

Clever Care Health Plan Medicare Advantage (HMO) 및 (HMO C-SNP) 플랜 2023년 연례 변경 고지의 추가 변경문

2023년 3월

이것은 귀하의 Clever Care Medicare Advantage (HMO) 또는 (HMO C-SNP) 플랜 보장에 대한 중요한 변경 사항입니다.

저희는 이전에 당사 플랜에 가입하신 회원님께 보장 범위에 대한 변경이 있다는 정보를 알려드리는 연례 변경 고지(ANOC)를 보내드렸습니다. 본 고지문은 이전에 보내드렸던 ANOC에 적힌 오류에 대해 알려드리는 것입니다. 아래에서 오류에 관한 설명과 올바른 정보를 보실 수 있습니다. 참고용으로 이 고지문을 보관하십시오. 올바른 ANOC는 저희 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다 ko.clevercarehealthplan.com.

ANOC 변경 사항

2023 ANOC에서 오류가 있었던 부분	기존 정보	올바른 정보	이것은 가입자에게 무엇을 의미합니까?
섹션 1.4 – 의료 서비스의 혜택 및 비용 변경 사항 Medicare 파트 B 의약품	항암 화학요법 의약품의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 기타 파트 B 의약품에 대해 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금	항암 화학요법 및 기타 파트 B 의약품의 경우 비용의 20% 공동보험금 또는 Medicare에서 허용하는 공동보험금 중 낮은 금액. 가격은 분기별로 변경될 수 있지만, 비용 부담금은 항암 화학요법 또는 기타 파트 B 의약품에 대한 20% 공동보험금을 초과하지 않습니다. 2023년 7월 1일부터 파트 B에서 보장되는 인슐린의 1개월분 공급량은 \$35를 초과하지 않습니다.	항암 화학요법 의약품 또는 기타 Medicare 파트 B 의약품의 소매 비용의 20%를 초과하여 지불하지 않습니다. 인슐린 1개월분 공급량에 대해 35달러를 초과하여 지불하지 않습니다.

이 문서에 대해 어떠한 조치도 취할 필요는 없지만, 나중에 참조할 수 있도록 이 정보를 보관하는 것을 권장합니다. 문의 사항은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일(주 5일) 오전 8시부터 오후 8시까지 1-833-808-8164(TTY 711)로 당사에 전화하실 수 있습니다.

Clever Care Health Plan, Inc.는 Medicare 계약을 수반하는 HMO 및 HMO C-SNP 플랜입니다.
등록은 계약 갱신에 달려있습니다.

2023년 1월 1일 ~ 2023년 12월 31일

보장 범위 증명서

Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP) 회원으로서 귀하의 Medicare 의료 혜택 및 서비스 및 처방약 보장 범위

이 문서는 2023년 1월 1일 ~ 2023년 12월 31일 사이 귀하의 Medicare 의료 및 처방약 보장 범위에 대한 세부 정보를 제공합니다. 이것은 중요한 법적 문서입니다. 안전한 장소에 보관하십시오.

이 문서에 관해 궁금한 사항은 고객센터팀에 (833) 808-8164 번으로 연락하여 상세 안내를 받으십시오. (TTY 사용자는 711로 전화해야 합니다). 근무 시간은 10월 1일 ~ 3월 31일에는 주 7일 오전 8시 ~ 오후 8시이며, 4월 1일 ~ 9월 30일에는 평일 오전 8시 ~ 오후 8시입니다.

이 플랜은 Clever Care Health Plan, Inc. (Clever Care)에서 제공합니다. 이 **보장 범위 증명서**에서 “우리” 또는 “당사”라고 언급할 때 그것은 Clever Care Health Plan을 의미합니다. “플랜” 또는 “우리 플랜”이라고 말할 때는 Clever Care Jasmine을 의미합니다.

이 문서는 무료로 중국어, 한국어, 스페인어 및 베트남어로 제공됩니다. 플랜 정보를 대체 형식(예: 큰 활자, 오디오)으로 받아보고 싶으신 분은 상기 전화번호의 고객센터로 문의하시기 바랍니다.

혜택, 보험료, 본인 부담액 및/또는 분담금/공동보험금은 2024년 1월 1일부로 변경될 수 있습니다.

처방집, 약국 네트워크 및/또는 의료 서비스 제공자 네트워크는 언제든지 변경될 수 있습니다. 필요할 경우 통지서를 발송할 것입니다. 우리는 변경 사항에 대해 영향을 받는 가입자에게 최소 30일 전에 통지합니다.

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

- 귀하의 플랜 보험료 및 비용 분담액
- 귀하의 의료 혜택 및 처방약 혜택
- 서비스나 치료에 만족하지 못하는 경우 불만을 제기하는 방법
- 추가 안내가 필요한 경우 당사에 연락하는 방법
- Medicare 법에서 요구하는 기타 보호 조치

H7607_23_CM1343_C File & Use

2023 보장 범위 증명서**목차**

제 1 장: 회원으로서 시작하기	5
섹션 1	소개.....6
섹션 2	플랜 회원이 될 수 있는 자격은 무엇인가?.....7
섹션 3	귀하가 수령하게 될 중요한 회원 자료.....8
섹션 4	Clever Care Jasmine 에 대한 월 비용.....10
섹션 5	월 보험료에 대한 추가 정보.....13
섹션 6	귀하의 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지.....15
섹션 7	다른 보험이 우리 플랜과 어떻게 협력하는가?.....15
제 2 장: 중요 전화번호 및 리소스	18
섹션 1	Clever Care Jasmine 연락처 (고객서비스팀에 연락하는 방법을 포함하여 당사에게 연락하는 방법).....19
섹션 2	Medicare (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 얻는 방법).....23
섹션 3	주 건강보험 지원 프로그램 (Medicare 에 대한 무료 도움, 정보 및 질문에 대한 답변).....24
섹션 4	품질 개선 기관.....25
섹션 5	사회보장국.....26
섹션 6	Medicaid27
섹션 7	사람들의 처방약 지불을 돕는 프로그램에 대한 정보.....28
섹션 8	철도 퇴직자 위원회에 연락하는 방법.....30
섹션 9	“단체 보험” 또는 기타 고용주의 건강보험을 갖고 있습니까?31
제 3 장: 의료 서비스를 받기 위한 플랜 사용	32
섹션 1	우리 플랜의 회원으로서 귀하의 의료 서비스를 받는 데 대해 알아야 할 사항.....33
섹션 2	플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기.....35
섹션 3	응급 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때나 재난 시에 서비스를 받는 방법.....39
섹션 4	귀하가 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면?.....41
섹션 5	귀하가 “임상 연구”에 참가할 때 본인의 의료 서비스는 어떻게 보장되는가?.....42

Table of Contents

섹션 6	“종교적 비의학적 보건 기관”에서 진료를 받기 위한 규칙.....	44
섹션 7	내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙.....	45
제 4 장: 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목).....		47
섹션 1	보장 대상 서비스를 위한 본인 부담 비용 이해하기.....	48
섹션 2	의료 혜택 차트를 이용해 보장 항목이 무엇이고 본인 지불 금액은 얼마인지 확인하기.....	51
섹션 3	본 플랜은 어떤 서비스를 보장하지 않는가?.....	104
제 5 장 파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기.....		108
섹션 1	소개.....	109
섹션 2	처방약을 네트워크 내 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 조제하기.....	109
섹션 3	귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 합니다.....	113
섹션 4	일부 약의 경우 보장에 제한이 있습니다.....	115
섹션 5	귀하의 약 중 하나가 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는다면?.....	116
섹션 6	귀하의 약 중 하나에 대한 보장이 변경되면 어떻게 되는가?.....	119
섹션 7	본 플랜은 어떤 종류의 약을 보장하지 않는가?.....	122
섹션 8	처방전 조제.....	123
섹션 9	특별 상황에서의 파트 D 약 보장.....	123
섹션 10	약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램.....	125
제 6 장: 파트 D 처방약을 위한 본인 부담금.....		128
섹션 1	소개.....	129
섹션 2	귀하가 약을 위해 지불해야 하는 금액은 약을 받을 때 귀하가 어느 “약 지불 단계”에 있느냐에 의존합니다.....	131
섹션 3	우리는 귀하의 약을 위한 지불액과 귀하가 어느 지불 단계에 있는지 설명하는 보고서를 보내드립니다.....	132
섹션 4	본인 부담액 단계 동안 귀하는 계층 2~5 약의 비용 전액을 지불합니다.....	133
섹션 5	초기 보장 단계에서 당 플랜은 귀하의 약 비용 중 플랜의 몫을 지불하고 귀하는 본인 몫을 지불합니다.....	134
섹션 6	보장 범위 격차 단계에서의 비용.....	138
섹션 7	과부담 보장 단계 동안에 당 플랜은 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다.....	139

Table of Contents

섹션 8	파트 D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 접종을 받는 방법과 장소에 따라 달라집니다.....	139
제 7 장: 보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 당사 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기	142	
상황 1	보장 대상 의료 서비스 또는 약의 비용 중 당사 몫을 지불하도록 우리에게 요구해야 하는 상황.....	143
섹션 2	상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 우리에게 요구하는 방법.....	145
섹션 3	우리는 귀하의 지불 요청을 고려하여 가부 간에 답할 것입니다.....	146
제 8 장: 귀하의 권리와 책임	148	
섹션 1	우리 플랜은 플랜 회원으로서의 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다.....	149
섹션 2	귀하는 본 플랜의 회원으로서 몇몇 책임을 부담합니다.....	164
제 9 장: 문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가.....	167	
섹션 1	소개.....	168
섹션 2	더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳.....	168
섹션 3	귀하의 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는가?.....	169
섹션 4	보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 안내.....	170
섹션 5	귀하의 의료: 보장 결정을 요구하거나 보장 결정에 대해 이의를 제기하는 방법.....	173
섹션 6	파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법.....	182
섹션 7	의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법.....	192
섹션 8	귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스 보장을 유지하도록 우리에게 요구하는 방법.....	199
섹션 9	이의 제기를 레벨 3 이상으로 가져가기.....	206
섹션 10	케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법.....	209
제 10 장 플랜 멤버십을 끝내기.....	213	
섹션 1	우리 플랜 멤버십을 종료하는 방법 소개.....	214
섹션 2	언제 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?.....	214
섹션 3	어떻게 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?.....	216

Table of Contents

섹션 4	멤버십이 끝날 때까지 귀하는 의료 서비스 및 약을 계속해서 우리 플랜을 통해 받으셔야 합니다.....	217
섹션 5	Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP)는 특정 상황인 경우에는 귀하의 플랜 멤버십을 종료시켜야 합니다.....	218
제 11 장: 법적 고지.....		220
섹션 1	준거법에 대한 고지.....	221
섹션 2	차별 금지에 대한 고지.....	221
섹션 3	Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지	221
섹션 4	과지급 회수.....	221
섹션 5	사기, 낭비 및 남용 신고.....	222
섹션 6	중요한 건강 정보를 조정하는 데 도움이 되는 Manifest MedEx 에 대한 고지.....	223
제 12 장: 중요 용어의 정의.....		224

제 1 장: 회원으로서 시작하기

섹션 1 소개

섹션 1.1 귀하는 현재 특수 Medicare Advantage 플랜인 Clever Care Jasmine에 등록되어 있습니다(“특수 요구 플랜”)

귀하는 Medicare에 의해 보장되며, Medicare 의료 서비스와 처방약 보장을 당사 플랜인 Clever Care Jasmine(HMO C-SNP)을 통해 받기로 선택하셨습니다. 저희는 파트 A와 파트 B의 모든 서비스를 보장해야 합니다. 그러나 해당 플랜 내에서 비용 부담금 및 의료 서비스 제공자에 대한 이용은 Original Medicare와 차이가 있습니다.

Clever Care Jasmine은 Medicare Advantage HMO(HMO란 건강 유지 기관을 의미) 플랜으로서 Medicare에 의해 승인되고 사기업에 의해 운영됩니다.

Clever Care Jasmine은 특수 Medicare Advantage 플랜(Medicare “특수 요구 플랜”)입니다. 이는 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 혜택이 설계되었음을 의미합니다. 우리 플랜은 다음 질환을 가진 환자에게 특히 도움이 되는 추가 건강 혜택을 제공하도록 설계되었습니다: 심혈관 질환 및/또는 당뇨병.

우리 플랜에는 이러한 질환 치료를 전문으로 하는 서비스 제공자가 포함되며, 여기에는 이러한 질환을 가진 환자의 특별한 요구 사항을 충족하도록 설계된 보건 프로그램도 포함됩니다. 또한 우리 플랜은 심혈관 질환 및/또는 당뇨병 치료에 일반적으로 사용되는 약을 비롯하여 대부분의 질병 치료에 필요한 처방약을 보장합니다. 플랜의 회원으로서 귀하는 본인의 특정 질병에 맞는 혜택은 물론 우리 플랜을 통해 귀하에게 제공되는 모든 치료도 받을 수 있습니다.

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

섹션 1.2 보장 범위 증명서문서는 무엇에 대해 설명하는가?

이 **보장 범위 증명서**문서는 귀하의 Medicare 의료 서비스와 처방약을 받는 방법에 대해 설명합니다. 여기에는 귀하의 권리와 책임, 보장 대상, 플랜의 회원으로서 귀하가 지불하는 금액, 결정이나 치료에 만족하지 않을 경우 불만을 제기하는 방법이 안내되어 있습니다.

“보장” 및 “보장되는 서비스”란 용어는 우리 플랜의 회원으로서 귀하가 이용할 수 있는 의료 및 서비스와 처방약을 가리킵니다.

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

잘 모르겠거나 우려 사항 또는 질문이 있는 경우 고객센터에 문의하십시오.

섹션 1.3 보장 범위 증명서에 대한 법적 정보

이 **보장 범위 증명서**는 우리 플랜이 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 우리에게서 받는 고지 등이 있습니다. 이러한 고지는 때때로 “부칙” 또는 “개정”으로 불립니다.

계약은 귀하가 우리 플랜에 등록된 2023년 1월 1일 ~ 12월 31일 사이의 달 동안에 유효합니다.

각 역년에 Medicare는 당사가 제공하는 플랜에 대해 우리가 변경하는 것을 허용합니다. 이는 2023년 12월 31일 이후에는 당사가 우리 플랜의 비용과 혜택을 변경할 수 있음을 의미합니다. 또한 우리는 2023년 12월 31일 이후에 귀하의 지역에서 플랜 제공을 중단하기로 선택할 수도 있습니다.

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

섹션 2 플랜 회원이 될 수 있는 자격은 무엇인가?

섹션 2.1 자격 요건

우리 플랜의 회원이 될 수 있는 자격 요건:

- 귀하가 Medicare 파트 A 와 Medicare 파트 B 에 모두 등록한 상태임
- -- 그리고 -- 귀하가 우리의 지리적 서비스 지역에 거주함(아래 섹션 2.2 가 우리의 서비스 지역에 대해 설명함). 수감된 개인은 지리적 서비스 지역에 물리적으로 위치해 있더라도 해당 지역의 거주자로 간주되지 않습니다.
- -- 그리고 -- 귀하가 미국 시민권자이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있음
- -- 그리고 -- 귀하가 아래에 설명된 특별 자격 요건을 충족함.

우리 플랜에 대한 특별 자격 요건

우리 플랜은 특정 질병을 가진 환자의 특별한 요구를 충족하도록 설계되었습니다. 우리 플랜에 가입 자격이 있으려면 심혈관 질환 및/또는 당뇨병 진단을 받아야 합니다.

참고: 귀하가 가입 자격을 상실했지만 2 개월 이내에 자격이 복구될 것으로 합리적으로 예상할 수 있는 경우, 귀하는 우리 플랜의 회원 자격을 유지할 수 있습니다(제 4 장, 섹션 2.1 에 자격 유지가 인정된 기간 동안의 보장 및 비용 분담에 대한 안내가 나와 있습니다).

섹션 2.2 Clever Care Jasmine 의 플랜 서비스 지역은 어디인가?

Clever Care Jasmine 은 우리 플랜 서비스 지역에 거주하는 개인에게만 제공됩니다. 우리 플랜의 회원 자격을 유지하려면 이 플랜 서비스 지역에 계속 거주해야 합니다. 서비스 지역은 아래에 설명되어 있습니다.

캘리포니아: 로스앤젤레스, 오렌지, 샌버나디노, 리버사이드.

플랜 서비스 지역 외부로 이사하시려는 경우에는 본 플랜의 회원으로 남을 수 없습니다. 이사하시려는 지역에 우리 플랜이 제공되는지 확인하려면 고객센터팀에 문의하십시오. 이사하는 경우, 특별 등록 기간을 통해 Original Medicare 로 전환하거나 귀하의 새로운 지역에서 이용 가능한 Medicare 건강 보험 또는 약 보험에 등록할 수 있습니다.

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

섹션 2.3 미국 시민권자 또는 합법적 거주자

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

섹션 3 귀하가 수령하게 될 중요한 회원 자료

섹션 3.1 플랜 멤버십 카드

귀하가 우리 플랜의 회원인 동안, 귀하는 이 플랜에 의해 보장되는 서비스와 네트워크 내 약국에서 받는 처방약을 위해 귀하의 멤버십 카드를 사용해야 합니다. 또한 해당되는 경우, 귀하의 Medicaid 카드도 서비스 제공자에게 제시해야 합니다. 귀하의 멤버십 카드 샘플:

 Clever Care Jasmine MEDICARE ADVANTAGE (HMO-C-SNP) EFFECTIVE DATE: 01/01/2023	
MEMBER ID 000-000-0000 MEMBER NAME John Doe Health Plan (80840)	COPAYMENTS PCP VISIT: \$ SPECIALIST VISIT: \$ URGENT CARE: \$ ER: \$
PCP NAME Dr. Carol Clever (555) 555-5555 MEDICAL GROUP/NETWORK Acme Physician Associates	 RxBIN: 015574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: CLC01 H7607-000-000

IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER	
CUSTOMER SERVICE (833) 388-8168 (TTY: 711) clevercarehealthplan.com 24-HOUR NURSE LINE: (800) 396-1961 PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (800) 926-3004 MedImpact Healthcare Systems P.O. Box 509108, San Diego, CA 92150 HOSPITAL ADMIT AUTH & TRANSFER (833) 253-8373	PROFESSIONAL CLAIMS Send to Medical Group/Network PRIOR AUTHORIZATION & CLAIMS: (714) 650-8770 Clever Care Health Plan 771 Center Ave Suite 100 Wilmington Beach, CA 92647 Dental: Liberty Dental (888) 704-9830 Hearing: Nations Hearing (866) 304-7577 Vision: Eye Med (866) 483-4733

Printed: 01/01/2021

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

플랜 멤버십 카드가 손상, 분실 또는 도난 당한 경우 즉시 고객센터팀에 전화하면 새로운 카드를 보내드릴 것입니다.

섹션 3.2 서비스 제공자 명부

서비스 제공자 명부에는 우리 네트워크가 열거되어 있습니다. 네트워크 내 서비스 제공자란 지불 전액으로서 우리의 지불 및 플랜 비용 분담액을 수락하기로 우리와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다.

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 Care가 네트워크 외 서비스 제공자의 이용을 승인한 경우뿐입니다.

최신 서비스 제공자 목록은 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com에서 입수할 수 있습니다. 서비스 제공자 명부가 없는 경우, 고객센터팀에 1부를 요청할 수 있습니다.

섹션 3.3 약국 명부

약국 명부에는 우리 네트워크 내 약국이 열거되어 있습니다. 네트워크 내 약국은 우리 플랜 회원을 위해 보장 대상 처방약을 짓기로 합의한 모든 약국들입니다. 약국 명부에서 귀하가 이용하기 원하는 네트워크 내 약국을 찾아볼 수 있습니다. 플랜 네트워크에 속하지 않은 약국을 이용할 수 있는 경우에 대한 정보는 제 5 장, 섹션 2.5를 참조하십시오.

약국 명부가 없는 경우, 고객센터시스템에서 1 부를 받을 수 있습니다. 이 정보는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서도 찾아볼 수 있습니다.

섹션 3.4 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)

플랜에는 **보장 대상 의약품 목록(처방집)**이 있습니다. 우리는 그것을 줄여서 “의약품 목록”이라고 합니다. 이는 어느 파트 D 처방약이 우리 플랜에 포함된 파트 D 혜택에 의거하여 보장되는 지에 대해 설명합니다. 이 목록상의 약들은 본 플랜이 의사 및 약국들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정합니다. 이 목록은 Medicare 가 정한 요건을 충족해야 합니다. Medicare 는 Clever Care Jasmine 의 의약품 목록을 승인했습니다.

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

우리는 귀하에게 의약품 목록 1 부를 제공할 것입니다. 보장되는 약에 대한 완전한 최신 정보를 입수하려면 플랜의 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com)를 방문하거나 고객센터시스템에 연락하십시오.

섹션 4 Clever Care Jasmine 에 대한 월 비용

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 4.4)
- 소득 관련 월 조정액(Section 4.5)

일부 상황에서는 귀하의 보험료가 더 적을 수 있습니다

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

이/미 등록하여 이러한 프로그램 중 하나의 도움을 받고 있는 경우, **본 보장 범위 증명서의 보험료 관련 정보가 귀하에게 적용되지 않습니다.** 우리는 “처방약을 위한 추가 지원을 받는 사람을 위한 보장범위 증명서 부록”(“저소득 보조금 특약” 즉 “LIS 특약”이라고도 함)이라는 별도 삽입물을 귀하에게 보내었으므로, 귀하의 약 보장에 대해서는 그것을 참조하시기 바랍니다. 이 삽입물이 없는 경우, 고객센터시스템에 연락하여 “LIS 특약”을 요청하십시오.

Medicare 파트 B 보험료와 파트 D 보험료는 다양한 소득의 사람들에게 다르게 적용됩니다. 이러한 보험료와 관련하여 궁금한 점이 있다면 *Medicare & You 2023*

핸드북의 “2023 Medicare 비용”이라는 섹션을 검토하십시오. 이 핸드북이 필요한 경우 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)에서 다운로드할 수 있습니다. 또는 인쇄본을 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화로 하루 24 시간, 주 7 일 주문할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

섹션 4.1 플랜 보험료

당사 플랜의 회원으로서 귀하는 플랜 월 보험료를 납부합니다. 2023 년도 Clever Care Jasmine 의 월 보험료는 \$31.80 입니다.

섹션 4.2 월 Medicare 파트 B 보험료

많은 회원들이 다른 Medicare 보험료 납부가 요구됩니다

플랜 월 보험료를 납부하는 것 외에도, 귀하가 플랜 회원 자격을 유지하려면 Medicare 보험료를 계속 지불해야 합니다. 여기에는 파트 B 에 대한 보험료가 포함되며, 무료 파트 A 를 받을 자격이 없는 회원의 경우 파트 A 에 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 귀하의 최초 등록 기간이 경과한 후 어느 때에 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63 일 이상의 기간이 있을 경우 파트 D 보장을 위해 납부해야 하는 추가 보험료입니다. “신뢰할 만한 처방약 보장”이란 평균적으로 적어도 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해줄 것으로 예상되므로 Medicare 의 최소 기준을 충족하는 보장을 말합니다. 지연 등록 벌칙금 액수는 파트 D 또는 다른 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 귀하가 얼마나 오랫동안 지냈느냐에 달려 있습니다. 파트 D 보장을 받는 한 이 벌칙금을 납부해야 합니다.

파트 D 지연 등록 벌칙금은 월 보험료에 추가됩니다. 귀하가 Clever Care Jasmine 에 처음 등록할 때 당사에서 벌칙금 액수를 알려드립니다.

다음 상황에서는 납부가 면제됩니다.

- 귀하가 처방약 지불을 위해 Medicare 로부터 “추가 도움”을 받는 경우.
- 신뢰할 만한 보장 없이 연속으로 지나간 기간이 63 일 미만인 경우.
- 귀하가 이전 고용주, 노동조합, TRICARE 또는 보훈부와 같은 다른 출처를 통해 신뢰할 만한 처방약 보장을 받고 있었던 경우. 귀하의 보험사 또는 인사부는 귀하의 약 보장이 신뢰할 만한 보장인지를 매년 알려드릴 것입니다. 이 정보는 서한으로 귀하에게 발송되거나 플랜의 뉴스레터에 포함될 수 있습니다. 귀하가 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 이 정보가 필요할 수 있으므로 잘 보관하십시오.

- **참고:** 통지서는 귀하가 Medicare 의 표준 처방약 플랜이 지불하는 것만큼 많이 지불할 것이 예상되는 “신뢰할 만한” 처방약 보장을 가졌음을 언급해야 합니다.
- **참고:** 처방약 할인 카드, 무료 클리닉 및 약 할인 웹사이트는 신뢰할 만한 처방약 보장이 *아닙니다*.

이 벌칙금의 액수는 Medicare 가 결정합니다. 결정 방법:

- 귀하가 처음으로 파트 D 에 등록할 자격을 갖춘 이후 파트 D 또는 기타 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 63 일 이상을 지낸 경우, 플랜은 귀하가 보장을 유지하지 않은 전체 개월 수를 계산합니다. 벌칙금은 신뢰할 만한 보장이 없었던 매월에 대해 1%입니다. 예컨대, 보장 없이 14 개월을 지낸 경우, 벌칙금은 14%입니다.
- 그러면 Medicare 가 전년도로부터 전국의 Medicare 약 플랜을 위한 평균 월 보험료 액수를 결정합니다. 2023 년의 경우, 이 평균 보험료 액수는 \$34.71 입니다.
- 귀하의 월 벌칙금을 계산하려면 벌칙금 퍼센트와 평균 월 보험료를 곱한 다음 가장 가까운 10 센트로 반올림합니다. 여기의 예에서 14% 곱하기 \$34.71 로 계산하면 \$4.859 가 됩니다. 이것을 반올림하면 \$4.86 이 됩니다. 이 액수는 **파트 D 지연 등록 벌칙금 대상자의 월 보험료에** 추가하여 부과됩니다.

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

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

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 서한을 받은 날로부터 **60 일 이내에** 요청해야 합니다. 그러나 우리 플랜에 가입하기 전에 어떤 벌칙금을 납부하고 있었던 경우, 귀하는 그 지연 등록 벌칙금의 검토를 요청할 다른 기회가 없을 수 있습니다.

섹션 4.4 소득 관련 월 조정액

일부 가입자는 파트 D 소득 관련 월 조정액(Income Related Monthly Adjustment Amount) 또는 IRMAA 라고 불리는 추가 비용을 납부해야 할 수 있습니다. 추가 비용은 2 년 전 IRS

세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득을 사용하여 계산됩니다. 이 금액이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액에 추가된 IRMAA 를 납부하셔야 합니다. 귀하의 소득에 따라 추가로 지불해야 하는 금액에 대한 자세한 내용은

<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans> 를 참조하십시오.

추가 금액을 납부해야 하는 경우, 귀하의 Medicare 플랜이 아닌 사회보장국이 그 추가 액수가 얼마인지를 설명하는 서한을 귀하에게 보낼 것입니다. 추가 금액은 귀하의 월 혜택 급여가 납부해야 할 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 한 귀하가 보험료를 평소에 어떻게 납부하던 사회보장국, 철도 퇴직자 위원회 또는 인사관리실 급여 수표에서 원천 징수될 것입니다. 귀하의 급여 수표가 추가 금액을 충당하기에 충분하지 않은 경우, 귀하는 Medicare 로부터 청구서를 받을 것입니다. 귀하는 추가 금액을 정부에 납부해야 합니다. 그것은 귀하의 월 보험료와 함께 납부할 수 없습니다. 귀하가 추가 금액을 납부하지 않으면 귀하는 해당 플랜에서 등록이 해제되어 처방약 보장을 상실하게 됩니다.

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

섹션 5 월 보험료에 대한 추가 정보

섹션 5.1 플랜 보험료를 납부할 수 있는 여러 가지 방법이 있습니다

귀하의 플랜 보험료를 납부할 수 있는 방법은 3 가지입니다.

옵션 1: 수표로 납부

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

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

Clever Care Health Plan
Attention: Finance Department
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: 자동 납부(본인의 은행 계좌에서 기원)

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

옵션 3: 월별 사회 보장 수표에서 플랜 보험료를 공제

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

플랜 보험료를 지불하는 데 문제가 있는 경우 해야 할 일

귀하의 플랜 보험료는 보장되는 월 말까지 당사 사무실에 납부되어야 합니다. 해당 월의 말일까지 귀하의 보험료가 당사에 도착하지 않으면 귀하의 파트 D 지연 등록 벌칙금이 지체되었음을 알리는 통지서가 발송됩니다.

보험료를 제때 납부하는 데 어려움이 있는 경우 고객센터에 연락하여 비용과 관련하여 도움을 드릴 프로그램으로 연결이 가능한지 알아보십시오.

섹션 5.2	연도 중에 우리가 귀하의 월 보험료를 변경할 수 있는가?
---------------	--

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

그러나 경우에 따라서 귀하가 납부해야 하는 보험료의 일부가 연도 중에 변경될 수 있습니다. 이는 귀하가 연도 중에 “추가 도움” 프로그램을 위한 자격을 얻는 경우 또는 “추가 도움” 프로그램을 위한 자격을 상실하는 경우에 발생합니다. 회원이 처방약 비용에 대해 “추가 도움”의 자격이 있는 경우 “추가 도움” 프로그램은 회원의 월별 플랜 보험료의 일부를 납부합니다. 연도 중에 자격을 상실하는 회원은 월 보험료 전액을 납부하기 시작해야 합니다. “추가 도움” 프로그램에 대해서는 제 2 장, 섹션 7에 상세히 설명되어 있습니다.

섹션 6 귀하의 플랜 멤버십 기록을 최신 상태로 유지

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

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

다음과 같은 변경 사항에 대해 알려주십시오.

- 귀하의 성명, 주소 또는 전화번호의 변경
- 귀하가 갖고 있는 다른 건강보험 보장(귀하의 고용주, 배우자의 고용주, 산재 보상 또는 Medicaid 의 보장 같은 것)의 변경
- 자동차 사고로 인한 클레임 같은 책임 클레임을 갖고 있는 경우
- 요양원에 입원한 경우
- 지역외 또는 네트워크 외 병원 또는 응급실에서 진료를 받는 경우
- 지정된 책임 당사자(예: 의료인)가 변경되는 경우
- 임상 연구에 참여하고 있는 경우(참고: 귀하가 참여할 의사가 있는 임상 연구에 대해 플랜에 반드시 알려야 하는 것은 아니지만, 그렇게 하는 것이 좋습니다.)

이러한 정보가 변경된다면 고객센터에 전화하여 알려주시기 바랍니다.

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

섹션 7 다른 보험이 우리 플랜과 어떻게 협력하는가?

기타 보험

Medicare 는 우리가 귀하로부터 귀하가 갖고 있는 다른 의료 또는 약 보험 보장에 대한 정보를 수집할 것을 요구합니다. 그것은 우리가 귀하가 갖고 있는 다른 보장을 우리 플랜에 의거한 귀하의 혜택과 조율해야 하기 때문입니다. 이를 **보험 급여 조정**이라고 합니다.

1 년에 한 번 우리는 우리가 파악하고 있는 다른 의료 또는 약 보험 보장을 열거한 서한을 보내드릴 것입니다. 이 정보를 숙독하십시오. 정보가 정확하다면 아무런 조치도 취할 필요가 없습니다. 정보가 부정확한 경우 또는 기재되지 않은 다른 보장이 있는 경우에는 고객센터에 연락하십시오. 귀하의 청구서가 정확하게, 그리고 정시에 납부되도록 본인의 플랜 회원 ID 번호를 다른 보험사에 제공할 필요가 있을 수 있습니다(귀하가 그들의 정체를 확인한 후에).

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

이러한 규칙은 고용주 또는 노조 단체 건강 플랜 보장에 적용됩니다.

- 퇴직자 보장을 갖고 있는 경우, Medicare 가 먼저 지불합니다.
- 귀하의 단체 건강 플랜 보장이 귀하 또는 가족의 현재 취업에 근거한 경우, 누가 먼저 지불하느냐는 귀하의 연령, 귀하의 고용주에 의해 고용된 사람들의 수, 귀하에게 연령, 장애, 또는 말기 신장병(ESRD)에 근거한 Medicare 가 있는지의 여부에 의존합니다.
 - 귀하가 65 세 미만이고 장애인이며 귀하 또는 가족이 여전히 일하고 있는 경우, 고용주가 100 명 이상의 피고용인을 갖고 있거나 복수의 고용주 플랜에서 적어도 한 고용주가 100 명 이상의 피고용인을 갖고 있는 경우, 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불합니다.
 - 귀하가 65 세 이상이고 귀하 또는 배우자가 여전히 일하고 있는 경우, 고용주가 20 명 이상의 피고용인을 갖고 있거나 복수의 고용주 플랜에서 적어도 한 고용주가 20 명 이상의 피고용인을 갖고 있는 경우, 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불합니다.
- 귀하가 ESRD 때문에 Medicare 를 갖고 있는 경우, 귀하가 Medicare 의 자격이 있게 된 후 첫 30 개월 동안은 귀하의 단체 건강 플랜이 먼저 지불할 것입니다.

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

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

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

제 2 장: 중요 전화번호 및 리소스

섹션 1 Clever Care Jasmine 연락처 (고객서비스팀에 연락하는 방법을 포함하여 당사에게 연락하는 방법)

우리 플랜의 고객서비스팀에 연락하는 방법

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

방법	고객서비스팀 – 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	(657) 276-4720
우편	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

보장 결정을 요청하거나 귀하의 의료에 대한 이의를 제기하고자 할 때 우리에게 연락하는 방법

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 귀하의 의료 서비스 또는 파트 D 처방약을 위해 지불할 액수에 대해 내리는 결정입니다. 이의 제기란 우리가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 귀하의

의료 서비스나 파트 D 처방약에 대한 보장 결정 또는 이의 제기를 요청하는 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가?)을 참조하십시오.

방법	의료 서비스를 위한 보장 결정 및 이의 제기 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	(657) 276-4715
우편	Clever Care Health Plan Grievances & Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com/our-members

방법	파트 D 처방약을 위한 보장 결정 및 이의 제기 - 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 고객서비스팀은 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.

방법	파트 D 처방약을 위한 보장 결정 및 이의 제기 – 연락처 정보
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	,(858) 790-6060.
우편	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
웹사이트	medimpact.com

귀하의 의료에 대한 불만을 제기할 때 우리에게 연락하는 방법

귀하는 본인의 케어 질에 대한 불만을 포함하여 우리 또는 우리 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 데 대한 안내는 제 9 장(문제 또는 불만(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는 경우 어떻게 할 것인가?)을 참조하십시오.

방법	의료에 대한 불만 – 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	(657) 276-4715

방법	의료에 대한 불만 – 연락처 정보
우편	Clever Care Health Plan Grievances & Appeals 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
MEDICARE 웹사이트	귀하는 Clever Care 에 대한 불만 사항을 직접 Medicare 에 제출할 수 있습니다. Medicare 에 온라인으로 불만 사항을 제출하려면 www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 로 가십시오.

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

귀하가 청구서를 받았거나 당사가 지불해야 한다고 생각하는 서비스(예: 서비스 제공자 청구서)에 지불한 경우, 우리에게 상환을 요청하거나 해당 서비스 제공자 청구서를 지불해야 할 수도 있습니다. 제 7 장(보장 대상 의료 서비스 또는 약을 위해 귀하가 받은 청구서 중 우리 몫을 지불하도록 우리에게 요구하기).

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

방법	지불 요청 – 연락처 정보
전화	(800) 926-3004 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	(858) 790-6060

방법	지불 요청 – 연락처 정보
우편	MedImpact Healthcare Systems PO Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
웹사이트	medimpact.com

섹션 2 **Medicare** (연방 Medicare 프로그램으로부터 직접 도움과 정보를 얻는 방법)

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

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

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

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

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

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

HICAP 는 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 독립적인 형태의(보험 회사나 건강보험과 관련이 없는) 주정부 프로그램입니다.

HICAP 카운슬러는 귀하가 자신의 Medicare 권리를 이해하고 귀하의 의료 서비스 또는 치료에 대해 불만 사항을 제기할 수 있도록 돕고 귀하의 Medicare 청구서 관련 문제를 시정하도록 도울 수 있습니다. 또한 HICAP 카운슬러는 Medicare 관련 질문이나 문제를 상담하며 귀하가 Medicare 플랜 옵션을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 대한 질문에 답할 수 있습니다.

SHIP 및 기타 리소스에 액세스하는 방법:

- www.medicare.gov 를 방문합니다
- 홈페이지 중앙의 “Talk to Someone(상담원과 대화)”을 클릭합니다.
- 그러면 다음 옵션들을 선택할 수 있습니다.
 - 옵션 #1: 1-800-MEDICARE 담당자와 실시간 채팅을 할 수 있습니다.
 - 옵션 #2: 드롭다운 메뉴에서 본인의 상태를 선택하여 GO 를 클릭할 수 있습니다. 그러면 귀하의 상태에 해당되는 전화번호와 리소스가 있는 페이지로 이동합니다.

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

섹션 4 품질 개선 기관

각 주에서 Medicare 수혜자들에게 서비스를 제공하기 위해 지정된 품질 개선 기관이 있습니다.

Livanta 에는 Medicare 가입자가 받는 의료 서비스의 품질을 확인하고 개선할 수 있도록 돕기 위해 Medicare 에서 급여를 받는 의사 및 기타 의료 전문가 그룹이 있습니다. Livanta 는 독립된 조직입니다. 이 조직은 우리 플랜과 연결되어 있지 않습니다.

귀하는 다음과 같은 상황에서는 Livanta 와 접촉해야 합니다.

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

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

섹션 5 사회보장국

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

사회보장국은 고소득자이기 때문에 본인의 파트 D 약 보장을 위해 누가 추가 금액을 납부해야 하는지를 결정해야 할 책임도 있습니다. 사회보장국으로부터 귀하가 추가 금액을 납부해야 한다는 통지서를 받았는데 그 금액에 대한 질문이 있는 경우 또는

삶을 바꾸는 사건 때문에 본인의 소득이 감소한 경우, 귀하는 사회보장국에 재고를 요청할 수 있습니다.

이사하거나 우편 주소를 변경하는 경우, 사회보장국에 통보하는 것이 중요합니다.

방법	사회보장국 – 연락처 정보
전화	1-800-772-1213 이 번호로 통화하는 것은 무료입니다. 근무 시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 7 시. 사회보장국의 자동 전화 서비스를 이용하여 녹음된 정보를 얻을 수 있고 일부 업무는 하루 24 시간 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 8 시 ~ 오후 7 시.
웹사이트	www.ssa.gov

섹션 6 Medicaid

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

Medi-Cal 을 통해 제공되는 이 프로그램은 Medicare 를 갖고 있는 일부 사람들이 Medicare 보험료 같은 본인의 Medicare 비용을 지불할 수 있도록 돕습니다. 이러한 “Medicare 절약 프로그램”에는 다음이 포함됩니다.

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

- **적격 장애인 및 근로자(QDWI):** 파트 A 보험료 지불을 돕습니다.

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

방법	Medi-Cal - 보건부 시행(캘리포니아주의 Medicaid 프로그램) – 연락처 정보
전화	(800) 541-5555 근무 시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 8 시 ~ 오후 5 시.
TTY	(800) 735-2922 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다.
우편	California Department of Health Care Services Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
웹사이트	www.dhcs.ca.gov

섹션 7 사람들의 처방약 지불을 돕는 프로그램에 대한 정보

Medicare.gov 웹사이트(<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>)는 처방약 비용을 낮추는 방법에 대한 정보를 제공합니다. 소득이 제한된 사람들을 위한 다른 지원 프로그램도 아래에 설명되어 있습니다.

Medicare 의 “추가 도움” 프로그램

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

귀하가 자동으로 “추가 도움” 자격을 갖는 경우 Medicare 에서 서한을 보내드립니다. 이 경우 신청이 불필요합니다. 귀하에게 자동으로 자격이 부여되지 않는 경우, 처방약 보험료 및 비용에 대해 “추가 지원”을 받을 수 있습니다. “추가 지원”을 받을 수 있는 자격이 되는지 여부는

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 연중무휴 24 시간 전화할 수 있습니다;
- 사회보장사무소에 월요일 ~ 금요일 오전 8 시부터 오후 7 시까지 1-800-772-1213 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778(신청)번으로 전화하거나 또는
- 주 Medicaid 사무소(신청)(연락처 정보는 이 장의 섹션 6 참조)에 전화하십시오.

본인이 “추가 지원” 자격이 된다고 생각하는데 어떤 약국에서 처방약을 받을 때 부정확한 비용 분담액을 지불하고 있다고 생각하시는 경우, 우리 플랜에는 귀하가 본인의 적절한 분담금 수준의 증거를 득하는 데 있어서 당사에 지원을 요청하거나, 귀하가 이미 증거를 갖고 있는 경우, 이 증거를 우리에게 제공할 수 있는 프로세스가 있습니다.

- 귀하의 분담금 수준을 나타내는 증거를 받으면 우리는 귀하가 약국에서 다음 처방약을 받을 때 정확한 분담금을 지불할 수 있도록 우리 시스템을 업데이트할 것입니다. 귀하가 분담금을 초과 지불하는 경우, 우리는 귀하에게 이를 상환할 것입니다. 우리는 초과 지불액을 수표로 귀하에게 보내거나 향후의 분담금에서 차감할 것입니다. 약국이 귀하에게서 분담금을 징수하지 않고 귀하의 부채로서 귀하의 분담금을 부담하는 경우, 우리는 약국에 직접 지불할 수 있습니다. 어떤 주가 귀하를 대신하여 지불한 경우, 우리는 해당 주에 직접 금액을 지불할 수 있습니다. 궁금한 사항은 고객센터로 문의하십시오.

주정부 약 지원 프로그램(SPAP)의 보장을 갖고 있는 경우 어떻게 하는가?

여러 주와 미국령 버진 아일랜드에서는 처방약, 의약품 플랜 보험료 및/또는 기타 약 비용 지불과 관련한 도움을 제공합니다. 귀하가 주정부 약 지원 프로그램(SPAP)에 등록했거나, 또는 파트 D 의약품 보장을 제공하는 기타 프로그램(“추가 도움”은 제외)에 등록한 경우, 여전히 보장 대상 상표약에 대해 70% 할인을 받을 수 있습니다. 또한 플랜은 보장 범위 격차 단계에서 상표약 비용의 5%를 지불합니다. 70% 할인과 플랜에서 지원하는 5% 지불액 모두 SPAP 또는 기타 보장 이전의 의약품 가격에 적용이 가능합니다.

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요 메시지 – 귀하께서 공제액을 지불하지 않았더라도, 어떤 비용 분담 단계에 있든, 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치 공급분에 대해 \$35를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다. 일부 선정된 인슐린은 \$0 코페이입니다. 어떤 약품들이 선정된 특정 인슐린인지 알아보시려면, 저희가 온라인으로 제공해 드린 가장 최근의 의약품 목록을 검토하십시오. 의약품 목록에 관한 질문이 있는 경우, 저희에게 전화하실 수도 있습니다 (전화번호는 이 책자의 뒷 표지에 인쇄되어 있습니다).

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

AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP)은 HIV/AIDS 를 보유한 ADAP-적격자가 생명을 구하는 HIV 약을 이용하도록 돕습니다. ADAP 처방집에도 등재된 Medicare 파트 D

처방약은 캘리포니아 AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP) 사무국의 처방약 비용 분담 지원의 대상이 됩니다.

참고: 귀하의 주에서 시행되는 ADAP 를 위한 자격이 되려면 개인은 주 거주 사실 및 HIV 진단 상태, 주정부가 정의한 저소득층 및 미보험/저보험 상태의 증빙을 포함하여 특정 기준을 충족해야 합니다. 귀하가 플랜을 변경하는 경우, 계속해서 지원을 받으실 수 있도록 해당 지역의 ADAP 등록 담당자에게 알려십시오. 자격 기준, 보장 대상 약 또는 본 프로그램 가입 방법에 대한 정보를 확인하려면 1-844-421-7050 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 지원을 받기 위해 전화번호 711 로 전화할 수 있습니다.

섹션 8 철도 퇴직자 위원회에 연락하는 방법

철도 퇴직자 위원회는 전국의 철도 근로자와 그 가족들을 위한 종합 혜택 프로그램을 시행하는 독립된 연방 기관입니다. 철도 퇴직자 위원회를 통해 귀하의 Medicare 를 받는다면 귀하가 이사하거나 우편 주소가 바뀌는 경우 그들에게 알리는 것이 중요합니다. 철도 퇴직자 위원회를 통해 받는 혜택과 관련한 질문이 있는 경우, 해당 기관에 연락하십시오.

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

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

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

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

제 3 장:
의료 서비스를 받기 위한
플랜 사용

섹션 1 우리 플랜의 회원으로서 귀하의 의료 서비스를 받는 데 대해 알아야 할 사항

이 장은 본 플랜을 사용하여 귀하의 의료 서비스를 보장 받기 위해 알아야 할 사항에 대해 설명합니다. 여기에는 용어의 정의가 나와 있고 본 플랜이 보장하는 의학적 치료, 서비스, 의료 장비, 처방약 및 기타 케어를 받기 위해 준수해야 할 규칙이 안내되어 있습니다.

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

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

- “서비스 제공자”는 의료 서비스와 케어를 제공하도록 주정부에 의해 면허가 부여된 의사 및 기타 보건 전문가들입니다. “서비스 제공자”란 용어는 병원과 기타 보건 시설도 포함합니다.
- “네트워크 내 서비스 제공자”란 지불 전액으로서 우리의 지불 및 플랜 비용 부담액을 수락하기로 우리와 합의한 의사 및 기타 의료 전문가, 의료 그룹, 병원 및 기타 의료 시설입니다. 우리는 플랜의 회원들에게 보장 대상 서비스를 제공하기 위해 이러한 서비스 제공자들을 영입하였습니다. 당사 네트워크 내의 서비스 제공자는 귀하에게 제공하는 케어에 대하여 직접 당사에 청구합니다. 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자를 찾아가면 귀하는 서비스에 대한 비용의 귀하 몫만 지불합니다.
- “보장 대상 서비스”는 우리 플랜에 의해 보장되는 모든 의료, 보건 서비스, 용품, 장비 및 처방약을 포함합니다. 귀하의 의료에 대한 보장 대상 서비스가 제 4 장의 혜택 차트에 열거되어 있습니다. 처방약에 대한 보장 대상 서비스는 제 5 장에서 설명합니다.

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

Medicare 건강보험으로서 우리는 Original Medicare 에 의해 보장되는 모든 서비스를 보장해야 하고 Original Medicare 의 보장 규칙을 준수해야 합니다.

우리 플랜은 다음을 조건으로 귀하의 종합 의료 서비스를 보장합니다.

