 보고서를 보관하십시오. 그것은 귀하의 중요한 약 경비 기록입니다.

섹션 4 기초공제액 단계 동안 귀하는 계층 2 에서 계층 5 약의 비용 전액을 지불합니다

섹션 4.1 귀하는 계층 2 - 계층 5 약에 대해 \$480 를 지불할 때까지 기초공제액 단계에 머무릅니다

기초공제액 단계는 약 보장 범위에 대한 첫 번째 지불 단계입니다. 귀하는 계층 2-계층 5 약에 대해 연간 \$480 의 공제액을 지불합니다. 귀하는 플랜의 공제 금액에 도달할 때까지 계층 2 - 계층 5 약의 **비용 전액을 지불해야 합니다**. 기타 모든 약의 경우에는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.

- 당사 플랜이 대부분의 약 비용을 더 낮게 성사시켰기 때문에 귀하의 “**비용 전액**”은 일반적으로 약의 정상 정가보다 낮습니다.
- “**본인 부담액**”은 플랜이 그의 몫 지불을 시작하기 전에 귀하가 파트 D 처방약을 위해 지불해야 하는 금액입니다.

계층 2 - 계층 5 약에 대해 \$480 을 지불하고 나면, 귀하는 기초공제액 단계에서 다음 약 지불 단계인 초기 보장 단계로 넘어갑니다.

섹션 5 초기 보장 단계에서 이 플랜은 귀하의 약 비용 중 플랜의 몫을 지불하고 귀하는 자기 몫을 지불합니다

섹션 5.1 약을 위한 본인 부담 비용은 처방약과 그 약을 어디서 조제하느냐에 따라 다릅니다

초기 보장 단계에서 본 플랜은 귀하의 보장 대상 처방약 비용 중 플랜 몫을 지불하고 귀하는 자기 몫(귀하의 부담금 또는 공동부담금 금액)을 지불합니다. 비용 중 귀하 몫은 처방약과 그 약을 어디서 조제하느냐에 따라 달라질 것입니다.

본 플랜은 여섯 가지 비용 부담 계층을 갖습니다

이 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 부담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 부담 계층 번호가 높을수록 약을 위한 귀하의 비용도 더 높아집니다.

- 계층 1은 선호 복제약을 포함합니다. (이것이 최저 비용 부담 계층임.)
- 계층 2는 복제약을 포함합니다.
- 계층 3은 선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 4는 비선호 상표약을 포함합니다. 또한 원래의 상표약 가격과 비슷한 일부 비선호 복제약을 포함할 수 있습니다.

- 계층 5는 특수 계층 약을 포함합니다. (이것이 최고 비용 분담 계층임.)
- 계층 6 은 Medicare 에 의해 제외된 발기부전을 치료하기 위한 약을 포함합니다.

귀하의 약이 어느 비용 분담 계층에 속하는지 알려면 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오.

귀하의 약국 선택

귀하가 약을 위해 얼마나 지불하는지는 귀하가 약을 얻는 약국에 의존합니다.

- 우리 플랜의 네트워크에 속한 소매 약국
- 우리 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국
- 우리 플랜의 우편 주문 약국

이러한 약국 선택과 처방약 짓기에 대한 자세한 설명은 이 브로셔의 제 5 장과 이 플랜의 *약국 명부*를 참조하십시오.

섹션 5.2 약의 1개월분을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표

초기 보장 단계에서 보장 대상 약의 비용 중 귀하 몫은 분담금 또는 공동분담금일 것입니다.

- “분담금” 은 귀하가 처방약을 지을 때마다 고정액을 지불함을 의미합니다.
- “공동보험금” 은 귀하가 처방약을 조제할 때마다 약의 총 비용 중 일정한 비율을 지불함을 의미합니다.

아래 표처럼 분담금 또는 공동보험의 금액은 귀하의 약이 어느 비용 분담 계층에 속하느냐에 의존합니다. 참고:

- 귀하의 보장 대상 약 비용이 차트에 기재된 분담금 금액보다 작으면 귀하는 약을 위해 그 더 낮은 가격을 지불할 것입니다. 귀하는 약의 전액 또는 분담금 금액 중 더 낮은 쪽을 지불할 것입니다.
- 우리는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국에서 지은 처방약을 보장합니다. 우리가 네트워크 외 약국에서 지어진 처방약을 보장할 경우에 대한 설명은 제 5 장, 섹션 2.5 를 참조하십시오.

보장 대상 파트 D 처방약의 1개월분을 받을 때 비용 중 귀하의 몫:

	표준 소매 비용 분담(네트워크 내) (최대 30 일분)	장기 케어(LTC) 비용 분담 (최대 31 일분)	네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됨; 자세한 설명은 제 5 장 참조.) (최대 30 일분)
비용 분담 계층 1 (선호 복제약)	\$0 분담금	\$0 분담금	\$0 분담금
비용 분담 계층 2 (복제약)	25% 공동분담금	25% 자기 부담 비율	25% 공동분담금
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 공동분담금	25% 자기 부담 비율	25% 공동분담금
비용 분담 계층 4 (비선호 상표약)	25% 공동분담금	25% 자기 부담 비율	25% 공동분담금
비용 분담 계층 5 (특수 계층 약)	25% 공동분담금	25% 자기 부담 비율	25% 공동분담금
비용 분담 계층 6 (보충 약)	\$0 분담금	\$0 분담금	일정액 0 달러

처방집에 30 일 분량에 대한 선택 인슐린으로 표식된 인슐린을 위한 귀하의 비용 몫은
처방집에 계층 번호로 표시된 바와 같이 계층 2 약의 경우 \$0 분담금 또는 계층 3 약의
경우 \$35 분담금이 됩니다.

섹션 5.3 귀하의 의사가 완전 1 개월분 미만을 처방하는 경우, 귀하는 완전 1 개월분의 비용을 지불하지 않아도 될 것입니다

일반적으로 처방약을 위해 귀하가 지불하는 금액은 보장 대상 약의 완전 1 개월분을 커버합니다. 단, 귀하의 의사는 완전 1 개월분 미만의 약을 처방할 수 있습니다. 귀하가 1 개월분 미만의 약 처방을 의사에게 원할 때가 있을 수 있습니다(예: 귀하가 심각한 부작용이 있는 것으로 알려진 약을 처음으로 시도할 때). 귀하의 의사가 특정 약의 완전 1 개월분 미만을 처방하는 경우, 귀하는 완전 1 개월분의 비용을 지불하지 않아도 될 것입니다.

완전 1 개월분 미만을 받을 때 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 공동보험금(총 비용의 일정 퍼센트) 또는 분담금(고정된 금액)을 지불할 책임이 있느냐의 여부에 의존할 것입니다.

- 귀하가 공동보험금을 지불할 책임이 있는 경우, 귀하는 약의 총 비용의 일정 퍼센트를 지불합니다. 귀하는 처방약이 완전 1 개월분을 위한 것인지 또는 더 적은 날을 위한 것인지와 상관없이 같은 퍼센트를 지불합니다. 그러나, 귀하가 완전 1 개월분 미만을 받는 경우에는 전체 약 비용이 더 낮을 것이기 때문에 귀하가 지불하는 액수는 더 작을 것입니다.
- 귀하가 약을 위해 분담금을 지불할 책임이 있는 경우, 귀하의 분담금은 받는 약의 일수에 근거할 것입니다. 우리는 귀하의 약에 대해 일당 귀하가 지불하는 금액(“일 비용 분담율”)을 산출하여 귀하가 받는 약의 일수를 곱할 것입니다.
 - 다음은 그 예입니다. 완전 1 개월분(30 일분)을 위한 귀하 약의 분담금이 \$30 라고 합시다. 이는 귀하의 약을 위해 일당 귀하가 지불하는 금액이 \$1 임을 의미합니다. 귀하가 7 일분의 약을 받으면 귀하의 지불액은 일당 \$1 곱하기 7 일하여 총 지불액이 \$7 가 될 것입니다.

일 비용 분담을 통해 귀하는 완전 1 개월분에 대해 지불해야 하기 전에 약이 본인에게 효과가 있는지를 확인할 수 있습니다. 또한 약국 출입 횟수를 줄일 수 있도록 여러 처방을 위한 재조제 계획을 세우는 데 이것이 더 도움이 된다면 귀하는 완전 1 개월분 미만의 약을 의사에게 처방 요구하고, 약사에게 조제를 요구할 수 있습니다. 귀하가 지불하는 금액은 귀하가 받는 일분에 의존할 것입니다.

섹션 5.4 약의 장기(90 일) 분량을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표

일부 약의 경우, 귀하는 처방약을 조제할 때 장기 분량을 받을 수 있습니다. 장기 분량은 90 일 분량입니다. (약의 장기 분량을 어디서 어떻게 받는지에 대한 자세한 설명은 제 5 장, 섹션 2.4 참조.)

아래 표는 장기 90 일 분량의 약을 받을 때 귀하가 지불하는 비용을 나타냅니다.

- 참고: 귀하의 보장 대상 약 비용이 차트에 기재된 분담금 금액보다 적으면 귀하는 약을 위해 그 더 낮은 가격을 지불할 것입니다. 귀하는 약의 전액 또는 분담금 금액 중 더 낮은 쪽을 지불할 것입니다.

보장 대상 파트 D 처방약의 장기 분량을 받을 때 비용 중 귀하의 몫:

	표준 소매 비용 분담(네트워크 내) (최대 90 일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 90 일분)
비용 분담 계층 1 (선호 복제약)	\$0 분담금	\$0 분담금
비용 분담 계층 2 (복제약)	25% 공동분담금	25% 공동분담금
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 공동분담금	25% 공동분담금
비용 분담 계층 4 (비선호 상표약)	25% 공동분담금	25% 공동분담금
비용 분담 계층 5 (특수 계층 약)	25% 공동분담금	25% 공동분담금
비용 분담 계층 6 (선택 치료약)	\$0 분담금	일정액 0 달러

처방집에 30 일 분량에 대한 선택 인슐린으로 표식된 인슐린을 위한 귀하의 비용 몫은 처방집에 계층 번호로 표시된 바와 같이 계층 2 약의 경우 \$0 분담금 또는 계층 3 약의 경우 \$35 분담금이 됩니다.

섹션 5.5 귀하의 올해의 총 약 비용이 \$4,430 에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머뭙니다

귀하는 조제 및 재조제한 처방약의 총 금액이 초기 보장 단계를 위한 \$4,430 한도에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머뭙니다.

귀하의 총 약 비용은 귀하가 지불한 것과 파트 D 플랜이 지불한 것의 합산에 근거합니다.

- 올해 최초의 약 구입으로 시작한 이래 얻은 모든 보장 대상 약을 위해 귀하가 지불한 것. (Medicare 가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법에 대한 설명은 섹션 6.2 참조.) 포함 사항:
 - 귀하가 기초공제액 단계에서 지불한 \$480.
 - 초기 보장 단계 동안에 귀하의 약 비용 중 귀하 몫으로 지불한 총액.
- 초기 보장 단계 동안에 귀하의 약 비용 중 플랜 몫으로 플랜이 지불한 것. (귀하가 2022 년의 어느 때에 다른 파트 D 플랜에 등록한 경우, 초기 보장 단계 동안에 플랜이 지불한 금액도 귀하의 총 약 비용에 계상됩니다.)

우리는 Medicare 처방약 플랜에서는 일반적으로 보장되지 않는 일부 처방약에 대한 추가 보장을 제공합니다. 이러한 약에 대한 지불액은 귀하의 초기 보장 한도 또는 총 본인 부담 비용에 계상되지 않습니다.

우리가 보내드리는 *파트 D 혜택 설명*(파트 D EOB)은 귀하가 본인 및 플랜뿐만 아니라 제 3 자가 그 해에 귀하를 위해 얼마나 지출했는지를 추적하는 데 도움이 됩니다. 많은 사람들이 일년에 \$4,430 한도에 도달하지 않습니다.

우리는 귀하가 이 \$4,430 액수에 도달하면 알려드립니다. 귀하가 이 액수에 도달하면 귀하는 초기 보장 단계를 벗어나 보장 범위 격차 단계로 진입합니다.

섹션 6 보장 범위 격차 단계에서 본 플랜은 일부 약 보장을 제공합니다

섹션 6.1 귀하의 자신의 본인 부담 비용이 \$7,050 에 도달할 때까지 보장 범위 격차 단계에 머뭅니다

귀하가 보장 범위 격차 단계에 있을 때 Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램이 상표약에 대한 제조업체 할인을 제공합니다. 귀하는 상표약을 위해 협상된 가격의 25%와 조제 수수료의 일부를 지불합니다. 귀하가 지불하는 금액과 제조업체가 할인한 금액 모두 귀하가 지불한 것처럼 귀하의 본인 부담 비용에 계상되어 귀하를 보장 범위 격차를 통해 이동시킵니다.

귀하는 복제약을 위한 일부 보장도 받습니다. 계층 1 및 계층 2 복제약의 경우, 귀하는 \$0 분담금을 지불하며, 기타 모든 복제약의 경우 귀하는 복제약 비용의 25% 이하를 지불하고 나머지는 플랜이 지불합니다. 복제약의 경우, 본 플랜이 지불하는 금액(75%)은 귀하의 본인 부담 비용에 계상되지 않습니다. 귀하가 지불하는 금액만 계상되어 귀하를 보장 범위 격차를 통해 이동시킵니다.

귀하는 년 본인 부담 금액이 Medicare 가 정한 최대액에 도달할 때까지 상표약의 경우 할인가와 계층 1 및 계층 2 복제약의 경우 \$0 분담금 지불을 계속하고 기타 모든 복제약 비용의 25% 이하를 지불합니다. 2022 년의 경우, 그 액수는 \$7,050 입니다.

우리 플랜은 일부 인슐린을 위한 추가 깎아 보장을 제공합니다. 보장 범위 격차 단계에서 선정된 인슐린을 위한 귀하의 본인 부담 비용은 \$0-\$35 입니다. 어느 약이 특정 인슐린인지 확인하려면 우리가 전자적으로 제공한 최신 의약품 목록을 참조하십시오. 의약품 목록에 대한 질문이 있는 경우, 고객센터비스팀에 문의해도 됩니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

Medicare 는 귀하의 본인 부담 비용으로서 무엇이 계상되고 무엇이 계상되지 않는지에 대한 규칙을 갖고 있습니다. 귀하가 본인 부담 비용 한도 \$7,050 에 도달하면 보장 범위 격차 단계를 벗어나 재양적 보장 단계로 진입합니다.

섹션 6.2 Medicare 가 처방약을 위한 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법

여기에 우리가 귀하의 약에 대한 귀하의 본인 부담 비용을 추적할 때 따라야 하는 Medicare 의 규칙이 있습니다.

이러한 지불금은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다

귀하의 본인 부담 비용을 합산할 때 귀하는 하기 지불금을 포함할 수 있습니다(그것이 파트 D 보장 대상 약을 위한 것이고 귀하가 이 브로셔의 제 5 장에 설명된 약 보장을 위한 규칙을 준수한 한):

- 귀하가 다음 약 지불 단계 중 하나에 있을 때 약을 위해 지불하는 금액:
 - o 기초공제액 단계
 - o 초기 보장 단계
 - o 보장 범위 격차 단계
- 귀하가 우리 플랜에 가입하기 전 다른 Medicare 처방약 플랜의 회원으로서 이 연도 동안에 한 지불액.

누가 지불하느냐가 중요합니다.

- 이러한 지불을 **본인이** 하면 그것은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다.
- 어떤 다른 사람 또는 기관이 귀하를 대신하여 지불하면 그러한 지불액도 **포함됩니다**. 여기에는 친구 또는 친척, 대부분의 자선 단체, AIDS 의약품 지원 프로그램 또는 인디언 보건 서비스가 귀하의 약을 위해 한 지불액이 포함됩니다. Medicare 의 “추가 도움” 프로그램에 의한 지불액도 포함됩니다.
- Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램에 의한 지불액은 그 일부가 포함됩니다. 귀하의 상표약을 위해 제조업체가 지불한 액수가 포함됩니다. 그러나 귀하의 복제약을 위해 본 플랜이 지불한 액수는 포함되지 않습니다.

재앙적 보장 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신해 지불하는 자)가 해당 역년 내에 본인 부담 비용으로 총 \$7,050 를 지출하면 귀하는 보장 범위 격차 단계에서 재앙적 보장 단계로 이동합니다.

이러한 지불금은 귀하의 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다

귀하가 본인 부담 비용을 합산할 때 처방약을 위한 다음 유형의 지불액을 포함하는 것은 허용되지 않습니다.

- 귀하가 월 보험료에 대해 지불하는 금액.
- 미국과 그 영토 바깥에서 구입하는 약.
- 우리 플랜이 보장하지 않는 약.
- 이 플랜의 네트워크 외 보장 요건을 충족하지 않는 네트워크 외 약국에서 구입하는 약.
- 파트 A 또는 파트 B 에 의해 보장되는 처방약.
- 우리의 추가 보장에 의거 보장되지만 Medicare 처방약 플랜에서는 보통 보장되지 않는 약을 위한 귀하의 지불액.
- 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 처방약을 위한 귀하의 지불액.
- 귀하가 보장 범위 격차 단계에 있는 동안 이 플랜이 귀하의 상표약 또는 복제약을 위해 지불한 금액.
- 고용주 건강 보험을 포함해 단체 건강 보험이 귀하의 약을 위해 지불한 금액.
- 특정 보험 및 TRICARE 및 Veterans Affairs 같은 정부 지원 보건 프로그램이 귀하의 약을 위해 지불한 금액.
- 처방약 비용을 지불할 법적 책임이 있는 제 3 자가 귀하의 약을 위해 지불한 금액(예: 산재 보상).

알림: 기타 상기와 같은 기관이 약을 위한 귀하의 본인 부담 비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우, 귀하는 우리 플랜에 통보할 것이 요구됩니다.

회원서비스팀에 전화하여 우리에게 알려주십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

귀하의 본인 부담 총액을 어떻게 추적할 수 있는가?

- **우리가 도와드립니다.** 우리가 보내드리는 *파트 D 혜택 설명*(파트 D EOB) 요약에는 귀하의 본인 부담 비용의 현재 액수가 포함됩니다(이 보고서에 대해서는 본 장의 섹션 3 에서 설명함). 귀하가 당해 연도의 본인 부담 비용 총액 \$7,050 에 도달하면 이 보고서는 귀하가 보장 범위 격차 단계를 벗어나 재앙적 보장 단계로 이동하였음을 통보합니다.

- 우리가 필요한 정보를 갖도록 해주십시오. 섹션 3.2 는 귀하가 지출한 것에 대한 우리 기록이 완전하고 최신이 되도록 돕기 위해 귀하가 할 수 있는 것에 대해 설명합니다.

섹션 7 재앙적 보장 단계 동안에 이 플랜은 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다

섹션 7.1 귀하가 재앙적 보장 단계에 들면 귀하는 그 해 나머지 동안 이 단계에 머뭅니다

귀하는 본인 부담 비용이 그 해의 \$7,050 한도에 도달할 때 재앙적 보장 단계에 들 자격이 생깁니다. 재해적 보장범위 단계에 이른 후에는 역년 연말까지 이 지급 단계가 계속 유지됩니다.

이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다.

옵션 1:

- 보장 대상 약 비용 중 귀하 몫은 공동보험금 또는 분담금 중 더 큰 액수입니다.
 - - 즉- 약 비용 중 5%의 공동보험금
 - -또는- 복제약 또는 복제약처럼 취급되는 약의 경우 \$3.95, 그리고 기타 모든 약의 경우 \$9.85.
- 나머지 비용은 우리 플랜이 지불합니다.

섹션 8 파트 D 에 의해 보장되는 예방접종을 위해 귀하가 지불하는 것은 귀하가 예방접종을 어떻게 어디서 받으냐에 의존합니다

섹션 8.1 우리 플랜은 파트 D 예방접종 약 자체를 위한 및 주사 비용을 위한 별도 보장을 가질 수 있습니다
--

우리 플랜은 다수의 파트 D 예방접종을 위한 보장을 제공합니다. 우리는 또한 의료 혜택으로 간주되는 예방접종도 보장합니다. 귀하는 제 4 장, 섹션 2.1 의 의료 혜택 차트로 가서 이러한 예방접종의 보장에 대해 살펴볼 수 있습니다.

우리의 파트 D 예방접종 보장에는 두 파트가 있습니다.

- 보장의 첫 파트는 예방접종 약 자체의 비용입니다. 백신은 처방약입니다.

- 보장의 두 번째 파트는 **백신 주사 비용**입니다. (이는 때때로 백신의 “투여” 라고 합니다.)

파트 D 예방접종을 위해 귀하는 무엇을 지불하는가?

파트 D 예방접종을 위해 귀하가 지불하는 것은 다음 세 가지에 의존합니다.

1. 백신의 유형 (예방접종의 목적).

- 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 귀하는 제 4 장, *의료 혜택 차트(보장되는 것과 귀하가 지불하는 것)*으로 가서 이러한 백신의 보장에 대해 발견할 수 있습니다.
- 기타 백신은 파트 D 약으로 간주됩니다. 이러한 백신들이 본 플랜의 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*에 열거된 것을 볼 수 있습니다.

2. 예방접종을 받는 곳.

3. 예방접종을 해주는 사람.

파트 D 예방접종을 받을 때 귀하가 지불하는 것은 경우에 따라 달라질 수 있습니다. 예:

- 귀하가 예방접종을 받을 때 때때로 귀하는 백신 약과 주사를 위한 전체 비용을 지불해야 할 것입니다. 귀하는 우리 플랜에 비용 중 우리 몫을 상환하도록 요구할 수 있습니다.
- 다른 때는 귀하가 백신 약 또는 주사를 받을 때 귀하는 비용 중 귀하 몫만 지불할 것입니다.

이를 예시하기 위해 귀하가 파트 D 백신을 받을 수 있는 세 가지 일반적 방식이 여기에 있습니다. 귀하는 본인 혜택의 기초공제액 단계 및 보장 범위 격차 단계에서 백신(관련 투여 포함) 관련 비용 전부에 대한 책임이 있음을 기억하십시오.

상황 1: 귀하가 약국에서 파트 D 백신을 구입하여 네트워크 내 약국에서 백신 주사를 맞습니다. (귀하에게 이 옵션이 있는지는 귀하가 어디에서 사느냐에 의존합니다. 일부 주는 약국이 접종하는 것을 허용하지 않습니다.)

- 귀하는 본인의 공동보험금 금액 또는 백신을 위한 분담금과 주사 비용을 약국에 지불해야 할 것입니다.
- 우리 플랜은 그 비용의 나머지를 지불합니다.

상황 2: 귀하가 파트 D 예방접종을 귀하의 의사 진료실에서 받습니다.

- 예방접종을 받을 때 백신과 그 투여의 비용 전액을 귀하가 지불합니다.
- 그 후에 이 브로셔의 제 7 장에 설명된 절차를 이용해 우리 플랜에 비용 중 우리 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다(*보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서의 우리 몫을 지불하도록 요구하기*).
- 귀하는 본인이 지불한 액수에서 백신(투여 포함)을 위한 본인의 통상적 공동보험금 또는 분담금을 차감하고 의사의 부과액과 우리가 통상적으로 지불하는 금액 사이의 차액을 뺀 금액을 상환받을 것입니다. (귀하가 “추가 도움” 을 받는 경우, 우리는 이 차액도 상환할 것입니다.)

상황 3: 귀하가 파트 D 백신을 귀하의 약국에서 구입한 다음 귀하 의사의 진료실로 가져가서 접종 받습니다.

- 귀하는 약국에 백신 자체를 위한 본인의 공동보험금 또는 분담금의 금액을 지불해야 할 것입니다.
- 귀하의 의사가 접종해주는 경우, 귀하는 이 서비스를 위한 비용 전액을 지불합니다. 그 후에 귀하는 이 브로셔의 제 7 장에 설명된 절차를 이용해 우리 플랜에 비용 중 우리 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다.
- 귀하는 의사의 백신 투여 요금에서 의사의 부과액과 우리가 통상적으로 지불하는 금액 사이의 차액을 뺀 금액을 상환 받을 것입니다. (귀하가 “추가 도움” 을 받는 경우, 우리는 이 차액도 상환할 것입니다.)

섹션 8.2	귀하는 백신 접종을 받기 전에 고객센터시스템에 연락하는 것이 좋습니다
---------------	---

백신 접종 보장 규칙은 복잡합니다. 우리가 도와드리겠습니다. 귀하가 예방 접종을 계획할 때마다 먼저 고객센터시스템에 연락하는 것이 좋습니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

- 우리는 귀하의 백신 접종이 우리 플랜에 의해 어떻게 보장되는지와 그 비용 중 귀하 몫에 대해 설명드릴 수 있습니다.
- 우리는 귀하의 백신 접종이 우리 플랜에 의해 어떻게 보장되는지와 그 비용 중 귀하 몫에 대해 설명드릴 수 있습니다.
- 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국을 이용할 수 없는 경우, 우리는 비용 중 우리 몫을 상환 받기 위해 귀하가 해야 할 것에 대해 설명드릴 수 있습니다.

제 7 장

보장 대상 의료 서비스 또는 약을
위해 귀하가 받은 청구서 중 우리
몫을 지불하도록 우리에게 요구하기

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

제 7 장.	보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기	
상황 1	보장 대상 의료 서비스 또는 약의 비용 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구해야 하는 상황.....	168
섹션 1.1	귀하가 보장 대상 의료 서비스 또는 약의 비용 중 우리 플랜 몫을 지불하는 경우 또는 귀하가 청구서를 받는 경우, 우리에게 상환을 요구할 수 있습니다	168
섹션 2	상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 우리에게 요구하는 방법.....	171
섹션 2.1	지불 요청을 우리에게 어떻게 어디로 보낼 것인가.....	171
섹션 3	우리는 귀하의 지불 요청을 고려하여 가부 간에 답할 것입니다	172
섹션 3.1	우리는 우리가 서비스 또는 약을 보장해야 하고 얼마나 부담해야 하는지를 검토합니다.....	172
섹션 3.2	우리가 의료 또는 약의 전부 또는 일부를 지불하지 않을 것임을 통보하면 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다	172
섹션 4	기타 영수증을 보관하였다가 우리에게 사본을 보내야 하는 상황	173
섹션 4.1	어떤 경우에는 우리가 귀하의 본인 부담 약 비용을 추적하는 것을 돕기 위해 귀하의 영수증 사본을 우리에게 보내야 합니다.....	173

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

**상황 1 보장 대상 의료 서비스 또는 약의 비용 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구해야 하는 상황**

**섹션 1.1 귀하가 보장 대상 의료 서비스 또는 약의 비용 중 우리 플랜 몫을
지불하는 경우 또는 귀하가 청구서를 받는 경우, 우리에게 상환을
요구할 수 있습니다**

귀하가 의료 또는 처방약을 받을 때 가끔 귀하는 비용 전액을 즉시 지불해야 할 필요가 있습니다. 다른 때는 귀하가 본 플랜의 보장 규칙 하에서 예상한 것보다 더 많이 지불한 경우도 있을 수 있습니다. 어느 경우든 귀하는 우리 플랜이 귀하에게 다시 지불할 것을 요구할 수 있습니다(다시 지불하는 것을 종종 “상환”이라고 함). 우리 플랜에 의해 보장되는 의료 서비스 또는 약을 위한 비용 중 귀하의 몫보다 더 많이 지불할 때마다 상환을 요구하는 것은 귀하의 권리입니다.

또한 귀하가 받은 의료의 비용 전액에 대해 귀하가 제공자로부터 청구서를 받을 때도 있을 수 있습니다. 많은 경우에, 귀하는 지불하는 대신에 이 청구서를 우리에게 보내야 합니다. 우리는 청구서를 검토하여 해당 서비스를 보장해야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 보장해야 한다고 결정하면 우리는 직접 제공자에게 지불할 것입니다.

여기에 귀하가 우리 플랜이 상환하도록 요구하거나, 받은 청구서를 귀하가 지불해야 할 상황의 예들이 있습니다.

1. 귀하가 응급 또는 긴급히 필요한 의료 서비스를 우리 플랜의 네트워크에 속하지 않은 제공자로부터 받았을 때

귀하는 응급 서비스를 제공자가 우리 네트워크에 속하는지 여부에 상관 없이 그로부터 받을 수 있습니다. 귀하가 응급 또는 긴급히 필요한 서비스를 우리 네트워크에 속하지 않은 제공자로부터 받을 때 귀하는 비용 전액이 아닌 비용 중 귀하 몫만 지불할 책임이 있습니다. 귀하는 비용 중 우리 몫에 대해서는 이 플랜에 청구하도록 제공자에게 요구해야 합니다.

- 귀하가 케어를 받을 때 전체 금액을 본인이 지불하는 경우, 귀하는 비용 중 우리 몫을 상환하도록 우리에게 요구할 필요가 있습니다. 귀하가 한 지불의 증빙 문서와 함께 그 청구서를 우리에게 보내주십시오.
- 가끔 귀하가 지불할 의무가 없다고 생각되는 지불을 요구하는 청구서를 제공자로부터 받을 수 있습니다. 귀하가 이미 한 지불의 증빙 문서와 함께 이 청구서를 우리에게 보내주십시오.
 - 제공자에게 지불할 것이 있으면 우리가 직접 제공자에게 지불할 것입니다.

제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기

- 귀하가 서비스 비용 중 자신의 몫보다 많이 이미 지불한 경우, 우리는 귀하에게 얼마나 빚졌는지를 결정하여 비용 중 우리 몫을 상환할 것입니다.

2. 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하가 지불해서는 안 된다고 생각되는 청구서를 귀하에게 보낼 때

네트워크 내 서비스 제공자는 항상 이 플랜에 직접 청구하고 귀하에게는 비용 중 귀하의 몫만 요구해야 합니다. 그러나 가끔 그들은 실수하여 귀하 몫 보다 더 많이 지불할 것을 귀하에게 요구합니다.

- 귀하는 우리 플랜이 보장하는 서비스를 받을 때 귀하의 비용 분담액만 지불해야 합니다. 우리는 서비스 제공자가 “차액 청구”라고 불리는 추가의 별도 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. (귀하의 비용 분담 금액 이상을 지불하지 않는다는) 이 보호 조치는 우리가 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 우리가 특정 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다. “차액 청구”에 대한 자세한 설명은 제 4 장, 섹션 1.3 을 참조하십시오.
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 귀하가 지불해야 한다고 생각되는 것보다 더 많은 청구서를 받을 때마다 그 청구서를 우리에게 보내주십시오. 우리는 그 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결할 것입니다.
- 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자에게 청구서를 이미 지불하였지만 너무 많이 지불했다고 느끼는 경우에는 귀하가 지불한 금액의 증빙 문서와 함께 그 청구서를 우리에게 보내어 지불하신 금액과 본 플랜에 의거 보장되어야 하는 금액 사이의 차액을 상환할 것을 우리에게 요구하십시오.

3. 귀하가 우리 플랜에 소급 등록한 경우

때때로 어떤 사람의 본 플랜 등록은 소급적입니다. (소급적이란 그들의 등록 첫 날이 이미 지나간 것을 의미합니다. 등록일이 심지어 작년에 발생했을 수 있습니다.)

귀하가 당사 플랜에 소급적으로 등록하고 등록일 이후에 보장 대상 서비스 또는 약에 대해 본인 부담 비용을 지불한 경우, 귀하는 그 비용 중 당사 몫을 상환하도록 당사에 요구할 수 있습니다. 귀하는 당사가 상환을 처리할 수 있도록 서류를 제출해야 합니다.

상환을 요구하는 방법에 대한 추가 정보와 요청 마감일은 고객센터팀에 문의하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

4. 네트워크 외 약국을 이용해 처방약을 조제할 때

귀하가 네트워크 외 약국에 가서 본인의 멤버십 카드로 처방약을 조제하려고 하면 약국이 청구서를 직접 우리에게 제출할 수 없을 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 귀하는 처방약 비용 전액을 지불해야 할 것입니다. (우리는 소수의 특별 상황에서만 네트워크 외 약국에서 지은 처방약을 보장합니다. 이에 대한 자세한 설명은 제 5 장의 섹션 2.5 를 참조하십시오.)

영수증을 보관하였다가 비용 중 우리 몫을 상환하도록 우리에게 요구할 때 사본을 보내주십시오.

5. 플랜 멤버십 카드를 소지하지 않았기 때문에 처방약 비용 전액을 지불할 때

플랜 멤버십 카드를 소지하지 않은 경우, 귀하는 약국이 본 플랜에 전화하거나 귀하의 플랜 등록 정보를 조회하도록 요구할 수 있습니다. 단, 약국이 필요한 등록 정보를 즉시 조회할 수 없는 경우, 귀하는 처방약 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수도 있습니다.

영수증을 보관하였다가 비용 중 우리 몫을 상환하도록 우리에게 요구할 때 사본을 보내주십시오.

6. 기타 상황에서 귀하가 처방약 비용 전액을 지불할 때

해당 약이 어떤 이유로 보장되지 않음을 발견하였기 때문에 귀하는 처방약 비용 전액을 본인이 지불할 수 있습니다.

