



2026년 1월 1일 – 12월 31일

2026 보장 범위 증명서(EOC):

Clever Care Total+(HMO C-SNP) 회원으로서의 귀하의 Medicare 의료 혜택 및 서비스와 약 보장 범위

이 문서는 2026년 1월 1일~12월 31일 사이 귀하의 Medicare 의료 및 약 보장 범위에 대한 세부 정보를 제공합니다. 이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.

이 문서는 귀하의 혜택과 권리를 설명합니다. 이 문서를 통해 다음을 알 수 있습니다.

- 플랜 보험료 및 비용 부담액
- 의료 혜택 및 처방약 혜택
- 서비스나 치료에 만족하지 못하는 경우 불만을 제기하는 방법
- 문의 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호 조치

이 문서에 대한 질문이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 시간은 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일입니다. 이 통화는 무료입니다.

이 플랜 Clever Care Total+은(는) Clever Care Health Plan, Inc.이(가) 제공합니다. (본 보장 범위 증명서에 “당사가”, “당사를” 또는 “당사의”라고 명시되어 있는 경우 이는 Clever Care Health Plan, Inc.을(를) 의미합니다. “플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 말하면 Clever Care Total+을(를) 의미합니다.)

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

또한 필요한 경우 큰 활자, 오디오 또는 기타 대체 형식을 포함한 다른 형식으로도 제공될 수 있습니다. 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요한 경우 상기 번호로 회원서비스부에 전화하십시오.

혜택, 본인부담 공제액 및/또는 코페이먼트/코인슈어스는 2027년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 귀하는 최소 30일 전에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 모든 변경사항에 대해 통지를 받게 됩니다.

H7607_26_CM1319_C 10302025

목차

제 1 장: 회원으로서 시작하기.....	4
섹션 1 귀하는 Clever Care Total+의 회원입니다.....	4
섹션 2 플랜 자격 요건.....	5
섹션 3 중요한 회원 자료	6
섹션 4 Clever Care Total+의 월별 비용.....	7
섹션 5 플랜 월 보험료에 대한 추가 정보.....	12
섹션 6 플랜을 멤버십 기록최신 상태로 유지.....	13
섹션 7 다른 보험이 저희 플랜과 어떻게 협력합니까?.....	14
제 2 장: 중요 전화번호 및 리소스.....	16
섹션 1 Clever Care Total+ 연락처	16
섹션 2 Medicare로부터 도움 받기.....	20
섹션 3 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)	21
섹션 4 품질 개선 기관	22
섹션 5 사회보장국.....	23
섹션 6 Medicaid	23
섹션 7 처방약 지불을 돕는 프로그램.....	24
섹션 8 철도 퇴직 위원회(RRB).....	27
섹션 9 고용주의 단체 보험 또는 기타 건강보험을 갖고 있는 경우.....	27
제 3 장: 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기.....	29
섹션 1 저희 플랜의 회원으로서 의료 서비스를 받는 방법.....	29
섹션 2 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기.....	30
섹션 3 응급 상황, 재난 상황 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때 서비스를 받는 방법.....	34
섹션 4 보장 대상 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면 어떻게 하나요?...36	
섹션 5 임상 연구에서의 의료 서비스.....	36
섹션 6 종교적 비의학적 보건 기관에서 진료를 받기 위한 규칙.....	38
섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙.....	38
제 4 장: 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목).....	40
섹션 1 보장 대상 서비스에 대한 본인 부담 비용 이해하기.....	40
섹션 2 의료 혜택 차트는 귀하의 의료 혜택 및 비용을 보여줍니다.....	42
섹션 3 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스(제외).....	89
제 5 장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용.....	92
섹션 1 플랜의 파트 D 약 보장을 위한 기본 규칙.....	92
섹션 2 네트워크 약국에서 처방약을 조제하십시오 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제.....	92
섹션 3 귀하의 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 등재되어 있어야 합니다.....	95
섹션 4 보장에 제한이 있는 약품.....	97

섹션 5	귀하의 약 중 하나가 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 귀하가 할 수 있는 일.....	98
섹션 6	의약품 목록은 연도 중에 변경될 수 있습니다.....	100
섹션 7	저희가 보장하지 않는 유형의 약.....	102
섹션 8	처방약 조제 방법.....	103
섹션 9	특별한 상황에서의 파트 D 약 보장.....	103
섹션 10	약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램.....	105
제 6 장:파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액.....	107	
섹션 1	파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액.....	107
섹션 2	Clever Care Total+ 회원에 대한 약 지불 단계.....	109
섹션 3	귀하의 <i>파트 D 혜택 설명서(EOB)</i> 는 귀하가 어느 지불 단계에 있 는지 설명합니다.....	109
섹션 4	본인부담 공제액 단계.....	110
섹션 5	초기 보장 단계.....	111
섹션 6	재난 보장 단계.....	114
섹션 7	파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액.....	115
제 7 장:보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하 도록 저희에게 요구하기.....	117	
섹션 1	보장 대상 서비스 또는 약의 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구 해야 하는 상황.....	117
섹션 2	상황을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 저희에게 요구하는 방법.....	119
섹션 3	저희는 귀하의 지불 요청을 고려한 다음 이를 승낙 또는 거절합니다...	119
제 8 장:귀하의 권리와 책임.....	121	
섹션 1	저희 플랜은 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다.....	121
섹션 2	저희 플랜의 회원으로서의 귀하의 책임.....	134
제 9 장:문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우.....	136	
섹션 1	문제 또는 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 할까요?.....	136
섹션 2	더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳	136
섹션 3	문제에 사용할 프로세스.....	137
섹션 4	보장 결정 및 이의제기 안내.....	137
섹션 5	의료 서비스: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법.....	140
섹션 6	파트 D 약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법.....	147
섹션 7	귀하가 너무 일찍 퇴원한다고 생각하는 경우에 더 장기 병원 입원 체류를 보장할 것을 저희에게 요청하는 방법.....	156
섹션 8	귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 특정 의료 서 비스 보장을 유지하도록 저희에게 요구하는 방법.....	160
섹션 9	이의제기를 레벨 3, 4, 5로 가져가기.....	163
섹션 10	케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법.....	166
제 10 장:플랜 멤버십 종료.....	169	

섹션 1	저희 플랜 멤버십 종료.....	169
섹션 2	언제 저희 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까?.....	169
섹션 3	저희 플랜 멤버십을 종료하는 방법.....	171
섹션 4	멤버십이 종료될 때까지 귀하는 의료 품목, 서비스 및 약을 계속해 서 저희 플랜을 통해 받으셔야 합니다.....	172
섹션 5	Clever Care Total+는 특정 상황의 경우 저희 플랜 멤버십을 종료시 켜야 합니다.....	172
제 11 장:법적 고지.....		174
섹션 1	준거법에 대한 고지.....	174
섹션 2	차별 금지에 대한 고지.....	174
섹션 3	Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지	174
섹션 4	초과 지불 회수	174
섹션 5	사기, 낭비 및 남용 신고.....	175
섹션 6	중요한 건강 정보를 조정하는 데 도움이 되는 Manifest MedEx에 대한 고지.....	176
제 12 장:정의.....		177

제1장: 회원으로서 시작하기

섹션 1 귀하는 Clever Care Total+의 회원입니다

섹션 1.1 귀하는 특수 Medicare Advantage Plan(Special Needs Plan)인 Clever Care Total+에 등록되어 있습니다

귀하는 Medicare에 의해 보장되며, 귀하는 Medicare 의료 서비스와 약 보장을 Clever Care Total+을(를) 통해 받기로 선택하셨습니다.

Clever Care Total+은(는) Medicare에서 승인하고 민간 회사에서 운영하는 Medicare Advantage HMO Plan(HMO는 Health Maintenance Organization을 의미함)입니다.

Clever Care Total+은(는) 특수 Medicare Advantage Plan(Medicare Special Needs Plan)입니다. 즉, 그 혜택이 특별 의료 서비스가 필요한 사람들을 위해 설계되었음을 의미합니다. Clever Care Total+는(은) 심혈관 장애, 만성 심부전 또는 당뇨병이(가) 있는 사람들을 특별히 돕는 추가 의료 혜택을 제공하도록 설계되었습니다.

저희 플랜에는 심혈관 장애, 만성 심부전 또는 당뇨병 치료를 전문으로 하는 서비스 제공자가 포함되어 있습니다. 여기에는 이 질환들(를) 가진 환자의 특별한 요구 사항을 충족하도록 설계된 건강 프로그램도 포함됩니다. 또한 저희 플랜은 심혈관 장애, 만성 심부전 또는 당뇨병 치료에 일반적으로 사용되는 약을 비롯하여 대부분의 질환 치료에 필요한 처방약을 보장합니다. 플랜의 회원으로서 귀하는 본인의 특정 질병에 맞는 혜택은 물론 저희 플랜을 통해 귀하에게 제공되는 모든 치료도 받을 수 있습니다.

섹션 1.2 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

이 **보장 범위 증명서**는 Clever Care Total+이 귀하의 케어를 어떻게 보장하는지에 대한 당사와 귀하와의 계약에 속합니다. 이 계약서의 다른 부분들로는 귀하의 등록 양식, **보장 대상 의약품 목록(처방집)** 및 귀하의 보장 범위 또는 그러한 보장 범위에 영향을 미치는 조건의 변경에 대해 귀하가 저희에게서 받는 고지 등이 있습니다. 이러한 고지는 때때로 특약 또는 개정본으로 불립니다.

계약은 귀하가 Clever Care Total+에 등록된 2026년 1월 1일~2026년 12월 31일 사이의 달 동안에 유효합니다.

Medicare는 각 연도에 당사가 제공하는 플랜에 대해 저희가 변경하는 것을 허용합니다. 이는 2026년 12월 31일 이후에는 당사가 Clever Care Total+의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한 저희는 2026년 12월 31일 이후에 귀하의 서비스 지역에서 플랜 제공을 중단하기로 선택할 수도 있습니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

Medicare(Centers for Medicare & Medicaid Services)가 매년 Clever Care Total+을(를) 승인해야 합니다. 귀하는 당사가 당사의 플랜을 계속 제공하기로 선택하고 Medicare가 플랜 승인을 갱신하는 한 저희 플랜의 회원으로서 Medicare 보장을 계속 받을 수 있습니다.

섹션 2 플랜 자격 요건**섹션 2.1 자격 요건**

귀하는 다음 조건을 충족하는 한 저희 플랜의 회원이 될 수 있는 자격이 있습니다.

- 귀하가 Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B에 모두 등록한 상태일 것.
- 귀하가 당사의 지리적 서비스 지역에 거주하고 있을 것(섹션 2.2에 설명됨). 수감된 개인은 지리적 서비스 지역에 물리적으로 위치해 있더라도 해당 지역의 거주자로 간주되지 않습니다.
- 귀하가 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있을 것.
- 귀하가 아래에 규정된 특별 자격 요건을 충족합니다.

당사 플랜의 특별 자격 요건

당사 플랜은 특정 질환을 가진 사람들의 특별한 필요를 충족하도록 설계되었습니다. 당사 플랜에 가입할 자격이 있으려면, 귀하는 반드시 심혈관 장애, 만성 심부전 또는 당뇨병을 앓고 있어야 합니다.

참고: 귀하가 저희 플랜에 대한 자격을 상실했지만 2개월 이내에 자격을 회복할 것으로 합리적으로 예상되는 경우, 여전히 회원 자격이 유지됩니다. 제4장 섹션 2에 자격 계속 간주 기간 동안의 보장 및 비용 분담에 대해 나와 있습니다.

섹션 2.2 Clever Care Total+에 대한 플랜 서비스 지역

Clever Care Total+은(는) 플랜 서비스 지역에 거주하는 사람들만 이용할 수 있습니다. 저희 플랜의 회원으로 남으려면, 귀하는 서비스 지역에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 기술되어 있습니다 아래.

당사의 서비스 지역에는 캘리포니아의 Los Angeles, Orange, San Bernardino, Riverside 및 San Diego 카운티들이 포함됩니다.

저희 플랜 서비스 지역의 바깥으로 이사하시면 이 플랜의 회원으로 남을 수 없습니다. 새 지역에 플랜이 있는지 확인하려면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 이사하는 경우, 특별 등록 기간을 통해 Original Medicare로 전환하거나 귀하의 새로운 지역에서 이용 가능한 Medicare 헬스 플랜 또는 약 플랜에 등록하실 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소가 변경되었을 때 사회보장국에 전화하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 사회보장국에 전화하십시오.

섹션 2.3 미국 시민권자 또는 합법적 거주자

Medicare 헬스 플랜의 회원이 되려면 미국 시민권자이거나 미국의 합법적 거주자여야 합니다. Medicare(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 귀하가 이를 근거로 저희 플랜

제1장: 회원으로서 시작하기

의 회원 자격을 유지할 수 없는 경우 Clever Care Total+이를 통지할 것입니다. 귀하가 이 요건을 충족하지 못하는 경우 Clever Care Total+은(는) 귀하를 탈퇴시켜야 합니다.

섹션 3 중요한 회원 자료**섹션 3.1 플랜 멤버십 카드**

당사의 플랜에 의해 보장되는 서비스 및 네트워크 내 약국에서 받는 처방약을 받을 때에는 항상 귀하의 멤버십 카드를 사용하셔야 합니다. 또한 가지고 계신 경우, 귀하의 Medicaid 카드도 서비스 제공자에게 제시하셔야 합니다. 샘플 플랜 멤버십 카드:

 Clever Care HEALTH PLAN		Clever Care Total+ (HMO C-SNP) EFFECTIVE DATE: 01/01/26 PCP EFFECTIVE DATE: 01/01/26			
MEMBER NAME John A. Smith MEMBER ID 000-000-0000 Health Plan (80840)		COPAYMENTS (\$0 if Full Medi-Cal) PCP VISIT: \$0 SPECIALIST VISIT: \$0 URGENT CARE: \$25 ER: \$95			
PCP NAME Brandon Lee MD (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Medical Partners		 RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX25AZ H7607 016			
IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344 PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066 </td> <td style="vertical-align: top;"> HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA </td> </tr> </table>				MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344 PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066	HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA
MEMBER SERVICES (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com Telehealth: (800) 835-2362 PPO Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: NationsHearing (866) 304-7577 Vision: (855) 492-9028 Transportation: CareCar (844) 743-4344 PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (866) 693-4620 CVS Caremark Medicare Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066	HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (888) 888-8888 PRIOR AUTHORIZATION (800) 800-8080 PROFESSIONAL CLAIMS NOBLE AMA IPA 1234 Main St, Suite 100 Small Town, CA 90210 INSTITUTIONAL CLAIMS Prospect Health 456 Elm Dr, Suite 200 Big Town, CA				
Printed: 01/01/26					

귀하가 본 플랜의 회원인 동안, 귀하의 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드는 보장 대상 의료 서비스에 사용하지 마십시오. Clever Care Total+ 멤버십 카드 대신에 Medicare 카드를 사용하는 경우, 귀하는 의료 서비스 비용 전액을 본인이 지불해야 할 수도 있습니다. 귀하의 Medicare 카드를 안전한 곳에 보관하십시오. 귀하가 병원 서비스, 호스피스 서비스를 필요로 하거나 Medicare가 승인한 임상 연구(임상 시험이라고도 함)에 참여하실 경우 그 카드를 제시하도록 요구될 수 있습니다.

플랜 멤버십 카드가 손상, 분실 또는 도난 당한 경우 즉시 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하시면 새로운 카드를 보내드릴 것입니다.

섹션 3.2 의료 서비스 제공자 디렉터리

서비스 제공자 디렉터리(ko.clevercarehealthplan.com/provider)에는 현재 당사 네트워크에 속한 서비스 제공자들이 열거되어 있습니다. 및 내구성 의료 장비 공급업체. 네트워크 서비스 제공자란 지불 전액으로서 당사의 지불 및 플랜 비용 분담액을 수락하기로 당사와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 내구성 의료 장비 공급자, 병원 및 기타 의료 시설을 말합니다.

의료 및 서비스를 받으실 때는 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해야 합니다. 적절한 승인 없이 다른 서비스 제공자를 이용하는 경우 전액을 지불해야 합니다. 예외가 인정되는 것은 응급 상황, 네트워크를 이용할 수 없을 때(즉, 네트워크 내에서는 서비스를 받는 것이 여의치 않거나 불가능한 상황에서) 긴급히 필요한 서비스, 지역 외 투석 서비스, Clever Care Total+이(가) 네트워크 외 서비스 제공자의 이용을 승인한 경우뿐입니다.

서비스 제공자 및 공급자 또한 ko.clevercarehealthplan.com/provider에 있는 당사 웹사이트에서 구할 수 있습니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

서비스 제공자 디렉터리가 없는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711) 번으로 전화하여 사본(전자 또는 서면 형태)을 요청할 수 있습니다. 요청된 서면 서비스 제공자 디렉터리는 3영업일 이내에 우편으로 발송됩니다.

섹션 3.3 약국 디렉터리

약국 디렉터리 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy에는 네트워크 내 약국이 열거되어 있습니다. 네트워크 내 약국은 저희 플랜 회원을 위해 보장 대상 처방약을 짓기로 합의한 약국입니다. 약국 디렉터리에서 이용하기 원하는 네트워크 내 약국을 찾아볼 수 있습니다. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우에 대한 정보는 제5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.

약국 디렉터리가 없는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 사본을 요청할 수 있습니다. ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy에 있는 당사 웹사이트에서도 이 정보를 찾을 수 있습니다.

섹션 3.4 의약품 목록(처방집)

저희 플랜에는 보장 의약품 목록(의약품 목록 또는 처방집이라고도 함)이 있습니다. 이는 어느 처방약이 Clever Care Total+에 포함된 파트 D 혜택에 의거하여 보장되는지에 대해 설명합니다. 이 목록상의 약들은 저희 플랜이 의사 및 약국들의 도움을 받아 선정합니다. 이 의약품 목록은 Medicare 요건을 충족해야 합니다. Medicare 약 가격 협상 프로그램에 따라 협상된 가격이 있는 약은 제5장, 섹션 6에 설명된 대로 삭제 및 교체되지 않는 한 의약품 목록에 포함됩니다. Medicare는 Clever Care Total+ 의약품 목록을 승인했습니다.

또한 의약품 목록은 약에 대한 보장을 제한하는 규칙이 있는지도 말해줍니다.

저희는 귀하에게 의약품 목록 1부를 제공할 것입니다. 보장되는 약에 대한 가장 완전한 최신 정보를 얻으려면 ko.clevercarehealthplan.com/druglist을(를) 방문하거나 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

섹션 4 Clever Care Total+의 월별 비용

비용	2026(내년)
플랜 월 보험료*	\$0
* 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높거나 더 낮을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 4.1을 참조하십시오.	
본인부담 공제액	\$0
	그러나, 본 플랜에는 일부 병원 및 의료 서비스와 파트 D 처방 약에 대한 본인부담 공제액이 있습니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

비용	2026(내년)
가입자 부담 최대 한도액 이는 보장 서비스를 위해 본인이 부담할 최대 액수입니다. (자세한 내용은 섹션 1을 참조하십시오.)	\$9,250
일차 진료실 방문	방문당 \$0
전문의 진료실 방문	방문당 \$0
병원 입원	본인부담 공제액: \$1,736 혜택 기간당 1~60일차 및 91일차 이상 일당 \$0; 61~90일차 일당 \$434.
파트 D 약 보장 본인부담 공제액 (자세한 내용은 섹션 4를 참조하십시오.)	본인부담 공제액: \$615 보장 인슐린 제품 및 대부분의 성인 파트 D 백신은 예외입니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

비용	2026(내년)
파트 D 약 보장 (연간 본인부담 공제액, 초기 보장 및 재난 보장 단계를 포함한 자세한 내용은 제6장을 참조하십시오.)	초기 보장 단계 동안의 코페이먼트/코인슈런스: - 계층 1 약: \$0 - 계층 2 약: 10% - 계층 3 약: 25% 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35 을(를) 지불합니다. - 계층 4 약: 25% 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35 을(를) 지불합니다. - 계층 5 약: 25% 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35 을(를) 지불합니다. - 계층 6 약: \$0 재난적 보장 단계: 이 지불 단계에서 귀하는 귀하의 보장 파트 D 약과 저희의 높아진 혜택에 따라 보장되는 제외된 약에 대한 비용을 전혀 지불하지 않습니다.

귀하가 지불할 비용에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 플랜 보험료(섹션 4.1)
- 월별 Medicare 파트 B 보험료(섹션 4.2)
- 파트 D 지연 등록 벌칙금(섹션 4.3)
- 소득 관련 월 조정액(섹션 4.4)
- Medicare 처방약 지불 플랜 금액(섹션 4.5)

섹션 4.1 플랜 보험료

귀하가 Clever Care Total+에 대한 별도의 플랜 월 보험료를 납부하지는 않습니다.

0/0/이러한 프로그램 중 하나의 도움을 받고 있는 경우, 본 **보장 범위 증명서**의 보험료 관련 정보가 가능함 귀하에게 적용되지 않습니다. 당사 처방약을 위한 “Extra Help(추가 도움)”를 받는 사람을 위한 보장 범위 증명서 특약(저소득 보조금 특약 즉 LIS 특약이라고도

제1장: 회원으로서 시작하기

함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내드렸으니, 귀하의 약 보장에 대해서는 이를 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자 711) 번으로 전화하여 LIS 특약을 요청하십시오.

섹션 4.2 월별 Medicare 파트 B 보험료

많은 회원들은 다른 Medicare 보험료를 납부해야 합니다

플랜 회원 자격을 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 납부해야 합니다. 여기에는 파트 B에 대한 보험료가 포함됩니다. 무료 파트 A를 받을 자격이 없는 경우, 파트 A에 대한 보험료도 납부해야 할 수 있습니다.

섹션 4.3 파트 D 지연 등록 벌칙금

일부 회원에게는 파트 D 지연 등록 벌칙금이 부과됩니다. 파트 D 지연 벌칙금은 최초 등록 기간이 경과한 후 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 약 보장이 없이 연속 63일 이상 경과한 경우 파트 D 보장을 위해 납부해야 하는 추가 보험료입니다. 신뢰할 만한 약 보장이란 평균적으로 적어도 Medicare의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해 줄 것으로 예상되므로 Medicare의 최소 기준을 충족하는 보장을 말합니다. 지연 등록 벌칙금 액수는 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 약 보장 없이 귀하가 얼마나 오랫동안 지냈느냐에 달려 있습니다. 파트 D 보장을 받는 한 이 벌칙금을 납부해야 합니다.

귀하가 Clever Care Total+에 처음 등록할 때 당사에서 벌칙금 금액을 알려드립니다. 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부하지 않으면 처방약 혜택을 상실할 수 있습니다.

다음과 같은 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부하지 않아도 됩니다.

- 약 비용 지불 보조를 위해 Medicare로부터 Extra Help(추가 도움)를 받는 경우.
- 신뢰할 만한 보장 없이 연속으로 지나간 기간이 63일 미만인 경우.
- 다른 출처(예: 이전 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 재향군인 건강 관리국(VA))를 통해 신뢰할 만한 약 보장을 받고 있었던 경우. 귀하의 보험사 또는 인사부는 귀하의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지 매년 알려드릴 것입니다. 이 정보는 서신으로 귀하에게 발송되거나 해당 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 귀하가 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 이 정보가 필요할 수 있으므로 잘 보관하십시오.
 - **참고:** 서신 또는 고지에는 귀하가 Medicare의 표준 약 플랜이 지불하는 것만큼 많이 지불할 것이 예상되는 신뢰할 만한 처방약 보장을 가졌음이 언급되어 있어야 합니다.
 - **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 아닙니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금의 액수는 Medicare가 결정합니다. 결정 방법:

- 귀하가 처음으로 파트 D에 등록할 자격을 갖춘 이후 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 63일 이상을 지낸 경우, 저희 플랜은 귀하가 보장을 유지하지 않은 전체 개월 수를 계산합니다. 벌칙금은 신뢰할 만한 보장이 없었던 매월에 대해 1%입니다. 예컨대, 보장 없이 14개월을 지낸 경우, 벌칙금 비율은 14%입니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

- 그런 다음 Medicare가 전년도로부터 전국의 Medicare 약 플랜을 위한 평균 플랜 월 보험료(국가기본수혜자보험료) 액수를 결정합니다. 2026년의 경우, 이 평균 보험료 금액은 \$32.74입니다.
- 귀하의 월 벌칙금을 계산하려면 벌칙금 퍼센트에 국가기본수혜자보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10센트로 반올림합니다. 여기 예에서, 14%에 \$32.74를 곱하면 \$4.58가 됩니다. 이것을 반올림하면 \$4.60가 됩니다. 이 액수는 **파트 D 지연 등록 벌칙금 대상자의 플랜 월 보험료에** 추가하여 부과됩니다.

월 파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 알아야 할 세 가지 중요 사항:

- **벌칙금은 매년 변경될 수 있습니다.** 이는 국가 기본 수혜자 보험료가 매년 변경될 수 있기 때문입니다.
- 귀하가 플랜을 변경하는 경우에도 Medicare 파트 D 약 혜택이 있는 플랜에 등록되어 있는 한 매월 **벌칙금을 계속 납부해야 합니다.**
- 귀하가 65세 미만이고 현재 Medicare에 가입되어 있는 경우, 파트 D 지연 등록 벌칙금은 귀하가 65세가 되실 때 재설정될 것입니다. 65세 이후 파트 D 지연 등록 벌칙금은 Medicare 연령을 위한 귀하의 최초 등록 기간 후 보장을 갖지 않은 개월 수만을 토대로 결정됩니다.

귀하가 파트 D 지연 등록 벌칙금에 대해 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인은 검토를 요청할 수 있습니다. 일반적으로, 귀하는 이 검토를 귀하가 지연 등록 벌칙금을 납부해야 함을 언급한 최초 서신을 받은 날로부터 **60일 이내에** 요청해야 합니다. 그러나 저희 플랜에 가입하기 전에 어떤 벌칙금을 납부하고 있었던 경우, 귀하는 그 지연 등록 벌칙금의 검토를 요청할 기회가 다시 없을 수 있습니다.

섹션 4.4 소득 관련 월 조정액

일부 회원은 파트 D 소득 관련 월 조정액(Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)이라고 불리는 추가 비용을 납부해야 할 수 있습니다. 추가 비용은 2년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액에 추가된 IRMAA를 납부하셔야 합니다. 소득에 따라 지불해야 할 수도 있는 추가 금액에 대한 추가 정보는 <https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>을(를) 참조하십시오.

추가 IRMAA를 납부해야 하는 경우, 귀하의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 그 추가 액수가 얼마인지를 설명하는 서신을 귀하에게 보내드릴 것입니다. 추가 금액은 귀하의 월 혜택 급여가 납부해야 할 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 한 귀하가 저희 플랜 보험료를 평소에 어떻게 납부하던 사회보장국, 철도 퇴직자 위원회 또는 인사관리실 급여 수표에서 원천 징수됩니다. 귀하의 급여 수표가 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 Medicare로부터 청구서를 받으시게 됩니다. 귀하는 **추가 IRMAA를 정부에 납부해야 합니다.** 그것은 귀하의 플랜 월 보험료와 함께 납부될 수 없습니다. 귀하가 추가 IRMAA를 납부하지 않으면 귀하는 해당 플랜에서 등록이 해제되어 처방약 보장을 상실하게 됩니다.

귀하가 추가 IRMAA 납부에 대해 동의하지 않는 경우, 귀하는 사회보장국에 해당 결정의 검토를 요구하실 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 안내는 사회보장국에 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 전화하십시오.

제1장: 회원으로서 시작하기**섹션 4.5 Medicare 처방약 지불 플랜 금액**

귀하가 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하고 있는 경우, 매월 저희 플랜 보험료(있는 경우)를 지불해야 하며, 처방약에 대해 (약국에 지불하는 대신) 건강 또는 의약품 플랜에서 청구서를 받습니다. 월 청구서는 귀하가 받은 처방약에 대해 지불해야 할 금액에 전월 잔액을 더한 금액을 해당 연도의 남은 개월 수로 나눈 금액을 기준으로 합니다.

제2장, 섹션 7은 Medicare 처방약 지불 플랜에 관해 자세히 설명합니다. 이 지불 옵션의 일부로 청구된 금액에 동의하지 않는 경우, 제9장의 단계들에 따라 불만 또는 이의를 제기할 수 있습니다.

섹션 5 플랜 월 보험료에 대한 추가 정보**섹션 5.1 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부하는 방법**

벌칙금을 납부할 수 있는 방법은 2가지입니다.

옵션 1: 수표로 납부

저희 플랜에 직접 지불하기로 선택한 경우, 당사로부터 명세서를 받게 됩니다. 납부금은 해당 월의 마지막 날까지 수납되어야 합니다. 귀하는 또한 벌칙금을 머니오더 또는 자기앞 수표로 납부하실 수 있습니다. 귀하의 월 청구서와 함께 제공된 납부 바우처를 첨부하고 수표에 본인의 Clever Care ID 번호를 기재하십시오.

수표의 수취인을 **Clever Care of Golden State**로 하여 다음 주소로 발송해야 합니다.

Clever Care Health Plan
Attn: Accounting Department
7711 Center Ave Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

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

옵션 2: 월간 사회보장 수표에서 파트 D 지연 등록 벌칙금이 공제되도록 하십시오.

파트 D 지연 등록 벌칙금 지불에 문제가 있는 경우

귀하의 파트 D 지연 등록 벌칙금은(는) 보장 월의 말까지 당사 사무실에 도착해야 합니다. 귀하의 지불을 보장 월의 말까지 받지 못할 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을(를) 다음 시기까지 받지 못하면 플랜 가입이 종료될 것임을 알리는 통지서를 보내드립니다. 해당 월의 말일까지. 귀하에게 등록 지연 벌칙금이 부과된 경우, 귀하의 약 보장을 유지하려면 해당 벌칙금을 납부하셔야 합니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금을(를) 제때 납부하는 데 어려움이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 연락하여 비용과 관련해 도움을 드릴 프로그램으로 연결이 가능한지 알아보십시오.

귀하가 파트 D 지연 등록 벌칙금을(를) 납부하지 않았다는 이유로 저희가 귀하의 멤버십을 종료시키는 경우에는, 귀하는 Original Medicare의 의료 보장을 받게 됩니다. 귀하가 오픈 등록 기간 중에 새로운 플랜에 등록하는 경우에는 다음 연도까지 파트 D 약 보장을 받

제1장: 회원으로서 시작하기

지 못할 수도 있습니다. (귀하가 신뢰할 만한 약 보장 없이 63일 이상 지내는 경우에는, 귀하가 파트 D 보장을 받는 기간에 대해 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다.)

귀하가 당사 플랜(또는 저희가 제공하는 다른 플랜)에 다시 등록하고자 하는 경우에는, 귀하가 납부해야 할 금액을 등록 전에 납부해야 합니다.

저희가 귀하의 멤버십을 잘못 종료시켰다고 생각하시는 경우에는, 귀하는 불만(또한 고충이라고도 함)을 제기할 수 있습니다. 귀하가 통제할 수 없는 비상 상황으로 인해 유예 기간 안에 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부할 수 없었던 경우에는, 불만을 제기할 수 있습니다. 불만이 있는 경우에는, 저희의 결정을 다시 검토하겠습니다. 제9장으로 이동하여 사이에 불만을 제기하거나 1-833-808-8164에 전화하는 방법을 알아보십시오. 10월 1일~3월 31일 주 7일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시. TTY 사용자 전화는 711에 전화하십시오. 불만 제기는 멤버십이 종료된 날로부터 60일 내에 하셔야 합니다.

섹션 5.2 연도 중에 저희 플랜 월 보험료는 변경되지 않을 것입니다

당사는 연도 중에는 플랜의 플랜 월 보험료를 변경할 수 없습니다. 다음 연도의 플랜 월 보험료가 변경되는 경우, 9월에 통보해 드리며 새로운 보험료는 1월 1일부로 발효됩니다.

단, 일부 경우에 납부해야 하는 경우 지연 등록 벌칙금 납부를 중단할 수 있거나 지연 등록 벌칙금 납부를 시작해야 할 수 있습니다. 이는 귀하가 연도 중에 Extra Help(추가 도움) 자격을 갖게 되는 경우 또는 자격을 상실하는 경우에 발생할 수 있습니다.

- 귀하가 현재 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부하고 있는데 연도 중에 Extra Help(추가 도움) 자격이 발생하는 경우, 귀하는 벌칙금 납부를 중단할 수 있습니다.
- Extra Help(추가 도움)를 상실하는 경우, 귀하가 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지내는 경우에 귀하는 파트 D 지연 등록 벌칙금의 대상이 될 수 있습니다.

Extra Help(추가 도움)에 대해서는 제2장, 섹션 7에 상세히 설명되어 있습니다.

섹션 6 플랜을 멤버십 기록최신 상태로 유지

귀하의 멤버십 기록에는 귀하의 주소와 전화번호 등 귀하의 등록 양식에서 기원한 정보가 들어 있습니다. 이는 귀하의 특정 플랜 보장을 보여줍니다 주치의 포함.

저희 플랜 네트워크에 속한 의사, 병원, 약사 및 기타 서비스 제공자는 귀하의 멤버십 기록을(를) 사용하여 어떤 서비스 및 약이 보장되는지 그리고 귀하의 비용 부담액을 알고 있습니다. 이 때문에 귀하가 귀하의 정보를 최신 상태로 유지하도록 협조해 주시는 것이 매우 중요합니다.

다음 변경 사항 중 하나라도 있는 경우, 저희에게 알려주십시오.

- 성명, 주소 또는 전화번호의 변경
- 귀하가 갖고 있는 다른 건강 보장(귀하의 고용주, 배우자 또는 동거인의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid의 등)의 변경
- 자동차 사고로 인한 클레임 같은 책임 클레임

제1장: 회원으로서 시작하기

- 요양원에 입원한 경우
- 지역외 또는 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 지정된 책임 당사자(예: 간병인)가 변경되는 경우
- 임상 연구에 참여하고 있는 경우(**참고:** 귀하가 참여하고자 하는 임상 연구에 대해 플랜에 반드시 알려야 하는 것은 아니지만, 그렇게 하는 것을 권장합니다.)

이러한 정보가 변경되면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 알려주시기 바랍니다.

이사하거나 우편 주소가 변경되었을 때 사회보장국에 통보하는 것도 중요합니다. 1-800-772-1213(TTY 사용자는 1-800-325-0778)번으로 사회보장국에 전화하십시오.

섹션 7 다른 보험이 저희 플랜과 어떻게 협력합니까?

Medicare는 당사가 다른 보장을 당사 플랜에 의한 귀하의 혜택과 조정할 수 있도록 귀하가 가지고 있는 다른 의료 또는 약 보장에 대한 정보를 수집할 것을 요구합니다. 이를 **혜택 조정**이라고 합니다.

1년에 한 번 저희는 저희가 파악하고 있는 다른 의료 또는 약 보장을 열거한 서신을 보내드릴 것입니다. 이 정보를 숙독하십시오. 정보가 정확하다면 아무런 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 부정확한 경우 또는 기재되지 않은 다른 보장이 있는 경우에는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 귀하의 청구서가 정확하게 그리고 정시에 납부되도록 저희 플랜 회원 ID 번호를 귀하의 다른 보험사에 제공할 필요가 있을 수 있습니다(귀하가 그들의 신원을 확인한 후에).

귀하에게 다른 보험(예: 고용주 단체 건강 보장)이 있을 때, Medicare 규칙이 저희 플랜과 귀하의 다른 보험 중 어디에서 먼저 지불해야 하는지 결정합니다. 먼저 지불하는 보험(“일차 지불자”)은 자신의 보장 최대 한도까지 지불합니다. 두 번째로 지불하는 보험(“이차 지불자”)은 일차 보장에 의해 보장되지 않은 비용이 있는 경우에만 지불합니다. 이차 지불자는 보장되지 않은 비용을 지불하지 않아도 될 수 있습니다. 귀하에게 다른 보험이 있다면 의사, 병원 및 약국에 말씀하십시오.

이러한 규칙은 고용주 또는 노조 단체 헬스 플랜 보장에 적용됩니다.

- 퇴직자 보장을 갖고 있는 경우, Medicare가 먼저 지불합니다.
- 귀하의 단체 헬스 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 Medicare가 있는지의 여부에 따라 결정됩니다.
 - 귀하가 65세 미만이고 장애인이며 귀하(또는 가족)가 여전히 일하고 있는 경우, 고용주의 피고용인 수가 100명 이상이거나 복수의 고용주 플랜의 최소 한 고용주의 피고용인 수가 100명 이상인 경우, 귀하의 단체 헬스 플랜이 먼저 지불합니다.
 - 귀하가 65세 미만이고 귀하(또는 배우자 또는 동거인)가 여전히 일하고 있는 경우, 고용주의 피고용인 수가 20명 이상이거나 복수의 고용주 플랜의 최소 한 고용주의 피고용인 수가 20명 이상인 경우, 귀하의 단체 헬스 플랜이 먼저 지불합니다.
- 귀하가 ESRD 때문에 Medicare를 갖고 있는 경우, 귀하에게 Medicare 자격이 발생한 후 첫 30개월 동안은 귀하의 단체 헬스 플랜이 먼저 지불할 것입니다.

제1장: 회원으로서 시작하기

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

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

Medicaid와 TRICARE는 Medicare 보장 대상 서비스를 위해 먼저 지불하지 않습니다. 이들은 Medicare, 고용주 단체 헬스 플랜 및/또는 Medigap이 지불한 후에만 지불합니다.

제2장

중요 전화번호 및 리소스

섹션 1 Clever Care Total+ 연락처

청구, 요금 청구 또는 회원 카드 관련 문의에 대한 도움이 필요하면 Clever Care Total+ 회원 서비스에 1-833-808-8164 (TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 편지를 보내십시오. 저희는 기꺼이 귀하를 도울 것입니다.

회원서비스부 – 연락처 정보

전화	1-833-808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일 회원 서비스(1-833-808-8164)(TTY 사용자는 711번으로 전화)은(는) 또한 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. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-657-276-4720
우편	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

제2장 중요 전화번호 및 리소스**보장 결정을 요청하거나 의료 서비스에 관해 이의를 제기하는 방법**

보장 결정이란 저희가 귀하의 혜택 및 보장에 대해 또는 저희가 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 약을 위해 지불할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 이의제기란 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 의료 서비스 또는 파트 D 약에 대한 보장 결정 또는 이의 제기를 요청하는 방법에 대한 추가 정보는 제9장을 참조하십시오.

의료 서비스를 위한 보장 결정 및 이의제기 – 연락처 정보

전화	1-833-808-8164 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일 회원 서비스(1-833-808-8164)(TTY 사용자는 711번으로 전화)은(는) 또한 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. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-657-276-4715
우편	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 customerservice@ccmapd.com
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

파트 D 약을 위한 보장 결정 및 이의제기 – 연락처 정보

전화	1-866-693-4620 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
-----------	---

제2장 중요 전화번호 및 리소스**파트 D 약을 위한 보장 결정 및 이의제기 – 연락처 정보**

TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로의 통화는 무료이며 녹음됩니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-800-378-0323
우편	CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
웹사이트	caremark.com

의료 서비스에 대해 불만을 제기하는 방법

귀하는 받고 계신 케어의 품질에 대한 불만을 포함하여 저희 또는 저희 네트워크 내 서비스 제공자 또는 약국 중 하나에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 이런 유형의 불만에는 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다. 귀하의 의료 서비스에 대해 불만을 제기하는 방법에 대한 자세한 정보는 제9장을 참조하십시오.

의료 서비스에 대한 불만 – 연락처 정보

전화	1-833-808-8164 이 번호로의 통화는 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-657-276-4715

제2장 중요 전화번호 및 리소스

의료 서비스에 대한 불만 – 연락처 정보

우편	Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
Medicare 웹사이트	Clever Care Total+에 관한 불만을 직접 Medicare에 제출하려면 https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint (으)로 이동하십시오.

귀하가 받은 의료 서비스 또는 약에 대한 비용 분담액을 저희가 지불하도록 요청하는 방법

당사가 지불해야 한다고 생각하는 서비스에 대해 요금 청구서(예: 서비스 제공자의 요금 청구서)를 받았거나 요금을 지불한 경우, 저희에게 상환을 요청하거나 해당 서비스 제공자 요금 청구서를 지불하도록 요청해야 할 수도 있습니다. 자세한 정보는 제7장을 참조하십시오.

귀하가 지불 요청서를 저희에게 보냈는데 저희가 귀하 요청 중 어느 부분을 거부하는 경우, 귀하는 저희 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 자세한 정보는 제9장을 참조하십시오.

지불 요청 – 연락처 정보

전화	1-866-693-4620 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일 이 번호로의 통화는 무료입니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
팩스	의료: 1-657-276-4715 약국: 1-800-378-0323
우편	의료: Clever Care Health Plan Attn: Grievance & Appeals 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647 약국: CVS Caremark P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

제2장 중요 전화번호 및 리소스**섹션 2 Medicare로부터 도움 받기**

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

Medicare를 담당하는 연방 기관은 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)입니다. 이 기관은 저희 플랜을 포함하여 Medicare Advantage 기관들과 계약합니다.

Medicare – 연락처 정보

전화	1-800-MEDICARE, 또는 1-800-633-4227 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 하루 24시간, 주 7일.
TTY	1-877-486-2048 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다.
실시간 채팅	https://www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간 채팅을 하십시오.
우편	Medicare에 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 서신을 보내주십시오.

제2장 중요 전화번호 및 리소스

Medicare – 연락처 정보

웹사이트

www.medicare.gov

- 귀하 지역에서 Medicare 건강 및 의약품 플랜에 대한 정보를 얻으십시오. 여기에는 해당 플랜의 비용 및 제공되는 서비스가 포함됩니다.
- Medicare에 가입한 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자 및 공급업체를 찾으십시오.
- 예방 서비스(스크리닝, 주사 또는 백신, 연간 “웰니스” 방문 등)를 포함하여 Medicare가 보장하는 혜택을 알아보십시오.
- Medicare 이의 제기 정보 및 양식을 받으십시오.
- 플랜, 요양원, 병원, 의사, 가정 건강 기관, 투석 시설, 호스피스 센터, 입원 재활 시설 및 장기 요양 병원에서 제공하는 치료의 질에 대한 정보를 얻으십시오.
- 유용한 웹사이트와 전화번호를 찾아보십시오.

또한 www.Medicare.gov를 방문하여 Clever Care Total+에 대한 불만 사항을 Medicare에 알릴 수 있습니다.

Medicare에 불만 사항을 제출하려면 www.Medicare.gov/my/medicare-complaint를 방문하십시오. Medicare는 귀하의 불만 사항을 진지하게 취급하며 Medicare 프로그램의 품질을 개선하기 위해 이 정보를 사용할 것입니다.

섹션 3 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 운영하는 정부 프로그램으로, 교육을 받은 상담사가 Medicare 질문에 대한 무료 도움, 정보 및 답변을 제공합니다. 캘리포니아에서는 SHIP을 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)(이)라고 부릅니다.

HICAP은(는) 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 독립적인 형태의(보험 회사나 헬스 플랜과 관련이 없는) 주 정부 프로그램입니다.

HICAP 상담사는 귀하가 Medicare 권리를 이해하고, 의료 서비스 또는 치료에 대해 불만을 제기하고, Medicare 대금 청구서 문제를 바로잡는 데 도움을 줄 수 있습니다. 건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 상담사는 또한 Medicare 질문이나 문제에 대해 도움을 주고, Medicare 플랜 선택을 이해하도록 돕고, 플랜 전환에 대한 질문에 답변할 수 있습니다.

제2장 중요 전화번호 및 리소스

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP) 연락처

전화	1-800-434-0022
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/hicap

섹션 4 품질 개선 기관

지정된 품질 개선 기관(Quality Improvement Organization, QIO)은 각 주에서 Medicare 가입자에게 서비스를 제공합니다. 캘리포니아의 경우, 품질 개선 조직을 Livanta (이)라고 부릅니다.

Livanta 에는 Medicare 회원이 받는 의료 서비스의 품질을 확인하고 개선할 수 있도록 돕기 위해 Medicare에서 급여를 받는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있습니다. Livanta 은(는) 독립 기관입니다. 이 기관은 저희 플랜과 연결되어 있지 않습니다.

다음과 같은 상황에서 Livanta 에 연락하십시오.

- 본인이 받은 케어의 품질에 대한 불만 사항이 있는 경우. 치료의 질에 대한 우려의 예로는 잘못된 약물 투여, 불필요한 검사 또는 절차, 또는 잘못된 진단 등이 있습니다.
- 입원을 위한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우.
- 재택 건강 케어, 전문요양시설 케어 또는 종합적 외래 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각하는 경우.

Livanta (캘리포니아 품질 개선 조직)

전화	1-877-588-1123 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시, 토요일 및 일요일 오전 11시~오후 3시, 공휴일 오전 7시~오후 3시 30분.
TTY	1-855-887-6668 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.

제2장 중요 전화번호 및 리소스**Livanta (캘리포니아 품질 개선 조직)**

우편	Livanta BFCC-QIO 프로그램 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
웹사이트	livantaqio.com

섹션 5 사회보장국

사회보장국은 Medicare 가입 자격을 결정하고 Medicare 가입을 처리합니다. 사회보장국은 또한 고소득자인 경우 가입자의 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 주소가 변경되었을 때, 사회보장국에 연락하여 이를 알리십시오.

사회보장국 – 연락처 정보

전화	1-800-772-1213 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 근무 시간: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시. 사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 얻을 수 있고 일부 업무는 하루 24시간 수행할 수 있습니다.
TTY	1-800-325-0778 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 근무 시간: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

Medicaid는 소득과 자원이 제한된 특정 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 합동 프로그램입니다. Medicare를 갖고 있는 일부 사람들은 Medicaid 자격도 있습니다.

제2장 중요 전화번호 및 리소스

Medicaid를 통해 제공되는 프로그램은 Medicare를 갖고 있는 사람들이 Medicare 보험료 같은 Medicare 비용을 지불하는 것을 돕습니다. 이러한 **Medicare 절약 프로그램**에는 다음이 포함됩니다.

- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 기타 분담 비용(예: 본인부담 공제액, 코인슈런스 및 코페이먼트)에 대한 지불을 돕습니다. (QMB를 가진 일부 사람들은 완전 Medicaid 혜택(QMB+)을 받을 자격도 있습니다.)
- **지정된 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** 파트 B 보험료 지불을 돕습니다. (SLMB를 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.

Medicaid 및 Medicare 절약 프로그램에 대한 자세한 내용은 Medi-Cal에 문의하십시오.

Medi-Cal – 연락처 정보

전화	1-800-541-5555
	월요일~금요일(주 공휴일 제외) 오전 8시~오후 5시 이용 가능.
TTY	이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	dhcs.ca.gov

섹션 7 처방약 지불을 돕는 프로그램

Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>)에는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보가 있습니다. 아래 프로그램은 소득이 제한된 사람들에게 도움이 될 수 있습니다.

Medicare의 Extra Help(추가 도움)

Medicare와 사회보장국에는 소득과 자원이 제한적인 사람들이 약 비용을 지불하는 데 도움이 될 수 있는 Extra Help(추가 도움)라는 프로그램이 있습니다. 자격이 되면 Medicare 약 폴랜의 월 보험료, 연간 본인부담 공제액 및 처방 코페이먼트를 위한 지불에 있어 도움을 받을 수 있습니다. Extra Help(추가 도움)는 본인 부담 비용에도 계산됩니다.

귀하가 자동으로 Extra Help(추가 도움) 자격을 갖는 경우 Medicare에서 서신을 보내드립니다. 자동으로 자격이 되지 않으면 언제든지 신청할 수 있습니다. Extra Help(추가 도움)를 받을 수 있는 자격이 되는지 여부는

- <https://secure.ssa.gov/i1020/start>를 방문하고 온라인으로 신청하십시오.
- 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 전화하십시오.

제2장 중요 전화번호 및 리소스

Extra Help(추가 도움)를 신청할 때 Medicare 절약 프로그램(MSP) 신청 절차도 시작할 수 있습니다. 이러한 주정부 프로그램은 다른 Medicare 비용에 대한 도움을 제공합니다. 사회 보장국은 귀하가 Extra Help(추가 도움) 신청서에 그렇게 하지 않겠다고 명시하지 않는 한 MSP 신청서를 개시하기 위해 귀하의 주로 정보를 전송할 것입니다.

귀하가 Extra Help(추가 도움)를 받을 자격이 있고 약국에서 처방전에 대해 잘못된 금액을 지불하고 있다고 생각하는 경우, 저희 플랜은 귀하가 올바른 코페이먼트 금액의 증거를 얻는 데 도움이 되는 절차를 가지고 있습니다. 귀하가 이미 적절한 금액에 대한 증거가 있는 경우, 이 증거를 당사와 공유할 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

- 이용 가능한 최상의 증거 확보에 대한 지원을 요청하거나 증거를 제공하려면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- 저희는 올바른 코페이먼트 수준을 보여주는 증거를 받으면 다음 처방전을 받을 때 적절한 금액을 지불할 수 있도록 시스템을 업데이트합니다. 귀하가 코페이먼트를 초과하여 지불하는 경우, 저희가 수표 또는 향후 코페이먼트 크레딧으로 환급해 드릴 것입니다. 약국이 귀하로부터 코페이먼트를 징수하지 않고 귀하의 코페이먼트를 귀하의 부채로 처리하고 있는 경우, 저희는 약국에 직접 지불할 수 있습니다. 어떤 주가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 저희는 해당 주에 직접 금액을 지불할 수 있습니다. 질문이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

주 약 지원 프로그램(SPAP)으로부터 Extra Help(추가 도움) 및 보장을 받고 있는 경우에는 어떻게 합니까?

여러 주에서 처방약, 의약품 플랜 보험료 및/또는 기타 약 비용 지불과 관련한 도움을 제공합니다. 귀하가 주 약 지원 프로그램(SPAP)에 가입되어 있는 경우, Medicare의 Extra Help(추가 도움)가 먼저 지불합니다.

귀하가 Extra Help(추가 도움)와 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)의 보장을 갖고 있는 경우에는 어떻게 합니까?

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS를 보유한 사람들이 생명을 구하는 HIV 약물을 이용하도록 돕습니다. ADAP 처방집에도 등재된 Medicare 파트 D 약은 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)을(를) 통한 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다.

참고: 귀하가 거주하고 있는 주에서 ADAP 자격이 되려면 주 거주 사실 및 HIV 상태, (주정부가 정의한) 저소득층 및 미보험/저보험 상태에 대한 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. 플랜을 변경하는 경우, 계속해서 도움을 받을 수 있도록 해당 지역의 ADAP 등록 담당자에게 알려십시오. 자격 기준, 보장 대상 약, 프로그램 가입 방법에 대한 정보는 캘리포니아주 ADAP 프로그램 문의: 1-844-421-7050번으로 전화하십시오.

주 약 지원 프로그램

많은 주에서는 재정적 필요, 연령, 의학적 상태 또는 장애를 기반으로 처방약 비용을 지불하는 데 도움을 주는 주 약 지원 프로그램을 운영하고 있습니다. 각 주에는 회원에게 약 보장을 제공하는 다른 규칙이 있습니다.