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

- 귀하가 받는 케어가 **의학적으로 필요한 것으로 간주됨**. “의학적으로 필요한”이란 서비스, 용품, 장비 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 표준 관행을 충족하는 경우를 의미합니다.
- 귀하의 네트워크 내 주치의(PCP)가 케어를 제공하고 감독함. 우리 플랜의 회원으로서 귀하는 네트워크 내 PCP 를 선정해야 합니다(이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.1 참조).
 - 대부분의 상황에서 귀하의 네트워크 내 PCP 가 사전 승인을 제공해야 귀하는 플랜의 네트워크 내에 있는 전문의, 병원, 전문 요양 시설 또는 재택 건강 케어 기관 같은 다른 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 이를 “의뢰”라고 합니다. 이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.3 을 참조하십시오.
 - 응급 케어 또는 긴급히 필요한 서비스를 위해서는 PCP 로부터의 의뢰가 요구되지 않습니다. PCP 로부터의 사전 승인 없이 귀하가 받을 수 있는 일부 다른 종류의 케어도 있습니다(이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.2 참조).
- 귀하는 케어를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받아야 함(이에 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2 참조). 네트워크 외 서비스 제공자(우리 플랜의 네트워크에 속하지 않은 서비스 제공자)로부터 받는 케어는 대부분의 경우에 보장되지 않을 것입니다. 이는 귀하가 제공받은 서비스에 대해 해당 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 함을 의미합니다. *다음 세 가지는 예외입니다.*
 - 이 플랜은 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 응급 케어 또는 긴급히 필요한 서비스는 보장합니다. 이에 대한 상세 설명과 응급 또는 긴급히 필요한 서비스가 무엇을 의미하는지는 이 장의 섹션 3 을 참조하십시오.
 - 귀하에게 특정 케어가 필요하고 Medicare 에서 이를 우리 플랜이 보장하도록 하고 있는데 우리 네트워크에는 해당 케어를 제공하는 전문의가 없는 경우, 귀하는 이를 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받을 수 있지만, 케어를 받기 전에 플랜으로부터 사전 승인을 얻어야 합니다. 이 상황에서 귀하는 해당 의료 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받았을 때 귀하가 지불하는 금액과 동일하게 지불할 것입니다. 네트워크 외 의사를 찾아가기 위한 승인을 받는 데 대한 자세한 설명은 이 장의 섹션 2.4 를 참조하십시오.
 - 이 플랜은 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때나 해당 서비스의 기존 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우, Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스를 보장합니다. 귀하가 투석을 위해 플랜에 지불하는 비용 부담액은 Original Medicare 의 비용 부담액을 초과할 수 없습니다. 귀하가 플랜의 서비스 지역 밖에 있는 동안 플랜 네트워크 외 서비스 제공자로부터 투석을 받는 경우, 귀하의 비용 부담액은 귀하가 네트워크 내에서 지불하는 비용 부담액을 초과할 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 부담액이 높아질 수 있습니다.

섹션 2 플랜의 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해 의료 서비스 받기

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

“PCP”란 무엇이고 PCP 는 귀하를 위해 무엇을 하는가?

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

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

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

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

- 일부 경우에 귀하의 PCP, 전문의 또는 기타 귀하가 찾아가는 서비스 제공자는 특정 유형의 보장 대상 서비스 및 용품을 위해 우리로부터 사전 승인을 득할 필요가 있을 것입니다. 사전 승인이 요구되는 서비스 및 품목은 이 브로셔의 제 4 장을 참조하십시오.

PCP 를 어떻게 선정하는가?

Clever Care Health Plan에 가입하면 귀하는 캘리포니아주의 로스앤젤레스, 오렌지, 샌버나디노, 리버사이드 카운티에서 우리 회원들을 위한 의료 서비스 제공자들로 구성된 큰 네트워크를 이용할 수 있을 것입니다. 귀하의 PCP를 선택하려면 당사 웹사이트

ko.clevercarehealthplan.com/provider를 방문하여 우리 플랜 네트워크에서 PCP를 선택하십시오. 고객센터팀도 귀하가 PCP를 선정하는 것을 도울 수 있습니다.

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

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

PCP 변경

귀하는 어떤 이유로든, 언제든지 PCP를 변경할 수 있습니다. 또한 귀하의 PCP가 우리 플랜의 서비스 제공자 네트워크를 탈퇴함에 따라 귀하가 새로운 PCP를 찾아야 하는 경우도 있을 것입니다. 많은 PCP들이 사전 정의된 전문의 및 기타 의료 제공자 목록에 액세스할 수 있는 의료 그룹 또는 독립의사협회(IPA)에 가입되어 있습니다. 귀하가 이러한 의료 그룹/IPA 중에서 PCP를 선정할 경우, 귀하의 PCP는 하위 서비스 제공자 네트워크로 행동하는 이 그룹의 서비스 제공자 및 병원에서 의료 서비스를 받도록 안내할 것입니다.

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

귀하가 새로운 PCP를 동일한 지정된 의료 그룹/IPA에서 선택하기 원하는 경우, 귀하의 요청은 해당 월의 말일(예: 3월31일) 이전에 접수되어야 합니다. 변경 사항은 익월의 첫 날(예: 4월 1일)에 발효될 것입니다.

귀하의 PCP를 유지하기 원하지만 그가 가맹된 새로운 의료 그룹/IPA를 선택하거나 귀하의 PCP와 의료 그룹/IPA 모두를 변경하기 원하는 경우:

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

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

섹션 2.2 PCP로부터의 의뢰 없이 어떤 종류의 의료 서비스를 이용할 수 있는가?

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

- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 한, 유방 검사, 선별 유방조영상(유방 x-레이), 파파니콜로검사, 골반검사 같은 통상적인 여성 보건 의료.
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 한 독감 예방 접종, COVID-19 예방 접종, B형 간염 예방 접종, 폐렴 예방 접종.
- 네트워크 내 서비스 제공자의 또는 네트워크 외 서비스 제공자의 응급 서비스
- 긴급히 필요한 서비스는 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 또는 가입자가 서비스 지역 밖에 있을 때 제공되는 비응급의 보장 대상 서비스입니다. 주말 동안에 케어를 즉시 이용해야 하는 경우가 그러한 예입니다. 서비스는 즉시 필요하고 의학적으로 필수적이어야 합니다.
- 귀하가 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부에 있을 때 Medicare 인증 투석 시설에서 받는 신장 투석 서비스. (귀하가 출타 중 유지 투석을 받는 것을 우리가 주선할 수 있도록 가능하면 귀하가 서비스 지역을 벗어나기 전에 고객센터팀에 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. 다음은 몇 가지 예입니다.

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

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

본 플랜은 귀하가 본인의 케어 관련 요구를 상의하는 절차 없이 최초 방문을 위한 승인을 받지 않고 네트워크 내 전문의를 만나는 것을 허용합니다. 전문의가 추가 진료를 위해 귀하가 재방문하기를 원하는 경우, 먼저 추가적인 전문의 방문을 위해 귀하의 PCP 또는 전문의가 본 플랜으로부터 승인(사전 승인)을 득했는지 확인하십시오.

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

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

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

우리는 연중에 귀하의 플랜에 속한 병원, 의사 및 전문의(서비스 제공자)를 변경할 수 있습니다. 귀하의 의사나 전문의가 해당 플랜을 탈퇴하는 경우, 귀하에게는 아래에 요약된 특정 권리와 보호가 적용됩니다.

- 우리의 서비스 제공자 네트워크가 연중에 변경될 수는 있지만, Medicare 는 우리에게 귀하가 유자격 의사 및 전문의를 중단 없이 이용할 수 있도록 조치할 것을 요구합니다.
- 우리는 귀하가 새로운 서비스 제공자를 선정할 시간이 있도록 귀하에게 적어도 30 일 전에 귀하의 서비스 제공자가 우리 플랜을 탈퇴할 것임을 통보하기 위해 선의의 노력을 할 것입니다.
- 우리는 귀하의 의료 서비스 요구를 지속적으로 관리하기 위해 새로운 유자격 서비스 제공자 선정에서 귀하를 도울 것입니다.
- 귀하가 치료를 받고 있는 경우, 귀하는 받고 있는 의학적으로 필요한 치료가 중단되지 않도록 요청할 권리가 있으며 우리는 그렇게 되도록 하기 위해 귀하와 협력할 것입니다.
- 우리 네트워크에 플랜의 보장 대상 서비스를 위한 유자격 전문의가 없는 경우, 우리는 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 보장해야 합니다. 여기에는 사전 승인이 필요합니다.
- 귀하가 본인의 의사 또는 전문의가 귀하의 플랜을 탈퇴한다는 것을 알게 되면, 우리가 귀하의 진료를 관리할 새로운 제공자를 찾을 수 있도록 우리에게 연락해 주십시오.
- 우리가 귀하의 이전 제공자를 대체하기 위해 유자격 제공자를 제공하지 않았다고 믿으시거나 귀하의 진료가 적절하게 관리되고 있지 않다고 생각하시는 경우, 귀하는 품질 개선 기관에 케어 품질 불만을 제기하거나, 플랜에 케어 품질 고충을 제기하거나, 둘 다 제기할 권리가 있습니다. 제 9 장을 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 응급 또는 긴급히 필요한 서비스를 위해 네트워크 외 서비스 제공자로부터 서비스를 받을 권리가 있습니다. 또한, 플랜은 플랜 서비스 지역 바깥으로 출타하여 계약된 ESRD 서비스 제공자를 이용할 수 없는 ESRD 회원을 위해 투석 서비스를 보장해야 합니다. ESRD 서비스는 Medicare 인증 투석 시설에서 받아야 합니다.

섹션 3 응급 또는 긴급 진료에 대한 요구가 있을 때나 재난 시에 서비스를 받는 방법

섹션 3.1 응급 시 진료 받기

“응급”이란 무엇이며 응급시 무엇을 해야 하는가?

“응급”이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 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.

응급 상황인 경우:

- 가능한 한 빨리 도움을 받으십시오. 911에 전화하여 도움을 요청하거나 가장 가까운 응급실 또는 병원으로 가십시오. 앰블런스가 필요한 경우 전화하십시오. 귀하의 PCP로부터 먼저 승인이나 의뢰를 확보할 필요는 없습니다. 귀하는 보장 대상 응급 의료 서비스를 미국 또는 미국 영토 어디에서든 본인이 필요할 때마다, 그리고 우리 네트워크에 속하지 않더라도 적절한 주정부 면허를 가졌다면 어떤 서비스 제공자로부터도 받을 수 있습니다.
- 귀하의 응급에 대해 가능한 한 속히 우리 플랜에 통보하십시오. 우리는 귀하의 응급 진료에 대해 추적 관찰할 필요가 있습니다. 귀하 또는 다른 사람이 통상적으로 48시간 이내에 귀하의 응급 진료에 대해 알려야 합니다(해당 전화번호는 플랜 멤버십 카드 뒷면에 나와 있습니다).

귀하에게 의학적 응급이 있는 경우 무엇이 보장되는가?

우리 플랜은 다른 방식으로 응급실에 가는 것이 귀하의 건강을 위협에 빠트릴 수 있는 상황에서는 앰블런스 서비스를 보장합니다. 우리는 또한 응급 상황에서의 의료 서비스도 보장합니다.

귀하에게 응급 진료를 제공하고 있는 의사들은 귀하의 상태가 안정적이어서 의학적 응급이 끝난 때를 결정할 것입니다.

응급이 끝난 후에도 귀하는 본인의 상태가 계속 안정적인지 확인하는 후속 추적 진료를 받을 권리가 있습니다. 담당 의사가 우리에게 연락하여 귀하의 추가 진료에 대한 계획을 세울 때까지 담당 의사의 진료는 계속됩니다. 귀하의 후속 추적 진료는 우리 플랜이 보장할 것입니다.

귀하의 응급 진료를 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 경우, 우리는 귀하의 의학적 조건과 상황이 허용하는 즉시 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하의 진료를 인수하도록 노력할 것입니다.

의학적 응급 상황이 아니었으면 어떻게 되는가?

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

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

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

섹션 3.2 서비스를 위한 긴급한 필요성이 있을 때의 진료 받기

“긴급히 필요한 서비스”란 무엇인가?

긴급히 필요한 서비스는 즉각적인 치료가 필요한 비응급 상황이지만 주어진 여건을 고려할 때 네트워크 내 서비스 제공자로부터 이러한 치료를 받는 것이 불가능하거나 합리적이지 않은 경우를 말합니다. 플랜은 네트워크 외부에서 제공되는 긴급히 필요한 서비스를 보장해야 합니다. 긴급히 필요한 서비스의 예로는 i) 주말 동안에 발생하는 심한 인후염 또는 ii) 일시적으로 서비스 지역을 출타 중일 때 알려진 질환의 예상치 못한 급성 재발 등을 들 수 있습니다.

귀하는 긴급히 필요한 서비스를 항상 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받으려고 노력해야 합니다. 단, 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없고

네트워크 이용이 가능해졌을 때 귀하의 네트워크 내 서비스 제공자로부터 진료를 받기 위해 기다리는 것이 합리적이지 않은 경우, 우리는 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 긴급히 필요한 서비스를 보장할 것입니다.

긴급 진료가 필요한 때에는 귀하의 PCP 또는 의료 그룹에 먼저 연락하십시오. 둘 다 이용할 수 없는 경우에는 1-800-396-1961 로 당사의 24 시간 Nurseline 에 전화하거나 1-800-TELADOC(835-2362)으로 Teladoc 제공자에게 전화할 수 있습니다. 귀하에게 가장 가까운 네트워크 내 긴급 치료 센터에 대해서는 이 브로셔의 뒤표지에 있는 번호로 고객센터시스템에 연락하십시오.

우리 플랜은 미국과 그 영토의 밖에서 받는 긴급, 응급 및 안정화 후 진료로 정의된 서비스 등의 상황 하에서는 미국 밖의 전세계 응급 및 긴급히 필요한 서비스를 보장합니다. 이 혜택은 년 \$50,000 로 제한됩니다. 자세한 정보는 이 브로셔 제 4 장 의료 혜택 차트의 “전세계 응급/긴급 보장 범위”를 참조하거나 이 브로셔 뒤표지에 기재된 전화번호로 고객센터시스템에 연락하십시오.

섹션 3.3 재난시 진료 받기

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

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

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

섹션 4 귀하가 서비스의 전액에 대해 직접 청구를 받으면?

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

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

섹션 4.2 서비스를 우리 플랜이 보장하지 않으면 귀하가 전액을 지불해야 합니다

우리 플랜은 이 문서 4 장의 의료 혜택 차트에 열거된 의학적으로 필요한 모든 서비스를 보장합니다. 귀하가 우리 플랜에서 보장하지 않는 서비스를 받거나 네트워크 외 서비스를 플랜의 승인 없이 이용한 경우에는 귀하가 서비스 비용 전액을 지불해야 합니다.

혜택 제한이 있는 보장 대상 서비스의 경우, 해당 유형의 보장 대상 서비스를 위한 귀하의 혜택을 소진한 후 귀하가 받는 서비스의 전액 역시 귀하가 지불합니다. 혜택 한도에 도달하면 귀하가 서비스를 위해 지불하는 어떤 금액도 귀하의 본인 부담 최대액에 계상되지 않을 것입니다. 혜택 한도 및 본인 부담 최대액에 대한 자세한 정보는 제 4 장을 참조하십시오. 귀하가 본인의 혜택 한도 중 이미 사용한 액수가 얼마인지 알기 원할 때는 고객센터에 연락하십시오.

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

섹션 5.1 “임상 연구”란 무엇인가?

임상 연구(“임상 시험”이라고도 함)란 의사와 과학자들이 새로운 암 치료약이 얼마나 잘 듣는지 같은 새로운 유형의 의학적 치료법을 시험하는 한 가지 방법입니다. 특정 임상 연구는 Medicare 의 승인 하에 진행됩니다. Medicare 에서 승인한 임상 연구는 일반적으로 연구에 참여할 자원 봉사자를 모집합니다.

Medicare 가 연구를 승인했고 귀하가 참여 의사를 밝히면, 그 연구에서 일하는 담당자가 귀하에게 연락하여 해당 연구에 대해 자세히 설명하고 연구를 수행하는 과학자들이 정한 요건을 귀하가 충족하는지 확인할 것입니다. 귀하는 본인이 연구를 위한 요건을 충족하고 있고 또한 연구에 실제로 참여한다면 일어날 일들을 완전히 이해하고 수락하는 한 해당 연구에 참여할 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 연구에 참여하는 경우, 귀하가 해당 연구의 일환으로 받는 보장 대상 서비스에 대한 비용의 대부분은 Original Medicare 가 지불합니다. 귀하가 적격한 임상 시험에 참여 중이라고 우리에게 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, 우리는 귀하가 지불한 금액과 네트워크 내 비용 분담액 간의 차액을 상환합니다. 그러나 귀하는 본인이 지불한 금액을 증빙하는 문서를 당사에 제시해야 합니다. 귀하가 임상 연구에 참여할 때도 귀하는 우리 플랜에 대한 등록을 유지하면서 우리 플랜 기간 동안 귀하의 나머지 진료(연구에 관련되지 않은 진료)를 계속 받으실 수 있습니다.

귀하가 Medicare 승인 임상 연구에 참여하기 원하는 경우, 귀하는 우리 또는 귀하의 PCP로부터 승인을 받거나 이를 통지할 필요가 없습니다. 임상 연구의 일환으로 귀하의 진료를 제공하는 서비스 제공자가 우리 플랜의 서비스 제공자 네트워크에 반드시 속해야 하는 것은 아닙니다.

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

Medicare가 승인하지 않은 연구에 귀하가 참여하는 경우, 그 연구의 참여를 위한 모든 비용의 지불 책임은 귀하에게 있습니다.

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

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, 우리 플랜은 Original Medicare의 비용 분담액과 우리 플랜 회원으로서의 귀하의 네트워크 내 비용 분담액 간의 차액을 지불합니다. 이는 귀하가 연구의 일환으로 받는 서비스에 대해 우리 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 자세한 설명은 제 7 장을 참조하십시오.

비용 분담의 작용 예: 연구의 일환으로서 비용이 \$100인 검사실 검사를 귀하가 받는다고 가정합니다. 또한 이 검사를 위한 비용 중 귀하의 몫이 Original Medicare에 의거하면 \$20이지만, 해당 검사는 우리 플랜의 혜택에 의거하면 \$10일 것이라고 가정합니다. 이 경우 Original Medicare는 검사 비용으로 \$80를 지불하고, 귀하는 Original Medicare에서 요구하는 분담금인 \$20를 지불하게 됩니다. 그런 다음 귀하는 본인이 적절한 임상 시험 치료를 받았음을 플랜에 알리고 서비스 제공자 청구서 등의 증빙 문서를 플랜에 제출합니다. 그러면 플랜에서 \$10를 귀하에게 직접 지불합니다. 따라서 귀하의 순 지불액은 \$10가 되며, 이는 귀하가 우리 플랜의 혜택에 따라 지불해야 했을 금액과 동일합니다. 플랜으로부터 지불을 받으려면 서비스 제공자 청구서와 같은 문서를 플랜에 제출해야 함을 유의하십시오.

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

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

자세히 알기 원하십니까?

Medicare 웹사이트를 방문해 “Medicare 및 임상 연구” 간행물을 읽거나 다운로드함으로써 임상 연구 참여에 대한 추가 정보를 얻을 수 있습니다. (간행물은 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)에서 입수할 수 있습니다.) 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.

섹션 6 “종교적 비의학적 보건 기관”에서 진료를 받기 위한 규칙

섹션 6.1 종교적 비의학적 보건 기관이란 무엇인가?

종교적 비의학적 보건 기관이란 일반적으로 병원 또는 전문 요양 시설에서 치료할 질환을 위해 진료를 제공하는 시설입니다. 병원 또는 전문 요양 시설에서 치료를 받는 것이 회원의 종교적 신념에 반하는 경우, 우리는 그 대신 종교적 비의학적 보건 기관에서의 진료를 위한 보장을 제공할 것입니다. 이 혜택은 파트 A 입원환자 서비스(비의학적 보건 서비스)를 위해서만 제공됩니다.

섹션 6.2 종교적 비의학적 보건 기관에서 진료 받기

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

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

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

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

섹션 7 내구성 의료 장비의 소유권을 위한 규칙

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

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

Original Medicare 에서 특정 유형의 DME 를 렌트하는 사람들은 해당 품목을 위한 분담금을 13 개월 동안 지불한 후에 장비를 소유합니다. 그러나 우리 플랜의 회원으로서 귀하는 회원 자격을 유지하는 동안 해당 품목에 대해 얼마나 많은 분담금을 지불했는지와 무관하게 렌트한 DME 품목에 대한 소유권을 획득할 수 없습니다. 귀하가 플랜 가입 이전에 Original Medicare 에 따라 DME 품목에 대해 최대 12 회 연속 지불한 경우에도, 귀하는 회원 자격을 유지하는 동안 해당 품목에 대해 얼마나 많은 분담금을 지불했는지와 무관하게 해당 품목에 대한 소유권을 획득할 수 없습니다. 자세한 내용은 고객 서비스팀에 문의하십시오.

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

우리 플랜의 회원인 동안 DME 품목의 소유권을 취득하지 않은 경우, 귀하가 해당 품목을 소유하려면 Original Medicare 로 전환한 후에 새로 연속 13 회 지불을 해야 할 것입니다. 플랜에 등록된 기간 동안 귀하가 지불한 금액은 계산되지 않습니다.

예시 1: 귀하는 Original Medicare 의 품목에 12 회 이하의 연속 지불을 한 시점에 우리 플랜에 가입하셨습니다. 이 경우 귀하가 Original Medicare 에서 지불한 금액은 계산에 포함되지 않습니다. 귀하는 Original Medicare 의 품목에 13 회 연속 지불을 한 다음에 우리 플랜에 가입하셔야 합니다. 귀하는 우리 플랜에 등록되어 있었지만 해당 기간 동안 소유권을 취득하지 못했습니다. 그런 다음 Original Medicare 로 복귀하셨습니다. 해당 품목을 소유하려면 귀하가 Original Medicare 로 복귀한 후에 새로 13 회 연속 지불을 하셔야 합니다. 이전의 모든 지불액(우리 플랜이든 Original Medicare 이든 무관함)은 계산되지 않습니다.

섹션 7.2 산소 장비, 용품 및 정비를 위한 규칙

귀하는 어떤 산소 혜택의 권리가 있는가?

귀하가 Medicare 산소 장비 보장의 자격이 있는 경우 우리는 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 Jasmine 을 탈퇴하거나 더 이상 의학적으로 산소 장비가 요구되지 않는 경우에는 산소 장비를 반환하셔야 합니다.

귀하의 플랜을 탈퇴하여 Original Medicare 로 복귀하면 어떻게 되는가?

Original Medicare 는 산소 장비 제공자가 귀하에게 5 년 동안 서비스를 제공하도록 요구합니다. 귀하는 최초 36 개월 동안에는 장비를 렌탈합니다. 나머지 24 개월 동안에는 제공자가 장비 및 정비를 제공합니다(귀하는 여전히 산소에 대한 분담금을 지불하셔야 합니다). 5 년이 지나면 귀하는 기존 회사를 유지하거나 다른 회사로 변경하기로 선택하실 수 있습니다. 이 시점에서 귀하는 기존 회사를 유지하기로 한 경우에도 5 년 주기가 다시 시작되므로 최초 36 개월 동안 분담금을 지불하셔야 합니다. 귀하가 우리 플랜에 가입하거나 탈퇴하면 5 년 주기가 다시 시작됩니다.

제 4 장:
의료 혜택 차트
(보장되는 항목과
본인 지불 항목)

섹션 1 보장 대상 서비스를 위한 본인 부담 비용 이해하기

이 장은 귀하의 보장 대상 서비스를 열거하고 Clever Care Jasmine 의 회원으로서 귀하가 각 보장 대상 서비스에 대하여 지불할 금액을 보여주는 의료 혜택 차트를 설명합니다. 보장되지 않는 의료 서비스에 대한 정보는 이 장 말미에 나와 있습니다. 특정 서비스에 대한 한도도 설명합니다.

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

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

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

Medicaid 의 자격 또는 적격 Medicare 수혜자(QMB) 프로그램의 자격이 있는 대부분의 사람들은 본인 부담액, 분담금 또는 공동보험금을 지불하지 않습니다. 해당되는 경우 귀하의 Medicaid 또는 QMB 자격 증빙을 제시하십시오.

섹션 1.2 당사 플랜에는 특정 유형의 서비스에 대해 본인 부담액이 있습니다

특정 유형의 서비스에는 본인 부담액이 적용됩니다.

이 플랜에는 특정 서비스에 대한 본인 부담액이 있습니다. 귀하는 본인 부담액이 납부되기 전까지는 입원환자 병원 케어를 위한 전체 비용을 지불하셔야 합니다. 귀하가 본인 부담액을 납부하면 당사는 해당 서비스에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 본인의 몫을 지불하시게 됩니다. 귀하가 플랜 본인 부담액 또는 입원환자 병원 케어를 위한 본인 부담액 중 어느 쪽을 충족하든, 당사는 귀하의 보장 대상 입원환자 병원 케어 비용의 당사 분담금을 지불하기 시작합니다. 섹션 2 의 혜택 차트는 서비스 범주 본인 부담액을 보여줍니다.

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

귀하가 Medicare Advantage 플랜에 등록되어 있기 때문에 우리 플랜에 따른 네트워크 내 의료 서비스를 위해 귀하가 매년 지불해야 하는 본인 부담 비용의 총액에는 한도가 있습니다. 이 한도를 의료 서비스를 위한 본인 부담 최대액(MOOP)이라고 합니다. 2023 년도의 경우 이 금액은 \$7,550 입니다.

귀하가 네트워크 내 보장 대상 서비스를 위한 본인 부담액, 분담금과 공동보험금을 위해 지불하는 금액은 이 본인 부담 최대액에 계상됩니다. 귀하의 플랜 보험료와 파트 D 처방약을 위해 귀하가 지불하는 금액은 귀하의 본인 부담 최대액에 계상되지 않습니다. \$7,550 의 본인 부담 최대액에 도달하면, 귀하는 해당 연도의 나머지 기간에는 네트워크 내 보장 대상 서비스에 대하여 어떠한 본인 부담금도 지불할 필요가 없습니다. 단, 귀하는 본인의 플랜 보험료와 Medicare 파트 B 보험료는 계속 납부해야 합니다(Medicaid 또는 다른 제 3 자가 귀하를 대신하여 파트 B 보험료를 납부하지 않는 한).

섹션 1.4	우리 플랜은 특정 유형의 서비스에 대한 본인 부담 비용에도 한도를 적용합니다
---------------	---

우리는 서비스에 대한 본인 부담 최대액(위의 섹션 1.4 참조) 외에도 특정 유형의 서비스만을 대상으로 별도의 본인 부담 최대액을 적용하고 있습니다.

2023 년도 입원환자 병원 케어에 대한 본인 부담액은 \$1,600 입니다. 귀하는 본인 부담액이 납부되기 전까지는 입원환자 병원 케어를 위한 전체 비용을 지불하셔야 합니다. 귀하가 본인 부담액을 납부하면 당사는 해당 서비스에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 나머지 혜택 기간 동안 귀하의 몫(귀하의 분담금)을 지불합니다. 귀하가 플랜 본인 부담액 또는 입원환자 병원 케어를 위한 본인 부담액 중 어느 쪽을 충족하든, 당사는 귀하의 보장 대상 입원환자 병원 케어 비용의 당사 분담금을 지불하기 시작합니다.

2023 년도 입원환자 정신건강 케어에 대한 본인 부담액은 \$1,600 입니다. 귀하는 본인 부담액이 납부되기 전까지는 입원환자 정신건강 케어를 위한 전체 비용을 지불하셔야 합니다. 귀하가 본인 부담액을 납부하면 당사는 해당 서비스에 대한 분담금을 지불하고 귀하는 나머지 혜택 기간 동안 귀하의 분담금(귀하의 공동보험금)을 지불합니다. 귀하가 플랜 본인 부담액 또는 입원환자 정신건강 케어를 위한 본인 부담액 중 어느 쪽을 충족하든, 당사는 귀하의 보장 대상 입원환자 정신건강 케어 비용의 당사 분담금을 지불하기 시작합니다.

섹션 1.5	우리 플랜은 서비스 제공자가 귀하에게 “차액 청구”하는 것을 허용하지 않습니다
---------------	--

우리 플랜의 회원으로서 귀하에게 중요한 보호 조치는 귀하가 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스를 받을 때 본인의 비용 부담 금액만 지불하면 된다는 것입니다. 서비스 제공자는 “차액 청구”라고 불리는 별도 금액을 추가로 청구할 수 없습니다. 이 보호 조치는 우리가 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 우리가 특정 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.

이 보호 조치가 작동하는 방식.

- 귀하의 비용 부담액이 분담금(일정한 달러 액수, 예컨대, \$15.00)인 경우, 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자의 보장 대상 서비스에 대해서는 그 금액만 지불합니다.
- 귀하의 비용 부담액이 공동보험금(총 요금의 일정한 퍼센트)인 경우, 귀하는 그 퍼센트 이상은 지불하지 않습니다. 단, 귀하의 비용은 귀하가 만나는 서비스 제공자의 유형에 의존합니다.
 - 보장 대상 서비스를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트 곱하기 플랜의 상환율(서비스 제공자와 본 플랜 사이의 계약에서 결정된)을 지불합니다).
 - 보장 대상 서비스를 Medicare에 참여한 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트에 참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (본 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스는 귀하가 의뢰되었을 때나 응급 시 또는 긴급히 필요한 서비스와 같은 특정 상황에서만 보장함을 기억하십시오.)
 - 보장 대상 서비스를 Medicare에 참여하지 않는 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 경우, 귀하는 공동보험금 퍼센트에 비참여 서비스 제공자를 위한 Medicare 지급율을 곱하여 지불합니다. (본 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자의 서비스는 귀하가 의뢰되었을 때나 응급 시 또는 긴급히 필요한 서비스와 같은 특정 상황에서만 보장함을 기억하십시오.)
- 서비스 제공자가 귀하에게 “차액 청구”를 했다고 생각되면 고객센터팀에 전화하십시오.

섹션 2 의료 혜택 차트를 이용해 보장 항목이 무엇이고 본인 지불 금액은 얼마인지 확인하기

섹션 2.1 플랜 회원으로서 귀하의 의료 혜택과 비용

다음 페이지들의 의료 혜택 차트에는 우리 플랜이 보장하는 서비스 및 각 서비스에 대한 본인 부담 비용이 열거되어 있습니다. 파트 D 처방약 보장은 제 5 장에 설명되어 있습니다. 의료 혜택 차트에 열거된 서비스는 다음 보장 요건이 충족될 때만 보장됩니다.

- 귀하의 Medicare 보장 대상 서비스는 Medicare 가 정한 보장 가이드라인에 따라 제공되어야 함.
- 귀하의 서비스(의료, 서비스, 용품, 장비 및 파트 B 처방약 포함)가 반드시 의학적으로 필요해야 함. “의학적으로 필요한”이란 서비스, 용품 또는 약이 귀하의 의학적 상태의 예방, 진단 또는 치료를 위해 필요하며 인정된 의학적 표준 관행을 충족함을 의미합니다.
- 귀하가 진료를 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받아야 함. 대부분의 경우, 귀하가 네트워크 외 서비스 제공자로부터 받는 진료는 응급 또는 긴급 진료에 해당하거나 귀하의 플랜 또는 네트워크 내 서비스 제공자가 귀하를 의뢰한 경우가 아닌 이상 보장되지 않습니다. 이는 귀하가 제공받은 서비스에 대해 해당 서비스 제공자에게 전액을 지불해야 함을 의미합니다.
- 귀하에게 케어를 제공하고 감독하는 주치의(PCP)가 있어야 함. 대부분의 상황에서, 귀하는 담당 PCP 가 사전에 승인해야 플랜의 네트워크 내에 있는 다른 서비스 제공자를 찾아갈 수 있습니다. 이를 “의뢰”라고 합니다.
- 의료 혜택 차트에 열거된 서비스 중 일부는 귀하의 의사 또는 기타 네트워크 내 서비스 제공자가 우리로부터 사전에 승인을 받는 경우에만 보장됩니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 의료 혜택 차트에 그렇게 표시되어 있습니다.
- 또한 우리는 귀하가 약속을 불이행하거나 서비스 당시에 요구되는 비용 부담액을 지불하지 않은 경우, “행정 수수료”를 귀하에게 부과할 수 있습니다. 이러한 행정 수수료에 관한 질문이 있는 경우 고객센터팀에 연락하십시오.

기타 우리의 보장에 대해 알아야 할 중요 사항:

- 모든 Medicare 건강 보험처럼 우리는 Original Medicare 가 보장하는 것은 모두 보장합니다. 이러한 혜택 중 일부의 경우, 귀하는 Original Medicare 에서 귀하가 지불할 것보다 우리 플랜에서 더 많이 지불합니다. 기타의 경우, 귀하는 더 적게 지불합니다. (Original Medicare 의 보장 및 비용에 대한 자세한 정보를 알기 원하는 경우, *Medicare & You 2023* 핸드북을 참조하십시오. 웹사이트(www.medicare.gov)에서 온라인으로 확인하거나 1-800-MEDICARE(1-

800-633-4227)에 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 1 부를 요청하십시오. TTY
사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화해야 합니다.)

- Original Medicare 에서 무료로 보장되는 모든 예방 서비스의 경우, 우리도 귀하에게 해당 서비스를 무료로 보장합니다. 단, 귀하가 예방 서비스를 받을 때 방문시 기존 질환을 위해 치료 또는 모니터링도 받는 경우, 기존 질환을 위해 받는 진료에 대해 부담금이 적용될 것입니다.
- Medicare 가 2023 년 동안에 어떤 신규 서비스를 위한 보장을 추가하는 경우, Medicare 또는 우리 플랜이 그러한 서비스를 보장할 것입니다.
- 귀하가 우리 플랜의 2 개월 자격 유지가 인정된 기간 내에 있는 경우, 우리는 모든 플랜 보장 대상 혜택을 계속 제공할 것이며, 이 기간 동안에 귀하의 비용 부담액은 변경되지 않습니다.

만성 질환 보유 가입자를 위한 중요 혜택 정보

- 귀하가 아래에 식별된 다음 만성 질환으로 진단되고 소정의 기준을 충족하는 경우, 귀하는 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택의 자격이 있을 수 있습니다.
 - 심혈관 장애
 - 만성 심부전
 - 치매
 - 당뇨병
 - 말기 간 질환
 - 말기 신장 질환
 - HIV/AIDS
 - 만성 폐 장애
 - 만성 및 장애적 정신건강 질환
 - 신경 장애
 - 뇌졸중
 - 담당 의사가 판단하고 확인한 만성 질환의 적격 임상 기준에 근거해 귀하에게 자격이 있는 경우. 상황에 따라 귀하는 우리 플랜의 Case Management 프로그램 및 규정된 목표와 결과 척도가 있는 활동들에도 참여하셔야 합니다.
- 세부 사항은 아래 의료 혜택 차트에서 “만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택” 행을 참조하십시오.
- 귀하에게 정확히 어떤 혜택의 자격이 있는지 알아보려면 우리에게 연락하십시오.



혜택 차트에서 예방 서비스 옆에 이 사과가 보일 것입니다.

의료 혜택 차트

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

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
만성 요통에 대한 침술 치료 보장되는 서비스의 예: Medicare 수혜자에 대해서는 다음과 같은 상황에서 90 일 동안 최대 12 회의 방문이 보장됩니다. 본 혜택의 목적상, 만성 요통은 다음과 같이 정의됩니다. • 12 주 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 8 회의 세션이 보장됩니다. 침술 치료는 연간 20 회 이하로 받을 수 있습니다. 환자가 호전되지 않거나 퇴행하는 경우 치료를 중단해야 합니다. 서비스 제공자 자격 요건: 의사(사회보장법(법령)의 1861(r)(1)에 정의된 자)는 해당 주의 요건에 따라 침술 치료를 제공할 수 있습니다. 보조 의사(PA), 전담간호사(NP)/임상전문간호사(CNS)(법령의 1861(aa)(5)에 정의된 자) 및 보조 인력은 해당 주의 모든 요건 및 다음을 충족하는 경우 침술 치료를 제공할 수 있습니다. • 침술한의학인증위원회(ACAOM)의 인가를 받은 학교의 침술 또는 한의학 석사 또는 박사 학위 소지, • 미국의 주, 영토 또는 연방국(예: 푸에르토리코), 또는 컬럼비아 특별구에서 침술을 시행할 수 있는 현행의 완전하고 유효한 무제한 면허 소지.	Medicare 보장 대상 서비스의 경우 \$0 분담금. 사전 승인이 필요함.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
만성 요통에 대한 침술 치료 (계속) 침술 치료를 제공하는 보조 인력은 42 CFR §§ 410.26 및 410.27 의 규정에서 요구하는 의사, PA 또는 NP/CNS 의 적절한 수준의 감독을 받아야 합니다.	
보충 침술 치료(정기) 정기(Medicare 비보장) 침술 서비스	의뢰나 사전 승인 없이 이루어지는 연간 최대 허용 금액 \$3,000까지의 무제한 정기 방문(Medicare 비보장)에 대해 \$0 분담금. 당 플랜이 방문을 위한 최대 혜택 수당을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 책임져야 합니다. 허용 금액의 잔액은 12 월 31 일에 만료됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
앰블런스 서비스 - 보장되는 앰블런스 서비스에는 당 플랜이 승인한 경우 또는 다른 운송 수단으로는 그 사람의 건강이 위험해 질 수 있을 질병을 가진 회원에게 제공되면 의료를 받을 수 있는 가장 가까운 적당한 시설로의 고정익, 회전익 및 지상 앰블런스 서비스가 포함됩니다. - 앰블런스에 의한 비응급 수술은 회원의 상태가 다른 운송 수단으로는 그 사람의 건강이 위험해 질 수 있고 앰블런스에 의한 수술이 의학적으로 필요하다고 문서화된 경우에 적절합니다. 전세계에서 받는 응급 운송 서비스를 위해 보장이 제공됩니다. (전세계란 미국과 그 영토 바깥에서 받는 응급 케어를 가리킵니다).	네트워크 내: 각 Medicare 보장 지상 앰블런스 운행(편도)에 대해 20% 공동보험금. 각 Medicare 보장 공중 앰블런스 운행(편도)에 대해 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제 3 자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 전세계 보장에는 \$100,000 의 연간 한도가 적용됩니다. 미국 외 지역에서 받은 각 응급 수술 서비스에 대해 \$0 분담금. 비응급 앰블런스 수술은 사전 승인이 필요함

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
연례 신체 검사 우리 플랜은 Original Medicare 에 의해 보장되지 않는 1 회의 신체 검사를 포함합니다. 이 비Medicare 혜택을 위한 보장은 Medicare 보장 연례 웰니스 방문과 “Welcome to Medicare” 예방 방문에 추가되는 것입니다. 귀하는 연례 신체 검사를 역년당 한 번 스케줄링할 수 있습니다. 연례 신체 검사는 병력 수집을 포함한 광범위한 신체 검사로서 다음도 포함될 수 있습니다. 활력 징후, 전신 외관 관찰, 머리와 목 검사, 심폐 검사, 복부 검사, 신경 검사, 피부 검사 및 사지 검사. 이 검사에는 일반적으로 의사의 촉진 또는 청진기 사용이나 신체 부위를 두드리는 과정이 포함됩니다. 이 방문시 받는 예방적 랩, 스크리닝 및/또는 진단 검사에는 귀하의 랩과 진단 검사 보장이 적용됩니다. 자세한 정보는 “외래환자 진단 검사와 치료 서비스 및 용품”을 참조하십시오.	네트워크 내: PCP 진료실에서 수행되는 1 회의 일반 신체검사에 대해 역년당 \$0 부담금.
 연례 웰니스 방문 파트 B 를 12 개월 이상 동안 갖고 있는 경우, 귀하의 현재 건강과 위험 요인에 근거한 맞춤형 예방 계획을 개발 또는 업데이트하기 위한 연례 웰니스 방문을 할 수 있습니다. 이는 12 개월에 1 회 보장됩니다. 참고: 첫 번째 연례 웰니스 방문은 귀하의 “Welcome to Medicare” 예방 방문으로부터 12 개월 이내에 발생할 수는 없습니다. 그러나, 파트 B 를 12 개월 동안 유지한 후에는 연례 웰니스 방문을 보장받기 위해 “Welcome to Medicare” 방문을 마친 상태일 필요가 없습니다.	네트워크 내: 연례 웰니스 방문에 공동보험금, 부담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 골질량 측정 유자격자(일반적으로 이는 골질량 상실 위험에 처한 또는 골다공증의 위험에 처한 사람을 의미함)의 경우, 골질량을 식별하거나, 골상실을 탐지하거나, 골질을 판단하기 위한 술식(의사의 결과 해석 포함) 서비스가 24 개월마다 또는 의학적으로 필요한 경우 더 빈번하게 보장됩니다.	Medicare 보장 골질량 측정에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 유방암 스크리닝(유방조영상) 보장되는 서비스의 예: • 35 세~39 세 사이에 베이스라인 유방조영상 1 회 • 40 세 이상 여성의 경우 12 개월마다 스크리닝 유방조영상 1 회 • 24 개월 마다 임상 유방 검사 1 회	보장되는 스크리닝 유방조영상에는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.
심장 재활 서비스 운동, 교육 및 상담이 포함된 종합 심장 재활 서비스 프로그램이 특정 조건을 충족하고 의사의 의뢰를 받은 회원들에게 보장됩니다. 이 플랜은 또한 일반적으로 심장 재활 프로그램보다 더욱 격렬한 집약적인 심장 재활 프로그램도 보장합니다.	네트워크 내: 각 Medicare 보장 방문에 대해 20% 공동보험금 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
 심혈관병 위험 경감 방문 (심혈관병을 위한 요법) 우리는 심혈관병 위험을 낮추기 위해 귀하의 주치의 방문을 년 1 회 보장합니다. 이 방문시 귀하의 의사는 (적절한 경우) 아스피린 사용을 의논하고, 귀하의 혈압을 체크하며, 건강식 팁을 제공할 수 있습니다.	집약적 행동 요법 심혈관병 예방 혜택에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 심혈관병 검사 심혈관병(또는 심혈관병 위험 상승과 관련된 비정상)의 탐지를 위한 혈액 검사, 5 년(60 개월)마다 1 회.	5 년마다 1 회 보장되는 심혈관병 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 경부암 및 질암 스크리닝 보장되는 서비스의 예: - 모든 여성을 위한: 팍 테스트 및 경부 검사는 24 개월 마다 1 회 보장됩니다. - 귀하가 경부암 또는 질암 위험이 높거나 가임 연령인데 지난 3 년 이내 팍 테스트가 비정상이었던 경우: 12 개월 마다 1 회 팍 테스트	Medicare 보장 예방적 팍 테스트 및 경부 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
카이로프랙틱 서비스 보장되는 서비스의 예: 우리는 아탈구를 교정하기 위한 척추의 도수치료만 보장합니다.	네트워크 내: 각 Medicare 보장 카이로프랙틱 서비스에 대해 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 결장직장암 스크리닝 50 세 이상자에게 다음이 보장됩니다. • 48 개월 마다 유연 구불창자내시경검사(또는 대안으로서 스크리닝 바륨관장) 12 개월 마다 다음 중 하나: • 과이악계 분변잠혈검사(gFOBT) • 분변 면역 화학 검사(FIT) 3 년 마다 DNA 기반 결장직장 스크리닝 결장직장암 위험이 높은 사람들을 위해 보장되는 항목: • 24 개월 마다 스크리닝 대장내시경(또는 대안으로서 스크리닝 바륨관장) 결장직장암 위험이 높지 않은 사람들을 위해 보장되는 항목: • 10 년(120 개월)마다 스크리닝 대장내시경, 그러나 스크리닝 직장내시경 검사로부터 48 개월 이내는 안 됨	Medicare 보장 결장직장암 스크리닝 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
COVID-19 관련 혜택 COVID-19 바이러스와 연관된 경우, 면허 보유 개업의가 지시한 테스트 또는 치료가 보장됩니다. 비용 부담 면제는 모든 Clever Care Health Plan Medicare Advantage 회원에게 적용됩니다. 면허 보유 개업의가 지시한 테스트가 아닌 경우를 제외하고, COVID-19 테스트 또는 치료와 연관된 다음과 같은 파트 C 서비스에 대해서는 회원 비용 부담이 면제됩니다. • 의사 진료실, 긴급 치료, 응급실, 이동 진료소 방문에 적용되는 경우. • 입원환자 및 관찰을 위한 입원을 포함하여 모든 서비스 지역에서 이루어지는 COVID 관련 의료/치료. 전문요양시설 및 외래환자 병원도 포함됨. • 가상 방문에 대한 보장. • 다른 교통 수단을 통해 이동 시 수혜자의 건강에 위험이 발생하는 경우 의료적으로 필요한 서비스.	COVID-19 관련 건강 문제로 진단된 경우 \$0 부담금. 전 세계 응급 치료 포함. 응급 상황의 경우, 네트워크 내 및 네트워크 외 서비스 제공자가 제공하는 치료가 모두 보장됩니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
치과 서비스	Medicare 보장 대상 서비스의 경우 \$0 분담금
일반적으로 예방적 치과 서비스(예: 클리닝, 통상적 치과 검사 및 치과 x-레이)는 Original Medicare 가 보장하지 않습니다. 우리가 보장하는 것:	수당 금액 한도까지의 예방 및 종합 치과 서비스에 대해 \$0 분담금. 치과 임플란트의 외과적 배치는 제외됩니다.
Medicare 보장 대상 서비스	치과 서비스에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하는 경우에는 허용 금액과 청구 금액의 차액을 귀하가 부담해야 할 수 있습니다.
예방적 치과 서비스는 다음을 포함합니다.	당 플랜은 매 분기마다(1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일) \$625의 수당을 제공합니다.
• 치아 클리닝, 년 2회 • 구강 검사, 년 2회 • 불화물 처리, 년 1회 • X-레이, 년 1회	연간 혜택의 한도는 \$2,500입니다. 분기 말(3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일)까지 사용되지 않은 금액은 다음 분기로 이월되지 않으며, 12월 31일에 만료됩니다. 또한 현금으로의 교환은 불가능합니다. 네트워크 내 의원으로 한정한다는 요건은 없습니다. 단, 네트워크 내 서비스 제공자를 이용할 경우 회원의 본인 부담 비용이 더 낮아질 수 있습니다.
종합적 치과 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.	전처치 승인
• 치아 딥 클리닝 • 충치 치료 • 근관(근관치료술) • 치관(캡) • 브릿지(의치) • 의치 • 발치 및 기타 서비스	수복치료 크라운과 고정성 보철에 대해 필요합니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 우울증 스크리닝 우리는 우울증 스크리닝을 년 1 회 보장합니다. 이 스크리닝은 후속 치료 및/또는 위탁을 제공할 수 있는 일차 케어 환경에서 수행되어야 합니다.	연례 우울증 스크리닝 방문에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 당뇨병 스크리닝 귀하가 다음 위험 요인을 갖고 있는 경우 우리는 이 스크리닝(공복 혈당 검사 포함)을 보장합니다. 고혈압, 비정상적 콜레스테롤 및 트리글리세리드 수치 이력(이상지질혈증), 비만 또는 고혈당 이력. 귀하가 기타 과체중 및 가족의 당뇨병 이력 같은 요건을 충족하는 경우에도 검사가 보장될 수 있습니다. 이러한 검사의 결과에 근거하여 귀하는 12 개월 마다 최대 2 회의 당뇨병 스크리닝 자격이 있을 수 있습니다.	Medicare 보장 당뇨병 스크리닝 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.
 당뇨병 자가관리 교육, 당뇨병 서비스 및 용품 당뇨병이 있는 모든 사람(인슐린 사용자 및 비사용자)을 위해. 보장되는 서비스의 예: • 혈당 모니터링 용품: 혈당 모니터, 혈당 검사 스트립, 란셋 기기 및 란셋, 검사 스트립과 모니터의 정확성을 체크하기 위한 글루코스 콘트롤 솔루션. • 당뇨 발병이 심한 당뇨병 환자의 경우: 역년당 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 물품의 경우 20% 공동보험금 연간 1회의 혈당 측정에 대해 \$0 분담금. Medicare 보장 당뇨병 치료용 신발 또는 인서트에 대해 20% 공동보험금. 당뇨병 자가관리 교육에 대해 \$0 분담금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
내구성 의료 장비(DME) 및 관련 용품 (“내구성 의료 장비”의 정의는 본 문서의 제 12 장과 제 3 장, 섹션 7 을 참조하십시오.) 보장되는 품목: 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, 집에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 병원 베드, IV 주입 펌프, 음성 발현 기기, 산소 장비, 분무기 및 워커. 우리는 Original Medicare 에 의해 보장되는 의학적으로 필요한 모든 DME 를 보장합니다. 귀하 지역의 우리 공급자들이 특정 브랜드 또는 제조업체를 취급하지 않는 경우, 귀하는 그들에게 맞춤형 특별 주문이 가능한지 문의할 수 있습니다.	네트워크 내: Medicare 허용액이 \$500 이하인 Medicare 보장 내구성 의료 장비의 경우 0% 공동보험금. Medicare 허용액이 \$500 이상인 Medicare 보장 내구성 의료 장비의 경우 20% 공동보험금. Medicare 산소 장비 보장을 위한 귀하의 비용 분담액은 해당 장비의 비용에 따라 0% ~ 20% 공동보험금입니다. 36 개월 동안 등록된 후에는 귀하의 비용 분담액은 바뀌지 않을 것입니다. 귀하가 우리 플랜에 등록하기 전에 산소 장비 보장을 위해 36 개월 동안 렌탈비를 지불했다면, 우리 플랜에 따른 귀하의 비용 분담액은 해당 장비의 비용에 따라 0% ~ 20% 공동보험금입니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
동양 웰니스 서비스 우리 플랜은 용역 침술사로부터 받는 다음 서비스 중 하나 또는 그 조합에 대해 연 1 회의 동양 치료 요법 방문을 포함합니다. • 부항/쑥뜸, • 추나 • 구아샤 • MedX • 반사 요법	네트워크 내: 연간 최대 허용 24 회 방문까지 방문당 \$0 분담금. 역년말에 남은 방문은 만료됩니다. 당 플랜이 서비스를 위한 최대 혜택 수당을 지불한 후에는 귀하가 나머지 비용을 책임져야 합니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
응급 케어 응급 케어란 다음과 같은 서비스를 가리킵니다. • 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 제공자가 제공하고 • 응급 조건을 평가 또는 안정시키기 위해 필요한 서비스. 응급이란 귀하 또는 평균적 보건 의학 지식이 있는 신중한 타인이 귀하의 생명 상실(귀하가 임산부인 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 제공된 필요한 응급 서비스의 비용 분담액은 네트워크 내에서 제공된 그러한 서비스의 비용 분담액과 같습니다. 전세계 보장.	각 응급실 방문에 대해 \$95 분담금 회원인 귀하가 동일한 질환으로 인해 72 시간 이내에 입원환자로서 받아들여지는 경우 분담금은 면제됩니다. 귀하가 응급 케어를 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 당 플랜에서 승인받아야 하며, 이 경우 귀하가 지불할 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불했을 비용 분담액과 같습니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 응급 및 긴급 서비스의 경우 \$100,000의 연간 통합 플랜 보장 한도가 적용됩니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 각 응급실 방문에 대한 분담금은 \$0입니다.