- 예컨대, 해당 약이 플랜의 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*에 없을 수 있음, 또는 귀하가 몰랐던 또는 자신에게 해당된다고 생각하지 않는 요건 또는 제한이 있을 수 있음. 약을 즉각 받기로 결정하는 경우 귀하가 처방약 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관하였다가 비용을 상환하도록 우리에게 요구할 때 사본을 보내주십시오. 어떤 상황에서 귀하는 비용 중 우리 몫을 상환 받기 위해 의사로부터 더 많은 정보를 받아야 할 수 있습니다.

위의 모든 예는 보장 결정 유형들입니다. 이는 만약 우리가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우 귀하가 우리 결정에 이의를 제기할 수 있음을 의미합니다. 이 브로셔의 제 9 장(*문제 또는 불만이 있는 경우 어떻게 할 것인가(보장 결정, 이의 제기, 불만)*)에 이의를 제기하는 방법에 대한 설명이 나와 있습니다.

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

**섹션 2 상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록
우리에게 요구하는 방법**

섹션 2.1 지불 요청을 우리에게 어떻게 어디로 보낼 것인가

지불 요청을 우리에게 청구서와 귀하가 한 지불의 증빙 서류와 함께 보내주십시오.
청구서와 영수증을 귀하의 기록을 위해 복사해 두는 것이 좋습니다.

결정을 하기 위해 필요한 모든 정보를 우리에게 보내기 위해 귀하는 지불 요청을 하기
위한 당사의 청구서를 작성할 수 있습니다.

- 양식을 사용할 필요는 없지만 우리가 정보를 더 신속하게 처리하는 데 도움이 될
것입니다.
- 양식을 당사 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com)에서 다운로드하거나
고객서비스팀에 연락하여 요청하십시오. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의
뒷 표지에 인쇄되어 있습니다).

의료 서비스를 위한 지불 요청서를 청구서 또는 지불된 영수증과 함께 다음 주소의
우리에게 우송하십시오.

Clever Care Health Plan
660 W Huntington Drive
Suite 200
Arcadia, CA 91007

파트 D 처방약을 위한 지불 요청서를 청구서 또는 영수증과 함께 다음 주소의 우리에게
우송하십시오.

MedImpact Healthcare Systems Inc
P.O. Box 509108
San Diego, Ca 92150-9108

귀하는 서비스, 품목 또는 약을 받은 날로부터 365일 이내에 청구서를 우리에게
제출해야 합니다.

질문이 있는 경우에는 고객서비스팀에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷
표지에 인쇄되어 있음). 무엇을 지불했어야 하는지 모르거나, 청구서를 받고 그러한
청구서로 무엇을 할지 모르는 경우, 우리가 도와드릴 수 있습니다. 귀하는 또한 이미
우리에게 보낸 지불 요청서에 대해 더 많은 정보를 제공하기 원하는 경우, 우리에게
전화할 수 있습니다.

제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기

섹션 3 우리는 귀하의 지불 요청을 고려하여 가부 간에 답할 것입니다

섹션 3.1 우리는 우리가 서비스 또는 약을 보장해야 하고 얼마나 부담해야 하는지를 검토합니다

우리가 지불 요청서를 받으면 귀하에게서 추가 정보를 필요로 하는 경우 알려드릴 것입니다. 그렇지 않으면 우리는 귀하의 요청을 고려하여 보장 결정을 내릴 것입니다.

- 우리가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이라고 결정하고 귀하가 그 의료 또는 약을 받기 위한 모든 규칙을 준수하면 우리는 비용 중 우리 몫을 지불할 것입니다. 귀하가 서비스 또는 약에 대해 이미 지불한 경우, 우리는 비용 중 우리 몫을 귀하에게 우편으로 상환할 것입니다. 귀하가 서비스 또는 약에 대해 이미 지불하지 않은 경우, 우리는 제공자에게 직접 우편으로 지불할 것입니다. (제 3 장은 보장되는 의료 서비스를 받기 위해 귀하가 준수해야 할 규칙에 대해 설명합니다. 제 5 장은 보장되는 파트 D 처방약을 받기 위해 귀하가 준수해야 할 규칙에 대해 설명합니다.)
- 우리가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이 *아니라고* 결정하거나, 귀하가 모든 규칙을 준수하지 않은 경우, 우리는 비용 중 우리 몫을 지불하지 않을 것입니다. 그대신, 우리는 귀하가 요청한 지불금을 우리가 보내지 않는 이유와 그 결정에 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서한을 보내드릴 것입니다.

섹션 3.2 우리가 의료 또는 약의 전부 또는 일부를 지불하지 않을 것임을 통보하면 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다

우리가 귀하의 지불 요청 각하에서 실수했다고 생각하시거나 우리가 지불하는 금액에 동의하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기한다는 것은 우리가 귀하의 지불 요청을 각하할 때 한 결정을 변경해 달라고 우리에게 요구함을 의미합니다.

이의 제기 방법에 대한 자세한 설명은 이 브로셔의 제 9 장(*문제 또는 불만이 있는 경우 어떻게 할 것인가(보장 결정, 이의 제기, 불만)*)을 참조하십시오. 이의 제기 프로세스는 절차가 상세하고 마감일이 중요한 정식 프로세스입니다. 이의 제기가 생소한 경우, 제 9 장의 섹션 4 를 읽고 시작하는 것이 도움이 될 것입니다. 섹션 4 는 보장 결정 및 이의 제기를 위한 프로세스를 설명하고 “이의 제기” 같은 용어의 정의를 제공하는 도입 섹션입니다. 섹션 4 를 읽은 후에 제 9 장에서 귀하의 상황을 위해 무엇을 할지 설명하는 섹션들을 참조하십시오.

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

- 의료 서비스에 대해 상환 받는 데 대한 이의 제기를 원하는 경우에는 제 9 장의 섹션 5.3 을 참조하십시오.
- 약에 대해 상환 받는 데 대한 이의 제기를 원하는 경우에는 제 9 장의 섹션 6.5 를 참조하십시오.

**섹션 4 기타 영수증을 보관하였다가 우리에게 사본을 보내야
하는 상황**

**섹션 4.1 어떤 경우에는 우리가 귀하의 본인 부담 약 비용을 추적하는 것을
돕기 위해 귀하의 영수증 사본을 우리에게 보내야 합니다**

귀하가 본인의 약을 위해 한 지불에 대해 우리에게 알려야 하는 일부 상황이 있습니다. 그러한 경우에 귀하가 우리에게 지불을 요구하는 것은 아닙니다. 그 대신, 귀하는 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 정확하게 계산할 수 있도록 본인의 지불에 대해 우리에게 알리는 것입니다. 이는 귀하가 재앙적 보장 단계 자격을 더욱 신속하게 따는 데 도움이 될 수 있습니다.

다음은 귀하가 약을 위해 한 지불에 대해 우리에게 알리기 위해 영수증 사본을 우리에게 보내야 하는 두 가지 상황입니다.

1. 귀하가 약을 우리 가격보다 낮은 가격으로 구입한 때

귀하가 기초공제액 단계 및 보장 범위 격차 단계에 있는 경우에는 **네트워크 내 약국에서** 약을 당사 가격보다 더 낮은 가격으로 구입할 수 있습니다.

- 예컨대, 약국이 해당 약에 대해 특별가를 제공할 수 있습니다. 또는 귀하가 우리 혜택 바깥에서 더 낮은 가격을 제공하는 할인 카드를 갖고 있을 수 있습니다.
- 특별 조건이 적용되지 않는 한, 귀하는 그러한 상황에서 네트워크 내 약국을 이용해야 하고 귀하의 약이 우리 의약품 목록에 있어야 합니다.
- 우리가 귀하의 본인 부담 경비를 계상하여 귀하를 재앙적 보장 단계의 자격으로 이끌 수 있도록 귀하의 영수증을 보관하다가 사본을 보내주십시오.
- 참고: 귀하가 기초공제액 단계 및 보장 범위 격차 단계에 있는 경우, 귀하는 이러한 약 비용 중 어느 몫도 지불할 필요가 없습니다. 그러나 영수증 사본을 보내주시면 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 정확하게 계산할 수 있어서 귀하를 재앙적 보장 단계의 자격으로 더욱 신속하게 이끌 수 있습니다.

**제 7 장. 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을
지불하도록 우리에게 요구하기**

2. 귀하가 약 제조업체가 제공하는 환자 지원 프로그램을 통해 약을 받을 때

일부 회원들은 약 제조업체가 제공하는, 플랜 혜택 바깥에 있는, 환자 지원 프로그램에 등록되어 있습니다. 귀하가 약 제조업체가 제공하는 프로그램을 통해 약을 받는 경우, 귀하는 분담금을 그 환자 지원 프로그램에 지불할 수 있습니다.

- 우리가 귀하의 본인 부담 경비를 계상하여 귀하를 재양적 보장 단계의 자격으로 이끌 수 있도록 귀하의 영수증을 보관하다가 사본을 보내주십시오.
- 참고: 귀하가 본 플랜의 혜택이 아닌 환자 지원 프로그램을 통해 약을 받고 있기 때문에 우리는 그러한 약 비용 중 어떤 몫도 지불하지 않을 것입니다. 그러나 영수증 사본을 보내주시면 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 정확하게 계산할 수 있어서 귀하를 재양적 보장 단계의 자격으로 더욱 신속하게 이끌 수 있습니다.

귀하가 상기 두 경우에서 지불을 요청하지 않기 때문에 이러한 상황은 보장 결정으로 간주되지 않습니다. 그러므로 귀하는 우리 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 없습니다.

제 8 장

귀하의 권리와 책임

제 8 장. 귀하의 권리와 책임**제 8 장. 귀하의 권리와 책임**

섹션 1	우리 플랜은 플랜 회원으로서의 귀하의 권리를 존중해야 합니다	177
섹션 1.1	우리는 정보를 귀하에게 효과가 있는 방식으로 제공해야 합니다(영어 이외의 언어로, 점자로, 큰 글자로 또는 기타 대체 형식 등).....	177
섹션 1.2	우리는 귀하에게 보장 대상 서비스 및 약에 대한 적시적 이용을 보장해야 합니다.....	179
섹션 1.3	우리는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다.....	180
섹션 1.4	우리는 본 플랜, 그 제공자 네트워크와 보장 개상 서비스에 대한 정보를 귀하에게 제공해야 합니다.....	188
섹션 1.5	우리는 귀하의 케어에 대해 귀하가 결정할 권리를 뒷받침해야 합니다.....	190
섹션 1.6	귀하는 불만을 제기하고 우리에게 우리가 내린 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다.....	192
섹션 1.7	귀하가 불공정하게 대우 받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우 무엇을 할 수 있는가?.....	192
섹션 1.8	귀하의 권리에 대한 풍부한 정보를 얻는 방법.....	193
섹션 2	귀하는 본 플랜의 회원으로서 어떤 책임도 있습니다.....	193
섹션 2.1	귀하의 책임은?.....	193

제 8 장. 귀하의 권리와 책임**섹션 1 우리 플랜은 플랜 회원으로서의 귀하의 권리를 존중해야 합니다**

섹션 1.1 우리는 정보를 귀하에게 효과가 있는 방식으로 제공해야 합니다(영어 이외의 언어로, 점자로, 큰 글자로 또는 기타 대체 형식 등).

원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

장애를 가지신 가입자와 영어를 사용하지 않는 가입자는 당사의 보험에 관하여 질문하실 때 직원 및 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 영어가 아닌 다른 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

우리 플랜으로부터 귀하가 접근 가능하고 적절한 형식의 정보를 받는 데 어려움이 있는 경우, 고충 이의제기 팀의 1-833-283-9888 번으로 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare 에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실로 연락하여 불만을 제기할 수도 있습니다. 연락처 정보는 본 보험 증빙이나 본 우편에 동봉되어 있습니다. 아니면 고객센터시스템에 연락하시어 추가 정보를 얻으실 수 있습니다.

如欲透過我們取得方便您閱讀的資訊，請致電與客戶服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

本計畫有工作人員及免費口譯服務可以為殘障人士及不會說英文的會員解答疑問。我們有提供英文以外之其他語言版本的資料。如果您有需要，我們也可免費為您提供盲文版、大字版或其他替代格式的資訊。按照規定，我們必須以易於您使用的適當格式為您提供計畫福利相關資訊。如欲透過我們取得方便您閱讀的資訊，請致電與客戶服務部聯絡（電話號碼列印於本手冊的封底）。

如果您難以透過易於您使用的適當格式從本計畫中獲得資訊，請致電 1-833-283-9888 向申訴與上訴部提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或者您可直接向民權辦公室提出投訴。聯絡資訊包含在本承保證明或本郵件中，或者您可與客戶服務部聯絡以索取其他資訊。

Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

Chương trình của chúng tôi có nhân viên và dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên khuyết tật và không nói tiếng Anh. Chúng tôi có cung cấp tài liệu của mình bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng (số điện thoại được in trên bìa sau của tập sách này).

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để gửi đơn khiếu nại với bộ phận Phàn nàn & Khiếu nại theo số 1-833-283-9888. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Quyền Dân sự. Thông tin liên hệ có trong Bảng chứng Bảo hiểm này hoặc với thư này, hoặc quý vị có thể liên hệ với bộ phận Chăm sóc Khách hàng để biết thêm thông tin.

원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

장애를 가지신 가입자와 영어를 사용하지 않는 가입자는 당사의 보험에 관하여 질문하실 때 직원 및 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 영어가 아닌 다른 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객 서비스에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

귀하가 접근 가능하고 귀하에게 적절한 형태로 당사의 보험에 관한 정보를 받는 데 어려움이 있는 경우에는 1-833-283-9888 로 고충처리부서에 전화하여 고충을 접수하시기 바랍니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 Medicare 에 고충을 접수하거나 Office for Civil Rights 에 직접 접수하시기 바랍니다. 연락처 정보는 본 보험 증빙이나 본 우편에 동봉되어 있습니다. 아니면 고객 서비스에 연락하시어 추가 정보를 얻으실 수 있습니다.

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក សូមហៅទៅផ្នែក សេវាកម្មអតិថិជន (លេខទូរសព្ទមានបង្ហាញនៅគម្របខាងក្រោយនៃកូដសៀវភៅនេះ)។

គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្ស និងសេវាកម្មប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរពីសមាជិក ពិការ និងសមាជិកដែលមិនចេះភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសាររបស់យើងមានភាសាផ្សេងៗ ក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរស្ទាប អក្សរខ្ចាត់ធំ ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀត ដោយមិនគិត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ យើងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពី

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងជាទម្រង់ដែលអាចអានបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងតាមរបៀបដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក សូមហៅទៅផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជន (លេខទូរសព្ទមានបង្ហាញនៅគម្របខាងក្រោយនៃកូនសៀវភៅនេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងជាទម្រង់ដែលអាចអានបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក សូមហៅដើម្បីធ្វើបណ្តឹងសារទុក្ខ និងតវ៉ាតាមលេខ 1-833-283-9888។ អ្នកក៏អាចប្តឹងទៅ Medicare ដោយហៅទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ទៅ Office for Civil Rights។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងគឺមានដាក់បញ្ចូលនៅក្នុងកស្តតាងនៃការគ្របបណ្តប់នេះ ឬជាមួយនឹងការផ្ញើសំបុត្រ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជន សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidades y que no hablen inglés. Ponemos a disposición nuestro material en otros idiomas distintos del inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letras grandes y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera que le sea conveniente, llame al Servicio al Cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Si tiene alguna dificultad para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante el departamento de Quejas Formales y Apelaciones al 1-833-283-9888. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en esta correspondencia, o bien, puede comunicarse con el Servicio al Cliente para solicitar información adicional.

섹션 1.2	우리는 귀하에게 보장 대상 서비스 및 약에 대한 적시적 이용을 보장해야 합니다
---------------	--

우리 플랜 회원으로서 귀하는 플랜의 네트워크 내에서 보장 대상 서비스를 제공하고 주선할 주치의(PCP)를 선정할 권리가 있습니다(이에 대해서는 제 3 장에서 설명함). 어느 의사들이 신규 환자를 수락하고 있는지를 알려면 고객센터시스템에

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 귀하는 또한 여성 건강 전문의(예: 부인과 전문의)에게 추천 없이 갈 권리도 있습니다.

플랜 회원으로서 귀하는 플랜의 제공자 네트워크에서 *합리적 양의 시간 내에서* 약속과 보장 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 귀하가 그 케어를 필요로 할 때 전문의 서비스를 적시에 받을 권리가 포함됩니다. 귀하는 또한 우리 네트워크 약국에서 처방약을 긴 지체 없이 조제 또는 재조제 받을 권리도 있습니다.

의료 또는 파트 D 약을 합리적 양의 시간 내에서 받고 있지 않다고 생각하면 이 브로셔의 제 9 장, 섹션 10 이 귀하가 취할 수 있는 조치를 설명합니다. (우리가 귀하의 의료 또는 약 보장을 거부하였으며 귀하가 우리 결정에 동의하지 않는 경우, 제 9 장, 섹션 4 가 귀하가 취할 수 있는 조치에 대해 설명합니다.)

섹션 1.3 우리는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다

연방 및 주 법률은 귀하의 의료 기록 및 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호합니다. 우리는 이러한 법률이 요구하는 대로 귀하의 개인 건강 정보를 보호합니다.

- “개인 건강 정보”에는 귀하가 이 플랜에 등록할 때 제공한 개인 정보뿐만 아니라 귀하의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보가 포함됩니다.
- 프라이버시를 보호하는 법률은 귀하에게 정보를 획득하고 건강 정보를 어떻게 사용하는지를 통제하는 데 관련된 귀하의 권리를 부여합니다. 우리는 이러한 권리에 대해 말하고 우리가 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호하는지에 대해 설명하는 “프라이버시 관행 고지”라는 서면 고지를 제공합니다.

우리는 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호하는가?

- 우리는 권한이 없는 사람이 귀하의 기록을 조회하거나 변경하지 못하도록 합니다.
- 대부분의 상황에서, 만약 우리가 귀하의 케어를 제공하고 있지 않는 또는 귀하의 케어를 위해 지불하고 있지 않는 사람에게 귀하의 건강 정보를 제공한다면 *우리는 먼저 귀하로부터 서면 승인을 받을 것이 요구됩니다.* 서면 승인은 귀하 또는 귀하가 본인을 대신해 결정을 할 수 있는 법적 권한을 제공한 사람이 제공할 수 있습니다.
- 우리가 먼저 귀하로부터 서면 승인을 받을 것이 요구되지 않는 특정 예외가 있습니다. 이러한 예외는 법률에 의해 허용 또는 요구됩니다.
 - 예컨대, 우리는 케어 질을 체크하는 정부 기관에 건강 정보를 공개할 것이 요구됩니다.
 - 귀하가 Medicare 를 통해 우리 플랜의 회원이기 때문에 우리는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함하여 귀하의 건강 정보를 Medicare 에

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

제공할 것이 요구됩니다. Medicare 가 연구 또는 기타 용도를 위해 귀하의 정보를 공개한다면 그것은 연방 법규에 따라 이루어질 것입니다.

귀하는 본인의 기록에 있는 정보를 보고 그것이 타인들과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다.

귀하는 본 플랜에 보관된 귀하의 의료 기록을 조회하고 그 사본을 받을 권리가 있습니다. 우리는 귀하에게 복사 수수료를 부과하는 것이 허용됩니다. 귀하는 본인의 의료 기록에 추가 또는 수정을 우리에게 요구할 권리도 있습니다. 귀하가 이를 우리에게 요구하는 경우, 우리는 귀하의 의료 제공자와 협력하여 그러한 변경을 해야 하는지를 결정할 것입니다.

귀하는 본인의 건강 정보가 통상적이 아닌 어떤 목적을 위해 타인들과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

개인 건강 정보의 프라이버시에 대한 질문 또는 우려 사항이 있는 경우에는 고객센터시스템에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

아래에 2021 년 1 월 1 일 현재의 프라이버시 관행 고지가 나와 있습니다. 이 고지는 귀하에게 가장 최근 버전을 보여드리기 위해 변경될 수 있습니다. 귀하는 최근 버전을 고객센터시스템에 요청하거나(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음), 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 볼 수 있습니다.

프라이버시 관행 고지

Clever Care Health Plan Inc. (Clever Care) 의 완전소유 자회사인 Clever Care of Golden State Inc.는 법에 의해 귀하의 건강 정보를 보호할 것을 요구받습니다. 당사는 또한 개인 정보를 사용하는 방법과 해당 정보를 다른 사람에게 제공하거나 "공개"할 수 있는 시기를 설명하는 이러한 통지를 귀하에게 발송해야 합니다. 귀하는 또한 이러한 통지에 설명된 귀하의 건강 정보에 관한 권리가 있습니다. 당사는 법에 따라 이러한 통지의 조건을 준수해야 합니다.

본 고지서의 “정보” 또는 “건강 정보”에는 귀하를 식별하는 데 사용할 수 있는 합리적인 정보와 귀하의 신체적 또는 정신적 질환, 귀하에게 제공하는 의료 서비스 또는 이러한 의료 서비스에 대한 지급 내용이 포함됩니다. 당사는 귀하의 건강 정보가 유출될 경우 귀하에게 통지하는 것과 관련된 해당 개인정보 보호법의 요건을 준수할 것입니다.

당사는 당사의 개인정보 보호 관행 및 본 고지의 조건을 변경할 권리를 보유합니다. 당사는 개인정보 보호 관행에 중대한 변경이 있는 경우 다음 연례 배포 시 수정된 고지 또는 중요한 변경에 관한 정보 및 수정된 고지를 받는 방법을 귀하에게 제공할 것입니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

당사는 관련 법에 따라 광고용 우편물이나 전자 방식으로 귀하에게 이러한 정보를 제공할 것입니다. 어떤 경우에도 당사가 귀하의 특정 건강보험에 관한 웹사이트를 유지하는 한, 당사는 귀하의 건강보험 웹사이트인 ko.clevercarehealthplan.com에 수정된 고지 내용을 게시할 것입니다. 당사는 이미 보유하고 있는 정보와 향후 수령할 정보에 대해 수정되거나 변경된 고지 내용을 발효할 권리를 보유합니다.

Clever Care 는 사업을 운영하고 가입자에게 중요한 상품, 서비스, 정보를 제공하기 위해 구두, 서면 및 전자 정보를 수집하고 유지합니다. 당사는 손실, 파괴 또는 오용과 같은 위험으로부터 보호하기 위해 해당 주 및 연방 표준에 따라 가입자의 정보를 처리하고 유지관리할 때 물리적, 전자적 및 절차적 보안 조치를 유지관리합니다.

당사가 정보를 사용하거나 공개하는 방법

당사는 의무적으로 다음 대상에게 해당 정보를 제공하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개해야 합니다.

- 본 통지에 설명된 대로 귀하의 권리를 관리하기 위해 귀하(귀하의 개인 대리인)를 대신할 법적 권리가 있는 사람에게
- 필요한 경우 귀하의 개인 정보를 보호하기 위해 보건복지부 장관에게.

당사는 귀하의 치료, 의료 비용 지급 및 당사 사업 운영을 위해 건강 정보를 사용하고 공개할 권리를 보유합니다. 예를 들어, 당사는 다음을 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- **지급 목적.** 당사에 납입하는 보험료와 관련하여 귀하의 보장 범위를 결정하고 귀하가 받을 수 있는 기타 혜택의 대위 또는 조정 등 귀하가 받는 의료 서비스에 대한 보험금 지급 청구 처리. 예를 들어, 당사는 귀하가 보장 적용 대상인지, 보험금 지급 청구의 몇 퍼센트가 보장되는지 의사에게 알릴 수 있습니다.
- **치료를 위해.** 당사는 귀하의 치료 또는 치료 조정을 돕기 위해 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 의사나 병원이 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 것을 돕기 위해 정보를 공개할 수 있습니다.
- **의료 서비스를 위해.** 당사는 귀하의 의료 서비스 혜택을 제공하고 보장 범위를 관리하는 것과 관련된 사업 활동을 운영하고 관리하기 위해 필요에 따라 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 건강을 개선하는 데 도움이 되는 질병 관리 또는 건강 프로그램을 제안하기 위해 담당 의사와 소통할 수 있으며, 당사 서비스를 개선할 방법을 결정하기 위해 데이터를 분석할 수 있습니다. 또한 당사는 관련 법에 따라 건강 정보를 비식별 처리할 수도 있습니다. 정보가 비식별 처리된 후에는 더 이상 본 고지에 해당되지 않으며 당사는 합법적인 목적으로 해당 정보를 사용할 수 있습니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- **건강 관련 프로그램 또는 상품에 관한 정보 제공 목적.** 예컨대, 대체의학 치료 및 프로그램 또는 건강 관련 상품 및 서비스가 있으며, 이는 법률에 따라 제한될 수 있습니다.
- **플랜 스폰서를 위해.** 귀하의 보장 혜택이 고용주가 의뢰한 그룹 건강보험을 통한 것이라면, 당사는 건강 요약 정보와 가입 및 가입 해지 정보를 플랜 의뢰인과 공유할 수 있습니다. 또한 플랜 스폰서가 연방 법률에 따라 해당 정보의 사용 및 공개에 대한 특별 제한사항에 동의하는 경우, 플랜 관리를 목적으로 기타 건강 정보를 플랜 의뢰인과 공유할 수도 있습니다.
- **보험 인수 목적을 위해.** 당사는 보험 인수 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 단, 이러한 목적으로 귀하의 유전자 정보를 사용하거나 공개하지는 않습니다.
- **리마인더를 위해.** 당사는 진료 일정 알림 등 귀하의 혜택 또는 치료에 관한 알림을 보내기 위해 건강 정보를 사용하거나 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 의료 제공자에게 공개할 수 있습니다.

당사는, 가능한 경우, 제한된 상황에서 다음과 같은 목적과 대상에게 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- **법률이 요구하는 경우.** 당사는 법이 요구하는 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **귀하의 케어와 관련된 사람에게.** 당사는 귀하의 건강 정보를 귀하의 치료와 관련된 사람이나 가족 등 귀하의 치료 비용을 지원하는 사람에게 공개할 수 있으며, 귀하가 의식불명이거나 응급 상황에 있을 때 또는 기회가 주어졌는데도 귀하가 동의하거나 이의를 제기하지 않은 경우에 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 귀하에게 응답을 얻을 수 없거나 귀하가 이의를 제기할 수 없는 경우, 당사는 최선의 판단으로 공개가 귀하에게 최선의 이익이 되는지 결정할 것입니다. 사망한 개인의 치료와 관련된 가족 및 다른 사람들에게 건강 정보를 공개할 수 있는 경우에는 특별 규칙이 적용됩니다. 당사는 사망한 개인의 사망 전 치료 또는 치료 비용 지급과 관련된 일체의 사람에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 단, 그렇게 하는 것이 사망자가 이전에 명시한 선호사항에 부합하지 않는 경우는 예외입니다.
- **공중 보건 활동 목적.** 전염병 발생과 예방 조치를 공중 보건 기관에 보고할 때 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- **학대, 방치, 가정 폭력 피해자 보고 목적.** 사회복지 또는 아동보호 서비스 기관을 포함하여 법으로 승인된 정부 당국에 보고.
- **건강 감독 활동 목적.** 면허, 정부 감사, 사기 및 남용 조사와 같이 법으로 승인된 활동에 대한 보건 감독 기관 보고.
- **사법 또는 행정 절차 목적.** 예를 들어, 법원 명령, 수색 영장 또는 소환장 등에 응답하기 위해 공개할 수 있습니다.
- **법률 집행 목적을 위해.** 우리는 실종된 사람을 찾기 위해 제한된 정보를

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

제공하는 등의 목적으로 귀하의 건강 정보를 사법 당국에 공개할 수 있습니다.

- **건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 피하기 위한 목적.** 귀하, 타인 또는 대중에게 닥칠지 모를 심각한 위협을 피하고자 공중 보건 기관이나 법 집행 기관에 정보를 공개하거나 응급 상황 또는 자연재해가 발생할 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **특수 정부 기능.** 군사 및 군 복무 활동, 국가 보안 및 정보 수집 활동 그리고 대통령 등을 위한 경호 서비스에 필요할 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **근로자 보상 목적.** 업무 관련 부상 또는 질병을 통제하는 주 근로자 보상 법률을 준수하는 데 필요한 범위 내에서 또는 이를 준수하는 데 필요한 한도까지 공개할 수 있습니다.
- **연구 목적.** 예를 들어, 특정 치료 평가 또는 질병 또는 장애 예방과 관련된 연구 등 해당 연구가 연방 개인정보보호법 요건에 부합하는 경우 공개할 수 있습니다.
- **고인 관련 정보를 제공하기 위해.** 당사는 사망한 사람을 식별하거나 사망 원인을 판단하거나 법률에 의해 승인된 대로 검시관 또는 법의관에게 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 필요에 따라 장례 절차 진행을 위해 장의사에게 정보를 공개할 수 있습니다.
- **장기 조달 목적을 위해.** 당사는 장기 기증과 이식을 용이하게 하고자 정보를 사용하거나 장기, 눈, 조직의 조달, 보관 또는 이식을 처리하는 기관에 정보를 공개할 수 있습니다.
- **교정 기관 또는 법 집행 공무원.** 귀하가 교정 기관의 수형자이거나 법집행 공무원의 관리하에 있는 경우에는 (1) 해당 기관에 의료 서비스를 제공하는 데 필요한 경우; (2) 귀하의 건강과 안전 또는 타인의 건강과 안전을 보호하기 위해; 또는
(3) 교정 기관의 안전 및 보안을 위해서만 정보를 공개할 수 있습니다.
- **사업 협력 업체.** 당사를 대신하여 기능을 수행하거나 서비스를 제공하는 업체가 해당 기능 또는 서비스를 수행하는 데 정보가 필요한 경우, 당사의 사업 협력 업체는 당사와 계약에 따라 그리고 연방법에 따라 귀하 개인 정보를 보호하며 당사와의 계약에 명시된 내용과 연방법이 허용하는 것 이외의 정보는 사용하거나 공개할 수 없습니다.
- **사용과 공개에 대한 추가적 제한.** 특정 연방 및 주 법률이 귀하에 관한 고도의 기밀 정보를 포함하여 특정 건강 정보의 사용 및 공개를 제한하는 특별한 개인정보 보호를 요구할 수 있습니다. 이러한 법률은 다음과 같은 유형의 정보를 보호할 수 있습니다.
 1. 알코올 및 약물 남용
 2. 생체 정보
 3. 성폭행 포함 아동 또는 성인 학대 또는 방치
 4. 전염성 질환

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

5. 유전 정보
6. HIV/AIDS
7. 정신 건강
8. 미성년자 정보
9. 처방약
10. 생식 건강
11. 성병

본 고지에서 위에 설명된 건강 정보의 사용 또는 공개가 당사에 적용되는 다른 법률에 의해 금지되거나 실질적으로 제한되는 경우, 당사는 보다 엄격한 법률의 요건을 충족시키고자 노력할 것입니다.

당사는 해당 주 및 연방 표준에 따라 물리적, 전자적, 절차적 보호 조치를 유지관리함으로써 귀하의 개인 금융 정보를 손실, 파괴, 오용 등의 위험으로부터 보호합니다. 이러한 조치에는 컴퓨터 보호, 보안 파일 및 건물, 개인 금융 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한사항이 포함됩니다.

당사는 본 고지에 명시된 바와 같이 설명되고 제한된 사용 및 공개를 제외한 귀하의 서면 승인을 통해서만 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 것입니다. 귀하가 건강 정보 공개를 허가하는 경우, 당사는 정보를 제공받는 수령인이 해당 정보를 공개하지 않음을 보장할 수 없습니다. 우리가 귀하의 승인에 근거해 이미 행동한 경우를 제외하고 귀하는 본인의 서면 승인을 언제든지 서면으로 취소 또는 “철회”할 수 있습니다. 서면 승인 및 승인 취소 방법은 귀하의 건강보험 ID 카드에 기재된 전화번호로 문의하십시오.

우리의 책임

당사는 법령에 의해 귀하의 보호받는 건강 정보의 프라이버시 및 보안을 유지해야 합니다. 귀하 정보의 프라이버시나 보안을 훼손할 수 있는 위반이 발생하면, 이를 즉시 알려드릴 것입니다. 당사는 본 고지에 설명된 의무와 개인정보 보호 관행을 따라야 하며 그 사본을 귀하에게 제공해야 합니다.

귀하의 권리는 무엇인가

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 귀하는 치료, 지급 또는 의료 서비스를 위한 귀하의 정보 사용 또는 공개를 **제한하도록 요청할 권리**가 있습니다. 귀하는 가족 구성원에게 또는 귀하의 의료 서비스나 의료 서비스에 대한 지급에 관여하는 타인에게도 정보 공개를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 또한 당사는 귀하의 부양가족이 특정

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

제한사항을 요청하도록 승인하는 부양가족 접근성에 대한 정책을 보유할 수 있습니다. 당사는 귀하의 요청을 존중하고 당사의 정책에 부합하는 요청을 허용할 것이지만, 당사는 일체의 제한사항에 동의할 의무가 없습니다.