- 캘리포니아주에서 주 약 지원 프로그램은 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)입니다.

제2장 중요 전화번호 및 리소스

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP) – 연락처 정보

전화	1-844-421-7050
우편	California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
웹사이트	https://adap.directory/california

Medicare 처방약 지불 플랜

Medicare 처방약 지불 플랜은 귀하의 현재 약 보장과 함께 이용할 수 있는 지불 옵션으로서 당사 플랜이 보장하는 약에 대한 본인 부담 비용을 해당 연도 전 기간(1월~12월)에 걸쳐 나눠서 납부할 수 있도록 관리하는 데 도움이 됩니다. Medicare 약 플랜 또는 약 보장이 포함된 Medicare 헬스 플랜(약 보장이 포함된 Medicare Advantage plan 등) 가입자는 누구나 이 지불 옵션을 사용하실 수 있습니다. 이 지불 옵션은 비용을 관리하는 데 도움을 드릴 수 있지만, 비용을 절감하거나 약 비용을 낮춰 드리지는 않습니다. 귀하가 Medicare 처방약 지불 플랜에 참여하고 있고 동일한 파트 D 플랜에 남아 있는 경우, 귀하의 참여는 2026에 대해 자동으로 갱신됩니다. 이 지불 옵션에 대한 자세한 내용은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 www.Medicare.gov를 방문하십시오.

Medicare 처방 지불 플랜 – 연락처 정보

전화	1-833-808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일 회원 서비스(1-833-808-8164)(TTY 사용자는 711번으로 전화)은 (는) 또한 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분 들만을 위한 것입니다. 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-657-276-4720
우편	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647

제2장 중요 전화번호 및 리소스

Medicare 처방 지불 플랜 – 연락처 정보

웹사이트

ko.clevercarehealthplan.com

섹션 8 철도 퇴직 위원회(RRB)

철도 퇴직자 위원회는 전국의 철도 근로자와 그 가족들을 위한 종합 혜택 프로그램을 시행하는 독립된 연방 기관입니다. 철도 퇴직자 위원회를 통해 Medicare를 받는다면 귀하가 이사하거나 우편 주소가 바뀌는 경우 그들에게 알려주세요. 철도 퇴직자 위원회를 통해 받는 혜택과 관련한 질문은 해당 기관에 연락하십시오.

철도 퇴직자 위원회(RRB) – 연락처 정보

전화

1-877-772-5772

이 번호로 통화하는 것은 무료입니다.

“0”을 누르면 월요일, 화요일, 목요일, 금요일 오전 9:00~오후 3:30 및 수요일 오전 9:00~오후 12:00에 RRB 직원과 통화할 수 있습니다.

“1”을 누르면 주말과 공휴일을 포함하여 하루 24시간 RRB의 자동 헬프라인에 액세스하여 녹음된 정보를 확인하실 수 있습니다.

TTY

1-312-751-4701

이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.

이 번호로의 통화는 무료가 아닙니다.

웹사이트

https://RRB.gov

섹션 9 고용주의 단체 보험 또는 기타 건강보험을 갖고 있는 경우

귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)가 귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 단체로부터 본 플랜의 일환으로 혜택을 받는 경우, 질문이 있다면 귀하는 고용주/노조 혜택 관리자 또는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 귀하는 귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 건강 혜택, 보험료 또는 등록 기간에 대해 질문할 수 있습니다. 본 플랜에 의거한 귀하의 Medicare 보장 관련 질문은 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 약 보장을 갖고 있는 경우, 해당 단체의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 귀하의 현재

제2장 중요 전화번호 및 리소스

약 보장이 저희 플랜과 어떻게 협력할 것인지를 귀하가 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

제3장

플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

섹션 1 저희 플랜의 회원으로서 의료 서비스를 받는 방법

본 장은 저희 플랜을 사용하여 귀하의 의료 서비스를 보장 받기 위해 알아두어야 할 사항에 대해 설명합니다. 저희 플랜이 보장하는 의료 서비스 및 진료를 받을 때 귀하가 지불하는 금액에 대한 자세한 내용은 제4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

섹션 1.1 네트워크 내 서비스 제공자 및 보장 대상 서비스

- **서비스 제공자**는 의료 서비스와 케어를 제공하도록 주 정부에 의해 자격증이 부여된 의사 및 기타 보건 전문가들입니다. “서비스 제공자”란 용어는 병원과 기타 보건 시설도 포함합니다.
- **네트워크 내 서비스 제공자**란 저희의 지불 및 플랜 비용 부담액을 전액 지불로 수락하기로 저희와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 저희는 플랜의 회원들에게 보장 대상 서비스를 제공하기 위해 이러한 서비스 제공자들을 마련했습니다. 당사 네트워크 내의 서비스 제공자는 귀하에게 제공하는 케어에 대하여 직접 당사에 청구합니다. 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자를 찾아가면 귀하는 서비스에 대한 비용 중 귀하 몫만 지불합니다.
- **보장 대상 서비스**는 저희 플랜에 의해 보장되는 모든 의료, 보건 서비스, 용품, 장비 및 처방약을 포함합니다. 귀하의 의료에 대한 보장 대상 서비스가 제4장의 의료 혜택 차트에 열거되어 있습니다.

섹션 1.2 저희 플랜에 의해 보장되는 진료를 받기 위한 기본 규칙

Medicare 헬스 플랜으로서 Clever Care Total+은(는) Original Medicare에 의해 보장되는 모든 서비스를 보장해야 하고 Original Medicare의 보장 규칙을 준수해야 합니다.

Clever Care Total+은(는) 다음을 조건으로 일반적으로 귀하의 진료를 보장합니다.

- 귀하가 받는 진료가 제4장 저희 플랜의 의료 혜택 차트에 포함되어 있음.
- 귀하가 받는 진료가 **의학적으로 필요한 것으로 간주됨**. 의학적 필요란 서비스, 용품, 장비 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 표준 관행을 충족하는 경우를 의미합니다.
- 귀하는 귀하에게 케어를 제공하고 감독하는 **네트워크 내 주치의(PCP)가 있어야 합니다**. 저희 플랜의 회원으로서 귀하는 네트워크 내 PCP를 선정해야 합니다(이에 대한 자세한 정보는 섹션 2.1 참조).
 - 대부분의 상황에서, 귀하의 네트워크 PCP 이(가) 귀하에게 사전 승인(진료 의뢰서)을 제공해야 플랜의 네트워크 내에 있는 전문의, 병원, 전문요양시설 또는 재택 건강 케

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

어 기관 같은 다른 서비스 제공자를 이용하실 수 있습니다. 자세한 정보는 섹션 2.3을 참조하십시오.

- 응급 진료 또는 긴급히 필요한 서비스를 위해서는 PCP로부터의 진료 의뢰서가 요구되지 않습니다. PCP로부터 사전 승인을 받지 않고 받을 수 있는 다른 종류의 의료 서비스에 대해서는 섹션 2.2를 참조하십시오.
- **귀하는 네트워크 서비스 제공자로부터 진료를 받아야 합니다**(섹션 2 참조). 네트워크 외 서비스 제공자(저희 플랜의 네트워크에 속하지 않은 서비스 제공자)로부터 받는 케어는 대부분의 경우에 보장되지 않습니다. 이는 귀하가 받은 서비스에 대해 해당 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 함을 의미합니다. 다음 세 가지는 예외입니다.
 - 당사 플랜은 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 응급 치료 또는 긴급히 필요한 서비스는 보장합니다. 자세한 정보와 응급 또는 긴급히 필요한 서비스가 무엇인지 보려면 섹션 3을 참조하십시오.
 - Medicare가 저희 플랜이 보장할 것을 요구하는 의료 서비스를 귀하가 필요로 하지만 저희 네트워크 내에 이 의료 서비스를 제공하는 전문의가 없는 경우, 귀하는 이 의료 서비스를 네트워크 외 서비스 제공자로부터 귀하가 네트워크 내에서 통상 지불하는 분담 비용과 동일한 비용으로 받을 수 있습니다. 이 상황에서 귀하는 해당 의료 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받을 때 귀하가 지불하는 금액과 동일하게 지불합니다. 네트워크 외 의사를 찾아가기 위한 승인을 받는 데 대한 자세한 정보는 섹션 2.4를 참조하십시오.
 - 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때나 이 서비스의 기존 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우, 당사의 플랜은 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 귀하가 투석을 위해 플랜에 지불하는 비용 분담액은 Original Medicare의 비용 분담액보다 높을 수 없습니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 플랜 네트워크 외 서비스 제공자로부터 투석을 받는 경우, 귀하의 비용 분담액은 귀하가 네트워크 내에서 지불하는 비용 분담액보다 높을 수 없습니다. 그러나 기존의 네트워크 내 투석 제공자를 일시적으로 이용할 수 없는 상황에서 플랜 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스 지역 안에서 해당 서비스를 받기로 선택하실 경우, 투석 비용 분담액이 높아질 수 있습니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기

섹션 2.1 귀하는 본인의 의료 서비스를 제공하고 감독할 주치의(PCP)를 선정합니다

PCP란 무엇이고 PCP는 귀하를 위해 무엇을 합니까?

귀하가 저희 플랜에 가입할 때 귀하는 본인의 주치의(PCP)가 될 서비스 제공자를 선정해야 합니다. 귀하의 PCP는 귀하의 건강 파트너가 될 면허가 있는 의료 전문가입니다. 가정의, 일반의 또는 내과를 전문으로 하는 의사들 중에서 선정하십시오.

PCP가 귀하의 의료 서비스를 제공하고 조율할 것이기 때문에 귀하는 본인의 과거 의료 기록을 모두 귀하의 PCP 진료실로 보내야 합니다. 대부분의 일상적인 의료 서비스 필요를 위해 PCP를 먼저 방문하게 될 것입니다. PCP는 귀하가 저희 플랜의 회원으로서 받는 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 나머지 보장 대상 서비스도 주선 또는 조율할 것입니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

- X-rays
- 검사실 검사
- 요법
- 전문의의 진료
- 병원 입원
- 후속 추적

서비스 조율에는 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 진료 의뢰서 제공). 귀하의 PCP 또는 전문의 또는 기타 귀하가 찾아가는 서비스 제공자가 특정 유형의 보장 대상 서비스 및 용품을 위해 저희로부터 사전 승인을 득해야 하는 경우도 있습니다. 사전 승인이 필요한 서비스 및 품목은 이 책자의 제4장을 참조하십시오.

PCP를 선택하는 방법

저희 플랜에 가입할 때, 먼저 저희 네트워크로부터 의료 그룹 또는 독립의사 협회(IPA)를 선택한 후, 해당 그룹과 협력하는 PCP를 선택해야 합니다. PCP를 선정할 때 귀하의 PCP와 연계된 병원 및 전문의 네트워크도 선택하는 것이 됩니다. 귀하가 이용하기를 원하는 특정 전문의 또는 병원이 있는 경우, 이들이 PCP 의료 네트워크의 일부인지 확인하십시오. 이는 귀하의 진료와 관련하여 네트워크 외 비용이 발생하지 않도록 하는 데 도움이 될 것이므로 중요합니다.

PCP를 선정하려면 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/provider를 방문하십시오. 의사의 성명과 ID 번호를 적어두십시오. 이 번호는 귀하의 등록 양식에도 기재되어야 합니다. 귀하가 PCP를 선정하지 않는 경우 또는 본 플랜에서 이용할 수 없는 PCP를 선정하는 경우, 저희는 자동으로 한 명을 귀하에게 배정해 드립니다. 회원서비스부 담당자도 귀하가 PCP를 선정하는 것을 도울 수 있습니다.

귀하가 플랜에 등록되면 저희는 Clever Care 회원 ID 카드를 보내드릴 것입니다. 귀하를 담당하는 PCP의 성명과 진료실 전화번호가 이 카드에 인쇄될 것입니다.

PCP 변경 방법

귀하는 어떤 이유로든, 언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP가 당사 플랜의 서비스 제공자 네트워크를 탈퇴함에 따라 귀하가 새로운 PCP를 선택해야 하는 경우도 있습니다.

많은 PCP들이 사전 정의된 전문의와 기타 의료 제공자 및 시설(예: 병원) 목록에 액세스할 수 있는 의료 그룹 또는 독립의사협회(IPA)에 가입되어 있습니다. 이러한 의료 그룹 또는 IPA 중에서 PCP를 선정하면 귀하의 PCP는 하위 서비스 제공자 네트워크로 활동하는 이 그룹의 서비스 제공자 및 병원에서 의료 서비스를 찾아보도록 귀하를 안내할 것입니다.

PCP 및/또는 배정된 의료 그룹/IPA를 변경하고자 하는 경우, 회원서비스부로 전화하십시오. 귀하가 전문의를 찾고 있는지 또는 귀하 PCP의 승인이 필요한 다른 보장 대상 서비스(예: 재택 건강 서비스 및 내구성 의료 장비)를 받고 있는지 저희에게 알려주십시오. 귀하가 PCP를 변경하기 전에 받고 있었던 전문의 진료 및 기타 서비스를 계속 받으실 수 있도록 저희 담당자가 도와드릴 것입니다. 저희 담당자들은 귀하가 교체하고자 하는 PCP가 신규 환자를 받는지도 확인할 것입니다.

변경 요청은 해당 월의 말일(예: 3월 31일) 또는 그 전에 접수되어야 합니다. 변경 사항은 익월의 첫 날(예: 4월 1일)에 발효됩니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

귀하에게 새로운 정보가 표시된 새로운 ID 카드가 발급될 것입니다. 귀하의 ID 카드에 인쇄되어 있지 않은 PCP를 이용하는 경우, 귀하는 더 높은 비용을 분담하거나 청구가 거부될 수 있습니다.

섹션 2.2 PCP 진료 의뢰서 없이 받을 수 있는 의료 서비스

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

- 유방 검사, 선별 유방조영상(유방 엑스레이), 파파니콜로검사, 골반검사 같은 통상적인 여성 보건 의료 네트워크 제공자로부터 받는 한
- 독감 예방 주사(또는 백신), COVID-19 백신, B형 간염 백신 및 폐렴 백신 네트워크 제공자로부터 받는 한
- 네트워크 내 서비스 제공자의 또는 네트워크 외 서비스 제공자의 응급 서비스
- 긴급하게 필요한 서비스란 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 네트워크 내 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우에 즉각적인 의료 조치(응급은 아님)가 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문(예: 연례 검진)은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.
- 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. 귀하가 출타 중 유지 투석을 받는 것을 저희가 주선할 수 있도록 가능하면 귀하가 서비스 지역을 벗어나기 전에 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자 711)번으로 전화해 주십시오.

섹션 2.3 전문의 및 네트워크 내 다른 서비스 제공자에게서 의료 서비스를 받는 방법

전문의는 특정 질병 또는 특정 신체 부위에 대해 의료 서비스를 제공하는 의사를 지칭합니다. 많은 종류의 전문의들이 있습니다. 다음과 같은 경우입니다.

- 암 환자를 위한 종양전문의 진료.
- 심장병 환자를 위한 심장전문의 진료.
- 특정 뼈, 관절 또는 근육 질환 환자를 위한 정형외과의 진료.

전문의의 전문 지식이 필요하거나 서비스 제공자 네트워크 내의 병원에 입원해야 하는 질환이 있는 경우, 귀하의 PCP가 진료 의뢰에 필요한 서류를 작성할 것입니다. 귀하의 의료 그룹은 진료 의뢰에 대한 최종 결정을 귀하와 귀하의 PCP 모두에게 우편으로 보낼 것입니다. 이 서신에는 전문의와 진료 예약 방법이 나와 있습니다.

사전 승인이 필요한 서비스에 대한 정보는 제4장, 섹션 2를 참조하십시오.

전문의 또는 네트워크 내 다른 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우

저희는 연중에 저희 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 귀하의 의사나 전문의가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하에게는 다음과 같은 권리와 보호가 있습니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

- 저희의 서비스 제공자 네트워크가 연중에 변경되었다고 Medicare는 귀하가 유자격 의사 및 전문의를 중단 없이 이용할 수 있도록 조치할 것을 요구합니다.
- 귀하의 서비스 제공자가 저희 플랜에서 탈퇴하는 경우 귀하가 새로운 서비스 제공자를 선택할 시간을 갖도록 이를 통지해 드립니다.
 - 귀하의 주치의 또는 행동 건강 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 그 서비스 제공자를 지난 3년 이내에 만난 적이 있다면, 이를 귀하에게 통지해 드립니다.
 - 귀하의 다른 서비스 제공자가 저희 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하가 그 서비스 제공자에게 배정되어 있거나, 현재 그 서비스 제공자로부터 진료를 받고 있거나, 그 서비스 제공자를 지난 3개월 이내에 만난 적이 있다면, 이를 귀하에게 통지해 드립니다.
- 저희는 귀하가 지속적인 치료를 위해 자격을 갖춘 새로운 네트워크 내 서비스 제공자를 선택하도록 도와드릴 것입니다.
- 귀하가 현재의 서비스 제공자로부터 치료 또는 요법을 받는 중인 경우, 귀하는 현재 받고 있는 의학적으로 필요한 치료 또는 요법이 계속되도록 요청할 권리가 있습니다. 저희는 귀하가 계속 진료를 받을 수 있도록 귀하와 협력할 것입니다.
- 저희는 귀하에게 이용 가능한 등록 기간 및 귀하가 플랜의 변경을 위해 가질 수 있는 선택사항에 관한 정보를 제공해 드립니다.
- 저희는 네트워크 내 서비스 제공자 또는 혜택이 귀하의 의료 수요를 충족시키는 데 이용 불가하거나 부적절한 경우, 의학적으로 필요한 혜택을 저희 서비스 제공자 네트워크 외에서 네트워크 내 비용 부담으로 주선회 드립니다.
- 당사의 네트워크에 플랜의 보장 대상 서비스를 위한 유자격 전문의가 없는 경우, 당사는 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 보장해야 합니다. 귀하의 PCP는 해당 서비스가 플랜에 의해 보장될 수 있도록 적절한 사전 승인을 신청해야 합니다.
- 귀하가 본인의 의사 또는 전문의가 저희 플랜을 탈퇴한다는 것을 알게 되면, 저희가 귀하의 진료를 관리할 새로운 서비스 제공자를 찾을 수 있도록 저희에게 연락해 주십시오.
- 저희가 귀하의 이전 서비스 제공자를 대체하기 위해 유자격 서비스 제공자를 제공하지 않았다고 믿으시거나 귀하의 진료가 적절하게 관리되고 있지 않다고 생각하시는 경우, 귀하는 품질 개선 기관(QIO)에 케어 품질 불만을 제기하거나, 플랜에 케어 품질 고충을 제기하거나, 둘 다 제기할 권리가 있습니다. 제9장을 참조하시기 바랍니다.

섹션 2.4 네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받는 방법

네트워크 외 서비스 제공자로부터 진료를 받으려면 귀하의 의사가 당 플랜에 승인 요청서를 제출함으로써 그러한 서비스를 위한 사전 서면 승인을 요청해야 합니다.

참고: 회원은 사전 승인 없이도 응급 또는 긴급히 필요한 서비스를 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 권리가 있습니다. 이 플랜은 플랜 서비스 지역 바깥으로 출타하여 계약을 체결한 ESRD 서비스 제공자를 이용할 수 없는 ESRD 회원을 위해 투석 서비스를 보장합니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기**섹션 3 응급 상황, 재난 상황 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때 서비스를 받는 방법****섹션 3.1 응급 상황 시 진료 받기**

의학적 응급 상황이란 무엇이며 응급 시 무엇을 해야 합니까?

의학적 응급 상황이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 비전문가가 귀하의 생명 상실(귀하가 임산부인 경우 태아의 상실), 사지 상실 또는 사지 기능 상실, 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 귀하에게 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다.

의학적 응급 상황인 경우:

- **가능한 한 빨리 도움을 받으십시오.** 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 구급차가 필요한 경우 전화하십시오. 귀하의 PCP로부터 먼저 승인이나 진료 의뢰서를 확보할 필요는 *없습니다*. 네트워크 내 의사를 이용할 필요는 없습니다.귀하는 보장 대상 응급 의료 서비스를 미국 또는 미국 영토 어디에서든 본인이 필요할 때마다, 그리고 저희 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주 정부 면허를 가졌다면 어떤 서비스 제공자로부터도 받을 수 있습니다.
- **귀하의 응급 상황에 대해 가능한 한 속히 저희 플랜에 통보해 주십시오.** 당사는 귀하의 응급 치료에 대해 추적 관찰할 필요가 있습니다. 귀하 또는 누군가가 보통 48시간 이내에 귀하의 응급 치료에 대해 저희에게 전화하여 알려야 합니다.1-833-808-8164 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일번으로 전화하십시오.

귀하에게 의학적 응급이 있는 경우의 보장 사항

저희 플랜은 다른 방식으로 응급실에 가는 것이 귀하의 건강을 위험에 빠트릴 수 있는 상황에서는 구급차 서비스를 보장합니다. 저희는 또한 응급 상황에서의 의료 서비스도 보장합니다.

귀하에게 응급 치료를 제공하고 있는 의사들은 귀하의 상태가 안정적일 때와 의학적 응급 상황이 끝나는 때를 결정할 것입니다.

응급 상황이 끝난 후에도 귀하는 본인의 상태가 계속 안정적인지 확인하기 위해 후속 진료를 받을 권리가 있습니다. 담당 의사가 당사에게 연락하여 귀하의 추가 진료에 대한 계획을 세울 때까지 담당 의사의 진료는 계속됩니다. 귀하의 후속 진료는 당사 플랜이 보장합니다.

귀하의 응급 치료를 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 경우, 저희는 귀하의 의학적 조건과 상황이 허용하는 즉시 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하의 진료를 인계받을 수 있도록 노력할 것입니다.

의학적 응급 상황이 아니었으면 어떻게 됩니까?

때때로 귀하에게 의학적 응급 상황인지 알기가 어려울 수 있습니다. 예컨대, 귀하는 본인 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각하여 응급 치료를 위해 내원할 수 있으나, 의사는 그것이 전혀 의학적 응급 상황이 아니라고 말할 수 있습니다. 그것이 응급 상황이 아님이 판

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

명되는 경우, 귀하의 건강이 심각한 위험에 처했다고 생각했던 판단이 합리적이었던 한 저희는 귀하의 진료를 보장할 것입니다.

단, 그것이 응급 상황이 아니었다고 의사가 말한 후에는, 오직귀하가 추가 진료를 다음 두 가지 방식 중 하나로 받는 경우에만 추가 진료를 보장할 수 있습니다.

- 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자에게 가서 추가 진료를 받는 경우, 또는
- 귀하가 받는 추가 치료가 긴급히 필요한 서비스로 간주되고 귀하가 이 긴급 치료를 받기 위한 아래 규칙을 준수하는 경우.

섹션 3.2 서비스가 긴급히 필요할 때 진료 받기**긴급히 필요한 서비스란 무엇입니까?**

즉각적인 의료 조치가 필요한 서비스(그러나 응급 상황은 아님)는 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 하지만, 연례 검진과 같은 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

귀하는 긴급하게 필요한 서비스를 항상 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받으려고 노력해야 합니다. 서비스 제공자를 이용할 수 없거나 접근할 수 없고 또한 진료를 받기 위해 서비스 제공자 이용이 가능하게 될 때를 기다리는 것이 합리적이지 않은 경우, 당사는 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 긴급하게 필요한 서비스를 보장할 것입니다. 긴급 치료 센터 목록은 ko.clevercarehealthplan.com/provider에 있는 서비스 제공자 디렉터리에서 보실 수 있으며, 이 책자 뒷면에 나와 있는 번호로 회원서비스부에 전화하실 수도 있습니다.

긴급 진료가 필요한 때에는 귀하의 PCP 또는 의료 그룹에 먼저 연락하십시오. 둘 중 어느 것도 이용할 수 없는 경우, Teladoc(하루 24시간 이용 가능)에 1-800-TELADOC(835-2362)으로 전화할 수 있습니다.

당사의 플랜은 다음과 같은 상황에서 미국 이외 지역의 전 세계 서비스, 즉 긴급, 응급 및 안정화 후 치료로 정의된 서비스를 보장합니다.

섹션 3.3 재난 시 진료 받기

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

재난 시 필요한 치료를 받는 방법에 대한 정보는 ko.clevercarehealthplan.com을(를) 방문하십시오.

귀하가 재난 시 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 저희 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자로부터 네트워크 내 비용 분담으로 진료를 받으실 수 있도록 조치할 것입니다. 재난 시 네트워크 내 약국을 이용할 수 없는 경우, 귀하는 네트워크 외 약국에서 처방약을 조제할 수 있습니다. 5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기**섹션 4 보장 대상 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면 어떻게 하나요?**

귀하가 보장 대상 서비스에 대해 저희 플랜 비용 분담액을 초과하여 지불했거나 보장 대상 의료 서비스의 전체 비용에 대한 청구서를 받는 경우, 귀하는 보장 대상 서비스 비용에 대한 저희 분담액을 지불하도록 저희에게 요청할 수 있습니다. 해야 할 일에 대한 자세한 내용은 제7장을 참조하십시오.

섹션 4.1 서비스를 저희 플랜이 보장하지 않으면 귀하가 전액을 지불해야 합니다

Clever Care Total+은(는) 제4장의 의료 혜택 차트에 열거된 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장합니다. 저희 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나 네트워크 외 서비스를 플랜의 승인 없이 이용한 경우에는 귀하가 서비스 비용 전액을 지불해야 합니다.

섹션 5 임상 연구에서의 의료 서비스**섹션 5.1 임상 연구란 무엇입니까**

임상 연구(임상 시험이라고도 함)란 의사와 과학자들이 새로운 암 치료약이 얼마나 잘 듣는지와 같은 새로운 유형의 의학적 치료법을 시험하는 한 가지 방법입니다. 특정 임상 연구는 Medicare의 승인하에 진행됩니다. Medicare에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 연구에 참여할 자원 봉사자를 모집합니다. 귀하가 임상 연구에 참여할 때도 귀하는 저희 플랜에 대한 등록을 유지하면서 저희 플랜 기간 동안 귀하의 나머지 진료(연구에 관련되지 않은 진료)를 계속 받으실 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, 귀하가 해당 연구의 일환으로 받는 보장 대상 서비스에 대한 비용의 대부분은 Original Medicare가 지불합니다. 귀하가 적절한 임상 시험에 참여 중이라고 저희에게 알리면, 귀하는 오직 해당 시험에서의 진료에 대한 네트워크 내 비용 분담액만을 부담하게 됩니다. 귀하가 Original Medicare 비용 분담액을 이미 지불한 경우 등과 같이 더 많은 비용을 지불한 경우, 저희는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담액 간의 차액을 상환합니다. 귀하는 본인이 지불한 금액을 증빙하는 문서를 당사에 제시해야 합니다.

귀하가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하기 원하는 경우, 귀하는 저희로부터 승인을 받거나 이를 통지할 필요가 없습니다. 임상 연구의 일부로 귀하에 진료를 제공하는 서비스 제공자는 저희 플랜의 네트워크에 소속일 필요는 없습니다(이는 증거 기반 보장(NCDs-CED) 및 임상시험용 기기 면제(IDE) 연구가 필요한 특정 혜택을 포함하여, 혜택을 평가하기 위해 임상 시험 또는 등록이 필요한 보장 혜택에는 적용되지 않습니다. 이러한 혜택에는 사전 승인 및 기타 플랜 규칙이 적용될 수도 있습니다.)

귀하가 임상 연구에 참여하기 위해 저희 플랜의 허가를 받을 필요는 없지만, Medicare 승인 임상 시험에 참여하기로 선택하셨을 때 사전에 저희에게 알려주실 것을 권장합니다.

Medicare에서 승인하지 않은 임상 연구에 참여하는 경우, 귀하는 임상 연구 참여에 대한 모든 비용을 지불할 책임이 있습니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

섹션 5.2 임상 연구에서 서비스 비용을 지불하는 사람

귀하가 Medicare 승인 임상 연구에 실제로 참여하는 경우, 임상 연구의 일환으로 귀하가 받는 다음과 같은 통상적 품목 및 서비스는 Original Medicare가 보장합니다.

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

Medicare가 이러한 서비스의 비용 중 자신의 몫을 지불한 후, 저희 플랜은 Original Medicare의 비용 분담액과 저희 플랜 회원으로서의 귀하의 네트워크 내 비용 분담액 간의 차액을 지불합니다. 이는 귀하가 연구의 일환으로 받는 서비스에 대해 저희 플랜으로부터 같은 서비스를 받았을 때 지불해야 했을 만큼의 액수를 지불함을 의미합니다. 그러나 귀하는 본인이 지불한 비용 분담액을 증빙하는 문서를 제출해야 합니다. 지급 요청서 제출에 대한 추가 정보는 제7장을 참조하십시오.

임상 연구에서 비용 분담의 예: 연구의 일환으로서 비용이 \$100인 검사실 검사를 귀하가 받는다고 가정합니다. 이 검사를 위한 비용 중 귀하의 몫이 Original Medicare에 의하면 \$20이지만, 해당 검사는 저희 플랜에 의하면 \$10입니다. 이 경우 Original Medicare는 검사 비용으로 \$80를 지불하고, 귀하는 Original Medicare에서 요구하는 코페이 \$20를 지불하게 됩니다. 귀하는 본인이 적격 임상 시험 서비스를 받았음을 플랜에 알리고 문서(예: 서비스 제공자 청구서)를 플랜에 제출합니다. 플랜은 \$10를 귀하에게 직접 지불합니다. 따라서 귀하의 검사를 위한 순 지불액은 \$10가 되며, 이는 귀하가 저희 플랜의 혜택에 따라 지불해야 했을 금액과 동일합니다.

귀하가 임상 연구에 참여하면 Medicare나 저희 플랜은 다음을 위해서는 지불하지 않을 것입니다.

- 일반적으로, Medicare는 귀하가 연구에 참여하지 않은 경우에도 Medicare가 해당 항목 또는 서비스를 보장할 경우가 아닌 한 연구가 시험하고 있는 새로운 항목 또는 서비스를 위해 지불하지 않을 것입니다.
- 귀하의 직접적 치료에 사용되는 것이 아닌 데이터 수집을 위해서만 제공되는 항목 또는 서비스. 예컨대, Medicare는 귀하의 질병이 통상적으로는 1회의 CT 스캔만 요구할 경우, 연구의 일환으로 수행되는 월레 CT에 대해서는 지불하지 않을 것입니다.
- 임상 연구 의뢰자가 임상 연구 등록자에게 무료로 관례적으로 제공하는 물품 및 서비스.

임상 연구 참여에 대한 추가 정보 얻기

<https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>에서 Medicare 간행물 *Medicare 및 임상 연구*를 읽고 임상 연구 참여에 대한 추가 정보를 얻을 수 있습니다. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

섹션 6 종교적 비의학적 보건 기관에서 진료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 보건 기관

종교적 비의학적 보건 기관이란 원래 병원 또는 전문요양시설에서 치료할 질환을 위해 진료를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문요양시설에서 진료를 받는 것이 회원의 종교적 신념에 반하는 경우, 저희는 그 대신 종교적 비의학적 보건 기관에서의 진료를 위한 보장을 제공할 것입니다. 이 혜택은 파트 A 입원환자 서비스(비의학적 의료 서비스)를 위해서만 제공됩니다.

섹션 6.2 종교적 비의학적 보건 기관에서 진료 받는 방법

종교적 비의학적 보건 기관에서 진료를 받으려면 귀하는 **non-excepted** 의학적 치료를 받는 데 양심적으로 반대한다고 말하는 법적 문서에 서명해야 합니다.

- **Non-excepted** 의학적 진료 또는 치료란 *자발적이고* 연방, 주 또는 현지 법률이 *요구하지 않는* 의학적 진료 또는 치료입니다.
- **제외되는** 의학적 치료란 자발적이지 *않거나* 연방, 주 또는 현지 법률이 *요구하는* 의학적 진료 또는 치료입니다.

저희 플랜의 보장을 받으려면 귀하가 종교적 비의학적 보건 기관으로부터 받는 진료가 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 진료를 제공하는 시설이 Medicare의 인증을 받아야 함.
- 저희 플랜은 진료의 *non-religious* 측면만 보장합니다.
- 귀하가 이 기관으로부터 귀하에게 제공되는 서비스를 받는 경우 다음 조건이 적용됩니다.
 - 귀하는 병원 입원 치료 또는 전문요양시설 케어를 위한 보장 대상 서비스를 받을 수 있을 만한 의학적 질환을 갖고 있어야 함.
 - – *그리고* – 귀하는 시설에 입원하기 전에 저희 플랜으로부터 사전에 승인을 받아야 하며 그렇지 않으면 귀하의 체류는 보장되지 않을 것임.

Medicare 입원환자 병원 보장 제한이 적용될 수 있습니다. Medicare 입원환자 병원 보장 제한에 관한 추가 정보에 대해서는 제4장의 혜택 차트를 참조하십시오.

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙

섹션 7.1 저희 플랜에 의거한 특정 횟수의 지불 후에도 일부 내구성 의료 장비의 소유권은 귀하가 갖지 못합니다

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. 보철과 같은 일부 DME 품목은 항상 회원이 소유권을 갖습니다. 귀하가 반드시 임대해야 하는 기타 유형의 DME.

제3장 플랜을 이용하여 의료 서비스를 받기

Original Medicare에서는, 특정 유형의 DME를 렌트하는 사람이 해당 품목에 대한 코페이먼트를 13개월 동안 지불한 후에 그 장비를 소유합니다. Clever Care Total+의 회원으로서, 귀하는 보통 저희 플랜의 회원인 동안 렌트한 DME 품목에 대해 몇 회 코페이먼트 지불하였던 귀하는 해당 품목의 소유권을 취득하지 못합니다. 귀하가 저희 플랜에 가입하기 전에 Original Medicare 하에서 DME 품목에 대해 최대 12회 연속 지불을 한 경우에도 소유권을 취득하지 못합니다.

귀하가 Original Medicare로 전환하는 경우 내구성 의료 장비를 위해 본인이 한 지불은 어떻게 됩니까?

귀하가 저희 플랜의 회원인 동안 DME 품목의 소유권을 취득하지 않은 경우, 귀하가 해당 품목을 소유하려면 Original Medicare로 전환한 후에 새로 연속 13회 지불을 하셔야 합니다. 저희 플랜의 회원인 동안 귀하가 한 지불은 이러한 13회 지불에 계상되지 않습니다.

예시 1: 귀하는 Original Medicare에서 해당 품목에 12회 이하의 연속 지불을 하고 저희 플랜에 가입하셨습니다. 귀하가 Original Medicare에 한 지불은 계상되지 않습니다.

예시 2: 귀하는 Original Medicare에서 해당 품목에 12회 이하의 연속 지불을 하고 저희 플랜에 가입하셨습니다. 귀하는 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 해당 품목에 대한 소유권을 얻지 못했습니다. 그런 다음 Original Medicare로 복귀하셨습니다. 해당 품목을 소유하려면 귀하가 Original Medicare로 복귀한 후에 새로 13회 연속 지불을 하셔야 합니다. 이전의 모든 지불(저희 플랜이든 Original Medicare이든 무관함)은 계산되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 용품 및 정비를 위한 규칙

귀하가 Medicare 산소 장비 보장의 자격이 있는 경우 Clever Care Total+은(는) 다음을 보장합니다.

- 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 Total+에서 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비를 필요로 하지 않는 경우에는 산소 장비를 반환하셔야 합니다.

저희 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare로 복귀하면 어떻게 됩니까?

Original Medicare는 산소 장비 제공업체가 귀하에게 5년 동안 서비스를 제공하도록 요구합니다. 귀하는 최초 36개월 동안에는 장비를 렌트합니다. 나머지 24개월 동안에는 용품 제공업체가 장비 및 정비 서비스를 제공합니다(귀하는 여전히 산소에 대한 코페이먼트를 지불하셔야 합니다). 5년이 지나면 귀하는 기존 회사를 유지하거나 다른 회사로 변경하기로 선택하실 수 있습니다. 이 시점에서 귀하는 기존 회사를 유지하기로 한 경우에도 5년 주기가 다시 시작되므로 최초 36개월 동안 코페이먼트를 다시 지불하셔야 합니다. 귀하가 저희 플랜에 가입하거나 탈퇴하면 5년 주기가 다시 시작됩니다.

제4장

의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

섹션 1 보장 대상 서비스에 대한 본인 부담 비용 이해하기

의료 혜택 차트는 귀하의 보장 대상 서비스를 열거하고 Clever Care Total+의 회원으로서 귀하가 각 보장 대상 서비스에 대해 지불할 금액을 보여줍니다. 또한 이 섹션은 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보도 제공합니다. 특정 서비스에 대한 한도를 설명합니다.

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

보장 대상 서비스를 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형에는 다음이 포함됩니다.

- **본인부담 공제액:** 당사 플랜이 해당 부담금을 지불하기 전에 귀하가 의료 서비스에 대해 지불해야 하는 금액.(섹션 1.2에 특정 범주의 서비스에 대한 본인부담 공제액에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다.)
- **코페이먼트:** 특정 의료 서비스를 받을 때마다 귀하가 지불하는 고정 금액. 코페이먼트는 의료 서비스를 받을 때 본인이 지불합니다. (의료 혜택 차트에 코페이먼트에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다.)
- **코인슈어런스:** 특정 의료 서비스의 총 비용 중에서 귀하가 지불하는 비율. 코인슈어런스는 의료 서비스를 받을 때 본인이 지불합니다. (의료 혜택 차트에 코인슈어런스에 대한 자세한 설명이 나와 있습니다.)

Medicaid의 자격 또는 적격 Medicare 수혜자(QMB) 프로그램의 자격이 있는 대부분의 사람들은 본인부담 공제액, 코페이먼트 또는 코인슈어런스를 지불하지 않습니다. 귀하가 이러한 프로그램 중 하나에 속해 있는 경우, 귀하의 Medicaid 또는 QMB 자격 증명을 귀하의 서비스 제공자에게 반드시 보여주십시오.

섹션 1.2 당사 플랜에는 특정 유형의 서비스에 대해 본인부담 공제액이 있습니다

당사 플랜에는 특정 서비스에 대한 본인부담 공제액이 있습니다. 귀하는 본인부담 공제액을 지불하기 전까지는 병원 입원 및/또는 정신과 병원 입원에 대한 전체 비용을 지불하셔야 합니다. 귀하가 본인부담 공제액을 지불하고 나면, 당사는 해당 서비스에 대한 비용 중 당사의 부담액을 지불하고 귀하는 귀하의 부담액을 지불합니다. 의료 혜택 차트는 서비스 범주 본인부담 공제액을 보여줍니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)**섹션 1.3 보장 대상 의료 서비스를 위해 본인이 지불할 최대액은 얼마입니까?**

Medicare Advantage Plan은 보장하는 네트워크 내 의료 서비스에 대해 귀하가 매년 지불해야 하는 총액에 한도를 두고 있습니다. 당사 플랜에 의해 이 한도를 의료 서비스에 대한 최대 고객 부담 금액(MOOP)이라고 합니다. **역년의 경우 2026MOOP는 \$9,250입니다.**

귀하가 다음에 대한 본인부담 공제액, 코페이먼트 및 코인슈런스 네트워크 내 보장 대상 서비스에 대해 지불하는 금액은 이 MOOP에 포함됩니다. 파트 D 약을 위해 귀하가 지불하는 금액은 귀하의 최대 고객 부담 금액에 포함되지 않습니다. MOOP가 \$9,250에 도달하면, 귀하는 연도의 나머지 동안 네트워크 내 보장 대상 서비스에 대하여 어떠한 본인 부담금도 지불할 필요가 없을 것입니다. 그러나 귀하는 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 다른 제3자가 귀하를 대신하여 파트 B 보험료를 납부하지 않은 한).

섹션 1.4 서비스 제공자는 귀하에게 차액을 청구할 수 없습니다

Clever Care Total+의 회원으로서 귀하는 중요한 보호를 받습니다. 본인부담 공제액을 충족한 후, 귀하는 저희 플랜이 보장하는 서비스를 받을 때 귀하의 비용 부담액만 지불하면 되기 때문입니다. 서비스 제공자는 **차액 청구**라고 하는 별도의 추가 요금을 귀하에게 청구할 수 없습니다. 이 보호 조치는 저희가 서비스에 대해 서비스 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 저희가 특정 서비스 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

차액 청구로부터 보호되는 방법은 다음과 같습니다.

- 귀하의 비용 부담액이 코페이먼트(일정한 달러 액수, 예컨대 \$15.00)인 경우, 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자의 보장 대상 서비스에 대해서는 그 금액만 지불합니다.
- 귀하의 비용 부담액이 코인슈런스(총 요금의 일정한 퍼센트)인 경우, 귀하는 그 퍼센트 이상은 지불하지 않습니다. 단, 귀하의 비용은 귀하가 방문하는 서비스 제공자의 유형에 따라 달라집니다.
 - 보장 대상 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 코인슈런스 퍼센트 곱하기 플랜의 상환율(서비스 제공자와 저희 플랜 사이의 계약에서 정한)을 지불합니다.
 - 보장 대상 서비스를 Medicare에 참여한 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 코인슈런스 퍼센트에 참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (저희 플랜은 귀하가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황 또는 서비스 지역 밖에서 긴급히 필요한 서비스와 같은 특정 상황에서만 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
 - 보장 대상 서비스를 Medicare에 참여하지 않는 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 코인슈런스 퍼센트에 비참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (저희 플랜은 귀하가 진료 의뢰를 받거나 응급 상황 또는 서비스 지역 밖에서 긴급히 필요한 서비스와 같은 특정 상황에서만 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스를 보장합니다.)
- 서비스 제공자가 귀하에게 차액 청구를 했다고 생각되면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

섹션 2 의료 혜택 차트는 귀하의 의료 혜택 및 비용을 보여줍니다.

다음 페이지의 의료 혜택 차트에는 서비스 Clever Care Total+ 보장과 각 서비스에 대해 귀하가 본인 부담으로 지불하는 금액이 나와 있습니다(파트 D 처방약 보장은 제5장에 나와 있습니다). 의료 혜택 차트에 열거된 서비스는 다음 사항이 충족될 때만 보장됩니다.

- 귀하의 Medicare 보장 서비스는 Medicare 보장 가이드라인에 따라 제공되어야 함.
- 귀하의 서비스(의료, 서비스, 용품, 장비 및 파트 B 약 포함)가 *반드시* 의학적으로 필요해야 함. 의학적 필요란 서비스, 용품 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 표준 관행을 충족함을 의미합니다.
- 신규 가입자의 경우, 귀하의 MA 조정 치료 플랜은 최소 90일의 전환 기간을 제공해야 하며, 이 기간 동안 새로운 MA 플랜은 적극 치료 과정에 대해서는, 그 치료 과정이 네트워크 외 서비스 제공자를 통해 시작된 서비스를 위한 것이라 하더라도, 사전 승인을 요구할 수 없습니다.
- 귀하는 진료를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받아야 합니다. 대부분의 경우, 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 진료는 응급 또는 긴급 진료에 해당하거나 당사의 플랜 또는 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하를 진료 추천(의뢰)한 경우가 아닌 이상 보장되지 않습니다. 이는 귀하가 받는 네트워크 외 서비스에 대해 서비스 제공자에게 전액을 지불한다는 의미입니다.
- 귀하에게 케어를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있어야 합니다.
- 의료 혜택 차트에 열거된 서비스 중 일부는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 저희로부터 사전에 승인을 받는 *경우에만* 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 의료 혜택 차트에 굵은체 표시가 되어 있습니다.
- 귀하의 조정된 진료 플랜이 치료 과정에 대한 사전 승인 요청을 승인하는 경우, 해당 승인은 해당 보장 기준, 귀하의 병력 및 치료 제공자의 권고에 따라 치료 중단을 피하기 위해 의학적으로 합당하고 필요한 기간 동안 유효해야 합니다.
- 또한 저희는 귀하가 약속을 불이행하거나 서비스 당시에 요구되는 비용 분담액을 지불하지 않은 경우, 행정 수수료를 귀하에게 부과할 수 있습니다. 이러한 행정 수수료에 관한 질문이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

기타 저희의 보장에 대해 알아야 할 중요 사항:

- 모든 Medicare 헬스 플랜처럼 저희는 Original Medicare가 보장하는 것은 모두 보장합니다. 이러한 혜택 중 일부의 경우, 귀하는 Original Medicare에서 귀하가 지불할 것보다 저희 플랜에서 *더 많이* 지불합니다. 기타의 경우, 귀하는 *더 적게* 지불합니다. (Original Medicare의 보장 및 비용에 대한 자세한 정보를 알기 원하는 경우, *Medicare & You 2026* 핸드북을 참조하십시오. 이 핸드북은 웹사이트(www.medicare.gov)에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화하여 사본을 요청하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해야 합니다.)
- Original Medicare에서 무료로 보장되는 모든 예방 서비스의 경우, 저희도 귀하에게 이러한 서비스를 무료로 보장합니다. 단, 귀하가 예방 서비스를 받기 위해 방문했을 당시 기존 질환을 위한 치료 또는 모니터링도 이미 받고 계셨던 경우라면, 기존 질환을 위해 받고 있던 진료에 대해서는 코페이먼트가 적용될 것입니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

- Medicare가 2026년 동안에 어떤 서비스를 위한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 저희 플랜이 그러한 서비스를 보장할 것입니다.
- 귀하가 저희 플랜의 2개월 자격 유지가 인정된 기간 내에 있는 경우, 저희는 모든 플랜 보장 대상 혜택을 계속 제공할 것이며, 이 기간 동안에 귀하의 비용 분담액은 변경되지 않습니다.

Extra Help(추가 도움)의 자격이 있는 사람들을 위한 중요 혜택 정보:

- 귀하가 Medicare 약 프로그램 비용을 지불하기 위해 Extra Help(추가 도움)를 받는 경우, 귀하는 다른 목표의 부가 혜택 및/또는 비용 분담 감액을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

만성 질환 보유 가입자를 위한 중요 혜택 정보

- 귀하가 아래에 열거된 만성 질환을 진단받고 소정의 기준을 충족하는 경우, 귀하는 만성 질환을 위한 특별 보충 혜택의 자격이 있을 수 있습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

- 만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애:
 - 알코올 사용 장애
 - 아편유사제 사용 장애
 - 대마초 사용 장애
 - 진정제, 최면제 또는 항불안제 사용 장애
 - 코카인 사용 장애
 - 기타 자극제 사용 장애
 - 니코틴 의존성
 - 흡입제 사용 장애
 - 기타 정신활성 물질 사용 장애
- 자가면역장애:
 - 건선성 관절염
 - 류마티스 관절염
 - 전신 홍반성 루푸스
 - 피부근육염
 - 다발근육염
 - 결절성 다발동맥염
 - 류마티스성 다발근통
 - 피부경화증
- 암(암 전 상태 또는 제자리 상태 제외)
- 심혈관 질환:
 - 심장부정맥
 - 관상동맥 질환
 - 만성 정맥 부전증
 - 말초혈관계 질환
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
 - 제1형 당뇨병
 - 제2형 당뇨병
- 만성 위장관(소화기) 질환:
 - B형 간염
 - C형 간염
 - 췌장염
 - 염증성 장 질환
 - 비알코올성 지방간 질환(NAFLD)
- 만성 신장 질환(CKD):
 - 투석이 필요한 CKD/말기 신장 질환 (ESRD)
- 면역 결핍 및 면역 억제 질환:
 - 재생불량성 빈혈
 - 혈우병
 - 면역성 혈소판감소성 자반증
 - 골수이형성 증후군
 - 겸상 적혈구 질환(겸상 적혈구 체질 제외)
 - 만성 정맥 부전증
- HIV/AIDS
- 만성 폐 질환:
 - 천식
 - 만성 기관지염
 - 폐기종
 - 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)
- 만성 및 장애적 정신건강 질환:
 - 양극성 장애
 - 주요 우울 장애
 - 편집 장애
 - 조현병
 - 분열 정동 장애
- 신경학적 질환:
 - 섬유근육통
 - 만성 피로 증후군
 - 척수 손상
 - 근위축성 측삭 경화증(ALS),
 - 간질
 - 뇌성마비,
 - 광범위한 마비(즉, 편마비, 사지마비, 하반신마비, 단마비)
 - 헌팅턴병
 - 다발성 경화증
 - 파킨슨병
 - 다발성신경염
 - 척추 협착
 - 뇌졸중 관련 신경학적 결손
- 뇌졸중
- 장기 이식 후 치료
- 면역결핍 및 면역억제 장애
- 인지 기능 저하 관련 질환:
 - 알츠하이머병

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

- 담당 의사가 판단하고 확인한 적격 만성 질환의 임상 기준에 따라 귀하는 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택(SSBCI)의 자격이 있습니다. 경우에 따라, 귀하는 규정된 목표와 결과 척도가 있는 저희 플랜의 사례 관리 프로그램(Case Management Programs) 중 하나에 참여하셔야 합니다.
- 세부 사항은 아래 의료 혜택 차트에서 *만성 질환을 위한 특별 보충 혜택*행을 참조하십시오.
- 귀하에게 정확히 어떤 혜택의 자격이 있는지 알아보려면 저희에게 연락하십시오.



이 사과기는 의료 혜택 차트에서 예방 서비스를 보여줍니다.