유연한 건강 및 웰니스 수당

당 플랜은 Flex Mastercard®를 제공하며 이를 통해 적격 건강 및 웰니스 관련 피트니스 활동, 제품 및 서비스, 적격 비처방 품목 및/또는 허브 보충제의 비용 지불을 돕기 위한 지출 수당 잔액을 제공합니다.

Flex 카드는 귀하가 우리 플랜에 등록한 이후 우편으로 발송됩니다. 카드를 사용하기 전에는 **(833) 647-9633** 으로 전화하여 카드를 활성화해야 합니다. 구매할 때는 **항상** “Debit(직불카드)”이 아닌 “Credit(신용카드)” 옵션을 선택하십시오. 도움이 필요한 경우, 고객센터팀 전화 (833) 808-8164(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 귀하의 수당 지출 및 잔액을 추적하려면 **flexccmapd.com** 을 방문하십시오.

유연한 건강 및 웰니스 카드 결제를 지원하는 각 업체에는 자체적인 반품 정책이 있을 수 있습니다. 회원은 해당 업체의 정책에 따라야 합니다.

비처방 의약품 (OTC)

OTC 품목은 처방이 필요 없는 약 및 건강 관련 제품입니다. Medicare 의 허용에 따라 우리 플랜은 1,000 여 가지의 OTC 품목을 보장합니다. 주문은 당 플랜이 승인한 온라인 소매점을 통해 해야 합니다. 특정 명칭 브랜드는 이용이 불가할 수 있으며 수량이 제한 또는 제약될 수 있습니다.

천연 약재

우리 플랜은 알레르기, 불안증, 관절염 요통, 습진, 피로, 불면증, 폐경 증상, 비만 등과 같은 질환의 치료 또는 예방을 위한 천연 약재를 보장합니다. 천연 약재는 네트워크 내 침술사 치료실, 네트워크 내 공급업체로부터 구입하거나 또는 Clever Care 에 전화하여 구입해야 합니다.

수당 금액 한도까지 \$0 분담금

보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다.

당 플랜은 매 분기마다(1월 1일, 4월 1일, 7월 1일, 10월 1일) **\$320의 수당**을 제공합니다.

연간 혜택의 한도는 **\$1,280**입니다. 분기 말(3월 31일, 6월 30일 또는 9월 30일)까지 사용되지 않은 금액은 다음 분기로 이월되지 않으며, 12월 31일에 만료됩니다. 또한 현금으로의 교환이 불가합니다.

수당을 지출하는 방법은 귀하가 선택합니다. 수당은 적격 OTC 품목, 식물성 영양보충제 및/또는 적격 피트니스 활동을 위해 사용할 수 있습니다. Flex 직불카드로 서비스 비용을 지불하십시오.

분기의 마지막 날 이전에 결제가 이루어진 금액은 현재의 분기별 잔액에서 차감됩니다. 분기의 마지막 날에 결제가 이루어진 금액은 다음 분기별 잔액에서 차감됩니다.

회원은 구매가 이루어진 해당 분기 내에 반품된 품목에 대해서만 크레딧을 받습니다.

반품이 정상적으로 처리되려면 해당 분기 마지막 달의 25 일 이전까지 반품을 신청해야 합니다. (예: 1 분기의 경우 3 월 25 일 이전입니다.)

Chapter 4 Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
당사의 네트워크 제휴사들 중 일부는 배송을 위해 최소 금액의 구매를 요구할 수도 있습니다. 적격 천연 약재 전체 리스트는 우리 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 확인할 수 있습니다.	알코올 및 담배 제품은 유연한 건강 및 웰니스 수당에서 제외됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
유연한 건강 및 웰빙 수당(계속) 피트니스 활동 유연한 수당은 다음과 같은 적격 활동을 위해 사용할 수 있습니다. ● 짐 멤버십 - “자가이용”(일차 목적이 운동 장비 및 시설 오리엔테이션 제공임을 의미) 형태인 경우 귀하 1인의 짐 멤버십의 월 비용. 개인 트레이너는 허용되지 않습니다. ● 공공 스포츠 시설의 일반적 이용권 - 공중 수영장 또는 테니스 코트 사용을 위한 이용료. 골프의 경우, 그린 피 또는 공공 드라이빙 레인지 사용을 위한 피만 허용됩니다. ● 그룹 피트니스반 - 정식 유자격 강사의 그룹 운동반(예: 태극권, 댄스, 요가 또는 필라테스)을 위한 수업료. 사적 수업 또는 레슨은 허용되지 않습니다. 멤버십 기반 시설, 예컨대 골프 클럽, 컨트리 클럽, 또는 마사지/스파는 짐 이용권을 포함한 상품이어도 허용되지 <u>않습니다</u>. 그뿐만 아니라 수당을 도보/가이드 투어를 위해 사용하거나 사립 레지던스 또는 강사에게 지급할 수 없습니다. 모든 요청은 플랜 승인 대상입니다. 수당을 입회비 또는 등록비, 비례 배분 수수료, 연회비, 계정 동결 수수료, 유지 수수료 및 잡 수수료 또는 기타 벌칙금, 장비 구입 또는 렌탈을 위해 사용할 수 없습니다. 마지막으로, 수당을 시설에서 상품을 구입하기 위해 사용할 수 없습니다.	

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
건강 및 웰니스 교육 프로그램 24 시간 Nurseline 공인 등록 간호사가 하루 24 시간 연중무휴로 전화상으로 안내를 제공하고, 질문에 답변하고, 의료 질문이나 우려 사항을 상담해 드립니다. 1-800-396-1961 번으로 전화해 주십시오. 개인응급응답시스템(PERS) 당 플랜은 가정에서 낙상 등의 응급 상황 위험에 처해 있다고 느끼는 회원이 신청할 경우 개인 응급 응답 시스템을 제공합니다. 일반적으로 이들은 혼자 거주하거나 안전한 거동에 커다란 제약이 있는 만성 질환을 앓고 있는 회원입니다. 이 모바일 장치 및 모니터링 서비스는 버튼 하나만 누르면 24 시간 대응 센터로 곧바로 연결됩니다.	각 전화 통화에 대해 \$0 분담금. 기기 1 대에 대해 \$0 분담금.

청력 서비스

귀하에게 의학적 치료가 필요한지 판단하기 위해 귀하의 PCP가 수행한 진단 목적의 청력 및 균형 검사는 의사, 청능사 또는 기타 유자격 서비스 제공자가 제공할 때 외래환자 케어로서 보장됩니다.

Original Medicare에서 보장하지 않는 추가적 청력 서비스도 있습니다.

- 정기 청력 검사와 같은 정기 혜택 제공: 1년마다 검사
- 청력, 보청기 및 평가: 연 3회의 보청기 피팅/평가

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 파손에 대한 1회 교체 보장
- 최초의 이어몰드 세트(필요시)

귀하는 보청기 피팅을 NationsHearing을 통해 받아야 합니다. 상세 정보를 원하거나 예약을 하려면 NationsHearing의 전화번호 (866) 304-7577(TTY:711)번으로 연락하십시오.

네트워크 내:

Medicare 보장 청력 검사의 경우 **\$0 분담금**

네트워크 내 서비스 제공자의 일반적 청력 검사의 경우, 연간 **\$0 분담금**

연 최대 3회의 보청기 피팅 및 평가에 대해 **\$0 분담금**.

수당 금액 한도까지의 보청기에 대해 **\$0 분담금**.

보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다.

당 플랜은 보청기를 위해 각 연도에 귀당 **\$1,500**의 수당을 제공합니다.

기초 수준의 보청기는 수당 금액 또는 그 이하에서 구입할 수 있습니다. 정기 청력 검사 또는 보청기에 대한 보험사 지급 혜택이 소진된 후에는 고객이 잔여 비용을 부담해야 합니다.

보청기는 NationsHearing을 통해 제공되며 고객의 청력 요구 사항에 따라 특정 기기로 제한됩니다.

1회 보장되는 분실, 도난 또는 손상된 보청기 교체 시 본인 부담액 적용.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 HIV 스크리닝 HIV 스크리닝 검사를 요청하거나 HIV 감염 위험이 증가한 사람들을 위해 보장되는 항목: • 12 개월마다 1 회의 스크리닝 검사 임신 여성을 위해 보장되는 항목: • 임신 동안 최대 3 회의 스크리닝 검사	Medicare 보장 예방적 HIV 스크리닝의 자격이 있는 회원에게는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.
가정 건강 기관 케어 가정 건강 서비스를 받기 전에 의사가 귀하에게 가정 건강 서비스가 필요하다는 인증을 해야 하며, 가정 건강 기관이 가정 건강 서비스를 제공하도록 지시할 것입니다. 귀하는 외출에 커다란 어려움을 겪는 만성재가 상태여야 합니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 파트타임 또는 간헐적 전문 요양 및 재가 건강 보조 서비스(재택 건강 케어 혜택에 의거하여 보장되며, 귀하의 전문 요양 및 재가 건강 보조 서비스는 합쳐서 일당 8 시간 및 주당 35 시간 미만이어야 함) • 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법 • 의료 및 복지 서비스 • 의료 장비 및 용품	네트워크 내: 각 Medicare 보장 재가 건강 서비스에 대해 \$0 분담금 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
가정 주입 요법 가정 주입 요법이란 약 또는 생약을 가정에서 개인에게 정맥 또는 피하 투여하는 것입니다. 가정 주입을 수행하기 위해 필요한 구성요소로는 약(예: 항바이러스제, 면역 글로불린), 장비(예: 펌프) 및 용품(예: 튜브 및 카테터)이 있습니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 파트타임 또는 간헐적 전문 요양 및 재가 건강 보조 서비스(재택 건강 케어 혜택에 의거하여 보장되며, 귀하의 전문 요양 및 재가 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 대상 서비스에 대해 20% 공동보험금 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다

호스피스 케어

귀하의 의사 및 호스피스 메디컬 디렉터가 귀하가 말기적으로 아파서 질병이 그 정상 과정을 달릴 경우 잔여 수명이 6 개월 미만임을 인증하는 말기 예후를 줄 때 귀하는 호스피스 혜택의 자격이 있습니다. 귀하는 Medicare 인증 호스피스 프로그램에서 케어를 받을 수 있습니다. 귀하의 플랜은 귀하가 MA 조직이 소유, 통제하거나 재정적 이해관계를 가진 프로그램을 포함한 Medicare 인증 호스피스 프로그램을 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 유지하기로 결정할 경우에는 플랜 보험료를 계속 지불해야 합니다.

호스피스 서비스의 경우와 Medicare 파트 A 또는 B에 의해 보장되고 귀하의 종말적 예후에 관련된 서비스의 경우: (우리 플랜이 아닌) Original Medicare가 귀하의 호스피스 서비스와 귀하의 종말적 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 종말적 예후에는 관련되지 않은 서비스의 경우: 귀하가 Medicare 파트 A 또는 B에 의거 보장되고 귀하의 종말적 예후에는 관련되지 않은 비용급의 긴급히 필요하지 않은 서비스를 필요로 하는 경우, 그러한 서비스를 위한 귀하의 비용은 귀하가 우리 플랜의 네트워크에 속한 서비스

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

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
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 보장 대상 서비스를 네트워크 외 서비스 제공자에게서 받으면 귀하는 행위별수가제 Medicare(Original Medicare)에 의거한 비용 분담액을 지불합니다	
호스피스 케어(계속) <u>우리 플랜이 보장하지만 Medicare 파트 A 또는 B는 보장하지 않는 서비스의 경우:</u> 우리 플랜은 그것이 귀하의 종말적 예후에 관련되었는지 여부와 상관없이 파트 A 또는 B에 의거 보장되지 않는 플랜 보장 서비스를 계속 보장할 것입니다. 귀하는 이러한 서비스에 대해 귀하의 플랜 비용 분담액을 지불합니다. <u>플랜의 파트 D 혜택으로 보장될 수 있는 약의 경우:</u> 해당 약이 귀하의 말기 호스피스 상태와는 무관한 경우 귀하가 비용 분담액을 지불합니다. <u>귀하의 말기 호스피스 상태와 관련이 있는 경우라면, 귀하는 Original Medicare 비용 분담액을 지불합니다.</u> 약은 호스피스와 우리 플랜에서 동시에 보장되지 않습니다. 상세 설명은 제 5 장, 섹션 9.4(귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있으면 어떻게 되는가?)를 참조하십시오. 참고: 비호스피스 케어(귀하의 종말적 예후에 관련되지 않은 케어)를 필요로 하는 경우, 귀하는 서비스를 준비하기 위해 우리에게 연락해야 합니다.	

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

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
입원환자 병원 케어 입원환자 급성, 입원환자 재활, 장기 진료 병원 및 기타 타입의 입원환자 병원 서비스가 포함됩니다. 입원환자 병원 진료는 의사 지시로 정식 입원한 날에 시작됩니다. 퇴원 전날이 입원환자 마지막 날입니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다. • 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실) • 특별식 포함 식사 • 일반적 간호 서비스 • 특별 간병동(예: 집중치료실 또는 코로나 병동)의 비용 • 의약품 • 검사실 검사 • X-레이 및 기타 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	네트워크 내: 다음은 2023년 메디케어 정의 금액입니다. • 혜택 기간당 1,600 달러 본인 부담액 • 1~60 일차의 경우 일당 \$0의 분담금 (혜택 기간당 및 91 일 이상) • 61~90 일차의 경우 일당 \$400의 분담금 (혜택 기간당) 네트워크 외 서비스 제공자를 이용할 경우 귀하가 전액을 지불해야 합니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 입원당 본인 부담액은 확정 혜택 기간 동안 1회 적용됩니다. 혜택 기간은 귀하가 입원한 날부터 시작하여 귀하가 연속 60일 동안 입원환자 치료를 받지 않은 경우 종료됩니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

입원환자 병원 케어 (계속)

- 특정 조건 하에서 각막, 신장, 신장-췌장, 심장, 간, 폐, 심장/폐, 골수, 줄기세포 및 내장/다내장 등의 이식이 보장됩니다. 귀하가 이식을 필요로 하는 경우, 우리는 귀하의 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. 우리의 네트워크 내 이식 서비스가 커뮤니티 케어 패턴을 벗어난 경우, 귀하는 현지의 이식 서비스 제공자가 Original Medicare 요율을 수락할 의사가 있는 한 현지에서 이용하기로 선택할 수 있습니다. 우리 플랜이 귀하 커뮤니티의 이식 관련 케어 패턴을 벗어난 장소에서 이식 서비스를 제공하고 귀하가 이러한 먼 장소에서 이식을 받기로 선택하는 경우, 우리는 귀하와 동행자를 위해 적절한 숙소와 교통편을 주선하고 그 비용을 지불할 것입니다.
- 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 포장된 적혈구에 대한 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액이 4 파인트를 넘었을 때만 시작됩니다. 귀하는 해당 역년의 최초 3 파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 본인 또는 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다. 기타 모든 혈액 구성요소는 1 파인트 사용 시점부터 보장됩니다.
- 의사 서비스

귀하의 응급 조건이 안정된 후 네트워크 외 병원에서 승인된 입원환자 케어를 받는 경우 귀하가 지불할 비용은 귀하가 네트워크 내 병원에서 지불했을 비용 분담액과 같습니다.

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.

귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 – 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
웹(https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.	
정신과 병원의 입원환자 서비스 보장 대상 서비스는 병원 체류가 요구되는 정신건강 케어 서비스입니다. 우리 플랜은 보장 대상 입원환자 정신과 시설에서의 최대 90 일을 보장합니다. 정신과 병원에서의 입원환자 서비스에는 190 일의 평생 한도가 적용됩니다. 190 일 한도는 종합병원의 정신과 병동에서 제공하는 입원환자 정신건강 서비스에는 적용되지 않습니다.	네트워크 내: 입원당 본인 부담액은 확정 혜택 기간 동안 1 회 적용됩니다. 다음은 2023년 메디케어 정의 금액입니다. • 혜택 기간당 1,600 달러 본인 부담액 • 1~60 일차의 경우 일당 \$0 의 분담금 (혜택 기간당 및 91 일 이상) • 61~90 일차의 경우 일당 \$400 의 분담금 (혜택 기간당) 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
입원환자 체류: 보장되지 않는 입원환자 체류 동안 병원 또는 SNF 에서 받는 보장 대상 서비스 귀하가 입원환자 혜택을 소진한 경우 또는 입원환자 체류가 합리적이거나 필요하지 않은 경우, 우리는 귀하의 입원환자 체류를 보장하지 않을 것입니다. 단, 일부 경우에, 우리는 귀하가 병원이나 전문 요양 시설(SNF)에 있는 동안 받는 특정 서비스는 보장할 것입니다.. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 의사 서비스 • 진단 검사(예: 검사실 검사) • 기사의 재료 및 서비스 포함 X-레이, 라듐 및 동위원소 요법 • 외과 드레싱 • 스플린트, 캐스트, 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	네트워크 내: 귀하는 병원 또는 전문 요양 시설에 귀하의 플랜이 보장하는 기간 이상으로 체류하는 경우 그 비용 전액을 지불해야 합니다. 귀하는 외래환자 기준에서 제공된 경우에도 그러한 서비스에 대해 해당 비용 분담액을 지불할 것입니다. 이 차트의 해당 혜택 섹션을 참조하십시오.

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

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
Medicare 파트 B 처방약 이 약들은 Original Medicare 의 파트 B 에 의거하여 보장됩니다. 우리 플랜의 회원들은 이러한 약을 위한 보장을 우리 플랜을 통해 받습니다. 보장되는 약들: • 일반적으로 환자가 스스로 투여하지 않고 의사, 병원 외래환자 또는 통원 수술 센터 서비스를 받는 동안에 주사 또는 주입되는 약 • 당 플랜에 의해 승인된 내구성 의료 장비(예: 분무기)를 사용해 취하는 약 • 혈우병이 있는 경우 스스로 주입하는 응고 인자 • 장기 이식 시에 귀하가 Medicare 파트 A 에 등록된 경우, 면역억제 약 • 귀하가 집에 매였는데, 폐경후 골다공증과 관련되었다고 의사가 인증한 골절이 있어서 스스로 약을 투여할 수 없는 경우의 골다공증 주사약 • 항원 • 특정 경구 항암제 및 항메스꺼움제 • 헤파린, 의학적으로 필요할 때의 헤파린 해독제, 국소 마취제 및 적혈구 형성 자극제(예: Epogen□, Procrit□, Epoetin Alfa, Aranesp□ 또는 Darbepoetin Alfa)를 포함한 가정 투석용 특정 의약품 • 원발성 면역결핍병의 재가 치료를 위한 정맥 면역 글로불린 또한 우리의 파트 B 및 파트 D 처방약 혜택에 의거 일부 백신을 보장합니다.	네트워크 내: 화학요법 약의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 기타 파트 B 약의 경우 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금. 귀하는 본인 부담 최대액에 도달할 때까지 계속 지불합니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 부담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
Medicare 파트 B 처방약 (계속) 제 5 장은 귀하가 처방을 보장받기 위해 따라야 하는 규칙을 포함해 파트 D 처방약 혜택을 설명합니다. 파트 D 처방약을 위해 귀하가 우리 플랜을 통해 지불하는 항목은 제 6 장에 설명되어 있습니다.	
 지속적 체중 감소를 위한 비만 스크리닝 및 요법 귀하의 체질량 지수가 30 이상인 경우, 우리는 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 요법에는 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액이 없습니다.
오피오이드 치료 프로그램 서비스 오피오이드 사용 장애(ODU)를 갖고 있는 우리 플랜 회원은 다음 서비스가 포함된 오피오이드 치료 프로그램(OTP)을 통해 ODU 를 치료하는 서비스를 보장받을 수 있습니다. • 미국 식약청(FDA) 승인 오피오이드 작용제 및 길항제 투약 지원 치료(MAT). • MAT 약의 조제 및 투여 (해당되는 경우) • 약물 사용 상담 • 개인 및 그룹 요법 • 독성학 검사 • 섭취 활동 • 정기적 평가	네트워크 내: 그룹 또는 개별 요법 세션을 포함해 서비스당 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
외래환자 진단 검사 및 치료 서비스 및 용품 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • X 선 • 기사의 재료 및 용품 포함 방사선(라듐 및 동위원소) 요법 • 첨단 진단 방사선과 (MRI, MRA, SPECT, CT, PET) • 드레싱 같은 외과 용품 • 스플린트, 캐스트, 기타 골절 및 탈구를 줄이기 위해 사용되는 기기 • 실험실 검사 • 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 포장된 적혈구에 대한 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액이 4 파인트를 넘었을 때만 시작됩니다. 귀하는 해당 역년의 최초 3 파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 본인 또는 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다. 기타 모든 혈액 구성요소는 1 파인트 사용 시점부터 보장됩니다. • 기타 외래환자 진단 검사	네트워크 내: 각 외래환자 진단 서비스에 대해 20% 공동보험금. 네트워크 외 서비스 제공자를 이용하면 귀하가 전액을 지불합니다. 같은 날 같은 장소에서 복수의 서비스를 받는 경우 분담금 최대액이 적용됩니다. 귀하는 치료 방사선과 서비스에 대해 20%를 지불하지만, 이는 어떠한 경우에도 해당 연도의 본인 부담 최대액 전체보다 많을 수 없습니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 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 받아들인다는 지시서를 작성하지 않은 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 병원 서비스에 대한 비용 부담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다. 귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 – 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹(https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.	네트워크 내: 외래환자 병원 관찰 서비스당 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 부담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
외래환자 병원 서비스 우리는 귀하가 질병 또는 부상의 진단 또는 치료를 위해 병원의 외래환자과에서 받는 의학적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다. • 응급실 또는 외래환자 클리닉에서의 관찰 서비스 또는 외래환자 수술 같은 서비스 • 병원에 의해 비용이 청구되는 검사실 검사 및 진단 검사 • 그것 없이는 입원환자 치료가 요구될 것임을 의사가 인증하는 경우, 부분 입원 프로그램에서의 케어 포함 정신 건강 케어 • 병원에 의해 비용이 청구되는 X-레이 및 기타 방사선과 서비스 • 스피린트 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 분담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다. 자신이 외래환자인지 잘 모르는 경우에는 병원 스태프에게 물어보아야 합니다. 귀하는 또한 “당신은 병원 입원환자입니까 또는 외래환자입니까? Medicare 를 갖고 계신 경우 – 물어보세요!”라는 Medicare 팩트 시트에서 더 많은 정보를 찾을 수 있습니다. 이 팩트 시트는 웹(https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)을 방문하거나, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 전화해 입수할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오. 이 번호들은 무료이고, 하루 24 시간, 주 7 일 통화할 수 있습니다.	네트워크 내: 외래환자 병원 서비스 체류 1 일당 20% 공동보험금. 외래환자 정신건강 서비스 체류 1 일당 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
외래환자 정신 건강 케어 보장되는 서비스의 예: 주 면허 정신과의사 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: Medicare 보장 외래환자 그룹 및/또는 개인 요법 세션당 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 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 요법 서비스에 대해 20% 공동보험금 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
외래환자 약물 오용 서비스 보장되는 서비스에는 약물 오용 서비스를 위한 외래환자 치료 및 상담이 포함됩니다.	네트워크 내: 각 Medicare 보장 상담 세션에 대해 20% 공동보험금 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
병원 외래환자 시설 및 통원 수술 센터에서 제공되는 서비스를 포함한 외래환자 수술 참고: 귀하가 병원 시설에서 수술을 갖는 경우, 귀하가 입원환자인지 외래환자인지에 대해 서비스 제공자에게 확인해야 합니다. 서비스 제공자가 귀하를 입원환자로서 병원에 받아들이라는 지시서를 작성하지 않는 한, 귀하는 외래환자이며 외래환자 수술에 대한 비용 분담액을 지불합니다. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다.	네트워크 내: Medicare 보장 외래환자 시설 또는 외래 수술 센터 체류 1일당 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
부분적 입원 서비스 “부분적 입원”이란 병원 외래환자 서비스로서 또는 커뮤니티 정신 건강 센터에 의해 제공되며, 담당 의사의 진료실 또는 요법사 치료실에서 받는 케어보다 더 집약적이고 입원환자 접수의 대안이 되는 체계적인 능동형 정신과 치료 프로그램을 말합니다. 참고: 우리 네트워크에는 커뮤니티 정신 건강 센터가 없기 때문에 우리는 병원 외래환자 서비스로서만 부분적 입원을 보장합니다.	네트워크 내: 일당 \$55 분담금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
의사 진료실 방문 포함 의사/개업의 서비스 보장되는 서비스의 예: • 의사 진료실, 인증된 통원 수술 센터, 병원 외래환자과 또는 기타 장소에서 제공되는 의학적으로 필요한 내과 케어 또는 외과 서비스 • 전문의에 의한 상담, 진단 및 치료 • 귀하가 의료를 필요로 하는지 확인하기 위해 담당 의사가 지시하는 경우, 귀하의 PCP 가 수행하는 기본 청력 및 균형 검사 • PCP 및 전문의 서비스를 포함한 특정 원격 의료 서비스 ○ 귀하는 이러한 서비스를 대면 방문을 통해 또는 원격 의료로 받을 옵션을 갖습니다. 귀하가 이러한 서비스 중 하나를 원격 의료로 받기를 선택하면 원격으로 의료를 제공하는 네트워크 내 서비스 제공자를 이용해야 합니다. • 병원 기반 또는 크리티컬 액세스 병원 기반 신장 투석 센터, 신장 투석 시설 또는 회원 자택에서 재가 투석 회원을 위한 월레 말기 신장병 관련 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 귀하의 장소와 상관 없이 뇌졸중 증상을 진단, 평가 또는 치료하기 위한 원격 의료 서비스 • 장소와 상관 없이 약물 사용 장애 또는 병발 정신건강 장애 회원들을 위한 원격 의료 서비스 • 정신건강 장애의 진단, 평가 및 치료를 위한 다음을 조건으로 한 원격 의료 서비스: ○ 귀하가 첫 번째 원격 의료 방문 전 6 개월 이내에 대면으로 방문했음 ○ 귀하가 이러한 원격 의료 서비스를 받는 동안 12 개월마다 대면으로 방문함 ○ 특정 상황에서는 위 조건의 예외가 있을 수 있음	네트워크 내: Medicare 보장 혜택을 위해 PCP 또는 전문의가 수행하는 서비스의 경우 \$0 분담금. PCP 또는 전문의가 수행하는 가상 원격 의료 방문의 경우 \$0 분담금. 서비스는 사전 승인이 요구될 수 있습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
• 농촌 보건 클리닉 및 연방정부 인증 보건센터에서 제공하는 정신건강 방문을 위한 원격 의료 서비스 • 다음의 경우 의사와 5~10 분간 가상 체크인(예: 전화 또는 화상 채팅으로): ○ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ○ 체크인이 지난 7 일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ○ 체크인이 24 시간 이내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음 • 다음의 경우 24 시간내 귀하의 의사에 의한, 귀하가 의사에게 보낸 동영상 및/또는 영상의 평가, 해석 및 후속 추적: ○ 귀하가 새 환자가 아님, 그리고 ○ 평가가 지난 7 일의 진료실 방문과 관련이 없음, 그리고 ○ 평가가 24 시간 이내 진료실 방문 또는 가능한 가장 이른 예약으로 이어지지 않음 • 귀하의 의사가 전화, 인터넷 또는 전자 건강 기록으로 다른 의사들과 갖는 상담 • 수술 전 다른 네트워크 내 서비스 제공자로부터 받는 2 차 소견 • 비통상적 치과 케어(보장되는 서비스는 턱 또는 관련 구조물의 수술, 턱 또는 얼굴 뼈의 골절 조절, 종양 암병의 방사선 치료를 위해 턱을 준비하기 위한 발치 또는 의사가 제공할 경우 보장 대상인 서비스만으로 제한됨)	

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
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 일반적 발 케어 발 치료 서비스(정기) 당 플랜은 Original Medicare 에서는 보장하지 않는 정기적인 발 치료 서비스도 보장합니다.	네트워크 내: Medicare 보장 발 치료 서비스의 경우 방문당 20% 공동보험금. 중합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 일상적인 족부 치료 서비스를 위한 최대 12 회 방문에 대해 \$0 코페이먼트. 서비스는 사전 승인이 요구될 수 있습니다.
퇴원 후 식사 혜택 입원환자 병원 체류 또는 전문 영양 시설 체류 직후, 당 플랜은 회복을 돕기 위해 연간 84 식을 초과하지 않는 범위에서 28 일 동안의 식사 지원을 제공합니다. 외래환자 수술은 이 혜택의 자격에 해당하지 <u>않습니다</u>.	연간 최대 허용 식사 횟수까지 \$0 분담금 서비스는 사전 승인이 요구될 수 있습니다.
 전립선암 스크리닝 검사 50 세 이상 남성의 경우, 12 개월 마다 1 회 보장되는 서비스: - 직장수지검사 - 전립선 특이 항원(PSA) 검사	연례 PSA 검사에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
인공기구 및 관련 용품 신체 부분 또는 기능의 전부 또는 일부를 대체하는 기구(치아 이외). 예: 결장루 케어에 직접 관련된 결장루낭 및 용품, 심박조율기, 브레이스, 보철 신발, 인공 사지, 가슴보형물(유방절제술 후 외과 브래지어 포함). 인공기구에 관련된 특정 용품, 그리고 인공기구의 수리 및/또는 교체 포함. 백내장 제거 또는 백내장 수술 후 일부 보장도 포함됨 – 상세 설명은 본 섹션 나중의 “시력 케어” 참조.	네트워크 내: Medicare 보장 인공기구 및 의료 용품의 경우 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
폐 재활 서비스 만성 폐쇄성 폐질환(COPD)이 중등증~고도중증에 해당하고 만성 호흡 질환 치료 의사로부터 폐 재활 의뢰를 받은 회원들을 위해 종합 폐 재활 프로그램이 보장됩니다.	네트워크 내: 각 보장 대상 폐 재활 방문에 대해 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.
 알코올 오용을 줄이기 위한 스크리닝 및 상담 우리는 알코올을 오용하지만 알코올 의존적이지는 않은 Medicare 보유 성인(임신 여성 포함)을 위한 1 회의 알코올 오용 스크리닝을 보장합니다. 귀하가 알코올 오용 스크리닝에서 양성으로 나오면 유자격 일차 진료의 또는 일차 진료 환경의 개업의가 제공하는 약식 대면 상담 세션을 년 최대 4 회 가질 수 있습니다(귀하가 상담 동안 능력 있고 각성인 경우).	알코올 오용 예방 혜택을 줄이기 위한 Medicare 보장 스크리닝 및 상담에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
 저선량 흉부 컴퓨터단층촬영(LDCT)으로 폐암 스크리닝 유자격 개인의 경우, LDCT 는 12 개월마다 보장됩니다. 적격 회원: 폐암 징후 또는 증상은 없지만 적어도 20 갑년의 흡연 이력이 있고 현재 흡연하고 있거나 지난 15 년 이내에 금연한 경우로서, 그러한 방문을 위한 Medicare 기준을 충족하는 폐암 스크리닝 상담 및 공동 의사결정 방문 시 의사 또는 유자격 비의사 개업자가 제공하는 LDCT 를 위한 지시서를 받은 50 ~ 77 세의 사람. 최초 LDCT 스크리닝 후 LDCT 폐암 스크리닝의 경우: 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 LDCT 를 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 LDCT 의 경우, 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

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

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
신장병을 치료하기 위한 서비스 보장되는 서비스의 예: • 신장 케어를 가르치고 회원들이 자신의 케어에 대해 정보에 입각한 결정을 하도록 돕기 위한 신장병 교육 서비스. 의사 외래 시 신장병이 IV 기 만성인 회원들을 위해 우리는 평생 최대 6 세션의 신장병 교육 서비스를 보장합니다 • 외래환자 투석 치료(제 3 장에 설명된 바와 같이 일시적으로 서비스 지역 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) 특정 투석 약은 Medicare 파트 B 약 혜택에 의거 보장됩니다. 파트 B 약 보장에 대한 설명은 “Medicare 파트 B 처방약” 섹션을 참조하십시오.	네트워크 내: 신장병 교육 서비스의 경우 \$0 분담금 각 Medicare 보장 투석 치료를 위한 Medicare 허용 금액의 20% 공동보험금 여기에는 전문가 방문(신장전문의 투석 클리닉 방문)과 투석 시설 방문이 포함됩니다. 병원 입원환자로서 받은 투석은 귀하의 병원 입원환자 혜택에 의거 보장될 것입니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

전문요양시설(SNF) 케어

(“전문요양시설 케어”의 정의는 이 문서의 제 12 장을 참조하십시오. 전문요양시설을 때때로 “SNF”라고 부릅니다.)

보장되는 서비스에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지는 않습니다.

- 2 인실(또는 의학적으로 필요한 경우 1 인실)
- 특별식 포함 식사
- 전문 간호 서비스
- 물리 요법, 직업 요법 및 말하기 요법
- 귀하의 케어 계획의 일환으로 투여되는 약(여기에는 혈액 응고 인자와 같이 신체에 자연적으로 존재하는 물질이 포함됩니다.)
- 혈액 - 보관 및 투여 포함. 전혈 및 포장된 적혈구에 대한 보장은 귀하가 필요로 하는 혈액이 4 파인트를 넘었을 때만 시작됩니다. 귀하는 해당 역년의 최초 3 파인트의 혈액에 대한 비용을 지불하거나 본인 또는 다른 사람으로부터 혈액을 기증받아야 합니다. 기타 모든 혈액 구성요소는 1 파인트 사용 시점부터 보장됩니다.
- 통상적으로 SNF 가 제공하는 내과 및 외과 용품
- 통상적으로 SNF 가 제공하는 검사실 검사
- 통상적으로 SNF 가 제공하는 X-레이 및 기타 방사선과 서비스
- 휠체어 같이 통상적으로 SNF 가 제공하는 기구의 사용
- 의사/개업의 서비스

일반적으로 귀하는 SNF 케어를 네트워크 시설에서 받을 것입니다. 단, 아래 열거된 특정 조건 하에서 귀하는 해당 시설이 우리 플랜의 지불 금액을 수락하는 경우, 네트워크 내 제공자가 아닌 시설을 위해 네트워크 내 비용 분담액을 지불할 수 있습니다.

- 귀하가 병원에 가기 직전에 거주하고 있었던 요양원 또는 지속 케어 은퇴 커뮤니티(그곳이 전문 요양 시설 케어를 제공하는 한)

네트워크 내:

Medicare 인증 전문 요양 시설에서의 각 체류를 위해 귀하는 다음을 지불합니다.

다음은 2023 년 메디케어 정의 금액입니다.

- 혜택 기간당 1~20일의 경우
일당 \$0 분담금
- 혜택 기간당 21~100일의 경우
일당 \$200 분담금

사전 입원이 필요하지 않습니다.

종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다.

서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
귀하가 병원을 떠날 때 배우자가 거주하고 있는 SNF	
 금연(흡연 또는 담배 사용을 중단하기 위한 상담) <u>귀하가 흡연하지만 담배 관련 질환의 징후나 증상이 없는 경우:</u> 우리는 무료 예방 서비스로서 12 개월 기간내 2 회의 금연 시도 상담을 보장합니다. 각 시도 상담은 최대 4 회의 대면 방문을 포함합니다. <u>담배를 사용하는 데 담배 관련 질환으로 진단되었거나 담배 영향을 받을 수 있는 약물을 복용하고 있는 경우:</u> 우리는 금연 상담 서비스를 보장합니다. 우리는 12 개월 기간내 2 회의 금연 상담을 보장하지만, 귀하는 해당 비용 부담액을 지불할 것입니다. 각 시도 상담은 최대 4 회의 대면 방문을 포함합니다.	Medicare 보장 금연 예방 혜택에 공동보험금, 분담금 또는 본인 부담액은 없습니다.

만성 질병을 위한 특별 보충 혜택

만성 질환이 있는 가입자로서 특정 기준을 충족하는 경우 만성 질환자에 대한 보충적 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있는지는 않을 것입니다.

조건은 다음을 포함합니다.

- 심혈관 장애
- 만성 심부전
- 치매
- 당뇨병
- 말기 간 질환
- 말기 신장 질환
- HIV/AIDS
- 만성 폐 장애
- 만성 및 장애적 정신건강 질환
- 신경 장애
- 뇌졸중

자격을 갖추려면 만성 질환 회원은 Case Management 프로그램 및 규정된 목표와 결과 척도가 있는 활동들에도 참여하셔야 합니다.

재가 안전 평가는 낙상 위험 기준, 보행, 균형 또는 민첩성 문제를 충족하는 경우만으로 제한됩니다.

네트워크 내:

만성 질환을 위한 식사
적격 회원의 최대 42회 식사(14일간 1일 3식)에 대해 **\$0 분담금**.

식료품

월 \$25 한도의 적격 식료품에 대해 **\$0 분담금**, 그 다음 달로 이월되지 않음.

사회적 니즈 혜택

비임상 개인 간병인이 제공하는 동반 서비스에 대해 **\$0 분담금**. 서비스는 24 회의 4 시간 교대조(총 96 시간)로 제한됩니다.

원격 모니터링 서비스

원격 모니터링 기기 사용에 대해 **\$0 분담금**.

재가 안전 평가

연간 최대 2 회 평가에 대해 **\$0 분담금**.

재가 지원 서비스

일상 생활 능력을 지원하는 서비스에 대해 **\$0 분담금**.

간병인 지원

연간 40 시간 간병으로 제한된 유예 가료에 대해 **\$0 분담금**.

이러한 서비스를 받기 위한 혜택의 자격은 Clever Care Health Plan의 승인을 받아야 합니다.

귀하는 플랜의 계약 업체를 이용해야 합니다.

서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
감독하 운동 요법(SET) 유증상 말초동맥질환(PAD)이 있고 PAD 치료를 담당하는 의사로부터 PAD 를 위한 위뢰를 받은 회원들에게 SET 가 보장됩니다. SET 프로그램 요건이 충족된 경우 12 주 기간에 걸쳐 최대 36 회 세션이 보장됩니다. SET 프로그램은: • 과행 환자의 PAD 를 위한 치료 운동 훈련 프로그램으로 구성된 30~60 분 지속되는 세션으로 구성되어야 합니다 • 병원 외래환자 환경 또는 의사 진료실에서 수행되어야 합니다 • 혜택이 위해성을 증가하도록 하기 위해 필요하고 PAD 를 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 SET 는 12 주에 걸쳐 36 세션과 의료 제공자에 의해 의학적으로 필요한 것으로 간주되는 경우 연장된 기간에 걸쳐 추가 36 세션이 보장될 수 있습니다.	네트워크 내: 각 세션에 대해 20% 공동보험금. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 부담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
원격 의료 서비스 • 담당의 진료실에서 제공하는 영상 방문 • Teladoc® 방문 Teladoc 의사 또는 정신건강 서비스 제공자는 비용급 건강 문제에 대해 하루 24 시간 이용 가능합니다. 약속을 예약하려면 1-800-TELADOC(835-2362)으로 전화하거나 Teladoc.com 웹사이트를 방문하십시오. Teladoc 의사는 기초적인 의학적 상태를 진단하고 치료할 수 있으며, 의학적으로 필요한 경우 약물을 처방할 수도 있습니다. 원격 의료 방문은 귀하의 전화, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 진행이 가능합니다.	네트워크 내: 방문당 \$0 분담금 Teladoc 서비스 제공자 네트워크를 통한 의료 또는 정신건강 방문에 대해 \$0 분담금.

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
운송(정기)	연간 48회 편도 운행에 대해 \$0 분담금.
당 플랜은 비용급 지상 운송을 CareCar를 통해 보장합니다. CareCar는 하루 24시간, 주 7일 이용 가능하며 휠체어나 거니 운반을 수용할 수 있습니다.	
운행은 당 플랜의 혜택에 의거한 건강 관련 케어 및 서비스를 받기 위한 25마일, 편도, 플랜 서비스 지역내로 제한됩니다. 25마일마다 1회 운행으로 간주될 것입니다.	
이용을 예약하려면, 1-844-743-4344번으로 전화하거나 www.getcarecar.com에서 온라인으로 예약하십시오. 정기 운행을 예약하려면 적어도 36시간 전에 전화하십시오. 24시간 이내에 예약된 운행은 CareCar의 능력껏 이행되며 보증되지는 않습니다.	
ETA를 제공하기 위해 운전자 또는 CareCar 요원의 픽업 10~15분 전에 전화를 받을 것입니다. 취소는 24시간 전 통지를 요구합니다. 그렇지 않으면 귀하의 계정에서 편도 운행 비용이 공제될 것입니다.	
플랜 승인 지역에 대한 자세한 정보는 이 브로셔의 뒷표지에 인쇄되어 있는 전화번호로 고객센터시스템에 문의하십시오.	

귀하에게 보장되는 서비스	이러한 서비스를 받을 때 본인이 지불하는 금액
긴급히 필요한 서비스 긴급히 필요한 서비스는 즉각적인 치료가 필요한 비응급의 예상치 못한 의료적 질환, 부상 또는 상태이지만 주어진 여건을 고려할 때 네트워크 내 서비스 제공자로부터 치료를 받는 것이 불가능하거나 합리적이지 않은 경우를 위해 제공됩니다. 플랜이 네트워크 외부에서 보장해야 하는 긴급히 필요한 서비스의 예는 i) 주말 동안에 즉각적인 치료가 필요한 경우 또는 ii) 일시적으로 플랜의 서비스 지역 외부로 출타한 경우 등입니다. 서비스는 즉시 필요하고 의학적으로 필수적이어야 합니다. 여건상 네트워크 내 서비스 제공자로부터 즉시 의료 서비스를 받는 것이 여의치 않은 경우, 귀하의 플랜은 네트워크 외 서비스 제공자로부터의 긴급히 필요한 서비스를 보장합니다. 전세계 보장.	네트워크 내: 긴급히 필요한 서비스당 \$25 분담금 회원이 동일한 질환으로 인해 72 시간 이내에 입원환자로 접수되는 경우 분담금은 면제됩니다. 종합 Medi-Cal 가입자의 경우, Medi-Cal 또는 제3자가 서비스에 대한 분담금의 일부 또는 전액을 지불할 수 있습니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 응급 및 긴급 서비스의 경우 \$100,000의 연간 통합 플랜 보장 한도가 적용됩니다. 미국과 그 영토 바깥에서의 각 긴급히 필요한 서비스에 대한 분담금은 \$0입니다.

시력 케어

보장되는 서비스의 예:

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

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

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

네트워크 내:

눈 질환을 치료하기 위한 Medicare 보장 눈 검사당 \$0 분담금.

Medicare 보장 녹내장 스크리닝의 경우 \$0 분담금

Medicare 보장 당뇨병망막병증의 경우 \$0 분담금

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

서비스는 사전 승인이 요구됩니다.

일반적 눈 검사당 \$0 분담금

귀하의 수당 금액 한도까지의 아이웨어에 대해 \$0 분담금.

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

당 플랜은 아이웨어 및 콘택트렌즈 비용 지불을 돕기 위해 1 년마다 \$300 의 수당을 제공합니다. 모든 잔액은 12 월 31 일에 만료됩니다.