- 귀하는 기밀 서신을 다른 방식으로나 다른 장소로 전송해달라고 요청할 권리가 있습니다(예: 집 주소 대신 사서함으로 정보 발송 요청). 당사는 귀하의 건강 정보 전체 또는 일부를 공개하는 것이 달리 귀하를 위험에 빠뜨리지 않는 합리적인 요청은 수용할 것입니다. 특정 상황에서 당사는 기밀 서신을 받겠다는 귀하의 구두 요청을 수락할 것이나 귀하의 요청은 서면으로 확인되어야 합니다. 또한 이전의 기밀 서신 요청을 수정 또는 취소하라는 요청도 서면으로 이루어져야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 보내주십시오.
- 귀하는 청구 및 사례 또는 의료 관리 기록과 같이 당사가 보유하고 있는 특정 건강 정보 사본을 열람하고 받을 수 있는 권리가 있습니다. 당사가 귀하의 건강 정보를 전자 방식으로 유지관리하는 경우, 귀하는 건강 정보 사본을 귀하에게 전자 방식으로 전송하도록 당사에 요청할 권리가 있습니다. 또한 귀하가 식별하는 제3자에게 귀하의 정보 사본을 제공하도록 요청할 수 있습니다. 경우에 따라, 귀하는 이 건강 정보에 대한 요약물을 받을 수 있습니다. 귀하의 건강 정보를 검사하고 복사하거나 제3자에게 귀하의 정보를 전송하는 것은 서면으로 요청해야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 보내주십시오. 제한된 특정 상황에서 당사는 귀하의 건강 정보를 검사하고 복사하기 위한 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 당사가 귀하의 요청을 거부하는 경우, 귀하는 거부 심사를 받을 권리가 있을 수 있습니다. 당사는 모든 사본에 대해 합리적인 수수료를 부과할 수 있습니다.
- 귀하는 청구 및 사례 또는 의료 관리 기록 등 당사가 보관하는 귀하의 특정 정보가 잘못되었거나 불완전하다고 생각하는 경우 이를 수정하도록 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 요청은 서면으로 이루어져야 하며 수정 요청 사유를 제공해야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 보내주십시오. 당사가 귀하의 요청을 거부하는 경우, 귀하는 귀하의 이력진술서를 귀하의 건강 정보에 추가할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 요청 전 6년 동안 당사가 수행한 특정 정보 공개에 대한 명세서를 받을 권리가 있습니다. 이 내역은 (i) 치료, 지급 및 의료 서비스 목적, (ii) 귀하 또는 귀하의 승인에 따른 공개 내역, (iii) 교정 기관 또는 법 집행 공무원에게 공개된 내역, (iv) 연방 법률이 당사에 정보 공개를 요구하지 않는 기타 공개 내역 등의 목적을 위해 이루어진 정보의 공개는 포함하지 않습니다.
- 귀하는 이 고지의 서면 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 언제든지 본 고지의 사본을 요청할 수 있습니다. 귀하가 본 고지를 전자 방식으로 수신하는데 동의한 경우에도 귀하는 여전히 본 고지의 서면 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사가 웹사이트를 유지관리하는 한, 당사는 당사의 웹사이트에 수정된 고지의 사본을 게시할 것입니다. 또한 귀하는 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 본 고지의 사본을 받을 수 있습니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

귀하의 권리 행사

- **귀하의 건강 보험 회사에 연락하기.** 이 고지에 관한 질문이 있거나 권리 행사 관련 정보가 필요한 경우, 귀하의 건강보험 ID 카드에 있는 회원용 무료 전화번호 1-833-808-8164(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일~3월 31일 기간 동안은 주 7일 오전 8시~오후 8시에 이용 가능하며, 4월 1일~9월 30일 기간 동안은 주말을 제외한 평일 오전 8시~오후 8시에 이용 가능합니다.
- **요청서 제출.** 귀하는 다음 우편 주소로 서면 요청을 발송하여 기밀 서신을 수정 또는 취소하거나, 기록의 사본을 요청하거나, 귀하의 기록에 대한 수정을 요청하는 등의 권리를 행사할 수 있습니다.

Clever Care Privacy Officer
660 W Huntington Drive
Suite 200
Arcadia, CA 91007

- **불만 제기.** 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 위에 기재된 주소로 불만을 제기할 수 있습니다.

또한 미국 보건복지부(DHHS)에도 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하가 제기한 불만 사항에 대해 적대적인 대응을 하지 않을 것입니다.

금융 정보 프라이버시 고지

이 고지는 귀하의 금융 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지를 설명합니다.
주의 깊게 검토하십시오.

Clever Care 는 귀하의 개인 금융 정보의 기밀성을 유지하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 고지에서 “개인 금융 정보”란 개인의 신원을 식별하고, 일반적으로 공개되지 않았으며, 개인으로부터 수집되거나 해당 개인에게 의료 서비스 보장 혜택을 제공하는 것과 관련하여 입수되는 가입자 또는 의료 보험 신청자에 대한 정보를 의미합니다.

우리가 수집하는 정보

귀하가 가입한 당사 상품이나 서비스에 따라 당사는 다음 출처로부터 귀하의 개인 금융 정보를 수집할 수 있습니다.

- 이름, 주소, 나이, 의료 정보 및 사회보장번호 등 신청서 또는 기타 양식을 통해 당사가 귀하로부터 받은 정보
- 당사, 계열사 또는 기타 당사자와의 거래에 관한 정보(예: 보험료 지급 및 청구 명세 내역) 그리고

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- 소비자 보고 기관의 정보.

정보의 공개

당사는 법률에 의해 요구되거나 허용되는 경우를 제외하고, 당사의 가입자 또는 이전 가입자에 관한 개인 금융 정보를 제 3 자에게 공개하지 않습니다. 예를 들어, 당사는 일반적인 업무 관행 과정에서 법률에 의해 허용되는 바에 따라 귀하의 허가 없이 귀하에 관해 수집한 개인 금융 정보를 다음 유형의 기관에 공개할 수 있습니다.

- 당사 계열사. 예를 들면, 다른 보험회사와 같은 금융 서비스 제공자 그리고 데이터 처리 업체와 같은 비금융 회사가 포함됩니다.
- 귀하의 거래를 처리하거나, 귀하의 계정을 유지하거나, 법원 명령 및 법적 조사에 대응하는 등 일상적인 업무 목적을 위해 비계열사 그리고
- 당사를 대신하여 판촉물을 보내는 등 당사에 서비스를 제공하는 비계열사

기밀 유지 및 보안

당사는 해당 주 및 연방 표준에 따라 물리적, 전자적, 절차적 보호 조치를 유지관리함으로써 귀하의 개인 금융 정보를 손실, 파괴, 오용 등의 위험으로부터 보호합니다.

이러한 조치에는 컴퓨터 보호, 보안 파일 및 건물, 개인 금융 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한사항이 포함됩니다.

이 고지에 관한 질문

이 고지에 관한 질문은 귀하의 건강보험 ID 카드에 있는 회원용 무료 전화번호로 전화하시거나 고객 서비스 무료 전화번호 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로

10 월 1 일 ~ 3 월 31 일: 오전 8 시 ~ 오후 8 시, 주 7 일

4 월 1 일 ~ 9 월 30 일: 오전 8 시 ~ 오후 8 시, 월요일 ~ 금요일에 전화해 주십시오.

섹션 1.4 **우리는 본 플랜, 그 제공자 네트워크와 보장 개상 서비스에 대한 정보를 귀하에게 제공해야 합니다**

Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) 회원으로서 귀하는 당사로부터 여러 종류의 정보를 받을 권리가 있습니다. (위의 섹션 1.1 에 설명된 바와 같이 귀하는 정보를 자신에게 적합한 방식으로 우리로부터 받을 권리가 있습니다. 여기에는 영어

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

이외의 언어로, 점자로, 큰 글자로 또는 기타 대체 형식으로 정보를 받는 것이 포함됩니다.)

귀하가 다음 종류의 정보를 원하는 경우에는 고객센터팀에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음):

- **우리 플랜에 대한 정보.** 여기에는 예컨대 플랜의 재정 상태에 대한 정보가 포함됩니다. 또한 회원들이 제기한 이의 제기 건수 및 플랜 회원들이 어떻게 등급을 매겼는지와 그것이 다른 Medicare 건강 플랜들과 어떻게 비교되는지를 포함한 본 플랜의 스타 등급에 대한 정보도 포함됩니다.
- **우리의 네트워크 내 약국을 포함한 네트워크 내 제공자들에 대한 정보.**
 - 예컨대, 귀하는 네트워크 내 제공자 및 약국들의 자격과 우리가 네트워크 내 제공자들에게 어떻게 지불하는지에 대한 정보를 우리로부터 받을 권리가 있습니다.
 - 본 플랜의 네트워크 내 제공자 목록을 원하시면 Clever Care 제공자 명부를 참조하십시오.
 - 본 플랜의 네트워크 내 약국 목록을 원하시면 Clever Care 약국 명부를 참조하십시오.
 - 당사의 서비스 제공자 또는 약국에 대한 자세한 정보를 원하시면 고객센터팀에 전화하거나(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 를 방문하십시오.
- **귀하의 보장 및 귀하의 보장을 사용할 때 준수해야 하는 규칙에 대한 정보.**
 - 이 브로셔의 제 3 및 4 장은 귀하를 위해 어떤 의료 서비스가 보장되고, 보장에 대한 제한 및 보장 대상 의료 서비스를 받기 위해 어떤 규칙을 준수해야 하는지에 대해 설명합니다.
 - 파트 D 처방약 보장에 대한 자세한 설명은 이 브로셔의 제 5 및 6 장과 이 플랜의 **보장 대상 의약품 목록(처방집)**을 참조하십시오. 이러한 장들은 **보장 대상 의약품 목록(처방집)**과 함께 어떤 약이 보장되는지 말해주고, 준수해야 하는 규칙 및 특정 약의 보장에 대한 제한에 대해 설명합니다.
 - 그러한 규칙 또는 제한에 대한 질문이 있는 경우에는 고객센터팀에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- **보장되지 않는 이유와 귀하가 취할 수 있는 조치에 대한 정보.**
 - 어떤 의료 서비스 또는 파트 D 약이 보장되지 않는 경우, 또는 보장이 어떤 식으로든 제한되는 경우, 귀하는 서면 설명을 우리에게 요구할 수 있습니다. 귀하는 의료 서비스 또는 약을 네트워크 외 제공자 또는 약국으로부터 받은 경우에도 이 설명을 요구할 권리가 있습니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- 귀하가 만족하지 않거나 우리가 어떤 의료 서비스 또는 파트 D 약이 보장되는지에 대해 내린 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 그 결정의 변경을 우리에게 요구할 권리가 있습니다. 귀하는 이의를 제기함으로써 그 결정의 변경을 우리에게 요구할 수 있습니다. 보장되어야 한다고 생각되는 방식으로 무언가가 보장되지 않는 경우 무엇을 할지에 대한 설명은 이 브로셔의 제 9 장을 참조하십시오. 그 장은 귀하가 우리 결정의 변경을 원하는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다. (제 9 장은 또한 케어의 품질, 대기 시간 및 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법에 대해서도 설명합니다.)
- 의료 서비스 또는 파트 D 처방약에 대해 귀하가 받은 청구서의 우리 몫을 지불하도록 우리 플랜에 요구하려면 이 브로셔의 제 7 장을 참조하십시오.

섹션 1.5 우리는 귀하의 케어에 대해 귀하가 결정할 권리를 뒷받침해야 합니다

귀하는 자신의 치료 옵션들을 알고 본인의 의료에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다

귀하는 의료 서비스를 위해 방문할 때 자신의 의사 및 기타 의료 제공자로부터 완전한 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하의 제공자는 귀하의 의학적 상태와 치료 옵션을 *귀하가 이해할 수 있는 방식으로* 설명해야 합니다.

귀하는 또한 자신의 의료에 대한 결정에 충분히 참여할 권리가 있습니다. 어떤 치료가 가장 적합한지에 대해 의사와 결정하는 것을 돕기 위해 귀하의 권리에는 다음이 포함됩니다.

- **귀하의 옵션 모두에 대해 알 권리.** 이는 귀하가 본인의 질병을 위해 권장되는 치료 옵션에 대해 그 비용이나 우리 플랜의 보장 여부와 상관 없이 모두 들을 권리가 있음을 의미합니다. 또한 회원들이 약을 관리하고 안전하게 사용하도록 돕기 위해 우리 플랜이 제공하는 프로그램에 대해 들을 권리도 포함됩니다.
- **리스크에 대해 알 권리.** 귀하는 자신의 의료에 관련된 리스크에 대한 설명을 들을 권리가 있습니다. 귀하는 의학적 케어 또는 치료 제안이 연구 실험의 일환인지를 사전에 들어야 합니다. 귀하는 실험적 치료를 거부할 선택권이 항상 있습니다.
- **“아니요” 라고 말할 권리.** 귀하는 권장된 치료법을 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 권고하는 경우에도 병원 또는 기타 의료 시설을 떠날 권리가 포함됩니다. 귀하에게는 약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 물론 귀하가 치료를 거부하거나 약 복용을 중단하면 그 결과로 신체에 발생하는 것에 대한 전적인 책임을 귀하가 인수합니다.
- **케어를 위한 보장이 거부되는 경우 설명을 받을 권리.** 귀하는 받아야 한다고 생각되는 케어를 제공자가 거부하는 경우 우리에게서 설명을 받을 권리가

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

있습니다. 이 설명을 받으려면 귀하는 우리에게 보장 결정을 요구할 필요가 있을 것입니다. 이 브로셔의 제 9 장이 본 플랜에 보장 결정을 요구하는 방법에 대해 설명합니다.

귀하는 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없는 경우 무엇을 해야 하는지에 대한 지침을 제공할 권리가 있습니다

때때로 사람들은 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 의료 결정을 할 수 없게 됩니다. 귀하는 본인이 이 상황에 있는 경우 무엇이 발생하기 원하는지를 말할 권리가 있습니다. 이는 즉, *귀하가 원하면*, 다음을 할 수 있음을 의미합니다.

- 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우 **타인에게 귀하를 대신해 의료 결정을 할 법적 권한**을 제공하기 위해 서면 양식을 작성할 수 있습니다.
- 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우 의사들이 귀하의 의료를 어떻게 처리하기 원하는지에 대한 **서면 지침을 의사에게 제공할 수 있습니다.**

이러한 상황에서 사전에 귀하의 지시를 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 “**사전 의향서**”라고 합니다. 다양한 유형의 사전 의향서와 그에 대한 다양한 명칭이 있습니다. “**생존유서**” 및 “**의료를 위한 위임장**” 이라는 문서는 사전 의향서의 예들입니다.

귀하의 지침을 주기 위해 “사전 의향서”를 사용하기 원한다면 다음과 같이 하십시오.

- **양식을 받습니다.** 사전 의향서를 원하시면 양식을 귀하의 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 상점에서 구할 수 있습니다. 때때로 사전 의향서 양식을 Medicare 에 대한 안내를 제공하는 기관에서 구할 수도 있습니다. 또한 회원서비스팀에 요청할 수도 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식을 구한 장소와 상관없이 그것은 법적 문서임을 기억하십시오. 작성시 변호사의 조력을 받는 것을 고려하십시오.
- **적절한 사람에게 사본을 줍니다.** 귀하는 사본 1 부를 담당 의사에게 그리고 양식 상에 귀하가 결정할 수 없는 경우 대신해 결정해줄 사람으로 지명한 사람에게 주어야 합니다. 가까운 친구나 가족에게도 사본을 주는 것이 좋습니다. 반드시 1 부를 자택에 보관하십시오.

입원하실 것을 사전에 알고 사전 의향서에 서명한 경우, **1 부를 병원에 가져가십시오.**

- 입원하는 경우, 그들은 귀하가 사전 의향서에 서명했는지와 지침하고 있는지를 물을 것입니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- 사전 의향서에 서명하지 않은 경우, 병원에 양식이 있으며 그들은 귀하가 서명하기 원하는지 물을 것입니다.

전 의향서 작성을 원하는지는 귀하의 선택 사항임을 기억하십시오(귀하가 병원에 있는 경우에 서명하기 원하는지의 여부 포함). 법률에 따라 누구도 귀하가 사전 의향서에 서명했는지의 여부에 근거하여 귀하에게 케어를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.

귀하의 지시가 준수되지 않으면 어떻게 하는가?

사전 의향서에 서명하였는 데 의사나 병원이 사전 의향서 상의 지시를 따르지 않는다고 생각되는 경우, 귀하는 캘리포니아주 보건복지부(DHCS)에 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 1.6	귀하는 불만을 제기하고 우리에게 우리가 내린 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다
---------------	---

귀하의 보장 대상 서비스 또는 케어에 대한 문제나 우려 사항이 있는 경우, 귀하가 취할 수 있는 조치가 이 브로셔의 제 9 장에 설명되어 있습니다. 모든 유형의 문제와 불만을 어떻게 다룰지에 대해 자세히 설명합니다. 문제나 우려 사항을 추적하기 위해 무엇을 할지는 상황에 의존합니다. 귀하는 우리 플랜이 귀하를 위해 보장 결정을 하도록 요구하고, 보장 결정을 변경하도록 우리에게 이의를 제기하거나 불만을 제기할 수 있습니다. 귀하가 무엇을 하든 – 보장 결정 요구, 이의 제기 또는 불만 제기 – 우리는 귀하를 공정하게 대우할 것이 요구됩니다.

귀하는 다른 회원들이 과거에 우리 플랜에 제기한 이의 제기 및 불만에 대한 정보의 요약물을 받을 권리가 있습니다. 이 정보를 받으려면 고객센터시스템에 전화주시기 바랍니다(전화번호는 본 소책자의 뒤 커버에 인쇄되어 있습니다).

섹션 1.7	귀하가 불공정하게 대우 받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우 무엇을 할 수 있는가?
---------------	---

차별에 대한 것인 경우, 민권실에 연락하십시오

귀하의 인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신조(신념), 연령 또는 출신국으로 인해 귀하가 불공정하게 대우 받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우에는 보건복지부의 **민권실** 전화번호 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로 전화하거나 귀하 지역의 민권실로 전화해야 합니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임**기타에 대한 것인 경우?**

귀하가 불공정하게 대우 받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 데 그것이 차별에 대한 것이 아닌 경우, 귀하는 그 문제를 다루는 데 다음과 같이 도움을 받을 수 있습니다.

- 귀하는 **고객서비스팀에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- **주 건강보험 지원 프로그램에 전화**할 수 있습니다. 이 기관에 대한 세부 사항과 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 3 을 참조하십시오.
- 또는 **Medicare** 의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 1.8	귀하의 권리에 대한 풍부한 정보를 얻는 방법
---------------	---------------------------------

귀하의 권리에 대한 풍부한 정보를 얻을 수 있는 곳이 여러 군데 있습니다.

- **고객서비스팀에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- **SHIP 에 전화**할 수 있습니다. 이 기관에 대한 세부 사항과 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 3 을 참조하십시오.
- **Medicare** 에 연락할 수 있습니다.
 - o Medicare 웹사이트를 방문해 간행물 “Medicare 권리 및 보호” 를 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (이 간행물 입수처: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - o 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 2	귀하는 본 플랜의 회원으로서 어떤 책임도 있습니다
-------------	------------------------------------

섹션 2.1	귀하의 책임은?
---------------	-----------------

본 플랜의 회원으로서 해야 할 사항들이 아래에 열거되어 있습니다. 질문이 있는 경우에는 고객서비스팀에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 우리가 도와드리겠습니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- **귀하의 보장 대상 서비스와 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오.** 이 *보장 범위 증명서* 브로셔를 이용해 본인에게 무엇이 보장되는지와 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오.
 - 제 3 장 및 4 장은 보장되는 것과 보장되지 않는 것, 준수할 규칙 및 본인 부담 비용을 포함해 귀하의 의료 서비스에 대해 자세히 설명합니다.
 - 제 5 장 및 6 장은 파트 D 처방약을 위한 귀하의 보장에 대해 자세히 설명합니다.
- **귀하가 우리 플랜 이외의 다른 건강 보험 보장 또는 처방약 보장을 갖고 있는 경우 귀하는 우리에게 통보할 것이 요구됩니다.** 고객센터팀에 전화하여 우리에게 알려주십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
 - 우리는 귀하가 우리 플랜으로부터 귀하의 보장 대상 서비스를 받을 때 귀하가 본인의 모든 보장을 조합하여 받도록 하기 위해 Medicare 가 정한 규칙을 준수할 것이 요구됩니다. 이를 “**혜택 조율**”이라고 합니다. 귀하가 우리 플랜으로부터 받는 조건 및 약 혜택을 귀하가 이용할 수 있는 다른 조건 및 약 혜택과 조율하는 것이기 때문입니다. 우리는 귀하의 혜택 조율을 도울 것입니다. (혜택 조율에 대한 자세한 설명은 제 1 장, 섹션 10 을 참조하십시오.)
- **귀하가 우리 플랜에 등록되어 있음을 귀하의 의사와 기타 의료 제공자에게 말씀하십시오.** 의료 또는 파트 D 처방약을 받을 때마다 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오.
- **귀하의 의사와 기타 의료 제공자에게 정보를 주고, 질문을 하고, 본인의 케어를 추적함으로써 그들이 귀하를 돕는 것을 도와주십시오.**
 - 귀하의 의사와 기타 의료 제공자가 귀하에게 최선의 케어를 제공하도록 돕기 위해, 본인의 건강 문제에 대해 가능한 한 많이 배워 본인과 본인 건강에 대해 그들이 필요로 하는 정보를 제공하십시오. 귀하와 의사가 합의한 치료 계획과 지침을 준수하십시오.
 - 비처방약, 비타민과 보충제를 포함해 복용하고 있는 모든 약을 귀하의 의사가 알도록 하십시오.
 - 의문이 있으면 반드시 질문하십시오. 귀하의 의사와 기타 의료 제공자는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 설명해야 합니다. 질문했는데 주어진 답변을 이해할 수 없는 경우에는 다시 질문하십시오.
- **남을 배려하십시오.** 우리는 모든 회원들이 다른 환자들의 권리도 중중하기를 기대합니다. 우리는 또한 귀하가 의사의 진료실, 병원 및 기타 진료실의 원활한 운영에 도움이 되는 식으로 행동할 것도 기대합니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- **본인 부담 비용을 지불하십시오.** 플랜 회원으로서 귀하는 다음을 지불해야 할 책임이 있습니다.
 - 우리 플랜의 자격이 되려면 귀하는 Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B 를 갖고 있어야 합니다. 일부 플랜 회원은 Medicare 파트 A 보험료를 납부해야 합니다. 대부분의 플랜 회원은 당 플랜의 회원으로 유지되기 위해 Medicare 파트 B 보험료를 납부해야 합니다.
 - 당 플랜이 보장하는 귀하의 의료 서비스 또는 약의 대부분을 위해 귀하는 서비스 또는 약을 받을 때 비용 중 귀하 몫을 지불해야 합니다. 이는 분담금(고정액) 또는 공동보험금(총 비용의 일정 퍼센트)입니다. 귀하의 의료 서비스를 위해 본인이 지불해야 하는 것은 제 4 장이 설명합니다. 파트 D 처방약을 위한 본인 부담금은 제 6 장이 설명합니다.
 - 당 플랜에 의해 또는 귀하가 갖고 있을 수 있는 다른 보험에 의해 보장되지 않는 의료 서비스 또는 약을 받으려면 귀하가 비용 전액을 지불해야 합니다.
 - 어떤 서비스 또는 약의 보장을 거부하는 우리 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 방법은 이 브로셔의 제 9 장이 설명합니다.
 - 귀하의 년 소득 때문에 귀하가 파트 D 를 위해 추가 금액을 납부할 것이 요구되는 경우, 귀하는 당 플랜 회원 자격을 유지하려면 그 추가 금액을 직접 정부에 납부해야 합니다.
- **이사하는 경우 말씀해 주십시오.** 이사하는 경우 즉시 우리에게 말씀해 주시는 것이 중요합니다. 고객센터팀에 전화하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
 - 우리 플랜 서비스 지역의 **바깥으로** 이사하시면 우리 플랜의 회원으로 남을 수 없습니다. (우리 서비스 지역에 대해서는 제 1 장에서 설명합니다.) 귀하가 우리 서비스 지역 밖으로 이사하시는지의 여부를 우리가 판단해 드릴 수 있습니다. 귀하가 우리 서비스 지역을 벗어나는 경우 귀하는 새 지역에서 이용 가능한 Medicare 플랜에 가입할 수 있는 특별 등록 기간을 가질 것입니다. 우리는 귀하의 새로운 지역에 우리 플랜이 있는 경우 알려드릴 수 있습니다.
 - 우리 서비스 지역 **내에서** 이사하는 경우에도 우리는 귀하의 멤버십 기록을 최신으로 유지하고 연락 방법을 알 수 있도록 귀하의 이사 사실을 알 필요가 있습니다.
 - 이사하시는 경우, 사회보장국(또는 철도퇴직위원회)에 알리는 것도 중요합니다. 이러한 기관의 전화번호와 연락처 정보는 제 2 장에서 찾아볼 수 있습니다.

제 8 장. 귀하의 권리와 책임

- **질문이나 우려 사항이 있는 경우에는 고객센터시스템에 도움을 요청하십시오.**
우리는 우리 플랜을 개선하기 위해 귀하가 갖고 있을 수 있는 제안도 환영합니다.
 - 고객센터시스템 전화번호와 근무 시간은 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.
 - 우리의 우편 주소를 포함해 우리에게 연락할 수 있는 방법에 대한 자세한 정보는 제 2 장을 참조하십시오.

제 9 장

문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는
경우 어떻게 할 것인가

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

섹션 1	소개	201
섹션 1.1	문제 또는 우려 사항이 있는 경우 어떻게 할 것인가	201
섹션 1.2	법률 용어?.....	201
섹션 2	귀하는 우리와 관련 없는 정부 기관으로부터 도움을 받을 수 있습니다.....	202
섹션 2.1	더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳	202
섹션 3	귀하의 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는가?.....	203
섹션 3.1	보장 결정 및 이의 제기를 위한 프로세스를 사용해야 하는가? 또는 불만을 제기하기 위한 프로세스를 사용해야 하는가?	203
	보장 결정 및 이의 제기	204
섹션 4	보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 가이드	204
섹션 4.1	보장 결정 요구 및 이의 제기: 큰 그림	204
섹션 4.2	보장 결정을 요구하거나 이의를 제기할 때 도움을 받는 방법	205
섹션 4.3	이 장의 어느 섹션이 귀하의 상황을 위한 설명을 제공하는가?	206
섹션 5	귀하의 의료: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법	207
섹션 5.1	이 섹션은 의료를 위한 보장을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 의료비 중 우리 몫을 상환 받기 원하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다	207
섹션 5.2	단계별: 보장 결정을 요구하는 방법 (원하는 의료 보장을 승인 또는 제공하도록 우리 플랜에 요구하는 방법).....	209
섹션 5.3	단계별: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법 (우리 플랜의 의료 보장 결정의 재검토를 요청하는 방법)	213
섹션 5.4	단계별: 레벨 2 이의 제기는 어떻게 진행되는가	217
섹션 5.5	의료를 위해 받은 청구서 중 우리 몫을 귀하에게 지불하도록 요청하면 어떻게 되는가?	219

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

섹션 6	파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법 221
섹션 6.1	이 섹션은 귀하가 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 우리가 귀하에게 파트 D 약의 비용을 상환하기 원하는 경우 어떻게 할지에 대해 설명합니다 221
섹션 6.2	예외란 무엇인가?..... 223
섹션 6.3	예외를 요구할 때 알아야 할 중요 사항 225
섹션 6.4	단계별: 예외를 포함하여 보장 결정을 요구하는 방법 226
섹션 6.5	단계별: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법 (우리 플랜의 보장 결정의 재검토를 요청하는 방법)..... 229
섹션 6.6	단계별: 레벨 2 이의 제기를 하는 방법 232
섹션 7	의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법 235
섹션 7.1	입원환자로서 병원 체류시 귀하는 Medicare 로부터 귀하의 권리에 대해 설명하는 통지서를 받을 것입니다 235
섹션 7.2	단계별: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법 237
섹션 7.3	단계별: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법 240
섹션 7.4	레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가? 241
섹션 8	귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스 보장을 유지하도록 우리에게 요구하는 방법 244
섹션 8.1	<i>이 섹션은 다음 세 가지 서비스에 대해서만 설명합니다. 재가 간호, 전문 요양 시설 케어, 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스</i> 244
섹션 8.2	귀하의 보장이 언제 끝날지를 우리는 미리 통보할 것입니다..... 245
섹션 8.3	단계별: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랜 기간 동안 보장하도록 하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법 245
섹션 8.4	단계별: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랜 기간 동안 보장하도록 하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법 248
섹션 8.5	레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가? 249
섹션 9	이의 제기를 레벨 3 및 그 너머로 가져가기..... 252
섹션 9.1	의료 서비스 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5..... 252
섹션 9.2	파트 D 약 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5 254

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

불만 제기하기 256

섹션 10	케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법	256
섹션 10.1	불만 제기 프로세스는 어떤 종류의 문제를 취급하는가?	256
섹션 10.2	“불만 제기”의 정식 명칭은 “고충 제기”입니다	258
섹션 10.3	단계별: 불만 제기하기	259
섹션 10.4	또한 귀하는 케어의 품질에 대한 불만을 품질 개선 기관에 제기할 수 있습니다.....	260
섹션 10.5	또한 귀하의 불만 사항에 대해 Medicare 에 말할 수도 있습니다....	261

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가 문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)****섹션 1 소개****섹션 1.1 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 어떻게 할 것인가**

이 장은 문제와 우려 사항 취급 절차의 두 가지 유형에 대해 설명합니다.

- 일부 유형의 문제의 경우, 귀하는 **보장 결정 및 이의 제기**를 위한 프로세스를 이용할 필요가 있습니다.
- 다른 유형의 문제의 경우, 귀하는 **불만 제기**를 위한 프로세스를 이용할 필요가 있습니다.

이 두 프로세스는 Medicare 에 의해 승인되었습니다. 공정성과 귀하 문제의 신속한 취급을 확보하기 위해 각 프로세스에는 우리와 귀하가 따라야 하는 일정한 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

어느 프로세스를 사용하는가? 이는 귀하가 갖고 있는 문제의 유형에 의존합니다. 섹션 3 의 가이드가 사용할 올바른 프로세스를 식별하는 데 도움이 됩니다.

섹션 1.2 법률 용어?

본 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 마감일 유형의 경우 전문적 법률 용어가 있습니다. 이러한 용어들 대부분은 대부분의 사람들에게 생소하기 때문에 이해하기가 어려울 수 있습니다.

일을 간단하게 하기 위해 본 장은 특정 법률 용어 대신에 더 간단한 단어를 사용해 법적 규칙과 절차를 설명합니다. 예컨대, 본 장은 일반적으로 “고충 제기” 대신에 “불만 제기하기”라고 하고, “기관 판단” 또는 “보장 범위 판단” 또는 “리스크 판단” 대신에 “보장 결정,” 그리고 “독립 검토 주체” 대신에 “독립 검토 기관”이라고 합니다. 또한 가능한 한 약어는 적게 사용합니다.

그러나, 귀하가 처한 상황을 위해 정확한 법률 용어를 아는 것이 유용하고 때때로 매우 중요할 수 있습니다. 귀하가 자신의 문제를 다룰 때 어느 용어를 사용할지를 아는 것이 귀하가 더욱 명료하고 정확하게 커뮤니케이션하고 자신의 상황을 위해 올바른 도움 또는 정보를 얻는 데 도움이 될 것입니다. 귀하가 어느 용어를 사용해야 할지를 알도록 돕기 위해 우리는 특정 유형의 상황을 취급하기 위한 설명을 제공할 때 법률 용어를 포함합니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

섹션 2 귀하와 관련 없는 정부 기관으로부터 도움을 받을 수 있습니다

섹션 2.1 더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳

때때로 어떤 문제를 다루기 위한 프로세스를 시작하거나 추적하는 것이 혼란스러울 수 있습니다. 이는 특히 귀하가 건강이 좋지 않거나 활력이 부족할 때 그렇습니다. 다른 때에는 귀하가 그 다음 조치를 취하기 위해 필요한 지식이 없을 수도 있습니다.

독립 정부 기관으로부터 도움을 받으십시오

우리는 귀하를 돕기 위해 항상 대기 중입니다. 그러나 어떤 상황에서는 우리도 귀하와 관련이 없는 누군가로부터 도움이나 안내를 원할 수 있습니다. 귀하는 **주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)**에 항상 연락할 수 있습니다. 이 정부 프로그램은 모든 주에 훈련된 카운슬러를 두고 있습니다. 이 프로그램은 귀하와 또는 보험회사 또는 건강 플랜과 관련이 없습니다. 이 프로그램의 카운슬러는 귀하가 갖고 있는 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는지를 이해하도록 도울 수 있습니다. 그들은 또한 귀하의 질문에 답하고, 더 많은 정보를 제공하며, 무엇을 할지에 대한 안내도 제공할 수 있습니다.