의료 혜택 차트

보장 서비스	본인 부담 금액
 복부 대동맥류 스크리닝 위험 요인이 있는 사람들을 위한 일회 초음파 스크리닝. 당사의 플랜은 귀하가 특정 위험 요인을 갖고 있는 경우 및 귀하가 특정 위험 요인을 위해 귀하의 의사, 보조의사, 전담간호사 또는 임상전문간호사로부터 진료 추천(의뢰)을 받는 경우에만 이 스크리닝을 보장합니다.	이 예방적 스크리닝의 자격이 있는 회원에게는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
만성 요통에 대한 침술 치료 보장되는 서비스의 예: 다음과 같은 상황에서 90일 동안 최대 12회의 방문이 보장됩니다. 본 혜택의 목적상, 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12주 이상 지속됨, • 확인 가능한 전신적 원인이 없다는 점에서 비특이적임 (예: 전이성, 염증성, 감염성 등 질병과 관련이 없음), • 수술과 관련이 없음, • 임신과 관련이 없음. 호전을 보이는 환자에 대해 추가로 8회의 세션이 보장됩니다. 침술 치료는 연간 20회 이하로 받을 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 서비스 제공자 자격 요건: 의사(사회 보장법(법)의 1861(r)(1)에 정의된 자)는 해당 주 요건에 따라 침술을 제공할 수 있습니다. 보조의사(PA), 전담간호사(NP)/임상전문간호사(CNS)(법의 1861(aa)(5)에 정의된 자) 및 보조 인력은 해당 주의 모든 요건 및 다음을 충족하는 경우 침술을 제공할 수 있습니다. • 침술한의학회(ACAOM)의 인가를 받은 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 소지자, • 미국의 주, 영토 또는 연방국(예: 푸에르토리코), 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현재의 완전한 현역 무제한 면허 소지. 침술을 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	Medicare 보장 서비스에 대한 20% 코인슈런스. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
침술(정기) 본 플랜은 무제한의 네트워크 내 정기(Medicare 비보장) 침술 서비스를 매년 플랜 연간 최대 금액까지 보장합니다.	네트워크 내 사전 승인 또는 진료 추천서는 필요하지 않습니다. 플랜 최대 금액인 \$2,000 까지 방문당 \$0 코페이먼트. 당 플랜이 방문을 위한 최대 혜택 수당을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 부담해야 합니다. 연간 플랜 최대 한도는 다음 플랜 연도로 이월되지 않습니다.
앰불런스 서비스 보장되는 앰불런스 서비스에는, 응급 또는 비응급 상황을 불문하고, 다른 운송 수단으로는 당사자의 건강이 위험해질 수 있을 질병을 가진 회원에게 제공되거나 플랜이 승인한 경우 진료를 제공할 수 있는 가장 가까운 적절한 시설로 이송하기 위한 고정익, 회전익 및 지상 구급차 서비스가 포함됩니다. 보장되는 앰불런스 서비스가 응급 상황을 위한 것이 아닌 경우에는, 회원의 상태가 다른 운송 수단으로는 당사자의 건강이 위험해질 수 있고 앰불런스에 의한 수송이 의학적으로 필요하다고 문서화되어야 합니다.	각 Medicare 보장 지상 구급차 운행(편도)에 대해 20% 코인슈런스. 각 Medicare 보장 공중 구급차 운행(편도)에 대해 20% 코인슈런스. 비용급 앰불런스 수송은 사전 승인이 필요합니다.
 연례 웰니스 방문 파트 B를 12개월 이상 동안 갖고 있는 경우, 귀하의 현재 건강과 위험 요인에 근거한 맞춤 예방 계획을 개발 또는 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 할 수 있습니다. 이는 12개월에 1회 보장됩니다. 참고: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 귀하의 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문으로부터 12개월 이내에 발생할 수는 없습니다. 그러나, 파트 B를 12개월 동안 유지한 후에는 연례 웰니스 방문을 보장받기 위해 <i>Welcome to Medicare</i> 방문을 마친 상태일 필요가 없습니다.	연례 웰니스 방문에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 골질량 측정 유자격자(일반적으로 이는 골밀도 감소 위험에 처한 또는 골다공증의 위험에 처한 사람을 의미함)의 경우, 골밀도를 확인하거나, 골손실을 탐지하거나, 뼈의 질을 판단하기 위한 검사(의사의 결과 해석 포함) 서비스가 24개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 빈번하게 보장됩니다.	Medicare 보장 골질량 측정에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
 유방암 스크리닝(유방조영상) 보장되는 서비스의 예: • 35세~39세 사이에 베이스라인 유방촬영상 1회 • 40세 이상 여성의 경우 12개월 마다 스크리닝 유방촬영상 1회 • 24개월 마다 임상 유방 검사 1회	Medicare 보장 스크리닝 유방조영상에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 종합 심장 재활 서비스 프로그램이 특정 조건을 충족하고 의사 처방을 받은 회원들에게 보장됩니다. 당사의 플랜은 또한 일반적인 심장 재활 프로그램보다 더 엄격하거나 강도가 높은 집약적인 심장 재활 프로그램도 보장합니다.	네트워크 내 각 Medicare 보장 방문에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
 심혈관 질환 위험 경감 방문(심혈관 질환을 위한 요법) 저희는 심혈관병 위험을 낮추기 위해 귀하의 주치의 방문을 연 1회 보장합니다. 이 방문시 귀하의 의사는 (적절한 경우) 아스피린 사용을 의논하고, 귀하의 혈압을 체크하며, 건강식 팁을 제공할 수 있습니다.	집약적 행동 요법 심혈관 질환 예방 혜택에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
 심혈관 질환 스크리닝 검사 심혈관병(또는 심혈관병 위험 상승과 관련된 비정상)의 탐지를 위한 혈액 검사, 5년(60개월)마다 1회.	5년마다 1회 보장되는 심혈관 질환 검사에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 경부암 및 질암 스크리닝 보장되는 서비스의 예: - 모든 여성 대상: 팍 테스트 및 경부 검사는 24개월마다 1회 보장됩니다. - 귀하가 경부암 또는 질암 위험이 높거나 가임 연령인데 지난 3년 이내 팍 테스트가 비정상이었던 경우: 12개월마다 1회 팍 테스트	Medicare 보장 예방적 팍 테스트 및 경부 검사에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
카이로프랙틱 서비스 보장되는 서비스의 예: 저희는 아탈구를 교정하기 위한 척추의 도수치료만 보장합니다.	네트워크 내 각 Medicare 보장 방문에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
만성 통증 관리 및 치료 서비스 만성 통증(3개월 이상 지속되거나 지속적으로 재발하는 통증을 앓고 있는 사람들을 위한 보장되는 월간 서비스. 서비스에는 통증 평가, 약물 관리, 진료 조정 및 계획이 포함될 수 있습니다.	네트워크 내 이 서비스에 대한 비용 부담은 치료 과정에서 제공되는 개별 서비스에 따라 달라집니다. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 결장직장암 스크리닝 다음의 선별 검사가 보장됩니다. • 대장내시경 검사는 최소 또는 최대 연령 제한이 없으며, 비고위험 환자 또는 결장직장암의 비고위험 환자로서 이전 유연 결장내시경 검사 후 48개월이 지난 환자에 대해서는 매 120개월(10년)마다 1회, 이전 선별 대장내시경 검사 후의 고위험 환자에 대해서는 매 24개월마다 1회 보장됩니다. • 결장직장암의 위험이 높지 않고 마지막 스크리닝 컴퓨터 단층촬영 대장내시경검사를 실시한 달 이후 최소 59개월이 경과했거나 마지막 스크리닝 연성 S상결장경검사 또는 스크리닝 대장내시경검사를 실시한 달 이후 47개월이 경과한 45세 이상의 환자에 대한 컴퓨터 단층촬영 대장내시경검사. 대장암 위험이 높은 환자의 경우, 마지막 스크리닝 컴퓨터 단층촬영 대장내시경검사 또는 마지막 스크리닝 대장내시경검사를 실시한 달 후 최소 23개월이 경과한 후 실시한 스크리닝 컴퓨터 단층촬영 대장내시경검사에 대한 비용을 지불할 수 있습니다. • 45세 이상인 환자에 대한 연성 결장내시경 검사. 선별 대장내시경 검사를 받은 후의 비고위험 환자에 대해 매 120개월마다 1회. 마지막 연성 결장내시경검사 또는 컴퓨터 단층촬영 대장내시경검사의 고위험 환자에 대해서는 매 48개월마다 1회. • 45세 이상의 환자에 대한 선별 혈변 검사. 12개월마다 1회. • 45세 이상 85세 이하의 고위험 기준 미달 환자에 대한 다중표적 대변 DNA 검사. 매 3년마다 1회. • 45세 이상 85세 이하의 고위험 기준 미달 환자에 대한 혈액 기반 바이오마커 검사. 매 3년마다 1회. • 결장암 선별 검사에는 Medicare 보장 비침습적 대변 기반 결장암 선별 검사에서 양성 판정을 받은 후의 후속 선별 대장내시경 검사가 포함됩니다. • 대장암 스크리닝 검사에는 조직 또는 기타 물질의 제거를 수반하는 계획된 스크리닝 연성 S상결장내시경검사 또는 스크리닝 대장내시경검사, 또는 스크리닝 검사와 관련하여, 그 결과, 그리고 스크리닝 검사와 동일한 임상적 대면에서 제공되는 기타 기술이 포함됩니다.	Medicare 보장 결장직장암 스크리닝 검사에 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액은 없습니다. 귀하의 의사가 대장내시경 검사 또는 연성 S상결장내시경 검사 중에 용종이나 기타 조직을 발견하여 제거한 경우, 스크리닝 검사는 진단 검사가 됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
치과 서비스 일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 클리닝, 통상적 치과 검사 및 치과 엑스레이)는 Original Medicare가 보장하지 않습니다. 단, Medicare는 한정된 경우의 상황, 즉 치과 서비스가 개인의 일차 질환의 특정 치료의 필수적 부분인 때에는 치과 서비스에 대해 지불하고 있습니다. 예로는 골절 또는 부상 후의 턱의 재건, 턱 관련 암의 방사선 치료 준비를 위한 발치, 또는 장기 이식에 앞선 구강 검사를 들 수 있습니다. 또한 당사는 다음을 보장합니다. 예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다. • 치아 클리닝, 연 2회 • 구강 검사, 연 2회 • 불화물 처리, 연 1회 • 교익 엑스레이, 연간 2회 종합적 치과 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 치아 딥 클리닝 • 충치 치료 • 신경 치료(근관치료술) • 치과용 크라운 • 임플란트 • 브릿지(의치) • 의치 • 발치 및 기타 서비스 저희 플랜은 치과 혜택을 제공하기 위해 Liberty Dental Plan과 제휴하고 있습니다. 일부 서비스는 치료를 시작하기 전에 미리 사전 승인을 받기 위한 임상 검토가 필요하다는 점에 유의하시기 바랍니다. 특정 문서는 사전 승인 요청과 함께 제출해야 하며 이것이 산업 표준에 의거해 바람직하고 적절한지 여부, 그리고 그러한 서비스에 특유한 모든 요건을 충족하고 있음을 확인하기 위하여 제공된 문서를 사용하여 임상적으로 검토됩니다. Liberty Dental의 의견에 의거해 불필요하거나 플랜의 기준에 맞지 않는 치료는 보장되지 않습니다. 필요한 문서가 제공되	네트워크에 소속 치과 이용이 필수 요건은 아닙니다. 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받은 서비스의 경우, 플랜은 보장 서비스에 대해 허용 금액까지만 지불하며, 허용 금액을 초과해서는 지불하지 않습니다. 서비스 제공자 청구 금액과 계약상 수당 간 차액은 회원이 부담해야 합니다. 특정 치과 서비스에는 제한사항 및 예외사항이 적용됩니다. 예방 서비스를 위해 진료 의뢰는 필요하지 않습니다. 종합적 치과 치료를 위해서는 진료 추천서가 필요합니다. 본 플랜은 예방 및 종합 서비스에 대해 \$1,200의 연 2회 수당을 제공합니다. 수당은 발효일 및 7월 1일부터 지급됩니다. 연간 혜택의 한도는 \$2,400입니다. 플랜이 지급한 혜택 후, 남은 비용은 귀하가 부담하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 6월 30일에 미사용 보조금은 다음 6개월 기간으로 이월되며 12월 31일에 만료됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
치과 서비스 (계속) 지 않는 경우에는, 서비스가 충분히 검토될 수 없으며 따라서 거절될 수 있습니다. 어떤 사유로든 사전 승인이 거절된 경우, 그 서비스는 보장되지 않으며, 모든 관련 비용은 귀하가 부담합니다. 성형 또는 미용 목적의 치과 절차는 보장되지 않습니다. 보장은 혜택 내역에 기재되어 있는 서비스에 한정됩니다. 기재되어 있지 않은 서비스는 포함되지 않으며 보장되지 않습니다. 네트워크 서비스 제공자를 찾으려면 ko.clevercarehealthplan.com/provider에서 온라인 서비스 제공자 명부를 검색할 수 있습니다. 치과 서비스를 받기 전에 혜택 보장 범위를 담당 치과의사와 함께 검토하시는 것을 추천드립니다.	치과교정은 제외됩니다. 임플란트 및 기타 서비스에는 사전 승인이 필요합니다.
 우울증 스크리닝 저희는 우울증 스크리닝을 연 1회 보장합니다. 이 스크리닝은 후속 치료 및/또는 위탁을 제공할 수 있는 일차 케어 환경에서 수행되어야 합니다.	연례 우울증 스크리닝 방문에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
 당뇨병 스크리닝 귀하가 이러한 위험 요인을 갖고 있는 경우 저희는 고혈압, 비정상적 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치 이력(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 이력 스크리닝(공복 혈당 검사 포함)을 보장합니다. 귀하가 기타 과체중 및 가족의 당뇨병 이력 같은 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 귀하는 가장 최근의 당뇨병 스크리닝 검사일로부터 12개월마다 최대 2회의 당뇨병 스크리닝을 받을 자격이 있을 수 있습니다.	Medicare 보장 당뇨병 스크리닝 검사에 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액은 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비사용자)을 대상으로 함. 보장되는 서비스의 예: • 혈당을 모니터링하기 위한 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사 스트립, 란셋 기기 및 란셋, 검사 스트립과 모니터의 정확성을 체크하기 위한 글루코스 콘트롤 솔루션. • 중증 당뇨병성 족부 질환이 있는 사람들의 경우: 매년 치료용 맞춤형 성형 신발(그러한 신발과 함께 제공되는 인서트 포함) 한 켤레 및 추가로 인서트 두 켤레 또는 속이 깊은 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 용품에 대한 20% 코페이먼트. Medicare 보장 당뇨병 치료용 신발 또는 인서트에 대해 20% 코인슈런스. 당뇨병 자가관리 교육에 대해 \$0 코페이먼트. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (내구성 의료 장비의 정의는 제12장 및 제3장을 참조하십시오.) 보장되는 품목에는 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 위커가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. 저희는 Original Medicare에 의해 보장되는 의학적으로 필요한 모든 DME를 보장합니다. 귀하 지역의 저희 공급자들이 특정 브랜드 또는 제조업체를 취급하지 않는 경우, 귀하는 그들에게 맞춤형 특별 주문이 가능한지 문의할 수 있습니다. 최신 공급자 리스트를 저희 웹사이트인 ko.clevercarehealthplan.com에서 확인하실 수 있습니다. 일반적으로 본 플랜은 이 목록에 있는 브랜드 및 제조업체로부터의 Original Medicare가 보장하는 모든 DME를 보장합니다. 귀하의 담당 의사 또는 다른 제공자가 다른 브랜드가 귀하의 의학적 필요에 적합하다고 알리지 않는 한, 당사는 다른 브랜드 및 제조업체를 보장하지 않습니다. 귀하가 본 플랜에 처음 가입하고 목록에 없는 DME 브랜드를 사용하고 있는 경우, 최대 90일 동안 이 브랜드를 계속하여 보장해 드릴 것입니다. 이 기간 동안, 귀하는 담당 의사와 상의하여 이 90일 기간 후 의학적으로 적절한 브랜드를 결정해야 합니다. (의사에게 동의하지 않는 경우, 2차 소견을 위해 귀하를 의뢰하도록 요청할 수 있습니다.) 귀하(또는 귀하의 서비스 제공자)가 플랜의 보장 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하 또는 서비스 제공자가 이의를 제기할 수 있습니다. 또한 어떤 제품이나 브랜드가 귀하의 의학적 상태에 적합한지에 대한 서비스 제공자의 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다. (이의제기에 대한 추가 정보는 제9장을 참조하십시오.)	네트워크 내 Medicare 보장 내구성 의료 장비의 경우 20% 코인슈런스. 36개월 동안 등록을 유지한 이후부터는 귀하의 비용 부담액에 변동이 없습니다. Clever Care Total+에 등록하기 전에 산소 장비 보장에 대해 36개월 동안 임대료를 지불한 경우, 귀하의 Clever Care Total+ 비용 부담액은 비용 부담 구조에 따라 20% 코인슈런스입니다. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
한의학 웰니스 서비스 저희 플랜은 계약 침술사의 다음 서비스 중 하나 또는 둘 이상의 서비스를 위한 동양 치료 요법 방문을 포함합니다. • 부항/쑥뜸 • 추나 • 팔사 • MedX • 반사 요법 각 웰니스 서비스 방문은 30분을 초과할 수 없습니다. 30분 이상의 모든 서비스는 2회 방문으로 계산됩니다.	네트워크 내 사전 승인 또는 진료 추천서는 필요하지 않습니다. 연간 최대 허용 24회 방문 까지 방문당 \$0 코페이먼트. 플랜이 최대 허용 방문에 대해 비용을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 부담해야 합니다. 남은 방문은 다음 플랜 연도로 이월되지 않습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
응급 진료 응급 진료란 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 비전문가가 귀하의 생명 상실(귀하가 임신부인 경우 태아의 상실), 사지 상실, 또는 사지 기능의 상실을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 귀하에게 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다. 네트워크 외에서 필요한 응급 서비스를 받을 때의 비용 부담액은 네트워크 내에서 그러한 서비스를 받을 때와 같습니다. 글로벌 응급 보장	각 응급실 방문에 대한 \$95 코페이먼트. 72시간 이내에 병원에 입원하는 경우 코페이먼트는 \$0입니다. 귀하가 응급 진료를 네트워크 외 병원에서 받았고 응급 상태가 안정된 후 입원환자 케어가 필요한 경우, 귀하가 케어를 계속 보장받으려면 네트워크 내 병원으로 돌아가야 합니다. 또는 네트워크 외 병원에서의 귀하의 입원환자 케어를 본 플랜에서 승인 받아야 하며, 이 경우 귀하가 지불할 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불해야 하는 비용 부담액과 같습니다. 미국 및 그 영토 이외 지역에서 응급 및/또는 긴급하게 필요한 서비스에 대한 \$0 코페이먼트 및 합산 \$100,000 연간 최대 금액.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 건강 및 웰니스 교육 프로그램 본 플랜은 Flex Benefits Mastercard®를 제공하며 다음 사항에 대한 비용 지불을 돕기 위해 지출 수당을 3개월마다 이 카드에 넣어 드립니다. 일반의약품(OTC) 항목 • OTC 품목은 처방이 필요 없는 약 및 건강 관련 제품입니다. • Medicare가 허용하는 바에 따라 저희 플랜은 수천 가지의 OTC 품목을 보장합니다. • 온라인 및 소매점에서 물품 구매. 특정 명칭 브랜드는 이용이 불가할 수 있으며 수량이 제한 또는 제약될 수 있습니다. 한방 건강 보조제 • 본 플랜은 알레르기, 불안증, 관절염, 요통, 습진, 피로 등의 질환 치료 또는 예방을 위한 한방 건강 보조제를 보장합니다. • 보조제는 네트워크 내 공급업체로부터 구입해야 합니다. 적격 한방 건강 보조제 전체 리스트는 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 확인할 수 있습니다. 피트니스 활동 유연한 수당은 다음과 같은 적격 활동을 위해 사용할 수 있습니다. • 헬스장 멤버십 - “자가이용”(일차 목적이 운동 장비 및 시설 오리엔테이션 제공임을 의미) 형태인 경우 귀하 1인의 헬스장 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 헬스장 이용권을 포함한 상품이어도 허용되지 않습니다. 그뿐만 아니라 수당을 도보/가이드 투어를 위해 사용하거나 사립 레지던스 또는 강사에게 지급할 수 없습니다. 모	네트워크 내 플랜 수당 금액 최대 한도까지 \$0 코페이먼트. 적격 서비스 목록에서 수당 사용 방법을 선택하십시오. Flex Benefits MasterCard®를 사용하여 서비스 비용을 지불하십시오. 이 플랜은 분기별 수당 \$600을 제공합니다. 최대 연간 수당은 \$2,400입니다. 수당은 귀하의 효력 발생일에 시작하고 4월 1일, 7월 1일 및/또는 10월 1일에 지급됩니다. 3월 30일, 6월 30일 또는 9월 30일에 사용되지 않은 수당 금액은 다음 분기로 이월되며, 12월 31일에 소멸됩니다. 플랜 지급 혜택이 소진된 후에는 귀하께서 잔여 비용을 부담하셔야 합니다. 분기의 마지막 날 이전에 결제가 이루어진 금액은 현재의 분기별 잔액에서 차감됩니다. 분기의 마지막 날에 결제가 이루어진 금액은 다음 분기별 잔액에서 차감됩니다. 반품이 정상적으로 처리되려면 해당 분기 마지막 달의 25일 이전까지 반품을 신청해야 합니다. (예: 1분기의 경우 3월 25일 이전입니다.) 회원은 구매가 이루어

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스

본인 부담 금액

건강 및 웰니스 교육 프로그램 (계속)

든 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, 플렉스 혜택 수당은 시설에서 상품을 구입하기 위해 사용할 수 없습니다.

치아, 시력 및/또는 청력

- 수당은 플랜의 연간 수당을 초과하는 서비스에 대해 지불하는 데 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 이 차트의 치과 서비스, 시력 서비스 또는 청력 서비스 섹션을 참조하십시오.

식품

- 수당은 회원에게 적격 만성 질환이 있는 경우에만 건강 식품 및 농산물을 구매하는 데 사용할 수 있습니다.
- 만성 질환은 플랜과 회원의 PCP가 반드시 확인해야 합니다. 자세한 내용은 이 차트의 특정 만성 질환에 대한 도움말 섹션을 참조하십시오.

플렉스 카드는 귀하가 저희 플랜에 등록한 직후 우편으로 발송됩니다. 카드를 사용하기 전에 (877) 205-8005(TTY: 711)번으로 전화하거나 CleverCare.NationsBenefits.com/activate를 방문하여 활성화하여야 합니다. 카드에 대한 PIN을 받지 못하므로 구매 시 항상 “직불”이 아닌 “크레딧” 옵션을 선택하십시오. Benefits Pro 앱을 사용하거나

CleverCare.NationsBenefits.com을 방문하여 수당 사용 및 잔액을 추적하십시오. 당사의 네트워크 제휴사들 중 일부는 배송을 위해 최소 금액의 구매를 요구할 수도 있습니다. Flex Benefits 카드를 수락하는 각 공급업체에는 자체적인 반품 정책이 있을 수 있습니다. 회원은 공급업체의 정책에 따라야 합니다.

도움이 필요한 경우, 회원서비스부에 (833) 808-8164(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

진 해당 분기 내에 반 phẩm된 품목에 대해서만 크레딧을 받습니다. 알코올 및 담배 제품은 유연한 건강 및 웰니스 보조금에서 제외됩니다.

보장 서비스	본인 부담 금액
청력 서비스 귀하에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 귀하의 PCP가 수행한 진단 목적의 청력 및 균형 검사는 귀하가 의사, 청능사 또는 기타 유자격 서비스 제공자로부터 검사를 받을 때 외래환자 케어로서 보장됩니다. 본 플랜은 Original Medicare에서 보장하지 않는 추가적 청력 서비스를 보장합니다. - 정기 청력 검사 - 보청기(연간 한쪽 귀당 1개) 귀하는 보청기 피팅을 NationsHearing을 통해 받아야 합니다. 상세 정보를 원하거나 예약을 하려면 NationsHearing의 전화번호 (866) 304-7577(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 보청기 혜택 포함 사항: - 최초 착용일로부터 첫 해 내에 3회의 후속 방문 - 착용일로부터 60일의 시험 기간 - 보청기당 연간 60개 배터리(3년분) 3년의 제조업체 수리 보증 - 보청기 분실, 도난 또는 파손 시 1회 교체 보장 - 최초의 이어몰드 세트(필요 시)	네트워크 내 Medicare 보장 청력 검사 의 경우 코페이먼트 \$0. 네트워크 내 서비스 제공 자로부터의 연간 1회 정기 청력 검사의 경우 코페이 먼트 \$0. 수당 금액 한도까지의 보 청기에 대해 \$0 코페이. 본 플랜은 보청기를 위해 매년 귀 한쪽당 연간 수당 \$600를 제공합니다. 플랜이 지급한 혜택 후, 남 은 비용은 귀하가 부담하 며, 플렉스 수당 잔액을 결 제 수단으로 사용하실 수 있습니다. 모든 미사용 수당은 12월 31일에 소멸됩니다. 보청기는 NationsHearing 을 통해 제공되며 고객의 청력 요구 사항에 따라 특 정 기기로 제한됩니다. 분 실, 도난 또는 손상된 보청 기의 1회 교체에 대해 본 인부담 공제액이 적용됩 니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
특정 만성 질환에 대한 도움 아래에 열거한 만성 질환이 있고 특정 기준을 충족하는 가입자는 만성 질환에 대한 보충적 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 모든 회원이 이 특별한 보충적 혜택에 대한 자격을 충족하는 것은 아닙니다. 자격은 Clever Care Health Plan의 승인에 달려 있습니다. 진단 제한사항이 적용됩니다. 조건은 다음을 포함합니다. • 자가면역장애 • 암 • 심혈관 질환 • 만성 알코올 또는 약물 의존증 • 만성 및 장애적 정신건강 질환 • 만성 위장관(소화기) 질환 • 만성 심부전 • 만성 신장 질환 • 만성 폐 질환 • 인지 기능 저하 관련 질환 • 치매 • 당뇨병 • HIV/AIDS • 면역결핍 및 면역억제 질환 • 신경학적 질환 • 장기 이식 후 치료 • 면역 결핍 및 면역 억제 질환 • 뇌졸중 자격을 갖추려면 만성 질환이 있는 회원은 정의된 활동, 목표 및 결과 척도가 있는 사례 관리 프로그램에 참여할 수 있어야 합니다. 재가 안전 평가 서비스는 낙상 위험 기준, 보행, 균형 또는 민첩성을 충족하는 자로 제한됩니다. 귀하는 플랜의 계약 업체를 이용해야 합니다. 알코올 및 담배 제품은 식료품 수당에서 제외됩니다.	네트워크 내 식품 및 농산물(식료품) 코페이먼트 \$0. 플랜의 승인 후, 승인된 건강 식품 및 농산물을 구매할 수 있도록 분기별로 \$600의 헬스 및 웰니스 플렉스 수당이 제공됩니다. 만성 질환을 위한 식사 유자격 회원을 위해 연간 42회를 초과하지 않는 한도에서 14일 동안 하루 3회까지의 식사 지원에 대해 \$0 코페이. 사회적 니즈 혜택 비임상 개인 간병인이 제공하는 동반 서비스에 대해 \$0 코페이. 서비스는 24회의 4시간 교대조(총 96시간)로 제한됩니다. 원격 모니터링 서비스 의료 및 기타 건강 데이터를 모니터링하는 기기에 대해 \$0 코페이. 재택 안전 평가 연간 최대 2회 평가에 대해 \$0 코페이. 재택 지원 서비스 일상 생활 능력을 지원하는 서비스에 대해 \$0 코페이. 연간 40시간 한도.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
	간병인 지원 임시 간호에 대해 \$0 코페이. 연간 케어 시간은 40시간으로 한정. 사전 승인이 필요함.
 HIV 스크리닝 HIV 스크리닝 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 증가한 사람들을 위해 보장되는 항목: 12개월마다 1회의 스크리닝 검사. 귀하가 임신한 경우, 다음 사항이 보장됩니다. - 임신 기간 동안 최대 3회의 스크리닝 검사.	Medicare 보장 예방적 HIV 스크리닝의 자격이 있는 회원에게는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
재택 건강 기관 케어 재택 건강 서비스를 받기 전에 의사가 귀하에게 재택 건강 서비스가 필요하다는 인증을 해야 하며, 인증 시 재택 건강 기관으로 하여금 가정에서 건강 서비스를 제공하도록 지시할 것입니다. 귀하는 외출에 커다란 어려움을 겪는 만성 재가 상태여야 합니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. - 파트타임 또는 간헐적 전문 영양 및 재택 건강 보조 서비스(재택 건강 케어 혜택에 의거하여 보장되며, 귀하의 전문 영양 및 재택 건강 보조 서비스는 합쳐서 일당 8시간 및 주당 35시간 미만이어야 함) - 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법 - 의료 및 복지 서비스 - 의료 장비 및 용품	네트워크 내 각 Medicare 보장 재택 건강 서비스에 대해 \$0 코페이. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
가정 주입 요법 가정 주입 요법이란 약 또는 생약을 가정에서 개인에게 정맥 또는 피하 투여하는 것을 말합니다. 가정 주입을 수행하기 위해 필요한 구성요소로는 약(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 있습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 당사의 케어 계획에 따라 제공되는 간호 서비스를 포함한 전문 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 각 Medicare 보장 대상 서비스에 대해 20% 코인슈런스. 금액은 분기별로 변경될 수 있으나, 인슐린에 대한 비용 부담은 최대 20% 또는 \$35를 초과하지 않습니다. 귀하는 본인 부담 최대액에 도달할 때까지 계속 지불합니다. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
호스피스 케어 귀하의 의사 및 호스피스 메디컬 디렉터가 귀하의 말기적 병세로 인해 질병이 통상적으로 진행될 경우 예상 수명이 6개월 미만임을 인증하는 시한부 진단을 내렸을 때, 귀하에게는 호스피스 혜택의 자격이 발생합니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 저희 플랜은 귀하가 당사 소유, 통제하거나 재정적 이해관계를 가진 프로그램을 포함한 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 저희 플랜의 서비스 지역 내에서 찾을 수 있도록 지원할 의무가 있습니다. 귀하의 호스피스 의사는 네트워크 내 서비스 제공자 또는 네트워크 외 서비스 제공자일 수 있습니다. 보장되는 서비스의 예: • 증상 통제 및 통증 완화를 위한 약 • 단기 유예 가료 • 홈 케어 귀하가 호스피스에 입원할 경우 귀하는 기존 플랜을 유지할 권리가 있습니다. 귀하가 기존 플랜을 유지하는 경우에는 플랜 보험료를 계속 납부해야 합니다. 호스피스 서비스의 경우와 Medicare 파트 A 또는 B에 의해 보장되고 귀하의 말기 예후에 관련된 서비스의 경우: (저희 플랜이 아닌) Original Medicare가 귀하의 호스피스 서비스와 귀하의 말기 예후에 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스의 비용을 해당 호스피스 제공자에게 지불할 것입니다. 귀하가 호스피스 프로그램에 있는 동안, 귀하의 호스피스 제공자는 Original Medicare가 부담하는 서비스에 대해 Original Medicare에 비용을 청구할 것입니다. 귀하에게는 Original Medicare 비용 분담액이 청구됩니다. Medicare 파트 A 또는 B에 의해 보장되고 귀하의 말기 예후에는 관련되지 않은 서비스의 경우: 귀하가 Medicare 파트 A 또는 B에 의거 보장되고 귀하의 말기 예후에는 관련되지 않은 비용급의 긴급히 필요하지 않은 서비스를 필요로 하는 경우, 그러한 서비스를 위한 귀하의 비용은 귀하가 저희 플랜의 네트워크에 속한 서비스 제공자를 사용하는지 여부 및 플랜 규칙 준수 여부(예: 사전 승인 획득 요건의 준수)에 따라 달라집니다. • 귀하가 보장 대상 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자에게서 받았고 서비스 이용 시 플랜 규칙을 준수했다면, 귀하는 네트워크 내 서비스에 대한 플랜 비용 분담액만 지불합니다	귀하가 Medicare 인증 호스피스 프로그램에 등록하면 귀하의 호스피스 서비스와 귀하의 말기 예후에 관련된 파트 A 및 파트 B 서비스의 비용은 Clever Care Total+이(가) 아닌 Original Medicare가 지불합니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
호스피스 케어 (계속) 귀하가 보장 대상 서비스를 네트워크 외 서비스 제공자에게서 받으면 귀하는 Original Medicare에 의거한 비용 분담액을 지불합니다 Clever Care Total+이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B는 보장하지 않는 서비스의 경우: Clever Care Total+은(는) 그것이 귀하의 종말적 예후에 관련된 여부와 상관없이 파트 A 또는 B에 의거 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장할 것입니다. 귀하는 이러한 서비스에 대해 당사의 플랜 비용 분담액을 지불합니다. 플랜의 파트 D 혜택에 의해 보장될 수 있는 약의 경우: 이러한 약이 말기 호스피스 상태와 관련이 없는 경우, 귀하는 비용 분담액을 지불합니다. 이러한 약이 말기 호스피스 상태와 관련이 있는 경우, 귀하는 Original Medicare 비용 분담액을 지불합니다. 호스피스와 저희 플랜 모두 동시에 약을 보장하지는 않습니다. 자세한 정보는 제5장, 섹션 9.4를 참조하십시오. 참고: 비호스피스 케어(귀하의 말기 예후에 관련되지 않은 케어)를 필요로 하는 경우, 저희에게 연락하여 서비스를 주선하십시오.	
 예방 접종 보장되는 Medicare 파트 B 서비스의 예: - 폐렴 백신 - 독감 접종(또는 백신), 가을과 겨울의 독감 시즌당 1회, 의학적으로 필요한 경우 추가 독감 접종(또는 백신) - B형 간염에 걸릴 위험성이 높거나 보통인 경우의 B형 간염 백신 - 코로나19 백신 - 귀하가 위험이 있고 Medicare 파트 B 보장 규칙을 충족하는 경우 기타 백신 또한 저희의 파트 D 약 혜택에 따라 대부분의 기타 성인 백신을 보장합니다. 자세한 정보는 제6장, 섹션 7을 참조하십시오.	폐렴, 독감, B형 간염 및 코로나19 백신에는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
병원 입원 치료 입원환자 급성, 입원환자 재활, 장기 진료 병원 및 기타 타입의 병원 입원 서비스가 포함됩니다. 병원 입원 치료는 의사 지시로 정식 입원한 날에 시작됩니다. 퇴원 전날이 입원환자 마지막 날입니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별식 포함 식사 • 일반적 간호 서비스 • 특별 간병동(예: 집중치료실 또는 코로나 병동)의 비용 • 의약품 • 검사실 검사 • 엑스레이 및 기타 방사선과 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, 당사는 귀하의 케이스 검토를 Medicare 승인 이식 센터에 의뢰하여 귀하가 이식 후보자인지 여부를 결정하게 할 것입니다. 이식 서비스 제공자는 현지 또는 서비스 지역 바깥에 있을 수 있습니다. 당사 네트워크 내 이식 서비스가 커뮤니티 패턴의 진료가 아닌 경우, 귀하는 현지 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락하려고 하는 한 현지로 가는 것을 선택할 수 있습니다. Clever Care이(가) 이식 서비스를 귀하의 지역사회에서의 이식 진료 패턴이 아닌 지역에서 제공하고 귀하가 이 원거리 지역에서 이식을 받고자 선택하는 경우, 당사는 귀하 및 동반인을 위해 적절한 숙박 및 교통수단을 주선하거나 그 요금을 지불합니다. • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 농축적혈구의 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액의 넷째 포인트에서만 시작됩니다. 귀하는 해당 연도의 최초 3포인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 본인 또는 다른 사람으로부터 혈액을 기증받	네트워크 내 다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. 본인부담 공제액: \$1,736 1~60일차 및 91일차 이상 일당 코페이 \$0; 61~90일차 일당 코페이 \$434. 혜택 기간은 입원환자로 서 입원한 날 시작되고 연속 60일간 어떤 입원 치료도 받지 않았을 때 종료됩니다. 네트워크 외 병원에서 비응급으로 입원 치료를 받는 경우, 전체 비용을 지불합니다. 귀하의 응급 조건이 안정된 후 네트워크 외 병원에서 입원환자 케어를 받는 경우 귀하가 지불할 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불했을 비용 분담액과 같습니다. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스

본인 부담 금액

병원 입원 치료 (계속)

아아 합니다. 기타 모든 혈액 구성요소는 첫 파인트부터 보장됩니다.

- 의사 서비스

참고: 입원환자가 되려면 귀하의 서비스 제공자가 귀하를 병원의 정식 입원환자로 받아들이는 지시서를 작성해야 합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 귀하가 입원환자인지 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다.

Medicare 팩트 시트 *Medicare 병원 혜택*에서 자세한 정보를 얻으십시오. 이 팩트 시트는 <https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf>에서 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
정신과 병원의 입원환자 서비스 보장 대상 서비스는 병원 체류가 요구되는 정신건강 케어 서비스입니다. 저희 플랜은 보장 대상 입원환자 정신과 시설에서의 최대 90일을 보장합니다. 정신과 병원에서의 입원환자 서비스에는 190일의 평생 한도가 적용됩니다. 190일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공하는 입원환자 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다.	네트워크 내 다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. 본인부담 공제액: \$1,736 1~60일차 및 91일차 이상 일당 코페이 \$0; 61~90일 차 일당 코페이 \$434. 혜택 기간은 입원환자로 서 입원한 날 시작되고 연 속 60일간 어떤 입원 치료 도 받지 않았을 때 종료됩 니다. 네트워크 외 병원에서 비 응급으로 입원 치료를 받 는 경우, 전체 비용을 지불 합니다. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
입원환자 체류: 보장되지 않는 입원 체류 동안 병원 또는 SNF에서 받는 보장 대상 서비스 귀하가 입원 혜택을 소진한 경우, 또는 입원 체류가 합리적이고 필요하다고 볼 수 없는 경우, 저희는 귀하의 입원 체류를 보장하지 않을 것입니다. 일부 경우에, 저희는 귀하가 병원이나 전문 요양 시설(SNF)에 있는 동안 받으시는 특정 서비스는 보장할 것입니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 검사(예: 검사실 검사) • 기사의 재료 및 서비스 포함 엑스레이, 라돔 및 동위원소 요법 • 외과 드레싱 • 스플린트, 캐스트, 기타 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용되는 기기 • 내부 신체 장기(근접 조직 포함)의 전부나 일부, 또는 영구 기능정지 또는 기능이상 내부 신체 장기 기능의 전부나 일부를 대체하는 치아 이외의 보철물 및 보조기(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	귀하는 외래환자 기준으로 제공받은 경우에도 그러한 서비스에 대해 해당 비용 부담액을 지불하셔야 합니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조하십시오. 귀하는 전문 요양 시설에서 귀하의 플랜이 보장하는 기간 이상으로 체류하는 경우 그 비용 전액을 지불해야 합니다.
 의학적 영양 요법 이 혜택은 당뇨병, 신장병(그러나 투석은 받지 않는) 환자의 경우 또는 신장 이식 후 귀하의 의사가 의뢰 경우를 위한 것입니다. 저희는 귀하가 Medicare(여기에는 저희 플랜, 다른 Medicare Advantage 플랜 또는 Original Medicare가 포함됨)에 의거해 의학적 영양 요법 서비스를 받는 첫 해 동안에는 3시간의 일대일 상담 서비스를 그리고 그 후에는 매년 2시간의 일대일 상담 서비스를 보장합니다. 귀하의 상태, 치료 또는 진단이 변하는 경우, 귀하는 의사의 의뢰으로 더 많은 시간의 치료를 받을 수 있습니다. 의사는 이러한 서비스를 처방해야 하고 귀하의 치료가 그 다음 해로 들어갈 필요가 있는 경우 의뢰를 매년 갱신해야 합니다.	Medicare 보장 의학적 영양 요법 서비스의 자격이 있는 회원의 경우 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 Medicare 당뇨병 예방 프로그램(MDPP) MDPP 서비스는 모든 Medicare 헬스 플랜에 의거하여 적격인 사람들을 위해 보장됩니다. MDPP는 지속적 체중 감축 및 건강한 라이프스타일 도전을 극복하기 위한 장기적 식이 변경, 신체 활동 증대 및 문제 해결 전략에서의 실천적 교육을 제공하는 체계적인 건강행동 변화 개입입니다.	MDPP 혜택에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
Medicare 파트 B 처방약 이 약들은 Original Medicare의 파트 B에 의거하여 보장됩니다. 저희 플랜의 회원들은 이러한 약을 위한 보장을 저희 플랜을 통해 받습니다. 보장되는 약들: • 일반적으로 환자가 스스로 투여하지 않고 의사, 병원 외래 환자 또는 외래 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입되는 약 • 내구성 의료 장비 품목(예: 의학적으로 필요한 인슐린 펌프)을 통해 제공된 인슐린 • 저희 플랜에 의해 승인된 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 섭취하는 기타 약 • 알츠하이머 약물인 Leqembi®(일반명 레카네맵)를 정맥 내로 투여합니다. 약물 비용 외에도, 치료 전 및/또는 치료 중에 귀하의 전체 비용을 가중시킬 수 있는 추가 스캔 및 검사가 필요할 수 있습니다. 치료의 일부로 어떤 스캔과 검사가 필요할 수 있는지에 대해 담당 의사와 상의하십시오. • 혈우병이 있는 경우 스스로 주입하는 응고 인자 • 이식/면역억제제: Medicare는 장기 이식 비용을 지불한 경우 이식 약물 요법을 보장합니다. 귀하는 보장되는 이식 시점에 파트 A를 가지고 있어야 하며, 면역억제제를 받을 때 파트 B를 가지고 있어야 합니다. Medicare 파트 D 약 보장은 파트 B가 보장하지 않는 경우 면역억제제를 보장합니다. • 귀하가 거동이 불편한데 폐경후 골다공증과 관련되었다고 의사가 인증한 골절이 있어서 스스로 약을 투여할 수 없는 경우의 골다공증 주사약 • 일부 항원: 의사가 항원을 준비하고 적절한 교육을 받은 사람(귀하일 수 있는 환자)이 적절한 감독 하에 항원을 제공하는 경우, Medicare가 이를 보장합니다. • 특정 경구 항암제: 경구로 복용하는 일부 구강암 약물이 주사형으로 이용 가능하거나 그 약물이 주사형 약물의 전구약물(섭취시 주사형 약물에서 발견되는 것과 동일한 활성 성분으로 분해되는 약물의 경구 형태)인 경우, Medicare는 귀하가 경구로 복용하는 그 일부 구강암 약물을 보장합니다. 새로운 경구 항암제가 이용 가능해짐에 따라, 파트 B가 이를 보장할 수 있습니다. 파트 B가 보장하지 않는 경우, 파트 D가 보장합니다. • 경구 항오심제: Medicare는 항암 화학요법의 일부로 사용하는 경구 항오심제가 화학요법 전, 화학요법 시 또는 화학요법 후 48시간 이내에 투여되거나 정맥 내 항오심 약물의 완전한 치료적 대체제로 사용되는 경우, 귀하가 항암 화학요법의 일부로 사용하는 그 경구 항오심제를 보장합니다.	화학요법 및 기타 파트 B 약에 대해 Medicare 허용 금액의 0~20% 코인슈런스. 금액은 분기별로 변경될 수 있으나, 1개월 분량의 인슐린에 대한 비용 부담은 최대 20% 또는 \$35를 초과하지 않습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
Medicare 파트 B 처방약 (계속) • Medicare 파트 B에 따라 보장되는 특정 경구 말기 신장 질환(ESRD) 약물 • 정맥 내 약물인 Parsabiv®와 경구 약물인 Sensipar®를 포함한 ESRD 지급 시스템 하의 칼슘 유사 약물 및 인 결합 약물 • 헤파린, 의학적으로 필요한 경우 헤파린 해독제, 그리고 국소 마취제를 포함한 가정 투석용 특정 약물 • 적혈구 생성 자극제: Medicare는 귀하가 말기 신장 질환(ESRD)을 앓고 있거나 특정 다른 질환과 관련된 빈혈을 치료하기 위한 약물(예: Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, 또는 Methoxy 폴리에틸렌 글리콜-에포에틴 베타)이 필요한 경우 주사에 의한 적혈구 생성 자극제를 보장합니다 • 원발성 면역결핍병의 재가 치료를 위한 정맥 면역 글로불린 • 비경구 및 장관 영양법(정맥 내 및 튜브 영양 공급) 또한 파트 B 하에서 일부 백신을 보장하고 파트 D 약 혜택 하에서 대부분의 성인 백신을 보장합니다. 제5장은 귀하가 처방을 보장받기 위해 따라야 하는 규칙을 포함해 파트 D 약 혜택을 설명합니다. 파트 D 처방약을 위해 귀하가 저희 플랜을 통해 지불하는 항목은 제6장에 설명되어 있습니다.	
 지속적 체중 감소를 위한 비만 스크리닝 및 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우, 저희는 체중 감량을 돕기 위한 집중 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 요법에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(ODU)를 갖고 있는 저희 플랜 회원은 다음 서비스가 포함된 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 OUD를 치료하는 서비스를 보장받을 수 있습니다. • 미국 식품의약청(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% 코페이먼트. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 엑스레이 • 기사의 재료 및 용품 포함 방사선(라듐 및 동위원소) 요법 • 드레싱 같은 외과 용품 • 스플린트, 캐스트 및 기타 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용되는 기기 • 실험실 검사 • 의사 또는 다른 의료 서비스 제공자가 의학적 문제를 치료하기 위해 지시할 때 CT 스캔, MRI, EKG, PET 스캔과 같은 진단 비실험실 검사. • 기타 외래환자 진단 검사	네트워크 내 일반 방사선, 수술 용품, 검사실 및 혈액 검사에 대해 \$0. 엑스레이, 첨단 진단 방사선 서비스(MRI, CT, PET)에 대해 20% 코인슈런스. 치료 방사선 서비스에 대해 20% 코인슈런스. 치료 방사선 서비스에 대해서는 20%를 부담하지만 어떤 경우에도 해당 연도의 최대 본인 부담 금액을 초과하여 부담하지 않습니다. 같은 날 같은 장소에서 복수의 서비스를 받는 경우 최대 코페이 금액이 적용됩니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하시면, 귀하는 모든 비용을 부담하셔야 합니다. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
외래환자 병원 관찰 관찰 서비스는 귀하가 입원환자로서 입원할 필요가 있거나 퇴원할 수 있는지 판단하기 위해 제공되는 병원 외래환자 서비스입니다. 외래환자 병원 관찰 서비스가 보장되려면 그것이 Medicare 기준을 충족하고 합리적이며 필요한 것으로 간주되어야 합니다. 관찰 서비스는 의사의 지시 또는 주 면허 법률 및 병원 스태프 내규상 환자를 병원에 입원시키거나 외래환자 검사를 지시할 권한이 있는 다른 사람의 지시에 의해 제공될 때만 보장됩니다. 참고: 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않은 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보십시오. Medicare 팩트 시트 <i>Medicare 병원 혜택</i>에서 자세한 정보를 얻으십시오. 이 팩트 시트는 https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf에서 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 구할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.	네트워크 내 외래환자 병원 관찰 서비스에 대해 20% 코인슈런스 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
외래환자 병원 서비스 당사는 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 외래 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 엑스레이 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 외래환자로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보십시오.	네트워크 내 외래환자 병원 서비스당 20% 코인슈런스 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
외래환자 정신 건강 케어 보장되는 서비스의 예: 주 면허 정신과 의사 또는 의사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상전문간호사, 전담간호사, 보조의사 또는 기타 해당 주 법률에 의거 허용된 Medicare 적격 정신건강 케어 전문가가 제공하는 정신 건강 서비스.	네트워크 내 외래환자 그룹 및/또는 개인 요법 세션당 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
외래환자 재활 서비스 보장 대상 서비스에는 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 언어 요법이 포함됩니다. 외래환자 재활 서비스는 병원 외래환자과, 독립 요법사 치료실 및 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 같은 다양한 외래환자 환경에서 제공됩니다.	네트워크 내 각 Medicare 보장 재활 요법 서비스에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

보장 서비스	본인 부담 금액
외래환자 약물 사용 장애 서비스	네트워크 내 각 Medicare 보장 상담 세션에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
병원 외래환자 시설 및 외래 수술 센터에서 제공되는 서비스를 포함한 외래 수술 참고: 귀하가 병원 시설에서 수술을 갖는 경우, 귀하가 입원 환자인지 외래환자인지에 대해 서비스 제공자에게 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않는 한, 귀하는 외래환자이며 외래 수술에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 외래환자로 간주될 수 있습니다.	네트워크 내 Medicare 보장 외래환자 시설 또는 외래 수술 센터에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
부분적 입원 서비스 및 집중 외래환자 서비스 <i>부분적 입원</i>이란 병원 외래환자 서비스로서 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에 의해 제공되며, 담당 의사, 요법사, 자격증을 보유한 결혼 및 가족 치료사(LMFT), 또는 자격증을 보유한 전문상담사의 진료실에서 받는 케어보다 더 집약적이고 입원환자 입원의 대안이 되는 체계적인 능동형 정신과 치료 프로그램입니다. <i>집중 외래환자 서비스</i>는 병원 외래환자 부서, 지역사회 정신 건강 센터, 연방 적격 건강 센터, 또는 담당 의사, 요법사, 자격증을 보유한 결혼 및 가족 치료사(LMFT) 또는 자격증을 보유한 전문상담사의 진료실에서 받는 케어보다 더 집중적이지만 부분적 입원보다는 덜 집중적인 지방 건강 클리닉에서 제공되는 능동형 행동(정신) 건강 요법 치료의 구조화된 프로그램입니다.	네트워크 내 Medicare 보장 부분적 입원 서비스 및 집중적인 외래환자 서비스를 위한 체류당 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
개인응급응답시스템(PERS) 집에서 낙상 또는 응급상황의 위험을 느끼는 회원은 이 휴대용 모니터링 장비를 요청할 수 있습니다. 이 서비스는 버튼을 누르면 귀하를 24시간 응답 센터에 연결시켜 줍니다.	사전 승인 또는 진료 추천서는 필요하지 않습니다. 연간 기기 한 대에 대해 \$0 코페이먼트.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
의사 진료실 방문 포함 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스의 예: • 의사 진료실, 인증된 외래 수술 센터, 병원 외래환자과 또는 기타 장소에서 받은 의학적으로 필요한 내과 케어 또는 외과 서비스 • 전문의에 의한 상담, 진단 및 치료 • 귀하가 의료를 필요로 하는지 확인하기 위해 담당 의사가 지시하는 경우, 귀하의 전문의가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 • 병원 기반 또는 크리티컬 액세스 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원 자택에서 재가 투석 회원을 위한 월례 말기 신장병 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 귀하의 장소와 상관없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 • 장소와 상관없이 약물 사용 장애 또는 병발 정신건강 장애 회원들을 위한 원격 의료 서비스 • 정신건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 다음을 조건으로 한 원격 의료 서비스: ◦ 귀하가 첫 번째 원격 의료 방문 전 6개월 이내에 대면으로 방문했음 ◦ 귀하가 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12개월마다 대면으로 방문함 ◦ 특정 상황에서는 위 조건의 예외가 있을 수 있음 • 농촌 보건 클리닉 및 연방정부 인증 보건센터에서 제공하는 정신건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 다음의 경우 의사와 5~10분간 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅으로): ◦ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ◦ 체크인이 지난 7일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ◦ 체크인이 24시간 이내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음 • 다음의 경우 24시간내 귀하의 의사에 의한, 귀하가 의사에게 보낸 동영상 및/또는 영상의 평가, 해석 및 후속 추적: ◦ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ◦ 평가가 지난 7일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ◦ 평가가 24시간 이내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음	네트워크 내 Medicare 보장 혜택을 위해 PCP가 수행하는 서비스의 경우 \$0 코페이먼트. Medicare 보장 혜택을 위해 전문의가 수행하는 서비스에 대해 \$0 코페이먼트. Medicare 보장 혜택을 위해 PCP 또는 전문의가 수행하는 가상 원격의료 서비스의 경우 \$0 코페이먼트. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