일반적 시력 케어 서비스를 위해서는 EyeMed 참여 서비스 제공자를 이용해야 합니다.

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

섹션 3 본 플랜은 어떤 서비스를 보장하지 않는가?

섹션 3.1 우리가 보장하지 않는(제외) 서비스

이 섹션은 Medicare 보장에서 어떤 서비스가 “제외”되고, 따라서 본 플랜이 보장하지 않는지를 설명합니다.

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, 우리 플랜은 그 비용을 지불하지 않을 것입니다. 유일한 예외는 해당 서비스에 이의 제기가 이루어졌고, 우리가 귀하의 특정 상황 때문에 어떤 의료 서비스 비용을 지불 또는 보장했어야 한다고 결정되는 경우입니다. (우리가 어떤 의료 서비스를 보장하지 않기로 한 결정에 이의를 제기하는 데 대한 설명은 이 문서의 제9장, 섹션 5.3을 참조하십시오.)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
미용 수술 또는 처치		• 사고로 인한 부상의 경우 또는 신체 기형 회원의 기능 개선을 위해 보장됨. • 유방절제술 후의 유방을 위한, 그리고 대칭적 외관을 만들기 위해 영향을 받지 않은 유방을 위한 모든 단계의 재건을 보장합니다.
보호 케어 보호 케어는 목욕 또는 옷입기 같은 일상 생활 활동을 돕는 케어 같이 훈련된 의료 또는 준의료 요원의 지속적 관심이 요구되지 않는 개인적 케어입니다.	✓	
실험적 내과 및 외과 처치, 장비 및 의약품. 실험적 처치 및 품목은 Original Medicare 에 의해 의료계가 일반적으로 인정하지 않는 것으로 판정된 품목과 처치입니다.		Medicare 승인 임상 연구 하에서 Original Medicare 에 의해, 또는 우리 플랜에 의해 보장될 수 있습니다. (임상 연구에 대한 상세 설명은 제 3 장, 섹션 5 를 참조하십시오.)
귀하의 가까운 친척 또는 귀하 가구의 구성원에 의한 케어를 위해 부과되는 수수료.	✓	
자택에서의 풀타임 간호.	✓	
가정 배달 음식		이것은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택에 의거하여 보장되는 항목입니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있지는 않을 것입니다. 상세 설명은 위의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.

Chapter 4 Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
가사 서비스에는 가벼운 청소 또는 가벼운 식사 준비를 포함한 기본적 가사 지원이 포함됩니다.		이것은 만성 질환자를 위한 특별 보충 혜택에 의거하여 보장되는 항목입니다. 이 특별한 보충적 혜택에 관하여 모든 회원이 자격이 있지는 않을 것입니다. 상세 설명은 위의 의료 혜택 차트를 참조하십시오.
자연 요법 서비스(천연 요법 또는 대체 요법 사용).		이것은 건강 및 웰니스 유연한 혜택에 의거하여 보장되는 항목입니다. 제품 및 서비스는 연간 수당 금액 한도까지 사용이 가능합니다.
정형외과용 신발 또는 발 지지 기구		다리 브레이스의 일부로서 브레이스 비용에 포함된 신발. 당뇨병 발 질환자를 위한 정형외과용 또는 치료용 신발.
병원 또는 전문 영양 시설에서 귀하의 방 안에 있는 전화기 또는 텔레비전 같은 개인용 품목.	✓	
병원의 1 인실.		의학적으로 필요한 경우에만 보장됩니다.
불임법의 역전 및 또는 비처방 피임 용품.	✓	
일반적 지압요법 케어		아탈구를 교정하기 위한 척주의 수기 조작이 보장됩니다. 당 플랜은 연간 최대 12 회의 정기 카이로프랙틱 방문을 보장합니다.
일반적 눈 검사, 안경, 방사상 각막절개술, LASIK 수술 및 기타 저시력 보조.		백내장 수술 후 환자를 대상으로 눈 검사와 한 쌍의 안경(또는 콘택트 렌즈)이 보장됩니다.
일반적 발 케어		Medicare 가이드라인에 따라 제공되는 일부 제한적 보장(예컨대, 귀하에게 당뇨병이 있는 경우).

Chapter 4 Medical Benefits Chart (what is covered and what you pay)

Medicare 가 보장하지 않는 서비스	어떤 조건에서도 보장되지 않음	특정 조건 하에서만 보장됨
Original Medicare 기준에 따라 합리적이지도 않고 필요하지도 않은 것으로 간주되는 서비스	✓	

제 5 장

파트 D 처방약을 위한 플랜의 보장 활용하기

섹션 1 소개

이 장은 귀하의 파트 D 약 보장 사용을 위한 규칙에 대해 설명합니다. Medicare 파트 B 약 혜택 및 호스피스 약 혜택에 대해서는 제 4 장을 참조하십시오.

섹션 1.1 플랜의 파트 D 약 보장을 위한 기본 규칙

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

- 귀하의 서비스 제공자(의사, 치과 의사 또는 기타 처방자)가 작성하는 처방전은 반드시 해당 주 법률에 의거 유효한 처방전이어야 합니다.
- 귀하의 처방자는 Medicare 의 제외 또는 배제 목록에 등재되지 않아야 합니다.
- 처방약의 혜택을 누리려면 일반적으로 네트워크 내 약국을 이용해야 합니다. (섹션 2, 처방약을 네트워크 내 약국에서 또는 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 조제하기 참조.)
- 귀하의 약은 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)(줄여서 “의약품 목록”)에 있어야 합니다. (섹션 3, 귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 합니다 참조.)
- 귀하의 약이 의학적으로 인정된 지시를 위해 사용되어야 합니다. “의학적으로 인정된 지시”란 식약청에 의해 승인된 또는 특정 준거 서적에 의해 지원된 약의 사용입니다. (의학적으로 인정된 지시에 대한 자세한 설명은 섹션 3 을 참조하십시오.)

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

섹션 2.1 네트워크 내 약국 이용

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

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

섹션 2.2 네트워크 내 약국

귀하 지역의 네트워크 내 약국을 어떻게 찾는가?

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

우리 네트워크 내 약국 중 어디에나 갈 수 있습니다.

귀하가 이용해 온 약국이 네트워크를 탈퇴하면 어떻게 되는가?

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

전문 약국이 필요한 경우에는 어떻게 하는가?

일부 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 본인의 파트 D 혜택을 받는 데 어려움이 있는 경우에는 고객센터시스템에 연락하십시오.
- 인디언 보건 서비스 / 부족 / 도시 인디언 보건 프로그램을 지원하는 약국(푸에르토리코에서는 이용할 수 없음). 응급의 경우를 제외하고, 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민만 우리 네트워크의 이러한 약국을 이용할 수 있습니다.
- FDA에 의해 특정 장소로 제한된 또는 특별 취급, 제공자 조율 또는 사용 교육이 요구되는 약을 조제하는 약국. (참고: 이러한 시나리오는 드문 경우입니다.)

전문 약국을 찾으려면 *약국 명부*를 참조하거나 고객센터시스템에 연락하십시오.

섹션 2.3 플랜의 우편 주문 서비스 이용하기

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 우리 의약품 목록에 “우편 주문” 약으로 표시되어

있습니다. 우리 의약품 목록에서 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 제공되지 않는 약에는 별표가 있습니다.

귀하는 우리 플랜의 우편 주문 서비스를 통해 **최소 30 일분의 약에서 최대 100 일분의 약까지 주문할 수 있습니다.**

주문 양식과 귀하의 처방약을 우편으로 짓는 데 대한 설명은 고객센터시스템에 연락하거나 우리 웹사이트를 방문하십시오(전화번호와 웹사이트는 이 브로셔의 뒷표지에 기재되어 있음).

일반적으로, 우편 주문 약국 주문품은 10 일 이내에 도착할 것입니다. 귀하의 주문품이 지연되는 경우 고객센터시스템에 전화하십시오.

약국이 귀하 의사의 진료실로부터 직접 받는 새로운 처방.

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

- 귀하가 과거에 이 플랜으로 우편 주문 서비스를 이용한 경우, 또는
- 의료 서비스 제공자에게서 직접 받는 모든 새로운 처방약의 자동 배송을 귀하가 신청한 경우. 귀하는 언제든지 MedImpact Direct에 (855) 873-8739번으로 전화하거나 [medimpactdirect.com](https://www.medimpactdirect.com) 웹사이트를 방문하여 모든 새 처방전의 자동 배송을 요청할 수 있습니다.

원하지 않는 처방약을 우편으로 자동으로 받았는데 배송되기 전에 본인이 그것을 원하지 않는지 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 본 브로셔 뒷표지에 나와 있는 전화번호로 고객센터시스템에 연락하십시오.

귀하가 우편 주문 배송을 이용한 적이 없고/없거나 새로운 처방약의 자동 조제를 중단하기로 결정하는 경우, 약국은 의료 서비스 제공자로부터 새로운 처방을 받을 때마다 귀하에게 연락하여 귀하가 약 조제 및 즉시 배송을 원하는지 확인할 것입니다. 약국이 귀하에게 연락할 때마다 대응하여 새로운 처방을 배송, 지연 또는 취소할지를 그들에게 알리는 것이 중요합니다.

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

우편 주문 처방약 재조제. 재조제의 경우, 차기 주문량이 적시에 배송될 수 있도록 현재 보유한 처방약이 부족해지기 14 일 전에 당사에 연락해주시기 바랍니다.

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

섹션 2.4 약의 장기 분량을 어떻게 받을 수 있는가?

약을 장기 분량으로 받을 경우 비용 부담액이 낮아질 수 있습니다. 당 플랜은 우리 플랜의 의약품 목록상의 “유지” 약의 장기 분량(“연장 분량”이라고도 함)을 받기 위한 두 가지 방법을 제시합니다. (유지 약은 만성 또는 장기 질환을 위해 규칙적으로 복용하는 약입니다.)

1. 우리 네트워크 내의 일부 소매 약국은 귀하가 유지 약의 장기 분량을 얻을 수 있도록 합니다. 약국 명부에 우리 네트워크 내의 어느 약국이 유지 약의 장기 분량을 제공할 수 있는지가 나와 있습니다. 자세한 내용은 고객센터를 통해서도 문의할 수 있습니다.
2. 또한 우리 우편 주문 프로그램을 통해서 유지 약을 받는 것도 가능합니다. 자세한 정보는 섹션 2.3 을 참조하십시오.

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

귀하의 처방약은 특정 상황에서 보장될 수 있습니다

일반적으로, 우리는 귀하가 네트워크 내 약국을 이용할 수 없을 때 **만** 네트워크 외 약국에서 조제하는 약을 보장합니다. 귀하를 돕기 위해 우리는 우리 서비스 지역 밖에서 귀하가 우리 플랜의 회원으로서 처방약을 조제할 수 있는 네트워크 내 약국들을 보유하고 있습니다. 인근에 네트워크 내 약국이 있는지 **먼저 고객센터에 문의**해보시기 바랍니다. 귀하는 네트워크 외 약국에서의 약을 위해 귀하가 지불하는 비용과 네트워크 내 약국에서 우리가 보장할 비용 사이의 차액을 지불하도록 요구받을 확률이 아주 높습니다.

우리가 네트워크 외 약국에서 조제하는 처방약을 보장하는 경우는 다음과 같습니다.

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

당 플랜에 상환을 어떻게 요청하는가?

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

섹션 3 귀하의 약이 플랜의 “의약품 목록”에 있어야 합니다

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

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

이 목록상의 약들은 본 플랜이 의사 및 약국들로 구성된 팀의 도움을 받아 선정합니다. 의약품 목록은 Medicare 의 요건을 충족하며 Medicare 의 승인을 받았습니다.

의약품 목록에는 Medicare 파트 D 에 의거 보장되는 약만이 열거되어 있습니다.

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

- 약이 현재 처방되고 있는 진단 또는 질환이 식약청에 의해 승인되었음.
- -- 또는 -- 미국 병원 처방집 서비스 약 정보 및 DRUGDEX 정보 시스템 같은 특정 준거에 의해 지지됨.

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

의약품 목록은 상표약과 복제약을 포함합니다

상표약은 의약품 제조업체가 소유한 등록상표로 판매되는 처방 의약품을 말합니다. 일반 의약품(예: 단백질 기반 의약품)보다 복잡한 형태의 상표약을 생물학적 제제라고 합니다. 의약품 목록에서 우리가 “*약*”이라고 하면 이는 의약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다.

복제약은 상표약과 같은 활성 성분을 갖고 있는 처방약입니다. 일반적으로 상표약과 거의 같으며 보통 가격은 저렴합니다. 많은 상표약을 위한 대체 복제약들이 있습니다.

비처방 약

우리 플랜은 특정 비처방 약도 보장합니다. 일부 비처방 약은 처방 약보다 저렴하면서도 효과는 비슷합니다. 자세한 정보는 이 브로셔의 뒷표지에 인쇄되어 있는 전화번호로 고객센터시스템에 전화하십시오.

무엇이 의약품 목록에 없는가?

이 플랜은 모든 처방약을 보장하지는 않습니다.

- 일부 경우에 법률은 Medicare 플랜이 특정 유형의 약을 보장하는 것을 허용하지 않습니다(이에 대한 자세한 정보는 본 장의 섹션 7.1 참조).
- 다른 경우에 우리는 특정 약을 의약품 목록에 포함하지 않기로 결정했습니다. 어떤 경우에는 귀하가 의약품 목록에 열거되지 않은 약을 구할 수도 있습니다. 자세한 정보는 제 9 장을 참조하시기 바랍니다.

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

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

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

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

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

섹션 3.3 특정 약이 의약품 목록에 있는지 어떻게 알 수 있는가?

알 수 있는 두 가지 방법:

1. 플랜의 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com/pharmacy)를 방문합니다. 웹사이트의 의약품 목록이 항상 최신 상태입니다.

2. 고객센터시스템에 전화하여 특정 약이 플랜의 의약품 목록에 있는지 묻거나 목록을 1 부 요청합니다. (고객센터시스템 전화번호는 이 브로셔의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다.)

섹션 4 일부 약의 경우 보장에 제한이 있습니다

섹션 4.1 왜 일부 약에 제한이 있는가?

특정 처방약의 경우, 특별 규칙이 본 플랜이 그것을 보장하는 방법과 때를 제한합니다. 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, 플랜 규칙은 귀하와 서비스 제공자가 그 저가 옵션을 이용할 것을 장려하도록 되어 있습니다.

우리 의약품 목록상에서 때때로 약이 한 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 어떤 종류의 제한이 있는가?

아래 섹션들은 우리가 특정 약을 위해 적용하는 제한 사항의 유형에 대해 자세히 설명합니다.

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

복제약을 입수할 수 있을 때 상표약을 제한하기

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

사전에 플랜 승인 받기

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

다른 약을 먼저 시도하기

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

수량 한도

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

섹션 5 귀하의 약 중 하나가 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는다면?

섹션 5.1	귀하의 약이 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 것들이 있습니다
---------------	--

그러나 귀하가 복용 중인 처방약 또는 귀하가 복용해야 한다고 귀하 및 서비스 제공자가 생각하는 약이 우리 처방집에는 없거나 우리 처방집에 제한 사항과 함께 포함된 상황이 있을 수 있습니다. 다음과 같은 경우입니다.

- 약이 전혀 보장되지 않을 수 있음. 또는 해당 약의 복제약 버전은 보장되지만 귀하가 복용하기 원하는 상표약 버전은 보장되지 않음.
- 약이 보장되지만 해당 약의 보장에 섹션 4에 설명된 것과 같은 특별 규칙 또는 제한 사항이 있음.
- 약이 보장되지만 귀하의 비용 부담액이 생각보다 더 비싸지게 만드는 비용 부담 계층에 속함.
- 귀하의 약이 본인이 원하는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하가 할 수 있는 것들이 있습니다. 귀하의 약이 의약품 목록에 없는 경우, 또는 귀하의 약에 제한

사항이 적용되는 경우, 섹션 5.2 로 이동하여 귀하가 무엇을 할 수 있는지 확인하십시오.

- 귀하의 약이 비용 분담 계층에 속하여 본인 비용이 생각보다 더 증가하는 경우, 섹션 5.3 으로 이동하여 귀하가 무엇을 할 수 있는지 확인하십시오.

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

귀하의 약이 의약품 목록에 없거나 해당 약 이용이 제한된 경우의 옵션은 다음과 같습니다.

- 귀하는 해당 약의 임시 분량을 받을 수 있습니다.
- 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다.
- 귀하는 예외를 요청하고 당 플랜이 해당 약을 보장하거나 약에서 제한 사항을 제거할 것을 요구할 수 있습니다.

귀하는 일시적 분량을 받을 수 있습니다

특정 상황에서 당 플랜은 귀하가 이미 복용하고 있는 약의 임시 분량을 의무적으로 제공해야 합니다. 귀하는 이러한 임시 분량을 통해 의료 제공자와 상의하여 보장 변경에 대해 알아보고 무엇을 할지 결정할 시간을 벌 수 있습니다.

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

- 귀하가 신규 회원인 경우, 우리는 귀하의 플랜 가입 후 처음 90 일 이내에 귀하가 복용 중인 약의 임시 분량을 보장해 드립니다.
- 귀하가 작년에 플랜에 가입하셨다면, 우리는 해당 연도의 처음 90 일 이내에 귀하가 복용 중인 약의 임시 분량을 보장해 드립니다.
- 이 임시 분량은 최대 30 일 분량입니다. 귀하의 처방전이 더 적은 기간으로 작성된 경우, 우리는 최대 30 일치 분량의 약을 제공하기 위해 복수의 조제를 허용할 것입니다. 처방약은 반드시 네트워크 내 약국에서 조제해야 합니다. (장기 케어 약국은 낭비를 예방하기 위해 한 번에 소량으로 약을 제공할 수 있음에 유의하십시오.)
- 본 플랜에 90 일 이상 동안 있었고 장기 케어 시설에 거주하며 분량을 즉각 필요로 하는 회원의 경우:

우리는 특정 약의 31 일 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 고객센터팀에 문의하십시오.

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

1) 귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

플랜에서 보장하는 경우 중에 귀하에게 똑같이 잘 들을 수 있는 다른 약이 있는지 여부에 대해 귀하의 서비스 제공자와 상담하십시오. 고객센터팀에 전화하여 같은 질병을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청할 수 있습니다. 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장 대상 약을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

2) 귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 서비스 제공자는 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 약이 플랜의 의약품 목록에 들지 않은 경우에도 그 약을 보장하도록 플랜에 요청할 수 있습니다. 또는 귀하는 플랜이 예외를 두어 약을 제한 없이 보장할 것을 요청할 수 있습니다.

귀하가 현재 회원이고 복용하고 있는 약이 내년에 처방집에서 제거되거나 어떤 식으로든 제한될 경우, 우리는 내년도의 변경 사항에 앞서 이를 귀하에게 알릴 것입니다. 귀하는 내년도 전에 예외를 요청할 수 있으며 우리는 귀하의 요청(또는 귀하의 처방자의 증빙서)을 받은 후 72 시간 이내에 답변을 드릴 것입니다. 우리가 귀하의 요청을 승인하는 경우, 우리는 변경이 발효되기 전에 보장을 승인할 것입니다.

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

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

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

귀하는 다른 약으로 변경할 수 있습니다

본인 약의 비용 부담 계층이 너무 높다고 생각되는 경우에는 귀하의 서비스 제공자와 상담하십시오. 본인을 위해 효과가 좋을 수 있는 더 낮은 비용 부담 계층의 다른 약이 있을 수도 있습니다. 고객센터팀에 전화하여 같은 질환의 치료에 사용되는 보장 의약품

목록을 요청하십시오. 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 효과가 있을 수 있는 보장 대상 약을 찾는 데 도움을 줄 수 있습니다.

귀하는 예외를 요청할 수 있습니다

귀하와 제공자는 본 플랜이 귀하가 더 낮은 비용을 지불하도록 약의 비용 부담 계층에 예외를 두도록 요청할 수 있습니다. 우리에게 예외를 요청할 만한 의학적 이유가 귀하에게 있다고 서비스 제공자가 말하는 경우, 서비스 제공자는 귀하가 이 규칙의 예외를 요청하는 것을 도울 수 있습니다.

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

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

섹션 6 귀하의 약 중 하나에 대한 보장이 변경되면 어떻게 되는가?

섹션 6.1 의약품 목록은 연도 중에 변경될 수 있습니다

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

우리는 플랜의 의약품 목록을 변경하기 전에 Medicare 요건을 준수해야 합니다.

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

약 보장 범위 변경에 대한 정보

의약품 목록이 변경될 경우 우리는 그러한 변경에 대한 정보를 우리 웹사이트에 게시합니다. 우리는 또한 정기적으로 당사의 온라인 의약품 목록을 업데이트합니다. 귀하가 복용하고 있는 약에 변경이 발생한 경우 귀하가 직접 통지를 받을 시간을 아래와 같이 안내드립니다.

당해 플랜 연도 동안 귀하에게 영향을 미치는 의약품 보장 관련 변경 사항

플랜 후원자가 새로운 복제약으로 즉시 대체할 수 있다는 사전 일반 통지: 상표약을 치료 효과가 동등한 새로운 복제약으로 즉시 대체하기 위해(또는 새로운 복제약을 추가한 후 상표약에 적용된 계층이나 제한 사항 또는 둘 다를 변경하기 위해), 해당 요건을 달리 충족하는 플랜 후원자는 변경 사항에 대한 다음과 같은 사전 일반 통지를 제공해야 합니다.

- **의약품 목록에서 새로운 복제약이 상표약을 대체하는 경우(또는 우리가 상표약의 비용 분담 계층을 변경하거나 새로운 제한을 추가하거나 또는 두 가지 모두를 하는 경우)**
 - 우리가 어떤 상표약을 새롭게 승인된 동일한 성분의 복제약 버전으로 교체하는 경우, 의약품 목록에서 상표약이 즉시 삭제될 수 있습니다. 복제약은 동일하거나 더 낮은 비용 분담 계층 및 동일하거나 더 적은 제한 사항과 함께 표시됩니다. 또한 우리는 상표약을 당사의 의약품 목록에 유지하기로 결정한 다음, 새로운 복제약이 추가되었을 때 즉시 더 높은 비용 분담 계층으로 이를 이전하거나 새로운 제한을 추가하거나 두 가지 모두를 할 수도 있습니다.
 - 귀하가 해당 상표약을 현재 복용하고 있는 경우에도 우리는 그러한 변경을 하기 전에 귀하에게 통보하지 않을 수 있습니다. 우리가 변경을 할 당시에 귀하가 상표약을 복용하고 있는 경우, 우리는 특정 변경 사항들에 대한 정보를 귀하에게 제공할 것입니다. 여기에는 귀하가 상표약을 보장하기 위한 예외를 요청하기 위해 취할 수 있는 조치에 대한 정보도 포함될 것입니다. 귀하는 우리가 변경을 하기 전에 이 통지를 받지 못할 수도 있습니다.
 - 귀하 또는 귀하의 처방자는 우리에게 예외를 요청하고 귀하를 위해 상표약을 계속 보장할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 제 9 장을 참조하십시오.

시중에서 철수된 의약품 목록상의 불안전 약 및 기타 약

- 때때로 어떤 약이 안전하지 않은 것으로 간주되거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이런 일이 발생하면 우리는 의약품 목록에서 해당 약을 즉시 제거합니다. 귀하가 해당 약을 복용하고 있는 경우, 우리는 이를 즉시 귀하에게 알릴 것입니다.
- 귀하의 처방자도 이를 전달받을 것이며, 귀하의 질환을 위한 다른 약을 찾기 위해 귀하와 협력할 수 있습니다.
- **의약품 목록상의 약에 대한 기타 변경**
 - 연도가 시작되면 우리는 귀하가 복용하고 있는 약에 영향을 미치는 다른 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 예컨대, 우리는 현재 처방집에 있는 의약품

목록상의 상표약을 대체하기 위해 시장에 새로 출시된 것이 아닌 기존 복제약을 추가하거나, 또는 이를 다른 비용 부담 계층으로 이전 또는 해당 상표약에 새로운 제한을 추가하거나, 두 가지 모두를 할 수도 있습니다. 또한 우리는 FDA 박스형 경고 또는 Medicare에 의해 인정된 새로운 임상 가이드라인에 근거해서도 변경 사항을 적용할 수 있습니다.

- 이러한 변경 사항과 관련하여, 우리는 적어도 변경 30 일 전에 사전 통지를 제공하거나 변경을 통보하고 귀하가 복용 중인 약의 30 일분을 네트워크 내 약국에서 조제할 수 있도록 해야 합니다.
- 변경 통보를 받은 후에 귀하는 우리가 보장하는 다른 약으로 전환하거나 귀하가 복용하는 약에 새로 적용된 제한을 충족하기 위해 처방자와 협력해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 처방자는 우리에게 예외를 인정하고 귀하를 위해 약을 계속 보장하도록 요청할 수 있습니다. 이의 제기 방법에 대한 정보는 제 9 장을 참조하십시오.

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

우리는 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 1 월 1 일부터 귀하에게 영향을 미치게 됩니다.

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

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

귀하가 복용하고 있는 약에 이러한 변경이 발생하면(시장 철수, 복제약의 상표약 대체 또는 기타 위의 섹션들에서 설명된 변경 때문인 경우는 제외하고), 그 변경이 그 다음 해의 1 월 1 일까지는 귀하의 약 복용이나 비용 몫 지불에 영향을 미치지 않을 것입니다. 그 날짜까지 귀하는 본인 비용의 증가 또는 약 사용에 대한 추가적인 제한을 경험하지 않을 것입니다.

우리는 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 본 플랜은 어떤 종류의 약을 보장하지 *않는가?*

섹션 7.1 우리가 보장하지 않는 유형의 약들

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

귀하가 제외되는 약품을 처방받는 경우에는 귀하가 직접 비용을 지불하셔야 합니다(단, 당사의 약 보장 강화에 의거 보장되는 특정 제외 의약품은 예외). 귀하가 이의를 제기하고 요청된 약이 파트 D에 따른 제외 대상이 아니라고 확인되면 우리가 비용을 지불하거나 보장할 것입니다. (결정에 대한 이의 제기에 대한 정보는 제 9 장으로 이동하십시오.)

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

- 우리 플랜의 파트 D 약 보장은 Medicare 파트 A 또는 파트 B에 의거해서는 보장될 약을 보장할 수 없습니다.
- 우리 플랜은 미국 또는 그 영토의 바깥에서 구입한 약은 보장할 수 없습니다.
- 우리 플랜은 일반적으로 용도와 사용을 보장할 수 없습니다. “용도와 사용”이란 식약청에 의해 승인된 약 라벨의 표시 용도를 벗어난 형태의 약 사용을 말합니다.
- “용도와 사용”을 위한 보장은 그 사용이 미국 병원 조제서비스 약물정보(American Hospital Formulary Service Drug Information) 및 DRUGDEX 정보 시스템과 같은 특정 준거에 의해 뒷받침될 때에만 허용됩니다.

또한 법률에 따라 다음 범주의 약은 Medicare 약 플랜에서 보장하지 않습니다(우리 플랜은 약 보장 강화를 통해 아래 나열된 특정 약을 보장하며, 이에 대해 귀하에게 추가 보험료가 부과될 수 있습니다. 자세한 정보는 아래에 나와 있습니다.)

- 비처방약(일반약이라고도 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 배타적으로 구입할 것을 요구하는 형태의 외래환자용 약

우리는 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(30 일당 6 정으로 제한)에 대한 처방을 보장합니다. 귀하가 이러한 약에 지불하는 금액은 과부담 보장 단계를 위한 귀하의 자격 요건에 계상되지 않습니다. (과부담 보장 단계는 이 문서의 제 6 장, 섹션 7에 설명되어 있습니다.)

또한 귀하가 처방약 비용을 지불하기 위해 “추가 도움”을 받고 있는 경우, “추가 도움” 프로그램은 통상적으로는 보장되지 않는 약의 비용은 지불하지 않을 것입니다. 그러나 귀하가 Medicaid를 통해 약 보장을 받는 경우, 해당 주의 Medicaid 프로그램이 Medicare 약 플랜에서는 통상적으로는 보장되지 않는 일부 처방약을 보장할 수도 있습니다. 귀하가 사는 주의 Medicaid 프로그램에 연락하여 어떤 약 보장을 귀하가 활용할 수 있는지 확인하십시오. (Medicaid 전화번호와 연락처 정보는 제 2 장, 섹션 6에서 찾아볼 수 있습니다.)

섹션 8 처방전 조제

섹션 8.1 귀하의 회원 정보 제공

귀하의 처방전을 조제하려면 귀하가 선택한 네트워크 내 약국에서 본인의 멤버십 카드에 나와 있는 플랜 회원 정보를 제공하십시오. 네트워크 내 약국은 귀하의 약 비용에 대한 *우리의* 몫을 플랜에 자동으로 청구합니다. 귀하는 처방약을 수령할 때 비용 중 *귀하의* 몫을 약국에 지불해야 할 것입니다.

섹션 8.2 멤버십 정보를 확인할 수 없으면 어떻게 되는가?

처방전을 조제할 때 귀하의 플랜 멤버십 정보를 확인할 수 없는 상황이라면, 귀하 또는 약국이 본 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻을 수 있습니다.

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

섹션 9 특별 상황에서의 파트 D 약 보장

섹션 9.1 본 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설에 귀하가 체류를 위해 있으면 어떻게 되는가?

귀하가 본 플랜에 의해 보장되는 병원 또는 전문 요양 시설에 체류를 위해 입원하면 우리는 일반적으로 귀하의 체류 중 처방약 비용을 보장할 것입니다. 귀하가 해당 병원

또는 전문 요양 시설에서 퇴원하면, 당 플랜은 귀하의 처방약이 이 장에서 설명된 우리의 모든 보장 규칙을 충족하는 한 약을 보장할 것입니다.

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

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

약국 명부를 통해 귀하의 LTC 시설 내 약국 또는 제휴 약국이 우리 네트워크에 속하는지 확인하십시오. 약국이 우리 네트워크에 속하지 않거나 추가 정보 또는 지원이 필요하신 경우, 고객센터팀에 문의하십시오. 귀하가 LTC 시설에 있는 경우, 우리는 귀하가 본인의 파트 D 혜택을 우리의 LTC 약국 네트워크를 통해 일상적으로 받을 수 있도록 해야 합니다.

귀하가 장기 요양(LTC) 시설에 거주하고 있는데 우리 의약품 목록에 없거나 어떤 식으로든 제한된 약품이 필요한 경우에는 어떻게 되는가?

임시 또는 비상 분량 약에 대해서는 섹션 5.2 를 참조하십시오.

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

귀하가 현재 귀하(또는 배우자)의 고용주 또는 퇴직자 단체를 통한 다른 처방약 보장을 갖고 있는 경우, 해당 단체의 혜택 관리자에게 문의하십시오. 해당 담당자가 귀하의 현재 처방약 보장이 우리 플랜과 어떻게 협력할 것인지 귀하가 판단할 수 있도록 도울 수 있습니다.

일반적으로, 귀하가 고용주 또는 퇴직자 단체 보장을 갖고 있다면, 귀하가 우리에게서 받는 약 보장은 귀하의 단체 보장에 대해 *이차적*이 될 것입니다. 이는 귀하의 단체 보장이 먼저 지불할 것임을 의미합니다.

‘신뢰할 만한 보장’에 대한 특별 주:

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

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

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

섹션 9.4 귀하가 Medicare 인증 호스피스에 있으면 어떻게 되는가?

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

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

섹션 10 약 안전 및 투약 관리에 대한 프로그램

섹션 10.1 회원들이 약을 안전하게 이용하도록 돕는 프로그램

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

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

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

- 오피오이드 통증 약의 불안정한 양

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

섹션 10.2	회원들이 오피오이드 약을 안전하게 사용하도록 돕는 약 관리 프로그램(DMP)
----------------	---

우리는 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 의사 또는 약국으로부터 받는 오피오이드 약을 사용하는 경우, 또는 귀하가 최근에 오피오이드를 과량투여한 경우, 우리는 귀하의 오피오이드 약 사용이 적절하고 의학적으로 필요한지 확인하기 위해 귀하의 의사와 상담할 수 있습니다. 귀하의 의사와 협력하면서 우리가 귀하의 처방 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약 사용이 안전하지 않다고 판단하는 경우, 우리는 귀하가 그러한 약을 받을 수 있는 방법을 제한할 수 있습니다. 우리가 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 의사로부터 받을 것을 귀하에게 요구
- 우리가 보장할 오피오이드 또는 벤조디아제핀 약의 양을 제한

우리가 귀하의 이러한 약품 획득 방식 또는 획득 가능 분량을 제한할 계획인 경우, 사전에 서신을 보내드립니다. 통지서에는 귀하에게 적용되어야 한다고 생각되는 제한이 설명되어 있을 것입니다. 귀하는 어느 의사 또는 약국을 사용하기 선호하는지와 기타 우리가 아는 것이 중요하다고 생각되는 정보에 대해서도 우리에게 말할 기회가 있을 것입니다. 귀하가 대응할 기회를 가진 후에, 우리가 이러한 약을 위한 보장을 제한하기로 결정하는 경우, 우리는 그 제한 조치를 확정하는 다른 통지서도 보내드릴 것입니다. 우리가 실수했다고 생각하시거나 귀하가 우리의 결정 또는 그러한 제한에 동의하지 않는 경우, 귀하와 처방자는 이의를 제기할 권리를 갖습니다. 귀하가 이의를 제기하면 우리는 귀하의 케이스를 검토하여 결정을 내릴 것입니다. 우리가 귀하의 약 접근성에 적용되는 제한에 관련된 귀하의 요청 중 어느 부분이든 계속 거부하는 경우, 우리는 자동적으로 귀하의 케이스를 우리 플랜 외부의 독립 검토자에게 보낼 것입니다. 이의 제기 방법에 대한 설명은 제9장을 참조하십시오.

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

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

건강과 관련하여 복합적인 요구가 있는 회원들을 도울 수 있는 프로그램이 있습니다. 우리 프로그램은 투약 요법 관리(MTM) 프로그램이라고 합니다. 이 프로그램은 자율적이며 무료입니다. 우리가 회원들이 복용 중인 약에서 최대한의 효과를 누리도록 하는 일을 지원하기 위해 약사와 의사로 구성된 팀이 해당 프로그램을 개발했습니다.

여러 질환을 위한 약들을 복용하고 있어서 약 비용이 높은 회원이나 오피오이드를 안전하게 사용하도록 돕는 DMP에 포함된 일부 회원들은 MTM 프로그램을 통해 서비스를 받을 수 있습니다. 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하의 모든 약에 대한 종합적 검토를 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 물질인 처방약의 안전한 처분에 대한 정보도 받을 것입니다.

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. 또한 병원이나 응급실에 가는 경우, 귀하의 투약 목록을 최신으로 유지하고 항상 지참하십시오(예컨대, 귀하의 신분증과 함께).

귀하의 요구에 적합한 프로그램이 있는 경우, 우리는 귀하를 그 프로그램에 자동 등록하고 알려드릴 것입니다. 귀하가 참여하지 않기로 결정하는 경우 우리에게 알려주시면 귀하를 탈퇴 처리할 것입니다. 이 프로그램에 대한 궁금한 사항은 고객센터팀에 문의하십시오.

제 6 장: 파트 D 처방약을 위한 본인 부담금

귀하는 현재 약 비용을 지불하기 위한 도움을 받고 계십니까?

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

섹션 1 소개

섹션 1.1 약 보장을 설명하는 다른 자료들과 함께 이 장을 참조하십시오

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

지불 정보를 이해하려면 귀하는 어떤 약이 보장되는지, 처방약을 어디서 조제할 것인지, 그리고 귀하가 보장 대상 약을 받을 때 어떤 규칙을 준수해야 하는지를 알아야 합니다. 제 5 장, 섹션 1~4까지는 이러한 규칙에 대해 설명합니다.

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

파트 D 약에는 다양한 유형의 본인 부담 비용이 적용됩니다. 귀하가 약을 위해 지불하는 금액을 “비용 분담액”이라고 하며, 귀하에게 지불이 청구되는 세 가지 방법이 있습니다.

- “**본인 부담액**”은 우리 플랜이 해당 몫의 지불을 시작하기 전에 귀하가 약을 위해 지불하는 금액입니다.
- “**분담금**”은 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하게 되는 고정액입니다.
- “**공동보험금**”은 귀하가 처방전을 조제할 때마다 지불하는 총 비용에 대한 퍼센트입니다.

섹션 1.3 Medicare가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법

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

이러한 지불액은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다

귀하의 본인 부담 비용에는 아래 열거된 지불액이 포함됩니다(그것이 파트 D 보장 대상 약을 위한 것이고 귀하가 제 5 장에 설명된 약 보장을 위한 규칙을 준수하는 한):

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

누가 지불하느냐가 중요합니다.

- 이러한 지불을 **본인**이 하면 그것은 귀하의 본인 부담 비용에 포함됩니다.
- **다른 누군가 또는 기관**이 귀하를 대신하여 지불하면 그러한 지불액 **역시 포함됩니다**. 친구 또는 친척, 대부분의 자선 단체, AIDS 의약품 지원 프로그램, Medicare 인증을 갖춘 주정부 의약품 지원 프로그램, 또는 인디언 보건 서비스가 귀하의 약을 위해 지불한 금액 등이 이에 해당합니다. Medicare 의 “추가 도움” 프로그램에 의한 지불액 역시 포함됩니다.
- Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램에 의한 일부 지불액 역시 포함됩니다. 귀하의 상표약을 위해 제조업체가 지불한 액수도 여기에 포함됩니다. 그러나 귀하의 복제약을 위해 본 플랜이 지불한 액수는 포함되지 않습니다.

과부담 보장 단계로 이동:

귀하(또는 귀하를 대신해 지불하는 자)가 해당 역년 내에 본인 부담 비용으로 총 \$7,400 를 지출할 경우, 귀하는 보장 범위 격차 단계에서 과부담 보장 단계로 이동하게 됩니다.

이러한 지불액은 귀하의 본인 부담 비용에 포함되지 않습니다

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

- 귀하의 월 보험료
- 미국과 그 영토 바깥에서 구입하는 약.
- 우리 플랜이 보장하지 않는 약.
- 이 플랜의 네트워크 외 보장 요건을 충족하지 않는 네트워크 외 약국에서 구입하는 약.
- 파트 A 또는 파트 B 에 의해 보장되는 처방약.

- 우리의 추가 보장에 의거 보장되지만 Medicare 처방약 플랜에서는 보통 보장되지 않는 약을 위한 귀하의 지불액.
- 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않는 처방약을 위한 귀하의 지불액.
- 귀하가 보장 범위 격차 단계에 있는 동안 이 플랜이 귀하의 상표약 또는 복제약을 위해 지불한 금액.
- 고용주 건강 보험을 포함해 단체 건강 보험이 귀하의 약을 위해 지불한 금액.
- 특정 보험 및 TRICARE 및 Veterans Affairs 같은 정부 지원 보건 프로그램이 귀하의 약을 위해 지불한 금액.
- 처방약 비용을 지불할 법적 책임이 있는 제 3 자가 귀하의 약을 위해 지불한 금액(예: 산재 보상).

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

귀하의 본인 부담 총액을 어떻게 추적할 수 있는가?

- **저희가 도와드리겠습니다.** 귀하가 받는 파트 D EOB 요약서에는 귀하의 현재 본인 부담 비용이 나와 있습니다. 이 금액이 \$7,400 에 도달하게 되면, 이 요약서에서 귀하는 보험 적용 공백 단계를 벗어났고 재난적 보장 단계로 넘어갔다는 것을 알려드릴 것입니다.
- **우리가 필요한 정보를 갖도록 해주십시오.** 섹션 3.2 는 귀하가 지출한 것에 대한 우리 기록이 완전하고 최신이 되도록 돕기 위해 귀하가 할 수 있는 것에 대해 설명합니다.

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

섹션 2.1 Clever Care Jasmine 회원을 위한 약 지불 단계란?
--

우리 플랜의 처방약 보장에는 4 가지 “약 지불 단계”가 있습니다. 귀하가 지불해야 하는 금액은 귀하가 처방전을 조제하거나 재조제할 때 어디 단계에 속하느냐에 따라 결정됩니다. 각 단계에 대한 자세한 내용은 이 장의 섹션 4~7 에 나와 있습니다. 다음 4 단계입니다.

1 단계: 연간 본인 부담액 단계

2 단계: 초기 보장 단계

3 단계: 보장 범위 격차 단계

4 단계: 과부담 보장 단계

귀하의 인슐린 비용 지불에 대한 중요 메시지 - 귀하는 본인 부담액을 지불하지 않은 경우에도 어느 비용 분담 단계인지와 무관하게 우리 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월분에 대해 \$35 이상을 지불하지 않을 것입니다. 일부 선정된 인슐린의 경우 \$0 분담금입니다. 자세한 내용은 고객센터에 문의하십시오.

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

섹션 3.1 우리는 <i>파트 D 혜택 설명</i> (“파트 D EOB”)이라는 월례 요약서를 보내드립니다
--

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

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

귀하가 이전 달에 당 플랜을 통해 하나 이상의 처방전을 조제한 경우, 우리는 *파트 D 혜택 설명*(“파트 D EOB”)을 보내드립니다. 파트 D EOB의 내용:

- **해당 월의 정보.** 이 보고서는 귀하가 이전 달에 지은 처방약에 대한 지불 내역을 제공합니다. 총 약 비용, 당 플랜이 지불한 것, 그리고 귀하가 지불한 것과 타인이 귀하를 대신해 지불한 것을 보여줍니다.
- **1월 1일 이래의 연도 합계.** 이를 “연초부터 현재까지”의 정보라고 합니다. 연도가 시작된 이래의 총 약 비용과 귀하의 약을 위한 총 지불액을 보여줍니다.
- **약 가격 정보.** 이 정보는 총 약 가격, 그리고 같은 양의 각 처방 클레임에 대해 최초 조제로부터의 가격 상승 정보를 보여줍니다.
- **가용 저가 대체 처방약.** 여기에는 각 처방 클레임을 위한 비용 분담액이 더 낮은 다른 약에 대한 정보가 포함됩니다.

섹션 3.2 귀하의 약 지불액에 대한 우리 정보를 최신으로 유지하도록 지원

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

- **처방약을 조제할 때마다 귀하의 멤버십 카드를 제시하십시오.** 이렇게 하면 귀하가 조제하고 있는 처방전과 귀하가 지불하는 금액을 우리가 쉽게 파악할 수 있습니다.
- **우리가 필요한 정보를 갖도록 해주십시오.** 귀하가 처방약의 전체 비용을 지불해야 하는 경우가 가끔 있습니다. 이러한 경우에 우리는 귀하의 본인 부담 비용을 추적하는 데 필요한 정보를 자동으로 얻을 수 없습니다. 우리가 귀하의 본인 부담 비용을 쉽게 추적할 수 있도록 귀하의 영수증 사본을 보내주시기 바랍니다. 다음은 귀하가 의약품 영수증 사본을 우리에게 보내야 하는 경우의 예입니다.
 - 보장 대상 약을 네트워크 내 약국에서 특별 가격에 또는 우리 플랜의 혜택에 속하지 않는 할인 카드를 사용해서 구입했을 때.
 - 약 제조업체의 환자 지원 프로그램에 의거 제공되는 약을 위한 분담금을 지불한 때.
 - 언제든지 보장 대상 약을 네트워크 외 약국에서 구입한 때, 또는 기타 귀하가 특수한 경우에 보장 대상 약을 위해 전액을 지불한 때.
 - 귀하에게 보장 대상 약에 대한 비용이 청구되는 경우, 우리 플랜에 비용 분담금을 지불하도록 요청하실 수 있습니다. 이를 수행하는 방법에 대한 안내는 제 7 장, 섹션 2 로 이동하십시오.
- **타인이 귀하를 위해 지불한 것에 대한 정보를 보내주십시오.** 다른 누군가 또는 기관이 대신 지불한 금액 역시 귀하의 본인 부담 비용에 계상됩니다. 예컨대, 주정부 의약품 지원 프로그램, AIDS 의약품 지원 프로그램(ADAP), 인디언 보건 서비스 및 대부분의 자선 단체가 지불한 금액도 귀하의 본인 부담 비용에 계상됩니다. 우리가 귀하의 비용을 추적할 수 있도록 그러한 지불액의 기록을 유지하여 우리에게 보내주시기 바랍니다.
- **우리가 귀하에게 보내는 서면 기록을 체크하십시오.** 귀하가 파트 D EOB 를 받게 되면 그에 포함된 내용이 완전하고 정확한 정보인지 확인하십시오. 빠진 내용이 있다고 생각되거나 궁금한 점이 있는 경우, 고객센터팀으로 전화해 주십시오. 이러한 보고서를 보관하십시오.

섹션 4 본인 부담액 단계 동안 귀하는 계층 2 ~ 5 약의 비용 전액을 지불합니다

본인 부담액 단계는 귀하의 약 보장 범위에 있어 첫 번째 지불 단계입니다. 귀하는 계층 2, 계층 3, 계층 4 및 계층 5 약에 대해 연간 \$505 의 본인 부담액을 지불하게 됩니다. 귀하는

플랜의 본인 부담액 기준에 도달할 때까지 **계층 2~5 약의 비용 전액**을 지불해야 합니다. 다른 모든 약의 경우에는 본인 부담액을 지불하실 필요가 없습니다. 당사 플랜이 네트워크 내 약국의 대부분의 약 비용을 더 낮게 성사시켰기 때문에 “비용 전액”은 일반적으로 약의 정가보다 낮습니다.

귀하가 계층 2~5 약에 대해 \$505 을 지불하고 나면, 귀하는 본인 부담액 단계를 벗어나 초기 보장 단계로 넘어가게 됩니다.

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요 메시지 – 귀하께서 공제액을 지불하지 않았더라도, 어떤 비용 부담 단계에 있든, 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1 개월치 공급분에 대해 \$35 를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다. 일부 선정된 인슐린은 \$0 코페이입니다. **섹션 5 초기 보장 단계에서 당 플랜은 귀하의 약 비용 중 플랜의 몫을 지불하고 귀하는 본인 몫을 지불합니다**

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

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

본 플랜은 여섯 가지 비용 부담 계층을 갖습니다

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

- 계층 1은 선호 복제약을 포함합니다. *(가장 낮은 계층입니다.)*
- 계층 2는 복제약을 포함합니다.
- 계층 3은 선호 상표약을 포함합니다.
- 계층 4는 비선호 상표약을 포함합니다. 또한 원래의 상표약 가격과 비슷한 일부 비선호 복제약을 포함할 수 있습니다.
- 계층 5는 특수 계층 약을 포함합니다. *(가장 높은 계층입니다.)*
- 계층 6에는 처방 기침약, 비타민, 발기부전 치료제 등 Medicare에서는 제외된 약들이 포함됩니다.

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

귀하의 약국 선택

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

- 네트워크 내 소매 약국.
- 우리 플랜의 네트워크에 속하지 않은 약국 우리는 제한된 상황에서만 네트워크 외 약국에서 지은 처방약을 보장합니다. 우리가 네트워크 외 약국에서 지어진 처방약을 보장하는 경우를 알아보려면 제 5 장, 섹션 2.5 를 참조하십시오.
- 우리 플랜의 우편 주문 약국.