SHIP 카운슬러의 서비스는 무료입니다. 그들의 전화번호가 이 브로셔의 제 2 장, 섹션 3에 나와 있습니다.

또한 귀하는 Medicare로부터 도움과 정보를 받아볼 수 있습니다

문제 취급에서 더 많은 정보와 도움을 받기 위해 Medicare에 연락할 수도 있습니다. Medicare로부터 직접 정보를 얻기 위한 두 가지 방법:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
- Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문할 수 있습니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가 문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

섹션 3 귀하를 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는가?

섹션 3.1 보장 결정 및 이의 제기를 위한 프로세스를 사용해야 하는가? 또는 불만을 제기하기 위한 프로세스를 사용해야 하는가?

문제 또는 우려 사항이 있는 경우 귀하는 이 장에서 귀하의 상황에 해당되는 부분들만 읽으면 됩니다. 뒤따르는 가이드가 도움이 될 것입니다.

이 장의 어느 부분이 귀하의 특정 문제 또는 우려 사항에 도움이 될지 판단하려면 여기서 시작하십시오

귀하의 문제 또는 우려 사항이 귀하의 혜택 또는 보장에 대한 것입니까?

(여기에는 특정 의료 또는 처방약의 보장 여부에 대한 문제, 보장되는 방식, 의료 또는 처방약을 위한 지급금 관련 문제가 포함됩니다.)

예. 나의 문제는 혜택 또는 보장에 대한 것입니다.

이 장의 다음 섹션, 섹션 4, “보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 가이드”로 진행하십시오.

아니요. 저의 문제는 혜택 또는 보장에 대한 것이 아닙니다.

이 장의 끝에 있는 섹션 10 으로 건너뛰십시오. “케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법.”

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

보장 결정 및 이의 제기

섹션 4 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 가이드

섹션 4.1 보장 결정 요구 및 이의 제기: 큰 그림

보장 결정 및 이의 제기를 위한 프로세스는 지불 관련 문제를 포함해 귀하의 혜택 및 의료 서비스와 처방약을 위한 보장에 관련된 문제를 다룹니다. 이는 어떤 것의 보장 여부와 보장 방식 같은 문제를 위해 사용되는 프로세스입니다.

보장 결정 요구

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 귀하의 의료 서비스 또는 약을 위해 지불할 액수에 대해 내리는 결정입니다. 예컨대, 플랜 네트워크 의사가 귀하가 그에게서 의료 서비스를 받을 때마다, 또는 네트워크 의사가 귀하를 전문의에게 위탁하는 경우 귀하를 위한 (유리한) 보장 결정을 합니다. 우리가 특정 의료 서비스를 보장할 것인지 담당 의사가 잘 모르는 경우, 또는 귀하에게 필요하다고 생각하시는 의료를 거부하는 경우, 귀하 또는 담당 의사는 또한 우리에게 연락하여 보장 결정을 요구할 수 있습니다. 달리 말하면 귀하가 의료 서비스를 받기 전에 우리가 그것을 보장할지 알기 원하는 경우 귀하는 본인을 위한 보장 결정을 우리에게 요구할 수 있습니다. 제한된 경우에 보장 결정 요구는 각하될 것입니다. 즉 우리는 그 요구를 검토하지 않을 것입니다. 요청이 각하될 경우의 예로는 요청이 불완전한 경우, 타인이 귀하를 대신해 요청하지만 그렇게 할 법적 권한이 없는 경우 또는 귀하가 본인의 요청을 철회하는 경우가 있습니다. 우리는 보장 결정 요청을 각하하는 경우, 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

우리는 귀하를 위해 무엇이 보장되고 우리가 얼마나 지불하는지를 결정할 때마다 보장 범위를 결정하는 것입니다. 어떤 경우에 우리는 어떤 서비스 또는 약이 보장되지 않거나 Medicare 가 귀하를 위해 더 이상 보장하지 않음을 결정할 수도 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

이의를 제기하기

우리가 어떤 보장 결정을 하고 귀하가 그 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 그 결정에 “이의를 제기”할 수 있습니다. 이의 제기란 우리가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다.

귀하가 처음으로 결정에 이의를 제기할 때 우리는 그것을 레벨 1 이의 제기라고 합니다. 이 이의 제기에서 우리는 우리가 모든 규칙을 적절하게 준수하고 있었는지 확인하기

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

위해 우리의 보장 결정을 재검토합니다. 귀하의 이의 제기는 원래의 불리한 결정을 한 검토자들 이외의 다른 검토자들이 취급합니다. 우리가 검토를 완료하면 우리 결정을 귀하에게 제공합니다. 나중에 설명할 특정 상황에서, 귀하는 신속한 즉 “빠른 보장 결정” 또는 보장 결정에 대한 신속 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 제한된 경우에 이의 제기 요청은 각하될 것입니다. 즉 우리는 그 요청을 검토하지 않을 것입니다. 요청이 각하될 경우의 예로는 요청이 불완전한 경우, 타인이 귀하를 대신해 요청하지만 그렇게 할 법적 권한이 없는 경우 또는 귀하가 본인의 요청을 철회하는 경우가 있습니다. 우리는 이의 제기 요청을 각하하는 경우, 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

우리가 귀하의 레벨 1 이의 제기의 전부 또는 일부에 아니요라고 말하면, 귀하는 레벨 2 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 레벨 2 이의 제기는 우리와 관련되지 않은 독립 검토 기관에 의해 수행됩니다. (일부 상황에서 귀하의 케이스는 자동으로 레벨 2 이의 제기를 위해 독립 검토 기관으로 보내질 것입니다. 기타 상황에서는 귀하가 레벨 2 이의 제기를 요청해야 할 것입니다.) 귀하가 레벨 2 이의 제기에서의 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 차상위 레벨의 이의 제기로 진행할 수 있을 수 있습니다.

섹션 4.2 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기할 때 도움을 받는 방법

도움을 원하십니까? 귀하가 어떤 종류의 보장 결정을 요구하거나 결정에 이의를 제기할 때 이용할 수 있는 자원들이 있습니다.

- **고객서비스팀에 전화**할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- 주 건강보험 프로그램으로부터 **무료 도움**을 받을 수 있습니다(이 장의 섹션 2 참조).
- **귀하의 의사가 귀하를 대신해 요청할 수 있습니다.**
 - 의료 또는 파트 B 처방약의 경우, 귀하의 의사가 귀하를 대신해 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기가 레벨 1 에서 거부되면 자동으로 레벨 2 로 보내질 것입니다. 레벨 2 이후의 이의 제기를 요청하려면 귀하의 의사가 귀하의 대리인으로 선임되어야 합니다.
 - 파트 D 처방약의 경우, 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신해 보장 결정 또는 레벨 1 또는 레벨 2 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 2 이후의 이의 제기를 요청하려면 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 귀하의 대리인으로 선임되어야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 타인에게 귀하를 대신해 행동하도록 요청할 수 있습니다. 원하시는 경우, 귀하는 타인이 귀하의 “대리인”으로서 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하기 위한 행동을 하도록 지명할 수 있습니다.
 - 캘리포니아주 법률에 의거 이미 귀하의 대리인으로서 행동할 법적 권한이 있는 사람이 있을 수 있습니다.
 - 친구, 친척, 귀하의 의사 또는 다른 제공자 또는 타인이 귀하의 대리인이 되기를 귀하가 원한다면 고객센터시스템에 연락하여(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) “대리인 선임” 양식을 요청하십시오. (양식은 Medicare의 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서도 입수할 수 있습니다. 이 양식은 해당 사람이 귀하를 대리해 행동할 권한을 부여합니다. 양식에는 귀하와 귀하가 본인을 대리해 행동하기를 원하는 사람이 서명해야 합니다. 귀하는 우리에게 서명된 양식 1 부를 제공해야 합니다.
- 귀하는 자신을 대신해 행동할 변호사를 고용할 권리도 있습니다. 귀하는 자신의 변호사를 고용하거나 지역의 변호사협회 또는 기타 추천 서비스에서 변호사 명의를 얻을 수도 있습니다. 귀하에게 자격이 있는 경우 무료 법률 서비스를 제공할 단체들도 있습니다. 그러나, 어떤 종류든 보장 결정을 요구하기 위해, 또는 결정에 이의를 제기하기 위해 귀하가 변호사를 고용할 것이 요구되지는 않습니다.

섹션 4.3 이 장의 어느 섹션이 귀하의 상황을 위한 설명을 제공하는가?

보장 결정과 이의 제기에 관련된 네 가지 유형의 상황이 있습니다. 각 상황에 따라 규칙과 마감일이 다르기 때문에 우리는 각각의 설명을 별도 섹션에서 제공합니다.

- 본 장의 섹션 5: “귀하의 의료: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법”
- 본 장의 섹션 6: “귀하의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법”
- 본 장의 섹션 7: “의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법”
- 본 장의 섹션 8: “귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스 보장을 유지할 것을 우리에게 요청하는 방법” (다음 서비스에만 해당: 가내 보건 케어, 전문 요양 시설 케어 및 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스)

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

어느 섹션을 참조해야 하는지 잘 모르는 경우에는 고객센터에 문의하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). SHIP 같은 정부 기관으로부터 도움이나 정보를 받을 수도 있습니다 (이 프로그램의 전화번호는 이 브로셔의 제 2 장, 섹션 3 참조).

섹션 5 귀하 의료: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법



이 장의 섹션 4 를 읽었습니까(보장 결정 및 이의 제기의 “기본 사항” 가이드)? 읽지 않았다면 이 섹션을 시작하기 전에 그것을 읽기 바랍니다.

섹션 5.1 이 섹션은 의료를 위한 보장을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 의료비 중 우리 몫을 상환 받기 원하는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 섹션은 의료 및 서비스를 위한 귀하의 혜택에 대한 것입니다. 그러한 혜택은 이 브로셔의 제 4 장에 설명되어 있습니다. *의료 혜택 차트(보장되는 것과 본인이 지불하는 것)*. 설명을 간단하게 하기 위해 우리는 일반적으로 이 섹션의 나머지에서 매번 “의료 또는 치료 또는 서비스”를 반복하는 대신에 “의료 보장” 또는 “의료”라고 합니다. “의료”란 용어는 의학적 품목과 서비스뿐만 아니라 Medicare 파트 B 처방약도 포함합니다. 어떤 경우에는 파트 B 처방약 요청에 다른 규칙이 적용됩니다. 그러한 경우에 우리는 파트 B 처방약 규칙이 의학적 품목과 서비스를 위한 규칙과 어떻게 다른지에 대해 설명할 것입니다.

이 섹션은 만약 귀하가 다음 다섯 가지 상황 중 어느 하나에 있다면 무엇을 할 수 있는지에 대해 설명합니다.

1. 귀하가 원하는 특정 의료를 받고 있지 않은 데 이 의료는 우리 플랜에 의해 보장된다고 믿는 경우.
2. 우리 플랜이 귀하의 의사나 기타 의료 제공자가 귀하에게 제공하기 원하는 의료를 승인하지 않을 것인데 귀하는 이 의료가 우리 플랜에 의해 보장된다고 믿는 경우.
3. 귀하가 우리 플랜에 의해 보장되어야 한다고 믿는 의료를 받았지만 우리가 그 의료를 위한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말한 경우.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

4. 귀하가 우리 플랜에 의해 보장되어야 한다고 믿는 의료를 받고 그 비용을 지불하였으며 귀하는 그 의료를 위한 비용을 상환하도록 우리 플랜에 요구하기 원하는 경우.
5. 귀하가 받아왔고 우리가 이전에 승인한 특정 의료에 대한 보장이 줄어들거나 중단될 것임을 통보받았는데 이 의료를 줄이거나 중단하면 본인 건강이 해를 당할 수 있다고 믿는 경우.

참고: 중단될 보장이 병원 의료, 재가 간호, 전문 요양 시설 간호 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 것인 경우, 이러한 유형의 케어에는 특별 규칙이 적용되기 때문에 귀하는 본 장의 별도 섹션을 읽을 필요가 있습니다. 다음은 그러한 상황에서 읽어야 할 것입니다.

- o 제 9 장, 섹션 7: 의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 당사에 요청하는 방법.
- o 제 9 장, 섹션 8: 귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스 보장을 유지하도록 우리에게 요구하는 방법. 이 섹션은 재가 간호, 전문 요양 시설 간호 및 CORF 서비스 등의 세 가지 서비스에만 해당됩니다.

귀하가 받아왔던 의료이 중단될 것이라는 통보와 관련된 기타 모든 상황의 경우, 무엇을 할지의 가이드로 이 섹션(섹션 5)을 참조하십시오.

귀하는 이러한 상황 중 어디에 속합니까?

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

귀하가 이 상황에 있는 경우:	귀하는 다음과 같이 할 수 있습니다.
원하는 의료를 우리가 보장할지 여부를 확인합니다.	우리에게 귀하를 위한 보장 결정을 하도록 요구할 수 있습니다. 이 장의 다음 섹션, 섹션 5.2 로 갑니다.
우리가 의료 서비스를 보장하지 않을 것이라거나 귀하가 보장 또는 지불되기 원하는 방식으로 의료 서비스 비용을 지불하지 않을 것이라는 통보를 우리가 이미 귀하에게 한 경우.	귀하는 이의 제기 를 할 수 있습니다. (이는 귀하가 우리의 재고를 요청한다는 의미입니다.) 이 장의 섹션 5.3 으로 건너뛰십시오.
귀하가 이미 받고 그 비용을 지불한 의료 서비스의 비용을 상환할 것을 우리에게 요구하기 원하는 경우.	귀하는 우리에게 그 청구서를 보낼 수 있습니다. 이 장의 섹션 5.5 로 건너뛰십시오.

섹션 5.2	단계별: 보장 결정을 요구하는 방법 (원하는 의료 보장을 승인 또는 제공하도록 우리 플랜에 요구하는 방법)
--------	--

법률 용어

보장 결정에 귀하의 의료가 관련된 경우 그것을 “기관 판정”이라고 합니다.

단계 1: 귀하가 요청하고 있는 의료에 대한 보장 결정을 우리 플랜에 요구합니다.

귀하의 건강 상태가 신속한 대응을 요구하는 경우, 귀하는 “빠른 보장 결정”을 우리에게 요구해야 합니다.

법률 용어

“빠른 보장 결정”을 “조속 판정”이라고 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

원하는 의료를 위한 보장을 요청하는 방법

- 우리 플랜에 전화, 편지 또는 팩스로 원하는 의료를 위한 보장을 승인 또는 제공하도록 우리에게 요청함으로써 시작하십시오. 이는 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다.
- 우리에게 연락하는 방법에 대한 설명은 제 2 장, 섹션 1 로 가서 *귀하의 의료에 대한 보장 결정을 요청할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 참조하십시오.

일반적으로 우리는 귀하에게 우리 결정을 제공할 표준 마감일을 사용합니다

우리가 귀하에게 우리의 결정을 제공할 때 우리는 “빠른” 마감일을 사용하기로 합의하지 않은 한 “표준” 마감일을 사용할 것입니다. **표준 보장 결정**이란 우리가 귀하의 **의료 품목 또는 서비스** 요청을 받은 후 14 일 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 **Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우**, 우리는 귀하의 요청을 받은 후 72 시간 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것입니다.

- 단, 의료 품목 또는 서비스를 위한 요청의 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나 우리가 귀하에게 이룰 수 있는 정보(예: 네트워크 외 제공자로부터의 의료 기록)를 필요로 한다면 우리는 추가 14 일을 취할 수 있습니다. 결정하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 결정하기 위해 추가 시간을 취할 수 없습니다.
- 우리가 추가 날들을 보장해서는 **안 된다고** 생각되시면 추가 날들을 보장하기로 한 우리 결정에 대한 “신속 불만”을 제기할 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 우리는 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답할 것입니다. (불만 처리 절차는 보장 결정 및 이의 제기 절차와 다릅니다. 신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

건강상 요구되는 경우, “신속 보장 결정”을 요구하십시오

- 신속 보장 결정이란 귀하의 요청이 **의료 품목 또는 서비스**를 위한 것인 경우 우리가 72 시간 이내에 답변할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 24 시간 이내에 답변할 것입니다.
 - 단, 의료 품목 또는 서비스를 위한 요청의 경우, 우리가 귀하에게 이룰 수 있는 정보(예: 네트워크 외 제공자로부터의 의료 기록)를 필요로 하거나 귀하가 그 정보를 입수하는 데 더 많은 시간을 요구한다면 우리는 추가 14 일을 보장할 수 있습니다. 추가 시간이 더 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려 드리겠습니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.

- 우리가 추가 날들을 보장해서는 **안 된다**고 생각되시면 추가 날들을 보장하기로 한 우리 결정에 대한 “신속 불만”을 제기할 수 있습니다. (신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.) 우리는 결정하는 즉시 귀하에게 연락할 것입니다.
- **신속 보장 결정을 받으려면 귀하는 다음 두 가지 요건을 충족해야 합니다.**
 - 신속 보장 결정은 귀하가 아직 받은 적이 없는 의료를 위한 보장을 요청하는 경우에 **만** 받을 수 있습니다. (귀하의 요청이 이미 받은 의료를 위한 지불에 대한 것인 경우에는 신속 보장 결정을 요청할 수 없습니다.)
 - 신속 보장 결정은 표준 마감일을 이용하면 본인의 건강을 심각하게 해치거나 기능할 수 있는 능력을 해칠 수 있는 경우에 **만** 받을 수 있습니다.
- 귀하의 건강이 “신속 보장 결정”을 요구한다고 담당 의사가 우리에게 말하면 우리는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 제공하기로 동의할 것입니다.
- 귀하가 담당 의사의 지지 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청하면 우리는 귀하의 건강상 우리가 귀하에게 신속 보장 결정을 제공해야 하는지를 판단할 것입니다.
 - 귀하의 의학적 조건이 신속 보장 결정 요건을 충족하지 않는다고 판단되면 우리는 그렇게 말하고 (그 대신 표준 마감일을 사용할 것임을 말하는) 통지서를 보내드릴 것입니다.
 - 이 통지서에는 귀하의 의사가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 우리는 자동으로 신속 보장 결정을 제공할 것이라는 내용도 담길 것입니다.
 - 이 통지서에는 또한 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 “속성 불만”을 제기할 수 있는 방법도 담길 것입니다. (신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계 2: 우리는 의료 보장을 위한 귀하의 요청을 고려하고 우리의 답변을 드립니다.

“신속 보장 결정”을 위한 마감일

- 일반적으로, 의료 품목 또는 서비스 요청에 대한 신속 보장 결정의 경우, 우리는 **72 시간 이내에** 우리의 답변을 드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 **24 시간 이내에** 답변할 것입니다.
 - 위에서 설명한 바와 같이 우리는 특정 상황에서는 최대 14 일을 더 보장할 수 있습니다. 보장을 결정하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.
 - 우리가 추가 날들을 보장해서는 **안 된다고** 생각되시면 추가 날들을 보장하기로 한 우리 결정에 대한 “신속 불만”을 제기할 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 우리는 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답할 것입니다. (신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)
 - 우리가 72 시간 이내에 (또는 기간이 연장되었는데 그 기간까지) 또는 귀하의 요청이 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 24 시간 이내에 답변하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 아래 섹션 5.3 이 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유에 대한 상세 설명서를 보내드릴 것입니다.

“표준 보장 결정”을 위한 마감일

- 일반적으로, 의료 품목 또는 서비스 요청에 대한 표준 보장 결정의 경우, 우리는 귀하의 요청을 받은 날로부터 14 일 **이내에** 우리의 답변을 드립니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 귀하의 요청을 받은 후 **72 시간 이내에** 귀하에게 답변을 제공할 것입니다.
 - 의료 품목 또는 서비스 요청의 경우, 우리는 특정 상황에서 추가 14 일(“연장된 기간”)을 더 보장할 수 있습니다. 보장을 결정하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.
 - 우리가 추가 날들을 보장해서는 **안 된다고** 생각되시면 추가 날들을 보장하기로 한 우리 결정에 대한 “신속 불만”을 제기할 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 우리는 24 시간 이내에 귀하의 불만에

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

답할 것입니다. (신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

- 우리가 14 일 이내에(또는 기간이 연장되었는데 그 기간까지), 또는 귀하의 요청이 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 72 시간 이내에 답변하지 않는 경우, 귀하는 이의를 제기할 권리가 있습니다. 아래 섹션 5.3 이 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다.

단계 3: 우리가 귀하의 의료 보장 요청을 거부하는 경우 귀하는 이의 제기를 원하지 결정합니다.

- 우리가 아니요라고 말하는 경우 귀하는 이의를 제기함으로써 이 결정을 재고하고 변경할 것을 우리에게 요구할 권리가 있습니다. 이의 제기란 원하시는 의료 보장을 받기 위해 한 번 더 시도하는 것을 의미합니다.
- 이의를 제기하기로 결정한다는 것은 귀하가 이의 제기 프로세스의 레벨 1 로 진행함을 의미합니다(아래 섹션 5.3 참조).

섹션 5.3

단계별: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법
(우리 플랜의 의료 보장 결정의 재검토를 요청하는 방법)

법률 용어

의료 보장 결정에 대해 당 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “재고”라고 합니다.

단계 1: 귀하가 우리에게 연락하여 이의를 제기합니다. 귀하의 건강이 신속 대응을 요구하는 경우, 귀하는 “신속 이의 제기”를 요청해야 합니다.

해야 할 일

- 이의 제기를 시작하기 위해 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 우리에게 연락해야 합니다. 귀하의 이의 제기에 관련된 목적으로 우리에게 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 1 로 가서 *귀하의 의료에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 찾아보십시오.
- 표준 이의 제기를 요청하는 경우, 귀하의 표준 이의 제기 요청서를 제출하십시오.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 귀하가 담당 의사 이외의 사람으로 하여금 본인을 대신해 우리 결정에 이의를 제기하게 하는 경우, 귀하의 이의 제기에는 이 사람이 귀하를 대리하는 것을 승인하는 대리인 선임 양식이 포함되어야 합니다. 양식을 받으려면 고객센터에 연락하여(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음) “대리인 선임” 양식을 요청하십시오. 이 양식은 Medicare 의 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/plans 에서도 입수할 수 있습니다. 우리는 양식 없는 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만 양식을 받을 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 우리가 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 44 일 이내에(귀하의 이의 제기에 대한 결정을 할 우리의 마감일) 양식을 받지 않으면 귀하의 이의 제기 요청은 각하될 것입니다. 이런 일이 발생하면 우리는 귀하의 이의 제기를 각하한 우리 결정에 대해 독립 검토 기관에 검토를 요구할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.
- 신속한 이의 제기를 요청하는 경우에는, 당사에 서한으로 이의를 제기하거나 제 2 장, 섹션 1 에 표시된 전화번호로 전화하십시오(*귀하의 의료에 대해 이의를 제기할 때 당사에 연락하는 방법*).
- 귀하는 우리가 귀하의 보장 결정 요청에 대한 우리 답변을 알리기 위해 보낸 통지서에 적힌 날짜로부터 60 일 이내에 이의를 제기해야 합니다. 귀하가 이 마감일을 놓쳤는데 그 타당한 이유가 있는 경우에는 이의를 제기할 때 귀하의 이의 제기가 늦은 이유를 설명하십시오. 우리는 귀하의 이의 제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 마감일을 놓친 타당한 원인의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 우리에게 연락을 못한 경우 또는 우리가 이의 제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있을 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 의료 결정 관련 정보의 사본을 요청하여 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다.
 - 귀하는 귀하의 이의 제기 관련 정보의 사본을 우리에게 요청할 권리가 있습니다.
 - 귀하가 원하시면 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

귀하의 건강상 요구되는 경우, “신속 이의 제기”를 요청하십시오(전화로 요청할 수 있음)

법률 용어

“신속 이의 제기”는 “속성 재고”라고도 합니다.

- 귀하가 아직 받지 않은 의료를 위한 보장에 대해 우리가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우 귀하 및/또는 담당 의사는 귀하에게 “신속 이의 제기”가 필요한지 결정할 필요가 있을 것입니다.
- “신속 이의 제기”의 조건과 절차는 “신속 보장 결정”을 받기 위한 그것과 동일합니다. 신속 이의 제기를 요청하려면 신속 보장 결정을 요청하기 위한 지침을 준수하십시오. (이 지침은 본 섹션의 앞 부분에 있습니다.)
- 귀하의 건강상 “신속 이의 제기”가 요구된다고 귀하의 의사가 우리에게 말하면 우리는 신속 이의 제기를 허용할 것입니다.

단계 2: 우리는 귀하의 이의 제기를 고려하고 답변합니다.

- 우리 플랜이 귀하의 이의 제기를 검토할 때 우리는 귀하의 의료 보장 요청에 대한 모든 정보를 또 한 번 자세히 검토합니다. 우리는 귀하의 요청에 아니요라고 말할 때 모든 규칙을 준수했는지도 확인합니다.
- 우리는 필요한 경우 더 많은 정보를 수집할 것입니다. 우리는 더 많은 정보를 수집하기 위해 귀하 또는 담당 의사와 접촉할 수 있습니다.

“신속 이의 제기”의 마감일

- 우리가 신속 마감일을 이용할 때 우리는 귀하의 이의 제기를 받은 후 72 시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 우리가 수집할 필요가 있다면, 우리는 **최대 14 일의 더 많은 시간을 보장할 수 있습니다.** 결정하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.
 - 우리가 72 시간 이내에(또는 우리가 추가 일을 보장한 경우 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않으면 우리는 자동으로 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 기관에 대해 설명하고 이의 제기 프로세스의 레벨 2에서는 어떤 일이 발생하는지 설명합니다.

- **우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예인 경우**, 우리는 귀하의 이의 제기를 받은 후 72 시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- **우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 아니요인 경우**, 우리는 자동으로 귀하의 이의 제기를 레벨 2 이의 제기를 위해 독립 검토 기관으로 보낼 것이 요구됩니다.

“표준 이의 제기”의 마감일

- 우리가 표준 마감일을 사용하는 경우, 우리는 귀하의 이의 제기가 본인이 아직 받지 않은 서비스를 위한 보장에 대한 것인 경우 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **30 일 이내에** 의료 품목 또는 서비스에 대한 요청에 대해 답변해야 합니다. 귀하의 요청이 본인이 아직 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **7 일 이내에** 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 우리의 결정을 제공할 것입니다.
 - 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 우리가 수집할 필요가 있다면, 우리는 **최대 14 일의 더 많은 시간을 보장할 수 있습니다**. 결정하는 데 추가 시간이 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.
 - 우리가 추가 날들을 보장해서는 **안 된다고** 생각되시면 추가 날들을 보장하기로 한 우리 결정에 대한 “신속 불만”을 제기할 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 우리는 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답할 것입니다. (신속 불만을 포함하여 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)
 - 우리가 위의 해당 마감일까지(또는 우리가 귀하의 의료 품목 또는 서비스 요청에 대해 추가 일을 보장한 경우 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않으면 우리는 자동으로 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2 로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 이의 제기 프로세스의 레벨 2에서는 어떤 일이 발생하는지 설명합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예인 경우, 우리는 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우 30 일 이내에, 또는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우 7 일 이내에 제공하기로 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 아니요인 경우, 우리는 자동으로 귀하의 이의 제기를 레벨 2 이의 제기를 위해 독립 검토 기관으로 보낼 것이 요구됩니다.

단계 3: 우리 플랜이 이의 제기의 일부 또는 전부에 아니요라고 말하는 경우, 귀하의 케이스는 **자동으로** 이의 제기를 프로세스의 그 다음 레벨로 보내질 것입니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 우리는 귀하의 이의 제기를 “독립 검토 기관”으로 보낼 것이 요구됩니다. 우리가 이를 할 때 그것은 귀하의 이의 제기가 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨인 레벨 2 로 진행됨을 의미합니다.

섹션 5.4 단계별: 레벨 2 이의 제기는 어떻게 진행되는가

우리가 귀하의 레벨 1 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하의 케이스는 **자동으로** 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨로 보내질 것입니다. 레벨 2 이의 제기에서는 **독립 검토 기관**이 귀하의 최초 이의 제기에 대한 우리 결정을 검토합니다. 이 기관은 우리가 내린 결정이 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다.

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 때때로 “IRE”로 불립니다.

단계 1: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare 에 의해 고용된 독립 기관입니다. 이 기관은 우리와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 독립 검토 기관으로서의 직무를 취급하도록 Medicare 가 선정한 회사입니다. Medicare 는 이 기관의 직무를 감독합니다.
- 우리는 이 기관에 귀하의 이의 제기에 대한 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 “케이스 파일”이라고 합니다. 귀하는 자신의 케이스 파일 사본을 우리에게 요구할 권리가 있습니다.
- 귀하는 독립 검토 기관에 자신의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 자세히 검토할 것입니다.

귀하가 레벨 1 에서 “신속 이의 제기”를 가진 경우, 귀하는 레벨 2 에서도 “신속 이의 제기”를 가질 것입니다

- 귀하가 레벨 1 에서 우리 플랜에 신속 이의 제기를 한 경우, 귀하는 레벨 2 에서 자동으로 신속 이의 제기를 받을 것입니다. 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 귀하의 이의 제기를 접수한 때로부터 **72 시간 이내에** 제공해야 합니다.
- 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **최대 14 일**을 더 보장할 수 있습니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 독립 검토 기관은 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.

귀하가 레벨 1 에서 “표준 이의 제기”를 가진 경우, 귀하는 레벨 2 에서도 “표준 이의 제기”를 가질 것입니다

- 귀하가 레벨 1 에서 우리 플랜에 표준 이의 제기를 한 경우, 귀하는 레벨 2 에서 자동으로 표준 이의 제기를 받을 것입니다. 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것인 경우, 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 귀하의 이의 제기를 접수한 때로부터 **30 일 이내에** 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 귀하의 이의 제기를 접수한 때로부터 **7 일 이내에** 제공해야 합니다.
- 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **최대 14 일**을 더 보장할 수 있습니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 독립 검토 기관은 결정하기 위해 추가 시간을 보장할 수 없습니다.

단계 2: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관에서 그 결정과 이유를 서면으로 제공합니다.

- 검토 기관이 의료 품목 또는 서비스 요청의 일부 또는 전부에 예라고 말하면 우리는 표준 요청의 경우 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 의료 서비스 보장을 72 시간 이내에 승인하거나 해당 서비스를 14 일 이내에 제공하고 속성 요청의 경우 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 72 시간 이내에 승인 또는 제공해야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 검토 기관이 Medicare 파트 B 처방약 요청의 일부 또는 전부에 예라고 말하면, 우리는 표준 요청의 경우 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 72 시간 이내에 분쟁 대상 파트 B 처방약을 승인 또는 제공하고 속성 요청의 경우 검토 기관으로부터 결정을 받은 날짜로부터 24 시간 이내에 승인 또는 제공해야 합니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기 중 일부 또는 전부에 아니요라고 말하면, 그것은 그들이 귀하의 의료 보장 요청 또는(요청 중 일부)가 승인되지 않아야 한다는 데에 우리와 동의함을 의미합니다. (이를 “결정 유지” 라고 합니다. 또한 “귀하의 이의 제기를 각하함”이라고도 합니다.)
 - 독립 검토 기관이 “결정을 유지”하는 경우, 귀하는 레벨 3 이의 제기의 권리가 있습니다. 그러나, 레벨 3 에서 다시 이의 제기를 하려면 귀하가 요청하고 있는 의료 보장의 달러 가치가 일정한 최소액을 충족해야 합니다. 귀하가 요청하고 있는 보장의 달러 가치가 너무 낮으면 귀하는 다른 이의 제기를 할 수 없습니다. 즉, 레벨 2 에서의 결정이 최종적인 것입니다. 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 이의 제기 프로세스를 지속하기 위한 달러 금액을 확인하는 방법이 설명되어 있을 것입니다.

단계 3: 귀하의 케이스가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의 제기를 더 추진하기 원하는지의 여부를 선택합니다.

- 이의 제기 프로세스에는 레벨 2 이후에 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기).
- 레벨 2 이의 제기가 각하되었는데 귀하가 이의 제기 프로세스를 계속할 요건을 충족하는 경우, 귀하는 레벨 3 으로 진행하여 세 번째 이의 제기를 하기 원하는지의 여부를 결정해야 합니다. 이를 하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의 제기 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판원이 취급합니다. 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

섹션 5.5	의료를 위해 받은 청구서 중 우리 몫을 귀하에게 지불하도록 요청하면 어떻게 되는가?
---------------	---

귀하가 의료를 위한 지불금을 우리에게 요청하기 원하는 경우, 이 브로셔의 제 7 장을 읽음으로써 시작하십시오: **보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기**. 제 7 장은 귀하가 상환을 요구하거나 제공자로부터 받은 청구서를 지불하도록 할 필요가 있을 수 있는 상황에 대해 설명합니다. 또한 지불을 요구하는 서류를 우리에게 보내는 방법도 설명합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

상환 요청은 우리에게 보장 결정을 요구하는 것입니다

상환을 요구하는 서류를 우리에게 보낸다는 것은 귀하가 우리에게 보장 결정을 요구하는 것입니다(보장 결정에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 4.1 참조). 이 보장 결정을 하기 위해 우리는 귀하가 비용을 지불한 의료가 보장 대상 서비스인지를 확인할 것입니다(제 4 장: *의료 혜택 차트(보장되는 것과 귀하가 지불하는 것)* 참조). 또한 우리는 귀하가 의료를 위한 보장을 사용하기 위해 모든 규칙을 준수했는지도 확인할 것입니다(이러한 규칙은 이 브로셔의 제 3 장에 있음: *의료 서비스를 위해 플랜의 보장을 사용하기*).