보장 서비스	본인 부담 금액
의사 진료실 방문 포함 의사/개업의 서비스 (계속) - 귀하의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록으로 다른 의사들과 갖는 상담 - 수술 전 다른 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 2차 소견	
발 치료 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 일 반적 발 케어	네트워크 내 Medicare 보장 발 치료 서비스에 대해 20% 코인슈런스. 연간 최대 허용 12회 방문까지 방문당 \$0 코페이먼트. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
 HIV 예방을 위한 노출 전 예방요법(PrEP) HIV에 감염되지 않았지만 담당 의사 또는 기타 보건의료인이 귀하가 HIV에 걸릴 위험이 높다고 판단하는 경우, 당사는 노출 전 예방(PrEP) 약물 및 관련 서비스를 보장합니다. 자격이 있는 경우 보장 서비스에는 다음이 포함됩니다. - FDA 승인 경구 또는 주사용 PrEP 약물. 귀하가 주사형 약물을 투여받는 경우, 저희는 약물 주사에 대한 비용도 보장합니다. 12개월마다 최대 8회의 개별 상담 세션(HIV 위험 평가, HIV 위험 감소, 약물 순응도 포함). 12개월마다 최대 8회의 HIV 스크리닝. B형 간염 바이러스 1회 검사.	PrEP 혜택에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
 전립선암 스크리닝 검사 50세 이상 남성의 경우, 12개월마다 1회 보장되는 서비스: - 직장수지검사 - 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
보철물 및 보조기와 관련 용품 신체 부분 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 기구(치아 이외). 이에에는 보철물 및 보조기의 사용에 대한 테스트, 피팅 또는 교육이 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 또한 결장루 케어에 직접 관련된 결장루낭 및 용품, 심박조율기, 브레이스, 보철 신발, 인공 사지, 가슴보형물(유방절제술 후 외과 브래지어 포함)도 포함되나 이에 국한되지 않습니다. 보철물 및 보조기에 관련된 특정 용품, 그리고 보철물 및 보조기의 수리 및/또는 교체도 포함됩니다. 또한 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장도 포함됩니다 – 상세 설명은 이 표 후반부의 <i>시력 케어</i> 참조하십시오.	네트워크 내 Medicare 보장 보철물 및 보조기와 의료 용품에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인이 필요함.
폐 재활 서비스 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 중등증~고도중증에 해당하고 만성 호흡 질환 치료 의사로부터 폐 재활 진료 추천서를 받은 회원들을 위해 종합 폐 재활 프로그램이 보장됩니다.	네트워크 내 각 Medicare 보장 대상 폐 재활 방문에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
재입원 방지(재택 치유) 본 플랜은 병원 입원 또는 전문 요양 시설 퇴원 직후 회복에 도움이 되는 통합 혜택을 제공합니다. 귀하는 다음을 받게 됩니다. • 개인 진료 조정 • 가정 배달 음식 • 재택 지원 서비스 또한, 정기 건강 검진 방문과 함께 의료 예약, 약국 방문, 응급 또는 긴급 치료 시설로부터의 귀가를 위한 교통편이 제공됩니다.	네트워크 내 입원 병원 또는 전문 요양 시설(SNF)에서 퇴원한 후 제공되는 다음 서비스에 대해 \$0 코페이먼트. 외래 수술 센터에서 퇴원하는 경우는 제외됩니다. 서비스가 승인되려면 퇴원 후 7일 이내에 회원서비스부에 전화하십시오. 케어 조정 코페이먼트 \$0. 의약품 검토 및 교육, 그리고 필요에 따라 기타 지원을 돕기 위해 72 시간 내에 케이스 관리자가 직접 후속 전화를 하게 됩니다. 가정 배달 음식 연간 84회를 초과하지 않는 한도에서 28일 동안 하루 3회까지의 식사 지원에 대해 \$0 코페이. 재택 지원 가벼운 집안일, 옷 입기, 사소한 마당 일, 약물 수령, 환자 포털 계정 등록, 식료품 쇼핑, 필수 품목 조달과 같은 일상 생활 지원(ADL)을 최대 60시간 받기 위한 \$0 코페이. 사전 승인이 필요함.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 알코올 오용을 줄이기 위한 스크리닝 및 상담 저희는 알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 성인(임신 여성 포함)을 위한 1회의 알코올 오용 스크리닝을 보장합니다. 귀하가 알코올 오용 선별에서 양성으로 나오면 유자격 일차 진료의 또는 일차 진료 환경의 개업의가 제공하는 약식 대면 상담 세션을 연 최대 4회 가질 수 있습니다(귀하가 상담 동안 능력 있고 각성인 경우).	알코올 오용 예방 혜택을 줄이기 위한 Medicare 보장 스크리닝 및 상담에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
 저선량 흉부 컴퓨터단층촬영(LDCT)으로 폐암 스크리닝 유자격자의 경우, LDCT는 12개월마다 보장됩니다. 적격 회원은 폐암 징후 또는 증상은 없지만 적어도 20갑년의 흡연 이력이 있고 현재 흡연하고 있거나 지난 15년 이내에 금연한 경우로서, 그러한 방문을 위한 Medicare 기준을 충족하는 폐암 스크리닝 상담 및 공동 의사결정 방문 시 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 제공하는 LDCT를 위한 지시서를 받은 50~77세의 사람입니다. <i>최초 LDCT 스크리닝 후 LDCT 폐암 스크리닝의 경우:</i> 회원은 LDCT 폐암 스크리닝을 위한 지시서를 받아야 합니다. 지시서는 해당 방문 시 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 제공할 수 있습니다. 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 폐암 스크리닝 상담과 LDCT를 사용한 후속 폐암 스크리닝을 위한 공동 의사결정 방문을 제공하기로 선택하는 경우, 해당 방문은 그러한 방문을 위한 Medicare 기준을 충족해야 합니다.	Medicare 보장 상담 및 공동 의사결정 방문의 경우, 또는 LDCT의 경우, 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액은 없습니다.
 C형 간염 바이러스 감염 검사 주치의 또는 기타 자격을 갖춘 의료 서비스 제공자가 1회 검사를 지시하고 귀하가 다음 조건 중 하나를 충족하는 경우, 저희는 1회의 C형 간염 검사를 보장합니다. • 불법 주사 약물을 사용하고 있거나 사용한 적이 있기 때문에 위험이 높은 경우. • 1992년 이전에 수혈을 받은 경우. • 1945~1965년 사이에 태어난 경우. 1945~1965년 사이에 태어났고 고위험으로 간주되지 않는 경우, 저희는 1회 검사 비용을 지불합니다. 고위험군(예: 이전 C형 간염 검사 음성 이후 불법 주사 약물을 계속 사용한 경우)의 경우, 매년 검사를 보장합니다.	Medicare 보장 C형 간염 검사에 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액은 없습니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 성병(STI) 스크리닝 및 STI를 예방하기 위한 상담 저희는 클라미디아, 임질, 매독, B형 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. 당사는 이러한 검사를 12개월마다 1회 또는 임신 동안 특정 시기마다 보장합니다. 당사는 또한 성적으로 활발하여 STI 위험이 증가한 성인을 위한 연 최대 2회의 개별 20~30분, 대면 고강도 행동 상담 세션도 보장합니다. 저희는 그것이 일차 진료 제공자에 의해 의사 진료실 같은 일차 진료 환경에서 이루어지는 경우에만 이러한 상담 세션을 예방 서비스로서 보장합니다.	STI를 위한 Medicare 보장 스크리닝 및 STI 예방 혜택을 위한 상담의 경우 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액은 없습니다.
신장병을 치료하기 위한 서비스 보장되는 서비스의 예: • 신장 케어를 가르치고 회원들이 자신의 케어에 대해 정보에 입각한 결정을 하도록 돕기 위한 신장병 교육 서비스. 의사 의뢰 시 신장병이 IV기 만성인 회원들을 위해 저희는 평생 최대 6회 세션의 신장병 교육 서비스를 보장합니다 • 외래환자 투석 치료(제3장에 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역 외부에 있을 때나 이 서비스의 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우의 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) 투석을 위한 특정 약은 Medicare 파트 B에 따라 보장됩니다. 파트 B 약 보장에 대한 자세한 내용은 이 표의 Medicare 파트 B 약을 참조하십시오.	네트워크 내 신장병 교육 서비스의 경우 \$0 코페이먼트. 각 Medicare 보장 투석 치료에 대해 Medicare 허용 금액의 20% 코인슈런스 여기에는 전문가 방문(신장전문의 투석 클리닉 방문)과 투석 시설 방문이 포함됩니다. 병원 입원환자로서 받은 투석은 귀하의 병원 입원환자 혜택에 의거 보장될 것입니다. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

보장 서비스	본인 부담 금액
전문 요양 시설(SNF) 케어 (전문 요양 시설 케어의 정의는 제12장을 참조하십시오. 전문 요양 시설을 때때로 SNF라고 부릅니다.) 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1인실) • 특별식 포함 식사 • 전문 간호 서비스 • 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법 • 귀하의 케어 계획의 일환으로 투여되는 약(여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.) • 통상적으로 SNF가 제공하는 내과 및 외과 용품 • 통상적으로 SNF가 제공하는 검사실 검사 • 통상적으로 SNF가 제공하는 엑스레이 및 기타 방사선과 서비스 • 휠체어 같이 통상적으로 SNF가 제공하는 기구의 사용 • 의사/개업의 서비스 일반적으로 귀하는 SNF 케어를 네트워크 시설에서 받습니다. 아래 열거된 특정 조건하에서 귀하는 해당 시설이 저희 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우, 네트워크 내 제공자가 아닌 시설을 위해 네트워크 내 비용 부담액을 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	네트워크 내 다음은 2026년 메디케어 정의 금액입니다. Medicare 보장 전문 요양 시설에서의 각 체류에 대해 귀하는 다음을 지불합니다. 1~20일차 일당 \$0 코페이; 21~100일차 일당 \$217 코페이. 사전 입원이 필요하지 않습니다. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 금연(흡연 또는 담배 사용을 중단하기 위한 상담) 흡연 및 담배 사용 중단 상담은 다음 기준을 충족하는 외래환자 및 입원환자에게 보장됩니다. • 담배 관련 질병의 징후 또는 증상을 보이는지 여부에 관계없이 담배를 사용하는 경우. • 상담하는 동안 의사 결정 능력과 의식이 있습니다. • 자격을 갖춘 의사 또는 Medicare에서 인정하는 기타 의료인이 상담을 제공합니다. 저희는 연간 2회의 금연 시도를 보장합니다(각 시도에는 최대 4회의 중급 또는 집중 세션이 포함될 수 있으며, 환자는 연간 최대 8회의 세션을 받습니다.)	Medicare 보장 금연 예방 혜택에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.
만성 질병을 위한 특별 보충 혜택 본 플랜은 만성 질병을 위한 특별 보충 혜택을 제공합니다. 모든 가입자가 이러한 혜택을 받을 자격이 있는 것은 아닙니다. 이 혜택 표의 특정 만성 질환에 대한 도움말 행을 참조하십시오.	PCP가 적격 상태를 확인한 경우, 제공된 서비스에 대해 코페이먼트 \$0.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
감독하 운동 요법(SET) 유증상 말초동맥질환(PAD) 이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD를 위한 위뢰를 받은 회원들에게 SET가 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된 경우 12주 기간에 걸쳐 최대 36 회 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은: • 파행 환자의 PAD를 위한 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60분 지속되는 세션으로 구성되어야 합니다 • 병원 외래환자 환경 또는 의사 진료실에서 수행되어야 합니다 • 혜택이 위해성을 증가하도록 하기 위해 필요하고 PAD를 위한 운동 요법 훈련을 받은 유자격 보조 요원이 제공해야 합니다 • 기초 및 고급 소생술 훈련을 받은 의사, 보조의사 또는 전담간호사/임상전문간호사의 직접 감독 하에 있어야 합니다 SET는 12주에 걸쳐 36 세션과 의료 제공자에 의해 의학적으로 필요한 것으로 간주되는 경우 연장된 기간에 걸쳐 추가 36 세션이 보장될 수 있습니다.	네트워크 내 각 세션에 대해 20% 코인슈런스. 사전 승인 및 진료 의뢰가 요구됩니다.
원격 의료 서비스 원격 의료 방문은 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행이 가능합니다. • 담당의 진료실에서 제공하는 영상 방문 • Teladoc® 방문(Teladoc 의사는 비응급 질환을 진단하고 치료할 수 있으며 의학적으로 필요한 경우 약물을 처방할 수 있습니다.) Teladoc 의사 또는 정신건강 서비스 제공자는 비응급 건강 문제에 대해 하루 24시간 이용 가능합니다. 예약하려면 1-800-TELADOC(835-2362)으로 전화하거나 웹사이트 Teladoc.com 을 방문하십시오.	네트워크 내 사전 승인은 필요하지 않습니다. PCP가 실시하는 영상 방문당 코페이먼트 \$0 Teladoc 서비스 제공자 네트워크를 통한 의료 또는 정신건강 방문에 대해 \$0 코페이먼트.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
교통편(정기) 플랜은 비응급 지상 교통편을 CareCar를 통해 보장합니다. CareCar는 하루 24시간, 주 7일 이용 가능하며 휠체어나 거니운반을 수용할 수 있습니다. 교통편은 본 플랜의 혜택에 의거한 건강 관련 케어 및 서비스를 받기 위한 30마일 반경, 편도, 플랜 서비스 지역 내로 제한됩니다. • 편도 여행(30마일 이하): 1회 탑승으로 계산 • 편도 여행(30마일 초과): 2회 탑승으로 계산 • 왕복 여행(30마일 이하): 2회 탑승으로 계산 • 왕복 여행(30마일 초과): 4회 탑승으로 계산 이용을 예약하려면, 1-844-743-4344번으로 전화하거나 온라인으로 getcarecar.com을 방문하십시오. 운전자 또는 CareCar 요원이 픽업 10~15분 전에 전화하여 도착 예정 시간을 알려드릴 것입니다. 왕복 교통편은 최소 36시간 전에 미리 예약해야 합니다. 24시간 이내에 예약된 교통편은 CareCar의 능력껏 이행되며 보장되지 않습니다. 승차 취소는 24시간 전에 통지해야 합니다. • 승차가 예정되어 있었고 24시간 이내에 취소된 경우, 적절한 승차 횟수를 공제합니다(마일리지에 관계없이 편도는 1회, 왕복은 2회). 플랜 승인 지역에 관한 자세한 정보는 이 책자의 뒷표지에 인쇄되어 있는 전화번호로 회원서비스부에 문의하십시오.	네트워크 내 사전 승인은 필요하지 않습니다. 연간 편도 48회 비응급 차량 이용 시 코페이 \$0.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
긴급히 필요한 서비스 응급 상황이 아닌 즉각적인 의료 조치가 필요한 플랜 보장 서비스는 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 경우 또는 귀하가 플랜의 서비스 지역 내에 있는 경우에도 네트워크 내 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받을 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스입니다. 당사의 플랜은 긴급하게 필요한 서비스를 보장하고 네트워크 내 비용 부담액만 청구해야 합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문(예: 연례 검진)은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다. 전 세계적으로 긴급하게 필요한 보장.	네트워크 내 긴급히 필요한 서비스당 \$0 코페이. 미국 및 그 영토 이외 지역에서 응급 및/또는 긴급하게 필요한 서비스에 대한 \$0 코페이먼트 및 합산 \$100,000 연간 최대 금액.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 시력 케어 보장되는 서비스의 예: • 눈의 질환 및 부상의 진단 및 치료를 위한 외래환자 의사 서비스(연령 관련 황반변성의 치료 포함). Original Medicare는 안경/콘택트렌즈를 위한 일반적 눈 검사(눈 굴절검사)를 보장하지 않습니다. • 녹내장 위험이 높은 사람들을 위해 저희는 연 1회의 녹내장 스크리닝을 보장합니다. 녹내장 위험이 높은 사람에는 가족의 녹내장 이력이 있는 사람, 당뇨병이 있는 사람, 50세 이상의 아프리카계 미국인과 65세 이상의 히스패닉계 미국인 등이 포함됩니다. • 당뇨병이 있는 사람들을 위해 당뇨망막병증 스크리닝이 연 1회 보장됩니다. • 각 백내장 수술 후 안구 내 렌즈 삽입을 포함하는 안경 또는 콘택트렌즈 1쌍. 2회의 별도 백내장 수술을 받는 경우, 귀하는 첫 번째 수술 후의 혜택을 유지하였다가 두 번째 수술 후 안경 두 개를 구입할 수 없습니다. 시력 케어(정기) • 정기 시력 검사 • 안경류(테, 렌즈 또는 콘택트렌즈) • 업그레이드 귀하는 반드시 VSP Vision Care 네트워크 서비스 제공자를 이용해야 합니다.	네트워크 내 눈 질환을 치료하기 위한 Medicare 보장 눈 검사당 \$0 코페이. Medicare 보장 녹내장 스크리닝의 경우 \$0 코페이. Medicare 보장 당뇨망막병증의 경우 \$0 코페이. 백내장 수술 후 Medicare 보장 안경 또는 콘택트렌즈 한 쌍의 경우 \$0 코페이. 사전 승인이 필요함. 정기 검진에는 진료 추천서가 필요하지 않습니다. 일반적 눈 검사당 \$0 코페이. 본 플랜은 \$350의 연례 수당을 제공합니다. 허용 금액까지 안경류(안경테, 렌즈 또는 콘택트 렌즈)에 대해 \$0 코페이. 플랜이 지급한 혜택 후, 남은 비용은 귀하가 부담하며, 플렉스 수당 잔액을 결제 수단으로 이용하실 수 있습니다. 모든 미사용 수당은 12월 31일에 소멸됩니다.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

보장 서비스	본인 부담 금액
 Welcome to Medicare 예방 방문 플랜은 1회의 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문을 보장합니다. 이 방문에는 귀하 건강의 검토뿐만 아니라 귀하가 필요로 하는 예방 서비스에 대한 교육과 상담(특정 스크리닝 및 예방주사 포함), 그리고 필요한 경우 다른 케어를 위한 의뢰도 포함됩니다. 중요: 저희는 귀하가 Medicare 파트 B에 가입한 첫 12개월 이내의 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문만 보장합니다. 예약을 할 때 의사의 진료실에 귀하가 <i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문을 예약하기 원한다는 것을 알려주세요.	<i>Welcome to Medicare</i> 예방 방문에 대해서는 코인슈런스, 코페이먼트 또는 본인부담 공제액이 없습니다.

섹션 3 당사 플랜에서 보장하지 않는 서비스(제외)

이 섹션은 Medicare 보장에서 어떤 서비스가 제외되고, 따라서 본 플랜이 보장하지 않는지를 설명합니다.

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

제외된(보장되지 않는) 서비스를 받는 경우에는 아래에 열거된 특수한 경우가 아닌 이상 귀하가 그 비용을 지불해야 합니다. 귀하가 제외된 서비스를 응급 시설에서 받는 경우에도, 제외된 서비스는 여전히 보장되지 않으며, 저희 플랜은 그 비용을 지불하지 않을 것입니다. 유일한 예외는 해당 서비스에 이의제기가 이루어졌고, 저희가 귀하의 특정 상황 때문에 어떤 의료 서비스 비용을 지불 또는 보장했어야 한다고 결정되는 경우입니다. (저희가 어떤 의료 서비스를 보장하지 않기로 한 결정에 이의를 제기하는 데 대한 정보는 제9장, 섹션 5.3을 참조하십시오.)

Medicare가 보장하지 않는 서비스	특정 조건 하에서만 보장됨
침술	특정 상황에서 만성 요통이 있는 환자에게 제공됩니다.
미용 수술 또는 시술	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.

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

Medicare가 보장하지 않는 서비스	특정 조건 하에서만 보장됨
보호 케어 보호 케어는 목욕 또는 옷입기 같은 일상 생활 활동을 돕는 케어 같이 훈련된 의료 또는 준의료 요원의 지속적 관심이 요구되지 않는 개인적 케어입니다.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
실험적 내과 및 외과 시술, 장비 및 의약품 실험적 시술 및 품목은 Original Medicare에 의해 의료계가 일반적으로 인정하지 않는 것으로 판정된 품목과 시술입니다.	Medicare 승인 임상 연구하에서 Original Medicare에 의해, 또는 저희 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 대한 상세 설명은 제3장, 섹션 5로 이동하십시오.)
귀하의 가까운 친척 또는 귀하 가구의 구성원에 의한 케어를 위해 부과되는 수수료	어떤 조건에서도 보장되지 않음
자택에서의 풀타임 간호.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
가정 배달 음식	어떤 조건에서도 보장되지 않음
가사 서비스에는 가벼운 청소 또는 가벼운 식사 준비를 포함한 기본적 가사 지원이 포함됩니다	어떤 조건에서도 보장되지 않음
자연 요법 서비스(천연 또는 대체 요법 사용).	어떤 조건에서도 보장되지 않음
비정기 치과 치료	질병 또는 부상을 치료하는 데 필요한 치과 치료는 입원환자 또는 외래환자 치료로 보장될 수 있습니다.
정형외과용 신발 또는 발 지지 기구	다리 브레이스의 일부로서 브레이스 비용에 포함된 신발. 당뇨병 발 질환자를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.
병원 또는 전문요양시설에서 귀하의 방 안에 있는 전화기 또는 텔레비전 같은 개인용 품목	어떤 조건에서도 보장되지 않음
병원의 1인실	의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다
불임 수술의 역전 및 또는 비처방 피임용품	어떤 조건에서도 보장되지 않음
정기 지압요법 케어	아탈구를 교정하기 위한 척주의 수기 조작이 보장됨
클리닝, 충전 또는 의치와 같은 정기 치과 진료	어떤 조건에서도 보장되지 않음

제4장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)

Medicare가 보장하지 않는 서비스	특정 조건 하에서만 보장됨
일반적 눈 검사, 안경, 방사상 각막절개술, 라식 수술 및 기타 저시력 보조	인공 수정체를 이식하는 각 백내장 수술 후 표준 안경테가 있는 안경 1쌍(또는 콘택트렌즈 1세트)이 보장됩니다.
정기 발 케어	정기 발 검사는 연간 최대 방문 횟수까지 보장됩니다. 상세 설명은 위의 의료 혜택 차트를 참조하십시오. Medicare 가이드라인에 따라 제공되는 일부 제한적 보장(예컨대, 귀하에게 당뇨병이 있는 경우)
정기 청력 검사, 보청기 또는 보청기 착용 검사.	어떤 조건에서도 보장되지 않음
Original Medicare 기준에 따라 합리적이지도 않고 필요하지도 않은 것으로 간주되는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

섹션 1 플랜의 파트 D 약 보장을 위한 기본 규칙

메디케어 파트 B 약 혜택 및 호스피스 약 혜택에 대해서는 제4장의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

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

- 귀하의 서비스 제공자(의사, 치과의사 또는 기타 처방자)가 작성하는 처방전은 반드시 해당 주 법률상 유효한 처방전이여야 합니다.
- 귀하의 처방자는 Medicare의 제외 또는 배제 목록에 등재되지 않아야 합니다.
- 일반적으로 네트워크 내 약국을 이용해야 합니다(섹션 2 참조). 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약을 조제할 수 있습니다.
- 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 등재되어 있어야 합니다(섹션 3 참조).
- 약이 의학적으로 인정된 지시를 위해 사용되어야 합니다. “의학적으로 인정된 지시”란 FDA에 의해 승인된 또는 특정 참고 문헌에 의해 입증된 약 사용을 말합니다. (의학적으로 인정된 지시에 대한 자세한 설명은 섹션 3을 참조하십시오.)
- 약은 저희가 보장에 동의하기 전에 특정 기준에 따라 저희 플랜의 승인이 필요할 수 있습니다. (자세한 정보는 이 장의 섹션 4를 참조하십시오)

섹션 2 네트워크 약국에서 처방약을 조제하십시오 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 처방약 조제

대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 그것이 저희 플랜의 네트워크 내 약국에서 지어지는 경우에만 보장됩니다. (저희가 네트워크 외 약국에서 지어진 처방약을 보장할 경우에 대한 정보는 섹션 2.5를 참조하십시오.)

네트워크 내 약국이란 귀하의 보장 대상 약을 제공하기로 저희 플랜과 계약한 약국입니다. “보장 대상 약”이란 용어는 저희 플랜의 의약품 목록에 열거된 모든 파트 D 약을 의미합니다.

섹션 2.1 네트워크 내 약국

귀하 지역의 네트워크 내 약국을 찾고 계십니까?

네트워크 약국을 찾으려면 약국 C/렉서리/로 이동하여 당사 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy)을(를) 방문하거나 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

저희 네트워크 내 약국 중 어디에나 갈 수 있습니다.

약국이 네트워크를 떠날 경우

귀하가 이용하는 약국이 저희 플랜의 네트워크를 탈퇴하는 경우, 귀하는 네트워크 내에 있는 새로운 약국을 찾아야 합니다. 귀하 지역의 다른 네트워크 약국을 찾으려면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 받거나 **약국 디렉터리**를 이용하십시오. 또한 ko.clevercarehealthplan.com에 있는 당사 웹사이트에서 정보를 찾을 수 있습니다.

전문 약국

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. LTC 시설에서 파트 D 약을 받는 데 어려움이 있는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- 인디언 보건 서비스/부족/도시 인디언 보건 프로그램을 지원하는 약국(푸에르토리코에서는 이용할 수 없음). 응급의 경우를 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 저희 네트워크의 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA에 의해 특정 장소로 제한된 또는 특별 취급, 제공자 조율 또는 사용 교육이 요구되는 약을 조제하는 약국. 전문 약국을 찾으려면 **약국 디렉터리**를 참조하거나 ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 회원 서비스번호로 전화하십시오.

섹션 2.2 플랜의 우편 주문 서비스

특정 종류의 약의 경우, 플랜의 네트워크 내 우편 주문 서비스를 이용할 수 있습니다. 일반적으로, 우편 주문을 통해 제공되는 약은 만성 또는 장기 질환을 위해 규칙적으로 복용하는 약입니다. 이러한 약은 저희 약 목록에 **우편 주문 약**으로 표시되어 있습니다.

저희 플랜의 우편 주문 서비스 허용 주문할 수 있습니다 **최소 30일 분량의 약 및 최대 100일 분량**.

처방약을 우편으로 받는 데 대한 정보를 얻으려면 회원서비스부에 전화하거나 저희 웹사이트를 방문하십시오(전화번호와 웹사이트는 이 책자의 뒷표지에 기재되어 있음).

일반적으로, 우편 주문 약국에서 주문한 약은 10일 이내에 도착합니다.주문이 지연되는 경우, CVS Caremark에 1-866-693-4620번으로 전화하십시오.

약국이 귀하 의사의 진료실로부터 직접 받는 새로운 처방. 다음의 경우, 약국은 의료 서비스 제공자에게서 받는 새로운 처방을 귀하의 별도 확인 없이 자동으로 조제하여 배송할 것입니다.

- 귀하가 과거에 본 플랜으로 우편 주문 서비스를 이용한 경우, 또는
- 의료 서비스 제공자에게서 직접 받는 모든 새로운 처방약의 자동 배송을 귀하가 신청한 경우. 귀하는 언제든지 1-833-843-0559번으로 전화하여 모든 새로운 처방의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

원하지 않는 처방약을 우편으로 자동으로 받았는데 배송되기 전에 본인이 그것을 원하는지 묻는 연락을 받지 못한 경우, 귀하에게는 환불을 받을 권리가 있습니다.

과거에 우편 주문을 이용한 적이 있지만 약국이 각 새로운 처방약을 자동으로 조제하여 배송하는 것을 원하지 않는 경우에는 1-833-843-0559번으로 전화하여 모든 새로운 처방의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

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 즉시 배송을 원하는지 확인할 것입니다. 약국이 귀하에게 연락할 때마다 응답하여 새로운 처방을 배송, 지연 또는 취소할지를 그들에게 알리는 것이 중요합니다.

귀하의 의료 서비스 제공자 진료실로부터 직접 받은 새로운 처방약의 자동 배송을 거부하려면 1-833-843-0559번으로 전화하여 모든 새로운 처방의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

우편 주문 처방약 재조제. 약 재조제를 위하여 귀하가 자동 재조제 프로그램에 가입하실 수 있는 옵션이 있습니다.이라고 부릅니다. 이 프로그램을 이용하는 경우, 당사 기록을 보고 고객님의 약이 필요할 때가 되면 차기 분량을 자동으로 재조제하는 프로세스를 시작합니다. 약국은 각 재조제를 배송하기 전에 귀하에게 연락하여 더 많은 약물이 필요한지 확인할 것이며, 귀하가 충분한 약물을 가지고 있거나 귀하의 약물이 변경된 경우 예정된 재조제를 취소할 수 있습니다.

자동 재조제 프로그램을 사용하지 않기로 선택했지만 우편 주문 약국에서 처방약을 보내길 원하는 경우 현재 처방약이 소진되기 14일 전에 약국에 연락하십시오. 이렇게 하면 주문이 제때 배송됩니다.

자동으로 우편 주문 재조제를 준비하는 당사 프로그램에서 탈퇴하려면 1-833-843-0559번으로 전화하여 모든 새로운 처방의 자동 전달을 요청할 수 있습니다.

귀하가 원하지 않는 재조제를 자동으로 우편으로 받은 경우에는 환불 대상이 될 수 있습니다.

섹션 2.3 약을 장기 분량으로 받는 방법

저희 플랜은 플랜의 의약품 목록상의 유지 약의 장기 분량(“연장 분량”이라고도 함)을 받을 수 있는 두 가지 방법을 제시합니다. (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. 저희 네트워크 내의 일부 소매 약국은 귀하가 유지 약의 장기 분량에 대해, **약국 명부** ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy에 저희 네트워크 내의 어느 약국이 유지 약의 장기 분량을 제공할 수 있는지가 나와 있습니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화할 수도 있습니다.
2. 또한 저희 우편 주문 프로그램을 통해서 유지 약을 받는 것도 가능합니다. 자세한 정보는 섹션 2.3을 참조하십시오.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용**섹션 2.4 저희 플랜의 네트워크에 속하지 않는 약국 이용**

일반적으로, 저희는 귀하가 네트워크 내 약국을 이용할 수 없을 때 만 네트워크 외 약국에서 조제하는 약을 보장합니다. 또한 저희는 저희 서비스 지역 밖에 귀하가 저희 플랜의 회원으로서 처방약을 조제할 수 있는 네트워크 내 약국들을 보유하고 있습니다. **먼저 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 연락하여 근처에 네트워크 약국이 있는지 확인하십시오.**

이러한 상황에서만 네트워크 외 약국에서 조제하는 처방약을 보장합니다.

- 귀하가 미국과 그 영토 내에서 여행 중에 아프게 되거나 본인의 처방약을 분실 또는 소진한 경우.
- 그 처방이 응급 또는 긴급 치료를 위한 경우.
- 25마일 주행 거리 내에 24시간 서비스를 제공하는 네트워크 내 약국이 없기 때문에 귀하가 저희 서비스 지역 내에서는 적시에 보장 대상 약을 입수할 수 없는 경우.
- 귀하가 접근 가능한 네트워크 내 소매 약국에서는 규칙적으로 비축해 두지 않는 보장 대상 약(예: 희귀약 또는 기타 특수약)의 처방약을 조제하는 경우.

네트워크 외 약국을 이용해야 하는 경우, 귀하는 일반적으로 처방약을 조제할 때 (비용 중 통상적인 자신의 몫이 아닌) 전액을 지불하셔야 합니다. 귀하는 비용 중 저희의 몫에 대한 상환을 요구할 수 있습니다. (플랜에 환급을 요청하는 방법에 대한 정보는 제7장 섹션 2를 참조하십시오.) 귀하는 네트워크 외 약국에서의 약을 위해 귀하가 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 저희가 보장할 비용 사이의 차액을 지불할 것이 요구될 수 있습니다.

섹션 3 귀하의 약은 저희 플랜의 의약품 목록에 등재되어 있어야 합니다**섹션 3.1 의약품 목록은 어느 파트 D 약이 보장되는지를 설명합니다**

저희 플랜에는 **보장 대상 의약품 목록**(처방집)이 있습니다. 이 **보장 범위 증명서**에서는 **의약품 목록**이라고 부릅니다.

이 목록상의 약들은 저희 플랜이 의사 및 약국들의 도움을 받아 선정합니다. 약 목록은 Medicare의 요건을 충족하며 Medicare의 승인을 받았습니다. 약 목록에는 Medicare 파트 D에 의거 보장되는 약만이 열거되어 있습니다.

일반적으로 저희는 귀하가 이 장에 설명된 다른 보장 규칙을 준수하고 약 사용이 의학적으로 인정된 지시인 경우에만 플랜의 약품 목록상의 약을 보장할 것입니다. 의학적으로 인정된 지시란 **다음 중 하나**에 해당하는 약의 사용입니다.

- 약의 처방 목적인 진단 또는 질환에 대해 FDA가 승인하였거나
- 미국 병원 처방집 서비스 약 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 준거에 의해 입증됨.

특정 약은 일부 질환을 위해 보장될 수 있지만 다른 질환을 위해서는 처방집 외로 간주됩니다. 이러한 약은 당사 의약품 목록 및 www.Medicare.gov에 그것이 보장하는 특정 질환과 함께 표시됩니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

의약품 목록은 상표약, 일반 약품 및 생물학적 제품(바이오시밀러 포함 가능)을 포함합니다.

상표약은 제약사가 소유한 등록상표로 판매되는 처방약을 말합니다. 생물학적 제품은 일반적인 약보다 더 복잡한 약입니다. 약 목록에서 저희가 약이라고 하면 이는 약 또는 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다.

일반 약은 상표약과 같은 활성 성분을 갖고 있는 처방약입니다. 생물학적 제품에는 바이오시밀러라고 하는 대체약이 있습니다. 일반적으로, 일반 약과 바이오시밀러는 상표약이나 오리지널 생물학적 제품과 마찬가지로 작용하며 일반적으로 더 저렴합니다. 일반 약은 많은 상표약을 대체할 수 있고, 바이오시밀러 대체약은 일부 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있으며, 이는 일반 약이 상표약을 대체할 수 있는 것과 같습니다.

약 목록에 있을 수 있는 약 유형의 정의에 대해서는 제12장을 참조하십시오.

비처방 의약품

당사 플랜은 특정 비처방 의약품도 보장합니다. 일부 비처방 의약품은 처방약보다 저렴하면서도 효과는 비슷합니다. 자세한 정보는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

약 목록에 없는 약

저희 플랜은 모든 처방약을 보장하지는 않습니다.

- 일부의 경우, Medicare 플랜이 특정 유형의 약을 보장하는 것이 법률상 허용되지 않습니다. (자세한 내용은 섹션 7.1을 참조하십시오.)
- 다른 경우에 저희는 특정 약을 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정했습니다.
- 어떤 경우에는 귀하가 의약품 목록에 없는 약을 구할 수도 있습니다. (자세한 정보는 제 9장을 참조하십시오.)

섹션 3.2 의약품 목록상의 약을 위한 6 비용 분담 계층

당사 플랜의 의약품 목록에 있는 모든 약은 6 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 계층이 높을수록 약 비용도 높아집니다.

- 계층 1은 선호 복제약을 포함합니다. (최저 비용 계층.)
- 계층 2는 일반 약품을 포함합니다.
- 계층 3은 선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 4는 비선호 약을 포함합니다.
- 계층 5는 특수 계층을 포함합니다. (최고 비용 계층.)
- 계층 6은 선별 케어 약을 포함합니다

귀하의 약이 어느 비용 분담 계층에 속하는지 알려면 당사 플랜의 의약품 목록을 참조하십시오. 각 비용 분담 계층의 약에 대해 귀하가 지불하는 금액이 제6장에 나와 있습니다

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용**섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 있는지 알아내는 방법**

어느 약이 의약품 목록에 있는지 확인하려면 다음과 같은 옵션이 있습니다.

- 가장 최근의 의약품 목록을 확인하십시오 전자적으로 제공.
- 저희 플랜의 웹사이트(ko.clevercarehealthplan.com/druglist)을(를) 방문합니다. 웹사이트의 의약품 목록이 항상 최신 상태입니다.
- 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 있는지 묻거나 목록의 사본을 요청합니다.
- 저희 플랜의 “실시간 혜택 도구”(ko.clevercarehealthplan.com)를 사용하여 의약품 목록에서 약을 검색하여 귀하가 지불할 금액을 추정하고 의약품 목록에 동일한 질환을 치료할 수 있는 대체 약이 있는지 확인합니다. 또한 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화할 수도 있습니다.

섹션 4 보장에 제한이 있는 약품**섹션 4.1 왜 일부 약에는 제한이 있습니까**

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 저희 플랜이 그것을 보장하는 방법과 때를 제한합니다. 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 약을 가장 효과적으로 사용하도록 장려하기 위해 의사와 약사로 구성된 팀이 이러한 규칙을 개발하였습니다. 이러한 제한이 귀하가 복용하거나 복용하기 원하는 약에 적용되는지 알려면 의약품 목록을 확인하십시오.

안전하고 저렴한 약이 고가의 약만큼 의학적으로 효과가 있을 경우, 저희 플랜 규칙은 귀하와 서비스 제공자가 그 저가 옵션을 이용할 것을 장려하도록 되어 있습니다.

때때로 약이 의약품 목록에 두 번 이상 나타날 수 있음에 유의하십시오. 이는 똑같은 약이라도 귀하의 의료 서비스 제공자가 처방한 약의 강도, 양 또는 형태 같은 요소에 있어 달라질 수 있고, 서로 다른 버전의 약에는 상이한 제한 또는 비용 부담액이 적용될 수 있기 때문입니다(예: 10mg 대 100mg, 하루 한 개 대 하루 두 개, 정제 대 물약).

섹션 4.2 제한사항 유형

귀하의 약에 어떤 제한이 있는 경우, 그것은 일반적으로 저희가 해당 약을 보장하려면 귀하 또는 서비스 제공자가 특별 조치를 취해야 할 것임을 의미합니다. 약 보장을 받기 위해 귀하 또는 귀하의 서비스 제공자가 무엇을 할 수 있는지 알아보려면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 저희가 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제해 주기를 원하신다면, 귀하는 보장 결정 프로세스를 이용해 저희에게 예외를 요청하셔야 합니다. 저희는 귀하를 위해 그 제한 사항을 면제하기로 동의할 수도 있고 하지 않을 수도 있습니다. (9장을 참조하십시오.)

사전에 플랜 승인 받기

특정 약의 경우, 귀하 또는 서비스 제공자는 저희가 귀하를 위해 약을 보장하기로 동의하기 전에 구체적인 기준에 의거 플랜으로부터 승인을 받아야 합니다. 이를 **사전 승인**이라고 합니다. 이 절차는 투약의 안전성을 보장하고 특정 약의 적절한 사용을 지도하기 위해 마련되었습니다. 이 승인을 받지 않으면 귀하의 약은 당사 플랜이 보장하지 않을 수도 있습니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

니다. 저희 플랜의 사전 승인 기준은 회원서비스부에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711) 번으로 전화하거나 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 확인하실 수 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 시도해 보게 하는 이 요건을 **단계별 요법**이라고 합니다. 저희 플랜의 단계적 요법 기준은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하거나 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com/formulary에서 확인하실 수 있습니다.

수량 한도

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

섹션 5 귀하의 약 중 하나가 귀하가 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우 귀하가 할 수 있는 일

귀하가 복용하는 처방약이나 귀하와 귀하의 서비스 제공자가 귀하가 복용해야 한다고 생각하는 약이 저희 의약품 목록에 없고 제한이 있는 상황입니다. 예:

- 약이 전혀 보장되지 않을 수 있음. 또는 해당 약의 일반 약 버전은 보장될 수 있지만 귀하가 복용하기 원하는 상표약 버전은 보장되지 않음.
- 약이 보장되지만 보장에 특별 규칙 또는 제한 사항이 있음.

귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 제한 사항이 있는 경우, 할 수 있는 옵션은 다음과 같습니다.

- 귀하는 해당 약의 임시 분량을 받을 수 있습니다.
- 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- 귀하는 **예외**를 요청하여 저희 플랜이 해당 약을 보장하거나 해당 약에서 제한 사항을 제거할 것을 요구할 수 있습니다.

귀하는 임시 분량을 받을 수 있습니다

특정 상황에서 저희 플랜은 귀하가 이미 복용하고 있는 약의 임시 분량을 반드시 제공해야 합니다. 귀하는 이러한 임시 분량을 통해 의료 제공자와 보장 변경에 대해 상의할 시간을 가질 수 있습니다.

임시 분량 지급 자격을 얻으려면 귀하가 복용 중인 약이 더 이상 플랜의 의약품 목록에 없거나 또는 현재 어떤 식으로든 제한 사항이 있어야 합니다.

- 귀하가 신규 회원인 경우, 저희는 귀하의 플랜 가입 후 첫 90일 동안 귀하가 복용 중인 약의 임시 분량을 보장해 드립니다.
- 귀하가 작년에 플랜에 가입하셨다면, 저희는 해당 연도의 첫 90일 동안 귀하가 복용 중인 약의 임시 분량을 보장해 드립니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

- 이 임시 분량은 최대 30일 분량입니다. 귀하의 처방전이 더 짧은 기간만큼 작성된 경우, 저희는 최대 30일분 분량의 약을 제공하기 위해 복수의 조제를 허용할 것입니다. 처방 약은 반드시 네트워크 내 약국에서 조제해야 합니다. (장기 케어 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 소량으로 약을 제공할 수 있음에 유의하십시오.)

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

저희는 특정 약의 31일 비상 분량을 한번 보장하며, 귀하의 처방전이 더 적은 일수로 작성된 경우에는 그 이하를 보장합니다. 이는 위에 설명된 임시 분량에 추가되는 사항입니다.

임시 분량에 대한 질문은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

임시 분량의 약을 복용하고 있는 동안, 귀하는 의료 서비스 제공자와 상담하여 임시 분량이 소진되면 어떻게 할지 결정해야 합니다. 2가지 옵션이 있습니다.

옵션 1. 다른 약으로 변경

저희 플랜에서 보장하는 경우 중에 귀하에게 똑같이 잘 들을 수 있는 다른 약이 있는지 여부에 대해 귀하의 서비스 제공자와 상담하십시오. 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 같은 질환의 치료에 사용되는 보장 의약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장 대상 약을 찾는 데 도움이 됩니다.

옵션 2. 귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

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

귀하가 현재 회원이시고 복용 중인 약이 내년에 처방집에서 제외되거나 어떤 식으로든 제한될 경우, 저희는 내년도의 변경 사항에 앞서 이를 귀하에게 알려드릴 것입니다. 귀하는 내년도 전에 예외를 요청하실 수 있으며, 저희는 귀하의 요청(또는 귀하의 처방자의 증빙 서류)을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 드릴 것입니다. 저희가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 저희는 변경이 발효되기 전에 해당 약에 대한 보장을 승인할 것입니다.

귀하와 의료 제공자가 예외 요청을 원하는 경우, 제9장 섹션 6.4를 참조하여 어떻게 해야 할지 알아보십시오. 그것은 귀하의 요청이 신속 공정하게 취급되도록 하기 위해 Medicare가 정한 절차와 마감일에 대해 설명합니다.

섹션 5.1 본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우 무엇을 할 수 있습니까?

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

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용**다른 약으로 변경**

본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우에는 귀하의 서비스 제공자와 상담하십시오. 본인을 위해 효과가 좋을 수 있는 더 낮은 비용 부담 계층의 다른 약이 있을 수도 있습니다. 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 같은 질환의 치료에 사용되는 보장 의약품 목록을 요청하십시오. 이 목록은 귀하의 서비스 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장 대상 약을 찾는 데 도움이 됩니다.

귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 귀하의 서비스 제공자는 저희 플랜이 귀하가 더 낮은 비용을 지불하도록 약의 비용 부담 계층에 예외를 두도록 요청할 수 있습니다. 서비스 제공자가 귀하에게 예외를 요청할 만한 의학적 이유가 있다고 말하는 경우, 서비스 제공자는 귀하가 규칙에 대한 예외를 요청하는 것을 도울 수 있습니다.

귀하와 귀하의 서비스 제공자가 예외 요청을 원하는 경우, 해야 할 일에 대해 제9장 섹션 6.4를 참조하십시오. 그것은 귀하의 요청이 신속 공정하게 취급되도록 하기 위해 Medicare가 정한 절차와 마감일에 대해 설명합니다.

당사의 5계층 약은 이러한 유형의 예외에 해당하지 않습니다. 저희는 이 계층의 약을 위해서 비용 부담액을 낮추지 않습니다.

섹션 6 의약품 목록은 연도 중에 변경될 수 있습니다

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

- 의약품 목록에 약을 추가 또는 제거할 수 있습니다.
- 약을 더 높은 또는 더 낮은 비용 부담 계층으로 이동할 수 있습니다
- 약 보장에 대한 제한 사항을 추가하거나 제거할 수 있습니다.
- 상표약을 일반 약으로 대체할 수 있습니다.
- 오리지널 생물학적 제품을 생물학적 제품의 교환 가능한 바이오시밀러 버전으로 교체합니다

저희는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 준수해야 합니다.

약 보장 범위 변경에 대한 정보

약 목록이 변경될 경우 저희는 그러한 변경에 대한 정보를 저희 웹사이트에 게시합니다. 저희는 또한 당사의 온라인 의약품 목록을 정기적으로 업데이트합니다. 때때로 귀하가 복용하는 약에 변화가 있는 경우 직접 통지를 받게 될 것입니다.

올 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 약 보장 관련 변경 사항

- 신약을 의약품 목록에 추가하고 의약품 목록에서 유사한 약을 즉시 제거하거나 변경.
 - 의약품 목록에 새로운 버전의 약을 추가할 때, 저희는 즉시 의약품 목록에서 유사한 약을 삭제하거나, 유사한 약을 다른 비용 부담 계층으로 이동시키거나, 새로운 제한 사항을 추가할 수 있습니다. 새로운 버전의 약은 동일하거나 더 낮은 비용 부담 계층에, 동일하거나 더 적은 제한 사항과 함께 표시됩니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

- 새로운 일반 약 버전의 상표약을 추가하거나 이미 약 목록에 있는 오리지널 생물학적 제품의 특정한 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 사항을 즉시 변경할 것입니다.
- 즉시 이러한 변경을 할 수 있으며, 귀하가 저희가 제거하고 있거나 변경하고 있는 약을 복용하고 있는 경우에도 나중에 귀하에게 알려드릴 수 있습니다. 변경 당시 가입자가 유사한 약을 복용하고 있는 경우, 구체적인 변경사항을 가입자에게 알려드립니다.
- **약 목록에 약을 추가하는 경우와 약을 약 목록에서 삭제하거나 변경하는 경우에는 사전에 고지할 것입니다.**
 - 의약품 목록에 다른 버전의 약을 추가할 때, 저희는 의약품 목록에서 유사한 약을 삭제하거나, 다른 비용 부담 계층으로 옮기거나, 새로운 제한사항을 추가할 수 있습니다. 추가하는 약 버전은 동일하거나 더 낮은 비용 부담 계층에, 동일하거나 더 적은 제한 사항과 함께 표시됩니다.
 - 저희는 새로운 일반 약품 버전의 상표약을 추가하거나 이미 의약품 목록에 있는 오리지널 생물학적 제품의 특정 새로운 바이오시밀러 버전을 추가하는 경우에만 이러한 변경을 실시할 것입니다.
 - 저희는 이러한 변경을 하기 최소 30일 전에 귀하에게 알려드리거나, 변경에 대해 알려드리면서 귀하가 복용 중인 버전의 약 30일분을 보장해 드립니다.
- **시장에서 철수된 의약품 목록상의 불안전 약 및 기타 약의 제거**
 - 때때로 어떤 약이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 저희는 의약품 목록에서 해당 약을 즉시 제거합니다. 귀하가 해당 약을 복용하고 있는 경우, 저희가 변경한 후 알려드릴 것입니다.
- **약 목록상의 약에 대한 기타 변경사항 적용.**
 - 연도가 시작되면 저희는 귀하가 복용하고 있는 약에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 예를 들면, FDA 박스형 경고 또는 Medicare에 의해 인정된 새로운 임상 가이드라인에 근거해서 변경 사항을 적용할 수 있습니다.
 - 이러한 변경을 하기 최소 30일 전에 알려드리거나, 변경에 대해 알려드리고 복용 중인 약의 추가 30일분 조제를 보장할 것입니다.

복용 중인 약을 변경하는 경우, 질환을 치료하기 위해 다른 약으로 변경하거나 복용 중인 약에 관한 모든 새로운 제한사항을 충족시키기 위해 보장 결정을 요청하는 것을 포함하여 가장 효과적인 옵션에 관해 처방자와 상의하십시오. 귀하 또는 귀하의 처방자는 귀하가 복용 중인 약 또는 약의 버전을 계속 보장해 주는 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법에 대한 자세한 정보는 제9장을 참조하십시오.

당해 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 의약품 목록 변경 사항

저희는 위에 설명되지 않은 특정 변경 사항을 의약품 목록에 적용할 수 있습니다. 이러한 경우, 변경이 이루어지는 당시에 귀하가 해당 약을 복용 중이라면 이는 귀하에게는 적용되지 않습니다. 그러나 이러한 변경 사항은 귀하가 동일한 플랜을 유지하는 경우 통상 다음 플랜 연도의 1월 1일부터 귀하에게 영향을 미치게 됩니다.

일반적으로 당해 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치지 않는 변경 사항은 다음과 같습니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

- 당사가 귀하의 약을 더 높은 비용 부담 계층으로 이동하는 경우.
- 저희가 귀하가 복용하는 약에 새로운 제한을 두는 경우.
- 저희가 귀하의 약을 의약품 목록에서 제거하는 경우.

귀하가 복용하고 있는 약에 이러한 변경이 발생하더라도(시장 철수, 일반 약의 상표약 대체 또는 기타 위의 섹션들에서 설명된 변경 때문인 경우는 제외), 그러한 변경사항은 그 다음 해의 1월 1일까지는 귀하의 약 복용이나 비용 몫 지불에 영향을 미치지 않습니다.

저희는 당해 플랜 연도 동안에는 이러한 유형의 변경 사항에 관해 직접 통지하지 않습니다. 귀하가 복용 중인 약과 관련하여 다음 플랜 연도 동안 영향을 미칠 변경 사항이 있는지 알아보려면 다음 플랜 연도의 의약품 목록을(오픈 등록 기간 동안 해당 목록이 공개된 시점에) 확인하셔야 합니다.

섹션 7 저희가 보장하지 않는 유형의 약

일부 종류의 처방약은 **제외됩니다**. 이는 Medicare가 그러한 약의 비용을 지불하지 않음을 의미합니다.

제외된 약을 받는 경우에는 귀하가 그 비용을 지불해야 합니다. (당사의 강화된 약 보장에 따라 보장되는 특정 제외 약은 제외). 귀하가 이의를 제기하고 요청된 약이 파트 D에 따른 제외 대상이 아니라고 확인되면, 저희가 비용을 지불하거나 보장할 것입니다. (결정에 대한 이의제기에 대한 정보는 제9장을 참조하십시오.)

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

- 저희 플랜의 파트 D 약 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 의거해서는 보장될 약을 보장할 수 없습니다.
- 저희 플랜은 미국 또는 그 영토의 바깥에서 구입한 약은 보장할 수 없습니다.
- **용도외/사용을 위한** 보장은 그 사용이 미국 병원 조제서비스 약물정보(American Hospital Formulary Service Drug Information) 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 준거에 의해 뒷받침될 때에만 허용됩니다. **용도 외/사용**이란 FDA에 의해 승인된 약 라벨의 표시 용도를 벗어난 형태의 약 사용을 말합니다.

또한 법률에 따라 다음 범주의 약은 Medicare 약 플랜에서 보장하지 않습니다.