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

섹션 5.2 약의 1개월분을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표

초기 보장 단계에서 보장 대상 약의 비용 중 귀하의 몫은 분담금 또는 공동보험금일 것입니다.

아래 표에서처럼, 분담금 또는 공동보험금의 금액은 해당 비용 분담 계층에 따라 달라집니다.

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

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

	표준 소매 비용 분담(네트워 크 내) (최대 30 일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 30 일분)	장기 케어(LTC) 비용 분담 (최대 31 일분)	네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됨; 자세한 설명은 제 5 장 참조.) (최대 30 일분)
계층				
비용 분담 계층 1 (선호 복제약)	\$0 분담금	\$0 분담금	\$0 분담금	\$0 분담금
비용 분담 계층 2 (복제약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금

	표준 소매 비용 분담(네트워 크 내) (최대 30 일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 30 일분)	장기 케어(LTC) 비용 분담 (최대 31 일분)	네트워크 외 비용 분담 (보장은 특정 상황으로 제한됨; 자세한 설명은 제 5 장 참조.) (최대 30 일분)
계층				
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 4 (비선호 상표약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 5 (특수 계층 약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 6 (보충 약)	\$0 분담금	\$0 분담금	\$0 분담금	\$0 분담금

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요 메시지 – 귀하께서 공제액을 지불하지 않았더라도, 어떤 비용 분담 단계에 있든, 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치 공급분에 대해 \$35를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다. 일부 선정된 인슐린은 \$0 코페이입니다.

섹션 5.3 귀하의 의사가 1 개월 전체 분량 미만을 처방하는 경우, 귀하는 1 개월분의 비용을 지불하지 않아도 될 것입니다

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

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

- 귀하가 공동보험금을 지불할 책임이 있는 경우, 귀하는 약의 총 비용의 일정 퍼센트를 지불합니다. 공동보험금은 약의 총 비용을 기준으로 하기 때문에, 약의 총 비용이 낮아진 만큼 귀하의 비용도 낮아질 것입니다.

- 귀하가 약을 위해 분담금을 지불할 책임이 있는 경우, 귀하는 1 개월 전체가 아니라 받은 약의 일수를 기준으로만 지불하면 됩니다. 우리는 귀하의 약에 대해 귀하가 일별로 지불하는 금액(“일 비용 분담율”)을 산출하여 여기에 귀하가 받는 약의 일수를 곱할 것입니다.

섹션 5.4 약의 장기(100 일) 분량을 위한 귀하의 비용을 나타내는 표

일부 약의 경우, 귀하는 장기 분량(“연장 분량”이라고도 함)을 받을 수 있습니다. 장기 분량은 100 일 분량입니다.

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

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

계층	표준 소매 비용 분담(네트워크 내) (최대 100 일분)	우편 주문 비용 분담 (최대 100 일분)
비용 분담 계층 1 (선호 복제약)	\$0 분담금	\$0 분담금
비용 분담 계층 2 (복제약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 3 (선호 상표약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 4 (비선호 상표약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 5 (특수 계층 약)	25% 공동보험금	25% 공동보험금
비용 분담 계층 6 (선택 치료약)	\$0 분담금	\$0 분담금

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요 메시지 - 귀하께서 공제액을 지불하지 않았더라도, 어떤 비용 분담 등급에 있든, 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 100일치 공급분에 대해 \$105를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다. 일부 선정된 인슐린은 \$0 코페이입니다.

섹션 5.5	귀하는 올해의 총 약 비용이 \$4,660 에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머물러 있습니다
---------------	---

귀하는 조제한 처방약의 총 금액이 초기 보장 단계의 \$4,660 한도에 도달할 때까지 초기 보장 단계에 머물러 있게 됩니다.

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

귀하가 받게 되는 파트 D EOB 를 확인하면 본인과 당 플랜 및 제 3 자가 그 해에 귀하를 위해 얼마나 지출했는지를 쉽게 추적하실 수 있습니다. 많은 사람들이 일년에 \$4,600 한도에 도달하지 않습니다.

우리는 귀하가 이 액수에 도달하면 알려드립니다. 귀하가 이 액수에 도달하면 귀하는 초기 보장 단계를 벗어나 보장 범위 격차 단계로 넘어갑니다. Medicare 가 귀하의 본인 부담 비용을 계산하는 방법에 대한 설명은 섹션 1.3 을 참조하십시오.

섹션 6 보장 범위 격차 단계에서의 비용

귀하가 보장 범위 격차 단계에 있을 때는 Medicare 보장 범위 격차 할인 프로그램이 상표약에 대한 제조회사 할인을 제공합니다. 귀하는 상표약을 위해 협상된 가격의 25%와 조제 수수료의 일부를 지불합니다. 귀하가 지불하는 금액과 제조회사가 할인한 금액 모두 마치 귀하가 지불한 것처럼 귀하의 본인 부담 비용에 계상되어 귀하를 보장 범위 격차 단계 내에서 이동시킵니다.

귀하는 복제약을 위한 일부 보장도 받습니다. 귀하는 복제약 비용의 25% 이하만을 지불하고 나머지는 플랜에서 지불합니다. 귀하가 지불하는 금액만 계상되어 귀하를 보장 범위 격차 단계 내에서 이동시킵니다.

귀하는 연간 본인 부담 지불액이 Medicare 에서 설정한 최대 금액에 도달할 때까지 계속해서 이러한 방식으로 비용을 지불합니다. 귀하가 이 \$7,400 액수에 도달하면 귀하는 보장 범위 격차 단계를 벗어나 과부담 보장 단계로 넘어갑니다.

Medicare 는 귀하의 본인 부담 비용으로서 무엇이 계상되고 무엇이 계상되지 않는지에 대한 규칙을 갖고 있습니다(섹션 1.3).

귀하의 인슐린 비용에 대한 중요 메시지 – 귀하께서 공제액을 지불하지 않았더라도, 어떤 비용 분담 단계에 있든, 저희 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치 공급분에 대해 \$35를 초과하여 지불하지 않으실 것입니다. 일부 선정된 인슐린은 \$0 코페이입니다.

섹션 7 과부담 보장 단계 동안에 당 플랜은 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다

귀하는 본인 부담 비용이 그 해의 \$7,400 한도에 도달했을 때 과부담 보장 단계로 넘어가게 됩니다. 귀하가 일단 과부담 보장 단계로 넘어간 후에는 해당 역년의 연말까지는 이 지급 단계가 계속해서 유지됩니다.

이 단계 동안에는 본 플랜이 귀하의 약 비용 대부분을 지불합니다. 귀하는 다음과 같이 지불합니다.

- 보장 대상 약 비용 중 귀하의 몫은 공동보험금 또는 분담금 중 더 큰액수입니다.
 - – 즉– 약 비용 중 5%의 공동보험금
 - –또는– 복제약 또는 복제약처럼 취급되는 약의 경우 \$4.15, 그리고 기타 모든 약의 경우 \$10.35.

섹션 8 파트 D 백신. 귀하가 지불하는 금액은 접종을 받는 방법과 장소에 따라 달라집니다

귀하의 백신 비용 지불에 대한 중요 메시지 - 우리 플랜은 귀하가 본인 부담액을 지불하지 않은 경우에도 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다. 자세한 내용은 고객센터시스템에 문의하십시오.

우리의 파트 D 예방접종 보장에는 두 파트가 있습니다.

- 보장의 첫 번째 파트는 백신제 자체의 비용입니다.
- 보장의 두 번째 파트는 백신 주사 비용입니다. (이는 때때로 백신의 “투여”라고 합니다.)

파트 D 예방접종을 위한 귀하의 비용은 다음 세 가지가 결정합니다.

1. 백신의 유형(예방접종의 목적).

- 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. (제 4 장 의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)을 참조하십시오).
- 기타 백신은 파트 D 약으로 간주됩니다. 이러한 백신들이 본 플랜의 보장 대상 의약품 목록(처방집)에 열거된 것을 볼 수 있습니다.

2. 예방접종을 받는 곳.

- 백신제 자체는 약국에서 분배하거나 의사의 진료실에서 제공할 수 있습니다.

3. 예방접종을 수행하는 사람.

- 약사가 약국에서 백신을 접종하거나 다른 서비스 제공자가 의사의 진료실에서 백신을 접종할 수 있습니다.

파트 D 예방접종을 받을 당시에 귀하가 지불하는 금액은 경우에 따라, 그리고 귀하가 속한 약 단계에 따라 달라질 수 있습니다.

- 때로는 귀하가 예방접종을 받을 때 백신제 자체에 대한 비용과 서비스 제공자의 백신 투여 비용 모두를 전액 지불해야 하는 경우가 생깁니다. 귀하는 우리 플랜에 해당 비용 중 우리 몫을 상환하도록 요구할 수 있습니다.
- 다른 경우에는 귀하가 예방접종을 받을 때 파트 D 혜택에 따른 귀하 몫의 비용만 지불하게 됩니다.

아래는 파트 D 백신을 접종받을 수 있는 방법의 세 가지 예입니다.

상황 1: 귀하가 네트워크 내 약국에서 예방접종을 받습니다. (귀하에게 이 옵션이 가능한지는 귀하의 지역에 따라 다릅니다. 일부 주는 약국에서의 접종을 허용하지 않습니다.)

- 귀하가 백신제 자체의 가격과 백신 투여 비용이 포함된 공동보험료를 약국에 지불합니다.
- 우리 플랜은 그 비용의 나머지를 지불합니다.

상황 2: 귀하가 파트 D 예방접종을 담당 의사의 진료실에서 받습니다.

- 귀하가 예방접종을 받을 때 백신제 자체에 대한 비용과 서비스 제공자의 백신 투여 비용 전액을 귀하가 지불합니다.
- 그 후에 귀하는 제 7장에 설명된 절차를 이용해 우리 플랜에 해당 비용 중 우리 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다.
- 귀하는 본인이 지불한 액수에서 백신(투여 포함)을 위한 본인의 통상적 공동보험금을 차감하고 의사의 부과액과 우리가 통상적으로 지불하는 금액 사이의 차액을 뺀 금액을 상환받을 것입니다. (귀하가 “추가 도움”을 받는 경우, 우리는 이 차액도 상환할 것입니다.)

상황 3: 귀하가 파트 D 백신제 자체를 귀하의 약국에서 구입한 다음 이를 담당 의사의 진료실로 가져가서 접종을 받습니다.

- 귀하는 약국에 백신제 자체를 위한 본인의 공동보험금을 지불합니다.
- 귀하의 의사가 접종해주는 경우, 귀하는 이 서비스를 위한 비용 전액을 지불합니다. 그 후에 귀하는 제 7장에 설명된 절차를

이용해 우리 플랜에 해당 비용 중 우리 몫을 지불하도록 요구할 수 있습니다.

- 귀하는 의사의 백신 투여 요금에서 의사의 부과액과 우리가 통상적으로 지불하는 금액 사이의 차액을 뺀 금액을 상환 받을 것입니다. (귀하가 “추가 도움”을 받는 경우, 우리는 이 차액도 상환할 것입니다.)

제 7 장:

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

Chapter 7 Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs

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

때로는 귀하가 의료 또는 처방약을 받을 때 비용 전액을 지불해야 하는 경우가 생깁니다. 다른 때는 귀하가 본 플랜의 보장 규칙 하에서 예상한 것보다 더 많이 지불한 경우도 있을 수 있습니다. 이러한 상황에서 귀하는 우리 플랜이 귀하에게 이를 다시 지불할 것을 요구할 수 있습니다(다시 지불하는 것을 종종 “상환”이라고 함). 우리 플랜에 의해 보장되는 의료 서비스 또는 약을 위한 비용 중 귀하의 몫보다 더 많이 지불할 때마다 상환을 요구하는 것은 귀하의 권리입니다. 귀하가 상환을 받기 위해 지켜야 하는 기한이 있을 수 있습니다. 이 장의 섹션 2를 참조하십시오.

또한 때로는 서비스 제공자로부터 귀하가 받은 의료 비용 전액에 대해 청구서를 받게 되거나 본 문서에 규정되어 있는 귀하 몫의 비용 분담액보다 큰 비용이 청구되는 상황도 생길 수 있습니다. 먼저 서비스 제공자와 청구 문제 해결을 시도하십시오. 그래도 문제가 해결되지 않으면 청구서를 지불하는 대신 우리에게 보내주십시오. 우리는 청구서를 검토하여 해당 서비스를 보장해야 하는지 여부를 결정할 것입니다. 보장해야 한다고 결정하면 우리는 직접 서비스 제공자에게 지불할 것입니다. 우리가 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 우리 플랜이 상환하도록 요구하거나, 받은 청구서를 귀하가 지불해야 하는 상황의 예는 다음과 같습니다.

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

귀하는 서비스 제공자가 우리 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 제공자에게는 응급 치료를 제공할 법적 의무가 있습니다. 귀하가 케어를 받을 때 예기치 않게 전체 금액을 본인이 지불한 경우, 비용 중 우리 몫을 상환하도록 우리에게 요구하십시오. 귀하가 한 지불의 증빙 문서와 함께 그 청구서를 우리에게 보내주십시오.
- 귀하는 지불 의무가 없다고 생각되는 지불을 요구하는 청구서가 서비스 제공자로부터 도착하는 경우가 있습니다. 귀하가 이미 한 지불의 증빙 문서와 함께 이 청구서를 우리에게 보내주십시오.
 - 제공자에게 지불할 것이 있으면 우리가 직접 제공자에게 지불할 것입니다.

Chapter 7 Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs

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

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

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

- 귀하는 보장 대상 서비스를 받을 때 귀하의 비용 분담액만을 지불하시면 됩니다. 우리는 서비스 제공자가 “차액 청구”라고 불리는 별도 금액을 추가하는 것을 허용하지 않습니다. (귀하가 본인의 비용 분담액 이상은 지불하지 않는다는) 이 보호 조치는 우리가 서비스에 대해 제공자가 청구하는 금액보다 적게 지불하는 경우 및 분쟁이 있어서 우리가 특정 제공자에게 요금을 지불하지 않는 경우에도 적용됩니다.
- 네트워크 내 서비스 제공자로부터 귀하가 지불해야 한다고 생각되는 것보다 더 많은 청구서를 받을 때마다 그 청구서를 우리에게 보내주십시오. 우리는 그 제공자에게 직접 연락하여 청구 문제를 해결할 것입니다.
- 귀하가 네트워크 내 서비스 제공자에게 청구서를 이미 지불하였지만 너무 많이 지불했다고 느끼는 경우에는 귀하가 지불한 금액의 증빙 문서와 함께 그 청구서를 우리에게 보내어 지불하신 금액과 본 플랜에 의거 보장되어야 하는 금액 사이의 차액을 상환할 것을 우리에게 요구하십시오.

3. 귀하가 우리 플랜에 소급 등록한 경우

때로는 가입자의 본 플랜 등록이 소급적으로 이루어지기도 합니다. (이는 가입자의 최초 등록일이 이미 지나간 상태임을 의미합니다. 등록일이 심지어 작년인 경우도 있을 수 있습니다.)

귀하가 우리 플랜에 소급적으로 등록하고 등록일 이후에 보장 대상 서비스 또는 약에 대해 본인 부담 비용을 지불한 경우, 귀하는 그 비용 중 당사 몫을 상환하도록 우리에게 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 우리에게 직접 제출하지 못하는 경우가 생깁니다. 이런 일이 발생하면 귀하는 처방약 비용 전액을 지불해야 할 것입니다.

Chapter 7 Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs

영수증을 보관하였다가 비용 중 당사 몫을 상환하도록 우리에게 요구할 때 사본을 보내주십시오. 우리는 제한적 상황에서만 네트워크 외 약국 이용을 보장한다는 점을 기억하십시오. 이러한 상황에 대한 설명은 제5장, 섹션 2.5를 참조하십시오.

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

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

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

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 플랜의 **보장 대상 의약품 목록(처방집)**에 없을 수도 있고, 또는 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 우리에게 요구할 때 사본을 보내주십시오. 상황에 따라 우리는 비용 중 당사 몫을 귀하에게 상환하기 위해 담당 의사로부터 더 많은 정보를 얻어야 할 수 있습니다.

위의 모든 예는 보장 결정 유형들입니다. 이는 만약 우리가 귀하의 지불 요청을 거부하는 경우 귀하가 우리 결정에 이의를 제기할 수 있음을 의미합니다. 본 문서의 제 9 장에는 이의 제기 방법에 대한 안내가 나와 있습니다.

섹션 2 상환을 요청하거나 귀하가 받은 청구서를 지불하도록 우리에게 요구하는 방법

귀하는 당사에 서면으로 요청을 보냄으로써 비용 상환을 요청할 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 우리에게 제출해야 합니다.**

우리의 결정을 위해 필요한 모든 정보를 빠짐없이 전달하기 위해 귀하는 당사의 클레임 양식을 작성하여 지불 요청을 하실 수 있습니다.

- 반드시 양식을 사용하실 필요는 없지만 이는 우리가 정보를 더 신속하게 처리하는데 도움이 됩니다.

Chapter 7 Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs

- 양식을 당사 웹사이트 (ko.clevercarehealthplan.com)에서 다운로드하거나 고객센터시스템에 연락하여 요청하십시오.

의료 서비스를 위한 지불 요청서를 관련 청구서 또는 지불된 영수증과 함께 다음 주소로 당사에 보내주십시오.

Clever Care Health Plan
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

파트 D 처방약을 위한 지불 요청서를 관련 청구서 또는 영수증과 함께 다음 주소로 당사에 보내주십시오.

MedImpact Healthcare Systems
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
팩스: 858-549-1569
이메일: Claims@Medimpact.com

섹션 3 우리는 귀하의 지불 요청을 고려하여 가부 간에 답할 것입니다

섹션 3.1 우리는 서비스 또는 약을 보장해야 하는지 여부와 얼마나 부담해야 하는지를 검토합니다

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

- 우리가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이라고 결정했고, 귀하가 모든 규칙을 준수한 경우, 우리는 비용 중 당사 몫을 지불할 것입니다. 귀하가 서비스 또는 약에 대해 이미 지불한 경우, 우리는 비용 중 당사 몫을 귀하에게 우편으로 상환할 것입니다. 귀하가 서비스 또는 약에 대해 이미 지불하지 않은 경우, 우리는 제공자에게 직접 우편으로 지불할 것입니다.
- 우리가 해당 의료 또는 약이 보장 대상이 *아니라고* 결정하거나, 귀하가 모든 규칙을 준수하지 않은 경우, 우리는 비용 중 당사 몫을 지불하지 않을 것입니다. 우리는 해당 지불액을 우리가 보내지 않는 이유와 그 결정에 이의를 제기할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 서한을 보내드릴 것입니다.

Chapter 7 Asking us to pay our share of a bill you have received for covered medical services or drugs

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

우리가 귀하의 지불 요청 기각 결정이나 우리가 지불하는 금액에 있어 실수했다고 생각하시는 경우, 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하가 이의를 제기한다는 것은 우리가 귀하의 지불 요청을 기각할 당시의 결정을 변경해 달라고 우리에게 요구함을 의미합니다. 이의 제기 프로세스는 절차가 상세하고 마감일이 중요한 정식 프로세스입니다. 이의 제기 방법에 대한 자세한 내용은 본 문서의 제 9 장으로 이동하십시오.

제 8 장: 귀하의 권리와 책임

섹션 1 우리 플랜은 플랜 회원으로서의 귀하의 권리와 문화적 감수성을 존중해야 합니다

섹션 1.1 우리는 정보를 귀하가 받아들일 수 있는 방식으로 귀하의 문화적
 감수성을 고려하여 제공해야 합니다(영어 이외의 언어로, 점자로, 큰
 글자로 또는 기타 대체 형식으로 등).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상을 포함한 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. 플랜이 이러한 접근성 요구를 충족할 수 있는 방법의 예에는 번역 서비스, 통역 서비스, 전신타자기 또는 TTY 연결(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 제공 등이 있지만 이에 국한되지는 않습니다.

영어를 사용하지 않는 가입자는 우리 플랜에 관하여 질문하실 때 무료 통역사를 이용할 수 있습니다. 우리는 다음 언어로 작성된 자료를 제공합니다. 영어, 중국어(번체), 한국어, 베트남어, 스페인어. 또한 가입자가 원하시는 경우 점자, 대활자 또는 다른 형태로 작성된 정보를 무료로 제공해드릴 수 있습니다. 가입자가 접근 가능하고 가입자에게 적절한 형태로 보험 혜택에 관한 정보를 제공해 드립니다. 원하시는 방법으로 당사로부터 정보를 얻고자 하시면 고객센터팀에 전화주시기 바랍니다.

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

플랜의 네트워크 내부에서 전문 분야 서비스 제공자를 이용할 수 없는 경우 귀하에게 필요한 케어를 제공할 네트워크 외부의 전문 서비스 제공자를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 귀하는 네트워크 내 비용 분담액만 지불합니다. 귀하에게 필요한 서비스를 제공하는 전문의가 플랜의 네트워크 내부에 없는 상황이라면, 당 플랜에 전화하여 네트워크 내 비용 분담으로 해당 서비스를 제공받을 수 있는 곳을 알아보십시오.

우리 플랜으로부터 귀하에게 알맞은 접근성 형식으로 정보를 얻거나 여성 건강 전문의 또는 네트워크 내 전문의를 찾는데 어려움이 있는 경우, 고충 및 이의제기 팀 담당자에게 전화하여 고충을 제기하십시오. 또한 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 직접 민권실에 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로 전화하여 불만을 제기할 수도 있습니다.

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include,

Chapter 8 Your rights and responsibilities

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 the 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 Customer Service.

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 the plan's network for a specialty are not available, it is the 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 the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain 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 specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Grievance & Appeals representative. You may 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.

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

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 los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se

Chapter 8 Your rights and responsibilities

encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo ante a Grievance & Appeals representative. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

我們的計劃需要確保所有臨床和非臨床服務都以符合文化背景的方式提供，並且面向所有參保人提供，包括英語水平有限、閱讀能力有限、有聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。計劃如何滿足這些無障礙要求的範例，包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接服務。

我們的計劃提供免費的翻譯服務，以回答不說英語的會員提出的問題。We provide written materials in these languages: English, Chinese (Traditional), Korean, Vietnamese, and Spanish. 我們也可以盲文、大號字體印刷版或您需要的其他可選形式免費向您提供資訊。我們必須以方便您查閱及適合您的形式為您提供計劃福利的相關資訊。如需我們以適合您的方式提供資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須讓女性參保人可以選擇直接前往網絡內的女性健康專科醫生處，接受女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡內的專科醫生不可用，則本計劃需負責找到網絡外的專科醫生，讓他們為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內的分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生可以提供您需要的服務，請致電計劃瞭解如何才能以網絡內分攤費用來獲取這項服務。

如果您無法從我們的計劃獲得方便您查閱和適合您的計劃資訊格式、去看女性保健專科醫生或尋找網絡內專科醫生，您可撥打 a Grievance & Appeals representative 提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 或直接致電民權辦公室 1-800-368-1019（聽障專線：1-800-537-7697）向 Medicare 提出投訴。

Chương trình của quý vị 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 một chương trình 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, người đánh máy 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 cung cấp tài liệu viết bằng các ngôn ngữ sau: Tiếng Anh, tiếng Trung (phồn thể), tiếng Hàn, tiếng Việt và tiếng Tây Ban Nha. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể tiếp cận và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng.

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.

Nếu không có sẵn nhà cung cấp chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình 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 của chương trình 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, vui lòng gọi điện để gửi đơn khiếu nại với bộ phận Phàn nàn và Khiếu nại. 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	우리는 귀하에게 보장 대상 서비스 및 약에 대한 적시적 이용을 보장해야 합니다
---------------	--

귀하는 플랜의 네트워크 내에서 보장 대상 서비스를 제공하고 추천할 주치의(PCP)를 선정할 권리가 있습니다. 귀하는 또한 여성 건강 전문의(예: 부인과전문의)를 의뢰 없이 방문할 권리도 있습니다.

귀하는 플랜의 제공자 네트워크에서 *합리적 양의 시간 내에서* 진료 약속과 보장 대상 서비스를 받을 권리가 있습니다. 여기에는 귀하가 그 케어를 필요로 할 때 전문의 서비스를 적시에 받을 권리가 포함됩니다. 귀하는 또한 우리 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, 제 9 장에 귀하가 취할 수 있는 조치가 설명되어 있습니다.

섹션 1.3 우리는 개인 건강 정보의 프라이버시를 보호해야 합니다

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

- “개인 건강 정보”에는 귀하가 이 플랜에 등록할 때 제공한 개인 정보뿐만 아니라 귀하의 의료 기록과 기타 의료 및 건강 정보도 포함됩니다.
- 귀하에게는 본인의 정보와 관련된 권리와 건강 정보를 어떻게 사용하는지 통제할 수 있는 권리가 있습니다. 우리는 이러한 권리에 대해 말하고 우리가 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호하는지에 대해 설명하는 “프라이버시 관행 고지”라는 서면 고지를 제공합니다.

우리는 건강 정보의 프라이버시를 어떻게 보호하는가?

- 우리는 권한이 없는 사람이 귀하의 기록을 조회하거나 변경하지 못하도록 합니다.
- 우리는 아래에 명시된 상황을 제외하고, 만약 귀하에게 케어를 제공하거나 케어 비용을 지불하는 자가 아닌 대상에게 귀하의 건강 정보를 제공하려는 경우라면, *우리는 먼저 귀하 또는 귀하 대신 결정을 내릴 수 있는 법적 권한을 부여받은 사람으로부터 서면 승인을 받아야 합니다.*
- 우리가 먼저 귀하로부터 서면 승인을 받을 것이 요구되지 않는 특정 예외가 있습니다. 이러한 예외는 법률에 의해 허용 또는 요구됩니다.
 - 우리는 케어 질을 체크하는 정부 기관에 건강 정보를 공개할 것이 요구됩니다.
 - 귀하가 Medicare 를 통해 우리 플랜의 회원이기 때문에 우리는 귀하의 파트 D 처방약에 대한 정보를 포함하여 귀하의 건강 정보를 Medicare 에 제공할 것이 요구됩니다. Medicare 가 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 본 플랜이 보관 중인 귀하의 의료 기록을 조회하고 그 사본을 받을 권리가 있습니다. 우리는 귀하에게 복사 수수료를 부과하는 것이 허용됩니다. 귀하는 본인의 의료 기록에 추가 또는 수정을 우리에게 요구할 권리도 있습니다. 귀하가 이를 우리에게 요구하는 경우, 우리는 귀하의 의료 제공자와 협력하여 그러한 변경을 해야 하는지를 결정할 것입니다.

귀하는 본인의 건강 정보가 통상적이 아닌 어떤 목적을 위해 타인들과 어떻게 공유되었는지 알 권리가 있습니다.

개인 건강 정보의 프라이버시에 대한 질문 또는 우려 사항이 있는 경우에는 고객서비스팀에 문의하십시오.

아래에 2021 년 1 월 1 일 현재의 프라이버시 관행 고지가 나와 있습니다. 이 고지는 귀하에게 가장 최근 버전을 보여드리기 위해 변경될 수 있습니다. 귀하는 최근 버전을 고객서비스팀에 요청하거나(전화번호는 이 브로셔의 뒤표지에 인쇄되어 있음), 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서 볼 수 있습니다.

프라이버시 관행 고지

Clever Care Health Plan, Inc.(Clever Care)의 완전소유 자회사인 Clever Care of Golden State Inc.는 법에 의해 귀하의 건강 정보를 보호할 것을 요구받습니다. 당사는 또한 개인 정보를 사용하는 방법과 해당 정보를 다른 사람에게 제공하거나 “공개”할 수 있는 시기를 설명하는 이러한 통지를 귀하에게 발송해야 합니다. 귀하는 또한 이러한 통지에 설명된 귀하의 건강 정보에 관한 권리가 있습니다. 당사는 법에 따라 이러한 통지의 조건을 준수해야 합니다.

본 고지서의 “정보” 또는 “건강 정보”에는 귀하를 식별하는 데 사용할 수 있는 합리적인 정보와 귀하의 신체적 또는 정신적 질환, 귀하에게 제공하는 의료 서비스 또는 이러한 의료 서비스에 대한 지급 내용이 포함됩니다. 당사는 귀하의 건강 정보가 유출될 경우 귀하에게 통지하는 것과 관련된 해당 개인정보 보호법의 요건을 준수할 것입니다.

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

당사는 관련 법에 따라 광고용 우편물이나 전자 방식으로 귀하에게 이러한 정보를 제공할 것입니다. 어떤 경우든 당사가 귀하의 특정 건강보험에 관한 웹사이트를 유지하는 한, 당사는 귀하의 건강보험 웹사이트인 ko.clevercarehealthplan.com 에 수정된 고지 내용을 게시할 것입니다. 당사는 이미 보유하고 있는 정보와 향후 수령할 정보에 대해 수정되거나 변경된 고지 내용을 발효할 권리를 보유합니다.

Clever Care 는 사업을 운영하고 가입자에게 중요한 상품, 서비스, 정보를 제공하기 위해 구두, 서면 및 전자 정보를 수집하고 유지합니다. 당사는 손실, 파괴 또는 오용과 같은 위험으로부터 보호하기 위해 해당 주 및 연방 표준에 따라 가입자의 정보를 처리하고 유지관리할 때 물리적, 전자적 및 절차적 보안 보호 장치를 유지합니다.

당사가 정보를 사용하거나 공개하는 방법

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

- 본 통지에 설명된 대로 귀하의 권리를 관리하기 위해 귀하(귀하의 개인 대리인)를 대신할 법적 권리가 있는 사람에게
- 필요한 경우 귀하의 개인 정보를 보호하기 위해 보건복지부 장관에게.

당사는 귀하의 치료, 의료 비용 지급 및 당사 사업 운영을 위해 건강 정보를 사용하고 공개할 권리를 보유합니다. 예를 들어, 당사는 다음을 위해 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

- **지급 목적.** 당사에 납입하는 보험료와 관련하여 귀하의 보장 범위를 결정하고 귀하가 받을 수 있는 기타 혜택의 대위 또는 조정 등 귀하가 받는 의료 서비스에 대한 보험금 지급 청구 처리. 예를 들어, 당사는 귀하가 보장 적용 대상인지, 보험금 지급 청구의 몇 퍼센트가 보장되는지 의사에게 알릴 수 있습니다.
- **치료를 위해.** 당사는 귀하의 치료 또는 치료 조정을 돕기 위해 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 당사는 의사나 병원이 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 것을 돕기 위해 정보를 공개할 수 있습니다.
- **의료 서비스를 위해.** 당사는 귀하의 의료 서비스 혜택을 제공하고 보장 범위를 관리하는 것과 관련된 사업 활동을 운영하고 관리하기 위해 필요에 따라 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 예를 들어, 귀하의 건강을 개선하는 데 도움이 되는 질병 관리 또는 건강 프로그램을 제안하기 위해 담당 의사와 소통할 수 있으며, 당사 서비스를 개선할 방법을 결정하기 위해 데이터를 분석할 수 있습니다. 또한 당사는 관련 법에 따라 건강 정보를 비식별 처리할 수도 있습니다. 정보가 비식별 처리된 후에는 더 이상 본 고지에 해당되지 않으며 당사는 합법적인 목적으로 해당 정보를 사용할 수 있습니다.
- **건강 관련 프로그램 또는 상품에 관한 정보 제공 목적.** 예컨대, 대체의학 치료 및 프로그램 또는 건강 관련 상품 및 서비스가 있으며, 이는 법률에 따라 제한될 수 있습니다.
- **플랜 스폰서를 위해.** 귀하의 보장 혜택이 고용주가 의뢰한 그룹 건강보험을 통한 것이라면, 당사는 건강 요약 정보와 가입 및 가입 해지 정보를 플랜 의뢰인과 공유할 수 있습니다. 또한 플랜 스폰서가 연방 법률에 따라 해당 정보의 사용 및 공개에 대한 특별 제한사항에 동의하는 경우, 플랜 관리를 목적으로 기타 건강 정보를 플랜 의뢰인과 공유할 수도 있습니다.
- **보험 인수 목적을 위해.** 당사는 보험 인수 목적으로 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 단, 이러한 목적으로 귀하의 유전자 정보를 사용하거나 공개하지는 않습니다.
- **리마인더를 위해.** 당사는 진료 일정 알림 등 귀하의 혜택 또는 치료에 관한

알림을 보내기 위해 건강 정보를 사용하거나 귀하에게 의료 서비스를 제공하는 의료 제공자에게 공개할 수 있습니다.

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

- **법률이 요구하는 경우.** 당사는 법이 요구하는 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **귀하의 케어와 관련된 사람에게.** 당사는 귀하의 건강 정보를 귀하의 치료와 관련된 사람이나 가족 등 귀하의 치료 비용을 지원하는 사람에게 공개할 수 있으며, 귀하가 의식불명이거나 응급 상황에 있을 때 또는 기회가 주어졌는데도 귀하가 동의하거나 이의를 제기하지 않은 경우에 귀하의 건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다. 귀하에게 응답을 얻을 수 없거나 귀하가 이의를 제기할 수 없는 경우, 당사는 최선의 판단으로 공개가 귀하에게 최선의 이익이 되는지 결정할 것입니다. 사망한 개인의 치료와 관련된 가족 및 다른 사람들에게 건강 정보를 공개할 수 있는 경우에는 특별 규칙이 적용됩니다. 당사는 사망한 개인의 사망 전 치료 또는 치료 비용 지급과 관련된 일체의 사람에게 건강 정보를 공개할 수 있습니다. 단, 그렇게 하는 것이 사망자가 이전에 명시한 선호사항에 부합하지 않는 경우는 예외입니다.
- **공중 보건 활동 목적.** 전염병 발생과 예방 조치를 공중 보건 기관에 보고할 때 건강 정보를 공개할 수 있습니다.
- **학대, 방치, 가정 폭력 피해자 보고 목적.** 사회복지 또는 아동보호 서비스 기관을 포함하여 법으로 승인된 정부 당국에 보고.
- **건강 감독 활동 목적.** 면허, 정부 감사, 사기 및 남용 조사와 같이 법으로 승인된 활동에 대한 보건 감독 기관 보고.
- **사법 또는 행정 절차 목적.** 예를 들어, 법원 명령, 수색 영장 또는 소환장 등에 응답하기 위해 공개할 수 있습니다.
- **법률 집행 목적을 위해.** 우리는 실종된 사람을 찾기 위해 제한된 정보를 제공하는 등의 목적으로 귀하의 건강 정보를 사법 당국에 공개할 수 있습니다.
- **건강 또는 안전에 대한 심각한 위협을 피하기 위한 목적.** 귀하, 타인 또는 대중에게 닥칠지 모를 심각한 위협을 피하고자 공중 보건 기관이나 법 집행 기관에 정보를 공개하거나 응급 상황 또는 자연재해가 발생할 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **특수 정부 기능.** 군사 및 군 복무 활동, 국가 보안 및 정보 수집 활동 그리고 대통령 등을 위한 경호 서비스에 필요할 경우 정보를 공개할 수 있습니다.
- **근로자 보상 목적.** 업무 관련 부상 또는 질병을 통제하는 주 근로자 보상 법률을 준수하는 데 필요한 범위 내에서 또는 이를 준수하는 데 필요한 한도까지 공개할 수 있습니다.
- **연구 목적.** 예를 들어, 특정 치료 평가 또는 질병 또는 장애 예방과 관련된 연구 등 해당 연구가 연방 개인정보보호법 요건에 부합하는 경우 공개할 수 있습니다.

- **고인 관련 정보를 제공하기 위해.** 당사는 사망한 사람을 식별하거나 사망 원인을 판단하거나 법률에 의해 승인된 대로 검시관 또는 법의관에게 정보를 공개할 수 있습니다. 또한 필요에 따라 장례 절차 진행을 위해 장의사에게 정보를 공개할 수 있습니다.
- **장기 조달 목적을 위해.** 당사는 장기 기증과 이식을 용이하게 하고자 정보를 사용하거나 장기, 눈, 조직의 조달, 보관 또는 이식을 처리하는 기관에 정보를 공개할 수 있습니다.
- **교정 기관 또는 법 집행 공무원.** 귀하가 교정 기관의 수형자이거나 법 집행 공무원의 관리하에 있는 경우에는 (1) 해당 기관에 의료 서비스를 제공하는 데 필요한 경우; (2) 귀하의 건강과 안전 또는 타인의 건강과 안전을 보호하기 위해; 또는 (3) 교정 기관의 안전 및 보안을 위해서만 정보를 공개할 수 있습니다.
- **사업 협력 업체.** 당사를 대신하여 기능을 수행하거나 서비스를 제공하는 업체가 해당 기능 또는 서비스를 수행하는 데 정보가 필요한 경우. 당사의 사업 협력 업체는 당사와 계약에 따라 그리고 연방법에 따라 귀하 개인 정보를 보호하며 당사와의 계약에 명시된 내용과 연방법이 허용하는 것 이외의 정보는 사용하거나 공개할 수 없습니다.
- **사용과 공개에 대한 추가적 제한.** 특정 연방 및 주 법률이 귀하에 관한 고도의 기밀 정보를 포함하여 특정 건강 정보의 사용 및 공개를 제한하는 특별한 개인정보 보호를 요구할 수 있습니다. 이러한 법률은 다음과 같은 유형의 정보를 보호할 수 있습니다.
 1. 알코올 및 약물 남용
 2. 생체 정보
 3. 성폭행 포함 아동 또는 성인 학대 또는 방치
 4. 전염성 질환
 5. 유전 정보
 6. HIV/AIDS
 7. 정신 건강
 8. 미성년자 정보
 9. 처방약
 10. 생식 건강
 11. 성병

본 고지에서 위에 설명된 건강 정보의 사용 또는 공개가 당사에 적용되는 다른 법률에 의해 금지되거나 실질적으로 제한되는 경우, 당사는 보다 엄격한 법률의 요건을 충족시키고자 노력할 것입니다.

당사는 해당 주 및 연방 표준에 따라 물리적, 전자적, 절차적 보호 조치를 유지관리함으로써 귀하의 개인 금융 정보를 손실, 파괴, 오용 등의 위험으로부터 보호합니다. 이러한 조치에는 컴퓨터 보호, 보안 파일 및 건물, 개인 금융 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한사항이 포함됩니다.

당사는 본 고지에 명시된 바와 같이 설명되고 제한된 사용 및 공개를 제외한 귀하의 서면 승인을 통해서만 귀하의 건강 정보를 사용하고 공개할 것입니다. 귀하가 건강 정보 공개를 허가하는 경우, 당사는 정보를 제공받는 수령인이 해당 정보를 공개하지 않음을 보장할 수 없습니다. 우리가 귀하의 승인에 근거해 이미 행동한 경우를 제외하고 귀하는 본인의 서면 승인을 언제든지 서면으로 취소 또는 “철회”할 수 있습니다. 서면 승인 및 승인 취소 방법은 귀하의 건강보험 ID 카드에 기재된 전화번호로 문의하십시오.

우리의 책임

당사는 법령에 의해 귀하의 보호받는 건강 정보의 프라이버시 및 보안을 유지해야 합니다. 귀하 정보의 프라이버시나 보안을 훼손할 수 있는 위반이 발생하면, 이를 즉시 알려드릴 것입니다. 당사는 본 고지에 설명된 의무와 개인정보 보호 관행을 따라야 하며 그 사본을 귀하에게 제공해야 합니다.

귀하의 권리는 무엇인가

귀하의 건강 정보에 관한 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 귀하는 치료, 지급 또는 의료 서비스를 위한 귀하의 정보 사용 또는 공개를 **제한하도록 요청할 권리**가 있습니다. 귀하는 가족 구성원에게 또는 귀하의 의료 서비스나 의료 서비스에 대한 지급에 관여하는 타인에게도 정보 공개를 제한하도록 요청할 권리가 있습니다. 또한 당사는 귀하의 부양가족이 특정 제한사항을 요청하도록 승인하는 부양가족 접근성에 대한 정책을 보유할 수 있습니다. 당사는 귀하의 요청을 존중하고 당사의 정책에 부합하는 요청을 허용할 것이지만, 당사는 일체의 제한사항에 동의할 의무가 없습니다.
- 귀하는 기밀 서신을 다른 방식으로나 다른 장소로 전송해달라고 요청할 권리가 있습니다(예: 집 주소 대신 사서함으로 정보 발송 요청). 당사는 귀하의 건강 정보 전체 또는 일부를 공개하는 것이 달리 귀하를 위험에 빠뜨리지 않는 합리적인 요청은 수용할 것입니다. 특정 상황에서 당사는 기밀 서신을 받겠다는 귀하의 구두 요청을 수락할 것이나 귀하의 요청은 서면으로 확인되어야 합니다. 또한 이전의 기밀 서신 요청을 수정 또는 취소하라는 요청도 서면으로 이루어져야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 보내주십시오.
- 귀하는 청구 및 사례 또는 의료 관리 기록과 같이 당사가 보유하고 있는 특정 건강 정보 사본을 **열람하고 받을 수 있는 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 요약물을 받을 수 있습니다. 귀하의 건강 정보를 검사하고 복사하거나 제3자에게 귀하의 정보를 전송하는 것은 서면으로 요청해야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 보내주십시오. 제한된 특정 상황에서 당사는 귀하의 건강 정보를 검사하고 복사하기 위한 귀하의 요청을 거부할 수 있습니다. 당사가 귀하의 요청을 거부하는 경우, 귀하는 거부 심사를 받을 권리가 있을 수 있습니다. 당사는 모든 사본에 대해 합리적인 수수료를 부과할 수 있습니다.

- 귀하는 청구 및 사례 또는 의료 관리 기록 등 당사가 보관하는 귀하의 특정 정보가 잘못되었거나 불완전하다고 생각하는 경우 이를 **수정하도록 요청할 권리**가 있습니다. 귀하의 요청은 서면으로 이루어져야 하며 수정 요청 사유를 제공해야 합니다. 요청은 아래 우편 주소로 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 권리**가 있습니다. 이 내역은 (i) 치료, 지급 및 의료 서비스 목적, (ii) 귀하 또는 귀하의 승인에 따른 공개 내역, (iii) 교정 기관 또는 법 집행 공무원에게 공개된 내역, (iv) 연방 법률이 당사에 정보 공개를 요구하지 않는 기타 공개 내역 등의 목적을 위해 이루어진 정보의 공개는 포함하지 않습니다.
- 귀하는 이 **고지의 서면 사본을 받을 권리**가 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, 당사는 당사의 웹사이트에 수정된 고지의 사본을 게시할 것입니다. 또한 귀하는 웹사이트 **ko.clevercarehealthplan.com**에서 본 고지의 사본을 받을 수 있습니다.

귀하의 권리 행사

- **귀하의 건강 보험 회사에 연락하기.** 이 고지에 관한 질문이 있거나 권리 행사 관련 정보가 필요한 경우, 귀하의 건강보험 ID 카드에 있는 회원용 무료 전화번호 **1-833-808-8164(TTY: 711)**번으로 문의하십시오. **10월 1일~3월 31일** 기간 동안은 **주 7일 오전 8시~오후 8시에** 이용 가능하며, **4월 1일~9월 30일** 기간 동안은 **주말을 제외한 평일 오전 8시~오후 8시에** 이용 가능합니다.
- **요청서 제출.** 귀하는 다음 우편 주소로 서면 요청을 발송하여 기밀 서신을 수정 또는 취소하거나, 기록의 사본을 요청하거나, 귀하의 기록에 대한 수정을 요청하는 등의 권리를 행사할 수 있습니다.

Clever Care Privacy Officer
7711 Center Ave
Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

- **불만 제기.** 개인정보 보호 권리가 침해되었다고 생각되면 위에 기재된 주소로 불만을 제기할 수 있습니다.

또한 미국 보건복지부(DHHS)에도 불만을 제기할 수 있습니다. 당사는 귀하가 제기한 불만 사항에 대해 적대적인 대응을 하지 않을 것입니다.

금융 정보 프라이버시 고지

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

Clever Care 는 귀하의 개인 금융 정보의 기밀성을 유지하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 본 고지에서 “개인 금융 정보”란 개인의 신원을 식별하고, 일반적으로 공개되지 않았으며, 개인으로부터 수집되거나 해당 개인에게 의료 서비스 보장 혜택을 제공하는 것과 관련하여 입수되는 가입자 또는 의료 보험 신청자에 대한 정보를 의미합니다.

우리가 수집하는 정보

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

- 이름, 주소, 나이, 의료 정보 및 사회보장번호 등 신청서 또는 기타 양식을 통해 당사가 귀하로부터 받은 정보
- 당사, 계열사 또는 기타 당사자와의 거래에 관한 정보(예: 보험료 지급 및 청구 명세 내역) 그리고
- 소비자 보고 기관의 정보.

정보의 공개

당사는 법률에 의해 요구되거나 허용되는 경우를 제외하고, 당사의 가입자 또는 이전 가입자에 관한 개인 금융 정보를 제 3 자에게 공개하지 않습니다. 예를 들어, 당사는 일반적인 업무 관행 과정에서 법률에 의해 허용되는 바에 따라 귀하의 허가 없이 귀하에 관해 수집한 개인 금융 정보를 다음 유형의 기관에 공개할 수 있습니다.

- 당사 계열사. 예를 들면, 다른 보험회사와 같은 금융 서비스 제공자 그리고 데이터 처리 업체와 같은 비금융 회사가 포함됩니다.
- 귀하의 거래를 처리하거나, 귀하의 계정을 유지하거나, 법원 명령 및 법적 조사에 대응하는 등 일상적인 업무 목적을 위해 비계열사 그리고
- 당사를 대신하여 판촉물을 보내는 등 당사에 서비스를 제공하는 비계열사

기밀 유지 및 보안

당사는 해당 주 및 연방 표준에 따라 물리적, 전자적, 절차적 보호 조치를 유지관리함으로써 귀하의 개인 금융 정보를 손실, 파괴, 오용 등의 위험으로부터 보호합니다.

이러한 조치에는 컴퓨터 보호, 보안 파일 및 건물, 개인 금융 정보에 접근할 수 있는 사람에 대한 제한사항이 포함됩니다.

이 고지에 관한 질문

이 고지에 관한 질문은 귀하의 건강보험 ID 카드에 있는 회원용 무료 전화번호로 전화하시거나 고객센터팀 무료 전화번호 1-833-808-8164(TTY: 711)번으로 **10 월 1 일 ~ 3 월 31 일**에는 주 7 일 오전 8 시 ~ 오후 8 시에, **4 월 1 일 ~ 9 월 30 일**에는 월요일 ~ 금요일 오전 8 시 ~ 오후 8 시에 전화하십시오.