우리는 귀하의 요청에 예 또는 아니요라고 말할 것입니다

- 귀하가 비용을 지불한 의료가 보장 대상이고 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 우리는 귀하의 의료 비용 중 우리 몫을 우리가 귀하의 요청을 접수한 후 60 일 이내에 귀하에게 보낼 것입니다. 또는 귀하가 해당 서비스에 대해 지불하지 않은 경우, 우리는 지불금을 제공자에게 직접 보낼 것입니다. 우리가 지불금을 보내면 그것은 귀하의 보장 결정 요청에 *예*라고 말하는 것과 같습니다.
- 의료가 보장 대상이 *아닌* 경우, 또는 귀하가 모든 규칙을 준수하지 *않은* 경우, 우리는 지불금을 보내지 않을 것입니다. 그 대신 우리는 서비스 비용을 지불하지 않을 것이며 그 자세한 이유를 말하는 서한을 귀하에게 보낼 것입니다. (우리가 귀하의 지불 요청을 각하하면 그것은 귀하의 보장 결정 요청에 *아니요*라고 말하는 것과 같습니다.)

귀하가 지불을 요구하는 데 우리가 지불하지 않을 것이라고 말하면 어떻게 되는가?

귀하가 우리의 각하 결정에 동의하지 않으면 **이의**를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기한다는 것은 우리가 귀하의 지불 요청을 각하할 때 한 보장 결정을 변경해 달라고 우리에게 요구함을 의미합니다.

이의 제기를 하려면 섹션 5.3에 설명된 **이의 제기 프로세스**를 따르십시오. 단계별 지침을 위해 이 섹션으로 가십시오. 이러한 지침을 따를 때의 주의 사항:

- 귀하가 상환을 위한 이의 제기를 하는 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 60 일 이내에 답변을 제공해야 합니다. (귀하가 이미 받고 그 비용을 스스로 지불한 의료를 위한 상환을 우리에게 요구하는 경우, 귀하는 신속 이의 제기를 요구할 수 없습니다.)
- 독립 검토 기관이 우리의 지불 거부 결정을 뒤집는 경우, 우리는 30 일 이내에 귀하 또는 제공자에게 귀하가 요청한 지불금을 보내야 합니다. 귀하의 이의 제기에 대한 답변이 레벨 2 이후 이의 제기 프로세스의 어떤 단계에서 예인 경우,

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

우리는 60 일 이내에 귀하 또는 제공자에게 귀하가 요청한 지불금을 보내야 합니다.

섹션 6 파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법

 이 장의 섹션 4 를 읽었습니까(*보장 결정 및 이의 제기의 “기본 사항” 가이드*)? 읽지 않았다면 이 섹션을 시작하기 전에 그것을 읽기 바랍니다.

섹션 6.1 이 섹션은 귀하가 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 우리가 귀하에게 파트 D 약의 비용을 상환하기 원하는 경우 어떻게 할지에 대해 설명합니다

우리 플랜의 회원으로서 귀하의 혜택에는 많은 처방약 보장이 포함됩니다. 우리 플랜의 *보장 대상 의약품 목록(처방집)*을 참조하십시오. 보장 대상이 되려면 약이 의학적으로 인정된 적응증을 위해 사용되어야 합니다. (“의학적으로 인정된 지시”란 식약청에 의해 승인된 또는 특정 준거 서적에 의해 지원된 약의 사용입니다. 의학적으로 인정된 지시에 대한 자세한 설명은 제 5 장, 섹션 3 을 참조하십시오.)

- 이 섹션은 **파트 D 약에만 적용됩니다.** 간단히 설명하기 위해 우리는 이 섹션의 나머지에서 매번 “보장되는 외래환자 처방약” 또는 “파트 D 약” 대신에 일반적으로 “약”이라고 말합니다.
- 파트 D 약, *보장 대상 의약품 목록(처방집)*, 보장에 대한 규칙과 제한, 그리고 비용 정보의 의미는 제 5 장(*파트 D 처방약을 위해 우리 플랜의 보장 사용하기*) 및 제 6 장(*파트 D 처방약을 위해 귀하가 지불하는 것*)을 참조하십시오.

파트 D 보장 결정과 이의 제기

본 장의 섹션 4 에서 설명한 바와 같이 보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 귀하의 약을 위해 지불할 액수에 대해 내리는 결정입니다.

법률 용어

파트 D 약에 대한 초기 보장 결정을 “**보장 판정**”이라고 합니다.

다음은 귀하가 자신의 파트 D 약에 대한 보장 결정을 요구하는 예입니다.

- 귀하가 우리에게 다음과 같은 예외를 인정할 것을 요구합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)에 없는 파트 D 약을 보장할 것을 요구하기
- 약을 위한 플랜의 보장에 대한 제한(예: 귀하가 받을 수 있는 약의 양에 대한 한도)을 면제할 것을 요구하기
- 비용 부담 계층이 더 높은 보장되는 약을 위해 더 낮은 비용 부담액 지불을 요구하기
- 귀하가 약물이 귀하에게 보장되는지 여부와, 귀하가 적용 가능한 보장 규칙을 충족하는지 여부를 질문합니다. (예컨대, 귀하의 약이 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)에 나와 있지만 우리는 귀하가 우리에게서 승인을 받아야 그것을 보장할 것입니다.)
 - 참고: 귀하의 약국이 귀하의 처방약을 처방대로 지을 수 없다고 귀하에게 말하는 경우 약국은 귀하에게 보장 결정을 요청하기 위해 우리에게 연락하는 방법을 설명하는 통지서를 드릴 것입니다.
- 귀하가 이미 구입한 처방약에 대한 지불을 요청합니다. 이는 지불금에 대한 보장 결정 요청입니다.

귀하가 우리의 보장 결정에 동의하지 않는 경우 우리의 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

이 섹션은 보장 결정을 요구하는 방법과 이의 제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다. 아래 차트는 어느 부분이 귀하의 상황에 해당되는 정보를 갖고 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다.

귀하는 이러한 상황 중 어디에 속합니까?

귀하가 이 상황에 있는 경우:	귀하는 다음과 같이 할 수 있습니다.
귀하가 우리의 의약품 목록에 없는 약을 필요로 하거나 우리가 보장하는 약에 대한 규칙 또는 제한을 면제할 필요가 있는 경우.	귀하는 우리에게 예외를 요청할 수 있습니다. (이는 일종의 보장 결정입니다.) 본 장의 섹션 6.2 로 시작하십시오.
우리의 의약품 목록에 나와 있는 약을 우리가 보장하기를 귀하가 원하는 데 필요한 약을 위한 플랜 규칙 또는 제한(예컨대 사전 승인 받기)을 본인이 충족한다고 믿는 경우.	우리에게 보장 결정을 하도록 요구할 수 있습니다. 이 장의 섹션 6.4 로 건너뛰십시오.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

귀하가 이 상황에 있는 경우:	귀하는 다음과 같이 할 수 있습니다.
귀하가 이미 받고 그 비용을 지불한 약의 비용을 상환할 것을 우리에게 요구하기 원하는 경우.	귀하는 상환을 요구할 수 있습니다. (이는 일종의 보장 결정입니다.) 이 장의 섹션 6.4 로 건너뛰십시오.
우리가 약을 보장하지 않을 것이라거나 귀하가 보장 또는 지불되기 원하는 방식으로 약 비용을 지불하지 않을 것이라는 통보를 우리가 이미 귀하에게 한 경우.	귀하는 이의 제기를 할 수 있습니다. (이는 귀하가 우리의 재고를 요청한다는 의미입니다.) 이 장의 섹션 6.5 로 건너뛰십시오.

섹션 6.2 예외란 무엇인가?

약물이 보장되기를 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 우리에게 “예외”를 요청할 수 있습니다. 예외는 일종의 보장 결정입니다. 다른 유형의 보장 결정처럼 만약 우리가 귀하의 예외 요청을 각하하면 귀하는 우리 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.

예외를 요청할 경우, 담당 의사 또는 다른 처방자가 예외를 승인해야 하는 이유를 설명해야 합니다. 그러면 우리는 귀하의 요청을 고려할 것입니다. 다음은 귀하 또는 담당 의사 또는 다른 처방자가 우리에게 요청할 수 있는 예외의 세 가지 예입니다.

1. **우리 보장 대상 의약품 목록(처방집)에 없는 파트 D 약을 귀하를 위해 보장하기**(우리는 그것을 줄여서 “의약품 목록”라고 합니다.)

법률 용어
의약품 목록에 없는 약의 보장 요구를 때때로 “처방집 예외”라고 하고 합니다.

- 우리가 예외를 인정하여 의약품 목록에 없는 약의 보장에 동의하는 경우, 귀하는 계층 4의 약에 적용되는 비용 부담 액을 지불해야 합니다. 귀하는 우리가 약에 대해 귀하의 지불을 요구하는 부담금 또는 공동보험금의 예외는 요구할 수 없습니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

2. 보장 대상 약을 위한 우리의 보장에서 제한을 제거. 우리의 보장 대상 의약품 목록(처방집)에 나와 있는 특정 약에 적용되는 특별 규칙 또는 제한이 있습니다(자세한 설명은 제 5 장의 섹션 4 참조).

법률 용어

약 보장에 대한 제한의 제거를 요구하는 것을 때때로 “처방집 예외”라고 합니다.

- 특정 약의 보장에 대한 특별 규칙 및 제한의 예:
 - 상표약 대신 복제약 버전을 사용해야 하는 것.
 - 사전에 플랜 승인을 받아야 약물 보장에 대한 동의를 받을 수 있는 것. (이를 때때로 “사전 승인”이라고 합니다.)
 - 귀하가 요구하는 약을 우리가 보장하기로 동의하기 전에 다른 약을 먼저 시도할 것이 요구되는 것. (이를 때때로 “단계 요법”이라고 합니다.)
 - 수량 제한. 일부 약의 경우, 귀하가 가질 수 있는 약의 양에 제한이 있습니다.
- 우리가 귀하를 위해 예외를 인정하고 제한을 면제하기로 동의하는 경우, 귀하는 우리가 약을 위해 귀하에게 지불을 요구하는 분담금 또는 공동보험금 금액의 예외를 요구할 수 있습니다.

3. 약의 보장을 더 낮은 비용 분담 계층으로 변경. 우리의 의약품 목록에 나와 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 비용 분담 계층 번호가 낮을수록 귀하는 약의 비용 중 자신의 몫으로 더 적게 지불할 것입니다.

법률 용어

보장 대상 비선호 약을 위해 더 낮은 가격 지불을 요구하는 것을 때때로 “계층 예외”라고 합니다.

- 당사 의약품 목록이 귀하의 질병을 치료하기 위한 귀하의 약보다 비용 분담 계층이 더 낮은 대체 약을 포함하는 경우, 귀하는 대체 약에 적용되는 비용 분담액에서 귀하의 약을 보장할 것을 요구할 수 있습니다. 그러면 약 비용 중 귀하 몫이 낮아질 것입니다.
 - 귀하가 복용하는 약이 생물 제제인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 생물 제제 대체약을 포함하는 가장 낮은 계층에

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

적용되는 비용 분담액에서 귀하의 약을 보장할 것을 요구할 수 있습니다.

- 귀하가 복용하는 약이 상표약인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 상표약을 포함하는 가장 낮은 계층에 적용되는 비용 분담액에서 귀하의 약을 보장할 것을 요구할 수 있습니다.
- 귀하가 복용하는 약이 복제약인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 브랜드명 또는 일반명 대체약을 포함하는 가장 낮은 계층에 적용되는 비용 분담액에서 귀하의 약을 보장할 것을 요구할 수 있습니다.
- 귀하는 계층 5의 약(전문 약)을 위해 비용 분담 계층 변경을 요구할 수 없습니다.
- 우리가 귀하의 계층 예외 요구를 승인하였으며, 귀하가 복용할 수 없는 대체약을 가진 더 낮은 비용 분담 계층이 둘 이상 있는 경우, 귀하는 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불할 것입니다.

섹션 6.3 예외를 요구할 때 알아야 할 중요 사항

귀하의 의사가 우리에게 의학적 이유를 말해야 합니다

담당 의사 또는 기타 처방자가 예외를 요청하는 의학적 이유를 설명하는 서면 진술서를 당사에 제공해야 합니다. 신속하게 결정을 내릴 수 있도록, 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 다른 처방자가 제공한 이 의료 정보를 포함시키십시오.

일반적으로 우리 의약품 목록은 특정 질병을 치료하기 위한 두 가지 이상의 약을 포함합니다. 이러한 다양한 가능성을 “대체” 약이라고 합니다. 대체 약이 귀하가 요구하고 있는 약만큼 효과적이면서도 더 많은 부작용이나 다른 건강 문제를 야기하지 않을 경우, 우리는 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않을 것입니다. 귀하가 계층 예외를 요구하는 경우, 우리는 일반적으로 더 낮은 비용 분담 계층의 모든 대체 약이 귀하에게 효과적이거나 부작용 또는 기타 해를 야기할 가능성이 없지 않은 한 귀하의 예외 요청을 승인하지 않을 것입니다.

우리는 귀하의 요청에 예 또는 아니요라고 말할 수 있습니다

- 우리가 귀하의 예외 요청을 승인하는 경우에도 우리의 승인은 일반적으로 플랜 연도말까지 유효합니다. 이는 귀하의 의사가 해당 약을 계속 처방하고 그 약이 귀하의 질병 치료에 계속 안전하고 효과적인 한 그렇습니다.
- 우리가 귀하의 예외 요청에 아니요라고 말하는 경우, 귀하는 이의를 제기함으로써 우리 결정의 재검토를 요구할 수 있습니다. 섹션 6.5는 우리가 아니요라고 말하는 경우 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

그 다음 섹션은 예외를 포함하여 보장 결정을 요구하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 6.4 단계별: 예외를 포함하여 보장 결정을 요구하는 방법

단계 1: 귀하가 필요한 약 또는 지불에 대한 보장 결정을 우리에게 요구합니다. 귀하의 건강 상태가 신속한 대응을 요구하는 경우, 귀하는 “빠른 보장 결정”을 우리에게 요구해야 합니다. 이미 구입한 약을 위한 상환을 요구하는 경우에는 신속 보장 결정을 우리에게 요구할 수 없습니다.

해야 할 일

- 원하시는 유형의 보장 결정을 요청합니다. 요청하기 위해 우리에게 전화, 편지 또는 팩스합니다. 이는 귀하, 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다. 귀하는 또한 우리 웹사이트를 통해 보장 결정 프로세스에 액세스할 수 있습니다. 자세한 설명은 제 2 장, 섹션 1로 가서 *귀하의 파트 D 처방약에 대한 보장 결정을 요청할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 참조하십시오. 또는 귀하가 약을 위한 상환을 요구하는 경우에는, *자신이 받은 의료 또는 약의 비용 중 우리 몫을 지불하라는 요청서를 어디로 보낼 것인가*라는 섹션을 참조하십시오.
- 귀하 또는 담당 의사 또는 귀하를 대리해 행동하는 사람이 보장 결정을 요구할 수 있습니다. 이 장의 섹션 4는 귀하의 대리인으로서 행동할 사람에게 승낙서를 어떻게 제공할 수 있는지를 설명합니다. 귀하는 또한 변호사로 하여금 본인을 대리해 행동하게 할 수도 있습니다.
- 귀하가 약을 위한 지불금을 우리에게 요청하기 원하는 경우, 이 브로셔의 제 7 장을 읽음으로써 시작하십시오: *보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기*. 제 7 장은 귀하가 상환을 요구할 필요가 있을 수 있는 상황에 대해 설명합니다. 또한 귀하가 이미 지불한 약 비용 중 우리 몫을 상환하도록 요구하는 서류를 우리에게 보내는 방법도 설명합니다.
- 예외를 요청하는 경우에는 “증빙서”를 제공하십시오. 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하가 요청하는 약 예외를 위한 의학적 이유를 당사에 제공해야 합니다. (우리는 이를 “증빙서”라고 합니다.) 담당 의사 또는 다른 처방자는 증빙서를 당사에 팩스 송부하거나 우송할 수 있습니다. 또는 담당 의사 또는 다른 처방자는 필요한 경우 우리에게 전화한 다음 후속으로 증빙서를 당사에 팩스 송부하거나 우송할 수 있습니다. 예외 요청에 대한 자세한 설명은 섹션 6.2 및 6.3을 참조하십시오.
- 우리 웹사이트에서 입수할 수 있는 CMS 모델 보장 판정 요청서에서 제출된 요청을 포함해 우리는 어떤 요청서든 수락해야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

법률 용어

“빠른 보장 결정”을 “속성 보장 판정”이라고 합니다.

건강상 요구되는 경우, “신속 보장 결정”을 요구하십시오

- 우리가 귀하에게 우리의 결정을 제공할 때 우리는 “빠른” 마감일을 사용하기로 합의하지 않은 한 “표준” 마감일을 사용할 것입니다. 표준 보장 결정이란 우리가 귀하 의사의 증빙서를 받은 후 72 시간 이내에 답변을 귀하에게 제공할 것임을 의미합니다. 신속 보장 결정이란 우리가 귀하 의사의 증빙서를 받은 후 24 시간 이내에 답변을 제공할 것임을 의미합니다.
- 신속 보장 결정을 받으려면 귀하는 다음 두 요건을 충족해야 합니다.
 - 신속 보장 결정은 귀하가 아직 받은 적이 없는 약을 위한 보장을 요청하는 경우에 만 받을 수 있습니다. (이미 구입한 약을 위한 상황을 요구하는 경우에는 신속 보장 결정을 우리에게 요구할 수 없습니다.)
 - 신속 보장 결정은 표준 마감일을 이용하면 본인의 건강을 심각하게 해치거나 기능할 수 있는 능력을 해칠 수 있는 경우에 만 받을 수 있습니다.
- 귀하의 건강이 “신속 보장 결정”을 요구한다고 담당 의사 또는 기타 처방자가 우리에게 말하면 우리는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 제공하기로 동의할 것입니다.
- 귀하가 (담당 의사 또는 기타 처방자의 증빙서 없이) 스스로 신속 보장 결정을 요청하면 우리는 귀하의 건강상 우리가 귀하에게 신속 보장 결정을 제공해야 하는지를 판단할 것입니다.
 - 귀하의 의학적 조건이 신속 보장 결정 요건을 충족하지 않는다고 판단되면 우리는 그렇게 말하고 (그 대신 표준 마감일을 사용할 것임을 말하는) 통지서를 보내드릴 것입니다.
 - 이 통지서에는 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 우리는 자동으로 신속 보장 결정을 제공할 것이라는 내용도 담길 것입니다.
 - 또한 이 통지서에는 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 불만을 제기할 수 있는 방법도 담길 것입니다. 이것은 “신속 불만”을 제기하는 방법에 대해 설명합니다. 그것은 불만에 대한 답변을 불만서 접수로부터 24 시간 이내에 받을 것임을 의미합니다. (불만 처리 절차는 보장 결정 및 이의

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

제기 절차와 다릅니다. 불만을 제기하는 프로세스에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

단계 2: 우리는 귀하의 요청을 고려하고 답변합니다.

“신속 보장 결정”을 위한 마감일

- 우리가 신속 마감일을 사용하는 경우 우리는 **24 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 일반적으로 이는 우리가 요청을 받은 후 24 시간 이내를 의미합니다. 귀하가 예외를 요청하는 경우 우리는 귀하의 요청을 증빙하는 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 답변을 귀하에게 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2 로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 레벨 2 에서는 어떤 일이 발생하는지 설명합니다.
- 우리의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예인 경우, 우리는 귀하의 요청 또는 의사의 증빙서를 받은 후 24 시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 “표준 보장 결정”의 마감일

- 우리가 표준 마감일을 사용하는 경우 우리는 **72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 일반적으로 이는 우리가 요청을 받은 후 72 시간 이내를 의미합니다. 귀하가 예외를 요청하는 경우 우리는 귀하의 요청을 증빙하는 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 답변을 귀하에게 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2 로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 레벨 2 에서는 어떤 일이 발생하는지에 대해 설명합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 우리 답변이 요청하신 것의 일부 또는 전부에 예인 경우 -
 - 우리가 귀하의 보장 요청을 승인하는 경우, 우리는 귀하의 요청 또는 의사의 증빙서를 받은 후 72 시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

이미 구입한 약을 위한 지불금에 대한 “표준 보장 결정”의 마감일

- 우리는 귀하의 요청을 받은 후 14 일 이내에 답변을 제공해야 합니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2 로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 레벨 2 에서는 어떤 일이 발생하는지에 대해 설명합니다.
- 우리 답변이 요청하신 것의 일부 또는 전부에 예인 경우, 우리는 또한 귀하의 요청을 받은 후 14 일 이내에 귀하에게 지불할 것이 요구됩니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

단계 3: 우리가 귀하의 보장 요청을 거부하는 경우 귀하는 이의 제기를 원하는지 결정합니다.

- 우리가 아니요라고 말하는 경우, 귀하는 이의 제기를 요청할 권리가 있습니다. 이의 제기 요청이란 우리가 내린 결정을 재고 및 가능하다면 변경을 우리에게 요구함을 의미합니다.

섹션 6.5

단계별: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법
(우리 플랜의 보장 결정의 재검토를 요청하는 방법)

법률 용어

파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “재판정”이라고 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계 1: 귀하가 우리에게 연락하여 레벨 1 이의 제기를 합니다. 귀하의 건강이 신속 대응을 요구하는 경우, 귀하는 “신속 이의 제기”를 요청해야 합니다.

해야 할 일

- 이의 제기를 시작하려면 귀하(또는 귀하의 대리인 또는 담당 의사)가 우리에게 연락해야 합니다.
 - 귀하의 이의 제기에 관련된 목적으로 우리에게 전화, 팩스로 또는 우리 웹사이트에서 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 1 로 가서 *귀하의 파트 D 처방약에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 찾아보십시오.
- 표준 이의 제기를 요청하는 경우, 귀하의 요청서를 제출하십시오.
- 속성 이의 제기를 요청하는 경우에는, 우리에게 서한으로 이의를 제기하거나 제 2 장, 섹션 1 에 표시된 전화번호로 전화하십시오 (*귀하의 파트 D 처방약에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법*).
- 우리 웹사이트에서 입수할 수 있는 CMS 모델 보장 판정 요청서에서 제출된 요청을 포함해 우리는 어떤 요청서든 수락해야 합니다.
- 귀하는 우리가 귀하의 보장 결정 요청에 대한 우리 답변을 알리기 위해 보낸 통지서에 적힌 날짜로부터 60 일 이내에 이의를 제기해야 합니다. 귀하가 이 마감일을 놓치고 마감일을 놓친 타당한 이유가 있는 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 마감일을 놓친 타당한 원인의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 우리에게 연락을 못한 경우 또는 우리가 이의 제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있을 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의 제기서에 정보의 사본을 요청하여 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다.
 - 귀하는 귀하의 이의 제기 관련 정보의 사본을 우리에게 요청할 권리가 있습니다.
 - 귀하가 원하시면 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

법률 용어

“신속 이의 제기” 는 “속성 재판정” 이라고도 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

귀하의 건강상 요구되는 경우 “신속 이의 제기”를 요청하십시오

- 귀하가 아직 받지 않은 약에 대해 우리가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하에게 “신속 이의 제기”가 필요한지 결정할 필요가 있을 것입니다.
- “신속 이의 제기”의 요건은 이 장의 섹션 6.4에 설명된 “신속 보장 결정”을 받기 위한 그것과 동일합니다.

단계 2: 우리는 귀하의 이의 제기를 고려하고 답변합니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기를 검토할 때 우리는 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 또 한 번 자세히 검토합니다. 우리는 귀하의 요청에 아니요라고 말할 때 모든 규칙을 준수했는지도 확인합니다. 우리는 더 많은 정보를 수집하기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자와 접촉할 수 있습니다.

“신속 이의 제기”의 마감일

- 우리가 신속 마감일을 이용하는 경우 우리는 **귀하의 이의 제기를 받은 후 72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우, 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 72 시간 이내에 답변을 제공하지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 이의 제기 프로세스의 레벨 2에서는 어떤 일이 발생하는지 설명합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예인 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 받은 후 72 시간 이내에 제공하기로 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는 아니요라고 말한 이유와 귀하가 우리 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다.

“표준 이의 제기”의 마감일

- 우리가 표준 마감일을 사용하는 경우 우리는 귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 이의 제기를 받은 후 **7 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 약을 아직 받지 않았고 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 우리의 결정을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구된다고 생각되면 귀하는 “신속 이의 제기”를 요청해야 합니다.
 - 우리가 7 일 이내에 답변을 제공하지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 이의 제기 프로세스의 레벨 2에서는 어떤 일이 발생하는지 설명합니다.

- **우리 답변이 요청하신 것의 일부 또는 전부에 예인 경우 -**
 - 우리가 보장 요청을 승인하는 경우, 우리는 귀하의 건강상 요구되는 대로 신속하게, 그러나 우리가 귀하의 이의 제기를 받은 후 **7 일 이내에** 제공하기로 합의한 **보장을 제공**해야 합니다.
 - 우리가 귀하가 이미 구입한 약에 대한 상환을 승인하는 경우, 우리는 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 **30 일 이내에 귀하에게 상환**할 것이 요구됩니다.
- **우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는** 아니요라고 말한 이유와 귀하가 우리 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다.
- **귀하가 이미 구입한 약에 대한 상환을 요청하는 경우, 우리는 귀하의 요청을 받은 후 14 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 우리가 14 일 이내에 답변을 제공하지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 그러면 독립 검토 기관이 검토할 것입니다. 이 섹션의 나중에 우리는 이 검토 기관에 대해 설명하고 레벨 2에서는 어떤 일이 발생하는지에 대해 설명합니다.
- **우리 답변이 요청하신 것의 일부 또는 전부에 예인 경우, 우리는 또한 귀하의** 요청을 받은 후 30 일 이내에 귀하에게 지불할 것이 요구됩니다.
- **우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 부정적인 경우, 우리는** 아니요라고 말한 이유에 대한 설명서를 보내드릴 것입니다. 또한 우리 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

단계 3: 우리가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 지속하여 또 다른 이의 제기를 할지 결정합니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하는 이 결정을 수락할지 또는 또 다른 이의 제기를 하여 지속할지 선택합니다.
- 또 다른 이의를 제기하기로 결정한다는 것은 귀하가 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 진행함을 의미합니다(아래 참조).

섹션 6.6	단계별: 레벨 2 이의 제기를 하는 방법
---------------	-------------------------------

우리가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하는 이 결정을 수락할지 또는 또 다른 이의 제기를 하여 지속할지 선택합니다. 귀하가 레벨 2 이의 제기로 진행하기로 결정하는 경우, 독립 검토 기관이 우리가 귀하의 첫 이의 제기에 아니요라고 말한

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

결정을 검토합니다. 이 기관은 우리가 한 결정이 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다.

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 때때로 “IRE”로 불립니다.

단계 1: 레벨 2 이의 제기를 하려면, 귀하(또는 대리인 또는 담당 의사 또는 기타 처방자)가 독립 검토 기관에 연락하여 귀하 케이스의 검토를 요청해야 합니다.

- 우리가 귀하의 레벨 1 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 우리가 보내드리는 통지서에는 독립 검토 기관에 레벨 2 이의 제기를 하는 방법에 대한 지침이 포함될 것입니다. 이러한 지침은 누가 이 레벨 2 이의 제기를 할 수 있는지, 귀하가 준수해야 하는 마감일 및 검토 기관에 연락하는 방법을 설명할 것입니다.
- 귀하가 독립 검토 기관에 이의를 제기하면 우리는 이 기관에 귀하의 이의 제기에 대해 우리가 갖고 있는 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 “케이스 파일”이라고 합니다. 귀하는 자신의 케이스 파일 사본을 우리에게 요구할 권리가 있습니다.
- 귀하는 독립 검토 기관에 자신의 이의 제기를 뒷받침할 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

단계 2: 독립 검토 기관은 귀하의 이의 제기를 검토하고 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare 에 의해 고용된 독립 기관입니다. 이 기관은 우리와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 귀하의 파트 D 혜택에 대한 우리 결정을 검토하도록 Medicare 가 선정한 회사입니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 자세히 검토할 것입니다. 이 기관은 그의 결정과 그 이유를 서면으로 제공할 것입니다.

레벨 2 에서 “신속 이의 제기”의 마감일

- 귀하의 건강상 요구되는 경우, 독립 검토 기관에 “신속 이의 제기”를 요청하십시오.
- 검토 기관이 귀하에게 “신속 이의 제기”를 제공하기로 동의하면 검토 기관은 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 72 시간 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예라고 말하는 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **24 시간 이내에** 검토 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.

레벨 2에서 “표준 이의 제기”의 마감일

- 귀하가 레벨 2에서 표준 이의 제기를 갖는 경우, 검토 기관은 그것이 귀하가 아직 받지 않은 약을 위한 것인 경우 귀하의 이의 제기를 받은 후 **7일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구입한 약에 대한 상환을 요청하는 경우, 검토 기관은 귀하의 요청을 받은 후 **14일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예라고 말하는 경우
 - 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 예라고 말하는 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **72 시간 이내에** 검토 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.
 - 독립 검토 기관이 귀하가 이미 구입한 약 비용의 상환 요청을 승인하는 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **30일 이내에** 귀하에게 상환할 것이 요구됩니다.

검토 기관이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면 어떻게 되는가?

이 기관이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면, 그것은 이 기관이 귀하의 요청을 승인하지 않기로 한 우리 결정에 동의한다는 것을 의미합니다. (이를 “결정 유지”라고 합니다. 또한 “귀하의 이의 제기를 각하함”이라고도 합니다.)

독립 검토 기관이 “결정을 유지”하는 경우, 귀하는 레벨 3 이의 제기의 권리가 있습니다. 그러나, 레벨 3에서 다시 이의 제기를 하려면 귀하가 요청하고 있는 약 보장의 달러 가치가 최소액을 충족해야 합니다. 귀하가 요청하고 있는 약 보장의 달러 가치가 너무 낮으면 귀하는 다른 이의 제기를 할 수 없고 레벨 2에서의 결정이 최종적인 것입니다. 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 이의 제기 프로세스를 지속하기 위해 분쟁에 있어야 하는 달러 가액이 설명되어 있을 것입니다.

단계 3: 귀하가 요청하는 보장의 달러 가액이 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의 제기를 지속하기 원하는지를 선택합니다.

- 이의 제기 프로세스에는 레벨 2 이후에 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기).
- 레벨 2 이의 제기가 각하되었는데 귀하가 이의 제기 프로세스를 계속할 요건을 충족하는 경우, 귀하는 레벨 3으로 진행하여 세 번째 이의 제기를 하기

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

원하는지의 여부를 결정해야 합니다. 귀하가 세 번째 이의 제기를 하기로 결정하는 경우, 두 번째 이의 제기 후 받은 통지서에 이를 하는 방법이 상세히 설명되어 있습니다.

- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판원이 취급합니다. 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 7 의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법

귀하가 입원하면 귀하는 본인의 질병 또는 부상을 진단하고 치료하기 위해 필요한 귀하의 보장 대상 병원 서비스 전부를 받을 권리가 있습니다. 이 보장에 대한 제한을 포함해 병원 케어를 위한 우리의 보장에 대한 자세한 정보는 이 브로셔의 제 4 장을 참조하십시오: *의료 혜택 차트 (보장되는 것과 본인이 지불하는 것)*.

귀하의 보장 대상 병원 체류시, 귀하의 의사와 병원 스태프는 귀하와 협력하여 귀하가 퇴원할 날을 위한 준비를 할 것입니다. 그들은 또한 퇴원 후 필요할 수 있는 케어도 주선할 것입니다.

- 병원을 벗어나는 날을 “퇴원일”이라고 합니다.
- 귀하의 퇴원일이 결정되면 귀하의 의사 또는 병원 스태프가 알려드릴 것입니다.
- 귀하가 너무 빨리 퇴원하도록 요구되고 있다고 생각하시면 더 긴 병원 체류를 요청할 수 있으며 귀하의 요청은 고려될 것입니다. 이 섹션은 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 7.1 입원환자로서 병원 체류시 귀하는 Medicare로부터 귀하의 권리에 대해 설명하는 통지서를 받을 것입니다

귀하의 보장 대상 병원 체류시, 귀하는 *귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지*라는 통지서를 받을 것입니다. 모든 Medicare 회원은 입원할 때마다 이 통지서를 받습니다. 병원의 관계자(예: 케이스워커 또는 간호사)는 귀하가 입원한 후 2일 이내에 그것을 제공해야 합니다. 이 통지서를 받지 않은 경우, 아무 병원 직원에게나 요청하십시오. 도움이 필요한 경우 고객센터에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

1. 이 통지서를 자세히 읽고 이해가 안 되는 경우 질문하십시오. 그것은 병원 환자로서 다음과 같은 귀하의 권리를 설명합니다.