- 비처방약(비처방 의약품(OTC)이라고도 함)
- 생식능력을 증진하기 위한 약
- 기침 또는 감기 증상을 완화하기 위한 약
- 미용 목적 또는 모발 성장을 증진하기 위한 약
- 처방 비타민 및 미네랄 제품(단, 출생전 비타민 및 플루오라이드 제제는 예외)
- 성기능장애 또는 발기장애 치료를 위한 약
- 식욕부진, 체중 감소 또는 체중 증가의 치료를 위한 약
- 제조업체가 판매 조건으로서 관련 테스트 또는 모니터링 서비스를 해당 제조업체로부터만 구입할 것을 요구하는 외래환자용 약

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

저희는 Medicare 처방약 플랜에서는 일반적으로 보장되지 않는 일부 보조 처방약에 대한 추가 보장을 제공합니다(약 보장 강화).우리 플랜은 기침약(벤조나테이트), 비타민(B12, D2, 엽산) 및 발기부전 치료제(30일당 6정으로 제한)에 대한 처방을 보장합니다. 귀하가 이러한 약에 지불하는 금액은 재난적 보장 단계를 위한 귀하의 자격 요건에 계상되지 않습니다. (재난적 보장 단계는 이 문서의 제6장, 섹션 6에 설명되어 있습니다.)

귀하가 **Medicare Extra Help(추가 도움)**를 받아 처방약 비용을 지불하는 경우, “추가 도움” 프로그램은 통상적으로는 보장되지 않는 약의 비용은 지불하지 않습니다. (플랜의 약 목록으로 이동하거나 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. Medicaid를 통해 약 보장을 받는 경우, 귀하의 주 Medicaid 프로그램은 Medicare 약 플랜에서 일반적으로 보장되지 않는 일부 처방약을 보장해 드릴 수 있습니다. 귀하가 이용할 수 있는 약 보장을 확인하려면 주 Medicaid 프로그램에 문의하십시오. (Medicaid 전화번호 및 연락처 정보는 제2장, 섹션 6에서 확인하십시오.)

귀하가 **Extra Help(추가 도움)**를 받아 처방약 비용을 지불하는 경우, Extra Help(추가 도움) 프로그램은 통상적으로는 보장되지 않는 약의 비용은 지불하지 않습니다. 귀하가 Medicaid를 통해 약 보장을 받는 경우, 해당 주의 Medicaid 프로그램이 Medicare 약 플랜에서는 통상적으로는 보장되지 않는 일부 처방약을 보장할 수도 있습니다. 귀하가 거주하고 있는 주의 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 약 보장을 귀하가 활용할 수 있는지 확인하십시오. (Medicaid 전화번호와 연락처 정보는 제2장, 섹션 6에 있습니다.)

섹션 8 처방약 조제 방법

귀하의 처방전을 조제하려면 귀하가 선택한 네트워크 내 약국에서 저희 플랜 회원 정보(본인의 멤버십 카드에 있을 수 있음)를 제공하십시오. 네트워크 내 약국은 귀하의 약 비용에 대한 *저희의* 몫을 저희 플랜에 자동으로 청구합니다. 귀하는 처방약을 수령할 때 비용 중 *귀하의* 몫을 약국에 지불하셔야 합니다.

귀하가 플랜 멤버십 정보를 가지고 있지 않은 경우, 귀하 또는 약국이 저희 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻을 수 있으며, 아니면 귀하가 약국에 저희 플랜 등록 정보를 확인해 달라고 요청할 수도 있습니다.

약국이 필요한 정보를 얻을 수 없는 경우에는 귀하가 처방약을 인수할 때 비용 전액을 지불해야 할 것입니다. 그런 다음 귀하는 비용 중 저희의 몫에 대한 **상환을** 요구할 수 있습니다. 저희 플랜에 상환을 요청하는 방법에 대한 정보는 제7장 섹션 2를 참조하십시오.

섹션 9 특별한 상황에서의 파트 D 약 보장

섹션 9.1 저희 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문요양시설에 귀하가 체류하고 계시는 경우

귀하가 저희 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문요양시설에 체류를 위해 입원하시면 저희는 일반적으로 귀하의 체류 중 처방약 비용을 보장할 것입니다. 귀하가 해당 병원 또는 전문요양시설에서 퇴원하시면, 저희 플랜은 귀하의 처방약이 이 장에서 설명된 저희의 모든 보장 규칙을 충족하는 한 귀하의 약을 보장할 것입니다.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용**섹션 9.2 장기 케어(LTC) 시설의 거주자로서**

일반적으로 장기 케어(LTC) 시설(예: 요양원)은 자체 약국을 갖고 있거나 전체 거주자에게 약을 공급하는 약국을 이용합니다. 귀하가 LTC 시설의 거주자인 경우, 귀하는 해당 시설 내 약국이나 제휴 약국이 우리 네트워크에 속하는 한 그 약국을 통해 처방약을 얻을 수 있습니다.

약국 C/렉터/리/ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy를 통해 귀하의 LTC 시설 내 약국이나 시설이 이용하는 약국이 네트워크에 속하는지 확인하십시오. 약국이 저희 네트워크에 속하지 않거나 추가 정보 또는 지원이 필요하신 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자 711)번으로 연락하십시오. 귀하가 LTC 시설에 거주하는 경우, 저희는 귀하가 본인의 파트 D 혜택을 저희의 LTC 약국 네트워크를 통해 일상적으로 받을 수 있도록 해야 합니다.

귀하가 LTC 시설에 거주하고 있으며 당사의 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한이 따르는 약이 필요하신 경우, 섹션 5에서 임시 또는 긴급 공급을 받는 방법에 대한 정보를 확인하십시오.

섹션 9.3 귀하가 약 보장을 고용주 또는 퇴직자 단체 보험에서도 받고 있는 경우

귀하(또는 귀하의 배우자 또는 동거인)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통해 다른 약 보장을 갖고 있는 경우, 해당 단체의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 혜택 관리자는 귀하의 현재 약 보장이 저희 플랜과 어떻게 협력할 것인지 귀하가 이해하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

일반적으로, 귀하가 고용주 또는 퇴직자 단체 보장을 보유 중이라면, 귀하가 저희에게서 받으시는 약 보장은 귀하의 단체 보장에 대해 *이차적으로* 적용됩니다. 이는 귀하의 단체 보장이 먼저 지불한다는 것을 의미합니다.

신뢰할 만한 보장에 대한 특별 주의사항:

매년 귀하의 고용주 또는 퇴직자 단체는 귀하의 약 보장이 그 다음 해에도 신뢰할 만한 것인지에 대한 통지서를 귀하에게 보내야 합니다.

단체 보험의 보장이 신뢰할 만한 것이라 함은, 해당 약 보장이 평균적으로 적어도 Medicare의 표준 약 보장만큼은 지불할 것이라고 기대할 수 있음을 의미합니다.

신뢰할 수 있는 보장에 대한 모든 통지를 보관하십시오. 신뢰할 수 있는 보장을 유지했음을 보여주지 위해 나중에 이러한 통지가 필요할 수 있기 때문입니다. 귀하가 신뢰할 만한 보장 통지서를 받지 못한 경우, 귀하의 고용주 또는 퇴직자 플랜의 혜택 관리자 또는 소속 노조로부터 사본을 요청하십시오.

섹션 9.4 귀하가 Medicare 인증 호스피스에 머무는 경우

호스피스와 저희 플랜은 동일한 약을 동시에 보장하지 않습니다. 귀하가 Medicare 인증 호스피스에 등록되어 있으며 귀하의 말기 질환 및 관련 상태와 무관하기 때문에 귀하의 호스피스에서는 보장되지 않는 특정 약(예: 구토억제제, 설사제, 통증약 또는 불안치료제)이 필요하신 경우, 저희 플랜은 처방자 또는 귀하의 호스피스 제공자로부터 해당 약이 무관하다는 통보를 받은 다음에야 해당 약을 보장할 수 있습니다. 저희 플랜에서 보장해야 하는 이러한 약의 수량이 지연되는 것을 방지하려면, 귀하의 처방전이 조제되기 전에 이를 미리 알려줄 것을 해당 호스피스 제공자나 처방자에게 요청하십시오.

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

귀하가 호스피스 선택을 철회하거나 호스피스에서 퇴소하는 경우, 저희 플랜은 귀하의 약을 본 문서의 설명대로 보장해야 합니다. 귀하의 Medicare 호스피스 혜택이 종료될 때 약국에서의 지연을 방지하기 위해 본인의 철회 또는 퇴소를 입증하는 서류를 약국에 지참하도록 하십시오.

섹션 10 약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램

저희는 저희 회원들이 안전하고 적절한 케어를 받도록 하기 위해 약 사용에 대한 검토를 실시합니다.

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

- 투약 오류 가능성
- 동일한 질환을 치료하기 위해 다른 유사한 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 약이 포함된 처방
- 귀하가 복용하고 있는 약의 양(정량)의 오류 가능성
- 오피오이드 통증 약의 불안정한 양

귀하의 약 사용과 관련하여 잠재적 문제가 확인될 경우, 저희는 문제를 시정하기 위해 제 공자와 협력할 것입니다.

섹션 10.1 회원들이 오피오이드 약을 안전하게 사용하도록 돕는 약 관리 프로그램(DMP)

저희는 회원들이 처방 오피오이드 및 기타 빈번하게 남용되는 약을 안전하게 사용할 수 있도록 도와주는 프로그램을 갖추고 있습니다. 이 프로그램을 약 관리 프로그램(DMP)이라고 합니다. 귀하가 여러 처방자 또는 약국으로부터 받는 오피오이드 약을 사용하는 경우, 또는 귀하가 최근에 오피오이드를 과량투여한 경우, 저희는 귀하의 오피오이드 약 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 귀하의 처방자와 상담할 수 있습니다. 귀하의 처방자와 협력하면서 저희가 귀하의 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 저희는 귀하가 그러한 약을 받을 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 저희가 귀하를 DMP에 포함시키는 경우, 다음과 같은 제한이 있을 수 있습니다.

- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약을 받기 위한 귀하의 모든 처방을 특정 약국으로부터 받을 것을 귀하에게 요구
- 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약을 받기 위한 귀하의 모든 처방을 특정 처방자로부터 받을 것을 귀하에게 요구
- 저희가 보장할 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약의 양을 제한

저희가 귀하의 이러한 약물 획득 방식 또는 획득 분량을 제한할 계획인 경우, 사전에 서신을 보내드립니다. 그 서신에서는 저희가 귀하에 대해 이러한 약의 보장을 제한할지, 또는 귀하가 특정 처방자 또는 약국으로부터만 이러한 약의 처방을 받아야 하는지에 대해 귀하

제5장: 파트 D 약에 대한 플랜 보장 사용

에게 알려드립니다. 귀하에게는 본인이 어느 처방자 또는 약국을 이용하기 선호하는지와 기타 저희가 아는 것이 중요하다고 생각되는 정보에 대해 말할 기회가 제공됩니다. 귀하가 대응할 기회를 가진 후에, 저희가 이러한 약을 위한 보장을 제한하기로 결정하는 경우, 저희는 그 제한 조치를 확정하는 다른 통지서도 보내드릴 것입니다. 저희가 실수했다고 생각하시거나 귀하가 저희의 결정 또는 그러한 제한에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방자는 이의를 제기할 권리를 갖습니다. 귀하가 이의를 제기하면 저희는 귀하의 케이스를 검토하여 새로운 결정을 내릴 것입니다. 저희가 귀하의 약 이용 가능성에 적용되는 제한과 관련하여 귀하의 요청 중 어느 부분이든 계속 거부하는 경우, 저희는 자동적으로 귀하의 케이스를 저희 플랜 외부의 독립 검토자에게 보낼 것입니다. 이의제기 방법에 대한 설명은 제9장을 참조하십시오.

귀하에게 암 관련 통증 또는 겸상 적혈구 질환과 같은 특정 질환이 있거나, 귀하가 호스피스, 완화 또는 생애말기 케어를 받고 있거나 장기 케어 시설에 거주하는 경우, 귀하에게는 DMP가 적용되지 않을 수 있습니다.

섹션 10.2 약물 치료 관리(MTM) 회원의 약물 관리를 지원하는

건강과 관련하여 복합적인 필요가 있는 회원들을 도울 수 있는 프로그램이 있습니다. 당사 프로그램은 약물 치료 관리(MTM) 프로그램이라고 합니다. 이 프로그램은 자율적이며 무료입니다. 저희가 회원들이 복용 중인 약에서 최대한의 효과를 누리도록 하는 일을 지원하기 위해 약사와 의사로 구성된 팀이 해당 프로그램을 개발했습니다.

특정 만성 질환이 있고 특정 금액의 약 비용을 초과하는 약을 복용하고 있거나 오피오이드를 안전하게 사용하도록 돕는 DMP에 포함된 일부 회원들은 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 이 프로그램에의 참가 자격이 있는 경우에는, 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하의 모든 약에 대한 종합적 점검을 제공할 것입니다. 귀하는 검토가 진행되는 동안 본인의 약 복용, 지출 비용, 처방약과 비처방약에 대해 갖고 있었던 문제 또는 질문 등에 대해 상담하실 수 있습니다. 귀하는 투약에서 최상의 결과를 얻어내기 위해 취해야 하는 단계와 권장 준수 목록이 포함된 서면 요약본을 받게 됩니다. 귀하는 또한 귀하가 복용하고 있는 모든 약, 현재의 복용량, 그리고 복용 시기 및 이유가 포함된 개인적 투약 목록도 받게 됩니다. 또한 MTM 프로그램에 속한 회원들은 통제 물질에 해당하는 처방약의 안전한 처분에 대한 안내도 받게 됩니다.

귀하가 받은 권장 준수 목록과 투약 목록에 대해 담당 의사와 상담해보시는 것이 좋습니다. 방문 시 또는 담당 의사, 약사, 기타 의료 서비스 제공자들과 상담할 때는 이 요약서를 가지고 가십시오. 병원이나 응급실에 가는 경우, 귀하의 투약 목록을 최신으로 유지하고 항상 지참하십시오(예컨대, 귀하의 신분증과 함께).

귀하의 요구에 적합한 프로그램이 있는 경우, 저희는 귀하를 그 프로그램에 자동으로 등록하고 알려드릴 것입니다. 귀하가 참여하지 않기로 결정하시는 경우, 저희에게 알려주시면 탈퇴 처리를 진행해 드립니다. 이 프로그램에 대한 질문은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 연락하십시오.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액**제6장:****파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액****섹션 1****파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액**

귀하가 약 비용 지불을 지원하는 프로그램에 가입한 경우, 이 **보장 범위 증명서**에 나와 있는 파트 D 처방약 비용에 대한 일부 정보는 가능함 귀하에게 적용되지 않습니다. 당사에서 전송함 처방약을 위한 “Extra Help(추가 도움)”를 받는 사람을 위한 보장 범위 증명서 특약(저소득 보조금 특약 즉 LIS 특약이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내드렸으니, 귀하의 약 보장에 대해서는 이를 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 LIS 특약을 요청하십시오.

본 장에서는 파트 D 처방약을 의미하기 위해 “약”이란 용어를 사용합니다. 모든 약이 파트 D 약인 것은 아닙니다. 일부 약은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 따라 보장되고, 다른 약은 법률에 의해 Medicare 보장에서 제외됩니다.

지불 정보를 이해하려면 귀하는 어떤 약이 보장되는지, 처방약을 어디서 조제할 수 있는지, 그리고 귀하가 보장 대상 약을 받을 때 어떤 규칙을 준수해야 하는지를 알아야 합니다. 제5장에서는 이러한 규칙을 설명합니다. 플랜의 “Real-Time Benefit Tool(실시간 혜택 도구)”를 사용하여 약 보장(ko.clevercarehealthplan.com/druglist)을 조회할 때, 귀하가 보는 비용은 귀하가 지불해야 할 본인 부담 비용의 추정치를 보여줍니다. 귀하는 또한 회원서비스부에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 “실시간 혜택 도구”에 의해 제공되는 정보를 얻을 수도 있습니다.

섹션 1.1**보장 대상 약을 위해 귀하가 지불할 수 있는 본인 부담 비용의 유형**

귀하가 지불 요청을 받을 수 있는 보장 대상 파트 D 약에 대한 본인 부담 비용은 세 가지 유형이 있습니다.

- **본인부담 공제액**은 저희 플랜이 저희 몫 지불을 시작하기 전에 귀하가 약을 위해 지불하는 금액입니다.
- **코페이먼트**는 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하게 되는 고정액입니다.
- **코인슈어런스**는 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하는 총 비용에 대한 퍼센트입니다.

섹션 1.2**Medicare가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법**

Medicare는 귀하의 본인 부담 비용으로서 무엇이 계상되고 무엇이 계상되지 않는지에 대한 규칙을 갖고 있습니다. 다음은 저희가 귀하의 본인 부담 비용을 추적하기 위해 따라야 하는 규칙입니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액**이러한 지불액은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다**

본인 부담 비용에는 아래 열거된 지불액이 **포함됩니다**(보장 대상 파트 D 약을 위한 것이고 제5장에 설명된 약 보장을 위한 규칙을 준수하는 한):

- 귀하가 다음 약 지불 단계에 있을 때 약을 위해 지불하는 금액:
 - 본인부담 공제액 단계
 - 초기 보장 단계
- 귀하가 저희 플랜에 가입하기 전 다른 Medicare 약 플랜의 회원으로서 이 연도 동안에 지불하신 금액.
- 가족 또는 친구가 귀하의 약에 대해 지불한 모든 금액
- Medicare의 Extra Help, 고용주 또는 조합 헬스 플랜, 인디언 보건 서비스(Indian Health Service), AIDS 의약품 지원 프로그램, 및 대부분의 자선 단체를 통해 귀하의 약에 대해 지불한 모든 금액

재난적 보장 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신해 지불하는 자)가 해당 연도 내에 본인 부담 비용으로 총 \$2,100를 지출하면 귀하는 초기 보장 단계에서 재난적 보장 단계로 이동합니다.

이러한 지불금은 귀하의 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다

귀하의 본인 부담 비용은 다음 유형의 지불액을 **미포함한** 금액입니다.

- 미국과 그 영토 바깥에서 구입하는 약
- 저희 플랜이 보장하지 않는 약
- 저희 플랜의 네트워크 외 보장 요건을 충족하지 않는 네트워크 외 약국에서 구입하는 약.
- 파트 A 또는 파트 B에 의해 보장되는 처방약 및 백신
- 저희의 추가 보장에 의거 보장되지만 Medicare 약 플랜에서는 보통 보장되지 않는 약을 위한 귀하의 지불액
- 일반적으로 Medicare 약 플랜에서 보장되지 않는 처방약을 위한 귀하의 지불액.
- 특정 보험 플랜 및 TRICARE 및 Veterans Health Administration(VA) 같은 정부 지원 보건 프로그램이 귀하의 약을 위해 지불한 금액.
- 처방약 비용을 지불할 법적 책임이 있는 제3자가 귀하의 약을 위해 지불한 금액(예: 산재 보상)
- 제조업체 할인 프로그램에 따라 약 제조업체가 지불한 금액

알림: 위에 열거한 기관과 같은 다른 기관이 약에 대한 귀하의 본인 부담 비용의 일부 또는 전부를 지불하는 경우, 귀하는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 저희 플랜에 알려야 합니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액**본인 부담 총 비용 추적**

- 귀하가 받는 **파트 D 혜택 설명서(EOB)**에는 귀하의 현재 본인 부담 비용 총액이 포함되어 있습니다. 이 금액이 \$2,100에 도달하면, **파트 D EOB**는 귀하가 초기 보장 단계를 벗어나 재난 보장 단계로 이동하였음을 귀하에게 알릴 것입니다.
- **저희가 필요한 정보를 얻도록 협조해 주십시오.** 귀하가 지출한 비용에 대한 저희 기록이 완전하고 최신이 되도록 돕기 위해 귀하가 할 수 있는 일에 알려면 섹션 3.1을 참조하십시오.

섹션 2 Clever Care Total+ 회원에 대한 약 지불 단계

Clever Care Total+하에서의 약 보장에는 세 **약 지불 단계**가 있습니다. 귀하가 각 처방에 대해 지불해야 하는 금액은 귀하가 처방전을 조제하거나 재조제할 때 어느 단계에 속하느냐에 따라 결정됩니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장에 설명되어 있습니다. 단계는 다음과 같습니다.

1단계: 연간 본인부담 공제액 단계

2단계: 초기 보장 단계

3단계: 재난적 보장 단계

섹션 3 귀하의 파트 D 혜택 설명서(EOB)는 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명합니다.

저희 플랜은 귀하의 처방약 비용과 귀하가 약국에서 처방약을 조제할 때의 귀하 지불액을 추적합니다. 이런 식으로 저희는 귀하가 한 약 지불 단계에서 그 다음으로 언제 이동하는지 말씀드릴 수 있습니다. 저희는 두 유형의 비용을 추적합니다.

- **본인 부담 비용:** 귀하가 지불한 금액입니다. 여기에는 보장 대상 파트 D 약을 받을 때 귀하가 지불한 금액, 가족이나 친구가 지불한 약에 대한 금액, 그리고 Medicare, 고용주 또는 조합 헬스 플랜, 인디언 건강 서비스, AIDS 의약품 지원 프로그램, 자선단체 및 대부분의 주 약 지원 프로그램(SPAP)으로부터의 Extra Help(추가 도움)에 의해 지불된 약에 대한 금액이 포함됩니다.
- **총 약 비용:** 이는 보장 대상 파트 D 약에 대해 지불한 모든 지불액의 합계입니다. 여기에는 보장 대상 파트 D 약에 대해 플랜이 지불한 금액, 귀하가 지불한 금액, 그리고 다른 프로그램 또는 기관이 지불한 금액이 포함됩니다.

귀하가 전 달에 저희 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 조제한 경우, 저희는 귀하에게 **파트 D 혜택 설명서(EOB)**를 보내드립니다. **파트 D EOB**의 내용:

- **해당 월의 정보.** 이 보고서는 귀하가 전 달에 조제한 처방에 대한 지불 내역을 제공합니다. 이는 저희 플랜이 지불한 금액, 그리고 귀하가 지불한 금액과 타인이 귀하를 대신해 지불한 금액인 총 약 비용을 보여줍니다.
- **1월 1일 이래의 연도 합계.** 이는 연초 이후 총 약 비용과 귀하의 약에 대한 총 지불액을 보여줍니다.
- **약 가격 정보.** 이는 총 약 가격, 그리고 같은 양의 각 처방 클레임에 대해 최초 조제로부터의 가격 변화 정보를 보여줍니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

- **가용 저가 대체 처방약.** 이는 해당하는 경우 각 처방전 청구에 대해 더 낮은 비용 분담으로 이용 가능한 다른 약에 대한 정보를 보여줍니다.

섹션 3.1 귀하의 약 지불액에 대한 저희 정보를 최신으로 유지하도록 협조하기

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

- **처방약을 조제할 때마다 귀하의 멤버십 카드를 제시하십시오.** 이렇게 하면 귀하가 조제하고 있는 처방전과 귀하가 지불하는 금액을 저희가 파악할 수 있습니다.
- **저희가 필요한 정보를 얻도록 협조해 주십시오.** 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불해야 하는 경우가 가끔 있습니다. 이러한 경우에 저희는 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는데 필요한 정보를 자동으로 얻을 수 없습니다. 저희가 귀하의 본인 부담 비용을 쉽게 추적할 수 있도록 귀하의 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다. **귀하가 의약품 영수증 사본을 저희에게 보내야 하는 경우의 예:**
 - 보장 대상 약을 네트워크 내 약국에서 특별 가격에 또는 저희 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인 카드를 사용해서 구입하는 때.
 - 약 제조업체의 환자 지원 프로그램에 의거 제공되는 약을 위한 코페이먼트를 지불하는 때.
 - 언제든지 보장 대상 약을 네트워크 외 약국에서 구입하는 때, 또는 귀하가 특수한 경우에 보장 대상 약을 위해 전액을 지불하는 때.
 - 귀하에게 보장 대상 약에 대한 비용이 청구되는 경우, 저희 플랜에 비용 분담금을 지불하도록 요청하실 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 안내는 제7장, 섹션 2를 참조하십시오.
- **타인이 귀하를 대신하여 한 지불에 대한 정보를 보내주십시오.** 특정 다른 사람 또는 기관이 지불한 금액 역시 귀하의 본인 부담 비용에 계상됩니다. 예컨대, 주 의약품 지원 프로그램, AIDS 약품 지원 프로그램(AIDS drug assistance program, ADAP), 인디언 보건 서비스 및 대부분의 자선 단체가 지불한 금액도 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다. 저희가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 그러한 지불액의 기록을 유지하여 저희에게 보내주시기 바랍니다.
- **저희가 귀하에게 보내는 서면 기록을 체크하십시오.** 귀하가 *파트 D EOB*를 받게 되면 그에 포함된 내용이 완전하고 정확한 정보인지 확인하십시오. 누락된 부분이 있다고 생각되거나 질문이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 이러한 기록을 보관하십시오.

섹션 4 본인부담 공제액 단계

본인부담 공제액 단계는 귀하의 약 보장 범위에 있어 첫 번째 지불 단계입니다. 이 단계는 귀하가 연도의 첫 처방약을 조제할 때 시작됩니다. 귀하가 이 지불 단계에 있는 때에는, 귀하가 플랜의 본인부담 공제액 금액(2026년도의 경우 \$615)에 달할 때까지 귀하는 본인의 약 비용의 전부를 지불해야 합니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

본인부담 공제액은 보장 인슐린 제품과 대상포진, 파상풍 및 여행 백신을 포함한 대부분의 성인 파트 D 백신에는 적용되지 않습니다.

귀하는 연간 본인부담 공제액 \$615을(를) 약에 대하여 지불하게 됩니다. **귀하는 플랜의 본인부담 공제액 금액에 도달할 때까지 약 비용 전액을 지불해야 합니다.** 다른 모든 약의 경우에는 본인부담 공제액을 지불하실 필요가 없습니다. 당사 플랜이 네트워크 내 약국의 대부분의 약 비용을 더 낮게 성사시켰기 때문에 **비용 전액**은 일반적으로 약의 정가보다 낮습니다. Medicare 약가 협상 프로그램에 따라 가격을 협상한 약의 경우, 전체 비용은 최대 공정 가격과 조제 수수료를 합한 금액을 초과할 수 없습니다.

귀하가 \$615을(를) 약에 대해 지불한 경우, 본인부담 공제액 단계를 종료하고 초기 보장 단계로 넘어갑니다.

섹션 5 초기 보장 단계

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

초기 보장 단계에서 저희 플랜은 귀하의 보장 대상 약 비용 중 플랜 몫을 지불하고 귀하는 본인 몫(귀하의 코페이먼트 또는 코인슈런스 금액)을 지불합니다. 비용 중 귀하의 몫은 약과 그 약을 어디서 조제하느냐에 따라서 달라지게 됩니다.

본 플랜은 여섯 가지 비용 부담 계층을 갖습니다

본 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 일반 약품을 포함합니다. *(가장 낮은 계층입니다.)*
- 계층 2는 일반 약품을 포함합니다.
- 계층 3은 선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 4는 비선호 약을 포함합니다.
- 계층 5는 특수 계층 약을 포함합니다. *(가장 높은 계층입니다.)*
- 계층 6은 선별 케어 약을 포함합니다.
- 계층 3: 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35를 지불합니다.
- 계층 4: 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35를 지불합니다.
- 계층 5: 귀하는 이 계층의 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35를 지불합니다.

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

귀하의 약국 선택

귀하가 약에 얼마나 지불하는지는 다음 중 어디에서 약을 얻는지에 따라 다릅니다.

- 표준 비용 부담을 제공하는 네트워크 소매 약국. 선호 비용 부담을 제공하는 약국에서는 비용이 더 낮을 수 있습니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

- 저희 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국 저희는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국에서 지은 처방약을 보장합니다. 저희가 네트워크 외 약국에서 지어진 처방약을 보장하는 경우를 알아보려면 제5장, 섹션 2.4를 참조하십시오.
- 당사 플랜의 우편 주문 약국

이러한 약국 선택과 처방약 짓기에 대한 자세한 설명은 제5장과 저희 플랜의 *약국 C/렉터/리*(ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy)를 참조하십시오.

섹션 5.2 보장 약의 1개월분 공급에 대한 귀하의 비용

초기 보장 단계에서 보장 대상 약의 비용 중 귀하의 몫은 코페이먼트 또는 코인슈런스입니다.

코페이먼트 또는 코인슈런스의 금액은 비용 분담 계층에 따라 다릅니다.

약의 비용이 귀하의 코페이먼트보다 낮을 때도 있습니다. 이러한 경우, 귀하는 코페이먼트 대신에 더 낮은 약 가격을 지불합니다.

보장 대상 파트 D 약의 1개월분 공급에 대한 귀하의 비용

계층	표준 소매 네트워크 내 비용 분담 (최대 30일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 30일분)	장기 케어(LTC) 비용 분담 (최대 31일분)	네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됨; 자세한 설명은 제5장 참조.) (최대 30일분)
비용 분담 계층 1 (선호 복제약)	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트
비용 분담 계층 2 (복제약)	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
비용 분담 계층 4 (비선호 약)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

비용 분담 계층 5 (특수분야)	25% 코인슈어런스	25% 코인슈어런스	25% 코인슈어런스	25% 코인슈어런스
비용 분담 계층 6 (선별 케어)	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트

귀하는 비록 본인부담 공제액을 지불하지 않았더라도 비용 분담 계층 을 불문하고 각각의 보장 인슐린 제품 1개월분에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

파트 D 백신에 대한 파트 D 백신 비용 분담에 관한 추가 정보는 본 장의 섹션 7을 참조하십시오.

섹션 5.3 귀하의 의사가 1개월 전체 분량 미만을 처방하는 경우, 귀하는 1개월분의 비용을 지불하지 않으셔도 됩니다

일반적으로 약을 위해 귀하가 지불하는 금액은 1개월분 전체를 총당할 수 있습니다. 귀하 또는 담당의가 1개월분 미만의 약 처방을 원할 때가 있을 수 있습니다(예: 귀하가 투약을 처음으로 시도할 때). 또한 재조제 날짜 계획을 세우는 데 있어 도움이 된다면, 귀하는 1개월 전체 분량 미만의 약을 의사에게 처방 요구하고 약사에게 조제를 요구할 수 있습니다.

귀하가 특정 약의 1개월 전체 분량 미만을 받는 경우, 귀하는 1개월분 전체 비용을 지불하지 않아도 됩니다.

- 귀하가 코인슈어런스를 지불할 책임이 있는 경우, 귀하는 약의 총 비용의 일정 퍼센트를 지불합니다. 코인슈어런스는 약의 총 비용을 기준으로 하기 때문에, 약의 총 비용이 낮아진 만큼 귀하의 비용도 낮아질 것입니다.
- 귀하가 약을 위해 코페이먼트를 지불할 책임이 있는 경우, 귀하는 1개월 전체가 아니라 받은 약의 일수를 기준으로만 지불하면 됩니다. 저희는 귀하의 약에 대해 귀하가 일별로 지불하시는 금액(일 비용 분담율)을 산출하여 여기에 귀하가 받는 약의 일수를 곱합니다.

섹션 5.4 장기(최대 100일) 보장되는 파트 D 약 공급 비용

일부 약의 경우, 귀하는 장기 분량(연장 분량이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 공급이라 함은 최대 100일분 공급을 말합니다.

약의 비용이 귀하의 코페이먼트보다 낮을 때도 있습니다. 이러한 경우, 귀하는 코페이먼트 대신에 더 낮은 약 가격을 지불합니다.

보장되는 파트 D 약의 장기(최대 100일) 공급에 대한 귀하의 비용

	표준 소매 비용 분담(네트워크 내)	우편 주문 비용 분담
계층	(최대 100일분)	(최대 100일분)

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

비용 분담 계층 1 (선호 일반 약품)	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트
비용 분담 계층 2 (일반 약품)	10% 코인슈런스	10% 코인슈런스
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
비용 분담 계층 4 (비선호 약)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
비용 분담 계층 5 (특수약)	25% 코인슈런스	25% 코인슈런스
비용 분담 계층 6 (선별 케어)	\$0 코페이먼트	\$0 코페이먼트

귀하는 다음 금액을 초과하여 지불하지 않습니다. 최대 2개월분에 대해 \$70 또는 비용 분담 계층을 불문하고 각각의 보장 인슐린 제품 최대 3개월분에 대해 \$105. 본인부담 공제액을 지불하지 않은 경우에도 마찬가지입니다.

섹션 5.5 귀하는 해당 연도의 본인 부담 비용이 \$2,100에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머뭅니다

귀하는 총 본인 부담 비용이 \$에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머뭅니다. 그 다음에 재난적 보장 단계로 이동합니다.

귀하가 받는 파트 D EOB를 확인하면 본인과 저희 플랜 및 제3자가 당해 연도에 귀하를 위해 얼마나 지출했는지를 쉽게 추적하실 수 있습니다. 모든 회원이 1년에 연간 \$2,100의 본인 부담 한도에 도달하지는 않습니다.

저희는 귀하가 이 액수에 도달하면 알려드립니다. Medicare가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법에 대한 자세한 정보는 섹션 1.3을 참조하십시오.

섹션 6 재난 보장 단계

재난 보장 단계에서는 귀하가 보장 대상 파트 D 약에 대해 비용을 지불하지 않습니다. 본인 부담 비용이 해당 연도의 \$2,100 한도에 도달했을 때 재난 보장 단계로 넘어가게 됩니다. 귀하가 일단 재난 보장 단계로 넘어간 후에는 해당 연도의 연말까지는 이 지급 단계가 계속해서 유지됩니다.

- 이 지불 단계 동안, 귀하는 보장 파트 D 약 그리고 당사의 높아진 혜택으로 보장되는 제외된 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액**섹션 7 파트 D 백신에 대해 귀하가 지불하는 금액**

백신에 대해 귀하가 지불하는 비용에 관한 중요 메시지 – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주되며 파트 B에서 보장됩니다. 다른 백신은 파트 D 약으로 간주됩니다. 이러한 백신들이 저희 플랜의 의약품 목록에 열거된 것을 볼 수 있습니다. 저희 플랜은 대부분의 성인 파트 D 백신을 무상으로 보장합니다 본인부담 공제액을 지불하지 않은 경우에도. 특정 백신의 보장 및 비용 분담에 관한 상세 정보는 플랜의 의약품 목록을 참조하거나 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 문의하십시오.

저희의 파트 D 백신 보장에는 두 파트가 있습니다.

- 첫 번째 파트는 **백신 자체의 비용**입니다.
- 두 번째 파트는 **백신 주사 비용**입니다. (이는 때때로 백신의 투여라고 합니다.)

파트 D 백신에 대해 귀하가 부담하는 비용은 다음 세 가지가 결정합니다.

1. 백신이 예방접종자문위원회(ACIP)라 불리는 기구에 의해 성인에게 권유되는지 여부.

- 대부분의 성인 파트 D 백신은 ACIP가 권유하고 있으며 귀하가 부담하는 비용은 없습니다.

2. 예방접종을 받는 곳.

- 백신 자체는 약국에서 분배하거나 의사의 진료실에서 제공할 수 있습니다.

3. 예방 접종을 담당하는 사람.

- 약사 또는 다른 서비스 제공자는 약국에서 백신을 접종할 수 있습니다. 또는 서비스 제공자는 의사 진료실에서도 백신을 접종할 수 있습니다.

파트 D 백신 접종을 받을 당시에 귀하가 지불하는 금액은 경우에 따라 그리고 귀하가 속한 **약 지불 단계**에 따라 달라질 수 있습니다.

- 귀하가 백신 접종을 받을 때 백신 자체에 대한 비용과 서비스 제공자의 백신 접종 비용 모두를 전액 지불해야 하는 경우가 생깁니다. 귀하는 저희 플랜에 해당 비용 중 저희 몫을 상환하도록 요구할 수 있습니다. 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 이는 귀하가 지불한 비용 전액을 상환받는다라는 것을 의미합니다.
- 다른 경우에는 귀하가 백신 접종을 받을 때 파트 D 혜택에 따른 귀하 몫의 비용만 지불하게 됩니다. 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해서는 귀하는 아무 비용도 지불하지 않습니다.

아래는 파트 D 백신을 접종받을 수 있는 방법의 3가지 예입니다.

제6장: 파트 D 약에 대해 귀하가 지불하는 금액

- 상황 1:** 귀하가 네트워크 내 약국에서 파트 D 백신 접종을 받습니다. (귀하에게 이 옵션이 가능한지는 귀하의 지역에 따라 다릅니다. 일부 주는 약국에서의 특정 백신을 허용하지 않습니다.)
- 대부분의 성인 파트 D 백신에 대해서는 귀하가 아무 비용도 지불하지 않습니다.
 - 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하가 백신 투여 비용이 포함된 백신 자체에 대한 코인슈런스를(를) 약국에 지불합니다.
 - 저희 플랜은 그 비용의 나머지를 지불합니다.
- 상황 2:** 귀하가 파트 D 백신 접종을 담당 의사의 진료실에서 받습니다.
- 귀하가 백신 접종을 받을 때 백신 자체에 대한 비용 전액과 서비스 제공자의 백신 투여 비용을 귀하가 지불합니다.
 - 그 후에 귀하는 제7장에 설명된 절차를 이용해 저희 플랜에 해당 비용 중 저희 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다.
 - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 지불한 비용 전액을 상환받습니다. 기타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 본인이 지불한 금액에서 백신 투여에 대한 코인슈런스를(를) 차감한 금액을 상환받습니다.
- 상황 3:** 귀하가 파트 D 백신 자체를 네트워크 내 약국에서 구입하고 이를 귀하의 의사 진료실로 가져가서 접종을 받습니다.
- 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대해 아무 비용도 지불하지 않습니다.
 - 여타 파트 D 백신의 경우, 귀하는 백신 자체에 대한 귀하의 코인슈런스를(를) 약국에 지불합니다.
 - 귀하의 의사가 백신을 접종해 주는 경우, 귀하는 이 서비스에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
 - 그 후에 귀하는 제7장에 설명된 절차를 이용해 저희 플랜에 해당 비용 중 저희 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다.
 - 대부분의 성인 파트 D 백신의 경우, 귀하는 지불한 비용 전액을 상환받습니다.

제7장: 보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구하기

제7장:

보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구하기

섹션 1 보장 대상 서비스 또는 약의 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구해야 하는 상황

때로는 귀하가 의료 또는 처방약을 받을 때 비용 전액을 지불해야 하는 경우가 생깁니다. 때로는 귀하가 저희 플랜의 보장 규칙 하에서 예상한 것보다 더 많이 지불해야 하거나 서비스 제공자로부터 비용 청구서를 받는 경우도 있을 수 있습니다. 이러한 상황에서 귀하는 저희 플랜이 귀하에게 이를 다시 지불(상환)할 것을 요구할 수 있습니다. 저희 플랜에 의해 보장되는 의료 서비스 또는 약을 위한 비용 중 귀하의 몫보다 더 많이 지불할 때마다 상환을 요구하는 것은 귀하의 권리입니다. 이 장의 섹션 2를 참조하십시오.

또한 때로는 서비스 제공자로부터 귀하가 받은 의료 비용 전액에 대해 비용 청구서를 받게 되거나 귀하 몫의 비용 분담액보다 큰 비용이 청구될 수 있습니다. 먼저 서비스 제공자와 비용 청구 문제 해결을 시도하십시오. 그래도 문제가 해결되지 않으면 청구서를 지불하는 대신 저희에게 보내주십시오. 저희는 청구서를 검토하여 해당 서비스를 보장해야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 보장해야 한다고 결정하면 저희는 서비스 제공자에게 직접 지불할 것입니다. 저희가 비용을 지불하지 않기로 결정하면 서비스 제공자에게 알릴 것입니다. 어떠한 경우에도 플랜에서 허용하는 비용 분담액 이상을 지불해서는 안 됩니다. 해당 서비스 제공자와 계약을 맺은 경우라도 귀하는 여전히 치료를 받을 권리가 있습니다.

귀하가 저희 플랜에 상환하도록 또는 귀하가 받은 청구서에 대해 지불하도록 요청할 수 있는 상황의 예는 다음과 같습니다.

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

서비스 지역 외에서 귀하는 서비스 제공자가 저희 네트워크에 속하는지 여부에 관계없이 응급 또는 긴급히 필요한 서비스를 받을 수 있습니다. 이러한 경우에서,

- 귀하에게는 응급 또는 긴급히 필요한 서비스에 대한 본인 몫의 비용에 대해서만 지불 책임이 있습니다. 응급 서비스 제공자는 응급 치료를 제공할 법적 의무가 있습니다.
- 귀하가 케어를 받을 때 예기치 않게 금액 전부를 본인이 지불한 경우, 비용 중 저희 몫을 상환하도록 저희에게 요구하십시오. 귀하가 한 지불의 증빙 문서와 함께 그 청구서를 저희에게 보내주십시오.
- 귀하는 지불 의무가 없다고 생각되는 지불을 요구하는 청구서가 서비스 제공자로부터 도착하는 경우가 있습니다. 귀하가 이미 한 지불의 증빙 문서와 함께 이 청구서를 저희에게 보내주십시오.

제7장: 보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구하기

- 제공자에게 지불할 것이 있으면 저희가 서비스 제공자에게 직접 지불할 것입니다.
- 귀하가 이미 서비스 비용 중 자신의 몫보다 많이 지불하신 경우라면, 저희는 귀하에게 지불해야 하는 금액을 결정하여 비용 중 저희 몫을 상환할 것입니다.

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

네트워크 내 서비스 제공자는 항상 저희 플랜에 직접 청구하고 귀하에게는 비용 중 귀하의 몫만 요구해야 합니다. 그러나 가끔 그들은 실수로 귀하 몫보다 더 많이 지불할 것을 요구하기도 합니다.

- 귀하는 보장 대상 서비스를 받을 때 귀하의 비용 분담액만을 지불하시면 됩니다. 저희는 서비스 제공자가 **차액 청구**라고 불리는 별도 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. (귀하가 본인의 비용 분담액 이상은 지불하지 않는다는) 이 보호 조치는 저희가 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 저희가 특정 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 귀하가 지불해야 한다고 생각되는 것보다 더 많은 청구서를 받을 때마다 그 청구서를 저희에게 보내주십시오. 저희는 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 저희에게 보내어 지불하신 금액과 저희 플랜에 의거 보장되어야 하는 금액 사이의 차액을 상환할 것을 저희에게 요구하십시오.

3. 귀하가 저희 플랜에 소급 등록한 경우

때로는 가입자의 저희 플랜 등록이 소급적으로 이루어지기도 합니다. (소급적이란 그들의 등록 첫 날이 이미 지나간 것을 의미합니다. 등록일이 심지어 작년에 발생했을 수 있습니다.)

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

4. 네트워크 외 약국을 이용해 처방약을 조제할 때

귀하가 네트워크 외 약국을 이용하면 약국이 청구서를 저희에게 직접 제출하지 못하는 경우가 생깁니다. 이런 일이 발생하면 귀하는 처방약 비용 전액을 지불하셔야 합니다.

영수증을 보관하였다가 비용 중 저희 몫을 상환하도록 저희에게 요구할 때 사본을 보내주십시오. 저희는 한정된 상황에서만 네트워크 외 약국 이용을 보장한다는 점을 기억하십시오. 이러한 상황에 대해 알아보려면 제5장, 섹션 2.4를 참조하십시오. 저희는 네트워크 외 약국에서의 약을 위해 귀하가 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 저희가 보장할 비용 사이의 차액을 상환하지 않을 수 있습니다.

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

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

제7장: 보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구하기

영수증을 보관하였다가 비용 중 저희 몫을 상환하도록 저희에게 요구할 때 사본을 보내 주십시오. 처방약에 대해 귀하가 지불한 현금 가격이 저희가 협상한 가격보다 높은 경우, 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 상환하지 않을 수 있습니다.

6. 기타 상황에서 귀하가 처방약 비용 전액을 지불할 때

해당 약이 어떤 이유로 보장되지 않음을 나중에 알게 되어 귀하가 처방약 비용 전액을 본인이 지불하는 경우가 있습니다.

- 예컨대, 해당 약이 저희 플랜의 의약품 목록에 없을 수도 있고, 귀하가 몰랐던 또는 자신에게는 해당된다고 생각하지 않았던 요건이나 제한이 있었을 수도 있습니다. 약을 즉각 받기로 결정하는 경우 귀하가 처방약 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.
- 영수증을 보관하였다가 비용을 상환하도록 저희에게 요구할 때 사본을 보내주십시오. 상황에 따라 저희는 비용 중 저희 몫을 귀하에게 상환하기 위해 담당 의사로부터 더 많은 정보를 얻어야 할 수 있습니다. 처방약에 대해 귀하가 지불한 현금 가격이 저희가 협상한 가격보다 높은 경우, 당사는 귀하가 지불한 비용 전액을 상환하지 않을 수 있습니다.

귀하가 저희에게 지불 요청서를 보내시면, 저희는 귀하의 요청을 검토하고 서비스 또는 약을 보장해야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 이를 **보장 결정**이라고 합니다. 저희가 보장해야 한다고 결정하는 경우, 저희는 해당 서비스 또는 약품에 비용의 당사 몫을 대한 비용을 지불할 것입니다. 만약 저희가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우 귀하는 저희 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 제9장에는 이의제기 방법에 대한 정보가 있습니다.

섹션 2 상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 저희에게 요구하는 방법

귀하는 저희에게 전화하거나 서면으로 요청을 보내 상환을 요구할 수 있습니다. 귀하가 서면으로 요청을 보내는 경우, 청구서 및 귀하의 지불 사실을 증빙하는 문서를 동봉하십시오. 청구서와 영수증을 귀하의 기록을 위해 복사해 두는 것이 좋습니다. 귀하는 서비스, 품목 또는 약을 받은 날로부터 365일 이내에 청구서를 저희에게 제출해야 합니다.

지불 요청서를 관련 청구서 또는 영수증과 함께 다음 주소로 당사에 보내주십시오.

Clever Care Health Plan
Attn: Claims Department
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

CVS Caremark
Attn: Claims Department
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072

섹션 3 저희는 귀하의 지불 요청을 고려한 다음 이를 승낙 또는 거절합니다

저희에게 지불 요청서가 접수되었는데 귀하에게서 추가 정보가 필요하다면 연락드릴 것입니다. 그렇지 않으면 저희는 귀하의 요청을 고려하여 보장 결정을 내리게 됩니다.

- 저희가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이라고 결정했고, 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 저희는 비용 중 당사 몫을 지불할 것입니다. 비용 중 저희 몫은 귀하가 지불한 전체 금액이 아닐 수 있습니다(예를 들어, 귀하가 네트워크 외 약국에서 약을 구입한 경우 또는 귀하가 약에 지불한 현금 가격이 저희의 협상 가격보다 높은 경우). 귀하가 서비스

제7장: 보장 대상 의료 서비스 또는 약에 대한 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 저희에게 요구하기

또는 약에 대해 이미 지불하신 경우, 저희는 비용 중 당사 몫을 귀하에게 우편으로 상환할 것입니다. 귀하가 서비스 또는 약에 대해 아직 지불하지 않으신 경우, 저희는 서비스 제공자에게 직접 우편으로 지불할 것입니다.

- 저희가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이 *아니라고* 결정하거나, 귀하가 모든 규칙을 준수하지 *않은* 경우, 저희는 비용 중 당사 몫을 지불하지 않을 것입니다. 저희는 해당 지불액을 저희가 보내지 않는 사유와 그 결정에 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서신을 보내드릴 것입니다.

섹션 3.1 저희가 의료 또는 약의 전부 또는 일부를 지불하지 않을 것임을 통보하면 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다

저희가 귀하의 지불 요청 기각 결정이나 저희가 지불하는 금액에 있어 실수했다고 생각하시는 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기한다는 것은 저희가 귀하의 지불 요청을 기각할 당시의 결정을 변경해 달라고 저희에게 요구함을 의미합니다. 이의제기 프로세스는 절차가 상세하고 마감일이 중요한 정식 프로세스입니다. 이의제기 방법에 대한 자세한 내용은 제9장을 참조하십시오.

제8장

귀하의 권리와 책임

섹션 1 저희 플랜은 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다

섹션 1.1 **We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but are not limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services at 1-833-388-8168 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty are not available, it is our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with a Grievance & Appeals representative at 1-833-388-8168. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

本計劃必須確保所有服務（無論是臨床和非臨床）均以符合文化敏感度的方式提供，並使所有投保人（包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙者或具有不同文化和種族背景

제8장 귀하의 권리와 책임

者)皆可獲得這些服務。本計劃可能滿足這些方便取用要求的範例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務，或透過失聰專用電話裝置或聽障專線(TTY)(文字電話或失聰專用電話裝置)連線。

本計劃提供免費口譯服務，為非使用英語的會員解答疑問。如果您有需要，我們也可免費以點字版、大字版或其他替代格式為您提供資訊。按照規定，我們必須使用對您而言合適且方便取用的格式，為您提供本計劃福利相關資訊。若要以對您而言合適的方式從我們這裡取得資訊，請致電會員服務，電話是 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) (聽障專線(TTY)使用者請致電 711)。

本計劃必須為女性投保人提供相關選項，方便他們直接前往網絡內婦女健康專科醫生處進行婦女例行性和預防性的醫療保健服務。

如果本計劃網絡內沒有特定專科的醫療機構，本計劃有責任在網絡外尋找能為您提供必要護理服務的專科醫療機構。在這種情況下，您只需要支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡內沒有專科醫生提供所需的服務，請致電本計劃諮詢相關資訊，以瞭解如何以網絡內分攤費用取得該服務。

如果無法透過對您而言合適且方便取用的格式從我們這裡取得資訊、到婦女健康專科醫生處看診或尋找網絡內專科醫生，請致電聯絡申訴與上訴代表 1-833-808-8153 (普通話) 或者 1-833-808-8161 (粵語) 以提出申訴。您也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向聯邦醫療保險(Medicare)提出申訴，或者直接向民權辦公室(1-800-368-1019，聽障專線(TTY) 1-800-537-7697)提出申訴。

우리 플랜은 임상 및 비임상의 모든 서비스가 문화적 요구를 충족하는 방식으로 제공되며, 또한 영어 능력이 제한적이거나 읽기 능력이 제한적이거나 청각 장애가 있거나 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함한 모든 가입자가 이용할 수 있는 형태로 제공되도록 조치할 의무가 있습니다. 우리 플랜이 이러한 이용 요구를 충족시킬 수 있는 방법에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결 제공 등이 있지만 이에 국한되지 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 질문할 때 무료 통역사를 이용하실 수 있습니다. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 큰 활자 또는 다른 대체 형식으로 작성된 정보를 무료로 제공해 드릴 수 있습니다. 우리는 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방법으로 정보를 얻고자 하시면 회원 서비스에 1-833-808-8164 (TTY 사용자는 711)번으로 전화하시기 바랍니다.

우리 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상적 및 예방적 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내의 여성 건강 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공하도록 되어 있습니다.