섹션 1.4	우리는 본 플랜, 그 서비스 제공자 네트워크와 보장 대상 서비스에 대한 정보를 귀하에게 제공해야 합니다
---------------	--

우리 플랜의 회원으로서 귀하는 당사로부터 여러 종류의 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하가 다음 종류의 정보를 원하는 경우에는 고객센터팀에 연락하십시오:

- **우리 플랜에 대한 정보.** 여기에는 예컨대 플랜의 재정 상태에 대한 정보가 포함됩니다.
- **우리의 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국들에 대한 정보.** 귀하는 네트워크 내 서비스 제공자 및 약국들의 자격 정보와 우리가 네트워크 내 서비스 제공자들에게 어떻게 지불하는지에 대한 정보를 받을 권리가 있습니다.
- **귀하의 보장 및 귀하의 보장을 사용할 때 준수해야 하는 규칙에 대한 정보.** 제 3 장과 제 4 장에 의료 서비스에 관한 정보가 나와 있습니다. 제 5 장과 제 6 장에 파트 D 처방약 보장에 대한 정보가 나와 있습니다.
- **보장되지 않는 이유와 귀하가 취할 수 있는 조치에 대한 정보.** 제 9 장에 의료 서비스 또는 파트 D 약품이 보장되지 않는 이유 또는 보장이 제한된 경우에 대한 서면 설명을 요청하는 방법에 대한 안내가 설명되어 있습니다. 또한 제 9 장은

결정에 대한 변경 요청을 위한 이의 제기라고도 하는 절차에 대한 안내도 제공합니다.

섹션 1.5	우리는 귀하의 케어에 대해 귀하가 결정할 권리를 뒷받침해야 합니다
---------------	---

귀하는 자신의 치료 옵션들을 알고 본인의 의료에 대한 결정에 참여할 권리가 있습니다

귀하는 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 우리 플랜의 보장 여부와 상관없이 모두 들을 권리가 있습니다. 여기에는 회원들이 약을 관리하고 안전하게 사용하도록 돕기 위해 우리 플랜이 제공하는 프로그램에 대해 들을 권리도 포함됩니다.
- **리스크에 대해 알 권리.** 귀하는 자신의 의료에 관련된 리스크에 대한 설명을 들을 권리가 있습니다. 귀하는 의학적 케어 또는 치료 제안이 연구 실험의 일환인지를 사전에 들어야 합니다. 귀하는 실험적 치료를 거부할 선택권이 항상 있습니다.
- **“아니요”라고 말할 권리.** 귀하는 권장된 치료법을 거부할 권리가 있습니다. 여기에는 의사가 퇴원하지 말라고 권고하는 경우에도 병원 또는 기타 의료 시설을 떠날 권리가 포함됩니다. 귀하에게는 약 복용을 중단할 권리도 있습니다. 물론 귀하가 치료를 거부하거나 약 복용을 중단하면 그 결과로 신체에 발생하는 것에 대한 전적인 책임을 귀하가 인수합니다.

귀하는 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없는 경우 무엇을 해야 하는지에 대한 지침을 제공할 권리가 있습니다

때때로 사람들은 사고나 심각한 질병으로 인해 스스로 의료 결정을 할 수 없게 됩니다. 귀하는 본인이 이 상황에 있는 경우 무엇이 발생하기 원하는지를 말할 권리가 있습니다. 이는 즉, *귀하가 원하면*, 다음을 할 수 있음을 의미합니다.

- 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우 **타인에게 귀하를 대신해 의료 결정을 할 법적 권한**을 제공하기 위해 서면 양식을 작성할 수 있습니다.
- 본인이 스스로 의료 결정을 할 수 없게 되는 경우 의사들이 귀하의 의료를 어떻게 처리하기 원하는지에 대한 **서면 지침을 의사에게 제공할 수** 있습니다.

이러한 상황에서 사전에 귀하의 지시를 제공하기 위해 사용할 수 있는 법적 문서를 “사전 의향서”라고 합니다. 다양한 유형의 사전 의향서와 그에 대한 다양한 명칭이 있습니다. “생존유서” 및 “의료를 위한 위임장”이라는 문서는 사전 의향서의 예들입니다.

귀하의 지침을 주기 위해 “사전 의향서”를 사용하기 원한다면 다음과 같이 하십시오.

- **양식을 받습니다.** 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. 고객센터시스템에 연락하여 양식을 요청하는 것도 가능합니다.
- **양식을 작성하고 서명합니다.** 이 양식을 구한 장소와 상관없이 그것은 법적 문서임을 기억하십시오. 작성시 변호사의 조력을 받는 것을 고려하십시오.
- **적절한 사람에게 사본을 줍니다.** 귀하는 사본 1부를 담당 의사에게 그리고 귀하가 결정할 수 없는 경우 대신 결정해줄 사람으로서 표기된 양식상의 지명자에게 주어야 합니다. 가까운 친구나 가족에게 사본을 주는 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.
- 사전 의향서에 서명하지 않은 경우, 병원에 양식이 있으며 그들은 귀하가 서명하기를 원하는지 물을 것입니다.

사전 의향서 작성을 원하는지는 귀하의 선택 사항임을 기억하십시오(귀하가 병원에 있는 경우에 서명하기를 원하는지의 여부 포함). 법률에 따라 누구도 귀하가 사전 의향서에 서명했는지의 여부에 근거하여 귀하에게 케어를 거부하거나 귀하를 차별할 수 없습니다.

귀하의 지시가 준수되지 않으면 어떻게 하는가?

사전 의향서에 서명하였는 데 의사나 병원이 사전 의향서 상의 지시를 따르지 않는다고 생각되는 경우, 귀하는 캘리포니아주 관리형 의료케어부(DMHC)에 불만을 제기할 수 있습니다.

섹션 1.6	귀하는 불만을 제기하고 우리에게 우리가 내린 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다
---------------	---

귀하에게 어떤 문제, 우려 또는 불만 사항이 있고 보장을 요청하거나 이의를 제기해야 하는 경우, 본 문서의 제 9장에 귀하가 할 수 있는 일이 설명되어 있습니다. 귀하가 무엇을 하든 – 보장 결정 요구, 이의 제기 또는 불만 제기 – 우리는 귀하를 공정하게 대우할 것이 요구됩니다.

섹션 1.7	귀하가 불공정하게 대우받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우 무엇을 할 수 있는가?
--------	---

차별에 대한 것인 경우, 민권실에 연락하십시오

귀하의 인종, 장애, 종교, 성별, 건강, 민족, 신조(신념), 연령, 성적 지향 또는 출신국으로 인해 귀하가 불공정하게 대우 받고 있거나 귀하의 권리가 존중되고 있지 않다고 생각하는 경우에는 보건복지부의 **민권실** 전화번호 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697 번으로 전화하거나 귀하 지역의 민권실로 전화해야 합니다.

기타 상황인 경우

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

- 고객센터시스템에 전화하실 수 있습니다.
- **SHIP**에 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 제 2 장, 섹션 3 으로 이동하십시오.
- 또는 **Medicare**의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하실 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 1.8	귀하의 권리에 대한 상세한 정보를 얻는 방법
--------	--------------------------

귀하의 권리에 대한 상세한 정보를 얻을 수 있는 곳이 여러 군데 있습니다.

- 고객센터시스템에 전화하실 수 있습니다.
- **SHIP**에 전화할 수 있습니다. 자세한 내용은 제 2 장, 섹션 3 으로 이동하십시오.
- **Medicare**에 연락할 수 있습니다.
 - Medicare 웹사이트를 방문해 간행물 “Medicare 권리 및 보호”를 읽거나 다운로드할 수 있습니다. (이 간행물 입수처: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하실 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 2	귀하는 본 플랜의 회원으로서 몇몇 책임을 부담합니다
------	------------------------------

본 플랜의 회원으로서 해야 할 사항들이 아래에 열거되어 있습니다. 궁금하신 점이 있다면, 무엇이든지 고객센터시스템으로 전화주시기 바랍니다.

- 귀하의 보장 대상 서비스와 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오. 본 **보장 범위 증명서**를 이용해 본인에게 무엇이 보장되는지와 그러한 보장 대상 서비스를 받기 위해 준수해야 하는 규칙을 숙지하십시오.
 - 제 3 장과 제 4 장에 귀하의 의료 서비스에 대한 세부 정보가 나와 있습니다.
 - 제 5 장과 제 6 장에 귀하의 파트 D 처방약 보장이 자세히 설명되어 있습니다.
- 귀하가 우리 플랜 이외의 다른 건강 보험 보장 또는 처방약 보장을 갖고 있는 경우 귀하는 우리에게 통보할 것이 요구됩니다. 제 1 장에 이러한 혜택을 조정하는 방법이 안내되어 있습니다.
- 귀하가 우리 플랜에 등록되어 있음을 귀하의 의사와 기타 의료 제공자에게 말씀하십시오. 의료 또는 파트 D 처방약을 받을 때마다 귀하의 플랜 멤버십 카드를 제시하십시오.
- 귀하의 의사와 기타 의료 제공자에게 정보를 주고, 질문을 하고, 본인의 케어를 추적함으로써 그들이 귀하를 도울 수 있도록 해주십시오.
 - 항상 최상의 케어를 받으실 수 있도록 의사 및 기타 의료 제공자에게 귀하의 건강 문제에 대해 알리십시오. 귀하와 의사가 합의한 치료 계획과 지침을 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.** 우리는 모든 회원들이 다른 환자들의 권리도 존중하기를 기대합니다. 우리는 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 플랜의 회원 자격을 유지하려면 Medicare 파트 B 에 대한 보험료를 계속 지불하셔야 합니다.
 - 당 플랜이 보장하는 귀하의 의료 서비스 또는 약의 대부분을 위해 귀하는 서비스 또는 약을 받을 때 비용 중 귀하의 몫을 지불해야 합니다.
 - 귀하에게 등록 지연 벌금이 부과된 경우, 귀하의 처방약 보장을 유지하려면 해당 벌금을 납부하셔야 합니다. 그러나 미납으로 인해 등록이 해지되지는 않습니다.
 - 귀하의 연 소득 때문에 귀하가 파트 D 를 위해 추가 금액을 납부할 것이 요구되는 경우, 귀하는 당 플랜 회원 자격을 유지하려면 그 추가 금액을 직접 정부에 지속적으로 납부해야 합니다.

Chapter 8 Your rights and responsibilities

- 귀하가 우리 서비스 지역 **내에서** 이사하는 경우, 우리는 귀하의 멤버십 기록을 최신으로 유지하고 연락 방법을 알 수 있도록 귀하의 이사 사실을 알 필요가 있습니다.
- 우리 플랜 서비스 지역의 **바깥으로** 이사하시면 우리 플랜의 회원으로 남을 수 없습니다.
- 이사하시는 경우, 사회보장국(또는 철도퇴직위원회)에 알리는 것도 중요합니다.

제 9 장:

문제 또는 불만

(보장 결정, 이의 제기, 불만)이 있는
경우 어떻게 할 것인가

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 1 소개

섹션 1.1 문제 또는 우려 사항이 있는 경우 어떻게 할 것인가?

이 장은 문제와 우려 사항 취급 절차의 두 가지 유형에 대해 설명합니다.

- 일부 문제의 경우, 귀하는 **보장 결정 및 이의 제기**를 위한 프로세스를 이용하실 필요가 있습니다.
- 다른 문제의 경우, 귀하는 **불만(또는 고충이라고 함)** 제기를 위한 프로세스를 이용하실 필요가 있습니다.

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

섹션 3의 안내가 귀하가 사용할 올바른 프로세스와 해야 할 일을 식별하는 데 도움이 됩니다.

섹션 1.2 법률 용어는 어떻게 사용하는가?

본 장에 설명된 일부 규칙, 절차 및 마감일 유형의 경우 법률 용어가 포함되어 있습니다. 이러한 용어들은 대부분의 사람들에게 생소한 경우가 많기 때문에 이해하기가 어려울 수 있습니다. 이 장은 이해를 돕기 위해 다음과 같이 합니다.

- 특정 법률 용어 대신 더 쉬운 단어를 사용합니다. 예컨대, 본 장은 일반적으로 “고충 제기” 대신에 “불만 제기”라고 하고, “기관 판단” 또는 “보장 범위 판단” 또는 “리스크 판단” 대신에 “보장 결정”이라는 말을, 그리고 “독립 검토 주체” 대신에 “독립 검토 기관”이라는 말을 사용합니다.
- 또한 가능한 한 약어는 적게 사용합니다.

그러나, 귀하가 정확한 법률 용어를 알아두면 유용하고 때때로 매우 중요할 수 있습니다. 어느 용어를 사용할지를 아는 것이 귀하가 더욱 정확하게 커뮤니케이션하고 자신의 상황을 위해 올바른 도움 또는 정보를 얻는 데 도움이 될 것입니다. 귀하가 어느 용어를 사용해야 할지를 알도록 돕기 위해 우리는 특정 유형의 상황을 취급하기 위한 설명을 제공할 때 법률 용어를 포함합니다.

섹션 2 더 많은 정보와 맞춤 지원을 받을 수 있는 곳

우리는 귀하를 돕기 위해 항상 대기 중입니다. 귀하가 당사로부터의 대우에 대해 불만을 표하더라도 우리는 불만을 제기할 귀하의 권리를 존중할 의무가 있습니다. 따라서 귀하는 항상 고객센터시스템에 연락하여 도움을 구하셔야 합니다. 그러나 어떤 상황에서는 우리와

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

관련이 없는 누군가로부터의 도움이나 안내가 필요하실 수도 있습니다. 다음은 귀하를 도울 수 있는 두 가지 기관입니다.

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)

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

SHIP 카운슬러의 서비스는 무료입니다. 그들의 전화번호와 URL 이 본 문서의 제 2 장, 섹션 3 에 나와 있습니다.

Medicare

Medicare 에 연락하여 도움을 받는 것도 가능합니다. Medicare 에 문의하려면:

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연중 무휴 언제든지 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.
- 귀하는 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수도 있습니다.

섹션 3 귀하의 문제를 취급하기 위해 어느 프로세스를 사용해야 하는가?

문제 또는 우려 사항이 있는 경우, 귀하는 이 장에서 귀하의 상황에 해당되는 부분들만 읽으시면 됩니다. 함께 제공되는 안내가 도움이 될 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

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

여기에는 의료 또는 처방약의 보장 여부에 대한 문제, 보장되는 방식, 의료 또는 처방약을 위한 지불액 관련 문제가 포함됩니다.

예.

이 장의 다음 섹션인 **섹션 4, “보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 안내”**로 이동하십시오.

아니요.

이 장의 끝에 있는 **섹션 10** 으로 건너뛰십시오. “케어의 품질, 대기 시간, 고객 서비스 또는 기타 우려 사항에 대해 불만을 제기하는 방법.”

보장 결정 및 이의 제기

섹션 4 보장 결정 및 이의 제기의 기본 사항 안내

섹션 4.1 보장 결정 요구 및 이의 제기: 종합적 관점

보장 결정 및 이의 제기는 지불을 포함해 귀하의 혜택 및 의료 서비스와 처방약을 위한 보장에 관련된 문제를 다룹니다. 이는 어떤 항목이 보장되는지 여부와 보장되는 방식 등의 문제를 위해 사용하실 수 있는 프로세스입니다.

서비스를 받기 전에 보장 결정을 요청하기

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 귀하의 의료 서비스 또는 약을 위해 지불할 액수에 대해 내리는 결정을 말합니다. 예컨대, 귀하가 플랜 네트워크 의사에게서 의료 서비스를 받을 때마다, 또는 네트워크 의사가 귀하를 전문의에게 의뢰할 때마다 해당 의사는 귀하를 위한 (유리한) 보장 결정을 하게 됩니다. 우리가 특정 의료 서비스를 보장할 것인지 담당 의사가 잘 모르는 경우, 또는 귀하에게 필요하다고 생각하시는 의료를 거부하는 경우, 귀하 또는 담당 의사는 우리에게 연락하여 보장 결정을 요구할 수도 있습니다. 달리 말하면 귀하가 의료 서비스를 받기 전에 우리가 그것을 보장할지 알기 원하는 경우 귀하는 본인을 위한 보장 결정을 우리에게 요구할 수 있습니다. 제한된 경우에 보장 결정 요구는 각하될 것입니다. 즉 우리는 그 요구를 검토하지 않을 것입니다. 요청이 각하되는 경우의 예로는 해당 요청이 불완전한 경우,

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

타인이 귀하를 대신해 요청했지만 그렇게 할 법적 권한이 없는 경우 또는 귀하가 본인의 요청을 철회하는 경우가 있습니다. 우리는 보장 결정 요청을 각하하는 경우, 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

우리는 귀하를 위해 무엇이 보장되고 우리가 얼마나 지불하는지를 결정할 때마다 보장 범위를 결정하는 것입니다. 어떤 경우에 우리는 어떤 서비스 또는 약이 보장되지 않거나 Medicare가 귀하를 위해 더 이상 보장하지 않음을 결정할 수도 있습니다. 이 보장 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다.

이의를 제기하기

우리가 서비스를 받기 전이나 후에 보장 결정을 내렸지만 귀하가 이에 만족하지 못하는 경우, 해당 결정에는 “이의 제기”가 가능합니다. 이의 제기란 우리가 내린 보장 결정을 재검토하고 변경하도록 요청하는 정식 방법입니다. 나중에 설명할 특정 상황에서, 귀하는 보장 결정에 대한 신속한 또는 “신속 이의 제기”를 요청하실 수 있습니다. 귀하의 이의 제기는 원래의 결정을 했던 검토자들 이외의 다른 검토자들이 취급합니다.

귀하가 처음으로 결정에 이의를 제기할 때 우리는 그것을 레벨 1 이의 제기라고 합니다. 이의 제기에서 우리는 우리가 규칙을 적절하게 준수하고 있었는지 확인하기 위해 기존의 보장 결정을 재검토합니다. 우리가 검토를 완료하면 우리 결정을 귀하에게 제공합니다. 몇몇 경우에 레벨 1 이의 제기는 각하될 것입니다. 즉 우리는 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. 우리가 레벨 1 이의 제기 요청을 각하하는 경우, 요청이 각하된 이유와 각하의 재검토를 요구하는 방법을 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.

우리가 귀하의 케이스를 각하하지는 않지만 귀하의 레벨 1 이의 제기의 전부 또는 일부에 거절 결정을 내리면, 귀하는 레벨 2 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 레벨 2 이의 제기는 우리와 관련되지 않은 독립 검토 기관에 의해 수행됩니다. (의료 서비스 및 파트 B 약에 대한 이의 제기는 레벨 2 이의 제기를 위해 자동으로 독립 검토 기관으로 보내지므로 귀하가 하셔야 하는 일은 없습니다. 파트 D 약 이의 제기의 경우, 우리가 귀하의 이의 제기 전부 또는 일부를 거절하면 귀하가 직접 레벨 2 이의 제기를 요청하셔야 합니다. 파트 D 이의 제기는 이 장의 섹션 6에서 자세히 설명합니다.) 귀하가 레벨 2 이의 제기에서의 결정에 만족하지 않는 경우, 귀하는 다른 레벨들의 이의 제기로 추가로 진행하실 수 있습니다(이 장의 섹션 9는 레벨 3, 4 및 5 이의 제기 절차를 설명합니다).

섹션 4.2

보장 결정을 요구하거나 이의를 제기할 때 도움을 받는 방법

귀하가 어떤 종류의 보장 결정을 요구하거나 결정에 이의를 제기할 때는 다음을 이용 가능합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 고객센터시스템을 통해 우리에게 연락할 수 있습니다.
- 주 건강보험 프로그램으로부터 무료 도움을 받을 수 있습니다.
- **귀하의 의사가 귀하를 대신해 요청할 수 있습니다.** 담당 의사가 레벨 2 이후의 이의 제기에 도움을 줄 경우 귀하는 담당 의사를 대리인으로 임명해야 합니다. 고객센터시스템에 전화하여 “대리인 임명” 양식을 요청하십시오. (양식은 Medicare의 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서도 입수할 수 있습니다.
 - 의료 또는 파트 B 처방약의 경우, 귀하의 의사가 귀하를 대신해 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하의 이의 제기가 레벨 1 에서 거부되면 자동으로 레벨 2 로 보내질 것입니다.
 - 파트 D 처방약의 경우, 담당 의사 또는 기타 처방자가 귀하를 대신하여 보장 결정 또는 레벨 1 이의 제기를 요청하는 것이 가능합니다. 레벨 1 이의 제기가 거부되면 귀하의 담당 의사나 처방자가 레벨 2 이의 제기를 요청할 수 있습니다.
- **타인에게 귀하를 대신해 행동하도록 요청할 수 있습니다.** 원하시는 경우, 귀하는 타인이 귀하의 “대리인”으로서 보장 결정을 요청하거나 이의를 제기하기 위한 행동을 하도록 지명할 수 있습니다.
 - 친구, 친척 또는 기타 지인이 귀하의 대리인이 되기를 원한다면 고객센터시스템에 연락하여 “대리인 임명” 양식을 요청하십시오. (양식은 Medicare의 웹사이트(www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) 또는 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 에서도 입수할 수 있습니다. 이 양식은 해당 사람이 귀하를 대리해 행동할 권한을 부여합니다. 양식에는 귀하와 귀하가 본인을 대리해 행동하기를 원하는 사람이 서명해야 합니다. 귀하는 우리에게 서명된 양식 1 부를 제공해야 합니다.
 - 우리는 양식 없는 이의 제기 요청을 수락할 수 있지만 양식을 받을 때까지 검토를 시작하거나 완료할 수 없습니다. 우리가 귀하의 이의 제기 요청을 받은 후 44 일 이내에(귀하의 이의 제기에 대한 결정을 할 우리의 마감일) 양식을 받지 않으면 귀하의 이의 제기 요청은 각하될 것입니다. 이런 일이 발생하면 우리는 귀하의 이의 제기를 각하한 결정에 대해 독립 검토 기관에 검토를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 설명하는 통지서를 보내드릴 것입니다.
- **귀하는 또한 변호사를 고용할 권리도 있습니다.** 귀하는 자신의 변호사를 고용하거나 지역의 변호사협회 또는 기타 추천 서비스에서 변호사를 추천받을 수도 있습니다. 귀하에게 자격이 있는 경우 무료 법률 서비스를 제공할 단체들도 있습니다. 그러나, 어떤 종류의 보장 결정을 요구하기 위해, 또는 결정에 이의를 제기하기 위해 귀하가 변호사를 고용할 것이 요구되지는 않습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 4.3 이 장의 어느 섹션이 귀하의 상황을 위한 설명을 제공하는가?

보장 결정과 이의 제기에 관련된 네 가지의 상황이 있습니다. 각 상황에 따라 규칙과 마감일이 다르기 때문에 우리는 각각의 설명을 별도 섹션에서 제공합니다.

- 본 장의 **섹션 5**: “귀하의 의료: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법”
- 본 장의 **섹션 6**: “귀하의 파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법”
- 본 장의 **섹션 7**: “의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법”
- 본 장의 **섹션 8**: “귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각하는 경우에 특정 의료 서비스 보장을 유지할 것을 우리에게 요청하는 방법”(다음 서비스에만 해당: 재택 건강 케어, 전문 요양 시설 케어 및 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스)

어느 섹션을 참조해야 하는지 잘 모르는 경우에는 고객센터팀에 문의하십시오. 또한 귀하는 SHIP 과 같은 정부 기관에서 도움이나 정보를 얻을 수도 있습니다.

섹션 5 귀하의 의료: 보장 결정을 요구하거나 보장 결정에 대해 이의를 제기하는 방법

섹션 5.1 이 섹션은 의료를 위한 보장을 받는 데 문제가 있는 경우 또는 귀하가 의료비 중 우리 몫을 상환받기를 원하시는 경우 어떻게 해야 하는지를 설명합니다

이 섹션은 의료 및 서비스를 위한 귀하의 혜택에 대한 것입니다. 그러한 혜택은 이 문서의 제 4 장에 설명되어 있습니다. *의료 혜택 차트(보장되는 항목과 본인 지불 항목)*. 우리는 편의상 일반적으로 “의료 보장” 또는 “의료”라는 용어를 사용하며, 여기에는 Medicare 파트 B 처방약뿐만 아니라 의료 품목 및 서비스도 포함됩니다. 어떤 경우에는 파트 B 처방약 요청에 다른 규칙이 적용됩니다. 그러한 경우에 우리는 파트 B 처방약 규칙이 의학적 품목과 서비스를 위한 규칙과 어떻게 다른지에 대해 설명할 것입니다.

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

1. 귀하가 원하는 특정 의료를 받고 있지 않는데 이 의료는 우리 플랜에 의해 보장된다고 믿는 경우. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 5.2.**

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2. 우리 플랜이 귀하의 의사나 기타 의료 제공자가 귀하에게 제공하기 원하는 의료를 승인하지 않을 것인데 귀하는 이 의료가 우리 플랜에 의해 보장된다고 믿는 경우. **보장 결정을 요청하십시오. 섹션 5.2.**
3. 귀하가 우리 플랜에 의해 보장되어야 한다고 믿는 의료를 받았지만 우리가 그 의료를 위한 비용을 지불하지 않을 것이라고 말한 경우. **이의를 제기하십시오. 섹션 5.3.**
4. 귀하가 우리 플랜에 의해 보장되어야 한다고 믿는 의료를 받고 그 비용을 지불하였으며 귀하는 그 의료를 위한 비용을 상환하도록 우리 플랜에 요구하기 원하는 경우. **우리에게 청구하십시오. 섹션 5.5.**
5. 귀하가 받아왔고 우리가 이전에 승인한 특정 의료에 대한 보장이 줄어들거나 중단될 것임을 통보받았는데 이 의료를 줄이거나 중단하면 본인의 건강이 저해될 수 있다고 믿는 경우. **이의를 제기하십시오. 섹션 5.3.**

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

섹션 5.2 단계별 절차: 보장 결정을 요구하는 방법

법률 용어

보장 결정에 귀하의 의료가 관련된 경우 그것을 “기관 판정”이라고 합니다.

“신속 보장 결정”은 “속성 판정”이라고 합니다.

1 단계: 귀하에게 “표준 보장 결정” 또는 “신속 보장 결정”이 필요한지 판단하십시오.

“표준 보장 결정”은 통상 파트 B 약의 경우 14 일 또는 72 시간 이내에 이루어집니다. “신속 보장 결정”은 일반적으로 의료 서비스의 경우 72 시간 이내에, 파트 B 약의 경우 24 시간 이내에 이루어집니다. 신속 보장 결정을 받기 위해서는 귀하가 다음 두 가지 요건을 충족해야 합니다.

- 오직 귀하가 아직 받지 않은 의료 서비스에 대해서만 보장을 요청하실 수 있습니다.
- 신속 보장 결정은 오직 표준 마감일 이용 시에는 본인의 건강을 심각하게 해치거나 기능할 수 있는 능력이 저해되는 경우에만 받으실 수 있습니다.
- 귀하의 건강이 “신속 보장 결정”을 요구한다고 담당 의사가 우리에게 말하면 우리는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 제공하기로 동의할 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 귀하가 담당 의사의 지지 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청하면 우리는 귀하의 건강상 귀하에게 신속 보장 결정을 제공해야 하는지를 판단할 것입니다. 우리가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우에는 다음 내용이 담긴 서신을 보내드립니다.
 - 우리가 표준 마감일을 적용할 것이라는 설명.
 - 귀하의 의사가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 우리는 자동으로 귀하의 신속 보장 결정을 제공할 것이라는 설명.
 - 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 “신속 불만”을 제기할 수 있다는 안내.

2 단계: 우리 플랜에 보장 결정 또는 신속 보장 결정을 요청하십시오.

- 먼저 우리 플랜에 전화하거나 편지 또는 팩스를 보내 귀하가 원하시는 치료를 위한 보장을 승인 또는 제공하도록 당사에 요청하십시오. 이는 귀하, 담당 의사 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

3 단계: 우리는 의료 보장을 위한 귀하의 요청을 고려하고 우리의 답변을 드립니다.

표준 보장 결정에서의 경우 우리는 표준 마감일을 적용합니다.

이는 우리가 귀하의 의료 품목 또는 서비스 관련 요청을 접수한 후 14 일 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 귀하의 요청을 접수한 후 72 시간 이내에 귀하에게 답변을 제공할 것입니다.

- 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 우리에게 필요하다면, 우리는 최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다. 우리에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 우리가 추가 시간을 사용해서는 안 된다고 생각되면 귀하는 “신속 불만”을 제기하실 수 있습니다. 우리는 결정이 내려지는 즉시 귀하의 불만 사항에 대한 답변을 드리겠습니다. (불만 접수 절차는 보장 결정 및 이의 제기 절차와는 다릅니다. 불만 제기에 대한 설명은 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)

신속 보장 결정에서의 경우 우리는 속성 기간을 적용합니다.

신속 보장 결정이란 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우 우리가 72 시간 이내에 답변할 것임을 의미합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우, 우리는 24 시간 이내에 답변할 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 단, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하를 위해 우리가 필요하다면, 우리는 최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다. 우리에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
- 우리가 추가 시간을 사용해서는 안 된다고 생각되시면 귀하는 “신속 불만”을 제기하실 수 있습니다. (불만 제기에 대한 정보는 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.) 우리는 결정하는 즉시 귀하에게 연락할 것입니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

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

- 우리가 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 이의 제기 프로세스의 “레벨 1”부터 진행하시게 됩니다.

섹션 5.3 단계별 절차: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

법률 용어

의료 보장 결정에 대해 당 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “재고”라고 합니다.

“신속 이의 제기”는 “속성 재고”라고도 합니다.

1 단계: 귀하에게 “표준 이의 제기” 또는 “신속 이의 제기”가 필요한지 판단하십시오.

“표준 이의 제기”는 통상 30 일 이내에 이루어집니다. “신속 이의 제기”는 일반적으로 72 시간 이내에 이루어집니다.

- 귀하가 아직 받지 않은 의료를 위한 보장에 대해 우리가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우 귀하 및/또는 담당 의사는 귀하에게 “신속 이의 제기”가 필요한지 결정할 필요가 있을 것입니다. 귀하의 건강상 “신속 이의 제기”가 요구된다고 귀하의 의사가 우리에게 말하면 우리는 신속 이의 제기를 허용할 것입니다.
- “신속 이의 제기”의 요건은 이 장의 섹션 5.2 에 설명된 “신속 보장 결정”을 받기 위한 요건과 동일합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2 단계: 우리 플랜에 이의 제기 또는 신속 이의 제기를 요청하십시오.

- 표준 이의 제기를 요청하는 경우, 귀하의 표준 이의 제기 요청서를 제출하십시오. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 귀하가 신속 이의 제기를 요청하는 경우, 서면으로 이의를 제기하거나 우리에게 전화하십시오. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 귀하는 우리가 보장 결정과 관련한 답변 내용을 알리기 위해 보낸 통지서상의 날짜로부터 **60 일 이내에 이의를 제기해야 합니다.** 귀하가 이 마감일을 놓쳤지만 타당한 사유가 있는 경우에는 이의를 제기할 때 귀하의 이의 제기가 늦은 사유를 설명하십시오. 우리는 귀하의 이의 제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 타당한 사유의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 우리에게 연락을 못한 경우 또는 우리가 이의 제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있습니다.
- 귀하는 본인에 대한 의료 결정과 관련된 정보의 사본을 요청하실 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다. 우리는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 부과할 수 있습니다.

3 단계: 우리가 귀하의 이의 제기를 고려한 다음 답변을 제공합니다.

- 우리 플랜이 귀하의 이의 제기를 검토할 때 우리는 모든 정보를 철저히 검토합니다. 우리는 귀하의 요청을 거부하는 과정에서 우리가 모든 규칙을 준수했는지도 확인합니다.
- 필요한 경우 우리는 귀하 또는 담당 의사에게 연락하여 추가 정보를 수집할 것입니다.

“신속 이의 제기”의 마감일

- 신속 이의 제기의 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 우리에게 필요하다면, 우리는 **최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 우리에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
 - 우리가 72 시간 이내에(또는 추가 시간을 사용한 경우 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않으면 우리는 귀하의 요청을 자동으로 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 5.4 에 레벨 2 이의 제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.

- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72 시간 이내에 우리가 합의한 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 해당 결정을 귀하에게 서면으로 알린 다음 이를 레벨 2 이의 제기를 처리하는 독립 검토 기관으로 자동으로 보낼 것입니다. 해당 독립 검토 기관은 귀하의 이의 제기가 접수되면 서면으로 귀하에게 통지할 것입니다.

“표준 이의 제기”의 마감일

- 표준 이의 제기인 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **30 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 본인이 아직 받지 않은 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **7 일 이내에** 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 우리의 결정을 제공할 것입니다.
 - 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우, 귀하가 더 많은 시간을 요구하거나, 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보가 우리에게 필요하다면, 우리는 **최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 우리에게 시간이 더 필요할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다. 우리는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.
 - 우리가 추가 시간을 사용해서는 **안 된다**고 생각되시면 귀하는 “신속 불만”을 제기하실 수 있습니다. 귀하가 신속 불만을 제기하면 우리는 24 시간 이내에 귀하의 불만에 답할 것입니다. (불만 제기에 대한 정보는 이 장의 섹션 10 을 참조하십시오.)
 - 우리가 마감일까지(또는 연장된 기간의 말까지) 답변을 제공하지 않으면 우리는 귀하의 요청을 레벨 2 이의 제기 프로세스로 보낼 것입니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 이의 제기를 검토합니다. 섹션 5.4 에 레벨 2 이의 제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스를 위한 것인 경우 30 일 이내에, 또는 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우 **7 일 이내에** 해당 보장을 승인하거나 제공해야 합니다.
- 우리 플랜이 귀하의 이의 제기 일부 또는 전부를 거절한 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 레벨 2 이의 제기를 처리하는 독립 검토 기관으로 자동으로 보낼 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 5.4

단계별 절차: 레벨 2 이의 제기는 어떻게 진행되는가?

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 이는 때때로 “IRE”라고 불립니다.

독립 검토 기관은 Medicare 에 의해 고용된 독립 운영 기관입니다. 이는 우리와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 우리가 한 결정이 올바른지 아니면 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다. Medicare 는 이 기관의 직무를 감독합니다.

1 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

- 우리는 이 기관에 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 “케이스 파일”이라고 합니다. **귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 우리에게 요구할 권리가 있습니다.** 우리는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 귀하에게 부과할 수 있습니다.
- 귀하는 독립 검토 기관에 본인의 이의 제기를 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.
- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 철저히 검토할 것입니다.

귀하가 레벨 1 에서 “신속 이의 제기”로 진행한 경우, 귀하는 레벨 2 에서도 “신속 이의 제기”로 진행하게 됩니다

- “신속 이의 제기”의 경우 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 해당 이의 제기 접수 시점으로부터 **72 시간 이내에** 제공해야 합니다.
- 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **해당 기관은 최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 해당 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

귀하가 레벨 1 에서 “표준 이의 제기”로 진행한 경우, 귀하는 레벨 2 에서도 “표준 이의 제기”로 진행하게 됩니다

- “표준 이의 제기”에서 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것인 경우, 해당 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 이의 제기 접수일로부터 **30 일 이내에** 제공해야 합니다. 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약에 대한 것인 경우, 검토 기관은 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 귀하의 이의 제기를 접수한 때로부터 **7 일 이내에** 제공해야 합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 단, 귀하의 요청이 의료 품목 또는 서비스에 대한 것이고 독립 검토 기관이 귀하에게 유리할 수 있는 더 많은 정보를 수집할 필요가 있는 경우, **해당 기관은 최대 14 일을 추가로 사용할 수 있습니다.** 해당 독립 검토 기관은 귀하의 요청이 Medicare 파트 B 처방약을 위한 것인 경우에는 결정을 위해 추가 시간을 사용할 수 없습니다.

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

독립 검토 기관은 자신의 결정 내용을 귀하에게 서면으로 알리면서 그 이유를 설명할 것입니다.

- 검토 기관이 의료 품목 또는 서비스 요청의 일부 또는 전부를 승낙하면, 우리는 표준 요청의 경우 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 72 시간 이내에 의료 서비스 보장을 승인하거나 해당 서비스를 14 일 이내에 제공해야 합니다. 속성 요청의 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 날로부터 72 시간 안에 처리해야 합니다.
- 검토 기관이 **Medicare 파트 B** 처방약 요청의 일부 또는 전부를 승낙하면, 우리는 **표준 요청**의 경우 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **72 시간** 이내에 파트 B 처방약을 승인 또는 제공해야 합니다. **속성 요청**의 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 날로부터 **24 시간** 안에 처리해야 합니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기 중 일부 또는 전부를 거절하면, 이는 그들이 귀하의 의료 보장 요청(또는 요청 중 일부)이 승인되지 않아야 한다는 데 우리와 동의함을 의미합니다. (이를 “결정 유지” 또는 “귀하의 이의 제기를 기각함”이라고도 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보내드립니다.
 - 결정의 내용을 설명함
 - 의료 보장의 달러 가액이 특정 최소값을 충족하는 경우에는 레벨 3 이의 제기에 대한 귀하의 권리를 통지함. 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 이의 제기 프로세스를 지속하려면 충족되어야 하는 달러 금액이 나와 있을 것입니다.
 - 여기에는 레벨 3 이의 제기 방법이 안내되어 있습니다.

3 단계: 귀하의 케이스가 요건을 충족하는 경우, 귀하는 이의 제기를 추가로 진행하기 원하는지의 여부를 선택합니다.

- 이의 제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기). 귀하가 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의 제기 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 레벨 3, 4, 5 이의 제기 프로세스에 대한 안내는 본 장의 섹션 9에 나와 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 5.5 의료를 위해 받은 청구서 중 우리 몫을 귀하에게 지불하도록 요청하면 어떻게 되는가?

제 7 장은 귀하가 상환을 요구하거나 제공자로부터 받은 청구서를 지불하도록 할 필요가 있는 상황에 대해 설명합니다. 또한 지불을 요구하는 서류를 우리에게 보내는 방법도 설명합니다.

상환 요청은 우리에게 보장 결정을 요구하는 것입니다

귀하가 상환을 요청하는 서류를 우리에게 보내면 이는 보장 결정에 대한 요청에 해당합니다. 이러한 결정을 내리기 위해, 우리는 귀하가 지불한 의료 서비스가 보장 대상 서비스인지 여부를 확인할 것입니다. 우리는 또한 귀하가 의료 서비스 보장을 사용하기 위한 모든 규칙을 따랐는지 여부를 확인할 것입니다.

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

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

이의 제기를 하려면 섹션 5.3 에 설명된 **이의** 제기 프로세스를 따르십시오. 상환에 관한 **이의** 제기인 경우, 다음을 참고하십시오.

- 우리는 귀하의 **이의** 제기를 접수한 후 60 일 이내에 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 받았고 그 비용을 지불한 의료를 대상으로 우리에게 상환을 요구하는 경우, 귀하는 신속 **이의** 제기를 요청하실 수 없습니다.
- 독립 검토 기관이 우리가 지불해야 한다고 결정하는 경우, 우리는 30 일 이내에 귀하 또는 서비스 제공자에게 해당 지불액을 보내야 합니다. 레벨 2 이후 **이의** 제기 프로세스의 어떤 단계에서 귀하의 **이의** 제기에 대한 답변이 예인 경우, 우리는 60 일 이내에 귀하 또는 서비스 제공자에게 귀하가 요청한 지불액을 보내야 합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 6 파트 D 처방약: 보장 결정을 요구하거나 이의를 제기하는 방법

섹션 6.1 이 섹션은 귀하가 파트 D 약을 받는 데 문제가 있거나 우리가 귀하에게 파트 D 약의 비용을 상환하기 원하는 경우 어떻게 할지에 대해 설명합니다

귀하의 혜택에는 많은 처방약 보장이 포함됩니다. 보장을 받으시려면, 귀하의 약이 의학적으로 인정된 지시를 위해 사용되어야 합니다. (의학적으로 인정되는 지시에 대한 자세한 설명은 제 5 장을 참조하십시오.) 파트 D 약과 관련 규칙, 제한 사항 및 비용에 대한 자세한 내용은 제 5 장과 제 6 장을 참조하십시오. **이 섹션은 파트 D 약에만 적용됩니다.** 간단히 설명하기 위해 우리는 이 섹션의 나머지에서 매번 “보장되는 외래환자 처방약” 또는 “파트 D 약” 대신에 일반적으로 “약”이라고 말합니다. 또한 우리는 “보장 대상 약 목록” 또는 “처방집” 대신에 “의약품 목록”이라는 용어를 사용합니다.

- 어떤 약이 보장 대상인지 또는 귀하가 규칙을 충족하는지 모르는 경우 우리에게 문의하십시오. 일부 약은 플랜 보장이 이루어지기 전에 우리로부터 승인을 받아야 합니다.
- 귀하의 약국이 귀하의 처방약을 처방대로 지을 수 없다고 귀하에게 말하는 경우 약국은 귀하에게 보장 결정을 요청하기 위해 우리에게 연락하는 방법을 설명하는 통지서를 드릴 것입니다.

파트 D 보장 결정과 이의 제기

법률 용어

보장 결정이란 우리가 귀하의 혜택 및 보장에 대해, 또는 우리가 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 **보장 대상 의약품 목록**에 없는 파트 D 약을 보장할 것을 요구하기. **예외 인정을 요청하십시오. 섹션 6.2**
- 약을 위한 플랜의 보장에 대한 제한(예: 귀하가 받을 수 있는 약의 양에 대한 한도)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 요청하십시오. 섹션 6.4**
- 귀하가 이미 구입한 처방약에 대한 지불을 요청하기. 우리에게 비용 상환을 요구하십시오. **섹션 6.4**

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

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

이 섹션은 보장 결정을 요구하는 방법과 이의 제기를 요청하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 6.2 예외란 무엇인가?

법률 용어

의약품 목록에 없는 약의 보장 요구를 때때로 “처방집 예외” 요구하고 합니다.

약 보장에 대한 제한의 제거를 요구하는 것을 때때로 “처방집 예외” 요구하고 합니다.

보장 대상 비선택 약을 위해 더 낮은 가격 지불을 요구하는 것을 때때로 “계층 예외” 요구라고 합니다.

약물이 보장되기를 원하시는 방식으로 보장되지 않는 경우, 귀하는 우리에게 “예외”를 요청하실 수 있습니다. 예외 인정은 일종의 보장 결정에 해당합니다.

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

- 1. 우리 의약품 목록에 없는 파트 D 약을 귀하를 위해 보장할 때.** 우리가 의약품 목록에 없는 약의 보장에 동의하는 경우, 귀하는 계층 4의 약에 적용되는 비용 분담액을 지불해야 합니다. 귀하는 우리가 약에 대해 귀하의 지불을 요구하는 비용 분담액의 예외를 요구하실 수 없습니다.
- 2. 보장 대상 약을 위한 제한 사항을 해제할 때.** 의약품 목록에 있는 특정 약에 적용되는 추가 규칙 또는 제한 사항은 제 5장에 설명되어 있습니다. 우리가 귀하를 위해 예외를 인정하고 제한을 면제하기로 동의하는 경우, 귀하는 우리가 약을 위해 귀하에게 지불을 요구하는 분담금 또는 공동보험금 금액의 예외를 요구하실 수 있습니다.
- 3. 약의 보장을 더 낮은 비용 분담 계층으로 변경할 때.** 우리의 의약품 목록에 나와 있는 모든 약은 여섯 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로, 비용 분담 계층 번호가 낮을수록 귀하는 약의 비용 중 자신의 몫으로 더 적게 지불할 것입니다.
 - 우리 의약품 목록이 귀하의 질병을 치료하기 위한 귀하의 약보다 비용 분담 계층이 더 낮은 대체약을 포함하는 경우, 귀하는 대체약에 적용되는 비용 분담액에서 귀하의 약을 보장할 것을 요구하실 수 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 귀하가 복용 중인 약이 생물학적 제제인 경우, 귀하는 더 낮은 비용 분담액으로 약을 보장하도록 우리에게 요청하실 수 있습니다. 이는 귀하의 질환을 치료하기 위한 생물학적 제제 대체약이 포함된 가장 낮은 계층의 비용에 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 우리에게 요구하실 수 있습니다.
- 귀하가 복용하는 약이 복제약인 경우, 귀하는 본인의 질병을 치료하기 위한 브랜드명 또는 일반명 대체약이 포함된 가장 낮은 계층에 적용되는 비용 분담액을 기준으로 귀하의 약을 보장할 것을 우리에게 요구하실 수 있습니다.
- 귀하는 계층 5에 속한 약(전문 약)을 위한 비용 분담 계층의 변경은 요구하실 수 없습니다.
- 우리가 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 지불할 것입니다.

섹션 6.3

예외를 요구할 때 알아야 할 중요 사항

귀하의 의사가 우리에게 의학적 이유를 말해야 합니다

담당 의사 또는 기타 처방자가 예외를 요청하는 의학적 이유를 설명하는 서면 진술서를 당사에 제공해야 합니다. 신속하게 결정을 내릴 수 있도록, 예외를 요청할 때 담당 의사 또는 다른 처방자가 제공한 이 의료 정보를 포함시키십시오.

일반적으로 우리 의약품 목록은 특정 질병을 치료하기 위한 두 가지 이상의 약을 포함합니다. 이러한 다양한 가능성을 “대체약”이라고 합니다. 대체약이 귀하가 요구하고 있는 약만큼 효과적이면서도 더 많은 부작용이나 다른 건강 문제를 야기하지 않을 경우, 우리는 일반적으로 귀하의 예외 요청을 승인하지 않을 것입니다. 귀하가 계층 예외를 요구한다면, 우리는 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.

우리는 귀하의 요청을 승낙 또는 거절할 수 있습니다

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

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 6.4 단계별 절차: 예외 요청을 포함하여 보장 결정을 요구하는 방법

법률 용어

“신속 보장 결정”은 “속성 보장 판정”이라고 합니다.

1 단계: 귀하에게 “표준 보장 결정” 또는 “신속 보장 결정”이 필요한지 판단하십시오.

“표준 보장 결정”은 우리가 담당 의사의 진단서를 받은 후 **72 시간** 이내에 이루어집니다.

“신속 보장 결정”은 우리가 담당 의사의 진단서를 받은 후 **24 시간** 이내에 이루어집니다.

귀하의 건강상 필요한 경우라면 우리에게 “신속 보장 결정”을 요구하십시오. 신속 보장 결정을 받으려면 귀하는 다음 두 가지 요건을 충족해야 합니다.

- 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 결정”을 요구한다고 담당 의사 또는 기타 처방자가 우리에게 말하면 우리는 자동으로 귀하에게 신속 보장 결정을 승인할 것입니다.
- 귀하가 담당 의사나 처방자의 지지 없이 스스로 신속 보장 결정을 요청하면 우리는 귀하의 건강상 우리가 귀하에게 신속 보장 결정을 승인해야 하는지 여부를 판단할 것입니다. 우리가 신속 보장 결정을 승인하지 않을 경우에는 다음 내용이 담긴 서신을 보내드립니다.
 - 우리가 표준 마감일을 적용할 것이라는 설명.
 - 귀하의 의사 또는 기타 처방자가 신속 보장 결정을 요구하는 경우에 우리는 자동으로 신속 보장 결정을 승인할 것이라는 설명.
 - 귀하가 요청한 신속 보장 결정 대신에 표준 보장 결정을 제공하기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 “속성 불만”을 제기할 수 있는 방법의 안내.
 우리는 귀하의 불만 접수 후 24 시간 이내에 답변해 드리겠습니다.

2 단계: “표준 보장 결정” 또는 “신속 보장 결정”을 요청하십시오.