- 귀하의 의사 지시에 따른 병원 입원 중 및 퇴원 후 Medicare 보장 서비스를 받을 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇이며, 누가 지불하며, 어디서 이러한 서비스를 받을 수 있는지에 대해 알 권리가 포함됩니다.
- 본인의 병원 체류에 대한 결정에 참여할 권리와 누가 그 비용을 지불할지에 대해 알 권리.
- 병원 케어의 품질에 대한 우려를 어디에 신고할 것인가.
- 병원에서 너무 일찍 퇴원한다고 생각되는 경우 퇴원 결정에 이의를 제기할 권리.

법률 용어

Medicare의 통지서는 “즉각적 검토를 요청” 할 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 즉각적 검토를 요청하는 것은 우리가 귀하의 병원 케어를 더 오랜 시간 보장하도록 퇴원일 지연을 요청하는 정식의 법적 방법입니다. (즉각적 검토를 요청하는 방법은 섹션 7.2에 설명되어 있습니다.)

2. 귀하는 통지서를 받았고 본인의 권리를 이해함을 나타내기 위해 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다.

- 귀하 또는 귀하를 대리해 행동하는 사람이 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다. (이 장의 섹션 4는 귀하의 대리인으로서 행동할 사람에게 승낙서를 어떻게 제공할 수 있는지를 설명합니다.)
- 통지서 서명은 귀하가 본인 권리에 대한 정보를 받았음 만 나타냅니다. 통지서가 귀하의 퇴원일을 제공하지 않습니다(귀하의 의사 또는 병원 스태프가 귀하의 퇴원일을 말씀드릴 것임). 통지서 서명이 귀하가 퇴원일에 동의함을 의미하지는 않습니다.

3. 이의 제기(또는 케어 질에 대한 우려 사항 신고)에 대한 정보를 필요한 경우 편리하게 갖도록 통지서 사본을 보관하십시오.

- 귀하가 퇴원 2일 이상 전에 통지서에 서명하는 경우, 귀하는 퇴원이 예정되기 전에 1부를 받을 것입니다.

이 통지서를 미리 검토하려면 고객센터팀(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음)에 또는 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주 7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 이 통지서를 온라인으로

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html 에서도 확인할 수 있습니다

섹션 7.2 단계별: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

입원환자 병원 서비스를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하기 원하는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 사용해 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

- **프로세스를 따르십시오.** 이의 제기 프로세스의 첫 두 레벨에서 각 단계가 아래에 설명되어 있습니다.
- **마감일을 충족하십시오.** 마감일이 중요합니다. 귀하가 해야 하는 사항에 적용되는 마감일을 반드시 이해하고 준수하십시오.
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 고객센터시스템에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 또는 맞춤 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(본 장의 섹션 2 참조).

레벨 1 이의 제기에서는 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이 기관은 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절한지를 체크합니다.

단계 1: 귀하 주의 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원의 “신속 검토”를 요청하십시오. 귀하는 빨리 행동해야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇인가?

- 이 기관은 연방 정부에 의해 지급되는 의사 및 기타 보건 전문가들로 구성된 단체를 갖고 있습니다. 이 전문가들은 우리 플랜에 속하지 않습니다. 이 조직은 Medicare 와 함께 사람들을 위한 케어의 품질에 대해 체크하고 개선하도록 Medicare 가 비용을 지급합니다. 여기에는 Medicare 와 함께 사람들을 위한 퇴원일 검토가 포함됩니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있는가?

- 귀하가 받은 통지서(*귀하의 권리에 대한 Medicare 의 중요 메시지*)에 이 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. (또는 이 브로셔의 제 2 장, 섹션 4 에서 귀하 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾으십시오.)

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

빨리 행동하십시오:

- 이의를 제기하려면 퇴원 전과 퇴원일 자정보다 늦지 않게 품질 개선 기관에 연락해야 합니다. (“계획된 퇴원일”이란 귀하가 병원을 떠나도록 정해진 날짜입니다.)
 - 귀하가 이 마감일을 충족하는 경우, 귀하는 품질 개선 기관으로부터 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 기다리는 동안 퇴원일 *후에도 그 비용을 지불함이 없이* 병원에 머무는 것이 허용됩니다.
 - 이 마감일을 충족하지 *않고* 귀하가 계획된 퇴원일 이후에 병원에 머물기로 결정하는 경우, 귀하는 계획된 퇴원일 후에 받는 병원 케어에 대한 *비용 전부를 지불해야 할 수 있습니다.*
- 귀하가 품질 개선 기관 접촉 마감일을 놓치고도 여전히 이의 제기를 원하는 경우, 귀하는 그 대신에 직접 우리 플랜에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 이 다른 방법에 대한 설명은 섹션 7.4 를 참조하십시오.

“신속 검토” 요청:

- 귀하는 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원의 “신속 검토”를 요청해야 합니다. “신속 검토” 요청은 귀하가 이의 제기를 위한 표준 마감일 사용 대신에 “빠른” 마감일 사용을 기관에 요청함을 의미합니다.

법률 용어

“신속 검토”는 “즉각 검토” 또는 “속성 검토”라고도 합니다.

단계 2: 품질 개선 기관은 귀하 케이스의 독립적 검토를 수행합니다.

이 검토 중에 무엇이 발생하는가?

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(줄여서 “검토자들”이라고 함)은 왜 귀하가 서비스 보장이 지속되어야 한다고 믿는지를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하는 서면으로 어떠한 것도 준비할 필요가 없지만, 원한다면 그렇게 할 수 있습니다.
- 검토자들은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 병원과 우리가 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자들이 우리 플랜에 귀하의 이의 제기를 통보한 후의 날 정오까지 귀하는 또한 계획된 퇴원일을 지정하고 왜 귀하의 의사, 병원 및 우리가 그 날짜에 귀하가 퇴원하는 것이 옳바르다(의학적으로 적절하다)고 생각하는지를 상세히 설명하는 통지서도 받을 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

법률 용어

이 설명서를 “**상세 퇴원 통지서**”라고 합니다. 이 통지서의 샘플을 받으려면 고객센터(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음)에 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하십시오. (TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.) 또는 샘플 통지서를 온라인으로 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서도 확인할 수 있습니다

단계 3: 품질 개선 기관은 필요한 정보를 모두 확보한 후 만 하루 이내에 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공할 것입니다.

그 답변이 예인 경우 어떻게 되는가?

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 *예*라고 말하면 우리는 귀하의 보장 대상 입원환자 병원 서비스를 의학적으로 필요한 기간 동안만큼 길게 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 귀하 몫(예: 해당되는 경우 본인 부담액 또는 분담금)에 대한 지불을 계속해야 할 것입니다. 또한 귀하의 보장 대상 병원 서비스에 제한이 있을 수 있습니다. (이 브로셔의 제 4 장 참조).

그 답변이 아니요인 경우 어떻게 되는가?

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 *아니요*라고 말하면 그들은 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 말하는 것입니다. 그러면 **귀하의 입원환자 병원 서비스 보장은 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 후의 날 정오에 끝날 것입니다.**
- 검토 기관이 귀하의 이의 제기에 대해 *아니요*라고 말했는데 귀하가 병원에 머물기로 결정하면 귀하는 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 뒤의 날 정오 후에 받는 병원 케어의 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

단계 4: 귀하의 레벨 1 이의 제기에 대한 답변이 아니요인 경우, 귀하는 또 이의를 제기하기 원하는지를 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 각하하고 *그래도* 귀하가 계획된 퇴원일 이후에도 병원에 머물면 귀하는 다시 이의를 제기할 수 있습니다. 다시 이의를 제기한다는 것은 이의 제기 프로세스의 “레벨 2”로 진행함을 의미합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

섹션 7.3 단계별: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 각하하고 그래도 귀하가 계획된 퇴원일 이후에도 병원에 머물면 귀하는 레벨 2 이의 제기를 할 수 있습니다. 레벨 2 이의 제기에서 귀하는 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하는 것입니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 각하하면 귀하는 계획된 퇴원일 이후의 체류에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

다음은 이의 제기 프로세스의 레벨 2의 단계들입니다.

단계 1: 귀하가 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 귀하는 이 검토 요청을 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의 제기에 **아니요**라고 말한 날로부터 **60 일 이내에** 해야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하가 케어 보장이 끝난 날 후에도 병원에 머무는 경우에만 할 수 있습니다.

단계 2: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재고합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 검토할 것입니다.

단계 3: 귀하의 두 번째 검토 요청을 받은 후 14 일 이내에 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 대해 결정하고 그 결과를 통보할 것입니다.

검토 기관이 예라고 말하는 경우:

- 우리는 품질 개선 기관에 의해 귀하의 첫 번째 이의 제기가 각하된 날짜 이후의 날 정오 이래 받은 병원 케어 비용 중 우리 몫을 귀하에게 **상환**해야 합니다. 우리는 귀하의 입원환자 병원 케어가 의학적으로 필요한기간에 대한 **보장** 제공을 지속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며 보장 제한이 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 아니요라고 말하는 경우:

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의 제기에 내린 결정에 그들이 동의하며 그것을 변경하지 않을 것임을 의미합니다. 이를 “결정 유지”라고 합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨의 이의 제기로 진행하는 방법도 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨은 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계 4: 그 답변이 아니요인 경우, 귀하는 이의 제기를 레벨 3 으로 가져갈지를 결정해야 할 것입니다.

- 이의 제기 프로세스에는 레벨 2 이후에 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기). 검토 기관이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 각하하는 경우, 귀하는 그 결정을 수락할 것인지 또는 레벨 3 으로 진행하여 또 이의 제기를 할지 선택할 수 있습니다. 레벨 3 에서 귀하의 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 검토합니다.
- 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

섹션 7.4	레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?
---------------	-------------------------------------

그 대신에 우리에게 이의 제기를 할 수 있습니다

섹션 7.2 의 설명처럼 귀하는 빨리 행동하여 품질 개선 기관에 연락해 귀하의 퇴원에 대한 첫 번째 이의 제기를 시작해야 합니다. (“빨리”란 퇴원 전과 계획된 퇴원일 이전 중 먼저 오는 쪽을 의미합니다.) 귀하가 이 기관 접촉을 위한 마감일을 놓쳐도 이의를 제기할 다른 방법이 있습니다.

귀하가 이의를 제기할 이 다른 방법을 이용하는 경우, *이의 제기의 첫 두 레벨은 상이합니다.*

단계별: 레벨 1 대체 이의 제기를 하는 방법

귀하가 품질 개선 기관 접촉을 위한 마감일을 놓쳐도 귀하는 우리에게 이의를 제기하여 “신속 검토”를 요구할 수 있습니다. 신속 검토는 표준 마감일 대신에 빠른 마감일을 사용하는 이의 제기입니다.

법률 용어

“신속 검토” (또는 “신속 이의 제기”)는 “속성 이의 제기”라고도 합니다.

단계 1: 우리에게 연락하여 “신속 검토”를 요청합니다.

- 우리에게 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 1 로 가서 *귀하의 의료에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 찾아보십시오.
- 반드시 “신속 검토”를 요청하십시오. 이는 귀하가 “표준” 마감일 대신에 “빠른” 마감일을 사용해 답변할 것을 우리에게 요구함을 의미합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계 2: 우리는 귀하의 계획된 퇴원일에 대해 “신속 검토”를 하여 그것이 의학적으로 적절하였는지를 체크합니다.

- 이 검토시에 우리는 귀하의 병원 체류에 대한 모든 정보를 검토합니다. 우리는 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절하였는지를 체크합니다. 우리는 귀하가 퇴원해야 할 때에 대한 결정이 공정하고 모든 규칙을 준수했는지를 체크합니다.
- 이 상황에서 우리는 이 검토에 대한 답변을 제공하기 위해 표준 마감일 대신에 “빠른” 마감일을 사용할 것입니다.

단계 3: 우리는 귀하가 “신속 검토”(“신속 이의 제기”)를 요청한 후 72 시간 이내에 우리 결정을 제공합니다.

- 당사가 귀하의 신속한 이의 제기에 예라고 말한다는 것은, 귀하가 퇴원일 이후에도 병원에 있을 필요성에 당사가 동의하였고 의학적으로 필요한 기간 만큼 귀하의 보장 대상 입원환자 병원 서비스 제공을 계속할 것임을 의미합니다. 또한 당사가 말한 귀하의 보장이 끝나는 날짜 이후 귀하가 받은 치료의 비용 중 당사의 몫을 귀하에게 상환하기로 동의하였음을 의미합니다. (귀하는 비용 중 본인 몫을 지불해야 하며 적용되는 보장 제한이 있을 수 있습니다.)
- 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 아니요라고 말하면 우리는 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 적절하였음을 말하는 것입니다. 귀하의 보장 대상 입원환자 병원 서비스 보장은 우리가 보장이 끝날 것이라고 한 날부로 끝납니다.
 - 귀하가 계획된 퇴원일 이후에 병원에 머무는 경우, 귀하는 계획된 퇴원일 후에 받은 병원 케어에 대한 비용 전부를 지불해야 할 수 있습니다.

단계 4: 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하의 케이스는 자동으로 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨로 보내질 것입니다.

- 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 아니요라고 말할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 우리는 귀하의 이의 제기를 “독립 검토 기관”으로 보낼 것이 요구됩니다. 우리가 그렇게 한다는 것은 귀하가 자동으로 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 진행됨을 의미합니다.

단계별: 레벨 2 대체 이의 제기 프로세스

레벨 2 이의 제기에서는 독립 검토 기관이 우리가 귀하의 “신속 이의 제기”에 아니요라고 할 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 우리가 한 결정이 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 때때로 “IRE”로 불립니다.

단계 1: 우리는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 검토 기관에 이관할 것입니다.

- 우리는 우리가 귀하의 첫 번째 이의 제기에 아니요라고 말한 때로부터 24 시간 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 독립 검토 기관에 보낼 것이 요구됩니다. (우리가 이 마감일 또는 기타 마감일을 충족하지 않고 있다고 생각하시면 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 처리 프로세스는 이의 제기 프로세스와 다릅니다. 불만 제기 방법은 본 장의 섹션 10에 설명되어 있습니다.)

단계 2: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 “신속 검토”합니다. 검토자들은 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare에 의해 고용된 독립 기관입니다. 이 기관은 우리 플랜과 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 독립 검토 기관으로서의 직무를 취급하도록 Medicare가 선정한 회사입니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 퇴원 이의 제기에 관련된 모든 정보를 자세히 검토할 것입니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기에 ~~예~~라고 말하면 우리는 귀하의 계획된 퇴원일 이래 받은 병원 케어 비용 중 우리 몫을 상환(귀하에게 환불)해야 합니다. 또한 당사는 귀하의 입원환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 플랜의 보장을 지속해야 합니다. 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 합니다. 보장 제한이 있는 경우, 이러한 제한이 우리의 상환액 또는 귀하의 서비스를 계속 보장할 기간을 제한할 수 있습니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기에 ~~아니요~~라고 말하면 그들이 귀하의 계획된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 데에 우리와 동의한다는 뜻입니다.
 - 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 레벨 3 이의 제기로 진행하는 방법도 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨은 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

단계 3: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 각하하면 귀하는 이의 제기를 계속 추진할지 선택합니다.

- 이의 제기 프로세스에는 레벨 2 이후에 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기). 검토자들이 귀하의 레벨 2 이의 제기에 아니요라고 말하면 귀하는 그들의 결정을 수락할지, 또는 레벨 3 으로 진행하여 세 번째 이의 제기를 할지 결정합니다.
- 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

**섹션 8 귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각되는 경우 특정
의료 서비스 보장을 유지하도록 우리에게 요구하는 방법**

**섹션 8.1 이 섹션은 다음 세 가지 서비스에 대해서만 설명합니다.
재가 간호, 전문 요양 시설 케어, 종합적 외래환자 재활
시설(CORF) 서비스**

이 섹션은 다음 유형의 케어에 대해서만 설명합니다.

- 귀하가 받고 있는 **재가 간호 서비스**.
- 귀하가 전문 요양 시설의 환자로서 받고 있는 **전문 간호 케어**. (“전문 요양 시설”로 간주되기 위한 요건에 대한 설명은 제 12 장 **중요 단어 정의**를 참조하십시오.)
- 귀하가 Medicare 승인 종합적 외래환자 재활 시설(CORF)의 환자로서 받고 있는 **재활 케어**. 일반적으로 이는 귀하가 질병 또는 부상의 치료를 받고 있거나 큰 수술로부터 회복 중임을 의미합니다. (이 유형의 시설에 대한 설명은 제 12 장 **중요 단어 정의**를 참조하십시오.)

귀하가 이러한 유형의 케어를 받는 경우, 귀하는 해당 유형의 케어를 위한 보장 대상 서비스를 귀하의 질병 또는 부상을 진단하고 치료하기 위해 케어가 필요한 동안 만큼 계속 받을 권리가 있습니다. 비용 중 본인 몫과 적용될 수 있는 보장 제한을 포함해 귀하의 보장 대상 서비스에 대한 자세한 설명은 이 브로셔의 제 4 장을 참조하십시오. **의료 혜택 차트 (보장되는 것과 본인이 지불하는 것).**

우리가 귀하를 위한 세 가지 유형의 케어 중 어느 것의 보장을 중단할 때라고 결정하면 우리는 미리 귀하에게 통보해야 합니다. 해당 케어의 보장이 끝나면 **우리는 귀하의 케어를 위한 비용 중 우리 몫 지불을 중단할 것입니다.**

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

우리가 귀하의 케어 보장을 너무 속히 끝낸다고 생각하시면 **귀하는 우리 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.** 이 섹션은 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 8.2 귀하의 보장이 언제 끝날지를 우리는 미리 통보할 것입니다

1. **귀하가 통지서를 받습니다.** 우리 플랜이 귀하의 케어 보장을 중단하기 적어도 이틀 전에 귀하는 통지서를 받을 것입니다.
 - 통지서는 귀하를 위한 케어를 우리가 중단할 날짜를 알릴 것입니다.
 - 통지서는 또한 귀하의 케어를 언제 끝낼지에 대한 이 결정을 변경하여 더 긴 기간 동안 보장을 유지하도록 우리 플랜에 요청하기 원하는 경우 귀하가 어떻게 해야 하는지도 설명합니다.

법률 용어

귀하가 할 수 있는 것을 설명할 때 통지서는 귀하가 “**패스트 트랙 이의 제기**”를 요청할 수 있는 방법에 대해 설명합니다. 패스트 트랙 이의 제기 요청은 귀하의 케어를 언제 중단할지에 대한 우리의 보장 결정의 변경을 요청하는 정식의 법적 방법입니다. (패스트 트랙 이의 제기를 요청할 수 있는 방법은 아래의 섹션 8.3에 설명되어 있습니다.)

이 통지서를 “**Medicare 비보장 통지서**”라고 합니다.

2. **귀하는 통지서를 받았음을 나타내기 위해 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다.**
 - 귀하 또는 귀하를 대리해 행동하는 사람이 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다. (섹션 4는 귀하의 대리인으로서 행동할 사람에게 승낙서를 어떻게 제공할 수 있는지를 설명합니다.)
 - 통지서 서명은 귀하가 본인의 보장이 언제 중단될지에 대한 정보를 받았음만 나타냅니다. 통지서 서명이 귀하가 케어를 중단할 때가 되었다는 플랜의 결정에 동의함을 의미하는 것은 아닙니다.

섹션 8.3 단계별: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랜 기간 동안 보장하도록 하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

귀하의 케어를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하기 원하는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 사용해 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- **프로세스를 따르십시오.** 이의 제기 프로세스의 첫 두 레벨에서 각 단계가 아래에 설명되어 있습니다.
- **마감일을 충족하십시오.** 마감일이 중요합니다. 귀하가 해야 하는 사항에 적용되는 마감일을 반드시 이해하고 준수하십시오. 우리 플랜이 준수해야 하는 마감일도 있습니다. (우리가 마감일을 준수하지 않고 있다고 생각되면 불만을 제기할 수 있습니다. 불만을 제기하는 방법은 본 장의 섹션 10에 설명되어 있습니다.)
- **필요한 경우 도움을 요청하십시오.** 언제든지 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 고객센터팀에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 또는 맞춤형 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오(본 장의 섹션 2 참조).

레벨 1 이의 제기를 정시에 요구하면 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토하여 우리 플랜이 내린 결정을 변경할지 여부를 결정합니다.

단계 1: 레벨 1 이의 제기를 하기: 귀하 주의 품질 개선 기관에 접촉하여 검토를 요청합니다. 귀하는 빨리 행동해야 합니다.

품질 개선 기관이란 무엇인가?

- 이 기관은 연방 정부에 의해 비용이 지급되는 의사 및 기타 보건 전문가들로 구성된 단체입니다. 이 전문가들은 우리 플랜에 속하지 않습니다. 그들은 Medicare 보유자들이 받는 케어의 품질을 체크하고 특정 종류의 의료 보장을 중단할 때에 대한 플랜의 결정을 검토합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있는가?

- 귀하가 받는 통지서에 이 기관에 연락할 방법이 나와있습니다. (또는 이 브로셔의 제 2 장, 섹션 4에서 귀하 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾으십시오.)

귀하는 무엇을 요청해야 하는가?

- 이 기관에 우리가 귀하의 의료 서비스 보장을 끝내는 것이 의학적으로 적절한지의 여부에 대한 “패스트 트랙 이의 제기”(독립적 검토를 할 것)를 요청합니다.

이 기관 접촉을 위한 귀하의 마감일.

- 귀하는 품질 개선 기관에 접촉하여 Medicare 비보장 통지서 상의 발효일 전말의 정오까지 이의 제기를 시작해야 합니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만 (보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 귀하가 품질 개선 기관 접촉 마감일을 놓치고도 여전히 이의 제기를 원하는 경우, 귀하는 그 대신에 직접 우리에게 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 이 다른 방법에 대신 설명은 섹션 8.5 를 참조하십시오.

단계 2: 품질 개선 기관은 귀하 케이스의 독립적 검토를 수행합니다.

이 검토 중에 무엇이 발생하는가?

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(줄여서 “검토자들”이라고 함)은 왜 귀하가 서비스 보장이 지속되어야 한다고 믿는지를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하는 서면으로 어떠한 것도 준비할 필요가 없지만, 원한다면 그렇게 할 수 있습니다.
- 검토 기관은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 우리 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자들이 우리에게 귀하의 이의 제기를 통보한 날이 끝날 때까지 귀하도 우리에게서 귀하의 서비스 보장을 우리가 끝내는 이유를 상세히 설명하는 통지서를 받을 것입니다.

법률 용어

이 설명서를 “비보장 상세 설명서”라고 합니다.

단계 3: 그들이 필요한 모든 정보를 확보한 후 만 하루 내에 검토자들은 그들의 결정을 귀하에게 알릴 것입니다.

검토자들이 귀하의 이의 제기에 예라고 말하면 어떻게 되는가?

- 검토자들이 귀하의 이의 제기에 대해 예라고 말하면 우리는 귀하의 보장 대상 서비스를 의학적으로 필요한 기간 동안 만큼 길게 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 귀하 몫(예: 해당되는 경우 본인 부담액 또는 분담금) 지불을 계속해야 할 것입니다. 또한 귀하의 보장 대상 서비스에 제한이 있을 수 있습니다(이 브로셔의 제 4 장 참조).

검토자들이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면 어떻게 되는가?

- 검토자들이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면 귀하의 보장은 우리가 말씀드린 날짜에 끝날 것입니다. 우리는 이 케어 비용 중 우리 몫 지불을 통지서에 기재된 날짜에 중단할 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 귀하가 보장이 끝나는 이 날짜 후에도 재가 간호 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우에는 귀하가 이 케어의 비용 전액을 지불해야 할 것입니다.

단계 4: 귀하의 레벨 1 이의 제기에 대한 답변이 아니요인 경우, 귀하는 또 이의를 제기하기 원하는지를 결정합니다.

- 귀하가 하는 첫 번째 이의 제기는 이의 제기 프로세스의 “레벨 1”입니다. 검토자들이 귀하의 레벨 1 이의 제기에 아니요라고 말하고, 그리고 귀하의 케어 보장이 끝난 후에도 케어 받기를 지속하기로 선택하면 또 하나의 이의 제기를 할 수 있습니다.
- 다시 이의를 제기한다는 것은 이의 제기 프로세스의 “레벨 2”로 진행함을 의미합니다.

섹션 8.4	단계별: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랜 기간 동안 보장하도록 하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법
----------------------	--

품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 각하하고 그리고 귀하의 케어 보장이 끝난 후에도 케어 받기를 지속하기로 선택하면 귀하는 레벨 2 이의 제기를 할 수 있습니다. 레벨 2 이의 제기에서 귀하는 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하는 것입니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 각하하면 귀하는 당사가 말한 귀하의 보장이 끝날 날짜 이후 받은 귀하의 재가 간호 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

다음은 이의 제기 프로세스의 레벨 2의 단계들입니다.

단계 1: 귀하가 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 귀하는 이 검토 요청을 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의 제기에 아니요라고 말한 날로부터 60 일 이내에 제기해야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하가 케어 보장이 끝난 날 후에도 계속 케어를 받은 경우에만 할 수 있습니다.

단계 2: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재고합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 검토할 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계 3: 귀하의 이의 제기 요청을 받고 14 일 이내에 검토자들은 귀하의 이의 제기에 대해 결정을 내려 귀하에게 통보할 것입니다.

검토 기관이 귀하의 이의 제기에 예라고 말하면 어떻게 되는가?

- 우리가 말한 귀하의 보장이 끝날 날짜 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 우리 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 우리는 귀하의 케어가 의학적으로 필요한 기간에 대한 보장 제공을 지속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며 적용되는 보장 제한이 있을 수 있습니다.

검토 기관이 아니요라고 말하면 어떻게 되는가?

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의 제기에 내린 우리 결정에 그들이 동의하며 그것을 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨의 이의 제기로 진행하는 방법도 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨은 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다.

단계 4: 그 답변이 아니요인 경우, 귀하는 이의 제기를 그 다음 단계로 가져갈지를 결정해야 할 것입니다.

- 레벨 2 이후에는 추가로 세 레벨이 있어서 총 다섯 레벨의 이의 제기가 있습니다. 검토자들이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 각하하는 경우, 귀하는 그 결정을 수락할 것인지 또는 레벨 3 으로 진행하여 또 이의 제기를 할지 선택할 수 있습니다. 레벨 3 에서 귀하의 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 검토합니다.
- 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

섹션 8.5

레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?

그 대신에 우리에게 이의 제기를 할 수 있습니다

섹션 8.3 의 설명처럼 귀하는 빨리 행동하여 품질 개선 기관에 연락해 귀하의 퇴원에 대한 첫 번째 이의 제기를 시작해야 합니다(기껏해야 하루 이틀 내에). 귀하가 이 기관 접촉을 위한 마감일을 놓쳐도 이의를 제기할 다른 방법이 있습니다. 귀하가 이의를 제기할 이 다른 방법을 이용하는 경우, *이의 제기의 첫 두 레벨은 상이합니다.*

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

단계별: 레벨 1 대체 이의 제기를 하는 방법

귀하가 품질 개선 기관 접촉을 위한 마감일을 놓쳐도 귀하는 우리에게 이의를 제기하여 “신속 검토”를 요구할 수 있습니다. 신속 검토는 표준 마감일 대신에 빠른 마감일을 사용하는 이의 제기입니다.

레벨 1 대체 이의 제기를 위한 단계들:

법률 용어

“신속 검토” (또는 “신속 이의 제기”)는 “**속성 이의 제기**”라고도 합니다.

단계 1: 우리에게 연락하여 “신속 검토”를 요청합니다.

- 우리에게 연락하는 방법은 제 2 장, 섹션 1 로 가서 *귀하의 의료에 대해 이의를 제기할 때 우리에게 연락하는 방법*이라는 섹션을 찾아보십시오.
- 반드시 “신속 검토”를 요청하십시오. 이는 귀하가 “표준” 마감일 대신에 “빠른” 마감일을 사용해 답변할 것을 우리에게 요구함을 의미합니다.

단계 2: 우리는 귀하의 서비스 보장을 언제 끝낼지에 대한 결정을 “신속 검토”합니다.

- 이 검토시에 우리는 귀하의 케이스에 대한 모든 정보를 다시 검토합니다. 우리는 귀하가 받고 있던 서비스를 위한 플랜의 보장을 끝내기 위한 날짜를 정할 때 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.
- 우리는 이 검토에 대한 답변을 제공하기 위해 표준 마감일 대신에 “빠른” 마감일을 사용할 것입니다.

단계 3: 우리는 귀하가 “신속 검토”(“신속 이의 제기”)를 요청한 후 72 시간 이내에 우리 결정을 제공합니다.

- 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 **예라고 말한다는 것은** 귀하가 서비스를 더 오랫동안 필요로 함에 우리가 동의하였고 의학적으로 필요한 동안 만큼 귀하의 보장 대상 서비스 제공을 계속할 것임을 의미합니다. 또한 당사가 말한 귀하의 보장이 끝나는 날짜 이후 귀하가 받은 치료의 비용 중 당사의 몫을 귀하에게 상환하기로 동의하였음을 의미합니다. (귀하는 비용 중 본인 몫을 지불해야 하며 적용되는 보장 제한이 있을 수 있습니다.)
- 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 **아니요라고 말하면** 귀하의 보장은 우리가 말한 날짜에 끝날 것이며 우리는 이 날짜 이후의 비용 중 어느 몫도 지불하지 않을 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 귀하가 보장이 끝나는 이 날짜 후에도 재가 간호 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받은 경우에는 **귀하가 이 케어의 비용 전액을 지불해야 할 것입니다.**

단계 4: 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 **아니요**라고 말하는 경우, 귀하의 케이스는 **자동으로** 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨로 진행될 것입니다.

- 우리가 귀하의 신속 이의 제기에 **아니요**라고 말할 때 모든 규칙을 준수했는지 확인하기 위해 우리는 귀하의 이의 제기를 “**독립 검토 기관**”으로 보낼 것이 **요구됩니다.** 우리가 그렇게 한다는 것은 귀하가 **자동으로** 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 진행됨을 의미합니다.

단계별: 레벨 2 대체 이의 제기 프로세스

레벨 2 이의 제기에서는 **독립 검토 기관**이 우리가 귀하의 “신속 이의 제기”에 **아니요**라고 할 때 내린 결정을 검토합니다. 이 기관은 우리가 한 결정이 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다.

법률 용어

“**독립 검토 기관**”의 정식 명칭은 “**독립 검토 주체**”입니다. 때때로 “**IRE**”로 불립니다.

단계 1: 우리는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 검토 기관에 이관할 것입니다.

- 우리는 우리가 귀하의 첫 번째 이의 제기에 **아니요**라고 말한 때로부터 24 시간 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 독립 검토 기관에 보낼 것이 **요구됩니다.** (우리가 이 마감일 또는 기타 마감일을 충족하지 않고 있다고 생각하시면 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. 불만 처리 프로세스는 이의 제기 프로세스와 다릅니다. 불만 제기 방법은 본 장의 섹션 10에 설명되어 있습니다.)

단계 2: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 “**신속 검토**”합니다. 검토자들은 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관은 Medicare에 의해 고용된 독립 기관입니다.** 이 기관은 우리 플랜과 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 독립 검토 기관으로서의 직무를 취급하도록 Medicare가 선정한 회사입니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 자세히 검토할 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 이 기관이 귀하의 이의 제기에 **예**라고 말하면 우리는 말씀드린 귀하의 보장이 끝날 날짜 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 우리 몫을 상환(귀하에게 환불)해야 합니다. 우리는 또한 귀하의 케어가 의학적으로 필요한 기간에 대한 보장을 지속해야 합니다. 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 합니다. 보장 제한이 있는 경우, 이러한 제한이 우리의 상환액 또는 귀하의 서비스를 계속 보장할 기간을 제한할 수 있습니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기에 **아니오**라고 말하면 그것은 우리 플랜이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정에 그들이 동의하며 그것을 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
 - 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 통지서는 레벨 3 이의 제기로 진행되는 방법에 대한 설명을 제공할 것입니다.

단계 3: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 각하하면 귀하는 이의 제기를 계속 추진할지 선택합니다.

- 레벨 2 이후에는 추가로 세 레벨이 있어서 총 다섯 레벨의 이의 제기가 있습니다. 검토자들이 귀하의 레벨 2 이의 제기에 아니오라고 말하는 경우, 귀하는 그 결정을 수락할 것인지, 또는 레벨 3 으로 진행하여 또 이의 제기를 할지 여부를 선택할 수 있습니다. 레벨 3 에서 귀하의 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 검토합니다.
- 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

섹션 9 이의 제기를 레벨 3 및 그 너머로 가져가기

섹션 9.1 의료 서비스 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5

이 섹션은 귀하가 레벨 1 이의 제기와 레벨 2 이의 제기를 하였는데 둘 모두 각하된 경우 귀하에게 해당될 수 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 품목 또는 의료 서비스의 달러 가액이 특정 최소 수준을 충족하는 경우, 귀하는 추가적 레벨의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 특정 최소 수준 미만인 경우에는 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 달러 가액이 충분히 높은 경우, 귀하가 레벨 2 이의 제기에 대해 받는 대응서는 레벨 3 이의 제기를 요청하려면 누구를 접촉하고 무엇을 해야 하는지를 설명할 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

이의 제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의 제기는 훨씬 더 똑같이 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의 제기 연방 정부 판사(행정법 판사) 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다.