우리 플랜의 네트워크 내에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우, 귀하에게 필요한 서비스를 제공할 네트워크 외의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 우리 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 부담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 우리 플랜의 네트워크 내에 없는 상황이라면, 우리 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 접근 가능하고 알맞은 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우 고충 및 이의 제기 담당자에게 1-833-808-8164 에 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 전화하여 불만을 제기하실 수도 있습니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos quienes tengan un conocimiento limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro 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 Servicios a los Miembros al 1-833-388-8168, (usuarios de TTY llamen al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores de la red de nuestro plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que puedan brindarle la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en la salud de la mujer o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja ante un representante de quejas y apelaciones al 1-833-388-8168. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Chương trình của chúng tôi phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách phù hợp về mặt văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có khả năng Anh ngữ hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có văn hóa và nguồn gốc dân tộc khác nhau. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm nhưng không giới hạn ở: cung cấp dịch vụ phiên dịch, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để giải đáp thắc mắc của các hội viên không nói tiếng Anh. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, bản in cỡ chữ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình của chúng tôi 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 Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-808-8163 (Người dùng TTY xin gọi 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với một bác sĩ chuyên khoa về sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe dự phòng và thông thường cho phụ nữ.

제8장 귀하의 권리와 책임

Nếu không có nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị các dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải trả khoản chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

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, gặp một bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, hãy gọi điện để gửi đơn khiếu nại với một chuyên viên về Khiếu nại & Kháng nghị theo số 1-833-808-8163. 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 Dân quyền theo số điện thoại 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

섹션 1.2 저희는 귀하가 보장 대상 서비스 및 약을 제때에 이용할 수 있도록 해야 합니다

귀하는 저희 플랜의 네트워크 내 주치의(PCP)을(를) 선택하여 귀하에게 보장 서비스를 제공하고 주선하도록 할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 여성 건강 전문의(예: 부인과전문의)를 의뢰(진료 추천서) 없이 방문할 권리도 있습니다. 네트워크 진료 제공자를 방문하기 위해 진료 의뢰를 받을 필요는 없습니다.

귀하는 저희 플랜의 제공자 네트워크에서 *합리적인 시간 내에* 진료 약속과 보장 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 귀하가 그 진료가 필요할 때 전문의 서비스를 적시에 받을 권리가 포함됩니다. 귀하는 또한 저희 네트워크 내 약국에서 처방약을 긴 지체 없이 조제 또는 재조제 받을 권리도 있습니다.

귀하가 의료 또는 파트 D 약을 합리적 기간 내에 받고 있지 않다고 생각되는 경우, 제9장에 귀하가 취할 수 있는 조치가 설명되어 있습니다.

섹션 1.3 저희는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다

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

- 개인 건강 정보에는 귀하가 본 플랜에 등록할 때 제공한 개인 정보뿐만 아니라 귀하의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.
- 귀하에게는 본인의 정보와 관련된 권리와 건강 정보를 어떻게 사용하는지 통제할 수 있는 권리가 있습니다. 저희는 이러한 권리에 대해 말하고 저희가 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호하는지에 대해 설명하는 **프라이버시 관행 고지**라는 서면 고지를 제공합니다.

저희는 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호합니까?

- 저희는 권한이 없는 사람이 귀하의 기록을 조회하거나 변경하지 못하도록 합니다.
- 아래에 명시된 상황을 제외하고, 만약 저희가 귀하에게 케어를 제공하거나 케어 비용을 지불하는 자가 아닌 대상에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우라면, *저희는 먼저 귀하 또는 귀하 대신 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여받은 사람으로부터 서면 승인을 받아야 합니다.*

제8장 귀하의 권리와 책임

- 저희가 먼저 귀하로부터 서면 승인을 받을 것이 요구되지 않는 특정 예외가 있습니다. 이러한 예외는 법률에 의해 허용 또는 요구됩니다.
 - 저희는 케어 질을 체크하는 정부 기관에 건강 정보를 공개하도록 되어 있습니다.
 - 귀하가 Medicare를 통해 저희 플랜에 가입하셨기 때문에, 저희는 귀하의 파트 D 약에 대한 정보를 포함하여 귀하의 건강 정보를 Medicare에 의무적으로 제공해야 합니다. Medicare가 연구 또는 기타 용도를 위해 귀하의 정보를 공개한다면, 그것은 연방 법규에 따라 이루어질 것입니다. 일반적으로 이를 위해서는 귀하를 고유하게 식별하는 정보가 공유되지 않아야 합니다.

귀하는 본인의 기록에 있는 정보를 보고 그것이 타인들과 어떻게 공유되었는지 알 수 있습니다.

귀하는 저희 플랜에 보관된 귀하의 의료 기록을 조회하고 그 사본을 받을 권리가 있습니다. 저희는 귀하에게 복사 수수료를 부과하는 것이 허용됩니다. 귀하는 본인의 의료 기록에 추가 또는 수정을 저희에게 요구할 권리도 있습니다. 귀하가 이를 저희에게 요구하시는 경우, 저희는 귀하의 의료 제공자와 협력하여 그러한 변경이 필요한지 여부를 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 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

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 귀하에 관한 정보를 사용할 수 있는 방법과 해당 정보를 다른 사람에게 제공하거나 “공개”할 수 있는 시기를 설명하는 이러한 프라이버시 관행 고지를 귀하에게 제공해야 합니다. 귀하는 또한 이러한 고지에 기술된 귀하의 건강 정보에 관한 권리가 있습니다. 당사는 이 고지에 약속된 조건을 준수하고 해당 연방 및 주 프라이버시 법률에 따라 귀하의 건강 정보를 보호할 의무가 있습니다.

이 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 프라이버시 법률의 요건을 준수할 것입니다.

당사는 당사의 프라이버시 관행 및 이 고지의 조건을 변경할 권리를 보유합니다. 당사는 프라이버시 관행에 중대한 변경이 있는 경우 다음 연례 배포 시 수정된 고지 또는 중요한 변경에 관한 정보 및 수정된 고지를 수신하는 방법을 귀하에게 제공할 것입니다.

당사는 해당 법률에 따라 광고용 우편물이나 전자 방식으로 귀하에게 이러한 정보를 제공할 것입니다. 어떤 경우든, 당사가 회원의 특정 헬스 플랜에 관한 웹사이트를 유지하는 한, 당사는 수정된 고지 내용을 귀하의 헬스 플랜 웹사이트인 ko.clevercarehealthplan.com에 게시할 것입니다. 당사는 이미 보유하고 있는 정보와 향후 수령할 정보에 대해 수정되거나 변경된 고지 내용을 발효할 권리를 보유합니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

Clever Care는 사업을 운영하고 가입자에게 중요한 상품, 서비스, 정보를 제공하기 위해 구두, 서면 및 전자 정보를 수집하고 관리합니다. 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 보호 장치를 유지합니다.

당사가 정보를 사용하거나 공개하는 방법

당사는 반드시 다음 대상에게 해당 정보를 제공하기 위해 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개해야 합니다.

- 이 고지에 기술한 대로 귀하의 권리를 관리하기 위해 귀하 또는 귀하를 대신할 법적 권리가 있는 사람(귀하의 개인 대리인)에게
- 필요한 경우 귀하의 프라이버시를 보호하기 위해 보건복지부 장관에게

귀하의 치료, 의료비 지불 및 당사의 사업 운영과 관련된 목적으로 귀하의 보호대상 건강 정보(PHI)를 사용 및 공개하는 것이 **당사에게 법률에 의해 허용됩니다**. 여기에는 의료 서비스 제공자, 약국 및 귀하의 진료에 관여하는 기타 단체와 정보를 공유하는 것이 포함됩니다. 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.

치료 목적. 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 서비스 목적. 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.

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 단체 헬스 플랜을 통한 것이라면, 당사는 건강 요약 정보와 가입 및 가입 해지 정보를 플랜 스폰서와 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 스폰서와 공유할 수도 있습니다.

보험 인수 목적. 당사는 보험 인수 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 단, 이러한 목적으로 귀하의 유전자 정보를 사용하거나 공개하지는 않습니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

알림 목적. 당사는 진료 일정 알림 등 귀하의 혜택 또는 치료에 관한 알림을 보내기 위해 건강 정보를 사용하거나 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 서비스 제공자에게 공개할 수 있습니다.

당사는, 가능한 경우, 제한된 상황에서 다음과 같은 목적과 대상에게 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

법이 요구하는 경우. 당사는 법이 요구하는 경우 정보를 공개할 수 있습니다.

치료와 관련된 사람. 귀하가 구두로 동의하거나 서면으로 승인하거나 기회가 있을 때 반대하지 않는 경우, 당사는 귀하의 치료와 관련된 사람이나 가족 등 귀하의 치료 비용을 지원하는 사람에게 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 귀하가 응급 상황에서 의식을 잃었거나 반대할 수 없는 경우, 당사는 공개가 귀하에게 최선의 이익이 되는지 최선의 판단을 내릴 것입니다. 사망한 개인의 치료와 관련된 가족 및 다른 사람들에게 건강 정보를 공개할 수 있는 경우에는 특별 규칙이 적용됩니다. 당사는 사망 전에 사망자의 치료 또는 치료 비용 지급과 관련된 모든 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 포함한 정부 당국에 대한 보고로서 법률에 의해 승인된 경우.

건강 감독 활동 목적. 면허, 정부 감사, 사기 및 남용 조사와 같이 법으로 승인된 활동에 대한 보건 감독 기관에 대한 보고.

사법 또는 행정 절차 목적. 예를 들어, 법원 명령, 수색 영장 또는 소환장 등에 응답하기 위한 공개.

법 집행 목적. 실종된 사람을 찾거나 범죄 보고를 위해 제한된 정보를 제공하는 등의 목적으로 귀하의 건강 정보를 법집행 관리에 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. 군 및 재향군인 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 프라이버시 법률 요건에 부합하는 경우 공개할 수 있습니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

사망 관련 정보 제공 목적. 당사는 사망한 사람을 식별하거나 사망 원인을 판단하거나 법률에 의해 승인된 대로 검사관 또는 법의관에게 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 필요에 따라 장례 절차 진행을 위해 장의사에게 정보를 공개할 수 있습니다.

장기 조달 목적. 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 관리 하에 있는 경우에는 (1) 해당 기관이 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 데 필요한 경우, (2) 귀하의 건강과 안전 또는 타인의 건강과 안전을 보호하기 위해 또는 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.

사용 및 공개에 대한 추가 제한사항.

특정 연방 및 주 법률이 귀하에 관한 고도의 기밀 정보를 포함하여 특정 건강 정보의 사용 및 공개를 제한하는 특별한 프라이버시 보호를 요구할 수 있습니다. 이러한 법률은 다음과 같은 유형의 정보를 보호할 수 있습니다.

- 알코올 및 약물 남용
- 생체 정보
- 성폭행 포함 아동 또는 성인 학대 또는 방치
- 전염성 질환
- 유전 정보
- HIV/AIDS
- 정신 건강
- 미성년자 정보
- 처방약
- 생식 건강
- 성병

본 고지에서 위와 같이 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 제한 사항이 포함됩니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

본 고지에 명시된 바와 같이 설명 및 제한된 사용과 공개를 제외하면, 당사는 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. 저희가 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 헬스 플랜 ID 카드에 기재된 전화번호로 문의하십시오.

저희의 책임

당사는 법률에 의해 귀하의 보호 대상 건강 정보의 프라이버시 및 보안을 유지할 의무가 있습니다. 귀하의 정보의 프라이버시나 보안을 훼손할 수 있었던 위반이 발생하면, 법률에서 요구하는 대로 이를 신속히 알려드릴 것입니다. 당사는 본 고지에 약속된 의무 및 프라이버시 관행을 준수하고 요청 시 고지 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 제한사항을 요청하는 것을 승인하는 부양가족 접근권에 대한 정책을 보유할 수 있습니다. 당사는 귀하의 요청을 수용하기 위해 최선을 다하고 당사의 정책에 부합하는 요청을 허용할 것이지만, 당사는 법률이 요구하지 않는 한 어떠한 제한사항에도 동의할 의무가 없다는 점에 유의하시기 바랍니다.

귀하는 정보를 담은 기밀 서신을 다른 방식으로나 다른 장소로 보내줄 것을 **요청할 권리**가 있습니다(예: 집 주소 대신 사서함으로 정보 발송 요청). 당사는 귀하의 건강 정보 전체 또는 일부를 공개하는 것이 귀하를 위험에 빠뜨리지 않는 선에서 합리적인 요청은 수용할 것입니다. 특정 상황에서 당사는 기밀 서신을 받겠다는 귀하의 구두 요청을 수락할 것이나 귀하의 요청을 서면으로 확인해야 할 수도 있습니다. 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 권리**가 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 요약 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 권리**가 있습니다. 귀하의 요청은 서면으로 이루어져야 하며 수정 요청 사유를 제공해야 합니다. 요청은 아래 우편 주

제8장 귀하의 권리와 책임

소로 보내주십시오. 당사가 귀하의 요청을 거부하는 경우, 귀하는 귀하의 이견진술서를 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 본 고지의 서면 사본을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 언제든지 본 고지의 사본을 요청할 수 있습니다. 귀하가 본 고지를 전자 방식으로 수신하는 데 동의한 경우에도 귀하는 여전히 본 고지의 서면 사본을 받을 권리가 있습니다. 당사가 웹사이트를 유지관리하는 한, 저희는 당사의 웹사이트에 수정된 고지의 사본을 게시할 것입니다. 또한 귀하는 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 본 고지의 사본을 받을 수 있습니다.

귀하의 권리 행사

헬스 플랜에 문의. 이 고지에 관한 질문이 있거나 권리 행사 관련 정보가 필요한 경우, 귀하의 헬스 플랜 ID 카드에 있는 무료 회원 전화 번호로 전화하거나 회원서비스부 무료 전화 1-833-388-8168(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일~3월 31일에는 주 7일 오전 8시~오후 8시 사이에 이용 가능하며, 4월 1일~9월 30일에는 평일 오전 8시~오후 8시 사이에 이용 가능합니다.

서면 요청 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 Health Plan
Attn: Privacy Officer
7711 Center Ave., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

또는 compliance@ccmapd.com으로 이메일을 보내 요청을 제출할 수 있습니다

불만 사항 제출.

개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 위에 기재된 주소로 불만을 제기할 수 있습니다. 또한 미국 보건복지부(DHHS)에도 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 법에 따라 불만 사항 제출에 대해 어떤 식으로든 귀하에게 보복하는 것이 금지됩니다. 불만 사항을 제출겠다는 귀하의 결정은 귀하의 혜택 또는 귀하가 받는 진료에 영향을 미치지 않을 것입니다.

금융 정보 프라이버시 고지

제8장 귀하의 권리와 책임

이 고지는 귀하의 금융 정보가 어떻게 사용되고 공개될 수 있는지를 설명합니다. 주의 깊게 검토하십시오.

Clever Care는 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.

저희가 수집하는 정보

귀하가 가입한 당사 상품이나 서비스에 따라 당사는 다음 출처로부터 귀하의 비공개 개인 금융 정보를 수집할 수 있습니다.

- 이름, 주소, 나이, 의료 정보 및 사회보장번호 등 신청서 또는 기타 양식을 통해 받은 정보,
- 당사, 계열사 또는 기타 당사자와의 거래에 관한 정보(예: 보험료 납부 및 청구 이력),
- 소비자 보고 기관의 정보.

정보의 공개

당사는 법률에 의해 요구되거나 허용되는 경우를 제외하고, 당사의 가입자 또는 이전 가입자에 관한 개인 금융 정보를 비계열사인 제3자에게 공개하지 않습니다. 예를 들어, 당사는 일반적인 업무 관행 과정에서 법률에 의해 허용되는 바에 따라 귀하의 허가 없이 귀하에 관해 수집한 개인 금융 정보를 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 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 계좌를 유지하거나, 법원 명령 및 법적 조사에 대응하는 등 일상적인 업무 목적을 위해 비계열사,
- 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 제한 사항이 포함됩니다.

이 고지에 관한 질문

이 고지에 관한 질문은 귀하의 헬스 플랜 ID 카드에 있는 회원용 무료 전화번호로 전화하시거나 회원서비스부 무료 전화번호 1-833-388-8168(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 10월 1일~3월 31일에는 주 7일 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일~9월 30일에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 전화하십시오.

제8장 귀하의 권리와 책임**섹션 1.4 저희는 저희 플랜, 저희의 서비스 제공자 네트워크와 보장 대상 서비스에 대한 정보를 귀하에게 제공해야 합니다**

Clever Care Total+의 회원으로서 귀하는 당사로부터 여러 종류의 정보를 받을 권리가 있습니다.

귀하가 다음 종류의 정보를 원하는 경우에는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

- **저희 플랜에 대한 정보.** 여기에는 예컨대 저희 플랜의 재정 상태에 대한 정보가 포함됩니다.
- **당사의 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국들에 대한 정보.** 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국들의 자격 정보와 당사가 네트워크 내 서비스 제공자들에게 어떻게 지불하는지에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다.
- **귀하의 보장 및 귀하의 보장을 사용할 때 준수해야 하는 규칙에 대한 정보.** 제3장과 제4장에 의료 서비스에 관한 정보가 나와 있습니다. 제5장과 제6장에 파트 D 약 보장에 대한 정보가 나와 있습니다.
- **보장되지 않는 이유와 귀하가 취할 수 있는 조치에 대한 정보.** 제9장에 의료 서비스 또는 파트 D 약이 보장되지 않는 이유 또는 보장이 제한된 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 안내가 설명되어 있습니다. 또한 제9장은 결정에 대한 변경 요청을 위한 이의제기라고도 하는 절차에 대한 안내도 제공합니다.

섹션 1.5 귀하는 자신의 치료 옵션들을 알고 본인의 케어에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다

귀하는 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.** 귀하에게는 본인의 질병을 위해 권장되는 치료 옵션에 대해 그 비용이나 저희 플랜의 보장 여부와 상관없이 모두 들을 권리가 있습니다. 여기에는 회원들이 약을 관리하고 안전하게 사용하도록 돕기 위해 저희 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. 귀하가 치료를 거부하거나 약 복용을 중단하면 그 결과로 신체에 발생하는 것에 대한 전적인 책임을 귀하가 인수합니다.

제8장 귀하의 권리와 책임

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 *귀하가 원한다면* 다음을 할 수 있음을 의미합니다.

- 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우 타인에게 귀하를 대신해 의료 결정을 할 법적 권한을 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 지시를 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 **사전 의향서**라고 합니다. **생전유서** 및 **의료를 위한 위임장**이라는 문서는 사전 의향서의 예입니다.

사전 의향서를 마련하여 지시를 내리는 방법:

- **양식을 받으십시오.** 귀하는 사전 의향서 양식을 귀하의 변호사, 사회복지사 또는 일부 사무용품 상점에서 구할 수 있습니다. 때때로 사전 의향서 양식을 Medicare에 대한 안내를 제공하는 기관에서 구할 수도 있습니다.
- **양식을 작성하고 서명하십시오.** 이 양식을 어디에서 받든, 이는 법적 문서입니다. 작성 시 변호사의 조력을 받는 것을 고려하십시오.
- **양식 사본을 적절한 사람에게 제공합니다.** 귀하는 사본 1부를 담당 의사에게 그리고 귀하가 결정할 수 없는 경우 대신 결정해줄 사람으로서 표기된 양식상의 지명자에게 전달하십시오. 가까운 친구나 가족에게 사본을 맡기는 것이 좋습니다. 사본 1부는 집에 보관하십시오.

입원하실 것을 사전에 알고 사전 의향서에 서명한 경우, **1부를 병원에 가져가십시오.**

- 해당 병원은 귀하가 사전 의향서에 서명했는지와 지참하고 있는지를 물을 것입니다.
- 귀하가 사전 의향서에 서명하지 않으신 경우, 그들은 병원에 준비된 양식으로 지금 작성하여 서명하기를 원하시는지 물을 것입니다.

사전 의향서 작성은 귀하의 선택 사항입니다(귀하가 병원에 있는 경우에 서명을 원하는지 여부 포함). 법률에 따라 누구도 귀하가 사전 의향서에 서명했는지의 여부에 근거하여 귀하에게 케어를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.

귀하의 지시가 준수되지 않는 경우

사전 의향서에 서명하였으나 의사나 병원이 사전 의향서의 지시를 따르지 않는다고 생각되는 경우, 귀하는 다음에 불만을 제기할 수 있습니다. 캘리포니아 Department of Health.

섹션 1.6 귀하 불만을 제기하고 저희에게 저희가 내린 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다

귀하에게 어떤 문제, 우려 또는 불만 사항이 있고 보장을 요청하거나 이의를 제기해야 하는 경우, 본 문서의 제9장에 귀하가 할 수 있는 일이 설명되어 있습니다. 귀하가 무엇을 하든 – 보장 결정 요구, 이의제기 또는 불만 제기 – 저희는 귀하를 공정하게 대우하도록 되어 있습니다.

제8장 귀하의 권리와 책임**섹션 1.7 귀하가 불공정하게 대우받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우**

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**에 1-800-368-1019(TTY 사용자는 1-800-537-7697)번으로 전화하거나 현지 민권실로 전화하십시오.

귀하가 불공정하게 대우받고 있거나 귀하의 권리를 존중받지 못했다고 생각되는데 그것 *오*/차별에 대한 것이 *아닌* 경우, 귀하는 그 문제를 다루는 데 다음과 같이 도움을 받을 수 있습니다.

- 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- SHIP의 1-800-434-0022.
- Contact Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY: 1-877-486-2048)로 전화하십시오.

섹션 1.8 귀하의 권리에 대한 상세한 정보를 얻는 방법

다음 장소에서 귀하의 권리에 대한 자세한 정보를 얻으십시오.

- 저희 플랜의 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- 다음 번호로 현지 SHIP에 전화하십시오. 1-800-434-0022.
- Medicare 연락처
 - Medicare *권리 및 보호* 간행물을 읽으시려면 <https://www.Medicare.gov> 를 방문하십시오(www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf 에서 이용 가능).
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 전화하십시오.

섹션 2 저희 플랜의 회원으로서의 귀하의 책임

저희 플랜의 회원으로서 해야 할 사항들이 아래에 열거되어 있습니다. 질문이 있는 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

- 귀하의 보장 대상 서비스와 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오. 본 *보장 범위 증명서*를 이용해 무엇이 보장되는지 그리고 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오.
 - 제3장과 제4장에 의료 서비스에 대한 세부 정보가 나와 있습니다.
 - 제5장과 제6장에 귀하의 파트 D 약 보장이 자세히 설명되어 있습니다.
- 귀하가 저희 플랜 이외의 다른 건강 보장 또는 약 보장을 갖고 있는 경우 귀하는 저희에게 통보해야 합니다. 제1장에 이러한 혜택을 조정하는 방법이 안내되어 있습니다.
- 귀하가 저희 플랜에 등록되어 있음을 귀하의 의사와 기타 서비스 제공자에게 말씀하십시오. 의료 또는 파트 D 약을 받을 때마다 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오.

제8장 귀하의 권리와 책임

- **귀하의 의사와 기타 서비스 제공자에게 정보를 주고, 질문을 하고, 본인의 케어를 추적함으로써 그들이 귀하를 도울 수 있도록 해 주십시오.**
 - 항상 최상의 케어를 받으실 수 있도록 의사와 기타 서비스 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알려십시오. 귀하와 의사가 합의한 치료 계획과 지시 사항을 준수하십시오.
 - 비처방약, 비타민과 보충제를 포함해 복용하고 있는 모든 약을 귀하의 의사가 알도록 하십시오.
 - 궁금한 점이 있으면 질문하고 본인이 이해할 수 있는 답변을 구하십시오.
- **남을 배려하십시오.** 저희는 저희 회원들이 다른 환자들의 권리도 존중하기를 기대합니다. 저희는 또한 귀하가 의사의 진료실, 병원 및 기타 진료실의 원활한 운영에 도움이 되는 식으로 행동할 것도 기대합니다.
- **본인 부담 비용을 지불하십시오.** 플랜 회원으로서 귀하는 다음을 지불해야 할 책임이 있습니다.
 - 귀하가 당사 플랜의 회원 자격을 유지하려면 Medicare 파트 B에 대한 보험료를 계속 지불하셔야 합니다.
 - 저희 플랜이 보장하는 귀하의 의료 서비스 또는 약의 대부분을 위해 귀하는 서비스 또는 약을 받을 때 비용 중 귀하의 몫을 지불해야 합니다.
 - 귀하에게 등록 지연 벌칙금이 부과된 경우, 귀하의 약 보장을 유지하려면 해당 벌칙금을 납부하셔야 합니다.
 - 귀하의 연 소득 때문에 귀하가 파트 D를 위해 추가 금액을 납부할 것이 요구되는 경우, 귀하는 본 플랜 회원 자격을 유지하려면 그 추가 금액을 직접 정부에 지속적으로 납부해야 합니다.
- **귀하가 저희 플랜 서비스 지역 내에서 이사하는 경우,** 저희는 귀하의 멤버십 기록을 최신으로 유지하고 연락 방법을 알 수 있도록 귀하의 이사 사실을 알 필요가 있습니다.
- **저희 플랜 서비스 지역의 바깥으로 이사하시면 저희 플랜의 회원으로 남을 수 없습니다.**
- **이사하시는 경우, 사회보장국(또는 철도퇴직위원회)에 알려십시오.**

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**제9장:****문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우****섹션 1 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 어떻게 해야 할까요?**

본 장은 문제와 우려 사항 취급 절차의 2가지 유형에 대해 설명합니다.

- 일부 문제의 경우, 귀하는 보장 결정 및 이의제기를 위한 프로세스를 이용하실 필요가 있습니다.
- 다른 문제의 경우, 귀하는 불만(또는 고충이라고 함) 제기를 위한 프로세스를 이용해야 합니다.

두 프로세스는 Medicare에 의해 승인되었습니다. 각각의 프로세스에는 저희와 귀하가 따라야 하는 일련의 규칙, 절차 및 마감일이 있습니다.

이 장의 정보는 올바른 사용 프로세스와 수행할 작업을 식별하는 데 도움이 됩니다.

섹션 1.1 법률 용어

본 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 마감일 유형의 경우 법률 용어가 포함되어 있습니다. 많은 이러한 용어들은 대부분의 사람들에게 생소합니다. 이 장에서는 일부 법률 용어 대신 보다 익숙한 단어를 사용하여 작업을 더 쉽게 만듭니다.

그러나, 때로는 정확한 법률 용어를 알아두는 것이 중요합니다. 올바른 도움 또는 정보를 얻기 위해 어느 용어를 사용해야 하는지 아는 것을 돕기 위해 특정 상황을 취급하기 위한 설명을 제공할 때 법률 용어를 포함시켰습니다.

섹션 2 더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳

저희는 귀하를 돕기 위해 항상 대기 중입니다. 귀하가 당사로부터의 대우에 대해 불만을 표하더라도 저희는 불만을 제기할 귀하의 권리를 존중할 의무가 있습니다. 항상 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 도움을 요청해야 합니다. 어떤 상황에서는 저희와 관련이 없는 누군가로부터의 도움이나 안내가 필요하실 수도 있습니다. 여러분을 도울 수 있는 두 조직은 다음과 같습니다.

주 건강보험 지원 프로그램(State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

각 주마다 훈련된 카운슬러를 갖춘 정부 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램은 저희 또는 다른 보험회사나 건강보험과는 관련이 없습니다. 이 프로그램의 카운슬러는 귀하가 갖고 있는 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는지를 이해하도록 도울 수 있습니다. 그들은 또한 질문에 답하고, 더 많은 정보를 제공하며, 무엇을 할지에 대한 안내도 제공할 수 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

SHIP 카운슬러의 서비스는 무료입니다. 그들의 전화번호와 URL이 본 문서의 제2장, 섹션 3에 나와 있습니다.

Medicare

Medicare에 연락하여 도움을 받는 것도 가능합니다.

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일, 하루 24시간 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- www.medicare.gov를 방문하십시오.

섹션 3 문제에 사용할 프로세스

귀하의 문제 또는 우려 사항이 귀하의 혜택 또는 보장에 대한 것입니까?

여기에는 의료 서비스(의료 품목, 서비스 및/또는 파트 B 약)의 보장 여부에 대한 문제, 보장되는 방식, 의료 서비스를 위한 지불액 관련 문제가 포함됩니다.

예.

섹션 4, 보장 결정 및 이의제기 안내를 참조하십시오.

아니요.

섹션 10, 케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법을 참조하십시오.

보장 결정 및 이의제기**섹션 4 보장 결정 및 이의제기 안내**

보장 결정 및 이의제기는 귀하의 혜택 및 의료 서비스(지불을 포함해 서비스, 물품 및 파트 B 약)를 위한 보장에 관한 문제를 다룹니다. 저희는 편의상 일반적으로 의료 품목, 서비스 및 Medicare 파트 B 약을 **의료 서비스**라고 합니다. 귀하는 어떤 항목이 보장되는지 여부와 보장되는 방식 등의 문제를 위해 보장 결정 및 이의제기 절차를 사용합니다.

서비스를 받기 전에 보장 결정을 요청하기

귀하가 의료 서비스를 받기 전에 저희가 그것을 보장할지 알기 원하는 경우 귀하는 본인을 위한 보장 결정을 저희에게 요구할 수 있습니다. 보장 결정이란 저희가 귀하의 혜택 및 보장에 대해 또는 저희가 귀하의 의료 서비스를 위해 지불할 금액에 대해 내리는 결정입니다. 예컨대, 저희 플랜 네트워크 내 의사가 귀하를 네트워크 외 의료 전문가에게 진료 의뢰하는 경우, 이 진료 의뢰서는 귀하 또는 귀하의 네트워크 내 의사가 귀하가 이 전문의에 대한 표준 거절 고지를 받았다는 것을 밝히거나 또는 **보장 범위 증명서**상 진료 의뢰 서비스가 어떤 상황에서도 보장되지 않는다는 것이 명확하지 않는 한 우호적인 보장 결정이라고 간주됩니다. 저희가 특정 의료 서비스를 보장할 것인지 담당 의사가 잘 모르는 경우, 또는 귀하에게 필요하다고 생각하시는 의료를 거부하는 경우, 귀하 또는 담당 의사는 저희에게 연락하여 보장 결정을 요구할 수도 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

일부 제한적인 상황에서는 보장 결정 요구가 각하됩니다. 즉, 저희는 그 요구를 검토하지 않을 것입니다. 요청이 각하되는 경우의 예로는 해당 요청이 불완전한 경우, 타인이 귀하를 대신해 요청했지만 그렇게 할 법적 권한이 없는 경우 또는 귀하가 본인의 요청을 철회하는 경우가 있습니다. 저희가 보장 결정 요청을 각하하는 경우, 귀하의 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 안내하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

보장 범위의 결정은 저희가 귀하를 위해 무엇이 보장되고 저희가 얼마나 지불하는지를 결정할 때마다 이루어지게 됩니다. 어떤 경우에 저희는 의료 서비스가 보장되지 않거나 귀하를 위해 더 이상 보장하지 않음을 결정할 수도 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

이의를 제기하기

귀하가 혜택을 받기 전이나 후에 저희가 보장 결정을 내렸지만 귀하가 이에 만족하지 못하는 경우, 해당 결정에 **이의제기**가 가능합니다. 이의제기란 저희가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 특정 상황에서, 귀하는 보장 결정에 대한 속성 또는 **신속 이의제기**를 요청하실 수 있습니다. 귀하의 이의제기는 원래의 결정을 했던 검토자들 이외의 다른 검토자들이 취급합니다.

귀하가 처음으로 결정에 이의를 제기할 때 저희는 그것을 레벨 1 이의제기라고 합니다. 이 이의제기에서 저희는 저희가 규칙을 적절하게 준수했는지 확인하기 위해 기존의 보장 결정을 재검토합니다. 저희가 검토를 완료하면 저희 결정을 귀하에게 제공합니다.

일부 제한적인 상황에서는 레벨 1 이의제기가 각하됩니다. 즉 저희는 해당 요청을 검토하지 않을 것입니다. 요청이 각하되는 경우의 예로는 해당 요청이 불완전한 경우, 타인이 귀하를 대신해 요청했지만 그렇게 할 법적 권한이 없는 경우, 또는 귀하가 본인의 요청을 철회하는 경우가 있습니다. 저희가 레벨 1 이의제기 요청을 각하하는 경우, 귀하의 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 안내하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

저희가 의료 서비스에 대한 귀하의 레벨 1 이의제기의 전부 또는 일부를 거절한 경우, 귀하의 이의제기는 저희와 연결되어 있지 아니한 독립 검토 기관이 수행하는 레벨 2 이의제기로 자동적으로 진행됩니다.

- 귀하가 레벨 2 이의제기를 개시하기 위해 해야 할 일은 없습니다. Medicare 규칙에 따라, 저희가 귀하의 레벨 1 이의제기에 전적으로 동의하지 않는 경우 귀하의 의료 서비스에 대한 이의제기를 자동적으로 레벨 2로 보내야 합니다.
- 의료 서비스에 대한 레벨 2 이의 제기에 대한 자세한 내용은 **섹션 5.4**를 참조하십시오.
- 파트 D 이의제기에 대해서는 **섹션 6**에서 자세히 설명합니다.

귀하가 레벨 2 이의제기에서의 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 다른 레벨들의 이의제기로 추가로 진행하실 수 있습니다(본 장은 레벨 3, 4 및 5 이의제기 절차를 설명합니다).

섹션 4.1 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기할 때 도움 받기

귀하가 어떤 종류의 보장 결정을 요구하거나 결정에 이의를 제기할 때는 다음을 이용할 수 있습니다.

- 당사의 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.
- 주 건강보험 지원 프로그램으로부터 무료 도움 받기

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- **귀하의 의사가 귀하를 대신해 요청할 수 있습니다.** 담당 의사가 레벨 2 이후의 이의제기에 도움을 줄 경우 귀하는 담당 의사를 대리인으로 임명해야 합니다. 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 **대리인 임명** 양식을 요청하십시오. (양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트에서 ko.clevercarehealthplan.com에서도 구할 수 있습니다.)
 - 의료 또는 파트 B 약의 경우, 귀하의 담당 의사가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의제기를 요청할 수 있습니다. 이의 제기가 레벨 1에서 거부되는 경우, 자동으로 레벨 2로 전달됩니다.
 - 파트 D 약의 경우, 담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의제기를 요청할 수 있습니다. 레벨 1 이의제기가 거부되면 귀하의 담당 의사나 처방자가 레벨 2 이의제기를 요청할 수 있습니다.
- **타인에게 귀하를 대신해 행동하도록 요청할 수 있습니다.** 귀하는 타인을 귀하의 대리인으로서 귀하를 대신하여 행동하도록 지명하여 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기를 요청할 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 다른 사람이 귀하의 대리인이 되기를 원한다면, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 **대리인 지명** 양식을 요청하십시오. (양식은 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf 또는 당사 웹사이트에서 ko.clevercarehealthplan.com에서도 구할 수 있습니다.) 이 양식은 해당 사람이 귀하를 대리해 행동할 권한을 부여합니다. 양식에는 귀하와 귀하가 본인을 대리해 행동하기를 원하는 사람이 서명해야 합니다. 귀하는 저희에게 서명된 양식의 사본을 제공해야 합니다.
 - 저희는 양식이 없는 대리인으로부터 이의제기 요청을 수락할 수 있지만 양식을 받을 때까지 검토를 완료할 수 없습니다. 저희가 귀하의 이의제기에 대한 결정 마감일 전에 양식을 받지 못하면 귀하의 이의제기 요청은 각하될 것입니다. 이런 일이 발생하면 저희는 귀하의 이의제기를 각하한 결정에 대해 독립 검토 기관에 검토를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 안내하는 통지서를 보내드릴 것입니다.
- **귀하는 또한 변호사를 고용할 권리도 있습니다.** 귀하는 자신의 변호사를 고용하거나 지역의 변호사협회 또는 기타 의뢰 서비스에서 변호사를 의뢰받을 수도 있습니다. 귀하에게 자격이 있는 경우 무료 법률 서비스를 제공할 단체들이 있습니다. 그러나 어떤 종류의 보장 결정을 요구하기 위해서나 결정에 이의를 제기하기 위해서 반드시 변호사를 고용할 필요는 없습니다.

섹션 4.2 다양한 상황에 대한 규칙 및 기한

보장 결정과 이의제기에 관련된 4가지의 상황이 있습니다. 상황에 따라 규칙과 기한이 다릅니다. 다음과 같은 각 상황에 대한 세부 정보는 다음과 같습니다.

- **섹션 5: 의료 서비스:** 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법
- **섹션 6: 파트 D 약:** 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법
- **섹션 7: 너무 일찍 퇴원한다고 생각하는 경우에 더 장기의 병원 입원 체류를 보장할 것을 저희에게 요청하는 방법**

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- **섹션 8:** “귀하의 보장이 너무 빨리 종료된다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스 보장을 유지할 것을 저희에게 요청하는 방법”(다음 서비스에만 해당: 재택 건강 케어, 전문 영양시설 케어 및 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스)

어떤 정보가 적용되는지 확실하지 않은 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 또한 SHIP으로부터 도움이나 정보를 얻을 수 있습니다.

섹션 5 의료 서비스: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법

섹션 5.1 의료 보장을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 의료비 중 저희 몫을 상환받기를 원하시는 경우 해야 할 일

의료에 대한 귀하의 혜택은 의료 혜택 차트의 제4장에 설명되어 있습니다. 어떤 경우에는 파트 B 약 요청에 다른 규칙이 적용됩니다. 그러한 경우에 저희는 파트 B 약 규칙이 의학 적 항목과 서비스를 위한 규칙과 어떻게 다른지에 대해 설명드릴 것입니다.

이 섹션은 만약 귀하가 다음 다섯 가지 상황 중 어느 하나에 놓여 있다면 무엇을 할 수 있는지에 대해 설명합니다.

1. 귀하가 원하는 특정 의료를 받지 못하고 있는데, 이것이 저희 플랜에 의해 보장된다고 생각하시는 경우. **보장 결정을 요구하십시오. 섹션 5.2.**
2. 저희 플랜이 귀하의 의사나 기타 의료 제공자가 귀하에게 제공하려고 하는 의료를 승인하지 않고 있는데, 귀하는 이 의료가 저희 플랜에 의해 보장된다고 생각하시는 경우. **보장 결정을 요구하십시오. 섹션 5.2.**
3. 귀하가 저희 플랜에 의해 보장되어야 한다고 생각하시는 의료를 받았지만, 저희가 그 의료를 위한 비용을 지불하지 않을 것이라고 통보한 경우. **이의를 제기하십시오. 섹션 5.3.**
4. 귀하가 저희 플랜에 의해 보장되어야 한다고 생각하는 의료를 받고 그 비용을 지불하였으며 귀하는 그 의료를 위한 비용을 상환하도록 저희 플랜에 요구하기 원하시는 경우. **저희에게 청구하십시오. 섹션 5.5.**
5. 귀하가 받아왔고 저희가 이전에 승인한 특정 의료에 대한 보장이 줄어들거나 중단될 것임을 통보받았는데, 이 의료를 줄이거나 중단하면 본인의 건강을 해칠 수 있다고 생각하시는 경우. **이의를 제기하십시오. 섹션 5.3.**

참고: 중단될 보장이 병원 의료, 재택 건강 케어, 전문영양시설 케어 또는 종합 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 것인 경우, 귀하는 섹션 7 및 8을 참조하십시오. 이러한 유형의 치료에는 특별 규칙이 적용됩니다.

섹션 5.2 보장 결정을 요구하는 방법

법률 용어:
귀하의 의료가 관련된 보장 결정을 기관 판정이라고 합니다.
신속 보장 결정은 속성 판정이라고 합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

1단계: 귀하에게 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 판단하십시오.

표준 보장 결정은 일반적으로 의료 항목 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받는 경우 역일 기준 7일 이내, 다른 모든 의료 항목 및 서비스의 경우 역일 기준 14일 이내, 또는 파트 B 약의 경우 72시간 이내에 이루어집니다. 신속 보장 결정은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72시간 이내에, 파트 B 약의 경우 24시간 이내에 이루어집니다. 신속 보장 결정을 받으려면 귀하는 다음 2가지 요건을 충족해야 합니다.

- 귀하는 의료 항목 및/또는 서비스에 대한 보장 *만* 요청할 수 있습니다(이미 받은 항목 및/또는 서비스에 대한 지불 요청 불가).
- 신속 보장 결정은 오직 표준 마감일 이용 시에는 본인의 건강을 심각하게 해치거나 다시 기능할 수 있는 능력이 저해되는 경우에만 받으실 수 있습니다.

귀하의 건강이 신속 보장 결정을 요구한다고 담당 의사가 저희에게 말하면, 저희는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 제공하기로 동의할 것입니다.

귀하가 담당 의사의 지지 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청하면 저희는 귀하의 건강상 저희가 귀하에게 신속 보장 결정을 제공해야 하는지를 판단할 것입니다. 저희가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우에는 다음 내용이 담긴 서신을 보내드립니다.

- 저희가 표준 마감일을 적용할 것이라는 설명.
- 귀하의 의사가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 저희는 자동으로 귀하의 신속 보장 결정을 제공할 것이라는 설명.
- 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 저희 결정에 대해 귀하가 신속 불만을 제기할 수 있다는 안내.

2단계: 저희 플랜에 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 요구하십시오.

- 저희 플랜에 전화, 편지 또는 팩스로 원하는 의료를 위한 보장을 승인 또는 제공하도록 저희에게 요청함으로써 시작하십시오. 이는 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

3단계: 저희는 의료 보장을 위한 귀하의 요청을 고려하고 저희의 답변을 드립니다.

표준 보장 결정에서의 경우 저희는 표준 마감일을 적용합니다.

이는 저희가 귀하의 사전 승인 규칙 적용 대상인 의료 품목 또는 서비스 관련 요청을 접수한 후 7일 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것임을 의미합니다. 요청하신 의료 항목 또는 서비스가 당사의 사전 승인 규칙의 적용을 받지 않는 경우, 당사는 귀하의 요청을 받은 후 역일 기준 14일 이내에 답변을 드릴 것입니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 약에 해당하는 경우, 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것입니다.

- 단, 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 저희에게 필요하다면, 저희는 **최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다**. 저희에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 저희는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 저희가 추가 시간을 사용해서는 *안 된다*고 생각하시면 귀하는 신속 불만을 제기하실 수 있습니다. 저희는 결정이 내려지는 즉시 귀하의 불만 사항에 대한 답변

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

을 드리겠습니다. (불만 제기 절차는 보장 결정 및 이의제기 절차와는 다릅니다. 불만 제기에 대한 정보는 섹션 10을 참조하십시오.)

신속 보장 결정의 경우 저희는 속성 기간을 적용합니다.

신속 보장 결정이란 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스를 위한 것인 경우 저희가 72시간 이내에 답변할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우, 저희는 24시간 이내에 답변할 것입니다.

- 단, 귀하의 요청이 의료 항목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 저희에게 필요하다면, 저희는 최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다. 저희에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 저희는 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 저희가 추가 시간을 사용해서는 안 된다고 생각되시면 귀하는 신속 불만을 제기하실 수 있습니다. (불만에 대한 정보는 섹션 10을 참조하십시오.) 저희는 결정하는 즉시 귀하에게 연락할 것입니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거절 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

4단계: 저희가 귀하의 의료 보장 요청을 거절하는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

- 저희가 요청을 거절하는 경우 귀하는 이의를 제기함으로써 해당 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다. 이는 귀하가 원하는 의료 혜택을 보장받기 위해 다시금 요청하는 것을 의미합니다. 이를 선택하실 경우 귀하는 이의제기 프로세스의 “레벨 1”부터 진행하시게 됩니다.

섹션 5.3 레벨 1 이의제기를 하는 방법**법률 용어:**

의료 보장 결정에 대해 저희 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 재고라고 합니다.

신속 이의제기는 속성 재고라고도 합니다.

1단계: 귀하에게 표준 이의제기 또는 신속 이의제기가 필요한지 판단하십시오.

표준 이의제기는 보통 30일 이내에 이루어지며, 파트 B 약의 경우 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다.

- 귀하가 의료 서비스의 보장에 대해 저희가 내린 결정에 이의를 제기하시는 경우, 귀하 및/또는 담당 의사는 귀하에게 신속 이의제기가 필요한지 여부를 판단해야 합니다. 귀하의 건강상 신속 이의제기가 요구된다고 귀하의 의사가 저희에게 말하면 저희는 신속 이의제기를 허용할 것입니다.
- 신속 이의제기의 요건은 섹션 5.2에 설명된 신속 보장 결정을 받기 위한 요건과 동일합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**2단계: 저희 플랜에 이의제기 또는 신속 이의제기를 요청하십시오.**

- 표준 이의 제기를 요청하는 경우, 귀하의 표준 이의 제기 요청서를 제출하십시오. 또한 당사에 전화하여 이의신청을 요청할 수 있습니다. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 귀하가 신속 이의제기를 요청하는 경우, 서면으로 이의를 제기하거나 저희에게 전화하십시오. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 귀하는 저희가 보장 결정과 관련한 답변 내용을 알리기 위해 보낸 **통지서상의 날짜로부터 65일 이내에 이의를 제기해야 합니다.** 귀하가 이 마감일을 놓쳤지만 타당한 사유가 있는 경우에는 이의를 제기할 때 귀하의 이의제기가 늦은 사유를 설명하십시오. 저희는 귀하의 이의제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 타당한 사유의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 저희에게 연락을 못한 경우 또는 저희가 이의제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있습니다.
- 귀하는 본인에 대한 의료 결정과 관련된 정보의 사본을 요청하실 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의제기를 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.당사는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 부과할 수 있습니다.

3단계: 저희가 귀하의 이의제기를 고려한 다음 답변을 제공합니다.

- 저희 플랜이 귀하의 이의제기를 검토할 때 저희는 모든 정보를 철저히 검토합니다. 저희는 귀하의 요청을 거부하는 과정에서 저희가 모든 규칙을 준수했는지 여부도 확인합니다.
- 필요한 경우 저희는 추가 정보를 수집하고 귀하 또는 담당 의사에게 연락할 수 있습니다.

신속 이의제기의 마감일

- 신속 이의제기의 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 **72시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 저희는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 저희에게 필요하다면, 저희는 **최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 저희에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 저희는 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우에는 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
 - 저희가 72시간 이내에(또는 추가 시간을 사용한 경우 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않을 경우 저희는 귀하의 요청을 자동으로 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 5.4에 레벨 2 이의제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 72시간 이내에 저희가 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 아니요인 경우, 저희는 자동으로 귀하의 이의 제기를 레벨 2 이의 제기를 위해 독립 검토 기관으로 보낼 것입니다. 해당 독립 검토 기관은 귀하의 이의제기가 접수되면 서면으로 귀하에게 통지할 것입니다.

표준 이의제기의 마감일

- 표준 이의제기인 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 **30일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 본인이 아직 받지 않은 파트 B 약을 위한 것인 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 **7일 이내에** 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 저희는 더 일찍 저희의 결정을 제공할 것입니다.
 - 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 저희에게 필요하다면, 저희는 **최대 14일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 저희에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 저희는 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
 - 저희가 추가 시간을 사용해서는 안 된다고 생각되시면 귀하는 신속 불만을 제기하실 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 저희는 24시간 이내에 귀하의 불만에 답할 것입니다. (불만 제기에 대한 정보는 본 장의 섹션 10을 참조하십시오.)
 - 저희가 마감일까지(또는 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않으면, 저희는 귀하의 요청을 레벨 2 이의제기 프로세스로 보낼 것입니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 이의제기를 검토를 수행합니다. 섹션 5.4에 레벨 2 이의제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우 30일 이내에, 또는 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우 **7일 이내에** 해당 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 저희 플랜이 귀하의 이의제기 일부 또는 전부를 거절한 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 레벨 2 이의제기를 처리하는 독립 검토 기관으로 자동으로 보낼 것입니다.

섹션 5.4 레벨 2 이의제기 프로세스**법률 용어:**

독립 검토 기관의 정식 명칭은 독립 검토 주체입니다. 이는 때때로 **IRE**라고 불립니다.

독립 검토 기관은 Medicare에 의해 고용된 독립 운영 기관입니다. 이는 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 아니면 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.

1단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의제기를 검토합니다.

- 저희는 이 기관에 귀하의 이의제기에 관한 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 케이스 파일이라고 합니다. 귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 저희에게 요

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

구할 권리가 있습니다. 당사는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료 부과할 수 있습니다.

- 귀하는 독립 검토 기관에 본인의 이의제기를 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의제기에 관련된 모든 정보를 철저히 검토합니다.

귀하가 레벨 1에서 신속 이의제기로 진행한 경우, 귀하는 레벨 2에서도 신속 이의제기로 진행하게 됩니다.

- 신속 이의제기의 경우 독립 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 해당 이의제기 접수 시점으로부터 **72시간 이내에** 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **최대 14일이 더 소요될 수 있습니다.** 해당 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

귀하가 레벨 1에서 표준 이의제기로 진행한 경우, 귀하는 레벨 2에서도 표준 이의제기로 진행하게 됩니다.

- 표준 이의제기에서 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것인 경우, 해당 독립 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 이의제기 접수일로부터 **30일 이내에** 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 파트 B 약에 대한 것인 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 귀하의 이의제기를 접수한 때로부터 **7일 이내에** 제공해야 합니다.
- 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **최대 14일이 더 소요될 수 있습니다.** 해당 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 파트 B 약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관에서 그 결정과 이유를 서면으로 제공합니다.

- 독립 검토 기관이 의료 품목 또는 서비스 요청의 일부 또는 전부를 승낙하면, 저희는 표준 요청의 경우 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 72시간 이내에 의료 서비스 보장을 승인하거나 해당 서비스를 14일 이내에 제공해야 합니다. 속성 요청의 경우, 저희는 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 날로부터 72시간 안에 처리해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 파트 B 약 요청의 일부 또는 전부를 승낙하면, 저희는 표준 요청의 경우 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 72시간 이내에 파트 B 약을 승인 또는 제공해야 합니다. 속성 요청의 경우, 저희는 독립 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 날로부터 24시간 안에 처리해야 합니다.
- 이 기관이 귀하의 이의제기 중 일부 또는 전부를 거절하면, 이는 이 기관이 귀하의 의료 보장 요청(또는 요청 중 일부)이 승인되지 않아야 한다는 데 저희와 동의함을 의미합니다. (이를 결정 유지 또는 이의제기 기각이라고도 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보내드립니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 결정을 설명합니다.
- 의료 보장의 달러 가액이 특정 최소값을 충족하는 경우에는 레벨 3 이의제기에 대한 귀하의 권리를 통지합니다. 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 이의제기 프로세스를 지속하려면 충족되어야 하는 달러 금액이 나와 있을 것입니다.
- 레벨 3 이의제기 방법에 대하여 안내합니다.

3단계: 귀하의 케이스가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의제기를 추가로 진행하기 원하는지의 여부를 선택합니다

- 이의제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 3레벨이 있습니다(총 5레벨의 이의제기). 귀하가 레벨 3 이의제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의제기 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 레벨 3, 4, 5 이의제기 프로세스에 대한 안내는 섹션 9에 나와 있습니다.

섹션 5.5 귀하가 의료 서비스에 대해 받은 청구서 중 저희 몫을 귀하에게 지불하도록 요청하면 어떻게 됩니까?