먼저 우리 플랜에 전화하거나 편지 또는 팩스를 보내 귀하가 원하시는 의료를 위한 보장을 승인 또는 제공하도록 당사에 요청하십시오. 귀하는 또한 우리 웹사이트를 통해 보장 결정 프로세스에 액세스하실 수 있습니다. 우리 웹사이트에서 입수할 수 있는 CMS 모델 보장 판정 요청서 양식이나 우리 플랜의 요청서 양식으로 제출된 요청을 포함하여, 우리는 어떤 요청서든 수락해야 합니다. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다. 우리가 귀하의 요청을 원활히 처리할 수 있도록 귀하의 이름, 연락처 정보, 그리고 어떤 거부된 청구에 대한 이의 제기인지 식별하는 정보를 포함하십시오.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

이는 귀하, 담당 의사(또는 기타 처방자) 또는 귀하의 대리인이 할 수 있습니다. 귀하는 또한 변호사로 하여금 본인을 대리해 행동하게 할 수도 있습니다. 이 장의 섹션 4는 귀하의 대리인으로서 행동할 사람에게 어떻게 서면 승인을 제공할 수 있는지를 설명합니다.

- 귀하가 예외를 요청하는 경우에는 “증빙서”를 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 우리에게 전화한 다음 후속으로 증빙서를 당사에 팩스 송부하거나 우송할 수 있습니다.

3 단계: 우리가 귀하의 요청을 고려한 다음 답변을 제공합니다.

“신속 보장 결정”을 위한 마감일

- 우리는 일반적으로 귀하의 요청을 접수한 후 **24 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외 요청의 경우, 우리는 귀하의 증빙서를 접수한 후 24 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.
- 우리의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 요청 또는 의사의 증빙서를 접수한 후 24 시간 이내에 우리가 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 “표준 보장 결정”의 마감일

- 우리는 일반적으로 귀하의 요청을 접수한 후 **72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 예외 요청의 경우, 우리는 귀하의 증빙서를 접수한 후 72 시간 이내에 답변을 제공할 것입니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 우리의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 요청 또는 의사의 증빙서를 접수한 후 **72 시간 이내에** 우리가 합의한 **보장을 제공해야** 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

귀하가 이미 구입한 약의 지불액에 대한 “표준 보장 결정”의 마감일

- 우리는 귀하의 요청을 받은 후 **14 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2 로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.
- 우리의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 요청을 접수한 후 14 일 이내에 귀하에게 지불할 것도 요구됩니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

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

- 우리가 요청을 거절하는 경우 귀하는 이의를 제기함으로써 해당 결정을 재고할 것을 요구할 권리가 있습니다. 이는 귀하가 원하는 약 보장을 받기 위해 다시금 요청하는 것을 의미합니다. 이의를 제기하실 경우, 이는 귀하가 이의 제기 프로세스의 레벨 1 부터 진행함을 의미합니다.

섹션 6.5

단계별 절차: 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

법률 용어

파트 D 약 보장 결정에 대해 플랜에 이의를 제기하는 것을 플랜 “**재판정**”이라고 합니다.

“신속 이의 제기”는 “**속성 재판정**”이라고도 합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

1 단계: 귀하에게 “표준 이의 제기” 또는 “신속 이의 제기”가 필요한지 판단하십시오.

“표준 이의 제기”는 통상 7 일 이내에 이루어집니다. “신속 이의 제기”는 일반적으로 72 시간 이내에 이루어집니다. 귀하의 건강상 필요한 경우라면 “신속 이의 제기”를 요구하십시오

- 귀하가 아직 받지 않은 약에 대해 우리가 내린 결정에 이의를 제기하는 경우, 귀하와 담당 의사 또는 기타 처방자는 귀하에게 “신속 이의 제기”가 필요한지 결정할 필요가 있을 것입니다.

“신속 이의 제기”의 요건은 이 장의 섹션 6.4 에 설명된 “신속 보장 결정”을 받기 위한 요건과 동일합니다.

2 단계: 귀하, 귀하의 대리인, 의사 또는 기타 처방자가 우리에게 연락하여 레벨 1 이의 제기를 접수해야 합니다. 귀하의 건강이 신속 대응을 요구하는 경우, 귀하는 “신속 이의 제기”를 요청해야 합니다.

- 표준 이의 제기인 경우, 서면으로 요청을 제출하십시오. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 신속 이의 제기를 원하시면 서면으로 요청을 접수하거나 1-833-808-8164 번으로 우리에게 전화하십시오. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.
- 우리 웹사이트에서 입수할 수 있는 CMS 모델 보장 판정 요청서 양식으로 제출된 요청을 포함하여, 우리는 어떤 요청서든 수락해야 합니다. 우리가 귀하의 요청을 원활히 처리할 수 있도록 귀하의 이름, 연락처 정보, 그리고 귀하의 주장에 관한 정보를 포함하십시오.
- 귀하는 우리가 보장 결정과 관련한 답변 내용을 알리기 위해 보낸 통지서상의 날짜로부터 60 일 이내에 이의를 제기해야 합니다. 귀하가 이 마감일을 놓쳤지만 타당한 사유가 있는 경우에는 이의를 제기할 때 귀하의 이의 제기가 늦은 사유를 설명하십시오. 우리는 귀하의 이의 제기를 위해 더 많은 시간을 드릴 수 있습니다. 타당한 사유의 예로는 귀하의 심각한 질병으로 인해 우리에게 연락을 못한 경우 또는 우리가 이의 제기 마감일에 대해 부정확하거나 불완전한 정보를 제공한 경우 등이 있습니다.
- 귀하는 귀하의 이의 제기서에 정보의 사본을 요청하여 더 많은 정보를 추가할 수 있습니다. 귀하와 담당 의사는 귀하의 이의 제기를 뒷받침할 정보를 추가할 수 있습니다. 우리는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 부과할 수 있습니다.

3 단계: 우리가 귀하의 이의 제기를 고려한 다음 답변을 제공합니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기를 검토할 때 우리는 귀하의 보장 요청에 대한 모든 정보를 또 한 번 자세히 검토합니다. 우리는 귀하의 요청을 거부하는 과정에서 우리가 모든

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

규칙을 준수했는지도 확인합니다. 우리는 더 많은 정보를 수집하기 위해 귀하 또는 담당 의사 또는 기타 처방자와 접촉할 수 있습니다.

“신속 이의 제기”의 마감일

- 신속 이의 제기의 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **72 시간 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 답변을 제공할 것입니다.
 - 우리가 72 시간 이내에 답변을 제공하지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 6.6에 레벨 2 이의 제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 72 시간 이내에 우리가 합의한 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유와 우리 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법을 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

귀하가 아직 받지 않은 약에 대한 “표준 이의 제기”의 마감일

- 표준 이의 제기인 경우, 우리는 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **7 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 약을 아직 받지 않았고 귀하의 건강상 요구되는 경우 우리는 더 일찍 우리의 결정을 제공할 것입니다.
 - 우리가 7 일 이내에 답변을 제공하지 않는 경우 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다. 섹션 6.6에 레벨 2 이의 제기 절차에 대한 설명이 나와 있습니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 건강이 허락하는 한 가장 이른 시점에, 하지만 귀하의 이의 제기를 접수한 후 늦어도 **7 일** 이내에 해당 보장을 제공해야 합니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유와 우리 결정에 이의를 제기할 수 있는 방법을 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다.

귀하가 이미 구입한 약의 지불액에 대한 “표준 이의 제기”의 마감일

- 우리는 귀하의 요청을 받은 후 **14 일 이내에** 답변을 제공해야 합니다.
 - 우리가 이 마감일을 지키지 않는 경우, 귀하의 요청을 이의 제기 프로세스의 레벨 2로 보낼 것이 요구됩니다. 이 레벨에서는 독립 검토 기관이 검토를 수행하게 됩니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 우리의 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 수락한 경우, 우리는 귀하의 요청을 접수한 후 30 일 이내에 귀하에게 지불할 것도 요구됩니다.
- 우리 답변이 귀하가 요청한 것의 일부 또는 전부를 거부한 경우, 우리는 요청 거부 사유를 설명하는 안내문을 보내드릴 것입니다. 또한 이의를 제기할 수 있는 방법도 설명할 것입니다.

4 단계: 우리가 귀하의 이의 제기를 거절한 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 지속하여 또 다른 이의 제기를 할지 여부를 결정합니다.

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

섹션 6.6 단계별 절차: 레벨 2 이의 제기를 하는 방법

법률 용어

“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 이는 때때로 “**IRE**”라고 불립니다.

독립 검토 기관은 **Medicare**에 의해 고용된 독립 운영 기관입니다. 이는 우리와 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 우리가 한 결정이 올바른지 아니면 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.

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

- 우리가 귀하의 레벨 1 이의 제기를 거절한 경우, 우리가 보내드리는 통지서에는 독립 검토 기관에 **레벨 2 이의 제기를 하는 방법**에 대한 안내가 포함될 것입니다. 이러한 안내에는 누가 이 레벨 2 이의 제기를 할 수 있는지와 귀하가 준수해야 하는 마감일 및 검토 기관에 연락하는 방법이 나와 있습니다. 그러나 우리가 정해진 해당 기간 내에 검토를 완료하지 않았거나 당사의 약물 관리 프로그램에 따른 “리스크” 판단과 관련하여 귀하에게 불리한 결정을 내린 경우, 우리는 귀하의 청구를 IRE에 자동으로 전달합니다.
- 우리는 이 기관에 귀하의 이의 제기에 관한 정보를 보낼 것입니다. 이 정보를 귀하의 “케이스 파일”이라고 합니다. 귀하는 본인의 케이스 파일 사본을 우리에게 요구할 권리가 있습니다. 우리는 이 정보를 복사하고 귀하에게 보내는 데 대한 수수료를 귀하에게 부과할 수 있습니다.
- 귀하는 독립 검토 기관에 본인의 이의 제기를 뒷받침하는 추가 정보를 제공할 권리가 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다.

독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 철저히 검토할 것입니다.

“신속 이의 제기”의 마감일

- 귀하의 건강상 필요한 경우라면 독립 검토 기관에 “신속 이의 제기”를 요청하십시오.
- 해당 기관이 귀하에게 “신속 이의 제기”를 제공하기로 동의하면, 해당 기관은 귀하의 이의 제기 요청을 접수한 후 **72 시간 이내에** 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

“표준 이의 제기”의 마감일

- 표준 이의 제기인 경우, 검토 기관은 그것이 귀하가 아직 받지 않은 약을 위한 것인 경우 귀하의 이의 제기를 접수한 후 **7 일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다. 귀하가 이미 구입한 약에 대한 상환을 요청하는 경우, 검토 기관은 귀하의 요청을 받은 후 **14 일 이내에** 귀하의 레벨 2 이의 제기에 대한 답변을 제공해야 합니다.

3 단계: 독립 검토 기관이 귀하에게 답변을 제공합니다.

“신속 이의 제기”인 경우:

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

“표준 이의 제기”인 경우:

- 독립 검토 기관이 귀하의 보장 관련 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **72 시간 이내에** 검토 기관이 승인한 약 보장을 제공해야 합니다.
- 독립 검토 기관이 귀하의 이미 구입한 약 비용 상환 요청의 일부 또는 전부를 승낙한 경우, 우리는 검토 기관으로부터 결정을 전달받은 후 **30 일 이내에** 귀하에게 지불액을 전달할 것이 요구됩니다.

검토 기관이 귀하의 이의 제기를 거절하면 어떻게 되는가?

이 기관이 귀하의 이의 제기의 일부 또는 전부를 거절했다면, 이는 해당 기관이 귀하의 요청(또는 요청의 일부)을 승인하지 않기로 한 우리 결정에 동의함을 의미합니다. (이를 “결정 유지”라고 합니다. 또한 “귀하의 이의 제기를 기각함”이라고도 합니다.) 이 경우, 독립 심사 기관에서 귀하에게 다음과 같은 서신을 보내드립니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 결정의 내용을 설명함.
- 귀하가 요청한 약 보장의 달러 가액이 특정 최소값을 충족하는 경우에는 레벨 3 이의 제기에 대한 귀하의 권리를 통지함. 귀하가 요청하고 있는 약 보장의 달러 가액이 너무 낮으면 귀하는 다른 이의 제기를 할 수 없고 레벨 2에서의 결정이 최종 적용됩니다.
- 귀하가 이의 제기 프로세스를 지속하려면 충족되어야 하는 분쟁 대상 달러 가액을 안내함.

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

- 이의 제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기).
- 귀하가 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의 제기 결정 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 7 의사가 귀하를 너무 속히 퇴원시킨다고 생각하는 경우에 더 긴 입원환자 병원 체류를 보장할 것을 우리에게 요청하는 방법

귀하가 입원하면 귀하는 본인의 질병 또는 부상을 진단하고 치료하기 위해 필요한 귀하의 보장 대상 병원 서비스 전부를 받을 권리가 있습니다.

귀하의 보장 대상 병원 체류 시, 귀하의 의사와 병원 스태프는 귀하와 협력하여 귀하가 퇴원할 날을 위한 준비를 할 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 긴 병원 체류를 요청하실 수 있으며, 그러면 귀하의 요청이 고려될 것입니다.

섹션 7.1 입원환자로서 병원 체류 시 귀하는 Medicare로부터 귀하의 권리에 대해 설명하는 통지서를 받을 것입니다

귀하는 병원에 입원한 후 2일 이내에 *귀하의 권리에 대한 Medicare의 중요 메시지*라는 서면 통지를 받으시게 됩니다. Medicare에 가입한 모든 사람은 이 통지서 1부를 받습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

병원 측의 누군가(예: 사회복지사 또는 간호사)로부터 통지서를 전달받지 못하신 경우, 병원 직원에게 요청하십시오. 도움이 필요하시면 고객센터에 전화하거나 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화할 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

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.
 - 병원에서 귀하를 너무 일찍 퇴원시킨다고 생각되는 경우 퇴원 결정의 즉각적인 재검토를 요청할 수 있는 귀하의 권리. 이는 우리가 귀하의 병원 케어를 더 오랜 시간 보장하도록 퇴원일 지연을 요청하는 정식의 법적 방법입니다.
2. 귀하는 통지서를 받았고 본인의 권리를 이해함을 나타내기 위해 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다.
 - 귀하 또는 귀하를 대리해 행동하는 사람이 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다.
 - 통지서 서명은 오직 귀하가 본인 권리에 대한 정보를 고지받았다는 사실만을 나타냅니다. 통지서에는 퇴원 날짜가 나와 있지 않습니다. 통지서 서명이 귀하가 퇴원일에 동의함을 의미하지는 않습니다.
3. 이의 제기(또는 케어 품질에 대한 우려 사항 신고)에 대한 정보가 필요한 경우 언제든지 이용할 수 있도록 통지서 사본을 보관하십시오.
 - 귀하가 퇴원 2 일을 이상 앞서 통지서에 서명하신 경우, 귀하는 퇴원 일정이 잡히기 전에 1 부를 더 받으시게 됩니다.
 - 이 통지서를 미리 검토하려면 고객센터 또는 1-800 MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하시면 됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. 이 통지서는 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices 에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 7.2

단계별 절차: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

입원환자 병원 서비스를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하기 원하는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 사용해 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

- 프로세스를 따르십시오.
- 마감일을 충족하십시오.
- 필요한 경우 도움을 요청하십시오. 언제든지 문의사항이 있거나 도움이 필요한 경우 고객센터에 전화하시기 바랍니다. 또는 맞춤 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오.

레벨 1 이의 제기 단계에서는 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이 기관은 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절한지를 체크합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 가입자를 위해 제공되는 케어를 체크하고 개선을 돕기 위해 연방 정부가 그 비용을 지급하는 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다. 여기에는 Medicare 와 가입자의 퇴원일에 대한 검토도 포함됩니다. 이 전문가들은 우리 플랜에 속하지 않습니다.

1 단계: 귀하 주의 품질 개선 기관에 연락하여 퇴원 조치의 즉각적인 재검토를 요청하십시오. 이 요청은 신속하게 이루어져야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있는가?

- 귀하가 받은 통지서(*귀하의 권리에 대한 Medicare 의 중요 메시지*)에 이 기관에 연락하는 방법이 설명되어 있습니다. 또는 제 2 장에서 귀하 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 이후에도 그 비용을 지불함이 없이 병원에 머무르실 수 있게 됩니다.
 - 이 마감일을 충족하지 않은 상태에서 귀하가 예정된 퇴원일 이후로도 병원에 머물기로 결정하시는 경우, 귀하는 예정된 퇴원일 후에 받는 병원 케어에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 귀하가 품질 개선 기관 연락 마감일을 놓쳤지만 여전히 이의 제기를 원하시는 경우, 귀하는 그 대신에 직접 우리 플랜에 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 이 다른 방법에 대한 설명은 섹션 7.4를 참조하십시오.

일단 병원 퇴원에 대한 즉각적인 재검토 요청이 접수되면 품질 개선 기관이 우리에게 연락합니다. 우리가 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 우리가 그 날짜에 귀하가 퇴원하시는 것이 좋다(의학적으로 적절하다)고 생각하는지를 상세히 설명해 드립니다.

고객서비스팀이나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7일 전화주시면 **자세한 퇴원 안내문** 샘플을 확인 가능합니다. (TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다.) 또는 안내문 샘플을 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices에서 온라인으로도 확인할 수 있습니다.

2 단계: 품질 개선 기관은 귀하 케이스의 검토를 독립적으로 수행합니다.

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(이하 “검토자들”)이 귀하는 어째서 서비스 보장이 지속되어야 한다고 믿는지를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하는 어떠한 서면도 준비하실 필요가 없지만, 원한다면 그렇게 할 수 있습니다.
- 검토자들은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 병원과 우리가 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 검토자들이 우리에게 귀하의 이의 제기를 전달한 날의 다음 날 정오까지 귀하의 예정된 퇴원일을 알려주는 안내문이 귀하에게 보내집니다. 이 안내문은 왜 담당 의사, 병원 및 우리가 그 날짜에 귀하가 퇴원하시는 것이 좋다(의학적으로 적절하다)고 생각하는지 역시 상세히 설명해 드립니다.

3 단계: 품질 개선 기관은 필요한 정보를 모두 확보한 후 만 하루 이내에 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공할 것입니다.

그 답변이 예인 경우 어떻게 되는가?

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 **승낙**하면, 우리는 귀하의 보장 대상 입원환자용 병원 서비스를 의학적으로 필요한 기간만큼 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 귀하 몫(예: 해당되는 경우 본인 부담액 또는 분담금)에 대한 지불을 계속해야 할 것입니다. 또한 귀하의 보장 대상 병원 서비스에 제한이 있을 수 있습니다.

그 답변이 아니요인 경우 어떻게 되는가?

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 **거절**하면, 이는 그들이 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절하다고 말하는 것과 같습니다. 그러면 귀하의 입원환자 병원

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

서비스 보장은 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음날 정오에 종료될 것입니다.

- 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 *거절했음*에도 귀하가 병원에 머물기로 결정하시면, 귀하는 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기에 대한 답변을 제공한 다음날 정오 후에 받는 병원 케어의 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

4 단계: 귀하의 레벨 1 이의 제기가 거부된 경우, 귀하는 재차 이의를 제기하기 원하는지 여부를 결정합니다.

- 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 *거부했음*에도 귀하가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 머물고 있다면, 귀하는 재차 이의를 제기하실 수 있습니다. 다시 이의를 제기한다는 것은 이의 제기 프로세스의 “레벨 2”로 진행함을 의미합니다.

섹션 7.3

단계별 절차: 퇴원일을 변경하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법

귀하는 레벨 2 이의 제기 과정에서 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하게 됩니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 기각하면, 귀하는 예정된 퇴원일 이후의 체류에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

1 단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 이 재검토 요청은 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의 제기를 *거부한* 날로부터 **60 일 이내에** 이루어져야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하의 케어 보장이 끝난 날 이후에도 병원에 머무는 경우에만하실 수 있습니다.

2 단계: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재검토합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 살펴볼 것입니다.

3 단계: 귀하의 레벨 2 이의 제기 요청이 접수되고 **14 일 이내에** 검토자들은 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리고 이를 귀하에게 통보할 것입니다.

검토 기관이 요청을 승낙하는 경우:

- 우리는 품질 개선 기관에 의해 귀하의 첫 번째 이의 제기가 기각된 날짜 다음날 정오 이래 받은 병원 케어 비용 중 우리 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 우리는 귀하의 입원환자 병원 케어가 의학적으로 필요한 기간만큼 보장 제공을 지속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며, 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

검토 기관이 요청을 거절하는 경우:

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의 제기에 내린 결정에 그들이 동의함을 의미합니다. 이를 “결정 유지”라고 합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다.

4 단계: 귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 이의 제기를 레벨 3 으로 가져갈지를 결정해야 할 것입니다.

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

섹션 7.4	레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?
--------	------------------------------

법률 용어

“신속 검토”(또는 “신속 이의 제기”)는 “속성 이의 제기”라고도 합니다.
--

그 대신에 우리에게 이의 제기를 할 수 있습니다

위에서 설명한 대로 귀하의 퇴원일에 대한 레벨 1 이의 제기를 개시하려면 서두르셔야 합니다. 귀하가 품질 개선 기관 연락을 위한 마감일을 놓쳐도 이의를 제기할 다른 방법이 있습니다.

귀하가 이의를 제기할 이 다른 방법을 이용하는 경우, *이의 제기의 첫 두 레벨은 상이합니다.*

단계별 절차: 레벨 1 대체 이의 제기를 하는 방법

1 단계: 우리에게 연락하여 “신속 검토”를 요청합니다.

- “신속 검토”를 요청하십시오. 이는 귀하가 우리에게 “표준” 마감일 대신에 “신속” 마감일을 적용하여 답변할 것을 요구함을 의미합니다. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2 단계: 우리는 귀하의 예정된 퇴원일에 대해 “신속 검토”를 하여 그것이 의학적으로 적절하였는지를 체크합니다.

- 이 검토 시에 우리는 귀하의 병원 체류에 대한 모든 정보를 살펴봅니다. 우리는 귀하의 계획된 퇴원일이 의학적으로 귀하에게 적절하였는지를 체크합니다. 우리는 귀하가 퇴원해야 할 때에 대한 결정이 공정하고 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.

3 단계: 우리는 귀하가 “신속 검토”를 요청한 후 72 시간 이내에 우리 결정을 제공합니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기를 승낙한다는 것은 귀하가 퇴원일 이후에도 병원에 있을 필요가 있음에 우리가 동의했음을 의미합니다. 우리는 귀하의 보장 대상 입원환자용 병원 서비스를 의학적으로 필요한 기간만큼 계속 제공할 것입니다. 이는 우리가 안내드린 귀하의 보장 종료일 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 당사의 몫을 우리가 귀하에게 상환하기로 동의하였음을 의미하기도 합니다. (귀하는 비용 중 본인 몫을 지불해야 하며, 보장 한도가 적용될 수 있습니다.)
- 우리가 귀하의 이의 제기를 거절하면, 우리는 귀하의 예정된 퇴원일이 의학적으로 적절하였다고 말하는 것입니다. 이 경우 귀하의 보장 대상 입원환자용 병원 서비스 보장은 우리가 안내드렸던 종료일부로 끝납니다.
 - 귀하가 예정된 퇴원일 이후에 병원에 머무는 경우, 귀하는 예정된 퇴원일 후에 받은 병원 케어에 대한 비용 전액을 지불해야 할 수 있습니다.

4 단계: 우리가 귀하의 이의 제기를 거절하는 경우, 귀하의 케이스는 자동으로 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨로 보내질 것입니다.

단계별 절차: 레벨 2 대체 이의 제기 프로세스

법률 용어
“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 이는 때때로 “IRE”라고 불립니다.

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

1 단계: 우리는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 검토 기관에 이관할 것입니다.

- 우리는 귀하의 첫 번째 이의 제기를 거절한 때로부터 24 시간 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 독립 검토 기관에 보낼 것이 요구됩니다. (우리가 이 마감일 또는 기타 마감일을 충족하지 않고 있다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기 방법은 본 장의 섹션 10에 설명되어 있습니다.)

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 “신속 검토”합니다. 검토자들은 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 퇴원 이의 제기에 관련된 모든 정보를 자세히 검토할 것입니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기를 **승낙**하면, 우리는 귀하의 예정된 퇴원일 이래 받은 병원 케어 비용 중 우리 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 또한 당사는 귀하의 입원환자 병원 서비스가 의학적으로 필요한 기간 동안 플랜의 보장을 지속해야 합니다. 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 합니다. 보장 한도가 있는 경우, 이러한 한도가 우리의 상환액 또는 귀하의 서비스를 계속 보장할 기간을 제한할 수 있습니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기를 **거절**하면, 이는 귀하의 예정된 퇴원 날짜가 의학적으로 적절하다는 데에 우리와 동의한다는 뜻입니다.
 - 귀하가 독립 심사 기관에서 받은 통지서에는 행정법 판사 또는 심판관이 처리하게 되는 재검토 절차인 레벨 3 이의 제기를 개시하는 방법이 안내되어 있습니다.

3 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 기각하면 귀하는 이의 제기를 계속 추진할지 여부를 선택합니다.

- 이의 제기 프로세스는 레벨 2 이후로도 추가로 세 레벨이 있습니다(총 다섯 레벨의 이의 제기). 검토자들이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 거절하면, 귀하는 그들의 결정을 승낙할지, 또는 레벨 3 으로 진행할지를 결정합니다.
- 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5 에 대한 설명은 본 장의 섹션 9 를 참조하십시오.

섹션 8 귀하의 보장이 너무 속히 끝난다고 생각되는 경우 특정 의료 서비스 보장을 유지하도록 우리에게 요구하는 방법

섹션 8.1	이 섹션은 다음 세 가지 서비스에 대해서만 설명합니다. 재택 건강 케어, 전문 요양 시설 케어, 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스
---------------	---

귀하가 재택 건강 서비스, 전문 요양 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.

우리가 귀하를 위한 세 가지 유형의 케어 중 어느 것의 보장을 중단할 때라고 결정하면 우리는 미리 귀하에게 통보해야 합니다. 해당 케어의 보장이 끝나면 *우리는 귀하의 케어를 위한 비용 중 우리 몫 지불을 중단할 것입니다.*

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

우리가 귀하의 케어 보장을 너무 속히 끝낸다고 생각하시면 귀하는 우리 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 이 섹션은 이의를 제기하는 방법에 대해 설명합니다.

섹션 8.2 귀하의 보장이 언제 끝날지를 우리는 미리 통보할 것입니다

법률 용어

“Medicare 비보장 통지서.” 이는 귀하가 “신속 이의 제기”를 요청할 수 있는 방법을 알려줍니다. 신속 이의 제기 요청은 귀하의 케어를 언제 중단할지에 대한 우리 보장 결정의 변경을 정식으로 요청하는 법적 방법입니다.

1. 우리 플랜이 귀하의 케어 보장을 중단하기 적어도 이틀 전에 귀하는 통지서를 받을 것입니다. 해당 통지서는 다음을 안내합니다.
 - 귀하를 위한 케어를 우리가 중단할 날짜.
 - 귀하의 케어를 더 오랫동안 계속 보장해줄 것을 우리에게 요청하기 위해 “신속 이의 제기”를 요청하는 방법.
2. 귀하 또는 귀하의 대리인이 귀하의 통지서 수령 사실을 확인하기 위해 통지서에 서명할 것이 요구될 것입니다. 통지서 서명은 오직 귀하가 본인이 보장 종료일에 대한 정보를 고지받았다는 사실만을 나타냅니다. 통지서 서명이 귀하가 플랜의 보장 종료 결정에 동의함을 의미하지는 않습니다.

섹션 8.3 단계별 절차: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랫동안 제공하도록 하기 위해 레벨 1 이의 제기를 하는 방법

귀하의 케어를 더 긴 기간 동안 보장하도록 요구하기 원하는 경우, 귀하는 이의 제기 프로세스를 사용해 이 요청을 해야 합니다. 시작하기 전에 무엇을 해야 하는지와 마감일은 무엇인지를 이해하십시오.

- 프로세스를 따르십시오.
- 마감일을 충족하십시오.
- 필요한 경우 도움을 요청하십시오. 언제든지 문의사항이 있거나 도움이 필요한 경우 고객센터에 전화하시기 바랍니다. 또는 맞춤 지원을 제공하는 정부 기관인 주 건강 보험 지원 프로그램에 전화하십시오.

레벨 1 이의 제기 단계에서는 품질 개선 기관이 귀하의 이의 제기를 검토합니다. 이들은 귀하의 케어 종료일이 의학적으로 적절한지 여부를 결정합니다.

품질 개선 기관은 Medicare 가입자를 위해 제공되는 케어를 체크하고 개선을 돕기 위해 연방 전부가 그 비용을 지급하는 의사와 기타 보건 전문가 그룹입니다. 여기에는 특정

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

종류의 의료 서비스를 중단해야 하는 시점이 언제인지에 대한 플랜 결정의 재검토도 포함됩니다. 이 전문가들은 우리 플랜에 속하지 않습니다.

1 단계: 레벨 1 이의 제기를 하기: 품질 개선 기관에 연락하여 신속 이의 제기를 요청합니다. 이 요청은 신속하게 이루어져야 합니다.

이 기관에 어떻게 연락할 수 있는가?

- 귀하가 받는 통지서(*Medicare 비보장 통지서*)에 이 기관에 연락할 방법이 나와 있습니다. 또는 제 2 장에서 귀하 주의 품질 개선 기관의 명칭, 주소, 전화번호를 찾으십시오.

가급적 서두르십시오:

- 귀하는 품질 개선 기관에 연락하여 Medicare 비보장 통지서상의 **발효일 전날 정오까지** 이의 제기 절차를 개시하셔야 합니다.

이 기관 접촉을 위한 귀하의 마감일:

- 귀하가 품질 개선 기관 접촉 마감일을 놓치고도 여전히 이의 제기를 원하는 경우, 귀하는 그 대신에 직접 우리에게 이의를 제기할 수 있습니다. 이의를 제기하는 이 다른 방법에 대한 설명은 섹션 8.5 를 참조하십시오.

2 단계: 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 일어나는가?

- 품질 개선 기관의 보건 전문가들(이하 “검토자들”)이 귀하를 어째서 서비스 보장이 지속되어야 한다고 믿는지를 귀하(또는 귀하의 대리인)에게 질문할 것입니다. 귀하는 어떠한 서면도 준비하실 필요가 없지만, 원한다면 그렇게 할 수 있습니다.
- 검토 기관은 또한 귀하의 의료 정보를 검토하고, 담당 의사와 상의하며, 우리 플랜이 제공한 정보를 검토할 것입니다.
- 우리가 귀하의 서비스 보장을 종료하기로 한 이유를 구체적으로 설명하는 **자세한 비보장 사유 안내문**이 검토자들이 우리에게 귀하의 이의 제기를 통보한 당일 이내에 귀하에게 발송됩니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

3 단계: 검토자들은 필요한 모든 정보를 받아본 후 만 하루 내에 그들의 결정을 귀하에게 알릴 것입니다.

검토자들이 요청을 승낙하면 어떻게 되는가?

- 검토자들이 귀하의 이의 제기를 승낙하면, 우리는 귀하의 보장 대상 서비스를 의학적으로 필요한 기간만큼 계속 제공해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 귀하 몫(예: 해당되는 경우 본인 부담액 또는 분담금) 지불을 계속해야 할 것입니다. 귀하의 보장 대상 서비스에는 한도가 적용될 수 있습니다.

검토자들이 요청을 거절하면 어떻게 되는가?

- 검토자들이 귀하의 이의 제기를 거절하면 귀하의 보장은 우리가 안내드린 날짜에 종료될 것입니다.
- 귀하가 보장이 끝나는 이 날짜 후에도 재택 건강 케어 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받기로 결정하는 경우에는 귀하가 이 케어의 비용 전액을 지불해야 할 것입니다.

4 단계: 귀하의 레벨 1 이의 제기가 거부된 경우, 귀하는 재차 이의를 제기하기 원하는지 여부를 결정합니다.

- 검토자들이 귀하의 레벨 1 이의 제기를 거절했음에도 불구하고 귀하의 케어 보장 종료 후에도 케어 받기를 지속하기로 선택하셨다면, 귀하는 레벨 2 이의 제기를 진행하실 수 있습니다.

섹션 8.4

단계별 절차: 우리 플랜이 귀하의 보장을 더 오랫동안 제공하도록 하기 위해 레벨 2 이의 제기를 하는 방법

귀하는 레벨 2 이의 제기 과정에서 품질 개선 기관이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정을 재고하도록 요청하게 됩니다. 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 2 이의 제기를 기각하면, 귀하는 우리가 안내드린 귀하의 보장 종료일 이후에 받은 귀하의 재택 건강 케어 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 위한 비용 전액을 지불하셔야 할 수 있습니다.

1 단계: 품질 개선 기관에 다시 연락하여 또 한 번의 검토를 요청합니다.

- 이 재검토 요청은 품질 개선 기관이 귀하의 레벨 1 이의 제기를 거부한 날로부터 **60 일 이내에** 이루어져야 합니다. 귀하는 이 검토 요청을 귀하가 케어 보장이 끝난 날 후에도 계속 케어를 받은 경우에만 할 수 있습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

2 단계: 품질 개선 기관이 귀하의 상황을 재검토합니다.

- 품질 개선 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 다시 자세히 살펴볼 것입니다.

3 단계: 귀하의 이의 제기 요청이 접수되고 14 일 이내에 검토자들은 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 내리고 이를 귀하에게 통보할 것입니다.

검토 기관이 요청을 승낙하면 어떻게 되는가?

- 우리는 귀하에게 안내드렸던 보장 종료일 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 우리 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 우리는 귀하의 케어가 의학적으로 필요한 기간만큼 보장 제공을 지속해야 합니다.
- 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 하며, 여기에는 보장 한도가 적용될 수 있습니다.

검토 기관이 요청을 거절하면 어떻게 되는가?

- 이것은 귀하의 레벨 1 이의 제기에 내려진 결정에 그들이 동의함을 의미합니다.
- 귀하가 받는 통지서에는 귀하가 검토 프로세스를 지속하기 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨의 이의 제기로 진행하는 방법도 설명되어 있습니다. 그 다음 레벨은 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다.

4 단계: 귀하의 요청이 거부된 경우, 귀하는 이의 제기를 계속할지 여부를 결정해야 할 것입니다.

- 레벨 2 이후에는 추가로 세 레벨이 있어서 총 다섯 레벨의 이의 제기가 있습니다. 귀하가 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의 제기 결정 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 취급합니다. 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

섹션 8.5

레벨 1 이의 제기 마감일을 놓치면 어떻게 되는가?

그 대신에 우리에게 이의 제기를 할 수 있습니다

상기 설명처럼 귀하는 서둘러 품질 개선 기관에 연락하여 귀하의 퇴원에 대한 첫 번째 이의 제기 절차를 개시해야 합니다(늦어도 하루 이틀 내에). 귀하가 이 기관 연락을 위한 마감일을 놓쳐도 이의를 제기할 다른 방법이 있습니다. 귀하가 이의를 제기할 이 다른 방법을 이용하는 경우, *이의 제기의 첫 두 레벨은 상이합니다.*

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

단계별 절차: 레벨 1 대체의 제기를 하는 방법

법률 용어
“신속 검토”(또는 “신속 이의 제기”)는 “속성 이의 제기”라고도 합니다.

1 단계: 우리에게 연락하여 “신속 검토”를 요청합니다.

- “신속 검토”를 요청하십시오. 이는 귀하가 우리에게 “표준” 마감일 대신에 “신속” 마감일을 적용하여 답변할 것을 요구함을 의미합니다. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

2 단계: 우리는 귀하의 서비스 보장을 언제 끝낼지에 대한 결정을 “신속 검토”합니다.

- 이 검토 시에 우리는 귀하의 케이스에 대한 모든 정보를 다시 살펴봅니다. 우리는 귀하가 받고 있던 서비스를 위한 플랜의 보장을 종료하기 위한 날짜를 정할 때 우리가 모든 규칙을 준수했는지를 확인합니다.

3 단계: 우리는 귀하가 “신속 검토”를 요청한 후 72 시간 이내에 우리 결정을 제공합니다.

- 우리가 귀하의 이의 제기를 승낙한다는 것은 귀하가 서비스를 더 오랫동안 필요로 함에 우리가 동의하였고 귀하의 보장 대상 서비스 제공이 의학적으로 필요한 기간만큼 계속될 것임을 의미합니다. 이는 우리가 안내드린 귀하의 보장 종료일 이래 귀하가 받은 케어의 비용 중 당사의 몫을 우리가 귀하에게 상환하기로 동의하였음을 의미하기도 합니다. (귀하는 비용 중 본인 몫을 지불해야 하며, 보장 한도가 적용될 수 있습니다.)
- 우리가 귀하의 이의 제기를 거절하면, 귀하의 보장은 우리가 안내드린 날짜에 종료되며 우리는 이 날짜 이후의 비용 중 어느 몫도 지불하지 않을 것입니다.
- 귀하가 보장이 끝나는 이 날짜 후에도 재택 건강 케어 또는 전문 요양 시설 케어 또는 종합적 외래환자 재활 시설(CORF) 서비스를 계속 받은 경우에는 귀하가 이 케어의 비용 전액을 지불해야 할 것입니다.

4 단계: 우리가 귀하의 신속 이의 제기를 거절하는 경우, 귀하의 케이스는 자동으로 이의 제기 프로세스의 그 다음 레벨로 진행됩니다.

법률 용어
“독립 검토 기관”의 정식 명칭은 “독립 검토 주체”입니다. 이는 때때로 “IRE”라고 불립니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

단계별 절차: 레벨 2 ~~대체~~이의 제기 프로세스

레벨 2 이의 제기 과정에서는 우리가 귀하의 “신속 이의 제기”에 내린 결정을 독립 검토 기관이 검토합니다. 이 기관은 해당 결정이 변경되어야 하는지의 여부를 결정합니다. 독립 검토 기관은 Medicare에 의해 고용된 독립 운영 기관입니다. 이 기관은 우리 플랜과 연결되어 있지 않으며 정부 기관도 아닙니다. 이 기관은 독립 검토 기관으로서의 직무를 취급하도록 Medicare가 선정한 회사입니다. Medicare는 이 기관의 직무를 감독합니다.

1 단계: 우리는 귀하의 케이스를 자동으로 독립 검토 기관에 이관합니다.

- 우리는 귀하의 첫 번째 이의 제기를 거절한 때로부터 24 시간 이내에 귀하의 레벨 2 이의 제기를 위한 정보를 독립 검토 기관에 보낼 것이 요구됩니다. (우리가 이 마감일 또는 기타 마감일을 충족하지 않고 있다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기 방법은 본 장의 섹션 10에 설명되어 있습니다.)

2 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 “신속 검토”합니다. 검토자들은 72 시간 이내에 답변을 제공합니다.

- 독립 검토 기관의 검토자들은 귀하의 이의 제기에 관련된 모든 정보를 철저히 검토할 것입니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기를 **승낙**하면, 우리는 귀하에게 안내드렸던 보장 종료일 이래 받으신 케어 비용 중 우리 몫을 귀하에게 상환해야 합니다. 우리는 또한 귀하의 케어가 의학적으로 필요한 기간만큼 보장을 지속해야 합니다. 귀하는 비용 중 본인 몫을 계속 지불해야 합니다. 보장 한도가 있는 경우, 이러한 한도가 우리의 상환액 또는 서비스를 계속 보장할 기간을 제한할 수 있습니다.
- 이 기관이 귀하의 이의 제기를 **거절**하면, 그것은 우리 플랜이 귀하의 첫 번째 이의 제기에 내린 결정에 그들이 동의하며 이를 변경하지 않을 것임을 의미합니다.
- 귀하가 독립 검토 기관으로부터 받는 통지서에는 귀하가 레벨 3 이의 제기로 진행하기를 원하는 경우 무엇을 할 수 있는지가 설명되어 있습니다.

3 단계: 독립 검토 기관이 귀하의 이의 제기를 거절하면, 귀하는 이의 제기를 계속 추진할지 여부를 선택합니다.

- 레벨 2 이후에는 추가로 세 레벨이 있어서 총 다섯 레벨의 이의 제기가 있습니다. 귀하가 레벨 3 이의 제기를 진행하려는 경우 이를 하는 방법에 대한 설명은 레벨 2 이의 제기 결정 후 받는 통지서에 있습니다.
- 레벨 3 이의 제기는 행정법 판사 또는 심판관이 검토합니다. 이의 제기 프로세스의 레벨 3, 4, 5에 대한 설명은 본 장의 섹션 9를 참조하십시오.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 9 이의 제기를 레벨 3 이상으로 가져가기

섹션 9.1 의료 서비스 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5

이 섹션에는 귀하가 레벨 1 이의 제기와 레벨 2 이의 제기를 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 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 특정 최소 수준 미만인 경우에는 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 귀하가 레벨 2 이의 제기와 관련하여 받는 답변서에는 레벨 3 이의 제기를 요청하는 방법이 안내되어 있을 것입니다.

이의 제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의 제기는 큰 차이가 없는 방식으로 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의 제기 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토한 다음 답변을 제공할 것입니다.

- 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 승낙하면, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다. 레벨 2 이의 제기에서의 결정과는 달리, 우리는 귀하에게 유리한 레벨 3 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 우리 측에서 이의 제기하기로 결정하면 레벨 4 이의 제기로 진행됩니다.
 - 우리가 이의를 제기하지 않기로 결정하면, 우리는 행정법 판사 또는 심판관의 판단을 받은 후 60 일 이내에 귀하에게 해당 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
 - 우리가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면, 우리는 귀하에게 레벨 4 이의 제기 요청서 사본 및 제반 문서를 보내드릴 것입니다. 우리는 분쟁 대상 서비스를 승인 또는 제공하기 전에 레벨 4 이의 제기 결정을 기다릴 수 있습니다.
- 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 거절하면, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 기각하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 레벨 4 이의 제기 방법이 안내되어 있을 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 협의회(협의회)가 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- 그 답변이 수락인 경우, 또는 유리한 레벨 3 이의 제기 결정을 검토해 달라는 우리의 요청을 협의회가 거부하는 경우, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다. 레벨 2 에서의 결정과는 달리, 우리는 귀하에게 유리한 레벨 4 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 우리는 이 결정을 레벨 5 이의 제기로 진행할지 여부를 결정할 것입니다.
 - 우리가 그 결정에 이의를 제기하지 않기로 결정하면 우리는 협의회에 판단을 받은 후 60 일 이내에 귀하에게 해당 서비스를 승인하고 제공해야 합니다.
 - 우리가 그 결정에 이의를 제기하기로 결정하면 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다.
- 그 답변이 거부인 경우 또는 협의회가 검토 요청을 거부하는 경우, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 기각하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행하실 수 있습니다. 협의회가 귀하의 이의 제기를 거절하는 경우, 귀하가 받는 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부와 레벨 5 이의 제기로 진행하는 방법이 설명되어 있을 것입니다.

레벨 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토할 것입니다.

- 판사는 모든 정보를 검토한 다음 귀하의 요청에 대한 승낙 또는 거절을 결정할 것입니다. 이는 최종 결정이 됩니다. 연방 지방 법원 이후로는 더 이상의 이의 제기 단계가 없습니다.

섹션 9.2 파트 D 약 요청을 위한 이의 제기 레벨 3, 4, 5

이 섹션에는 귀하가 레벨 1 이의 제기와 레벨 2 이의 제기를 하였는데 둘 모두 기각된 경우를 위한 설명이 나와 있습니다.

귀하가 이의를 제기한 약의 가액이 특정 달러 가액을 충족하는 경우, 귀하는 추가적 레벨의 이의 제기로 진행할 수 있습니다. 달러 가액이 적은 경우, 귀하는 더 이상 이의 제기를 할 수 없습니다. 귀하가 레벨 2 이의 제기에 대해 받는 답변서는 레벨 3 이의 제기를 요청하려면 어디에 연락하고 무엇을 해야 하는지를 설명할 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

이의 제기에 관련된 대부분의 상황의 경우, 마지막 세 레벨의 이의 제기는 큰 차이가 없는 방식으로 진행됩니다. 이러한 각 레벨에서 귀하의 이의 제기를 누가 검토하는지가 다음에 설명됩니다.

레벨 3 이의 제기 연방 정부 소속 행정법 판사 또는 심판관이 귀하의 이의 제기를 검토한 다음 답변을 제공할 것입니다.

- 그 답변이 승낙이면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다. 우리는 행정법 판사 또는 심판관이 승낙한 약 보장을 72 시간(속성 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나, 우리가 결정을 전달받은 후 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다.
- 그 답변이 거절인 경우, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 기각하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행할 수 있습니다. 귀하가 받는 통지서에는 레벨 4 이의 제기 방법이 안내되어 있을 것입니다.

레벨 4 이의 제기 Medicare 이의 제기 협의회(협의회)가 귀하의 이의 제기를 검토하여 답변을 제공할 것입니다. 이 협의회는 연방 정부 소속입니다.

- 그 답변이 승낙이면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다. 우리는 협의회가 승낙한 약 보장을 72 시간(속성 이의 제기의 경우 24 시간) 이내에 승인 또는 제공하거나, 우리가 결정을 전달받은 후 30 일 이내에 비용을 지불해야 합니다.
- 그 답변이 거절인 경우, 이로써 이의 제기 프로세스는 종료될 수도 있고, 아닐 수도 있습니다.
 - 귀하가 본인의 이의 제기를 기각하는 이 결정을 수락하기로 결정하면 이의 제기 프로세스는 종료됩니다.
 - 귀하가 이 결정을 수락하기를 원하지 않는 경우, 귀하는 검토 프로세스의 그 다음 레벨로 진행하실 수 있습니다. 협의회가 귀하의 이의 제기를 거절하거나 귀하의 이의 제기를 기각하는 경우, 해당 통지서에 규칙상 귀하가 레벨 5 이의 제기로 진행할 수 있는지 여부가 설명되어 있을 것입니다. 또한 귀하가 이의 제기를 진행하기로 선택한 경우 어디에 연락하고 다음에는 무엇을 해야 하는지도 안내할 것입니다.

레벨 5 이의 제기 연방 지방 법원 판사가 귀하의 이의 제기를 검토할 것입니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 판사는 모든 정보를 검토한 다음 귀하의 요청에 대한 승낙 또는 거절을 결정할 것입니다. 이는 최종 결정이 됩니다. 연방 지방 법원 이후로는 더 이상의 이의 제기 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 취급하는가?

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? - 우리 고객서비스팀의 서비스에 불만이십니까? - 당 플랜에서 탈퇴하라는 권유를 받고 있다고 느끼십니까?
대기 시간	- 약속을 받는 데 어려움이 있거나 대기 시간이 너무 길습니까? - 의사, 약사 또는 기타 보건 전문가가 귀하를 너무 오랫동안 기다리게 한 적이 있습니까? 또는 우리 고객서비스팀 또는 당 플랜의 다른 스태프가 그렇게 했습니까? - 그 예로는 전화상에서, 대기실 또는 검사실에서, 또는 처방을 받을 때의 너무 긴 대기시간 등이 있습니다.
청결	클리닉, 병원 또는 진료실의 청결 또는 상태에 불만이 있습니까?