- 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기에 예라고 말하면, 이의 제기 프로세스는 **끝날 수 있거나 또는 없을 수 있습니다** - 우리는 이 결정을 레벨 4로 이의 제기할지 결정할 것입니다. 레벨 2(독립 검토 기관)에서의 결정과 달리 우리는 귀하에게 유리한 레벨 3 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.
 - 우리가 그 결정에 이의를 제기하지 **않기로** 결정하면 우리는 행정법 판사 또는 심판관의 결정을 받은 후 60 일 이내에 귀하에게 해당 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
 - 우리가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면 우리는 귀하에게 레벨 4 이의 제기 요청서 사본과 수반된 문서를 보내드릴 것입니다. 우리는 분쟁 대상 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 레벨 4 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기에 예라고 말하면, 이의 제기 프로세스는 **끝날 수 있거나, 또는 없을 수 있습니다**.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 각하하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 끝납니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 계속할 수 있습니다. 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면, 귀하가 받는 통지서에 귀하가 이의 제기를 지속하기로 선택하는 경우 다음에 무엇을 해야 하는지가 설명되어 있을 것입니다.

레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 협의회(협의회)가 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- 그 답변이 예인 경우 또는 유리한 레벨 3 이의 제기 결정을 검토해 달라는 우리의 요청을 협의회가 거부하는 경우, 이의 제기 프로세스는 **끝날 수 있거나, 또는 없을 수 있습니다** - 우리는 이 결정을 레벨 5에 이의 제기할지 여부를 결정할 것입니다. 품목 또는 서비스의 가격이 요구되는 달러 가액을 충족하는 경우 레벨 2(독립 검토 기관)에서의 결정과 달리 우리는 귀하에게 유리한 레벨 4 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 우리가 그 결정에 이의를 제기하지 *않기로* 결정하면 우리는 협회회의 결정을 받은 후 60 일 이내에 귀하에게 해당 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
- 우리가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 그 답변이 아니요인 경우 또는 협회회의 검토 요청을 거부하는 경우, 이의 제기 프로세스는 끝날 수 있거나 또는 없을 수 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 각하하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 끝납니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 계속할 수 있습니다. 협회회의가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하는 경우, 귀하가 받는 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부가 설명되어 있을 것입니다. 규칙상 귀하가 진행할 수 있는 경우, 통지서는 귀하가 이의 제기를 지속하기로 선택하는 경우 누구에게 연락하고 다음에 무엇을 해야 하는지도 설명할 것입니다.

레벨 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토할 것입니다.

- 이는 이의 제기 프로세스의 마지막 단계입니다.

섹션 9.2 **파트 D 약 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5**

이 섹션은 귀하가 레벨 1 이의 제기와 레벨 2 이의 제기를 하였는데 둘 모두 각하된 경우 귀하에게 해당될 수 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 약의 가액이 특정 달러 가액을 충족하는 경우, 귀하는 추가적 레벨의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 적은 경우, 귀하는 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 귀하가 레벨 2 이의 제기에 대해 받는 대응서는 레벨 3 이의 제기를 요청하려면 누구를 접촉하고 무엇을 해야 하는지를 설명할 것입니다.

이의 제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의 제기는 훨씬 더 똑같이 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의 제기 연방 정부 판사(행정법 판사) 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

- 그 답변이 예이면 이의 제기 프로세스가 끝납니다. 이의 제기에서 요청하신 것이 승인되었습니다. 우리는 행정법 판사 또는 심판관이 승인한 약 보장을 72 시간(속성 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 승인하거나 제공하거나, 우리가 결정을 받은 후 30 일 이내에 지불해야 합니다.
- 그 답변이 아니요인 경우, 이의 제기 프로세스는 끝날 수 있거나, 또는 없을 수 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 각하하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 끝납니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 계속할 수 있습니다. 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하면, 귀하가 받는 통지서에 귀하가 이의 제기를 지속하기로 선택하는 경우 다음에 무엇을 해야 하는지가 설명되어 있을 것입니다.

레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 협의회(협의회)가 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- 그 답변이 예이면 이의 제기 프로세스가 끝납니다. 이의 제기에서 요청하신 것이 승인되었습니다. 우리는 협의회가 승인한 약 보장을 72 시간(속성 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 승인하거나 제공하거나, 또는 우리가 결정을 받은 후 30 일 이내에 지불해야 합니다.
- 그 답변이 아니요인 경우, 이의 제기 프로세스는 끝날 수 있거나, 또는 없을 수 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 각하하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 끝납니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 계속할 수 있습니다. 협의회가 귀하의 이의 제기에 아니요라고 말하거나 귀하의 이의 제기를 각하하는 경우, 귀하가 받는 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부가 설명되어 있을 것입니다. 규칙상 귀하가 진행할 수 있는 경우, 통지서는 귀하가 이의 제기를 지속하기로 선택하는 경우 누구에게 연락하고 다음에 무엇을 해야 하는지도 설명할 것입니다.

레벨 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토할 것입니다.

- 이는 이의 제기 프로세스의 마지막 단계입니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

불만 제기하기

**섹션 10 케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려
사항에 대해 불만을 제기하는 방법**

 귀하의 문제가 혜택, 보장 또는 지불에 관련된 결정에 대한 것인 경우 이 섹션은 *귀하에게 해당되지 않습니다.* 그 대신에 귀하는 보장 결정 및 이의 제기의 프로세스를 사용해야 합니다. 본 장의 섹션 4로 가십시오.

섹션 10.1 불만 제기 프로세스는 어떤 종류의 문제를 취급하는가?

이 섹션은 불만 제기 프로세스를 이용하는 방법에 대해 설명합니다. 불만 제기 프로세스는 특정 유형의 문제를 위해서 *만* 사용됩니다. 여기에는 케어의 품질, 대기 시간 및 귀하가 받는 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 여기에 불만 제기 프로세스가 취급하는 문제의 종류들의 예가 나와 있습니다.

귀하에게 이런 종류의 문제가 있다면 “불만을 제기할 수 있습니다”

불만	예
의료의 품질	귀하가 받은 케어(병원에서의 케어 포함)의 품질에 불만이 있습니까?
프라이버시 존중	누군가가 귀하의 프라이버시권을 존중하지 않았거나 대외비여야 한다고 느끼는 귀하에 대한 정보를 공유했다고 생각하십니까?
불존중, 미흡한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	- 누군가가 귀하에게 무례하거나 불공손했습니까? - 우리의 고객서비스팀이 귀하를 대우한 방식에 불만이십니까? - 당 플랜에서 탈퇴하라는 권유를 받고 있다고 느끼십니까?

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

불만	예
대기 시간	• 약속을 받는 데 어려움이 있거나 대기 시간이 너무 길니까? • 의사, 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하를 너무 오랫동안 기다리게 한 적이 있습니까? 또는 우리 고객서비스팀 또는 당 플랜의 다른 스태프가 그렇게 했습니까? ○ 그 예로는 전화상에서, 대기실에서, 처방을 받을 때, 또는 검사실에서 등입니다.
청결	• 클리닉, 병원 또는 진료실의 청결 또는 상태에 불만이 있습니까?
우리에게서 받는 정보	• 우리가 제공할 것이 요구되는 통지서를 제공하지 않았다고 생각하십니까? • 우리가 제공한 서면 정보가 이해하기 어렵다고 생각하십니까?

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

불만	예
적시성 (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의 제기에 관련된 우리의 조치의 적시성에 관련된 것임)	보장 결정 및 이의 제기 요청 프로세스는 본 장의 섹션 4~9에 설명되어 있습니다. 귀하가 보장 결정 또는 이의 제기를 요청하는 경우, 귀하는 불만 처리 프로세스가 아닌 그 프로세스를 사용합니다. 그러나, 귀하가 이미 보장 결정 또는 이의 제기를 우리에게 요청하였는데 우리가 충분히 신속하게 대응하지 않는다고 생각되는 경우에는 우리의 처리 지연에 대한 불만을 제기할 수도 있습니다. 다음은 그 예입니다. • 귀하가 “신속 보장 결정” 또는 “신속 이의 제기”를 요청했는데 우리가 그렇게 하지 않을 것이라고 말한 경우, 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다. • 우리가 보장 결정 또는 이의 제기의 답변을 위한 마감일을 충족하지 않는다고 생각되시면 불만을 제기할 수 있습니다. • 우리가 내린 보장 결정이 검토되어 특정 의료 서비스 또는 약을 위해 우리가 보장 또는 상환해야 하는 경우, 적용되는 마감일이 있습니다. 우리가 이러한 마감일을 충족하지 않는다고 생각되시면 불만을 제기할 수 있습니다. • 결정을 정시에 제공하지 않으면 우리는 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 회부해야 합니다. 우리가 요구되는 마감일 내에 그렇게 하지 않으면 귀하는 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 10.2 “불만 제기”의 정식 명칭은 “고충 제기”입니다

법률 용어

- 이 섹션에서 “불만”이라고 하는 것은 “고충”이라고도 합니다.
- “불만 제기”의 다른 용어는 “고충 제기”입니다.
- “불만 제기 프로세스 사용”이라고 말하는 또 다른 방식은 “고충 제기 프로세스 사용”입니다.

제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)

섹션 10.3 단계별: 불만 제기하기

단계 1: 즉시 우리에게 연락합니다 – 전화 또는 서면으로.

- 일반적으로 고객센터시스템에 연락하는 것이 첫 번째 단계입니다. 할 일이 있으면 고객센터시스템에 알려십시오. 전화: (833) 808-8164 (TTY: 711), 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 오전 8 시 ~ 오후 8 시, 주 7 일이며, 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시입니다.
- 전화하기를 원치 않는 경우(또는 전화했지만 만족하지 않는 경우), 귀하는 불만 사항을 작성하여 우리에게 보낼 수 있습니다. 귀하가 불만 사항을 작성하여 우리에게 보낸 경우에는 우리도 서면으로 대응할 것입니다.
 - 진행 프로세스:
 - 귀하 또는 본인이 지명한 사람이 고충을 제출할 수 있습니다. 귀하가 지명한 사람이 본인의 대리인입니다. 귀하는 친척, 친구, 변호사, 옹호자, 의사 또는 누구든 귀하를 위해 행동하도록 지명할 수 있습니다.
 - 귀하가 법원에 의해 또는 주 법률에 의거 이미 승인되지 않은 사람이 귀하를 위해 행동하기를 원하는 경우 귀하와 그 사람은 그 사람에게 귀하의 대리인이 되는 법적 권한을 주는 진술서에 서명하고 일자를 기재해야 합니다. 귀하의 대리인을 지명하는 방법을 알려면 고객센터시스템에 연락하십시오. 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.
 - 고충은 사건으로부터 60 일 이내에 구두 또는 서면으로 제기해야 합니다. 우리는 귀하의 건강 상태에 근거해 귀하의 케이스가 요구하는 대로 신속하게 고충을 처리해야 하지만 불만 사항을 접수한 후 30 일 이내에 처리해야 합니다. 우리는 귀하가 연장을 요구하는 경우 또는 우리가 추가 정보 필요성을 밝히고 그 지연이 귀하의 최선의 이익인 경우 최대 14 일까지 이 기간을 연장할 수 있습니다.
 - 보장 결정 또는 이의 제기에 신속 대응하지 않기로 한 플랜 결정과 관련하여, 또는 우리가 보장 결정 또는 이의 제기에 대해 연장 조치를 취하는 경우 속성 고충을 제기할 수 있습니다. 우리는 속성 고충에 24 시간 이내에 대응해야 합니다.
- 귀하가 전화하든 편지를 쓰든 **즉각 고객센터시스템에 연락하십시오.** 불만은 귀하가 불만을 제기하기 원하는 문제가 발생한 후 60 일 이내에 해야 합니다.
- 우리가 귀하의 “신속 보장 결정” 또는 “신속 이의 제기” 요청을 거부했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 우리는 자동으로 귀하에게 “신속 불만” 처리를 적용해 드립니다. 귀하에게 “신속 불만” 처리가 적용된다는 것은 우리가 귀하에게 답변을 24 시간 이내에 드린다는 뜻입니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

법률 용어

이 섹션에서 “신속 불만” 처리라고 하는 것은 “속성 고충” 처리라고도 합니다.

단계 2: 우리는 귀하의 불만 사항을 검토하여 우리의 답변을 드립니다.

- **가능하다면 답변을 즉각 드릴 것입니다.** 귀하가 전화로 고충을 제기하면 우리도 같은 전화 통화로 답변을 드릴 수 있습니다. 귀하의 건강 상태상 요구되는 경우 우리는 신속하게 답변할 것입니다.
- **대부분의 불만 사항은 30 일 이내에 답변됩니다.** 우리가 추가 정보를 필요로 하고 지연이 귀하에게 최선인 경우, 또는 귀하가 추가 시간을 요청하는 경우, 귀하의 불만 사항에 대한 답변을 드리는 데 최대 14 일(총 44 일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가 시간이 더 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려 드리겠습니다.
- 귀하의 불만 사항 중 일부 또는 전부에 **우리가 동의하지 않거나** 귀하가 불만을 제기하는 문제에 대해 우리가 책임을 지지 않는 경우, 알려드릴 것입니다. 우리의 대응에는 이 답변의 이유가 포함될 것입니다. 우리는 불만 사항에 동의하든 안 하든 대응해야 합니다.

섹션 10.4 또한 귀하는 케어의 품질에 대한 불만을 품질 개선 기관에 제기할 수 있습니다

귀하는 위에 설명된 단계별 프로세스를 사용해 귀하가 받은 케어의 품질에 대한 불만을 제기할 수 있습니다.

귀하의 불만이 *케어의 품질*에 대한 것인 경우, 귀하는 다음 두 가지 추가 옵션도 갖습니다.

- **귀하는 그 불만을 품질 개선 기관에 제기할 수 있습니다.** 선호하는 경우, 귀하는 받은 케어의 품질에 대한 불만을 이 기관에 직접 제기할 수 있습니다(우리에게 불만을 제기함이 *없이*).
 - 품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공되는 케어를 체크하고 개선하기 위해 연방 정부가 그 비용을 지급하는 개업 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다.
 - 이 브로셔의 제 2 장, 섹션 4 에서 귀하 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾아보십시오. 이 기관에 불만 사항을 제출하면 우리는 귀하의 불만을 해소하기 위해 그들과 협력할 것입니다.

**제 9 장. 이 있는 경우 어떻게 할 것인가문제 또는 불만
(보장 결정, 이의 제기, 불만)**

- 또는 귀하의 불만 사항을 동시에 두 군데에 제출할 수 있습니다. 원하시면 귀하는 케어의 품질에 대한 불만 사항을 우리에게 제기하거나 품질 개선 기관에 제기할 수 있습니다.

섹션 10.5	또한 귀하의 불만 사항에 대해 Medicare 에 말할 수도 있습니다
----------------	---

귀하는 Clever Care Health Plan 에 대한 불만 사항을 직접 Medicare 에 제출할 수 있습니다. Medicare 에 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 가십시오. Medicare 는 귀하의 불만 사항을 진지하게 취급하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용할 것입니다.

다른 피드백 또는 우려 사항이 있거나 당 플랜이 귀하의 문제를 처리하지 않는다고 느끼시면 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048 로 전화할 수 있습니다.

제 10 장

플랜 멤버십을 끝내기

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

섹션 1	소개	264
섹션 1.1	본 장은 플랜 멤버십 끝내기에 초점을 맞춥니다	264
섹션 2	언제 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?	264
섹션 2.1	귀하는 연례 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다	264
섹션 2.2	귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다	265
섹션 2.3	특정 상황에서 귀하는 특별 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다	266
섹션 2.4	언제 멤버십을 끝낼 수 있는지에 대한 자세한 정보를 어디에서 얻을 수 있는가?	267
섹션 3	어떻게 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?	268
섹션 3.1	일반적으로 다른 플랜에 등록함으로써 멤버십을 끝낼 수 있습니다	268
섹션 4	멤버십이 끝날 때까지 귀하는 의료 서비스 및 약을 우리 플랜을 통해 계속 받을 것입니다	269
섹션 4.1	멤버십이 끝날 때까지 귀하는 여전히 우리 플랜의 회원입니다	269
섹션 5	Clever Care Balance Medicare Advantage 는 특정 상황의 경우 귀하의 플랜 멤버십을 끝내야 합니다	270
섹션 5.1	우리는 언제 귀하의 플랜 멤버십을 끝내야 하는가?	270
섹션 5.2	우리는 귀하의 건강에 관련된 이유로 귀하에게 우리 플랜을 탈퇴하도록 요구할 수 <u>없습니다</u>	271
섹션 5.3	귀하는 우리가 귀하의 플랜 멤버십을 끝내는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다	271

섹션 1 소개

섹션 1.1 본 장은 플랜 멤버십 끝내기에 초점을 맞춥니다

Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO) 멤버십을 끝내는 것은 **자발적** (귀하의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택 아님)일 수 있습니다.

- 귀하는 본인이 탈퇴하기를 *원한다고* 결정했기 때문에 우리 플랜을 탈퇴할 수 있습니다.
 - 귀하가 플랜 멤버십을 자발적으로 끝낼 수 있는 연도 중 특정 시기 또는 특정 상황만이 있습니다. 섹션 2는 언제 귀하가 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는지 설명합니다.
 - 귀하가 플랜 멤버십을 자발적으로 끝내기 위한 프로세스는 본인이 선택하는 새로운 보장의 유형에 따라 다릅니다. 섹션 3은 각 상황에서 어떻게 멤버십을 끝낼지 설명합니다.
- 또한 귀하가 탈퇴하기로 선택하지 않지만 우리가 귀하의 멤버십을 끝낼 것이 요구되는 제한된 상황도 있습니다. 섹션 5는 우리가 귀하의 멤버십을 끝내야 하는 상황에 대해 설명합니다.

귀하가 우리 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하는 멤버십이 끝날 때까지 우리 플랜을 통해 의료를 계속 받아야 합니다.

섹션 2 언제 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?

가입 기간으로 알려진 연중 특정 기간 동안에만 당사 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다. 모든 회원은 연간 가입 기간 동안 그리고 Medicare Advantage 자유 가입 기간 동안 플랜을 해지할 수 있습니다. 특정 상황에서는 연중 다른 시기에 플랜을 해지할 수 있습니다.

섹션 2.1 귀하는 연례 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다

귀하는 연례 등록 기간(“연례 오픈 등록 기간”이라고도 함)에 멤버십을 끝낼 수 있습니다. 이때는 귀하가 자신의 건강과 약 보장을 검토하여 내년도 보장에 대해 결정해야 하는 때입니다.

- 연례 등록 기간은 언제인가? 연례 등록 기간은 10 월 15 일 ~ 12 월 7 일입니다.
- 연례 등록 기간에 어떤 유형의 플랜으로 전환할 수 있는가? 귀하는 현재의 보장을 유지하거나 내년을 위해 보장을 변경하기로 선택할 수 있습니다. 귀하가

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

새로운 플랜으로 변경하기로 결정하면 귀하는 다음 플랜 유형 중에서 선택할 수 있습니다.

- o 다른 Medicare 건강 플랜. (처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다.)
- o 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함된** Original Medicare.
- o – 또는 – 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함되지 않은** Original Medicare.
 - **처방약 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 도움”을 받는 경우:**
Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않으면 귀하가 자동 등록을 탈퇴하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신용할만한 처방약 보장 없이 연속 63 일을 지내면 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다. (“신뢰할 만한” 보장이란 해당 보장이 평균적으로, 적어도, Medicare의 표준적 처방약 보장만큼 지불할 것이 기대되는 것을 의미합니다.) 지연 등록 벌칙금에 대한 설명은 제 1 장, 섹션 5를 참조하십시오.

- **언제 멤버십이 끝나는가?** 멤버십은 새 플랜의 보장이 1월 1일에 시작될 때 끝납니다.

섹션 2.2 귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다

귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 귀하의 건강 보장을 **한 번** 변경할 기회가 있습니다.

- **연례 Medicare Advantage 오픈 등록 기간은 언제인가?** 오픈 등록 기간은 매년 1월 1일 ~ 3월 31일입니다.
- **연례 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 어떤 유형의 플랜으로 전환할 수 있는가?** 이 기간에:
 - o 다른 Medicare Advantage Plan으로 전환할 수 있습니다. (처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다.)
 - o 우리 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장을 획득할 수 있습니다. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택하면 또한 그 때 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다.

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

- **언제 멤버십이 끝나는가?** 멤버십은 귀하가 다른 Medicare Advantage 플랜에 등록하거나 우리가 귀하의 Original Medicare 전환 요청을 받은 후의 해당 월 초 하루에 끝납니다. 또한 귀하가 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택하는 경우, 이 약 플랜 멤버십은 약 플랜이 귀하의 등록 요청을 받은 후의 해당 월 초 하루에 시작됩니다.

섹션 2.3	특정 상황에서 귀하는 특별 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다
---------------	---

특정 상황에서 Clever Care Balance Medicare Advantage 회원은 연도 중에 언제든지 멤버십을 끝낼 자격이 있을 수 있습니다. 이를 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

- **누가 특별 등록 기간의 자격이 있는가?** 다음 상황 중 하나에 해당되면 특별 등록 기간에 멤버십을 끝낼 자격이 있을 수 있습니다. 이는 단지 예일 뿐이며 전체 목록은 당 플랜에 연락하거나 Medicare에 전화하거나, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하여 입수할 수 있습니다.
 - 일반적으로 귀하가 이사한 때.
 - 귀하가 Med-Cal 을 갖고 있는 경우
 - Medicare 처방약 지불에서 “추가 도움”을 받을 자격이 있는 경우.
 - 우리가 귀하와의 계약을 위반한 경우.
 - 귀하가 요양원 또는 장기 케어(LTC) 병원 같은 기관에서 케어를 받고 있는 경우.
 - 귀하가 PACE(노인을 위한 종합 케어 프로그램)에 등록한 경우.
 - **참고:** 귀하가 약 관리 프로그램에 든 경우, 귀하는 플랜을 변경할 수 없습니다. 약 관리 프로그램은 제 5 장, 섹션 10에 자세히 설명되어 있습니다.
- **특별 등록 기간은 언제인가?** 특별 등록 기간은 귀하의 상황에 따라 다릅니다.
- **귀하는 무엇을 할 수 있는가?** 본인이 특별 등록 기간의 자격이 있는지 확인하려면 Medicare의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 하루 24 시간, 주 7 일 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 특별 상황 때문에 멤버십을 끝낼 자격이 있는 경우, 귀하는 Medicare 건강 보장과 처방약 보장을 모두 변경하기로 선택할 수 있습니다. 이는 귀하가 다음 유형의 플랜을 선택할 수 있다는 뜻입니다.
 - 다른 Medicare 건강 플랜. (처방약을 보장하는 플랜 또는 처방약을 보장하지 않는 플랜을 선택할 수 있습니다.)
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare.

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

- o - 또는 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함되지 않은 Original Medicare.

처방약 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 도움”을 받는 경우: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않으면 귀하가 자동 등록을 탈퇴하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약 플랜에 등록할 수 있습니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신용할만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상의 기간을 지내면 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다. (“신뢰할 만한” 보장이란 해당 보장이 평균적으로, 적어도, Medicare의 표준적 처방약 보장만큼 지불할 것이 기대되는 것을 의미합니다.) 지연 등록 벌칙금에 대한 설명은 제 1 장, 섹션 5를 참조하십시오.

- **언제 멤버십이 끝나는가?** 멤버십은 귀하의 플랜 변경 요청이 접수된 후의 달의 초하루에 일반적으로 끝납니다.

섹션 2.4 언제 멤버십을 끝낼 수 있는지에 대한 자세한 정보를 어디에서 얻을 수 있는가?

질문이 있거나 언제 멤버십을 끝낼 수 있는지에 대한 자세한 정보를 원하는 경우:

- 귀하는 고객서비스팀에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- 이 정보를 *Medicare & You 2022* 핸드북에서 찾아볼 수 있습니다.
 - o Medicare를 보유한 사람은 모두 매년 가을에 *Medicare & You 2022* 핸드북을 1부 받습니다. Medicare 신규 가입자는 최초 가입 후 한 달 이내에 받습니다.
 - o 또한 이 핸드북을 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드할 수도 있습니다. 또는 아래 번호로 Medicare에 전화해 인쇄본을 주문할 수 있습니다.
- Medicare의 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24시간, 주 7일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 3 어떻게 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?

섹션 3.1 일반적으로 다른 플랜에 등록함으로써 멤버십을 끝낼 수 있습니다

일반적으로 우리 플랜 멤버십을 끝내려면 등록 기간들 중 하나 동안에 다른 Medicare 플랜에 등록하기만 하면 됩니다(등록 기간에 대한 정보는 본 장의 섹션 2 참조). 그러나 우리 플랜에서 Original Medicare 로 Medicare 처방약 플랜 없이 전환하기 원하는 경우에는 우리 플랜 탈퇴를 요청해야 합니다. 탈퇴를 요청할 수 있는 두 방법:

- 우리에게 서면으로 요청할 수 있습니다. 그렇게 하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우에는 고객센터에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).
- --또는--Medicare 의 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 신용할만한 처방약 보장 없이 연속 63 일 이상의 기간을 지내면 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다. (“신뢰할 만한” 보장이란 해당 보장이 평균적으로, 적어도, Medicare 의 표준적 처방약 보장만큼 지불할 것이 기대되는 것을 의미합니다.) 지연 등록 벌칙금에 대한 설명은 제 1 장, 섹션 5 를 참조하십시오.

아래 표는 귀하가 우리 플랜에서 멤버십을 어떻게 끝내야 하는지를 설명합니다.

우리 플랜으로부터 전환하기 원하는 경우:	다음과 같이 해야 합니다.
• 다른 Medicare 건강 플랜.	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Balance Medicare Advantage 에서 가입이 해제될 것입니다.

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

우리 플랜으로부터 전환하기 원하는 경우:	다음과 같이 해야 합니다.
별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare.	새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Balance Medicare Advantage 에서 가입이 해제될 것입니다.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare. - 참고: 귀하가 Medicare 처방약 플랜에서 탈퇴하고 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63 일 이상을 지내면 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다. 지연 등록 벌칙금에 대한 설명은 제 1 장, 섹션 5 를 참조하십시오.	- 우리에게 탈퇴 요청서를 보내주십시오. 그렇게 하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우에는 고객센터에 연락하십시오.(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). - 또한 Medicare 의 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. - Original Medicare 의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Balance Medicare Advantage 에서 탈퇴될 것입니다.

섹션 4 멤버십이 끝날 때까지 귀하는 의료 서비스 및 약을 우리 플랜을 통해 계속 받을 것입니다

섹션 4.1 멤버십이 끝날 때까지 귀하는 여전히 우리 플랜의 회원입니다

귀하가 Clever Care Balance Medicare Advantage 를 탈퇴하는 경우, 귀하의 멤버십이 끝나고 새로운 Medicare 보장이 발효되기까지 시간이 걸릴 수 있습니다. (새로운 보장이 언제 시작되는지에 대한 설명은 섹션 2 참조.) 이 동안에도 귀하는 의료 및 처방약을 우리 플랜을 통해 계속 받을 것입니다.

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

- 귀하는 우리 플랜의 멤버십이 끝날 때까지 네트워크 약국을 통해 처방약을 계속 지어야 합니다. 일반적으로 처방약은 우리의 우편 주문 약국 서비스를 통해서를 포함해 네트워크 약국에서 짓는 경우에만 보장됩니다.
- 귀하의 멤버십이 끝나는 날에 입원하는 경우, 귀하의 병원 체류는 일반적으로 귀하가 퇴원할 때까지 우리 플랜이 보장할 것입니다(비록 귀하의 새로운 건강 보장이 시작된 후에 퇴원하는 경우에도).

섹션 5 Clever Care Balance Medicare Advantage 는 특정 상황의 경우 귀하의 플랜 멤버십을 끝내야 합니다

섹션 5.1 우리는 언제 귀하의 플랜 멤버십을 끝내야 하는가?

Clever Care Balance Medicare Advantage 는 다음 중 하나가 발생하는 경우 귀하의 플랜 멤버십을 끝내야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare 파트 A 와 파트 B 를 갖고 있지 않는 경우.
- 귀하가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 귀하가 6 개월 이상 동안 서비스 지역을 벗어난 경우.
 - 귀하가 이사 또는 장기 출타하는 경우, 귀하는 고객센터팀 전화하여 귀하가 이사 또는 출타하는 장소가 우리 플랜의 지역 안에 있는지 확인해야 합니다. (고객서비스팀 전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다.)
- 귀하가 구금되는(감옥에 가는) 경우.
- 귀하가 미국 시민권자가 아니거나 미국에 합법적으로 거주하지 않는 경우.
- 귀하가 갖고 있는, 처방약 보장을 제공하는, 다른 보험에 대한 정보에 대해 거짓말하거나 정보를 보류하는 경우.
- 귀하가 우리 플랜에 등록할 때 부정확한 정보를 의도적으로 제공하여 그 정보가 귀하의 우리 플랜 자격에 영향을 끼치는 경우. (우리는 먼저 Medicare 로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 귀하가 지속적으로 비협조적으로 행동하여 우리가 귀하와 우리 플랜의 다른 회원들을 위해 의료를 제공하는 것이 곤란한 경우. (우리는 먼저 Medicare 로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 귀하가 타인으로 하여금 본인의 멤버십 카드를 사용해 의료를 받게 한 경우. (우리는 먼저 Medicare 로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)

제 10 장. 플랜 멤버십을 끝내기

- 우리가 이런 이유 때문에 귀하의 멤버십을 끝내는 경우, Medicare 는 귀하의 케이스를 감사총장에게 조사하도록 할 수 있습니다.
- 귀하의 소득 때문에 추가 파트 D 금액 납부가 요구되는 데 납부하지 않으면 Medicare 는 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시켜 귀하는 처방약 보장을 상실할 것입니다.

추가 정보를 어디서 얻을 수 있는가?

질문이 있거나 우리가 언제 귀하의 멤버십을 끝낼 수 있는지에 대한 자세한 정보를 원하는 경우:

- 귀하는 자세한 정보를 얻기 위해 고객센터시스템에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음).

섹션 5.2 **우리는 귀하의 건강에 관련된 이유로 귀하에게 우리 플랜을 탈퇴하도록 요구할 수 없습니다**

Clever Care Balance Medicare Advantage 는 귀하의 건강에 관련된 이유로 귀하에게 당사 플랜을 탈퇴하도록 요구할 수 없습니다.

이런 일이 발생하는 경우 어떻게 해야 하는가?

건강 관련 이유 때문에 우리 플랜을 탈퇴하도록 요구받고 있다고 생각되면 Medicare 의 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해야 합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다.

섹션 5.3 **귀하는 우리가 귀하의 플랜 멤버십을 끝내는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다**

우리가 귀하의 플랜 멤버십을 끝내는 경우 우리는 귀하의 멤버십을 끝내는 이유를 서면으로 통보해야 합니다. 우리는 또한 멤버십을 끝내기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 고충 또는 불만을 제기할 수 있는 방법도 설명해야 합니다. 불만을 제기하는 방법에 대한 설명은 제 9 장, 섹션 10 을 참조하십시오.

제 11 장

법적 고지

제 11 장. 법적 고지

섹션 1	준거법에 대한 고지	274
섹션 2	차별 금지에 대한 고지.....	274
섹션 3	Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지	274
섹션 4	과지급 회수	275
섹션 5	사기, 낭비 및 남용 신고	275

섹션 1 준거법에 대한 고지

많은 법률이 이 *보장 범위 증명서*에 적용되며, 또는 법률상 일부 추가 조항들이 적용될 수 있습니다. 이는 그 법률들이 본 문서에 포함 또는 설명되지 않는 경우에도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다. 이 문서에 적용되는 기본 법률은 사회보장법의 타이틀 XVIII 및 사회보장법에 의거 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)가 제정한 규정들입니다. 또한 다른 연방 법률과 특정 상황에서는 귀하가 거주하는 주의 법률들이 적용될 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 고지

우리 플랜은 귀하를 차별 또는 불공정 대우로부터 보호하는 법률을 준수해야 합니다. 우리는 인종, 민족, 출신국, 피부색, 종교, 성별, 연령, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전자 정보, 보험 불능 증거 또는 서비스 지역내 지리적 장소에 근거해 **차별하지 않습니다**. 우리 플랜 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관들은 1964 년 민권법의 타이틀 VI, 1973 년 재활법, 1975 년 연령차별법, 미국장애인법, 부담 가능 케어법의 제 1557 조, 기타 연방 자금을 받는 기관에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률을 포함하여 차별을 금지하는 연방 법률을 준수해야 합니다.