제7장은 귀하가 상환을 요구하거나 서비스 제공자로부터 받은 청구서를 지불하도록 할 필요가 있는 상황에 대해 설명합니다. 또한 지불을 요구하는 서류를 저희에게 보내는 방법도 설명합니다.

상환 요청은 저희에게 보장 결정을 요구하는 것을 의미합니다

귀하가 상환을 요청하는 서류를 저희에게 보내면 이는 보장 결정에 대한 요청에 해당합니다. 이러한 결정을 내리기 위해, 저희는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장 대상인지 여부를 확인할 것입니다. 저희는 또한 귀하가 의료 서비스 보장을 사용하기 위한 규칙을 따랐는지 여부를 확인할 것입니다.

- **저희가 귀하의 요청을 승낙할 경우:** 해당 의료 서비스가 보장 대상이고 귀하가 규칙을 준수한 경우, 저희는 관련 비용 중 저희 몫을 귀하의 요청이 접수된 날로부터 일반적으로 30일 이내에, 늦어도 60일 이내에 귀하에게 보낼 것입니다. 귀하가 해당 의료 서비스에 대해 지불하지 않은 경우라면, 저희는 지불액을 서비스 제공자에게 직접 보낼 것입니다.
- **저희가 귀하의 요청을 거절할 경우:** 해당 의료 서비스가 보장 대상이 *아닌* 경우, 또는 귀하가 모든 규칙을 준수하지 *않은* 경우, 저희는 지불액을 보내지 않을 것입니다. 그 대신 저희는 의료 서비스 비용을 지불하지 않기로 한 결정과 그 사유를 안내하는 서신을 귀하에게 보낼 것입니다.

귀하가 저희의 기각 결정에 동의하지 않으면 **이의**를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기한다는 것은 저희가 귀하의 지불 요청을 기각할 때 한 보장 결정을 변경해 달라고 저희에게 요구함을 의미합니다.

이의제기를 하려면 섹션 5.3의 이의제기 프로세스를 따르십시오. 상환에 관한 이의제기인 경우, 다음을 참고하십시오.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 60일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 받았고 그 비용을 지불한 의료를 대상으로 저희에게 상환을 요구하는 경우, 귀하는 신속 이의제기를 요청하실 수 없습니다.
- 독립 검토 기관이 저희가 지불해야 한다고 결정하는 경우, 저희는 30일 이내에 귀하 또는 서비스 제공자에게 해당 지불액을 보내야 합니다. 레벨 2 이후 이의제기 프로세스의 어떤 단계에서 귀하의 이의제기에 대한 답변이 예인 경우, 저희는 60일 이내에 귀하 또는 서비스 제공자에게 귀하가 요청한 지불액을 보내야 합니다.

섹션 6 파트 D 약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법**섹션 6.1 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 귀하에게 파트 D 약 비용 상환을 원하는 경우 해야 할 일**

귀하의 혜택에는 많은 처방약 보장이 포함됩니다. 보장을 받으시려면, 귀하의 약이 의학적으로 인정된 지시를 위해 사용되어야 합니다. (의학적으로 인정되는 지시에 대한 자세한 설명은 제5장을 참조하십시오.) 파트 D 약, 규칙, 제한 사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 제5장과 제6장을 참조하십시오. **이 섹션은 파트 D 약에만 적용됩니다.** 간단히 설명하기 위해 저희는 이 섹션의 나머지에서 매번 **보장되는 외래환자 처방약** 또는 **파트 D 약** 대신에 일반적으로 **약**이라고 말합니다. 또한 저희는 **보장 대상 의약품 목록** 또는 처방집 대신에 **의약품 목록**이라는 용어를 사용합니다.

- 어떤 약이 보장 대상인지 또는 귀하가 규칙을 충족하는지 모르는 경우 저희에게 문의하십시오. 일부 약은 플랜 보장이 이루어지기 전에 저희로부터 승인을 받아야 합니다.
- 귀하의 약국이 귀하의 처방약을 처방대로 지을 수 없다고 안내하는 경우, 해당 약국은 보장 결정을 요청하기 위해 저희에게 연락하는 방법을 설명하는 통지서를 귀하에게 보내드립니다.

파트 D 보장 결정과 이의제기**법률 용어:**

파트 D 약에 대한 초기 보장 결정을 **보장 판정**이라고 합니다.

보장 결정이란 저희가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 저희가 귀하의 약 비용으로 지불할 액수에 대해 내리는 결정을 말합니다. 이 섹션은 만약 귀하가 다음 상황 중 어느 하나에 놓여 있다면 무엇을 할 수 있는지에 대해 설명합니다.

- 플랜의 의약품 목록에 없는 파트 D 약 보장 요구하기. **예외 인정을 요청하십시오. 섹션 6.2**
- 약을 위한 저희 플랜의 보장에 대한 제한(예: 귀하가 받을 수 있는 약의 양에 대한 한도, 사전 승인 기준, 또는 다른 약의 우선적 복용 시도 요건)을 면제할 것을 요구하기. **예외 인정을 요청하십시오. 섹션 6.2**
- 비용 부담 계층이 더 높은 보장 대상 약과 관련하여 더 낮은 비용 부담액 지불을 요구하기. **예외 인정을 요청하십시오. 섹션 6.2**
- 의약품에 대한 사전 승인을 요청하기. **보장 결정을 요구하십시오. 섹션 6.4**

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하가 이미 구입한 처방약에 대한 지불을 요청하기. **저희에게 비용 상환을 요구하십시오. 섹션 6.4**

귀하가 저희의 보장 결정에 동의하지 않는 경우 저희의 결정에 이의를 제기하실 수 있습니다.

이 섹션은 보장 결정을 요구하는 방법과 이의제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 6.2 예외 요청**법률 용어:**

약 목록에 없는 약의 보장 요구는 **처방집 예외**에 해당합니다.

약 보장에 대한 제한의 제거를 요구하는 것은 **처방집 예외**에 해당합니다.

보장 대상 비선택 약을 위해 더 낮은 가격 지불을 요구하는 것은 **계층 예외**에 해당합니다.

약이 보장되기를 원하시는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하는 저희에게 **예외**를 요청하실 수 있습니다. 예외 인정은 일종의 보장 결정에 해당합니다.

저희가 귀하의 예외 요청을 고려하려면, 담당 의사 또는 다른 처방자가 귀하의 예외를 인정해야 하는 이유를 설명해야 합니다. 다음은 2 귀하 또는 담당 의사 또는 다른 처방자가 저희에게 요청할 수 있는 예외의 가지 예입니다.

1. **저희 의약품 목록에 없는 파트 D 약 보장 요구.** 저희가 의약품 목록에 없는 약의 보장에 동의하는 경우, 귀하는 모든 저희 약에 적용되는 비용 분담액을 지불해야 합니다. 귀하는 저희가 약에 대해 귀하의 지불을 요구하는 비용 분담액에 대한 예외는 요구하실 수 없습니다.
2. **보장 대상 약에 대한 제한 사항 해제.** 약 목록에 있는 특정 약에 적용되는 추가 규칙 또는 제한 사항은 제5장에 설명되어 있습니다. 저희가 귀하를 위해 예외를 인정하고 제한을 면제하기로 동의하는 경우, 귀하는 저희가 약에 대해 귀하에게 지불을 요구하는 비용 분담 금액에 대해 예외를 요구하실 수 있습니다.
3. **약의 보장을 더 낮은 비용 분담 계층으로 변경할 때.** 의약품 목록에 나와 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 비용 분담 계층이 낮은 숫자일수록 귀하는 약의 비용 중 본인의 몫으로 더 적게 지불합니다.
 - 저희 의약품 목록이 귀하의 질병을 치료하기 위한 귀하의 약보다 비용 분담 계층이 더 낮은 대체약을 포함하는 경우, 귀하는 대체약에 적용되는 비용 분담액으로 귀하의 약을 보장할 줄 것을 요청하실 수 있습니다.
 - 귀하가 복용 중인 약이 생물학적 제제인 경우, 귀하는 더 낮은 비용 분담액으로 약을 보장하도록 저희에게 요청하실 수 있습니다. 이는 귀하의 질환을 치료하기 위한 생물학적 제제 대체약이 포함된 가장 낮은 계층에 해당할 것입니다.
 - 귀하가 복용하는 약이 상표약인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 상표약이 포함된 가장 낮은 계층에 적용되는 비용 분담액을 기준으로 귀하의 약을 보장할 것을 저희에게 요구하실 수 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하가 복용하는 약이 일반 약품인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 브랜드명 또는 일반명 대체약이 포함된 가장 낮은 계층에 적용되는 비용 분담액을 기준으로 귀하의 약을 보장할 것을 저희에게 요구하실 수 있습니다.
- 귀하는 계층 5에 속한 의약품에 대해서는 비용 분담 계층 변경을 요청하실 수 없습니다.
- 저희가 귀하의 계층 예외 요구를 승인하였으며, 귀하가 복용할 수 없는 대체약이 포함된 더 낮은 비용 분담 계층이 둘 이상 있는 경우, 귀하는 일반적으로 가장 낮은 금액을 지불합니다.

섹션 6.3 예외를 요구할 때 알아야 할 중요 사항**귀하의 의사가 저희에게 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.

저희 의약품 목록은 일반적으로 특정 질병을 치료하기 위한 두 가지 이상의 약을 포함합니다. 이러한 다양한 가능성을 **대체약**이라고 합니다. 대체약이 귀하가 요구하고 있는 약만큼 효과적이면서도 더 많은 부작용이나 다른 건강 문제를 야기하지 않을 경우, 저희는 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않을 것입니다. 귀하가 계층 예외를 요구하신다면, 저희는 일반적으로 더 낮은 비용 분담 계층의 모든 대체약이 귀하에게 비슷하게 효과적이지 않거나 부작용 또는 기타 해를 야기할 가능성이 있는 경우가 아닌 한 귀하의 예외 요청을 승인하지 않을 것입니다.

저희는 귀하의 요청을 승낙 또는 거절할 수 있습니다

- 저희가 귀하의 예외 요청을 승인하는 경우에도 저희의 승인은 일반적으로 저희 플랜 연도 말까지 유효합니다. 이는 귀하의 의사가 해당 약을 계속 처방하고 그 약이 귀하의 질병 치료에 계속 안전하고 효과적인 한 그렇습니다.
- 저희가 귀하의 요청을 거절하는 경우, 귀하는 이의를 제기함으로써 다시 한 번 검토를 요구하실 수 있습니다.

섹션 6.4 예외를 포함하여 보장 결정을 요청하는 방법**법률 용어:**

신속 보장 결정은 속성 보장 판정이라고 합니다.

1단계: 귀하에게 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정이 필요한지 판단하십시오.

표준 보장 결정은 저희가 담당 의사의 진단서를 받은 후 72시간 이내에 이루어집니다. **신속 보장 결정**은 저희가 담당 의사의 진단서를 받은 후 24시간 이내에 이루어집니다.

귀하의 건강상 필요한 경우라면 저희에게 신속 보장 결정을 요구하십시오 신속 보장 결정을 받으려면 귀하는 다음 2가지 요건을 충족해야 합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하가 아직 귀하가 수령하지 않은 약을 요청해야 함. (귀하가 이미 구입한 약을 위한 상환인 경우에는 신속 보장 결정을 요구하실 수 없습니다.)
- 표준 마감일을 적용하면 본인의 건강을 심각하게 해치거나 기능할 수 있는 능력을 저해할 수 있는 경우여야 함.
- 귀하의 건강이 신속 보장 결정을 요구한다고 담당 의사 또는 기타 처방자가 저희에게 말하면, 저희는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 제공할 것입니다.
- 귀하가 담당 의사나 처방자의 지지 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청하신다면, 저희는 귀하의 건강상 저희가 귀하에게 신속 보장 결정을 승인해야 하는지 여부를 직접 판단할 것입니다. 저희가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우에는 다음 내용이 담긴 서신을 보내드립니다.
 - 저희가 표준 마감일을 적용할 것이라는 설명.
 - 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 저희는 자동으로 신속 보장 결정을 승인할 것이라는 설명.
 - 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 저희 결정에 대해 귀하가 속성 불만을 제기할 수 있는 방법의 안내. 저희는 귀하의 불만 접수 후 24시간 이내에 답변해 드리겠습니다.

2단계: 표준 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 요청하십시오.

먼저 저희 플랜에 전화하거나 편지 또는 팩스를 보내 귀하가 원하시는 의료를 위한 보장을 승인 또는 제공하도록 당사에 요청하십시오. 귀하는 또한 저희 웹사이트를 통해 보장 결정 프로세스에 액세스하실 수 있습니다. 당사는 *CMS 모델 보장 판정 요청 양식*에서 제출된 요청을 포함하여 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 우리 플랜의 요청서 양식은(는) 당사 웹사이트에 있습니다. ko.clevercarehealthplan.com 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다. 귀하의 요청을 처리하는 데 도움이 되도록 귀하의 이름, 연락처 정보 및 어떤 거부된 클레임에 대해 이의 제기를 하려는 것인지 보여주는 정보를 포함하십시오.

이는 귀하, 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다. 귀하는 또한 변호사로 하여금 본인을 대리해 행동하게 할 수도 있습니다. 섹션 4는 귀하의 대리인으로 서 행동할 사람에게 승낙서를 어떻게 제공할 수 있는지 설명합니다.

- 귀하가 예외를 요청하는 경우에는 **증빙서를 제공하십시오.** 이는 예외가 요구되는 의학적 사유에 해당합니다. 담당 의사나 기타 처방자가 증빙서를 팩스로 보내거나 우편으로 보낼 수 있습니다. 또는 담당 의사나 다른 처방자는 필요한 경우 저희에게 전화한 다음 후속으로 증빙서를 당사에 팩스 송부하거나 발송할 수 있습니다.

3단계: 저희가 귀하의 요청을 고려한 다음 답변을 제공합니다.**신속 보장 결정을 위한 마감일**

- 저희는 일반적으로 귀하의 요청을 접수한 후 **24시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외 요청의 경우, 저희는 귀하의 증빙서를 접수한 후 24시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 저희는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 저희가 이 마감일을 지키지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.
- 저희의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 요청 또는 의사의 증빙서를 접수한 후 24시간 이내에 저희가 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거절 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 안내드릴 것입니다.

귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 표준 보장 결정의 마감일

- 저희는 일반적으로 귀하의 요청을 접수한 후 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외 요청의 경우, 저희는 귀하의 증빙서를 접수한 후 72시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 저희는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 저희가 이 마감일을 지키지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.
- 저희의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 요청 또는 귀하의 요청을 뒷받침하는 의사의 증빙서를 접수한 후 72시간 이내에 저희가 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거절 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 안내드릴 것입니다.

귀하가 이미 구입한 약의 지불액에 대한 표준 보장 결정의 마감일

- 저희는 귀하의 요청을 받은 후 14일 이내에 답변을 제공해야 합니다.
 - 저희가 이 마감일을 지키지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.
- 저희의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 14일 이내에 귀하에게 지불할 것도 요구됩니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거절 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 안내드릴 것입니다.

4단계: 저희가 귀하의 보장 요청을 거절하는 경우 귀하는 이의를 제기하실 수 있습니다.

- 저희가 요청을 거절하는 경우 귀하는 이의를 제기함으로써 해당 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다. 이는 귀하가 원하는 약 보장을 받기 위해 다시금 요청하는 것을 의미합니다. 이를 선택하실 경우 귀하는 이의제기 프로세스의 “레벨 1”부터 진행하시게 됩니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**섹션 6.5 레벨 1 이의제기를 하는 방법****법률 용어:**

파트 D 약 보장 결정에 대해 저희 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 재판정이라고 합니다.

신속 이의제기는 속성 재판정이라고 합니다.

1단계: 귀하에게 표준 이의제기 또는 신속 이의제기가 필요한지 판단하십시오.

표준 이의제기는 통상 7일 이내에 이루어집니다. 신속 이의제기는 일반적으로 72시간 이내에 이루어집니다. 귀하의 건강상 필요한 경우라면 신속 이의제기를 요구하십시오

- 귀하가 아직 받지 않으신 약에 대해 저희가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우, 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하에게 신속 이의제기가 필요한지 여부를 판단해야 합니다.
- 신속 이의제기의 요건은 본 장의 섹션 6.4에 설명된 신속 보장 결정을 받기 위한 요건과 동일합니다.

2단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 기타 처방자가 저희에게 연락하여 레벨 1 이의제기를 접수해야 합니다. 귀하의 건강상 신속 대응이 필요한 경우, 귀하는 신속 이의제기를 요청해야 합니다.

- 표준 이의제기인 경우, 서면으로 요청을 제출하십시오.또는 전화하십시오. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 신속 이의 제기를 원하시면 서면으로 요청을 접수하거나 저희에게 1-833-808-8164번으로 전화하십시오. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 저희 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 구할 수 있는 **CMS 모델 재판정 요청서 양식**으로 제출된 요청을 포함하여, 저희는 모든 서면 요청을 수락해야 합니다. 저희가 귀하의 요청을 원활히 처리할 수 있도록 귀하의 이름, 연락처 정보, 그리고 귀하의 청구에 관한 정보를 포함하십시오.
- 귀하는 저희가 보장 결정과 관련한 답변 내용을 알리기 위해 보낸 **통지서상의 날짜로부터 65일 이내에 이의를 제기해야 합니다.** 귀하가 이 마감일을 놓쳤지만 타당한 사유가 있는 경우에는 이의를 제기할 때 귀하의 이의제기가 늦은 사유를 설명하십시오. 저희는 귀하의 이의제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 타당한 사유의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 저희에게 연락을 못한 경우 또는 저희가 이의제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의제기서에 정보의 사본을 요청하여 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의제기를 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다.저희는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 부과할 수 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**3단계: 저희가 귀하의 이의제기를 고려한 다음 답변을 제공합니다.**

- 저희가 귀하의 이의제기를 검토할 때 저희는 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 또 한 번 자세히 검토합니다. 저희는 귀하의 요청을 거부하는 과정에서 저희가 모든 규칙을 준수했는지 여부도 확인합니다. 저희는 더 많은 정보를 수집하기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자와 접촉할 수 있습니다.

신속 이의제기의 마감일

- 신속 이의제기의 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 72시간 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 저희는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 저희가 72시간 이내에 답변을 제공하지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 6.6에 레벨 2 이의제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 72시간 이내에 저희가 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거부 사유와 저희 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법을 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 표준 이의제기의 마감일

- 표준 이의제기인 경우, 저희는 귀하의 이의제기를 접수한 후 7일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 약을 아직 받지 않았고 귀하의 건강상 요구되는 경우, 저희는 더 일찍 저희의 결정을 제공할 것입니다.
 - 저희가 7일 이내에 답변을 제공하지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 6.6에 레벨 2 이의제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 건강이 허락하는 한 가장 이른 시점에, 하지만 귀하의 이의제기를 접수한 후 늦어도 7일 이내에 해당 보장을 제공해야 합니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거부 사유와 저희 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법을 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

귀하가 이미 구입한 약의 지불액에 대한 표준 이의제기의 마감일

- 저희는 귀하의 요청을 받은 후 14일 이내에 답변을 제공해야 합니다.
 - 저희가 이 마감일을 지키지 않을 경우, 저희는 귀하의 요청을 이의제기 프로세스의 레벨 2로 보내도록 되어 있습니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 저희의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 수락인 경우, 저희는 귀하의 요청을 접수한 후 **30일** 이내에 귀하에게 지불할 것도 요구됩니다.
- 저희 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부에 대한 거절인 경우, 저희는 요청 거절 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 안내드릴 것입니다.

4단계: 저희가 귀하의 이의제기를 거절한 경우, 귀하는 이의제기 프로세스를 지속하여 **또 다른 이의제기**를 할지 여부를 결정합니다.

- 또 다른 이의를 제기하기로 결정한다는 것은 귀하가 이의제기 프로세스의 레벨 2로 진행함을 의미합니다.

섹션 6.6 레벨 2 이의제기를 하는 방법

법률 용어:

독립 검토 기관의 정식 명칭은 독립 검토 주체입니다. 이는 때때로 **IRE**라고 불립니다.

독립 검토 기관은 Medicare에 의해 고용된 독립 운영 기관입니다. 이는 저희와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 저희가 내린 결정이 올바른지 아니면 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.

1단계: 귀하(또는 대리인 또는 담당 의사 또는 기타 처방자)가 독립 검토 기관에 연락하여 귀하 케이스의 검토를 요청해야 합니다.

- 저희가 귀하의 레벨 1 이의제기를 거절한 경우, 저희가 보내드리는 통지서에는 독립 검토 기관에 **레벨 2 이의제기**를 하는 방법에 대한 안내가 포함될 것입니다. 이러한 안내에는 누가 이 레벨 2 이의제기를 할 수 있는지와 귀하가 준수해야 하는 마감일 및 독립 검토 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다.
 - 귀하는 통지서 날짜로부터 **65일 이내에 이의를 제기해야 합니다.**
- 저희가 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 약물 관리 프로그램에 따른 **at-risk** 판정에 관하여 불리한 결정을 내린 경우, 저희는 귀하의 요청을 IRE에 자동으로 전달합니다.
- 저희는 독립 검토 기관에 귀하의 이의제기에 관한 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 **케이스 파일**이라고 합니다. 귀하는 본인의 **케이스 파일 사본**을 저희에게 **요구할 권리가 있습니다.** 저희는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 귀하에게 부과할 수 있습니다.
- 귀하는 독립 검토 기관에 본인의 이의제기를 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

2단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의제기를 검토합니다.

독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의제기에 관련된 모든 정보를 철저히 검토합니다.

신속 이의제기의 마감일

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하의 건강상 필요한 경우라면 독립 검토 기관에 신속 이의제기를 요청하십시오.
- 해당 기관이 귀하에게 신속 이의제기를 제공하기로 동의하면, 해당 기관은 귀하의 이의제기 요청을 접수한 후 **72시간 이내에** 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

표준 이의제기의 마감일

- 표준 이의제기인 경우, 독립 검토 기관은 이의제기가 귀하가 아직 받지 않은 약을 위한 것인 경우 귀하의 이의제기를 접수한 후 **7일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구입한 약에 대한 상환을 요청하는 경우, 독립 검토 기관은 귀하의 요청을 받은 후 **14일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

신속 이의제기인 경우:

- 독립 검토 기관이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 저희는 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **24시간 이내에** 독립 검토 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.

표준 이의제기인 경우:

- 독립 검토 기관이 귀하의 보장 관련 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 저희는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **72시간 이내에** 독립 검토 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 귀하의 이미 구입한 약 비용 상환 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 저희는 독립 검토 기관으로부터 결정을 받은 후 **30일 이내에** 귀하에게 지불액을 보내도록 되어 있습니다.

독립 검토 기관이 귀하의 이의제기를 거절하면 어떻게 됩니까?

이 기관이 귀하의 이의제기의 일부 또는 전부를 거절한다면, 이는 해당 기관이 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 저희 결정에 동의함을 의미합니다. (이를 **결정 유지**라고 합니다. 또한 귀하의 이의제기를 **기각함**이라고도 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보내드립니다.

- 결정을 설명합니다.
- 귀하가 요청하고 있는 약 보장의 달러 가액이 특정 최소값을 충족하는 경우에는 레벨 3 이의제기에 대한 귀하의 권리를 통지합니다. 귀하가 요청하고 있는 약 보장의 달러 가액이 너무 낮으면 귀하는 다른 이의제기를 할 수 없고 레벨 2에서의 결정이 최종 적용됩니다.
- 귀하가 이의제기 프로세스를 지속하려면 충족되어야 하는 분쟁 대상 달러 가액을 안내합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

4단계: 귀하의 케이스가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의제기를 추가로 진행하기 원하는지의 여부를 선택합니다.

- 이의제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 3레벨이 있습니다(총 5레벨의 이의제기).
- 귀하가 레벨 3 이의제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의제기 결정 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 이의제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 7 귀하가 너무 일찍 퇴원한다고 생각하는 경우에 더 장기 병원 입원 체류를 보장할 것을 저희에게 요청하는 방법

귀하가 입원하면 귀하는 본인의 질병 또는 부상을 진단하고 치료하기 위해 필요한 모든 보장 대상 병원 서비스를 받을 권리가 있습니다.

보장 대상 병원 체류 동안, 귀하의 의사와 병원 스태프는 귀하와 상의 하에 귀하의 퇴원일을 정하여 준비할 것입니다. 그들은 퇴원 후 귀하에게 필요할 수 있는 케어도 주선할 것입니다.

- 귀하가 병원에서 나오는 날을 **퇴원일**이라고 합니다.
- 귀하의 퇴원일이 결정되면 귀하의 의사 또는 병원 스태프가 이를 전달드릴 것입니다.
- 귀하가 너무 빨리 퇴원하도록 요구받고 있다고 생각되시면 더 장기 병원 체류를 요청하실 수 있으며, 그러면 귀하의 요청을 고려할 것입니다.

섹션 7.1 입원하여 체류하는 동안, 귀하는 Medicare로부터 귀하의 권리를 안내하는 통지서를 수령하게 됩니다

입원한 후 2일 이내에 *귀하의 권리에 관한 Medicare의 중요 메시지*라는 서면 통지를 받으시게 됩니다. Medicare에 가입하신 분은 누구나 다 이 통지서 1부를 받습니다. 병원 측의 누군가(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 통지서를 전달받지 못하신 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요한 경우, 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번이나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)(TTY 1-877-486-2048)로 전화하십시오.

1. 이 통지서를 자세히 읽고 이해가 안 되는 경우 질문하십시오. 통지서는 다음을 안내합니다.

- 담당 의사 지시에 따른 귀하의 병원 입원 중 및 퇴원 후 Medicare 보장 대상 서비스를 받을 수 있는 귀하의 권리. 여기에는 이러한 서비스가 무엇이며, 누가 지불하며, 어디서 이러한 서비스를 받을 수 있는지에 대해 알 권리가 포함됩니다.
- 본인의 입원에 관한 결정에 참여할 수 있는 귀하의 권리.
- 귀하가 받는 병원 케어의 품질에 대한 우려를 어디에 신고하는지에 대한 안내.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 병원에서 귀하를 너무 일찍 퇴원시킨다고 생각되는 경우 퇴원 결정의 **즉각적인 재검토를 요청**할 수 있는 귀하의 권리. 이는 저희가 귀하의 병원 케어를 더 오랜 시간 보장하도록 퇴원일 지연을 요청하는 정식의 법적 방법입니다.
- 2. 귀하는 통지서를 수령했고 본인의 권리를 이해했음을 확인하기 위해 통지서에 서명을 하도록 요청받으시게 됩니다.
 - 통지서 서명은 귀하 본인 또는 귀하를 대리해 행동하는 사람이 하도록 되어 있습니다.
 - 통지서 서명은 오직귀하가 본인 권리에 대한 정보를 고지받았다는 사실만을 나타냅니다. 통지서에는 퇴원 날짜가 나와 있지 않습니다. 통지서 서명이 귀하가 퇴원일에 동의함을 의미하지는 않습니다.
- 3. 이의제기(또는 케어 품질에 대한 우려 사항 신고)에 대한 정보를 필요한 경우 이용할 수 있도록 **통지서 사본을 보관**하십시오.
 - 귀하가 퇴원 2일 이상 전에 통지서에 서명하신 경우, 귀하는 퇴원 일정이 잡히기 전에 1부를 더 받으시게 됩니다.
 - 이 통지서의 사본을 미리 보려면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711) 번이나 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. 또한 <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im>에서 온라인으로 통지를 받을 수 있습니다.

섹션 7.2 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 1 이의제기를 하는 방법

병원 입원 서비스를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하려면 이의제기 프로세스를 이용하여 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

- 프로세스를 따르십시오
- 마감일을 충족하십시오
- 필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 또는 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 맞춤형 도움을 받으십시오. SHIP 연락처 정보는 제2장 섹션 3에서 확인할 수 있습니다.

레벨 1 이의제기 단계에서는 품질 개선 기관이 귀하의 이의제기를 검토합니다. 이 기관은 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절한지를 체크합니다. **품질 개선 기관**은 Medicare 가입자를 위해 제공되는 케어를 체크하고 개선을 돕기 위해 연방 전부가 그 비용을 지급하는 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다. 여기에는 Medicare와 가입자의 퇴원일에 대한 검토도 포함됩니다. 이 전문가들은 저희 플랜에 속하지 않습니다.

1단계: 귀하가 거주하고 있는 주의 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원 조치의 즉각적인 재검토를 요청하십시오. 이 요청은 신속하게 이루어져야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하가 받은 통지서(귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지)에 이 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 또는 제2장에서 귀하가 거주하고 있는 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾으십시오.

가급적 서두르십시오:

- 이의를 제기하려면 퇴원일 *이전에* 늦어도 퇴원 당일 자정까지는 품질 개선 기관에 연락하셔야 합니다.
 - 귀하가 이 마감일을 충족하는 경우, 귀하는 품질 개선 기관으로부터의 결정을 기다리는 동안 퇴원일 *이후*에도 그 비용을 지불함이 없이 병원에 머물드릴 수 있게 됩니다.
 - 이 마감일을 지키지 못하는 경우, 저희에게 연락하십시오. 이 마감일을 충족하지 않은 상태에서 귀하가 예정된 퇴원일 이후에도 병원에 머물기로 결정하는 경우, 귀하는 예정된 퇴원일 후에 받는 병원 진료에 대해 *비용을 지불해야 할 수도 있습니다.*
- 일단 병원 퇴원에 대한 즉각적인 재검토 요청이 접수되면 품질 개선 기관이 저희에게 연락합니다. 저희가 해당 연락을 받은 날의 다음 날 정오까지 귀하에게 **자세한 퇴원 안내문**을 전달해 드리겠습니다. 이 안내문은 귀하의 예정된 퇴원일을 지정하고, 왜 담당 의사, 병원 및 저희가 그 날짜에 귀하가 퇴원하시는 것이 좋다(의학적으로 적절하다)고 생각하는지를 상세히 설명해 드립니다.
- **자세한 퇴원 통지서** 샘플은 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번이나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 받을 수 있습니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.) 또는 <https://www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>에서 온라인으로 샘플 통지를 받을 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 귀하 케이스의 검토를 독립적으로 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(이하 *검토자들*)이 귀하가 서비스 보장이 지속되어야 한다고 생각하시는 이유를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하는 어떠한 서면도 준비하실 필요가 없지만, 원한다면 준비하실 수도 있습니다.
- 검토자들은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 저희와 병원이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자들이 저희에게 귀하의 이의제기를 전달한 날의 다음 날 정오까지 귀하의 예정된 퇴원일을 알려주는 안내문이 귀하에게 발송됩니다. 이 안내문은 왜 담당 의사, 병원 및 저희가 그 날짜에 귀하가 퇴원하시는 것이 좋다(의학적으로 적절하다)고 생각하는지 역시 상세히 설명해 드립니다.

3단계: 품질 개선 기관은 필요한 정보를 모두 확보한 후 만 하루 이내에 귀하의 이의제기에 대한 답변을 제공할 것입니다.**그 답변이 예인 경우 어떻게 됩니까?**

- 독립적인 검토 기관이 귀하의 이의제기를 *승낙*하면, 저희는 귀하의 보장 대상 병원 입원 서비스를 의학적으로 필요한 기간만큼 계속 제공해야 합니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 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.

그 답변이 아니요인 경우 어떻게 됩니까?

- 독립적인 검토 기관이 귀하의 이의제기를 *거절*하면, 이는 그들이 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 말하는 것과 같습니다. 그러면 **귀하의 병원 입원 서비스 보장은 품질 개선 기관이 귀하의 이의제기에 대한 답변을 제공한 다음 날 정오에 종료될 것입니다.**
- 독립적인 검토 기관이 귀하의 이의제기를 *거절*했음에도 귀하가 병원에 머물기로 결정하시면, 귀하는 품질 개선 기관이 귀하의 이의제기에 대한 답변을 제공한 다음날 정오 이후에 받는 병원 케어의 **비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.**

4단계: 귀하의 레벨 1 이의제기가 거부된 경우, 귀하는 재차 이의를 제기하기 원하는지 여부를 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 이의제기를 *거부*했고 *그리고* 귀하가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 머물고 있다면, 귀하는 재차 이의를 제기하실 수 있습니다. 다시 이의를 제기한다는 것은 이의제기 프로세스의 *레벨 2*로 진행함을 의미합니다.

섹션 7.3 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 2 이의제기를 하는 방법

귀하는 레벨 2 이의제기 과정에서 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하게 됩니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의제기를 기각하면, 귀하는 예정된 퇴원일 이후의 체류에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 이 재검토 요청은 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의제기를 *거부*한 날로부터 **60일 이내에** 이루어져야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하의 케어 보장이 종료된 날 이후에도 병원에 머무는 경우에만 하실 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재검토합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 살펴볼 것입니다.

3단계: 귀하의 레벨 2 이의제기 요청이 접수되고 14일 이내에 검토자들은 귀하의 이의제기에 대한 결정을 내리고 이를 귀하에게 통보할 것입니다.

독립적인 검토 기관이 요청을 승낙하는 경우:

- 저희는 품질 개선 기관에 의해 귀하의 첫 번째 이의제기가 기각된 날짜 다음날 정오 이래 받은 병원 케어 비용 중 저희 몫을 귀하에게 **상환**해야 합니다. 저희는 귀하의 병원 입원 치료가 의학적으로 필요한 기간만큼 보장 제공을 지속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며, 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

독립적인 검토 기관이 요청을 거부하는 경우:

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의제기에 내린 결정에 그들이 동의함을 의미합니다. 이를 결정 유지라고 합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다.

4단계: 귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 이의제기를 레벨 3으로 가져갈지를 결정하셔야 합니다.

- 이의제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 3레벨이 있습니다(총 5레벨의 이의제기). 귀하가 레벨 3 이의제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의제기 결정 후 받는 통지서에 안내되어 있습니다.
- 레벨 3 이의제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 이의제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 8 귀하의 보장이 너무 일찍 종료된다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스 보장을 유지하도록 저희에게 요구하는 방법

귀하가 보장 재택 건강 서비스, 전문 영양 케어 또는 재활 치료(종합적 외래환자 재활 시설)를 받고 있는 경우, 귀하는 본인의 질병이나 부상의 진단과 치료를 위해 케어가 필요한 정도만큼 해당 유형의 케어에 대한 보장 서비스를 계속해서 받으실 권리가 있습니다.

저희가 귀하를 위한 3가지 유형의 케어 중 어느 것의 보장을 중단할 때라고 결정하면 저희는 미리 귀하에게 통보해야 합니다. 해당 케어의 보장이 종료되면, *저희는 귀하의 케어를 위한 비용 중 저희 몫 지분을 중단할 것입니다.*

저희가 귀하의 케어 보장을 너무 일찍 종료한다고 생각하시면 귀하는 **저희 결정에 이의를 제기할 수 있습니다.** 이 섹션은 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 8.1 귀하의 보장이 언제 종료될지를 저희는 미리 통보할 것입니다

법률 용어:

Medicare 비보장 통지서. 이는 귀하가 신속 이의제기를 요청할 수 있는 방법을 알려줍니다. 신속 이의제기 요청은 귀하의 케어를 언제 중단할지에 대한 저희 보장 결정의 변경을 정식으로 요청하는 법적 방법입니다.

1. 저희 플랜이 귀하의 케어 보장을 중단하기 적어도 이틀 전에 귀하는 서면 통지를 받게 됩니다. 해당 통지서는 다음 사항을 안내합니다.
 - 귀하를 위한 케어를 저희가 중단할 날짜.
 - 귀하의 케어를 더 오랫동안 계속 보장해 줄 것을 저희에게 요청하기 위해 신속 이의제기를 요청하는 방법.
2. 귀하 또는 귀하의 대리인은 귀하의 통지서 수령 사실을 확인하기 위해 통지서에 서명을 하도록 요청받게 됩니다. 통지서 서명은 오직 귀하가 본인이 보장 종료일에 대한 정보를 고지받았다는 사실만을 나타냅니다. 통지서 서명이 귀하가 플랜의 케어 종료 결정에 동의함을 의미하지는 않습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**섹션 8.2 저희 플랜이 귀하의 보장을 더 오랫동안 제공하도록 하기 위해 레벨 1 이의제기를 하는 방법**

귀하의 케어를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하기 원하는 경우, 귀하는 이의제기 프로세스를 사용해 이 요청을 하셔야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

- 프로세스를 따르십시오.
- 마감일을 충족하십시오.
- 필요한 경우 도움을 요청하십시오. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 또는 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하여 맞춤형 도움을 받으십시오. SHIP 연락처 정보는 제2장 섹션 3에서 확인할 수 있습니다.

레벨 1 이의제기 단계에서는 품질 개선 기관이 귀하의 이의제기를 검토합니다. 이들은 귀하의 케어 종료일이 의학적으로 적절한지 여부를 결정합니다. 품질 개선 기관은 Medicare 가입자를 위해 제공되는 케어를 체크하고 개선을 돕기 위해 연방 정부가 그 비용을 지급하는 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다. 여기에는 특정 종류의 의료 서비스를 중단해야 하는 시점이 언제인지에 대한 플랜 결정의 재검토도 포함됩니다. 이 전문가들은 저희 플랜에 속하지 않습니다.

1단계: 레벨 1 이의제기를 하기: 품질 개선 기관에 연락하여 신속 이의제기를 요청합니다. 이 요청은 신속하게 이루어져야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있습니까?

- 귀하가 받는 통지서(Medicare H/보장 통지서)에 이 기관에 연락할 방법이 나와 있습니다. 또는 제2장에서 귀하가 거주하고 있는 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾으십시오

가급적 서두르십시오:

- 귀하는 품질 개선 기관에 연락하여 Medicare H/보장 통지서상의 발효일 전날 정오까지 이의제기 절차를 개시하셔야 합니다.
- 마감일을 놓치더라도, 이의를 제기하고자 하는 경우에는 여전히 이의 제기 권리가 있습니다. Medicare H/보장 통지에 있는 연락처 정보를 사용하여 품질 개선 기관에 연락하십시오. 귀하가 거주하고 있는 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 제2장에서도 확인할 수 있습니다.

2단계: 품질 개선 기관은 귀하 케이스의 검토를 독립적으로 수행합니다.

법률 용어:

자세한 비보장 사유 안내문. 보장 종료 이유에 대한 세부적 정보를 제공하는 고지입니다.

이 검토 중에 어떤 일이 일어납니까?

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(이하 검토자들)이 귀하가 서비스 보장이 지속되어야 한다고 생각하시는 이유를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

다. 귀하는 어떠한 서면도 준비하실 필요가 없지만, 원한다면 준비하실 수도 있습니다.

- 독립 검토 기관은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 저희 플랜이 제공하는 정보를 검토할 것입니다.
- 저희가 귀하의 서비스 보장을 종료하기로 한 이유를 구체적으로 설명하는 **자세한 비보장 사유 안내문**이 검토자들이 저희에게 귀하의 이의제기를 통보한 당일 이내에 귀하에게 발송됩니다.

3단계: 검토자들은 필요한 모든 정보를 받아본 후 만 하루 내에 결정을 귀하에게 알릴 것입니다.

검토자들이 요청을 승낙하면 어떻게 됩니까?

- 검토자들이 귀하의 이의제기를 승낙하면, 저희는 귀하의 보장 대상 서비스를 의학적으로 필요한 기간만큼 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 귀하의 몫(예: 해당되는 경우 본인부담 공제액 또는 코페이먼트)을 계속해서 지불하셔야 합니다. 귀하의 보장 대상 서비스에는 한도가 적용될 수 있습니다.

검토자들이 요청을 거절하면 어떻게 됩니까?

- 검토자들이 귀하의 이의제기를 거절하면, 귀하의 보장은 저희가 안내드린 날짜에 종료됩니다.
- 귀하가 보장이 종료되는 이 날짜 후에도 재택 건강 케어 또는 전문요양시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하시는 경우에는 이 케어의 비용 전액을 귀하가 지불하셔야 합니다.

4단계: 귀하의 레벨 1 이의제기가 거부된 경우, 귀하는 재차 이의를 제기하기 원하는지 여부를 결정합니다.

- 검토자들이 귀하의 레벨 1 이의제기를 거절했음에도 불구하고 귀하의 케어 보장 종료 후에도 케어 받기를 지속하기로 선택하셨다면, 귀하는 레벨 2 이의제기를 진행하실 수 있습니다.

섹션 8.3 저희 플랜이 귀하의 보장을 더 오랫동안 제공하도록 하기 위해 레벨 2 이의제기를 하는 방법

귀하는 레벨 2 이의제기 과정에서 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하게 됩니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의제기를 기각하면, 귀하는 저희가 안내드린 귀하의 보장 종료일 이후에 받은 귀하의 재택 건강 케어 또는 전문요양시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다.

1단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 이 재검토 요청은 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의제기를 거절한 날로부터 **60일 이내에** 이루어져야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하가 케어 보장이 종료된 날 후에도 계속 케어를 받은 경우에만 할 수 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우**2단계: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재검토합니다.**

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 살펴볼 것입니다.

3단계: 귀하의 이의제기 요청이 접수 된 후 14일 이내에 검토자들은 귀하의 이의제기에 대한 결정을 내리고 이를 귀하에게 통보할 것입니다.

독립 검토 기관이 요청을 승낙하면 어떻게 됩니까?

- 저희는 귀하에게 안내드렸던 보장 종료일 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 저희 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 귀하의 케어가 의학적으로 필요한 기간만큼 저희는 보장 제공을 계속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며, 여기에는 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

독립 검토 기관이 요청을 거부하면 어떻게 됩니까?

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의제기에 내려진 결정에 그들이 동의함을 의미합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨의 이의제기로 진행하는 방법도 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨은 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다.

4단계: 귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 이의제기를 계속할지 여부를 결정하셔야 합니다.

- 레벨 2 이후에는 추가로 3레벨이 있어서 총 5레벨의 이의제기가 있습니다. 귀하가 레벨 3 이의제기를 진행하려는 경우 이를 수행하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의제기 결정 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 이의제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 9 이의제기를 레벨 3, 4, 5로 가져가기

섹션 9.1 의료 서비스 요청을 위한 이의제기 레벨 3, 4, 5

이 섹션에는 귀하가 레벨 1 이의제기와 레벨 2 이의제기를 하였는데 둘 모두 기각된 경우를 위한 설명이 나와 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 품목 또는 의료 서비스의 달러 가액이 특정 최소 수준을 충족하는 경우, 귀하는 추가적 레벨의 이의제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 특정 최소 수준 미만인 경우에는 더 이상 이의제기를 할 수 없습니다. 귀하가 레벨 2 이의제기와 관련하여 받는 답변서에는 레벨 3 이의제기를 요청하는 방법이 안내되어 있을 것입니다.

이의제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의제기는 첫 두 레벨과 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의제기

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

연방 정부 소속 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의제기를 검토한 다음 답변을 제공할 것입니다.

- **행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의제기를 승낙하면, 이로써 이의제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도 있습니다.** 레벨 2 이의제기에서의 결정과는 달리, 저희는 귀하에게 유리한 레벨 3 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 저희 측에서 이의제기하기로 결정하면 레벨 4 이의제기로 진행됩니다.
 - 저희가 이의를 제기하지 *않기*로 결정하면, 저희는 행정법 판사 또는 심판관의 판단을 받은 후 60일 이내에 귀하에게 해당 의료 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
 - 저희가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면, 저희는 귀하에게 레벨 4 이의제기 요청서 사본 및 제반 문서를 보내드릴 것입니다. 저희는 분쟁 대상 의료 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 레벨 4 이의제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- **행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의제기를 거절하면, 이로써 이의제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도 있습니다.**
 - 귀하가 본인의 이의제기를 기각하는 결정을 수락하기로 결정하면 이의제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 레벨 4 이의제기 방법이 안내되어 있습니다.

레벨 4 이의제기

Medicare 이의제기 협의회(협의회)가 귀하의 이의제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- **그 답변이 수락인 경우, 또는 유리한 레벨 3 이의제기 결정을 검토해 달라는 저희의 요청을 협의회가 거부하는 경우, 이로써 이의제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도 있습니다.** 레벨 2에서의 결정과는 달리, 저희는 귀하에게 유리한 레벨 4 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 저희는 이 결정을 레벨 5 이의제기로 진행할지 여부를 결정할 것입니다.
 - 저희가 그 결정에 이의를 제기하지 *않기*로 결정하면 저희는 협의회의 판단을 받은 후 60일 이내에 귀하에게 해당 의료 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
 - 저희가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- **그 답변이 거부인 경우 또는 협의회가 검토 요청을 거부하는 경우, 이로써 이의제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도 있습니다.**
 - 저희가 귀하의 이의제기를 기각하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행하실 수 있습니다. 협의회가 귀하의 이의제기를 거절하는 경우, 귀하가 받는 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의제기로 진행할 수 있는지 여부와 레벨 5 이의제기로 진행하는 방법이 설명되어 있을 것입니다.

레벨 5 이의제기

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의제기를 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토한 다음 귀하의 요청에 대한 **승낙** 또는 **거절**을 결정할 것입니다. 이는 최종 결정이 됩니다. 연방 지방 법원 이후로는 더 이상의 이의제기 단계가 없습니다.

섹션 9.2 파트 D 약 요청을 위한 이의제기 레벨 3, 4, 5

이 섹션에는 귀하가 레벨 1 이의제기와 레벨 2 이의제기를 하였는데 둘 모두 기각된 경우를 위한 설명이 나와 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 약의 가액이 특정 달러 가액을 충족하는 경우, 귀하는 추가적 레벨의 이의제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 적은 경우, 귀하는 더 이상 이의제기를 할 수 없습니다. 귀하가 레벨 2 이의제기에 대해 받는 답변서에는 레벨 3 이의제기를 요청하려면 어디에 연락하고 무엇을 해야 하는지가 안내되어 있습니다.

이의제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의제기는 첫 두 레벨과 거의 동일한 방식으로 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의제기

연방 정부 소속 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의제기를 검토한 다음 답변을 제공할 것입니다.

- 그 답변이 **승낙**이면 이의제기 프로세스는 **종료**됩니다. 저희는 행정법 판사 또는 심판관이 승낙한 약 보장을 72시간(속성 이의제기의 경우 24시간) 이내에 **승인** 또는 **제공**하거나, 저희가 결정을 받은 후 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.
- 그 답변이 **거절**인 경우, 이로써 이의제기 프로세스는 **종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도** 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의제기를 기각하는 결정을 수락하기로 결정하면 이의제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 레벨 4 이의제기 방법이 안내되어 있습니다.

레벨 4 이의제기

Medicare 이의제기 **협의회**(협의회)가 귀하의 이의제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- 그 답변이 **승낙**이면 이의제기 프로세스는 **종료**됩니다. 저희는 협의회가 승낙한 약 보장을 72시간(속성 이의제기의 경우 24시간) 이내에 **승인** 또는 **제공**하거나, 저희가 결정을 전달받은 후 30일 이내에 비용을 지불해야 합니다.
- 그 답변이 **거절**인 경우, 이로써 이의제기 프로세스는 **종료될 수도 있고, 종료되지 않을 수도** 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의제기를 기각하는 결정을 수락하기로 결정하면 이의제기 프로세스는 종료됩니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

- 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행하실 수 있습니다. 협의회가 귀하의 이의제기를 거절하거나 귀하의 이의제기를 기각하는 경우, 해당 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의제기로 진행할 수 있는지 여부가 설명되어 있을 것입니다. 또한 귀하가 이의제기를 진행하기로 선택한 경우 어디에 연락하고 다음에는 무엇을 해야 하는지도 안내할 것입니다.

레벨 5 이의제기

연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의제기를 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토한 다음 귀하의 요청에 대한 **승낙** 또는 **거절**을 결정할 것입니다. 이는 최종 결정이 됩니다. 연방 지방 법원 이후로는 더 이상의 이의제기 단계가 없습니다.

불만 제기하기

섹션 10 케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법

섹션 10.1 불만 제기 프로세스는 어떤 종류의 문제를 취급합니까?

불만 제기 프로세스는 오직 특정 유형의 문제를 위해서만 사용됩니다. 여기에는 케어의 품질, 대기 시간 및 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 여기에 불만 제기 프로세스가 취급하는 문제의 종류들의 예가 나와 있습니다.

불만	예
의료의 품질	• 귀하가 받은 케어(병원에서의 케어 포함)의 품질에 불만이 있습니까?
프라이버시 존중	• 누군가가 귀하의 개인정보 보호 권리를 존중하지 않았거나 기밀정보를 공유했습니까?
불존중, 미흡한 고객 서비스 또는 기타 부정적 행동	• 누군가가 귀하에게 무례하거나 불공손했습니까? • 회원 서비스에 만족하지 않으십니까? • 저희 플랜에서 탈퇴하라는 권유를 받고 있다고 느끼십니까?
대기 시간	• 약속을 받는 데 어려움이 있거나 대기 시간이 너무 길니까? • 의사, 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하를 너무 오랫동안 기다리게 한 적이 있습니까? 아니면 저희 회원 서비스 또는 저희 플랜의 다른 직원이 그렇게 했습니까? ○ 그 예로는 전화상에서, 대기실 또는 검사실에서, 또는 처방을 받을 때의 너무 긴 대기시간 등이 있습니다.

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

불만	예
청결	클리닉, 병원 또는 진료실의 청결 또는 상태에 불만이 있습니까?
저희에게서 받는 정보	- 저희가 귀하에게 필수 통지를 하지 않았습니까? - 저희의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의제기에 관련된 저희 조치의 적시성에 관련된 것입니다)	귀하가 보장 결정 또는 이의제기를 저희에게 요청하였는데 저희가 충분히 신속하게 대응하지 않는다고 생각되는 경우에는 저희의 처리 지연에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 다음은 그 예입니다. - 귀하가 신속 보장 결정 또는 신속 이의제기를 요청했는데 저희가 이를 거절한 경우, 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. - 저희가 보장 결정 또는 이의제기의 마감일을 충족하지 않는다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. - 저희가 승낙 결정된 특정 의료 서비스 또는 약에 대한 보장 또는 상환 마감일을 지키지 않고 있다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. - 저희가 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 전달하는 데 필요한 마감일을 지키지 못했다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.2 불만을 제기하는 방법

법률 용어
- 불만은 다른 말로 고충이라고도 합니다. - 불만 제기는 다른 말로 고충 제기라고 합니다. - 불만 제기 프로세스 사용은 다른 말로 고충 제기 프로세스 사용이라고 합니다. - 신속 불만 제기는 다른 말로 속성 고충 제기라고 합니다.

1단계: 전화 또는 서면으로 즉시 저희에게 연락합니다.

- 일반적으로 첫 번째 단계는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하는 것입니다. 귀하가 수행해야 할 다른 조치가 있다면 회원 서비스에서 알려드릴 것입니다.
- 전화하기를 원치 않는 경우(또는 전화했지만 만족하지 않는 경우), 귀하는 불만 사항을 작성하여 저희에게 보낼 수 있습니다. 귀하가 불만 사항을 작성하여 저희에게 보낸 경우에는 저희도 서면으로 답변드릴 것입니다.
- 저희는 귀하의 건강 상태에 근거해 귀하의 케이스가 요구하는 대로 가능한 한 신속하게 고충을 처리하며, 늦어도 불만 사항을 접수한 후 30일 이내에 처리합니다. 저희는 귀하

제9장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의제기, 불만)이 있는 경우

가 연장을 요구하는 경우 또는 저희가 추가 정보 필요성을 밝히고 그 지연이 귀하의 최선의 이익인 경우 최대 14일까지 이 기간을 연장할 수 있습니다.