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

불만	예
우리에게서 받는 정보	• 우리가 귀하에게 필수 통지를 하지 않았습니까? • 우리의 서면 정보가 이해하기 어렵습니까?
적시성 (이러한 유형의 불만은 모두 보장 결정 및 이의 제기에 관련된 우리 조치의 적시성에 관련된 것임)	귀하가 보장 결정 또는 이의 제기를 우리에게 요청하였는데 우리가 충분히 신속하게 대응하지 않는다고 생각되는 경우에는 우리의 처리 지연에 대한 불만을 제기하실 수 있습니다. 다음은 그 예입니다. • 귀하가 “신속 보장 결정” 또는 “신속 이의 제기”를 요청했는데 우리가 이를 거절한 경우, 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. • 우리가 보장 결정 또는 이의 제기의 마감일을 충족하지 않는다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. • 우리가 승낙 결정된 특정 의료 서비스 또는 약에 대한 보장 또는 상환 마감일을 지키지 않고 있다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다. • 우리가 귀하의 케이스를 독립 검토 기관에 전달하는데 필요한 마감일을 지키지 못했다고 생각되면 귀하는 불만을 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.2

불만을 제기하는 방법

법률 용어

- “불만”은 다른 말로 “고충”이라고도 합니다.
- “불만 제기”는 다른 말로 “고충 제출”이라고도 합니다.
- “불만 제기 프로세스 사용”은 다른 말로 “고충 제출 프로세스 사용”이라고도 합니다.
- “신속 불만 제기”는 다른 말로 “속성 고충 제출”이라고도 합니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

섹션 10.3 단계별 절차: 불만 제기하기

1 단계: 즉시 우리에게 연락합니다 – 전화 또는 서면으로.

- 일반적으로 고객센터시스템에 연락하는 것이 첫 번째 단계입니다. 귀하가 수행해야 할 다른 조치가 있다면 고객센터시스템이 알려드릴 것입니다.
- 전화하기를 원치 않는 경우(또는 전화했지만 만족하지 않는 경우), 귀하는 불만 사항을 작성하여 우리에게 보낼 수 있습니다. 귀하가 불만 사항을 작성하여 우리에게 보낸 경우에는 우리도 서면으로 답변할 것입니다.
- 진행 프로세스:
 - 귀하 또는 본인이 지명한 사람이 고충을 제출할 수 있습니다. 귀하가 지명한 사람이 본인의 대리인입니다. 귀하는 친척, 친구, 변호사, 옹호자, 의사 또는 누구든 귀하를 위해 행동하도록 지명할 수 있습니다.
 - 귀하가 법원에 의해 또는 주 법률에 의거 이미 승인되지 않은 사람이 귀하를 위해 행동하기를 원하는 경우 귀하와 그 사람은 그 사람에게 귀하의 대리인이 되는 법적 권한을 주는 진술서에 서명하고 일자를 기재해야 합니다. 귀하의 대리인을 지명하는 방법을 알려면 고객센터시스템에 연락하십시오. 전화번호는 이 브로셔의 뒷표지에 인쇄되어 있습니다.
 - 우리는 귀하의 건강 상태에 근거해 귀하의 케이스가 요구하는 대로 신속하게 고충을 처리해야 하지만 불만 사항을 접수한 후 30 일 이내에 처리해야 합니다. 우리는 귀하가 연장을 요구하는 경우 또는 우리가 추가 정보 필요성을 밝히고 그 지연이 귀하의 최선의 이익인 경우 최대 14 일까지 이 기간을 연장할 수 있습니다.
 - 보장 결정 또는 이의 제기에 신속 대응하지 않기로 한 플랜 결정과 관련하여, 또는 우리가 보장 결정 또는 이의 제기에 대해 연장 조치를 취하는 경우 속성 고충을 제기할 수 있습니다. 우리는 속성 고충에 24 시간 이내에 답변해야 합니다.
- 불만 제기 마감일은 귀하가 불만을 제기하려는 문제가 발생했던 날로부터 60 일 이후입니다.

2 단계: 우리는 귀하의 불만 사항을 검토하여 우리의 답변을 드립니다.

- 가능하다면 답변을 즉각 드릴 것입니다. 귀하가 전화로 고충을 제기하면 우리도 같은 전화 통화로 답변을 드릴 수 있습니다.
- 대부분의 불만 사항은 30 일 이내에 답변됩니다. 우리가 추가 정보를 필요로 하고 지연이 귀하에게 최선인 경우, 또는 귀하가 추가 시간을 요청하는 경우, 귀하의 불만 사항에 대한 답변을 드리는 데 최대 14 일(총 44 일)이 더 소요될 수 있습니다. 추가 시간이 더 필요하다고 판단할 경우 귀하에게 서면으로 알려드리겠습니다.

Chapter 9 What to do if you have a problem or complaint (coverage decisions, appeals, complaints)

- 우리가 귀하의 “신속 보장 결정” 또는 “신속 이의 제기” 요청을 거절했기 때문에 불만을 제기하시는 경우, 우리는 자동으로 귀하에게 “신속 불만 제기” 처리를 적용해 드립니다. 귀하에게 “신속 불만 제기” 처리가 적용된다는 것은 우리가 귀하에게 답변을 24 시간 이내에 드린다는 뜻입니다.
- 귀하의 불만 사항 중 일부 또는 전부에 우리가 동의하지 않거나 귀하가 불만을 제기하는 문제에 대해 우리가 책임을 지지 않는 경우, 그 사유가 귀하에게 보내는 답변서에 설명될 것입니다.

섹션 10.4 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 옵션도 갖습니다.

- 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. 제 2 장에 연락처 정보가 나와 있습니다.

또는

- 귀하는 그 불만을 품질 개선 기관뿐만 아니라 우리에게도 동시에 제기하실 수 있습니다.

섹션 10.5 또한 귀하의 불만 사항에 대해 Medicare 에 연락하실 수도 있습니다

귀하는 Clever Care Health Plan 에 대한 불만 사항을 직접 Medicare 에 제출할 수 있습니다. Medicare 에 불만 사항을 제출하려면

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx 를 방문하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔도 됩니다. TTY/TDD 사용자는 1-877-486-2048 로 전화할 수 있습니다.

제 10 장

플랜 멤버십을 끝내기

섹션 1 우리 플랜 멤버십을 종료하는 방법 소개

Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP) 멤버십을 끝내는 것은 **자발적**(귀하의 선택) 또는 **비자발적**(본인의 선택 아님)일 수 있습니다.

- 귀하는 본인이 탈퇴하기를 **원한다고 결정했기 때문에** 우리 플랜을 탈퇴할 수 있습니다. 섹션 2 및 3 은 귀하에 의한 자발적인 멤버십 종료에 대한 정보를 제공합니다.
- 또한 우리가 귀하의 멤버십을 종료시킬 것이 요구되는 상황도 드물게 있습니다. 섹션 5 는 우리가 귀하의 멤버십을 종료시켜야 하는 상황에 대해 설명합니다.

귀하가 우리 플랜을 탈퇴하는 경우, 우리 플랜은 귀하의 의료 및 처방약을 계속 제공해야 하며, 귀하는 본인의 멤버십이 종료될 때까지 비용 부담액을 계속 지불하시게 됩니다.

섹션 2 언제 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?

섹션 2.1 귀하는 연례 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다

귀하는 **연례 등록 기간**(“연례 오픈 등록 기간”이라고도 함)에 우리 플랜에 대한 멤버십을 끝낼 수 있습니다. 이 기간을 활용하여 귀하의 건강 및 약 보장을 검토하고 내년도의 보장에 대해 결정하십시오.

- 연례 등록 기간은 **10 월 15 일 ~ 12 월 7 일**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 보장 여부에 관계없이, 또 다른 Medicare 건강 플랜.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함된** Original Medicare.
 - 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **없는** Original Medicare.
 - 이 옵션을 선택하시면, Medicare 는 귀하가 자동 등록을 해제하지 않는 한 귀하를 약 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴했고 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63 일이 지나가게 되면, 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다.

- 우리 플랜에 대한 귀하의 멤버십은 새 플랜의 보장이 1 월 1 일에 시작될 때 끝납니다.

섹션 2.2 귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다

귀하는 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 귀하의 건강 보장을 한 번 변경할 기회가 있습니다.

- 연례 Medicare Advantage 오픈 등록 기간은 1 월 1 일 ~ 3 월 31 일입니다.
- 연례 Medicare Advantage 오픈 등록 기간에 귀하는 다음을 수행하실 수 있습니다.
 - 처방약 보장 여부에 관계없이, 또 다른 Medicare 어드밴티지 플랜으로 전환.
 - 우리 플랜을 탈퇴하고 Original Medicare 를 통해 보장을 획득. 이 기간에 Original Medicare 로 전환하기로 선택하면, 해당 시점에 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하실 수 있습니다.
- 귀하의 멤버십은 귀하가 다른 Medicare Advantage 플랜에 등록하거나 우리가 귀하의 Original Medicare 전환 요청을 접수한 다음 달의 월초에 끝납니다. 또한 귀하가 Medicare 처방약 플랜에 등록하기로 선택하는 경우, 이 약 플랜 멤버십은 해당 약 플랜이 귀하의 등록 요청을 접수한 다음 달의 월초부터 시작됩니다.

섹션 2.3 특정 상황에서 귀하는 특별 등록 기간에 멤버십을 끝낼 수 있습니다

특정 상황에서 우리 플랜 회원은 연도 중 언제든지 멤버십을 끝낼 자격이 있을 수 있습니다. 이를 특별 등록 기간이라고 합니다.

귀하가 다음 상황 중 하나에 해당된다면, 귀하에게는 특별 등록 기간에 멤버십을 끝낼 자격이 있을 수 있습니다. 이는 단지 예일 뿐이며, 전체 목록은 당 플랜에 연락하거나 Medicare 에 전화하거나, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하여 입수할 수 있습니다.

- 일반적으로 귀하가 이사한 때.
- 귀하가 Med-Cal 을 갖고 있는 경우
- Medicare 처방약 지불에서 “추가 도움”을 받을 자격이 있는 경우.
- 우리가 귀하와의 계약을 위반한 경우.
- 귀하가 요양원 또는 장기 케어(LTC) 병원 같은 기관에서 케어를 받고 있는 경우.

참고: 귀하에게 약 관리 프로그램이 적용된 경우, 귀하는 플랜을 변경하실 수 없습니다. 약 관리 프로그램은 제 5 장, 섹션 10 에 자세히 설명되어 있습니다.

특별 등록 기간은 귀하의 상황에 따라 달라집니다.

본인이 특별 등록 기간의 자격이 있는지 확인하려면 Medicare 의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)에 하루 24 시간, 주 7 일 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로

전화하십시오. 특별 상황 때문에 멤버십을 끝낼 자격이 있는 경우, 귀하는 Medicare 건강 보장과 처방약 보장을 모두 변경하기로 선택할 수 있습니다. 다음 옵션이 가능합니다.

- 처방약 보장 여부에 관계없이, 또 다른 Medicare 건강 플랜.
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함된** Original Medicare.
- – 또는 – 별도의 Medicare 처방약 플랜이 **포함되지 않은** Original Medicare.

참고: 귀하가 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴했고 신뢰할 만한 처방약 보장 없이 연속 63 일이 지나가게 되면, 귀하는 나중에 Medicare 약 플랜에 가입하는 경우 파트 D 지연 등록 벌칙금을 납부해야 할 수 있습니다.

멤버십은 귀하의 플랜 변경 요청이 접수된 후의 달의 **첫째 날에 일반적으로 끝납니다.**

처방약 지불을 위해 Medicare로부터 “추가 도움”을 받는 경우: 귀하가 Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 등록하지 않으면, 귀하가 자동 등록을 해제하지 않는 한 Medicare는 귀하를 약 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

섹션 2.4	언제 멤버십을 끝낼 수 있는지에 대한 자세한 정보를 어디에서 얻을 수 있는가?
---------------	--

멤버십 종료에 대해 궁금한 점이 있는 경우 귀하는 다음을 이용하실 수 있습니다.

- 고객센터시스템에 전화합니다.
- 이 정보를 *Medicare & You 2023* 핸드북에서 찾아볼 수 있습니다.
- Medicare의 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7일 전화할 수 있습니다(TTY 1-877-486-2048).

섹션 3	어떻게 우리 플랜 멤버십을 끝낼 수 있는가?
-------------	---------------------------------

아래 표는 귀하가 우리 플랜에서 멤버십을 어떻게 끝내야 하는지를 설명합니다.

우리 플랜으로부터 전환하기 원하는 경우:	다음과 같이 해야 합니다.
• 다른 Medicare 건강 플랜.	• 새로운 Medicare 건강 플랜에 등록합니다. • 새로운 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 우리 플랜에서 가입이 해제될 것입니다.

우리 플랜으로부터
 전환하기 원하는 경우:

다음과 같이 해야 합니다.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜이 포함된 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • 새로운 Medicare 처방약 플랜에 등록합니다. 새로운 플랜의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 우리 플랜에서 가입이 해제될 것입니다. |
| <ul style="list-style-type: none"> • 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare. | <ul style="list-style-type: none"> • 우리에게 탈퇴 요청서를 보내주십시오. 그렇게 하는 방법에 대한 자세한 정보가 필요한 경우에는 고객센터에 연락하십시오(전화번호는 이 브로셔의 뒷표지에 인쇄되어 있음). • 또한 Medicare의 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7 일 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하셔야 합니다. • Original Medicare의 보장이 시작될 때 귀하는 자동으로 우리 플랜에서 탈퇴될 것입니다. |

섹션 4 멤버십이 끝날 때까지 귀하는 의료 서비스 및 약을 계속해서 우리 플랜을 통해 받으셔야 합니다

귀하는 회원 자격이 종료되고 새로운 Medicare 보장이 시작될 때까지는 의료 서비스 및 처방약을 계속해서 우리 플랜을 통해 보장받으셔야 합니다.

- 계속해서 우리 네트워크 내 서비스 제공자를 이용하여 의료 서비스를 받으십시오.
- 계속해서 우리 네트워크 내 약국이나 우편 주문을 이용하여 귀하의 처방전을 조제하십시오.
- 귀하의 멤버십이 끝나는 날에 귀하가 입원하는 경우, 귀하의 병원 체류는 귀하가 퇴원할 때까지 우리 플랜이 보장할 것입니다(귀하의 퇴원일이 새로운 건강 보장이 시작된 이후인 경우에도).

섹션 5 Clever Care Jasmine Medicare Advantage (HMO C-SNP)는 특정 상황인 경우에는 귀하의 플랜 멤버십을 종료시켜야 합니다

섹션 5.1 우리는 언제 귀하의 플랜 멤버십을 종료시켜야 하는가?

우리는 다음 상황 중 하나가 발생하는 경우 귀하의 플랜 멤버십을 종료시켜야 합니다.

- 귀하가 더 이상 Medicare 파트 A 와 파트 B 를 갖고 있지 않는 경우.
- 귀하가 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우.
- 귀하가 6 개월 이상 동안 서비스 지역을 벗어난 경우.
 - 귀하가 이사 또는 장기 출타하는 경우, 귀하는 고객센터팀에 전화하여 귀하가 이사 또는 출타하는 장소가 우리 플랜의 지역 안에 있는지 확인해야 합니다.
- 귀하가 플랜의 특별 자격 요건을 충족하지 않는 경우.
 - Clever Care Jasmine 은 적절한 특정 의학적 조건이 있고 다른 특정 요건들을 충족하는 사람들을 위한 특수 요구 플랜입니다. 등록 첫 달의 말일 이전에 Clever Care 는 귀하가 우리 플랜에 등록하는 데 필요한 자격 조건(심혈관 장애 및/또는 당뇨병)을 갖추고 있는지를 면허 보유 개업의를 통해 확인할 것입니다. 그 당시 또는 그 이후의 어떤 시점에 귀하가 자격 조건이 없다고 판단되는 경우가 발생하면 우리는 만성질환자 특수 요구 플랜에서 귀하를 탈퇴시켜야 합니다. 탈퇴는 당 플랜에서 귀하에게 탈퇴 통지를 제공한 달 이후의 첫 번째 달을 기준으로 발효됩니다. 귀하에게는 귀하가 자격을 상실한 달부터 시작되는 특별 등록 기간에 더해 다른 Medicare Advantage Plan 에 등록하기 위한 2 개월의 추가 기간이 부여됩니다.
- 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 우리 플랜에 등록할 때 의도적으로 부정확한 정보를 제공하여 그 정보가 우리 플랜과 관련한 귀하의 자격에 영향을 미치는 경우. (우리는 먼저 Medicare 로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
- 귀하가 지속적으로 비협조적으로 행동하여 우리가 귀하와 우리 플랜의 다른 회원들을 위해 의료를 제공하는 것이 곤란한 경우. (우리는 먼저 Medicare 로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)

- 귀하가 타인으로 하여금 본인의 멤버십 카드를 사용해 의료를 받게 한 경우.
(우리는 먼저 Medicare로부터 허락을 받지 않는 한, 이런 이유로 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시킬 수 없습니다.)
 - 우리가 이런 이유 때문에 귀하의 멤버십을 종료시키는 경우, Medicare는 귀하의 케이스를 감사총장에게 조사하도록 할 수 있습니다.
- 귀하의 소득 때문에 추가 파트 D 금액 납부가 요구되는 데 납부하지 않으면 Medicare는 귀하를 우리 플랜에서 탈퇴시키고 귀하는 처방약 보장을 상실할 것입니다.

추가 정보를 어디서 얻을 수 있는가?

질문이 있거나 우리가 언제 귀하의 멤버십을 종료시킬 수 있는지에 대한 자세한 정보를 원하시면 고객센터시스템에 전화하십시오.

섹션 5.2	우리는 귀하에게 Clever Care Jasmine (HMO C-SNP) 등록 요건인 질병이 더 이상 없는 경우를 제외하고는 건강 관련 이유로 귀하에게 우리 플랜의 탈퇴를 요구할 수 <u>없습니다</u> .
---------------	---

대부분의 경우에서 우리는 건강과 관련한 이유로 귀하에게 우리 플랜의 탈퇴를 요구할 수 없습니다. 우리가 이를 요구할 수 있는 유일한 경우는 귀하가 우리 플랜의 등록에 필요한 의학적 상태를 더 이상 가지지 않았을 때입니다.

이런 일이 발생하는 경우 어떻게 해야 하는가?

귀하가 건강 관련 이유 때문에 우리 플랜을 탈퇴하도록 요구받고 있다고 생각되면, Medicare의 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 하루 24 시간, 주 7일 전화하십시오. (TTY 1-877-486-2048).

섹션 5.3	귀하는 우리가 귀하의 플랜 멤버십을 종료시키는 경우 불만을 제기할 권리가 있습니다
---------------	---

우리가 귀하의 플랜 멤버십을 종료시키는 경우, 우리는 귀하의 멤버십 종료 사유를 서면으로 통보해야 합니다. 우리는 또한 멤버십을 종료시키기로 한 우리 결정에 대해 귀하가 고충 또는 불만을 제기할 수 있는 방법도 설명해야 합니다.

제 11 장: 법적 고지

섹션 1 준거법에 대한 고지

본 *보장 범위 증명서*에 적용되는 기본 법률은 사회보장법 제 18 편 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

우리는 인종, 민족, 출신국, 피부색, 종교, 성별, 연령, 성적 지향, 정신 또는 신체적 장애, 건강 상태, 클레임 경험, 병력, 유전자 정보, 보험 불능 증거 또는 서비스 지역 내 지리적 장소에 근거한 **차별을 하지 않습니다**. 우리 플랜 같이 Medicare Advantage 플랜을 제공하는 모든 기관들은 1964 년 민권법의 타이틀 VI, 1973 년 재활법, 1975 년 연령차별법, 미국장애인법, 부담 가능 케어법의 제 1557 조, 기타 연방 자금을 받는 기관에 적용되는 모든 법률과 다른 이유로 적용되는 기타 법률을 포함하여 차별을 금지하는 연방 법률을 준수해야 합니다.

차별 또는 불공정 대우에 대한 추가 정보를 원하거나 우려 사항이 있는 경우 보건복지부의 **민권실** 전화 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)로 또는 귀하 지역의 민권실로 전화하십시오. 또한 보건복지부의 민권실 웹사이트 <https://www.hhs.gov/ocr/index> 에서 정보를 확인하는 것도 가능합니다.

장애가 있어서 케어 이용에 도움이 필요한 경우 고객센터팀에 전화할 수 있습니다. 휠체어 접근성 관련 문제 같은 불만이 있는 경우, 고객센터팀이 도울 수 있습니다.

섹션 3 Medicare 이차 지불자 대위권에 대한 고지

우리는 Medicare 가 일차 지불자가 아닌 보장 대상 Medicare 서비스를 위해 징수할 권리와 책임이 있습니다. 42 CFR 의 제 422.108 및 423.462 조에서의 CMS 규제에 따라, Medicare Advantage 기관으로서의 Clever Care 는 42 CFR 의 파트 411 의 서브파트 B~D 의 CMS 규정에 의거 총장이 행사하는 같은 회수권을 행사할 것이며 이 조에 확립된 규칙이 주 법률에 우선합니다.

섹션 4 과지급 회수

우리는 서비스 비용 과지급을 그런 과지급을 받은 사람으로부터 또는 해당 서비스의 비용을 지불할 의무가 있는 사람이나 기관으로부터 회수할 수 있습니다.

섹션 5 사기, 낭비 및 남용 신고

귀하는 건강 보험 사기를 예방하는 데 도움을 줄 수 있습니다.

National Health Care Anti-Fraud Association 은 의료 사기로 인한 피해액이 하루 1 억 달러 정도라고 추산하고 있습니다. 여러분은 의심스러운 활동을 보고하여 Clever Care Health Plan 이나 우리가 의료 사기를 예방, 탐지 및 해결하는 데 도움을 줄 수 있습니다. 잠재적인 의료 사기일 수 있는 상황을 보고함으로써, 귀하는 의료 시스템 비용을 절약하는 데 도움을 주는 여러분의 역할을 하는 것입니다.

의료 사기, 낭비 및 남용이란 무엇인가?

사기는 누군가 알면서도 고의적으로 부적절한 지불을 초래하는 허위 청구를 제출할 때 발생합니다.

예시: 제공되지 않은 서비스에 대한 청구, 불필요한 절차를 정당화하기 위해 환자의 진단을 위조하거나 환자 소개에 대한 리베이트를 수락하는 것.

낭비는 직간접적으로 불필요한 의료 비용을 초래하는 서비스 또는 기타 관행의 남용을 의미합니다. 여기에는 일반적으로 형사상의 과실 조치로 간주되지 않는 자원의 오용이 포함됩니다.

예시: 과도한 진단 검사를 주문하거나, 사무소 방문을 남용하거나, 약국이 여전히 필요한지 확인하지 않고 회원에게 약품을 보내는 경우.

남용은 불필요한 의료 비용을 초래할 수 있는 행위입니다. 사람 또는 단체가 무의식적으로 또는 고의로 사실을 허위로 표시하여 지불을 받는 것은 남용입니다.

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 건강 보험 번호 또는 은행 정보를 모르는 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 하우징 시설 및 기타 신뢰할 만한 장소에서 유전자 검사 사기를 하기 위해 의심하지 않는 가입자들에게 접근합니다. 그들은 Medicare 가 검사 비용을 지불할 것이기 때문에 귀하는 입안 면봉, 신분증과 Medicare 정보만 제공하면 귀하의 검사 결과를 받을 수 있다고 거짓 약속합니다.

귀하가 이 유형의 사기에 넘어가면 이러한 부정직한 사람들은 이제 귀하의 개인 정보와 유전자 정보를 갖고 귀하가 받지 않은 서비스에 대해 Medicare 에 수 천 달러를 청구할 수 있습니다.

잠재적인 사기, 낭비, 남용(FWA) 신고

Clever Care 는 잠재적인 FWA 문제를 보고할 수 있는 다양한 방법을 제공합니다. 신고 방법에 대한 자세한 내용을 확인하려면 당사 웹사이트 ko.clevercarehealthplan.com 을 방문하세요.

섹션 6 중요한 건강 정보를 조정하는 데 도움이 되는 Manifest MedEx 에 대한 고지

Clever Care Health Plan 은 비영리 의료 정보 교환(HIE) 시스템인 Manifest MedEx(MX)와 제휴하여 의사, 병원 및 기타 의료 서비스 제공자가 우리 회원을 케어할 때 중요한 건강 정보를 조정하고 공유할 수 있도록 지원합니다.

MX 는 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 거부하시면, 귀하는 일차 진료 제공자와 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 고객지원팀에 1 (800) 490-7617 번으로 전화합니다.
- 온라인 사이트에서 MX 의 온라인 양식을 작성합니다:
<https://www.manifestmedex.org/opt-out>
- 양식 작성 및 스캔은 여기에서 가능합니다: <https://www.manifestmedex.org/opt-out-2/>

귀하의 참여 여부(등록 거부)와 관련한 선택은 의료 서비스 이용에는 영향을 미치지 않습니다. 그러나 우리는 귀하가 참여하여 보다 유기적인 케어 혜택을 누리시기 바랍니다.

제 12 장: 중요 용어의 정의

외래수술센터 – 외래수술센터는 입원이 요구되지 않고 이 센터에 24 시간 이하의 체류가 예상되는 환자들에게 외래환자 수술 서비스를 제공할 목적만을 위해 운영되는 기관.

연례 등록 기간 – 회원들이 자신의 건강 또는 약 플랜을 변경하거나 Original Medicare 로 전환할 수 있는 매년 10 월 15 일 ~ 12 월 7 일의 기간.

이의 제기 – 이의 제기란 귀하가 의료 서비스 또는 처방약 보장 또는 귀하가 이미 받은 서비스 또는 약의 비용 지불 요청을 거부한 우리 결정에 동의하지 않는 경우에 하는 것입니다. 귀하는 또한 받고 있는 서비스를 중단하기로 한 우리 결정에 동의하지 않는 경우에도 이의를 제기할 수 있습니다.

차액 청구 – 제공자(예: 의사 또는 병원)가 환자에게 당 플랜의 허용 비용 분담액보다 더 많이 과금하는 경우. 우리 플랜의 회원으로서 귀하는 당사 플랜에 의해 보장되는 서비스를 받을 때 본인의 비용 분담 금액만 지불하시면 됩니다. 우리는 제공자들이 “차액 청구” 즉 귀하가 지불해야 한다고 플랜이 말하는 비용 분담액보다 더 많이 귀하에게 청구하는 것을 허용하지 않습니다.

혜택 수당 – 의료 비용 지불과 같은 특정 목적을 위해 플랜이 귀하에게 제공하거나 서비스 비용 지불을 위해 유연한 지출 계정에 추가되는 금액.

혜택 기간 – 우리 플랜과 Original Medicare 가 귀하의 병원 및 전문 요양 시설(SNF) 서비스 이용을 측정하는 방법. 혜택 기간은 귀하가 병원 또는 전문 요양 시설에 들어간 날 시작됩니다. 혜택 기간은 귀하가 입원환자 병원 케어(또는 SNF 에서의 전문 케어)를 연속 60 일 동안 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 입원환자 본인 부담액을 지불하셔야 합니다. 혜택 기간의 횟수에는 한도가 없습니다.

상표약 – 해당 약을 애초에 연구 개발한 제약회사가 제조하여 판매하는 처방약. 상표약은 일반 버전의 약과 동일한 활성 성분 제제를 갖습니다. 그러나 복제약은 다른 약 제조업체가 제조하여 판매하며 일반적으로 상표약의 특허가 만료된 후까지 나오지 않습니다.

과부담 보장 단계 – 파트 D 약 혜택의 단계 가운데 귀하가 또는 다른 유자격자가 귀하를 대신하여 당해 보장 연도 동안 보장 대상 약에 \$7,400 를 지출한 후에 귀하가 본인의 약을 위해 더 낮은 분담금 또는 공동보험금을 지불하게 되는 단계.

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS) – Medicare 를 시행하는 연방 기관.

만성질환자 특수 요구 플랜 – C-SNP 는 42 CFR 의 제 422.2 조에 정의된 특정 중증/장애성 만성질환이 있는 특수한 도움이 필요한 개인만으로 등록이 제한되어 있는 SNP 입니다. C-SNP 는 C-SNP 를 대상으로 한 특별 지정 및 마케팅 및 등록 편의를 제공받기 위해 모든

Medicare Advantage Coordinated Care Plan 에서 요구되는 기본적인 Medicare 파트 A 및 B 서비스 및 케어 조정의 제공을 넘어서는 특정 속성을 가져야 합니다.

공동보험금 – 귀하가 지불할 것이 요구되는 금액으로, 귀하가 본인 부담액을 지불한 후 의료 서비스 또는 처방약 비용에 대한 귀하의 몫으로서 백분율(예: 20%)로 표시되는 지불액.

불만 - “불만 제기”의 정식 명칭은 “고충 제기”입니다. 불만 제기 프로세스는 오직 특정 유형의 문제를 위해서만 사용됩니다. 여기에는 케어의 품질, 대기 시간 및 귀하가 받는 고객 서비스에 관련된 문제가 포함됩니다. 귀하의 플랜이 이의 제기 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.

분담금(또는 “분담”) – 의사의 방문, 병원 외래환자 방문 또는 처방약 같은 의료 서비스 또는 용품의 비용 중 귀하의 몫으로 지불할 것이 요구될 수 있는 금액. 분담금은 퍼센트가 아닌 일정 금액(예: \$10)입니다.

비용 분담 – 비용 분담이란 서비스나 약을 받을 때 회원이 지불해야 하는 금액을 가리킵니다. (이는 플랜의 월 보험료에 추가되는 금액입니다.) 비용 분담에는 (1) 서비스 또는 약을 보장하기 전에 플랜이 부과할 수 있는 본인 부담액, (2) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는 고정된 “분담금” 금액, 또는 (3) 특정 서비스 또는 약을 받을 때 플랜이 요구하는, 서비스 또는 약을 위해 지불되는 총 금액의 퍼센트인 “공동보험금” 금액 등 세 가지 유형의 지불액의 조합이 포함됩니다.

비용 분담 계층 – 보장 대상 의약품 목록상의 모든 약은 여섯 가지 비용 분담 계층 중 하나에 속합니다. 일반적으로 비용 분담 계층이 높을수록 약을 위한 귀하의 비용도 더 높아집니다.

보장 판정 – 귀하를 위해 처방된 약이 당 플랜에 의해 보장되는지에 대한 결정과 귀하의 처방약 비용 지불이 요구되는 금액. 일반적으로, 귀하가 처방전을 약국에 가져갔는데 약국이 그 처방약은 귀하의 플랜에 의거 보장되지 않는다고 말해도 그것은 보장 판정이 아닙니다. 귀하는 플랜에 전화하거나 우편을 보내 보장에 대한 정식 결정을 요청해야 합니다. 보장 판정을 이 문서에서는 “보장 결정”이라고 합니다.

보장 대상 약 – 우리 플랜이 보장하는 모든 처방약을 의미하기 위해 우리가 사용하는 용어.

보장 대상 서비스 – 우리 플랜이 보장하는 모든 의료 서비스와 용품을 의미하기 위해 우리가 사용하는 용어.

신뢰할 만한 처방약 보장 – 평균적으로 적어도 Medicare 의 표준 처방약 보장만큼의 비용을 지불해줄 것으로 예상되므로 Medicare 의 최소 기준을 충족하는 보장(예: 고용주 또는 노동조합). Medicare 자격이 될 때 이 종류의 보장을 갖는 사람들은 일반적으로 나중에 Medicare 처방약 보장에 등록하기로 결정해도 벌칙금 납부 없이 그 보장을 유지할 수 있습니다.

보호 케어 – 보호 케어는 여러분이 전문 의료 케어 또는 전문 요양 케어를 필요로 하지 않는 요양원, 호스피스 또는 기타 시설 상황에서 제공되는 개인적 케어입니다. 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. Medicare 는 보호 케어 비용은 지불하지 않습니다.

고객서비스팀 – 우리 플랜에서 멤버십, 혜택, 고충 및 이의 제기에 대한 여러분의 질문에 대답할 책임이 있는 부서.

일 비용 분담율 – 의사가 귀하를 위해 특정 약의 1 개월 분 미만 분량을 처방할 때는 “일 비용 분담율”이 적용될 수 있고 귀하는 분담금을 지불할 것이 요구됩니다. 일 비용 분담율은 분담금을 월 분량에서 일 수로 나눈 것입니다. 다음은 그 예입니다. 약 1 개월분의 분담금이 \$30 이고 귀하의 플랜에서 1 개월분이 30 일인 경우, 귀하의 “일 비용 분담율”은 일당 \$1 입니다.

본인 부담액 – 우리 플랜이 지불하기 전에 귀하가 의료 또는 처방약에 대해 지불해야 하는 금액.

탈퇴하기 또는 탈퇴 – 우리 플랜 멤버십을 끝내는 프로세스.

조제 수수료 – 처방약을 짓는 비용(예: 약사가 처방전을 준비하고 포장하는 인건비)을 지불하기 위해 보장 대상 약을 조제할 때마다 부과되는 수수료.

내구성 의료 장비(DME) – 의학적 이유로 귀하의 의사가 주문하는 특정 의료 장비. 내구성 의료 장비의 예로는 집에서 사용하기 위해 서비스 제공자가 주문한 위커, 휠체어, 목발, 전동 매트리스 시스템, 당뇨 용품, IV 주입 펌프, 음성 생성 장치, 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 케어 – 1) 응급 서비스를 제공할 자격이 있는 사람이 제공하며, 2) 응급 상태를 처치, 평가 또는 안정시키기 위해 필요한 보장 대상 서비스.

보장 범위 증명서(EOC) 및 공개 정보 – 귀하의 보장 범위, 우리의 의무, 플랜 회원으로서의 귀하의 권리 및 책임을 설명하는 본 문서와 귀하의 등록서 및 기타 첨부, 부속 문서 또는 기타 선택된 옵션 보장.

예외 – 승인되면 귀하가 우리 처방집에 없는 약을 받을 수 있도록 하거나(처방집 예외) 또는 비선호 약을 더 낮은 비용 분담 레벨에서 받을 수 있도록 하는 일종의 보장 결정. 우리 플랜이 귀하가 요청하고 있는 약을 받기 전에 다른 약을 시도할 것을 요구하거나, 우리 플랜이 귀하가 요청하고 있는 약의 수량 또는 정량을 제한하는 경우에도, 귀하는 예외를 요청하실 수 있습니다(처방집 예외).

추가 도움 – 소득과 자원이 제한된 사람들이 보험료, 본인 부담액 및 공동보험금 같은 Medicare 처방약 프로그램 비용을 지불하는 것을 돕기 위한 Medicare 또는 주정부 프로그램.

복제약 – 상표약과 동일한 활성 성분을 함유하는 것으로 식약청(FDA)에 의해 승인된 처방약. 일반적으로, “복제약”은 상표약만큼 효과가 있으며 보통 가격이 저렴합니다.

고충 - 케어의 품질 관련 불만을 포함해 우리 플랜, 서비스 제공자 또는 약국에 대해 제기하는 일종의 불만 사항. 여기에 보장 또는 지불 관련 분쟁은 포함되지 않습니다.

재가 보건 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.

호스피스 - 의학적으로 말기 진단을 받은 상태, 즉 기대 수명이 6 개월 이하인 회원을 대상으로 특별 케어를 제공하는 혜택의 종류. 귀하의 플랜인 우리는 귀하 지역의 호스피스 목록을 제공해야 합니다. 귀하가 호스피스를 선택하고 보험료를 계속 납부하면 여전히 우리 플랜의 회원입니다. 귀하는 의학적으로 필요한 모든 서비스뿐만 아니라 우리가 제공하는 보충 혜택도 여전히 받을 수 있습니다.

병원 입원환자 체류 – 전문 의료 서비스를 위해 병원에 정식으로 입원했을 때의 병원 체류. 병원에 하룻밤 체류해도 “외래환자”로 간주될 수 있습니다.

소득 관련 월 조정액(IRMAA) – 2 년 전 IRS 세무 신고서에 신고된 귀하의 수정 조정 총소득이 특정액 이상인 경우, 귀하는 표준 보험료 금액과 소득 관련 월 조정액, 즉 IRMAA 을 납부할 것입니다. IRMAA 는 귀하의 보험료에 추가되는 추가 부과금입니다. Medicare 보유자의 5% 미만만 해당되므로 대부분의 사람들은 더 높은 보험료를 납부하지 않을 것입니다.

독립의사협회(IPA) - Clever Care 회원들에게 서비스를 제공하도록 하는 계약 하에 있는 독립된 의사 및 기타 의료 제공자 그룹.

초기 보장 한도 – 초기 보장 한도에 의거한 최대 보장 한도.

초기 보장 단계 – 이는 귀하가 지불한 금액과 해당 연도 동안 플랜이 귀하를 위해 지불한 금액을 포함하여 귀하의 총 약 비용이 \$4,660에 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.

보장 대상 의약품 목록(처방집 또는 “의약품 목록”) – 플랜이 보장하는 처방약의 목록.

저소득 보조금(LIS) – “추가 도움”을 참조하십시오.

본인 부담 최대액 – 네트워크 내 보장 대상 서비스를 위해 역년 동안에 지불하는 최대 본인 부담 비용. 귀하가 본인의 플랜 보험료, Medicare 파트 A 및 파트 B 보험료와 처방약을 위해 지불하는 금액은 본인 부담 최대액에 계상되지 않습니다. 우리는 네트워크 내 보장 대상 의료 서비스에 대한 본인 부담 최대액 외에도 특정 유형의 서비스에 대해서는 본인 부담 최대액을 별도로 적용합니다.

Medicaid (즉 의료 지원) – 소득이 낮고 자원이 제한된 일부 사람들을 위해 의료비를 지원하는 연방 및 주 정부 합동 프로그램. 주정부 Medicaid 프로그램의 형태는 서로 다르지만, 귀하가 Medicare와 Medicaid 모두의 자격이 있는 경우에는 대부분의 의료 비용이 보장됩니다.

의학적으로 인정된 지시 – 식약청에 의해 승인된 또는 특정 준거 서적에 의해 지원된 약의 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 신장이식이 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 개인이 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 요구 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 보장 범위 격차 할인 프로그램 – 보장 범위 격차 단계에 도달하였지만 아직 “추가 도움”을 받고 있지 않은 파트 D 회원들에게 대부분의 보장 대상 파트 D 상표약에 대한 할인을 제공하는 프로그램. 할인은 연방 정부와 특정 약 제조업체 사이의 계약에 근거합니다.

Medicare 보장 대상 서비스 – Medicare 파트 A 및 파트 B 가 보장하는 서비스. 모든 Medicare 건강 플랜은 Medicare 파트 A 및 B 에서 보장 가능한 모든 서비스를 보장해야 합니다. Medicare Advantage 플랜에서 제공 가능한 시력, 치과 또는 청력 케어와 같은 추가 혜택은 Medicare 보장 대상 서비스라는 용어에 포함되지 않습니다.

Medicare 건강 보험 – Medicare 건강 보험은 당 플랜에 등록된 Medicare 보유자들에게 파트 A 및 파트 B 혜택을 제공하도록 Medicare 와 계약된 사기업이 제공합니다. 이 용어는 모든 Medicare Advantage 플랜, Medicare Cost 플랜, 특수 요구 플랜, 시범/파일럿 프로그램 및 노인을 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE)을 포함합니다.

Medicare 처방약 보장(Medicare 파트 D) – Medicare 파트 A 또는 파트 B 가 보장하지 않는 외래환자 처방약, 백신, 생물학적 제제 및 일부 용품의 비용 지불을 돕는 보험.

“Medigap” 보험(Medicare 보충 보험) – Original Medicare에서의 “갭”을 메우기 위해 사립 보험회사들이 판매하는 Medicare 보충 보험. Medigap 보험은 Original Medicare와 함께만 기능합니다. (Medicare Advantage 플랜이 Medigap 보험은 아닙니다.)

회원 (우리 플랜의 회원, 또는 “플랜의 회원”) – 보장 대상 서비스를 받을 자격이 있고, 우리 플랜에 등록하였으며, 그 등록이 Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)에 의해 확인된 Medicare 보유자.

네트워크 내 약국 – 우리 플랜 회원들이 처방약 혜택을 받을 수 있도록 당사와 계약된 약국. 대부분의 경우에, 귀하의 처방약은 그것이 우리 네트워크 내 약국 중 하나에서 지어지는 경우에만 보장됩니다.

네트워크 내 서비스 제공자 – “서비스 제공자”는 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 우리 지불액을 수락하고 일부 경우에는 우리 플랜 회원들에게 서비스를 조율 및 제공하도록 하는 계약을 우리 플랜과 맺고 있습니다. 네트워크 내 서비스 제공자를 “플랜 서비스 제공자”라고도 합니다.

기관 판정 – 품목 또는 서비스가 보장 대상인지 또는 귀하가 보장 대상 품목 또는 서비스를 위해 얼마나 지불해야 하는지에 대해 우리 플랜이 내리는 결정. 기관 판정을 이 문서에서는 “보장 결정”이라고 합니다.

Original Medicare(“전통적 Medicare” 또는 “행위별수가제” Medicare) – Original Medicare 는 정부가 제공하며, Medicare Advantage 플랜 및 처방약 플랜과 같은 사설 건강 보험이 아닙니다. Original Medicare 에 의거, Medicare 서비스는 의사, 병원 및 기타 의료 제공자에게 의회가 정한 지불액을 지불함으로써 보장됩니다. 여러분은 Medicare 를 수락하는 의사, 병원 또는 기타 의료 제공자를 볼 수 있습니다. 귀하는 본인 부담액을 지불해야 합니다. Medicare 는 Medicare 승인 금액 중 자기 몫을 지불하고 귀하는 귀하의 몫을 지불합니다. Original Medicare 에는 두 파트가 있습니다. 파트 A (병원 보험) 및 파트 B (의료 보험). 미국 어디서나 이용 가능합니다.

네트워크 외 약국 – 우리 플랜 회원들에게 보장 대상 약을 조달 또는 제공하기 위한 계약을 우리 플랜과 맺지 않은 약국. 귀하가 네트워크 외 약국에서 받는 대부분의 약은 특정 조건이 적용되지 않는 한 우리 플랜이 보장하지 않습니다.

네트워크 외 서비스 제공자 또는 네트워크 외 시설 – 우리 플랜 회원들에게 보장 대상 서비스를 조달 또는 제공하도록 우리 플랜과 계약을 맺지 않은 서비스 제공자 또는 시설. 네트워크 외 서비스 제공자는 우리 플랜이 고용, 소유 또는 운영하는 것이 아닌 서비스 제공자입니다.

본인 부담 비용 – 위의 “비용 부담”의 정의 참조. 받은 서비스 또는 약의 비용 일부를 지불해야 하는 회원의 비용 부담 요건을 회원의 “본인 부담” 비용 요건이라고도 합니다.

PACE 플랜 – PACE (노인을 위한 포괄적 케어 프로그램) 플랜은 노약자들이 자신의 커뮤니티에서 가능한 한 오래 독립과 생활을 유지하도록 돕기 위해 의료, 사회적 및 장기 케어(LTC) 서비스를 통합합니다. PACE 플랜에 등록한 사람들은 이 플랜을 통해 자신의 Medicare 및 Medicaid 혜택을 받습니다.

파트 C – “Medicare Advantage (MA) 플랜” 참조.

파트 D – 자발적 Medicare 처방약 혜택 프로그램.

파트 D 약 – 파트 D 에 의거 보장될 수 있는 약. 우리는 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 63 일 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 월 보험료에 추가되는 금액.

보험료 – 의료 또는 처방약 보장을 위해 Medicare, 보험 회사 또는 건강 보험 회사에 납부하는 정기 납부금.

주치의(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 - 서비스나 특정 약을 받기 위해 사전에 구하는 승인. 사전 승인이 필요한 보장 대상 서비스는 제 4 장의 혜택 차트에 표시되어 있습니다. 사전 승인이 필요한 보장 대상 약이 처방집에 표시되어 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 이유를 위해 선택된 약의 사용을 제한하기 위해 고안된 관리 도구. 한도는 우리가 처방당 보장하는 약의 양 또는 지정된 기간에 대한 것일 수 있습니다.

재활 서비스 – 아려한 서비스로는 물리 요법, 말하기 및 언어 요법 그리고 직업 요법 등이 있습니다.

서비스 지역 – 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. 당 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 Medicare 로 복귀할 수 있는 정해진 시간. 귀하가 특별 등록 기간의 자격이 있을 수 있는 상황들: 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우, 처방약 비용 관련 “추가 도움”을 받는 경우, 요양원에 입주하는 경우, 또는 우리가 귀하와의 계약을 위반하는 경우.

특수 요구 플랜 – Medicare 와 Medicaid 를 모두 가진 사람, 요양원에 거주하는 사람, 또는 특정 만성 질환자 같은 특정 그룹의 사람들을 위한 집중 의료를 제공하는 특별 유형의 Medicare Advantage 플랜.

Chapter 12 Definitions of important words

단계별 요법 – 귀하의 의사가 초기에 처방했을 수 있는 약을 우리가 보장하기 전에 귀하의 질병을 치료하기 위해 다른 약을 먼저 시도할 것을 귀하에게 요구하는 활용 도구.

생활 보조금(SSI) – 장애인, 맹인 또는 65 세 이상자로서 소득과 자원이 제한된 사람들에게 사회보장국이 지급하는 월 급여. SSI 급여는 사회보장 급여와 같지 않습니다.

긴급히 필요한 서비스 - 네트워크 내 서비스 제공자를 일시적으로 이용할 수 없거나 접근할 수 없는 경우 또는 가입자가 서비스 지역 밖에 있을 때 제공되는 비응급의 보장 대상 서비스. 주말 동안에 케어를 즉시 이용해야 하는 경우가 그러한 예입니다. 서비스는 즉시 필요하고 의학적으로 필수적이어야 합니다.

Clever Care 고객센터스팀

방법	고객서비스팀 - 연락처 정보
전화	(833) 808-8164 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다. 우리는 영어를 사용하지 않는 분들을 위한 무료 언어 통역 서비스도 제공합니다.
TTY	711 이 번호는 특수 전화 장비를 요구하며 듣거나 말하기가 곤란한 분들만을 위한 것입니다. 이 번호 통화는 무료입니다. 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일에는 주 7 일, 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에, 그리고 4 월 1 일 ~ 9 월 30 일에는 평일 오전 8 시 ~ 오후 8 시 사이에 연락할 수 있습니다.
팩스	(657) 276-4720
우편	Clever Care Health Plan 7711 Center Ave Suite 100 Huntington Beach, CA 92647
웹사이트	ko.clevercarehealthplan.com

Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP) (캘리포니아 SHIP)

HICAP 은 연방 정부로부터 예산을 받아 Medicare 보유자들에게 무료 로컬 건강보험 상담을 제공하는 주정부 프로그램입니다.

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

PRA 공개 설명 1995 년 서류간소화법에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 제시되지 않는 한 누구도 정보 수집에 대응할 것이 요구되지 않습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1051 입니다. 본 양식의 개선을 위한 코멘트나 제안이 있는 경우 편지할 곳: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.