차별 또는 불공정 대우에 대한 추가 정보를 원하거나 우려 사항이 있는 경우 보건복지부의 **민권실** 전화 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)로 또는 귀하의 지역의 민권실로 전화하십시오.

장애가 있어서 케어 이용에 도움이 필요한 경우 고객센터팀에 전화할 수 있습니다(전화번호는 이 브로셔의 뒷 표지에 인쇄되어 있음). 휠체어 접근성 관련 문제 같은 불만이 있는 경우, 고객센터팀이 도울 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지

우리는 Medicare 가 일차 지불자가 아닌 보장 대상 Medicare 서비스를 위해 징수할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR 의 제 422.108 및 423.462 조에서의 CMS 규제에 따라, Medicare Advantage 기관으로서의 Clever Care Balance Medicare Advantage 는 42 CFR 의 파트 411 의 서브파트 B~D 의 CMS 규정에 의거 총장이 행사하는 같은 회수권을 행사할 것이며 이 조에 확립된 규칙이 주 법률을 대체합니다.

섹션 4 과지급 회수

우리는 서비스 비용 과지급을 그런 과지급을 받은 사람으로부터 또는 해당 서비스의 비용을 지불할 의무가 있는 사람이나 기관으로부터 회수할 수 있습니다.

섹션 5 사기, 낭비 및 남용 신고

귀하는 건강 보험 사기를 예방하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

National Health Care Anti-Fraud Association 은 의료 사기로 인한 피해액이 하루 1 억 달러 정도라고 추산하고 있습니다. 여러분은 의심스러운 활동을 보고하여 Clever Care Health Plan 의 의료 사기 예방, 탐지 및 해결에 도움을 줄 수 있습니다. 잠재적인 의료 사기일 수 있는 상황을 보고함으로써, 귀하는 의료 시스템 비용을 절약하는 데 도움을 주는 여러분의 역할을 하는 것입니다.

의료 사기, 낭비 및 남용이란 무엇인가?

사기는 누군가 알면서도 고의적으로 부적절한 지불을 초래하는 허위 청구를 제출할 때 발생합니다.

예시: 제공되지 않은 서비스에 대한 청구, 불필요한 절차를 정당화하기 위해 환자의 진단을 위조하거나 환자 소개에 대한 리베이트를 수락하는 것.

낭비는 직간접적으로 불필요한 의료 비용을 초래하는 서비스 또는 기타 관행의 남용을 의미합니다. 여기에는 일반적으로 형사상의 과실 조치로 간주되지 않는 자원의 오용이 포함됩니다.

예시: 과도한 진단 검사를 주문하거나, 사무소 방문을 남용하거나, 약국이 여전히 필요한지 확인하지 않고 회원에게 약품을 보내는 경우.

남용은 불필요한 의료 비용을 초래할 수 있는 행위입니다. 사람 또는 단체가 무의식적으로 또는 고의로 사실을 허위로 표시하여 지불을 받는 것은 남용입니다.

예: 서비스 또는 의료용품에 대해 초과 비용을 청구하거나, 의학적으로 불필요한 서비스를 제공하거나, 진통제를 받기 위해 다른 의사나 응급실에 가는 것.

자신과 자신의 혜택을 보호하십시오

- 귀하의 사회보장, Medicare 또는 건강 보험 번호 또는 은행 정보를 모르는 사람에게 주지 마십시오.
- 의사의 지시 없이는 검사실 검사에 동의하지 마십시오.
- 의료 서비스와 교환으로 유가물을 받는 것은 불법입니다.

제 11 장. 법적 고지

유전자 검사 사기에 주의하십시오

사기꾼은 헬스 페어, 시니어 하우스링 시설 및 기타 신뢰할 만한 장소에서 유전자 검사 사기를 하기 위해 의심하지 않는 등록자들에게 접근합니다. 그들은 Medicare 가 검사 비용을 지불할 것이기 때문에 귀하는 입안 면봉, 신분증과 Medicare 정보만 제공하면 귀하의 검사 결과를 받을 수 있다고 거짓 약속합니다.

귀하가 이 유형의 사기에 넘어가면 이러한 부정직한 사람들은 이제 귀하의 개인 정보와 유전자 정보를 갖고 귀하가 받지 않은 서비스에 대해 Medicare 에 수 천 달러를 청구할 수 있습니다.

잠재적인 사기, 낭비, 남용(FWA) 신고

Clever Care 는 잠재적인 FWA 문제를 보고할 수 있는 다양한 방법을 제공합니다. 신고 방법에 대한 자세한 내용을 확인하려면 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 을 방문하세요.

제 12 장

중요 단어의 정의

제 12 장. 중요 단어의 정의**제 12 장. 중요 단어의 정의**

외래수술센터 – 외래수술센터는 입원이 요구되지 않고 이 센터에 24 시간 이하의 체류가 예상되는 환자들에게 외래환자 수술 서비스를 제공할 목적만을 위해 운영되는 기관입니다.

연례 등록 기간 – 회원들이 자신의 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있는 매년 가을의 정해진 시간. 연례 등록 기간은 10 월 15 일 ~ 12 월 7 일입니다.

이의 제기 – 이의 제기란 귀하가 의료 서비스 또는 처방약 보장 또는 귀하가 이미 받은 서비스 또는 약의 비용 지불 요청을 거부한 당사 결정에 동의하지 않는 경우에 하는 것입니다. 귀하는 또한 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 우리 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다. 예컨대, 귀하가 받을 수 있어야 한다고 생각하는 약, 품목 또는 서비스의 비용을 우리가 지불하지 않는 경우에 이의를 제기할 수 있습니다. 제 9 장은 이의 제기 프로세스를 포함한 이의 제기를 설명합니다.

차액 청구 – 제공자(예: 의사 또는 병원)가 환자에게 당 플랜의 허용 비용 분담액보다 더 많이 과금하는 경우. Clever Care Balance Medicare Advantage 의 회원으로서 귀하는 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스를 받을 때 본인의 비용 분담 금액만 지불하면 됩니다. 우리는 제공자들이 “차액 청구” 즉 귀하가 지불해야 한다고 플랜이 말하는 비용 분담액보다 더 많이 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

혜택 수당 – 의료 비용 지불 같이 특정 목적을 위해 귀하에게 플랜이 제공하거나 서비스 비용을 지불하기 위해 유연 지출 계정에 추가되는 돈입니다

혜택 기간 – 우리 플랜과 Original Medicare 가 귀하의 병원 및 전문 요양 시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법. 혜택 기간은 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어간 날 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 입원환자 병원 케어(또는 SNF 에서의 전문 케어)를 연속 60 일 동안 받으면 끝납니다. 한 혜택 기간이 끝난 후 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어가면 새 혜택 기간이 시작됩니다. 혜택 기간의 횟수에는 한도가 없습니다.

상표약 – 해당 약을 애초에 연구 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약. 상표약은 일반 버전의 약과 동일한 활성 성분 제제를 갖습니다. 그러나 복제약은 다른 약 제조업체가 제조하여 판매하며 일반적으로 상표약의 특허가 만료된 후까지 나오지 않습니다.

재앙적 보장 단계 – 파트 D 약 혜택에서 귀하가 또는 다른 유자격자가 귀하를 대신해 보장 대상 약에 보장되는 연도 동안 \$7,050 를 지출한 후에 귀하의 약을 위해 낮은 분담금 또는 공동보험금을 지불하는 단계.

제 12 장. 중요 단어의 정의

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – Medicare 를 시행하는 연방 기관. CMS 에 연락하는 방법은 제 2 장에 설명되어 있습니다.

공동보험금 – 서비스 또는 처방약의 비용 중에서 본인이 부담하셔야 할 수도 있는 액수. 공동보험금은 일반적으로 일정 비율에 해당합니다(예: 20%).

불만 – “불만 제기”의 정식 명칭은 “고충 제기”입니다. 불만 프로세스는 특정 유형의 문제를 위해서 만 사용됩니다. 여기에는 케어의 품질, 대기 시간 및 귀하가 받는 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 이 정의 목록의 “고충”도 참조하십시오.

종합적 외래환자 재활 시설 (CORF) – 질병 또는 부상 후 재활 서비스를 제공하고, 물리 요법, 사회 또는 심리 서비스, 호흡 요법, 직업 요법 및 말하기-언어 병리학 서비스 및 재가 환경 평가 서비스를 제공하는 시설.

분담금(또는 “분담”) – 의사의 방문, 병원 외래환자 방문 또는 처방약 같은 의료 서비스 또는 용품의 비용 중 귀하의 몫으로 지불할 것이 요구될 수 있는 금액. 분담금은 퍼센트가 아닌 일정 금액입니다. 예컨대, 귀하는 의사의 방문 또는 처방약을 위해 \$10 또는 \$20 를 지불할 수 있습니다.

비용 분담 – 비용 분담이란 서비스나 약을 받을 때 회원이 지불해야 하는 금액을 가리킵니다. 비용 분담에는 (1) 서비스 또는 약을 보장하기 전에 플랜이 부과할 수 있는 공제액, (2) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는 고정된 “분담금” 금액, 또는 (3) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는, 서비스 또는 약을 위해 지불되는 총 금액의 퍼센트인 “공동보험금” 금액 등 세 가지 유형의 지불금의 조합이 포함됩니다. 의사가 귀하를 위해 특정 약의 1개월 분 미만 분량을 처방할 때는 “일 비용 분담율”이 적용될 수 있고 귀하는 분담금을 지불해야 합니다.

비용 분담 계층 – 보장 대상 의약품 목록 상의 모든 약은 여섯 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 계층이 높을수록 약을 위한 귀하의 비용도 더 높아집니다.

보장 판정 – 귀하를 위해 처방된 약이 당 플랜에 의해 보장되는지에 대한 결정과 귀하의 처방약 비용 지불이 요구되는 금액. 일반적으로, 귀하가 처방전을 약국에 가져갔는데 약국이 그 처방약은 귀하의 플랜에 의거 보장되지 않는다고 말해도 그것은 보장 판정이 아닙니다. 귀하는 플랜에 전화하거나 우편을 보내 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판정을 이 브로셔에서는 “보장 결정”이라고 합니다. 보장 결정을 우리에게 요청하는 방법은 제9장에 설명되어 있습니다.

보장 대상 약 – 우리 플랜이 보장하는 모든 처방약을 의미하기 위해 우리가 사용하는 용어.

제 12 장. 중요 단어의 정의

보장 대상 서비스 – 우리 플랜이 보장하는 모든 의료 서비스와 용품을 의미하기 위해 우리가 사용하는 일반적 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 – 평균적으로 적어도 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해줄 것으로 예상되므로 Medicare 의 최소 기준을 충족하는 보장(예: 고용주 또는 노동조합). Medicare 자격이 될 때 이 종류의 보장을 갖는 사람들은 일반적으로 나중에 Medicare 처방약 보장에 등록하기로 결정해도 벌칙금 납부 없이 그 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 케어 – 보호 케어는 여러분이 전문 의료 케어 또는 전문 요양 케어를 필요로 하지 않는 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 상황에서 제공되는 개인적 케어입니다. 보호 케어는 목욕, 옷입기, 식사, 침대 또는 의자 들락거리기, 돌아다니기 및 화장실 이용 같은 일상 활동의 도움 같이 전문 기량이나 훈련을 갖추지 않은 사람이 제공할 수 있는 개인적 케어입니다. 보호 케어에는 점안약 사용 같이 대부분의 사람들이 스스로 하는 종류의 보건 관련 케어도 포함됩니다. Medicare 는 보호 케어 비용은 지불하지 않습니다.

고객서비스팀 – 우리 플랜에서 멤버십, 혜택, 고충 및 이의 제기에 대한 여러분의 질문에 대답할 책임이 있는 부서. 고객센터팀에 연락하는 방법은 제 2 장을 참조하십시오.

일 비용 분담율 – 의사가 귀하를 위해 특정 약의 1 개월 분 미만 분량을 처방할 때는 “일 비용 분담율”이 적용될 수 있고 귀하는 분담금을 지불할 것이 요구됩니다. 일 비용 분담율은 분담금을 월 분량에서 일 수로 나눈 것입니다. 다음은 그 예입니다. 약 1 개월분의 분담금이 \$30 이고 귀하의 플랜에서 1 개월분이 30 일인 경우, 귀하의 “일 비용 분담율”은 일당 \$1 입니다. 이는 귀하가 처방약을 지을 때 각 날의 분량에 대해 \$1 를 지불함을 의미합니다.

본인 부담액 – 당사 플랜이 지불을 시작하기 전에 귀하가 의료 또는 처방약에 대해 지불해야 하는 금액.

탈퇴하기 또는 탈퇴 – 우리 플랜 멤버십을 끝내는 프로세스. 탈퇴는 자발적(본인의 선택) 또는 비자발적(본인의 선택 아님)일 수 있습니다.

조제 수수료 – 처방약을 짓는 비용을 지불하기 위해 보장 대상 약을 조제할 때마다 부과되는 수수료. 조제 수수료는 약사가 처방약을 조제하고 포장하는 시간 등의 비용을 포함합니다.

내구성 의료 장비(DME) – 의학적 이유로 귀하의 의사가 주문하는 특정 의료 장비. 내구성 의료 장비의 예로는 집에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 워커, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, IV 주입 펌프, 음성 발현 기기, 산소 장비, 분무기 또는 병원 베드가 있습니다.

제 12 장. 중요 단어의 정의

응급 – 응급이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 귀하에게 생명 상실, 사지 상실 또는 사지 기능 상실을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다.

응급 케어 – 1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 사람이 제공하며; 2) 응급 상태를 처치, 평가 또는 안정시키기 위해 필요한 보장 대상 서비스.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 – 귀하의 보장 범위, 우리의 의무, 플랜 회원으로서의 귀하의 권리 및 책임을 설명하는 본 문서와 귀하의 등록서 및 기타 첨부, 부속 문서 또는 기타 선택된 옵션 보장.

예외 – 승인되면 귀하가 플랜 스폰서의 처방집에 없는 약을 받을 수 있도록 하거나(처방집 예외) 또는 비선택 약을 더 낮은 비용 분담 레벨에서 받을 수 있도록 하는 일종의 보장 결정. 귀하는 플랜 귀하가 요청하고 있는 약을 스폰서가 받기 전에 다른 약을 시도할 것을 요구하거나 귀하가 요청하고 있는 약의 수량 또는 정량을 플랜이 제한하는 경우에도 예외를 요청할 수 있습니다(처방집 예외).

추가 도움 – 소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 본인 부담액 및 공동보험금 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하는 것을 돕기 위한 Medicare 프로그램.

복제약 – 상표약과 동일한 활성 성분을 함유하는 것으로 식약청(FDA)에 의해 승인된 처방약. 일반적으로, “일반약”은 상표약만큼 효과가 있으며 보통 가격은 저렴합니다.

고충 – 케어의 품질 관련 불만을 포함해 우리 또는 약국에 대해 제기하는 일종의 불만. 이런 유형의 불만에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다.

재가 보건 조수 – 재가 보건 조수는 개인적 케어(예: 목욕, 화장실 이용, 옷입기 또는 처방된 운동 수행)의 도움 같이 면허 간호사 또는 요법사의 기량을 필요로 하지 않는 서비스를 제공합니다. 재가 보건 조수는 간호 면허를 갖고 있지 않으며 요법을 제공하지 않습니다.

호스피스 – 잔여 수명이 6 개월 이하인 회원은 호스피스를 선택할 권리가 있습니다. 귀하의 플랜인 우리는 귀하 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 납부하면 여전히 우리 플랜의 회원입니다. 귀하는 의학적으로 필요한 모든 서비스뿐만 아니라 우리가 제공하는 보충 혜택도 여전히 받을 수 있습니다. 호스피스는 귀하의 상태를 위한 특별 치료를 제공할 것입니다.

병원 입원환자 체류 – 전문 의료 서비스를 위해 병원에 정식으로 입원했을 때의 병원 체류. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다.

제 12 장. 중요 단어의 정의

소득 관련 월 조정액(IRMAA) - 2 년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액과 소득 관련 월 조정액, 즉 IRMAA 을 납부할 것입니다. IRMAA 는 귀하의 보험료에 추가되는 추가 부과금입니다. Medicare 보유자의 5% 미만에 해당되므로 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 납부하지 않을 것입니다.

독립의사협회(IPA)- Clever Care 회원들에게 서비스를 제공하도록 하는 계약 하에 있는 독립된 의사 및 기타 의료 제공자 그룹.

초기 보장 한도 - 초기 보장 한도에 의거한 최대 보장 한도.

초기 보장 단계 - 이는 귀하가 지불한 금액과 해당 연도 동안 플랜이 귀하를 위해 지불한 금액을 포함하여 귀하의 총 약 비용이 \$4,430 에 도달하기 전의 단계입니다.

초기 등록 기간 - 처음으로 Medicare 자격이 있는 때, Medicare 파트 A 및 파트 B 에 가입할 수 있는 기간. 예컨대, 65 세가 될 때 Medicare 자격이 있는 경우, 귀하의 초기 등록 기간은 65 세가 되는 달의 3 개월 전에 시작되는 7 개월 기간으로서, 65 세가 되는 달이 포함되고 65 세가 되는 달 3 개월 후에 끝납니다.

보장 대상 의약품 목록(처방집 또는 “의약품 목록”) - 플랜이 보장하는 처방약의 목록. 이 목록 상의 약들은 본 플랜이 의사 및 약국들의 도움을 받아 선정합니다. 이 목록은 상표약과 복제약을 모두 포함합니다.

저소득 보조금(LIS) - “추가 도움”을 참조하십시오.

최대 본인 부담 금액 - 네트워크 내 보장 대상 서비스를 위해 역년 동안에 지불하는 최대 본인 부담 금액. 귀하의 Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 처방약을 위해 귀하가 지불하는 금액은 최대 본인 부담 금액에 계산되지 않습니다. 최대 본인 부담 금액에 대한 정보는 제 4 장, 섹션 1.2 를 참조하십시오.

Medicaid (또는 의료 지원) - 소득이 낮고 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 합동 프로그램. Medicaid 프로그램은 주별로 다르지만 귀하가 Medicare 와 Medicaid 모두의 자격이 있는 경우에는 대부분의 의료 비용이 보장됩니다. 귀하 주의 Medicaid 에 연락하는 방법에 대한 정보는 제 2 장, 섹션 6 을 참조하십시오.

의학적으로 인정된 지시 - 식약청에 의해 승인된 또는 특정 준거 서적에 의해 지원된 약의 사용. 의학적으로 인정되는 지시에 대한 자세한 설명은 제 5 장, 섹션 3 을 참조하십시오.

의학적인 필요성 - 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 관행 표준을 충족하는 서비스, 용품 또는 약.

제 12 장. 중요 단어의 정의

Medicare – 65 세 이상의 사람들, 65 세 미만의 일부 장애인 및 말기 신장병 (투석 또는 신장 이식이 요구되는 영구 신부전) 환자를 위한 연방 건강보험 프로그램. Medicare 보유자는 Original Medicare, PACE 플랜 또는 Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 보장을 받을 수 있습니다.

Medicare Advantage 오픈 등록 기간 – 각 연도에 Medicare Advantage 플랜 회원이 자신의 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 또는 Original Medicare 를 통한 보장을 취득할 수 있도록 정해진 기간. 이 기간에 Original Medicare 로 전환하기로 선택하는 경우, 그 때 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입할 수 있습니다. Medicare Advantage 오픈 등록 기간은 1 월 1 일 ~ 3 월 31 일이며 개인이 Medicare 에 대한 최초 자격을 얻은 후 3 개월 기간 동안도 해당됩니다.

Medicare Advantage (MA) 플랜 – 때때로 Medicare 파트 C 라고도 함. 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 귀하에게 제공하도록 Medicare 와 계약된 사기업이 제공하는 플랜. Medicare Advantage 플랜은 HMO, PPO, 사적 서비스 수수료 (PFFS) 플랜 또는 Medicare Medical Savings Account (MSA) 플랜일 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 등록하면 Medicare 서비스는 그 플랜을 통해 보장되며 비용이 Original Medicare 에 의거 지불되지 않습니다. 대부분의 경우에 Medicare Advantage 플랜들은 Medicare 파트 D (처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜들은 **처방약 보장 포함 Medicare Advantage 플랜**으로 불립니다. Medicare 파트 A 및 파트 B 를 가진 사람은 누구나 자기 지역에서 제공되는 Medicare Advantage 건강 보험에 가입할 자격이 있습니다.

Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램 – 보장 범위 격차 단계에 도달하였지만 아직 “추가 도움” 을 받고 있지 않은 파트 D 회원들에게 대부분의 보장 대상 파트 D 상표약에 대한 할인을 제공하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 특정 약 제조업체 사이의 계약에 근거합니다. 이 이유로 인해 전부가 아닌 대부분의 상표약이 할인됩니다.

Medicare 보장 서비스 – Medicare 파트 A 및 파트 B 에 의해 보장되는 서비스. 우리 플랜을 포함해 모든 Medicare 건강 보험은 Medicare 파트 A 및 파트 B 에 의해 보장되는 모든 서비스를 보장해야 합니다.

Medicare 건강 보험 – Medicare 건강 보험은 해당 플랜에 등록된 Medicare 보유자에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하도록 Medicare 와 계약된 사기업이 제공합니다. 이 용어는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 시범/파일롯 프로그램 및 노인을 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE)을 포함합니다.

Medicare 처방약 보장 (Medicare 파트 D) – Medicare 파트 A 또는 파트 B 가 보장하지 않는 외래환자 처방약, 백신, 생물학적 제제 및 일부 용품의 비용 지불을 돕는 보험.

제 12 장. 중요 단어의 정의

“Medigap” 보험 (Medicare 보충 보험) – Original Medicare에서의 “갭”을 메우기 위해 사립 보험회사들이 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 보험은 Original Medicare와 함께만 기능합니다. (Medicare Advantage 플랜이 Medigap 보험은 아닙니다.)

회원 (우리 플랜의 회원, 또는 “플랜의 회원”) – 보장 대상 서비스를 받을 자격이 있고, 우리 플랜에 등록하였으며, 그 등록이 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)에 의해 확인된 Medicare 보유자.

네트워크 약국 – 네트워크 약국이란 당사 플랜 회원들이 처방약 혜택을 받을 수 있는 약국입니다. 이들을 “네트워크 약국”이라고 부르는 이유는 그들이 우리 플랜과 계약하였기 때문입니다. 대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 당사 네트워크 약국 중 하나에서 지어지는 경우에만 보장됩니다.

네트워크 제공자 – “제공자”는 Medicare 및 주 정부에 의해 의료 서비스를 제공하도록 면허 또는 인증된 의사, 다른 의료 전문가, 병원 및 기타 보건 시설입니다. 그들이 비용 전액으로 우리 지급금을 수락하고 일부 경우에는 우리 플랜 회원들에게 서비스를 조율 및 제공하도록 하는 계약을 갖고 있을 때 우리는 그들을 “네트워크 제공자”라고 합니다. 우리 플랜은 제공자와의 계약에 근거해 또는 제공자가 당 플랜 보장 서비스를 귀하에게 제공하기로 계약한 경우에 네트워크 제공자에게 지불합니다. 네트워크 제공자를 또한 “플랜 제공자”라고도 할 수 있습니다.

기관 판정 – Medicare Advantage 플랜은 품목 또는 서비스가 보장 대상인지 또는 귀하가 보장 대상 품목 또는 서비스를 위해 얼마나 지불해야 하는지에 대한 결정을 내릴 때 기관 판정을 하였습니다. 기관 판정을 이 브로셔에서는 “보장 결정”이라고 합니다. 보장 결정을 우리에게 요청하는 방법은 제 9 장에 설명되어 있습니다.

Original Medicare (“전통적 Medicare” 또는 “서비스당 수수료” Medicare) – Original Medicare 는 정부가 제공하며, Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜 같이 사설 건강 보험이 아닙니다. Original Medicare 에 의거, Medicare 서비스는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에게 의회가 정한 지불액을 지불함으로써 보장됩니다. 여러분은 Medicare 를 수락하는 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자를 볼 수 있습니다. 귀하는 본인 부담액을 지불해야 합니다. Medicare 는 Medicare 승인 금액 중 자기 몫을 지불하고 귀하는 귀하 몫을 지불합니다. Original Medicare 에는 두 파트가 있습니다. 파트 A (병원 보험) 및 파트 B (의료 보험). 미국 어디서나 이용 가능합니다.

네트워크 외 약국 – 당사 플랜 회원들에게 보장 대상 약을 조율 또는 제공하기 위한 계약을 당사 플랜과 맺지 않은 약국. 본 보장 범위 증명서에서 설명한 바와 같이 귀하가 네트워크 외 약국에서 받는 대부분의 약은 특정 조건이 적용되지 않는 한 당사 플랜이 보장하지 않습니다.

제 12 장. 중요 단어의 정의

네트워크 외 제공자 또는 네트워크 외 시설 – 우리 플랜 회원들에게 보장 대상 약을 조울 또는 제공하도록 우리가 계약을 맺지 않은 제공자 또는 시설. 네트워크 외 제공자는 우리 플랜이 고용, 소유 또는 운영하지 않는 또는 계약 하에서 귀하에게 보장 대상 서비스를 제공하지 않는 제공자입니다. 네트워크 외 제공자 또는 시설의 사용은 이 브로셔의 제 3 장에 설명되어 있습니다.

본인 부담 비용 – 위의 “비용 분담” 정의 참조. 받은 서비스 또는 약의 비용 일부를 지불해야 하는 회원의 비용 분담 요건을 회원의 “본인 부담” 비용 요건이라고도 합니다.

PACE 플랜 – PACE (노인을 위한 포괄적 케어 프로그램) 플랜은 노약자들이 필요로 하는 고급 케어를 받으면서 자신의 커뮤니티에서 가능한 한 오래 독립과 생활을 유지하도록 돕기 위해 의료, 사회적 및 장기 케어 (LTC) 서비스를 통합합니다. PACE 플랜에 등록한 사람들은 이 플랜을 통해 자신의 Medicare 및 Medicaid 혜택을 받습니다.

파트 C – “Medicare Advantage (MA) 플랜” 참조.

파트 D – 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램. (지칭하기 쉽도록 우리는 처방약 혜택 프로그램을 파트 D 로 지칭할 것입니다.)

파트 D 약 – 파트 D 에 의거 보장될 수 있는 약. 당사는 모든 파트 D 약을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. (특정 보장 대상 의약품 목록은 귀하의 처방집을 참조하십시오.) 특정 카테고리의 약은 의회에 의해 파트 D 약으로서 보장되는 범위에서 특별히 제외되었습니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금 – 귀하가 파트 D 플랜 가입의 최초 자격 후 63 일 이상의 연속 기간 동안 신뢰할 만한 보장(평균적으로 적어도 표준 Medicare 처방약 보장만큼 많이 지불할 것이 기대되는 보장) 없이 지내는 경우에 Medicare 약 보장을 위한 귀하의 월 보험료에 추가되는 금액. 귀하는 Medicare 약 플랜을 갖고 있는 동안에 이 더 높은 금액을 지불합니다. 일부 예외가 있습니다. 예컨대, 처방약 지불을 위해 Medicare 로부터 “추가 도움”을 받는 경우에는 지연 등록 벌칙금을 납부하지 않을 것입니다.

선호 제공자 기관(PPO) 플랜 – 선호 제공자 기관 플랜은 지정된 지불 금액을 받고 플랜 회원들을 치료하기로 합의한 청부 제공자 네트워크를 가진 Medicare Advantage 플랜입니다. PPO 플랜은 네트워크 내 또는 네트워크 외 제공자로부터 받는 모든 플랜 혜택을 보장해야 합니다. 회원 비용 분담액은 일반적으로 플랜 혜택을 네트워크 외 제공자로부터 받을 때 더 높을 것입니다. PPO 플랜은 네트워크 내 (선호) 제공자로부터 받는 서비스의 경우 귀하의 본인 부담 비용에 연 한도와 네트워크 내 (선호) 및 네트워크 외 (비선호) 제공자로부터 받는 서비스의 경우 귀하의 통합 본인 부담 비용에 더 높은 한도를 부과합니다.

제 12 장. 중요 단어의 정의

보험료 – 의료 또는 처방약 보장을 위해 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험 회사에 납부하는 정기 납부금.

주치의(PCP) – 주치의는 대부분의 건강 문제를 위해 귀하가 먼저 찾는 의사 또는 기타 제공자입니다. 주치의는 귀하가 건강을 유지하기 위해 필요한 케어를 받도록 보장합니다. 주치의는 또한 귀하의 케어에 대해 다른 의사 또는 의료 제공자들과 상의하여 귀하를 그들에게 위탁할 수도 있습니다. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 귀하는 다른 의료 제공자를 찾아가기 전에 주치의를 먼저 만나야 합니다. 주치의에 대한 정보는 제 3 장, 섹션 2.1 을 참조하십시오.

사전 승인 – 서비스 또는 당사 처방집에 없을 수 있는 특정 약을 받기 위한 사전 승인. 일부 네트워크 내 의료 서비스는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 우리 플랜으로부터 “사전 승인”을 받는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 제 4 장의 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 일부 약은 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 우리 플랜으로부터 “사전 승인”을 받는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 약이 처방집에 표시되어 있습니다.

보철물 및 보장구 – 이들은 귀하의 의사 또는 기타 의료 제공자가 지시한 의료 기기입니다. 보장 대상 품목으로는 팔, 허리 및 목 브레이스; 인공 사지; 인공 눈; 장루 용품과 장관 및 비경구 영양 요법을 포함하여 내부 신체 부분 또는 기능을 대체하기 위해 필요한 기기 등이 있습니다.

품질 개선 기관(QIO) – Medicare 환자에게 제공되는 케어를 체크하고 개선하기 위해 연방 정부가 그 비용을 지급하는 개업 의사와 기타 보건 전문가 그룹. 귀하 주의 QIO 에 연락하는 방법에 대한 정보는 제 2 장, 섹션 4 를 참조하십시오.

수량 한도 – 품질, 안전 또는 활용도 이유를 위해 선택된 약의 사용을 제한하기 위해 고안된 관리 도구. 한도는 우리가 처방당 보장하는 약의 양 또는 지정된 기간에 대한 것일 수 있습니다.

재활 서비스 – 아려한 서비스로는 물리 요법, 말하기 및 언어 요법 그리고 직업 요법 등이 있습니다.

서비스 지역 – 사람의 거주 장소에 근거해 멤버십을 제한하는 경우 건강 보험이 회원을 수락하는 지리적 지역. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 또한 그것은 일반적으로 귀하가 통상적(비용급) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 당 플랜은 귀하가 플랜의 서비스 지역 바깥으로 영구 이사하는 경우 귀하를 탈퇴시킬 수 있습니다.

전문 요양 시설(SNF) 케어 – 전문 요양 시설에서 지속적으로, 매일 제공되는 전문 간호 및 재활 서비스. 전문 요양 시설 케어의 예로는 등록된 간호사 또는 의사만 제공할 수 있는 물리 요법 또는 정맥 주사가 있습니다.

제 12 장. 중요 단어의 정의

특별 등록 기간 – 회원들이 자신의 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare 로 복귀할 수 있는 정해진 시간. 귀하가 특별 등록 기간의 자격이 있을 수 있는 상황들: 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 처방약 비용 관련 “추가 도움”을 받는 경우, 요양원에 입주하는 경우, 또는 당사가 귀하와의 계약을 위반하는 경우.

특수 요구 플랜 – Medicare 와 Medicaid 를 모두 가진 사람, 요양원에 거주하는 사람, 또는 특정 만성 질환자 같은 특정 그룹의 사람들을 위한 집중 의료를 제공하는 특별 유형의 Medicare Advantage 플랜.

단계별 요법 – 귀하의 의사가 초기에 처방했을 수 있는 약을 우리가 보장하기 전에 귀하의 질병을 치료하기 위해 다른 약을 먼저 시도할 것을 귀하에게 요구하는 활용 도구.

생활 보조금(SSI) – 장애인, 맹인 또는 65 세 이상자로서 소득과 자원이 제한된 사람들에게 사회보장국이 지급하는 월 급여. SSI 급여는 사회보장 급여와 같지 않습니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 긴급하게 필요한 서비스는 즉각적인 의학적 진료가 요구되는 비응급, 예기치 못한 의학적 질병, 부상 또는 상태를 치료하기 위해 제공됩니다. 긴급하게 필요한 서비스는 네트워크 내 서비스 제공자가 또는 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 활용할 수 없을 때는 네트워크 외 서비스 제공자가 제공할 수 있습니다.

Clever Care Health Plan 고객센터시스템

방법	고객서비스팀 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 우리는 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
우편	Clever Care Health Plan 660 W Huntington Drive Suite 200 Arcadia, CA 91007
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) (캘리포니아 SHIP)

HICAP 은 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다.

방법	HICAP (캘리포니아 SHIP)
전화	(800) 434-0222
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

PRA 공개 설명 1995 년 서류간소화법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 제시되지 않는 한 누구도 정보 수집에 대응할 것이 요구되지 않습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051 입니다. 본 양식의 개선을 위한 코멘트나 제안이 있는 경우 편지할 곳: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.