- 보장 결정 또는 이의제기에 신속 대응하지 않기로 한 플랜 결정과 관련하여, 또는 저희가 보장 결정 또는 이의제기에 대해 연장 조치를 취하는 경우 속성 고충을 제기할 수 있습니다. 저희는 속성 고충에 24시간 이내에 답변해야 합니다.
- 불만 제기 마감일은 귀하가 불만을 제기하려는 문제가 발생했던 날로부터 60일 이후입니다.

2단계: 저희는 귀하의 불만 사항을 검토하여 저희의 답변을 드립니다.

- 가능하다면 저희는 즉시 답변을 드릴 것입니다. 귀하가 전화로 고충을 제기하면 저희도 같은 전화 통화로 답변을 드릴 수 있습니다.
- 대부분의 불만 사항은 30일 이내에 답변됩니다. 저희가 추가 정보를 필요로 하고 지연이 귀하에게 최선인 경우, 또는 귀하가 추가 시간을 요청하는 경우, 귀하의 불만 사항에 대한 답변을 드리는 데 최대 14일(총 44일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가로 며칠이 더 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다.
- 저희가 귀하의 신속 보장 결정 또는 신속 이의제기 요청을 거절했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 저희는 자동으로 귀하에게 신속 불만 제기 처리를 적용해 드립니다. 귀하에게 신속 불만 제기 처리가 적용된다는 것은 저희가 귀하에게 답변을 24시간 이내에 드린다는 뜻입니다.
- 귀하의 불만 사항 중 일부 또는 전부에 저희가 동의하지 않거나 귀하가 불만을 제기하는 문제에 대한 책임을 저희가 인정하지 않는 경우, 그 사유가 귀하에게 보내는 답변서에 설명될 것입니다.

섹션 10.3 또한 귀하는 케어의 품질에 대한 불만을 품질 개선 기관에 제기하실 수 있습니다

귀하의 불만이 *케어의 품질*에 대한 것인 경우, 귀하는 다음 두 가지 추가 옵션이 있습니다.

- 귀하는 그 불만을 품질 개선 기관에 직접 제기하실 수 있습니다. 품질 개선 기관은 Medicare 환자에게 제공되는 케어를 체크하고 개선하기 위해 연방 정부가 그 보수를 지급하는 개업 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다. 제2장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

또는

- 귀하는 그 불만을 품질 개선 기관과 저희에게 동시에 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.4 또한 귀하의 불만 사항에 대해 Medicare에 연락하실 수도 있습니다

귀하는 Clever Care Total+에 대한 불만 사항을 직접 Medicare에 제출할 수 있습니다. Medicare에 불만사항을 제출하려면 <https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint>(으)로 이동하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

제10장: 플랜 멤버십 종료

제10장: 플랜 멤버십 종료

섹션 1 저희 플랜 멤버십 종료

Clever Care Total+ 플랜 멤버십 종료는 **자발적**(본인의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택 아님)일 수 있습니다.

- 귀하는 탈퇴를 *원하면* 저희 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2 및 3은 자발적 멤버십 종료에 대한 정보를 제공합니다.
- 또한 드물지만 저희가 귀하의 멤버십을 종료시켜야 할 경우도 있습니다. 섹션 5는 저희가 귀하의 멤버십을 종료시켜야 하는 상황에 대해 설명합니다.

귀하가 저희 플랜을 탈퇴하려는 경우, 저희 플랜은 귀하의 의료 및 처방약을 계속 제공해야 하며, 귀하는 본인의 멤버십이 종료될 때까지 비용 부담액을 계속 지불하시게 됩니다.

섹션 2 언제 저희 플랜 멤버십을 종료할 수 있습니까?

섹션 2.1 귀하는 오픈 등록 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다

귀하는 매년 **오픈 등록 기간** 동안 저희 플랜의 멤버십을 종료할 수 있습니다. 이 기간을 활용하여 귀하의 건강 및 약 보장을 검토하고 내년도의 보장에 대해 결정하십시오.

- **오픈 등록 기간은 10월 15일~12월 7일**입니다.
- **현재의 보장을 유지하기로 선택하거나 내년을 위해 보장을 변경하는 선택이 가능합니다.** 귀하가 새로운 플랜으로 변경하기로 결정하면 귀하는 다음 플랜 유형 중에서 선택하실 수 있습니다.
 - 처방약 보장이 되거나 되지 않는 또 다른 Medicare 헬스 플랜.
 - 별도의 Medicare 약 플랜이 **있**/는 Original Medicare.
 - 별도의 Medicare 약 플랜이 **없**는 Original Medicare.
 - 이 옵션을 선택하고 Extra Help(추가 도움)를 받으시면, Medicare는 귀하가 자동 등록을 해제하지 않는 한 귀하를 약 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: 귀하가 Medicare 약 보장에서 탈퇴했고 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일이 지나가게 되면, 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다.

- 새 플랜의 보장이 1월 1일에 시작될 때 **저희 플랜에 대한 귀하의 멤버십은 종료됩니다.**

제10장: 플랜 멤버십 종료**섹션 2.2 귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다**

귀하는 매년 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 귀하의 건강 보장을 ~~한 번~~ 변경할 수 있습니다.

- **Medicare Advantage 오픈 등록 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지이며, 또한 MA 플랜에 가입한 신규 Medicare 수혜자의 경우 파트 A 및 파트 B에 대한 자격 부여 달부터 자격 부여 3번째 달의 마지막 날까지입니다.
- **Medicare Advantage 오픈 등록 기간에** 귀하는 다음을 수행하실 수 있습니다.
 - 약 보장 여부에 관계없이, 또 다른 Medicare Advantage Plan으로 전환.
 - 저희 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare를 통해 보장을 획득. 이 기간에 Original Medicare로 전환하면, 해당 시점에 별도의 Medicare 약 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 귀하가 다른 Medicare Advantage 플랜에 등록하거나 저희가 귀하의 Original Medicare 전환 요청을 접수한 다음 달의 첫째 날에 **귀하의 멤버십이 종료됩니다**. 또한 귀하가 Medicare 약 플랜에 등록하기로 선택하는 경우, 이 약 플랜 멤버십은 해당 약 플랜이 귀하의 등록 요청을 접수한 다음 달의 첫째 날부터 시작됩니다.

섹션 2.3 특정 상황에서 귀하는 특별 등록 기간에 멤버십을 종료할 수 있습니다

특정 상황에서 Clever Care Total+ 회원은 연도 중 언제든지 멤버십을 종료할 자격이 있을 수 있습니다. 이를 **특별 등록 기간**이라고 합니다.

귀하가 다음 상황 중 하나에 해당된다면, **귀하에게는 특별 등록 기간에 멤버십을 종료할 자격이 있을 수 있습니다**. 이는 단지 예시일 뿐입니다. 전체 목록은 저희 플랜에 문의하거나, Medicare에 전화하거나, www.Medicare.gov를 방문하실 수 있습니다.

- 보통, 이사할 때
- 귀하가 Medi-Cal을 갖고 있는 경우
- Medicare 약 보장에 대한 Extra Help(추가 도움)를 받을 자격이 있는 경우
- 저희가 귀하와의 계약을 위반한 경우
- 귀하가 요양원 또는 장기 케어(LTC) 병원 같은 기관에서 케어를 받고 있는 경우

참고: 귀하가 약 관리 프로그램에 든 경우, 귀하는 플랜을 변경할 수 없습니다. 약 관리 프로그램은 제5장, 섹션 9에 자세히 설명되어 있습니다.

등록 기간은 귀하의 상황에 따라 달라집니다.

본인이 특별 등록 기간의 자격이 있는지 확인하려면 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 특별 상황으로 인해 멤버십을 종료할 자격이 생기는 경우, 귀하는 Medicare 건강 보장과 처방약 보장을 모두 변경하기로 선택할 수 있습니다. 다음 옵션이 가능합니다.

- 약 보장이 되거나 되지 않는 또 다른 Medicare 헬스 플랜.
- 별도의 Medicare 약 플랜이 있는 Original Medicare.

제10장: 플랜 멤버십 종료

- 별도의 Medicare 약 플랜이 **없**는 Original Medicare.

참고: 귀하가 Medicare 약 보장에서 탈퇴했고 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63일 이상 지나가게 되면, 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다.

- 저희 플랜 변경 요청이 접수된 다음 달의 첫째 날에 일반적으로 멤버십이 종료됩니다.
- 약 보장 비용 지불을 위해 Medicare로부터 Extra Help(추가 도움)를 받는 경우, 귀하가 Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 약 플랜에 등록하지 않으면, 귀하가 자동 등록을 해제하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

섹션 2.4 멤버십을 종료할 수 있는 시점에 관한 자세한 정보 얻기

멤버십 종료에 대해 궁금한 점이 있는 경우 다음과 같이 하실 수 있습니다.

- 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화합니다.
- *Medicare & You 2026* 핸드북에서 정보를 찾습니다.
- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화합니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화합니다.

섹션 3 저희 플랜 멤버십을 종료하는 방법

아래 표는 귀하가 저희 플랜에서 멤버십을 어떻게 종료할 수 있는지 설명합니다.

플랜에서 다음으로 전환하기 위해	해야 할 일은 다음과 같습니다.
다른 Medicare 헬스 플랜	• 새로운 Medicare 헬스 플랜에 등록합니다. • 새로운 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Total+에서 등록이 해제될 것입니다.
별도의 Medicare 약 플랜이 없 는 Original Medicare.	• 새로운 Medicare 약 플랜에 등록합니다. • 새로운 약 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Total+에서 등록이 해제될 것입니다.

제10장: 플랜 멤버십 종료

플랜에서 다음으로 전환하기 위해	해야 할 일은 다음과 같습니다.
별도의 Medicare 약 플랜이 없 는 Original Medicare.	• 저희에게 탈퇴 요청서를 보내주십시오. 방법에 대한 추가 정보는 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. • 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다. • Original Medicare의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 Clever Care Total+에서 탈퇴 처리될 것입니다.

섹션 4 멤버십이 종료될 때까지 귀하는 의료 품목, 서비스 및 약을 계속해서 저희 플랜을 통해 받으셔야 합니다

귀하는 회원 자격이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 시작될 때까지는 의료 서비스, 품목 및 처방약을 계속해서 저희 플랜을 통해 보장받으셔야 합니다.

- 계속해서 저희 네트워크 내 서비스 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.
- 네트워크 약국을 계속 이용하여 또는 우편 주문처방약을 조제하십시오.
- 귀하의 멤버십이 종료되는 날에 입원하시는 경우, 귀하의 병원 체류는 귀하가 퇴원할 때까지 저희 플랜이 보장할 것입니다(귀하의 퇴원일이 새로운 건강 보장이 시작된 이후인 경우에도).

섹션 5 Clever Care Total+는 특정 상황의 경우 저희 플랜 멤버십을 종료시켜야 합니다

Clever Care Total+ 다음 상황 중 하나가 발생하는 경우 저희 플랜 멤버십을 종료시켜야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare 파트 A와 파트 B를 갖고 있지 않는 경우.
- 귀하가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 귀하가 6개월 이상 동안 서비스 지역을 벗어난 경우.
 - 귀하가 이사 또는 장기 출타하는 경우, 귀하는 회원서비스부에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하여 귀하가 이사 또는 출타하려는 장소가 저희 플랜의 지역 안에 있는지 확인해야 합니다.
- 귀하가 플랜의 특별 자격 요건을 충족하지 않는 경우.
 - 심혈관 장애, 만성 심부전 또는 당뇨병으로 진단을 받은 경우. 또한 PCP는 플랜을 통해 진단을 확인해야 합니다.

제10장: 플랜 멤버십 종료

- 귀하가 구금되는(감옥에 가는) 경우.
- 귀하가 더 이상 미국 시민권자가 아니거나 미국에 합법적으로 거주하지 않는 경우.
- 귀하가 기존에 갖고 있었던 처방약 보장을 제공하는 다른 보험의 존재에 대해 거짓말하거나 관련 정보를 숨긴 경우.
- 귀하가 저희 플랜에 등록할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하여 그 정보가 저희 플랜과 관련한 귀하의 자격에 영향을 미치는 경우. (저희는 먼저 Medicare로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 귀하가 지속적으로 비협조적으로 행동하여 저희가 귀하와 저희 플랜의 다른 회원들을 위해 의료를 제공하는 것이 곤란한 경우. (저희는 먼저 Medicare로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 귀하가 타인으로 하여금 본인의 멤버십 카드를 사용해 의료를 받게 한 경우. (저희는 먼저 Medicare로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
 - 저희가 이런 이유 때문에 귀하의 멤버십을 종료시키는 경우, Medicare는 귀하의 케이스를 감사총장에게 조사하도록 할 수 있습니다.
- 귀하의 소득 때문에 추가 파트 D 금액 납부가 요구되는데 납부가 이루어지지 않은 경우, Medicare가 귀하를 저희 플랜에서 탈퇴시키고 귀하는 약 보장을 상실하게 됩니다.

저희가 언제 귀하의 멤버십을 종료시킬 수 있는지에 대한 질문이 있거나 자세한 정보를 원하시면 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오.

섹션 5.1 등록에 필요한 질환이 더 이상 없는 경우를 제외하고 저희는 건강 관련 이유로 귀하에게 저희 플랜의 탈퇴를 요구할 수 없습니다 Clever Care Total+

대부분의 경우, Clever Care Total+은(는) 건강과 관련한 이유로 귀하에게 저희 플랜의 탈퇴를 요구할 수 없습니다. 이를 할 수 있는 유일한 때는 귀하가 더 이상 질환Clever Care Total+에 등록하는 데 필요한 이(가) 없는 경우입니다.

이런 일이 발생하는 경우 어떻게 해야 합니까?

건강 관련 이유 때문에 저희 플랜을 탈퇴하도록 요구받고 있다고 생각되면 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

섹션 5.2 귀하는 저희가 귀하의 플랜 멤버십을 종료시키는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다

저희가 귀하의 플랜 멤버십을 종료시키는 경우, 저희는 귀하의 멤버십 종료 사유를 서면으로 통보해야 합니다. 저희는 또한 멤버십을 종료시키기로 한 저희 결정에 대해 귀하가 고충 또는 불만을 제기할 수 있는 방법도 설명해야 합니다.

제11장 법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지

본 **보장 범위 증명서**에 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. 이는 그 법률들이 본 문서에 포함 또는 설명되지 않는 경우에도 귀하의 권리와 책임에 영향을 미칠 수 있습니다.

섹션 2 차별 금지에 대한 고지

저희는 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**. 저희 플랜 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관들은 1964년 민권법의 타이틀 VI, 1973년 재활법, 1975년 연령차별법, 미국장애인법, 부담 가능 케어법의 제1557조, 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 귀하 지역의 민권실로 전화하십시오. 또한 보건복지부의 민권실 웹사이트 <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>에서 정보를 확인하는 것도 가능합니다.

장애가 있어서 케어 이용에 도움이 필요한 경우 회원 서비스에 1-833-808-8164(TTY 사용자는 711)번으로 전화하십시오. 휠체어 접근성 관련 문제 같은 불만이 있는 경우, 회원 서비스가 도움을 드릴 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지

저희는 Medicare가 일차 지불자가 아닌 보장 대상 Medicare 서비스를 위해 징수할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR의 제422.108 및 423.462조에서의 CMS 규제에 따라, Medicare Advantage 기관으로서의 Clever Care Total+은(는) 42 CFR의 파트 411의 서브파트 B~D의 CMS 규정에 의거 보건복지부장관이 가진 것과 같은 회수권을 행사할 것이며 이 조에 확립된 규칙이 주 법률에 우선합니다.

섹션 4 초과 지불 회수

저희는 서비스 비용 초과 지불을 그런 초과 지불을 받은 사람으로부터 또는 해당 서비스의 비용을 지불할 의무가 있는 사람이나 기관으로부터 회수할 권리가 있습니다. 초과 지불을

제11장 법적 고지

받은 개인, 서비스 제공자 또는 법인이나 해당 서비스 지불에 대한 법적 책임이 있는 기관으로부터 회수를 추구할 수 있습니다. 모든 회수 노력은 해당 법률에 따라 실시됩니다.

섹션 5 사기, 낭비 및 남용 신고

귀하는 의료 사기를 예방하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

National Health Care Anti-Fraud Association은 의료 사기로 인한 피해액이 하루 1억 달러 정도라고 추산하고 있습니다. 귀하는 의심스러운 활동을 보고하여 Clever Care Health Plan, Inc.이나 저희가 의료 사기를 예방, 탐지 및 해결하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 잠재적인 의료 사기일 수 있는 상황을 신고함으로써 귀하는 의료 시스템의 비용을 절약하는 데 일조하실 수 있습니다.

의료 사기, 낭비 및 남용이란 무엇입니까?

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.

예시: 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 헬스 플랜 번호 또는 은행 정보를 모르는 또는 신뢰하지 않는 사람에게 주지 마십시오.
- 의사의 지시 없이는 검사실 검사에 동의하지 마십시오.
- 의료 서비스와 교환으로 유가물을 받는 것은 불법입니다.

유전자 검사 사기에 주의하십시오

사기꾼은 헬스 페어, 시니어 하우스 시설 및 기타 신뢰할 만한 장소에서 유전자 검사 사기를 하기 위해 의심하지 않는 가입자들에게 접근합니다. 그들은 Medicare가 검사 비용을 지불할 것이기 때문에 귀하는 입안 면봉, 신분증과 Medicare 정보만 제공하면 귀하의 검사 결과를 받을 수 있다고 거짓 약속합니다.

귀하가 승인되지 않은 유전자 검사와 관련된 사기의 피해자가 되는 경우, 사기꾼들은 귀하가 받은 적이 없는 서비스에 대해 Medicare에 수천 달러를 청구하는 데 사용할 수 있는 귀하의 개인 및 유전자 정보에 접근할 수 있습니다.

제11장 법적 고지**잠재적인 사기, 낭비, 남용(FWA) 신고**

Clever Care는 잠재적인 FWA 문제를 보고할 수 있는 다양한 방법을 제공합니다. 신고 방법에 대한 자세한 내용을 확인하려면 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com을 방문하세요.

섹션 6 중요한 건강 정보를 조정하는 데 도움이 되는 Manifest MedEx에 대한 고지

Clever Care Health Plan, Inc.은(는) 비영리 건강 정보 교환(HIE) 시스템인 Manifest MedEx(MX)와 제휴하여 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 저희 회원을 치료할 때 중요한 건강 정보를 조정하고 공유할 수 있도록 지원합니다.

MX는 다양한 의료 서비스 제공자의 정보를 한 곳으로 취합하므로, 치료 제공자는 귀하의 치료와 관련하여 더 나은 결정을 내리기 위해 필요한 정보에 신속하게 액세스할 수 있습니다.

회원으로 가입하면 귀하는 자동으로 해당 프로그램에 등록됩니다. 그러나 귀하의 건강 정보를 다른 서비스 제공자에게 공개하고 싶지 않다면 “거부”를 선택하실 수도 있습니다. MX 등록을 거부하실 경우, 귀하는 주치의와 Clever Care 간호 케어 매니저를 포함한 담당 의료팀이 MX 시스템을 통해 귀하의 건강 기록에 액세스할 수 없도록 선택하시는 것입니다. 한 서비스 제공자의 MX 등록만을 거부하더라도, 이는 긴급 상황 발생 시 귀하의 정보가 어떤 서비스 제공자와도 공유되지 않을 것임을 의미합니다.

참여를 거부하시는 방법은 세 가지가 있습니다.

- Manifest MedEx 지원팀에 1 (800) 490-7617번으로 전화합니다.
- 사이트 <https://www.manifestmedex.org/opt-out>에서 온라인으로 MX의 온라인 양식을 작성합니다.
- 양식 작성 및 스캔은 <https://www.manifestmedex.org/opt-out-2>에서 가능합니다.

귀하의 참여 또는 참여 거부(등록 거부)와 관련한 선택은 의료 서비스 이용에는 영향을 미치지 않습니다. 그러나 귀하가 참여하여 보다 유기적인 케어 혜택을 누리시기 바랍니다.

제12장 정의**제12장 정의**

외래 수술 센터 – 외래 수술 센터는 입원이 요구되지 않고 이 센터에 24시간 이하의 체류가 예상되는 환자들에게 외래환자 수술 서비스를 제공할 목적만을 위해 운영되는 기관.

이의제기 – 이의제기란 귀하가 의료 서비스 또는 처방약 보장 또는 귀하가 이미 받은 서비스 또는 약의 비용 지불 요청을 거부한 저희 결정에 동의하지 않는 경우에 취하실 수 있는 행동을 말합니다. 귀하는 또한 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 저희 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다.

차액 청구 – 서비스 제공자(예: 의사 또는 병원)가 환자에게 당사 플랜의 허용 비용 분담액보다 더 많이 과금하는 경우, Clever Care Total+의 회원으로서 귀하는 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스를 받을 때 본인의 비용 분담 금액만 지불하시면 됩니다. 저희는 서비스 제공자들이 **차액 청구**, 즉 귀하가 지불해야 한다고 플랜이 말하는 비용 분담액보다 더 많이 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

혜택 기간 - 저희 플랜과 Original Medicare가 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 병원 입원 치료(또는 SNF에서의 전문 케어)를 연속 60일 동안 받지 않은 시점에 끝납니다. 한 혜택 기간이 끝난 후 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어가면 새 혜택 기간이 시작됩니다.귀하는 각 혜택 기간 동안 병원 입원 본인부담 공제액을 지불하셔야 합니다. 혜택 기간의 횟수에는 한도가 없습니다.

생물학적 제품 – 동물 세포, 식물 세포, 박테리아 또는 효모와 같은 천연 및 살아 있는 공급원으로 만들어진 처방약. 생물학적 제품은 다른 약보다 더 복잡하며 정확하게 복사할 수 없으므로 대체 형태를 바이오시밀러라고 합니다(“오리지널 생물학적 제품” 및 “바이오시밀러” 참조).

바이오시밀러 – 오리지널 생물학적 제품과 매우 유사하지만 동일하지 않은 생물학적 제품. 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제품만큼 안전하고 효과적입니다. 일부 바이오시밀러는 새로운 처방 없이 약국에서 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다(“교환 가능한 바이오시밀러” 참조).

상표약 – 해당 약을 애초에 연구 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약. 상표약은 일반 버전의 약과 동일한 활성 성분 제제를 갖습니다. 그러나 일반 약품은 다른 약 제조업체가 제조하여 판매하며 일반적으로 상표약의 특허가 만료된 후까지 나오지 않습니다.

재난적 보장 단계 – 파트 D 약 혜택의 단계 가운데 귀하가(또는 다른 유자격자가 귀하를 대신하여) 당해 보장 연도 동안 파트 D 보장 대상 약에 대해 \$2,100를 지출했을 때 시작되는 단계.이 지불 단계 동안, 귀하는 보장 파트 D 약그리고 당사의 높아진 혜택으로 보장되는 제외된 약에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS) – Medicare를 시행하는 연방 기관.

만성 질환 관리 특수 요구 플랜(C-SNP) – C-SNP는 특정 중증 및 만성 질환이 있는 MA 적격자로의 등록을 제한하는 SNP입니다.

코인슈어런스 – 귀하가 지불할 것이 요구되는 금액으로, 귀하가 본인부담 공제액을 지불한 후 의료 서비스 또는 처방약 비용에 대한 귀하의 몫으로서 백분율(예: 20%)로 표시되는 지불액.

제12장 정의

불만 - 불만 제기의 정식 명칭은 **고충 제기**입니다. 불만 제기 프로세스는 오직 특정 유형의 문제를 위해서만 사용됩니다. 여기에는 케어의 품질, 대기 시간 및 받은 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 당사의 플랜이 이의제기 절차의 정해진 기간을 따르지 않는 경우에 대한 불만 제기도 포함됩니다.

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.

코페이먼트(또는 코페이) - 의사의 방문, 병원 외래환자 방문 또는 처방약 같은 의료 서비스 또는 용품의 비용 중 귀하의 몫으로 지불할 것이 요구될 수 있는 금액. 코페이먼트는 퍼센트가 아닌 일정 금액(예: \$10)입니다.

비용 부담 - 비용 부담이란 서비스나 약을 받을 때 회원이 지불해야 하는 금액을 가리킵니다.(이는 당사 플랜의 월 보험료에 추가되는 것입니다.) 비용 부담에는 1) 서비스 또는 약을 보장하기 전에 플랜이 부과할 수 있는 본인부담 공제액, 2) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는 고정된 코페이먼트 금액, 또는 3) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는, 서비스 또는 약을 위해 지불되는 총 금액의 퍼센트인 코인슈런스 금액 등 세 가지 유형의 지불액의 조합이 포함됩니다.

비용 부담 계층 - 보장 대상 의약품 목록에 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 부담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 부담 계층이 높을수록 약을 위한 귀하의 비용도 더 높아 집니다.

보장 판정 - 귀하를 위해 처방된 약이 당사 플랜에 의해 보장되는지 및 해당하는 경우 귀하가 처방약에 대해 지불해야 하는 금액에 대한 결정. 일반적으로, 귀하가 처방전을 약국에 가져갔는데 약국이 그 처방약은 당사의 플랜에 의거 보장되지 않는다고 말해도 그것은 보장 판정이 아닙니다. 귀하는 당사의 플랜에 전화하거나 우편을 보내 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판정을 이 문서에서는 **보장 결정**이라고 합니다.

보장 대상 약 - 저희 플랜이 보장하는 모든 처방약을 의미하기 위해 저희가 사용하는 용어.

보장 대상 서비스 - 저희 플랜이 보장하는 모든 의료 서비스와 용품을 의미하기 위해 저희가 사용하는 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 - 평균적으로 적어도 Medicare의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해줄 것으로 예상되므로 Medicare의 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 귀하가 전문 의료 케어 또는 전문 영양 케어를 필요로 하지 않는 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 상황에서 제공되는 개인적 케어입니다. 전문 기량이나 훈련을 갖추지 않은 사람이 제공할 수 있는 보호 케어에는 목욕, 옷입기, 식사, 침대 또는 의자 들락거리기, 돌아다니기 및 화장실 이용과 같은 일상 활동에 대한 보조가 포함됩니다. 보호 케어에는 점안약 사용 같이 대부분의 사람들이 스스로 하는 종류의 보건 관련 케어도 포함됩니다. Medicare는 보호 케어 비용은 지불하지 않습니다.

일 비용 부담율 - 의사가 귀하를 위해 특정 약의 1개월분 미만 분량을 처방할 때는 일 비용 부담율이 적용될 수 있고 귀하는 코페이먼트를 지불할 것이 요구됩니다. 일 비용 부담율은 코페이먼트의 월 분량을 일수만큼 나눈 것입니다. 다음은 그 예입니다. 약 1개월분의 코페

제12장 정의

이먼트가 \$30이고 당사의 플랜에서 1개월분이 30일인 경우, 귀하의 일 비용 분담율은 일당 \$1입니다.

본인부담 공제액 – 저희 플랜이 지불하기 전에 귀하가 의료 서비스 또는 처방약에 대해 지불해야 하는 금액.

탈퇴하기 또는 탈퇴 – 저희 플랜 멤버십을 종료하는 프로세스.

조제 수수료 – 처방약을 짓는 비용(예: 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 인건비)을 지불하기 위해 보장 대상 약을 조제할 때마다 부과되는 수수료.

이중 자격 특수 필요 플랜(D-SNP) – D-SNP는 Medicare(사회보장법의 타이틀 XVIII)와 Medicaid(타이틀 XIX)에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있는 사람을 등록합니다. 주 정부는 주 정부 및 사람의 자격에 따라 일부 Medicare 비용을 부담합니다.

이중 자격 개인 – Medicare 및 Medicaid 보장을 받을 자격이 있는 사람.

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.

응급 – 응급이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 귀하의 생명 상실(귀하가 임산부인 경우 태아의 상실), 사지 상실, 또는 사지 기능의 상실 또는 신체 기능의 상실이나 심각한 손상을 예방하기 위해 즉각적인 의학적 주의가 요구되는 증상이 귀하에게 있다고 믿을 때입니다. 의학적 증상은 질병, 부상, 심한 통증 또는 급속히 악화되고 있는 상태일 수 있습니다.

응급 치료 – 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, 저희의 의무, 플랜 회원으로서 귀하의 권리 및 책임을 설명하는 본 문서와 귀하의 등록서 및 기타 첨부, 부속 문서 또는 기타 선택된 옵션 보장.

예외 – 승인되면 귀하가 저희 처방집에 없는 약을 받을 수 있도록 하거나(처방집 예외) 또는 비선택 약을 더 낮은 비용 분담 레벨에서 받을 수 있도록(계층 예외) 하는 일종의 보장 결정. 귀하는 또한 저희 플랜이 귀하가 요청하고 있는 약을 받기 전에 다른 약을 시도할 것을 요구하는 경우, 저희 플랜이 특정 약에 대한 사전 승인을 요구하고 있으나 귀하는 이 기준 및 제한을 면제해 줄 것을 원하는 경우, 또는 저희 플랜이 귀하가 요청하고 있는 약의 수량 또는 정량을 제한하는 경우에도 예외를 요청하실 수 있습니다(처방집 예외).

Extra Help(추가 도움) – 소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 본인 부담액 및 코인슈런스 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하는 것을 돕기 위한 Medicare 프로그램.

일반 약 – 상표약과 동일한 활성 성분을 함유하는 것으로 미국 식품의약청(FDA)에 의해 승인된 처방약. 일반적으로, 일반 약품은 상표약만큼 효과가 있으며 보통 가격이 저렴합니다.

고충 - 케어의 품질 관련 불만을 포함해 저희 플랜, 서비스 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 일종의 불만 사항. 여기에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다.

재택 건강 조수 – 개인적 케어(예: 목욕, 화장실 이용, 옷입기 또는 처방된 운동 수행)의 도움 같이 면허 간호사 또는 요법사의 기량을 필요로 하지 않는 서비스를 제공하는 사람.

제12장 정의

호스피스 - 의학적으로 말기 진단을 받은 상태, 즉 기대 수명이 6개월 이하인 회원을 대상으로 특별 케어를 제공하는 혜택의 종류. 당사의 플랜은 귀하에게 귀하 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 납부하면 여전히 저희 플랜의 회원입니다. 귀하는 의학적으로 필요한 모든 서비스뿐만 아니라 저희가 제공하는 보충 혜택도 여전히 받을 수 있습니다.

병원 입원환자 체류 - 전문 의료 서비스를 위해 병원에 정식으로 입원했을 때의 병원 체류. 병원에 하룻밤 체류해도 외래환자로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월 조정액(IRMAA) - 2년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득이 특정 금액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액과 IRMAA로도 알려져 있는 소득 관련 월 조정액(Income Related Monthly Adjustment Amount)을 납부하셔야 합니다. IRMAA는 귀하의 보험료에 추가되는 추가 부과금입니다. 이는 Medicare 보유자의 5% 미만에서 해당되므로 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 납부하지 않아도 됩니다.

초기 보장 단계 - 이는 해당 연도의 본인 부담 비용이 본인 부담 한도 금액에 도달하기 전의 단계입니다.

초기 등록 기간 - 처음으로 Medicare 자격 요건을 갖추었을 때 Medicare 파트 A 및 파트 B에 가입할 수 있는 기간. 65세가 될 때 Medicare 자격이 있는 경우, 귀하의 초기 등록 기간은 65세가 되는 달의 3개월 전에 시작되는 7개월 기간으로서, 65세가 되는 달이 포함되고 65세가 되는 달 3개월 후에 끝납니다.

기관 특수 필요 플랜(I-SNP) - I-SNP는 지역사회에 거주하지만 시설이 제공하는 치료 수준이 필요하거나 특정 장기 시설에서 최소 90일 이상 연속으로 거주(또는 거주할 것으로 예상됨)하는 MA 적격자로 등록을 제한합니다. I-SNP에는 다음과 같은 유형의 플랜이 포함됩니다. 기관 등가 SNP(IE-SNP) 하이브리드 기관 SNP(HI-SNP) 및 시설 기반 기관 SNP(FI-SNP).

기관 등가 특수 필요 플랜(IE-SNP) - IE-SNP는 지역사회에 거주하지만 시설이 제공하는 치료 수준이 필요한 MA 적격자로 등록을 제한합니다.

교환 가능한 바이오시밀러 - 자동 교환 가능성에 대한 추가 요건을 충족하기 때문에 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 바이오시밀러 제품의 대체품으로 사용할 수 있는 바이오시밀러. 약국에서 자동 대체는 주 법률의 적용을 받습니다.

보장 대상 약 목록(처방집 또는 약 목록) - 플랜이 보장하는 처방약의 목록.

저소득 보조금(LIS) - “Extra Help(추가 도움)”를 참조하십시오.

제조업체 할인 프로그램 - 보장 대상 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 약 제조업체가 당사 플랜 전체 비용의 일부를 지불하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 약 제조업체 사이의 계약에 근거합니다.

최대 공정 가격 - Medicare가 선택한 약에 대해 협상한 가격.

가입자 부담 최대 한도액 - 네트워크 내 보장 대상 파트 A 및 파트 B 서비스를 위해 역년 동안에 지불하는 최대 본인 부담 비용 금액입니다. 귀하가 당사의 플랜 보험료, Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 처방약을 위해 지불하는 금액은 가입자 부담 최대 한도액에 상되지 않습니다. 보장 대상 파트 A 및 파트 B 의료 서비스에 대한 가입자 부담 최대 한도액에 추가하여, 특정 유형의 서비스에 대해서도 가입자 부담 최대 한도액이 있습니다.

Medicaid(즉, 의료 지원) - 소득이 낮고 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 합동 프로그램. 주 정부 Medicaid 프로그램의 형태는 서로 다르지만,

제12장 정의

귀하가 Medicare와 Medicaid 모두의 자격이 있는 경우에는 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학적으로 인정되는 지시 – FDA의 승인을 받거나 미국 병원 처방집 서비스 약 정보 및 Micromedex DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 준거에 의해 입증된 약 사용.

의학적으로 필요한 – 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 표준 관행을 충족하는 서비스, 용품 또는 약.

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

Medicare Advantage 오픈 등록 기간 – 각 연도에 Medicare Advantage 플랜 회원이 자신의 플랜 등록을 취소하고 다른 Medicare Advantage 플랜으로 전환하거나 또는 Original Medicare를 통한 보장을 득할 수 있는 1월 1일~3월 31일의 기간. 이 기간에 Original Medicare로 전환하기로 선택하면, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다. 또한 Medicare Advantage 오픈 등록 기간은 사람들이 Medicare를 위한 자격을 처음 갖춘 후의 3개월 기간 동안도 해당됩니다.

Medicare Advantage(MA) 플랜 – 때때로 Medicare 파트 C라고도 함. 모든 Medicare 파트 A 및 파트 B 혜택을 귀하에게 제공하도록 Medicare와 계약된 사기업이 제공하는 플랜. Medicare Advantage 플랜은 i) HMO, ii) PPO, iii) 사설 행위별수가제(PFFS) 플랜 또는 iv) Medicare Medical Savings Account(MSA) 플랜일 수 있습니다. 이러한 유형의 플랜 중에서 선택하는 것 외에도, 특수 필요 플랜(SNP) 역시 Medicare Advantage HMO 또는 PPO 플랜이 될 수 있습니다. 대부분의 경우에 Medicare Advantage 플랜들은 Medicare 파트 D (처방약 보장)도 제공합니다. 이러한 플랜들은 **처방약 보장 포함 Medicare Advantage 플랜**으로 불립니다.

Medicare 비용 플랜 – Medicare 비용 플랜은 법의 섹션 1876(h)에 의거한 비용 상환 계약에 따라 Health Maintenance Organization(HMO) 또는 Competitive Medical Plan(CMP)에서 운영하는 플랜입니다.

Medicare 보장 대상 서비스 – Medicare 파트 A 및 파트 B가 보장하는 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 B에서 보장 가능한 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare 보장 대상 서비스라는 용어에는 Medicare Advantage 플랜에서 제공할 수 있는 시력, 치과 또는 청력 케어와 같은 추가 혜택은 포함되지 않습니다.

Medicare 헬스 플랜 – Medicare 헬스 플랜은 당 플랜에 등록된 Medicare 보유자들에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하도록 Medicare와 계약한 민간 기업이 제공합니다. 이 용어는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 특수 필요 플랜, 시범/파일럿 프로그램 및 노인을 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE)을 포함합니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D) – Medicare 파트 A 또는 파트 B가 보장하지 않는 외래환자 처방약, 백신, 생물학적 제제 및 일부 용품의 비용 지불을 돕는 보험.

약물 치료 관리(MTM) 프로그램 – 특정 요건을 충족하거나 약 관리 프로그램에 참여하는 사람들에게 제공되는 복잡한 건강상의 필요를 위한 Medicare 파트 D 프로그램. MTM 서비스에는 일반적으로 약사 또는 의료 서비스 제공자와 상의하여 약물을 검토하는 것이 포함됩니다.

Medigap 보험(Medicare 보충 보험) – Original Medicare에서의 갭을 메우기 위해 사립 보험 회사들이 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 보험은 Original Medicare와 함께만 기능합니다. (Medicare Advantage 플랜이 Medigap 보험은 아닙니다.)

제12장 정의

회원(저희 플랜의 회원, 또는 플랜 회원) – 보장 대상 서비스를 받을 자격이 있고, 저희 플랜에 등록하였으며, 그 등록이 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)에 의해 확인된 Medicare 보유자.

회원서비스부 – 저희 플랜에서 멤버십, 혜택, 고충 및 이의제기에 대한 귀하의 질문에 대답할 책임이 있는 부서.

네트워크 내 약국 – 저희 플랜 회원들이 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사와 계약된 약국. 대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 그것이 저희 네트워크 약국 중 하나에서 지어지는 경우에만 보장됩니다.

네트워크 내 서비스 제공자 – 서비스 제공자는 Medicare 및 주 정부에 의해 의료 서비스를 제공하도록 면허 또는 인증된 의사, 다른 의료 전문가, 병원 및 기타 보건 시설입니다. **네트워크 내 서비스 제공자**는 비용 전액으로 저희 지불액을 수락하고 일부 경우에는 저희 플랜 회원들에게 서비스를 조율 및 제공하도록 하는 계약을 저희 플랜과 맺고 있습니다. 네트워크 내 서비스 제공자를 **플랜 서비스 제공자**라고도 합니다.

오픈 등록 기간 – 회원들이 자신의 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 전환할 수 있는 매년 10월 15일~12월 7일의 기간.

기관 판정 – 품목 또는 서비스가 보장 대상인지 여부 또는 귀하가 보장 대상 품목 또는 서비스를 위해 얼마나 지불해야 하는지에 대해 저희 플랜이 내리는 결정. 기관 판정을 이 문서에서는 보장 결정이라고 합니다.

오리지널 생물학적 제품 – FDA의 승인을 받았으며 바이오시밀러 버전을 만드는 제조업체에 대한 비교 역할을 하는 생물학적 제품. 이것은 대조약이라고도 합니다.

Original Medicare(전통적 Medicare 또는 Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare는 정부가 제공하며 Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 민간 헬스 플랜이 아닙니다. Original Medicare에 의거, Medicare 서비스는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에게 의뢰가 정한 지불액을 지불함으로써 보장됩니다. 귀하는 Medicare를 수락하는 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자를 볼 수 있습니다. 귀하는 본인부담 공제액을 지불해야 합니다. Medicare는 Medicare 승인 금액 중 자기 몫을 지불하고 귀하는 귀하 몫을 지불합니다. Original Medicare에는 두 파트가 있습니다. 파트 A (병원 보험) 및 파트 B (의료 보험). 미국 어디서나 이용 가능합니다.

네트워크 외 약국 – 저희 플랜 회원들에게 보장 대상 약을 조율 또는 제공하기 위한 계약을 저희 플랜과 맺지 않은 약국. 귀하가 네트워크 외 약국에서 받는 대부분의 약은 특정 조건이 적용되지 않는 한 저희 플랜이 보장하지 않습니다.

네트워크 외 서비스 제공자 또는 네트워크 외 시설 – 저희 플랜 회원들에게 보장 대상 서비스를 조율 또는 제공하도록 저희 플랜과 계약을 맺지 않은 서비스 제공자 또는 시설. 네트워크 외 서비스 제공자는 저희 플랜이 고용, 소유 또는 운영하는 것이 아닌 서비스 제공자입니다.

본인 부담 비용 – 위의 비용 부담의 정의 참조. 받은 서비스 또는 약의 비용 일부를 지불해야 하는 회원의 비용 부담 요건을 회원의 본인 부담 비용 요건이라고도 합니다.

본인 부담 한도액 – 파트 D 약에 대해 귀하가 본인 부담으로 지불하는 최대 금액.

PACE 플랜 – PACE(노인을 위한 포괄적 케어 프로그램) 플랜은 노약자들이 (요양원으로 가는 대신) 자신의 커뮤니티에서 가능한 한 오래 독립과 생활을 유지하도록 돕기 위해 의

제12장 정의

료, 사회적, 그리고 장기 케어 서비스 및 지원(LTSS)을 통합합니다. PACE 플랜에 등록된 사람들은 당사의 플랜을 통해 자신의 Medicare 및 Medicaid 혜택을 받습니다.

파트 C – Medicare Advantage(MA) 플랜 참조.

파트 D – 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 약 – 파트 D에 의거 보장될 수 있는 약. 저희는 모든 파트 D 약을 제공할 수도 있고 제공하지 않을 수도 있습니다. 특정 카테고리의 약은 의회에 의해 보장 대상 파트 D 약에서 제외되었습니다. 모든 플랜은 특정 카테고리의 파트 D 약을 보장해야 합니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금 – 귀하가 파트 D 플랜 가입의 최초 자격 후 63일 이상의 연속된 기간 동안 신뢰할 만한 보장(평균적으로 적어도 표준 Medicare 처방약 보장만큼 많이 지불할 것이 기대되는 보장) 없이 지내는 경우에 Medicare 약 보장을 위한 귀하의 플랜 월 보험료에 추가되는 금액.

보험료 – 의료 또는 처방약 보장을 위해 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험 회사에 납부하는 정기 납부금.

예방 서비스 – 치료가 가장 효과적일 가능성이 높은 초기 상태에서 질병을 예방하거나 질병을 발견하기 위한 의료 서비스(예: 예방 서비스에는 자궁경부세포진 검사, 독감 예방 주사, 유방조영술 검사가 포함됨).

일차 진료 의사(PCP) – 대부분의 건강 문제를 위해 귀하가 먼저 찾는 의사 또는 기타 서비스 제공자. 많은 Medicare 건강 플랜의 경우, 귀하는 다른 의료 서비스 제공자를 찾아가기 전에 주치의를 먼저 만나야 합니다.

사전 승인 - 구체적인 기준에 근거하여 서비스 및/또는 특정 약을 받기 위해 사전에 구하는 승인.사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 제4장의 의료 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 약은 처방집에 표시되어 있으며 당사의 기준은 당사 웹사이트에 게시되어 있습니다.

보철물 및 보조기 - 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 등을 비롯한(이에 국한되지 않음) 각종 의료 기기.

품질 개선 기관(QIO) – Medicare 환자에게 제공되는 케어를 체크하고 개선하기 위해 연방 정부가 그 보수를 지급하는 개업 의사와 기타 보건 전문가 그룹.

수량 한도 – 품질, 안전 또는 활용도 때문에 약의 사용을 제한하기 위해 고안된 관리 도구. 한도는 저희가 처방당 보장하는 약의 양 또는 지정된 기간에 대한 것일 수 있습니다.

“실시간 혜택 도구” – 가입자가 완전하고, 정확하고, 시기적절하며, 임상적으로 적절하고, 가입자에게 필요한 처방집 및 혜택 정보를 볼 수 있는 포털 또는 컴퓨터 애플리케이션. 이에는 비용 분담 금액, 기존 약과 동일한 질환에 사용될 수 있는 대체 처방집 약물, 그리고 대체 약물에 적용되는 보장 제한(사전 승인, 단계별 치료, 수량 제한)이 포함됩니다.

진료 의뢰 - 전문의를 방문하거나 특정 의료 서비스를 받기 위해 필요한 주치의의 서면 명령. 진료 의뢰가 없는 경우 저희 플랜은 전문의 서비스에 대해 비용을 지불할 수도 있고 지불하지 않을 수도 있습니다.

재활 서비스 – 이러한 서비스에는 입원 재활 치료, 물리 요법(외래), 말하기 및 언어 요법, 그리고 직업 요법 등이 있습니다.

선택 약 – Medicare가 최대 공정 가격을 협상한, 파트 D에 따라 보장되는 약.

제12장 정의

서비스 지역 – 특정 건강 플랜에 가입하기 위해 대상자가 거주해야 하는 지리적 영역. 귀하가 이용할 수 있는 의사와 병원을 제한하는 플랜의 경우, 또한 그것은 일반적으로 귀하가 통상적(비용급) 서비스를 받을 수 있는 지역입니다. 당사의 플랜은 귀하가 플랜의 서비스 지역 바깥으로 영구 이사하는 경우 귀하를 탈퇴시켜야 합니다.

전문 요양 시설(SNF) 케어 – 전문 요양 시설에서 지속적으로, 매일 제공되는 전문 간호 및 재활 서비스. 등록된 간호사 또는 의사만 제공할 수 있는 물리 요법 또는 정맥 주사 등을 예로 들 수 있습니다.

특별 등록 기간 - 회원들이 자신의 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 복귀할 수 있는 정해진 시간. 귀하가 특별 등록 기간의 자격이 있을 수 있는 상황들: 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 처방약 비용 관련 Extra Help(추가 도움)를 받는 경우, 요양원에 입주하는 경우, 또는 저희가 귀하와의 계약을 위반하는 경우.

특수 필요 플랜 - Medicare와 Medicaid를 모두 가진 사람, 요양원에 거주하는 사람, 또는 특정 만성 질환자 같은 특정 그룹의 사람들을 위한 집중 의료를 제공하는 특별 유형의 Medicare Advantage 플랜.

표준 비용 부담 – 표준 비용 부담은 네트워크 내 약국에서 제공하는 선호 비용 부담 이외의 비용 부담입니다.

단계별 요법 – 귀하의 의사가 초기에 처방했을 수 있는 약을 저희가 보장하기 전에 귀하의 질병을 치료하기 위해 다른 약을 먼저 시도할 것을 귀하에게 요구하는 활용 도구.

생활 보조금(SSI) – 장애인, 맹인 또는 65세 이상자로서 소득과 자원이 제한된 사람들에게 사회보장국이 지급하는 월 급여. SSI 급여는 사회보장 급여와 같지 않습니다.

긴급하게 필요한 서비스 – 응급은 아니지만 즉각적인 의학적 조치가 필요한 플랜 보장 서비스란 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 네트워크 내 서비스 제공자로부터 이 서비스를 받는 것이 시간, 장소 및 상황을 고려할 때 불합리한 경우 긴급하게 필요한 서비스를 말합니다. 긴급하게 필요한 서비스의 예로는 예상치 못한 의학적 질병과 부상 또는 기존 질환의 예상치 못한 급성 악화가 있습니다. 의학적으로 필요한 정기 서비스 제공자 방문(예: 연례 검진)은 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있거나 플랜 네트워크를 일시적으로 이용할 수 없는 경우에도 긴급하게 필요한 것으로 간주되지 않습니다.

Clever Care Total+ 회원 서비스

방법	회원서비스부 – 연락처 정보
전화	1-833-808-8164 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일 또한 회원 서비스는(은) 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 10월 1일~3월 31일, 주 7일; 4월 1일~9월 30일, 월요일~금요일
팩스	1-657-276-4720
우편	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave., Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

건강 보험 상담 및 옹호 프로그램(Health Insurance Counseling & Advocacy Program, HICAP)은(는) 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 주 정부 프로그램입니다.

방법	연락처
전화	1-800-434-0022
우편	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
웹사이트	aging.ca.gov/hicap

PRA 공개 설명 1995년 서류간소화법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 제시되지 않는 한 어느 누구도 정보 수집에 대응하지 않아도 됩니다. 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.



차별 금지 및 접근성 요건

차별은 위법입니다

Clever Care Health Plan Inc. (이하 Clever Care라 칭함)는 해당 연방 민권 법률을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신, 성적 성향, 성 정체성 포함)을 이유로 차별하지 않습니다. Clever Care는 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신, 성적 성향, 성 정체성 포함)을 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Clever Care는:

- 장애가 있는 사람에게는 당사와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 수화 통역사
 - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 모국어가 영어가 아닌 사람에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다:
 - 자격이 있는 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이 서비스들이 필요하시면 (833) 808-8164 (TTY: 711)로 전화하십시오.

Clever Care가 이 서비스들을 제공하지 않았거나 다른 방식으로 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 또는 성별(임신 상태, 성적 성향, 성 정체성을 포함)에 근거하여 차별을 했다고 생각하실 경우 다음 접수처로 불만 사항을 접수하실 수 있습니다:

Clever Care Health Plan
Attn: Civil Rights Coordinator
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach CA 92647

이메일: civilrightscordinator@ccmapd.com
팩스: (657) 276-4721

귀하는 우편, 팩스, 또는 이메일을 통해 불만 사항을 접수하실 수 있습니다. 불만 사항을 접수하는데 도움이 필요하시면, 저희 Clever Care 민권 조정자(Civil Rights Coordinator)가 도움을 드릴 준비가 되어 있습니다.

또한 민권에 대한 진정을 미국 보건복지부, <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>에 있는 민권실 진정 포털을 통해 컴퓨터로 제출 하시거나 다음의 우편 또는 전화로 민권 사무국에 제출할 수 있습니다: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). 진정 양식은 hhs.gov/ocr/office/file/index.html에서 찾아보실 수 있습니다.



Notice Of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-388-8168 (TTY: 711) or speak to your provider. **Español:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-388-8168 (TTY: 711) o hable con su proveedor. **Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-388-8168 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider. **中文:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-833-808-8153 (国语) / 1-833-808-8161 (粤语) (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。 **台語:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-833-808-8153 (國語) / 1-833-808-8161 (粵語) (TTY: 711) 或與您的提供者討論。 **Việt:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-808-8163 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn. **한국어:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-808-8164 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오. **ՀԱՅԵՐԵՆ:** ՈՒՇԱԿՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է անվճար: Համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Հանձնարեք 1-833-388-8168 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ: **РУССКИЙ:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-388-8168 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг. **ភាសាខ្មែរ:** សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់អ្នក ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-388-8168 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ **日本語:** 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-833-388-8168(TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。 **ਪੰਜਾਬੀ:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਟਰਾਂਸਕ੍ਰਿਪਟ ਵਿੱਚ ਸਾਹਵਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-833-388-8168 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ। **ไทย:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-388-8168 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ **Lus Hmoob:** LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntauv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-833-388-8168 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

فارسی

توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 1-833-388-8168 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-833-388-8168 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

